

DBfK Nordwest e.V.
Lister Kirchweg 45
30163 Hannover

Tel.: 0511 6968440
E-Mail: nordwest@dbfk.de

Hamburg, 04.11.2017

Stark für
die Pflege



PKMS – Was ist das und wo kommt es her?

15. Gesundheitspflege-
Kongress

Hamburg | 3. – 4.11.2017

 Springer Pflege

Stefan Schwark, M.Sc., GuK

- Einführung und Definition: Was ist PKMS?
- Pflegeberufspolitische Einordnung
- Kritische Fragen und Diskussion
- Was wir sonst noch brauchen



Was ist PKMS?

EINFÜHRUNG UND DEFINITION

Pflege
Es ist komplex.
maßnahmen
score

Spurensuche

- Wer?
- Wann?
- Was und Wo?
- Wieso?

Wer?

- Deutscher Pflegerat (DPR) e.V.
- Aktuelle Weiterentwicklung:
 - wir alle (DIMDI)
 - und für die „Verrechnung“ das InEK

The screenshot shows the website of the German Institute for Medical Documentation and Information (DIMDI). The page title is "Vorschlagsverfahren zur Pflege von OPS und ICD-10-GM". The navigation menu includes "Startseite", "Das DIMDI", "Arzneimittel", "Datenbankrecherche", "DRKS", "HTA", "Klassifikationen, Terminologien, Standards", "Aktuelles", "Downloadcenter", "Alpha-ID", "ATC/DDD", "EDMA IVD Classification", "ICD-10", "Kode-Suche", "Anwendung", "Formate und Kosten", and "Customizable". The main content area is titled "Vorschlagsverfahren zur Pflege von OPS und ICD-10-GM" and contains the following text:

Ihre Position: [Startseite](#) » [Klassifikationen, Terminologien, Standards](#) » [ICD-10](#) » [Vorschlagsverfahren](#)

Vorschlagsverfahren zur Pflege von OPS und ICD-10-GM

Im Folgenden finden Sie Informationen zum Vorschlagsverfahren OPS und ICD-10-GM insbesondere zum zeitlichen Ablauf und zu den Vorschlagsformularen.

1. [Zeitlicher Ablauf](#)
2. [Vorschlagsformulare für OPS- und ICD-10-GM-Änderungsvorschläge](#)
3. [Vorschläge aus den Vorschlagsverfahren](#)
4. [Bearbeitungs- und Abstimmungsprozess](#)
5. [Gesichtspunkte für die Weiterentwicklung des OPS](#)

Grundlage für die Entgeltsysteme im stationären und ambulanten Bereich sind die Prozedurenklassifikationen ICD-10-GM und OPS. Zur Weiterentwicklung der Entgeltsysteme ist daher eine regelmäßige (zurzeit jährliche) Weiterentwicklung erforderlich.

Deadline: jährlich Ende Februar

Transparent und
möglich zu gestalten, wurde das nachfolgend beschriebene Vorschlagsverfah

1. Zeitlicher Ablauf

Bearbeitung der Änderungsvorschläge von:

Die Arbeitsgruppen ICD und OPS wurden vom Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) eingesetzt mit dem Ziel, das DIMDI bei der Weiterentwicklung der Klassifikationen zu beraten. Die folgenden Organisationen sind in den Arbeitsgruppen vertreten:

- Bundesärztekammer (BÄK)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
- Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV)
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)
- Unfallversicherungsträger (DGUV)
- Deutsche Rentenversicherung (DRV)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)
- Institut des Bewertungsausschusses (InBA)

Die Sitzungen der Arbeitsgruppen finden in regelmäßigen Abständen statt; zur weiteren Klärung inhaltlicher Fragen können autorisierte Fachvertreter zu den Sitzungen eingeladen werden. Die Beratungsergebnisse der Arbeitsgruppen sind eine wichtige Entscheidungsgrundlage für die Weiterentwicklung von OPS und ICD-10-GM.

(Quelle: DIMDI, 2017)

Wann?

- 2007: Erste Entwicklungsbemühungen im DPR
 - Auftrag an Universität Witten-Herdecke
 - Projekt „Adäquate Abbildung des Pflegeaufwandes im G-DRG-System durch Pflegeindikatoren“ -> 2008: Ablehnung des Forschungsantrags durch BMG
- 2009: KHRG (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz)
 - Pflegesonderprogramm zur Schaffung zusätzlicher Stellen in der Pflege (90% Refinanzierung für 3 J., wenn „on top“, Ziel +17.000 Stellen) [Erfolg: ca. +13.600 – 15.300 VK; Kosten ca. 660 Mio €]
 - Änderung KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz)
 - §4 (10): „Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach §9 beauftragen ihr DRG-Institut, Kriterien zu entwickeln, nach denen ab dem Jahr 2012 diese zusätzlichen Finanzmittel im Rahmen des DRG-Vergütungssystems zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen.“

→ Auftrag ans InEK

Wann?

- 2009: InEK / Selbstverwaltungspartner bitten den DPR, Lösungsvorschläge zur Abbildung von Pflege im DRG-System zu entwickeln
 - DPR entwickelt kurzfristig PKMS als „OPS 9-20-Trigger“
 - DPR (Müller) „Änderungsvorschlag OPS 2010“ → DIMDI
- 01.01.2010: Aufnahme im DRG-System: Aufforderung zur Kodierung von „OPS 9-20“
- 2010-2012: Kalkulationsphase des InEK

→ **2012: Erlösrelevanz**



ABER

- 2011-2014:
Missstimmungen zw. DPR und DIMDI/InEK
– DPR-Änderungsvorschläge
(u.a. 2011 „PKMS-E 2.0“, 2013 „PKMS-E 2.1“)
wurden vom InEK mehrfach nicht akzeptiert
und empfundene „Verschlimmbesserungen“
- 2014:
DPR zieht sich aus Entwicklung zurück

Was und Wo?

- PflegekomplexmaßnahmenSCORE
 - Eine errechnete Punktzahl für Leistung
 - Das Ergebnis einer Dokumentation
 - klinikindividuell gestaltbar
 - Zusatz oder in täglicher Pflegedoku integrierbar
 - Erfassung mittels Software erlaubt
 - „OPS-9-20-Trigger“
- Anwendungsbereich: Krankenhaus (§17b KHG)
 - Nur auf Normalstation/IMC
 - Nur für Leistungen durch examinierte Pflegefachkräfte mit dreijähriger Ausbildung oder unter deren Verantwortung

Was wird erfasst?

- Hochaufwendige Leistungen im Bereich „Allgemeine Pflege“
 - Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegen/Lagern/Mobilisation/Sicherheit und Kommunikation
- Leistungen im Bereich „Spezielle Pflege“
 - Kreislauf, Wundmanagement und Atmung

Denkschema: „Hochaufwendig“ > „volle Übernahme“

OPS Version 2017

Definition: „volle Übernahme“ in den Leistungsbereichen (Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegung und Positionierung)

Im PKMS wird als Ausgangslage des „normal aufwendigen Patienten“ ein Patient beschrieben, der eine „volle Übernahme“ der pflegerischen Tätigkeiten durch das Pflegepersonal erfährt. Der PKMS nutzt die Definition „volle Übernahme“ in den Leistungsbereichen, die bei dem Instrument PPR entwickelt wurden. Nachfolgend wird die Definition „volle Übernahme“ vorgestellt. Es ist keine Voraussetzung für Einrichtungen, die PPR zu nutzen, um den PKMS richtig zu kodieren.

Die ursprüngliche Definition der PPR wurde nicht geändert. Hintergrund dieser Entscheidung ist, dass zahlreiche Einrichtungen noch mit der PPR zur Fallkostenkalkulation arbeiten und die Definitionen der Leistungsbereiche bei den Pflegenden bekannt sind. Einige Begriffe, die heute in der Pflege nicht mehr verwendet werden, wurden durch die aktuelle Fachterminologie ersetzt bzw. ergänzt, ohne die inhaltlichen Aussagen der PPR A3 zu verändern. Diese sind im Text kursiv markiert.

(Quelle: DIMDI, 2017)

Denkschema: „Hochaufwendig“ > „volle Übernahme“

In Anlehnung an die Definition der PPR-Stufe A3 wird die „volle Übernahme“ pflegerischer Leistungen in den Leistungsbereichen wie folgt definiert:

Patienten brauchen ein hohes Maß an Unterstützung, Aktivierung, Motivation und Zuwendung, denn sie sind durch Immobilität, eingeschränkte Körperfunktionen oder durch ihre Erkrankung an der eigenständigen Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse gehindert.

Körperpflege

Überwiegende oder vollständige Übernahme der Körperpflege

Der Patient kann sich nicht selbstständig waschen, die Zähne putzen, rasieren und die Haare pflegen. Dies muss von den Pflegenden ausgeführt oder der Patient muss helfend und aktivierend unterstützt werden.

Ernährung

Hilfe bei der Nahrungsaufnahme

Der Patient ist nicht in der Lage, allein zu essen oder zu trinken, auch wenn die Nahrung mundgerecht zubereitet ist. *Essen oder Trinken muss dem Patienten verabreicht werden oder das Kind muss gefüttert werden oder ihm muss während*

(Quelle: DIMDI, 2017)

Es gibt „verschiedene PKMS“

- PKMS-E „Erwachsene“
 - ab Beginn 19. Lj
- PKMS-J „Kinder / Jugendliche“
 - Beginn 7. Lj – Ende 18. Lj
- PKMS-K „Kleinkinder“
 - Beginn 2. Lj – Ende 6. Lj
- PKMS-F „Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge“
 - Geburt – Ende 1. Lj (seit OPS 2017)
- Systematik gleich

„Spielregeln“

Punkte werden ab Aufnahme pro Kalendertag „gesammelt“

Punkte werden gesammelt, wenn dok.:

- identifizierter **GRUND** (= PFLEGEPROBLEM)
- und dazugehörendes
PFLEGEINTERVENTIONSPROFIL
(= erbrachte PFLEGEMAßNAHMEN)

PKMS-E: Definition identifizierbarer „Gründe“

„**Hinweise:** Es gibt folgende Gründe bei den Erwachsenen, die in den Tabellen zu den Leistungsbereichen 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.“

(Quelle: DIMDI, 2017)

PKMS-E: Definition identifizierbarer „Gründe“

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).

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

G1	<p>Abwehrverhalten/Widerstände bei der Körperpflege <u>Kennzeichen:</u> Setzt (Mobilisierungs-)Maßnahmen bei der Körperpflege Widerstände entgegen; schreit, schlägt, beschimpft das Pflegepersonal bei der Ganzkörperwaschung, lehnt die Körperpflege verbal/nonverbal ab</p> <p>ODER</p> <p>Ablauf der Körperpflege ist dem Patienten nicht bekannt <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>ODER</p> <p>Schwere kognitive Funktionseinschränkung (ICD-10-GM-Kode aus U51.2-) Erweiterter Barthel-Index 0-15 Punkte oder kognitiver FIM 5-10 Punkte oder MMSE 0-16 Punkte liegt vor</p>
----	--

PKMS-E: Definition identifizierbarer „Gründe“

„**Hinweise:** Es gibt folgende Gründe bei den Erwachsenen, die in den Tabellen zu den Leistungsbereichen 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.“

(Quelle: DIMDI, 2017)

PKMS-E: Definition identifizierbarer „Gründe“

	ODER Schwere kognitive Funktionseinschränkung (ICD-10-GM-Kode aus U51.2-) Erweiterter Barthel-Index 0-15 Punkte oder kognitiver FIM 5-10 Punkte oder MMSE 0-16 Punkte liegt vor
G4	Extreme Schmerzzustände, die sich auf die Körperpflegeaktivitäten auswirken <u>Kennzeichen:</u> Stöhnt, weint, jammert, grimassiert, wehrt ab bei der Körperpflege, äußert verbal stärkste Schmerzen
G5	Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, sich selbstständig im Bett zu drehen, aktiv zu verrutschen, aufzusetzen UND ein vorliegender Erschwernisfaktor: <ul style="list-style-type: none">• mindestens 3 unterschiedliche Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung)• BMI von mindestens 35 kg/m²• krankheitsbedingte Risiken wie Wirbelsäuleninstabilität• Extensionsbehandlung und/oder Behandlung mit Körpergipsschale, die eine extreme Bewegungseinschränkung mit sich bringen• Rumpforthese/Fixateur/Armabduktionsschiene bei Querschnittlähmung

■ ■ ■

PKMS-E: Definition von *begründeten* „Interventionen“ (= „Maßnahmen“)

Pflegeinterventionen sind: (Die zugehörigen Gründe sind in der ersten Spalte aufgeführt)		
G1 G5	A1	<p>Maßnahmen zum Erlernen/Wiedererlangen/zur Motivation einer selbstständigen Körperpflege und/oder Anleitung/Aktivierung zur Körperpflege</p> <p>In der Pflegedokumentation sind die individuellen pflegerischen Zielsetzungen der Maßnahmen auszuweisen, ebenso die auf den Patienten abgestimmte Vorgehensweise. ✎</p>
G9	A2	<p>Mehrfachwaschungen: Durchführung von Waschungen in voller Übernahme 4 x tägl., davon mindestens 2 Ganzkörperwaschungen</p>
G1 G4 G10	A3	<p>Pflegeindikationsgerechte therapeutische Ganzkörperpflege nach folgenden Konzepten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NDT-Konzept (Neuro-developmental Treatment) • MRP (Motor Relearning Programme) • Bobath-Konzept • Bag-bath/Towelbath • Basalstimulierende GKW, z.B. beruhigende/belebende • GKW nach dem Aktivitas-Konzept • Gespürte Interaktionstherapie nach Affolter • andere neurologische, rehabilitative Konzepte oder Konzepte aus psychologischer Perspektive zur Ganzkörperwaschung ✎
G4 G5 G7	A4	<p>Ganzkörperwaschung mit zwei Pflegepersonen pflegfachlich erforderlich</p>

Begründete „Pflegeintervention“ erbracht?

PKMS-E-Matrix

Leistungsbereich PKMS-E	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	8. Tag	
Körperpflege	3	3	3	3	3	3	3	3	
Ernährung	4	4	4	4	4	4	4	4	
Ausscheidung	2	2	2	2	2	2	2	2	
Bewegen/Lagern/Mobilisation	3	3	3	3	3	3	3	3	
Kommunizieren/Beschäftigen	1	1	1	1	1	1	1	1	
Kreislauf	2	2	2	2	2	2	2	2	
Wundmanagement	2	2	2	2	2	2	2	2	
Atmung	2	2	2	2	2	2	2	2	
Summe pro Tag:	19	19	19	19	19	19	19	19	Gesamtsumme

(Quelle: DIMDI, 2017)

Was? – Zusammenfassung –

- „Integratives Gesamtkonzept“
(InEK, 2012)
 - Trigger für OPS 9-20 (Leistungskodierung)
 - Definition von „PPR A4“ (Leistungskalkulation)
- **AUCH:** Verwendung oft synonym mit dem „Wieso?“

Pflegeberufspolitische Einordnung

WIESO?

Wieso? „= Was?“

PKMS triggert Erlöse im DRG-System

- Hier: Komplex-Codes OPS 9-20
- Präzisierte monetäre Abbildung von Pflege
- „Kostenfaktor“ Pflege → „Erlösfaktor“

→ Grundlegender Einführungszweck

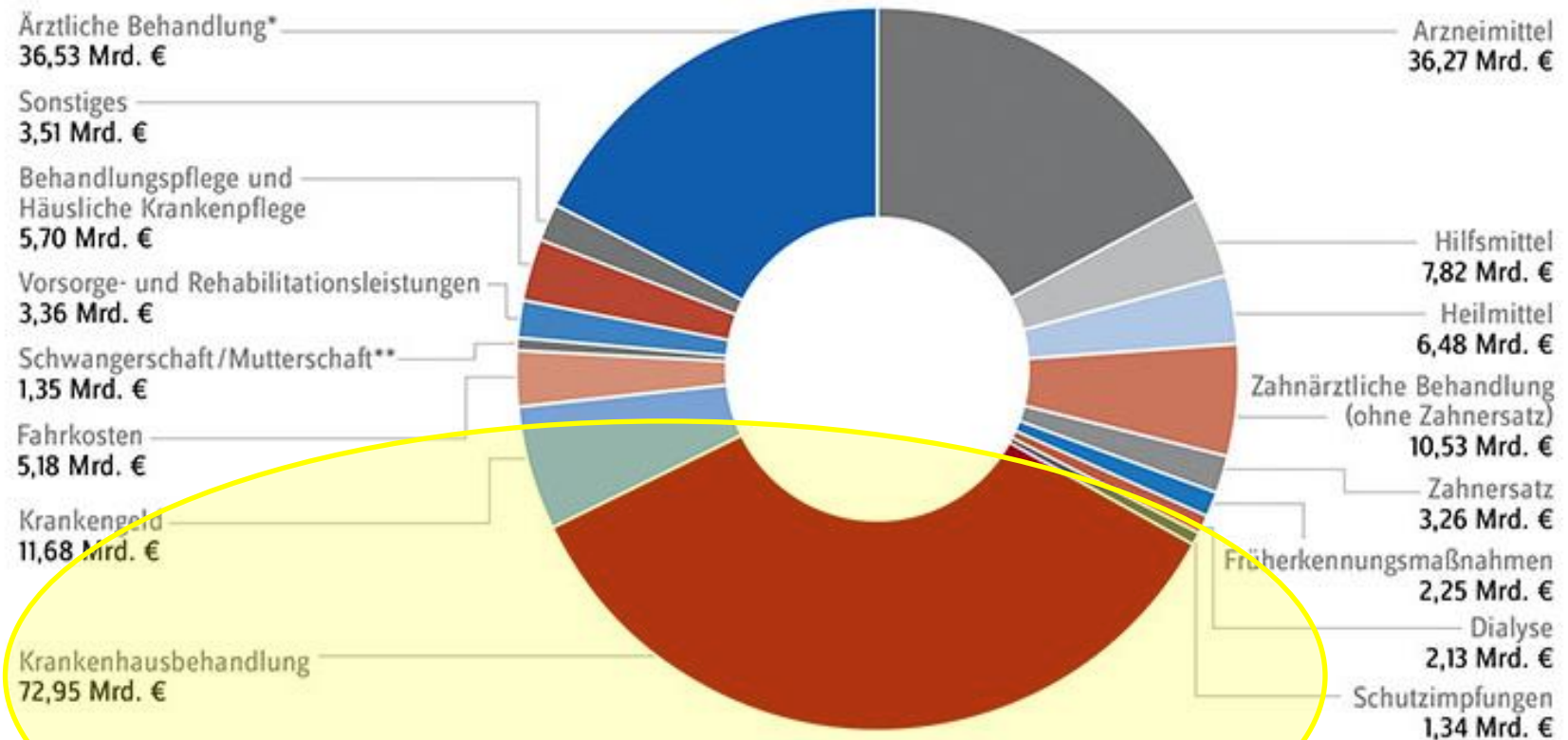
Wieso?

Offizieller Antragstext des DPR aus 2009:

„7. Problembeschreibung

Im Krankenhaus werden zunehmend pflegerisch 'hochaufwändige' Patienten versorgt, die sowohl im G-DRG-System als auch in der Fallkostenkalkulation (über PPR-Daten) der Häuser nicht entsprechend abgebildet werden können. Dadurch kommt es zu einer Unterfinanzierung dieser pflegerisch hochaufwändigen' Patientenfälle.“
(DPR, 2009)

Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2016 in Mrd. Euro



* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals Sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten.

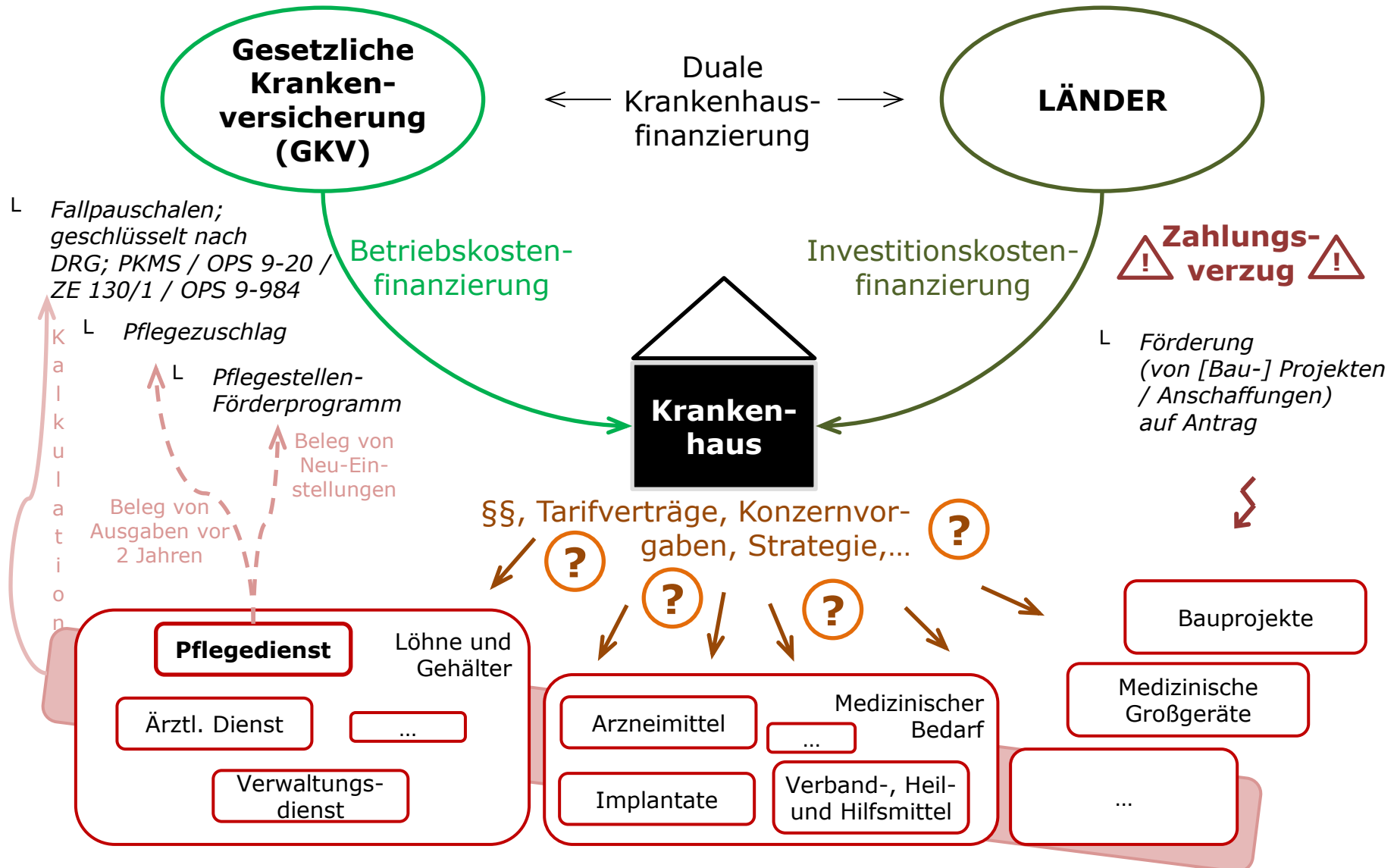
** ohne stationäre Entbindung

Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KJ 1

(Quelle: GKV, 2017)

Finanzierung von Pflege im Krankenhaus 2017 (abstrakt)

Stark für die Pflege



G-DRG

(German Diagnosis Related Groups)

- Seit 2004, Abrechnung nach §17b KHG
- Medizinische Fallgruppen, die einen ähnlich hohen monetären Aufwand besitzen
- Kalkulation durch: InEK
- Zwei Klassifikationen:
 - ICD (International Classification of Diseases and related health problems)
 - OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel)
- Ausgleich u.a. durch „Zusatzentgelte (ZE)“

ZE130/1 (Fallpauschalkatalog 2018)

ZE130	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	ZE130.01	9-200.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 43 bis 56 Aufwandspunkte	1.004,49 €	
			9-200.02	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 57 bis 71 Aufwandspunkte		
			9-200.1	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte		
			9-200.5	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 101 bis 129 Aufwandspunkte		
			ZE130.02	9-200.6	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 130 bis 158 Aufwandspunkte	2.457,12 €
				9-200.7	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 159 bis 187 Aufwandspunkte	
		9-200.8		Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 188 bis 216 Aufwandspunkte		
		9-200.9		Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 217 bis 245 Aufwandspunkte		
		9-200.a		Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 246 bis 274 Aufwandspunkte		
		9-200.b		Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 275 bis 303 Aufwandspunkte		
		9-200.c		Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 304 bis 332 Aufwandspunkte		
		9-200.d		Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 333 bis 361 Aufwandspunkte		
		9-200.e	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 362 oder mehr Aufwandspunkte			

(Quelle: InEK, 2017)

Anlage 5

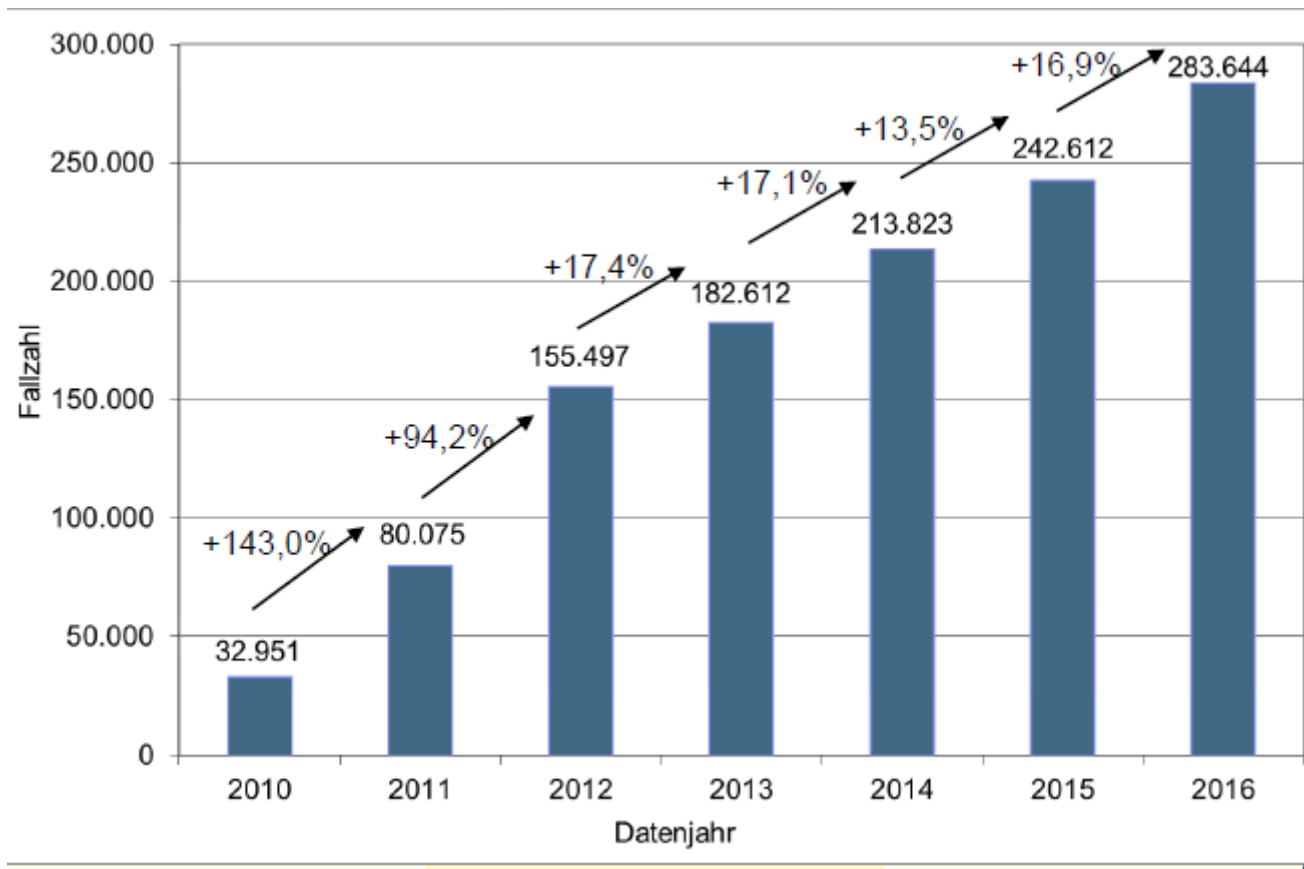
G-DRG-Version 2018

Zusatzentgelte-Katalog
- Definition und differenzierte Beträge -

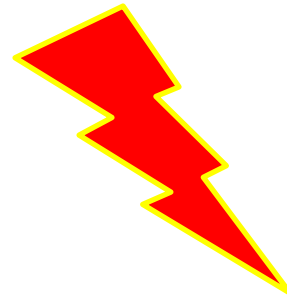
ZE	Bezeichnung	ZE	OPS Version 2018		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
ZE131	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen	ZE131.01	9-201.01	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen: 43 bis 56 Aufwandspunkte	3.336,15 €
			9-201.02	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen: 57 bis 71 Aufwandspunkte	
			9-201.1	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen: 72 bis 100 Aufwandspunkte	
			9-202.00	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 37 bis 42 Aufwandspunkte	
			9-202.01	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte	
			9-202.02	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte	
			9-202.1	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern: 72 bis 100 Aufwandspunkte	
		ZE131.02	9-201.5	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen: 101 bis 129 Aufwandspunkte	6.590,44 €
			9-201.6	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen: 130 bis 158 Aufwandspunkte	
			9-201.7	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen: 159 bis 187 Aufwandspunkte	
			9-201.8	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen: 188 bis 216 Aufwandspunkte	
			9-201.9	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen: 217 bis 245 Aufwandspunkte	
			9-201.a	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen: 246 bis 274 Aufwandspunkte	

(Quelle: InEK, 2017)

PKMS-Entwicklung Fallzahl §21-Daten (alle PKMS-Kodes)



(Quelle: InEK 2017, Präsentation Dr. F. Heimig, 01.09.2017)



**Achtung:
Keine Zweckbindung
der Mittelverwendung**

„Fließen die erwirtschafteten Erlöse aus den PKMS Zusatzentgelten in die Refinanzierung von Pflegepersonal?“

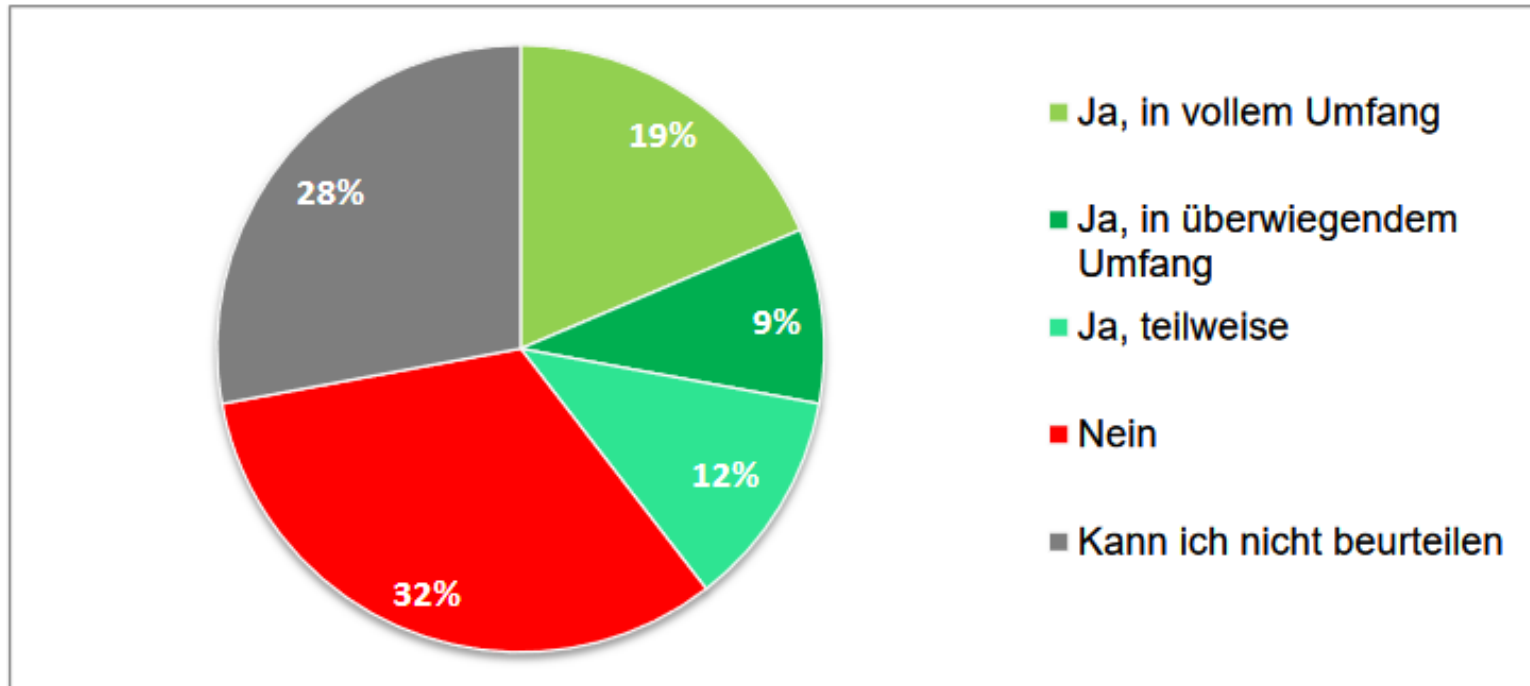


Abbildung 6: Verwendung der PKMS-Erlöse in den Einrichtungen (Frage 3.3)

(Quelle: PKMS-Benchmark Rheinland-Pfalz und Saarland, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier, 17. November 2016)

PKMS / OPS 9-20 ist nicht mehr das einzige Instrument zur Pflege-Erlösgenerierung

- 03/2016: Keine Weiterentwicklung nach „PKMS-Logik“ durch DPR empfohlen -> Grund: Pflegeressourcen statt für Doku für direkte Patientenpflege aufwenden!
- *Förderprogramme*
 - *Pflegezuschlag*
 - *Pflegestellenförderprogramm*
- Aus ICD-10-GM: „Zustandsvariablen“ → PCCL/ OPS 9-20
 - U50: Motorische Funktionseinschränkung (Barthel/FIM)
 - U51: Kognitive Funktionseinschränkung (Barthel/FIM/MMSE)
- „Sachkostenkorrektur“ (Aufwertung von Personalanteil)
- „CCL-Matrix-Anpassung“ (Heimich)

Ab 2016: OPS 9-984

9-984 Pflegebedürftigkeit

Hinw.: Diese Codes sind für Patienten anzugeben, die im Sinne des § 14 SGB XI pflegebedürftig und gemäß § 15 SGB XI einem Pflegegrad zugeordnet sind. Wechselt während des stationären Aufenthaltes der Pflegegrad, ist der Code für die höhere Pflegebedürftigkeit anzugeben. Liegt noch keine Einstufung in einen Pflegegrad vor, ist diese aber bereits beantragt, ist der Code [9-984.b](#) anzugeben. Wurde eine Höherstufung bei vorliegendem Pflegegrad beantragt, ist neben dem zutreffenden Code aus [9-984.6](#) bis [9-984.9](#) zusätzlich der Code [9-984.b](#) anzugeben

9-984.6	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1
9-984.7	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2
9-984.8	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3
9-984.9	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4
9-984.a	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5
9-984.b	Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad

(Quelle: DIMDI, 2017)

OPS 9-984 → **ZE 162/3**

Fallpauschalkatalog 2018:

ZE162 ¹⁰⁾	Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 1)		Pflegebedürftigkeit im Sinne § 14 SGB XI und Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI	
		9-984.8	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	siehe Anlage 2
		9-984.9	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	siehe Anlage 2
		9-984.a	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	siehe Anlage 2
ZE163 ¹¹⁾	Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 2)		Pflegebedürftigkeit im Sinne § 14 SGB XI und Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI	
		9-984.8	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	siehe Anlage 2
		9-984.9	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	siehe Anlage 2
		9-984.a	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	siehe Anlage 2

107,14 €

219,56 €

¹⁰⁾ Das Zusatzentgelt ist ab einer Mindestverweildauer von 5 Belegungstagen und nur in Verbindung mit einer der in Anhang 1 Tabelle 1 genannten DRG-Fallpauschale abrechenbar.

¹¹⁾ Das Zusatzentgelt ist ab einer Mindestverweildauer von 5 Belegungstagen und nur in Verbindung mit einer der in Anhang 1 Tabelle 2 genannten DRG-Fallpauschale abrechenbar.

(Quelle: InEK, 2017)

Anhang 1, Tabelle 1

Anhang 1

G-DRG-Version 2018

Ergänzende Informationen zur Abrechnung von bewerteten Zusatzentgelten aus dem Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 bzw. Anlage 5)

Tabelle 1: Liste der DRG-Fallpauschalen, für die das Zusatzentgelt ZE162 abgerechnet werden darf.

801A, 863Z, A01A, A01B, A01C, A02Z, A03A, A03B, A04B, A04C, A04D, A04E, A05A, A05B, A06A, A06B, A06C, A07A, A07D, A07E, A07F, A11B, A11C, A11F, A11G, A13E, A13F, A13G, A15B, A15C, A17A, A17B, A18Z, A42B, A42C, A60B, A61A, A61B, A61C, A62Z, A63Z, A64Z, A66Z, A69Z, B01A, B02B, B04D, B05Z, B16A, B16B, B17A, B17B, B17D, B17E, B18C, B18D, B19B, B19C, B20A, B20C, B20E, B21B, B42B, B44A, B44D, B61A, B64Z, B66A, B66C, B67A, B68B, B69Z, B70A, B71A, B72A, B74Z, B75Z, B76B, B76C, B76D, B76F, B77Z, B78A, B79Z, B80Z, B84Z, B86Z, C01A, C02A, C03A, C03C, C04A, C04B, C08B, C10A, C10B, C10C, C12Z, C15Z, C16Z, C20A, C20B, C61Z, C62Z, C64Z, C65Z, D01B, D01C, D08A, D12A, D12B, D13A, D16Z, D20B, D22A, D22B, D24B, D25A, D25B, D25D, D29Z, D30Z, D60C, D61Z, D62Z, D63Z, D64Z, D65Z, D67Z, E01B, E02C, E03Z, E05A, E05C, E63A, E63B, E64B, E65A, E66B, E69C, E69D, E69E, E70A, E70B, E71D, E73B, E75A, F03D, F03E, F05Z, F06A, F06B, F06C, F07A, F07B, F07C, F08C, F09A, F09B, F09C, F19B, F19D, F20Z, F21B, F27A, F28B, F36A, F39A, F39B, F41A, F49A, F49B, F62A, F62B, F67A, F67C, F67D, F68A, F68B, F70A, F71B, F74Z, F75A, F75B, G07B, G07C, G08B, G09Z, G10Z, G11A, G11B, G12C, G13A, G13B, G15Z, G44B, G24C, G26B, G27A, G29A, G29B, G33Z, G36C, G37Z, G38Z, G60B, H08C, H08D, H08E, H08F, H08G, H08H, H08I, H09B, H09E, H09G, I10A, I10B, I16A, I16B, I16C, I17A, I17B, I18B, I19A, I19B, I20A, I20B, I20D, I20E, I20F, I29B, I29C, I30A, I30B, I30D, I31C, I32B, I32C, I32D, I32E, I32F, I32G, I33Z, I46B, I47A, I47B, I47C, I50B, I50C, I54B, I59Z, I60Z, I64A, I64C, I65A, I65C, I65E, I76B, J01Z, J04Z, J06Z, J07A, J08A, J09A, J09B, J10B, J11B, J11C, J12Z, J46Z, J44Z, J61A, J62A, J62B, J64A, J65A, J65B, J77Z, K03A, K03B, K06A, K06C, K44Z, K60B, K60D, K62A, K63B, L02A, L02B, L02C, L04A, L04B, L04C, L06A, L06B, L16A, L16B, L16C, L17A, L19Z, L20B, L20C, L37Z, L40Z, L42A, L42B, L44Z, L60C, L60D, L68A, L68B, L69A, L72Z, L73Z, L74Z, M01A, M01B, M02B, M03A, M03B, M04B, M08B, M11Z, M37Z, M38Z, M64Z, N01A, N01C, N02C, N05A, N05B, N06Z, N07Z, N08Z, N25Z, N33Z, N34Z, N38Z, N60B, N62B, O01A, O01B, O01C, O01D, O01E, O01F, O05A, O05B, O05C, O40Z, O60A, O60B, O60C, O60D, O61Z, O63Z, O65A, O65B, O65C, P02C, P02D, P03A, P03B, P05A, P05B, P05C, P06A, P06B, P06C, P61A, P61B, P61C, P61D, P61E, P62A, P62B, P62C, P62D, P63Z, P64Z, P65A, P65B, P65C, P65D, P66A, P66B, P66C, P66D, P67A, P67B, P67C, P67D, P67E, Q01Z, Q02A, Q02B, Q02C, Q03A, Q03B, Q60A, Q60B, Q60D, Q60E, Q63A, R01A, R01C, R01D, R04B, R11C, R12A, R12B, R12C, R13A, R14Z, R16Z, R36Z, R60A, R60B, R60C, R60D, R60E, R61C, R61D, R61G, R61H, R62A, R63A, R63B, R63C, R63D, R63E, R63F, R63H, R66Z, S01Z, S62Z, S63A, S65A, T01B, T44Z, T62A, T62B, T63B, T63C, T64A, T64B, U64Z, V60B, V64Z, W01B, W01C, W04A, W36Z, W61B, X01C, X04Z, X05A, X05B, X06C, X07A, X07B, X33Z, X60Z, X62Z, X64Z, Y02A, Y02C, Y02D, Y03A, Y62A, Z01A, Z01B, Z03Z, Z64A, Z64B, Z64C, Z65Z, Z66Z

(Quelle: InEK, 2017)

Die Zukunft soll zeigen:

Erlösrelevanz „Pflege“

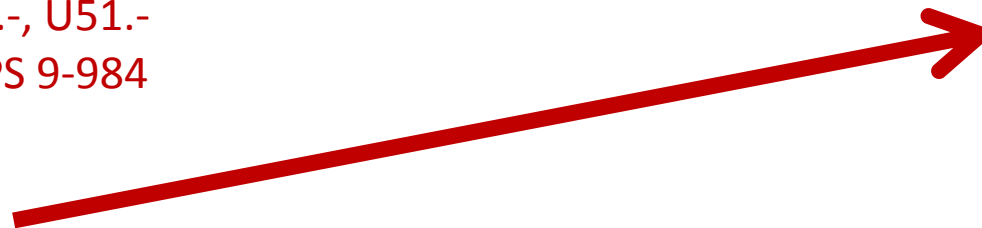
Aufwertung von Personalkostenanteilen

U50.-, U51.-

OPS 9-200, OPS 9-984

...

...



Mehr (Pflege-)Fälle. Mehr Pflegebedarf.
→ Mehr Anstellungen von Pflegenden
oder: mehr Fälle / Pflegefachperson



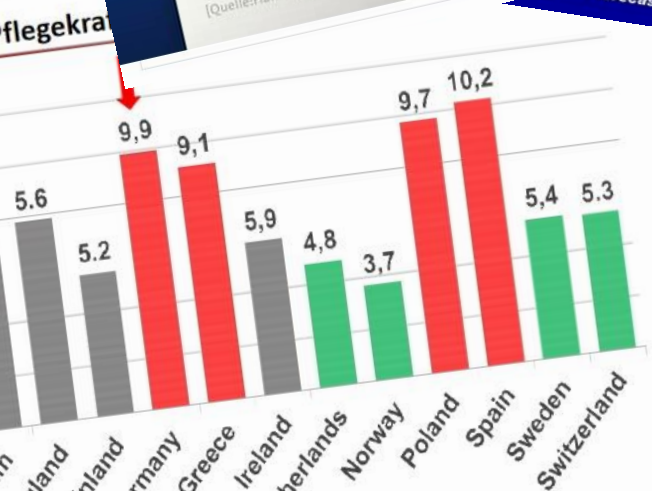
Grundproblem bleibt:

Keine Zweckbindung!

In Stefans Beiträgen suchen

tagesschau
Am 19. Sep. um 15:15

Das Thema Pflege rückt vor der Bundestagswahl in den Fokus der Parteien. SPD, Union, Linke und Grüne stellen mehr Personal und bessere Bezahlung der Pflegekräfte in Aussicht.



tagesschau
Am 12. Sep. um 07:00

ABONNIERT

§1 GG

Gestern wurde er bereits in den sozialen Medien für seine klaren Worte hoch gelobt... **Mehr anzeigen**

80.445 13.875 Kommentare 72.300 Mal geteilt 5,4 Mio. Aufrufe

MEIN RECHT AUF **FREI!**

ZUM ABSCHALTEN
AUSSCHALTEN

Sammelband zur DBfK-Aktion 2016

DBfK

Wo stehen wir?

KRITISCHE FRAGEN

Ist das definitorisch / pflegfachlich alles trennscharf?
(Was sind „Zu-/Ableitungen“, was ist „Ganzkörperwäsche“?,...)

Pflegeinterventionen sind: (Die zugehörigen Gründe sind in der ersten Spalte aufgeführt)		
G1 G2 G10 G12	B1	<p>Volle Übernahme der Nahrungsverabreichung und/oder Anleitung/Aktivierung zur Nahrungsaufnahme (mindestens 4 Mahlzeiten oder mindestens 7 x tägl. Snacks/Zwischenmahlzeiten)</p> <p>UND mindestens 7 orale Flüssigkeitsverabreichungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten bei einer Gesamttagesmenge von mindestens 1500 ml gemäß Flüssigkeitsprotokoll ✎</p> <p>ODER mindestens 9 orale Flüssigkeitsverabreichungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten bei einer Gesamttagesmenge von mindestens 1000 ml gemäß Flüssigkeitsprotokoll ✎</p> <p>ODER mindestens 12 orale Flüssigkeitsverabreichungen schluckweise/teelöffelweise zu unterschiedlichen Zeitpunkten bei einer Gesamtmenge von mindestens 800 ml gemäß Flüssigkeitsprotokoll ✎</p>
G5 G6	B3	<p>Volle Übernahme der Nahrungsverabreichung und/oder Anleitung/Aktivierung zur Nahrungsaufnahme (mindestens 4 Mahlzeiten)</p> <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"> • aufwendiger Transfer in den Rollstuhl/auf den Stuhl UND/ODER • aufwendiges Anlegen von Stützkorsett/-hose/Orthese/Rumpfwickel UND/ODER • aufwendiges Aufsetzen im Bett in den stabilen Sitz in Neutralstellung, stabilen Sitz

(Quelle: DIMDI, 2017)

(Wo) entsteht uns „Mehrarbeit“?

MDK-Prüfungen von PKMS-Fällen	Anzahl	In Prozent	N Kliniken, die beide Fragen beantwortet haben
PKMS-Fälle	2.584		23
Prüfung durch MDK	757	29,3 %	23
davon mit positivem Gutachten	508*	67,1 %*	23
davon mit negativem Gutachten	171*	22,6 %*	23
davon Widerspruch eingelegt	46	6,1 %	21

(Quelle: PKMS-Benchmark Rheinland-Pfalz und Saarland, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier, 17. November 2016)

- Was ist der „Preis“ für PKMS?:
 - Personal
 - Investition (IT, Doku)
 - Schulung,..?
- Was ist der Gewinn für die Pflege am Patienten?
- Wird Pflege verbessert – oder nur die Doku?
- Wer kodiert PKMS?
- Wie wird kodiert? Papier / digital?
- Wieviel Mehraufwand haben Sie durch PKMS-Doku?
- Wie schulen Sie Ihre MA?
- Was ist mit NICHT „hochaufwendiger“ Pflege?

Was wir sonst noch brauchen...

PFLEGEBERUFS- POLITISCHES FAZIT

- Sofort-Fördermaßnahmen mit Zweckbindung, Nachweispflicht und ohne Eigenbeteiligung
 - Nicht wie bei „Pflegezuschlag“ / „Pflegestellenförderprogramm“
- Gesetzliche Pflegepersonaluntergrenzen
 - Definition unter Experteneinbezug
 - ohne Erzeugung von Personalwanderungen
 - nicht „Untergrenze“ → Norm, aber Minimum
 - unter Berücksichtigung von Qualitätseffekten
 - als Wettbewerbsfaktor
 - differenziert nach Qualifikationen
 - Nachweisbarkeit / Transparenz
 - Sanktionen bei Verstößen
 - Als „Zwischenschritt“ zu Personalbemessungsinstrument

- Digitalisierung / Datennutzung / Transparenz
- Einbindung pflegefachlicher Expertise
- Förderung der Pflegewissenschaft
- Definition von Pflege, Pflegeinhalten, -ausbildung und -qualitäten
- Qualitätswettbewerb
- Selbstverwaltung / Pflegekammern
- Gesellschaftsdiskurs
- Abgleich IST- / SOLL-System und Konsequenzen
- „Proud to be a nurse!“ (Berufsstolz)

„Long way to go...“

- PKMS bleibt komplex und Streitbar.

Pflege muss kommunizieren.

Auf Wiedersehen!

schwark@dbfk.de

Deutscher Berufsverband für
Pflegeberufe
DBfK Nordwest e.V.
Lister Kirchweg 45
30163 Hannover

Tel.: 0511 696844 0
Fax: 0511 696844 299
E-Mail: nordwest@dbfk.de

www.dbfk.de



@dbfknordwest
@jungepflege



DBfK Nordwest



Karl und Agnes –
DBfK Nordwest e.V.



Aktuelles aus Ihrem Verband ...

Stark für
die Pflege

 **DBfK**
Deutscher Berufsverband
für Pflegeberufe

DBfK Nordwest e.V. | HANNOVER Geschäftsstelle und Agnes Karll Akademie des DBfK | **BAD SCHWARTAU** RV Nord | **ESSEN** RV West