

OPS 9-20

Hochaufwendige Pflege von Patienten

**10. Herbstsymposium Deutsche Gesellschaft für
Medizincontrolling**

- **Pflegethermometer 2009**
- **Rückblick**
- **Praxiserfahrungen**
- **Aktuelle Entwicklungen**
- **Ausblick**

- **Pflegethermometer 2009**
- **Rückblick**
- **Rückmeldungen aus der Praxis**
- **Aktuelle Entwicklungen**
- **Ausblick**

- Gesundheits- und Krankenpflege mit 774.000 Beschäftigten größte Berufsgruppe im Bereich der Gesundheitswirtschaft
 - 396.000 Pflegekräfte in allgemeinen Krankenhäusern
 - 1996-2008 rund 50.000 Vollzeitstellen abgebaut in Krankenhauspflege
 - Seit 2005 Abschwächung dieses Trends
 - Im Jahr 2008 erstmals Änderung: 1.840 Vollkräfte zusätzlich beschäftigt
 - Bewertung Sonderprogramm noch nicht abschließend möglich
-

- Zahl der behandelten Patienten kontinuierlich erhöht
- Seit 1995 um 12,1% (1995: 15,6 Mio. ⇒ 2008:17,5 Mio.)
- Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer auf 8,1 Tage
- Pflegekraft-Patienten-Relation liegt jetzt bei 61,5 Fälle pro Vollkraft

- **Pflegethermometer 2009**
- **Rückblick**
- **Praxiserfahrungen**
- **Aktuelle Entwicklungen**
- **Ausblick**

- Im April 2007 startet der DPR eine Projektinitiative zur „Adäquaten Abbildung des Pflegeaufwandes im G-DRG-System durch die Pflegeindikatoren“
- Im Auftrag des Deutschen Pflegerates e.V. erstellt am Lehrstuhl für Epidemiologie und Pflegewissenschaft Universität Witten/Herdecke:
Leitung Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik unter Mitarbeit von Jörg Haasenritter, Dipl. Pflegewirt, Dirk Hunstein (c) Dr. rer. medic. und Dr. Pia Wieteck

- Forschungsantrag wurde im Januar 2008 eingereicht:
 - ⇒ Identifizierung eines Indikatoren-Sets zur Erklärung des pflegerischen Ressourcenverbrauchs
 - ⇒ Testung des Indikatoren-Sets
 - ⇒ Integration des Indikatoren-Sets im G-DRG-System

- Anforderungen an Indikatoren:
 - ⇒ Pflegeindikatoren sollen nicht konkurrierend zu bereits genutzten Kriterien auftreten
 - ⇒ Instrumente, die bereits zur Abbildung des Pflegeaufwandes genutzt werden
 - ⇒ Erhebungsaufwand und zusätzlich erreichter Erklärungsgrad sollen in angemessenem Verhältnis stehen

- Forschungsantrag nicht umgesetzt, aber:
⇒ Sofortprogramm seitens der Bundesregierung

- Gesetzliche Verankerung KHEntgG § 4 Abs. 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

- Forschungsantrag nicht umgesetzt, aber:
⇒ Sofortprogramm seitens der Bundesregierung

- Gesetzliche Verankerung KHEntgG § 4 Abs. 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

- **Pflegegipfel bzw. Unterarbeitsgruppe (Sept. 2008 – Dez.2008):**
 - ⇒ Konsensuspapier mit Handlungsempfehlungen
 - ⇒ u. a. Empfehlung Entwicklung von Komplexkodes
- **DPR-Expertengruppe und AG PPR**
 - ⇒ OPS 9-20 Hochaufwendige Pflege
(Erwachsene, Kinder/Jugendliche, Kleinkinder)
 - ⇒ Pflegekomplexmaßnahmen-Score
(PKMS-E, PKMS-J, PKMS-K)
 - ⇒ PPR A4 für Kalkulation
- **Vorschlagsverfahren 2010 (Februar 2009)**

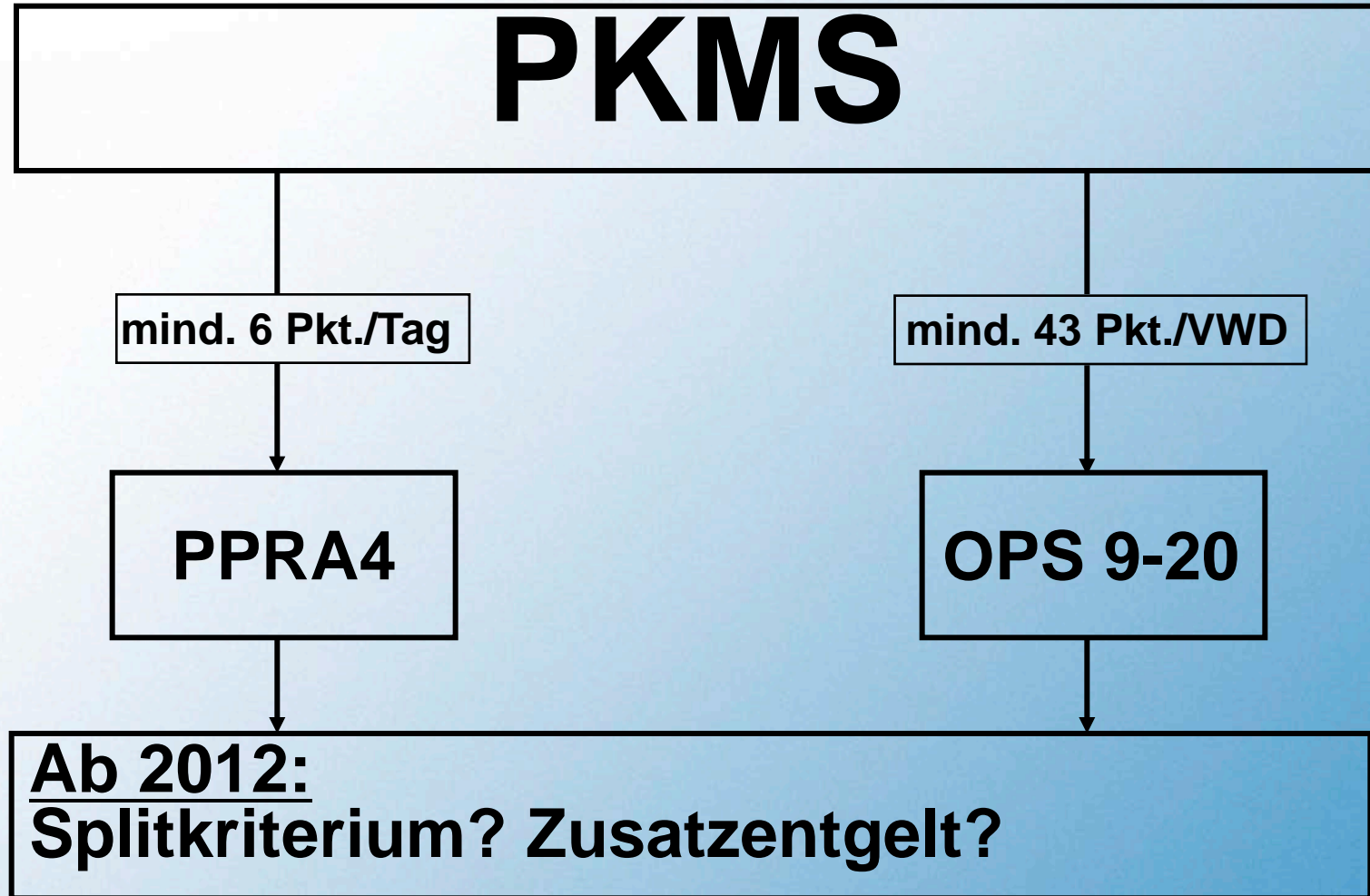
- **Pflegethermometer 2009**
- **Rückblick**
- **Praxiserfahrungen**
- **Aktuelle Entwicklungen**
- **Ausblick**

PKMS, OPS, PPRA4: Positive Entwicklungen

- Weiterer Schritt für Verbesserung der Abbildung der Leistungen der Pflege im G-DRG-System
- Mögliche differenziertere Zuordnung von Personalkosten der Pflege im Kalkulationsverfahren
- Auseinandersetzung mit Pflegedokumentation und –planung
- Diskussion über Pflegefachsprache und –diagnosen
- Erlösrelevante Faktoren der Pflege nicht nur über Pflegezeiten abbilden (Pflegeprozess)

- Ausschließlich Abbildung von hochaufwendigen Leistungen der „allgemeinen Pflege“
 - Hoher Dokumentations- und Schulungsaufwand
 - Teilweise nicht sachgerechte Darstellung von Pflegeleistungen
 - Pflegebereiche werden zum Teil nicht adäquat abgebildet
 - Pflege in bereits vorhanden Komplexcodes
 - PPR-Einstufung
 - MDK-Prüfungen
 - Validität
 - Kostenumverteilung
 - Kalkulationshinweise
-

- **Pflegethermometer 2009**
- **Rückblick**
- **Praxiserfahrungen**
- **Aktuelle Entwicklungen**
- **Ausblick**



- Überarbeitungsziele:
 - ⇒ Handhabbarkeit verbessern
 - ⇒ Dokumentationsaufwand reduzieren
 - ⇒ Fachlich-inhaltliche Anpassung
 - ⇒ Berücksichtigung weiterer Fachbereiche
 - ⇒ Trennung Instrument - Durchführungsbestimmungen

- Analyse des PKMS-E:
 - ⇒ Hochkomplexes Instrument
 - ⇒ Multiple Beziehungsebenen

- Pflegeinterventionen - Analyse der einzelnen Leistungsbereiche ergeben drei „Leistungskategorien“:
 - ⇒ Volle Übernahme mit großer Häufigkeit
 - ⇒ Therapeutische Leistungen
 - ⇒ Besonderheiten: z.B. Einsatz von 2 Pflegepersonen

 - Pflegeinterventionen – weitere Überarbeitungspunkte:
 - ⇒ Neustrukturierung von „Kombinationsleistungen“
 - ⇒ S-Leistungen ausgliedern
 - ⇒ Neudefinition von „hochaufwendig“: z.B. Leistungen aus mind. 2 Leistungsbereichen
-

Leistungsbereich Körperpflege

PKMS-E Neu

Volle Übernahme der Körperpflege inklusive An-/Auskleiden (5xtgl. davon mind. 1x Ganzkörperpflege)

Therapeutische Körperpflege (Handsymbol zum Doku-Hinweis)

Ganzkörperpflege mit zwei Pflegepersonen (pflegefachlich begründet)

PKMS-E Alt

Mehrfachwaschungen/-körperpflege: Durchführung von Mehrfachwaschungen in voller Übernahme
4 x täglich davon mindestens 2 Ganzkörperwaschungen

Maßnahmen zum Erlernen/Wiedererlangen einer selbstständigen Körperpflege (Haarpflege, Mundpflege, Körperwaschung u/o Hautpflege)
bei vorliegenden Erschwernisfaktoren (Gründe des PKMS-E). In der Pflegedokumentation sind die individuellen pflegerischen Zielsetzungen der Maßnahmen auszuweisen, ebenso die auf den Patienten abgestimmte Vorgehensweise

Therapeutische Ganzkörperpflege nach folgenden Konzepten: NDT-Konzept (Neuro-Developmental Treatment), MRP (Motor Relearning Programme), Bobath-Konzept, Bag-bath/Towelbath, beruhigende/ belebende/basalstimulierende GWK, GWK nach Inhester und Zimmermann, andere neurologische oder rehabilitative Konzepte zur Ganzkörperpflege mit Fazilitation/Inhibition von normalen Bewegungsabläufen oder kompensatorischen Fähigkeiten, Konzepte aus psychologischer Perspektive

Ganzkörperwaschung/-pflege mit zwei Pflegepersonen pflegefachlich erforderlich

Anmerkungen:

A5-A7 : Volle Übernahme und Mundpflege/ASE/Atemübungen/An-/Auskleiden/Anziehtraining/Tracheostomamanagement/Infektioneprophylaxe (Kombinationsleistungen)
Transfer + Prothesen bisher nicht enthalten



- Analyse der „Gründe“
 - ⇒ Identifizierung einer umschriebenen Anzahl von „Gründekategorien“?
 - ⇒ Gründe im Sinne einer „Patientenklassifikation“?
 - ⇒ Zuordnung Grund – Intervention?
 - ⇒ Definition von Erschwernisfaktoren

AG Überarbeitung PKMS-E: Aktuelle Entwicklungen

Pflegeproblem („Grund“) Leistungsbereich	Kognitive Beeinträchtigung/Eingeschränkte Anpassungsfähigkeit
Körperpflege	G1: Abwehr/Widerstände G10: Beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung
Ernährung	G1: Nahrungsvereigerung/Verkennen der Nahrungssituation G2: Quantitative Bewusstseinsveränderungen G11: Abläufe nicht bekannt
Ausscheidung	G1: Kognitive Beeinträchtigung
Bewegen/Sicherheit	G1: Abwehr/Widerstände

- **Pflegethermometer 2009**
- **Rückblick**
- **Praxiserfahrungen**
- **Aktuelle Entwicklungen**
- **Ausblick**

- Was ist noch zu tun:
 - ⇒ Überarbeitung Gründe
 - ⇒ Begleittext/Durchführungshinweise
 - ⇒ Praxistest
 - ⇒ Datenerhebung in vielen Einrichtungen
 - ⇒ Erstellung von Mappingtabellen
 - ⇒ Umgang mit anderen Komplexcodes
 - ⇒ ...

 - ⇒ **28.02.2011 !!!!!**
-

... Oder ganz anders....????

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit !**

- Corinna Germ: Dipl. Pflegewirtin (FH), Klinikum der J.W. Goethe Universität Frankfurt am Main, Abt. Pflegeentwicklung,
- Daniela Marintschev: Uni-Klinik Halle, Elsbeth-Heise-Pflegepreis Projekttitle: "Abbildung des Pflegeaufwandes und der pflegerischen Situation innerhalb der G-DRG Systematik"
- Patrick Jahn: Institut der Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle
- Matthias Stolze: Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannstrost, AG PKMS-Q
- Anke Wittrich, BV Geriatrie, AG-Leitung

Erwachsene:

- Kalkulations-PPRA4 bezieht sich auf 14 Stunden analog PPRA1-A3

Kinder, Jugendliche und Kleinkinder:

- PPR bereits auf 24 Stunden angepasst, daher PPRA4 auch auf 24 Stunden ausgelegt

- Krankenhausentgeltgesetz § 4 Abs. 10:
 - ¹ Die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre 2009 bis 2011 zu 90% finanziell gefördert.
 - ¹⁴ 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.