

FAQ 2019

OPS 9-20 mit PKMS-E, J, K, F und OPS 9-984

Praktische Anwendungsempfehlungen



Fachgesellschaft
Profession Pflege
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstr. 59
E-Mail info@pro-pflege.eu
www.pro-pflege.eu
10117 Berlin

Freigabe erfolgte durch die Experten der Fachgesellschaft - Profession Pflege e. V., der AGKAMED-AG OPS 9-20, den Teilnehmern des MDS-Multiplikatorenseminars „Hochaufwendige Pflege“ sowie durch die Sozialmedizinische Expertengruppe „Vergütung und Abrechnung“ der MDK-Gemeinschaft (SEG 4) im Januar 2019.

Die Empfehlungen zur Auslegung des PKMS dienen dazu, den Pflegepraktikern eine Unterstützung bei der Umsetzung und korrekten Anwendung des PKMS zu geben. Auf der anderen Seite sollen die Empfehlungen dabei dienen, den Zweck des PKMS im Auge zu behalten. Der PKMS ist ein Instrument, um „hochaufwendige Pflegeleistungen“ im G-DRG-System sichtbar zu machen. Ziel der Empfehlungen ist es, eine korrekte Abrechnung „hochaufwendiger Leistungen“ sicherzustellen. Es sollen keine Leistungen zur Abrechnung gebracht werden, die „nicht“ hochaufwendig sind, weil das entsprechende Item nicht korrekt ausgelegt wurde, oder Matrixkombinationen genutzt wurden, die fachlich nicht sinnvoll sind, oder nur Leistungen dokumentiert, aber so nicht erbracht wurden usw. Ebenso soll verhindert werden, dass unnötige Forderungen von Seiten der PKMS-Begutachtung dazu führen, dass zusätzlich Dokumentationsaufwände entstehen, die ausschließlich dazu dienen, eine Begutachtung positiv zu bestehen.

Die hier vorgelegten FAQ basieren auf den bisherigen Erarbeitungen, wurden aber in diesem Jahr federführend von der Fachgesellschaft - Profession Pflege e.V. vorbereitet.

Wie in jedem Jahr werden zur Erarbeitung der FAQ die verschiedenen Expertengruppen mit einbezogen.

Hierzu gehören die Mitglieder der Fachgesellschaft - Profession Pflege e.V., die Teilnehmer des MDS-Multiplikatorenseminars „Hochaufwendige Pflege“ im Dezember 2018.

Federführend vorbereitet und geprüft wurden die Vorschläge durch Frau Dr. med. Beate Waibel, MDK Baden-Württemberg, Frau Dr. med. Nicola Lutterbüse, GkinD e.V., Frau Dr. Pia Wieteck Vorstandsmitglied der Fachgesellschaft - Profession Pflege e.V.

Die in den Arbeitsgruppen AGKAMED-AG OPS 9-20 und der Fachgesellschaft - Profession Pflege e.V. aktualisierte Fassung der FAQ 2018 wurde abschließend der SEG 4 und den Mitgliedern der Fachgesellschaft zur Freigabe vorgelegt, aus deren Kreis noch Änderungen eingefügt worden sind.

1. Geltungsbereich des OPS 9-20 und PKMS	8
1.1 Darf der PKMS auf Intensivstationen erhoben werden, wenn kein TISS/SAPS und damit kein Intensivkomplexe kodiert wird?	8
1.2 Darf der PKMS kodiert werden, wenn TISS/SAPS nur zur internen Aufwandskalkulation erhoben wird?.....	8
1.3 Geändert 2019: Gibt es andere OPS (Komplexe), die den OPS 9-200, 9-201, 9-202 ausschließen?	8
1.4 Wie werden Leistungen, welche von Begleitpersonen/Angehörigen durchgeführt werden, bewertet?	8
1.5 Werden am Aufnahme- und Entlassungstag ebenfalls PKMS-Aufwandspunkte erhoben und gezahlt?	8
1.6 Können die PKMS-Aufwandspunkte an den Tagen, an welchen der Patient stundenweise eine Dialyse auf einer Intensivstation erhält, gezahlt werden?	8
1.7 Darf das ZE 130/131 in Rechnung gestellt werden bei einem Patienten mit einer nichtbewerteten DRG (Anlage 3 DRG) mit krankenhausindividuellem vereinbartem Entgelt?	8
1.8 Darf der PKMS auch in der Psychiatrie kodiert werden?	9
1.9 (Wiederaufnahme) Findet der OPS 9-20 auch im teilstationären Bereich Anwendung?	9
Sobald ein Patient teilstationär bei Abrechnung nach Krankenhausentgeltgesetz behandelt wird, kann der OPS 9-20 erhoben werden. Ob ein Zusatzentgelt abgerechnet werden kann, ist vom jeweiligen Vertrag abhängig und ist somit eine leistungsrechtliche Entscheidung.	
2. PKMS (E, J, K)-Anwendungsfragen.....	9
2.1 Wie ist bei Wiederaufnahme von Patienten zu verfahren, bei denen es zur Fallzusammenführung kommt?.....	9
2.2 Über welchen Tageszeitraum werden die PKMS-Leistungen erhoben?	9
2.3 Wie sind die Altersvorgaben des PKMS-E, J, K, F genau auszulegen?	9
2.4 Können auch mehrere Gründe und Pflegemaßnahmen in einem Leistungsbereich des PKMS erhoben werden?	9
2.5 Wann darf ein Leistungsbereich des PKMS geltend gemacht werden?	9
2.6 Dürfen Maßnahmen durch Vertreter anderer Berufsgruppen (z. B. Ergotherapeut, Logotherapeut, Physiotherapeut, Stomatherapeut, Wundmanager usw.) erbracht werden?.....	10
2.7 Wie sind die verschiedenen (Satz-)Zeichen im PKMS zu verstehen?	10
2.8 Können Aufwandspunkte abgelehnt werden, wenn der Barthel Index keine volle Pflegeabhängigkeit ausweist?	10
3. Auslegungs-/Verständnisfragen zu den einzelnen Items.....	10
3.1 Leistungsbereich Körperpflege	10
3.1.1 Was zählt als Zu-/Ableitung (Vgl. G5 bei Erwachsenen oder G2 bei Kindern/Jugendlichen)?10	
3.1.2 Wie ist das gleichzeitige Liegen eines transurethralen und eines suprapubischen Katheters zu werten. Wird die Blase hier als ein „Wundgebiet“ gezählt, obwohl es sich um zwei unterschiedliche Ableitungen handelt?.....	10
3.1.3 Geändert 2019 Was ist genau unter „volle Übernahme der Ganzkörperwaschung“ zu verstehen und wann ist diese erbracht?	10
3.1.4 Kann die Mobilisation in den Dusch-/Toilettenstuhl oder die Duschtrage bei dem Leistungsbereich Bewegen geltend gemacht werden oder ist das im Bereich Körperpflege oder Ausscheidung bereits inkludiert?	11

3.1.5 Müssen Mitarbeiter, die eine Körperwaschung nach Bobath durchgeführt haben, einen expliziten Fortbildungsnachweis vorlegen, damit die therapeutische Waschung im Sinne des PKMS geltend gemacht werden kann?	11
3.1.6 Was bedeutet genau „pflegeindikationsgerechte therapeutische Ganzkörperpflege“?.....	11
Die Pflegeindikation ist gegeben, wenn die auf den Patientenfall bezogenen Empfehlungen aus der Fachliteratur angewendet werden.	11
3.1.7 Was ist mit Bag-bath/Towelbath gemeint (A3)?	12
3.1.8 Sind die konkreten „therapeutischen Waschungen“ anzugeben?	12
3.1.9 Wann können die PKMS-Aufwandspunkte für die Maßnahme A4 geltend gemacht werden?.....	12
3.1.10 Die Anforderungen an die Umsetzung und Dokumentation der PKMS-Maßnahme A1 ist unklar, was genau ist erforderlich?	13
3.1.11 Können in der Dokumentation für die Ziele und Maßnahmen der therapeutischen Leistungen (z. B. A1, B2, B4) vorgefertigte Formulierungen verwendet werden?	13
3.1.12 Aus welchen Leistungen besteht die Erfüllung der PKMS-Maßnahme A8?.....	13
3.1.13 Wie ist unter G11 das „hohe Pneumonierisiko ermittelt durch systematische Einschätzung/lt. Assessment (PKMS-J)“ definiert?	13
3.1.14 Was ist unter Maßnahme A7 genau gemeint?	13
3.1.15 Anlässe für therapeutische Körperwaschungen (G10) bei vorliegender Orientierungs- und Wahrnehmungsbeeinträchtigung – was genau ist damit gemeint?	13
3.1.16 Wie ist die „ausgeprägte Fatigue in der schwersten Ausprägung entsprechend Assessment“ nachzuweisen?.....	14
3.1.17 NEU 2019: Wie genau werden die Leistungen zum Tracheostoma-Management gezählt?	14

3.2 Leistungsbereich Ernährung 14

3.2.1 Müssen angegebene Trinkmengen, Mindestmengen, Häufigkeitsangaben eingehalten werden?	14
3.2.2 Was zählt alles zur Sondennahrung? (PKMS-E, B5)	14
3.2.3 (B5) Ist die Bolusapplikation bei Sondennahrung auch über Ernährungspumpen möglich?.....	15
3.2.4 Wie ist „eine volle Übernahme“ und die Ergänzung „Anleitung/Aktivierung“ (B1 und B3) im Bereich Ernährung auszulegen?	15
3.2.5 Maßnahme B1: Zählt Kaffee/Kuchen als 4. Mahlzeit oder wäre das als einer der 7 Snacks zu zählen?	15
3.2.6 Was zählt alles als Flüssigkeit, um die ml-Angaben für B1 zu erfüllen?	15
3.2.7 Bei der Maßnahme B5 ist keine schreibende Hand oder der Hinweis auf ein Trinkprotokoll hinterlegt. Bedeutet das, dass hier nur 7 HZ ohne die Angabe von ml in der Spalte pro Tag benötigt werden?	15
3.2.8 Wie genau muss die Beschreibung des Ess- und Trinktrainings unter Maßnahme B4 erfolgen?	15
3.2.9 Kann die Leistung „Mahlzeit verabreicht“ geltend gemacht werden, wenn ein Patient mit Nahrungsverweigerung trotz Mobilisation an den Tisch, motivierendes Zureden am Ende nur eine geringe Menge Nahrung zu sich genommen hat?	16
3.2.10 Was macht den Transfer bei B3 aufwendig?	16
3.2.11 Neu 2019: Ist für alle in B3 aufgezählten Punkte eine Hemi-/Para-/Tetraplegie Voraussetzung?	16

3.3 Ausscheidung 17

3.3.1 Ist das (An)Spülen der Blase mittels großvolumiger Spritze mehrmals am Tag mit Kochsalzlösung als Ausscheidungsunterstützung anzusehen?	17
---	----

3.3.2 Ist die komplette Übernahme der Entleerung des Urinbeutels bei einer Dauerableitung der Blase eine Ausscheidungsunterstützung?	17
3.3.3 Zählt die volle Übernahme des Wechsels von Inkontinenzeinlagen/-hosen als Maßnahme der „vollen Übernahme im Bereich der Ausscheidung“?	17
3.3.4 Sind unter dem Leistungsbereich „Ausscheidung“ sowohl Stuhl- als auch Urin-/Ausscheidungen zu verstehen?.....	17
3.3.5 Wird der Wechsel des Inkontinenzmaterials bei liegendem Harnableitungssystem im Rahmen der Pflegemaßnahmen C3 als Ausscheidungsunterstützung gewertet?.....	17
3.3.6 Sind beim Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz“ Häufigkeiten bei der Maßnahmenerbringung hinterlegt (bzw. Toiletentraining)?	17
3.3.7 Wie ist bei C3 Wechsel von Stomabeutel auszulegen? Platte und Beutel neu kleben und/oder Platte bleibt, Beutel wird gewechselt und/oder Beutel ausstreichen?	17
3.3.8 Welche Leistungen unter C3, Maßnahme "Ausscheidungsunterstützung im Bett", sind mit dem Wort „z. B.“ genau gemeint?.....	17
3.3.9 Was bedeutet „Volle Unterstützung bei der Ausscheidung (C1 und C3)“?.....	18
3.3.10 Geändert 2019: Wie ist C3 bezüglich der „zusätzlichen Aspekte“ zu verstehen?.....	18
3.3.11 Was bedeutet eine „veränderte“ Miktions-/Defäkationsfrequenz bei G10?.....	18
3.4 Bewegung.....	18
3.4.1 Was ist eine Mikrolagerung?	18
3.4.2 Geändert 2019: Was ist mit „aufwendige Sicherheitsmaßnahmen“ gemeint (D6)?.....	18
3.4.3 Kann die Nutzung einer Sensormatte oder das Fahren der Patienten vor das Stationszimmer zur intensiven Beobachtung als „aufwendige Sicherheitsmaßnahme“ geltend gemacht werden?	18
3.4.4 Der Transfer eines Patienten aus dem Bett und zurück – ist das als 1 x Bewegen oder als 2 x Bewegen z. B. im Rahmen von D1 geltend zu machen?	19
3.4.5 Wenn ein Patient bei einem vorliegenden Grund im Leistungsbereich Bewegen von einer externen Person auf die Station rückbegleitet wird, dürfen dann die PKMS-Aufwandspunkte berechnet werden und gibt es Vorgaben bezüglich des Ortes, welche beim Suchen/Rückbegleiten anerkannt werden?	19
3.4.6 Wie muss im Rahmen Bewegung G10 das hohe Dekubitusrisiko nachgewiesen werden? ...	19
3.4.7 Kann G10 Bewegen (Hohes Dekubitusrisiko) geltend gemacht werden, wenn bei der Einschätzung mit der Braden-Skala nur ein mittleres Risiko festgestellt wurde?	20
3.4.8 Wie kann (D4) z. B. „Gehtraining mit Gehhilfen“ für den pflegerischen Alltag ausgelegt werden?	20
3.4.9 Die Krankheitsbilder Guillain-Barré-Syndrom, Multiple Sklerose und Amyotrophe Lateralsklerose (eventuell auch weitere Krankheitsbilder in der Neurologie) können im Verlauf mit einer Tetraplegie einhergehen. Inwiefern können hier die Gründe, die sich auf Tetraplegie beziehen, angewendet werden?	20
3.4.10 Maßnahme D5, was ist mit einem Lagerungs-/Positionswechsel genau gemeint, kann hier auch eine Mobilisierungsmaßnahme z. B. aus dem Bett gezählt werden?	20
3.4.11 Was genau ist mit „an allen gefährdeten großen Gelenken“ im Rahmen der Kontrakturenprophylaxe gemeint?	20
3.4.12 Was ist mit „aufwendiges Anlegen von Prothese, Orthesen, Stützkorsagen“ gemeint?	20
3.4.13: Worauf bezieht sich das und/oder in der D2? „Mindestens 4 x tägl. Lagerungswechsel und/oder Mobilisation mit mindestens 3 Pflegepersonen (nur bei BMI von mindestens 40 kg/m²)“	20
3.5 Kommunikation	21
3.5.1 „Die kommunikativen Pflegemaßnahmen werden nicht im Rahmen der Erbringung anderer Pflegeleistungen erbracht“, wie ist diese Forderung auszulegen?.....	21

3.5.2 Wird ein problemorientiertes Gespräch (E2) mit dem Patienten unter Zuhilfenahme eines Angehörigen in der Funktion eines Dolmetschers durchgeführt, darf die PKMS-Leistung dann als erfüllt betrachtet werden?	21
3.5.3 Ist eine Sitzwache als Eins-zu Eins-Betreuung zu werten?	21
3.5.4 Kann eine Kommunikationsleistung, die telefonisch z. B. mit Angehörigen erfolgt, auch geltend gemacht werden?	21
3.5.5 Was sind „problemlösungsorientierte Gespräche“?	21
3.6 Kreislauf/ Wundmanagement	21
3.6.1 Im Leistungsbereich F Kreislauf in den Maßnahmenkomplexen F1 steht kein UND bzw. ODER. Müssen alle aufgeführten Maßnahmen erfüllt sein? Welche Häufigkeit wird erwartet?.....	21
3.6.2 Bei den Maßnahmen F2 a) bis d) – bezieht sich hier die Häufigkeitsangabe 6 x tägl. auf eine Kombination oder auf Einzelleistungen?	22
3.6.3 (G10) Hochaufwendiges Wundmanagement, hier werden mind. 3 sekundär heilende Wunden (z. B. Dekubitus Grad 3) genannt. Wie ist der Text in der Klammer zu verstehen?	22
3.6.4 Wie ist die Maßnahme G1 (Wundmanagement) auszulegen? Sind die „Unterpunkte“ täglich nachzuweisen?.....	22
3.6.5 Ein Patient mit einer „hochaufwendigen Wunde“ erhält die Wundversorgung im OP-Bereich. Können die PKMS-Aufwandspunkte abgerechnet werden?	22
3.6.6 Wie sind die Zeiten im Rahmen der Wunddokumentation nachzuweisen?	22
3.6.7 Muss das systematische Wundmanagement bei G1 in der beschriebenen Form täglich stattfinden?	22
3.6.8 Gilt das Stomamanagement für alle Stomaarten einschließlich Urostoma, Tracheostoma und Gastrostoma?.....	23
3.7. Leistungsbereich Atmung.....	23
3.7.1 Was ist unter „voller Übernahme zur Auswurf-förderung“ zu verstehen?.....	23
3.7.2. Wie hat die Dokumentation der Atemtherapeutischen Leistungen zu erfolgen?	23
3.7.3. Was ist unter G1 bei PKMS J, K und F „Zustand nach großem operativen Eingriff“ zu verstehen?	23
3.8 Verschiedene Leistungsbereiche betreffende Fragen	23
3.8.1 Dürfen andere Gründe und Maßnahmenverknüpfungen geltend gemacht werden, wenn diese fachlich begründbar sind?	23
3.8.2 Im PKMS wird bei einigen Pflegemaßnahmen die Durchführung mit zwei Pflegepersonen gefordert. Können auch Angehörige als zweite Pflegeperson geltend gemacht werden?	23
3.8.3 Grund für hochaufwendige Pflege G4 „Extreme Schmerzzustände, die sich auf die Körperpflege auswirken“/Interventionen A4/D2. Ist hier ein täglicher Nachweis auf einer Schmerzskala zu führen und müssen die Einschätzungen einen festgelegten Punkte-Score erreichen?	24
3.8.4 Bei G5 Erschwernisfaktor „mindestens 3 unterschiedliche Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung)“, wie ist „(inkl. Beatmung)“ gemeint?	24
3.8.5 Wie ist der Erschwernisfaktor „fehlende Kraft zur Eigenbewegung im Rumpf und Beckenbereich“ bei G5 zu verstehen?.....	24
3.8.6 Was ist im PKMS unter einer „schweren Beeinträchtigung“ unter G6 zu verstehen?.....	24
3.8.7 Weist ein Patient bei der Einschätzung des (erweiterten) Barthel-Index eine hohe Punktzahl auf und damit eine geringe Funktionseinschränkung, können dann automatisch Gründe im PKMS gestrichen werden?	24
3.8.8 Erweiterter Barthel-Index, FIM-Index und MMSE können zur Kodierung der ICD U51.2- genutzt werden und begründen künftig die G1 in allen Leistungsbereichen. Inwieweit muss die Einstufung der relevanten Assessmentinstrumente mit der restlichen Dokumentation plausibilisiert sein?	24

- 3.8.9: Werden die PKMS-Aufwandspunkte, bei einem nicht durch Laboruntersuchungen bestätigten Verdacht auf Keimbesiedelung und durchgeführter Isolationsmaßnahmen anerkannt?.....24
- 3.8.10: Wie ist der Nachweis für die (Umkehr-)Isolation zu erbringen?25
- 3.8.11: Wie ist bei der G5 der Erschwerisfaktor „Ruhigstellung/Fehlen von mindestens zwei Extremitäten“ auszulegen?.....25
- 3.8.12 **Neu:** Wie ist das „Verbot aus medizinischen Gründen“ in G5 nachzuweisen?.....25

4. Dokumentationsanforderungen 25

- 4.1 Wie ist eine Maßnahme zu dokumentieren, die durch 2 Pflegepersonen erbracht wurde?25
- 4.2 Welche Bedeutung haben die Kennzeichen bei den Gründen des PKMS?25
- 4.3 Wie kann der Nachweis bezüglich der Umsetzung des Expertenstandards Förderung der Harnkontinenz dargestellt werden?25
- 4.4 Können zum Nachweis von z. B. Flüssigkeitsmengen, Lagerungsintervallen oder Ähnlichem auch die bereits eingeführten Spezialdokumente, genutzt werden?26
- 4.5 Was ist bei der Dokumentation der Pflegeleistungen im Bereich der Kommunikation zu beachten?26
- 4.6 Kann eine Pflegeleistung sowohl für PKMS als auch für einen zweiten Komplexcode gewertet werden?26
- 4.7 Einige Pflegemaßnahmen, die zu „einem Handlungsablauf“ gehören, sind im PKMS zusammenfassend formuliert. Reicht bei diesen Pflegemaßnahmen, die zusammen erbracht werden, ein Handzeichen aus?26
- 4.8 Ist es ausreichend, die Häufigkeiten von erbrachten Leistungen mit einem Handzeichen pro Schicht zu bestätigen? So würden z. B. im Rahmen des Nachweises für ein aufwendiges Tracheostomamanagement (A6), welches mind. 8 x tägl. nachzuweisen ist, drei Handzeichen in der Akte aufgeführt sein.27
- 4.9 Ist es erforderlich, dass in Zukunft jede PKMS-Pflegemaßnahme mit einer Uhrzeit der Erbringung ausgewiesen werden muss?.....27
- 4.10 Wie detailliert hat eine Klinik nachzuweisen, welche PKMS-Gründe und -Maßnahmen geltend gemacht wurden?27
- 4.11 Ist es ausreichend, wenn man für die Plausibilisierung der Gründe immer den Wortlaut einer validierten Pflegeklassifikation wie z. B. NANDA-I, ENP, POP oder Vergleichbares verwendet?....27

5. Spezielle Fragen zu PKMS-K und -J 28

- 5.1 Was ist unter „Perzentile kleiner 5 oder größer 99,5“ zu verstehen?28
- 5.2 Können die Aufwandspunkte des PKMS(-J) berechnet werden, wenn ein schwer behindertes Kind (Person) Sondenkost erhält, ohne orale Nahrung zu sich nehmen zu können?28
- 5.3 Können B3 und B4 bei den Kindern und Jugendlichen auch in einer Patientengruppe erbracht werden?28
- 5.4 **NEU 2019:** Wie ist die Pflegemaßnahmen im PKMS K, J C2 „Wäschewechsel (Kleidung und Bettwäsche) und Teilkörperwaschung mind. 3 x tägl./bzw. 2 x tägl.“ zu verstehen?28

Literatur 29

1. Geltungsbereich des OPS 9-20 und PKMS

1.1 Darf der PKMS auf Intensivstationen erhoben werden, wenn kein TISS/SAPS und damit kein Intensivkomplexcode kodiert wird?

Nein, auf einer Intensivstation kann der PKMS nicht erhoben werden.

1.2 Darf der PKMS kodiert werden, wenn TISS/SAPS nur zur internen Aufwandskalkulation erhoben wird?

Das Erheben der TISS- und SAPS-Punkte für interne Aufwandskalkulationen einer Klinik haben keine Bedeutung und der PKMS kann erhoben werden. Entscheidend ist, dass der Patient nicht auf einer Intensivstation liegt.

1.3 **Geändert 2019:** Gibt es andere OPS (Komplexcodes), die den OPS 9-200, 9-201, 9-202 ausschließen?

Ja, denn für den gleichen Zeitraum können die folgenden OPS-Kodes nicht zeitgleich mit den PKMS-Aufwandspunkten zur Kodierung des OPS 9-20 geltend gemacht werden:

8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung, 8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung, 8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter, 8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls und 8-98b Andere neurologische Komplexbehandlungen des akuten Schlaganfalls.

Bei den OPS-Kodes 8-981.- und 8-98b.- kann der PKMS erst abgerechnet werden, nachdem die Behandlung entsprechend der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalles dieser OPS-Kodes endet. Eine reine Überwachung auf der Stroke Unit nach Beendigung der OPS-Kodes lässt eine PKMS Kodierung zu.

Alle anderen OPS-Komplexcodes sind nicht ausgeschlossen. (Siehe hierzu die FAQ Nr. 9005 des DIMDI: http://www.dimdi.de/static/de/klassi/faq/ops/kapitel_9/faq_9005.htm_319159480.htm)

1.4 Wie werden Leistungen, welche von Begleitpersonen/Angehörigen durchgeführt werden, bewertet?

Wenn Angehörige/Begleitpersonen mit aufgenommen werden und die Leistungen übernehmen, können diese im Sinne des PKMS nicht gewertet werden. Werden die Leistungen durch die Pflegeperson durchgeführt und/oder es erfolgt eine kontinuierliche Anleitung der Begleitperson, muss hierfür die Erforderlichkeit begründet werden. Ist eine kontinuierliche Anleitung nachvollziehbar begründet und dokumentiert (kontinuierliche Anwesenheit der Pflegekraft), kann diese Leistung anerkannt werden.

1.5 Werden am Aufnahme- und Entlassungstag ebenfalls PKMS-Aufwandspunkte erhoben und gezählt?

Ja, werden Leistungsbereiche am Aufnahme- und/oder Entlassungstag erbracht, werden die Aufwandspunkte entsprechend kodiert und gezählt.

1.6 Können die PKMS-Aufwandspunkte an den Tagen, an welchen der Patient stundenweise eine Dialyse auf einer Intensivstation erhält, gezählt werden?

Bei den Patienten handelt es sich um keine Verlegung auf die Intensivstation, sondern um eine stundenweise Behandlung oder Untersuchung. Alle PKMS-Leistungen, die auf der Normalstation erbracht werden, können auch an den Tagen der Dialyse erhoben werden.

1.7 Darf das ZE 130/131 in Rechnung gestellt werden bei einem Patienten mit einer nichtbewerteten DRG (Anlage 3 DRG) mit krankenhausesindividuellem vereinbartem Entgelt?

Eine Parallelkodierung von nichtbewerteten DRGs und ZE ist prinzipiell nicht ausgeschlossen.

1.8 Darf der PKMS auch in der Psychiatrie kodiert werden?

Nein: Der PKMS wurde für die Erwachsenen in 2015 und für K, J, F in 2018 gegenüber der Psychiatrie (§ 17d KHG) durch einen Hinweis im OPS ausgeschlossen.

1.9 (Wiederaufnahme) Findet der OPS 9-20 auch im teilstationären Bereich Anwendung?

Sobald ein Patient teilstationär bei Abrechnung nach Krankenhausentgeltgesetz behandelt wird, kann der OPS 9-20 erhoben werden. Ob ein Zusatzentgelt abgerechnet werden kann, ist vom jeweiligen Vertrag abhängig und ist somit eine leistungsrechtliche Entscheidung.

2. PKMS (E, J, K)-Anwendungsfragen

2.1 Wie ist bei Wiederaufnahme von Patienten zu verfahren, bei denen es zur Fallzusammenführung kommt?

Hier sind die PKMS-Punkte aus beiden Aufenthalten zusammenzuführen. Ausnahmen: Wenn es zwischen den zusammenzuführenden Aufenthalten zu einem Wechsel der Altersvorgabe und somit zum Wechsel in einen anderen OPS-Kode kommt, werden im zusammengeführten Fall beide OPS-Kodes mit ihren jeweiligen PKMS-Punkten kodiert bzw. berechnet (Beispiel: Ein Patient ist im ersten stationären Aufenthalt 17 Jahre alt, und es wird der OPS-Kode 9-201.0 *Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen, 43 bis 71 Aufwandspunkte* angegeben. Zwischen den beiden stationären Aufenthalten feiert er seinen 18. Geburtstag. Im zweiten Aufenthalt wird der OPS-Kode 9-200.0 *Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen, 43 bis 71 Aufwandspunkte* angegeben. Bei der Fallzusammenführung werden beide OPS-Kodes mit ihren jeweiligen PKMS-Punkten angegeben. In diesem Fall würde dies zu zwei ZE führen.

2.2 Über welchen Tageszeitraum werden die PKMS-Leistungen erhoben?

Die Leistungserfassung der PKMS-Maßnahmen bezieht sich auf den Kalendertag (Kalendertag 00.00–23.59 Uhr).

2.3 Wie sind die Altersvorgaben des PKMS-E, J, K, F genau auszulegen?

Folgende Formulierungen sind in den PKMS-Fassungen ausgewiesen:

PKMS-E: ab dem Beginn des 19. Lebensjahres

PKMS-J: ab dem Beginn des 7. Lebensjahres bis zum Ende des 18. Lebensjahres

PKMS-K: ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zum Ende des 6. Lebensjahres

PKMS-F: von der Geburt bis zum Ende des 1. Lebensjahres

Das Alter des Patienten am Aufnahmetag in das Krankenhaus bestimmt, welcher PKMS-Erfassungsbogen zum Tragen kommt. Ein Wechsel des PKMS bei einem Patienten, dessen Geburtstag im Zeitraum des Krankenhausaufenthaltes liegt, ist nicht vorgesehen.

2.4 Können auch mehrere Gründe und Pflegemaßnahmen in einem Leistungsbereich des PKMS erhoben werden?

Ja, allerdings werden die PKMS-Aufwandspunkte je Leistungsbereich nur einmal pro Kalendertag berechnet.

2.5 Wann darf ein Leistungsbereich des PKMS geltend gemacht werden?

Immer dann, wenn ein **Grund** für hochaufwendige Pflege **UND** ein dazu passendes **Interventionsprofil** (= Maßnahmenpaket z. B. A1, B2 usw.) vorliegen. Der Grund muss jeweils mit der verknüpften Maßnahme vorliegen und die Maßnahmen entsprechend der ausgewiesenen Häufigkeiten erbracht werden.

2.6 Dürfen Maßnahmen durch Vertreter anderer Berufsgruppen (z. B. Ergotherapeut, Logotherapeut, Physiotherapeut, Stomatherapeut, Wundmanager usw.) erbracht werden?

Nein. Wird Stomatherapie, Diabetesberatung, Esstraining und/oder Wundmanagement durch Pflegepersonal durchgeführt, kann die Leistung im Sinne des PKMS berechnet werden. Leistungen, die durch andere Berufsgruppen erbracht werden, können nicht geltend gemacht werden.

2.7 Wie sind die verschiedenen (Satz-)Zeichen im PKMS zu verstehen?

Im PKMS kommen verschiedene Zeichen und Satzzeichen vor. Nachfolgend wird die Bedeutung erklärt:

UND = beides muss nachgewiesen werden

ODER = ein Merkmal reicht aus

UND/ODER = beides oder ein Merkmal

„Schrägstrich“ = gleichzusetzen mit ODER

„Komma“ bei den Kennzeichen = gleichzusetzen mit ODER

(Angaben in Klammern sind abschließend, Ausnahmen werden angezeigt durch „wie“, „z.B.“ usw.)

2.8 Können Aufwandspunkte abgelehnt werden, wenn der Barthel Index keine volle Pflegeabhängigkeit ausweist?

Nein, die eingeschätzten Barthel-Punkte als Summe sagen nichts über die Hochaufwendigkeit eines Patienten im Sinne des PKMS aus. Der Barthel-Index nimmt eine quantitative Einschätzung der funktionalen Fähigkeiten vor. Der **erweiterte Barthel-Index zeigt die Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten**. Der PKMS legt darüber hinaus qualitative Kriterien zur Definition der Hochaufwendigkeit fest. Einzelne Items des Barthel-Index können zur Plausibilisierung der Gründe des PKMS herangezogen werden.

3. Auslegungs-/Verständnisfragen zu den einzelnen Items

3.1 Leistungsbereich Körperpflege

3.1.1 Was zählt als Zu-/Ableitung (Vgl. G5 bei Erwachsenen oder G2 bei Kindern/Jugendlichen)?

Es zählen z. B. Sauerstoffbrille, Monitoring-Kabel, Drainagen, Beatmungsschlauch und Nasensonden dazu. Zu beachten ist, dass es sich bei den Zu-/Ableitungssystemen in diesem Zusammenhang um drei unterschiedliche Systeme handeln muss. Das bedeutet, mehrere Redon-Drainagen, die in ein Wundgebiet eingebracht sind, sind als eine Ableitung zu zählen. Sind allerdings z. B. Redon-Drainagen in zwei verschiedenen Wundgebieten platziert oder eine Thoraxdrainage rechts und eine links, werden diese als zwei Ableitungen gezählt.

3.1.2 Wie ist das gleichzeitige Liegen eines transurethralen und eines suprapubischen Katheters zu werten. Wird die Blase hier als ein „Wundgebiet“ gezählt, obwohl es sich um zwei unterschiedliche Ableitungen handelt?

Nein, da es zwei unterschiedliche Zugangswege gibt, handelt es sich um zwei Ableitungssysteme.

3.1.3 **Geändert 2019** Was ist genau unter „volle Übernahme der Ganzkörperwaschung“ zu verstehen und wann ist diese erbracht?

Ganzwaschungen können in „voller Übernahme“ oder unter „Anleitung/Aktivierung“ durchgeführt werden. **Auch eine Kombination von Anleitung/Aktivierung bei z.B. Waschen von Gesicht und vorderem Oberkörper mit anschließender voller Übernahme des restlichen Körpers ist möglich.** Volle Übernahme der Ganzkörperwaschung bedeutet, dass die Körperwaschung entweder durch eine Pflegeperson für den Patienten übernommen wird, oder der Patient aktiv angeleitet wird, die Körperregionen selbst zu waschen. Die Anleitung kann verbal oder geführt vorgenommen werden. Volle Übernahme bedeutet, dass die Pflegeperson während der Ganzkörperwaschung ständig beim Patienten ist.

3.1.4 Kann die Mobilisation in den Dusch-/Toilettenstuhl oder die Duschtrage bei dem Leistungsbereich Bewegen geltend gemacht werden oder ist das im Bereich Körperpflege oder Ausscheidung bereits inkludiert?

Nein, eine Mobilisation, die im Rahmen einer anderen PKMS-Pflegemaßnahme im Sinne der Vor-/Nachbereitung dieser Maßnahme stattfindet, kann nicht nochmal zusätzlich als Mobilisierungsmaßnahme geltend gemacht werden. Beispiel zur Erläuterung: Wird der Patient im Rahmen einer aktivierenden Ganzkörperpflege am Waschbecken angeleitet und erhält eine Unterstützung beim Transfer, so zählt diese Leistung als Maßnahme im Rahmen der aktivierenden Körperpflege. Allerdings kann eine Mobilisation geltend gemacht werden, wenn der Patient nach dem Rücktransfer in das Bett aufwendig im Sinne der PKMS-Maßnahmen gelagert wird (wie z. B. Lagerung mit 2 Pflegepersonen, Lagerung nach Bobath oder 30-Grad-Lagerung nach Seiler). Hier handelt es sich um eine zeitliche Aneinanderreihung von verschiedenen PKMS-Pflegemaßnahmen.

3.1.5 Müssen Mitarbeiter, die eine Körperwaschung nach Bobath durchgeführt haben, einen expliziten Fortbildungsnachweis vorlegen, damit die therapeutische Waschung im Sinne des PKMS geltend gemacht werden kann?

Nein, zum einen sind die therapeutischen Waschungen Bestandteil der Ausbildung, zum anderen kann eine gezielte Anleitung der Pflegeperson diese dazu befähigen, die patientenspezifische Umsetzung der Körperwaschung nach Bobath bei dem Patienten umzusetzen. Dieses gilt auch für andere therapeutische Pflegetätigkeiten.

3.1.6 Was bedeutet genau „pflegeindikationsgerechte therapeutische Ganzkörperpflege“?

Die Pflegeindikation ist gegeben, wenn die auf den Patientenfall bezogenen Empfehlungen aus der Fachliteratur angewendet werden.

Nachfolgend werden exemplarisch die in der Literatur beschriebenen Indikationsstellungen der basalstimulierenden Körperwaschungen vorgestellt.

Basalstimulierende, beruhigende Ganzkörperwaschung

Indikation: Störungen des Körperbilds, unruhige und ängstlichen Patienten, zentrale Unruhezustände, Aufmerksamkeitsstörungen, erhöhter Muskeltonus oder Spastizität, Schmerzen, Schlafstörungen, Patienten in der Palliativ-Phase. Bei Deprivation oder Körperbildstörungen zeigen sich oft stereotype Verhaltensweisen, z. B. Glatzstreichen der Bettdecke, Herumnesteln und Manipulieren an Gegenständen/Zugängen.

Basalstimulierende, belebende Ganzkörperwaschung

Indikation: Patienten mit einer reduzierten Vigilanz, z. B. Patienten mit einer Somnolenz, Bewusstlosigkeit oder apallischem Syndrom, auch bei Patienten mit Depression, Antriebsarmut oder Hypotonie kann eine belebende Waschung sinnvoll sein.

Basalstimulierende, entfaltende Ganzkörperwaschung

Indikation: Patienten, die zu einer zurückgenommen bzw. gebeugten Körperhaltung (Embryonalstellung) neigen.

Basalstimulierende, symmetrische Ganzkörperwaschung

Indikation: Störung des Gleichgewichtssinns mit unterschiedlicher Genese; Patienten, die sich in sich selbst zurückgezogen haben und deren Körpergefühl reduziert/verloren ist. Da diese Waschung keinen bedeutenden Einfluss auf den Blutdruck hat, ist diese neben der beruhigenden Waschung auch bei Patienten mit einem kompletten bzw. inkompletten Querschnitt geeignet.

Basalstimulierende Ganzkörperwaschung bei Hemiplegie

Indikation: Bei Körperbildstörungen wie z. B. Hemiparese, -plegie oder auch neuralen Läsionen.

Basalstimulierende, diametrale Ganzkörperwaschung

Indikation: Patienten, die zu einem spastischen Muster neigen oder eine Beugespastik (Abb. links) oder Streckspastik (Abb. rechts) haben sowie Patienten, die zu Kontrakturen neigen. Spastische Bewegungsmuster sind häufig die Folge von fokalen Hirnverletzungen oder zerebraler Hirnschädigung, bei denen Patienten die Neigung haben, in eine embryonale (Dauer-) Position zu gehen.

Die Liste der hier aufgeführten im PKMS geltend zu machenden Konzepte ist an dieser Stelle nicht vollständig.

Weichen die für den Patienten ausgewählten therapeutischen Konzepte zur Ganzkörperwaschung von der externen Evidenz ab ist die Auswahl der Konzepte auf den Patienten bezogen auf die Indikationsstellung zu beschreiben.

3.1.7 Was ist mit Bag-bath/Towelbath gemeint (A3)?

Mit „Bag-bath“ sind keine Produkte gemeint, wengleich es diese gibt, sondern das pflegerische Konzept. Die Waschung kann unabhängig von verschiedenen Produkten durchgeführt werden.

Weitere Hintergrundinformationen: Die Körperreinigung mit feuchten warmen Tüchern wird in den USA mit Begriffen wie "bag-bath", "thermal bath", "towel-bath" und "no-rinse bath" bezeichnet, von der Alzheimergesellschaft empfohlen und bei Patienten/Bewohnern mit Demenz erfolgreich eingesetzt. Die Methode arbeitet bewusst nicht mit fließendem Wasser, da die Geräusche von fließendem oder plätscherndem Wasser, sowie das Laufen von Wassertropfen über die Haut, Menschen mit Demenz irritieren und verängstigen können (Holzemer et al. 1997, Sheppard und Brenner 2000, Sloane 2004). Stattdessen wird der Körper des Patienten mit feuchten warmen Tüchern abgerieben.

Studien zeigten, dass Betroffene bei der Durchführung der Körperpflege mit diesen Methoden weniger ängstliches Verhalten zeigten, als bei der konventionellen Körperwaschung im Bett (Sloane et al. 2004). Zudem kommt es unter Anwendung der Methode nicht zu negativen Hautreaktionen, wie es aufgrund des sparsamen Wassereinsatzes befürchtet werden könnte. Hier zeigten Studien keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Hautzustands nach Verwendung der Methode im Vergleich zur konventionellen Körperwaschung (Dawson, M. et al. 2001, Sheppard, C.M. 2000). In anderen Studien deutet sich eine Verringerung der Hautaustrocknung und ein vermindertes Auftreten von Hautrissen bei Verwendung dieser Methode an (Snowley et al. 1998).

Um ein ängstliches Verhalten bei der Körperreinigung von Menschen mit Demenz zu verhindern, werden in Abwesenheit des Betroffenen die Tücher vorbereitet. Dies kann auf unterschiedliche Weise geschehen: Entweder werden Waschlotion (die nicht abgewaschen werden muss) und 300 ml heißes Wasser auf ca. 9–12 weiche Frotteetücher in einem Isolierbehälter gegeben, aus dem die warmen Tücher dann direkt im Zimmer des Betroffenen entnommen werden oder die Tücher werden mit dem Wasser und der Waschlotion in einem Plastikbeutel in der Mikrowelle erwärmt (Carruth et al. 1995, Sheppard und Brenner 2000). Der Körper des Betroffenen sollte während der Körperreinigung mit einem warmen großen Tuch bedeckt sein. Der Körper wird dann durch Auflegen, Andrücken, Abrollen der warmen Tücher gereinigt. Ein Nachrocknen der Haut ist bei Anwendung dieser Methode nicht erforderlich, weil die Haut innerhalb von 30 Sekunden trocken ist. Die Reihenfolge orientiert sich an der herkömmlichen Waschreihenfolge.

3.1.8 Sind die konkreten „therapeutischen Waschungen“ anzugeben?

Ja! Es reicht nicht aus, nur anzugeben, dass eine therapeutische Waschung durchgeführt wurde. Es ist konkret das Konzept zu benennen, z. B. basal stimulierend beruhigend oder basal stimulierend entfaltend usw.

Bei der Auswahl der Konzepte ist dabei darauf zu achten, dass die therapeutischen Waschungen indikationsgerecht ausgewählt werden.

3.1.9 Wann können die PKMS-Aufwandspunkte für die Maßnahme A4 geltend gemacht werden?

Aufwandspunkte können dann geltend gemacht werden, wenn die PKMS-Gründe, welche mit A4 verknüpft sind, vorliegen und wenn die zweite Pflegeperson während der Ganzkörperwaschung anwesend ist und Tätigkeiten am Patienten übernimmt und dieses mit ihrem Handzeichen quittiert.

3.1.10 Die Anforderungen an die Umsetzung und Dokumentation der PKMS-Maßnahme A1 ist unklar, was genau ist erforderlich?

Eine auf den Patienten passende Zielformulierung und Konkretisierung der Maßnahme ist erforderlich. Geht es z. B. um einen dementen Patienten, welcher die Abläufe der GW nicht kennt und durch das Ortswechselsyndrom (NANDA-I-Pflegediagnose) akut im Rahmen der Körperpflege voll abhängig ist, körperlich aber keine größeren Einschränkungen hat, könnten Ziele wie folgt lauten:

- a) Kennt die Abfolge der Körperwaschung und kann diese einhalten.
- b) Kann den Wasserhahn und die Pflegeutensilien adäquat einsetzen.
- c) Kann den Rasierer selbst bedienen und die Rasur durchführen.

Diese Zielsetzungen können zentral gesammelt werden, so dass Mitarbeiter z. B. aus 20 verschiedenen Zielsetzungen individuell passende für den Patienten auswählen können.

Die Maßnahme ist passend zu konkretisieren, z. B.

Zu a) + b) Waschreihenfolge ritualisieren: An das Waschbecken setzen, Wasserhahnbedienung anleiten, Waschlappen anbieten, auffordern, Gesicht, zu waschen, ...

Zu c) Anleiten, den Rasierapparat einzusetzen, Hand beim Rasieren führen, nach der Rasur das Ergebnis repetieren.

Die Ziel- und Maßnahmenplanung kann z. B. im Pflegeplan dokumentiert werden. Wenn sich die Ziele und Maßnahmen im Verlauf des Aufenthaltes ändern, sind diese entsprechend in der Dokumentation anzupassen. Es ist mindestens ein patientenindividuelles Pflegeziel und eine Pflegemaßnahme auszuweisen. Ausschließlich die Leistungserbringung ist täglich nachzuweisen.

3.1.11 Können in der Dokumentation für die Ziele und Maßnahmen der therapeutischen Leistungen (z. B. A1, B2, B4) vorgefertigte Formulierungen verwendet werden?

Grundsätzlich ja, wenn diese Formulierungen differenziert genug sind und die individuelle Situation des Patienten sowie darauf abgestimmte Ziele und/oder Maßnahmen erfassen. Sind die Formulierungen dagegen allgemein und abstrakt formuliert, dann reichen diese nicht aus. Z. B. „Anleiten, das Gesicht selbst zu waschen“ ist als Pflegemaßnahme unkonkret. Klarer wird es, wenn die Pflegemaßnahme weiter spezifiziert wird, z. B. „Anleitung, Gesicht selbst zu waschen durch pflegerisches Führen sitzend am Waschbecken“.

3.1.12 Aus welchen Leistungen besteht die Erfüllung der PKMS-Maßnahme A8?

Es ist die volle Übernahme der Ganzkörperwaschung nachzuweisen. Zusätzlich ist ein zweimaliges Umkleiden mit Aus- und Wiederanziehen in vollständiger Übernahme nachzuweisen.

3.1.13 Wie ist unter G11 das „hohe Pneumonierisiko ermittelt durch systematische Einschätzung/lt. Assessment (PKMS-J)“ definiert?

Eine Aussage wie z. B. "Pat. ist immobil, hohes Pneumonierisiko" reicht nicht aus, um den Grund G11 systematisch zu belegen. Es müssen mehrere konkrete Aussagen vorliegen, die ein hohes Pneumonierisiko begründen. Beispiele sind: „Patient kann nicht abhusten“, „aspiert häufig Flüssigkeiten“, „oberflächliche Bauchatmung“, „Schluckstörungen“. Es können auch standardisierte Assessments verwendet werden.

3.1.14 Was ist unter Maßnahme A7 genau gemeint?

Es sind eine vollständige Übernahme (siehe 3.1.4) der Ganzkörperpflege **und** die Erfüllung der Schutzmaßnahmen (entsprechend des Infektionsrisikostandards im Haus bei (Umkehr-) Schutzisolation) nachzuweisen.

3.1.15 Anlässe für therapeutische Körperwaschungen (G10) bei vorliegender Orientierungs- und Wahrnehmungsbeeinträchtigung – was genau ist damit gemeint?

Es handelt sich um Patienten, welche z. B. durch eine fortgeschrittene Demenz im Bereich der Orientierung/Wahrnehmung beeinträchtigt sind. Ebenso aber auch Patienten, welche im Rahmen von psychiatrischen Krankheitsbildern zum Beispiel Wahrnehmungsstörungen und/oder fehlenden Realitätsbezug

haben. Hier sind verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen im Rahmen der Körperpflege sinnvoll. Auch körperliche Wahrnehmungsstörungen wie zum Beispiel Hemiplegie/-parese mit sensorischen Ausfällen oder Neglect sind beinhaltet.

3.1.16 Wie ist die „ausgeprägte Fatigue in der schwersten Ausprägung entsprechend Assessment“ nachzuweisen?

Es gibt international nur wenige Assessments zur Einschätzung einer Fatigue, mit deren Gesamtscore eine Schweregradeinteilung vorgenommen werden kann. Eines der wenigen Instrumente, welches auch für den Akutbereich sinnvoll erscheint, ist das **Brief Fatigue Inventory (BFI)**. Neben einer leichten Durchführbarkeit sollte ein geeignetes Instrument mit Blick auf den PKMS Schwellenwerte für die Beurteilung des Schweregrades beinhalten und als validierte Version in deutscher Sprache vorliegen. Da viele Skalen zur Erfassung einer Fatigue noch nicht ausreichend validiert sind (Seyidova-Khoshknabi et al., 2011), reduziert sich die Zahl infrage kommender Instrumente. Ein Assessment, das sich für den PKMS-Kontext zur Bestimmung der Schwere einer Fatigue eignen kann, ist das Brief Fatigue Inventory (BFI), welches ursprünglich zur Erfassung krebsspezifischer Fatigue entwickelt wurde (Mendoza et al., 1999). Seyidova-Khoshknabi und Kollegen (2011) beurteilen das BFI auf Basis einer systematischen Literaturrecherche als das geeignetste Instrument für Palliativpatienten in fortgeschrittenem Krebsstadium, da es nur wenige Items umfasst und optimale psychometrische Eigenschaften aufweist. Darüber hinaus hat sich das Instrument u.a. als nützlich in Hinblick auf nicht-demente ältere Menschen (Shuman-Paretsky, Belser-Ehrlich, & Holtzer, 2014) und Menschen mit COPD (Chen, Coxson, & Reid, 2016) oder Osteoarthritis (Murphy et al., 2010) erwiesen. Mithilfe des BFI, das in einer validierten deutschsprachigen Version vorliegt (Radbruch et al., 2003), ist es möglich, den Schweregrad einer Fatigue zu bestimmen.

Das Instrument besteht aus einem einleitenden dichotomen Item (ja/nein) mit dem die Patienten gefragt werden, ob sie sich in der vergangenen Woche ungewöhnlich müde oder matt gefühlt haben. Dieses Item fließt nicht in die Berechnung des Gesamt-Scores ein. Die weiteren 9 Items sind auf einer numerischen Rangskala von 0-10 zu bewerten. Drei dieser Items behandeln die wahrgenommene Schwere einer Fatigue (0 = keine Müdigkeit, 10 = stärkste vorstellbare Müdigkeit). Die restlichen 6 Fragen beziehen sich auf den Einfluss der Fatigue auf die allgemeine Aktivität, Stimmung, Gehvermögen, normale Arbeit, Beziehung zu anderen Menschen und Lebensfreude (0 = keine Beeinträchtigung, 10 = vollständige Beeinträchtigung). Der globale Score des BFI ist der Durchschnittswert der skalen-basierenden Items. Je höher der errechnete Wert, desto schwerer wird die Fatigue wahrgenommen (Lin et al., 2006; Mendoza et al., 1999; Okuyama et al., 2003; Radbruch et al., 2003; Yun et al., 2005). Der Gesamtscore ermöglicht folgende Kategorisierung: 1-3 für eine „leichte Fatigue“, 4-6 für eine „moderate Fatigue“ und 7-10 für eine „schwere Fatigue“ (Mendoza et al., 1999; Radbruch et al., 2003; Yun et al., 2005). Alternativ kann auch ein separater Schweregrad-Score berechnet werden, indem lediglich der Durchschnittswert jener drei Items berechnet wird, die den Schweregrad erfassen (Lin et al., 2006; Wolfe, 2004). Der BFI kann im Anhang eingesehen werden.

Die schwerste Ausprägung entspricht beim BFI Assessment einem Punktwert von 7-10. Vergleichbare Instrumente sind ebenfalls zugelassen.

3.1.17 **NEU 2019:** Wie genau werden die Leistungen zum Tracheostoma-Management gezählt? Leistungen, welche zu einem Zeitpunkt nacheinander durchgeführt werden, z.B. Absaugen, Cuffdruckmessung und/oder Verbandswechsel werden einzeln gezählt. Insgesamt sind in der A6 acht Leistungen im Rahmen des Tracheostoma-Managements nachzuweisen.

3.2 Leistungsbereich Ernährung

3.2.1 Müssen angegebene Trinkmengen, Mindestmengen, Häufigkeitsangaben eingehalten werden?

Ja, alle angegebenen Vorgaben in den Leistungsbereichen sind einzuhalten. Nachweise über Trinkmengen, Häufigkeiten von Pflegemaßnahmen sind entsprechend in der Pflegedokumentation nachzuweisen.

3.2.2 Was zählt alles zur Sondennahrung? (PKMS-E, B5)

Die fertigen Nährlösungen der verschiedenen Hersteller oder selbst hergestellte Sondenkost. Flüssigkeit (Tee/Wasser usw.) und aufgelöste Medikamente zählen hier nicht.

3.2.3 (B5) Ist die Bolusapplikation bei Sondennahrung auch über Ernährungspumpen möglich?

Nein, die Verabreichung von Sondennahrung über eine Ernährungspumpe kann keine PKMS-Aufwandspunkte auslösen, auch wenn es hier die Funktion der Bolusapplikation gibt. Es geht im PKMS um den pflegerischen Ressourcenverbrauch, der bei technischer Unterstützung durch spezielle Ernährungspumpen nicht in dem Umfang gegeben ist.

3.2.4 Wie ist „eine volle Übernahme“ und die Ergänzung „Anleitung/Aktivierung“ (B1 und B3) im Bereich Ernährung auszulegen?

Eine volle Übernahme bei der Nahrungsverabreichung bedeutet entweder, dass die Pflegekraft die Nahrung verabreicht, ohne dass der Patient dabei mithilft, oder es handelt sich um eine aktivierend-anleitende Nahrungsverabreichung. Eine alleinige Aktivierung zur Nahrungsaufnahme ohne weitere Anwesenheit durch die Pflegeperson erfüllt nicht die Kriterien.

3.2.5 Maßnahme B1: Zählt Kaffee/Kuchen als 4. Mahlzeit oder wäre das als einer der 7 Snacks zu zählen?

„Kaffee & Kuchen“ kann als eine der vier Mahlzeiten im Krankenhaus gezählt werden. Sollte statt Kaffee & Kuchen eine andere Zwischenmahlzeit, wie z. B. ein belegtes Brot, Früchte, Joghurt, Brei oder Ähnliches verabreicht werden, kann dieses ebenfalls als 4. Mahlzeit gezählt werden. Auch die Zwischenmahlzeiten bei diversen Diäten oder eine Nachtmahlzeit können hier geltend gemacht werden. Die drei weiteren Mahlzeiten beziehen sich weiterhin auf die volle Übernahme des Frühstücks, Mittag- und Abendessens. Die Formulierung im PKMS wurde in 2011 aus Gründen der Dokumentationsvereinfachung von 3 Hauptmahlzeiten und 1 Zwischenmahlzeit in 4 Mahlzeiten verändert. Bei der zweiten Option unter B1 (7 Snacks/Zwischenmahlzeiten) handelt es sich um die volle Übernahme von mindestens 7 der oben genannten Zwischenmahlzeiten.

3.2.6 Was zählt alles als Flüssigkeit, um die ml-Angaben für B1 zu erfüllen?

Im Rahmen der Flüssigkeitsbilanz können auch Suppen, Trink-Joghurt, Säfte, Tee, Kaffee usw. gezählt werden. Damit die B1 erfüllt ist, muss zum einen die Häufigkeit der Flüssigkeitsverabreichung erfüllt sein, zum anderen die Flüssigkeitsmenge erreicht werden.

Erfolgt die Verabreichung von Suppen etc. nicht als Mahlzeit oder Snack, sondern zusätzlich im Rahmen eines Flüssigkeitsangebotes, so kann diese als Flüssigkeitsverabreichung und zur Gesamtbilanz/-menge gezählt werden.

Erfolgt die Verabreichung von Suppen etc. als Mahlzeit oder Snack, so kann diese nicht zur Anzahl der Flüssigkeitsverabreichungen, aber zur Gesamtbilanz gezählt werden.

3.2.7 Bei der Maßnahme B5 ist keine schreibende Hand oder der Hinweis auf ein Trinkprotokoll hinterlegt. Bedeutet das, dass hier nur 7 HZ ohne die Angabe von ml in der Spalte pro Tag benötigt werden?

Im PKMS-Text lautet es eindeutig „[...] mindestens 7 Boli täglich von mindestens 100 ml Sondennahrung je Bolus [...]“. Dieses bedeutet, dass entsprechend 7 Handzeichen mit jeweiliger ml-Angabe erforderlich sind.

3.2.8 Wie genau muss die Beschreibung des Ess- und Trinktrainings unter Maßnahme B4 erfolgen?

Grundsätzlich muss erkennbar sein, welche individuelle Maßnahme geplant und durchgeführt wurde. Eine Formulierungshilfe finden Sie unter <http://www.recom.eu/wissen/pkms-dokumentation.html> (Download: 10.01.2018). Unter <http://healthcare.tricat.net/pkms> können Sie ein e-Learning-Video zu dem Thema sehen, in dessen Fallbeispiel werden konkrete Maßnahmen formuliert, welche exemplarisch darlegen, was unter „Maßnahmenkonkretisierung“ verstanden wird.

Ein Ess-/Trinktraining, welches in einer Patientengruppe durchgeführt wird, ist im Sinne des PKMS nicht anzuerkennen. Wird ein Ess-/Trinktraining z. B. in einem Gemeinschaftsraum als Einzeltraining mit einem Patienten durchgeführt, ist diese Pflegemaßnahme bei entsprechender Dokumentation anzuerkennen.

3.2.9 Kann die Leistung „Mahlzeit verabreicht“ geltend gemacht werden, wenn ein Patient mit Nahrungsverweigerung trotz Mobilisation an den Tisch, motivierendes Zureden am Ende nur eine geringe Menge Nahrung zu sich genommen hat?

Ja: Damit eine Nahrungsverabreichung anerkannt werden kann, muss der Patient tatsächlich Nahrung zu sich genommen haben. Die Anerkennung dieser Leistung ist immer dann gegeben, wenn ein entsprechender Aufwand im Kontext der Nahrungsaufnahme betrieben wurde und am Ende Nahrung durch den Betroffenen aufgenommen wurde. An dieser Stelle sei vermerkt, dass der PKMS formal bei der Nahrungsaufnahme keine Mengenangaben vorgibt, die erfüllt werden müssen, um die Aufwandspunkte geltend machen zu können. Verweigert der Patient die Nahrung komplett, ist die Maßnahme im Sinne des PKMS nicht erfüllt.

3.2.10 Was macht den Transfer bei B3 aufwendig?

Die Aufwendigkeit eines Transfers bei B3 ergibt sich aus dem Vorliegen des Grundes. Das Vorliegen und die Dokumentation eines entsprechenden Grundes erklären die Hochaufwendigkeit beim Patienten.

3.2.11 **Neu 2019**: Ist für alle in B3 aufgezählten Punkte eine Hemi-/Para-/Tetraplegie Voraussetzung?

Nein, nur die verschiedenen Sitzpositionen des letzten Aufzählungspunktes: *„aufwendiges Aufsetzen im Bett in den stabilen Sitz in Neutralstellung, stabilen Sitz nach Bobath, Querbettsitz nach Bobath oder asymmetrischen Sitz nach Bobath an der Bettkante“* erfordern den Nachweis einer Hemi-, Para- oder Tetraplegie.

3.3 Ausscheidung

3.3.1 Ist das (An)Spülen der Blase mittels großvolumiger Spritze mehrmals am Tag mit Kochsalzlösung als Ausscheidungsunterstützung anzusehen?

Nein, das ist eine Maßnahme aus der speziellen Pflege, siehe Definition PPR-S2.

3.3.2 Ist die komplette Übernahme der Entleerung des Urinbeutels bei einer Dauerableitung der Blase eine Ausscheidungsunterstützung?

Nein, auch hier handelt es sich um spezielle Pflege, siehe Definition PPR-S2.

3.3.3 Zählt die volle Übernahme des Wechsels von Inkontinenzeinlagen/-hosen als Maßnahme der „vollen Übernahme im Bereich der Ausscheidung“?

Ja, die Aufzählung der verschiedenen Pflegemaßnahmen, die als „volle Übernahme der Ausscheidungsunterstützung“ zählen, ist nicht komplett. Siehe Kinder, hier ist das „Wickeln“ mit aufgeführt. Bei C3 heißt es „Ausscheidungsunterstützung im Bett, z. B. Steckbecken ...“.

3.3.4 Sind unter dem Leistungsbereich „Ausscheidung“ sowohl Stuhl- als auch Urin-/Ausscheidungen zu verstehen?

Die Einschränkungen im Bereich der Ausscheidung beziehen sich sowohl auf die Urin- als auch auf die Stuhlausscheidung im Sinne von ‚und/oder‘.

3.3.5 Wird der Wechsel des Inkontinenzmaterials bei liegendem Harnableitungssystem im Rahmen der Pflegemaßnahmen C3 als Ausscheidungsunterstützung gewertet?

Die Leistung wird nur als Ausscheidungsunterstützung gewertet, wenn auch eine Ausscheidung stattgefunden hat, z. B. Stuhlgang, Stuhl schmierig oder Undichtigkeit des Ableitungssystems. Ein Inkontinenzmaterial-Wechsel aufgrund z. B. eines ausschließlichen Zerfledderns oder Verschwitzens der Inkontinenzhose bei liegendem Harnableitungssystem kann nicht als volle Unterstützung bei der Ausscheidung gezählt werden.

3.3.6 Sind beim Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz“ Häufigkeiten bei der Maßnahmenbringung hinterlegt (bzw. Toilettentraining)?

Nein, grundsätzlich gibt der PKMS hier keine Häufigkeiten vor, das bedeutet, dass mindestens eine Leistung, welche geplant wurde, nachzuweisen ist. Im Rahmen der Planung ergeben sich die Häufigkeiten aus der fachlichen Perspektive. Die für den Patienten festgelegten Pflegemaßnahmen sind entsprechend in der Leistungsdokumentation nachzuweisen.

3.3.7 Wie ist bei C3 Wechsel von Stomabeutel auszulegen? Platte und Beutel neu kleben und/oder Platte bleibt, Beutel wird gewechselt und/oder Beutel austreichen?

Im Text steht der Wechsel, d. h. alle aufgeführten Maßnahmen, die einen Wechsel des Beutels darstellen, sind damit gemeint. Einen Stomabeutel auszustreichen, stellt keinen Wechsel dar.

3.3.8 Welche Leistungen unter C3, Maßnahme „Ausscheidungsunterstützung im Bett“, sind mit dem Wort „z. B.“ genau gemeint?

Es handelt sich grundsätzlich um Maßnahmen in „voller Übernahme und/oder Anleitung“. Es können das Anlegen und Entfernen einer Urinflasche mit anschließender Intimpflege oder das Wechseln von Inkontinenzmaterial nach einer Ausscheidung und Intimpflege usw. sein.

3.3.9 Was bedeutet „Volle Unterstützung bei der Ausscheidung (C1 und C3)“?

Ein reiner Transfer zur Toilette ist keine „volle Unterstützung“ bei der Ausscheidung. Es geht darum, den Patienten vor und nach dem Ausscheidungsprozess durch unterschiedliche Handlungen zu unterstützen (z. B. An-/Auskleiden, Absetzen, Reinigung nach der Ausscheidung, Hände waschen nach der Ausscheidung usw.).

3.3.10 **Geändert 2019:** Wie ist C3 bezüglich der „zusätzlichen Aspekte“ zu verstehen?

Die unter „zusätzliche Leistungsaspekte“ aufgeführten Punkte sind im Sinne einer „**zusätzlichen Leistung**“ zu erbringen und zu den Leistungen der „vollen Unterstützung (mind. 4 x tägl.)“ zu addieren. **Bezogen auf die Isolierungsmaßnahmen ist eine tägliche Bestätigung der Schutzmaßnahmen nicht erforderlich. Zum Nachweis sind die FAQs 3.8.9 und 3.8.10 zu beachten.**

3.3.11 Was bedeutet eine „veränderte“ Miktions-/Defäkationsfrequenz bei G10?

Eine veränderte Miktions-/Defäkationsfrequenz bedeutet eine Abweichung gegenüber der normalen Ausscheidungsfrequenz. Die normale Miktionsfrequenz beim Erwachsenen beträgt bis zu 6 Miktionen pro Tag.

Die Maßnahme bei einer erhöhten Miktionsfrequenz zielt auf die PKMS-Maßnahme „erhöhte Frequenz der Ausscheidungsunterstützung; zusätzlich 3 weitere Unterstützungen bei der Ausscheidung“. Zur Erfüllung der C3 sind somit insgesamt 7 Leistungen erforderlich.

3.4 Bewegung

3.4.1 Was ist eine Mikrolagerung?

Bei jedem Patientenkontakt können **kleinste Lage- und Positionsveränderungen durchgeführt werden**. Z. B. kann ein zusammengefaltetes Handtuch oder ein kleines Kissen unter das Becken geschoben werden und nach kurzer Zeit unter der Schulter positioniert werden.

Definition: Der gesunde, liegende Mensch führt laut einer Studie pro Stunde zwischen 8 und 40 Mikrobewegungen durch. An diesem physiologischen Bewegungsmuster orientiert sich die Mikrolagerung. Angestrebt werden physiologische Positionsveränderungen in den Gelenken sowie unterstützende Lageveränderungen durch Druckverteilung an Kopf, Schultern, Hüfte und des Fersenbereichs. Bei jedem Patientenkontakt können **kleinste Lage- und Positionsveränderungen durchgeführt werden**. Z. B. kann ein zusammengefaltetes Handtuch oder ein kleines Kissen unter das Becken geschoben werden und nach kurzer Zeit unter der Schulter positioniert werden. Diese Mikrolageveränderungen können z. B. im Uhrzeigersinn durchgeführt werden.

Als Mikrolagerungen zählen z. B. Fersenfreilagerung, Hochlagerung einer Extremität usw. Die klassischen Lagerungen wie z. B. Oberkörperhochlagerung, 30 Grad rechts, links usw. sind Lagerungen bzw. Positionswechsel im Sinne des PKMS. Mikrolagerungen, welche im Zusammenhang mit einem Positionswechsel durchgeführt werden, sind nicht als zusätzliche eigenständige Mikrolagerungen zu zählen.

3.4.2 **Geändert 2019:** Was ist mit „aufwendige Sicherheitsmaßnahmen“ gemeint (D6)?

Die ständige Anwesenheit einer Pflegekraft oder die kontinuierliche/regelmäßige, dem Patientenzustand angepasste Kontrolle der Patientensicherheit mit entsprechender Dokumentation oder unterschiedliche Fixierungsmaßnahmen mit entsprechendem Fixierungsprotokoll werden zu den aufwendigen Sicherheitsmaßnahmen gezählt. Diese Maßnahmen müssen entsprechend ausgewiesen werden, um die PKMS-Punkte in diesem Bereich zu erlangen. Das alleinige Verwenden von durchgängigen Bettseitenbegrenzungen **ohne** weitere **Sicherheitsmaßnahmen (s. o.)** zählt nicht als „aufwendige Sicherheitsmaßnahme“.

3.4.3 Kann die Nutzung einer Sensormatte oder das Fahren der Patienten vor das Stationszimmer zur intensiven Beobachtung als „aufwendige Sicherheitsmaßnahme“ geltend gemacht werden?

Nein, es handelt sich im ersten Fall um ein Medizinprodukt und im zweiten Fall um einen Transfer des Patienten. Aufwendig werden diese Leistungen erst, wenn z. B. die Pflegeperson häufig in das Patientenzimmer zu einem Kontrollgang mit oder ohne spezifische Handlungen gehen muss, da die Sensormatte Alarm gegeben hat. Werden die Kontrollgänge dokumentiert und entsprechen der Häufigkeit, wie sie unter 3.4.2 beschrieben ist, kann diese Leistung als „hochaufwendig“ geltend gemacht werden.

3.4.4 Der Transfer eines Patienten aus dem Bett und zurück – ist das als 1 x Bewegungen oder als 2 x Bewegungen z. B. im Rahmen von D1 geltend zu machen?

Das hängt von dem Leistungsgeschehen ab. Hierzu je ein Beispiel: Wird ein Patient aus dem Bett mittels Transfer unterstützt und zu Gehübungen angeleitet und anschließend wieder zurück ins Bett transferiert, so ist dieses als eine Mobilisierungsmaßnahme zu sehen. Im PKMS trifft dieser Sachverhalt z. B. bei D4 „Aufwendige Mobilisation aus dem Bett mit Gehtraining...“ zu. Wird der Patient nach dem Gehtraining in das Bett transferiert, so ist die Maßnahme D4 **abgeschlossen**. Anders ist der Sachverhalt, wenn der Patient z. B. nach dem Gehtraining in den Rollstuhl positioniert wird. Dann endet die Maßnahme D4 an dieser Stelle. Führt die Pflegeperson dann zu einem späteren Zeitpunkt den Transfer vom Rollstuhl in das Bett durch, ist dieses eine Mobilisierungsmaßnahme, die im Sinne des PKMS z. B. unter D1 als eine Leistung geltend gemacht werden kann.

Generell gilt: Maßnahmen, die in einem Versorgungsprozess erbracht werden, zählen immer zur Haupthandlung. So kann z. B. das dreimalige Umlagern im Rahmen der Körperwaschung nicht als PKMS-Leistung im Bereich der Körperwaschung und gleichzeitig als drei Lagerungsmaßnahmen geltend gemacht werden, sondern nur bei der Körperwaschung.

3.4.5 Wenn ein Patient bei einem vorliegenden Grund im Leistungsbereich Bewegungen von einer externen Person auf die Station rückbegleitet wird, dürfen dann die PKMS-Aufwandspunkte berechnet werden und gibt es Vorgaben bezüglich des Ortes, welche beim Suchen/Rückbegleiten anerkannt werden?

G11	D6	Mindestens 4 x tägl. Suchen und/oder Rückbegleiten des Patienten auf die Station/in das Zimmer ...
-----	-----------	--

Quelle: PKMS-E Maßnahme DIMDI

Wenn der Patient von Mitarbeitern der Pflege gesucht wurde und dieses entsprechend dokumentiert ist, können die Aufwandspunkte berechnet werden, obwohl die Rückbegleitung z. B. durch Personen, die nicht dem Pflegepersonal zuzurechnen sind, durchgeführt wurde. Die Maßnahme D6 ist mit einer „und/oder“-Formulierung ausgestattet, die Rückbegleitung kann durch externe Personen stattfinden. Daher ist die Berechnung auch in diesem Fall zulässig, wenn der Patient zuvor von Mitarbeitern der Pflege gesucht wurde. Die Aufwandspunkte für D6 sind unabhängig davon, wo ein Patient gesucht oder von wo er rückbegleitet werden muss, zu kodieren. Der PKMS gibt hier keine formalen Vorgaben. Alternativ sind die PKMS-Punkte auch zu berechnen, wenn ein Patient vom Pflegepersonal nur rückbegleitet wurde.

3.4.6 Wie muss im Rahmen Bewegung G10 das hohe Dekubitusrisiko nachgewiesen werden?

Im Expertenstandard wird nicht empfohlen, ein standardisiertes Assessment wie Braden- oder Norton-Skala zu verwenden. Einrichtungen haben die Möglichkeit, eigene Beurteilungskriterien in der Pflegeanamnese aufzunehmen und die Mitarbeiterin kommt zu ihrer Einschätzung. Dieses Einschätzungsergebnis ist explizit zu dokumentieren. Ein hohes Dekubitusrisiko und die Gründe für die Einschätzung sind nachvollziehbar zu dokumentieren. Selbstverständlich können sich Einrichtungen auch entscheiden, weiterhin eine Skala wie z. B. Braden zu nutzen. Besteht bei einem Patienten bereits ein Dekubitus, so kann dieses auch zur Plausibilisierung eines vorliegenden Risikos gewertet werden, ersetzt aber nicht die individuelle Einschätzung durch die Pflegeperson.

3.4.7 Kann G10 Bewegen (Hohes Dekubitusrisiko) geltend gemacht werden, wenn bei der Einschätzung mit der Braden-Skala nur ein mittleres Risiko festgestellt wurde?

Grundsätzlich ist das möglich, wenn über eine weitere Ausführung die Begründung für die pflegfachliche Einschätzung dokumentiert ist. Die Einschätzung ist nachvollziehbar zu begründen. Die alleinige Angabe der „Immobilität“ ist nicht ausreichend. Hintergrund ist, dass die standardisierten Assessmentinstrumente wie z. B. Braden-Skala Sensitivitäts- und Spezifitätsprobleme aufweisen. Die pflegfachliche Einschätzung ist hier gefordert und anzuerkennen.

3.4.8 Wie kann (D4) z. B. „Gehtraining mit Gehhilfen“ für den pflegerischen Alltag ausgelegt werden?

Gehtraining im Akutkrankenhaus ist z. B.:

- Anleitung, die Gehhilfe korrekt einzusetzen, Zwei-Punkt-, Drei-Punkt-, Vier-Punkt-Gang einüben
- Belastungsproben mit dem Betroffenen durchführen, z. B. bezüglich Gehstrecke oder Gewichtsbelastung des betroffenen Beines mittels Waage
- Den Patienten begleiten und anleiten, motivieren, den Kreislauf dabei zu kontrollieren oder den Patienten auffordern, z. B. den Oberkörper aufzurichten, bei Gangunsicherheiten eingreifen
- Standtraining in Verbindung mit dem Gehen mit Gehhilfen wie Eulenburg, Rollator o.ä.

Aus pflegfachlicher Sicht ist eine Maßnahmenbeschreibung und Evaluation zu dokumentieren. Ein entsprechender Leistungsnachweis ist zu führen. Die Leistungen sind durch das Pflegepersonal durchzuführen.

3.4.9 Die Krankheitsbilder Guillain-Barré-Syndrom, Multiple Sklerose und Amyotrophe Lateralsklerose (eventuell auch weitere Krankheitsbilder in der Neurologie) können im Verlauf mit einer Tetraplegie einhergehen. Inwiefern können hier die Gründe, die sich auf Tetraplegie beziehen, angewendet werden?

Wenn bei dem Patienten mit der Erkrankung das Symptom einer Tetraplegie auftritt, können die entsprechenden PKMS-Gründe und -Maßnahmen kodiert werden. Wichtig ist, dass aus der Dokumentation ersichtlich ist, dass das Symptom entsprechend vorliegt.

3.4.10 Maßnahme D5, was ist mit einem Lagerungs-/Positionswechsel genau gemeint, kann hier auch eine Mobilisierungsmaßnahme z. B. aus dem Bett gezählt werden?

Ja, denn eine Mobilisation ist auch ein Positionswechsel. Grundsätzlich ist zu beachten, dass Handlungen im PKMS nicht doppelt in verschiedenen Leistungsbereichen gezählt werden dürfen.

3.4.11 Was genau ist mit „an allen gefährdeten großen Gelenken“ im Rahmen der Kontrakturenprophylaxe gemeint?

„Gefährdete große Gelenke“, welche im Rahmen der Kontrakturenprophylaxe zur Erhaltung der Alltagsbewegungen zählen, sind: Hand-, Ellenbogen-, Schulter-, Hüft-, Knie- und Sprunggelenk. Ist aus medizinischen Gründen die Kontrakturenprophylaxe eines Gelenkes nicht möglich, ist die Kontrakturenprophylaxe der restlichen Gelenke durchzuführen und anzuerkennen.

3.4.12 Was ist mit „aufwendiges Anlegen von Prothese, Orthesen, Stützkorsagen“ gemeint?

Es sind hier ausschließlich Hilfsmittel gemeint, welche mehrere Arbeitsschritte zum Anlegen des Hilfsmittels benötigen und/oder aufwendige Verschlussysteme beinhalten. Einfacher Klettverschluss einer z.B. Armorthese, Sternumkorsett, Halskrause sind hierunter nicht zu verstehen.

3.4.13: Worauf bezieht sich das und/oder in der D2? **„Mindestens 4 x tägl. Lagerungswechsel und/oder Mobilisation mit mindestens 3 Pflegepersonen (nur bei BMI von mindestens 40 kg/m²)“**

Die Positionswechsel (Lagerung/Mobilisation) sind mindestens 4 x tägl. mit jeweils mindestens 3 Pflegepersonen zu erfüllen. Mikrolagerungen sind hier nicht zu zählen.

3.5 Kommunikation

3.5.1 „Die kommunikativen Pflegemaßnahmen werden nicht im Rahmen der Erbringung anderer Pflegeleistungen erbracht“, wie ist diese Forderung auszulegen?

Es handelt sich hierbei ausschließlich um Gespräche/Anleitungssituationen/Maßnahmen zur Krisenbewältigung mit einer pflēgetherapeutischen Zielsetzung, die unabhängig von einer anderen Pflēgetätigkeit erfolgt. So sind z. B. eine Eins-zu-eins-Betreuung und die gleichzeitige Durchführung einer Ganzkörperwaschung nicht zulässig. Darüber hinaus sind Anforderungen an die Gesprächsdauer gestellt. Ausgenommen sind Pflegehandlungen, die im Rahmen des Kompetenzerwerbs mit dem Patienten oder dessen Angehörigen (E3) durchgeführt werden. Wird z. B. der Patient in die Nutzung des PEN eingewiesen und erlernt die Spritztechnik, kann diese Leistung als Maßnahme zum Kompetenzerwerb kodiert werden.

3.5.2 Wird ein problemorientiertes Gespräch (E2) mit dem Patienten unter Zuhilfenahme eines Angehörigen in der Funktion eines Dolmetschers durchgeführt, darf die PKMS-Leistung dann als erfüllt betrachtet werden?

Ja, denn hier liegt eine Notwendigkeit der optimalen Patientenversorgung vor. Der Aufwand ist durch die Zeitverzögerung im Rahmen des Gesprāches sowie die damit verbundene Organisation bspw. des Dolmetschers als gegeben zu betrachten.

3.5.3 Ist eine Sitzwache als Eins-zu Eins-Betreuung zu werten?

Ja, wenn sowohl der Grund als auch die Zeitvorgaben des PKMS und die Handlung der Pflegeperson in der Pflegedokumentation nachvollziehbar sind.

3.5.4 Kann eine Kommunikationsleistung, die telefonisch z. B. mit Angehörigen erfolgt, auch geltend gemacht werden?

Ja, wenn es sich dabei um ein 2 x 15 oder 1 x 30-minütiges problemlösungsorientiertes Gespräch oder Beratungs-, Anleitungs- oder Informationsgespräch mit den Angehörigen handelt. Voraussetzung dafür ist das Vorliegen eines Grundes für hochaufwendige Pflege beim Patienten, wie z. B. beeinträchtigte Anpassungsfähigkeit, Sinn-/Lebenskrise oder beeinträchtigte Selbstpflegekompetenz. Wie bei allen Kommunikationsleistungen ist sowohl die Dauer als auch der Inhalt des Gesprāches zu dokumentieren.

3.5.5 Was sind „problemlösungsorientierte Gespräche“?

Es handelt sich um Gespräche, die sich auf die vorliegenden Gründe (G3, G4 oder G10) beziehen. Allgemeine, anregende Gespräche z. B. über Wetter, Essen und allgemeines Befinden sind hier nicht gemeint.

3.6 Kreislauf/ Wundmanagement

3.6.1 Im Leistungsbereich F Kreislauf in den Maßnahmenkomplexen F1 steht kein UND bzw. ODER. Müssen alle aufgeführten Maßnahmen erfüllt sein? Welche Häufigkeit wird erwartet?

Nein, es werden nacheinander die möglichen Ursachen für die autonome Dysreflexie geprüft und bei Bedarf Maßnahmen eingeleitet. So lange bis sich der Kreislauf stabilisiert hat, sind die RR-Kontrolle nachzuweisen sowie sonstige durchgeführte Maßnahmen.

3.6.2 Bei den Maßnahmen F2 a) bis d) – bezieht sich hier die Häufigkeitsangabe 6 x tägl. auf eine Kombination oder auf Einzelleistungen?

Die Häufigkeit bezieht sich auf eine Kombination und/oder eine Leistung von a) bis d).

3.6.3 (G10) Hochaufwendiges Wundmanagement, hier werden mind. 3 sekundär heilende Wunden (z. B. Dekubitus Grad 3) genannt. Wie ist der Text in der Klammer zu verstehen?

Der Text in der Klammer ist ein Beispiel. Es kann sich bei den drei Wunden mit unterschiedlicher Lokalisation auch z. B. um ein Ulcus Cruris handeln oder um einen Dekubitus z. B. am rechten und linken Trochanter und an der Ferse mit unterschiedlichen Schweregraden.

3.6.4 Wie ist die Maßnahme G1 (Wundmanagement) auszulegen? Sind die „Unterpunkte“ täglich nachzuweisen?

Ein systematisches Wundmanagement zeichnet sich dadurch aus, dass im Rahmen der Versorgung eine systematische Wundeinschätzung mit den angegebenen Punkten im PKMS durchgeführt wird. Ebenso führt eine Wundbehandlung im Sinne des PKMS zu Aufwandspunkten, wenn diese entsprechend aufwendig ist. Eine systematische Evaluation des Heilungsprozesses ist ebenfalls Bestandteil des Wundmanagements. Die PKMS-Aufwandspunkte können generell nur an den Tagen, an denen eine Wundbehandlung stattgefunden hat, geltend gemacht werden. Wird der Patient z. B. mit Wundaufgaben versorgt, die nur im mehrtägigen Rhythmus gewechselt werden, können nur die Tage geltend gemacht werden, an denen der VW stattgefunden hat. Parallel hat eine Wundbeschreibung mit den entsprechenden Kriterien vorzuliegen und eine Evaluation der Wundheilung muss nachvollziehbar dokumentiert sein. Bei der Erstversorgung einer Wunde kann eine Evaluation noch nicht vorliegen, dennoch darf dieser Tag bei vorliegendem aufwendigem VW berechnet werden. Diese beiden letzten Punkte sind in einer sinnvollen Weise zu aktualisieren, wenn Veränderungen der Wunde zu verzeichnen sind. Bleibt eine Wunde zwischen zwei Wundverbänden unverändert, muss die Wundbeschreibung nicht aktualisiert werden, ein entsprechender Hinweis in der Dokumentation genügt dann.

3.6.5 Ein Patient mit einer „hochaufwendigen Wunde“ erhält die Wundversorgung im OP-Bereich. Können die PKMS-Aufwandspunkte abgerechnet werden?

Wird der Wundverband in einem Spezialraum, welcher innerhalb der OP-Bereiche oder der Ambulanz angesiedelt ist, durch eine Mitarbeiterin der Normalstation erbracht und der Patient wird nur zur Wundversorgung von Normalstation/IMC in den Bereich gebracht und danach wieder zurückgebracht, so können die Aufwandspunkte geltend gemacht werden. Erfolgt dagegen die Wundversorgung durch Mitarbeiter der OP-Einheit, so können die Aufwandspunkte für die PKMS-Leistung nicht abgerechnet werden.

3.6.6 Wie sind die Zeiten im Rahmen der Wunddokumentation nachzuweisen?

Es können verschiedene Arten der Leistungserbringung geltend gemacht werden. Nachfolgend ein paar Beispiele:

- Zwei Pflegepersonen sind je 30 Minuten gleichzeitig beim Patienten ODER
- Eine Pflegeperson ist insgesamt 60 Minuten am Patienten auf mehrere Zeitpunkte verteilt ODER
- Beliebige andere Kombinationen aus Pflegezeit und Pflegepersonen, die insgesamt 60 Minuten ergeben.

3.6.7 Muss das systematische Wundmanagement bei G1 in der beschriebenen Form täglich stattfinden?

Nein! Die PKMS-Aufwandspunkte werden an den Tagen geltend gemacht, an denen ein systematisches Wundmanagement stattgefunden hat. Wird z. B. bei modernen Wundbehandlungsmethoden ein VW nur im zweitägigen Rhythmus durchgeführt, werden die PKMS-Aufwandspunkte nur an den entsprechenden Tagen geltend gemacht.

3.6.8 Gilt das Stomamanagement für alle Stomaarten einschließlich Urostoma, Tracheostoma und Gastrostoma?

Grundsätzlich wurde bei der Entwicklung in erster Linie an ein Colo-/Ileostoma gedacht. Die gewählte Formulierung lässt formal auch z. B. ein Urostoma zu, bei der z. B. die Komplikation der Hautschädigung vorliegt. Entscheidend ist, dass der entsprechende Zeitaufwand für die Stomaversorgung nachgewiesen werden kann. Beim Tracheostoma ist noch zu beachten, dass bei Abrechnung einer „aufwendigen Stomaversorgung“ die Leistung nicht gleichzeitig unter G11 im Rahmen des „aufwendigen Tracheostomamanagements“ geltend gemacht werden kann.

3.6.9 NEU 2019: Um welche Versorgung/Kontrolle nach Lappenplastik und/oder Replantation postoperativ handelt es sich?

Die unmittelbar postoperative Versorgung ist vorrangig gemeint. Es kann aber auch ein Versorgungsaufwand nach einer länger zurückliegenden Lappenplastik geltend gemacht werden, wenn im Rahmen einer Abstoßungsreaktion eine hochaufwendige Versorgung/Kontrolle durchzuführen ist.

3.7. Leistungsbereich Atmung

3.7.1 Was ist unter „voller Übernahme zur Auswurf Förderung“ zu verstehen?

Es handelt sich um die verschiedenen Leistungen der Atemtherapie, welche in Anwesenheit einer Pflegeperson durchgeführt werden. Die Leistungen werden abhängig von der Leistungsart in voller Übernahme, Unterstützung und/oder Anleitung des Patienten zur selbständigen Übernahme durchgeführt. Es gelten sowohl Leistungen, die vom Arzt angeordnet oder von der Pflege für erforderlich erachtet werden

3.7.2. Wie hat die Dokumentation der atemtherapeutischen Leistungen zu erfolgen?

Analog zum Wundmanagement sind die Leistungen mit der Pflegezeit für diese nachzuweisen. Hier können entweder Echtzeiten oder auch normative Zeitwerte genutzt werden. Es ist auf entsprechendes Klassifikationssystem mit allgemein akzeptierten Zeitwerten zurückzugreifen.

3.7.3. Was ist unter G1 bei PKMS J, K und F „Zustand nach großem operativen Eingriff“ zu verstehen?

Gemeint sind die großen operativen Eingriffe, welche im aktuellen Behandlungsfall durchgeführt wurden.

3.8 Verschiedene Leistungsbereiche betreffende Fragen

3.8.1 Dürfen andere Gründe und Maßnahmenverknüpfungen geltend gemacht werden, wenn diese fachlich begründbar sind?

Nein, es sind nur die Gründe und Maßnahmenverknüpfungen zulässig, die im PKMS angegeben sind.

Gerne können Sie Änderungswünsche an info@pro-pflege.eu senden. Wir werden Ihre Verbesserungen im Rahmen des Antragsverfahrens beim DIMDI berücksichtigen.

3.8.2 Im PKMS wird bei einigen Pflegemaßnahmen die Durchführung mit zwei Pflegepersonen gefordert. Können auch Angehörige als zweite Pflegeperson geltend gemacht werden?

Nein. Als Pflegepersonen können alle Personen, die im Pflegedienst unter Verantwortung einer Pflegefachkraft arbeiten, gezählt werden. Ein Angehöriger ist nicht im Stellenplan der Pflege und stellt somit keinen Ressourcenverbrauch der Pflege dar. Die Zusammensetzung der Pflegepersonen, die gemeinsam eine Leistung erbringen, ist nicht vorgegeben. Es kann sich um zwei Gesundheits- und

Krankenpfleger/Kinderkrankenpfleger/innen ebenso aber auch um z. B. eine examinierte Fachkraft und eine Auszubildende handeln.

3.8.3 Grund für hochaufwendige Pflege G4 „Extreme Schmerzzustände, die sich auf die Körperpflege auswirken“/Interventionen A4/D2. Ist hier ein täglicher Nachweis auf einer Schmerzskaala zu führen und müssen die Einschätzungen einen festgelegten Punkte-Score erreichen?

Dieses ist im PKMS nicht explizit gefordert. Entscheidend sind die „extremen Schmerzzustände“, die in den Unterlagen durch verbale Beschreibung nachvollziehbar dokumentiert sein müssen. Es kann sich hierbei z. B. um austerapierte/therapieresistente Schmerzpatienten handeln oder um Patienten, die trotz Schmerzbehandlung unter extremen Schmerzzuständen leiden.

Diese Aussage bezieht sich auch auf die G4 in den anderen Leistungsbereichen.

3.8.4 Bei G5 Erschwernisfaktor „mindestens 3 unterschiedliche Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung)“, wie ist „(inkl. Beatmung)“ gemeint?

Es bedeutet, dass die Beatmung hier eine der drei Zu- und/oder Ableitungen darstellen kann, z. B. wenn es sich um einen heimbeatmeten Patienten handelt. Bei dieser Klientel werden keine Beatmungstunden für den Krankenhausaufenthalt gesammelt, da keine intensivmedizinische Behandlung erfolgt.

3.8.5 Wie ist der Erschwernisfaktor „fehlende Kraft zur Eigenbewegung im Rumpf und Beckenbereich“ bei G5 zu verstehen?

Aus der Dokumentation muss entnommen werden können, dass bei einem Patienten die Fähigkeit, aktive Mikrobewegungen im Becken- und Rumpfbereich durchzuführen, fehlt. Dieser Grund und Erschwernisfaktor schließt aber z. B. nicht aus, dass ein Patient in den Lehn-/Rollstuhl oder an die Bettkante mit Unterstützung durch Pflegepersonen oder Lagerungsmaterialien mobilisiert werden kann. Ebenso kann es möglich sein, dass der Patient z.B. zu seinem Glas greift, um zu trinken und damit passiv auch der Rumpfbereich minimal mitbewegt wird.

3.8.6 Was ist im PKMS unter einer „schweren Beeinträchtigung“ unter G6 zu verstehen?

Darunter wird ein Patient verstanden, der sich nicht selbstständig aufsetzen und nicht selbständig hinstellen und nicht selbständig gehen kann.

3.8.7 Weist ein Patient bei der Einschätzung des (erweiterten) Barthel-Index eine hohe Punktzahl auf und damit eine geringe Funktionseinschränkung, können dann automatisch Gründe im PKMS gestrichen werden?

Nein, hier muss im Einzelfall die Kodierung der entsprechenden Assessmentinstrumente hinsichtlich der Einzel-Items in Bezug auf den PKMS-Grund plausibilisiert werden.

3.8.8 Erweiterter Barthel-Index, FIM-Index und MMSE können zur Kodierung der ICD U51.2-genutzt werden und begründen künftig die G1 in allen Leistungsbereichen. Inwieweit muss die Einstufung der relevanten Assessmentinstrumente mit der restlichen Dokumentation plausibilisiert sein?

Grundsätzlich muss die Einstufung des Patienten in den Assessmentinstrumenten zu den Berichtseinträgen passen. Treten hier Widersprüche zwischen PKMS-Grund und Assessmenteinstufung auf, kann dies zur Aberkennung des PKMS-Grundes führen. Bei Veränderungen des Patientenzustandes ist das Assessment zu aktualisieren.

Für die G1 ist eine Kodierung der ICD U51.2 nicht zwingend erforderlich.

3.8.9: Werden die PKMS-Aufwandspunkte, bei einem nicht durch Laboruntersuchungen bestätigten Verdacht auf Keimbesiedelung und durchgeführter Isolationsmaßnahmen anerkannt?

Ja, ist der Verdacht in der Akte beschrieben, z.B. die „Wiederaufnahme eines ehemaligen MRSA-Patienten“ oder „unklare Durchfälle“ usw., sind die Tage so lange anzuerkennen bis negative Laborbefunde den Verdacht widerlegen.

Die Isolation wird gemäß den jeweils aktuellen Richtlinien des Robert-Koch-Instituts (RKI) aufrechterhalten.

3.8.10: Wie ist der Nachweis für die (Umkehr-)Isolation zu erbringen?

Der Grund für eine (Umkehr-)Isolation muss erkennbar sein. Der Nachweis der (Umkehr-)Isolation kann auf unterschiedliche Weise plausibilisiert werden. Liegen z.B. eine ärztliche Anordnung zur Isolation oder Laborbefunde, welche eine Infektionsgefahr/Immunsuppression bestätigen, vor, sind diese entsprechend nachzuweisen. Alternativ können die Dokumentationsblätter zum Nachweis des Komplexkodes bei MRE genutzt werden um die Maßnahmen der Isolation nachzuweisen. Liegt ein Verdacht auf ein entsprechendes Infektionsrisiko vor ist FAQ 3.8.9 zu beachten.

3.8.11: Wie ist bei der G5 der Erschwernisfaktor „Ruhigstellung/Fehlen von mindestens zwei Extremitäten“ auszulegen?

Der Erschwernisfaktor ist anzuerkennen, wenn an zwei Extremitäten ein Gliedmaßenverlust proximal eines Ellenbogen- oder eines Kniegelenkes vorliegt oder eine Ruhigstellung von Armen oder Beinen unter Einschluss von Ellenbogen- bzw. Kniegelenk erfolgt.

3.8.12 **Neu:** Wie ist das „Verbot aus medizinischen Gründen“ in G5 nachzuweisen?

In der Dokumentation ist die ärztliche Anordnung nachzuweisen.

4. Dokumentationsanforderungen

4.1 Wie ist eine Maßnahme zu dokumentieren, die durch 2 Pflegepersonen erbracht wurde?

Grundsätzlich müssen beide Pflegepersonen die durchgeführte Maßnahme im Interventionsbogen dokumentieren. Ist dieses in einer Software nicht möglich, wird akzeptiert, dass die zweite Pflegeperson namentlich angegeben wird.

4.2 Welche Bedeutung haben die Kennzeichen bei den Gründen des PKMS?

Die Kennzeichenformulierungen der Gründe bestätigen das Vorliegen des Grundes. Die Formulierungen können im Rahmen der Plausibilisierung bei der Fallprüfung als Dokumentationshilfe betrachtet werden. Wird ein Grund festgestellt, sollten die Kennzeichen entweder in der Pflegeanamnese oder im Pflegebericht dokumentiert werden. Gründe müssen nicht täglich bestätigt werden, eine Dokumentation sollte bei Veränderungen des Patientenzustandes stattfinden. Bei Kennzeichen mit einer „und“-Aufzählung ist darauf zu achten, dass sich alle Kennzeichen in der Pflegedokumentation wiederfinden.

4.3 Wie kann der Nachweis bezüglich der Umsetzung des Expertenstandards Förderung der Harnkontinenz dargestellt werden?

Im Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2007) werden einige grundlegende Aspekte gefordert, die sich in der Pflegedokumentation des Patienten wiederfinden sollten. Im Standard werden ein systematisches Assessment zur Differenzierung der Inkontinenzform sowie die Ausrichtung der Pflegemaßnahmen auf die entsprechende Pflegediagnose/Inkontinenzform gefordert. Darüber hinaus soll möglichst mit dem Patienten gemeinsam das zu erreichende Kontinenzprofil dokumentiert werden. Nachfolgend ein Beispiel einer möglichen Formulierung im Pflegeplan des Patienten. Die Formulierungen dürfen natürlich auch frei gewählt werden und müssen nicht auf eine standardisierte Terminologie wie z. B. ENP (Wietek 2013) oder NANDA-I (Herdman 2013) zurückgreifen.

z. B. Pflegediagnose ENP:

Patientin hat infolge der erreichten **Blasenfüllung in regelmäßigen Zeitabständen** einen **unwillkürlichen Harnabgang** (spontane Reflexentleerung)

Kennzeichen: Fehlendes Gefühl für die Blasenfüllung, Spontaner Urinabgang in regelmäßigen Zeitabständen, Kann die Blasenentleerung nicht willentlich steuern.

z. B. Pflegediagnose NANDA-I:

Reflexurininkontinenz: Kennzeichen: Empfindung des Harndrangs ohne kontrollierte Hemmung der Blasenkontraktion

Pflegeziel: Kontinenzlevel

- Kontinent
- Unabhängig erreicht kontinent
- Abhängig erreicht kontinent
- Unabhängig kompensiert inkontinent
- Abhängig kompensiert inkontinent

z. B. Pflegemaßnahmen ENP:

- Ausscheidung auf der Toilette ermöglichen/unterstützen
- Entsprechend dem ermittelten individuellen Ausscheidungsmuster der Patientin
- Blasenentleerung durch Beklopfen der unteren Bauchregion stimulieren Infektionsscreening durchführen

Bei der G9 und C2 ist zu beachten, dass es sich um die Kontinenzförderungen bei einem Patienten handelt, welcher eine „volle Unterstützung/Anleitung“ bei der Durchführung der Maßnahmen benötigt.

4.4 Können zum Nachweis von z. B. Flüssigkeitsmengen, Lagerungsintervallen oder Ähnlichem auch die bereits eingeführten Spezialdokumente, genutzt werden?

Ja, es können sowohl eingeführte Dokumente oder PC-Systeme zum Nachweis dienen. Die Einrichtung entscheidet, wo welche Leistung dokumentiert wird. Es ist also auch nicht zwingend, ein Flüssigkeitsprotokoll zu nutzen, auch wenn dieses im PKMS aufgeführt ist. Die Flüssigkeitszufuhr kann auch in einem anderen Dokument mit anderem Namen dargestellt werden.

4.5 Was ist bei der Dokumentation der Pflegeleistungen im Bereich der Kommunikation zu beachten?

Bei den Leistungen im Bereich der Kommunikation sind zum einen die Zeitdauer sowie in Stichpunkten der Inhalt/Zweck der Kommunikation und die durchführende Pflegeperson (z. B. Handzeichen) zu dokumentieren. **Beispiel:** 8.30-9.05 Eins-zu-eins-Betreuung: Beruhigung der Patientin, die nach der Diagnoseeröffnung weinte. Es sind keine „Zwischendurchgespräche“ (wie z. B. beiläufiges Gespräch über das Wetter neben der Durchführung der Körperwaschung) gemeint.

4.6 Kann eine Pflegeleistung sowohl für PKMS als auch für einen zweiten Komplexcode gewertet werden?

Die verschiedenen Komplexcodes in der Geriatrie und neurologischen Frührehabilitation und die nachzuweisenden Pflegemaßnahmen im Rahmen der aktivierenden/therapeutischen Pflege überschneiden sich inhaltlich teilweise mit Pflegemaßnahmen, die im PKMS (OPS-9-20) gefordert werden. Eine erbrachte aktivierende Körperpflege mit therapeutischer Zielsetzung, wie z. B. der Förderung der Selbstpflegekompetenz kann sowohl im PKMS unter A1 als auch zur Berechnung der Minuten der therapeutischen Waschung geltend gemacht werden und in einer Pflegedokumentation mit einem Handzeichen nachgewiesen werden.

4.7 Einige Pflegemaßnahmen, die zu „einem Handlungsablauf“ gehören, sind im PKMS zusammenfassend formuliert. Reicht bei diesen Pflegemaßnahmen, die zusammen erbracht werden, ein Handzeichen aus?

Ja, Leistungen, die im PKMS zu einem Handlungsablauf gehören, können mit einem Handzeichen bestätigt werden, dies setzt voraus, dass diese im PKMS als Leistungen ohne „UND“-Verbindung aufgeführt sind.

Hierzu ein Beispiel: „C1 Ausscheidungsunterstützung mit Transfer auf die Toilette“

Hat eine Mitarbeiterin einen Patienten zur Toilette gebracht, beim Transfer auf die Toilette unterstützt und eine Unterstützung bei der Ausscheidung durchgeführt, so kann diese Leistung mit einem Handzeichen bestätigt werden. Eine detaillierte Beschreibung, welcher Art die Ausscheidungsunterstützung war, ist nicht

erforderlich. Die Unterstützung der Ausscheidung kann sehr vielfältig und wechselnd sein, z. B. den Intimbereich nach der Ausscheidung reinigen, den Patienten während der Ausscheidung halten, damit dieser nicht von der Toilette rutscht, eine Kreislaufüberwachung während des Ausscheidungsvorgangs, Bekleidung des Unterkörpers entfernen und wieder richten usw. Eine detaillierte Aufschlüsselung der Leistungen würde den Dokumentationsaufwand deutlich erhöhen, würde aber an der Gültigkeit der zu berechnenden Aufwandspunkte nichts ändern.

Sind im PKMS verschiedene Leistungen mit unterschiedlichen Häufigkeiten angegeben, wie z. B. bei der Leistung A5 1 x Ganzkörperwaschung und 4 x Mundpflege usw., so sind jeweils für die Leistungen einzelne Handzeichen in der entsprechenden Häufigkeit anzugeben.

4.8 Ist es ausreichend, die Häufigkeiten von erbrachten Leistungen mit einem Handzeichen pro Schicht zu bestätigen? So würden z. B. im Rahmen des Nachweises für ein aufwendiges Tracheostomamanagement (A6), welches mind. 8 x tägl. nachzuweisen ist, drei Handzeichen in der Akte aufgeführt sein.

Nein, ein Handzeichen pro Schicht zur Quittierung mehrerer durchgeführter Pflegemaßnahmen wird nicht akzeptiert. Die angegebenen Häufigkeiten zu Pflegemaßnahmen sind je mit einem Handzeichen als Nachweis auf dem jeweiligen festgelegten Dokumentationsbogen zu quittieren. Dieses ist im Vorspann des PKMS eindeutig geregelt.

4.9 Ist es erforderlich, dass in Zukunft jede PKMS-Pflegemaßnahme mit einer Uhrzeit der Erbringung ausgewiesen werden muss?

Nein, diese Forderung würde den Dokumentationsaufwand erhöhen und die Nachvollziehbarkeit des Leistungsgeschehens nicht deutlich verbessern. Abgesehen davon ist diese Forderung auch praktisch kaum umsetzbar, da Mitarbeiter häufig die Planette nicht mit sich führen und Leistungen an zwei bis drei Zeitpunkten in der Schicht dokumentieren. Würde diese Forderung realisiert werden, müssten die Einrichtungen zusätzlich ein Überwachungsprotokoll am Bett des Patienten führen und die Ergebnisse in die Patientendokumentation übertragen. Neben datenschutzrechtlichen Fragestellungen würde auch eine Doppeldokumentation gefördert werden.

Eine Uhrzeitenangabe ist erforderlich, wenn dieses pflegfachlich notwendig ist, z. B. bei Lagerungsplänen.

4.10 Wie detailliert hat eine Klinik nachzuweisen, welche PKMS-Gründe und -Maßnahmen geltend gemacht wurden?

Grundsätzlich ist es zulässig, die PKMS-Gründe und Leistungen in der Regeldokumentation zu erfassen. Damit die Leistungsdokumentation nachvollziehbar ist, ist in einer PKMS-Dokumentation anzugeben, welche PKMS-Gründe und -Maßnahmen für welchen Tag geltend gemacht werden. Wenn anhand der Pflegedokumentation nicht ersichtlich ist, welche Gründe und Maßnahmen abgerechnet werden, kann die erforderliche Dokumentation in Anlehnung an die sog. PKMS-Matrix des OPS 9-20 erfolgen, wobei über die kodierten Punkte je Leistungsbereich und Tag hinaus die jeweils geltend gemachten Gründe, ggf. erforderlichen Erschwerisfaktoren sowie die durchgeführten Maßnahmen erkennbar und nachvollziehbar sein müssen. Die alleinige Kodierung der PKMS-Punkte in der Punktematrix des OPS 9-20 reicht für PKMS-Dokumentationszwecke nicht aus (siehe hierzu auch „Hinweise zur Pflegedokumentation“ zum OPS 9-20 im Anhang des OPS, Version 2014, Systematisches Verzeichnis).

4.11 Ist es ausreichend, wenn man für die Plausibilisierung der Gründe immer den Wortlaut einer validierten Pflegeklassifikation wie z. B. NANDA-I, ENP, POP oder Vergleichbares verwendet?

Es kommt dabei stark auf den Informationsgehalt der genutzten Pflegeklassifikation an. Wenn die pflegerische Aussage mit dem Pflegeklassifikationssystem den Bedeutungsumfang des PKMS-Grundes und/oder der PKMS-Maßnahme wiedergibt, so ist dieses vergleichbar und ebenfalls gültig.

5. Spezielle Fragen zu PKMS-K und -J

5.1 Was ist unter „Perzentile kleiner 5 oder größer 99,5“ zu verstehen?

Die **BMI-Perzentile** zeigen, wie viel Prozent der untersuchten Kinder und Jugendlichen einen kleineren BMI-Wert aufweisen, der bei der jeweiligen Perzentilkurve angegeben ist.

Im Rahmen von Arbeitsgemeinschaften und Studien wurden dann die Grenzwerte, ab wann ein Kind über-/untergewichtig ist, festgelegt. Diese Angaben beziehen sich ausschließlich auf die Untersuchungsgruppe (deutsche/europäische Kinder). In Ihrer Kinderklinik/Kinderabteilung wird es sicherlich eine Referenztafel für die Bewertung der Körpergewichte von Kindern und Jugendlichen geben. Ein Beispiel für eine Perzentilkurve können sie unter folgender Internetadresse einsehen: http://www.psychotherapiepraxis.at/surveys/test_bmi_test.phtml

Untergewicht beginnt bei Perzentil 10. Extrem ausgeprägtes Untergewicht wird in der Literatur bei einem Perzentilwert kleiner 5 beschrieben. Extremes Übergewicht ist auf einer Perzentil-Kurve gegeben, wenn die Linie bei 99,5 liegt.

5.2 Können die Aufwandspunkte des PKMS(-J) berechnet werden, wenn ein schwer behindertes Kind (Person) Sondenkost erhält, ohne orale Nahrung zu sich nehmen zu können?

G1 G4	B1	Fraktionierte Applikation von Nahrung/Sondennahrung mindestens 5 x tägl. in altersgerechter Form bzw. den Fähigkeiten des Kindes/Jugendlichen entsprechend angeboten UND zu den Verabreichungszeiträumen Stimulation zur Nahrungsaufnahme ODER Verabreichung von Nahrung immer begleiten/beaufsichtigen, verbunden mit der Notwendigkeit der Applikation von Restnahrung via Sonde
-------	----	---

Quelle: PKMS-J DIMDI 2016

Wenn G1 oder G4 vorliegt, ist neben der fraktionierten Applikation von Nahrung eine zusätzliche Stimulation zur Nahrungsaufnahme erforderlich. Es sind also orale Nahrungsangebote zu machen, auch wenn ein Großteil der Nahrung via Sonde gegeben wird.

5.3 Können B3 und B4 bei den Kindern und Jugendlichen auch in einer Patientengruppe erbracht werden?

Nein, der PKMS ist ein Instrument, um Pflegepersonalressourcenbindung zu erklären. Wird eine Leistung in der Gruppe erbracht, werden die Zeitkalkulationen, welche hinter dem PKMS liegen, nicht erfüllt.

5.4 **NEU 2019**: Wie ist die Pflegemaßnahmen im PKMS K, J C2 „Wäschewechsel (Kleidung und Bettwäsche) und Teilkörperwaschung mind. 3 x tägl./bzw. 2 x tägl.“ zu verstehen?

Es ist einmal der Wäschewechsel (Kleidung und Bettwäsche) sowie 3-mal/2-mal eine Teilkörperwaschung nachzuweisen. Also insgesamt mindestens 4/bzw. 3 Leistungen.

Literatur

Fragenkatalog zur OPS 9-20 und PKMS (28.07.2010) Expertenteam des Lenkungskreises DRG-Pflege vom DPR: Fr. Dr. Lutterbüse, Fr. Dr. Wieteck, Fr. Wittrich, Fr. Marintschev, Hr. Oppermann, Stand: 15.02.2010
Download: <http://www.deutscher-pflegerat.de/DRG%202010.html>

Anlage 11_KalkulationsPPR.pdf: Download 30.07.2010 http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/Kalkulation2/DRG-Fallpauschalen_17b_KHG/Kalkulationshandbuch/Ergaenzungen_und_Anpassungen_zum_Kalkulationshandbuch#kalkppr

Berger, Simon; Holger Mosebach; Pia Wieteck (Hg.): NANDA International, Pflegediagnosen: Definitionen & Klassifikation 2007-2008. 1. Aufl., Bad Emstal: RECOM GmbH & Co KG, 2008.

Carruth, Ann K.; Debra Ricks; Pat Pullen: Bag Baths. An Alternative to the Bed Bath. In: Nursing Management Jg. 26, 9/1995 (September), S. 75-76.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2015): FAQ 9007. http://www.dimdi.de/static/de/klasi/faq/ops/kapitel_9/faq_9007.html (Download: 12.01.2015)

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hg.): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Fachhochschule Osnabrück, 2006.

DGAI, Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin; Berufsverband Deutscher Anästhesisten BAD: Intermediate Care*: Entwicklung, Definition, Ausstattung, Organisation und mögliche Lösungen. In: Anästh. INTensivmed Jg. 43, 2002, S. 536-541.

Holzemer, William L.; Suzanne Bakken Henry; C. Dawson; K. Sousa; C. Bain; S.F. Hsieh: An Evaluation of the Utility of the Home Health Care Classification for Categorizing Patient Problems and Nursing Interventions from the Hospital Setting. In: Gerdin, U.; M. Tallberg; P. Wainwright (Hg.): Nursing Informatics. The Impact of Nursing Knowledge on Health Care Informatics. Amsterdam, Berlin, Oxford, Tokyo, Washington: IOS Press, Ohmsha, 1997, S. 21-26.

Sheppard, Cynthia M.; Phyllis S. Brenner: The Effects of Bathing and Skin Care Practices on Skin Quality and Satisfaction With. In: Journal of Gerontological Nursing Jg. 26, 10/2000 (October), S. 36-45.

Sloane: Effect of Person-Centered Showering and the Towel Bath on Bathing-Associated Aggression, Agitation, and Discomfort in Nursing Home Residents with Dementia: A Randomized, Controlled Trial. In: Journal of the American Geriatrics Society Jg. 52, 11/2004 (November), S. 1795-1804.

Snowley, Gillian D.; Peter J. Nicklin; John A. Birch: Pflegestandards und Pflegeprozess

Grundlagen pflegerischer Qualitätssicherung. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co., 1998.

Wild, Claudia; Markus Narth; Wilhelm Rank; Michael Hiesmayr: Evidenzbasierte Bedarfsplanung für Intensivbetten Ein Assessment Teil I:Stand des Wissens. In: Österreichische Akademie der Wissenschaft, download 12.09.2011 http://hw.oeaw.ac.at/0xc1aa500d_0x0010b25d 2002.

Wieteck, Pia (Hg.): Praxisleitlinien Pflege. Planen und Dokumentieren auf Basis von Pflegediagnosen der Klassifikation ENP. Kassel: RECOM Verlag, 2013.

Herdman, T. Heather (Hg.): NANDA-I-Pflegediagnosen 2012-2014. Kassel: RECOM Verlag, 2013.

FAQ PKMS 2015