

# Fragen und Antworten zu OPS 9-20, PKMS-E, K, J und PPR-A4

Stand: Januar 2011

**Hinweis: Die Fragen sind aus zahlreichen Schulungen zusammengetragen worden und wurden sorgfältig bearbeitet. Als Ausgangsfassung der Antworten diente eine vom DPR veröffentlichte Vorlage.**

Bearbeitung und Prüfung durch:

**Dr. rer. medic. Pia Wieteck**, unabhängige Pflegewissenschaftlerin

**Dr. med. Nicola Lutterbüse**, GKinD e.V.

**Dr. med. Peter Dirschedl**, MDK Baden-Württemberg

**Dr. med. Hans-Ulrich Euler**, MDK Baden-Württemberg

#### **Mitarbeiter des RECOM PKMS-Schulungsteams**

Lisa Schröder, Gesundheitswissenschaftlerin, MSc Public Health

Till Brandt, Gesundheits- und Krankenpfleger, Pflegemanager (B. A.)

Thorsten Benthin, Krankenpfleger, Stationsleiter, Fachinformatiker

Dr. Holger Mosebach, Lektorat

Inhalt

**1. Geltungsbereich OPS 9-20 ..... 4**

1.1 Welche Pflegebereiche/Stationen/Fachbereiche können den OPS 9-20 und damit auch den PKMS erheben? ..... 4

1.2 Gibt es andere OPS (Komplexcodes), die den OPS 9-20 ausschließen? ..... 4

1.3 Findet der OPS 9-20 auch im teilstationären Bereich Anwendung?..... 4

1.4 Bei den Mindestmerkmalen zum OPS heißt es: „Die pflegerischen Leistungen werden durch examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger/Innen bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen oder unter deren Verantwortung erbracht“. Wie ist das auszulegen? ..... 4

1.5 Besteht eine Verpflichtung, den OPS 9-20 mit PKMS zu kodieren? ..... 4

**2. PKMS (E, J, K)..... 4**

2.1 Ist die Anwendung des PKMS bei Patienten mit kurzer Verweildauer sinnvoll? ..... 4

2.2 Wie ist bei Wiederaufnahme von Patienten zu verfahren, bei denen es zur Fallzusammenführung kommt? ..... 4

2.3 Über welchen Tageszeitraum werden die PKMS-Leistungen erhoben? ..... 4

2.4 Wie sind die Altersvorgaben des PKMS-E, J, K genau auszulegen?..... 4

2.5 Können auch mehrere Gründe und Pflegemaßnahmen in einem Leistungsbereich des PKMS erhoben werden?..... 5

2.6 Wann darf ein Leistungsbereich des PKMS geltend gemacht werden?..... 5

2.7 Dürfen Maßnahmen durch Vertreter anderer Berufsgruppen (z. B. Ergotherapeut, Logotherapeut, Physiotherapeut, Stomatherapeut, Wundmanager usw.) erbracht werden? ..... 5

**3. Auslegungs-/Verständnisfragen zu den einzelnen Items des PKMS ..... 5**

3.1 Müssen angegebene Trinkmengen, Mindestmengen oder Häufigkeitsangaben eingehalten werden? ..... 5

3.2 Was zählt als Zu-/Ableitung (vgl. G5 bei Erwachsenen oder G2 bei Kindern/Jugendlichen)? ..... 5

3.3 Sind ausschließlich die angegebenen Assessments bzw. Maßnahmenkonzepte zu nutzen? ..... 6

3.4 Was ist eine Mikrolagerung? ..... 6

3.5 „Die kommunikativen Pflegemaßnahmen werden nicht im Rahmen der Erbringung anderer Pflegeleistungen erbracht“, wie ist diese Forderung auszulegen? ..... 6

3.6 Was ist mit „aufwendige Sicherheitsmaßnahmen“ gemeint?..... 6

3.7 Was ist mit Bag-bath/Towelbath gemeint? ..... 6

3.8 Können Lagerungen mit 2 Pflegepersonen über die Mindestangaben hinaus als zwei einzelne Umlagerungen geltend gemacht werden? ..... 7

3.9 Sind unter dem Leistungsbereich „Ausscheidung“ sowohl Stuhl- als auch Urin-Ausscheidungen zu verstehen?..... 7

3.10 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? ..... 7

3.11 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? ..... 7

3.12 Wird eine Stomaversorgung voll übernommen und die Entleerungsfrequenz ist mind. 7 x tgl., kann dann G10 (PKMS-E) mit C3 geltend gemacht werden? .....	7
3.13 Dürfen andere Gründe und Maßnahmenverknüpfungen geltend gemacht werden, wenn diese fachlich begründbar sind? .....	8
3.14. Im PKMS wird bei einigen Pflegemaßnahmen die Durchführung mit zwei Pflegepersonen gefordert. Können auch Angehörige als zweite Pflegeperson geltend gemacht werden? .....	8
<b>4. Dokumentationsanforderungen .....</b>	<b>8</b>
4.1 Wie ist eine Maßnahme zu dokumentieren, die durch 2 Pflegepersonen erbracht wurde? .....	8
4.2 Welche Bedeutung haben die Kennzeichen bei den Gründen des PKMS? .....	8
4.3 Wie kann der Nachweis bezüglich der Umsetzung des Expertenstandards Inkontinenz dargestellt werden? .....	8
4.4 Können zum Nachweis von z. B. Flüssigkeitsmengen, Lagerungsintervallen oder Ähnlichem auch die bereits eingeführten Spezialdokumente, wie z. B. Mobilisierungsplan und Einfuhrplan usw. genutzt werden? .....	9
4.5 Was ist bei der Dokumentation der Pflegeleistungen im Bereich der Kommunikation zu beachten? .....	9
<b>5. Spezielle Fragen zu PKMS-K und -J .....</b>	<b>10</b>
5.1 Was ist unter „Perzentile kleiner 5 oder größer 99,5“ zu verstehen? .....	10
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? .....	10
5.3 Warum gibt es keine Einstufungsmöglichkeit für Kinder bis zum vollendeten 1. Lebensjahr? .....	10
5.4 Warum gibt es für Kinder und Jugendliche weniger Gründe als für Erwachsene? .....	10
<b>6. PPR-A4 .....</b>	<b>10</b>
6.1 Sollen bei einem Patienten die PPR-A4-Minutenwerte in der Fallkostenkalkulation berechnet werden, wenn dieser keinen OPS 9-20 (PKMS-Aufwandspunkte < 43) erhält? 10	10
6.2 Ist die Nutzung der PPR zur Kalkulation zwingend notwendig? .....	11
6.3 Warum ist die PPR als Grundlage zur Kostenkalkulation verwendet worden? .....	11
6.4 Wie wird die PPR-A4 in der Fallkosten-Kalkulation umgesetzt? .....	11
6.5 Kann die PPR-A4 auch für die krankenhausinterne Pflegepersonalberechnung genutzt werden? .....	12
6.6 In welcher Form ist die PPR-A4 anerkannt und wo können die Nutzungshinweise nachgelesen werden? .....	12
6.7 Die PPR-A3-Einstufung erfordert die Erfüllung der Kriterien in mind. zwei Leistungsbereichen. Ist dieses bei dem PKMS ebenfalls der Fall? .....	12
<b>7. Sonstige Fragen .....</b>	<b>13</b>
7.1 Dürfen Pflegeleistungen, die in Folge von Personalmangel nicht erbracht werden konnten, aber einen Bedarf des Patienten darstellen, abgerechnet werden? .....	13

## 1. Geltungsbereich OPS 9-20

### 1.1 Welche Pflegebereiche/Stationen/Fachbereiche können den OPS 9-20 und damit auch den PKMS erheben?

Grundsätzlich bezieht sich der OPS 9-20 auf alle Fachbereiche/Stationen, die unter den Geltungsbereich § 17d und b KHG fallen. Für Rehakliniken und Einrichtungen, die unter § 111 SGB V fallen, ist der OPS 9-20 und damit auch der PKMS nicht relevant. Dennoch sind derzeit folgende Fachbereiche/Fachstationen durch (Ausschlussformulierung) im PKMS ausgeschlossen, diese sind: Stroke units, IMC und Intensivstationen.

### 1.2 Gibt es andere OPS (Komplekkodes), die den OPS 9-20 ausschließen?

Der OPS 9-20 (2011) schließt keine anderen Codes aus. Das bedeutet, dass eine Kodierung des OPS 9-20 parallel zu anderen Komplekkodes zulässig ist (z. B. 8-550, 8-98a, 8-552, 8-559, 8-982, 9-60 bis 9-68, 8-987 oder 9-500).

### 1.3 Findet der OPS 9-20 auch im teilstationären Bereich Anwendung?

Sobald Patienten stationär aufgenommen werden und hochaufwendige Pflegeleistungen erbracht werden, können Sie mit dem PKMS erfasst werden. Bei teilstationären Vergütungen, die einen Tagesbezug haben, ist der PKMS derzeit nicht relevant.

### 1.4 Bei den Mindestmerkmalen zum OPS heißt es: „Die pflegerischen Leistungen werden durch examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger/Innen bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen oder unter deren Verantwortung erbracht“. Wie ist das auszulegen?

Es ist sicherzustellen, dass eine examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger/In bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in die Verantwortung für die Planung und Durchführung der Pflege des Patienten sicherstellt. Ein Nachweis kann über Dienstpläne und/oder entsprechende „Mitteilungen über die Erfüllung der strukturellen Kodiervoraussetzungen für den OPS-Kode 9-20“ erbracht werden.

### 1.5 Besteht eine Verpflichtung, den OPS 9-20 mit PKMS zu kodieren?

Seit dem 1. Januar 2010 besteht die gesetzliche Anforderung, Patienten, welche die Kriterien des OPS 9-20 erfüllen, mit dem Code entsprechend abzubilden.

## 2. PKMS (E, J, K)

### 2.1 Ist die Anwendung des PKMS bei Patienten mit kurzer Verweildauer sinnvoll?

Bei hochaufwendigen Patienten mit einer kurzen Verweildauer wird die Mindestpunktzahl von 43 für die Komplexprozedur bei Kurzliegern oft nicht erreicht. Patienten, bei denen allerdings durch Wiederaufnahme eine Fallzusammenführung erfolgt, ist die Erfassung des PKMS möglicherweise sinnvoll, da die Mindestpunktzahl dann erreicht werden kann.

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

Hier sind die PKMS-Punkte aus beiden Aufenthalten zusammenzuführen.

### 2.3 Über welchen Tageszeitraum werden die PKMS-Leistungen erhoben?

Die Leistungserfassung der PKMS-Maßnahmen bezieht sich auf den Kalendertag. (Kalendertag 0-24 Uhr)

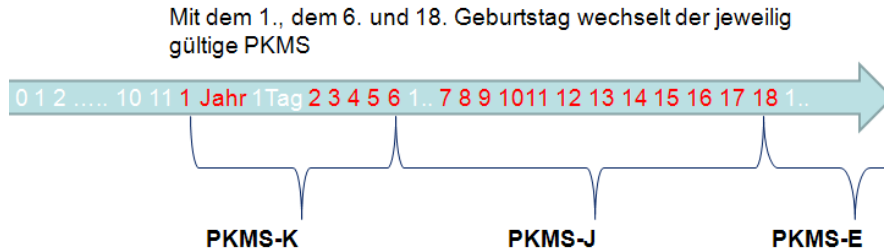
### 2.4 Wie sind die Altersvorgaben des PKMS-E, J, K genau auszulegen?

Folgende Formulierungen sind in den PKMS-Fassungen ausgewiesen:

PKMS-E: ab dem Beginn des 19. Lebensjahres

PKMS-J: ab dem Beginn des 7. Lebensjahr bis zum Ende des 18. Lebensjahres  
 PKMS-K: ab dem Beginn des 2. Lebensjahr bis zum Ende des 6. Lebensjahres

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



### 2.5 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.

### 2.6 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.

### 2.7 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.

## 3. Auslegungs-/Verständnisfragen zu den einzelnen Items des PKMS

### 3.1 Müssen angegebene Trinkmengen, Mindestmengen oder Häufigkeitsangaben eingehalten werden?

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

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

Es zählen z. B. Sauerstoffbrille, Monitoring-Kabel, Drainagen 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, würden als eine Ableitung gezählt. Sind allerdings z. B. Redon-Drainagen in zwei verschiedenen Wundgebieten platziert oder eine Thoraxdrainage rechts und eine links, würde dieses als zwei Ableitungen gezählt werden.

### 3.3 Sind ausschließlich die angegebenen Assessments bzw. Maßnahmenkonzepte zu nutzen?

Assessments/Konzepte, die explizit benannt sind, sind als Vorgabe zu bewerten. In einigen Bereichen sind Maßnahmenkonzepte als Optionen aufgeführt. Hier können hausindividuelle Verfahren und Standards ebenso umgesetzt werden.

### 3.4 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 Mikro-Lageveränderungen können z. B. im Uhrzeigersinn durchgeführt werden.*

### 3.5 „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 pflegetherapeutischen Zielsetzung, die unabhängig einer anderen Pflgetätigkeit erfolgt. So ist 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.

### 3.6 Was ist mit „aufwendige Sicherheitsmaßnahmen“ gemeint?

Die ständige Anwesenheit einer Pflegekraft oder die kontinuierliche (mindestens einmal pro Stunde in den Wachphasen des Patienten) Kontrolle der Patientensicherheit oder unterschiedliche Fixierungsmaßnahmen (z. B. Dreipunkt-, Vierpunkt-, Fünfpunktfixierung) werden zu den aufwendigen Sicherheitsmaßnahmen gezählt. Diese Maßnahmen müssen entsprechend ausgewiesen werden, um die PKMS-Punkte in diesem Bereich zu erlangen.

### 3.7 Was ist mit Bag-bath/Towelbath gemeint?

Es sind mit „bag bath“ keine Produkte gemeint, wenngleich 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", "travel-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.*

**3.8 Können Lagerungen mit 2 Pflegepersonen über die Mindestangaben hinaus als zwei einzelne Umlagerungen geltend gemacht werden?**

<b>D2</b>	<b>Lagerungswechsel mindestens 4 x tägl. mit 2 Pflegepersonen und zusätzlich mindestens 4 x tägl. Lagerungswechsel (bzw. Mikrolagerung) mit einer Pflegeperson, Dokumentation im Lagerungsplan o.ä. ✍</b>
-----------	---

Quelle: PKMS-Maßnahme Erwachsene DIMDI

Ein Lagerungswechsel mit zwei Pflegepersonen kann auch als ein Lagerungswechsel mit einer Pflegeperson gezählt werden, damit 8 Lagerungswechsel pro Tag durchgeführt wurden. Das bedeutet, wird z. B. ein Patient 6-mal zu zweit umgelagert und zweimal durch eine Pflegeperson, so ist das Leistungskriterium erfüllt.

**3.9 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.

**3.10 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 Gespräches sowie die damit verbundene Organisation bspw. des Dolmetschers als gegeben zu betrachten.

**3.11 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?**

<b>G1</b>	<b>D6</b>	Mindestens 4 x tägl. Suchen und/oder Rückbegleiten des Patienten auf die Station/in das Zimmer
-----------	-----------	--

Quelle: PKMS-E Maßnahme DIMDI

Ja, 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 wurden. Die Maßnahme D6 ist mit einer „und/oder“-Formulierung ausgestattet, die Rückbegleitung kann durch externe Personen stattfinden. Daher ist die Berechnung zulässig.

**3.12 Wird eine Stomaversorgung voll übernommen und die Entleerungsfrequenz ist mind. 7 x tgl., kann dann G10 (PKMS-E) mit C3 geltend gemacht werden?**

Im PKMS-J und -K wurde der Stomabeutel explizit aufgenommen. Bei dem PKMS-E wurde die Versorgung des Stomabeutels nicht bei den Kennzeichen aufgenommen. Aus Sicht der Entwickler handelt es sich beim Leeren des Stomabeutels in voller Übernahme um eine Pflegemaßnahme zur Ausscheidungsunterstützung. Liegt bei dem Patienten eine fehlende

Selbstständigkeit bei der Defäkation vor, könnte der Patientenfall über G10 (PKMS-E) und C3 abgebildet werden. Aus fachlicher Perspektive bezüglich des Aufwandes wäre in jedem Fall die Kodierung gerechtfertigt, entsprechende Zeitstudien belegen einen entsprechenden Ressourcenverbrauch.

G4	<p><b>Veränderte Miktions-/Defäkationsfrequenz und fehlende Selbstständigkeit bei der Miktion/Defäkation mindestens 7 x tägl.</b></p> <p><u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, selbstständig zur Toilette zu gehen, den Toilettenstuhl zu benutzen, Bettschüssel/Steckbecken/Urinflasche/Stomabeutel selbstständig zu benutzen</p>
----	--

Quelle: DIMDI

### **3.13 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. Allerdings sind diese Konstellationen im Sinne einer Weiterentwicklung zu prüfen und sollten bitte an das Entwicklerteam des DPR weitergeleitet werden.

### **3.14. 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 (siehe 1.4) 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 oder Hilfskraft handeln.

## **4. Dokumentationsanforderungen**

***Hinweis:** Die nachfolgenden Dokumentationsanforderungen sind aus dem bisher bekannten Prüfverfahren bei anderen OPS-Komplexcodes abgeleitet. Wie sich tatsächlich die Dokumentationsanforderung bei den zu erwartenden MDK-Prüfungen gestaltet, bleibt abzuwarten.*

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

Grundsätzlich müssen beide Pflegepersonen die durchgeführte Maßnahme im Interventionsbogen dokumentieren. Diese Aussage leitet sich aus dem bisherigen Prüfverfahren des MDK ab. Zu prüfen ist, ob die Angabe der zweiten Pflegeperson in einer Software ausreicht oder ob hier ein zusätzliches Log-In mit Passworteingabe erfolgen muss.

### **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 MDK-Plausibilisierung 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 2006) 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 (Wieteck 2009) oder NANDA-I (Berger et al. 2008) 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:**

**Reflexurininkontinenz:**

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

**Pflegeziel: Inkontinenzlevel**

*Ist mit pflegerischer Unterstützung kontinent*

**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*

**4.4 Können zum Nachweis von z. B. Flüssigkeitsmengen, Lagerungsintervallen oder Ähnlichem auch die bereits eingeführten Spezialdokumente, wie z. B. Mobilisierungsplan und Einfuhrplan usw. 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.

## 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.

Beispiel einer Perzentilkurve können sie unter folgender Internetadresse einsehen:

[http://www.psychotherapiepraxis.at/surveys/test\\_bmi\\_test.phtml](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	B1	<b>Fraktionierte Applikation von Nahrung</b> mindestens 5 x tägl. in altersgerechter Form bzw. den Fähigkeiten des Kindes/Jugendlichen entsprechend angeboten  <b>UND</b> zu den Verabreichungszeiträumen Stimulation zur Nahrungsaufnahme oder Verabreichung von Nahrung immer begleiten/beaufsichtigen, <b>verbunden mit der Notwendigkeit der Applikation von Restnahrung via Sonde</b>
G4		

Quelle: PKMS-J

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 Warum gibt es keine Einstufungsmöglichkeit für Kinder bis zum vollendeten 1. Lebensjahr?

In der Entwickler-Arbeitsgruppe für den PKMS für Kinder und Jugendliche wurde eine Bearbeitung der Altersgruppe „Säugling“ zunächst zurückgestellt. Melden die Kinderkliniken und Kinderabteilungen einen konkreten Bedarf an, wird sich die AG dieser Aufgabe annehmen.

### 5.4 Warum gibt es für Kinder und Jugendliche weniger Gründe als für Erwachsene?

Der PKMS-K und -J wurde anders entwickelt. Einige Maßnahmen, die im PKMS-E formuliert sind, wurden zum Zeitpunkt der Entwicklung für die Kinderkrankenpflege zur Abbildung von „hochaufwendigen“ Kindern und Jugendlichen als wenig relevant betrachtet.

## 6. PPR-A4

### 6.1 Sollen bei einem Patienten die PPR-A4-Minutenwerte in der Fallkostenkalkulation berechnet werden, wenn dieser keinen OPS 9-20 (PKMS-Aufwandspunkte < 43) erhält?

Ja, die PPR-A4-Minutenwerte werden in der Fallkostenkalkulation immer dann verwendet, wenn die PKMS-Aufwandspunkte pro Tag größer/gleich 6 sind.

**6.2 Ist die Nutzung der PPR zur Kalkulation zwingend notwendig?**

Die Fallkostenkalkulation kann auch über ein anderes Aufwandserfassungssystem erfolgen. Dieses muss vom InEK anerkannt und genehmigt werden.

**6.3 Warum ist die PPR als Grundlage zur Kostenkalkulation verwendet worden?**

Derzeit verwenden etwa 95 % der Krankenhäuser die PPR als Kalkulationsbasis u. a. der Pflegepersonalkosten, daher erschien die Schärfung dieses Instrumentes als sinnvoll.

**6.4 Wie wird die PPR-A4 in der Fallkosten-Kalkulation umgesetzt?**

Wenn PPR-A4 erreicht wird, wird anstelle der PPR-A3-Minuten (**147** bei den Erwachsenen) der höhere Minutensatz von **257** eingesetzt. S-Werte und Grundwerte bleiben unberührt und werden, wie gewohnt, bei dem Patienten zusätzlich berechnet. Für Kleinkinder und Kinder/Jugendliche gelten andere Minutensätze, siehe nachfolgende Tabellen.

Erwachsene

	S1	S2	S3
A1	52	62	88
A2	98	108	134
A3	179	189	215
A4	289	299	325

Säuglinge

	S1	S2	S3
A1	113	162	238
A2	149	198	274
A3	236	285	361
A4	-	-	-

Kleinkinder

	S1	S2	S3
A1	118	167	243
A2	153	202	278
A3	230	279	355
A4	356	439	558

Jugendliche

	S1	S2	S3
A1	54	103	179
A2	116	165	241
A3	188	237	313
A4	350	433	552

Alternativ können auch die PPR-Werte in der überarbeiteten Fassung durch GKind genutzt werden.

## Pflege-Personalregelung (PPR) in der Überarbeitung durch Gkind

Säuglinge (Werte GKind)		S1	S2	S3
A1		188	272	389
A2		252	336	453
A3		384	468	585
A4		-	-	-

Kleinkinder (Werte GKind)		S1	S2	S3
A1		147	230	349
A2		186	269	388
A3		274	357	476
A4		356	439	558

Jugendliche (Werte GKind)		S1	S2	S3
A1		77	160	279
A2		154	237	356
A3		253	336	455
A4		350	433	552

Quelle: **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](http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/Kalkulation2/DRG-Fallpauschalen_17b_KHG/Kalkulationshandbuch/Ergaenzungen_und_Anpassungen_zum_Kalkulationshandbuch#kalkppr)

### 6.5 Kann die PPR-A4 auch für die krankenhausinterne Pflegepersonalberechnung genutzt werden?

Die Nutzung der PPR-A4 ist an die PKMS-Tagespunktwerte gebunden und für die Fallkostenkalkulation entwickelt worden. Eine weitergehende Nutzung ist möglich.

### 6.6 In welcher Form ist die PPR-A4 anerkannt und wo können die Nutzungshinweise nachgelesen werden?

Die Nutzungshinweise der PPR-A4 wurden an die Kalkulationshäuser versendet und können auf der InEK-Internetseite ([http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek\\_site\\_de/Kalkulation2/DRG-Fallpauschalen\\_17b\\_KHG/Kalkulationshandbuch/Ergaenzungen\\_und\\_Anpassungen\\_zum\\_Kalkulationshandbuch#kalkppr](http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/Kalkulation2/DRG-Fallpauschalen_17b_KHG/Kalkulationshandbuch/Ergaenzungen_und_Anpassungen_zum_Kalkulationshandbuch#kalkppr)) nachgelesen werden. Die Kalkulationshäuser sind aufgefordert, die PPR-A4 oder ein anderes adäquates Instrument zu nutzen, um die Patienten mit „hochaufwendiger Pflege“ kostenkalkulatorisch korrekt abzubilden.

### 6.7 Die PPR-A3-Einstufung erfordert die Erfüllung der Kriterien in mind. zwei Leistungsbereichen. Ist dieses bei dem PKMS ebenfalls der Fall?

Nein, der PKMS kann auch durch nur einen Leistungsbereich erfüllt werden. Voraussetzung ist, dass der Patient in diesem Leistungsbereich entweder Pflegeleistungen in „voller Übernahme“ oder „anleitend/aktivierend“ erhält. Es ist somit keine Voraussetzung, dass der Patient in die PPR-A3 eingestuft wird, es sind ausschließlich die Kriterien in dem jeweiligen PKMS-relevanten Leistungsbereich zu erfüllen.

*„Voraussetzung für die Anwendung der ergänzten Pflegestufe A4 sind die tägliche Einstufung des Patienten in die Pflegestufe A3 gem. PPR und mindestens 6 dokumentierte Aufwandspunkte im Rahmen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS). Bei Vorliegen der Voraussetzungen ersetzen die für die Pflegestufe A4 angegebenen Minutenwerte im Rahmen der Kalkulation diejenigen der Pflegestufe A3.“*

**IneK:** *Hinweise\_KalkulationsPPR\_hochaufwendige\_Pflege.pdf: download 08.2010*  
[http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek\\_site\\_de/Kalkulation2/DRG-Fallpauschalen\\_17b\\_KHG/Kalkulationshandbuch/Ergaenzungen\\_und\\_Anpassungen\\_zum\\_Kalkulationshandbuch#kalkppr](http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/Kalkulation2/DRG-Fallpauschalen_17b_KHG/Kalkulationshandbuch/Ergaenzungen_und_Anpassungen_zum_Kalkulationshandbuch#kalkppr)

Der PKMS hat sich bei der Entwicklung auf die Definitionen der PPR-A3-Einstufung in den Leistungsbereichen bezogen.

**PPR-A3-Körperpflege:** Überwiegende oder vollständige Übernahme der Körperpflege. Der Patient kann sich nicht selbstständig waschen, die Zähne putzen, rasieren und die Haare pflegen. Dies muss von den Pflegenden ausgeführt oder der Patient muss helfend und aktivierend unterstützt werden.

Von dieser Ausgangslage ausgehend wurden weitere Gründe und Leistungsmerkmale definiert, die zusätzlich erfüllt sein müssen, um den „hochaufwendigen“ Patienten von den A3-Patienten abzugrenzen.

Das hat aber nichts mit der Forderung der PPR-Systematik zu tun, dass ein Patient in A3 eingestuft wird, wenn dieser in mindestens zwei Leistungsbereichen A3 hat.

## 7. Sonstige Fragen

### 7.1 Dürfen Pflegeleistungen, die in Folge von Personalmangel nicht erbracht werden konnten, aber einen Bedarf des Patienten darstellen, abgerechnet werden?

Nein. In jedem Haus sollte dieses Problem kritisch diskutiert werden. Es wäre sehr gut, hier konkretere Zahlen zu erfahren und dieses Thema berufspolitisch zu diskutieren.

Hierin liegt ein wichtiger Auftrag der Berufsverbände der Pflege, diese Problematik politisch zu kommunizieren.

**Quellenangaben:**

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

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.

RWI: Krankenhaus Rating Report 2008. In: Qualität und Wirtschaftlichkeit Jg. Heft 41, Essen/2008.

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.

Wieteck, Pia (Hg.): Praxisleitlinien Pflege. Planen und Dokumentieren auf Basis von Pflegediagnosen der Klassifikation ENP. Kassel: RECOM Verlag, 2009.