

# Handbuch 2018 für PKMS und OPS 9-20

Pflege im DRG-System: Kodierung und Dokumentation, pflegetherapeutische  
Konzepte, Diskussion um Pflegepersonaluntergrenzen



 Leseprobe

Herausgegeben von  
Pia Wieteck  
Stephanie Hausherr  
Thorsten Benthin  
Kathrin Hirt  
Manuel Schindler  
Maria Ilin



2.3.4	Unterstützung bei der Einhaltung der Grenzverweildauern und der Begründung für Überschreitungen . . . . .	57	5.4.1	Allgemeine Pflege . . . . .	126
2.3.5	Kodierung des OPS 9-20 mit Hilfe des PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen-Score) . . . . .	57	5.4.2	Spezielle Pflege . . . . .	136
2.3.6	Gruppierungsrelevanz des OPS 9-20. . . . .	62	<b>5.5</b>	<b>PKMS-F für Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge ab der Geburt bis zum Ende des 1. Lebensjahres . .</b>	<b>140</b>
2.3.7	OPS 9-984 Pflegebedürftigkeit. . . . .	66	5.5.1	Allgemeine Pflege . . . . .	140
2.3.8	Zusammenfassende Überlegungen . . . . .	69	5.5.2	Spezielle Pflege . . . . .	149
<b>3.</b>	<b>OPS 9-20 Hochaufwendige Pflege. . . . .</b>	<b>73</b>	<b>5.6</b>	<b>Geltungsbereich des PKMS . . . . .</b>	<b>153</b>
3.1	Erläuterungen zur OPS-Systematik . . . . .	73	5.6.1	Der PKMS darf auf der IMC kodiert werden. . . . .	153
3.2	OPS 9-20 in der offiziellen Version 2018 des DIMDI . . . . .	73	5.6.2	OPS 9-20 und andere Komplexcodes . . . . .	153
3.3	Erlösrelevanz des OPS 9-20 in 2018 . . . . .	78	<b>6.</b>	<b>Dokumentationsanforderungen des PKMS . . . . .</b>	<b>163</b>
<b>4.</b>	<b>OPS 9-50 Präventive Maßnahmen . . . . .</b>	<b>81</b>	6.1	Kodierung der Gründe. . . . .	164
<b>5.</b>	<b>Pflegekomplexmaßnahmen-Scores 2018. . . . .</b>	<b>87</b>	6.2	Kodierung der PKMS-Pflegemaßnahmen. . . . .	174
5.1	Hinweise zur Nutzung. . . . .	87	6.3	Prüfungen der Kodierqualität durch den MDK. . . . .	180
5.2	<b>PKMS-E für Erwachsene ab dem Beginn des 19. Lebensjahres. . . . .</b>	<b>93</b>	6.4	<b>Spezielle Dokumentationsanforderungen des PKMS. . . . .</b>	<b>184</b>
5.2.1	Allgemeine Pflege . . . . .	93	6.4.1	Aktivierung und Anleitung zur Förderung der selbstständigen Körperpflege (A1). . . . .	184
5.2.2	Spezielle Pflege . . . . .	107	6.4.2	Pflegeindikationsgerechte therapeutische Körperpflege (A3). . . . .	202
5.3	<b>PKMS-J für Kinder und Jugendliche ab dem Beginn des 7. Lebensjahres bis zum Ende des 18. Lebensjahres . . . . .</b>	<b>111</b>	6.4.3	Schluckstörungen (G8) und Ess-/Trinktraining (B4). . . . .	202
5.3.1	Allgemeine Pflege . . . . .	111	6.4.3.1	Fallbeispiel Herr Schuster . . . . .	205
5.3.2	Spezielle Pflege . . . . .	122	6.4.3.2	Pflegediagnostischer Entscheidungsfindungsprozess . . . . .	205
5.4	<b>PKMS-K für Kleinkinder ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zum Ende des 6. Lebensjahres . . . . .</b>	<b>126</b>	6.4.4	Kontinenzmanagement (G9 und C2). . . . .	215
			6.4.2	Pflegediagnostischer Entscheidungsfindungsprozess . . . . .	221
			6.4.5	Expertenstandard Dekubitus. . . . .	230
			6.4.6	Hochaufwendiges Wund- und Stoma- management . . . . .	234

<b>7.</b>	<b>Plausible PKMS-Dokumentation orientiert am pflege-diagnostischen Prozess mit Fallbeispiel</b> . . . . .	241	<b>8.2</b>	<b>Bobath-Konzept – Therapeutisch-aktivierende Pflege BOBATH BIKA® im Rahmen des PKMS</b> . . . . .	287
<b>7.1</b>	<b>Einleitung und Fallbeschreibung</b> . . . . .	241	<b>8.3</b>	<b>Gespürte Interaktionstherapie nach Affolter</b> . . . . .	300
<b>7.2</b>	<b>Pflegerisches Basis-Assessment und Fokus-Assessment</b> . . . . .	243	<b>8.4</b>	<b>NDT-Konzept (Neuro-developmental Treatment)</b> . . . . .	309
7.2.1	Das pflegerische Basis-Assessment (BAss) . . . . .	243	<b>8.5</b>	<b>MRP (Motor Relearning Programme)</b> . . . . .	310
7.2.1.1	Zielsetzungen der Fachgesellschaft Profession Pflege . . . . .	244	<b>8.6</b>	<b>Konzepte der oralen, basalen Stimulation im Kontext von Schluckstörungen (G8/B4)</b> . . . . .	311
7.2.1.2	Entwicklung des Basis-Assessments (BAss) . . . . .	245	<b>8.7</b>	<b>Facio-Orale-Trakt-Therapie (nach Coombes) – Patienten mit Schluckstörungen (G8/B4)</b> . . . . .	317
7.2.1.3	Mapping mit anderen Assessments . . . . .	247	<b>8.8</b>	<b>Weitere therapeutische Konzepte im PKMS</b> . . . . .	329
7.2.1.4	Ergebnisbewertung und Punktwerte des BAss . . . . .	250	<b>9.</b>	<b>Fallbeispiele: Praktische Anwendung des PKMS-E/J/K/F</b> . . . . .	331
7.2.1.5	Wann und wie soll das BAss kodiert werden? . . . . .	252	<b>9.1</b>	<b>Fallbeispiel Neurologie: Sabrina Meier</b> . . . . .	331
7.2.2	Spezielles zu Assessments im Kontext Fatigue . . . . .	253	<b>9.2</b>	<b>Fallbeispiel Innere Medizin: Peter Meier</b> . . . . .	334
7.2.3	Anwendung des Basis-Assessments BAss bei Frau Stöckle . . . . .	257	<b>9.3</b>	<b>Fallbeispiel Chirurgie: Herbert Zwack</b> . . . . .	340
<b>7.3</b>	<b>PKMS-E bei Frau Stöckle</b> . . . . .	262	<b>9.4</b>	<b>Fallbeispiel Pneumologie: Mathilde Baumgarten</b> . . . . .	343
7.3.1	Körperpflege . . . . .	262	<b>9.5</b>	<b>Fallbeispiel Geriatrie: Pauline Beyer</b> . . . . .	347
7.3.2	Ausscheidung . . . . .	264	<b>9.6</b>	<b>Fallbeispiel PKMS-J: Lukas Herbst</b> . . . . .	351
7.3.3	Bewegung . . . . .	266	<b>9.7</b>	<b>Fallbeispiel PKMS-K: Leon Sonnenberg</b> . . . . .	354
7.3.4	Kommunikation . . . . .	267			
7.3.5	Wundmanagement . . . . .	268			
7.3.6	Auswertung . . . . .	268			
<b>7.4</b>	<b>Fallbeispiel abgebildet in der Software PKMS-CheckDoku</b> . . . . .	269			
7.4.1	BAss/Anamnese . . . . .	269			
7.4.2	PKMS (mit Mobilisation und Wunde) . . . . .	270			
7.4.3	Berichtswesen . . . . .	275			
7.4.4	Auswertung . . . . .	275			
<b>8.</b>	<b>Therapeutische Konzepte innerhalb des PKMS</b> . . . . .	277			
<b>8.1</b>	<b>Konzept der therapeutisch, basalstimulierenden Ganzkörperpflege</b> . . . . .	277			

9.8	Fallbeispiel PKMS-F: Maximilian Friese.....	357	<b>Glossar</b> .....	451
<b>10.</b>	<b>Einführungs- und Verbesserungsprozess der PKMS-Kodierung.....</b>	<b>361</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>457</b>
10.1	Schulungskonzept.....	361	<b>Literatur</b> .....	<b>459</b>
10.2	Mitarbeitermotivation .....	363		
10.3	Patientenscreening .....	371		
10.4	Verfahrensanweisung zur Umsetzung des PKMS .....	374		
10.5	Potenzialanalyse .....	379		
<b>11.</b>	<b>Erfahrungen mit dem PKMS</b> .....	<b>385</b>		
11.1	Erfahrungsbericht Klinikum Region Hannover GmbH .....	385		
11.2	PKMS-Erfahrungsbericht 2017 aus dem Therapiezentrum Burgau ..	395		
11.3	Erfahrungsbericht 2017 der Kliniken der Stadt Köln – Zahlen, Daten und Fakten zum PKMS 2017 und erste Zahlen zu den Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen (PKMS-F) .....	402		
11.4	Erfahrungsbericht PKMS am Johanner- und Waldkrankenhaus Bonn – die Implementierung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores .....	415		
11.5	PKMS-Erfahrungsbericht 2017 aus dem Katholischen Klinikum Bochum .....	423		
<b>12.</b>	<b>FAQ 2018 – OPS 9-20 mit PKMS-E, J, K, F und OPS 9-984</b> .....	<b>429</b>		

## Vorwort

Autorin: Pia Wieteck

### Es ist Zeit, „Pflegearbeit neu zu denken“!

Eine adäquate pflegerische Versorgung ist ein Menschenrecht. Dabei sollte sich das Pflegehandeln an den Bedürfnissen des Patienten orientieren und sich auf pflegewissenschaftliche Erkenntnisse stützen. Die Realität in Deutschland ist eine andere. Diese ist geprägt von rationierten Standard-Leistungen und einer Satt-Sauber-Versorgung. Pflegetherapeutische Konzepte werden wenig angewendet und die Selbstpflegefähigkeiten allenfalls rudimentär gefördert. Pflegeforschung und Personalentwicklung im Klinik-Setting fehlen überwiegend gänzlich. Dringender Handlungsbedarf besteht, um Pflege künftig nachhaltig auszurichten. Die Nachhaltigkeitsdiskussion ist in zwei Richtungen zu führen:

- Wie schaffen wir es, dass sich künftig mehr Pflegepersonen mit einem Hochschulabschluss für den Pflegeberuf interessieren? Denn die größte Anzahl der Schulabgänger hat mittlerweile einen höheren Schulabschluss.
- Wie bekommen wir eine Steigerung der Pflegequalität realisiert, welche Prävention, Patientenedukation, gezielte Selbstständigkeits- und Anpassungsförderung im Fokus hat? Denn damit lassen sich Patientensicherheit, Komplikationen, Drehtüreffekte und Lebensqualität deutlich verbessern.

Stellvertretend für zahlreiche Patientenfälle steht das Einzelschicksal von Herrn K. Dieses verdeutlicht, welches Innovationspotenzial eine am pflegediagnostischen Prozess orientierte nachhaltige pflegerische Versorgung haben kann. Auch wenn diese zu Beginn einen höheren pflegerischen Ressourcenaufwand und andere Handlungsstrategien als aktuell überwiegend vorherrschend erfordern.

### Fallbeispiel

Herr K. ist 82 Jahre alt und wird wegen eines entgleisten Blutzuckers in die Klinik eingewiesen. Der Blutzuckerwert lässt sich gut mit einer modernen Insulintherapie einstellen. Bei der Entlassung wird bereits ein Termin in der Diabetessprechstunde vereinbart und Herr K. wird mit entsprechender Einweisung mit zwei PEN, Blutzuckermessgerät und Spritzschema entlassen.

Vier Tage nach der Entlassung wird Herr K. erneut mit einem entgleisten Blutzucker und einer Hüftfraktur durch einen Sturz als Folge der Bewusstseinsbeeinträchtigung durch die Hypoglykämie eingewiesen. Nach einem längeren Krankenhausaufenthalt auf einer orthopädischen Station wird Herr K. erneut auf die internistische Station zur Blutzuckereinstellung verlegt. Beim zweiten Krankenhausaufenthalt beginnt eine speziell weitergebildete Pflegefachkraft für die Versorgung von Diabetespatienten mit einem systematischen pflegediagnostischen Prozess.

Das Ergebnis wurde in einem sogenannten pflegediagnostischen Urteil im Pflegeplan festgehalten. Die gestellte Pflegediagnose lautet: Herr K. ist im selbstständigen Diabetesmanagement beeinträchtigt, es besteht das Risiko der erneuten Blutzuckerentgleisung.

Ursachen: Fehlende Fingerfertigkeit, starke Sehschwäche, verzögerte Lernfähigkeit.

Kennzeichen: Äußert Unsicherheit im Therapiemanagement, macht Fehler bei der Anwendung des PEN und dem Spritzschema.

In einer interdisziplinären Fallkonferenz wird mit Herrn K. entschieden, auf eine deutlich weniger komplexe Insulin-Behandlung umzustellen. Darüber hinaus wird mit der Schwiegertochter abgeklärt, dass diese die Insulinverabreichung übernimmt. Die Versorgung von Herr K. bei seinem ersten Krankenhausaufenthalt war missglückt, weil Leitgedanken der Nachhaltigkeit pflegerischer

Arbeit missachtet wurden. Der Fokus lag allein auf den körperlichen medizinischen Behandlungszielen. Niemand hatte wahrgenommen, dass Herr K. von der neuen Medikation mit dem PEN überfordert war.

Deutlich wird an dem Fallbeispiel, dass es für die Kliniken aktuell keinen Anreiz gibt, die pflegerische Versorgung im ersten Krankenhausaufenthalt zu verbessern. Aus ökonomischer Perspektive der Klinik wurden zwei Fälle im G-DRG-System abgerechnet. Gesellschaftspolitisch und aus der Perspektive des Herrn K. sind solche Versorgungsdefizite dringend abzustellen. Dringend sind Finanzierungsanreize für eine adäquate, am pflegediagnostischen Prozess orientierte pflegetherapeutische Leistungen in die Vergütungsstrukturen einzubinden.

Leider gehen die aktuell vom Gesetzgeber verabschiedeten Pflegepersonaluntergrenzen für Krankenhäuser in eine völlig falsche Richtung und es steht zu befürchten, dass sich ohne inhaltliche „Neugestaltung pflegerischer Behandlung/Versorgung und Therapie“ die aktuelle pflegerische Versorgungssituation weiter verschärft. Die Fachgesellschaft Profession Pflege fordert daher in ihrem 4-Punkte-Programm die systematische Umsetzung des pflegediagnostischen Prozesses, sowie die Erlösrelevanz von evidenzbasierten pflegetherapeutischen Leistungen. Weitere Diskussionspunkte zu dem Thema Pflegepersonalpolitik finden Sie in dem Abschnitt über die Pflegepersonaluntergrenzen.

# 1. Pflegestellenförderprogramme und Pflegepersonaluntergrenzen

Autorin: Pia Wieteck

Seit 2008 sind politische Bestrebungen und Programme installiert worden, um die Position der Pflegeberufe in deutschen Krankenhäusern zu verbessern. Offen ist, ob diese Aktivitäten wirklich erfolgreich waren. Daher folgt zunächst ein Rückblick auf das Pflegestellenförderprogramm 1 und dessen Auswirkungen auf die Pflegepersonalkennziffern und anschließend ein Ausblick mit kritischer Würdigung auf das Pflegestellenförderprogramm 2.

Der historische Rückblick in der 9. Auflage des „Handbuches für PKMS“ begrenzt sich auf die zentralen Kernpunkte des Pflegestellen-Förderprogramms und die Entwicklung des OPS 9-20. Die detaillierten Entwicklungshintergründe und inhaltlichen Überlegungen zur Methode der Konstruktion des OPS 9-20 und PKMS sowie die Entwicklung der PPR A4 sind in den ersten Auflagen nachzulesen (Wieteck, 2011).

Der OPS 9-20 mit dem PKMS wurde 2010 im G-DRG-System eingeführt. Seit 2012 ist der OPS 9-20 über ein Zusatzentgelt erlösrelevant. 2008 wurde mit der Entwicklung des OPS 9-20 begonnen und die Ergebnisse zeitgerecht am 28.02.2009 im Vorschlagsverfahren des DIMDI eingebracht. Mit dem OPS 9-20 wurden, unter Federführung des Bundesgesundheitsministeriums, die vereinbarten Handlungsempfehlungen des Pflegegipfels 2008/2009 zur Verbesserung der Pflegeleistungsabbildung im DRG-System erfolgreich umgesetzt. In den Handlungsempfehlungen der Expertengruppe des zweiten Pflegegipfels wurde der Grundstein zur Entwicklung des OPS 9-20 und PKMS gelegt. In den damaligen Handlungsempfehlungen wurden vier zentrale Aspekte zur Verbesserung der Pflege im Krankenhaus gefordert (Bundesgesundheitsministerium Pressemitteilung, 2009). Diese waren:

- a) Das Pflegestellen-Förderprogramm
- b) Instrumente zum sachgerechten Personal-

einsatz in der Pflege

- c) Entwicklung von evidenzbasierten pflegebezogenen Qualitätsindikatoren
- d) Erhöhung der Attraktivität der Pflegeberufe und ihrer Perspektiven im Krankenhaus

Nachfolgend werden die Punkte a) und b) genauer vorgestellt und reflektierend kommentiert. Zu den damals geforderten Punkten c) und d) gibt es nicht wirklich Bedeutendes zu berichten, denn diese Themenpunkte wurden bislang nicht systematisch bearbeitet und umgesetzt.

## 1.1 Pflegestellen-Förderprogramm 2009–2012

In den Handlungsempfehlungen zum Pflegestellen-Förderprogramm heißt es:

*„In einer ad-hoc-Arbeitsgruppe des Pflegegipfels wurden im Herbst 2008 Vorschläge für ein Förderprogramm erarbeitet, mit dem zusätzliches Pflegepersonal in Kliniken finanziert werden sollte. Die Vorschläge sind in das Krankenhausfinanzierungsreform-Gesetz eingeflossen und jetzt in Kraft getreten. Mit dem Förderprogramm können in den nächsten drei Jahren bis zu 17.000 zusätzliche Pflegepersonalstellen in den Krankenhäusern zu 90 Prozent durch die Krankenkassen finanziert werden. Zugleich sind die Weichen für eine dauerhafte Finanzierung dieser Stellen gestellt. Außerdem können bis zu fünf Prozent der zusätzlichen Mittel eines Krankenhauses auch für arbeitsorganisatorische Maßnahmen verwendet werden, die den Pflegedienst entlasten.“ (Bundesgesundheitsministerium Pressemitteilung, 2009)*

Die im Förderprogramm bereitgestellten Mittel von ca. 660 Millionen Euro – so können wir rückblickend festhalten – wurden von den Kliniken unterschiedlich abgerufen. Die in den Handlungsempfehlungen formulierten Punkte finden sich im Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen, Abschnitt 2 (Vergütung

## Originalquelle

### Auszug aus „§ 4 Vereinbarung eines Erlös- budgets ab dem Jahr 2009“:

[...] (10) Die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre 2009 bis 2011 zu 90 Prozent finanziell gefördert. Dazu können die Vertragsparteien für diese Jahre jährlich einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,48 Prozent des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 vereinbaren. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Höhe von 0,96 Prozent vereinbart werden. Ist bereits für ein Kalenderjahr ein Betrag vereinbart worden, wird dieser um einen für das Folgejahr neu vereinbarten Betrag kumulativ erhöht, soweit zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen vereinbart werden. Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zusätzliches Pflegepersonal im Vergleich zum Bestand der entsprechend umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 neu eingestellt oder aufgestockt und entsprechend der Vereinbarung beschäftigt wird.

Bis zu 5 Prozent des nach den Sätzen 2 bis 5 vereinbarten Betrags kann das Krankenhaus zur Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege verwenden. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 2 bis 5 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen.

Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis der für die Neueinstellungen, Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen und Arbeitsorganisationsmaßnahmen insgesamt vereinbarten Beträge einerseits sowie des Ge-

samtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Um eine kurzfristige Umsetzung dieser finanziellen Förderung im Jahr 2009 sicherzustellen, kann das Krankenhaus den Zuschlag bereits vor der Vereinbarung mit den anderen Vertragsparteien vorläufig festsetzen und in Rechnung stellen; weicht die abgerechnete Summe von der späteren Vereinbarung ab, ist der Abweichungsbetrag durch eine entsprechende Korrektur des für den restlichen oder den folgenden Vereinbarungszeitraum vereinbarten Zuschlags oder bei Fehlen eines solchen Zuschlags durch Verrechnung mit dem Zuschlag nach § 5 Abs. 4 Satz 1 vollständig auszugleichen.

Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen, Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen oder die vereinbarte Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung am 30. Juni 2008, über die aufgrund dieser Förderung zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte, differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte, sowie über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung zum 31. Dezember des jeweiligen Förderjahres und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorzulegen.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet jährlich bis zum 30. Juni dem Bundesministerium für Gesundheit über die Zahl der Vollkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen, die auf Grund dieser Förderung im Vorjahr zusätzlich beschäftigt wurden. Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einem von diesem festzulegenden Verfahren die für die Berichterstattung nach Satz 12 erforderlichen Informationen über die Vereinbarungen der Vertragsparteien zur Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeit-

stellen von Pflegepersonal zu übermitteln. Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 beauftragen ihr DRG-Institut, Kriterien zu entwickeln, nach denen ab dem Jahr 2012 diese zusätzlichen Finanzmittel im Rahmen des DRG-Vergütungssystems zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen. (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG)

der Krankenhausleistungen), § 4 Vereinbarungen eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009 im Absatz 10 wieder (siehe Zusatzinfo: Auszug aus „§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009“). Bei genauer Betrachtung dieses Gesetzestextes zur Umsetzung des Pflegestellen-Förderprogramms wird jedoch deutlich, dass versäumt wurde, den Pflegestellenzuwachs von den Entwicklungen der Fallzahlen der Kliniken abzukoppeln. Denn damaliges Ziel war, die Arbeitsbelastung der Pflege zu minimieren und die pflegerische Versorgung am Patientenbett zu verbessern. Dieses ist nur dann möglich, wenn sich auch die Patienten/Pflegepersonal-Relation verbessert.

### 1.1.1 OPS 9-20 und PKMS-Ergebnis des Entwicklungsauftrages aus dem Pflegeförderprogramm 2009–2012

Die Entwicklung des „Instrumentes zum sachgerechten Personaleinsatz in der Pflege“ (Bundesgesundheitsministerium Pressemitteilung, 2009) wurde im November 2008 begonnen. Hierzu wurde eine Arbeitsgruppe unter Federführung des BMG einberufen. Die Expertengruppe bestand aus den Selbstverwaltungspartnern, Mitgliedern des InEK und einer Arbeitsgruppe des Deutschen Pflegerates. Die Entwicklungsarbeit zum OPS 9-20 und PKMS wurde im Wesentlichen von elf Experten aus Kliniken in Deutschland durchgeführt. Die Arbeitsgruppe wurde bei der Konstruktion des Instrumentes durch Experten des InEK beraten. An der Entwicklung der PPR A4 haben in einer weiteren Arbeitsgruppe 18 Personen aus Kliniken, Selbstverwaltung und Firmen (z. B. LEP) teilgenommen.

### 1.1.2 Auftrag zur Entwicklung eines Instrumentes

Die Handlungsempfehlungen, welche von der Expertengruppe des BMG am 2. April 2009 auf dem Pflegegipfel verabschiedet wurden, gaben die Rahmenanforderungen zur Entwicklung eines „Instrumentes zum sachgerechten Personaleinsatz in der Pflege“ vor. Zunächst in der nachfolgenden Zusatzinfo einige Ausschnitte aus den Handlungsempfehlungen:

#### Originalquelle

##### Handlungsempfehlungen der Expertengruppe des BMG

„Um eine genauere Abbildung von pflegerisch hochaufwendigen Fällen im Rahmen des G-DRG-Systems zu erreichen und die Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Krankenhäusern zu erhöhen, empfehlen die Teilnehmer des 2. Pflegegipfels folgende Maßnahmen:

- Die Vertragsparteien auf Bundesebene und ihr DRG-Institut sollen bei der Entwicklung von Kriterien zur zielgerichteten Zuordnung der Finanzmittel zu den Bereichen, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen, den Einsatz von Pflegeindikatoren berücksichtigen und die Kalkulation der Pflegekosten bei der G-DRG-Kalkulation in diesen Bereichen schärfen.
- Die pflegerischen Identifikationsmerkmale sollen geeignet sein, den geleisteten Pflegeaufwand zu einem hohen Grad zu erklären. Als Merkmale können pflegerelevante Patientenzustände, Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen in Frage kommen. Auch spezielle Interventionskomplexe, die den Behandlungsaufwand von speziellen Pflegediagnosen oder Pflegeproblemstellungen beschreiben, können als Pflegeindikatoren genutzt werden. Die pflegerischen Identifikationsmerkmale sollen ermöglichen, die hoch pflegeaufwendigen Fälle zu identifizieren.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2009, Anlage 1, S. 1)

## 2. Das G-DRG-System verstehen

Autorin: Pia Wieteck

Die Krankenhausfinanzierung ist in Deutschland über German Diagnosis Related Groups (G-DRGs) realisiert. Die G-DRGs sind vereinfacht ausgedrückt diagnosebezogene Fallpauschalen, die als Durchschnittswert alle Kosten der Behandlung decken sollen. Dieser Abschnitt dient dazu, die Wirkmechanismen im DRG-System zu begreifen, um ein Verständnis dafür entwickeln zu können, wie und wo angesetzt werden muss, wenn im G-DRG-System etwas verändert werden soll.

Es ist ein wichtiges Ziel, das pflegerische Leistungsgeschehen über den OPS 9-20 hinausgehend erlösrelevant im G-DRG-System zu platzieren. Wird die finanzielle Bedeutung des pflegerischen Leistungsgeschehens bedeutsam, so liegt es im Interesse der Geschäftsführung für eine adäquate Pflegepersonalbesetzung einzustehen.

### 2.1 Aufbau und Entwicklung der G-DRG

Patienten werden abhängig von der medizinischen Diagnose, der Prozedur und dem Schweregrad durch Nebendiagnosen in homogene Fallgruppen eingeordnet. Das bedeutet, dass die stationären und teilstationären Krankenhausfälle in medizinisch sinnvolle, nach ihrem ökonomischen Aufwand vergleichbare G-DRG-Gruppen eingeteilt werden.

Es handelt sich dabei um einen automatisiert stattfindenden Gruppierungsprozess, der auf der manuellen Eingabe der Hauptdiagnose (MDC = Major Diagnostic Category) oder chirurgischer Eingriffe basiert, sowie der Berücksichtigung von Schweregraden der Behandlung durch Kodierung von Nebendiagnosen und Komplikationen (MCC = Major Comorbidity or Complication). Die Klassifizierung

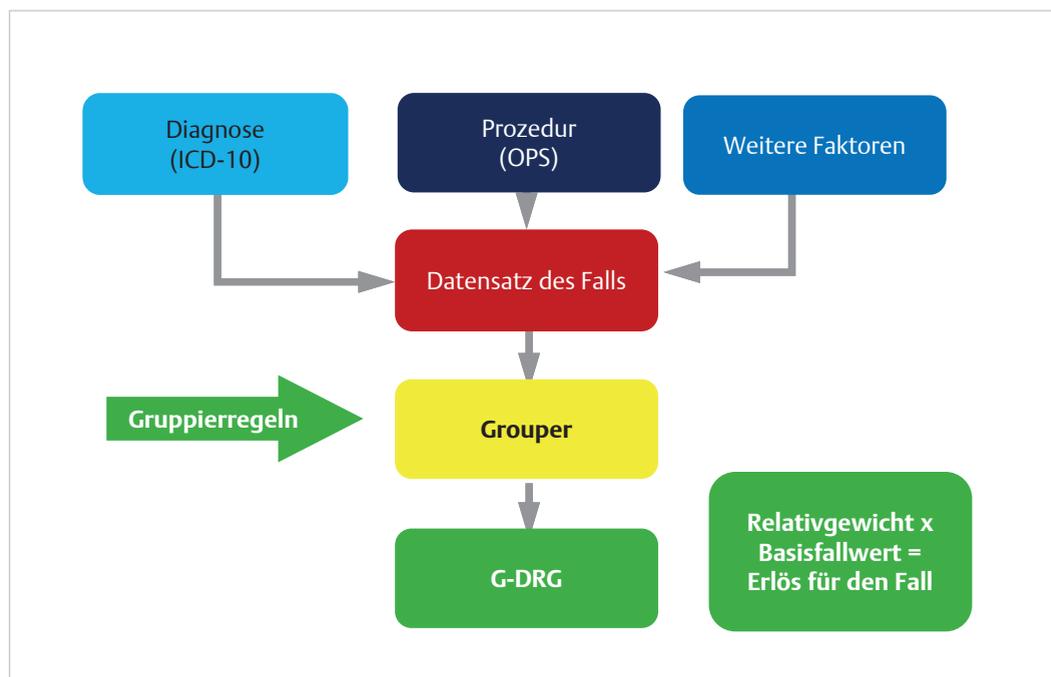


Abb. 2.1: Vereinfachte Darstellung der G-DRG-Gruppierung, Wieteck (2016)

## 5.2 PKMS-E für Erwachsene ab dem Beginn des 19. Lebensjahres

### Richtlinie

**Hinweise:**

Es gibt folgende Gründe bei den Erwachsenen, die in den Tabellen zu den Leistungsbereichen weiter spezifiziert werden:

- G1 Qualitative Bewusstseinsveränderung
- G2 Quantitative Bewusstseinsveränderung
- G3 Beeinträchtigte Anpassung
- G4 Extreme Schmerzzustände/Lebenskrise
- G5 Immobilität
- G6 Beeinträchtigte Geh- und Transferfähigkeit

- G7 Beeinträchtigte Mobilität/körperliche Einschränkung
- G8 Beeinträchtigt Schlucken
- G9 Veränderte/beeinträchtigte Ausscheidung
- G10 bis G12 Weitere Gründe

Die Nummerierung der Gründe ist bei den Erwachsenen nicht fortlaufend oder nicht vollständig angegeben, weil nicht jeder Grund in jedem Leistungsbereich berücksichtigt wird.

### 5.2.1 Allgemeine Pflege

**Mindestmerkmale: Leistungsbereich A: Körperpflege**

(Altersgruppe E: 3 Punkte)

Die Unterstützung bei der Körperpflege ist hochaufwendig und geht deutlich über das normale Maß einer vollen Übernahme der Körperpflege (Körperwaschung, Haut-, Haar-, Mundpflege) hinaus (vgl. PPR-E Stufe A3).

**Tab. 5.6:** PKMS-E-Gründe Körperpflege

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

G1	<p><b>Abwehrverhalten/Widerstände bei der Körperpflege</b>  <u>Kennzeichen:</u> Setzt (Mobilisierungs-)Maßnahmen bei der Körperpflege Widerstände entgegen; schreit, schlägt, beschimpft das Pflegepersonal bei der Ganzkörperwaschung, lehnt die Körperpflege verbal/nonverbal ab</p> <p><b>ODER</b></p> <p><b>Ablauf der Körperpflege ist dem Patienten nicht bekannt</b>  <u>Kennzeichen:</u> Unfähigkeit, die Körperpflege selbstständig und strukturiert durchzuführen; Trugwahrnehmungen, Gebrauchsgegenstände der Körperpflege können nicht adäquat eingesetzt werden, fehlende Eigeninitiative, die Körperpflege durchzuführen</p> <p><b>ODER</b></p> <p><b>Schwere kognitive Funktionseinschränkung (ICD-10-GM-Kode aus U51.2-)</b>                  Erweiterter Barthel-Index 0-15 Punkte oder kognitiver FIM 5-10 Punkte oder MMSE 0-16 Punkte liegt vor</p>
G4	<p><b>Extreme Schmerzzustände, die sich auf die Körperpflegeaktivitäten auswirken</b>  <u>Kennzeichen:</u> Stöhnt, weint, jammert, grimassiert, wehrt ab bei der Körperpflege, äußert verbal stärkste Schmerzen</p>

**Tab. 5.6: PKMS-E-Gründe Körperpflege**

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

G5	<p><b>Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen</b>  <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, sich selbstständig im Bett zu drehen, aktiv zu verrutschen, aufzusetzen  <b>UND ein vorliegender Erschwernisfaktor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 3 unterschiedliche Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung)</li> <li>• BMI von mindestens 35 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• krankheitsbedingte Risiken wie Wirbelsäuleninstabilität</li> <li>• Extensionsbehandlung und/oder Behandlung mit Körpergipsschale, die eine extreme Bewegungseinschränkung mit sich bringen</li> <li>• Rumpforthese/Fixateur/Armabduktionsschiene bei Querschnittlähmung</li> <li>• Prothese/Orthese der unteren Extremität(en)/Stützkorsett/Rumpfwickel</li> <li>• Ruhigstellung/Fehlen von mindestens zwei Extremitäten</li> <li>• ausgeprägte Spastik/Kontraktur/Rumpfataxie</li> <li>• ausgeprägte Lähmung (Hemiplegie/halbseitige Unfähigkeit, die Extremitäten selbstständig zu bewegen, Paraplegie/-parese, Tetraplegie/-parese)</li> <li>• fehlende Kraft zur Eigenbewegung im Rumpf und Beckenbereich</li> <li>• mindestens 3 sekundär heilende Wunden (z. B. Dekubitus Grad/Kategorie 3) und/oder großflächige Wunde(n) (≥ 40 cm<sup>2</sup>)</li> </ul>
G7	<p><b>Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege bei bestehender erheblicher Beeinträchtigung der Atemsituation und/oder Herz-Kreislauf-Situation</b>  Kann/darf sich bei verminderter/instabiler Herz-/Kreislauf- und/oder Atemsituation bei der Körperpflege nicht anstrengen, Belastungsintoleranz bei der Körperpflege</p>
G9	<p><b>Starkes Schwitzen und/oder Erbrechen und/oder Einnässen/-stuhlen und/oder Kot-schmierem/-essen</b>, das eine(n) Wäschewechsel/Körperpflege erfordert</p>
G10	<p><b>Anlässe für eine therapeutische Ganzkörperwaschung bei einem Selbstfürsorgedefizit, Körperpflege in Verbindung mit einem der aufgeführten Punkte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung</li> <li>• pathologische Bewegungsabläufe, Freezing (motorische Blockade)</li> <li>• vorhandene Spastik, Rumpfataxien</li> <li>• <b>ausgeprägte Fatigue in der schwersten Ausprägung entsprechend Assessment</b></li> </ul>
G11	<p><b>Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege</b>  <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, den Körper selbstständig zu waschen, abzutrocknen und die Mund-, Haar-, Hautpflege durchzuführen.  <b>UND ein Grund für hohen pflegerischen Aufwand:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegemaßnahmen im Rahmen der (Umkehr-)Isolation <b>ODER</b></li> <li>• massive Veränderungen der Mundschleimhaut <b>ODER</b></li> <li>• hohes Pneumonierisiko ermittelt durch systematische Einschätzung <b>ODER</b></li> <li>• aufwendiges Tracheostoma</li> </ul>
G12	<p><b>Tetraplegie mit fehlender Körperbalance/fehlender Rumpfstabilität</b>  <u>Kennzeichen:</u> kippt beim Sitzen zur Seite/nach vorne</p>

### 5.3 PKMS-J für Kinder und Jugendliche ab dem Beginn des 7. Lebensjahres bis zum Ende des 18. Lebensjahres

(Der PKMS-J kann in Ausnahmefällen auch für Erwachsene angegeben werden, wenn deren Behandlung in einer Abteilung oder Klinik für Kinder- und Jugendmedizin erforderlich ist)

#### 5.3.1 Allgemeine Pflege

Mindestmerkmale: Leistungsbereich A: Körperpflege

(Altersgruppe J: 2 Punkte)

Die Unterstützung bei Körperpflege ist hochaufwendig und geht deutlich über das normale Maß einer vollen Übernahme der Körperpflege (vergleichbar mit PPR-J Stufe A3) hinaus.

**Tab. 5.22:** PKMS-J-Gründe Körperpflege

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige **Körperpflege bei Kindern und Jugendlichen** vor:

G1	<p><b>Abwehrverhalten/Widerstände</b> bei der Körperpflege  <u>Kennzeichen:</u> Setzt den Pflegemaßnahmen bei der Körperpflege Widerstände entgegen; schreit, schlägt, beschimpft das Personal, lehnt die Körperpflege verbal/nonverbal ab  <b>ODER</b>  <b>Massive Angst</b> bei der Körperpflege <b>vor Berührung und Bewegung</b>  <u>Kennzeichen:</u> Äußert, nicht berührt werden zu wollen, Rückzugsverhalten, weint, nestelt, zeigt ausgeprägte Scham  <b>ODER</b>  <b>Ablauf der Körperpflege ist dem Patienten nicht bekannt</b>  <u>Kennzeichen:</u> Unfähigkeit, die Körperpflege selbstständig und strukturiert durchzuführen; Trugwahrnehmungen, Gebrauchsgegenstände der Körperpflege können nicht adäquat eingesetzt werden, fehlende Eigeninitiative, die Körperpflege durchzuführen  <b>ODER</b>  <b>Hohe Selbstgefährdung</b></p>
G2	<p><b>Fehlende Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen</b>  <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, sich selbstständig im Bett zu drehen, aktiv zu verrutschen, aufzusetzen  <b>UND ein vorliegender Erschwernisfaktor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 3 Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung)</li> <li>• Tracheostoma</li> <li>• extreme Adipositas (Perzentil größer 99,5)</li> <li>• krankheitsbedingte Risiken (z. B. Wirbelsäuleninstabilität, Schienung bei beidseitiger Verletzung der Extremitäten, Halo-Fixateur, Extensionsbehandlung, Belastungsintoleranz)</li> <li>• Spastik, Kontraktur, Parese, Plegie</li> <li>• fehlende Kraft zur Eigenbewegung</li> <li>• starke Schmerzen trotz Schmerzmanagement</li> <li>• beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung</li> </ul>

## 5.4 PKMS-K für Kleinkinder ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zum Ende des 6. Lebensjahres

### 5.4.1 Allgemeine Pflege

Mindestmerkmale: Leistungsbereich A: Körperpflege

(Altersgruppe K: 2 Punkte)

Die Unterstützung bei Körperpflege ist hochaufwendig und geht deutlich über das normale Maß einer vollen Übernahme der Körperpflege (vergleichbar mit PPR-K Stufe A3) hinaus.

**Tab. 5.36:** PKMS-K-Gründe Körperpflege

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine **hochaufwendige Körperpflege bei Kleinkindern** vor:

G1	<p><b>Abwehrverhalten/Widerstände</b> bei der Körperpflege  <u>Kennzeichen:</u> Setzt den Pflegemaßnahmen bei der Körperpflege Widerstände entgegen; schreit, strampelt, dreht sich weg, wendet sich ab  <b>ODER</b>  <b>Massive Angst</b> bei der Körperpflege <b>vor Berührung und Bewegung</b>  <u>Kennzeichen:</u> Äußert, nicht berührt werden zu wollen, Rückzugsverhalten, weint, nestelt, dreht sich weg, zieht die Decke über den Kopf</p>
G2	<p><b>Fehlende Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen</b>  <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, sich selbstständig im Bett zu drehen, aktiv zu verrutschen, aufzusetzen  <b>UND ein vorliegender Erschwernisfaktor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 3 Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung)</li> <li>• Tracheostoma</li> <li>• extreme Adipositas (Perzentil größer 99,5)</li> <li>• krankheitsbedingte Risiken (z. B. Wirbelsäuleninstabilität, Schienung bei beidseitiger Verletzung der Extremitäten, Halo-Fixateur, Extensionsbehandlung, Belastungsintoleranz)</li> <li>• Spastik, Kontraktur, Parese, Plegie</li> <li>• fehlende Kraft zur Eigenbewegung</li> <li>• starke Schmerzen trotz Schmerzmanagement ☹</li> <li>• beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung</li> </ul>
G3	<p><b>Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege bei bestehender Beeinträchtigung der Atemsituation und/oder Herz-Kreislauf-Situation</b>  <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, den Körper selbstständig zu waschen, abzutrocknen und die Mund-, Haar-, Hautpflege durchzuführen, Kleinkind kann/darf sich bei verminderter/instabiler Herz-/Kreislauf- und/oder Atemsituation bei der Körperpflege nicht anstrengen, Belastungsintoleranz bei der Körperpflege</p>
G4	<p><b>Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege bei (Umkehr-)Isolation</b>  <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, den Körper selbstständig zu waschen, abzutrocknen und die Mund-, Haar-, Hautpflege durchzuführen.</p>

## 5.5 PKMS-F für Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge ab der Geburt bis zum Ende des 1. Lebensjahres

### 5.5.1 Allgemeine Pflege

Mindestmerkmale: Leistungsbereich A: Körperpflege

(Altersgruppe F: 2 Punkte)

Die Unterstützung bei der Körperpflege ist hochaufwendig und geht deutlich über das normale Maß einer vollen Übernahme der Körperpflege durch die Pflegeperson (vergleichbar mit PPR-F Stufe A3) hinaus.

**Tab. 5.50:** PKMS-F-Gründe Körperpflege

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige **Körperpflege bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen** vor:

G1	<p><b>Mindestens ein Erschwernisfaktor bei der Körperpflege:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 3 Zu- und/oder Ableitungen (inkl. Beatmung)</li> <li>• Tracheostoma</li> <li>• Spastik, Kontrakturen, Parese, Plegie</li> <li>• medizinische Gründe für Bewegungsverbot/-einschränkung (z. B. Wirbelsäuleninstabilität, nach Operation (z. B. Sternum-Eröffnung, Klavikula-Fraktur, Schulterdystokie, Hypospadie-OP))</li> <li>• Erforderlichkeit einer speziellen medizinisch-therapeutischen Lagerung (z. B. Gipsschale, Stützkorsett, 20-30°-Hochschräglagerung, Extensionsbehandlung)</li> <li>• hohes Dekubitusrisiko gemäß Assessmentergebnis ✖</li> <li>• Hautveränderungen (Ekzem, Hautinfektion (Staphyloдерmie))</li> <li>• Vorhandensein eines Anus praeter</li> <li>• Schmerzempfindlichkeit/Schmerzen trotz Schmerzmanagement ✖</li> <li>• nicht altersgerechte Orientierung/Wahrnehmung ✖</li> <li>• motorische Unruhezustände z. B. nach langer Sedierung, Hyperexzitabilität bei Drogenentzug</li> <li>• Erforderlichkeit der Pflege im Inkubator</li> <li>• kontinuierliche Phototherapie</li> </ul>
G2	<p><b>Körperpflege bei bestehender Beeinträchtigung der Atemsituation und/oder Herz-Kreislauf-Situation</b></p> <p><u>Kennzeichen:</u> instabile Vitalfunktionen bei Anstrengung, Atemregulationsstörung, SO<sub>2</sub>-Abfall bei Belastung, zusätzlicher O<sub>2</sub>-Bedarf, Tachy-/Brady-/Dyspnoe, Brady-/Tachykardie</p>
G3	<p><b>Körperpflege bei (Umkehr-)Isolation</b></p> <p><u>Kennzeichen:</u> erforderliche Körperpflege bei isolationspflichtigen Krankheitsbildern</p>

## 7. Plausible PKMS-Dokumentation orientiert am pflegediagnostischen Prozess mit Fallbeispiel

Autoren: *Stephanie Hausherr, Manuel Schindler, Pia Wieteck, Thorsten Benthin*

Ziel des Kapitels ist es, Ihnen eine plausible Pflegeprozessdokumentation vorzustellen, welche im Rahmen einer PKMS-Begutachtung auch Bestand hat. Hauptursache für Dissens im Rahmen der PKMS-Begutachtungen sind widersprüchliche Aussagen in der Pflegedokumentation, fehlende Angaben über den Patientenzustand oder ungenaue, undifferenzierte Angaben über den Pflegeprozess. Der nächste Abschnitt verfolgt zudem die Zielsetzung, Wege aufzuzeigen, wie die Pflegeprozessdokumentation im Kontext des Entlassmanagements, der Kodieranforderungen der U50.\* und U51.\* sowie des OPS Pflegebedürftigkeit und der PKMS-Plausibilisierung optimiert werden kann.

Zunächst wird Ihnen die Patientin in einem Fallbeispiel vorgestellt. Anschließend wird auf die beiden genutzten pflegerischen Assessments eingegangen, welche im nächsten Schritt auch auf den Fall bezogen angewendet dargestellt werden. Im darauffolgenden Abschnitt werden die möglichen PKMS-Items, welche geltend gemacht werden können, vorgestellt. Dieses immer mit einem Bezug auf mögliche Plausibilisierung entweder im Basis-Assessment oder durch exemplarische Berichtseinträge. Die Auswahl des Fallbeispiels ist vor dem Hintergrund der Neuerungen im PKMS 2018 getroffen worden. Der letzte Abschnitt führt Sie in eine mögliche elektronische Pflegedokumentation des PKMS mit CheckDoku ein.

### 7.1 Einleitung und Fallbeschreibung

Zunächst stellen wir Ihnen die Patientin vor, welche auf einer onkologischen Fachstation eingewiesen wurde. Die Patientin ist 47 Jahre alt und leidet an einem fortgeschrittenen Rektumkarzinom mit Metastasen in der Lunge und LWK 4/5/6.

#### Fallbeispiel

##### Vorgeschichte

Vor einem knappen Jahr wurde bei Frau Stöckle ein Rektumkarzinom im Stadium IV mit Metastasen in der Lunge diagnostiziert. Nach einer neoadjuvanten Radiochemotherapie wurde der entsprechende Darmabschnitt operativ entfernt und ein Anus praeter angelegt. Auch die Metastasen in der Lunge waren operabel und konnten entfernt werden. Im Anschluss an die Operation erfolgte eine adjuvante Chemotherapie. Bei der letzten Kontrolluntersuchung wurden allerdings erneut Tumorzellen, sowie Metastasen im Bereich LWK 4/5/6 festgestellt. Es wurde deutlich, dass die bisherigen adjuvanten Chemotherapien leider keinen Erfolg erbracht haben. Im letzten Krankenhausaufenthalt hatte Frau Stöckle zudem eine Thrombose entwickelt.

##### Aktuelle Pflegesituation

Sie übernehmen die Patientin. Tagsüber ist Frau Stöckle sehr ruhig und wirkt in sich gekehrt. Es ist ersichtlich, dass Frau Stöckle körperlich stark unter den Strapazen der letzten Monate gelitten hat. Sie ist kachektisch und weist eine fahle Gesichtsfarbe auf. Aus der Kurve können Sie entnehmen, dass ihr BMI gerade einmal bei 15,1 kg/m<sup>2</sup> liegt. Aus dem pflegerischen Anamnesegepräch geht hervor, dass Frau Stöckle eine stark ausgeprägte Müdigkeit wahrnimmt, welche ihr vor der Tumorerkrankung in solch einem Ausmaß nicht bekannt war. Derzeit möchte sie aufgrund eines ausgeprägten Müdigkeits-/Erschöpfungszustandes beinahe den ganzen Tag im Bett verbringen. Diese Situation beeinträchtigt sie fast vollständig in ihren alltäglichen Aktivitäten. Die anfallende Hausarbeit kann sie bereits seit längerer Zeit nicht mehr ausführen. Als Frau Stöckle unter Stöhnen und schmerzverzerrtem Gesicht versucht, eine andere Position im Bett einzunehmen, äußert sie:

„Jetzt bin ich gerade einmal 47 Jahre alt und schaffe es nicht mal mehr, mich selbst im Bett zu bewegen oder mich aufzusetzen. Nicht einmal auf dem Stuhl kann ich wegen nachlassender Kräfte selbstständig sitzen. Diese Schmerzen im Lendenbereich bringen mich noch um. Können Sie mir bitte helfen?“

Frau Stöckle leidet bereits seit einigen Wochen unter extremen Schmerzzuständen. Bisher haben die verabreichten Analgetika jedoch keine oder nur eine unzureichende Wirkung erzielt. Frau Stöckle erhofft sich durch die palliative Betreuung vor allem, dass die belastenden Symptome Schmerz und Müdigkeit reduziert werden können. Durch den Schmerz, die extreme Müdigkeit und körperliche Schwäche ist sie auch in ihrem Gehvermögen stark beeinträchtigt, zudem hat die Patientin häufig Schwindelgefühle. Selbst kleine Wegstrecken von 2–3 Metern, wie z. B. zur Toilette oder zum Esstisch, kann sie nicht mehr alleine gehen. Sobald sie sich von der Bettkante aufrichten möchte, ist sie auf Unterstützung angewiesen, da sie immer wieder kraftlos einknickt und massiv sturzgefährdet ist. Auch das Aufsetzen im Bett schafft sie ohne Unterstützung nicht mehr. Dies sei für sie besonders belastend, da sie seit zwei Tagen unter einer Blasenentzündung leidet und auf fremde Hilfe angewiesen ist.

Nachts ist Frau Stöckle u.a. aufgrund akuter Atemnotzustände sehr unruhig und läutet sehr häufig. Meist hilft es ihr, das Nachtlicht anzuschalten und ein paar Minuten ihre Hand zu halten. Sie berichtet dann kurz über ihre Ängste und die empfundene Last, die sie für ihren Mann darstellt.

Appetit hat die Patientin schon länger nicht mehr. Darüber hinaus muss ihr regelmäßig ein Glas Wasser angereicht werden, damit sie ausreichend Flüssigkeit zu sich nimmt. Eine künstliche Ernährung wird von ihr allerdings strikt abgelehnt. Jedoch berichtet sie, dass sie gerne Obst oder Joghurt isst, denn dadurch fühlt sie sich nach eigenen Angaben „irgendwie etwas erfrischt“. Allerdings braucht sie Unterstützung beim Zubereiten der Nahrung in mundgerechte Stücke. Sie berichtet, dass ihr manchmal nach dem Essen übel ist.

Als Sie im Rahmen der pflegerischen Anamnese das Thema „soziales Umfeld“ ansprechen, wird Frau Stöckle sehr traurig. Sie erzählt Ihnen, dass der einzige soziale Kontakt ihr Mann sei. Kinder habe sie keine. Sich mit Freunden oder Bekannten zu treffen, strengt sie aufgrund des ausgeprägten Müdigkeitszustandes zu sehr an. Lange Zeit außerhalb des Bettes zu verbringen oder an Gesprächen aktiv teilzunehmen, all das kann sie schon längere Zeit nicht mehr. Der Patientin kommen die Tränen: „Mein Leben beschränkt sich nur noch auf das Bett. Ich kann ja nichts mehr alleine machen. Was ist denn das noch für ein Leben? Mir ist es bereits zu anstrengend, mit meinem Mann zu reden. Es gibt nichts mehr was mir Freude bereitet und meine Stimmung ist komplett am Boden.“ In diesem Moment betritt ihr Mann das Zimmer und Frau Stöckle bittet Sie, das Gespräch am morgigen Tag fortzusetzen.

Als Sie am nächsten Morgen zum Dienst kommen erfahren Sie, dass der zuständige Stationsarzt eine Umkehrisolation angeordnet hat. Sie gehen als erstes zu Frau Stöckle und informieren Sie bezüglich der notwendigen Maßnahmen im Rahmen der Umkehr-/Schutzisolation. Sie stellen fest, dass die Patientin heute schwächer ist als gestern. Die Körperpflege kann sie nicht selbstständig durchführen, sodass Sie sich dazu entscheiden, die Ganzkörperwaschung zu übernehmen. Bei der Körperpflege stellen sie fest, dass die Haut um das Stoma der Patientin stark geschädigt ist und auch die Platte nicht mehr richtig haftet. Frau Stöckle berichtet Ihnen, dass sie schon länger Probleme mit dem künstlichen Ausgang hätte. Sie kann es nicht mehr selbst versorgen. Zuhause hat die Versorgung in den letzten Tagen ihr Mann übernommen, dies ist ihr allerdings sehr unangenehm, da er mehrmals täglich das komplette Stoma erneuern muss. Frau Stöckle hat das letzte Mal vor drei Tagen Stuhlgang und klagt akut über Bauchschmerzen. Sie entscheiden sich, das pflegerische Basis-Assessment (BAss) bei Frau Stöckle durchzuführen. Im Rahmen der Assessmenteinschätzung erfahren Sie noch einige weitere wichtige Informationen über die Patientin.

## 7.2 Pflegerisches Basis-Assessment und Fokus-Assessment

Das primäre Ziel der Profession „Pflege“ sollte die Gewährleistung einer bestmöglichen pflegerischen Patientenversorgung sein. Zur Erreichung dieses Zieles ist es innerhalb des Pflegeprozesses wichtig, die pflegerelevanten Phänomene der Patienten zu erkennen, um sinnvolle evidenzbasierte Pflegeinterventionen und/oder Best-Practice-Maßnahmen initiieren zu können. Auf Basis ihres pflegediagnostischen Urteils entscheiden die Pflegekräfte, welche Pflegeinterventionen innerhalb des spezifischen Kontextes angewendet werden sollen. Die sorgfältige Planung von Pflegeinterventionen auf Basis vorher gewonnener Informationen ist ein wichtiger Aspekt des Pflegeprozesses, da andernfalls das Risiko besteht, dass eine unzureichende oder falsche Maßnahmenplanung zu schwerwiegenden Folgen für die Patienten führt (Nißlein, 2017).

Wie bereits deutlich wurde, benötigt eine Pflegekraft Informationen, bevor eine Pflegediagnose formuliert und/oder adäquate Pflegemaßnahmen ausgewählt werden können. Hierfür werden Patientendaten gezielt und fortlaufend gesammelt, interpretiert und zusammenführt. Zudem beeinflussen das theoretische Wissen, die praktische Erfahrung, wissenschaftlich fundierte Standards sowie Werte und Normen einer Pflegekraft die klinische Entscheidungsfindung (Schrems, 2003). Dieser Prozess mit dem Ziel der Formulierung einer Pflegediagnose wird als „Pflegeassessment“ oder auch Erhebung einer „Pflegeanamnese“ bezeichnet. Innerhalb des Pflegeprozesses ist das Pflegeassessment ein breites Konstrukt, weshalb es zunächst notwendig ist, den begrifflichen Inhalt genauer zu definieren. Reuschenbach (2011, S. 31) formuliert das Pflegeassessment wie folgt:

„Pflegeassessment bezeichnet jegliche Form der deliberativen und intentionalen Einschätzung pflegerischer Phänomene und Konzepte. Hierzu zählt auch die Nutzung strukturierter Einschätzungs-, Beobachtungs- und Abklärungsinstrumente (Fragebögen, Skalen, Tests, Interview-Leitfäden). Diese werden als Pflegeassessmentinstrumente oder Pflegeassessmentverfahren bezeichnet und stellen eine Konkretisierung des Pflegeassessments dar.“

Außerhalb des Pflegeprozesses liegt der Fokus häufig auf standardisierten Assessmentinstrumenten, welche innerhalb der Definition von Reuschenbach (2011) lediglich einen Teilaspekt des Pflegeassessments darstellen. Standardisierte Assessments sind in der Praxis hilfreiche Instrumente zur Erfassung pflegerelevanter Phänomene und dienen der Unabhängigkeit individueller Unterscheidungskompetenzen (Schrems, 2008). Darüber hinaus dienen sie der Bestätigung, dem Ausschluss, der Klassifizierung oder Beobachtung pflegerelevanter Phänomene mit dem Ziel, eine angemessene Behandlung zu gewährleisten. Der klinische Nutzen eines Assessmentinstrumentes hängt u.a. davon ab, ob die gewonnenen Informationen zu einem verbesserten Outcome für die Patienten beitragen können (Lord, Irwig, & Simes, 2006).

Welches Assessmentinstrument zum Einsatz kommt, steht in Abhängigkeit zu den Zielen, die mit dessen Einsatz verfolgt werden. Grob können pflegespezifische Assessmentinstrumente in Basis- und Fokus-Assessments unterteilt werden. Mit ersterem wird das Ziel verfolgt, eine Ersteinschätzung von den pflegebedürftigen Personen zu erhalten. Basis-Assessments stehen häufig am Anfang einer Pflegebeziehung, auf deren Grundlage im Bedarfsfall weiter die Fokus-Assessments durchgeführt werden können. Diese gehen über eine Ersteinschätzung hinaus und können pflegerelevante Phänomene wesentlich spezifischer abbilden.

Ein Beispiel für ein Basis-Assessment ist das von der Fachgesellschaft Profession Pflege e.V. entwickelte Pflegerische Basis-Assessment (BAss), welches im Folgenden genauer dargestellt wird. Im Anschluss erfolgt mit dem Brief Fatigue Inventory (BFI) ein Beispiel für ein Fokus-Assessment zur Bestimmung des Schweregrads einer Fatigue.

### 7.2.1 Das pflegerische Basis-Assessment (BAss)

Ausgangspunkt und Anlass der Fachgesellschaft Profession Pflege e.V. für die Entwicklung des BAss war der vom Deutschen Pflegerat (DPR) im Jahr 2014 und 2016 innerhalb des OPS-Vorschlagsverfahren 2017 beantragte OPS 1-776. Hier wurde die Umsetzung eines standardisierten pflegerischen Basis-Assessments für Erwachsene gefordert. Der

## 11. Erfahrungen mit dem PKMS

Wie in jedem Jahr werden nachfolgend Erfahrungsberichte und aktuelle Zahlen zur PKMS-Kodierung aus verschiedenen Einrichtungen vorgestellt. Diese können dem Leser einen Überblick über die Situation in anderen Häusern verschaffen und Ideen zu möglichen Verbesserungen aufzeigen.

### 11.1 Erfahrungsbericht Klinikum Region Hannover GmbH

*Autorin: Bettina Brendle*

*Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege, Projektleitung PKMS, PKMS-Koordinatorin*

Seit sieben Jahren besteht die Möglichkeit, hochaufwendige Pflege darzustellen und abzurechnen. Ich möchte Ihnen in diesem Artikel das Klinikum Region Hannover vorstellen, wie wir im Jahr 2012 begonnen haben den PKMS zu implementieren und welches Wachstumspotential sich im Laufe der Jahre gezeigt hat.

Ein wesentlicher Teil der Abrechnung hochaufwendiger Pflege stellen die Begutachtungsverfahren dar. In diesem Artikel soll verdeutlicht werden, welche unterschiedlichen Verfahren es gibt und welches Verfahren möglicherweise höhere Erfolgsaussichten bietet.

Weiterhin stellen die Gutachten der abgerechneten Fälle die verantwortlichen Mitarbeiter vor neue Aspekte der Argumentation oder zeigen andere Sichtweisen ihrer Fälle auf. Mit welchen Begründungen werden Fälle also negativ begutachtet? Oder welche Fälle sind für ein Widerspruchsverfahren geeignet und welche nicht?

Dieser Erfahrungsbericht soll dazu dienen, die Komplexität der Negativ-Gutachten zu verdeutlichen und denen, die sich mit dem Thema konfrontiert sehen, aufzeigen, wie ein Widerspruch aussehen könnte, welche Argumente hilfreich sind und was geschieht, wenn man sich im Widerspruchsverfahren nicht einig wird. In welchen Fällen können weitere Schritte in die Wege geleitet werden und wie sehen diese aus? Ein konkretes Beispiel

soll die Thematik abschließend verdeutlichen.

#### Das Klinikum Region Hannover stellt sich vor

Das KRH Klinikum Region Hannover steht für eine wohnortnahe Medizin und Pflege, hohe Behandlungsqualität und für umfassende Diagnostik und Therapie aus einer Hand. In der Landeshauptstadt Hannover und dem Umland betreibt das kommunale Unternehmen zehn Krankenhäuser. Mit einem Anteil von 40 Prozent an der Krankenhausversorgung in der Region Hannover ist es das leistungsstärkste Krankenhausunternehmen der Region, in der rund 1,2 Millionen Menschen leben.

Die Krankenhäuser arbeiten seit 2005 unter dem Dach der Klinikum Region Hannover GmbH zusammen, Träger des Unternehmens ist die Region Hannover.

Die Klinikgruppe mit rund 3.200 Betten und 8.000 Mitarbeitern versorgt jährlich rund 135.000 Patienten stationär und zudem 180.000 ambulant. Damit gehört die KRH-Gruppe zu den größten kommunalen Klinikunternehmen Deutschlands. Neben der Grund- und Regelversorgung sichern unsere Krankenhäuser in vielen medizinischen Fachgebieten eine spezialisierte Maximalversorgung mit überregionaler Bedeutung. Die KRH-Häuser kooperieren in medizinischen Zentren und Netzwerken eng miteinander.

#### Der Beginn der PKMS-Implementierung

Im September 2012 wurde eine Mitarbeiterin aus dem Pflegedienst des Standortes Klinikum Gehrden von der Geschäftsführung beauftragt, als Projektleitung den PKMS in einem Pilotheus, dem Klinikum Neustadt am Rübenberge, zu implementieren. Die Mitarbeiterin besuchte im November 2012 vorbereitende Seminare der Firma RECOM, um sich mit dem Thema intensiver auseinanderzusetzen.

Zeitgleich wurde im Klinikum Nordstadt auf einer neurologischen Station ebenfalls mit der Umset-

## 12. FAQ 2018 – OPS 9-20 mit PKMS-E, J, K, F und OPS 9-984

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 Dezember 2017.

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 2017.

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.

Die Freigabe fand im Januar 2018 statt.