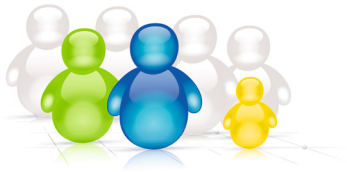


Handbuch 2015 für PKMS



Kodierichtlinien und praktische Anwendung
des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von
Patienten

Inhalt

1. Pflege im DRG-System	19
1.1 Auswirkungen in der Pflege seit der Einführung des DRG-Systems.....	20
1.1.1 Personalstellenentwicklung des Pflegedienstes im Kontext des DRG-Systems	20
1.1.2 Verweildauer- und Fallzahlentwicklung und Belegungstage.....	21
1.1.3 Versorgungsqualität	22
1.1.4 Arbeitsbelastung	26
1.1.5 Diskussion über Belastungskennziffern in der Pflege.....	28
1.2 Problemstellung.....	31
1.3 Wie kam es zum OPS „hochaufwendige Pflege“?	33
1.4 Förderprogramm Pflege	35
1.5 Aktuelle Diskussion: Pflege im DRG-System abbilden und Pflegepersonalmangel.....	37
1.5.1 Erweiterung der Bewertungskriterien.....	40
1.5.2 Pflege-Personalregelung (PPR).....	41
1.5.3 Nursing Related Groups	44
1.5.4 Skizze eines möglichen Weges für Deutschland, Pflege zu stärken	45
2. OPS 9-20 Hochaufwendige Pflege	49
2.1 Erläuterungen zur OPS-Systematik	53
2.2 Erlösrelevanz des OPS 9-20 in 2015	53
3. Pflegekomplexmaßnahmen-Scores 2015	57
3.1 Einleitende Worte zu den Änderungen für 2015	57
3.2 Hinweise zur Nutzung	57
3.3 PKMS-E für Erwachsene: ab dem Beginn des 19. Lebensjahres.....	62
3.3.1 Allgemeine Pflege	63
3.3.2 Spezielle Pflege	75
3.4 PKMS-J für Kinder und Jugendliche: ab Beginn des 7. bis zum Ende des 18. Lebensjahres.....	78
3.4.1 Allgemeine Pflege	78
3.4.2 Spezielle Pflege	88
3.5 PKMS-K für Kleinkinder: ab dem Beginn des 2. bis zum Ende des 6. Lebensjahres.....	90
3.5.1 Allgemeine Pflege	90
3.5.2 Spezielle Pflege	100
3.6 Geltungsbereich des PKMS.....	101
3.6.1 Der PKMS darf auf der IMC kodiert werden	102
3.6.2 OPS 9-20 und andere Komplexcodes	104
4. Hinweise zur Dokumentation des PKMS	117
4.1 Dokumentationsanforderungen des PKMS	118
4.1.1 Kodierung der Gründe.....	120
4.1.2 Kodierung der PKMS-Pflegemaßnahmen.....	126
4.2 Prüfungen der Kodierqualität durch den MDK.....	132

4.3 Spezielle Dokumentationsanforderungen des PKMS.....	137
4.3.1 Kontinenzmanagement (G9 und C2).....	137
4.3.2 Schluckstörungen (G8) und Esstraining (B2/B4)	145
4.3.2.1 Konzepte der oralen, basalen Stimulation im Kontext von Schluckstörungen.....	150
4.3.2.2 Facio-Orale-Trakt-Therapie (nach Coombes) – Patienten mit Schluckstörungen (B2/B4).....	158
4.3.2.3 Beispiel des Projekts „therapeutische Interventionen im Bereich Schlucken“	176
4.3.3 Therapeutische Körperpflege (A3)	181
4.3.3.1 Gespürte Interaktionstherapie nach Affolter	181
4.3.3.2 NDT-Konzept (Neuro-Developmental Treatment)	194
4.3.3.3 MRP (Motor Relearning Programme)	195
4.3.3.4 Bobath-Konzept und Ganzkörperwaschung nach Bobath	195
4.3.3.5 Konzept der therapeutisch, basalstimulierenden Ganzkörperpflege	197
4.3.3.5.1 Basalstimulierende, beruhigende Ganzkörperwaschung.....	200
4.3.3.5.2 Basalstimulierende, belebende Ganzkörperwaschung	202
4.3.3.5.3 Basalstimulierende, entfaltende Ganzkörperwaschung	203
4.3.3.5.4 Basalstimulierende, symmetrische Ganzkörperwaschung	204
4.3.3.5.5 Basal stimulierende Ganzkörperwaschung bei Hemiplegie.....	205
4.3.3.5.6 Basalstimulierende Ganzkörperwaschung zur Förderung der Differenzierungsfähigkeit....	206
4.3.3.5.7 Basalstimulierende, diametrale Ganzkörperwaschung	206
4.3.3.5.8 Generelle Empfehlungen & Variationen	208
4.3.4 Expertenstandard Dekubitus	210
4.3.5 Hochaufwendiges Wund- und Stomamanagement (G1, G3)	215
4.4 Möglichkeiten der PKMS-Dokumentation.....	225
4.4.1 Nutzung eines speziellen Formulars zur Dokumentation des PKMS.....	225
4.4.2 Dokumentationsbögen von versch. Anbietern mit ausschließlicher PKMS-Dokumentation	230
4.4.3 Integration der PKMS-Items in die Regeldokumentation	234
4.4.4 Verbindung der Leistungsdokumentation zur Abrechnung von PKMS und der aktivierend-therapeutischen Pflege für z. B. den OPS 8-55	238
4.4.5 Nutzung eines Softwareproduktes zur PKMS-Erfassung.....	241
4.4.6 Software-Tools zur PKMS-Erhebung mit Leistungserfassung und Dokumentationsmöglichkeit aller erforderlichen Zusatzdokumentationen	248
4.4.7 Automatisierte PKMS-Kodierung über eine Pflegeklassifikation zur Maßnahmen-/Pflegeprozessdokumentation.....	259
4.4.7.1 LEP Nursing 2 und 3.....	259
4.4.7.2 ePACC – das ergebnisorientierte PatientenAssessment zur Abbildung der PKMS-Gründe....	266
4.4.7.3 European Nursing care Pathways (ENP).....	269
5. Fallbeispiele.....	277
5.1 Fallbeispiel Neurologie: Sabrina Meier.....	277
5.2 Fallbeispiel Innere Medizin: Peter Meier	283
5.3 Fallbeispiel Chirurgie: Herbert Zwack.....	289
5.4 Fallbeispiel Onkologie: Robert Müller.....	292
5.5 Fallbeispiel Kardiologie: Martha Schümann	295

5.6 Fallbeispiel Pneumologie: Mathilde Baumgarten.....	298
5.7 Fallbeispiel Palliativstation: Dimitri Mukanov	301
5.8 Fallbeispiel Kinderstation: Benjamin Weber.....	307
5.9 Fallbeispiel Kinderstation: Leon Sonnenberg.....	310
5.10 Fallbeispiel Rückenmarkverletzte: David Schwarz	313
5.11 Fallbeispiel Rückenmarkverletzte: Hans Wickert.....	319
6. Einführung und Prozessoptimierung des PKMS.....	327
6.1 Schulungskonzept	327
6.2 Mitarbeitermotivation.....	329
6.3 Patientenscreening	333
6.4 Dokumentation des PKMS	335
6.5 Exemplarischer Prozessablauf der PKMS-Einführung.....	336
6.6 Vorschlag für eine Verfahrensanweisung zu OPS 9-20 und PKMS.....	337
7. Erfahrungen mit dem PKMS.....	343
7.1 Erfahrungsbericht PKMS im Kath. Klinikum Bochum 2014	343
7.2 PKMS am Universitätsklinikum Bonn 2013	347
7.3 Erfahrungsbericht 2014 SRH Wald-Klinikum Gera.....	354
7.4 Erfahrungsbericht Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier.....	358
8. MDK-Begutachtung: Fallanalyse	363
8.1 Fallvorstellung Frau Huber.....	363
8.2 Pflegeprozessdokumentation	365
8.3 Durchführungsdokumentation Pflegemaßnahmen	367
8.4 Berichtsdokumentation	367
8.5 Lagerungs-/Bewegungsplan.....	370
8.6 Ergebnisbewertung der OPS-9-20-Kodierung.....	370
8.7 Überlegungen zum Verbesserungspotenzial der Pflegequalität sowie PKMS-Kodierung	373
9. Methodische Überlegungen zur Weiterentwicklung des PKMS.....	377
9.1 Definition „hochaufwendige Pflege“	377
9.2 Weiterentwicklung des PKMS durch das Vorschlagsverfahren des DIMDI	378
9.3 Zentrale Änderungsvorschläge der Arbeitsgruppe.....	379
9.4 Entwicklung der PPR-S4.....	379
10. FAQ des PKMS 2015	381
11. Glossar zum PKMS.....	413
12. Abkürzungsverzeichnis.....	421
Literatur.....	423

Vorwort zur 6. Auflage

Wir schauen auf 5 Jahre PKMS und OPS-9-20-Kodierung zurück. So sind zwei zentrale Aspekte festzustellen: Zum einen hat sich der PKMS und OPS 9-20 zu einem nicht unbedeutenden Erlösfaktor im G-DRG-System entwickelt. Im Jahr 2013 wurden mehr als 243.000.000 €¹ im G-DRG-System über den OPS 9-20 dorthin gesteuert, wo „hochaufwendige Pflege“ stattfindet. Auch wenn es vielleicht noch nicht überall gut gelingt, die durch Pflegeleistung determinierten Erlöse in einer Klinik mit einer Personalstellendiskussion wirkungsvoll zu verbinden, so zeichnen sich in einigen Kliniken diesbezüglich durchaus erste zaghafte Erfolge ab (Jeske, 2014). Kritisch zu reflektieren ist, dass die Personalstellenentwicklung im Krankenhaus weiterhin stärker auseinander läuft. So wurden in den Jahren ab 2009 mehr Ärzte eingestellt als Pflegepersonen. Weiteres finden Sie hierzu auf Seite 26 ff. Unabhängig davon ist es sehr schade, dass die Erfolgsgeschichte des PKMS und OPS 9-20 durch die unterschiedlichen Interessensgruppen im Gesundheitswesen etwas getrübt wird. So schreibt der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe, dass es aufgrund der laufenden Diskussion um die Weiterentwicklung oder Ablösung des PKMS nicht einfach sei, eine Empfehlung zur Umsetzung des PKMS zu formulieren (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2014). Als Argumente werden zahlreiche Aspekte aufgeführt, die fachlich auf „nicht korrekten“ Annahmen basieren. Eine der fachlich nicht korrekten Äußerungen möchte ich an dieser Stelle herausgreifen und korrigieren. Andere Fehlannahmen in der Handlungsempfehlung wurden bereits in der Fachöffentlichkeit diskutiert (Junge, 2011).

„Die Erwartung, dass ab 2012 über die Kodierung des OPS 9-20/PKMS die Verteilung der Gelder gesteuert werden könnte, erfüllt sich nicht. In der Praxis zeigt sich, dass die ab 2012 erlösten Zusatzentgelte nicht ausreichen, um die neu geschaffenen Pflegepersonalstellen zu refinanzieren“.

Zunächst ist klarzustellen, dass es im DRG-System nicht vorgesehen ist, dass eine Summe XY€ für Pflegepersonalstellen gesteuert wird. Das DRG-System ist durch Leistungserbringung gesteuert. Das bedeutet, dass dort, wo „hochaufwendige Pflege“ stattfindet, die Mittel hinfließen. Dieses ist beim PKMS gegeben. Ebenso ist die Höhe des „Betrages“, der für eine Leistung ermittelt wird, nicht beliebig, sondern basiert auf Kostendaten, welche z. B. durch die Pflegeleistungen determiniert sind. Somit kann korrigierend festgehalten werden, dass eine falsche Erwartungshaltung an das Instrument OPS 9-20/PKMS gestellt wurde. Wie aus dem GKV-Abschlussbericht entnommen werden kann, wurden 536 Mio. € Finanzmittel für das

¹ Zur Berechnung der OPS 9-20 Erlössumme wurden die vom InEK veröffentlichten Fallzahlen des § 21-Daten genutzt und eine Verteilung von 80/20% zwischen den ZE 130.0 und 130.1 angenommen. Die Kinder wurden nicht berücksichtigt.

Pflegeförderprogramm in dem Zeitraum von 2009–2011 zur Verfügung gestellt (GKV-Spitzenverband, 2013). Die gesamten Mittel des Pflegeförderprogramms sind in 2012 budgeterhöhend für die Krankenhäuser in das zur Verfügung gestellte Gesamtbudget eingeflossen. Diese Mittel sind bis heute im System geblieben und in 2013 wurden mehr als 243 Mio. € über den PKMS im System dorthin verteilt, wo „hochaufwendige Pflege“ stattfindet. Die andere Hälfte der Fördermittel hat dazu geführt, dass die Basisfallwerte in 2012 angestiegen sind. Somit findet sich ein Anteil der Fördergelder in jeder DRG-Fallgruppe wieder. Es wird schnell deutlich, dass nun auch Kliniken vom Förderprogramm profitieren, welche keine „hochaufwendige Pflege“ leisten. Was bedeutet das nun?

Die Mittel für den Aufbau/Erhalt der Personalstellen der Pflege sind weiterhin im System. Pflege schafft es nur nicht überall auf der Geschäftsführerebene zu argumentieren, welcher Personalstellenanteil notwendig ist, um eine adäquate pflegerische Versorgung sicherzustellen. Die Argumente der Pflege sind zugegebenermaßen teilweise noch schwach, denn uns fehlen aussagefähige Daten, um aufzuzeigen, dass eine adäquate pflegerische, therapeutisch-aktivierende Versorgung positive Auswirkungen auf das Patientenoutcome hat. Zudem wird die Personalstellendiskussion auf der Geschäftsführungsebene dadurch geschwächt, dass Pflegeleistungen „noch“ zu einem geringfügigen Anteil die Erlössituation eines Krankenhauses mitbestimmen. Ein Pflegeindikator, wie z. B. der OPS 9-20, kann einen Beitrag dazu leisten, Pflegepersonalstellen zu sichern. Denn sind die Pflegepersonen sowohl quantitativ, als auch qualitativ nicht vorhanden, um die „hochaufwendige Pflege“ zu erbringen, kann diese nicht erbracht und abgerechnet werden. Soll künftig ein deutlich stärkerer Einfluss auf die Erlössituation von Kliniken durch Pflegeleistungen forciert werden, sind weitere Schritte zu realisieren. Hierzu zählen z. B., weitere pflegerische Indikatoren in das DRG-System zu integrieren – mit der Zielsetzung, künftig eine qualitative, adäquate pflegerische Versorgung und Therapie basierend auf aktuellem Pflegefachwissen realisieren zu können und Fehlanreize im derzeitigen DRG-System entgegenzuwirken. Hier sind Konzepte wie Nursing Related Groups (NRG), basierend auf Pflegediagnosen, interessante Ansätze (Fischer, 2002). Hier würde neben den DRGs ein eigenes Kostengewicht für NRGs entwickelt werden, welches das pflegerische Leistungsgeschehen abbildet. Über diesen Weg ließe sich auch das Leistungsgeschehen der Pflege vor dem Hintergrund der Qualität und Outcome-Bewertung unterstützen.

Somit kommen wir zu dem anderen zentralen Kernthema im Kontext der PKMS/OPS-Einführung: Gut ausgebildete Pfegende, ausgestattet mit der Fähigkeit des pflegediagnostischen Urteilens und Critical Thinking in einer angemessenen Patienten-Pflegepersonalrelation, haben definitiv Auswirkungen auf das Patienten-Outcome (Aiken et al., 2012, Aiken et al., 2014, Kelly et al., 2014, Aiken et al., 2011). Denn nur, wenn es den Pflegeberufen gelingt, den ethisch-moralischen und ökonomischen Mehrwert einer therapeutisch-aktivierenden Pflege – abgrenzend zu den in der Praxis teilweise vorherrschenden intuitiven und passivierenden Handlungskonzepten – darzulegen, wird es gelingen, gesellschaftspolitisch Pflege eine stärkere Stimme zu geben, um sich für die Rechte der Patienten einzusetzen. Standardisierte Pflegeklassifikationen in einer elektronischen Patientenakte sind hier ein breit diskutierter Ansatz, um die notwendigen Daten für die Leistungstransparenz und Outcome-Bewertung zu generieren (Stemmer, 2003, Cardenas-Valladolid et al., 2012).

Rahmenbedingungen und Anreizsysteme wie der PKMS können positive Auswirkungen auf die Pflegequalitätsentwicklung haben. So wird z. B. im Kontext der PKMS-Einführung und -Umsetzung deutlich, dass Themen wie therapeutisch-aktivierende Pflegekonzepte und die Umsetzung des Expertenstandards Kontinenzförderung diskutiert und vermehrt realisiert werden (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2014, Schmidpeter et al., 2013).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es der Pflege in Deutschland gelungen ist, einen OPS-Schlüssel im G-DRG-System zu platzieren, der ausschließlich durch Pflegeleistungen getriggert wird und ein erster Schritt vom reinen „Kostenfaktor“ Pflege hin zum „Erlösfaktor“ Pflege vollzogen wurde – damit sind wir internationale Vorreiter.

Hier sollten unsere Bestrebungen für die Zukunft ansetzen und weitere sinnvolle Strategien zur Sicherung einer adäquaten pflegerischen Versorgung in der Zukunft befördert werden.

November 2014

Dr. rer. medic. Pia Wieteck

Leiterin des ENP-Entwicklerteams für die Firma RECOM

Mitglied der Arbeitsgruppen AGKAMED OPS 9-20 und DMGP

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 Teilzeitstellen 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.

Quelle: http://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/_4.html; Download: 18.12.2014

1.5 Aktuelle Diskussion: Pflege im DRG-System abbilden und Pflegepersonal-mangel

Die Personalbesetzung der Pflege in deutschen Krankenhäusern ist – wie bereits aufgezeigt – kritisch und das grenzwertig niedrige Niveau an Pflegepersonen führt dazu, dass notwendige Pflegemaßnahmen nicht durchgeführt werden können (Thomas et al., 2014, Isfort et al., 2010, Isfort et al., 2012). Wie internationale Studien belegen, existiert ein eindeutiger Zusammenhang zwischen einer hohen Pflegepersonal-/Patientenrelation und der Mortalitätsrate, welche bei einer schlechten Pflegepersonalbesetzung steigt (Aiken et al., 2012).

Pflegerische Leistungen haben bisher einen geringen erlöswirksamen Einfluss auf das Krankenhausbudget. Bisher haben nur die Komplexcodes OPS 9-20, der OPS 8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, 8-552 Neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation sowie die 8-559 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation das pflegerische Leistungsgeschehen aufgenommen. Bei der Geriatrischen Frührehabilitation ist allerdings zu bemängeln, dass der Leistungsumfang pflegerisch-therapeutischer Leistungen keine Auswirkungen auf den Komplexcode hat und diese nicht als Therapieeinheit gezählt werden können, so dass die „Nichterbringung“ (bezogen auf einen adäquaten Umfang) von pflegerischen Leistungen keine ökonomische Auswirkung auf die Erlöse der Einrichtung haben kann. Bei allen anderen DRG-Fallgruppen hat die Erfüllung notwendiger pflegerischer Leistungen ebenfalls keine Auswirkung auf die Einnahmen der Klinik. Wie aufgezeigt werden konnte, hat die Einführung des PKMS nicht den berufspolitisch gewünschten Anstieg an Pflegepersonalstellen gebracht. Zwar sind die Pflegepersonalstellen in etwa um 16.000 Stellen seit 2009 angestiegen (siehe 1.1.1). Aber vor dem Hintergrund der ebenfalls gestiegenen Fallzahlen haben die zusätzlichen Personalstellen zu keiner Entlastung der angespannten Arbeitsbelastung im Pflegebereich geführt. Vor diesem Hintergrund wird nun verstärkt nachgedacht, welche Möglichkeiten bestehen, auf die Pflegepersonalstellenentwicklung in den Krankenhäusern Einfluss zu nehmen.

Pressemeldungen des DPR

In einer Pressemeldung des Deutschen Pflegerates werden die Personalkennzahlen für die Pflege im Krankenhaus kommentiert. Im September 2013 wurde eine „Verbindliche Festschreibung der Personalzahlen für die Pflege im Krankenhaus“ in einem DPR-Workshop erneut diskutiert. Zentrale Kernaussagen sind der Pressemeldung zu entnehmen: „Eine rein quantitative Regelung ist bei weitem nicht ausreichend. Die konkrete Anforderung zur Qualifikation der Pflegenden muss ebenfalls definiert werden [...]. In der kurzfristigen Perspektive sprachen sich die Expert/innen für die verbindliche Nutzung von PPR (ggf. modifiziert) oder LEP aus. Entscheidend bleibe die Forderung der gesicherten und nachhaltigen Finanzierung. Perspektivischer Bezugsrahmen müsse auch Outcome-Qualität am Patienten werden“ (Deutscher Pflegerat e. V., 2013). Soll der perspektivisch geforderte Aspekt der Outcome-Qualitätsforderung des deutschen Pflegerates realisiert werden, ist jedoch klar, dass die PPR- und LEP-Lösung hierzu nicht die richtigen Instrumente darstellen.

In der [Pressemeldung vom 05.12.2014](#) des Deutschen Pflegerates wird das Thema Pflegepersonal-mangel erneut in einem [Vier-Punkte-Programm](#) zur Lösung des Personalmangels aufgenommen (<http://www.deutscher-pflegerat.de/presse/presse.php>, Download: 08.12.2014). Das Vier-Punkte-Programm sieht Folgendes vor:

Erstens: Schaffung von Transparenz. „Die für das Pflegepersonal einkalkulierten Kosten müssen bei diesem auch ankommen und nicht für Investitionen oder andere Personalbereiche verwendet werden“, macht Westerfellhaus deutlich.

Ergänzender Kommentar: Grundsätzlich ist die Forderung nach Transparenz zu befürworten, ergänzend ist dennoch zu erwähnen, dass die Personalsituation hierdurch sehr wahrscheinlich entsprechend den Aussagen des IBES-Diskussionspapiers nicht deutlich verbessert werden kann. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass sehr wahrscheinlich die Mittel, welche von Seiten des InEK für die Pflege kalkuliert sind, auch in Pflegepersonalstellen überführt werden (Thomas et al., 2014).

Zweitens: Bereitstellung eines Zusatzbudgets von jährlich 2,5 Milliarden Euro auf mindestens vier Jahre. „Mit diesen Mitteln können Pflegestellen geschaffen und die Pflegepraxis damit sofort entlastet werden“, fordert Westerfellhaus weiter.

Ergänzender Kommentar: Diese Forderung ist zu begrüßen, darüber hinaus wäre zu empfehlen, dass die Mittel nur in Verbindung mit folgenden Forderungen zur Verfügung gestellt werden:

1. Das Zusatzbudget sollte dringend auf die Veränderung der „Patienten/Pflegepersonalrelation“ bezogen werden. Denn erweitern Kliniken ihre Betten und nutzen die Mittel hierfür, um neues Personal aufzubauen, kommt es nicht zu Entlastung, da es gleichzeitig zu einem Fallzahlenanstieg kommt.
2. Zudem ist zu überlegen, wie sichergestellt wird, dass der Pflegebedarf der Patienten gedeckt wird und Pflege nicht weiter „artfremde“ Tätigkeiten übernimmt, daher ist die Forderung nach einer Zweckbindung des Mitteleinsatzes zu fordern. Hier wäre der Ansatz der NRGs eine Option.

Drittens: Personalausstattung als Qualitätsmaßstab. „Die Personalausstattung muss Bestandteil jeder Leistungsplanung werden. Ihre Beurteilung muss im Zusammenhang mit Qualitätszahlen erfolgen“, merkt der Präsident des Deutschen Pflegerats an.

Viertens: Instrumente zur Personalbemessung forcieren. „Wir benötigen den gesetzlichen Auftrag zur Neu- bzw. Weiterentwicklung von geeigneten Instrumenten zur Personalbemessung. Das muss forciert werden“, betont Westerfellhaus. „Eine angemessene Personalausstattung in den Krankenhäusern bleibt eine der wichtigsten Forderungen des Deutschen Pflegerats“, macht Westerfellhaus deutlich. „Wir fordern die Politik, die Kostenträger und die Krankenhäuser dazu auf, die Voraussetzung für eine ausreichende und nachhaltige Personalausstattung sicherzustellen.“

Ergänzender Kommentar: Diese Forderungen ist zu unterstreichen, einen Lösungsansatz zur Realisierung wäre die schrittweise Implementierung der NRGs, wie nachfolgend skizziert wird.

Diskussionspapier IBES (Thomas et al., 2014)

Auch in einer aktuell veröffentlichten Analyse und Bewertung möglicher Instrumente zur „adäquaten Personalbemessung“ in der Pflege werden verschiedene Lösungsansätze vorgestellt (Thomas et al., 2014). Die verschiedenen Überlegungsansätze, welche diskutiert werden, sollten in jedem Fall auf eine nachhaltige Lösung ausgerichtet werden und sowohl den Einfluss der Pflegeberufe auf die Personalstellenentwicklung im Krankenhaus, als auch die Qualitätsentwicklung des pflegerischen Leistungsgeschehens fördern, den tatsächlichen Pflegebedarf der Patienten widerspiegeln und transparent machen, was tatsächlich geleistet wurde.

Denn einfach mehr Mittel für die Pflegeberufe zur Verfügung zu stellen unterliegt dem Risiko, dass die Mittel nicht zur Erfüllung der Pflegebedarfe der Patienten eingesetzt werden und sich die pflegerische Versorgungsqualität nicht verbessert.

Nachfolgend wird auf die in der Abhandlung vorgestellten Instrumente und Möglichkeiten eingegangen, sowie die Kernaussagen und Schlussfolgerungen reflektiert und diskutiert.

3.3.1 Allgemeine Pflege

Mindestmerkmale: Leistungsbereich A: Körperpflege (Altersgruppe E: 3 Punkte)

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

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige Pflege vor:	
G1	<p>Abwehrverhalten/Widerstände bei der Körperpflege <u>Kennzeichen:</u> Setzt (Mobilisierungs-)Maßnahmen bei der Körperpflege Widerstände entgegen; schreit, schlägt, beschimpft das Pflegepersonal bei der Ganzkörperwaschung, lehnt die Körperpflege verbal/nonverbal ab</p> <p>ODER</p> <p>Ablauf der Körperpflege ist dem Patienten nicht bekannt <u>Kennzeichen:</u> Unfähigkeit, die Körperpflege selbstständig und strukturiert durchzuführen; Trugwahrnehmungen, Gebrauchsgegenstände der Körperpflege können nicht adäquat eingesetzt werden, fehlende Eigeninitiative, die Körperpflege durchzuführen</p>
G4	<p>Extreme Schmerzzustände, die sich auf die Körperpflegeaktivitäten auswirken <u>Kennzeichen:</u> Stöhnt, weint, jammert, grimassiert, wehrt ab bei der Körperpflege, äußert verbal stärkste Schmerzen</p>
G5	<p>Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, sich selbstständig im Bett zu drehen, aktiv zu verrutschen, aufzusetzen</p> <p>UND ein vorliegender Erschwernisfaktor:</p> <ul style="list-style-type: none"> » mindestens 3 unterschiedliche Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung) » BMI von mindestens 35 kg/m² » krankheitsbedingte Risiken wie Wirbelsäuleninstabilität » Extensionsbehandlung und/oder Behandlung mit Körpergipsschale, die eine extreme Bewegungseinschränkung mit sich bringen » Rumpforthesen/Fixateure/Armabduktionsschienen bei Querschnittlähmung » Ruhigstellung von mindestens zwei Extremitäten » ausgeprägte Spastik/Kontrakturen/Rumpfataxien » ausgeprägte Lähmung (Hemiplegie, Paraplegie/-parese, Tetraplegie/-parese und ggf. damit verbundene fehlende Stütz- und Haltefunktion im Kopf- und Rumpfbereich), » fehlende Kraft zur Eigenbewegung im Rumpf und Beckenbereich » mindestens 3 sekundär heilende Wunden (z.B. Dekubitus Grad 3) und/oder großflächige ($\geq 40 \text{ cm}^2$) Wunde(n) ($\geq 40 \text{ cm}^2$)
G7	<p>Weitere Gründe für eine Ganzkörperwaschung mit zwei Pflegepersonen Kann/darf sich bei verminderter/instabiler Herz-/Kreislauf- und/oder Atemsituation bei der Körperpflege nicht anstrengen</p>
G9	<p>Starkes Schwitzen und/oder Erbrechen und/oder Einnässen/-stuhlen; und/oder Kot schmierem/essen, das eine(n) Wäschewechsel/Körperpflege erfordert</p>

G10	<p>Anlässe für eine therapeutische Ganzkörperwaschung bei einem Selbstfürsorgedefizit, Körperpflege in Verbindung mit einem der aufgeführten Punkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> » beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung » pathologische Bewegungsabläufe, Freezing (motorische Blockade) » vorhandene Spastik, Rumpftaxien
G11	<p>Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege</p> <p><u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, den Körper selbstständig zu waschen, abzutrocknen und die Mund-, Haar-, Hautpflege durchzuführen.</p> <p>UND ein Grund für hohen pflegerischen Aufwand:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Pflegemaßnahmen im Rahmen der (Umkehr-)Isolierung ODER » massive Veränderungen der Mundschleimhaut ODER » hohes Pneumonierisiko ermittelt durch systematische Einschätzung ODER » aufwendiges Tracheostoma
G12	<p>Tetraplegie mit fehlender Körperbalance/fehlender Rumpfstabilität</p> <p><u>Kennzeichen:</u> kippt beim Sitzen zur Seite/nach vorne</p>

Tabelle 10: PKMS-E-Gründe Körperpflege

4.3.2.1 Konzepte der oralen, basalen Stimulation im Kontext von Schluckstörungen

Autorin: Silke Mattele

Diplom-Pflegewissenschaftlerin (FH)

Lehrgangsleitung Fachweiterbildung geriatrische Pflege

Wird von hochaufwendiger Pflege in Bezug auf Ernährung gesprochen, so kann das Konzept Basale Stimulation® in Form sensibler, individuell auf den Pflegebedürftigen abgestimmter Interventionen hilfreiche Unterstützung leisten. Denn gerade die Nahrungsaufnahme bietet dem Menschen neben entsprechender Kalorienzufuhr eine Möglichkeit, Genuss, Geselligkeit, gesättigte Zufriedenheit und Stimulation verschiedenster Sinne zu empfinden. So zeigt sich bei der Nahrungszufuhr nicht nur das Auge aktiv („das Auge isst mit!“), auch die Nase als Organ, das den Essensduft über Riechzellen wahrnimmt, und der Mund als mit seinen Geschmackspapillen wahrnehmungsstärkster Körperbereich (Bienstein und Fröhlich, 2012) bzw. die Umgebung mit ihren Geräuschen prägen das Esserleben eines Menschen. Menschen, die einer Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme bedürfen, erleben diese meist im Kontext des Krankenhauses als reine Kalorienzufuhr. Gerade die kommunikativen Elemente der Nahrungsaufnahme gehen schnell im pflegerischen Alltag verloren und werden auf Tablettsystem, die Eingabe passierter Kost und mechanisches oft zu schnelles Anreichen der Nahrung oder die Verabreichung von Sondenkost reduziert (Buchholz und Schürenberg, 2013). Im Alltag pflegebedürftiger Menschen zeigen sich so vielfältige und komplexe Situationen z. B. der Nahrungsverweigerung, die eines sehr individuellen Vorgehens bedürfen, um Mangelernährung und auch Schluckstörungen zu begegnen. Diese hochaufwendige Unterstützung wird im PKMS abgebildet und soll in diesem Beitrag exemplarisch anhand einer Fallsituation beleuchtet werden.

Dabei sind dem Krankenpflegeprozess entsprechend grundsätzlich folgende Schritte zu beachten: Die Informationssammlung als Möglichkeit zur Erhebung der biografischen Vorlieben und Abneigungen des Patienten in Bezug auf das Essen und die Umgebungsgestaltung, die Analyse des Verhaltens bzw. der vorliegenden medizinischen und/oder pflegerischen Problematik (entsprechende Grundlage sind der PKMS sowie pflegediagnostische Überlegungen), die Planung der Nahrungsaufnahme bezogen auf das Anbahnen dieser, die Durchführung und die Evaluation. Die in diesem Beitrag ausgearbeiteten therapeutischen Vorgehensweisen entstammen nicht ausschließlich dem Konzept Basale Stimulation®, auch andere, insbesondere logotherapeutische und ergotherapeutische Maßnahmen werden hier, vor dem Hintergrund einer interdisziplinären Teamzusammenarbeit dargestellt.

Die bereits im Kapitel 4.3.2 aufgeführten Maßnahmen im Rahmen der „Schlucktherapie“ und Maßnahmen zur Förderung einer selbstständigen Nahrungsaufnahme werden nachfolgend vertieft vorgestellt und im Kontext einer Fallvorstellung besprochen.

4.3.2.2 Facio-Orale-Trakt-Therapie (nach Coombes) Patienten mit Schluckstörungen (B2/B4)

Autor: Peter Miller

Therapiezentrum Burgau

Die Facial Oral Tract Therapy wurde durch die aus England stammenden Sprachtherapeutin Kay Coombes, die zugleich Bobath-Tutorin ist, in den 1970er Jahren entwickelt. Sie hat sprachtherapeutisches Wissen mit dem Bobath-Konzept und Erkenntnissen und Erfahrungen anderer Berufsgruppen aus der Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie und Pflege zusammengeführt, um daraus Behandlungsprinzipien für eine Integration und Koordination der Funktionen des facio-oralen Trakts abzuleiten.

Kay Coombes entwickelte ein ganzheitliches, umfassendes und vor allem interdisziplinäres Konzept zur Rehabilitation des facio-oralen Trakts für Patienten mit neurogenen Störungen, welches sich stark am Alltag der Patienten und deren bio-psycho-sozialen Bedürfnissen orientiert. Durch das F.O.T.T.[®]-Konzept geht die Therapie darauf ein, dass zentral bedingte Störungen der Haltung, Bewegung und Muskelspannung, das Schlucken, die Atmung, die nonverbale Kommunikation, die Stimmgebung und das Sprechen nachhaltig, im schlimmsten Fall lebenslang, beeinflusst werden können, aber mittels eines ganzheitlichen Konzepts sehr gut zu therapieren sind.

Die Kommunikation, die Mundhygiene und die Nahrungsaufnahme, inkl. der präoralen Phase sind komplexe Aktivitäten, die von verschiedensten Faktoren abhängen. Hier gehört der Mundschluss, die Zungenbeweglichkeit, Stimme, Mimik, Geschicklichkeit, kognitive Fähigkeiten etc. als Voraussetzung für einen funktionierenden facio-oralen Trakt dazu.

Atmen, Schlucken, Nahrungsaufnahme und Kommunikation

Probleme nur beim Schluck treten selten isoliert auf. Patienten mit neurologischen Krankheitsbildern oder erworbener Hirnschädigung (z. B. Hirninfarkt, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson, Schädel-Hirn-Trauma, Demenz, Wachkoma usw.) zeigen eine Reihe typischer Symptome, wie z. B.:

- » Veränderung des Muskeltonus,
- » Veränderung von Haltung und normaler Bewegung,
- » Gestörte nonverbale Kommunikation inklusive einer eingeschränkten Mimik,
- » sowie Störungen bei der Nahrungsaufnahme, der Stimme und des Sprechens.

Jeder Einzelne, der mit Patienten mit Schluckstörungen zu tun hat, muss den Zusammenhang zwischen Ursache von Symptomen und den psychischen und psychologischen Folgen erkennen.

Wie schauen wir andere Menschen an?

Das Gesicht spielt bei der Kommunikation eine signifikante Rolle. Die Rehabilitation der Mimik und des Gesichtsausdrucks sowie der Körpersprache gehören mit dazu, wenn von ganzheitlicher Therapie ausgegangen werden soll. Kopf- und Schulterbewegung z. B. sind Teile einer normalen nonverbalen Kommunikation und begleiten häufig die verbale Kommunikation. Bei Patienten mit Hirnverletzungen und/oder neurologischen Störungen sind diese Bewegungen oftmals eingeschränkt. Die F.O.T.T.[®] bietet hier einen strukturierten Ansatz zur Befundaufnahme und Behandlung als Teil einer ganzheitlichen Therapie basierend auf dem Bobath-Konzept.

Wie essen wir?

Essen und Trinken ist viel mehr als nur die Aufnahme von Nahrung. Soziale Integration und Genuss sind sehr eng damit verbunden. Probleme in der normalen Nahrungsaufnahme und von Flüssigkeit oder eine Reduzierung dieser Möglichkeit haben unausweichlich auch soziale Auswirkungen.

Patienten mit zerebralen Schädigungen können z. B. unfähig sein, selbständig zu essen, sie haben Schluckstörungen, die möglicherweise ständiges Husten hervorrufen, Speichel kann unkontrolliert aus dem Mund fließen und das Trinken kann oft große Probleme bereiten. Eine ganz normale Nahrungsaufnahme dauert zudem häufig deutlich länger. Viele Patienten können überhaupt keine Nahrung mehr oral zu sich nehmen und benötigen diese via Sondenkost.

Wie hört sich unsere Stimme an?

Jede Stimme ist sehr individuell zu hören und ihr Verlust oder ihre Veränderung wirkt sich schnell auf die Eigen- und Fremdwahrnehmung aus. Der Zuhörer wird z. B. durch die Sprechgeschwindigkeit, die Atmung und Stimmlage, Resonanz und Artikulation als auch durch den Wortschatz intuitiv beeinflusst.

Facio-Orale-Trakt-Therapie (F.O.T.T.[®]) – betrachtet als ganzheitlicher Behandlungsansatz

Patienten mit einer Hemi- oder Tetraparese (bilaterale Hemiparese) haben häufig auch Stimm- und Sprechstörungen (Dysarthrophonie) und Probleme bei der Nahrungsaufnahme. Diese Patienten können aber auch zusätzlich an einer Sprachstörung (Aphasie) leiden.

Das F.O.T.T.[®]-Konzept hat seine Wurzeln im Bobath-Konzept und dieses beinhaltet eine strukturierte und lösungsorientierte Analyse. Eine Grundaussage des Bobath-Konzeptes ist, dass die gesunde Hirnregion die Funktionen der geschädigten Hirnregion übernehmen kann. Aber auch durch konsequente Therapie und richtiges Training kann das Neulernen gezielt angebahnt werden.

Für eine effektive Therapie ist es daher erforderlich, dass die Behandlung auf die zugrundeliegende Ursache der Symptome ausgerichtet ist und auf einer ausführlichen funktionellen Befundaufnahme basiert, welche die Gründe für die veränderten gestörten Bewegungsmuster erkennt.

Patienten mit/nach erworbenen neurologischen Schädigungen haben oft eine veränderte Stimmgebung, Artikulationsschwierigkeiten und sehr häufig Probleme bei der Nahrungsaufnahme. Was sind die Gründe dafür?

Allen auftretenden Symptomen liegt eine Störung des normalen Haltungstonus und der Stabilität zugrunde. Dies beeinträchtigt dann nicht nur die Bewegungsmuster, die z. B. das Gehen oder aufrechte Sitzen ermöglichen, sie beinhaltet häufig auch eine Minderung von hochkoordinierten selektiven Bewegungen des Gesichtsausdrucks sowie der Stimmgebung und des Sprechens.

Veränderte Bewegungsmuster bei einer Hemiparese/-plegie entstehen aus kombinierten Wirkungen von:

- » fehlender reziproker Innervation (Fehlen von Nervenzellfunktionen, welche gegenläufig arbeitende Muskelgruppen steuern. Die reziproke Innervation spielt somit bei der „geordneten, physiologischen Ausführung“ aller Bewegungen eine große Rolle. Bei Störungen dieser Funktion kommt es zu pathologischen Bewegungsabläufen)
- » Mangel an selektiver Bewegung (Mangel an zielgerichteter/feinmotorischer Bewegung)
- » Problemen mit dem Gleichgewicht
- » Veränderter bzw. gestörter sensibler Rückmeldung

Die eingangs genannten Symptome, wie die Veränderung der Stimmgebung, Störung beim Sprechen oder Probleme bei der Aufnahme von Nahrung, verstärken sich dann bei willkürlichen Anstrengungen, z. B. wenn diese Patienten versuchen, sich trotz ihrer Spastizität (Anspannung von Muskelgruppen) und veränderter gestörter Sensibilität zu bewegen, ohne dass zuerst die Normalisierung des Haltungstonus therapiert wird.

Sind jedoch Haltungstonus und Sensibilität krankheitsbedingt verändert, werden nicht nur die funktionellen Aktivitäten gestört, sondern bereits der Versuch, etwas zu tun, verstärkt die Symptome. Häufig verstärkt sich dann das spastische Muster bei den Patienten oder es kann zu assoziierten Reaktionen (unwillkürliche Mitbewegungen von Muskeln bei Kontraktion anderer Muskelgruppen. Diese abnormalen Bewegungsmuster entstehen auf der betroffenen Seite, z. B. bei Anstrengung und/oder Angst des Betroffenen). Dies bedeutet dann auch, dass vermehrte Aktivität der nicht gelähmten Körperhälfte die Probleme der hemiparetischen Seite verstärkt.

Die Komplexität der normalen oralen Bewegung zeigt sich bereits bei minimaler Veränderung von Sensibilität und Tonus (Muskelspannung).

Normale Atmung, die Bewegung außerhalb und im Mund sowie die Bewegung des Rachens finden immer vor einem Hintergrund eines normalen Haltungstonus in Verbindung mit normaler taktil-kinästhetischer Wahrnehmung statt.

Essen und Sprechen werden meist im Zusammenhang mit anderen Aktivitäten ausgeführt. Gesunde Menschen können z. B. gleichzeitig sprechen und gehen. Diese Überlegungen müssen bei einer realitätsnahen Befundaufnahme der Probleme eines Patienten, bei der Festlegung der Rehabilitationsziele, beim Ausarbeiten des Behandlungsplans, der Überwachung des Therapiefortschritts und insbesondere bei der Auswertung der Rehabilitationsergebnisse mit berücksichtigt werden.

4.3.3 Therapeutische Körperpflege (A3)

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass im Rahmen der therapeutischen Körperpflege aus Sicht des PKMS keine zusätzlichen Dokumentationsanforderungen zu erfüllen sind. Voraussetzung der Anerkennung einer A3-Leistung im PKMS ist somit das Vorliegen des PKMS-Grundes sowie der Nachweis, dass die Pflegeperson eine der aufgeführten therapeutischen Körperpflegen durchgeführt hat. Aus pflegfachlicher Sicht ist zur fachgerechten Realisierung der therapeutischen Körperpflege je nachdem, um welches Konzepte es sich handelt, eine Analyse der bestehenden Beeinträchtigungen, Ressourcen des Patienten sowie die Zielsetzung festzulegen. Ebenso ist eine regelmäßige Evaluation der Erfolge und Wirkung der Angebote sinnvoll. Da die Konzepte im Akutkrankenhaus nicht überall bekannt sind, werden die im PKMS aufgeführten therapeutischen Konzepte kurz vorgestellt.

4.3.3.1 Gespürte Interaktionstherapie nach Affolter

Autoren:

Jürgen Söll

Lehrer für Pflegeberufe, Affolter-Kursleiter

Peter Miller

Leiter des Pflegedienstes

Therapiezentrum Burgau

Das therapeutische Konzept wurde von der Schweizer Logopädin und Entwicklungspsychologin Félicie Affolter im Rahmen ihrer Arbeit mit wahrnehmungsgestörten Menschen entwickelt. Das Affolter-Modell® wird auch als „gespürte Interaktionstherapie“ bezeichnet.

Frau Dr. Félicie Affolter beschäftigt sich seit 60 Jahren mit Wahrnehmung und Störungen bei der Wahrnehmung im Vergleich zur normalen Entwicklung beim gesunden Kind. Sie ist durch ihre langjährige Forschung davon überzeugt, dass gespürte Interaktion die Wurzel der Entwicklung der Gehirnleistungen ist und bei der Organisation im Gehirn maßgeblich beteiligt ist.

Gespürte Interaktion ist die Auseinandersetzung mit der Umwelt durch Berührung.

Der amerikanische Hirnforscher Eric Kandel hat herausgefunden, dass WAS? und WO? im Gehirn parallel verarbeitet werden, jedoch in unterschiedlichen Regionen. Affolter beschreibt die Information zu WAS? und WO? als eine der wichtigsten Informationen für unser „Zurechtfinden“ im Alltag. Ohne zu wissen, wo wir uns befinden und was mit uns geschieht, sind wir verloren und ausgeliefert. Deshalb ist unser Gehirn ständig auf der Suche nach zuverlässiger Information darüber.

Menschen mit Wahrnehmungsstörungen aufgrund einer Hirnschädigung tun sich schwer, ihre Umwelt zu erfahren und reagieren häufig mit erhöhter Körperspannung. Dieser hohe Tonus behindert die Pflegenden und Betroffenen bei den Alltagshandlungen. Beim Waschen der Achselhöhlen „wehrt der Patient ab“ und beim Anziehen der Hose „helfen“ diese nicht mit.

Schaffen es Pflegende, dem Betroffenen eine stabile Umwelt zu gestalten, die er auch wahrnehmen kann (WO-Information), erleichtert dieses die Arbeit. Frau Dr. Affolter beschreibt in ihrer Literatur immer wieder diese stabile Umwelt als „Nische“.

Das Affolter-Modell hilft Pflegenden, Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen besser zu verstehen und in der Rehabilitation zu fördern. Dem Schwerstbetroffenen kann das „Pflegerische Führen“ helfen, seine Umwelt wahrzunehmen. Er kann verstehen, was mit ihm passiert, und in den alltäglichen Handlungen, wie Lagern oder Waschen, in sein Leben zurückfinden. Dem in der Rehabilitation schon fortgeschrittenen Patienten kann die Pflegeperson helfen, sein Leben wieder in die eigene Hand zu nehmen. Durch „Einfaches Führen“ lernt er Probleme zu erkennen, nach Information zu suchen und sie zu lösen. Die Wurzel dieser Fortschritte ist immer die deutlich gespürte Information zu „WO?“ und „WAS?“. Pflegende müssen sich noch tiefer in den Ablauf der einzelnen Handlungen hineindenken. Nur wenn sie Schritt für Schritt mit dem Patienten seine Probleme in der Selbstversorgung lösen, wird die Voraussetzung für „wieder lernen“ geschaffen.

Das Affolter-Modell® in der Umsetzung im Pflegealltag

Es ist morgens 8 Uhr, ich komme gerade aus dem Zimmer eines schwerstbetroffenen Schädelhirntraumatikers. Dieser hat um 10 Uhr Physiotherapie, also noch Zeit. Da er aber nicht solange liegen kann, und spätestens nach 2 Stunden anfängt zu schwitzen, habe ich ihn neu positioniert. Auf dem Gang begegnet mir hilfesuchend Herr Meier. Aufgrund seiner Aphasie kann er mir nicht sagen, was los ist. Ich sehe nur, dass er viel zu viel Creme im Gesicht hat. Wir gehen gemeinsam auf die Suche nach seinem Zimmer, bei jeder Tür hält er und schaut mich an. Die Namensschilder kann er nicht lesen, jedoch an seinem Zimmer angekommen, erkennt er sofort das von ihm selbst gemalte Bild und geht ins Zimmer. Am Waschbecken erkenne ich das Problem. Herr Meier ist selbst aufgestanden und hat mit einem Blick in den Spiegel erkannt, dass er sich rasieren sollte. Der Rasierer liegt am Waschbeckenrand und die Zahnpasta daneben. Wieder werde ich daran erinnert, wie komplex das Gehirn arbeitet und bei einer Schädigung unterschiedlichste Symptome zum Vorschein kommen.

Therapeutisch-rehabilitative Pflege: die Begriffe aus dem altgriechischen und lateinischen, deuten an, dass Heilung und Wiederherstellung einer Verletzung durch bestimmte Maßnahmen erfolgen soll. Ist das bei einer schweren Schädigung des Gehirns möglich?

Das Gehirn ist ein sehr komplexes und nur zum Teil erforschtes Organ. Die Funktionsweise liegt zu 80 % im Dunkeln. Wer sich aufmacht einen Beitrag zur Rehabilitation eines geschädigten Gehirns zu leisten, sollte sich mit den Aufgaben des Gehirns auseinandersetzen.

Aufgaben des Gehirns:

- » Sammeln von Input aus allen Sinnessystemen
- » Vergleichen des Reizes mit gespeichertem Wissen
- » Lenken von Aufmerksamkeit auf wichtige Informationen
- » Bereitstellen von Handlungsoptionen (Hypothesen)
- » Abrufen und Gestalten von Handlungsplänen

Nachfolgend werden die FAQ 2015, welche von den Experten der Pflege und den MDK-Gutachtern konsentiert und durch die SEG 4 am 05.01.2015 verabschiedet wurden, abgedruckt. Diese Endfassung kann auf der Homepage von RECOM heruntergeladen werden:

<http://www.recom.eu/wissen/pkms-dokumentation.html#pkms2015>

Vorab aber noch ein Hinweis. Sie haben sicher bereits bemerkt, dass der PKMS aufgrund der Matrixstruktur (damit ist gemeint, dass mehrere Gründe zu einer Maßnahmenauswahl führen) pflegefachlich „Unsinniges“ ausgewählt werden kann. Leider wurde im Rahmen der Begutachtung festgestellt, dass einige wenige Kliniken diese pflegefachlich „unsinnigen“ Kombinationen systematisch nutzen, um PKMS-Aufwandspunkte abrechnen zu können. Dem zu begegnen, gibt es nun generell zwei Wege:

1. Der MDK-Gutachter stellt grundsätzlich bei allen Leistungen, die bei „hochaufwendigen Patienten“ durchgeführt werden, die „Indikationsfrage“ oder
2. „Unsinnige“ Kombinationen werden in den FAQ benannt und grundsätzlich künftig nicht mehr anerkannt.

Die Experten haben sich für den zweiten Weg entschieden, da die grundsätzliche Diskussion über die Indikationsfrage problematisch und ressourcenraubend ist – auf beiden Seiten, sowohl beim Gutachter als auch bei den Mitarbeitern der Einrichtung. Daher wird unter der FAQ 3.7.5 eine abschließende Liste der nicht zu akzeptierenden PKMS-Gründe- und Maßnahmenkombinationen aufgeführt.

Bearbeitungshistorie

Grundlage der Bearbeitung sind die FAQ 2011, neue Fragen wurden durch PKMS-Anwender unterschiedlichster Kliniken, Seminarteilnehmer und Arbeitsgruppenmitglieder ergänzt.

Die Mitarbeiter des PKMS-Schulungsteams von RECOM haben die Vorbereitungen und Entwürfe einer Antwort zu den Fragestellungen in Zusammenarbeit mit Frau Dr. rer. medic. Pia Wieteck entwickelt:

Lisa Peters, Gesundheitswissenschaftlerin, MSc Public Health; Isabella Schmidpeter, Krankenschwester, Public health nurse und MPH, Till Brandt, Gesundheits- und Krankenpfleger, Pflegemanager (B. A.), Thorsten Benthin, Krankenpfleger, Stationsleiter, Fachinformatiker, Meike Koch, Gesundheitswissenschaftlerin, MSc Public Health.

Diese Vorarbeiten wurden mit Frau Dr. med. Beate Waibel, Herrn Dr. med. Peter Dirschedl und Herrn Dr. med. Hans-Ulrich Euler, MDK Baden-Württemberg, und Frau Dr. med. Nicola Lutterbüse GkinD e.V. konsentiert, anschließend wurde der Entwurf der FAQ 2015 mit den verschiedenen Experten erneut diskutiert und angepasst. Die AG AGKAMED hat die Entwurfsfassung diskutiert, geprüft und ebenfalls angepasst.

AGKAMED AG am: 27.10.2014:

Beetz, Jacqueline, Stabsstelle PKMS Pflegedirektion, Klinikum Garmisch-Partenkirchen; Thumel, Peter, Geschäftsführer, Hinz-Organisation GmbH, Bindlach; Alavi, Manuela, Marien-Hospital; Zinsmeister, Mirko, Assistent Bereichsleitung, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau; Miller, Peter, PDL, Therapiezentrum Burgau; Dettmer, Cornelia, Inhaberin DettmerConsulting & Leiterin der AG PDL des DBfK Nordost, Berlin; Elsner, Christiane, Pflegedienstleitung, Diakonie in Südwestfalen gGmbH-Krankenhaus Bethesda; Kirstein, Gabriele, PA, Helmut-G.-Walther-Klinikum Lichtenfels; Koch, Meike, PKMS-Referentin der RECOM GmbH; Wulf, Heinke, Stabsstelle Qualitätssicherung in der Pflege Heide, Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH; Franck, Carolin, Projektmanagement Pflegedirektion; Dr. Müller, Elke, PKMS-Beauftragte, AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG; Stephan, Andrea, PKMS-Beauftragte, Stationsleitung, Klinikum Passau; Riess, Gabriele, Pflegedienstleiterin, LAKUMED Krankenhaus Vilsbiburg; Hauer, Kathrin, Stationsmanagerin, LAKUMED Krankenhaus Vilsbiburg; Plenge, Renate, Pflegedienstleitung, Kath. Klinikum Bochum - St. Josef-Hospital; von Eicken, Michael, Medizincontrolling, Kath. Klinikum Bochum gGmbH (St. Josef), St. Josef-Hospital; Pelchen, Lutz, Pflegedirektor, Städt. Klinikum Brandenburg GmbH; Kelling, René, stv. Pflegedirektor, Ruppiner Kliniken GmbH, Passau; Böcker, Kati, Leitung Wundmanagement, Kreisklinikum Siegen GmbH; Böddeker, Markus; Bohle, Alwin, Medizincontrolling, Dreifaltigkeits-Hospital Lippstadt; Stockbauer, Marianne, Stationsleitung Klinikum Passau; Kaiser, Marie-Theres, PKMS-Referentin, Stiftungsklinikum Mittelrhein, Koblenz; Valentin, Tatja, Klinikum Wetzlar; Dönnwald Birgit, PKMS-Referentin, St. Elisabeth Hospital Gütersloh; Giebler, Ulrike, PKMS-Beauftragte, Diakonieklinikum Siegen; Spangenberg, Simone, PKMS-Beauftragte; Meineke-Wolf, Elisabeth, Klinikum Kassel GmbH; Baumgardt, Marion, Krankenhaus Märkisch Oderland GmbH; Braselmann, Andreas, Kath. Krankenhaus Hagen; Ferdinand, Oliver, Hamburg; Krug, Michael, Universitätsklinikum Bonn; Kepp, Hans-Jürgen, Martinus Hospital; Rosenthal, Günter, Fa. Polypoint; Hosak, Manuel, Asklepios Bildungszentrum für Gesundheitsfachberufe Nordhessen, Bad Wildungen; Brase, Sabine; Buff, Saskia; Günther, Theresa; Epp, Marina; Haladyniak, Kathrin; Lenkeit, Susann; Pehle, Corinna; Quast, Tobias; Risse, Ludger; Roscher, Andreas; Scheibe, Silke; Weets, Sabine; Schestag, Andrea; Schwippert, Sabine; Strack, Kirsten; Timpf, Detlev; Dr. Wieteck, Pia, wissenschaftliche Leitung der RECOM GmbH.

MDS-Multiplikatorenseminar vom 04.–05.11.2014:

Dr. Eckloff, Dorothea, Storm, Kirsten und Hellmiß, Stefanie MDK Nord, Hauptverwaltung; Ackerman, Catrin; Albrecht-Pupkes, Ute und Freesemann, Heike MDK Niedersachsen; Kokemor, Michael und Reinert, Monika MDK Westfalen-Lippe, Dr. Kreuzer, Claudia und Namyslo, Adam MDK Nordrhein, Dr. Jesse, Kirsten und Dr. Lehr Frauke MDK Hessen Hauptverwaltung; Dr. Raum Volker und Seiler, Nicole MDK Rheinland-Pfalz; Maas, Inge und Wilhelm, Andrea MDK im Saarland, Hauptverwaltung; Bückendorf, Ramona und Stähle, Diana MDK Baden-Württemberg; Fischer Marianne und Porkert Sabine MDK Bayern, Hauptverwaltung; Hehmann-Werner, Ute; Henning, Annette; und Dr. Treu, Thomas MDK Mecklenburg-Vorpommern; Ruschitzka, Marion MDK Berlin-Brandenburg e.V.; Becker, Ute und Petzold, Andrea MDK Sachsen-Anhalt; Heerlein, Petra MDK Thüringen Hauptverwaltung; Trepte Patricia; Koch, Matthias und Schmidt, Evelyn MDK im Freistaat Sachsen; Dr. Beate Waibel, Dr. Daskalakis und Dr. Wieteck Pia Dozenten des MDS Multiplikatorenseminars.

Update-Seminar PKMS am 10.11.2014 in Ingolstadt:

Ambros Klebl, Klinikum Neumarkt; Carina Wagner, Nardliniklinikum Landstuhl; Anna Bernhard, Nardliniklinikum Landstuhl; Gerti Solka, Klinikum St. Martin; Peter Thumel, Hinz-Organisation GmbH; Johannes Pirner, Klinik Bogen; Renate Gabert, Krankenhaus Rummelsberg gGmbH; Hedda Lienerth, Krankenhaus Rummelsberg gGmbH; Stefanie Scholz, Krankenhaus Rummelsberg gGmbH; Astrid Hauk, Marienhaus Klinikum Saarlouis-Dillingen; Jörg Reichardt, Marienhaus Klinikum Saarlouis-Dillingen; Edda Schlüsener, Wertachklinik; Doris Krappmann, H.-G.-Walther-Klinikum; Gabriele Reichert, H.-G.-Walther-Klinikum; Karina Kraus, H.-G.-Walther-Klinikum; Thomas Gehr, Caritas-Krankenhaus St. Josef; Mareike Zinn, Eichhof Stiftung Lauterbach; Anja Luft, Eichhof Stiftung Lauterbach; Michaela Stanggassinger, Kliniken Südostbayern AG; Jennifer Wunderle, Kliniken Südostbayern AG; Stefanie Ehrler, Kliniken Südostbayern AG; Luise Schaller, Schaller QF Qualität u. Fortbildung; Anna Haase, HDZ NRW Bad Oeynhausen; Martha Lingott, Klinikum Bayreuth GmbH; Heike Killinger-Spörlein, Kh Landkreis Freudenstadt; Andreas Wenz, Kh Landkreis Freudenstadt; Regina Stadler, Kinderklinik Dritter Orden Passau; Elisabeth Moßburger, Klinikum Ingolstadt; Kathrin Gehring, Klinikum Ingolstadt.

Die von der AGKAMED vorbereiteten FAQ wurden während des MDS-Multiplikatorenseminars mit den TN des Seminars erneut diskutiert und angepasst. Alle Fragen, die bearbeitet und inhaltlich verändert wurden, sind im Änderungsmodus gekennzeichnet.

Neue FAQ sind mit dem Wort NEU markiert. Diese Änderungen wurden durch die Arbeitsgruppen der AGKAMED und Update-TN erneut gelesen und freigegeben. Ebenso erfolgte eine Endprüfung von Fr. Dr. Lutterbüse, GKind, und Dr. Pia Wieteck.

Damit sind die FAQ von den oben aufgeführten Experten freigegeben und können der SEG-4-Arbeitsgruppe zur Konsentierung vorgelegt werden.

An dieser Stelle möchte sich die Arbeitsgruppe noch einmal recht herzlich bei allen beteiligten Personen bedanken.

Inhaltsverzeichnis der FAQ 2015

1. Geltungsbereich des OPS 9-20 und PKMS.....	388
1.1 Darf der PKMS auf Intensivstationen erhoben werden, wenn kein TISS/SAPS und damit kein Intensivkomplexkode kodiert wird?	388
1.2 Gibt es andere OPS (Komplekkodes), die den OPS 9-200, 9-201, 9-202 ausschließen?.....	388
1.3 Findet der OPS 9-20 auch im teilstationären Bereich Anwendung?	388
1.4 Wie werden Leistungen, welche von Begleitpersonen/Angehörigen durchgeführt werden, bewertet?	388
1.5 Werden am Aufnahme- und Entlassungstag ebenfalls PKMS-Aufwandspunkte erhoben und gezählt?	388
1.6 Können die PKMS-Aufwandspunkte an den Tagen, an welchen der Patient stundenweise eine Dialyse auf einer Intensivstation erhält, gezählt werden?	388
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?	389
2. PKMS (E, J, K)-Anwendungsfragen	389
2.1 Ist die Anwendung des PKMS bei Patienten mit kurzer Verweildauer sinnvoll?.....	389
2.2 Wie ist bei Wiederaufnahme von Patienten zu verfahren, bei denen es zur Fallzusammenführung kommt?.....	389
2.3 Über welchen Tageszeitraum werden die PKMS-Leistungen erhoben?	389
2.4 Wie sind die Altersvorgaben des PKMS-E, J, K genau auszulegen?.....	389
2.5 Können auch mehrere Gründe und Pflegemaßnahmen in einem Leistungsbereich des PKMS erhoben werden?.....	390
2.6 Wann darf ein Leistungsbereich des PKMS geltend gemacht werden?.....	390
2.7 Dürfen Maßnahmen durch Vertreter anderer Berufsgruppen (z. B. Ergotherapeut, Logotherapeut, Physiotherapeut, Stomatherapeut, Wundmanager usw.) erbracht werden?.....	390
2.8 Müssen bei einem Patienten jeden Tag 15 (17) Aufwandspunkte gesammelt werden, damit dieser erlösrelevant werden kann?.....	390
2.9 Wie viele Maßnahmen müssen durchgeführt werden, um Aufwandspunkte zählen zu können?..	390
2.10 Kann ein Zusatzentgelt innerhalb eines Kalkulationsjahres mehrmals für einen Patienten gezahlt werden?	391
2.11 NEU: Wie sind die verschiedenen (Satz-) Zeichen im PKMS zu verstehen?	391

3. Auslegungs-/Verständnisfragen zu den einzelnen Items des PKMS 391

3.1 Leistungsbereich Körperpflege 391

- 3.1.1 Was zählt als Zu-/Ableitung (Vgl. G5 bei Erwachsenen oder G2 bei Kindern/Jugendlichen)?... 391
- 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? 391
- 3.1.3 Was ist genau unter „voller Übernahme der Ganzkörperwaschung“ zu verstehen und wann ist diese erbracht? 391
- 3.1.4 Kann die Mobilisation in den Dusch-/Toilettenstuhl oder Duschtrage bei dem Leistungsbereich Bewegen geltend gemacht werden oder ist das im Bereich Körperpflege oder Ausscheidung bereits inkludiert? 392
- 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?..... 392
- 3.1.6 Was ist mit Bag-bath/Towelbath gemeint (A3)? 392
- 3.1.7 Sind die konkreten „therapeutischen Waschungen“ anzugeben? 393
- 3.1.8 Wann können die PKMS-Aufwandspunkte für die Maßnahme A4 geltend gemacht werden? .. 393
- 3.1.9 Die Anforderungen an die Umsetzung und Dokumentation der PKMS-Maßnahme A1 ist unklar, was genau ist erforderlich? 393
- 3.1.10 NEU: Können in der Dokumentation für die Ziele und Maßnahmen der therapeutischen Leistungen (z. B. A1, B2, B4) vorgefertigte Formulierungen verwendet werden?..... 394
- 3.1.11 Aus welchen Leistungen besteht die Erfüllung der PKMS-Maßnahme A8?..... 394
- 3.1.12 Wie ist unter G11 das „hohe Pneumonierisiko ermittelt durch systematische Einschätzung/lt. Assessment (PKMS-J)“ definiert? 394
- 3.1.13 Was ist unter Maßnahme A7 genau gemeint?..... 394
- 3.1.14 GEÄNDERT: Anlässe für therapeutische Körperwaschungen (G10) bei vorliegender Orientierungs- und Wahrnehmungsbeeinträchtigung – was genau ist damit gemeint?..... 394
- 3.1.15 NEU: Was ist mit „weitere Gründe“ bei G7 gemeint?..... 395

3.2 Leistungsbereich Ernährung..... 395

- 3.2.1 GEÄNDERT: Müssen angegebene Trinkmengen, Mindestmengen, Häufigkeitsangaben eingehalten werden? 395
- 3.2.2 Was zählt alles zur Sondennahrung? (PKMS-E, B5) 395
- 3.2.3 (B5) Ist die Bolusapplikation bei Sondennahrung auch über Ernährungspumpen möglich?..... 395
- 3.2.4 GEÄNDERT: Wie ist „eine volle Übernahme“ und die Ergänzung „Anleitung/Aktivierung“(B1 und B3) im Bereich Ernährung auszulegen? 395
- 3.2.5 Maßnahme B3: Beinhaltet die Maßnahme eigentlich auch die Unterstützung bei den Mahlzeiten oder „nur“ die Vorbereitung darauf? 395
- 3.2.6 Maßnahme B1: Zählt Kaffee/Kuchen als 4. Mahlzeit oder wäre das als einer der 7 Snacks zu zählen? 396
- 3.2.7 Was zählt alles als Flüssigkeit, um die ml-Angaben für B1 zu erfüllen? 396
- 3.2.8 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? 396

3.2.9 Wie genau muss die Beschreibung des Ess- und Trinktrainings unter Maßnahme B4 erfolgen?	396
3.3 Ausscheidung	397
3.3.1 Ist das (An)Spülen der Blase mittels großvolumiger Spritze mehrmals am Tag mit Kochsalzlösung als Ausscheidungsunterstützung anzusehen?	397
3.3.2 Ist die komplette Übernahme der Entleerung des Urinbeutels bei einer Dauerableitung der Blase eine Ausscheidungsunterstützung?	397
3.3.3 Zählt die volle Übernahme des Wechsels von Inkontinenzeinlagen/-hosen ebenfalls als Maßnahme der „vollen Übernahme im Bereich der Ausscheidung“?.....	397
3.3.4 Sind unter dem Leistungsbereich „Ausscheidung“ sowohl Stuhl- als auch Urin-/Ausscheidungen zu verstehen?	397
3.3.5 Sind beim Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz“ Häufigkeiten bei der Maßnahmen-erbringung hinterlegt (bzw. Toilettentraining)?.....	397
3.3.6 GEÄNDERT: Wie ist bei C3 Wechsel von Stomabeutel auszulegen? Platte und Beutel neu kleben und/oder Platte bleibt, Beutel wird gewechselt und/oder Beutel austreichen?.....	397
3.3.7 Welche Leistungen unter C3, Maßnahme „Ausscheidungsunterstützung im Bett“, sind mit dem Wort „z. B.“ genau gemeint?.....	397
3.3.8 GEÄNDERT: Was bedeutet „Volle Unterstützung bei der Ausscheidung (C3)“?.....	397
3.3.9 NEU: Wie ist C3 bezüglich der „zusätzlichen Aspekte“ zu verstehen?.....	398
3.3.10 NEU: Auslegung und Handhabung G12 und C4 im Bereich Ausscheidung.....	398
3.4 Bewegung.....	398
3.4.1 GEÄNDERT: Was ist eine Mikrolagerung?	398
3.4.2 Was ist mit „aufwendige Sicherheitsmaßnahmen“ gemeint (D6)?	399
3.4.3 NEU: Kann die Nutzung einer Sensormatte oder das Fahren der Patienten vor das Stationszimmer zur intensiven Beobachtung als „aufwendige Sicherheitsmaßnahme“ geltend gemacht werden?399	
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?	399
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?.....	400
3.4.6 Wie muss im Rahmen Bewegung G10 das hohe Dekubitusrisiko nachgewiesen werden?	400
3.4.7 NEU: Kann G10 Bewegungen (Hohes Dekubitusrisiko) geltend gemacht werden, wenn bei der Einschätzung mit der Braden-Skala nur ein mittleres Risiko festgestellt wurde?	400
3.4.8 Wie kann (D4) z. B. „Gehtraining mit Gehhilfen“ für den pflegerischen Alltag ausgelegt werden?	401
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?	401
3.4.10 NEU: Maßnahme D5, was ist mit einem Lagerungs-/Positionswechsel genau gemeint, kann hier auch eine Mobilisierungsmaßnahme z. B. aus dem Bett gezählt werden?.....	401

3.4.11 NEU: Was genau ist mit „an allen gefährdeten großen Gelenken“ im Rahmen der Kontrakturren- prophylaxe gemeint?	401
3.4.12 NEU: Was ist mit „aufwendiges Anlegen von Prothese, Orthesen, Stützkorsagen“ gemeint? ..	402
3.5 Kommunikation	402
3.5.1 „Die kommunikativen Pflegemaßnahmen werden nicht im Rahmen der Erbringung anderer Pfl- egeleistungen erbracht“, wie ist diese Forderung auszulegen?.....	402
3.5.2 Wird ein problemorientiertes Gespräch (E2) mit dem Patienten unter Zuhilfenahme eines Angehö- rigen in der Funktion eines Dolmetschers durchgeführt, darf die PKMS-Leistung dann als erfüllt betrachtet werden?.....	402
3.5.3 Ist eine Sitzwache als Eins-zu-Eins-Betreuung zu werten?.....	402
3.5.4 Kann eine Kommunikationsleistung, die telefonisch z. B. mit Angehörigen erfolgt, auch geltend gemacht werden?	402
3.5.5 Was sind „problemlösungsorientierte Gespräche“?	402
3.6 Kreislauf/ Wundmanagement.....	403
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?	403
3.6.2 Bei den Maßnahmen F2 a) bis d) – bezieht sich hier die Häufigkeitsangabe 6 x tägl. auf eine Kom- bination oder auf Einzelleistungen?.....	403
3.6.3 (G12) Hochaufwendiges Wundmanagement, hier werden mind. 3 sekundär heilende Wunden (z. B. Dekubitus Grad 3) genannt. Wie ist der Text in der Klammer zu verstehen?	403
3.6.4 Wie ist die Maßnahme G1 (Wundmanagement) auszulegen? Sind die „Unterpunkte“ täglich nach- zuweisen?	403
3.6.5 NEU: Ein Patient mit einer „hochaufwendigen Wunde“ erhält die Wundversorgung im OP-Be- reich. Können die PKMS-Aufwandspunkte abgerechnet werden?	403
3.6.6 NEU: Wie sind die Zeiten im Rahmen der Wunddokumentation nachzuweisen?	404
3.6.7 NEU: Muss das systematische Wundmanagement bei G1 in der beschriebenen Form täglich statt- finden?.....	404
3.6.8 NEU: Gilt das Stomamanagement für alle Stomaarten einschließlich Urostoma, Tracheostoma und Gastrostoma?	404
3.7 Verschiedene Leistungsbereiche betreffende Fragen.....	404
3.7.1 Dürfen andere Gründe und Maßnahmenverknüpfungen geltend gemacht werden, wenn diese fach- lich begründbar sind?.....	404
3.7.2 Im PKMS wird bei einigen Pflegemaßnahmen die Durchführung mit zwei Pflegepersonen gefor- dert. Können auch Angehörige als zweite Pflegeperson geltend gemacht werden?	405
3.7.3 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 füh- ren und müssen die Einschätzungen einen festgelegten Punkte-Score erreichen?	405
3.7.4 NEU: Bei G5 Erschwerungsfaktor „mindestens 3 unterschiedliche Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung)“, wie ist „(inkl. Beatmung)“ gemeint?.....	405
3.7.5 NEU: Durch die Matrixstruktur des PKMS können einige wenige „pflegefachlich implausible“ Kombinationen ausgewählt werden. Sind diese zulässig? [Abschließende Liste]	405

4. Dokumentationsanforderungen	405
4.1 GEÄNDERT: Wie ist eine Maßnahme zu dokumentieren, die durch 2 Pflegepersonen erbracht wurde?	405
4.2 Welche Bedeutung haben die Kennzeichen bei den Gründen des PKMS?	406
4.3 Wie kann der Nachweis bezüglich der Umsetzung des Expertenstandards Förderung der Harnkontinenz dargestellt werden?	406
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?	407
4.5 Was ist bei der Dokumentation der Pflegeleistungen im Bereich der Kommunikation zu beachten?	407
4.6 Die verschiedenen Komplexkodes 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. Kann eine Pflegeleistung, die erbracht wurde, in einer Dokumentation nachgewiesen werden und als Nachweis für z. B. zwei Komplexkodes dienen?	407
4.7 Im PKMS werden Pflegemaßnahmen gefordert, die zu erbringen sind, um die Aufwandspunkte in Verbindung mit den Gründen berechnen zu dürfen. Einige Pflegemaßnahmen, die zu einem „Handlungsablauf“ gehören, sind im PKMS zusammenfassend formuliert. Reicht bei diesen Pflegemaßnahmen, die zusammen erbracht werden, ein Handzeichen aus?	407
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.	408
4.9 Ist es erforderlich, dass in Zukunft jede PKMS-Pflegemaßnahme mit einer Uhrzeit der Erbringung ausgewiesen werden muss?	408
4.10 Wie detailliert hat eine Klinik nachzuweisen, welche PKMS-Gründe und -Maßnahmen geltend gemacht wurden?	408
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?	409
5. Spezielle Fragen zu PKMS-K und -J	409
5.1 Was ist unter „Perzentile kleiner 5 oder größer 99,5“ zu verstehen?	409
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?	409
5.3 Warum gibt es keine Einstufungsmöglichkeit für Kinder bis zum vollendeten 1. Lebensjahr?	410
5.4 Warum gibt es für Kinder und Jugendliche weniger Gründe als für Erwachsene?	410
5.5 Kann die B4 bei den Kindern und Jugendlichen auch in einer Patientengruppe erbracht werden? ..	410