

OPS-Kode: Hochaufwendige Pflege von Patienten PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen-Score)

Chancen und Grenzen für die akutstationäre Pflege

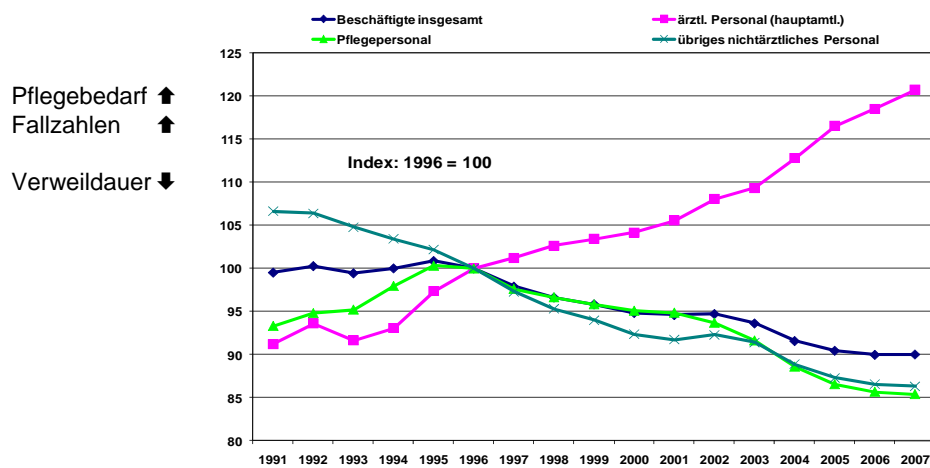
Hintergründe, Entwicklung, Dokumentationsanforderungen

Heidelberg 4.11.2010

Peter König, Dipl. Pflegewirt (FH), Pflegewissenschaftler MSc
Klinik für Tumorbologie Freiburg

Personalentwicklung Krankenhäuser 1991-2007

Vollkräfte im Jahresdurchschnitt



Quelle: Statistisches Bundesamt

Pflege im G-DRG-System – Handlungsansätze 2001

Pflege/ Klassifikation

- Pflegeaufwandsrelevante Pflegediagnosen im ICD-10
- Bearbeitung OPS-301
- ICIDH-2/ FIM etc.
- CNP
- NRGs pflegebezogene Fallgruppen

Kostenkalkulation/ Leistungen

- PPR
- Deutsche LEP
- Verknüpfung zu den Pflegediagnosen
- Suche nach kostenrelevanten Pflegediagnosen
- Direkte Zeitmessung

Studien

- Konsolidierung Pflegediagnosen
- Ergebnisqualität
- Beziehung zwischen Pflegediagnosen und Handlungen
- Behandlungspfade
- Pflegediagnosen und ICIDH-2

Vgl. Höhenrieder Kreis 2001

Entstehung

- Im April 2007 beauftragt der DPR die Universität Witten/Herdecke mit dem Projekt „Adäquate Abbildung des Pflegeaufwandes im G-DRG-System durch Pflegeindikatoren“
- Aktionsbündnis „Rettung der Krankenhäuser“ mit Großdemonstration am 25.09.2008 in Berlin
- Folge: - Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - Förderprogramm „Pflege“

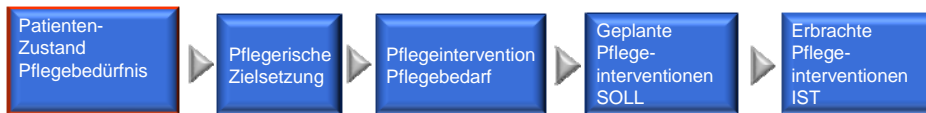
Vorgeschichte: Ziele der Projektinitiative

Projektphase I - zwei zentrale Zielsetzungen sind:

- 1. Identifizierung von Instrumenten/Pflegeindikatoren**, die geeignet sind, die erforderliche Pflege der PatientInnen im DRG-System abzubilden.
- 2. Forschungsantrag beim BMG stellen**
Inhalt:
 - Die identifizierten, unterschiedlichen Instrumente vergleichend zu untersuchen.
 - Daraus Empfehlungen für die Nutzung eines Instruments bzw. von Pflegeindikatoren zur Anwendung im DRG-System geben zu können.

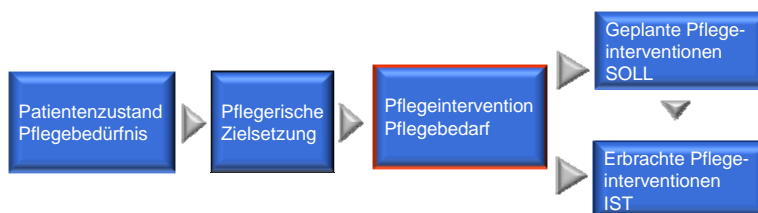
Literaturanalyse

Zustandsbezogene Instrumente



- Versuchen **Pflegebedürftigkeit** zu operationalisieren, messbar zu machen, zu beschreiben...
- **Pflegebedürftigkeit** stellt die bewohner-/patientenbezogenen Einschränkungen von Kompetenzen/Fähigkeiten einerseits und vorhandene Ressourcen andererseits dar.
- Patientenzustände können z. B. über **Pflegediagnosen (NANDA-I, ENP, ICF ...)** oder **Assessmentinstrumente (ePA, ergebnisorientiertes PflegeAssessment Acute Care), FIM (Funktionale Selbstständigkeitsmessung)** beschrieben werden

Handlungsbezogene Instrumente



- Versuchen den **Pflegebedarf** zu beschreiben
- Ermittlung des Pflegebedarfs = Abgleich zwischen Zustand des Patienten/Bewohner, Zielsetzungen und Umwelteinflüssen
- **Pflegeinterventionen** auf der Soll-Ebene können den Pflegebedarf beschreiben

- **Geplante Pflegeintervention PRN** (Project de Recherche en Nursing)
- **Erbrachte Pflegeintervention PPR** (Pflege-Personalregelung), LEP (Leistungserfassung in der Pflege)

Bedeutung und Zuordnung von Begriffen im Bereich Pflegeaufwand

	Zustand des Patienten	Pflegeziel	Handlung der Pflegenden		Ergebnis	Qualitätsniveau
			geplant	tatsächlich durchgeführt		
Patientenperspektive	Pflegebedürftigkeit					
	Pflegeabhängigkeit					
Professionelle Perspektive	Pflegediagnose	Pflegebedarf	Pflegearbeit Nursing work		Pflegergebnis Outcome	
	Assessmentinstrumente		Pflegeintervention Pflegehandlung		Pflegergebnis Outcome	
	Pflegeleistung Output					
Perspektive des Trägers	Pflegeaufwand Nursing workload Arbeitsaufwand					Pflegergebnis Outcome
			Pflegeangebot			

Instrumente mit unterschiedlichen Ansätzen

Die Kodiersystematik ist unterschiedlich:

- Tägliche Erhebung
- Eintritts- und Entlassungserhebung
- Nur bei Eintritt oder Austritt

Unterschiedliche Systematik, die Patientenzustände / Interventionen in kostenrelevante Dimensionen zu überführen

- Entwickelte Pflegeaufwandsgruppen
- Hinterlegte Zeitwerte auf Interventionsebene
- Schweregrade durch Punktwerte
- Verknüpfungen von mehreren Instrumenten
- Schweregrade werden über Skalierungen berechnet

Studien zur Varianzaufklärung von Pflegezeit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass originäre Pflegedaten wie **Pflegediagnosen** und Daten aus **Assessmentinstrumenten** die verbrauchte Pflegezeit besser aufklären können als die medizinischen Diagnosen.

Die Ergebnisse von mittlerweile zahlreichen Studien widerlegen die lang vorherrschende Annahme, dass medizinische Diagnosen die Pflege im Krankenhaus gänzlich erklären können. „There is, interestingly, some evidence that nursing care alone is a predictor of hospital outcomes“ (Welton und Halloran 2005, S. 544).

Auftrag an den DPR durch das BMG

Die drei Pflegegipfel

- Sept. 2008: Vorschläge zur Umsetzung der zugesagten 21.000 neuen Pflegestellen sollen in das laufende Gesetzgebungsverfahren einfließen
- März 2009: Abbildung von hochaufwendigen Pflegeleistungen im DRG-System (Erlösrelevant)
- Herbst 2009: Verbesserung der Attraktivität des Pflegeberufes

Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)

Wesentliche Eckpfeiler sind unter anderem :

- die Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser
- Die Schaffung von 17.000 neuen Stellen im Pflegebereich, die zu 90% von den Krankenkassen über 3 Jahre finanziert werden.
- Eine zielgerichtete G-DRG Vergütung für die Bereiche im Krankenhaus, bei denen ein erhöhter pflegerischer Aufwand entsteht.

Krankenhausentgeltgesetz Artikel 2 Abs. 10

„[...] Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 beauftragen ihr DRG-Institut, Kriterien zu entwickeln, nach denen ab dem Jahr 2012 diese zusätzlichen Finanzmittel im Rahmen des DRG-Vergütungssystems zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen.“

2. Pflegegipfel



Handlungsempfehlung zum sachgerechten Personaleinsatz in der Pflege werden auf dem 2. Pflegegipfel in Berlin 02. April 2009 verabschiedet.

Abb. von pflegerisch hochaufwendigen Fällen

A) Maßnahmen zur Entwicklung von pflegerischen Identifikationsmerkmalen

- Aufnahme von pflegerischen Komplexcodes in den OPS-Katalog
- Aufnahme von pflegerischen Diagnosen in den ICD-10-Katalog

B) Maßnahmen zur Erfassung der Pflegekosten zur Schärfung der Kostenkalkulation

- Überprüfung und Klärung von Ergänzungsmöglichkeiten der PPR

Bedeutung für die Pflege

- Der DPR setzt erstmals in der Geschichte der Krankenhauspflege ein Zeichen in Bezug auf Pflegedaten im DRG-System und leitet damit ein Paradigmenwechsel in der Krankenhausfinanzierung ein. Pflegedaten für hochaufwendige Patienten können als gesetzlich geregelte Datensätze im SGB V zur Abrechnung aufgenommen werden. Damit ist ein pflegepolitisches Ziel erreicht: Pflegedaten befinden sich im SGB V als eigenständiger Leistungsnachweis.

Entwicklung der OPS

Ziele der DPR-OPS-Arbeitsgruppe:

- **Entwicklung einer OPS**, die pflegerisch „hochaufwendige“ Patienten von „voll abhängigen“ Patienten (vgl. PPR-A3) abgrenzen kann.
- Der „hochaufwendige“ Patient soll erst dann mit der OPS erfasst werden, wenn er **mindestens 300–500 €** mehr Pflege-Personalkosten als ein „voll abhängiger“ Patient erzeugt.
- Missbrauch des OPS-Codes soll durch **trennscharfe Formulierungen** sichergestellt werden.

Zeitplan OPS-Kode 9-200 bis 9-202

- 2010: Kodierung mit Hilfe von PKMS
- 2011: Berechnung der tatsächlichen Mehrkosten durch das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus)
- 2012: Einfluss in den neuen DRG-Katalog (Anhebung der Kostengewichte?)



Analysen der AG-OPS ↔ Literatur

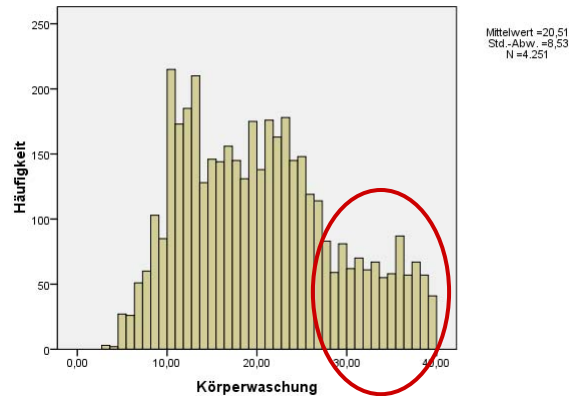
1. Es gibt „keine“ Pflegemaßnahmen, die typisch für „hochaufwendige“ Patienten sind.
2. Der pflegerische Ressourcenaufwand ist durch Patientenzustände/Pflegediagnosen bestimmt.
3. Gleiche Pflegemaßnahmen können sowohl viel als auch wenig Pflegezeit in Anspruch nehmen.

Beispiel: Zeitmessungen Körperwaschung

Ohne Rasur, Haar-, Haut-, Mundpflege

N = 4251

Histogramm



Genauere Beschreibung der Leistungen ist erforderlich!

- Transfer vom Bett zu Rollstuhl u. zurück bei **voller Übernahme des Körpergewichts des Patienten >180 kg**
- Mobilisation in Verbindung mit **aufwendigem Anlegen** von Prothesen/Korsagen
- Transfer vom Bett zu Rollstuhl u. zurück in **voller Übernahme mit Techniken der Faszilitation und Inhibition** (lösen von Spastik und Anbahnung von normalen Bewegungsabläufen)
- **Gehschule** mit Unterarmgehstützen zum Erlernen des Zwei-/Drei-Punktgangs/Durchschwungs oder mit Teilbelastung
- **Gehtraining mit Eulenburg**, mind. 20 Meter bei kontinuierlicher Anleitung, Unterstützung und Überwachung

Jede Intervention müsste so beschrieben werden, dass diese mindestens 11 Min. Zeit dauert und mindestens 8 x erbracht wird!

OPS: Pflege und Versorgung von Patienten

STATUS: OPS 2010 DIMDI

Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen (PKMS-E) (9-200)

Hinweis: Ein Kode aus diesem Bereich ist für Patienten ab dem Beginn des 19. Lebensjahres anzugeben.

Exklusive: Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen (PKMS-J) (9-201)
Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern (PKMS-K) (9-202)

Mindestmerkmale:

Ein Kode ist anzugeben, wenn **in einem oder mehreren Leistungsbereichen** die Bedingungen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene [PKMS-E] erfüllt sind.

Berechnung:

Die **Gesamtanzahl (Summe der täglich ermittelten Punkte + Verweildauer** des Patienten, einschließlich der **Aufnahme- und Entlassungstage**).

(PKMS ist nur auf der Normalstation zu kodieren)

OPS: Pflege und Versorgung von Patienten

OPS 9-200

- Die pflegerischen Leistungen werden durch examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger/Innen oder unter deren Verantwortung erbracht.
- Die zu verwendenden Parameter des PKMS-E und weitere Nutzungshinweise sind im Anhang zum OPS zu finden.

9-200.0	43 bis 71 Aufwandspunkte
9-200.1	72 bis 100 Aufwandspunkte
9-200.2	101 bis 128 Aufwandspunkte
9-200.3	129 bis 157 Aufwandspunkte
9-200.4	158 und mehr Aufwandspunkte

Entwicklungsschritte des PKMS-E

1. Definierung von „hochaufwendigen“ Patientenfällen
2. Ermittlung der Pflegemaßnahmen die „hochaufwendig“ und „zeitintensiv“ sind
3. Überprüfung der formulierten Kriterien in den Kliniken
4. Anpassung der Texte entsprechend den Erkenntnissen in den Kliniken
5. Entwicklung der Punktwerte für den PKMS-E
6. Überprüfung der Score-Kriterien und retrospektive Erhebung in den Kliniken von 8867 Patientenfällen A3
7. Einreichung des OPS fristgerecht am 26.02.2009 beim DIMDI
8. Überprüfung des PKMS-E in mehreren Kliniken Mai-Juli 2009

PKMS-E

Was ist der PKMS-E?

- Entwickelt von der Expertengruppe des DPR
- Instrument zur Abbildung von „hochaufwendigen“ Patienten im KH, die **über die normale volle Übernahme von Pflegetätigkeiten** in den folgenden **Leistungsbereichen hinausgehen**:
 - Körperpflege
 - Ernährung
 - Ausscheidung
 - Bewegung
 - und/oder im Bereich der Kommunikation
- Die Punktwerte drücken den anfallenden, pflegerischen Mehraufwand bei einem „hochaufwendigen“ Patienten gegenüber dem Patienten aus, der in den Leistungsbereichen (A1 - A4) „voll abhängig“ ist.

Wann darf ein Leistungsbereich kodiert werden?

- 1. Es muss einer der **Gründe (G)** für hochaufwendige Pflege in dem entsprechenden Leistungsbereich vorliegen.
- und**
- 2. Es muss ein entsprechendes aufgeführtes **Pflegeinterventionsprofil (A-E)** zutreffen.

PKMS-E: Leistungsbereiche Körperpflege (A)

Ausschnitt aus dem Dokumentationsbogen: Gründe

	Körperpflege A-E	Ernährung B-E	Ausscheidung C-E
	Die Unterstützung bei Körperpflege ist hochaufwendig und geht deutlich über das normale Maß einer vollen Übernahme der Körperpflege (Körperwaschung, Haut-, Haar-, Mundpflege) hinaus. (vgl. PPR A3)	Die Unterstützung bei Nahrungs-/Flüssigkeitszufuhr ist hochaufwendig und geht deutlich über das normale Maß einer vollen Übernahme der Nahrungs-/Flüssigkeitszufuhr hinaus. Bei diesem Leistungsmerkmal ist wichtig zu beachten, dass die zutreffenden Interventionen bei allen Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahmen des Patienten (3 Hauptmahlzeiten (H) und mindestens 1 Zwischenmahlzeit (Z)) durchzuführen sind.	Die pflegerische Unterstützung geht bei der Ausscheidung deutlich über das normale Maß der vollen Übernahme/sonderer Leistungen bei der Ausscheidungsunterstützung hinaus.
G 1 qualitative Bewusstseins-einschränkung	<input type="checkbox"/> Abwehr/Widerstände bei der Körperpflege Kennzeichen: Setzt (Mobilisierungs-) Maßnahmen bei der Körperpflege Widerstände entgegen; schreit, schlägt, beschimpft das Pflegepersonal bei der Ganzkörperwaschung, lehnt die Körperpflege verbal/nonverbal ab ODER <input type="checkbox"/> Ablauf der Körperpflege ist dem Patient nicht bekannt Kennzeichen: Unfähigkeit, die Körperpflege selbstständig und strukturiert durchzuführen; Gebrauchsgegenstände der Körperpflege können nicht adäquat eingesetzt werden, fehlende Eigeninitiative die Körperpflege durchzuführen	<input type="checkbox"/> Kontinuierliche/massive Nahrungsverweigerung , Risiko der Mangelernährung Kennzeichen: Schiebt angebotene Nahrung weg, lehnt Nahrung verbal, nonverbal ab, fehlende(r) Wille/Einsicht, Nahrung zu sich zu nehmen, Mundschluss, Abwenden des Kopfes, Wegschlagen der Nahrung beim Versuch der Nahrungsverabreichung, extrem langsames Essen, als Strategie der verminderten Nahrungsaufnahme, schluckt den Nahrungsbrei nicht selbstständig, Ausspucken von Nahrung ODER <input type="checkbox"/> Massives Verkennen der Nahrungssituation , Risiko der Mangelernährung Kennzeichen: Fehlender Impuls zur Nahrungsaufnahme, kann Aufforderungen/Erklärungen im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme nicht verstehen, deutet Nahrungsbestandteile als Ungeziefer o.ä., schluckt den Nahrungsbrei nicht selbstständig	<input type="checkbox"/> Verkennt die Ausscheidungssituation in Folge massiver kognitiver Beeinträchtigungen Kennzeichen: Stuhlschmierer, ins Zimmer urinieren, Kotessen, versteckt Ausscheidungen, kennt die normalen Abläufe, die zur Ausscheidung auf der Toilette erforderlich sind, nicht.
G2 quantitative Bewusstseins-einschränkung		<input type="checkbox"/> Massiv verlangsamte/erschwererte Nahrungsaufnahme bei quantitativen Bewusstseinsveränderungen Kennzeichen: Zeitverzögerte Reaktion auf Ansprache, schläft zwischen der Nahrungsverabreichung immer wieder ein, Verlust der Fähigkeit, Nahrung selbstständig aufzunehmen	

Beispiel: Körperpflege (A)

Pflegediagnose

G1	Abwehr/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	
	ODER:	
	Ablauf der Körperpflege ist dem Patienten nicht bekannt	
	<u>Kennzeichen:</u> Unfähigkeit, die Körperpflege selbstständig und strukturiert durchzuführen; Gebrauchsgegenstände der Körperpflege können nicht adäquat eingesetzt werden, fehlende Eigeninitiative, die Körperpflege durchzuführen	

Pflegemaßnahme(n)

G1 G5	A1	Maßnahmen zum Erlernen/Wiedererlangen einer selbstständigen Körperpflege (Haarpflege, Mundpflege, Körperwaschung und/oder Hautpflege) bei vorliegenden Erschwernisfaktoren (Gründe des PKMS-E). In der Pflegedokumentation sind die individuellen pflegerischen Zielsetzungen der Maßnahmen auszuweisen, ebenso die auf den Patienten abgestimmte Vorgehensweise. ⚡
G1 G4 G10	A3	Therapeutische Ganzkörperpflege nach folgenden Konzepten: NDT-Konzept (Neuro-Developmental Treatment), MRP (Motor Relearning Programme) Bobath-Konzept, Bag-bath/Towelbath, beruhigende/ belebende/basalstimulierende GWK GKW nach Inhester und Zimmermann, andere neurologische oder rehabilitative Konzepte zur Ganzkörperpflege mit Faszilitation/Inhibition von normalen Bewegungsabläufen oder kompensatorischen Fähigkeiten, Konzepte aus psychologischer Perspektive ⚡

Beispiel: Ernährung (B)

Pflegediagnose


G6	Fehlende Fähigkeit, sich zur Nahrungsaufnahme an den Tisch zu setzen	
	<u>Kennzeichen:</u> Schwere Beeinträchtigung, von liegender Körperposition zum Sitzen zu gelangen und vom Sitzen zum Stand zu gelangen, und erhebliche Beeinträchtigung des Gehens auf ebener Fläche die Unfähigkeit/Unsicherheit, das Körpergewicht im Stand selbstständig zu tragen, Veränderungen des Gangbildes	

Pflegemaßnahme(n)


G5 G6 G7	B3	Maßnahmen zur Vorbereitung der Nahrungsaufnahme vor jeder Mahlzeit (3 H und mindestens 1 Z) * Aufwendiger Transfer in den Rollstuhl/auf den Stuhl ODER * Aufwendiges Anlegen von Stützkorsagen/-hosen/Orthesen
----------------	----	--

Beispiel: Ausscheidung (C)

Pflegediagnose

G9	Urininkontinenz in Verbindung mit der pflegerischen Zielsetzung, einen höheren Level der Inkontinenz-Profile entspr. den Vorgaben des nationalen Expertenstandards Harnkontinenz in der Pflege zu erreichen. Kennzeichen für die verschiedenen Inkontinenzformen sind dem Expertenstandard (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2006) zu entnehmen und explizit zu dokumentieren. 
----	--

Pflegemaßnahme(n)


G9	C2 Unterstützung bei der Ausscheidung und Toilettentraining/ Inkontinenztraining zur Kontinenzförderung , für die Erfüllung dieses Kriteriums ist eine Maßnahmenplanung und Dokumentation, bestehend aus folgenden Elementen erforderlich: Differenzierung der Inkontinenzform/ Pflegediagnose und darauf abgestimmte individuelle Planung der Maßnahmen, entsprechend den Empfehlungen des nationalen Expertenstandards (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2006). 
----	--

Beispiel: Bewegun/Sicherheit (D)

Pflegediagnose

G10	Mobilisations-/Lagerungsfrequenz ist erhöht bei hohem Dekubitusrisiko <u>Kennzeichen:</u> nachgewiesenes Dekubitusrisiko durch Assessment lt. nationalem Expertenstandard (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2004)
-----	---

Pflegemaßnahme(n)

G10	D1 Lagerungswechsel mindestens 12 x täglich Dekubitusprophylaxe, therapeutische Lagerung, Dokumentation im Lagerungsplan o.ä. 
-----	--

Beispiel: Kommunikation (E)

Pflegediagnose

G1	Massive Beeinträchtigung der Informationsverarbeitung <u>Kennzeichen:</u> Neue Informationen werden wieder vergessen, Konzentrations-/Wahrnehmungsschwierigkeiten, reduzierte Aufmerksamkeitsspanne, Überforderung
-----------	--

Pflegemaßnahme(n)

G1 G3 G4	E1	Eins-zu-eins-Betreuung: Einen Patienten kontinuierlich über einen längeren Zeitraum in Präsenz betreuen (mindestens 2 x 15 Minuten). Die Betreuung findet gesondert/getrennt von anderen Interventionen statt ⚡ (Zeit ist mit im Bericht anzugeben)
G1 G7	E3	Maßnahmen zum Kompetenzerwerb des Patienten und/oder der Angehörigen durch Informationsgespräch, Beratungsgespräch, Anleitung ⚡ (Zeit und Inhalt ist im Bericht anzugeben)

Punkte der Leistungsbereiche PKMS-E

Leistungsbereiche	Punktwerte/Tag
Körperpflege	3
Ernährung	4
Ausscheidung	2
Bewegen/Lagern	3
Kommunikation	1
Summe pro Tag	13

Dokumentation des PKMS

Dokumentation des PKMS

- Erweitert die derzeitige Pflegedokumentation in den Bereichen des PKMS und bietet Formulierungshilfen.
- PKMS greift auf bereits etablierte Dokumentationsverfahren zurück (wie Flüssigkeitsbilanz, Lagerungsplan, Maßnahmendokumentation usw.).
- Ca. 2-4 % der A3 Patienten sind laut PKMS „hochaufwendig“.

Zusätzlicher Dokumentationsaufwand ist gering

PKMS E 2010

Pflegeinterventionen

Seite

Leistungsbereich PKMS-E / Pflegemaßnahmen		Leistungsbereich A: Körperpflege (Punktwert 3)												
Gründe Nr.		Dauer:	Hand:	Datum:	Hand:	Datum:	Hand:	Datum:	Hand:	Datum:	Hand:	Datum:	Hand:	
X	1	5	A1	Beschneiden zum & neu wieder erlangen einer selbstständigen Körperpflege (Haarpflege, Handpflege, Körperwaschung von Kopf/Bein) bei vorliegenden Einschränkungen (Gründe des PKMS-E). In der Pflegedokumentation sind die individuellen pflegerischen Zielsetzungen der Maßnahmen anzugeben, ebenso die auf den Patienten abgestimmte Vorgehensweise. <i>3,6/LS</i>										
	9		A2	Mehrfachwaschungen Körperpflege: Durchführung von Mehrfachwaschungen in voller Übernahme 4 x täglich davon mindestens 2 Ganzkörperwaschungen. <i>2,6/LS</i>										
	1	X	10	A3	Therapeutische Ganzkörperpflege nach folgenden Konzepten <input type="checkbox"/> NET-Konzept (Neuro-Developmental Treatment), <input type="checkbox"/> MSP (Motor Releasing Programme), <input type="checkbox"/> Bobath-Konzept, <input type="checkbox"/> DiGiacchi/Towle/Chaff. <input type="checkbox"/> Körperpflege/Rehabilitationstechniken: <input type="checkbox"/> GKW nach vaterer und Dinnemann, <input type="checkbox"/> andere neurologische oder rehabilitative Konzepte zur Zweckpflege mit Facilitator/Fähigkeit von normalen Bewegungsabläufen oder konzeptionsähnlichen Fähigkeiten. <input type="checkbox"/> Konzepte aus psychologischer Perspektive. <i>4,6/TS</i>									
	4	6	7	A4	Ganzkörperwaschungspflege mit zwei Pflegepersonen pflegerisch erfolgt. <i>4,6/TS</i>									
X					Vollständige Übernahme der Körperwaschung UND Übernahme der spezialtherapeutischen Mundpflege mind. 4 x täglich UND <input type="checkbox"/> ASE mind. 1x täglich (alternierende Einreibung) ODER <input type="checkbox"/> mind. 4 x täglich (stetige Einreibung) ODER <input type="checkbox"/> Handübungen mit Wasserstein mind. 4 x täglich UND <input type="checkbox"/> volle Übernahme beim mind. 2 x täglich An-Auskleiden ODER <input type="checkbox"/> mind. 1 x täglich Ankleiden ODER Ankleiden zum selbstständigen Umkleiden									
	11			A5	Vollständige Übernahme der Körperwaschung UND mindestens 8 x tägl. Maßnahmen im Rahmen eines schmerzfreien Transferkonzepts (z.B. Heben/Liegen) (Heben/Liegen) eine oder mehrere Maßnahmen wie z.B. Verändern, Abkleben, Ankleben, Spülen									
	11			A6	Vollständige Übernahme der Körperwaschung UND Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Urin-/Stuhlschleudern beim Transfer/Verlassen des Zimmers									
	11			A7	Vollständige Übernahme der Körperwaschung UND Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Urin-/Stuhlschleudern beim Transfer/Verlassen des Zimmers									

Dokumentationsaufwand, der zusätzlich entsteht, wird mit 1-4 Min./Tag und Patient (2-3% der A3 Fälle) angegeben

Integration der Items des PKMS in die PPR

Ist-Zustand	Beginn des Pflegeproblems Kontrolldatum-eppl. Ziel Hz	Maßnahmen zusätzlicher Aufwand unter (Isolationsbedingungen beachten!)	PPR Datum
Patient ist selbständig		BEWEGUNG/LAGERUNG:	
Bewegungseinschränkung, Wo?		ATS-Wechsel Gr..... Bett einfach herichten	A1
Patient ist immobil		Transfer 1) Bett 2) Sessel 3) Rollstuhl	
Übergewicht: BMI > 35, GW > 180		Hilfe beim Benutzen von 1) Gehhilfen 2) Prothesen	
beeinträchtigte Gedächtnisleistung		Mobilisation zur Förderung der Selbständigkeit	
Minderbelüftung der Lunge		Mobilisation als prophylaktische Maßnahme	
Sturzrisiko		zusätzl. z.B. Einreibung.....	
Dekubitusgefährdung Punkt. Lt. Braden-Sk.		postoperative Mobilisation (länger 10 Mn.) 1) Beratung 2) Anleitung	A2
PKMS-Gründe: <input type="checkbox"/> ja		Lagerung/aufwändiges Betten	
Abwehr/Miderstände beim Umlagern/ Mobilisieren		Mobilisation sehr aufwändig häufiges Lagern/Lagerungsplan	A3
		PKMS Maßnahmen:	
		oD1 oD2 oD3 oD4 oD5 oD6	
		Indizierter Lagerungswechsel mind. 4 x mit zwei Personen und 4 Lagerungsw.	A4
		Dokumentation im Lagerungsplan	

Internetadressen:

- Deutscher Pflegerat <http://www.deutscher-pflegerat.de>
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) <http://www.g-drg.de>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information <http://www.dimdi.de>