

Fragenkatalog zur OPS 9-20 und PKMS

Hinweis:

Die Fragen sind Anwenderfragen. Die Antworten sind vom DPR-Lenkungskreis konsentiert worden.

Die Antworten wurden sorgfältig erarbeitet. Dennoch erfolgen alle Angaben ohne Gewähr, die gegebenen Auskünfte sind rechtlich nicht verbindlich. Für evtl. Nachteile oder Schäden, die aus den hier gemachten Angaben resultieren, wird keine Haftung übernommen.

Expertenteam des Lenkungskreises DRG-Pflege vom DPR:

Fr. Dr. Lutterbüse

Fr. Dr. Wieteck

Fr. Wittrich

Fr. Marintschev

Hr. Oppermann

Stand: 15.02.2010

FAQs zur OPS „hochaufwendige Patienten“	5
1. OPS Kodierung - Anwendungsbereiche	5
1.1 Was ist mit den Patienten, die nur für 2-3 Tage hochaufwendig sind und damit keine OPS auslösen können? (z.B. die, die nach einer OP schnell nach Hause kommen)	5
1.2 Finden auch teilstationäre Patienten eine Berücksichtigung? (die z.B. zur Tumorbehandlung kommen).....	5
1.3 Kann/soll der PKMS auch auf psychosomatischen Stationen erhoben werden?.....	5
1.4 Werden die Leistungen, die das Personal im Nachtdienst im Rahmen der PKMS-Interventionsprofile erbringt, auch auf den Dokumentationsbögen erfasst? Oder ist es so gedacht, wie bei der ursprünglichen PPR, dass die Leistungen in dem Zeitfenster zwischen 06:00 und 20:00 Uhr erbracht werden müssen?	5
2 Dokumentation	5
2.1 Die Trinkmenge von 1500ml ist bei onkologischen und insbesondere bei Dialysepatienten zu viel bzw. nicht erreichbar (Ein- und Ausfuhr), obwohl die Frequenz der Verabreichung der definierten bei hohem Aufwand entspricht. Muss die Trinkmenge zwingend erreicht werden?.....	5
2.2 Muss bei der Bolusapplikation immer die Mindestmenge von 200 ml eingehalten werden?	5
2.3 Zählen die Sauerstoffbrille und die Überwachung/Monitoring auf Normalstation auch als Zu- und Ableitung?.....	6
2.4 Können auch mehrere Gründe und Interventionen in einem Leistungsbereich angekreuzt werden?	6
2.5 Wann darf ein Leistungsbereich kodiert werden?	6
2.6 Wie werden Pflegemaßnahmen dokumentiert, die von zwei Personen erbracht werden müssen?	6
2.7 Ersetzt der PKMS die Pflegedokumentation?	6
2.8 Wenn wir in der Kinderklinik Patienten betreuen, die älter als 18 Jahre sind, wird der PKMS-E verwendet, nicht mehr der PKMS-J. Die Betreuung erfolgt aber weiterhin über Personal aus der Kinderkrankenpflege und nicht – wie sonst bei den Erwachsenen – durch Personal aus der "großen" Krankenpflege. Gibt es Ihrerseits Bedenken, wenn der Bogen PKMS-E verwendet wird, die Pflege aber weiterhin durch Personal der Kinderkrankenpflege erfolgt?.....	6

2.9 Können Leistungen der Krankengymnastik als durchgeführte Maßnahmen mitgezählt werden, wenn sie entsprechend dokumentiert sind (z.B. D5, Kontrakturenprophylaxe)?	6
2.10 Können Leistungen eines Stomatherapeuten, Diabetespflegeperson oder eines/einer Wundmanager/In (dafür freigestellte Pflegekraft, aber nicht einer Station fest zugeordnet) im Bereich Kommunikation mitgezählt werden?.....	6
2.12 Was ist eine Mikrolagerung?	7
2.13 Können auch andere Assessmentinstrumente als die Atemskala nach Bienstein zum Nachweis eines Pneumonierisikos genutzt werden?.....	7
2.14 Müssen Gespräche mindestens 2 x 15 Minuten im PKMS-E dauern?	7
2.15 Was genau ist mit dem Leistungsbereich „Kommunikation“ gemeint?	7
3 Terminologie	7
3.1 Was ist mit dem Term „aufwendige Sicherheitsmaßnahmen“ (PKMS-E D6) gemeint? (im Leistungsbereich Bewegen/Mobilisieren/Sicherheit)	7
3.2 Was ist Bag-bath/Towelbath?	7
4 PPR A4.....	8
4.1 Was passiert, wenn der Patient zwar auf seine 43 Punkte für die OPS kommt, aber nicht in die PPR A4 eingestuft wird?.....	8
4.2 Was passiert, wenn der Patient zwar auf 6 PKMS Punkte am Tag kommt, nicht aber insgesamt auf 43 Punkte?	8
4.3 Was ist mit den Krankenhäusern, die keine PPR sondern LEP als Leistungserfassungsinstrument benutzen?.....	8
4.4 Warum wurde ein Tagespunktwert von 6 zum Auslösen der PPR A4 gewählt?.....	8
4.5 Warum ist die PPR als Grundlage zur Kostenkalkulation verwendet worden?.....	9
4.6 Wenn die PPR A4 vergeben wird (6 PKMS Tagespunktwerte), wird dann die eigentliche PPR Einstufung ersetzt?.....	9
4.7 Kann die PPR-A4 Stufung auch für die interne Pflegepersonalberechnung genutzt werden?	9
4.8 In welcher Form ist die PPR A4 anerkannt?	9
5 Generell	9
5.1 Was passiert, wenn der OPS inflationär codiert wird?	9
5.2 Ab wann ist die OPS erlösrelevant?	9

5.3 Warum sollten wir den PKMS JETZT schon dokumentieren, obwohl er erst ab 2012 erlösrelevant wird? 9

5.4 Kann der gegenwärtige Gründe- und Maßnahmenkatalog als endgültig betrachtet werden? 9

5.5 Werden nach den drei Jahren Förderprogramm wieder Stellen in der Pflege abgebaut?10

5.6 Die Pflegenden fragen zu recht, wie es denn aussieht, wenn Patienten eigentlich zu zweit versorgt werden müssten, aber nur eine Pflegende da ist, um die Patienten zu versorgen oder Pflegeleistungen die der Patient benötigt nicht erbracht werden können? 10

5.7 Warum gibt es keine Einstufungsmöglichkeit für Kinder bis zum 1. Lebensjahr (PPR "Kranke Neugeborene")? Die kardiochirurgische Kinderstation hat sehr viele dieser Kinder mit extrem hohem Aufwand!!..... 10

5.8 Warum haben die PKMS-Bögen für Kinder und Jugendliche viel weniger Einstufungsgründe und warum sind diese teilweise zusammengefasst?(z.B. G3 und G4 vom Erwachsenen = G 2 Jugendlicher), 10

FAQs zur OPS „hochaufwendige Patienten“

1. OPS Kodierung - Anwendungsbereiche

1.1 Was ist mit den Patienten, die nur für 2-3 Tage hochaufwendig sind und damit keine OPS auslösen können? (z.B. die, die nach einer OP schnell nach Hause kommen)

Bei hochaufwendigen Patienten mit einer kurzen Verweildauer ist die Einstufung nach PKMS optional, wenn die Komplexprozedur nicht erreicht wird. (Achtung: mögliche Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme.)

1.2 Finden auch teilstationäre Patienten eine Berücksichtigung? (die z.B. zur Tumorbehandlung kommen)

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

1.3 Kann/soll der PKMS auch auf psychosomatischen Stationen erhoben werden?

Der PKMS kann auf der psychosomatischen Station erhoben werden. In der Beschreibung des PKMS (im Anhang des offiziellen OPS-Katalogs) steht in den Hinweisen des PKMS, dass dieser für die Normalstation gedacht ist und folgende Stationen ausgeschlossen sind: Stroke Unit, Intensivstationen und IMC. Es könnte sein, dass sich hier im nächsten Jahr etwas ändert. Bitte verfolgen Sie mögliche Änderungen im OPS-Katalog.

1.4 Werden die Leistungen, die das Personal im Nachtdienst im Rahmen der PKMS-Interventionsprofile erbringt, auch auf den Dokumentationsbögen erfasst? Oder ist es so gedacht, wie bei der ursprünglichen PPR, dass die Leistungen in dem Zeitfenster zwischen 06:00 und 20:00 Uhr erbracht werden müssen?

Die Leistungen des PKMS werden rund um die Uhr erhoben und Kalendertagweise dokumentiert.

2. Dokumentation

2.1 Die Trinkmenge von 1500ml ist bei onkologischen und insbesondere bei Dialysepatienten zu viel bzw. nicht erreichbar (Ein- und Ausfuhr), obwohl die Frequenz der Verabreichung der definierten bei hohem Aufwand entspricht. Muss die Trinkmenge zwingend erreicht werden?

Ja, die angegebene Trinkmenge muss derzeit erreicht werden, bitte beobachten sie die Veränderungen im Vorschlagsverfahren.

2.2 Muss bei der Bolusapplikation immer die Mindestmenge von 200 ml eingehalten werden?

Ja, die angegebene Bolusmenge ist derzeit einzuhalten, bitte beobachten sie die Veränderungen im Vorschlagsverfahren.

2.3 Zählen die Sauerstoffbrille und die Überwachung/Monitoring auf Normalstation auch als Zu- und Ableitung?

Ja.

2.4 Können auch mehrere Gründe und Interventionen in einem Leistungsbereich angekreuzt werden?

Ja, generell schon, jedoch werden die PKMS- Punkte in einem Leistungsbereich nur einmal pro Tag pro Patient berechnet.

2.5 Wann darf ein Leistungsbereich kodiert werden?

Immer dann, wenn ein Grund für hochaufwendige Pflege UND ein dazu passendes Interventionsprofil vorliegt. Der Grund muss jeweils mit der verknüpften Maßnahme vorliegen und die Maßnahmen entsprechend erbracht werden.

2.6 Wie werden Pflegemaßnahmen dokumentiert, die von zwei Personen erbracht werden müssen?

Grundsätzlich müssen beide erforderlichen Pflegepersonen ihre Maßnahmen im Interventionsbogen abzeichnen, um ihre Leistung nachweisen zu können.

2.7 Ersetzt der PKMS die Pflegedokumentation?

Nein, der PKMS bildet Teilaspekte der pflegerischen Dokumentation ab. Im PKMS werden nur Gründe und Pflegeleistungen dokumentiert, die einen „hochaufwendigen“ Patienten ausmachen.

2.8 Wenn wir in der Kinderklinik Patienten betreuen, die älter als 18 Jahre sind, wird der PKMS-E verwendet, nicht mehr der PKMS-J. Die Betreuung erfolgt aber weiterhin über Personal aus der Kinderkrankenpflege und nicht – wie sonst bei den Erwachsenen – durch Personal aus der "großen" Krankenpflege. Gibt es Ihrerseits Bedenken, wenn der Bogen PKMS-E verwendet wird, die Pflege aber weiterhin durch Personal der Kinderkrankenpflege erfolgt?

Patienten ab Beginn des 19. Lebensjahres sind entsprechend der Definition des OPS 9-200 hochaufwendige Pflege von Erwachsenen durch examinierte Gesundheits-/Krankenpfleger/Innen oder unter deren Verantwortung zu versorgen.

2.9 Können Leistungen der Krankengymnastik als durchgeführte Maßnahmen mitgezählt werden, wenn sie entsprechend dokumentiert sind (z.B. D5, Kontrakturprophylaxe)?

Nein, Leistungen die nicht von Pflegepersonen durchgeführt werden dürfen über den PKMS nicht abgebildet werden.

2.10 Können Leistungen eines Stomatherapeuten, einer Fachkrankenschwester/-pfleger für Diabetes oder eines/einer Wundmanager/in (dafür freigestellte Pflegekraft, aber nicht einer Station fest zugeordnet) im Bereich Kommunikation mitgezählt werden?

An einem Beispiel soll die Berücksichtigung der Leistungen im Kontext der Kommunikation dargestellt werden.

Wird ein Patient zur übergreifenden Diabetesschulung geschickt, so ist diese Leistung nicht im Sinne des PKMS zu kodieren. Hier gibt es spezielle OPS-Kodes (Schulung).

Kommt dagegen eine Diabetespflegeperson zum Patienten und leitet ihn individuell in der Nutzung seines neuen PEN´s an, so ist dieses eine Anleitungssituation im Sinne des PKMS. Die Gründe für die Anrechenbarkeit müssen gegeben sein.

2.11 Wie verhält es sich bei Case Managern, Entlassungsmanagern?

Wenn bei den Patienten für den Leistungsbereich der Kommunikation ein Grund vorliegt und die zugehörige Intervention zutrifft, kann diese (E2) kodiert werden. Vorausgesetzt ist, dass der Entlassungsmanager eine Pflegeperson ist. Für die anderen Leistungen im Bereich des Entlassungsmanagements stehen im OPS-Katalog separate OPS-Kodes (9-401.2 Nachsorgeorganisation) zur Verfügung.

2.12 Was ist eine Mikrolagerung?

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

2.13 Können auch andere Assessmentinstrumente als die Atemskala nach Bienstein zum Nachweis eines Pneumonierisikos genutzt werden?

Derzeit ist die Atemskala nach Bienstein im PKMS-E zu verwenden, bitte beobachten Sie hier das Vorschlagsverfahren.

2.14 Müssen Gespräche mindestens 2 x 15 Minuten im PKMS-E dauern?

Der Score gibt 2 x 15 Min. vor.

2.15 Was genau ist mit dem Leistungsbereich „Kommunikation“ gemeint?

Damit sind NICHT „Zwischendurch-Gespräche“ (wie z.B. beiläufiger, neben dem Pflegen angewandter Smalltalk) gemeint, sondern:

- Anleitungen zu bestimmten Versorgungsmaßnahmen
- Aufklärungsgespräche (z.B. wie sich der Patient nach einer Diagnose verhalten soll)
- Klientenzentrierte Gespräche zur (Krisen-)Bewältigung, Anpassung

3 Terminologie

3.1 Was ist mit dem Term „aufwendige Sicherheitsmaßnahmen“ (PKMS-E D6) gemeint? (im Leistungsbereich Bewegen/Mobilisieren/Sicherheit)

Dazu wird z.B. die ständige Anwesenheit von einer Pflegekraft oder die kontinuierliche Kontrolle der Patientensicherheit oder Fixierungsmaßnahmen gezählt. Diese Maßnahmen müssen entsprechend ausgewiesen werden, um die PKMS-Punkte in diesem Bereich zu erlangen. Ebenso ist eine Dokumentation der Leistungserbringung auszuweisen.

3.2 Was ist Bag-bath/Towelbath?

(Entnommen aus den Hinweistexten des DPR)

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

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

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

4 PPR-A4

4.1 Was passiert, wenn der Patient zwar auf seine 43 Punkte für die OPS kommt, aber nicht in die PPR-A4 eingestuft wird?

Das passiert immer dann, wenn er an keinem der Fallliegetage über 6 PKMS-Punkte kommt. Damit wird dieser Patient nicht gesondert bei der Fallkostenabrechnung behandelt. Dieser Fall ist im Testlauf bei etwa 8% der Fälle aufgetreten. Diese Patientenfälle sind dennoch zu kodieren.

4.2 Was passiert, wenn der Patient zwar auf 6 PKMS Punkte am Tag kommt, nicht aber insgesamt auf 43 Punkte?

Dann erhält der Patient die kostenerhöhenden PPR-A4 Minutenwerte (verpflichtet sind dazu nur die Kalkulationshäuser), aber keine OPS.

4.3 Was ist mit den Krankenhäusern, die keine PPR sondern LEP als Leistungserfassungsinstrument benutzen?

In diesen Häusern soll genauso der PKMS codiert werden. Die Fallkostenkalkulation kann weiterhin über LEP realisiert werden.

4.4 Warum wurde ein Tagespunktwert von 6 zum Auslösen der PPR-A4 gewählt?

Weil der durchschnittlich erreichte Tagespunktwert der hochaufwendigen Fälle bei den Testläufen bei 5.9 lag. Aufgerundet ergibt dieses dann einen durchschnittlichen Wert von 6. Damit ist die Abbildung von hochaufwendigen Patienten im Vergleich zu „normal aufwendigen“ Patienten gewährleistet. Bei einer größeren Stichprobe wird der Triggerpunkt kontinuierlich geprüft und könnte sich evtl. in Zukunft noch einmal verändern.

4.5 Warum ist die PPR als Grundlage zur Kostenkalkulation verwendet worden?

Weil derzeit etwa 95% der Häuser den PPR als Kostenkalkulationsbasis verwenden. Grundsätzlich ist ein feineres Instrument jedoch begrüßenswert, da die PPR-A4 derzeit das gesamte Spektrum des PKMS (also Tagespunktwerte von 1-14) abbilden muss.

Ausgangspunkt bei der Entwicklung der Minutenwerte der PPR-A4 sind die bereits errechneten Zeitwerte für die hochaufwendigen Patienten in den 5 Leistungsbereichen.

4.6 Wenn die PPR-A4 vergeben wird (6 PKMS Tagespunktwerte), wird dann die eigentliche PPR-Einstufung ersetzt?

Wenn PPR-A4 erreicht wird, wird anstelle der PPR-A3 **147 Minuten** (bei den Erwachsenen) der höhere Minutensatz von **257** eingesetzt. S-Werte und Grundwert bleiben unberührt und werden wie gewohnt bei dem Patienten zusätzlich berechnet.

4.7 Kann die PPR-A4 Stufung auch für die interne Pflegepersonalberechnung genutzt werden?

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

4.8 In welcher Form ist die PPR-A4 anerkannt?

Die Nutzungshinweise der PPR-A4 wurde an die Kalkulationshäuser versendet und soll auch auf der Internetseite des InEK eingestellt werden.

5 Generell

5.1 Was passiert, wenn der OPS inflationär codiert wird?

Das Problem ist, dass die OPS dann nicht mehr erlöswirksam ist. Wenn zu viele Fälle eine OPS auslösen, können die Mehrkosten der tatsächlich hochaufwendigen Fälle nicht erklärt werden. Aus diesem Grund wurden die Items im PKMS sehr eindeutig formuliert, wir glauben, dass eine inflationäre Kodierung nicht möglich ist.

5.2 Ab wann ist die OPS erlösrelevant?

Entsprechend den gesetzlichen Rahmenbedingungen ist jedes Haus verpflichtet die OPS und ICD-10 Daten korrekt abgebildet zu erheben und zu kodieren. Seit dem 1. Januar 2010 gehört auch die OPS hochaufwendige Pflege dazu. Wie bei jeder anderen neuen OPS werden im ersten Jahr die Daten erhoben, im Folgejahr werden die Daten ausgewertet und fließen in die Gruppierung für 2012 ein. Daher ist ab 2012 mit einer möglichen Erlösrelevanz zu rechnen.

5.3 Warum sollten wir den PKMS JETZT schon dokumentieren, obwohl er erst ab 2012 erlösrelevant wird?

Da hier eine gesetzliche Anforderung an die Kliniken besteht.

5.4 Kann der gegenwärtige Gründe- und Maßnahmenkatalog als endgültig betrachtet werden?

Nein, es können Bearbeitungen stattfinden.

5.5 Werden nach den drei Jahren Förderprogramm wieder Stellen in der Pflege abgebaut?

Der PKMS ist darauf ausgerichtet, dass diese zusätzlichen Pflegestellen erhalten werden. Denn nur, wenn Pflegende die Leistungen in der Menge und Qualität erbringen, kann die OPS kodiert werden und die Erlössituation des Hauses beeinflussen.

5.6 Die Pflegenden fragen zu Recht, wie es denn aussieht, wenn Patienten eigentlich zu zweit versorgt werden müssten, aber nur eine Pflegenden da ist, um die Patienten zu versorgen oder Pflegeleistungen die der Patient benötigt nicht erbracht werden können?

Dieses Problem wird von mehreren Kliniken diskutiert.

In jedem Haus ist dieses Problem kritisch zu diskutieren und aufzuzeigen, dass OPS 9-.20 hochaufwendige Pflege häufig nicht kodiert werden kann da eine Unterbesetzung des Pflegepersonals vorliegt.

Gleichzeitig ist diese Problematik berufspolitisch zu diskutieren.

5.7 Warum gibt es keine Einstufungsmöglichkeit für Kinder bis zum 1. Lebensjahr (PPR "Kranke Neugeborene")? Die kardiochirurgische Kinderstation hat sehr viele dieser Kinder mit extrem hohem Aufwand!

In den Interventionen ist ein „Mehr“ gegenüber der PPR-A3 schwierig abzugrenzen. Deshalb wurde für diese Altersgruppe zunächst keine Prozedur entwickelt.

5.8 Warum haben die PKMS-Bögen für Kinder und Jugendliche viel weniger Einstufungsgründe und warum sind diese teilweise zusammengefasst?(z.B. G3 und G4 vom Erwachsenen = G 2 Jugendlicher),

Der PKMS K und J wurde anders entwickelt.