

Positionspapier:

„Plädoyer für den Leistungsbereichen entsprechende Leistungskataloge in der Pflege“

S. Lautenschläger¹, U. Immenschuh², C.-W. Wallesch³, J. Behrens⁴

¹ BDH Bundesverband Rehabilitation e.V.

² Katholische Hochschule Freiburg

³ BDH-Klinik Elzach

⁴ Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Zusammenfassung

Ein Fallpauschalensystem erfordert die ökonomische Erfassung des Ressourceneinsatzes bei der Leistungserbringung. Erstmals in der Geschichte der Pflege werden nun Systeme entwickelt, um pflegerische Leistungen ökonomisch zu bewerten. Dies ist zu begrüßen, da die pflegerische Leistung als personalintensivste Dienstleistung im Gesundheitswesen damit Berücksichtigung findet. Gleichzeitig ist unseres Erachtens erforderlich, mit der ökonomischen Bewertung auch den therapeutischen Charakter von Pflege abzubilden, der in zahlreichen Kontexten im Vordergrund steht. Dies ist z.B. im Katalog der Operationen und Prozeduren OPS bei der „aktivierend-therapeutischen Pflege“ und den „Therapeutischen Leistungskatalogen“ der geriatrischen und neurologischen Frührehabilitation der Fall.

Derzeit droht eine Vermischung von rein für die Abrechnung bestimmten Messgrößen des pflegerischen Aufwands (PKMS) und der Abbildung von pflegetherapeutischen Leistungen, die innerhalb eines therapeutischen Teams erbracht werden (OPS 8-550, 8-552, 8-559). Diese Vermischung wäre fatal, weil der therapeutische-rehabilitative und präventive Nutzen von Pflege zur Erhaltung und Wiederherstellung von Fähigkeiten im Sinne der selbstbestimmten Partizipation einschließlich der Selbständigkeit zugunsten einer rein ökonomisch motivierten Abbildung von Leistungen in fünf Leistungsbereichen (Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegen/Lagern/Mobilisation/Sicherheit, Kommunikation) verloren ginge.

Wir sprechen uns in diesem Positionspapier aus Sicht der neurologischen Pflege dafür aus:

- Pflegerische Leistungen in Leistungskatalogen abzubilden und abrechenbar zu machen.
- Differenzierte Leistungskataloge für unterschiedliche Bereiche der Pflege pflegewissenschaftlich fundiert zu entwickeln, zu evaluieren und zu

modifizieren. Das bedeutet, dass für unterschiedliche Bereiche der Pflege unterschiedliche Leistungskataloge bestehen sollten.

- Pflege bereits im Akutbereich darauf auszurichten, Partizipation und Selbständigkeit zu ermöglichen. Dieser therapeutische Ansatz der Pflege ist in dem PKMS nicht abgebildet. Aus diesem Grunde sollte der PKMS pflegewissenschaftlich fundiert und damit modifiziert werden.
- Therapeutische Leistungskataloge ebenfalls pflegewissenschaftlich fundiert weiter zu entwickeln und ggf. zu modifizieren bzw. für die unterschiedlichen Leistungsbereiche anzupassen.

In dem vorliegenden Positionspapier werden die Unterschiede durch eine Gegenüberstellung der „hochaufwendigen Pflege“ und der „therapeutische Pflege“ aufgezeigt. Die Gegenüberstellung erfolgt anhand von Indikatoren zum Hintergrund ihrer Entwicklung, ihrer Definition, ihrer theoretischen Grundlage, ihrem Inhalt und ihrer Struktur.

Hier eine kurze Übersicht über die wichtigsten Unterschiede:

	„Hochaufwendige Pflege“	„Therapeutische Pflege“
Hintergrund	<ul style="list-style-type: none"> • baut mit PKMS und PPR-A4 auf der PPR-A3 auf • Instrument zur Leistungsabrechnung 	<ul style="list-style-type: none"> • baut differenziert auf die therapeutischen Leistungen der Praxis auf • Instrument wurde aus der Praxis heraus entwickelt
Definition	<ul style="list-style-type: none"> • „Volle Übernahme“ von Pflegeleistungen in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Bewegungen, Ausscheidung, u./o. Kommunikation • rehabilitativer Grundgedanke geht nicht daraus hervor 	<ul style="list-style-type: none"> • Interaktionsprozess zwischen Pflege, Patient u. Angehörigen • Individualität des Patienten steht im Mittelpunkt • Hineinführen in Handlungen, um diese spürbar zu machen • Initiierung und Training von Alltagsaktivitäten • Ziel ist ein größtmöglicher Grad an Teilhabe in der Gesellschaft
Theoretische Grundlage	<ul style="list-style-type: none"> • basiert auf keiner pflegewissenschaftlichen Theorie 	<ul style="list-style-type: none"> • basiert auf der Theorie von Orem, sowie auf der Theorie von Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie, wie sie auch im SGB (IX, weitere) zum Ausdruck kommt
Inhalt/Struktur	<ul style="list-style-type: none"> • bildet hochaufwendige Pflege in nur 5 Leistungsbereichen ab • weniger differenziert • funktionsbezogen 	<ul style="list-style-type: none"> • bildet differenziert Leistungen in der Frührehabilitation ab • der rehabilitative Grundgedanke geht deutlich daraus hervor

Positionspapier: ausführliche Darstellung von Hintergründen und Zusammenhängen

Zusammenfassung	1
1. Hintergrund und Entstehung	4
1.1. „Hochaufwendige Pflege“ und „Pflegekomplesmaßnahmen score“ (PKMS)	4
1.2. „Therapeutische Pflege“ und „Therapeutische Leistungskataloge“	4
1.3. Synthese	5
2. Definitionen	6
2.1. „Hochaufwendige Pflege“	6
2.2. „Therapeutische Pflege“	6
2.3. Synthese	7
3. Pflegeaufwand vs. Pflege als Therapie	7
4. Theoretische Grundlage	8
4.1. „Hochaufwendige Pflege“	8
4.2. „Therapeutische Pflege“	8
4.3. Synthese	8
5. Inhalt / Struktur	9
5.1. „Hochaufwendige Pflege“ und „PKMS“	9
5.2. „Therapeutische Pflege“ und „Therapeutische Leistungskataloge“	9
5.3. Synthese	9
6. Schlussfolgerung und Position	10
Literatur	10

1. Hintergrund und Entstehung

1.1. „Hochaufwendige Pflege“ und „Pflegekomplexmaßnahmen-score“ (PKMS)

Die Reduzierung des Pflegepersonals um ca. 13% in den vergangenen Jahren wird mit dem Aussetzen der Pflegepersonalregelung (PPR) in Verbindung gebracht. Diese Entwicklung ist durch die Implementierung des G-DRG-Systems noch weiter beschleunigt worden. Mit dem Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes im März 2009 sollte die Personalsituation in der Pflege durch die Finanzierung von 17.000 neuen Pflegestellen gefördert und verbessert werden. Im Zusammenhang mit diesem Förderungsprogramm beauftragte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Deutschen Pflegerat (DPR), Indikatoren für pflegerisch hochaufwendige Fälle im Krankenhaus zu entwickeln, die im Rahmen des DRG-Systems eine aufwandsgenauere Abbildung der Pflege ermöglichen sollten (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2009; Schröder und Wieteck, 2010). Die Abbildung der „Hochaufwendigen Pflege von Patienten“ auf Normalstation mit dem PKMS wurde von zwei Expertengruppen in Abstimmung mit den beiden anderen Selbstverwaltungspartnern entwickelt und beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zum Eingang in den OPS-9-20 eingereicht (Schröder und Wieteck, 2010). Es wurden drei unterschiedliche PKMS entwickelt, und zwar der PKMS-E für Erwachsene, der PKMS-J für Jugendliche und der PKMS-K für Kleinkinder (DIMDI, 2011). Seit 2010 sind die Krankenhäuser aufgefordert, den OPS 9-20 zu kodieren. Diese Daten dienen als Basis, um den gesetzlichen Auftrag zur zielgerichteten Zuordnung von Finanzmitteln zu Bereichen mit einem erhöhten pflegerischen Aufwand umzusetzen. Ab 2012 werden die Leistungen hochaufwendiger Pflege im DRG-System erlösrelevant (vgl. § 4 Abs. 10 Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, 2009; Baur, 2009; Schröder und Wieteck, 2010).

1.2 „Therapeutische Pflege“ und „Therapeutische Leistungskataloge“

In Einrichtungen der neurologischen Frührehabilitation Phase B werden bewusstlose bzw. qualitativ oder quantitativ schwer bewusstseinsgestörte Menschen und auch Patienten mit apallischem Syndrom behandelt. Weiterhin sind Betroffene in der neurologischen Frührehabilitation erheblich in ihren Kooperationsfähigkeiten beeinträchtigt und benötigen rehabilitative, kurative und intensivmedizinische Behandlung, um ihre neurologischen und nicht neurologischen Komplikationen und Begleiterkrankungen zu behandeln. (Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR), 1999; Arbeitskreis Neurologischer Kliniken in Bayern und Thüringen, 2007). Bei Menschen, die mit diesen Krankheitsbildern in der neurologischen Frührehabilitation behandelt werden, wird angestrebt, die Kommunikationsfähigkeit wiederherzustellen und ihren Bewusstseinszustand zu verbessern, um so überhaupt erst Rehabilitationsfähigkeit herzustellen. Weitere Ziele in der Rehabilitation sind die

frühzeitige Mobilisation, Schädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems zu mindern, sekundäre Komplikationen zu vermeiden, das Rehabilitationspotential zu klären und die weitere Versorgung zu planen und einzuleiten (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (1999).

Dies erfordert ein eigenständiges Therapiekonzept mit Einsatz definierter therapeutischer und pflegetherapeutischer Maßnahmen zum frühestmöglichen Zeitpunkt nach eingetretener Hirnschädigung. Da die therapeutische Pflege in der OPS-Version 2004 noch nicht abgebildet wurde, wurde im Oktober 2004 von der m&i-Klinikgruppe Enzensberg in Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR), dem Verband der Privatkrankenanstalten Bayern und weiteren Anbietern der neurologischen Frührehabilitation ein Vorschlag zum OPS-301 beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) eingereicht. In der OPS-Version 2005 konnte dann unter anderem das Mindestmerkmal der aktivierend-therapeutischen Pflege durch besonders geschultes Personal Eingang finden. Weil es noch keine genauere Begriffsbestimmung „pflegetherapeutischer Maßnahmen“ gab, hatte der Arbeitskreis „Neurologischer Kliniken in Bayern und Thüringen“ einen Katalog pflegetherapeutischer Maßnahmen in der neurologischen Frührehabilitation (KtP) erstellt, um den Begriff inhaltlich zu präzisieren. Gleichzeitig kann der Katalog zur Dokumentation pflegetherapeutischer Leistungen herangezogen werden (Arbeitskreis Neurologischer Kliniken in Bayern und Thüringen, 2007). Neben dem KtP wurden weitere pflegetherapeutische Leistungskataloge entwickelt (KTL¹, FRP-Katalog², AKpL³, Elzacher Leistungskatalog⁴).

1.3. Synthese

Der PKMS wurde einzig als Instrument zur Leistungsabrechnung hochaufwendiger Pflege entwickelt. Man erhofft sich damit gleichzeitig, dass sich Pflegende stärker für eine adäquate Versorgung einsetzen und ihre Position gestärkt wird (Wieteck, 2010). Von Kliniken der neurologischen Frührehabilitation wurde ein Änderungsvorschlag zur OPS 301 im Jahr 2004 eingereicht. Seitdem wird aus dem Fachbereich heraus an der Weiterentwicklung der therapeutischen Pflege gearbeitet, um den Begriff zu präzisieren und zu definieren. Diese Entwicklung wird auch von der Pflegewissenschaft unterstützt und in Studien untersucht. Weiterhin wird die

¹ Deutsche Rentenversicherung. Geschäftsbereich Presse und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation (2007): Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL). 5. Auflage. Berlin: Druckerei Buck.

² Arbeitsgemeinschaft neurologische Frührehabilitationspflege (AGnFP) (2011): FRP-Katalog. Katalog über zentrale Inhalte der Rehabilitationspflege in der neurologischen Frührehabilitation. Version 05 / 2011.

³ Arbeitsgruppe neurologische Frührehabilitation der Asklepios Kliniken (2010): Asklepios Katalog für pflegetherapeutische Leistungen (AKpL). Lich: pictura Werbung GmbH.

⁴ Himaj, J., Müller, E., Fey, B., Neumaier, S., Waibel, B., Dirschedl, P., Wallesch, C.-W. (2011): Elzacher Konzept und Leistungskatalog der therapeutischen Pflege in der neurologischen Frührehabilitation (Phase B) unter Vorgabe des OPS 8-552. Die Rehabilitation, 50 (2), 94-102.

Einstellung der therapeutischen Pflege mehr und mehr in die Praxis implementiert. Der Eingang der therapeutischen Pflege in die OPS 8-550, 8-552 und 8-559 ist nicht nur zur Abrechnung von Leistungen gedacht, sondern stößt gleichzeitig die Weiterentwicklung der Pflege an.

2. Definitionen

2.1. „Hochaufwendige Pflege“

Die Pflege von hochaufwendigen Patienten im Krankenhaus auf „Normalstationen“ wird im PKMS abgebildet und „geht über die normale volle Übernahme von Pflegetätigkeiten in mindestens einem der 4 Leistungsbereiche Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegen/Lagern/Mobilisation/Sicherheit deutlich hinaus und/oder im 5. Bereich Kommunizieren/Beschäftigen besteht ein wesentlich höherer Bedarf als beim durchschnittlichen Patienten mit besonderen Leistungen“ (vgl. PPR Stufe A3 der entsprechenden Altersstufe) (DIMDI, 2011). In dieser Definition wird der Begriff „volle Übernahme“ aus dem Instrument der PPR übernommen. Das wird damit begründet, dass zahlreiche Einrichtungen noch mit der PPR zur Fallkostenkalkulation arbeiten und die Definition bei Pflegenden bekannt ist. In Anlehnung an diese Definition wird „volle Übernahme“ wie folgt definiert:

„Patienten brauchen in allen Leistungsbereichen ein hohes Maß an Unterstützung, Aktivierung, Motivation und Zuwendung, denn sie sind durch Immobilität, eingeschränkte Körperfunktionen oder durch ihre Erkrankung an der eigenständigen Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse gehindert“ (DIMDI, 2011).

2.2. „Therapeutische Pflege“

Der Begriff „therapeutische Pflege“ kann in der neurologischen Frührehabilitation als Interaktionsprozess zwischen Pflegenden und dem Patienten sowie seinen Angehörigen verstanden werden, wobei die Individualität des Patienten im Mittelpunkt steht. Die therapeutische Pflege ist integraler Bestandteil des multiprofessionellen therapeutischen Teams. Pflege-therapeutische Handlungen werden geleitet von Beobachtungen des Pflegebedürftigen und dessen Reaktionen. Pflege-therapeuten kommunizieren sowohl verbal als auch nonverbal mit den Pflegebedürftigen und passen die Durchführung der therapeutischen Tätigkeiten an die Reaktionen des Betroffenen an. Dabei führen Pflegenden therapeutische Handlungen so durch, dass der Pflegebedürftige die Handlung selbst spüren kann und führen ihn in die Handlungen hinein, mit dem Ziel, die Aktivitäten des täglichen Lebens so zu trainieren, dass seine Fähigkeiten sich weiter verbessern oder zumindest erhalten werden, um eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen (Lautenschläger, 2011a). In einer qualitativen Studie konnte Lautenschläger (2011b) die praktische Durchführung der in den Leistungskatalogen aufgelisteten pflege-therapeutischen Leistungen in der neurologischen Frührehabilitation empirisch bestätigen.

2.3. Synthese

Aus der Definition der hochaufwendigen Pflege geht kein rehabilitationsspezifischer Grundgedanke für die pflegerische Versorgung der Patienten hervor, wie er im 9. Sozialgesetzbuch (SGB IX), von der World Health Organization (WHO) und der ICF gefordert und im therapeutischen Team in der Rehabilitation umgesetzt wird. Dieser spiegelt aber die notwendige Einstellung der Pflegekräfte wider, wenn es darum geht, Patienten auf dem Weg hin zu einer größtmöglichen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu begleiten und zu führen. Hochaufwendige Pflege wird ausschließlich vor dem Hintergrund der Leistungsabrechnung mit PKMS erfasst. Im Gegensatz dazu wird durch Inhalt und Ausgestaltung der therapeutischen Leistungskataloge der rehabilitative Gedanke therapeutischer Pflege deutlich.

3. Pflegeaufwand vs. Pflege als Therapie

Im Vergleich zum OPS 2011 wird in der Vorab-Version des OPS 2012 die Obergrenze der Codes von 158 und mehr Aufwandspunkten (158 Punkte Aufwandspunkte entsprechen bei maximal 13 Punkten am Tag einer 13tägigen Behandlung) auf 362 und mehr Aufwandspunkte angehoben (dies entspricht einer mehr als 28tägigen Behandlung). Dadurch kommt es zu Interferenzen mit frührehabilitativen Interventionen, die im DRG-System durch die OPS 8-550 (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung einschließlich aktivierend-therapeutischer Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal), 8-552 (neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation einschließlich aktivierend-therapeutischer Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal) und 8-559 (fachübergreifende und andere Frührehabilitation einschließlich aktivierend-therapeutischer Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal) abgebildet werden. In den Komplexbehandlungen ist die Pflege in das therapeutische Team einbezogen und unterliegt besonderen Dokumentationspflichten, z.B. wöchentliche Teambesprechungen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele. Die frührehabilitativen Komplexbehandlungen führen in eigenständige DRGs. Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die hochaufwendige Pflege auf Normalstation, die der PKMS abbildet, und die therapeutische Pflege im Rahmen eines therapeutischen Teams, welche in den Leistungskatalogen therapeutischer Pflege abgebildet werden, sich unter einem therapeutischen Gesamtkonzept im Sinne der ICF⁵-Orientierung grundlegend unterscheiden, was gegen eine Zusammenführung beider Begrifflichkeiten spricht.

⁵ ICF = International Classification of Functioning Disability and Health

4. Theoretische Grundlage

4.1. „Hochaufwendige Pflege“

Bei der Entwicklung der Indikatoren, die im PKMS formuliert sind, wurde zum einen rein induktiv vorgegangen. Es wurden Befragungen von Pflegepersonen in den verschiedensten Fachbereichen und Kliniken durchgeführt. Die Fragestellung war, was ihrer Meinung nach die Gründe und Pflegemaßnahmen seien, die als „hochaufwendig“ gelten und einen hohen Zeitaufwand erklären. Darüber hinaus wurden Zeitmessstudien und Echtzeiterhebungen von Pflegemaßnahmen aus zwei Kliniken zugrunde gelegt (Wieteck, 2011, Handbuch).

Es gibt keine pflegewissenschaftliche Theorie, welche zur Entwicklung des PKMS herangezogen wurde und wurde bisher nicht wissenschaftlich fundiert.

4.2. „Therapeutische Pflege“

Zur Erstellung der unterschiedlichen Kataloge zur therapeutischen Pflege wurden explorative Untersuchungen des Zeitaufwandes in neurologischen Kliniken herangezogen. Die Art der Leistung und deren Aufwand wurden entsprechend festgehalten (Arbeitskreis Neurologischer Kliniken in Bayern und Arbeitskreis neurologischer Kliniken in Thüringen, 2007). Auf dieser Basis wurden die Leistungskataloge erstellt. Sowohl der KtP als auch der AKpL legen in ihren Katalogen die Pflegelehre von Dorothea Orem (Arbeitskreis Neurologischer Kliniken in Bayern und Arbeitskreis neurologischer Kliniken in Thüringen, 2007; Arbeitsgruppe neurologische Frührehabilitation der Asklepios Kliniken, 2010) und die Theorie der Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie, wie sie auch das SGB IX prägt, zugrunde (Behrens, 2009). Darüber hinaus wird gegenwärtig eine Studie mit dem Ziel durchgeführt, eine Theorie zur „therapeutischen Pflege in der neurologischen Frührehabilitation“ zu entwickeln, welche als theoretische Grundlage für die Leistungskataloge in der neurologischen Frührehabilitation herangezogen werden kann (Lautenschläger, 2011b).

4.3. Synthese

Sowohl dem PKMS als auch der Entwicklung therapeutischer Leistungskataloge ist gemeinsam, dass ihnen explorative Untersuchungen in Dokumentation und Zeiterfassung voraus gingen. Dennoch basiert der PKMS nicht auf einer pflegewissenschaftlichen Grundlage. Im Gegensatz dazu wird für die therapeutischen Leistungskataloge die Theorie von Orem und der Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie (Behrens, 2009; Behrens und Zimmermann, 2006) herangezogen und im Sinne der Professionalisierung eine Pflegelehre zur therapeutischen Pflege in der neurologischen Frührehabilitation entwickelt.

5. Inhalt / Struktur

5.1. „Hochaufwendige Pflege“ und „PKMS“

Bei der Dokumentation des PKMS kann einer der genannten 5 Leistungsbereiche dokumentiert werden, wenn einer der angegebenen Gründe für hochaufwendige Pflege zutrifft. Um ein Leistungsmerkmal dokumentieren zu können, muss darüber hinaus ein dazu passendes Pflegeinterventionsprofil ausgewählt werden. Wenn bei einem Patienten mehrere Leistungsbereiche des PKMS zutreffen, werden die Punkte über die Verweildauer hinweg je Kalendertag addiert (Wieteck, 2011). Der OPS 9-20 wird ausgelöst, wenn eine Gesamtpunktzahl von mindestens 43 Punkten erreicht wird (siehe Abbildung 1). Diese können nach frühestens vier Tagen erzielt werden (Wieteck, 2010). Pflegetherapeutische Aspekte gehen im PKMS aus den Pflegeinterventionen hervor, werden aber insgesamt unter die hochaufwendige Pflege subsumiert und nur innerhalb der Leistungsbereiche Körperpflege und Bewegen/ Lagern/ Mobilisation/ Sicherheit erwähnt. Im Zusammenhang mit der therapeutischen Pflege werden im PKMS einzelne Konzepte zur Pflegeintervention genannt.

5.2. „Therapeutische Pflege“ und „Therapeutische Leistungskataloge“

In den pflegetherapeutischen Leistungskatalogen werden überwiegend therapeutische Leistungen aufgelistet, die über die fünf Leistungsbereiche des PKMS hinausgehen. Insgesamt werden im Elzacher Leistungskatalog 31 pflege-therapeutische Tätigkeiten beschrieben und definiert.⁶ Darüber hinaus wird in Ansätzen dargestellt, wie die Pflege durchgeführt wird. Den einzelnen Tätigkeiten sind Plausibilitätszeiten hinterlegt worden. In den einzelnen Dienstsichten werden die erbrachten Leistungen mit einem Handzeichen dokumentiert. Die pflegetherapeutischen Leistungen werden pro Tag mit den Minuten, welche durch die Therapeuten erbracht werden, zusammenaddiert. Werden dabei 300 Therapie-minuten erreicht, wird die OPS 8-552 ausgelöst.

5.3. Synthese

Die genannten therapeutischen Leistungskataloge wurden für den Bereich der neurologischen Frührehabilitation entwickelt und bilden die dort erbrachten Leistungen differenzierter ab, als es mit PKMS möglich ist. Bei einer Subsumierung der therapeutischen Pflege unter die hochaufwendige Pflege im PKMS würde der therapeutische und damit rehabilitative Charakter der Pflege, wie er im SGB IX, dem Rehabilitationsbegriff der WHO und der ICF beschrieben ist, nicht deutlich. Zusätzlich wird dieser durch die Verwendung von ausschließlich defizitorientierten Formulierungen im PKMS in den Hintergrund gedrängt. Im Gegensatz dazu ist der PKMS weniger differenziert und kann in zahlreichen Fachbereichen zur Leistungsabrechnung hochaufwendiger Pflege genutzt werden.

⁶ Diese werden inhaltlich auch im KtP, im AGnFP und im AKpL dargestellt und beschrieben.

6. Schlussfolgerung und Position

Die Entwicklung von PKMS ist in der Leistungsabrechnung hochaufwendiger Pflege begründet. Der PKMS spiegelt nicht den rehabilitativen Charakter von Pflege wider, wie es schon der Begriff der therapeutischen Pflege ausdrückt. Würde die therapeutische Pflege unter die hochaufwendige Pflege subsumiert, dann würde in der Praxis der rehabilitative Charakter an Bedeutung verlieren. Dieser wird jedoch ausdrücklich im SGB IX, der WHO und der ICF für den Bereich der Pflege in der Rehabilitation gefordert. Die Pflege muss sich an dieser Stelle die Frage stellen, ob es allein um die Erfassung hochaufwendiger Pflege aus Gründen der Leistungsabrechnung gehen soll, oder im Sinne der Weiterentwicklung und Professionalisierung der Pflege um den rehabilitativen Gedanken, welcher bereits im Akutkrankenhaus beginnt und in den therapeutischen Leistungskatalogen abgebildet wird. Mit diesem Positionspapier vertreten wir den Standpunkt, dass therapeutische Pflege aus den genannten Gründen nicht mit hochaufwendiger Pflege verknüpft, sondern neben ihr bestehen bleiben sollte.

Literatur

Arbeitskreis Neurologischer Kliniken in Bayern und Arbeitskreis neurologischer Kliniken in Thüringen (2007): Katalog der therapeutischen Pflege (KtP) in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (Phase B). Entstanden in Zusammenarbeit mit dem MDK Bayern. 07.08.2007. http://www.vpka-bw.de/cms/fileadmin/sonstige%20pdf/Pflegedoku_Bayern_Th%FCrtingen2.pdf.

Baur, G. (2009): Pflegekomplexmaßnahmenscores. Präsentation im Rahmen der Fortbildungsveranstaltung des VdP Schwaben e.V. am 03.12.2009. <http://www.balk-bayern.de/Archiv/archiv.html>. Stand 21.10.2011.

Behrens J. (2009): Rehabilitierende Pflege – in Verantwortung für ihre Wirkungen in: Blumenthal W., Schliehe F., Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e. V. DVfR Heidelberg S. 287-296 (10).

Behrens J., Zimmermann M., (2006): Assessment: Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit – Konzept und Forschungsperspektiven in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Band 39, 1/24 (1)*.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (1999): Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. Frankfurt a. Main.

Deutsches Institut für Medizinische Information und Dokumentation (DIMDI) (2011): Pflegekomplexmaßnahmen-Scores. OPS-Version 2011. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/prozeduren/ops301/opshtml2011/zusatz-additionalinfo.htm>.

Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen. Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) (2011): § 4 Abs. 10. Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009. <http://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/4.html>. Stand: 28.07.2011.

Lautenschläger, S. (2011a): Therapeutische Pflege in der neurologischen Frührehabilitation. Präsentation. Symposium BDH-Klinik Elzach am 08.10.2011: Aktuelle Aspekte der neurologischen Frührehabilitation.

Lautenschläger, S. (2011b): Therapeutische Pflege in der neurologischen Frührehabilitation. Die Entwicklung einer Theorie zur therapeutischen Pflege in der neurologischen Frührehabilitation anhand der Methodologie der Grounded Theory. Therapeutische Pflege in der Phase B der neurologischen Frührehabilitation. Unveröffentlichte Masterthesis.

Schröder, L. & Wieteck, P. (2010): Pflege im DRG System. Mit PKMS erlösrelevant abrechnen. In: Deutscher Pflegerat (Hrsg.), Pflegepositionen. Beilage in Heilberufe, 4, 2010.

Wieteck, P. (2011): Handbuch 2011 für PKMS und PPR-A4 und OPS 9-20. Kassel: Recom Verlag.

Das Positionspapier wird von folgenden Organisationen und Verbänden unterstützt:

BDH Bundesverband Rehabilitation e.V.

Landesarbeitsgemeinschaft Neurorehabilitation Baden-Württemberg (LAG)

Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR)

Arbeitsgemeinschaft Teilhabe, Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach Schädelhirnverletzung unter Schirmherrschaft der ZNS - Hannelore Kohl Stiftung

ZNS-Hannelore Kohl Stiftung

Korrespondenzadresse

Sindy Lautenschläger, BDH-Klinik Elzach, Am Tannwald 1, 79215 Elzach

E-Mail: clautenschlaeger@neuroklinik-elzach.de