



# PLÄDOYER FÜR DEN LEISTUNGSBEREICHEN ENTSPRECHENDE LEISTUNGSKATALOGE IN DER PFLEGE

von Sindy Lautenschläger<sup>1</sup>, Ursula Immenschuh<sup>2</sup>, Claus-W. Wallesch<sup>3</sup>, Johann Behrens<sup>4</sup>

<sup>1</sup> BDH Bundesverband Rehabilitation e.V.

<sup>2</sup> Katholische Hochschule Freiburg

<sup>3</sup> BDH-Klinik Elzach

<sup>4</sup> Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihnen enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Redaktionsschluß: 24.04.2012

## IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens und Jun.-Prof. Dr. rer. medic. Gero Langer  
Redaktion & Gestaltung: Jun.-Prof. Dr. Gero Langer & René Reichstein

### Kontakt:

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft · German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 8 · D-06112 Halle (Saale)  
Telefon 0345 557-4454 · Telefax 0345 557-4485 · E-Mail [gero.langer@medizin.unihalle.de](mailto:gero.langer@medizin.unihalle.de)  
Website <https://www.medicin.uni-halle.de/index.php?id=562>

ISSN 1610-7268

Alle Rechte vorbehalten.

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

## Inhalt

1 Hintergrund und Entstehung.....	6
1.1 »Hochaufwendige Pflege« und »Pflegekomplesmaßnahmenscore« (PKMS).....	6
1.2 »Therapeutische Pflege« und »Therapeutische Leistungskataloge« .....	6
1.3 Synthese.....	7
2 Definitionen .....	8
2.1 »Hochaufwendige Pflege« .....	8
2.2 »Therapeutische Pflege«.....	8
2.3 Synthese.....	9
3 Pflegeaufwand vs. Pflege als Therapie .....	9
4 Theoretische Grundlage.....	10
4.1 »Hochaufwendige Pflege« .....	10
4.2 »Therapeutische Pflege«.....	10
4.3 Synthese.....	10
5 Inhalt/Struktur.....	11
5.1 »Hochaufwendige Pflege« und »PKMS« .....	11
5.2 »Therapeutische Pflege« und »Therapeutische Leistungskataloge« .....	11
5.3 Synthese.....	11
6 Schlussfolgerung und Position .....	12
Literaturverzeichnis .....	13

## Abstract

A comprehensive case system requires an economical determination of the employment of resources in the provision of services. For the first time in the history of care, systems are being developed to economically assess care-giving services. This is desirable since it takes into account that care-giving is the most personnel intensive service area in the health sector. At the same time, we consider it necessary, along with the economical assessment, to also describe the therapeutic features of care which are predominant in many contexts. This is, for example, the case in the catalogue of operations and procedures OPS in »activating therapeutic care« and the »therapeutic service catalogue« of geriatric and neurological early rehabilitation.

At present, there is a risk of the merging of cost of care volume intended purely for billing purposes (PKMS) and the description of therapeutic care services provided within a therapeutic team (OPS 8-550, 8-552, 8-559). This merging would be fatal, since the therapeutic, rehabilitative, and preventive use of care to maintain and restore abilities with the aim of self-determined participation, including independence, would be lost in favour of a purely economically motivated description of services in five service areas (personal hygiene, nutrition, excretions, movement/positioning/mobility/safety, communication).

### From the point of view of neurological care, this paper advocates:

- Care services should be described in service catalogues and be billable.
- The development, evaluation and modification of scientifically based individual service catalogues for various areas of care. This means that different service catalogues should exist for differing areas of care.
- Care in acute areas should be oriented to allow for participation and independence. This premise of therapeutic care is not represented in the PKMS. For this reason, the PKMS needs to be modified on the basis of scientific care.
- Therapeutic service catalogues should also be further developed on a scientific care basis and, if necessary, modified and/or adapted to the differing service areas.

In the following paper, the differences between »extensive care« and »therapeutic care« are shown through comparison. The comparison is based on background indicators, differences in development, definition, theoretical basis, content and structure.

A short overview of the most important differences:

	»Extensive Care«	»Therapeutic Care«
<b>Background</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• developed with PKMS and PPR-A4 from PPR-A3</li><li>• instrument for service billing</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• developed differentially from experience in therapeutic services</li><li>• instrument originated in practice</li></ul>
<b>Definition</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• »complete take over« of care functions in the areas of personal hygiene, nutrition, excretions, movement and/or communication</li><li>• fundamental rehabilitative idea is not present</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• interactive process between caregiver, patient and family members</li><li>• focus is on patient individuality</li><li>• guiding of actions, to increase perception of these</li><li>• initiation and training of every day activities</li></ul>

	»Extensive Care«	»Therapeutic Care«
<b>Theoretical Basis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• not based on any scientific care theory</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aim is maximum degree of participation in society</li> <li>• based on the theory of Orem, as well as on the theory of participation as goal of care and therapy as expressed in SGB IX (and others)</li> </ul>
<b>Content/Structure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• describes extensive care in only 5 service area</li> <li>• less differentiation</li> <li>• function based</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• describes differential services in early rehabilitation</li> <li>• fundamental rehabilitative idea is clearly present</li> </ul>

### Keywords

- position paper
- extensive care
- therapeutic care
- therapeutic service catalogues
- nursing service catalogues

### Zusammenfassung

Ein Fallpauschalsystem 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 zum Beispiel im Katalog der Operationen und Prozeduren OPS bei der »aktivierend-therapeutischen Pflege« und der »Therapeutischen Leistungskataloge« 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 therapeutisch-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 gegebenenfalls zu modifizieren beziehungsweise 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 wichtigste Unterschiede:

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

## Stichworte

- Positionspapier
- therapeutische Pflege
- pflegerische Leistungskataloge
- hochaufwendige Pflege
- therapeutische Leistungskataloge

## Über die Autoren

Sindy Lautenschläger, Master of Science, geboren 1981, ist Gesundheits- und Krankenpflegerin. Ab 2003 war sie sieben Jahre als Gesundheits- und Krankenpflegerin in der Dialyse und im Bereich Traumatologie/Orthopädie tätig. 2009 schloss sie das Bachelorstudium der Pflegepädagogik an der Katholischen Hochschule Freiburg und 2011 das Masterstudium der Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg ab. Gegenwärtig arbeitet sie für den BDH Bundesverband Rehabilitation e.V., von dem sie ein Promotionsstipendium erhalten hat, und ist seit 2010 Doktorandin im Bereich Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Prof. Dr. Ursula Immenschuh, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Fachausbildung Gemeindepflege, Lehrerin für Pflegeberufe, Master of Science by Research in Nursing, seit 2003 PhD (beides an der University of Edinburgh), geboren 1964, seit 2004 Professorin für Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft an der Katholischen Hochschule Freiburg, Scholar der European Academy of Nursing Science (EANS), Vorsitzende des Verwaltungsrates der Katholischen Sozialstation Freiburg.

Prof. Dr. med. habil. Claus-Werner Wallesch, Studium der Humanmedizin in Mainz, Mannheim, London und Düsseldorf, Approbation 1978. Promotion über hirnverletzte Kinder und Jugendliche. Facharztweiterbildung Neurologie in Ulm und Freiburg. Facharztanerkennung 1985. Habilitation für Neurologie und Klinische Neuropsychologie 1985 mit einer Arbeit über die Repräsentation höherer Hirnleistungen. Heisenbergstipendium 1986-1990, danach C2-Oberarzt an der Neurologischen Universitätsklinik Freiburg. 1992 Stiftungsprofessur der Hermann- und Lilly-Schilling-Stiftung, 1994 – 2008 Direktor der Neurologischen Universitätsklinik Magdeburg, seit 2008 Ärztlicher Direktor der BDH-Klinik Elzach.

Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens, Diplom Soziologe, Dr. phil. (Frankfurt a. M.), habilitierter Sozialökonom (Bochum), geboren 1949, ist seit 1982 bis heute ehrenamtlicher Vorstand des gemeinnützigen Institutes für Supervision, Institutionsberatung und Sozialforschung in Frankfurt. Seit 1998 Professor und Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft und des German Center for Evidence-based Nursing der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und Sprecher des Pflegeforschungsverbundes Mitte-Süd. 1988-1999 Gründungsmitglied und Projektleiter im SFB 186 »Statuspassagen und Risikolagen im Lebenslauf« der DFG sowie Gründungsmitglied des Zentrums für Sozialpolitik, Abt. »Arbeits- und Sozialmedizin, Gesundheitspolitik« an der Universität Bremen.

# 1 Hintergrund und Entstehung

## 1.1 »Hochaufwendige Pflege« und »Pflegekomplexmaßnahmenscore« (PKMS)

Die Reduzierung des Pflegepersonals um circa 13% in den vergangenen Jahren wird mit dem Aussetzen der Pflegepersonalregelung (PPR) in Verbindung gebracht. Diese Entwicklung sei 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 zuzuordnen. 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 beziehungsweise 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. Aufgrund dessen, dass es noch keine genauere Begriffsbestimmung »pflegetherapeutischer Maßnahmen« gab, hat 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 (KTL<sup>1</sup>, FRP-Katalog<sup>2</sup>, AKpL<sup>3</sup>, Elzacher Leistungskatalog<sup>4</sup>).

### 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 Einstellung und Haltung 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.

---

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

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

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

<sup>4</sup> 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.

## 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), der World Health Organization (WHO) und der ICF<sup>5</sup> gefordert und im therapeutischen Team in der Rehabilitation umgesetzt wird. Dieser spiegelt aber die notwendige Haltung und Einstellung der Pflegekräfte wieder, 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 dient der Leistungsabrechnung hochaufwendiger Pflege und im Gegensatz dazu wird durch Inhalt und Ausgestaltung der therapeutischen Pflege der rehabilitative Gedanke deutlich.

## 3 Pflegeaufwand vs. Pflege als Therapie

Der PKMS sollte ursprünglich der Abbildung aufwendiger Pflege im Operationen-Prozeduren-Schlüssel (OPS) dienen, um die Abbildung hoch pflegebedürftiger Patienten im DRG-System in schweregradpartitionierten DRGs zu verbessern. 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 13-tägigen Behandlung) auf 362 und mehr Aufwandspunkte angehoben (dies entspricht einer mehr als 28-tägigen Behandlung). Dadurch kommt es zu Interferenzen zu frührehabilitativen Interventionen, die im DRG-System durch die OPS 8-550 (geriatriische 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, zum Beispiel wöchentliche Teambesprechungen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Dokumentationsziele. Die frührehabilitativen Komplexbehandlungen führen in eigenständige DRGs. Aus dem Gesagten ergibt sich, dass sich 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 und sich unter einem therapeutischen Gesamtkonzept im Sinne der ICF-Orientierung grundlegend unterscheiden und damit einer Zusammenführung beider Begrifflichkeiten widersprechen.

---

<sup>5</sup> 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).

Es gibt keine pflegewissenschaftliche Theorie, welche als Basis zur Fundierung des PKMS herangezogen wurde.

### 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 Pflgetheorie 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 Pflgetheorie 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). Pflge-therapeutische 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 pflegetherapeutische Tätigkeiten beschrieben und definiert.<sup>6</sup> 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 zusammen addiert mit den Minuten, welche durch die Therapeuten erbracht werden. Werden dabei 300 Therapieminuten 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.

---

<sup>6</sup> 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 sie sich mit dem Gedanken der hochaufwendigen Pflege lediglich aus Gründen der Leistungsabrechnung befassen möchte, oder im Sinne der Weiterentwicklung mit dem rehabilitativen Gedanken, welcher bereits im Akutkrankenhaus beginnen sollte. 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.

### **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

Deutscher Pflegerat (DPR)

### **Korrespondenzadresse**

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

E-Mail: [sindy.lautenschlaeger@neuroklinik-elzach.de](mailto:sindy.lautenschlaeger@neuroklinik-elzach.de)

## Literaturverzeichnis

- 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.enzensberg.de/se\\_data/\\_filebank/pdf/ktp\\_katalog.pdf](http://www.enzensberg.de/se_data/_filebank/pdf/ktp_katalog.pdf) [Stand: 24.04.2012]
- Baur, G. (2009). *Pflegekomplexmaßnahmenscores*. Präsentation im Rahmen der Fortbildungsveranstaltung des VdP Schwaben e.V. am 03.12.2009. [http://www.balk-bayern.de/Pflegekomplexmassnahmenscore\\_PKMS\\_Baur.pdf](http://www.balk-bayern.de/Pflegekomplexmassnahmenscore_PKMS_Baur.pdf). [Stand: 02.04.2012].
- 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.
- Behrens J., Zimmermann M., (2006). Assessment: Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit – Konzept und Forschungsperspektiven, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39 (3), 165-172.
- 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> [Stand. 02.04.2012]
- Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) (2011). *Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen*. § 4 Abs. 10. Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009. <http://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/BJNR142200002.html> [Stand: 02.04.2012].
- 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.