

Entwicklung eines Kataloges pflegetherapeutischer Maßnahmen in der neurologischen Frührehabilitation (Phase B)

Th. Hagen¹, H. Bennefeld², V. Diepolder³, I. Haase³, O. Leidner⁴, W. Miosge⁵, G. Pfeiffer⁶, J. Wißler⁷

¹MDK Bayern, Bad Kissingen, ²Heinrich Mann Klinik, Bad Liebenstein, ³m&i-Klinikgruppe Enzensberg, Hopfen am See, ⁴Moritz-Klinik, Bad Klosterlausnitz, ⁵MEDIAN-Klinik, Bad Tennstedt, ⁶m&i-Fachklinik Bad Liebenstein, ⁷Neurologische Klinik Bad Aibling

Zusammenfassung

Der Operationsschlüssel (OPS) 8-552 für neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation fordert die Erbringung einer definierten Menge an Therapieleistungen. Eine genaue Definition der in diesem Zusammenhang wichtigen therapeutischen Pflege fehlte jedoch bisher. Die Arbeitskreise Neurologischer Kliniken in Bayern und Thüringen haben deshalb einen Katalog der pflegetherapeutischen Maßnahmen in der neurologischen Frührehabilitation erarbeitet und mit dem MDK Bayern abgestimmt. Der Katalog wird im folgenden Beitrag vorgestellt. Als technische Unterstützung bei der Dokumentation von durchschnittlichen Pflegezeitpunkten kann er helfen, notwendigen Dokumentationsaufwand auf ein sinnvolles Maß zu beschränken.

Schlüsselwörter: G-DRG, neurologische/neurochirurgische Frührehabilitation, therapeutische Pflege

Development of a catalogue of therapeutic care procedures in neurological early rehabilitation

Th. Hagen, H. Bennefeld, V. Diepolder, I. Haase, O. Leidner, W. Miosge, G. Pfeiffer, J. Wißler

Abstract

The procedure code (OPS) 8-552 specifying the Neurological-Neurosurgical Early Rehabilitation requires provision of well-defined therapeutic effort. Hitherto an exact definition of therapeutic care which is essential for the delimitation of the above-named OPS was lacking. Hence the research group of neurological clinics in Bavaria and Thuringia compiled a catalogue of therapeutic care procedures in Neurological Early Rehabilitation in accordance with the Bavarian Medical Review Board of the Statutory Health Insurance Funds (MDK Bayern). This catalogue is presented in the following article. Serving as a supportive template for the documentation of average care therapy times it helps reducing the amount of required documentation.

Key words: G-DRG, neurological/neurosurgical early rehabilitation, therapeutic care

© Hippocampus Verlag 2007

Hintergrund und Zielsetzung

In Deutschland werden bei neurologischen Krankheitsbildern – wie Schädel-Hirn-Trauma, intrakranieller Blutung, ischämischem Hirninfarkt, hypoxischem Hirnschaden oder Erkrankungen des peripheren Nervensystems – im Rahmen eines Phasenmodells abhängig vom Zustand des jeweiligen Patienten und seinen daraus ableitbaren akutmedizinischen und rehabilitativen Behandlungsnotwendigkeiten sechs unterschiedliche Phasen definiert [6]. Dies sind entsprechend dem Phasenmodell der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation die Akutbehandlung (Phase A), die in den meisten Bundesländern ebenfalls zum Akutbereich zählende Frührehabilitation (Phase B), zwei Phasen der me-

dizinischen Rehabilitation (Phasen C und D), nachgehende Leistungen und berufliche Rehabilitation (Phase E) und gegebenenfalls die Dauerpflege (Phase F).

Eine Frührehabilitationseinrichtung der Phase B nimmt Patienten nach schwerer Hirnschädigung auf, die nicht oder nur eingeschränkt kooperieren können. Dazu gehören auch bewusstlose Patienten oder Patienten im Wachkoma oder apallischen Syndrom. Weitere typische Merkmale sind höhere Pflegebedürftigkeit, Lähmungen und Gangstörungen, Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen sowie Orientierungsstörungen und Feinmotorikprobleme. Hauptziel dieser Behandlungsphase ist es, die Grundlage für eine weitere kooperative Mitarbeit am Rehabilitationsprozess zu schaffen. Dies erfordert ein eigenständiges Therapie-

konzept mit definierten therapeutischen und pflegetherapeutischen Maßnahmen zum frühestmöglichen Zeitpunkt nach eingetretener Hirnschädigung. Entsprechend den vielfältigen und schweren Funktionsstörungen müssen quantitativ ausreichende und qualitativ hochwertige Leistungen vorgehalten werden. Dazu gehören insbesondere: Physiotherapie, Ergotherapie, physikalische Therapie, Neuropsychologie, Logopädie, Schlucktherapie und therapeutische Pflege (z. B. Körperpflege, Anzieh-, Ess- und Konzentrationstraining). Darüber hinaus ist eine ständige Verlaufsbeurteilung erforderlich, um Veränderungen der Selbständigkeit bzw. der Hilfsbedürftigkeit des Patienten dokumentieren zu können.

Bisherige Erfahrungen zeigen, dass den auf diesem hohen Versorgungsniveau arbeitenden Einrichtungen dadurch Kosten von mehreren hundert Euro pro Tag entstehen, die je nach Funktionseinschränkung der Patienten und Möglichkeiten der Einrichtung erheblich differieren können. Da dieser Aufwand selbst innerhalb derselben Diagnosegruppe deutlich schwankt und medizinisch kaum vorhersehbar ist, ist die neurologische Frührehabilitation für eine Abbildung in einem diagnosebasierten Fallgruppensystem wie dem DRG-System ungeeignet. Diese Sicht bestätigt auch die international übliche Praxis, die neurologische Frührehabilitation außerhalb der DRG zu vergüten. Auch Australien, dessen AR-DRG Vorbild für die deutschen G-DRG sind, hat die neurologische Frührehabilitation nicht in den DRG abgebildet. In Deutschland wird dennoch versucht, Frührehabilitation im DRG-System abzubilden, da sie bereits während der Akutbehandlung beginnen soll.

Im Oktober 2004 wurde 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 über das offizielle Vorschlagsverfahren beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) eingereicht. Dieser Vorschlag ist – mit geringfügigen Modifizierungen – inzwischen als OPS 8-552 für neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in den Katalog aufgenommen worden. Mindestmerkmale für die Angabe dieses Codes sind demnach (OPS-Version 2007):

- Frühreha-Team unter Leitung eines Facharztes für Neurologie, Neurochirurgie, physikalische und rehabilitative Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie, der über eine mindestens dreijährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt
- Standardisiertes Frührehabilitations-Assessment zur Erfassung und Wertung der funktionellen Defizite in mindestens fünf Bereichen (Bewusstseinslage, Kommunikation, Kognition, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Verhalten, Emotion) zu Beginn der Behandlung. Der Patient hat einen Frührehabilitations-Barthel-Index nach *Schönle* [5] bis maximal 30 Punkte zu Beginn der Behandlung

- Wöchentliche Teambesprechungen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation
- Vorhandensein und Einsatz von folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie/Krankengymnastik, physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie/faziorale Therapie und/oder therapeutische Pflege (Waschtraining, Anziehtraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostomamanagement, isolierungspflichtige Maßnahmen u. a.) in patientenbezogen unterschiedlichen Kombinationen von mindestens 300 Minuten täglich im Durchschnitt der Behandlungsdauer der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation

Als noch nicht hinreichend definiert erwies sich in dieser Aufzählung die therapeutische Pflege. Zwar sind im neuen OPS-Schlüssel 8-552 mit Waschtraining, Anziehtraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining und Schlucktraining einige Beispiele genannt. Eine genauere Begriffsbestimmung »therapeutische Pflege«, deren Abgrenzung zur Grundpflege und Angaben zum jeweils anrechenbaren zeitlichen Aufwand in Abhängigkeit von unterschiedlich starken Funktionsstörungen der neurologischen Patienten fehlen jedoch.

Die einrichtungsübergreifenden Arbeitskreise »Neurologische Kliniken in Bayern« und »Neurologische Kliniken in Thüringen« haben sich deshalb zum Ziel gesetzt, die »therapeutische Pflege« inhaltlich zu präzisieren und einen Katalog der pflegetherapeutischen Maßnahmen in der neurologischen Frührehabilitation der Phase B zu erstellen. Er soll auch als Hilfestellung bei der Bewertung pflegetherapeutischer Leistungen dienen.

Vorgehensweise

Eine minutengenaue Erfassung der pflegetherapeutischen Leistungen für jeden einzelnen Patienten wäre im Routinebetrieb allenfalls unter Einsatz avancierter und bislang nicht erprobter elektronischer Zeiterfassungssysteme denkbar. Deshalb sollten in dem Katalog realistische Zeiten für die einzelnen Pflegemaßnahmen hinterlegt werden.

Empirische Basis für die Erstellung des Kataloges pflegetherapeutischer Maßnahmen waren explorative Voruntersuchungen des Zeitaufwands in einigen der beteiligten neurologischen Kliniken. Art und zeitlicher Umfang der Leistungen wurden auf einem ersten provisorischen Dokumentationsformular festgehalten, das sich an bestehenden Pflegedokumentationsrichtlinien und -systemen orientierte. Auf der Basis der Ergebnisse dieser Dokumentation wurde eine erste Version des Katalogs erstellt und als Diskussionsgrundlage im Januar 2005 erstmals in den Arbeitskreisen Neurologischer Kliniken in Bayern und Thüringen zur Diskussion gestellt. Am 2.11.2005 haben sich

die Schleswig-Holsteiner Frührehabilitationseinrichtungen und die Kliniken der Wicker-Gruppe einstimmig dazu entschlossen, den Katalog ebenfalls zu verwenden und in dem Arbeitskreis mitzuarbeiten.

Den Arbeitskreisen gehören Chefärzte, Pflegedienstleitungen und Stationsleitungen (Phase-B-Stationen) sowie zwei Vertreter der Zentrale der m&i-Klinikgruppe Enzensberg an.

Nach Durchführung eines insgesamt fünfstufigen nicht-formalisierten Konsensusverfahrens mit zwischenzeitlicher Praxiserprobung der jeweils aktuellen Katalogentwürfe wurde die endgültige Fassung von den Beteiligten am 8. Juni 2005 verabschiedet. 2006 entstand in Zusammenarbeit mit dem MDK Bayern eine überarbeitete Fassung, die als Begutachtungsgrundlage für den MDK angedacht ist.

Ergebnis

Der von den Arbeitskreisen erstellte Katalog pflegetherapeutischer Maßnahmen unterscheidet 14 Hauptbereiche, die sich zum Teil weiter in spezielle Maßnahmen (Untergruppen) unterteilen lassen (s. Anhang).

Für jede einzelne aufgelistete pflegetherapeutische Maßnahme ist der anrechenbare Zeitaufwand angegeben (z. B. 10 Minuten für das Toilettentraining). Darüber hinaus enthält die Darstellung eine kurze Erläuterung (z. B. »Training des Patienten bzgl. des eigenständigen Toilettenganges inkl. Transfer«) und eine Zielangabe (z. B. »Unterstützung bei der Erlangung des eigenständigen Toilettenganges«). Leistungen, die das vorgegebene Zeitraster mehrfach überschreiten, dürfen auch mehrfach dokumentiert werden.

In einigen Bereichen (Körperpflege, Ernährung, Lagerung und Mobilität) werden die pflegetherapeutischen Maßnahmen nach dem Ausmaß der notwendigen Hilfestellung in drei Stufen unterschieden, da der Unterstützungsbedarf der Patienten je nach dem Grad ihrer Selbständigkeit in diesen Bereichen stark differieren kann:

- Aktivierende vollkompensatorische Pflege­therapie (VK) kommt zur Anwendung, wenn der Patient gar nicht in der Lage ist, die Pflegehandlungen selbst auszuführen. Damit ist nicht die Leistungserbringung anstelle des kooperationsunfähigen Patienten gemeint, sondern die unter gezielter Anregung und Nutzung von Sinnesmodalitäten beginnenden motorischen und höheren zerebralen Funktionen des Patienten.
- Aktivierende teilkompensatorische Pflege­therapie (TK) greift, wenn der Patient teilweise selbständig ist, aber überwiegend noch der ergänzenden direkten Hilfe von mindestens einer Pflegekraft bedarf.
- Sind Patienten in den einzelnen Bereichen Körperpflege, Ernährung, Lagerung und Mobilität schon weitgehend unabhängig und bedürfen überwiegend nur noch der Anleitung, Kontrolle und/oder Beratung, so trifft die Kategorie »Anleitung/Begleitung (A)« zu.

Diskussion

Gute Ergebnisse der neurologischen Frührehabilitation erfordern qualitativ hochwertige Einrichtungen. Neurologische Langzeittherapie ist personal- und materialaufwendig. Nach Ansicht verschiedener Autoren wurde dies nach Einführung der deutschen »Diagnosis Related Groups« (G-DRG) zunächst nicht berücksichtigt [1–2, 4, 7]. Der tatsächliche Versorgungsaufwand war nicht in diagnoseabhängigen kostenhomogenen Gruppen abbildbar. Die an neurologischen Frühreha-Patienten erbrachten Leistungen lagen zudem weitestgehend außerhalb des Prozedurenkataloges OPS.

Die 2005 neu eingeführte zentrale OPS-Verschlüsselung 8-552 versucht nun den real notwendigen Aufwand der komplexen neurologischen Frührehabilitation besser widerzuspiegeln, als es bisher der Fall war. Unbeantwortet bleibt jedoch bisher die Frage, was unter »therapeutischer Pflege« als ein Mindestmerkmal des OPS 8-552 zu verstehen ist. Das Zusammenspiel von Therapie und Pflege ist in der neurologischen Frührehabilitation von essentieller Bedeutung. Die in der Therapie erreichten Fortschritte müssen im Pflegealltag umgesetzt und vorbereitet werden. Der Patient soll dazu geführt werden, einen immer größeren Anteil bei den Alltagsaktivitäten aus eigener Kraft und Planung heraus zu leisten. Die Definition therapeutischer Pflegeleistungen im vorgelegten Katalog des Arbeitskreises hilft, die Qualität der neurologischen Frührehabilitation zu beschreiben und zu sichern, unabhängig davon, ob eine Abbildbarkeit im DRG-System erreicht wird.

Die Erarbeitung des Kataloges enthält alle Elemente einer systematischen Entwicklung: Neben einer Sichtung vorhandener Pflege-Dokumentationssysteme und einer explorativen Basis-Erhebung zur Gewinnung von Orientierungspunkten zum pflegetherapeutischen Zeitaufwand wurde ein nicht-formales Konsensusverfahren mit Pflege-Experten aus verschiedenen neurologischen Einrichtungen durchgeführt. Diese aufwendige Feedback-Schleife mit den Stufen Katalogentwurf – Erprobung – Erfahrungsaustausch und Diskussion – Überarbeitung des Entwurfs etc. war notwendig, um bei unzureichender OPS-Ausgestaltung eine inhaltlich tragfähige Präzisierung zu erreichen, breite Akzeptanz zu erzeugen und die Implementierung vorzubereiten.

Der vorgelegte Katalog präzisiert den bisher nur unklar definierten Begriff der »therapeutischen Pflege« und führt nach Ansicht der Autoren damit zu einer Qualitätsverbesserung des OPS-Schlüssels 8-552 (neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation). Es wird dabei vorausgesetzt, dass sämtliche rehaspezifischen Pflegeinterventionen unter aktivierend-therapeutischen und anleitenden Grundsätzen durch Anwendung spezieller, anerkannter Pflegemethoden wie z. B. Affolter, Bobath, Kinästhetik oder Basale Stimulation stattfinden und dass die Leistungen durch besonders geschultes Personal, als Teil eines interdisziplinären Teams, nach einem multimodalen Ansatz erbracht werden. Damit werden nur Methoden, die zum Zeitpunkt der Katalogerar-

Teilnehmer am Konsensusverfahren

Am Konsensusverfahren waren neben den Autoren beteiligt (in alphabetischer Reihenfolge):

Mathilde Heger, Klinik Kipfenberg
Dr. Jochen Keute, Neurologisches Zentrum Bad Zwosten, Bad Wildungen
Rita Klein, Bezirkskrankenhaus Mainkofen, Deggendorf
Michael Kraft, Kiliani-Klinik Bad Windsheim
Dr. Michael Kutzner, Seegeberger Kliniken, Bad Segeberg
Gertraud Lippl, Bezirksklinikum Regensburg
Dr. Achim Nolte, HUMAINE Klinik Bad Geesthacht
Manfred Pochert, Neurologische Klinik Bad Staffelstein
Roswitha Prusseit, Klinikum am Europakanal, Erlangen
Bernd Radeke, m&i-Fachklinik Bad Heilbrunn
Ina Rathje, Neurologische Klinik Bad Neustadt an der Saale
PD Dr. Karsten Schepelmann, Ostseeklinik Damp
Ralf Schmidt, m&i-Fachklinik Herzogenaurach
Dr. Thomas Stamm, Westküstenklinikum Heide
Silvia Standfest, m&i-Fachklinik Enzensberg, Hopfen am See
Dr. Klaus Stecker, August-Bier-Klinik Bad Malente-Gremsmühlen
Dr. José Manuel Valdueza, Seegeberger Kliniken, Bad Segeberg
Bernd Weisensee, m&i-Fachklinik Ichenhausen
Dr. Friedrich-Karl von Wedel-Parlow, Therapiezentrum Middelburg, Süsel

beitung als gut, evaluiert und qualitätsgesichert gelten, in diesem Katalog berücksichtigt.

Der Katalog versucht also eine Abgrenzung der therapeutisch-aktivierenden Pflege von der Grundpflege, indem er den zusätzlichen Zeitverbrauch durch das instruierende, aktivierende und auf Übernahme autonomer Leistung gerichtete Vorgehen abbildet.

Es ist wichtig festzuhalten, dass der hier vorgestellte »Katalog der therapeutischen Pflege (KtP) in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (Phase B)« die fachspezifische Therapie durch geschulte Therapeuten (Physio-, Ergotherapie, Logopädie und Neuropsychologie etc.) nicht ersetzen kann. Die pflegetherapeutischen Leistungen dienen vielmehr der Umsetzung des therapeutischen Angebots in ein 24-Stunden-Konzept und einer Integration pflegetherapeutischer Leistungen in das therapeutische Konzept besonders in Hinblick auf die Aktivitäten des täglichen Lebens. Ob sich die neurologische Frührehabilitation im DRG-System überhaupt adäquat abbilden lässt, bleibt – unabhängig vom vorgestellten Katalog – eine offene Frage. Die Skepsis ist verbreitet und wird durch neuere Studien genährt. So hat eine Untersuchung auf Basis von über 1.000 neurologischen Rehafällen gezeigt, dass nur 3,8% der Kostenvarianz (Fallkosten) durch verschiedene Diagnosen erklärbar sind [3]. Da aber eine enge Korrelation von Diagnosen und Kosten Voraussetzung für eine erfolgreiche Abbildung im DRG-System ist, bestätigen die aktuellen Untersuchungen die Notwendigkeit, die neurologische Frührehabilitation aus dem G-DRG-System herauszunehmen. In medizinischen Indikationsbereichen wie der Psychosomatik hat man diesen Schritt schon sehr früh getan, obwohl die Korrelation zwischen Kostenunterschieden und Diagnosen in diesem Fachbereich sogar günstiger ist als in der neurolo-

gischen Frührehabilitation. Die Diskussion wird also weitergehen.

Dessen ungeachtet kann der vorliegende Katalog der pflegetherapeutischen Leistung den Kliniken helfen, Dokumentationspflichten mit angemessenem Aufwand gerecht zu werden.

Literatur

1. AG Neurologische Frührehabilitation in Niedersachsen und Bremen: Stellungnahme zum Referentenentwurf einer Verordnung zur Bestimmung »besonderer Einrichtungen«. *Neurol Rehabil* 2003; 9: 302-303
2. Hömberg V, Koenig E: Stellungnahme der DGNR zum Fallpauschalengesetz. *Neurol Rehabil* 2003; 9: 300-301
3. Ranneberg, J, Neubauer G: Entwicklung von Rehabilitationsbehandlungsguppen für die Neurologie: Bericht über den Ergebnisstand 2004. In: VDR (Hrsg): 14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitationsforschung in Deutschland – Stand und Perspektiven – vom 28. Februar bis 2. März 2005 in Hannover. Bad Homburg 2005, 169-171
4. Roeder N, Fiori W, Bunzemeier H et al.: G-DRG-System 2005: Was hat sich geändert? (III). Problembereiche und zusammenfassende Bewertung. *Krankenhaus* 2005; 97: 23-36
5. Schönle PW: Frühe Phasen der neurologischen Rehabilitation: Differentielle Schweregradbeurteilung bei Patienten in der Phase B (Frührehabilitation) und in der Phase C (Frühmobilisation/Postprimäre Rehabilitation) mit Hilfe des Frühreha-Barthel-Index (FRB). *Neurol Rehabil* 1996; 1: 21-25
6. Schupp W: Konzept einer zustands- und behinderungsangepassten Behandlungs- und Rehabilitationskette in der neurologischen und neurochirurgischen Versorgung in Deutschland (»Phasenmodell«). *Nervenarzt* 1995; 66: 907-914
7. Ziegler V, Soda H, Achner S, Kießecker U, Griewing B: Weiterentwicklung deutscher »Diagnosis Related Groups« (G-DRG) und Relativgewichte. Darstellung der Schlaganfallbehandlung in einem integrativen Versorgungssystem unter G-DRG-Bedingungen. *Akt Neurol* 2003; 30: 140-144

Interessenkonflikt:

Keine Angaben

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Thomas Hagen
 Reha-Grundsatzfragen, MDK Bayern
 Ludwigstr. 19
 97688 Bad Kissingen
 e-mail: thomas.hagen@mdk-bayern.de

Dr. phil. Ingo Haase
 Leiter des Arbeitsbereichs Forschung, Entwicklung und Qualitätssicherung
 m&i-Klinikgruppe Enzensberg
 Höhenstr. 56
 87629 Hopfen am See
 e-mail: ingo.haase@enzensberg.de

Anhang: Katalog der therapeutischen Pflege (KtP) in der neurologisch / neurochirurgischen Frührehabilitation (Phase B)

| Training der Körperpflege | | Min. | Min. | | Min. | |
|---|---|------|--|----|---|----|
| | Aktivierende, vollkompensatorische Pflegetherapie | | Aktivierende, teilkompensatorische Pflegetherapie | | Anleitung / Begleitung | |
| Wachstraining komplett | Übernahme durch Pflegekraft Führen bei einzelnen Tätigkeiten unter Einbeziehung der Ressourcen | 20 | Selbsthilfetraining bei überwiegender Übernahme durch Pflegekraft Führen bei einzelnen Tätigkeiten Aktivierung von Ressourcen | 25 | Anleitung mit Teilübernahme geringfügige Hilfestellungen und Kontrolle durch Pflegekraft Überwiegend selbständig durch Patienten Aktivierung und Nutzung vorhandener Ressourcen | 15 |
| | Ziel: Verbesserung der Selbständigkeit beim Waschen und der Wahrnehmung, z. B. durch die beruhigende Ganzkörperwaschung: Waschung mit der Haarwuchsrichtung, Wassertemperatur ist 10° C über der Körpertemperatur die belebende Ganzkörperwaschung: Waschung gegen der Haarwuchsrichtung, Wassertemperatur ist 10° C unter der Körpertemperatur | | | | | |
| Wachstraining inkomplett | Übernahme durch Pflegekraft Führen bei einzelnen Tätigkeiten unter Einbeziehung der Ressourcen | 10 | Selbsthilfetraining bei überwiegender Übernahme durch Pflegekraft Führen bei einzelnen Tätigkeiten Aktivierung von Ressourcen | 10 | Anleitung mit Teilübernahme geringfügige Hilfestellungen und Kontrolle durch Pflegekraft Überwiegend selbständig durch Patienten | 10 |
| | Ziel: Verbesserung der Selbständigkeit beim Waschen und der Wahrnehmung, z. B. durch die beruhigende Ganzkörperwaschung: Waschung mit der Haarwuchsrichtung, Wassertemperatur ist 10° C über der Körpertemperatur die belebende Ganzkörperwaschung: Waschung gegen der Haarwuchsrichtung, Wassertemperatur ist 10° C unter der Körpertemperatur | | | | | |
| Duschen oder Baden | Übernahme durch Pflegekraft Führen bei einzelnen Tätigkeiten unter Einbeziehung der Ressourcen | 20 | Selbsthilfetraining bei überwiegender Übernahme durch Pflegekraft Führen bei einzelnen Tätigkeiten Aktivierung von Ressourcen | 25 | Anleitung mit Teilübernahme geringfügige Hilfestellungen und Kontrolle durch Pflegekraft Überwiegend selbständig durch Patienten Aktivierung und Nutzung vorhandener Ressourcen | 10 |
| | Ziel: Verbesserung der Selbständigkeit beim Duschen/Baden und der Wahrnehmung, z. B. gewaschen wird in ruhigen, fließenden, ausstreichenden Bewegungen, den Körperformen des Patienten gefolgt und nach- bzw. herausmodelliert. Während der Waschung wird mit dem Patienten nicht gesprochen, außer dies hat einen therapeutischen Hintergrund (z. B. Sprachförderung bei Aphasie-Patienten). | | | | | |
| Mundpflege | Übernahme durch Pflegekraft Führen bei einzelnen Tätigkeiten unter Einbeziehung der Ressourcen | 5 | Selbsthilfetraining bei überwiegender Übernahme durch Pflegekraft | 5 | Unter Anleitung bei überwiegender Selbständigkeit Überwachung der Mundhygiene | 5 |
| | Ziel: Verbesserung der Selbständigkeit bei der Mundpflege und der Wahrnehmung, z. B. Einleitung der Mundpflege durch Einstreichen der Lippen mit einer wohlschmeckenden Flüssigkeit Danach sorgfältiges Auswischen der Mundhöhle, Wangentaschen, Zahnreihen, Gaumenbereich sowie der Zunge, beginnend von hinten nach vorne | | | | | |
| Persönliche Pflege | Übernahme durch Pflegekraft Führen bei einzelnen Tätigkeiten unter Einbeziehung der Ressourcen Einzelleistungen z. B. • Haare kämmen und Frisur • Rasur | 5 | Selbsthilfetraining bei überwiegender Übernahme durch Pflegekraft Einzelleistungen z. B. • Haare kämmen und Frisur • Rasur | 5 | Unter Anleitung bei überwiegender Selbständigkeit Einzelleistungen z. B. • Haare kämmen und Frisur • Rasur | 5 |
| | Ziel: Verbesserung der Selbständigkeit in der persönlichen Pflege und der Wahrnehmung, z. B. durch den Einsatz patienteneigener Hygieneartikel unter Beibehaltung gewohnter Selbstpflegemaßnahmen | | | | | |
| An- oder Auszieh- training komplett | Übernahme durch Pflegekraft Führen bei einzelnen Tätigkeiten unter Einbeziehung der Ressourcen | 10 | Selbsthilfetraining bei überwiegender Übernahme durch Pflegekraft Aktivierung und Nutzen von Ressourcen | 10 | Aktive Mithilfe des Patienten beim An- und Ausziehen Aktivierung und Nutzen von vorhandenen Ressourcen Überwachungsfunktion der Pflegekraft bis hin zu kleinen Hilfestellungen Sicherheit geben | 10 |
| | Ziel: Wiedererlangung der weitestgehenden Selbständigkeit im Alltag, z. B. durch Anbahnen von selektiven Bewegungen / Erlernen von Kompensationsstrategien beim An- und Auskleiden durch Anleiten und Führen | | | | | |
| An- oder Auszieh- training inkomplett (nur einzelne Klei- dungsstücke) | Übernahme durch Pflegekraft Führen bei einzelnen Tätigkeiten unter Einbeziehung der Ressourcen | 5 | Selbsthilfetraining bei überwiegender Übernahme durch Pflegekraft Aktivierung von Ressourcen | 5 | Aktive Mithilfe des Patienten beim An- und Ausziehen Aktivierung und Nutzen von vorhandenen Ressourcen Überwachungsfunktion der Pflegekraft bis hin zu kleinen Hilfestellungen Sicherheit geben | 5 |
| | Ziel: Wiedererlangung der weitestgehenden Selbständigkeit im Alltag, z. B. durch Anbahnen von selektiven Bewegungen / Erlernen von Kompensationsstrategien beim An- und Auskleiden durch Anleiten und Führen | | | | | |

| Kontinenztraining | | Min. |
|---|--|------|
| <p>Training des Patienten bzgl. der Verlängerung der Miktionsintervalle und der Unterdrückung von Inkontinenz, um eine Vergrößerung der Blasenkapazität zu erreichen, sowie Mithilfe bei der Führung von Miktionsplänen</p> <p>Triggern der Blase</p> <p>Training des Patienten im Umgang mit dem intermittierenden Selbstkatheterismus</p> <p>Kolonmassage durch geschultes Personal</p> | | 5 |
| <p>Ziel: Patient nimmt Blasenfüllung und Harndrang wahr und kann willkürlich Wasser lassen, z. B. durch (siehe oben Einzelleistungen)</p> | | |
| Toilettentraining | | Min. |
| <p>Training des Patienten bzgl. des eigenständigen Toilettenganges (inkl. Transfer)</p> | | 10 |
| <p>Ziel: Unterstützung bei der Erlangung des eigenständigen Toilettenganges</p> | | |

| Ernährung | Min. | Min. | Min. | | | |
|---|---|------|---|----|--|----|
| | Aktivierende, vollkompensatorische Pflegetherapie | | Anleitung / Begleitung | | | |
| Esstraining ohne Kau- /Schluckstörung | <p>Übernahme der Vorbereitung des Patienten / richtige Körperhaltung → Rumpf- und Kopfkontrolle</p> <p>Übernahme der individuellen Auswahl der Nahrung und Hilfsmittel (abgerundete Löffel/Griffverdickung, rutschfeste Unterlage etc.)</p> <p>Übernahme des Herrichtens durch Pflegekraft</p> <p>Führen beim Essen und Trinken durch Pflegekraft</p> <p>Soziale Integration beim Essen</p> | 15 | <p>Überwiegende Übernahme der Vorbereitung des Patienten / richtige Körperhaltung → Rumpf- und Kopfkontrolle</p> <p>Überwiegende Übernahme der individuellen Auswahl der Nahrung und Hilfsmittel (abgerundete Löffel / Griffverdickung / rutschfeste Unterlage etc.)</p> <p>Überwiegende Übernahme des Herrichtens durch Pflegekraft</p> <p>Überwiegendes Führen beim Essen und Trinken durch Pflegekraft</p> <p>Soziale Integration beim Essen</p> | 20 | <p>Anleitung / Beaufsichtigung zur Vorbereitung des Patienten / richtige Körperhaltung → Rumpf- und Kopfkontrolle</p> <p>Anleitung/Beaufsichtigung zur individuellen Auswahl der Nahrung und Hilfsmittel (abgerundete Löffel / Griffverdickung / rutschfeste Unterlage etc.)</p> <p>Anleitung / Beaufsichtigung, ggf. geringfügige Hilfestellung beim Herrichten des Essens</p> <p>Sicherheit geben bei der Nahrungsaufnahme / Essensbegleitung</p> <p>Soziale Integration beim Essen</p> | 10 |
| <p>Ziel: Wiedererlangung der weitestgehenden Selbständigkeit im Alltag, z. B. Anbahnen von selektiven Bewegungen / Erlernen von Kompensationsstrategien bei der Nahrungsaufnahme durch Anleiten und Führen</p> | | | | | | |
| Esstraining mit Kau- /Schluckstörung | | | <p>Überwiegende Übernahme der Vorbereitung des Patienten / richtige Körperhaltung → Rumpf- und Kopfkontrolle</p> <p>Überwiegende Übernahme der individuellen Auswahl der Nahrung und Hilfsmittel (Dysphagiekost / abgerundete Löffel / Griffverdickung / rutschfeste Unterlage etc.)</p> <p>Überwiegende Übernahme des Herrichtens durch Pflegekraft</p> <p>Überwiegendes Führen beim Essen und Trinken durch Pflegekraft</p> <p>Kontrollierte Nahrungsaufnahme</p> | 25 | <p>Anleitung / Beaufsichtigung zur Vorbereitung des Patienten / richtige Körperhaltung → Rumpf- und Kopfkontrolle</p> <p>Anleitung/Beaufsichtigung zur individuellen Auswahl der Nahrung und Hilfsmittel (Dysphagiekost / abgerundete Löffel / Griffverdickung / rutschfeste Unterlage etc.)</p> <p>Anleitung / Beaufsichtigung, ggf. geringfügige Hilfestellung beim Herrichten des Essens</p> <p>Anleitung/Beaufsichtigung bei der Nahrungsaufnahme / Essensbegleitung</p> <p>Kontrollierte Nahrungsaufnahme</p> | 15 |
| <p>Ziel: Sichere, ausreichende und selbständige Nahrungsaufnahme auf möglichst physiologische Weise, z.B. durch Unterstützung des Schluckaktes mittels Kieferkontrollgriffes</p> | | | | | | |
| FOTT-Einzeltraining | | | | | 20 | |
| <p>Ziel: Anbahnung willkürlicher oro- facialer Bewegungen, z.B. durch taktile, thermale und gustatorische Stimulation</p> | | | | | | |

| Therapeutische Lagerung und Mobilität | | Min. | Min. | Min. | | |
|--|---|------|--|-------------------------------|--|----|
| | Aktivierende, vollkompensatorische Pflege­therapie | | Aktivierende, teilkompensatorische Pflege­therapie | Anleitung / Begleitung | | |
| Mobilisation im Bett | Übernahme durch Pflegekraft unter Einbeziehung der Ressourcen | 10 | Überwiegende Übernahme der Pflegekraft unter Einbeziehung der Ressourcen | 10 | Unterstützung, Anleitung durch Pflegekraft | 10 |
| Ziel: Aktivierende Bewegungsübungen am Patienten zur Erreichung einer verstärkten Übernahme von Eigenaktivität durch den Patienten | | | | | | |
| Therapeutische Lagerungstechniken | Übernahme durch Pflegekraft unter Einbeziehung der Ressourcen | 10 | Überwiegende Übernahme der Pflegekraft unter Einbeziehung der Ressourcen | 10 | Unterstützung, Anleitung durch Pflegekraft, weitgehend selbständige Lagerung durch Patienten | 5 |
| Ziel: z.B. Förderung der Körperwahrnehmung durch Nestlagerung | | | | | | |
| Therapeutischer Transfer | Übernahme durch Pflegekraft unter Einbeziehung der Ressourcen | 5 | Überwiegende Übernahme der Pflegekraft unter Einbeziehung der Ressourcen | 5 | Unterstützung / Anleitung, Beaufsichtigung unter Ausnutzen der Ressourcen | 5 |
| Ziel: Wiedererlangen des selbständigen Transfers unter physiologischen Gesichtspunkten, z.B. durch einen tiefen Transfer | | | | | | |

| Nachstehendes basales Training der Aktivität und Fortführung der fachtherapeutischen Therapiemaßnahmen | | Min. |
|--|--|------|
| Gehübungen | | 5 |
| Ziel: Stabilisieren von physiologischen Bewegungen, z. B. durch aktivierendes Bewegen und Kontrollieren der Bewegung des Patienten | | |
| Stehübungen | | 15 |
| Ziel: Vertikalisierung des Patienten zur Förderung der Körperwahrnehmung, z. B. durch Übernahme des Patienten auf ein Stehbrett | | |
| Bewegungstrainer | | 10 |
| Ziel: Stabilisieren von physiologischen Bewegungen, z. B. durch Einsatz eines Motomeds (Bettfahrrad), Adaption an die wechselnden Fähigkeiten des Patienten, Überwachen der Therapie | | |
| Sturzprophylaxe | | 5 |
| Ziel: Patient vor Folgeschäden bewahren, z. B. durch Errichten eines geschützten Bettplatzes (Matratzenlager) am Boden des Patientenzimmers anstelle des Patientenbettes | | |

| Fortführung und Unterstützung des Trainings der kognitiven und emotionalen Aktivitäten in Abstimmung mit dem therapeutischen Team | | Min. |
|---|--|------|
| Orientierungs­training | | 5 |
| Ziel: Der in seiner räumlichen und zeitlichen Orientierung gestörte Patient erlernt Methoden, mit seinen Defiziten umzugehen, z. B. durch eine individuelle Raum- und Bettplatzgestaltung mit Symbolen und Farben | | |
| Gedächtnis­training | | 5 |
| Ziel: bestmögliches Wiederherstellen der Gedächtnisfunktionen, z. B. durch Erlernen des Führens eines Gedächtnistagebuchs | | |
| Affektregulation | | 5 |
| Ziel: Der Patient lernt, seine Stimmungen und Impulse wieder selbst zu steuern, z. B. durch Methoden der Gesprächsführung, wie Widerspiegeln des Verhaltens und Erlernen von Abwehrstrategien | | |
| Motivation und Antrieb | | 5 |
| Ziel: Antriebssteigerung, Motivation zur Mitarbeit des Patienten, z. B. durch das Vereinbaren und Verfolgen gemeinsamer Ziele | | |

| Situative Krisenintervention | | Min. |
|--|---------------|------|
| | leichte Krise | 5 |
| | schwere Krise | 15 |
| Ziel: z. B. Patient aus einer negativen Stimmung herausführen durch Gewährung ausreichender Zeit, um seine Gefühle äußern zu können. | | |

| Basales Wahrnehmungstraining | | Min. |
|--|--|------|
| | z. B. Raum- und Zimmergestaltung, visuelle Wahrnehmung, auditive / vibratorische Wahrnehmung, somatisch / taktile Wahrnehmung, atemstimulierende Einreibung, olfaktorische Wahrnehmung (Aromaöle...) | 5 |
| Ziel: Förderung des Gefühls der Sicherheit durch das Setzen von beruhigenden und behütenden Reizen | | |

| Basales Kommunikationstraining | | Min. |
|---|--|------|
| | Anwenden individuell auf den Patienten abgestimmter logopädischer Kommunikationshilfen (Trainieren des Ja / Nein-Codes, Anwendung einer Buchstabentafel) | 5 |
| Ziel: Unterstützung der Kommunikationsfähigkeit | | |

| Angehörigenberatung / -schulung | | Min. |
|--|---|------|
| | Einzelleistungen z. B. <ul style="list-style-type: none"> ■ Trainieren von Transfers, Lagerungen ■ Einweisung in »Rooming in« ■ Schulung und Einweisung in den Hilfsmittelgebrauch | 15 |
| Ziel: Förderung der Selbsthilfekompetenz | | |

| Trachealkanülenmanagement durch geschultes Personal | | Min. |
|---|---|----------|
| Versorgung der Trachealkanüle (geblockt / ungeblockt) | Entsprechend dem individuellen Zeitaufwand | 10 |
| | z. B. Verbandswechsel, Temperaturkontrollen, Cuff-Druckmessung und / oder Innenkanülenwechsel, Absaugen | 15 |
| | | 20 |
| Trachealkanülenwechsel (geblockt / ungeblockt) | Entsprechend dem individuellen Zeitaufwand | 10 |
| | inkl. Einsetzen Platzhalter | 20 30 |
| Entwöhnung Trachealkanüle | z. B. Entblocken, Schluck- und Atmungstraining unter Aufsicht | 30 |

| Isolierungspflichtige Maßnahmen | | Min. |
|---------------------------------|--|------|
| | Zusätzlicher Zeitaufschlag pro Tag, entsprechend dem individuellen Zeitaufwand | 60 |

| Dokumentationszeiten | | Min. |
|----------------------|---|------|
| | Zeitaufschlag pro Tag (Durchschnittswert) Die schriftliche Pflegeplanung der pflegetherapeutischen Maßnahmen dient der Qualitätssicherung der Versorgung neurologischer / neurochirurgischer Frührehabilitationspatienten. Mit der Pflegeplanung werden speziell die therapeutischen Ziele aus dem vorliegenden Katalog der pflegetherapeutischen Maßnahmen geplant, der Verlauf dokumentiert und evaluiert. Nicht beinhaltet in der Minutenpauschale ist die »normale« Dokumentation (Krankenbeobachtung, Vitalwerte etc.). | 10 |