

Vergleichbarkeit zwischen Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS-E 1.0) und Katalog therapeutischer Pflege in der Anwendung für die neurologische Frührehabilitation

Ralf Schmidt¹, Ingo Haase², Vroni Diepolder², Michael Kutzner³, Wilfried Schupp¹

¹*m&i-Fachklinik Herzogenaurach,*

²*m&i-Klinikgruppe Enzensberg,*

³*Segeberger Kliniken, Bad Segeberg*

Zusammenfassung

Der Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS-E) wurde von einer Expertengruppe des Deutschen Pflegerats (DPR) entwickelt. Er ist ein Instrument zur Abbildung der Pflege von hochaufwendigen Patienten (Erwachsenen) im Krankenhaus. Die hochaufwendige Pflege geht über die vollkompetitorische Übernahme von Pflēgetätigkeiten in mindestens einem der vier Leistungsbereiche – Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegung/Mobilisation/Lagerung – hinaus und/oder erfordert einen wesentlich erhöhten Bedarf im Bereich Kommunikation/Beschäftigung.

Die Arbeitskreise Neurologischer Kliniken in Bayern und Thüringen sowie angeschlossene Kliniken veröffentlichten in Zusammenarbeit mit dem MdK Bayern den Katalog der therapeutischen Pflege (KtP) in der neurologischen Frührehabilitation (Phase B). Die Inhalte des KtP sollen aufzeigen, welche Pflegeinterventionen in der Frührehabilitation als therapeutisch sinnvoll eingeschätzt werden und wie sie innerhalb des DRG-Systems unter der OPS 8-552 definiert werden können.

Nach Einführung der OPS 9-200 hochaufwendige Pflege von Erwachsenen droht, dass die neurologischen Rehabilitationskliniken den PKMS-E neben den KtP-Leistungen dokumentieren müssen. Es wurde deshalb eine Datenerhebung durchgeführt, welche die Vergleichbarkeit des PKMS-E mit dem KtP untersucht mit folgenden Ergebnissen: 13 (von 24) Interventionen des PKMS-E zeigen in ihrer Art Übereinstimmungen in den Operationalisierungen mit 16 (von 32) Interventionen des KtP. In einer Stichprobe aus 94 Patienten der neurologischen Frührehabilitation zeigte sich kein statistischer Zusammenhang zwischen der hochaufwendigen Pflege nach dem OPS 9-200, dokumentiert durch den Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS-E), und aktivierend-therapeutischen Pflegemaßnahmen, dokumentiert nach dem Katalog therapeutischer Pflege (KtP). Der PKM-Summenscore korreliert dabei weder mit der Häufigkeit der angewandten Pflegemaßnahmen noch mit der Anzahl der Minutenwerten aus dem KtP. Lediglich einzelne Maßnahmen, die in beiden Leistungskatalogen ähnlich operationalisiert sind, korrelieren schwach bis mittel.

Schlüsselwörter: Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen, Pflegekomplexmaßnahmenscore, Katalog therapeutischer Pflege, neurologische/neurochirurgische Frührehabilitation

© Hippocampus Verlag 2011

Hintergrund und Zielsetzung des Pflegekomplexmaßnahmenscores

»Auf dem Deutschen Pflegegipfel (September 2008 und April 2009) haben Vertreter von Pflegeverbänden, Kostenträger und Leistungserbringer unter Moderation des

Bundesministeriums für Gesundheit über Handlungsempfehlungen zur Unterstützung eines sachgerechten Personaleinsatzes in der Pflege im Krankenhaus diskutiert. Gemeinsam wurde u. a. empfohlen, pflegerische Identifikationsmerkmale zu suchen, die den geleisteten Pflegeaufwand zu einem hohen Grad erklären können. Dabei

sollte die Begrenzung des Dokumentationsaufwandes eine besondere Berücksichtigung finden, um die Pflegekräfte nicht unnötig neuen bürokratischen Hürden auszusetzen. Einig war man sich darin, dass die Pflegezeit unmittelbar beim Patienten benötigt wird und der Dokumentationsaufwand diese nicht reduzieren darf. Die Schaffung eines OPS-Komplexkodes für die hochaufwendige Pflege wurde hier als eine Lösungsmöglichkeit betrachtet« [1].

Der Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS-E) wurde von einer Expertengruppe des Deutschen Pflegerats (DPR) entwickelt. Er ist ein Instrument zur Abbildung der Pflege von hochaufwendigen Patienten (Erwachsenen) im Krankenhaus auf »Normalstationen«, nicht auf Intensivstationen, Überwachungseinheiten, Intermediate-Care und Stroke Units. In den Hinweisen zur Nutzung des PKMS sind umfangreiche Dokumentationsvorschriften hinterlegt. Zur Ermittlung der in den jeweiligen OPS-Kodes (9-200.0 bis 9-200.4) hinterlegten Aufwandspunkte ist eine tägliche Leistungsdokumentation der Pflegeinterventionen nachzuweisen. In einigen Bereichen des PKMS sind darüber hinaus zusätzliche Dokumentationen (z. B. Flüssigkeitsprotokolle, Konzepte für Trink- und Esstraining etc.) gefordert. Weiterhin sind, zusätzlich zu den im Rahmen der DRG-Dokumentation kodierten Diagnosen, die Gründe für die hochaufwendige Pflege einmalig sowie bei Veränderungen des Patientenzustandes zu erfassen. Die hochaufwendige Pflege von Erwachsenen (OPS 9-200) geht über die vollkompensatorische Übernahme von Pflegetätigkeiten in mindestens einem der vier Leistungsbereiche Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegung/Mobilisation/Lagerung hinaus und/oder es besteht ein wesentlich erhöhter Bedarf im Bereich Kommunikation/Beschäftigung. »Bedauerlicherweise wurde die Deutsche Krankenhausgesellschaft erst nach Abschluss des Entwicklungsprozesses über die Inhalte des PKMS informiert. Die DKG teilte dem DIMDI und dem BMG daraufhin in einer umfassenden Stellungnahme mit, dass trotz der Notwendigkeit einer sachgerechten Abbildung der hochaufwendigen Pflege im G-DRG-System aufgrund der sich abzeichnenden Probleme und Kosten dem Code in der vorliegenden Form nicht vorbehaltlos zugestimmt werden könne. Gründe hierfür waren u. a. der erhebliche Dokumentations- und Schulungsaufwand in den Krankenhäusern, zu erwartende Kosten für die Einführung neuer Softwarelösungen sowie aufgrund des hohen Komplexitätsgrades der vorliegenden Codes zu erwartende Auseinandersetzungen mit dem MDK. Ebenfalls kritisiert wurde die Tatsache, dass der Kodeentwurf erst sehr spät bereitgestellt wurde und die sonst am DIMDI üblichen Beratungen in der AG OPS zur Entwicklung von Alternativen im Sinne einer dokumentationsärmeren und trennschärferen Lösung nicht zugelassen wurden« [1].

Hintergründe zum Katalog therapeutischer Pflege (KtP)

Die Arbeitskreise Neurologischer Kliniken in Bayern und Thüringen sowie angeschlossene Kliniken veröffentlichten in Zusammenarbeit mit dem MDK Bayern den Katalog der therapeutischen Pflege (KtP) in der neurologischen Frühre-

Die 14 Pflegeinterventionen des KtP

- Training der Körperpflege
- Kontinenztraining
- Toilettentraining
- Ernährung
- Therapeutische Lagerung und Mobilität
- Training der Aktivität und Fortführung fachtherapeutischer Therapiemaßnahmen
- Trainings der kognitiven und emotionalen Aktivitäten
- Situative Krisenintervention
- Basales Wahrnehmungstraining
- Basales Kommunikationstraining
- Angehörigenberatung/-schulung
- Trachealkanülenmanagement
- Isolationspflichtige Maßnahmen
- Dokumentationszeiten

Tab. 1: Die 14 Pflegeinterventionen des KtP in einer Kurzdarstellung

Gründe für die hochaufwendige Pflege	Assessment in der Frührehabilitation
- Qualitative Bewusstseins-einschränkung (G1)	- Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Frühreha-Barthel-Index (FRI)) - Gedächtnis/Lernfähigkeit/Orientierung (erweiterter Barthel-Index (EBI))
- Quantitative Bewusstseins-einschränkung (G2)	- Diagnosen
- Beeinträchtigte Anpassung (G3)	- Problem lösen im Alltag (EBI)
- Extreme Schmerzzustände/ Lebenskrise (G4)	- Subjektive Schmerzmessung: VAS/NRS - Soziale Interaktion (EBI)
- Immobilität (G5)	- Umsteigen Bett/Rollstuhl, Sitzen im Bett (Barthel-Index (BI))
- Beeinträchtigte Geh- und Transferfähigkeit (G6)	- Gehen auf ebenen Untergrund (BI) - Rollstuhlbenutzung (BI) - Umsteigen Bett/Rollstuhl (BI)
- Beeinträchtigte Mobilität/körperliche Einschränkungen (G7)	- Persönliche Pflege (BI) - Baden/Duschen/Waschen (BI)
- Beeinträchtigtetes Schlucken (G8)	- Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung (FRI)
- Beeinträchtigte Ausscheidung (G9)	- Stuhlkontrolle (BI) - Harnkontrolle (BI)
Weitere Gründe (G 10, G 11), z. B.	
- Orientierungsstörungen	- Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (EBI)
- Dekubitusrisiko	- Klinische Einschätzung des Pflegepersonals
- Mangelernährung	- Screening Nutri-Risk-Score
- Kommunikationsstörung	- Verständigungsstörung (FRI), Verstehen, Verständlichkeit (EBI)
- Tracheostoma	- Absaugpflichtiges Tracheostoma (FRI) - Mikrobiologische Befunde
- Isolierung etc.	

Tab. 2: Gründe für die hochaufwendige Pflege (PKMS)

habilitation (Phase B) [3, 7]. Die Entwicklung und die Inhalte des KtP sollen aufzeigen, welche Pflegeinterventionen in der Frührehabilitation als therapeutisch sinnvoll

eingeschätzt werden und wie sie innerhalb des DRG-Systems unter dem OPS 8-552 definiert werden können. Der OPS 8-552 für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation beinhaltet nach Modifikation in 2007 obligate Merkmale, die erbracht werden müssen. Darunter fallen die aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal sowie der Einsatz von folgenden Therapien: Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie, F.O.T.T. und therapeutische Pflege mit mindestens 300 Minuten durchschnittlicher täglicher Behandlungsdauer nach patientenbezogenem Bedarf.

Die Entwicklung des Katalogs therapeutischer Pflege hatte das Ziel der inhaltlichen Festlegung der therapeutischen Pflege, orientiert an unterschiedlichen Hilfsbedürfnissen mit Angaben zum Zeitaufwand. Die empirische Basis für die Ermittlung des Zeitaufwandes pro Pflegeintervention waren explorative Voruntersuchungen in einigen beteiligten Rehabilitationskliniken. Orientiert an bestehenden Dokumentationssystemen wurden Art und Zeitdauer von Pflegeinterventionen durch das betreuende Pflegepersonal pro Patient und Tag erfasst. In den Interventionslisten wurden durch mehrstufige Konsensusverfahren Pflegemaßnahmen ausgeschlossen, die überwiegend der Grund- bzw. Behandlungspflege angehören. Eingang in den Katalog fanden 14 Pflegeinterventionen mit Untergruppen, die inhaltlich aktivierend-therapeutische Anteile haben (Tab. 1). Darüber hinaus erhält der Katalog für jede Pflegeintervention eine kurze Erläuterung mit Zielangabe. Durch Mittelwertbestimmung und Anhörung von Fachexpertisen der beteiligten Pflegedienstleitungen und Fachärzte konnten für ein bis zu dreistufiges Modell pro Intervention Pflegeminuten ermittelt werden. Das dreistufige Modell unterscheidet vollkompensatorische, teilkompensatorische und anleitende Interventionen und orientiert sich an dem Selbstpflegekonzept von Orem [6]. Der Katalog therapeutischer Pflege ist seit 2007 bundesweit in der Frührehabilitation etabliert und wird häufig angewandt. Als Elzacher Konzept der therapeutischen Pflege liegt eine modifizierte Version vor, die derzeit nur in Teilen Baden-Württembergs Anwendung findet [5]. Die Gründe für die hochaufwendige Pflege von Erwachsenen lassen sich überwiegend durch die Assessments der Frührehabilitation ermitteln. Der PKMS-E ist unterteilt in eine Übersichtstabelle für Gründe der hochaufwendigen Pflege (G 1 bis 11) und den Leistungsbereich PKMS-E, in dem tagesgleich die Pflegeinterventionen dokumentiert werden. Einen qualifizierten Vergleich zwischen Gründen für die hochaufwendige Pflege und deren Ermittlung durch das Frührehaassessment zeigt Tabelle 2. Dies ist beispielhaft zu betrachten, da mitunter Assessmentinstrumente in Rehabilitationskliniken variieren können.

Patienten und Methoden

Nach Einführung des OPS 9-200 hochaufwendige Pflege von Erwachsenen droht, dass die neurologischen Rehabilitationskliniken den PKMS-E neben den KtP-Leistungen

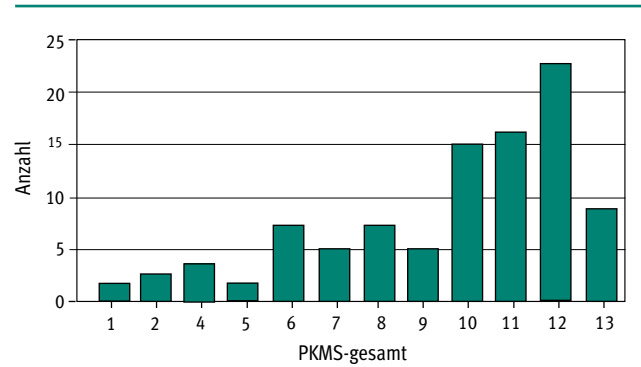


Abb. 1: Verteilung des PKM-Summscores auf die Patientenanzahl

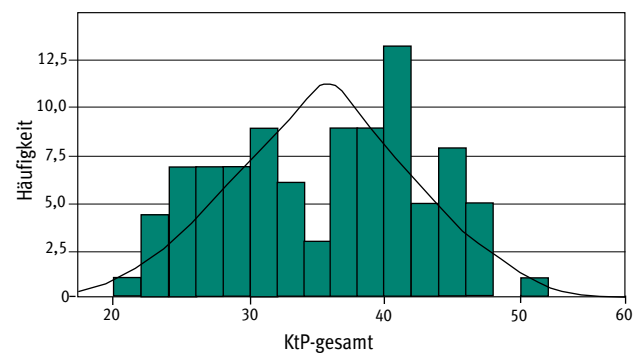


Abb. 2: KtP-Gesamtinterventionen/Patient und deren Häufigkeitsverteilung (Mittelwert=35,06; Std.-Abw.=7,417; N=94)

Maßnahme	Termine
Schulung oder Selbststudium der PKMS-Anwender (Die Schulungsunterlagen entsprechen den Downloads des Deutschen Pflegerates zum PKMS 2010, www.deutscher-pflegerat.de)	22. – 30.11.2010
Stichtagerhebung durch geschulte Anwender für alle anwesende Phase-B-Patienten. Beachte: Tagesgleich können im PKMS-E maximal 13 Punkte erreicht werden	01. – 10.12.2010 (Erhebungszeitraum) Der Stichtag für einen Tag in diesem Zeitraum kann durch die teilnehmenden Kliniken frei gewählt werden
Datenübermittlung je Patient: – PKMS-E-Leistungen am Stichtag – KtP-Leistungen am Stichtag – Barthel-Index + FRI – Beatmung ja/nein – Hauptdiagnosen + Anzahl der Nebendiagnosen – Alter/Geschlecht – Behandlungswoche	11. – 17.12.2010
Datenauswertung	Ab 18.12.2010 Dokumentation mit Excel, Auswertung mit SPSS 17 (deskriptive Statistik und nicht parametrische Korrelationsanalysen)

Tab. 3: Methodik der Stichtagerhebung

Interventionen Körperpflege PKMS-E	Interventionen Training der Körperpflege KtP
A1 Maßnahme zum Erlernen einer selbstständigen Körperpflege	Wuschtraining inkomplett: Anleitung Wuschtraining inkomplett: Teilkompensation Wuschtraining komplett: Anleitung Wuschtraining komplett: Teilkompensation
A3 Therapeutische Ganzkörperpflege nach Konzepten wie Bobath, Basale Stimulation u. a.	Wuschtraining komplett: Teilkompensation Wuschtraining komplett: Vollkompensation
A5 Volle Übernahme der Körperpflege UND therapeutische Mundpflege oder Anziehtraining	Wuschtraining komplett: Vollkompensation UND Mundpflege: Vollkompensation ODER Anziehtraining komplett: Vollkompensation
A7 Volle Übernahme der Körperpflege UND Isolationsmaßnahmen	Wuschtraining komplett: Vollkompensation UND Isolierungspflichtige Maßnahmen
Interventionen Ernährung PKMS-E	Interventionen Ernährung KtP
B2 Orale/basale Stimulation zur Förderung des Schluckreflexes	FOTT-Einzeltraining
B3 Maßnahmen zur Vorbereitung der Nahrungsaufnahme, z. B. aufwendiger Transfer	Esstraining ohne Schluckstörung: Teilkompensation Esstraining ohne Schluckstörung: Vollkompensation
B4 Trink- und Esstraining nach individuellem Konzept: Anleiten, Einüben von Schlucktechniken, kompensatorische Maßnahmen, Unterstützung, z. B. Kieferkontrollgriff usw.	Esstraining mit Kau-/Schluckstörung: Anleitung Esstraining mit Kau-/Schluckstörung: Teilkompensation Esstraining mit Kau-/Schluckstörung: Vollkompensation
Interventionen Ausscheidung PKMS-E	Interventionen Kontinenztraining/Toilettentraining KtP
C1 Ausscheidungsunterstützung mit Transfer auf die Toilette	Toilettentraining
Interventionen Bewegungen/Sicherheit PKMS-E	Interventionen Therapeutische Lagerung und Mobilität/Fortführung der fachtherapeutischen Maßnahmen KtP
D3 Unterstützung bei der Mobilität aus dem Bett	Mobilisation im Bett: Teilkompensation Mobilisation im Bett: Vollkompensation Therapeutischer Transfer: Teilkompensation Therapeutischer Transfer: Vollkompensation
D4 Aufwändige Mobilisation aus dem Bett UND Gehtraining nach therapeutischen Konzepten wie Kinästhetik, Bobath u. a. oder Gehhilfen	Mobilisation im Bett: Teilkompensation Mobilisation im Bett: Vollkompensation Therapeutischer Transfer: Teilkompensation Therapeutischer Transfer: Vollkompensation Gehübungen Sturzprophylaxe
D5 Lagerungswechsel bei Immobilität mind. 7x UND Mobilisation mind. 2x	Therapeutische Lagerungstechniken: Teilkompensation (mind 7x) Therapeutische Lagerungstechniken: Vollkompensation (mind 7x) UND Mobilisation im Bett: Teilkompensation Mobilisation im Bett: Vollkompensation
Interventionen Interaktion/Kommunikation PKMS-E	Interventionen Div, KtP
E2 Problemorientierte Gespräche	Situative Krisenintervention: leichte Krise
E3 Maßnahmen zum Kompetenzerwerb Patient/Angehörige	Angehörigenberatung/-schulung

Tab. 4: Vergleichbar operationalisierte Interventionen in PKMS-E und KtP

dokumentieren müssen, wogegen sich bayerische Kliniken aufgrund des hohen Schulungs- und Dokumentationsaufwandes sowie der Doppelerfassung von Daten und Interventionen zu wehren versuchen. Ein weiteres Argument gegen den PKMS-E in der neurologischen Frührehabilitation ist die fehlende Relevanz, da durch die Dokumentation von höheraufwendigen KtP-Leistungen bereits entgeltrelevante Pflegeleistungen in das DRG-System einfließen. Die in dem OPS 8-552 geforderten Zeitvorgaben für die therapeutische

Pflege können mit dem PKMS-E ohnehin nicht beschrieben werden. Es wurde deshalb eine Datenerhebung angestrebt, die die Vergleichbarkeit des PKMS-E mit dem KtP mit folgenden Fragestellungen untersucht:

- Inwieweit sind die Operationalisierungen der Pflegeinterventionen in den Leistungskatalogen PKMS-E und KtP vergleichbar?
- Gibt es Zusammenhänge der dokumentierten Leistungen im PKMS-E mit dem KtP?

PKMS – Körperpflegeintervention erfolgt	N = 94
A1	48,9%
A2	0
A3	22,3%
A4	3,2%
A5	24,5%
A6	8,5%
A7	13,8%
A1 – A7	92,6%
A1 – A7 nicht erfolgt	7,4%
PKMS – Ernährungsintervention erfolgt	N = 94
B1	9,6%
B2	4,3%
B3	35,1%
B4	16,3%
B5	17%
B1 – B5	72,3%
B1 – B5 nicht erfolgt	27,7%
PKMS – Ausscheidungsintervention erfolgt	N = 94
C1	21,3%
C2	10,6%
C3	19,1%
C1 – C3	50%
C1 – C3 nicht erfolgt	50%
PKMS – Bewegungsintervention erfolgt	N = 94
D1	2,1%
D2	1,1%
D3	14,9%
D4	26,6%
D5	62,8%
D6	3,2%
D1 – D6	91,5%
D1 – D6 nicht erfolgt	8,5%
PKMS – Kommunikationsintervention erfolgt	N = 94
E1	26,6%
E2	10,6%
E3	5,3%
E1 – E3	36,2%
E1 – E3 nicht erfolgt	63,8%

Tab. 5: Erfolgte Interventionen aus dem PKMS-E (n=94)

■ Gibt es Zusammenhänge zwischen PKMS, KtP und Assessmentdaten der Frührehabilitation?

Für den Vergleich der Operationalisierungen der Pflegeinterventionen in den Leistungskatalogen PKMS-E und KtP wurde durch zwei der Autoren (Schmidt, Kutzner) eine Expertengruppe gebildet, welche die Kataloge und ihre Leistungsbeschreibungen verglichen hat. Vergleichbar operationalisierte Pflegeinterventionen zeigt Tabelle 4.

Für die Analyse der Zusammenhänge der dokumentierten Leistungen im PKMS-E mit dem KtP und Assessmentdaten wurde eine Untersuchung aller an einem Stichtag in der m&i-Klinikgruppe Enzensberg anwesenden Patienten in der neurologischen Frührehabilitation (Phase B) durchgeführt. Es waren daran 4 Kliniken beteiligt. Die Methodik hierzu zeigt Tabelle 3.

KtP-Interventionen erfolgt (n = 94)	Häufigkeit/Tag (Mittelwert)
Waschtraining komplett	0,99
Waschtraining inkomplett	0,78
Duschen/Baden	0,01
Mundpflege	2,05
Persönliche Pflege	1,93
Anziehtraining komplett	1,76
Anziehtraining inkomplett	0,19
Kontinenztraining	1,84
Toilettentraining	0,91
Esstraining ohne Schluckstörung	0,91
Esstraining mit Schluckstörung	1,11
F.O.T.T.	0
Mobilisation im Bett	2,93
Therapeutische Lagerung	4,65
Therapeutische Transfers	2,87
Gehübung	0,20
Stehübung	0,27
Bewegungstrainer	0,12
Sturzprophylaxe	2,6
Orientierungstraining	1,52
Gedächtnistraining	1,29
Affektregulation	0,15
Motivation und Antrieb	1,72
Krisenintervention	0,22
Wahrnehmungstraining	1,70
Kommunikationstraining	0,76
Angehörigenberatung	0,15
Trachealkanülenversorgung	0,12
Trachealkanülenmanagement	0
Trachealkanülenentwöhnung	0,04
Isolation	0,09
Dokumentation	0,99
KtP-Interventionen gesamt	35,06

Tab. 6: Erfolgte KtP-Interventionen

Ergebnisse

13 (von 24) Interventionen des PKMS-E zeigen in ihrer Art Übereinstimmungen in den Operationalisierungen mit 16 (von 32) Interventionen des KtP. Daraus ergab sich eine vergleichende Gegenüberstellung betreffender Items von PKMS-E und KtP (Tab. 4). Interventionen des PKMS-E mit Mindestanforderungen und Maßnahmenpaketen, die in der KtP-Dokumentation zu einem unrealistischen, mit den Personalbesetzungen nicht abbildbaren Anfall von Pflegeminuten führen, wurden nicht berücksichtigt, z. B. entspräche D1 »Lagerungswechsel mind.12x/tägl.« den »therapeutischen Lagerungstechniken« mit insgesamt 120 Pflegeminuten allein für diese Intervention pro Tag. Ebenso nicht berücksichtigt wurden Interventionen des PKMS-E, deren Operationalisierung und Zeitvergaben nicht mit dem KtP übereinstimmen, z.B. Eins-zu-eins-Betreuung (mind. 2x 15 Minuten) im PKMS-E vs. Orientierungstraining (5 Minuten) im KtP. Manche KtP-Interventionen müssen in Kombination dokumentiert sein, um den PKMS-E-Interventionen zu entsprechen, z. B. Waschtraining und am gleichen Tag viermal durchgeführte Mundpflege entsprechen A5 (Volle Übernahme der Körperwaschung und therapeutische Mundpflege mind. 4x täglich).

	Signifikanz	Korrelationskoeffizient	Kommentar
PKMS-E und KtP-gesamt (x)	,162	-,106	kein Zusammenhang
PKMS-E und BI-Score	,001	-,225	schwacher negativer Zusammenhang: Je niedriger BI, desto höher PKMS
KtP-gesamt und BI-Score	,004	,213	schwacher positiver Zusammenhang: Je mehr KtP-Leistungen, desto höher der BI-Score
KtP-gesamt und FRI	,017	,183	schwacher positiver Zusammenhang: Je mehr KtP-Leistungen, desto höher der FRI-Score
KtP-gesamt und Lebensalter	,019	-,170	Schwach negativer Zusammenhang: Je älter, desto weniger KtP-Leistungen

Tab. 7: Nicht parametrische Korrelationen: (x) KtP-gesamt: Die Anzahl der dokumentierten Leistungen aus dem KtP

KtP	PKMS-E	Signifikanz	Korrelation
Waschtraining inkomplett	A1	,001	,38 (schwach)
Waschtraining komplett und Mundpflege	A5	,000	,46 (mittel)
Waschtraining komplett und Isolierungspflicht	A7	,000	,44 (mittel)
Essstörung mit Kau-/Schluckstörung	B4	,000	,65 (hoch)
Toiletentraining	C1	,006	,33 (schwach)
Mobilisation im Bett	D3	,000	,57 (mittel)
Mobilisation im Bett	D4	,044	,32 (schwach)
Therapeutischer Transfer	D4	,033	,31 (schwach)
Gehübungen	D4	,001	,40 (mittel)
Sturzprophylaxe	D4	,021	,32 (schwach)
Therapeutische Lagerung mind. 7x	D5	,027	-,23 (schwach und negativ: die dokumentieren Lagerungen entsprechen nicht der Mindestanforderung von mind. 7 pro Tag)

Tab. 8: Korrelation von Maßnahmen, die in beiden Leistungskatalogen ähnlich operationalisiert sind

An den Stichtagen konnten insgesamt 94 Fälle ausgewertet werden. Diese Patienten waren überwiegend männlich (59,6%), im Mittel 69 Jahre alt (Range 20–85) und befanden sich durchschnittlich in der fünften Behandlungswoche (Range 1–17). Bei den Hauptdiagnosen dominieren Schlaganfälle (65%) vor sonstigen erworbenen Hirnschädigungen (17%), Neuro(myo)pathien (11%) und Rückenmarksschäden (7%). Im Durchschnitt kamen 10,7 Nebendiagnosen (Range 5–26) hinzu. Der Barthel-Index (funktionelle Selbstständigkeit) betrug im Mittelwert 17,6 Punkte (Range 0–65 Punkte), der Frühreha-Barthel-Index im Mittelwert -60,6 Punkte (Range 0--175 Punkte): Schluckstörung 44,7%, Verständnisstörung 40,4%, Verhaltensstörung 8,5%, Orientierungsstörung 23,4%, Beatmungspflicht 0%, absaugpflichtiges Tracheostoma 7,4%, Intensivüberwachung 17%.

In der Stichprobe aus Patienten in der Frührehabilitation erfolgten Interventionen aus dem PKMS-E bei 93% für Körperpflege, bei 92% für Bewegungen/Sicherheit, bei 72% für Ernährung, bei 50% für Ausscheidung und bei 36% für Interaktion/Kommunikation (Tab. 5). Der PKM-Score variiert dabei zwischen 1 und 13 Punkte. Summenscores ab 10 Punkte wurden am häufigsten (s. Abb. 1) bei einem Mittelwert von 9,78 erreicht.

Interventionen aus dem KtP erhalten Patienten dieser Stichprobe am häufigsten (>2/Tag) in den Bereichen Mobilisation, Lagerung, Transfer, Sturzprophylaxe, gefolgt von Interventionen zur Körperpflege, Ernährung und kognitiven Aktivierung (Tab. 6). Im Mittel erhalten die Patienten 35,1 KtP-Leistungen/Tag (Range 21–50) (Abb. 2).

Es besteht kein statistischer Zusammenhang zwischen der hochaufwendigen Pflege nach dem OPS 9-200, dokumentiert durch den Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS-E), und aktivierend-therapeutischen Pflegemaßnahmen, dokumentiert nach dem Katalog therapeutischer Pflege (KtP). Der PKM-Summenscore korreliert dabei weder mit der Häufigkeit der angewandten Pflegemaßnahmen noch mit der Anzahl der Minutenwerten aus dem KtP (Tab. 7, Abb. 3). Der KtP weist schwache signifikante Zusammenhänge mit dem Barthel-Index, dem Frühreha-Barthel-Index und dem Lebensalter, der PKMS-E nur mit dem Barthel-Index auf. Überraschend ist, dass der Barthel-Index mit dem KtP positiv korreliert, d. h. je höher der BI, desto mehr Leistungen aus dem KtP werden erbracht. Weitere signifikante Zusammenhänge gibt es für BI bzw. FRI und Nebendiagnosen (-,165 bzw. -,185), FRI und Lebensalter (-,243) sowie BI und FRI (-,434). Beide Leistungskataloge berichten über unterschiedliche pflegerische Leistungen mit unterschiedlichen Ergebnisbereichen (KtP therapeutisch-aktivierend – Minutenwerte, PKMS-E hoch-

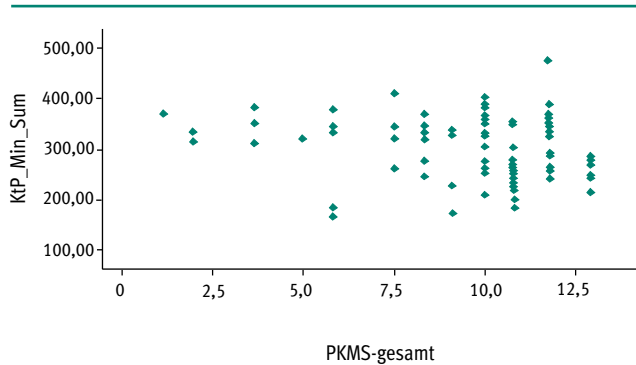


Abb. 3: Nicht parametrische Korrelationen: PKMS-E und Minutenwerte aus KtP-Interventionen

aufwendig – Punktwerte). Lediglich einzelne Maßnahmen, die in beiden Leistungskatalogen ähnlich operationalisiert (vgl. Tab. 4) sind, korrelieren schwach bis mittel (Tab. 8).

Diskussion

Der Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS-E) zur Erfassung der hochaufwendigen Pflege bei Erwachsenen auf Normalstationen innerhalb des OPS 9-200 scheint für die Anwendung in den Akutbereichen der Rehabilitation, z. B. der neurologischen Frührehabilitation, nicht geeignet. Den Dokumentationspflichten innerhalb des OPS 8-552 wird er formell nicht gerecht, da er keine Zeiterfassung ermöglicht. Dem Deutschen Pflegerat (DPR) liegt hierzu eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) vor.

Die dargestellten Auswertungen zeigen, dass der PKMS-E mit dem für die neurologische Frührehabilitation entwickelten Instrument, dem Katalog therapeutischer Pflege (KtP), in der inhaltlichen Operationalisierung von Leistungen kaum und vom Ergebnis her (Punktesystem vs. Minutenwerte) nicht korreliert. PKMS-E und KtP dokumentieren unterschiedliche Leistungen und Leistungspakete und kommen zu nicht vergleichbaren Ergebnissen. Eine parallele Anwendung beider Kataloge oder Scores schließt sich aus Gründen der Entbürokratisierung und des hohen Schulungsaufwandes jedoch aus.

Seit dem 11.03.2011 besteht mit dem PKMS-E 2.0 eine nach Rückmeldungen und Einlassungen von Einrichtungen und Fachgesellschaften durch den DPR überarbeitete neue Version, die in einem Anwendertest in 44 Einrichtungen im Jahr 2010 gute Kritiken zur Anwenderfreundlichkeit und Zeiteinsparung im Vergleich zur Vorgängerversion erhielt. Das oben genannte Problem wurde in einem Änderungsvorschlag des DPR zum OPS 2012 berücksichtigt, der vorsieht, dass die gleichzeitige Erfassung von PKMS mit Komplex- und Frührehabilitationsbehandlungen unzulässig ist. Um dies zu unterstützen, wollen wir unsere Ergebnisse veröffentlichen. Die Bestätigung der Zusammenhänge von Lebensalter, funktioneller Selbstständigkeit (BI) und Komorbidität (FRI, Nebendiagnosen) bereits bei kleinerer Fallzahl (n=94) spricht für die interne Validität der Daten.

Literatur

1. Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG): OPS-Version 2010 Veröffentlichung der Vorabversion. www.dkgev.de (Zugriff: 17.03.2011).
2. Deutscher Pflegerat (DPR). PKMS 2010_Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene (PKMS-E), Kinder und Jugendliche (PKMS-J) und Kleinkinder (PKMS-K) OPS 2010 PKMS. www.deutscher-pflegerat.de (Zugriff: 12.10.2009).
3. Hagen Th, Bennefeld H, Diepolder V, Haase I, Leidner O, Miosge W, Pfeiffer G, Wißler J. Entwicklung eines Kataloges pflegetherapeutischer Maßnahmen in der neurologischen Frührehabilitation. *Neurol Rehabil* 2007; 13 (3): 151-158.
4. Hiltensperger M. Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS). *Testklinien loben* Version 2.0. kma März 2011; 16: 48-50.
5. Himaj J, Müller E, Fey B, Neumaier S, Waibel B, Dirschedl P, Wallesch CW. Elzacher Konzept und Leistungskatalog der therapeutischen Pflege in der neurologischen Frührehabilitation (Phase B) unter Vorgabe des OPS 8-552. BDH-Klinik Elzach, Elzach.
6. Orem DE. Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Ullstein Mosby, Berlin/Wiesbaden 1997.
7. Schmidt R, Haase I, Diepolder V, Wißler J, Hagen T. Katalog der therapeutischen Pflege in der Frührehabilitation – Entwicklungen und Inhalte der Pflege in der Rehabilitation. *Pflegezeitschrift* 2009; 62 (7): 404-407.
8. Schmidt R, Leibig A, Thiele H (Hrsg). *Pflege in der Rehabilitation*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2011.

Interessenvermerk:

Es besteht kein Interessenkonflikt

Korrespondenzadresse:

Ralf Schmidt
 Pflegedienstleiter
 m&i-Fachklinik Herzogenaurach
 In der Reuth 1
 91074 Herzogenaurach
 E-Mail: ralf.schmidt@fachklinik-herzogenaurach.de