

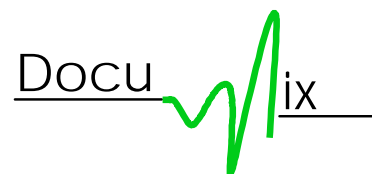
**Veröffentlichung aus „Die Schwester/ Der Pfleger“**

**Juli 2002**

**7/02/ 41. Jahrgang**

**Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH**

**Melsungen**



An der alten Schule 16  
36355 Grebenhain - Bermuthshain  
Tel: 0 66 44 - 91 80 600  
Fax: 0 66 44 - 91 80 605  
e-mail: [info@documix.de](mailto:info@documix.de)  
<http://www.documix.de>

# Die drei ? ?

## und die pflegerischen Erfassungsinstrumente

**Michael Isfort**

*Wieder einmal gilt es, schwierige Fälle in der Pflege zu lösen, und was läge da näher, als sich das berühmte Trio von Alfred Hitchcock um den Denker Justus Jonas zur Hilfe zu holen? Doch in diesem Artikel sollen zunächst einmal drei Fragen aufgeworfen und dann entschieden werden, ob ein Anruf bei den drei ??? notwendig erscheint:*

- 1) Welchen Beitrag können die derzeit diskutierten Erfassungsinstrumente im Zusammenhang mit der DRG-Einführung leisten?
- 2) Welchen Nutzen bieten Erfassungsinstrumente im Rahmen des Qualitätsmanagements?
- 3) Welchen Beitrag können die beschriebenen Erfassungsinstrumente für die Professionalisierung der Pflege leisten?

### **Vielfältige Problemfelder**

Die Rationierung im Gesundheitswesen nimmt immer deutlichere Züge an, und längst hat die öffentliche Debatte darüber begonnen, wie eine weitere Kostenexplosion zu verhindern ist. Ob das derzeitige Prinzip der solidarischen Finanzierung gesundheitsbedingter Leistungen auch für die künftigen Genera-

tionen noch beibehalten werden kann, scheint nicht einmal geklärt, auch wenn sich die Politiker im Jahr vor dem Wahlkampf auf solche Diskussionen nicht einlassen wollen.

Obwohl diese Probleme das gesamte Gesundheitswesen betreffen, ist wieder einmal das Krankenhaus im zentralen Betrachtungspunkt der Kostenfrage. Vor allem die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) und die damit verbundene Umverteilung von Geldern innerhalb des Krankenhausfinanzierungssystems bereitet derzeit vielen Verantwortlichen Kopfzerbrechen und schafft Existenzsorgen. Eines scheint dabei gewiss: Es wird nicht mehr Geld geben können, da nicht mehr Geld vorhanden ist und die Bereitschaft zur kollektiven Erhöhung von Krankenkassenbeiträgen gesellschaftlich nur schwer zu kommunizieren ist. Die DRGs versprechen dabei eine preisbezogene, gerechtere Verteilung der bestehenden Mittel.

#### *Und die Pflege?*

Wieder einmal beginnt in der Pflege eine Debatte um leistungsbezogene Darstellung und um die Frage, ob sie als größte Berufsgruppe im Krankenhauswesen in den Berechnungen, die letztendlich zu den DRGs führen werden, ausreichend abgebildet ist und mit welchen Instrumenten eine solche leis-

tungsbezogene Darstellung erfolgen kann. So arbeiten derzeit alle Beteiligten fieberhaft an der Verbesserung ihrer pflegerischen Darstellung, werden Konzepte aus dem Ausland bemüht oder an hausinternen Lösungen gearbeitet.

Aber Krankenhausfinanzierung ist immer im Wandel gewesen und die Finanzierung über DRGs wird sicherlich nicht der letzte Versuch einer Regelung sein. Die zugegebenermaßen etwas ketzerischen Fragen müssen also lauten?

- Was kommt nach den DRGs?
- Bedarf es auch langfristig pflegerischer Leistungserfassung?

*Pflegerische Leistungsdarstellung kann und darf sich meiner Ansicht nach daher nicht nur darauf reduzieren lassen, dass sie momentan als notwendig betrachtet wird. Schließlich ist die Einführung aufwendiger Systeme mit einem erheblichen Schulungsaufwand und daher mit hohen Kosten verbunden, und eine Einführung muss auch langfristig sinnvoll erscheinen. Es soll daher nach einer kurzen Darstellung der momentan diskutierten Systeme der Blick auf die Frage des Qualitätsmanagements geworfen werden und untersucht werden, ob diese Instrumente sich auch für eine Verwendung in diesem Bereich eignen.*

Die Frage um eine Qualitätsverbesserung und die Darstellung von Ergebnisqualität ist das zweite große Thema, das derzeit zu bearbeiten ist. Zukünftig sollen strukturierte Qualitätsberichte der Einrichtungen veröffentlicht werden, und die Krankenhäuser müssen sich verstärkt um qualitätsgesicherte Durchführungen bemühen. Davon wird und darf die Pflege nicht ausgeschlossen sein. Auch vor diesem Hintergrund müssen Erfassungsinstrumente betrachtet werden. Zuletzt muss immer mitbedacht werden, was Pflege eigentlich in ihrer Außendarstellung erreichen kann, wenn sie sich an der momentanen Entwicklung mitbeteiligt und ob eine Verwendung von Erfassungsinstrumenten einen Beitrag zur Professionalisierung des eigenen beruflichen Handelns liefert.

Zunächst jedoch bedarf es einer Betrachtung der Instrumente und ihrer Möglichkeiten im Rahmen der internen Budgetverteilung des Krankenhauses. Dabei können die Erfassungsmethoden in der Kürze dieses Artikels nicht umfassend beschrieben werden. Es sei an dieser Stelle also auf bereits vorliegende Arbeiten und weiterführende Texte verwiesen (Fischer 1995, Isfort 2001).

#### Die PPR greift zu kurz

In der momentanen Debatte werden drei Systeme diskutiert, die eine Anwendung in der Berechnung und internen Budgetverteilung für Pflege finden könnten.

Das erste ist die bekannte und in vielen Krankenhäusern erhobene Pflege-Personalregelung (Schöning 1995). Über die PPR soll an dieser Stelle nicht ausführlich diskutiert werden, es reicht aus, die zentralen Punkte und Schwierigkeiten zu beleuchten.

Die PPR hat als Instrument gute Dienste für die Diskussion des Pflegenotstandes Ende der achtziger Jahre geleistet und

immerhin als erstes Instrument überhaupt pflegerische Leistungen in einem Gesetzesrahmen ausgewiesen und benannt. Damit hat sie wesentlich zur gesellschaftlichen Kommunikation über Pflege beigetragen. Doch es werden in ihrer Systematik keine Funktionsbereiche abgebildet und die Nachtwachen fallen ebenfalls aus der Berechnungssystematik heraus.

Hinzu kommt, dass die relativ groben Klassifizierungen, die am Ende der PPR (A/S1-A/S3) stehen, sich nicht eignen, um genauere Aussagen über den eigentlichen Verlauf der Behandlung des Patienten und die einzelnen erfolgten pflegerischen Handlungen zu machen. So kann die PPR vielleicht im Rahmen der DRGs für eine grobe Kalkulation des Pflegebedarfs eine Orientierung sein, für eine prozesshafte Darstellung oder gar für die Entwicklung von Behandlungspfaden ist sie aber nicht geeignet, da ihre Konstruktionsart für die Klärung solcher Fragen nicht ausgelegt ist. Daher wird eine Erweiterung oder Veränderung der PPR diskutiert, was jedoch die Frage aufwirft, ob

es nicht andere, bereits vorhandene Systeme gibt, die eine genauere Auskunft über pflegerische Tätigkeiten geben können. Solche Systeme zu verwenden ist allemal einfacher, als sich auf einen langwierigen Entwicklungsprozess einzulassen. Zudem muss bedacht werden, dass Instrumente, die normativ und von Experten entwickelt worden sind, niemals eine „nachträgliche Wissenschaftlichkeit“ ausgewiesen bekommen können.

Doch genau das ist es, wonach derzeit gesucht wird: nach wissenschaftlich abgesicherten und erprobten Instrumenten, mit

denen auch politisch argumentiert werden kann. Die PPR ist jedenfalls nicht wissenschaftlich ermittelt worden und eine Veränderung, Ergänzung, Erweiterung wird daran nichts ändern können.

Neben der PPR werden daher weitere Instrumente beschrieben und geraten verstärkt in die Diskussion.

#### Ermittlung realer Zeiten

und Kosten mit DTA\* möglich  
Die DTA\* (Diagnosebezogene Tätigkeitsanalyse) der Forschungsgruppe *metrik* wird in dem Zusammenhang der oben angeführten Fragestellungen als eines der möglichen Instrumente verhandelt. Mittels eines kleinen, transportablen und krankenhaustaughlichen (desinfektions- und bruchstabilen) Instrumentes, das DocuLine genannt wird, erfassen die Pflegenden ihre realen Arbeitszeiten und Tätigkeiten.

Dabei kann das Instrument flexibel auf die Bedürfnisse der einzelnen Einrichtung abgestimmt werden. So lassen sich durch Messreihen von mehreren Monaten stabile Daten über die Ist-Kosten einer Abteilung erheben, Prozess-

abläufe in ihrem Zeitaufwand bestimmen und es können krankenhauserne Grundlagentexte zur Personalbedarfsermittlung geschaffen werden. Hinzu kommt, dass die Daten so ausgewertet werden können, dass sich pro Patient oder pro DRG die tatsächlichen pflegerischen Zeiten und die damit verbundenen Kosten aufzeigen lassen. Damit kann mit diesem Instrument eine Einrichtung eine genauere Ermittlung der Kosten durchführen.

Wissenschaftlich betrachtet, kann (eine große Menge unterschiedlicher Krankenhäuser vorausgesetzt) mit diesem Instru-

Die PPR ist für die prozesshafte Darstellung oder gar für die Entwicklung von Behandlungspfaden nicht geeignet!

ment ermittelt werden, welche Tätigkeiten eigentlich die sind, die wirklich relevant sind für die pflegerischen Arbeitszeiten und damit auch für Pflegekosten.

Doch so verführerisch das klingt, die Erfassung von realen Zeiten einzelner Tätigkeiten haben ihre Grenzen. Zum einen werden in der Pflege meist mehrere Handlungen parallel durchgeführt, was sich per se mit solchen Methoden nicht abbilden lässt. Beispielsweise wird eine Körperpflege durchgeführt, aus dem Augenwinkel beobachtet der/die Pflegenden das regelgerechte Einlaufen einer Infusion und erläutert während der Körperpflege wichtige Prinzipien des Aufstehens en block. Es findet also neben der eigentlichen manuellen Tätigkeit zeitgleich eine Beobachtungsleistung und eine Instruktion statt.

Dies lässt sich aber mit Instrumenten, wie der DTA\*, nicht einwandfrei abbilden. Zudem muss angemerkt werden, dass die kontinuierliche Zeiterfassung einerseits Probleme im Bereich des Mitarbeiterschutzes mit sich bringt und zum anderen auch die Beziehung zum Patienten beeinflusst, da Pflegenden häufig nach einzelnen Handlungen dokumentieren und nicht nach vollständigen Handlungsabläufen.

Dennoch: Für die Ermittlung von „realen“ Zeiten und damit auf die Berechnung von „realen“ Kosten im Rahmen der DRG-Einführung gibt es derzeit kein besseres Instrument. DTA\* ist momentan auf die kurzfristige und damit sehr aufwändige Dokumentation aller Tätigkeiten ausgelegt. Das bedeutet, dass vor allem der kurzfristige Einsatz über mehrere Wochen zu empfehlen ist.

Mittels der gewonnenen Daten kann die Einrichtung sehr genau ermitteln, an welcher Stelle ein großer Aufwand produziert wird und Steuerungsmaßnahmen einleiten. Das bedeutet, dass zum Beispiel ausgewiesen werden kann, wie viel Zeit für das Austragen von Essen oder die Essensbestellung verwendet

wird. Sollte dies sehr hoch sein, dann kann man seitens der Einrichtung überlegen, ob es sinnvoll ist, diese Tätigkeit von anderen Mitarbeitern übernehmen zu

lassen. Als dauerhaftes Instrument zum Nachweis pflegerischer Tätigkeiten und somit als kontinuierliches Qualitätsinstrument muss jedoch auch eine vereinfachte Dateneingabe ermöglicht werden, die nicht während der Pflegehandlungen durchgeführt werden muss.

■ LEP\* ermöglicht gute Analysen, ist aber nur bedingt DRG-geeignet

Daneben wird in der Bundesrepublik vor allem über das LEP\* gesprochen. Das System LEP\* ist ein in der Schweiz eingesetztes Instrument zur Darstellung pflegerischer Leistungen, die für einen Patienten erbracht wurden. Es wurde vor 14 Jahren am Kantonsspital St. Gallen entwickelt und wird mittlerweile in der gesamten Schweiz in rund 100 Krankenhäusern eingesetzt.

LEP\* umfasst in seiner Darstellung 120 verschiedene pflegerische Tätigkeiten beziehungsweise Ausprägungen pflegerischer Tätigkeiten (z. B. aufwändig, wenig aufwändig, sehr aufwändig) in unterschiedlichen Tätigkeitsgruppen (Mader 1999). Anders als bei der DTA\* werden diese Tätigkeiten zentral erfasst, das heißt, es ist nicht notwendig, dass im Patientenzimmer dokumentiert wird.

LEP\* ist also im Gegensatz zur DTA\* auf die kontinuierliche Erfassung ausgelegt. Jede der Tätigkeiten ist mit einem Zeitwert versehen, so dass eine aufwändige Körperpflege (z. B. Ganzkörperpflege im Bett) mit 30 Minuten verbucht wird, eine einfache Körperpflege (z. B. eine Zahnprothesenpflege) mit fünf Minuten.

*Die Zeiten sind von Experten festgelegt worden und sollen den Zeitrahmen ausweisen, der von einer examinieren Pflegekraft für eine patientenangemessene und qualitative Pflege für die jeweilige Durchführung benötigt wird.*

Auf diese Art und Weise entstehen gesammelte Zeiten, die der Personalzeit gegenübergestellt werden können. Die Personalzeit wird gewichtet, das bedeutet, dass eine Auszubildende nicht mit der gleichen Zeit eingerechnet wird, wie eine examinierte Pflegekraft.

Da nur direkt am Patienten stattgefundenen Tätigkeiten erfasst werden, Pflege aber auch aus einer Vielzahl patientenfernen Tätigkeiten besteht, greift man bei der Methode LEP\* zu einem Trick. Organisatorische, hauswirtschaftliche und andere Aufgabenbereiche werden rechnerisch in dem so genannten C-Wert dargestellt. Dieser wird einfach ermittelt, indem man die gesamte (gewichtete) Personalzeit nimmt und die Zeit subtrahiert, die für die patientennahen Tätigkeiten erfasst wurden. Hat man erst einmal mehrere Monate LEP\*-Daten erhoben, dann ist der C-Wert in einem gewissen Spektrum variabel und schwankt zwischen den Monaten nur um wenige Prozent.

Eine massive Erhöhung auf der Seite der direkten pflegerischen Tätigkeiten bedeutet demnach, dass der C-Wert absinkt. Der C-Wert ist ein einfacher Indikator, und es können aufgrund von Schwankungen ganz gezielt Problemfelder ausfindig gemacht werden und Fragestel-

*Für die Ermittlung von Ist-Zeiten und Kosten gibt es derzeit kein besseres Instrument als DTA\*!*

lungen konkretisiert werden. Beispielsweise kann ermittelt werden, ob einzelne Leistungen (z. B. Patientengespräche) zurückgehen, wenn die Belastung sehr hoch ist. Oder es kann nachgeschaut werden, ob sich die Intensität der pflegerischen Leistungen verringert (z. B. von einer aufwändigen zu einer einfachen Körperpflege).

Mittels LEP\* kann man aber nicht ermitteln, wie viel reale Zeit für einzelne Tätigkeiten aufgewendet worden ist (z. B. Essen anreichen). Daher eignet sich LEP\* nur bedingt für die Fragestellung der pflegerischen Kostenermittlung im Rahmen der DRGs. Da aber eine sehr feinschrittige Datenlage über einzelne Tätigkeiten vorliegt, können umfassende Analysen einzelner Stationen vor allem unter Qualitätsaspekten erfolgen. Mittels LEP\* kann jedoch genau wie bei der DTA\* nicht aufgezeigt werden, in welcher Qualität die eigentliche Maßnahme durchgeführt wurde. Doch die Erfassung mittels LEP\* ist einfach zu handhaben und die Auswertungsmöglichkeit und Datenlage liegt weit oberhalb einfacher „PPR-Daten“.

**I**n einem Forschungsprojekt des KKVD e.V., das am Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung in Köln durchgeführt wird, wird momentan mit beiden Methoden gearbeitet. Der Zwischenbericht kann auf den Internetseiten kostenfrei eingesehen werden (<http://www.dip-home.de>). Die ersten beiden Eingangsfragen konnten somit ohne die Hilfe der drei Fragezeichen beantwortet werden. Doch wie sieht es mit der dritten, der nach der Professionalisierung der Pflege, aus?

#### ■ FIM verknüpft DTA\* und LEP\*

Um diese zu beantworten, muss man sich vergegenwärtigen, dass die reine Ausweisung der stattgefundenen Tätigkeiten nur eine geringe Aussagefähigkeit

hat. Wichtig ist, dass die Pflege nachweisen kann, warum die entsprechenden Tätigkeiten durchgeführt wurden (Bartholomeyczik 2000). Dazu bedarf es der Verknüpfung mit einem Instrument, das den Zustand eines Patienten beschreibt. Lassen sich Aussagen bezüglich der Einschränkung im Bereich der Fähigkeit, sich selbst zu waschen, bei einem Patienten ausweisen, dann kann auch nachgewiesen werden, warum eine aufwändige Körperpflege stattgefunden hat.

**A**us diesem Grunde wird in einer weiteren Phase des Projektes das schweizerische LEP\* und das DTA\* mit einem Instrument verknüpft, das dies leisten kann (siehe auch den Beitrag von B. Bergmann in dieser Ausgabe). Es handelt sich um den Functional Independence Measure FIM (Ivar 1999), der 18 zentrale Aspekte der Selbstfähigkeit eines Patienten einstuft und abbildet. Neben körperbezogenen Merkmalen, wie der Fähigkeit zur Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme, werden auch kognitive Fähigkeiten beurteilt. Professionelle Pflege wird sich darin zeigen, ob die erforderlichen Leistungen und die erbrachten Leistungen übereinstimmen. Nur so kann nachgewiesen werden, dass eine Patientenversorgung fachgerecht durchgeführt wurde. Doch sollten sich Zusammenhänge bestätigen und aufzeigen lassen, dann kann auch dies nur als Teilerfolg betrachtet werden.

Professionelle Pflege ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass individuell für den jeweiligen „Fall“ die richtigen Maßnahmen eingeleitet wurden. Dabei handelt es sich aber eben nicht um isolierte, einzelne Maßnahmen, sondern um Handlungskomplexe. Pflegenden stehen gleichermaßen unter dem Zwang

der Entscheidung und dem der Begründung. Sie benötigen daher zukünftig nicht nur einzelne Zusammenhänge, sondern komplexe Entscheidungs- und Begründungswege. Solche Handlungs- und Begründungskomplexe müssen entwickelt und transparent gemacht werden.

Eine Entscheidung dafür, welcher Handlungskomplex für den jeweiligen Patienten gewählt wird, kann nur aufgrund von kommunikativen Prozessen mit dem Patienten und aufgrund eines individuellen Fallverstehens und der Erfahrung seitens der Pflegenden sowie dessen Begründung getroffen werden. Zu dokumentieren wären dann nicht mehr die einzelnen Handlungsschritte, sondern die Begründungen für die Auswahl von Handlungskomplexen.

Unter diesem Aspekt haben sowohl LEP\* als auch DTA\* noch Entwicklungsbedarf. Sie können jedoch als Instrumente begriffen werden, die die notwendigen Daten für diese Art der professionellen Dokumentation liefern können.

## Fazit

Entscheidend für die Einführung der einen oder der anderen Methode ist demnach, welches Ziel eine Einrichtung mit der Datenerfassung verfolgt. Für die DRG-Bemessung ist die DTA\* sicherlich wirklichkeitsnaher und liefert die genaueren Zahlen. Für ein umfassendes Qualitätsmanagement und die dauerhafte Anwendung gibt es derzeit kein besseres System als das LEP\*. Beide Instrumente erweisen sich als anknüpfungs- und ausbaufähig und können zukünftig auch für weitere Fragestellungen in Richtung professioneller Pflegedokumentation verwendet werden.

Was also gibt es zu tun? Es scheint zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht notwendig zu sein, Herrn Jonas und seine Freunde anzurufen. Vielmehr bedarf es weiterer und umfangreicher pflegewissenschaftlicher Forschungen, um zukünftig sinnvolle Verknüpfungen von zustands- und handlungsbezogenen Pflegemessinstrumenten zu erreichen. Die Arbeiten des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. kann dabei als ein Projekt verstanden werden, in dem mögliche Wege aufgezeigt werden sollen.

#### Literatur

- Bamert, U.: Informationen LEP Nr. 1, März 1998.  
Bartholomeyczik, S., Hunstein, D.: Erforderliche Pflege – zu den Grundlagen einer Personalbeurteilung. In: Pflege & Gesellschaft, Duisburg, DV Pflegewissenschaft, 2000  
Engelke, R.: Pflege-Fallpauschalen. Ein Instrument zur Planung und Steuerung des Pflegeaufwandes. Robert Bosch Stiftung, Bleicher Verlag, 1994.  
Fischer, W.: Die Bedeutung von Pflegediagnosen in Gesundheitsökonomie und Gesundheitsstatistik. Wolfertswil. Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin, 1999  
Isfort, M.: Was leistet Pflege im Krankenhaus? In: Krankendienst. Freiburg im Breisgau. Lambertus Verlag, Heft 7, 2001  
Isfort, M.: Pflegequalität und Pflegeleistungen. KKVD e.V. (Hrsg.). Freiburg, Köln, 2001  
Isfort, M.: Pflegeleistungsmessung und DRGs. In: BALK INFO. Uslar-Sohlingen. Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflegepersonen e.V., Heft 51, 2001 IVAR (Hrsg.): Manual FIM – Funktionale Selbstständigkeitsmessung, 1999  
IVAR (Hrsg.): Manual FIM – Funktionale Selbstständigkeitsmessung, 1999  
Maeder, C., Bruegger, U., Bamert, U.: Beschreibung der Methode LEP. Anwendungsbereich Gesundheits- und Krankenpflege für Erwachsene und Kinder im Spital. Geschäftsstelle LEP, St. Gallen, 3. Aufl. 1999  
Rupprecht, H. et al.: Vorstellung eines Pflegezeiterfassungssystems – zur Ermittlung des Aufwandes bei Intensivpatienten und daraus abgeleiteter Planstellenberechnung. In: Die Schwester/Der Pfleger. Melsungen. Bibliomed Verlag, 1994  
Weidner, F.: Was bedeutet Professionalisierung für die Pflegeberufe? In: Sauter/Richter (Hrsg): Pflegeexperten für den Alltag. Bonn. Psychiatrie-Verlag, 1999  
Simon, M.: Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems – Teil 3. In: Pflege Zeitschrift. Stuttgart. Kohlhammer Verlag, 2000  
Schöning, B. et al.: Pflege-Personalregelung. Stuttgart, Berlin, Köln. Kohlhammer Verlag, 1995

#### Anschrift des Verfassers:

Michael Isfort  
Krankenpfleger, Pflege-Päd., wissenschaftlicher Mitarbeiter am Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. in Köln,  
Lehrbeauftragter für Pflegewissenschaft an der Katholischen Fachhochschule NW, Abteilung Köln. Freiberuflich tätig als Weiterbildner und Dozent für Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik und EDV in der Pflege  
Dt. Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.  
Werthmannstraße 1a  
50935 Köln