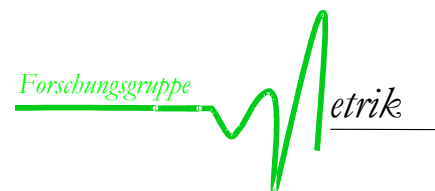


Veröffentlichung aus der BALK - INFO

April `01

Herausgeber: BALK e.V.



Winfried Zinn
An der alten Schule 16
36355 Grebenhain - Bermuthshain

Tel: 0 66 44 - 91 91 55

Fax: 0 66 44 - 91 91 57

e-mail: service@forschungsgruppe-metrik.de

<http://www.forschungsgruppe-metrik.de>

Mobile Leistungserfassung im Krankenhaus – Chancen für die Pflege

Christian J. Lanz und Winfried Zinn

Winfried Zinn
Forschungsgruppe Metrik
An der alten Schule 16
36355 Bermuthshain

Die Einführung einer detaillierten Leistungs- bzw. Tätigkeitserfassung in Pflege und Medizin wird nicht zu umgehen sein. Die Einführung von DRG-Systemen in anderen Ländern hat gezeigt, dass der Kostendruck erheblich zunimmt und die innerbetriebliche Leistungsplanung und -steuerung entsprechend angepasst werden muss. Wer aber die Arbeitsrealität der Pflegekräfte auf Station kennt, der weiß, dass es kaum noch Ressourcen gibt, diesen Mehraufwand zu leisten. Jede Pflegekraft benötigt bereits jetzt 20-30 Minuten pro Schicht, um direkte und indirekte Pflegeleistungen angemessen zu dokumentieren. Nicht selten werden Mindestanforderungen an eine Dokumentation unterschritten. Für die Praktiker stellen sich mehrere Fragen:

- Was spricht für eine Einzelleistungserfassung? Reicht die bisherige Pflegedokumentation nicht aus?
- Wie kann man den zeitlichen Aufwand für die Einzelleistungserfassung gering halten kann?
- Wie kann man die Ergebnisse solcher detaillierter Erfassungen nicht nur für die Gesamtsteuerung, sondern auch direkt vor Ort nutzen?

DRG-Einführung und Pflege

Mit der Einführung der DRG's benötigt das Krankenhaus genaue Informationen, welche Kosten pro Diagnosegruppe tatsächlich entstehen und wie sich diese Kosten verteilen. Informationslücken bestehen insbesondere

- bei den Ist-Personalkosten pro Diagnosegruppe,
- bei dem Aufwandsanteil der verschie-

denen Berufsgruppen pro Diagnosegruppe.

Die DRG's sind medizinisch ausgerichtet und formuliert. Es wird in Studien dagegen bestätigt, dass nicht unbedingt ein Zusammenhang zwischen medizinischer Diagnose und Pflegeintensität besteht (vgl. Fischer 1999). Wenn es der Pflege nicht gelingt, ihre Leistungen und ihren Zeitbedarf pro DRG nachzuweisen, wird sie zu den sicheren Verlierern der DRG-Einführung gehören.

PPR als Hilfe

Die PPR kann hier eine hilfreiche Unterstützung darstellen, da sie allgemeine Normen und Zielvorstellungen berücksichtigt, die die Pflege für ihre Arbeit hat. Aber solche Sollvorgabenbasierten Systeme müssen individuell mit der Ist-Situation abgeglichen werden. Die Sollvorgabe von ca. vier Stunden pro Tag für Pflegeleistungen, die man für einen A3/S3-Patienten laut PPR benötigt, ergibt keine Aussage, welche Leistungen tatsächlich erbracht werden. Für die erfolgreiche Argumentation bei der Verteilung der betrieblichen Ressourcen wird das Pflege-management Daten über die Ist-Pflegeleistungen pro Patient und daraus abgeleitete Pflegeleistungsmuster pro DRG benötigen.

Kundenorientierung

Wegen des zu erwartenden, größeren Konkurrenzdrucks wird die Relation von Qualität und Kosten für die Positionierung des Krankenhauses mehr Bedeutung erlangen. Das heißt, neben dem

Kundenorientierung und Wirtschaftlichkeit - die Schnittmenge -

Beispiel DRG-Gruppe

Station A	1
Station B	2
Station C	3
Station D	4
Station E	5
Station F	6

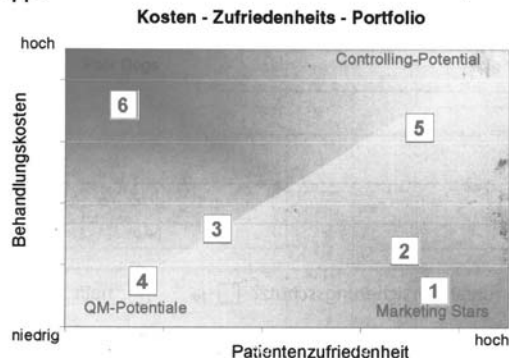


Abb. 1: Beispiel für eine Analyse von 6 Stationen. Sie sind jeweils zwischen Patientenzufriedenheit und Kosten dargestellt.

„objektiven“ Ergebnis der medizinischen und pflegerischen Interventionen sind auch die Patientenzufriedenheit und die Ist-Behandlungskosten in Beziehung zu setzen. Also entsteht auch hier die Notwendigkeit, genaue Zahlen über Ist-Leistungen pro Behandlung zu erheben (Abb. 1)

Fehlbelegungsprüfungen

Fehlbelegungsbewertungen können in einigen Bundesländern 3% und mehr Budgeteinbußen bewirken. Der Hauptansatzpunkt der Prüfungen des MDK ist die ungenügende Dokumentation der erbrachten medizinischen und pflegerischen Leistungen am Patienten. Nicht dokumentierte Leistungen gelten als nicht erbrachte Leistungen. Wenn es einem Haus von 100 Betten und ca. 16 Millionen DM Umsatz aufgrund einer optimierten Leistungsdokumentation gelingt, statt eines Budgetabzuges von 3% nur 1% zu erreichen, dann stehen jedes Jahr ca. 320 000 DM mehr zur Verfügung. Dies entspricht etwa 4,5 Pflegevollkräften für dieses 100-Bettenhaus.

Mobile Leistungserfassung

Eine kontinuierliche Ist-Leistungserfassung frisst Zeit. Diesen Mehraufwand

kann man nur durch den Einsatz von EDV gering halten kann. Für die Pflege ist dabei entscheidend, dass die Daten direkt am Leistungsort und zeitnah eingegeben werden können, also mit einer EDV-gestützten mobilen Datenerfassung. Nur wenige deutsche Krankenhäuser arbeiten bisher mit mobiler Datenerfassung. Zumeist handelt es sich dann um Varianten von EDV-gestützten Pflegedokumentationssystemen oder Bestellaufnahmesystemen (Mahlzeiten).

Beispiel für eine mobile Datenerfassung

Am Beispiel des Systems der mobilen Datenerfassung der Forschungsgruppe Metrik wird im folgenden ein EDV-gestütztes System zur diagnosebezogenen Tätigkeitsanalyse (DTA) erläutert, dass die komplette Tätigkeitsdokumentation der Pflege und den dazugehörigen Zeitaufwand aufnehmen kann.

Systemelemente

Die DTA setzt sich aus vier Elementen zusammen (Abb. 2):

Im Rahmen der pflegerischen Erstbegutachtung erfolgt eine Eingruppierung aller Patienten. Hier werden die bekannten Verfahren wie DRG oder PPR genutzt, wobei man auch hausindividuelle Gruppierungen (wie z.B.

FIM, LEP, ICD 10 oder OPS) nutzen kann.

Der zweite Schritt ist eine kontinuierliche, patientenspezifische Leistungserfassung mit Hilfe eines elektronischen Datenerfassungsgerätes (Scanner). Die elektronisch erfassten Tätigkeiten werden automatisch dokumentiert. Weitere Tätigkeitsdokumentationen entfallen also. Der Arbeiterschutz hat hierbei Priorität, d.h. es gibt keine Einzelauswertung einzelner Mitarbeiter.

Jede Station kann intern über ihre gesammelten, „harten“ Daten Verbesserungspotenziale identifizieren und eigenständig die Optimierung in Angriff nehmen. Durch Vergleichswerte werden eigene Stärken, Schwächen und Besonderheiten offensichtlich. Eine Kopplung der Ergebnisse mit der Patientenbefragung ist möglich. Die in der Folge eingeführten Veränderungen können auf ihre Wirksamkeit überprüft und gegebenenfalls nachjustiert werden.

Die Kalkulation der DRG's kann auf der Basis realer Personaldaten erfolgen. Es steigen die Chancen, dass sich die Verteilung der Gelder an die einzelnen Berufsgruppen mehr an objektiven Daten als an fragwürdigen Schätzungen und an den machtpolitischen Verhältnissen orientiert.

Tätigkeitslisten

Zu Beginn des Projektes wählen die Mitarbeiter die für den Bereich relevanten Einzelaktivitäten aus einer bereits vorliegenden Tätigkeitsliste aus und erweitern diese gegebenenfalls um individuelle Themengebiete (Abb. 3). Die Einzelaktivitäten sind in Tätigkeitsgruppen systematisch kategorisiert. Diese Tätigkeitsgruppen orientieren sich an bestehenden und eingesetzten Kategoriensystemen, zum Beispiel den ATLs von Roper et al., den AEDLs von Krowinkel oder selbst bestimmten Systemen.

Erfassungsgerät

Als Gerät zur Leistungserfassung wird „Doculine“ verwendet (Abb. 5); es entspricht in etwa der Größe eines Taschenrechners (15 x 7 x 1,5 cm), umfaßt eine Tastatur, ein Display und einen integrier-

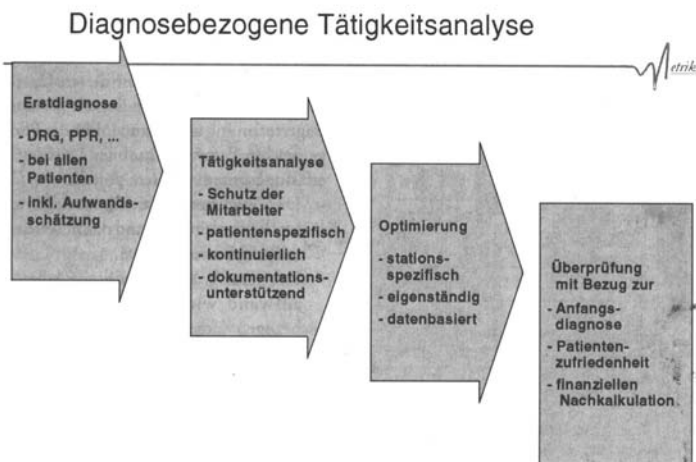


Abb.2: Diagnosebezogene Tätigkeitsanalyse (DTA) setzt sich aus vier Elementen zusammen

Gruppenbezeichnung	Gruppennummer	Aktivieren?	Tätigkeit
Verbandwechsel	114		
Pflege		<input type="checkbox"/>	Verbandwechsel allgemein
		<input type="checkbox"/>	Tutor
		<input type="checkbox"/>	Schiene, O-schenkel, U-schenkel
		<input type="checkbox"/>	Schiene, O-Arm, U-Arm
		<input type="checkbox"/>	Verbandwechsel traumatologisch
		<input type="checkbox"/>	großflächige medik. Einreibung, VW
		<input type="checkbox"/>	Fixateur externa
		<input type="checkbox"/>	aseptischer VW
		<input type="checkbox"/>	Verbandwechsel chirurgisch
		<input type="checkbox"/>	einfach, Pflaster, Braunüle
		<input type="checkbox"/>	septischer VW
		<input type="checkbox"/>	aufwendig, ZVK, Dekubitus, Wickeln, Beine, SPK, PEG
Verlegung	709		
Ärzte		<input type="checkbox"/>	Verlegungsgespräch
		<input type="checkbox"/>	Verlegung extern, anderes Haus, AHB

Abb. 3
Tätigkeits-
liste

Datenauswertung

Jede Station hat ein PC-Programm zur Verfügung, welches verschiedene Auswertungsformen sofort ermöglicht.

Ein Vergleich mit Stationen gleicher Fachrichtung gibt Anregungen für die Optimierung der eigenen Arbeit (Abb. 4).

So benötigt in diesem Beispiel die Innere 2 deutlich mehr Zeit für Visiten, während bei den hauswirtschaftlichen Tätigkeiten beide Stationen gleich auf sind. Unterschiede und Ähnlichkeiten bieten hier eine Grundlage zu sachlichen Gesprächen über Besonderheiten und Lernpotenziale der verschiedenen Stationen.

ten Barcodescanner. Das Erfassungsgerät wird von jedem Mitarbeiter über die gesamte Arbeitszeit hinweg mit sich geführt, die erbrachten Leistungen werden kontinuierlich und patientenbezogen dokumentiert. Durch den Barcode-Scanner und die im Vorfeld gebildeten Tätigkeitsgruppen ist eine zügige Erfassung und einfache Handhabung möglich. Zur Aus-

lesung und Auswertung der Daten werden ein PC und ein Drucker benötigt. Innerhalb von 2-3 Tagen kann ein selbstverständlicher Umgang mit diesen Geräten erreicht werden. Für Handybesitzer sind diese Art von Erfassungsgeräten selbsterklärend. Im Gegensatz zu den Taschencomputern nach dem PALM-Muster entfallen hier lange Einarbeitungszeiten.

Erfahrungen mit der mobilen Datenerfassung

Pflegekräfte sind für ein solches System nur dann zu motivieren, wenn es die Tätigkeitsdokumentation übernimmt und keine Doppelarbeiten anfallen. Da die Patientennummer pro Eingabe erfasst wird, kann die Pflege als Nebenprodukt ihren DRG-spezifischen Aufwandsanteil belegen. Die Diskussion um Anteile an dem Erlös der einzelnen DRG-Diagnosegruppen wird somit auf eine sachliche Ebene gehoben. Es ist mit diesen Daten möglich, eine patientenbezogene Kostenträgerrechnung aufzubauen. Für die Pflege hat ein derartiges mobiles Leistungserfassungssystem mehrere Vorteile:

- Die Tätigkeitsdokumentation wird wesentlich vereinfacht und damit werden zeitliche Ressourcen frei.
- Der berufsgruppenspezifische Arbeitsaufwand wird patientengruppenbezogen dargestellt und kann bei den DRG-Verteilungskämpfen genutzt werden.
- Anreize zur Selbstoptimierung auf Stationsebene werden gegeben.
- Die Diskussion mit anderen Berufsgruppen kann an Hand von "harten" Fakten erfolgen.

Optimierung durch Benchmarking

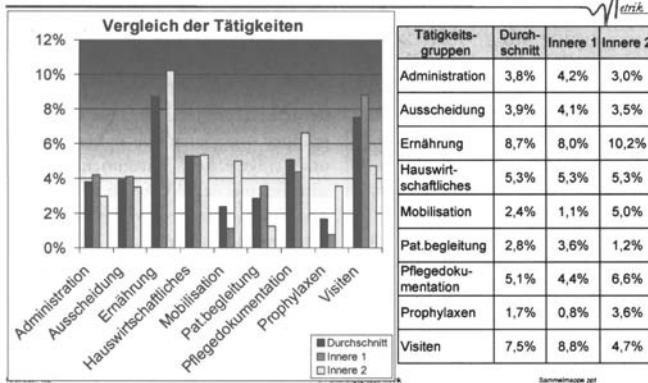


Abb. 4: Vergleich von 2 Stationen. Deutliche Unterschiede geben Anregungen zur Verbesserung