

## **Protokoll Netzwerk Pflegefachsprachen, Pflegeinformatik / Pflegediagnosen am**

**Datum 15.11.11**

Wichtiges: Bitte helft mit, die Adressliste des Netzwerks aktuell zu halten: Teilt mir bitte mit ([odenbreitmatt@me.com](mailto:odenbreitmatt@me.com)), wenn sich eure Adresse ändert oder ihr nicht mehr am Netzwerk interessiert seid. Gebt bitte an welche Software ihr für die elektrische Pflegedokumentation einsetzt? Diese Daten werde ich in der Mitgliederliste des Netzwerkes aktualisieren. Sinn ist es, den Austausch unter AnwenderInnen gleicher Systeme zu erleichtern.

### **Thema: Pflege und DRG**

Es wurden vier Referate zum Thema DRG und Pflege gehalten, ein Referat zum Thema Erfassung des Pflegebedarfs anhand NANDA-I

#### **1. Vortrag**

##### **Präsentation des Antrags an das Bundesamt für Statistik zur Erweiterung der CHOP um ein Kapitel zur Pflege**

Lucien Portenier Leiter Qualität & Fachsprache SBK Geschäftsstelle Schweiz,  
Kosten im Gesundheitsbereich:

- 5,6% Ausreisser (1,1% Kurzlieger, 4,5% Langlieger), generieren 15% der Gesamtkosten, 18% der Pflegekosten und 18% der Aufenthaltsdauer
- Indikatoren aus dem Expertenmandat (SBK mit SVPL) wurden mit Pflegeinterventionen ergänzt und so für die CHOP 99C vorbereitet. Beispiele von Indikatoren wie mentale Beeinträchtigung, emotionale Beeinträchtigung, beeinträchtigte Mobilität, Beeinträchtigung der KP etc. siehe beigefügte Power Point Präsentation.
- Präsentation zum herunterladen

#### **2. Vortrag**

##### **Bericht aus dem USZ „DRG und Pflege“, T. Jucker**

LEP Beauftragter und Controller Direktion Pflege & MTTB Universität Spital Zürich, AKP, IPS-Ausbildung, Medizincontroller

- 1/3 der DRG-Kosten werden durch Pflegeleistungen verursacht. Prävention wird nicht abgeglichen, nicht finanziert.
- Codierrelevante Zustände eines Patienten sind:
- Bewegung und Sprache, z.B. Gangstörung, Blindheit  
Bewusstsein, z.B. Verwirrtheit, Demenz, Delirium  
Ernährung/Stoffwechsel, z.B. Schluckstörung  
Haut/Schleimhaut/Unterhautgewebe, z.B. Dekubitusgrad  
Urogenitalsystem, z.B. Urininkontinenz  
Verdauungssystem, z.B. Stuhlinkontinenz  
Spez. Behandlungen, z.B. ZVK, BZ-Produkte, Isolierung

- Für die Institutionen wird es essentiell sein, die relevanten Informationen in die Kodierung zu übernehmen, dies kann pro Behandlung mehrere tausend Franken Unterschied ausmachen. Beispiel Dekubitus: perverserweise bringt der Schaden Geld nicht die Verhütung des Dekubitus. Andererseits wirkt sich eine hohe Dekubitusrate negativ auf die Qualitätsvergleiche aus und kann zu Marktnachteilen oder gar Streichung von der Spitalliste führen.
- Sitzwachen erhöhen z.B. den Pflegeaufwand. So erklären sich die Unterschiede zwischen verschiedenen Stationen. Andere Vorkehrungen zur Sicherheit und aufwendige Medikationen können den Pflegeaufwand weiter erhöhen. Unterschiede von Station zu Station sind dabei erheblich.
- Nur wenn eine vollständige und lückenlose Dokumentation vorliegt kann Pflege ihre Leistungen rechtfertigen.
- Diskussion im Plenum: Ist es zulässig, LEP-Zahlen für Budgets und andere Planungen einzusetzen, obwohl die Aspekte der Qualität (Sinn und Zweck der Interventionen) darin nicht berücksichtigt sind?

### **3. Vortrag:**

#### **Pflege Controlling anhand vom Pflegebedarf mittels NANDA-I Diagnosen, Ch.Heering**

Dr. Christian Heering (Fachabteilungsleiter Qualität und Entwicklung Felix-Platter-Spital Basel, christian.heering@fps-basel.ch): Pflegecontrolling

Felix-Platter Spital in Basel, 300 Betten mit geriatrischen Patienten. Folgende Ziele waren zu eruieren:

- a. welchen Pflegebedarf und Risiken haben unsere Patienten?
- b. wie können die Prozesse/Angebote gesteuert werden?

- Der Pflegebedarf wird nach NANDA-I erhoben, mittels 50 verwendeten Pflegediagnosen, verbunden mit einer Jones-Skalierung: Stufe 1 (selbständig mit Hilfsmittel), Stufe 2 (Unterstützung notwendig), Stufe 3 (Hilfsmittel und Unterstützung notwendig), Stufe 4 (von Pflege abhängig). Zusätzlich Triage nach Akutheit der Situation und Ermittlung eines Pflegebedarfsindex mit Anzahl Pflegediagnosen und Skalierungen. Eine Auswertung dieser Informationen belegt für die ersten drei Quartale 2011 eine relevante Zunahme an akuten Situationen und an Behandlungen, die nicht ins Schema von Fallkostenpauschalen passen. Die Anzahl Pflegediagnosen hat sich nicht signifikant verändert, diese werden tgl. zum LEP dazu erfasst.
- Es wird triagiert nach Pflegesituationen: grün= geringe Akutheit, Patient geht den Pfad, es bestehen wenig Risiken, Pflege durch FaGe. Gelb= erhöhtes Risiko, Wechselwirkung Pflege\_Medizin, mind. 1mal tgl. ist eine dipl. Pflegendende nötig, KP evt durch FaGe. Rot= höchste Akutheit mit vielen Risiken oder noch nicht abgeschlossene Pflegediagnostik, dipl. Pflegendende ist nötig.

Diskussion:

Grundlage für die Triage der Akutheit (grün, gelb und rot) ist eine Pflegerichtlinie, für die Pflegebedarfsermittlung wird ein strukturiertes Assessment benutzt. Die Bezugspflege und Fallverantwortung können zurzeit manchmal nicht korrekt erfolgen.

Anteil Pat. mit höchster Abhängigkeit ist 17%-19%

### **4. Vortrag:**

#### **1. Pflege und DRG, messbare Indikatoren der Pflege zur Erklärung der Outlier, Weckmann&Mohr**

Arbeit im Rahmen eines dreimonatigen Praktikums am Bürgerspital Solothurn (Studium an der Fachhochschule Münster)-

Fragestellung: Welche Pflege Indikatoren können zur Bestimmung der Liegedauer bei Outliern benannt werden?

Untersucht wurden die 5 häufigsten DRG's (5 Out- und 5 Inlier) in der soH: einfache Pneumonie, Ösophagitis, cerebro vaskuläre Störungen, med. Rückenprobleme, lap. Cholezystektomie.

Zeitfenster 2009-2011, randomisierte Erhebung aus 3085 DRG's

Total 96 untersucht, davon 48 Outlier und 48 Inlier

LEP Zahlen sind nur unter Beachtung der PD in Bezug auf die Pflegeleistung aussagekräftig

### **Ergebnisse**

- Es besteht eine positive Korrelation zwischen Pflegeaufwand, Pflegediagnose und Liegedauer
- Mittels bestehender Pflegediagnose kann frühzeitig erkannt werden, wie lange der Pat. hospitalisiert werden muss (vorrausschauende Planung)
- Assessment und Pflegediagnosen erklären den Pflegeaufwand, alleine mit LEP oder anderen Aufwandmessungen ist dies nicht erklärbar
- Die häufigsten Pflegediagnosen: Sturzgefahr, Schmerzen, Inkontinenz, Erschöpfung, beeintr. Körp. Mobilität, beeintr. Gasaustausch, Flüssigkeitsdefizit, Hautschädigung, , Angst, Diarrhoe, akute Verwirrtheit, Übelkeit (es werden nur die genannt welche bei der untersuchten Population mehrfach genannt wurden >5)

Diskussion:

Die Untersuchung zeigt signifikante Tendenzen und bestätigt die anderen Vorträge. Der reine Pflegeaufwand in Minuten sagt nichts über die Notwendigkeit der pflegerischen Handlung. Erst mittels Assessment und Pflegediagnosen kann eine gezielte Betreuung des Patienten erfolgen (Prävention) und die Indikatoren (Pflegediagnosen) erklären die Outlier. Rund 2/3 der Pflegekosten/-Leistungen pro DRG weist eine unbefriedigende Homogenität auf (64%)

## **5. Vortrag**

### **Welche Auswirkungen haben DRG's auf die Pflege, Prof. Dr. M. Müller-Staub**

- DRG klassieren Hospitalisationen. Die Spitalplanung ist morbiditätsorientiert, nicht präventionsorientiert! Ziel der DRG ist die Kostensteuerung.
- In der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme gibt es aktuell 16 000 Diagnosen, Tendenz steigend. Bei der Pflege sind es aktuell 206 NANDA-Pflegediagnosen.
- Pflege ist ungenügend abgebildet (Swiss DRG Pflege), die Pflegekosten variieren zwischen 8%-56%. Die Pflegekosten entsprechen 2/3 und haben eine ungenügende Homogenität (grosse Streuung)
- Methode: Literaturrecherche (Gesamttotal 1938) beinhaltetete 91 Studien
- Resultate: Rationierung, Unterversorgung, Aufnahme und Fallstruktur, Verminderung des Angebots entsprechend der DRG's -> die Patienten werden später und kränker aufgenommen, es besteht die Gefahr nur gewinnbringende DRG's auszuwählen, unvollständige Abklärung welche zu Wiedereintritten führt, Fallsplitting – aus einem Fall werden 2 Eingriffe gemacht.

- Die Patienten erhalten weniger Pflege durch die kürzere Aufenthaltsdauer, die Unterstützung in der KP nahm um 21% ab, Unterstützung beim Essen um 24%, die Patientenanleitung und –beratung nahm um 77% ab und die Prävention um 73%.
- Die direkten Pflegemassnahmen nehmen ab, Aufgaben im delegierten Bereich, z.B. vom Arzt nehmen zu
- Arbeitsverschiebung: professionelle Pflegende an Hilfskräfte
- Verhältnis Patienten – Arzt ist um 13% gesunken, mehr Ärzte wurden angestellt!
- Verhältnis Patienten – Pflege hat um 8% zugenommen
- Hospitalisationsdauer nahm um 11% ab
- Pflegeintensität steigt
- Spitex wächst um 20-25% der Inanspruchnahme
- Erwünschte Kosteneinsparung wurde nicht erreicht, weder Kosten noch Mortalität wurden reduziert
- Ursachen: Pflege wird mehrdeutig und unspezifisch dokumentiert, die Pflegebegründung, resp. Evaluation ist wenig abgebildet.
- Die Pflegediagnosen sind mit den DRG's signifikant verbunden ( $p < 0,0001$ ), Pflegediagnosen erhöhen die Aussagekraft der DRG von 30-41% und Pflegediagnosen können vorhersagbare Entwicklungen darstellen (Welton&Halloran, 2005)

Diskussion:

Interprofessionalität oder Interdisziplinarität?

Definition der Pflege als Disziplin ist wichtige Voraussetzung für den inter- und den intraprofessionellen Dialog (innerhalb der Pflege und mit anderen Professionen).

Was können verschiedene Klassifikationen zur Informationsstrukturierung beitragen? Das Netzwerk leistet einen wesentlichen Beitrag zu dieser Debatte.

**Ideen für 2012:**

Assessments. Assessment-Tag. LEP-WAUI-Tag. Evidenzbasierte Verknüpfung, gibt es dazu schon Ansätze? Was bleibt auf der Strecke? Prävention und Qualitätssicherung dokumentieren und transparent machen. Einfluss der ExpertInnen (des Netzwerks) auf LEP-Kataloge. Spannungsfeld zwischen wachsendem Dokumentations- und Auswertungsbedarf und schwindender Zeitreserve. Was kommt von der Dokumentation in Form von Qualitätsverbesserungen bei PatientInnen an?

Herzlichen Gruss

Matthias Odenbreit

Netzwerkleitung

odenbreitmatt@me.com