

Innovationsprojekt

# DRG – Pflegediagnosen als Chance

Mit der Einführung der Abrechnung mit Fallpauschalen (DRG) gewinnt die Dokumentation pflegerischen Handelns in einer einheitlichen Fachsprache vermehrt an Bedeutung. Die Evaluation eines Projekts in den Spitälern fmi im Berner Oberland bestätigt das Potential der Pflegediagnostik bei der Sicherung der Pflegequalität.

MARIA MÜLLER-STAUB  
ANGELA REITHMAYER  
DOROTHÉE HOFSTETTER

**DIE** pflegerische Dokumentation umfasst Pflegeanamnese, Pflegediagnosen, Pflegeziele und -massnahmen sowie verschiedene ergänzende Bögen, beispiels-

Studie

## Pflegediagnosen 30 Prozent genauer

Der Pflegeprozess als Chance zur Qualitätssicherung: Pflegediagnosen erhöhen Aussagekraft und Genauigkeit der Fallpauschalen DRG um 30%. Zwischen Pflegediagnosen der NANDA-I und DRG besteht ein signifikanter Zusammenhang. Studienergebnisse von 123 241 Patienten zeigten: DRG sind bei Einschluss von Pflegediagnosen 30% genauer bezüglich

- Spitalaufenthalts-Dauer,
- Aufenthalt auf IPS,
- Sterbewahrscheinlichkeit (Mortalität)
- Austritt nach Hause/Übertritt in Langzeitinstitution und
- Kosten (Welton & Halloran, 2005).

Pflegende nehmen in Gesundheitsinstitutionen eine zentrale Koordinations- und Dokumentationsfunktion ein. Die Untersuchung von 444 Patientenakten ergab, dass 62 bis 82% der Gesamt-Patientenakte durch Pflegende dokumentiert wird. Bislang wurden Pflegeprozess-Daten für DRG-Berechnungen zuwenig genutzt.

weise zur Wund- oder Schmerzdokumentation. Die prozessorientierte Dokumentation der Pflege ist jedoch ein Problemfeld: Ebenso vielfältig wie die Anzahl der zu dokumentierenden Informationen sind die Arten, Informationen festzuhalten. Zu klärende Punkte reichen von fehlender Einsicht der Notwendigkeit der Pflegedokumentation über ungeeignete Dokumente bis hin zu der Frage: Was muss dokumentiert werden und was nicht?

Selbst wenn gemäss gesetzlichen Grundlagen zur Pflegeprozessdokumentation klar ist, was und wie dokumentiert werden soll, werden diese Vorgaben oft nicht eingehalten (Ehrenberg A, Ehnfors M., 1999; Ehrenberg A, Ehnfors M, Smedby B, 2001; Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, van Achterberg T., 2007). Der Pflegeprozess wird häufig ungenau und unvollständig dokumentiert, sei es handschriftlich oder in elektronisch gestützten Pflegedokumentationen. Ursache für diesen Misstand ist fehlendes Fachwissen – bei den Pflegenden wie in den Reihen der IT-Anbieter und der «Pflegeinformatiker» gleichermaßen (Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M., 2005; Pourasghar F, Malekafzali H, Koch S, Fors U, 2008).

### Mangelhaft formuliert

Wenn es konkret um die Formulierung von Pflegediagnosen (vgl. Kasten S. 20) geht, weisen Studienergebnisse auf ähnliche Mängel hin (Müller-Staub M et al., 2007; Bartholomeyczik S., 2004). Ein Beispiel: Bei der Pflegediagnose «Beeinträchtigte körperliche Mobilität» waren die Merkmale «Koordinationsstörung» und «Muskelschwäche» in über 70% der Doku-

mentationen nicht festgehalten, obwohl es sich um Patienten mit Halbseitenlähmung handelte. Auch die ursächlichen Faktoren, im oben genannten Beispiel eine Parese, war meistens nicht angegeben (Delaney C, Herr K, Maas M, Specht J, 2000). Andere Studien zeigten, dass bei 44 bis 70% der dokumentierten Pflegediagnosen keine ursächlichen Faktoren verzeichnet waren (Müller Staub M, 2002).

Der zusätzliche Einsatz von Assessment-Instrumenten trägt zur Verbesserung des Pflegeprozesses kaum bei. Im Gegenteil, sogenannte «Grobscreenings» können die Umsetzung des Pflegeprozesses sogar gefährden. Insbesondere Instrumente von Einzelentwicklern im deutschsprachigen Raum, die konzeptuell nicht mit validen, international anerkannten Pflegeklassifikationen im Zusammenhang stehen, erfüllen gesetzliche Anforderungen nach Wissenschaftlichkeit, Wirksamkeit und Nachweisbarkeit gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) nicht.

### Pflegediagnostik und Qualität

Die Konsequenzen ungenauer Pflegeassessments und -diagnosen sind offensichtlich. Ungenaue Pflegediagnosen, deren Ursachen nicht festgestellt wurden, ziehen unspezifische oder gar unwirksame Pflegemassnahmen nach sich. Pflegediagnosen werden durch verschiedene ursächliche Faktoren beeinflusst und erfordern daher unterschiedliche Pflegemassnahmen. Beispielsweise benötigt ein 78-jähriger Patient, dessen Pflegediagnose «beeinträchtigte Gehfähigkeit» durch eine Halbseitenlähmung verursacht ist, andere pflegerische Massnahmen als ein junger



**Genauere Pflegediagnosen führen dazu, dass der Patient besser informiert ist und die Pflegemassnahmen wirksamer sind.** Foto: Hanspeter Bärtschi

Sportler mit derselben Pflegediagnose, deren Ursache eine Knöchelfraktur ist. Mittels «Groscreening» schnell das Pflegeproblem «Gehbehinderung» zu dokumentieren und dann ohne spezifische Pflegediagnosestellung Massnahmen einzuleiten, welche die ursächlichen Faktoren und den Kontext des Patienten nicht berücksichtigen, erfüllt die Ansprüche an Qualität und Nachweisbarkeit von Pflegeleistungen nicht.

Obige Beispiele verdeutlichen die Notwendigkeit von Qualitätsverbesserungen. Im Fokus der Optimierung stehen eine genaue Pflegebedarfserhebung mittels exakter Pflegediagnosen sowie die Zusammenhänge zwischen Pflegediagnosen und wirksamen Pflegemassnahmen. Nur eine exakte Pflegebedarfserhebung ermöglicht Pflegenden, genaue Pflegediagnosen zu stellen.

## Das fmi-Projekt

In den «Spitätern fmi ag» mit den Standorten Frutigen, Meiringen und Interlaken wurde im Innovationsprojekt «Pflegeprozess und Pflegedokumentation» unter-

sucht, ob sich die Qualität der Pflege durch die Einführung von Pflegediagnosen verbessern lässt. Die Ziele dieses Projektes waren, Pflegefachpersonen zu fachkompetenter Pflegediagnostik zu befähigen, Vorbereitungen für die elektronische Pflegedokumentationen zu treffen und – ausgerichtet auf eine Steigerung der Pflegequalität – das Pflegefachwissen zu erhöhen.

Um diese Ziele zu erreichen, verabschiedeten die Pflegedienstleitungen der verschiedenen Spitäler ein Einführungskonzept mit folgenden Massnahmen:

- In einer ersten Phase (2005) wurden fünf Initialschulungen für die Pflegenden durchgeführt. Hier wurden die Grundlagen der Pflegediagnostik vermittelt und anhand realer Patientensituationen geübt.
- 2006 begannen die Mentorinnenschulungen. Dabei ging es um eine Vertiefung/Umsetzung von Pflegediagnosen und evidenz-basierten Pflegemassnahmen, um die Evaluation von Patientenergebnissen, um pflegediagnosebezogenes Assessment und die Mentorinnenrolle.

- In Praxis wurden gleichzeitig diagnosebezogene Pflegeassessments umgesetzt, Pflegediagnosen gestellt und evaluiert. Für die Mentorinnen gab es ein geleitetes Selbststudium.
- Es folgten Fallberatungen und -besprechungen auf allen Abteilungen.
- Für alle Pflegenden wurden verbindliche Umsetzungsregeln festgelegt.
- 2007 fanden Coachings der Mentorinnen zu deren Aufgaben und Kompetenzen sowie zu Qualitätskriterien zur Beurteilung von Pflegediagnosen statt.
- Schliesslich erfolgte eine weitere Schulung aller Pflegenden zu Pflegeassessments, rechtlichen Aspekten der Pflegedokumentation und zur Vertiefung der Pflegediagnosen.

## Evaluation der Einführung

Qualitative Befragungen mittels Fragebogen und schriftliche Evaluationen von Pflegedokumentationen wiesen einen umfassenden Kompetenzerwerb der Pflegediagnostik-Verantwortlichen (Mentorinnen) aus. Die Mentorinnen wurden befähigt, Pflegeassessments differenziert



Um Pflegende zu fachkompetenter Pflegediagnostik zu befähigen, sind sorgfältige Schulungen unumgänglich.

Foto: Digitalstock

## Pflegediagnosen

### Prozess und Produkt

«Eine Pflegediagnose ist eine klinische Beurteilung der Reaktion eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde/Gemeinschaft auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse. Pflegediagnosen bilden die Grundlage, um Pflegeinterventionen auszuwählen und Pflegeergebnisse zu erreichen, für welche die Pflegenden verantwortlich sind» (NANDA International, 2005).

Pflegediagnosen werden als Prozess und als Produkt beschrieben. Der diagnostische Prozess besteht aus vier Aktivitäten: Informationen sammeln, interpretieren, verdichten und der Essenz der Informationen eine Bezeichnung zuweisen (Gordon, 1994b). Mit Diagnosen als Prozess ist der Prozess des Analysierens von Assessmentdaten unter Berücksichtigung einer Vielfalt möglicher Pflegediagnosen gemeint. Die nach Abschluss des diagnostischen Prozesses gestellten Pflegediagnosen werden als «Produkt» bezeichnet und sollen umfassend im PES-Format dokumentiert sein (Gordon M, 1994/2008). Dabei steht P für die Problemformulierung, E für die Ätiologie (Etiologies)/beeinflussende Faktoren und S für Symptome/Zeichen (bestimmende Merkmale).

durchzuführen und gezielt zu analysieren. Sie zeigten einen erhöhten Einbezug der Patienten bei Pflegebedarfserhebungen und wiesen bessere Kommunikationsfähigkeiten aus. Dank Pflegediagnostik erreichten sie erhöhte Fachkompetenz bei Pflegebedarfserhebungen.

Ausserdem erwiesen sie sich kompetent, genaue NANDA-I-Pflegediagnosen zu stellen: Mehrfache Evaluationen von Pflegedokumentationen zeigten, dass sie den theoriegeleiteten Diagnoseprozess beherrschen: Mittels theoretisch fundierter Pflegeassessments (Gordon M, 2003) stellten sie hypothetische Pflegediagnosen, die sie anschliessend anhand von Zeichen/Symptomen und ursächlichen Faktoren validierten. Die Auswertung von Pflegedokumentationen bestätigte die Selbst-Evaluationen zur Kompetenzsteigerung der Mentorinnen. Das Assessment sowie das Stellen der Pflegediagnosen im PES-Format waren in 66,7% vollständig korrekt und in 33,3% teilweise korrekt.

Eine differenzierte Analyse von Pflegedokumentationen bestätigte: Auf der Basis von Pflegediagnosen wurden kohärente, inhaltlich übereinstimmende und theoriegeleitete Pflegeziele gestellt sowie wirksame Massnahmen geplant und umgesetzt, was die Patientenergebnisse erhöhte (Müller-Staub M., 2009).

Die Einführung der elektronischen Pflegedokumentation erfordert Fähigkeiten in der Anwendung theoriegeleiteter, standardisierter Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse. Das Projekt-

ziel «für die elektronische Pflegedokumentation vorbereitet sein» wurde somit erreicht. Zusätzliche schriftliche Evaluationen bestätigten die Auswertungen der Mentorinnen. Sie zeigten deren Befähigung, Pflegediagnosen zu priorisieren, pflegerisches Handeln kritisch zu hinterfragen, Mitarbeitende in der Pflegediagnostik anzuleiten und Pflegediagnosen theoriegeleitet (gemäss NANDA-I Klassifikation) zu validieren.

### Die positiven Effekte

Nicht nur auf Seiten der Pflegenden zeigte das Innovations-Projekt positive Effekte. Auch für die Patienten konnten Qualitätssteigerungen nachgewiesen werden. Der Beziehungsaufbau mit den Patienten und die Kommunikation wurden verbessert und Patienten konnten ihre Anliegen vermehrt anbringen. Ängste und Unsicherheiten wurden stärker wahrgenommen und Pflegeziele werden gezielt aus Patientensicht gesetzt. Patienten erhielten dank genauen Pflegediagnosen wirksamere Massnahmen, die zu besseren Pflege-Outcomes führten – beispielsweise bei Schmerz- und Mangelernährungszuständen oder schlechten Hautverhältnissen. Informationsdefizite bei Patienten wurden vermehrt behoben. Kurzum, durch laufende Evaluationen des Pflegeprozesses wurde die Pflegequalität erhöht.

Zusammenfassend verdeutlichen zwei Aussagen von Mentorinnen den Erfolg des Projektes: «Pflegediagnostik erhöhte mein

Berufsverständnis». «Ohne Pflegeanamnese keine Pflegediagnosen, ohne beides keine gezielte Pflege.»

## Diskussion

Die Resultate der Projektevaluation werden durch Studien gestützt, die belegen, dass die Qualität der Pflegebedarfserhebung dank Pflegediagnosen steigt (Björvell C, Wredling R, Thorell-Ekstrand I, 2002; Moers M, Schiemann D; 2000; Müller-Staub M et al. 2006). Da Pflegediagnosen die ganzheitliche Betrachtung des Patienten und seiner Bezugspersonen erfordern, werden neben patho-physiologischen Aspekten verstärkt auch soziokulturelle, spirituelle, psychologische sowie entwicklungs- und umweltbezogene Faktoren berücksichtigt. Pflegediagnostik fördert die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Patient und Pflegenden (Moers M, Schiemann D. 2000; Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M, 2005; McFarland GK, McFarlane EA., 1997; Thoroddsen A, Ehnfors M, 2007).

Die Folge: Würden im Rahmen einer prozesshaften Vorgehensweise genaue Pflegediagnosen ermittelt und überprüft, liessen sich leicht spezifische, auf die Diagnosen zugeschnittene evidenzbasierte Massnahmen wählen und anwenden. Das «Nursing Intervention Projekt Team» entwickelte zu diesem Zweck eine Klassifikation der Pflegeinterventionen (NIC), in der die Handlungen Pflegenden definiert und beschrieben werden. Die NIC stellt standardisiertes Pflegewissen über Interventionen für den Einsatz in Pflegeausbildung, -praxis und -forschung zur Verfügung. In Verbindung mit Pflegediagnosen und der Klassifikation von pflege-sensiblen Pflegeergebnissen (Nursing Outcomes Classification = NOC) ermöglicht die NIC, die Wirksamkeit von Pflege zu untersuchen (Bulechek GM, Butcher H, Dochterman J, 2008; Moorhead S, Johnson M, Maas ML, 2004).

Nicht nur die Auswahl geeigneter Interventionen, sondern auch die Ergebnisüberprüfung lässt sich mittels Pflegediagnosen gezielter durchführen. Verbesserungen im Gesundheitszustand der Patientinnen, die in Folge von Pflegeinterventionen auftreten, lassen sich anhand von Pflegediagnosen präzise evaluieren (Moorhead S, Johnson M, Maas ML. 2003; Müller-Staub M, 2003; Müller-Staub M et al., 2008/2009). Von Erfolg gekrönt ist die

Einführung der Pflegediagnostik dann, wenn sie in einem Prozess eingeführt wird, der die Transparenz fördert und genug Raum zur Auseinandersetzung mit dem diagnostischen Prozess lässt (Eveslage K, 2006).

## Schlussfolgerungen

Das Projekt hat gezeigt, dass es bei der Implementierung von Pflegediagnosen von Vorteil ist, zunächst mit Wissensweiterung zu beginnen und Pflegediagnostik einzuführen, um anschliessend mit Hilfe der gemachten Erfahrungen eine elektronische Dokumentation zu entwickeln. Qualitativ gute Pflegediagnostik stellt den Prozess des Verstehens der Patientinnen in den Vordergrund (Schrems B, 2003). Wie andere Studien, zeigt auch diese Projektevaluation, dass durch die Einführung der Pflegediagnostik die Wahl entsprechender, wirksamer Pflegemassnahmen verbessert wird, was wiederum zu erhöhten Patientenergebnissen führt (Björvell C, Wredling R, Thorell-Ekstrand I, 2002; Thoroddsen A, Ehnfors M. 2007; Müller-Staub et. al.; 2008).

Vor diesem Hintergrund ist zu empfehlen, NANDA-I-Pflegediagnosen mit theoriegeleiteten Pflegezielen und wirksamen Pflegeinterventionen einzusetzen (Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC, 2008), anstatt «Eigenkreationen» von Assessmenttools oder Pflegediagnoselisten zu entwickeln, die wissenschaftlichen Kriterien nicht standhalten. Der korrekte Einsatz von Pflegediagnosen erhöht die Qualität der Pflege und ermöglicht die im KVG geforderten Qualitätsnachweise. Der Pflegebedarf wird mit Pflegediagnosen nachvollziehbar begründet und die Genauigkeit von DRG steigt um 30 Prozent. Mit dem Einbezug von Pflegediagnosen können Behandlungskosten um 30 Prozent genauer berechnet (Welton JM, Halloran EJ, 2005) und somit die Gesamtbehandlung – Medizin und Pflege – den Patientinnen besser garantiert werden. □

**Maria Müller-Staub** (PhD), selbständige Pflegewissenschaftlerin, Pflege PBS, Selzach. Kontakt: muellerstaub@me.com

**Angela Reithmayer**, Pflegeexpertin MScN(c), **Dorothee Hofstetter**, Pflegedienstleiterin, beide fmi, Spital Frutigen.

Die ausführliche Literaturliste kann bei der Redaktion bezogen werden: redaktion@sbk-asi.ch.

**Veranstaltungshinweis:** «DRG und elektronische Pflegedokumentation: Risiken und Chancen» Ausschreibung siehe Agendateil der Zeitschrift. Informationen/Anmeldung: muellerstaub@me.com

## SwissDRG-System

### Pflegediagnosen und NURSING data

Pflegediagnosen, die in der Pflegedokumentation notiert sind, wirken sich noch nicht automatisch auf die Fallgruppierung und die Berechnung der Fallkosten im SwissDRG-System aus. Die SwissDRG basieren auf den Daten, welche die Spitäler dem Bundesamt für Statistik liefern. In den ausgewiesenen Spalkosten ist die Pflege enthalten, und die Berechnung der Pflegekosten sollte sich gemäss Anforderungskatalog der SwissDRG AG auf systematischen Erfassungen der Pflegeleistungen abstützen. Hingegen gibt es neben den ärztlichen Informationen zur Patientensituation (Diagnosen, chirurgische Eingriffe) keine entsprechenden Angaben aus der Pflege.

Der Entwurf für einen schweizerischen Minimaldatensatz der Pflege, NURSING data, wird diese Lücke schliessen. Er enthält unter anderem die relevanten Pflegephänomene\*, die zum Beispiel aus Pflegediagnosen in der Dokumentation gewonnen werden und entweder in einen eigenständigen Minimaldatensatz der Pflege oder als ergänzende Elemente in den bestehenden medizinischen Datensatz einfließen können. Die grosse Herausforderung wird darin bestehen, die Fülle an Informationen effizient zu filtern und sachgemäss zu gewichten.

*Lucien Portenier*

\* «Ein Pflegephänomen ist ein Aspekt der Gesundheit von einer oder mehreren Personen, der als Grund für Pflegeinterventionen betrachtet wird.» Definition gemäss Grobkonzept NURSING data. Mehr dazu unter <http://www.nursingdata.ch>

**[www.sbk-asi.ch](http://www.sbk-asi.ch)**

- Pflegediagnosen
- DRG
- Dokumentation