

Pflegeleistungen in der Rehabilitation

Kostenträger fordern Leistungstransparenz in der Pflege

Bei Besuchen von Kostenträgern, des MDK und bei Audits zur Zertifizierung des Qualitätsmanagements weckte die Methode der elektronischen Leistungserfassung an der Reha-Fachklinik „Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz“ großes Interesse. Als ökonomisch nutzbringendes Instrument ist sie von großer Bedeutung für die Berufsgruppe der Pflegenden.



Die Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz ist eine von vier Kliniken des Familienunternehmens Graf von Oeynhausens-Sierstorpff, Bad Driburg, das seit über 200 Jahren für qualitativ hochwertige Gesundheits-

leistungen, stilvolle Unterbringung und herzliche Zuwendung zu seinen Patienten steht. Diese Maximen finden sich auch in der Moritz-Klinik wieder, die sich in bevorzugter Lage direkt am Kurpark von Bad Klosterlausnitz

befindet und weit über die Landesgrenzen hinaus einen hervorragenden fachlichen Ruf genießt. Im Rahmen der Qualitätssicherungsprogramme der Rentenversicherer und Berufsgenossenschaften nahm die Moritz-Klinik bisher immer Spitzenplätze ein. Die Einrichtung mit insgesamt 302 Betten hat sich auf die Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung von orthopädisch und neurologisch erkrankten sowie brandverletzten und amputierten Menschen spezialisiert.

Die orthopädische Abteilung der Moritz-Klinik umfasst 120 Betten für Anschlussrehabilitation, Heilverfahren und berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung sowie sechs Betten für Brandverletzte entsprechend der Phase C bei erhöhtem Pflegeaufwand. Es werden alle Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie traumatische Verletzungen therapiert. Zu den Spezialitäten der orthopädischen Abteilung zählen die rehabilitative Behandlung von Brandverletzten und die postoperative Behandlung amputierter Patienten.

In der neurologischen Abteilung mit 176 Betten behandelt das Team aus Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten Patienten mit

allen neurologischen Erkrankungen und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven, einschließlich gut- und bösartigen Neubildungen im Bereich des Nervensystems.

Nach dem Phasenmodell der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) bietet unsere neurologische Abteilung seit 2000 auch Frührehabilitation in der Phase B für Patienten mit schwersten Hirnschädigungen (32 Betten) an. Ebenfalls können Patienten in Phase C (40 Betten), in Phase D (104 Betten) und teilstationär rehabilitiert werden.

Der Bereich der Pflege sieht sich als verbindendes und zusammenführendes Element im therapeutischen Team. Im Rahmen der weiteren Professionalisierung und Qualifizierung der Pflege wurde vor rund zwei Jahren mit der computergestützten Erfassung und des Nachweis der pflegerischen Leistungen begonnen.

Hintergrund – Zielsetzung

Der Anstoß dieser Nachweisführung in der Pflege entstand durch die Forderung, Frührehabilitation im DRG-System abzubilden. Durch eine Arbeitsgruppe, der die Moritz-Klinik und andere Kliniken, unter anderem die m&i-Klinikgruppe Enzensberg angehörte, wurde der Katalog der therapeutischen Pflege in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (Phase B) erstellt. Inzwischen wurde er als OPS 8-552 in den Katalog aufgenommen. Das bedeutet für das Pflgeteam der Phase B, dass für jeden Patienten im Durchschnitt an sieben Tagen der Woche 300 therapeutische Pflegeminuten erbracht werden müssen.

Diese therapeutischen Leistungen wie Wasch-Anziehtraining, Orientierungs-Schlucktraining, Mobilisation, Tracheostomamanagement sowie die Durchführung isolierungspflichtiger Maßnahmen werden durch die Pflegekräfte nicht nur erbracht, sondern müssen auch korrekt dokumentiert werden, da sie zur Ab-

rechnung der DRG die Grundlage bilden. Das Erbringen der Leistungen bedeutete für das Pflgeteam, Prozesse der Pflege neu zu gestalten. Diese Prozessoptimierung war aber nicht das Problem, sondern die Dokumentation der OPS. Die Pflegenden hatten zu Beginn der Leistungsaufzeichnung nur die Möglichkeit, Zeiten mit der Uhr, Stift, Papier und Taschenrechner zu erfassen. Für die Pflegedienstleitung war das eine Katastrophe, denn wichtige Zeit ging mit dieser Art der Leistungserfassung für die Patientenversorgung verloren. Das pflegerische Personal konnte aufgrund dieser neuen Maßnahme zahlenmäßig nicht verstärkt werden, da sich die Mehrarbeit der Dokumentation im Pflegesatz nicht abbildet.

In dieser Phase erneuerte zusätzlich die Deutsche Rentenversicherung Bund den KTL (Katalog therapeutische Leistungen), was der Pflege grundsätzlich entgegen kam, denn nun wurde auch die therapeutische Pflege für die Patienten der Phase D in der Neurologie und der AHB-Patienten der Orthopädie durch die H-Nummern abgebildet. Diese aktivierenden therapeutischen Pflegeleistungen wurden seit Jahren von den Pflegekräften am Patienten durchgeführt. Da es aber noch keine Kodierung gab, wurden sie lediglich in der Pflegeplanung und im Pflegebericht erwähnt. Eine zeitliche Angabe der geleisteten Pflegeminuten erfolgte nicht.

Durch die Forderungen der Kostenträger, Pflegeleistungen transparent und abrechenbar zu machen, erfolgte bereits in Form der Pflegedokumentation eine Auflistung von erfolgten Pflegeinterventionen der Grund- und Behandlungspflege in allen Phasen. Hierbei wurden jedoch noch keine Minutenwerte angegeben, sondern die Pflegemaßnahme mit Handzeichen auf der Maßnahmendokumentation abgezeichnet.

Das gesamte Paket von der Erfassung von Leistungen und de-

ren Zeiten im größeren Stil als bisher, ließ uns an eine PC-gestützte Erfassungsvariante denken. Nach unserem Erkenntnisstand gab es kein EDV-Programm, was diese Erfordernisse abbilden konnte. Somit war uns klar, dass wir entweder weiter vorsintflutlich Leistungen dokumentieren mussten oder uns selbst halfen.

Für diese nun sehr komplexe Leistungserfassung wurde eine Projektgruppe in der Moritz-Klinik ins Leben gerufen, die sich aus den Stationsleitungen, der Pflegedienstleitung und einem Informatiker zusammensetzte. Nach vielen Besprechungen der Projektgruppe konnten wir erfolgreich die „Leistungserfassung der Reha-Pflege“, hausintern LERP genannt, einführen. LERP bildet nun alle Erfordernisse der Kostenträger sowie juristischer Belange ab: LERP beinhaltet die Anwendung der „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL) und den „Katalog der therapeutischen Pflege in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation“ (OPS-Katalog) sowie alle sonstigen pflegerischen Leistungen der Grund- und Behandlungspflege und auch vor- und nachbereitende Tätigkeiten sowie eine Dokumentationspauschale.

Vorgehensweise

Auf der Basis vom Microsoft Excel® wurde ein System zum zeitnahen Erfassen und detaillierten Auswerten (fast) aller pflegerischen Leistungen entwickelt. Kernstück dieses Systems ist der eingearbeitete klinikspezifische Katalog. Dieser umfasst über 300 Einzelleistungen, die in 13 Gruppen aufgelistet sind. Einige Tätigkeiten wie kinästhetische Bewegungen und therapeutische Lagerungstechniken sind noch in weitere Spezifikationen unterteilt, so dass sich damit über 400 Einzeltätigkeiten ergeben. Abbildung 1 zeigt ein Screenshot des Katalogs.

Grundpflege	Behandlungs- pflege	Dekubitus- prophylaxe	Sturz- prophylaxe	Thrombose- prophylaxe	Pneumonie- prophylaxe	Essen / Trinken	Angehöriger- arbeit	Freizeit- gestaltung	Sonstiges / Diagnostik		
\$ Medi	Anus p	Antidek	\$ Infospr	Angehör	Ausstre	\$ Aufbe	\$ Ernäh	\$ Angeh	\$ Vorbe	\$ Arzt	An
\$ Steck	Augen	Antidek	\$ Sturzeinstufung	anfertigen	Durchb	\$ Reini	\$ Essen	\$ Gesp	\$ Spazie	\$ Diagn	An
\$ Tee/	Augen	Bobath	\$ Sturzereignisprotokoll	ausfüllen	Hepari	\$ Warte	\$ Esse	\$ Telefo	\$ Spazie	\$ Instru	Be
\$ Urin	Blutdr	Bobath	Bett tief stellen		Hochla	\$ Absau	\$ Speis	\$ Angeh	\$ Spazie	\$ Komp	Du
An- und	Blutzu	Bobath	Bettgitter einstellen		Hochla	ASE	Bilanz		\$ Spazie	\$ Labor	Du
Armba	Blutzu	Bobath	Fixierung		Hochla	Assiste	Essen		\$ Spiele	\$ MRS	Du
Bett r	Bobath	Bobath	Helm anlegen		Hochla	Assiste	Essen		\$ Vorlese	\$ Nach	Es
Bett tic	Crashe	Durchb	Infospr	mit Patient	Kompri	Assiste	Lagerur			\$ Organ	Es
Bettwa	Einreib	Fersenf	Klingelmatte vor das Bett legen		Kompri	CuF	Dr	Lagerur		\$ Patie	Es
Duschb	Flexile	Fersenf	Patient zur Therapie begleiten		Kompri	Inhalat	Lagerur			\$ Score	Es
Eincren	Folienw	Fersenf	Patienten führen		MTS an	O2-Gab	Lagerur			\$ Team	Es
Eincren	Gelkiss	Hautin	Patienten mit Hirn führen		MTS an	Trache	Nasoga			\$ Visite	FG
Eincren	Gesicht	Kinath	Rollstuhl anlegen		Schiem	Trache	Nasoga			ärztlich	Ge
Einreib	Gesicht	Mikro	Rollstuhl anbringen		Triflow	PEG-M				\$ Begleit	Ko
Einreib	Größe	Mikro	Safe hip anlegen			Trinken				\$ Begleit	Mi

Abb. 1 (oben) Auszugsweise Darstellung des Katalogs der Tätigkeiten

Abb. 2 (rechts) Zeitmaske zum Erfassen der Beginnzeit, Zeitdauer, Handzeichen usw.

Nach der Auswahl der Tätigkeit im Tableau gelangt man zur eigentlichen Zeitmaske (Abb. 2). Hier werden das Datum und die Uhrzeit erfasst, wobei stets das Ende der letzten Tätigkeit voreingestellt ist (was aber geändert werden kann). Die Möglichkeiten der Angabe der Zeitdauer richten sich nach den Zeitvorgaben des KTL-Katalogs. Diese Zeiten wurden für alle Tätigkeiten angewendet. Damit ist eine Zeit von fünf Minuten als geringste Zeitdauer für eine Tätigkeit festgelegt. Diese Vorgabe erhöht sich in 5-Minutenschritten bis 50 Minuten. Darüber hinaus sind größere Abstände festgelegt. Die maximal wählbare Zeit beträgt 300 Minuten.

Des Weiteren können hier die Anzahl der beteiligten Pflegekräfte und das Handzeichen der federführenden Schwester ausgewählt werden. Im Hintergrund wird darauf geachtet, dass Tätigkeiten, die einander ausschließen, nicht zur gleichen Zeit erbracht und eingetragen werden können. Es besteht hier auch die Möglichkeit, anzugeben, ob ein Patient isolierungspflichtig (wegen MRSA, Durchfall oder dgl.) ist. Für isolierte Patienten wird automatisch täglich eine Pauschale eingetragen, die klinikintern festgelegt ist. Ebenso wird täglich

eine Pauschale für die Pflegeplanung pro Patient und für die Dokumentation automatisch eingetragen. Diese sind ebenfalls klinikspezifisch festgelegt. Für die Auswertung der erfassten Ergebnisse steht eine Reihe von Drucklisten zur Verfügung. Es können die allgemeinen Pflegetätigkeiten, „OPS-Tätigkeiten“, die „KTL-Tätigkeiten“ und die Summe aller Tätigkeiten sowohl für einen festzulegenden Zeitraum, als auch für den gesamten Aufenthalt des Patienten ausgewertet werden (Abb. 3).

Dabei hat insbesondere der Nachweis der 300 OPS-Minuten pro Tag einen hohen ökonomischen Stellenwert. Um den aktuellen Stand der Erfüllung der OPS-Vorgabe auch zu visualisieren, wurde dieser nach einem Ampelsystem bereits auf der Startseite dokumentiert, indem OPS-Zahlen über 300 Minuten grün, solche mit 250 bis 300 Minuten gelb und Werte darunter rot dargestellt werden. Aber auch anderweitig entsteht ein besonderer Nutzen, weil zum Beispiel das Lagerungsprotokoll völlig ersetzt wird. Auch juristische Streitfälle lassen sich gegebenenfalls durch diese Nachweise entkräften. In der täglichen Arbeit hat sich die Leistungserfassung nach anfänglichen Vorbehalten einzelner Pflegekräfte nunmehr gut be-

währt, zumal die genannten Vorteile bereits mehrfach zum Tragen gekommen sind, im Falle der OPS-Nachweise zum „täglichen Brot“ gehören.

Einer der viel diskutierten Punkte in der Entwicklungsphase waren die zuordenbaren Zeiten für die einzelnen Tätigkeiten. Hier waren lediglich beim OPS-Katalog feste Zeiten für die Tätigkeiten vorgegeben. Beim KTL-Katalog gibt es eine Reihe von Tätigkeiten, bei denen eine Ober- und/oder Untergrenze angegeben ist. Alle anderen Zeiten sind im Rahmen der Vorgabe frei wählbar, wobei wir uns bewusst auf die Staffelung des OPS-Katalogs beschränkt haben.

Interessante Auswertungen

Nunmehr, nachdem LERP seit zwei Jahren betrieben wird, ist ein beträchtlicher Datenbestand vorhanden, mit dem eine solide Auswertung mit dem Ziel der Festlegung von klinikinternen Normzeiten für die Tätigkeiten durchgeführt werden kann. Für das gesamte Haus gibt es nunmehr etwa 2,6 Millionen Datensätze. Diese auszuwerten war natürlich mit MS Excel® nicht mehr möglich, sondern das geschah mittels mehrerer MS Access®-Datenbanken und einem eigens programmierten Tool. Im Ergebnis entstand eine Liste der

Tätigkeiten, in der für jede Tätigkeit angegeben ist, wie oft sie durchgeführt wurde und wie hoch der Durchschnittszeitbedarf für diese Tätigkeit ist. Das wurde für die Phase B, Phase C und Phase D getrennt durchgeführt, weil die spezifischen Anforderungen in den verschiedenen Phasen so unterschiedlich sind, dass gleiche Durchschnittswerte nicht durchgängig zu erwarten sind. Abbildung 4 zeigt einen kleinen Auszug aus der Auswerteliste.

Es wurde zunächst willkürlich festgelegt, dass Tätigkeiten, die mehr als eintausend Mal vorkommen, statistisch gesehen als ausreichend gesichert betrachtet werden und damit die Grundlage für eine Normzeit bilden. Die Grenze ist variabel. Die so ermittelten Zeiten wurden in obiger Liste farblich markiert. Es ist danach im Pflegebereich eine kritische Diskussion dieser Zeiten erfolgt, und als Schlussfolgerung daraus wurde für jede Phase eine Reihe verbindlicher Zeiten festgelegt (für Phase D etwa 60 Tätigkeiten), die für klinikverbindlich erklärt wurden und in die Tätigkeitskataloge von LERP eingearbeitet wurden. Damit stellen wir die Arbeit der Pflegenden auf eine neue Basis, haben eine ausgezeichnete Grundlage für ökonomische und personelle Betrachtungen und geben gleichzeitig jeder Schwester und jedem Pfleger einen Maßstab für die Bewertung der eigenen Arbeit und den Teamleitern eine Hilfe für die Planung und Durchführung des Stationsalltags in die Hand. Gleichzeitig bildet damit LERP im Sinne des Qualitätsmanagements eine solide Grundlage zur Sicherung einer hohen Qualität unserer Arbeit.

Fazit

Mit Leistungserfassung der Reha-Pflege (LERP) und der Auswertung der erfassten Zeiten mittels mehrerer Microsoft Access®-Datenbanken und eines selbst entwickelten Auswerteprogramms hat sich die Moritz-Klinik ein

	OPS	PR	Letzte Erhebung
3047	Tieger	Theobald	98 110 02.04.
3048	Igel	Inge	255 210 01.04.
3049	Adler	Anton	230 115 28.08.
3050	Iwanow	Iwan Iwanowitsch	208 15 28.08.
3051	Mauhwurf	Mike	270 16 28.08.
3052	Panther	Paulchen	202 30 31.03.
3053	Mustermann	Maria	255 15 28.08.
3054	Normaherbrau	Otto	52 15 28.08.
3055	Schlange	Sieglinde	52 30 28.08.
3056	Sau	Samuel	28 15 28.08.
3057	Maus	Manuela	28 15 28.08.
3058	Hirsch	Heino	102 305 28.10.
3059	Blumei	Berthold	32 20 28.08.
3060	Wurm	Wilma	32 30 28.08.

Abb. 3 LERP Titelblatt mit Darstellung der Erfüllung der OPS-Zeiten mittels Ampelsystem (≥300 min. grün, 250–299 min. gelb, <250 min. rot)

Auswertung der erfassten LERP-Daten MOK gesamt	Phase B Basis 1.823.006 Datensätze		Phase C Basis 1.183.317 Datensätze		Phase D Basis 588.823 Datensätze		MOK ges. Basis 7.875.246 Datensätze	
	Anzahl	Ø Minuten	Anzahl	Ø Minuten	Anzahl	Ø Minuten	Anzahl	Ø Minuten
Auskleiden Trachtenkleidwechsel	15	13	8	8	7	7	7	11,3
Augenstarke Gabe	215	3	215	3	215	3	215	3
Ausstreichen der Beine	425	2	425	2	425	2	425	2
Räder (15 min)	148	15	22	13	8	8	12	11,3
Räder (30 min)	227	3	175	3	52	3	52	3,3
Individuelle Kommunikationstraining	2.084	3	1.72	3	362	3	2.278	3
Individuelle Wohnraumbestimmung	132	26	120	11	12	11	121	11,3
Begleitung zu dogn. Maßnahmen	32	123	74	48	4	19	111	62,3
Begleitung zu einem. Unterz.	402	2	388	2	14	2	404	2
Helf. schmerz. mit Patient	232	2	232	2	232	2	232	2
Helf. schmerz. ohne Patient	232	2	115	2	117	2	202	2
Helf. bei stellen	232	2	11	2	219	2	232	2
Pflichter. anstellen	232	2	232	2	232	2	232	2
Pflichtschichtwechsel	232	2	232	2	232	2	232	2
Freizeitgespräche	59	8	48	8	11	8	111	11,3
Durchschreibung	1.246	2	1.246	2	1.246	2	1.246	2
Durchnahme. stationär/ambul	1.702	2	1.702	2	1.702	2	1.702	2
Rücknahme. stationär/ambul	1.702	2	1.702	2	1.702	2	1.702	2
Verabreichung. 1. IV	1	15	1	15	1	15	1	15
Verabreichung. 2. IV	1	15	1	15	1	15	1	15
Verabreichung. Infu.	1	15	1	15	1	15	1	15

Abb. 4 Ausschnitt aus der Liste der Auswertung der Zeiten in der MOK nach zwei Jahren LERP-Anwendung. Die farblich markierten Daten bilden die Grundlage für klinikinterne Vorgabezeiten

gutes Instrument zur Qualitätssicherung der Arbeit der Pflege geschaffen. Es ist damit möglich, eine einheitliche Basis für die Arbeit der Pflegekräfte bereitzustellen. Die anfänglichen Vorbehalte gegen die „Mehrarbeit“ sind inzwischen nicht mehr vorhanden, auch weil das System seinen Nutzen in der täglichen Abrechnung gegenüber den Kassen und auch bei Einzelproblemen bewiesen hat.

Ein grundsätzliches Manko ist noch, dass die Daten extra erfasst werden müssen und nicht bei der Arbeit direkt am Patienten, quasi nebenbei, aufgenommen werden können. Aktuell ist auf dem Markt nun Hardware vorhanden, die die Erfassung der Leistungen durch die Pflegekraft direkt am Patientenbett ermöglichen könnte. Erhebliche Investitionen der

Klinik wären dafür allerdings erforderlich, die aber leider vom Kostenträger nicht unterstützt werden, obschon dieser einen ständig verbesserten Qualitätsnachweis fordert.

Wir werden uns weiterführende Gedanken machen, um die Realisierung der patientennahen Leistungserfassung zu optimieren. Dies bedarf noch weiterer Entwicklungsarbeit und ist auch abhängig von der kostenseitigen Entwicklung. Wir sind mit der Darstellung der pflegerischen Leistungen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation ein ganzes Stück näher gekommen.

Anschrift der Verfasserin:

Gabriele Wendland,
Diplomkrankenschwester (univ.)
Pflegedienstleitung
Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz
Hermann-Sachse-Straße 46
07639 Bad Klosterlausnitz
E-Mail: gabriele.wendland@moritz-klinik.de