

# Leistungserfassung in der Intensivpflege

## Veröffentlichung von Marlies Bergers in Die Schwester/Der Pfleger, Februar 2000

Der Arbeitsgruppe  
"Leistungserfassungssystem" gehören an:  
Thomas Achenbach, Andreas Betz, Antje  
Cammisar, Bernadette Klauß, Erika Kroll,  
Margrit Wessel, Marlies Bergers

### Inhalt

- [1. Darstellung der momentanen  
Personalberechnung und geschichtlicher  
Rückblick](#)
- [2. Ziele einer Leistungserfassung](#)
  - [2.1. Das Erfassen von Pflegedienstleistungen in der  
Intensivpflege](#)
  - [2.2. Steuerungsinstrument zur Belegung einer  
Intensivstation](#)
- [3. Grundlagen des  
Intensivpflegestufenmodells](#)
- [4. Der Pflegegrundwert](#)
  - [4.1. Definition des Pflegegrundwertes](#)
  - [4.2. Leistungen im Zusammenhang mit pflege- u.  
behandlungsbezogenen Besprechungen](#)
  - [4.3. Leistungen im Zusammenhang mit der  
Ablauforganisation](#)
  - [4.4. Leistungen im Zusammenhang mit  
Leitungsaufgaben](#)
  - [4.5. Leistungen im Zusammenhang mit der Eltern-  
/Kindbeziehung](#)
  - [4.6. Berechnung des Pflegegrundwertes](#)
- [5. Praktische Umsetzung - Ermittlung der  
Leistungserfassung](#)
- [6. EDV-lesbare Leistungserfassung](#)
- [7. Fazit](#)
- [Literatur](#)
- [Anhang](#)

1. Darstellung der momentanen  
Personalberechnung und  
geschichtlicher Rückblick

Erstmalig wurden 1951 von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) Anhaltszahlen zur Personalberechnung für den Pflegedienst in den "Krankenanstalten" veröffentlicht. Diese Anhaltszahlen sagten aus, wieviele Patienten eine Pflegekraft versorgen kann. Die Kriterien hierfür (z.B. Patientenalter, Pflegebedürftigkeit, Patientenerkrankung, bauliche Strukturen der Station) unterlagen einem stetigen Wandel. Im Laufe der nächsten Jahrzehnte wurden Verordnungen hinzugefügt, beispielsweise 1978: "*die Anhaltszahlen der DKG sind nur als Annäherungswerte und Orientierungshilfen anzusehen und der Personalbedarf ist aufgrund der medizinischen Entwicklung zu berücksichtigen*" [1]. 1984 entwickelte die DKG ein neues Konzept, welches als Leistungseinheitsrechnung bekannt und bis 1993 genutzt wurde [2]. 1993 trat die Pflegepersonalregelung (PPR) als 13. Artikel des Gesundheitsstrukturgesetzes in Kraft. Sie regelte den Personalbedarf durch die Schaffung von Patientengruppen, Kataloge für verschiedene Pflegetätigkeiten und deren Minutenwerte. 1997 wurde die PPR durch Artikel 13 des 2. Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG) aus der Bundespflegegesetzverordnung aufgehoben.

Hiervon ausgenommen war über den ganzen Zeitraum die Intensivpflege.

Die derzeitige Personalbemessung auf Intensivstationen basiert auf den Richtlinien der DKG von 1974 [3] bzw. auf Empfehlung von Bölke [4], ebenfalls aus dem Jahr 1974. Zur Personalbedarfsermittlung beziehen sich die Anhaltszahlen auf die Zahl der im Jahresdurchschnitt belegten Betten (= Mitternachtsstatistik). Bei den Kriterien wird unterschieden zwischen Intensivbehandlungs- und Intensivüberwachungspatient. Ein Zuschlag für die Anrechnung an Pflegepersonal kann darüber hinaus pro dokumentierter Beatmungsstunde pro Patient gemacht

werden. Es wird nicht unterschieden zwischen den unterschiedlichen med.-pfleg. Zielsetzungen einzelner Intensivstationen oder zwischen dem unterschiedlichem Patientenkontext, deren Krankheitsartenstruktur und deren individuelle Pflegeintensität. Dies bedeutet in der Praxis, daß für die Personalbedarfsbemessung auf einer Intensivstation entscheidend ist, ob der Patient beatmet ist oder nicht. Erhöhter Personalaufwand rechtfertigt sich nicht mit erhöhter Pflegebedürftigkeit. Diese Pflegebedürftigkeit steigt aber, desto früher der Patient von der Beatmung entwöhnt wird. Nach neuen Erkenntnissen in der Intensivmedizin sollte eine frühe Entwöhnung aber in den meisten Fällen Ziel einer Behandlung sein. Nach DKG Richtlinien wird, wie bereits erwähnt, die Mitternachtsstatistik zugrunde gelegt. Es müßten aber besonders pflegeintensive Patienten wie z.B. Stundenpatienten, Aufwachpatienten, Patienten nach erfolgloser Reanimation und andere Sonderleistungen (Neugeborenenversorgung im Kreissaal etc.), sowie auch der erhöhte Bedarf an Fort- und Weiterbildung in der Personalbedarfsermittlung berücksichtigt werden [5]. Nach dem heutigen Stand der Personalberechnung können weder die Krankenhausverwaltungen, noch die Krankenkassen wirklich verlässliche Zahlen zur Berechnung für ein Personalbudget bei Verhandlungen über Fallpauschalen bzw. Sonderentgelte zugrunde legen. Verschiedene Autoren [6] versuchen nun dem weiterentwickelten Qualitätsanspruch der Pflege selbst, aber auch dem Anspruch, der von außen an die Pflegenden gestellt wird, gerecht zu werden. Es muß zudem aber auch den Forderungen des GSG nach mehr Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit der Pflege Rechnung getragen werden. Ein Leistungserfassungssystem in weitaus vereinfachter Form, als das im weiteren Verlauf dargestellt wird, ist vor 6 Jahren auf der Kinderintensivstation in Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegepersonal entwickelt

worden. Zum besseren Verständnis, warum ein solches System benötigt wurde, eine kurze Beschreibung der Kinderintensivstation:

Die Station hat 18 Beatmungsplätze. Es werden Kinder aller Altersstufen versorgt. Außer den Neonaten mit den verschiedensten Krankheitsbildern pflegen wir polytraumatische, internistische und onkologisch erkrankte intensivpflichtige Kinder. Einen großen Anteil unserer Arbeit nimmt die postoperative Pflege von speziell operativen Fächern (z.B. Orthopädie, Zahn-Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie), sowie nach Nieren- und Lebertransplantation ein. Insgesamt stehen dem Pflegedienst dafür 54 Planstellen zur Verfügung. Aus der o. g. Aufzählung der Patienten wird klar, daß mit vielen verschiedenen Abteilungen OP-Termine u. ä. abgesprochen werden muß. Hier entstand aber auch die immer wiederkehrende Diskussion, wieviele Patienten noch aufgenommen werden konnten. Es gab noch freie Stellplätze, die Pflegekapazität war aber bereits restlos ausgeschöpft, weil es auf der Station Patienten gibt, die eine 1:1 Betreuung haben müssen. Dies sieht der Stellenschlüssel aber nicht vor. In Zusammenarbeit entstand dann die Idee, die Pflegeintensität der einzelnen Patienten in Punkten auszudrücken.

Es wurden pro Patient je nach Pflegeintensität 1-5 Punkte pro Schicht vergeben, Basis waren 3 Punkte für einen "normalen" Intensivpatienten. Bei einem Bettenschlüssel von 1:0,33 muß also eine erfahrene Intensivpflegekraft drei 3-Punkte Kinder pro Schicht versorgen. Anhand der besetzten Stellen wurde nun für einen Monat berechnet, wieviel Punkte max. pro Schicht gepflegt werden konnten. Je nach Punktekonstellation konnten mehr oder weniger Patienten aufgenommen werden. (es gab noch einige Sonderregelungen bei diesem System, die bei den Verfassern

erfragt werden können). Der Nachteil bei diesem Punktesystem, auch wenn es eine hohe Akzeptanz hatte, waren fehlende objektive, transparente Kriterien. Da zudem durch die Reformen im Gesundheitswesen, wo auch und dies ganz massiv, die Intensivstationen betroffen sind, gab 1997 die Pflegedirektorin des Universitätskrankenhauses Hamburg Eppendorf, Frau Klein an uns den Arbeitsauftrag, ein Leistungserfassungssystem für die Intensivpflege zu erstellen. Es wurden Arbeitsgruppen auf der Kinderintensivstation und auf der neurologischen Erwachsenenintensivstation gegründet. Die Basis für das neue System war unser altes Punktesystem.

## 2. Ziele einer Leistungserfassung (LES)

### 2.1. Das Erfassen von Pflegedienstleistungen in der Intensivpflege

- Leistung wird schriftlich erfaßt, ist somit überprüfbar und dient als Nachweis.
- Es erfolgt eine Zeiterfassung. Jede Leistung wird in Pflegeminuten gemessen.
- Leistungsorientierter Personalbedarf.
- Durch eine Dokumentation der Leistungserfassung kann eine differenzierte Personalbedarfsberechnung erstellt werden.
- Erstellung von fundierten, überprüfbaren Anhaltzahlen als Grundlage bei Verhandlungen über die Höhe von Sonderentgelten und Fallpauschalen.
- Vergleichbarkeit zwischen einzelnen Intensivstationen und deren Leistungen.
- Qualitätssicherung u. -entwicklung von Richtlinien/Standards. Durch die schriftliche Dokumentation ist eine Überprüfbarkeit der pflegerischen Leistung jederzeit möglich.
- Verlässliche Daten für die interne Budgetierung.

### 2.2. Steuerungsinstrument zur Belegung einer Intensivstation

Ein Leistungserfassungssystem kann als Steuerungsinstrument zur Belegung einer Intensivstation genutzt werden. Grundvoraussetzung zur Erreichung dieses Zieles ist es, eine hohe Akzeptanz der pflegerischen Leistung und eine gute Kooperation mit dem ärztlichen Dienst zu schaffen. In diesem LES werden gemessene Durchschnittswerte für genau definierte Pflegedienstleistungen zugrunde gelegt. Die Summe aller am Patienten erbrachten Leistungen ergibt den Gesamtminutenpflegeaufwand. Anhand dieser Gesamtminutenzahl kann der Patient in eine vorher definierte Pflegestufe (siehe nachfolgende Tabelle) eingruppiert werden. Das bedeutet z.B. Pflegestufe I entspricht 300 Gesamtminutenpflegeaufwand = 5 Stunden Pflegezeitaufwand in 24 Stunden für diesen Patienten = max. 100 Minuten Zeitaufwand pro Schicht. Ein Patient, der in Pflegestufe I eingruppiert ist, erhält 1 Punkt, ein Patient, der in Pflegestufe V eingruppiert ist, erhält 5 Punkte. Je nach besetzten Planstellen wird errechnet, wie hoch die Maximalzahl der Gesamtpunkte sein darf, um eine qualifizierte Pflege zu gewährleisten. Bei einem Überschreiten der Maximalzahl gibt es verschiedene Konsequenzen z.B.:

- planbare OP`s werden verschoben,
- Patienten von außerhalb dürfen nur bei ausdrücklichem Versorgungsauftrag angenommen werden,
- Neugeborene/Frühgeborene aus dem Kreissaal werden in eine andere Kinderklinik verlegt.
- Interne Verlegungen werden ebenfalls vorgenommen. Dies kann also auch zur Folge haben, daß Stationen der Normalpflege mehr Intensivüberwachungspatienten betreuen müssen. (Es gibt selbstverständlich Absprachen, daß eine Schicht eine Überlast tragen muß und daß alle Notfälle eine Primärversorgung erfahren.)

Solch ein Punktesystem kann seinen Fokus aber auch auf die Belegungsstruktur einer Intensivstation insgesamt richten. Bei dem derzeitigen Personalschlüssel (1:0,33), der ja nicht zwischen den einzelnen Patienten differenziert, ist eine Voraussetzung, daß die

Belegung von Patienten der einzelnen Pflegestufen ausgewogen ist. Hat aber nun eine Intensivstation überdurchschnittlich viele Patienten der Pflegestufen I und II, so müsste diese dringend auf ihre Wirtschaftlichkeit überprüft werden. Nur in seltenen Fällen liegt hier eine medizinische Indikation vor. In den meisten Fällen sind diese Patienten Verlegungspatienten und dienen als "Platzhalter" bzw. sollen die Belegungsstatistik verbessern.

### 3. Grundlagen des Intensivpflegestufenmodells

Die Grundlage, wieviele Pflegeminuten welche Pflegestufe definiert, basiert auf anerkannten Kriterien und Maßstäben:

- Richtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft
- erhobene Daten der Firma Ernst & Whinney bei einer Wirtschaftlichkeitsüberprüfung
- Grundlagen der Pflegepersonalregelung

Zur besseren Übersicht soll die nachfolgende Tabelle dienen. Hier wird grob dargestellt, wieviele Minuten pro Patient (auf 24 Stunden bezogen) zugrundegelegt werden. Es geht dabei um die direkte Pflege am Patienten. Insgesamt haben wir fünf Pflegestufen definiert. Auf den nächsten Seiten werden die einzelnen Pflegestufen zum besseren Verständnis näher erläutert.

Patientenferne Tätigkeiten sind definiert im Pflegegrundwert. Wie der Pflegegrundwert sich inhaltlich aufschlüsselt und wie er berechnet wird, wird im weiteren Verlauf dargestellt.

#### **Pflegestufentabelle**

Pflegestufe I	300 Pflegeminuten	Patient ist kreislaufstabil, er hat Spontanatmung
Pflegestufe II	600 Pflegeminuten	Bei dem Patienten liegt entweder eine leichte cardiopulmonale Instabilität und/oder ein erhöhter Bedarf an Grund-und

		Behandlungspflege vor
Pflegestufe III	900 Pflegetiminuten	hier liegt eine Instabilität des Cardiorespirogramms vor und/oder ein erhöhter Bedarf an Grund- und Behandlungspflege.

Nach DKG Richtlinien ist das die Maximalminutenzahl in der Intensivpflege und auch nur, wenn der Patient beatmet ist. Ein spontan atmender Patient kann lt. DKG einen solchen pflegeintensiven Zeitanpruch gar nicht erreichen.

Pflegestufe IV	1200 Pflegetiminuten	es liegt eine Instabilität der Atmung, des Herz- Kreislauf Systems und/oder der Bewußtseinslage vor, dazu ein erhöhter Bedarf an Grund- und Behandlungspflege
Pflegestufe V	1440 Pflegetiminuten	der Patient ist absolut instabil von seinen Vitalparametern, eingeschränkte Bewußtseinslage liegt vor. Eine kontinuierliche Anwesenheit und Überwachung durch eine Pflegekraft erfolgt.

Da bei uns auch bei einer Sterbebegleitung eine 1:1 Betreuung erfolgt, kommen auch all diese Kinder in Pflegestufe V.

Pflegegrundwert 241,56 Pflegetiminuten.

## 4. Der Pflegegrundwert

### 4.1. Definition des Pflegegrundwertes

Die Grundlage für die Definition des Pflegegrundwertes bildete die PPR, hier ein Auszug aus dem Kommentar zu § 3 Abs. 1

[\[7\]](#):

*"Dieser Zeitwert wird pauschal für jeden zugeordneten Patienten 'gutgeschrieben'. Er repräsentiert Tätigkeiten, die nicht direkt mit dem Patienten oder an ihm erbracht werden, sondern die erforderlich sind, um die Station zu organisieren und die*

*Mitarbeiter zu motivieren; diese Maßnahmen dienen indirekt der Patientenversorgung."*

#### 4.2. Leistungen im Zusammenhang mit pflege- und behandlungsbezogenen Besprechungen

- Dienstübergaben einschließlich Visiten
- Einarbeiten von neuen Mitarbeitern einschließlich Anleiten und Unterweisen
- Teilnahme an innerbetrieblichen, stationsbezogenen Gesprächen und Fortbildungen
- Stationsbezogene Qualitätssicherung

#### 4.3. Leistungen im Zusammenhang mit der Ablauforganisation

- Disposition von Arzneimitteln und Materialien sowie Anforderungen von Leistungen außerhalb von Diagnostik und Therapie
- Verwaltungsaufgaben
- nicht planbare Hol- und Bringdienste
- Sicherheits- und Umweltschutzmaßnahmen
- Hygienemaßnahmen (Systemwechsel, Putzen von Patientenplätzen und Inkubatoren, Vor- und Nachbereitung des Sterilgutes)

#### 4.4. Leistungen im Zusammenhang mit Leitungsaufgaben

- Personaleinsatzplanung
- Mitarbeitergespräche
- Zielvereinbarungsgespräche
- Teilnahme an stationsübergreifenden Dienstbesprechungen
- Aufgaben im Rahmen der internen Budgetierung
- Administrative Tätigkeiten Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung

#### 4.5. Leistungen im Zusammenhang mit der Eltern-/Kindbeziehung

- Elternaufklärungsgespräche
- Einarbeitung der Eltern im Handling mit ihrem kranken Kind

#### 4.6. Berechnung des Pflegegrundwertes

Auch die Berechnung erfolgt basierend auf den Erlaß der PPR § 6 Abs. 2.2.2., in dem es heißt:

*"Die Tätigkeiten, die den Pflegegrundwert darstellen, sind stations- bzw. mitarbeiterabhängig. Darum mußten auch die Minuten zunächst für die ganze Station ermittelt und dann je Patient und Tag errechnet werden."* [8]

Dies erfolgte auch auf der Kinderintensivstation im Universitätskrankenhaus Eppendorf. Zum besseren Verständnis einige kurze Erklärungen:

1. Die Station liegt "dezentral", dies bedeutet:

- sog. Botengänge (z.B. Untersuchungsanforderungen) werden vom Pflegepersonal wahrgenommen;
- die Station ist nicht an eine Zentralsterilisation angeschlossen, Vor- und Nachbereitung gehört zum Aufgabengebiet der Pflegekräfte;
- es gibt keine zentrale Bettenzentrale, die Reinigung erfolgt auf der Station durch das Pflegepersonal;
- sämtliches Bestellwesen (z.B. Büromaterialien, Pflege- und ärztliche Verbrauchsmaterialien) werden von einer Pflegeassistentin bestellt, ausgepackt und inventarisiert.

Unter anderem erklärt dies den Bedarf an 2,5 Pflegeassistentenstellen, die aber auf dem Stellenplan der Pflege angerechnet werden.

a. Die Station hat 54 Planstellen im Pflegedienst, da eine Vielzahl von Mitarbeitern in einer Teilzeitbeschäftigung tätig sind, arbeiten im Durchschnitt 65 KollegInnen auf der Station. Zur besseren Organisation, Mitarbeiterförderung etc. arbeitet eine pflegerische Leitung an allen Werktagen in einer Kernarbeitszeit ohne in die direkte Pflege am Patienten miteinbezogen zu sein.

b. Zu rein nicht direkt patientenbezogener Tätigkeit (z.B. Überprüfung aller Reanimationseinheiten) ist eine MitarbeiterIn am Nachmittag 2,5 Stunden freigestellt.

c. Um einen möglichst objektiven Zeitwert zu erhalten und diesen Mitarbeiter unabhängig zu ermitteln, wurde die Elternarbeit ebenfalls mit in den Grundwert genommen. Dazu wurden 6 Wochen lang in jeder Schicht von jedem Mitarbeiter die Minuten, die an Elternarbeit (z.B. Anlernen des Wickelns ihres 1000 g schweren Kindes, Erklären notwendiger Pflegemaßnahmen) gebraucht wurden, gestoppt und dokumentiert. Aus diesen Daten ermittelten wir den Durchschnittswert pro Tag pro Patient.

d. In Bezug auf Fortbildungen u. Arbeitsgruppen wurde von den letzten 2 Jahren der dokumentierte Zeitfaktor an Ausfall berechnet. Von der jeweiligen Summe wurde der Durchschnitt pro Patient (Durchschnittsbelegung 15 Patienten) pro Tag errechnet.

e. In allen Schichten wurde von allen in der Pflege tätigen Mitarbeitern die Zeit gestoppt und dokumentiert, die zusätzlich benötigt wurde für pflegeferne Tätigkeiten. Dies ergab in der Gesamtsumme 1 Stunde pro Tag pro Patient.

Berechnung:

2,5 Pflegestellen	x	Arbeitsstunden 7,7	=	19,25
1,0 Leitungsstellen	x	Arbeitsstd. 7,7	=	7,7
		2,5 Stunden Nachmittag	=	2,5
		Elternarbeit	=	3,0
		Fortbildungen	=	10,8
		Arbeitsgruppen	=	2,14
			=	<u>45,39 Std./Tag</u>

45,39 Stunden dividiert durch 15  
(durchschnittliche Belegung) Betten = 3,026  
Stunden pro Tag pro Patient plus 1  
Stunde/Tag/Patient für Nebentätigkeiten, die

vom Pflegepersonal übernommen werden (= indirekte Patientenversorgung).

Ergo: 4,026 Stunden/Tag/Patient = 241,56 Pflegeminuten

## 5. Praktische Umsetzung - Ermittlung der Leistungserfassung

In dem bisher beschriebenen LES, dem 5 Pflegestufen plus definiertem Pflegegrundwert zugrunde liegen, ist es für eine objektive Einstufung notwendig, einen Erhebungsbogen und einen dazu entwickelten Definitionskatalog (Legende) zu entwickeln. In dem Erhebungsbogen werden alle tatsächlich am Patienten erbrachten Tätigkeiten des Intensivpflegepersonals berücksichtigt. Anlehnend an das bereits entwickelte Pflegezeiterfassungssystem von verschiedenen Münchener Kliniken wurde die Checkliste und deren Legende entwickelt.

Die [Checkliste \(70 kb\)](#) beinhaltet 38 Items, die jeweils mit einer Punkteskala von 1 bis 4 unterteilt sind [\[9\]](#). Zudem gibt es einen Multiplikator, mit dem die Schwere und Intensität der erbrachten Arbeitsleistung differenzierter bewertet werden kann. Die schwarz gesperrten Punktefelder können nicht genutzt werden. Die [Legende](#) dient als Nachschlagewerk zur objektiven, klar definierten Einstufung. Zu jeder Tätigkeit gibt es hier eine Kurzbeschreibung, die definiert, welche Punktezahl anzukreuzen ist. Den meisten dieser Tätigkeiten sind erhobene und dokumentierte Durchschnittszeiten hinterlegt, nur ein geringer Teil muß in Echtzeit dokumentiert werden. Jeder Punkt muß, um in Pflegeminuten ausgedrückt zu werden, mit der Zahl 6 multipliziert werden, z. B: **Tätigkeit 37:** 2 Punkte entsprechen  $2 \times 6 = 12$  Pflegeminuten, d. h. in dieser Schicht wurden 12 Minuten für "das Wiegen des Patienten" benötigt.

Ist ein Item mit einem Multiplikator > 1 versehen, gilt folgendes Beispiel:  
**Tätigkeit 29:** Lt. Legende werden 3 Punkte angekreuzt, in Pflegeminuten heißt dies:  
 3 Punkte x Multiplikator 2 = 6, diese 6 Punkte x 6 = 36 Pflegeminuten. Es wurden in dieser Schicht 36 Minuten für "physikalische Therapie" am Patienten benötigt. Die Summe aller Punkte ergibt die Einstufung in die jeweilige Pflegestufe. Dies erfolgt jeweils am Ende einer Schicht von der den Patienten betreuenden Pflegekraft.

Zur besseren Übersicht soll folgende Tabelle dienen: (1 Punkt entspricht 6 Pflegeminuten.)

Pflegestufen	Gesamtpflegeminuten auf 24 Stunden	Pflegeminuten/Schicht	Punkte/Schicht
Pflegestufe I	300 Pflegeminuten	100 Minuten	1-17
Pflegestufe II	600 Pflegeminuten	200 Minuten	18-34
Pflegestufe III	900 Pflegeminuten	300 Minuten	35-50
Pflegestufe IV	1200 Pflegeminuten	400 Minuten	51-67
Pflegestufe V	1440 Pflegeminuten	> 402 Minuten	> 68

## 6. EDV-lesbare Leistungserfassung

Um die Leistungserfassung zu erleichtern, sie einfacher auszuwerten und somit später die Ergebnisse auch transparenter darzustellen, erstellten Mitarbeiter des Rechenzentrums des Universitätsklinikums Eppendorf einen EDV-lesbaren Leistungserfassungsbogen. Für jeden Intensivpatienten wird bei der Aufnahme ein solcher Bogen angelegt. Wie in der PPR wird der Patient 1x am Tag eingestuft. Die Einstufung erfolgt anhand der ermittelten Werte in den letzten 24 Stunden. Es wird dabei immer die höchste Pflegestufe von allen 3 Schichten eingetragen. Durch die EDV kann so später dargestellt werden,

wieviel Pflegeminuten ein Patient insgesamt auf der Station benötigte, wobei hier auch der Pflegegrundwert mit eingeht Er ist automatisch pro Tag hinterlegt. Es ist ebenfalls möglich, die Gesamtpflegeminutenzahl für einen Monat zu berechnen und so den tatsächlichen Personalbedarf zu ermitteln. Die Angabe der Diagnose soll uns dazu dienen, mehr dokumentierte tatsächlich erbrachte Leistungen für Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern vorzuweisen (z.B. bei Verhandlungen über höheren Stellenschlüssel bei transplantierten Patienten). Wichtig für die interne Budgetierung ist die Erhebung der Stundenpatienten mit Angabe der erbrachten Leistungen. Diese Patienten werden nicht aufgenommen als Belegungspatient auf der Intensivstation, es wird aber eine Leistung an ihnen erbracht. Durch diese Dokumentation ist nun eine Basis geschaffen, wenn auch nur teilweise, da der Zeitaufwand der ärztlichen Kollegen noch nicht erhoben wird, nach der berechnet werden kann, wie hoch die Ausgaben für diesen Nicht-Intensivpatienten sind. Insgesamt ist die Datenerhebung sowohl manuell als auch über PC möglich. Sie kann punktuell, befristet oder kontinuierlich je nach Zielvorgabe erhoben werden. Im Einzelnen werden erfaßt:

- Pflegestufenwechsel
- Patientenbewegungen
- Sondermaßnahmen bei Stundenpatienten
- Anzahl der Stundenpatienten
- Diagnosen
- Verweildauer

Bei Verlegung, Entlassung oder nach Versterben des Patienten wird der Erfassungsbogen abgeschlossen. Jeweils am Ende eines Monats werden alle verbliebenen Bögen ebenfalls abgeschlossen und zur weiteren Auswertung dem Rechenzentrum zur Verfügung gestellt. Für alle noch auf der Intensivstation liegenden Patienten wird ein neuer Bogen angelegt.

## 7. Fazit

Seit 1993 gilt für alle Krankenhäuser nicht mehr der Grundsatz der Selbstkostendeckung. Hier stand bei der Kalkulation der Kosten "*die voraussichtliche Bettenbelegung und nicht die zu erbringenden Leistungen im Mittelpunkt*" [\[10\]](#). Seit der Änderung durch das Gesundheitsstrukturgesetz ist allen Beteiligten sehr deutlich geworden, daß sie ihre erbrachten Leistungen dokumentieren, sprich nachweisbar und transparenter machen müssen. Im Intensivpflegebereich bedeutet dies u.a., daß Leistung - pflegerische Leistung - sich nicht ausschließlich über eine vorhandene bzw. nicht vorhandene Beatmung bei einem Patienten definieren darf. Um dieses aber plausibel zu machen, ist eine Leistungserfassung oder auch Pflegeaufwandserhebung dringend notwendig. Sie sollte in allen Intensivbereichen Anwendung finden unter Berücksichtigung der jeweiligen Infrastrukturen. Konkret bedeutet dies, daß nach den erhobenen Daten auch die Legende bzw. der Pflegegrundwert variieren kann. Dies muß aber von einer unabhängigen Kommission mit Vertretern aller "Vertragspartner" (Pflegepersonal, Ärzte, Klinikverwaltung, Krankenkassenvertretern) überprüft werden. Es muß ebenfalls geklärt werden, daß diese Kommission die Aktualisierung des Tätigkeitskataloges mit vornimmt (z.B. bei neu hinzukommenden Tätigkeiten, neuen Verfahren oder neuen Geräten).

Es soll aber auch erwähnt werden, bei all seinen Vorteilen, die dieses System hat, welche Nachteile es noch in sich birgt.

1. Es wird nur die tatsächlich geleistete Pflege bewertet. Sollten aus Zeitmangel (z.B. durch fehlendes Personal) bestimmte pflegerische Tätigkeiten nicht ausgeführt werden, so findet dies weder jetzt noch später Berücksichtigung. Um

- qualifizierte Pflege leisten zu können, ist aber Personal für die geplante Pflege notwendig [11].
2. Nur unzureichend aussagekräftig ist das System in Bezug auf die Beurteilung der Qualität der Pflege. Aber auch dies wäre durch einheitlichere Pflegestandards und Nachweis der erbrachten Leistung möglich zu verbessern.

Zur Frage, inwieweit die Konsequenzen eines LES dem Gesundheitswesen zusätzliches Geld kostet, gilt es folgendes zu bedenken:

1. Transparent gemacht werden die Belegungsstrukturen jeder Intensivstation, auch die Fehlbelegungen.
2. Es kann eine verbesserte Berechnung an Intensivbettenbedarf erstellt werden. Für alle gültig, könnten Regeln erstellt werden, aus welchen med. Indikationen ein Patient auf einer Intensivstation liegen "darf".
3. Konsequenterweise müßte es anhand der o. g. Ergebnisse zu einer Personalumverteilung kommen, die kostenneutral wäre.
4. Die ermittelten Pflegeminuten insgesamt von einem Kalenderjahr könnten die Grundlage sein für ein internes Personalbudget.
5. Eine erhöhte Fluktuation findet sich auf pflegeintensiven Intensivstationen. Bei mehr Personal wäre der Einzelne weniger belastet, das bedeutet, entstehende Kosten durch hohe Fluktuation werden geringer.
6. Das vorgestellte System ist einfach strukturiert und ist manuell auszufüllen. Die Erhebung ist nicht besonders zeitaufwendig (nach Einführung pro Tag/pro Patient ca. 6 Minuten).
7. Es hat eine hohe Akzeptanz, sowohl beim Pflegepersonal wie auch bei dem ärztlichen Dienst. Es ist eine gute Basis, um die Belegung der Station zu steuern.

Insgesamt erhält hiermit die Arbeit der Pflegenden eine Anerkennung, die auf die tatsächlich erbrachten Leistungen basiert. Ferner leistet diese Art der Leistungserfassung einen entscheidenden Beitrag zur Qualitätskontrolle und -sicherung pflegerischer Arbeit.

## Literatur

Bloch/Hillebrandt/Wolf: Wie funktioniert unser Gesundheitswesen. RoRoRo 1997, S. 97

Bölke: Der Personalmitteleinsatz im Krankenhaus nach dem Ergebnis von Wirtschaftlichkeitsprüfungen. In: Zentralblatt für das deutsche Krankenhauswesen, Deutsche Krankenhausgesellschaft Heft 6 1981, S. 209-218

DKG Empfehlung 1974: Empfehlungen über Richtlinien für die Organisation der Intensivmedizin in den Krankenhäusern, Das Krankenhaus 1974 , S. 457

DKG Richtlinien 1981:  
Personalmitteleinsatzplan im Krankenhaus nach dem Ergebnis von Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Das Krankenhaus 1981

DKG Empfehlungen von 1969 und 1974:  
Anhaltzahlen für die Besetzung der Krankenhäuser mit Pflegekräften, Das Krankenhaus 10/1969 und Das Krankenhaus Sonderdruck 1974

Dorfmeister, Boder (Hrsg.): WIPP-Studie - WIPP Arbeits- und Personalbedarfsanalyse: In: Intensiv 5/1997, S.79-84

Lührs, M.: Leistungserfassung in der Intensivpflege. Leistungsnachweis im Stationsleitungskurs 3/97

Kaufmann, W./Mohr, W.: Neuer Weg zur Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst der Krankenhäuser. In: Das Krankenhaus 10/1989, S. 534-539

Kloster, W./Rupprecht, H./Varenhorst A.: Vorstellung eines Pflegezeiterfassungssystems zur Ermittlung des Aufwandes bei Intensivpatienten und

daraus abgeleitete Planstellenerhebung. In:  
Die Schwester/Der Pfleger 9/94, S.758-762

Kober, K.: Budgetierung für Führungskräfte  
in der Krankenpflege. Schlütersche GmbH  
1998.

Ordner/Weitl: Pflegepersonalberechnung auf  
der Intensivstation. Krankenpflege 7 u. 8  
1993, S. 452-454

Schmolling: Handlungsbedarf für die  
Anästhesie und Intensivmedizin. In: Intensiv  
1997, S. 115-117

Schöning/Luithlen/Scheinert: Pflege-  
Personalregelung. Kohlhammer Verlag  
1993, S. 46 u. 160

Schwenkglens: Pflegeaufwandserhebung  
im intensivstationären Bereich.  
Überlegungen zu einer Tübinger Erfahrung  
und zu relevanten Konzepten im  
deutschsprachigen Raum. In: Intensiv  
7/1999, S. 12-18

Jaster: Qualitätssicherung im  
Gesundheitswesen. Georg Thieme Verlag  
1997

- 
- [1] DKG-Richtlinien 1951 [\[zurück\]](#)  
[2] DKG-Richtlinien 1984 [\[zurück\]](#)  
[3] DKG-Richtlinien 1978 [\[zurück\]](#)  
[4] vgl. Bölke 1981, S. 209-218 [\[zurück\]](#)  
[5] vgl. Ordner/Weitl 1993, [\[zurück\]](#)  
[6] vgl. Ordner/Weitl 1993;  
Ruprecht/Kloster/Varenhorst 1994;  
Schwenkglens 1999 [\[zurück\]](#)  
[7] vgl. Schöning/Luithlen/Scheinert 1993  
[\[zurück\]](#)  
[8] a.a.O. [\[zurück\]](#)  
[9] vgl. Ruprecht/Kloster/Varenhorst 1994,  
S. 758-762 [\[zurück\]](#)  
[10] vgl. Bloch/Hildebrandt/Wolf 1997, S. 97  
[\[zurück\]](#)  
[11] vgl. Schöning/Luithlen/Scheinert 1993,  
S. 160 [\[zurück\]](#)

---

## Anhang

Die Legende können Sie als [rtf-Datei](#) abrufen (37 kb). [\[zurück\]](#)

### Das Intensivpflegestufenmodell

Dargestellt werden kalkulierte Pflegedienstleistungen in der päd. Intensivpflege. Es erfolgt eine detaillierte Beschreibung der notwendigen Pflegetätigkeiten bei der Pflege, Betreuung und Überwachung eines Intensivpatienten in der jeweiligen Pflegestufe.

- [Pflegestufe I](#)
- [Pflegestufe II](#)
- [Pflegestufe III](#)
- [Pflegestufe IV](#)
- [Pflegestufe V](#)

### **Pflegestufe I**

Kreislaufstabil, Spontanatmung

<b>Grundpflege</b>	Durchführung und/oder Hilfestellung bei der Körperpflege Betten, Lagerung, Mobilisation, Prophylaxen Anleitung der Eltern in die Grundpflege Ernährung, Füttern bzw. Sondieren Gewichtskontrolle Ausscheidungen Krankenbeobachtung
<b>Behandlungspflege</b>	Vorbereitung/Verabreichung/Nachbereitung von Medikamenten und Infusionen aller Art u. Applikationsformen Anlegen von Verbänden Wund- u. Hautbehandlung Phototherapie Legen von Magen- u. Duodenalsonden
<b>Monitoring</b>	Vitalparameter 3-4 stündlich Labordiagnostik
<b>Administr./Info</b>	Pflegedokumentation inklusiv Kurvenführung

	Übergabe Visite, Verlegung, Transport
--	--

Das Gesamtergebnis bei der Pflege eines Intensivpatienten der Pflegestufe I lautet:  
Pflegezeitaufwand 300 Minuten = 5  
Stunden/24 Stunden

### **Pflegestufe II**

entweder leichte cardiopulmonale Instabilität  
und/oder erhöhter Grundpflegebedarf

<b>Grundpflege</b>	Durchführung und / oder Hilfestellung bei der Körperpflege Betten, Lagerung, Mobilisation, Prophylaxen Ernährung Anleitung der Eltern in die Grundpflege Füttern bzw. Sondieren Gewichtskontrolle Maßnahmen im Zusammenhang mit Ausscheidung Krankenbeobachtung
<b>Behandlungspflege</b>	Vorbereitung/Verabreichung/Nachbereitung von Medikamenten und Infusionen aller Art und Applikationsformen Verbände/Wundversorgung, Tamponaden Legen von Duodenal- bzw. Magensonden Atmungsunterstützende Maßnahmen (Absaugen, Vibrationsmassage, Inhalation ...)
<b>Monitoring</b>	Vitalparameter 3-4 stündlich Labordiagnostik Ausscheidungsdokumentation bzw. Bilanz
<b>Administr./Info</b>	Pflegedokumentation inklusiv Kurvenführung Übergabe Visite Patientenaufnahme/Verlegung Transport

Das Gesamtergebnis bei der Pflege eines Intensivpatienten der Pflegestufe II lautet:  
Pflegezeitaufwand 600 Minuten = 10  
Stunden/24 Stunden

### **Pflegestufe III**

Instabilität des Cardiorespirogramm,  
erhöhter Bedarf an Grund- und  
Behandlungspflege

<b>Grundpflege</b>	Durchführung der Körperpflege Ernährung, Sondieren Betten, Lagerung/Mobilisation, Prophylaxen Anleitung der Eltern in die Grundpflege Gewichtskontrolle Maßnahmen im Zusammenhang mit Ausscheidung Krankenbeobachtung
<b>Behandlungspflege</b>	Vorbereitung/Verabreichung/Nachbereitung von Medikamenten und Infusionen aller Art und Applikationsformen, z. T. Parenterale Ernährung Verbände, Wundversorgung, Tamponaden Legen von Duodenal- bzw. Magensonden <i>erweiterte</i> atmungsunterstützende Maßnahmen (z.B. Bronchialtoilette bei Beatmung)
<b>Monitoring</b>	Vitalparameter 3 = stündlich Labordiagnostik Ausscheidungsdocumentation bzw. Bilanz Gerätewartung (Systemwechsel, Kalibration)
<b>Administr./Info</b>	Pflegedokumentation inkl. Kurvenführung Übergabe Visite Patientenaufnahme/Verlegung Transport
<b>Assistenz</b>	Assistenz bei ärztl. Tätigkeiten (z.B. Intubation)

Das Gesamtergebnis bei der Pflege eines  
Intensivpatienten der Pflegestufe III lautet:  
Pflegezeitaufwand 900 Minuten = 15  
Stunden/24 Stunden

### **Pflegestufe IV**

Instabilität der Atmung, des Herz- und  
Kreislaufs und/oder der Bewußtseinslage,

erhöhter Bedarf an Grund- und  
Behandlungspflege

<b>Grundpflege</b>	Durchführung der Körperpflege Ernährung, Sondieren Betten, Lagerung/Prophylaxen Gewichtskontrolle Maßnahmen im Zusammenhang mit Ausscheidung Krankenbeobachtung
<b>Behandlungspflege</b>	Vorbereitung/Verabreichung/Nachbereitung von Medikamenten und Infusionen aller Art und Applikationsformen, z. T. Parenterale Ernährung Legen von Duodenal- bzw. Magensonden erweiterte atmungsunterstützende Maßnahmen (z.B. Bronchialtoilette) Verbände/Wundbehandlung Pflege von invasiven Kathetern Pflege von CAPD-Kathetern
<b>Monitoring</b>	Vitalparameter 1-3 stündlich inkl. art. Blutdruck ZVD, etCO <sub>2</sub> Labordiagnostik Bilanz 1-3 stündlich Gerätewartung (Systemwechsel, Kalibration) Kontrolle der Beatmungsparameter Glasgow-coma-scale Überwachung von Dialyseverfahren
<b>Administr./Info</b>	Pflegedokumentation inkl. Kurvenführung Übergabe Visite Patientenaufnahme/Verlegung Transport
<b>Assistenz</b>	Assistenz bei ärztl. Tätigkeiten (z.B. Intubation, OP, Katheter, Drainagen aller Art) Assistenz bei diag. Maßnahmen

Das Gesamtergebnis bei der Pflege eines  
Intensivpatienten der Pflegestufe IV lautet:  
Pflegezeitaufwand 1200 Minuten = 20  
Stunden/24 Stunden

### **Pflegestufe V**

absolute Instabilität der Vitalparameter und

eingeschränkte Bewußtseinslage,  
kontinuierliche Überwachung am  
Patientenplatz durch mindestens eine  
Pflegerkraft

<b>Grundpflege</b>	Durchführung der Körperpflege Sondenernährung Betten, Lagerung/Prophylaxen Gewichtskontrolle Maßnahmen im Zusammenhang mit Ausscheidung Krankenbeobachtung
<b>Behandlungspflege</b>	Vorbereitung/Verabreichung/Nachbereitung von Medikamenten und Infusionen aller Art und Applikationsformen, z. T. Parenterale Ernährung Legen von Duodenal- bzw. Magensonden erweiterte atmungsunterstützende Maßnahmen (z.B. Bronchialtoilette) Verbände/Wundbehandlung Pflege von invasiven Kathetern, Drainagen Pflege von CAPD-Kathetern
<b>Monitoring</b>	Vitalparameter = 1-stündlich inkl. art. Blutdruck ZVD, etCO <sub>2</sub> Labordiagnostik Bilanz 1-3 stündlich Gerätewartung (Systemwechsel, Kalibration) Kontrolle der Beatmungsparameter Glasgow-coma-scale 3-stdl. Pupillenreaktion Überwachung von Dialyseverfahren
<b>Administr./Info</b>	Dokumentation inklusiv Kurvenführung Übergabe Visite
<b>Kommunikation</b>	Sterbebegleitung
<b>Assistenz</b>	Assistenz bei ärztl. Tätigkeiten (z.B. Intubation) Assistenz bei diag. Maßnahmen Patientenaufnahme Transport

Das Gesamtergebnis bei der Pflege eines  
Intensivpatienten der Pflegestufe V lautet:  
Pflegezeitaufwand 1440 Minuten = 24  
Stunden/24 Stunden