

EDITORIAL

Wie wichtig Information ist, wird uns Pflegenden tagtäglich im Arbeitsalltag bewusst. Wir sind darauf angewiesen, exakte Beschreibungen und Hinweise zu erhalten.



In der "Pflege aktuell" konnte ich nun lesen, wie mit dem Instrument "Sprache" bei der Dienstübergabe auch umgegangen wird - nämlich herablassend urteilend und eher desorientierend als orientierend. Der Artikel führt „Informationen“ von Pflegenden auf: aufschlussreich und erschreckend:

Oder können Sie mit der Aussage "Patient ist Träger des Gelben Gurtes" etwas anfangen (= Bauchgurt und Inkontinenz)? Auch "...gibt bald den Löffel ab" (= moribund) lässt mich erzittern. Stressabbau hin oder her - solche Begriffe haben im beruflichen Wortschatz nichts zu suchen!

Pflegende, die eine derartige Sprache in offiziellen Dokumenten und Gesprächen pflegen, sollten die Wirkung ihrer Aussagen drastisch reflektiert bekommen. Solch eine Sprachanwendung führt alle Bemühungen, die Eigenständigkeit und Professionalität der Pflege zu entwickeln, ad absurdum.

Ein wichtiges Feld wird für Aus- und Fortbildung deutlich ins Blickfeld gerückt: Bedeutung der Sprache im beruflichen Kontext sowie ein sachgerechter und vor allem menschenwürdiger Umgang mit ihr!

Ihr **Roland Brühe**

Schwerpunktthema: DRGs und die Pflege

In den letzten Monaten hat sich ein neues Schlagwort im deutschen Gesundheitswesen etabliert, das nicht nur die finanzielle Basis der medizinischen, stationären Krankenversorgung in unserem Land bestimmen wird, sondern auch für die pflegerische Versorgung von grosser Bedeutung sein wird: Die **Diagnosis Related Groups** – kurz **DRG**. *Thorsten Müller* setzt sich in seinem einführenden Artikel mit den

Grundlagen dieses für uns neuen Entgelt-systems auseinander und führt Beispiele auf, wie die DRGs angewendet werden.

Roman Ferreau betrachtet in seinem Beitrag die Konsequenzen für die Pflege und zeigt die Notwendigkeit auf, dass Pflege ihre Leistungen entsprechend dokumentieren und systematisch kategorisieren muss.

[weiter unten auf dieser Seite]

Neu für Pflegeprofis: Handbuch zur Begutachtung ambulanter Patienten Eine Rezension von **Claus-Henning Ammann**

In der ambulanten Pflege stellen die systematische Einschätzung und Beurteilung der Patientensituation (Pflegeassessment) und die Aufstellung eines Pflegeplans unter Einbeziehung der Angehörigen ein Kernstück beruflichen Handelns dar. Die Rezension stellt die Nützlichkeit des Buches heraus, zeigt aber auch die Schwierigkeiten bei der Übersetzung amerikanischer Werke für die deutsche Pflege Landschaft auf. *[weiter auf Seite 7]*

Pflege-Krimi ohne Schwester Stefanie

gelesen von
Sabine Krause

Schluss mit den Klischees! Hier ist ein Krimi für die Pflege, der sich vom gängigen „Schwestern-Klischee“ wohltuend abhebt. In „Abgeführt“ sind Pflegendе keine Statisten und auch keine opferbereiten Idealisten, sondern realistisch gezeichnete Figuren, die sich mit dem rätselhaften Patientensterben auf einer internistischen Station auseinandersetzen müssen. *[weiter auf Seite 6]*



Veranstaltungsort: Medizinische Einrichtungen der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Der Eintritt zur Tagung ist kostenfrei. Aktuelle Infos und Online-Anmeldung jetzt unter:

www.nursing.de

Die Diagnosis Related Groups – eine Einführung von Dipl. Pflegewirt Thorsten Müller*

Einführung

Nach § 17 b Krankenhausgesetz (KHG) ist bis zum 01.01.2003 ein, für alle medizinischen Fachbereiche geltendes, leistungsorientiertes und pauschaliertes Vergütungssystem für die voll- und teilstationären Krankenhausleistungen, auf der Grundlage der **Diagnosis Related Groups – DRGs**, einzuführen. Dies bedeutet, dass erstmals auch die konservativen Disziplinen, wie z. B. die Innere Medizin mit "Fallpauschalen" konfrontiert werden.

Die Selbstverwaltung auf der Bundesebene, das sind die **Spitzenverbände der Krankenkassen**, der Verband der privaten Krankenversicherung und die **Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)**, wird beauftragt, das neue Vergütungssystem zu vereinbaren. Ausgenommen ist nur der Bereich Psychiatrie. Bis zum 31.12.2001 sind die einzelnen Fallgruppen (Entgelte) des Entgeltkataloges und

deren bundesweit gültigen Bewertungsrelationen (Punktzahlen) zu vereinbaren. Das Jahr 2002 verbleibt den Krankenhäusern für die Einführung und Erprobung der organisatorischen und EDV-technischen Lösungen, für den Nachweis ihres Leistungsspektrums (Art und Anzahl) in der Systematik des neuen Vergütungssystems. 2003 soll dann erstmals das Erlösbudget „budgetneutral“ verhandelt werden. Ob dieser enge Zeitraum eingehalten wird, bleibt abzuwarten.

Ein DRG beschreibt einen stationären Patientenfall und summiert allen Ressourcenverbrauch vom Eintritt ins das Krankenhaus bis zum Verlassen der Institution. Die DRGs sind ein vollständiges, leistungsgewichtetes Fallgruppensystem (synonym Patientenklassifikationssystem) basierend auf Diagnosen und durchgeführten Operationen. *[weiter auf Seite 2]*

ONLINE-KIOSK

Mailing-Listen

Ein Übersicht von **Roland Brühe** [bruehe@gmx.de]

Obwohl uns das Web die Vielfalt der (Fach-)Welt eröffnet, hat es einen Nachteil: Wir müssen uns aktiv auf die Suche nach Interessantem begeben. Eine alte Technik ermöglicht hier etwas Entspannung: Die Mailing-Listen. Mit ihnen können Nachrichten oder Newsletter zu einem Thema an oder von einer Gruppe Interessierter empfangen und versandt werden, alles von der gewohnten E-Mail-Oberfläche aus. Alles läuft wie bei einer Art Diskussionsgruppe. Ich habe mich auf die Suche nach pflegerlevanten Mailinglisten begeben:

Für die **Altenpflege** (Pflegernde und Angehörige) bietet die Firma **Vita Consult** einen Newsletter an. Sollte der Inhalt genauso aufschlussreich wie die dazugehörige Website [www.vitaconsult.de] sein, dürfte der Informationsgehalt eher gering sein. Abonnement: Mail an **news@vitaconsult.de** schicken, Betreff = Newsletter_abonnieren.

Eine privat betriebene Mailingliste stellt dagegen die „**altenpflegelist**“ dar, die sich primär an Altenpfleger wendet und andere, die in der Altenpflege tätig sind. Abonnement: Mail an **altenpflegelistsubscribe@ecircle.de** schicken (Betreff und Text können leer bleiben).

Die Gruppe „Altenpflege“ gründete sich zum „Informationsaustausch von Pflegekräften und Auszubildenden in der Geriatrischen Pflege“. Abonnieren: Mail an **Altenpflege-subscribe@egroups.de**, Betreff und Text können leer bleiben.

Das „**Inkontinenz Forum**“ ist ein „Forum für Erfah-

[weiter auf Seite 3]

Die Diagnosis Related Groups – eine Einführung

von **Dipl. Pflegewirt Thorsten Müller** [pfl egewirt@onlinehome.de]*

[Fortsetzung]

DRGs bilden ein Fallgruppensystem,

- das alle stationären Krankenhausfälle in medizinisch sinnvolle und nach ökonomischen Aufwand vergleichbare DRG-Gruppen einteilt, d.h. eine leistungsgerechte Darstellung aller Krankenhausfälle
- das die Bewertung der erbrachten Krankenhausleistung in Verbindung bringt mit der Art der Behandlung
- das komplexen Fälle mit höherem Aufwand ein höheres Entgelt zuordnet, d.h. das schwere Krankenhausfälle berücksichtigt werden
- das die Behandlung des Patienten im Krankenhaus insgesamt betrachtet und jeweils einer DRG eindeutig zuordnet.

Die Kriterien für die Fallgruppenbildung einer DRG bilden die

- Hauptdiagnose
- Nebendiagnosen
- Operationen / bei Entbindungen Geburtsgewicht der Säuglinge / Beatmungsstunden auf Intensivstation
- Entlassungsart (nach Hause, verstorben, verlegt)
- Evtl. Alter/Geschlecht
- Verweildauer

Folgende Problembereiche der Eingruppierung werden erwartet bei

- Langzeit- und chronisch Kranken
- Patienten in der Psychiatrie
- Patienten in der Geriatrie
- Patienten in der Frührehabilitation
- Ambulanten Operieren

Dies System der DRGs soll nun die bekannten Fallpauschalen, Sonderentgelte, Abteilungspflegesätze und den Basispflegesatz komplett ablösen. In deutschen Krankenhäusern werden schätzungsweise 15 bis 25 Prozent der erbrachten Leistungen mit Fallpauschalen und Sonderentgelten abgebildet. Ab 2003 werden nun alle Leistungen der operativen wie konservativen medizinischen Disziplinen über die DRGs abgerechnet.

Die Entwicklung der DRGs begann 1967 in der Yale-Universität (USA) mit der Bildung von Fallgruppen zur Erfassung stationärer Patienten und zur Unterstützung der Qualitätssicherung. Diese Fallgruppen wurden weiterentwickelt und ab dem Jahr 1983 erstmals von der **Health Care Financing Administration (HCFA)** zur Kategorisierung der **Medicare-Versicherten** in der USA eingesetzt. Bei **Medicare** handelt es sich um staatliche Versicherungsprogramme für Menschen ab 65 Jahre und Behindertete sowie terminal nierenkranke Menschen. Im Staat New York (USA) wurde im Jahr 1987 entschieden, ein DRG-System zu implementieren, welches sich über den **Medicare-Bereich** hinaus auf alle stationären Patienten erstreckt. Das **Unternehmen 3M-HIS** entwickelte die **HCFA-DRGs** zu den All-Patient-DRGs (AP-DRGs) weiter und verfügt somit über die Lizenzrechte. Neben der Ausweitung der DRGs auf alle stationären Fälle, wie jetzt in der BRD geplant, wurden die DRGs unter der Berücksichtigung von Komorbiditäten (Nebendiagnosen) und Komplika-

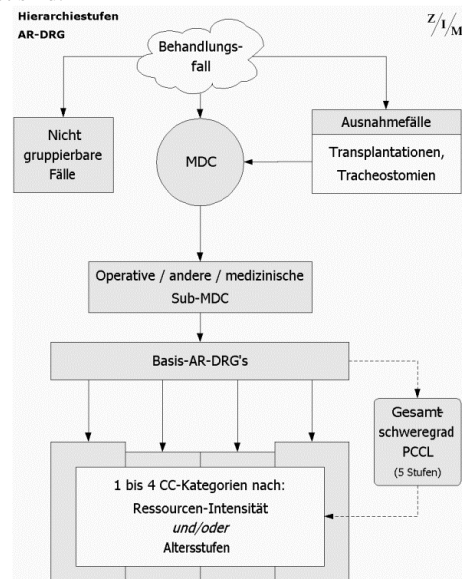
tionen (Comorbidity and Complications, CC) weiterentwickelt. CC -Klassen beruhen auf einer klinisch relevanten, sekundären Diagnosekategorie (DXCAT) und haben einen Einfluss auf den Ressourcenverbrauch. Besonders schwerwiegende Nebendiagnosen wurden in einer MCC (Major Comorbidities and Complications) Liste abgebildet.

Schweregrad 1	Basiserkrankung und Basistherapie
Schweregrad 2	Nebendiagnose mit 75-prozentiger Wahrscheinlichkeit von der Verweildauererhöhung um einen Tag abhängig
Schweregrad 3	Nebendiagnose mit 75-prozentiger Wahrscheinlichkeit von der Verweildauererhöhung um 3-4 Tage abhängig
Schweregrad 4	Extremfälle

Diese Entwicklung führte zu den Refined-DRGs (R-DRGs) für den **Medicare-Bereich** sowie APR-DRGs der **Firma 3M-HIS**. Im Laufe der Jahre wurden die DRGs auch in anderen Ländern eingeführt. In Anlehnung an die APR-DRGs wurden die **australischen DRGs (AN-DRGs bzw. AR-DRGs)**, die auf den **HCFA-DRGs** basierenden **NordDRGs** der Skandinavischen Länder und die **französischen Groupes Homogenes de Malade (GHM)** sowie die aktuell in der Erprobung befindlichen **AP-DRGs der Schweiz (APDRG)** entwickelt.

Die Stufen der Eingruppierung

Jeder Krankenhausfall wird einer Hauptkategorie (**Major Diagnostic Category [MDC]**) zugeordnet. Eine Ausnahme hiervon bilden nicht-gruppierbare Fälle sowie Transplantations- und Tracheostomiefälle. Die Hauptkategorien repräsentieren in der Regel die betroffene Körperregion. Im Großteil der Fälle ist die Hauptkategorie bereits durch die Hauptdiagnose festgelegt. Es gibt insgesamt 23 MDCs sowie eine **Pre-MDC**. Die Fallgruppen der **Pre-MDC** beinhalten genau die Transplantations- und Tracheostomiefälle; also Fälle, die durch besonders kostenträchtige Prozeduren gekennzeichnet sind.



(Quelle: www.fischer-zim.ch)

[weiter auf Seite 3]

ONLINE-KIOSK

Mailing-Listen
[Fortsetzung]

rungsaustausch im Bereich Pflege und Pflegebedarf sowie Inkontinenz in der Gesellschaft“ und wendet sich an Betroffene sowie Pflegenden. Abonnement: Mail an ron@airoliver.de, Betreff = Mitmachen, Text = Mitmachen beim Inkontinenz Forum Newsgroup Club.

Das **Gesundheitswesen** mit den Bereichen Gesundheitspolitik und Management ist Thema des „Medi-Netz“ Newsletters. Die primäre Zielgruppe sind Mediziner, einiges könnte aber auch für Pflegenden von Interesse sein. Abonnement: Mail an abo@medi-netz.com, Betreff und Text können leer bleiben.

Mit dem gesamten Spektrum der **Pflegeberufe** setzt sich die Mailingliste „nurseGer“ [<http://walle.net>] auseinander, die als ein Urgestein pflegerischer Mailinglisten angesehen werden kann. Sie wendet sich an Pflege-Profis sowie interessierte Laien. Abonnement: Mail an majordomo@walle.net, Text = subscribe nurseGer, Betreff kann leer bleiben.

Pflegewissenschaftliche Diskussionen werden in der Mailingliste „Pflegetheorie“ geführt, die sich an Studierende und andere Interessierte wendet. „Erkenntnisse aus der theoretischen Betrachtung der Pflege sowie ihre Relevanz für die Praxis“ werden diskutiert. Diese Liste ist noch recht jung, die Teilnehmerzahl wächst. Abonnement: Mail an Pflegetheorie-subscribe@egroups.de, Betreff und Text können leer bleiben.

Mit dem Thema **Pflegerecht** beschäftigt sich die gleichnamige Mailingliste. Abonnieren: Mail an pfl egerecht-subscribe@egroups.de, Betreff und Text können leer bleiben.

[weiter auf Seite 4]

Die Diagnosis Related Groups – eine Einführung
von **Dipl. Pflegewirt Thorsten Müller** [pfl egewirt@onlinehome.de]*

[Fortsetzung]

Major Diagnosis Categories (MDC)		
MDC	Code	Bezeichnung
00	A	Pre MDC
01	B	Nervensystem
02	C	Auge
03	D	HNO
04	E	Atmungsorgane
05	F	Kreislaufsystem
06	G	Verdauungsorgane
07	H	Leber, Galle und Pankreas
08	I	Muskel, Skelett und Bindegewebe
09	J	Haut, subcut. Gewebe und Mamma
10	K	Hormonelle und Stoffwechselkrankheiten
11	L	Nieren und Harnwege
12	M	Männliche Geschlechtsorgane
13	N	Weibliche Geschlechtsorgane
14	O	Schwangerschaft und Geburt
15	P	Neugeborene
16	Q	Blut und blutbildende Organe
17	R	Neubildungen (hämatologische und solide)
18/S	S	Infektionen und parasitäre Erkrankungen (HIV)
18/T	T	Infektionen und parasitäre Erkrankungen
19	U	Psychiatrische Erkrankungen
20	V	Alkohol- und Drogenmissbrauch
21/W	W	Verletzungen und Vergiftungen (Polytrauma)
21/X	X	Verletzungen und Vergiftungen
22	Y	Verbrennungen
23	Z	Sonstige Erkrankungen
	9	Fehler DRGs

Innerhalb einer Hauptkategorie kann zwischen operativen, medizinischen und anderen Fällen unterschieden werden. Nach Bestimmung der MDC wird der Fall einer Basisfallgruppe zugeordnet (*Adjacent* DRG). Insgesamt gibt es 409 Basisfallgruppen. Schließlich wird der Fall aufgrund seines Schweregrads und/oder weiteren den Ressourcenverbrauch kennzeichnender Faktoren einer AR-DRG-Fallgruppe zugewiesen.

Von wesentlicher Bedeutung für die Gruppenzu-

ordnung ist die Bestimmung des Schweregrads des Behandlungsfalls. Als Maß für die Fallschwere wird die Art und die Anzahl der Nebendiagnosen in Abhängigkeit von weiteren Falleigenschaften verwendet. Insgesamt werden 3.215 Diagnosen als relevante Komplikation oder Komorbidität (*Complication or Comorbidity* [CC]) betrachtet. Für jede CC-Diagnose ist ein klinischer Schweregrad (CCL) spezifiziert. Der CCL ist abhängig von der Basisfallgruppe, dem Geschlecht und der Entlassungsart.

Jede Nebendiagnose wird in Abhängigkeit von der Basis-DRG zunächst einem 5-stufigen CCL = Complication and Comorbidity Level zugeordnet.

CCL = 0	Nebendiagnose zählt nicht als CC
CCL = 1	leichte (minor) CC
CCL = 2	mittlere (moderate) CC
CCL = 3	schwerwiegende (severe) CC
CCL = 4	sehr schwerwiegende (catastrophic) CC

(bei medizinischen Fällen Skala 0-3, bei chirurgischen Skala 0-4)

Für jeden Behandlungsfall erfolgt dann aufgrund des kumulativen CCL-Wertes in Abhängigkeit der jeweiligen Basis-DRG die Zuordnung zu einem sogenannten Patient Clinical Complexity Level (PCCL), welcher die ökonomische Fallschwere repräsentiert.

PCCL 0	kein CC Auswirkung
PCCL 1	leichte (minor) CC
PCCL 2	mittlere (moderate) CC
PCCL 3	schwere (severe) CC
PCCL 4	sehr schwere (catastrophic) CC

Während bei den AN-DRGs der PCCL als das

Maximum der CCLs gebildet wurde, wird bei den AR-DRGs ein Algorithmus zur **Berechnung des PCCL** eingesetzt, der alle Nebendiagnosen ausgewertet und gewichtet.

$$\left\{ \frac{\ln \left(1 + \sum_{i=k} KKL(i) \cdot \exp(-\alpha(i-k)) \right)}{\ln(3/\alpha) / 4} \right\}$$

Diagnosen, die eng miteinander in Beziehung stehen, werden dabei ignoriert. So werden Doppel-

[weiter auf Seite 4]

ONLINE-KIOSK

Mailing-Listen
[Fortsetzung]

Eine Vielzahl anderer Mailinglisten kann unter folgenden Adressen gefunden werden:

- eGroups: www.egroups.de Mailinglisten-Anbieter
- eCircle: www.ecircle.de Mailinglisten-Anbieter
- LISde: www.lisde.de Mailinglisten-Verzeichnis der „Zeit“

LESER-MAIL

Injektionen und
Spritzenschein

Zum Beitrag „Subkutane Injektionen - Auch durch nicht examiniertes Pflegepersonal?“ von G. Leschik in der Ausgabe 4/2001 erreichte den Autor folgende Mail von Thomas Risse [thomas.risse@diepflegepro fis.de]:

Guten Tag Herr Leschik, vielen Dank für den interessanten Beitrag. Auch wir (Privater ambulanter Pflegedienst, 52 Mitarbeiter und 5 Niederlassungen) haben dieses Thema schon oft diskutiert und sind ebenfalls zu dem Entschluss gekommen, genau zu prüfen, um welches Medikament es sich handelt und was beachtet werden muss. Des weiteren stellt sich auch die Frage allgemein um das strittige Thema Spritzen-schein. Ich hätte gern von ihrer Seite gewusst, wie Sie persönlich zu dem genannten Thema stehen und welche juristischen Fallstricken beachtet werden müssen.

Mit freundlichen Grüßen
T. Risse
Zentraler Pflegedienstleiter
Lehrer für Pflegeberufe

[Die Antwort folgt auf Seite 5]

Die Diagnosis Related Groups – eine Einführung

von Dipl. Pflegewirt Thorsten Müller [pflegewirt@onlinehome.de]*

[Fortsetzung]

gewichtungen vermieden. Je mehr CC-Diagnosen verbleiben, desto wahrscheinlicher erhöht sich der PCCL. Ein Patient mit mehreren CCs erhält einen höheren PCCL als ein Patient mit nur einer CC-Diagnose der gleichen CCL-Stufe. Damit wird dem kumulativen Effekt mehrerer relevanter CCs bei einem Behandlungsfall Rechnung getragen. Im AR-DRG-System sind maximal 5 Schweregrade definiert. Bei chirurgischen Fällen und allen Neugeborenen werden alle 5 CCLs verwendet, bei den anderen medizinischen Fällen jedoch nur die 4 CCLs der Stufen 0 bis 3. Der Gesamtschweregrad ist ebenfalls 5-stufig.

Beispiele für die Anwendung

Das folgende Beispiel aus Fischer veranschaulicht die Bestimmung der CCL-Werte der Nebendiagnosen in Abhängigkeit von der Basisfallgruppe. Tritt die Diagnose „Akute respiratorische Insuffizienz“ (ICD-10: J96.0) bei einem Behandlungsfall der Basisfallgruppe Schlaganfall (B70) auf, dann kommt ihr ein CCL-Wert von 2 zu. Die gleiche Diagnose hat einen CCL-Wert von 3, falls sie bei einem Fall in Basisfallgruppe „Störungen kranialer und peripherer Nerven“ (B71) vorkommt.

Die CCL-Zuordnung ist in der Praxis weit weniger komplex als es nun den Anschein haben mag. Geschlecht und Entlassungsart führen bspw. nur in seltenen Fällen zu einer Modifikation des CCL. Bei Neugeborenen ist der CCL einer Nebendiagnose gänzlich unabhängig von Basisfallgruppe, Geschlecht und Entlassungsart.

Als weiteres folgt nun eine Unterteilung der Basis-DRG auf Grundlage z. B. Alter, PCCL, Aufenthaltsdauer, in folgende Kategorien:

- A: schwerste CC (höchster Ressourcenverbrauch)
- B: zweithöchster Ressourcenverbrauch
- C: dritthöchster Ressourcenverbrauch
- D: leichteste CC (vierthöchster Ressourcenverbrauch)
- Z: keine CC-Unterteilung

Folgende weitere Faktoren bestimmen die Zuordnung zu einer bestimmten DRG:

- Diagnosen (1 Hauptdiagnose u. bis zu 19 Nebendiagnosen) ICD-10
- Bis zu 20 Prozeduren (OPS 301)
- Alter und Geschlecht
- Geburtsgewicht
- Anzahl Beatmungstunden

- Verweildauer, Urlaubstage, Entlassungsart
- Kennzeichen Zwangseinweisung (mental health legal status)
- Kennzeichen 1-Tages-Behandlung

Letztendlich erfolgt dann die Auswahl der DRG durch einen „Grouper“. Der Aufbau einer DRG-Nummer folgt dem ADDS-Prinzip.

A	Bestimmt die MDC
DD	besteht aus einer zweistelligen Ziffer 01 – 39 = operativ 40 – 59 = sonstige (z. B. Herzkatheter) 60 – 99 = medizinische
S	Gibt Schweregrad an.

Folgendes Beispiel anhand der DRG G 07 C – Appendektomie ohne sehr schwere oder schwere CC :

G	MDC Verdauungsorgane
07	chirurgische Basis-AR-DRG
C	Schweregrad C

Entscheidend ist in diesem System die Hauptdiagnose.

„Als Hauptdiagnose ist grundsätzlich die Diagnose anzugeben, die hauptsächlich die Dauer der stationären Behandlung in der jeweiligen Fachabteilung (bzw. im Krankenhaus) beeinflusst bzw. den größten Anteil an medizinischen Leistungen verursacht hat.“ Leitfaden zur Erstellung der Diagnosenstatistik nach § 16 BpflV)

Untenstehendes Beispiel soll aufzeigen, wie der gleiche Patient, je nach Hierarchie der Hauptdiagnose, mehr oder weniger Erlöse erbringt.

Abschließend soll nochmals auf folgendes eindringlich hingewiesen werden:

Ein Patient mit mehreren Nebendiagnosen (CC) erhält einen höheren patientenbezogenen Gesamtschweregrad (PCCL) als ein Patient mit nur einer CC-Diagnose. Dem kumulativen Effekt mehrerer relevanter CCs bei einem Behandlungsfall wird Rechnung getragen und dies hat Auswirkungen auf die Erlössituation

Literatur kann beim Verfasser erbeten werden.

*) Thorsten Müller ist Dipl. Pflegewirt und Lehrbeauftragter an der Kath. Fachhochschule Mainz. Dieser Text entstammt seinen dortigen Vorlesungen im 7. bzw. 8. Semester Pflegemanagement. Seine Homepage: www.thorsten-karin-mueller.de

Diab. mell.	Pneumonie	Sepsis	MDC 10	K 67 A	CW 1,97
Pneumonie	Diab. mell.	Sepsis	MDC 04	E 62 B	CW 1,51
Sepsis	Pneumonie	Diab. mell.	MDC 18/T	T 60 A	CW 2,47

LESER-MAIL

[Fortsetzung]

Die Antwort von Gerhard Leschik [Leschik.Grossenhedorn@t-online.de]:

Sehr geehrter Herr Risse, das Thema Spritzenchein wurde in Ausgabe 4/2000 der Pflegebriefe beschrieben. Der Spritzenchein in der ambulanten Pflege ist in seiner Wirkung nichtig, da ich noch keinen Hausarzt erlebt habe, der eine Pflegeperson auf dessen fachliche Durchführung beobachtete. Selbst wenn ein Hausarzt einen solchen "Spritzenchein" ausstellen sollte, hätte er keine echte Wirkung.

Dieser Spritzenchein ist weder ein Befähigungsnachweis, noch eine Arbeitserlaubnis zur haftungserleichternden Durchführung von Injektionen an Patienten.

Wer selbstständig Arzneimittel verabreicht (spritzt), muss die konkreten Wirkungen des Arzneimittels kennen. Das ist bei Pflegepersonen in der Regel nicht zu erwarten, da die Inhalte in der Ausbildung über Arzneimittellehre nicht konkret vorgegeben sind und auch keine Prüfung in diesem Fach erfolgt. Übernimmt ein Pflegemitarbeiter eine Injektion die der Arzt angeordnet hat, handelt sie auf eigene Gefahr für die eintretenden Komplikationen. Dagegen sind Wirkungen und zu erwartende Nebenwirkungen Haftungsrisiko des Arztes. Auch ein Spritzenchein oder eine andere Haftungsübernahmeerklärung des Arztes ändern an der strafrechtlichen Haftung nichts.

Fazit: In der ambulanten Pflege hat der "Spritzenchein" keine rechtserhebliche Bedeutung.

Mit freundlichen Grüßen
Gerhard Leschik

[weiter auf Seite 6]

Pflege und DRGs

von Roman Ferreau [roman@ferreau.de]

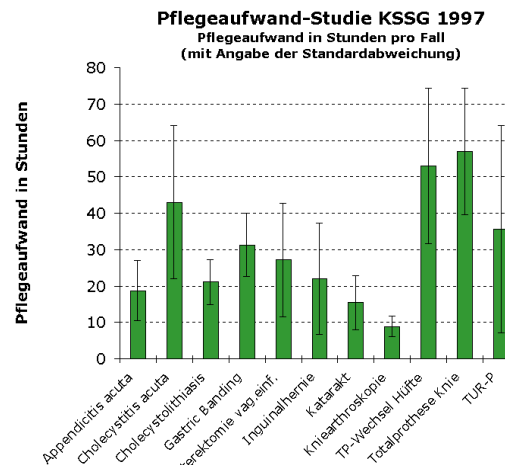
Es gab in den letzten 15 Jahren zahlreiche Veränderungen in der Krankenhausfinanzierung, immer vor dem Hintergrund steigender Ausgaben und einer gesellschaftlich gewollten Reduzierung der Kosten. Das grundlegende Problem dabei ist die Diskrepanz zwischen den immer größeren medizinischen Möglichkeiten, dem Steigen von Durchschnittsalter und Lebenserwartung und der fehlenden gesellschaftlichen Bereitschaft, die dafür notwendigen Kosten zu tragen. Jeder Einzelne beansprucht für sich natürlich alles medizinisch Machbare, doch die auch von ihm mit zu tragenden gesamtgesellschaftlichen Kosten sollen nicht steigen.

Aus diesem kaum lösbaren Konflikt entstanden immer neue Gesundheitsreformgesetze mit dem Ziel, die Ausgaben zu reduzieren. Der neueste Versuch in diesem Bereich ist nun die Einführung eines Krankenhausfinanzierungssystems welches vor über 20 Jahren in den USA seinen Ursprung hat, dort allerdings auch nicht zu einer Reduzierung der gesamtgesellschaftlichen Kosten im Gesundheitswesen geführt hat.

Dies bedeutet auch für Deutschland zukünftig eine Bezahlung der Krankenhaus-Leistungen nach den Diagnosen und speziellen Therapien, erfasst in diagnosebezogenen Fallgruppen den DRGs (Diagnosis Related Groups). Eine Berücksichtigung besonderer pflegerischer Leistungen erfolgt in den bestehenden DRG Systemen nicht. Durch die Übernahme dieses Systems besteht für die stationäre Krankenpflege die Gefahr, noch weiter hinter den ärztlichen Leistung zu verschwinden. Schon die Personaleinsparungen der letzten Jahre erfolgten auf dem Rücken der Pflegekräfte während die Zahl der Ärzte in den Kliniken jährlich stieg, wie dies die Sozialstatistiken der letzten Jahre zeigen (Vgl. Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2000).

Es wird also unsere Aufgabe sein, die Berücksichtigung der Leistungen der Pflege bei der Weiterentwicklung des Deutschen DRG Systems (GR-DRG) durchzusetzen. Dies wird nur mit Hilfe eines pflegerischen Leistungserfassungssystems möglich sein. Auch wir können uns hier aber Bestehendes zu Nutzen machen.

Es gibt verschiedene Versuche zur Abbildung pflegerischer Leistungen in Patientenklassifikationssystemen. Das größte Problem hierbei ist, die oft täglich auftretenden Veränderungen im Pflegeaufwand möglichst objektiv darzustellen. Gerade durch diese entsteht ein sehr patientenindividueller Gesamtaufwand, der selbst bei gleichen medizinischen Diagnosen eine große Bandbreite aufweist. Dies hat sehr deutlich die in der Schweiz 1996/97 durchgeführte Pflegeaufwandstudie am Kantonsspital St. Gallen (KSSG) gezeigt. Hier wurde bei den 11 häufigsten chirurgischen Diagnosen anhand von 335 stationären Behandlungen neben den ärztlichen auch die pflegerischen Leistungen erfasst. Wie die nachfolgende Grafik zeigt, ergaben sich in der KSSG-Studie bei ein und der selben Diagnose erhebliche Abweichungen im zeitlichen Pflegeaufwand.



(Quelle: www.fischer-zim.ch/text-pdg/Pflege-Diagnosen-22-Pflege-Aufwand-Studie-KSSG-9907.htm)

Es gibt bereits mehrere erprobte Verfahren zur Leistungserfassung in der Pflege, nachfolgend eine kleine Übersicht:

- **Pflegeaufwand**
Erfasst z.B. mit den Methoden der „Leistungserfassung in der Pflege (LEP), des Projet de Recherche en Nursing (PRN), oder der Pflegepersonalregelung (PPR). www.lep.ch
- **Pflegeinterventionen**
Dargestellt mit Hilfe der „Nursing Interventions Classification“ (NIC) www.nursing.uiowa.edu/nic/ ; www.hospvd.ch/public/ise/de/bucher/pcs23/vangeld.htm
- **Pflegeergebnisse**
Ermittelt nach den Nursing Outcomes Classification (NOC) www.nursing.uiowa.edu/noc/overview.htm
- **Pflegediagnosen**
Definiert anhand des Diagnoseschlüssels der „North American Nursing Diagnosis Association“ (NANDA). McFarland, Kim, McLane, 1997, Pocket Guide to Nursing Diagnosis, St Louis (USA) www.nanda.org

Eine sehr gute Übersicht findet sich auf den Seiten des Schweizer **Zentrums für Informatik und wirtschaftliche Medizin** (www.fischer-zim.ch/studien/Pflege-Leistungs-Erfassung-9501-Inhalt.htm)

Eine Verwendung dieser Leistungserfassungssysteme erfordert allerdings auch bei uns Pflegenden mehr Bereitschaft, Leistung transparent zu machen. Dies ist aber gleichzeitig auch eine Chance der Qualitätskontrolle unsere täglichen Arbeit. Die mit Hilfe eines der Verfahren ermittelten pflegerischen Leistungen bei jedem einzelnen Patienten müssen dann bei der Ermittlung der GR-DRG bzw. deren Gewichtung mit einfließen. Dies ließe sich z.B. analog der im australischen System verwendeten „Complication and Comorbidity“ (CC) Stufen bzw. der „Patient Clinical Complexity Level“ (PCCL) durchführen.

Es erfolgt hier eine entsprechende Multiplikation des mittels GR-DRG ermittelten Faktors wie dies etwa bei einer Tracheotomie der Fall ist. Eine andere Mög-

[weiter auf Seite 6]

LESER-MAIL

[Fortsetzung]

**Ethik in der
Schüleranleitung**

Brigitte Fass [RolandBrigitteF@t-online.de] schreibt zum Leserbrief in der Ausgabe 1/2000:

Hallo, ich bin selbst zur Zeit Umschülerin für den Beruf der Krankenschwester. Ich habe die Mail gelesen und war ein wenig im Zweifel.....

Gute Noten, gutes Wissen und gute Arbeit kann nicht alles sein. Wenn das Menschenbild bei dem Schüler nicht stimmt, kann er die Arbeit theoretisch gut machen, aber er wird die Menschen, die er pflegt und betreut, durch seine Grundhaltung psychisch verletzen. Natürlich spielt das Alter des Schülers hierbei eine Rolle, aber ich denke auch mit 19 bzw. 20 muss ein entsprechendes Menschenbild vorhanden sein. Ich finde, hier muss man herausfinden, was hinter diesen Aussagen steckt. Ist es wirklich die eigene Meinung, dann möchte ich im Alter von solch einem Menschen auf keinen Fall gepflegt werden.... Vielleicht ist diese E-Mail ein kleiner Gedankenstoß.

Betreuung von Angehörigen moribunder Patienten

Stefan Schlosser [Stefan_mc_beal@gmx.de] schreibt:

Für eine klinische Facharbeit, die ich momentan für mein Medizinstudium anzufertigen habe, möchte ich auf die Angehörigenbetreuung von moribunden Patienten in der Klinik durch Ärzte und insbesondere das Pflegepersonal näher eingehen. Da sich aber in der gängigen Literatur hauptsächlich Information zur Patientenbetreuung finden, wende ich mich in der Hoffnung an Sie, dass Sie mir evtl. mit Textmaterial, Buchempfehlungen oder Sonstigem weiterhelfen können. Für Ihre Bemühungen im voraus besten Dank.

[Fortsetzung]

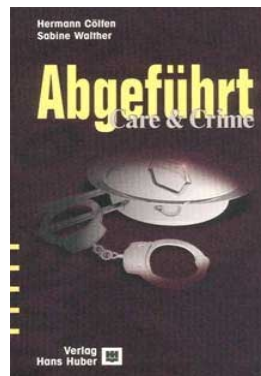
lichkeit ergäbe sich bei der Verwendung der Pflegediagnosen, hier könnten den einzelnen Pflegediagnosen bestimmte Kostenfaktoren zugeordnet werden, wie dies bei den medizinischen Diagnosen erfolgt.

Eine sofortige Berücksichtigung pflegerischer Leistungserfassungssysteme wird auf Grund des großen Zeitdrucks bei der Entwicklung der GR-DRGs jedoch kaum durchzusetzen sein. Es wird daher sehr wichtig sein, schnellstmöglich pflegerische Leis-

tungserfassungssysteme auch in deutschen Krankenhäusern zu etablieren, um eine Integration in das GR-DRG System durchsetzen zu können. Wobei hierbei das in Deutschland am weitesten verbreitete Verfahren nach der PPR kaum das geeignete System ist, da es eine zu geringe Differenzierung zulässt. Ich halte hier die Verwendung der Pflegediagnosen nach NANDA unter Einbeziehung der Pflegeinterventionen (NIC) für das auch langfristig sinnvollste System. ■

**Pflege-Krimi ohne Schwester Stefanie
gelesen von Sabine Krause [sabine.krause@chi.usz.ch]**

»Abgeführt« - das ist nicht der Titel einer neuen Publikation über Verdauungsprobleme, sondern der erste deutschsprachige Pflege-Krimi, der kürzlich im Berner Hans Huber Verlag erschienen ist. Erzählt wird die Geschichte der dreißigjährigen Krankenschwester Annika Meinke, die seit mehreren Jahren auf der internistischen Station einer Klinik im Ruhrgebiet arbeitet. Sie mag ihren Beruf, obwohl sie es hasst, früh aufzustehen.



So war auch ihr häufiges Zu-Spät-Kommen bislang der einzige ernsthafte Streitpunkt zwischen ihr und ihren Kolleginnen. Das ändert sich aber ziemlich schnell, als auf ihrer Station plötzlich mehrere Patienten unter mysteriösen Umständen sterben. Der Arbeitsalltag gerät durcheinander; jeder verdächtigt jeden. Und

obwohl Annika mit privaten Problemen eigentlich völlig ausgelastet ist, bleibt ihr nichts anderes übrig, als sich auf eigene Faust daran zu machen und das Rätsel zu lösen....

Mehr möchte ich nicht verraten, um niemandem das Lesevergnügen zu trüben und ein Vergnügen ist dieses Buch wahrlich. Ich hatte es in anderthalb Tagen ausgelesen. Dabei hat mir die Geschichte nicht nur deshalb so gut gefallen, weil sie unterhaltsam und spannend zugleich geschrieben ist und es viele witzige Episoden gibt, sondern auch, weil unser Arbeitsalltag - im Gegen-

satz zu den zahlreichen Fernsehserien á la 'Schwester Stefanie' - tatsächlich wahrheitsgetreu beschrieben ist. Auf manchmal amüsante, manchmal ironisch-distanzierte Weise werden hier pflegerischer Alltag und Arbeitsumstände auch kritisch nachgezeichnet. Auf diese Weise macht der Krimi nachdenklich, ohne den erhobenen Zeigefinger zu bemühen. Im Vorwort zum Krimi schreibt Angelika Abt-Zegelin (Pfle gewissenschaftlerin an der Universität Witten/Herdecke), die an der Geschichte mitgearbeitet hat:

"Annikas eigentliches Interesse gilt den Menschen mit ihren Schwächen und Stärken. In unserer Geschichte wird deutlich, dass Annikas Stärken in einer Verbindung aus Intuition und analytischen Fähigkeiten bestehen, und nicht zuletzt deshalb wird sie in den Gang der Ereignisse immer mehr hineingezogen. In der Tat kommt die Arbeit in der Pflege nicht ohne kriminalistischen Spürsinn aus. Krankenschwestern und -pfleger brauchen in ihrem Alltag eine gehörige Portion Beobachtungsgabe, Phantasie und klaren Verstand. Schon deshalb ist es erstaunlich, dass Pflegenden in Literatur und Film bisher fast nur als opferbereite, assistierende oder garnierende Figuren aufgetreten sind."

Das ist in diesem Krimi eindeutig nicht so - auch deshalb wünsche ich den Autoren viele Leserinnen und Leser.

Hermann Cölfen & Sabine Walther:

Abgeführt.

Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Care & Crime Serie)

2000. 281 Seiten, 18 DM, ISBN 3-456-83450-0 ■

LESER-MAIL

Buchprojekt zu Erfahrungen in der Pflege

Ein Aufruf von **Sebastian Böttner** [bluegallery@gmx.de]

Gesucht: Leute mit Erfahrungen in der Pflege für ein Buchprojekt, bei dem Eure Erfahrungen benötigt werden. Es handelt sich um das Sammeln von ungewöhnlichen, unglaublichen, einzigartigen, schönen, befremdlichen, intensiven Erlebnissen der negativen wie auch der positiven Art, die irgendwann im Alltag eines im sozialen Bereich, und im Besonderen in der Pflege, arbeitenden Menschen

auftauchen. Dies können Fehlentscheidungen von Vorgesetzten, ungewöhnliche Heilungen, Verwirrungen in einer Krankenhausbürokratie, tragische Krankengeschichten, extreme Notfälle, im Mobbing, Liebesgeschichten, Burnouts, schwere oder leichte Sterbebegleitung, Vorfälle mit Komapatienten, Kompetenzgerangel, Begebenheiten aus dem OP Alltag sein.

Solltet Ihr Lust haben, Euch mit einem kleinen Beitrag an unserer Sammlung zu beteiligen, kontaktiert uns bitte. ■

PRODUKTE

Internet-Führerschein

Ausprobiert von **Roland Brühe** [bruehe@gmx.de]



Zusammen mit der „e-initiative.nrw“ des Landes Nordrhein-Westfalen (www.learn-line.nrw.de) gibt die Firma Imago eine CD heraus, die „fit fürs Netz“ machen soll. Sie wird LehrerInnen in NRW kostenlos zur Verfügung gestellt und ist über den Buchhandel zu beziehen.

In mehreren „Fahrstunden“ wird der Anwender durch verschiedene Themengebiete geführt: Wie das Internet funktioniert, Tipps und Tricks zum Suchen sowie über Lesezeichen und E-Mail, Dienste des Internet und Installieren von Software. Linklisten, die leider nicht ausführlich kommentiert sind, sollen zu Web-Angeboten führen.

Am Schluss kann man sich selbst im Multiple-Choice-Verfahren testen, um sich nach Bestehen einen „Führerschein“ ausdrucken zu lassen. Wen mitunter technik-orientierte Erklärungen in bemüht-jugendlicher Sprache und eine umständliche Bedienung nicht stören, kann dieses Programm für sich oder auch für den Unterricht einsetzen. Ich prognostiziere jedoch rasche Ermüdungserscheinungen bei der Anwendung.

Internet-Führerschein für Lehrer. So werden Sie fit fürs Netz. Imago GmbH, Dortmund. DM 29,80. Bestellung unter: www.imago-dortmund.de

Neu für Pflegeprofis: Handbuch zur Begutachtung ambulanter Patienten

Gelesen von **Claus-Henning Ammann** [cammann@djh-freeweb.de]

In der ambulanten Pflege stellen die systematische Einschätzung und Beurteilung der Patientensituation (Pflegeassessment) und die Aufstellung eines Pflegeplans unter Einbeziehung der Angehörigen ein Kernstück beruflichen Handelns dar. Die Übersetzung eines US-amerikanischen Handbuchs für die ambulante Pflegefachkraft findet daher besonderes Interesse: Nach Auflistung der Kriterien von Pflegeassessments bilden eine Vielzahl von Pflegeplänen mit Pflegediagnosen, -zielen und -interventionen bei Erkrankungen der Körpersysteme den Hauptteil des kürzlich erschienenen Buches. Diese Inhalte sind ergänzt um psychiatrische Pflegepläne und um spezielle Pflegepläne, z.B. bei ambulanter Chemotherapie und Strahlentherapie sowie einen Anhang mit Zusatzinformationen.

Die Autorinnen listen im ersten Kapitel Fragestellungen zum Pflegeassessment aller denkbaren Patientensituationen in der ambulanten Pflege auf. Nach dieser Zusammenstellung sind die Vorgeschichte als auch die aktuelle Anamnese aufzunehmen. Wie hierzulande noch nicht üblich, findet eine körperliche Untersuchung statt, die sowohl Inspektion, als auch Palpation, Perkussion und Auskultation umfasst. Der Blick wird nach der Erhebung der allgemeinen Anamnesen und Untersuchung der Körpersysteme auf den besonders betroffenen Bereich gerichtet. Jeder entsprechende Abschnitt enthält eine sehr informative Abfassung über die anatomischen und funktionellen Veränderungen in Verbindung mit Alterungsprozessen. Die Informationssammlung geht vom Assessment des Atemwegssystems, des Herz-Kreislauf-Systems über Haut und Hautanhangsorgane bis zum psychosozialen Assessment, ergänzt vom funktionellen Assessment (d.h. dem Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens) über die Umgebung, die Familie bis hin zur wirtschaftlichen Situation des Patienten. Kein Lebensbereich bleibt ausgespart: So gehören nach Jaffe/Skidmore-Roth zur Familienanamnese zum Beispiel „In der Vergangenheit erlebte sexuelle Belästigungen/Vergewaltigungen durch Familienmitglieder/Angehörige“; zu den Assessments des reproduktiven System der Frau und auch des Mannes in der psychosozialen Anamnese die Frage nach der „Häufigkeit sexueller Aktivität“, nach dem „Ausmaß der emotionalen Befriedigung“ und nach „wechselnden Partnern“. Aber nicht nur in diesem Bereich ist die Befragung sehr weitgehend: Die Kriterien umfassen auch spirituelle Aspekte, wie beispielsweise die „Gefühle darüber, was während der Erkrankung geschehen wird“ und die „Bedeutung von Ritualen (Kommunion, Sakramente (...), das Anzünden von Kerzen an Sonntagen ...)“.

Einerseits erweitert eine Lektüre auf diese Weise das Blickfeld Pflegenden, andererseits wird der Leser aber auch durch Begriffe überfordert, die völlig unverständlich sind. Es wird dem Leser zugemutet, sich mit der „militärischen Anamnese“ seines Patienten auseinander zu setzen. Begriffe wie „Katz-Index der Unabhängigkeit in den ADL“ und „Mini-Mental-State-Untersuchung“

werden ungeklärt übernommen, gesteigert bis hin zum „Short - Portable - Mental - Status - Questionnaire“.

Es wurde versäumt, fachsprachliche Besonderheiten für den Gebrauch im deutschsprachigen Raum sinngemäß zu übertragen oder diese zu erläutern. Erst durch intensive Internet- und Bibliotheks-Recherche kann man Folgendes herausfinden: Der Katz-Index der Unabhängigkeit in den ADL ist ein standardisierter Test, mit dem man den Grad der Selbstständigkeit in den Funktionen des täglichen Lebens messen kann. Der Mini-Mental-State-Test dient der Unterscheidung zwischen Demenz, Psychose und affektiven Störungen; beim Short-Portable-Mental-Status-Questionnaire handelt es sich um einen Fragebogen, mit dem insbesondere die geistigen Funktionen und Fähigkeiten älterer Menschen erfasst werden können.

Positiv ist zu vermerken, wie detailliert das Inhaltsverzeichnis dieses ersten, 100-seitigen Kapitels ausgefallen ist; es umfasst nahezu zehn Seiten. Eine solche Transparenz wird allerdings für das folgende 450-seitige Hauptkapitel zum Thema „Pflegepläne“ nicht hergestellt. Auch fehlt hier eine kurze Einleitung bzw. Erläuterung zu Selbstverständnis und Struktur. Das Fehlen dieser Erklärungen wird gelindert durch gute Kurzbeschreibungen der Krankheitsbilder, die nach betroffenen Körpersystemen gegliedert sind sowie durch die Zusammenfassung der wesentlichen Merkmale pflegerischer Interventionen im klinikexternen Bereich. Jedem Krankheitsbild sind entsprechend formulierte Pflegediagnosen und daraus abgeleitete Pflegeziele und -interventionen sowie Patienten- und Angehörigen-Aktivitäten zugeordnet.

Möchte man von den Pflegeplänen Gebrauch machen, irritiert die Verwendung ungewöhnlicher Abkürzungen zunächst ein wenig. Alle Pflegediagnosen enthalten die Abkürzungen P, E und S. Mit Mühe kann man im Anhang des Buches einen Abschnitt finden, der P als Art, E als Ursache/Einflussfaktoren und S als Symptome/Kennzeichen der Pflegediagnose erklärt. Hinzu kommen im Anhang noch Risikofaktoren (R), die aber im Zusammenhang mit den Diagnosen selbst nicht gesondert erwähnt werden. In jeder Zielformulierung findet sich die Abkürzung „a/d“, die nicht erklärt wird. Erst durch Hinzuziehen weiterer Fachliteratur lässt sich ermitteln, dass der Code „a/d“ „angezeigt durch ...“ bedeuten muss. Dieselbe Pflegediagnose (z.B. „Angst“) wird durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst - je nachdem, in welchem Zusammenhang sie steht. Auch das Pflegeziel (engl. Outcome) ergibt sich im Kontext von medizinischer Diagnose mit Pflegediagnosen; die Zielsetzung ist jeweils in kurzfristig und in langfristig zu erreichend unterteilt. Die Maßnahmen der Professionellen werden als Pflegeinterventionen und -instruktionen gefasst und sind so formuliert, dass sie direkt zum Handeln auffordern. Von dieser Art zu formulieren lässt man sich gern anregen, ebenso wie von der Gleich-

[weiter auf Seite 8]

IMPRESSUM

Der Pflegebrief erscheint bei pflegen-online.de

Herausgeber:

Roland Brühe, Köln
[bruehe@gmx.de]

Verlag:

**schlütersche
GmbH & Co. KG**
Verlag und Druckerei
Hans-Böckler-Allee 7
30173 Hannover
[www.schluetersche.de]

Redaktion:

Claudia Flöer, Hannover
[floer@pflegen-online.de]

Technische Redaktion:

Dr. Henrik Crone-Münze-
brock, Hannover
[crone@pflegen-online.de]

**Mitarbeiter an dieser
Ausgabe:**

Claus-Henning Amman,
Roman Ferreau,
Irmgard Häseler,
Sabine Krause,
Gerhard Leschik und
Thorsten Müller

Die Rechte der einzelnen
Artikel verbleiben bei den
Autoren.

Aufgabe von Anzeigen:

webmaster@pflegen-
online.de

Abonnement:

Sie können den Pflegebrief
auf <http://pflegen-online.de/pflegebrief/>
abonnieren. Oder schicken Sie eine
eMail an:
crone@pflegen-online.de

Der Pflegebrief

Herausgeber und Verlag erklären ausdrücklich, dass sie keinerlei Einfluss auf die Gestaltung verlinkter Seiten haben und sich deren Inhalte nicht zu eigen machen.

Neu für Pflegeprofis: Handbuch zur Begutachtung ambulanter Patienten

Gelesen von **Claus-Henning Ammann** [cammann@djh-freeweb.de]

[Fortsetzung]

stellung dieser Pflegeinterventionen und -instruktionen mit den entsprechenden Patienten- und Angehörigenaktivitäten. Damit wird das Handeln des Patienten als selbstverantwortete Maßnahmen gewertet, und die Eigenständigkeit von Patient und Angehörigen anerkannt. Deren Aktivitäten gehören danach nicht unter die Rubriken Patienten-Ressourcen oder Zielsetzung, sondern werden als autonome Vorhaben in den Pflegeplan integriert. Am Beispiel einer typischen Erkrankung des Atemwegsystems können Sie diese Einschätzung über-

prüfen. Nach der kurzen Einleitung zum Krankheitsbild „Asthma bronchiale“ und den wesentlichen Kennzeichen der ambulanten Pflege bei dieser Erkrankung, werden vier Pflegediagnosen in den Mittelpunkt gestellt: die Angst, die ungenügende Selbstreinigungsfunktion der Atemwege, die Infektionsgefahr und die ungenügende Handhabung von Behandlungsempfehlungen. Exemplarisch lassen sich an der ersten Pflegediagnose entsprechende Pflegeziele und Pflegeinterventionen /-instruktionen sowie Patienten- und Angehörigen-Aktivitäten darstellen:

- * **Pflegediagnose** Angst, beeinflusst durch die Faktoren Todesangst und Bedrohung des Gesundheitszustandes, angezeigt durch die Symptome Dyspnoe, Furcht vor dem Erstickten und Gefühle der Hilflosigkeit
- * **Pflegeziele:**
 - o Kurzfristig für die nächsten 2-7 Tage: Verminderung der Angst, angezeigt durch Äußerung des Patienten, dass es ihm besser geht und er besser schlafen kann sowie eine entspannte Körperhaltung.
 - o Langfristig für die folgenden zwei Wochen und fortlaufend: Verminderung der Angst durch Ausnutzung optimaler Bewältigungsfähigkeiten, Compliance gegenüber dem Behandlungsplan, die Kontrolle der Angst während der Asthmaanfälle
- * **Pflegeinterventionen:**
 - o „Schätzen Sie den mentalen und emotionalen Zustand und die Auswirkungen von Belastung auf die Atmung ein (siehe psychosoziales Assessment ...)“
 - o „Dokumentieren Sie die Aussagen des Patienten und gestalten Sie eine fürsorgliche, angenehme Atmosphäre ...“
 - o „Schätzen Sie die persönlichen Ressourcen des Patienten ein ...“
 - o „Bieten Sie dem Patienten Hilfen bei der Erkennung Stress auslösender Faktoren und zeigen Sie realistisch auf, wie diese vermieden werden können ...“;
 - o „Leiten Sie den Patienten zu geführter Imagination und Entspannung an sowie zur Musiktherapie...“
- * **Patienten- und Angehörigenaktivitäten**
 - o „Der Patient versucht, belastende Situationen und toxische Substanzen zu meiden ...“
 - o „Der Patient wendet in Stresszeiten ... eine geführte Imagination und Visualisierungstechniken an“
 - o „Der Patient kennt seine jetzigen Bewältigungsfähigkeiten und entwickelt weitere, die seine Ängste vermindern.“

Leider sind all diese Pflegediagnosen und -pläne nur durch mühsames Durchblättern auffindbar, weil sie im entsprechenden Teil des lediglich zweiseitigen Inhaltsverzeichnis überhaupt nicht auftauchen. So sind hier nur die medizinischen Diagnosen verzeichnet! Damit verliert das Buch als Nachschlagewerk erheblich an Wert. Dieser Nachteil wird nicht ausgeglichen durch das Anfügen weiterer Listen von Pflegediagnosen im Anhang, weil diese nicht mit den im Hauptteil präsentierten Pflegediagnosen in Verbindung gebracht werden. Dies gilt auch für die NANDA-Pflegediagnosen und einen sehr differenzierten Regelkreis im Abschnitt „RAI 2.0 Abklärungshilfen und Pflegediagnosen“. (Zur Erläuterung: Bei der ‚NANDA‘ handelt es sich um die ‚North American Nursing Diagnosis Association‘, die bereits mehr als 130 diagnostische Begriffe festgelegt hat. Das ‚RAI 2.0‘ ist ein ‚Resident Assessment Instrument‘, das für gerontopsychiatrische Patienten in der stationären Altenpflege einsetzbar ist.) Zum Fehlen solcher Erklärungen kommen noch gewisse Nachlässigkeiten in der Herstellung des Buches, z.B. stimmen zu einer Reihe von Stichworten des Sachwortverzeichnisses die entsprechenden Seitenangaben nicht, und selbst die Quellenangaben sind nicht aufeinander abgestimmt.

Als Resümee lässt sich festhalten, dass dieses Buch nicht im Zusammenhang zu lesen und nur unter gewissen Schwierigkeiten als Nachschlagewerk einsetzbar ist. Um diese Sammlung wirklich zu einem „umfassenden Fachbuch“ (Umschlagtext) zu machen, müsste sie überarbeitet und durch erklärende Texte ergänzt werden. Auf diese Weise ließe sich Sinn und Anwendung für die hiesige Diskussion erschließen und die Anregungen wären besser umzusetzen. Auch der offenbar für den deutschsprachigen Raum ergänzte Anhang könnte den Inhalt leichter adaptierbar machen, wenn er mit dem Hauptteil genügend abgestimmt wäre.

Angesichts des Rückgangs der Verweildauer in der stationären Krankenversorgung benötigt man ein Handbuch wie dieses, um Hilfestellungen zur professionellen Erarbeitung und Beurteilung aller wichtigen Aufgabenstellungen in der ambulanten Pflege zu erhalten.

Marie S. Jaffe† / Linda Skidmore-Roth:
Pflegeassessment, Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen in der ambulanten Pflege.
Aus dem Amerikanischen von Cornelia Bahlmann.
Huber-Verlag Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
2000. 712 S., DM 79,00; ISBN 3-456-83313-X ■