

denken in pflege



Dipl.-Pfle gewissenschaftler Michael Isfort, dip, Köln
Vortrag Universität Basel, 23.09.2008



Das dip



Hochschulen (angeschlossen)

PTHV Vallendar (Universität)

Kat. Hochschule Köln

Kath. Fachhochschule Freiburg

Kath. Fachhochschule Mainz

St. Kath. Fachhochschule München

Schriftenreihe

<http://www.schluetersche.de>



- ▶ Erprobung eines pflegepräventiven Konzeptes zur Erhaltung von Selbständigkeit und Gesundheit im Alter
- ▶ Entlastungsprogramm pflegender Angehöriger Demenzerkrankter (EDe)
- ▶ Würdige Sterbebegleitung in der Region Kempten-Viersen
- ▶ Pflege-Thermometer 2007
Frühjahrsbefragung zur Entwicklung der Pflegepersonalsituation
- ▶ Fixierungs-Fallgeschichten
(Entstehungsfaktoren der Fixierung und Entfixierung)
- ▶ Kommunale Pflegeoptimierung Kreis Siegen Wittgenstein
- ▶ Ost- und mitteleuropäische Haushaltshilfen in pflegenden Familien
- ▶ Basal stimulierende elterliche Kontaktpflege
RCT bei vlbw Frühgeborenen in 5 Stufe 1 - Zentren
- ▶ Diverse Pflegebildungsprojekte
- ▶ **Insgesamt ca. 50 Projekte seit 2000**

Pflegepersonalbemessung –

Anforderungen und Möglichkeiten vor dem
Hintergrund der Einführung eines DRG-Systems



Dipl.-Pfle gewissenschaftler Michael Isfort, dip, Köln

DRG-Systeme

„Heutige DRG-Systeme sind Patientenklassifikationssysteme, deren Aufgabe es ist, das Behandlungsspektrum von Akutkrankenhäusern sowohl aus **ärztlicher** wie auch aus **ökonomischer** Perspektive auf nutzbringende Weise zu beschreiben. Dazu wird eine beschränkte Anzahl *klinisch definierter Gruppen* mit möglichst *ähnlichen Behandlungskosten* definiert.“

*Fischer, W. (2008). Was charakterisiert Patientenklassifikationssysteme der DRG-Familie?
Online verfügbar unter: <http://www.fischer-zim.ch/textk-0803/t-2-drg-dev-DRG-Def-0803.htm>*

Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland

„Zwar sind die Personalzahlen im Krankenhaus schon länger rückläufig. Mit der Einführung des DRG-Systems hat sich der Personalabbau allerdings deutlich verstärkt. (...) Vom **Personalabbau** sind vor allem der **Pflegedienst** sowie Mitarbeiter in patientenfernen Versorgungsbereichen deutlich überproportional betroffen. Dagegen wurden im ärztlichen Dienst und im Funktionsdienst die Stellen sogar ausgeweitet.“

Blum, K., & Schilz, P. , Deutsches Krankenhausinstitut DKI (Hrsg.)(2007): Krankenhaus Barometer:Umfrage 2006. Düsseldorf.

Funktionen von Klassifikationssystemen (PCS) ...

- dienen der Personalplanung
(in welchem Bereich soll wie viel Personal eingesetzt werden?)
- dienen der Entscheidungsfindung
(über Budgets, Personaleinsatz, Betätigungsfelder des Personals etc.)
- dienen der ökonomischen Bewertung von
Personengruppen
(Pflegepersonal in der Gesamtheit zwischen Kosten und Leistungserbringung)
- dienen der Visualisierung und Verständigung
(berufsgruppenübergreifende Argumentation und Kommunikation)

Literaturanalyse (Teil A)

Insgesamt:

85 nationale und internationale Bemessungsverfahren

ACCCI	Ambulatory Care Classification Instrument	HSSG	Hospital System Study Group
ACPCT	Ambulatory Care Classification Tool	LEP	Leistungserfassung in der Pflege
APACHE	Acute Physiology and Chronic Health Evaluation	MEDPA	Medicare Provider and analysis & review
ARIC	Allocation Resource Identification & Costing	NARVEL	Nursing Attention Required Level
BESA	Bewohnerinnen Einstufungs- und Abrechnungssystem	NAS	Nursing Activity Score
CARE	Coordinating Assignment of Responsibility Equally	NCCQ-NH	Nursing Care Complexity Questionnaire-Nursing Homes
CASH	Commission for Administrative Services in Hospitals	NCU	Nursing Care Unit
CBS	Controlling and Benchmarking Stationär	NEMS	Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score
CHIRS	Community Health Nursing Intensity Rating Scale	NII	Nursing Intensity Index
CPAI	Collaborative Patient Assessment Instrument	NMDS	Nursing Minimum Data Set
CPCS	Computerizing Patient Classification System	NNPR	Night Time Nurse to Patient Ratio
CRIB	clinical risk index for babies	NPAQ	Nursing Productivity & Quality Tool
ENP	European Nursing Pathways	NPI	New Patient Index
ETG	Episode Treatment Groups	NRMIS	Nursing resources management information System
EURICUS	European Intensive Care Unit Study	PAC	Patient Acuity System
FIM	Functional Independence Measure	PACE	Patient Acuity Case Management Tool
GRASP	Grace-Reynolds Application and Study of PETO	PAIS	Patient Assessment & Information System
HART	Handicap Assessment and Resource Tool	PAONCIL	Professional Assessment of optimal nursing care intensity level

Typologieentwicklung

Klasse	Typenbezeichnung	Zentrale Merkmale
1a	Kennzahlen ohne Leistungsbezug	Es werden keine Aussagen zu Leistungen gemacht, sondern allgemeine Kennzahlen verwendet
1b	Kennzahlen mit Intensitätsbezug	Es werden Aussagen zu unterschiedlichen und gruppierten Intensitäten bei Patienten gemacht.
2a	PCS mit Leistungsbezug rechnerisch oder experimentell	Es werden einzelnen Leistungen oder Kennzeichengruppen Normwerte zugeordnet oder es werden einzelnen Leistungszeiten gemessen
2b	PCS mit begründetem Leistungsbezug	Es werden den rechnerisch gegebenen oder experimentell ermittelten Zeiten begründende Zustände zur Seite gestellt
3a	PCS mit Fallbezug über Leistungsdifferenzierung	Der Fallaufwand wird durch unterschiedliche Leistungsbündel erklärt
3b	PCS mit Fallbezug über Zustands- oder Kombinationsdifferenzierung	Der Fallaufwand wird durch zustandsbezogene oder durch leistungs- und merkmalskombinatorische Systeme erklärt
4	PCS mit Qualitätsbezug	Fallbezogene Leistungsprofile werden mit Ergebnissen in Verbindung gebracht

© Isfort 2007

3PCS (Third Generation)

Selected Patient Care Intervention Descriptors	Ratings
Cognitive status	
<ul style="list-style-type: none"> • Orientation to time, place, person • Demonstrates immediate memory/recent memory • Able to weigh alternatives when making decisions and makes appropriate decisions • Communicates clearly and appropriately for age and ability 	
Self-care ability	
<ul style="list-style-type: none"> • Ability to perform the most basic physical tasks and personal care activities, i.e., bathing, dressing, eating, grooming, hygiene, ambulation • Able to control behaviors that might cause physical harm, pain, injury or fall, i.e., able to minimize risk factors 	<ul style="list-style-type: none"> 5. Totally adequate 4. Substantially adequate 3. Moderately adequate 2. Slightly adequate 1. Not adequate
Parent or caregiver support status	
<ul style="list-style-type: none"> • Parent's ability to provide care and promote patient's health • Ability to perform the most basic physical tasks and personal care activities, i.e., bathing, dressing, eating, grooming, hygiene, ambulation • Able to control behaviors that might cause physical harm, pain, injury or fall, i.e., able to minimize risk factors 	<ul style="list-style-type: none"> 5. Totally adequate 4. Substantially adequate 3. Moderately adequate 2. Slightly adequate 1. Not adequate
Emotional/social/spiritual status	
<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction with social interactions • Presence of depression and frustration • Ambivalent concerning situation • Presence of stressors that tax an individual's resources 	<ul style="list-style-type: none"> 5. Not compromised 4. Mildly compromised 3. Moderately compromised 2. Substantially compromised 1. Extremely compromised
Family support status	
<ul style="list-style-type: none"> • Understanding of disease process, treatment, and teaching plan • Patience, commitment, respect; able to collaborate with other family members • Demonstrates a sense of responsibility, mutual sense of attachment • Positive interactions and connections between patient and family members 	<ul style="list-style-type: none"> 5. Totally adequate 4. Substantially adequate 3. Moderately adequate 2. Slightly adequate 1. Not adequate
Treatments and interventions	
<ul style="list-style-type: none"> • Medications—ability to administer medications to meet therapeutic goals; • nutrition/fluids—adequacy of nutrients and fluids taken into the body; pain management—personal actions to control pain are effective; elimination—ability to toilet self, bowel, and bladder 	<ul style="list-style-type: none"> 5. Not compromised 4. Mildly compromised 3. Moderately compromised 2. Substantially compromised 1. Extremely compromised

1b) Kennziffer mit Intensitätsbezug

Malloch, K.; Neeld, A. P.; McMurry, C.; Meeks, L.; Wallach, M.; Williams, S.; Conovaloff, A. (1999): Patient classification systems, Part 2: The third generation. In: *The Journal of nursing administration*, Jg. 29, H. 9, S. 33–42.

PflegePersonalregelung (PPR)

Leistungszuordnung?

Allgemeine Pflege (Pflege)	Spezialpflege (Pflege) & Therapie
A1- Grundleistungen	A1- Grundleistungen
A2- erweiterte Leistungen	A2- erweiterte Leistungen
A3- besondere Leistungen	A3- besondere Leistungen

2a) PCS mit rechnerischem Leistungsbezug

Es ergeben sich folgende Eingruppierungen gemäß § 4 PPR:

	A1	A2	A3
S1	A1/ S1 (52 Min.)	A2/ S1 (98 Min.)	A3/ S1 (179 Min.)
S2	A1/ S2 (62 Min.)	A2/ S2 (108 Min.)	A3/ S2 (189 Min.)
S3	A1/ S3 (88 Min.)	A3/ S2 (134 Min.)	A3/ S3 (215 Min.)

Schöning, B.; Luithlen, E.; Scheinert, H. (1995): Pflege-Personalregelung. Kommentar mit Anwendungsbeispielen für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer (Krankenhausrecht).

Leistungserfassung (LEP)

Zeitgruppen entstehen durch Zeitaufwand

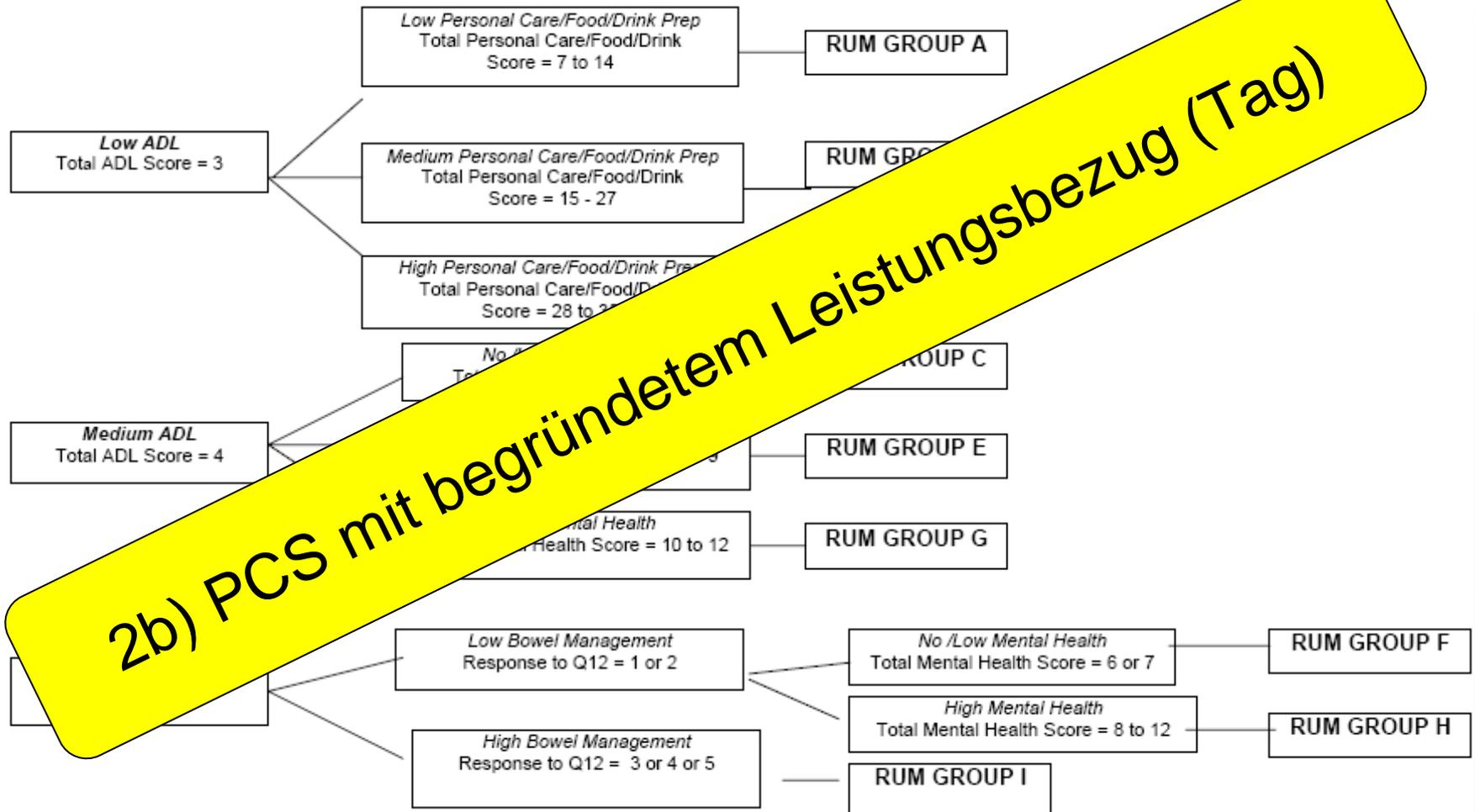
Patientenkategorie nach LEP	direkt zuordenbarer Pflegeaufwand pro Stunde	direkt zuordenbarer Pflegeaufwand in 24 Std	indirekt zuordenbarer Pflegeaufwand in 24 Std
Kategorie 9	mehr als 180 Minuten	mehr als 960 Minuten	mehr als 960 Minuten
Kategorie 8	151 bis 180 Minuten	841 bis 960 Minuten	841 bis 960 Minuten
Kategorie 7	121 bis 150 Minuten	721 bis 840 Minuten	721 bis 840 Minuten
Kategorie 6	91 bis 120 Minuten	601 bis 720 Minuten	601 bis 720 Minuten
Kategorie 5	61 bis 90 Minuten	481 bis 600 Minuten	481 bis 600 Minuten
Kategorie 4	31 bis 60 Minuten	361 bis 480 Minuten	361 bis 480 Minuten
Kategorie 3	1 bis 30 Minuten	241 bis 360 Minuten	241 bis 360 Minuten
Kategorie 2	6 bis 10 Minuten	41 bis 80 Minuten	121 bis 240 Minuten
Kategorie 1	bis 5 Minuten	bis 40 Minuten	bis 120 Minuten

2a) PCS mit rechnerischem Leistungsbezug

Abbildung 8: Patientenkategorien nach LEP

Brügger, U.; Bamert, U., Maeder, C., Odermatt, R. (2002): Beschreibung der Methode LEP Nursing 2. St. Gallen

Resource Use Measure



2b) PCS mit begründetem Leistungsbezug (Tag)

Redpath, A.: Measures of dependency among older people in community and residential settings in Scotland – their development and application in resource forecasting. International Microsimulation Conference on Population, Ageing and Health: Modelling Our Future (Ed.). 2003.

Typologieentwicklung

Klasse	Typenbezeichnung	Zentrale Merkmale
1a	Kennzahlen ohne Leistungsbezug	Es werden keine Aussagen zu Leistungen gemacht, sondern allgemeine Kennzahlen verwendet
1b	Kennzahlen mit Intensitätsbezug	Es werden Aussagen zu unterschiedlichen und gruppierten Intensitäten bei Patienten gemacht.
2a	PCS mit Leistungsbezug rechnerisch oder experimentell	<i>Einzelleistungsverfahren</i>
2b	PCS mit begründetem Leistungsbezug	<i>Oft Tagesbezug!</i>
3a	PCS mit Fallbezug über Leistungsdifferenzierung	<i>Fallbezug</i>
3b	PCS mit Fallbezug über Zustands- oder Kombinationsdifferenzierung	Der Fallaufwand wird durch zustandsbezogene oder durch leistungs- und merkmalskombinatorische Systeme erklärt
4	PCS mit Qualitätsbezug	Fallbezogene Leistungsprofile werden mit Ergebnissen in Verbindung gebracht

© Isfort 2007

Typologie der PCS (Beispiele)

Name	Klasse	Ergebnisgröße	Einsatzgebiet	Jahr
Barthel-Index	1b	Intensität / Patientenfähigkeit	Universell / Rehabilitation	1965
PLAISIR	2b	Leistungskomplexe	Langzeitpflege	1984
Functional Independence Measure	1b	Intensität / Patientenfähigkeit	Rehabilitation	1986
Resident Assessment Instrument (RAI-RUG III)	2b	Leistungskomplexe	Langzeitpflege	1990
Leistungserfassung in der Pflege (LEP)	2a	Zeitaufwand der Pflege	Krankenhaus	1997
Pflegeabhängigkeitsskala	1b	Intensität / Patientenfähigkeit	Krankenhaus/Langzeit	1998
Pflegepersonalregelung	2a	Zeitaufwand der Pflege	Krankenhaus	1993
DokuMix (DTA)	2a	Zeitaufwand der Pflege	Krankenhaus/alle Bereiche	1997
CBS	2b	Zeitaufwand der Pflege	Langzeitpflege	2004
TISS	1b	Behandlungsintensität	Intensivpflegebereich	1974
Impuls	2a	Intensität/Zeitaufwand	Intensivpflegebereich	2002
Bergers PCS	2a	Zeitaufwand	Intensivpflegebereich	2000

Warum wir uns so schwer tun...

3 unterschiedliche managerielle Fragen müssen aus Sicht der Pflege beantwortet werden:

- **Abbildung** der Pflege (was wurde einzeln getan?)
führt meist zu Einzelleistungskatalogen / Kombination mit elektronischer Akte
jede einzelne Information ist wichtig (juristische Absicherung)
Häufigkeit jeder einzelnen Maßnahme ist wichtig
bedingt umfassende und aufwendige Erhebungen
- **Begründung** der Pflege (Warum wurde was getan?)
führt zur Nutzung begründender Verfahren (Pflegediagnosen / Assessments / EPA / etc.)
Diagnosen und Zustände sind wichtig
bedingt die Fokussierung auf Probleme und Handlungsauslöser
- **Erklärung** von Unterschieden (Warum ist dieser Pat. anders?)
führt zur Nutzung klassifizierender Beschreibungen mit Aufklärung des zu unterscheidenden Merkmals
führt zu statistisch abgesicherten Verfahren mit Verlust der Überprüfbarkeit für den einzelnen Praktiker

Irrtümer / Logische Fallen

3 Irrtümer:

- Aus der **Abbildung** der Pflege kann Pflegepersonalbemessung erfolgen
- Aus der **Begründung** der Pflege (Pflegebedarfserhebung) kann Pflegeaufwand abgeleitet und bestimmt werden (Personalbemessung)
- Aus einer **Erklärung** von Unterschieden kann und soll die Abbildung eines einzelnen Verlaufs oder Patienten ermöglicht werden.



Erklärung: unterschiedliche Abstraktion in einer Typologie der Patientenklassifikationssysteme

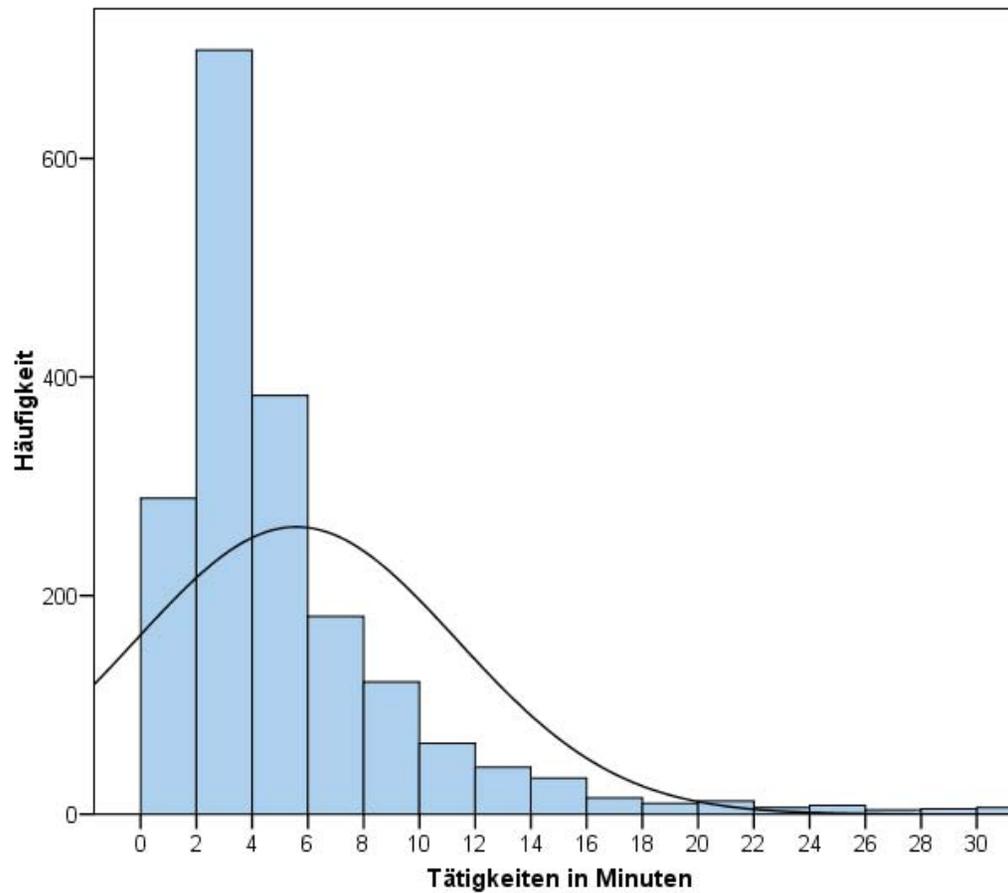
Irrtümer / Logische Fallen

3 Irrtümer:

- Aus der **Abbildung** der Pflege kann Pflegepersonalbemessung erfolgen
- Aus der Begründung der Pflege (Pflegebedarfserhebung) kann Pflegeaufwand abgeleitet und bestimmt werden (Personalbemessung)
- Aus einer Erklärung von Unterschieden kann und soll die Abbildung eines einzelnen Verlaufs oder Patienten ermöglicht werden.

Beispiel: Stabilität von Einzelleistungen

Tätigkeit: Atemhilfe_Absaugen

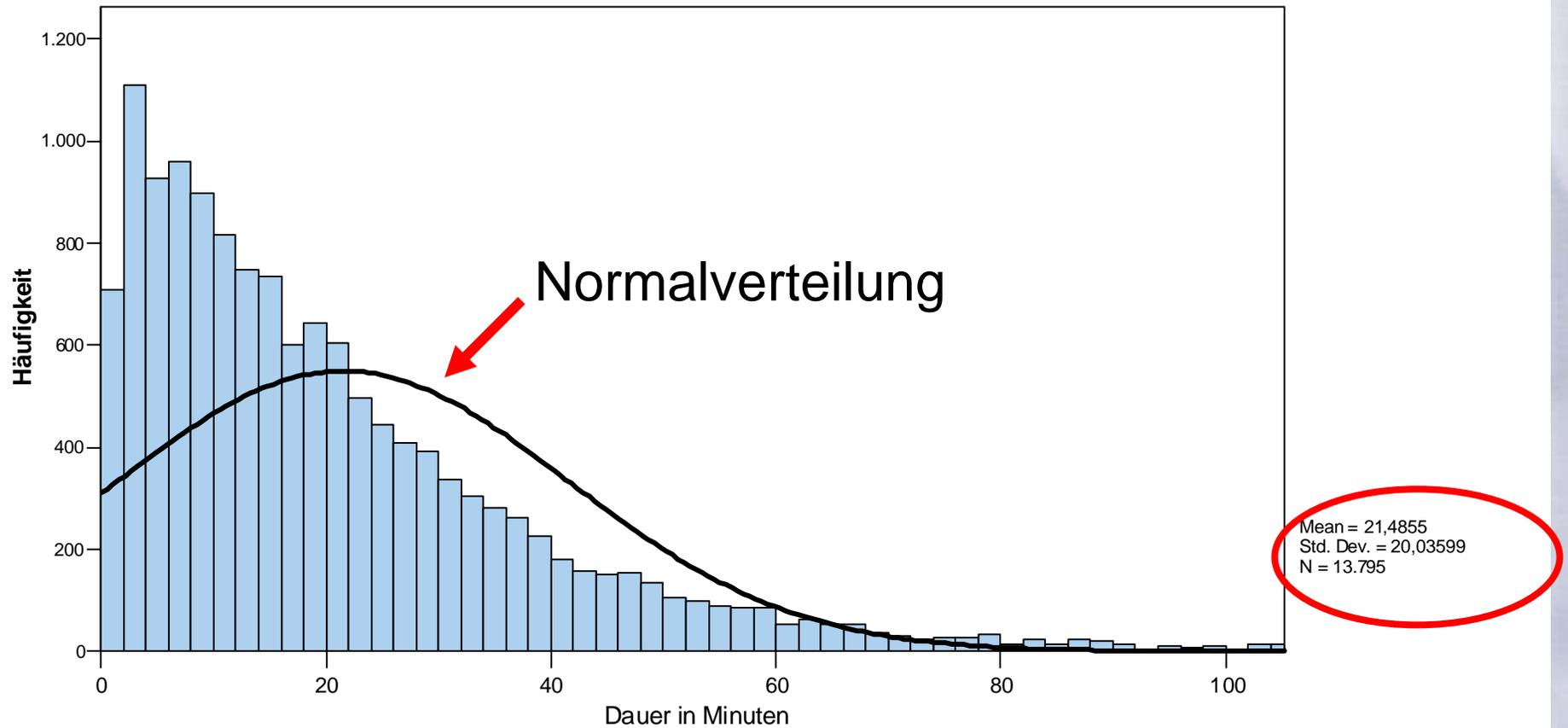


Mittelwert = 5,59
Std.-Abw. = 5,758
N = 1.897

Fehlschlüsse!

Einzelleistungen:

Körperpflege



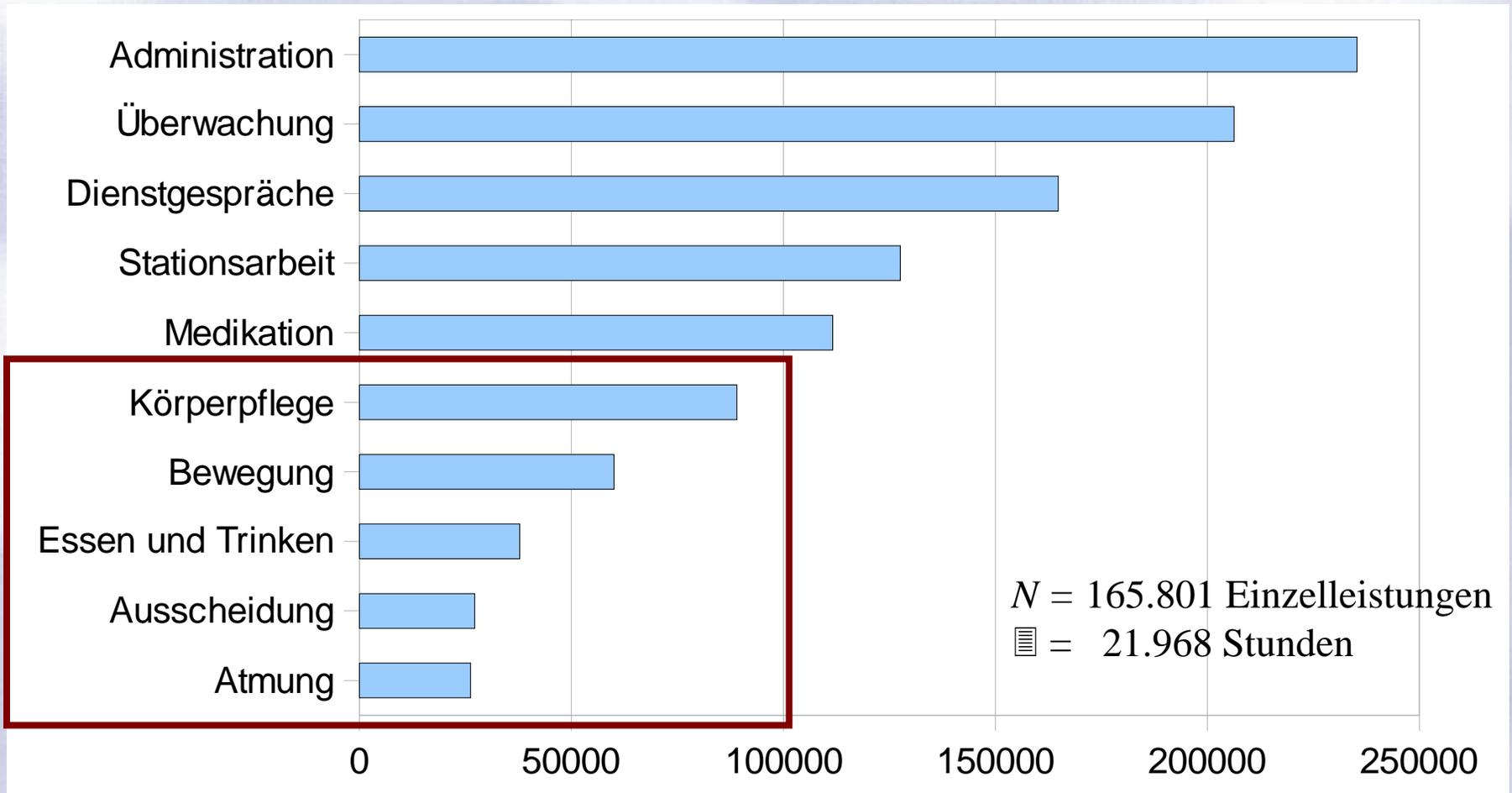
(© 2008 Isfort)

Irrtümer / Logische Fallen

3 Irrtümer:

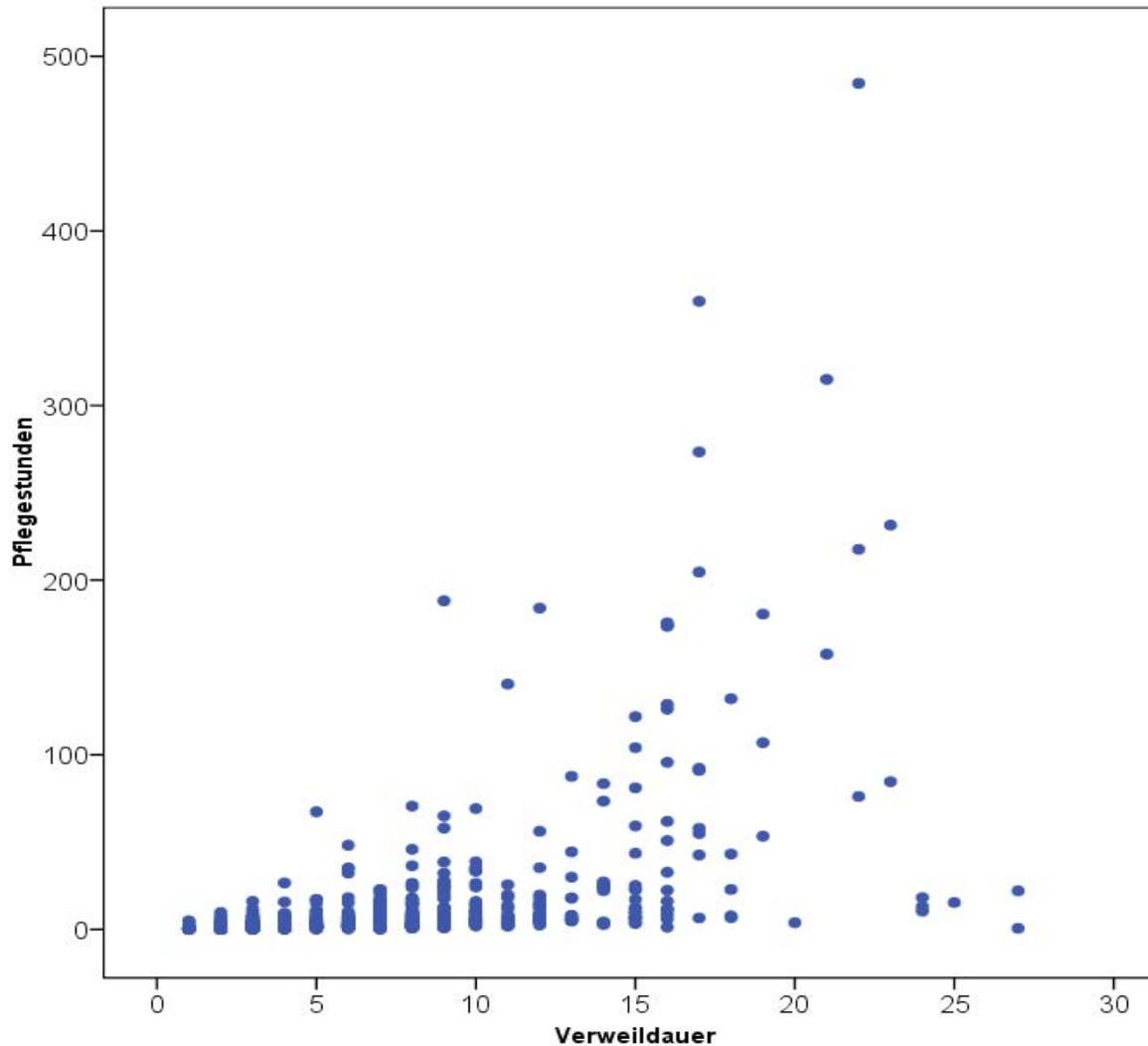
- Aus der Abbildung der Pflege kann Pflegepersonalbemessung erfolgen
- Aus der **Begründung** der Pflege (Pflegebedarfserhebung) kann Pflegeaufwand abgeleitet und bestimmt werden (Personalbemessung)
- Aus einer Erklärung von Unterschieden kann und soll die Abbildung eines einzelnen Verlaufs oder Patienten ermöglicht werden.

Top Ten Gruppen der aufgewendeten Pflegeminuten (auf 8 Intensivstationen):



(88% der Gesamtleistungszeit)

Weitere bemerkenswerte Irrtümer: Verweildauer = Pflegeaufwand



N = 927 Patientenfälle

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,500 ^a	,250	,249	29,45892

a. Einflussvariablen : (Konstante), korrigierte Verweildauer

b. Abhängige Variable: Pflegestunden

ANOVA^b

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
1	Regression	267952,0	1	267952,05	308,762	,000 ^a
	Residuen	802741,0	925	867,828		
	Gesamt	1070693	926			

a. Einflussvariablen : (Konstante), korrigierte Verweildauer

b. Abhängige Variable: Pflegestunden

Zwischenfazit:

(aus Literatur und Studien)

Personalbemessung kann nicht erfolgen:

- anhand der Verweildauerberechnung
- alleinig anhand einer medizinischen Diagnose
(oder auf Intensivstationen mit TISS Punkten / NEMS-Punkten)
- anhand der Addition von Einzeltätigkeiten und deren Mittelwerten
- anhand „alter Verfahren“ wie der PPR
- anhand von Kennzahlen ohne Leistungsbezug
(z.B. Fachkraftquoten / Patienten-Pflegekraft-Relationen etc.)

Vorschlag 1:

**Aufbau eines eigenen Fallgruppensystems,
das pflegerische Leistungszeit klassifiziert**

Messmodell Intensivstation:

„Pflegeleistungsbezogene Patientenklassifikationssysteme sind **personenunabhängige** Gruppenbildungen, die auf der Basis von **eindeutigen Zuordnungsregeln** tätigkeits- und oder patientenbezogene Merkmale unter dem spezifischen Fokus einer ökonomischen Bewertung der Pflege zusammenführen.“

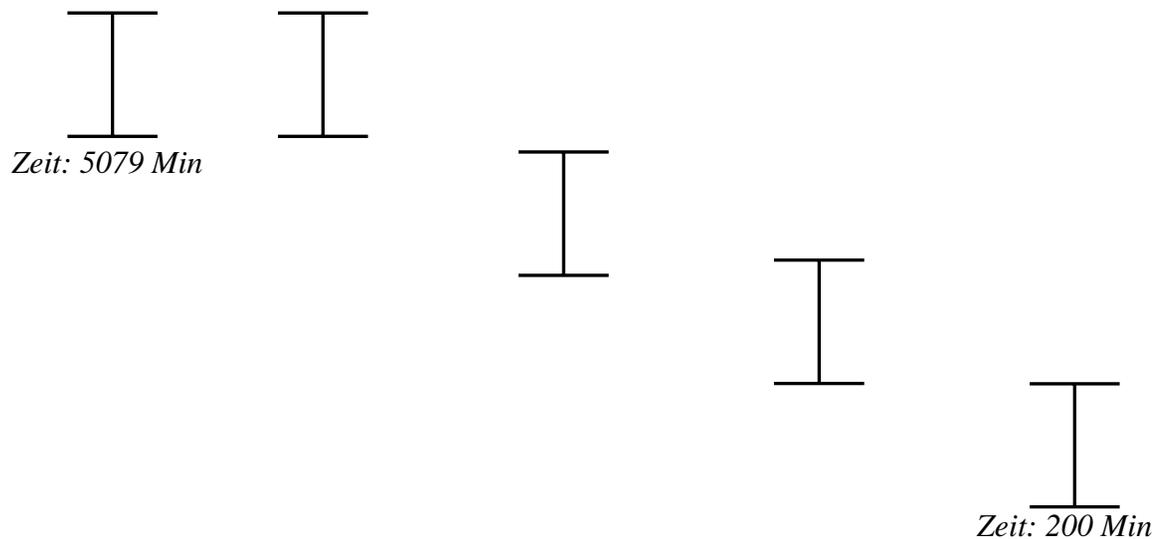
(Isfort, 2008)

Messmodell Intensivpflege:

	Pat 1	Pat 2	Pat 3	Pat 4	Pat 5
Überwachung	1	1	1	1	1
Körperpflege	1	1	1	1	0
Mobilisation	1	1	1	0	0
Lagerung	1	1	0	0	0
Ausscheidungshilfe	1	1	0	0	0



Zeitaufwand

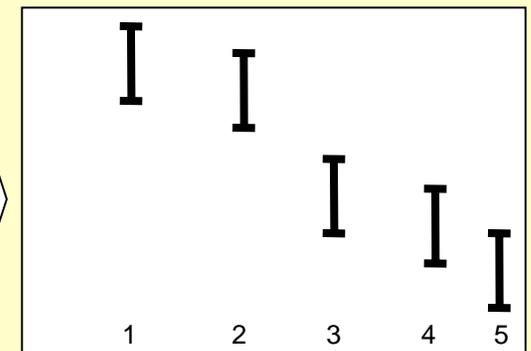


Was am Ende steht:

Fragenkatalog

	Ja	Nein
1.) Absaugen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.) Lagern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.) Ausscheidungshilfe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.) Bewegung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.) Essensleistung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.) Orientierung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Grouper



Zeitaufwand

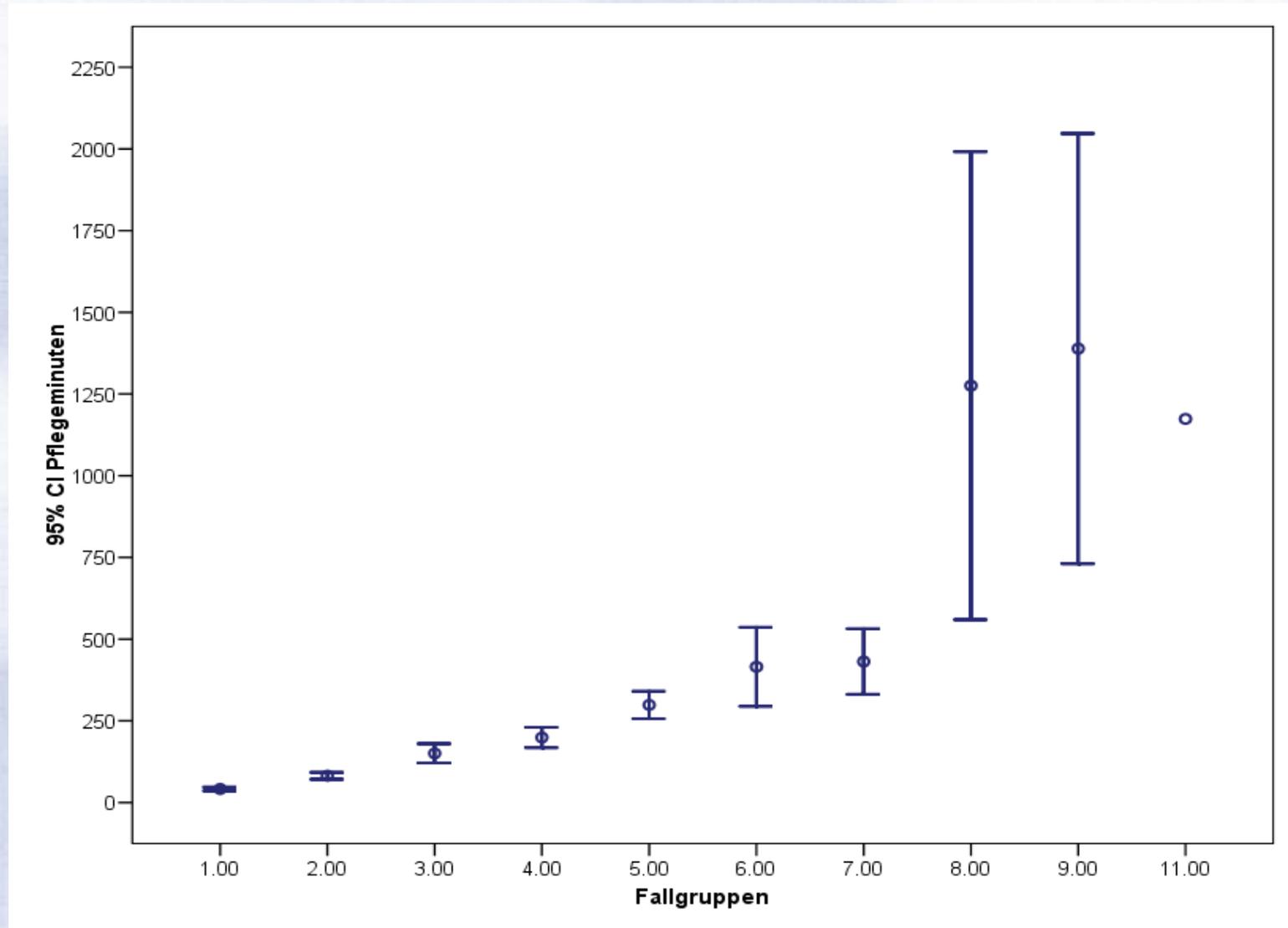
Zeitgruppenkatalog

1 x

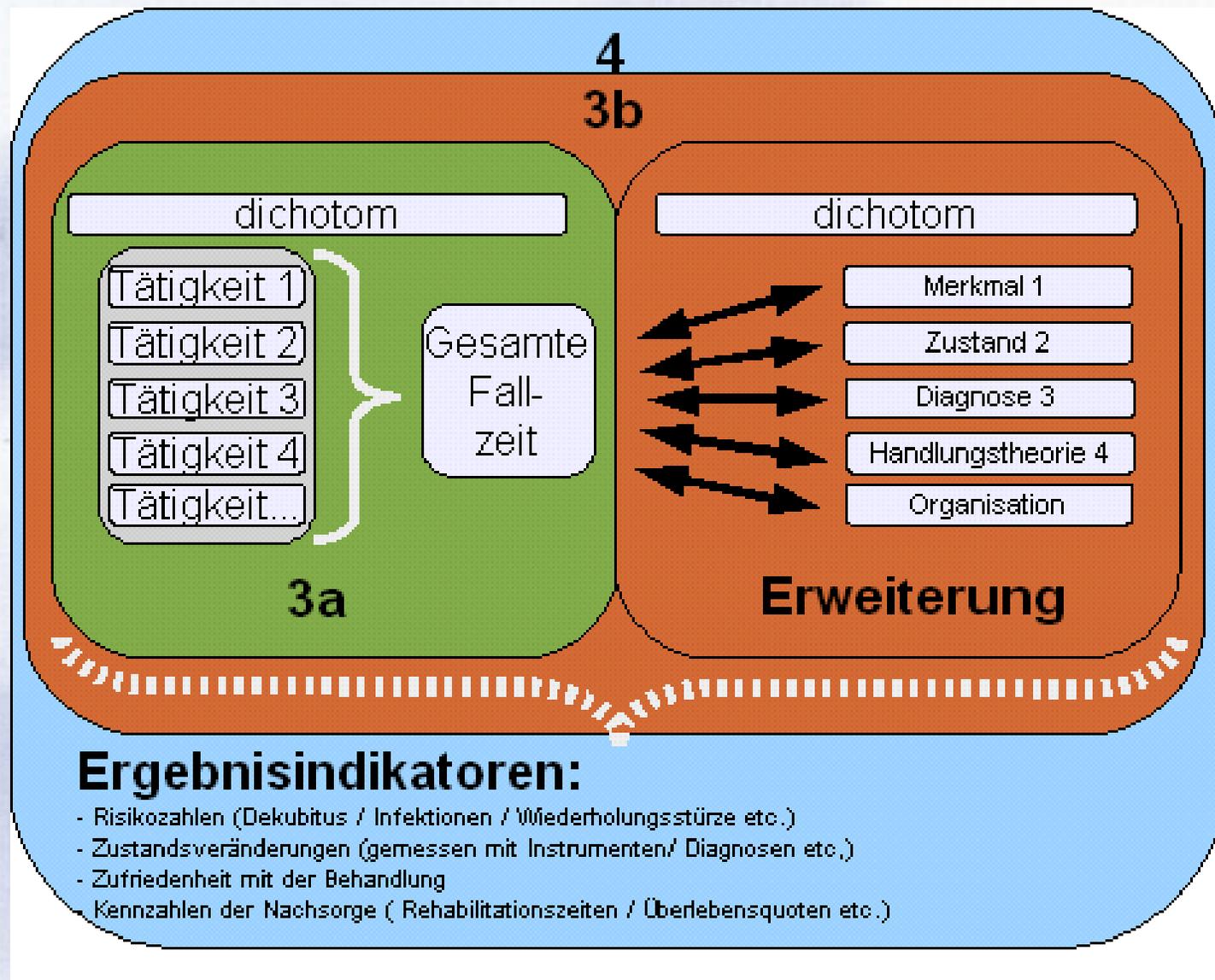
(nach Fall-Abschluss)

= eigene Personalrechnung
(interne Budgetierung)

Fallgruppen der Intensivstation:



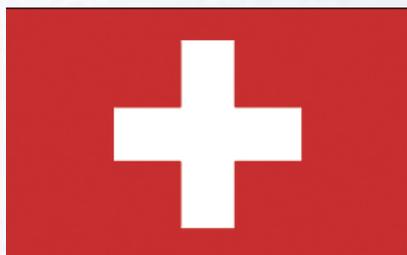
Messmodell PCS-Entwicklung:



Vorschlag 2:

**Nutzung bestehender Verfahren
zur Integration in das DRG-System**

Der Schweizer Weg



Die Schweizer Perspektive



1. Pflege wird auf der Basis von LEP Werten einberechnet

SwissDRG - Teilprojekt 1
Schlussdokument



Vom PLG verabschiedete Version
Seite 26 von 26

Phase 2:				
Dauer: 2008 – 2009 / Weiterentwicklung SwissDRG Version 1 und folgende				
Thema	Ziel	Aufgaben/Massnahmen	wann	wer
1.1 - Lösungsansatz 3: Entwicklung Pflegeindikatoren	In einer Weiterentwicklung von SwissDRG sollen Pflegeindikatoren in die Gruppenbildung einfließen	Weiterführung der Tests von Pflegeindikatoren: Effekt auf die Varianzreduktion/Homogenität der Pflegeleistungen und -kosten in DRGs	2008	Casemix Office / Nachfolgeorganisation
		Entscheid, welche Pflegeindikatoren gewählt werden und wie sie in das SwissDRG-System integriert werden		
		Einbau von Pflegeindikatoren in SwissDRG	2009	

Mögliche Probleme/Gefahren

- 1. Durch Absenken des Pflegepotenzials werden weniger Pflegeleistungen erbracht → weniger LEP Zeit wird produziert und einberechnet**
- 2. Durch Absenken der Personalkosten „Pflege“ wird weniger Kostenaufklärung über Nicht-Medizin erfolgen müssen (Pflege wird „egal“)**
- 3. Pflegekategorien werden nicht als eigenständige Klassifizierungsgrundlagen (Split-Kriterien) verwendet**
- 4. Konsertierte LEP oder PRN-Zeiten werden in Frage gestellt und angezweifelt**

Empfehlungen:



- 1.) Das Eine tun ohne das andere zu lassen!**
- 2.) Unterstützung des bisherigen Schweizer Weges**
- 3.) Konzentration auf wenige erklärende/begründende Faktoren**
- 4.) Konzentration auf die Outlier und deren Verbesserung der Aufklärung**
- 5.) Parallele Arbeit an einer Fallgruppensystematik in Kombination mit Qualitätsmerkmalen / PCS IV**
- 6.) Die Kapazität vorhandener Verfahren nutzen**

Beispiel: Forschung mit LEP®

- Welche Leistungen werden in welcher Häufigkeit in den Schweizer Spitälern erbracht? (Pflegerberichterstattung)
- Welche Leistungen treten in Kombinationen miteinander und als regelmäßige Profile bei Patienten auf?
- Welche Auswirkungen auf den Patienten und die Versorgungsqualität haben unterschiedliche Häufigkeiten von pflegerisch durchgeführten Leistungen?

Beispiele Forschung mit LEP®

- **Wie verändert sich das Tätigkeitsspektrum von Pflegenden in Zeiten der Rationierung?**
- **In welcher Art und Weise beeinflussen LEP Analysen die Entscheidungen über den Personaleinsatz?**
- **Was bewirken die Analysen bezogen auf einen Austausch-/ Verständigungsprozess zwischen Personen- und Berufsgruppen in den Einrichtungen?**

Ab Oktober erhältlich:

Isfort, M. (2008): **Patientenklassifikation & Personalbemessung in der Pflege**
MV-Verlag Wissenschaft, 318 Seiten, Münster ISBN: **978-3-86582-750-0**
Preis: 25,80 Euro



<http://www.amazon.de>

<http://www.mv-buchshop.de>

Isfort, M. (2008): Patientenklassifikation und Personalbemessung auf Intensivstationen (1). In: Intensiv, Jg. 16, H. 5, S. 269-273.

Isfort, M.; Brühl, A. (2007): Leistungserfassung und Leistungsentscheidung. Kennzahlen im Blickfeld angewandter Forschung (Teil 1). In: Pflege Zeitschrift, Jg. 60, H. 12, S. 671-675.

Isfort, M.; Brühl, A. (2008): Leistungserfassung und Leistungsentscheidung. Kennzahlen im Blickfeld angewandter Forschung (Teil 2). In: Pflege Zeitschrift, Jg. 61, H. 1, S. 28-31.

Isfort, M.; Brühl, A. (2007): Patientenklassifikationssysteme – Ansätze und Methoden. Leserbrief. In: PR-Internet, Jg. 9, H. 10, S. 639-640.

**Vielen Dank
für die Aufmerksamkeit!
<http://www.dip.de>**