



PFLEGEPERSONAL

SACHVERSTÄNDIGENEINSCHÄTZUNG

Die Einschätzung gibt einen aktuellen Überblick über die angespannte Pflegepersonalsituation in deutschen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sowie den aktuellen Versorgungsdefiziten.

Verschiedene Lösungsansätze zur Personalsituation, Personalbemessung und „Neuausrichtung“ der pflegerischen Inhalte zur Attraktivitätssteigerung werden vorgestellt.

Dr. rer. medic. Pia Wieteck

Inhalt

Einleitung.....	2
1. Kurzfristige Maßnahmen zur Verbesserung der Personalbesetzung in Krankenhäusern.....	2
1.1 Fühl- und messbare Reduktion der Arbeitsbelastung Pflegender durch Verbesserung der Patienten-Pflegepersonal-Relation	3
1.2 Inhaltliche Neuausrichtung pflegerischen Handelns.....	8
1.3 Einführung eines transparenten und leistungsbezogenen Systems der Pflegefinanzierung	11
2. Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe.....	11
2.1 Anreize zur Weiterqualifizierung und zur Verbesserung der Berufsperspektive.....	12
2.2 Verordnungskompetenz der Pflegeberufe im Bereich der Heil-Hilfsmittel	12
3. Pflegepersonalbemessung in der Altenpflege.....	12
3.1 Versorgungslage in der stationären Altenpflege.....	13
3.2 Pflegestärkungsgesetz – neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff	14
3.2.1 Veränderungen des Bewohner-Mix und Steigerung der Arbeitsbelastung in der stationären Altenpflege	14
3.2.2 Führen die neuen Pflegegrade zu einer verbesserten Personalsituation?	15
3.2.3 Führen die neuen Pflegegrade zu einem verbesserten Pflegeangebot?	16
3.3 Überlegungen zur Entwicklung eines Personalbemessungsinstrumentes.....	17
4. Zusammenfassende Überlegungen und Empfehlungen für beide Bereiche Krankenhaus und Altenpflege	20
4.1 Unbefriedigende Ausgestaltung pflegerischen Handelns	21
4.2 Fehlende Erlösrelevanz pflegerischer Leistungen	21
4.3 Fehlende Qualitätsindikatoren der Pflege und Qualitätsberichtserstattung.....	21
4.4. Inadäquater Pflegepersonalschlüssel.....	22
4.5 Fehlende Fachexperten aus der Profession Pflege	22
4.6 Empfehlungen	22
5. Zur Person der Sachverständigen:.....	25
Literatur:.....	26
Anlagen I-III.....	32

Einleitung

Die im Folgenden ausgeführte Stellungnahme als berufene Einzelsachverständige bezieht sich inhaltlich auf zwei Anträge der Fraktion DIE LINKE:

- A. „Gute Arbeit – Gute Versorgung: Mehr Personal in Gesundheit und Pflege“. Drucksache 18/7568 (Zimmermann et al., 2016a)
- B. „Gute Arbeit in der Pflege – Personalbemessung in der Altenpflege einführen“. Drucksache 18/9122 (Zimmermann et al., 2016b)

Einzelne Punkte aus diesen beiden Anträgen sollen durch diese Stellungnahme unterstützt werden. Dabei begrenzen sich die Ausführungen ausschließlich auf die Aspekte zu den Themenbereichen der Pflegepersonalbesetzung und -bemessung sowie der Qualitätsmessung, da diese Felder seit Jahrzehnten im Forschungs- und Aufgabenfokus der Autorin der vorliegenden Stellungnahme stehen (Sabine Bartholomeyczik, Haasenritter, & Wieteck, 2009; Sabine Bartholomeyczik et al., 2008; Pelchen et al., 2014; Wieteck, 2007, 2008; Wieteck & Kraus, 2015, 2016).

1. Kurzfristige Maßnahmen zur Verbesserung der Personalbesetzung in Krankenhäusern

Zimmermann und Kollegen sowie die Fraktion DIE LINKE fordern die Bundesregierung zur gesetzlichen Regelung und Maßnahmenenergreifung hinsichtlich folgender Regelung zu treffen:

„Kurzfristig Maßnahmen zur Verbesserung der Personalbesetzung in den Krankenhäusern zu treffen, um mindestens 100.000 Vollzeitstellen in der Pflege zu schaffen, welche bedarfsgerecht – außerhalb der Fallpauschalen/DRGs zu finanzieren sind. Eine verbindliche Personalbemessung ist als Strukturqualitätsmerkmal in die Krankenhausplanung aufzunehmen. Bei den Ländern ist darauf hinzuwirken, dass die Einhaltung vorgegebener Personalbesetzungsstandards sowie anderer Qualitätskriterien zur Bedingung für die Aufnahme oder den Verbleib im Krankenhausplan wird.“
(Zimmermann et al., 2016a, S. 3)

Die Forderung der Fraktion DIE LINKEN, in kurzer Zeit eine zunächst außerhalb des G-DRG-Systems finanzierte, mindestens sechsstellige Zahl an Vollzeitstellen in der Pflege zu schaffen, ist vor dem nachstehend skizzierten Hintergrund vollumfänglich zu unterstützen. In einer vorangegangenen Stellungnahme der Autorin zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Bundesdrucksache 18/5372) wurde bereits ein umfassender Überblick über die aktuellen und durch Studien- und Forschungsergebnisse untermauerten Versorgungsdefizite in deutschen Krankenhäusern veröffentlicht zusammengestellt (Wieteck, 2015)¹. Dieser Überblick stellt den Handlungsbedarf deutlich heraus. So wurde nachdrücklich formuliert, dass das „notwendige“ Kontingent an Pflegepersonal zur Gewährleistung der Patientensicherheit sowie zur Behebung oder zumindest Reduktion bestehender Versorgungsdefizite in deutschen Kliniken nennenswert höher als das im Förderprogramm vorgesehene Potenzial zum Aufbau neuer Pflegestellen ausfallen muss. Die kurzfristige Aufstockung des Pflegepersonals um 100.000 Vollzeitäquivalente ist unabhängig von der erwartbaren Entwicklung der Patientenfallzahlen in mehrfacher Hinsicht zwingend erforderlich, um im europaweiten Ländervergleich wenigstens zur durchschnittlichen Patienten-Pflegepersonal-Relation, d.h. der pro Schicht im Mittel durch eine Pflegeperson zu betreuenden Zahl an Patienten, aufzuschließen

¹ Vgl. Anlage 1

zu können (Aiken et al., 2012). Zentrale Argumente, die für eine signifikante Reduktion und hiermit Verbesserung dieser Kennzahl sprechen, sind:

- Eine fühl- und messbare Reduktion der Arbeitsbelastung
- Die Schaffung von Freiräumen zur inhaltlichen Neuausrichtung pflegerischen Handels im Sinne:
 - Der Förderung der Attraktivität der Pflegeberufe
 - Der Verbesserung der Arbeitszufriedenheit
 - Der Professionalisierung der Pflegeberufe
 - Der Weiterentwicklung pflegerischer Versorgungskonzepte
- Mittel- und langfristig ein transparentes und leistungsbezogenes System der Pflegefinanzierung zu entwickeln und einzuführen

1.1 Fühl- und messbare Reduktion der Arbeitsbelastung Pflegender durch Verbesserung der Patienten-Pflegepersonal-Relation

Die Arbeitsbelastungskennziffer mit Fallbezug hat sich in den letzten Jahren für die Pflegeberufe kontinuierlich verschlechtert. Erstmals seit 1996 wurde im Jahr 2015 eine minimale Entspannung hinsichtlich Relation von Vollzeitäquivalenten zur Fallzahl sichtbar. Die Entwicklung der genannten Kennzahl ist in Abbildung 1 im Zeitverlauf sowie mit Bezug auf die prozentuale Veränderung seit dem Ausgangsjahr 1996 für die Pflege und den ärztlichen Dienst dargestellt:

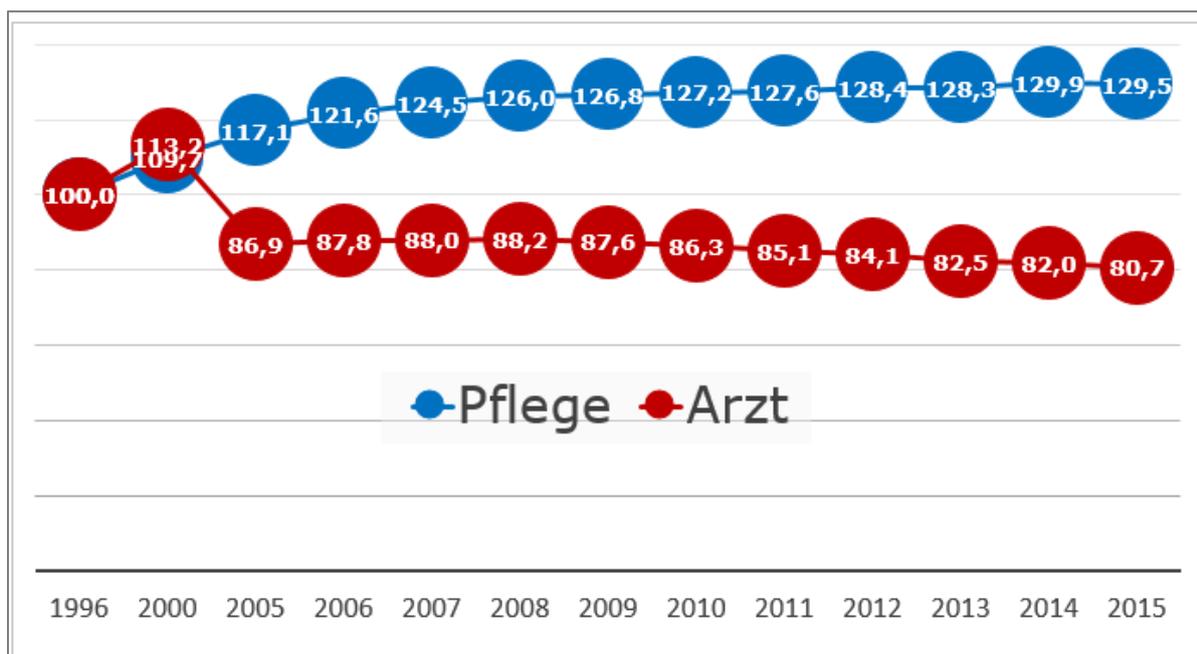


Abbildung 1: Prozentuale Entwicklung der Arbeitsbelastungskennziffer "Fälle pro Vollkraft" für den pflegerischen und ärztlichen Dienst (Quelle: eigene Darstellung auf Datenbasis des Statistischen Bundesamtes (2016))

Bemerkenswert ist in dieser vergleichenden Gegenüberstellung die Einschätzung von Frank Weidner. Ihm zufolge stellt die Zunahme an ärztlichem Personal einen zusätzlichen Belastungsfaktor für die Pflege dar. Weidner zufolge liege auf der Hand, „[...] dass diese zusätzlichen Mediziner diagnostizieren und therapieren und damit auch viele zusätzliche Leistungen der Pflege in kürzerer Zeit [...] auslösen“ (Weidner, 2016, S. 77). Dieser Argumentation folgend scheint in den Entwicklungen der vergangenen Jahre das vielzitierte Postulat einer interdisziplinären und interprofessionellen Versorgung im Sinne der Patienten kaum realisiert worden zu sein.

Eine weitere häufig genutzte Kennziffer zur Beurteilung der Arbeitsbelastungsentwicklung der Pflegeberufe ist die Relation zwischen Vollzeitäquivalenten und Belegungstagen. Hintergrund der vielfachen Nutzung ist die Überlegung, dass nur ein belegtes Bett auch einen pflegerischen Aufwand auslösen kann. Abbildung 2 illustriert die Entwicklung dieser Kennzeichen für den pflegerischen wie auch medizinischen Bereich über die vergangenen zehn Jahre hinweg:

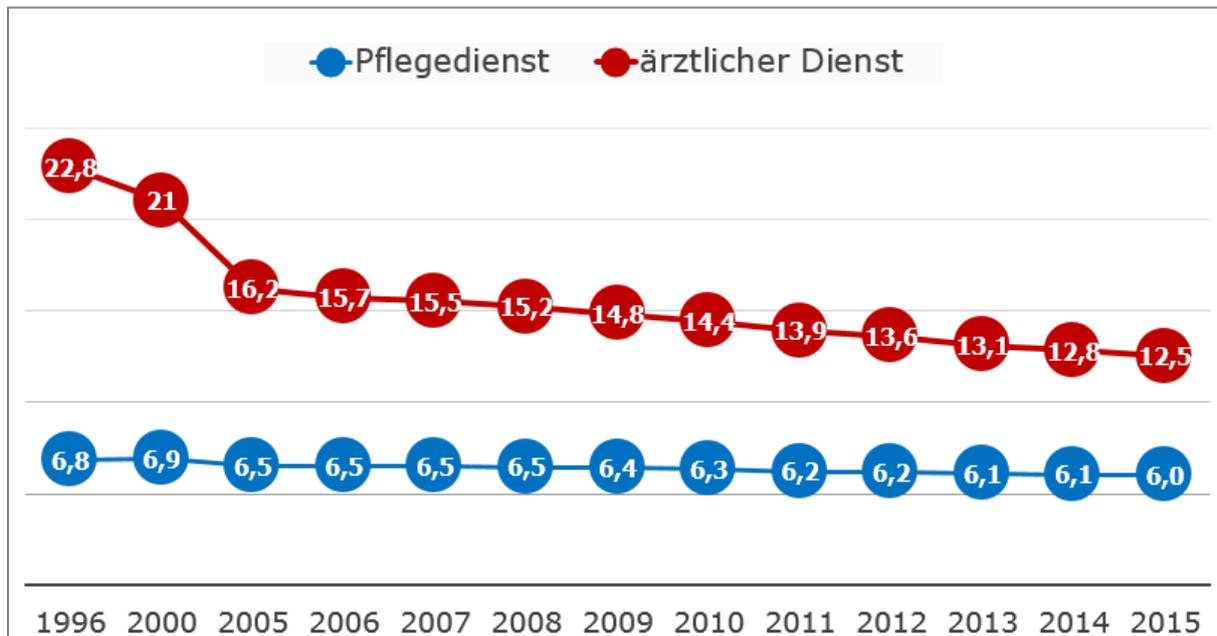


Abbildung 2: Absolute Entwicklung der Arbeitsbelastungskennziffer "belegtes Bett pro Arbeitstag und Vollkraft" (Quelle: eigene Darstellung auf Datenbasis des Statistischen Bundesamtes (2016))

Erkennbar ist, dass sich diese Kennziffer im pflegerischen Bereich im Zeitverlauf kaum verändert hat. Oftmals werden bei ihrer Interpretation jedoch die zentralen Einflussfaktoren auf die Arbeitsbelastung der Pflegeberufe im Krankenhaus außer Acht gelassen. Hierzu gehören u.a. die Veränderung der Altersstruktur der Krankenhauspatienten, eine stete Zunahme an Multi- und Komorbiditäten mit der Folge komplexerer Pflegesituation, eine Zunahme an herausfordernden Verhaltensweisen durch an Demenz erkrankte Patienten, sowie die Arbeitsverdichtung durch zunehmende Fallzahlen, Verweildauerkürzungen sowie Mehrmengen² (Weidner, 2016; Wieteck & Kraus, 2016).

Unter anderem in den skizzierten Entwicklungen sind Gründe zu sehen, weswegen sich die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter im akutstationären Pflegedienst weiter verschlechtert hat und vielfach eher von einer Arbeitsunzufriedenheit zu sprechen ist. Bekräftigt wird dieser Zusammenhang durch die Ergebnisse der sog. „G-NWI-Studie“ deren Ergebnisse zur Herbsttagung NRW Bundesverband Pflegemanagement 2016 von Fr. Julia Köppen vorgestellt wurden. Bei dieser Studie handelt es sich um die Neuauflage der internationalen RN4Cast-Studie, die seit 2009 unter der Leitung von Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH und Dipl.-Kffr. Britta Zander am Fachgebiet Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin durchgeführt wird. An dieser Follow-up-Untersuchung haben sich 71 deutsche Akutkrankenhäuser beteiligt, es wurden insgesamt 11.139 Fragebögen verteilt, welche von 4.317 Pflegepersonen in den Kliniken beantwortet wurden. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass die Arbeitsunzufriedenheit in den Kliniken signifikant zugenommen hat. Abbildung 3 illustriert diesen Anstieg, der im Jahr 1999 bei 17%, in 2010 bei 37% und in 2015 bei 46% der befragten Pflegepersonen lag.

² Mehrmengen sind medizinische Leistungen, Behandlungen und/oder Therapien, welche im DRG-System abrechenbar sind.

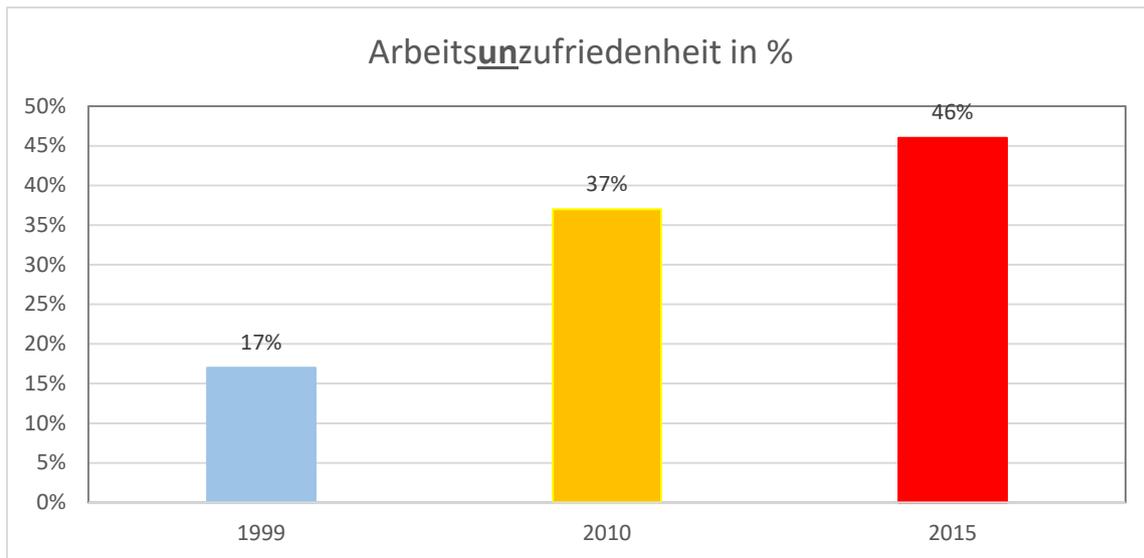


Abbildung 3: Zunahme der Arbeitsunzufriedenheit Pflegender in deutschen Akutkrankenhäusern (Quelle: eigene Darstellung basierend auf Daten aus dem Vortrag von Fr. Julia Köppen „Die aktuelle Situation der stationären Krankenpflege in Deutschland“. Ergebnisse der G-NWI-Studie (Neuaufgabe RN4 Cast))

In einem factsheet der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2012) zur „Arbeit in der Pflege – Arbeit am Limit? Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche“ wird sehr deutlich, dass die Beschäftigten in Pflegeberufen hohen Anforderungen ausgesetzt sind, was sich in den ermittelten Resultaten mit Bezug auf die Aspekte Überforderung, Stress und Zunahme an Beschwerden widerspiegelt. Die Befragungsergebnisse von 464 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegepersonen, Hebammen und Entbindungspflegern wurden Erwerbstätigen aus anderen Branchen (n = 19.290) gegenübergestellt. Die Ergebnisse zeigen, dass die psychischen Arbeitsanforderungen in den Pflegeberufen fast durchweg erhöht sind. So gaben jeweils 66% der befragten Pflegepersonen an, häufig unter „starkem Termin- und Leistungsdruck“ und mit „häufigen Störungen und Unterbrechungen“ zu arbeiten. 77% der Teilnehmer gaben an, häufig „verschiedene Arbeiten gleichzeitig“ erledigen zu müssen. 57% der Befragten gaben an, häufig „sehr schnell arbeiten“ zu müssen und etwa ein Drittel berichtete schließlich, dass die „Grenzen der Leistungsfähigkeit“ häufig erreicht werden. Ein weiterer Hinweis für eine hohe Arbeitsbelastung ist im häufigen Ausfall von Pausen zu sehen, wovon mehr als die Hälfte (54%) der Gesundheits- und Kinderkrankenpersonen berichteten. Alle genannten Aspekte traten im Vergleich zu den anderen Erwerbstätigen häufiger auf. Die Arbeitsbelastungen in den Pflegeberufen waren bereits wiederholt im Fokus von Untersuchungen gewesen. Braun und Müller bringen eine übergreifende Erkenntnis aus diesen Forschungsarbeiten auf den Punkt: „Viele Studien über Pflegekräfte sind sich in einem Punkt einig: Pflegekräfte sind zunehmend unzufrieden mit den schlechten Arbeits- und Pflegebedingungen“ (Braun & Müller, 2005, S. 133f). Vor diesem Hintergrund sind die veröffentlichten Ergebnisse des Forschungsprojektes im Auftrag der Techniker Krankenkasse des Rheinisch-Westfälischen Institutes für Wirtschaftsforschung nicht haltbar und absolut kritisch zu hinterfragen (Augurzky et al., 2016). In einer ausführlichen Stellungnahme nimmt die Fachgesellschaft Profession Pflege (www.pro-pflege.eu) hierzu Stellung (Pelchen et al., 2016).³

Die hohe Arbeitsbelastung sowie die stark ausgeprägte Arbeitsunzufriedenheit bleiben erwartungsgemäß nicht folgenlos. Insbesondere eine hohe Zahl an **krankheitsbedingten Ausfällen** sowie ein **frühzeitiger Berufsausstieg** sowie eine brisante Zunahme der **Unattraktivität der**

³ Vgl. Anlage II.

Pflegeberufe zählen zu den gravierenden Konsequenzen (Görres et al., 2010). Die zunehmende Brisanz findet ihren Ausdruck u.a. darin, dass die Zahl an Berufsausstiegen seit dem Jahr 1990 kontinuierlich und jährlich ansteigt (Braun & Müller, 2005). Auch die Resultate der innerdeutschen G-NWI-Studie zeigen, dass die Zahl an Pflegepersonen, die planen, die Einrichtung innerhalb des nächsten Jahres zu verlassen, gestiegen ist. Antworteten im Jahr 2010 36% der Teilnehmer auf die Frage nach der Absicht, die Klinik zu verlassen mit ja, so gaben dies im Jahr 2015 40% der Befragten an. Von diesen 40% gab wiederum etwas mehr als die Hälfte der Personen an, sich eine berufliche Aufgabe außerhalb der Pflege suchen zu wollen. Eine weiter alarmierende Entwicklung ist die Zunahme von emotionaler Erschöpfung und Burn-out unter dem Pflegepersonal, besonders hinsichtlich möglicher Auswirkungen auf die Gewährleistung der Versorgungsqualität. (vgl. Abbildung 4).

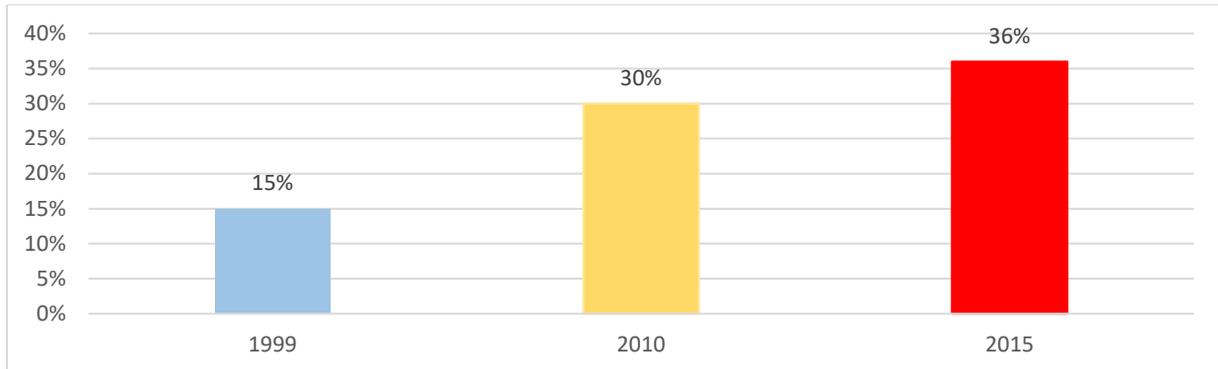


Abbildung 4: Anteil an Pflegepersonen, die gemäß eigener Angaben an emotionaler Erschöpfung leiden (Quelle: eigene Darstellung basierend auf Daten aus dem Vortrag von Fr. Julia Köppen „Die aktuelle Situation der stationären Krankenpflege in Deutschland. Ergebnisse der G-NWI-Studie (Neuaufgabe RN4 Cast)“)

Auswirkungen der hohen Unzufriedenheit und steigenden Arbeitsbelastung zeigen sich bspw. auch in Tätigkeiten an Patienten, die von Pflegekräften vernachlässigt werden. Aus nachfolgender Abbildung 5 sind die Antworten der Pflegefachkräfte auf die Frage hin ersichtlich: *„Welche der folgenden Pflegetätigkeiten wären während Ihres letzten Dienstes nötig gewesen, konnten aber aus Zeitmangel nicht im erforderlichen Maß durchgeführt werden?“* In 10 von 13 Leistungsbereichen hat die Rationierung pflegerischer Leistungen weiter zugenommen, so die Befragungsergebnisse. In allen 13 Bereichen wird deutlich mehr rationiert als im internationalen Durchschnitt, so die aktuellen Ergebnisse der Follow-up-Studie. Die Ergebnisse suggerieren, dass Pflegekräfte Tätigkeiten zu priorisieren scheinen (wie z. B. Behandlungen/Prozeduren, Schmerzmanagement und zeitgerechte Medikamentenvergabe), deren Weglassen zu negative(re)n Auswirkungen auf die Patientensicherheit führt. Die negative Tendenz während der letzten 5 Jahre lässt Vermutungen auf Konsequenzen durch die sich verändernde Personalsituation zu und sollte daher beobachtet werden.

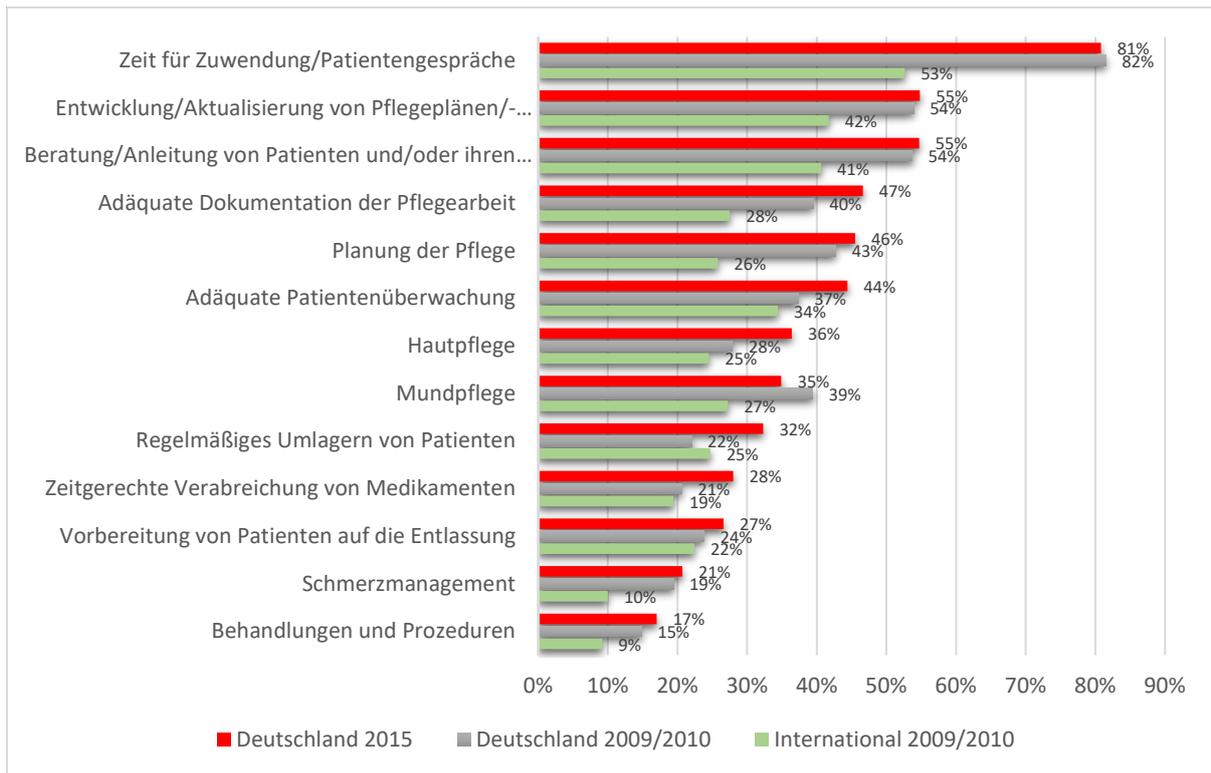


Abbildung 5: Auftreten impliziter Rationierung pflegerischer Leistungen im Zeitverlauf sowie vergleichend mit dem internationalen Durchschnitt (Quelle: Vortrag von Fr. Julia Köppen „Die aktuelle Situation der stationären Krankenpflege in Deutschland. Ergebnisse der G-NWI-Studie (Neuaufgabe RN4 Cast)“)

Die Patienten-Pflegepersonal-Relation sowie deren Auswirkungen auf verschiedene Outcome-Indikatoren wurden in zahlreichen Forschungsarbeiten untersucht. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit in einer stark kumulierten Zusammenfassung wieder (Augurzky et al., 2016; Griffiths et al., 2014).

Ergebnis-Indikator	Zahl der Studien	Verbesserung des Indikators bei höherer Pflegepersonalausstattung		Verschlechterung des Indikators bei höherer Pflegepersonalausstattung		neutral
		signifikant	nicht signifikant	signifikant	nicht signifikant	
Mortalität allgemein	17	10	2	-	4	1
Mortalität als Folge einer behandelbaren Komplikation	9	3	2	-	3	1
Infektionen	19	4	9	1	3	2
Stürze	16	6	5	-	2	3
Dekubitalgeschwüre	16	6	2	2	4	2
Verweildauer	9	7	-	-	-	2
Wiedereinweisungen	2	1	-	-	-	1
Kosten	4	1	-	-	2	1
Sonstige	19	9	4	-	3	3
	111	47	24	3	21	16

Tabelle 1: Übersicht zur Studienlage hinsichtlich der Patienten-Pflegepersonal-Relation sowie deren Auswirkung auf pflegerische Outcome-Indikatoren (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Augurzky et al., 2016; Griffiths et al., 2014)

Trotz der Komplexität der Einflussfaktoren auf das Outcome und der nicht ausschließlichen „Pflegeexklusivität“ derselben (die Mortalitätsrate ist eher ein interdisziplinär zu betrachtender Indikator) zeigt sich überwiegend ein deutlicher Zusammenhang zwischen beispielsweise Mortalitätsrate und Patient-Pflegepersonal-Relation auf. Greß und Stegmüller (2014) kommen zu dem Ergebnis, dass die Evidenz für einen Zusammenhang zwischen hoher Personalausstattung und der allgemeinen und spezifischen Mortalität der Patienten vergleichsweise stark ist.

Wie Tabelle 2 verdeutlicht, ist in deutschen Krankenhäusern eine Pflegefachkraft allein im Durchschnitt für die Versorgung von etwa 13,0 Patienten verantwortlich. Im europäischen Vergleich nimmt Deutschland damit die wenig beneidenswerte Spitzenposition noch vor Spanien mit 12,6 Patienten pro Pflegefachkraft ein. Verglichen mit Norwegen, das mit 5,4 Patienten pro Pflegekraft das geringste Patient-Pflegepersonal-Verhältnis aufweist, hat jede Pflegeperson hierzulande also rund 7,6 Patienten mehr zu versorgen.

Land	Patienten-Pflegepersonal-Relation		Anzahl Krankenhäuser
	Patienten zu Pflegefachkräfte	Patienten zu Pflegegesamtpersonal*	
Belgien	10,7	7,9	67
England	8,6	4,8	46
Finnland	8,3	5,3	32
Deutschland	13,0	10,5	49
Griechenland	10,2	6,2	24
Irland	6,9	5,0	30
Niederlande	7,0	5,0	28
Norwegen	5,4	3,3	35
Polen	10,5	6,8	33
Spanien	12,6	6,8	33
Schweden	7,7	4,2	79
Schweiz	7,9	5,0	35
USA	5,3	3,6	617

*Das Pflegegesamtpersonal umfasst sowohl Pflegefachkräfte als auch geringer qualifiziertes Pflegepersonal

Tabelle 2: Durchschnittliche Patienten-Pflegepersonal-Relation im internationalen Vergleich basierend auf Ergebnissen der RN4CAST-Studie (Quelle: eigene Darstellung nach Aiken et al., 2012)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine deutliche Verbesserung der Patienten-Pflegepersonal-Relation zwingend erforderlich ist, um der steten Zunahme der Arbeitsbelastung der Pflegenden mit all ihren Konsequenzen auf die pflegerische Versorgungsqualität und dem Risiko der Patientengefährdung entgegenzutreten. Nicht außer Acht zu lassen sind dabei Überlegungen im Zusammenhang mit einem sinnvollen und zielführenden Skill/Grade-Mix. Eine Anhebung der Patienten-Pflegepersonal-Relation um 100.000 Stellen würde Simon (2015) zufolge im internationalen Vergleich eher als moderat zu bezeichnen sein, um die aktuelle Unterbesetzung aufzuheben (Simon, 2015).

1.2 Inhaltliche Neuausrichtung pflegerischen Handelns

In deutschen Kliniken wird überwiegend keine systematische Pflegediagnostik bei vulnerablen Patientengruppen realisiert. Die Entscheidungsfindung basiert überwiegend auf einem „einfaches Handlungsmodell“ mit den Folgen der Unsichtbarkeit, Diskontinuität und Fragmentierung

pflegerischen Handelns. Pflegende agieren zumeist mit Fokus auf aktuelle Situationen wie beispielsweise einen Patientenruf oder ärztliche Anordnungen. Oftmals ist pflegerisches Handeln auch von nur wenig auf die individuelle Einzelperson zugeschnittenen Standard- bzw. Routineversorgungen etwa in den Bereichen der Durchführung der Körperpflege, der Realisierung von Nahrungsangeboten, der Unterstützung bei der Ausscheidung oder Maßnahmen zur Mobilisierung geleitet. Dabei bestimmt die einzelne Pflegeperson – oft lediglich mündlich im Rahmen der Schichtübergabe informiert – was in welcher Form und zu welchem Zeitpunkt bei einem Pflegeempfänger durchgeführt wird oder werden soll. Eine systematische pflegerische Anamnese mit einer pflegediagnostischen Beurteilung der individuellen Situation sowie eine Ableitung angemessener, evidenz- oder zumindest best-practice-basierter Pflegemaßnahmen im gemeinsamen Aushandlungsprozess mit der betroffenen Person findet meist nur in Ausnahmefällen statt. Der Fokus der pflegerischen Versorgung ist kaum auf Edukation, systematische Risikoeinschätzung sowie eine Förderung der Selbstständigkeit durch eine aktivierende, anleitende, therapeutische Pflege ausgerichtet. In Abb. 6 wird der Unterschied des einfachen und reduzierten Handlungsmodells, welches derzeit überwiegend in der deutschen Krankenhaus- und Altenpflege Anwendung findet, gegenüber dem am Pflegeprozess orientierten Handlungsmodell dargestellt.

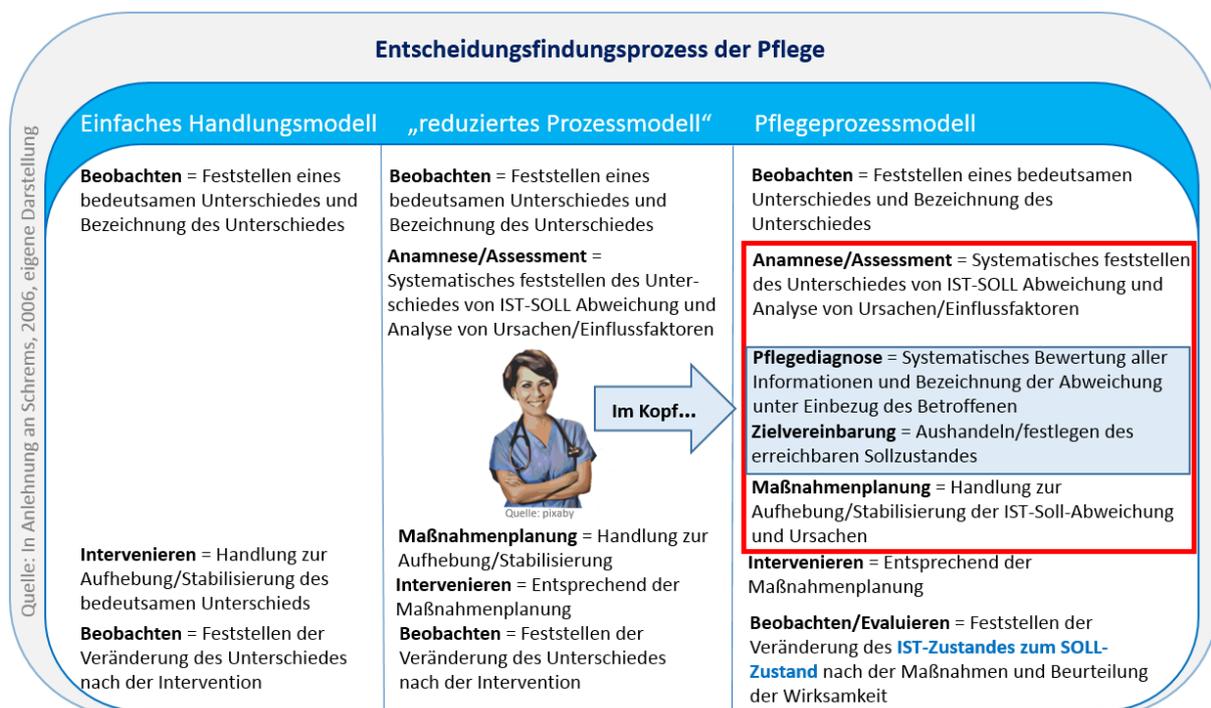


Abbildung 6: Gegenüberstellung des einfachen und reduzierten Handlungsmodells gegenüber dem Pflegeprozessmodell zur Entscheidungsfindung in der Pflege (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Schrems, 2006, S. 49)

Schnell wird deutlich, dass Pflegediagnosen die Grundlage sowohl des Pflegeprozesses als auch jeder qualifizierten Handlung von Pflegepersonen im Versorgungsprozess sein sollten. Zum besseren Verständnis eine Begriffsklärung des Terms „Pflegediagnosen“ basierend auf dem Pflegeklassifikationssystem European Nursing care Pathways (ENP):

„Pflegediagnosen [...] stellen eine systematische klinische Beurteilung der Reaktionen eines Patienten auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme und/oder Lebensprozesse dar. Pflegediagnosen sind somit Bestandteil des Pflegeprozesses und bilden die Grundlage für die Auswahl pflegerischer Maßnahmen, anhand derer die gemeinsam mit dem Patienten erarbeiteten pflegerischen Ziele erreicht

werden. Eine ENP-Pflegediagnose im Speziellen ist ein sprachlicher Ausdruck, den Pflegende, wenn möglich, gemeinsam mit dem Betroffenen und/oder seinen Angehörigen/Bezugspersonen basierend auf einer systematischen Einschätzung/Beurteilung (Assessment, Pflegeanamnese, körperliche Untersuchung) des Gesundheitszustands und dessen psychischen, physiologischen und entwicklungsbedingten Auswirkungen oder der Reaktion auf Gesundheitsprobleme nutzen, um auf dieser Grundlage die Entscheidungen über Pflegeziele zu treffen und geeignete Pflegeinterventionen auszuwählen.“ (Kraus, Wieteck, & Linhart, 2014, S. 33f).

Pflegediagnosen stellen somit das Ergebnis eines Beurteilungsprozesses dar und sind Ausgangspunkt für eine möglichst evidenzbasierte, zumindest jedoch best-practice-basierte Entscheidung über eine oder mehrere geeignete Pflegemaßnahme(n). Folglich sind Pflegediagnosen auch ein zentraler Bestandteil des Pflegeprozesses und sollten Kernkompetenz einer jeden professionell pflegenden Person sein.

Vor dem Hintergrund der fehlenden Anwendung des pflegediagnostischen Prozesses in deutschen Kliniken bzw. Altenpflegeeinrichtungen sind die zahlreichen Versorgungs- und Qualitätsdefizite nachvollziehbar. Häufig zu beobachten ist, dass Informationen nicht systematisch ausgewertet und im Kontext pflegerischer Handlungsmöglichkeiten bewertet werden. Notwendige Maßnahmenänderungen werden lediglich zeitversetzt realisiert oder komplett unterlassen. Mit der fehlenden Umsetzung des pflegediagnostischen Prozesses einher geht die Nichtwahrnehmung pflegerelevanter Problemstellungen sowie die Reduzierung von pflegerischen Handlungsangeboten auf eine „Satt-und-sauber-Versorgung“, ohne pflegetherapeutische Maßnahmenangebote zur Förderung des Anpassungs- und Gesundungsprozesses der Pflegeempfänger zu unterstützen oder Risiken im Vorfeld ihres Eintretens zu erkennen und prophylaktische Maßnahmen zu ergreifen. Krohwinkel (1993) spricht hier von „Unsichtbarkeit“, gleichbedeutend damit, dass Pflegebedürfnisse bzw. pflegerelevante Probleme, aber auch Fähigkeiten und Ressourcen der Betroffenen, nicht oder nur oberflächlich erkannt werden.

Pflege im Krankenhausbereich hat sich überwiegend auf organisatorische und administrative Tätigkeiten zur Sicherstellung eines Ablaufes im Versorgungs- und Behandlungsprozess der ärztlichen Versorgung und Therapie reduziert. Der für die Berufsgruppe spezifische, originäre pflegetherapeutische Anteil an der Versorgung scheint bis auf wenige Ausnahmen degeneriert zu sein. Die Folgen sind im deutschen Gesundheitswesen aufgrund der sehr eingeschränkten Datenlage weitgehend unbekannt. Es existieren kaum pflegesensitive Qualitätsindikatoren über die pflegerische Versorgung. Wenn die Berufsgruppe auf Versorgungsdefizite in den Einrichtungen hinweist, werden diese selten gehört (Schwarz, 2013). Dabei bedürfen gerade vulnerable Patienten- bzw. Bewohnergruppen eine besondere Aufmerksamkeit sowie eine systematische Datensammlung und Interpretation, um im Sinne des pflegediagnostischen Prozesses adäquate, evidenzbasierte pflegerische Maßnahmenkonzepte vorschlagen und einleiten zu können (Brocklehurst & Laurenson, 2008; Cousley, Martin, & Hoy, 2014).

Zusammenfassende ist festzuhalten, dass eine „Neuausrichtung“ pflegerischen Handelns zwingend ist, um eine evidenzbasierte Pflege zu realisieren, Patientenedukation und gesundheitsfördernde Maßnahmen zu etablieren sowie die Professionalisierung der Pflege zu fördern und neue Versorgungskonzepte zur Bewältigung künftiger Herausforderung zu entwickeln. Die systematische Etablierung des pflegediagnostischen Prozesses ist eine zentrale Forderung im Rahmen einer Neuorientierung pflegerischen Handelns. Zudem ist die Neuausrichtung pflegerischen Handelns eine Kerngröße im Kontext der Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe.

1.3 Einführung eines transparenten und leistungsbezogenen Systems der Pflegefinanzierung

Diese Forderung ist bereits in einem Antrag der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN „Gute Versorgung, gute Arbeit – Krankenhäuser zukunftsfest machen“ aufgegriffen worden. Hierin wird die Bundesregierung aufgefordert,:

„[...] einen Gesetzentwurf vorzulegen, durch den dem akuten Personalnotstand kurzfristig begegnet wird, im Pflegebereich der Krankenhäuser verbindliche Personalbemessungsregelungen eingeführt werden und mittel- und langfristig ein transparentes und leistungsbezogenes System der Pflegefinanzierung entwickelt und eingeführt wird“ (Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN, 2015, S. 2).

Anknüpfend an diese Forderung wird ein denkbarer Weg skizziert:

„Für die mittel- bis langfristige Perspektive ist eine leistungsbezogene Pflegepauschale (Nursing Related Groups) denkbar. Ein vergleichbares Instrument zur besseren Abbildung des Pflegebedarfs im stationären Vergütungssystem und zur Entwicklung von Pflegeindikatoren hatte beispielsweise 2008 der Deutsche Pflegerat ins Gespräch gebracht (Bartholomeyczik, Sabine: Adäquate Abbildung des Pflegeaufwands im G-DRG-System. Witten-Herdecke, Berlin 2008)“ (Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN, 2015, S. 5)

Die Forderung ist zu begrüßen und aufzugreifen. Das pflegerische Leistungsgeschehen ist dringend mit deutlich stärker ausgeprägter Erlösrelevanz im G-DRG-System zu verorten. Auch im Altenpflegebereich ist eine Leistungstransparenz nicht weniger bedeutsam (vgl. Kapitel 3). In der Anlage I sowie Anlage III werden mögliche Vorschläge zur verbesserten Erlösrelevanz der Pflegeberufe im G-DRG-System vertieft diskutiert und erläutert. Hier werden im Überblick die Vorzüge der Einführung von pflegerelevanten Fallgruppen (Nursing Related Groups, NRGs) vorgestellt.

2. Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe

Eine weitere begrüßenswerte Forderung der Fraktion DIE LINKE beinhaltet:

„Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe und zum Abbau übermäßiger Arbeitsbelastungen sind in die Wege zu leiten, damit die absehbare Nachfrage nach qualifizierten Pflegekräften erfüllt werden kann, wie z. B. Verbesserung der Arbeitsbedingungen hinsichtlich der Vergütung, der Arbeitsgestaltung, des Maßes an Selbstbestimmung und der sozialen Absicherung, Verbesserung der Ausbildungsqualität sowie der Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf.“ (Zimmermann et al., 2016a, S. 4)

Die massiv gestiegene Arbeitsbelastung des Pflegepersonals führt vielfach zu einer Überbelastung und gefährdet die Gesundheit der Pflegenden. Die insuffizienten Arbeits- und Pflegebedingungen führen zu einer zunehmenden Unzufriedenheit im Beruf, welche wiederum die Versorgungsqualität negativ beeinflusst (Braun, Klinke, & Müller, 2010; Braun & Müller, 2005). Die Desillusionierung im Beruf, die unverhältnismäßige Bezahlung, Schichtdienste, die begrenzten Möglichkeiten des Aufstiegs auf der Karriereleiter sowie der persönlichen Entwicklung in Kliniken führen dazu, dass der Pflegeberuf spürbar an Attraktivität verliert (Fajardo, 2013; Görres et al., 2010). Hier sind nachhaltige Maßnahmen zu ergreifen, die über die Verbesserung der Arbeitsbedingungen hinausgehen.

2.1 Anreize zur Weiterqualifizierung und zur Verbesserung der Berufsperspektive

Verglichen mit benachbarten Ländern wie etwa der Schweiz gibt es in der innerdeutschen Versorgungslandschaft sowohl mit Bezug auf Kliniken wie auch auf (teil)stationäre Altenpflegeeinrichtungen nur sehr wenige fachlich weitergebildete Pflegefachexperten wie z. B. Diabetesfachpflegepersonen, Wundversorgungsexperten, „breast care nurses“, Dysphagieexperten und ähnliche Spezialisierungen. Die quasi nicht existenten Möglichkeiten für die Mitarbeiter des Pflegedienstes, sich während der Arbeitszeit mit pflegefachlichen und alltagsrelevanten Themenstellungen auseinanderzusetzen, erschwert das Entstehen eines Pools an entsprechend qualifiziertem Pflegepersonal. Die Kluft zwischen Theorie und Praxis wird zunehmend größer, da es kaum gelingt, pflegerische evidenzbasierte Versorgungskonzepte, wie beispielsweise Maßnahmen zur Kontinenzförderung, in der Pflegepraxis zu verorten. Zudem fehlt in deutschen Kliniken der Anreiz für die Pflegepersonen, sich entsprechend weiterzubilden, u.a. da für höhere Qualifikationsniveaus keine verbindlich umschriebenen Vergütungsstufen existieren und auch darüber hinaus kaum nennenswerte finanzielle Vorteile entstehen. Die Zurverfügungstellung von Ressourcen für angewandte Pflegeforschung in der Praxis ist von ebenso hoher Bedeutung, gegenwärtig jedoch so gut wie nicht in den Strukturen der Einrichtungen vorgesehen.

Ein Zwischenfazit: Die Schaffung von Rahmenbedingungen ist zu fördern, welche es erlauben, Pflegenden mit einem Bachelor oder Masterabschluss auf Station ihr Wissen anwenden zu können. Ein Beispiel hierfür könnte in einer Freistellung vom Stationsalltag und dem Auftrag bestehen, die aktuelle Studienlage zum eigenen Fachbereich oder einer aktuellen Fragestellung im pflegerischen Team zu sichten und die Konzepte in die Pflegepraxis zu übertragen. Ziel ist es dabei, langfristig eine evidenzbasierte Pflege zu fördern und Strukturen zu schaffen, welche für Abgänger aus pflegerischen Studiengängen berufliche Optionen eröffnen, weiterhin am „point of care“, d.h. in der direkten pflegerischen Versorgungspraxis tätig zu sein. Ebenso könnten hier wertvolle Forschungsarbeiten zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungskonzepte geleistet werden. Fallkonferenzen und Pflegevisiten sind zwingend zu realisierende Arbeitsmethoden, um bei komplexen Fallsituationen eine evidenzbasierte Leistung zu realisieren.

2.2 Verordnungskompetenz der Pflegeberufe im Bereich der Heil-/Hilfsmittel

Gebunden an Pflegediagnosen ist eine Verordnungskompetenz im pflegerischen Bereich zu verorten. Dies würde nicht nur eine enorme Aufwertung aus gesellschaftspolitischer Perspektive für die Pflegeberufe bedeuten, auch ist hier ein enormes Potenzial hinsichtlich der Prozessoptimierung im Bereich der Versorgung mit Heil-/Hilfsmitteln zu sehen.

3. Pflegepersonalbemessung in der Altenpflege

Auch zum Thema der Pflegepersonalbemessung in der Altenpflege hat die Fraktion DIE LINKE eine entsprechende Forderung formuliert:

„In der Altenpflege ist eine bundeseinheitliche, verbindliche Personalbemessung für den stationären und ambulanten Bereich einzuführen, die sich neben den Pflegegraden auch an den Qualitätsstandards der Einrichtungen sowie an individuellen Mehrbedarfen orientiert. Damit

gute Pflege möglich wird, muss die Personalbemessung dem tatsächlichen Pflegebedarf in der geforderten Qualität und in der benötigten Zeit entsprechen“ (Zimmermann et al., 2016a).

Ferner wird in einem weiteren Antrag die Entwicklung einer Übergangsempfehlung bis zur Einführung eines wissenschaftlich begründeten Personalbemessungsverfahrens 2020 gefordert (Zimmermann et al., 2016b). Diesen Anspruch gilt es in jedem Falle zu unterstützen und weiterführende Überlegungen anzustellen. Im Folgenden sollen über eine aktuelle Ist-Beschreibung der Altenpflege in Deutschland die kritischen Bereiche des PSG II in Verbindung mit der Personalsituation herausgearbeitet werden. Die Überlegungen münden einerseits in einer Empfehlung für Sofortmaßnahmen sowie andererseits in eine langfristige Neuausrichtung – mit dem Ziel, den mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeschlagenen Weg in eine optimierte Versorgung weiter zu beschreiten.

3.1 Versorgungslage in der stationären Altenpflege

[Hinweis: der nachfolgende Text bedient sich aus der Veröffentlichung (Wieteck & Kraus, 2016).]⁴

Grund zur Annahme, dass die personelle Ausstattung zur Erfüllung der pflegerischen Anforderungen in den stationären Altenpflegeeinrichtungen derzeit nicht ausreicht, geben einige Studien und Erfahrungsberichte von Angehörigen (vgl. exemplarisch Brühl & Planer, 2013). Medien berichten seit Jahren über die kritischen Verhältnisse in der Altenpflege in Deutschland: *„Die Situation in der Altenpflege in Deutschland hat mittlerweile bereits die internationale Aufmerksamkeit auf sich gezogen. In den letzten fünf Jahren allein äußerten sich drei internationale menschenrechtliche Fachausschüsse gegenüber der Bundesrepublik Deutschland zum Thema Pflege“* (Aichele & Schneider, 2006, S. 26). Neben menschenrechtlichen Gefährdungslagen, Gewalt gegenüber Senioren (Rohrmair, 2008) und menschenunwürdigen Zuständen in Pflegeheimen geht es auch um Qualitätsdefizite in der pflegerischen Versorgung (Rieger, 2014). In den Qualitätsberichten des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes der Krankenkassen (MDS) zeigten sich in zahlreichen pflegequalitätskritischen Bereichen wie beispielsweise Dekubitusprophylaxe, Ernährungs- und Flüssigkeitsmanagement, Kontinenzförderung und Inkontinenzversorgung sowie bei der Versorgung von Personen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen deutliche Qualitätsdefizite, die auf potenzielle Gesundheitsgefährdungen der Pflegebedürftigen verweisen (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Ed.), 2012). In der Verfassungsbeschwerde von Armin Rieger an das Bundesverfassungsgericht schreibt der Mitgesellschafter und Geschäftsführer einer eigenen Einrichtung: *„Die den Heimen zustehenden Mittel und der vorgegebene Personalschlüssel lassen eine menschenwürdige Pflege nicht zu. [...] trotz aller Bemühungen und trotz des freiwilligen Einsatzes von mehr Personal als gefordert, [sind] Menschenrechtsverletzungen an der Tagesordnung“* (Rieger, 2014, S. 2). Die in der Verfassungsklage aufgezeigten Missstände in Altenpflegeeinrichtungen sind in zahlreichen stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland empirisch belegbar. Viele Bewohner leben unter unwirklichen Bedingungen, leiden unter pflegerischen Versorgungsdefiziten und sind verschiedensten Formen der Gewaltanwendung ausgesetzt. Die belegbaren Missstände in den Altenpflegeeinrichtungen verletzen die Grundrechte der Schutzbefohlenen. Susanne Moritz arbeitet in ihrer Dissertationsarbeit u. a. Verletzungen des Grundrechts Menschenwürde heraus. So werden z. B. Rufglocken für pflegebedürftige Personen unzugänglich platziert, Bewohner, die an sich noch kontinent sind aber nicht selbstständig zur Toilette gehen können, erhalten eine

⁴ Der Text dieses Kapitels entstammt überwiegend dem Kapitel 2.3.3 der kürzlich erschienenen Veröffentlichung der Autorin *„Personalbedarf Pflege – Sektorenübergreifende Analyse der Pflegepersonalsituation und ihrer Bemessungsgrundlagen mit Handlungsempfehlungen“* (Wieteck & Kraus, 2016) und wurde nur an wenigen Passagen adaptiert.

Inkontinenzversorgung und die erforderliche Unterstützung bei den Toilettengängen bleibt aus. Es existiert eine hohe Fremdbestimmung hinsichtlich des Ablaufs alltäglicher Verrichtungen durch die Pflegepersonen (Moritz, 2013). Ursachen für derartige Missstände werden von befragten Personen im Personalmangel, der inhomogenen Qualifikation des Personals sowie der Überforderung von Pflegekräften gesehen. Auch Informationsdefizite und Abstumpfung im Pflegealltag sowie Überforderung bei herausfordernden Verhaltensweisen der Schutzbedürftigen können Gründe für Gewalt und Vernachlässigung sein (Rohrmair, 2008). Auch lässt sich aus den EVIS-Studie ableiten, dass Betroffene Bewohner in Pflegegrad 5 mit schwersten Beeinträchtigungen weniger Aufwände im Bereich der sozialen Betreuung erhalten als im Pflegegrad 4 verortete Bewohner. *„Ursächlich hierfür ist, dass die derzeitigen Angebote der sozialen Betreuung in Form von Gruppenaktivitäten für Bewohner des Pflegegrades 5 nur bedingt geeignet sind.“* (Rothgang, 2015, S. 14)

Ein Zwischenfazit: Ohne eine Veränderung der derzeit von staatlicher Seite vorgegebenen personellen Rahmenbedingungen sowohl quantitativer als auch qualitativer Natur lassen sich die Versorgungsdefizite in der Altenpflege nicht verbessern. Aktuelle Maßnahmen in der Altenpflege wie etwa das Entbürokratisierungsprojekt der Pflegedokumentation (Beikirch et al., 2014) oder die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes unterliegen der Gefahr, an der wahren Problematik der aktuellen Unterbesetzung in der Altenpflege und dem geringen und unterfinanzierten Zeitbudget in der ambulanten Pflege vorbei zu zielen und die Aufmerksamkeit abzulenken. Bei beiden Maßnahmen scheint keineswegs gesichert, dass sie die Personalsituation in der Altenpflege verbessern. Es ist kritisch zu hinterfragen, ob die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes die ausreichende „Power“ aufweist, um mit Blick auf die gegenwärtigen Versorgungsdefizite positive Veränderungen sowohl quantitativer als auch qualitativer Natur hinsichtlich der Pflegepersonalsituation einzuleiten.

3.2 Pflegestärkungsgesetz – neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die Frage, ob die Pflegereform Auswirkungen auf die Personal- und Pflegesituation haben wird, ist noch unbeantwortet und Experten äußern sich diesbezüglich noch bedeckt. Nachfolgend daher einige Überlegungen zu möglichen Auswirkungen durch die Änderungen des zweiten Pflegestärkungsgesetzes.

3.2.1 Veränderungen des Bewohner-Mix und Steigerung der Arbeitsbelastung in der stationären Altenpflege

Bisher stiegen der zu leistende Eigenanteil des Bewohners bei den Heimkosten und die Leistungen der Pflegekasse abhängig von der Höhe der Pflegestufe an, der Logik folgend, dass ein höherer Pflegeaufwand mehr (Personal)Kosten verursacht. Durch die Einführung des „einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEE)“ bei der Finanzierung eines Heimplatzes haben Bewohner nach der Reform in den niedrigen Pflegegraden im Vergleich zur bisher bestehenden Finanzierungsstruktur einen höheren Eigenanteil zu finanzieren, während Personen in den hohen Pflegegraden entlastet werden. Der von Seiten der Pflegekassen finanzierte Anteil erfährt in der stationären Pflege keine tatsächliche Erhöhung. Für Bewohner in der heutigen Pflegestufe 1 (Zuzahlung bisher = 1.064 €) sinkt die Zuzahlung im Pflegegrad 2 auf 770 €. Bei der Pflegestufe 2 – künftig Pflegegrad 3 – sinkt die Zuzahlung um 68 €. Diese grundlegenden Änderungen können unterschiedliche Auswirkungen nach sich ziehen, auf die an dieser Stelle im Einzelnen nicht weiter eingegangen werden soll. Die Umstellung umfasst jedoch auch zahlreiche positive Aspekte, welche in der Stellungnahme zum Gesetzesentwurf von Prof. Dr. Heinz Rothgang ausführlich erläutert wurden (Rothgang, 2015). Hier nur der Blick auf mögliche Risiken in Bezug auf die

Pflegepersonalstellenentwicklung in den Heimeinrichtungen sowie die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals. Es ist davon auszugehen, dass der im elften Sozialgesetzbuch fixierte Grundsatz „ambulant vor stationär“ zur Geltung kommen wird und Personen mit den Pflegegraden I und II ambulant versorgt werden. In der Folge ist damit zu rechnen, dass es eine Verschiebung des Klientels in den stationären Einrichtungen der Altenpflege geben wird und mittel- bis langfristig vornehmlich Bewohner mit „hohen Pflegegraden“ und/oder „eingeschränkter Alltagskompetenz“ beispielsweise in Folge einer Demenz in Pflegeheimen versorgt werden. Diese an sich gewollte Entwicklung führt jedoch auch zu unangenehmen Konsequenzen: Für Pflegenden in Altenpflegeeinrichtungen bedeutet sie eine weitere Verschärfung der körperlichen und emotionalen Arbeitsbelastung. Sie werden mit hoher Wahrscheinlichkeit mit zunehmendem Maß mit hochkomplexen Pflegesituationen wie beispielsweise herausfordernden Verhaltensweisen von an Demenz erkrankten Bewohnern, emotionalen Belastungssituationen, einer Zunahme an körperlicher Belastung und einer Arbeitsverdichtung konfrontiert.

Ein Zwischenfazit: Zwingend sind neben der Anpassung der Pflegepersonalschlüssel durch die zu Verschiebungen der Pflegeaufwände in Folge der höheren Fallschwere der Bewohner Maßnahmen zur Entlastung und Bewältigung der Arbeitsstationen zu realisieren. Neben der Steigerung der Fallkomplexität und dem erwartbaren Mehr an vulnerablen Bewohnergruppen hat auch die Behandlungspflege deutlich an Bedeutung in den stationären Altenpflegeeinrichtungen zugenommen (Greß & Stegmüller, 2016). Zeiten für Supervision, Fallkonferenzen zur Entwicklung von Teamstrategien zur Bewältigung der wachsenden Herausforderungen an das Pflegepersonal sind zusätzlich vorzusehen. Gerade komplexe und vulnerable Bewohnergruppen benötigen einen systematisch gesteuerten pflegediagnostischen Prozess, um der individuellen Bedürfnislage des Einzelnen adäquat gerecht werden und evidenzbasierte Maßnahmenangebote unterbreiten zu können. Nur auf diesem Weg werden sich unnötige Krankenhauseinweisungen, Gefährdungspotenziale und eine am Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse orientierte pflegerische Versorgung sicherstellen lassen.

3.2.2 Führen die neuen Pflegegrade zu einer verbesserten Personalsituation?

Mit den grundlegenden Änderungen der Überleitung der „Pflegesätze nach Pflegestufen“ hin zu neu zu definierenden „Pflegesätzen nach Pflegegraden“ sind einige Risiken verbunden und es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Neuverhandlungen mit einer Verbesserung der Pflegepersonalschlüssel einhergehen. Auf die verschiedenen Verfahren zur Aushandlung der neuen Pflegesätze nach Pflegegraden, die der Gesetzgeber für die stationäre Altenpflege vorgesehen hat, soll an dieser Stelle nicht vertieft eingegangen werden⁵, vielmehr wird ausschließlich auf mögliche Risiken im Bereich der Pflegepersonalstellenentwicklung eingegangen. Eine potenziell gravierende Schwierigkeit ist darin zu sehen, dass im Gesetz keine Umrechnung für Personalschlüssel vorgesehen ist und generell eine „personalneutrale“ Umstellung vonseiten der Kostenträger intendiert ist. Durch die vorgesehene Überleitungsregelung von Pflegestufen zu Pflegegraden mit einem einfachen oder doppelten Stufensprung bleibt offen, ob der sich hieraus ergebende Pflegegrad-Mix einer Einrichtung bezogen auf die Bewohnerstruktur dem Ergebnis entspricht, den eine Neubegutachtung aller Bewohner zur Folge hätte. Genau hier besteht die zentrale Gefahr für die Einrichtungen: Der übergeleitete Pflegegrad-Mix ist die Grundlage zur Verhandlung und Festlegung der neuen Pflegesätze und damit auch die Ressourcen für die personelle Ausstattung. Die verschiedenen Berechnungsvarianten zur Überführung der Pflegesätze pro Pflegegrad und die damit verbundenen Pflegepersonalstellen werden z. B. in den Empfehlungen des Bundesverbandes privater Anbieter

⁵ Vgl. Verhandlungen gemäß §92c SGB XI oder alternative Überleitung gemäß §92d SGB XI

sozialer Dienste e.V. (bpa) sowie des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) zur Umsetzung des PSG II erörtert (bpa & vdek 2016). Die Komplexität und die Herausforderungen werden in der Diskussion deutlich sichtbar und mögliche Verschlechterungen der Personalsituation in Heimen mit einem ungünstigen Pflegegrad-Mix aufgezeigt (Tillmann & Harazim, 2015). Der Vorschlag, die von Rothgang und Kollegen (2015) im Kontext der Studie „Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen“ (EViS) ermittelten Relativgewichte zur Berechnung des einrichtungsindividuellen Eigenanteils sowie der Pflegesätze und der damit verbundenen Pflegepersonalschlüssel zu nutzen, würde lediglich eine Festschreibung des Status quo bedeuten, da diese Relativgewichte auf Basis von Zeitmessungen des aktuellen Leistungsgeschehens ermittelt wurden. In Konsequenz ist absehbar, dass sich an den im voranstehenden Kapitel diskutierten Defiziten in der Versorgung der Bewohner kaum etwas bis gar nichts ändern würde. Aktuell besteht in den Einrichtungen der Altenpflege häufig eine ausgeprägte Intransparenz und es ist vielfach schwer nachzuvollziehen, ob der bisher vorgeschriebene Personalschlüssel auch umgesetzt wurde (Pflege-Selbsthilfeverband e.V., 2013). Diese Undurchsichtigkeit wird durch das PSG II aller Voraussicht nach nicht aufgehoben.

Ein Zwischenfazit: Von zentraler Bedeutung im Rahmen der Umsetzung des PSG II sind die Fragen des Personaleinsatzes und der Personalschlüssel. Um die gegenwärtigen Defizite in der pflegerischen Versorgung in stationären Einrichtungen der Altenpflege abzubauen, kann und darf es kein Ziel sein, die Pflegepersonal-Bewohner-Relation auf dem aktuellen, zweifellos unzureichenden Niveau zu halten. Notwendig ist vielmehr eine deutliche Anpassung dieser Kennziffer, die sich am Pflegebedarf der Bewohner orientieren sollte. Personalbemessungskennziffern auf dem aktuellen Versorgungsgeschehen aufbauend zu entwickeln, würde zu einer Festschreibung und Zementierung bestehender Problematiken führen. In diesem Zusammenhang wird auch der Bedarf an pflegewissenschaftlichen Mitarbeitern direkt in den Einrichtungen deutlich, um evidenzbasierte Versorgungskonzepte orientiert an den Bewohnern und den Gegebenheiten der Einrichtungen zu ermitteln und in die Praxis zu überführen. Folgende Empfehlungen lassen sich aus den Überlegungen ableiten:

- Zeitnahes Erarbeiten und Festlegen von Übergangsregelungen mit definierten Personalschlüsseln bzw. Personalkorridoren, bis im Jahr 2020 die Entwicklungsarbeit an einem Personalbemessungsinstrument aufgenommen wird (Greß & Stegmüller, 2016), welche eine inhaltliche Veränderung des Leistungsgeschehens und der Angebote zulassen. An dieser Stelle wird nochmals die Bedeutung der von der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN geforderte Einführung eines leistungsbezogenen Systems zur transparenten Beurteilung des Leistungsgeschehens in der Pflege deutlich (vgl. Kapitel 1.3).
- Anheben der aktuellen Pflegepersonal-Bewohner-Relationen mit dem Ziel der Reduktion der Arbeitsbelastung und der Schaffung von Freiräumen, um die Pflege inhaltlich auf Teilhabe, Selbstbestimmung und den Abbau von Versorgungsdefiziten hin auszurichten.
- Der vielerorts bestehenden Intransparenz hinsichtlich der Umsetzung der Personalschlüssel sollte durch eine verbindliche Melde- und Veröffentlichungspflicht begegnet werden.

3.2.3 Führen die neuen Pflegegrade zu einem verbesserten Pflegeangebot?

Die Hypothese bzw. Annahme, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff „automatisch“ zu einem neuen Pflegeverständnis und/oder einem anderen Leistungsangebot führen könnte, ist kritisch zu hinterfragen. Ebenso verursacht die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs keinen höheren Pflegeaufwand durch eine veränderte Bedürfnislage der Bewohner. Dieser Pflegeaufwand ist bereits jetzt real und wird von den Pflegenden zum Teil nicht erfüllt bzw. nur mit impliziter Rationierung bedient. Die Etablierung eines neuen Ermittlungsverfahrens der Leistungsansprüche erfolgt zunächst losgelöst und unabhängig vom aktuell gelebten Pflege- und Leistungsverständnis (Rothgang et al., 2015). Wie von Wingenfeld und Schnabel (2002) belegt, besteht zwischen der

Pflegebedürftigkeit eines Bewohners, dem sich hieraus ergebenden Pflegebedarf und den tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen kein unmittelbarer Zusammenhang. Ohne das Setzen sinnvoller Anreize zur inhaltlichen Neuausrichtung des pflegerischen Leistungsgeschehens ist nicht davon auszugehen, dass ein Veränderungsprozess einsetzt.

Ein Zwischenfazit: Dringend erforderlich ist eine inhaltliche Neuausgestaltung des pflegerischen Leistungsgeschehens, um flächendeckend eine an den Bedürfnissen und Bedarfen der Bewohner ausgerichtete, evidenzbasierte pflegerische Leistungserbringung sicherstellen zu können. Um dieses Ziel zu erreichen, ist ein verändertes Verständnis des pflegediagnostischen Prozesses und die Umsetzung (pflege)wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Pflegepraxis zu fördern. Sinnvolle Anreizsysteme, welche die Einrichtungen der stationären und ambulanten Altenpflege zum Handeln aufrufen, sind zu schaffen. Ohne eine Veränderung der Bewohner-Pflegepersonal-Relation sowie des Skill-/Grade-Mixes ist das allerdings mit möglich. Vor diesem Hintergrund sind folgende Maßnahmen zusätzlich zu einer Verbesserung der Pflegepersonalausstattung zu empfehlen:

- Etablierung von pflegesensitiven Outcome-Indikatoren wie z. B. Prävalenz- und Inzidenzkennziffern zur Inkontinenz. Eine Orientierung an internationalen Standards ist hierbei unbedingt zu empfehlen.
- Die Umsetzung diskutierter Strategien zur Messung pflegerischer Ergebnisse in der stationären Altenhilfe mit entsprechenden Nachbesserungen zur Risikoadjustierung sind zu fördern (vgl. Wingefeld et al., 2011).
- Eine systematische Umsetzung des pflegediagnostischen Prozesses bei vulnerablen Bewohnergruppen ist zu fördern, ebenso die Umsetzung von evidenzbasierter Pflege. Hierzu werden in den Einrichtungen Pflegemitarbeiter mit einem wissenschaftlich ausgerichteten Studiengang benötigt, welche aktuell verfügbares Pflegewissen in den Einrichtungen etablieren können. Die pflegerische Ausbildung ist entsprechend auszurichten, was sich in bisher veröffentlichten Curricula einer generalistischen Ausbildung teilweise wiederfindet (vgl. z.B. Melnyk et al., 2012).

3.3 Überlegungen zur Entwicklung eines Personalbemessungsinstrumentes

Bisherig diskutierte Ansätze zur Pflegepersonalbemessung orientieren sich an den Pflegegraden sowie der durchschnittlich benötigten Pflegezeit in der jeweiligen Fallgruppe (vgl. z.B. Rothgang et al., 2015). Diese Vorgehensweise greift deutlich zu kurz, wie eine intensive Auseinandersetzung mit der Thematik nahe legt. Die in der nachstehenden Auseinandersetzung vorgestellten Lösungsansätze welche in der vertieften Auseinandersetzung mit dem Thema an künftige Pflegepersonalbemessungsinstrumente gestellt werden sind nachfolgend aus der Buchveröffentlichung „Personalbedarf Pflege. Sektorenübergreifende Analyse der Pflegepersonalsituation und ihrer Bemessungsgrundlagen mit Handlungsempfehlungen“ entnommen (Wieteck & Kraus, 2016). Diese generellen Überlegungen gelten sowohl für den Bereich der Altenpflege, gleichsam jedoch auch für den akutstationären Sektor. Grundsätzlich sollte demnach überlegt werden, ob nicht ein sektorenübergreifender Ansatz verfolgt werden könnte.

Eine reine Vorgabe und Anhebung der Patienten-Pflegepersonalrelationen impliziert keinesfalls automatisch Qualitätsverbesserungen der pflegerischen Versorgung. Diese These wird zum einen durch erste Studien belegt (Lang et al., 2004; Zander et al., 2014), zum anderen ist zu befürchten, dass die Übernahme z. B. von anderen Berufsgruppen delegierten, pflegefremden Tätigkeiten weiter zunimmt. So wird von Bartholomeyczik et al. innerhalb des Zeitraums von 2003 bis 2005 eine leichte Zunahme von Tätigkeiten im ärztlichen Dienst attestiert (Sabine Bartholomeyczik, 2007). Es ist denkbar, dass bei einer reinen Verpflichtung der Kliniken mehr Pflegepersonal aufzubauen eine

Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an Pflegepersonen weiter forciert wird. An dieser Stelle sei erwähnt, dass dies nicht per se abzulehnen ist, solange zum einen eine Delegation klar und bidirektional geregelt ist und die Pflegenden auf ausreichende Personalressourcen zurückgreifen können, um entsprechende Tätigkeiten auf einem adäquaten Niveau realisieren zu können (Offermanns & Bergmann, 2008). Auch die Übernahme von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten oder anderen administrativen Tätigkeiten wäre bei einer reinen Vorgabe zur Anhebung der Pflegepersonalzahlen wahrscheinlich, da in diesem Zusammenhang mutmaßlich keine Personalbindungsverpflichtungen für die Kliniken erlassen würden und somit die Personalkosten in anderen Bereichen zu reduzieren wären. Anhand der Überlegungen wird deutlich, dass künftige Pflegepersonaldiskussionen Bezug auf das tatsächliche Pflegebedürfnis der zu versorgenden Patienten bzw. Bewohner und den hieraus abzuleitenden Pflegebedarf nehmen sollten. Weitere zu berücksichtigende Faktoren werden u.a. auch in verschiedenen Studien erwähnt. Abhängig vom Pflegepersonalmix zeigte sich etwa, dass ein höherer Ausbildungsstand der Pflegepersonen zu geringeren Quoten an Pflegefehlern und unerwünschten Ereignissen führte (McGillis Hall, Doran, & Pink, 2004; Montalvo, 2007; Staggs & Dunton, 2014). Gerade eine ausgewogene Fachkraftquote und darüber hinausgehende Qualifizierungsmaßnahmen des Pflegepersonals, im Sinne von Experten für spezielle Fragestellungen und/oder Versorgungsbereiche sollten unbedingt in die Überlegungen der Pflegepersonalbemessung einfließen, da diese ebenfalls einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität bzw. auf die benötigten Personalressourcen haben (Shekelle, 2013; Twigg et al., 2012). Vor dem Hintergrund, dass die bisher zur Verfügung stehenden Personalbemessungsinstrumente nicht in der Lage sind, den tatsächlichen Bedarf an pflegepersonellen Ressourcen adäquat zu ermitteln und geeignete Kennzahlen bezogen auf die benötigte Anzahl von Pflegepersonal zu liefern (Sabine Bartholomeyczik et al., 2009; Carr-Hill & Jenkins-Clarke, 1995; Isfort, 2008; O'Brien-Pallas, Cockerill, & Leatt, 1992), ist es künftig erforderlich, unterschiedliche Kennzahlen in die Personalentscheidungsdebatte mit einzubeziehen. Zudem sollten in der Finanzierung gezielte Anreize für „gute“ Qualität implementiert werden. Die standardisierte Nutzung von Pflegediagnosen (einzubringen im ICD-10) und Pflegemaßnahmen (einzubringen im OPS) könnten von beiden Sektoren zur Pflegeprozessdokumentation genutzt werden und als Basis für eine künftige Outcomebewertung und Personalbemessung dienen.

Wird weiterhin keine externe Regulierung der Pflegepersonalstellen („von außen in die Einrichtungen hinein“) gewünscht, um die unternehmerische Freiheit der Krankenhäuser nicht einzuschränken, ist die Position der Pflege bei den Personalstellenverhandlungen zu stärken. Dies kann im Wesentlichen durch eine Erlösrelevanz pflegerischer Dienstleistungen sowie verbindlich zu definierenden Anforderungen bezüglich einer „guten“ pflegerischen Versorgungsqualität erreicht werden, die auch entsprechend nachgewiesen werden muss. Derzeit wird der Effizienzbegriff unabhängig von einer Diskussion um die Dimension der Ergebnisqualität in der Pflege genutzt. So merken Flori, Bunzemeier und Roeder (2014) an, dass die unternehmerische Freiheit eingeschränkt werden würde, wenn erwirtschaftete Gewinne nicht mehr frei genutzt werden könnten und etwa verpflichtend in Pflegepersonalstellen umgesetzt werden müssten, was bei einer Regulierung der Pflegepersonalstellen von außen wie beispielsweise im Rahmen von Personalmindestbesetzungsstandards der Fall wäre. Die Optionen für investive Entscheidungen würden ggf. deutlich beschnitten. Dass erlöswirksame Instrumente im G-DRG-System sowohl die Pflegequalität als auch eine Pflegepersonalstellendebatte befördern können zeigen erste Beispiele, etwa die Einführung des OPS 9-20: *„[...] Neben diesen erlösrelevanten Erfolgen konnten durch die Mitarbeiter im Team aber auch eine deutliche Qualitätsverbesserung in der direkten Patientenverbesserung festgestellt werden.“* (Gehr, 2015, S. 178) In einer anderen Untersuchung konnte gezeigt werden, dass die Einführung des OPS 9-20 positive Auswirkungen auf die

Dokumentationsqualität hat und therapeutisch aktivierende Angebote seit Einführung vermehrt realisiert werden (Schmidpeter, Peters, & Wieteck, 2013). Zudem hätte eine Erlöswirksamkeit pflegerischer Leistungen im G-DRG-System auch denkbare positive Auswirkungen auf derzeit kritisierte Fehlanreize im System. Für Kliniken sind diese Ansätze durchaus attraktiv, da künftig auch pflegetherapeutische, patientenedukative und auf Prävention ausgerichtete Leistungen erlösrelevant wirken könnten und das Anbieten einer entsprechend „guten“ pflegerischen Versorgung keine finanziellen Defizite mehr in den Kliniken entstehen würden. Die nachfolgend aufgeführten Überlegungen zur Pflegepersonalbemessung sind gleichermaßen auf den Altenpflegesektor zu übertragen. Es ist ausdrücklich davor zu warnen, bisher angedachte Verfahren zur Pflegepersonalbemessung an die ermittelten Durchschnittszeiten pro Pflegegrad zu koppeln. Damit würden aktuelle Unterversorgungen infolge von personeller Unterbesetzung festgeschrieben. Zusammenfassend sind auf den aufgeführten Überlegungen folgende Anforderungen an künftige Pflegepersonalbemessungsstrategien zu stellen:

- **Personalbemessungsinstrumente sollten multidimensional ausgerichtet sein.** Die ausschließlich einzelleistungsbasierte Darstellung des Pflegebedarfes unterliegt zahlreichen Beschränkungen und kann die Varianz des erbrachten bzw. zu erbringendem pflegerischen Aufwandes nicht hinreichend erklären. Zu dieser Erkenntnis kommen zahlreiche Forschungsarbeiten (Sabine Bartholomeyczik et al., 2009; Brühl & Planer, 2013). Bartholomeyczik und Hunstein (2000) weisen darauf hin, dass bei einer exklusiven Pflegepersonalbemessung auf Basis von Pflegehandlungen der Unterschied zwischen der notwendigen Pflege und erbrachten Pflegeleistungen nicht sichtbar wird. Es besteht das Risiko, dass vor dem Hintergrund knapper Ressourcen notwendige Pflegeleistungen erst gar nicht geplant werden.
- **Personalbemessung sollte mit Qualitätsmessungen und Qualitätsindikatoren unterstützt werden.** Die bundesweite Implementierung von pflegesensitiven Outcome-Indikatoren ist zwingend, um zu einer adäquaten Beurteilung zu kommen, wieviel Pflegepersonal in den verschiedenen Versorgungsbereichen benötigt wird um eine adäquate pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Diese Forderung stützt sich auf der Tatsache, dass es keinen Goldstandard für eine adäquate Personalstellenbemessung gibt und ein Aushandlungsprozess mit den Stakeholdern ohne ein Wissen über die Konsequenzen auf Patienten-/Bewohnersicherheit und Qualität der Versorgung ethisch bedenklich und mit ökonomischen Risiken verbunden ist. Zentrale Outcome-Indikatoren zur pflegerischen Versorgung sollen kontinuierlich aus den Pflegeprozessdaten und der Fallakte der Pflegeempfänger gewonnen werden. Somit können Auswirkungen von Pflegepersonalveränderungen bezüglich Skill-/Grade-Mix, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie der Patienten/Bewohner-Pflegepersonalrelation schnell identifiziert werden. Die Auswahl der pflegerischen Outcome-Indikatoren zur Einschätzung der Pflegequalität soll sich zunächst an den bereits bekannten und erprobten Indikatoren der Pflegewissenschaft orientieren. Beispiele hierfür sind u.a.:
 - Die durchschnittliche erbrachte „direkte Pflegezeit“ pro Patient
 - Qualitätsindikatoren zum Sturz und Sturzmanagement
 - Qualitätsindikatoren zum Dekubitusrisiko und zur Dekubitusprophylaxe
 - Qualitätsindikatoren zur Förderung der Kontinenz
 - Qualitätsindikatoren im Kontext des Schmerzmanagements
 - Qualitätsindikatoren im Kontext von nosokomialen Infektionen
 - Qualitätsindikatoren im Rahmen der Ernährung und der unbeabsichtigten Gewichtsabnahme
 - Das Auftreten von freiheitsentziehenden Maßnahmen
 - Qualitätsindikatoren zu herausfordernden Verhaltensweisen
 - Qualitätsindikatoren im Kontext der aktivierenden, therapeutischen Pflege

Die aufgeführten Qualitätsindikatoren entstammen einer Übersicht des „Zentrums für Qualität in der Pflege“. Deren Internetpräsenz (vgl. <http://idk.zqp.de/liste.php?set>, Zugriff am 17.04.2016)

stellt eine Sammlung von über 220 pflegespezifischen Qualitätsindikatoren basierend auf internationaler Literatur bereit. Neben den klassischen Kennzeichen wie der Fluktuationsrate unter den Mitarbeiter, Beschwerden, Ausfallzeiten etc. sind auch Überlegungen hinsichtlich der Mitarbeiterbelastung, z. B. die Identifikation von Burnout-Syndromen über regelmäßige Mitarbeiterbefragungen, in die Überlegungen zu integrieren.

- **Pflegepersonalbemessung sollte auf der Regeldokumentation aufsetzen und zur Professionalisierung der Pflegeberufe beitragen.** Wie bereits aufgezeigt könnten der verpflichtende Einsatz von Pflegediagnosen und Pflegeintervention eines standardisierten Pflegeklassifikationssystems im Rahmen der Pflegeprozessdokumentation eine fundierte Grundlage zur Pflegepersonalbemessung anbieten. Für den Krankenhaussektor läge es auf Basis dieser Daten nahe, das Finanzierungssystem um pflegerelevante Fallgruppen zu erweitern. Hiermit würde die Erlösrelevanz pflegerischer Leistungen ermöglicht und gewährleistet. Zudem könnten auf den aus der Regeldokumentation gewonnenen Daten Qualitätsindikatoren installiert werden. Ziel künftiger Instrumente sollte es sein, ausschließlich diejenigen Daten als Grundlage für Pflegepersonalentscheidungen zu nutzen, die auch im Rahmen des pflegediagnostischen Entscheidungsfindungsprozess nützlich sind und folglich das Potenzial eröffnen, den Pflegeprozess zielgerichteter und effektiver zu gestalten. Im Altenpflegebereich könnten die Daten ebenfalls zur Leistungsabrechnung, Qualitätsbewertung und auch Personalbemessung genutzt werden.
- **Es sollten Verfahren Anwendung finden, welche die Transparenz bezüglich des Leistungsgeschehens in der Pflege fördern.** Da eine reine Erhöhung der Pflegepersonalstellen aller Wahrscheinlichkeit nach nur wenige Auswirkungen auf die Pflegequalität mit sich bringen würde und sich Qualitätsverbesserungen nur in Verbindung mit Qualitätsstrategien sowie Veränderungen des Leistungsangebotes einstellen (Shekelle, 2013), ist die Wahl solcher Instrumente zu empfehlen, welche das Leistungsgeschehen transparent gegenüber allen Interessensgruppen darstellen. Ebenso ist es von zentraler Bedeutung für die Pflege den ökonomischen und gesellschaftspolitischen Wert pflegerischer Dienstleistungen in gleichermaßen transparenter Form darzustellen.
- **Pflegepersonalbemessungsinstrumente sollten sektorenübergreifend anwendbar sein.** Veränderungen im Gesundheitssektor hinsichtlich möglicher Auswirkungen auf andere Versorgungsbereiche könnten auf diesem Weg beurteilt werden, ebenso könnten Daten und Informationen bei Verlegungen von einem in den anderen Sektor weiter genutzt werden. Dieses wäre bei Instrumenten, welche auf der Basis von Pflegediagnosen und -maßnahmen aufsetzen, besonders attraktiv. Das Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssystemen der ambulante Pflege, der stationäre Pflege, dem Krankenhaus sowie der Rehabilitation könnte deutlich gestärkt werden (Ehrentraut et al., 2015). Wichtig ist an dieser Stelle die Empfehlung, sektorenübergreifende Überlegungen nicht fragmentiert nach den Professionen der Gesundheitsversorgung zu betrachten, sondern einen integrierenden Ansatz zu verfolgen.
- **Die Erhöhung des Pflegepersonalbestandes ist zwingend mit einer inhaltlichen Ausgestaltung der pflegerischen Arbeit zu führen.** Neben den bereits skizzierten Hinweisen, dass eine reine Verbesserung der Patienten-Pflegepersonalrelation nicht automatisch mit einer Qualitätsverbesserung des pflegerischen Leitungsgeschehens einher geht, bestehen deutlich Hinweise auch darauf, dass die Arbeitsinhalte der Pflege ein bedeutender Grund + für eine hohe Arbeitsunzufriedenheit sein könnte.
-

4. Zusammenfassende Überlegungen und Empfehlungen für beide Bereiche Krankenhaus und Altenpflege

Die Gründe für die bestehenden Versorgungsdefizite und Patientengefährdungen sind in vielfältigen und vielschichtigen Ursachenzusammenhängen zu suchen und betreffen alle pflegerischen Versorgungssettings, d. h. sowohl den akutstationären Bereich, aber auch Einrichtungen der

stationären Altenpflege sowie die ambulante Pflege. Der Forschungsstand hinsichtlich der tatsächlichen Ursachen ist insbesondere im bundesdeutschen Kontext noch unbefriedigend und unzureichend. Zur Anregung der dringend notwendigen Debatte über die Hintergründe der beschriebenen Problembereiche mit Blick auf die pflegerische Versorgung sollen nachfolgend einige Hypothesen skizziert werden.

4.1 Unbefriedigende Ausgestaltung pflegerischen Handelns

Der Aspekt einer unbefriedigenden inhaltlichen Ausgestaltung des pflegerischen Handlungsspielraums sowie möglicher Lösungsansätze wurde bereits in Kapitel 1.2 ausgeführt und wird an dieser Stelle nicht wiederholt erörtert.

4.2 Fehlende Erlösrelevanz pflegerischer Leistungen

Ob Pflegende die für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung der Patienten/Bewohner erforderlichen Leistungen erbringen oder nicht, hatte bislang mit Ausnahme des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) keine Auswirkungen auf die Erlössituation eines Krankenhauses. Gleiche Überlegungen gelten für den Altenpflegebereich, es gibt aktuell keine finanziellen Anreize für die Umsetzung einer evidenzbasierten, aktivierenden therapeutischen Pflege. Es sei denn, es entstand ein Schaden, der Folgekosten für die Klinik/Altenpflegeeinrichtung generierte. Folglich fehlt den Einrichtungen ein Anreiz zur Förderung pflegetherapeutischer Leistungen. Die Rahmenbedingungen für die Umsetzung einer adäquaten pflegerischen Versorgung sind vor dem Hintergrund fehlender Personalressourcen sowohl qualitativ als auch quantitativ nicht gegeben. Das Wissen über pflegetherapeutisches Handeln und pflegetherapeutische Konzepte sind kaum bekannt und werden in Konsequenz bei vorliegender Indikation (Pflegediagnose) entsprechend wenig angewendet. Einige Beispiele unter vielen weiteren Themenbereichen sind etwa das Bobath-Konzept, die basale Stimulation, das Affolter-Modell, die Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.), Kontinenzförderung, Maßnahmen im Kontext des Ernährungs- und Wundmanagements sowie spezifische Interaktionsmodelle zum Umgang mit demenzkranken Pflegeempfängern. Stemmer bringt das Problem der fehlenden Erlösrelevanz pflegerischer Leistungen im Klinikwesen auf den Punkt: *„Die ‚Unsichtbarkeit‘ der Pflege hat einen vorläufigen Höhepunkt darin gefunden, dass innerhalb des Systems der Krankenhausfinanzierung nach DRGs Pflegeleistungen nicht eigenständig berücksichtigt werden“* (Stemmer, 2010, S. 84). Die therapeutischen Konzepte sollten in der Altenpflege ebenso verortet sein, denn gerade hier werden Betroffene betreut welche z. B. an Schluckstörungen oder Inkontinenz leiden. Es ist bekannt, dass die Prävalenz und Inzidenzrate mit dem Eintritt in Heimeinrichtungen deutlich zunimmt. Dieses lässt sich durch die vorherrschenden Versorgungskonzepte erklären (Saxer et al., 2008). Bisher eingeführte Qualitätsprüfungen in den Einrichtungen der Altenpflege konnten hier noch keine ausreichenden Anreize setzen.

4.3 Fehlende Qualitätsindikatoren der Pflege und Qualitätsberichtserstattung

Bei der Analyse der Diskussionen um pflegerische Ergebnisqualität fällt auf, dass die Debatte überwiegend auf einige wenige „klassische“ Pflege Themen reduziert wird, allen voran das der Dekubitalulcera. Es gibt im akutstationären Bereich derzeit keine Verpflichtung und (in Konsequenz)

Anerkennung pflegfachlich fundierter Leit- und Richtlinien bzw. Qualitätsniveaus wie etwa die vom „Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege“ (DNQP) entwickelten nationalen Expertenstandards. Die Qualitätsdiskussion im fünften und damit für den Klinikbereich relevanten Sozialgesetzbuch ist ausschließlich auf den Dekubitus reduziert, weitere pflegerische Qualitätsindikatoren zur Beurteilung des pflegerischen Leistungsgeschehens fehlen (Roeder & Franz, 2014; Schneeweiss, 2002), obgleich durchaus interessante Überlegungen zur Thematik einer pflegesensitiven Outcome-Messung publiziert werden (vgl. z.B. Stemmer, 2005). Im internationalen Kontext sind hier erheblich mehr Publikationen auffindbar (etwa Aydin et al., 2004; Moraes & Andrade, 2011; Sidani & Doran, 2010; Wenger, Roth, & Shekelle, 2007). Auch im Altenpflegebereich gibt es keine Qualitätsberichtserstattung von Qualitätsindikatoren. Ausschließlich die Begutachtungsergebnisse der MDK-Begutachtungen sind verfügbar.

4.4. Inadäquater Pflegepersonalschlüssel

Von verschiedenen Experten wird der Bedarf an pflegepersonellen Ressourcen unterschiedlich beziffert. Vor dem Hintergrund einer nutzbaren Datenbasis über die Bedürfnisse der zu Pflegenden, dem davon abzuleitenden Pflegebedarf sowie dem fehlenden Konsens über ein anzustrebendes pflegerisches Qualitätsniveau ist es schwierig, über einen adäquaten Pflegepersonalschlüssel zu diskutieren. Vor dem Hintergrund der in den vorangegangenen Ausführungen beschriebenen quantitativen wie auch qualitativen Versorgungsmängeln ist allerdings davon auszugehen, dass die Bewohner- bzw. Patienten-Pflegepersonal-Relation in der aktuellen Versorgungslandschaft nicht ausreicht, um eine pflegerische Versorgung orientiert am aktuellen pflegewissenschaftlichen Forschungsstand sicherstellen zu können. In vielen Bereichen wird eine evidenzbasierte und individuell am Bedürfnis des Pflegeempfängers orientierte pflegerische Versorgung nicht gewährleistet (Isfort et al., 2014; Isfort & Weidner, 2007; Isfort, Weidner, & Gehlen, 2012; Isfort et al., 2011; Isfort et al., 2010).

4.5 Fehlende Fachexperten aus der Profession Pflege

Verglichen mit benachbarten Ländern wie z. B. der Schweiz gibt es in der innerdeutschen Versorgungslandschaft, sowohl mit Bezug auf Kliniken wie auch auf (teil)stationäre Altenpflegeeinrichtungen, nur sehr wenige weitergebildete pflegerische Fachexperten wie z. B. Diabetesfachpflegepersonen, Wundversorgungsexperten, „breast care nurses“, Dysphagieexperten und ähnliche Spezialisierungen. Die quasi nicht existenten Möglichkeiten für die Mitarbeiter des Pflegedienstes, sich während der Arbeitszeit mit pflegfachlichen und alltagsrelevanten Themenstellungen auseinanderzusetzen, erschwert das Entstehen eines Pools an entsprechend qualifiziertem Pflegepersonal. Zudem fehlt in deutschen Kliniken/Altenpflegeeinrichtungen der Anreiz für die Pflegepersonen, sich entsprechend weiterzubilden, u.a. da für höhere Qualifikationsniveaus keine Vergütungsstufen bestehen und auch darüber hinaus kaum nennenswerte finanzielle Vorteile entstehen. Die Zurverfügungstellung von Ressourcen für angewandte Pflegeforschung in der Praxis ist von ebenso hoher Bedeutung, gegenwärtig jedoch so gut wie nicht in den Strukturen der Einrichtungen vorgesehen. Strukturen für die Umsetzung einer evidenzbasierten pflegerischen Versorgung sind in den Einrichtungen, wenn überhaupt nur ansatzweise vorhanden.

4.6 Empfehlungen

Die Ausführungen abschließend werden die aus den vorherigen Kapiteln abgeleiteten Empfehlungen zusammengefasst:

Personalschlüssel

- Sowohl in der Krankenhaus- wie auch der Altenpflege sind die derzeitigen Patienten- bzw. Bewohner-Pflegefachpersonal-Relationen anzuheben. Die Forderungen im Antrag der Linken sind in diesem Zusammenhang unbedingt zu unterstützen.
- Die Vertragsverhandlungen der Pflegesätze sind so zu gestalten, dass eine verbesserte Pflegepersonal-Bewohner-Relation im Altenpflegebereich möglich wird.
- Im Krankenhausbereich ist eine Anhebung auf eine Patienten-Pflegepersonal-Relation auf den europäischen Durchschnitt als Sofortmaßnahme zu empfehlen.

Pflegepersonalbemessung

- Eine sektorenübergreifende Personalbemessungslogik, welche auf der Regeldokumentation von Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen aufsetzt, ist anzustreben.
- Pflegepersonalbemessungen sind zwingend multidimensional sowohl am Zustand der Patienten bzw. Bewohner als auch dem pflegerischen Angebot auszurichten.
- Die Personalbemessung ist unter Einbezug von angemessenen Skill-/Grade-Mixen aufzusetzen.
- Die Personalbemessung ist in Verbindung mit Qualitätsindikatoren auszugestalten.

Qualitätsoffensive

- Qualitätsindikatoren sind bundeseinheitlich für alle pflegerelevanten Sektoren zu definieren. Dabei sollten zentrale Indikatoren sektorenübergreifend aufgesetzt werden und durch für den jeweiligen Versorgungsbereich spezifische ergänzt werden.
- Die Etablierung des pflegediagnostischen Prozesses zumindest bei vulnerablen Patienten-/Bewohnergruppen sowie Maßnahmen zur Sicherstellung einer evidenzbasierten Pflege stellen Grundvoraussetzungen für eine inhaltliche Neuorientierung der Pflege dar.
- Ausstattung jeder Station bzw. Wohneinheit mit einer akademisch ausgebildeten Pflegeperson aus pflegewissenschaftlich orientierten Studiengängen (z.B. Pflegewissenschaft, Advanced nursing practice, etc.) mit einer partiellen Freistellung vom regulären Schichtdienst zur Realisierung eines Theorie-Praxis-Transfers: Systematische Recherche des aktuellen pflegerischen Fachwissens, Eruiern und Etablieren neuer Versorgungskonzepte sowie die Durchführung eigener Forschungsprojekte bzw. die Partizipation an größeren Forschungsprojekten. Ein weiterer Aufgabenbereich ist in der systematischen Personalentwicklung etwa über kontinuierliche Fallarbeit zu sehen. Diese Pflegepersonen sind entsprechend ihrem Aufgabenfeld und ihrer Qualifikation mit einer adäquaten Gehaltsstruktur zu entlohnen.

Inhaltliche Neuorientierung

- Die inhaltliche Neuorientierung ist u.a. auf die Aspekte der Patientenedukation, Prävention und im Altenpflegebereich stärker auf Teilhabe zu fokussieren.
- Die Verordnungskompetenz der Pflegeberufe für Heilhilfsmittel ist entsprechend der pflegediagnostischen Befunde zu etablieren.

Attraktivität der Pflegeberufe stärker fördern

- Die oben aufgeführten Aspekte wie Reduktion der Arbeitsbelastung, Neuausrichtung der pflegefachlichen Inhalte, Aufwertung der Pflegeberufe durch eine Verordnungskompetenz, Schaffung von Arbeitsbedingungen, welche eine evidenzbasierte (intern und extern) Pflege ermöglichen, lassen bereits Auswirkungen auf die Attraktivität der Pflegeberufe erwarten.

- Darüber hinaus ist die Umsetzung einer generalistischen Ausbildung mit einer Neugestaltung der Ausbildungsinhalte welche deutlich stärker auf den Erwerb von „critical thinking“, Pflegediagnostik und vieles mehr ausgerichtet ist zwingend dazu.
- Eine Image-Kampagne und Förderung von pflegerischer Versorgungsforschung ist ebenfalls zu empfehlen.

An dieser Stelle sei explizit darauf verwiesen, dass die hier formulierten Empfehlungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Ebenso wird bei differenzierter Reflexion sichtbar, dass die vorgestellten Maßnahmen mit einer deutlichen Bedeutungsaufwertung und Professionalisierung der Pflegeberufe einhergehen, was als zentrale Grundvoraussetzung zur Erhöhung der Attraktivität der Pflegeberufe und somit zur nachhaltigen Sicherstellung professionellen Nachwuchses in der Pflege zu verstehen ist. Aus motivationstheoretischen Forschungsarbeiten über Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit ist bekannt, dass neben hygienebezogenen Faktoren auch die Unternehmens- und Führungspolitik, das Gehalt sowie die allgemeinen Arbeitsbedingungen entscheidend sind, um Arbeitszufriedenheit herzustellen. Zu den sog. Motivatoren zählen Anerkennung, interessante Arbeitsinhalte, persönliche Entfaltungsmöglichkeiten sowie die Option zur Verantwortungsübernahme und Aufstiegsmöglichkeiten (Stahle, 1994).

5. Zur Person der Sachverständigen:

- Gesundheits- und Krankenschwester
- Lehrerin für Pflegeberufe
- Studium Pflegewissenschaft
- Dissertation im Bereich Validierung von Pflegeklassifikationen
- Qualitätsmanagerin sowie Zertifizierungsauditorin für die DQS
- Mitglied als Expertin auf dem 2. Pflegegipfel
- Begleitung von Forschungsprojekten und Vorlesungstätigkeit zu den Themenschwerpunkten von DRG und Pflege, Pflegepersonalbemessung, Outcome-Indikatoren, Validität von Pflegediagnosen, elektronische Patientenakte
- Stellvertretender Vorstand der Fachgesellschaft „Profession Pflege“
- Leiterin der Abteilung Forschung und Entwicklung der Firma RECOM GmbH seit 2013

Kontakt:

Dr. rer. medic. Pia Wieteck

Falterstraße 17

85107 Baar-Ebenhausen

Tel.: 08453-3399684

E-Mail: Pia.Wieteck@t-online.de

Literatur:

- (bpa) Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. & (vdek) Verband der Ersatzkassen.** (2016). Empfehlungen des vdek und des bpa zur Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II). Retrieved from https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2016/umsetzung-psg/_jcr_content/par/download/file.res/Empfehlung%20des%20vdek%20und%20bpa%20zur%20Umsetzung%20der%20PSG%20II_20160210.pdf (Accessed: 22.11.2016).
- Aichele, V. & Schneider, J.** (2006). Soziale Menschenrechte älterer Personen in Pflege. Retrieved from http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/studie_soziale_menschenrechte_aelterer_personen_in_pflege.pdf (Accessed: 21.07.2015).
- Aiken, L. H. et al.** (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 counties in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344(e1717). doi: 10.1136/bmj.e1717
- Augurzyk, B. et al.** (2016). Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus. *RWI Materialien - Heft 104*. Retrieved from http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien_104.pdf (Accessed: 20.05.2016).
- Aydin, C. E. et al.** (2004). Creating and analyzing a Statewide Nursing Quality Measurement Database. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(4), pp. 371-378.
- Bartholomeyczik, S.** (2007). Reparaturbetrieb Krankenhaus, DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege. *Dr. med. Mabase, März/April 2007*(166).
- Bartholomeyczik, S., Haasenritter, J., & Wieteck, P.** (2009). Instrumente zur Abbildung des Pflegeaufwands in der DRG-Systematik. Literaturanalyse. *Pflegewissenschaft*, 12(9), pp. 669-687.
- Bartholomeyczik, S. & Hunstein, D.** (2000). Erforderliche Pflege - zu den Grundlagen einer Personalbemessung. *Pflege & Gesellschaft*, 5(4), pp. 105-109.
- Bartholomeyczik, S. et al.** (2008). Adäquate Abbildung des Pflegeaufwandes im G-DRG-System. Forschungsantrag zur Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Retrieved from http://www.lep.ch/files/content/download/db/Bartholomeyczik_2008_kurz.pdf (Accessed: 11.08.2015).
- Beikirch, E. et al.** (2014). Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells - Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“. Retrieved from http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Entbuerokratisierung/Abschlussbericht_und_Anlagen_fin20140415_sicher.pdf (Accessed: 31.03.2016).
- Braun, B., Klinke, S., & Müller, R.** (2010). Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. *Pflege & Gesellschaft*, 15(1), pp. 5-19.
- Braun, B. & Müller, R.** (2005). Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern. *Pflege und Gesellschaft*, 10(3), pp. 131-141.
- Brocklehurst, H. & Laurensen, M.** (2008). A concept analysis examining the vulnerability of older people. *British Journal of Nursing*, 17(21), pp. 1354-1357. doi: 10.12968/bjon.2008.17.21.31738
- Brühl, A. & Planer, K.** (2013). PiSaar Pflegebedarf im Saarland - Abschlussbericht. Retrieved from http://opus.bsz-bw.de/kidoks/volltexte/2013/117/pdf/PiSaar_Abschlussbericht_2013.pdf (Accessed: 27.07.2015).
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.** (2012). Arbeit in der Pflege - Arbeit am Limit? Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche. BIBB/BAuA-Faktenblatt 10. Retrieved from

- <http://www.baua.de/de/Publikationen/Faktenblaetter/BIBB-BAuA-10.html> (Accessed: 20.11.2016).
- Carr-Hill, R. A. & Jenkins-Clarke, S.** (1995). The chimera of nursing workload management systems. *Health Informatics Journal*, 1(1), pp. 22-25. doi: 10.1177/146045829500100106
- Cousley, A., Martin, D. S., & Hoy, L.** (2014). Vulnerability in the perioperative patient: a concept analysis. *Journal of Perioperative Practice*, 24(7-8), pp. 164-171.
- Ehrentraut, O. et al.** (2015). Zukunft der Pflegepolitik - Perspektiven, Handlungsoptionen und Politikempfehlungen. Retrieved from <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12140.pdf> (Accessed: 29.03.2016).
- Fajardo, A.** (2013). *Die (Un-)Attraktivität des Pflegeberufes in Deutschland und der Einfluss der Führungskräfte* (Vol. 1. Auflage): Diplomica Verlag.
- Flori, W., Bunzemeier, H., & Roeder, N.** (2014). Welche Informationen enthält die InEK -Matrix über notwendige Personalressourcen? Pläne der neuen Bundesregierung könnten zur Fehlsteuerung führen. *Das Krankenhaus*, 106(3), pp. 212-219.
- Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN.** (2015). Gute Versorgung, gute Arbeit - Krankenhäuser zukunftsfest machen. Deutscher Bundestag, Drucksache 18/5381. Retrieved from <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805381.pdf> (Accessed: 27.07.2015).
- Gehr, T.** (2015). Beispiel des Projekts "therapeutische Interventionen im Bereich Schlucken". In P. Wietek (Ed.), *Handbuch 2015 für PKMS. Kodierrichtlinien und praktische Anwendung des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten* (6 ed.). Kassel: RECOM, pp. 176-180.
- Görres, S. et al.** (2010). „Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten“ - Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes - ERGEBNISBERICHT -. (März), 82. Retrieved from https://www.pflege-ndz.de/tl_files/pdf/Image_Abschlussbericht-Endfassung.pdf (Accessed: 20.08.2015).
- Greß, S. & Stegmüller, K.** (2014). Personalbemessung und Vergütungsstrukturen in der stationären Versorgung, Gutachterliche Stellungnahme für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di). Retrieved from <https://gesundheitspolitik.verdi.de/++file++54782bfd6f68440c4c001fc3/download/Gutachten%20Gre%C3%9F%20Stegm%C3%BCller.pdf> (Accessed: 03.06.2016).
- Greß, S. & Stegmüller, K.** (2016). Gesetzliche Personalbemessung in der stationären Altenpflege, Gutachterliche Stellungnahme für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di). 1-37. Retrieved from https://www.verdi.de/++file++56cd87e7bdf98d086200021a/download/Gutachten_gress_stegmueller.pdf (Accessed: 15.11.2016).
- Griffiths, P. et al.** (2014). The association between patient safety outcomes and nurse / healthcare assistant skill mix and staffing levels & factors that may influence staffing requirements. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/sg1/documents/safe-staffing-for-nursing-in-adult-inpatient-wards-in-acute-hospitals-evidence-review-12> (Accessed: 02.06.2016).
- Isfort, M.** (2008). *Patientenklassifikation und Personalbemessung in der Pflege*. Münster: Monsenstein und Vannerdat.
- Isfort, M. et al.** (2014). Pflege-Thermometer 2014 "Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus". Retrieved from http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf (Accessed: 20.08.2015).

- Isfort, M. & Weidner, F.** (2007). *Pflege-Thermometer 2007: Eine bundesweite representative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus*. Köln. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip).
- Isfort, M., Weidner, F., & Gehlen, D.** (2012). *Pflege-Thermometer 2012: Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus*. Köln. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip).
- Isfort, M. et al.** (2011). Zur Situation des Pflegepersonals in deutschen Krankenhäusern - Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2009. *Pflege & Gesellschaft*, 16(1-19).
- Isfort, M. et al.** (2010). *Pflegethermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*. Köln. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung.
- Kraus, S., Wieteck, P., & Linhart, M.** (2014). Einleitung. In P. Wieteck (Ed.), *ENP-Pflegediagnosen für die Altenpflege*. Kassel: RECOM, pp. 19-48.
- Krohwinkel, M.** (1993). *Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexikranken* (pp. 550). Bonn. Bundesministerium für Gesundheit.
- Lang, T. A. et al.** (2004). Nurse-Patient Ratios: A Systematic Review on the Effects of Nurse Staffing on Patient, Nurse Employee, and Hospital Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34(7-8), pp. 326-337.
- McGillis Hall, L., Doran, D., & Pink, G. H.** (2004). Nurse Staffing Models, Nursing Hours, and Patient Safety Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34(1), pp. 41-45.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Ed.)**. (2012). 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Retrieved from http://www.mdk.de/media/pdf/MDS_Dritter_Pflege_Qualitaetsbericht_Endfassung.pdf (Accessed: 09.04.2016).
- Melnyk, B. M. et al.** (2012). The State of Evidence-Based Practice in US Nurses: Critical Implications for Nurse Leaders and Educators. *Journal of Nursing Administration*, 42(9), pp. 410-417. doi: 10.1097/NNA.0b013e3182664e0a
- Montalvo, I.** (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators® (NDNQI®). *Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3). doi: 10.3912/OJIN.Vol12No03Man02
- Moraes, D. P. & Andrade, C. R.** (2011). Quality indicators for integrated care of dysphagia in hospital settings. *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 23(1), pp. 89-94.
- Moritz, S.** (2013). Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen *Schriften zum Sozialrecht Band 29*: Nomos-Verlag, pp. 253.
- O'Brien-Pallas, L., Cockerill, R., & Leatt, P.** (1992). Different Systems, Different Costs? An Examination of the Comparability of Workload Measurement Systems. *Journal of Nursing Administration*, 22(12), pp. 17-22.
- Offermanns, M. & Bergmann, K. O.** (2008). *Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes*. Düsseldorf. Deutsches Krankenhausinstituts (DKI). Retrieved from https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/neuordnung-aerztlicher-dienst_langfassung.pdf (Accessed: 06.08.2015).

- Pelchen, L. et al.** (2014). Adäquate Personalbesetzung - Positionspapier. Stellungnahme der Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung des OPS 9-20 zum Diskussionspapier IBES und den Pressemeldungen des DPR. Retrieved from http://www.ispg-fachtag.de/tl_files/download/ISPG-2015_Wieteck-Pia_AGKAMED-Positionspapier-Pflege-und-DRG.pdf (Accessed: 02.03.2015).
- Pelchen, L. et al.** (2016). Stellungnahme zum RWI-Gutachten 2016 "Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus". 10. Retrieved from http://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/stellungnahmen/Stellungnahme%20Fachgesellschaft_RWI-Gutachten.pdf (Accessed: 27.11.2016).
- Pflege-Selbsthilfeverband e.V.** (2013). Positionspapier Personalpolitik in der Altenpflege. Retrieved from https://www.pflege-shv.de/uploads/pflege-shv/Stellungnahmen-Ratgeber/Personalschlüssel_Altenheim_032013_0_.pdf (Accessed: 23.11.2016).
- Rieger, A.** (2014). Verfassungsbeschwerde an das Bundesverfassungsgericht. Retrieved from <http://pflege-prisma.de/wp-content/uploads/2014/11/Verfassungsbeschwerde-Pflege-A.Rieger.pdf> (Accessed: 08.01.2016).
- Roeder, N. & Franz, D.** (2014). Qualitätsmanagement im Krankenhaus - Aktueller Entwicklungsstand und Ausblicke. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 19(01), pp. 16-21.
- Rohrmair, A.** (2008). Gewalt gegen pflegebedürftige Senioren Welche Rolle sollte die Polizei spielen? Retrieved from http://195.202.38.218/onlinedokumente/masterarbeiten/2008/Rohrmair_Andreas.pdf (Accessed: 08.01.2016).
- Rothgang, H.** (2015). Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II) BT-Drucksache 18/5926. Retrieved from <https://www.bundestag.de/blob/390706/784349b297f2f608fd92b0d9becbee4e/esv-prof--dr--heinz-rothgang-data.pdf> (Accessed: 22.11.2016).
- Rothgang, H. et al.** (2015). Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI. Evaluation des NBA. Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EVIS). Retrieved from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/pflegebeduerftigkeitbegriff/Pflege_EViS-Endbericht_mit_Anhang_05-2015.pdf (Accessed: 11.11.2016).
- Saxer, S. et al.** (2008). Prevalence and incidence of urinary incontinence of Swiss nursing home residents at admission and after six, 12 and 24 months. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), pp. 2490-2496. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02055.x
- Schmidpeter, I., Peters, L., & Wieteck, P.** (2013). Ausufernd - oder halb so Wild? PKMS-Dokumentation. *Die Schwester/Der Pfleger*, 52(9), pp. 912-915.
- Schneeweiss, S.** (2002). Ergebnismessung im Krankenhaus: Das Qualitätsmodell Krankenhaus (QMK). *GGW*, 2(4), pp. 7-15.
- Schrems, B.** (2006). Der Pflegeprozess im Kontext der Professionalisierung. *PrInterNet*, 8(01), pp. 44-52.
- Schwarz, M.** (2013). Schlagzeilen durch Personalnot: Mitarbeiter des Stuttgarter Olgahospitals beklagen öffentlich Missstände - Patientenversorgung soll gefährdet sein. *Mannheimer Morgen*. Retrieved from <http://www.morgenweb.de/nachrichten/sudwest/schlagzeilen-durch-personalnot-1.861059> (Accessed: 01.09.2015).

- Shekelle, P. G.** (2013). Nurse-Patient Ratios as a Patient Safety Strategy: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158(5 Pt 2), pp. 404-409. doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00007
- Sidani, S. & Doran, D.** (2010). Relationships Between Processes and Outcomes of Nurse Practitioners in Acute Care: An Exploration. *Journal of Nursing Care Quality*, 25(1), pp. 31-38.
- Simon, M.** (2015). *Stellungnahme zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSKG)* (Bundesdrucksache 18/5372). Deutscher Bundestag.
- Stahle, W. H.** (1994). *Management - Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive* (7 ed.). München: Vahlen.
- Staggs, V. S. & Dunton, N.** (2014). Associations between rates of unassisted inpatient falls and levels of registered and non-registered nurse staffing. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(1), pp. 87-92. doi: 10.1093/intqhc/mzt080
- Statistisches Bundesamt.** (2016). Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser 2015. *Fachserie 12 Reihe 6.1.1 2015*. Retrieved from https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611157004.pdf?__blob=publicationFile (Accessed: 23.11.2016).
- Stemmer, R.** (2005). Zur aktuellen Lage der pflegesensitiven Outcomemessung - eine Übersicht. *PR-InterNet*, 7(7-8), pp. 430-435.
- Stemmer, R.** (2010). Messung von Ergebnisqualität in der Pflege. In R. Stemmer (Ed.), *Qualität in der Pflege - trotz knapper Ressourcen*. Hannover: Schlütersche, pp. 79-98.
- Tillmann, R. & Harazim, T.** (2015). Für Heime kann es teuer werden. *CARE konkret*, 36(9), pp. 1.
- Twigg, D. et al.** (2012). Impact of skill mix variations on patient outcomes following implementation of nursing hours per patient day staffing: a retrospective study. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), pp. 2710-2718. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05971.x
- Weidner, F.** (2016). "Realitätsfernes Zahlenspiel" Reaktionen auf das RWI-Gutachten - "Dürftige Methodik, wirklichkeitsfernes Ergebnis". *Die Schwester / Der Pfleger*, 55(6/16), pp. 77.
- Wenger, N. S., Roth, C. P., & Shekelle, P.** (2007). Introduction to the Assessing Care of Vulnerable Elders-3 Quality Indicator Measurement Set. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, pp. S247-S252. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01328.x
- Wieteck, P.** (2007). *Können ENP-Pflegediagnosen die verbrauchte Pflegezeit gemessen in LEP Nursing 3 erklären?*
- Wieteck, P.** (2008). Pflegerelevante Fallgruppen. In P. Wieteck (Ed.), *Validierung von Pflegediagnosen der Pflegeklassifikation ENP (European Nursing care Pathways): Crossmappings von ENP mit ICNP und NANDA*. Bad Emstal: RECOM, pp. 39-45.
- Wieteck, P.** (2015). Stellungnahme zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung. Bundesdrucksache 18/5372. Retrieved from <http://www.bundestag.de/blob/386728/7bc285002ebd2f9c9b67d019503f79e7/esv-dr--pia-wieteck-data.pdf> (Accessed: 16.11.2015).
- Wieteck, P. & Kraus, S.** (2015). Personalbedarf messen: aber wie? *CNE Pflegemanagement*(5), pp. 14-17.

- Wieteck, P. & Kraus, S.** (2016). *Personalbedarf Pflege. Sektorenübergreifende Analyse der Pflegesituation und ihre Bemessungsgrundlagen mit Handlungsempfehlungen*. Kassel: RECOM GmbH.
- Wingenfeld, K. et al.** (2011). Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Retrieved from http://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Abschlussbericht_Ergebnisqualitaet_.pdf (Accessed: 13.03.2015).
- Wingenfeld, K. & Schnabel, E.** (2002). Forschungsbericht: Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Retrieved from https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Pflegebedarf_und_Leistungsstruktur.pdf (Accessed: 27.07.2015).
- Zander, B. et al.** (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern - Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen*, 76(11), pp. 727-734. doi: 10.1055/s-0033-1364016
- Zimmermann, P. et al.** (2016b). Gute Arbeit in der Pflege - Personalbemessung in der Altenpflege einführen, Durcksache 18/9122. Retrieved from <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/091/1809122.pdf> (Accessed: 20.11.2016).
- Zimmermann, P. et al.** (2016a). Antrag der Fraktion DIE LINKE: Gute Arbeit - Gute Versorgung: Mehr Personal in Gesundheit und Pflege. Retrieved from <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/075/1807568.pdf> (Accessed: 20.11.2016).

Anlagen I-III

Hinweis: Die in dem Gutachten vertretenen pflegerischen Positionen und Empfehlungen decken sich mit den Empfehlungen der Fachgesellschaft Profession Pflege (www.pro-pflege.eu)

Anlage 1:

Wieteck, P. (2015). *Stellungnahme zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung. Bundesdrucksache 18/5372*. Retrieved from <http://www.bundestag.de/blob/386728/7bc285002ebd2f9c9b67d019503f79e7/esv-dr--pia-wieteck-data.pdf>

Anlage 2:

Pelchen, L. et al. (2016). *Stellungnahme zum RWI-Gutachten 2016 "Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus". 10*. Retrieved from http://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/stellungnahmen/Stellungnahme%20Fachgesellschaft_RWI-Gutachten.pdf (Accessed: 27.11.2016).

Anlage 3:

Pelchen, L. et al. (2014). *Adäquate Personalbesetzung - Positionspapier. Stellungnahme der Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung des OPS 9-20 zum Diskussionspapier IBES und den Pressemeldungen des DPR*. Retrieved from http://www.ispg-fachtag.de/tl_files/download/ISPG-2015_Wieteck-Pia_AGKAMED-Positionspapier-Pflege-und-DRG.pdf (Accessed: 02.03.2015).

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0125(30)

gel. ESV zur öAnhörung am 07.09.

15_KHSG

02.09.2015

Stellungnahme zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung

Bundesdrucksache 18/5372

Dr. rer. medic. Pia Wieteck, Einzelsachverständige
1.9.2015

Inhalt

Einleitung.....	2
1. Das Stellenförderprogramm greift zu kurz.....	3
1.1 Der bestehende zusätzliche Pflegepersonalbedarf ist deutlich höher	4
1.2 Bekannte pflegerische Versorgungsdefizite in deutschen Krankenhäusern.....	4
1.3 Überlegungen zur Konkretisierung des „notwendigen Pflegepersonals“	9
1.4 Überlegungsansätze zum Gesetzesentwurf	10
2. Alternative Lösungsansätze.....	11
2.1 Bewertung möglicher „kurzfristiger“ Lösungsansätze	11
2.1.1 Zweckbindung der Pflegepersonalkosten im DRG-System	11
2.1.2 PPR-Einführung als kurzfristige Lösung zur Pflegepersonalbemessung.....	12
2.1.3 Mindestvorgaben für Nachtdienste	13
2.2 Langfristige Lösungsansätze zur Verbesserung der Pflegepersonalstellensituation	14
2.2.1 Hintergründe	14
2.2.2 Vorteile der NRG (Nursing Related Groups) als langfristiger Lösungsansatz	16
A) Verbesserung der Qualität durch die erforderlichen Voraussetzungen für die NRG:.....	16
B) Personalbemessung und Vergütung berücksichtigt Pflegebedürfnis und Pflegebedarf...	17
C) Positive Auswirkungen auf das DRG-System und die interdisziplinäre Zusammenarbeit	17
D) DRG-konformer Lösungsansatz	18
E) Verbesserung der Verteilungs- Vergütungsgerechtigkeit im DRG-System	18
F) Stärkung der Position der Pflege bei Personalstellenverhandlungen	18
G) Förderung der eHealth-Strategien	18
H) Schaffung der Datengrundlage für nationale Qualitätsindikatoren in der Pflege	18
I) Förderung einer Pflege basierend auf „best practice“ und/oder “evidence based nursing“	18
J) Zweckgerichteter Einsatz pflegerischer Ressourcen.....	19
Zusammenfassende Bewertung der NRG	19
Zur Person	20
Literatur.....	21

Einleitung

Anlass für die Stellungnahme zum Gesetzesentwurf und die Auseinandersetzung mit den Anträgen der Fraktionen DIE LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN war die Einladung als Einzelsachverständige zur öffentlichen Anhörung im Deutschen Bundestag am 7. September 2015 zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)“.

Die vorliegende Stellungnahme beschränkt sich auf das geplante Pflegestellen-Förderprogramm, sowie auf die Anträge der Fraktion DIE LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Hier werden jeweils Alternativkonzepte für ein Förderprogramm der Pflege, abweichend vom Gesetzesentwurf, aufgezeigt.

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass die Bundesregierung entschieden hat, weitere Fördermittel zum Aufbau von Pflegepersonen im Krankenhaus bereitzustellen.

Soll künftig eine pflegerische Versorgung auf wissenschaftlichem Erkenntnisstand der Pflege ohne deutliche Versorgungsdefizite, Unterversorgung und Gefährdung der Patientensicherheit realisiert werden, greift das im Gesetzesentwurf formulierte Pflegestellen-Förderprogramm deutlich zu kurz und wird, wie bereits das Pflegestellen-Förderprogramm von 2009–2012, keinen Effekt auf die Versorgungsqualität und Arbeitsbelastung der Pflege haben.

Nachfolgend werden nochmals die Elemente aus den Gesetzesvorlagen und Anträgen aufgezeigt, auf welche ich in meiner Stellungnahme eingehen werde.

Zusammenfassend der Überblick der von mir kommentierten Aspekte:

Gesetzesentwurf

II.2 Einrichtung eines Pflegestellen-Förderprogramms

Eine Krankenhausbehandlung mit guter pflegerischer Versorgung kann nur geleistet werden, wenn im Krankenhaus ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal vorhanden ist. Insbesondere zur Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die einen erhöhten Pflegebedarf haben, wie etwa an Demenz erkrankte, pflegebedürftige oder behinderte Patientinnen und Patienten, sowie zur Unterstützung des Pflegepersonals, das große Verantwortung für das Leben und die Gesundheit der Patientinnen und Patienten trägt, werden folgende Maßnahmen ergriffen:

– Zur Stärkung der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung (ausschließlich „Pflege am Bett“) wird für die Jahre 2016 bis 2018 ein stufenweise ansteigendes Pflegestellen-Förderprogramm aufgelegt. Allein in den Jahren 2016 bis 2018 belaufen sich die Fördermittel auf bis zu 660 Millionen Euro. Nach dem Ende des Förderprogramms verbleiben die zusätzlichen Mittel in Höhe von jährlich bis zu 330 Millionen Euro im Krankenhausbereich. Die Krankenhäuser haben einen Eigenfinanzierungsanteil in Höhe von 10 Prozent der Personalkosten zu tragen (Deutscher Bundestag Durcksache 18/5372, 2015, S. 3).

Kurzfristige Maßnahmen – Einführung der PPR

„Als Soforthilfe bis zur Einführung des neuen Verfahrens zur Personalbemessung ist die PPR für einen Übergangszeitraum von 3 Jahren wieder einzuführen ...“ (Fraktion Die Linke, 2015)

„Als Sofortmaßnahme ist ein Pflegestellenprogramm nötig, das sich mindestens an den Größenordnungen der 1997 abgeschafften Pflegepersonalregelung (PPR) orientiert.“ (Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, 2015)

Kurzfristige Maßnahme – Mindestbesetzung im Nachtdienst

Als Sofortmaßnahme zur Entlastung des Nachtdienstes ist eine Regelung zu erlassen, die den Einsatz von mindestens zwei examinierten Pflegekräften pro Nachtschicht und Station verbindlich vorschreibt. (Fraktion Die Linke, 2015, S. 3)

Kurzfristige Maßnahmen – Zweckbindung

„Um sicherzustellen, dass das Instrument auch zu einer besseren Personalausstattung führt, sollte eine Zweckbindung der DRG-Zuweisungen für den Pflegebereich vorgesehen werden.“ (Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, 2015)

Mittel- bis langfristige Maßnahmen – NRG oder PRG

„[...] im Pflegebereich der Krankenhäuser verbindliche Personalbemessungsregelungen eingeführt werden und mittel- und langfristig ein transparentes und leistungsbezogenes System der Pflegefinanzierung entwickelt und eingeführt wird [...].“ (Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, 2015, S. 2)

„[...] auf Verbesserungen bei den Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Krankenhaus wie etwa einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf und einer besseren Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe untereinander hinzuwirken [...].“ (Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, 2015, S. 2)

„Für die mittel- bis langfristige Perspektive ist eine leistungsbezogene Pflegepauschale (Nursing Related Groups) denkbar. Ein vergleichbares Instrument zur besseren Abbildung des Pflegebedarfs im stationären Vergütungssystem und zur Entwicklung von Pflegeindikatoren hatte beispielsweise 2008 der Deutsche Pflegerat ins Gespräch gebracht (Bartholomeyczik, Sabine: Adäquate Abbildung des Pflegeaufwands im G-DRG-System. Witten-Herdecke, Berlin 2008).“ (Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, 2015, S. 5)

1. Das Stellenförderprogramm greift zu kurz

Diese Meinung wird von zahlreichen Verbänden, Kliniken, Studienergebnissen und Interessensvertretern gestützt. Nachfolgend ein paar Belege ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

- *„Die prekären Arbeitsbedingungen der beruflich Pflegenden in den Krankenhäusern spitzen sich zu, die chronische Überlastung hat gravierende Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten. Die Patientensicherheit ist nicht gewährleistet, Versorgungsdefizite treten immer häufiger zutage. Der Gesetzentwurf zur Krankenhausreform jedoch greift all dies nicht auf. Im Widerstand gegen diese Gesundheitspolitik treten DBfK und die Gewerkschaft ver.di jetzt gemeinsam an Politik und Öffentlichkeit heran.“* Pressemeldung von DBfK und ver.di vom 18.06.2015: <http://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2015/626368005.php> (Accessed: 28.08.2015)
- Die Arbeitsbelastung ist von 1996 bis 2013 kontinuierlich um ca. 28 % gestiegen (Wieteck et al., 2015). Diese Zahl basiert auf der Kennzahl, die auch vom Sachverständigenrat genutzt wurde, um die Entwicklung der Arbeitsbelastung darzustellen. (Anzahl der Behandlungsfälle pro Vollkraft im Jahresdurchschnitt (Sachverständigenrat, 2007, S. 337 f)). Diese Kennzahl berücksichtigt nicht den erhöhten erforderlichen Pflegebedarf durch die demografische Entwicklung der Patienten (zunehmendes Alter, Multimorbidität usw.); dieser deutlich erhöhte Pflegebedarf impliziert die Notwendigkeit, den aus dem Bedarf resultierenden, erhöhten quantitativen und qualitativen Leistungsaufwand zu erbringen. Es ist davon auszugehen, dass durch diesen Effekt ein zusätzlicher Pflegebedarf und damit Arbeitsbelastung z. B. durch zunehmende Demenz (Isfort et al., 2014) oder andere Phänomene hinzukommt. Die massiv gestiegene Arbeitsbelastung des Pflegepersonals

führt zur Überbelastung und gefährdet die Gesundheit des Pflegepersonals. Die schlechten Arbeits- und Pflegebedingungen führen zu einer zunehmenden Unzufriedenheit im Beruf, welche wiederum die Versorgungsqualität negativ beeinflusst (B. Braun, Klink & Müller, 2010; B. Braun & Müller, 2005). Die Unzufriedenheit im Beruf, die schlechte Bezahlung, Schichtdienste, die begrenzten Möglichkeiten des Aufstiegs und der persönlichen Entwicklung in Kliniken führen dazu, dass der Pflegeberuf in der Attraktivität sinkt (Fajardo, 2013; Görres et al., 2010).

1.1 Der bestehende zusätzliche Pflegepersonalbedarf ist deutlich höher

Die „fehlenden“ Pflegepersonen (nach Qualifikation und Anzahl) können derzeit nicht konkret quantifiziert werden. Hierzu fehlen in Deutschland konkrete Daten über das „Pflegebedürfnis¹“ und den „Pflegebedarf²“ der Patienten. Ebenso ist unbekannt, welche Auswirkungen die impliziten Rationierungen von erforderlichen Pflegeleistungen im Versorgungsprozess auf das Ergebnis haben. Zur vertieften Diskussion darüber, wie viel Pflegepersonal benötigt wird um eine sicher und am Pflegebedarf orientierte Pflege zu gewährleisten sollen zunächst die bestehenden Defizite die durch die wenigen Forschungsarbeiten bekannt sind zusammenfassend dargestellt werden. Dieses um den Handlungsbedarf zu verdeutlichen.

1.2 Bekannte pflegerische Versorgungsdefizite in deutschen Krankenhäusern

Anhand der nachfolgenden Studienergebnisse wird sehr deutlich, dass Versorgungsdefizite und Patientengefährdungen existieren. Daraus abzuleiten ist, dass auf der einen Seite zu wenig Personal vorhanden ist, um eine „adäquate Pflege“ zu gewährleisten und/oder die vorhandenen Ressourcen durch Übernahme anderer Tätigkeiten nicht genutzt werden. Die derzeitigen Versorgungsdefizite und Patientengefährdungen sind vermutlich deutlich gravierender, derzeit aber wegen nicht vorhandener Studien und fehlender einheitlich eingeführter Qualitätskennzahlen nicht sichtbar.

Nachfolgend Belege, welche auf deutliche Versorgungsdefizite im Krankenhaus hinweisen:

- Auf Grundlage einer Literaturanalyse kommt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu dem Schluss, dass ein **Zusammenhang zwischen der Pflegekapazität und der Qualität der Patientenversorgung** besteht. Das Institut empfiehlt eine Begleitforschung, um zu untersuchen, inwieweit der Personalabbau im Krankenhaus im Pflegedienst die Versorgungsqualität und Patientensicherheit beeinflusst (IQWiG 2006). So kommen z. B. Rafferty et al. (2007) zu dem Ergebnis, dass die Patienten und das Pflegepersonal in den Krankenhäusern mit dem besten Beschäftigungsverhältnis (eine niedrigere Anzahl an Patienten pro Pflegekraft) je bessere Ergebnisse erzielten als jene Krankenhäuser mit weniger guten Beschäftigungsverhältnissen. Die Mortalitätsrate lag in den Häusern mit den ungünstigsten

¹ Ein Mensch ohne Beeinträchtigungen und/oder krankheitsbedingte Einschränkungen verfügt über die Fähigkeit, die alltäglich anfallenden Selbstpflegetherfordernisse und/oder Lebensaktivitäten zu realisieren (Henderson, 1972; Meleis, 1999; Orem, 1995). Fehlen dem Betroffenen nun Fähigkeiten, Ressourcen, um die Selbstpflegetherfordernisse und Lebensaktivitäten selbst zu realisieren, entsteht ein Bedürfnis nach Unterstützung. Bei dem Begriff der Pflegebedürftigkeit handelt es sich außerhalb des SGB XI um eine deskriptive Kategorie. Mit dem Begriff des Pflegebedürfnisses werden Phänomene angesprochen, welche im Kontext des Pflegeprozesses in Form von Pflegeproblemen/-diagnosen fassbar gemacht werden (Wingenfeld & Schnabel, 2002).

² Der erforderliche Pflegebedarf, welcher sich aus den individuellen Bedürfnissen des Betroffenen ergibt, dargestellt in Pflegeproblemen/-diagnosen des Betroffenen ist die Grundlage zur Entscheidungsfindung über mögliche Pflegemaßnahmen und/oder andere Angebote. Abhängig von den mit dem Betroffenen abgestimmten Pflegezielen werden die Pflegemaßnahmen, also der Pflegebedarf des Betroffenen vereinbart (Schröder, 2010; Wingenfeld, Büscher & Gansweid, 2008). Der Pflegebedarf ist keine „objektive“ Größe, welche abgelesen werden könnte, sondern abhängig von spezifischen normativen Verfahren zur Bedarfsermittlung (Simon, 2014).

Patienten-Pflegepersonal-Verhältnissen um 26 % höher. („Patients and nurses in the quartile of hospitals with the most favorable staffing levels (the lowest patient-to-nurse ratios) had consistently better outcomes than those in hospitals with less favorable staffing. Patients in the hospitals with the highest patient-to-nurse ratios had 26 % higher mortality“; Rafferty et al. 2007, S. 175.) Dem Menschenverstand folgend führt jede Personalreduktion zu einer Rationierung von (notwendigen) konkreten Leistungen und damit möglicherweise zu Versorgungsdefiziten, mit der Folge primärer (in den Kliniken) und/ oder sekundärer Gesundheitsschäden für den Patienten; nicht zu vernachlässigen sind die in Folge der Mangelversorgung entstehenden zusätzlichen Gesundheitskosten.

- Das **Ausmaß „impliziter Rationierung“ pflegerischer Leistungen im deutschen Gesundheitswesen im Krankenhaus** ist noch weitgehend unerforscht, dennoch sind die bisherigen ersten veröffentlichten Ergebnisse als alarmierend einzustufen. Implizites Rationieren bedeutet, dass erforderliche Pflegemaßnahmen aufgrund fehlender (zeitlicher) Ressourcen nicht erbracht werden (können) und die Entscheidungsmacht, „wo“ und „was“ zu rationieren ist, im Ermessensspielraum der behandelnden Einzelperson liegt. Es kann davon ausgegangen werden, dass Rationierungsentscheidungen in deutschen Kliniken überwiegend der einzelnen Pflegeperson überlassen sind. So zeigt die Studie von Isfort et al. 2012 auf, dass nur bei 6,5 % der befragten Personen auf Intensivstationen klare Regeln für Rationierungsentscheidungen bei Überlastung des Pflegepersonals vorgelegen haben (Isfort, Weidner & Gehlen, 2012, S. 67). Erste nicht unerhebliche Hinweise auf eine „verdeckte Rationierung“ pflegerischer Leistungen im Krankenhaus gab es in der repräsentativen Umfrage des Pflegebarometers im Jahr 2010. Der Umfrage des dip (2010) zufolge gab mehr als die Hälfte der Befragten an, dass die Personalauslastung mit examinierten Pflegekräften auf der Station nicht ausreichend sei, um eine angemessene pflegfachliche Versorgung der Patienten zu gewährleisten (Isfort und Weidner, 2010). In der von der EU geförderten Pflegestudie RN4Cast (Registered Nurse Forecasting, Prognosemodell zur Pflegebedarfsplanung) zeigte sich, dass im internationalen Durchschnitt der beteiligten Länder die befragten Pflegepersonen (n=33.659) 3,6 von 13 Pflegetätigkeiten in der letzten Schicht vernachlässigten. 92 Prozent der deutschen examinierten Pflegepersonen (n=1.511 aus 49 Kliniken) wählten ebenfalls aus 13 Tätigkeitsbereichen jene aus, die sie in ihrer Schicht nicht erledigen konnten, obwohl sie erforderlich waren. Im Durchschnitt wurden 4,7 dieser 13 Pflegeaufgaben rationiert. Damit gehört Deutschland neben Belgien, England und Griechenland zu den Ländern, in denen überdurchschnittlich viele Pflegeleistungen „ungetan“ bleiben. Die Spannweite der Pflegemaßnahmen, die als „unterlassen“ angegeben wurden, variiert zwischen 82 Prozent für „Patientengespräche und Zeit für Zuwendung“ und 15 Prozent für „Behandlungen und Prozeduren“ (vgl. Abb. 1).



Abbildung 1: Häufigkeit der angegebenen „impliziten Rationierung“ in der letzten Schicht in deutschen Kliniken (Quelle: Zander, B. et al. 2014, S. 731)

- Die in der Studie befragten Pflegepersonen gaben in dem Fragebogen lediglich an, dass sie eine bestimmte Art von Tätigkeit in der letzten Schicht unterlassen hatten. Ob sie diese Tätigkeitsart, zum Beispiel Mobilisierungsmaßnahmen, bei mehreren Patienten der Station unterließen, bleibt offen. Die Folgen dieser verdeckten Rationierung für die betroffenen Patienten sowie die Auswirkungen auf Folgekosten im Gesundheitssystem aufgrund entstandener Schäden (zum Beispiel Stürze, nosokomiale Infektionen, klinische Zwischenfälle, Dekubitus) sind in Deutschland ebenfalls unbekannt. Die internationale Pflegeforschung ist bezogen auf diese Fragestellung zum Teil bereits etwas weiter. So liegen einige Studien vor, die auf ein Ungleichgewicht zwischen Patientenbedürfnissen und erfüllttem Pflegebedarf mit negativen Auswirkungen auf das Outcome infolge fehlender pflegerischer Ressourcen und mangelnder Ausbildung hinweisen (Aiken et al., 2011; Aiken et al., 2014; Assadian, Toma & Rowley, 2007; Ball et al., 2014; Isfort, 2008; Lang et al., 2004; McGahan, Kucharski & Coyer, 2012; Patry et al., 2014; Rogowski et al., 2013; Schubert et al., 2012; Staggs & Dunton, 2014). Auch auf Seiten des Pflegepersonals steht die Rationierung von Pflegemaßnahmen mit unerwünschten Konsequenzen wie Burnout, einer hohen Fluktuationsrate, Unzufriedenheit im Berufsleben und einer geringen beruflichen Verweildauer in Verbindung (Tschannen, Kalisch & Lee, 2010; Zander et al., 2014).
- Es gibt **deutliche Hinweise auf Versorgungsdefizite spezieller Patientengruppen in deutschen Krankenhäusern**. So weisen die Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von leitenden Pflegepersonen zur Pflege und Patientenversorgung von **Menschen mit Demenz eklatante Defizite** auf. An der Studie haben insgesamt 1.844 Abteilungs-/Stationsleitungen aus dem gesamten Bundesgebiet teilgenommen (Bruttorücklaufquote von 24 %). Die zentralen Erkenntnisse der Befragung zur Versorgungssituation sind folgende (Isfort et al., 2014):
 - In der Behandlungsrealität im Krankenhaus tritt das Phänomen einer „demenziellen Veränderung“ deutlich öfter auf, als dieses sich in der ICD-10-Codierung wiederfindet. So wurde in der Studie der durchschnittliche Anteil der Patienten mit einer Demenz über alle Stationen hinweg mit 23 % berechnet. Die Befragungsergebnisse decken sich mit anderen Studien (Mukadam & Sampson, 2011; Pinkert & Holle, 2012). Das pflegediagnostische Phänomen, dass Patienten infolge einer Ortsveränderung Orientierungsschwierigkeiten entwickeln und in der Tages-/Lebensgestaltung massiv beeinträchtigt sind, ist lange bekannt und erfordert spezielle pflegerische Maßnahmen (NANDA-International, 2013; Wieteck, 2013).
 - Folgende Versorgungsdefizite konnten in der Studie herausgearbeitet werden:

Die Kliniken sind bislang überwiegend **konzeptuell unzureichend auf die Versorgung von Patienten mit einer Demenz vorbereitet**.

Die Personalausstattung in der Pflege ist nicht angemessen, um eine bedarfsorientierte pflegerische Versorgung anzubieten. Aus Sicht der befragten Stationsleitungen ist in der Frühschicht von Montag bis Freitag bei ca. 60 % der Stationen eine pflegerisch angemessene Versorgung der an Demenz erkrankten Patienten gewährleistet. Am Wochenende, an Feiertagen und in der Spätschicht ist die **Versorgungssicherheit für diese Patientengruppe als kritisch zu bewerten** (siehe Abb. 2). In der Nachtschicht kann nur eine von fünf Stationen die Versorgung sicherstellen.

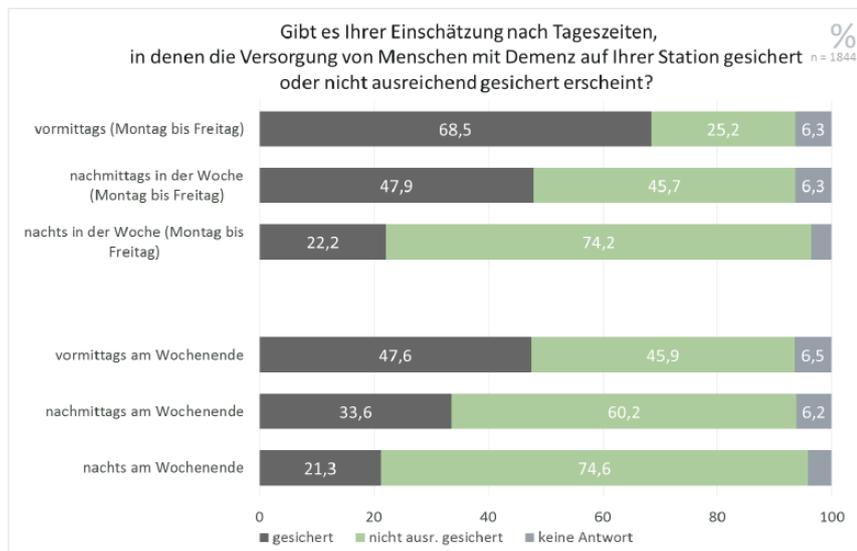


Abbildung 2: Quelle Isfort et al. 2014, S. 47. Einschätzung der Versorgungskontinuität durch Pflegefachkräfte

Sowohl die Qualitätsdefizite als auch die Konsequenzen werden aus den Befragungsergebnissen deutlich. Bei der Frage, ob in den letzten sieben Arbeitstagen eines der angebotenen Ereignisse X-mal aufgetreten ist, haben die Befragten insgesamt 16.479-mal angegeben, dass Beobachtungsmängel dieser Patientengruppe vorlagen. 2.114 Patienten sind in dem Zeitraum bei den befragten Personen auf der Station **gestürzt**, 1.567 Patienten haben die **Station unbemerkt verlassen** und haben nicht mehr zurückgefunden, 1.544 Patienten haben einen **Blasendauerkatheter gezogen**, 5.455 Patienten haben sich die **Verbände entfernt**, 4.971 Patienten haben einen **peripheren Venenkatheter** gezogen.

In 9.093 Fällen wurden **Mitpatienten** durch die auffälligen Verhaltensweisen von Patienten mit einer Demenzerkrankung **gestört** und in 5.772 Fällen haben **Mitpatienten unterstützende Tätigkeiten unternommen**. Völlig offen ist, welche Folgen diese Belastungen auf den Genesungsprozess der Mitpatienten haben.

Als unerwünschte Handlungsmuster seitens der Pflege als mögliche Kompensation für eingeschränkte Beobachtungsmöglichkeiten wurden die **Sedierung** der Patienten durch Medikamentengabe (n= 7415-mal) und **Fixierungsmaßnahmen** wie Bettgitter, Tischbrett, Fixiergurte (n= 12681-mal) angegeben (Isfort et al., 2014).

- Hinweise auf Versorgungsdefizite in speziellen Fachbereichen: Die zentralen Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Führungskräften zur **Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen** weisen ebenfalls auf deutliche Defizite hin. Die nachfolgenden Ergebnisse basieren auf einer Befragung von 535 leitenden Pflegekräften von Intensivstationen in Deutschland. Bei der Befragung wurde deutlich, dass **die Empfehlungen der Fachgesellschaften bezüglich der Personalausstattung nur unzureichend umgesetzt wurden**. Entgegen den Empfehlungen der Fachgesellschaften, welche eine **Eins-zu-eins-Betreuung bei beatmeten Patienten** fordern, wird auf jeder fünften Intensivstation in Deutschland (ca. 20 %) eine Relation von drei oder mehr beatmeten Patienten pro Pflegekraft realisiert (Isfort et al., 2012, S. 6). Durch die hohe Arbeitsbelastung der Pflegepersonen bleibt eine Rationierung erforderlicher pflegerischer Maßnahmen nicht aus. In der nachfolgenden exemplarisch ausgewählten Grafik aus der Studie werden die „rationierten Pflegeleistungen“, welche erforderlich gewesen wären, von

den Befragten bezogen auf die letzten sieben Arbeitstage wie folgt angegeben. In der Veröffentlichung sind weitere Maßnahmen aufgeführt.

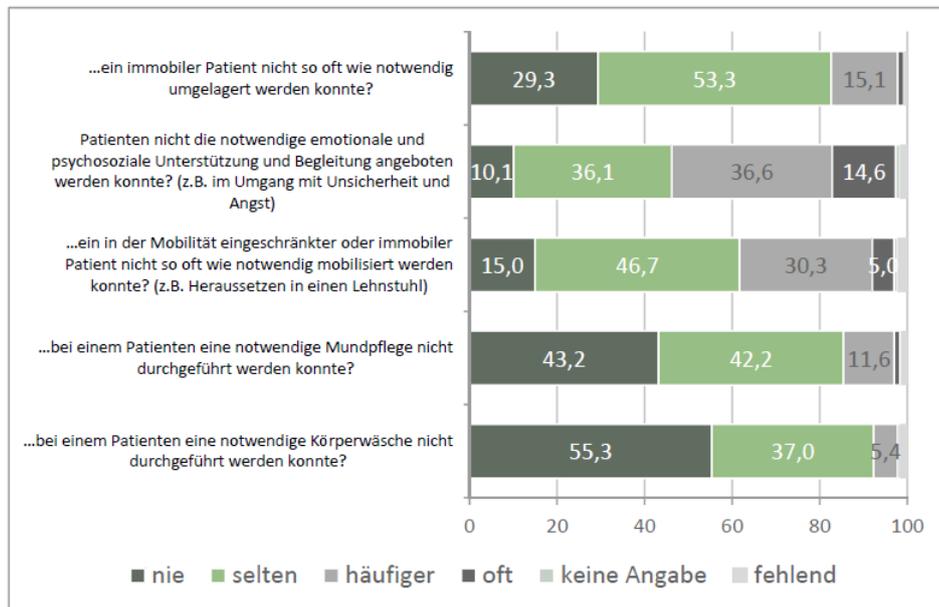


Abbildung 3: Isfort et al 2012, S. 68. Versorgungsdefizite auf Intensivstation in % auf die Frage „Wie oft ist es in den letzten 7 Arbeitstagen auf der ICU vorgekommen, dass...“

In der Studie werden auf der einen Seite die Rationierungsmaßnahmen der Pflege sichtbar, deren Qualitätsauswirkungen derzeit nicht abgeschätzt werden können. Offensichtlicher werden die Qualitätsdefizite in der Versorgung durch die Antworten auf nachfolgende Fragen.

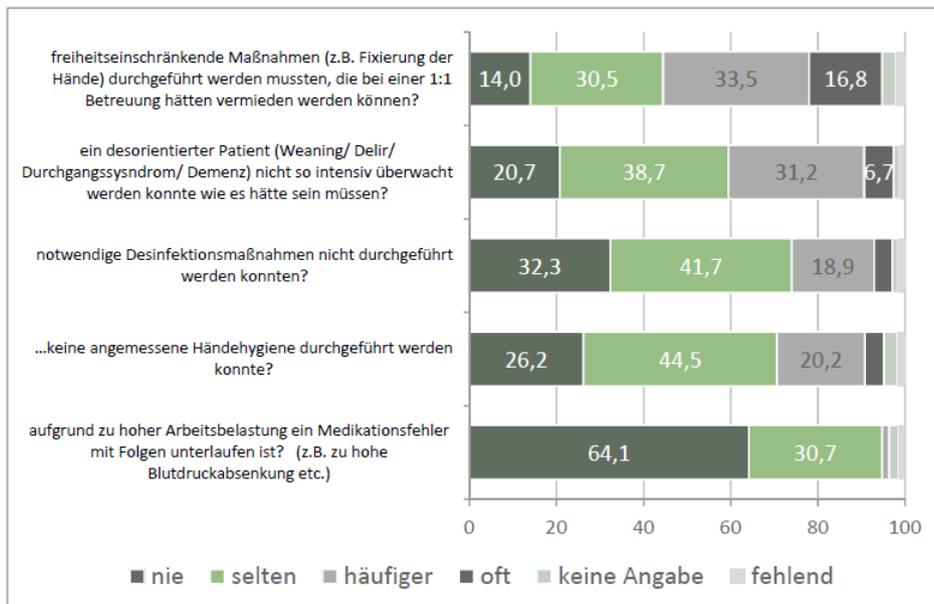


Abbildung 4: Isfort et al. 2012, S. 70. Einschätzung von Versorgungsmängeln in den letzten 7 Arbeitstagen auf Intensivstation

Die Befragungsergebnisse können einen Hinweis auf mögliche Ursachen der eklatanten Hygieneprobleme in deutschen Kliniken geben. Die mangelnde Umsetzung von notwendigen

Desinfektionsmaßnahmen und Händehygiene sind auch bei der bundesweiten Befragung von 2010 im Akutpflegebereich bedenklich, denn hier sollte der „Null-Fehler-Ansatz“ gelten. So gaben nur 53 % der Pflegenden an, dass in den letzten sieben Tagen die Händehygiene angemessen war. Der Rest der Befragten räumt selten/manchmal/oft Fehler bei der Händehygiene ein (Isfort et al., 2010).

Zusammenfassend kann aus den bisherigen Ergebnissen der bisher wenigen und lückenhaften Studien das Vorliegen massiver pflegerischer Versorgungsdefizite in deutschen Krankenhäusern abgeleitet werden. Diese sind sowohl für den Einzelfall (der Schaden nimmt) bedeutend als auch gesellschaftspolitisch, da Folgekosten wie nosokomiale Infektionen, Pneumonien durch Mikroaspirationen, Harnwegsinfekte durch Blasendauerkatheter usw. entstehen. Der Schaden sowohl aus ethisch moralischer Perspektive durch die Zufügung/Entstehung von Leid (fehlende adäquate Schmerztherapie, nosokomiale Infektion usw.) und Gewalt (Fixierungen) als auch ökonomischer Perspektive kann derzeit nicht beziffert werden. Es ist davon auszugehen, dass das Ausmaß möglicher negativer Folgen noch deutlich höher ist und weitere Forschung auch in derzeit noch nicht untersuchten Bereichen Defizite aufdecken kann.

Es ist jedoch nicht davon auszugehen, dass nur vereinzelte Bereiche der Pflege benannt werden können, in denen Qualitätsdefizite vorliegen, sondern es scheint sich um ein generelles Problem zu handeln.

1.3 Überlegungen zur Konkretisierung des „notwendigen Pflegepersonals“

Das „notwendige Pflegepersonal“ zur Sicherstellung der Patientensicherheit und Behebung bestehender Versorgungsdefizite ist deutlich höher als das im Förderprogramm vorgesehene Potenzial zum Aufbau neuer Pflegestellen. Wobei der tatsächliche Bedarf derzeit aufgrund der fehlenden Datenbasis nicht exakt von mir beziffert werden kann. Ich empfehle kurzfristig, noch in dieser Legislaturperiode beginnend, eine Anhebung auf eine Patienten-Pflegepersonal-Relation entsprechend dem europäischen Durchschnitt. Vor dem Hintergrund der massiven Versorgungsdefizite und Gefährdungen kann eine Verschiebung der Sofortmaßnahmen nicht über das Wahljahr 2017 hinaus verschoben werden.

Folgende Überlegungen zur Fragestellung, wie viele Pflegepersonalstellen aufgebaut werden müssten, können in der Literatur gefunden werden. Es ist zu empfehlen, für eine kurzfristige Lösung einen pragmatischen Weg einzuschlagen. Zunächst einige Äußerungen mit konkreten Zahlen:

- Sollte lediglich eine Personalbesetzung des Jahres 1995 erreicht werden, würde dieses eine Einstellung von 37.000 zusätzlichen Vollkräften des Pflegedienstes bedeuten (Simon, 2014, S. 93).
- Der Pflegecheck der Gewerkschaft ver.di 2013 ergab einen zusätzlich zu realisierenden Pflegepersonalbedarf von 70.000 Stellen (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, 2013).
- In einem Gutachten hessischer Akutkliniken wird gefordert, dass ausreichende Pflegepersonalressourcen unabdingbar sind. *„Vor allem im Nachtdienst, aber zum Teil auch im Tagdienst besteht auf den beobachteten Stationen ein Bedarf an zusätzlichen Fach- und Hilfskräften, der so berechnet werden muss, dass auch kurzfristige Arbeitsspitzen kompensiert werden können.“* (B. Braun et al., 2014, S. 99) Auch in diesem Gutachten werden die prekäre Personalsituation und die Folgen für die Patienten, z. B. die Rationierung von erforderlichen Pflegeleistungen, deutlich.
- Prof. Simon (August 2015) schreibt in seiner Stellungnahme ausführlich, dass eine Anhebung der Patienten-Pflegepersonal-Relation auf den europäischen Durchschnitt in etwa 100.000 Pflegepersonalstellen bedeuten würde (Simon, 2015).

1.4 Überlegungsansätze zum Gesetzesentwurf

Wenn ein Förderprogramm wie dieses bereits 2009–2012 und jetzt aktuell mit 660.000 Millionen Euro installiert wird, muss der Stellenzuwachs als **zusätzlicher Stellenzuwachs** (zur Reduktion der Arbeitsbelastung der Pflegepersonen) realisiert werden und darf nicht zur Kompensation der steigenden Fallzahlen in den Kliniken genutzt werden. Dieses ist an dem Pflegestellenförderprogramm von 2008/2009 zu kritisieren. So sind zwar seit 2008 ca. 15.000 Stellen in der Pflege aufgebaut worden (Abb. 5). Allerdings hat die Steigerung der Pflegepersonalstellen in den Kliniken ausschließlich die Fallzahlensteigerung kompensiert (Abb. 6). Das bedeutet, dass die Kliniken die Fördermittel dazu genutzt haben, den bisherigen „nicht adäquaten“ Stellenplan zu erhalten, es wurde aber keine Entlastung geschaffen, wie dieses ursprünglich intendiert war und zur Behebung von Versorgungsdefiziten notwendig ist.

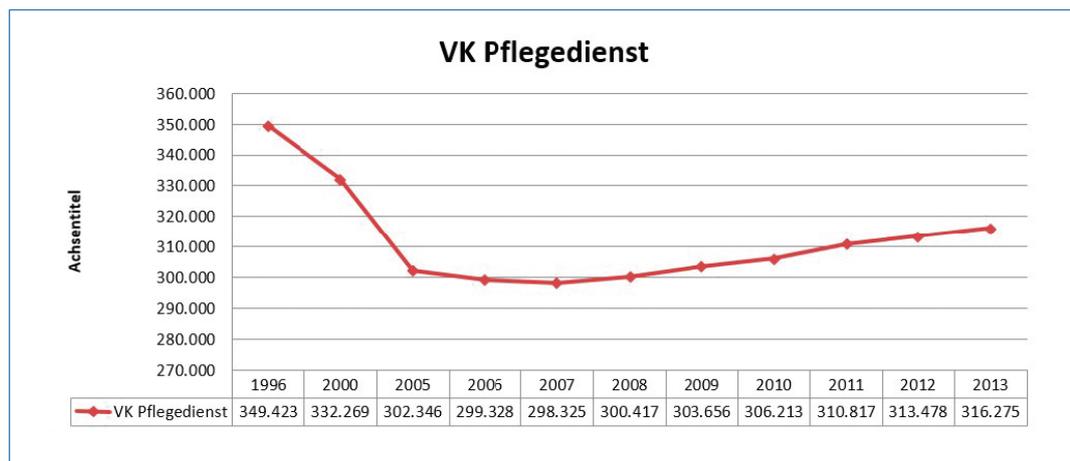


Abbildung 5: Pflegepersonalstellentwicklung im Verlauf entnommen aus (Wieteck et al., 2015)

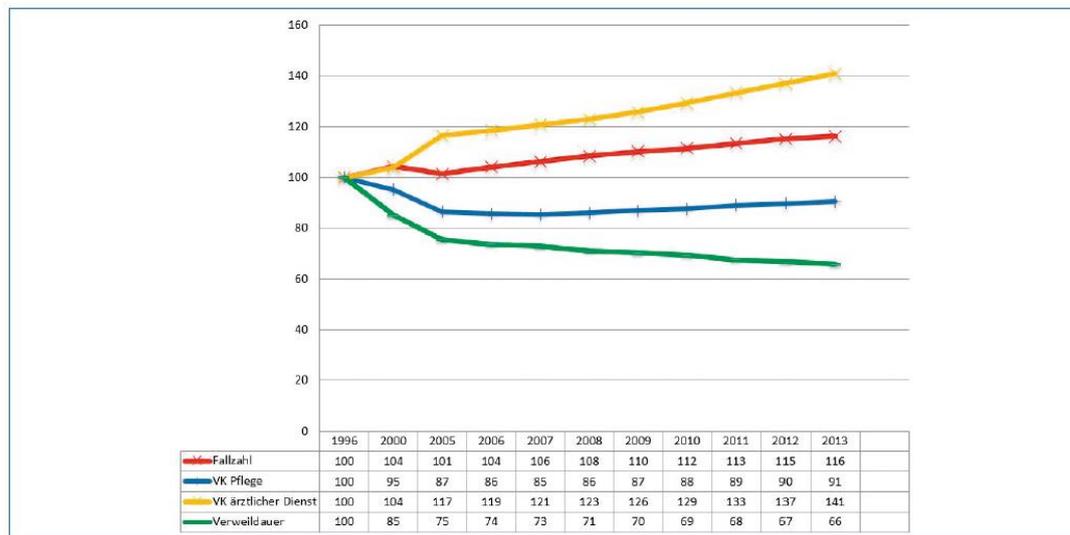


Abbildung 6: Kennzahlenentwicklung im Krankenhaus, prozentuale Veränderung seit 1996 (Wieteck et al., 2015)

Bei genauer Betrachtung hat sich die Arbeitsbelastung der Pflege sogar seit 2008 weiter leicht verschlechtert. Die nachfolgende Grafik zeigt die prozentuale Veränderung der Arbeitsbelastungskennziffer, welche auch vom Sachverständigenrat genutzt wird.

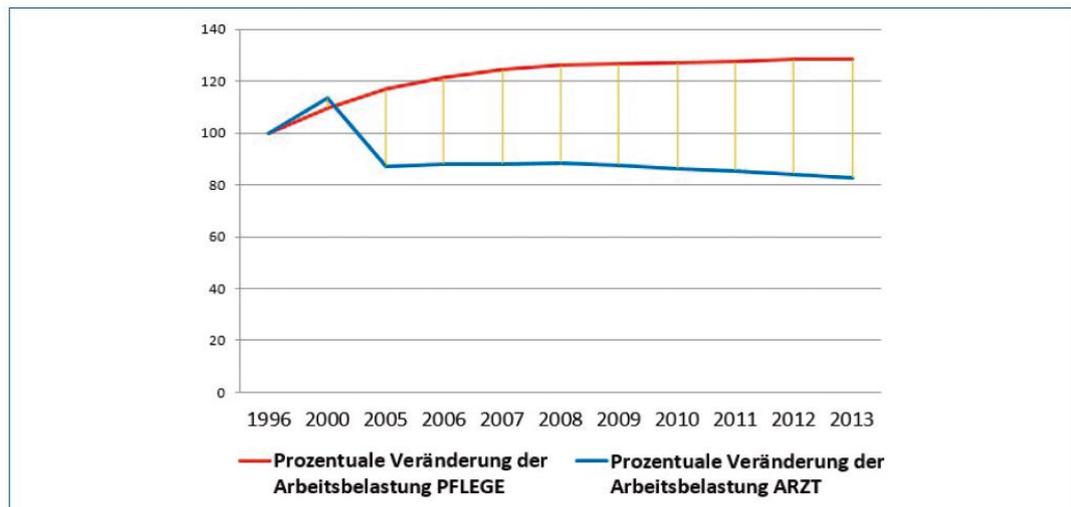


Abbildung 7: Belastungskennziffer und Entwicklung im Verlauf (Wieteck et al., 2015)

Alle hier in den Grafiken dargestellten Berechnungen basieren auf den Kennzahlen des Statistischen Bundesamtes.

2. Alternative Lösungsansätze

Das aufgelegte Förderprogramm greift vor dem Hintergrund der unveränderten Arbeitsbelastung der Pflege und weiteren Verschärfungen deutlich zu kurz. Folgende Ansätze könnten eine **kurzfristige Lösung** bieten. Im Antrag der Fraktionen DIE LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN werden ebenfalls als kurzfristige Lösungsansätze die Einführung der PPR sowie die Regelung für den Nachtdienst vorgestellt.

- **Zweckbindung der im DRG-System ausgewiesenen Pflegepersonalkosten.** Hier ist gemeint, dass die Pflegepersonalkosten, welche seitens des InEK in der Kalkulation ausgewiesen werden, auch verpflichtend für Pflegepersonalstellen eingesetzt werden müssen. Somit kann verhindert werden, dass auf Kosten der Pflegepersonalstellen z. B. Ressourcen geschaffen werden, um andere Investitionen in Kliniken zu realisieren.
- Aktivierung der **PPR (Pflegepersonalregelung)** und Berechnung des Pflegepersonalbedarfs auf der Ebene der SOLL-Leistungen. Die Berechnung auf der IST-Leistung würde ja nur das aktuelle Leistungsgeschehen mit den impliziten Rationierungen festschreiben.
- **Mindestbesetzungsvorgaben für den Nachtdienst** – hier fordert die Fraktion DIE LINKE als Sofortmaßnahme die verbindliche Umsetzung von mindestens zwei examinierten Pflegepersonen pro Nachtschicht und Station.

2.1 Bewertung möglicher „kurzfristiger“ Lösungsansätze

2.1.1 Zweckbindung der Pflegepersonalkosten im DRG-System

Eine Zweckbindung der im DRG-System aufgeführten Personalkosten für die Pflege ist zwingend, um die Position der Pflege bei den Verhandlungen über Pflegepersonalstellen zu stärken. Wie anhand der Kennziffern aufgezeigt wurde, sind die Mittel des ersten Stellenförderprogramms nicht dort

angekommen (bei der Patientenversorgung am Bett), wofür sie eigentlich bestimmt waren. Als Maßnahme alleine greift dieses aber zu kurz, da davon ausgegangen werden kann, dass der Bedarf an Pflegepersonal höher ist, um die bestehenden Versorgungsdefizite nachhaltig zu verbessern. Zudem ist zu bedenken, dass die in der DRG-Kalkulation ausgewiesenen Pflegepersonalkosten die IST-Kosten des Pflegepersonals von vor zwei Jahren ausweisen. Veränderungen in der Fallschwere, höhere Personalkosten durch Veränderungen der Altersstufen, notwendige Anhebung des Pflegequalitätsniveaus blieben unberücksichtigt. Die Zweckbindung der Fördermittel im aktuellen Gesetzesentwurf ist ebenfalls dringend zu konkretisieren, um zu verhindern, dass die Mittel erneut anderweitig eingesetzt werden. Siehe hierzu die von Hr. Prof. Simon aufgezeigten sprachlichen Verbesserungsvorschläge (Simon, 2015). Zudem muss ergänzt werden, dass die Förderung des Stellenaufbaus zusätzlich zu den erforderlichen Stellenzuwächsen durch Fallzahlensteigerungen nachzuweisen ist.

2.1.2 PPR-Einführung als kurzfristige Lösung zur Pflegepersonalbemessung

Die PPR (Pflegepersonalregelung) ist vielleicht nicht die allerbeste Lösung für einen kurzfristigen Ansatz, allerdings wird das ermittelte Ergebnis bezüglich des Pflegepersonalbedarfs ähnlich hoch sein, wie das bei einer Angleichung an den europäischen Durchschnittswert bezogen auf die Patienten-Pflegepersonal-Relation. Grundlage dieser Aussage sind die bei Einführung der PPR sprunghaft gestiegenen Pflegepersonalstellen und die Veränderung des Patientenlientels. *Den PPR-A1/S1-Patienten gibt es in der Klinik so nicht mehr.*

Wie bereits dargestellt, wäre der Vorschlag ein kurzfristiger Lösungsansatz. Allerdings ist deutlich darauf hinzuweisen, dass dieses nur ein Zwischenschritt sein könnte und vor dem Hintergrund des künftigen Weges geprüft werden sollte, **ob es sinnvollere Alternativen gibt und der Fokus einer kurzfristigen Lösung pragmatischer und weniger aufwendig für die Kliniken gestaltet werden kann.**

Folgende Punkte sind zu bedenken:

Die PPR ist in ihrer Anwendung nicht so weit verbreitet, wie vermutlich angenommen wird. Legt man die Erhebungsdaten aus den hessischen Akutkliniken zu Grunde, ist davon auszugehen, dass außerhalb der InEK-Kalkulationshäuser die **Verbreitungsdichte der PPR zur Pflegepersonalmessung < 50 %** liegt. Im Rahmen des Gutachtens wurden die Akutkliniken in Hessen nach dem verwendeten Verfahren zur Pflegepersonalbedarfsermittlung befragt. In der Abbildung finden Sie eine Übersicht der aktuell genutzten Verfahren.

Aktuell verwendete Verfahren	Anzahl
PPR	13
PPR minus x%	4
LEP	1
LEP minus x%	0
Bayerisches Verfahren	1
Arbeitsanalytische Verfahren	2
InEK-Kostendaten	12
CM-Punkte je Vollkraft	5
Keines	6

Abbildung 8: Verfahrensmix in hessischen Akutkliniken zur Personalbedarfsermittlung (B. Braun et al., 2014, S. 38)

Vor dem Hintergrund der Einschränkungen der PPR und der kurzfristig angedachten Lösung von maximal drei Jahren ist zu überlegen, ob es den Kliniken zuzumuten ist, die Methode zu schulen und die bestehende Erhebung und Dokumentation auf eine PPR-Dokumentation umzustellen. **Vor dem Hintergrund existierender anderer Diskussionsansätze für eine kurzfristige Lösung würde ich empfehlen, sich gezielt auf einen nachhaltigen Lösungsweg zu begeben.**

Einschränkungen der PPR-Methode bezogen auf die Validität/Reliabilität:

- Es besteht die Problematik einer einheitlichen Einstufung und damit der Interreliabilität (Isfort & Weidner, 2001, S. 91). Zur Sicherstellung einer einheitlichen Einstufung als Basis für eine bundesweite einheitliche Nutzung der PPR sind, ähnlich wie dieses in Österreich praktiziert wurde, Kodierhandbücher mit Operationalisierungen zu erarbeiten und gegenseitige Audits zwischen den Kliniken einzuführen, um die Kodierqualität zu prüfen.
- Zudem ist zu hinterfragen, inwieweit das Instrument den tatsächlichen pflegerischen Bedarf messen kann. Nach Kuhlmann zeigen Untersuchungen, „[...] dass bei der PPR die Varianz an Pflegeaufwand innerhalb jeder Gruppe A1 bis A3 höher ist als die Varianz zwischen den Gruppen.“ (Kuhlmann, 2003, S. 762) Das bedeutet, dass der Pflegeaufwand und damit der Pflegebedarf eher unzuverlässig gemessen wird.
- Zudem ist bekannt, dass das Instrument spezielle Bereiche der Pflege ausblendet. Somit lässt sich die Pflegebedarfssituation von an Demenz erkrankten Patienten kaum abbilden. Die PPR ist auf die Leistungsbereiche Ausscheidung, Mobilität, Ernährung und Körperpflege sowie die Elemente der „speziellen Pflege“ reduziert. Die PPR definiert keine Qualität der Pflege bzw. die Daten können zur Qualitätssicherung bis auf die reine Information des Personaldefizits zwischen Soll und Ist keinen Beitrag leisten. Zur Bewertung der Pflegeergebnisse sind die Kategorien zu grob (Hager & Nennmann, 1994).
- Die PPR ist keine Hilfe im Kontext der Pflegeprozessdokumentation und bei der pflegerischen Entscheidungsfindung (Isfort & Weidner, 2001). Ebenso sind die zu erfassenden Leistungsbereiche abstrakt formuliert, so dass diese für die Pflegemaßnahmendokumentation nicht handlungsleitend sind und zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgungskontinuität nicht ausreichen. „Es kann [...] kein Rückschluss auf Anzahl, Dauer, Grund und Ziel der pflegerischen Leistung gemacht werden“. Das Instrument kann somit nicht zur Leistungsplanung und -steuerung im Pflegeprozess genutzt werden (Kuhlmann, 2003).
- Ebenso ist zu bedenken, dass die PPR **keine vollständige realitätsnahe Abbildung des Pflegeaufwands in unseren Kliniken ermöglichen kann**, denn das Leistungsgeschehen hat sich in den letzten 20 Jahren grundlegend geändert. Zudem ist auch der damalige Einsatz eine Kompromisslösung bezüglich der festgelegten Kalkulationsgrößen gewesen. Vor diesem Hintergrund wäre zunächst vor dem Einsatz des Instruments eine grundlegende Überarbeitung und Testung der PPR zu fordern (Thomas et al., 2014, S. 22).

2.1.3 Mindestvorgaben für Nachtdienste

Grundsätzlich sind Mindestvorgaben kritisch zu bewerten. Die Diskussion über die Verbesserung der Pflegestellensituation in deutschen Krankenhäusern hat sich inhaltlich, vom reinen festlegen von „Mindestpersonalstandards“, hin zu einer gesetzlich geforderten Pflegebedarfsermittlung, orientiert am tatsächlichen Pflegebedarf des jeweiligen zu versorgenden Patient, verändert. Diese Entwicklung ist sehr zu begrüßen. Dieses gilt auch für den Nachtdienst. **Mindestbesetzungsvorgaben für den Nachtdienst** sind als Sofortmaßnahme sicher hilfreich, da, wie oben aufgezeigt wurde, die Situation im Nachtdienst nochmals deutlich prekärer ist. Allerdings ist die Bezugsgröße zwei Nachtdienste pro Station nochmals zu hinterfragen, denn die Stationsgrößen sowie die Pflegeintensität sind sehr unterschiedlich. Es könnte eine Bezugsgröße auf die zu versorgende Patientenzahl auf Normalstation

bestimmt werden, z. B. ab einer Bettenzahl von zwölf Patienten und zwei „hochaufwendigen Patienten“ entsprechend dem OPS 9-20, ist eine zweite Pflegeperson einzusetzen. Vorteil dieser Lösung ist, dass der OPS 9-20 mittlerweile von den Kliniken fast flächendeckend erhoben wird.

Eine weitere alternative Lösungsmöglichkeit wäre die Anhebung der Pflegepersonalschlüssel auf den in den Studien ausgewiesenen **europäischen Durchschnittswert** bezogen auf die Patienten-Pflegepersonal-Relation. Im europäischen Durchschnitt versorgt eine Pflegeperson neun Patienten in ihrer Schicht, in deutschen Krankenhäusern versorgt eine Pflegeperson 13 Patienten im Tagesdurchschnitt, also 41 % mehr. Dieser Vorschlag würde zu ähnlichen Ergebnissen führen, wie von den Experten kommuniziert ohne einen zusätzlichen bürokratischen Aufwand³ bei den Pflegenden zu erzeugen.

2.2 Langfristige Lösungsansätze zur Verbesserung der Pflegepersonalstellensituation

Die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen schlägt die Einführung von pflegerelevanten Fallgruppen vor. Vor Bewertung der aktuellen Forschungslage halte ich diesen Weg für nachhaltig, um langfristig die Patientensicherheit zu gewährleisten, bestehende Versorgungsdefizite zu reduzieren und eine adäquate Personalstellenbesetzung zu unterstützen sowie die Attraktivität des Pflegeberufes zu fördern. Hierzu einige Ausführungen zum besseren Verständnis.

2.2.1 Hintergründe

Zunächst einleitend ein paar **Hintergründe** dazu, was **NRG (Nursing Related Groups)** (Fischer, 2002) oder **PRG (Pflegerrelevante Fallgruppen)** (Isfort & Weidner, 2003) sind. Hierbei handelt es sich um einen Auszug aus einem Buch, welches 2015/16 veröffentlicht wird.

[...] Was genau sind nun NRG? Analog zu den DRG (Diagnosis Related Groups) können NRG wie folgt definiert werden:

Nursing Related Groups bezeichnet ein Klassifikationssystem für ein pauschaliertes Abrechnungsverfahren pflegerischer Leistungen eines Krankenhausfalles. Basierend auf pflegerischen Daten wie Pflegediagnosen und -interventionen wird der jeweilige Patientenfall bezogen auf den Krankenhausaufenthalt in Fallgruppen aufgrund ihrer ökonomischen Ähnlichkeit der pflegerischen Aufwände zugeordnet.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die grobe Idee, wie NRG funktionieren könnten. Die Pflegekostenanteile, welche bisher in den DRG in der Kostenkalkulation der Relativgewichte enthalten waren, werden herausgelöst und in eigene Relativgewichte für die NRG überführt. Diese Relativgewichte der NRG führen bei der Abrechnung eines Krankenhausfalles zu einem eigenständigen Erlös für das pflegerische Leistungsgeschehen. Hinzu kommt der Erlösanteil aus der „neuen“ DRG (ohne Kostenanteile der Pflege). Grundsätzlich könnte die Umgestaltung des jetzigen Finanzierungssystems kostenneutral ausgerichtet werden und mögliche Fördermittel zur Verbesserung der Pflegepersonalstellen ausschließlich dem Finanztopf der Pflege zugeschrieben werden. Dieses ließe sich z. B. durch eine Zweckbindung der in der DRG-Kalkulation ausgewiesenen Mittel realisieren.

Analog zu den Daten, die zur Entwicklung des DRG-Systems genutzt werden (ICD-10, OPS sowie Kostendaten für jeden Fall) könnten zur Entwicklung der NRG Falldaten über

³ Da die PPR zu Dokumentationszwecken im Kontext der Pflegeprozessdokumentation ungeeignet ist und die Einstufung nur zu Zwecken der Personalbemessung realisiert würden kann hier von zusätzlichen bürokratischem Aufwand gesprochen werden, der im Pflegeprozess nicht zweckdienlich ist bezeichnet werden.

Pflegediagnosen und Interventionen genutzt werden, um die NRG-Kostengewichte zu entwickeln. Die Krankenhausleistungen eines Patientenfalls würden somit künftig, wie bereits erwähnt, über zwei Kostengewichte finanziert werden.

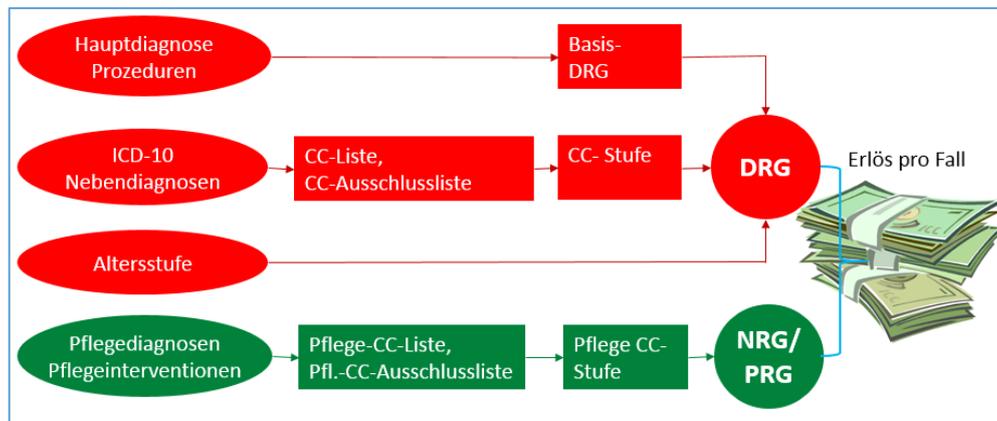


Abbildung 9: Nursing Related Groups. Quelle: In Anlehnung an Fischer (2002, S. 102)

Wichtige Voraussetzung für die Fallgruppierung des pflegerischen Leistungsgeschehens ist die weitgehende Kostenhomogenität innerhalb der NRG. Das bedeutet, dass Patienten mit einem ähnlichen Ressourcenverbrauch in einer Fallgruppe zusammengeführt werden. Zur Fallgruppenbildung ist es Voraussetzung, dass die Varianz des Ressourcenverbrauchs durch belastbare Indikatoren erklärt werden kann. Wie beim DRG-System basiert die Bewertung der Fallgruppen auf einem relativen Kostengewicht (cost weight) zu einer definierten Bezugsgröße (pflegerische Basisfallrate). Die definierte Bezugsgröße könnten die bundesweit ermittelten pflegerischen Durchschnittskosten der Fälle sein. Dieser Basisfallpreis hätte das Kostengewicht 1,0.

Indikatoren zur Fallgruppierung

Es stellt sich nun die Frage, welche geeigneten Indikatoren es geben kann, um zuverlässige Fallgruppen bilden zu können. Isfort schreibt hierzu, dass „patientenbezogene Merkmale, Unterstützungsbedarf (Pflegeanlässe) und Kennzahlen über den pflegerischen Aufwand (Ressourcen-/Zeitaufwand Grundvoraussetzung sind, um pflegerelevante Fallgruppen zu ermitteln und diese ausreichend zu begründen. Auf der Grundlage der bisherigen Forschungsarbeiten kann angenommen werden, dass Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen gut geeignete Indikatoren sein können, das Leistungsgeschehen der Pflege adäquat abzubilden und diese Daten für eine Fallgruppierung zu nutzen (Baumberger, 2001; O’Brien-Pallas et al., 1997; Schmid, 2007; Welton & Halloran, 2005; Welton, Zone-Smith & Fischer, 2006; Wieteck, 2008). Thompson argumentierte, dass die DRG alleine die Variabilität der Pflege während eines Krankenhausaufenthaltes nur zu 34 % erklären kann und schlug daher vor, die Pflegeintensität (nursing intensity) basierend auf Elementen des Nursing Minimum Data Sets zusammen mit Pflegediagnosen, Interventionen und Ergebnissen zu nutzen, um die Variabilität der Pflegekosten zu verbessern und somit das Finanzrisiko der Kliniken zu reduzieren (Thompson & Diers, 1985).

Aus der jetzigen Sicht auf das pflegerische Leistungsgeschehen wird es bei der NRG-Entwicklung eher keine Unterscheidung zwischen einer pflegerischen Haupt- und Nebendiagnose geben. Zahlreiche Pflegediagnosen wechseln/bzw. sollen während eines Krankenhausaufenthaltes wechseln, daher ist eine Unterscheidung zwischen pflegerischer Haupt- und Nebendiagnose bei Akutpatienten eher weniger sinnvoll (Baumberger, 2001). Es wäre denkbar, dass es z. B. bei der NRG-Entwicklung einen Bezug zur medizinischen Fallgruppe geben könnte, wie dieses in der Forschungsarbeit Wieteck,

2007 aufgezeigt wird. Auch eine von medizinischen Fallgruppen unabhängige Entwicklung ist denkbar. Fischer 2002, S. 102, schreibt hierzu, „wenn die Pflege zeigen kann, das gewisse Patientenprobleme, welche die Pflege formuliert, relativ unabhängig von den ärztlichen Diagnosen sind, dann muss überlegt werden, ob es nicht sinnvoller wäre, separate pflegebezogene Gruppen anstelle der Integration von Kriterien der Pflege in CC-Listen zu definieren.“

Die Vermutung, dass pflegerelevante Indikatoren verbrauchte Pflegezeit besser erklären können als medizinische Indikatoren, konnte durch einige Forschungsarbeiten belegt werden. Auch andere Indikatoren als Pflegediagnosen wurden in Forschungsarbeiten genutzt (Baumberger, 2013; Fiebig, 2007; Isfort & Weidner, 2003). Die bisherigen Ergebnisse lassen die Hypothese zu, dass Assessmentinstrumente⁴ in der Aufklärungskraft verbrauchter Pflegezeit begrenzter sind als pflegediagnostische Systeme (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip), 2004; Isfort & Weidner, 2003). [Auszug aus dem Buch (Wieteck & Kraus, 2015)]

2.2.2 Vorteile der NRG (Nursing Related Groups) als langfristiger Lösungsansatz

Deutlich wird, dass NRG kein erweiterter PKMS sind, wie irrtümlicherweise behauptet wird (Jahn, 2015). Sichtbar wird in der Auseinandersetzung mit dem Thema auch, dass die Pflegepraxis von der kostenkalkulatorischen Seite der NRG nicht berührt wird, denn die Kalkulation findet beim InEK statt. Die Fallabrechnung der NRG in den Grouper-Softwareprodukten wird automatisiert realisiert, welche die Daten aus der Regeldokumentation der Pflege nutzen. Die Strukturen für die Entwicklung von NRG sind mit den Institutionen InEK und DIMDI in Deutschland geschaffen.

A) Verbesserung der Qualität durch die erforderlichen Voraussetzungen für die NRG:

Die erforderlichen Änderungen für die Pflegepraxis bestehen darin, dass das Leistungsgeschehen künftig standardisiert für den Patientenfall realisiert werden müsste. Dieses in Form von Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen, welche z. B. über das DIMDI kostenfrei für die Kliniken zur Verfügung gestellt werden könnten.

Mit der verpflichtenden Einführung von Pflegediagnosen wäre die Pflegepraxis aufgefordert, das derzeitig überwiegend vorliegende „einfache Handlungsmodell“ zu verändern und das „Pflegeprozessmodell“ systematisch umzusetzen. In der Abbildung sehen Sie den Unterschied der beiden Handlungsmodelle.

Die Information liegt im Unterschied	
Einfaches Handlungsmodell	Pflegeprozessmodell
Beobachten = Feststellen eines bedeutsamen Unterschieds und Bezeichnung des Unterschieds	Beobachten = Feststellen der Veränderung des Unterschieds nach der Intervention Anamnese/Informationssammlung = Feststellen der Ist-Soll-Abweichung Diagnose/Problemformulierung = Bezeichnung der Abweichung Ziel = Erreichung des Sollzustandes
Intervenieren = Handlung zur Aufhebung/Stabilisierung des bedeutsamen Unterschieds Anpassung des Möglichen auf das Notwendige	Maßnahme = Handlung zur Aufhebung/Stabilisierung der Ist-Soll-Abweichung – geplant und ausgeführt in Abstimmung mit vorhandenen Ressourcen
Beobachten = Feststellen der Veränderung des Unterschieds nach der Intervention	Evaluation = Feststellen der Veränderung des Ist-Standes nach der Intervention – Wirksamkeit

Abbildung 10: Einfaches Handlungsmodell der Pflege versus Pflegeprozessmodell (Schrems, 2006)

⁴ Assessmentinstrumente sind Instrumente, welche in Medizin und Pflege zur Feststellung einer oder mehrerer medizinischer Diagnosen/Pflegediagnosen zur Anwendung kommen.

Damit schaffen die erforderlichen Voraussetzungen zur Einführung von NRG die Grundlage für die Umsetzung des pflegediagnostischen Prozesses.

Schnell wird deutlich, dass Pflegediagnosen die Grundlage jeder qualifizierten Handlung von Pflegepersonen im Versorgungsprozess sein sollten.

Pflegediagnosen stellen eine **systematische pflegerische Beurteilung der Reaktionen (human responses)** eines Patienten auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme und/oder Lebensprozesse dar und sind pflegerische Ergebnisse eines Beurteilungsprozesses, die auf unterschiedlichen Informationen und Äußerungen des Patienten/Pflegeempfängers basieren. Die pflegerische Schlussfolgerung wird auf der Grundlage verschiedener Informationen aus Gesprächen, Ergebnissen von Untersuchungen sowie Assessmentinstrumenten unter Berücksichtigung von Ressourcen, Resilienz-Fähigkeiten, biografischen Hintergründen und persönlichen Vorstellungen über Lebensqualitätsdimensionen des Patienten/Pflegeempfängers gebildet und in Form einer/mehrerer Pflegediagnose(n) im Pflegeplan formuliert. Die für bzw. mit einem Pflegeempfänger formulierte Pflegediagnose ist der Ausgangspunkt für eine möglichst evidenzbasierte, oder zumindest „best practice“-basierte Entscheidung über die geeignete Pflegemaßnahme. Pflegediagnosen sind somit Bestandteil des Pflegeprozesses. Damit stellt die Pflegediagnostik eine der Kernkompetenzen jeder professionell pflegenden Person dar.

Vor dem Hintergrund der fehlenden Anwendung des pflegediagnostischen Prozesses in deutschen Krankenhäusern sind die zahlreichen Versorgungs- und Qualitätsdefizite nachvollziehbar. In der Anlage füge ich eine Fallanalyse eines Patienten aus einer Buchveröffentlichung bei, welche die Konsequenzen der „Nichtanwendung“ des pflegediagnostischen Prozesses darstellt (siehe Anlage Fallanalyse entnommen aus (M. Braun & Wieteck, 2013)).

Durch die Einführung der NRG wird die Umsetzung des pflegediagnostischen Prozesses gefördert, da die Daten aus der Regeldokumentation zur NRG-Kodierung gezogen werden. Somit ließe sich ein enormer Anreiz für eine langfristige Veränderung der Versorgungsqualität bewirken.

B) Personalbemessung und Vergütung berücksichtigt Pflegebedürfnis und Pflegebedarf

Zudem erfüllt die Einführung von NRG die verschiedenen Forderungen der Experten im Kontext der Pflegepersonalbemessungsdiskussion. Die verschiedenen Experten der Pflege fordern, dass sich der Personalbedarf am Pflegebedürfnis und dem sich daraus abzuleitenden Pflegebedarf des Patienten orientiert. Vor diesem Hintergrund wird ein multidimensionaler Ansatz zur Pflegepersonalbemessung gefordert (Bartholomeyczik, Haasenritter & Wieteck, 2009; Jahn, 2015)⁵. Auch die Forderung, dass die künftige Personalbemessung in Verbindung mit Qualitätskennzahlen diskutiert wird, kann durch den vorgeschlagenen Weg realisiert werden (Deutscher Pflegerat, 2014). Zudem ist zu fordern, dass im Kontext der Personalbemessungsdiskussion auch der Qualifikationsmix Berücksichtigung findet. So gibt es eindeutige Belege, dass nur ein ausgewogener Qualifikationsmix zu einer adäquaten Versorgungsqualität führen kann (B. Braun et al., 2014).

C) Positive Auswirkungen auf das DRG-System und die interdisziplinäre Zusammenarbeit

Thomas et al. (2014) beschreiben ein zentrales Potenzial der NRG für das DRG-System: *„Eigenständige Pflegefallgruppen, die nicht nur die „hochaufwändige“ Pflege, sondern auch die Pflegeleistung in der Breite adäquat entlohnen, könnten zu einem Konkurrenz- bzw. Kombinations-Vergütungssystem zur medizinischen Versorgung werden, das weitere Effizienzreserven in der Krankenhausversorgung*

⁵ Bartholomeyczik et al. 2009 fordern einen „multidimensionalen Ansatz“ und damit sind Patientenzustände und Pflegemaßnahmen und evtl. noch Outcome-Indikatoren gemeint, um Kostengewichte wie NRG oder PRG im DRG-System zu entwickeln.

Jahn, 2015 fordert Pflegebedarfsfaktoren in Form von „Grad der Selbstständigkeit eines Patienten“ z. B. dargestellt über ein Assessment, wie z. B. dem Barthel-Index oder ePA-AC, mit deren Hilfe pflegerische Leistungen im DRG-System abgebildet werden können.

generieren kann. Insbesondere die daraus resultierende notwendige Abstimmung zwischen medizinischem und pflegerischem Leistungsgeschehen (inkl. der Leistungsdokumentation, Controlling etc.) könnte ein nennenswertes Potenzial zur Verbesserung der Patientenversorgung darstellen.“

Zu überlegen wäre auch, wie in dem Positionspapier der AGKAMED-AG OPS 9-20 beschrieben, ob die NRG auch langfristig die anderen „nichtmedizinischen“ Leistungen z. B. von Ergotherapeuten und Physiotherapeuten aufnehmen können. Dieses würde die interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der Teams massiv fördern (Wieteck et al., 2014).

D) DRG-konformer Lösungsansatz

Die Kliniken werden bezüglich der Personalentscheidungen nur indirekt über Finanzanreize beeinflusst. Keine Außensteuerung der Pflegepersonalstellen über das BMG. Damit werden die Kliniken in ihrer Personalhoheit nicht beeinflusst (Wieteck & Kraus, 2015).

E) Verbesserung der Verteilungs- Vergütungsgerechtigkeit im DRG-System

Verbesserung der Verteilungs- und Vergütungsgerechtigkeit pflegerischer Aufwände im DRG-System über die „hochaufwendigen Patienten“ hinausgehend (Wieteck & Kraus, 2015).

F) Stärkung der Position der Pflege bei Personalstellenverhandlungen

Durch die deutliche Erhöhung des Erlöseinflusses des pflegerischen Leistungsgeschehens in den Kliniken kommt es zu einer Stärkung der Pflegeberufe. Ebenso können Fördermittel zweckgebunden dorthin gesteuert werden, wo dieses gewünscht wird.

G) Förderung der eHealth-Strategien

Deutschland ist in Bezug auf die Umsetzung einer elektronischen Patientenakte im Europavergleich ein Schlusslicht. In den meisten Kliniken kommt der Aspekt der Datennutzung für Risikomanagement, Prozesssteuerung noch nicht zum Tragen, der Entscheidungsfindungsprozess ist noch nicht optimal unterstützt. Die Realisierung von NRG erfordert eine flächendeckende IT-Strategie zur Pflegedokumentation auf Basis von Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen basierend auf Pflegeklassifikationen. Hier ließe sich ein enormes Ressourcenpotential der sektorenübergreifenden Datennutzung bei Verlegung und Entlassung freisetzen. Zudem würden die Informationslücken bei Verlegung und Entlassung deutlich reduziert.

H) Schaffung der Datengrundlage für nationale Qualitätsindikatoren in der Pflege

Erst in Verbindung mit Qualitätsindikatoren, wie diese zum Beispiel international genutzt werden, ist es möglich, überhaupt eine adäquate Pflegepersonalbesetzung zu beurteilen. Durch die Einführung von NRG und die damit erforderliche Datenbasis zur Abbildung des Pflegeprozesses lassen sich Qualitätsindikatoren entwickeln und basierend auf den erhobenen Daten auswerten. (Wieteck, 2015; Wieteck & Kraus, 2015) Damit wird für den Verbraucher nachvollziehbar, ob Einrichtungen evidenzbasierte Konzepte bei den Maßnahmenangeboten anbieten und wie die Ergebnisse der therapeutischen Pflege zu bewerten sind.

I) Förderung einer Pflege basierend auf „best practice“ und/oder „evidence based nursing“

Durch das Arbeiten mit Pflegediagnosen werden Prozesse wie „critical thinking“ (Kong et al., 2014; Wilkinson, 2007) angestoßen und eine höhere fachliche Kompetenz der Mitarbeiter gefördert. Der eigene Entscheidungs- und Gestaltungsbereich der Pflege tritt in den Vordergrund – zentrale Aspekte der Mitarbeitermotivation. Die Pflegediagnostik ist ein mehrfach beschriebener Weg zur Professionalisierung der Pflegeberufe (Höhmann, 1999; Kelch, 2009). Mit der Einführung der NRG würde gleichzeitig ein Weg beschritten, der in das **Leistungsgeschehen** der Pflege regulierend

eingreift. Dieses ist auch dringend notwendig, denn die Studienlage belegt eindrücklich, dass eine reine Erhöhung der Pflegepersonalstellen nicht automatisch mit einer Verbesserung der Pflegequalität einhergeht. Die Anwendung des pflegediagnostischen Prozesses geht, wie die Studienlage belegen kann, mit einer Qualitätsverbesserung einher.

J) Zweckgerichteter Einsatz pflegerischer Ressourcen

Vorbeugung, dass die „aufgebauten“ pflegerischen Ressourcen nicht zweckentfremdet eingesetzt werden und z. B. Tätigkeiten aus dem hauswirtschaftlichen Bereich oder dem ärztlichen Bereich übernommen werden. Zunächst ist es zwingend, die Versorgungsdefizite zu beheben und eine Arbeitsumgebung zu schaffen, welche Pflegende nicht krank machen und aus dem Beruf drängen.

Zusammenfassende Bewertung der NRG

Die Vorteile des vorgeschlagenen Weges sind in mehrerlei Hinsicht bestechend, die positiven Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und das Potenzial, Fehlanreize im DRG-System zu verringern, wurden bereits erläutert, im Weiteren sehe ich folgende Vorteile zusammenfassend:

- Personalbemessung könnte künftig in Verbindung mit Pflegequalität gebracht werden, dieses durch Schaffung der Datengrundlage für nationale, einheitliche Qualitätsindikatoren in der Pflege
- Zweckgerichteter Einsatz pflegerischer Ressourcen
- DRG-konformer Lösungsansatz
- Stärkung der Position der Pflege bei Personalstellenverhandlungen
- Förderung der eHealth-Strategien
- Förderung des Entscheidungsfindungsprozesses der Pflege entsprechend „best practice“ und/oder “evidence based nursing“ mit positiven Auswirkungen auf die Attraktivität der Pflegeberufe, der Professionalisierung dieser und Sicherstellung der Versorgungsqualität.

Es ist nach den Ausführungen erkennbar, dass der vorgeschlagene Weg der NRG in sehr unterschiedlicher Weise dazu beitragen kann, die Arbeitsbedingungen der Pflege, die Transparenz der Qualität und pflegerischen Entscheidungsfindung, sowie die Professionalisierung des Berufsstandes zu verbessern. Daher kann ich den vorgeschlagenen Weg empfehlen. An dieser Stelle sei erwähnt, dass der hier vorgeschlagene Weg bereits auch von mehreren Fachexperten sowie von Berufsverbänden unterstützt wird (Wieteck et al., 2014). Hier bin ich gerne bereit, entsprechende Kontakte zu vermitteln.

Zur Person

Zur Person der Sachverständigen:

- Gesundheits- und Krankenschwester
- Lehrerin für Pflegeberufe
- Studium Pflegewissenschaft
- Dissertation im Bereich Validierung von Pflegeklassifikationen
- Qualitätsmanagerin sowie Zertifizierungsauditorin für die DQS
- Mitglied als Expertin auf dem 2. Pflegegipfel
- Begleitung von Forschungsprojekten und Vorlesungstätigkeit zu den Themenschwerpunkten von DRG und Pflege, Pflegepersonalbemessung, Outcome-Indikatoren, Validität von Pflegediagnosen, elektronische Patientenakte
- Stellvertretender Vorstand der Fachgesellschaft „Profession Pflege“
- Leiterin der Abteilung Forschung und Entwicklung der Firma RECOM GmbH seit 2013

Kontakt:

Dr. Pia Wieteck
Falterstraße 17
85107 Baar-Ebenhausen
Tel.: 08453-3399684
E-Mail: Pia.Wieteck@t-online.de

1 Anlage exemplarische Fallanalyse

Literatur

- Aiken, L. H. et al.** (2011). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Med Care*, 49(12), pp. 1047-1053. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182330b6e
- Aiken, L. H. et al.** (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), pp. 1824-1830. doi: 10.1016/s0140-6736(13)62631-8
- Assadian, O., Toma, C. D. & Rowley, S. D.** (2007). Implications of staffing ratios and workload limitations on healthcare-associated infections and the quality of patient care. *Critical Care Medicine*, 35(1), pp. 296-298. doi: 10.1097/01.ccm.0000251291.65097.8a
- Ball, J. E. et al.** (2014). 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), pp. 116-125. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001767
- Bartholomeyczik, S., Haasenritter, J. & Wieteck, P.** (2009). Instrumente zur Abbildung des Pflegeaufwands in der DRG-Systematik. Literaturanalyse. *Pflegewissenschaft*, 12(9), pp. 669-687.
- Baumberger, D.** (2001). *Pflegediagnosen als Indikator der Streuung des Pflegeaufwandes in DRGs*. (Master of Nursing Science), Universität Maastricht, Maastricht, NL.
- Baumberger, D.** (2013). *Homogenitätsprüfung der Pflegeleistung im DRGs*. (Dissertation), Universität Witten/Herdecke, Witten.
- Braun, B. et al.** (2014). Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern. 186. Retrieved from <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/Hessen-Gutachtenn-final-1.pdf> (Accessed: 26.08.2015).
- Braun, B., Klinke, S. & Müller, R.** (2010). Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäuser. *Pflege & Gesellschaft*, 15(1), pp. 5-19.
- Braun, B. & Müller, R.** (2005). Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern. *Pflege und Gesellschaft*, 10(3), pp. 131-141.
- Braun, M. & Wieteck, P.** (Eds.). (2013). *PKMS-Begutachtung, Erkenntnisse aus Prüfungen des OPS 9-20 durch den MDK* (Vol. 1. Auflage). Kassel: Recom GmbH & CoKG.
- Deutscher Bundestag Drucksache 18/5372.** (2015). Gesetzesentwurf der CDU/CSU und SPD „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)“. Retrieved from http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/GE_K_HSG.pdf (Accessed: 31.08.2015).
- Deutscher Pflegerat.** (2014). *Vier-Punkte-Programm zur Lösung des Pflegepersonalmangels* (Pressemitteilung vom 05.12.2014). Retrieved from <http://www.deutscher-pflegerat.de/presse/Pressemitteilungen/1209.php> (Accessed: 03.08.2015).
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip).** (2004). *Pflegerelevante Fallgruppen (PRG)*. Hannover: Schlütersche Verlag.
- Fajardo, A.** (2013). *Die (Un-)Attraktivität des Pflegeberufes in Deutschland und der Einfluss der Führungskräfte* (Vol. 1. Auflage): Diplomica Verlag.
- Fiebig, M.** (2007). *Eine Untersuchung zum Zusammenhang von Patientenzuständen und Pflegeaufwand - Vorschläge für empirisch abgesicherte (Patienten-) Fallgruppen*. (Diplomarbeit), Evangelische Fachhochschule, Darmstadt.
- Fischer, W.** (2002). *Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege - Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten*. Bern: Huber.
- Fraktion Bündnis 90/Die Grünen.** (2015). Gute Versorgung, gute Arbeit - Krankenhäuser zukunftsfest machen. *Drucksache 18/5381 - Bundestag Antrag*. Retrieved from <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805381.pdf> (Accessed: 27.07.2015).
- Fraktion Die Linke.** (2015). *Antrag: Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern verbessern – Bedarfsgerechte Personalbemessung gesetzlich regeln* (Deutscher Bundestag Drucksache 18/5369). Retrieved from <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805369.pdf> (Accessed: 27.07.2015).

- Görres, S. et al.** (2010). „Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten“ - Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes - ERGEBNISBERICHT -. (März), 82. Retrieved from https://www.pflege-ndz.de/tl_files/pdf/Image_Abschlussbericht-Endfassung.pdf (Accessed: 20.08.2015).
- Hager, K. & Nennmann, U.** (1994). Die Stufen der allgemeinen Pflege (A1-A3) der Pflege-Personal-Regelung (PPR) im Verlauf der Rehabilitation. *Phys Rehab Kur Med*, 04(05), pp. 194-195. doi: 10.1055/s-2008-1062037
- Henderson, V.** (1972). *Textbook of the Principles and Practice of Nursing, 5th Edition*: Macmillan.
- Höhmann, U.** (1999). Pflegediagnosen: Instrumente zur Professionalisierung der Pflege. *Pflege & Gesellschaft*, 4(1), pp. 8-13.
- Isfort, M.** (2008). *Patientenklassifikation und Personalbemessung in der Pflege*. Münster: Verlagshaus Monsenstein und Vannerdat OHG.
- Isfort, M. et al.** (2014). Pflege-Thermometer 2014 "Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus". Retrieved from http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf (Accessed: 20.08.2015).
- Isfort, M. & Weidner, F.** (2001). *Pflegequalität und Pflegeleistungen I. - Zwischenbericht zur ersten Phase des Projektes "Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistung"*. Freiburg, Köln. Katholischer Krankenhausverband Deutschland.
- Isfort, M. & Weidner, F.** (2003). Pflegerelevante Fallgruppen (PRG). *Perspektiven - Informationen des dip*(2), pp. 1-3.
- Isfort, M., Weidner, F. & Gehlen, D.** (2012). *Pflege-Thermometer 2012: Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus*. Köln. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip).
- Isfort, M. et al.** (2010). *Pflegethermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*. Köln. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung.
- Jahn, P.** (2015). Pressemeldung vom 25.08.2015: Pflegebedarfsfaktoren bilden die pflegerischen Leistungen im DRG-System besser ab. Retrieved from <http://www.deutscher-pflegerat.de/presse/Pressemitteilungen/2015-08-25%20PM%20Pflegebedarfsfaktoren%20bilden%20die%20pflegerische%20Leistungen%20im%20DRG-System%20besser%20ab.php> (Accessed: 26.08.2015).
- Kelch, A.-K.** (2009). Pflegediagnostik als Instrument der Professionalisierung? *Intensiv*, 17(6), pp. 311-318. doi: 10.1055/s-0029-1243276
- Kong, L. N. et al.** (2014). The effectiveness of problem-based learning on development of nursing students' critical thinking: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 51(3), pp. 458-469. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.06.009
- Kuhlmann, H.** (2003). Pflege im DRG-System - Wie kann pflegerische Leistung erfasst werden? Teil 2: PPR und LEP. *Die Schwester/Der Pfleger*, 42(10), pp. 760-765.
- Lang, T. A. et al.** (2004). Nurse-patient ratios: a systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. *J Nurs Adm*, 34(7-8), pp. 326-337.
- McGahan, M., Kucharski, G. & Coyer, F.** (2012). Nurse staffing levels and the incidence of mortality and morbidity in the adult intensive care unit: a literature review. *Aust Crit Care*, 25(2), pp. 64-77. doi: 10.1016/j.aucc.2012.03.003
- Meleis, A. I.** (1999). *Pflegetheorie - Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege*. Kempten/Bern: Verlag Hans Huber.
- Mukadam, N. & Sampson, E. L.** (2011). A systematic review of the prevalence, associations and outcomes of dementia in older general hospital inpatients. *Int Psychogeriatr*, 23(3), pp. 344-355. doi: 10.1017/s1041610210001717
- NANDA-International.** (2013). *NANDA I Pflegediagnosen Definitionen und Klassifikation 2012 -2014*. Kassel: RECOM Verlag.
- O'Brien-Pallas, L. et al.** (1997). Measuring Nursing Workload: Understanding the Variability. *Nursing Economics*, 15(4), pp. 171-182.

- Orem, D.** (1995). *Nursing: Concepts of Practice (5th ed.)*. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Patry, C. et al.** (2014). A gap between Need and Reality: Neonatal Nursing Staff Requirements on a German Intensive Care Unit. *Pediatric reports*, 6(1), pp. 5186. doi: 10.4081/pr.2014.5186
- Pinkert, C. & Holle, B.** (2012). [People with dementia in acute hospitals. Literature review of prevalence and reasons for hospital admission]. *Z Gerontol Geriatr*, 45(8), pp. 728-734. doi: 10.1007/s00391-012-0319-1
- Rogowski, J. A. et al.** (2013). Nurse staffing and NICU infection rates. *JAMA pediatrics*, 167(5), pp. 444-450. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.18
- Sachverständigenrat.** (2007). *Kooperation und Verantwortung Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007, Download 08.2007 [www.gsk-sh.de/\(S\(im3e1vuro0bn1qvrbtnkmmzhh\)\)/File_1121/Langfassung.pdf](http://www.gsk-sh.de/(S(im3e1vuro0bn1qvrbtnkmmzhh))/File_1121/Langfassung.pdf) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Download 08.2007 [www.gsk-sh.de/\(S\(im3e1vuro0bn1qvrbtnkmmzhh\)\)/File_1121/Langfassung.pdf](http://www.gsk-sh.de/(S(im3e1vuro0bn1qvrbtnkmmzhh))/File_1121/Langfassung.pdf).*
- Schmid, B.** (2007). Homogenitätsprüfung des Pflegeaufwandes in der DRG-Fallgruppe: Erklärungsansatz zur Kostenhomogenität von DRG-Fallgruppen durch Pflegediagnosen/Pflegeaufwand. *PrInterNet*, 9(9), pp. 532-541.
- Schrems, B.** (2006). Der Pflegeprozess im Kontext der Professionalisierung. *PrInterNet*, 8(01), pp. 44-52.
- Schröder, M.** (2010). *Konstruktvalidität der Subskala Mobilität des neuen Begutachtungsassessment für Pflegebedürftigkeit (NBA)*. (Master), Philosophische-Theologische Hochschule Vallendar, Vallendar.
- Schubert, M. et al.** (2012). Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(3), pp. 230-238. doi: 10.1093/intqhc/mzs009
- Simon, M.** (2014). *Personalbesetzungsstandards für den Pflegedienst der Krankenhäuser: Zum Stand der Diskussion und möglichen Ansätzen für eine staatliche Regulierung, Ein Diskussionsbeitrag*. Hannover. Hochschule Hannover University of Applied Sciences and Arts, Abteilung Pflege und Gesundheit. Retrieved from http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_-_Paper_Personalbesetzungsstandards.pdf (Accessed: 27.07.2015).
- Simon, M.** (2015). *Stellungnahme zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSKG)* (Bundesdrucksache 18/5372). Deutscher Bundestag.
- Staggs, V. S. & Dunton, N.** (2014). Associations between rates of unassisted inpatient falls and levels of registered and non-registered nurse staffing. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(1), pp. 87-92. doi: 10.1093/intqhc/mzt080
- Thomas, D. et al.** (2014). Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. Diskussionspapier zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. *IBES Diskussionsbeitrag, No. 204*. Retrieved from <http://econstor.eu/bitstream/10419/101317/1/796268495.pdf> (Accessed: 31.07.2015).
- Thompson, J. D. & Diers, D.** (1985). DRGs and nursing intensity. *Nursing & Health Care*, 6(8), pp. 434-439.
- Tschannen, D., Kalisch, B. J. & Lee, K. H.** (2010). Missed nursing care: the impact on intention to leave and turnover. *Canadian Journal of Nursing Research*, 42, pp. 22-39.
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di.** (2013). *Pressemeldung: In deutschen Krankenhäusern fehlen 162.000 Stellen* (20. Februar 2013). ver.di. Retrieved from https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5124b7ba6f684417cc000984/download/verdi%20120220%20Pressestatem-ent-Personalcheck_final.pdf (Accessed: 24.08.2015).
- Welton, J. M. & Halloran, E. J.** (2005). Nursing Diagnoses, Diagnosis-Related Group, and Hospital Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 35(12), pp. 541-549.
- Welton, J. M., Zone-Smith, L. & Fischer, M. H.** (2006). Adjustment of inpatient care reimbursement for nursing intensity. *Policy Polit Nurs Pract*, 7(4), pp. 270-280.

- Wieteck, P.** (2008). Pflegerelevante Fallgruppen. In P. Wieteck (Ed.), *Validierung von Pflegediagnosen der Pflegeklassifikation ENP (European Nursing care Pathways): Crossmappings von ENP mit ICNP und NANDA*. Bad Emstal: RECOM, pp. 39-45.
- Wieteck, P.** (2015). NRG ergänzen DRG. *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (f&w)*, 32(7), pp. 506-509.
- Wieteck, P.** (Ed.). (2013). *Praxisleitlinien Pflege, Planen und Dokumentieren auf Basis von Pflegediagnosen der Klassifikation ENP* (2. Auflage ed.). Kassel: RECOM Verlag.
- Wieteck, P. & Kraus, S.** (2015). *Adäquate Personalbemessung in der Pflege. Ein explorativer Ansatz zu einer bedarfsgerechten Finanzierung von Pflegeleistungen und der Versorgung der Patienten und/oder Bewohner*. Kassel: RECOM, in Bearbeitung.
- Wieteck, P. et al.** (2014). Adäquate Personalbesetzung - Positionspapier. Stellungnahme der Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung des OPS 9-20 zum Diskussionspapier IBES und den Pressemeldungen des DPR. Retrieved from http://www.ispg-fachtag.de/tl_files/download/ISPG-2015_Wieteck-Pia_AGKAMED-Positionspapier-Pflege-und-DRG.pdf (Accessed: 02.03.2015).
- Wieteck, P. et al.** (Eds.). (2015). *Handbuch 2015 PKMS: Kodierrichtlinien und praktische Anwendungen des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten* (6 ed.). Kassel: RECOM.
- Wilkinson, J. M.** (2007). *Nursing Process and Critical Thinking* (4 ed.). New Jersey: Pearson- Prentice Hall.
- Wingenfeld, K., Büscher, A. & Gansweid, B.** (2008, 25. März). *Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Hauptphase 1. Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments. Überarbeitete und korrigierte Fassung vom 25. März 2008*. Studie. Bielefeld/Münster.
- Wingenfeld, K. & Schnabel, E.** (2002). Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegerichtungen. Retrieved from <http://paritaet-alsopfleg.de/index.php/downloadsnew/pflegerische-versorgung/fachinformationen-pflege-oeffentlich/3294-endbericht-personalbemessung-in-der-stationaeren-pflege/file> (Accessed).
- Zander, B. et al.** (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern - Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. [Nursing tasks left undone in German acute care hospitals - results from the international study RN4Cast]. *Gesundheitswesen*, 76(11), pp. 727-734. doi: 10.1055/s-0033-1364016

~~Eine Anpassung der Pflegedokumentation wäre somit erforderlich gewesen. Dabei wäre beispielsweise der Grund G6 (Tabelle 104: Originaltext G6 Bewegungen/Sicherheit) für die weitere Pflegeplanung adäquat und nachvollziehbar gewesen.~~

G6	Fehlende Fähigkeit, einen Transfer durchzuführen UND/ODER zu gehen Kennzeichen: Schwere Beeinträchtigung, von liegender Körperposition zum Sitzen zu gelangen UND vom Sitzen zum Stand zu gelangen, UND Unfähigkeit/Unsicherheit, das Körpergewicht im Stand selbstständig zu tragen
-----------	--

Tabelle 104: Originaltext G6 Bewegungen/Sicherheit

~~Entsprechend der festgestellten Gründe G1 und G6 ist die Pflegemaßnahme D5 sicher auch im Sinne einer aktivierenden Pflege für die Pflegeplanung nachvollziehbar gewesen. Allerdings hätte statt der von der Einrichtung gewählten zusätzlichen Aktivität die „Mobilisation mindestens 2 x täglich in den Roll-/Lehnstuhl“ geplant werden sollen, was tatsächlich auch täglich durchgeführt wurde. Bei Anpassung der Lagerungsfrequenz auf die geforderten 7 x in 24 Stunden wäre diese Pflegemaßnahme nachvollziehbar und auch zu berücksichtigen gewesen.~~

~~Überlegungen zum Verbesserungspotential: Völlig unklar bleibt, warum der Patient im Rahmen der Versorgung zunehmend passiver wurde. Während er zunächst noch versuchte selbst aufzustehen, musste er am Ende des Aufenthaltes auf dieser Station teilweise von zwei Pflegepersonen mobilisiert werden. Weder der Arztbrief noch die gesamte Pflegedokumentation geben hierüber Aufschluss. Es bleibt auch offen, warum eine Gangschulung im Arztbrief empfohlen wurde und nicht in der Klinik begonnen wurde. Es ist eine interessante Frage, was sich im Versorgungs- und Behandlungsverlauf verändert hätte, wenn von Anbeginn des Aufenthaltes eine aktivierende therapeutische Pflege anstelle einer passivierenden Pflege stattgefunden hätte.~~

~~Aus Sicht der PKMS-Dokumentation hätte mit einer anderen Angebotsauswahl in jedem Fall ein OPS-Schlüssel ausgelöst werden können. Zudem wäre ein verändertes Pflegeangebot den Bedürfnissen des Patienten sehr wahrscheinlich deutlich mehr entgegen gekommen.~~

6.2 Fallvorstellung Herr Karl

Autorin: Dr. rer. medic. Pia Wieteck

Herr Karl, 88 Jahre alt, wurde am 17.03.2012 mit dem Verdacht eines Reapoplex und damit einhergehender Schluckstörung durch den Hausarzt eingewiesen und stationär aufgenommen. Die Ehefrau gab an, dass der Patient die letzten Tage kaum etwas gegessen und getrunken habe. Entlassung war am 18.04.2012. Am 26.03.2012 wurde mit der PKMS-Dokumentation bis zur Entlassung begonnen. Insgesamt wurden 135 PKMS-Aufwandspunkte erhoben. Der OPS 9-200-6 wurde verschlüsselt.

Dem Arztbrief sind folgende Diagnosen von Herrn Karl zu entnehmen: Exsikkose bei bekannter Alzheimer-Demenz und Diuretika; Sepsis mit Nachweis von Staph. Aureus, Pneumo-

nie links, Clostridienenteritis, Harnwegsinfektion, Makrohämaturie, Infizierte Phimose, V.a. neuroleptikainduziertes Parkinsonsyndrom, V.a. subakuter Infarkt mit kleiner Einblutung im hinteren Kapselschenkel rechts sowie Infarkt anteilig auch im Thalamus rechts lt. CCT.

Folgende Nebendiagnosen wurden aufgeführt: Arterielle Hypertonie, mittelschwere Aortenklappeninsuffizienz, Grad II-III; Mitralklappeninsuffizienz Grad I; Alzheimer-Demenz, Prostatahyperplasie.

In der Klinik wurde eine Begutachtung der Fallakte durch den MDK vor Ort durchgeführt. Der Gutachter hat den Grund G1 nicht anerkannt, daher sind alle Punkte im Bereich der Körperpflege weggefallen. Im Bereich der Bewegung wurden ebenfalls wegen der Nichterfüllung der Häufigkeiten von Pflegemaßnahmen PKMS-Aufwandspunkte gestrichen, so dass die Aufwandspunkte laut Gutachter < 43 Punkte waren. Zwischen dem Urteil des PKMS-Beauftragten und des Gutachters besteht Dissens. Daher wurde die Fallakte zur Beurteilung und Formulierung eines Widerspruchs vorgelegt.

6.2.1 Pflegeanamnese

Die Einrichtung führt im Haus eine Pflegeanamnese (Abb. 118 und 119). In dieser werden sowohl das Selbstfürsorgedefizit im Bereich der Körperwaschung, die Schluckstörungen und Urin- und Stuhlinkontinenz beschrieben. Als Kostform wird weiche Kost angegeben. Eine Beschreibung des Ernährungszustandes ist in der Dokumentation nicht vorhanden. Ebenso wird deutlich, dass der Patient bereits vor dem Klinikaufenthalt einen Pflegebedarf hatte. Den Arztbriefen kann auch entnommen werden, dass der Patient bereits eine Pflegestufe III hat. Der genaue Hilfebedarf von Herrn Karl wird aus der Pflegeanamnese vom 17.03.2012 nicht deutlich. Im Bereich der Körperpflege ist „muss gewaschen werden“ ¹ angekreuzt, dieses weist auf eine „volle Übernahme“ im Sinne der PPR-Definition im Bereich der Körperpflege hin. Im Leistungsbereich der Ernährung wird zum einen erwähnt, dass der Patient eine Schluckstörung hat, es wird aber angegeben, dass Herr Karl selbstständig essen würde. Der Satz „Essen muss vor“ ² ist nicht beendet, somit lässt sich der genaue Hilfebedarf nicht ableiten. Ebenso bleibt bei den Angaben zur Ausscheidung mit dem Haken bei einer „Stuhl- und Urininkontinenz“ als auch im Leistungsbereich Bewegung mit den Angaben „Braucht Hilfe“ ³ offen, ob es sich um einen Patienten mit „voller Übernahme“ handelt.

Aufnahmeprotokoll – Pflege – Erwachsene

Name: [Redacted]
Vorname: [Redacted]
Geb.-Dat.: [Redacted]
Straße: [Redacted]
Wohnort: [Redacted]

Hausarzt: Dr. [Redacted]
Einweisender Arzt: [Redacted]
Einweisungsdiagnose:

Aufnahmetag: 11.03.12 **Uhrzeit:**
 Erstaufnahme
 Wiederaufnahme
 letzter Aufenthalt:
 Verlegung von:
 anderes Krankenhaus
 Altenheim
 Pflegebericht
 häusliche Situation

Aufnahme:
 gehend
 sitzend
 liegend
 selbst Krankenwagen
Begleitung: ja nein

Angehörige:
 2 wöchentlich Pflegedienst
 [Redacted]
Tel.-Nr.: [Redacted]

Betreuung: ja nein
 Pat. erklärt Betg. AR
 Therapie ist evtl. verständl.
 [Redacted]

Medikation:
 Ergenyl Chrono

Genüßmittel:

Aufnahmestatus:
 ansprechbar orientiert
 benommen teilweise orientiert
 erregt
 bewußtlos
 Kontrakturen
 Wo?

Dekubitus **Wunden** **Sonstiges**
 s. Braden-Skala

Besonderheiten:
 Schrittmacher
 Gerinnungshemmer
 Diabetes mellitus
 Allergien
 Erkrankungen und Op's:

Für Wertgegenstände und Bargeld wird keine Haftung übernommen.

54 04 01

Originaldokument

Abbildung 118: Pflegeanamnese I Herr Karl

Pflegeanamnese / Istzustand		Aktivitäten des täglichen Lebens	
1. Kommunikation <input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input checked="" type="checkbox"/> Einschränkung durch <u>Sprache Romanisch</u>		4. Nahrungsaufnahme und Ausscheidung Nahrungsaufnahme <u>Schluckstörung</u> Kostform: <u>weiche Kost</u> Abneigung gegen: <input checked="" type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> Essen muß dargereicht werden <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden <u>ESSEN MUß VOR</u> 2	
<input checked="" type="checkbox"/> Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input checked="" type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Glasauge <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input checked="" type="checkbox"/> Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input checked="" type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <u>zu Hause</u> <input type="checkbox"/> Sprache <input type="checkbox"/> Schmerzen:		Ausscheidung Urin <input type="checkbox"/> selbständig <input checked="" type="checkbox"/> urinkontinent <input type="checkbox"/> Blasenverweilkatheter Größe: Datum: <input type="checkbox"/> Urostoma Besonderheiten: 3	
2. Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen Atemung <input checked="" type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Husten Herz-Kreislauf <input checked="" type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden <input type="checkbox"/> Rhythmusstörung Körpertemperatur <input checked="" type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Abweichung <input type="checkbox"/> schwitzt <input type="checkbox"/> friert		Stuhl <input type="checkbox"/> selbständig <input checked="" type="checkbox"/> stuhlinkontinent <input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe <input type="checkbox"/> Colostoma <input type="checkbox"/> Ileostoma Besonderheiten:	
3. Körperpflege und Kleidung <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> wäscht sich <input type="checkbox"/> duscht <input type="checkbox"/> badet <input type="checkbox"/> braucht Hilfe <input checked="" type="checkbox"/> muß gewaschen werden 1 Zähne: <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten <input checked="" type="checkbox"/> Vollprothese <input checked="" type="checkbox"/> oben <input checked="" type="checkbox"/> unten <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut: <input type="checkbox"/> Haut: <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Größe Aussehen: Haarpflege <input type="checkbox"/> selbständig <input checked="" type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> Haarteil <input type="checkbox"/> Perücke Rasur/Bartpflege <input type="checkbox"/> selbständig <input checked="" type="checkbox"/> mit Hilfe Nagelpflege <input type="checkbox"/> selbständig <input checked="" type="checkbox"/> mit Hilfe Kleidung <input type="checkbox"/> selbständig <input checked="" type="checkbox"/> braucht Hilfe		5. Bewegung <input type="checkbox"/> selbständig <input checked="" type="checkbox"/> braucht Hilfe <input type="checkbox"/> Kontrakturen Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Stock <input type="checkbox"/> Unterarmgehstütze <input type="checkbox"/> Arm-/Beinprothese <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input checked="" type="checkbox"/> Rollstuhl <u>Kolator</u> 6. Ruhe und Schlaf <input type="checkbox"/> schläft gut <input type="checkbox"/> schnarcht <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Schlafgewohnheiten 7. Arbeit und Freizeit Beruf <u>rentner</u> Freizeitaktivitäten 8. Besonderheiten	

Originaldokument

Abbildung 119: Pflegeanamnese II Herr Karl

6.2.2 Pflegeüberleitungsbogen

Auf dem Pflegeüberleitungsbogen (Abb. 120) vom ambulanten Pflegedienst, welcher den Patienten zweimal in der Woche versorgt hat, geht die „volle Abhängigkeit“ im Leistungsbereich der Körperpflege und Bewegung durch die Einschätzung auf einer Selbstständigkeitseinstufung mit „unselbstständig“ eindeutig hervor. Ebenso ist der Patient laut Aussagen der Einschätzung im Rahmen der Überleitungspflege im Bereich der Ausscheidung abhängig. Auf dem Überleitungs-

bogen ist angegeben, dass Hr. Karl in der Durchführung der Intimpflege unselbstständig ist. Zudem besteht laut den Angaben eine Stuhl- und Urininkontinenz. Außerdem ist der Patient weder zur Zeit, noch zum Ort, zur Person oder zur Situation orientiert.

Bestellnummer 2003

Pflegeüberleitungsbogen

PERSÖNLICHE DATEN

Name: [redacted]
 Vorname: [redacted]
 Anschrift: [redacted]
 Tel.: [redacted]
 Geb. Dat.: 1924 Geb.-Ort: in Rumänien
 Staatsangehörigkeit: deutsch
 Konfession: ev.
 Versichter: ADK LKK BKK IKK VDAK AEV Knappschaft

KV Nr. [redacted] Pflegestufe [redacted]

1. Angehörige: [redacted] Telefon: [redacted]
 2. Angehörige: [redacted] Telefon: [redacted]

von uns wurden von der Überleitung verständigt:
 Angehörige ja nein ja nein
 bei Problemen zu berschrichtigende:
 1. Angehörige 2. Angehörige Betreuer

Gesetzliche Betreuung durch:
 Gesundheitsfürsorge
 Vermögenssorge
 Aufenthaltsbestimmung

Mitgeführte Dokumente/Eigentum
 Krankenkassenkarte Patientenverfügung
 Personalausweis
 Schwerbehindertenausweis

MEDIZINISCHER BEREICH

Hausarzt: [redacted]
 Konsiliararzt: [redacted]
 Notarzt: [redacted]

medizinische Diagnosen/legebegründende Diagnosen
 dem Patienten bekannte Diagnosen
 - arterielle Hypertonie
 - Diabetes mellitus
 - Herz-Kreislauferkrankung
 - Stuhl- und Urininkontinenz
 - postoperative Hypertonie
 - Poststrokelepilepsie

MEDIKATION	mon- pers	mít- tags	abends	nachts
Valproat 25mg	-	-	-	1
Eugenol 300	1	-	2	-
Acem 10	1	-	-	-
Diazepam 40	-	-	-	2
Reparolan 0,5	1	-	-	-
Leuro 40	1/2	1/2	-	-

Bedarfmedikation

letzter Krankenhausaufenthalt von bis im

INFEKTIONEN keine bekannt
 MRSA TBC HIV Hepatitis
 andere Infektionen:

IMPFUNGEN keine bekannt

GRUND DER ÜBERLEITUNG
 V.a. Schlaganfall

Allergien/Unverträglichkeiten/Krankheitsbedingte Besonderheiten

Pflegeüberleitung geht an:
 Krankenhaus
 Kurzzeitpflege
 Tagespflege
 ambulante Pflege

Kommunikation
 Sprachvermögen: keine mäßige schwere Ausfall
 Hörvermögen: rechts mäßige schwere Ausfall
 Hörgerät: rechts links mitgegeben schwere Ausfall
 Seilvermögen: keine mäßige mitgegeben

Bemerkungen:

Sich bewegen können: selbstständig bedingt selbst nicht selbstständig

Auftreten/Zubehalten Liniagen
 Gehen Stufen Treppensteigen
 Arm-/Beinprothesen Gehstock Gehwagen
 Rollstuhl mitgegeben

DEKUBITUSRISIKO ja nein

WUNDVERHÄLTNIS ja nein

Hörsbereich von vorne Hörsbereich von hinten Außenohr der vorderen Extremitäten

Wundbeschreibung in cm
 1. med. Wunddiagnose: Ort: ggf. Rezidivzahl
 Länge: Breite: Tiefe:
 Stadium: ggf. Wundklassifikation

(Wundbeschreibung in cm)
 2. med. Wunddiagnose: Ort: ggf. Rezidivzahl
 Länge: Breite: Tiefe:
 Stadium: ggf. Wundklassifikation

(Wundbeschreibung in cm)
 3. med. Wunddiagnose: Ort: ggf. Rezidivzahl
 Länge: Breite: Tiefe:
 Stadium: ggf. Wundklassifikation

KONTAKTANZEIGEN

Ort: ja nein

THROMBOSERISIKO ja nein

STURZRISIKO ja nein

Vitale Funktionen aufrechterhalten
 Puls / Min. Arrhythmie
 RR / normal Hypertonie Hypotonie
 Herzschrittmacher Marcumarinnahme

Sich pflegen können: selbstständig bedingt selbst teilweise selbst unselbstständig

baden / duschen waschen anziehen / entziehen Mundpflege Zahnpflege

Haut: intakt trocken feucht schuppig

Hämatome an

Sich als Frau / Mann fühlen
 Intimpflege selbstständig nur von gleichgeschlechtlicher Pflegeperson

Essen und trinken können
 Ernährungszustand: gut mäßig Untergewicht untergewichtig Übergewicht mäßig stark
 Zahnpflege oben unten mitgegeben

Kostform: Vollwert vegetarisch Schonkost
 Diabete BE Reduktionskost milchf. Sündenbreiweicht
 Sonderkost:

Letzte Mahlzeit: 8:30 Uhr
 Essen: selbstständig zubereiten anreichen
 Trinken: selbstständig mit Hilfe Schluckstörungen

Bemerkungen:

Stuhlgang normal ja nein
 Stuhlinkontinenz: ja nein
 Urininkontinenz: ja nein ggf. Kontinenzspritz
 Hilfsmittel am Tag: ja nein
 Hilfsmittel zur Nacht: ja nein

Katheter Anus praeter

Bemerkungen:

Ruhen und Schlafen können
 Einschlafstörung Durchschlafstörung
 gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus Schlafapnoe
 Schlafmittel Lagerung notwendig
 bisher verwendete Lagerungsmethode:
 Bemerkungen:

Sich beschäftigen können
 Bemerkungen:

Für Sicherheit sorgen können
 Orientierungsvermögen:
 zeitlich ja zeitweise nein
 örtlich ja zeitweise nein
 persönlich ja zeitweise nein
 situativ ja zeitweise nein

Entscheidungsvermögen:
 Risiken werden eingeschätzt nicht eingeschätzt
 Risiken werden bewältigt nicht bewältigt
 Freiheitserziehende Maßnahmen:

Bemerkungen:

Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können
 Leben ist nicht gefährdet
 Leben ist gefährdet durch:
 Verlust der Unabhängigkeit Schmerzen Sorge
 Angst Misstrauen Ungewissheit
 Hoffnungslosigkeit

Bemerkungen:

Originaldokument

Abbildung 120: Pflegeüberleitungsbogen vom 17.03.2012

6.2.3 PKMS-Planungsblatt

Die PKMS-Planung (Abb. 121) findet auf einem eigenen Dokument statt. Diese wird für sieben Tage genutzt. Die erreichten Aufwandspunkte werden auf dem PKMS-Planungsblatt dokumentiert und zur Kodierung des OPS 9-20 entsprechend addiert (Abb. 122).

PKMS-E 2012 PLANUNG		Datum: 26.03.12		Vorname: [REDACTED]		Blatt-Nr.: 1			
Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwändige Pflege vor:				Pflegeinterventionen sind: (Die zugehörigen Gründe sind in einer separ. Spalte aufzuführen)					
n	Körperpflege A	<input checked="" type="checkbox"/> Verhaltens-/Widerstände bei der Körperpflege <input checked="" type="checkbox"/> (Widerstände) Maßnahmen bei der Körperpflege Widerstände entgegen, <input type="checkbox"/> schnell, <input type="checkbox"/> schlag, <input type="checkbox"/> beschreibt die Pflegepersonal bei der Ganzkörperwaschung, <input type="checkbox"/> lehnt die Körperpflege verbotenermaßen ab <input type="checkbox"/> oder Ablauf der Körperpflege ist dem Pat. nicht bekannt <input type="checkbox"/> Patient, die Körperpflege selbstständig und strukturiert durchzuführen, <input type="checkbox"/> Gebrauchsgegenstände der Körperpflege können nicht adäquat eingesetzt werden, <input type="checkbox"/> während Eigenaktivität, die Körperpflege durchzuführen		G1	A1	Maßnahmen zum Erlernen/Wiedererlernen/zur Motivation einer selbstständigen Körperpflege (Hauptpflege, Mundpflege, Körperwaschung und/oder Hautpflege bei vorliegenden Enschwerfungsrisiken (Gründe des PKMS-E). In der Pflegeokumentation sind die individuellen pflegerischen Zielsetzungen der Maßnahmen auszuweisen, ebenso die auf den Patienten abgestimmte Körperpflege.			
		G4 Extreme Schmerzzustände, die sich auf die Körperpflegeaktivitäten auswirken <input type="checkbox"/> abstritt, <input type="checkbox"/> weint, <input type="checkbox"/> jammert, <input type="checkbox"/> grunzt, <input type="checkbox"/> wehrt ab bei der Körperpflege, <input type="checkbox"/> äußert verbal äusserte Schmerzen		G8	A2	Mehrfachwuschungen-Körperpflege: Durchführung von Mehrfachwuschungen in voller Übernahme 4 x tägl., davon mind. 2 Ganzkörperwaschungen			
		G5 Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen Venenle Fähigkeit, sich selbstständig im Bett zu drehen, zu wendeln, aufzusetzen und ein vorliegender Erschwerungsfaktor: <input type="checkbox"/> Brauchzustände nach An- u. Abnahme, <input type="checkbox"/> Bein <input type="checkbox"/> mind. 3 unterschiedliche Abszesssysteme, <input type="checkbox"/> BMI von 35 kg/m ² und mehr, <input type="checkbox"/> Körpergewicht mind. 180 kg, <input type="checkbox"/> Kräftebedingte Ränder wie Wirbelsäulenstabilität, <input type="checkbox"/> Extremsens- und/oder -betenheit mit Körpergeschädigung, <input type="checkbox"/> eine extreme Bewegungsrestriktion mit sich einziehender, <input type="checkbox"/> Rumpf-/Bein-/Hüftmuskulatur, <input type="checkbox"/> ausgeprägte Lähmung (Hemiplegie, Paraplegie/parese, Tetraplegie/parese u. damit verbundene fehlende Stütz- u. Haltefunktion im Kopf- u. Rumpfbereich, <input type="checkbox"/> fehlende Kraft u. Spitzengewicht, <input type="checkbox"/> mind. 3 sept. Wunden (Abszess G3) und/oder großflächige (>40cm ²) Wunden		G1	A3	Therapeutische Ganzkörperpflege nach folgenden Konzepten: <input type="checkbox"/> NDI-Konzept <input type="checkbox"/> MRP <input type="checkbox"/> Bobath-Konzept <input type="checkbox"/> Bag-bath/Towbath <input type="checkbox"/> Bestehende/teilweise/ausreichende GGW <input type="checkbox"/> GGW nach dem Aktivitäts-Konzept <input type="checkbox"/> andere neurologische u. rehabilitative Konzepte zur Ganzkörperpflege mit Fazilitätsübungen von normalen Bewegungsabläufen u. kompensatorischen Fähigkeiten, <input type="checkbox"/> Konzepte aus psychologischer Perspektive			
		G7 Gründe für eine Ganzkörperwaschung mit zwei Pflegepersonen bei G4, G5, G6 oder Pflegeadaptionen wie: <input type="checkbox"/> kann/verliert sich verunsichert/instabiler Herz-/Kreislauf- u. unklarer Atemsituation bei der Körperpflege nicht annehmen		G4	A4	Ganzkörperwaschung/-pflege mit zwei Personen pflegerisch erforderlich (2 Handzeichen 1)			
		G9 Starkes Schwitzen Schwäche/Blässe, mind. 4 x tägl. nasse Kleidung infolge des starken Schwitzens und/oder <input type="checkbox"/> Einlassen/-stühlen mind. 4 x tägl. Ein entsprechendes Kleide-/Waschwechsel ist erforderlich.		G11	A5	Volle Übernahme der Körperwaschung <input type="checkbox"/> und <input type="checkbox"/> Übernahme der speziellen/therapeutischen Mundpflege mind. 4 x tägl. und <input type="checkbox"/> ASE mind. 1 x tägl. oder <input type="checkbox"/> Atemübungen mind. 4 x tägl. oder <input type="checkbox"/> Atemübungen mit Atemtrainer mind. 4 x tägl. oder <input type="checkbox"/> volle Übernahme beim mind. 2 x tägl. Ein-/Auskleiden oder <input type="checkbox"/> mind. 1 x tägl. An-/Entfernung, Ankleidung zum selbstständ. Umkleiden			
		G10 Anlässe für therapeutische Ganzkörperwaschung bei einem Selbstwürdigkeitsdefizit, Körperpflege in Verbindung mit einem der aufgeführten Punkte: <input type="checkbox"/> beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung <input type="checkbox"/> neurologische Bewegungsstörungen <input type="checkbox"/> vorliegender Epilepsie <input type="checkbox"/> vorliegender Selbstständigkeitsdefizit		G11	A6	Volle Übernahme der Körperwaschung und mind. 8 x tägl. Maßnahmen im Rahmen eines aufwendigen Tracheostoma-Managements (Wertz zählen eine oder mehrere Malin. wie z.B.: Verbänden, Absaugen, Wechseln, Spülen)			
		G11 Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege Fehlende Fähigkeit, den Körper selbstständig zu waschen, abzuwaschen und die Mund-, Haar-, Hautpflege durchzuführen und ein Grund für hohen pflegerischen Aufwand: <input type="checkbox"/> (bisherige) Isolierung, die nicht auf dafür vorgesehenen Isolationen durchgeführt wird oder <input type="checkbox"/> hohes Frakturrisiko z.B. Assessment z.B. Armablage nach Bandagen		G11	A7	Volle Übernahme d. Körperwaschung und Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr-/Schutzisolation, (Wertz zählen eine oder mehrere Malin. wie z.B.: Verbänden, Absaugen, Wechseln, Spülen)			
		G12 Tetraplegie mit fehlender Körperbalance/fehlender Rumpfstabilität liegt beim Sitzen zur Selbstnahrung vor		G12	A8	Volle Übernahme der Körperwaschung und An-/Auskleiden 2x tägl.			
		n	ernährung B	G1 Kontinuierliche/massive Nahrungsverweigerung, Risiko der Mangelernährung <input type="checkbox"/> schließt angedeutete Nahrung weg, <input type="checkbox"/> kann Nahrung verbal, konverbal ab, <input type="checkbox"/> Abwenden des Kopfes, <input type="checkbox"/> sensorische Wahrnehmung, Nahrung zu sich zu nehmen, <input type="checkbox"/> Weggelassen der Nahrung beim Versuch der Nahrungsvorbereitung, <input type="checkbox"/> extrem langsame Essen als Strategie der verminderten Nahrungsaufnahme, <input type="checkbox"/> schließt der Nahrung nicht selbstständig, <input type="checkbox"/> Ausweichen von Nahrung, <input type="checkbox"/> Mundschleuse, <input type="checkbox"/> oder Massives Verlernen der Nahrungssituation, Risiko der Mangelernährung <input type="checkbox"/> fehlende Impuls zur Nahrungsaufnahme, <input type="checkbox"/> schließt den Nahrungsaufnahme nicht selbstständig <input type="checkbox"/> kann Auftrichter/Erklärungen im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme nicht verstehen, <input type="checkbox"/> deutet Nahrungsbestände als Ungefähre o.ä.		G1	B1	Volle Übernahme der Nahrungsverabreichung <input type="checkbox"/> mind. 4 Mahlzeiten oder mind. 7 x tägl. Bracke/Zwischenmahlzeiten und <input type="checkbox"/> mind. 7 orale Flüssigkeitsverabreichungen zu unterschiedl. Zeitpunkten bei einer Gesamtmenge von mind. 1500 ml gemäß Flüssigkeitsprot. oder <input type="checkbox"/> mind. 9 orale Flüssigkeitsverabreichungen zu unterschiedl. Zeitpunkten bei einer Gesamtmenge von mind. 1000 ml gemäß Flüssigkeitsprot.	
				G2 Massiv verlangsamte/erschwerte Nahrungsaufnahme, b. quantitativen Bewusstseinsveränderungen <input type="checkbox"/> anhaltender Appetit, <input type="checkbox"/> schließt zwischen der Nahrungsvorbereitung immer wieder ein, <input type="checkbox"/> Verlust der Fähigkeit, Nahrung selbstständig aufzunehmen		G8	B2	Oral/assale Stimulation (verbunden auf die Nahrungsverabreichung und/oder <input type="checkbox"/> zur Förderung des Schluckreflexes und/oder <input type="checkbox"/> Einleiten von kompensatorischen Mechanismen beim Schlucken vor/ während jeder Mahlzeit (mind. 4 Mahlzeiten) und anschließender Unterstützung/Anleitung zur Nahrungsaufnahme	
G5 Unfähigkeit, eine Sitzposition bei der Nahrungsaufnahme einzunehmen <input type="checkbox"/> fehlende Fähigkeit, selbstständig in die Sitzposition zu gelangen, <input type="checkbox"/> nicht im Bett/Rollstuhl nach unten, <input type="checkbox"/> asymmetrische Streckung, <input type="checkbox"/> liegt beim Sitzen nach vorne (starke Streckung) und ein vorliegender Erschwerungsfaktor: <input type="checkbox"/> mind. 2- und/oder Abszesssysteme und Bestimmung (weitere Erschwerungsfaktoren wie bei G5 Körperpflege)				G5	B3	Maßnahmen zur Vorbereitung der Nahrungsaufnahme vor jeder Mahlzeit (mind. 4 Mahlzeiten) <input type="checkbox"/> aufwendiger Transfer in den Rollstuhl/nach dem Stuhl und/oder <input type="checkbox"/> aufwendige Anlegen von Stützorgan-/hosen/Orthesen und/oder <input type="checkbox"/> aufwendiges Anlegen im Bett in den Langsitz bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie			
G6 Fehlende Fähigkeit, sich zur Nahrungsaufnahme an den Tisch zu setzen <input type="checkbox"/> schwere Beeinträchtigung von lateraler Kompensation zum Sitzen zu gelangen und vom Sitzen zum Stand zu gehen und erhebliche Beeinträchtigung des Gehens auf ebener Fläche wie Unfähigkeit/Unklarheit, <input type="checkbox"/> Veränderungen des Gangbildes				G6	B4	Trink- und Estraining nach individuell aufgestelltem Konzept (mind. 4 Mahlzeiten) bei jeder Mahlzeit			
G7 Prothesen-/Orthesenversorgung der unteren Extremitäten <input type="checkbox"/> oder Stützorgane anlegen, um bei Wirbelsäuleninstabilität zur Nahrungsaufnahme an den Tisch zu gelangen				G11	B11	Das aufgestellte Konzept ist explizit zu dokumentieren. <input type="checkbox"/> Maßnahmen können sein: <input type="checkbox"/> Anleitung zum Schlucken/Schluckeokulieren <input type="checkbox"/> Einleiten kompensatorischer Maßnahmen <input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Kopf-/Wahr-/Lippenkontrolle <input type="checkbox"/> Einleiten von physiologischen Bewegungsabläufen bei der Nahrungsaufnahme durch z.B. passives Führen der Hand bei der Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> Fazilitation/Inhibition von Bewegungsabläufen/des Schluckaktes <input type="checkbox"/> Einleiten von Essverhalten			
G8 Kau-/Schluckstörungen mit starken Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> huzelt nach dem Schlucken, <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel verbleiben nach dem Schlucken in der Wangentasche, <input type="checkbox"/> Zungenstau, <input type="checkbox"/> Gefühl, dass Nahrung im Schlund hängen bleibt, <input type="checkbox"/> Funktionsstörung der Kehlkopfhebung, <input type="checkbox"/> Regulation von Speisetrakt, <input type="checkbox"/> veränderte Schluckreflexe, <input type="checkbox"/> pathologische Kau-/Käuelbewegung, <input type="checkbox"/> inkompletter/haltender Lippen-/Mundschluss, <input type="checkbox"/> veränderte Sensibilität im Mund- und Rachenbereich, <input type="checkbox"/> beeinträchtigte Schluckreflexe, <input type="checkbox"/> Nahrungsreste dringen aus dem Tracheostoma				G8	B8	Bolusapffillation von Sondennahrung, mind. 7 Bolus tägl. <input type="checkbox"/> von mind. 100 ml Sondennahrung je Bolus portionsweise über eine großlumige Spitze verabreicht.			
G10 Vorliegende schwere Mangelernährung <input type="checkbox"/> Gewichtswert größer 5% unterhalb von 1 Monat, <input type="checkbox"/> BMI kleiner 18,5 kg/m ² bei Erwachsenen bis 65 Jahre <input type="checkbox"/> BMI kleiner 20 kg/m ² bei Erwachsenen über 65 Jahre, <input type="checkbox"/> Säurebase, <input type="checkbox"/> hervorhebelnde Knochen				G2	B8	Bolusapffillation von Sondennahrung, mind. 7 Bolus tägl. <input type="checkbox"/> von mind. 100 ml Sondennahrung je Bolus portionsweise über eine großlumige Spitze verabreicht.			
G11 Fehlende Fähigkeit, selbstständig Nahrung/Flüssigkeit aufzunehmen, da die Abläufe der Nahrungsaufnahme nicht bekannt sind <input type="checkbox"/> kann die Gebrauchsgegenstände zur Nahrungsaufnahme nicht nutzen.				G10	B12	Auscheidungsunterstützung mit Transfer auf die Toilette mind. 4 x tägl.			
G12 Volle Abhängigkeit bei der Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme bei Tetraplegie, die ein häufiges Äquival von Nahrung und Flüssigkeit erfordert, kann keine Nahrung selbstständig in den Mund nehmen, zum Mund führen und kann die Flüssigkeit nicht mit dem Trinken/anderen Hilfsmitteln selbstständig aufnehmen				G12	B12	Auscheidungsunterstützung mit Transfer auf die Toilette mind. 4 x tägl.			
n	Anatomie C			G1 Verkennt die Ausscheidungssituation infolge massiver kognitiver Beeinträchtigungen <input type="checkbox"/> Stuhlschmerzen, <input type="checkbox"/> im Zimmer urinieren, <input type="checkbox"/> Kot essen, <input type="checkbox"/> verärgert Auscheidungen, <input type="checkbox"/> kennt die normalen Abläufe, die zur Ausscheidung auf der Toilette erforderlich sind, nicht		G1	C1	Auscheidungsunterstützung mit Transfer auf die Toilette mind. 4 x tägl.	
		G4 Extreme Schmerzzustände beim Umlagern/Mobilisieren auf Toilette/Bettchüssel/Steckbecken <input type="checkbox"/> abstritt, <input type="checkbox"/> weint, <input type="checkbox"/> jammert, <input type="checkbox"/> grunzt, <input type="checkbox"/> wehrt ab beim Umlagern/Mobilisieren, <input type="checkbox"/> äußert verbal äusserte Schmerzen		G4	C2	Unterstützung bei der Ausscheidung und geeignete Maßnahmen zur Kombienerleichterung entsprechend dem nationalen Expertenstandard (DNP 2006): HIERZU GÄHNEN: <input type="checkbox"/> differenzierte Einrichtung der Kontinenzsituation <input type="checkbox"/> Planung der Maßnahmen zum Erhalt oder Einleiten des angestrebten Kontinenzniveaus <input type="checkbox"/> Durchführung der Maßnahmen entsprechend der Maßnahmenplanung			
		G5 Unfähigkeit, das Gesäß zum Unterschieben der Bettchüssel/des Steckbeckens anzuheben Fehlende Fähigkeit, eine Brücke zu machen oder sich auf die Seite zu drehen und ein vorliegender Erschwerungsfaktor: <input type="checkbox"/> mind. 3 unterschiedl. Zu-/Abführungssysteme und Bestimmung (weitere Erschwerungsfaktoren wie bei G5 Körperpflege)		G5	C2	Unterstützung bei der Ausscheidung und geeignete Maßnahmen zur Kombienerleichterung entsprechend dem nationalen Expertenstandard (DNP 2006): HIERZU GÄHNEN: <input type="checkbox"/> differenzierte Einrichtung der Kontinenzsituation <input type="checkbox"/> Planung der Maßnahmen zum Erhalt oder Einleiten des angestrebten Kontinenzniveaus <input type="checkbox"/> Durchführung der Maßnahmen entsprechend der Maßnahmenplanung			
		G6 Fehlende Fähigkeit, selbstständig auf die Toilette zu gehen oder mit dem Rollstuhl zur Toilette zu fahren <input type="checkbox"/> schwere Beeinträchtigung, von liegender Körperposition zum Sitzen zu gelangen und vom Sitzen zum Stand zu gelangen und erhebliche Beeinträchtigung des Gehens auf ebener Fläche wie Unfähigkeit/Unklarheit, <input type="checkbox"/> Veränderungen des Gangbildes		G6	C2	Unterstützung bei der Ausscheidung und geeignete Maßnahmen zur Kombienerleichterung entsprechend dem nationalen Expertenstandard (DNP 2006): HIERZU GÄHNEN: <input type="checkbox"/> differenzierte Einrichtung der Kontinenzsituation <input type="checkbox"/> Planung der Maßnahmen zum Erhalt oder Einleiten des angestrebten Kontinenzniveaus <input type="checkbox"/> Durchführung der Maßnahmen entsprechend der Maßnahmenplanung			
		G7 Prothesen-/Orthesenversorgung der unteren Extremitäten vor der Ausscheidung <input type="checkbox"/> oder Stützorgane anlegen, um bei Wirbelsäuleninstabilität zur Nahrungsaufnahme an den Tisch zu gelangen		G11	C3	Volle Unterstützung bei der Ausscheidung Hierzu zählen: <input type="checkbox"/> Ausscheidungsunterstützung auf der Toilette/den Toilettenstuhl und/oder <input type="checkbox"/> Ausscheidungsunterstützung im Bett mit z.B. Steckbecken und/oder <input type="checkbox"/> (intermittierender) Katheterismus bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie und/oder <input type="checkbox"/> Wechsel von Stomabeutel und/oder <input type="checkbox"/> Ausscheidung im Bett mit aufwendiger Positionierung des Patienten durch stabilisierende Lagerungsmaßnahmen bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie und einer der zusätzlichen Aspekte <input type="checkbox"/> 1 x tägl. digitales rektales Auslösen und/oder <input type="checkbox"/> 1 x tägl. Reinigungslauf oder irrigation <input type="checkbox"/> erhöhte Frequenz d. Ausscheidungsunterstützung; mind. 7 x tägl. <input type="checkbox"/> Übernahme des Darmmanagements durch intermittierendes digitales Stimulieren, Kontrastgabe bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie <input type="checkbox"/> intermittierender Fremdstimulus mind. 4 x tägl. <input type="checkbox"/> ggf. Einleiten der intermittierenden Kontrastgabe mind. 2-3 Mal pro Tag			
		G9 Vorliegen einer Harninkontinenz Kennzeichen für die verschiedenen Inkontinenzformen sind dem Expertenstandard (DNP 2006) zu entnehmen und zu dokumentieren		G9	C3	Volle Unterstützung bei der Ausscheidung Hierzu zählen: <input type="checkbox"/> Ausscheidungsunterstützung auf der Toilette/den Toilettenstuhl und/oder <input type="checkbox"/> Ausscheidungsunterstützung im Bett mit z.B. Steckbecken und/oder <input type="checkbox"/> (intermittierender) Katheterismus bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie und/oder <input type="checkbox"/> Wechsel von Stomabeutel und/oder <input type="checkbox"/> Ausscheidung im Bett mit aufwendiger Positionierung des Patienten durch stabilisierende Lagerungsmaßnahmen bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie und einer der zusätzlichen Aspekte <input type="checkbox"/> 1 x tägl. digitales rektale Auslösen und/oder <input type="checkbox"/> 1 x tägl. Reinigungslauf oder irrigation <input type="checkbox"/> erhöhte Frequenz d. Ausscheidungsunterstützung; mind. 7 x tägl. <input type="checkbox"/> Übernahme des Darmmanagements durch intermittierendes digitales Stimulieren, Kontrastgabe bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie <input type="checkbox"/> intermittierender Fremdstimulus mind. 4 x tägl. <input type="checkbox"/> ggf. Einleiten der intermittierenden Kontrastgabe mind. 2-3 Mal pro Tag			
		G10 Veränderte Miktions-/Defäkationsfrequenz und Beeinträchtigung in der Selbstständigkeit der Mktion/Defäkation mind. 7 x tägl. <input type="checkbox"/> fehlende Fähigkeit, selbstständig zur Toilette zu gehen, <input type="checkbox"/> den Toilettenstuhl zu benutzen, <input type="checkbox"/> die Bettchüssel/des Steckbeckens/Unterlage selbstständig zu benutzen		G10	C3	Volle Unterstützung bei der Ausscheidung Hierzu zählen: <input type="checkbox"/> Ausscheidungsunterstützung auf der Toilette/den Toilettenstuhl und/oder <input type="checkbox"/> Ausscheidungsunterstützung im Bett mit z.B. Steckbecken und/oder <input type="checkbox"/> (intermittierender) Katheterismus bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie und/oder <input type="checkbox"/> Wechsel von Stomabeutel und/oder <input type="checkbox"/> Ausscheidung im Bett mit aufwendiger Positionierung des Patienten durch stabilisierende Lagerungsmaßnahmen bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie und einer der zusätzlichen Aspekte <input type="checkbox"/> 1 x tägl. digitales rektale Auslösen und/oder <input type="checkbox"/> 1 x tägl. Reinigungslauf oder irrigation <input type="checkbox"/> erhöhte Frequenz d. Ausscheidungsunterstützung; mind. 7 x tägl. <input type="checkbox"/> Übernahme des Darmmanagements durch intermittierendes digitales Stimulieren, Kontrastgabe bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie <input type="checkbox"/> intermittierender Fremdstimulus mind. 4 x tägl. <input type="checkbox"/> ggf. Einleiten der intermittierenden Kontrastgabe mind. 2-3 Mal pro Tag			
		G11 Ausgeprägte Obstipation (z.B. neurogene Darmfunktionsstörungen) <input type="checkbox"/> oder andere Gründe, die einen tägl. Einlauf und/oder <input type="checkbox"/> rektales Ausdrücken und/oder <input type="checkbox"/> spezifisches Darmregime erfordern		G11	C3	Volle Unterstützung bei der Ausscheidung Hierzu zählen: <input type="checkbox"/> Ausscheidungsunterstützung auf der Toilette/den Toilettenstuhl und/oder <input type="checkbox"/> Ausscheidungsunterstützung im Bett mit z.B. Steckbecken und/oder <input type="checkbox"/> (intermittierender) Katheterismus bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie und/oder <input type="checkbox"/> Wechsel von Stomabeutel und/oder <input type="checkbox"/> Ausscheidung im Bett mit aufwendiger Positionierung des Patienten durch stabilisierende Lagerungsmaßnahmen bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie und einer der zusätzlichen Aspekte <input type="checkbox"/> 1 x tägl. digitales rektale Auslösen und/oder <input type="checkbox"/> 1 x tägl. Reinigungslauf oder irrigation <input type="checkbox"/> erhöhte Frequenz d. Ausscheidungsunterstützung; mind. 7 x tägl. <input type="checkbox"/> Übernahme des Darmmanagements durch intermittierendes digitales Stimulieren, Kontrastgabe bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie <input type="checkbox"/> intermittierender Fremdstimulus mind. 4 x tägl. <input type="checkbox"/> ggf. Einleiten der intermittierenden Kontrastgabe mind. 2-3 Mal pro Tag			

Abbildung 121: PKMS-Planungsblatt Herr Karl

Auf der Vorderseite des Planungsblattes ist am 26.03.2012 im Leistungsbereich der Körperpflege der Grund 1 und die Maßnahme A3 geplant worden. Dieser Grund mit Maßnahme wurde in den Folgeplanungen am 02.04., 09.04. und 16.04. ebenfalls weiter aufgeführt.

Sind die Pflegeleistungen entsprechend den im PKMS festgelegten Häufigkeiten erbracht, dokumentiert die Pflegekraft auf der Rückseite des PKMS-Planungsblattes die erreichten PKMS-Aufwandspunkte für den jeweiligen Tag. In der Abbildung wird exemplarisch der Auszug einer Woche dargestellt (Abb. 122).

Leistungsbereich PKMS-E / Min.	Punkte	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag
(A) Körperpflege	90	3	3	3	3	3	3	3
(B) Ernährung	120							
(C) Ausscheidung	60							
(D) Bewegen/Sicherheit	90	3	3	3	3	3	3	3
(E) Kommunikation	30							
(F) Kreislauf	60							
(G) Wundmanagement	60							
Summe pro Tag	17	6	6	6	6	6	6	6

Originaldokument

Abbildung 122: PKMS-E-Aufwandspunkte-Matrix

6.2.4 Durchführungsdokumentation Pflegemaßnahmen

Die erbrachten Pflegeleistungen im Bereich der Körperpflege (A3) wurden im Durchführungsnachweis der Pflegemaßnahmen für jeden Tag dokumentiert (Abb. 123, roter Pfeil). Die PKMS-A3-Maßnahme ist auf dem PKMS-Planungsblatt ab dem 26.04. geplant (Abb. 121, roter Pfeil unter 1.3). Es wurde eine therapeutische (beruhigend, belebend, basalstimulierend) Ganzkörperwaschung nach einem therapeutischen Konzept angegeben. Die A3-Leistung ist nachvollziehbar im Durchführungsnachweis ab dem 26.03 bis zur Entlassung am 17.04.2012 dokumentiert. In der nachfolgenden Abbildung ist der Beginn der PKMS-Dokumentation auf einem der Durchführungsnachweise zu sehen.



Durchführungsnachweis

Allgemeine Pflege S = Standard P = Planung

Datum: 24.03

Einstufung: A

		S	P	H	Z	S	N	
Körperpflege	A2	Richten der Waschkübel und Pflegeutensilien						
		Ans Waschbecken bringen						
		Duschen oder Baden mit Hilfe						
		Unterstützen beim Waschen von: <u>Rücken</u>						
		Hilfe beim An- und Auskleiden						
		Hautpflege mit:						
		Allgemeine Mundpflege						
		Intimpflege/Dauerkatheterpflege						
		A3	Waschen <u>im Bett</u> oder am Waschbecken <u>PUMP-AS ab 16.03.</u>					
			Ressourcen:					
Ernährung	A2	Nahrung zerkleinern, vorbereiten						
		Sondennahrung richten/überwachen						
		Diät richten/überwachen						
		Diabetikeranleitung (Abwiegen der Mahlzeiten)						
		A3	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme					
			Ressourcen:					
			Manuelle Sondenkostgabe					
			Erstraining (Anwesenheit der Pflegeperson)					
		A2	Hilfe bei Ausscheidung im Bett / Toilettenstuhl					
			Begleitung zur Toilette					
Ausscheidung		Entleeren und Wechseln von Katheter/Stomabeutel <u>Rug</u>						
		Anleitung der Angehörigen						
		Versorgen bei häufigem Erbrechen als > 2x tgl.						
		A3	Versorgung bei Inkontinenz					
			Kondomabreibung anlegen					
			Kontinententraining					
			Anleitung des Patienten zur Stomaversorgung					
		A2	Erstes Aufsehen nach Bettruhe oder OP					
			Hilfe beim Aufstehen, Aufsitzen oder Gehen					
			Mobilisation bis 3x tgl.					
Bewegen und Lagern		Nortonsskala: P-Auftr: Überpr. am:						
		Dekubitusprophylaxe						
		Pneumonieprophylaxe						
		Kontrakturprophylaxe						
		Thromboseprophylaxe (ATS, Bewegungsübungen)						
		A3	Mobilisation mehr als 4x tgl.					
			Lagerung 2-3stl. nach Plan <u>PUMS: 01 ab 26.03.</u>					

Originaldokument

Abbildung 123: Durchführungsnachweis beispielhaft vom 24.03.2012 Herr Karl

6.2.5 Dekubitusrisikoeinschätzung

Die erste Dekubitusrisikoeinschätzung wurde am 18.03.2012 durchgeführt. Es wurde eine Braden-Skala verwendet. Eine Wiederholung der Einschätzung fand am 06.04.2012 und 14.04.2012 statt. Bei allen Einschätzungen bestätigt ein Punktwert von 10 ein „hohes Dekubitusrisiko“.

6.2.6 Berichtsdokumentation

In der Klinik wurden regelmäßig Berichtseinträge des Pflegedienstes durchgeführt. Nachfolgend wird der Pflegebericht transkribiert dargestellt. Der Text wurde im Original übernommen, nur die Rechtschreibung wurde korrigiert. In der Einrichtung auf der Station X wird mit zahlreichen Kürzeln und Zeichen gearbeitet, so steht z. B. ⊗ für kein/nicht; oder ↑ für zu hoch; ↓ für zu niedrig/schlecht. Die Abkürzungen ND (Nachtdienst), FD (Frühdienst), HD (Hauptdienst) und SD (Spätschicht) geben an, in welcher Dienstschicht die Eintragungen durchgeführt wurden. Die farblich markierten Textstellen werden im Anschluss zur Plausibilisierung genutzt und an späterer Stelle erklärt. Einige Textpassagen konnten trotz großer Bemühungen nicht entziffert werden. Dieses wird durch [Text/Wort nicht zu entziffern] angezeigt. Zwei Berichtsblätter wiesen nur ein bis zwei Einträge auf und waren teilweise falsch datiert. Die Berichtseinträge wurden unter „Pflegeberichtseinträge“ einsortiert, in der Spalte „Uhrzeit“ ist zudem angegeben, ob es sich um einen Eintrag auf einem ansonsten leeren Berichtsblatt handelt.

Nr.	Datum	Uhrzeit	Pflegeberichtseintrag
1	17./18.3.	ND 3-5 Uhr	Pat. bewegt sich zeitweise im Bett selbst., ist wach, reagiert ⊗ auf Ansprache Pat bewegt sich sehr wenig, Lagern angefangen – siehe Bewegungsplan. IKH öfters gewechselt war nass [Wort nicht zu lesen] traurig
2	18.03.	08:00 11:00 13:00 14:00	Pat sehr unruhig, Lagern nicht möglich, da Pat. nicht kooperativ ist, wurde im Bett nach Plan versorgt, weigert sich, Med. und Nahrung aufzunehmen Ehefrau anwesend; Pat. wach und unruhig, Med. genommen, Neuro Konsil gelaufen Pat. hat gegessen und getrunken, Inf. läuft Pat. schläft, Ehefrau anwesend Pat. ist nachmittags unruhig, hat ständig die Beine hoch + hängt sie über das Bettgitter. Hat 2 Joghurts und 1 Stück Käse gegessen. Beim Trinken verschluckt er sich. Nach dem er die Abendtabletten genommen hat ist er eingeschlafen

3	18./19.	ND 3-5 Uhr FD SD	<p>Pat. schläft. Pat. Gelagert, da er auf dem Rücken liegt und sich ☉ bewegt. IKH trocken</p> <p>Pat. schläft</p> <p>Pat. starke schläfrig, ☉ Essen erhalten. [Ein Wort/Kürzel welches nicht zu entziffern war] Ehefrau gibt Pat. am Mittag kleine Portion (ausgerichtet) ☉ Besonderh.</p> <p>Pat. ist etwas unruhig; IKH gewechselt</p>
4	19./20.	ND 3:00 4:00 5:00	<p>Pat. wehrt sich beim Infusionen abstoppseln, kerallt sich an PK fest, IKH trocken</p> <p>Pat. hat Bett voll uriniert, IKH offen, PK hat daraufhin DK mit 12 CH gelegt, mit 10 ml NaCl geblockt. Pat. greift nach DK- wehrt sich beim Legen, Bett neu beziehen ☉ möglich, da Pat sich ☉ drehen lässt. U-status, Uricult abgenommen</p> <p>urin sehr flockig, DK-Schlauch verstopft mit 50 ml NaCl 0,9 % gespült</p> <p>Pat hat DK diskonnektiert. Versucht Bett frisch zu beziehen ☉ möglich, da Pat. sich sehr wehrt, Handtücher ins Bett gelegt und DK Schlauch und Beutel mit [Wort nicht zu lesen] geklebt - Pat. ist sehr unruhig, legt die Füße über Gitter</p>
5	20.03.	FD SD	<p>Pat. nimmt Essen nicht an Mund, musste ausgeräumt werden → ☉ Tabl. Gabe möglich.</p> <p>Nach 1. RR-Messung sofortige Info Arzt.</p> <p>Pflege erst zu späterem Zeitpunkt möglich, da Pat. zu Untersuchung abgeholt wurde</p> <p>Pat. ist wach, unruhig, reagiert auf Ansprache, antwortet nicht. Lagerung ist nicht möglich, da Pat. Beine über das Bettgitter streckt und sich unruhig im Bett bewegt</p>
6	21.03.	FD SD	<p>Pat. am Morgen ☉ mögl. gewesen Tab. zu verabr., da sehr schläfrig und ☉ compliance</p> <p>Später gegen 11:00 sehr aktiv im Bett, dreht sich quer, hängt Füße aus dem Bett, zieht an Infusionsschläuchen, mittags reicht Ehefrau Essen an § verabr. In RS m. PK Tabl.</p> <p>Hautzustand o.B.</p> <p>Pat. ist unruhig, hat DK diskonnektiert, Pat. wirkt apathisch, reagiert aber auf Ansprache.</p> <p>Mundpflege durchgeführt, Mundschleimhaut + Zunge sind grünlich belegt</p>

7	21./22.	ND FD SD	<p>Pat. schläft sehr unruhig, hängt öfters die Beine über die Bettgitter</p> <p>Pat. gegen 7:00 quer im Bett liegend aufgefunden, Füße hängen aus dem Bett (üb. Bettgitter) Bei der Körperpflege gelegentl. versteift. Zum Frühstück ist Pat. wieder schläfrig → verweigert Essen gegen 11:00 wach → erhält Medis & Breikost</p> <p>Pat. ist unruhig, reagiert auf Ansprache, IKH gewechselt</p>
8	23.03.	KG FD SD ND	<p>Pat. zur Physiotherapie nicht erweckbar, keine Reaktion auf taktile Reize. Keine Therapie möglich. Mit Arzt gesprochen Therapie abgesetzt.</p> <p>Pat. ist sehr schläfrig → schwer erweckbar. Wurde im Bett versorgt. IKH gewechselt</p> <p>Am Mittag erneut schläfrig → Ehefrau versucht Essen anzureichen → Pat. schluckt nicht → PK wurde darüber von ihr nicht informiert → bei Betreten d. Zi. wg. Bettnachbar zufällig gesehen. Pat. hatte Essen im Mund + lose Zähne (UK) → Zähne ex; Mundhöhle per Hand von PK ausgeräumt (1 ca. spielwürfelgrosses Stück Ei und Soße mit Schleim) Ehefrau darüber (erneut) in Kenntnis gesetzt, dass Pat. auch aufrecht sitzen soll (OK war nur erhöht ⊙ keine aufrecht) wg. Aspirationsgefahr & damit verbundene Pneumoniegefahr. Ehefrau fragte, ob ihr Mann frühs Schlaftabl. erhalten habe → absolut nicht der Fall</p> <p>Pat. 3 x im FD gelagert</p> <p>Pat. wurde gelagert. Pat. ist sehr schläfrig → schwer erweckbar. IKH gewechselt.</p> <p>Pat. wurde gelagert, hat abgeführt</p>
9	24.03.	ND SD	<p>Pat. wurde gelagert, erneut abgeführt. Pat. schläfrig, RR niedrig 64/40, Doc informiert., Pat. hat 1000 ml Ringer bekommen</p> <p>Pat. wurde gelagert + verweigert; Infusion erhalten</p>
10	25.03.	ND SD	<p>Pat. wurde gelagert + versorgt. RR ↓ Dienst DOC informiert - 1 LR erhalten</p> <p>Pat. wurde versorgt + gelagert, RR ok</p>

11	26.03.	ND SD	Blutkoagel am Penisausgang, u. Sekret → Info an Internisten [nicht zu entzifferndes Wort] Pat. wurde nach Plan gelagert Pat. hat 1/2 Grießbrei gegessen, wurde versorgt & gelagert, IKH gewechselt
12	26./27.	FD HD SD	Pat. wurde gelagert, IKH gewechselt Pat. nach A/S Bogen versorgt, IKH gewechselt Pat. n. Plan versorgt ⊙ Besonderheit. Tabl. Gegen 21.30 erhalten
13	27./28.	ND	Pat. gelagert. Pat. hat abgeführt
14	28.	HD	Pat. nach PKMS Bogen versorgt u. gelagert, wenig gegessen (kaum)
15	28./29.	ND SD	Pat. schläft 2 [unleserlicher Teilsatz] → wurde gelagert Pat. hat 1 x abgeführt + hat sich dabei die Hände mit verschmiert. Dreht sich immer wieder, dass er quer im Bett liegt
16	29./30.	ND SD	Pat. schläft mit Unterbrechungen ist gelagert Pat. wurde nach Plan gelagert, hat 2 x abgeführt, hat wenig Brei gegessen und getrunken
17	30.03.	* einzelnes Berichts- blatt	Pat. im Bett versorgt, auf Nimbus Matratze umgelagert, mehrfach gelagert, Ehefrau konnte jedoch nicht zufrieden gestellt werden, nörgelte an allem, beschwerte sich auch mehrfach über den Nachbarpatienten
18	30./31.	ND	Pat. gelagert. IKH gewechselt. Stuhl stinkt → Stuhlprobe genommen
19	31.	FD HD SD	Pat. wurde im Bett gewaschen, Pat. hat abgeführt, hat Brei gegessen zum Frühstück und Mittag gelagert nach Plan Pat. wurde auf neue Nimbus-Matratze umgelagert, da defekt Pat. seit Tagen abwesend, Ehefrau behauptet jedoch, dass diese erst seit heute so sei, verweigerte daher auch das Anreichen des Mittagessens, da man ihn ja schlafen lassen soll, Tochter teilte telefonisch mit, sie wünsche, dass der DK geext werden soll, wurde an Arzt verwiesen [unleserlicher Teilsatz] Pat. sehr viel geschlafen. Pat hat aus diesem Grund ⊙ Abendessen gegessen, Pat. 19:00 Uhr ist jetzt wach, Pat. hat sich bei der Einnahme der Tabl. fast verschluckt Pat. hat Brei abgeführt

20	01.04.	FD SD	Pat wurde im Bett komplett gewaschen. Pat. schaut auf die Decke und greift ins Leere, Lagerung nach Plan durchgeführt Stuhlprobe abgenommen da weiterhin Durchfälle
21	01./02.	ND	Pat. schläft sehr unruhig. Hat neue Braunnütle am Fuß erhalten
22	02.04.	HD	Kreislauf o.k. Pat. wurde nach Plan gelagert. Mundpflege durchgeführt
23	03.04.	HD HD SD ND	Pat. versorgt n. Plan, gelagert, hat gegessen sehr wenig, Medikamente erhalten Zugang von Station [unleserlicher Teilsatz] mit Clostriedien. Pat. reagiert auf Ansprache. Hat an den Beinen Kontrakturen. Ist sehr schläfrig. Pat. führt dünn ab. Gesäß stark gerötet - mit Cavilon versorgt. Li Fuß offene Stelle - laut Ehefrau hat Pat. das von ATS. - mit Urgotül + Suprasorbe versorgt. Pat. muss gelagert werden Pat. ist weiter sehr schläfrig reagiert aber gut auf Ansprache. Wurde n. Plan versorgt + gelagert. Hat zum Abend 1/2 Joghurt + Tee zu sich genommen. Sowie Tabl. komplett geschluckt. Führt sehr häufig dünn, braun und übelriechend ab. Atmung frei, Lage entspannt, Pat. apathisch teilnahmslos übernommen, Pat. mehrmals zu den Lagerungszeiten; Verbände sind belassen, Pat. hat einen übelriechenden Ausfluss aus der Harnröhre, in der Nacht hat Pat. nicht abgeführt, Hoden + Gesäß gerötet. Windel weggelassen
24	04.03?	nzernes htsblatt	Pat. sehr steif, wehrt die Körperpflege + Lagerung ab. Essen und Trinken kaum möglich. Ehefrau war beim Mittagessen da (4 Löffel)

25	04.04.	SD ND	Pat. sollte laut Fr. Dr XXX u. mit Rsp. der Tochter eine Magensonde bekommen, da Pat. nicht isst + trinkt → OA YYY hat versucht, eine MS zu legen, jedoch ohne Erfolg da Pat. gegenarbeitet. PEG weiter fraglich. Am Abend war Tabl.-Gabe nicht möglich, da Pat. sehr schläfrig ist. Führt weiter dünn, braun ab. Pat. schläft erweckbar, hab Dienstärztin über die nicht eingenommenen Medis am Abend informiert, laut Dienstärztin so belassen, nicht so schlimm, hat Atmung frei
26	05.04.	HD SD	Pat. nach Plan versorgt. Weiterhin ist es fraglich, ob Pat. eine PEG erhalten soll. Dekubitus Penis Grad II Pat. liegt ruhig im Bett, hat zu Abend ein Joghurt angereicht bekommen, hat ☉ abgeführt
27	06.04.	HD SD SD	Pat. nach Plan versorgt. Lagerungswechsel regelmäßig erfolgt. Gesäß leicht gerötet. Pat. hat am Morgen 1 Joghurt gegessen. Schläft heute überwiegend Pat. liegt ruhig im Bett, hat zu Abend ein Joghurt angereicht bekommen, Tabletten + Infusion nach Plan erhalten, ☉ abgeführt Pat. liegt ruhig im Bett, trinkt nicht gut, hat 1 Joghurt gegessen
28	07.04.	FD HD SD	Pat. nach Plan im Bett versorgt, leichte Blutung an Vorhaut, nur wenig Stuhlgang Pat. nach Plan versorgt, hat gut gegessen Pat. sehr steif, hat zu Abend 1 Joghurt gegessen, Tabletten nur zur Hälfte erhalten
29	08.04.	HD SD	Pat. nach AIS Bogen versorgt. Pat. heute wesentlich wacher, als die Tage zuvor, Pat. hat gut gegessen Pat. heute unruhig. Zieht mehrfach an Infusion Pat. ist motorisch unruhig im Bett, Essen + Trinken wenig heute
30	09.04.	HD SD	Pat. wurde nach Plan versorgt. AZ ↓ Pat. ist sehr schläfrig. Temp. ↑. DA ist informiert. Pat hat ☉ gegessen + getrunken aufgrund von Aspirationsgefahr. Gesäß weiterhin gerötet. Fraglich, ob Pat. in der Nacht aspiriert hat. Pat. ist schläfrig, Essen und Trinken nicht möglich → DA wurde informiert.
31	10.04.	SD	Pat. ist wach, im Bett mobil

32	11.04.	HD SD	Pat. reagiert auf Ansprache, hat bei dem Lagern häufig ... [nachfolgender Text ist nicht zu entziffern] weiterhin Eiterausfluss aus der Harnröhre Pat. sehr mobil im Bett, entlagert sich selbst
33	13.04.	HD	Penis eitrig, hat offene kleine Stellen an Vorhaut → Cavilon Spray, DK ex.
34	14.04.	HD. SD	Pat. wach, [unleserliche Passage] Pat. versucht mitzumachen und hat auch Phasen, wo er dagegen arbeitet. Auf Pat. eingegangen, u. versorgt. Fuß beide Blasen Blase, ist eröffnet [Textstelle unleserlich] nekrotisch trocken u. leidet klagt [unleserlicher Text] Pat isst und trinkt mäßig, Pat. hatte Besuch von Ehefrau Pat. hat 1/2 Grießbrei + Joghurt gegessen, hat sehr wenig getrunken, wenig breiig abgeführt
35	15.04.	HD SD	Pat. [unleserliche Textpassage] - Pat. isst gut [unleserlicher Text] u. trinkt mäßig. Pat. seitengelagert, Pat. hat 3 x uriniert. Pat. ist verschleimt, hustet ab, hat sehr wenig gegessen, sonst nach AES-Bogen versorgt
36	16.04.	SD	Pat. hat heute noch Zienam erhalten, ab morgen Augmentan, ist VZ-stabil, Essen wurden angereicht
37	17.04.	HD	Pat. hatte noch kein Stuhlgang mehr Dulcolax Supp. Morgen E, Ehefrau ist informiert. Pat. dreht sich ab und zu alleine, macht Beine immer wieder hoch, hat gut gegessen Pat. hat massiv normal abgeführt, VZ-stabil, Medikamente nach Plan erhalten, Pat. sehr aktiv im Bett, kleine Hauterosion am Hoden → mit Cavilon versorgt, morgen E

Tabelle 105: Berichtseinträge Herr Karl

6.2.7. Lagerungs-/Bewegungsplan

In der Fallakte wurde vom 26.03. bis 16.04. durchgehend ein Lagerungs-/Bewegungsplan vorgefunden, ebenso für den 18.03. Aus der Berichtsdokumentation geht hervor, dass dieser am 18.03. erstmalig angelegt wurde. Ob an den folgenden Tagen ein Mobilisations-/Lagerungsplan angelegt oder nicht zur Verfügung gestellt wurde, da diese Tage nicht PKMS-relevant waren, ist offen. Aus der Dokumentation auf den Lagerungsplänen kann das Datum, die Uhrzeit und die Art der Lagerung, sowie die Pflegeperson, welche die Lagerung durchgeführt hat, nachvollzogen werden.

6.2.8 Sonstige Unterlagen

Neben der Pflegedokumentation liegen zur Begutachtung noch die Fieberkurve, die ärztliche Dokumentation von Untersuchungen und Anordnungen sowie die verschiedensten Befunde vor, ebenso ein sehr ausführlicher Arztbrief.

Aus dem Arztbrief ist im Therapieverlauf zu entnehmen, dass mehrfach eine Computertomographie des Kopfes durchgeführt werden musste, da sich der Patient bei der Untersuchung immer wieder bewegte und die Beurteilung der Aufnahmen somit unbrauchbar waren. Ebenso ist zu entnehmen, dass der Patient im Verlauf eine Harnwegsinfektion, eine Pneumonie und eine Sepsis mit Staph. Aureus entwickelte und eine Clostridien-Infektion aufgetreten ist.

Ebenso wurde ein neurologisches Konsil durchgeführt, um eine zunehmende Katatonie abzuklären. Die ambulante Neuroleptika-Therapie wurde dementsprechend angepasst.

Da die differenzierten Befunde und Behandlungsempfehlungen für die PKMS-Beurteilung nicht weiter von Bedeutung sind, wird an dieser Stelle nicht weiter darauf eingegangen.

6.2.9 Ergebnisbewertung der OPS-9-20-Kodierung

Nachfolgend werden die von der Klinik verschlüsselten OPS und die PKMS-Aufwandspunkte geprüft. Abgeklärt werden soll, ob das Zusatzentgelt korrekt in Rechnung gestellt wurde. Insgesamt hat das Klinikum 135 PKMS-Aufwandspunkte erhoben und den OPS 9-200.6 verschlüsselt.

Die Krankenkasse hat die Abrechnung des ZE 130 nicht anerkannt. Es fand eine Begutachtung der Akte in der Klinik statt. Außer einer mündlichen Begründung der „Nichtanerkennung“ der Aufwandspunkte liegt der Einrichtung keine weitere schriftliche Begründung vor. Im Gespräch wurde bei der Begutachtung die Anerkennung von G1 im Leistungsbereich der Körperpflege abgelehnt. Ebenso wurden einige Tage im Leistungsbereich Bewegung aberkannt, so dass weniger als 43 Aufwandspunkte laut Gutachter übrig blieben. Nachfolgend werden die Leistungsbereiche und die Anerkennung der PKMS-Aufwandspunkte analysiert.

6.2.9.1 PKMS-Dokumentation Leistungsbereich Körperpflege

Zunächst soll geprüft werden, ob der angegebene Grund 1 im Bereich der Körperpflege plausibilisiert werden kann. Ist dieses der Fall, können im nächsten Arbeitsschritt die PKMS-Pflegemaßnahmen und deren Nachweise betrachtet werden.

Gründe Leistungsbereich Körperpflege

Grund 1 liegt bei Patienten vor, welche entweder Abwehr-/Widerstandsverhalten im Rahmen von Pflegemaßnahmen zeigen oder denen die Abläufe der Körperwaschung nicht bekannt sind und hier eine erforderliche Anleitung/Aktivierung oder Übernahme notwendig ist (siehe PKMS-Text, Tab. 106).

Die Einrichtung hat die Aufwandspunkte im Bereich Bewegen an 22 Tagen gezählt. Bei der Prüfung der Häufigkeiten der dokumentierten Lagerungen sind einige Tage nicht anzuerkennen, da die Häufigkeiten von 12 x täglich nicht erfüllt sind (siehe Abb. 127). Die nicht anerkannten Tage werden in der nachfolgenden Tabelle 113 gestrichen und farblich markiert. Insgesamt konnte an 12 Tagen der mindestens 12-malige Positionswechsel nachvollzogen werden, 10 Tage mussten gestrichen werden.

Somit können 36 PKMS Aufwandspunkte aus dem Leistungsbereich Bewegung akzeptiert werden.

Überlegungen zum Verbesserungspotential: Grundsätzlich würde es den Mitarbeitern beim Zählen der Häufigkeiten von Lagerungs-/Positionswechseln helfen, wenn mit der Dokumentation für den Tag um 0.00 Uhr begonnen wird. Somit würde sehr schnell erkannt werden, ob die entsprechenden Häufigkeiten, welche durch den PKMS gefordert werden, erfüllt sind.

6.2.9.3 Zusammenfassende PKMS-Bewertung

Die Ausführungen zeigen, dass es sich bei dem Patienten um einen hochaufwendigen Patienten gehandelt hat. Im Bereich der Körperpflege sind 69 PKMS Aufwandspunkte und im Bereich Bewegung Mobilisation 36 Aufwandspunkte anzuerkennen. In der Tabelle können die Tage, an welchen der PKMS nicht erfüllt wurde und somit die Aufwandspunkte nicht gezählt werden dürfen, nachvollzogen werden.

Erfüllte PKMS Gründe und Maßnahmen	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08
Körperpflege G1 und A3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Bewegung G10 und D1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Erfüllte PKMS Gründe und Maßnahmen	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18				
Körperpflege G1 und A3	3	3	3	3	3	3	3	3	3					
Bewegung G10 und D1	3	3	3	3	3	3	3	3						

Tabelle 113: Übersicht der in der Pflegedokumentation nachvollziehbaren Aufwandspunkte

Somit sind über den Aufenthalt insgesamt 105 Aufwandspunkte anzuerkennen. Der OPS-Schlüssel hochaufwendige Pflege 9.200.5 ist zu verschlüsseln. Das Zusatzentgelt ZE 130 ist korrekt abgerechnet worden. Der OPS-Schlüssel ist entsprechend zu korrigieren.

6.2.10 Reflexion des Pflegeprozesses von Herrn Karl

Die nachfolgende Reflexion des Pflegeprozesses steht außerhalb der Diskussion über die Begutachtung durch den MDK. Sie soll dazu dienen, pflegerisches Handeln zu reflektieren und gegebenenfalls Verbesserungen einzuleiten. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die Fragen zum Pflegeprozess, welche nachfolgend gestellt werden, ausschließlich auf Grundlage der Aktenlage formuliert werden. Es ist zu bedenken, dass Dokumentationsmängel die Qualität der Evaluation des Pflegeprozesses einschränken. Auch die in vielen Kliniken sehr geringe Pflegepersonalbesetzung auf den Stationen führt häufig zur Auswahl von Pflegemaßnahmen, welche weniger

zeitintensiv sind, aber für den Patienten nicht immer adäquat erscheinen. Ebenso ist darauf hinzuweisen, dass die Reflexion aufgrund der Aktenlage begrenzt möglich ist und es sein könnte, dass weitere Informationen über den Patienten zu anderen sinnvollen Entscheidungen im Versorgungsprozess führen könnten.

6.2.10.1 Reflexion der Inkontinenzversorgung

Befunddokumentationen und Arztentlassungsbrief lassen vermuten, dass der Patient starke Kontraktionen im Hüft-/Beinbereich hatte. Eine genaue Beschreibung der Einschränkungen fehlt aber. So heißt es im Entlassungsbrief „... Urethrozystoskopie sei aufgrund der Kontraktionen unmöglich ...“ Eine pflegerische Statusbeschreibung fehlt hierzu, in der Anamnese sind keine Kontraktionen angegeben.

In einem urologischen Konsil (30.03.2012) wird beschrieben, dass der Patient wahrscheinlich eine Blasenentleerungsstörung hat und bei Aufnahme eine Blasendauerkatheteranlage lag („... mit hoher Wahrscheinlichkeit Blasenentleerungsstörung (bei Aufnahme Dauerkatheteranlage/700 ml“). Unklar ist, ob der Patient bei der Aufnahme eine DK-Anlage hatte oder ob ein Einmalkatheterismus durchgeführt wurde.

Die ersten Tage auf der Station vom 17.03.–19.03. wurde der Patient mit Inkontinenzhose versorgt. In der Nacht hat die Mitarbeiterin der Nachtwache einen Blasendauerkatheter gelegt. Im Pflegebericht ist Folgendes vermerkt „... Pat. hat Bett voll uriniert, IKH [Inkontinenzhose] offen, PK hat daraufhin einen DK mit 12 CH gelegt ...“. Ein weiterer Berichtseintrag findet sich für dieselbe Nacht: „Pat. hat DK diskonnektiert ...“. In der Tabelle 114 werden nachfolgend die Berichtseinträge der Pflege und die Untersuchungsergebnisse der beiden urologischen Konsile chronologisch dargestellt.

Datum	Berichtseintrag Pflege	Arztkonsil
19./20.03.	... Pat. hat DK diskonnektiert ...	
20.03.	... Pat. ist unruhig, hat DK diskonnektiert ...	
26.03.	... Blutkoagel am Penisausgang...	<p>Befund: Anamnese nicht möglich. Patient mit DK versorgt, Urin klar, Nierenlager frei bds., ..., keine Stauung, Harnblase bei lieg. DK leer, Phimose</p> <p>Beurteilung: Z.n. Makrohämaturie, DK-Ableitung</p> <p>Empfehlung: Urethrocystoskopie, Circumscision im Verlauf, DK-Auslassversuch?, Falls Dauerableitung notwendig SPK indiziert ...</p>

30.03.		<p>Befund: Patient mit schwerer Demenz. Liegt kataton im Bett. Multiple Kontrakturen. Laut erstem Konsil zerebral Dekompensation in Folge eines Harnwegsinfektes. Allerdings wurde bisher kein Erreger nachgewiesen (so wie es scheint, wurde die Urinkultur unter Antibiose abgenommen). Der Patient wurde von der Kollegin XXX bereits gesehen und untersucht. Bei liegendem Katheter ist der Urin nach wie vor klar.</p> <p>Beurteilung: Infizierte Phimose, Harnwegsinfekt (laut Vorkonsil), fremdanna-mnestische Makrohämaturie, mit hoher Wahrscheinlichkeit Blasenentleerungsstörung (bei Aufnahme Dauerkatheteranlage/700 ml Urin).</p> <p>Empfehlung: ... die stattgehabte Makrohämaturie kann durch den Harnwegsinfekt sicherlich erklärt werden. ... Die infizierte Phimose erfordert eine konsequente Pflege des Katheters (zweimal täglich Katheterpflege mit Waschhandschuh und klarem Wasser, die Phimose mit Kamillelösung oder Serasept ausspülen). Eine Urethrozystoskopie erscheint aufgrund der Kontrakturen unmöglich. So entfällt auch die Anlage eines suprapubischen Blasenkatheters, da man aufgrund der geschilderten Makrohämaturie zuvor einen Blasentumor ausschließen sollte. Die Zirkumzision ist aufgrund der akuten Infektion auch nicht sofort durchführbar. Die Tochter wünschte explizit einen Katheterauslassversuch. Nur deshalb empfehle ich über das Wochenende die Verordnung eines alpha-Blockers.</p>
31.03.	... Tochter teilte telefonisch mit, sie wünsche, dass der DK geext werden soll ...	

03.04.	... Pat. hat übelriechenden Ausfluss aus der Harnröhre ...	
13.04.	... Penis eitrig, hat offene kleine Stellen an Vorhaut → Cavilon-Spray, DK ex ...	

Tabelle 114: Auszug aus Pflegedokumentation Herr Karl

Die Behandlungsempfehlung des Konsilarztes wurde erst zeitverzögert am 11.04.12 begonnen. Im Pflegedurchführungsnachweis ist am 11. und 12.04. ein Verbandswechsel mit Serasept dokumentiert. Es ist zu vermuten, dass es sich hier um einen VW am Penis handelt. Am 14. und 15.04. ist ein Verbandswechsel mit Lavasept dokumentiert. Danach wurde die Maßnahme abgesetzt. Am 13.04. ist kein Verbandswechsel dokumentiert, hier findet sich im Bericht ein Hinweis auf eine pflegerische Maßnahme bezogen auf die Infektion und Druckstellen am Penis, „Cavilon-Spray“ (ein Hautschutzspray) wurde aufgetragen. Eine Katheterpflege ist nicht dokumentiert.

In der Pflegedokumentation wurde bei der Aufnahme eine Urin- und Stuhlinkontinenz angegeben. Es ist zu vermuten, dass der Patient durch die Infusionstherapie häufig eingenässt hat und dieses der Anlass für das Legen eines DK war. Den Arztanordnungen kann nicht entnommen werden, dass eine Bilanzierung angeordnet wurde. Wie sich im Verlauf zeigt, liegt die Vermutung nahe, dass sich durch das Legen eines Blasendauerkatheters eine Harnwegsinfektion und die Entzündungen am Penis entwickelt haben. Da der Patient wegen aufgetretenen Schluckstörungen und zunehmender Verschlechterung des Allgemeinzustandes in die Klinik eingewiesen wurde, wahrscheinlich bedingt durch das Flüssigkeitsdefizit und die eingeschränkte Nahrungsaufnahme, könnte die Vermutung aufgestellt werden, dass die Urin- und Stuhlauscheidung zu Hause mittels Inkontinenzhose funktioniert hatte und das Legen eines DK nicht indiziert war.

Mögliche Verbesserungspotentiale:

- » Eine differenzierte Abklärung der Inkontinenzsituation, wie diese auch im Expertenstandard (Besendorfer und Schulz 2007) gefordert wird, ist zu empfehlen.
- » Bei fehlender ärztlicher und pflegerischer Indikation für das Legen eines Blasendauerkatheters sollte dieses unterbleiben. Aus der Dokumentation wird weder eine ärztliche noch eine pflegerische Indikationsstellung, welche für den DK sprechen, ersichtlich.
- » Durch die mehrfach beschriebene „motorische Unruhe“ des Patienten sowie die Beeinträchtigungen der Kognition und Wahrnehmung erscheint das Legen eines DK zusätzlich kontraindiziert.
- » Eine „hochaufwendige Pflege“ wäre sicher im Bereich der Ausscheidung sinnvoll und erforderlich gewesen, wenn kein DK gelegt worden wäre. G6 als PKMS-Grund sowie die Maßnahme C3 mit mind. 7 x täglichem Wechsel der Inkontinenzhose, Intimpflege und Hautschutz hätten alternativ zum DK geplant und durchgeführt werden können. Auch eine

Versorgung nach dem Expertenstandard Inkontinenz wäre möglich gewesen. G9 Harn-/Stuhlinkontinenz liegt bei dem Patienten vor.

6.2.10.2 Reflexion der Schluckstörung

Der Patient wurde wegen einer zunehmenden Schluckstörung und damit verbundenen Einschränkung bei der Nahrungs-, Flüssigkeitszufuhr eingewiesen. Der Patient war zum Zeitpunkt der Einweisung exsikkiert. Bei Exsikkose und niedrigen RR-Werten wurde zunächst die Diuretika- sowie die antihypertensive Therapie pausiert und eine bedarfsgerechte i.V.-Flüssigkeitssubstitution eingeleitet.

Pflegerische Maßnahmen bezüglich der Schluckstörungen wurden nicht eingeleitet. Folgende Berichtseinträge beschreiben die Situation der Nahrungsaufnahme (Tab. 115).

Datum	Pflegeberichte	Befunde
18.03.	... weigert sich, Med. und Nahrung aufzunehmen. ... hat zwei Joghurts und 1 Stück Käse gegessen. Beim Trinken verschluckt er sich.	
19.03.	...; kein Essen erhalten [Frühschicht] Ehefrau gibt Pat. am Mittag kl. Portion (ausgerichtet) keine Besonderheiten.	
20.03.	Pat. nimmt Essen nicht an, Mund musste ausgeräumt werden → keine Tabl.-Gabe möglich Mittags reicht Ehefrau Essen an ...	
22.03.	... verweigert Essen ...	
23.03.	Am Mittag erneut schläfrig → Ehefrau versucht Essen anzureichen → Pat. schluckt nicht → PK wurde darüber von ihr nicht informiert → bei Betreten d. Zimmers wegen Bettnachbar zufällig gewesen. Pat. hatte Essen im Mund + lose Zähne (UK) → Zähne ex; Mundhöhle per Hand von PK ausgeräumt (1 ca. spielwürfelgroßes Stück Ei und Soße m. Schleim). Ehefrau darüber (erneut) in Kenntnis gesetzt, dass Pat. auch aufrecht sitzen soll (OK war nur erhöht, keine aufrecht) wg. Aspirationsgefahr und damit verbundener Pneumoniegefahr. Ehefrau fragte, ob ihr Mann frühs Schlaftabl. erhalten habe → absolut nicht der Fall.	
26.03.	Pat. hat ½ Grießbrei gegessen ...	
30.03.	... hat wenig Brei gegessen und getrunken.	
31.03.	... hat Brei gegessen zum Frühstück; ... Pat. seit Tagen abwesend, Ehefrau behauptet jedoch, dass dies erst seit heuet so sei. Verweigerte daher auch das Anreichen des Mittagessens, da man ihn ja schlafen lassen soll kein Abendessen gegessen ... hat sich bei der Einnahme der Tabl. fast verschluckt	
03.04.	... hat gegessen sehr wenig [Frühschicht] Hat zum Abend ½ Joghurt und Tee zu sich genommen, sowie Tbl. komplett geschluckt.	

04.04.	Essen und Trinken kaum möglich, Ehefrau war beim Mittagessen da (4 Löffel) ... Pat. sollte laut Fr. Dr. XX eine Magensonde bekommen, da Pat. nichts isst und trinkt → OA XX hat versucht, eine MS zu legen, jedoch ohne Erfolg, da Pat. gegenarbeitet ...	In einem Konsil-Befund heißt es: „Dysphagie auch durch die fortgeschrittene Demenz erklärbar“
05.04.	... hat zum Abend einen Joghurt angereicht bekommen	
06.04.	Pat. hat am Morgen 1 Joghurt gegessen. ... hat zum Abend einen Joghurt angereicht bekommen trinkt nicht gut, hat 1 Joghurt gegessen	
07.04.	Hat gut gegessen [Frühschicht] ... hat zu Abend 1 Joghurt gegessen, Tabletten nur zur Hälfte erhalten	
08.04.	Hat gut gegessen [Frühschicht] ..., Essen und Trinken wenig heute [Spätschicht]	
09.04.	... Pat. hat nicht gegessen und getrunken aufgrund von Aspirationsgefahr [Frühschicht] ... Essen und Trinken nicht möglich [Spätschicht]	
12.04.	Pat. isst morgens gut, mittags häufig keinen Hunger, verschließt dann den Mund. Ehefrau äußert, dass er in häuslicher Umgebung gerne essen würde	
14.04.	Pat. hat ½ Grießbrei und Joghurt gegessen, hat sehr wenig getrunken [Spätschicht]	
15.04.	... Pat. isst gut [...] u. trinkt mäßig [Frühschicht] ... verschleimt, hustet ab, hat sehr wenig gegessen [Spätdienst]	

Tabelle 115: Pflegeberichte zur Schluckstörung Herr Karl

Im Entlassungsbericht wird zur Dysphagie Folgendes geschrieben: „Der Kostaufbau wurde vom Patienten gut vertragen, es zeigte sich zum Entlassungszeitpunkt keine Dysphagie mehr.“

Mögliche Verbesserungspotentiale:

- » Zum einen ist zu empfehlen, bei Patienten mit einem massiven Risiko der Mangelernährung ein Ernährungs- und Flüssigkeitsprotokoll zu führen. Aus den Berichtseinträgen ist ausschließlich die Nahrungszufuhr von Grießbrei, Joghurt und Flüssigkeit zu entnehmen.
- » Darüber hinaus sollte bei Patienten mit einer Schluckstörung die Nahrungsverabreichung nicht durch Angehörige übernommen werden. Die Einschaltung eines Schlucktherapeuten, um mögliche Kompensationsmechanismen zu entwickeln oder die Schluckfähigkeit zu fördern, wäre sicher sehr hilfreich gewesen. Eine gezielte Anleitung der korrekten Nahrungsverabreichung durch die Ehefrau ist ebenfalls sinnvoll, da die Versorgung zu Hause sehr wahrscheinlich wieder von der Ehefrau übernommen wird.
- » Auch eine Analyse der Nahrungsverweigerung, welche an manchen Tagen in den Berichten beschrieben wird, ist hilfreich, häufig handelt es sich um eine Vermeidungsstrategie von Patienten mit Schluckstörungen, wegen der Angst sich zu verschlucken.
- » Hauptproblem scheint aber das bestehende Risiko einer Mangelernährung zu sein, hierzu wurden keine Maßnahmen oder Überlegungen der weiteren Versorgungen in der Pati-

entenakte dokumentiert. Die systematische pflegerische Versorgung bei einem Risiko der Mangelernährung, wie im Expertenstandard (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2009) beschrieben, ist zu empfehlen. Für die Umsetzung moderner ernährungsmedizinischer Kenntnisse zur Erkennung und Behandlung von Unter-/Mangelernährung oder des Risikos einer Mangelernährung gibt es konkrete Vorschläge der Fachgesellschaften. Diese werden in der Dokumentation des Patientenfalles Herrn Karls vermisst (Löser 2010).

- » Hochaufwendige Pflege im Sinne des PKMS wäre bei dem Patienten gegeben gewesen. So lag der Grund G1 der Nahrungsverweigerung und Risiko der Mangelernährung vor, ebenso der Grund G8 mit Kau-/Schluckstörungen. Eine Positionierung des Patienten zur Nahrungsaufnahme in den Lehn-/Rollstuhl (PKMS-Maßnahme B3) mit anschließender Nahrungsverabreichung hätte evtl. dabei unterstützen können, der Schläfrigkeit des Patienten vorzubeugen. Auch eine Förderung des Schluckvorgangs wäre durch die Sitzposition unterstützt gewesen. Evtl. hätte auch ein Ess-/Trinktraining nach therapeutischem Konzept die Nahrungsaufnahme erleichtert und verbessert (PKMS-Maßnahme G4).

6.2.10.3 Reflexion der Lagerungsmaßnahmen und Dekubitusprophylaxe

In der Pflegeanamnese sind die vorhandenen Kontrakturen nicht beschrieben, ebenso ist der Hautzustand nur in einem Berichtseintrag mit o.B. beschrieben. Im Leistungsnachweis der Pflege wird die Dekubitusprophylaxe tägl. abgezeichnet. Mit dem Beginn der PKMS-D1-Maßnahme (26.03.) wird in dem Feld Dekubitusprophylaxe nicht mehr abgezeichnet, so dass die Vermutung nahe liegt, dass die Dekubitusprophylaxemaßnahmen der häufige Positionswechsel war. Hautschutzmaßnahmen sind in der Pflegedokumentation nicht nachvollziehbar. Am 30.03. wird der Patient zusätzlich auf eine Nimbusmatratze umgebettet (Wechseldruckmatratze). Am 03.04. wird zum ersten Mal berichtet, dass das Gesäß stark gerötet ist. Am 06.04. ist im Pflegebericht vermerkt, dass das „Gesäß leicht gerötet“ ist. Gleichzeitig wird ein Wunddokumentationsblatt angelegt, siehe nachfolgenden Auszug der Wunddokumentation, Abb. 128.

Wundbeschreibung

Wundart

Ulcus cruris Postoperative Wundheilungsstörung
 Dekubitus Plastische Wunden/Excisionswunden
 Diabetischer Fuß Sonstige: Penis-Dekubitus Grad II
 Verbrennung

Wundursache und beeinflussende Faktoren

Diabetes mellitus Art. Verschlusskrankheit
 Immobilität chronisch venöse Insuffizienz
 Infektion (system.) Immunsuppression
 Polyneuropathie Albuminmangel
 Sonstige: _____

	Lokalisations- nummer	Wundtiefe (cm)	Länge (cm)	Breite (cm)	Zustand**	Infektion
Wunde 1	11	0,5	2	1	trocken	
Wunde 2	Penis	0,5	1	1	geschl.	
Wunde 3	mehrere kleine trockene Blasen an Beinen					
Wunde 4	Füßen					
Wunde 5						

Wundzustand** (Mehrfachnennung mögl.) **Wundinfektion**

1 = Nekrose 1 = nein
2 = Fibrin 2 = Ja
3 = Granulation
4 = Epithel

Abstrich am: _____

Bemerkungen: _____

Lokalisation der Wunde / Hautveränderung

Datum: 6.4.12 verantw. Pflegefachkraft: _____

Originaldokument

Abbildung 128: Wunddokumentation Herr Karl

Hieraus kann entnommen werden, dass bereits ein Dekubitus entstanden ist. Die Wundbehandlung ist nicht nachvollziehbar.

Mögliche Verbesserungspotentiale:

- » Zunächst ist die Frage zu stellen, ob bei dem Patienten eine Wechseldruckmatratze indiziert ist. Bei wahrnehmungsbeeinträchtigten Patienten sind hier negative Auswirkungen (Förderung von Unruhezustände und Somnolenz, Verblässen des Körperbildes usw.) in der Literatur beschrieben (Buchholz und Schürenberg 2005, Lubatsch 2004, S. 173). Außerdem wurde der Patient mit Inkontinenzhosen versorgt, diese heben die Wirkung der Wechseldruckmatratzen wieder auf.
- » Offen bleibt, ob und wie ein Hautschutz durchgeführt wurde. Gerade in der Phase, in der der Patient an Durchfall gelitten hat, sind Hautschutzmaßnahmen zur Vorbeugung von Mazerationen von großer Bedeutung.

6.2.10.4 Weitere offene Fragen

- » Eine Kontrakturenprophylaxe sowie Pneumonieprophylaxe ist nicht nachvollziehbar beschrieben.
- » Warum ist der Patient nicht in den Lehnstuhl mobilisiert worden?

Zusammenfassend zeigt sich, dass die pflegerische Versorgung, welche auf Basis der Dokumentation evaluiert wurde, Verbesserungspotentiale birgt. Einige Komplikationen, wie z. B. die Harnwegsinfektion, evtl. auch der Dekubitus, hätten bei einer anders gewählten Versorgung vermieden werden können. Abzuklären ist, inwieweit die im Krankenhaus erworbene Pneumonie durch eine adäquate Nahrungsverabreichung ebenfalls hätte vermieden werden können. In den Pflegeberichten wird beschrieben, dass der Patient sich mehrmals verschluckt hatte, ein systematischer Aspirationsschnelltest wurde nicht durchgeführt. Eine stille Aspiration von Nahrung ist nicht abgeklärt worden. Eines wird bei der Fallanalyse sehr deutlich, der Patient hat einen Bedarf an „hochaufwendiger Pflege“, welche sehr wahrscheinlich aufgrund der niedrigen Personalbesetzung nicht geleistet werden konnte. Auch die pflegfachliche Auseinandersetzung und Pflegeprozessevaluation erfordert pflegerische Zeitressourcen, welche derzeit auf der Station nicht vorhanden zu sein scheinen.

6.3 Fallvorstellung Frau Anna

Autorin: Isabella Schmidpeter

~~Frau Anna, 78 Jahre alt, wurde am 08.02.2012 mit Herpes Zoster und Husten, Übelkeit und Leibschmerzen stationär aufgenommen. Dies wurde dem Pflegebericht und der Pflegeanamnese entnommen. Aus den Unterlagen konnte darüber hinaus ersehen werden, dass die Patientin die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (F48Z) verschlüsselt bekommen hatte. Die Patientin wurde von einer Inneren Station am 11.02. auf die geriatrische Fachstation verlegt. Eine PKMS-Dokumentation auf der vorhergehenden Station liegt nicht vor. Über weitere Diagnosen ist nichts bekannt, da zur Einschätzung der PKMS-Dokumentation keine weiteren Unterlagen vorlagen. Am 14.02.2012 wurde auf Grund des Vorliegens eines Norovirus die Isolation der Patientin angeordnet und durchgeführt.~~

~~Es fand eine externe Begutachtung durch den Gutachter statt. Die Beurteilung stützte sich auf Basis folgender Unterlagen: Laborberichte, Krankenhausentlassungsbericht, Aufnahmedokumentation der Pflege, Fieberkurve, Dokumentation Komplexbehandlung Barthel Index, soz. Erhebungsbogen, Therapieplan, Kodierung ZE 130 PKMS-E-Pflegemaßnahmen, geriatrische Teambesprechung. Die Beurteilung der Akte von Frau Anna durch den Gutachter des MDK ergab folgendes Ergebnis:~~

~~„Es konnten nur 24 Aufwandspunkte für den OPS 9-200* nachvollzogen werden. Das Zusatzentgelt ZE 130 ist nicht korrekt.~~

~~Leistungsbereich A: Intervention A1 vom 15.02.-01.03.2012, Gründe G1 und G5: Intervention nicht nachvollziehbar; keine individuellen pflegerischen Zielsetzungen und auf den Patienten abgestimmte Vorgehensweise dokumentiert~~



Stellungnahme zum RWI-Gutachten (2016)

„Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus“

Herausgegeben vom Vorstand der Fachgesellschaft Profession Pflege am 07.06.2016

Lutz Pelchen, Dr. Pia Wietek, Renate Plenge, Günther Rosenthal und Jacqueline Beetz

Unter der Beratung der Beiräte

Fachgesellschaft
Profession Pflege
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstr. 59
E-Mail info@pro-pflege.eu
www.pro-pflege.eu
10117 Berlin

Pflege im Krankenhaus

Die Teilzeitquote der Mitarbeiter/Innen der Pflege liegt im Krankenhaus in Allgemeinkliniken aktuell bei ca. 50 % und ist seit 2002 kontinuierlich gestiegen (Augurzky et al., 2016). Der überdurchschnittliche Anstieg der Quote an Teilzeitbeschäftigung (26,3 % im Zeitraum von 2001-2009) kann mit dem zunehmenden Belastungserleben der Pflegenden im Zusammenhang stehen (Höhmann, Lautenschläger, & Schwarz, 2016). Der Krankenstand der Mitarbeiter in den Pflegeberufen ist höher als bei anderen Berufsgruppen im Dienstleistungsbereich. Die Krankheitstage der Pflegeberufe bei den AOK-Versicherten ist dabei seit 2003 kontinuierlich angestiegen (Augurzky et al., 2016). Es gibt einige empirische Belege, dass Pflegekräfte in hohem Maße emotional und physisch erschöpft sind (Abel, 2007; Ehresmann, Kockert, & Schott, 2015). Die Absicht zum, als auch der tatsächliche Vollzug des Berufsausstiegs sind mit hohen psychischen Arbeitsbelastungen wie Zeitdruck, Überstunden, Schichtdienste, schwerem Heben und Tragen, zu wenig Pausen und häufige Unterbrechungen, nur geringe Partizipationsmöglichkeiten erklärbar, um nur einige Beispiele zu nennen (Abel, 2007; Höhmann et al., 2016; Kraus, Sniatecki, Krause, & Plietker, 2013). Höhmann et al. (2016) geben einen guten Überblick über die zentralen Belastungsfaktoren und deren Entwicklung auf der Makro-, Meso-, und Mikroebene und zeigen sowohl gravierende Folgen als auch Ansatzpunkte zur Reduktion der Belastungen auf. Deutlich wird, dass die Betrachtungsweise der Arbeitsbelastung in dem Forschungsvorhaben des RWI-Gutachtens als auch die vorgestellten Ansätze, um dem künftigen Pflegepersonal-mangel entgegenzuwirken, deutlich zu kurz greifen. Eine pflegeintrinsiche Perspektive, welche u.a. die genannten Gesichtspunkte sowie zahlreiche weitere, das tatsächliche Leistungsgeschehen in der pflegerischen Versorgung repräsentierende Aspekte berücksichtigt, ist über die Struktur und Inhalte des gesamten Gutachtens nur rudimentär erkennbar. Als Fachgesellschaft möchten wir die Aussagen von Franz Wagner dringend unterstreichen: *„Wenn wir nicht rasch die Arbeitsbedingungen der Pflegefachpersonen verbessern, inklusive Personalausstattung, werden wir niemanden mehr finden, der oder die in der Pflege arbeiten will“* (Wagner, 2016). Es besteht die große Sorge der Fachgesellschaft Profession Pflege, dass sich die politische Debatte basierend auf der Forschungsarbeit des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung im Fokus verschiebt und zunächst wieder darüber gesprochen wird, ob überhaupt eine Unterversorgung und ein Pflegepersonal-mangel im Krankenhaus besteht.

Kernaussagen des RWI-Gutachtens

„Derzeit kann kein akuter Handlungsbedarf in Bezug auf die Menge an Pflegedienst im Krankenhaus abgeleitet werden“ (Augurzky et al., 2016, S. 11), so ein Kernfazit des jüngst veröffentlichten Gutachtens des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung von 2016.

Dort wird unter anderem den Fragen nachgegangen, wie die „pflegerelevante Leistungsmenge“ definiert werden kann und inwieweit die Entwicklung der Fallzahlen sowie der Belegungstage entscheidend für den Pflegeaufwand sind. Die Antworten sind vor dem Hintergrund der Bewertung der aktuellen Pflegepersonalausstattung nach Meinung der Autoren bedeutend, um beurteilen zu können, ob aktuell ein Defizit an Pflegepersonal in den Kliniken vorliegt. Die Autoren führen verschiedene Modelle zur Berechnung der über den Zeitverlauf veränderten Leistungsmenge der Pflege durch und kommen bei Ihren Berechnungen zu dem Schluss, *„[...] dass sich das Verhältnis von Vollkräften im PD [Pflegedienst] und pflegerelevanter Leistungsmenge nur geringfügig verändert hat.“* (Augurzky et al., 2016, pp., S. 33) Interessant ist dabei die zu Grunde gelegte Definition der „pflegerischen Leistungsmenge“. Diese wird nach prozentualen Anteilen an „fallfixen“ und

„fallvariablen“ Bezugsgrößen festgemacht¹. Prof. Frank Weidner kritisiert dieses „[...] *unsinnige Zahlenspiel* [...]“ und zeigt auf, dass dieselbe Berechnungsgrundlage im ärztlichen Dienst einen aktuellen Überhang von 30.000 vollzeitbeschäftigten Ärzten bedeuten würde (Weidner, 2016, S. 77). Zusammenfassend halten die Autoren fest, dass es „[...] *keine Evidenz für eine relative Zunahme der Belastung der Pflege* [...]“ gäbe (Augurzky et al., 2016, S. 127). Zudem kommen die Autoren durch multivariate Regressionsanalysen auf Basis von Daten des Bundesamtes für Statistik in den Jahren 2002 bis 2013 zu dem Ergebnis, dass es „[...] *keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Zahl der Vollkräfte in der Pflege und der Mortalitätsrate* [...]“ gibt (Augurzky et al., 2016, S. 131).

Diese zentralen Kernaussagen des Gutachtens sind nicht nur für uns Pflegende, die sich mit dem Thema der Pflegepersonalbemessung und einer leistungsorientierten Finanzierung der Pflege, wie die Fachgesellschaft Profession Pflege (www.pro-pflege.eu), beschäftigen, überraschend, sondern auch für den Auftraggeber des Gutachtens selbst. So schreibt Thomas Ballast, der stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der Techniker Krankenkasse, dass die Erwartungen an das Gutachten die Darlegung des Ausmaßes des aktuellen Mangels beschreibt, nicht aber den Pflegepersonalmangel in Frage stellt (Ballast, 2016).

Einschränkungen/kritische Überlegungen

Überraschend sind vor allem die klaren Empfehlungen und Rückschlüsse, welche im Gutachten formuliert werden, obwohl offensichtlich ist, dass ausschließlich mit Kenngrößen und -zahlen gearbeitet wurde, die Änderungen in der tatsächlichen Arbeitsbelastung der Pflegeberufe nicht adäquat fassen können. Diese beiden Kennziffern „Pflegepersonal-Fallzahl-Relation“ und „Pflegepersonal-Belegungstag-Relation“ werden in Ermangelung einer adäquaten Datengrundlage zur groben Orientierung in der Zeitreihe genutzt, um über die veränderte Arbeitsbelastung der Pflegeberufe zu diskutieren. Es ist demgegenüber bekannt und belegt, dass sowohl die Veränderung der Pflegepersonal-Fallzahl-Relation als auch die Relation zwischen dem verfügbaren Pflegepersonal und den Belegungstagen keinen Einblick in das tatsächliche Leistungsgeschehen der Pflege geben kann. Ebenfalls interessant sind die Aussagen, dass „*Einige nicht-pflegerische Tätigkeiten, die Pflegekräfte 2002 noch übernommen hatten, [...]*“ mittlerweile von Hilfskräften übernommen werden und als entlastend wirken könnten. Diese Aussage wird nicht belegt und es ist unklar, wie diese zustande kommt. Die Datenlage ist hier sehr schlecht und es gibt hierzu nur wenige Quellen, auf die Bezug genommen werden könnte. So zeigen z. B. die Multimomentaufnahmen in drei Krankenhäusern der Maximalversorgung, dass sich das Leistungsgeschehen in den Jahren 2003, 2004 und 2005 verschoben hat. Die patientennahen Tätigkeiten haben abgenommen (hypothetisch Rationierungen, welche auch mit der durch Pflegepersonen wahrgenommenen Unterversorgung zusammenhängen können) und die Mitarbeit bei ärztlichen Aufgaben im Bereich Diagnostik und Therapien haben zugenommen. Ebenso haben Aufgaben im Bereich der Hauswirtschaft zugenommen (Bartholomeyczik, 2007). Es bestehen folglich erste (im genannten Beispiel jedoch nichtrepräsentative) und der Hypothese im Gutachten konträr ausgerichtete Belege, dass vielmehr eine Übernahme pflegefremder Tätigkeiten stattfindet, statt einer Entlastung des Pflegepersonals durch andere Berufe und/oder Hilfskräfte. Es ist also eine durchaus berechtigte Kritik an dem RWI-Gutachten, wenn Hr. Prof. Dr. Frank Weidner kritisiert, dass der Anstieg an Ärztstellen von 34 % im Untersuchungszeitraum nicht als Belastungsfaktor

¹ **Berechnungshinweise von Prof. Wübker, Ansgar auf Anfrage:** Die Entwicklung von +1% ergibt sich, wenn man die Entwicklung der VK im PD (Zähler) zu der Entwicklung der pflegerelevanten Leistungsmenge (Nenner) ins Verhältnis setzt. Der Nenner enthält die pflegerelevante Leistungsmenge = Gewichtung fallfix * (Fälle in t / Fälle in 2002) + (1-Gewichtung fallfix) * (Belegungstage in t / Belegungstage in 2002). Hier bilden wir also einen gewichteten Index aus der Fallentwicklung und der Entwicklung der Belegungstage. Der Zähler enthält die Personalentwicklung im Pflegedienst = (VK PD in t / VK PD in 2002). Insgesamt erhalten wir also (VK PD in 2014 / VK PD in 2002) / (0,4 * (Fälle in 2014 / Fälle in 2002) + 0,6 * (Belegungstage in t / Belegungstage in 2002)).

berücksichtigt wurde. Es liege auf der Hand, dass diese zusätzlichen Mediziner diagnostizieren und therapieren und damit zusätzliche Arbeitsaufwände im Bereich der Pflegeberufe produzieren (Weidner, 2016). Die zentralen Einflussfaktoren auf die Arbeitsbelastung der Pflegeberufe im Krankenhaus werden außer Acht gelassen, so ein weiterer Kritikpunkt (Weidner, 2016). Hierzu gehören die Veränderung der Altersstruktur der Krankenhauspatienten, die zunehmende Multimorbidität und damit verbundene komplexer werdende Pflegesituation, die Arbeitsverdichtung durch die zunehmenden Fallzahlen und Verweildauer Kürzungen sowie der Mehrmengen². All diese Aspekte wurden in dem Gutachten nicht adäquat oder gar nicht einbezogen.

Prof. Dr. Frank Weidner bescheinigt dem Gutachten zudem erhebliche methodische Schwächen. An zahlreichen Stellen schließen wir uns dieser Meinung an. Exemplarisch sollen einige Überlegungen herausgegriffen werden, beispielsweise bezüglich der Auswertungen über den Zusammenhang der Pflegepersonalausstattung und objektiver Qualität. Leider werden im dem Gutachten keine genauen Angaben der genutzten Datengrundlage (Stichprobe) für jede einzelne Kalkulation bereitgestellt, es wird lediglich auf zusammenfassender Ebene die Datengrundlage des Forschungsprojektes geschildert. Beispielsweise ist zu hinterfragen, weswegen im Gutachten auf eine Vollkraft im Pflegedienst 45 Fälle kommen, während im Bundesdurchschnitt basierend auf den Daten des Bundesamtes für Statistik in den Jahren ab 1996 diese Kennziffer bei 46 bis 60 liegt (Wietek, Koch, Schmidpeter, & Benthin, 2016). Auch wird die Auswahl einzelner abhängiger bzw. unabhängiger Variablen nicht durchgehend stringent begründet, da diese durchaus diskutabel wären. So kann und muss etwa stark angezweifelt werden, dass die im Gutachten genutzten Proxy-Variablen „Alter“, „Geschlecht“ und „Anteil OPs“ tatsächlich geeignet sind, die durchschnittliche Fallschwere abzubilden, insbesondere aus einer pflegerischen Perspektive heraus. Demgegenüber in keiner Form diskutiert wird der notwendige pflegerische Aufwand, der etwa aus den gegebenen Patientenbedürfnissen und -bedarfen entsteht. Ebenso kann hinterfragt werden, ob das Bezugsjahr 2002 das geeignete ist, um die Forschungsfragen zu beantworten. Franz Wagner weist in seiner Stellungnahme darauf hin, dass in 2002 die durch die PPR veränderte Personalausstattung bereits wieder abgebaut wurde (Wagner, 2016, pp.,S. 78).

Sind die Unterschiede durch die Selektion der Stichprobe erklärbar? In der kritischen Diskussion fehlt eine intensive Auseinandersetzung mit den Einflussgrößen auf z. B. die Mortalitätsrate. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse, in der untersucht wurde, ob es in den vorliegenden Daten einen Zusammenhang zwischen der Pflegepersonalausstattung und Qualität in Deutschland gibt, kommen die Forscher zu dem Ergebnis, dass bezogen auf die Sterblichkeitsrate eine Anhebung der Pflegepersonalrate³ von 10 % einen Rückgang der Sterberate von 0,05 % bedeuten könnte. Das Ergebnis wurde als „*schwach signifikant*“ ($p < 0,1$) bezeichnet. Immerhin würde das eine Reduktion der Todesfälle im Krankenhaus um ca. 19.700 bedeuten, bezogen auf die Fallzahlen von 2014. Unerklärlich ist, warum trotz der schwachen signifikanten Ergebnisse und dem Wissen um die methodischen und datenbasierten Einschränkungen der Forschungsarbeit, die Aussage aufgestellt wird, dass kein akuter Handlungsbedarf besteht. Vor diesem Hintergrund sowie der ethischen Dimensionen der Forschungsarbeit greift die postulierte Begründung einer fehlenden „ökonomischen Signifikanz“ unseres Erachtens bei weitem zu kurz und nimmt eine unangemessene monoperspektivische . Folgende Einschränkungen liegen in den im Gutachten des RWI durchgeführten Kalkulationen vor und

² Mehrmengen sind medizinische Leistungen/Behandlungen/Therapien, welche im DRG-System abrechenbar sind.

³ In der Stichprobe sind im Durchschnitt 45 Fälle pro 1 Vollkraft Pflege errechnet worden, eine Veränderung von 10% würde 4,5 Patientenfälle weniger bedeuten

können zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen. Die nachfolgenden Überlegungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit:

- Fehlende Berücksichtigung relevanter Einflussvariablen auf das Outcome der pflegerischen Versorgung: Wir wissen unter anderem, dass das Pflegeverständnis, eine adäquate Pflegeprozessplanung und eine sorgsame Pflegediagnostik positive Auswirkungen hinsichtlich der Vermeidung implizierter Rationierung durch Pflegende haben. Gemeint sind hiermit „ungetane, aber erforderliche Pflegeleistungen“ (Zander, Dobler, Baumler, & Busse, 2014). Die Pflegeorganisationsstrukturen, die inhaltliche Ausgestaltung der Pflege sowie das Vorkommen impliziter Rationierung stellen mit hoher Wahrscheinlichkeit bedeutsame Einflussfaktoren auf das Outcome pflegerischer Arbeit dar, die in vorliegender Arbeit nicht berücksichtigt sind.
- Da in dem Gutachten keine dem wissenschaftlichen Anspruch entsprechende (deskriptive) Beschreibung der Datengrundlage/Stichprobe vorliegt, kann nicht nachvollzogen werden, ob die „schwach signifikanten“ Ergebnisse der Regressionsanalyse in der geringen Bandbreite von Unterschieden in der Pflegepersonalstellenbesetzung zu suchen sind.
- Offen ist, ob weitere, auf das pflegerische Leistungsgeschehen teils gravierende einflussnehmende Faktoren in irgendeiner Form Berücksichtigung in den Kalkulationen des RWI gefunden haben, sodass eine Bewertung der Ergebnisse nur mit großer Vorsicht vernehmbar ist. Beispielsweise:
 - Wie ist die Aufgabenverteilung im Pflegedienst in den jeweiligen Kliniken organisiert? Können Pflegende überhaupt den Pflegebedarf der Patienten erfüllen oder werden andere Aufgaben übernommen?
 - Welchen Einfluss hat die Pflegeorganisationsform (Bereichspflege, Primary Nursing usw.), hier sind Verantwortlichkeiten und Aufmerksamkeit für den Patienten evtl. unterschiedlich.
 - Welchen Einfluss hat der unterschiedliche Skill-Mix des Pflegepersonals in der Stichprobe gehabt?
 - Wie stark ist der Einfluss eines systematischen QM in den Kliniken?
- Der Faktor der Fallschwere im Kontext der Pflege wurde nur unzureichend über Alter, Geschlecht, und die Zahl operativer Eingriffe berücksichtigt. Auch die angedachte Nutzung des Casemix-Index würde die pflegerische Fallschwere nicht adäquat abbilden können, da die pflegerische Fallkomplexität von zahlreichen weiteren Faktoren bestimmt ist (Wieteck & Kraus, 2016).
- Ein besonders kritisch zu betrachtender Aspekt ist, dass die im Gutachten als wesentliche Ergebnisgröße genutzte Mortalitätsrate kein durchgängig pflegesensitiver Qualitätsindikator ist, sondern ebenso und womöglich in weit größerem Ausmaß durch das ärztliche Leistungsgeschehen und zahlreiche weitere Faktoren beeinflusst wird. Alleine vor diesem Hintergrund sind die postulierten Erkenntnisse aus dem Gutachten (neu) zu bewerten.

Bemerkenswert sind darüber hinaus die Rückschlüsse der Autoren zur Bewertung der internationalen Literaturlage auf die Frage nach einem potenziellen Zusammenhang zwischen Pflegequalität und pflegepersoneller Ausstattung und deren Qualifikation.

Tabelle 1: **Pflegepersonalausstattung und Outcome-Indikator Studienübersicht** Griffith et al. 2014 + Update Augurzky et al. 2016 (eigene Darstellung nach Augurzky et al., 2016, S. 100)

Ergebnis-Indikator	Zahl der Studien	Verbesserung des Indikators bei höherer Pflegepersonalausstattung		Verschlechterung des Indikators bei höherer Pflegepersonalausstattung		neutral
		signifikant	nicht signifikant	signifikant	nicht signifikant	
Mortalität allgemein	17	10	2	-	4	1
Mortalität als Folge einer behandelbaren Komplikation	9	3	2	-	3	1
Infektionen	19	4	9	1	3	2
Stürze	16	6	5	-	2	3
Dekubitalgeschwüre	16	6	2	2	4	2
Verweildauer	9	7	-	-	-	2
Wiedereinweisungen	2	1	-	-	-	1
Kosten	4	1	-	-	2	1
Sonstige	19	9	4	-	3	3
	111	47	24	3	21	16

Tabelle 2: **Fachkraftquote und Outcome-Indikator Studienübersicht** Griffith et al. 2014 + Update Augurzky et al. 2016 (eigene Darstellung nach Augurzky et al., 2016, S. 101)

Ergebnis-Indikator	Zahl der Studien	Verbesserung des Indikators bei höherer Fachkraftquote		Verschlechterung des Indikators bei höherer Fachkraftquote		neutral
		signifikant	nicht signifikant	signifikant	nicht signifikant	
Mortalität allgemein	12	7	1	-	2	2
Mortalität als Folge einer behandelbaren Komplikation	3	2	-	-	1	-
Infektionen	14	4	5	1	2	2
Stürze	13	5	2	-	2	4
Dekubitalgeschwüre	10	5	4	1	-	-
Verweildauer	8	5	-	-	1	2
Wiedereinweisungen	2	1	1	-	-	1
Kosten	4	2	1	-	-	1
Sonstige	9	3	4	-	1	1
	75	34	18	2	9	13

Als zusammenfassende Erkenntnis der Literaturanalyse bezogen auf den Indikator Mortalität schreiben die Autoren, es „[...] konnte kein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Zahl der Vollkräfte in der Pflege und der Mortalitätsrate [...]“ nachgewiesen werden (Augurzky et al., 2016, S. 11). Andere Autoren, welche sich mit dem Thema beschäftigen und im Wesentlichen die gleiche

Datenbasis nutzen, bewerten die Erkenntnisse allerdings anders. So kommen Greß et al. (2014) zu dem Ergebnis, dass die Evidenz für einen Zusammenhang zwischen hoher Personalausstattung und der allgemeinen und spezifischen Mortalität der Patienten **vergleichsweise stark ist**. Die Anzeichen, dass eine bessere Personalausstattung in der Pflege beispielsweise Medikationsfehler reduziert und die von Pflegekräften subjektiv empfundene Unterversorgung zurückgeht, werden als „stark“ gewertet. Ebenso wird im Gegensatz zum Gutachten des RWI klar formuliert, dass eine bessere Fachkraftquote mit der Vermeidung von Mortalität und Komplikationen assoziiert ist (Greß & Stegmüller, 2014, S. 14). Bedeutend ist es sicher auch die Forschungsergebnisse der Literatur unter Berücksichtigung der Komplexität der Einflussvariablen zu bewerten, verwiesen sei hier abermals auf die Mortalitätsrate als nicht (ausschließlich) pflegesensitiven Qualitätsindikator, der zahlreichen Einflüssen unterliegt, die nicht immer exakt in den Studien kontrolliert werden können. Dieser Befund kann dazu führen, dass es Studienergebnisse mit „neutralen“ oder „nicht signifikanten“ Ergebnissen gibt.

Franz Wagner mahnt mit Recht an, dass bisher noch keine pflegesensitiven Qualitätsindikatoren flächendeckend in der Pflege implementiert wurden (Wagner, 2016). Ebenso ist zu kritisieren, dass Forschungstätigkeiten im Bereich der Outcomeforschung der Pflege kaum systematisch gefördert werden. Damit ist die dringend erforderliche Entwicklung der Pflege und die Professionalisierung der Profession behindert.

Einflussfaktoren auf den pflegerischen Ressourcenverbrauch

Vor dem Hintergrund der zahlreichen und facettenreichen Einflussvariablen auf das pflegerische Leistungsgeschehen (vgl. Abbildung 1) sowie dem Wissen darum, dass diese auf die Arbeitsbelastung der Pflegepersonen große Auswirkung haben, ist es als hochgefährlich zu bezeichnen, die im RWI-Gutachten vorgelegten Rechnungen und Überlegungen sowie insbesondere die als Ergebnis aufgeführten Kernaussagen unhinterfragt als gültig hinzunehmen. Das hieraus denkbare Setzen falscher politischer Signale könnte in eine weitere Verschlechterung der Patientensicherheit in deutschen Krankenhäusern münden.

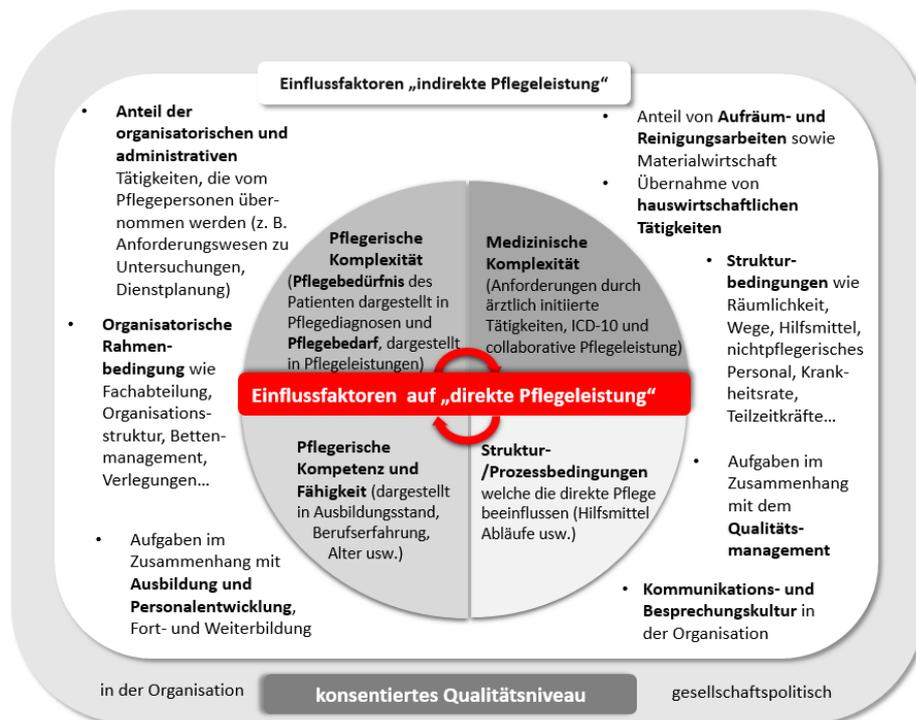


Abbildung 1: Einflussfaktoren Pflegepersonalbedarf basierend auf (Bartholomeyczik, Hunstein, Haasenritter, & Wieteck, 2008; Blay, Duffield, & Gallagher, 2012; O’Brien-Pallas, Irvine, Peereboom, & Murray, 1997)

Das pflegerische Versorgungsgeschehen sowie die hieraus resultierende Versorgungsqualität ist gegenwärtig in vielen Belangen als Black Box, d.h. als sehr komplexes System von dem jedoch lediglich das äußere Verhalten betrachtet wird, zu bezeichnen. Vor diesem Hintergrund ist es schwer für die Berufsgruppe, adäquate Pflegepersonalbedarfsberechnungen vorzulegen. Eine „zuverlässige empirische Datenbasis fehlt“ (Simon, 2016), eine solche ist jedoch künftig für eine adäquate Entscheidungsfindung zur Pflegepersonalausstattung und -qualifikation im Gesundheitswesen erforderlich. Hier ist ebenfalls die Politik gefordert, Strukturen zu schaffen, um die Datenlage in der deutschen Pflege zu verbessern. Nationale Outcome-Indikatoren wären zudem eine wichtige Grundlage zur Entwicklung und Förderung der Pflegeforschung.

Empfehlungen der Fachgesellschaft

Es besteht inzwischen ein breiter Konsens darüber, dass künftige Verfahren zur Pflegepersonalbemessung sowie zugehörige Debatten ihren Ausgangspunkt beim Pflegebedarf des Betroffenen haben sollten (Bundesministerium für Familie, 2006). Bisher zur Verfügung stehende Datengrundlagen reichen hier bei weitem nicht aus (Simon, 2016). Aktuelle Literaturarbeiten zeigen eindrücklich die vorhandenen Defizite und Einschränkungen der zahlreichen Instrumente und Kennzahlen zur Pflegepersonalbemessung. Vor dem Hintergrund der langjährigen Bemühungen und Forschungsarbeiten sowie der Vielfalt an verschiedenen Ansatzpunkten scheint die Vorstellung illusorisch, dass es je ein Instrument geben kann, welches den „wahren“ Bedarf an Pflegezeit für die Empfänger der pflegerischen Versorgungs- bzw. Dienstleistungen abbilden kann. Ziel sollte folglich eine maximale Annäherung an den faktischen Bedarf und das tatsächliche Leistungsgeschehen der Pflege sein. Zudem machen die Erkenntnisse aus aktuellen Veröffentlichungen auch den eklatanten Mangel an nutzbaren Daten deutlich, welche zur adäquaten Entscheidungsfindung hinsichtlich der erforderlichen pflegerischen Ausstattung notwendig wären. Es fehlt insbesondere in Deutschland an validen Zahlen über das pflegerische Outcome, die Patienten-Pflegepersonalrelationen in spezifischen Settings, den erforderlichen und angemessenen Skillmix sowie den Pflegebedarf der Betroffenen. Ein weiterer gegenwärtig unbeantworteter und eine zielführende Pflegepersonalstellenberechnung erschwerender Aspekt ist das Fehlen eines definierten und konsentierten Qualitätsniveaus hinsichtlich der pflegerischen Leistungserbringung. Gesellschaftspolitisch scheint zwar Einvernehmen darüber zu bestehen, dass sich Pflegeleistungen am aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstand orientieren und „angemessen“ sein sollen, jedoch stellt sich gegenwärtige Pflegepraxis vielerorts noch weit von diesem Anspruch entfernt dar. Die Beurteilung ist dadurch erschwert, dass eine konkrete Operationalisierung dieses Anspruchs fehlt. Bekannt ist in diesem Zusammenhang außerdem, dass das Fehlen einer systematischen Bewertung aller pflegerelevanten Informationen über den Zustand (Pflegediagnose, Ressourcen usw.) eines Pflegeempfängers sowie der hieraus resultierenden Schlussfolgerung in Form eines pflemediagnostischen Urteils eine evidenzbasierte Auswahl geeigneter Maßnahmen vereitelt. Zudem ist offenkundig, dass eine fehlende Umsetzung des pflemediagnostischen Prozesses dazu führt, dass eher oberflächliche und nur begrenzt auf die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse der Pflegeempfänger ausgerichtete Pflegemaßnahmen entsprechend einem „einfachen Handlungsmodell“ (vgl. diesbezüglich Schrems, 2006) angeboten werden, welche häufig am tatsächlichen Versorgungserfordernis vorbei gehen und Entscheidungen zur Förderung der Selbstständigkeit (Selbstpflegefähigkeiten) oder zur Vermeidung von negativen Ereignissen zu spät einsetzen.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Problemlagen der Pflegeberufe und den aktuell deutlich aufgezeigten Defiziten in der Wahrnehmung der Problemlage im RWI-Gutachten empfehlen wir:

- Die Einführung einer Pflegepersonalbemessungsmethodik basierend auf Pflegediagnosen und -maßnahmen aus der Regeldokumentation. Notwendig hierzu ist die Aufnahme eines standardisierten und akzeptierten Pflegeklassifikationssystems in den ICD-10 (Plegediagnosen) und den OPS (Pflegemaßnahmen).
- Die hierauf aufbauende Entwicklung von pflegerelevanten Fallgruppen (auch: Nursing Related Groups – NRG) zur Vergütung pflegerischer Leistungen im Krankenhaus (vgl. hierzu Wieteck & Kraus, 2016).
- Die Entwicklung von bundeseinheitlichen, pflegesensitiven Qualitätsindikatoren, welche auf die standardisierte Datengrundlage der Pflegediagnosen und -maßnahmen sowie weiterer Daten aus einer elektronischen Patientenakte zurückgreifen.

Weiterführende Literatur zur Pflegepersonalbemessung: Wieteck und Kraus (2016)

Quellenangaben

- Abel, C.** (2007). *Systemisch-lösungsorientierte Beratung zur Prävention von Stress und Burnout in Pflegeberufen*. (Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Sozialwissenschaften), Universität Mannheim, Mannheim.
- Augurzky, B. et al.** (2016). Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus. *RWI Materialien - Heft 104*. Retrieved from http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien_104.pdf (Accessed: 20.05.2016).
- Ballast, T.** (2016). "Realitätsfernes Zahlenspiel" Reaktionen auf das RWI-Gutachten - "Es gibt noch Forschungsbedarf". *Die Schwester / Der Pfleger*, 55(6/16), pp. 79.
- Bartholomeyczik, S.** (2007). Reparaturbetrieb Krankenhaus, DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege. *Dr. med. Mabuse*. Retrieved from http://mabuse-downloads.de/zeitschrift/166_Bartholomeyczik.pdf (Accessed: 10.08.2007).
- Bartholomeyczik, S. et al.** (2008). Adäquate Abbildung des Pflegeaufwandes im G-DRG-System. Forschungsantrag zur Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Retrieved from http://www.lep.ch/files/content/download/db/Bartholomeyczik_2008_kurz.pdf (Accessed: 11.08.2015).
- Blay, N., Duffield, C. M., & Gallagher, R.** (2012). Patient transfers in Australia: implications for nursing workload and patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 20(3), pp. 302-310. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01279.x
- Bundesministerium für Familie, S., Frauen und Jugend.** (2006). *Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner; Kapitel 3.4.3 Personalbedarf und Personalbemessung in der stationären Pflege*. Bundesministerium für Gesundheit Retrieved from <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/3/3-4-Personelle-situation-der-heime/3-4-3-personalbedarf-und-personalbemessung-in-der-stationaeren-pflege.html>.
- Ehresmann, C., Kockert, S., & Schott, T.** (2015). Burnout bei Pflegekräften in der medizinischen Rehabilitation - Spezifische Ansatzpunkte für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. In B. e. a. Badura (Ed.), *Fehlzeiten-Report 2015*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, pp. 71-74.
- Greß, S. & Stegmüller, K.** (2014). Personalbemessung und Vergütungsstrukturen in der stationären Versorgung, Gutachterliche Stellungnahme für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di). Retrieved from <https://gesundheitspolitik.verdi.de/++file++54782bfd6f68440c4c001fc3/download/Gutachten%20Gre%C3%9F%20Stegm%C3%BCller.pdf> (Accessed: 03.06.2016).
- Höhmann, U., Lautenschläger, M., & Schwarz, L.** (2016). Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. In J. Klaus et al. (Eds.), *Pflegereprot 2016* (pp. 73-89). Stuttgart: Schattauer GmbH. Retrieved (Accessed).
- Kraus, S. et al.** (2013). Alles nur Panikmache? Berufsausstieg aus der Pflege. *Die Schwester Der Pfleger*, 52(8), pp. 808-811.
- O'Brien-Pallas, L. et al.** (1997). Measuring Nursing Workload: Understanding the Variability. *Nursing Economics*, 15(4), pp. 171-182.
- Schrems, B.** (2006). Der Pflegeprozess im Kontext der Professionalisierung. *PrInterNet*, 8(01), pp. 44-52.
- Simon, M.** (2016). "Realitätsfernes Zahlenspiel" Reaktionen auf das RWI-Gutachten - "Zuverlässige empirische Datenbasis fehlt". *Die Schwester / Der Pfleger*, 55(6/16).
- Wagner, F.** (2016). "Realitätsfernes Zahlenspiel" Reaktionen auf das RWI-Gutachten - "Es gibt keinen Beleg für fehlendes Qualitätsproblem". *Die Schwester / Der Pfleger*, 55(6/16), pp. 78.
- Weidner, F.** (2016). "Realitätsfernes Zahlenspiel" Reaktionen auf das RWI-Gutachten - "Dürftige Methodik, wirklichkeitsfernes Ergebnis". *Die Schwester / Der Pfleger*, 55(6/16), pp. 77.
- Wieteck, P. et al.** (2016). *Handbuch PKMS und OPS 9-20 2016. Kodierung und Dokumentation, aktuelle berufspolitische Diskussion, aktivierend-therapeutische Pflege* (7 ed.). Kassel: RECOM.
- Wieteck, P. & Kraus, S.** (2016). *Personalbedarf Pflege Sektorenübergreifende Analyse der Pflegesituation und ihre Bemessungsgrundlagen mit Handlungsempfehlungen*. Kassel: RECOM; im Druck befindlich, erscheint im Frühjahr.
- Zander, B. et al.** (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern - Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen*, 76(11), pp. 727-734. doi: 10.1055/s-0033-1364016

POSITIONSPAPIER

2014

Stellungnahme der Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung des OPS 9-20, zum Diskussionspapier IBES und den Pressemeldungen des DPR

Inhalt

Einleitung	2
1.1 Personalmangel in der Pflege	4
1.2 Instrumente zur Personalbemessung – Pflege im DRG-System abbilden	6
1.2.1 Erweiterung der Bewertungskriterien	6
1.2.2 Pflegepersonalregelung (PPR)	8
1.2.3 PPR als Zwischenschritt zur Pflegepersonalberechnung auf dem Weg zu NRGs.....	9
1.2.4 Entwicklung von Nursing related Groups (NRGs)	10
1.3 Skizze eines möglichen Weges für Deutschland	12
Kontaktinformationen	15
Literaturangaben	17

Einleitung

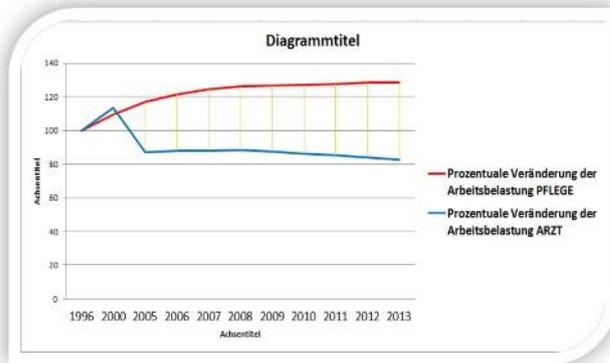
Die Personalbesetzung der Pflege in deutschen Krankenhäusern ist wie bereits mehrfach in der Presse publiziert weiterhin kritisch und das grenzwertig niedrige Niveau der Anzahl an Pflegepersonen führt dazu, dass notwendige Pflegemaßnahmen nicht durchgeführt werden können (Thomas et al., 2014, Isfort et al., 2010, Isfort et al., 2012). Wie internationale Studien belegen, existiert ein eindeutiger Zusammenhang zwischen einer hohen Pflegepersonal-/Patientenrelation und der Mortalitätsrate, welche bei einer schlechten Pflegepersonalbesetzung steigt (Aiken et al., 2012).

Pflegerische Leistungen haben bisher einen geringen erlöswirksamen Einfluss auf das Krankenhausbudget. Bisher haben nur die Komplexcodes OPS 9-20, der OPS 8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, 8-552 Neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation sowie die 8-559 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation das pflegerische Leistungsgeschehen aufgenommen. Wobei bei der Geriatrischen Frührehabilitation zu kritisch angemerkt werden kann, dass der Leistungsumfang pflegerisch-therapeutischer Leistungen keine Auswirkungen auf den Komplexcode hat und nicht als Therapieeinheit gezählt werden kann, so dass die „Nichterbringung“ von pflegerischen Leistungen keine ökonomische Auswirkung auf die Erlöse der Einrichtung haben kann. Ausschließlich der Nachweis, dass „pflegetherapeutische Leistungen“ stattgefunden haben, und nicht der Umfang ist im Rahmen des Komplexcodes der Geriatrie relevant. Bei allen anderen DRG-Fallgruppen hat die Erfüllung notwendiger pflegerischer Leistungen keine Auswirkung auf die Einnahmen der Klinik.

Die Einführung des PKMS hat nicht den berufspolitisch gewünschten Anstieg an Pflegepersonalstellen gebracht. Zwar sind die Pflegepersonalstellen in etwa um 16.000 Stellen seit 2009 angestiegen, aber vor dem

ADÄQUATE PFLEGEPERSONALBESETZUNG

Hintergrund der ebenfalls gestiegenen Fallzahlen haben die zusätzlichen Personalstellen zu keiner Entlastung der angespannten Arbeitssituation im Pflegebereich geführt. Die Arbeitsbelastung ist seit 2008 weiter kontinuierlich, wenn auch geringfügig gestiegen.



Quelle: Prozentuale Veränderung seit 1996 der Arbeitsbelastungskennziffer (VK bezogen auf Patienten im Jahr), basierend auf den Daten des Bundesamt für Statistik

Vor diesem Hintergrund wird nun verstärkt nachgedacht, welche Möglichkeiten bestehen, auf die Pflegepersonalstellenentwicklung in den Krankenhäusern Einfluss zu nehmen. In einer Pressemeldung des Deutschen Pflegerates werden die Personalkennzahlen für die Pflege im Krankenhaus kommentiert. Im September 2013 wurde eine „Verbindliche Festschreibung der Personalzahlen für die Pflege im Krankenhaus“ in einem DPR-Workshop erneut diskutiert. Zentrale Kernaussagen sind der Pressemeldung zu entnehmen: „Eine rein quantitative Regelung ist bei weitem nicht ausreichend. Die konkrete Anforderung zur Qualifikation der Pflegenden muss ebenfalls definiert werden“. „In der kurzfristigen Perspektive sprachen sich die Expert/innen für die verbindliche Nutzung von PPR (ggf. modifiziert) oder LEP aus. Entscheidend bleibe die Forderung der gesicherten und nachhaltigen Finanzierung. Perspektivischer Bezugsrahmen müsse auch Outcome-Qualität am Patienten werden“ (Deutscher Pflegerat e. V., 2013).

Unsere Zielsetzung als Arbeitsgruppe ist es, die Diskussion einer notwendigen Weiterentwicklung der Profession Pflege in deutschen Krankenhäusern zu priorisieren. Von zentraler Bedeutung ist hierbei ein nachhaltiger Ansatz, der bei umfassender und aufwandsgerechter Abbildung pflegerischer Leistungen konsekutiv auch eine Professionalisierung des Pflegeberufs unterstützen würde. PPR und LEP greifen an diesen entscheidenden Stellen aus unserer Sicht zu kurz. Wir präferieren Instrumente, die einen Mehrwert in der Prozesssteuerung für die Pflege mit sich bringen, um Patientensicherheit und Qualität der Versorgung zu optimieren. Unsere Empfehlung ist es, nachhaltigen Lösungsansätzen den Vorzug zu geben. Ihre Intention sollte es darüber hinaus sein, aus der Regeldokumentation neben den Aufwandsdaten auch Daten zur Bewertung der pflegerischen Versorgungsqualität sowie des Outcomes zuzulassen.

1.1 Personalmangel in der Pflege

In der Pressemeldung vom 05.12.2014 des Deutschen Pflegerates wird das Thema Pflegepersonalmangel erneut in einem Vier-Punkte-Programm zur Lösung des Personalmangels aufgenommen <http://www.deutscher-pflegerat.de/presse/presse.php>. Das Vier-Punkte-Programm sieht Folgendes vor:

Erstens: Schaffung von Transparenz. „Die für das Pflegepersonal einkalkulierten Kosten müssen bei diesem auch ankommen und nicht für Investitionen oder andere Personalbereiche verwendet werden“, macht Westerfellhaus deutlich.

Kommentar der Arbeitsgruppe: Grundsätzlich befürworten wir die Forderung nach Transparenz, weisen aber darauf hin, dass die Personalsituation hierdurch sehr wahrscheinlich entsprechend den Aussagen des IBES-Diskussionspapiers nicht deutlich verbessert werden kann. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass sehr wahrscheinlich die Mittel, welche vonseiten des InEK für die Pflege kalkuliert sind, auch derzeit bereits in Pflegepersonalstellen überführt werden (Thomas et al., 2014).

Zweitens: Bereitstellung eines Zusatzbudgets von jährlich 2,5 Milliarden Euro auf mindestens vier Jahre. „Mit diesen Mitteln können Pflegestellen geschaffen und die Pflegepraxis damit sofort entlastet werden“, fordert Westerfellhaus weiter.

Kommentar der Arbeitsgruppe: Diese Forderung könnten wir nur begrüßen, empfehlen aber dringend, die Mittel nur in Verbindung mit folgenden Forderungen zur Verfügung zu stellen:

1. Das Zusatzbudget sollte dringend auf die Veränderung der „Patienten:Pflegepersonalrelation“ bezogen werden. Denn erweitern Kliniken ihre Betten und nutzen die Mittel hierfür um neues Personal aufzubauen, kommt es nicht zu Entlastung, da es gleichzeitig zu einem Fallzahlenanstieg kommt.
2. Zudem ist zu überlegen, wie sichergestellt wird, dass der Pflegebedarf der Patienten gedeckt wird und Pflege nicht weiter „artfremde“ Tätigkeiten übernimmt, daher ist die Forderung nach einer Zweckbindung des Mitteleinsatzes zu fordern. Hier wäre der Ansatz der NRGs eine Option. Hauptproblem derzeit ist, dass der „tatsächliche“ Pflegebedarf nicht sichtbar ist. Ebenso können die Auswirkungen durch die „Nichterfüllung“ des Pflegebedarfs nicht eingeschätzt werden.

Drittens: Personalausstattung als Qualitätsmaßstab. „Die Personalausstattung muss Bestandteil jeder Leistungsplanung werden. Ihre Beurteilung muss im Zusammenhang mit Qualitätszahlen erfolgen“, merkt der Präsident des Deutschen Pflegerats an.

Kommentar der Arbeitsgruppe: Offen bleibt, welche Qualitätszahlen genau hier gemeint sind.

Viertens: Instrumente zur Personalbemessung forcieren. „Wir benötigen den gesetzlichen Auftrag zur Neu- bzw. Weiterentwicklung von geeigneten Instrumenten zur Personalbemessung. Das muss forciert werden“, betont Westerfellhaus. „Eine angemessene Personalausstattung in den Krankenhäusern bleibt eine der wichtigsten Forderungen des Deutschen Pflegerats“, macht Westerfellhaus deutlich. „Wir fordern die Politik,

die Kostenträger und die Krankenhäuser dazu auf, die Voraussetzung für eine ausreichende und nachhaltige Personalausstattung sicherzustellen.“

Kommentar der Arbeitsgruppe: Diese Forderungen können wir nur unterstreichen und sehen einen Lösungsansatz in der schrittweisen Implementierung der NRGs, wie dieser nachfolgend skizziert wird. Die Entwicklung der NRGs hat wie bereits in dem IBES-Papier aufgezeigt zahlreiche positive Nebeneffekte, auf welche im Verlauf der Diskussion noch eingegangen wird.

1.2 Instrumente zur Personalbemessung – Pflege im DRG-System abbilden

Soll der perspektivisch geforderte Aspekt der Outcome-Qualitätsforderung des Deutschen Pflegerates realisiert werden, ist klar, dass die PPR- und LEP-Lösungen hierzu nicht die richtigen Instrumente sind.

Auch in einer aktuell veröffentlichten Analyse und Bewertung möglicher Instrumente zur „adäquaten Personalbemessung“ in der Pflege werden verschiedene Lösungsansätze vorgestellt (Thomas et al., 2014). Die verschiedenen Überlegungsansätze, welche diskutiert werden, sollten in jedem Fall auf eine nachhaltige Lösung ausgerichtet werden mit dem Ziel:

- Einfluss der Pflegeberufe auf die Personalstellenentwicklung im Krankenhaus
- Qualitätsentwicklung des pflegerischen Leistungsgeschehens zu fördern
- Tatsächlichen Pflegebedarfs der Patienten widerzuspiegeln und den Unterschied zwischen Pflegebedarf und Erfüllung desselben transparent zu machen und die Auswirkungen auf den Outcome bewerten zu können.

Denn einfach mehr Mittel für die Pflegeberufe zur Verfügung zu stellen, unterliegt dem Risiko, dass die Mittel nicht zur Erfüllung der Pflegebedarfe der Patienten eingesetzt werden und sich die pflegerische Versorgungsqualität nicht verbessert. Gerade hier bestehen aber die derzeitigen Defizite.

Nachfolgend wird auf die in der Abhandlung vorgestellten Instrumente und Möglichkeiten eingegangen sowie die Kernaussagen und Schlussfolgerungen reflektiert und diskutiert.

Zunächst eine kurze Reflexion der Veröffentlichung von Thomas et al. (2014). Die Autoren räumen in ihrer Schlussbetrachtung selbst ein, dass die durchgeführte Analyse nur erste Anhaltspunkte möglicher Instrumente zur adäquaten Personalbemessung in der Pflege bietet und zahlreichen Beschränkungen unterliegt. Die Autoren schreiben z. B. „*dass es sich lediglich um eine erste Übersicht und eine rein argumentationslogische Auswertung der Instrumente handelt*“ (Thomas et al., 2014, S. 29). Zu empfehlen ist in jedem Fall bei der weiteren Diskussion die Ergebnisse und Vorarbeiten des Deutschen Pflegerates von 2007–2008 einzubeziehen (Bartholomeyczik et al., 2007, Bartholomeyczik et al., 2009a).

1.2.1 ERWEITERUNG DER BEWERTUNGSKRITERIEN

Ebenso ist zu empfehlen, die aufgestellten Bewertungskriterien, welche zur Bewertung der gefundenen Instrumente genutzt wurden, zu erweitern und das Bewertungsverfahren nach wissenschaftlichen Gütekriterien durchzuführen. Von den Autoren wurden folgende Bewertungskriterien aufgestellt:

- *Dauer bis zur Anwendbarkeit/(Weiter-) Entwicklungsbedarf*
- *Kosten der Einführung und Umsetzung*
- *Administrativer Aufwand*

- *Manipulierbarkeit/Validität*
- *Flexibilität des Managements*
- *Effektivität*

Quelle: Thomas et al. 2014, S. 15

Die in der Untersuchung genutzten Bewertungskriterien berücksichtigen z. B. Dimensionen, welche in der Pressemeldung des DPR formuliert wurden, nicht. Die Umfänglichkeit von Bewertungskriterien, welche in der Pressemitteilung des DPR formuliert wurden, sind in der Untersuchung unzureichend berücksichtigt worden. Diese Dimensionen sollten dringend ergänzt werden.

- **Unterstützung und Nutzung der Daten zur Qualitätsbewertung und Outcome-Messung**
- **Berücksichtigung des erforderlichen Skillmixes der Pflegepersonen**

Abgeleitete Forderungen aus der DPR-Pressemeldung (Deutscher Pflegerat e. V., 2013). Es gibt Belege, dass der Skillmix Auswirkungen auf das Patienten-Outcome hat (Twigg et al., 2012).

Darüber hinaus könnten noch weitere Bewertungskriterien, welche den Fokus auf nachhaltige Ziele im Kontext der Qualitätsentwicklung, Professionalisierung der Pflegeberufe sowie Attraktivität der Pflegeberufe richten, aufgenommen werden. Wie z. B.:

- **Unterstützung der Pflegeberufe bei den weiteren Professionalisierungsbestrebungen und der Zukunftsorientierung.**
- **Eignet sich das Instrument zur Pflegeprozessdokumentation und bietet somit einen Mehrwert zur Pflegeprozessrealisierung?**
- **Eignen sich die eingesetzten Instrumente auch für eine sektorenübergreifende Nutzung?** Ebenfalls eine bereits kommunizierte Forderung, z. B. Qualitätsbewertungen sektorenübergreifend durchzuführen.

Wir als Expertengruppe empfehlen die Aufnahme der aufgeführten weiteren Bewertungskriterien, um zu einer nachhaltigen und sinnvollen Entscheidung im Rahmen des Auswahlverfahrens von geeigneten Instrumenten zu kommen.

Es ist in jedem Fall neben der Vergütungsrelevanz und der Abbildbarkeit des pflegerischen Leistungsgeschehens darüber nachzudenken, inwieweit das eingesetzte Instrument zudem die Professionalisierung der Pflegeberufe unterstützen kann. Ein Ansatz, der auch im deutschsprachigen Kontext diskutiert wird, ist die Nutzung von Pflegediagnosen (Höhmann, 1999, Strupeit, 2008, van Maanen, 2002, Wieteck, 2000, Müller Staub et al., 2007). International ist zu beobachten, dass Pflegediagnostik zunehmend in der Ausbildung und Praxis Anwendung findet und in der Gesetzgebung verankert wurde, z. B. GuKG (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz) in Österreich. Die Durchführung von systematischen Assessments, Ermitteln von Pflegebedürfnis und -bedarf sowie die Überführung der pflegerischen Beurteilung in eine Pflegediagnose, der Aushandlungsprozess mit dem Betroffenen bezüglich der pflegerischen Zielsetzung und der spezifischen Maßnahmenauswahl, um die Ziele zu erreichen, findet vielerorts nicht mehr statt. Folgen sind z. B. die in den Fallanalysen in diesem Buch und in den vorhergehenden Auflagen identifizierten Verbesserungspotenziale des pflegerischen Handlungsgeschehens (Wieteck, 2013, Braun and Wieteck, 2013). In deutschen Kliniken wird derzeit nur äußerst rudimentär der Pflegeprozess realisiert. „Die Abschaffung des

Pflegeprozesses schafft mehr Probleme, wie damit der Pflege jegliche Begründungsebene und in einem weiteren Sinn auch die Eigenständigkeit entzogen wäre.“ (Schrems, 2006, S. 50)

1.2.2 PFLEGEPERSONALREGELUNG (PPR)

Auffällig ist, dass die gesamten Kritikpunkte zur PPR, welche bereits bekannt und veröffentlicht sind, in der Untersuchung von Thomas et al. 2014 nicht aufgezeigt werden. Daher werden hier nachfolgend die kritischen Aspekte der PPR reflektiert und mögliche Lösungswege aufgezeigt.

Die Verfahren zur Einstufung der Patienten entsprechend der PPR-Einstufungskriterien fallen sehr unterschiedlich aus, da für die PPR keine feinen, nachvollziehbaren Einschätzungskriterien existieren. Die Einstufungskriterien sind abstrakte Beschreibungen und keine konkreten Pflegemaßnahmen, welche das tatsächliche Leistungsgeschehen wiedergeben könnten. Die Einstufungskriterien reichen zur Prozessdokumentation nicht aus, eine separate Dokumentation bzw. Erhebung ist erforderlich (Kuhlmann, 2003). Zur Einstufung der Patienten in die entsprechenden Aufwandskategorien wurden Einordnungsmerkmale formuliert. Zur besseren Nachvollziehbarkeit ein Beispiel. Eine A2-Einstufung erfolgt z. B. im Leistungsbereich der Körperpflege, wenn Folgendes vorliegt: „Hilfe bei überwiegender selbstständiger Körperpflege“. Dagegen liegt das Einstufungsmerkmal A3 bei „Überwiegender oder vollständiger Übernahme der Körperpflege“ vor (Schöning et al., 1993, S. 55).

Österreich hat hier im Rahmen der PPR-OÖ-Weiterentwicklung durch Definitionsarbeit sehr wahrscheinlich eine höhere Genauigkeit der Kodierung erreicht. In der PPR-OÖ-Version Stand 2009 sind zahlreiche Handlungen den A- und S-Stufen zugeordnet worden. Eine Operationalisierung der Begriffe teilweise Unterstützung und volle Übernahme, Anleitung wurde allerdings auch in dieser PPR-Fassung nicht vorgenommen. Zudem wurde im Rahmen der vereinheitlichten Nutzung der PPR zur Pflegepersonalberechnung in Österreich ein gegenseitiges Auditverfahren eingeführt. Dadurch soll sichergestellt werden, dass eine einheitliche Kodierung und Einstufung der Patienten zur Pflegepersonalberechnung realisiert wird. Die Kategorien beruhen nicht auf empirisch-analytischen Erfahrungen. Nach Kuhlmann kommt es dazu, „(...), dass die Varianz des pflegerischen Aufwands innerhalb einer Stufe mitunter höher sein kann als zwischen zwei verschiedenen Stufen.“ (Kuhlmann, 2003, S. 762) Zudem wird innerhalb der PPR auf Grundlage von nur sieben Leistungsbereichen eingestuft und dabei wichtige pflegerische Leistungen, wie die psychosozialen Dimensionen, außer Acht gelassen. Das System bildet lediglich die Tätigkeiten des Tagdienstes ab und ist weder auf der Intensivstation, noch in der Psychiatrie einsetzbar. Als eine weitere gravierende Einschränkung der PPR ist die fehlende Darstellung der Qualifikation des Pflegepersonals, die erforderlich wäre, um Pflege adäquat zu erbringen.

Seit der Aussetzung 1997 wird die PPR nicht weiterentwickelt. Da bei diesem Instrument keine Einzelinterventionen erfasst werden, kann es weder in die Pflegeprozessdokumentation integriert werden, noch für die Leistungsplanung und -steuerung oder das Kostenmanagement innerhalb einer Institution genutzt werden. Es liegen keine Aussagen über die Validität und Reliabilität der PPR vor (Isfort et al., 2001, S. 91, Kuhlmann, 2003, S. 762).

Das Problem des Upcodings der PPR-Einschätzung ist aus der Vergangenheit bekannt. Der Grund für die Aussetzung und Abschaffung der PPR 1997 liegt in dem hohen Pflegepersonalbedarf begründet, welcher über die PPR ermittelt wurde. Auf Grundlage von Probeerhebungen wurde der zu erwartende

Pflegepersonalstellenzuwachs ermittelt. „Bereits 1995 überstieg die Zahl der aufgrund der PPR geschaffenen Pflegepersonalstellen jedoch den von der damaligen Bundesregierung angestrebten Wert um mehr als 50%“. (Kleine Anfrage an das BMG 2013)

1.2.3 PPR ALS ZWISCHENSCHRITT ZUR PFLEGEPERSONALBERECHNUNG AUF DEM WEG ZU NRGs

Wenn dieser vorgeschlagene Weg erneut eingeschlagen wird, ist eine Lösung für einen robusten Einsatz gegenüber Upcoding zu realisieren. So könnte z. B. im Rahmen der Informatisierung der Pflegeprozessdokumentation die PPR automatisiert durch Pflegeklassifikationssysteme (Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen), welche im Rahmen der Pflegeprozessdokumentation genutzt werden, ausgelöst werden (Wieteck, 2005).

Dieses hätte mehrere Vorteile:

- Der ermittelte Pflegebedarf über die PPR würde durch die zusätzlich zu dokumentierende Pflegediagnose eine Handlungsbegründung bieten. Ohne Begründung sind Pflegemaßnahmen anfechtbar und es besteht das Risiko bei Budgetengpässen, hier zu streichen (Bartholomeyczik, 2004, S. 389).
- Zudem wäre über Auswertungen der Pflegeprozessdaten eine Transparenz gegeben, wie sich das Leistungsgeschehen in der Pflege verändert. Eine Beurteilung, ob der Pflegebedarf des Patienten adäquat gedeckt wird, wäre möglich.
- Durch die Nutzung einer standardisierten Pflegeklassifikation, welche sowohl Pflegediagnosen als auch Pflegeinterventionen in einer für die Pflegepraxis tauglichen Granularität bietet, kann der Interpretationsspielraum, welcher durch eine subjektive Einschätzung der sehr abstrakten und wenig operationalisierten PPR-Items, welcher derzeit in der PPR gegeben ist, komplett reduziert werden (Wieteck, 2005). Zudem ist über das standardisierte Mapping der Pflegeklassifikation und der PPR eine bundeseinheitliche Kodierung zu realisieren. Die Pflegepersonalberechnungsgrundlage wäre somit vergleichbar, was Grundvoraussetzung für eine gerechte Vergütung und Pflegepersonalberechnung ist.
- Für die Pflegepersonalbemessung ist keine zusätzliche Dokumentation erforderlich, sondern ergibt sich aus der Regeldokumentation.
- Über die Pflegeprozessdokumentation mit der Pflegeklassifikation entstehen wertvolle Daten für die Outcome-Bewertung, Pflegeforschung und für die Entwicklung von Nursing Related Groups. Die Erforderlichkeit von pflegerischen Leistungen kann beurteilt werden, eine zentrale Dimension der Pflegepersonalberechnung (Bartholomeyczik and Hunstein, 2000). Die Entwicklung von NRGs ist ein langfristig angelegtes Projekt und bietet, wie die Autoren Thomas et al. 2014 festhalten, sehr interessante Perspektiven.
- Durch die elektronische Nutzung der Pflegeklassifikation und Leistungsdokumentation ist es möglich, den Pflegebedarf als Grundlage der Pflegepersonalstellenberechnung zu ermitteln und gleichzeitig die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen und deren Ressourcenverbrauch gegenüberzustellen. Über diesen Weg kann sichergestellt werden, dass die erforderlichen Pflegepersonalstellen, welche sich am Pflegebedarf der Patienten orientieren, auch tatsächlich realisiert werden und die aufgebauten Personalstellen sinnvoll zur Pflegeprozessrealisierung genutzt werden.

- Kliniken, welche zur internen Generierung von Managementdaten mit LEP arbeiten möchten, können über das eingesetzte Klassifikationssystem durch ein Mapping der pflegerischen Leistungen mit LEP weiterhin die gewohnten Datenauswertungen realisieren.

1.2.4 ENTWICKLUNG VON NURSING RELATED GROUPS (NRGs)

Ziel sollte es sein, das NRG-System zu entwickeln und die Finanzierung der Pflegeleistungen durch ein eigenes Kostengewicht zu steuern. **Dieser Lösungsansatz wäre in mehrerlei Hinsicht eine nachhaltige Lösung zur adäquaten Personalberechnung und Professionalisierung der Pflegeberufe.** Die Vergütung eines Hauses könnte somit über die DRGs und NRGs pro Fall geregelt werden. *„Eigenständige Pflegefallgruppen, die nicht nur die „hochaufwändige“ Pflege, sondern auch die Pflegeleistung in der Breite adäquat entlohnen, könnten zu einem Konkurrenz- bzw. Kombinations-Vergütungssystem zur medizinischen Versorgung werden, das weitere Effizienzreserven in der Krankenhausversorgung generieren kann. Insbesondere die daraus resultierende notwendige Abstimmung zwischen medizinischem und pflegerischem Leistungsgeschehen (inkl. der Leistungsdokumentation, Controlling etc.) könnte ein nennenswertes Potenzial zur Verbesserung der Patientenversorgung darstellen.“* (Thomas et al., 2014, S. 24) Gerade der pflegetherapeutische Aspekt könnte stärker in den Vordergrund rücken. Mit dem Ziel im interdisziplinären Team, das für den Patienten beste Angebot zu realisieren, ohne, dass Kliniken dadurch Erlöseinbußen hätten. Anhand der Studienlage lässt sich die Hypothese aufstellen, dass sich durch eine Verbesserung der Patienten:Pflegepersonalrelation die Versorgungsqualität und das Patienten-Outcome wie Mortalitätsrate, funktionaler Status bei Entlassung, Häufigkeit von nosokomialer Infektion oder Sturzereignisse verbessern ließen (Aiken et al., 2011, McGillis Hall et al., 2004a, McGillis Hall et al., 2003, McGillis Hall et al., 2004b, Wilson et al., 2011, Twigg et al., 2011). Dabei bleiben weitere pflegesensitive und aus Patienten- und Systemperspektive wesentliche Outcome-Ergebnisse noch häufig unberücksichtigt (Sidani and Epstein, 2003). Das Konzept der NRGs wurde von Fischer bereits 2002 publiziert. Welches Klassifikationssystem hier genutzt werden sollte, ist noch offen und es ist zu empfehlen, auch das Leistungsgeschehen mit einzubeziehen. Da ein Zustand eines Patienten (abgebildet über Pflegediagnosen) noch nicht sicherstellt, dass der Pflegebedarf (erforderliche Pflegemaßnahmen) gedeckt wird. Diese Erkenntnis wird von einigen Autoren im Rahmen der Entwicklung von NRGs oder auch PRGs (Pflegerelevante Fallgruppen) genannt, diskutiert und gefordert (Isfort and Weidner, 2003, Welton et al., 2006, Sermeus et al., 2006, Bartholomeyczik et al., 2009b, Bartholomeyczik et al., 2009a).

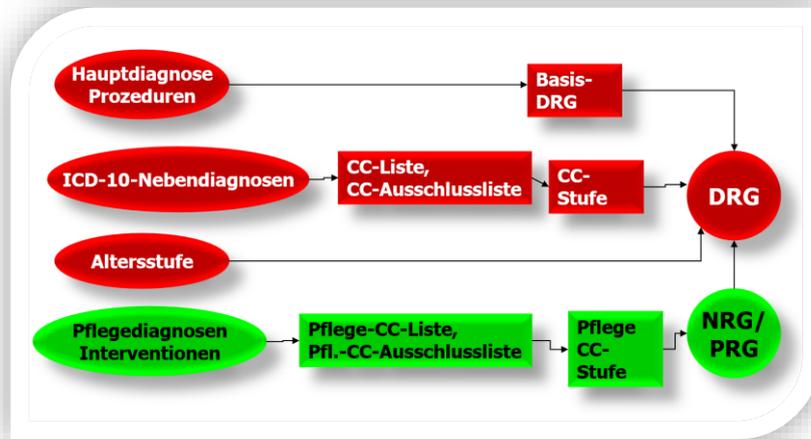


Abbildung 1: Modell NRG/PRGs in Anlehnung an Fischer 2002 und Isfort et al. 2003

Auch im Kontext der G-DRGs zeigt sich, dass die Prozeduren (OPS) bei der Entwicklung des Kostengewichts eine große Bedeutung haben. Vor diesem Hintergrund wurde dem Modell der NRGs von Fischer zu den Pflegediagnosen auch die Pflegeintervention hinzugefügt. Da sowohl die Zustandsbeschreibungen (z. B. abgebildet durch Assessments und Pflegediagnose), als auch die Pflegemaßnahmen zur Pflegeprozesssteuerung erforderlich sind und in der Regeldokumentation bereits verankert sind, werden keine zusätzlichen Erhebungen zur Pflegepersonalbedarfsberechnung und NRG-Kodierung benötigt. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Pflegeprozessdokumentation auf einem adäquaten fachlichen Niveau sein muss. Da sich die pflegerische Qualität auch in der Pflegedokumentation widerspiegelt und die Dokumentationsqualität durchaus verbesserungsbedürftig ist (Nordström and Gardulf, 1996, Gunningberg et al., 2000), sind Anreize wie NRGs zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungsqualität als auch der Pflegedokumentation in jedem Fall zu begrüßen. Die Genauigkeit gewählter Pflegediagnosen und Maßnahmen im Pflegeplan ist von der Qualität der Pflegeperson-Patienten-Beziehung ebenso abhängig wie vom fachlichen Urteilsvermögen der Pflegeperson (Turner, 1991, Ehrenberg et al., 1996).

1.3 Skizze eines möglichen Weges für Deutschland

Grundsätzlich gibt es verschiedene Lösungsansätze, um in deutschen Krankenhäusern die kritische Pflegepersonalsituation zu verändern. Der einfachste Weg ist sicher, die Pflegepersonal-Patientenrelation anzuheben und die Kliniken dazu zu verpflichten, den vorgegebenen Personalschlüssel einzuhalten.

Wie bereits aufgezeigt wurde, ist damit aber keineswegs sichergestellt, dass dieses die derzeitigen Defizite in der pflegerischen Patientenversorgung verändern würde. Die Gefahr, dass Pflegenden noch mehr „berufsfremde“ Tätigkeiten übernehmen, ist gegeben. Darüber hinaus wären einige Fragestellungen bei einem solchen Modell zu klären:

- Soll die Patienten-Personalrelation fachabteilungsunabhängig sein?
- Wie wird die Finanzierung gestaltet?
- Wie wird sichergestellt, dass die Mehrkapazität an Pflegezeit dem Patienten zugutekommt?

Unter Abwägung der verschiedenen Vor- und Nachteile der verschiedenen diskutierten Vorschläge soll das nachfolgend vorgestellte **Stufenmodell zur Entwicklung von Nursing Related Groups** mit verschiedenen Zwischenschritten als eine mögliche Option erläutert werden, welche wir als Arbeitsgruppe unterstützen möchten. An dieser Stelle sei erwähnt, dass es sich zunächst um eine grobe Skizze einer möglichen Vorgehensweise handelt. Eine zentrale Grundvoraussetzung für die Realisierung ist die politisch auch gewünschte flächendeckende Einführung einer elektronischen Patientenakte. Ebenso der Einsatz von Pflegeklassifikationssystemen zur Abbildung von Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen zur Abbildung des Pflege- und Behandlungsprozesses.

1. Kurzfristige Verbesserung der Pflegepersonalstellensituation im Krankenhaus

- a. Zweckbindung des vom InEK in den DRG-Fallgruppen ausgewiesenen Budgets für die Pflegepersonalstellen sowie der Einnahmen über die Zusatzentgelte. Kliniken würden verpflichtet, den zweckgebundenen Mittelverbrauch für die Personalstellen der Pflege im Wirtschaftsbericht auszuweisen und bekämen Abschläge bei Nichteinhaltung. Wichtig ist dabei, dass sich die Zweckbindung auf alle DRG-Einnahmen beziehen muss, da sonst einige Kliniken die PKMS-Kodierung nicht mehr attraktiv finden und einstellen. Auch das ZE 130 und 131 (OPS 9-20 und PKMS) sind zweckgebunden in Pflegepersonalstellen zu überführen.
- b. Anhebung der Patienten-Pflegepersonalrelation auf einen „europäischen Durchschnittswert“. Verpflichtung der Kliniken, die Patienten-Pflegepersonalrelation auszuweisen. Dieser Schritt ist erforderlich, da derzeit davon ausgegangen werden kann, dass die Kliniken die in den DRGs ausgewiesenen Kostenanteile für Pflege kaum oder nicht erreichen werden (Thomas et al., 2014, S. 13). Verbunden mit einer entsprechenden Nachweispflicht der Kliniken, dass die Pflegepersonal:Patientenrelation positiv um X verbessert wird.

2. Vorbereitung zur Entwicklung von NRGs bis 2016

- a. Verpflichtende Nutzung einer Pflegeklassifikation mit Pflegediagnosen/Patientenzuständen und Interventionen, welche mit normativen Zeitwerten hinterlegt sind und über ein Mapping zur PPR verfügen. Ebenso sind die Leistungen bezüglich des erforderlichen Levels an Ausbildung hinterlegt. So kann z. B. eine „Normale Nahrungsverabreichung“ von Auszubildenden und

Hilfskräften realisiert werden. Ein Ess-Trinktraining bei z. B. bestehenden Schluckstörungen erfordert die Maßnahmendurchführung durch eine Fachkraft.

- b. Automatisierte Pflegepersonalstellenberechnung über das Mapping der eingesetzten Interventionsklassifikation mit der PPR, welche über die Regeldokumentation automatisiert ausgelöst wird. Diese Option wird z. B. in österreichischen Kliniken genutzt, um eine einheitliche Kodierung zu ermöglichen. Vorteil: die Dokumentationsqualität verbessert sich. Die Auslösung der PPR kann nicht manipuliert werden und es würden bundeseinheitliche Vorgaben zur Auslösung der PPR-Werte gelten. Die PPR-Kodierung ist gegenüber einem Upcoding stabil, da diese im Hintergrund über die Pflegeprozessdokumentation getriggert werden würde. Die derzeit in der PPR ausgeblendeten Leistungsbereiche würden durch die Regeldokumentation mit dem Klassifikationssystem zur Verfügung stehen und könnten im Rahmen der nächsten Schritte der NRG-Entwicklung Einzug in eine Kostengewichtermittlung finden. Somit ist langfristig eine Aufwandsgewichtung, die die unterschiedlichsten Aufwendungen berücksichtigt, sichergestellt und die Verteilungsgerechtigkeit unterstützt.
- c. Automatisierte PKMS-Ausleitung aus der Regeldokumentation über die Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen. Der OPS 9-20 bleibt weiterhin Bestandteil des DRG-Systems und wird später entweder in den NRGs aufgehen oder weiterhin Bestand haben. Das wird abhängig von der Datengrundlage und den sich daraus ergebenden Fallgruppen sein.
- d. Förderung der IT-Infrastruktur in den Kliniken zur Umsetzung einer elektronischen Patientenakte mit standardisierter Terminologie
- e. Institut zur Datenauswertung, angesiedelt am InEK ist eine zentrale Stelle einzurichten, welche die pflegerischen Daten auswertet und die Personalstellenentwicklung bewertet.

3. Entwicklung von NRGs bis 2020

- a. Nutzung der Daten aus der Regeldokumentation mit dem Pflegeklassifikationssystem zur Entwicklung von NRGs durch das InEK. Dadurch, dass die Einrichtungen bisher die Regeldokumentation über das Klassifikationssystem realisiert haben, um die PPR zu generieren, ist davon auszugehen, dass dem InEK sowohl die pflegerischen Leistungsdaten sowie die Pflegediagnosen zur Entwicklung von NRGs vorliegen. Darüber sind Daten über den Personalmix verfügbar.
- b. Mit der Entwicklung der NRGs kann die PPR-Steuerung der Pflegepersonalstellen abgebaut und durch die NRG-Kostengewichte abgelöst werden. Damit würde dann die Außensteuerung der Pflegepersonalstellen wieder zurückgeführt werden.
- c. Entwicklung von aufwandsabhängigen eigenen Kostengewichten für pflegerische/therapeutische Leistungen.
- d. Eventuell Überführung des OPS 9-20 in eine NRG

4. Entwicklung von Outcome-Indikatoren bis 2025

- a. Aus der Regeldokumentation kann für die Krankenhausberichterstattung ein Indikatorenset zur Beurteilung der Pflegequalität entwickelt werden. Dieses ist durch die Regeldokumentation mit Pflegeklassifikationssystemen ohne eine zusätzliche Erhebung möglich.
- b. Verpflichtung der Kliniken, die entwickelten Qualitätsindikatoren in der Krankenhausberichterstattung zu veröffentlichen.
- c. Einrichtungen mit schlechten Qualitätsergebnissen könnten einen Abschlag in der Finanzierung bekommen.

Ziel sollte es sein, das NRG-System bis 2020 zu entwickeln und die Finanzierung der Pflegeleistungen durch ein eigenes Kostengewicht zu steuern. Zudem sollte die Grundlage für eine sektorenübergreifende Qualitätsbewertung anhand von Pflegeprozessdaten bis 2025 realisiert sein. Hierzu ist es hilfreich, ein Pflegeklassifikationssystem auszuwählen, welches von der Granulierung auch die automatisierte Ausleitung des NBA (das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit) (Wingenfeld et al., 2008) unterstützt. Hier könnten sich enorme Ressourcenoptimierungen ergeben.

Natürlich werden die hier skizzierten Ideen bei den Krankenhäusern vor dem Hintergrund der Leistungstransparenz und Vergütungskoppelung an Qualität nicht überall auf positive Unterstützung stoßen. Grundsätzlich sollten die Berufsgruppe sowie die Gesellschaft sich davon nicht abschrecken lassen, denn ohne eine fundamentale Richtungsänderung in unserem Gesundheitswesen werden wir die heranrollenden Probleme nicht bewältigen. Gelingt es nicht, den Beruf attraktiver zu gestalten, werden wir zudem auf Laienpflege angewiesen sein. **Die ökonomischen Folgen wegen massiven Pflegefehlern und fehlender therapeutischer Interventionen sind nicht abzuschätzen.**

Kontaktinformationen

Mitglieder der Arbeitsgruppe der AGKAMED AG stehen gerne zur Verfügung, um aktiv an der Umsetzung der hier aufgezeigten Projekte mitzuwirken.

Alavi Manuela Marien-Hospital

Baumgardt Marion, Krankenhaus Märkisch Oderland GmbH

Beetz Jacqueline, Stabsstelle PKMS Pflegedirektion, Klinikum Garmisch-Partenkirchen

Böcker Kati

Bohle Alwin, Medizincontolling, Dreifaltigkeits-Hospital Lippstadt;

Brasemann Andreas Kath. Krankenhaus Hagen

Burghaus Jana PKMS-Beauftragte Diakonie Klinikum Freudenberg

Dönnewald Birgit, PKMS-Referentin St. Elisabeth Hospital Gütersloh

Elsner Christiane, Pflegedienstleitung, Diakonie in Südwestfalen gGmbH - Krankenhaus Bethesda

Ferdinand Oliver Hamburg

Franck, Carolin, Projektmanagement

Giebeler Ulrike, PKMS-Beauftragte, Diakoniekrankenhaus Siegen

Hauer Kathrin, Stationsmanagerin, LAKUMED Krankenhaus Vilsbiburg

Hosak Manuel, Asklepios Bildungszentrum für Gesundheitsfachberufe Nordhessen Bad Wildungen

Kaiser Marie-Theres, PKMS-Referentin, Stiftungsklinikum Mittelrhein, Koblenz

Kepp Hans-Jürgen Martinus Hospital

Kirstein Gabriele, PA, Helmut-G.-Walther-Klinikum Lichtenfels;

Koch Meike, PKMS-Referentin der Firma RECOM

Krug Michael Universitätsklinikum Bonn

Meineke-Wolf Elisabeth, Klinikum Kassel GmbH;

Menze Sonja Kaiserswerther Diakonie

Miller Peter, PDL, Therapiezentrum Burgau

Müller Elke, PKMS-Beauftragte, AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG

Pelchen Lutz, Pflegedirektor, Städt. Klinikum Brandenburg GmbH

Plenge Renate, Pflegedienstleitung, Kath. Klinikum Bochum - St. Josef-Hospital

Riess Gabriele, Pflegedienstleiterin, LAKUMED Krankenhaus Vilsbiburg;

Rosentahl Günter Fa. Polyjoint

Spangenberg, Simone, PKMS-Beauftragte

Stephan Andrea, PKMS-Beauftragte, Stationsleitung Klinikum Passau;

Stockbauer Marianne, Stationsleitung Klinikum Passau

Thumel Peter, Geschäftsführer, Hinz-Organisation GmbH Bindlach

Valentin Tatja, Klinikum Wetzlar

von Eicken Michael, Medizincontrolling, Kath. Klinikum Bochum gGmbH (St. Josef), St. Josef-Hospital

Wieteck Pia, wissenschaftliche Leitung RECOM Verlag

Wulf Heinke, Stabsstelle Qualitätssicherung in der Pflege Heide, Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH

ADÄQUATE PFLEGEPERSONALBESETZUNG

Zinßmeister Mirko, Assistent Bereichsleitung, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau
Müller, Marie Luise, Deutsche Patienten Hotel GmbH

Direkte Ansprechpartner der Arbeitsgruppe sind:

Hr. Lutz Pelchen lutz.pelchen@t-online.de und
Fr. Dr. Pia Wieteck Pia.Wieteck@t-online.de

Literaturangaben

- AIKEN, L. H., CIMIOTTI, J. P., SLOANE, D. M., SMITH, H. L., FLYNN, L. & NEFF, D. F. 2011. Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Med Care*, 49, 1047-53.
- AIKEN, L. H., SERMEUS, W., VAN DEN HEEDE, K., DOUGLAS, S. M., BUSSE, R., MCKEE, M., BRUYNEEL, L., RAFFERTY, A. M., MORENO-CASBAS, M. T., TISHELMAN, C., SCOTT, A., BRZOSTEK, T., KINNUNEN, J., SCHWENDIMANN, R., HEINEN, M., ZIKOS, D., STROMSEN SJETNE, I., SMITH, H. L. & KUTNEY-LEE, A. 2012. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 counties in Europe and the Unites States. *BMJ*, 344:e1717
doi:10.1136/bmj.e1717.
- BARTHOLOMEYCZIK, S. 2004. Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit. Kompetenzentwicklung, Operationalisierung und Konsequenzen. *PrInterNet*, 6, 389-395.
- BARTHOLOMEYCZIK, S., HAASENRITTER, J. & WIETECK, P. 2009a. Instrumente zur Abbildung des Pflegeaufwands in der DRG-Systematik. Literaturanalyse. *eingereicht PR-Internet*, 12, 669-687.
- BARTHOLOMEYCZIK, S. & HUNSTEIN, D. 2000. Erforderliche Pflege - zu den Grundlagen einer Personalbemessung. *Pflege & Gesellschaft, Deutscher Verein zur Förderung von Pflegewissenschaft und -forschung e.V.*, 5, 105-109.
- BARTHOLOMEYCZIK, S., HUNSTEIN, D., HAASENRITTER, J. & WIETECK, P. 2007. Adäquate Abbildung des Pflegeaufwandes im G-DRG-System. Forschungsantrag zur Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit. *Im Auftrag des Deutschen Pflegerats e.V. durchgeführt vom Institut für Pflegewissenschaft Universität Witten/Herdecke.*
- BARTHOLOMEYCZIK, S., KASTENHOLZ, H., ISFORT, M. & WIETECK, P. 2009b. Perspektiven der Pflege: Hat sie im DRG-System ihren Platz? *f & w, führen und wirtschaften im Krankenhaus*, 26, 267-268.
- BRAUN, M. & WIETECK, P. (eds.) 2013. *PKMS-Begutachtung, Erkenntnisse aus Prüfungen des OPS 9-20 durch den MDK*, Kassel: Recom GmbH & CoKG.
- DEUTSCHER PFLEGERAT E. V. 2013. DPR Presseinformation, Bundestagswahl ist Pflegewahl, DPR thematisiert Personalkennzahlen für die Pflege im Krankenhaus. Available: http://www.bv-pflegemanagement.de/meldung/items/220.html?file=files/balk/meldungen/Aktuelles/2013/DPR_Presseinformation_Bundestagswahl%20ist%20Pflegewahl%20-%20DPR%20thematisiert%20Personalkennzahlen%20fuer%20die%20Pflege%20im%20Krankenhaus_130913.pdf.
- EHRENBERG, A., EHNFORNS, M. & THORELL-EKSTRAND, I. 1996. Nursing documentation in patient records: experience of the use of the VIPs model. *Journal of advanced nursing*, 24, 853-67.
- GUNNINGBERG, L., LINDHOLM, C., CARLSSON, M. & SJODEN, P.-O. 2000. The development of pressure ulcers in patients with hip fractures: inadequate nursing documentation is still a problem. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1155-1164.
- HÖHMANN, U. 1999. Pflegediagnosen: Instrumente zur Professionalisierung der Pflege. *Pflege & Gesellschaft*, 4, 8-13.
- ISFORT, M. & WEIDNER, F. 2003. Pflegerelevante Fallgruppen (PRG). *Perspektiven*, 3.
- ISFORT, M., WEIDNER, F. & DIP 2001. Pflegequalität und Pflegeleistungen I. Zwischenbericht zur zweiten Phase des Projektes "Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistung". Freiburg, Köln: Katholischer Krankenhausverband Deutschland e.V., Caritas.
- ISFORT, M., WEIDNER, F. & GEHLEN, D. 2012. Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus. Available: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2012.pdf [Accessed Januar 2013].
- ISFORT, M., WEIDNER, F., NEUHAUS, A., KRAUS, S., KÖSTER, V.-H. & GEHLEN, D. 2010. Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung.
- KUHLMANN, H. 2003. Pflege im DRG-System - Wie kann pflegerische Leistung erfasst werden? Teil 2: PPR und LEP. *Die Schwester/Der Pfleger*, 42, 760-765.
- MCGILLIS HALL, L., DORAN, D., BAKER, G. R., PINK, G. H., SIDANI, S., O'BRIEN-PALLAS, L. & DONNER, G. J. 2003. Nurse staffing models as predictors of patient outcomes. *Medical care*, 41, 1096-109.
- MCGILLIS HALL, L., DORAN, D. & PINK, G. H. 2004a. Nurse Staffing Models, Nursing Hours, and Patient Safety Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34, 41-5 (24 ref).

- MCGILLIS HALL, L., DORAN, D. & PINK, G. H. 2004b. Nurse staffing models, nursing hours, and patient safety outcomes. *J Nurs Adm*, 34, 41-5.
- MÜLLER STAUB, M., LAVIN, M. A., NEEDHAM, I. & VAN ACHTERBERG, T. 2007. Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse - Anwendung und Auswirkungen auf die Pflegepraxis: eine systematische Literaturübersicht. *Pflege*, 20, 352-371.
- NORDSTRÖM, G. & GARDULF, A. 1996. Nursing documentation in patient records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10, 27-33.
- SCHÖNING, B., LUITHLEN, E. & SCHEINERT, H. 1993. *Pflege-Personalregelung Kommentar mit Anwendungsbeispielen für die Praxis*, Köln, Verlag W. Kohlhammer GmbH.
- SCHREMS, B. 2006. Der Pflegeprozess im Kontext der Professionalisierung. *PrInterNet*, 8, 44-52.
- SERMEUS, W., WEBER, P., CHU, S., FISCHER, W. & HUNSTEIN, D. 2006. The DRG Imperative: Overview and Nursing Impact. In: WEAVER, C. A., DELANEY, C. W., WEBER, P. & CARR, R. L. (eds.) *Nursing and Informatics for the 21st Century, An International Look at Practice, Trends and the Future*. HIMSS.
- SIDANI, S. & EPSTEIN, D. R. 2003. Enhancing the Evaluation of Nursing Care Effectiveness. *Canadian Journal of Nursing Research*, 35, 26-38.
- STRUPEIT, S. 2008. Implementierung eines Pflegeklassifikationssystems zur vollständigen Umsetzung des Pflegeprozesses. *Pflegewissenschaft*, 10, 651-661.
- THOMAS, D., REIFFERSCHIED, A., POMORIN, N. & WASEM, J. 2014. Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. *IBES Diskussionsbeitrag, Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft*. September 2014 ed.: University of Duisburg-Essen, Institute of Business and Economic Studie (IBES), download 10.2014 <http://econstor.eu/bitstream/10419/101317/1/796268495.pdf>.
- TURNER, S. J. 1991. Nursing process, nursing diagnoses, and care plans in a clinical setting. *Journal of nursing staff development : JNSD*, 7, 239-43.
- TWIGG, D., DUFFIELD, C., BREMNER, A., RAPLEY, P. & FINN, J. 2011. The impact of the nursing hours per patient day (NHPPD) staffing method on patient outcomes: a retrospective analysis of patient and staffing data. *International journal of nursing studies*, 48, 540-8.
- TWIGG, D., DUFFIELD, C., BREMNER, A., RAPLEY, P. & FINN, J. 2012. Impact of skill mix variations on patient outcomes following implementation of nursing hours per patient day staffing: a retrospective study. *Journal of advanced nursing*, 68, 2710-8.
- VAN MAANEN, H. 2002. Pflegefachsprache. Eine Herausforderung für die selbstbewusste, moderne Pflege-Professionals. *Österreichische Pflegezeitschrift*, 55, 20-25.
- WELTON, J. M., HALLORAN, E. J. & ZONE-SMITH, L. 2006. Nursing intensity: In the Footsteps of John Thompson. *Stud Health Technol Inform*, 122, 367-371.
- WIETECK, P. 2000. Professionalisierung der Pflege. Pflegediagnosen der NANDA. Entwicklung und Bedeutung der Pflegediagnosen. *Die Schwester/Der Pfleger*, 39, 601-605.
- WIETECK, P. 2005. Zur Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Kontext der DRG. Ein Diskussionsbeitrag zur optimierten Prozesssteuerung. *Pflege & Gesellschaft*, 10, 115-124.
- WIETECK, P. (ed.) 2013. *Handbuch 2013 für PKMS und PPR-A4. Kodierrichtlinien und praktische Anwendung des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten*, Kassel: RECOM Verlag.
- WILSON, S., BREMNER, A., HAUCK, Y. & FINN, J. 2011. The effect of nurse staffing on clinical outcomes of children in hospital: a systematic review. *International journal of evidence-based healthcare*, 9, 97-121.
- WINGENFELD, K., BÜSCHER, A. & GANSWEID, B. 2008. Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Anlagenband -Ergänzte und korrigierte Fassung vom 25. März 2008. In: IPW INSTITUT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFT AN DER UNIVERSITÄT BIELEFELD, M. W. M. D. D. K. W.-L. (ed.). Bielefeld/Münster.