

Personalbedarf Pflege

Sektorenübergreifende Analyse der Pflegepersonalsituation und ihrer Bemessungsgrundlagen mit Handlungsempfehlungen



Pia Wieteck
Sebastian Kraus

 Leseprobe

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	11	2.3.5	Implizite Rationierung pflegerischer Leistungen in der Altenpflege.	45
2	Einleitung und Ausgangslage	15	2.3.6	Zusammenfassende Überlegungen	45
2.1	Implizite Rationierung	16	2.4	Situation der Pflege im Kontext der Kinderkrankenpflege	46
2.1.1	Begriffsdefinition des Phänomens „implizite Rationierung“	16	2.4.1	Richtlinie zur Veränderung der Pflegepersonalstellenschlüssel in der Früh- und Neugeborenenpflege ..	47
2.1.2	Häufigkeit des Vorkommens der impliziten Rationierung pflegerischer Leistungen	18	2.4.2	Personalausstattung in der Neonatologie	48
2.1.3	Einflussfaktoren auf das Auftreten „impliziter Rationierung“	20	2.4.3	Personalausstattung in Kinder- und Jugendkliniken	49
2.2	Situation der Pflege im Kontext des Krankenhauses	22	2.4.4	Zusammenfassende Überlegungen	50
2.2.1	Personalstellenentwicklung des Pflegedienstes im Krankenhaus	23	2.5	Mögliche Ursachen für die benannten Versorgungsdefizite	50
2.2.2	Verweildauer-, Fallzahlentwicklung und Personalstellen	25	2.5.1	Anwendung eines „einfachen Handlungsmodells“ in der Pflege	50
2.2.3	Arbeitsbelastungskennziffern des pflegerischen und ärztlichen Dienstes	26	2.5.2	Fehlende Erlösrelevanz pflegerischer Leistungen	52
2.2.4	Gefährdete Patientensicherheit und pflegerische Versorgungsqualität	32	2.5.3	Fehlende Qualitätsindikatoren der Pflege in der Krankenhausberichterstattung	52
2.2.5	Zusammenfassende Überlegungen	37	2.5.4	Inadäquater Pflegepersonalschlüssel	53
2.3	Situation der Pflege im Kontext der Altenpflege	37	2.5.5	Fehlende Fachexperten aus der Profession Pflege	53
2.3.1	Grundlagen der Pflegepersonalstellenberechnung in der Altenpflege.	37	3	Pflege im G-DRG-System	55
2.3.2	Entwicklung der Pflegepersonalstellen in der (teil)stationären Altenpflege	39	3.1	Aufbau und Entwicklung der G-DRGs	55
2.3.3	Hinweise auf eine kritische Versorgungslage in der Altenpflege/stationären Pflege	41	3.2	Entwicklung der G-DRG-Kostengewichte des Fallpauschalenkataloges	58
2.3.4	Überlegungen zu Pflegepersonalbemessung in der Altenpflege	42	3.2.1	Der Patient Clinical Complexity Level (PCCL)	60

3.2.2	Weiterentwicklung des G-DRG-Systems.	61	5.4	Tabellarische Übersichten über Instrumente zur Erfassung von Pflegeleistungen bzw. zur Pflegepersonalbemessung	85
3.3	Abbildung pflegerischer Leistungen im G-DRG-System	62	5.4.1	Ergebnisse der Literaturrecherche von 2007 (mit Aktualisierung): Instrumente zur Erfassung von Pflegeleistungen bzw. zur Pflegepersonalbemessung.	87
3.3.1	Unterstützung bei der Nebendiagnosencodierung	63	5.4.2	Ergebnisse der Literaturrecherche von 2015: seit August 2007 neu publizierte oder zuvor nicht identifizierte Instrumente zur Erfassung von Pflegeleistungen bzw. zur Pflegepersonalbemessung	133
3.3.2	Unterstützung bei der Einhaltung der Grenzverweildauern und der Begründung für Überschreitungen.	65	5.4.3	Übersicht über Instrumente zur Erfassung von Pflegeleistungen bzw. zur Pflegepersonalbemessung	153
3.3.3	Kodierung des OPS 9-20 mit Hilfe des PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen-Score)	65	5.5	Skizzierung ausgewählter Instrumente und Verfahren zur Erfassung von Pflegeleistungen bzw. zur Pflegepersonalbemessung . . .	172
3.4	Kritikpunkte an der derzeitigen Abbildung pflegerischer Leistungen im G-DRG-System	67	5.5.1	Nursing Minimum Data Sets (NMDS)	174
4	Einflussfaktoren auf Pflegepersonalbedarf/pflegerischen Ressourcenverbrauch	71	5.5.1.1	NMDS der USA (1985)	175
4.1	„Direkte Pflegeleistungen“ (direct care interventions)	71	5.5.1.2	Belgische NMDS und RIM – Résumé Infirmier Minimum	177
4.2	„Indirekte Pflegeleistungen“ (indirect care interventions)	71	5.5.1.3	Nursing Minimum Data Set der Niederlande (NMDSN)	181
4.3	Modell der Einflussfaktoren auf den pflegerischen Ressourcenverbrauch	73	5.5.1.4	Schweizer Nursing Minimum Data Set (CH-NMDS)	184
5	Instrumente zur Pflegepersonalbemessung	77	5.5.1.5	Weitere NMDS	188
5.1	Methodik: Systematische Literaturrecherche	77	5.5.1.6	Zusammenfassung NMDS.	189
5.2	Bewertung recherchierter Instrumente und Publikationen	82	5.5.2	Handlungsbezogene Instrumente (Pflegeinterventionen)	190
5.3	Klassifikation der recherchierten Instrumente und Konzepte	83	5.5.2.1	PRN – Projet de Recherche en Nursing	191
			5.5.2.2	LEP – Leistungserfassung in der Pflege	196
			5.5.2.3	GRASP	201
			5.5.2.4	RIM – Relative Intensity Measures.	205
			5.5.2.5	Medicus/Rush-Medicus.	208
			5.5.2.6	NIC – Nursing Intervention Classification	210
			5.5.2.7	PPR – Pflege-Personalregelung	212

5.5.2.8	NID – Nursing Intensity Database des MUSC – Medical Center Charleston.	218	5.5.4.3	SIBS – Standard Intensity Based System	283
5.5.2.9	ARIC – Allocation, Resource Identification and Costing	220	5.5.4.4	CCC – Clinical Care Classification System	286
5.5.2.10	SJCS – San Joaquin Classification Instrument.	222	5.5.4.5	KAI-BI – Kölner Assessment Instrument mit Bostelaar Index	298
5.5.2.11	SIIPS – Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée	223	5.5.4.6	Zebra-System	303
5.5.2.12	tacs® – Tätigkeits-, Analyse-, Controlling-System.	224	5.5.4.7	PINI – Patient Intensity for Nursing Index	310
5.5.2.13	Echtzeitmessung: Erfassung verbrauchter Pflegezeit oder Interventionsprofile	229	5.5.4.8	RAFAELA patient classification system (inkl. der Oulu Patient Classification OPC sowie dem Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level PA-ONCIL).	317
5.5.2.13.1	Überprüfung der mit ENP verbundenen LEP Nursing 3-Zeitwerte mit der gemessenen Echtzeit (Fortschrittszeitmessung)	231	5.5.4.9	NIW – Nursing Intensity Weights (New York State).	345
5.5.2.13.2	DRG-Kalkulation und Pflegeaufwands-(In-) Homogenität (DTA)	233	5.5.4.10	Zusammenfassung multidimensionaler Instrumente	351
5.5.2.14	Zusammenfassung der handlungsbezogenen Instrumente	233	5.5.5	Studien zur (Varianz-)Aufklärung des Pflegeaufwandes unter Anwendung mehrerer Instrumente	352
5.5.3	Zustandsbezogene Instrumente	235	5.5.5.1	Halloran and Kiley (1987): NANDA-I-Pflegediagnosen als Grundlage für einen Pflegeabhängigkeitsindex (Nursing Dependency Index) zur Erklärung der Beziehung zu medizinischen DRG-Relativkostengewichten	353
5.5.3.1	NANDA-I-Pflegediagnosen	236	5.5.5.2	Halloran (1985): Pflegeaufwand (Rush-Medicus), DRGs und Pflegediagnosen	355
5.5.3.2	ZEFPP – Zentrum für Entwicklung und Forschung Pflege.	238	5.5.5.3	O'Brien-Pallas et al. (1997): Pflegeintensitäts- und Komplexitätsmodell unter Berücksichtigung von Pflegediagnosen der NANDA-I, der UFF-Scale, der Aufenthaltsdauer sowie der Pflegeintensität (PRN 80 – Project Research in Nursing)	357
5.5.3.3	Dependency Score.	239	5.5.5.4	Pia Wieteck (2008c): ENP-Pflegediagnosen und LEP Nursing 3-Interventionen zur Aufklärung verbrauchter Pflegezeit	360
5.5.3.4	ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health	241	5.5.5.5	Baumberger (2001): Aufklärung des mittels LEP Nursing 2 erhobenen Pflegeaufwands u.a. durch ZEFPP Pflegediagnosen	367
5.5.3.5	Nursing intensity system	244	5.5.5.6	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., 2004 – Pflegerelevante Fallgruppen (PRG) basierend auf FIM, diagnosebezogenen Tätigkeiten (Echtzeit) und LEP	368
5.5.3.6	ePA-AC – ergebnisorientiertes PflegeAssessment AcuteCare	246			
5.5.3.7	Funktioneller Status des Patienten	255			
5.5.3.8	Functional Independence Measure – Funktionale Selbstständigkeitsmessung.	257			
5.5.3.9	NII – Nursing Intensity Index	262			
5.5.3.10	Zusammenfassung zustandsbezogene Instrumente	263			
5.5.4	Instrumente mit multidimensionalem Ansatz (Zustände, Interventionen, Outcome)	265			
5.5.4.1	ENP – European Nursing care Pathways	265			
5.5.4.2	PKMS – Pflegekomplexmaßnahmen-Score / OPS 9-20	273			

5.5.5.7	Fiebig (2007): Erklärung des Pflegeaufwands mit ePA-AC und LEP-Nursing 3 371	6.1	Diskutierte Lösungsansätze 404
5.5.5.8	Baumberger, 2013: Prüfung der Homogenität des Pflegeaufwandes in Swiss-DRG-Fallgruppen und Erklärung der Variabilität des Pflegeaufwandes unter Nutzung von ePA-AC und LEP Nursing 2 373	6.2	Kriterien zur Bewertung der diskutierten Lösungsansätze 405
5.5.5.9	Welton, Halloran, et al. (2006): Pflegediagnosen und Pflegeintensität des Nursing Minimum Data Set (NMDS) zur Varianzaufklärung 375	6.3	Bewertung diskutierter Lösungsansätze 410
5.5.5.10	van Beek, Goossen, and van der Kloot (2005): Verlinkung der niederländischen DRG-Variante (DBC, Diagnose Behandlung Combinates) mit dem niederländischen Nursing Minimum Data Set (NMDSN) 376	6.3.1	Zweckbindung der Pflegepersonal-kosten im G-DRG-System 410
5.5.5.11	Zusammenfassung der Ergebnisse von Einzelstudien zur Aufklärung des Pflegeaufwandes bzw. dessen Varianz . . . 377	6.3.2	Wiedereinführung der Pflegepersonalregelung (PPR) zur Pflegepersonalbemessung. 412
5.5.6	Nursing Outcome Classification (NOC) 378	6.3.3	Pflegepersonelle Mindestbesetzungsvorgaben pro Facheinheit/Station. 416
5.5.7	Sonstige Instrumente 382	6.3.4	Anhebung der Patienten-Pflegepersonalrelation auf den europäischen Durchschnitt 418
5.5.7.1	Patient Acuity Case Management Evaluation (PACE) 383	6.3.5	Modellansätze zur Abbildung von Pflege im G-DRG-System nach Fischer (2002) 420
5.5.7.2	AS-SCORE (Severity of Illness Classification) 386	6.3.6	Pflegebedarfsfaktorenmodell 422
5.5.7.3	PRNC – Patient Requirements for Nursing Care 389	6.3.6.1	Modifikation des Pflegefaktoren-Modellansatzes durch Experten des Deutschen Pflegerates 422
5.6	Grenzen der Literaturanalyse 392	6.3.6.2	Bewertung des Lösungsansatzes „Pflegebedarfsfaktorenmodell“ 426
5.7	Zusammenfassende Erkenntnisse aus der Literatur 395	6.3.7	Pflegerelevante Fallgruppen (PRG) im G-DRG-System 427
5.7.1	Gruppierungsansatz 396	6.3.7.1	Indikatoren zur Fallgruppierung 429
5.7.2	Instrumente ausschließlich zur Pflegepersonalbemessung und Kostenkalkulation. 400	6.3.7.2	Voraussetzungen zur Umsetzung pflegerelevanter Fallgruppen 431
5.7.3	Personalbemessung mit Daten aus der Regeldokumentation 400	6.3.7.3	Vorteile des PRG-Ansatzes im Überblick 432
6	Pflegepersonaldebatte in Deutschland 403	6.4	Zusammenfassung und Empfehlungen 438
		7	Erkenntnisse aus der bisherigen Personalbemessungsdebatte und Ausblicke 443
		7.1	Zusammenfassende Überlegungen bestehenden Instrumenten zur Pflegepersonalbemessung . . . 444

7.2	Anforderungen an künftige Lösungsansätze	446
7.3	Die Zukunft der Pflegeberufe: ein Gedankenausflug	450
	Glossar	455
	Literatur	461

1 Vorwort

Die Personalbesetzung in der deutschen Krankenhauspflege ist – wie bereits mehrfach in der Presse publiziert – weiterhin kritisch, das grenzwertig niedrige Niveau der Anzahl an Pflegepersonen führt in Konsequenz dazu, dass notwendige Pflegemaßnahmen nicht durchgeführt werden können (Isfort, Weidner, & Gehlen, 2012; Isfort et al., 2010; Thomas et al., 2014). Wie internationale Studien belegen, existiert ein eindeutiger Zusammenhang zwischen einer hohen Patienten-Pflegepersonal-Relation und einer Mortalitätsrate, die bei einer schlechten Pflegepersonalbesetzung steigt, sowie einer sinkenden pflegerischen Versorgungsqualität (Aiken et al., 2012).

Die Arbeitsbelastung der Pflegepersonen hat sich in den letzten Jahren kontinuierlich weiter erhöht. So hat sich die Arbeitsbelastungskennziffer, die vom Sachverständigenrat in Deutschland genutzt wird (Fallzahl pro Pflegekraft pro Jahr), bei den Pflegeberufen nicht verbessert. Seit dem Aussetzen der Pflege-Personalregelung (PPR) 1996 hat sich diese Kennziffer bis 2014 von 46 kontinuierlich auf 60 erhöht. Der prozentuale Anstieg beträgt (+)29,9 %, während sich die Patienten-Arzt-Relation im gleichen Zeitraum um (-)18 % reduziert hat. Die Auswirkungen auf die pflegerische Versorgungsqualität sind nicht untersucht und durch Zahlen belegbar, da keine entsprechenden Daten erhoben werden.

Auch in der Altenpflege ist die Diskussion um eine adäquate Bewohner-Personal-Relation angesichts der derzeitigen Veränderungen der Bewohnerstruktur von Bedeutung. Beispielsweise sind Pflegeheimbewohner in den letzten Jahren zunehmend von Multimorbidität und Chronifizierung von Krankheiten betroffen.

So fordert z. B. die Saarländische Pflegegesellschaft eine Verbesserung der Personalausstattung um 16 %¹. Festzuhalten ist, dass die Bewohner-Pflegepersonal-Relation in den Bundesländern unterschiedlich ist und breiter Konsens darüber besteht, dass der Pflegepersonalbedarf mit dem Pflegebedarf der Betroffenen verknüpft werden sollte². Ob dieses aktuell gegeben ist, bleibt zu bezweifeln. Zahlreiche Überlegungen in diesem Buch sind auf den Altenpflegebereich übertragbar. Die behandelten und vorgestellten Instrumente zur Pflegepersonalstellenbemessung sind vor dem Hintergrund der Überlegungen der Krankenhausfinanzierung jedoch auf diesen Sektor fokussiert. In einer Übersichtstabelle werden aber auch alle anderen gefundenen Instrumente zur Pflegepersonalbemessung in den verschiedensten Settings vorgestellt. Darüber hinaus werden Instrumente zur Pflegebedarfsermittlung und Personalstellenberechnung beschrieben, die sich für einen sektorenübergreifenden Einsatz eignen würden. Auch im Altenpflegebereich ist die Qualität der pflegerischen Versorgung schwer zu beurteilen. Die Qualitätsberichterstattung und die Pflegenoten geben nur einen begrenzten Einblick in das Leistungsgeschehen und die Qualität der Pflege. Ebenso wird dem Instrument zur Bewertung der Qualität eine eingeschränkte Objektivität, begrenzte Aussagen zur Reliabilität des Verfahrens und eine eingeschränkte Inhaltsvalidität attestiert (Hassel & Wolf-Ostermann, 2010).

¹ Quelle: <http://www.saarlaendische-pflegegesellschaft.de/zahlen-daten-fakten/personalausstattung-in-pflegeheimen.html#6> (Zugriff am 15.05.2015).

² Quelle: <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/3/3-4-Personelle-situation-der-heime/3-4-3-personalbedarf-und-personalbemessung-in-der-stationaeren-pflege,-did%3D81706,render%3DrenderPrint.html> (Zugriff am 15.05.2015).

Die Frage, wie viele Pflegepersonalstellen für eine adäquate Versorgung von Patienten³ und Bewohnern benötigt werden, ist nach wie vor unbeantwortet und dies in mehrerlei Hinsicht!

Zum einen ist das gesellschaftspolitisch definierte Qualitätsniveau pflegerischer Therapie und Versorgung längst noch nicht ausgehandelt. Bei den aktuellen Pflegepersonalbesetzungen ist es in der Regel etwa kaum möglich, ein adäquates Kontinenztraining durchzuführen. Häufig wird in der Versorgung einer Inkontinenz auf Handlungskonzepte wie das Anziehen von Inkontinenzhosen und/oder das Legen eines Blasendauerkatheters zurückgegriffen. Ein Toilettentraining mit individuellen Zeiten für Toilettengänge ist häufig aus Zeitmangel nicht möglich, würde aber bei bestimmten Voraussetzungen dazu führen, dass der Betroffene nicht einnässen muss. Ist ein adäquates Toilettentraining ein gesellschaftspolitisch gewünschtes Qualitätsniveau, so wären hierfür konsequenterweise auch entsprechende Ressourcen aufzubauen. Auch die Aufgabenstellungen der Pflege im Bereich der Patientenedukation und einer nachhaltigen Angebotsgestaltung zur Gesundheitsförderung sind wenig diskutierte Themenbereiche.

Zum anderen sind keine adäquaten Personalbemessungsinstrumente zur transparenten Bewertung des Pflegebedarfs der zu betreuenden Personen etabliert. Obwohl die internen Qualitätsmanagementsaktivitäten sowohl im Krankenhaus als auch in der ambulanten und stationären Altenpflege deutlich zugenommen haben und vermehrt darüber diskutiert wird, eine Vergütung z. B. im Krankenhausbereich auch von der Ergebnisqualität abhängig zu machen (Farin et al., 2013; Roeder & Franz, 2014), steht die Qualitätsindikatorendiskussi-

on im pflegerischen Kontext noch am Anfang. In Deutschland existieren aktuell keine vergleichbaren pflegesensitiven Qualitätsindikatoren, die eine systematische Beurteilung der Pflege- und Versorgungsqualität erlauben würden.

Das Buch ist in folgende Kapitel gegliedert: In Kapitel 2 wird der Leser in die Problemlagen der Pflegepersonalbemessungsgrundlagen in Deutschland sowie deren mögliche Auswirkungen eingeführt. Hier richtet sich der Fokus sowohl auf die Einrichtungen der Altenpflege als auch auf die Krankenhäuser. Kapitel 3 bietet die Möglichkeit, ein vertieftes Verständnis über die Wirkmechanismen des G-DRG zu erhalten. Besonders wird den Fragestellungen nachgegangen, wie Pflege im G-DRG-System verortet ist und welche Möglichkeiten zur verbesserten Abbildung der Pflege denkbar wären. Der letztgenannte Aspekt wird in Kapitel 7 weiter vertieft.

Kapitel 4 reflektiert die Einflussfaktoren auf die benötigte Pflegezeit, um bei einem Pflegeempfänger ein adäquates pflegerisches Angebot anbieten und durchführen zu können. Das Modell der Einflussfaktoren auf die Pflegezeit ist hinsichtlich der Frage nach den geeigneten Instrumenten zur Pflegepersonalbemessung von Bedeutung.

In Kapitel 5 wird ein breiter und vertiefender Überblick über bereits bestehende Instrumente zur Pflegepersonalbemessung gegeben. Die verschiedenen Instrumente werden entsprechend der von Isfort entwickelten Bewertungslogik eingeordnet, so dass eine fundierte Diskussion über die verschiedenen Einschränkungen der Instrumente erleichtert werden kann (Isfort, 2008).

Die Erkenntnisse der Literaturanalyse werden in Kapitel 6 zusammenfassend diskutiert und es werden Anforderungen an künftige Lösungsansätze aufgestellt. Im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) mit Pflegestellenförderprogramm und Pflegezuschlag im Zeitraum von 2016 bis 2018 wurden während des Gesetzgebungsverfahrens verschiedene Lösungsansätze zur Pflegeper-

³ Im Sinne der Lesbarkeit werden im Text entweder geschlechtsneutrale Formulierungen oder ausschließlich männliche Sprachformen verwendet. Dies stellt keinerlei geschlechtsspezifische Wertung dar und soll jeweils die weiblichen Sprachformen mit einschließen.

sonalbesetzung und -aufstockung diskutiert. Kapitel 7 fasst die Erkenntnisse der Literaturanalyse, der vorgestellten Ansätze und Diskussionspunkte zur Pflegepersonalsituation und -bemessung zusammen. Mögliche Lösungswege und Handlungsempfehlungen werden diskutiert, um künftig eine adäquate, an den Bedarfen und Bedürfnissen der zu pflegenden Menschen orientierte pflegepersonelle Ausstattung sicherzustellen. Diese zielen darauf ab, langfristig eine an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen basierende Pflege in Deutschland zum Wohle und zur Sicherheit der Pflegeempfänger realisieren zu können und den wertschöpfenden Faktor der Pflege im Versorgungsgeschehen transparent und erlöswirksam zu gestalten.

2 Einleitung und Ausgangslage

Internationale Forschungsarbeiten weisen auf eine starke Evidenz bezüglich des Zusammenhangs einer niedrigen Personalausstattung in Kliniken mit einem schlechteren Outcome der Patientenversorgung hin (Ball et al., 2014; Kane et al., 2007; McGahan, Kucharski, & Coyer, 2012; Penoyer, 2010).

Die Relation zwischen Pflegeperson und Patient pro Schicht variiert teilweise innerhalb eines Landes sehr stark (Ball et al., 2012). Zwischen den europäischen Ländern sind die Unterschiede ebenfalls sehr groß (Aiken et al., 2012). Bei den verschiedenen Veröffentlichungen wird häufig zwischen der Relation Pflegefachkraft und Patient pro Schicht und der Relation Pflegepersonen pro Patienten und Schicht, sowie dem zugrunde liegenden Skillmix unterschieden (Aiken et al., 2012).

Immer mehr Studien weisen auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Verhältnis Patienten zu Pflegepersonal, den Pflegestunden pro Tag und Patient sowie dem Outcome hin. Der Benefit einer höheren Anzahl von Pflegepersonen im Rahmen der Therapie und Versorgung wird sichtbar. Ebenso finden sich zunehmend Hinweise darauf, dass eine unzureichende Anzahl an Pflegepersonen negative Auswirkungen auf das Outcome haben kann. Durch negative Ergebnisse entsteht letztendlich eine höhere Last an Kosten, die durch die Gesellschaft getragen werden muss. Zudem ist das vermeidbare persönliche Leid, verursacht durch negative Outcomes einer Behandlung/Therapie, ein Ansporn, der Fragestellung nachzugehen, wie viel Pflegepersonal für eine sichere und adäquate Patientenversorgung benötigt wird. In einer exemplarischen Zusammenstellung von Studien wird der Nutzen einer verbesserten Patienten-Pflegepersonal-Relation sowie der Nutzen eines adäquaten Skillmixes des Pflegepersonals vorgestellt (NSW Nurses & Midwives Association (Ed.), 2013).

In zahlreichen Untersuchungen werden das Auftreten von unerwünschten Ereignissen/

Komplikationen sowie die Kosten derselben aufgezeigt. Hierbei handelt es sich z. B. um im Krankenhaus erworbene Harnwegsinfektionen und Pneumonien, Dekubitalgeschwüre, tiefe Beinvenenthrombosen, Komplikationen im Bereich des zentralen Nervensystems, Sepsis, Herzkreislaufkomplikationen, Stürze, Fehler im Bereich des Medikamentenmanagements und andere negative Ereignisse. In zahlreichen Studie existieren Hinweise bzw. Belege dafür, dass eine adäquate Pflegepersonalausstattung und ein Skillmix positive Auswirkungen auf das Auftreten dieser unerwünschten Ereignisse im Krankenhaus haben (Duffield et al., 2011).

So kommen z. B. die Autoren einer Literaturarbeit zu dem Ergebnis, dass robuste Beweise für eine enge Verknüpfung zwischen der Patienten-Pflegepersonal-Relation und dem Outcome vorliegen. Metaanalysen bestätigen, dass es eine 3–12%ige Reduktion von negativen Ereignissen und eine 16%ige Reduktion des Mortalitätsrisikos bei chirurgischen Patienten gibt, wenn höherqualifizierte Pflegepersonen die Versorgung realisiert haben (Twigg et al., 2010). In einer großen Stichprobe wurden Daten aus 799 Kliniken aus den USA genutzt, um einen möglichen Zusammenhang zwischen Patientenoutcome und pflegerischen Rahmenbedingungen zu untersuchen. Die Ergebnisse weisen ebenfalls darauf hin, dass für Patienten mit einem höheren Anteil an Pflegezeit, die das Pflegepersonal zur Verfügung hat, sowie mit einem höherem Anteil an qualifiziertem Pflegepersonal, das die Versorgung durchführt, eine bessere Versorgungsqualität verbunden ist (Needleman et al., 2002).

Auch andere Einflussfaktoren auf Patientensicherheit und das Outcome der Patientenversorgung, wie etwa ein möglicher Zusammenhang zwischen den Arbeitsbedingungen – beeinflusst durch das Pflegemanagement – und den pflegerischen Ergebnissen (Wong, Cummings, & Ducharme, 2013) oder auch

der Schichtlänge und den Überstunden, sind wichtige Aspekte, die im Kontext einer adäquaten Personalbemessung mitdiskutiert und weiter untersucht werden sollten. So gibt aus einer Querschnittstudie mit 31.627 Pflegepersonen aus in der Regel medizinischen und chirurgischen Einheiten aus 488 Krankenhäusern in 12 europäischen Ländern Hinweise darauf, dass eine Dauer der Arbeitsschichten ≥ 12 Stunden sowie das regelhafte Anhäufen von Überstunden einen negativen Einfluss auf die Versorgungsqualität, die Patientensicherheit und das Vorkommen von Rationierungsmaßnahmen haben können (Griffiths et al., 2014).

Das Phänomen, dass Pflegendе geplante und erforderliche Aufgaben in ihrer Schicht nicht durchführen, ist international verbreitet (Ausserhofer et al., 2014; Ball et al., 2014; Jones, Hamilton, & Murry, 2015; Schubert et al., 2013; Zander et al., 2014).

Diese Ergebnisse zeigten sich auch in der länderübergreifenden Querschnittstudie RN-4CAST (Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing) (Ausserhofer et al., 2014). Länderspezifisch sind deutliche Unterschiede festzustellen.

In der Untersuchung kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass die befragten Pflegepersonen in Krankenhäusern, die ungünstige Arbeitsumgebungen und eine hohe Patienten-Pflegeperson-Relation aufweisen, wenig Fachpflegepersonen beschäftigen und zudem eine hohe Anzahl von pflegefremden Tätigkeiten übernehmen, häufiger von „unerledigten“ pflegerischen Aufgaben (left undone) in der Schicht berichten als in Einrichtungen, die bei den genannten Parametern eine günstigere Ausgangslage aufweisen (Ausserhofer et al., 2014).

Das Phänomen der „unerledigten“ pflegerisch erforderlichen Aufgaben kann länderspezifisch unterschiedlich ausgeprägt und durch verschiedene Facetten beeinflusst sein.

Eine Querschnittserhebung basierend auf Daten von 2.917 Pflegepersonen aus 401 allgemeinmedizinischen und chirurgischen Abteilungen in 46 Akutkliniken des National

Health Service in England zeigt interessante Ergebnisse bezogen auf das Phänomen der „unerledigten“ pflegerischen Aufgaben. So gaben z. B. 86 % der befragten Pflegenden an, Aufgaben in der letzten Schicht nicht erledigt zu haben, da die Zeit gefehlt hatte.

Die Untersuchung zeigt, dass die Anzahl der Patienten pro Pflegeperson signifikant mit dem Auftreten der „unerledigten Pflege“ assoziiert war. Ebenso wurde untersucht, ob die „unerledigte Pflege“ mit der Wahrnehmung der Qualität von Pflege und der Patientensicherheit im Zusammenhang steht. Die Ergebnisse indizieren, dass Pflegeleistungen nicht erbracht werden, wenn der Personalbestand niedrig ist und sich dies auf die Qualität und Patientensicherheit auswirken kann. Die Autoren empfehlen, den Indikator „mised care“ als Frühwarnsystem zu nutzen, um Stationen mit einer inadäquaten Personalbesetzung zu identifizieren (Ball et al., 2014)

2.1 Implizite Rationierung

Bevor die verschiedenen Studienergebnisse und Auswirkungen „unerledigter pflegerischer Leistungen“ bzw. der impliziten Rationierung genauer betrachtet werden, erfolgt eine Begriffsdefinition basierend auf den internationalen Konzeptualisierungen dieses Phänomens.

2.1.1 Begriffsdefinition des Phänomens „implizite Rationierung“

Die Begriffe „implizite Rationierung“ (implicitly rationed care), „fehlende Pflege“ (mised nursing care) oder auch „unerledigte Pflege“ (nursing care left undone) sind Phänomene, die bereits wiederholt von mehreren Autoren konzeptualisiert wurden. Unterlassene/fehlende Pflegeleistungen wurden z. B. im Rahmen des „Mised Nursing Care“-Modells beschrieben (Kalisch, Landstrom, & Hinshaw, 2009; Tschannen, Kalisch, & Lee, 2010). Definiert werden kann „unterlassene/fehlende Pflege“ demnach als jeder Aspekt, der zur Pati-

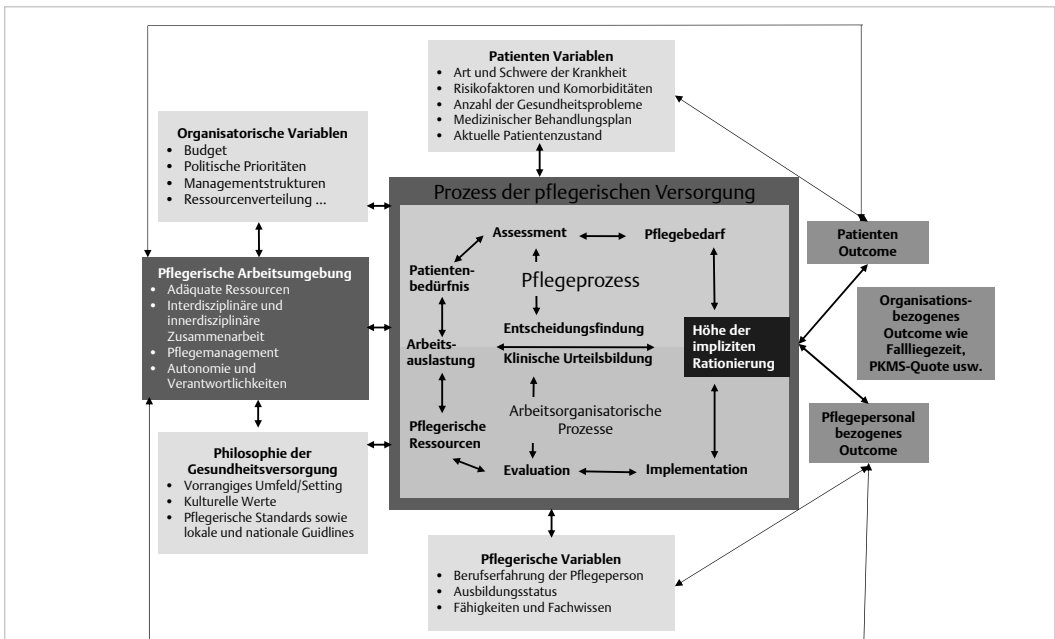


Abb. 1: Konzeptueller Rahmen der impliziten Rationierung (Quelle: eigene Darstellung und Konzeptualisierung in Anlehnung an Kalisch et al., 2009; Schubert et al., 2007)

entenversorgung erforderlich ist und teilweise oder gänzlich weggelassen bzw. zeitverzögert angeboten/durchgeführt wird (Kalisch et al., 2009). Implizites Rationieren bedeutet in Abgrenzung hiervon, dass erforderliche Pflegemaßnahmen aufgrund fehlender (meist zeitlicher) Ressourcen nicht erbracht werden und die Entscheidungsmacht, wo und was rationiert wird, im Ermessensspielraum der versorgenden Einzelperson liegt (Breyer, 2012). Die implizite Rationierung wird durch die zu erfüllenden Patientenbedürfnisse und die verfügbaren Kapazitäten der Organisation bestimmt. Einige Autoren haben sich mit den Einflussfaktoren auf implizite Rationierung/unterlassene/unerledigte/fehlende Pflegeleistung beschäftigt (Ausserhofer et al., 2013; Jones et al., 2015; Schubert et al., 2013; Schubert et al., 2007). Zusammenfassend lässt sich der konzeptuelle Rahmen für implizite Rationierung bzw. unerledigte/fehlende Pflege(-leistung) in Abb. 1 darstellen.

In der Konzeptanalyse von Kalisch et al. (2009) werden die bestimmenden Faktoren beschrieben, die einen wesentlichen Einfluss auf das Auftreten des Phänomens der „unterlassenen/fehlenden Pflege“ haben. Diese sind zum einen die verfügbare Arbeitsressourcen, um die Patientenversorgung sicherzustellen und materielle Ressourcen, um die Aktivitäten im Kontext der Patientenversorgung zu gewährleisten sowie zum anderen verschiedene Faktoren auf der Ebene der Beziehungs- und Kommunikationsebene, die es den Pflegenden ermöglicht, die Versorgung sicherzustellen. Diese Rahmenbedingungen werden von anderen Wissenschaftlern zum Teil ebenfalls aufgegriffen und/oder um weitere Gesichtspunkte ergänzt. Von den meisten Autoren wird das Phänomen der „impliziten Rationierung“ als Einflussfaktor sowohl auf das Patientenoutcome, beispielsweise Stürze und Dekubitalulcera (Kalisch, Tschannen, & Lee, 2012), als auch das Outcome der

3 Pflege im G-DRG-System

Die Krankenhausfinanzierung ist in Deutschland über die sog. „German Diagnosis Related Groups“ (G-DRGs) realisiert. Das ursprünglich in den 1970er Jahren entwickelte und aus den USA stammende Finanzierungssystem wurde inzwischen von zahlreichen Ländern in adaptierter Form übernommen, die G-DRGs stellen beispielsweise eine Anpassung der australischen Variante (AR-DRGs) dar (Fischer, 2002).

Die G-DRGs sind vereinfacht ausgedrückt diagnosebezogene Fallpauschalen, die als Durchschnittswert alle Kosten der Behandlung decken sollen. Wie die Personalstellen in den Kliniken ausgehandelt und gesteuert werden, ist in der Budgetverantwortung der einzelnen Kliniken geregelt. Solange sich an dieser Vergütungsstruktur und den hiermit verbundenen Steuerungsmechanismen der Personalbudgets in den Kliniken nichts verändern soll, ist es von großer Bedeutung, Pflege zu einem wirkungsvollen Erlösfaktor im System auszubauen.

Dieser Abschnitt dient dazu, die wesentlichen Wirkmechanismen im DRG-System vorzustellen, um ein Verständnis dafür entwickeln zu können, an welcher Stelle und in welcher Form angesetzt werden muss, um im G-DRG-System aus pflegerischer Perspektive Änderungen herbeiführen zu können. Ein zentrales Ziel dabei ist, das pflegerische Leistungsgeschehen über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 9-20 und somit den Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) hinaus erlösrelevant zu platzieren.¹

¹ Hinweis: Die Inhalte dieses Kapitels entstammen in wesentlichen Teilen einer Vorpublikation und wurden mit einigen Änderungen in dieses Werk übernommen. Die ursprüngliche Publikation und weiterführende Literaturangaben sind in Kapitel 2 („G-DRG-System verstehen“) des „Handbuch 2016 für PKMS und OPS 9-20“ nachlesbar (Wieteck et al., 2016).

3.1 Aufbau und Entwicklung der G-DRGs

Alle Krankenhauspatienten im Rahmen der somatisch-akutstationären Versorgung werden in Abhängigkeit von der medizinischen Diagnose, der Prozedur und dem Schweregrad (dieser ist im Wesentlichen beeinflusst durch die Nebendiagnosen) in homogene Fallgruppen eingeordnet. Das bedeutet, dass die stationären und teilstationären Krankenhausfälle in medizinisch sinnvolle, nach ihrem ökonomischen Aufwand vergleichbare DRG-Gruppen eingeteilt werden.

Es handelt sich dabei um einen automatisiert stattfindenden Gruppierungsprozess, der auf der manuellen Eingabe einer Hauptdiagnose (MDC = Major Diagnostic Category) oder eines chirurgischen Eingriffs basiert sowie der Berücksichtigung von Schweregraden der Behandlung durch Kodierung von Nebendiagnosen und Komplikationen (MCC = Major Comorbidity or Complication). Die Klassifizierung und Gruppierung der Fallgruppen basiert auf folgenden medizinischen und demografischen Daten:

- Die Hauptdiagnose, abgebildet mit dem ICD-10-GM Code (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – „GM“ steht für German und beinhaltet einige länderspezifische Anpassungen)
- Die Nebendiagnose(n), ebenfalls abgebildet mittels ICD-10-Codes, welche ergänzend das Label Nebendiagnose erhalten.
- Das Alter und das Geschlecht der akutstationär behandelten Person
- Ggf. die Beatmungsdauer
- Nur bei Kindern im ersten Lebensjahr: das Aufnahmegewicht

Unter Berücksichtigung der aufgeführten Daten wird die G-DRG-Fallgruppenzuordnung

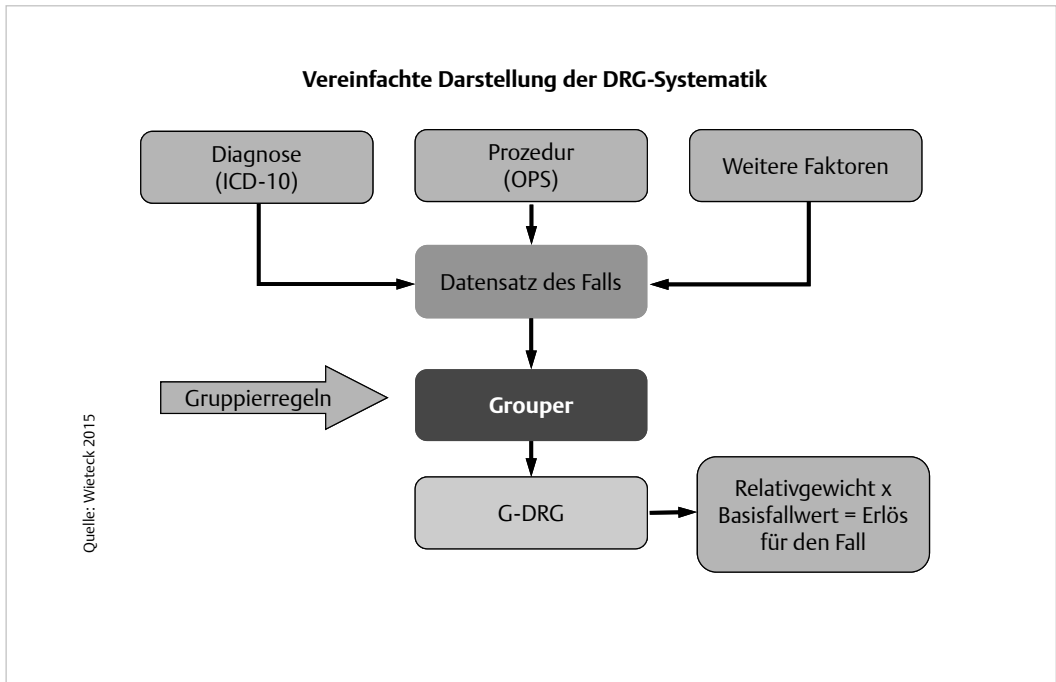


Abb. 14: Vereinfachte Darstellung der G-DRG-Gruppierungssystematik (Quelle: Wieteck et al., 2016, S. 28)

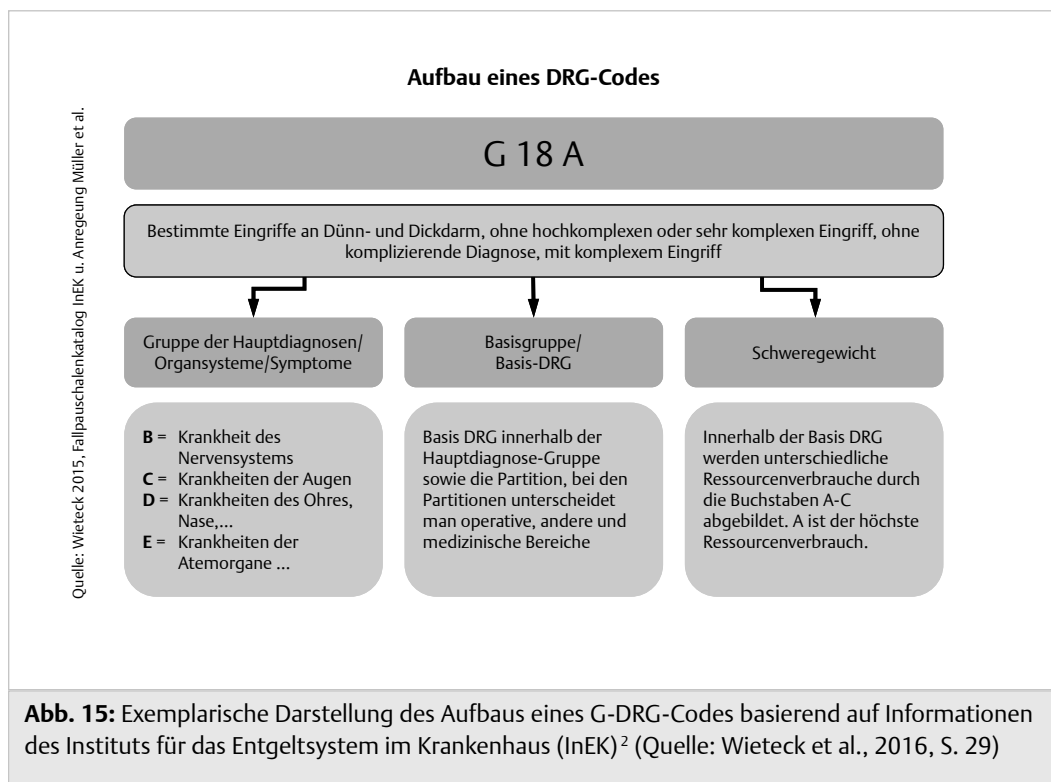
sowie das Kostengewicht (CW = cost weight) des Behandlungsfalls ermittelt. Dieser Prozess wird in Abb. 14 nochmals zusammenfassend dargestellt.

Das relative Kostengewicht (CW) (auch als Relativgewicht bezeichnet) wird mit der Basisrate (baserate), auch Basisfallwert genannt, multipliziert, woraus sich der Erlös für den Behandlungsfall ermittelt. Die Basisrate ist der Wert für einen Behandlungsfall mit dem relativen Kostengewicht 1 (CW). Dabei spiegelt der Basisfallwert/die Basisrate, welcher jährlich für jedes Bundesland in Euro berechnet wird, den mittleren Fallpreis aller Behandlungsfälle wider. Das Kostengewicht steht für den relativen ökonomischen Aufwand einer Fallgruppe, also einer DRG, und wird bundeseinheitlich festgelegt. Das „eindimensionale“ DRG-Klassifikationssystem hat den Anspruch, homogene Fallgruppen zu generieren, daraus ergeben sich

die genauen Vorschriften (Algorithmen), die zur Ermittlung der DRG-Eingruppierung des Falles bestimmend sind (Fischer, 2002; Küttner, 2004; Lauterbach & Lungen, 2000; Wilke, 2005). Die jeweilige G-DRG-Fallgruppe wird mit einem vierstelligen Code zur Abrechnung im jeweiligen Krankenhausinformationssystem (KIS) verschlüsselt. Die Codes geben Aufschluss über die Fallgruppe.

Abb. 15 zeigt exemplarisch, welche Informationen den G-DRG-Codes entnommen werden können:

- Der erste Buchstabe beschreibt die jeweilige Hauptgruppe, im Beispiel steht G für „Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane“ (DRGs G01Z-G77Z)
- Die zweite und dritte Stelle weist die Basisgruppe mit der Partition aus; im Beispiel die 18. Basisgruppe (operativer Eingriff an Dünn-/Dickdarm)
- Der vierte Buchstabe klassifiziert den Behandlungsfall bezüglich des Ressourcen-



verbrauchs innerhalb der ersten beiden Gruppen. Der Ressourcenverbrauch wird maßgeblich durch die zusätzlich codierten Nebendiagnosen bestimmt. A steht für den höchsten, die im Alphabet folgenden Buchstaben für den weniger hohen Ressourcenverbrauch innerhalb der Fallgruppe.

Im jährlich erscheinenden Fallpauschalenkatalog werden die zentralen Informationen zu den DRG-Fallgruppen ausgewiesen (vgl. Abb. 16).

Jede DRG hat ein fixes Kostengewicht, im Fall des Beispiels der DRG G 18 A beträgt die Bewertungsrelation (Kostengewicht) 3,953. Die jährlich und für jedes Bundesland ermittelten

² Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. G-DRG-Fallpauschalen-Katalog 2015. Im Internet: www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2015/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2015; Zugriff am 17.12.2014.

Basisfallwerte in Euro werden mit der Bewertungsrelation der DRG multipliziert, woraus der Rechnungspreis für die Versorgung des Patienten entsteht.

Die jährlich stattfindenden Berechnungen und Entwicklungen des Fallpauschalenkataloges werden vom InEK, dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, auf Basis der Daten sog. Kalkulationshäuser (d. h. Kliniken, die unter bestimmten Kriterien ihr Datenmaterial gezielt zur Ermittlung der Fallpauschalen zur Verfügung stellen) sowie deren fallbezogenen Kostendaten durchgeführt. Dabei ist anzumerken, dass die Berechnungen immer auf den Daten, die zwei Jahre zurückliegen, errechnet werden (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), 2007).

Im Rahmen der Fallgruppen werden auch die Grenzverweildauern pro G-DRG-Fallgruppe ermittelt. Die Einhaltung der Verweildauergrenzen bei einem Patientenfall hat für die Vergütung eine besondere Be-

Auszug aus dem DRG-Fallpauschalenkatalog 2016 InEK

Tab. 1 Auszug aus dem Fallpauschalen-Katalog 2016 InEK

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungs- relation bei Haupt- abteilungen	Mittlere Verweil- dauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer	
					Erster Tag mit Abschlag	Bewertungs- relation/ Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungs- relation/ Tag
G10Z	0	Bestimmte Eingriffe am hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz	3,562	15,4	4	0,427	30	0,097
G11A	0	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter < 10 Jahre	1,544	6,7	1	0,484	14	0,101
G11B	0	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter > 9 Jahre	0,813	4,1	1	0,371	9	0,069
G12A	0	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur	2,454	11,7	3	0,385	26	0,092
G12B	0	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur	1,864	12,3	3	0,362	26	0,082
G12C	0	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexer oder mäßig komplexe OR-Prozedur	1,048	5,7	1	0,561	14	0,078
G18A	0	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder and. Ingr. am Darm mit auß. schw. CC, mit hochkompl. Ingr. oder kompliz. Diagn. oder mit sehr kompl. Ingr. oder and. Ingr. mit auß. schw. CC, mit IntK > - / 368 / - Punkte	3,953	16,3	4	0,475	32	0,102

Abb. 16: Beispielhafter Ausschnitt aus dem G-DRG-Fallpauschalenkatalog des InEK für das Jahr 2016³ (Quelle: Wieteck et al., 2016, S. 30)

deutung. So kann die Nichtbeachtung bzw. Überschreitung der Verweildauergrenzen oder Verweildauerkürzungen die Reduktion des fallbezogenen Erlöses zur Folge haben. Grundsätzlich muss die Verweildauer eines Patienten sowohl medizinisch als auch pflegerisch begründet sein.

Folgende Kernaussagen lassen sich zusammenfassen:

- G-DRGs sind Fallgruppen mit ähnlichen Kostenstrukturen, welche auf Basis von medizinischen Diagnosen und Prozeduren entwickelt werden und zur pauschalierten Vergütung der fallbezogenen Krankenhausleistungen dienen.
- Zur Gruppierung der Fallgruppen werden die Hauptdiagnose, die Nebendiagnose(n), die Art der Therapie, das Alter, das Geschlecht sowie ggf. die Beatmungsdauer

und das Aufnahmegewicht bei Neugeborenen ermittelt.

- Die korrekte Kodierung der G-DRGs ist maßgeblich für die Erlösoptimierung einer Klinik verantwortlich.

3.2 Entwicklung der G-DRG-Kostengewichte des Fallpauschalenkataloges

Das InEK erhält von ca. 240 Kliniken in Deutschland Kalkulationsdaten über jeden Patientenfall. Die so genannten „Kalkulationshäuser“ leiten die gesamten Kostendaten wie z. B. die für einen Patientenfall aufgewendete Pflegezeit, ärztliche Aufwände, Ausgaben für Medikationen und Aufwendungen durch operative Eingriffe entsprechend den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs an das InEK weiter. Diese Datengrundlage sowie die Angaben über die DRG-Codierung des Falles bilden die Basis für das jährliche Kalkulationsverfahren zur Aktualisierung des DRG-Fallpauschalenkataloges.

³ Quelle: http://www.g-drg.de/cms/content/download/5938/45542/version/1/file/Fallpauschalen_katalog_2016_150924.pdf?pk_campaign=drg16&pk_kwd=fpk16Pdf (Zugriff am 05.04.2016)

4 Einflussfaktoren auf Pflegepersonalbedarf/pflegerischen Ressourcenverbrauch

Nachfolgender Abschnitt beleuchtet die verschiedenen Einflussfaktoren auf den pflegerischen Ressourcenverbrauch, um dem Leser eine Hilfestellung anzubieten, die im fünften Kapitel vorgestellt und im internationalen Kontext bekannten Pflegepersonalbemessungsinstrumente hinsichtlich deren Eignung zur vollständigen Abbildung des Pflegepersonalbedarfs einschätzen zu können. Grundsätzlich wird in der Fachliteratur zwischen „direkter Pflegeleistung“ [direct care intervention], „indirekter Pflegeleistung“ [indirect care intervention] und „administrativer Pflegeleistung“ [administrative interventions] unterschieden (Bulechek et al., 2013), auf die kurz näher eingegangen werden sollen.

Wichtig an dieser Stelle ist der Hinweis, dass eine einheitliche und allgemeingültige Definition direkter und indirekter Pflegeleistungen nicht zu bestehen scheint, vielmehr findet sich eine Vielzahl an mehr oder minder voneinander abweichenden Begriffsbestimmungen.

4.1 „Direkte Pflegeleistungen“ (direct care interventions)

Die „Nursing Intervention Classification“ (NIC) definiert direkte Pflegemaßnahmen als pflegerische Handlungen im direkten Versorgungsprozess, welcher durch eine gemeinsame Interaktion mit dem Pflegeempfänger gekennzeichnet ist. Direkte Pflegeleistungen umfassen sowohl physiologische als auch psychosoziale Aspekte der Pflege – also sowohl physische Handlungen als auch solche von eher unterstützender und/oder beratender Natur (Bulechek et al., 2013).

Die direkte Pflege umfasst alle Aufgaben, die unmittelbar für, mit oder am Patienten bzw. Bewohner erbracht werden („face to face“) (Grafen & Mackenzie, 2015; Wipp, Sausen, &

Lorscheider, 2012). Das entscheidende Kriterium einer direkten Pflegeleistung ist folglich der unmittelbare Bezug der Leistung zu einem Patienten bzw. Bewohner. Folglich sind auch all diejenigen Aktivitäten den direkten Pflegeleistungen zuzuordnen, die mit der Feststellung des Pflegebedürfnisses im Rahmen des pflegediagnostischen Prozesses und in der Folge mit der Erfüllung des sich hieraus ableitenden Pflegebedarfs in Zusammenhang stehen.

Zu den direkten Pflegeleistungen zählen diejenigen Pflegemaßnahmen, welche im Verantwortungsbereich der Pflegepersonen stehen. Da sich direkte Pflegeleistungen einem konkreten Patientenfall zuweisen lassen sind sie besonders für Datenanalysen prädestiniert, beispielsweise zur Ermittlung und/oder Evaluation von Fallkosten.

4.2 „Indirekte Pflegeleistungen“ (indirect care interventions)

Indirekte Pflegeleistungen umfassen alle pflegerischen Handlungen und Maßnahmen, welche nicht in direkter Interaktion, aber für und im Interesse eines oder mehrerer Patienten bzw. Bewohner durchgeführt werden (Bulechek et al., 2013). Als indirekte Pflegeleistungen sind unter anderem alle Aktivitäten einzustufen, die im Wesentlichen zur Aufrechterhaltung eines gesicherten Betriebes zählen. Hierzu zählen z. B. administrative, hauswirtschaftliche und berichterstattende Aufgaben (Isfort, Klug, & Weidner, 2002).

Die indirekten Pflegeleistungen haben Einfluss auf die Qualität der direkten Pflegeleistungen (Wipp et al., 2012). Es handelt sich um Leistungen der Pflege, welche u. a. den Stationsablauf, die Organisation, die Qualitätsentwicklung und die Abrechnung gewährleisten, jedoch nicht in direktem Zusammenhang mit

5 Instrumente zur Pflegepersonalbemessung

Die vorangegangenen Kapitel verdeutlichen die nach wie vor ungebrochen hohe Aktualität der nationalen wie auch internationalen Frage danach, wie der Bedarf an Pflegepersonal in Krankenhäusern – und zweifellos auch anderen Versorgungssettings – adäquat ermittelt und gemessen werden kann, um eine bedarfsgerechte Finanzierung und Versorgung der jeweiligen Pflegeempfänger gewährleisten zu können. Zahlreiche Instrumente und/oder Modelle zur Abbildung von Pflegeaufwand, zur Pflegepersonalbemessung wurden entwickelt (Bartholomeyczik et al., 2009). Ebenso ist eine Vielzahl an Veröffentlichungen zu finden, die sich mit einer Bewertungssystematik zur Auswahl eines geeigneten Verfahrens/Instruments zur Pflegepersonalbemessung beschäftigen (Thomas et al., 2014).

Ein zentrales Anliegen dieses Buches liegt darin, der interessierten Fachöffentlichkeit einen systematisch erarbeiteten Überblick über den gegenwärtigen Stand an Instrumenten und Konzepten zu vermitteln und die verschiedenen Methoden zur Abbildung von Pflege für Kostenkalkulation sowie zur Darstellung des Ressourcenverbrauches zusammenzutragen und neue Lösungsansätze aufzuzeigen.

Kernaspekt des methodischen Vorgehens bei der Erstellung der Übersicht war dabei eine systematische Literaturrecherche mitsamt einer Aktualisierung, deren Vorgehen im nachfolgenden Abschnitt und im Vorfeld einer ausführlichen Ergebnisdarstellung vorgestellt wird.

5.1 Methodik: Systematische Literaturrecherche

Im Auftrag des Deutschen Pflegerates wurde im Herbst des Jahres 2007 am Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke eine systematische, internationale Literaturrecherche im Rahmen des durch

das Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projektes „Adäquate Abbildung des Pflegeaufwands im G-DRG-System“ durchgeführt. Diese Arbeit erfolgte als vorbereitende Maßnahme für die Entwicklung bzw. Identifikation von Indikatoren, um Pflege im G-DRG-System angemessen abbilden und zudem den akutstationär erbrachten Pflegeaufwand erklären zu können (Bartholomeyczik et al., 2008).

Die in den nachfolgenden Kapiteln aufgeführten Schilderungen basieren im Wesentlichen auf der damaligen Arbeit. Jedoch wurde in Anbetracht des verhältnismäßig großen vergangenen Zeitraums von annähernd acht Jahren (Stand August 2015) sowie der sich im Laufe der Jahre ändernden Kontextfaktoren eine sorgfältige Aktualisierung der Rechercheergebnisse vorgenommen, um die Beschreibungen der bereits damals eruierten Instrumente zu ergänzen sowie die Übersicht mit zwischenzeitlich neu beschriebenen Konzepten zu komplettieren.

Darüber hinaus wurde zusätzlich übergreifend nach Pflegepersonalbemessungsmethoden gesucht und die Ergebnisse der Literaturanalyse mit zwischenzeitlich publizierten Studienergebnissen ähnlicher Natur abgeglichen (Isfort, 2008).

Im Fokus beider Recherchen standen dabei sowohl Instrumente, die seitens der Pflege erbrachten Leistungen adäquat und standardisiert abbilden können, als auch solche, die Patientenzustände, pflegerische Interventionen und Pflegeanlässe erfassen und in Relation zu spezifischen Kennzahlen wie beispielsweise Kostengewichten, benötigte Patientenzeit, Personalschlüssel etc. setzen.

Vor diesem Hintergrund wurden die folgenden Fragestellungen zur systematischen Literaturanalyse operationalisiert:

- Welche (standardisierten) Instrumente wurden entwickelt und/oder genutzt, um den Pflegeaufwand von Krankenhauspati-

enten zu erklären und pflegerische Leistungen im Krankenhaus abzubilden?

- Wie werden die Begriffe „Pflegeleistung“ und „Pflegeaufwand“ in den Verfahren, Methoden und Instrumenten definiert und operationalisiert?
- Welcher Aufbau und welche inhaltlichen Konzepte liegen den Modellen zur transparenten Darstellung von Pflegeleistung und Pflegeaufwand zugrunde?

Die ursprüngliche Literatursuche erfolgte zwischen August und Oktober 2007 unabhängig voneinander durch zwei Pflegewissenschaftler. Genutzt wurden im Wesentlichen damals gängige pflegewissenschaftliche Datenbanken sowie die Kataloge pflegerelevanter Fachzeitschriften. Um die Suchtreffer möglichst auf relevante Resultate einzugrenzen, „historische“ und somit unmaßgebliche Instrumente herauszufiltern und um der Vielzahl an mit dem Thema zumindest verwandten Publikationen Herr zu werden, wurden spezifische Ein- bzw. Ausschlusskriterien definiert, die in weiter unten abgebildeter Tab. 7 eingesehen werden können.

Die von den Fragestellungen abgeleiteten und ebenfalls in Tab. 8 aufgeführten Suchbegriffe wurden in verschiedenen Kombinationen und unter Zuhilfenahme der Booleschen Operatoren (AND, OR, NOT) sowie von Trunkierungen (?, *) angewendet. Entsprechend der

jeweiligen Datenbank kamen deutschsprachige Termini oder – häufiger – deren englischsprachige Äquivalente zum Einsatz. Wurden geeignete und die Einschlusskriterien erfüllende Instrumente identifiziert, wurde in einem weiteren Schritt gezielt nach weiteren Veröffentlichungen zum jeweiligen Verfahren gesucht, etwa mit Blick auf Entwicklung, Konzeption und Anwendung. Hierzu kam auch das Schneeballverfahren zur Anwendung (Borger, Weschler, & Panfil, 2007), d. h. dass die Literaturverzeichnisse der bereits beschafften/vorhandenen Publikationen nach weiteren relevanten Quellen durchsucht wurden und eher zufallsbedingte, jedoch relevante Quellen ebenso mitberücksichtigt wurden. Die von den beiden Pflegewissenschaftlern unabhängig voneinander durchgeführten Suchläufe führten aufgrund der Anwendung voneinander abweichender Suchphrasen zu recht unterschiedlichen Suchergebnissen, wie aus Tab. 6 ersichtlich wird.

Von den insgesamt 509 nach Titel- und Abstractsichtung als relevant eingestuften Suchergebnissen konnten insgesamt 435 Publikationen im Volltext beschafft und analysiert werden.

Bei den nicht beschaffbaren Quellen handelte es sich im Wesentlichen um Dissertationen aus den USA und vergriffene bzw. nicht verfügbare Buchpublikationen.

Tab. 6: Übersicht der Suchergebnisse in den Datenbankrecherchen aus dem Jahr 2007

	Suchtreffer (kumuliert)	Davon relevant nach erstem Abstract-Screening	Hiervon Anteil Studien	Übereinstimmende Suchtreffer bei den relevanten Ergebnissen
Forscher 1	ca. 1900	273	99 (≙ 36,3%)	69
Forscher 2	ca. 1600	374	125 (≙ 33,4%)	
Abschließend als relevant eingestufte Publikationen		509		
Im Volltext beschaffbare und analysierte Publikationen		435 (≙ 85,5%)		

5.4.2 Ergebnisse der Literaturrecherche von 2015: seit August 2007 neu publizierte oder zuvor nicht identifizierte Instrumente zur Erfassung von Pflegeleistungen bzw. zur Pflegepersonalbemessung

Im Folgenden werden alle Instrumente und Konzepte tabellarisch vorgestellt, die entweder seit der ursprünglichen Literaturrecherche im Jahr 2007 neu veröffentlicht wurden, oder die im Rahmen der damaligen Arbeit nicht identifiziert oder ausgeschlossen wurden. Nicht mit in die Übersicht aufgenommen sind hingegen theoretische Ideen oder Ansatzpunkte, die ihren Weg (noch) nicht in ein praktisch nutzbares Instrument zur Erfassung pflegerischer Leistungen und/oder der pflegerischen Arbeitslast und/oder unmittelbar zur Pflegepersonalbemessung gefunden haben. Als Beispiele für derartige Konzepte können etwa die Überlegungen von Vanhook (2007) dienen, der in der Erfassung qualitätskorrigierter Lebensjahre (quality-adjusted life years, QALY) sowie behinderungsbereinigter Lebensjahre (disability-adjusted life years, DALY) eine nutzbare Basis sieht, um die Erlöswirksamkeit pflegerischer Leistungen zu bestimmen und zu quantifizieren, die Arbeit von Jenkins (2013) bzw. Jenkins & Welton (2014), welche die Variabilität direkter Pflegekosten für Patienten innerhalb derselben DRG-Fallgruppen unter Berücksichtigung wesentlicher Merkmale des Pflegepersonals untersuchten, oder zwei Arbeiten aus Belgien, die sich mit der Entwicklung eines Indikators zur Erfassung der pflegerischen Arbeitslast („Nursing Workload Indicator“) basierend auf dem belgischen Nursing Minimum Data Set und normativen Zeitwerten beschäftigten (Myny et al., 2014; Myny et al., 2010). Auch hinsichtlich der pflegepersonellen Besetzung sowie Personalentscheidungen potenziell Einfluss nehmende, jedoch eher indirekt etwa mittels positiver bzw. negativer Sanktion wirksame Ansätze wie beispielsweise „Nursing-Sensitive Value-Based Purchasing“ (vgl. z. B. Kavanagh et al., 2012)

werden nicht näher betrachtet, da sie keinen unmittelbaren Beitrag zur konkreten Personalbemessung bzw. zur Erfassung des pflegerischen Aufwandes leisten. Der Einfluss der im Folgenden vorgestellten Instrumente auf die Gesamtbewertung der Literaturanalysen hält sich somit in einem begrenzten Rahmen. Die Quellenangaben haben an dieser Stelle zudem keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern verweisen auf ausgewählte Literatur zum jeweiligen Instrument.

Auch konnten insbesondere bei in nicht deutsch- oder englischsprachigen Ländern verbreiteten Instrumenten nicht alle verfügbaren Publikationen aufgrund einer Sprachbarriere gesichtet werden, sodass vereinzelt womöglich wichtige Informationen in der Übersicht fehlen können. Wie bereits erwähnt, wurden die beiden Neuentwicklungen im deutschsprachigen Kontext (PKMS und tacs®) in Tab. 10 und unter dem Kapitel 5.5 aufgenommen. Dieses vor dem Hintergrund der Relevanz der Instrumente.

► BEAKTA

(Moris, 2010; Perroca & Ek, 2007a, 2007b)
Entstehung: Ende der 1980er Jahre

Aufbau und Anwendung sowie ggf. Gruppen-/Aufwandskategorien:

Der Aufbau des BEAKTA-Systems ähnelt in den Grundzügen dem Zebra-System, bestehend aus insgesamt drei Teilen:

- Die Patientenklassifikation: Alle Patienten werden täglich auf Basis eines pflegebereichsspezifischen und klar definierten Indikatorensets (z. B. 7 Indikatoren für die somatische Versorgung) hinsichtlich ihrer Pflegebedarfe eingeschätzt. Die einzelnen Indikatoren werden mit jeweils einem Ausprägungsgrad von 1 (wenig Pflegebedarf) bis 3 (hoher Pflegebedarf) bewertet. Mittels des aus den Einzeleinschätzungen gebildeten Summenscores werden die Patienten einer von vier pflegebezogenen Abhängigkeitskategorien (dependency levels) zugeordnet. Zusätzlich zu den Punktwerten

6 Pflegepersonaldebatte in Deutschland

Die Problematik der adäquaten Abbildung des pflegerischen Leistungsgeschehens innerhalb des DRG-Systems sowie der u. a. hieraus erwachsenden Schwierigkeiten um eine zielgerichtete Bemessung des Bedarfs an Pflegepersonals in den Krankenhäusern wurde auch in der Bundesrepublik erkannt, die Diskussion um einen möglichen Königsweg wird bereits seit einem längeren Zeitraum geführt – bislang jedoch ohne ein nachhaltiges und allgemein akzeptiertes Ergebnis.

Im nachfolgenden Abschnitt werden die in jüngerer Vergangenheit, genauer die seit dem Jahr 2009, diskutierten Lösungsansätze für eine adäquate Pflegepersonalbesetzung in deutschen Krankenhäusern kurz vorgestellt und kritisch reflektiert.

Krankenhausfinanzierungsreform-Gesetz und Förderung der Pflegepersonalstellen 2009–2012

Auf dem 2. Pflegegipfel im April 2009 wurde die Förderung von 17.000 Pflegestellen zu 90 % über eine Laufzeit von drei Jahren vereinbart. Zusätzlich wurde der Auftrag zur Entwicklung eines „[...] Instrumentes zum sachgerechten Personaleinsatz in der Pflege [...]“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2009) erteilt. Die Auswirkungen sowohl auf die Pflegepersonalstellenentwicklung als auch die Erlösbedeutung des in der Folge erarbeiteten Instrumentes, der OPS 9-20, wurde im Verlauf dieses Buches bereits diskutiert (vgl. auch Kapitel 3.3 sowie Kapitel 5.5.4.2). Wie aufgezeigt wurde, hat sich für die Pflegenden in den Kliniken seit dem ersten „Förderprogramm für zusätzliches Pflegepersonal“ kaum eine zusätzliche Arbeitsentlastung eingestellt, wenn auch Pflegepersonal im annähernd angestrebten Bereich aufgebaut wurde. Detaillierte Informationen zu den „Maßnahmen für bessere Pflege im Krankenhaus“ sind u. a. auf der Webseite des BMG abrufbar (Bundesministerium für Gesundheit, 2009).

Krankenhausstrukturgesetz – KHSG, Pflegestellenförderprogramm und Pflegezuschlag 2016–2018

Erklärtes Ziel des Pflegestellenförderprogramms ist die Stärkung der Krankenhauspflege am „point of care“. Hierzu wurden für den Zeitraum zwischen 2016 und 2018 insgesamt 660 Millionen Euro Fördermittel bereitgestellt. Nach Ablauf des Pflegestellenförderprogramms, d. h. ab dem Jahr 2019, stehen dauerhaft bis zu 330 Millionen Euro noch zur Verfügung.

Zusätzlich wurde seitens der Regierung entschieden, neben dem Pflegestellenförderprogramm den Kliniken weiterhin die bisher zur Verfügung gestellten 500 Millionen Euro Versorgungszuschlag zu belassen. Ursprünglich war vorgesehen, diese Mittel ab 2016 nicht mehr zur Verfügung zu stellen. Allerdings wird der Versorgungszuschlag ab 2017 umgewandelt in einen Pflegezuschlag.

Aus dem Begriff ist ableitbar, dass diese Mittel künftig spezifisch für die Pflege eingesetzt werden sollen. Wie die Kliniken das Budget jedoch in letzter Instanz nutzen, ist weiterhin ihnen selbst bzw. den Entscheidungsträgern überlassen. Die Gelder sollten künftig über einen gesetzlich festgelegten Verteilungsschlüssel an die Kliniken weitergeleitet werden. Die Verteilung soll dabei in Abhängigkeit vom jeweiligen Pflegepersonalbudget in den Kliniken gesteuert werden soll.

Somit bekämen Kliniken mit einem höheren Pflegepersonalbudget mehr Mittel zugeteilt, was einer Sanktionierung von Pflegepersonalabbau entspräche (Bundesministerium für Gesundheit, 2015a; Deutscher Bundestag, 2015c).

Klar ist der Meinung mehrerer Experten folgend jedoch, dass das an sich erforderliche Pflegepersonal zur Sicherstellung der Patientensicherheit und zur Behebung bestehender Versorgungsdefizite deutlich höher ist als das im Förderprogramm vorgesehene Potenzial zum Aufbau neuer Pflegestellen,

wenngleich der tatsächliche Bedarf derzeit aufgrund der fehlenden Datenbasis nicht exakt beziffert werden kann. Zu empfehlen ist eine kurzfristige, noch in dieser Legislaturperiode beginnende Anhebung auf eine Patienten-Pflegepersonalrelation entsprechend dem europäischen Durchschnitt. Vor dem Hintergrund der massiven Versorgungsdefizite kann eine Verschiebung der Sofortmaßnahmen nicht über das Wahljahr 2017 hinaus erfolgen, um weitere Gefahrenpotenziale und potenziellen Schaden für die Pflegeempfänger zu vermeiden.

Folgende Überlegungen zur Frage danach, welche Zahl an Pflegepersonalstellen aufgebaut werden müssten, können in der Fachliteratur gefunden werden. Oft ist auch die Empfehlung zu lesen, für eine kurzfristige Lösung einen pragmatischen Weg einzuschlagen.

- Sollte lediglich eine Personalbesetzung des Jahres 1995 erreicht werden, also zu einem Zeitpunkt vor Beginn des massiven Pflegepersonalstellenabbaus, würde dies die Beschäftigung von 37.000 zusätzlichen Vollzeitkräften im Pflegedienst bedeuten (Simon, 2014).
- Der sog. „Pflegecheck“ der Gewerkschaft ver.di aus dem Jahr 2013 ergab einen zusätzlich zu realisierenden Pflegepersonalbedarf von 70.000 Stellen in Vollzeitäquivalenten (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“ (Braun et al., 2014, S. 99).
- Simon und Wieteck beschreiben in ihren Stellungnahmen aus dem August des Jahres 2015 als Einzelsachverständige im Rahmen einer Anhörung zum KHSG im Bundestag am 07.09.2016 ausführlich, dass eine Anhebung der Patienten-Pflegepersonalrela-

tion auf den europäischen Durchschnitt in etwa 100.000 Pflegepersonalstellen (Vollzeitäquivalente) bedeuten würde (Simon, 2015; Wieteck, 2015b).

6.1 Diskutierte Lösungsansätze

Die im Gesetzgebungsverfahren durch die Fraktionen vorgeschlagenen alternativen Lösungsansätze zur Verbesserung der Pflegepersonalbesetzung können in kurzfristige sowie mittel-/langfristige Lösungsvorschläge unterteilt werden. Die nachfolgend skizzierten Verbesserungsvorschläge wurden in einer Ausschusssitzung zur Strukturreform der Krankenhausversorgung am 7. September 2015 im Bundestag diskutiert und erörtert. In einigen Stellungnahmen zur Ausschusssitzung wurden weitere Lösungsansätze formuliert, auch diese werden im Folgenden kurz aufgegriffen (Deutscher Bundestag, 2015a, 2015c).

Kurzfristige Lösungsansätze

- Zweckbindung der im G-DRG-System ausgewiesenen Pflegepersonalkosten. Hiermit ist gemeint, dass die Pflegepersonalkosten, welche seitens des InEK in der jährlichen Kalkulation ausgewiesen werden, auch verpflichtend für Pflegepersonalstellen eingesetzt werden müssen. Somit kann verhindert werden, dass durch Abbau von Pflegepersonalstellen finanzielle Ressourcen frei werden, um andere Investitionen in Kliniken zu realisieren.
- Reaktivierung der Pflegepersonalregelung (PPR) und Berechnung des Pflegepersonalbedarfs auf der Ebene der SOLL-Leistungen. Die Berechnung auf Grundlage der PPR-IST-Leistungen wäre nicht zu empfehlen, da hiermit lediglich das aktuelle Leistungsgeschehen festgeschrieben werden würde – inklusive aller Problemlagen wie der tatsächlich vorgenommenen impliziten Rationierung durch die Pflegenden.
- Mindestbesetzungsvorgaben für den Nachtdienst. Hier fordert die Fraktion DIE

LINKE als Sofortmaßnahme die verbindliche Umsetzung von mindestens zwei examinierten Pflegepersonen pro Nachtschicht und Station.

- Anhebung der Pflegepersonalstellen um 37.000, 70.000 bzw. 100.000 Pflegepersonalstellen auf Basis der verschiedenen Berechnungsmodelle.

Mittel-/langfristige Lösungsansätze

- Transparente und leistungsbezogene Vergütung der Pflege im Krankenhausfinanzierungssystem, etwa durch Etablierung pflegerelevanter Fallgruppen im G-DRG-System (Nursing Related Groups, NRG)
- In der Stellungnahme des Deutschen Pflegerats zum Krankenhausstrukturgesetz fordert dieser die Entwicklung eines Pflegebedarfsfaktors, „[...] um den tatsächlichen Pflegebedarf eines Krankenhauspatienten im DRG-System abzubilden“ (Deutscher Pflegerat, 2015b, S. 5). Ferner schlägt der DPR „[...] als mittelfristige Lösung vor, Pflegebedarfsfaktoren in den Fallpauschalen zu berücksichtigen. Sie basieren auf der ‚Selbstständigkeit‘ von Patientinnen und Patienten, die im Wesentlichen durch zwei Faktoren bestimmt wird: die kognitive und körperliche Funktionsfähigkeit. Untersuchungen zeigen, dass Pflegebedarfsfaktoren unterschiedliche Pflegeaufwände pro Fall erklären können“ (Deutscher Pflegerat, 2015b, S. 14).

6.2 Kriterien zur Bewertung der diskutierten Lösungsansätze

Mit der Fragestellung einer sinnvollen Bewertungssystematik zur Strukturierung der aktuellen Diskussion haben sich bereits verschiedene Fachexperten auseinandergesetzt. So haben z. B. Thomas und Kollegen verschiedene Bewertungskriterien genutzt und verschiedene Instrumente und Ansätze auf „[...] ihre Eignung als Grundlage zur Pflegepersonalbemessung in den Krankenhäusern unter den derzeit geltenden finan-

ziellen Rahmenbedingungen überprüft bzw. auf ihre Möglichkeiten einer Integration ins Finanzierungssystem hin bewertet“ (Thomas et al., 2014, S. 15). Die von den Forschern genutzten Charakteristika zur Bewertung der verschiedenen Konzepte waren:

- **(a) Zeitbedarf bis zur Anwendbarkeit sowie bestehender (Weiter)Entwicklungsbedarf:** Gemeint ist hiermit „je früher (ein Instrument zur Anwendung zur Verfügung steht), umso besser“. Es sei demnach wenig hilfreich und zielführend, wenn ein gutes Instrument zur Abbildung der Pflege im G-DRG-System erst nach einer entsprechend langen Adaptations- und Weiterentwicklungszeit (im Bereich von Jahren) genutzt und effektiv eingesetzt werden kann. Eine genaue Definition, was als kurz- oder langfristige Verfügbarkeit des Instrumentes bewertet wurde, kann in der Arbeit nicht nachvollzogen werden.
- **(b) Kosten der Einführung und Umsetzung:** Bei diesem Kriterium wird formuliert, dass die verpflichtende Einführung eines Instrumentes zur Personalbemessung zu keinen „hohen“ Investitions- und Implementierungskosten führen solle. Je kostenneutraler das Instrument in der Einführung, desto positiver die Bewertung. Leider konkretisieren die Autoren nicht, ab wann die Umsetzungskosten als „hoch“ bewertet werden, noch, welche Kalkulationsgrundlagen Basis der Bewertung waren.
- **(c) Administrativer Aufwand:** Das Instrument soll möglichst keinen zusätzlichen administrativen Aufwand sowohl in der Pflege als auch bei den Kostenträgern erzeugen. Je weniger administrativer Aufwand, desto positiver die Bewertung. Im Kontext dieser Einschätzung findet allerdings keine Reflexion der Sinnhaftigkeit von evtl. gewünschten Dokumentationsprozessen statt. Es stellt sich die Frage, ob pflegfachlich sinnvolle Dokumentationsbeiträge hier ebenfalls gewertet werden sollten.
- **(d) Manipulierbarkeit/Validität:** Das System soll möglichst belastbar gegenüber

Interpretationsspielräumen sein, um systemimmanente Fehlanreize wie beispielsweise die Ausrichtung des Leistungsgeschehens auf besonders erlösrelevante Aspekte nach Möglichkeit auszuschließen. Mit anderen Worten wird der Einsatz eines Instruments bevorzugt, welches es nicht zulässt, dass Patientenfälle wegen „weicher“ Kriterien in andere Aufwandskategorien kommen und somit Mittel für Patienten in Rechnung gestellt werden, die einen niedrigeren Pflegebedarf hatten, als dieser für Abrechnungszwecke angegeben wurde.

- **(e) Erhalt der Flexibilität des Managements:** Das Management soll möglichst frei von Vorgaben hinsichtlich der Personalstellenentwicklung in der konkreten Klinik sein. Das bedeutet, dass das Management über die Einnahmen und die Mittel für die Leistungen weiter frei entscheiden können soll. Hierzu gehört auch die Budgetverteilung für die Personalstellen der Pflege und der anderen Berufsgruppen.
- **(f) Effektivität:** Das Instrument soll in der Lage sein, „[...] eine adäquate Personalausstattung in der Krankenhauspflege nachhaltig zu gewährleisten. Das Instrument soll möglichst den [...] tatsächlich anfallenden Pflegeaufwand abbilden und in eine entsprechende Personalgröße umwandeln können“ (Thomas et al., 2014, S. 17). Unklar bleibt in der Abhandlung der Autoren, wie die Güte der Instrumente bezogen auf die Abbildungsfähigkeit des Pflegeaufwandes operationalisiert und bewertet wurde.

In einem Positionspapier der Arbeitsgruppe AGKAMED-AG¹ wird vorgeschlagen, die Bewertungskriterien von Thomas et al. (2014) zu erweitern. Die Expertengruppe empfiehlt die Erweiterung um Kriterien, welche sich aus den Forderungen des Deutschen Pflege-

rates sowie Überlegungen aus der Professionalisierungs- und Qualitätsdebatte ableiten lassen. Die zur Diskussion gestellten Ergänzungen der Arbeitsgruppe lauten (Pelchen et al., 2014):

- **(g) Nutzung der durch den Einsatz der Instrumente generierten Daten zur Qualitätsbewertung und Outcome-Messung des pflegerischen Leistungsgeschehens:** Idealerweise liefern die eingesetzten Instrumente wertvolle Daten zur Qualitätsbewertung und Outcome-Messung.
- **(h) Berücksichtigung des erforderlichen Skillmixes der Pflegepersonen:** Studien belegen, dass der Skillmix Auswirkungen auf das Patienten-Outcome hat (vgl. z. B. Twigg et al., 2012). Vor diesem Hintergrund ist die Schaffung von Transparenz bezüglich des eingesetzten Skillmixes eine wichtige Kennzahlengröße in der Diskussion der Pflegepersonalbemessung. Die eingesetzten Instrumente sollten einen Hinweis auf eine adäquate Zusammensetzung unterschiedlicher pflegerischer Qualifikationsniveaus geben können.
- **(i) Nutzung als Baustein zur Professionalisierung der Pflegeberufe:** Grundsätzlich sollte im Rahmen der Einführung von neuen, verbindlich einzusetzenden Instrumenten diskutiert werden, inwieweit diese der Pflege als Profession nützlich sein können. Erfüllen die eingesetzten Instrumente optimal Ihren Zweck und können darüber hinaus noch berufsgruppenspezifische Aspekte gefördert werden? So führt etwa Höhmann (1999) in einem Fachaufsatz aus, welche Unterstützung Pflegediagnosen im Rahmen der klassischen Professionstheorie leisten können. So definieren die Pflegediagnosen den eigenen Zuständigkeitsbereich der Profession zur Sicherung monopolistischer Privilegien der Berufsgruppe. Pflegediagnosen basieren auf einem systematischen Beurteilungs- und Interpretationsprozess im eigenverantwortlichen Entscheidungsfindungsprozess bezogen auf die Pflegemaßnahmenangebote und stellen

¹ Die Arbeitsgruppe AGKAMED-AG ging zwischenzeitlich in der Fachgesellschaft „Profession Pflege“ auf. Näheres unter <http://www.pro-pflege.eu>

somit die inhaltliche Definitionsmacht der Pflegeberufe dar. Darüber hinaus repräsentieren Pflegediagnosen den Wissenskörper der Berufsgruppe. Denkbar sind künftig Verordnungskompetenzen der Pflegeberufe im Bereich der Heilhilfsmittelverordnung. Damit verbunden ist eine deutliche Aufwertung aus gesellschaftspolitischer Perspektive. Diese Veränderungen wirken sich auf die Attraktivität der Pflegeberufe aus und können positive Einflüsse auf die derzeit festzustellende „Bettsflucht“ von Pflegepersonen haben. An dem Beispiel wird deutlich, dass die Nutzung von Pflegediagnosen zu Abrechnungszwecken zusätzlich auch den Aspekt der Professionalisierung der Pflegeberufe befördern kann.

- **(j) Eignung zur sektoren- und settingübergreifenden Nutzung: Schaffung generalistischer Ansätze zur Personalbemessung und übergreifenden Qualitätsbewertung:** Instrumente, welche sich für einen setting- wie auch sektorenübergreifenden Einsatz eignen, haben ein enormes Potenzial zur Schließung von Versorgungslücken sowie zur Freisetzung von Personalkapazitäten durch Reduktion von administrativen Tätigkeiten (z. B. könnte die Pflegeplanung einer Einrichtung der stationären Altenhilfe direkt im akutstationären Bereich weitergenutzt werden und vice versa).
- **(k) Flexibilität des Instruments zur Anpassung an Veränderungsprozesse:** Anlass der Aufnahme dieses Punktes waren Gespräche mit Vorstandsvorsitzenden des Verbandes der PflegedirektorInnen der Universitätskliniken (<http://www.vpu-online.de>) und dem Bundesverband Pflegemanagement (<http://www.bv-pflegemanagement.de/>). Gewünscht wurde konkret die Anpassungsfähigkeit entsprechender Instrumente an gegebene Veränderungen oder bisher im System nicht berücksichtigte pflegerische Aufwände.

Einige der umrissenen Bewertungskriterien sind noch eher abstrakter Natur und folglich nur schwer greifbar in einem Bewertungspro-

zess zu nutzen. Vor diesem Hintergrund werden diese Charakteristika im Folgenden weiter differenziert bzw. operationalisiert. Der Bezug zu den bisher genannten Punkten soll dabei anhand einer Buchstabenzuordnung ermöglicht werden. Nachstehende Übersicht in Tab. 57 erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und soll lediglich dazu dienen, die Diskussion über einen nachhaltigen Entwicklungsweg für die Pflegeberufe zu befördern.

7 Erkenntnisse aus der bisherigen Personalbemessungsdebatte und Ausblicke

Die Resultate der Literaturanalyse sowie der näheren Auseinandersetzung mit aktuell diskutierten Lösungsansätzen zur adäquaten Bemessung und Allokation pflegepersoneller Ressourcen machen deutlich, dass diese Themen im internationalen Kontext bereits seit mehr als 50 Jahren einen breiten Raum in Pflegepraxis, Pflegewissenschaft und Pflegepolitik einnehmen. Die Verknüpfung einer am Pflegebedürfnis orientierten Pflegebedarfserfüllung mit leistungs- und vergütungsrechtlichen Vorschriften sowie die Finanzierung der Pflege sind weiterhin sektorenübergreifende Aufgabenstellungen. Die Frage nach einem angemessenen Verfahren zur Pflegepersonalbemessung muss innerhalb verschiedener Grenzlinsen beantwortet werden:

- Gesetzliche Rahmenbedingungen und Vergütungsregelungen
- Die gesellschaftspolitische Bereitschaft zur Investition von Finanzmitteln für die Pflege
- Die gesellschaftliche Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung für den eigenen Gesundheits- und Pflegezustand
- Die betriebswirtschaftliche Perspektive der einzelnen Einrichtungen und Kliniken
- Den pflegewissenschaftlich, gesetzlich sowie gesellschaftlich geforderten Standards und Forderungen nach einer Evidenzbasierung der pflegerischen Versorgung.

Es besteht inzwischen ein breiter Konsens darüber, dass künftige Verfahren zur Pflegepersonalbemessung ihren Ausgangspunkt beim Pflegebedarf des Betroffenen haben sollten (Bundesministerium für Familie, 2006). Die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherchen zeigen eindrücklich die vorhandenen Defizite und Einschränkungen der zahlreichen bestehenden Instrumente. Vor dem Hintergrund der langjährigen Bemühungen und Forschungsarbeiten sowie der Vielfalt an verschiedenen Ansatzpunkten scheint die

Vorstellung wohl illusorisch, dass es je ein Instrument geben wird, welches den „wahren Bedarf an Pflegezeit“ für die Empfänger der pflegerischen Versorgung abbilden kann. Ziel kann folglich lediglich eine maximale Annäherung an den faktischen Bedarf sein.

Zudem machen die Erkenntnisse aus den Literaturarbeiten auch den eklatanten Mangel an nutzbaren Daten deutlich, welche zur adäquaten Entscheidungsfindung hinsichtlich der erforderlichen pflegepersonellen Ausstattung herangezogen werden könnten. Es mangelt insbesondere in Deutschland an validen Zahlen über das pflegerische Outcome, die Patienten-Pflegepersonalrelationen in den spezifischen Settings, den erforderlichen und angemessenen Skillmix sowie den Pflegebedarf der Betroffenen. Ein weiterer gegenwärtig unbeantworteter und eine zielführende Pflegepersonalstellenberechnung erschwerender Aspekt ist das fehlende definierte Qualitätsniveau pflegerischer Leistungen.

Gesellschaftspolitisch scheint zwar Konsens darüber zu bestehen, dass sich Pflegeleistungen am aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstand orientieren und angemessen sein sollen. Eine konkrete Operationalisierung dieses Anspruchs fehlt allerdings.

Bekannt ist in diesem Zusammenhang, dass das Fehlen einer systematischen Bewertung aller pflegerelevanten Informationen über den Zustand eines Patienten bzw. Bewohners sowie der hieraus resultierenden Schlussfolgerung in Form eines pflegediagnostischen Urteils keine evidenzbasierte Auswahl geeigneter Maßnahmen möglich ist.

Zudem ist offenkundig, dass eine fehlende Umsetzung des systematischen pflegediagnostischen Prozesses in Konsequenz dazu führt, dass eher oberflächliche und nur begrenzt auf die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse der Pflegeempfänger ausgerichtete Pflegemaßnahmen entsprechend einem „ein-

fachen 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.

7.1 Zusammenfassende Überlegungen bestehenden Instrumenten zur Pflegepersonalbemessung

Zahlreiche Instrumente bzw. Modelle zur Abbildung von pflegerischem Aufwand und/oder zur Pflegepersonalbemessung wurden entwickelt, erprobt und wieder verworfen (Bartholomeyczik et al., 2009; Isfort, 2008). Vor dem Hintergrund der Grenzen und Limitierungen aller dieser Methoden und Verfahren hat sich bisher kein Instrument zur Pflegepersonalbemessung mit einer national oder international nennenswerten Verbreitung in der Fläche durchsetzen können.

Nichtsdestoweniger sind darüber hinaus einige Veröffentlichungen zu finden, die sich zur Unterstützung bei der Entscheidungsfindung hinsichtlich der Auswahl eines geeigneten Verfahrens/Instrumentes zur Pflegepersonalbemessung im deutschen Kontext beschäftigen (Pelchen et al., 2014; Thomas et al., 2014).

Die zusammenfassenden Erkenntnisse der bereits über Jahrzehnte andauernden Beschäftigung mit Patientenklassifikationssystemen und anderen Verfahren zur Pflegepersonalbemessung auf der Ebene eines transparenten und rationalen Systems zeigen, dass eine „perfekte“ Methode im Sinne eines Goldstandards nicht existiert. So zeigt u. a. die Arbeit von Crockerill und Kollegen (1993), dass sich die Anwendung verschiedener Systeme zur Pflegeleistungsbemessung (hier: Medicus, GRASP, PRN 76, PRN 80 und NISS) unterschiedlich auf die Kalkulation der (pflegebezogenen) Fallkosten auswirkt. Die Daten wurden in der Studie retrospektiv anhand von Patientendokumentationen (n=256,

insgesamt 2.294 Patiententage) erfasst. In Abhängigkeit des jeweils genutzten Systems fanden sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der durchschnittlichen Pflegezeiten und der daraus berechneten Fallkosten innerhalb einzelner Case-Mix-Groups. Sehr ähnliche Resultate liefern auch andere Forschungsarbeiten mit entsprechender Fragestellung (vgl. z. B. O'Brien-Pallas et al., 1992).

Dies bedeutet in letzter Instanz, dass die Instrumente den „wahren Pflegeaufwand“ nicht adäquat abbilden können und die Verhandlung von Pflegepersonalstellen auf Zahlen basieren, die letztlich lediglich eine Annäherung an den tatsächlichen Pflegebedarf und die benötigten Personalressourcen darstellen können. Das angesprochene Fehlen eines Goldstandards für Kostenkalkulation und Personalberechnung in der Pflege ist grundsätzlich als problematisch anzusehen. Dass die verschiedenen Verfahren nicht zu identischen Aussagen kommen, bedeutet allerdings nicht, dass alle gleichermaßen gut bzw. schlecht sind.

Mehrere Forscher(gruppen) weisen darauf hin, dass die Mehrzahl an verfügbaren Instrumenten keine „Echtzeit“ erfassen. Insofern jedoch die Messwerte verschiedener Instrumente miteinander bzw. mit der Echtzeit korrelieren, kann dies als Indiz gewertet werden, dass zumindest Unterschiede im Arbeitsaufwand erfasst werden können (Carr-Hill & Jenkins-Clarke, 1995; Gärtner, 2008).

Bei regelmäßigen Justierungen dieser Ansätze durch Echtzeiterfassungen könnte sich hieraus eine Grundlage für die Personalberechnung bzw. Kostenkalkulation entwickeln. Entscheidend ist, dass die Zahlen im Pflegemanagement auch sinnvoll interpretiert und genutzt werden, um eine adäquate Personalbesetzung und Prozesssteuerung zu realisieren. Basierend auf dem beschriebenen Erkenntnisstand werden die Budgetverhandlungen über Pflegepersonalstellen dennoch immer einen Aushandlungsprozess mit allen involvierten Stakeholdern nach sich ziehen. Daher sollten künftig verschiedene Datenquellen zur Bewertung der Arbeitsbelastung,

Glossar

Eine kurze Definition der in der Arbeit verwendeten Begriffe soll zu einer einheitlichen Nutzung und einem einheitlichen Verständnis beitragen. Die Begriffsdefinitionen wurden soweit möglich aus bestehenden, in der Fachliteratur beschriebenen Konzeptualisierungen und Operationalisierungen entnommen. Ziel war dementsprechend nicht die Neudefinition der jeweiligen Termini, sondern eine konsistente Nutzung innerhalb dieser Arbeit.

Pflegemaßnahmen sind alle pflegerischen Handlungen im Kontext der Patientenversorgung. NIC (Nursing Intervention Classification) definiert Pflegemaßnahmen wie folgt: „[...] any treatment based upon clinical judgment and knowledge, that a nurse performs to enhance patient/client outcomes“ (Bulechek et al., 2013). Die Begriffe Pflegeintervention und Pflegemaßnahme werden synonym verwendet. Pflegeinterventionen bestehen häufig aus vielen einzelnen Aktivitäten. Zur Durchführung sind demnach ggf. viele einzelne Aktivitäten der Pflegeperson erforderlich, beispielsweise beginnend mit der Händedesinfektion, der Materialvorbereitung, (...) und endend mit der Vergewisserung, dass der Patient nach der Interventionsdurchführung keine weiteren Wünsche hat. Es gibt Pflegeinterventionen, die direkt am und mit dem Patienten durchgeführt werden sowie Pflegemaßnahmen, die indirekt, jedoch im Interesse des Patienten durchgeführt werden wie etwa die Erstellung eines Pflegeplanes. Maßgeblich für den Kontext dieser Arbeit soll die Definition einer Pflegeintervention entsprechend dem Pflegeklassifikationssystem „European Nursing care Pathways“ (ENP) sein:

„Eine ENP-Pflegeintervention ist der sprachliche Ausdruck für ein Interventionskonzept. Interventionskonzepte sind abstrakte Formulierungen von Pflegehandlungen, die aus zahlreichen Teilschritten bestehen. Die ENP-Pflegeinterventionskonzepte können sich

auf direkte, indirekte oder administrative Pflegehandlungen beziehen, die zur Zielerreichung auf der Grundlage klinischer Entscheidungsprozesse und pflegerischen Fachwissens durch Pflegenden eingeleitet und durchgeführt werden“ (Wieteck et al., 2014, S. 51).

Pflegeinterventionen sind in unterschiedlichem Ausmaß quantifizierbar. So gibt es Pflegemaßnahmen, die schwer zu quantifizieren sind, z. B. aktives Zuhören oder das Anbieten emotionaler Unterstützung, andere Interventionen können hingegen einfacher qualifiziert und mit zur Durchführung benötigten Zeitwerten hinterlegt werden (Fischer, 2002).

Pflegeleistung Aus betriebswirtschaftlicher Perspektive steht das Wort „Leistung“ für den ökonomischen Erfolg bzw. die Erlöse eines Betriebes. Bei der Benutzung des Wortes Pflegeleistung kann also einerseits der Anteil der Pflege am betriebswirtschaftlichen Erfolg gemeint sein, andererseits der pflegerische Kosten- und/oder zeitliche Aufwand für die Erbringung von Pflegemaßnahmen für einen Patientenfall und/oder der pflegerische Aufwand auf einer Station/einer Versorgungseinheit (Horbach & Behrens, 2004). Dabei wird Pflegeleistung im Kontext der Diskussion der Pflegeaufwandsmessung ebenfalls im Sinne von „Tätigkeiten“ verwendet, beispielsweise innerhalb des Klassifikationssystems „Leistungserfassung in der Pflege“ (LEP) (vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., 2004). Auch Haubrock (1992) konstatiert, dass „Leistung“ das betriebliche Hauptziel beschreibt, weshalb unter anderem Pflegenden tätig werden. Da die Gesamtleistung der Pflege wie auch anderer Berufsgruppen am betrieblichen Erfolg schwer zu operationalisieren ist, liegt eine Leistung bereits dann vor, wenn alleine eine Tätigkeit im Hinblick auf ein bestimmtes Leistungsergebnis durchgeführt wurde. Der Begriff „Pflegeleistung“