

PHILOSOPHISCH-THEOLOGISCHE HOCHSCHULE VALLENDAR

Kirchlich und staatlich anerkannte Wissenschaftliche Hochschule in freier Trägerschaft

Pflegewissenschaftliche Fakultät



Albert Brühl

Katarina Planer

PiSaar

Pflegebedarf im Saarland

-Abschlussbericht-

Im Auftrag der

Saarländischen Pflegegesellschaft e.V. Saarbrücken

Projektverantwortung:

Prof. Dr. Albert Brühl



Lehrstuhl für Statistik und standardisierte Verfahren der Pflegeforschung

Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar (PTHV)

Pflegewissenschaftliche Fakultät

Pallottistrasse 3

56179 Vallendar

0261-6402-257

abruehl@pthv.de

Projektleitung:

Harald Kilian, 1. Vorsitzender der Saarländischen Pflegegesellschaft e.V.

Projektkoordination:

Anja Hagel, PTHV

Unter Mitarbeit von:

Sarah Bakri-Jung, Seniorenhilfe Kreuznacher Diakonie

Karin Best, Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V.

Alwin Blatt, Caritasverband für die Diözese Trier e.V.

Anja Hagel, Caritasverband für die Diözese Trier e.V.

Harald Kilian, Paritätischer Wohlfahrtsverband LV Rheinland-Pfalz/Saarland e.V.

Ulrike Kohler, Arbeiterwohlfahrt Zentralverwaltung

Dr. Michael Schröder, Caritasverband für die Diözese Trier e.V.

Dr. Jürgen Stenger, Saarländische Pflegegesellschaft e.V.

Jörg Teichert, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

Holger Wilhelm, Arbeiterwohlfahrt Landesverband Saarland e.V.

Dieser Bericht ist als Volltext über KiDokS (Kirchlicher Dokumenten Server der AKThB und des VkwB) verfügbar:

http://opus.bsz-bw.de/kidoks/suche_uebersicht.php?la=de

Bewertungen und Kommentierungen der PiSaar-Studie aus Sicht der Saarländischen Pflegegesellschaft e.V.

1. Hintergrund und Anlass der PiSaar-Studie

Die Saarländische Pflegegesellschaft e.V. (SPG) hat bereits im Jahr 2009 in eigener Analyse von 55 Wohnbereichen mit 1.853 Plätzen nachvollziehbar ermittelt, dass 16 % mehr Pflege- und Betreuungspersonal erforderlich sind, um die Anforderungen, die aktuell an die Einrichtungen gestellt werden, zu erfüllen. In einer weiteren Analyse wurde zudem festgestellt, dass von der zur Verfügung stehenden Zeit der Pflegekräfte lediglich 67 % für bewohnernahe Tätigkeiten verbleiben.

Auf dieser Grundlage ist es gelungen, in gemeinsamer Überzeugung mit den Vertragspartnern einen ersten Schritt zur Verbesserung der personellen Situation zu vereinbaren, indem die Personalmindestwerte um 5 % verbessert wurden.

Die Vertragspartner sind sich grundsätzlich auch einig darüber, dass die personelle Situation in den Einrichtungen dringend weiterer Verbesserungen bedarf. Insbesondere stellt sich über den aktuellen Bedarf hinaus die Frage nach dem zukünftigen Bedarf angesichts der demographischen Entwicklung. Die notwendigen Grundlagen, um diesem Bedarf gerecht zu werden, müssen bereits heute z.B. in Form verstärkter Ausbildung gelegt werden. Es stellt sich jedoch die Frage, welche Faktoren maßgeblich für den heutigen und zukünftigen Personalbedarf der Einrichtungen sind.

Auch nach mehr als 15 Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung gibt es keine befriedigende Antwort darauf. Die Pflegeversicherung kennt bislang nur die Pflegestufen, an die mangels Alternativen die Personalanhaltswerte in allen Bundesländern gekoppelt sind. Welche Bedeutung die Pflegestufen jedoch für die tatsächlich benötigte Pflege- und Betreuungszeit haben und inwieweit sie damit überhaupt zur Personalbemessung herangezogen werden sollten, ist daher für die SPG eine zentrale Frage. Dass die Pflegestufen den tatsächlichen Bedarf nicht abbilden, ist nicht neu; aber welche Rolle sie empirisch haben, ist bislang nicht deutlich.

Die SPG hat daher die PiSaar-Studie in Auftrag gegeben und mit Hilfe und Unterstützung ihrer Mitgliedseinrichtungen eine umfassende empirische Untersuchung durchgeführt, deren Ergebnisse nun vorliegen.

2. Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Ein für die weiteren Verhandlungen der SPG zentrales Ergebnis ist der empirische Nachweis, dass die Pflegestufen nur 29 % des Gesamtzeitaufwandes für die Pflege erklären und somit in ihrer heutigen Form nur in einem geringen Umfang zur Personalbemessung geeignet sind. Da diejenigen Faktoren, die 71 % des Gesamtzeitaufwandes erklären, bei der Personalbemessung gänzlich unberücksichtigt bleiben, ergeben sich in den Einrichtungen, trotz landesweit einheitlicher Personalanhaltszahlen, sehr unterschiedliche personelle Ausstattungen, unabhängig vom tatsächlich gegebenen Pflegebedarf.

Die Tatsache, dass die Einrichtungen offensichtlich im Rahmen eines „Einstufungsmanagements“ versuchen, das System der Pflegeeinstufung im Sinne ihrer Bewohner so zu nutzen, dass eine bestmögliche Personalisierung erreicht wird, stellt eine pragmatische Reaktion auf die falschen Strukturen dar. Ein aktives „Einstufungsmanagement“ darf jedoch nicht die Lösung des Problems sein, da es einerseits eine einseitige Orientierung an den bei der Einstufung in erster Linie berücksichtigten körperlichen Bedarfen bedeutet, mit der Gefahr, die psychosozialen Aspekte der Bewohner aus dem Blick zu verlieren und andererseits eine Verschiebung der Verantwortlichkeiten für eine sachgerechte Einstufung vom MDK/den Pflegekassen auf die Einrichtungen zur Folge hätte. Einer derartigen Entwicklung muss endlich gegengesteuert werden.

Die PiSaar-Studie zeigt, dass es bessere Erklärungsansätze für den Gesamtzeitaufwand und damit auch für eine zukünftige Personalbemessung gibt; sie verdeutlicht jedoch zugleich die Komplexität der Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen einer Vielzahl unterschiedlicher Bewohner und organisationsbezogener Faktoren, die für eine Personalbemessung in der Praxis erst dann genutzt werden kann, wenn es durch weitere empirische Forschung gelingt, die Komplexität auf eine überschaubare Zahl von Faktoren mit hohem Erklärungsanteil des Gesamtzeitaufwandes zu reduzieren.

3. Perspektiven

Für die anstehenden Verhandlungen zwischen der SPG und den Kostenträgern über eine Weiterentwicklung der rahmenvertraglich vereinbarten Mindestpersonalanhaltszahlen sieht die SPG die Notwendigkeit einer Abkehr von der bisher praktizierten ausschließlichen Orientierung der Mindestpersonalanhaltszahlen an den Pflegestufen des SGB XI. Neben der Verbesserung der Personalausstattung muss daher auch die Frage einer notwendigen personellen Grundausstattung, die unabhängig von den Pflegestufen zu bemessen ist, in den Verhandlungen thematisiert werden. Zudem muss – solange das bisherige Einstufungssystem mit den Pflegestufen angewendet wird – die Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte der Bewohner bei der personellen Ausstattung und folgend auch im Pflegealltag Gegenstand der Verhandlungen sein.

Diese Frage bleibt aus Sicht der SPG auch dann noch relevant, wenn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das Neue Begutachtungssystem (NBA) in absehbarer Zeit eingeführt werden sollten. Zwar wird damit eine deutliche Verbesserung der Erfassung der Bedarfe der Bewohner gegenüber dem bisherigen System verbunden sein. Allerdings gibt es auch hier noch erhebliche Messprobleme, die befürchten lassen, dass gleiche Bedarfsgrade im Pflegealltag nicht den gleichen Zeitaufwand für das Personal bedeuten, sodass sich allein auf dieser Grundlage kein valides Personalbemessungsverfahren entwickeln lässt.

Auch die PiSaar-Studie liefert noch keine Empfehlung für ein valides Personalbemessungssystem, sie zeigt nur auf, wie das bestehende System funktioniert und was bei der Entwicklung eines Personalbemessungssystems zu berücksichtigen ist. Vor allem macht sie deutlich, dass es zur Entwicklung eines validen Personalbemessungsverfahrens weiterer empirischer Forschung bedarf. Die SPG wird diese Forschung im Rahmen ihrer Möglichkeiten weiter unterstützen.

Unabhängig von der Frage der Personalbemessung liefert die Studie der SPG Informationen zu Häufigkeiten von Diagnosen, Risiken und besonderen Pflegebedarfen. Bei einer erneuten Erhebung ergibt sich so die Möglichkeit, die Veränderungen im Zeitablauf festzustellen und weiteren Handlungsbedarf zu identifizieren.

Saarbrücken, den 10. Juli 2013

Der Vorstand der Saarländischen Pflegegesellschaft e.V.

VORWORT

Pflegebedürftigkeit wird aktuell durch Pflegestufen unterschieden. Mit der Studie PiSaar hat sich die Saarländische Pflegegesellschaft auf den Weg gemacht, erstmals empirisch zu überprüfen, ob die aktuell verwendeten Pflegestufen in der Lage sind, die entstandene Gesamtleistungszeit gut zu erklären. (Gesamt)Leistungszeit wird in PiSaar als die Zeit verstanden, die Pflegenden und Betreuungskräfte für die Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen aufbringen. Diese Gesamtleistungszeit wird in Pflegeleistungszeit und Betreuungsleistungszeit differenziert.

Neben der Bereitschaft zur Finanzierung der vorliegenden Studie durch die SPG war die Durchführung nur möglich, weil hunderte in der Pflegepraxis arbeitende Menschen und zahlreiche Lehrende in Altenpflegeschulen bereit waren, Arbeitszeit und Engagement in die Untersuchungen zu investieren.

All diesen Praktikern gilt unser herzlicher Dank. Hauptergebnis der Studie ist, dass sich die erbrachte Gesamtleistungszeit bei einem Bewohner alleine durch seine Pflegestufe nicht in jeder Einrichtung gut erklären lässt. Eine gute Erklärung von Gesamtleistungszeit ist aktuell mit Merkmalen der Organisation und mit Interaktionen zwischen Bewohner- und Organisationsmerkmalen besser möglich, als wenn ausschließlich Bewohnervariablen berücksichtigt werden. Das bedeutet: Da die Pflegestufen den tatsächlichen Aufwand in den Einrichtungen sehr unterschiedlich gut erklären und Personalanzahlzahlen an Pflegestufen festgemacht werden, sind die Einrichtungen sehr unterschiedlich mit Personal ausgestattet. Die Unterschiede in der personellen Ausstattung sind zwischen den verschiedenen Organisationen so groß, dass sie sich auf die pro Bewohner mögliche Gesamtleistungszeit und die Beziehung zwischen Bewohnermerkmalen und der erbrachten Pflege und Betreuung in den Einrichtungen auswirken. Es ist fast sicher, dass die empirisch nicht validen Pflegestufen dazu führen, dass Pflege- und Betreuungszeit nach Bewohnermerkmalen über verschiedene Einrichtungen hinweg nicht gerecht verteilt werden kann.

Die Ergebnisse der Studie PiSaar stellen für uns Forscher eine Verpflichtung dar, weiter an der Entwicklung einer Systematik zu arbeiten, mit deren Hilfe Ressourcen besser verteilt werden können. Damit dies gelingen kann, ist es zukünftig notwendig, begründen zu können, dass die aktuell getrennten und normativ festgelegten Systeme

der Bemessung von Pflegebedürftigkeit, von Pflegequalität und von Personal, empirisch weiter entwickelt und aufeinander bezogen werden müssen (vgl. Abb. 32, S. 79)

Der vorliegende Bericht ist eine erste Grundlage, um den Zusammenhang zwischen Pflegequalität, der Messung von Pflegebedürftigkeit und der Bemessung von Personal im Sinne einer Verbesserung der Rahmenbedingungen von Pflege empirisch zu analysieren und so weiterzuentwickeln, dass der aufwändige Einsatz der entsprechenden Messverfahren auch einen Nutzen für die Pflegepraxis generiert. Es ist uns ein Anliegen, zu zeigen, dass dabei eine empirisch gehaltvolle Weiterentwicklung von Instrumenten und die Entwicklung von Praxisnutzen Hand in Hand gehen.

Prof. Dr. Albert Brühl, Vallendar im Mai 2013

INHALT

1. Ausgangslage.....	11
2. Grenzen von Personalbemessungsverfahren	12
3. Herausforderungen	19
4. Projektdesign (Anja Hagel).....	19
Zielsetzung	19
Projektmanagement.....	20
Rahmenbedingungen der Datenerhebung	22
Die ethische Dimension.....	22
Datenschutzkonzept.....	23
Konzeption der Datenerhebung	24
Schulung der Datenerheber	25
Handbuch zur Datenerhebung (Anlage 2).....	25
Die Datenerhebung	25
Stichprobe	26
Die Variablen im Überblick.....	30
Theoretische Grundlagen zur Entscheidungsfindung in der Pflege	30
Organisationsvariablen - die Variablenauswahl	35
Organisationsvariablen auf Einrichtungsebene (Grunddaten)	36
Organisationsvariablen auf Wohnbereichsebene – Basisdatensatz	36
Organisationsvariablen auf Wohnbereichsebene - „Nur bei Zeiterhebung“	38
Personenbezogene Merkmale der Pflegenden	38
Bewohnervariablen – die Variablenauswahl	38
Die Zeit als abhängige Variable	40
Zeiterfassung individuell.....	40
Zeiterfassung Gruppenbetreuung	41
Plausibilitätskontrolle.....	42
5. Methode	42
Die Beziehung zwischen Theorie- und Instrumentenentwicklung	42
Empirische Fundierung der Instrumentenentwicklung.....	47
Nonparametrische Regression mit Methoden des maschinellen Lernens	47
Mehr-Ebenen-Analyse zur Integration der Organisations-Variablen	51

6. Ergebnisse	52
Warum nicht Pflegestufen oder das Neue Begutachtungsassessment zur Personalbedarfsmessung nutzen?	52
Das Neue Begutachtungsassessment (NBA) und seine Probleme	53
Erklärung der Gesamtleistungszeit durch die Pflegestufen	54
Erklärung der Gesamtleistungszeit durch empirische Pflegegruppen	56
Erklärung der Gesamtleistungszeit durch empirische Bewohner- und Organisationsprofile	59
Erklärung der Pflegeleistungszeit durch empirische Bewohnerprofile: Das PiSaar-Bewohner-Modell (PBM)	67
7. Interpretation der Ergebnisse	77
Nutzen für die Pflegepraxis	80
Nutzen für die Pflegewissenschaft	81
8. Zusammenfassung	82
9. Ausblick	83
10. Literatur	86
11. Anlagen	89

Anmerkung: Nachfolgend wird überwiegend die grammatikalisch männliche Form gewählt, wobei hiermit sowohl weibliche als auch männliche Bewohner und Mitarbeitende gemeint sind.

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abb. 1: Grafische Darstellung des Bedeutungskontextes von PiSaar	16
Abb. 2: Projektmanagement-Struktur	20
Abb. 3: Projektablauf	21
Tab. 1: Konzept zur Einhaltung des Datenschutzes	23
Abb. 4: Verteilung der Einrichtungen nach Trägerart	26
Abb. 5: Verteilung der Einrichtungen nach Landkreisen	27
Abb. 6: prozentuale Verteilung der Einrichtungen nach Stadt/Land	27
Abb. 7: Verteilung der Bewohner nach Pflegestufen	28
Abb. 8: Prozentuale Verteilung der Bewohner nach Geschlecht	28
Abb. 9: Anzahl der Wohnbereiche mit und ohne Zeiterhebung	29
Abb. 10: "Interactive relationships between variables affecting effective clinical decision-making"	31
Abb. 11: Modell der pflegerischen Entscheidungsfindung in Pflegediagnostik, Pflegeplanung, Pflegehandlung und Pflegeintervention	34
Abb. 12: Determinanten der Verteilung von Pflegezeit	36
Abb. 13: Screenshot des Erfassungsinstruments für die Organisations-Grunddaten	37
Abb. 14: Screenshot des Erfassungsinstruments für die Organisationsdaten auf Wohnbereichsebene	37
Abb. 15: Screenshot des Erfassungsinstruments für die personalbezogenen Organisationsdaten des Wohnbereichs mit Zeiterhebung	38
Abb. 16: Screenshot des Erfassungsinstruments für die Bewohnerdaten	39
Abb. 17: Screenshot des Erfassungsinstruments für die geleistete Pflege- und Betreuungszeit	40
Abb. 18: Screenshot des Erfassungsinstruments für die Zeiterfassung in Gruppen	41
Abb. 19: Prozess der Instrumentenentwicklung	43
Abb. 20: Streuung der Gesamtleistungszeiten in den drei Pflegestufen	54
Abb. 21: Häufigkeiten der Gesamtleistungszeiten innerhalb der Pflegestufen	55
Abb. 22: ctree: 16 Pflegegruppen mit 14 Wohnervariablen	57
Abb. 23: Häufigkeiten der Gesamtleistungszeiten innerhalb der Pflegegruppen	58
Abb. 24: Rahmenmodell zur Entwicklung von empirischen Fallprofilen	61
Tab. 2: Konstante und Wohnervariablen des ermittelten Modells für zwei Tage	62
Tab. 3: Modellauszug für ein Einzelfallbeispiel zur Berechnung der Pflege- und Betreuungszeit	63
Tab. 4: Themenbezogene Zuordnung der Bewohner-Terme im Modell	65
Tab. 5: Themenbezogene Zuordnung der Organisations-Terme im Modell	66
Tab. 6: PiSaar-Bewohner-Modell (PBM)	69

<i>Abb. 25: Summen der zeiterhöhenden und zeitsenkenden Abweichungen des PBM pro Bewohner</i>	<u>70</u>
<i>Abb. 26: Summe der Abweichungen von den durch die Pflegestufen vorhergesagten Werten</i>	<u>71</u>
<i>Abb. 27: Varianzaufklärung der Pflegeleistungszeit an zwei Tagen durch die Pflegestufen</i>	<u>72</u>
<i>Abb. 28a: Nicht funktionierende Pflegestufen in Einrichtung 87</i>	<u>73</u>
<i>Abb. 28b: Nicht funktionierende Pflegestufen in Einrichtung 87</i>	<u>74</u>
<i>Abb. 29a: Funktionierende Pflegestufen in Einrichtung 63</i>	<u>75</u>
<i>Abb. 29b: Funktionierende Pflegestufen in Einrichtung 63</i>	<u>75</u>
<i>Abb. 30: Pflegestufen der 376 Bewohner, die nicht selbständig zur Toilette gehen, nicht selbständig essen und sich nicht selbständig hinsetzen können</i>	<u>76</u>
<i>Abb. 31: Pflegestufen der 373 Fälle, die nicht selbständig zur Toilette gehen, nicht selbständig essen können und ungewollten Stuhlverlust erleiden</i>	<u>77</u>

1. AUSGANGSLAGE

Ausgangspunkt dieses Projekts stellt die Tatsache dar, dass es trotz § 75 (3) SGB XI nach wie vor nicht möglich ist, auf valide nationale oder internationale Verfahren der Personalbemessung für die stationäre Langzeitpflege zurückzugreifen.

Es gibt Grund zu der Annahme, dass sich die personelle Ausstattung im Verhältnis zu den pflegerischen Anforderungen in den stationären Pflegeeinrichtungen seit Einführung der Pflegeversicherung verschlechtert hat. Objektive Argumentationen sind aufgrund der schwierigen Messbarkeit und Komplexität dieses Sachverhalts problematisch. Es handelt sich bei der Ressourcenverteilung in der Pflege eher um ein politisch dominiertes Handlungsfeld denn um einen empirisch gut untersuchten Gegenstandsbereich.

Mit Inkrafttreten des neuen Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI zum 01.01.2011 konnte die Saarländischen Pflegegesellschaft eine Verbesserung der Mindest-Personalanhaltzahlen um 5% vereinbaren. Zukünftige Rahmenvertragsverhandlungen sollen auf einer besseren Datenbasis aufbauen können. Aufgrund des tagesformabhängigen Pflegebedarfs der Bewohner stellen der derzeitige begrenzte Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie die Unterschiede der Einstufungspraxis nach § 14 SGB XI ein Problem für die Einrichtungen dar. Tagtäglich erleben Pflegedienst- und Wohnbereichsleitungen, wie wenig die vereinbarten Rahmenbedingungen in der Pflege auf der Basis systematisierter Alltagserfahrungen entstanden sein können. Pflegestufen können zum einen den Pflegebedarf und damit den Personalbedarf nicht gut erklären (Leistungen der Behandlungspflege, Betreuungsleistungen für Menschen mit Demenz) und stellen aufgrund ihrer Ungenauigkeit und der großen Schwankungen des Merkmals „Pflegebedürftigkeit“ kein geeignetes System zum Management der personellen Ressourcen dar.

Die Entwicklung eines empirischen Personalbemessungsinstrumentes für die Langzeitpflege ist insofern eine besondere Herausforderung, weil eine Beobachtung der aktuellen Praxis mit dem Ziel der Datenerhebung (*Leistungszeiten*) immer Informationen liefert, die die Verteilung der Zeitressourcen innerhalb der bestehenden Rahmenbedingungen zur Grundlage hat.

Vor dem Hintergrund der Diskussion um einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (NBA)

wird darüber hinaus offensichtlich, dass ein Personalbemessungsinstrument nicht unabhängig von der Pflegebedürftigkeit ermittelt werden kann.

Der Relevanz von *Zeit* für Pflegeleistungen als Maßstab liegt sowohl in der Interaktionsnotwendigkeit bei Pflegebedürftigkeit (die Zeit erfordert) als auch in der Verteilung der Arbeitszeit der Pflegenden als Managementaufgabe begründet. Neben der Frage „Was geschieht in dieser Zeit?“ ist für ein empirisches Klassifikationssystem von Interesse, wodurch sich der realisierte Zeiteinsatz der Pflegenden für einzelne Bewohner erklären lässt. Um Antworten zu erhalten, wurde ein Projektdesign gewählt, das Zeit als abhängige Variable und Bewohner-/Organisationsmerkmale als unabhängige Variable nutzt. Damit versuchen wir herauszufinden, welche Aspekte in welcher Systematik Einfluss auf die Verteilung der zeitlichen Ressourcen nehmen.

2. GRENZEN VON PERSONALBEMESSUNGSVERFAHREN

Die Überlegungen, die Berechnungsgrundlagen für den Personalbedarf von der Pflegebedürftigkeit, bzw. dem Pflegebedarf des Einzelnen abhängig zu machen existieren nachvollziehbar erst seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes.

Nach wie vor mangelt es trotz der Absicht des Gesetzgebers an entsprechenden Regelungen und Verfahren.

Das Pflegeversicherungsgesetz regelt in § 75 SGB XI dass

„(1) Die Landesverbände der Pflegekassen [...] unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. im Land mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Land gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit dem Ziel [schließen], eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. [...]

(2) Die Verträge regeln insbesondere:

1. den Inhalt der Pflegeleistungen sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen, [...]

3. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle und sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen.“ [...]

(3) Als Teil der Verträge nach Absatz 2 Nr. 3 sind entweder 1. landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder 2. landesweite Personalrichtwerte zu vereinbaren. Dabei ist jeweils der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf Pflegebedürftiger mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems zu beachten. Bei der Vereinbarung der Verfahren nach Satz 1 Nr. 1 sind auch in Deutschland erprobte und bewährte internationale Erfahrungen zu berücksichtigen [...].“

Insbesondere in den Jahren seit 2007 sind zahlreiche Bundesländer dazu übergegangen, wiederum Personalrichtwerte bezogen auf die Pflegestufen nach § 14 SGB XI festzulegen (vgl. Tabelle in Anhang 1). Trotz der zahlreichen politisch dominierten Forschungsprojekte zu Personalbemessungsverfahren, die innerhalb der vergangenen 15 Jahre seit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes 1996 für die stationäre Langzeitpflege durchgeführt wurden¹, gelang es nicht, einen bundesweiten Konsens für ein Verfahren zu erzielen, bzw. ein neues Verfahren zu entwickeln. Mittlerweile wurde in etlichen Bundesländer wiederum auf (die teilweise vor der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes gültigen) Personalrichtwerte zurückgegriffen und diese als Bewohner-Personal-Verhältniszahlen, bzw. -Korridore in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI für die vollstationäre Pflege verankert. Damit ist der derzeitige, insbesondere für betroffene Pflegebedürftige als auch Pflegepraktiker und Pflegemanager unbefriedigende Zustand erst einmal festgeschrieben. Im Vergleich zu den Personalrichtwerten, die vor der Einführung der Pflegeversicherung galten, lassen sich nur geringe Verbesserungen feststellen, die die mittlerweile erfolgten Verschlechterungen der strukturellen Bedingungen aber nicht kompensieren können. In Bezug auf das zu versorgende Bewohnerklientel lässt sich eine Abnahme der Verweildauer der Pflegebedürftigen in den Einrichtungen feststellen (damit stieg meist auch der Aufwand für die Pflege Sterbender), das Durchschnittsalter und die Multimorbidität stiegen an und die Leistungen für die behandlungspflegerischen Maßnahmen nahmen aufgrund des medizinisch-

¹ Das KDA lud 1997 zum GeroCare-Workshop „Pflegezeitbedarf und Pflegeleistungen in der häuslichen und der vollstationären Altenpflege“ nach Berlin ein (GeroCare/KDA, 1997). Das BMFSFJ förderte 1997

technischen Fortschritts und der Abnahme der Dauer von Krankenhausbehandlungen zu. Auf der Seite des Personals berücksichtigen die Personalrichtwerte ebenfalls nicht die Reduktion der wöchentlichen Arbeitszeit und den Anstieg der Ausfallzeiten, insbesondere des Krankheitsausfalls.

Empirisch gehaltvolle Forschungsprojekte tragen dazu bei, zahlreiche Schwierigkeiten und Probleme bei der Bewertung, bzw. Entwicklung von Personalbedarfsbemessungs-Instrumenten zu konkretisieren und zu belegen. Empirisch gehaltvoll sind Forschungsprojekte dann, wenn Erklärungsansätze (Hypothesen) an Erfahrung (empirischen Daten und Ergebnissen) scheitern dürfen.

Bereits im Gesetzestext wird der Zusammenhang zwischen Pflegebedürftigkeit, Pflegeleistungen und Pflegepersonalbedarf offensichtlich. Konsequenterweise gibt es also einen Zusammenhang zwischen Pflegepersonalbedarf in Qualität und Quantität und der Pflegebedürftigkeit der zu versorgenden Menschen. Ein Verfahren, das den Pflegepersonalbedarf ermittelt muss daher u. a. auf einem Verfahren beruhen, das die Pflegebedürftigkeit der zu Pflegenden berücksichtigt. Dies erklärt die enge Verbindung von Assessments zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit und Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs (wie z. B. PLAISIR²). So liegt es ebenfalls nahe, das Neue Begutachtungsassessment für Pflegebedürftigkeit (NBA) (Wingenfeld et al. 2008) einem Instrument zur Personalbedarfsbemessung zu Grunde zu legen (Wingenfeld et al. 2010). Es ist davon auszugehen, dass das NBA trotz einer theoretisch umfassenderen und detaillierteren Definition von Pflegebedürftigkeit nicht geeignet ist, Pflegebedürftigkeit empirisch besser zu differenzieren als die aktuellen Pflegestufen nach § 14 SGB XI (vgl. Brühl 2012). Von einem Personalbemessungsinstrument, das auf einem invaliden Messinstrument für Pflegebedürftigkeit basiert kann aber keine valide Bemessung des Personalbedarfs erhofft werden.

Konkretisiert wird der Ansatz des PiSaar-Projekts in Abb. 1. Unter den gegebenen Bedingungen der Finanzierungsregelungen stellen Pflegeeinrichtungen den Bewohnern ihrer Einrichtung Gesamtleistungszeit für Pflege und Betreuung zur Verfügung. Aufgrund der Vereinbarung von Personal-Anhaltszahlen in der Rahmenvereinbarung von § 75 SGB XI wird ein Zusammenhang zwischen den

² „Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis en milieu des soins prolongés“ von der kanadischen Firma EROS (Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé) entwickelt unter der Leitung des Informatik-Professors Charles Tilquin

pflegestufenabhängigen Erlösen und der Gesamtleistungszeit³ hergestellt. In erster Linie bleibt aber die Personalausstattung des Pflege- und Betreuungsbereichs einer Einrichtung von den vereinbarten durchschnittlichen Bruttopersonalkosten pro Stelle abhängig: die Einrichtung kann entsprechend ihrer eigenen Personalvergütungsstruktur nur soviel Pflege- und Betreuungspersonal und damit Leistungszeit zur Verfügung stellen, wie sie Stellen durch die Erlöse finanzieren kann. Je nach tatsächlicher Höhe der durchschnittlichen Bruttopersonalkosten kann sich die personelle Ausstattung der Einrichtungen unterscheiden.

Undefiniert und damit abhängig vom Managementkonzept bleiben die Zeiten, die für den Betrieb der Institution und die Organisation der Gesamtleistungszeit erforderlich sind. Mit PiSaar wird daher auch untersucht, welchen Einfluss die Organisation auf die Gesamtleistungszeit nimmt, die den Bewohner erreicht.

Die Gesamtleistungszeit, die für Pflege und Betreuungsleistungen zur Verfügung steht, ist abhängig von der Anzahl der besetzten Stellen, die damit verbundenen Ausfallzeiten (Krankheit, Urlaub, Fort- und Weiterbildung) sowie Zeitaufwand für den Betrieb der Organisation (Gremien, Übergaben, Administration, Einarbeitung neuer Mitarbeiter), die abzuziehen sind. Die verfügbare Gesamtleistungszeit ist maßgeblich von spezifischen Merkmalen der Organisation abhängig.

Auf der linken Seite der Grafik in Abb. 1 wird der Zusammenhang zwischen Bewohnermerkmalen, einzelnen Pflege- und Betreuungsleistungen und der Gesamtleistungszeit verdeutlicht. Zwar basieren die Pflegestufen auf einem in Minuten ausgedrückten Pflegebedarf, jedoch verweisen die Begutachtungsrichtlinien explizit darauf, dass sich aus diesen Zeitwerten kein Personalbedarf errechnen lässt (MDS, 2009, S. 21)

³ Gesamtleistungszeit ist die Summe aus der Leistungszeit für pflegerischen Leistungen (Pflegeleistungszeit) und des Zeitaufwandes für sozialpflegerische Leistungen, sog. Betreuungsleistungszeit

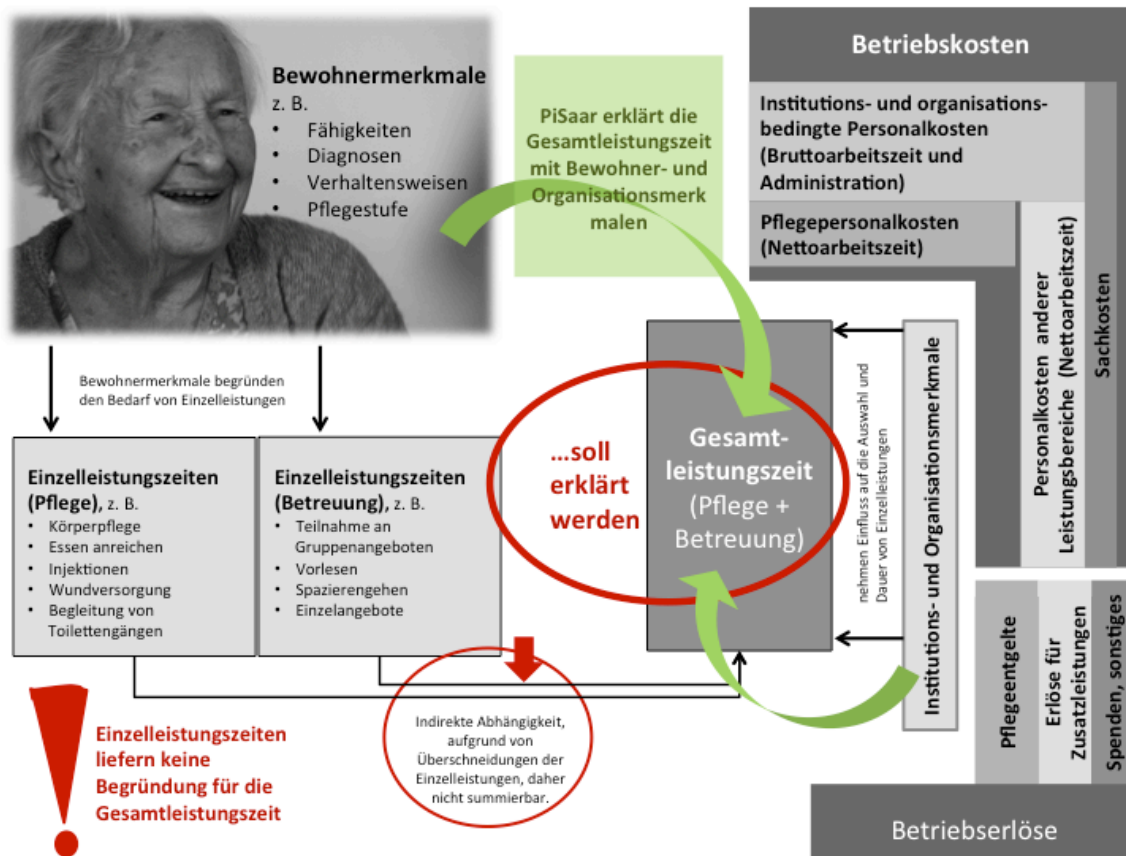


Abb. 1: Grafische Darstellung des Bedeutungskontextes von PiSaar

Zahlreiche Personalbemessungsinstrumente (PLAISIR, LEP) basieren auf dem Versuch, den Personalbedarf anhand der Summierung von Mittelwerten der gemessenen Zeiten für die Erbringung einzelner Leistungen zu berechnen. Dieses Verfahren wirft aus unterschiedlichen Gründen Schwierigkeiten auf:

1. Summenwerte bilden nicht den spezifischen Zeitbedarf ab:

Werden im Rahmen der Pflege mehrere Einzelleistungen bei einem Bewohner erbracht überschneidet sich der Zeitaufwand der einzelnen Leistungen. Z. B. ist die Summe des Zeitaufwandes für einen Verbandswechsel und der Anlage eines Kompressionsverbands höher als der tatsächliche Zeitbedarf, wenn beide Leistungen miteinander kombiniert werden. Einzelne Tätigkeiten, wie die Information des Bewohners, die Lagerung des Beins, das Aus-, bzw. das Ankleiden werden trotz zweier Leistungen nur einmal notwendig und reduzieren den Zeitbedarf bei dieser Leistungskombination.

2. Mittelwerte von Einzelleistungszeiten sind nicht aussagekräftig

Die Verteilung der gemessenen Zeiten entspricht meist nicht einer Normalverteilung⁴. Bei normalverteilten Zeiten würden sich die Abweichungen vom Mittelwert sowohl nach oben, bzw. nach unten ausgleichen und die Summe der Abweichungen null ergeben. Da dies meist nicht der Fall ist, ist die Aussagekraft des Mittelwertes für die Erbringung von Einzelleistungen sehr ungenau.

3. Empirische Leistungszeiten sind ein Spiegelbild der jeweiligen personellen Ausstattung

Werden Leistungszeiten im praktischen Pflegealltag ermittelt, sind diese immer auch von Umweltfaktoren abhängig, wie z. B. dem Verhältnis zwischen personeller Ausstattung und Anforderungen. Es ist davon auszugehen, dass Pflegende Details der Leistungserbringung den Anforderungen ihrer Organisationseinheit anpassen und unter Berücksichtigung der personellen Ausstattung variieren. Das heißt, der Umfang von Einzelleistungszeiten ist abhängig von der verfügbaren Gesamtleistungszeit. Die verfügbare Gesamtleistungszeit variiert je nach Einrichtung, so dass in verschiedenen Einrichtungen unterschiedlich viel Gesamtleistungszeit zur Verfügung steht.

4. Dokumentation und Abbildung versus Erklärung und Begründung

Summierte Einzelleistungszeiten können die spezifischen Aspekte der Leistungskombination in der konkreten Pflegesituation des einzelnen Bewohners nicht erklären, weil Summenwerte für Einzelleistungszeiten empirisch nicht stabilisiert werden können. Ein Zeitwert, der einer einzelnen Leistung zugeordnet wird weist damit immer einen Fehler auf. Basieren Personalberechnungssysteme aber auf einem solchen Verfahren, ermitteln sie einen meist hohen Personalbedarf (z. B. PLAISIR). Obwohl dieser auf Summenwerten beruhende Personalbedarf den tatsächlichen Bedarf nicht abbildet und meist auch nur anteilig zur Verfügung gestellt wird (vgl. Brühl, 2013) werden solche Systeme eingesetzt, um

⁴ Von normalverteilten Messergebnissen wird gesprochen, wenn der Mittelwert (arithmetisches Mittel) gleich dem Median (mittlerer Wert einer Messreihe) ist und damit symmetrisch um den Mittelwert streut. Die Summe aller Abweichungen der Messwerte vom Mittelwert beträgt bei einer Normalverteilung der Messergebnisse im idealen Fall null.

Vergütungssysteme zu verhandeln. Einzelleistungsbasierte Vergütungssysteme sind unter diesen Umständen eine normative Festlegung, die mit der empirischen Realität nur grob in Beziehung steht. Ein Erklärungsansatz für die Varianz der Gesamtleistungszeit sind Einzelleistungszeiten nicht.

Wenn der empirische Erklärungsgehalt solcher Systeme nicht geprüft wird, wird jede Möglichkeit einer Weiterentwicklung von Erklärungsansätzen verhindert. Das Festlegen von Einzelleistungszeiten verhindert in der Pflege also die Erklärung von Personalbedarf.

Damit führt das Fehlen eines Erklärungsansatzes für die Gesamtleistungsvarianz diese Herangehensweise an eine Personalbedarfsberechnung im Ergebnis ad absurdum.

Eine Lücke dieser Verfahren stellt die fehlende Erklärung für die Zeitvarianz der Einzelleistungszeiten und der Leistungszeiten bei Leistungskombinationen dar. Auf einer Summierung von Leistungen basierende Personalberechnung *bildet* das postulierte Einzelleistungsgeschehen durch dessen Dokumentation *ab*, es *erklärt* oder *begründet* seine empirische Varianz aber nicht.

Warum für die Pflege eines Bewohners ein bestimmter Zeitbedarf besteht, kann nicht mit der Summe von Mittelwerten einzelner Leistungszeiten begründet werden. Um einen Erklärungsansatz für Leistungszeitvarianz und damit Varianz im Personalbedarf zu entwickeln muss als erstes empirisch untersucht werden, worauf sich die Unterschiede der Leistungszeiten zurück führen lassen.

Da Pflegende ihre Leistungserbringung von der spezifischen Pflegesituation des Bewohners abhängig machen, ist es naheliegend, zu untersuchen, welche Bewohnermerkmale *erklären*, dass für die Erbringung von Pflegeleistungen unterschiedlich viel Zeit benötigt wird. Da Pflegeleistungen als Interaktion zwischen Pflegenden und Bewohner erbracht werden, wird in PiSaar ebenfalls untersucht, ob und welche Merkmale der Pflegeperson Leistungszeiten zusätzlich erklären können.

Da sich Einzelleistungszeiten schlechter mit Bewohner-, Mitarbeiter- oder Organisationsmerkmalen erklären lassen, als die Gesamtleistungszeit (Brühl, 2013) wird in PiSaar ausschließlich die Gesamtleistungszeit, getrennt in Pflegeleistungszeit und Betreuungsleistungszeit, durch entsprechende Variablen erklärt.

3. HERAUSFORDERUNGEN

Die zentralen Herausforderungen des Projekts bestanden in den folgenden Punkten:

- Erhebung der Gesamtpflege- und -betreuungszeit über 48 Stunden bei mehr als 2000 Bewohnern in mehr als 60 Einrichtungen, um eine genügend große Datenbasis zu schaffen, auf der über 400 Variablen aus den Bereichen Organisation, Bewohner-Zustand und Leistungen zueinander in Beziehung gesetzt werden können.
- Identifikation angemessener statistischer Methoden, die die Haupteffekte der Variablen entdecken, die den Pflegezeitaufwand erklären. Darüber hinaus müssen die Methoden Interaktionen zwischen den erklärenden Variablen und nicht lineare Beziehungen zwischen erklärenden Variablen und der abhängigen Variablen (Zeit) erkennen können.

4. PROJEKTDESIGN (ANJA HAGEL)

ZIELSETZUNG

Über die Vereinbarung mit den Kostenträgern zu einer angemessenen Personalausstattung und deren Finanzierung auf Landesebene hinaus ist es für die Verantwortlichen des Pflegemanagements innerbetrieblich entscheidend, die vorhandenen Personalressourcen entsprechend der Pflegebedarfe angemessen zu verteilen. Eine entsprechende Klassifikation der Bewohnerinnen aufgrund ihrer Personenmerkmale ermöglicht es, ein einrichtungsinternes Verteilungsmodell zu entwickeln. In Anbetracht konzeptioneller, gesetzlicher und gesellschaftlicher Anforderungen und Begrenzungen (Fachkräftemangel) kommt der Struktur einer internen Verteilungssystematik eine wachsende Bedeutung zu.

Im Frühjahr 2012 wurde erstmalig eine Erfassung von bewohnerbezogenen Merkmalen und des bewohnerbezogenen Leistungsaufwands (Pflege- und Betreuungszeit, über 48 Stunden) von Pflegeheimen im Saarland durchgeführt. Folgende Fragestellungen sollten beantwortet werden:

1. Welche bewohnerbezogenen Merkmale erklären die einrichtungsspezifische Verteilung der Leistungszeit (Personaleinsatz), die für den einzelnen Bewohner erbracht wird?
2. Lassen sich über alle Einrichtungen hinweg Muster bewohnerbezogener Merkmale identifizieren, auf die die Verteilung der Leistungszeit (Personaleinsatz) zurück zu führen ist?
3. Wie ist die Häufigkeitsverteilung von Bewohnermerkmalen/Risikomerkmalen in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe im Saarland je Einrichtung, Träger, Landkreis?
4. Welche Organisationsmerkmale der Einrichtungen der stationären Altenhilfe im Saarland nehmen Einfluss auf die bewohnerbezogene Verteilung der Leistungszeit?

PROJEKTMANAGEMENT

Die Projektleitung oblag der Saarländischen Pflegegesellschaft als Auftraggeber. In der Organisationsstruktur des Projektes diente der Steuerkreis als zentrale Aufsicht und einzig weisungsbefugtes Gremium gegenüber der Projektleitung und dem Kooperationspartner mit Berichtspflicht gegenüber dem Vorstand der Saarländischen Pflegegesellschaft.

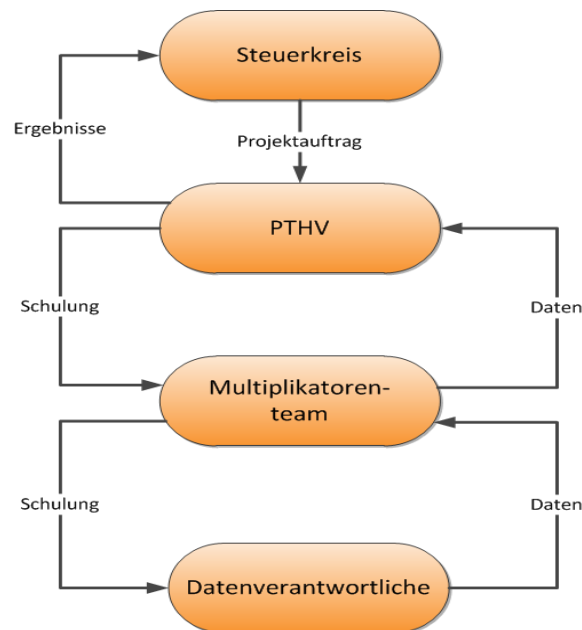


Abb. 2: Projektmanagement-Struktur

Dem Steuerkreis oblag die Steuerung und Überwachung des Projektes und die Sicherstellung der Kommunikation zwischen den Verbänden/Einrichtungen und der PTHV. Dies wurde durch die paritätische Besetzung dieses Gremiums mit allen Verbandsvertretern sowie Vertretern des Lehrstuhls für Statistik und standardisierte Verfahren der Pflegeforschung der PTHV gewährleistet.

Die PTHV als Kooperationspartner hat die Methode der Datenerhebung sichergestellt in dem Schulungen der Einrichtungsvertreter durchgeführt, Erfassungsinstrumente, ein Handbuch zur Datenerhebung und Informationsmaterialien für Bewohner/Angehörige, Mitarbeiter und Zeiterfasser entwickelt und zur Verfügung gestellt wurden. Weitere Aufgaben waren die begleitende unterstützende Beratung der Einrichtungen während der Datenerhebung, die Plausibilitätsprüfungen, die Datenauswertung sowie das Verfassen des Projektberichtes.

Eine zentrale Bedeutung für die Validität der Daten hatten die Multiplikatoren. Als zentrale Koordinatoren der Datenerhebung haben sie seitens der Einrichtungsträger in enger Abstimmung mit der Projektkoordination sowohl die einrichtungsspezifische Datenerhebung konzipiert als auch die Informationsweitergabe an die Datenverantwortlichen der Einrichtungen, die Bewohner, die Mitarbeiter und die Zeiterfasser übernommen. Sie haben die Erfassung der Daten begleitet sowie die Anonymisierung und Weiterleitung der Daten gewährleistet. Gemeinsam mit der Projektkoordinatorin der PTHV haben sie die Daten auf Plausibilität geprüft.

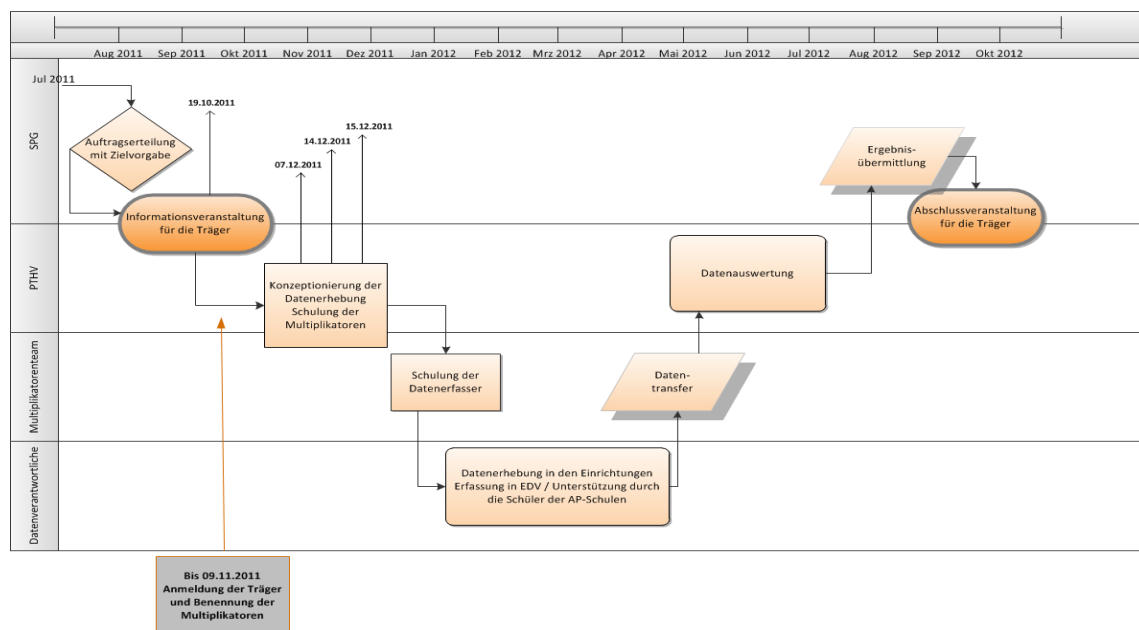


Abb. 3: Projektablauf

RAHMENBEDINGUNGEN DER DATENERHEBUNG

Einschlusskriterien

Die Einschlusskriterien der Studie richteten sich nach Auftrag und Forschungsziel:

Eingeschlossen in die Studie waren alle saarländischen Pflegeheime die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen hatten, unabhängig vom Sitz des Trägers.

Ausgeschlossen waren Einrichtungen bzw. Wohnbereiche, denen durch die Heimaufsicht ein Belegungsstopp auferlegt wurde. Es wurde sichergestellt, dass am Tag einer Prüfung durch die Heimaufsicht oder den Medizinischen Dienst der Kassen keine Datenerhebung durchgeführt wurde.

DIE ETHISCHE DIMENSION

In dieser Studie wurden folgende Personengruppen zu Beteiligten:

- Bewohner
- Mitarbeiter
- Zeiterfasser

Es wurden die folgenden grundsätzlichen ethischen Prinzipien beachtet:

Das Recht auf Selbstbestimmung

Sowohl die Bewohner (evtl. vertreten durch Betreuer) als auch die Mitarbeiter und Schüler konnten über die Teilnahme an der Datenerhebung selbst bestimmen.

Die informierte Zustimmung und Anonymität

Die Untersuchungsteilnehmer wurden über Ziel und Konzept der Studie informiert und konnten Rückfragen stellen. Neben zentralen Informationsveranstaltungen für Mitarbeiter unter Einbezug von Mitarbeitervertretung/Betriebsrat und Bewohner und Angehörige wurden Informationsblätter an die Beteiligten weitergegeben. Die Datenverantwortlichen in den Einrichtungen haben sichergestellt, dass allen Beteiligten zu jedem Zeitpunkt des Projektes die Möglichkeit eingeräumt wurde, die Zustimmung zur Teilnahme zu verweigern.

Die Anonymität wurde durch Codierung der Einrichtungen, der Bewohner und Mitarbeiter sichergestellt und eine Nichtteilnahme hatte keinerlei Folgen für die Betroffenen. Alle Daten wurden ausschließlich anonymisiert weitergeleitet und dürfen nur zu wissenschaftlichen Zwecken mit Zustimmung der Projektsteuergruppe ausgewertet werden.

Recht auf Unversehrtheit und Schutz vor Beeinträchtigungen

Die Zeiterfasser waren nicht bei der Pflege anwesend, wenn der Bewohner dem nicht zugestimmt hatte. Mit den Mitarbeitern wurde die ungewohnte Beobachtungssituation thematisiert und es wurde einrichtungsintern geklärt, wie im Anschluss an die Datenerhebung die Informationen für Dritte unzugänglich gespeichert werden.

DATENSCHUTZKONZEPT

Wann	Was	Wer
Datenerhebung	Informierte Zustimmung der Bewohner und Mitarbeiter	Multiplikator/PDL
	Daten werden einrichtungsintern erhoben und anonymisiert in Excel-Datei übertragen	Datenerheber
Datenübermittlung	Es wird seitens der Träger gewährleistet dass der Datenschutz bei der Übermittlung der Daten eingehalten wird	Träger/Multiplikator
	Es werden nur anonymisierte Daten der Bewohner und Mitarbeiter übermittelt	Multiplikator
	Rückschluss auf einzelne Bewohner und Mitarbeiter ist nur innerhalb der Einrichtung möglich	PDL/Multiplikator/ Datenverantwortliche
Datenauswertung	PTHV verpflichtet sich zur Geheimhaltung der Daten gegenüber Dritten	PTHV
	SPG erhält Auswertungen in anonymer Form; trägerbezogene oder regionale Auswertungen bedürfen der Zustimmung der Steuergruppe der SPG	SPG
Datenspeicherung	Die Einrichtung speichert die Daten an einer für Dritte unzugänglichen Stelle	PDL/Multiplikator
	PTHV speichert die Daten in anonymisierter Form	PTHV
	Sekundäranalysen dürfen nur nach Zustimmung der SPG erfolgen	PTHV/SPG

Tab. 1: Konzept zur Einhaltung des Datenschutzes

KONZEPTION DER DATENERHEBUNG

In drei ganztägigen Veranstaltungen wurde gemeinsam mit den Multiplikatoren die Datenerhebung konzipiert. In Gruppendiskussionen hatten die Teilnehmer als Experten die Möglichkeit sowohl auf Inhalte der Datenerhebung (Variablen) als auch auf die Erfassungsinstrumente (Excel-Tabelle, Zeiterfassungsbögen) Einfluss zu nehmen.

Die Steuergruppe hatte festgelegt, dass jede teilnehmende Einrichtung alle Variablen auf Einrichtungsebene (Grunddaten) sowie einen Basisdatensatz für alle Wohnbereiche und Bewohner erhebt. Für die Zeiterfassung wurde eine Mindestteilnahme von einem Wohnbereich festgelegt. Wenn eine Einrichtung in weniger als der Gesamtzahl der Wohnbereiche die Zeiterhebung durchführen wollte, wurden diese Wohnbereiche per Zufall ausgewählt. (s. S. 28). Für einen Erhebungszeitraum von 48 Stunden wurde der Zeiteinsatz jeder Pflegekraft für jeden Bewohner gemessen. Hierzu wurden für alle Pflegekräfte begleitende Zeiterfasser eingeplant.

Die Zeiterheber mussten folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Sie kennen die zu begleitenden Pflegekräfte im besten Fall nicht und/oder stehen in keinem abhängigen Verhältnis
- Sie kennen die Methode der Zeiterfassung in diesem Projekt
- Es stehen so viele Zeiterfasser zur Verfügung, wie für den größten Wohnbereich Pflegepersonal eingeplant ist.

Durch die Methode der Fremdaufschreibung wurde für alle im Tagdienst beschäftigten Mitarbeiter ein reibungsloser Ablauf ermöglicht und die Validität der Zeitdaten gesichert. In der Nacht wurde aus organisatorischen Gründen die Methode der Selbstaufschreibung gewählt – auch und vor allem deshalb, weil nicht davon auszugehen war, dass die Zeiterheber im Nachtdienst ohne Einflussnahme auf die Handlungsabläufe der diensthabenden Pflegekraft die Daten erheben können.

Im Fokus des Interesses steht der Zeitaufwand, in dem sich die Bewohner unterscheiden. Aus diesem Grund war es wichtig, dass die Zeit erfasst wurde, die speziell für den Bewohner aufgewendet wurde. Zeiten für Tätigkeiten, die für alle Bewohner gleich waren (z. B. Medikamente richten) oder Zeiten, die bewohnerunabhängig waren (z. B. Post holen), wurden nicht erhoben. Die Pausen der

Pflegekräfte oder andere persönliche Verteilzeiten (z. B. Toilettengänge oder Rauchen) wurden ebenfalls nicht erfasst.

Diejenigen Zeiten, die der Bewohner in Gruppenbetreuungen verbracht hat, wurden mit dem Gruppenbetreuungsbogen erfasst und anteilmäßig dem Bewohner zugeordnet. Die Daten wurden zwischen dem 01. Februar und dem 30. April 2012 erhoben. Sowohl an den Wochenenden als auch in Ferien- oder Urlaubszeiten wurde aufgrund der nichtrepräsentativen Personalbesetzung keine Zeiterhebung durchgeführt.

Die Erhebung der Variablen auf Einrichtungsebene (Grunddaten) wurde als Stichtagserhebung konzipiert (31. März 2012).

SCHULUNG DER DATENERHEBER

Alle Personen, die Daten in die Erfassungsdatei eingegeben haben, wurden von den Multiplikatoren geschult. Hierbei wurde das vom Projektteam zur Verfügung gestellte Schulungsmaterial verwendet. Es erfolgte eine gesonderte Schulung der Zeiterheber, die die Pflegekräfte begleiten. In diese Schulungen wurden auch die Nachtwachen integriert, die zum Zeitpunkt der Erhebungstage eingeplant waren. Es wurden alle infrage kommenden Mitarbeiter, die evtl. die Zeit in der Gruppenbetreuung erfassen sollen, zu dem Gruppenbetreuungsbogen geschult.

HANDBUCH ZUR DATENERHEBUNG (ANLAGE 2)

Um die Verfahrenssicherheit im Prozess der einrichtungsinternen Projektkonzeption sowie der Datenerhebung und eine hohe Objektivität in der Beantwortung der Kriterien durch die Pflegenden zu gewährleisten wurde ein Manual zur Datenerhebung erstellt. Dadurch konnten Forschungsziel, Forschungsdesign und Grundlagen zur Konzeption der Datenerhebung jederzeit nachgelesen werden. Die ausführliche Erläuterung aller Kriterien gewährleistete die Reliabilität in der Bewertung der einzelnen Variablen. Hierdurch wurden modal bedingte Verzerrungen weitgehend vermieden.

DIE DATENERHEBUNG

Die Zeiterfasser arbeiteten mit Zeiterfassungsbögen in Papierversion. Alle anderen zu erhebenden Daten wurden unmittelbar in eine Excel-Erfassungsdatei eingetragen

wobei die addierten Zeiten der Zeiterfassung auf Papier ebenfalls im Anschluss in die Excel-Datei übertragen wurden.

Beide Erfassungsinstrumente wurden in einem Pretest in zwei Wohnbereichen auf Verständlichkeit und einfache Handhabung geprüft; ebenfalls getestet wurden die automatisierten Plausibilitätskontrollen der Erfassungsdatei.

In den Wohnbereichen, in denen keine Zeiterfassung durchgeführt wurde, wurden die bewohnerbezogenen Variablen des Basisdatensatzes anhand der Situation der Bewohner der zurückliegenden 48 Stunden erfasst.

Es wurde sichergestellt, dass eine eindeutige Zuordnung von Bewohner-ID und Bewohnername nur dem in der Einrichtung berechtigten Personenkreis möglich war.

Während der Phase der Datenerhebung war stets sichergestellt, dass die Multiplikatoren im engen Kontakt mit der Projektkoordination jederzeit alle Fragen unmittelbar klären konnten. Auf der Internetseite der Saarländischen Pflegegesellschaft wurden Fragen, die häufiger gestellt wurden (FAQ's) für alle Teilnehmer einsehbar beantwortet.

STICHPROBE

Stichprobe Einrichtungen

Es handelt sich bei dieser Studie um eine Gelegenheitsstichprobe von 62 Einrichtungen aus der Grundgesamtheit aller saarländischen Pflegeheime. Die Teilnahme war für alle Einrichtungen freiwillig. Dieses Samplingverfahren führt üblicherweise zu nicht repräsentativen Stichproben.

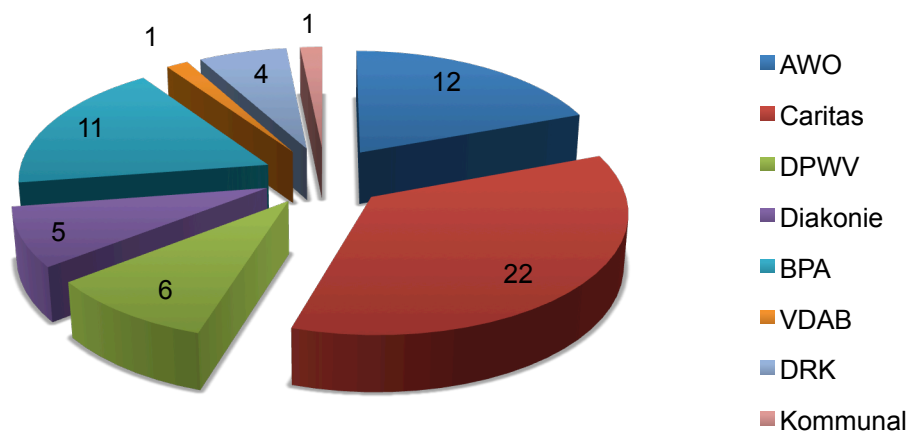


Abb. 4: Verteilung der Einrichtungen nach Trägerart N= 62

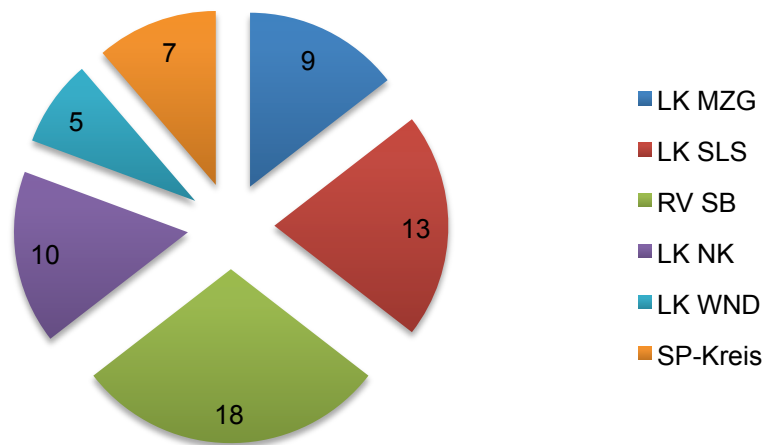


Abb. 5: Verteilung der Einrichtungen nach Landkreisen N= 62

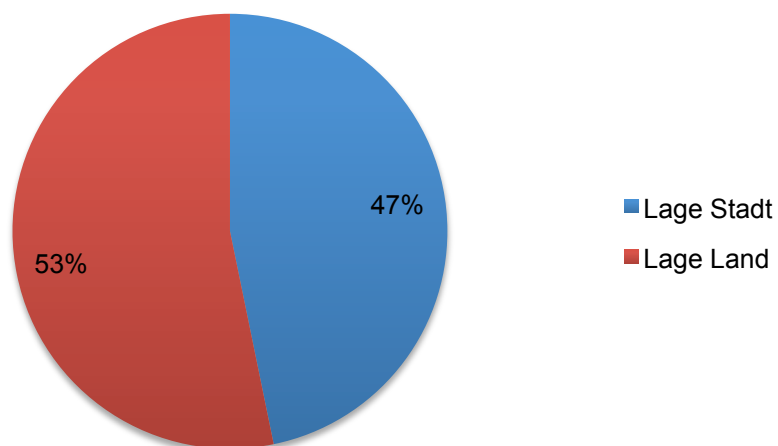


Abb. 6: prozentuale Verteilung der Einrichtungen nach Stadt/Land N= 62

Stichprobe Basisdatensatz

In allen teilnehmenden Pflegeheimen wurde neben den Organisationsvariablen auf Einrichtungsebene ein Basisdatensatz als Vollerhebung in allen Wohnbereichen und für alle Bewohner erhoben.

Es liegen Daten für 4861 Bewohner aus 163 Wohnbereichen vor. Hierbei zeigte sich eine Gesamtauslastung aller teilnehmenden Wohnbereiche von 93,84%. 319 Pflegeplätze waren nicht belegt.

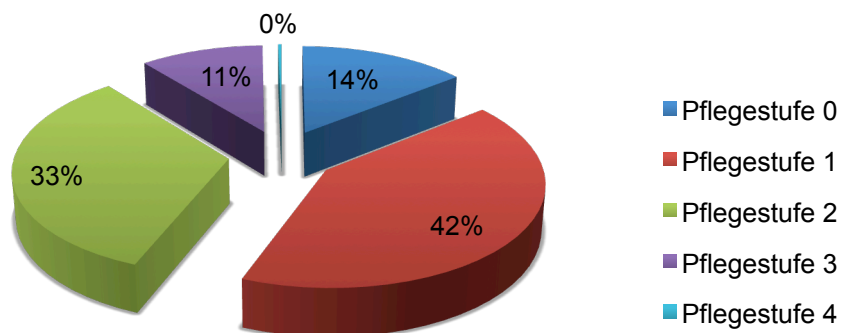


Abb. 7: Verteilung der Bewohner nach Pflegestufen N= 4861

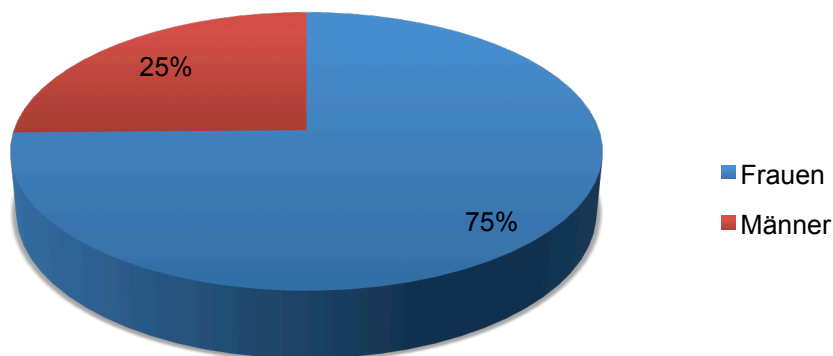


Abb. 8: Prozentuale Verteilung der Bewohner nach Geschlecht

Stichprobe Zeitdatensatz- Clusterrandomisierung der Wohnbereiche

Zusätzlich wurde in 61 der 62 teilnehmenden Einrichtungen in mindestens einem Wohnbereich eine Zeiterfassung durch Zeiterfasser als randomisierte Teilerhebung durchgeführt. Erhoben wurden:

- Organisationsvariablen auf Wohnbereichsebene (nur bei Zeiterhebung)
- Bewohnermerkmale (Zeiterhebung individuell + Zeiterhebung Gruppenbetreuung)

„Unter Randomisierung versteht man die zufällige Zuordnung der Untersuchungsteilnehmer zu den Untersuchungsbedingungen. Da es durch die Randomisierung der Personen zu einem statistischen Fehlerausgleich kommt, hat dieser Untersuchungstyp natürlich eine höhere interne Validität als Untersuchungen ohne Randomisierung“ (Bortz 2005, S. 8)

Einschränkend ist zu erwähnen, dass im vorliegenden Forschungsdesign keine einfache Zufallsstichprobe gewählt wurde, in der jeder Bewohner des Pflegeheimes die gleiche Chance gehabt hätte, teilzunehmen. Die Wohnbereiche in denen eine Zeiterfassung durchgeführt werden sollte, wurden clusterrandomisiert. Konkret wurde dies umgesetzt, indem durch eine Mitarbeiterin der Saarländischen Pflegegesellschaft unmittelbar vor Beginn der Zeiterhebung ein Wohnbereich per Würfel ausgesucht und der Einrichtung per Fax mitgeteilt wurde. Durch die Wahl der Wohnbereiche als Stichprobeneinheiten kann davon ausgegangen werden, dass alle Zeiten in dieser Stichprobe innerhalb homogener Rahmenbedingungen gemessen wurden. In einem nachfolgenden Schritt können hierdurch organisatorische Merkmale, die innerhalb der Wohnbereiche gleich sind und einen Einfluss auf die Zeitverteilung haben, berechnet werden. Innerhalb der ausgewählten Wohnbereiche wurde eine Vollerhebung des Zeiteinsatzes für alle anwesenden Bewohnern durchgeführt.

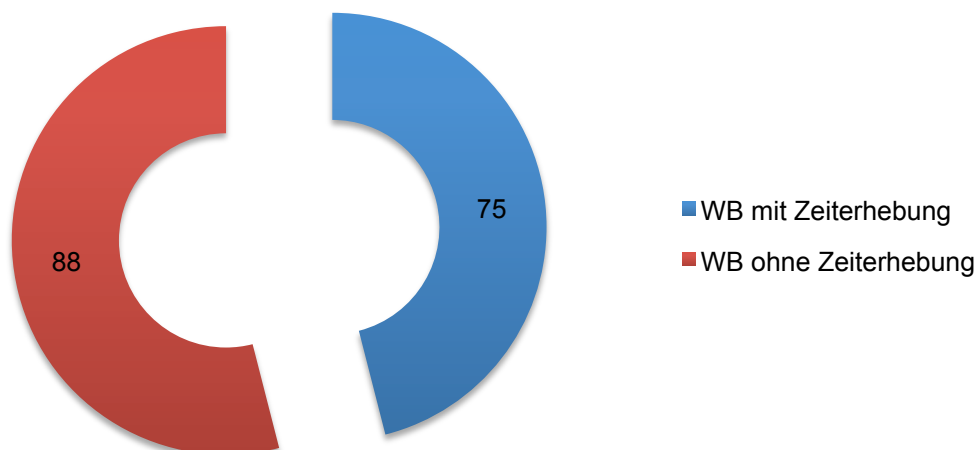


Abb. 9: Anzahl der Wohnbereiche mit und ohne Zeiterhebung

Insgesamt wurden für 2170 Bewohner Gesamtpflege- und -betreuungszeiten aus 61 Einrichtungen in 75 Wohnbereichen erhoben. In die Auswertung wurden schließlich 2028 Datensätze der 2170 Bewohner einbezogen, die während der Zeiterhebung auch durchgängig anwesend waren.

DIE VARIABLEN IM ÜBERBLICK

Ziel der Studie ist es, den Verbrauch der Ressource 'Zeit' als abhängige Variable mittels unabhängiger Variablen erklären zu können. Dieser Idee liegt die Annahme zugrunde, dass Pflegende im täglichen Geschehen der Leistungserbringung unbewusst und bewusst auf zahlreiche Faktoren reagieren, wenn es darum geht, ihren Schichtablauf und damit die Leistungserbringung tagesaktuell zu organisieren. Damit ist davon auszugehen, dass es im System implizite Regeln der Verteilung der zur Verfügung stehenden Zeit gibt. Um möglichst umfassend potentiell relevante Variablen generieren zu können, wurde zur Variablenauswahl das Thema der Entscheidungsfindung herangezogen. Entscheidungen werden in diesem Zusammenhang nicht als willentlich-rationale Entscheidungen eines pflegenden Individuums verstanden. Wir gehen davon aus, dass Pflegende durch ihr Handeln implizite Entscheidungen, die nicht bewusst sondern unbewusst oder spontan zu Stande kommen, zum Ausdruck bringen. Vermutet wird, dass das pflegerische Handeln, das sich in dieser Studie durch den Gesamtpflegezeitaufwand eines Bewohners ausdrückt, durch innerhalb und außerhalb der beteiligten Personen liegende Faktoren beeinflusst werden.

THEORETISCHE GRUNDLAGEN ZUR ENTSCHEIDUNGSFINDUNG IN DER PFLEGE

Cranley et al. (2009) haben in einem Literaturreview untersucht, inwiefern sich das Konzept der Unsicherheit bei der Entscheidungsfindung in der Pflegeliteratur wiederfindet. Hier finden sich die Dimensionen *persönliche Erfahrung, Ausbildung und Unterstützung durch Pfl egeteam*, um anhand ausführlicher Informationen eine ausreichend sichere Entscheidung treffen zu können (vgl. Cranley et al. 2009). Sie zitieren mit Benner, den Einfluss unterschiedlicher Kompetenzstufen Pflegender und belegen somit die Rolle der Dimension *individuelle Eigenschaften der Pflegenden* in der Entscheidungsfindung. Auch Hagbaghery et al (2004) haben in einer Grounded-theory-Studie im Setting Krankenhaus durch teilnehmende Beobachtung und

Interviews mit 38 Teilnehmern die Einfluss nehmenden Dimensionen der klinischen Entscheidungsfindung in der Pflege untersucht:

Die Entscheidungsfindung ist in diesem Modell im Vergleich mit anderen (vgl. Campos/Graveto 2009) um die Dimension *Organisationsstruktur* erweitert. Als Subkategorien werden insbesondere *Struktur* und *Kultur* der Einrichtung und daneben arbeitsorganisationale Variablen wie Anzahl Pflegekräfte pro Patient und Stellenbeschreibungen genannt (vgl. Hagbaghery et al. 2004).

Die Mehrdimensionalität pflegerischer Entscheidungsfindung bestätigt auch ein Literaturreview von Banning (2007), der 3 Modelle pflegerischer Entscheidungsfindung unterscheidet:

1. Das Modell der Informationsverarbeitung
2. Das intuitiv humanistische Modell
3. Das multidimensionale Modell klinischer Entscheidungsfindung nach O’Neill



Abb. 10: "Interactive relationships between variables affecting effective clinical decision-making" (Hagbaghery et al. 2004)

Das Modell der Informationsverarbeitung

Dieses Modell geht von einer analytischen Entscheidungsfindung von Pflegenden und einem „hypothetisch-deduktivem“ Ansatz aus (vgl. Banning 2004). Einer ersten Informationssammlung folgt die Generierung einer Hypothese und die darauffolgende Wahrnehmung konzentriert sich darauf, die Hypothese abzulehnen oder zu bestätigen. Damit eine Entscheidung in diesem Sinn gelingen kann geht dieses Modell davon aus, dass zum Zeitpunkt der jeweils zu treffenden Entscheidungen alle Informationen zur Verfügung stehen. Banning verweist in diesem Zusammenhang auf *Elemente der Unsicherheit*, die Konsequenzen haben können (vgl. Banning 2004).

Die Nutzung dieses Modells für die theoriebezogene Entwicklung von Variablen wurde als ungeeignet eingeschätzt, weil es auf eine analytische und damit willentlich-rationale Entscheidung von Pflegenden abzielt. Wir gehen davon aus, dass die Gestaltung des Arbeitsalltags Pflegender häufig von Routinen geprägt ist.

Das intuitiv humanistische Modell

Dieses Modell stellt die individuellen Prädispositionen der Pflegekraft in den Vordergrund. Wie Cranley et al. verweist Banning auf die Stufen der Pflegekompetenz nach Benner wobei hier die Intuition als „...understanding without a rationale...“ (Benner/Tanner 1987, 23) bezeichnet wird. Verbunden mit der Intuition ist die Erkennung von Mustern in der Symptomvielfalt der Patienten, die sich abhängig von der Erfahrung der Pflegenden im Zeitverlauf verfeinert. Dieses Modell der Mustererkennung als Entscheidungshilfe basiert somit auf den Akteuren Patient (liefert Symptome) und Pflegende (erkennt Muster).

Das multidimensionale Modell klinischer Entscheidungsfindung nach O’Neill

O’Neill kombiniert die zuvor genannten Modelle in den Prozess der Entscheidungsfindung und erweitert die vorgenannten Dimensionen um weitere Einflussfaktoren auf die Entscheidungsfindung von Pflegenden: die *organisationale Umgebung*, die sich in *Pflegestandards, kollegialer Unterstützung, dem Führungsverhalten, der Personalausstattung sowie einer positiven Interaktion im Pflorgeteam* zeigt. Des Weiteren beschreibt sie die Wahrnehmung und die *Antizipation*

und Kontrolle von Risiken als handlungsleitend in der pflegerischen Praxis (vgl. O'Neill et al. 2005). Sie formuliert folgende Schritte der pflegerischen Entscheidungsfindung:

- a) Informationen, die die Pflegenden vor Beginn der Versorgung über den Pflegebedürftigen aus der Pflegedokumentation oder aus Kommunikation mit Kollegen erhalten
- b) Antizipation und Kontrolle von Risiken
- c) Bereitstellen von Pflegestandards – hier spielen die Pflegepraxisgewohnheiten eine Rolle
- d) Anpassung an Situation des Patienten
- e) Generierung einer Trigger-Hypothese, die die Pflegehandlung evoziert (vgl. Banning 2004)

Diese Schritte des Entscheidungsfindungsprozesses entsprechen dem Grunde nach dem Diagnostischen Prozess, der von Müller-Straub (2006) in einer Untersuchung klinischer Entscheidungsfindung in einem Notfallzentrum beschrieben wird:

1. Informationssammlung,
2. Analyse der Information,
3. Synthese der Information und
4. Diagnostische Urteilsbildung

Schalek (2007) hat in einer qualitativen Studie den Beitrag von Pflegediagnosen zu einem professionalisierten Pflegehandeln untersucht. Er beschreibt „...den konstituierenden Kern von Professionen als bestimmte Form von Handlung und/oder Kommunikation...“ (Schalek 2007, 41) und bezieht sich hiermit sowohl auf einen systemtheoretischen als auch handlungstheoretischen Professionsbegriff und richtet den Blick auf „...alltägliche face-to-face-Situationen der professionellen Praxis...“ (Schalek 2007, 41).

Er integriert in sein Modell die Einflussfaktoren menschlichen Handelns nach Pelikan und Halbmayr:

- auf der persönlichen Ebene *Können* (persönliche Fähigkeiten) und *Wollen* (persönliche Ziele)
- auf der Situationsebene *Möglichkeiten* (situationsbedingt) und *Sollen* (situative Werte und Normen) (vgl. Schalek 2007, 42).

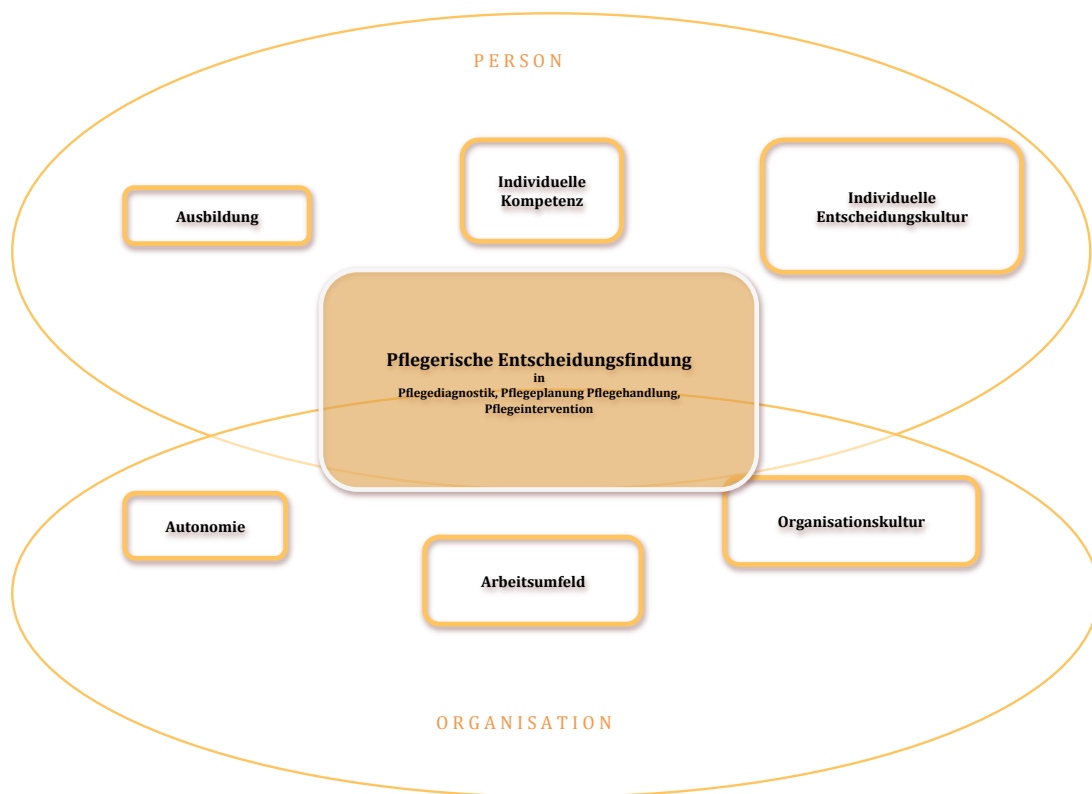


Abb. 11: Modell der pflegerischen Entscheidungsfindung in Pflegediagnostik, Pflegeplanung, Pflegehandlung und Pflegeintervention (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Schalek 2007, 43)

Schalek nutzt im Modell der pflegerischen Entscheidungsfindung im Rahmen der Pflegediagnostik zur Darstellung der personenzentrierten Variablen Oevermanns Struktur des professionalisierten Handelns: persönliches Wissen, persönliche Fähigkeiten, persönliche Erfahrung und individuelles Fallverständnis. Diese erweitert er mit Rückgriff auf die zuvor dargestellten Erkenntnisse von Hagbaghery (2004) um die Variablen der Organisation, die er in die Dimensionen *Autonomie*, *Arbeitsumfeld* und *Organisationskultur* gliedert.

Entscheidungsfindung und die Allokation zeitlicher Ressourcen

Bezug nehmend auf die vorangestellte These, dass die empirisch ermittelte Gesamtpflegezeit das Ergebnis eines impliziten Verteilungssystems ist, stellen sich dessen Determinanten in einer Vielzahl von Variablen dar, die analog des Modells von Schalek in folgende Kategorien zu clustern sind:

1. Organisationsvariablen (Einrichtungsebene und Wohnbereichsebene)
2. Personenzentrierte Variablen der Pflegenden
3. Bewohnerbezogene Variablen

Letztere sind in Anlehnung an das multidimensionale Modell klinischer Entscheidungsfindung von O’Neill und die Schritte des diagnostischen Prozesses von Müller–Straub (s.o.) formuliert.

ORGANISATIONSVARIABLEN - DIE VARIABLENAUSWAHL

„Worin unterscheiden sich Einrichtungen der stationären Altenhilfe organisational?“

Um den Einfluss der Organisation auf die Verteilung der Leistungszeit von Pflegekräften in der stationären Altenhilfe zu untersuchen, ist der Zusammenhang von Organisationsvariablen und Zeitaufwand empirisch zu überprüfen. Die Auswahl der Organisationsvariablen folgte den Überlegungen:

- Welche Variablen bezeichnen Unterschiede über das Arbeitsumfeld der Pflegenden in der stationären Altenhilfe?
- Welche Variablen drücken Unterschiede in der Organisationskultur von stationären Altenhilfeeinrichtungen aus?

Da es sich hierbei um kontextabhängige Sichtweisen in einem konkreten Setting handelte, wählten wir eine halbstandardisierte schriftliche Befragung von Experten um die Organisationsvariablen zu ermitteln.

Alle in der Saarländischen Pflegegesellschaft vertretenen Verbände haben eine Person als Experten/Expertin benannt. Dadurch konnte sichergestellt werden, dass unterschiedliche Größen und Organisationskulturen berücksichtigt wurden. Durch die Möglichkeit in offenen Antwortfeldern weitere Dimensionen und deren Konkretisierung zu benennen, entstand als Zusammenfassung aller Rückmeldungen eine Vielzahl von Kriterien, die als Organisationsvariablen relevant sein können. In einer erneuten Runde wurden die Experten aufgefordert, deren Relevanz und Erhebungsebene (Einrichtungsebene oder Wohnbereichsebene) zurück zu melden. Der so gefundene Kriteriensatz wurde in mehreren Gruppendiskussionen sowohl im Team der PTHV, in der Steuergruppe des Projektes als auch mit den Multiplikatoren reduziert und validiert.

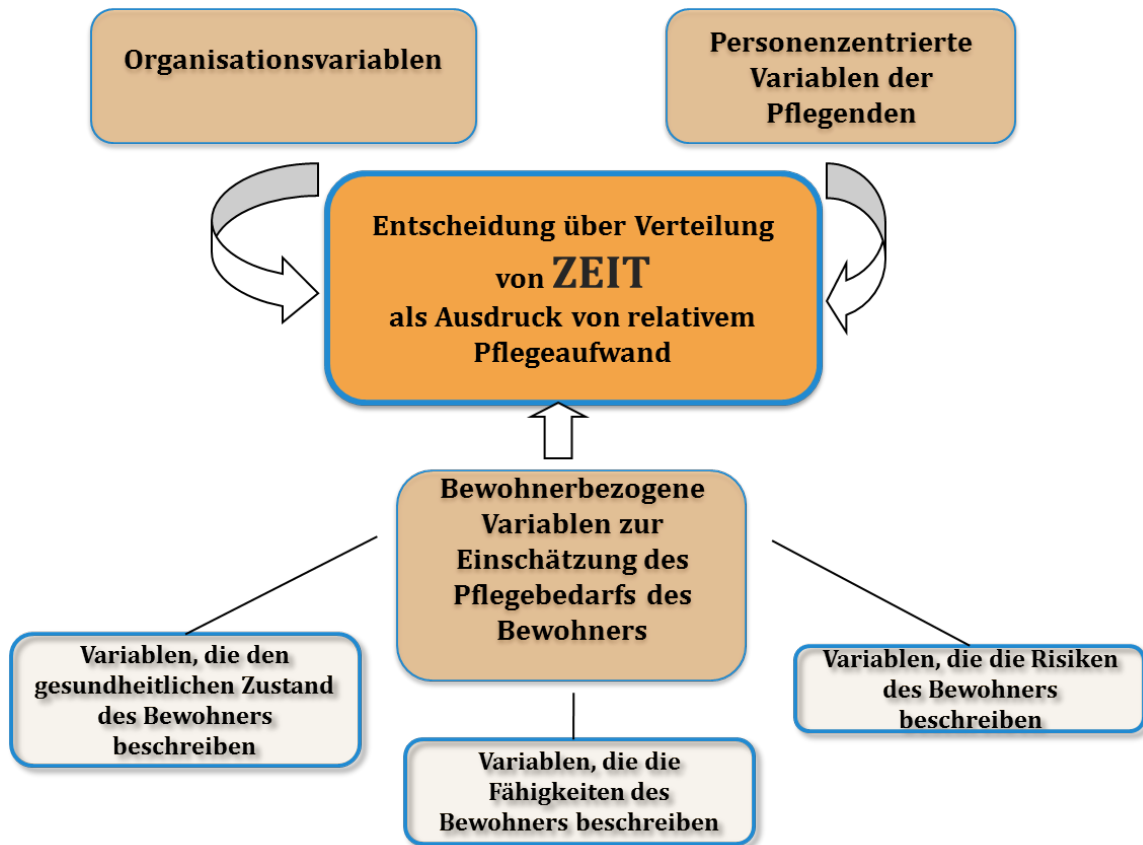


Abb. 12: Determinanten der Verteilung von Pflegezeit (Quelle: eigene Darstellung)

ORGANISATIONSVARIABLEN AUF EINRICHTUNGSEBENE (GRUNDDATEN)

Vor Beginn der Datenerhebung erhielt jede teilnehmende Einrichtung eine Einrichtungsidentifikationsnummer. Eine Zuordnung von Einrichtungsnummer und Einrichtungsnamen sind nur der Projektkoordination möglich.

Die Grunddaten wurden einmalig pro Einrichtung stichtagsbezogen am 31. März 2012 erhoben und in die Erfassungstabelle eingetragen.

Alle Variablen, die im Rahmen der PiSaar-Studie erfasst wurden lassen sich anhand des Handbuchs nachvollziehen, das im Anhang 2 dieses Berichts zu finden ist.

ORGANISATIONSVARIABLEN AUF WOHNBEREICHSEBENE – BASISDATENSATZ

In die Tabellenblätter 'WB- Organisation' der Excel-Datei wurden die organisatorischen Merkmale der jeweiligen Wohnbereiche eingetragen. Übergreifende Organisationsstrukturen wurden wenn möglich anteilig für den Wohnbereich umgerechnet (z.B. Stellenumfang Nachtwache).

Identifikationsnummer			
Strukturdaten			
Lage			
Landkreis			
Spitzenverband			
Verbundeinrichtung			
Baujahr			
Anz. Gebäude			
Anz. Stockwerke			
Anz. Wohnbereiche			
Mahlzeitenlieferung			
Angebot			
WB Demenz			
WB Wachkoma			
WB Beatmung			
WB Hospiz/Palliativ			
Hausgemeinschafts-/Wohngruppenkonzept			
Anz. Pflegeplätze ges.			
davon Anz. Pflegeplätze integr. Tagespflege			
davon Anz. Pflegeplätze integr. Nachtpflege			
davon Anz. Pflegeplätze integr. Kurzzeitpflege			
Stundenweise Einzelbetreuung			
Intensive Angehörigenarbeit			
Intensive Begleitung u. Ehrenamtl.			
Kooperationen			
Apotheker - Verblisterung			
SAPV			
Hospiz			
Leiharbeitsfirma			
Leitung		Qual. 1	Qual. 2
Qualifikation Heimleitung			
Qualifikation PDL			
Freist.anteil PDL (BU in VZ)			
Freist.anteil QMB (BU in VZ)			
Freist.anteil PAL (BU in VZ)			
ZVG/MAG/PEG			
Qualitätsmanagement			
Zertifizierung			
Instrumente QM			
Qualitätszirkel			
Qualitätsbeauftragter			
Qualitätsstandards /VA			
Pflegevisiten			
Fallbesprechungen			
Qualitätshandbuch			
evidenzbasierte Praxis			
Konzeption der Pflege			
Pflegemodell			
Pflegedokumentation			
Rückblick 1.Quartal 2012			
Kum. Std. vakante Stellen			
Kum. Krankheitsstunden			
Kum. Std. Urlaub			
Kum. Mehrarbeitsstd.			
Kum. Leiharbeitsstd.			

Navigation: Grunddaten | **WB 1-Organisation** | WB 1-Bewohner | WB 2-Organisation | WB 2-Bewohner | WB 3-Organisation | WB 3-Bewohner | WB 4-Organisation

Abb. 13: Screenshot des Erfassungsinstruments für die Organisations-Grunddaten

Identifikationsnummer	0
WB-Nummer	01

Basisdatensatz alle Wohnbereiche			
Bauliche Gegebenheiten		Mitarbeiter Wohnbereich	
letzte Sanierung		Anzahl Personen Pflege u. Betreuung:	
Anz. Doppelzimmer		Frauen	
Anz. Einzelzimmer		Männer	
Größe Wohnbereich (in qm)		Vollzeitkräfte	
Weitester Weg Bewohnerzimmer-Dienstzimmer (in m):		Teilzeitkräfte unter 51%	
Auf Wohnbereichsebene:		Teilzeitkräfte über 51%	
Offene Küche / Verteilerküche		Schüler	
Speiseräume		Durchschnittsalter ohne Schüler	
Therapieräume		Summe in Vollzeit	
Verteilssystem Mittagsmahlzeit		Fachkräfte soz. Betreuung	
Leitung		Fachkräfte Pflege:	
Quali. WBL	Qual. 1	Altenpflege	
	Qual. 2	Krankenpflege	
Freistellungsumf. WBL (BU in VZ)		Kinderkrankenpflege	
		Heilerziehungspflege	
Spez. Angebot Wohnbereich		davon:	
Demenz		FK Gerontopsychiatrie	
Wachkoma		FK Hospiz u. Palliativcare	
Beatmung		FK Onkologie	
Hospiz/Palliativ		FK f. Rehabilitation u. Langzeitpfl.	
Hausgemeinschaftskonzept		Leitung einer Funktionseinheit	
Anzahl Pflegeplätze gesamt		Intensiv u. Anästhesie	
davon Tagespflege		Diplom	
davon Nachtpflege		Bachelor	
davon Kurzzeitpflege		Master	
		Studenten	
		Sonstige	
		Pflegehilfskräfte	
		§ 87b-Kräfte	
		Ehrenamt	
		BUFDI/FSJ	

Navigation: Grunddaten | **WB 1-Organisation** | WB 1-Bewohner | WB 2-Organisation | WB 2-Bewohner | WB 3-Organisation | WB 3-Bewohner

Abb. 14: Screenshot des Erfassungsinstruments für die Organisationsdaten auf Wohnbereichsebene

ORGANISATIONSVARIABLEN AUF WOHNBEREICHSEBENE - „NUR BEI ZEITERHEBUNG“

Um die konkrete personelle Situation innerhalb des Wohnbereichs zur Zeit der Zeiterfassung überprüfen zu können, wurden in den Wohnbereichen, in denen Pflege- und Betreuungszeiten erhoben wurden folgende weitere Merkmale erfasst:

PERSONENBEZOGENE MERKMALE DER PFLEGENDEN

Aus ethischen Gründen wurden in Abstimmung mit den Beteiligten für die Pflegenden nur die Variablen *Alter*, die *Jahre der Berufserfahrung* und die *Qualifikation* erhoben.

Nur bei Zeiterhebung						
Anzahl Bewohner bei Datenerhebung			Summierte Ausfallstunden (48 Std.)			
Anwesend			Kurzfri.Krankheitsausfall			
Sterbend			nicht ersetzter U-Ausfall			
Einzug						
Auszug			Summierte Übergabezeit in min (48 Std.)			
Umzug			Im Dienstpl. vorgesehen			
Summierte Einsatzstunden (48 Std.)						
Fachkräfte soziale Betreuung						
Fachkräfte Pflege						
Pflegehilfskräfte						
Schüler						
§ 87b Kräfte						
Ehrenamt						
BUFDI/FSJ						
Hauswirtschaft						
Merkmale der begleiteten Pflegekräfte						
	Alter	Jahre Berufserfahr.	Qualif. 1		Qualif. 2	
Pflegekraft 1						
Pflegekraft 2						
Pflegekraft 3						
Pflegekraft 4						
Pflegekraft 5						
Pflegekraft 6						
Pflegekraft 7						
Pflegekraft 8						
Pflegekraft 9						
Pflegekraft 10						
Pflegekraft 11						
Pflegekraft 12						
Pflegekraft 13						
Pflegekraft 14						
Pflegekraft 15						
Pflegekraft 16						
Grunddaten WB 1-Organisation WB 1-Bewohner WB 2-Organisation WB 2-Bewohner WB 3-Organisation WB 3-Bewohner WB 4-Organisation						

Abb. 15: Screenshot des Erfassungsinstrumentes für die personalbezogenen Organisationsdaten des Wohnbereichs mit Zeiterhebung

BEWOHNERVARIABLEN – DIE VARIABLENAUSWAHL

Aus laufenden Qualifikationsarbeiten des Lehrstuhls für Statistik und standardisierte Verfahren der Pflegeforschung der PTHV konnten Bewohner-Variablen mit einem Einfluss auf die Zeitverteilung von Pflegenden identifiziert und dichotome

Ausprägungen als Antwortskala bestätigt werden. In Absprache mit den beteiligten Gruppen wurde der AEDL-Bezug als realitätsnahe Strukturierung der Kriterien gewählt. Eine Ergänzung um medizinische Diagnosen und behandlungspflegerische Tätigkeiten wurde durch den Auftraggeber initiiert; die Aufnahme der pflegerischen Risiken als mögliche Determinanten der Ressourcenallokation von Pflegekräften bezieht sich auf die von O`Neill et al (2005) formulierte Antizipation und Kontrolle von Risiken im Rahmen der pflegerischen Entscheidungsfindung (vgl. S. 33).

Alle Variablen wurden in wiederholten Gruppendiskussionen mit dem Projektteam der PTHV, der Saarländischen Pflegegesellschaft und den Multiplikatoren inhaltlich validiert und im Pretest in zwei Wohnbereichen auf Verständlichkeit getestet.

Alle erhobenen Bewohnervariablen sind im Handbuch im Anhang 2 dieses Berichts nachzulesen.

Identifikationsnr.		0															
Bewohneridentifikation																	
Ifd. Nr.	Bew.ID-Nr.	Pfl. Stufe	PEA	SAPV	Kurzzt. Pflege	Geschl w:1 m:2	Geb. Jahr	gesetzl Betreuung	Einzelzimmer	Arzt-besuch intern (48Std)	Arzt-besuch extern (48Std)	Demenz	Parkinson	Apallisches Syndrom	Dep		
01	0-01-01																
02	0-01-02																
03	0-01-03																
04	0-01-04																
05	0-01-05																
06	0-01-06																
07	0-01-07																
08	0-01-08																
09	0-01-09																
10	0-01-10																
11	0-01-11																
12	0-01-12																
13	0-01-13																
14	0-01-14																
15	0-01-15																
16	0-01-16																
17	0-01-17																
18	0-01-18																
19	0-01-19																
20	0-01-20																
21	0-01-21																
22	0-01-22																
23	0-01-23																
24	0-01-24																
25	0-01-25																
26	0-01-26																
27	0-01-27																
28	0-01-28																
29	0-01-29																
30	0-01-30																
31	0-01-31																
32	0-01-32																
33	0-01-33																

Navigation: Grunddaten | WB 1-Organisation | **WB 1-Bewohner** | WB 2-Organisation | WB 2-Bewohner | WB 3-Organisation | WB 3-Bewohner | WB 4-Or

Abb. 16: Screenshot des Erfassungsinstrumentes für die Bewohnerdaten

Berechnung der bewohnerbezogenen Zeit/Qualifikation

Zunächst musste der Zeitanteil des einzelnen Bewohners an der Gruppenzeit ermittelt werden. Dazu wurde diese durch die Anzahl der Teilnehmer geteilt. Die so erhaltene Zeit wurde in einem nächsten Schritt den Betreuern zugeordnet und durch die Anzahl der Betreuer dividiert. Die Zeit pro Bewohner wurde auf die Qualifikationsstufen der Betreuer verteilt, auf dem Formular zunächst handschriftlich eingetragen und im Anschluss in die Excel-Tabelle bewohnerbezogen übertragen. Hierbei hat eine erste Plausibilitätsprüfung durch die Datenverantwortlichen stattgefunden.

PLAUSIBILITÄTSKONTROLLE

Im Prozess der Datenerhebung und Datenübertragung waren alle Beteiligten sensibilisiert die erhobenen Daten auf Plausibilität zu überprüfen. Letztverantwortlich für die Richtigkeit der übergebenen Datensätze waren die Multiplikatoren der Einrichtungen. Gemeinsam mit der Projektkoordinatorin haben diese im Anschluss an die Datenerhebung alle Datensätze in der Zeit von Mai 2012 bis Juli 2012 strukturiert auf ihre Richtigkeit getestet. Dadurch, dass in allen Einrichtungen zweifelsfrei die kodierte Bewohnerdaten nachvollziehbar Bewohnern zugeordnet werden konnten, war es möglich, dass Auffälligkeiten, die in der Datenauswertung aufgetreten sind (z. B. Ausreißer) ebenfalls auf Plausibilität überprüft werden konnten.

5. METHODE

DIE BEZIEHUNG ZWISCHEN THEORIE- UND INSTRUMENTENENTWICKLUNG

Ein valides Messinstrument ist bestenfalls eine gelungene Operationalisierung der Theorie über ein theoretisches Konstrukt, im Fall von Pflegebedürftigkeit und Pflegequalität und Personalbedarf ein latentes Konstrukt⁵. Mit Hilfe von Modellprojekten wie PiSaar lassen sich empirische Daten erheben, mit denen sich die Struktur der Theorie (Strukturmodell) über das latente Konstrukt und das Messmodell prüfen lässt. Konkret wird die Gültigkeit der Operationalisierung der Konstrukte sowie

⁵ Ein latentes Konstrukt lässt sich nicht direkt beobachten – es kann ausschließlich durch Kriterien beschrieben werden, die für sein Erscheinen oder seine Ausprägung relevant sind. Entscheidend ist es, herauszufinden, welche Kriterien oder Faktoren eine Erklärung für das Konstrukt liefern können. Also die Beantwortung der Frage: „was muss ich beobachten, um die Ausprägung des Konstrukts erklären zu können?“

der Erklärungsgehalt einer Theorie geprüft. Lassen sich mit einer Theorie die empirischen Daten nicht erklären, kann dies an einer unzulänglichen Operationalisierung der Theorie in das Messinstrument liegen oder aber in theoretischen Annahmen, die sich in der Praxis nicht bewähren.

Theorie- und Instrumentenentwicklung ohne Nutzung empirischer Daten führt zu Theorien, die auf einem hypothetischen Status verbleiben und zu Messinstrumenten, deren Validität nicht empirisch geprüft wurde. Die Komplementarität von Theorie- und Instrumentenentwicklung unter Nutzung empirischer Ergebnisse wird in einem „Ping-pong“-Prozess deutlich (Abb. 19). Die Analyseergebnisse der empirischen Daten, die mit Hilfe des Instruments erhoben wurden dienen der Konkretisierung des Strukturmodells (und damit der Theorie über Personalbedarf und Pflegebedürftigkeit).

Den Kreislauf der Instrumentenentwicklung, in dem man z. B. empirische Ergebnisse zu Mess- und Strukturmodell immer wieder bei der Instrumentenentwicklung berücksichtigt, kann man wie folgt darstellen:

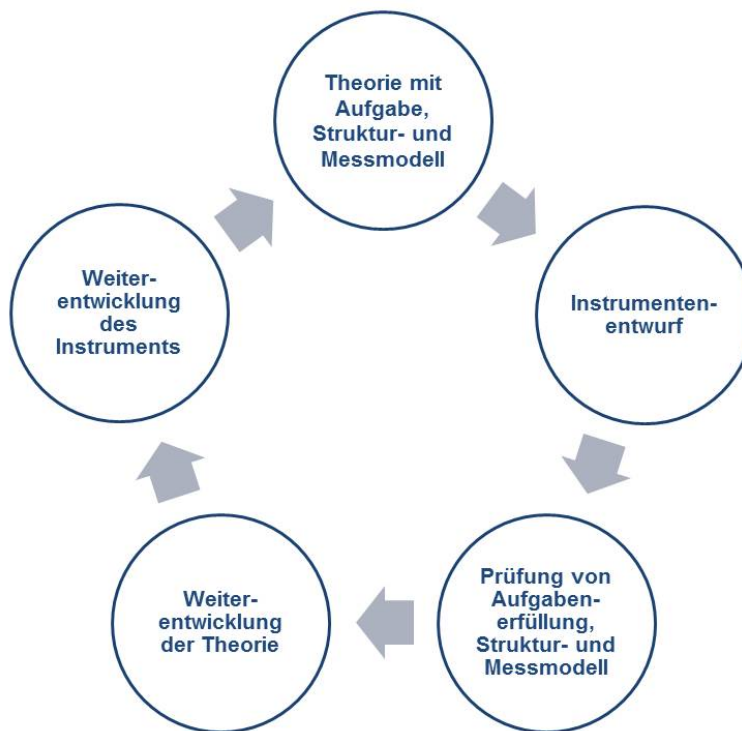


Abb. 19: Prozess der Instrumentenentwicklung (vgl. Brühl 2012, S. 153)

In der Pflege werden zahlreiche Konzepte (Pflegebedürftigkeit, Personalbedarf, Pflegequalität) einfach normativ definiert, politisch und inhaltlich-wissenschaftlich diskutiert und eben nicht empirisch gehaltvoll geprüft und weiterentwickelt. Normative Theorien setzen Normen oder Regeln hypothetisch als gegeben voraus, z. B. dass Mobilität (im Rahmen des NBA als einzelnes Modul erfasst) zehn Prozent von Pflegebedürftigkeit ausmacht und 40 % der Pflegebedürftigkeit auf Unselbständigkeit in der Selbstversorgung zurückzuführen sei. Ebenfalls eine Setzung stellt die Messwertzuordnung (Skala) der einzelnen Mobilitäts-Items dar. Hierbei wird der Unselbständigkeit beim Item „Treppen steigen“ genau der gleiche Wert (drei Punkte) zugeordnet wie der Unselbständigkeit beim Item „Stabile Sitzposition halten“. Angenommen wird bei dieser Konstruktion, dass die (Un)selbständigkeit eines Menschen in Bezug auf diese Kriterien in gleichem Maße Einfluss auf die Pflegebedürftigkeit nimmt. Empirisch überprüft wird eine solche Setzung dann meist nicht mehr. Prüft man sie und falsifiziert sie (vgl. Bensch, 2012), so führt das nicht zu einer Änderung des Instruments. Ebenfalls normative Vorgaben sind die Zeitkorridore der einzelnen Verrichtungen (sowie die Auswahl der Verrichtungen als solche) des derzeit gültigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 14 SGB XI und der Zeitkorridore für die jeweiligen Pflegestufen in diesem Verfahren. Weitere normativ und nicht empirisch entwickelte Setzungen enthalten die Pfegetransparenzvereinbarungen mit ihren jeweiligen Transparenzkriterienkatalogen für die ambulante und stationäre Pflege. Die Frage, ob die normativ bestimmten Kriterien jeweils eine gültige *Erklärung* für das Ausmaß von Pflegebedürftigkeit oder das Niveau von Qualität abgeben, wurde bislang empirisch nicht gehaltvoll geprüft (vgl. Brühl 2012). Auch wenn die Kriterien zur Bemessung von Pflegebedürftigkeit oder Pflegequalität fachlich plausibel erscheinen und in einem Konsensverfahren mit Experten entwickelt wurden, reichen sie über einen hypothetischen Status, dass sie „wahr“ seien, nicht hinaus. Erst die empirische Überprüfung⁶ der Anwendung der Kriterien liefert den empirischen Nachweis, ob und in welcher Konstellation die definierten Kriterien geeignet sind, das zu untersuchende Phänomen zu *erklären*.

⁶ Konkret bedeutet empirische Überprüfung in diesem Zusammenhang, dass qualitativen Ausprägungen (z.B. Bewohnermerkmalen) entsprechend der Annahmen über den Beziehungen der Variablen zueinander Zahlenwerte zugeordnet werden, mit denen mathematische Operationen (statistische Analysen) durchgeführt werden können. Hierbei sind die Grundsätze der Messtheorie und unterschiedlicher Testtheorien zu berücksichtigen, um sowohl dem Praxisproblem als auch der Qualität der vorliegenden Informationen (Daten) gerecht zu werden und damit valide, also gültige Ergebnisse zu erzielen.

Ein unterschiedliches Ausmaß des Pflegebedarfs einzelner Pflegeheimbewohner wird in dieser Studie durch die abhängige Variable „Zeit“ ausgedrückt. Dieser Entscheidung liegt die Annahme zu Grunde, dass das Phänomen der Pflegebedürftigkeit die Abhängigkeit von anderen Menschen impliziert. Das bedeutet, dass Pflegebedürftigkeit dann höher sein wird, wenn Pflegende mehr Zeit für einen Bewohner aufwenden müssen. Im PiSaar-Projekt interessierte uns, aufgrund welcher Kriterien (also aufgrund welcher Merkmale des Bewohners) Mitarbeiterinnen mehr oder weniger Leistungen erbringen, bzw. Pflegezeit aufwenden.

Hierbei zu fragen, wie viel Zeit z. B. für das Essenanreichen benötigt wird, um zu überprüfen, ob ein hoher Aufwand beim Essenanreichen auch die Gesamtleistungszeit erhöht, beinhaltet einen Zirkelschluss. Ein erhöhter Aufwand führt natürlich zu erhöhtem Zeitbedarf. Er bildet diesen nur ab, erklärt ihn aber nicht. Zum einen lassen sich die Zeiten einzelner Pflegeleistungen nur ungenau erfassen, weil sich die einzelnen Leistungsprozesse während der Pflege überlagern und sich der Zeitaufwand nur unzulänglich den einzelnen Leistungen zuordnen lässt. Wird der Zeitaufwand für eine Einzelleistung als unabhängige Variable (also als Merkmal, das den Zeitaufwand erklären soll) benutzt, um die abhängige Variable (Gesamtpflegezeit) zu erklären, ist sie eben genau dann nicht mehr unabhängig, weil „dem Essen anreichen aufwändig“ als Definition ebenfalls nur eine Zeitmessung zu Grunde liegt. Es gibt einen logischen und a priori bestehenden Zusammenhang zwischen der Ausprägung des Aufwandes für das Essenanreichen und der Gesamtpflegezeit. Einfacher ausgedrückt: „Aufwand“ kann nicht mit „Aufwand“ erklärt werden. Eine Erklärung von Aufwand braucht von der Zeit unabhängige Kriterien, wie z. B. eine eingeschränkte Feinmotorik.

Folgender Dialog verdeutlicht das Problem und zeigt, welche Variablen hypothetisch geeignet sind Aufwand zu erklären. „Warum ist meine Mutter schwerstpflegebedürftig?“ „Weil das Essenanreichen so zeitintensiv ist.“ „Warum ist das Essenanreichen so zeitintensiv?“ Offensichtlich ist, dass die Antwort „Weil sie in Pflegestufe 3⁷ ist,“ wenig befriedigt. Erwartet wird eine Begründung, die den Zeitbedarf *erklärt*, und nicht beschreibt. Eine mögliche plausible Erklärung könnte z. B. sein: „Weil Ihre Mutter eine Schluckstörung hat und sich häufig verschluckt.“

Wird im Prozess der Entwicklung eines Messinstruments für Pflegebedürftigkeit, Personalbedarf oder Pflegequalität also nach potentiell erklärenden Faktoren oder

⁷ In Pflegestufe 3 ist ein Pflegebedürftiger, wenn sein Pflegeaufwand min. 240 Minuten in 24 Stunden beträgt (§ 14 (3) SGB XI).

Kriterien für das zu untersuchende Konstrukt gefragt, besteht die Chance, mehr über Zusammenhänge zwischen einzelnen Faktoren oder Kriterien in Bezug auf ein latentes Konstrukt (das, was wir z. B. unter Pflegebedürftigkeit verstehen) zu erfahren. Empirische Entwicklungsprozesse von Messinstrumenten bieten also aufgrund der Erkenntnisse, die aus der Auswertung von Daten (Informationen über die erhobenen Kriterien) gezogen werden können, die Möglichkeit, die Theorie über das Konstrukt weiter zu entwickeln und zu schärfen. Politisch definierte Konzepte (Pflegequalität, Pflegebedürftigkeit, Personalbedarf), die die hypothetisch gedachten Zusammenhänge als Normen formulieren (Pflegebedürftigkeitsbegriff nach § 14 SGB XI; Pflegekriterien) sehen eine Entwicklung eines Erklärungsansatzes, also die empirische Entwicklung einer Theorie, gar nicht erst vor. Dies ist aus zwei Gründen gefährlich: zum einen müssen sich die gedachten hypothetischen Zusammenhänge in der Realität (die in normativen Systematiken gar nicht erst empirisch untersucht werden) nicht als wahr oder nützlich bestätigen. Darüber hinaus beendet eine normative Setzung jegliches Bemühen, empirische Daten für eine Weiterentwicklung der Theorie zu nutzen. Zum anderen werden die Konstrukte der Pflegebedürftigkeit, der Pflegequalität und des Personalbedarfs wesentlich von fachlichen, kulturellen und gesellschaftlichen Entwicklungen dynamisch verändert, ohne dass sich dies niederschlagen könnte⁸. Was also einmal als (aktuelle) Norm formuliert wurde, muss Morgen nicht mehr der sich verändernden Definition des zu messenden Konstrukts entsprechen. Damit erklärt sich, warum solche umweltabhängigen Konstrukte, wie z. B. Pflegebedürftigkeit, Messinstrumente benötigen, die stetig weiterentwickelt werden, um sie damit den sich verändernden Bedingungen stets anzupassen. Denn die nachhaltige Sicherstellung der Validität dieser Instrumente erfordert die Berücksichtigung umweltbegründeter Veränderungen.

Eine weiterentwickelte Theorie wiederum bildet die Grundlage für die Spezifikation des Messinstruments, mit dem erneut empirische Daten erzeugt werden können, die wiederum zur Theorieschärfung genutzt werden können. Dieser Prozess ist zu institutionalisieren, bis ein für seinen Zweck und im entsprechenden Kontext valides Instrument, bzw. eine nützliche Theorie gewährleistet werden kann.

⁸ Deutlich wird dies am Beispiel der Körperpflege. War es vor 40-50 Jahren durchaus üblich, einmal pro Woche zu baden, so hat die Verbesserung der Infrastruktur auch Gewohnheiten verändert: heute gilt tägliches Duschen als durchaus üblich. Definieren wir Pflegebedürftigkeit damit, dass jemand Hilfe bei einer Selbstpflege-Verrichtung wie z.B. dem Duschen benötigt, erklärt sich, dass sich dadurch auch der Hilfebedarf, bzw. die Pflegebedürftigkeit verändert hat.

Für die Messbarkeit des latenten Konstrukts des Pflegepersonalbedarfs stellt sich die Frage, welches Strukturmodell geeignet ist, um validen Messungen des Bedarfs von Pflegepersonal zu Grunde gelegt zu werden. Bisherige Verfahren in der Form von Personalanzahlzahlen beruhen auf der impliziten theoretischen Annahme, dass der Pflegepersonalbedarf vom Ausmaß der Pflegebedürftigkeit (die in Zeit erfasst wird) abhängig sei.

Ausgehend von der Kritik an bisherigen Forschungsdesigns wird in dieser Studie eine für die Pflegewissenschaft neue Herangehensweise angewendet, die einen methodologischen Ansatz mit dem Ziel der parallelen Theorieentwicklung und Instrumentenkonstruktion wählt.

Für die Theorie- und Instrumentenentwicklung wird bei diesem methodologischen Ansatz folgender Erkenntniszuwachs erwartet:

- Konkretisierung der Dimensionalität und Struktur des latenten Konstrukts des Pflegepersonalbedarfs,
- Aktuelle Bedeutung von Kognition und Motorik für die empirische Differenzierung des Gesamtleistungsaufwands,
- Bedeutung der Organisationen/Institutionen und des Pflegemanagements sowie des sozialen Systems bei der Verteilung personeller Ressourcen,
- Implikationen für die Themenbereiche Organisationsentwicklung, Pflegemanagement, der Messung von Pflegequalität und Pflegebedürftigkeit.

EMPIRISCHE FUNDIERUNG DER INSTRUMENTENENTWICKLUNG

NONPARAMETRISCHE REGRESSION MIT METHODEN DES MASCHINELLEN LERNENS

Pflegepersonalbedarf valide quantifizieren zu können bedeutet, die Gesamtleistungszeit, die Pflegende gegenüber dem Pflegebedürftigen leisten, anhand von Merkmalen des Pflegebedürftigen oder Faktoren seiner Umgebung (Setting) erklären zu können.

Eine erste Annahme ist, dass die Gesamtleistungszeit mit der Pflegestufe zusammen hängt. Wer eine höhere Pflegestufe hat, sollte pflegebedürftiger sein und damit mehr Leistungen erhalten, bzw. mehr Gesamtleistungszeit „produzieren“. Der aktuelle Pflegebedürftigkeitsbegriff des § 14 SGB XI erfasst die für einzelne, relevante Verrichtungen erforderliche Zeit und basiert damit ebenfalls auf der Annahme, dass

ein Pflegebedürftiger, der bei zahlreicheren Verrichtungen der Anleitung, Unterstützung oder Übernahme der Verrichtung bedarf, eine größere Pflegebedürftigkeit aufweist und damit eine höhere Pflegestufe erhält. Den Zeitaufwand einzelner Verrichtungen oder Leistungen zugrunde zu legen ist insofern sinnvoll, als dass dies die Kalkulationsgröße ist, die zur Personalbemessung benötigt wird und die ein entsprechendes Instrument folglich vorherzusagen hat⁹. Die Möglichkeit der Vorhersagbarkeit ergibt sich im Umkehrschluss aus der Untersuchung, welche Merkmale und Merkmalskombinationen (sog. „Fallprofile“) eines Pflegebedürftigen geeignet sind, zu erklären, warum sich der Zeitaufwand für die Pflege insgesamt zwischen einzelnen Pflegebedürftigen unterscheidet.

Für die im Folgenden vorzustellenden Methoden ist eine solche Zeit- oder Kostenmessung die Voraussetzung. Der Übersichtlichkeit halber ist von hier an nur noch von einer Zeitmessung die Rede. Diese Messgröße wird nicht erst verwendet, um die Gültigkeit eines fertig gestellten Modelles zu überprüfen. Vielmehr erfolgt die Nutzung der Zeitwerte bereits innerhalb des Einsatzes einer statistischen Methode mit dem Ziel, das statistische Modell von vornherein so zu entwickeln, dass die Gesamtpflegezeit als Aufwand optimal erklärt werden kann. Methodisch bedeutet dies, dass Zeit als Summenwert aller erbrachten Pflegeleistungen als abhängige, zu erklärende Variable fungiert, die durch Prädiktorvariablen¹⁰, nämlich zustandsbezogene Assessmentdaten der Klienten und der Einrichtung, erklärt werden soll. Es handelt sich folglich um ein multivariates Regressionsproblem¹¹.

Als weit verbreitetes und viel genutztes parametrisches Standardverfahren würde sich also prinzipiell die multivariate lineare Regression anbieten. Als parametrisches Verfahren ist der Einsatz dieser Methode allerdings an eine Reihe von

⁹ Wobei die aktuell gültigen Begutachtungsrichtlinien nach § 14 SGB XI explizit darauf abzielen, dass der Minutenwert, der sich durch das Einstufungsgutachten ergibt, nicht zur Personalbemessung herangezogen werden kann, weil im Rahmen der Begutachtungssituation nach § 14 SGB XI auf „Laienpflege“ abgestellt wird. Der Unterschied zwischen Laienpflege und professioneller Pflege in Bezug auf den Zeitaufwand wird nicht definiert (MDS 2009, S. 21).

¹⁰ Merkmale des Pflegebedürftigen oder der Institution, in der der Pflegebedürftige gepflegt wird, von denen angenommen wird, dass sie sich zur Vorhersage des Pflegeaufwandes (abhängige Variable als Zeit) eignen.

¹¹ Bei Regressionsproblemen handelt es sich um bislang unklare Beziehungen zwischen unabhängigen Kriterien/Variablen (gegebenen Bedingungen) und eines davon abhängigen Kriteriums (das von den unabhängigen Variablen beeinflusst wird). Hier wollen wir wissen, welche Bewohnermerkmale Einfluss darauf nehmen, dass Pflegenden die ihnen zur Verfügung stehende Arbeitszeit in unterschiedlichem Umfang auf die jeweiligen Bewohner „verteilen“. Multivariat bedeutet, dass angenommen wird, dass die Unterschiede in der Gesamtpflegezeit auf mehrere und nicht auf ein einziges Merkmal (univariat) eines Pflegebedürftigen zurückzuführen ist.

Modellannahmen über das zu entwickelnde lineare Modell geknüpft¹², die hier nicht erfüllt werden. Eine Alternative zur linearen Regression stellen parameterfreie Verfahren dar, bei denen die genannten Modellannahmen nicht erfüllt sein müssen. Für Regressionsprobleme sind insbesondere drei Ansätze interessant: Regressionsbäume, Multivariate Adaptive Regression Splines (MARS) und Ensemblemethoden. Alle genannten Ansätze sind dem maschinellen Lernen zuzurechnen, es handelt sich also um explorative, strukturentdeckende Ansätze.

Bei Methoden des maschinellen Lernens wird ein statistisches Modell mittels einer Lernstichprobe „angelernt“, es entsteht also auf Basis der empirischen Daten der Lernstichprobe. Die Validierung erfolgt dann entweder durch die Anwendung des Modells auf eine Teststichprobe oder aber durch Kreuzvalidierung¹³. In diesem Fall wird keine separate Teststichprobe benötigt.

Der weitaus größte Teil der international für die Langzeitpflege entwickelten Fallgruppensysteme basiert methodisch auf Entscheidungsbäumen, genauer: auf Regressionsbäumen¹⁴. Die international in den 1980er und 1990er Jahren entwickelten Fallgruppensysteme setzen dabei zumeist auf Algorithmen, die auf dem Automatic Interaction Detector (AID) von Sonquist basieren (vgl. Sonquist et al. 1964), vor allem auf AUTOGRP (vgl. Mills et al. 1976). Dieses wurde zudem beispielsweise auch bei der Entwicklung der ersten Diagnosis Related Groups (DRG) genutzt. Heute stehen modernere Algorithmen für Regressionsbäume zur Verfügung, insbesondere CART (vgl. Breiman et al. 1998) und Conditional Inference Trees (vgl. Hothorn et al. 2006).

Allen Regressionsbaumalgorithmen gemein ist das generelle Vorgehen, das als

¹² Diese Annahmen beziehen sich auf die funktionelle Spezifikation des Modells, auf die Störgröße und auf die Prädiktorvariablen (vgl. von Auer 2003). So muss es sich insbesondere um einen linearen Zusammenhang zwischen Prädiktorvariablen und der abhängigen Variable handeln und die Prädiktorvariablen müssen frei von perfekter Multikollinearität¹² sein. Zudem müssen die Störgrößen und damit die Residuen homoskedastisch¹² sein, dürfen nicht autokorreliert sein und müssen einen Erwartungswert von 0 haben. Auch sollten sie normalverteilt sein. Diese Modellannahmen werden in der Pflege häufig verletzt, Zusammenhänge von Zustandsvariablen der Klienten und aufwandsbezogenen Messgrößen sind häufig nicht linear, was Smith et al. beispielsweise für die ADLs zeigen (vgl. Smith 1987). Auch sind unserer Erfahrung nach die Residuen nur selten normal verteilt und homoskedastisch.

¹³ Die Kreuzvalidierung ist ein statistisches Testverfahren, das die Verlässlichkeit des berechneten Modells berechnet, in dem der Gesamtdatensatz in zwei Datensätze geteilt wird, die miteinander verglichen werden: mit dem ersten Datensatz wird das Modell berechnet, die Berechnungen mit den Daten des zweiten Datensatzes erlauben eine Aussage über den möglichen Fehler des Modells, das mit dem ersten Datensatz berechnet wurde. Bei einer Teststichprobe wird statt der Teilung des Gesamtdatensatzes ein neuer Datensatz erhoben.

¹⁴ beispielsweise alle drei Generationen der Resource Utilization Groups (RUGs)

rekursives Partitionieren bezeichnet wird (vgl. Strobl et al. 2009). Dabei wird eine Gruppierung der Stichprobe der Gestalt vorgenommen, dass die entstehenden Subgruppen hinsichtlich der Ausprägung der abhängigen Variablen in sich möglichst homogen und untereinander möglichst unterschiedlich sind. Mit den entstehenden Subgruppen wird ebenso verfahren, bis ein Stopp-Kriterium erreicht wird¹⁵. Der Vorhersagewert einer Gruppe entspricht dem arithmetischen Mittel der abhängigen Variablen (also der Zeitwerte) aller Fälle der betreffenden Gruppe.

Der CART- Algorithmus, in der Programmiersprache R als 'rpart' (Therneau et al., 2013) umgesetzt, partitioniert mittels der Kleinste-Quadrate-Methode. Es wird also genau der Split ausgewählt, der die niedrigste Residuenquadratsumme aufweist. Dazu wird eine Suche über alle Möglichkeiten durchgeführt, also über alle Prädiktorvariablen und alle möglichen Splitpunkte ihrer Werteausprägungen. Ein solches Vorgehen wird im maschinellen Lernen als exhaustive search bezeichnet.

Die Methode der so genannten „Conditional Inference Trees“ (C-tree) verwendet anstelle der Methode der kleinsten Quadrate Signifikanztests auf der Basis von Permutationen. Bei der Partitionierung wird ebenfalls eine exhaustive search durchgeführt, die Auswahl für das nächste Splitkriterium fällt auf jenes mit der höchsten Signifikanz.

Der Algorithmus von C-tree vermeidet durch sein Signifikanzkonzept eine Überanpassung des Modells an die Daten der Lernstichprobe (overfitting). CART, respektive 'rpart', führt, je nach Wahl des Stoppkriteriums dagegen fast zwangsläufig zu einer solchen Überanpassung, im Extremfall könnte jeder Fall eine eigene Fallgruppe bilden. Um dem zu begegnen, wird in einem zweiten Schritt der Baum zurückgeschnitten (pruning). Als Kriterium dienen hier Kreuzvalidierungen, die Wahl fällt auf den Baum mit dem niedrigsten Kreuzvalidierungsfehler¹⁶.

Die Schwäche der Regressionsbäume liegt in der eher geringen Stabilität der Modelle. Bereits kleine Änderungen in der Lernstichprobe können die berechneten Bäume verändern. Dies zeigt sich auch daran, dass in unseren Untersuchungen auf Einrichtungsebene für verschiedene Pflegeeinrichtungen stets auch unterschiedliche Bäume entstehen. Mit dieser Methode ließ sich bislang kein Baum, der eine Gültigkeit

¹⁵ Das kann unter anderem die Anzahl der Fälle in einer Subgruppe sein oder auch die Unterschreitung eines Mindestmaßes an zusätzlich gewonnener Varianzaufklärung

¹⁶ bzw. auf den 1- SE- Baum, also jenen Baum, mit dem geringsten Kreuzvalidierungsfehler, der innerhalb einer Standardabweichung der Minimums liegt

über mehrere Einrichtungen hinweg aufweisen und eine sehr gute Varianzaufklärung sicherstellen kann, ermitteln. Einen anderen Ansatz non-parametrischer Regression stellen die Multivariate Adaptive Regression Splines (MARS) dar (vgl. Friedman 1991). Genutzt wurde hierfür die Anwendung 'earth' in R (Milborrow, 2013). Diese sind auf den ersten Blick ein anderer Ansatz als das bis hierhin thematisierte rekursive Partitionieren. Auf den zweiten Blick stellt sich MARS aber als eine Verallgemeinerung der schrittweisen linearen Regression sowie als eine Modifikation von CART dar (vgl. Hastie et al. 2009, 321).

MARS führt wie die oben bereits genannten Methoden ebenfalls eine exhaustive search durch, prüft also die Eignung für jeden Prädiktor und für jede gemessene Ausprägung. Die Basisfunktionen sind bei MARS linear, MARS-Modelle sind in der Folge schrittweise lineare Modelle. Es wird jeweils die Basisfunktion mit den geringsten Residuenquadraten ausgewählt. MARS-Modelle können aber nicht-lineare Zusammenhänge und Interaktionen zwischen Variablen identifizieren und diese wiederum in die linearen Basisfunktionen integrieren.

MARS-Modelle lassen sich auf die gleiche Weise interpretieren wie multivariate lineare Regressionsmodelle. Auch MARS-Modelle setzen sich additiv aus Produkten von Merkmalsausprägungen mit einem Koeffizienten β zusammen. Die β -Koeffizienten von MARS-Modellen sind ebenfalls analog denen der linearen Regressionsmodelle interpretierbar, aus ihnen lässt sich ablesen, wie sich eine Veränderung der Prädiktorvariablen auf den Vorhersagewert für die abhängige Variable auswirkt.

Für das Verständnis dieser statistischen Modelle ist es bei der Interpretation entscheidend zu bedenken, dass die Bedeutung einer einzelnen Variablen innerhalb des Modells immer von den Beziehungen aller übrigen Variablen untereinander und mit der einzelnen Variable abhängig ist. Damit verbietet sich eine monokausale Betrachtungsweise und Interpretation einzelner unabhängiger Variablen in Bezug auf die abhängige Variable. Das Modell bildet mittels statistischer Methoden eine der Realität entsprechende systemische Wechselwirkung vieler Faktoren miteinander ab.

MEHR-EBENEN-ANALYSE ZUR INTEGRATION DER ORGANISATIONS-VARIABLEN

In die Datenanalyse gehen Variablen aus verschiedenen Ebenen ein. Die 2028 Bewohner-Daten, die während der zwei Tage andauernden Zeiterhebung nicht abwesend waren, stammen aus 68 verschiedenen Wohnbereichen. Die

Organisations-Variablen, die erhoben worden sind, weisen für alle Bewohner eines Wohnbereichs dieselben Ausprägungen auf. Deshalb gehen die Variablen auf Wohnbereichsebene nur mit einer Stichprobengröße von $N = 68$ in die Daten ein. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Berichts ist die Integration der Mehr-Ebenen-Analyse (Raudenbush/Bryk, 2002) in die Auswertung noch nicht abgeschlossen. Wir werden die Analyse der PiSaar-Daten unter Nutzung der Methode der Mehr-Ebenen-Analyse fortsetzen. Die aktuell im Ergebnis-Teil enthaltenen Analysen zu Organisations-Variablen nutzen die Stichprobe der 2028 Bewohner. Diese Fallzahl ist höher als die Zahl der beteiligten Wohnbereiche. Daher wird die Signifikanz der Organisationsvariablen in den aktuellen Analysen statistisch tendenziell überschätzt. Methodisch ist es unser Ziel durch die Nutzung der Mehr-Ebenen-Analyse zukünftig die Ebene der Organisations-Variablen und die Ebene der Bewohner-Variablen zu trennen. Aktuell haben wir uns dafür entschieden im Ergebnisteil zunächst das Bewohner-Modell der PiSaar-Studie (PiSaar-Bewohner-Modell (PBM)) detailliert zu diskutieren.

6. ERGEBNISSE

WARUM NICHT PFLEGESTUFEN ODER DAS NEUE BEGUTACHTUNGSASSESSMENT ZUR PERSONALBEDARFSMESSUNG NUTZEN?

Aktuell wird der Personalbedarf in den stationären Einrichtungen annähernd bundesweit mittels politisch vereinbarter Personalanhaltszahlen ermittelt (vgl. Tab. 1 im Anhang 1). Mithilfe von Personalanhaltszahlen lässt sich die Personalausstattung berechnen, die auf dem Verhältnis von Personalstellen zu den Pflegestufen der Bewohner einer Einrichtung beruht. Die Angemessenheit der Personalausstattung einer Einrichtung ist also neben dem normativ festgelegten Verhältnis von Personalstellen zu Bewohneranzahl in einer bestimmten Pflegestufe vor allem von der Validität der Pflegestufen abhängig. Bilden die Pflegestufen nicht den tatsächlichen Pflegebedarf der Bewohner ab, beruht auch die personelle Ausstattung der Einrichtung nicht auf realen Bedarfen. Auch ohne empirische Ergebnisse lassen sich bereits strukturelle Probleme bei der Nutzung der Pflegestufen für die Berechnung des Personalbedarfs erkennen. Aufgrund der Einstufungskriterien des § 14 SGB XI werden notwendige Leistungen der sogenannten Behandlungspflege sowie erforderliche soziale Betreuung nicht oder nur unspezifisch (eingeschränkte

Alltagskompetenz) als einstufigsrelevante Bedarfe erfasst und damit nicht in der Pflegestufe berücksichtigt, obwohl die Einrichtungen aufgrund der Regelungen des § 75 SGB XI dazu verpflichtet werden, auch diese Leistungen zu erbringen.

Sowohl bei den derzeit verwendeten Personalanzahlzahlen als auch bei den Kriterien des SGB XI, die Pflegebedürftigkeit definieren und differenzieren sollen, handelt es sich um normative Systematiken, die zudem aufgrund ihrer unterschiedlichen Geschichte und „Herkunft“ nicht einmal aufeinander abgestimmt sind.

Die Neudefinition von Pflegebedürftigkeit im Rahmen des Neuen Begutachtungsassessments für Pflegebedürftigkeit (NBA) des Instituts für Pflegewissenschaft (IPW) in Bielefeld weckte die Hoffnung auf eine bessere Differenzierbarkeit von Pflegebedürftigkeit.

DAS NEUE BEGUTACHTUNGSASSESSMENT (NBA) UND SEINE PROBLEME

Das NBA geht im Kern davon aus, dass sich Pflegebedürftigkeit aus der Summation von über neunzig Kriterien aus sechs Subskalen in fünf Bedarfsgrade überführen lässt. Die Summenbildung über die verschiedenen Kriterien wird in einem kompensatorischen Strukturmodell angelegt, so dass sich niedrigere Werte z.B. in der Kognition durch höhere Werte in der Mobilität ausgleichen lassen. Dieses kompensatorische Summenmodell funktioniert nicht (vgl. Brühl 2012). Aufgrund dieses nicht funktionierenden kompensatorischen Summenmodells werden die anfangs differenziert erhobenen Informationen in den Ausgangsskalen auf dem Weg hin zu den Bedarfsgraden immer weniger relevant. So können z. B. aufgrund der nicht funktionierenden Summierung der Items in der Mobilitätsskala des NBA in der höchsten Stufe der Mobilitätseinschränkung Personen vertreten sein, die im Sitzen überwiegend selbständig, überwiegend unselbständig oder vollkommen unselbständig sind. Hier zeigt sich schon in der wichtigen Subskala Mobilität wie stark der Informationsverlust von den zahlreichen einzelnen Kriterien hin zur Bildung der Bedarfsgrade ist. Zusätzlich enthält das NBA Kriterien zu Dimensionen von Pflegebedürftigkeit, zu denen man erst einmal prüfen muss, ob sie z. B. für die Erklärung von Arbeitsaufwand überhaupt eine Rolle spielen. So sind psychische Problemlagen oder Erkrankungen sicher potentiell relevante Faktoren, es muss aber erst einmal empirisch untersucht werden, ob die Praxis bei der Verteilung von Arbeitszeit hierauf noch reagieren kann. Deshalb haben wir uns bei der Erstellung des Erhebungsinstruments nicht vom NBA leiten lassen und keine Summen von Kriterien

gebildet und keine Annahmen über das Zusammenspiel¹⁷ der von uns erhobenen über 400 Variablen gemacht. Vielmehr berücksichtigen die berechneten Modelle die Interaktionen zwischen Variablen in ihrer Gesamtstruktur, die bei der Erklärung der Gesamtleistungszeit nützlich sind. Es wird also nicht wie beim NBA eine Struktur der erhobenen Kriterien behauptet, sondern erst aus den Daten heraus ermittelt.

ERKLÄRUNG DER GESAMTLEISTUNGSZEIT DURCH DIE PFLEGESTUFEN

Durch die vorliegenden Pflegestufen, in die die Bewohnerinnen und Bewohner eingruppiert sind lassen sich über alle beteiligten Einrichtungen hinweg nur 29 % der Unterschiede der Pflege- und Betreuungsleistungszeiten erklären. Das bedeutet, dass sich 71 % der geleisteten Zeit und damit der erbrachten Pflege- und Betreuungsleistungen nicht mit der Einstufung in eine bestimmte Pflegestufe erklären lassen. In der Konsequenz bedeutet dies, dass der deutlich größere Zeitaufwand, den Pflegende für einen Bewohner erbringen unabhängig von der Pflegestufe geleistet wird. Die Pflegestufen erklären also nur knapp ein Drittel des Pflegepersonalbedarfs.

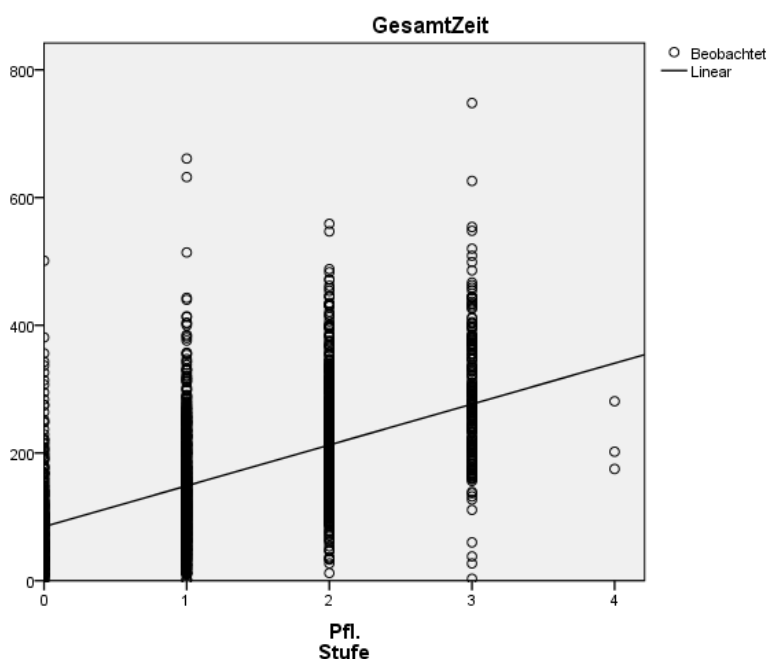


Abb. 20: Streuung der Gesamtleistungszeiten in den drei Pflegestufen

¹⁷ Statistische Methoden können in strukturprüfende und strukturentdeckende Verfahren unterschieden werden. Mit strukturprüfenden Verfahren kann getestet werden, ob sich die theoretisch angenommene Struktur (die Beziehungen der Variablen zueinander) durch die empirischen Daten bestätigen lässt. Strukturentdeckende Verfahren werden eingesetzt, wenn noch keine konkreten Annahmen über die Beziehungen der Variablen zueinander vorhanden sind. Hier wurde ein strukturentdeckendes Verfahren eingesetzt, das aus einer großen Gesamtmenge von Variablen diejenigen herausfiltern soll, auf die sich der unterschiedliche Pflegeaufwand bei einzelnen Bewohnern zurückführen lässt.

Damit sind die Pflegestufen also denkbar ungeeignet, um als Grundlage für Pflegepersonalbedarfsberechnungen herangezogen zu werden.

Die Grafiken der Abb. 20 und Abb. 21 verdeutlichen die Problematik der Pflegestufen: Bewohner, die 200 Minuten Gesamtpflegezeit erhalten haben, können sowohl in Pflegestufe 0, 1, 2 oder 3 eingestuft sein (Abb. 21).

Abb. 20 bildet den Zusammenhang zwischen der geleisteten Pflegezeit und der Pflegestufe des jeweiligen Bewohners grafisch ab. Die Linie stellt das ideale lineare Verhältnis zwischen Pflegestufe und Zeitaufwand dar. Punkte, die oberhalb dieser Linie liegen, bilden Bewohner ab, deren Gesamtleistungszeit tatsächlich über dem durchschnittlichen Verhältnis zwischen Pflegestufe und Zeitaufwand liegt.

Punkte, die unterhalb der Geraden liegen, zeigen die Pflegeleistungszeit des Bewohners, dessen Leistungszeit unter den durchschnittlichen Zeiten in dieser Pflegestufe liegt.

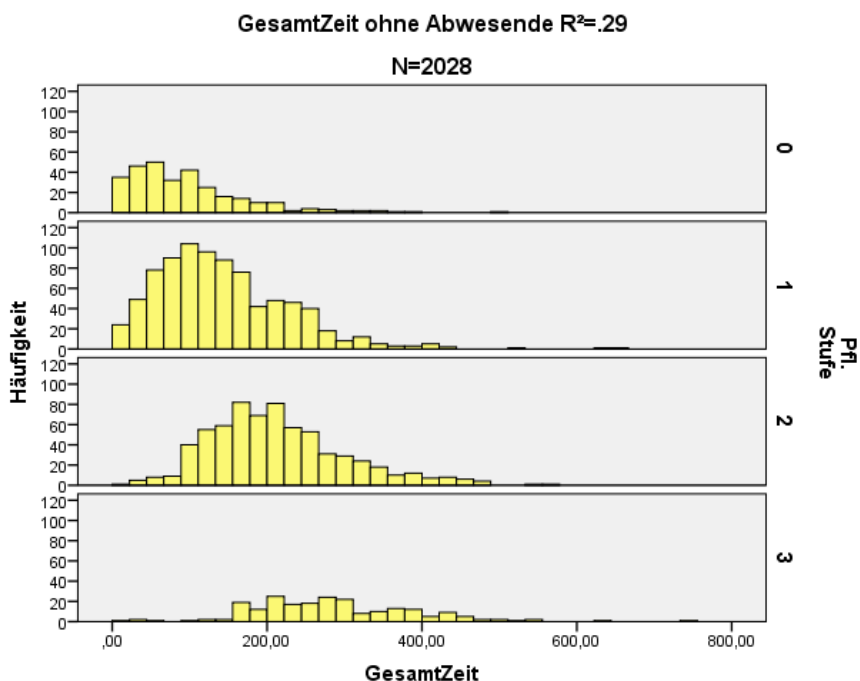


Abb. 21: Häufigkeiten der jeweiligen Gesamtleistungszeiten innerhalb der Pflegestufen

Einrichtungen, denen es aufgrund eines guten Einstufungsmanagements also gelingt, ihren Zeitaufwand für die Bewohner unterhalb des durchschnittlichen Zeitaufwandes aller Einrichtungen für alle Bewohner dieser Pflegestufe zu halten, bzw. hohe Pflegestufen zu erwirken, profitieren von diesem System. Einrichtungen, die aufgrund eines schlechteren Einstufungsmanagements mehr Zeit für Pflege und Betreuung aufwenden, als dies durchschnittlich in den Einrichtungen für die Bewohner der nächst höheren Pflegestufe üblich ist, leiden unter personellen Problemen, weil sie bei höherer Leistung personell schlechter ausgestattet sind.

Obwohl landesweit gültige Personalanhaltszahlen den Anschein erwecken, dass die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen vergleichbar sei, weil sie auf identischen Regelungen beruhe, zeigt dieses Ergebnis, dass dies nicht der Fall ist. Die Einrichtungen unterscheiden sich in ihrer personellen Ausstattung, weil die Pflegestufen eben nur 29% des Leistungsgeschehens erklären. 71% der Zeitunterschiede für Pflege- und Betreuungsleistungen können also nur durch Kriterien erklärt werden, die durch die Pflegestufen offensichtlich nicht abgedeckt werden.

Der Versuch, diese Kriterien zu ermitteln erfolgte mittels der Bildung von Pflegegruppen auf der Grundlage von bewohnerbezogenen Merkmals- oder Zustandskriterien.

ERKLÄRUNG DER GESAMTLEISTUNGSZEIT DURCH EMPIRISCHE PFLEGEGRUPPEN

Die Ergebnisse, die Statistik-Pakete 'rpart' (Therneau et al., 2013) und 'party' (Hothorn et al., 2013) für die PiSaar-Daten hervorbringen zeigen, dass eine Varianzaufklärung der Leistungszeit pro Bewohner pro Tag von ca. $r^2=0,52$ mit reinen Zustandsvariablen der Bewohner als Prädiktoren möglich ist. Das bedeutet, dass sich 52% der Gesamtleistungszeit pro Bewohner anhand dieser Pflegegruppen erklären lassen.

Der große Vorteil der Regressionsbäume liegt darin, dass die entstehenden Bäume intuitiv verständlich sind. Anhand des Baumes kann sehr einfach die Entscheidungsregel nachvollzogen werden, wie und warum ein Bewohner welcher Fallgruppe zugeordnet wurde, also auf Basis welcher Fähigkeiten, Einschränkungen und sonstiger Charakteristika des einzelnen Bewohners.

Abb. 22 zeigt ein Beispiel für einen Regressionsbaum auf der Basis der Conditional-Inference-Trees (vgl. Hothorn et al. 2006). Die Fälle werden 16 Gruppen zugeordnet,

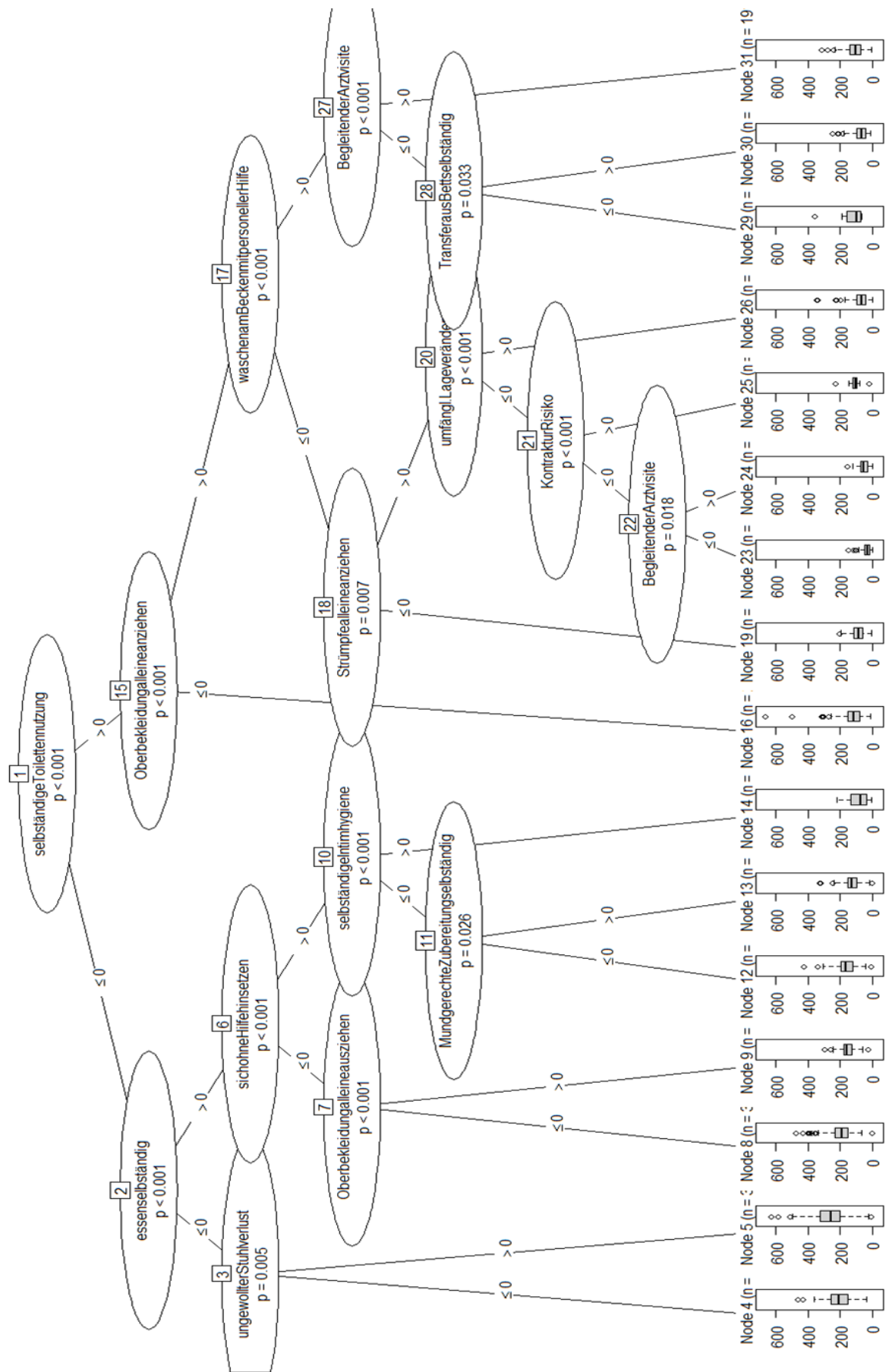


Abb. 22: Ctree: 16 Pflegegruppen mit 14 Wohnervariablen

die sich hinsichtlich ihrer durchschnittlichen Gesamtleistungszeit unterscheiden. Diese Fallgruppen unterscheiden sich in Bezug auf die Charakteristika der Fälle. Der Gruppe ganz links wird zugeordnet, wer nicht mehr selbständig zum Toilettengang in der Lage ist, wer nicht mehr selbständig essen kann und keinen ungewollten Stuhlverlust aufweist. Der Gruppe ganz rechts in der Darstellung wird zugeordnet, wer noch zum selbständigen Toilettengang in der Lage ist, wer Oberbekleidung alleine anziehen kann, wer zum Waschen am Becken mit personeller Hilfe in der Lage ist und wer bei der Arztvisite begleitet wurde. Die Gruppe ganz links ist zeitaufwändiger als die Gruppe ganz rechts. An diesem Beispiel wird deutlich, wie einfach und transparent die Gruppierungsregeln von Regressionsbäumen sind.

Aber auch diese 16 Pflegegruppen weisen große Überschneidungen auf wie sich anhand Abb. 23 leicht feststellen lässt. Offensichtlich genügen diese 14 bewohnerbezogenen Kriterien immer noch nicht, um Bewohner eindeutiger einer bestimmten Pflegegruppe zuordnen zu können. Auch in diesem Modell ist es z. B. theoretisch möglich bei einem Zeitaufwand von 120 Minuten allen der 16 Pflegegruppen zugeordnet zu werden.

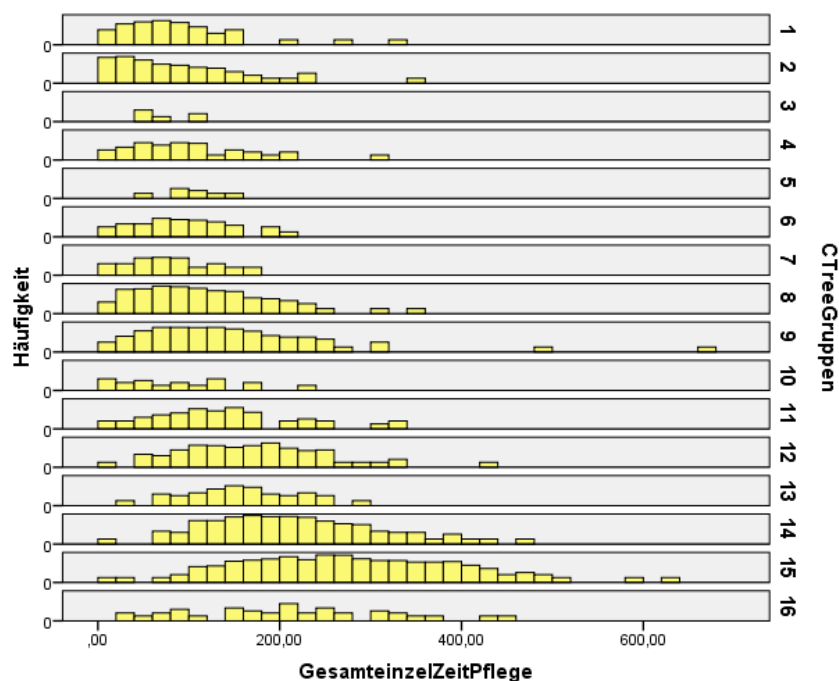


Abb. 23: Häufigkeiten der jeweiligen Gesamtleistungszeiten innerhalb der Pflegegruppen

Somit liefert dieses Modell immer noch keine zufriedenstellende Erklärung dafür, welche Faktoren Einfluss auf die Unterschiede in der Gesamtpflegezeit der Bewohner nehmen. Gut die Hälfte der eingesetzten Pflege- und Betreuungszeit lässt sich auf Bewohnermerkmale zurückführen. Unklar bleibt in diesem Modell jedoch, wodurch sich die knappe andere Hälfte (48%) der erbrachten Zeiten erklären lässt.

Aufgrund der Vielzahl der erfassten bewohnerbezogenen Variablen (insgesamt 116) steht eher nicht zu befürchten, dass hier wesentliche erklärende Variablen nicht erfasst wurden.

Eine weitere Hypothese, die wir schon vor Beginn der Datenerhebung in Erwägung gezogen hatten war die Vermutung, dass das Leistungsgeschehen neben der individuellen Pflegebedürftigkeit der Bewohner auch von Aspekten der Institution und der Organisation des Pflege- und Betreuungsdienstes abhängig sein könnte.

Dieser Zusammenhang ließ sich anhand der folgenden Auswertung der Daten bestätigen. Will man eine empirische Erklärung von Arbeitszeit in der stationären Langzeitpflege stabil über verschiedene Einrichtungen hinweg erreichen, die über 75% liegt, so müssen Variablen der Organisation mit berücksichtigt werden.

ERKLÄRUNG DER GESAMTLEISTUNGSZEIT DURCH EMPIRISCHE BEWOHNER- UND ORGANISATIONSPROFILE

Die Zeitwerte der einzelnen Bewohnerprofile beziehen sich auf 48 Stunden. Soll der Zeitaufwand mit einer Varianzaufklärung von bis zu 75% erklärt werden, müssen die Interaktionen zwischen Bewohner- und Organisationsvariablen berücksichtigt werden. Weil mit den Pflegestufen die tatsächliche Gesamtleistungszeit nur zu 29% erklärt werden kann, ist es trotz einheitlicher Personal-Anhaltzahlen möglich, dass Einrichtungen personell sehr unterschiedlich ausgestattet sind. Dies wiederum führt dazu, dass die Variablen, die Hinweise auf das Personalmanagement geben, viel zur Erklärung der Leistungszeitunterschiede beitragen. Empirisch ergibt sich ein Zusammenspiel der Variablengruppen, die im Rahmenmodell in Abb. 24 dargestellt sind.

Ca. dreiviertel der Pflege- und Betreuungszeit, die die Pflegekräfte mit dem Bewohner verbringen, lässt sich also mit einem Modell erklären, das neben bewohnerbezogenen Kriterien auch Kriterien, die die Institution, bzw. die interne Organisation beschreiben, enthält.

Mit dem Begriff „Modell“ wird im Ergebnis eine Variablenliste umschrieben, die die Variablen enthält, die erst in ihrem wechselseitigen Zusammenwirken 75% der Pflegezeit erklären. Die Liste wurde durch einen komplexen und aufwändigen Rechenprozess der statistischen Methode MARS (Multi Adaptive Regression Splines) generiert. Mit MARS lassen sich hochkomplexe Interaktionen zwischen den unterschiedlichen Variablen untersuchen und die Zusammenhänge herausfiltern, die einen verallgemeinerbaren Erklärungsgehalt der Pflegezeitvarianz für ca. 40 der 61 an der Studie beteiligten Einrichtungen liefern.

MARS kann dabei auch den Einfluss von Variablen berücksichtigen, die nur aufgrund einer Interaktion mit einer anderen Variablen Eingang ins Modell finden und berücksichtigt deshalb mehr Variablen als dies die Regressionsbäume tun.

MARS kann auf zwei Ebenen angewendet werden. Zum einen lässt sich für jede Einrichtung ein eigenes Modell berechnen. Hier lassen sich einrichtungsspezifische Variablenkombinationen ermitteln, die in einzelnen Einrichtungen bis zu 97% der Pflegezeit erklären.

Entsprechend des Auftrags, landesbezogene Aussagen zum Personalbedarf machen zu können, wurden alle Daten aller Einrichtungen miteinander einrichtungsübergreifend mit MARS ausgewertet. Das hierbei ermittelte einrichtungsübergreifende Modell enthält 64 Variablen in 84 Termen¹⁸, die für den überwiegenden Anteil der beteiligten Einrichtungen die genannten 75% der Pflegeleistungszeit erklären. Damit liegt ein Modell vor, das einen hohen Grad der Verallgemeinerbarkeit aufweist. Anhand eines Einzelfallbeispiels werden Ausschnitte dieses Modells vorgestellt.

Von einer vollständigen Veröffentlichung des Gesamtmodells sehen wir aus zwei Gründen ab. Aufgrund der Tatsache, dass in keiner der Einrichtungen eine Zeiterfassung bei allen Bewohnern vorgenommen wurde (Vollerhebung) beziehen sich die Zusammenhänge der einrichtungsspezifischen Daten zu den bewohnerbezogenen Daten auf unterschiedlich kleine Teilstichproben, die möglicherweise aufgrund ihrer geringen Fallzahlen das Ergebnis instabil sein lassen.

Darüber hinaus differenzieren die MARS-Modelle nicht zwischen den verschiedenen Fallzahlen, die für die Bewohner- und die Organisationsvariablen vorliegen. Die Daten der Einrichtungsebene und der Wohnbereichsebene, also die Organisationsvariablen,

¹⁸ Ein Term enthält mathematische Verknüpfungen mehrerer (in diesem Modell bis zu drei) Variablen



Abb. 24: Rahmenmodell zur Entwicklung von empirischen Fallprofilen

werden der Ebene der Bewohner zugespielt, wodurch sich die Fallzahl entsprechend erhöht. Damit wird die Bedeutung der Organisationsvariablen möglicherweise in dieser Art von Analyse überschätzt. Wir werden die Analysen deshalb fortsetzen und mit der Methode der Mehr-Ebenen-Analyse absichern. Die Stabilisierung des Modells wird erst in einem weiteren Entwicklungsschritt im Rahmen eines nächsten Forschungsprojekts möglich sein (vgl. S. 42).

Obwohl wir die Variablenliste dieses Modells in die drei Bereiche „Bewohner-Variablen“, Organisations-Variablen“ und „Bewohner x ¹⁹ Organisationsvariablen“ aufgeteilt haben (vgl. Abb. 25/26) um sie übersichtlicher darzustellen, entstammen sie trotzdem dem gleichen Modell.

Da das Modell die Komplexität aller Bewohner in allen Einrichtungen abbildet, enthält es Variablen, die nicht für jeden Bewohner relevant sind, dies wird auch in unserem ausgesuchten Fallbeispiel deutlich, relevant für das gewählte Fallbeispiel sind jeweils die grau hinterlegten Zeilen, die nicht hinterlegten Zeilen enthalten Variablen, die ggf. für die Berechnung des Zeitaufwandes anderer Bewohner benötigt werden.

¹⁹ Gemeint ist eine Multiplikation

Ausgesucht wurde ein Bewohner, der sich u. a. durch folgende Merkmale beschreiben lässt:

- ist örtlich orientiert,
- verbale Kommunikation ist möglich,
- Transfer aus dem Bett ist selbständig möglich,
- kein ungewollter Stuhlverlust,
- keine freiheitsentziehenden Maßnahmen,
- kann Oberbekleidung nicht alleine ausziehen,
- kann nicht selbständig essen,
- kann sich mit personeller Hilfe am Waschbecken waschen,
- kann die Toilette nicht selbständig benutzen,
- bekommt keine Sondennahrung.

Im Modell berücksichtigt wird hier aber nur die Variable „Transfer aus dem Bett selbständig“ wie unten deutlich wird.

Die Konstante in der obersten Zeile benennt einen Ausgangswert in Minuten für 48 Stunden oder zwei Tage. Von diesen 260,3 Minuten werden entsprechend der jeweiligen Kriterienausprägung die in der letzten Spalte angegebenen Zeiten addiert oder subtrahiert.

Nr.	Term	N	%	Zeit
1	Konstante			260,2778000000
2	Transfer aus Bett selbständig	1019	50,2	-40,9981800000
3	Oberbekleidung alleine ausziehen	894	44,1	-19,8878000000
4	essen selbständig	1589	78,4	-47,4468000000
5	ungewollter Stuhlverlust	856	42,2	38,0960900000
6	freiheitsentziehende Massnahmen	630	31,1	29,8847600000
16	örtlich orientiert * selbständige Toilettennutzung	724	35,7	-34,9520300000
19	verbale Kommunikation möglich * ungewollter Stuhlverlust	558	27,5	-40,3319500000
20	Transfer aus Bett selbständig * essen selbständig	979	48,3	31,3077400000
23	waschen am Becken mit personeller Hilfe * freiheitsentziehende Maßnahmen	341	16,8	-15,8116200000
27	Sondenernährung * ungewollter Stuhlverlust	65	3,2	-60,8606700000
	Summe Bewohner (Bewohnervariablen)			219,2796200000

Tab. 2: Konstante und Bewohnervariablen des ermittelten Modells für zwei Tage

Bei unserem Fallbeispiel werden für die Fähigkeit, den Transfer aus dem Bett selbständig durchführen zu können von der Konstante rund 41 Minuten an Zeitbedarf abgezogen.

Die Komplexität des Modells zeigt sich hier bereits an der Kombination von jeweils zwei Bewohnermerkmalen, die aufgrund ihrer Wechselwirkung (Interaktion) eine Auswirkung auf den Zeitaufwand haben. Kann ein Bewohner sowohl den Transfer aus dem Bett selbständig bewältigen als auch alleine essen, werden ihm vorerst rund 88,5 Minuten abgezogen. Aufgrund der Tatsache, dass der Term 20 in diesem Falle ebenfalls angewendet wird, bekäme der Bewohner in der weiteren Zeitberechnung wieder 31,3 Minuten gutgeschrieben, weil es offensichtlich eine Interaktion zwischen den jeweiligen Merkmalen in Bezug auf den Gesamtaufwand gibt.

Darüber hinaus interessieren Merkmale der Organisation, in der der Bewohner gepflegt wird. In Tab. 3 lässt sich nachvollziehen, wie das Modell im o. g. Einzelfall mit weiteren Organisationsvariablen und Interaktionsvariablen zwischen Bewohnermerkmalen und Organisationsmerkmalen die gemessene Pflege- und Betreuungszeit erklärt:

Modell-Min.	Variable/Term	Berechnung	Ergebnis	N
260,770000	Konstante		260,770000	
-40,998180	TransferausBettSelbständig	1 x -40,99818=	-40,998180	1019
2,059342	Örtlichorientiert mal 16 - AnzahlPK(=9) =7	7 x 2.059342 =	14,415394	816
-2,703391	ohneHilfenvonStuhlaufstehen * 16 - AnzahlPK(=9) =7	7 x -2.703391=	-18,923737	844
1,485838	FachkraftstundenPflege in zwei Tagen>25 (=114)	89 x 1.485838=	132,239582	60
-1,873585	9-V87bKräfte(=0)	9 x -1.873585=	-16,862265	1796
-0,798015	21 – EhrenamtVollzeitstelleninGrunddaten(=1)	20 x -0.7980152=	-15,960304	1863
2.636.126	16 - AnzahlPK(=9)= 7	7 x 2.636126 =	18,452882	1467
-0,077927	DurchschnittsalteroSchülerWB=36 - 29.67 * 21 – EhrenamtVollzeitstellenGrunddaten(=1)	6.33 x 20 x -0.07792684 =	-9,865537	1620
			323,267835	

Tab. 3: Modellauszug für ein Einzelfallbeispiel zur Berechnung der Pflege- und Betreuungszeit

Nach der alleine bewohnerbezogenen Variablen *Transfer aus dem Bett selbständig* werden die Variablen *örtlich orientiert* und die Variable *Anzahl der Pflegekräfte unter 16²⁰* mit 2,05 Minuten gewichtet. Das ergibt bei sieben Pflegekräften und zwei Minuten

²⁰ Gemeint ist hier nicht das Alter der Pflegefachkräfte sondern deren Anzahl

pro Pflegekraft gute 14 Minuten, die in diesem Fall zur Konstante addiert werden müssen. Die Variable *ohne Hilfe vom Stuhl aufstehen* führt zusammen mit der Variablen *Anzahl der Pflegekräfte* bei sieben Pflegekräften zu einer Subtraktion von $7 \times 2,7 = 18,9$ Minuten. Die Tatsache, dass die Anzahl der Pflegekräfte nicht linear mit der Arbeitszeit und mit den anderen Variablen in Beziehung steht, führt dazu, dass für diese Variable bei weniger als 16 Pflegekräften andere Werte eingesetzt werden als für mehr als 16 Pflegekräfte. Hier zeigt sich die Fähigkeit der MARS-Methode, nicht-lineare Beziehungen berücksichtigen zu können.

Im oben genannten Beispiel folgen jetzt noch fünf Terme, in denen ausschließlich Organisationsvariablen auftauchen. So wird für jede Fachkraftstunde in der Pflege, die in zwei Tagen im untersuchten Wohnbereich insgesamt über der Schwelle von 25 Stunden liegt, 1,48 Minuten pro Fall addiert. Im Beispielfall macht das also insgesamt 132 Minuten, die zur Konstanten hinzugezählt werden. Interessant ist, dass die Variable *Pflegefachkraftstunden* ohne Bezug zu Bewohner-Merkmalen stark auf die zur Verfügung gestellte Pflegezeit auswirkt. Für das gewählte Fallbeispiel ist noch die Anzahl der Ehrenamtlichen, die Anzahl der §87b-Kräfte, das Durchschnittsalter der Schüler, sowie die insgesamt in der Einrichtung zur Verfügung stehenden Stellen der Ehrenamtlichen relevant.

Mit diesem Modell ergibt sich somit eine theoretisch für das Fallbeispiel errechnete Gesamtzeit von gerundet 323 Minuten, beobachtet wurden 354 Minuten. Aus der Pflegestufe 1, in die der Bewohner eingestuft ist, ergeben sich für zwei Tage maximal aber nur 238 Minuten „Laienpflege“-Zeit.

Insgesamt ist die Anzahl der bewohnerbezogenen, stabilisierbaren Variablen mit 12 eher gering, die Anzahl der Bewohner-Variablen, die nur mit bestimmten Organisations-Variablen auftauchen ist viel größer. Dies könnte dem Umstand geschuldet sein, dass die aktuelle Datenanalyse-Methode die Bedeutung der Organisations-Variablen überschätzt, da die Organisations-Variablen der Ebene der Bewohner zugeordnet worden sind. Weil für jeden Bewohner die Organisationsvariablen genutzt werden, die für die Bewohner desselben Wohnbereichs dieselben sind, werden die Organisationsvariablen der 68 Einrichtungen auf der Bewohnerebene 2028 mal berücksichtigt.

Das beste MARS-Modell trägt in 40 der 61 beteiligten Einrichtungen mehr zur Aufklärung der Zeitvarianz bei als es die jeweiligen hausinternen Modelle tun. In 21

der 61 Einrichtungen mit Zeiterhebungen existieren hausinterne Modelle, die die Zeitvarianz besser erklären als es das beste, hausübergreifend stabilisierte Modell tut.

Die großen Unterschiede zwischen den Einrichtungen führen in 21 Häusern dazu, dass sie bedeutsam vom besten Gesamtmodell abweichen. Da die hausinternen Modelle immer mit relativ kleinen Fallzahlen operieren ist davon auszugehen, dass es sich hierbei um sehr stichprobenabhängige Ergebnisse handelt.

Themenbereich	Anzahl der im Gesamtmodell verwendeten Variablen	Anzahl der Terme in der die Variablen verwendet werden
Mobilität	6	13
Ernährung/Flüssigkeitsversorgung	5	21
Ausscheidung	5	19
Körperpflege	2	3
Sonstiges (Freiheitsentziehende Maßnahmen, andere therapeutische Leistungen, Arztbesuch intern)	3	8
Kognition&Kommunikation (örtlich orientiert, verbale Kommunikation möglich, gutes Langzeitgedächtnis, Ablehnen von Pflegemaßnahmen)	4	9
Behandlungspflege	3	3
Diagnose	3	3
Alter	3	3

Tab. 4: Themenbezogene Zuordnung der Bewohner-Terme im Modell

Eine themenbezogene Zusammenfassung der in das MARS-Gesamtmodell Eingang findenden bewohnerbezogenen Variablen wird in Tab. 4 dargestellt. Deutlich wird, dass sich die Pflege- und Betreuungszeit am ehesten durch körperbezogene Merkmale erklären lässt. Das bedeutet, dass Pflegenden überwiegend auf Pflegebedarf reagieren, der sich aufgrund körperlicher Einschränkungen ergibt.

Im Bereich der erhobenen Organisationsvariablen nehmen überwiegend Variablen zur Personalausstattung (Quantität und Qualität) Einfluss auf die für den einzelnen Bewohner zur Verfügung gestellten Pflege- und Betreuungszeit (vgl. Tab. 5).

Themenbereich	Anzahl der im Gesamtmodell verwendeten Variablen	Anzahl der Terme in der die Variable verwendet wird
Personalanzahl, -zeit nach Qualifikationen und nach Funktionen	21 davon 15 mit Splits (37 Variablen insgesamt)	28
Alter	3	6
Geschlecht	1	2
Gebäude	4	18

Tab. 5: Themenbezogene Zuordnung der Organisations-Terme im Modell

In der Konsequenz lässt sich feststellen, dass die Ergebnisse die große Differenz zwischen dem Anspruch an die Pflege und der Wirklichkeit der Praxis abbilden, weil es anhand der empirisch ermittelten Verteilungsregeln keine Hinweise darauf gibt, dass

1. die Situation des Bewohners in ihrer jeweiligen Individualität und Komplexität ausschlaggebend dafür ist, in welcher Weise Pflegende die zur Verfügung stehende Leistungszeit verteilen.
2. Pflegekonzepte und Leitbilder der Einrichtungen, in denen die Selbstbestimmtheit, Individualität und Lebensqualität der Bewohner in den Mittelpunkt gerückt werden bei der derzeitigen Ausstattung keine Handlungsorientierung für die quantitative Verteilung der Leistungszeit in der Pflegepraxis haben.

Empirische Erhebungen innerhalb eines normativen Rahmens (Ausstattung) können nur die existierenden Verteilungsregeln entdecken. Das heißt, die Ergebnisse von PiSaar beschreiben die aktuelle Realität der Pflegepraxis. Die Tatsache, dass die Ergebnisse weder den selbstformulierten Ansprüchen der Pflegeanbieter gerecht werden, noch vermutlich denen der Pflegebedürftigen entsprechen, sollte nachdenklich stimmen. Wir sind hier einen umgekehrten Weg gegangen, als wir es bisher in der Pflegewissenschaft versucht haben: Eine Studie zur Pflegepersonalbedarfsermittlung deren Daten innerhalb eines normativen (und als unzulänglich empfundenen) Rahmens erhoben werden, kann keine Ergebnisse

darüber liefern, wie hoch der Personalbedarf bei wünschenswerten Bedingungen sein müsste. Das heißt, die erhobenen Daten der aktuellen Praxis beinhalten den Mangel, bzw. bilden ihn ab. Damit kann eine empirische Studie wie PiSaar „nur“ erklären, welchen Regeln das bestehende System folgt und dieses mit den Ansprüchen und Erwartungen vergleichen.

ERKLÄRUNG DER PFLEGELEISTUNGSZEIT DURCH EMPIRISCHE BEWOHNERPROFILE: DAS PISAAR-BEWOHNER-MODELL (PBM)

Ein nicht unerheblicher Teil der 87 Terme/Variablen des Gesamtmodells mit Bewohner- und Organisationsvariablen ist aus pflegfachlicher Sicht alleine inhaltlich nicht sinnvoll interpretierbar und bei den 62 beteiligten Einrichtungen noch recht instabil. Insbesondere die Interaktionsterme zwischen bewohnerbezogenen und organisationsbezogenen Variablen eignen sich nicht direkt für praktische Zwecke der internen Personalsteuerung. Die relevanten Organisationsvariablen verdeutlichen den Einfluss des (Pflege)Managements auf die Leistungserbringung. Nichts desto trotz sind zahlreiche Organisationsvariablen für die einzelne Pflegedienstleitung wenig beeinflussbar, sodass sich ein praktikables Modell zur internen Steuerung des Personaleinsatzes nachvollziehbarer zuerst einmal mit Bewohnervariablen begründen und nutzen lässt. Hin zu kommen methodische Probleme bei der Berücksichtigung der Organisationsvariablen, die wir zukünftig durch den Einsatz von Mehr-Ebenen-Modellen lösen werden. Es ist sehr wahrscheinlich, dass es zukünftig eine Art Organisations-Screening geben wird, um zu entscheiden, welche Organisationen auf der Ebene des Bewohner-Modells in dasselbe Modell integriert werden können.

Pflegewissenschaftlich ist zwar eine weitere Untersuchung des Einflusses der Organisation auf die Verteilung der zur Verfügung stehenden Ressource *Zeit* notwendig, weil die Anzahl der beteiligten Einrichtungen erhöht werden muss, um den Einfluss der Organisationsvariablen zu stabilisieren. Für eine kurz- bis mittelfristige Strategie, eine Systematik zur Verteilung von Personalressourcen zu entwickeln, schlagen wir aber ein reduziertes Modell vor. Dieses Modell basiert ausschließlich auf Termen/Variablen, die sich auf Bewohnermerkmale beziehen.

So wurde ein weiteres MARS-Modell berechnet, in dem der offensichtliche Zusammenhang zwischen Pflegeleistungszeit, Bewohnermerkmalen **und** Organisationsmerkmalen ignoriert wird. Berücksichtigt wird ausschließlich der

Zusammenhang zwischen Pflegeleistungszeit und Bewohnermerkmalen. Dieses Modell bezeichnen wir als PiSaar-Bewohner-Modell (PBM).

Dieses reduzierte Modell weist ein generalisiertes R^2 von 0.62 auf, es klärt also die Pflegeleistungszeit zu 62%, in dem es die Leistungszeit senkende und die Leistungszeit erhöhende Variablen und deren Interaktionen identifiziert. In der tabellarischen Auflistung der relevanten Variablen wird in der obersten Zeile die entsprechende Konstante als Minutenwert angegeben, von der die jeweiligen Zeitwerte der darunter aufgeführten Variablen abgezogen bzw. hinzugerechnet werden. Um den konkreten Umfang für die Pflegeleistungszeit eines Bewohners zu berechnen werden nur diejenigen Variablen addiert, bzw. subtrahiert, die auf diesen Bewohner zutreffen, also mit „ja“ beantwortet werden können (vgl. Tab. 6).

In der Praxis kann dieses Modell unterschiedliche Anwendungen finden. In der Verbindung mit den wenig erklärenden Pflegestufen (vgl. S. 54) wird es dazu genutzt, heraus zu finden, welche Einrichtungen sich aufgrund der Pflegeeinstufung ihrer Bewohner entweder einen personellen und damit zeitlichen Spielraum geschaffen haben, innerhalb dessen sie individueller auf den einzelnen Bewohner eingehen können oder aber welche Einrichtungen vergleichsweise so schlecht ausgestattet sind, dass oft vier einfache Variablen reichen, um über 60% der Zeitvarianz zu erklären.

Da das Gesamtmodell auf den Bewohnerdaten der beteiligten 61 Einrichtungen basiert, bildet es in gewisser Weise einen Durchschnitt, bzw. vereinigt – für die eine Einrichtung besser, für die andere schlechter – die verallgemeinerbaren bewohnerbezogenen Kriterien, auf die die unterschiedlichen Zeitaufwände zurück geführt werden können.

Um mit diesem Modell einen Nutzen für die Einrichtungen erzielen zu können, ist es dementsprechend von Interesse zu wissen, welche Einrichtung in welcher Weise von diesem Gesamtmodell abweicht. Hierzu wurde die in einer Einrichtung mögliche „Komplexität“ des Gesamtmodells als Referenzwert einer weiteren Auswertung zu Grunde gelegt.

Dabei wird angenommen, dass die Komplexität des Gesamtmodells von Einrichtungen davon abhängig ist, inwieweit es gelingt, sehr individuell auf Bewohnermerkmale reagieren zu können.

Aufwand erhöhende Ter		Aufwand senkende Terme		N	%	Zeit (Min)
Konstante		Konstante				197.8338
* ungewollter Stuhverlust		* Transfer aus Bett selbständig		1019	50,2	-50.16017
* selbständige Intimhygiene		* Oberbekleidung alleine anziehen		828	40,8	-30.65678
* Regelmäßige Angehörigenbesuche		* Mundgerechte Zubereitung selbständig		927	45,7	-11.15752
* freiheitsziehende Maßnahmen		* essen selbständig		1589	78,4	-71.48612
* andere therapeutische Leistung		* Sondenernährung		71	3,5	-68.90595
* Begleiten der Arztvisite		* andere Erkrankungen des Herz/Kreislauf Systems * Wundversorgung groß		35	1,7	-75.99181
* Blasendauerkatheter		* verständliche Äußerung möglich * ungewollter Stuhverlust		502	24,8	-25.58034
* Wundversorgung groß		* verständliche Äußerung möglich * Blasendauerkatheter		108	5,3	-29.01815
* Kontraktur/Spastik * ungewollter Stuhverlust		* verbale Kommunikation möglich * Wundversorgung groß		36	1,8	-108.4338
* Kontraktur/Spastik * Blasendauerkatheter		* Nutzung Rufanlage * selbständige Toilettennutzung		742	36,6	-13.08425
* gutes Langzeit-Gedächtnis * andere therapeutische Leistung		* ohne Hilfe stehen bleiben * andere therapeutische Leistung		103	5,1	-26.67716
* verständliche Äußerung möglich * essen selbständig		* trinken selbständig * selbständige Intimhygiene		590	29,1	-135.3175
* verbale Kommunikation möglich * Sondenernährung		* Sondenernährung * Thrombose-Risiko		48	2,4	-114.5313
* Transfer aus Bett selbständig * essen selbständig		* selbständige Toilettennutzung * Nachtruhe		748	36,9	-24.21619
* Transfer aus Bett selbständig * Erbrechen		* freiheitsziehende Maßnahmen * Hinaufpendenz		67	3,3	-22.97893
* umfangreiche Lageveränderung im Bett * selbständige Intimhygiene		* Pneumonie-Risiko * Wundversorgung groß		28	1,4	-85.18297
* essen selbständig * Injektionen		* andere therapeutische Leistung * Begleiten der Arztvisite		198	9,8	-33.64264
* hohe Gewichtsabnahme * Wundversorgung groß		* andere Erkrankungen des Herz/Kreislauf Systems * über 3 Stunden Schlaf am Tag * Wundversorgung groß		11	0,5	-116.6548
* Sondenernährung * Pneumonie-Risiko		* andere Erkrankungen der Haut * verbale Kommunikation möglich * Wundversorgung groß		3	0,1	-93.08891
* selbständige Toilettennutzung * Begleiten der Arztvisite		* Kontraktur/Spastik * ungewollter Stuhverlust * über 3 Stunden Schlaf am Tag		92	4,5	-24.20724
* ungewollter Stuhverlust * regelmäßige diagnostische Maßnahmen		* Kontraktur/Spastik * ungewollter Stuhverlust * regelmäßige diagnostische Maßnahmen		81	4,0	-25.86638
* ungewollter Stuhverlust * Tracheostoma		* andere Erkrankungen der Harwege * ungewollter Stuhverlust * regelmäßige diagnostische Maßnahmen		79	3,9	-21.98846
* Diarrhoe * freiheitsziehende Maßnahmen		* örtlich orientiert * ungewollter Stuhverlust * Risiko Dehydratation		72	3,6	-35.3523
* über 3 Stunden Schlaf am Tag * andere therapeutische Leistung		* verständliche Äußerung möglich * hohe Gewichtsabnahme * Blasendauerkatheter		7	0,3	-57.91063
* Begleiten der Arztvisite * Ärztliche Verordnung		* Handlungsanweisungen umsetzen * ungewollter Stuhverlust * Risiko Dehydratation		139	6,9	-22.63271
* Parkinson * gutes Langzeit Gedächtnis * andere therapeutische Leistung		* Entscheidungen treffen * ohne Hilfe gehen * Begleiten der Arztvisite		300	14,8	-21.00845
* Ulcus Cruris * Verschlechterter Krankheitszustand * selbständige Toilettennutzung		* ohne Hilfe sitzen bleiben * Begleiten der Arztvisite * Ärztliche Verordnung		578	28,5	-20.60488
* andere Erkrankungen des Herz/Kreislauf Systems * andere Erkrankungen des Bewegungsapparats * Wundversorgung groß		* ungewollter Stuhverlust * herausforderndes Verhalten * regelmäßige diagnostische Maßnahmen		72	3,6	-25.28298
* Dekubitus * Dehydratation * selbständige Toilettennutzung						
* Dekubitus * freiheitsziehende Maßnahmen						
* Andere Erkrankungen des Verdauungsystems * Begleiten der Arztvisite * Ärztliche Verordnung						
* verbale Kommunikation möglich * ungewollter Urinverlust * Wundversorgung groß						
* Nutzung Rufanlage * ungewollter Stuhverlust * Risiko Dehydratation						
* Transfer aus Bett selbständig * essen selbständig * Hinaufpendenz						
* waschen am Becken mit personeller Hilfe * Oberbekleidung alleine anziehen * Nachtruhe						
* waschen am Becken mit personeller Hilfe * Oberbekleidung alleine anziehen * benötigt emotionale Unterstützung						
* Sondenernährung * Erbrechen * Thrombose Risiko						
* Sondenernährung * nimmt an Gemeinschaftsleben teil * Thrombose-Risiko						
* Vorlagen * ungewollter Stuhverlust * Risiko Dehydratation						

Sehr geehrte Leser und interessierte Vertreter von software-Lösungen für die Pflege,

dieses Modell ist als Zwischenergebnis eines aufwändigen Forschungsprozesses zu verstehen. Damit erhebt es keinen Anspruch auf Gültigkeit für Einrichtungen, die nicht an der PiSaar-Studie beteiligt waren.

Bitte sehen sie davon ab, dieses Modell in Lösungsansätze für internes Personalmanagement zu integrieren.

die Autoren

Tab. 6: PiSaar-Bewohner-Modell (PBM)

Eine Einrichtung, die aus dem PiSaar-Bewohner-Modell ausschließlich die drei Variablen „ungewollter Stuhlverlust“, „selbständige Intimhygiene“ und „essen selbständig“ nutzt, scheint bei der Leistungserbringung nicht auf weitere bewohnerbezogene Merkmale in Bezug auf seine Zeitverteilung zu reagieren oder reagieren zu können. Dies kann zwei Gründe haben: zum einen könnte dies daran liegen, dass die Personalausstattung so gering ist, dass es der Einrichtung gar nicht möglich ist, auf weitere Variablen zu reagieren. Ein anderer Grund könnte in der Fokussierung der Pflegestufen relevanten Merkmale des § 14 SGB XI liegen, die die Pflegenden in ihrer Leistungserbringung leiten. Für beide Erklärungen spricht, dass Bewohnermerkmale im Vordergrund der Leistungserbringung stehen, die einen existentiellen Pflegebedarf nach sich ziehen, der ebenso den Pflegebedürftigkeitsrichtlinien entspricht. Wahrscheinlich ist eine Kombination beider Gründe.

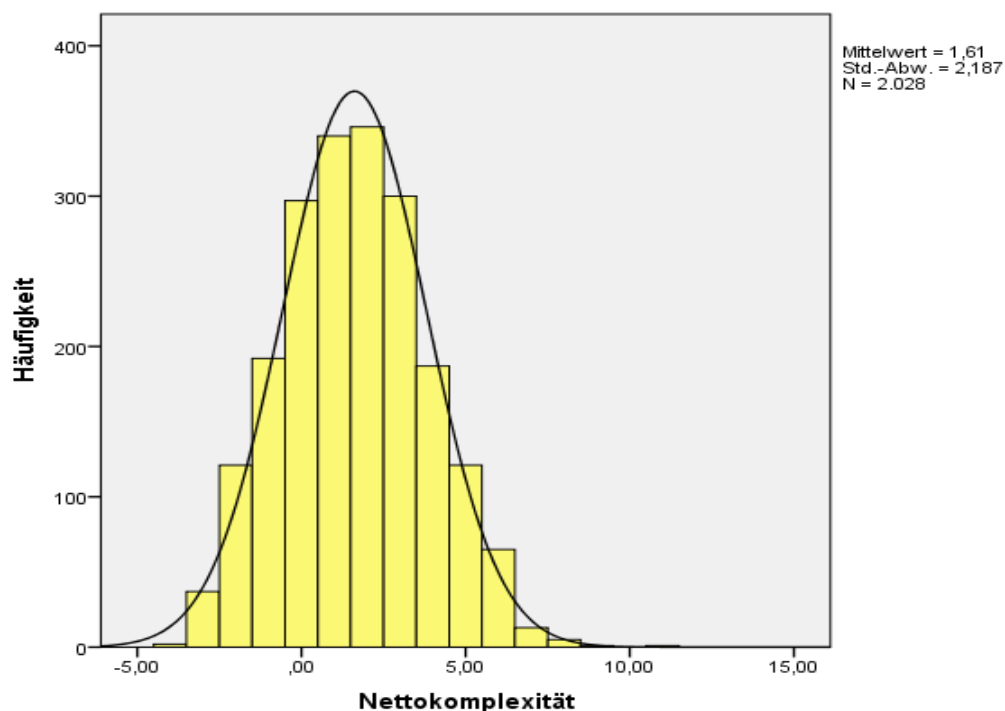


Abb. 25: Summen der zeiterhöhenden und zeitsenkenden Abweichungen des PBM pro Bewohner

Ermittelt wurde die so genannte „Nettokomplexität“ der in den Einrichtungen möglichen Terme. In Abb. 25 ist zu sehen, dass für ca. 360 Bewohner mehr

Pflegeleistungszeit reduzierende Terme des PiSaar-Bewohner-Modells relevant sind, als Pflegeleistungszeit erhöhende Terme.

Für ca. 300 Bewohner gilt die gleiche Anzahl an Aufwand senkenden als auch erhöhende Terme und für ca. 1370 Bewohner werden zwischen einer und acht Variablen mehr den Aufwand erhöhende als den Aufwand senkende Terme benutzt.

Abb. 26 zeigt, welche Einrichtungen²¹ in der Summe höhere, und welche in der Summe niedrigere Pflegeaufwände als der Durchschnitt produzieren.

Ein für die Praktiker kaum überraschendes Ergebnis ist der Einfluss eines guten Pflegestufenmanagements. In Abb. 27 ist zu sehen, welche Einrichtungen bereits einen hohen Anteil ihres Zeitaufwandes für die Bewohner mit den Pflegestufen des Bewohners erklären können. Oder anders formuliert: in welchen Einrichtungen die Pflegeleistungszeit in einem engen Zusammenhang zur Pflegestufe steht und in welchen nicht.

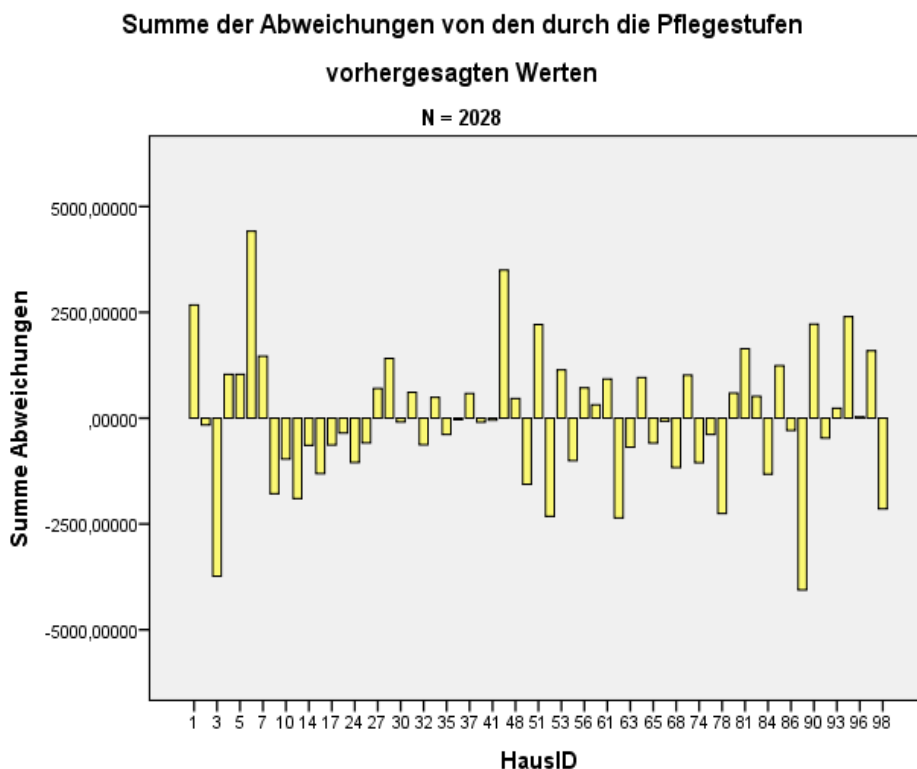


Abb. 26: Summe der Abweichungen von den durch die Pflegestufen vorhergesagten Werten (HausID anonymisiert)

²¹ Die hier aufgeführten Haus-Identifikationsnummern (ID) entsprechen nicht den bei der Datenerhebung benutzten IDs sondern sie wurden nachträglich anonymisiert.

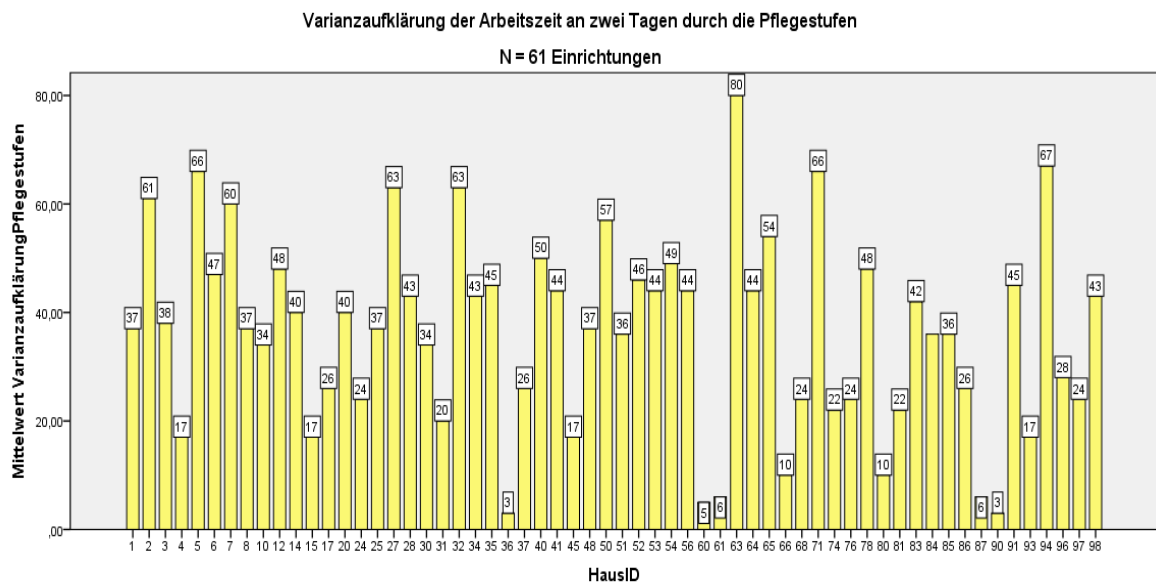


Abb. 27: Varianzaufklärung der Pflegeleistungszeit an zwei Tagen durch die Pflegestufen (HausID anonymisiert)

In Einrichtung 63 gelingt es den Pflegenden offensichtlich sehr gut, die Bewohner entsprechend ihrer Einstufung in Bezug auf die verwendete Arbeitszeit zu pflegen (vgl. Abb. 27), da die Pflegestufen hier 80% der Pflegeleistungszeit erklären. In Einrichtung 87 hingegen lassen sich nur 6% der aufgewendeten Pflegeleistungszeit für einen Bewohner mit der jeweiligen Pflegestufe erklären.

In den folgenden Grafiken lassen sich die unterschiedlichen Verhältnisse zwischen Pflegeleistungszeit und Pflegestufe der Einrichtungen 63 (vgl. Abb. 29a/b) und 87 (vgl. Abb. 28a/b) beispielhaft vergleichen. Für Einrichtung 87 verläuft die Linie im Vergleich zu Einrichtung 63 deutlich flacher. Das bedeutet, dass sich der Zeitaufwand für die Bewohner in den verschiedenen Pflegestufen nicht so deutlich unterscheidet wie in Einrichtung 63, in deren Grafik die Linie deutlich steiler verläuft. Offensichtlicher wird der Unterschied mit dem Blick auf die unterschiedlichen Pflegeleistungszeiten, die in den beiden Einrichtungen innerhalb der jeweiligen Pflegestufen geleistet werden. In Einrichtung 87 scheint es annähernd zufällig, in welche Pflegestufe ein Bewohner eingruppiert ist, wenn es um die Pflegeleistungszeit geht, die im Rahmen der Studie gemessen wurde. In dieser Einrichtung kann ein Bewohner mit einer Pflegeleistungszeit zwischen elf und 326 Minuten über 48 Stunden entweder in keiner Pflegestufe oder sowohl in Pflegestufe eins als auch zwei oder drei eingestuft sein. Dass eine abgestufte Pflegeleistungszeit entsprechend der Pflegestufen erbracht wird, lässt sich für Einrichtung 63 in Abb. 30b hingegen deutlich erkennen – hier

unterscheiden sich die Leistungszeiten über die Pflegestufen offensichtlich und es gibt nur geringe Überschneidungen zwischen den Pflegestufen.

Fassen wir diese beiden Ergebnisse zusammen, lassen sich damit die Einrichtungen identifizieren, die komplexere Verbindungen von Kriterien der Pflegebedürftigkeit berücksichtigen und solche, die dies wegen nicht gut funktionierender Pflegestufen wahrscheinlich bereits nicht mehr können.

Diejenigen Einrichtungen, die zeitliche Abweichungen über den empirischen Zeitwert der Pflegestufen produzieren und diese auch über die Pflegestufen gut transportieren können sind in der Lage, komplexere Terme im bewohnerbezogene MARS-Modell zu bedienen. Die Einrichtungen, die keine Abweichungen nach oben produzieren und ihre Pflegezeit auch durch die Pflegestufen nur schlecht erklären können, haben keinen Spielraum mehr, um auf komplexere Pflegebedürftigkeitskriterien und deren Kombinationen bei Bewohnern reagieren zu können.

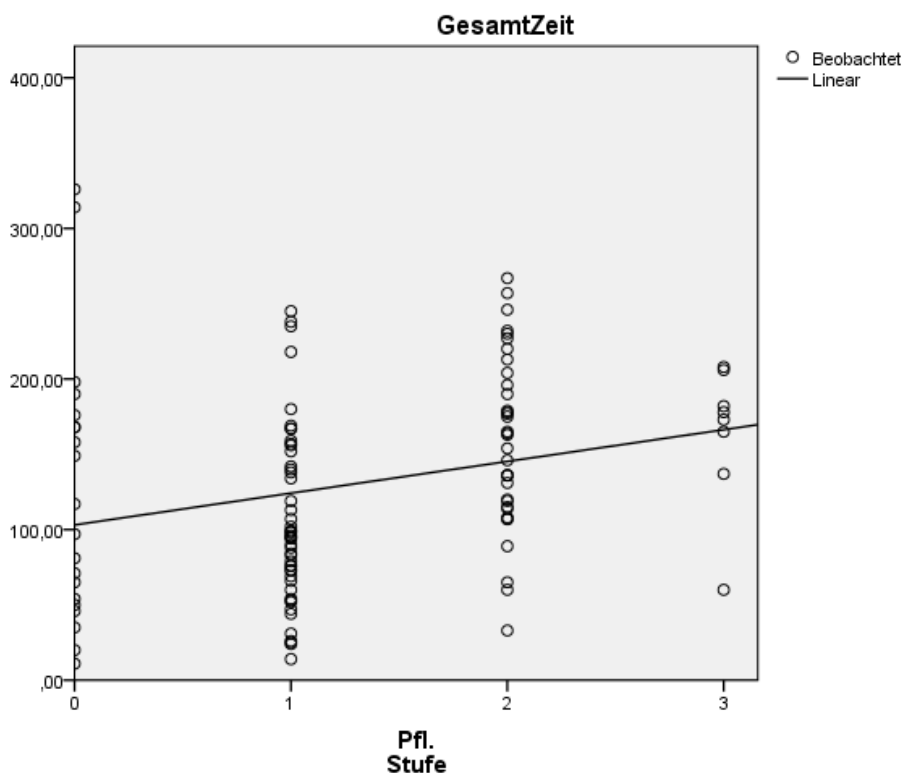


Abb. 28a: Nicht funktionierende Pflegestufen in Einrichtung 87

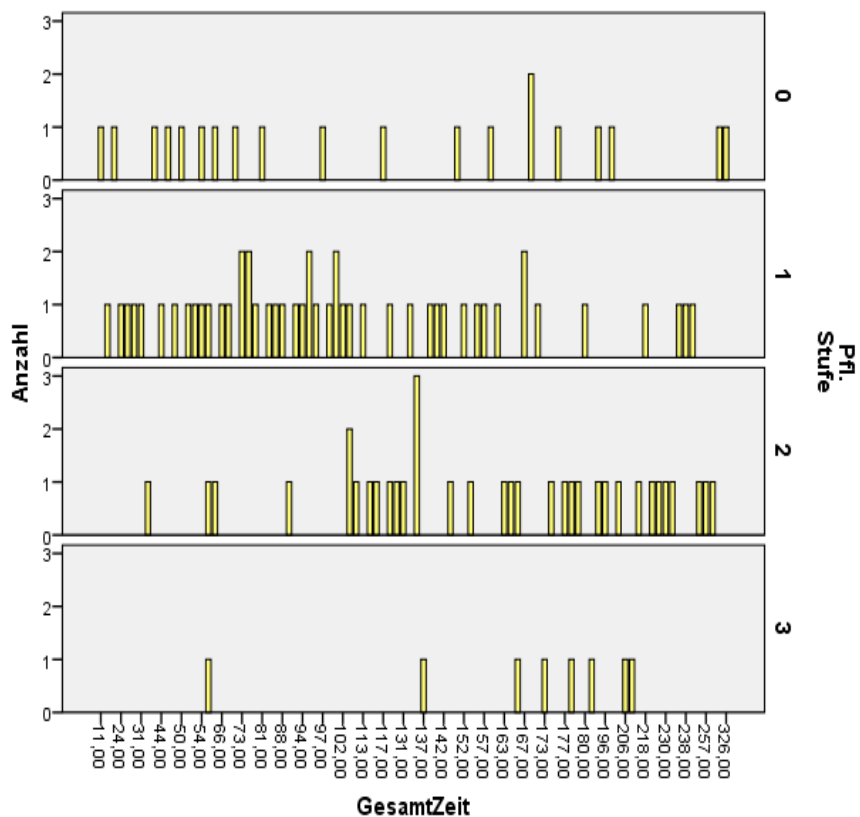


Abb. 28b: Nicht funktionierende Pflegestufen in Einrichtung 87

Wozu soll es für eine Einrichtung gut sein, komplexe Kriterien und ihre Kombinationen berücksichtigen zu können? Mit der Annahme, dass professionelle Pflege bedeutet, individuelle Merkmale, Fähigkeiten und Bedürfnisse des Pflegebedürftigen wahrnehmen zu können und bei der Erbringung von Pflegeleistungen zu berücksichtigen, bedeutet die Gültigkeit eines komplexeren Terms des Bewohner bezogenen MARS-Modells, dass Mitarbeiter bei der Verteilung ihrer Leistungszeit auf individuelle Besonderheiten - auch einiger weniger Bewohner - reagieren und damit Unterschiede in der Verteilung ihrer Leistungen (Zeit), bzw. ihrer Erbringung machen. Werden aus dem Modell nur wenigen Terme genutzt, die noch dazu eher existentielle Aspekte widerspiegeln, ist davon auszugehen, dass Leistungen in erster Linie mit dem Blick auf existentielle Bedürfnisse erbracht werden und personenbezogene Details des Bewohners kaum eine Rolle für eine Differenzierung des Leistungsaufwands spielen.

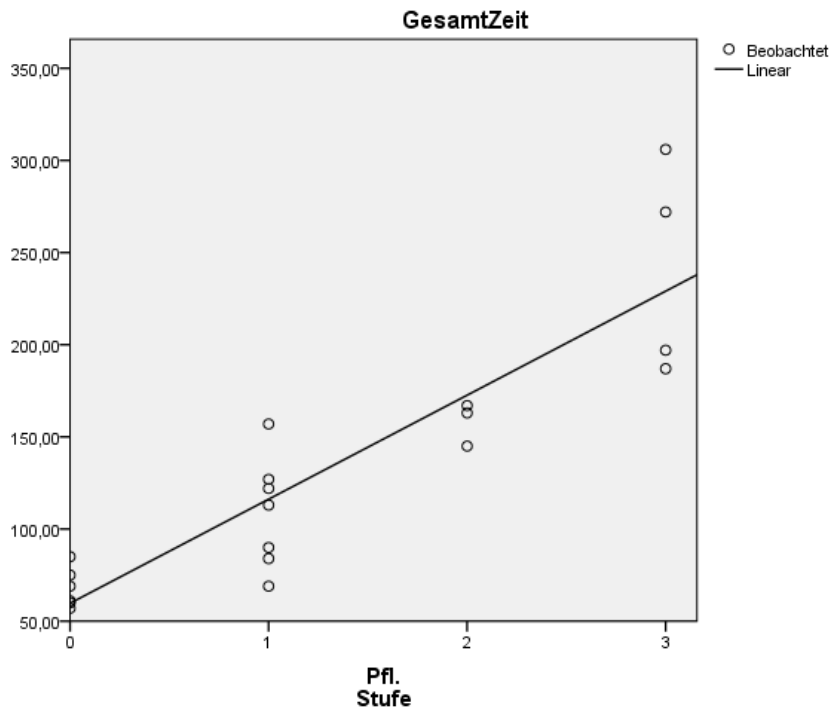


Abb. 29a: Funktionierende Pflegestufen in Einrichtung 63

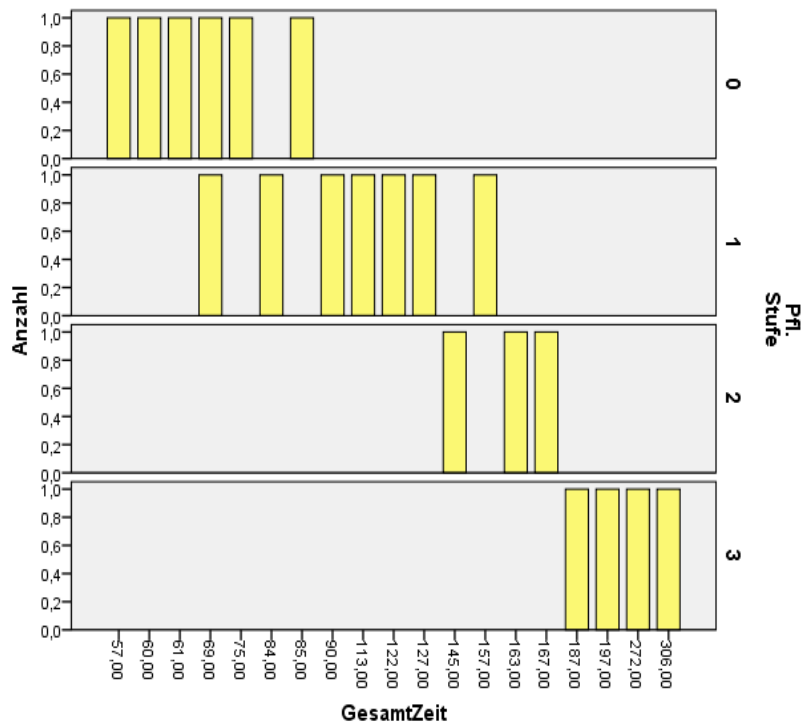


Abb. 29b: Funktionierende Pflegestufen in Einrichtung 63

Bezüge zur Pflegequalität werden durch die Variation der Komplexität des von einzelnen Einrichtungen genutzten Modell-Ausschnitts und durch die qualitative Auswahl der Variablen innerhalb des Modells hergestellt. Berücksichtigt ein Modell ausschließlich körperbezogene Bewohnermerkmale, entspricht dies vermutlich der derzeitigen Praxis, die deutlich durch die Fokussierung auf die körperbezogenen, einstufigsrelevanten Aspekte des § 14 SGB XI geprägt zu sein scheint.

Im Sinne einer professionellen Pflege wäre es durchaus erstrebenswert, dass auch psycho-soziale Variablen, wie z.B. „Entscheidungen treffen“ oder „benötigt emotionale Unterstützung“ für die Verteilung von Leistungszeit Eingang ins Modell finden. Damit erklärt sich auch eine weitere Verwendungsmöglichkeit des PiSaar-Bewohner-Modells (PBM) als Evaluationsmethode für Pflegequalität und Organisationsentwicklung. Sollte sich die Pflegepraxis im Rahmen von Konzept- und Organisationsentwicklung innerhalb einer Einrichtung verändern, ließe sich dies voraussichtlich an den entsprechenden Variablen nachvollziehen, die dann Eingang ins Modell finden müssten.

Um zu überprüfen, ob die Einstufung der Bewohner deutlich von der erbrachten Pflegeleistungszeit abweicht bietet sich ein Screening der Bewohner anhand von drei, bzw. vier einfach zu beurteilenden Variablen an:

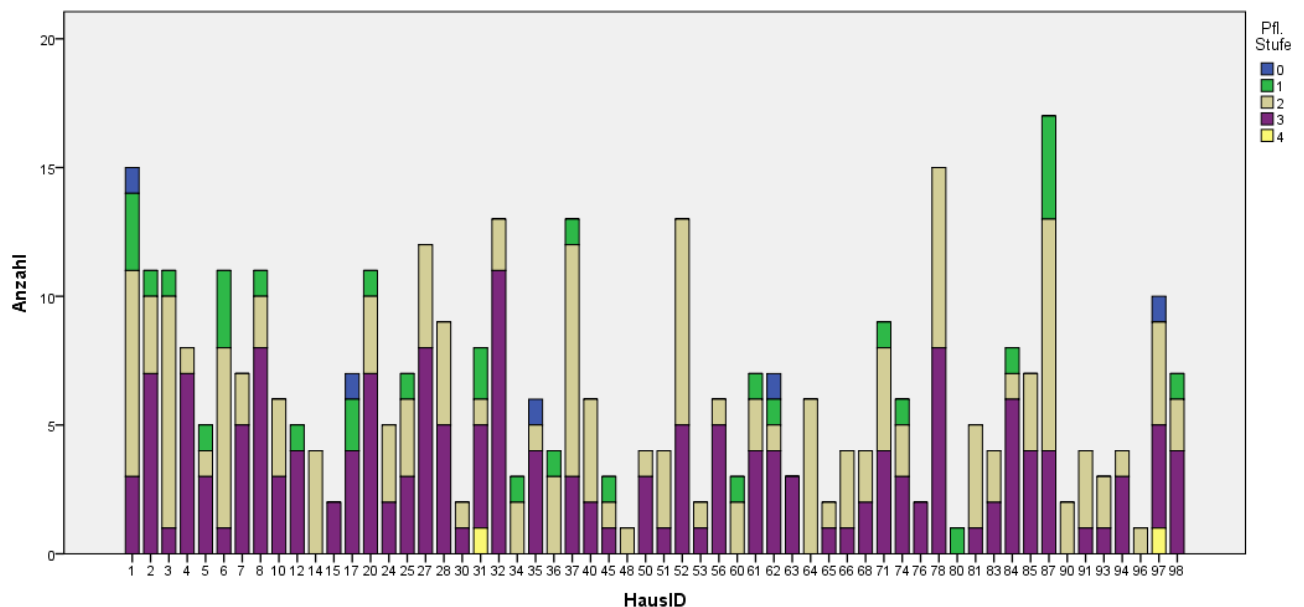


Abb. 30: Pflegestufen der 376 Bewohner, die nicht selbständig zur Toilette gehen, nicht selbständig essen und sich nicht selbständig hinsetzen können

376 Bewohner, die nicht selbständig zur Toilette gehen, nicht selbständig essen und sich nicht selbständig hinsetzen können, bzw. ungewollten Stuhlverlust erleiden (373 Bewohner) befinden sich nicht alle erwartungsgemäß in Pflegestufe drei. Abb. 30 und Abb. 31 machen deutlich, dass zahlreiche Bewohner, für die diese Merkmalskombination zutrifft, in Pflegestufe null oder eins eingestuft sind. Möglich ist sicherlich, dass für diese Bewohner bereits bei Datenerhebung ein Höherstufungsverfahren initiiert war, sich dies aber anhand unserer vorliegenden Daten nicht nachvollziehen lässt. In Anbetracht der Einfachheit eines solchen Screenings und der hohen Bedeutung für die Leistungsfähigkeit der Einrichtung ist es allerdings durchaus praktikabel, in engen Zeitintervallen zu überprüfen, für welche Bewohner ein Höherstufungsantrag sinnvoll sein wird.

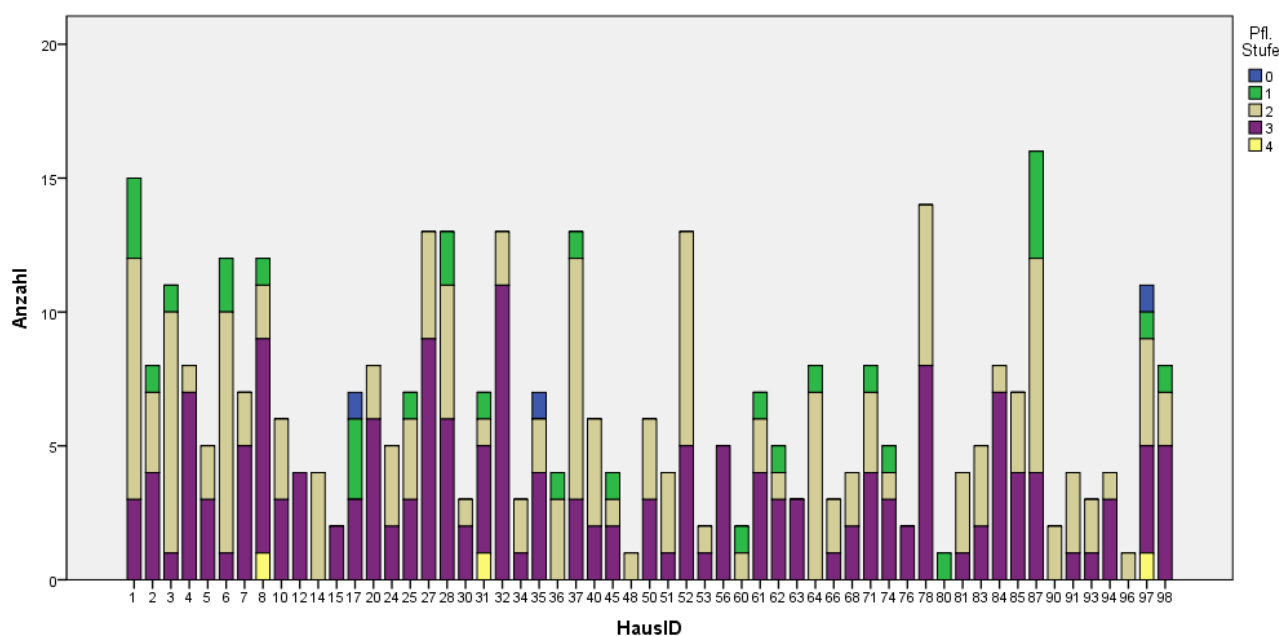


Abb. 31: Pflegestufen der 373 Fälle, die nicht selbständig zur Toilette gehen, nicht selbständig essen können und ungewollten Stuhlverlust erleiden

7. INTERPRETATION DER ERGEBNISSE

Komplexe, Interaktionen zulassende und nicht-lineare Beziehungen identifizierende Methoden werden für pflege(wissenschaftliche) Fragen benötigt, weil der Gegenstand empirisch komplex und Zusammenhänge nicht-linear strukturiert sind.

Aktuell sind die empirischen Unterschiede zwischen den Einrichtungen in der personellen Ausstattung trotz gleicher Personalanzahl und gleichen Pflegestufen offensichtlich sehr groß, was darauf hin deutet, dass das Studienergebnis die Folgen der Anpassung an ein insuffizientes System der Bemessung von Pflegebedürftigkeit und Personal widerspiegelt. Deshalb ist nicht davon auszugehen, dass Bewohner mit vergleichbaren, bzw. gleichen Merkmalen in verschiedenen Einrichtungen die gleiche Pflege- und Betreuungszeit erhalten. Die empirische Messung von Pflegebedürftigkeit als auch Pflegequalität und Personalausstattung stehen in wechselseitig abhängigen Beziehungen miteinander. Soll Personalbedarf empirisch bemessen werden, so wird dies nicht möglich sein, ohne Pflegebedürftigkeit und Pflegequalität empirisch zu differenzieren.

Insofern verweisen die Ergebnisse darauf, dass es notwendig ist, das aktuelle System einer normativ festgesetzten Personalausstattung, einer normativ festgesetzten Qualität und einer im Wesentlichen normativ festgesetzten Pflegebedürftigkeit durch ein empirisches System, das alle drei Bereiche *Qualität*, *Personalmessung* und *Pflegebedürftigkeit* empirisch miteinander verbindet, zu ersetzen.

Die Ergebnisse von PiSaar zeigen, dass es eher unwahrscheinlich ist, dass die aktuell bestehende Personalausstattung mit der tatsächlichen Pflegebedürftigkeit in einem direkten kausalen Zusammenhang steht.

Durch die in den Rahmenverträgen festgelegten Personalanzahl ist der Rahmen der personellen Ausstattung der Einrichtungen normativ festgelegt. Sie stellen zur Zeit die personellen Rahmenbedingungen des Personalmanagements dar. Aufgrund der Tatsache, dass andererseits den Einrichtungen ebenfalls normativ Qualitätsvorgaben gemacht werden, deren empirischer Gehalt unklar bleibt, verwundern die Ergebnisse dieser Studie nicht. Die Diskrepanz zwischen fachlich begründbarem Pflegebedarf und verfügbaren Personalressourcen, oder anders ausgedrückt: zwischen Anspruch und Wirklichkeit der stationären Altenpflege ist durch die PiSaar-Ergebnisse empirisch belegbar. Diese Differenz zwischen Anspruch und Wirklichkeit variiert zwischen den Einrichtungen in erheblichem Ausmaß. Es wird deutlich, dass Mitarbeiter in stationären Einrichtungen offensichtlich in erster Linie auf existentielle, körperbezogene Bedürfnisse von Pflegebedürftigen reagieren. Psychosoziale Aspekte von Bewohnern und Merkmale ihrer Selbstbestimmtheit finden als erklärende Variablen keinen Eingang in statistische Modelle, die für alle Einrichtungen gelten sollen.

Meinen wir es also gesellschaftlich und sozialpolitisch ernst mit der Notwendigkeit, in die Pflege investieren zu wollen, so müssen wir bisherige Annahmen und Vorgehensweisen in der Entwicklung des Systems in Frage stellen. In Abb. 32 ist der Zusammenhang zwischen Pflegebedürftigkeit, Pflegemanagement, Organisation/Institution und Pflegequalität als Interaktion dargestellt. Gehen wir normativ von außen nach innen vor wie dies aktuell geschieht, erklärt das die zusammengefassten PiSaar-Ergebnisse:

- Psycho-soziale Bewohnermerkmale können nicht in allen Einrichtungen berücksichtigt werden.
- Die Initiative zum Handeln scheinen bei den Pflegenden durch die normativen Merkmale des Pflegebedürftigkeitsbegriffs des §14 SGB XI geprägt zu werden.
- damit wird deutlich, dass Pflegenden einen Fokus auf die Themen der Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualität in der Pflege (DNQP) haben.

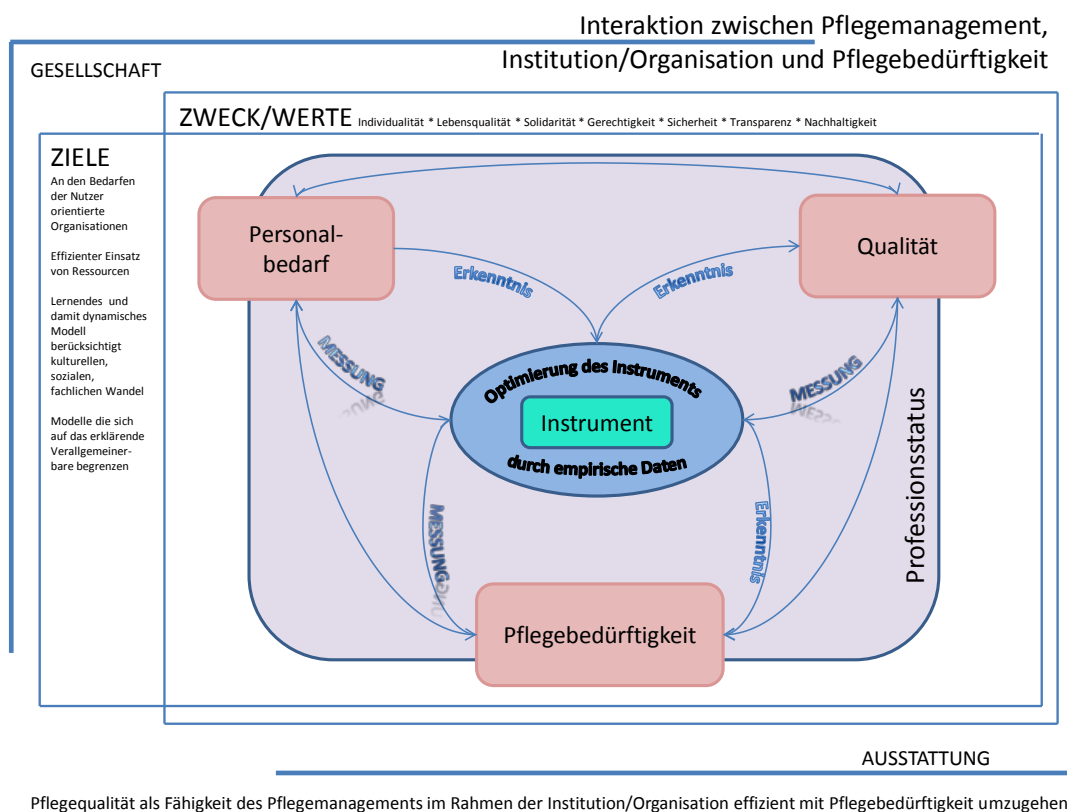


Abb. 32: Interaktionsmodell von Pflegebedürftigkeit, Personalbedarf und Pflegequalität

- Viele Interaktionen zwischen Einzelkriterien belegen, dass das Thema Personalbedarf nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern systemisch zu verstehen, zu interpretieren, zu entwickeln und zu beforschen ist.
- Gesamtpflege- und -betreuungszeiten für Bewohner sind wesentlich von der Grundausstattung und vom Personalmanagement einer Einrichtung abhängig.

Unserer Einschätzung nach muss aber von innen nach außen argumentiert werden können, also von einer empirisch zu differenzierenden Pflegebedürftigkeit ausgehend definiert werden, welche Pflege mit welchem Ausstattungsniveau durch welches Management in welcher Qualität machbar sein sollte.

Die Abhängigkeiten und Wechselwirkungen zwischen Institution/Organisation, Pflegemanagement, Pflegebedürftigkeit und Pflegequalität zu beschreiben, birgt die Chance, die aktuell eher von monokausalen Zusammenhängen geprägten normativen Ansätze zu überwinden, innerhalb derer der Bezug zum Gegenstand verloren geht: Es entstehen Systeme, die neben der Pflegepraxis eine parallele Realität entstehen lassen.

NUTZEN FÜR DIE PFLEGEPRAXIS

Der Nutzen für die Pflegepraxis besteht bei einem empirisch validen System der Differenzierung von Pflegebedürftigkeit zunächst einmal darin, die Unterschiede im Zeitaufwand auch besser erklären zu können als dies aktuell der Fall ist. Es ist möglich, mit Hilfe des Bewohner-Modells zunächst die interne Personalverteilung verbessern zu können. Hierzu ist es vorstellbar, monatlich die Bewohnervariablen zu erfassen (was z. T. ohnehin geschieht) bzw. zu aktualisieren. Mithilfe einer Excel-Tabelle lässt sich dann die Verteilung der zur Verfügung stehenden Pflegearbeitszeit auf der Grundlage dieses Bewohner bezogenen Modells bereichsbezogen planen. Zu bedenken ist, dass mit dieser internen Managementlösung ausschließlich der ermittelte Ist-Stand, der offensichtlich vom Mangel geprägt ist, als Grundlage für prospektive Planungen genutzt wird. Es kann mit diesem Verfahren also nur sichergestellt werden, dass die empirisch ermittelten Verteilungsregeln konsequent angewendet werden. Werden Veränderungen innerhalb einer Einrichtung angestoßen, wie z. B. die stärkere Fokussierung psycho-sozialer Bedürfnisse der Bewohner, kann sich die Wirksamkeit solcher Organisationsentwicklungsmaßnahmen und im Ergebnis ein Aspekt von Pflegequalität mit Hilfe dieses Instruments und dieser statistischen Methode evaluieren lassen. Initiierte Veränderungen impliziter Regeln der

Verteilungssystematik können entdeckt und deren Umsetzung damit kontrolliert werden.

Mit weiteren Studien wird es langfristig möglich sein, Pflegebedürftigkeit empirisch valide differenzieren zu können, so können darauf aufbauend Personalbemessungssysteme entwickelt werden. In einem dritten Schritt kann ein Screening-System²² entwickelt werden, das identifizieren kann, welche Pflegequalität mit welcher Art von Ausstattung möglich ist.

Hierdurch würde die Pflegepraxis nicht länger zwischen einem normativen Qualitätssystem (PTVS) und einem normativen System der Personalbemessung zerrieben. Vielmehr könnte die Pflegepraxis aktiv an der Beschreibung von Ausstattungs- und empirisch messbaren Qualitätsniveaus mitarbeiten.

NUTZEN FÜR DIE PFLEGEWISSENSCHAFT

Die Pflegewissenschaft kann bei einem empirischen Zugang zum Gegenstand der Bemessung von Pflegebedürftigkeit und Personal viel für eine Theorieentwicklung lernen. Die bislang praktizierten normativen Zugänge ermöglichen es nicht, aus Daten etwas zu Theorien über den Gegenstand zu lernen. Das gilt für die Themen Pflegebedürftigkeit, Personalbemessung und Pflegequalität,

In der deutschen Pflegeforschung werden statistische Methoden bislang ausschließlich auf dem paradigmatischen Hintergrund einer klassisch-testtheoretischen (KTT) Methodologie eingesetzt, was zahlreiche Probleme mit sich bringt²². Vor diesem Hintergrund lassen sich auch die Begrenzungen der Verwertbarkeit bisheriger Arbeiten erklären (Brühl 2012). Neben den Einschränkungen, die aus der Nutzung klassisch-testtheoretischer Verfahren resultieren, sind parametrische Verfahren oft ebenfalls nicht geeignet, um im Bereich der Pflegedaten verwendet zu werden. Die z. B. in parametrisch-multivariaten Regressionen vorausgesetzten linearen Zusammenhänge, sind in Pflegedaten oft nicht vorhanden. Deshalb müssen nicht-parametrische Verfahren eingesetzt werden, die auch nicht lineare Zusammenhänge entdecken helfen.

Der Einsatz von MARS ermöglichte uns weitere Erkenntnisse über die komplexen Zusammenhänge von Pflegebedürftigkeit, Pflegequalität und

²² Methoden der KTT setzen Intervallskalen-Niveau, Merkmalskonstanz und Normalverteilung der Daten voraus – alle Voraussetzung werden in pflegerischen Zusammenhängen meist nicht erfüllt.

Pflegepersonalbemessung zu entdecken und die aufgestellte Hypothese zu belegen, dass Organisations-Variablen einen Einfluss auf die Verteilung von Pflege- und Betreuungszeit und diese wiederum auf die Anzahl und die Komplexität von Kriterien haben, die Pflegebedürftigkeit differenzieren (vgl. S. 54). Die Bestätigung der Abhängigkeit der Themen Personalbedarf, Pflegebedürftigkeit und Pflegequalität voneinander fordert in der Konsequenz ein Überdenken bisheriger theoretischer Annahmen dieser drei Konstrukte, die in der Vergangenheit überwiegend isoliert betrachtet und bearbeitet wurden.

Zusammenfassend können wir formulieren, dass sich jedes einzelne dieser drei Konstrukte vermutlich nur mit Hilfe von Dimensionen, die sich auf die beiden anderen Konstrukte beziehen, erklären und begründen lässt. Wie z. B. in der vorläufigen Definition von Pflegequalität: Pflegequalität wird als Fähigkeit des Pflegemanagements beschrieben, Voraussetzungen zu schaffen, einen differenzierenden Umgang mit der Pflegebedürftigkeit ihrer Bewohner im Rahmen der Organisation (und damit der bestehenden Ausstattung) sicherzustellen.

Weiter verfolgt werden Überlegungen, in welcher Weise empirische Ergebnisse, die neue Perspektiven des Umgang mit dem Thema „Pflege“ eröffnen, in letztendlich meist politische Entscheidungsprozesse überführt werden können.

8. ZUSAMMENFASSUNG

Je besser die Methode geeignet ist, die Komplexität der Informationen zu berücksichtigen desto besser kann die Leistungszeit für Pflege und Betreuung erklärt werden. Regressionsbäume (C-tree) erklären immerhin 52% der unterschiedlichen Pflegeleistungszeiten und damit 23% mehr als die derzeit gültigen Pflegestufen, die nur 29% des Gesamtzeitaufwands für Pflege und Betreuung erklären. Eine Methode des maschinellen Lernens (MARS) ermöglicht ein Gesamtmodell, das 75% der Gesamtleistungszeitvarianz erklärt. Innerhalb dieses Modells wird Bewohnern ein individuelles Fallprofil zugewiesen, das aus 64 Institutions- und Organisationsvariablen besteht, die zum Teil miteinander interagieren und organisationsspezifische Ausprägungen aufweisen.

Zu beachten ist bei der Erklärung von Gesamtleistungszeiten stets, dass Zeiten empirisch unter realen Bedingungen gemessen werden. Die Werte bilden somit das Leistungsgeschehen im Hier und Jetzt ab, das durch die aktuellen überwiegend

normativen gesellschaftlichen Umfeldfaktoren beeinflusst wird. Die gemessenen Zeiten oder Kosten können somit auch ein nicht wünschenswertes Leistungsgeschehen auf der Basis nicht adäquater Pflegequalität widerspiegeln.

Aktuell kann mit dem PiSaar-Bewohner-Modell (PBM) verdeutlicht werden, dass diejenigen Einrichtungen, die Zeitwerte oberhalb des Durchschnitts produzieren und mit den Pflegestufen mehr Zeitvarianz erklären, dieses „Mehr“ an Zeit auch in die Berücksichtigung komplexerer Bedarfe investieren können. Funktionieren die Pflegestufen nicht gut in einer Einrichtung und liegt die Einrichtung mit ihren pro Bewohner möglichen Zeiten noch unterhalb des Durchschnitts der Vergleichsstichprobe so können komplexe Bewohnermerkmale und ihre Verbindungen in der Verteilung der Pflegeleistungszeit nicht mehr berücksichtigt werden. Hiermit ist eine Verbindung ersichtlich, die die Interaktion zwischen Pflegebedürftigkeit, Personalmanagement und Pflegequalität abbildet. Einrichtungen, die besser mit den Pflegestufen umzugehen vermögen, erzielen angemessenere Erlöse, die zu einer besseren personellen Ausstattung führen. Dadurch kann in der Verteilung der Gesamtleistungszeit besser bei komplexer Pflegebedürftigkeit der Bewohner differenziert werden.

9. AUSBLICK

Das aktuell vorliegende beste Modell zur Erklärung von Gesamtleistungszeiten ist noch nicht stabil genug um es übergreifend einzusetzen. Eine praktikablere Zwischenlösung stellt ein Modell dar, das ausschließlich auf Wohnervariablen basiert und organisatorische Aspekte vernachlässigt.

Es gilt zu untersuchen, inwieweit die identifizierten Unterschiede zwischen den Einrichtungen auch von den Personen abhängig sind, die insbesondere die Bewohner bezogenen Daten erhoben haben. Hierzu müssen die erhobenen Daten detaillierter mit den beteiligten Einrichtungen und Datenerhebem besprochen werden.

Eine solche Fortsetzung der Arbeiten ist innerhalb des aktuellen Rahmens nicht möglich, da die Arbeitsbelastung eine dauerhafte Beteiligung der Einrichtungen nicht ermöglicht.

Die bislang kausal-lineare Betrachtungsweisen der Einzelthemen mit dem Fokus auf die Messung von Pflegebedürftigkeit (z. B. durch das NBA), die Auseinandersetzung

um die personelle Ausstattung (z. B. Personalanzahl, PLAISIR) der Einrichtungen oder die Diskussion um Ergebnisindikatoren als Qualitäts-Messgrößen wird dem systemischen Zusammenwirken aller drei Themenbereiche nicht gerecht. Bei stationären Einrichtungen handelt es sich um soziale Systeme, die durch normativ festgelegte Einflussgrößen außerhalb des Systems determiniert werden (Personalschlüssel, Pflegebedürftigkeitsdefinition nach § 14 SGB XI, Pflegequalitätskriterien der PTVS) und die das Gesamtgeschehen innerhalb der Einrichtung beeinflussen. Unklar ist bislang, mit welchen Regeln sich das Geschehen innerhalb der Einrichtungen beschreiben lässt. Mit anderen Worten: Es stellt sich die Frage: Welche Mechanismen der Selbstorganisation weisen stationäre Pflegeeinrichtungen auf? In dieser Studie konnten wir zeigen, dass sich die beim Bewohner ankommende Leistungszeit genauso stark aufgrund der Pflegestufen als auch aufgrund organisationsbezogener Kriterien unterscheidet. Von Interesse sind insbesondere Einflussgrößen, die auf das Leistungsgeschehen einwirken, die sich aus der Wechselwirkung von bewohnerbezogenen Kriterien mit einrichtungsbezogenen Kriterien ergeben. Dabei ist festzustellen,

- dass Pflegebedürftigkeit zum Teil ein vom sozialen System (Setting) abhängiges Konstrukt ist.
- dass sich die verteilte Pflegeleistungszeit nicht ausschließlich durch die Pflegebedürftigkeit des Bewohners erklären lässt, sondern auch auf Organisationsmerkmale zurückzuführen ist.
- dass Pflegequalität als Fähigkeit der Einrichtung operationalisiert werden kann, unterschiedliche Ausprägungen von Pflegebedürftigkeit auch in unterschiedliche Leistungen zu überführen.
- dass empirische Erhebungen innerhalb eines normativen Rahmens (Ausstattung) nur (Verteilungs)Regeln entdecken – nicht aber den (Personal- oder Pflege)Bedarf unter erwünschten/fiktiven Bedingungen errechnen können.

Um Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI), Pflegequalität (§ 114 SGB XI) und Pflegepersonalbedarf (§ 75 SGB XI) langfristig valide quantifizieren zu können bedarf es unseres Erachtens der Überwindung der kausal-linearen Betrachtungsweise dieser einzelnen Themenfelder. Stattdessen ist für die weitere Forschung ein systemisches, bzw. kybernetisches Verständnis der Gesamtzusammenhänge deswegen nützlich, weil es der Komplexität der einzelnen Fragestellungen gerecht wird und damit praxisorientierte (weil valide) Lösungen liefern kann. In der Folge bedeutet dies, sich

anderen Methodologien und Methoden der Forschung zuzuwenden, um valide Instrumente zu entwickeln.

Ein nächster Schritt wird darin bestehen, stabile Gruppen von Organisationen zu unterscheiden, die sich innerhalb der Gruppen in ihrer tatsächlichen Ausstattung im Verhältnis zum tatsächlichen Pflegeaufwand ähnlich sind. Hierfür wird die Anzahl der untersuchten Einrichtungen gesteigert werden müssen und die Methode der Mehr-Ebenen-Analyse Anwendung finden. Sehr wahrscheinlich werden nicht alle Einrichtungen in der stationären Langzeitpflege aus einem Bewohner-Modell die gleichen Variablen nutzen können. Das lässt sich bereits jetzt am PiSaar-Bewohner-Modell (PBM) zeigen. Deshalb wird es notwendig sein, eine Art Organisations-Screening vorzuschalten, wenn empirisch fundierte Systeme der Bemessung von Pflegequalität, Pflegebedürftigkeit und Personalbedarf eingeführt werden.

Ziel wird es anschließend sein, die zwischen und innerhalb der Gruppen von Einrichtungen unterschiedlich berücksichtigten Aspekte von Pflegebedürftigkeit zu identifizieren, um Niveaus von Pflegequalität mit Pflegebedürftigkeit und Personalausstattung zu verbinden

Nur so kann langfristig *ein* valides empirisches Messverfahren entwickelt werden, mit dem Aussagen unter Berücksichtigung der Interdependenzen zu drei zentralen Themen der Altenpflege getroffen werden können: Pflegebedürftigkeit, Pflegequalität und Pflegepersonalbedarf.

10. LITERATUR

- Banning, M. (2007): A review of clinical decision making: models and current research Journal of Clinical Nursing, 2008 Vol.17, Heft 2 S.187 – 195
- Bartholomeyczik, S.; Hunstein, D.; Koch, V.; Zegelin-Abt, A. (1999): Forschungsbericht: Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung. Frankfurt: Fachhochschule Frankfurt
- Benner, P., Tanner, C. (1987): "Clinical judgement: how expert nurses use intuition". Amer. J.Nursing, 87, 1:23-31
- Birkenbeil, B.; Kerkhoff, E. (1999): Qualitätssicherung und leistungsbezogene Personalbedarfsplanung in der stationären Altenhilfe. Köln: KDA
- Bortz, J.(2005): Statistik für Humanwissenschaftler. 6. Auflage. Heidelberg: Springer
- Breiman, L. (1996): Bagging Predictors. In Machine Learning, 24: 123–140
- Breiman, L. (2001): Random Forests. Machine Learning, 45: 5–32
- Breiman, L.; Friedman, J. H.; Olshen, R. A.; Stone, C. J. (1998): Classification and Regression Trees. Reprint. New York: Chapman & Hall
- Brühl, A. (Hg.) (2012): Pflegebedürftigkeit messen? - Herausforderungen bei der Entwicklung pflegerischer Messinstrumente am Beispiel des Neuen Begutachtungsassessments (NBA). Mit Beiträgen von Sandra Bensch, Katarina Planer, Georg Franken, Christian Grebe und Albert Brühl. Veröffentlicht im Internet unter: http://opus.bs-bw.de/kidoks/volltexte/2012/71/pdf/Bruehl_Pflegebeduerftigkeit_messen_2012.pdf
- Brühl, A.; Planer, K. (2013): Abschlussbericht: Analysis of a reform proposal for the Luxembourg nursing tariff system for extramural nursing services. Im Druck
- Bühlmann, P.; Yu, B. (2003): Boosting with the L2- Loss – regression and Classification. Journal of the American Statistical Association, 98:324–339
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.)(2004): Handbuch zur Praxis der Heimaufsicht. Berlin
- Campos D.C., Graveto J.M. (2009): The role of nurses and patients' involvement in the clinical decision-making process. Rev.Latino-Am.Enfermagem vo.17 no 6 Ribeirao Preto
- Cranley L., Doran D.M., Torangeau A.E., Kushniruk A., Nagle L. (2009): Nurses uncertainty in decision-making: a literature review. Wordviews Evid Based Nurs. 2009; 6 (1): 3-15
- Fachhochschule Frankfurt a.M.; Verband für Arbeitsgestaltung, Betriebsorganisation und Unternehmensentwicklung e.V. Darmstadt (REFA) (2000): Forschungsauftrag: Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung. Gemeinsame Erkenntnisse und Schlussfolgerungen des pflegewissenschaftlichen Konsortiums und des REFA-Konsortiums.
- Friedman, J. H. (1991) - Multivariate Adaptive Regression Splines. The Annals of Statistics, 19(1): 1-141
- Gennrich, R. (1995): Dimensionen und Modelle angemessener Personalschlüssel in der stationären Altenhilfe. Forum 22. Köln: KDA
- Gennrich, R.; Bösel, S.(2002): Qualitative und quantitative Erfassung des erforderlichen Pflegezeit- und Personalbedarfs in deutschen Altenpflegeheimen. Erprobung des Verfahrens PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt. Abschlussbericht der KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH. Band 225 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer
- GeroCare Europäisches Pflegenetzwerk (1997): Pflegezeitbedarf und Pflegeleistungen in der häuslichen und der vollstationären Altenpflege. Was, warum und wie messen? Dokumentation

des GeroCare 6–Workshop des Kuratorium Deutsche Altershilfe am 3. und 4. Juni in Bonn-Bad Godesberg. Köln: KDA

Haasenritter, J.; Wieteck, P.; Bartholomeyczik, S. (2009): Instrumente zur Abbildung des Pflegeaufwands in der DRG-Systematik. Literaturanalyse. Pflegewissenschaft 12/2009, 669-687

Hagbaghery MA., Mahvash S., Fazlolah A. (2004): "The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a quality study BMC Nurs. 2004; 3:2.

Hastie, T.; Tibshirani, R.; Friedman, J. (2009): The Elements of Statistical Learning - Data Mining, Inference, and Prediction. 2nd Edition. New York: Springer

Hothorn, T.; Hornik, K.; Zeileis, A. (2006): Unbiased Recursive Partitioning: A Conditional Inference Framework. IN Journal of Computational and Graphical Statistics 15(3): 651-674

Hothorn, T.; Hornik, K.; Strobl, C.; Zeileis, A. (2013): Package `party`. Online: <http://cran.r-project.org/web/packages/party/party.pdf>, 15.05.2013

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.)(2000): Erforderlicher Pflegezeit- und Personalbedarf in vollstationären Einrichtungen. Ergebnisse der Erprobung des Verfahrens PLAISIR © in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt. Dokumentation einer KDA-Fachtagung am 20. Juni 2000. Köln: KDA

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2009): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen; Berlin

Milborrow, S. (2013): Package `earth`. Online: <http://cran.r-project.org/web/packages/earth/earth.pdf>, 15.05.2013

Mills, R.; Fetter, R. B.; Riedel, D. C.; Averill, R. (1976): AUTOGRP: an interactive computer system for the analysis of health care data. Medical Care, 14(7): 603-615

Müller-Straub, M. (2006): Klinische Entscheidungsfindung und kritisches Denken im pflegediagnostischen Prozess. Pflege 2006, 19 275-279. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG. Bern

Mybes, U.; Pfau, C.; Rückert, W. (1988): Zur Organisation pflegerischer Dienste in Altenpflege-/Altenheimen. Ergebnisse arbeitswissenschaftlicher Untersuchungen. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Stuttgart: Kohlhammer

Raudenbush, S. W.; Bryk, A. (2002): Hierarchical Linear Models. Applications and Data Analysis Methods. Advanced Quantitative Techniques in the Social Sciences Series 1. London: Sage

O'Neill, E. S., Dluhy, N. M., Chin, E. (2005): Modelling novice clinical reasoning for a computerized decision support system. Journal of Advanced Nursing; Vol 49, 1: 68-77

Schalek, K. (2007): Professionalisierung in der Gesundheits- und Krankenpflege: Der Beitrag von Pflegediagnosen zu einem professionalisierten Pflegehandeln
Publikation: infact (Diplomarbeit Uni Wien)

Smith, D. W.; Hogan, A. J.; Rohrer, J. E. (1987): Activities of daily living as quantitative indicators of nursing effort. Medical Care 25(2): 120-130

Sonquist, J. A.; Morgan, J. N. (1964): The detection of interaction effects - a report on a computer program for the selection of optimal combinations of explanatory variables. Ann Arbor: Survey Research Center, Institute for Social Research, University of Michigan

Spitzenverband der Pflegekassen (GKV) (2010): Bewertung des Beirats der GKV zum Projekt „Entwicklung und Erprobung von Grundlagen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf der Basis des Bedarfsklassifikationssystems der „Referenzmodelle“. <http://www.gkv->

spitzenverband.de/upload/§8_Endbericht_Personalbemessung_und_Bewertung_des_Beirates_17371.pdf vom 20.04.2012

Strobl, C.; Malley, J.; Tutz, G. (2009): An Introduction to Recursive Partitioning. Technical Report Number 55, 2009. Department of Statistics, University of Munich. Online: <http://epub.ub.uni-muenchen.de/10589/1/partitioning.pdf>, 03.12.2012

Therneau, T.; Atkinson, B.; Ripley, B. (2013): Package 'rpart'. Online: <http://cran.r-project.org/web/packages/rpart/rpart.pdf>, 15.05.2013

Verband für Arbeitsgestaltung, Betriebsorganisation und Unternehmensentwicklung e.V. Darmstadt (REFA) (2000): Forschungsbericht: Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung.

Vogt, J. (2000): Bagging, Boosting und verwandte Methoden. Diplomarbeit. Zürich: Eidgenössische Technische Hochschule.

von Auer, L. (2003): Ökonometrie – Eine Einführung. 2. Auflage. Berlin: Springer

Wingenfeld, K.(2010): Grundlagen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprojekt: „Entwicklung und Erprobung von Grundlagen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf der Basis des Bedarfsklassifikationssystems der Referenzmodelle“. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft

11. ANLAGEN

Anhang 1: Tabellarische Übersicht der Personalanhaltzahlen für die einzelnen Bundesländer

Anhang 2: Handbuch zur Datenerhebung

Land	Personalschlüssel nach § 75 SGB XI							Quelle
	0	1	2	3	Funktionsstellen	Bemerkungen	in Kraft seit	
Baden-Württemberg		3,96 - 3,13	2,83 - 2,23	2,08 - 1,65	Leitung/Verwaltung 1:30 HWS/Technik bis zu 1:5,9	höhere Personalrichtwerte für Personen in Spezialeinrichtungen möglich min. 50% Fachkraftquote GfB <20%	01.01.2003	§ 17 Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg vom 12. Dezember 1996 in der Fassung vom 09.07.2002, betätigt durch Festsetzung der SGB XI-Schiedsstelle vom 11.09.2002 sowie ergänzt durch Beschluss vom 12.09.2002
		2,38	1,7	1,25		schwer Demenzzranke		
Bayern	6,7	3,0	2,25	1,9	für allgemeine Pflege Verwaltung/Leitung 1:28-32 Hausmstr. 1:80 Küche 1:18 HWS 1:11,5 (ohne Küche) HWS gesamt 1:7	Keine Regelung innerhalb des § 18 des Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI vom 01.10.1998 außer: GfB <20% und keine Regelungen im Gesetz zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (Pflege- und Wohnqualitätsgesetz - PflWoqG) vom 8. Juli 2008	01.01.2002	Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (20??): Seniorenpolitisches Konzept, S.76 Antwort des Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen vom 09.06.2006 auf die Schriftliche Anfrage der Abgeordneten Renate Ackermann BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 29.03.2006
	5,4	2,7	2,1	1,9	Gerontopsychiatrie, bzw. geschlossene Gerontoabteilung		k.A.	

Land	Personalschlüssel nach § 75 SGB XI						Quelle
	0	1	2	3	Funktionsstellen	Bemerkungen	
Berlin		4,0	2,5	1,97	1:100 vPFK 1:200 QMB 1:200 Soz.arb.	Auszubildende Altenpflege 1:3 PH 3 PFK max. 1 Auszubildender min. 52% Fachkraftquote Abweichungen nach § 85 SGB XI sind möglich <5%	01.01.2009
		2,58	1,86	1,55		erheblich verhaltensauffällige Menschen mit einer med. -therap. nicht beeinflussbaren Demenz	
		1,0				Wachkoma (Phase F)	
		1,0				Langzeitbeatmete	
		1,96	1,14	1,0		geistig Behinderte und geistig und mehrfach Behinderte	
		2,58	1,86	1,55		erheblich verhaltensauffällige Menschen mit psychischen Erkrankungen oder seelischen Behinderungen	
Brandenburg	14,27	4,28	3,04	2,08	Härtefall: 1:1,8	keine Regelungen in § 21 Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur Sicherstellung der vollstationären Pflege im Land Brandenburg außer GfB <20% Abweichende Angaben in BMFSFJ (2006): Erster Bericht über die Situation der Heime [I: 4,53; II: 3,32; III: 2,12; H: 1,8]	01.05.1997

Land	Personalschlüssel nach § 75 SGB XI							Quelle
	0	1	2	3	Funktionsstellen	Bemerkungen	in Kraft seit	
Bremen	6,28-6,79	3,77-4,08	2,33-2,55	1,88-2,04		keine Regelungen in § 22 Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur Sicherstellung der vollstationären Pflege und keine Regelung im Bremischen Wohn- und Betreuungsgesetz außer GfB <20%		verdi (o.J.): Personalbemessung in der stationären Pflege. Rechtliche Rahmenbedingungen, S.13 BMFSFJ (2006): Erster Bericht über die Situation der Heime, S.94
Hamburg	12,31-12,79*	4,06-4,22	2,39-2,48	1,69-1,76	1,0 vPPK/Einricht	spezielle Regelungen im Rahmen der LQV möglich 50% Fachkraftquote GfB <20%	17.11.2009	§ 18 Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gem. § 75 SGB XI für die Freie und Hansestadt Hamburg vom 17.11.2009
Hessen	4,86	bis zu 3,4	2,43	1,88	HWS/Technik bis zu 40=bis zu 5,3 ab 41=bis zu 5,9	Es wird nur der Stellenschlüssel für Pflegestufe 1 angegeben, für die anderen PS wird der Schlüssel einrichtungsbezogen über Äquivalenzziffern (I=0,7; II=1,0; III=1,4; IV=1,8) (die auch im Gesetz verankert sind) berechnet bis zu 10% der Pflegestellen können der HWS zugeordnet werden bis zu 2% der Pflegestellen können der Leitung/Verwaltung zugeordnet werden GfB <20% geht von 38,5 h/Wo aus	01.05.2009	§ 20 Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gem. § 75 SGB XI für das Land Hessen

Personalschlüssel nach § 75 SGB XI										Quelle
Land	0	1	2	3	Funktionsstellen	Bemerkungen	in Kraft seit			
Mecklenburg-Vorpommern	9,0*	4,71 - 4,07	3,38 - 2,64	2,24 - 1,83	vPFK bis 40=0,5 ab 41=1:80 HWS 1:7 Ltg./Verw. bis 15 =0,5 bis 23=0,75 bis 29=1,0 ab 30=1:30	Überschreitungen im Rahmen des § 85 SGB XI möglich 50% Fachkraftquote GfB <20%	01.07.2009	Landesrahmenvertrag nach § 75 SGB XI des Landes Mecklenburg Vorpommern * Gau, Sven-Uwe (2012): Qualität gefordert-Personalressourcen gedeckelt? Altenheim 9, S.16		
Niedersachsen	12,16 - 14,5	3,65 - 4,5	2,43 - 3,0	1,82 - 2,2	plus 1,0 VZ vPFK plus ggf. 1:120 für QM	Abweichungen sind möglich 50% Fachkraftquote Grundlage 1.567 h NUJAZ	01.01.2009	Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 i.V. m. Abs. 2 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege		
NRW	8,0	4,0	2,5	1,8		GfB <20%	01.10.1999	ohne Rechtsgrundlage		
Rheinland-Pfalz	8,6	4,2	2,8	1,8	plus 1,0 vPFK/Einricht Soz.Betr. 1:50 Ehrenamtl.arb. Bis 50 = 0,5 ab 50 = max. 1,0	Richtwerte, Über-/Unterschreitungen verhandelbar Altenpflegeschüler 1:7 (50%FK/50%PH) 50% Fachkraftquote GfB <20%	01.01.2007	§ 20 R A H M E N V E R T R A G nach § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege in Rheinland Pfalz		
Saarland	8,0	3,92	2,81	2,07	Heimleitung/Leitung 1:60* Verwaltung: 1:60 Küchenleitung/HWL 1:70	Überschreitungen im Rahmen des § 85 SGB XI möglich	01.01.2011	§ 21 Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur pflegerischen Versorgung in der vollstationären Pflege *Rahmenvereinbarung gemäß § 86 Absatz 3 SGB XI über das Verfahren von Vergütungsverhandlungen für Leistungen der vollstationären Pflege nach dem 8. Kapitel des SGB XI im Saarland		
	7,6	3,66	2,65	2,05	Küche/Speisesaal 1:19,25 Wäscherei 1:23,85 Reinigungsdienst 1:23,85 Hausmeister 1:80	Berücksichtigung ab 01.01.2011 verpflichtend ab 01.01.2014				

Land	Personalschlüssel nach § 75 SGB XI							Quelle
	0	1	2	3	Funktionsstellen	Bemerkungen	in Kraft seit	
Sachsen	9,0*	3,3 - 4,5	2,3 - 2,9	1,6 - 1,9	SozialDienst 1:50 - 60	bezogen auf 40h/Wo Über- und Unterschreitungen verhandelbar ZDL, Prakt., FSJ, AFG nach § 16 SGB II werden nicht angerechnet	23.12.2009	§ 21 Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege im Freistaat Sachsen in der Fassung der Schiedsstellenentscheidungen vom 21.11.2003 und 27.03.2007 * Gau, Sven-Uwe (2012); Qualität gefordert-Personalressourcen gedeckelt? Altenheim 9, S.16
Sachsen- Anhalt	12,16*	3,65 - 4,5	2,43 - 3,0	1,82 - 2,2		GfB <30% (Landesrahmenvertrag nach § 75 SGB XI vom 01.08.2004)		Formular der Landesverbände der Pflegekassen zum bestehenden Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI für vollstationäre Pflege (Doc. vom 28.11.2011) * Gau, Sven-Uwe (2012); Qualität gefordert-Personalressourcen gedeckelt? Altenheim 9, S.16
Schleswig- Holstein	9,0 - 12,0	4,05 - 6,0	3,05 - 4,0	2,28 - 2,8	Nachtdienst: erste 20 Plätze 2,29 Stellen, darüber 1:20 vPFK 1:100 QMB 1:200 Leitung 1:55, max 1,0 Verwaltung 1:38 HWL-Ltg. 1:60, max 1,0 Koch/Köchin: 1:60 Küche: 1:18 Wäsche: 1:40 Reinigung nach qm Haus-Mstr.: 1:80 für Praxisanleitung, FSJ, Praktikanten ist zusätzliches Budget gesondert zu vereinbaren	GfB <20%	01.07.1996	verdi (o.J.): Personalbemessung in der stationären Pflege. Rechtliche Rahmenbedingungen, S.16

Land	Personalschlüssel nach § 75 SGB XI					Quelle	
	0	1	2	3	Funktionsstellen		Bemerkungen
Thüringen	2,83	2,83	2,83	2,83	1,0 vPFK 1,0 Leitung Verwaltung 1:40 Küche 1:15 Haus-Mstr. 1:60	GfB <20% (Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI für Thüringen 01.07.1996 Fassung vom 04.06.1998)	http://www.michael-wipp.de/kennzahlen/pflegekennzahlef.html

Stand 20.09.2012

Handbuch zur Datenerhebung

Projekt
„PiSaar“

Anja Hagel
Vallendar, Januar 2011
e-mail: pisaar@gmx.de

Vorwort

Wieviel Pflege erhalten Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen?

Diese Frage ist gleichermaßen für die Pflegebedürftigen, die Betreiber von Pflegeeinrichtungen, die Kostenträger und die (Fach-)Politik von großer Bedeutung und hohem Interesse.

Im Saarland ist man in der glücklichen Lage, den Personaleinsatz schon seit vielen Jahren rahmenvertraglich vereinbart und einrichtungsindividuell festgeschrieben zu haben. Daher herrscht über den tatsächlichen Personaleinsatz hohe Transparenz.

Schwierig ist es, die Veränderung des Pflegebedarfs durch zunehmende Multimorbidität, einen höheren Anteil an Behandlungspflege und eine Verkürzung der Verweildauer nachvollziehbar darzustellen und zu begründen.

Wesentliche Ursache dafür ist die Bemessung des Personalbedarfs an der Einstufung der Pflegebedürftigen in die Pflegestufen nach dem Pflegeversicherungsgesetz. In der Fachwelt unumstritten ist die Tatsache, dass die Pflegestufen den tatsächlichen Pflegeaufwand nur unzulänglich abbilden. Ein valides Instrumentarium zur Erfassung und Abbildung des Pflegebedarfs wurde nach mehreren vergeblichen Versuchen (Plaisir, RAI...) bislang nicht eingesetzt. Es ist nicht absehbar, wann der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt wird und ob dieser geeignet wäre, die Grundlage für eine Personalbemessung zu liefern.

Die Saarländische Pflegegesellschaft will aber Fakten über den tatsächlichen Pflegebedarf und die Entwicklung der Pflege im Saarland erheben, um die Entwicklung der stationären Pflegeinfrastruktur im Saarland auf einer soliden Datenbasis zu gestalten.

Mit dem Projekt PiSaar erhoffen sich die Projektpartner neue Erkenntnisse sowohl in methodischer, pflegfachlicher und leistungsrechtlicher Hinsicht, die es perspektivisch ermöglichen, die Entwicklung des Pflegebedarfs im Saarland unabhängig von der Einstufung nach SGB XI zu erfassen.

Die Projektpartner bedanken sich ausdrücklich für Ihr Engagement und freuen sich, dass Sie durch Ihre Teilnahme dazu beitragen, auf der Basis empirischer Daten relevante Faktoren im Pflegegeschehen herauszufinden. Damit unterstützen Sie die Transparenz und die Verbesserung der Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen im Saarland.



Harald Kilian

1. Vorsitzender
Saarländische Pflegegesellschaft



Univ.-Prof. Dr. Albert Brühl

Lehrstuhl für Statistik und standardisierte Verfahren
Fakultät für Pflegewissenschaften
Philosophisch Theologische Hochschule Vallendar

Inhaltsverzeichnis

1	Projektziel	10
2	Projektstrukturplan	11
3	Rahmenbedingungen der Datenerhebung	11
3.1	Einschlusskriterien	11
3.2	Stichprobe	12
3.3	Die ethische Dimension	13
3.3.1	Das Recht auf Selbstbestimmung:	13
3.3.2	Die informierte Zustimmung und Anonymität	13
3.3.3	Recht auf Unversehrtheit und Schutz vor Beeinträchtigungen	13
3.4	Datenschutz	14
3.5	Feldorganisation –Überblick	15
3.6	Information	15
3.6.1	Leitungsebene	15
3.6.2	Mitarbeiter/MAV	15
3.6.3	Bewohner/Betreuer/Angehörige	16
3.6.4	Schulen/Schüler	16
3.7	Konzeption der Datenerhebung	16
3.7.1	Auswahl des Erhebungszeitraumes:	16
3.7.2	Auswahl der Erhebungstage:	17
3.7.3	Planung erster Erhebungstag	17
3.7.4	Planung 31. März 2012	18
3.8	Schulung der Datenerheber	18
3.9	Datenerhebung	19
3.9.1	Tag unmittelbar vor der ersten Erhebung	19
3.9.2	Erster Tag der Zeitdatenerhebung	19
3.9.3	Während der Zeiterhebung	19
3.9.4	Unmittelbar nach Abschluss der 48 Stunden	20
3.9.5	Datenerhebung in den weiteren Wohnbereichen	20
3.10	Übermittlung der Datei an PTHV	21
4	Die Erhebungsinstrumente im Überblick	22
4.1	Die Excel-Datei „Erfassung PiSaar“	22
4.1.1	Der Eintrag in die Zellen – Möglichkeiten:	22
4.2	Das Protokoll „Zeiterfassung individuell“	23
4.3	Der Gruppenbetreuungsbogen	23
5	Grunddaten	25
5.1	Strukturdaten	26
5.1.1	Lage	26
5.1.2	Landkreis	26
5.1.3	Spitzenverband	26
5.1.4	Verbundeinrichtung	27
5.1.5	Baujahr	27
5.1.6	Anzahl Gebäude	27
5.1.7	Anzahl Stockwerke	27
5.1.8	Anzahl Wohnbereiche	27
5.1.9	Mahlzeitenlieferung	28

Projekt „PiSaar“

5.2	Leitung	28
5.2.1	Qualifikation Heimleitung.....	28
5.2.2	Qualifikation Pflegedienstleitung	29
5.2.3	Freist.anteil PDL.....	29
5.2.4	Freist.anteil QMB	29
5.2.5	Freist.anteil PAL	30
5.2.6	ZVG/MAG/PEG.....	30
5.3	Qualitätsmanagement	30
5.3.1	Zertifizierung.....	30
5.3.1	Instrumente QM	31
5.4	Angebot.....	33
5.4.1	WB Demenz (geschützter Bereich).....	33
5.4.2	WB Wachkoma.....	33
5.4.3	WB Beatmung.....	33
5.4.4	WB Hospiz/Palliativ	34
5.4.5	Hausgemeinschaftskonzept (Wohngruppenkonzept).....	34
5.4.6	Anz. Pflegeplätze gesamt.....	34
5.4.7	davon Anz. Pflegeplätze integr. Tagespflege.....	35
5.4.8	davon Anz. Pflegeplätze integr. Kurzzeitpflege	35
5.4.9	davon Anz. Pflegeplätze integr. Nachtpflege.....	35
5.4.10	Stundenweise Einzelbetreuung	35
5.4.11	Intensive Angehörigenarbeit	36
5.4.12	Intensive Begleitung d. Ehrenamtl.	36
5.5	Kooperationen.....	36
5.5.1	Apotheke-Verblisterung	36
5.5.2	SAPV	37
5.5.3	Hospiz	37
5.5.4	Leiharbeitsfirma.....	37
5.6	Konzeption der Pflege	37
5.6.1	Pflegemodell.....	37
5.6.2	Pflegedokumentation.....	38
5.7	Mitarbeiter- Gesamt.....	38
5.7.1	Anz. Personen Mitarbeiter Pflege und Betreuung.....	38
5.7.2	Durchschnittsalter ohne Schüler	38
5.7.3	Summe in Vollzeit.....	39
5.7.4	Rückblick 1. Quartal 2012.....	40
6	Wohnbereich – Basisdaten alle Wohnbereiche	43
6.1	Bauliche Gegebenheiten	44
6.1.1	Letzte Sanierung.....	44
6.1.2	Anzahl Doppelzimmer	44
6.1.3	Anzahl Einzelzimmer	44
6.1.4	Größe des Wohnbereiches (in qm)	44
6.1.5	Weitester Weg Bewohnerzimmer – Dienstzimmer (in m).....	45
6.1.6	Auf Wohnbereichsebene:	45
6.2	Leitung	46
6.2.1	Qualifikation Wohnbereichsleitung.....	46
6.2.2	Freist.anteil WBL.....	47

Projekt „PiSaar“

6.3	Spez. Angebot Wohnbereich.....	47
6.3.1	Demenz.....	47
6.3.2	Wachkoma	47
6.3.3	Beatmung	47
6.3.4	Hospiz/Palliativ	47
6.3.5	Hausgemeinschaftskonzept	47
6.3.6	Anzahl Pflegeplätze gesamt.....	47
6.3.7	Davon Tagespflege	47
6.3.8	Davon Nachtpflege	47
6.3.9	Davon Kurzzeitpflege.....	47
6.4	Mitarbeiter Wohnbereich	48
6.4.1	Anzahl Personen Pflege und Betreuung.....	48
6.4.2	Durchschnittsalter ohne Schüler	48
6.4.3	Summe in Vollzeit.....	48
7	Wohnbereich-Organisation - „Nur bei Zeiterhebung“	50
7.1	Anzahl Bewohner bei Datenerhebung	50
7.1.1	Anwesend.....	50
7.1.2	Sterbend.....	50
7.1.3	Einzug	50
7.1.4	Auszug	50
7.1.5	Umzug.....	50
7.2	Summierte Einsatzstunden (48 Std.):.....	51
7.2.1	Fachkräfte Soziale Betreuung.....	51
7.2.2	Fachkräfte Pflege.....	51
7.2.3	Pflegehilfskräfte	51
7.2.4	Schüler.....	51
7.2.5	§ 87b-Kräfte	51
7.2.6	Ehrenamt.....	51
7.2.7	BUFDI (Bundesfreiwilligendienst)/FSJ (Freiwilliges Soziales Jahr)	51
7.2.8	Hauswirtschaft.....	51
7.3	Summierte Ausfallstunden (48 Std.).....	52
7.3.1	Kurzfristiger Krankheitsausfall	52
7.3.2	Nicht ersetzter Urlaubsausfall.....	52
7.4	Summierte Übergabezeit in min. (48 Std.)	52
7.5	Merkmale der begleiteten Pflegekräfte	53
7.5.1	Alter	53
7.5.2	Jahre Berufserf.	53
7.5.3	Qualif.1	53
7.5.4	Qualif.2	54
8	Wohnbereich – Bewohner.....	55
8.1	Bewohneridentifikation/ allgemeine Merkmale	55
8.1.1	Ild. Nr.....	55
8.1.2	Bew.ID-Nr.....	55
8.1.3	P.Stufe	56
8.1.4	PEA.....	56
8.1.5	SAPV	56
8.1.6	Kurzzeitpflege	57

Projekt „PiSaar“

8.1.7	Geschl.....	57
8.1.8	Geburtsjahr.....	57
8.1.9	Gesetzliche Betreuung.....	57
8.1.10	Einzelzimmer.....	57
8.2	Medizinische Diagnosen.....	59
8.2.1	Arztbesuch intern (48 Std.).....	59
8.2.2	Arztbesuch extern (48 Std.).....	59
8.2.3	Demenz.....	60
8.2.4	M. Parkinson.....	60
8.2.5	Apallisches Syndrom.....	60
8.2.6	Depression.....	60
8.2.7	And. Erkr. d. Nervensystem.....	61
8.2.8	KHK/HI.....	61
8.2.9	Ulcus Cruris.....	61
8.2.10	And. Erkr. des HK-Systems.....	62
8.2.11	Dekubitus.....	62
8.2.12	And. Erkr. der Haut.....	62
8.2.13	Hüft-/Knie-TEP.....	63
8.2.14	Rheuma/Arthritis.....	63
8.2.15	Kontraktur/Spastik.....	63
8.2.16	And. Erkr. des Beweg.apparates.....	64
8.2.17	Tumorerkrankung.....	64
8.2.18	Diabetes Mellitus.....	64
8.2.19	And. Erkr. des Verdauungssyst.....	65
8.2.20	Erkrankung des Atmungssys.....	65
8.2.21	Dialyse.....	65
8.2.22	And. Erkr. der Harnwege.....	66
8.2.23	MRSA/ESBL.....	66
8.2.24	And. Infekt.Erkrankung.....	66
8.2.25	Hemiparese.....	67
8.2.26	Verschlecht. Krankh.zust.....	67
8.2.27	Sterbephase.....	67
8.3	AEDL-Kommunizieren können.....	68
8.3.1	Sehbeeinträchtigung.....	68
8.3.2	Hörbeeinträchtigung.....	68
8.3.3	Inhaltliches Verstehen.....	68
8.3.4	Gutes Kurzzeitgedächtnis.....	69
8.3.5	Gutes Langzeitgedächtnis.....	69
8.3.6	Zeitlich orientiert.....	69
8.3.7	Örtlich orientiert.....	70
8.3.8	Zur Person orientiert.....	70
8.3.9	verständliche Äußerung möglich.....	70
8.3.10	Verbale Kommunikation möglich.....	71
8.3.11	Nutzung Rufanlage.....	71
8.3.12	Handlungsanweisung umsetzen.....	71
8.3.13	Entscheidungen treffen.....	72
8.4	AEDL-Sich bewegen können.....	73

Projekt „PiSaar“

8.4.1	Transfer aus Bett selbständig.....	73
8.4.2	ohne Hilfe von Stuhl aufstehen.....	73
8.4.3	ohne Hilfe stehen bleiben.....	73
8.4.4	sich ohne Hilfe hinsetzen.....	74
8.4.5	ohne Hilfe sitzen zu bleiben.....	74
8.4.6	ohne Hilfe gehen.....	74
8.4.7	umfängl. Lageveränderung i. Bett.....	74
8.4.8	geringfüg. Lageveränderung i. Bett.....	75
8.5	AEDL-Sich pflegen/kleiden können.....	76
8.5.1	duschen ohne Hilfe.....	76
8.5.1	Waschen am Waschbecken selbständig.....	76
8.5.2	Waschen am Waschbecken mit personeller Hilfe.....	76
8.5.1	Oberbekleidung alleine ausziehen.....	77
8.5.2	Oberbekleidung alleine anziehen.....	77
8.5.3	Strümpfe alleine anziehen.....	77
8.5.4	Schuhe alleine anziehen.....	77
8.6	AEDL-Essen und trinken können.....	78
8.6.1	Mundgerechte Zubereitung selbstständig.....	78
8.6.2	Essen selbständig.....	78
8.6.3	Trinken selbständig.....	78
8.6.4	Hohe Gewichtsabnahme.....	79
8.6.5	Adipositas.....	79
8.6.6	Dehydration.....	79
8.6.7	Sondenernährung.....	80
8.6.8	Erbrechen.....	80
8.7	AEDL-Ausscheiden können.....	81
8.7.1	ungewollter Urinverlust.....	81
8.7.2	selbständige Toilettennutzung.....	81
8.7.3	Vorlagen.....	81
8.7.4	ungewollter Stuhlverlust.....	82
8.7.5	selbständige Intimhygiene.....	82
8.7.6	Obstipation.....	82
8.7.7	Diarrhoe.....	82
8.8	AEDL-Ruhen, schlafen/existentielle Erfahrungen.....	83
8.8.1	Nachtruhe.....	83
8.8.2	> 3Std. Schlaf am Tag.....	83
8.8.3	benötigt emotionale Unterstützung.....	83
8.9	AEDL-Sich beschäftigen/soziale Kontakte.....	84
8.9.1	Herausforderndes Verhalten.....	84
8.9.2	Ablehnen Pflegemaßnahmen.....	84
8.9.3	Ablehnen sozialer Betreuung.....	84
8.9.4	Regelm. Angehörigenbesuche.....	85
8.9.5	Nimmt an Gemeinschaftsleben teil.....	85
8.10	AEDL-Sichere Umgebung.....	86
8.10.1	Kann Gefahren einschätzen.....	86
8.10.2	Freiheitsentziehende Maßnahmen.....	86
8.10.3	zentral wirksame Medikamente.....	86

Projekt „PiSaar“

8.10.4	Hinlaufftendenz.....	87
8.11	Risiken.....	88
8.11.1	Dekubitusrisiko.....	88
8.11.2	Thromboserisiko.....	88
8.11.3	Kontrakturrisiko.....	88
8.11.4	Sturzrisiko.....	89
8.11.5	Intertrigorisiko.....	89
8.11.6	Pneumonierisiko.....	89
8.11.7	Risiko Mangelernährung.....	90
8.11.8	Risiko Dehydration.....	90
8.12	Behandlungspflege.....	91
8.12.1	Andere therapeutische Leistungen (Ergotherapie, Physiotherapie, Logotherapie).....	91
8.12.2	Begleiten der Arztvisite.....	91
8.12.1	Regelm. diagn. Maßnahmen.....	91
8.12.2	Ärztliche Verordnung.....	91
8.12.3	BDK.....	91
8.12.4	suprapub. BDK.....	91
8.12.5	PEG.....	91
8.12.6	Wundversorgung klein.....	91
8.12.7	Wundversorgung groß.....	91
8.12.8	Tracheostoma.....	92
8.12.9	Absaugen.....	92
8.12.10	Ileostomie.....	92
8.12.11	Colostomie.....	92
8.12.12	Beatmung.....	92
8.12.13	Kompressionsstrümpfe.....	92
8.12.14	Injektionen.....	92
8.12.15	Subkutane Infusion.....	92
8.12.16	Parenterale Ernährung.....	92
9	Die Zeiterfassung.....	93
9.1	Abwesenheitszeit/Bewohner.....	93
9.2	Zeiterfassung individuell.....	93
9.2.1	Das Formular.....	93
9.2.2	Methode und Vorgehensweise.....	94
9.2.3	Bewohnerbezogene Zeit.....	95
9.2.4	Wegezeiten:.....	95
9.2.5	Übertragung der bewohnerbezogenen Ergebnisse in die Excel-Tabelle.....	96
9.2.6	Übertragung der mitarbeiterbezogenen Merkmale in die Excel-Tabelle.....	97
9.3	Zeiterfassung Gruppenbetreuung.....	98
9.3.1	Definition: Gruppenbetreuung.....	98
9.3.2	Das Formular.....	98
9.3.3	Berechnung der bewohnerbezogenen Zeit/Qualifikation.....	98
9.3.4	Übertragung der Ergebnisse in die Excel-Tabelle.....	98
9.4	Unklarheiten.....	99
10	Anlagen.....	100
10.1	Bewohnerinformation.....	100



Projekt „PiSaar“

10.2	Projektinformation Mitarbeiter	101
10.3	Handreichung für Zeiterheber	102
10.4	Zeiterfassung individuell.....	104
10.5	Zeiterfassung Gruppenbetreuung	105

Anmerkung: Nachfolgend wird überwiegend die grammatikalisch männliche Form gewählt, wobei hiermit sowohl weibliche als auch männliche Bewohner und Mitarbeitende gemeint sind.

1 Projektziel

Das zentrale Ziel dieses Projektes ist die Darstellung der relativen Verteilung der Pflegezeit in Abhängigkeit von Bewohnermerkmalen unter Hinzuziehung von Organisationsmerkmalen und unter Berücksichtigung einiger personenzentrierter Variablen der Pflegenden.

Es soll hierbei einrichtungsspezifisch und wenn möglich einrichtungsübergreifend gemessen werden, welche dieser Variablen alleine oder in Kombination miteinander die Zeitverteilung erklären.

Neben diesem Hauptziel wird durch die Vollerhebung des Basisdatensatzes in den teilnehmenden Einrichtungen eine Verteilung der Häufigkeiten von Bewohnermerkmalen/Risikomerkmale/Behandlungspflege und Organisationsdaten in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe im Saarland je Einrichtung, Träger und Landkreis deutlich.

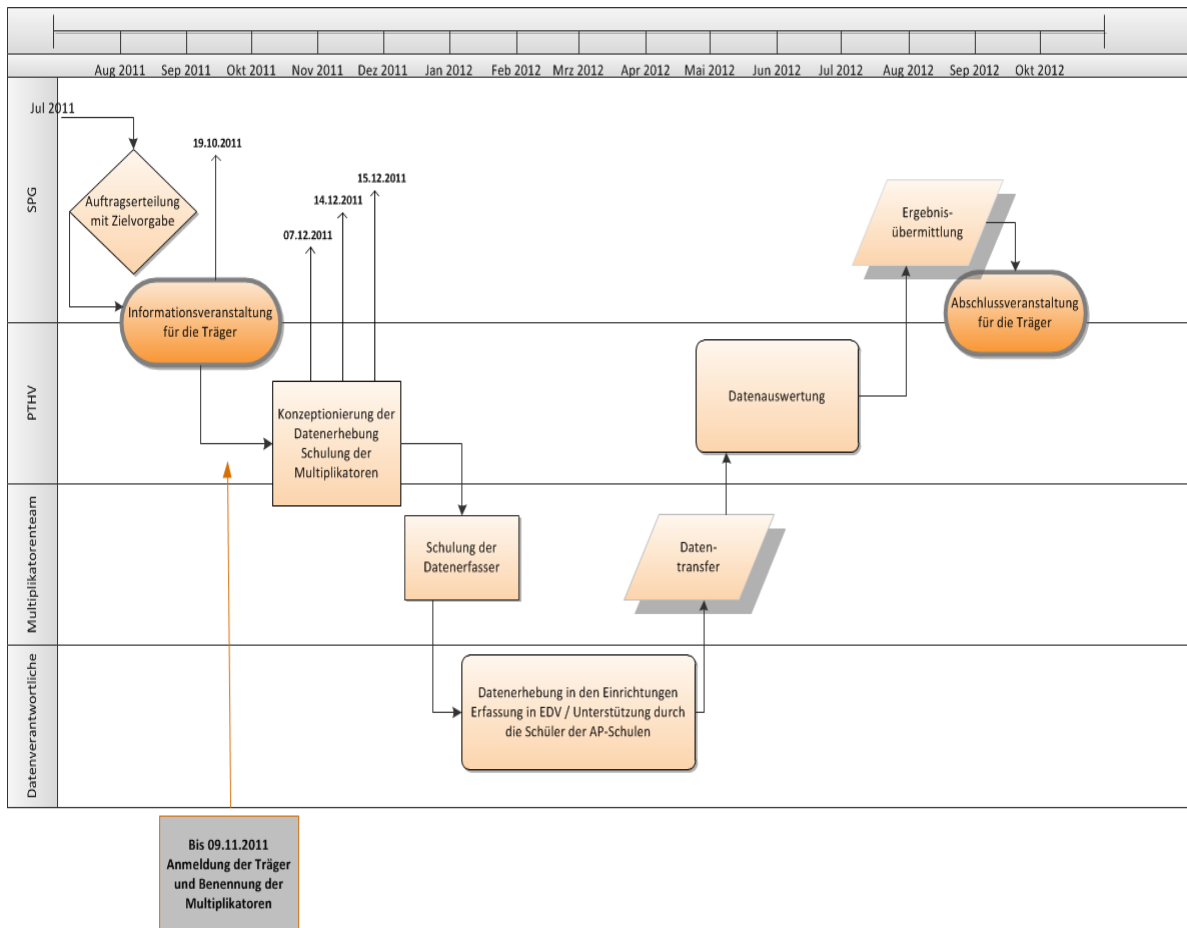
Die Datenauswertungen sollen am 30. September 2012 vorliegen.



Wie in dieser Abbildung deutlich wird, ist es wichtig, dass zur Erklärung des Zeiteinsatzes diejenigen Dimensionen, die diesen bedingen, als Variablen erfasst werden.

Der Zeitbedarf wird über 48 Stunden gemessen.

2 Projektstrukturplan



3 Rahmenbedingungen der Datenerhebung

3.1 Einschlusskriterien

Die Einschlusskriterien der Studie richten sich nach Auftrag und Forschungsziel: Eingeschlossen in die Studie sind alle saarländischen Pflegeheime die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben, unabhängig vom Sitz des Trägers.

Ausgeschlossen sind Einrichtungen bzw. Wohnbereiche, denen durch die Heimaufsicht ein Belegungsstopp auferlegt wurde.

HINWEIS:

Bitte führen Sie keine Datenerhebung am Tag einer Prüfung durch die Heimaufsicht oder den Medizinischen Dienst der Kassen durch.

Haben Sie bereits über 24 Std. die Daten erfasst bevor die Prüfer beginnen, bitten wir Sie, sich mit uns in Verbindung zu setzen.

3.2 Stichprobe

Es handelt sich bei dieser Studie um eine Gelegenheitsstichprobe, da sich die Pflegeheime aus der Grundgesamtheit aller saarländischen Pflegeheime freiwillig zur Teilnahme angemeldet haben.

In allen teilnehmenden Pflegeheimen wird ein Basisdatensatz als Vollerhebung durchgeführt:

Basisdatensatz:

wird in allen WB und für alle Bewohner erhoben

- ⇒ Organisationsvariablen auf Einrichtungsebene (Grunddaten)
- ⇒ Organisationsvariablen auf Wohnbereichsebene (Basisdaten alle Wohnbereiche)
- ⇒ Bewohnermerkmale (ärztliche Diagnosen/AEDL's/Risiken/Behandlungspflege)

Zusätzlich wird **in mindestens einem Wohnbereich** (es sind auch mehrere möglich) eine Zeiterfassung durch Zeiterfasser als randomisierte Teilerhebung durchgeführt:

Zeitdatensatz:

wird in mindestens einem WB erhoben

- ⇒ Organisationsvariablen auf Wohnbereichsebene (nur bei Zeiterhebung)
- ⇒ Bewohnermerkmale (Zeiterhebung individuell + Zeiterhebung Gruppenbetreuung)

Die Randomisierung (Zufallsauswahl) wird sichergestellt:

Im Vorfeld teilen Sie uns die Termine mit, an denen die Zeiterhebung durchgeführt werden soll. Die Zeiterfassung beginnt mit dem Spätdienst (Dauer: 48 Stunden!). Wenn in Ihrer Einrichtung nicht auf allen Wohnbereichen eine Zeiterfassung durchgeführt wird, muss die Auswahl per Zufall geschehen. Hierzu erhalten Sie am Tag der Zeiterfassung vormittags kurz bevor die Zeiterhebung beginnt, ein Fax von der Saarländischen Pflegegesellschaft. Sollten Sie bis 12 Uhr kein Fax erhalten haben, bitten wir Sie, sich telefonisch mit der Saarländischen Pflegegesellschaft in Verbindung zu setzen.

Wenn in weiteren Wohnbereichen die Zeit erfasst wird, wird analog verfahren.

3.3 Die ethische Dimension

In dieser Studie werden folgende Personengruppen zu Beteiligten:

- Bewohner
- Mitarbeiter
- Zeiterfasser (Schüler)

Für diese Gruppen müssen die grundsätzlichen ethischen Prinzipien einer Studie beachtet werden:

3.3.1 Das Recht auf Selbstbestimmung:

Sowohl die Bewohner (evtl. vertreten durch Betreuer) als auch die Mitarbeiter und Schüler können über die Teilnahme an der Datenerhebung selbst bestimmen.

⇒ Bitte stellen Sie sicher, dass dies gewährleistet ist.

3.3.2 Die informierte Zustimmung und Anonymität

Die Untersuchungsteilnehmer werden über Ziel und Konzept der Studie informiert und können Rückfragen stellen. Die Anonymität wird sichergestellt und eine Nichtteilnahme hat keinerlei Folgen für die Betroffenen.

- ⇒ Bitte stellen Sie die Information aller Beteiligten sicher. Sie können hierzu die Informationsblätter für Bewohner, Mitarbeiter und Zeiterheber nutzen. Bitte bedenken Sie, dass die Beteiligten zu jedem Zeitpunkt der Datenerhebung Ihre Zustimmung verweigern dürfen.
- ⇒ Die Daten aller Beteiligten werden ausschließlich anonymisiert weitergeleitet und dürfen nur zu wissenschaftlichen Zwecken mit Zustimmung der Projektsteuergruppe ausgewertet werden.

3.3.3 Recht auf Unversehrtheit und Schutz vor Beeinträchtigungen

Die Beteiligten müssen vor potentiellen körperlichen und emotionalen Schäden geschützt werden.

- ⇒ Seitens der Bewohner wird dies sichergestellt, in dem die Zeiterfasser nicht bei der Pflege dabei sind, wenn der Bewohner dies nicht möchte. Die Zeiterfasser warten in diesem Fall vor der Bewohnertür und notieren die aufgewandte Zeit im Anschluss. Die Excel-Datei wird im Anschluss an die Datenerhebung für Dritte unzugänglich bis zum Projektende gespeichert.
- ⇒ Seitens der Mitarbeiter wird die ungewohnte Beobachtungssituation thematisiert, Ängste dürfen geäußert werden und es wird einrichtungsintern

Projekt „PiSaar“

geklärt, wie im Anschluss nach der Datenerhebung die Informationen für Dritte unzugänglich gespeichert werden.

⇒ Der Datenschutz ist in allen Phasen des Projektes einzuhalten (s. u.)

Wichtig:

Bitte nutzen Sie Ihre einrichtungs- und trägerinternen Entscheidungs- und Informationsstrukturen damit die ethischen Grundsätze in dieser Datenerhebung gewahrt werden!

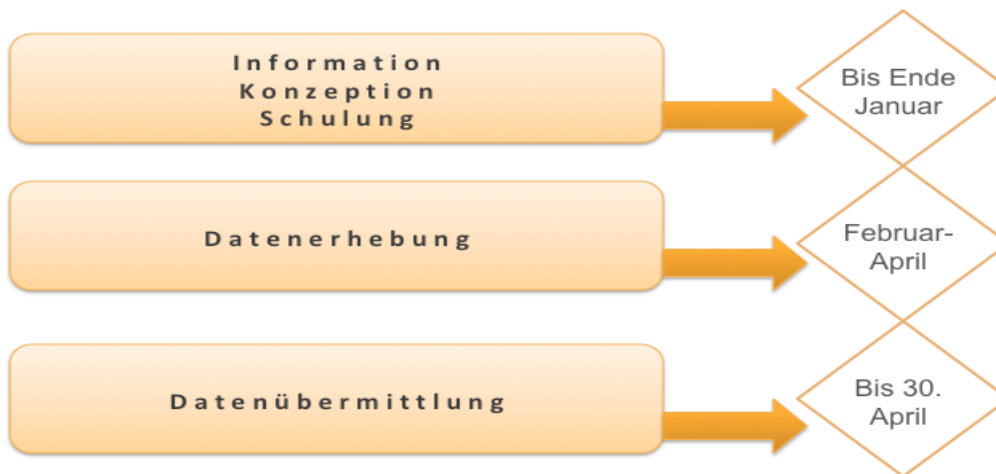
3.4 Datenschutz

Wann	Was	Wer
Datenerhebung	Informierte Zustimmung der Bewohner und Mitarbeiter	Multiplikator/PDL
	Daten werden einrichtungsintern erhoben und anonymisiert in Excel-Datei übertragen	Datenerheber
Datenübermittlung	Es wird seitens der Träger gewährleistet dass der Datenschutz bei der Übermittlung der Daten eingehalten wird	Träger/Multiplikator
	Es werden nur anonymisierte Daten der Bewohner und Mitarbeiter übermittelt	Multiplikator
	Rückschluss auf einzelne Bewohner und Mitarbeiter ist nur innerhalb der Einrichtung möglich	PDL/Multiplikator/ Datenverantwortliche
Datenauswertung	PTHV verpflichtet sich zur Geheimhaltung der Daten gegenüber Dritten	PTHV
	SPG erhält Auswertungen in anonymer Form; trägerbezogene oder regionale Auswertungen bedürfen der Zustimmung der Steuergruppe der SPG	SPG
Datenspeicherung	Die Einrichtung speichert die Daten an einer für Dritte unzugänglichen Stelle	PDL/Multiplikator
	PTHV speichert die Daten in	PTHV

Projekt „PiSaar“

	anonymisierter Form	
	Sekundäranalysen dürfen nur nach Zustimmung der SPG erfolgen	PTHV/SPG

3.5 Feldorganisation – Überblick



HINWEIS:

Bitte betrachten Sie die nachfolgenden Kapitel als Unterstützung und Rahmen gebend für die einrichtungsinterne Konzeption zur Datenerhebung. Aufgrund der unterschiedlichen Trägerstrukturen ist eine durchgehend einheitliche Projektstruktur nicht möglich. Bitte passen Sie die Ausgestaltung der nachfolgenden Schritte Ihren jeweiligen trägerinternen Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen an.

3.6 Information

3.6.1 Leitungsebene

Bitte informieren Sie rechtzeitig alle Personen, die zur Leitungsebene Ihrer Einrichtung (en) gehören. Hierzu steht Ihnen die Powerpointpräsentation der Multiplikatorenschulung zur Verfügung. Es kann sinnvoll sein, bei dieser Information schon eine Grobvorstellung über die Konzeption der Datenerhebung in Ihrer Einrichtung zu präsentieren, die diskutiert werden kann.

3.6.2 Mitarbeiter/MAV

Da es sich um eine Zeiterhebung handelt, bei der die Mitarbeiter von einem „Schatten“ begleitet werden, muss in jedem Fall die Mitarbeitervertretung/der Betriebsrat um

Projekt „PiSaar“

Zustimmung gebeten werden (sinnvoll: schriftlich). Zur Information dieser Gremien können Sie ebenfalls die Powerpointdatei nutzen.

Zur Information der Mitarbeiter steht Ihnen ein Informationsblatt zur Verfügung.

WICHTIG:

Sollte eine Mitarbeiterin die begleitende Zeiterfassung ablehnen, so muss sichergestellt werden, dass diese Mitarbeiterin nicht an den Erhebungstagen in einem Wohnbereich mit Zeiterfassung eingesetzt wird.

3.6.3 Bewohner/Betreuer/Angehörige

Auch die Bewohner/Betreuer/Angehörige werden im Vorfeld über die Studie informiert. Hierzu steht Ihnen ein Informationsblatt für Bewohner zur Verfügung. Das Pflegepersonal sollte bereit sein, etwaige Fragen zu beantworten.

WICHTIG:

Sollte ein Bewohner die Datenerhebung ablehnen, darf dieser nicht in die Stichprobe aufgenommen werden. Bitte stellen Sie sicher, dass die Datenerheber hierüber informiert werden.

3.6.4 Schulen/Schüler

Die Altenpflegesschulen des Saarlandes wurden über diese Datenerhebung informiert. Zur Information der Schüler/Zeiterfasser steht Ihnen die Handreichung für Zeiterfasser zur Verfügung. Den Zeiterfassern muss rechtzeitig Termin und Ort der Erhebung mitgeteilt werden.

3.7 Konzeption der Datenerhebung

Gesamtzeitraum der Datenerhebung: 01. Februar – 30. April 2012

Bitte planen Sie keine Zeiterhebung in den Ferien (Fastnachtsferien, Osterferien), da in Urlaubszeiten die Personalbesetzung häufig nicht repräsentativ ist.

3.7.1 Auswahl des Erhebungszeitraumes:

Jede Einrichtung legt innerhalb des vorgegebenen Zeitraums (s.o.) den individuellen Zeitraum der Datenerhebung fest.

Bsp: 2., 3., und 4. Märzwoche 2012 (KW x-y)

Projekt „PiSaar“

3.7.2 Auswahl der Erhebungstage:

Jede Einrichtung sucht sich pro Wohnbereich 2-3 Tage aus, an denen die Daten erhoben werden. Sinnvoll: Di/Mi oder Mi/Do
Die wohnbereichsbezogenen Daten sollten möglichst zeitnah erfasst werden.

WICHTIG: für die Wohnbereiche, in denen eine Zeiterfassung durchgeführt wird, planen Sie 3 Tage ein!

Bsp: eine Einrichtung mit 6 Wohnbereichen legt den Zeitraum der Datenerhebung über 3-4 Wochen fest => jede Woche 2 Wohnbereiche wobei in der ersten Woche der Wohnbereich erfasst wird, in dem die Zeiterhebung durchgeführt wird.

Wohnbereich mit Zeiterhebung:

1. WB: 06.03. - 08.03. (Di/Mi/Do) – mit 06.03 Spätdienst beginnen und am 08.03. nach Frühdienst enden (**WICHTIG:** genau 48 Stunden)

weitere Wohnbereiche nur Basisdatensatz:

2. WB: 13.03. + 14.03. (Di/Mi)
3. WB: 14.03. + 15.03. (Mi/Do)
4. WB: 20.03. + 21.03. (Di/Mi)
5. WB: 21.03. + 22.03. (Mi/Do)
6. WB: 27.03. + 28.03. (Di/Mi)

Möchten Sie in mehr als einem WB die Zeit erfassen, planen Sie auch dort die 48 Stunden über 3 Tage (SD/ND/FD/SD/ND/FD) ein und informieren Sie die PTHV/SPG über die Terminierung.

In den Tagen der Zeiterhebung dürfen Sie keinen von der üblichen Besetzung abweichenden Dienstplan vorsehen.

3.7.3 Planung erster Erhebungstag

In mindestens einem Wohnbereich wird über die Erhebung des Basisdatensatzes hinaus mit dem Spätdienst beginnend die Zeit erfasst, die die Pflegekräfte in den folgenden 48 Std. für die jeweiligen Bewohner einsetzen.

Da der Wohnbereich, in dem die Zeit erfasst wird, aus allen möglichen Wohnbereichen zufällig ausgewählt wird, **muss die Zeiterhebung an dem ersten Termin der Datenerhebung erfolgen und sie muss mit dem Spätdienst beginnen.** Deshalb sind für diese 48 Stunden Zeiterheber für die Tagdienste einzuplanen.

Sie erhalten am Vormittag der Zeiterhebung ein Fax der Saarländischen Pflegegesellschaft, in dem Ihnen der zu erhebende Wohnbereich mitgeteilt wird. Sollten Sie bis 12 Uhr kein Fax erhalten haben, bitten wir Sie sich telefonisch mit der SPG in Verbindung zu setzen! Damit dies möglich ist, muss die SPG im Vorfeld über den ersten Termin der Datenerhebung informiert sein.

Zeiterheber erfüllen folgende Voraussetzungen:

- Sie kennen die zu begleitenden Pflegekräfte im besten Fall nicht und/oder stehen in keinem abhängigen Verhältnis
- Sie kennen die Methode der Zeiterfassung in diesem Projekt
- Es stehen so viele Zeiterfasser zur Verfügung, wie für den größten Wohnbereich Pflegepersonal eingeplant ist.

Es sollten auch Ersatzpersonen eingeplant werden, die bei Krankheit den Zeiterheber vertreten können.

Wird geplant in mehr als einem Wohnbereich die Zeit zu erheben, so muss dieser Wohnbereich derjenige sein, der in der Einrichtung als nächster per Zufall ausgewählt wird!!! Bitte teilen Sie auch diesen Termin der Saarländischen Pflegegesellschaft mit, damit die Zufallsauswahl hier ebenfalls erfolgen kann und Sie auch an diesem Termin kurz zuvor ein Fax erhalten.

Planen Sie, in allen Wohnbereichen die Zeiterhebung durchzuführen, so bitten wir Sie auch dies mitzuteilen, damit in diesem Fall die Zufallsauswahl nicht durchgeführt werden muss.

3.7.4 Planung 31. März 2012

Unabhängig von den Daten, die auf Wohnbereichsebene erhoben werden, erfolgt am 31. März 2012 (+/- 10 Tage) eine Stichtagserhebung der Grunddaten (erstes Tabellenblatt der Excel-Datei)

Es muss frühzeitig geplant werden, wer diese Daten wann eingibt. Möglich wäre dies an zentraler Stelle z.B. Verwaltung. Hierbei muss im Vorfeld abgeklärt werden, welche Daten für wen zugänglich sind.

EMPFEHLUNG:

unabhängig vom Zeitpunkt der Datenerhebung empfehlen wir, diese vorbereitenden Schritte bis Ende Januar abgeschlossen zu haben. Sollten Sie über die zur Verfügung gestellten Infomaterialien hinaus noch etwas benötigen, bitten wir Sie, dies nachzufragen.

3.8 Schulung der Datenerheber

Alle Personen, die Daten in die Erfassdatei eingeben werden, werden von den Multiplikatoren geschult. Hierbei kann das vom Projektteam zur Verfügung gestellte Schulungsmaterial verwendet werden. Es erfolgt eine gesonderte Schulung der Zeiterheber, die die Pflegekräfte begleiten. In diese Schulungen ist/sind auch die Nachtwache zu integrieren, die zum Zeitpunkt der ersten Erhebungstage eingeplant ist und eine weitere Nachtwache, die bei Ausfall die Vertretung übernehmen würde.

Bitte drucken Sie für alle Zeiterheber die „Handreichung für Zeiterheber“ aus!

Projekt „PiSaar“

Es müssen alle infrage kommenden Mitarbeiter, die evtl. die Zeit in der Gruppenbetreuung erfassen zu dem Gruppenbetreuungsbogen geschult werden.

3.9 Datenerhebung

3.9.1 Tag unmittelbar vor der ersten Erhebung

Es muss sichergestellt werden, dass die Zeiterheber informiert sind und zur geplanten Datenerhebung anwesend sein können. Bei Ausfall sollte ein kurzfristiger Ersatz bereitgestellt werden. Die Nachtwache(n) ist informiert und geschult (s.o)

Es werden alle erforderlichen Vorlagen zur Zeiterfassung ausgedruckt und bereit gelegt. Es ist sichergestellt, dass alle Beteiligten über die Datenerhebung informiert sind. Diejenigen Bewohner/Mitarbeiter, die eine Teilnahme ablehnen, sind bekannt. Die Erfassdatei liegt dem Wohnbereich vor.

3.9.2 Erster Tag der Zeitdatenerhebung

Sie erhalten am Vormittag der Zeiterhebung ein Fax der Saarländischen Pflegegesellschaft, in dem Ihnen der zu erhebende Wohnbereich mitgeteilt wird. (s.o.)

Die Bewohner werden namentlich aufgelistet und es wird jedem Bewohner an einer zentralen Stelle (PC oder ein Blatt) eine Nummer zugeordnet (dies können Sie evtl. auch schon am Vortag erledigen). Das gleiche geschieht mit den zu begleitenden Pflegekräften. Die ausgedruckten Blätter „Zeiterhebung individuell“ werden vorab mit Wohnernamen (evtl. mit Nummer) und Name/Nummer der Pflegekraft beschriftet. Die ausgedruckten Blätter zur Zeiterhebung – Gruppenbetreuung werden in den entsprechenden Räumen ausgelegt und werden wenn möglich schon mit den Wohnernamen beschriftet. Die Zeiterheber begeben sich zu Dienstbeginn auf den Wohnbereich und begleiten die Pflegekräfte im Spätdienst. Die Nachtwachen werden darüber informiert, welcher Wohnbereich mit der Zeiterfassung beginnt.

Nach jeder Dienstübergabe übergeben die Zeiterfasser die ausgefüllten Bögen an die zuvor benannte Datenverantwortliche. In diesem Gespräch kann eine erste Plausibilitätsprüfung durchgeführt werden und Fragen zu unklaren Zuordnungen können geklärt werden.

Für die nachfolgenden Dienste wird alles vorbereitet und bereit gelegt. Es macht durchaus Sinn schon an diesem Tag zu planen, wer am übernächsten Tag die abschließende Dateneingabe übernimmt, so dass diese Mitarbeiter hierfür freigestellt werden können.

3.9.3 Während der Zeiterhebung

Viele bewohner- und wohnbereichsbezogene Daten können bereits während der beiden Tage der Zeiterfassung in die Excel-Datei eingetragen werden.

Projekt „PiSaar“

Es muss hierbei unbedingt darauf geachtet werden, dass das Tabellenblatt des richtigen Wohnbereichs geöffnet wird! Es können während der Zeiterfassung sowohl Eingaben zu den Wohnbereichsvariablen als auch zu den Bewohnern eingegeben werden.

Wichtig:

Bei der Dateneingabe der Bewohnervariablen ist auf unbedingte Übereinstimmung zwischen Namen und Nummerncodes zu achten!

3.9.4 Unmittelbar nach Abschluss der 48 Stunden

Die Datenverantwortlichen vervollständigen alle wohnbereichsbezogenen Organisationsdaten. Hierbei ist besonders darauf zu achten, dass auch die Spalten „nur bei Zeiterhebung“ vollständig ausgefüllt werden!

Die Bewohnervariablen werden wo nötig noch ergänzt und alle Ergebnisse aus der Zeiterfassung werden bewohnerbezogen übertragen.

Hierbei erfolgt erneut eine Plausibilitätsprüfung. Bitte achten Sie darauf, möglichst alle Variablen zu erfassen, da Datensätze, die nicht vollständig sind, die spätere Auswertung erschweren.

3.9.5 Datenerhebung in den weiteren Wohnbereichen

Wird in einem weiteren Wohnbereich die Zeit erfasst, so wird analog der zuvor beschriebenen Vorgehensweise verfahren - einschließlich der Zufallsauswahl.

Die Zuweisung der Datenerfassung der restlichen Wohnbereiche ohne Zeiterfassung kann willkürlich entsprechend der zuvor geplanten Termine erfolgen.

Auch in den Wohnbereichen in denen keine Zeiterfassung durchgeführt wird, werden die bewohnerbezogenen Variablen aufgrund der Situation des Bewohners in den zurückliegenden 48 Stunden erfasst.

Die Erfassdatei wird an den jeweiligen Wohnbereich weitergegeben.

EMPFEHLUNG:

Bitte geben Sie keine Kopien der Excel-Datei weiter! Es ist sinnvoll, in nur eine Datei innerhalb einer Einrichtung die Daten einzutragen. Dadurch wird eine unspezifische und schwierige Zuordnung von Daten oder Tabellenblätter im Nachhinein vermieden.

3.10 Übermittlung der Datei an PTHV

Wenn alle Wohnbereiche erfasst sind und die Stichtagserhebung der Einrichtungsdaten vom 31. März vorliegt, wird die Datei über den zuständigen Multiplikator an die PTHV weitergegeben.

WICHTIG:

Bei der Übermittlung darf der Dateiname nicht verändert werden!!

MAIL-ADRESSE: pisaar@gmx.de

Eine Kopie dieser Datei wird in der Einrichtung bis zum Abschluss des Projektes als Datei abgelegt und aufbewahrt. Diese Datei darf nur von zugangsberechtigten Personen zu öffnen und einsehbar sein.

Die Papierdrucke mit den Zeitangaben sind ebenfalls vor Dritten geschützt aufzubewahren.

Die fristgerechte Übermittlung der Daten ist Bedingung zur Teilnahme am Projekt!

Stichtag zur Datenübermittlung:

30. April 2012

4 Die Erhebungsinstrumente im Überblick

4.1 Die Excel-Datei „Erfassung PiSaar“

Jede Einrichtung erhält eine Excel-Datei, in die alle erhobenen Daten eingetragen werden. Damit alle erforderlichen Daten erfasst werden können, sind in der Datei nachfolgende Tabellenblätter angelegt:

1. **Grunddaten:** Diese Daten werden einmal pro Einrichtung erhoben
2. **WB 1 Organisation:** Diese Daten werden für Wohnbereich 1 einmalig eingegeben
3. **WB 1 Bewohnermerkmale:** Diese Daten werden für Wohnbereich 1 für alle Bewohner eingegeben. Hierbei werden zunächst alle Bewohnermerkmale eingegeben und im Anschluss an die Zeiterhebung werden hierin ebenfalls die addierten Zeiten pro Bewohner eingetragen.
4. **WB 2 Organisation:** s.o. für WB 2
5. **WB 2 Bewohnermerkmale:** s.o. für WB 2

Für jeden weiteren WB sind ebenfalls je 2 Tabellenblätter angelegt. Sollte die Anzahl der vorangelegten Tabellenblätter nicht ausreichen, bitten wir Sie um Rückmeldung.

Grunddaten	WB 1-Organisation	WB 1-Bewohner	WB 2-Organisation	WB 2-Bewohner	WB 3-Organisation	WB 3-Bewohner	WB 4-Organisation	WB 4-Bewohner
------------	-------------------	---------------	-------------------	---------------	-------------------	---------------	-------------------	---------------

4.1.1 Der Eintrag in die Zellen – Möglichkeiten:

Unterschiedliche Zellen ermöglichen verschiedene Einträge:

1. Es kann nur nichts oder eine 1 eingetragen werden

WB x - Bewohner:

Die Bewohnermerkmale werden überwiegend dichotom erhoben. Das heißt, hier sind nur die Antworten 0 oder 1 möglich. Damit Sie die Tabelle zügig ausfüllen können, wird später überall dort, **wo Sie nichts eintragen automatisch eine 0** ergänzt.

WICHTIG:

Bitte tragen Sie unbedingt eine 1 ein, wenn Sie mit „Ja“ antworten möchten.

2. Es gibt eine Auswahl von Möglichkeiten:

In diesen Feldern ist nur das Eintragen einer in der Auswahl vorgegebenen Möglichkeit erlaubt. Eine genaue Angabe der möglichen Antworten finden Sie, wenn Sie mit der Maus auf den Pfeil direkt neben der Zelle gehen (z.B. bei den Organisationsvariablen).

Projekt „PiSaar“

Hier können Sie eine der angegebenen Antwortmöglichkeiten durch Anklicken auswählen.

3. Es gibt keine Auswahlmöglichkeit:

Bei Feldern ohne Auswahlmöglichkeiten (z.B. bei der Zeiterfassung) dürfen **nur Zahlen** eingetragen werden.

WICHTIG:

In den Spaltenüberschriften sind lediglich verkürzte Bezeichnungen angegeben. Bitte schauen Sie im Handbuch die zur jeweiligen Spalte ausformulierte Frage an, bevor Sie diese beantworten.

Diese sind in den nachfolgenden Kapiteln **blau markiert**. Bitte beachten Sie ebenfalls die ausführliche Beschreibung der Variablen und die Anleitung zur Bewertung ebendieser.

Die Überschriften der nachfolgenden Kapitel ab 5. sind nach dem Spaltennamen in der Datei benannt, damit Ihre Fragen hierzu direkt beantwortet werden können.

4.2 Das Protokoll „Zeiterfassung individuell“

Jede Einrichtung erhält eine pdf-Datei mit dem Namen „Zeiterfassung individuell“ (s. Anlagen). Diese muss für jeden Mitarbeiter, dessen Zeiteinsatz erfasst wird, ein- bis zweimal ausgedruckt werden (je nach Anzahl zu pflegender Bewohner und Dienstdauer).

Wir empfehlen, auf diesen Papiervorlagen die Namen der Pflegekraft und die Qualifikationen voreinzutragen, damit im Nachhinein keine Verwechslungen bzgl. des Nummerncodes möglich sind. Die Namen der Bewohner können ebenfalls voreingetragen werden. Das Protokoll wird handschriftlich von den Zeiterhebern ausgefüllt und die addierten Zeiten in den schraffierten Feldern werden von den Datenverantwortlichen der Einrichtung pro Erhebungstag und Mitarbeiterqualifikation addiert und in die Excel-Datei (WB x – Bewohnermerkmale-Zeiterfassung individuell) für jeden Bewohner separat übertragen.

Näheres zur Methode der Zeiterfassung und Zuordnung der Minutenwerte lesen Sie bitte ab Kapitel 9.

4.3 Der Gruppenbetreuungsbogen

Jede Einrichtung erhält eine pdf-Datei mit dem Namen „Zeiterfassung Gruppenbetreuung“ (s. Anlage). Diese muss für jede einzelne Veranstaltung die innerhalb der 48 Stunden Zeiterfassung stattfindet, und für jeden Bewohner ausgedruckt werden. Der Zeiterfassungsbogen zur Gruppenbetreuung wird wie die individuelle Zeiterfassung zunächst handschriftlich ausgefüllt und nach Abschluss von den Datenverantwortlichen



Projekt „PiSaar“

der Einrichtung in die Excel-Datei – (WB x – Bewohnermerkmale: Zeiterfassung Gruppenbetreuung) übertragen.

Näheres zur Methode der Zeiterfassung Gruppenbetreuung und Zuordnung der Minutenwerte lesen Sie bitte ab Kapitel 9.

WICHTIG:

Bei der Übertragung der Zeit-Werte in die Excel-Datei sind diese auf Plausibilität zu prüfen.

5 Grunddaten

Vor Beginn der Datenerhebung erhält jede teilnehmende Einrichtung eine Einrichtungsnummer, die gemeinsam mit dem Versand der Excel-Datei und der beiden Zeiterfassungsformulare mitgeteilt wird.

Wichtig:

Bitte tragen Sie Ihre „**Identifikationsnummer**“ in die Excel-Tabelle unter Grunddaten ein.

Die Grunddaten werden einmalig pro Einrichtung eingetragen. Alle hier erfragten Strukturdaten (z.B. Anzahl Pflegefachkräfte) sind auf die gesamte Einrichtung bezogen. Die Verteilung und der Einsatz der Mitarbeiter an den Erhebungstagen in den Wohnbereichen werden in dem Tabellenblatt „WB-Organisation“ erfasst.

Sollten Sie ein Feld nicht beantworten können, so fragen Sie gerne nach oder Sie lassen dies frei.

Die Erhebung der Grunddaten pro Einrichtung erfolgt **stichtagsbezogen** (+/- 10 Kalendertage)

Stichtag: 31. März 2012

Identifikationsnummer											
Strukturdaten											
Lage											
Landkreis											
Spitzenverband											
Verbundeinrichtung											
Baujahr											
Anz. Gebäude											
Anz. Stockwerke											
Anz. Wohnbereiche											
Mahlzeitenlieferung											
Angebot											
WB Demenz											
WB Wachkoma											
WB Beatmung											
WB Hospiz/Palliativ											
Hausgemeinschafts-/Wohngruppenkonzept											
Anz. Pflegeplätze ges.											
davon Anz. Pflegeplätze integr. Tagespflege											
davon Anz. Pflegeplätze integr. Nachtpflege											
davon Anz. Pflegeplätze integr. Kurzzeitpflege											
Stundenweise Einzelbetreuung											
Intensive Angehörigenarbeit											
Intensive Begleitung / Ehrenamtl.											
Kooperationen											
Apotheke - Verblisterung											
SAPV											
Hospiz											
Leiharbeitsfirma											
Leitung		Qual. 1	Qual. 2								
Qualifikation Heimleitung											
Qualifikation PDL											
Freist.anteil PDL (BU in VZ)											
Freist.anteil QMB (BU in VZ)											
Freist.anteil PAL (BU in VZ)											
ZVG/MAG/PEG											
Qualitätsmanagement											
Zertifizierung											
Instrumente QM											
Qualitätszirkel											
Qualitätsbeauftragter											
Qualitätsstandards /VA											
Pflegevisiten											
Fallbesprechungen											
Qualitätshandbuch											
evidenzbasierte Praxis											
Konzeption der Pflege											
Pflegemodell											
Pflegedokumentation											
Rückblick 1.Quartal 2012											
Kum. Std. vakante Stellen											
Kum. Krankheitsstunden											
Kum. Std. Urlaub											
Kum. Mehrarbeitsstd.											
Kum. Leiharbeitsstd.											
<table border="1"> <tr> <td>Grunddaten</td> <td>WB 1-Organisation</td> <td>WB 1-Bewohner</td> <td>WB 2-Organisation</td> <td>WB 2-Bewohner</td> <td>WB 3-Organisation</td> <td>WB 3-Bewohner</td> <td>WB 4-Organisation</td> </tr> </table>				Grunddaten	WB 1-Organisation	WB 1-Bewohner	WB 2-Organisation	WB 2-Bewohner	WB 3-Organisation	WB 3-Bewohner	WB 4-Organisation
Grunddaten	WB 1-Organisation	WB 1-Bewohner	WB 2-Organisation	WB 2-Bewohner	WB 3-Organisation	WB 3-Bewohner	WB 4-Organisation				

5.1 Strukturdaten

5.1.1 Lage

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

- 1: Stadt
- 2: Land

Beschreibung:

Bitte wählen Sie die Option „Stadt“ ab einer Einwohnerzahl von über 20.000. Folgende Städte des Saarlandes haben unter 20.000 Einwohner und werden in dieser Erfassung als ländlicher Raum bezeichnet: Wadern/Ottweiler/Bexbach. Die Zuordnung erfolgt nicht auf Basis der Einwohnerzahl eines einzelnen Stadtteils; Basis ist die Einwohnerzahl der Gesamtkommune (Stadt inkl. Stadtteile).

5.1.2 Landkreis

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

- 1: Merzig-Wadern
- 2: Saarlouis
- 3: Regionalverband SB
- 4: Neunkirchen
- 5: St. Wendel
- 6: Saarpfalz-Kreis

Beschreibung:

Bitte geben Sie an, zu welchem Landkreis Ihre Einrichtung gehört.

5.1.3 Spitzenverband

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

- 1: AWO
- 2: Caritas
- 3: DPWV
- 4: Diakonie
- 5: BPA
- 6: VDAB
- 7: DRK
- 8: Kommunal

Beschreibung:

Bitte geben Sie an, zu welchem Spitzenverband Ihre Einrichtung gehört

5.1.4 Verbundeinrichtung

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: Ja

0: Nein

Beschreibung:

Bitte geben sie Ja (1) an, wenn Ihre Einrichtung zu einem Trägerverbund mit übergeordneten Strukturen gehört

5.1.5 Baujahr

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen
- Drei-, bzw. vierstellig
- Zwischen 500 und 2012

Beschreibung:

Bitte geben Sie das ursprüngliche Baujahr des Gebäudes an. Das Jahr der letzten Sanierung geben Sie bitte wohnbereichsbezogen an (s. WBx-Organisation)

5.1.6 Anzahl Gebäude

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen

Beschreibung:

Bitte geben Sie diejenige Anzahl an Gebäuden an, die zu einer Einrichtung gehören in denen Bewohner leben

5.1.7 Anzahl Stockwerke

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen

Beschreibung:

Bitte geben Sie diejenige Anzahl der Stockwerke an, die bewohnt sind.

5.1.8 Anzahl Wohnbereiche

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

Ganze Zahlen

Projekt „PiSaar“

Beschreibung:

Bitte geben Sie die Anzahl aller Wohnbereiche der Einrichtung an. Wenn Sie eine andere Art der Organisation in Ihrer Einrichtung gewählt haben, so ist hier die Anzahl der Organisationseinheiten zu nennen.

5.1.9 Mahlzeitenlieferung

Wo wird das Essen gekocht?

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

1. hausintern
2. extern

Beschreibung:

Bitte geben Sie an, ob die Mahlzeiten innerhalb des Hauses gekocht werden oder ob dies über eine Kooperation mit einem externen Caterer geregelt ist. Sollte sich dies pro Mahlzeit unterscheiden, so konzentrieren Sie sich in dieser Frage bitte auf die Mittagsmahlzeit.

5.2 Leitung

5.2.1 Qualifikation Heimleitung

Qual.1 /Qual.2:

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

- 1: Kaufmann. AB
- 2: Pädagogische AB
- 3: Altenpflege
- 4: Krankenpflege
- 5: Kinderkrankenpfl.
- 6: Heilerziehungspfl.
- 7: Leit. Funktionseinh.
- 8: Diplom
- 9: Bachelor
- 10: Master
- 11: Sonstiges

Beschreibung:

AB = Ausbildung

Hier haben Sie die Möglichkeit, 2 Qualifikationen anzugeben. Sollten Sie nur eine angeben wollen, so ist dies möglich und Sie geben in dem zweiten Feld nichts ein. Bei mehr als 2 Qualifikationen bitten wir Sie, dass die Heimleitung die beiden Qualifikationen benennt, die sie als die wichtigsten bezeichnen würde.

5.2.2 Qualifikation Pflegedienstleitung

Qual.1 /Qual.2

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

- 1: Kaufmänn. AB
- 2: Pädagogische AB
- 3: Altenpflege
- 4: Krankenpflege
- 5: Kinderkrankenpfl.
- 6: Heilerziehungspflege
- 7: Leit. Funktionseinh.
- 8: Diplom
- 9: Bachelor
- 10: Master
- 11: Sonstiges

Beschreibung:

AB = Ausbildung

Hier haben Sie die Möglichkeit, 2 Qualifikationen anzugeben. Sollten Sie nur eine angeben wollen, so ist dies möglich und Sie geben in dem 2. Feld nichts ein. Bei mehr als zwei Qualifikationen bitten wir Sie, dass die Pflegedienstleitung die beiden Qualifikationen benennt, die sie als die wichtigsten bezeichnen würde.

5.2.3 Freist.anteil PDL

Freistellungsanteil Pflegedienstleitung (Beschäftigungsumfang in Vollzeit)

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- mit 2 Dezimalstellen
- variierend zwischen 0 und 2,0

Beschreibung:

Dies ergibt sich aus dem Stellenschlüssel der Einrichtung. Sollte einrichtungsübergreifend eine Leitung für mehrere Einrichtungen zuständig sein, so bitten wir Sie, diese im Stellenschlüssel einrichtungsbezogen zuzuordnen.

5.2.4 Freist.anteil QMB

Freistellungsanteil Qualitätsmanagementbeauftragte (Beschäftigungsumfang in Vollzeit)

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- mit 2 Dezimalstellen
- variierend zwischen 0 und 2,0

Projekt „PiSaar“

Beschreibung:

Dies ergibt sich aus dem Stellenschlüssel der Einrichtung. Sollte einrichtungsübergreifend eine QmB für mehrere Einrichtungen zuständig sein, so bitten wir Sie, diese im Stellenschlüssel einrichtungsbezogen zuzuordnen.

5.2.5 Freist.anteil PAL

Freistellungsanteil Praxisanleitung (Beschäftigungsumfang in Vollzeit)

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- mit 2 Dezimalstellen
- variierend zwischen 0 und 2,0

Beschreibung:

Dies ergibt sich aus dem Stellenschlüssel der Einrichtung. Sollte einrichtungsübergreifend eine PAL für mehrere Einrichtungen zuständig sein, so bitten wir Sie, diese im Stellenschlüssel einrichtungsbezogen zuzuordnen.

5.2.6 ZVG/MAG/PEG

Zielvereinbarungsgespräche – Mitarbeitergespräche- Personalentwicklungsgespräche (jährlich)

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: Ja

0: Nein

Beschreibung:

Bitte antworten Sie mit Ja (1), wenn in Ihrer Einrichtung regelmäßig (mind. einmal jährlich) strukturierte Zielvereinbarungsgespräche/ Mitarbeitergespräche/ Personalentwicklungsgespräche mit den Mitarbeitern der Pflege/des sozialen Dienstes durchgeführt werden. Dies muss zumindest für den Bereich aller Fachkräfte implementiert sein.

5.3 Qualitätsmanagement

5.3.1 Zertifizierung

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: Ja

0: Nein

Beschreibung:

Bitte antworten Sie mit Ja (1), wenn Ihre Einrichtung zertifiziert ist. Dies schließt alle Zertifizierungen ein, in denen der Pflegebereich mitgeprüft wurde.

5.3.1 Instrumente QM

Anmerkung: die nachfolgenden Fragen entsprechen der MDK-Prüfanleitung stationär
Qualitätszirkel

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: Ja

0: Nein

Beschreibung:

Bitte antworten Sie mit Ja (1), wenn in Ihrer Einrichtung regelmäßig (mind. einmal im Quartal) Qualitätszirkelarbeit stattfindet. „...Unter Qualitätszirkeln sind Arbeitsgruppen zu verstehen, in denen Mitarbeiter zeitlich begrenzt zur Lösung eines/oder mehrerer Probleme zusammenarbeiten. Das Ziel, die Zeitvorgabe und die einzelnen Arbeitsschritte müssen protokolliert werden...“¹

Qualitätsbeauftragter

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: Ja

0: Nein

Beschreibung:

Bitte antworten Sie mit Ja (1), wenn Ihre Einrichtung einen Qualitätsbeauftragten benannt hat und Sie einen „... Nachweis über dessen Tätigkeit seit seiner Benennung...“¹ vorlegen könnten.

Qualitätsstandards /VA

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: Ja

0: Nein

Beschreibung:

Bitte antworten Sie mit Ja (1), wenn Ihre Einrichtung mit Qualitätsstandards/Verfahrensordnungen/Richtlinien, Leitlinien arbeitet. „...Leitlinien ermöglichen es, auf übergeordneter Ebene allgemeinere Aussagen und Regelungen zu treffen. Eine Richtlinie ist eine konkrete Handlungsanweisung (Tätigkeits- oder Ablaufbeschreibung), in der die Vorgehensweise einer spezifischen pflegerischen Handlung detailliert beschrieben wird. Regelungen sollen den individuellen Bedingungen der Einrichtung angepasst sein...“¹

¹Qualitätsprüfungs-Richtlinien

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) vom 11. Juni 2009 in der Fassung vom 30. Juni 2009

Pflegevisiten

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: Ja

0: Nein

Beschreibung:

Bitte antworten Sie mit Ja (1), wenn Sie regelmäßig (mind. einmal jährlich bei allen Bewohnern) Pflegevisiten durchführen. „...Die Pflegevisite wird als Besuch beim Bewohner durchgeführt und dient u.a. der Erörterung des Befindens des Pflegebedürftigen, seiner individuellen Wünsche und seiner Zufriedenheit mit der Pflegeeinrichtung sowie der Erstellung, kontinuierlichen Bearbeitung und Kontrolle der Pflegeplanung sowie –dokumentation...“¹

Fallbesprechungen

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: Ja

0: Nein

Beschreibung:

Bitte antworten Sie mit Ja (1), wenn in Ihrer Einrichtung regelmäßig Fallbesprechungen durchgeführt werden. „...Mit Fallbesprechungen können Mitarbeiter in der Pflegeeinrichtung die Pflegesituation eines Bewohners mit dem Ziel einer Verbesserung seiner Lebenssituation diskutieren und Lösungen für Pflegeprobleme vereinbaren. Sie dienen der Entwicklung abgestimmter Verhaltens- und Vorgehensweisen...“¹

Qualitätshandbuch

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: Ja

0: Nein

Beschreibung:

Bitte antworten Sie mit Ja (1), wenn Sie in Ihrer Einrichtung mit einem Qualitätsmanagementhandbuch arbeiten. „...Von der Entwicklung eines Qualitätsmanagementhandbuches ist auszugehen, wenn mindestens Verantwortlichkeiten und ein Zeitplan festgelegt sind sowie erste Kapitel erarbeitet wurden...“¹

¹Qualitätsprüfungs-Richtlinien

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) vom 11. Juni 2009 in der Fassung vom 30. Juni 2009

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: Ja

0: Nein

Beschreibung:

Bitte antworten Sie mit Ja (1), wenn „...systematische Auswertung von Fachliteratur/Fortbildungsmaßnahmen und Implementation in die Pflegepraxis...“¹ nachweisbar sind.

5.4 Angebot

5.4.1 WB Demenz (geschützter Bereich)

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: Ja

0: Nein

Beschreibung:

Bitte antworten Sie mit Ja (1), wenn es in Ihrer Einrichtung einen separaten Wohnbereich für dementiell erkrankte Bewohner mit einem spezifischen, auf diese Bewohner abgestimmten Konzept gibt.

5.4.2 WB Wachkoma

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: Ja

0: Nein

Beschreibung:

Bitte antworten Sie mit Ja (1), wenn es in Ihrer Einrichtung einen separaten Wohnbereich für Bewohner mit Wachkoma mit einem spezifischen, auf diese Bewohner abgestimmten Konzept gibt.

5.4.3 WB Beatmung

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: Ja

0: Nein

¹ Qualitätsprüfungs-Richtlinien

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes¹ über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) vom 11. Juni 2009 in der Fassung vom 30. Juni 2009

Beschreibung:

Bitte antworten Sie mit Ja (1), wenn es in Ihrer Einrichtung einen separaten Wohnbereich für beatmete Bewohner mit einem spezifischen, auf diese Bewohner abgestimmten Konzept gibt.

5.4.4 WB Hospiz/Palliativ

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: Ja

0: Nein

Beschreibung:

Bitte antworten Sie mit Ja (1), wenn es in Ihrer Einrichtung einen separaten Wohnbereich für sterbende Bewohner mit einem spezifischen Konzept für Hospiz-/Palliativversorgung gibt.

5.4.5 Hausgemeinschaftskonzept (Wohngruppenkonzept)

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: Ja

0: Nein

Beschreibung:

Bitte antworten Sie mit Ja (1), wenn es in Ihrer Einrichtung ein spezifisches Konzept für Hausgemeinschaften/Wohngruppen gibt.

5.4.6 Anz. Pflegeplätze gesamt

Anzahl Pflegeplätze gesamt

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen
- 0-999

Beschreibung:

Hiermit ist die Anzahl aller Pflegeplätze der Einrichtung gemeint (inkl. Kurzzeitpflege, Nachtpflege und Tagespflegeplätzen wenn jeweils ohne eigenen Versorgungsvertrag)

Projekt „PiSaar“

5.4.7 davon Anz. Pflegeplätze integr. Tagespflege davon Anzahl Pflegeplätze integrierte Tagespflege

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen
- 0-99

Beschreibung:

Hierbei wird nicht unterschieden zwischen „integriert“ oder „eingestreu“

5.4.8 davon Anz. Pflegeplätze integr. Kurzzeitpflege davon Anzahl Pflegeplätze integrierte Kurzzeitpflege

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen
- 0-99

Beschreibung:

Hierbei wird nicht unterschieden zwischen „integriert“ oder „eingestreu“

5.4.9 davon Anz. Pflegeplätze integr. Nachtpflege davon Anzahl Pflegeplätze integrierte Nachtpflege

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen
- 0-99

Beschreibung:

Hierbei wird nicht unterschieden zwischen „integriert“ oder „eingestreu“

5.4.10 Stundenweise Einzelbetreuung

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: Ja

0: Nein

Beschreibung:

Bitte antworten Sie mit Ja (1), wenn es in Ihrer Einrichtung möglich ist, über den Pflegevertrag hinaus gehende gesondert zu finanzierende Einzelbetreuung zu buchen
WICHTIG: Sollte ein Bewohner im Zeitraum der Datenerhebung eine stundenweise Einzelbetreuung gebucht haben, so muss er für diese Zeit als „abwesend“ erfasst werden (WBx Bewohner-Zeiterfassung individuell)

5.4.11 Intensive Angehörigenarbeit

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: Ja

0: Nein

Beschreibung:

Bitte antworten Sei mit Ja (1), wenn:

- es ein Konzept zur Angehörigenarbeit gibt und
- regelmäßige Angehörigentreffen (-abende) mind. 1x/Quartal stattfinden und
- diese explizit zu Festen und Feiern eingeladen werden

5.4.12 Intensive Begleitung d. Ehrenamtl.

Intensive Begleitung der Ehrenamtlichen

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: Ja

0: Nein

Beschreibung:

Bitte antworten Sei mit Ja (1), wenn:

- es ein Konzept zur Begleitung der Ehrenamtlichen gibt und
- diesen feste Ansprechpartner zugeteilt sind und
- diese explizit zu Festen und Feiern eingeladen werden

5.5 Kooperationen

5.5.1 Apotheke-Verblisterung

Gibt es eine Kooperation mit einer Apotheke, damit die Medikamente verblister
geliefert werden?

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: Ja

0: Nein

Beschreibung:

Bitte antworten Sie mit Ja (1), wenn es eine solche Kooperation gibt und die
Medikamente pro Bewohner verblisterung geliefert werden.

5.5.2 SAPV

Gibt es eine Kooperation mit einem Anbieter für spezialisierte ambulante Palliativversorgung?

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: Ja

0: Nein

Beschreibung:

Bitte antworten Sie mit Ja (1), wenn es eine solche Kooperation gibt – unabhängig davon ob derzeit aktuell Bewohner eingeschrieben sind.

5.5.3 Hospiz

Gibt es eine Kooperation mit einem Hospiz?

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: Ja

0: Nein

Beschreibung:

Bitte antworten Sie mit Ja (1), wenn es eine solche Kooperation gibt.

5.5.4 Leiharbeitsfirma

Gibt es eine Kooperation mit einem Anbieter für Leiharbeit von Pflegekräften?

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: Ja

0: Nein

Beschreibung:

Bitte antworten Sie mit Ja (1), wenn es eine solche Kooperation gibt – unabhängig davon, ob derzeit Leiharbeitskräfte in der Einrichtung beschäftigt sind.

5.6 Konzeption der Pflege

5.6.1 Pflegemodell

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: Krohwinkel

2: Orem

3: Sonstige

Beschreibung:

Bitte wählen Sie Ihr Pflegemodell.

5.6.2 Pflegedokumentation

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: EDV

2: Papier

3: Mischform

Beschreibung:

Bitte wählen Sie die Form Ihrer Pflegedokumentation

5.7 Mitarbeiter- Gesamt

5.7.1 Anz. Personen Mitarbeiter Pflege und Betreuung

Frauen

Männer

Vollzeitkräfte

Teilzeitkräfte unter 51% (BU zwischen 1% und 50%)

Teilzeitkräfte über (oder gleich) 51% (BU zwischen 51% und 99%)

Schüler

für alle gilt:

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen
- 0-999

Beschreibung:

Bitte geben Sie die Anz. = Anzahl der Personen („Köpfe“) an – unabhängig von ihrem Beschäftigungsumfang. Schüler: Altenpflegeschüler, Altenpflegehilfeschüler

5.7.2 Durchschnittsalter ohne Schüler

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- mit max. 2 Dezimalstellen
- 20-65

Beschreibung:

Bitte bedenken Sie, dass hier nicht alle Mitarbeiter der Einrichtung gemeint sind, und dass sich diese Durchschnittszahl nur auf die Mitarbeiter der Kostenstelle „Pflege und Betreuung“ bezieht



Projekt „PiSaar“



5.7.3 Summe in Vollzeit

Fachkräfte soziale Betreuung

Fachkräfte Pflege

Altenpflege
Krankenpflege
Kinderkrankenpflege
Heilerziehungspflege

davon:

Fachkraft Gerontopsychiatrie
Fachkraft Hospitz- und Palliativcare
Fachkraft Onkologie
Fachkraft für Rehabilitation und Langzeitpflege
Weiterbildung: Leitung einer Funktionseinheit
Weiterbildung: Intensiv und Anästhesie
Diplom
Bachelor
Master
Studenten
Sonstige

Pflegehilfskräfte

§ 87b-Kräfte

Ehrenamt

BUFDI (Bundesfreiwilligendienst)/FSJ (freiwilliges Soziales Jahr)

Hauswirtschaft

Dauernachtwachen

für alle gilt:

Projekt „PiSaar“

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Zahl mit maximal 2 Dezimalstellen
- 0-999

Beschreibung:

Mit diesen Angaben wird die Summe aller Stellen aus dem Personalschlüssel Pflege und Betreuung angegeben wobei hier alle Stellen jeweils auf vollzeitäquivalente Stellenanteile umzurechnen und zu addieren sind – dies jeweils qualifikationsbezogen. Hierbei darf pro Person die Zahl zwischen 0 und 1,0 variieren.

Fachkräfte soziale Betreuung:

Im Bereich der sozialen Betreuung werden im Saarland folgende Berufsgruppen als Fachkräfte anerkannt:

- Sozialarbeiter,
- Sozialpädagogen,
- Psychologen,
- Haus- und Familienpfleger;

möglich sind auch Fachkräfte im Bereich Therapie; hierzu gehören u.a. Ergotherapeuten und Musiktherapeuten¹

In die Berechnung der hauswirtschaftlichen Mitarbeiter sind nur diejenigen Hauswirtschaftskräfte mit einzubeziehen, die auf den Wohnbereichen die Pflege und soziale Betreuung unterstützen. In keinem Fall sind Reinigungskräfte hinzuzählen. Sollten Sie in den Wohnbereichen sog. „Präsenzkräfte“ oder andere hier nicht genannte Bezeichnungen führen, so bitten wir Sie diese der am ehesten passenden Tätigkeit zuzuordnen.

Studenten:

Bitte nehmen Sie diejenigen Mitarbeiter auf, die einen Studiengang im Fachbereich Pflege belegt haben.

5.7.4 Rückblick 1. Quartal 2012

Hinweis:

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf die Mitarbeiter im Bereich Pflege und soziale Betreuung unabhängig von der Qualifikation (Fachkraft/Hilfskraft). Die Soll-Besetzung ist der aktuellen LQM zu entnehmen.

¹ vgl. §7 Verordnung über personelle Anforderungen für Einrichtungen nach dem Landesheimgesetz Saarland (PflegeVLHeimGS) vom 23. März 2011

Kumulierte Std. vakante Stellen

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen
- 0-9999

Beschreibung:

Bitte addieren Sie alle Stunden, die aufgrund von Vakanz (nicht besetzte Stelle) im Zeitraum 01. Januar 2012 – 31. März 2012 nicht besetzt waren

Kumulierte Krankheitsstunden

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen
- 0-9999

Beschreibung:

Bitte addieren Sie alle Stunden, die aufgrund von Krankheit im Zeitraum 01. Januar 2012 – 31. März 2012 trotz Planung nicht geleistet werden konnten

Kumulierte Std. Urlaub

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen
- 0-9999

Beschreibung:

Bitte addieren Sie alle Stunden, die aufgrund von Urlaub im Zeitraum 01. Januar 2012 – 31. März 2012 ausgefallen sind

Kumulierte Mehrarbeitsstunden

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen
- 0-9999

Beschreibung:

Bitte addieren Sie alle Mehrarbeitsstunden, die im Zeitraum 01. Januar 2012 – 31. März 2012 angefallen sind, für die in genanntem Zeitraum kein Freizeitausgleich gewährt werden konnte.



Projekt „PiSaar“



Kumulierte Leiharbeitsstunden

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen
- 0-9999

Beschreibung:

Bitte addieren Sie alle Stunden, die in Pflege und Betreuung im Zeitraum: 01. Januar 2012 – 31. März 2012 von Mitarbeitern einer Leiharbeitsfirma übernommen wurden.

6 Wohnbereich – Basisdaten alle Wohnbereiche

In diesem Tabellenblatt der Excel-Datei werden die organisatorischen Merkmale des Wohnbereiches eingetragen. Die hier zu erfassenden Daten wurden von Experten als relevant benannt und sind nur auf den Wohnbereich bezogen. Sollte es übergreifende Organisationsstrukturen geben, so sind diese wenn möglich anteilig für den Wohnbereich umzurechnen (z.B. Stellenumfang Nachtwache).

Sollten Sie ein Feld nicht beantworten können, so fragen Sie gerne nach oder Sie lassen dieses frei.

Wichtig:

Ein Teil der Wohnbereichvariablen wird in allen Wohnbereichen erfasst (hellorange) und ein Teil wird nur in dem Wohnbereich erfasst, der an der Zeiterfassung teilnimmt (dunkelorange)!

Identifikationsnummer	0
WB-Nummer	01

Basisdatensatz alle Wohnbereiche	
Bauliche Gegebenheiten	
letzte Sanierung	
Anz. Doppelzimmer	
Anz. Einzelzimmer	
Größe Wohnbereich (in qm)	
Weitester Weg Bewohnerzimmer-Dienstzimmer (in m):	
Auf Wohnbereichsebene:	
Offene Küche / Verteilerrküche	
Speiseräume	
Therapieräume	
Verteilssystem Mittagsmahlzeit	
Leitung	
Quali. WBL	Qual. 1
	Qual. 2
Freistellungsumf. WBL (BU in VZ)	
Spez. Angebot Wohnbereich	
Demenz	
Wachkoma	
Beatmung	
Hospiz/Palliativ	
Hausgemeinschaftskonzept	
Anzahl Pflegeplätze gesamt	
davon Tagespflege	
davon Nachtpflege	
davon Kurzzeitpflege	
Mitarbeiter Wohnbereich	
Anzahl Personen Pflege u. Betreuung:	
Frauen	
Männer	
Vollzeitkräfte	
Teilzeitkräfte unter 51%	
Teilzeitkräfte über 51%	
Schüler	
Durchschnittsalter ohne Schüler	
Summe in Vollzeit	
Fachkräfte soz. Betreuung	
Fachkräfte Pflege:	
Altenpflege	
Krankenpflege	
Kinderkrankenpflege	
Hellerziehungspflege	
davon:	
FK Gerontopsychiatrie	
FK Hospiz u. Palliativcare	
FK Onkologie	
FK f. Rehabilitation u. Langzeitpfl.	
Leitung einer Funktionseinheit	
Intensiv u. Anästhesie	
Diplom	
Bachelor	
Master	
Studenten	
Sonstige	
Pflegehilfskräfte	
§ 87b-Kräfte	
Ehrenamt	
BUFDI/FSJ	

Grunddaten | **WB 1-Organisation** | WB 1-Bewohner | WB 2-Organisation | WB 2-Bewohner | WB 3-Organisation | WB 3-Bewohner

6.1 Bauliche Gegebenheiten

6.1.1 Letzte Sanierung

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen
- vierstellig
- Zwischen 1960 und 2012

Beschreibung:

Bitte geben Sie diejenige Jahreszahl an, bei der der Wohnbereich zuletzt grundlegend saniert wurde (z.B. Modernisierung des Wohnbereiches mit Verlegung der Dienstzimmer, Einbau von Nasszellen in jedes Bewohnerzimmer). Hierbei fallen substanzerhaltende Baumaßnahmen (z.B. neuer Bodenbelag, Heizung) oder kleinere Maßnahmen (z.B. neue Möbel) nicht ins Gewicht.

6.1.2 Anzahl Doppelzimmer

6.1.3 Anzahl Einzelzimmer

für alle gilt:

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen
- 0-100

Beschreibung:

Bitte geben Sie die Anzahl der Doppel- und Einzelzimmer an, unabhängig davon, ob diese belegt sind oder nicht

6.1.4 Größe des Wohnbereiches (in qm)

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen
- 0-999

Beschreibung:

Hiermit ist die gesamte Größe des Wohnbereiches gemeint – inklusive der Bewohnerzimmer

Projekt „PiSaar“

6.1.5 Weitesten Weg Bewohnerzimmer – Dienstzimmer (in m)

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

- Ganze Zahlen
- 0-150

Beschreibung:

Bitte versuchen Sie mit Schritten den Abstand des am weitesten entfernten Bewohnerzimmer zum Dienstzimmer abzugehen und die Meterzahl ungefähr einzuschätzen

6.1.6 Auf Wohnbereichsebene:

Offene Küche/Verteilerküche

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

- 1:** Ja
0: Nein

Beschreibung:

Bitte antworten Sie mit Ja (1), wenn es auf Wohnbereichsebene eine offene Küche/Verteilerküche gibt

Speiseräume

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

- 1:** Ja
0: Nein

Beschreibung:

Bitte antworten Sie mit Ja (1), wenn es auf Wohnbereichsebene einen oder mehrere Speiseräume gibt

Therapieräume

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

- 1:** Ja
0: Nein

Beschreibung:

Bitte antworten Sie mit Ja (1), wenn es auf Wohnbereichsebene Therapieräume gibt

Verteilssystem Mittagmahlzeit

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

- 1: Schüsselsystem
- 2: Schöpfsystem
- 3: Tablettssystem
- 4: Buffetsystem
- 5: Mischsystem

Beschreibung:

Schüsselsystem: Die Mahlzeiten werden in Schüsseln aus der Großküche geliefert und die Bewohner können Art und Menge der Mahlzeit mitbestimmen

Schöpfsystem: Die Mahlzeit wird in Wärmewagen für alle Bewohner aus der Großküche geliefert und die Mitarbeiter schöpfen diese entweder auf Teller oder in Schüsseln

Tablettssystem: Die Mahlzeit wird bewohnerbezogen vorbereitet auf einem Tablett aus der Großküche geliefert

Buffetsystem: Es steht ein Buffet zur Verfügung an dem sich die Bewohner selbständig oder mit Hilfe von Mitarbeitern das Essen selbst zusammenstellen

Mischsystem: ein Wohnbereich hat unterschiedliche Verteilsysteme

6.2 Leitung

6.2.1 Qualifikation Wohnbereichsleitung

Qual. 1/Qual.2

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

- 1: Kaufmann. AB
- 2: Pädagogische AB
- 3: Altenpflege
- 4: Krankenpflege
- 5: Kinderkrankenpflege
- 6: Heilerziehungspflege
- 7: Leitung einer Funktionseinheit
- 8: Diplom
- 9: Bachelor
- 10: Master
- 11: Student
- 12: Sonstiges

Beschreibung:

AB = Ausbildung

Hier haben Sie die Möglichkeit, 2 Qualifikationen anzugeben. Sollten Sie nur eine angeben wollen, so ist dies möglich und Sie geben in dem 2. Feld nichts ein. Bei mehr als zwei Qualifikationen bitten wir Sie, dass die Wohnbereichsleitung die beiden Qualifikationen benennt, die sie als die wichtigsten bezeichnen würde.

6.2.2 Freist.anteil WBL

Freistellungsanteil der Wohnbereichsleitung (Beschäftigungsumfang in Vollzeit)

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- mit 2 Dezimalstellen
- variierend zwischen 0 und 2,0

Beschreibung:

Bitte geben Sie hier einen vollzeitäquivalenten Stellenanteil zwischen 0,00 und 2,00 an

6.3 Spez. Angebot Wohnbereich

6.3.1 Demenz

6.3.2 Wachkoma

6.3.3 Beatmung

6.3.4 Hospiz/Palliativ

6.3.5 Hausgemeinschaftskonzept

Für alle gilt:

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

1: Ja

0: Nein

Beschreibung:

Bitte antworten Sie mit Ja (1), wenn es in Ihrem Wohnbereich jeweils spezifische Konzepte gibt und der Wohnbereich überwiegend mit dieser Bewohnergruppe belegt ist.

6.3.6 Anzahl Pflegeplätze gesamt

6.3.7 Davon Tagespflege

6.3.8 Davon Nachtpflege

6.3.9 Davon Kurzzeitpflege

für alle gilt:

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen
- 0-80

Beschreibung:

Hiermit sind auch die eingestreuten und integrierten Pflegeplätze gemeint

6.4 Mitarbeiter Wohnbereich

6.4.1 Anzahl Personen Pflege und Betreuung

Männer

Frauen

Vollzeitkräfte

Teilzeitkräfte unter 51% (BU zwischen 1% und 50%)

Teilzeitkräfte über (oder gleich) 51% (BU zwischen 51% und 99%)

Schüler

für alle gilt:

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen
- 0-999

Beschreibung:

Bitte geben Sie die Anzahl der Personen („Köpfe“) an – unabhängig von ihrem Beschäftigungsumfang. Schüler: Altenpflegeschüler, Altenpflegehilfeschüler

6.4.2 Durchschnittsalter ohne Schüler

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen Dezimalzahlen
- 20-65

Beschreibung:

Hier sind diejenigen Mitarbeiter einzurechnen, die auf Ihrem Wohnbereich für die Pflege und soziale Betreuung eingesetzt werden

6.4.3 Summe in Vollzeit

Fachkräfte Soziale Betreuung (evtl. auf WB umrechnen)

Fachkräfte Pflege

Altenpflege

Krankenpflege

Kinderkrankenpflege

Heilerziehungspflege

davon:

Fachkraft Gerontopsychiatrie

Fachkraft Hospitz- und Palliativcare

Fachkraft Onkologie

Fachkraft für Rehabilitation und Langzeitpflege

Projekt „PiSaar“

Weiterbildung: Leitung einer Funktionseinheit
Weiterbildung: Intensiv und Anästhesie
Diplom
Bachelor
Master
Studenten
Sonstige

Pflehilfskräfte

§ 87b-Kräfte

Ehrenamt

BUFDI (Bundesfreiwilligendienst)/FSJ (Freiwilliges Soziales Jahr)

Hauswirtschaft

Dauernachtwachen/Wohnbereich

für alle gilt:

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Zahl mit maximal 2 Dezimalstellen
- 0-999

Beschreibung:

Mit diesen Angaben wird die Summe aller Stellen aus dem Dienstplan/Stellenschlüssel angegeben wobei hier alle Stellen jeweils auf vollzeitäquivalente Stellenanteile umzurechnen und zu addieren sind – dies jeweils qualifikationsbezogen. Hierbei darf pro Person die Zahl zwischen 0 und 1,0 variieren.

Wichtig: Mehrfachnennungen sind möglich (z.B. Altenpflege + FK Palliativcare).

Fachkräfte soziale Betreuung:

Im Bereich der sozialen Betreuung werden im Saarland folgende Berufsgruppen als Fachkräfte anerkannt:

- Sozialarbeiter,
- Sozialpädagogen,
- Psychologen,
- Haus- und Familienpfleger;

möglich sind auch Fachkräfte im Bereich Therapie; hierzu gehören u.a. Ergotherapeuten und Musiktherapeuten¹

In die Berechnung hauswirtschaftlichen Mitarbeiter sind nur diejenigen Hauswirtschaftskräfte mit einzubeziehen, die auf den Wohnbereichen die Pflege und soziale Betreuung unterstützen. In keinem Fall sind Reinigungskräfte hinzuzählen. Sollten Sie in den Wohnbereichen sog. „Präsenzkräfte“ oder andere hier nicht genannte Bezeichnungen führen, so bitten wir Sie diese der am ehesten passenden Tätigkeit zuzuordnen.

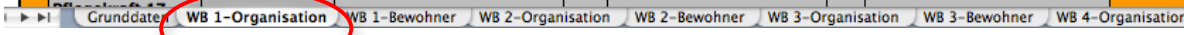
Studenten:

Bitte nehmen Sie die Mitarbeiter auf, die im Fach „Pflege“ studieren.

¹ vgl. §7 Verordnung über personelle Anforderungen für Einrichtungen nach dem Landesheimgesetz Saarland (PflegeVLHeimGS) vom 23. März 2011

7 Wohnbereich-Organisation - „Nur bei Zeiterhebung“

In den Wohnbereichen mit Zeiterhebung werden folgende weitere Merkmale erfasst:

Nur bei Zeiterhebung					
Anzahl Bewohner bei Datenerhebung			Summierte Ausfallstunden (48 Std.)		
Anwesend			Kurzfri.Krankheitsausfall		
Sterbend			nicht ersetzter U-Ausfall		
Einzug					
Auszug			Summierte Übergabezeit in min (48 Std.)		
Umzug			Im Dienstpl. vorgesehen		
Summierte Einsatzstunden (48 Std.)					
Fachkräfte soziale Betreuung					
Fachkräfte Pflege					
Pflegehilfskräfte					
Schüler					
§ 87b Kräfte					
Ehrenamt					
BUFDI/FSJ					
Hauswirtschaft					
Merkmale der begleiteten Pflegekräfte					
	Alter	Jahre Berufserfahr.	Qualif. 1		Qualif. 2
Pflegekraft 1					
Pflegekraft 2					
Pflegekraft 3					
Pflegekraft 4					
Pflegekraft 5					
Pflegekraft 6					
Pflegekraft 7					
Pflegekraft 8					
Pflegekraft 9					
Pflegekraft 10					
Pflegekraft 11					
Pflegekraft 12					
Pflegekraft 13					
Pflegekraft 14					
Pflegekraft 15					
Pflegekraft 16					
					

7.1 Anzahl Bewohner bei Datenerhebung

7.1.1 Anwesend

7.1.2 Sterbend

7.1.3 Einzug

7.1.4 Auszug

7.1.5 Umzug

für alle gilt:

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen
- 0-999

Beschreibung:

Bitte geben Sie die jeweilige Bewohneranzahl bezogen auf den Zeitpunkt der Datenerhebung an.

***Anmerkung:** Sollte ein Bewohner z.B. nur an einem Tag anwesend gewesen sein, so nehmen Sie ihn hier bitte auf, tragen aber bitte die Stunden, die er abwesend war, unter Bewohnermerkmalen- Zeiterfassung individuell ein.*

7.2 Summierte Einsatzstunden (48 Std.):

7.2.1 Fachkräfte Soziale Betreuung

7.2.2 Fachkräfte Pflege

7.2.3 Pflegehilfskräfte

7.2.4 Schüler

7.2.5 § 87b-Kräfte

7.2.6 Ehrenamt

7.2.7 BUFDI (Bundesfreiwilligendienst)/FSJ (Freiwilliges Soziales Jahr)

7.2.8 Hauswirtschaft

für alle gilt:

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen
- 0-999

Beschreibung:

Bitte addieren Sie alle Dienststunden, die Mitarbeiter mit den jeweiligen Qualifikationen während der Zeiterhebung im Einsatz auf diesem Wohnbereich waren. Sollte es wohnbereichsübergreifende Tätigkeiten geben, bitten wir Sie, diese Stunden entsprechend dem Einsatz in dem jeweiligen Wohnbereich hinzuzurechnen.

Begriffsdefinitionen Fachkräfte: s.o. (S.49)

7.3 Summierte Ausfallstunden (48 Std.)

7.3.1 Kurzfristiger Krankheitsausfall

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen
- 0-999

Beschreibung:

Bitte addieren Sie alle Stunden, die durch nicht ersetzten Krankheitsausfall im Zeitraum der Datenerhebung in diesem Wohnbereich ausgefallen sind. Dies betrifft nur die Mitarbeiter Pflege/Betreuung und schließt auch Abwesenheit aufgrund Krankheit des Kindes ein.

7.3.2 Nicht ersetzter Urlaubsausfall

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen
- 0-999

Beschreibung:

Bitte addieren Sie alle Stunden, die durch nicht ersetzten Urlaub im Zeitraum der Datenerhebung in diesem Wohnbereich ausgefallen sind. Dies betrifft nur die Mitarbeiter Pflege/Betreuung und schließt auch Dienstbefreiung ein

7.4 Summierte Übergabezeit in min. (48 Std.)

Im Dienstplan vorgesehen – in Minuten

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen
- 0-999

Beschreibung:

Bitte addieren Sie die gesamten Übergabezeiten, die in den 48 Stunden im Dienstplan vorgesehen sind, in Minuten. Wieviele Mitarbeiter an den Übergaben teilgenommen haben und wie viel Gesamtarbeitszeit für Übergaben aufgewandt wurde interessiert an dieser Stelle nicht.

Projekt „PiSaar“

7.5 Merkmale der begleiteten Pflegekräfte

7.5.1 Alter

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen
- 15-65

Beschreibung:

Bitte geben Sie das aktuelle Alter der Pflegekraft an

7.5.2 Jahre Berufserf.

Wie viele Jahre Berufserfahrung hat die begleitete Pflegekraft?

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen
- 0-40

Beschreibung:

Dies bezieht sich nur auf die Erfahrung im pflegerischen Beruf. Hierin sind die Lehrjahre mit eingeschlossen, die Erfahrung durch Pflege und Betreuung einer Angehörigen jedoch nicht.

7.5.3 Qualif.1

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

- 1:FK Altenpflege
- 2:FK Krankenpflege
- 3:FK Kinderkrankenpflege
- 4:FK Heilerziehungspflege
- 5.Fachkraft Soziale Betreuung
- 6:Pflegehilfskräfte
- 7:Schüler
- 8:§87b-Kraft
- 9:Ehrenamt
- 10:BuFdi
- 11: Hauswirtschaft

Beschreibung:

Hier haben Sie die Möglichkeit, 2 Qualifikationen anzugeben. Sollten Sie nur eine angeben wollen, so ist dies kein Problem und Sie geben in dem 1.oder 2. Feld nichts ein. Bei mehr als zwei Qualifikationen bitten wir Sie, dass sich diejenige Person die beiden Qualifikationen aussucht, die sie als die wichtigsten bezeichnen würde.



Projekt „PiSaar“



7.5.4 Qualif.2

Antwortmöglichkeiten: - bitte in die Zelle klicken und mit Pfeil auswählen

- 1:FK Gerontopsychiatrie
- 2:FK Hospitz- und Palliativcare
- 3:FK Onkologie
- 4:FK f. Rehabilitation und Langzeitpflege
- 5:WB:Qualitätsbeauftragte
- 6:WB: Leitung einer Funktionseinheit
- 7:WB: Intensiv und Anästhesie
- 8:Diplom
- 9:Bachelor
- 10:Master
- 11:Student
- 12: Sonstige

Beschreibung:

S.0

8 Wohnbereich – Bewohner

8.1 Bewohneridentifikation/ allgemeine Merkmale

WICHTIGER HINWEIS: bei allen unter 8.1 zu erfassenden Variablen (in der Excel-Datei im Spaltennamen orange markiert) haben Sie die Auswahl in Auswahlfeldern vorgegeben, die Sie durch Anklicken der Pfeiltaste aktivieren.

Identifikationsnr.		0															
Bewohneridentifikation																	
Ifd. Nr.	Bew.ID-Nr.	Pfl. Stufe	PEA	SAPV	Kurzzt. Pflege	Geschl w:1 m:2	Geb. Jahr	gesetzl Betreuung	Einzelzimmer	Arzt-besuch intern (48Std)	Arzt-besuch extern (48Std)	Demenz	Parkinson	Apallisches Syndrom	Dep		
01	0-01-01																
02	0-01-02																
03	0-01-03																
04	0-01-04																
05	0-01-05																
06	0-01-06																
07	0-01-07																
08	0-01-08																
09	0-01-09																
10	0-01-10																
11	0-01-11																
12	0-01-12																
13	0-01-13																
14	0-01-14																
15	0-01-15																
16	0-01-16																
17	0-01-17																
18	0-01-18																
19	0-01-19																
20	0-01-20																
21	0-01-21																
22	0-01-22																
23	0-01-23																
24	0-01-24																
25	0-01-25																
26	0-01-26																
27	0-01-27																
28	0-01-28																
29	0-01-29																
30	0-01-30																
31	0-01-31																
32	0-01-32																
33	0-01-33																

Navigation: Grunddaten | WB 1-Organisation | **WB 1-Bewohner** | WB 2-Organisation | WB 2-Bewohner | WB 3-Organisation | WB 3-Bewohner | WB 4-Or

8.1.1 Ifd. Nr.

laufende Nummer

Dies ist die dem Bewohner für dieses Projekt zugeordnete Nummer. Bitte achten Sie unbedingt darauf, dass die laufende Nummer und die laufende Nummer auf den Zeiterfassungsbögen übereinstimmen!

8.1.2 Bew.ID-Nr.

Die Bewohner-Identifikationsnummer ist die Nummer mit der der Bewohner in dieser Studie geführt wird. Diese Nummer generiert sich automatisch aus der Nummer der

Projekt „PiSaar“

Einrichtung, des Wohnbereichs und der fortlaufenden Nummer, die Sie ihm zugewiesen haben. **Diese Nummer können und dürfen Sie in keinem Fall ändern; Änderungen gefährden die Datenauswertung!!!**

8.1.3 P.Stufe

In diesem Feld geben Sie bitte die **Pflegestufe** an, in die der Bewohner zum Zeitpunkt der Datenerhebung eingestuft ist.

Antwortmöglichkeiten:

(0) PS 0

(1) PS 1

(2) PS 2

(3) PS3

(4) Härtefallregelung

8.1.4 PEA

Person mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Antwortmöglichkeiten:

Ja (1)

Nein (0)

Ja(1) angeben, wenn:

...der Bewohner vom MDK als „Person mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ eingestuft ist.

Anmerkung:

Hier werden diejenigen Bewohner erfasst, für die die Einrichtung einen Anspruch auf einen Zuschlag zur Pflegevergütung nach § 87b Abs. 1 Satz 3 SGB XI erhält. Grundlage dieser Einstufung sind Screening und Assessment des MDK entsprechend der Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und Bewertung des Hilfebedarfes (2002 i.d.F. vom 10.06.2008).

8.1.5 SAPV

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Antwortmöglichkeiten:

Ja (1)

Nein (0)

Ja(1) angeben, wenn:

...wenn für den Bewohner spezialisierte ambulante Palliativversorgung verordnet ist.

8.1.6 Kurzzeitpflege

Antwortmöglichkeiten:

Ja (1)

Nein (0)

Ja(1) angeben, wenn:

...wenn es sich um einen Bewohner in Kurzzeitpflege handelt

8.1.7 Geschl.

Tragen Sie hier bitte das **Geschlecht** des Bewohners ein.

Antwortmöglichkeiten:

Männlich (1)

Weiblich (2)

8.1.8 Geburtsjahr

Bitte tragen Sie hier das Geburtsjahr des Bewohners ein.

Wichtig: Bitte tragen Sie in jedem Fall **vier Ziffern** ein!!

Bsp: 1929

8.1.9 Gesetzliche Betreuung

Antwortmöglichkeiten:

Ja (1)

Nein (0)

Ja(1) angeben, wenn:

...wenn für den Bewohner ein gesetzlicher Betreuer (lt. § 1897 Abs. 1 BGB) vom Betreuungsgericht bestellt wurde

Anmerkung:

Bitte beachten Sie die Information über diese Studie für den Betreuer

8.1.10 Einzelzimmer

Antwortmöglichkeiten:

Ja (1)

Nein (0)

Projekt „PiSaar“

Ja(1) angeben, wenn:

...wenn der Bewohner

- ein Einzelzimmer bewohnt (oder)
- ein Doppelzimmer alleine

Anmerkung:

In dieser Spalte wird erfasst, ob der Bewohner das Zimmer alleine bewohnt.

WICHTIGER HINWEIS: bei allen von 8.2 – 8.12 zu erfassenden Variablen können Sie nur ein JA (1) oder **nichts** eintragen! In letzterem Fall wird in der Auswertung automatisch ein NEIN (0) übernommen

8.2 Medizinische Diagnosen

Allgemeiner Hinweis: Die Erfassung der Diagnosen bezieht sich auf den Zeitpunkt der Datenerhebung. Zurückliegende Erkrankungen, die ausgeheilt sind, spielen in dieser Datenerfassung keine Rolle (Bsp: Knie-TEP vor 10 Jahren). Sollte diese jedoch noch auf den heutigen Tag eine Auswirkung zeigen, so wird diese aufgenommen.

Faustregel: Diejenigen Diagnosen aufnehmen, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung existieren und/oder einen Einfluss auf Ressourcen und Risiken des Bewohners haben (Bsp: Zust. n. Apoplex; Zust. n. Lungenembolie)

8.2.1 Arztbesuch intern (48 Std.)

Wurde der Bewohner innerhalb der 48 Std. der Datenerhebung von einem Arzt besucht?

Ja(1) angeben, wenn:

...der Bewohner in diesem Zeitraum einen Arzt konsultiert hat.

Anmerkung:

Hierbei ist nicht relevant, ob es sich um einen Allgemeinmediziner, einen Facharzt oder einen Zahnmediziner handelt

Wenn eine Pflegekraft den Bewohner begleitet hat, so ist dies unter „Behandlungspflege“ – „Begleiten der Arztvisite“ mit Ja (1) anzugeben.

8.2.2 Arztbesuch extern (48 Std.)

Hat der Bewohner innerhalb der 48 Std. der Datenerhebung einen Arzt außerhalb der Einrichtung aufgesucht?

Ja(1) angeben, wenn:

...der Bewohner in diesem Zeitraum einen Arzt aufgesucht hat.

Anmerkung:

Hierbei ist nicht relevant, ob es sich um einen Allgemeinmediziner, einen Facharzt oder einen Zahnmediziner handelt.

Wenn eine Pflegekraft den Bewohner begleitet hat, so ist dies unter „Behandlungspflege“ – „Begleiten der Arztvisite“ mit Ja (1) anzugeben.

Projekt „PiSaar“

8.2.3 Demenz

Leidet der Bewohner unter folgender Erkrankung des Nervensystems: Demenz?

Ja(1) angeben, wenn:

...der Bewohner unter einer ärztlich diagnostizierten Demenz leidet.

Anmerkung:

Hierbei ist nicht relevant, ob es sich um eine vaskuläre Demenz, eine Alzheimer-Demenz oder eine andere Demenzform handelt. Es ist ebenfalls nicht relevant, welcher Arzt die Diagnose gestellt hat (Facharzt, Hausarzt).

8.2.4 M. Parkinson

Leidet der Bewohner an folgender Erkrankung des Nervensystems: Morbus Parkinson?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner an einem ärztlich diagnostizierten Morbus Parkinson leidet

Anmerkung:

Entscheidend ist die ärztliche Diagnose; das alleinige Vorliegen von Symptomen (z.B. verlangsamte Bewegungen oder Tremor) ist nicht aussagekräftig i. S. dieser Erfassung

8.2.5 Apallisches Syndrom

Leidet der Bewohner an folgender Erkrankung des Nervensystems: Apallisches Syndrom?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner an einem ärztlich diagnostizierten apallischen Syndrom leidet

Anmerkung:

Entscheidend ist die ärztliche Diagnose. Es ist ebenfalls nicht relevant, welcher Arzt die Diagnose gestellt hat (Facharzt, Hausarzt).

8.2.6 Depression

Leidet der Bewohner an folgender Erkrankung des Nervensystems/der Psyche:
Depression

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner an einer ärztlich diagnostizierten Depression leidet

Anmerkung:

Hier ist unerheblich um welche Art der Depression es sich handelt. Entscheidend ist die ärztliche Diagnose. Es ist ebenfalls nicht relevant, welcher Arzt die Diagnose gestellt hat (Facharzt, Hausarzt).

8.2.7 And. Erkr. d. Nervensystem

Leidet der Bewohner an einer anderen Erkrankung des Nervensystems?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner an irgendeiner anderen ärztlich diagnostizierten neurologischen Erkrankung leidet (außer zuvor genannte M. Parkinson, Apallisches Syndrom, Demenz, Depression)

Anmerkung:

Beispiele:

Multiple Sklerose, Epilepsie, Muskelschwäche, Trigeminus-Neuralgie, Tourett-Syndrom, Restless-Legs-Syndrom...

8.2.8 KHK/HI

Leidet der Bewohner an folgender Erkrankung des Kreislaufsystems: Koronare Herzkrankheit (KHK)/Herzinsuffizienz (HI)?

Ja(1) angeben, wenn:

... eine koronare Herzkrankheit oder eine Herzinsuffizienz ärztlich diagnostiziert sind

Anmerkung:

In dieser Erfassung ist die Schwere der KHK bzw. die Einstufung „stabile“ vs. „instabile“ Angina pectoris unerheblich. Ebenso ist es nicht von Belang ob es sich um eine Rechtsherzinsuffizienz und/oder Linksherzinsuffizienz handelt und ob diese kompensiert oder dekomensiert ist.

8.2.9 Ulcus Cruris

Leidet der Bewohner an folgender Erkrankung der Haut/des Kreislaufsystems: Ulcus Cruris (Offene Beine)?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner zum Zeitpunkt der Datenerhebung an Ulcus cruris leidet.

Anmerkung:

Es ist in dieser Erhebung unerheblich, ob es sich bei den offenen Beinen um die Formen „venosum“, „arteriosum“ oder „mixtum“ handelt.

8.2.10 And. Erkr. des HK-Systems

Leidet der Bewohner an einer anderen Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner an einer anderen ärztlich diagnostizierten Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems leidet (außer zuvor genannte KHK, HI, Ulcus cruris).

Anmerkung:

Beispiele:

Thrombose, Lungenembolie, Arterielle Verschlusskrankheit, Herzmuskelentzündung, Varikosis (stark ausgeprägte Krampfadern), Hypertonie...

8.2.11 Dekubitus

Leidet der Bewohner an folgender Erkrankung der Haut: Dekubitus?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner an einem Dekubitus Grad 2-4 leidet.

Anmerkung:

Dekubitus Grad 1 ist hier nicht relevant, da die Diagnose häufig nicht eindeutig zu stellen ist. Sollte differentialdiagnostisch auch eine andere Hauterkrankung möglich sein, und die Diagnosestellung diesbezüglich nicht eindeutig sein, so nehmen Sie diese bitte hier nicht auf sondern geben Sie bitte in der nachfolgenden Frage „ja“ an.

8.2.12 And. Erkr. der Haut

Leidet der Bewohner an einer anderen Erkrankung der Haut?

Ja(1) angeben, wenn:

... an einer anderen Hauterkrankung leidet.

Anmerkung:

Beispiele:

Pilzinfektionen, Ekzeme, Rosazea, Psoriasis (Schuppenflechte), benigne (gutartige) Tumore der Haut...

8.2.13 Hüft-/Knie-TEP

Leidet der Bewohner an folgender Erkrankung des Bewegungsapparates: Hüft-/ Knie-TEP

Ja(1) angeben, wenn:

... dem Bewohner eine Hüft- oder Knie-Total-Endoprothese eingesetzt wurde.

Anmerkung:

Hierbei werden nur diejenigen aufgenommen, die nicht länger als 10 Jahre zurückliegen. Wichtig und entscheidend ist, dass die OP einen Einfluss auf die Ressourcen zum Zeitpunkt der Datenerhebung hat (z.B. Gangbildveränderung).

8.2.14 Rheuma/Arthritis

Leidet der Bewohner an folgender Erkrankung des Bewegungsapparates: Rheuma/Arthritis?

Ja(1) angeben, wenn:

... eine rheumatoide Arthritis ärztlich diagnostiziert ist

Anmerkung:

Voraussetzung für ein „ja“ ist die ärztliche Diagnose. Es ist ebenfalls nicht relevant, welcher Arzt die Diagnose gestellt hat (Facharzt, Hausarzt). Symptome, wie Gelenksteifigkeit oder geschwollene Fingergelenke, die darauf hindeuten ließen, sind ohne offizielle Diagnose nicht zu berücksichtigen.

8.2.15 Kontraktur/Spastik

Leidet der Bewohner an folgender Erkrankung des Bewegungsapparates: Kontraktur/Spastik?

Ja(1) angeben, wenn:

... Sie nach Ihrem pflegerischen Verständnis der Meinung sind, dass der Bewohner eine Kontraktur und oder eine Spastik hat

Anmerkung:

Diese Diagnose wird durch Pflegekräfte gestellt.
In einem systematischen Literaturreview konnten Gnass et al keine verbindliche Definition

Projekt „PiSaar“

von „Kontraktur“ formulieren¹ Eine mögliche Definition: „Als Kontraktur wird eine anhaltende Gelenksteifigkeit bzw. ein mehr oder weniger stark ausgeprägter Verlust der physiologischen Mobilität eines Gelenkes bezeichnet“²

8.2.16 And. Erkr. des Beweg.apparates

Leidet der Bewohner an einer anderen Erkrankung des Bewegungsapparates?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner an einer anderen ärztlich diagnostizierten Erkrankung des Bewegungsapparates leidet

Beispiel:

Bandscheibenvorfall, Osteoporose...

Anmerkung:

Bitte nehmen Sie hier auch Bein- oder Armamputationen auf.

WICHTIG: Hemiparesen werden hier nicht aufgenommen! Sondern unter Punkt XXX erfasst.

8.2.17 Tumorerkrankung

Leidet der Bewohner an einer Tumorerkrankung?

Ja(1) angeben, wenn:

... bei dem Bewohner in den letzten 5 Jahren eine maligne Tumorerkrankung ärztlich diagnostiziert wurde oder ein Rezidiv entstanden ist

Anmerkung: -

8.2.18 Diabetes Mellitus

Leidet der Bewohner unter folgender Erkrankung des Verdauungssystems: Diabetes Mellitus?

Ja(1) angeben, wenn:

... bei dem Bewohner ein Diabetes Mellitus ärztlich diagnostiziert wurde

¹ vgl. Gnass,I. et al in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 3/2010

² Thiemes Pflege, 2000, 304

Anmerkung:

Es ist unerheblich, ob es sich hierbei um einen Typ 1- oder Typ 2 –Diabetes handelt und ob mit Insulinersatz, oralen Antidiabetika oder Diät therapiert wird.

8.2.19 And. Erkr. des Verdauungssyst.

Leidet der Bewohner an einer anderen Erkrankung des Verdauungssystems

Ja(1) angeben, wenn:

... eine andere Erkrankung des Verdauungssystems ärztlich diagnostiziert ist

Beispiel:

Gastrointestinale Ulzerationen, Colitis, Leberzirrhose, Refluxösophagitis, Ileus, Hepatitis, Nahrungsmittelunverträglichkeiten....

Anmerkung:

Die Symptome Obstipation oder Diarrhoe werden in nachfolgenden Kapiteln der AEDL „Ausscheiden können“ erfragt.

8.2.20 Erkrankung des Atmungssys.

Leidet der Bewohner an einer Erkrankung des Atmungssystems?

Ja(1) angeben, wenn:

... bei dem Bewohner eine Erkrankung des Atmungssystems diagnostiziert ist.

Anmerkung:

Bsp: Pneumonie, COPD (chronisch obstruktive Lungenerkr.), Lungenemphysem...

8.2.21 Dialyse

Leidet der Bewohner an einer Erkrankungen der ableitenden Harnwege mit der Folge: Dialysepflicht

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner dialysepflichtig ist

Anmerkung:

Es ist hierbei unerheblich, welche Art von Dialyse durchgeführt wird.

8.2.22 And. Erkr. der Harnwege

Leidet der Bewohner an einer anderen Erkrankung der ableitenden Harnwege?

Ja (1) angeben, wenn:

...es sich um eine andere Erkrankung der ableitenden Harnwege handelt, die ärztlich diagnostiziert ist.

Anmerkung:

Beispiel:

Infektionen der Harnblase, des Nierenbeckens, Niereninsuffizienz, Harnverhalt, Prostatahypertrophie...

Es ist in dieser Frage nicht relevant, ob ein Bewohner inkontinent ist – die ärztliche Diagnose (s.o.) ist entscheidend.

8.2.23 MRSA/ESBL

Leidet der Bewohner an einer der folgenden Infektionskrankheiten: MRSA, ESBL

Ja(1) angeben, wenn:

.. eine ärztliche Diagnosestellung zum Zeitpunkt der Datenerhebung vorliegt

Anmerkung:

Bitte nehmen Sie hier auch Bewohner auf, bei denen derzeit keine Sanierungsversuche unternommen werden.

MRSA: Methicillin Resistente Staphylococcus Aureus

ESBL: Extended Spectrum Beta Lactamase

8.2.24 And. Infekt.Erkrankung

Leidet der Bewohner an einer anderen Infektionserkrankung?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner zum Zeitpunkt der Datenerhebung an einer ärztlich diagnostizierten Infektionskrankheit leidet.

Anmerkung:

Beispiel:

Grippevirus, Norovirus, Soor, Pilzinfektionen mit systemischer Beteiligung...(Pilzinfektionen der Haut sind unter 8.2.12 aufzunehmen)

Projekt „PiSaar“

8.2.25 Hemiparese

Leidet der Bewohner an Lähmungen/Hemiparese?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner an einer Hemiparese oder eine Lähmung leidet z.B. in Folge eines Apoplexes

Anmerkung:

Bitte nehmen Sie hier auch andere Nervenschädigungen (z.B: Ischiaticusparese) mit funktionalen Auswirkungen einer Parese auf die Extremitäten auf

8.2.26 Verschlecht. Krankh.zust.

Hat sich der Krankheits-Zustand des Bewohners in den letzten 3 Monaten verschlechtert?

Ja(1) angeben, wenn Sie folgender Frage mit „ja“ beantworten:

Wurde der Bewohner in den letzten 3 Monaten außerordentlich einem Arzt vorgestellt oder ins KH eingewiesen?

Anmerkung:

Die Ursache ist hierbei unerheblich

8.2.27 Sterbephase

Befindet sich der Bewohner in der Sterbephase?

Ja(1) angeben, wenn:

... Sie als Pflegefachkraft die Situation so einschätzen, dass bei dem Bewohner die Finalphase (letzte Tage/Stunden) begonnen hat.

Anmerkung:

Hier handelt es sich nicht um eine ärztliche Diagnose sondern um eine pflegfachliche Beurteilung. Diese Einschätzung ist häufig sehr schwierig, so dass hier keine Standardisierung erfolgen kann und die Einschätzung der Pflegefachkraft als Expertin überlassen wird.

8.3 AEDL-Kommunizieren können

8.3.1 Sehbeeinträchtigung

Hat der Bewohner eine unkomensierte Sehbeeinträchtigung?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner eine den Pflegenden auffallende Beeinträchtigung der Sehkraft hat, die zu einer deutlichen Einschränkungen der Alltagsbewältigung führt

Anmerkung:

Diese Frage zielt auf die Fähigkeit der Wahrnehmung von visuellen Reizen ab. Eine unkomensierte Beeinträchtigung kann auch beim Tragen einer Brille möglich sein.

8.3.2 Hörbeeinträchtigung

Hat der Bewohner eine unkomensierte Beeinträchtigung des Hörvermögens?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner eine den Pflegenden auffallende Beeinträchtigung der Hörfunktion hat, die zu einer deutlichen Einschränkung der Alltagsbewältigung führt.

Anmerkung:

Diese Frage zielt auf die Fähigkeit der Wahrnehmung von akustischen Reizen ab. Eine unkomensierte Beeinträchtigung des Hörvermögens kann auch mit Hilfe eines Hörgerätes möglich sein

8.3.3 Inhaltliches Verstehen

Lässt die Reaktion des Bewohners auf Äußerungen, Hin- und Anweisungen des Pflegepersonals den Rückschluss zu, dass er diese verstanden hat?

Ja(1) angeben, wenn:

... Sie aus der Erinnerung heraus wissen, dass der Bewohner hierzu in der Lage ist
... Sie dies kurz testen, indem Sie ihm etwas sagen und Sie merken, dass er dies verstanden hat

Anmerkung:

Diese Frage bezieht sich nur auf „verstehen“ -hier ist nicht die Umsetzung in Handlung gemeint sondern die Aufmerksamkeit des Bewohners. Verstehen kann z.B. auch ein Tetraplegiker, der Ihnen dies durch Lidschluss mitteilt.

8.3.4 Gutes Kurzzeitgedächtnis

Kann sich der Bewohner nachmittags daran erinnern, was es zum Mittagessen gab?

Ja(1) angeben, wenn:

... Sie aus der Erinnerung heraus wissen, dass der Bewohner hierzu in der Lage ist
... Sie dies kurz testen, indem Sie ihm diese Frage stellen und Sie merken, dass er sich richtig erinnert

Anmerkung:

Sollte der Bewohner aus irgendeinem Grund kein Mittagessen zu sich genommen haben, so bitten wir Sie durch eine andere Frage das Kurzzeitgedächtnis (innerhalb der letzten 12 Stunden) zu testen.

8.3.5 Gutes Langzeitgedächtnis

Kann sich der Bewohner an Details früherer Lebensphasen erinnern?

Ja(1) angeben, wenn:

... Sie aus der Erinnerung heraus wissen, dass der Bewohner hierzu in der Lage ist
... Sie dies kurz testen, indem Sie ihm eine Frage zu einer Begebenheit stellen die längere Zeit zurückliegt

Anmerkung:

Bsp: „Wo sind Sie zur Schule gegangen?“

8.3.6 Zeitlich orientiert

Ist der Bewohner zur Zeit orientiert?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner „...Tages- und Jahreszeiten und die chronologische Abfolge des eigenen Lebens benennen kann“¹

Anmerkung:

Dies kann aus der Erinnerung heraus beantwortet werden oder sie testen den Bewohner mit einer entsprechenden Frage z.B. nach Wochentag oder Uhrzeit.

¹ Bensch, Sandra (2009): Handbuch Subskalen „Mobilität“ und „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ des neuen Begutachtungsassessments

8.3.7 Örtlich orientiert

Ist der Bewohner zum Ort orientiert?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner „...weiß, in welcher Stadt, in welchem Gebäude bzw. in welchem Zimmer ... (er) ... sich befindet“¹

Anmerkung:

Dies kann aus der Erinnerung heraus beantwortet werden oder sie testen den Bewohner mit einer entsprechenden Frage z.B. nach dem Aufenthaltsort.

8.3.8 Zur Person orientiert

Ist der Bewohner zur Person orientiert?

Ja(1) angeben, wenn:

... Personen des näheren Umfeldes von dem Bewohner erkannt werden

Anmerkung:

„...dies können Familienangehörige, Nachbarn und Pflegekräfte etc. sein. In der Bewertung zählt nicht, ob jemand blind ist. Hier wird gewertet, inwieweit er jemanden an der Stimme erkennt“¹

8.3.9 verständliche Äußerung möglich

Kann sich der Bewohner verständlich äußern - auch nonverbal?

Ja(1) angeben, wenn:

...der Bewohner sich durch Sprache oder Gesten äußern kann.

Anmerkung:

Diese Frage zielt auf die kognitive Fähigkeit zur Sprache (wenn nicht vorhanden: Aphasie) und/oder der Mitteilungsfähigkeit ab; somit ist nicht relevant, wenn ein Bewohner eine fremde Sprache spricht und diese vom Pflegepersonal nicht verstanden wird. In diesem Fall wäre ebenfalls ein „ja“ anzugeben.

¹ Bensch, Sandra (2009): Handbuch Subskalen „Mobilität“ und „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ des neuen Begutachtungsassessments

Projekt „PiSaar“

8.3.10 Verbale Kommunikation möglich

Ist verbale Kommunikation mit dem Bewohner möglich?

Ja(1) angeben, wenn:

...der Bewohner sich verbal äußern kann **und** verbale Äußerungen des Pflegepersonals versteht

Anmerkung:

Diese Spalte stellt das „sprechen und verstehen können“ in den Vordergrund. Sollte er sich nur äußern können, versteht sein Gegenüber jedoch nicht, so ist nicht mit „ja“ zu antworten. Bei Anderssprachigkeit ist die „Möglichkeit“ zu betrachten, wenn das Pflegepersonal die gleiche Sprache spricht.

8.3.11 Nutzung Rufanlage

Macht der Bewohner von der Rufanlage Gebrauch?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner im Zeitraum der Datenerhebung von der Rufanlage Gebrauch macht

Anmerkung:

Diese Variable ist ein Ausdruck dessen, dass der Bewohner kognitiv in der Lage ist, ein Bedürfnis in einen Handlungsimpuls zu übersetzen und dass er motorisch in der Lage ist, den Knopf zu finden und zu drücken. Darüber hinaus gibt sie Aufschluss über Einschränkungen, die ihn veranlassen fremde Hilfe zu beanspruchen. Die Beantwortung ist unabhängig davon, wie oft jemand „klingelt“ oder wie intensiv die einzelnen Kontakte sind.

8.3.12 Handlungsanweisung umsetzen

Kann der Bewohner eine Handlungsanweisung des Pflegepersonals umsetzen?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner einer Handlungsanweisung (z.B. „Bitte geben Sie mir die Hand“) versteht und der Aufforderung nachkommen kann.

Anmerkung:

Hierbei geht es um die kognitive Fähigkeit „verstehen“ und Verknüpfung zu einem Handlungsimpuls (sog. Exekutivfunktion). Darüber hinaus geht es nicht um motorische Fähigkeiten. Eine Aufforderung könnte auch heißen: „Bitte bleiben Sie liegen“. Im Vordergrund steht die Umsetzung einer Anweisung. Wenn der Bewohner dies nicht möchte, grundsätzlich jedoch dazu in der Lage wäre, so antworten Sie mit „Ja“.

Projekt „PiSaar“

8.3.13 Entscheidungen treffen

Ist der Bewohner in der Lage, alltägliche Entscheidungen zu treffen?

Ja(1) angeben, wenn:

... sich im alltäglichen Handeln zeigt, dass der Bewohner Entscheidungen selbst treffen kann
Beispiel:

...was er anzieht; womit er sich beschäftigt; was er isst.....

Anmerkung:

Die Fähigkeit eine Entscheidung zu treffen geht über das Ausführen von Handlungsanweisungen hinaus und beinhaltet eine individuelle Willensäußerung und die Fähigkeit ein Urteil zu fällen (zwischen Alternativen abwägen zu können). Die Sinnhaftigkeit einer Entscheidung spielt in dieser Frage keine Rolle.

8.4 AEDL-Sich bewegen können

8.4.1 Transfer aus Bett selbständig

Ist der Bewohner in der Lage, den Transfers aus dem Bett selbständig durchzuführen?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner sich komplett selbständig von einer liegenden Position in einen Rollstuhl oder Stuhl alleine transferieren kann und umgekehrt sich auch wieder hinlegen kann

Anmerkung:

Hierbei ist entscheidend, dass dies ohne personelle Hilfe möglich ist

8.4.2 ohne Hilfe von Stuhl aufstehen

Ist der Bewohner in der Lage, ohne personelle Hilfe von einem Stuhl/ Rollstuhl aufzustehen?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner alleine ohne Hilfe einer Person in eine stehende Position gelangen kann

Anmerkung:

Entscheidend ist, ob die Hilfe der Pflegenden notwendig ist. Wenn der Bewohner sich alleine aufstellen kann und nutzt dabei Hilfsmittel, so wird diese Frage dennoch mit „ja“ beantwortet

8.4.3 ohne Hilfe stehen bleiben

Ist der Bewohner in der Lage, ohne personelle Hilfe zu stehen?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner in der Lage ist, ohne Hilfe einer Person stehen zu bleiben.

Anmerkung:

Sollte er sich hierzu festhalten, so ist diese Frage dennoch mit „ja“ zu beantworten. Auch beim Aufstehen darf er personelle Hilfe benötigen und die Frage kann dennoch mit „ja“ beantwortet werden, wenn er alleine stehen kann

8.4.4 sich ohne Hilfe hinsetzen

Ist der Bewohner in der Lage, sich ohne personelle Hilfe hinzusetzen?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner sich alleine an die Bettkante oder auf den Stuhl hinsetzen kann

Anmerkung:

Hierbei ist entscheidend, dass dies ohne personelle Hilfe möglich ist.

8.4.5 ohne Hilfe sitzen zu bleiben

Ist der Bewohner in der Lage, ohne personelle Hilfe sitzen zu bleiben?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner in der Lage ist, ohne Hilfe einer Person sitzen zu bleiben.

Anmerkung:

Beim „sitzen bleiben“ ist entscheidend, wie stabil die Rumpfmuskulatur ist. Sollte ein Kissen im Rücken genügen, so ist diese Frage dennoch mit „ja“ zu beantworten. Auch beim Aufsetzen darf er personelle Hilfe benötigen und die Frage kann dennoch mit „ja“ beantwortet werden, wenn er alleine sitzen kann

8.4.6 ohne Hilfe gehen

Ist der Bewohner in der Lage, ohne personelle Hilfe zu Gehen?

Ja(1) angeben, wenn:

... sich der Bewohner gehend im Zimmer oder im Wohnbereich fortbewegen kann und dabei keine personelle Hilfe benötigt

Anmerkung:

Es ist unerheblich, welche Entfernungen er zurücklegen kann oder ob er einen Rollator oder Rollstuhl selbständig nutzt

8.4.7 umfängl. Lageveränderung i. Bett

Kann der Bewohner seine Lage im Bett selbst umfänglich verändern?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner sich alleine vom Rücken auf die Seite oder umgekehrt drehen kann

Anmerkung:

WICHTIG: Diese Frage bitte nur bei überwiegend bettlägerigen Bewohnern ausfüllen

8.4.8 geringfüg. Lageveränderung i. Bett

Ist der Bewohner in der Lage, im Bett geringfügige Lageveränderungen vorzunehmen?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner dazu in der Lage ist, auf dem gleichen Niveau die Lage zu verändern
z.B. „auf dem Rücken hin- und herrutschen“

Anmerkung:

WICHTIG: Diese Frage bitte nur bei bettlägerigen Bewohnern ausfüllen

8.5 AEDL-Sich pflegen/kleiden können

8.5.1 duschen ohne Hilfe

Ist der Bewohner in der Lage, ohne fremde Hilfe zu duschen?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner seine komplette Körperhygiene selbständig durchführen kann
... auch seine Haare unter der Dusche selbständig waschen kann

Anmerkung:

Dies ist nur dann mit „ja „ zu beantworten, wenn der Bewohner vollkommen selbständig ist. Hierbei steht die grundsätzliche Fähigkeit im Vordergrund. Diese Frage ist unabhängig davon zu beantworten, ob der Bewohner im Zeitraum der Datenerhebung geduscht hat.

8.5.1 Waschen am Waschbecken selbständig

Ist der Bewohner in der Lage, sich am Waschbecken komplett selbständig zu waschen?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner sich zur täglichen Hygiene am Waschbecken komplett selbständig waschen kann (mit Rücken und Beinen)

Anmerkung:

Dies wird auch mit „ja“ beantwortet, wenn der Bewohner selten (z.B. beim Haare waschen einmal wöchentlich) Hilfe benötigt. Wurde dies im Zeitraum der Datenerhebung gemacht, bitte auch nachstehende Frage mit Ja (1) beantworten.

8.5.2 Waschen am Waschbecken mit personeller Hilfe

Ist der Bewohner mit personeller Hilfe in der Lage, sich am Waschbecken zu waschen?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner sich selbständig waschen kann, nachdem Sie ihn zum Waschbecken begleitet haben und

... der Bewohner sich selbständig waschen kann ohne Rücken und Beine

Anmerkung:

Diese Frage wird auch mit Ja (1) beantwortet, wenn der Bewohner angeleitet werden muss.

Projekt „PiSaar“

8.5.1 Oberbekleidung alleine ausziehen

Ist der Bewohner in der Lage, seine Oberbekleidung selbstständig ausziehen?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner ohne personelle Hilfe seine Oberbekleidung ausziehen kann

Anmerkung:

Selbstständig bedeutet ohne Anleitung

8.5.2 Oberbekleidung alleine anziehen

Ist der Bewohner in der Lage, seine Oberbekleidung selbstständig anzuziehen?

Ja(1) angeben, wenn:

...der Bewohner ohne personelle Hilfe seine Oberbekleidung anziehen kann

Anmerkung:

Selbstständig bedeutet ohne Anleitung

8.5.3 Strümpfe alleine anziehen

Ist der Bewohner in der Lage, Strümpfe oder Socken selbstständig anzuziehen?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner seine Strümpfe/Socken selbstständig anziehen kann

Anmerkung:

Sollte ein Bewohner in der Lage sein, seine normalen Socken nicht jedoch die Kompressionsstrümpfe selbstständig anzuziehen, so wird diese Frage dennoch mit „Ja“ beantwortet

8.5.4 Schuhe alleine anziehen

Ist der Bewohner in der Lage, Schuhe selbstständig anzuziehen?

Ja(1) angeben, wenn:

... er zum Anziehen seiner Schuhe keine personelle Hilfe benötigt

Anmerkung:

Im Vordergrund steht auch in dieser Frage die Selbstständigkeit. Dabei ist unerheblich, ob Schuhe gebunden werden können, oder ob diese mit einem Klettverschluss geschlossen werden.

8.6 AEDL-Essen und trinken können

8.6.1 Mundgerechte Zubereitung selbstständig

Ist der Bewohner in der Lage, Nahrungsmittel mundgerecht zuzubereiten?

Ja(1) angeben, wenn:

...der Bewohner selbstständig ohne personelle Hilfe die Nahrung in mundgerechte Stücke zerkleinern kann - und

... der Bewohner dies nach ein- bis zweimaliger Aufforderung auch tut

Anmerkung:

Diese Bewohner benötigen keinerlei personelle Hilfe beim Essen

8.6.2 Essen selbstständig

Ist der Bewohner in der Lage, zubereitete Nahrung selbstständig zu sich zu nehmen?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner vorbereitete und zerkleinerte Nahrung selbstständig essen kann - und

... der Bewohner dies nach ein- bis zweimaliger Aufforderung auch tut

Anmerkung:

Selbstständig bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Sie den Bewohner nicht anleiten müssen sondern währenddessen das Zimmer verlassen können.

Es ist durchaus möglich, dass sowohl die vorherige als auch diese Frage mit ja (1) beantwortet werden.

8.6.3 Trinken selbstständig

Ist der Bewohner in der Lage, aus einem bereit gestellten Gefäß selbstständig zu trinken?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner motorisch dazu in der Lage ist und

... der Bewohner dies nach ein- bis zweimaliger Aufforderung auch tut

Anmerkung:

Selbstständig bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Sie nicht neben dem Bewohner stehen bleiben müssen, sondern währenddessen das Zimmer verlassen können.

8.6.4 Hohe Gewichtsabnahme

Hat der Bewohner ungewollt sehr viel Gewicht verloren?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner nach Maßgabe des „Expertenstandards zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“¹ als untergewichtig eingestuft wird. Dies bezieht sich in dieser Frage maßgeblich auf eine Gewichtsabnahme im Zeitverlauf:
> 5% in einem Monat; > 10% in 6 Monaten

Anmerkung:

Bitte beachten Sie, dass eine starke Gewichtsabnahme infolge Diuretikatherapie hier nicht zu einer Bejahung der Frage führt.

8.6.5 Adipositas

Ist der Bewohner adipös?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner einen BMI ≥ 30 kg/m² hat ²

Anmerkung:

Wenn der BMI nicht bekannt ist, sollte eine pflegfachliche Einschätzung in der Pflegedokumentation ersichtlich sein.

8.6.6 Dehydration

Ist der Bewohner dehydriert?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner nach Maßgabe des Screenings des „Expertenstandards zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“¹ als dehydriert eingestuft wird oder ... der Bewohner deutliche Exsikkosezeichen zeigt

Anmerkung:

Beispiele von Exsikkosezeichen:
Hautfalte, Oligurie, Obstipation, Verwirrtheit...

¹ Expertenstandards zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (DNQP 2008)

² WHO 2007

Projekt „PiSaar“

8.6.7 Sondenernährung

Wird der Bewohner ganz oder überwiegend über Sonde ernährt?

Ja(1) angeben, wenn:

... die überwiegende Nahrung des Bewohners aus Sondenkost besteht

Anmerkung:

Hier ist die Verabreichung der Sondenkost über eine Sonde gemeint (PEG, Nasensonde)

8.6.8 Erbrechen

Leidet der Bewohner an ständigem Erbrechen?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner in den 48 Stunden der Datenerhebung mehrfach (>1mal) erbrochen hat.

Anmerkung:

Die Ursache des Erbrechens ist hierbei unerheblich

8.7 AEDL-Ausscheiden können

8.7.1 ungewollter Urinverlust

Verliert der Bewohner mehrmals pro Woche ungewollt Urin

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner mehr als einmal pro Woche ungewollt Urin verliert

... eine der folgenden Einstufungen des Kontinenzprofils nach dem Expertenstandard zur Förderung der Harnkontinenz in der Pflege vorliegt:

- Unabhängige kompensierte Inkontinenz,
- abhängige kompensierte Inkontinenz,
- nicht kompensierte Inkontinenz“¹

Anmerkung:

Dies kann sich in Einnässen von Inkontinenzmaterial, Bettwäsche oder Kleidung zeigen. Hierbei ist unerheblich, um welche Form von Inkontinenz es sich handelt (z.B. Stressinkontinenz, Dranginkontinenz)

8.7.2 selbständige Toilettennutzung

Ist der Bewohner in der Lage, selbstständig die Toilette bzw. den Toilettenstuhl zu benutzen?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner den Toilettengang selbständig und ohne personelle Hilfe durchführt

Anmerkung:

Selbständig bedeutet in dieser Frage ohne personelle Hilfe. Nutzt der Bewohner zum Toilettengang andere Hilfsmittel, so wird diese Frage dennoch mit „Ja“ beantwortet. Diese Frage zielt auf die Unterstützung ab, die üblicherweise tagsüber nötig ist. Sollte der Bewohner ausnahmsweise einmal in der Nacht Unterstützung benötigen, so kann er in dieser Frage dennoch mit ja (1) – also „selbständig“ bewertet werden.

8.7.3 Vorlagen

Werden für diesen Bewohner Vorlagen/ Einlagen/ Windeln eingesetzt?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner oder die Pflegekräfte aufsaugende Materialien zur Intimhygiene nutzen

¹ Expertenstandard zur Förderung der Harnkontinenz in der Pflege (DNQP 2007)

Anmerkung:

Die Beantwortung dieser Frage ist unabhängig von Produkten

8.7.4 ungewollter Stuhlverlust

Verliert der Bewohner mehrmals pro Woche ungewollt Stuhl

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner mehr als einmal pro Woche ungewollt Stuhl verliert

Anmerkung:

Dies kann sich durch Einkoten in Inkontinenzmaterial, Bettwäsche oder Kleidung zeigen

8.7.5 selbständige Intimhygiene

Ist der Bewohner in der Lage, seine Intimhygiene selbstständig zu übernehmen?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner die Intimhygiene selbstständig und ohne personelle Hilfe durchführt

Anmerkung:

Selbständig bedeutet bei dieser Frage, dass die Pflegekraft nicht anwesend sein muss (auch nicht anleitend)

8.7.6 Obstipation

Leidet der Bewohner an Obstipation?

Ja(1) angeben, wenn:

... die Pflegekraft weiß, dass der Bewohner im Zeitraum der Datenerhebung zu Obstipation neigt

Anmerkung:

Dies kann sich darin zeigen, dass der Bewohner dies äußert oder dass Maßnahmen zur Verbesserung der Ausscheidungsfrequenz durchgeführt werden. Von pflegerischer Seite wird auf regelmäßige Verdauung geachtet (ballaststoffreiche Kost, viel Flüssigkeit, evtl. Gabe von Laxantien)

8.7.7 Diarrhoe

Leidet der Bewohner an Diarrhoe (Durchfall)?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner an einem Tag im Zeitraum der Datenerhebung mehr als dreimal täglich nicht geformte wässrige Stühle hat

8.8 AEDL-Ruhen, schlafen/existentielle Erfahrungen

8.8.1 Nachtruhe

Verhält sich der Bewohner in der Nacht ruhig?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner in der Nacht keine pflegerische Betreuung außerhalb der Routinerundgänge benötigt

Anmerkung:

Dies bezieht sich auf den Zeitraum der Datenerhebung

8.8.2 > 3Std. Schlaf am Tag

Schläft der Bewohner tagsüber mehr als 3 Stunden insgesamt?

Ja(1) angeben, wenn:

... Ihnen bekannt ist, dass der Bewohner tagsüber mehr als drei Stunden geschlafen hat

Anmerkung:

Dies bezieht sich auf den Zeitraum der Datenerhebung

8.8.3 benötigt emotionale Unterstützung

Wirkt der Bewohner als benötige er besondere emotionale Unterstützung?

Ja(1) angeben, wenn:

...Sie als Pflegekraft die Situation so einschätzen, dass der Bewohner emotionale Unterstützung benötigt

Anmerkung:

Diese Einschätzung kann an dieser Stelle nicht standardisiert werden und es obliegt der Pflegefachkraft, die Beantwortung dieser Frage einzuschätzen.

8.9 AEDL-Sich beschäftigen/soziale Kontakte

8.9.1 Herausforderndes Verhalten

Zeigt der Bewohner herausforderndes Verhalten?

Ja(1) angeben, wenn:

... die Pflegekraft sich durch das Verhalten des Bewohners herausgefordert fühlt

Anmerkung:

Hiermit sind Verhaltensweisen gemeint, „...die die Umgebung herausfordern, die also auch bestimmte Anforderungen an das Verhalten der Pflegenden stellen ... Der Begriff herausforderndes Verhalten legt den Fokus auf diejenigen, die sich durch ein bestimmtes Verhalten von demenziell erkrankten Menschen herausgefordert fühlen“¹

Beispiele: Umherwandern, rufen, schreien, aggressives Verhalten geg. Dritten...

8.9.2 Ablehnen Pflegemaßnahmen

Lehnt der Bewohner vorgesehene Pflegemaßnahmen zeitweise ab?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner im Zeitraum der Datenerhebung Pflegemaßnahmen ablehnt

Anmerkung:

Die Willensäußerung kann sowohl verbal geäußert werden als sich auch in ablehnendem Verhalten zeigen

8.9.3 Ablehnen sozialer Betreuung

Lehnt der Bewohner Angebote der sozialen Betreuung der Einrichtung ab?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner im Zeitraum der Datenerhebung Angebote der sozialen Betreuung ablehnt, die dem Bewohner seitens der Einrichtung aktiv angeboten werden

Anmerkung:

Die Willensäußerung kann sowohl verbal geäußert werden als sich auch in ablehnendem Verhalten zeigen

¹ Bartholomeyczik, S. et al in: Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe (BMG 2006)

8.9.4 Regelm. Angehörigenbesuche

Verfügt der Bewohner über Angehörige, die sich intensiv im Alltag um ihn kümmern?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner an mehr als 2 Tagen pro Woche Besuch von Angehörigen oder Bezugspersonen erhält und
... sich diese in die Betreuung des Bewohners einbringen

Anmerkung:

„Einbringen“ kann beispielsweise bedeuten, dass intensiver Austausch mit dem Pflegepersonal gesucht wird, oder dass konkrete Tätigkeiten (z.B. Nagelpflege oder soziale Betreuung) übernommen werden. Zeitlicher Bezugsrahmen: Woche der Datenerhebung

8.9.5 Nimmt an Gemeinschaftsleben teil

Nimmt der Bewohner am Gemeinschaftsleben der Einrichtung teil?

Ja(1) angeben, wenn:

... die Pflegefachkraft den Bewohner als „gesellig“ einschätzt weil er sich gerne mit Mitbewohnern unterhält und sich am Gemeinschaftsleben der Einrichtung beteiligt

Anmerkung:

Die Beantwortung dieser Frage kann nicht standardisiert werden und obliegt der Einschätzung der Pflegefachkraft

8.10 AEDL-Sichere Umgebung

8.10.1 Kann Gefahren einschätzen

Ist der Bewohner in der Lage, Gefahren selbst einzuschätzen?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner durch sein Verhalten zeigt, dass er ein Gefahrenbewusstsein besitzt und in der Lage ist, diese Gefahr situativ wahrzunehmen.

Beispiele für ein solches Verhalten:

Er äußert Vorsichtsmaßnahmen (z.B. damit er nicht stürzt); er zeigt präventives Verhalten (z.B. trinkt auch ohne Durstgefühl um nicht zu dehydrieren);

Anmerkung:

Die genannten Beispiele sind nicht abschließend und es obliegt der Pflegefachkraft diese Fähigkeit im Einzelfall einzuschätzen

8.10.2 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Werden bei dem Bewohner mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen eingesetzt?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner im Zeitraum der Datenerhebung mechanisch fixiert wurde

Anmerkung:

Wenn dies im Zeitraum der Datenerhebung vorgekommen ist, so sollte der Frage mit „Ja“ beantwortet werden – unabhängig von der Dauer der Fixierung oder einem richterlichen Beschluss

8.10.3 zentral wirksame Medikamente

Erhält der Bewohner Medikamente, die einen Einfluss auf das Zentrale Nervensystem haben?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner an den Tagen der Datenerhebung Medikamente erhält die eine der folgenden Gruppen zugeordnet werden können¹:

- Antidepressiva
- Neuroleptika/Antipsychotika
- Benzodiazepine/Sedativa

¹ Steurer, J.2009 (www.evimed.ch/AGORA/HT2000/downloads/sturzmedik.pdf) 15.11.2011

Anmerkung:

Die Beantwortung der Frage ist unabhängig von der Dosis oder der eingeschätzten Wirkung.

8.10.4 Hinlauftendenz

Zeigt der Bewohner eine Hinlauftendenz?

Ja(1) angeben, wenn:

... Sie als Pflegefachkraft den Bewohner als potentiell besonders gefährdet einstufen aufgrund einer Hinlauftendenz.

Anmerkung:

Dies zeigt sich z.B. in vermehrter Unruhe und gesteigertem Bewegungsdrang oder er ist im Zeitraum der Datenerhebung „weggelaufen“

8.11 Risiken

8.11.1 Dekubitusrisiko

Hat der Bewohner ein Dekubitusrisiko?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner von der Pflegefachkraft als dekubitusgefährdet eingestuft wird

Anmerkung:

Grundlage der Einschätzung ist der Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege (1. Aktualisierung 2010)“¹

Neben eingesetzten Assessmentinstrumenten steht die klinische Einschätzung der Pflegefachkraft im Fokus. Die Entscheidung muss nachvollziehbar sein (aus der Dokumentation muss hervorgehen, dass der Bewohner entsprechende Risikofaktoren aufweist – Bsp: vermehrte Druck- bzw. Scherkräfte, schlechte Durchblutungssituation, schlechte Ernährungssituation, bereits vorhandene Hautrötungen...)

8.11.2 Thromboserisiko

Hat der Bewohner ein Thromboserisiko?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner von der Pflegefachkraft als thrombosegefährdet eingestuft wird

Anmerkung:

Grundlage der Einschätzung ist die klinische Einschätzung der Pflegefachkraft. Die Entscheidung muss nachvollziehbar sein (aus der Dokumentation muss hervorgehen, dass der Bewohner entsprechende Risikofaktoren aufweist)

Virchowsche Trias:

- Veränderte Gefäßwände (z.B. durch Entzündungen, Degeneration, Trauma...)
- Erhöhte Gerinnungsneigung (z.B. durch gestörte Gerinnung, Exsikkose, Wunden...)
- Verlangsamter Blutfluss (z.B. durch Immobilität, Herzinsuffizienz, Varizen...)

8.11.3 Kontrakturrisiko

Hat der Bewohner ein Kontrakturrisiko?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner von der Pflegefachkraft als kontrakturgefährdet eingestuft wird

Anmerkung:

Grundlage der Einschätzung ist die klinische Einschätzung der Pflegefachkraft. Die

¹ Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, DNQP 2010

Projekt „PiSaar“

Entscheidung muss nachvollziehbar sein (aus der Dokumentation muss hervorgehen, dass der Bewohner entsprechende Risikofaktoren aufweist). Vgl. Frage 4.2.12
z.B.: Immobilität, fixierte Gelenke, Hemiparese, Spastiken, andere Beweg. Einschränkungen.

8.11.4 Sturzrisiko

Hat der Bewohner ein Sturzrisiko?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner von der Pflegefachkraft als sturzgefährdet eingestuft wird

Anmerkung:

Grundlage der Einschätzung ist der Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“¹ und die klinische Einschätzung der Pflegefachkraft. Die Entscheidung muss nachvollziehbar sein (aus der Dokumentation muss hervorgehen, dass der Bewohner entsprechende Risikofaktoren aufweist).

z.B.: Einschränkungen der Mobilität, Sehbeeinträchtigungen, Sturzereignis, Hypoglykämie (Unterzuckerung), kognitive Einschränkungen, Medikamente...

8.11.5 Intertrigorisiko

Hat der Bewohner ein Intertrigorisiko?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner von der Pflegefachkraft als Intertrigo-gefährdet eingestuft wird

Anmerkung:

Grundlage der Einschätzung ist die klinische Einschätzung der Pflegefachkraft. Die Entscheidung muss nachvollziehbar sein (aus der Dokumentation muss hervorgehen, dass der Bewohner entsprechende Risikofaktoren aufweist).

z.B.: Adipositas, starkes Schwitzen, Inkontinenz...

8.11.6 Pneumonierisiko

Hat der Bewohner ein Pneumonierisiko?

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner von der Pflegefachkraft als pneumoniegefährdet eingestuft wird

Anmerkung:

Grundlage der Einschätzung ist die klinische Einschätzung der Pflegefachkraft. Die Entscheidung muss nachvollziehbar sein und aus der Dokumentation muss hervorgehen, dass der Bewohner entsprechende Risikofaktoren aufweist:

z.B.: Mangelnde Belüftung der Lunge durch Immobilität, durch andere Lungenerkrankungen oder Herzerkrankungen, Aspirationsgefahr ...

¹ Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege (DNQP 2006)

8.11.7 Risiko Mangelernährung

Hat der Bewohner ein Risiko zur Mangelernährung

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner von der Pflegefachkraft als gefährdet i. S. einer Mangelernährung eingestuft wird

Anmerkung:

Grundlage der Einschätzung ist der Expertenstandard zur „Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“¹ und die klinische Einschätzung der Pflegefachkraft. Die Entscheidung muss nachvollziehbar sein (aus der Dokumentation muss hervorgehen, dass der Bewohner entsprechende Risikofaktoren aufweist).

z.B.: Mobilitätseinschränkung, Demenz, Depression, Diarrhoe, Erkrankungen des Rachens...

8.11.8 Risiko Dehydration

Hat der Bewohner ein Risiko zur Dehydration

Ja(1) angeben, wenn:

... der Bewohner von der Pflegefachkraft als gefährdet i. S. einer Dehydration eingestuft wird

Anmerkung:

Grundlage der Einschätzung ist der Expertenstandard zur „Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“¹ und die klinische Einschätzung der Pflegefachkraft. Die Entscheidung muss nachvollziehbar sein (aus der Dokumentation muss hervorgehen, dass der Bewohner entsprechende Risikofaktoren aufweist).

z.B.: Mobilitätseinschränkung, Demenz, Depression, Fieber, Diarrhoe...

¹ Expertenstandard zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (DNQP 2008)

8.12 Behandlungspflege

Alle nachfolgenden Fragen zur Behandlungspflege werden mit **Ja (1)** beantwortet, wenn diese **in den 48 Stunden der Datenerhebung** durchgeführt werden bzw. wurden.

8.12.1 Andere therapeutische Leistungen (Ergotherapie, Physiotherapie, Logotherapie)

Sind andere therapeutische Leistungen wie Ergotherapie, Physiotherapie, Logotherapie oder Krankengymnastik für den Bewohner zum Zeitpunkt der Datenerhebung ärztlich verordnet?

(Beispiele: Lymphdrainage, manuelle Therapie, Massage...)

8.12.2 Begleiten der Arztvisite

Wird der Arzt zur Visite des Bewohners begleitet?

8.12.1 Regelm. diagn. Maßnahmen

Werden bei dem Bewohner durch die Pflegekraft diagnostische Maßnahmen durchgeführt – Bsp: Blutdruckmessung, Blutzuckermessung, Puls-, Atemfrequenz, Körpertemperatur

8.12.2 Ärztliche Verordnung

Ist Behandlungspflege ärztlich verordnet? (außer Medikamente)

8.12.3 BDK

Hat der Bewohner einen Blasendauerkatheter?

8.12.4 suprapub. BDK

Hat der Bewohner einen suprapubischen Blasenkatheeter?

8.12.5 PEG

Hat der Bewohner eine PEG-Sonde (Perkutan endoskopische Gastrostomie)

8.12.6 Wundversorgung klein

Wird bei dem Bewohner eine kleine Wundversorgung durchgeführt (< 5 min.)

8.12.7 Wundversorgung groß

Wird bei dem Bewohner eine große Wundversorgung durchgeführt? (> 5 min.)

8.12.8 Tracheostoma

Hat der Bewohner ein Tracheostoma? (Die Art der Trachealkanüle ist unerheblich)

8.12.9 Absaugen

Wird der Bewohner abgesaugt? (Die Art des Absaugens ist unerheblich)

8.12.10 Ileostomie

Ist bei dem Bewohner eine Ileostomie angelegt? (die Art der Versorgung [einteilig/zweiteilig] ist unerheblich)

8.12.11 Colostomie

Ist bei dem Bewohner eine Colostomie angelegt? (die Art der Versorgung [einteilig/zweiteilig] ist unerheblich)

8.12.12 Beatmung

Wird der Bewohner beatmet?

Was ist mit Sauerstoff-Gaben?

8.12.13 Kompressionsstrümpfe

Werden dem Bewohner Kompressionsstrümpfe angezogen? (ab Kompressionsklasse 2)

8.12.14 Injektionen

Erhält der Bewohner s.c. oder i.m.-Injektionen?

8.12.15 Subkutane Infusion

Erhält der Bewohner s.c. Infusionen?

8.12.16 Parenterale Ernährung

Wird der Bewohner über Port oder Zentralen Venenkatheter parenteral ernährt?

Anmerkung: bitte hier auch andere iv-Infusionen erfassen

9 Die Zeiterfassung

Grundsätzlich wird die Zeit für alle Bewohner, die dem ausgewählten Wohnbereich angehören, erfasst. Dies geschieht über die Zeiterfassung pro Pflegekraft und über die Zeiterfassung von Gruppenbetreuungen (bewohnerbezogen).

WICHTIG: In dem Wohnbereich, in dem die Zeiterfassung durchgeführt wird, muss folgender Wert für alle Bewohner ermittelt werden:

9.1 Abwesenheitszeit/Bewohner

Summe der Zeit, die der Bewohner in den 48 Stunden der Zeiterhebung abwesend war (> 1 Std.)

Antwortmöglichkeiten: bitte in die Zelle Zahl eintragen:

- Ganze Zahlen
- 0-48

Beschreibung:

Bitte nehmen Sie auch Bewohner auf, die während der Datenerhebung nur einen Tag anwesend waren und tragen Sie die abwesende Zeit hier ein. Bitte runden sie auf ganze Stunden auf oder ab. Damit sie diese Zahl korrekt erfassen können, ist es sinnvoll, nach Ablauf der Zeiterhebung die Bezugspflegekräfte hierzu zu befragen.

9.2 Zeiterfassung individuell

9.2.1 Das Formular

Vor dem Start der Datenerhebung erhalten Sie neben der Excel-Tabelle das Formular (s. Anlage):

„Zeiterfassung individuell“

Wie bereits unter 1.2 beschrieben, muss diese für jede Pflegekraft mehrmals ausgedruckt werden; je nach Anzahl der zu pflegenden Bewohner und Dauer der Dienstzeit.

Bitte klären Sie intern, ob die Datenerheber den Namen der Pflegekraft eintragen sollen oder im Vorfeld vergebene Nummerncodes, die durch die Person, die die Gesamtergebnisse in die Excel-Tabelle überträgt, aus Gründen der Anonymität der Pflegekräfte nicht zugeordnet werden kann.

Projekt „PiSaar“

Den Pflegekräften, die begleitet werden, wird **in jedem Fall** in der Datenerhebung eine Nummer zugeordnet, damit deren Merkmale anonymisiert weitergegeben werden können.

Den Bewohnern wird, wie schon beschrieben, eine Nummer zugeordnet, die mit der Zuordnung zum Nummerncode der Excel-Tabelle übereinstimmen muss!

Die Zeiterheber tragen alle Minutenwerte handschriftlich ein. Zeiten unter einer Minute werden auf eine Minute aufgerundet oder als Sekunden eingetragen und später summiert. Sollten die Spalten nicht ausreichen, um alle Bewohnerkontakte einzutragen, so wird für den Bewohner eine weitere Zeile angelegt. Hierbei ist dringend darauf zu achten, dass der Nummerncode bei der Übertragung der Summen stimmt.

9.2.2 Methode und Vorgehensweise

Das Ziel des Projektes ist es, herauszufinden, welche Faktoren Einfluss auf die relative Zeitverteilung der Pflegenden haben. Aus diesem Grund ist es erforderlich, den zeitlichen Aufwand pro Bewohner zu messen und zu vergleichen.

Erhebungszeitraum:

Die Zeiterhebung wird über 48 Stunden durchgeführt. Bei der Auswahl der Tage bitten wir Sie Folgendes zu beachten:

- Die 48 Std. müssen „am Stück“ erhoben werden
- Wochenendtage werden nicht erhoben
- Sinnvoll: Di/Mi/Do

Die Zeiterfassung wird tagsüber durch Datenerheber durchgeführt.

Dies führt zu einer sehr viel besseren Datenbasis im Vergleich zu Erhebungen durch Selbstaufschreibung. Dies bedeutet in der Konsequenz, dass für die Datenerhebung innerhalb des jeweiligen Wohnbereichs für die 48 Stunden sowohl im Früh- als auch im Spätdienst die gleiche Anzahl an Datenerheber zur Verfügung stehen müssen wie Pflegekräfte im Einsatz sind.

WICHTIG: Bitte beachten Sie, dass die Zeiterfassung nicht durch persönliche Beziehungen der Datenerheber mit den zu begleitenden Pflegekräften beeinflusst werden darf. Aus diesem Grund sollte eine solche Konstellation vermieden werden. Sollte dies nicht möglich sein, so ist auf diese Thematik sehr deutlich hinzuweisen.

Im Nachtdienst wird die Methode der Selbstaufschreibung gewählt.

Grundsätzliche Idee

Im Fokus des Interesses stehen die Dinge, die von pflegerischer Seite getan werden, in denen sich die Bewohner unterscheiden. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass die Zeit erfasst wird, die speziell für den Bewohner aufgewendet wird. Zeiten für Tätigkeiten, die für alle Bewohner gleich sind (z.B. Medikamente richten) oder Zeiten, die unabhängig vom Bewohner sind (z.B. Post holen) werden **nicht erhoben!** Diese Zeiten werden im

Projekt „PiSaar“

Anschluss berechnet, indem von der Gesamtarbeitszeit die bewohnerbezogene Zeit abgezogen wird.

WICHTIG: die Pausen der Pflegekräfte oder andere persönliche Verteilzeiten (z.B. Toilettengänge oder Rauchen) werden **nicht erfasst!**

Anmerkung:

Wenn während der Datenerhebung Situationen unklar sind, so sollten die Datenerheber die Tätigkeit mit Zeitangabe handschriftlich neben der Tabelle oder auf der Rückseite des Blattes festhalten damit im Anschluss vor der Übertragung in die Excel-Tabelle geklärt werden kann, ob diese aufgenommen werden oder nicht.

9.2.3 Bewohnerbezogene Zeit

Dies ist der Zeiteinsatz, die für die Fragestellung dieses Projektes interessant ist. Damit ist sowohl die bewohnernahe Zeit (unmittelbar am Bewohner eingesetzte Zeit) als auch die bewohnerferne Zeit (mittelbar für den Bewohner eingesetzte Zeit) gemeint. Der Bezug zum Personaleinsatz kann hergestellt werden indem hier diejenigen Zeiten einfließen, die zur täglichen Routine in der Versorgung des Bewohners gehören. Tätigkeiten, die nicht täglich erbracht werden wie Pflegeplanung oder Fallbesprechungen werden separat erfasst.

Bewohnernahe Zeit

Dies ist die Zeit, in der der Bewohner unmittelbar durch die Pflegekraft versorgt wird. Dabei ist es unerheblich, welche Tätigkeit die Pflegekraft ausführt (Face to Face).

Bewohnerferne Zeit

Dies ist die Zeit, die von der Pflegekraft mittelbar für den Bewohner eingesetzt wird. Als Beispiele sind hier Pflegedokumentation und Angehörigengespräche zu nennen.

Zeit für nicht täglich wiederkehrende Verrichtungen

In dieser Spalte wird diejenige Zeit erfasst, die konkret für einen Bewohner erbracht wird, jedoch nicht zur Tagesroutine gehört. Als Beispiele können Pflegeplanung, Fallbesprechungen oder Begleiten der Arztvisite genannt werden.

9.2.4 Wegezeiten:

Wege, die mit dem Bewohner gemeinsam oder unmittelbar für den Bewohner gegangen werden, werden erfasst (Gang zum Zimmer hin, um Pflegeverrichtung zu erbringen oder um zur Klingel zur gehen – auch wenn während der Pflege etwas geholt werden muss)

Wichtig:

Weitere Erläuterungen zur Zeiterfassung finden Sie in der „Handreichung für Zeiterheber“ (Anhang). Bitte drucken Sie diese für alle Zeiterheber aus.

Projekt „PiSaar“

gemeint, die er außerhalb der Einrichtung verbracht hat. Sollte ein Bewohner von WB der Zeiterfassung zu einer Gruppenbetreuung in einen anderen WB gehen, so wird diese Zeit für diesen Bewohner über den Gruppenbetreuungsbogen erfasst.

Pflegekraft 1 bn:

Dies ist die über 48 Std. addierte Zeit, die die Pflegekraft 1 mit dem Bewohner (Achtung: richtige Zuordnung – Zeile) bewohnernah verbracht hat.

Pflegekraft 1 bf:

Dies ist die über 48 Std. addierte Zeit, die die Pflegekraft 1 mit dem Bewohner (Achtung: richtige Zuordnung – Zeile) bewohnerfern verbracht hat.

Pflegekraft 1 n.tgl.:

Dies ist die über 48 Std. addierte Zeit, die die Pflegekraft 1 für den Bewohner (Achtung: richtige Zuordnung – Zeile) mit nicht täglich wiederkehrenden Verrichtungen wie Evaluation der Pflegeplanung und Fallbesprechungen verbracht hat.

9.2.6 Übertragung der mitarbeiterbezogenen Merkmale in die Excel-Tabelle

Die Merkmale der Pflegekraft (Qualifikationen, Alter, Berufserfahrung) werden vom Bogen „Zeiterfassung individuell“ (Kopfzeilen) in WB x - Organisation in das orangefarbene Feld „Nur bei Zeiterhebung“ übertragen.

Nur bei Zeiterhebung					
Anzahl Bewohner bei Datenerhebung			Summierte Ausfallstunden (48 Std.)		
Anwesend			Kurzfri. Krankheitsausfall		
Sterbend			nicht ersetzter U-Ausfall		
Einzug					
Auszug			Summierte Übergabezeit in min (48 Std.)		
Umzug			Im Dienstpl. vorgesehen		
Summierte Einsatzstunden (48 Std.)					
Fachkräfte soziale Betreuung					
Fachkräfte Pflege					
Pflegehilfskräfte					
Schüler					
§ 87b Kräfte					
Ehrenamt					
BUFDI/FSJ					
Haushaltung					
Merkmale der begleiteten Pflegekräfte					
	Alter	Jahre Berufserfahr.	Qualif. 1	Qualif. 2	
Pflegekraft 1					
Pflegekraft 2					
Pflegekraft 3					
Pflegekraft 4					
Pflegekraft 5					
Pflegekraft 6					
Pflegekraft 7					
Pflegekraft 8					
Pflegekraft 9					
Pflegekraft 10					
Pflegekraft 11					
Pflegekraft 12					
Pflegekraft 13					
Pflegekraft 14					
Pflegekraft 15					

Nähere Erläuterungen zu den Zelleneinträgen s. Kapitel 7

9.3 Zeiterfassung Gruppenbetreuung

9.3.1 Definition: Gruppenbetreuung

In dieser Untersuchung können mit dem Gruppenbetreuungsbogen all diejenigen Situationen erfasst werden, in denen mehrere Bewohner gleichzeitig versorgt werden. Dies können Gruppenangebote im klassischen Sinn sein. Hier kann aber auch Mahlzeitenbetreuung als Gruppenbetreuung benannt werden. Der Einsatz dieses Bogens erfolgt also überall da, wo der Bewohner unmittelbar betreut oder versorgt wurde, die eingesetzte Zeit aber nicht genau für jeden Einzelnen gemessen werden kann, da eine gesamte Gruppe betreut wurde.

9.3.2 Das Formular

Vor dem Start der Datenerhebung erhalten Sie neben der Excel-Tabelle das Formular (s. Anlage):

„Zeiterfassung Gruppenbetreuung“

Dieses Formular kann von Datenerhebenden ausgefüllt werden, es kann aber auch in den Gruppenräumen von dem verantwortlichen Personal ausgefüllt werden.

WICHTIG:

Es wird für jeden Bewohner, der an einer Gruppenbetreuung teilnimmt ein Formular ausgedruckt. Diese werden den Gruppenbetreuern mitgegeben.

9.3.3 Berechnung der bewohnerbezogenen Zeit/Qualifikation

Es ist in den Spalten des Gruppenbetreuungsbogens ersichtlich, dass zunächst die Gesamtzeit auf den einzelnen Bewohner „runtergerechnet“ werden muss. Dazu wird diese durch die Anzahl der Teilnehmer geteilt. Die so erhaltene Zeit muss in einem nächsten Schritt den Betreuern zugeordnet werden und wird durch die Anzahl der Betreuer dividiert. Die Zeit pro Bewohner wird verteilt auf die Qualifikationsstufen der Betreuer und auf dem Formular handschriftlich in die schraffierten Felder eingetragen.

9.3.4 Übertragung der Ergebnisse in die Excel-Tabelle

Pro Bewohner werden die Zeiten addiert und in die Excel-Tabelle Tabellenblatt WBx-Bewohner übertragen.

10 Anlagen

10.1 Bewohnerinformation

Sehr geehrte Bewohnerinnen und Bewohner,

Ihre Einrichtung unterstützt ein Forschungsprojekt der Saarländischen Pflegegesellschaft, das sich mit dem Pflegebedarf im Saarland beschäftigt.

Bereits seit Jahren beschäftigt sich die Öffentlichkeit mit der Frage, wie viele und welche Pflege Menschen in Stationären Altenhilfeeinrichtungen benötigen. In der Fachwelt unstrittig ist, dass die im Pflegeversicherungsgesetz vorgesehene Bemessung des Pflegebedarfs an der Einstufung der Pflegebedürftigen in Pflegestufen den tatsächlichen Pflegeaufwand nur unzureichend abbildet. Es ist jedoch nicht absehbar, wann die seit Jahren diskutierte Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs umgesetzt wird; darüber hinaus ist nicht erkennbar, ob dieser neue Pflegebedürftigkeitsbegriff als Grundlage für eine Personalbemessung geeignet sein wird.

Damit wir mehr über den tatsächlichen Bedarf an Pflegezeit erfahren können, wird dieser im Rahmen des Projektes gemessen. An zwei aufeinanderfolgenden Tagen wird das Pflegepersonal die Zeit aufschreiben, die es mit Ihnen, den Bewohnern, verbringt. Zur besseren Erfassung der Zeit werden die Pflegekräfte von Datenerfassern begleitet. Hierbei müssen diese bei der direkten Pflege nicht im Zimmer anwesend sein. Diese Zeit und weitere Personenmerkmale von Ihnen (z.B. Alter, Pflegestufe, Fähigkeiten, Risiken...) werden in einer Tabelle erfasst und an das Projektteam geschickt. Hierbei werden keine Namen weitergegeben oder sonstige Merkmale, die eine Personenzuordnung ermöglichen würden.

Wir sichern Ihnen absolute Anonymität zu!!

Wir erhoffen uns, dass der Personaleinsatz durch unsere Erkenntnisse zukünftig besser an Ihre Bedarfe angepasst werden kann, und bitten Sie die Erfassung zu unterstützen.

Die Teilnahme ist freiwillig und Sie können jederzeit widersprechen. Personenbezogene Daten dürfen ausschließlich ohne Namen gespeichert und zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet werden.

Bitte wenden Sie sich bei Fragen jederzeit an das Pflegepersonal!

Ganz herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

10.2 Projektinformation Mitarbeiter

Sehr geehrte Mitarbeiter, sehr geehrter Mitarbeiter,

Ihre Einrichtung unterstützt ein Forschungsprojekt der Saarländischen Pflegegesellschaft, das sich mit dem Pflegebedarf im Saarland beschäftigt.

Bereits seit Jahren beschäftigt sich die Öffentlichkeit mit der Frage, wie viele und welche Pflege Menschen in Stationären Altenhilfeeinrichtungen benötigen. In der Fachwelt unstrittig ist, dass die im Pflegeversicherungsgesetz vorgesehene Bemessung des Pflegebedarfs an der Einstufung der Pflegebedürftigen in Pflegestufen den tatsächlichen Pflegeaufwand nur unzureichend abbildet. Es ist jedoch nicht absehbar, wann die seit Jahren diskutierte Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI umgesetzt wird; darüber hinaus ist nicht erkennbar, ob dieser neue Pflegebedürftigkeitsbegriff als Grundlage für eine Personalbemessung geeignet sein wird.

Damit wir mehr über den tatsächlichen Bedarf an Pflegezeit erfahren können, wird dieser im Rahmen des Projektes gemessen. An zwei aufeinanderfolgenden Tagen wird in einigen zufällig ausgewählten Wohnbereichen das Pflegepersonal von Personen begleitet, die die Zeit aufschreiben, die mit den Bewohnern verbracht wird. Diese Zeit und weitere Personenmerkmale von Ihnen (Alter, Berufserfahrung, Qualifikation) werden in einer Tabelle erfasst und an das Projektteam geschickt. Hierbei werden keine Namen weitergegeben oder sonstige Merkmale, die eine Personenzuordnung ermöglichen würden.

Wir sichern Ihnen absolute Anonymität zu!!

Wir erhoffen uns, dass der Personaleinsatz durch unsere Erkenntnisse zukünftig besser dem tatsächlichen Bedarf entspricht, und bitten Sie diese Erfassung zu unterstützen.

Die Teilnahme ist freiwillig und ihr kann bis zum Tag der Erhebung widersprochen werden. Personenbezogene Daten werden nur anonym gespeichert und dürfen ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet werden.

Das Einverständnis der Mitarbeitervertretung/Betriebsrat wurde ordnungsgemäß eingeholt.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung und Mitarbeit!

10.3 Handreichung für Zeiterheber

Wir freuen uns, dass Sie als Zeiterheber im Projekt PiSaar mitarbeiten. Da die Verteilung der Zeit zentraler Bestandteil der Auswertung in diesem Projekt ist, ist es wichtig, dass **alle** Zeiterheber nach gleichen Richtlinien arbeiten. Aus diesem Grund bitten wir Sie, folgende Handreichung vor Beginn der Zeiterhebung gründlich durchzulesen und diese auch am Tag der Zeiterhebung zu nutzen. Sollten im Vorfeld Unklarheiten bestehen, so bitten wir Sie, diese mit den Datenverantwortlichen der Einrichtung zu besprechen. Bei Unklarheiten während der Zeitaufschreibung bitten wir Sie, die erfasste Zeit und die Frage auf der Rückseite des Zeiterfassungsbogens zu notieren und dies im Anschluss mit dem Datenverantwortlichen der Einrichtung abzuklären.

Sie haben eine zentrale Verantwortung für die Zeiterfassung in diesem Projekt und unterliegen der Schweigepflicht gegenüber Dritten.

Bitte bedenken Sie, dass es für die Pflegekraft ungewohnt ist, beobachtet zu werden und respektieren Sie, wenn Bewohner nicht möchten, dass Sie bei der Pflege dabei sind. In diesem Fall warten Sie bitte vor dem Zimmer und notieren die aufgewandte Zeit, wenn die Pflege beendet ist.

Was brauchen Sie im Vorfeld?

- Sie wissen, welche Pflegekraft Sie begleiten
- Sie benötigen einen Zeiterfassungsbogen mit bereits eingetragenen Namen der Pflegekraft und ggf. auch den Namen der Bewohner zur Zeiterfassung in ausgedruckter Form
- Klemmbrett, da es wichtig ist, leserlich zu schreiben
- Sie benötigen eine Uhr, auf der Sie Minuten genau ablesen können (digital)
- Sie benötigen einen Stift, um die Zeiten einzutragen
- Sie wissen, wo Sie im Anschluss den Zeiterfassungsbogen abgeben müssen

Was ist zu tun?

Sie begleiten die Ihnen zugewiesene Pflegekraft während der gesamten Dienstzeit. Hierbei erfassen Sie die Minuten, die diese Pflegekraft bei den einzelnen Bewohnern verbringt und tragen diese in die einzelnen Zellen des Erfassungsbogens pro Bewohner ein. Hierbei wird zwischen folgenden Tätigkeiten unterschieden:

Bewohnernahe Tätigkeiten:

Hiermit sind alle Tätigkeiten gemeint, die die Pflegekraft direkt am Bewohner verrichtet. Hier gilt die Faustregel: „Face to Face“ (von Angesicht zu Angesicht)
z.B.: Morgentoilette, Essen anreichen, Wundversorgung, usw.

Bewohnerferne Tätigkeiten

Hiermit sind alle Tätigkeiten gemeint, die die Pflegekraft **für** einen Bewohner tut, wobei dieser nicht anwesend ist. z.B.: administrative Tätigkeiten, Telefonate, usw.

WICHTIG: Tätigkeiten, die die Pflegekraft unabhängig von einem Bewohner erbringt, die also keinem Bewohner zugeordnet werden können, werden nicht erfasst.

z.B.: Post für den Wohnbereich holen

Projekt „PiSaar“

Nicht täglich wiederkehrende Verrichtungen

Wir bitten Sie, hier die Zeit zu erfassen, in der die Pflegekraft etwas für einen konkreten Bewohner tut, was nicht täglich getan wird. Dies muss eine bewohnerferne Tätigkeit sein, denn bewohnernahe Zeit ist immer in "bewohnernahe Tätigkeit" zu erfassen! In diese Spalte werden Zeiten aufgenommen für: ethische Fallbesprechung und grundlegende Evaluation der Pflegeplanung.

Was tun mit.....?

.....Wegezeiten:

Wege, die mit dem Bewohner gemeinsam oder unmittelbar für den Bewohner gegangen werden (Gang zum Zimmer hin, um Pflegeverrichtung zu erbringen oder um zur Klingel zur gehen) werden erfasst.

.....Pausen, die die Pflegekraft macht:

diese werden nicht erfasst

.....Tätigkeiten, die eine Pflegekraft für alle Bewohner gleichermaßen erbringt:

diese werden nicht erfasst, da diese kein Unterscheidungsmerkmal liefern kann. Die Einschätzung, ob die Gesamtzeit wirklich auf jeden Bewohner des Wohnbereiches gleichermaßen verteilt wird, muss seitens der Pflegekraft getroffen werden. Sollte die Pflegekraft eine Gesamtzeit für alle Bewohner erbringen, die sie unterschiedlich auf die Bewohner verteilen will, da manche Tätigkeiten je nach Bewohner unterschiedlich lange dauern, so bitten wir die Verteilung mit der Pflegekraft abzustimmen.

Bsp. für ungefähr gleichen Zeitaufwand (also nicht erfassen!): Medikamente richten

Bsp. für unterschiedlichen Zeitaufwand trotz gleicher Tätigkeit (also erfassen!): Dienstübergabe (hierbei die Zeit bewohnerbezogen verteilen)

.....Tätigkeiten, die keine Minute dauern:

Bitte vermerken Sie handschriftlich die Sekunden, damit derjenige, der die Zeit im Anschluss überträgt, mehrere Sekundeneinträge zu einer Minute addieren kann.

Wichtig: bitte notieren Sie „sek.“ um Eintragungen als Sekunden zu kennzeichnen, damit keine Fehler entstehen

.....einer Pflegekraft (oder anderer Mitarbeiter, Ehrenamtlicher), die mit Bewohnern weg fährt:

Diese Zeit wird für diese Bewohner nicht erfasst. Es muss deutlich vermerkt werden, dass diese Zeit in den Bewohnermerkmalen in jedem Fall als **abwesend vermerkt** wird. Ebenso muss die Zeit der Abwesenheit der Pflegekraft bei der Addition der Arbeitszeit die an den Tagen der Zeiterhebung zur Verfügung steht, berücksichtigt werden und ist von der Summe der Gesamtarbeitszeit abzuziehen. Aus diesem Grund müssen Sie die Zeit, die die Pflegekraft mit ein Bewohner außer Haus ist, auf der Rückseite des Erfassungsbogens notieren und dies der Datenverantwortlichen mitteilen.

Wir bedanken uns ausdrücklich für Ihr Engagement und hoffen, dass die Zeiterfassung auch für Sie eine spannende Erfahrung ist!!

