

Erforderliche Pflege – zu den Grundlagen einer Personalbemessung¹

Sabine Bartholomeyczik und Dirk Hunstein

Aus Anlaß der Erprobung und Diskussion des Personalbemessungsverfahrens PLAISIR für die stationäre Altenpflege werden einige grundlegende Fragen erörtert:

- warum die Daten erbrachter Pflege keine gute Grundlage für eine Personalbemessung sein können,
- dass erforderliche Pflege ein Konzept ist, das bislang nur in Teilen erforscht wurde,
- dass die Begriffe Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf zwar ähnlich klingen, inhaltlich aber unterschiedliche Aussagen machen,
- dass derzeit diskutierte Instrumente zur Personalbedarfsbestimmung bzw. Finanzierung von Gesundheits-Pflegeleistungen nicht ausreichen, um erforderliche Leistungen zu erfassen,
- welche Dimensionen einer Personalbedarfsbemessung zugrunde liegen müssen.

Engl. Abstract – On the occasion of testing the PLAISIR-procedure for measuring staffing-requirements for residential homes, some principal questions are discussed:

- why the data of actual nursing are no sound basis for measuring staffing-requirements,
- that „required nursing“ is a concept which is just in parts being researched,
- that the notions „nursing need“ and „required nursing“ sound similar, but mean different things,
- that the actually discussed procedures of measuring staffing-requirements and the financing of health-/nursing output are not sufficient for measuring the necessary output,
- which dimensions have to be the basis of a procedure for measuring staffing-requirements.

Übersicht:

- Begründungsnotwendigkeiten für pflegerische Maßnahmen
- Erbrachte und erforderliche Pflege
- Zur Begründung erforderlicher Pflege
- Pflegebedarf als Ergebnis unterschiedlicher Dimensionen
- Anmerkungen zu PLAISIR

Begründungsnotwendigkeiten für pflegerische Maßnahmen

Anlaß für den folgenden Beitrag ist die Erprobung des aus dem französischen Kanada stammenden Personalbemessungssystems PLAISIR in der stationären Altenpflege. In dem abgekürzten Begriff PLAISIR (= **PL**Anifiration **I**nformatise des **S**oins **I**nfirmiers **R**equis) enthalten die letzten drei Buchstaben den Hinweis auf „erforderliche Pflege“ (soins infirmiers requis). Es handelt sich also um ein System, das beansprucht, auf der als erforderlich nachgewiesenen Pflege aufzubauen.

Zur Leistungserfassung der Pflege gibt es eine reichhaltige Anzahl von Verfahren. Bereits 1995 wurden in

einer Veröffentlichung im Auftrag der Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser 12 deutschsprachige Verfahren genannt, davon 5 für Langzeitpatienten. Zwei dieser Verfahren dienen als Grundlage zur Personalbedarfsermittlung, von diesen wiederum ist eins das in der Erprobung befindliche PLAISIR (Fischer 1995). Konkurrierend zu PLAISIR – wie es scheint – wird derzeit das erst kürzlich entwickelte Verfahren PERSYS (vom Endt et al. 1999) diskutiert.

Das Prinzip dieses Systems PERSYS ist ähnlich wie bei vielen anderen Systemen, da es von den als notwendig deklarierten Pflegehandlungen ausgeht, auch wenn es sehr viel differenzierter als bspw. die im Krankenhausbereich bekannte Pflegepersonalregelung (PPR) ist. Die PPR galt drei Jahre lang (1993-1996) als gesetzlich geregelte Grundlage zu Personalbemessung für Akutkrankenhäuser. Schwerpunkt der PPR sind die – wie es im Gesetz heißt – „notwendigen Pflegeleistungen“ nach denen jeder Patient täglich eingestuft werden sollte. Allerdings werden keine direkten Informationen über die Gründe

für diese sog. „notwendigen Pflegeleistungen“ (§ 4), die von den Pflegenden jeweils vor Ort festgelegt werden, angegeben. Die aufgrund der PPR erforderlich gewordenen Personal- und damit natürlich Kostensteigerungen führten schließlich dazu, daß diese Form der Personalbemessung nach drei Jahren außer Kraft gesetzt wurde. Dies geschah, so unsere Hypothese, unter anderem deshalb, weil für die Notwendigkeit der Pflegeleistungen keine Begründungen angegeben wurden. Zur Begründung der Notwendigkeit einer Pflegemaßnahme genügt es nicht, die Häufigkeit und den Zeitpunkt einer Leistungserbringung zu dokumentieren, denn zu wissen, *was* man tut läßt noch keine Rückschlüsse darauf zu, *warum* man es tut.

Beispiel: Herr A., Bewohner eines Pflegeheimes, wird, wie aus der Pflegedokumentation hervorgeht, jeden Samstag gebadet.

Die Anlässe dafür können sehr vielfältig sein:
(a) weil der Pflegestandard bestimmt, dass einmal in der Woche Badetag ist,

- (b) weil in der Einrichtung ein neues teures Bad eingebaut wurde, das sich nun amortisieren muss,
- (c) weil er regelmäßig samstags Besuch bekommt und er „frisch“ aussehen soll,
- (d) weil er schon immer samstags gebadet hat oder
- (e) weil Herr A. nachts so schlecht schlafen kann, und ein beruhigendes Bad ihm dabei hilft, eine gute Nacht zu verbringen.

Bereits bei selbstverständlich erscheinenden einfachen Maßnahmen wie dem Baden existieren eine Fülle von Anlässen, die dazu führen können, dass eine Leistung erbracht wird. Dabei sind es aber vollkommen unterschiedliche Sichtweisen, die den jeweiligen Anlass definieren. Die Punkte (a) und (c) geben eine berufliche Sicht (ohne Einbeziehung des Bewohners) wieder, die Interessen der Einrichtung finden sich in (b), während sich (d) an der Biografie des Bewohners bzw. (e) am Zustand von Herrn A. orientiert. Welcher dieser Anlässe die Leistungserbringung letztendlich rechtfertigt, ist sowohl eine Frage der zu Grunde liegenden pflege-theoretischen Orientierung als auch gesellschaftlicher Werte.

In Zeiten des Pflegenotstandes werden wie selbstverständlich alle Notwendigkeitsangaben von Pflegefachkräften ohne zusätzlichen Nachweis akzeptiert; in Zeiten, in denen ein vermeintlicher oder tatsächlicher Geldmangel im Vordergrund steht, gewinnen die Zweifel an deren Urteilen Übergewicht. Das große politische Problem ist, daß alle Systeme, die ausschließlich oder primär Pflegemaßnahmen als Bemessungsgrundlage verwenden, Gefahr laufen, von politisch-administrativer Seite nicht ernst genommen zu werden. Der Vorwurf, die Einschätzung von Pflegemaßnahmen beruhe auf Luxusvorstellungen oder diene nur dazu, die Personaldecke zu erweitern, kann ohne inhaltliche Begründung kaum widerlegt werden. Widersprochen wird dieser Unterstellung mit dem Argument, die Einschätzung, welche Leistungen erforderlich sind, werde schließlich durch Pflegefachpersonen vorgenommen. Leider zeigt aber die Erfahrung aus vielen Bereichen, daß dieses Argument wenig zur Entkräftung

dient. Die üblichen Arbeitsbedingungen in der Pflege und die wenig fundierten Prioritätensetzungen legen Forderungen nach mehr Raum für die Pflege nahe. Vor dem Hintergrund der immerwährenden Zeitknappheit in der Pflege wäre es seltsam, wenn Pflegenden Aufwandseinschätzungen in ihren Arbeitsbereichen nicht in der Art vornähmen, daß sie sich entlastet fühlen könnten. Außerdem zeigen andere Formen der Einschätzung daß auch sie sehr unterschiedlich ausfallen können. Ein Beispiel hierfür ist die Begutachtung als Voraussetzung zur Finanzierung von Pflegeleistungen durch die Pflegeversicherung. In Nordrhein-Westfalen gab es zwei MDK-Regionen, in denen die Verteilung von Pflegestufen völlig verschieden aussah: In der einen Region war u.a. der relative Anteil in Pflegestufe 3 um 20 Prozentpunkte höher als in der anderen. Es ist kaum davon auszugehen, daß die BewohnerInnen der einen Region grundsätzlich weniger pflegebedürftig sind als die der anderen.

Erbrachte und erforderliche Pflege

Personalbemessungssysteme, die sich ausschließlich auf das Pflegehandeln stützen, können überdies oft nicht deutlich machen, worin der Unterschied zwischen erforderlicher bzw. notwendiger Pflege und erbrachter Pflege liegt, denn die Begriffe werden inhaltlich nicht klar getrennt. Es wird implizit davon ausgegangen, dass die erbrachte Pflege gleichzeitig auch die notwendige Pflege sei. Hier genau zu unterscheiden, ist gerade bei der individuellen Pflegeplanung wichtig, sonst kann es dazu führen, daß „*bei der Pflegeplanung (...) budgetäre oder institutionelle Einschränkungen bereits berücksichtigt [werden], d.h. es wird gar nicht erst geplant, was wegen zu knappen finanziellen Mitteln und fehlendem Leistungspotential des Betriebes gar nicht ausgeführt werden kann. Es stellt sich die Frage, ob der Pflegebedarf nicht vor der Berücksichtigung dieser Einschränkungen formuliert werden müsste.*“ (Fischer 1995: 25). Diesem Einwand kommt dann eine besondere Bedeutung zu, wenn ein Vergütungssystem angewendet wird, das ein bestimmtes Budget vor-

gibt, denn zuviel erbrachte Leistungen werden kostenmäßig nicht abgedeckt. Da weder das „Zuviel“, noch das „Zuwenig“ inhaltlich genauer definiert sind und von einer Handlungsbeschreibung nicht abgeleitet werden können, werden aus Angst vor Budgetüberschreitung oder aus ökonomischen Überlegungen möglicherweise quantitativ und/oder qualitativ reduzierte Leistungen erbracht. Ebensogut wie es bei derartigen Überlegungen zu einer Unterversorgung der KlientInnen führen kann, kann es zu einer Überversorgung und einem Mehr an (ungedeckten) Kosten kommen, wenn versucht wird, über ein Mehr an Leistungen einen Anspruch auf ein Mehr an Personal begründen zu wollen. Diese Aussage wird durch die Tatsache verschärft, daß Pflege potentiell unendlich ist.

Als Begründung, Tätigkeitsbeschreibungen zur Grundlage der Personalbemessung zu machen, dient häufig das Argument, relevant seien die Zeiten, die für die Ausführung der Pflegemaßnahmen benötigt würden und diese seien ungefähr identisch für die gleiche Maßnahmenart. Diese Annahme muß zumindest angezweifelt werden, sieht man sich die Ergebnisse der Studie zur Pflegezeitbemessung (Bartholomeyczik et al., 1999) an. Ziel dieser Studie war die empirische Überprüfung der in den Begutachtungsrichtlinien zur Pflegeversicherung angegebenen Zeit-Orientierungswerte (MDS 1997). Diese Zeitwerte beziehen sich auf die häusliche Pflege, und hier auf die sogenannte „Laienpflege“, also meist pflegende Angehörige. Ein wichtiges Ergebnis der Studie ist nicht, daß die Orientierungswerte alle viel zu kurz greifen – sie liegen alle innerhalb der empirisch festgestellten Werte –, sondern daß eine Pflegehandlung, die ein und derselben Überschrift zuzuordnen ist, völlig unterschiedliche Zeiten in Anspruch nehmen kann.

Diese können von Fall zu Fall und von Situation zu Situation variieren, und zwar so stark, daß in einem fünf Minuten breiten Zeitkorridor nur etwa die Hälfte aller Fälle zu finden ist. Auch in der professionellen Pflege sind derartige zeitliche Variationsbreiten zu finden (Seger 1997). Zwar konnten in der obigen Untersuchung

kaum systematische Einflüsse auf die Zeitdauer gefunden werden, aber dennoch weisen die Daten darauf hin, dass die Dauer von Pflegehandlungen vom Grad und der Art der Pflegebedürftigkeit, also der Pflegediagnose, abhängt. So dauert z.B. die vollständige Übernahme bei der Ganzkörperwäsche bei Personen, die insgesamt sehr pflegebedürftig sind, eher länger als bei solchen, die insgesamt einen geringeren Grad an Pflegebedürftigkeit aufweisen. Diese Erkenntnis unterstützt die Annahme, daß die Zeiten in der Pflege grundlegend von der Art und der Intensität der Pflegebedürftigkeit, also der Pflegediagnose abhängen und weniger von der Bezeichnung einer Pflegemaßnahme.

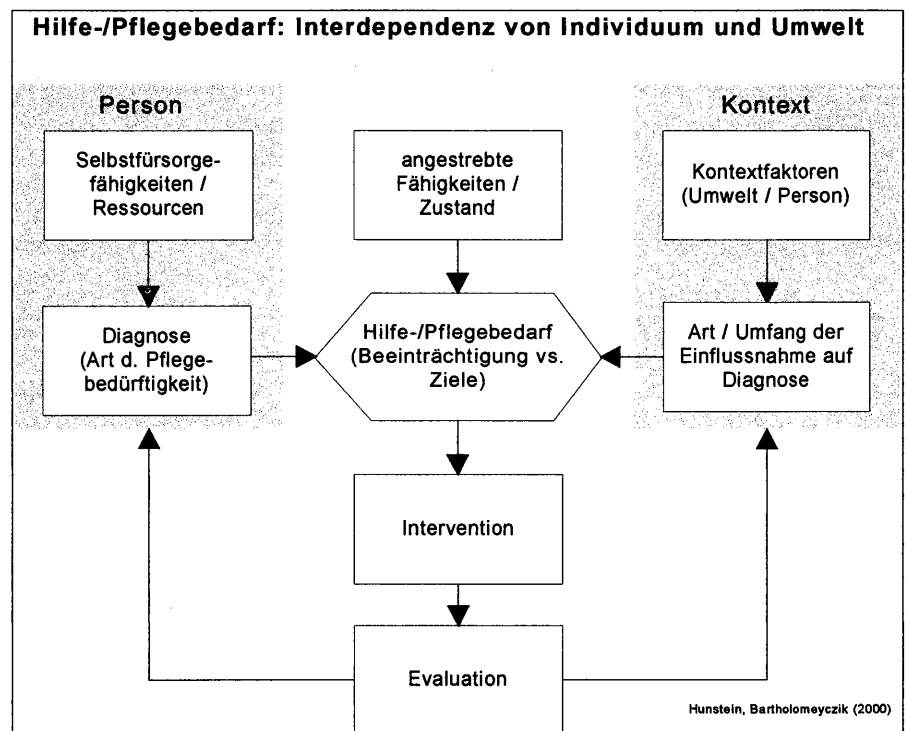
Zur Begründung erforderlicher Pflege

Ob Pflegemaßnahmen erforderlich sind oder nicht, muß also in erster Linie von der Situation des Pflegebedürftigen abgeleitet werden und darüber hinaus von den zu erreichenden Zielen. Beides erscheint in den meisten Personalbemessungssystemen nicht explizit. Die wichtige Frage, nicht nur von Seiten der Sozialpolitik und der Finanzierung, nämlich, ob die als erforderlich bezeichnete Pflege nicht zu einer Über- oder Unterversorgung führt, kann mit einer reinen Tätigkeitsbeschreibung nicht beantwortet werden. Außerdem muss bei der Bestimmung erforderlicher Pflege immer auch der nicht-handwerkliche Anteil von Pflege berücksichtigt werden, zumal dieser oft die höheren fachlichen Anforderungen stellt. Die Beziehungen zwischen Pflegenden und BewohnerInnen präzisieren die erforderliche Art der Leistungserbringung. Das Problem ist, daß dieser Anteil sich oft schwer in Minutenwerten messen lässt. Zudem wird der kognitive und beziehungs-gestaltende Teil der Pflege evtl. nicht im Zusammenhang mit einer Pflegehandlung erbracht, taucht bei einer Zeitmessung daher nicht auf, beeinflusst aber den Modus der Maßnahme stark. Bei Menschen, deren Fähigkeit zur Beziehungsaufnahme gestört ist, werden unter dieser Prämisse besondere Herausforderungen an die Kompetenz der Pflegenden gestellt.

Die derzeit verwendeten Instrumente zur Bedarfserfassung von Pflegeleistungen beziehen sich mehrheitlich auf die körperliche Funktionalität und weniger auf die psychosozialen Beeinträchtigungen oder gar auf ein so komplexes Konstrukt wie die Lebensqualität. Eine Ursache hierfür könnte im Zweck der Instrumente liegen, denn das Ziel der meisten Klassifikationssysteme ist nicht die Bedarfsbestimmung, um daraus Maßnahmen ableiten zu können, sondern in der Regel die Ökonomie bzw. Administration (z.B. Fagerström 1999). Die Komplexität der Pflege, bestehend

aus Handlung, Beziehung und Reflexion wird nicht abgebildet.

Verwirrend ist schließlich die oft synonyme Verwendung der Begriffe Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf (= erforderliche Pflege), erklärbar allenfalls mit dem englischen Begriff „need“, der sowohl Bedürftigkeit als auch Bedarf bedeuten kann. Um die Begriffe Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf zu präzisieren, wird in der folgenden Abbildung modellhaft dargestellt, aus welchen Daten sich Hilfe- und Pflegebedarf ableiten lassen, was also auch zu dessen Begründung notwendig ist.



Pflegebedarf als Ergebnis unterschiedlicher Dimensionen

Bei den bisherigen Ausführungen stand die Art der Hilfebedürftigkeit oder die Pflegediagnose im Vordergrund. Diese setzt sich zusammen aus den Fähigkeiten oder Ressourcen eines Menschen und seinen Defiziten. Diese sind zwar wesentliche Bestandteile für die Formulierung des Hilfebedarfs, aber keineswegs die einzigen, denn in Umwelt oder Kontext gibt es weitere Faktoren, die einen erheblichen Einfluß auf den Hilfebedarf ausüben. Dieser kann sowohl negativ verstärkend sein, z.B. durch eine

ungünstige Wohnsituation oder auch durch soziale Isolation. Ebenso ist aber auch bei einer angepaßten Wohnsituation, einer guten Hilfsmittelausstattung oder einem sozial unterstützenden Netzwerk eine Verringerung des Hilfebedarfs denkbar. Schließlich hängt die Art des Hilfebedarfs natürlich auch von den angestrebten Zielen ab. Hier herrscht ein allgemeiner Konsens, der sich auch in der Pflegeversicherung als Zieldefinition findet, nämlich die Förderung von Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit. Diese sehr einleuchtende Zielformulierung kann allerdings sehr widersprüchlich sein, wenn z.B. ein Bewohner lieber im Bett bleiben möchte anstatt mobilisiert zu werden. Diese alltäglichen

ethischen Dilemmata in der Pflege können natürlich nur zusammen mit dem Pflegebedürftigen entschieden werden und hängen damit auch wieder von der Pflegediagnose ab. Erst darauf aufbauend kann die Art der Interventionen oder Maßnahmen abgeleitet werden bzw. können diese begründet werden. Wenn eine Datenerfassung also erst bei dem Bedarf oder gar den Interventionen beginnt, fehlt ihr das Herzstück ihrer Begründung.

Erforderliche Pflege ist, so stellt es sich nach einer umfangreichen Literaturanalyse dar, ein bislang kaum näher untersuchtes Konzept. Zwar werden einzelne Aspekte von Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf mit unterschiedlichen Instrumenten in unterschiedlichen Klassifikationssystemen abgebildet. Diese sind aber größtenteils selbst noch nicht ausreichend überprüft, geschweige denn eine Verknüpfung der Einzelemente.

Dennoch gibt es interessante Ansätze zur Beschreibung von Pflegebedürftigkeit, Zielen und Interventionen, wie z.B. die NANDA-Diagnosen (Gordon 1994), Interventions- und Outcomeklassifikation NIC, NOC (Cox 2000). In wie weit diese aus den USA stammenden Ansätze auch in anderen Kulturkreisen ausreichend gültig sind, ist noch nicht abschließend geklärt (Bartholomeyczik 2000).

Unklar ist weiterhin, wie diese sehr komplexen Einzelsysteme in eine gemeinsame, möglicherweise sogar international gültige Pflegesystematik überführt werden können. Um bei dieser Entwicklung eine einheitliche Sprache zu benutzen, wird derzeit an einem komplexen System standardisierter Begriffe gearbeitet (ICNP, Mortensen 1998).

Anmerkungen zu PLAISIR

Es gibt nur sehr wenige bekannte standardisierte Instrumente zur Bedarfserfassung, die vom Grund für den Bedarf ausgehen, nämlich von einer Zustandsbeschreibung des Pflegebedürftigen. Und nur eines dieser Instrumente geht von einer differenzierten Beschreibung aus, wie sie auch für eine individuelle Pflegeplanung

nutzbar wäre, das ist das System der Resident Utilization Groups (RUG), das auf dem Resident Assessment Instrument (RAI) aufbaut (Mitty 1988). Weiterhin wurde in der Schweiz für die Rehabilitation ein System entwickelt, das von der Pflegebedürftigkeitsfeststellung mit dem Functional Independence Measure (FIM) ausgeht (Fischer 1998). Das PLAISIR nimmt insofern eine Zwitterstellung ein, als es einige Indikatoren für den Zustand der Bewohner erfaßt, aber am ausführlichsten und differenziertesten auf die „erforderlichen Pflegeaktionen“ – wie es in dem Erfassungsbogen heißt – eingeht.

Aus den vorangegangenen Überlegungen leiten sich einige kritische Bemerkungen zum PLAISIR ab, von denen einige Aspekte bereits an anderer Stelle als Diskussionsergebnis von VertreterInnen der Pflegeverbände und von PflegewissenschaftlerInnen vorgetragen wurden (Zegelin et al. 2000).

Das System PLAISIR besteht also dadurch, daß es als ersten Datenerfassungsteil die Beurteilung des Zustands des Pflegebedürftigen enthält. Etwas stutzig macht, daß von den 32 Seiten des Erfassungsbogens FRAN (Formulaire de Relev des Actions Nursing) nur 3 Seiten dieser Zustandsbeschreibung gewidmet sind. Die restlichen 29 Seiten enthalten die genannten „erforderlichen Pflegeaktionen“. Verbunden wird beides mit Häufigkeitsnormen, die eine Mindesthäufigkeit bestimmter Maßnahmen unter bestimmten Bedingungen benennen. Diese werden sehr mißverständlich als „Pflegestandards“ bezeichnet. Diese sog. Standards sind von zentraler Bedeutung, da sie dazu dienen, gemeinsam mit der Zustandserfassung die Notwendigkeit von Interventionsmaßnahmen zu beurteilen. Daher sind einige Anmerkungen dazu angebracht:

Die Häufigkeitsnormen sind weder nachgewiesen oder erforscht, noch leiten sie sich von individuellen Bedürfnissen ab. Unklar ist, wie Pflegehandlungen bewertet werden, zu denen es keine derartigen „Standards“ gibt. So wird bei einer BewohnerIn mit weitgehender Immobilität – formuliert als Bettlägerigkeit – für

jeden Tag eine Ganzwaschung vorgesehen. Wie aber wird die tägliche sog. Ganzkörperwäsche bei Menschen beurteilt, deren Mobilitätsbeeinträchtigung geringer ist? Und warum fällt das Urteil so und nicht anders aus? Welche wissenschaftliche Begründung gibt es wozu? Diese Fragen bleiben auch unbeantwortet, wenn diese Normen als Mindeststandards behandelt werden.

Es bleibt die Frage, welche Bedeutung diese Art der Standards für die Pflege hat. Wenn die erbrachten Häufigkeiten nicht dem Standard entsprechen, kann das darin begründet sein, daß die Maßnahmen tatsächlich nicht in dieser Häufigkeit erforderlich sind oder die Notwendigkeit nicht erkannt wurde. Für das letztere sind die Standards hilfreich, für das erstere sind sie allerdings ein Problem. Deutlich wird jedenfalls, daß auf Erfahrung beruhende, möglicherweise fachlich zu begründende Routinehäufigkeiten ausschlaggebend sind, und nicht die individuelle Bewohnersituation. Bei der Anwendung von Häufigkeitsangaben besteht die Gefahr, daß nicht geprüft wird, warum und ob die Leistung im vorgegebenen Umfang erforderlich ist.

Schließlich können die Standards zur Begründung der erforderlichen Hilfe nur funktionieren, wenn die Voraussetzungen, auf denen sie aufbauen, stimmen, nämlich die Beschreibung des Zustands, der Fähigkeiten und Defizite der hilfebedürftigen Person. Den ersten drei Seiten des Erhebungsformulars ist sehr stark anzumerken, daß der Vorläufer des PLAISIR ursprünglich einmal für Akutkrankenhäuser entwickelt worden war: So gibt es eine lange Reihe von medizinischen Diagnosen, während eine Skala, die Abhängigkeit in Lebensaktivitäten messen soll, diese Aktivitäten nur als Einheit oder Durchschnitt erfaßt. Außer der durchaus wichtigen Aktivität Mobilität wird keine andere Lebensaktivität differenziert beschrieben. Hinzu kommt hier das übliche Mißverständnis, daß es sich nicht um die Lebensaktivitäten handelt, die in der bundesdeutschen Pflege modifiziert nach dem Modell von Roper et al. nach Juchli oder nach Krohwinkel bekannt sind, sondern um das eingeschränkte US-

amerikanische Konzept der gerontologischen Epidemiologie aus den 60er Jahren (Katz et al. 1963, vgl. auch Brandenburg et al. 1996).

Letztlich reduziert sich das System des PLAISIR darauf, daß primär von der erbrachten oder geplanten Pflege ausgegangen wird. Diese wird – und das unterscheidet PLAISIR von anderen Verfahren – in einigen, allerdings nur wenigen Fällen und in bestimmten Bereichen überprüft. Die Inhalte der Überprüfung sind jedoch kritisch zu hinterfragen. Stünde die Zustandsbeschreibung des Bewohners tatsächlich im Mittelpunkt des Systems, dann dürfte sie nicht nur ein Zehntel des Erfassungsbogens ausmachen, wie dies jetzt der Fall ist, sondern die Schwerepunkte müßten sich umkehren.

Überprüfungen, die über die genannten Häufigkeitsnormen hinausgehen, werden aus Gründen des Schutzes vor unlauterem Gebrauch nicht bekannt gegeben und können daher nicht beurteilt werden. So kommt bei dem PLAISIR schließlich noch hinzu, daß die der Personalbemessung zugrunde liegenden Berechnungen und ihre inhaltlichen Festlegungen nicht bekannt sind.

Zusammenfassend ist zu Personalbemessungssystemen im Allgemeinen und zum PLAISIR im Besonderen festzuhalten: Klassifikationsinstrumente zur bedarfsgerechten Vergütung, die den hier diskutierten Kriterien entsprechen, d.h. erforderliche Leistungen von Zuständen, Zielen und Kontextfaktoren ableiten, sind rar. Das System PLAISIR greift zwar einige dieser Elemente heraus, allerdings läßt sich nicht nachvollziehen, daß dieses Prinzip hier auch eingelöst wird. Die Ausgestaltung des PLAISIR gibt keine Hinweise zur Steigerung der Pflegequalität und kaum Begründung für die Erforderlichkeit von Pflegezeit und dem entsprechendem Personalschlüssel. In seinen Ansätzen ist PLAISIR sicher sinnvoll, muß aber dringend mit anderen Inhalten und anderen Gewichtungen versehen werden.

Erforderliche Pflege als Grundlage einer Leistungsbemessung ist ein bislang noch kaum erprobtes Konzept. Zwar existieren unterschiedliche Instrumente, die einzelne Aspekte

von Pflegebedürftigkeit und erforderlichen Leistungen abbilden, diese sind aber noch nicht ausreichend überprüft. Vor allem fehlt eine gesicherte Verknüpfung der einzelnen Instrumente.

Dringende Forschungsarbeiten ergeben sich in folgenden drei Schwerpunkten:

- Grundlage muß Forschung zu Assessmentinstrumenten mit inhaltlichen und methodischen Tests sein.
- Darüber hinaus muß auch untersucht werden, wie genau mit welchen Dimensionen eines Assessments notwendige Pflegezeiten prognostiziert werden können.
- Schließlich sollten endlich Untersuchungen über qualifikatorische Anforderungen in der Altenpflege durchgeführt werden, die die leidige Diskussion um die Fachkraftquote auf inhaltlich fundierte Füße stellt.

Sabine Bartholomeyczik
Professorin für Pflegewissenschaft

Dirk Hunstein
Diplom-Pflegewirt

Fachhochschule Frankfurt
Nibelungenplatz 1
60318 Frankfurt am Main

Anmerkungen

- [1] In Anlehnung an ein Referat bei der KDA-Fachtagung „Erforderlicher Pflegezeit- und Personalbedarf in vollstationären Einrichtungen“ am 20.6.2000.
- [2] Wobei hier nicht die bekannten NANDA-Diagnosen gemeint sind, sondern allgemein das Ergebnis eines diagnostischen Prozesses.

Literatur

Bartholomeyczik, S., Hunstein, D., Koch, V., Zegelin, A. (1999): Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung. Forschungsbericht, im Auftrag des BMG, Typoskript, 21.12.1999

Bartholomeyczik, S. (2000): Pflegediagnosen aus einer Sicht der Pflegewissenschaft. In: Etzel, B.S. (Hrsg.): Pflegediagnosen – Die Internationale Klassifikation Pflegerischer Praxis. Kohlhammer, Stuttgart, 53-70

Brandenburg, H., C. Sowinski (1996): Alltagsaktivitäten – Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Verständnis zwischen Gerontologie und Pflege In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Bd. 29, 387-396.

Cox, R.A. (2000): Standardized Nursing Language in Long-Term Care. Iowa City, Center for Nursing Classification, College of Nursing, University of Iowa.

vom Endt, H.J., Fasse, M., Kirchoff, R.-R., Walter, M. (1999): PERSYS Leistungsgerechte Pflegesätze und Maßstäbe zur Personalbemessung für die stationäre Pflege. Evangelische Heimstiftung e.V. Stuttgart. Typoskript Mai 1999 (Ausgabe Februar 2000).

Fagerström L, Engberg IB (1998): Measuring the unmeasurable: A Caring Science Perspective on Patient Classification. In: Journal of Nursing Management 5:165-172

Fischer, W. (1995): Leistungserfassung und Patientenkategorisierung in der Pflege. Eine Übersicht. Hrsg. Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser. Januar 1995

Fischer, W., Javier, B., M. Mäder (1998): Patientenklassifikation in der Rehabilitation. In: KSK-aktuell, Nr. 4, 4/1998, 60-62. (Pflegeorganisation)

Gordon, M. (1994): Nursing Diagnosis, Process and Application. Mosby, St. Louis u.a. 3rd ed.

Katz, E., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A., Jaffe, M.W. (1963): Studies of illness in the aged. The index of ADL; A standardized measure of biological and psychological function. In: Journal of the American Medical Association, 185: 914-919

MDS: Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen 1997

Mitty, E.L. (1988): Resource Utilization Groups. DRGs move to long-term care. In: Nursing Clinics of North America, 23, 3: 539-557.

Mortensen, R.A. (1998): Pflegediagnosen. Entwicklung und Anwendung. R.v. Decker's, Heidelberg

Seeger, W. (1997): Probleme bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit (SGB XI) – aus medizinischer Sicht. In: MED SACH 93 (1997), Nr. 2.

Zegelin, A., Bartholomeyczik, S., Dielmann, G., Friedrich, D., Oorthuis, A. (2000): Anforderungen und Empfehlungen an eine Erprobung des Verfahrens PLAISIR. Stellungnahme der Pflegewissenschaft, des DBfK, der ÖTV und des DBVA. In: THEMA 154: Pflegezeitbedarf, Personalbemessung und Fachkraftanteil in vollstationären Einrichtungen. KDA, Köln, 79-83