

# POSITIONSPAPIER

2014

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

## Inhalt

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

## Einleitung

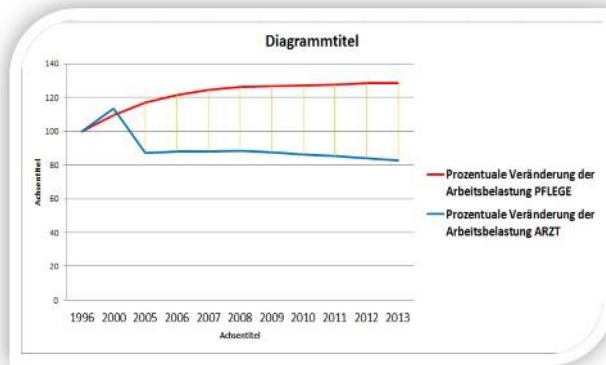
Die Personalbesetzung der Pflege in deutschen Krankenhäusern ist wie bereits mehrfach in der Presse publiziert weiterhin kritisch und das grenzwertig niedrige Niveau der Anzahl an Pflegepersonen führt dazu, dass notwendige Pflegemaßnahmen nicht durchgeführt werden können (Thomas et al., 2014, Isfort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

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

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

# ADÄQUATE PFLEGEPERSONALBESETZUNG

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



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

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

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

## 1.1 Personalmangel in der Pflege

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# ADÄQUATE PFLEGEPERSONALBESETZUNG

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

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

## 1.2 Instrumente zur Personalbemessung – Pflege im DRG-System abbilden

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

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

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

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

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

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

### 1.2.1 ERWEITERUNG DER BEWERTUNGSKRITERIEN

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

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

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

Quelle: Thomas et al. 2014, S. 15

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

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

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

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

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

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

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

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

## 1.2.2 PFLEGEPERSONALREGELUNG (PPR)

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

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

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

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

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



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

## 1.2.3 PPR ALS ZWISCHENSCHRITT ZUR PFLEGEPERSONALBERECHNUNG AUF DEM WEG ZU NRGs

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

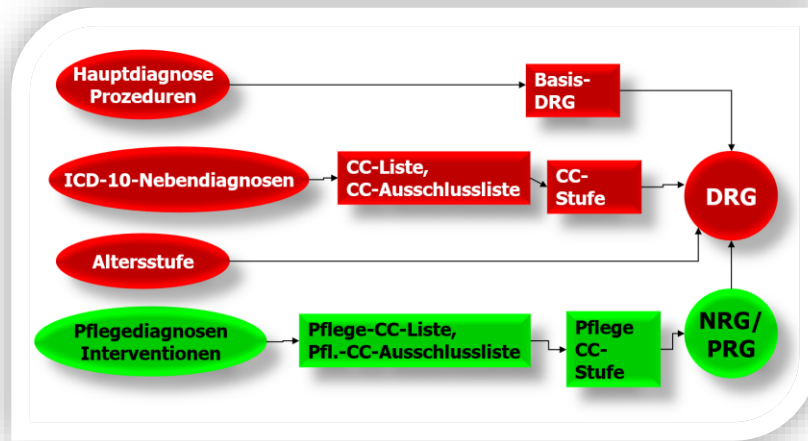
Dieses hätte mehrere Vorteile:

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

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

## 1.2.4 ENTWICKLUNG VON NURSING RELATED GROUPS (NRGs)

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



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

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

## 1.3 Skizze eines möglichen Weges für Deutschland

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

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

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

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

### 1. Kurzfristige Verbesserung der Pflegepersonalstellensituation im Krankenhaus

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

### 2. Vorbereitung zur Entwicklung von NRGs bis 2016

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

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

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

### 3. Entwicklung von NRGs bis 2020

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

### 4. Entwicklung von Outcome-Indikatoren bis 2025

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

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

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

## Kontaktinformationen

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

Alavi Manuela Marien-Hospital

Baumgardt Marion, Krankenhaus Märkisch Oderland GmbH

Beetz Jacqueline, Stabsstelle PKMS Pflegedirektion, Klinikum Garmisch-Partenkirchen

Böcker Kati

Bohle Alwin, Medizincontolling, Dreifaltigkeits-Hospital Lippstadt;

Brasemann Andreas Kath. Krankenhaus Hagen

Burghaus Jana PKMS-Beauftragte Diakonie Klinikum Freudenberg

Dönnewald Birgit, PKMS-Referentin St. Elisabeth Hospital Gütersloh

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

Ferdinand Oliver Hamburg

Franck, Carolin, Projektmanagement

Giebeler Ulrike, PKMS-Beauftragte, Diakoniekrankenhaus Siegen

Hauer Kathrin, Stationsmanagerin, LAKUMED Krankenhaus Vilsbiburg

Hosak Manuel, Asklepios Bildungszentrum für Gesundheitsfachberufe Nordhessen Bad Wildungen

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

Kelling René, Pflegedienstleiter, Ruppiner Kliniken GmbH, Neurupin

Kepp Hans-Jürgen Martinus Hospital

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

Koch Meike, PKMS-Referentin der Firma RECOM

Krug Michael Universitätsklinikum Bonn

Meineke-Wolf Elisabeth, Klinikum Kassel GmbH;

Menze Sonja Kaiserswerther Diakonie

Miller Peter, PDL, Therapiezentrum Burgau

Müller Elke, PKMS-Beauftragte, AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG

Pelchen Lutz, Pflegedirektor, Städt. Klinikum Brandenburg GmbH

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

Riess Gabriele, Pflegedienstleiterin, LAKUMED Krankenhaus Vilsbiburg;

Rosentahl Günter Fa. Polyjoint

Spangenberg, Simone, PKMS-Beauftragte

Stephan Andrea, PKMS-Beauftragte, Stationsleitung Klinikum Passau;

Stockbauer Marianne, Stationsleitung Klinikum Passau

Thumel Peter, Geschäftsführer, Hinz-Organisation GmbH Bindlach

Valentin Tatja, Klinikum Wetzlar

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

Wieteck Pia, wissenschaftliche Leitung RECOM Verlag

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

# ADÄQUATE PFLEGEPERSONALBESETZUNG

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

Direkte Ansprechpartner der Arbeitsgruppe sind:

Hr. Lutz Pelchen [lutz.pelchen@t-online.de](mailto:lutz.pelchen@t-online.de) und  
Fr. Dr. Pia Wieteck [Pia.Wieteck@t-online.de](mailto:Pia.Wieteck@t-online.de)



## Literaturangaben

- AIKEN, L. H., CIMIOTTI, J. P., SLOANE, D. M., SMITH, H. L., FLYNN, L. & NEFF, D. F. 2011. Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Med Care*, 49, 1047-53.
- AIKEN, L. H., SERMEUS, W., VAN DEN HEEDE, K., DOUGLAS, S. M., BUSSE, R., MCKEE, M., BRUYNEEL, L., RAFFERTY, A. M., MORENO-CASBAS, M. T., TISHELMAN, C., SCOTT, A., BRZOSTEK, T., KINNUNEN, J., SCHWENDIMANN, R., HEINEN, M., ZIKOS, D., STROMSEN SJETNE, I., SMITH, H. L. & KUTNEY-LEE, A. 2012. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 counties in Europe and the Unites States. *BMJ*, 344:e1717  
doi:10.1136/bmj.e1717.
- BARTHOLOMEYCZIK, S. 2004. Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit. Kompetenzentwicklung, Operationalisierung und Konsequenzen. *PrInterNet*, 6, 389-395.
- BARTHOLOMEYCZIK, S., HAASENRITTER, J. & WIETECK, P. 2009a. Instrumente zur Abbildung des Pflegeaufwands in der DRG-Systematik. Literaturanalyse. *eingereicht PR-Internet*, 12, 669-687.
- BARTHOLOMEYCZIK, S. & HUNSTEIN, D. 2000. Erforderliche Pflege - zu den Grundlagen einer Personalbemessung. *Pflege & Gesellschaft, Deutscher Verein zur Förderung von Pflegewissenschaft und -forschung e.V.*, 5, 105-109.
- BARTHOLOMEYCZIK, S., HUNSTEIN, D., HAASENRITTER, J. & WIETECK, P. 2007. Adäquate Abbildung des Pflegeaufwandes im G-DRG-System. Forschungsantrag zur Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit. *Im Auftrag des Deutschen Pflegerats e.V. durchgeführt vom Institut für Pflegewissenschaft Universität Witten/Herdecke.*
- BARTHOLOMEYCZIK, S., KASTENHOLZ, H., ISFORT, M. & WIETECK, P. 2009b. Perspektiven der Pflege: Hat sie im DRG-System ihren Platz? *f & w, führen und wirtschaften im Krankenhaus*, 26, 267-268.
- BRAUN, M. & WIETECK, P. (eds.) 2013. *PKMS-Begutachtung, Erkenntnisse aus Prüfungen des OPS 9-20 durch den MDK*, Kassel: Recom GmbH & CoKG.
- DEUTSCHER PFLEGERAT E. V. 2013. DPR Presseinformation, Bundestagswahl ist Pflegewahl, DPR thematisiert Personalkennzahlen für die Pflege im Krankenhaus. Available: [http://www.bv-pflegemanagement.de/meldung/items/220.html?file=files/balk/meldungen/Aktuelles/2013/DPR\\_Presseinformation\\_Bundestagswahl%20ist%20Pflegewahl%20-%20DPR%20thematisiert%20Personalkennzahlen%20fuer%20die%20Pflege%20im%20Krankenhaus\\_130913.pdf](http://www.bv-pflegemanagement.de/meldung/items/220.html?file=files/balk/meldungen/Aktuelles/2013/DPR_Presseinformation_Bundestagswahl%20ist%20Pflegewahl%20-%20DPR%20thematisiert%20Personalkennzahlen%20fuer%20die%20Pflege%20im%20Krankenhaus_130913.pdf).
- EHRENBERG, A., EHNFORNS, M. & THORELL-EKSTRAND, I. 1996. Nursing documentation in patient records: experience of the use of the VIPs model. *Journal of advanced nursing*, 24, 853-67.
- GUNNINGBERG, L., LINDHOLM, C., CARLSSON, M. & SJODEN, P.-O. 2000. The development of pressure ulcers in patients with hip fractures: inadequate nursing documentation is still a problem. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1155-1164.
- HÖHMANN, U. 1999. Pflegediagnosen: Instrumente zur Professionalisierung der Pflege. *Pflege & Gesellschaft*, 4, 8-13.
- ISFORT, M. & WEIDNER, F. 2003. Pflegerelevante Fallgruppen (PRG). *Perspektiven*, 3.
- ISFORT, M., WEIDNER, F. & DIP 2001. Pflegequalität und Pflegeleistungen I. Zwischenbericht zur zweiten Phase des Projektes "Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistung". Freiburg, Köln: Katholischer Krankenhausverband Deutschland e.V., Caritas.
- ISFORT, M., WEIDNER, F. & GEHLEN, D. 2012. Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus. Available: [http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege\\_Thermometer\\_2012.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2012.pdf) [Accessed Januar 2013].
- ISFORT, M., WEIDNER, F., NEUHAUS, A., KRAUS, S., KÖSTER, V.-H. & GEHLEN, D. 2010. Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung.
- KUHLMANN, H. 2003. Pflege im DRG-System - Wie kann pflegerische Leistung erfasst werden? Teil 2: PPR und LEP. *Die Schwester/Der Pfleger*, 42, 760-765.
- MCGILLIS HALL, L., DORAN, D., BAKER, G. R., PINK, G. H., SIDANI, S., O'BRIEN-PALLAS, L. & DONNER, G. J. 2003. Nurse staffing models as predictors of patient outcomes. *Medical care*, 41, 1096-109.
- MCGILLIS HALL, L., DORAN, D. & PINK, G. H. 2004a. Nurse Staffing Models, Nursing Hours, and Patient Safety Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34, 41-5 (24 ref).

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