

Ihre Fragen auf die ich eingehen werde:

Pflegebedarfs-/Personalbemessung

18. Welche Instrumente sind geeignet, um den Pflegebedarf in der Akutversorgung besser ermitteln zu können? Wie können der ermittelte Pflegebedarf und die daraus resultierenden Kosten dann finanziell abgebildet werden?
19. Wie kann die Pflegepersonalstellenentwicklung im Krankenhaus verbessert werden? Wie Kurzfristig und längerfristig?
20. Wie bewerten Sie die Einführung eines NRG/PRG-Systems?
21. Welche Rolle könnte eine gesetzlich vorgegebene Mindestpersonalverordnung spielen?

Curriculum Vitae – beruflicher Werdegang im Überblick

1985	Staatsexamen zur Krankenschwester
1989	Beginn als Lehrer für Pflegeberufe
1995	Leitung einer Krankenpflegeschule
1998	Selbstständigkeit im Bereich <ul style="list-style-type: none">- Vorlesungen an Hochschulen, Seminare- Beratungstätigkeit im Qualitätsmanagement,- Entwicklung von Pflegeklassifikationen, Outcome-Indikatoren, Anforderungen an eine elektronische Patienten-/Bewohnerakte- Entwicklung des OPS 9-20 u. PKMS im Auftrag des DPR,- Begleitung/Durchführung von Forschungsarbeiten<ul style="list-style-type: none">- Leistungsmessung in der Pflege, DRG und Pflege- Outcome-Messung- Autorentätigkeit im Bereich Pflegediagnostik, - klassifikation, Qualitätsmanagement, Personalentwicklung, DRG und Pflege- Mitglied der AG zur Weiterentwicklung des OPS 9-20 und 9-21
2000	Beginn mit dem Studium an der evangelischen Fachhochschule Darmstadt, Pflegewissenschaft
2007	Dissertation an der Universität Witten/Herdecke
2013	Angestellte der Firma RECOM GmbH als Leitung der Abteilung Forschung & Entwicklung

Dr. Pia Wiateck

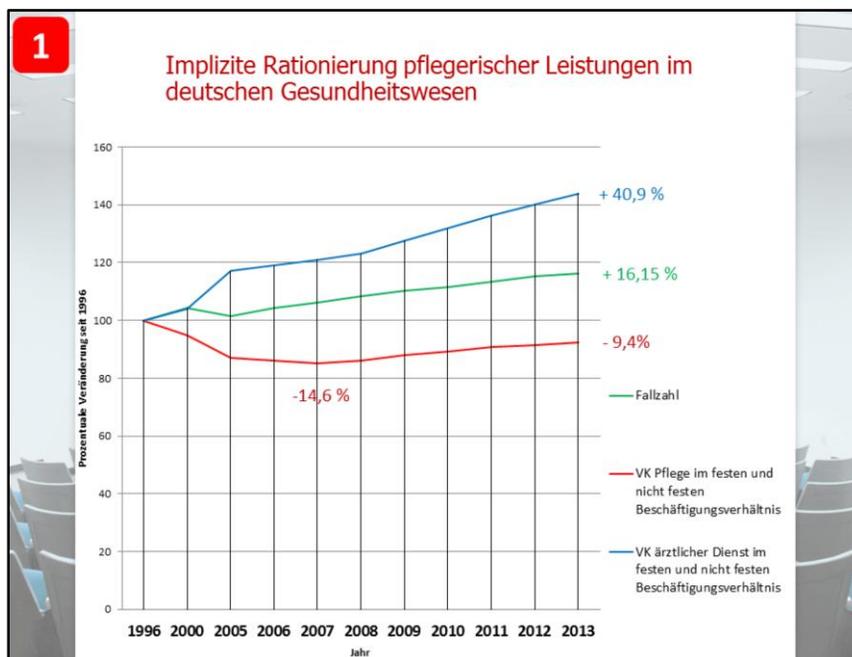
Veröffentlichungen zum Thema DRG und Pflege auch im Kontext der EDV-Anforderungen:

- Wiateck, P.** (2005). Zur Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Kontext der DRG. Ein Diskussionsbeitrag zur optimierten Prozesssteuerung. *Pflege & Gesellschaft*, 10(3), pp. 115-124.
- Wiateck, P.** (2009). Entscheidungsprozesse im Behandlungs-, Pflege- und Versorgungsprozess durch IT positiv unterstützt. Abbildung des Kernprozesses Arzt-Pflege in einer elektronischen Patientenakte (EPA): Notwendigkeit und zu erwartender Nutzen. (Teil 1). *Krankenhaus IT Journal*, 8(2), pp. 68-69.
- Wiateck, P.** (2009). Abbildung des Kernprozesses Arzt-Pflege in einer elektronischen Patientenakte (EPA). Lösungsansätze einer EPA. *Krankenhaus IT Journal*, 8(4/2009), pp. 64-66.
- Wiateck, P.** (2010). Vom Wert der Pflege Perspektiven im DRG-System. *f & w, führen und wirtschaften im Krankenhaus*, 2(27), pp. 144-145.
- Wiateck, P.** (2010). Künftige Anforderungen an die Pflegedokumentation Pflege im G-DRG-System (OPS 9-20). *Krankenhaus IT Journal*, 9(4), pp. 14-15.
- Wiateck, P.** (2007). Die elektronische Gesundheitsakte. Bestimmung der pflegerischen Perspektive in der deutschen Telematikdiskussion. *PrInterNet*, 9(5), pp. 345-351.
- Schröder, L. & Wiateck, P.** (2010). Pflege im DRG-System- Mit PKMS erlösrelevant abrechnen. *Heilberufe*(4).
- Schröder, L. & Wiateck, P.** (2010). OPS 9-20: Mit dem PKMS für mehr Pflege im DRG-System? *Die Schwester / Der Pfleger*, 5(49).
- Bartholomeyczik, S., Kastenholz, H.; Isfort, M.; Wiateck, P.** (2009). Perspektiven der Pflege: Hat sie im DRG-System ihren Platz? *f & w, führen und wirtschaften im Krankenhaus*, 26(3), pp. 267-268.
- Bartholomeyczik, S.; Hunstein, D.; Haasenritter, J.; Wiateck, 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.*
- Schröder, L., & Wiateck, P.** (2010). Pflege im DRG System: Paradigmenwechsel in der Krankenhausfinanzierung. *conZepte*(1), 17-20.
- Wiateck, P., Schmidpeter, I., Benthin, T., & Koch, M.** (Eds.). (2015). *Handbuch 2015 PKMS: Kodierrichtlinien und praktische Anwendungen des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten* (6 ed.). Kassel: RECOM.
- Wiateck, P.** (2009). *Handbuch für PKMS und PPR- A4 Kodierrichtlinien und praktische Anwendung der OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten*. Kassel: Recom.
- Wiateck P., Kraus S.** (2015) "Adäquate Personalbemessung in der Pflege. Ein explorativer Ansatz zu einer bedarfsgerechten Finanzierung von Pflegeleistungen und der Versorgung von Patienten" (RECOM Verlag in Vorbereitung)

- 1** Krankenhausfinanzierung heute und die Auswirkungen dieser auf die Pflegeberufe
- 2** Abbildbarkeit des pflegerischen Leistungsgeschehens - Instrumentenüberblick
- 3** Nursing related groups (NRG) – ein interessanter Ansatz zur Problemlösung?
- 4** NRG - ein mögliches Umsetzungsszenario

Dr. Pia Wieteck

Überblick über den Vortragsverlauf



Pflegepersonalstellenentwicklung:

Die Pflege-Personalstellenentwicklung im Krankenhaus zeigt seit 1997 bis 2007 einen stetigen Rückgang um ca. 12 %. Im gleichen Zeitraum ist das ärztliche Personal im Allgemeinkrankenhaus um denselben Prozentsatz gestiegen (Sachverständigenrat, 2007). Bartholomeyczik (2007) berichtet von 20 % Stellenzuwachs bei den Ärzten und 11 % Stellenabbau bei den Pflegepersonen in dem Zeitraum von 1993 bis 2003 (Bartholomeyczik, 2007). Isfort und Weidner schreiben, dass der wichtigste Indikator für die Personalreduktion die Vollstellenentwicklung ist. Für den Pflegebereich ist hier auf Grundlage der Zahlen des Statistischen Bundesamtes ein Rückgang innerhalb der letzten 10 Jahre von 48.000 Vollzeitstellen (-13,5 %) zu verzeichnen (Isfort und Weidner, 2007a, S. 11 f.). Im Pflege thermometer 2010 wird für den Zeitraum von 1996 bis 2008 von einem Stellenabbau in der Pflege von etwa 50.000 gesprochen, das sei ein Minus von 14,2 % oder jeder siebten Stelle (Isfort et al., 2010). Ein Grund für den Personalabbau im Pflegebereich ist sicher im Aussetzen der PPR (Pflege-Personalregelung) zu sehen (Gerste et al., 2002, S. 24). Die DRG-Einführung hat den Trend der Personalreduktion im Pflegebereich weiter beschleunigt (Sachverständigenrat, 2007). Seit 2007 werden im Pflegebereich wieder Stellen im Krankenhaus aufgebaut. Die nachfolgende Grafik zeigt die Pflegepersonalstellenentwicklung von Vollzeitstellen des Pflegedienstes basierend auf den Daten des Statistischen Bundesamtes.

Quelle:

Wieteck, P., Schmidpeter, I., Benthin, T., & Koch, M. (Eds.). (2015). *Handbuch 2015 PKMS: Kodierrichtlinien und praktische Anwendungen des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten* (6 ed.). Kassel: RECOM.

1



Eine qualitativ gute Pflege liegt im gesellschaftlichen Interesse!
Eine angemessene Personalausstattung ist Voraussetzung für qualitativ gute Pflege und zumutbare Arbeitsbedingungen.

Therapeutische Pflege findet kaum statt!
Viel mehr als „satt und sauber“ ist nicht möglich!
Patientenedukation und Prävention sind Fremdwörter!



Implizite Rationierung!
Täglich entscheide ich darüber, welche Pflegemaßnahme ich bei welchem Patienten unterlasse!

Mehr als „satt und sauber“ ist in deutschen Kliniken kaum mehr möglich. Pflegeleistungen sind „verkümmert“ und konzentrieren sich auf administrative Tätigkeiten und grundpflegerische Versorgung. Vielerorts ist zu beobachten, dass zentrales Pflegefachwissen z. B. zu Themenbereichen der Kontinenzförderung in der Breite der Fachkräfte nicht mehr präsent ist.

Konzepten der Gesundheitsförderung in der Pflege wie Patientenedukation (= Schulung von Patienten in Hinblick auf ihre Erkrankung mittels Information, Beratung und Anleitung) und Prävention zur Vorbeugung von Erkrankungen, Komplikationen kann nicht oder nur begrenzt Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Auch Vorbeugemaßnahmen im Kontext des Hygienemanagements binden Zeitressourcen. Durch Keimverschleppung und Ausbreitung durch unzureichende Händedesinfektion **entstehen Infektionen und ökonomische Verluste** in den Kliniken. Wir haben Belege dafür, dass Händedesinfektion durch Pflegepersonalmangel vernachlässigt wird und dass ein adäquates Hygienemanagement Zeit kostet.

Quellen:

Trierweiler-Hauke, B. (2015). Ein starkes Schwert Wie sich die Personalsituation auf die Hygiene auswirken kann. *KU Gesundheitsmanagement*, 84(4), 44-46.

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 (dip).

Isfort, M., Weidner, F., & Gehlen, D. (2012). Pflege-Thermometer 2012: Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip).

1

Implizite Rationierung pflegerischer Leistungen im deutschen Gesundheitswesen



Befragungsergebnisse einer internationalen Studie (RN4Cast): Im Durchschnitt wurden 4,7 Tätigkeiten von den 13 zur Auswahl gestandenen Pflegeaufgaben rationiert. Damit gehört Deutschland neben Belgien, England und Griechenland zu den Ländern, in denen überdurchschnittlich viele Pflegeleistungen „ungetan“ bleiben (Zander et al., 2014).

Die „implizite Rationierung“ pflegerischer Leistungen im deutschen Gesundheitswesen ist bezüglich des Ausmaßes noch weitgehend unerforscht. Implizites Rationieren bedeutet, dass erforderliche Pflegemaßnahmen aufgrund fehlender (zeitlicher) Ressourcen nicht erbracht werden und die Entscheidungsmacht, wo und was rationiert wird im Ermessensspielraum der behandelnden Einzelperson liegt (Breyer, 2012). Erste nicht unerhebliche Hinweise auf eine „verdeckte Rationierung“ pflegerischer Leistungen im Krankenhaus gab es in der repräsentativen Umfrage des Pflegethermometers im Jahr 2010 (Isfort et al., 2010). In der RN4Cast-Studie zeigte sich, dass im internationalen Durchschnitt der beteiligten Länder 3,6 Pflegetätigkeiten von 13 Tätigkeiten in der letzten Schicht von den befragten Pflegepersonen (n=33.659) vernachlässigt wurden (Ausserhofer et al., 2014). 92% der deutschen examinierten Pflegepersonen (n=1511 aus 49 Kliniken), welche befragt wurden, wählten ebenfalls aus 13 Tätigkeitsbereichen aus, welche in ihrer Schicht nicht erledigt werden konnten, obwohl diese erforderlich gewesen wären. Im Durchschnitt wurden 4,7 Tätigkeiten von den 13 zur Auswahl gestandenen Pflegeaufgaben rationiert. Damit gehört Deutschland neben Belgien, England und Griechenland zu den Ländern, in denen überdurchschnittlich viele Pflegeleistungen „ungetan“ bleiben (Zander et al., 2014).

Quellen und Links zum Thema:

http://www.rbb-online.de/kontraste/ueber_den_tag_hinaus/gesundheit/pflegenotstand-krankenhaeuser.html

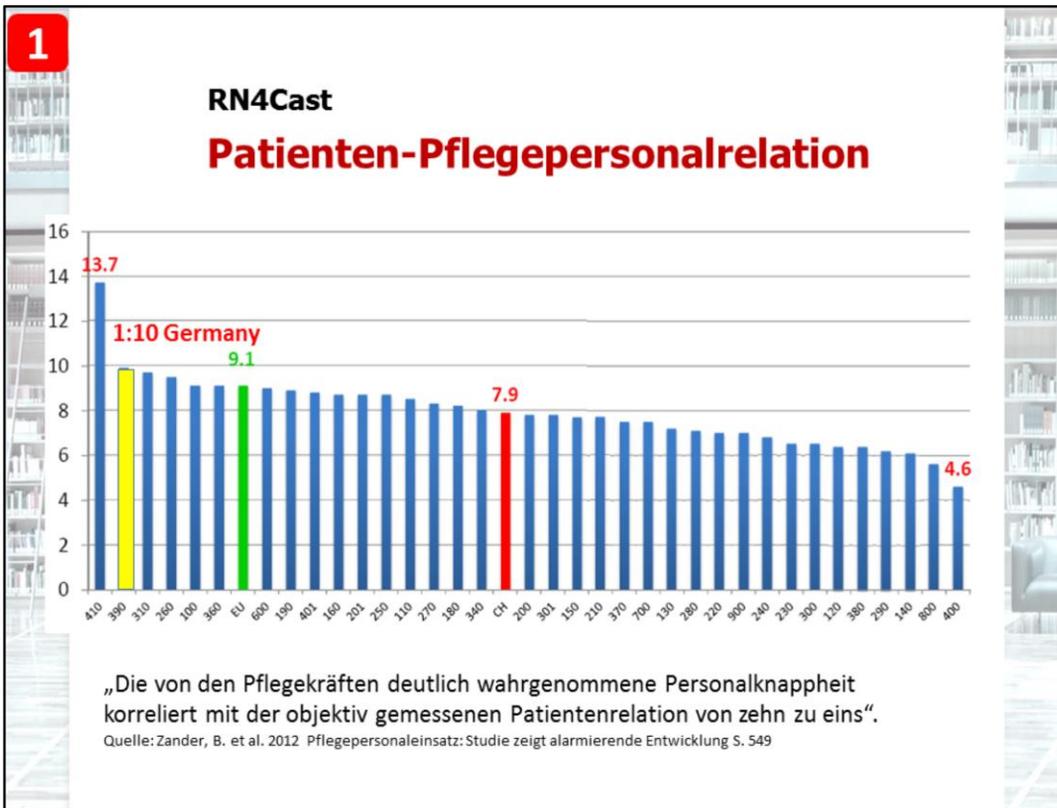
Breyer, F. (2012). Implizite versus explizite Rationierung von Gesundheitsleistungen. *Bundesgesundheitsblatt*, 55(5), pp. 652-659.

Isfort, M. et al. (2010). *Pflegethermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*. Köln. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung.

Ausserhofer, D. et al. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), pp. 126-135. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002318

Zander, B. et al. (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern - Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen*, 76(11), pp. 727-734. doi: 10.1055/s-0033-1364016

Trierweiler-Hauke, B. (2015). Ein starkes Schwert Wie sich die Personalsituation auf die Hygiene auswirken kann. *KU Gesundheitsmanagement*, 84(4), 44-46.



Mehr Informationen zur RN 4 CAST Studie

<http://www.rn4cast.eu/en/index.php>

Researchers from 12 European countries (Belgium, Finland, Germany, Greece, Ireland, Norway, Poland, Spain, Sweden, Switzerland, The Netherlands and England) are collaborating in one of the largest nursing workforce studies ever conducted in the EU. This 3 year study is coordinated by the Catholic University of Leuven (Belgium) in cooperation with the Center for Health Outcomes and Policy Research at the University of Pennsylvania (USA).

The objective of the study is to determine how hospital nurse staffing, skill mix, educational composition, and quality of the nurse work environment impact hospital mortality, failure to rescue, quality of care, and patient satisfaction. The findings from the study will allow researchers to refine existing nurse workforce forecasting models by addressing both volume and quality of nursing staff and patient care.

<http://www.rn4cast.eu/en/pages-abstract>

1

RN4Cast
Patienten-Pflegepersonalrelation

Land	Patienten zu Pflegefachkräfte	Patienten zu Pflegegesamtpersonal*	Anzahl Krankenhäuser
Belgien	10,7 (2,2)	7,9 (1,7)	67
England	8,6 (1,5)	4,8 (0,6)	46
Finnland	8,3 (2,2)	5,3 (0,8)	32
Deutschland	13,0 (2,3)	10,5 (1,6)	49
Griechenland	10,2 (2,8)	6,2 (2,1)	24
Irland	6,9 (1,0)	5,0 (0,8)	30
Niederlande	7,0 (0,8)	5,0 (0,7)	28
Norwegen	5,4 (1,0)	3,3 (0,5)	35
Polen	10,5 (1,9)	6,8 (1,0)	33
Spanien	12,6 (1,9)	6,8 (1,0)	33
Schweden	7,7 (1,1)	4,2 (0,6)	79
Schweiz	7,9 (1,5)	5,0 (1,0)	35
USA	5,3 (1,4)	3,6 (2,0)	617

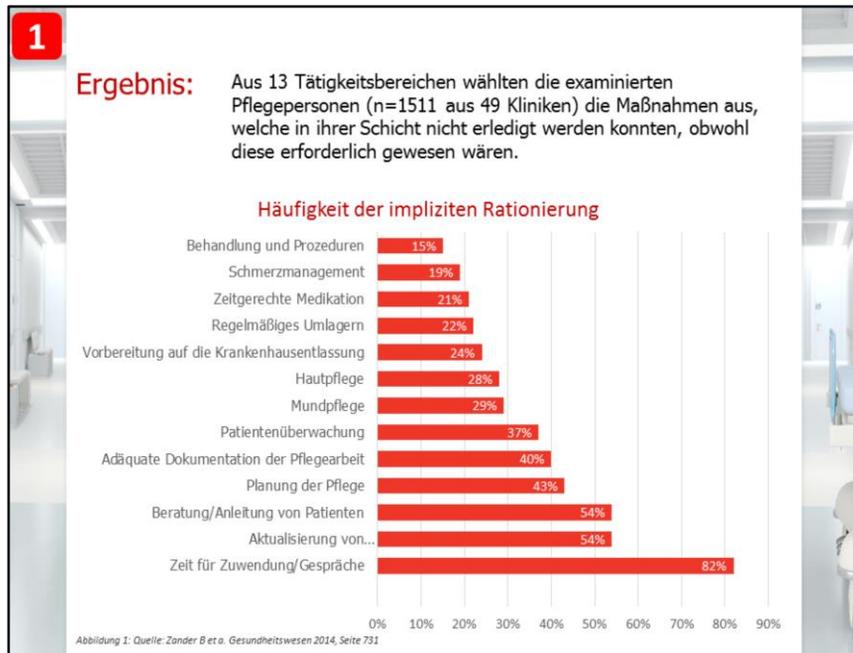
Tabelle 3: Pflegepersonal in 12 europäischen Ländern und den USA. Beiden Daten handelt es sich um Mittelwerte (Standardabweichung), falls nicht explizit anders angegeben. Quelle: Aiken et al. (2012), S.9.

Wie in Tabelle 3 ersichtlich, ist in Deutschland eine Pflegefachkraft allein für die Versorgung von rund 13 Patienten verantwortlich. Im europäischen Vergleich rangiert Deutschland damit auf Platz 1 noch vor Spanien mit 12,6 Patienten pro Pflegefachkraft. Verglichen mit Norwegen, das mit 5,4 Patienten pro Pflegekraft das geringste Patient-Pflegepersonal-Verhältnis aufweist, haben Pflegekräfte hierzulande also rund 7,6 Patienten mehr zu versorgen. Dieses Ergebnis erhält zusätzlich prekäres Gewicht, betrachtet man die damit einhergehenden Auswirkungen auf die Patientensicherheit und die Pflegequalität. Nach den von Aiken et al. (2012) vorgenommenen statistischen Berechnungen steigt für jeden zusätzlich zu versorgenden Patienten pro Pflegekraft die Chance, dass die Pflegequalität und Patientensicherheit als mäßig oder mangelhaft eingeschätzt werden (Adjustierte Odds Ratio: Pflegequalität 1.11,1.07 bis 1.15; Patientensicherheit: 1.10,1.05 bis 1,16). Die von der Forschergruppe ausgesprochene Schlussfolgerung, zur Forderung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit insbesondere in die Verbesserung der Arbeitsumwelt und in den Vorbehalt von qualifiziertem Pflegepersonal zu investieren, ist für Deutschland folglich von besonders hoher Relevanz.

Quellen:

Aiken, L. H. et al. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 counties in Europe and the Unites States. *British Medical Journal*, 344(e1717). doi: 10.1136/bmj.e1717

Aiken, L. H. et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), S. 1824-1830. doi: 10.1016/s0140-6736(13)62631-8



Die Spannweite der Pflegemaßnahmen, welche als unterlassen angegeben wurden, variiert von 82% bei „Patientengespräche und Zeit für Zuwendung“ bis 15% bei „Behandlungen und Prozeduren“ siehe Übersichtsgrafik in der Anlage (Zander et al., 2014). An dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass das tatsächliche Ausmaß der „nichtdurchgeführten“ Tätigkeiten weiter offen bleibt. Denn die MA geben in der Befragung mittels Fragebogen nur an, dass eine bestimmte Tätigkeitsart in der letzten Schicht von ihr nicht durchgeführt werden konnte. Ob diese Tätigkeitsart, wie z.B. Mobilisierungsmaßnahmen, bei mehreren Patienten der Station nicht durchgeführt werden konnte, bleibt bei dieser Fragestellung offen.

Quelle:

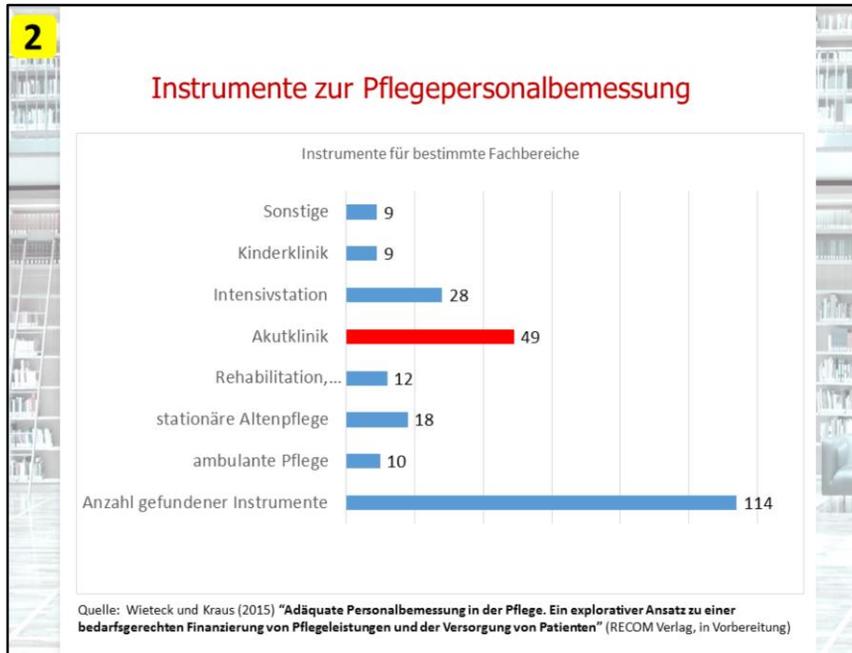
Zander, B. et al. (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern - Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen*, 76(11), pp. 727-734. doi: 10.1055/s-0033-1364016



Die Folgen dieser verdeckten Rationierung für die betroffenen Patienten/Bewohner, sowie die Auswirkungen auf Folgekosten für das Gesundheitssystem durch entstandene Schäden (z. B. Stürze, nosokomiale Infektionen, klinische Zwischenfälle, Dekubitus usw.) sind in Deutschland ebenfalls unbekannt. Die internationale Pflegeforschung ist bei dieser Fragestellung bezogen auf die Auswirkungen der impliziten Rationierung zum Teil bereits etwas weiter. So liegen einige Studien vor, die auf ein Ungleichgewicht zwischen Patientenbedürfnissen und erfüllttem Pflegebedarf mit negativen Auswirkungen auf das Outcome in Folge fehlender pflegerischer Ressourcen und mangelnder Ausbildung hinweisen (Schubert et al., 2012, Aiken et al., 2011, Aiken et al., 2014, McGahan et al., 2012, Ball et al., 2014, Staggs and Dunton, 2014, Patry et al., 2014, Assadian et al., 2007, Rogowski et al., 2013, Isfort, 2008b, Lang et al., 2004). Auch beim Pflegepersonal stehen die Rationierungen von Pflegemaßnahmen mit Burnout, hoher Fluktuationsrate, Unzufriedenheit im Berufsleben und geringe Verweildauer, im Beruf zu verbleiben, in Verbindung (Tschannen et al., 2010, Zander et al., 2014).

Quellen:

- Schubert, M. et al.** (2012). Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(3), pp. 230-238. doi: 10.1093/intqhc/mzs009
- Aiken, L. H. et al.** (2011). The Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments. *Med Care*, 49(12), pp. 1047-1053. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182330b6e
- Aiken, L. H. et al.** (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), pp. 1824-1830. doi: 10.1016/s0140-6736(13)62631-8
- McGahan, M., Kucharski, G., & Coyer, F.** (2012). Nurse staffing levels and the incidence of mortality and morbidity in the adult intensive care unit: a literature review. *Australian Critical Care*, 25(2), pp. 64-77. doi: 10.1016/j.aucc.2012.03.003
- Ball, J. E. et al.** (2014). 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), pp. 116-125. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001767
- Staggs, V. S. & Dunton, N.** (2014). Associations between rates of unassisted inpatient falls and levels of registered and non-registered nurse staffing. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(1), pp. 87-92. doi: 10.1093/intqhc/mzt080
- Patry, C. et al.** (2014). A gap between Need and Reality: Neonatal Nursing Staff Requirements on a German Intensive Care Unit. *Pediatric reports*, 6(1), pp. 5186. doi: 10.4081/pr.2014.5186
- Assadian, O., Toma, C. D., & Rowley, S. D.** (2007). Implications of staffing ratios and workload limitations on healthcare-associated infections and the quality of patient care. *Critical Care Medicine*, 35(1), pp. 296-298. doi: 10.1097/01.ccm.0000251291.65097.8a
- Rogowski, J. A. et al.** (2013). Nurse staffing and NICU infection rates. *JAMA pediatrics*, 167(5), pp. 444-450. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.18
- Isfort, M.** (2008). *Patientenklassifikation und Personalbemessung in der Pflege*. Münster: Monsenstein und Vannerdat.
- Lang, T. A. et al.** (2004). Nurse-patient ratios: a systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34(7-8), pp. 326-337.
- Tschannen, D., Kalisch, B. J., & Lee, K. H.** (2010). Missed nursing care: the impact on intention to leave and turnover. *Canadian Journal of Nursing Research*, 42, pp. 22-39.



International sind 114 unterschiedliche Instrumente zur Pflegepersonalbemessung/Leistungsmessung in der Pflege beschrieben. 21 Instrumente haben einen sektorenübergreifenden Ansatz. Für den Krankenhausbereich existieren 49 Instrumente.

- Die zusammenfassenden Erkenntnisse der bereits über 50 Jahre andauernden Beschäftigung mit Patientenklassifikationssystemen, um eine Personalbemessung auf der Ebene eines transparenten und rationalen Systems durchführen zu können, zeigt, dass **es kein perfektes System gibt**.
- Demzufolge werden die **Budgetverhandlungen über Pflegepersonalstellen immer einen Aushandlungsprozess** mit den Stakeholdern nach sich ziehen.
- Daher sollten künftig verschiedene Daten zu **Bewertung der Arbeitsbelastung, des Personaleinsatzes und der Qualität** genutzt werden, um eine adäquate Entscheidungsfindung im Bereich der benötigten Personalstellen treffen zu können. Dimensionen der Patientensicherheit, der pflegerischen Qualität der Versorgung dürfen in der Diskussion nicht wie bisher unbeachtet bleiben.

Quelle: **Wiateck P. & Kraus S.** (2015) "Adäquate Personalbemessung in der Pflege. Ein explorativer Ansatz zu einer bedarfsgerechten Finanzierung von Pflegeleistungen und der Versorgung von Patienten" (RECOM Verlag, in Vorbereitung)



In einem Fachartikel präsentiert O'Brien-Pallas (1997) ein neues Meta-Paradigma, um pflegerische Leistungen und deren Variabilität bezüglich des pflegerischen Ressourcenverbrauchs zu betrachten. Es gibt Belege dafür, dass die von O'Brien-Pallas beschriebenen Faktoren Einfluss auf die Arbeitsbelastung/den Personalbedarf haben (Spence et al., 2006, Hoi et al., 2010).

Das Meta-Paradigma beinhaltet vier zentrale Schlüsselkonzepte. Diese sind:

Komplexität der Pflegesituation; bezeichnet die Kennzeichen und Umstände des Patienten, die den Bedarf an Pflege bestimmen, beschrieben werden diese in Form von Patientenzuständen und/oder Pflegediagnosen. **Medizinische Umstände;** umfasst die chronischen oder akuten medizinischen Aspekte, sowie deren Schwere, die den Bedarf an Beobachtung/Überwachung und Behandlung durch Pflege definieren.

Kennzeichen der Pflegepersonen; beinhaltet das Alter, die Ausbildung und Fähigkeiten der Pflegeperson und/oder Berufserfahrung der Pflegeperson

Kennzeichen des Umfeldes; beschreibt die Einwirkungen auf die pflegerische Intensität durch kontextuelle Kennzeichen (z. B. Zusammenstellung des Pflegeteams, organisatorische und betriebsinterne Faktoren, Arbeitsorganisation usw.), Arbeitsumfeld und unterstützende Dienstleistungen im Stationsalltag, z. B. Fahrdienste für Untersuchungen, Servicekräfte für das Austeilen von Essen, Materialien usw., Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten.

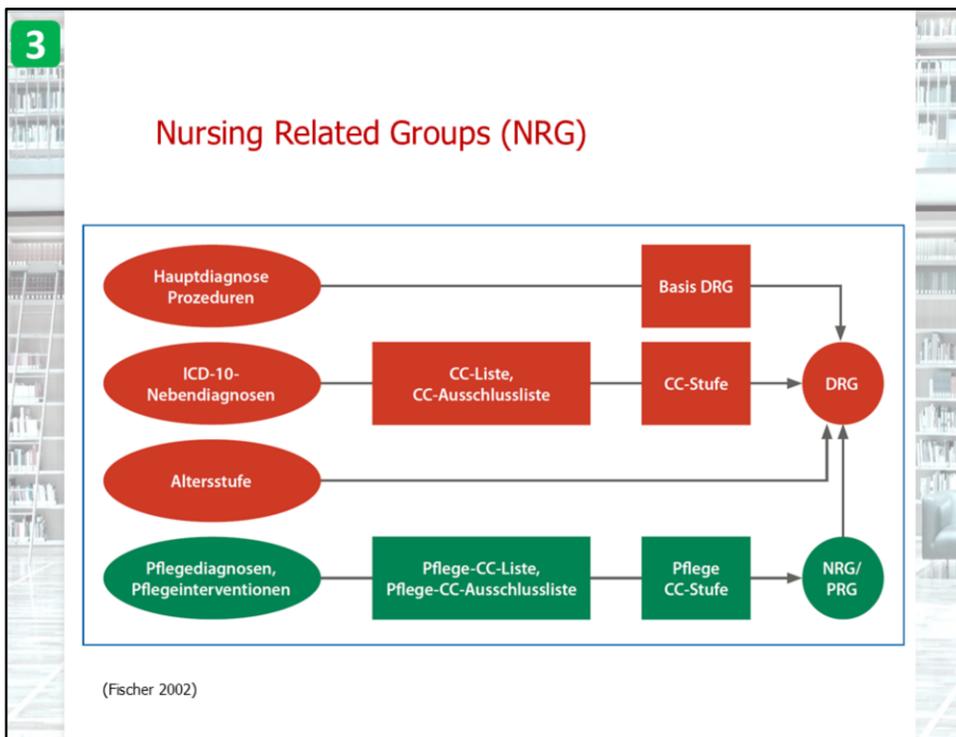
Nachfolgend werden in einem Modell, die in der Literatur erwähnten Einflussfaktoren auf den pflegerischen Ressourcenverbrauch an Pflegezeit dargestellt. Das nachfolgend vorgestellte Modell ist eine Zusammenführung und Ergänzung der Erkenntnisse aus bisherigen Forschungsarbeiten und Veröffentlichungen (Bartholomeyczik et al., 2008, Blay et al., 2012, O'Brien-Pallas et al., 1997).

Quelle: Wiateck & Kraus (2015) "Adäquate Personalbemessung in der Pflege. Ein explorativer Ansatz zu einer bedarfsgerechten Finanzierung von Pflegeleistungen und der Versorgung von Patienten" (RECOM Verlag, in Vorbereitung)

Bei Betrachtung und Analyse des Modells und der dargestellten Einflussfaktoren auf den Pflegepersonalbedarf wird deutlich, wie komplex eine „Personalmindestbesetzungsdiskussion“ ist. Es besteht das Risiko, dass die gewünschten Effekte wie:

- Patientensicherheit
- Förderung der Patientenedukation zur Verbesserung des Outcomes
- Förderung der (pflege-)therapeutischen Aspekte als Gegenpool zu den Fehlanreizen im Finanzierungssystem

bei dem Ansatz „**Personalmindestbesetzung**“ nicht wirksam werden können. Es besteht das hohe Risiko, dass Pflegenden verstärkt für ärztliche Unterstützungstätigkeiten eingesetzt werden, um die „Mehrleistungen“ weiter anzukurbeln. Denn diese bestimmen den ökonomischen Anreiz einer Klinik.



Definition:

Auf der Datenbasis von Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen könnten eigene Kostengewichte des pflegetherapeutischen Leistungsgeschehens entwickelt werden. Die Daten werden aus der täglichen Pflegeprozessdokumentation entnommen. Werden hier Klassifikationen eingesetzt, welche zur Pflegeprozessdokumentation des Falls genutzt werden, ist keine Zusatzdokumentation neben der Dokumentation im Rahmen des Entscheidungsfindungsprozesses der Pflege erforderlich. Ein Pflegeindikator, wie z. B. der OPS 9-20 „hochaufwendige Pflege“, wie dieser 2012 erlösrelevant in das DRG-System aufgenommen wurde, kann einen Beitrag dazu leisten, Pflegepersonalstellen zu sichern. Denn sind die Pflegepersonen sowohl quantitativ, als auch qualitativ nicht vorhanden, um die „hochaufwendige Pflege“ zu erbringen, kann diese nicht erbracht und abgerechnet werden. Es entsteht ein Anreiz für Kliniken, so viel Pflegepersonal vorzuhalten, um entsprechende Leistungen auch erbringen zu können.

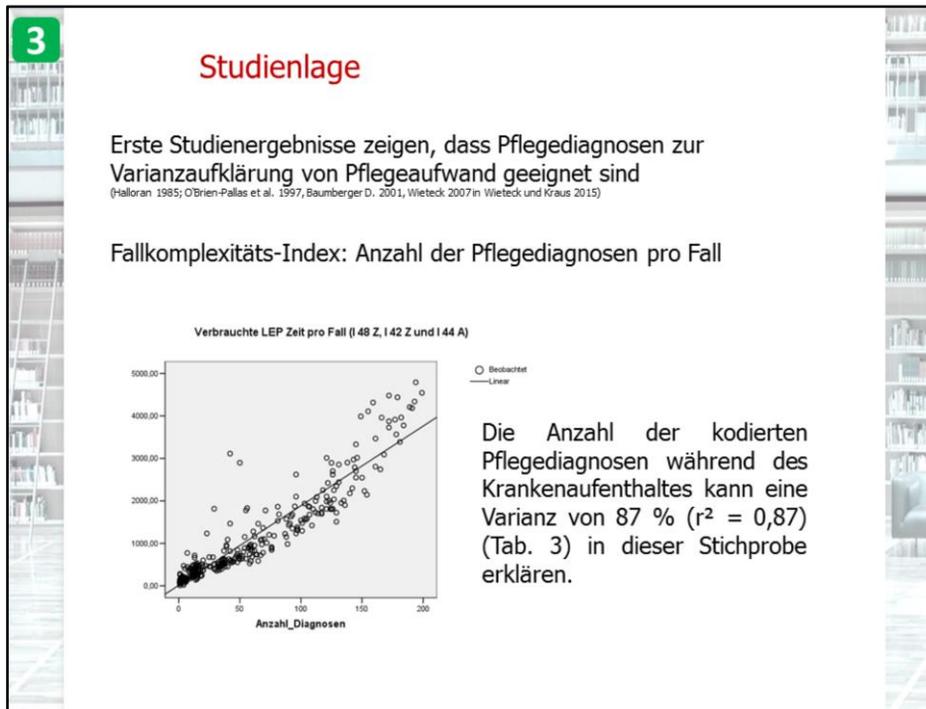
Soll künftig ein deutlich stärkerer Einfluss auf die Erlössituation von Kliniken durch Pflegeleistungen forciert werden, sind weitere Schritte, wie die Entwicklung von NRG zu realisieren. Auch wenn der OPS 9-20 „hochaufwendige Pflege“ im DRG-System in 2013 ca. 242 Millionen Euro gesteuert hat, sind mit Einführung des OPS nur ca. 11.000 Stellen aufgebaut worden.

Zielsetzung sollte sein, künftig eine qualitative, adäquate pflegerische Versorgung und Therapie basierend auf aktuellem Pflegefachwissen realisieren zu können und Fehlanreize im derzeitigen DRG-System entgegenzuwirken. Hier sind Konzepte wie Nursing Related Groups (NRG) oder Patient Related Groups (PRG), basierend auf Pflegediagnosen, ein interessanter Ansatz, den Fischer bereits 2002 publizierte (Fischer, 2002).

Auf der Folie sehen Sie die grobe Idee, wie NRG funktionieren könnten. Analog zum ICD-10 und OPS werden Pflegediagnosen und Interventionen genutzt, um Kostengewichte zu entwickeln. Das Krankenhausbudget würde somit künftig über zwei Kostengewichte bestimmt sein.

Quelle:

Fischer, W. (2002). *Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege - Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag.



Basierend auf den Erkenntnissen einiger Studie kann davon ausgegangen werden, dass Pflegediagnosen und Maßnahmen ein guter Indikator zur Entwicklung von Kostengewichten und zur Varianzaufklärung von Pflegeaufwand sind. Exemplarisch sehen Sie in der Grafik die Ergebnisse einer Forschungsarbeit.

Ergebnisse einer Studie:

Die Studie Wieteck 2007 (siehe Grafik in der PPT) wurde mit Datensätzen einer orthopädischen Fachklinik durchgeführt. Insgesamt wurden 344 Datensätze (kodierte Pflegediagnosen pro Tag, verbrauchte Pflegezeit (LEP[®]) des Klinikaufenthaltes, Alter, DRG) genutzt und dahingehend überprüft, ob die Pflegediagnosen die Varianzen der verbrauchten Pflegezeit erklären können.

Die Varianzen der verbrauchten Pflegezeit innerhalb der drei untersuchten DRG-Fallgruppen sind in der I 44 A und I 48 Z sehr hoch und belegen somit andere Forschungsarbeiten.

Es zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen der verbrauchten Pflegezeit in Minuten und der kodierten Anzahl an Pflegediagnosen. Die Korrelation nach Pearson beträgt bei einer Signifikanz (2-seitig) von 0,000 einen Wert von 0,936. Die Anzahl der kodierten Pflegediagnosen während des Krankenaufenthaltes kann eine Varianz von 87 % erklären ($r^2 = 0,87$).

Wieteck 2007 (ENP (unabhängige Variablen), LEP Nursing 3 (abhängige Variablen) IN: **Kraus, S. und Wieteck, P.** (2015). Adäquate Personalbemessung in der Pflege. Wege zu einer bedarfsgerechten Finanzierung von Leistungen und der Versorgung von Patienten (Arbeitstitel, erscheint im Herbst 2015).

Quellen:

Baumberger, D. (2002). Erklärung des unterschiedlichen Pflegeaufwandes pro DRG: Was Pflegediagnosen leisten können. *Pflegezeitschrift*, 55(7), 493-496.

Baumberger, D. (2001). *Pflegediagnosen als Indikator der Streuung des Pflegeaufwandes in DRGs*. (Abschlussarbeit), Universität Maastricht NL/Arau Ch, Fakultät Gesundheitswissenschaften, Maastricht NL.

Halloran, E. J. (1985). Nursing Workload, Medical Diagnosis Related Groups, and Nursing Diagnoses. *Research in Nursing & Health*, 8(4), 421-433.

O'Brien-Pallas, L., Irvine, D., Peereboom, E., & Murray, M. (1997). Measuring Nursing Workload: Understanding the Variability. *Nursing Economics*, 15(4), 171-182.

3

Voraussetzung für NRG



- Einsatz einer **elektronischen Patienten-/Bewohnerakte**



- **Pflegeprozessdokumentation mit standardisierten Pflegediagnosen und -interventionen**
Vergleichbar mit ICD-10 und OPS

Zwei zentrale Voraussetzungen für die Realisierung dieses Ziels sind von Bedeutung:

1. Die Dokumentation der Pflege findet in einer **elektronischen Patienten-/Bewohnerakte** statt
2. Die **Pflegeprozessdokumentation basiert auf Basis einer standardisierten Terminologie.**

Würde sich das Bundesministerium für Gesundheit dafür entscheiden, diesen Weg vorzugeben, bedeutete dieses einen enormen Schub in der Umsetzung eines papierlosen Krankenhauses. Derzeit ist Deutschland mit ein Schlusslicht, was die eHealth-Umsetzung und -Strategien betrifft.

Status der ePA-Einführung in Europa

...basierend auf dem ePA-Einführungsmodell der HIMSS

Stage	Germany	Italy	Austria	Netherlands	Spain	Turkey	Europe*
Stage 7	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.1%
Stage 6	0.0%	0.7%	0.0%	14.1%	4.7%	2.8%	2.6%
Stage 5		8.9%	33.3%	42.3%	31.8%	9.8%	18.0%
Stage 4		1.6%	2.6%	2.8%	6.2%	23.8%	5.5%
Stage 3	7.7%	3.4%	0.0%	0.0%	1.9%	4.2%	3.6%
Stage 2	33.1%	33.6%	38.5%	39.4%	25.6%	50.3%	32.9%
Stage 1	0.3%	33.1%	2.6%	1.4%	9.5%	0.7%	13.6%
Stage 0	45.3%	18.8%	23.1%	0.0%	19.9%	8.4%	23.5%
N	311	447	39	71	211	143	1,343

Zentrale Herausforderung in Europa

Quelle: Entnommen aus dem Vortrag von Uwe Buddrus, Senior Consultant at HIMSS Europe GmbH 10.2014; HIMSS Analytics Europe Datenbank (07/2014, basierend auf Daten der letzten 24 Monate ungewichtet)

Anhand der Bewertung der HIMSS ist nachzuvollziehen, dass Deutschland im Ländervergleich Schlusslicht bezogen auf die Einführung einer elektronischen Patientenakte ist. Die Bewertungsstufen können auf der nächsten Folie nachgelesen werden.

Quelle:

Uwe Buddrus, Senior Consultant at HIMSS Europe GmbH, 3. Meeting am Mountain 2014 in Berchtesgaden, Vortrag: IT im Krankenhaus - vom Kostentreiber zum Lebensretter, Deutschland im internationalen Vergleich.
<http://www.himssanalytics.eu/emram>

HIMSS-Modell zur Bewertung des Fortschritts in der Einführung von ePAs

European EMR Adoption Model™	
Stufe	Cumulative Capabilities
Stufe 7	Vollständiges EMR, CCD-Transaktionen zur gemeinsamen Datennutzung; Data Warehousing; Berichte über das Resultat der Datenpflege, Qualitätssicherung
Stufe 6	Interaktion der ärztlichen Dokumentation mit vollständigem CDSS (strukturierte Vorlagen bzgl. klinischer Protokolle lösen Varianz- und Konformitätswarnungen aus) und geschlossene Medikationsverwaltung
Stufe 5	Komplette PACS -Lösung ersetzt alle filmbasierten Bilder.
Stufe 4	CPOE zumindest in einem klinischen Service-Bereich bzw. für die Medikation (d. h. e Prescribing); möglicherweise gibt es auf Grundlage klinischer Protokolle Unterstützung bei klinischen Entscheidungen.
Stufe 3	Pflege-/klinische Dokumentation (Fließschema); möglicherweise gibt es Unterstützung bei klinischen Entscheidungen zur Prüfung auf Fehler während der Verordnungseingabe bzw. PACS ist auch außerhalb der Radiologie verfügbar.
Stufe 2	Speicher für klinische Daten (Clinical Data Repository, CDR) / elektronische Patientenakte; möglicherweise gibt es ein kontrolliertes medizinisches Vokabular; Unterstützung bei klinischen Entscheidungen (CDS) zur elementaren Konfliktüberprüfung, Dokumentenspiegelung und Funktionen zum Austausch von Krankheitsdaten (HIE).
Stufe 1	Unterabteilungen wie Labor, Radiologie und Apotheke sind alle installiert ODER die LIS-, RIS-, PHIS-Datenausgabe erfolgt online über externe Service Provider.
Stufe 0	Keine der drei Unterabteilungen (LIS, RIS, PHIS) ist installiert ODER es erfolgt keine Labor-, Radiologie-, Apotheken-Datenausgabe online über externe Service Provider.

Optimale Umgebung für komplette elektronische Patientenakte und integrierte Versorgung

Pflegedokumentation

Quelle: Entnommen aus dem Vortrag von Uwe Buddrus, Senior Consultant at HIMSS Europe GmbH 10.2014

Quelle:

Uwe Buddrus, Senior Consultant at HIMSS Europe GmbH, 3. Meeting am Mountain 2014 in Berchtesgaden, Vortrag: IT im Krankenhaus- vom Kostentreiber zum Lebensretter, Deutschland im internationalen Vergleich.

3 Was spricht für die Entwicklung/Einführung von NRG?

➔ DRG-konformer Lösungsansatz +

Positiver Einfluss:	Durch:
Stärkung der Position der Pflegeberufe bei Personalstellenverhandlungen	Deutliche Erlösrelevanz der Pflegemaßnahmen, stärken die Bedeutung der Pflege
Förderung der Umsetzung einer elektronischen Patientenakte	Grundvoraussetzung für die Entwicklung von NRG
Schaffung der Datengrundlage für nationale, einheitliche Qualitätsindikatoren in der Pflege	Aus der täglichen Pflegeprozessdokumentation können die Qualitätsindikatoren automatisiert ausgeleitet werden
Förderung des Entscheidungsfindungsprozesses der Pflege, entsprechend „best practice“ und/oder – „evidence based nursing“	Die Pflegeklassifikationssysteme bieten das aktuelle Pflegefachwissen zur Entscheidungsfindung an und sind in den Pflegealltag integriert

DRG-konformer Lösungsansatz

Die Kliniken werden bezüglich der Personalentscheidungen nur indirekt über Finanzanreize beeinflusst. Keine Außensteuerung der Pflegepersonalstellen über das BMG. Damit werden die Kliniken in ihrer Personalhoheit nicht beeinflusst.

Stärkung der Position der Pflege bei Personalstellenverhandlungen:

Durch die deutliche Erhöhung des Erlöseinflusses des pflegerischen Leistungsgeschehens in den Kliniken kommt es zu einer Stärkung der Pflegeberufe.

Förderung der eHealth-Strategien

Deutschland ist in Bezug auf die Umsetzung einer elektronischen Patientenakte im Europavergleich ein Schlusslicht. In den meisten Kliniken kommt der Aspekt der Datennutzung für Risikomanagement, Prozesssteuerung noch nicht zum Tragen, der Entscheidungsfindungsprozess ist noch nicht optimal unterstützt. Die Realisierung von NRG erfordert eine flächendeckende IT-Strategie zur Pflegedokumentation auf Basis von Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen basierend auf Pflegeklassifikationen.

Schaffung der Datengrundlage für nationale, einheitliche Qualitätsindikatoren in der Pflege

Erst in Verbindung mit Qualitätsindikatoren, wie diese zum Beispiel international genutzt werden, ist es möglich, überhaupt eine adäquate Pflegepersonalbesetzung zu beurteilen.

Förderung des Entscheidungsfindungsprozesses der Pflege, entsprechend „best practice“ und/oder „evidence based nursing“

Durch das Arbeiten mit Pflegediagnosen werden Prozesse wie critical thinking angestoßen und eine höhere fachliche Kompetenz der Mitarbeiter gefördert. Der eigene Entscheidungs- und Gestaltungsbereich der Pflege tritt in den Vordergrund - zentrale Aspekte der Mitarbeitermotivation.

Förderung der **Professionalisierung der Pflegeberufe** durch die Einführung von Pflegediagnosen (Hömann 1999)

Quelle: Hömann, U. (1999). Pflegediagnosen: Instrumente zur Professionalisierung der Pflege. *Pflege & Gesellschaft*, 4(1), 8-13.

3

Was spricht für die Entwicklung/Einführung von NRG?

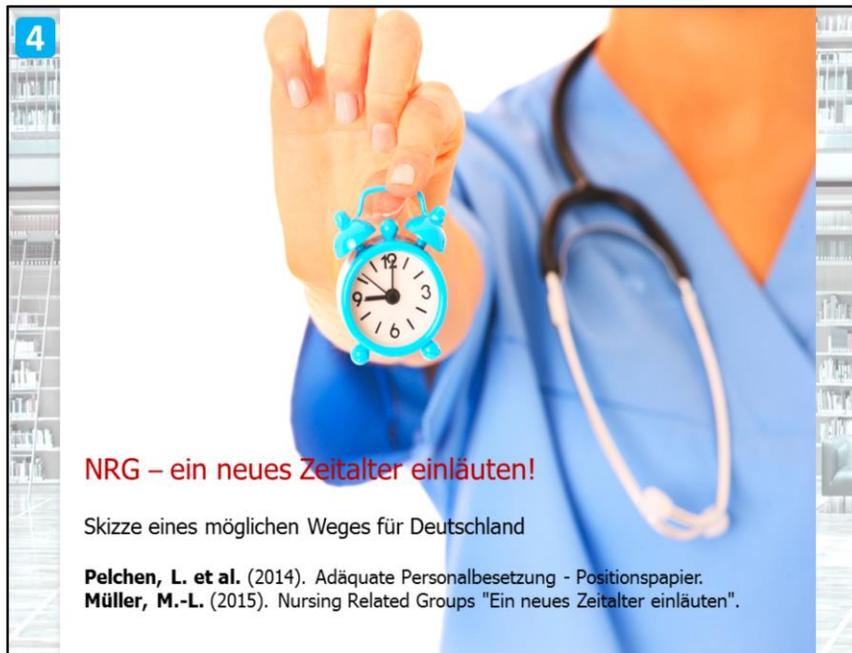
„Eigenständige Pflegefallgruppen, die nicht nur die „hochaufwändige“ Pflege, sondern auch die Pflegeleistung in der Breite adäquat entlohnen, könnten zu einem Konkurrenz- bzw. Kombinations-Vergütungssystem zur medizinischen Versorgung werden, das weitere Effizienzreserven in der Krankenhausversorgung 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.“

(Zitat von: 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 entstehen würden.

Quelle:

Thomas, D. et al. (2014). *Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland* IBES Diskussionsbeitrag (No. 204). University of Duisburg-Essen, Institute of Business and Economic Studie (IBES).



Weitere Informationen und Ausführungen können Sie den beiden Quellen entnehmen.

Quellen:

Pelchen, L. et al. (2014). Adäquate Personalbesetzung - Positionspapier. Retrieved from http://www.ispg-fachtag.de/tl_files/download/ISPG-2015_Wiateck-Pia_AGKAMED-Positionspapier-Pflege-und-DRG.pdf (Accessed: 02.03.2015).

Müller, M.-L. (2015). Nursing Related Groups "Ein neues Zeitalter einläuten". *Station24*. Retrieved from <https://www.station24.de/web/guest/krankenhaus/-/content/detail/10618257> (Accessed: 02.03.2015).

Isfort, M., & Weidner, F. (2003). Pflerelevante Fallgruppen (PRG). *Perspektiven - Informationen des dip(2)*, 1-3.

Fischer, W. (2002). *Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege - Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag.

Wiateck P. & Kraus S. (2015) "Adäquate Personalbemessung in der Pflege. Ein explorativer Ansatz zu einer bedarfsgerechten Finanzierung von Pflegeleistungen und der Versorgung von Patienten" (RECOM Verlag in Vorbereitung)

4

Stufenmodell zur Umsetzung von Nursing Related Groups

- 1. Kurzfristige Verbesserung der Pflegepersonalstellensituation**
 - Zweckbindung des vom InEK in den DRG-Fallgruppen ausgewiesenen Budgets für die Pflegepersonalstellen (STEP 1- NRG auf Basis der InEK-Kalkulationsdaten)
 - Zweckbindung OPS 9-20 und Aufnahme des OPS 9-21
 - Anhebung der Patienten-Pflegepersonalrelation auf einen „europäischen Durchschnittswert“ – Nachweispflicht der Kliniken durchschnittliche Patienten-/Pflegepersonalrelation
- 2. Vorbereitung zur Verfeinerung von NRG bis 2017**
 - Verpflichtende Nutzung von Pflegeklassifikationen mit Pflegediagnosen/Patientenzuständen und Interventionen, welche mit normativen Zeitwerten hinterlegt sind und über ein Mapping zur PPR verfügen.
 - Automatisierte Pflegepersonalstellenberechnung über das Mapping der eingesetzten Interventionsklassifikation mit der PPR, welche über die Regeldokumentation automatisiert ausgelöst wird.
 - Automatisierte PKMS-Ausleitung aus der Regeldokumentation

Phase eins ist konzentriert auf Maßnahmen zur schnellen Verbesserung der angespannten Personalsituation und Reduktion der derzeitigen Risiken für die Patientenversorgung. Hierzu gehören die von Verid geforderte Zuweisung der Mittel an die Pflegeberufe, welche in der Kostenkalkulation als Pflegepersonalkosten ausgewiesen werden. Die ausgewiesenen Pflegepersonalkosten werden direkt in NRGs zu jeder Fallgruppe überführt und zunächst als Vorgabe im Sinne einer Zweckbindung vorgegeben.

Die Phase zwei dient dazu, die Datenqualität zu verbessern, darüber hinaus lägen vergleichbare Daten über die Pflegepersonalsituation anhand von PPR zu Verfügung. Die Einrichtungen würden von der PKMS-Dokumentation entlastet. Durch den Einsatz von standardisierter Terminologie sowohl in der Pflege in Form von Pflegediagnosen und Interventionen.

Quelle: wurde mittlerweile modifiziert.

Pelchen, L. et al. (2014). Adäquate Personalbesetzung - Positionspapier. Retrieved from http://www.ispg-fachtag.de/tl_files/download/ISPG-2015_Wiateck-Pia_AGKAMED-Positionspapier-Pflege-und-DRG.pdf (Accessed: 02.03.2015).

4 R60A: Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie											Zurücksetzen				
17 MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen											Anz. DRGs: 51	N: 36.894			
Fallzahl Normallieger	164	Verweildauer		PCCL		Geschlecht		Alter							
v. MDC:	0,44%	Kurzlieger	0,00%	0	0,00%	Männlich	50,00%	< 28 Tage	0,00%	30 - 39 Jahre	7,32%				
v. gesamt:	0,01%	Normallieger	78,85%	1	0,00%	Weiblich	50,00%	28 T. - < 1 Jahr	0,00%	40 - 49 Jahre	17,68%				
Bewertungsrelation	10,413	Langlieger	21,15%	2	0,00%	Unbestimmt	0,00%	1 - 2 Jahre	1,83%	50 - 54 Jahre	9,76%				
		1. Tag mit Abschlag	16	3	1,22%	Falkosten		3 - 5 Jahre	3,05%	55 - 59 Jahre	10,98%				
		1. Tag zus. Entgelt	68	4	98,78%	Arith. MW	27.606,68	6 - 9 Jahre	0,00%	60 - 64 Jahre	14,02%				
		Mittl. arithm. VWD	49,9			Std. Abw.	8.801,64	10 - 15 Jahre	2,44%	65 - 74 Jahre	18,29%				
		Standardabw. VWD	11,4					16 - 17 Jahre	0,61%	75 - 79 Jahre	3,05%				
								18 - 29 Jahre	9,15%	80 Jahre u. älter	1,83%				
Hauptdiagnosen												Nebendiagnosen	Prozeduren	Kosten	Recherche
Kostenbereich	Personalkosten:			Sachkosten:				Pers. - u. Sachkosten:		Summe					
	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	med./tech. Dienst	Arzneimittel		Implantate / Transplant.	Übriger med. Bedarf		med. Infrastruktur		nicht med. Infrastruktur				
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	7	8					
01. Normalstation	2.509,9	4.689,2	407,0	1.485,2	1.378,7	0,0	654,9	393,8	1.330,4	3.812,4	16.661,6				
02. Intensivstation	392,4	928,6	46,2	300,9	225,0	0,1	126,2	53,1	190,0	561,6	2.824,0				
04. OP-Bereich	35,9	0,0	35,0	1,8	0,0	10,9	26,1	6,5	15,3	31,0	162,5				
05. Anästhesie	30,0	0,0	22,8	2,8	0,2	0,0	7,5	0,0	4,8	9,3	77,3				
07. Kardiologische Diagnostik / Ther	6,9	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,5	3,2	12,2				
08. Endoskopische Diagnostik / Ther	9,9	0,0	12,0	0,6	0,1	0,2	5,8	0,2	5,8	8,9	43,4				
09. Radiologie	123,5	0,0	149,4	3,0	0,6	0,0	28,7	12,1	70,6	107,9	495,8				
10. Laboratorien	507,9	0,0	1.663,9	35,4	1.127,5	0,0	1.775,2	428,6	283,7	860,0	6.682,0				
11. Übrige diagnostische und therape	146,4	2,1	292,0	5,1	0,0	0,4	31,6	13,5	39,6	117,1	647,9				
Summe:	3.762,7	5.619,9	2.629,3	1.834,9	2.732,1	11,7	2.656,2	907,7	1.940,7	5.511,5	27.606,7				

Beispiel InEK Kalkulation einer DRG.

4

Stufenmodell zur Entwicklung von Nursing Related Groups

3. Verfeinerung von STEP II-NRG und Überführung in T-PRGs bis 2020

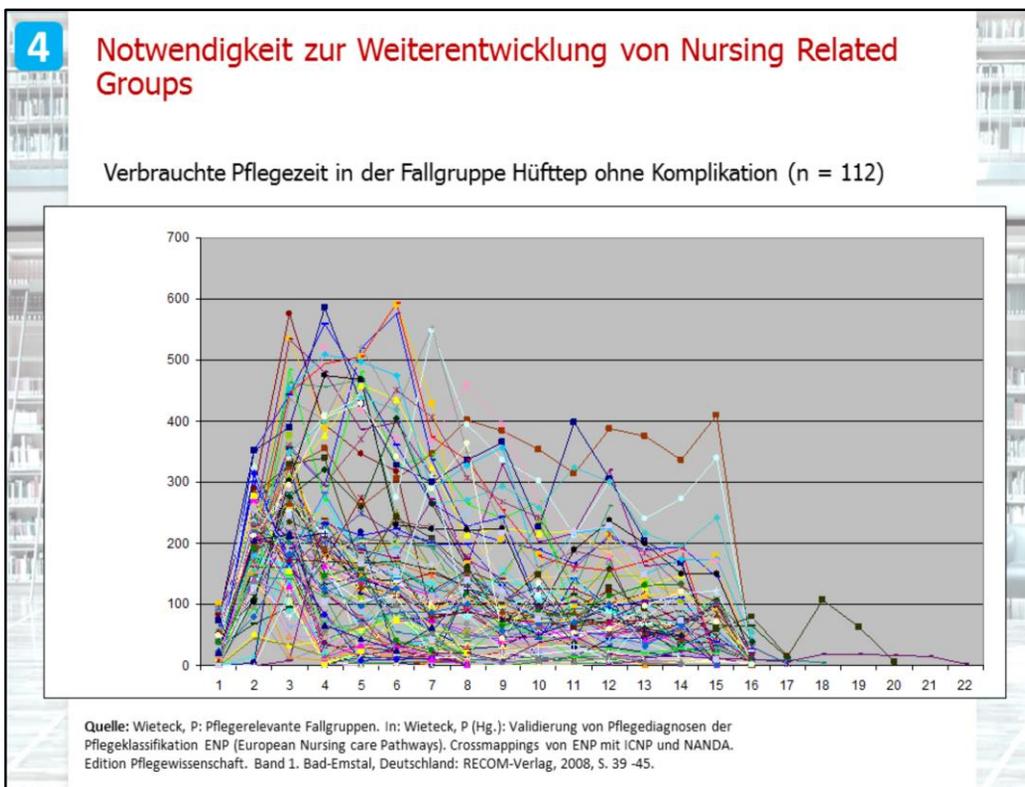
- Nutzung der Daten aus der Regeldokumentation mit dem Pflegeklassifikationssystem zur Verfeinerung der NRGs durch das InEK
- Integration der anderen therapeutischen Leistungen und Überführung dieser in T-PRGs (Therapeutic Patient related groups)
- Abbau der Regulierung der Personalstellen von außen

4. Entwicklung von Outcome-Indikatoren bis 2020

- Aus der Regeldokumentation kann für die Krankenhausberichterstattung ein Indikatorenset zur Beurteilung der Pflegequalität entwickelt werden.
- Verpflichtung der Kliniken, die entwickelten Qualitätsindikatoren in der Krankenhausberichterstattung zu veröffentlichen.
- Einrichtungen mit schlechten Qualitätsergebnissen könnten einen Abschlag in der Finanzierung bekommen.

Quelle:

Pelchen, L. et al. (2014). Adäquate Personalbesetzung - Positionspapier. Retrieved from http://www.ispg-fachtag.de/tl_files/download/ISPG-2015_Wieteck-Pia_AGKAMED-Positionspapier-Pflege-und-DRG.pdf (Accessed: 02.03.2015).

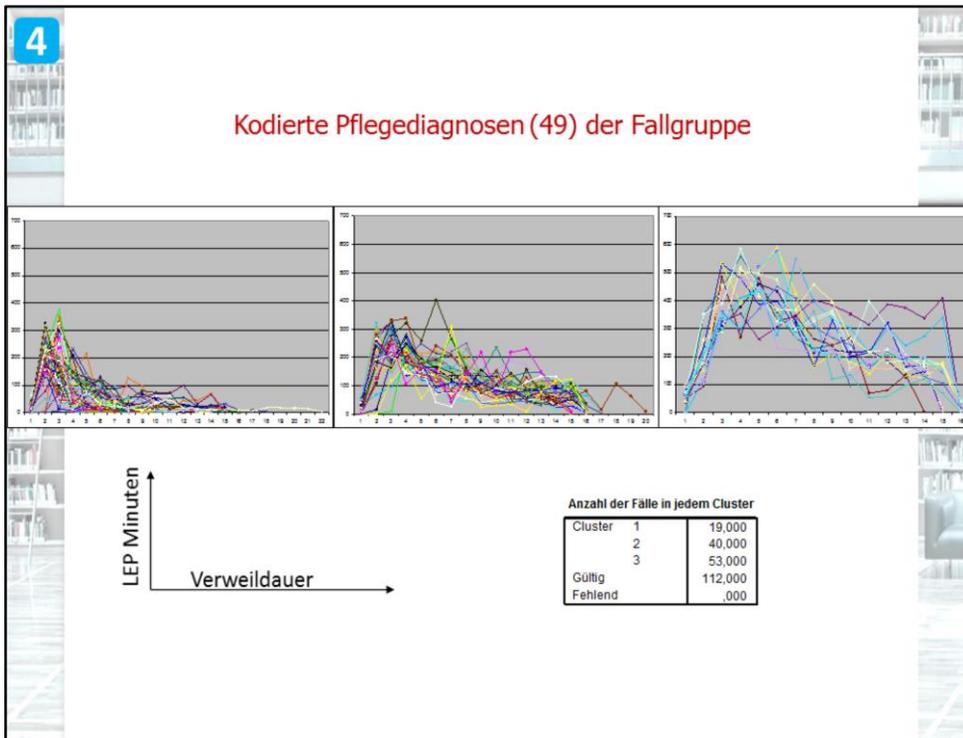


Die Grafik zeigt, dass die verbrauchte Pflegezeit innerhalb einer DRG-Fallgruppe (n=112) sehr hoch ist. Diese Ergebnisse waren zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits durch andere Studien belegt. Aktuelle Forschungen im Kontext der DRG-Entwicklung in der Schweiz belegen dieses Phänomen weiterhin vielfach. Eine Linie stellt die verbrauchte Pflegezeit eines Falles an den verschiedenen Aufenthaltstagen dar.

..... In einer weiteren Analyse der Daten wurden die DRG-Fallgruppen mit Hilfe einer Clusteranalyse der pro Fall codierten Pflegediagnosen weiter untersucht. Zur vorherigen Bestimmung einer möglichen Clusteranzahl in den untersuchten Fallgruppen wurde ein Screeplot erstellt. Dieser stellt in grafischer Form den Eigenwertverlauf einer Faktorenanalyse dar. Der Eigenwert ist der geklärte Teil der Gesamtvarianz, der durch einen Faktor erklärt wird. Die Auswertung der Screeplot zeigt, dass sich in der DRG die Varianzen im wesentlichen durch drei Faktoren klären lassen. Darauf hin wurde mit jeder Fallgruppe eine hierarchische Clusteranalyse mit drei Cluster durchgeführt. Siehe nächste Folie.....

Quelle:

Wieteck, P: Pflegerelevante Fallgruppen. In: Wieteck, P (Hg.): Validierung von Pflegediagnosen der Pflegeklassifikation ENP (European Nursing care Pathways). Crossmappings von ENP mit ICNP und NANDA. Edition Pflegewissenschaft. Band 1. Bad-Emstal, Deutschland: RECOM-Verlag, 2008, S. 39 -45.



Grafische Darstellung der Ergebnisse der Clusteranalyse

