KDA
G m b H
BERATUNGS- UND
FORSCHUNGSGESELLSCHAFT
FÜR ALTENHILFE MBH

Analyse und Transfer des Verfahrens PLAISIR©

Vorbereitung und Dokumentation der Überprüfungsprozesse des Verfahrens PLAISIR© zur Anwendung auf Landesebene

KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH
im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
mit Unterstützung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz Schleswig-Holstein

Köln 2003

KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH
Projektleitung: Rolf Gennrich
Projektbearbeitung: Henry Kieschnick, Nicole Mehr, Uta Dongowski, Herbert Bockolt, Silvia Vigitoris, Änne Türke, Stefan Mehr
Tel.: 02 21/93 18 47-0
Fax: 02 21/93 18 47-6
E-Mail: socialmanagement@kda.de
Internet: www.kda.de

Inhaltsverzeichnis

ANLAGENVERZEICHNIS 6

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN UND TABELLEN 8

ABKÜRZUNGEN UND HÄUFIG VERWENDETE BEGRIFFE 10

ZUR EINFÜHRUNG 11

1 EINLEITUNG 13
- 1.1 Kurzbeschreibung des Verfahrens PLAISIR© 16
- 1.2 Struktur und Zeitplan des Gesamtprojektes 22
- 1.3 Schaffung der personellen Voraussetzungen für das Gesamtprojekt 25
- 1.4 Technische Anforderungen 27

2 ANALYSE UND TRANSFER DES VERFAHRENS 29
- 2.1 Beschreibung der Bearbeitungsschritte und der abgeleiteten Fragestellungen 29
- 2.2 Qualifizierungsmaßnahmen für die EvaluiererInnen 35
  - 2.2.1 Gruppenschulung 36
  - 2.2.2 Einzelschulungen 41
  - 2.2.3 Abschluss der Schulungsphase 43
- 2.3 Datenbearbeitung 44
  - 2.3.1 Eingang und Prüfung der Unterlagen im KDA 44
  - 2.3.2 Codieren der Diagnosen nach ICD 9 45
  - 2.3.3 Dateneingabe 45
- 2.4 Erstes Desk-Review 48
  - 2.4.1 Vorbereitung 48
  - 2.4.2 Bearbeitung des IMPFRANs 48
  - 2.4.3 Telefonat mit der Einrichtung – Die Kohärenzprüfung 51
  - 2.4.4 Korrektur im Rahmen des Desk-Reviews 52
  - 2.4.5 Desk-Review mit „Vergleich“ bei Einrichtungen mit erneuter Evaluation 52
  - 2.4.6 Korrektur der IMPFRANs 54
  - 2.4.7 Abschließende Arbeitsschritte 54
  - 2.4.8 Zusätzliche Schritte der Dateneingabe bei Zweitevaluationen 54
  - 2.4.9 Aufgetretene Probleme und deren Bewältigung 55
- 2.5 Zweites Desk-Review 56
- 2.6 Ergebnisversand und Informationsveranstaltung zur Interpretation der Ergebnisse 57

3 ANWENDUNG DES VERFAHRENS AUF LANDESEBENE 60
3.1 Ziele und Schwerpunkte der Projekte auf Landesebene 61
3.2 Erfahrungen und Ergebnisse der Bremer Heimstiftung 63
3.2.1 Zentrale Ergebnisse der vergleichenden Untersuchungen 2001 und 2002 64
3.2.2 Qualitätsüberprüfung und -entwicklung im Rahmen der Evaluation 66
3.2.3 Prozesssteuerung auf Basis der PLAISIR©-Ergebnisse 67
3.3 Ergebnisse der modellhaften Anwendung des Verfahrens PLAISIR© im Kreis Segeberg 68
3.3.1 Allgemeine Angaben zum Kreis Segeberg 70
3.3.2 Qualifizierung im Verbund 72
3.3.3 Beteiligung externer Einrichtungen 72
3.3.4 Strukturdaten zum Qualifizierungsprozess 73
3.3.5 Einzelschulungen 75
3.3.6 Ergebnisse der Erhebungsphase 78
3.3.7 Ergänzende Auswertungen und Würdigung der Ergebnisse der Erprobung im Kreis Segeberg 81
3.3.8 Analyse der Profil- und Leistungsdaten und erste Soll-Ist-Vergleiche 87
3.4 Kalkulatorische Personalausstattung nach Personalschlüssel 89
3.5 Vergleich der erforderlichen und der auf Grund der Pflegesatzvereinbarungen geschätzten Personalmenge 94
3.6 Ergebnisse der Zusatzerhebung zu den Häufigkeiten der Leistungsarten und ihrer Zeitwerte 100
3.7 Schwerpunkte und Arbeitsergebnisse des Beirates und der Expertengruppen Schleswig-Holstein 106
3.7.1 Arbeitsergebnisse der Expertengruppen zur „Leistungszuordnung“ 107
3.7.2 Ergebnisse der Expertengruppen zu den „Produktionsfaktoren“ 111
3.7.3 Empfehlungen des Beirats zur Überarbeitung und Anpassung der hinterlegten Leistungen und Frequenzen der so genannten „Hauptpflegeaktionen“ 117
3.7.4 Vorschläge für die Anpassung der Leistungsbeschreibungen der 32 „Hauptpflegeaktionen“ 119
3.7.5 Modellrechnungen zu den Auswirkungen der veränderten Richtlinien und Standards 131
3.8 Empfehlungen des KDA für ein Modell zur Personalbedarfsermittlung in Schleswig-Holstein 135

3.8.1 Diskussionsverlauf und Ergebnisse des Projektbeirats aus Sicht des KDA 135
3.8.2 Eckpunkte und Leitlinien des „Kieler Modells“ 140
3.9 Beschlussvorschlag des Projektbeirats PLAISIR© für den Landespflegeausschuss (Entwurf vom 17. Juli 2002) 141
3.10 Empfehlung des Landespflegeausschusses Schleswig-Holstein zur Einführung des Verfahrens PLAISIR© 144

4 DER BEIRAT AUF BUNDESEBENE UND STAND DER DISKUSSION 148

5 WÜRDIGUNG DER EINZELERGEBNISSE 152
5.1 Praxistauglichkeit und Übertragbarkeit des Verfahrens PLAISIR© 153
5.1.1 Technische Übertragbarkeit 153
5.1.2 Inhaltliche Praxistauglichkeit des Verfahrens PLAISIR© 154
5.1.3 Überarbeitung von FRAN und Handbuch 155
5.2 Überlegungen zur Fachkraftquote 156
5.3 Übergreifende Ergebnisse der Erprobungen 157
5.3.1 Ergebnisse der Modellrechnungen Schleswig-Holstein 159
5.3.2 Anpassung des Verfahrens PLAISIR© an die deutsche Praxis 162
5.4 Exemplarische Umsetzung auf Landesebene – Das „Kieler Modell“ 163

6 ZUSAMMENFASSUNG 167

Anlagenverzeichnis

Anlage 1: Programm zur Informationsveranstaltung „Projektbeginn“
Anlage 2: Merkblatt zur Gruppenschulung
Anlage 3: Programm zur Informationsveranstaltung „Ergebnisinterpretation“
Anlage 4: Programm Gruppenschulung – bisherige Version
Anlage 5: Terminologie PLAISIR©
Anlage 6: Skript: „Ziel der Evaluation PLAISIR©“
Anlage 7: Zusätzliche Formulare zu Strukturdaten – bisherige Version
Anlage 8: Zusätzliche Formulare zu Strukturdaten – überarbeitete Version
Anlage 9: Skript „Was benötigt man zum Ausfüllen der FRANs?“
Anlage 10: Zusätzliche Skripte zum Thema „Bio-psycho-soziales Profil“
Anlage 11: Zusätzliche Skripte zum Thema „Pflegeaktionen“
Anlage 12: Skripte: „Nachbetreuung der Evaluiererinnen und Evaluierer“ und „Nicht vergessen“
Anlage 13: Programm Gruppenschulung – überarbeitete Version
Anlage 14: Formular „Nachschulung PLAISIR©“
Anlage 15: Fragebogen zur Befragung der Evaluiererinnen und Evaluierer
Anlage 16: Zertifikat – Muster (Copyright, daher nicht online verfügbar)
Anlage 17: Bewohnerregister – Originalversion
Anlage 18: Bewohnerregister – Version nach Korrektur
Anlage 19: IMPFRAN (nach erstem Desk-Review)
Anlage 20: IMPFRAN (nach zweitem Desk-Review)
Anlage 21: IMPFRAN (vergleichende Evaluation)
Anlage 22: Instrumente und Verfahrensschritte (schematische Darstellung)
Anlage 23: Vorschlag bezüglich einer neuen PLAISIR©-Pflegeaktion für den Bereich der Gerontopsychiatrie
Anlage 24: Versuch der Zuordnung von typischen Pflegeleistungen für psychisch kranke Menschen im Alter laut Studie IPW/FFG zu PLAISIR©-Leistungen
Anlage 25: AUDIT Bremen – Gesamtvereinigung 2001
Anlage 26: AUDIT Bremen – Gesamtvereinigung 2002
Anlage 27: Beispiel eines GUSTAVs
Anlage 28: Statutarische OUTPUTs und OUTPUTs Programmvergleich Kreis Segeberg
Anlage 29: Beschreibung „PLAISIR© 93“
Anlage 30: PLAISIR©-Handbuch 93 (Copyright, daher nicht online verfügbar)
Anlage 31: PLAISIR©-Handbuch zur Software (Copyright, daher nicht online verfügbar)
Anlage 32: Formulare zur Erhebung des Bewohnerprofils und der erforderlichen Leistungen (FRAN) (Copyright, daher nicht online verfügbar)
Anlage 33: Empfehlung des Landespflegeausschusses vom 04. September 2002
Anlage 34: PLAISIR©-AUDIT AWO – Bremen – Segeberg, versandt am 01. März 2002
Anlage 35: PLAISIR©-AUDIT Kreis Segeberg, November 2001, versandt am 01. März 2002

Anlage 36: PLAISIR©-AUDIT Kreis Segeberg (ohne „Psychiatrie“)
Anlage 37: Liste der Beiratsmitglieder
Anlage 38: Erläuterung der Pauschalen BBK und VIAW
Anlage 39: Ergänzende Erfassungsformulare zum Verfahren PLAISIR©
Anlage 40: AUDIT Pflegestufen und Pflegezeit in Zehn-Minuten-Intervallen und nach Stufe (ohne „Psychiatrie“)
Anlage 41: Vereinbarung der Grundsätze von Vergütungsverhandlungen nach dem SGB XI und dem BSHG für vollstationäre Pflegeeinrichtungen für 1999 (Quelle: Pflege-Handbuch, AOK-Verlag)
Anlage 42: Schema der Ausgangsvariante zur Errechnung des Personals, Sitzung 25. April 2002
Anlage 43: Schema der Variante zur Errechnung des Personals; Sitzung 25. April 2002
Anlage 44: Tabelle der 32 „Hauptpflegeaktionen“
Anlage 45: Modellrechnungen für zehn Einrichtungen nach „Westschweizer Standards“ und nach dem „Kieler Modell“
Anlage 46: Schema zur Errechnung des benötigten Personals für 3.084 Bewohner nach „Westschweizer Standards“
Anlage 47: Schema zur Errechnung des benötigten Personals für 3.084 Bewohner nach dem „Kieler Modell“
Anlage 48: Pflegesätze ausgewählter Bundesländer (Quelle: interne Recherche)
Anlage 49: Kalkulation der theoretisch zur Verfügung stehenden direkten Pflegezeit nach Personalschlüsseln für eine Einrichtung mit 20 bzw. 60 Plätzen
Anlage 50: Zuordnung der Leistungen SGB XI – PLAISIR©: Formular A: Allgemeine Pflegeleistungen, Unterkunft und Verpflegung, Zusatzleistungen
Anlage 51: Zuordnung der Leistungen SGB XI – PLAISIR©: Formular B: Andere/sonstige Leistungen
Anlage 52: Vorschlag zur Klärung der offenen Fragen/Aspekte zum Formular B (Zuordnung der Leistungen)
Anlage 53: „Westschweizer Standards“
Anlage 54: PLAISIR©-Häufigkeitsnormen. Vorschlag des Beirates Schleswig-Holstein
Anlage 55: Anmerkungen zu den PLAISIR©-Häufigkeitsnormen

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abb. 1: Skizze zum Verbundprojekt „Analyse und Transfer“ 23

Abb. 2: Vernetzungs- und Kommunikationsstruktur zwischen EROS und KDA 28

Tab. 1: Verfahrenskreislauf und Teilschritte der Evaluation der erforderlichen Pflege mittels PLAISIR© (schematische Darstellung) 31

Tab. 2: Definition bzw. Zusammensetzung der einmaligen Bewohnernummer 46

Tab. 3: Definition bzw. Zusammensetzung der einrichtungsbezogenen Bewohnernummer 47

Abb. 3: Durchschnittliche Pflegeminuten nach Pflegestufen 2001/2002 (Einrichtungen der BHS) 64

Tab. 4: Pflegestufen und Pflegeminuten der neu eingezogenen Bewohner 65

Tab. 5: Prozentuale Verteilung der erforderlichen Pflegeleistungen Bremen 2001 und 2002 66

Tab. 6: Verteilung der untersuchten Einrichtungen nach Trägerschaft 72

Tab. 7: Vergleich der Belegungsstruktur nach Pflegestufen (Untersuchungsgruppen AWO/BHS und Kreis Segeberg) 81

Tab. 8: Vergleich der Pflegestufen und der direkten Pflegezeit nach PLAISIR© (Mittel-, Maximal- und Minimalwerte sowie Standardabweichung) 82

Abb. 4: Verteilung der Bewohner nach erforderlicher Pflegezeit in Zehn-Minuten-Intervallen 83

Tab. 9: Direkte und indirekte Pflegezeiten (DIP) Kreis Segeberg und Bremen (allgemeine Pflegeleistungen) 84

Tab. 10: Direkte und indirekte Pflegezeiten (DIP) Kreis Segeberg und Bremen (Behandlungspflege) 85

Tab. 11: Vergleich der gesamten Untersuchungsgruppe Segeberg mit den Einrichtungen in Segeberg, die nicht überwiegend psychiatrisch Pflegebedürftige aufnehmen 86

Tab. 12: Eckpunkte der Personalschlüsselvereinbarungen Schleswig-Holstein (1999) 89

Tab. 13: Kalkulation der zur Verfügung stehenden direkten Pflegezeit nach Personalschlüsseln für eine Einrichtung mit 20 Plätzen 91

Tab. 14: Kalkulation der zur Verfügung stehenden direkten Pflegezeit nach Personalschlüsseln für eine Einrichtung mit 60 Plätzen 92

Tab. 15: Kalkulation der zur Verfügung stehenden direkten Pflegezeit nach Personalschlüsseln für eine Einrichtung mit 20 Plätzen mit korrigierter Belegungsstruktur 93

Tab. 16: Durchschnittlicher Personalschlüssel nach PLAISIR© und Vergleich mit dem geschätzten Personalschlüssel nach Pflegesatzvereinbarung 97

Abb. 5: Vergleich der Mitarbeiter-Bewohner-Relationen nach PLAISIR© mit dem geschätzten Ist nach Pflegesatzvereinbarung der Einrichtungen in Segeberg 98

Tab. 17: Ausgewählte Pflegeaktionen der Kategorie „Ernährung“, ihr Anteil an der direkten Pflegezeit, ihre Häufigkeit und der Anteil der Bewohner, die diese Leistungen benötigen 102

Tab. 18: Ausgewählte Pflegeaktionen der Kategorie „Ausscheidung“, ihr Anteil an der direkten Pflegezeit, ihre Häufigkeit und der Anteil der Bewohner, die diese Leistungen benötigen 103

Tab. 19: Ausgewählte Pflegeaktionen der Kategorie „Körperpflege“, ihr Anteil an der direkten Pflegezeit, ihre Häufigkeit und der Anteil der Bewohner, die diese Leistungen benötigen 104

Tab. 20: Ausgewählte Pflegeaktionen der Kategorie „Mobilisation“, ihr Anteil an der direkten Pflegezeit, ihre Häufigkeit und der Anteil der Bewohner, die diese Leistungen benötigen 104

Tab. 21: Ausgewählte Pflegeaktionen der Kategorie „Kommunikation“, ihr Anteil an der direkten Pflegezeit, ihre Häufigkeit und der Anteil der Bewohner, die diese Leistungen benötigen 105

Abb. 6: Verrechnungsschema der ermittelten Pflegezeit in Bruttoarbeitszeit 112

Tab. 22: Von der direkten Pflege zu den zu arbeitenden Pflegeminuten (GPM) 113

Tab. 23: Ergebnisse der Erhebung zur Arbeitszeit und zu den Ausfallzeiten der untersuchten Einrichtungen und die vereinbarten Eckwerte 114

Tab. 24: Ermittlung des Faktors „r“, der das Verhältnis von Netto- zur Bruttoarbeitszeit ausdrückt (bei einer 5-Tage-Woche) 115

Tab. 25: Berechnung der direkten Pflegezeit nach dem Standardsystem PLAISIR© 93 für zehn ausgewählte Einrichtungen 132

Tab. 26: Berechnung der direkten und indirekten Pflegezeit nach dem „Kieler Modell“ für zehn ausgewählte Einrichtungen. 133

Tab. 27: Berechnung der zu bezahlenden Pflegeminuten und -stunden nach dem „Kieler Modell“ für den Kreis Segeberg und durchschnittlicher Personalschlüssel 134

Tab. 28: Pflegestufen und Zeitwerte für die direkte und indirekte Pflege (DIP) 159

Abkürzungen und häufig verwendete Begriffe

ATP	Analyse und Transfer des Verfahrens PLAISIR© nach Deutschland
BBK	Bewohnerbezogene Kommunikation
BHS	Bremer Heimstiftung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BPM	Bezahlte Pflegeminuten
BPS	Bezahlte Pflegestunden
Desk-Review	Überprüfungsprozess/Plausibilitätsprüfung
DIP	Direkte und indirekte Pflege
EROS	Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé
Evaluation	Erhebung
EvaluiererIn/ EvaluatorIn	Eine durch EROS qualifizierte Pflegefachkraft, die berechtigt ist, nach dem Verfahren PLAISIR© Gutachten zu erstellen
FRAN	Formulaire de Relevé des Actions Nursing (Formular zur Erhebung der Pflegeaktionen)
GP	Grundpflege
GPM	Gearbeitete Pflegeminuten
GPS	Gearbeitete Pflegestunden
ICD 9	International Classification of Diseases, 9. Fassung
IMPFRAN	Imprimé-FRAN: Kompakte Fassung des FRANs
MASGV	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, und Verbraucherschutz, des Landes Schleswig-Holstein, Kiel
KDA	KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH
Nomenklatur	Verzeichnis der Pflegebereiche und Pflegeinterventionen
NPM	Nettopflegeminuten
NPS	NettopPflegestunden
OUTPUT	Auswertung
Pflegemodus	Art der Pflegedurchführung
PLAISIR©	PLAnification Informatisée des Soins Infirmiers Requis en milieux des soins prolongés (Informationsgestützte Planung der erforderlichen Pflege in Einrichtungen der Langzeitpflege)
PM	Pflegeminuten
PPM	Produktive Pflegeminuten
PPS	Produktive Pflegestunden
PPvP	Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären Pflege
PT	Pflegetechniken (medizinische Behandlungspflege)
SB	Stunde/Bewohner
TB	Tag/Bewohner
ValidiererIn	Speziell von EROS ausgebildete Pflegefachkraft, die die Gültigkeit der Angaben im FRAN überprüft
Validität	Gültigkeit
VIAW	Verwaltungs- und Instandhaltungsaktivitäten und Wegstrecken
VZÄ	Vollzeit-Äquivalent

ZUR EINFÜHRUNG

Das Verfahren PLAISIR© ist ein 1983/84 von dem kanadischen Institut EROS unter der Leitung von Prof. Charles Tilquin in einer ersten Version entwickeltes Erhebungsinstrument zur qualitativen und quantitativen Erfassung des erforderlichen Pflege- und Personalbedarfs in vollstationären Einrichtungen. Es setzt an am individuell erforderlichen Pflegebedarf von einzelnen Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern mit mittlerer oder längerer Verweildauer. PLAISIR© kommt dabei zu gesicherten, zugleich höchst praktikablen, d. h. auch in verschiedenen Verwendungszusammenhängen verwertbaren Aussagen über einzelne Personen, über Gruppen, Einrichtungen, Gruppen von Einrichtungen, Regionen etc., und zwar sowohl in einer Querschnitt- als auch - bei mehrmaliger Anwendung – in einer Längsschnittanalyse. Das Verfahren setzt sich hauptsächlich zusammen aus den Bestandteilen *Fragebogen* (in der PLAISIR©-eigenen Sprache FRAN genannt), einer *Dateneingabe und Überprüfungsmethode*, dem Desk-Review mittels so genanntem IMPFRAN, der *Datenverarbeitung*, die auf verschiedenen Ebenen zu den OUTPUTs und AUDITs, sprich: *Ergebnissen und Ergebnisstrukturen*, führt. Als Verbindungsglied oder „Kompass" fungieren das ausführliche *Handbuch und die Nomenklatur* von PLAISIR©, die zu allen aufkommenden Fragen übersichtlich und dezidiert Erläuterungen bereithalten. Das *Handbuch* wird kontinuierlich von der Praxis, aber auch von neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen aus auf den neuesten Stand der Künste gebracht und gehalten. Als zweites unabdingbares Verbindungsglied und als Qualitätssicherungsverfahren innerhalb des Verfahrens PLAISIR© gilt die PLAISIR©-interne *Ausbildung* als EvaluatorIn, Desk-ReviewerIn und zur AusbilderIn von weiteren PLAISIR©-Anwendern auf den verschiedenen Ebenen.

Ursprünglich in der kanadischen Provinz Québec mit Hauptstadt Montreal in französischer Sprache entwickelt, gelangte das Verfahren in die französischsprachige Westschweiz und wurde dort 1996 erprobt. Erste vielversprechende Resultate erschienen 1997 im Bericht CHORUS. Daran schloss sich eine Übersetzung der PLAISIR©-Instrumente ins Deutsche durch die Firma EROS an, die in der Hauptsache die deutschsprachige Schweiz als weiteres Anwendungsgebiet ins Auge fasste. Erste Tests mit PLAISIR© in deutscher Sprache liefen daraufhin in der Schweiz, und zwar im Rahmen des Projektes CHORUS 3 in den Kantonen Bern und Freiburg sowie – und das ist die erste nennenswerte Anwendung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland – in einer Caritas-Einrichtung in Mannheim. Ein zentrales Ergebnis von CHORUS 3 war, dass die Methode PLAISIR© ohne gravierende Probleme durch Übersetzung und Verwendung der deutschsprachigen Version in den betreffenden Einrichtungen nutzbar ist.

Weitere konstruktive Aufschlüsse über die Verwendbarkeit des Verfahrens PLAISIR© in deutschsprachigem Kontext – speziell bezogen auf die bundesdeutsche Altenhilfe-Landschaft – ergaben sich aus dem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten Forschungsprojekt

zur „Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären Pflege“ (PPvP), in dem der Auftragnehmer, die KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH in Köln (im weiteren KDA genannt), gemeinsam mit den Entscheidungsträgern und ExpertInnen der Selbstverwaltung und den FachvertreterInnen aus Wissenschaft und beruflicher Bildung komplexe Zusammenhänge und einzelne Perspektiven unter der Fragestellung analysierte, ob und wie das Verfahren PLAISIR© und eine darauf aufbauende Personalbemessung in Deutschland als geeignetes rationales Messinstrument für die erforderliche Pflege einsetzbar ist. Ein weiterer gleichrangig wichtiger Aspekt war, ob bzw. wie eine Akzeptanz möglichst aller Entscheidungsträger in diesem Kontext erreicht werden kann.

Im Rahmen der PPvP wurde in Abstimmung mit dem BMFSFJ ein zusätzliches Modellvorhaben als weiteres Zwischenstück auf der langen Strecke zur ggf. deutschlandweiten Anwendung von PLAISIR© initiiert. Darin fanden sich elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt aus acht verschiedenen Bundesländern bereit, die das Verfahren PLAISIR© in einem engen Zeitkorsett von Ende 1999 bis Mitte 2000 einsetzen und modellhaft erproben wollten. Die Gesamtergebnisse der PPvP inkl. der AWO-Erprobung wurden in dem Bericht „Qualitative und quantitative Erfassung des erforderlichen Pflegezeit- und Personalbedarfs in deutschen Altenpflegeheimen – Ziele, Instrumente, Untersuchungen, Ergebnisse und Perspektiven“ im Jahr 2002 vom KDA vorgelegt und als Band 225 der Schriftenreihe des BMFSFJ veröffentlicht. Als Quintessenz aus der Arbeit der PPvP ist die Empfehlung des PPvP-Beirats zu sehen, das Instrument PLAISIR© in Deutschland als Messinstrument für die vollstationäre Pflege einzusetzen und die flächendeckende Anwendung von PLAISIR© in ausgewählten Regionen durch begleitende Forschungsprojekte modellhaft zu unterstützen. Der hier vom KDA vorgelegte Bericht „Analyse und Transfer des Verfahrens PLAISIR© - Vorbereitung und Dokumentation der Überprüfungsprozesse des Verfahrens PLAISIR© zur Anwendung von Projekten auf Landesebene“ fasst die Ergebnisse dieses neuerlichen vom BMFSFJ geförderten Modellprojektes, das sich auf die Projektorte im Kreis Segeberg/Schleswig-Holstein und in Bremen bezieht, zusammen. Ausdrücklicher Dank gilt an dieser Stelle allen Beteiligten.

1 Einleitung

Bereits die modellhafte Erprobung des Verfahrens PLAISIR© in den elf vollstationären Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt im Zeitraum von November 1999 bis Juni 2000, die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert worden war, erbrachte den Nachweis, dass das in Kanada entwickelte Instrument PLAISIR© grundsätzlich auch in Deutschland zur rationalen Ermittlung des Pflegezeit- und Personalbedarfs einsetzbar ist. Zudem wurde deutlich, dass das Verfahren den Kriterien von Relevanz, Validität und Reliabilität grundsätzlich genügen kann. So stellten die Mitglieder des begleitenden Beirats auf Bundesebene zur PPvP (i. e. das vom BMFSFJ ebenfalls geförderte Forschungsprojekt zur „Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären Pflege“), ebenso wie die VertreterInnen der Selbstverwaltung, fest, dass das Verfahren PLAISIR© zur Versachlichung der Diskussion über die Präzisierung des Pflegebegriffs, vordringlich aber auch über die Pflegezeit und Pflegepersonalausstattung beiträgt. Bereitgestellt wurden durch das Verfahren insbesondere Informationen

- über den erforderlichen Pflegebedarf von BewohnerInnen in vollstationären Einrichtungen
- über die Personalausstattung in vollstationären Einrichtungen
- zur Schaffung einer rationalen Grundlage für leistungs- und qualitätsorientierte Vergütungsverhandlungen.

Vor diesem Hintergrund hat sich der Beirat zur PPvP in einer abschließenden Sitzung mit großer Mehrheit dafür ausgesprochen, dem Auftraggeber zu empfehlen, das Verfahren PLAISIR© in ausgewählten Regionen sowohl flächendeckend als auch trägerübergreifend anzuwenden. Insbesondere sollte untersucht werden, wie das Verfahren in die bestehenden leistungs- und vertragsrechtlichen Strukturen eingebettet werden kann, welche Vereinbarungen bzw. Verträge hieraus resultieren und welche weiteren Erfahrungen (Umsetzungserfordernisse, praktische Probleme etc.) gewonnen werden können. Weitere Ziele waren, das Verfahren PLAISIR© selbst, inkl. seiner Teilinstrumente, durch die breitere Anwendung pflegewissenschaftlich fortzuentwickeln und die dem Verfahren zugrunde gelegten Leistungsbeschreibungen und Richtwerte dem jeweiligen Stand der gesicherten Facherkenntnisse anzupassen.[1]

Um das Verfahren PLAISIR© im größeren Umfang in Deutschland mit dem Ziel einer angemessenen Evaluation der erforderlichen Pflege einsetzen zu können, mussten in einem ersten Schritt Pflegefachkräfte aus Deutschland in der Anwendung des gesamten Verfahrens PLAISIR© qualifiziert werden. Dies konnte nur im kanadischen Montreal geschehen, wo das Verfahren 1983/1984 von der Firma

[1] Empfehlung des Beirats zum Forschungsprojekt „Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären Pflege (PPvP)“.

EROS – Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé Inc. in einer ersten Version entwickelt und erprobt wurde und nach mehreren Anpassungsvorgängen regelmäßig bis heute zum Einsatz kommt. Darüber hinaus musste bei einer Anwendung des Verfahrens in Deutschland die hiesige technische Infrastruktur geplant und aufgebaut werden. Für eine von seiner Grundkonzeption her „dezentrale Bearbeitung" – PLAISIR© setzt nämlich am individuell erforderlichen Pflegebedarf, also bei der Einzelperson an – lagen zu Beginn des Projektes keinerlei Erfahrungen und Spezifikationen vor. Diese wurden gemeinsam mit dem Institut EROS erarbeitet und zeitgerecht vor dem Start der Projekte auf Landesebene realisiert. Hierzu waren erhebliche Übersetzungsarbeiten erforderlich, denn das urheberrechtlich geschützte Instrument PLAISIR© wurde bis ins Jahr 2002 hinein ausschließlich über das Rechenzentrum des Instituts EROS mit Sitz in Montreal verwaltet und EDV-gestützt bearbeitet.

Zu den Teilinstrumenten von PLAISIR© zählen insbesondere

- der zweiteilige Fragebogen als Erhebungsinstrument, der so genannte FRAN
- das Desk-Review, das ist die Dateneingabe, der Überprüfungsprozess der ermittelten Daten u. a. mittels IMPFRAN, die Datenverarbeitung und -verrechnung bis hin zu den Ergebnissen, den so genannten OUTPUTs und AUDITs usw.
- das PLAISIR©-Handbuch mit seiner Nomenklatur der erforderlichen Pflegeleistungen und
- die Qualifizierung der EvaluiererInnen in Gruppen- und Einzelschulungen.

Für eine breitere Anwendung des Verfahrens PLAISIR© in Deutschland musste demgemäß der Transfer dieser Instrumente nach Deutschland ermöglicht werden: Dies war zwingend erforderlich, um die geforderte und notwendige Weiterentwicklung der Teilinstrumente in und für Deutschland zu erreichen. Im Rahmen des Projektes wurden daraufhin zwei Pflegefachkräfte in Montreal mit dem Verfahren intensiv vertraut gemacht. Diese methodische Qualifizierung der pflegefachlichen MitarbeiterInnen war der Grundstein dafür, dass das Verfahren und seine Instrumente eine Weiterentwicklung erfahren und die ihm zugrunde gelegten Leistungsbeschreibungen und Richtwerte an deutsche Verhältnisse angepasst werden konnten. Insbesondere sollten das zentrale und qualitätssichernde Element des Verfahrens PLAISIR©, das so genannte Desk-Review, und die Datenauswertung orts- und anwendernah erstellt und dokumentiert werden. Hierfür war es natürlich auch unabdingbar, den Überprüfungsprozess sowie die dem System hinterlegten Richtlinien und Variablen in die deutsche Sprache zu übersetzen sowie umfassend zu beschreiben und zu erläutern.

Ein weiterer Projektschwerpunkt war die Überprüfung des im Rahmen des Verfahrens vorgesehenen Qualifizierungskonzeptes und seine evtl. Überarbeitung für die Pflegefachkräfte in den deutschen Einrichtungen. Um das PLAISIR©-Ausbildungskonzept mit seinen Gruppen- und Einzelschulungen in die deutsche Sprache zu übertragen, um die eingesetzten Schulungsunterlagen (Handbuch,

Nomenklatur) umfassend zu überarbeiten und um sie sukzessive auf deutsche Verhältnisse zuzuschneiden, musste der in Deutschland bestehende Kenntnisstand unter hiesigem Blickwinkel noch erweitert werden. Insbesondere musste das Qualifikationsprofil der in Montreal für die Ausbildung der EvaluiererInnen verantwortlichen Pflegefachkräfte erfasst und in einem weiteren Schritt für die Qualifizierung der EvaluiererInnen in Deutschland vermittelbar gemacht werden.

In diesem Zusammenhang wurde während einer zweimonatigen Qualifizierungsphase zunächst ein pflegewissenschaftlicher Mitarbeiter mit dem Desk-Review bei EROS in Montreal vertraut gemacht.[2] Durch diesen sollte gewährleistet werden, dass

- die Anwendungsschritte und die Systematik des Verfahrens differenziert analysiert und beschrieben werden können
- der flächendeckende und trägerübergreifende Einsatz des Verfahrens PLAISIR© in Deutschland fachlich begleitet wird
- das Desk-Review in enger Zusammenarbeit mit dem Institut EROS in Deutschland vorbereitet wird und
- das Verfahren zukünftig unabhängig von EROS und Montreal in Deutschland durchgeführt werden kann.

Im Rahmen des umfassenden Landesprojektes, das Einrichtungen verschiedener Träger im Kreis Segeberg/Schleswig-Holstein sowie die Einrichtungen eines einzelnen großen Trägers, nämlich der Bremer Heimstiftung in Bremen, beinhaltet, wurde eine weitere Pflegefachkraft qualifiziert, um zumindest zu zweit die Ausbildung der künftigen EvaluiererInnen (Gruppen- und Einzelschulungen, Überprüfung der FRANs) in Deutschland durchführen zu können. Hierfür stand den beiden in Kanada ausgebildeten Kräften in Deutschland eine zertifizierte, für die Ausbildung verantwortliche Mitarbeiterin der kanadischen Zentrale zur Seite.

Für die erste Anwendung des Verfahrens PLAISIR© von Deutschland aus war von besonderer Bedeutung, dass vorab die technische Infrastruktur für die Anbindung an das kanadische Rechenzentrum in Deutschland aufgebaut und in enger Zusammenarbeit mit EROS und der KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH aufrechterhalten und verlässlich genutzt werden konnte. So lag denn auch ein Projektschwerpunkt in der umfassenden Beschreibung der technisch erforderlichen Infrastruktur in Montreal und in Deutschland, durch die eine flächendeckende Anwendung des Verfahrens in deutschem Kontext weitgehend unabhängig von der zentralen Datenverarbeitung in Montreal ermöglicht wurde. Hierzu war es genauso erforderlich, das PLAISIR©-Verfahren (Dateneingabe, Überprüfung der Daten, Datenausgabe) detailliert zu dokumentieren. Das KDA hat daher in Abstimmung mit dem Rechenzentrum in Montreal eine fachliche und technische Umsetzung auf deutsche Verhältnisse in zwei Schritten realisiert:

[2] Eine weitere Mitarbeiterin des Projektes wurde etwas später in Kanada ausgebildet.

September 2001	Anbindung an die Datenzentrale in Montreal und Dateneingabe in Deutschland zur Erprobung des Desk-Reviews in Deutschland unter Supervision von EROS
Juni 2002	Fertigstellung der Analyse des Überprüfungsverfahrens und Dokumentation der so genannten Black Box, also der bisher von EROS aus Furcht vor Plagiaten geheim gehaltenen Verfahrensschritte und Zeitwerte. Fertigstellung aller notwendigen Handbücher und Schulungsunterlagen, die zur Anwendung des Verfahrens und für die Ausbildung der EvaluiererInnen erforderlich sind

1.1 Kurzbeschreibung des Verfahrens PLAISIR©

Als weiterer einleitender Überblick dient die folgende Grobskizzierung des Verfahrens PLAISIR©, das in den Originalunterlagen wie Handbuch, FRAN, OUTPUTs etc. naturgemäß umfassender dokumentiert ist. Diese waren zuvor schon Gegenstand des Berichtes zum Projekt PPvP und sind zur Erläuterung auszugsweise in den Anlagen zu diesem Bericht beigefügt.

PLAISIR© ist ein Verfahren zur Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der stationären Langzeitversorgung von Altenpflegeheimbewohnern. Das Verfahren setzt am *individuellen* Pflegebedarf des einzelnen Bewohners an. Der Begriff PLAISIR© steht als Akronym für **PLA**nification **I**nformatisée des **S**oins **I**nfirmiers Requis en milieux des soins prolongés. Dies kann übersetzt werden mit „Informations-/EDV-gestützte Planung der erforderlichen Pflege". Die Methode PLAISIR© wurde in Kanada von der Firma EROS (Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé, Sitz: Montreal) unter Leitung von Prof. Charles Tilquin entwickelt. Seit 1983 wird das Verfahren in Kanada (in der Provinz Québec) und u. a. auch seit Mitte der 90er Jahre in den französischsprachigen Kantonen der Schweiz regelhaft eingesetzt.
Das System erlaubt eine dreidimensionale Darstellung des Bewohners und informiert über

- den bio-psycho-sozialen Gesundheitszustand des Bewohners (so genanntes bio-psycho-soziales Profil) als Ausdruck von Krankheiten, Schädigungen, Problemen, Kompensationen und Beeinträchtigungen
- die erforderlichen Leistungen, um die bio-psycho-sozialen Bedürfnisse des Bewohners zu befriedigen (so genannter Pflegeleistungsplan)
- die notwendigen Ressourcen, um die erforderlichen Leistungen zu erbringen, gemessen in Zeit/Personal (AUDITs, OUTPUTs).

Welche Einzelinstrumente werden eingesetzt?
Als Bausteine innerhalb des Systems PLAISIR© sind verankert:

- Der **FRAN:** Diese Abkürzung von Formulaire de Relevé des Actions Nursing steht für *Formular zur Registrierung der Pflegeaktionen* und bezeichnet den *Fragebogen,* mit dem die Angaben zum Ist-Zustand des Bewohners und zu den erforderlichen Pflegeleistungen erfasst werden.
- Das **Handbuch** erläutert die Grundsätze des Verfahrens, aber auch umfassend alle Abfragen zum Bewohnerzustand. Es enthält zudem die Leistungsbeschreibungen für die PLAISIR©-Pflegeaktionen.
- Weitere **Formulare** dienen der Erfassung zusätzlich relevanter Informationen, z. B. zu Strukturdaten der zu untersuchenden Einrichtung (wie räumliche Gegebenheiten, Arbeitszeitsystem etc.).

Welche Daten werden bei PLAISIR© mittels FRAN erhoben?

Daten zum bio-psycho-sozialen Gesundheitszustand des Bewohners, das so genannte bio-psycho-soziale Profil)
Erfasst werden hierbei ca. 180 Merkmale bzw. Merkmalskombinationen. Dabei liegen Kategorien aus ICIDH II, ATL, ICD 9 etc. zugrunde. Die Abfrage erfolgt auf den ersten drei Seiten des FRANs zu folgenden Bereichen:

A: Identifikation (Personalien, Beobachtungszeitraum etc.)
B: Rehabilitationstherapie (erhaltene Physio-/Ergotherapie, Logopädie)
C: Erhaltene pflegerische Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. Kontinenz- bzw. Anziehtraining)
D: Erhaltene spezielle Behandlungen (z. B. Dialyse, Bestehen von Ulzera oder Dekubiti)
E: Arztvisiten (Anzahl pro Monat)
F: Diagnosen
G: Bewegungsfähigkeit (Gesamteinschätzung)
H: Faktoren, die Verringerung oder Verlust der Bewegungsfähigkeit bedingen,
I: Verringerung oder Verlust der Funktionsfähigkeit von Extremitäten (Benennung der betroffenen Extremitäten, inkl. Abfrage zum Vorliegen von Sturzgefahr und zur Pflege bei Amputation)
J: Technische Hilfsmittel (tatsächlich genutzte Hilfsmittel wie Gehwagen, Rollstuhl, Lifter etc.)
K: Unabhängigkeit in den Basis-/instrumentalisierten Aktivitäten (Gesamteinschätzung)
L: Sich beschäftigen können (Gesamteinschätzung zur Beschäftigungsfähigkeit des Bewohners)
M: Freiheitseinschränkende/-entziehende Maßnahmen und Schutzmaßnahmen, inkl. Abfrage zur Anwendung von Psychopharmaka
N: Kontakte zur Außenwelt (geschätzte Anzahl Besuche, Telefonate, Briefe pro Jahr)
O: Soziale Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können (Gesamteinschätzung zu den entsprechenden Möglichkeiten des Bewohners)

P: Psychische und sensorische Funktionen (16 verschiedene Items)
Q: Psychische Probleme (z. B. Vorhandensein von Aggressivität, Umherirren, Rückzug)
R: Fähigkeit zur Interaktion mit der Umgebung (Gesamteinschätzung)

Zusätzlich zum gebundenen „Ankreuzverfahren" können auch handschriftliche Vermerke „formlos" in den Fragebogen eingetragen werden (z. B. erläuternde Informationen zu einem bestimmten Zustand oder einer Verhaltensweise).
Mittels PLAISIR© kann so relativ umfassend der Ist-Zustand sowohl von körperlich als auch von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen sowie die dazugehörigen erforderlichen Pflegeleistungen abgebildet werden. Unter anderem bezogen auf die zuletzt genannte Zielgruppe sind in dem System enthalten:

- Umfassende Abfragen im bio-psycho-sozialen Profil zu den psychischen und kognitiven Funktionen und zur Möglichkeit, Beschäftigung und soziale Beziehungen aufrechterhalten zu können (vor allem Bereiche P, R, Q, L, O)
- Abfrage hinsichtlich der erforderlichen Hilfeform (z. B. häufig zutreffend: Anleitung/Beaufsichtigung), ggf. im Zusammenhang mit der Notwendigkeit der ständigen Anwesenheit bei einzelnen Pflegeaktionen
- Spezielle Pflegeaktionen für kognitiv und/oder psychiatrisch eingeschränkte Bewohner (betrifft z. B. die Pflegeaktionen „Individuell unterstützende Kommunikation bei kognitiven Defiziten" [5020], „Helfende Beziehung mit den Angehörigen" [5120], „Beobachtung" [9010]).

Daten zu den erforderlichen Leistungen (zum so genannten Pflegeleistungsplan)
Dem Bewohnerprofil auf den ersten drei Seiten des FRANs folgt auf den nächsten 28 Seiten ein Fragebogenraster zur Erstellung eines detaillierten individuellen Pflegeplans.
Im FRAN-Formular bestehen dabei Eintragungsmöglichkeiten zu ca. 175 Pflegeaktionen. Eingetragen werden sollen die für den konkreten Bewohner erforderlichen Pflegeleistungen, die sich aus dem Zustand und den Bedürfnissen des Bewohners ableiten (also nur die für ihn relevanten Leistungen).
Die Abfrage der ca. 175 Pflegeaktionen erfolgt im FRAN zu den Bereichen *Atmung*, *Essen und Trinken können*, *Ausscheiden können*, *Sich pflegen/sich kleiden können*, *Sich bewegen können*, *Kommunikation* (beinhaltet Maßnahmen der Kommunikation, sozialen Betreuung, Beschäftigung etc.), *Verabreichung von Arzneimitteln, Infusionstherapie, Behandlungen* (weitere Maßnahmen der so genannten Behandlungspflege), *Diagnostische Maßnahmen* (z. B. Beobachtung, Blutdruckkontrolle).

Pro Pflegeaktion werden vordringlich die folgenden Angaben/Parameter erfasst:

- Kennnummer und Name der Pflegeaktion
- Pflegemodus: Das sind die Hilfeformen, die sich generell differenzieren hinsichtlich Unterstützung, teilweise Übernahme, vollständige Übernahme und (in Zusammenhang mit anderen Parametern) hinsichtlich Anleitung bzw. Beaufsichtigung. Pro Pflegeaktion werden bis zu drei Modi unterschieden und eindeutig definiert.
- Wochentage, an denen die Pflegeaktion erforderlich ist
- Zeiten des Tages, an denen die Pflegeaktion erforderlich ist, oder Häufigkeit pro Arbeitsschicht bzw. prozentuale Verteilung auf die Arbeitsschichten etc.
- Als weiterer Parameter zeigt sich der unterschiedliche Einsatz einzelner Pflegeaktionen, z. B. die Notwendigkeit der ständigen Anwesenheit während der gesamten Pflegeaktion, die Anzahl der erforderlichen Pflegekräfte, der Schweregrad der „funktionellen" Einschränkung des Bewohners.

Die Daten werden für einen (vorher) ausgewählten Beobachtungszeitraum von einer Woche erfasst („Stichwoche"). Zusätzlich zum gebundenen „Ankreuzverfahren" können auch hier handschriftliche Vermerke „formlos" in den Fragebogen eingetragen werden (z. B. beim Vorliegen spezieller Bedürfnisse des Bewohners oder von Abwehrverhalten).

Welche Kriterien sind für die Datenerheber maßgeblich?
Die Daten werden ausschließlich von Pflege*fach*kräften erhoben. Die (potenziellen) Anwender des Verfahrens PLAISIR© werden umfassend geschult (verfahrensinterne Ausbildung zum so genannten Evaluator mit drei Tagen Gruppenschulung in Seminarform und zwei Tagen Einzelschulung in der Pflegeeinrichtung).

Wie wird bei der Erhebung vorgegangen?
Der Evaluierer geht beim Ausfüllen des FRANs wie folgt vor bzw. nutzt folgende Informationen:

- Persönliches Gespräch mit dem zu befragenden Bewohner, ggf. auch mit den Angehörigen (oder – wenn dies nicht mehr möglich ist – zumindest persönliches Überzeugen vom Zustand des Bewohners)
- Einsichtnahme in die vorhandene Pflegedokumentation und Pflegeplanung
- Ausfüllen des FRANs
- Gespräch mit einer Pflegekraft (möglichst Fachkraft), die den Bewohner gut kennt
- Vervollständigen des FRANs (ggf. mit Korrektur von vorher eingetragenen Angaben)

Was impliziert der Begriff *erforderliche Pflege*?
Das System PLAISIR© geht von dem Grundprinzip aus, dass sich die Entscheidungen auf allen Ebenen an den Bedürfnissen der Bewohner orientieren sollen, nicht also an den global zur Verfügung gestellten Ressourcen. Es operationalisiert dieses Grundprinzip, indem der Fokus auf die für den Bewohner *erforderlichen* Leistungen gerichtet wird. Man definiert als *erforderliche* Leistungen die Pflege und Unterstützung, die der Bewohner erfordert, um seine Bedürfnisse zu befriedigen. Dabei wird von den Mitteilungen des Bewohners (bezüglich seiner Bedürfnisse,

inkl. biographisch begründeter), von den Angaben/den Erfahrungen der Pflegefachkräfte sowie von einer gewissen Anzahl im Verfahren programmierter Regeln und Normen und von der Pflegephilosophie ausgegangen. Auch hierin ist das bereits oben beschriebene Vorgehen bei der Erhebung begründet. Die *gegebene* Pflege entspricht nicht immer der *erforderlichen Pflege*. Dies kann an einem Mangel an Ressourcen in der Pflegeeinrichtung, einer schlechten Evaluation der Bedürfnisse des Bewohners oder an den internen Regelungen der Institution liegen. PLAISIR© kann dabei im Vergleich zur gegebenen Pflege Unter- oder Überversorgung feststellen. Zwei Beispiele sollen dies verdeutlichen:

Beispiel 1: Ein Bewohner kann und möchte sich mit dem Rollstuhl im Wohnbereich selbstständig fortbewegen. Die Pflegekräfte fahren ihn aber zu den Mahlzeiten in den Aufenthaltsraum. Die Leistung wird, wenn keine pflegefachliche Begründung besteht, von PLAISIR© nicht anerkannt und demgemäß auch nicht registriert.

Beispiel 2: Eine Bewohnerin ist aufgrund ihrer ausgeprägten körperlichen und geistigen Einschränkungen nicht in der Lage, selbst ihre Situation zu verändern. Erschwerend kommt hinzu, dass eine Adipositas vorliegt. Aufgrund von Personalmangel wird die Bewohnerin jeweils nur von einer Pflegekraft gelagert. PLAISIR© erkennt – beim Vorliegen von relevanten Faktoren – die Ausführung durch zwei Pflegekräfte an und nimmt dies in seine Berechnungen mit auf.

So wird letztlich die *erforderliche Pflege* ermittelt, indem für jede einzutragende Pflegeleistung abgeglichen wird, ob die Leistung aufgrund des ermittelten Bewohnerzustandes überhaupt oder in der derzeit gegebenen Form notwendig ist. Überdies kommen dabei die im System PLAISIR© hinterlegten Normen zum Tragen. Ein wichtiger Teil dieser Normen sind die so genannten Häufigkeitsnormen. Für 20 Leistungen ist in insgesamt 25 Ausprägungen festgelegt, wie häufig die Leistung beim „durchschnittlichen Bewohner" oder für eine bestimmte Bewohnergruppe erbracht werden soll (z. B. Pflege bei Dauerkatheter: zweimal pro Tag). Die Normen stellen die Vergleichbarkeit der Pflege in den einzelnen Einrichtungen sicher. Sie sind aber nicht als starre, absolute Normen zu verstehen. Wenn ein spezieller Zustand des Bewohners oder seine spezifischen Bedürfnisse es erfordern, kann/soll von der bestehenden Norm „nach unten oder oben" abgewichen werden. Der Grund für die Abweichung muss aber schriftlich im FRAN dokumentiert werden.

Wie erfolgt die Überprüfung und Verarbeitung der Daten?
Ein wesentlicher Bestandteil des Verfahrens PLAISIR© ist der Überprüfungsprozess der ermittelten Daten, das so genannte Desk-Review. Die verbindliche Integration eines solchen Überprüfungsprozesses ist eine Besonderheit von PLAISIR© im Vergleich zu vielen anderen Verfahren. Das Desk-Review sichert vor allem die Qualität der Erhebung und damit die Gültigkeit bzw. Zuverlässigkeit der erhobenen Daten. Die Evaluationen werden dabei in einem „Datenverarbeitungszentrum" per EDV erfasst und einer ersten automatischen Kohärenzkontrolle unterworfen. Anschließend werden sie systematisch von einer dazu speziell ausgebildeten Pflegefachkraft (dem so genannten Desk-Reviewer) überprüft. Auffallende Unregelmäßigkeiten und Inkohärenzen werden mittels eines Telefonats mit einer Pflegefachkraft vor Ort besprochen, die den befragten Bewohner gut kennt bzw. betreut. Notwendige Korrekturen werden vorgenommen und per EDV erfasst.

Nach der Eingabe der Korrekturen werden per EDV verschiedene Daten zusammengeführt. Die Berechnung erfolgt über die programmgesteuerte Zuweisung von Zeiteinheiten für jede Pflegeaktion und der zusätzlichen Gewichtung der einzelnen im System hinterlegten Parameter. Die über diese Zuweisung errechnete Zeit stellt den Pflegezeitbedarf für den einzelnen Bewohner dar bezogen auf die direkte und indirekte Pflege, abgekürzt: DIP. Mit direkter Pflege sind dabei alle Pflegeleistungen gemeint, die direkt am Bewohner erbracht werden, z. B. die Körperpflege, das Kleiden etc. Mit indirekter Pflege sind – anders als dies in der Regel in Deutschland definiert wird – bei PLAISIR© die unmittelbaren Leistungen gemeint, die der Erbringung der direkten Pflege dienen, z. B. das Vorbereiten der Medikamente vor der Vergabe, das Vor- und Nachbereiten im Rahmen der Körperpflege.
Zusätzlich kennt PLAISIR© noch zwei andere Kategorien bezüglich des Zeitbedarfs: Dies sind die so genannte „Bewohnerbezogene Kommunikation" (BBK) und die Verwaltungs-/Instandhaltungsaktivitäten und Wegstrecken (VIAW). BBK und VIAW beziehen sich auf das, was in Deutschland häufig als indirekte Pflege bezeichnet wird. Mit der BBK sind solche Tätigkeiten wie Führen von Pflegedokumentation und Pflegeplanung, Dienstübergaben, Gespräche mit Angehörigen oder Ärzten gemeint. Der VIAW-Bereich beinhaltet Leistungen wie das Ausfüllen von Veränderungsmeldungen, die Wartung des Sauerstoffgerätes und Wege im Zusammenhang mit dem so genannten Hol-und-Bring-Dienst, sofern sie durch Pflegekräfte realisiert werden müssen. In der derzeitigen Version von PLAISIR© werden zusätzlich zu DIP (direkte und indirekte Pflege) pauschal pro Bewohner und Tag insgesamt 24 Minuten BBK und VIAW hinzugerechnet. Im Projekt Schleswig-Holstein hingegen wurden das derzeitig noch hinterlegte System bezüglich BBK und VIAW und verschiedene Anpassungsmöglichkeiten ausführlich diskutiert, z. B. die dynamische/prozentuale Kopplung des BBK/VIAW-Wertes an den DIP-Wert.

Welche Ergebnisse werden zur Verfügung gestellt?
Generell werden drei Kategorien von Auswertungen unterschieden: Längsschnittdaten (longitudinale OUTPUTs, zeitliche Entwicklung), vergleichende Auswertungen (Wohnbereiche eines Heimes, mehrere Heime, Gruppen von Heimen mit der Gesamtheit), nicht vergleichende Auswertungen (z. B. Verteilung der Bewohner nach Beeinträchtigungsgrad, durchschnittliche Nettopflegeminuten pro Schicht bzw. pro Tag, Verteilung der Bewohner nach Pflegezeitbedarfen).
Eine andere Unterscheidung besteht bezüglich der „Form" der Auswertungen. Dabei bedeutet:

- **GUSTAV** = bewohnerbezogener OUTPUT mit Angaben zum bio-psycho-sozialen Profil des einzelnen Bewohners, dem Pflegeleistungsplan und dem Pflegezeitbedarf für diesen Bewohner
- **OUTPUT** = wohnbereichs- und einrichtungsbezogene „Liste von Rohdaten"
- **AUDIT** = einrichtungsbezogene Ergebnisse in „Broschürenform", teilweise graphisch aufbereitet

1.2 Struktur und Zeitplan des Gesamtprojektes

Im Rahmen des Projektes wurden in Abstimmung mit dem Auftraggeber zahlreiche Gespräche über die Rahmenbedingungen einer Anwendung des Verfahrens PLAISIR© mit maßgeblichen Vertretern der Selbstverwaltung in Deutschland geführt. Diese dafür eingerichtete Arbeitsgruppe ersetzte den anfänglich für diesen Zweck vorgesehenen Beirat auf Bundesebene.[3]
Da die Selbstverwaltung der Bundesländer für die Strukturqualität der Pflege verantwortlich ist, wurde beispielhaft in einem Erprobungsprojekt im Kreis Segeberg im direkten Zusammenwirken von Ländervertretern sowie Leistungserbringern und -trägern vor Ort ein Einsatz des Verfahrens PLAISIR© durch das KDA vorbereitet und unterstützt. Um eine flächendeckende Anwendung des Verfahren unter möglichst gleichen Bedingungen sicherzustellen, hat der Auftragnehmer KDA mit den interessierten Anwendern auf Landesebene und den Leistungserbringern vor Ort den Einsatz des Verfahrens PLAISIR© vorbereitet und auch koordiniert. Es wurden zu diesem Zweck auf der Ebene des *Landes* und des *Kreises,* in denen das Verfahren eingesetzt wurde (Bremen und Kreis Segeberg), begleitende Arbeitsgruppen und Fachbeiräte initiiert und vom KDA moderiert. Die KDA-Begleitung konzentrierte sich darauf, die für die Arbeit der Gremien erforderlichen Informationen umfassend bereitzustellen, deren Ergebnisse zu dokumentieren und die Gremien untereinander zu vernetzen. Dies führte zu der Empfehlung des Landespflegeausschusses Schleswig-Holstein vom 04. September 2002, die sich für eine frühestmögliche Einführung des Verfahrens in diesem Bundesland ausspricht.

Gleichermaßen übernahm das KDA die gesamte fachliche Projektsteuerung und Begleitung der Anwendung des Verfahrens auf der *Ebene der Einrichtungen*, und zwar in Abstimmung mit dem Institut EROS. Es moderierte überdies die notwendigen Prozesse auf den verschiedenen Entscheidungsebenen der Projektorte/im Land/in den Ländern. Dies umfasste alle notwendigen Unterstützungsleistungen vor Ort, die mit dem Einsatz des Verfahrens auf Landes-, Kreis- und Einrichtungsebene verbunden, jedoch nicht Teil der jeweiligen Landesförderung, beispielsweise in Schleswig-Holstein, waren.
Struktur und Zeitplan des Modellprojektes „Analyse und Transfer des Verfahrens PLAISIR© nach Deutschland – Vorbereitung und Dokumentation der Überprüfungsprozesse des Verfahrens PLAISIR© zur Anwendung von Projekten auf

[3] Siehe hierzu Abschnitt 4 des Berichtes.

Landesebene" im Kreis Segeberg und in Bremen lässt sich wie folgt graphisch verdeutlichen:

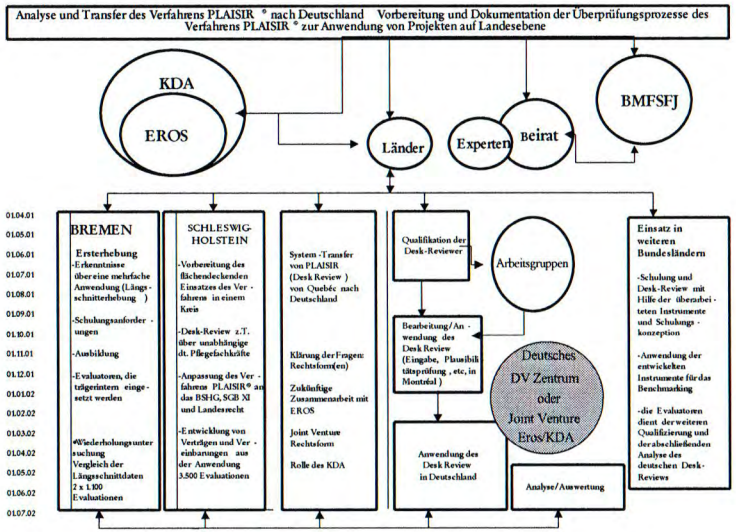


Abb. 1: Skizze zum Verbundprojekt „Analyse und Transfer"

In Absprache mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wurde davon Abstand genommen, einen Beirat *auf Bundesebene,* analog zum Projekt PPvP, einzuberufen, siehe hierzu auch die entsprechenden Ausführungen des Berichtes. Dessen Funktion wurde von maßgeblichen Vertretern der Selbstverwaltung auf Bundesebene in Form von Arbeitsgruppen wahrgenommen.

In diesen Zusammenkünften wurde ein Informationsaustausch über die gesamte Projektlaufzeit gewährleistet, damit die in den Teilprojekten gewonnenen Erfahrungen, Vereinbarungen und Ergebnisse für den Auftraggeber und ausgewählte Mitglieder des ehemaligen Beirats aufbereitet und fundiert diskutiert werden konnten. Zum Jahreswechsel 2001/2002 hat das BMFSFJ auf Anregung und unter Beteiligung dieser Arbeitsgruppe ein erstes Gutachten über die wirtschaftlichen und juristischen Voraussetzungen bzw. Perspektiven in Auftrag gegeben. Die Entscheidungen dieser Arbeitsgruppe werden für die Einführung von PLAISIR© in Deutschland von ausschlaggebender Bedeutung sein. Einerseits muss nämlich den spezifischen Bedingungen in den Bundesländern Rechnung getragen werden,

andererseits jedoch sind auch Zuverlässigkeit, Verfügbarkeit und Wirtschaftlichkeit bei einer Anwendung des Verfahrens zu sichern.

Neben den grundsätzlichen analytischen und technischen Fragestellungen hatte das KDA den Auftrag, eine inhaltliche Integration der Projekte bezogen auf die Bundesebene vorzunehmen und im Sinne eines Projektverbundes die Steuerung auf Landes- bzw. Landkreisebene wahrzunehmen. An diesem Verbund beteiligte sich die Bremer Heimstiftung mit Sitz in Bremen und der Kreis Segeberg in Schleswig-Holstein.
Die jeweiligen Projektschwerpunkte und deren zeitliche Realisierung wurden mit dem BMFSFJ in Zusammenarbeit mit den Ländern abgestimmt, damit in dem geplanten Zeitraum die unterschiedlichen Ressourcen auf Landes- und Bundesebene effizient gebündelt werden konnten. Ziel des Gesamtprojektes war eine auf Landes- und Bundesebene abgestimmte Umsetzung eines flächendeckenden Einsatzes von PLAISIR© als qualifiziertes und anerkanntes Pflegezeit- und Personalbemessungsinstrument.
So unterschieden und ergänzten sich die Zielsetzungen der zwei Projekte auf Landesebene: In Bremen war der Schwerpunkt ein umfassender und ein im Sinne einer Längsschnittanalyse mehrfacher Einsatz des Verfahrens PLAISIR© bei den Einrichtungen der Bremer Heimstiftung. Hiermit wurde, neben der Schaffung der für das Analyse-Projekt erforderlichen Anzahl von Evaluationen, eine umfassende Anwendung des Verfahrens in allen vollstationären Einrichtungen eines einzigen Trägers, in diesem Falle der Bremer Heimstiftung, erreicht. Es wurden für das schwerpunktmäßig eher „trägerinterne" Projekt folgende Ziele präzisiert:[4]

1. Es sollen die Auswirkungen und die Potenziale auf eine verbesserte innerbetriebliche Steuerung und Qualitätsentwicklung festgestellt und dokumentiert werden (Koppelung der PLAISIR©-Ergebnisse mit betriebswirtschaftlichen Kennzahlen).
2. Für die nächsten fünf Jahre, also weit über die Projektlaufzeit hinaus, ist eine regelmäßige Wiederholung der Evaluation der BewohnerInnen der Bremer Heimstiftung vorgesehen. Danach stehen erstmals umfassende Längsschnittdaten zum Bewohnerprofil und zu den erforderlichen Leistungen der Pflegeheime von rund 1.100 BewohnerInnen zur Verfügung.
3. Die Projekte auf Landesebene dienen der Analyse der Dateneingabe und des Überprüfungsprozesses in Montreal sowie der Dokumentation der hinterlegten Zeitwerte und Gewichtungsfaktoren. Im Rahmen eines eigenständigen Projektes erfolgt eine deutschsprachige Dokumentation des gesamten Auswertungsprozesses durch einen Pflegewissenschaftler und eine qualifizierte Pflegekraft. Hierfür bilden die Bremer Evaluationen die Grundlage.
4. Die Leistungsträger und Leistungserbringer der anderen am Projekt beteiligten Länder werden in den Informations- und Qualifikationsprozess in Bremen einbezogen, um die Bearbeitung der Projekte auf Landesebene in dem vorgegebenen Zeitrahmen qualifiziert zu realisieren.
5. Es soll geprüft werden, ob und in welchem Umfang Nachschulungen bei den schon ausgebildeten EvaluiererInnen erforderlich sind.

[4] Die Bremer Schwesternschaft beteiligte sich, wie schon erwähnt, mit einer Einrichtung an der Erprobung. Auf diese Ergebnisse wird in diesem Bericht nicht gesondert eingegangen, da sie nicht Gegenstand des Begleitprojektes sind.

Ergänzend zu diesen Aspekten hatte der trägerübergreifende und flächendeckende Einsatz des Verfahrens in einem Landkreis in Schleswig-Holstein eine erweiterte Zielsetzung: So sollte der trägerübergreifende Einsatz des Verfahrens in Schleswig-Holstein – neben der Gewinnung der Daten zu den BewohnerInnen und zu den erforderlichen Leistungen in den untersuchten Einrichtungen – die Grundlagen für einen trägerübergreifenden, leistungs- und qualitätsorientierten Vergleich schaffen.
Ein weiterer Schwerpunkt war die Einleitung, Moderation und Dokumentation der Prozesse, die zu einer verbindlichen Integration des Verfahrens und seiner Ergebnisse in die verschiedenen Ebenen der Selbstverwaltung erforderlich sind. Ziel war die Entwicklung von Empfehlungen für Vereinbarungen und Vertragsmuster, die für eine dauerhafte Anwendung erforderlich sind, sowie die Ermittlung der ggf. notwendigen Anpassungen des Instrumentes und der Verwertung der Ergebnisse bzgl. der einschlägigen vergütungs- und vertragsrechtlichen Bedingungen in Deutschland.

1.3 Schaffung der personellen Voraussetzungen für das Gesamtprojekt

Der Auftrag des Bundesprojektes richtete sich unter anderem auch auf die Qualifizierung von einer pflegefachlichen Mitarbeiterin und einem pflegefachlichen Mitarbeiter des KDA zur Desk-Reviewerin/zum Desk-Reviewer.
Die Ausbildung des ersten Mitarbeiters erfolgte vom 30. April bis 23. Mai 2001 im Institut EROS in Kanada, gemeinsam mit einer Mitarbeiterin der Bremer Heimstiftung. Gegenüber dem Projektmitarbeiter wurde die Ausbildung der Mitarbeiterin der BHS komplett über die Bremer Heimstiftung refinanziert.
Sie ist bei dem Träger im Qualitätsmanagement eingesetzt und wurde in der Folge mehrmals in Deutschland (im KDA) durch die Ausbilderin des Instituts EROS weiterqualifiziert.
Der Mitarbeiter des Forschungsprojektes, ein diplomierter Pflegewirt, war Ende 1999/Anfang 2000 im AWO-Projekt zum Evaluator qualifiziert worden. Seine spätere Ausbildung in Kanada umfasste ca. 300 Stunden mit ca. 500 bearbeiteten Bewohnerfragebögen.

Eine weitere pflegefachliche Mitarbeiterin, die ebenfalls im AWO-Projekt zur Evaluiererin ausgebildet worden war, absolvierte als zweite Projektmitarbeiterin vom 09. Januar bis 23. Februar 2002 die Erst-Qualifizierung zur Desk-Reviewerin in Kanada. Anschließend wurde die Ausbildung in Deutschland durch eine Mitarbeiterin des Instituts EROS bis Ende März 2002 fortgesetzt. Ihre Ausbildung

umfasste insgesamt ca. 400 Stunden, und es wurden ca. 750 Bewohnerfragebögen im Rahmen des ersten Desk-Reviews bearbeitet.

Zu Beginn dieses Ausbildungsganges zum Erlernen des Desk-Reviews wurden „zur Auffrischung" die einzelnen Merkmale des bio-psycho-sozialen Profils und die Pflegeaktionen anhand des Handbuches noch einmal erläutert. Anschließend stellte die Ausbilderin den Aufbau des IMPFRANs vor, der die schriftliche Grundlage für die Durchführung des Desk-Reviews darstellt. Außerdem wurden anhand von konkreten Bewohnerbeispielen die einzelnen Arbeitsschritte des Desk-Reviews erläutert. Im folgenden Schritt führte die Kandidatin bzw. der Kandidat unter Anleitung der Ausbilderin das Desk-Review direkt selbst durch.

Daran schloss sich die selbstständige Bearbeitung der IMPFRANs durch Mitarbeiter an. Nach der Durchführung des Desk-Reviews für eine geringe Anzahl von Bewohnerinnen und Bewohnern wurden die Arbeitsergebnisse jeweils ausführlich mit der Ausbilderin besprochen. Diese Schulungsanteile nahmen in den ersten vier Tagen ca. zwei bis drei Stunden pro Tag in Anspruch. Dieser Zeitanteil reduzierte sich in den Folgetagen auf ca. eine Stunde pro Tag.

Nach der vollständigen Bearbeitung der IMPFRANs für einen kompletten Wohn-/Pflegebereich erfolgte jeweils ein Telefonat mit einer Pflegekraft des betreffenden Bereiches. Auch dieser Arbeitsschritt des Desk-Reviews wurde von der Ausbilderin zunächst theoretisch erläutert. Anschließend telefonierte der Mitarbeitende unter Supervision der Ausbilderin mit der Einrichtung. Nach rund zwei Wochen führte der Mitarbeitende das Desk-Review selbstständig durch. Im Hintergrund fungierte die Ausbilderin allerdings immer als Supervisor. Auftretende Fragen wurden direkt oder nach Abschluss eines Arbeitsschrittes geklärt. Zusätzlich wurde dem pflegefachlichen Mitarbeiter sowohl theoretisch als auch anhand der praktischen Umsetzung im Institut EROS erläutert, welche Arbeitsschritte im Einzelnen – von der Ankunft der Unterlagen aus den Einrichtungen bis hin zum Ergebnisversand – notwendig sind.
Die Mitarbeiterin wurde auch dahingehend angeleitet, das Desk-Review für BewohnerInnen aus psychiatrischen Einrichtungen durchzuführen. Aufgrund der besonderen Krankheitsbilder und Zustände dieser Klientel sind beim Desk-Review spezielle inhaltliche Aspekte zu beachten. Außerdem erlernte die pflegefachliche Mitarbeiterin, die bewohnerbezogenen Auswertungen (so genannte GUSTAVs (s. o.) vor der Versendung an die Einrichtungen auf evtl. Fehler zu kontrollieren (betraf ca. 25 Einrichtungen mit etwa 1.600 Bewohnern). Ein weiterer Teil der Ausbildung befasste sich mit dem so genannten Codieren der im FRAN angegebenen sonstigen Diagnosen nach der so genannten ICD-9-Klassifikation.

Beide Projektmitarbeiter wurden darüber hinaus in der Durchführung des Desk-Reviews für *Daten einer Folgeevaluation* unterwiesen. Ein besonderer Arbeitsschritt dieses speziellen Desk-Reviews besteht darin, die Daten des Vorjahres bzw. der vorherigen Evaluation mit den aktuellen Daten zu vergleichen, um anschließend mögliche Veränderung des Bewohnerzustandes und der erforderlichen Pflegeleistungen identifizieren und berücksichtigen zu können. Nach der Bearbeitung eines Wohnbereiches gemeinsam mit der Ausbilderin wurden weitere Wohnbereiche von der Mitarbeiterin selbstständig bearbeitet (immer unter Supervision der kanadischen Ausbilderin). Die pflegefachliche Mitarbeiterin bearbeitete die Daten von ca. 150 BewohnerInnen mit einem Vergleich.

Die Phase nach der Ausbildung (selbstständiges Durchführen des Desk-Reviews in Deutschland) wurde natürlich dadurch etwas erschwert, dass Probleme oder Fragen bezüglich des Desk-Reviews nur noch telefonisch bzw. schriftlich mit der Ausbilderin in Kanada besprochen und geklärt werden konnten. Außerdem lagen zum damaligen Zeitpunkt Erläuterungen zum Desk-Review in schriftlicher Form bzw. in deutscher Sprache nur sehr eingeschränkt vor. Im Zuge des Projektes wurde das deutschsprachige Handbuch mit diesen Informationen zum Teil schon ergänzt.

1.4 Technische Anforderungen

Die Verbindung zwischen der Zentrale in Montreal und Köln wurde über ein VPN (Virtual Private Network) zum Zentralrechner, eine Standleitung über das Internet, realisiert. Hierbei wurde sehr viel Wert auf eine sichere Verbindung gelegt. Der Rechner, der in Deutschland den Kontakt halten sollte, wurde aus diesem Grund in Montreal vorkonfiguriert und dort über drei Monate getestet. Hierdurch sollte neben der Datensicherheit auch die Stabilität gewährleistet werden. So wurden gleichsam zwei völlig identische Systeme mit dazugehöriger Firewall entwickelt.
Folgende Systeme kamen zum Einsatz:

1. Firewall (Netscreen-5 Elite – www.netscreen.com – 2.000 $) mit VPN-Zugriff
2. VPN – IPSec DES (56 Bits) mit MD5 (Encryption Algorithm) und AV Pair Key (Dieses Modul verändert den Schlüssel in einem bestimmten Rahmen und einer bestimmten Zeit.)
3. PLAISIR©-Software auf einem Compaq-Server ML370 – (OS Linux) – 6.000 $. Pentium III 933, 256 RAM, 2 HDD SCSI 10K, NIC, RAID-1-Controller
4. Internet-Verbindung: DSL-Verbindung 512/512 kByte
5. Linux-Server – Kommunikation über FTP-SSH (Private Key in Montreal gespeichert, der öffentliche in Deutschland)
6. Linux-Server – Telnet-Zugriff ist nur in einer Richtung möglich von Montreal nach Köln, lediglich zum technischen Support

Auf dem deutschen Server wurden alle Programmteile installiert, die für die Dateneingabe und die Erstellung der OUTPUTs erforderlich sind. Das Kalkulationsmodul ist bislang originär auf dem Server in Montreal installiert. Jede Anforderung an das Rechenmodul wird direkt an den Server in Montreal gesendet und

sollte erwartungsgemäß innerhalb von maximal einer Minute abgearbeitet sein. Alle Dokumente und Ergebnisse, die das System bereitstellt, können sowohl in Montreal als auch in Köln direkt ausgedruckt werden. Hierfür ist insbesondere für die Einzelgutachten ein Hochleistungsdrucker vorzusehen. Es wurde ein Laser HP 4050 (3.000 $) und ein weiterer Laserdrucker (800 Lines/Minute), bspw. Genicom 4490i (12.000 $), empfohlen. Da der Vertrag zwischen dem MASGV und EROS allerdings auch die komplette Erstellung aller Ergebnisse inkl. Versand vorsah, konnte im Rahmen des Bundesprojektes auf die Anschaffung der vorgenannten Ausgabegeräte verzichtet werden.
Nach der hier beschriebenen umfassenden technischen und qualifikatorischen Vorbereitung waren die Grundlagen für das „eigentliche" Modellprojekt, das nachfolgend dargestellt wird, geschaffen.
Die folgende Graphik bietet einen Überblick über die beschriebenen Konfektionen und Zusammenhänge:

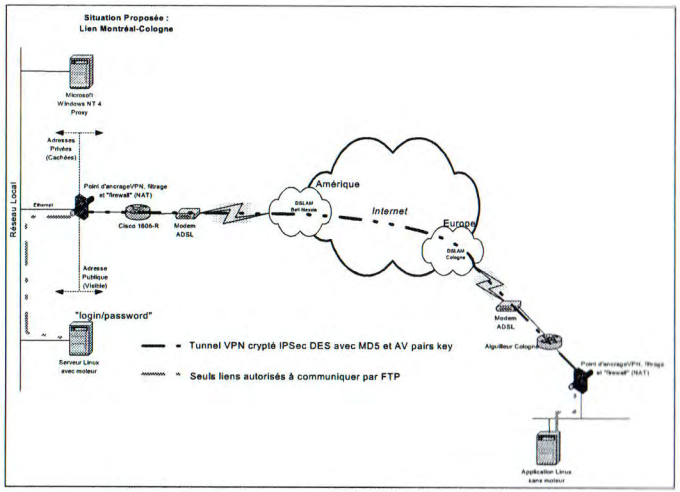


Abb. 2: Vernetzungs- und Kommunikationsstruktur zwischen EROS und KDA

2 Analyse und Transfer des Verfahrens

Die folgende Tabelle[5] gibt einen Überblick über den kompletten Verfahrenskreislauf von PLAISIR©, wie er sich im Rahmen des Modellprojektes, aber auch darüber hinaus in nächster Zukunft vom jetzigen Kenntnisstand aus bei einer Anwendung des Verfahrens in Deutschland in Zusammenarbeit aller Beteiligten inkl. der Firma EROS darstellt. Während bereits in der Einleitung auf die Projektplanung und den Projektablauf eingegangen wurde, wird dieser 1. Punkt der Tabelle zunächst noch einmal aufgegriffen und durch Darlegungen zu den Punkten 2.) bis 7.) ergänzt.

2.1 Beschreibung der Bearbeitungsschritte und der abgeleiteten Fragestellungen

Nach der Übereinkunft eines neuen Projektes zwischen Träger und KDA klärte die Projektleitung im Vorfeld mit den Trägern, in welchem Umfang den Einrichtungen die Ergebnisse anzubieten sind und von welchen Bezugsdaten ausgehend eine jeweils trägerspezifische Auswertung erfolgen soll. Ebenso bezogen die Vertragsverhandlungen mit den Trägern die Kostenfragen und die Anzahl der beteiligten Einrichtungen ein. Hinsichtlich der Abgabefristen der Erhebungsbögen (FRANs) und der Frist des Ergebnisversandes waren Absprachen zwischen Trägern, Einrichtungen und KDA zu treffen, um eine optimale Zeitplanung verwirklichen zu können. Zur Klärung dieser Fragen war es notwendig, dass vor der Maßnahme seitens des KDA ein intensiver Austausch mit den Trägern und Einrichtungen stattfand. Für den weiteren Verlauf und die Ergebnissicherung war zudem von entscheidender Bedeutung, dass neben Vertretern des Trägers sowohl die Leitungen der beteiligten Einrichtungen als auch die zukünftigen EvaluiererInnen frühzeitig informiert wurden.

Lenkungsgruppe
Bewährt hat sich die Etablierung einer Lenkungsgruppe aus Vertretern der Träger und dem KDA, die Informationen austauschte bzw. Entscheidungen fällte hinsichtlich

- namentlicher Registrierung und Zahl der beteiligten Einrichtungen nebst Zahl der teilnehmenden Bewohner
- Anzahl und Abgrenzung der Organisationseinheiten (Wohn-/Pflegebereiche) in den Einrichtungen – spätestens mit der Gruppenschulung sollte diese Einteilung in Absprache mit der Heimleitung stattgefunden haben, um eine sinnvolle Ergebnisauswertung nach Organisationseinheiten sicherzustellen
- Anzahl, Anforderungen und Auswahlkriterien für zukünftige EvaluiererInnen:
  - Es dürfen ausschließlich Pflegefachkräfte ausgebildet werden.

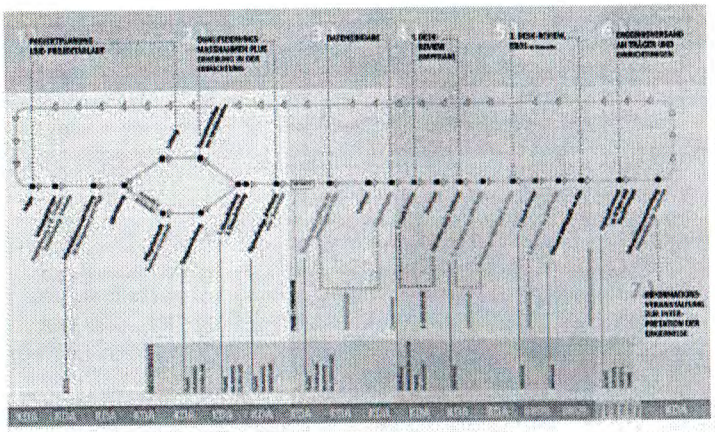
[5] Tabelle 1 gewährt einen vollständigen Überblick über den Verfahrenskreislauf von PLAISIR© bei seiner Anwendung in Deutschland.

- Erfahrungsgemäß ist die Ausbildung von Leitungsverantwortlichen (Pflegedienstleitungen, Wohnbereichsleitungen) nicht günstig, da in der Regel aufgrund ihrer Leitungsaufgaben eine derart zeitlich aufwändige bzw. „ungestörte" Freistellung für die PLAISIR©-Erhebung nicht möglich ist.
- Im Regelfall wird für ca. 80–120 Bewohner ein/e EvaluiererIn ausgebildet bzw. eingesetzt. Für die Einrichtungen mit nur 60 Bewohnern ist die Ausbildung einer Pflegefachkraft gerade noch realistisch. In sehr großen Heimen (bis zu 160 BewohnerInnen) ist überlegenswert, ob zwei EvaluiererInnen ausgebildet werden oder ob bei Ausbildung nur einer Evaluiererin von einem anderen (kleinen) Heim Unterstützung bei der Erhebung erfolgen kann.
- Für eine exakte Datenerhebung zur individuellen Pflegezeitbemessung ist es wichtig, dass sich die von der Pflegeeinrichtung zu diesem Zweck freigestellte examinierte Pflegefachkraft mit dem Bemessungsverfahren nach PLAISIR© vertraut macht.

- Weitere Kriterien bzw. Aufgaben, die die Lenkungsgruppe zu berücksichtigen hatte, waren gerichtet auf die
  - Übergabe einer Adressdatenbank der Einrichtungen und Namen der zukünftigen EvaluiererInnen (Adresse, Telefon, Fax, evtl. E-Mail-Adresse)
  - Termingestaltung der Gruppenschulungstage und Block der Einzelschulungen
  - Orts- und Räumlichkeitenwahl für die Gruppenschulung und Information über Inhalt und Umfang der Schulungen
  - Organisation der Übernachtung der Dozenten.

Zudem sollte durch die Bereitstellung eines separaten Arbeitsraumes oder Büros für die Zeit der Einzelschulungen und den Zeitraum der Erhebung ein ungestörtes Arbeiten ermöglicht werden.
Ergebnisse und Daten zu diesen Aspekten wurden zur Grundlage für die vertragliche Festlegung, die für das Projekt Bad Segeberg zwischen dem Institut EROS in Zusammenarbeit mit dem KDA und dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein am 12. Oktober 2001 abgeschlossen wurden. Im Projekt Schleswig-Holstein entstanden Verträge direkt zwischen EROS und den Einrichtungen bzw. Trägern.

Tab. 1: Verfahrenskreislauf und Teilschritte der Evaluation der erforderlichen Pflege mittels PLAISIR© (schematische Darstellung)



Informationsveranstaltung zum Auftakt einer Erhebung
Die Schaffung einer angemessenen Informationsbasis für Träger und für beteiligte Einrichtungen wurde durch Informationsveranstaltungen zum jeweiligen Projekt und zu dessen Ablauf sichergestellt. Diese Veranstaltungen fanden für den Kreis Segeberg am 23. August 2001 in Rendsburg und am 29. August 2001 in Bad Bramstedt statt.
Das Programm der **Informationsveranstaltung zum Auftakt einer Erhebung** gliederte sich nach den Punkten (siehe Anlage 1):

1. Einführung: Hintergrund, Ziele und Stand des Projektes
2. Verfahren PLAISIR© (Kurzdarstellung)
3. Vorbereitung auf die Erhebungsphase (Möglichkeiten und Anforderungen)
4. Ablaufplanung/Termine
5. Diskussion (Beantworten von Teilnehmerfragen etc.)

Alternativ konnte ein solches vorbereitendes Meeting auch der Gruppenschulung als Auftaktveranstaltung vorangestellt werden. Insgesamt galt es, hierin zu verdeutlichen, dass es für eine zügige und qualitativ hochwertige Erhebung entscheidend war, eine ausreichende Transparenz in der Einrichtung bezüglich des Verfahrens PLAISIR© herzustellen. So waren die EvaluiererInnen vor Ort am besten zu unterstützen, wenn aufgrund der Einblicke innerhalb der Einrichtung eine möglichst weitreichende Freistellung von den sonstigen Tätigkeiten für den Zeitraum der Erhebung für sinnvoll erachtet wurde. Grundsätzlich wäre es erstrebenswert, die für die Erhebung freigestellten MitarbeiterInnen gänzlich von ihrem alltäglichen Dienst zu entbinden. Denn es besteht natürlich immer die Gefahr, dass aus betriebsorganisatorischen Gründen die EvaluiererInnen, die eigentlich für den Zeitraum freigestellt sind, doch wieder in den Pflegedienst hineingenommen werden (z. B. bei Nachtwachen oder bei Krankheitsausfällen).

Haben die EvaluiererInnen in Ausnahmefällen nicht an einer der vorgenannten Informationsveranstaltungen teilnehmen können, erhalten sie neben einer Einladung zur Gruppenschulung ein umfassendes Skript über die Anwendung des Verfahrens PLAISIR©, welches ihrer Vorbereitung auf die Gruppenschulung dient. (Ein Teil der Unterlagen findet sich in Anlage 2.)

Qualifizierungsmaßnahmen für die EvaluiererInnen
Die anschließende dreitägige Gruppenschulung zu jeweils acht Stunden diente dazu, den zukünftigen internen oder externen EvaluiererInnen Grundlagen zu vermitteln, um vor Ort in den Einrichtungen eine Erhebung fachgerecht durchführen zu können. Die Instrumente von PLAISIR© (FRANs, Handbuch und Formulare [siehe Kapitel 1, Einleitung]) wurden dabei umfassend erläutert. Wichtige Strukturdaten und Informationen von Diensten der Einrichtungen, wie z. B. von Physiotherapeuten und sozialen Diensten, wurden durch diese selbst oder durch die Leitung und die EvaluatorInnen auf begleitenden Formularen erfasst und

dienten als Grundlage für die Erhebung und die spätere Ergebnisauswertung. In den auf die Gruppenschulung folgenden drei Wochen erhielten die EvaluiererInnen zwei in wöchentlichen Abständen stattfindende ganztägige Einzelschulungen. Ziel dieser weiteren Maßnahmen war eine Überprüfung des Erlernten sowie die Umsetzung in die Praxis, so dass im Anschluss daran ein eigenständiges Evaluieren unter Supervision der Ausbilder des KDA möglich war.

Potenzielle Schwachstellen und mögliche Probleme
Auf einige Verbesserungsmöglichkeiten aufgrund der Erfahrungen im Zusammenhang mit der PLAISIR©-Ausbildung soll an dieser Stelle kurz eingegangen werden: Zum einen waren die Begleitformulare zu Beginn der Einzelschulung nicht immer ausgefüllt. Die EvaluiererInnen sind hier auf die Mithilfe der Heimleitungen und der Personalabteilungen angewiesen, um die Begleitformulare komplett ausfüllen zu können. In der Vergangenheit gab es beim Erstellen dieser Unterlagen erhebliche Verzögerungen, so dass die begleitenden Unterlagen deshalb besser bereits bei künftigen Anwendungszusammenhängen zur ersten Einzelschulung vorliegen sollten. Dies hat zudem den Vorteil, dass bei evtl. Rückfragen dann direkt vor Ort mit den entsprechenden MitarbeiterInnen die notwendigen Korrekturen vorgenommen werden können.
Die Organisation der Schulungsmaßnahmen erfolgte durch die Umsetzung der Planungen und Entscheidungen der Lenkungsgruppe (s. o.). Die Termine der Einzelschulungen wurden in der Gruppenschulung in Absprache mit den EvaluiererInnen endgültig festgelegt. Aufgrund des zum Teil extrem hohen Reiseaufwandes der Ausbilderinnen von EROS und der KDA-Mitarbeiter (mit heute bis zu vier MitarbeiterInnen des KDA) zu den einzelnen, oftmals weit entfernten Einrichtungen war in der Planung eine äußerst genaue zeitliche Abstimmung für die Wochen der Einzelschulungen erforderlich.

Datenbearbeitung
Die EvaluiererInnen sendeten die bearbeiteten FRANs und die dazugehörigen Formulare der BewohnerInnen nach abschließender Evaluation eines jeweiligen Wohnbereiches zum KDA. Eine pflegefachliche Mitarbeiterin des KDA sorgte daraufhin für den reibungslosen und fristgerechten Ablauf des Bearbeitungsprozesses der Daten bis hin zur Ergebnisauslieferung. Dafür war es notwendig, dass sie den Ablauf und die Arbeit der verschiedenen „Bearbeitungsstationen" kannte. Nur so waren ggf. bei auftretenden Problemen, bei Bedarf in Absprache mit der Projektleitung, entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Die betreffende KDA-Mitarbeiterin war auch dafür verantwortlich, die weitere Bearbeitung mit Kanada für das zweite Desk-Review abzustimmen und Informationen über den Stand der Bearbeitung des Projektes an eine Mitarbeiterin des Instituts EROS weiterzuleiten, damit der zeitliche Einsatz der Ressourcen auch dort geplant werden konnte.
Für die Projektsteuerung wurde eine Datenbank angelegt, die alle für das Projekt nötigen Informationen über die Einrichtungen (z. B. Einrichtungsname, Träger, Planzahl der Evaluationen, Zahl der Wohnbereiche, Name des/der Evaluierers/Evaluiererin, Evaluation im Verbund) auflistet, ebenso die Eckdaten des

Vertrages, die Leistungserfassung in der Datenbearbeitung und – später hinzugekommen – die Kostenaufstellung.

Mit den Einrichtungen bzw. Trägern wurde jeweils der Abgabetermin der bearbeiteten FRANs vertraglich geregelt. Das hieß, dass darauf zu achten war, ob die Termine eingehalten wurden, um eine fristgerechte Abgabe der Ergebnisse gewährleisten zu können. Dies war ggf. mit einem Anruf in der Einrichtung verbunden, um die Ursache der Verzögerung zu ermitteln.

In der Gruppenschulung wurde bereits darauf hingewiesen, dass sich die EvaluatorInnen bei unvorhergesehenen Ereignissen mit dem KDA in Verbindung zu setzen hatten, um gemeinsam eine Lösung zu finden. Für die MitarbeiterInnen der Dateneingabe galt es überdies, zu koordinieren, welche Einrichtung entsprechend der Verträge in der Bearbeitung Vorrang haben.

Nach Ankunft und Registrierung der FRANs in der Dateneingabe war dafür zu sorgen, dass die auf den FRANs im bio-psycho-sozialen Profil unter „sonstigen Diagnosen" aufgeführten Krankheitsbilder der BewohnerInnen von einer pflegefachlichen Mitarbeiterin dem vierstelligen Code der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und Art der Schädigung (ICD 9) zugeordnet wurden (Codieren, siehe auch Dateneingabe).

Es war sicherzustellen, dass die MitarbeiterInnen der Dateneingabe, welche die auf den FRANs fixierten Daten in ein spezielles Computerprogramm eingaben, alle notwendigen Informationen über die Einrichtungen oder etwaige Vereinbarungen erhielten, z. B. bezogen auf Absprachen mit den Häusern über die Festlegung von Wohnbereichen, bevor die Dateneingabe getätigt (mit dem Ergebnis des IMPFRANs) und das Bewohnerregister erstellt wurde (siehe Dateneingabe).

Auch den pflegefachlichen MitarbeiterInnen des Desk-Reviews, welche die Evaluationsdaten aus den Einrichtungen einem dualen Überprüfungsprozess unterzogen, musste ersichtlich sein, welchen Einrichtungen in der Bearbeitung zeitlich der Vorzug zu geben war und ob Besonderheiten bezüglich der Bearbeitung zu berücksichtigen waren. In Form einer Auflistung der dem Projekt zugehörigen Einrichtungen einschließlich Abgabefristen wurde die hierfür notwendige Transparenz geschaffen.

Die Eingabe erster Korrekturdaten (Korrekturen nach erfolgtem ersten Desk-Review) bearbeiteten die MitarbeiterInnen der Dateneingabe ebenfalls nach zeitlichem Vorrang (siehe Dateneingabe).

Nach dieser abschließenden Maßnahme wurden die Daten der BewohnerInnen (in den IMPFRAN) dem zweiten Desk-Review in Kanada zugeführt, wo eine weitere Überprüfung und Kontrolle des ersten Desk-Reviews stattfand (siehe

Dateneingabe und zweites Desk-Review). Die Koordination des Versandes fand in Absprache zwischen KDA und Kanada statt.

Theoretisch gab es für den Versand die Möglichkeit des

- Postweges sowie
- des Einscannens der IMPFRANs im PDF-Format und des Hinterlegens der Dateien auf dem gemeinsamen Server (KDA/EROS) mit Zugriffsmöglichkeit für EROS (s. o.).

Projektabschließende Maßnahmen
Aus Kanada kam nach Abschluss des zweiten Desk-Reviews (siehe zweites Desk-Review), nach erfolgter zweiter Korrektur und einem als abschließende Qualitätskontrolle dienenden Abgleich des GUSTAVs (s. o.) mit den IMPFRANs die Meldung, dass die vereinbarten Ergebnisse vorliegen und den Häusern zugesendet werden können. Die Einrichtungen und Träger erhielten daraufhin die Ergebnisse und Daten sowohl in Papierform als auch digitalisiert auf Disketten.

In weiteren Projekten werden inzwischen die Ergebnisse nach Erhalt direkt aus Deutschland sowohl in elektronischer Form als auch als Papierausdruck an Träger und Einrichtungen versendet. Beigefügt erhalten die Einrichtungen jeweils Anschreiben und Rechnung über die tatsächlich ausgeführten Evaluationen, welche dem Träger bzw. den Trägern wiederum in Kopie zur Kenntnisnahme zugesandt werden (siehe Ergebnisversand).

Eine Informationsveranstaltung hinsichtlich der Interpretation der Ergebnisse (siehe Informationsveranstaltung Interpretation der Ergebnisse) bildet neben der Zustellung der Zertifikate (siehe Anlage 16) über das Verfahren PLAISIR© den Abschluss des Projektes.

2.2 Qualifizierungsmaßnahmen für die EvaluiererInnen

Wie bereits oben angedeutet, wird das Verfahren PLAISIR© ausschließlich von Pflegefachkräften angewendet. Da sich das System als sehr komplex und zugleich als äußerst detailliert zeigt, ist eine umfassende Ausbildung der Pflegefachkräfte zu EvaluiererInnen notwendig (siehe Tab. 1, Verfahrenskreislauf). Die Ausbildung, die bislang durch MitarbeiterInnen des Instituts EROS und des KDA erfolgte, besteht – wie ebenfalls bereits vermerkt – immer aus den beiden Komponenten Gruppenschulung und Einzelschulungen. Die angehenden EvaluiererInnen sollen mit der Qualifizierung in die Lage versetzt werden, objektiv den Bewohnerstatus, die daraus resultierenden Pflegeleistungen erfassen und zwischen der erforderlichen und der gegebenen Pflege unter Berücksichtigung der Häufigkeitsnormen und anderer im System hinterlegter Normen unterscheiden zu können.

2.2.1 Gruppenschulung

In der Gruppenschulung werden die Pflegefachkräfte mit dem Erhebungsverfahren vertraut gemacht, und es erfolgt die Vorbereitung auf die praktische Anwendung. Das Erlernen des Umgangs mit dem Handbuch und dem FRAN bildet daher den inhaltlichen Schwerpunkt. Bisher war für die Schulung ein Zeitrahmen von drei Tagen vorgesehen.

Rahmenbedingungen für die Gruppenschulung
Die Erfahrungen aus den bisherigen Projekten zeigen, dass eine Gruppengröße von zehn bis 15 TeilnehmerInnen als optimal anzusehen ist. Für die Schulung sollte ein Raum zur Verfügung stehen, in dem ein störungsfreies Arbeiten möglich ist. Außerdem sind ausreichend große Arbeitsflächen (Tische) erforderlich, da die TeilnehmerInnen zum Teil mehrere Arbeitsmaterialien parallel nutzen müssen (FRAN, Handbuch, ergänzende Formulare bzw. Skripte etc.). Darüber hinaus hat sich das Vorhalten eines zusätzlichen Gruppenarbeitsraumes bewährt. An Unterrichtsmedien sollten mindestens Overheadprojektor und Flipchart zur Verfügung stehen.

Inhalte der Gruppenschulung
Im Rahmen der Gruppenschulung sind folgende Inhalte zu vermitteln (siehe auch Anlage 4):

- Terminologie und Zielsetzung des Systems PLAISIR©
- Umgang mit den zusätzlichen Formularen zu den Strukturdaten
- Vorgehensweise bei der Erhebung
- Umgang mit dem FRAN und dem Handbuch, inkl. Thema „Häufigkeitsnormen“
- Übung an einem Fallbeispiel
- Organisation der Einzelschulungsphase und der Erhebung

Die Gruppenschulung beginnt mit einer Schulungseinheit, in der die AusbilderInnen und die TeilnehmerInnen sich persönlich vorstellen können. Über in die Teilnehmerrunde integrierte Abfragen zur Einrichtung, aus der der Evaluierer bzw. die Evaluiererin entsandt wurden oder für die sie tätig werden, erfolgt gleichzeitig ein erster Abgleich von relevanten Einrichtungsdaten im Vergleich zu den Daten, die in der Projektplanungsphase erhoben wurden (z. B. Anzahl der zu evaluierenden BewohnerInnen). Anschließend werden der generelle Ansatz des Verfahrens, die Zielsetzung und wichtige Begriffe des Systems PLAISIR© erläutert (siehe Anlage 5 und Anlage 6).
Die Erklärungen zur Terminologie betreffen vor allem die Begriffe PLAISIR©, FRAN, Erforderliche Pflege, Gegebene Pflege, Pflegeintensität (direkte und indirekte Pflege), Bewohnerbezogene Kommunikation (BBK) sowie Verwaltungs-, Instandhaltungsaktivitäten und Wegstrecken (VIAW).

Bevor das eigentliche Erhebungsinstrument, der FRAN, vorgestellt wird, werden die zusätzlichen Formulare besprochen, die der Abfrage wichtiger Strukturdaten dienen. Dies sind im Einzelnen die Formulare (siehe Anlage 7):

- Arbeitszeitbedingungen einer Vollzeitkraft im Pflegebereich
- Notwendige Informationen über die Einrichtung
- Identifikation der Einrichtung, der EvaluiererInnen und der Kontaktpersonen
- Bewohnerregister
- Liste der Behandlungen durch die Physiotherapie
- Liste der Behandlungen durch die Ergotherapie
- Liste der unterhaltenden Aktivitäten
- Liste der therapeutischen Aktivitäten

Den TeilnehmerInnen wird dargelegt, wie die einzelnen Formulare aufgebaut bzw. wie sie auszufüllen sind. Einige Formulare können allerdings nicht oder nicht ausschließlich von den EvaluiererInnen bearbeitet werden, da Strukturdaten erfragt werden, die nur dem Management der Einrichtung (z. B. zu den Arbeitszeitbedingungen) oder anderen an der Betreuung der Bewohner Beteiligten vorliegen (Listen zur Behandlung durch die Physio- oder Ergotherapie in Zusammenarbeit mit den Therapeuten, Listen zu unterhaltenden und therapeutischen Aktivitäten in Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst). Für die genannten Formulare wird den EvaluiererInnen zumindest die Verantwortung übertragen, das Ausfüllen zu initiieren und zu organisieren und den Rücklauf zu gewährleisten.
In die Besprechung der einzelnen Formulare sind auch Erläuterungen zu Themen wie Festlegung des Beobachtungszeitraumes und Vergabe von Kennziffern für die Einrichtung und für Wohnbereiche, für die EvaluiererInnen und die BewohnerInnen integriert.
Die Formulare zu den Arbeitszeitbedingungen, zu den Grundinformationen über die Einrichtung und zu den Beschäftigungsaktivitäten wurden für die PLAISIR©-Anwendungen, die dem Projekt in Schleswig-Holstein folgten, bereits teilweise optimiert (siehe Anlage 8).

Anschließend wird zum Thema „Vorgehensweise bei der Evaluation“ erläutert, welche Arbeitsschritte bzw. Elemente erforderlich sind, um die Daten und Informationen zum konkreten Bewohner zu sammeln, welche die Grundlage für das Ausfüllen der FRANs sind. Die EvaluiererInnen gehen beim Ausfüllen des FRANs generell folgendermaßen vor bzw. nutzen folgende Informationen (siehe Anlage 9 und die Kurzbeschreibung des Verfahrens PLAISIR© in Abschnitt 1.1):

- Gespräch mit dem Bewohner, ggf. auch mit den Angehörigen
- Einsichtnahme in die vorhandene Pflegedokumentation und Pflegeplanung
- Ausfüllen des FRANs
- Gespräch mit einer Pflegekraft
- Vervollständigen des FRANs, ggf. inkl. Korrektur von vorher eingetragenen Angaben

Das Bewohnergespräch (oder – wenn dies nicht mehr möglich ist – zumindest das persönliche Überzeugen vom Zustand des Bewohners) dient dazu, dass sich die EvaluiererInnen selbst einen Eindruck von den kognitiven und physischen Fähigkeiten und Einschränkungen des Bewohners oder der Bewohnerin verschaffen. Aus der vorhandenen Pflegedokumentation und Pflegeplanung werden verschiedene Daten zum Ist-Zustand des Bewohners, zu den tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen und zu evtl. in der Evaluationswoche aufgetretenen Besonderheiten entnommen. Das Gespräch mit einer Pflegekraft (möglichst Fachkraft), die den Bewohner oder die Bewohnerin gut kennen sollte, kann wertvolle zusätzliche Informationen liefern, die in der Pflegedokumentation und Pflegeplanung nicht dokumentiert sind (z. B. über die Häufigkeit von Besuchen der Angehörigen, psychische Auffälligkeiten und biographische Hintergründe von Verhaltensweisen). Außerdem dient es dem Abgleich der zuvor gesammelten Daten und der besseren Einschätzung der Erforderlichkeit von Pflegeleistungen (nach Art, Häufigkeit und Hilfeform).
Insbesondere zum Bewohnergespräch und zum Gespräch mit der Pflegefachkraft werden in diesem Schulungsteil, wie in anderen Schulungseinheiten auch, zusätzlich „methodische Hinweise" zum Vorgehen gegeben. So wird z. B. erklärt, wie eine günstige Atmosphäre für das Bewohnergespräch hergestellt werden kann, welche Fragen sich eignen, um möglichst aussagekräftige Informationen zum Bewohnerzustand zu erhalten, wie damit umzugehen ist, wenn ein Befragter das Gespräch verweigert und welche gezielten Fragen helfen, das Gespräch mit der Pflegekraft ohne Informationsverlust möglichst zeitökonomisch zu gestalten.

Der inhaltliche Hauptschwerpunkt der Gruppenschulung mit dem größten Zeitanteil liegt darin, umfassend und Schritt für Schritt den Umgang mit dem FRAN und dem Handbuch zu erläutern. Im ersten Schritt werden die Kategorien und Eintragungsmöglichkeiten zum so genannten bio-psycho-sozialen Profil besprochen. Dieser Teil des FRANs (erste drei Seiten) dient vorrangig der Erfassung von Identifikationsmerkmalen (z. B. Bewohnernummer, Geburtsdatum, Beobachtungszeitraum), von speziellen Therapien und Trainingsmaßnahmen und des Ist-Zustandes des Bewohners/der Bewohnerin in Bezug auf die vorhandenen Einschränkungen und Fähigkeiten. Eine besonders intensive Unterweisung erfolgt für die Bereiche O bis R des so genannten Profils. Dies sind die Bereiche, die der Einschätzung der kognitiven, psychischen und sensorischen Funktionen, der Interaktionsfähigkeit und der Möglichkeit, soziale Beziehungen zu gestalten, dienen (siehe Abschnitt 1.1, Kurzbeschreibung des Verfahrens). Erfahrungsgemäß haben Pflegekräfte aus dem Altenpflegebereich derzeit noch nicht immer umfassende Kenntnisse und praktische Erfahrungen, um die genannten Bereiche so differenziert beurteilen zu können, wie es im System PLAISIR© vorgesehen ist. Außerdem wird in der Schulung auf die Zusammenhänge und Beziehungen eingegangen, die zwischen den einzelnen Bereichen des bio-psycho-sozialen Profils bestehen (vgl. auch Aussagen zum ersten Desk-Review weiter unten in diesem Kapitel). Zusätzlich zum Handbuch werden für die Erläuterungen zum bio-

psycho-sozialen Profil verschiedene Skripte eingesetzt (siehe Anlage 10). Dies sind die Skripte „C. Erhaltene pflegerische Rehabilitationsmaßnahmen" und „Psychopharmaka".

Im zweiten Schritt wird auf den Teil des FRANs eingegangen, in dem die für die einzelnen BewohnerInnen relevanten Pflegeleistungen, die so genannten PLAISIR©-Pflegeaktionen eingetragen werden sollen. (Das sind die restlichen 28 Seiten des FRANs.) Es wird erläutert, wie die Eintragungen im FRAN konkret vorzunehmen sind. Parallel dazu werden die Leistungsbeschreibungen der insgesamt ca. 175 Pflegeaktionen besprochen, die im Handbuch hinterlegt sind. Aufgeführt sind jeweils Kennziffer und Name der Pflegeaktion, Ziel und Beschreibung der Leistung, der verschiedenen Parameter und der Pflegemodi sowie weitere Hinweise zur Nutzung des FRANs oder zur Leistungsabgrenzung. Außerdem werden die Häufigkeitsnormen (die so genannten „Westschweizer Standards") für die betreffenden Pflegeaktionen erläutert.
Die Besprechung der Pflegeleistungen erfolgt geordnet nach den Bereichen, die im System unterschieden werden. Dies sind die Bereiche:

- Respiration (Atmung)
- Essen und Trinken können (Ernährung und Flüssigkeitszufuhr)
- Ausscheiden können (Ausscheidung)
- Sich pflegen/sich kleiden können (Hygiene)
- Sich bewegen können (Mobilisation)
- Kommunikation
- Medikamente
- Infusionstherapie
- Behandlungen
- Diagnostische Maßnahmen

Für die Erläuterungen zu den Pflegeaktionen kommen ebenfalls zusätzliche Skripte zum Einsatz (siehe Anlage 11). Verwendet werden im Einzelnen:

- Anmerkungen zu den individuellen Aktivitäten und Gruppenaktivitäten
- Beispiele zur Liste der unterhaltenden und therapeutischen Aktivitäten
- einige Beispiele zu dermatologischen Salben, Einreibungsmitteln und trockenen Verbänden

Die Erläuterung von FRAN und Handbuch endet damit, dass die EvaluiererInnen anhand eines Fallbeispiels die Anwendung des Verfahrens üben. Für eine fiktive Bewohnerin, zu der verschiedene schriftliche Informationen vorliegen, füllen die Pflegefachkräfte unter Beachtung der vermittelten Schulungsinhalte einen FRAN aus. Anschließend werden die Ergebnisse im Plenum analysiert.

Zusätzlich zur Vermittlung von Kenntnissen und praktischen Fähigkeiten zur Umsetzung des Verfahrens werden immer wieder während der Gruppenschulung

und vor allem in einem Abschlusskomplex Aspekte der Organisation von Einzelschulungsphase und Erhebung besprochen. So werden z. B.

- die für die einzelnen EvaluiererInnen zutreffenden Einzelschulungstermine festgelegt
- die notwendigen Rahmenbedingungen für die Einzelschulungen und für die Evaluationsphase erläutert
- Möglichkeiten der Kommunikation mit den Ausbilderinnen bzw. Ausbildern im Erhebungszeitraum vorgestellt
- die FRANs verteilt, die die EvaluiererInnen entsprechend der Anzahl der zu evaluierenden BewohnerInnen benötigen.

Außerdem wird erklärt, in welcher Form die ausgefüllten FRANs und die zusätzlichen Formulare an die Verarbeitungszentrale gesandt werden müssen. In diesem Zusammenhang werden die beiden Skripte „Nachbetreuung der Evaluierer" und „Nicht vergessen" besprochen (siehe Anlage 12).

Problemfelder und Verbesserungsvorschläge bezüglich der Gruppenschulung
Im Anschluss an die Schulungs- und Erhebungsphase wurden die EvaluiererInnen sowohl im Rahmen des Projektes „Schleswig-Holstein" als auch bei den Folgeprojekten mittels Fragebogen und zum Teil auch mündlich über ihre Erfahrungen bei den Schulungen und bei der Anwendung des Verfahrens befragt.[6]
Einige EvaluiererInnen schlugen vor, dass der Zeitrahmen für die Gruppenschulung erweitert werden sollte. Drei Tage wurden als nicht ausreichend erachtet, um die komplexen und umfangreichen Inhalte zu vermitteln. Kritisiert wurde außerdem, dass es der enge Zeitrahmen zwangsläufig nach sich ziehe, dass die Inhalte überwiegend im „Frontalunterricht" vermittelt werden müssten und dass das Erlernte nicht ausreichend anhand von Fallbeispielen eingeübt werden könne.

Als Reaktion auf diese Erfahrungen wurden für die Gruppenschulung im Rahmen eines Projektes in Hessen im November 2002 bereits entsprechende konzeptionelle Veränderungen vorgenommen. Der Schulungszeitraum wurde um einen halben Tag auf 3,5 Tage erweitert. Außerdem wurden zwei neu erarbeitete Fallbeispiele eingesetzt, die nicht erst am Ende der Schulung durch die angehenden EvaluiererInnen bearbeitet wurden, sondern sukzessive über die gesamte Gruppenschulung. Jeweils nach der Besprechung der einzelnen inhaltlichen Abschnitte von FRAN und Handbuch wurden in Form einer Gruppenarbeit die relevanten Teilbereiche des FRANs ausgefüllt und die Ergebnisse der Arbeit der beiden Teilnehmergruppen im Plenum vorgestellt und kommentiert. Bewährt hat sich außerdem, dass zwei AusbilderInnen die Gruppenschulung leiten und abwechselnd die Wissensvermittlung übernehmen.

[6] Vgl. auch Aussagen zu Projektplanung und Projektverlauf, Bericht PPvP und Berichtsteil zur Erprobung in Schleswig-Holstein.

Es bestehen derzeit weitere Überlegungen dahingehend, dass die Erweiterung des Schulungszeitraumes auf komplette vier Tage sinnvoll ist (siehe Anlage 13 zum neuen Programm der Gruppenschulung). Auch sollten weitere Formen der Wissensvermittlung einbezogen werden, die eine aktive Teilnahme der angehenden EvaluiererInnen ermöglichen (z. B. selbstständiges Lesen/Bearbeiten von Teilen des Handbuches durch die Pflegefachkräfte bereits vor oder flankierend zur Gruppenschulung).

2.2.2 Einzelschulungen

Möglichst direkt im Anschluss an den Gruppenschulungszeitraum beginnen die EvaluiererInnen in der Einrichtung mit der Anwendung des Verfahrens PLAISIR©. Zuerst sind die zusätzlichen Formulare zu den Strukturdaten auszufüllen bzw. ist das Ausfüllen zu organisieren. Anschließend werden sukzessive für die einzelnen BewohnerInnen die FRANs bearbeitet. Dies geschieht in der Anfangsphase der Erhebung „in einem geschützten Rahmen", da nach einem gewissen Zeitraum ein Ausbilder oder eine Ausbilderin zur individuellen Schulung in die Einrichtung kommt. Idealerweise sollte diese erste Einzelschulung ca. sieben bis zehn Tage nach der Gruppenschulung erfolgen. Ziel ist es, dass jeder der EvaluiererInnen bis zu diesem Zeitpunkt ca. zehn FRANs ausgefüllt hat.
Die Einzelschulung wird ein zweites Mal wiederholt. Die zweite Einzelschulung sollte ebenfalls ca. sieben bis zehn Tage nach der ersten Einzelschulung stattfinden, und es sollten bis dahin wiederum ca. zehn FRANs bearbeitet worden sein.
Generelles Ziel der Einzelschulungen ist die Überprüfung, ob die Ausbildungskandidaten bzw. Kandidatinnen das erlernte Wissen aus der Gruppenschulung in der praktischen Erhebung anwenden können.

Rahmenbedingungen für die Einzelschulungen
Die Einzelschulungen werden entsprechend der in der Gruppenschulung mit den EvaluiererInnen getroffenen Terminabsprachen durch die pflegefachlichen MitarbeiterInnen des Instituts EROS und des KDA durchgeführt. Dadurch, dass die AusbilderInnen auch mit dem Desk-Review vertraut sind, können sie den EvaluiererInnen in geeigneter Weise in der Praxis die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Erhebungskriterien darstellen, z. B. die Beurteilung der kognitiven Funktionen im bio-psycho-sozialen Profil (Bereich P) im Vergleich zur individuell unterstützenden Kommunikation (Pflegeaktionen 5010–5030).

Die Einzelschulungen finden in der Einrichtung statt, in der der Evaluierer oder die Evaluiererin die Erhebung beginnt. Dies hat den Vorteil, dass sich der Ausbilder oder die Ausbilderin vor Ort ein persönliches Bild von den Rahmenbedingungen und von einzelnen BewohnerInnen machen und Gespräche mit Leitungskräften und PflegemitarbeiterInnen führen kann, falls zu organisatorischen und/oder inhaltlichen Aspekten Fragen bei den EvaluiererInnen bestehen. Die Dauer der Einzelschulung beträgt in der Regel jeweils einen kompletten Arbeitstag von sieben bis acht Stunden.

Für die Einzelschulungen sollte ebenso wie für die Erhebung ein Raum zur Verfügung stehen, in dem ein ungestörtes Arbeiten möglich ist. Nicht ideal als Arbeitsplatz ist daher erfahrungsgemäß das Dienstzimmer oder ein Raum mit Telefon und Rufanlage. Der Arbeitsraum sollte zumindest über einen ausreichend großen Schreibtischarbeitsplatz verfügen.

Zu den Einzelschulungsterminen sollte im Wohn-/Pflegebereich, in dem die ersten Evaluationen durchgeführt worden sind, eine Pflegekraft (möglichst Fachkraft) zur Verfügung stehen, die punktuell Fragen zu den einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern beantworten kann. (Es ist jedoch keineswegs ihre Teilnahme über den gesamten Schulungszeitraum notwendig.)

Inhalte der Einzelschulungen
Zu Beginn der ersten Einzelschulung wird gemeinsam mit dem Evaluator bzw. der Evaluiererin überprüft, ob die zusätzlichen Formulare zu den Strukturdaten korrekt ausgefüllt wurden. Falls die Bearbeitung der Formulare bis zur ersten Einzelschulung noch nicht abgeschlossen werden konnte, erfolgt eine entsprechende Kontrolle ebenfalls wieder zu Beginn der zweiten Einzelschulung.
Anschließend werden sukzessive die vom Evaluator oder von der Evaluiererin bearbeiteten FRANs durchgesehen und ausführlich besprochen. Der Evaluator oder die Evaluiererin wird auf Eintragungen im FRAN hingewiesen, die bereits richtig erfolgt sind, und es werden Fehler bei der Anwendung aufgezeigt. Unter Zuhilfenahme des Handbuchs werden die relevanten inhaltlichen Aspekte vertieft. Der Ausbilder lässt sich vom Evaluator bzw. von der Evaluiererin erläutern, warum er/sie zu einer bestimmten Einschätzung gekommen ist. Augenmerk wird insbesondere darauf gelegt, ob der Evaluator/die Evaluiererin bereits fachgerechte und begründete Aussagen dazu trifft, welche Pflegeleistungen aufgrund des Ist-Zustandes des Bewohners bzw. der Bewohnerin gemäß des Systems PLAISIR© erforderlich sind. Außerdem werden erforderliche Korrekturen direkt im FRAN vorgenommen.

Um die Beurteilung des Evaluierers/der Evaluiererin insbesondere in Bezug auf die kognitiven und sensorischen Fähigkeiten und Einschränkungen des/der evaluierten Bewohners/Bewohnerin überprüfen zu können, führt der Ausbilder/die Ausbilderin in der Regel mit einigen der evaluierten BewohnerInnen selbst ein kurzes Gespräch. Im Anschluss daran wird die Einschätzung des Evaluierers/der Evaluiererin mit der des Ausbilders/der Ausbilderin verglichen.
Zusätzlich findet eine vergleichende Prüfung auch in der Form statt, dass der Ausbilder/die Ausbilderin für ein bis zwei BewohnerInnen vor Ort den FRAN ausfüllt (einschließlich Bewohnergespräch, Einsichtnahme in die Pflegedokumentation/Pflegeplanung und Gespräch mit einer Pflegekraft). Anschließend werden der vom Evaluator/von der Evaluiererin ausgefüllte FRAN und der vom Ausbilder/von der Ausbilderin erstellte FRAN verglichen, und es werden evtl. aufgetretene Abweichungen inhaltlich diskutiert (so genannte Validierung). Über die

Vergleichsevaluation wird der Evaluator bzw. die Evaluiererin auch methodisch im Umgang mit dem FRAN, dem Handbuch, der Bewohnerbefragung, der Mitarbeiterbefragung und der Durchsicht der Pflegedokumentation weiter geschult.
Am Ende beider Einzelschulungen findet eine schriftliche Beurteilung des Evaluierers/der Evaluiererin statt. In einem Einschätzungsbogen wird eingetragen, welche Aspekte vom Evaluator/von der Evaluiererin bereits gut umgesetzt wurden und zu welchen Bereichen noch Fragen bzw. Probleme bestehen (siehe Anlage 14). Die Beurteilung wird mit dem Evaluator/der Evaluierin besprochen. Die Einschätzung zur ersten Einzelschulung nutzt der Ausbilder/die Ausbilderin in der zweiten Einzelschulung dazu, weiter gezielt auf die Schwächen und Stärken des Evaluierers/der Evaluiererin einzugehen.

Problemfelder und Verbesserungsvorschläge bezüglich der Einzelschulungen
Wie bereits erwähnt, sind die EvaluiererInnen bei der Bearbeitung bestimmter zusätzlicher Formulare zu Strukturdaten auf die Mithilfe des Managements der Einrichtung und auf andere MitarbeiterInnen sowie Externe angewiesen. In der Vergangenheit gab es beim Ausfüllen dieser Unterlagen teilweise erhebliche Verzögerungen. Zukünftig sollte noch deutlicher als bisher darauf hingewiesen werden, dass diese Begleitformulare möglichst bis zur ersten Einzelschulung bearbeitet sein sollten, um bei evtl. Rückfragen von den Verantwortlichen direkt vor Ort die Aspekte klären und evtl. notwendige Korrekturen vornehmen zu können. Dies sollte im Rahmen der Informationsveranstaltungen in Vorbereitung der Anwendung deutlich hervorgehoben und erläutert werden.

2.2.3 Abschluss der Schulungsphase

Formal gesehen ist die intensive Schulungsphase nach der zweiten Einzelschulung beendet. Genau genommen benötigen die EvaluiererInnen allerdings die Erfahrungen von mindestens 60 bis 80 Evaluationen, um das Verfahren sicher und kontinuierlich einsetzen zu können. Da mit Abschluss der zweiten Einzelschulung lediglich rund 20 FRANs bearbeitet sind, ist die Qualifizierung tatsächlich erst nach der Durchführung einer ausreichenden Anzahl von Evaluationen beendet. Obwohl die EvaluiererInnen nach den Einzelschulungen die FRANs selbstständig bearbeiten, haben sie beim Auftreten gravierender Fragen bzw. Probleme die Möglichkeit, jederzeit mit dem Datenverarbeitungszentrum, insbesondere mit den Desk-Reviewern Kontakt aufzunehmen. Auf diese Möglichkeit wird jeweils ausdrücklich in der Gruppenschulung und in den Einzelschulungen verwiesen, und sie wurde bisher auch – zumindest in Einzelfällen – genutzt.
Die formale Qualifikation ist ebenfalls zu hinterfragen, wenn PLAISIR© nicht nur einmalig eingesetzt, sondern eine Folgeevaluation nach einem bestimmten Zeitraum durchgeführt werden soll. In der Regel ist dann eine so genannte Auffrischungsschulung erforderlich, bei der die Kenntnisse der EvaluiererInnen aktualisiert werden. Zu Umfang, Inhalten und Form dieser Nachschulung liegen für die deutschen Anwendungen nur sehr eingeschränkt Erfahrungen vor, da

bisher eine Folgeevaluation lediglich in den Einrichtungen der Bremer Heimstiftung und in einer Einrichtung aus dem Projekt der Arbeiterwohlfahrt (siehe Kapitel Zur Einführung) durchgeführt wurde (siehe hierzu auch die Ausführungen zu den Erfahrungen aus Bremen, Abschnitt 3.3 dieses Berichtes).
Für den Evaluator der genannten AWO-Einrichtung fand unmittelbar vor der Folgeevaluation eine eintägige Schulung durch eine Ausbilderin des Instituts EROS statt.
Für den Fall, dass zukünftig im breiten Umfang Folgeevaluationen durchgeführt werden müssten, sollte in Zusammenarbeit mit dem Institut EROS ein entsprechendes Schulungskonzept erarbeitet und umgesetzt werden.

2.3 Datenbearbeitung

Ein weiterer Schwerpunkt im Gesamtkontext des Verfahrens PLAISIR© ist mit dem komplexen System der Dateneingabe gegeben (siehe Tab. 1, Verfahrenskreislauf, hier: Punkt 3.).

2.3.1 Eingang und Prüfung der Unterlagen im KDA

Wie bereits eingangs angedeutet, senden die EvaluatorInnen der Einrichtungen die FRANs der vollständig erhobenen Wohnbereiche an das KDA. Hier werden sie von MitarbeiterInnen der Dateneingabe in Empfang genommen und wie folgt bearbeitet. Zunächst wird die Anzahl der eingetroffenen FRANs mit der Anzahl der angegebenen evaluierten BewohnerInnen des Wohnbereichs verglichen. Treten Abweichungen diesbezüglich auf, wird durch einen Anruf in der Einrichtung eine Klärung über den Verbleib von evtl. fehlenden FRANs oder falschen Angaben erwirkt. Auch Fehler bei den Bewohnerkennziffern werden direkt durch die Dateneingeber beseitigt.

Beispiel: Jeder neue Wohnbereich beginnt mit der Bewohnernummer 001.
Es kann jedoch passieren, dass der Evaluator des jeweiligen Wohnbereiches die fortlaufende Bewohnernummer des vorherigen Wohnbereiches übernimmt (Durchnummerierung):

Wohnbereich I: Bewohnernummer 1 bis 26
Wohnbereich II: Bewohnernummer 27 bis 48

Dieser Fehler wird wie beschrieben schon zu Beginn der Dateneingabe korrigiert, und die BewohnerInnen erhalten die richtige Bewohnernummer:

Wohnbereich I: Bewohnernummer 1 bis 26
Wohnbereich II: Bewohnernummer 1 bis 22

Die korrigierte Bewohnernummer wird der jeweils zuständigen Kontaktperson durch ein Telefonat mitgeteilt. Das sich daraus geänderte Bewohnerregister in Bezug auf die Bewohnernummern wird analog dazu ebenfalls angepasst bzw. geändert.

Des Weiteren wird die Übereinstimmung der Bewohnerdaten des Bewohnerregisters mit den Angaben des FRANs überprüft (vor allem die Angaben zu Geschlecht und Geburtsdatum). Gibt es hierbei Abweichungen, erfolgt eine sofortige Klärung durch einen Anruf in der Einrichtung, oder es verbleibt ein Vermerk für das Desk-Review, bei dem spätestens eine Richtigstellung erfolgt.
Die Formulare – mit Ausnahme des Bewohnerregisters, mit Angaben zu unterhaltenden und therapeutischen Maßnahmen, Physio-, Ergotherapie und Logopädie – werden in projektbezogenen Ordnern abgeheftet. Die FRANs mit den eben genannten Formularen werden nach Einrichtungen und Wohnbereichen sortiert, in dementsprechend beschriftete Hängeregister eingeordnet und abgelegt.

2.3.2 Codieren der Diagnosen nach ICD 9

Im bio-psycho-sozialen Profil des FRANs werden unter anderem Angaben zu den Krankheitsbildern einer Person erfasst. Hierzu ist bereits eine Anzahl der am häufigsten auftretenden Alterserkrankungen angegeben, in welcher die entsprechende Zahlenkombination (nach ICD 9) angekreuzt werden kann. Diagnosen, die in dieser Auflistung nicht angegeben sind, können in dem zusätzlichen Feld „sonstige Diagnosen" namentlich aufgeführt werden.
Bevor die eigentliche Dateneingabe beginnen kann, müssen diese zusätzlich angegebenen Diagnosen codiert werden, d. h., die Krankheitsbilder erhalten auf Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und der Art der Schädigung (ICD 9) den dort festgeschriebenen vierstelligen Zahlencode. Es können maximal neun Krankheiten pro Bewohner angekreuzt bzw. codiert und im späteren Verlauf in den Computer eingegeben werden.

2.3.3 Dateneingabe

Die Eingabe aller einrichtungs- und bewohnerbezogenen Daten erfolgt in drei aufeinander aufbauenden Schritten, den so genannten Modulen. In jedem Modul wird eine andere Art von Information verarbeitet:

Zu Modul 1 (mgpu)
Das erste Modul fungiert als Manager (Stammdatenbereich) der Bundesländer, deren Untergruppen (Regierungsbezirke), der Einrichtungen und der dazugehörigen Wohnbereiche.
Diese Anwendung dient dazu, die eben genannten Informationen den Projekten eindeutig zuzuordnen und anschließend zu verwalten. Mit Hilfe dieses Moduls können Informationen bezüglich eines Bundeslandes, seiner Regierungsbezirke, der Einrichtungen und deren Wohnbereiche erstellt, verändert und nachgesehen

werden. Auch beziehen sich alle nachfolgenden Angaben, z. B. zur Person des Bewohners, auf diese hinterlegten Daten. (Einzelne Befehle sind hierzu im PLAISIR©-Handbuch zur Software, S. 14, nachzulesen.)
Des Weiteren dient diese Zuordnung von Einrichtungen zu Regierungsbezirken und Bundesländern dazu, im Rahmen der Ergebnisanalyse vergleichende Aussagen mit anderen Bezirken und Ländern zu treffen.

Zu Modul 2 (mg)
Das zweite Modul ist der Manager der Personen und des Bewohnerregisters.
Mit dem Bewohnerregister können Umzüge der Bewohner, z. B. innerhalb einer Einrichtung, deren Struktur durch die Anwendung des ersten Moduls definiert ist, verwaltet werden. Mit der Anwendung des zweiten Moduls wird das EDV-Bewohnerregister erstellt und aktualisiert. Diese Vorgänge sind eine Voraussetzung für die spätere Eingabe des bio-psycho-sozialen Profils und der Pflegeaktionen des FRANs. Zur Eingabe des Bewohnerregisters gehören folgende Elemente: Zunächst muss festgelegt werden, welche Einrichtung und welche Beobachtung bearbeitet werden soll. Danach werden alle BewohnerInnen des jeweiligen Wohnbereiches einer Einrichtung hinzugefügt. Zur Identifikation der BewohnerInnen erhält jede Person eine einmalige Nummer, die sich zusammensetzt aus dem Geburtsdatum, dem Geschlecht und einer dreistelligen Buchstabenkombination (siehe nachfolgende Tabelle).

1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*
J	J	J	J	M	M	T	T	G	A	A	A

Spalte 10 bis 12: Buchstabenkombination (z. B. AAA, AAB, AAC etc.)

Spalte 9: Angabe des Geschlechts (F für Female = weiblich, M für Male = männlich)

Spalte 1 bis 8: Geburtsdatum nach kanadischer Schreibweise (Jahr, Monat, Tag)

Tab. 2: Definition bzw. Zusammensetzung der einmaligen Bewohnernummer

Das Geburtsdatum muss folgendermaßen eingegeben werden: Jahr, Monat und Tag (kanadische Schreibweise). Der darauf folgende erste Buchstabe verweist auf das Geschlecht des Bewohners, d. h.: F für Female = weiblich oder M für Male = männlich. Die drei folgenden Buchstaben werden nach einer bestimmten Reihenfolge für das gleiche Geburtsdatum und das gleiche Geschlecht vergeben.

Beispiel: Die erste weibliche Bewohnerin einer Einrichtung ist am 24. Dezember 1925 geboren. Sie erhält somit nach PLAISIR© folgende einmalige Nummer: 19251224FAAA. An eine andere Bewohnerin mit dem gleichen Geburtsdatum würde die einmalige Nummer 19251224FAAB vergeben werden usw.

Die Eingabe des Alters beendet diesen Teilschritt der Datenerfassung. Jeder so aufgenommene Bewohner wird dann dem Wohnbereich zugeordnet, in dem er lebt. Auf diesem Wege erhält er zusätzlich eine einrichtungsbezogene Nummer, die sich folgendermaßen zusammensetzt: Nummer der Einrichtung, Wohnbereichsnummer und fortlaufende Nummer.

Beispiel: Ein Bewohner lebt im Seniorenzentrum X mit der Einrichtungsnummer 00999 und im Wohnbereich 05 der Einrichtung. Der Bewohner wurde vom Evaluator an siebter Stelle erfasst und erhielt so auf dem FRAN die Nummer 007. Die einrichtungsbezogene Nummer dieses Bewohners lautet: 0099905007.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	0	9	9	9	0	5	0	0	7

Spalte 8 bis 10: Bewohnernummer

Spalte 6 bis 7: Wohnbereichsnummer

Spalte 1 bis 5 Einrichtungsnummer der jeweiligen Einrichtung

Tab. 3: Definition bzw. Zusammensetzung der einrichtungsbezogenen Bewohnernummer

Ist allen BewohnerInnen eines Wohnbereichs die individuelle und fortlaufende Nummer zugeschrieben worden, wird das Bewohnerregister durch die Eingabe der Pflegestufen und der Nummer der EvaluiererInnen ergänzt. Das zuvor eingegebene Alter der einzelnen BewohnerInnen wird nun noch einmal durch den Computer aktualisiert, um evtl. Veränderungen des Alters von der Zeit der Evaluation bis zur Dateneingabe auszugleichen. Bei Einrichtungen mit Erstevaluation ist hiermit das zweite Modul abgeschlossen.

Zu Modul 3 (FRAN)
Das dritte Modul umfasst die Eingabe der Daten des FRANs. Mit dieser Anwendung werden die Daten des Formulars zur Registrierung der Pflegeaktionen, d. h., das Bild des Bewohners, erfasst. Dieses Bild setzt sich aus dem bio-psycho-sozialen Profil des Bewohners (erfasst auf den drei ersten Seiten des FRANs) und der Liste der für diesen Bewohner erforderlichen Pflegeaktionen (Leistungsplan bestehend aus maximal 175 Aktionen) zusammen.
Sind alle diesbezüglichen Daten in den Computer eingegeben, werden die IMPFRANs ausgedruckt, welche die komprimierten Versionen der einzelnen FRANs darstellen.
Außerdem werden vom Computer evtl. Fehler in der Stimmigkeit der in Beziehung stehenden Daten auf dem IMPFRAN angezeigt. Da auf diesem Wege nicht

alle Fehlerquellen erkannt werden können, werden die IMPFRANs zum Desk-Review gegeben, wo eine Plausibilitätsprüfung zwischen dem erhobenen Profil des Bewohners/der Bewohnerin und den erforderlichen Pflegeleistungen erfolgt. Dieser Überprüfungsprozess wird von speziell geschulten Pflegefachkräften, den Desk-Reviewern, durchgeführt. Sie müssen fehlerhafte Zusammenhänge erkennen und Veränderungen rot markieren (siehe Abschnitt Desk-Review).

2.4 Erstes Desk-Review

Nach der Dateneingabe erfolgt das erste Desk-Review, welches der Überprüfung und der evtl. „Korrektur" aller erstellten Evaluationen dient, um so Widersprüche in den angegebenen Daten zu erkennen (siehe Tab. 1, Verfahrenskreislauf, hier: Punkt 4.).

2.4.1 Vorbereitung

Die FRANs und beiliegenden IMPFRANs befinden sich nach der Dateneingabe eines Wohnbereiches in der dafür bestimmten Ablage. Die Reihenfolge der Bearbeitung orientiert sich an den vertraglich geregelten Abgabefristen. Benötigt werden das PLAISIR©-Handbuch, die FRANs, die dazugehörigen IMPFRANs, das von der Dateneingabe erstellte Bewohnerregister und die folgenden Begleitformulare, die von den EvaluiererInnen ausgefüllt wurden:

- Identifikation der Einrichtung, der EvaluiererInnen und der Kontaktpersonen
- Notwendige Informationen über die Einrichtungen
- Liste der unterhaltenden Aktivitäten
- Liste der therapeutischen Aktivitäten
- Original Bewohnerregister (von EvaluatorIn erstellt)

2.4.2 Bearbeitung des IMPFRANs

Die einzelnen Korrekturen werden mit einem Rotstift durchgeführt, Notizen schreibt der Desk-Reviewer/die Desk-Reviewerin mit Bleistift auf die jeweilige Seite des IMPFRANs.
Auf der ersten Seite, dem „Deckblatt" des IMPFRANs, stehen Einrichtungsname mit Einrichtungsnummer und die Bewohnerkennzahl des jeweiligen Wohnbereiches. Die Informationen der Begleitformulare a. und b. (z. B. Kontaktperson, Friseurtätigkeiten, Routinen) und der Name des Desk-Reviewers werden handschriftlich auf das Deckblatt geschrieben (siehe Anlage 19, Anlage 20 und Anlage 21). Nachdem der Desk-Reviewer alle wichtigen Informationen übernommen und verglichen hat, kann er mit der eigentlichen Bearbeitung beginnen.

Der IMPFRAN ist in zwei Bereiche unterteilt. Die oberste Spalte ist für die Identifikation, z. B. einmalige Nummer, Geburtsdatum, Beobachtungsdatum usw.

vorgesehen, direkt darunter folgen die nach ICD 9 aufgeschlüsselten Diagnosen. Die nächste Spalte umfasst den Ist-Zustand des Bewohners (Profil)[7], das sind im FRAN die Punkte B bis R. Danach werden die einzelnen erforderlichen Pflege- und Unterstützungsleistungen aufgeführt, welche ebenfalls vom Evaluator mit dem FRAN erfasst werden.

Jeder IMPFRAN beginnt mit der Bewohnernummer 001 und läuft dann der Reihe nach aufsteigend weiter, bis der jeweilige Wohnbereich abgeschlossen ist (z. B. 001–020). Nun nimmt der Desk-Reviewer den zu der Bewohnernummer passenden FRAN und vergleicht die eingegebenen Daten im IMPFRAN.
Die stets parallel und immer wieder untereinander abzugleichenden Aufgaben des Desk-Reviewers sind:

Korrektur von Eingabefehlern der Dateneingabe
Die Dateneingabe erfasst auf dem IMPFRAN alle im FRAN enthaltenen Informationen. Hier gilt es in einem Vergleich zu überprüfen, ob Informationen übersehen oder falsch in den Computer eingegeben worden sind. Der/die Desk-Reviewer/Desk-Reviewerin wird diese fehlenden oder falsch eingegebenen Informationen nachtragen oder verbessern und an diesen Stellen Eingabefehler (EF) notieren.

Prüfen des Bewohnerprofils auf Stimmigkeit
Der Desk-Reviewer befasst sich mit dem Bewohnerprofil, um sich ein Bild vom Ist-Zustand[8] des jeweiligen Bewohners zu verschaffen.

Beispiel: Ein Bewohner kann sich in seinem Wohnbereich selbstständig, ob orientiert oder nicht, fortbewegen (siehe Anlage 30: PLAISIR©-Handbuch „Auf das Stockwerk des Zimmers beschränkte Bewegungsfähigkeit G.7"). Gleichzeitig braucht er aber laut EvaluiererIn für alle seine Bedürfnisse vollständige Hilfe (PLAISIR©-Handbuch „Abhängigkeit von anderen für alle Bedürfnisse K.9"). Bei dieser Information stellt sich die Frage, ob jemand, der noch alleine gehen kann und dieses auch tut, 24 Stunden pro Tag für all seine Bedürfnisse vollständige Hilfe erfordert. Da der Desk-Reviewer gegebenenfalls nicht genau einschätzen kann, welche Aussage hier zutrifft, notiert er sich seine Frage auf der betreffenden Seite des IMPFRANs (z. B. „Bewegung versus ATL?"). Bei starken Unstimmigkeiten im Bewohnerprofil gibt der Computer mit Stichworten Hinweis auf den entsprechenden Fehler, indem er z. B. „ATL = 9 und Beweg. = 7 fraglich" schreibt.

Ein Nachteil einiger auftretender Fehlermeldungen des Computerprogramms ist jedoch, dass es verschiedene Kombinationen nicht zulässt, die aber durchaus

[7] Bio-psycho-soziales Profil.
[8] Siehe Statutarische Outputs, Abschnitt 2.8.

vertretbar sind und in der Praxis tatsächlich vorliegen, wie im folgenden Beispiel beschrieben:

Beispiel: Ein Bewohner ist noch sehr selbstständig und ist bei den psychischen und sensorischen Funktionen in der Kategorie „leicht" eingestuft, hat jedoch nur noch zu einigen für ihn wichtigen Personen Kontakt. Er möchte lieber einfach alleine sein und zieht sich gewollt zurück (PLAISIR©-Handbuch „Reduzierte soziale Beziehung [nur primäre Kontakte] O.6). Hier gibt der Computer eine Fehlermeldung an. Er lässt nur die Kategorie O.5 (PLAISIR©-Handbuch „Verarmte soziale Beziehung [sekundäre Kontakte sind schwierig]") zu.

Abgleich des Bewohnerprofils mit der dazu gewählten Kommunikation
Der Desk-Reviewer kann auch erkennen, ob die psychischen und sensorischen Funktionen mit der vom Evaluator angegebenen Kommunikation übereinstimmen.

Beispiel: In den psychischen und sensorischen Funktionen ist ein Bewohner auf insgesamt *„mäßig"* eingestuft worden, d. h., er braucht häufig Unterstützung und Anleitung am Tag, um seine Bedürfnisse befriedigen zu können (evtl. Orientierungshilfe, Kontinenzversorgung, Anleitung und teilweise Hilfestellung bei der Körperpflege usw.).
Der Evaluator hat dazu die Kommunikation *„Leichtes kognitives Defizit"*[9] gewählt. (Dies muss für einen Bewohner gewählt werden, der nur ein leichtes kognitives Defizit hat, d. h., z. B. die Lern- und Merkfähigkeit lässt nach und der Bewohner kann in seinen ATL selbstständig sein oder Hilfe benötigen.)

Diese beiden Kombinationen *(„mäßig"* und *„Leichtes kognitives Defizit")* passen nicht zusammen, der Computer wird auch hier eine Fehlermeldung angeben. Der Desk-Reviewer stellt sich die Frage, welche Aussage hier zutrifft. Teilweise kann man an den weiteren Informationen im bio-psycho-sozialen *Profil* und den *Pflegeaktionen* eindeutig erkennen, welche Aussage stimmt. Trotzdem sollte der Desk-Reviewer sich während des Telefonats mit der *Kontaktperson* der Einrichtung vergewissern und neben den psychischen und sensorischen Funktionen die Stimmigkeit der Pflegtätigkeiten bezogen auf den beschriebenen Zeitraum nachfragen.

Prüfen der notwendigen Pflegeleistungen anhand des Bewohnerprofils
Ein Bewohner ohne körperliche Einschränkungen mit örtlicher Desorientiertheit (unter P – Orientierung = *„mäßig"*) erhält in der Pflegeleistung ein *„Gehen mit Hilfe" Modus 1* (z. B. Begleitung zum Speiseraum ohne körperliche Unterstützung). Diese Pflegeleistung ist bei einem Bewohnerprofil mit überwiegend *„mäßig"* in der Regel erforderlich.

[9] Siehe Anlage 30: PLAISIR©-Handbuch (Erläuterungen zu Pflegeaktion 5020).

Prüfen der Pflegeleistungen untereinander auf ihre Erforderlichkeit und Stimmigkeit (z. B. Fehlen von Leistungen, „Leistungsüberschneidungen")
Laut Aussage im FRAN benötigt ein Bewohner beim Essen vollständige Hilfe *(Modus 3 = Essen und Trinken eingeben)*. Während der morgendlichen Grundpflege nimmt der Bewohner nur ein Waschen des Rückens und des Intimbereiches *(Modus 2 = teilweise Übernahme)* in Anspruch, die übrigen Körperregionen versorgt er selbstständig.
Der Desk-Reviewer überprüft sowohl weiter aufgeführte Pflegeleistungen sowie das Bewohnerprofil und gleicht diese miteinander ab, ggf. klärt er durch das Telefonat die erforderlichen Pflegeleistungen.
Ein Desk-Reviewer bzw. eine Desk-Reviewerin bearbeitet ca. drei bis vier FRANs in der Stunde. Die Geschwindigkeit der Bearbeitung hängt sowohl von der Erfahrung des Desk-Reviewers als auch von der Qualität der Erhebung vor Ort ab („Stimmigkeit" der Angaben, Informationsgehalt, Erklärungen auf dem FRAN und „Zustand des Bewohners/Leistungsvielfalt").

2.4.3 Telefonat mit der Einrichtung – Die Kohärenzprüfung

Nachdem der Desk-Reviewer alle Seiten des IMPFRANs durchgesehen und bearbeitet hat, wird er die vom Evaluator angegebene *Kontaktperson* (Pflegefachkraft) des Wohnbereiches anrufen. Er vereinbart mit der Kontaktperson einen Termin, um die aufgetauchten Fragen im IMPFRAN pro Bewohner telefonisch zu besprechen. Die Kontaktperson wird darauf hingewiesen, dass sie für das Gespräch das vom Evaluator ausgefüllte Bewohnerregister benötigt. Denn auf dem Bewohnerregister des jeweiligen Wohnbereiches stehen zu den Nummern auch die Bewohnernamen, die dem Desk-Reviewer jedoch aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht bekannt sind.

Ein Nachteil entsteht, wenn die angegebene Kontaktperson der Einrichtung von den Kollegen vor Ort nicht über ihre Funktion im Rahmen des Prozesses informiert wurde. Erschwerend für die Einhaltung der Abgabefristen kommt hinzu, dass die Kontaktpersonen häufig wegen personeller Engpässe den vereinbarten Telefontermin mit dem Desk-Reviewer immer wieder verschieben.
Wenn der Desk-Reviewer zum vereinbarten Termin anruft, sollte die Kontaktperson ungestört in einem ruhigen Bereich sitzen. Das Bewohnerregister und die Pflegedokumentation sollten vorliegen. Der Desk-Reviewer nennt der Kontaktperson zu dem betreffenden Bewohner, bei dem noch Fragen offen sind, zunächst die Bewohnernummer, das Geburtsdatum des Bewohners und das angegebene Geschlecht. Durch diese Angaben wird deutlich, ob es sich tatsächlich um den fraglichen Bewohner handelt. Erkennbar wird so, wenn der Evaluator im FRAN und auf dem Bewohnerregister das falsche Geschlecht angegeben hat. Eine weitere Möglichkeit ist, dass das Bewohnerregister vom Evaluator falsch ausgefüllt wurde.

Beispiel: Jeder neue Wohnbereich beginnt mit der Bewohnernummer 001. Trotz Schulungsmaßnahmen geschieht es, dass der Evaluator bei einem neuen Wohnbe-

reich die Bewohnernummer des vorherigen Wohnbereiches fortschreibt (d. h., vorheriger Wohnbereich endet mit 026, der Evaluator beginnt den neuen mit 027). Dieser Fehler wird von der Dateneingabe bereits korrigiert, und die Bewohner erhalten die richtige Bewohnernummer. Der Desk-Reviewer wird beim Telefonat der Kontaktperson jede geänderte Nummer mitteilen, damit der Wohnbereich sein vorliegendes Bewohnerregister aktualisieren kann. Es wäre von Vorteil, das von der Dateneingabe geänderte Bewohnerregister noch vor dem Telefonat als Kopie in die Einrichtung zu schicken.

Während des weiteren Telefonats bespricht der Desk-Reviewer mit der Kontaktperson die Daten zu den einzelnen Bewohnern. Es ist ungünstig, wenn der Beobachtungszeitraum der Evaluation mehr als zwei Monate zurückliegt. Die Kontaktperson hat dann meist Schwierigkeiten, sich an den damaligen Ist-Zustand des Bewohners zu erinnern. Der Desk-Reviewer wird die Fragen zu den einzelnen Bewohnern der Reihe nach durchgehen und sich auf der jeweiligen Seite des IMPFRANs die Antworten notieren. Diese kleinen Notizen sind sehr wichtig, um nach dem Telefonat die Korrektur durchführen zu können. Ebenso bedient sich das zweite Desk-Review dieser Notizen. Eine speziell geschulte pflegefachliche Mitarbeiterin erkennt somit, was im Rahmen des Telefonates gefragt wurde. Das Telefonat umfasst für 25 bis 30 Bewohner eine Zeit von ca. 30 bis 60 Minuten (in seltenen Fällen mehr oder weniger). Hier kommt es auf Qualität und Umfang der erfassten Informationen im FRAN sowie auf die gezielte Beantwortung der Fragen durch die Kontaktperson an.

2.4.4 Korrektur im Rahmen des Desk-Reviews

Nachdem das Telefonat beendet ist, wird der Desk-Reviewer nochmals alle Seiten des IMPFRANs durchsehen und dabei die während des Telefonates erhaltenen Informationen anhand der Notizen korrigieren. Es ist von Vorteil, alle Seiten (auch die, ohne Fragen) erneut zu überprüfen, da der Desk-Reviewer sich selbst kontrolliert und sieht, ob die erarbeiteten Daten stimmig sind. Der Desk-Reviewer sollte immer direkt nach dem Telefonat die Korrektur vornehmen, da noch verschiedene Informationen über den Wohnbereich präsent sind. Nach Beendigung der Korrekturen des Wohnbereichs gehen alle Unterlagen (FRANs, IMPFRANs, Bewohnerregister und Formulare zur Dateneingabe zurück[10] , wo diese nach den einrichtungsspezifischen Kennnummern abgelegt werden.

2.4.5 Desk-Review mit „Vergleich“ bei Einrichtungen mit erneuter Evaluation

Ein Vergleich tritt dann auf, wenn in einer Einrichtung zum zweiten Mal eine Evaluation stattfindet. Der Desk-Reviewer benötigt zusätzlich zu den üblichen Instrumenten die IMPFRANs der vorherigen, also der ersten Evaluation, um sie mit den gegenwärtigen IMPFRANs jeweils vergleichen zu können. Für diesen

[10] Siehe Berichtsteil zur Dateneingabe.

Vergleich ist es erforderlich, die neuen und alten Minutenwerte der Leistungen pro Bewohner/Wohnbereich zu erfassen[11], welche nach der Dateneingabe aller die Einrichtung betreffenden Bewohner per Computerausdruck zu generieren sind. Es wird ein ganz normales Desk-Review durchgeführt, mit dem Unterschied, dass man Abweichungen zwischen der ersten und zweiten Evaluation erkennen kann, indem man etwa die Zeiten vergleicht.

Beispiel: Ein Bewohner war bei der ersten Evaluation z. B. in der Körperpflege, Ausscheidung, Bewegung usw., noch sehr selbstständig. In der jetzigen Evaluation braucht er für fast alle seine Bedürfnisse Hilfe. Der Desk-Reviewer sieht sich alle weiteren Informationen im gegenwärtigen FRAN und IMPFRAN an und erkennt, dass die Zeitwerte ebenfalls angestiegen sind. Er liest z. B. die Diagnose Apoplektischer Insult, die im vorherigen IMPFRAN noch nicht aufgeführt war. Aufgrund dieser Angabe ist es ersichtlich, warum der Bewohner bei der zweiten Evaluation so viel Hilfe benötigt und die Zeitwerte gestiegen sind.

Während der Desk-Reviewer bei jedem Bewohner den Vergleich durchführt, muss er alle Veränderungen auf der Bewohnerseite des IMPFRANs stichpunktartig aufschreiben. Die Bereiche, die sich nicht geändert haben, kennzeichnet er durch ein Gleichheitszeichen (=). Pflegeaktionen, die im Gegensatz zum vorherigen IMPFRAN nicht mehr erhoben werden, sind ebenfalls zu notieren.

Beispiel: Vorher benötigte der Bewohner beim Waschen nur teilweise Hilfe, ohne ständige Anwesenheit (1/w).[12] Jetzt benötigt er ebenfalls nur teilweise Hilfe, aber mit ständiger Anwesenheit (2/w), da er sich nur unter ständiger Anleitung teilweise selbst waschen kann. Der Desk-Reviewer notiert neben der aktuellen Zahl die vorherige und schreibt neben die Pflegeaktion die Begründung.

Zusätzlich muss der Desk-Reviewer aufschreiben, inwieweit die Zeitwerte voneinander abweichen oder ob sie gleich geblieben sind. Er soll diese Gegebenheiten anhand von Zeichen verdeutlichen (entweder ↑, ↓, =).
Natürlich ist das keine exakte Angabe, da die Unterschiede z. B. zwischen zehn und sechzig Minuten liegen können. Von Vorteil wäre es, die neuen und alten Zeitwerte auf der jeweiligen Seite des IMPFRANs zu notieren. Diese Fülle von Informationen ist auch für das zweite Desk-Review wichtig, damit die MitarbeiterInnen erkennen können, wo und warum in manchen Dingen evtl. ein Unterschied besteht.

Das Desk-Review dauert im Allgemeinen mit einem Vergleich länger. Man bearbeitet in der Stunde ca. zwei bis drei FRANs. Auch hier kommt es auf die Erfahrung des Evaluierers und auf Qualität und Umfang der von ihm ausgefüllten FRANs an.

[11] Ausdruck erfolgt von Dateneingabe.
[12] Siehe Anlage 30: PLAISIR©-Handbuch, S. 56.

Der Desk-Reviewer sollte ebenfalls schon einige Erfahrung im ersten Desk-Review gesammelt haben, bevor er Daten der zweiten Evaluation bearbeitet.

2.4.6 Korrektur der IMPFRANs

Nach Abschluss des Desk-Reviews erhält die Dateneingabe die korrigierten IMPFRANs zurück und kann nun ihrerseits, mit Hilfe des Korrekturmodus, die rot markierten Daten verändern, löschen oder neue Aktionen hinzufügen. Auch bei diesem Arbeitsschritt kann es noch auftreten, dass der Computer Fehlermeldungen in der Verknüpfung von Profil und Pflegeleistungen anzeigt. In diesem Fall wird nun sofort Rücksprache mit dem zuständigen Mitarbeitenden des Desk-Reviews gehalten, der dann wiederum diesen Fehler korrigiert. Auf dem IMPFRAN wird die Veränderung mit Bleistift markiert, um diese für das zweite Desk-Review kenntlich zu machen, da sie evtl. nochmals geprüft wird.

2.4.7 Abschließende Arbeitsschritte

Die IMPFRANs werden nach der ersten Korrektur kopiert und auf dem Postweg an das Institut EROS nach Montreal gesandt. Die Kopien verbleiben in der Ablage der Dateneingabe, denn sie dienen als Sicherheit für evtl. Verluste während des Transfers. In Montreal wird nun das zweite Desk-Review durchgeführt, welches in Deutschland noch nicht möglich ist, da dies sehr viel Erfahrung und einen weiteren Ausbildungsschritt erfordert. Um diese Zusatzqualifikation zu erhalten, müssen die MitarbeiterInnen über ausreichende Praxiserfahrungen im ersten Desk-Review verfügen. Die Erfahrungen aus den bisherigen Evaluationen reichen hierfür noch nicht aus.

Nach Abschluss des zweiten Desk-Reviews werden auch die daraus folgenden Korrekturen von MitarbeiterInnen in Kanada eingegeben, bevor die Rücksendung der bearbeiteten IMPFRANs erfolgt.
In Deutschland wiederum werden die zuvor erstellten Kopien vernichtet, die zurückerhaltenen Originale abgelegt, und der Ergebnisversand wird vorbereitet.

2.4.8 Zusätzliche Schritte der Dateneingabe bei Zweitevaluationen

Sollte eine Einrichtung bzw. ein Wohnbereich zum zweiten Mal evaluiert worden sein, wird das Bewohnerregister um weitere Daten ergänzt (siehe Anlage 17 und Anlage 18, Bewohnerregister). Da es in der Zeit zwischen Erst- und Zweitevaluation zu bewohnerbezogenen Veränderungen innerhalb eines Wohnbereichs kommen kann, werden diese Veränderungen in Zahlencodes, den so genannten TEV-Codes, beschrieben.

Beispiel: Wechselt eine Bewohnerin innerhalb der gleichen Einrichtung auf einen anderen Wohnbereich, so wird dies mit der Code-Nummer 3 vermerkt, und die

neue fortlaufende Nummer, die die Bewohnerin in dem anderen Wohnbereich erhält, wird angegeben. Durch die so entstandene Verknüpfung ist jederzeit ersichtlich, wo sich die Bewohnerin aufhält, die Daten der Erstevaluation gehen nicht verloren und nehmen Bezug auf die neue Evaluation. Sollte eine Bewohnerin in der Zwischenzeit verstorben, zur Zeit der Evaluation vorübergehend abwesend (z. B. Krankenhausaufenthalt), neu im Wohnbereich aufgenommen worden sein oder auch ohne Veränderung wiederholt evaluiert werden, so erhält sie den diesen Merkmalen zugeschriebenen Code (siehe Anlage 31: PLAISIR©-Handbuch zur Software, Anhang B).

Nach Eingabe der FRANs werden nun auch hier die IMPFRANs ausgedruckt, jedoch mit dem Unterschied, dass im Profil des Bewohners die Angaben der ersten Evaluation sichtbar werden (siehe Anlage 31: Handbuch zur Software, Anhang A.2 – „implaser"). So kann im ersten Desk-Review bereits gezielt mit Fragestellungen gearbeitet werden, die sich auf die Veränderungen der Bewohner beziehen.
Nach der Eingabe der daraus folgenden ersten Korrekturen werden die Daten per Internet an EROS gesandt, wo die vorläufigen Pflegezeiten der Bewohner berechnet werden und ein Vergleich der Zeiten aus Erst- und Zweitevaluation erfolgt. Mit diesen Daten wird anschließend das zweite Desk-Review durchgeführt.

2.4.9 Aufgetretene Probleme und deren Bewältigung

Bezogen auf das Erstellen der einmaligen Nummer anhand des Geburtsdatums, des Geschlechts und des dreistelligen Buchstabencodes hat sich gezeigt, dass dieses Verfahren, welches ja ausschließlich zum Zwecke der Anonymisierung der Daten in Deutschland und in der Schweiz vorgenommen wird, fehleranfällig ist. Ein Grund dafür ist, dass naturgemäß in einem Pflegeheim für ältere Menschen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von gleichen Geburtstagen (Altersverteilung) sehr hoch ist und daher sehr häufig durch die Ergänzung der letzten drei Stellen eine eindeutige Zuordnung vorgenommen werden muss. Diese Nummer beinhaltet nicht, wie andere individuelle Kennnummern eine Prüfziffer, die Fehleingaben direkt abfängt. Auch wird diese Nummer ergänzt durch den aktuellen Aufenthaltsort des Bewohners, mit der Folge, dass bei einem Umzug der Bewohner eigentlich eine neue Identifikationsnummer erhält.

Dies wird zwar vom Programm korrigiert, aber bei einem Umzug in eine andere Einrichtung besteht die Möglichkeit, dass diesem Bewohner eine neue Identifikationsnummer zugeordnet wird. Lösungsvorschläge, die zu neuen Identitätsmerkmalen – bei Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben – führen, wurden bereits entwickelt. So könnte z. B. an Stelle des Geburtsdatums die (vorab verschlüsselte) Sozialversicherungsnummer verwendet werden. Es wird derzeit an einem neuen Konzept gearbeitet, so dass künftige Evaluationen bereits nach einem neuen Modell, voraussichtlich schon ab Anfang 2003, anonymisiert werden könnten.

Bei der Eingabe der Pflegestufen treten, gerade bei sehr umfangreichen Wohnbereichen, leicht Eingabefehler auf. Die Pflegestufen der BewohnerInnen werden im Original-Bewohnerregister der Einrichtung durch die Evaluatoren aufgenommen. Sie werden jedoch nicht im FRAN erhoben und sind dementsprechend auch nicht im IMPFRAN enthalten. Hierdurch entzieht sich diese Information der Kontrolle durch den Desk-Reviewer, der sie ggf. bei Eingabefehlern korrigieren könnte.
In der Auswertung der Ergebnisse wird die Pflegestufe als vergleichende Größe einbezogen, daher ist es unumgänglich, dass diese in Zukunft zur Kontrolle auf den FRANs fixiert werden muss.

Nach der Erstellung des Bewohnerregisters *(Modul 2)* wird nunmehr ein vorläufiges Register des Wohnbereichs ausgedruckt und von den MitarbeiterInnen der Dateneingabe mit dem Original auf Fehler überprüft. Des Weiteren ist veranlasst worden, die Pflegestufe auch auf dem IMPFRAN sichtbar zu machen, so dass auch die MitarbeiterInnen des Desk-Reviews die Kontrolle der Pflegestufen in ihren Überprüfungsprozess aufnehmen können. Sinnvoll scheint zudem, der Einrichtung nach der ersten Eingabe der „Stammdaten" (Registerdaten) den durch PLAISIR© erstellten Computerausdruck zur Kontrolle zuzusenden. Hierdurch könnte schon ein in der Einrichtung entstandener Fehler hinsichtlich der persönlichen Bewohnerdaten vermieden werden.
Die Eingabe des Alters erfolgt durch manuelle Datenerfassung nach dem Vergeben der individuellen Nummer. Bleibt diese Eingabe des Alters aus, kann es zu Fehlern bei der Benennung des Alters kommen, da das Programm eigenständig ein Alter benennt.

Um dies zu vermeiden, sollte an dieser Stelle unter der Option „Alter" der Zwischenschritt „Aktualisieren des Alters" ausgeführt werden. Somit wird das „Aktualisierte Alter" in das Bewohnerregister durch das Programm eingetragen. Dieser Zwischenschritt ist durch das Programm als nicht eindeutig notwendig belegt und kann so bei der Dateneingabe leicht übersehen werden. Dennoch ist der Zwischenschritt „Aktualisieren des Alters" dringend erforderlich.

2.5 Zweites Desk-Review

Das zweite Desk-Review (siehe Tab. 1, Verfahrenskreislauf, hier: Punkt 5.), welches u. a. eine nochmalige Überprüfung des ersten Desk-Reviews darstellt, sowie die abschließende Qualitätskontrolle (Überprüfen der fertigen GUSTAVs) erfolgen zurzeit noch im Institut EROS (Kanada). Nachdem das zweite Desk-Review dort abgeschlossen ist, werden die IMPFRANs an das KDA zurückgeschickt. Jetzt hat der erste Desk-Reviewer die Möglichkeit, die von ihm bearbeiteten Wohnbereiche noch einmal zu sichten. Die Mitarbeiterin des zweiten Desk-Reviews verwendet einen grünen Korrekturstift zur Unterscheidung der Korrekturen des ersten Desk-Reviews.

Es ist sehr sinnvoll, wenn sich der Mitarbeitende, der das erste Desk-Review vornimmt, jeden Bewohner noch einmal im IMPFRAN ansieht, um festzustellen, ob mögliche Fehler von ihm im Rahmen des zweiten Desk-Reviews korrigiert worden sind. Der erste Desk-Reviewer sollte sich die einzelnen Auffälligkeiten für den weiteren Lernprozess notieren, um die relevanten Aspekte bei der nächsten Bearbeitung anwenden zu können.

Probleme nach dem zweiten Desk-Review
Es kommt vor, dass der erste Desk-Reviewer vorgenommene Korrekturen des zweiten Desk-Reviewers aus Kanada nicht versteht oder auch mit diesen nicht einverstanden ist.

Beispiel: Ein Bewohner hat starke Schmerzen in beiden Knien und wird zweimal täglich mit Venoruton Emulgel eingerieben. Der erste Desk-Reviewer hat diese Pflegeaktion unter „Einreiben und Lagern", Modus 2, festgehalten.[13] Im zweiten Desk-Review wurde diese Pflegeaktion gestrichen und der Aktion „Salbe auftragen ohne Umschlag", Modus 3, zugeteilt.[14] Es ist aber festgelegt, dass diese Pflegeaktion unter anderem nur für dermatologische Salben und nicht für schmerzlindernde anzuwenden ist.

Der erste Desk-Reviewer hat immer die Möglichkeit, mit den pflegefachlichen Mitarbeitern von EROS Kontakt aufzunehmen, um solche Probleme mit dem zweiten Desk-Reviewer zu besprechen. In sehr speziellen Fällen, in denen die Pflegeaktionen im PLAISIR©-Handbuch noch nicht konkret abgebildet sind, werden die Erfahrungen der Kollegen von EROS gerne genutzt. Das Besprechen solcher Fälle am Telefon ist nicht immer ganz einfach, da für die Klärung mancher Fragen komplexe Informationen des IMFRANs nötig sind, um eine abschließende Entscheidung treffen zu können. Für die Zukunft sollte auch bezogen auf das erste Desk-Review ein erweitertes Handbuch erarbeitet werden, in dem eindeutige, bisher oft nur mündlich übermittelte Regeln der Überprüfung und die Arbeitsschritte schriftlich fixiert sein sollten.

2.6 Ergebnisversand und Informationsveranstaltung zur Interpretation der Ergebnisse

Der Ergebnisversand (siehe Tab. 1, Verfahrenskreislauf, hier: Punkt 6.)
erfolgte für das Projekt „Kreis Segeberg" von EROS direkt aus Kanada an die Einrichtungen und Träger. Die Einrichtungen erhalten derzeit im Rahmen des Ergebnisversands neben einem Anschreiben, dem die Evaluationszahlen, die Namen der EvaluiererInnen und Besonderheiten bezüglich der Erhebung zu entnehmen sind, folgende Auswertungen und Unterlagen:

[13] Siehe Anlage 30: PLAISIR©-Handbuch, S. 110.
[14] Siehe Anlage 30: PLAISIR©-Handbuch, S. 172.

Ordner über die Evaluation mit PLAISIR©:

a) **Daten-CD** (enthält Teile b-f ausgenommen c. IV.)
b) **PLAISIR© 93** – Quantitative und qualitative Evaluation der Pflege abhängiger Personen
c) **Statutarische OUTPUTs des Systems PLAISIR©** – Erläuterung zur Interpretation der OUTPUTs:
   I. Interpretation der OUTPUTs N5, VR2, VX1
   II. Interpretation des OUTPUT N7
   III. Interpretation des bio-psycho-sozialen Profils und des Pflegeplanes
   IV. Interpretation der Hilfeformen im Pflegeleistungsplan
d) **AUDIT** – einrichtungsbezogene Ergebnisse
e) **OUTPUTs** – wohnbereichs- und einrichtungsbezogene Auswertungen
f) **GUSTAVs** – individuelle OUTPUTs und Bewohnerregister je Wohnbereich

Zudem werden – neben der **Rechnung** über die tatsächlich erfolgten Evaluationen der Einrichtungen durch EROS/KDA – die bearbeiteten **FRANs** geliefert, die Eigentum der Einrichtung sind und zum Vergleich der GUSTAVs herangezogen werden können.
Die Träger erhalten zeitgleich dieselben Informationen in elektronischer Form per E-Mail. Nach Absprache mit den am Projekt beteiligten Trägern erhalten diese weitere trägerspezifische Auswertungen. Der Ergebnisversand ist mit einem hohen personellen Aufwand verbunden, da die Ergebnisse auf elektronische Datenträger übertragen, in Papierform gedruckt und in einen Ordner sortiert werden müssen. Begleitend müssen einrichtungsspezifische Rechnungen und Anschreiben formuliert werden.

Nach Abschluss der Datenauswertung erhielten die Einrichtungen und Träger die PLAISIR©-Ergebnisse direkt aus Kanada zugesandt. Um die vorliegenden Ergebnisse näher zu beschreiben und die Einrichtungen über Interpretationsmöglichkeiten der Auswertungen umfassend zu informieren, fand am 19. März 2002 in Rendsburg und am 20. März 2002 in Bad Bramstedt jeweils eine „Informationsveranstaltunge hinsichtlich der Interpretation der PLAISIR©-Ergebnisse statt (siehe Tab. 1, Verfahrenskreislauf, hier: Punkt 7.).

Folgende Inhalte wurden dabei angesprochen:

1. Einführung: Stand des Projektes
2. Verfahren PLAISIR©: Grundlagen für das Verständnis der Ergebnisse
3. Erläuterungen zu den bewohnerbezogenen Ergebnissen (so genannte GUSTAVs)
4. Erläuterungen zu den wohnbereichs- und einrichtungsbezogenen Ergebnissen (so genannte OUTPUTs und AUDITs)
5. Zusammenfassung: „Was sagt uns das?“ und „Wie kann es weitergehen?“ und Diskussion (Beantwortung von Teilnehmerfragen etc.)

Diese Veranstaltung richtete sich an alle an dem Projekt PLAISIR© beteiligten Träger, Einrichtungsleitungen, Pflegedienstleitungen und EvaluiererInnen. Obwohl ein Großteil der Informationen mit Hilfe der beigefügten versendeten Unterlagen interpretiert werden kann, ist eine solche Veranstaltung für die Präsentation und Erläuterung der AUDITs, GUSTAVs und OUTPUTs sowie für das Aufzeigen von Zusammenhängen und Einsatzmöglichkeiten der Ergebnisse in die Praxis höchst sinnvoll. Es wird immer wieder darauf hingewiesen, dass die EvaluatorInnen dieser Veranstaltung beiwohnen mögen, da sie die Terminologie, das bio-psycho-soziale Bewohnerprofil und die Leistungsbeschreibungen sehr gut kennen. Sie können die Leitungen bei der Interpretation und der Umsetzung von Ergebnissen in die Praxis unterstützen.

Damit sind die einzelnen Bausteine oder Hauptthemenkomplexe, die in den Gesamtschaltkreis des höchst komplexen und zugleich detaillierten Verfahrens PLAISIR© eingebunden sind (siehe Tab. 1, Verfahrenskreislauf, Punkt 1. bis 7.), inkl. der Verbindungswege innerhalb Deutschlands und nach Kanada, zumindest in Ansätzen dargestellt worden.

3 Anwendung des Verfahrens auf Landesebene

Da die Selbstverwaltung der Länder über die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI für die Strukturqualität in der Pflege unmittelbar verantwortlich ist, sollten die Erprobungen auf Landesebene neben der Verbreiterung der Datenbasis insbesondere dazu dienen, den Einsatz des Verfahrens in der Praxis intensiver zu überprüfen und im direkten Zusammenwirken mit den Leistungserbringern und Leistungsträgern vor Ort PLAISIR© als ein auch für deutsche Verhältnisse praxistaugliches Instrument zur Bestimmung des erforderlichen Personalbedarfs zu erproben, zu diskutieren und ggf. zu etablieren.

Die Projekte auf Landesebene (Kreis Segeberg/Schleswig-Holstein sowie Bremen) dienten aber auch der tiefer gehenden Analyse der Dateneingabe und des Überprüfungsprozesses im kanadischen Montreal sowie der Dokumentation der in PLAISIR© hinterlegten Zeitwerte und Gewichtungsfaktoren. Dies war auf dem Hintergrund des § 80 a SGB XI (Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen) für die Bundesebene ebenfalls von besonderer Bedeutung. Voraussetzung war hier allerdings eine vertiefte Kenntnis über die dem Verfahren zugrunde liegenden Variablen, die Prozesse und die Methodik zur Bestimmung der erforderlichen Pflege.
So wurde im Rahmen des Projektes ein Pflegewissenschaftler und eine qualifizierte Pflegekraft in Montreal im Umgang mit dem Verfahren geschult, damit in der Folge der gesamte Datenverarbeitungs- und Auswertungsprozess deutschsprachig dokumentiert und beurteilt werden konnte (siehe hierzu die Ergebnisse in diesem Bericht).

Da die Qualifizierung der Projektmitarbeiter aber nur über konkrete Evaluationen erfolgen konnte, dienten die Bremer Evaluationen als Grundlage für den Einstieg in das Projekt. So wurde in Abstimmung mit der kanadischen Firma EROS zusätzlich zu den Projektmitarbeitern des Bundesprojektes eine Mitarbeiterin der Bremer Heimstiftung (BHS) im Umgang mit dem Desk-Review in Montreal geschult. Die Kosten dieser Qualifizierungsmaßnahme teilten sich die BHS sowie EROS. Der pflegewissenschaftliche Mitarbeiter des Bundesprojektes leistete in diesem Zusammenhang die fachliche Supervision.
Als Problem erwies sich allerdings die flächendeckende Anwendung des Verfahrens, denn bis auf die frühzeitige, eindeutige Aussage der BHS, sich an dem Verbundprojekt zu beteiligen, lag eine eindeutige Zusage für eine Beteiligung aus anderen Ländern für eine trägerübergreifende und flächendeckende Anwendung zu Projektbeginn noch nicht vor.

So wurden zu Beginn des Projektes mit den unterschiedlichen Vertretern auf Landesebene intensive Sondierungsgespräche geführt. Es zeigte sich allerdings, dass diese Diskussionsprozesse eine erhebliche Zeit in Anspruch nahmen und sich als schwierig erwiesen, auch vor dem Hintergrund der für die Qualifizierung der Pflegefachkräfte und die eigentliche Datenauswertung erforderlichen Finanzmittel,

die im Übrigen die Träger der Einrichtungen selbst aufbringen mussten. (Die Projektförderung des BMFSFJ schloss die Finanzierung der Qualifikationsmaßnahmen und die Datenauswertung nicht mit ein.)
Dies führte dazu, dass die interessierten Träger aus Hamburg, die sehr frühzeitig ein Interesse an einer Erprobung von PLAISIR© signalisiert hatten, zu Projektbeginn keine verbindliche Entscheidung für eine flächendeckende Erprobung herbeiführen konnten. Lediglich die Bremer Heimstiftung mit 15 Einrichtungen und die Bremer Schwesternschaft mit einer Einrichtung erklärten sich vor Beginn des Projektes bereit, die Kosten für Qualifizierung und Evaluation zu übernehmen. Dieser Träger bot darüber hinaus an, das Verfahren PLAISIR© über mehrere Jahre einzusetzen, da er es als Teilinstrument in sein trägerinternes Qualitätsmanagement integrieren wolle.
Um allerdings eine flächendeckende und zudem trägerübergreifende Anwendung des Verfahrens zu ermöglichen, wurden Anfang 2001 mit dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz in Kiel (MASGV) intensive Gespräche geführt, mit dem Ergebnis, dass sich das Land Schleswig-Holstein entschloss, das Verfahren PLAISIR© in einem Kreis flächendeckend zu erproben und hierfür auch die erforderlichen Mittel bereitzustellen.
Nachdem so die Projektbeteiligten definiert werden konnten, wurden auf der Ebene des Trägers bzw. des Landes und des Kreises, in denen das Verfahren eingesetzt wurde (Bremen und Kreis Segeberg), die erforderlichen begleitenden Arbeitsgruppen und Fachbeiräte initiiert. Die Aufgabe des KDA lag hier in der fachlichen Begleitung und Moderation und in der Erarbeitung und Bereitstellung der erforderlichen Informationen für die Arbeit dieser Gremien und in der Dokumentation der erzielten Ergebnisse.

Die folgenden Berichtsteile beschreiben die zentralen Ergebnisse der beiden Projekte auf Landesebene, wobei die Prozesse und die Ergebnisse der Erprobung des Verfahrens im Kreis Segeberg sehr differenziert vorgenommen wird, da diese neben wesentlichen Informationen zu einem tieferen Verständnis des Verfahrens auch exemplarisch beschreiben, wie eine von allen Partnern der Selbstverwaltung getragene Lösung auf Landesebene herbeigeführt werden kann.

3.1 Ziele und Schwerpunkte der Projekte auf Landesebene

Die jeweiligen Projektschwerpunkte und deren zeitliche Realisierung wurden mit dem BMFSFJ in Zusammenarbeit mit den Trägern bzw. dem zuständigen Landesministerium abgestimmt, damit in dem geplanten Zeitraum die Ressourcen auf Landes- und Bundesebene effizient gebündelt werden konnten.
Obwohl das zentrale Ziel des Gesamtprojektes eine auf Landes- und Bundesebene abgestimmte Umsetzung eines flächendeckenden Einsatzes des PLAISIR©-Verfahrens als qualifiziertes und anerkanntes Pflegezeit- und Personalbemessungsinstrument war, unterschieden sich die Zielsetzungen der beiden Teilprojekte auf Landesebene. Zugleich ergänzten sie sich aber.

In Bremen lag der Schwerpunkt auf einem umfassenden, aber auch mehrfachen – im Sinne einer Längsschnittanalyse – Einsatz des Verfahrens PLAISIR© in den Einrichtungen der Bremer Heimstiftung. Hiermit wurde eine vollständige Anwendung des Verfahrens in allen vollstationären Einrichtungen eines Trägers erstmals in Deutschland realisiert. Die in Bremen angestrebten rund 1.100 Evaluationen dienten ebenfalls der unentbehrlichen Qualifikation deutscher Pflegefachkräfte hinsichtlich PLAISIR©, damit das Verfahren von Deutschland aus eingesetzt werden konnte. Darüber hinaus wurden folgende Ziele zwischen BHS, EROS und KDA formuliert:

1. Es sollten die Auswirkungen und die Potenziale auf eine verbesserte innerbetriebliche Steuerung und Qualitätsentwicklung festgestellt und dokumentiert werden (Koppelung der PLAISIR©-Ergebnisse mit betriebswirtschaftlichen Kennzahlen).
2. Durch eine Wiederholung der Evaluation der BewohnerInnen der Bremer Heimstiftung im Jahre 2002 sollten erstmals Längsschnittdaten zum Bewohnerprofil und zu den erforderlichen Leistungen der Pflegeheime von ca. 1.100 BewohnerInnen zur Verfügung gestellt werden.
3. Die Ergebnisse der Anwendung sollten der Information der Leistungsträger und Leistungserbringer des Folgeprojektes in Schleswig-Holstein und anderer interessierter Länder dienen.
4. Es sollte geprüft werden, ob und in welchem Umfang Nachschulungen bei den schon ausgebildeten PLAISIR©-EvaluiererInnen im Folgejahr erforderlich sind.

Der dem Bremer Projekt gegenüber *trägerübergreifend* ausgerichtete, flächendeckende Einsatz des Verfahrens PLAISIR© im Kreis Segeberg/Schleswig-Holstein war auf eine schwerpunktmäßig anders gelagerte bzw. eine erweiterte Zielsetzung ausgerichtet.
So sollte der Einsatz des Verfahrens in Schleswig-Holstein – neben der Gewinnung der Daten zu den Bewohnerinnen und Bewohnern und den ihnen zuzuordnenden erforderlichen Leistungen und Zeiten – in den untersuchten Einrichtungen die Grundlagen für einen trägerübergreifenden, leistungs- und qualitätsorientierten Vergleich schaffen.
Ein weiterer Schwerpunkt in Schleswig-Holstein war die Einleitung, Moderation und Dokumentation aller Prozesse, die zu einer möglichen Einbettung des Verfahrens und seiner Ergebnisse auf den verschiedenen Ebenen zwischen den Vertretern der Selbstverwaltung erforderlich sind.
Ziel war die Entwicklung von Vereinbarungen und Empfehlungen für Vertragsmuster nach § 75 SGB XI, die für eine dauerhafte Anwendung erforderlich sind, sowie die ggf. notwendigen Anpassungen des Instrumentes an die einschlägigen leistungs- und vertragsrechtlichen Bedingungen.
Vor dem Hintergrund dieser konzeptionellen Vorgaben ergab sich folgender Zeitplan, der auch vom Grundsatz her, zumindest für den Bereich der eigentlichen Datenerhebung, eingehalten werden konnte:

April bis Juli 2001	Vorbereitung des regionalen Einsatzes des Verfahrens PLAISIR© im Landkreis Segeberg Konstituierung der Gremien auf Landes-, Kreis- und Einrichtungsebene
April bis Ende Juni 2001	Zweimonatige Qualifizierung des pflegewissenschaftlichen Mitarbeiters zum Desk-Reviewer in Montreal
April bis November 2001	Schrittweise Vorbereitung und Umsetzung des Systemtransfers nach Deutschland
Juli/August 2001	Erste Analyse und Beschreibung der Arbeitsschritte des Verfahrens PLAISIR© Methodisch-didaktische Anpassung des Schulungskonzeptes (Schulungsanforderungen)
September 2001	Teilweise Bearbeitung/Anwendung des Desk-Reviews in Deutschland (Eingabe, Plausibilitätsprüfung etc.)
September 2001	Qualifizierung von ca. 40 bis 50 EvaluiererInnen
September bis Dezember 2001	Evaluation von ca. 4.000 BewohnerInnen im Kreis Segeberg
Januar 2002	Auswertung der PLAISIR©-Erhebungen im Kreis Segeberg
Januar bis Februar 2002	Wiederholungsuntersuchung von ca. 1.200 BewohnerInnen in Bremen (Längsschnitterhebung)
März 2002	Vergleich der Längsschnittdaten in Bremen
Februar bis Juni 2002	Weitgehende Bearbeitung und Einsatz des Verfahrens PLAISIR© durch deutsche Pflegefachkräfte in Deutschland
Ende Juni 2002	Abschluss des Landesprojekts in Schleswig-Holstein und Abschlussbericht zum Projekt Analyse und Transfer

In der letzten Phase des Projektes stellte sich allerdings heraus, dass insbesondere der auf Landesebene in Gang gebrachte Diskussionsprozess deutlich mehr Zeit erforderte als erwartet. So lagen zwar die Ergebnisse der Evaluation des Kreises Segeberg schon Ende Februar vor, aber die Erörterung der Ergebnisse und die Erarbeitung der letztendlich erzielten einvernehmlichen Empfehlung zum Einsatz des Verfahrens PLAISIR© als Instrument zur Personalbedarfsermittlung dauerte den gesamten Sommer über an und konnte erst zum 04. September 2002 abgeschlossen werden. Da dies jedoch ein zentrales Teilergebnis des Abschlussberichtes zur Analyse und zum Transfer des Verfahrens war, konnte dieser erst zum Ende des Jahres fertiggestellt werden. Nachfolgend werden die Ergebnisse der beiden Projekte auf Landesebene näher beschrieben.

3.2 Erfahrungen und Ergebnisse der Bremer Heimstiftung

Die Bremer Heimstiftung führt in 15 Einrichtungen der stationären Altenhilfe bei 1.150 Bewohnern eine Langzeitstudie mit dem Verfahren PLAISIR© durch. Die erste und zweite Evaluation fand im März 2001 bzw. 2002 statt, die dritte

Evaluation wird im März 2003 durchgeführt. Insgesamt plant der Träger den regelmäßigen Einsatz des Verfahrens über einen Zeitraum von fünf Jahren. Ziel der Studie(n) ist es, zu ermitteln, inwieweit die körperlichen, psychischen und sozialen Fähigkeiten und Einschränkungen der Bewohnerklientel und die daraus abgeleiteten erforderlichen Pflege- und Personalbedarfe sich über mehrere Jahre entwickeln bzw. verändern.

3.2.1 Zentrale Ergebnisse der vergleichenden Untersuchungen 2001 und 2002

Insgesamt ist der Zeitwert für den direkten erforderlichen Pflegebedarf gegenüber dem Vorjahr um vier Minuten auf jetzt 150 Minuten pro Tag und Bewohner gestiegen (siehe Anlage 25 und Anlage 26). So haben sich im Jahr 2002 die zu leistenden Pflegeminuten bezogen auf die jeweiligen Pflegestufen der Bewohner unterschiedlich erhöht. Hier ist besonders augenfällig, dass die neu eingezogenen Bewohner der Stufe 1 und 2 einen höheren Pflegebedarf unter Beachtung der jeweiligen Pflegestufe haben als die Bewohner, die auch schon im Jahr zuvor mit PLAISIR© evaluiert wurden. Bei den Bewohnern mit der Pflegestufe 1 stieg der Mittelwert von 76 Minuten auf nunmehr 90 Minuten pro Tag. Bei den Bewohnern mit der Pflegestufe 2 stieg der Durchschnittswert um zehn Minuten auf jetzt 157 Minuten pro Tag.

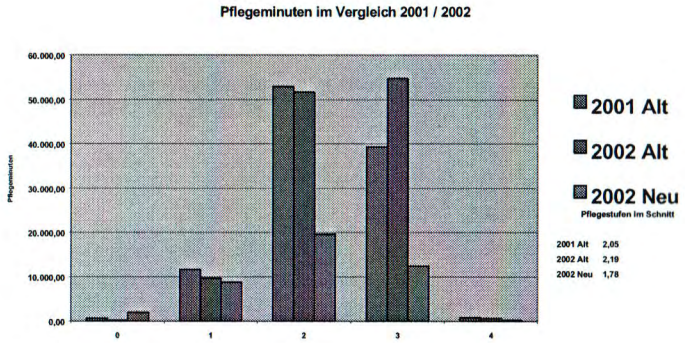


Abb. 3: Durchschnittliche Pflegeminuten nach Pflegestufen 2001/2002 (Einrichtungen der BHS)

Der Umfang der erforderlichen Pflegeleistungen innerhalb der Pflegestufen ist also insgesamt angestiegen, die Personalbemessung nach Pflegestufen blieb allerdings im beobachteten Zeitraum unverändert.

Aus den Ergebnissen des Jahres 2002 ist wie bereits in der ersten Untersuchung ersichtlich, dass der nach PLAISIR© ermittelte erforderliche Pflegebedarf häufig nicht mit der vergebenen Pflegestufe korrespondiert.
So benötigen z. B. 57 von 240 BewohnerInnen der Pflegestufe 1 zwischen 100 und 240 Minuten an direkten Pflegeleistungen, und andererseits gibt es BewohnerInnen, deren erforderlicher Pflegebedarf unterhalb der für die Pflegestufen festgelegten Minutenwerte liegt (siehe Anlage 25 und Anlage 26).
Circa 30 Prozent der in 2001 evaluierten Bewohner waren zum Zeitpunkt der zweiten Evaluation im Jahr 2002 verstorben. Dies ist ein deutlicher Hinweis auf einen erhöhten pflegerischen Betreuungsaufwand und eine erhöhte psychische Belastung des Pflegepersonals während der erforderlichen Sterbebegleitung.
Ebenso sind die nicht unerheblichen Leistungen zur Beratung und Begleitung im Rahmen der Neueinzüge zusätzlich vom Personal zu erbringen. Bei der Personalbemessung sollte diesem Umstand deshalb zukünftig verstärkt Aufmerksamkeit gewidmet werden. Bei der nachfolgenden Betrachtung wurde eine eigenständige Auswertung vorgenommen, wobei die Bewohner, für die eine spezifische Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen werden konnte, beispielsweise Bewohner mit Multipler Sklerose und auch Bewohner mit gerontopsychiatrischem Versorgungsbedarf, nicht berücksichtigt wurden. Von daher weichen die Werte u.U. von einigen Werten der Standard-OUTPUTs und der AUDITs ab. In der folgenden Tabelle sind die Zeitwerte der neu eingezogenen Bewohner dargestellt. Bei der Pflegestufe im Schnitt wird der Mittelwert der Pflegestufen der evaluierten Bewohner als Kennziffer dargestellt. Sie weist darauf hin, dass die neu eingezogenen Bewohner eher mit der Pflegestufe 2 oder 1 als mit Pflegestufe 3 in die Einrichtung einziehen.

2002 neu eingezogene Bewohner			
Pflegestufe	Bewohner	Pflegeminuten	Pflegeminuten/Bewohner
0	18	1.965,50	109,19
1	97	8.772,59	90,44
2	125	19.586,03	156,69
3	64	12.418,43	194,04
4	1	211,19	211,19
	305	42.953,74	156,69
Pflegestufe im Schnitt:		1,78	

Tab. 4: Pflegestufen und Pflegeminuten der neu eingezogenen Bewohner

Zwischen der ersten und zweiten Evaluation wurden 100 der verbliebenen BewohnerInnen in eine höhere Pflegestufe eingruppiert. Offensichtlich haben – vorbehaltlich einer Verschlechterung der Gesundheitszustände im Laufe der Zeit – die PLAISIR©-Ergebnisse zu einer intensiven Überprüfung der bestehenden Einstufung und dem Einleiten von Umstufungsanträgen geführt. Die individuellen PLAISIR©-Pflegepläne (GUSTAVs) konnten hierbei Argumentationshilfen gegenüber dem MDK und den Angehörigen geben.

Das gegenüber dem Vorjahr erhöhte Selbstpflegedefizit und die damit erhöhten Pflegebedarfe in der Bewohnerschaft sind durch die Ergebnisse der PLAISIR©-Evaluation im Jahr 2002 auch belegbar.
So hat sich beispielsweise die Anzahl der BewohnerInnen mit kognitiven Defiziten von 78 Prozent auf nunmehr 83 Prozent und mit völliger Bewegungseinschränkung von 40 Prozent auf 42 Prozent erhöht. Auch in den anderen Bereichen der ATLs ist ein leichter, aber deutlicher Anstieg festzustellen.

Demgegenüber ist die prozentuale Verteilung der erforderlichen Pflegeleistungen nach den zehn Kategorien des Verfahrens im Jahre 2001 und 2002 im Wesentlichen konstant geblieben.

2001		2002	
Grundpflege	77 % davon	Grundpflege	77 % davon
Ernährung	19 %	Ernährung	18 %
Ausscheidung	16 %	Ausscheidung	17 %
Körperpflege	21 %	Körperpflege	21 %
Mobilisation	21 %	Mobilisation	21 %
Kommunikation	15 %	Kommunikation	15 %
Behandlungspflege	8 %	Behandlungspflege	8 %

Tab. 5: Prozentuale Verteilung der erforderlichen Pflegeleistungen Bremen 2001 und 2002

Die PLAISIR©-Ergebnisse machen die Entwicklung der Bewohnerstruktur und die sich hieraus ergebenden Leistungserfordernisse innerhalb der Einrichtungen transparent und werden von der BHS neben der Argumentationshilfe bei Pflegesatzverhandlungen intensiv für eine gezielte Prozesssteuerung eingesetzt, um z. B. Leistungsangebote, Mitarbeiterfortbildung, Personaleinsatzplanung, Haus- und Raumkonzepte etc. bedarfsgerecht anzupassen (s. u.).
Nach Auffassung der BHS bietet das Verfahren PLAISIR© überdies eine gute Diskussionsgrundlage für die Vertragsparteien auf nationaler Ebene, um eine verbindliche Vereinbarung zu der Frage, welche konkreten Pflegeleistungen in bestimmten Bedarfslagen erforderlich sind und welche davon finanziert werden können, zu entwickeln.

3.2.2 Qualitätsüberprüfung und -entwicklung im Rahmen der Evaluation

Die BHS weist ausdrücklich darauf hin, dass die im Folgenden beschriebenen Maßnahmen nicht die regelmäßigen Pflegevisiten und Qualitäts-AUDITs des Trägers ersetzen können. Sie sind vielmehr als zusätzliche qualitätssichernde Maßnahmen in der Praxis zu sehen, die als Impulse für Fachdiskussionen der MitarbeiterInnen und als Reflexion der täglichen Arbeit dienen.

So wurde die Evaluation der einzelnen BewohnerInnen in der Bremer Heimstiftung zusätzlich genutzt zur Überprüfung der Pflegequalität, zu einer nachfolgenden kollegialen Beratung von Seiten der Evaluatoren sowie zur Einleitung qualitätsverbessernder Maßnahmen.
Das mit dem Bewohner geführte Gespräch ermöglicht eine Überprüfung der Zufriedenheit bzgl. seiner Betreuungs-, Wohn- und Lebenssituation.
Die Einsicht in die Bewohnerdokumentation und die Rücksprache mit dem Betreuungspersonal ermöglichen zudem die Überprüfung des Pflegeprozesses hinsichtlich Aktualität, Vollständigkeit und Kontinuität.
Aufgrund der bei der Evaluation gewonnenen Einsichten können von den Evaluatoren die identifizierten Schwachstellen aufgezeigt werden und gemeinsam mit den Kollegen des Pflegeteams Verbesserungsvorschläge diskutiert und einzuleitende Maßnahmen festgelegt werden. Darüber hinaus kann eine Verbindlichkeit für die Umsetzung der Maßnahmen hergestellt werden.

3.2.3 Prozesssteuerung auf Basis der PLAISIR©-Ergebnisse

Die PLAISIR©-Erhebung und deren Ergebnisse werden in der Bremer Heimstiftung für die Einleitung und Umsetzung folgender Prozesse genutzt:

- Qualitätssicherung des Pflegeprozesses
  - Abgleich des PLAISIR©-Pflegeplanes mit der bestehenden Pflegeplanung
  - fachbezogene Reflexion der Planung
  - Überarbeitung/Ergänzung/Aktualisierung der Planung
- Verhinderung von Unter- und Überversorgung
- Abgleich der erforderlichen Pflegeminuten nach PLAISIR© mit der aktuellen Pflegestufe, ggf. Einleitung eines Höherstufungs-/Umstufungsantrages
- Diskussion von Leistungsstandards und Häufigkeitsnormen
- den ermittelten Bewohnerbedarfen angepasste Leistungsangebote
  - Überarbeitung der Leistungskataloge
  - Überarbeitung von Konzepten
  - Raumplanung
- auf die Bewohnerbedarfe abgestimmte Fortbildungsangebote für die MitarbeiterInnen
- eine den Leistungsbedarfen angepasste Dienstplangestaltung und Arbeitsorganisation
- eine den Leistungsbedarfen angepasste Personalbedarfs- und Personaleinsatzplanung
- Darstellung und Abgrenzung der Leistungsbedarfe und -möglichkeiten gegenüber Angehörigen und Öffentlichkeit
- Übereinstimmung der Leistungsbedarfe und der genehmigten Entgelte (Nutzung der PLAISIR©-Ergebnisse für die Pflegesatzverhandlungen)

Nach Aussage der für die Qualitätssicherung verantwortlichen Mitarbeiterin haben die praktischen Erfahrungen gezeigt, dass das Verfahren PLAISIR© vielseitig

genutzt werden kann: So eignet sich die Bewohnerevaluation aus Sicht der BHS – wie soeben dargestellt – „ausgezeichnet" zur Unterstützung der Qualitätsentwicklung, und die umfangreichen und detaillierten Erhebungsergebnisse können hervorragend als Instrument der internen Prozesssteuerung eingesetzt werden.

3.3 Ergebnisse der modellhaften Anwendung des Verfahrens PLAISIR© im Kreis Segeberg

Die Finanzierung der für die Durchführung der Evaluation erforderlichen Pflegefachkräfte und die Datenerhebung musste, wie schon erwähnt, außerhalb der Projektförderung des BMFSFJ über das Land bzw. direkt über die Einrichtungen erfolgen. Hierfür hat das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein (MASGV) erhebliche finanzielle Mittel bereitgestellt. So konnte die Erprobung im Kreis Segeberg als Verbundprojekt im Zeitraum Mai 2001 bis Juni 2002 umgesetzt werden. Ergänzend zu den Mitteln für Qualifikation sowie Erhebung und Auswertung der Daten stellte das MASGV Mittel für zwei Fachtagungen und die Durchführung der erforderlichen Beirats- und Expertensitzungen auf Landesebene bereit.

Im folgenden Berichtsteil werden die Voraussetzungen und die Strukturen der modellhaften Anwendung des Verfahrens PLAISIR© im Kreis Segeberg beschrieben und die Ergebnisse zur Qualifizierung der Pflegemitarbeiter dargestellt. Die Aufgaben des KDA in diesem Projektabschnitt lagen u. a. auch bei der Unterstützung des Landes, die notwendigen Absprachen mit dem kanadischen Institut EROS zu treffen und die Termine und den gesamten Ablauf des Projektes zu koordinieren.
Das KDA war auch begleitende Kontrollinstanz hinsichtlich Einhaltung der zwischen dem MASGV und EROS getroffenen Vereinbarungen, die in einem eigenständigen Vertrag geregelt wurden. Dieser sieht im Wesentlichen die Evaluation von ca. 3.400 Bewohnern der vollstationären Einrichtungen des Kreises Segeberg und die Qualifizierung der für die Evaluierung notwendigen Pflegefachkräfte vor. Diese Begleitung, die auch die Durchführung der nötigen Informationsveranstaltungen umfasste, wurde im Rahmen eines Verbundes mit dem Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) personell unterstützt und finanziert. In diesem Kontext wurden auch die erforderlichen Gruppen- und Einzelschulungen der Pflegemitarbeiter der Einrichtungen des Kreises Segeberg vom KDA geplant, durchgeführt und auch abschließend evaluiert.
Nach der termingerechten Vorlage der Ergebnisse durch EROS wurden die Geschäftsführungen der Einrichtungen, die Verantwortlichen bei den Verbänden und auch die MitarbeiterInnen der Einrichtungen mit den Ergebnissen in Form von eintägigen Informationsveranstaltungen in Schleswig-Holstein vertraut gemacht. Ein Vergleich ausgewählter Daten der Erhebung im Kreis Segeberg und der insgesamt bisher in Deutschland gewonnenen Ergebnisse beschließt diesen Abschnitt.

Es folgen die inhaltlichen Schwerpunkte, die Diskussionsprozesse und die ersten Ergebnisse des Beirates auf Landesebene. So waren entgegen der Projektskizze vom 17. Mai 2001 und des Werkvertrages mit dem MASGV in Kiel deutlich mehr Termine als vorgesehen erforderlich, um sowohl den Informationsbedarf der Mitglieder zu befriedigen als auch die im Projektauftrag formulierten und möglichst gemeinsam getragenen Empfehlungen zur künftigen Personalbedarfsermittlung zu erarbeiten.
Die Darstellung in diesem Bericht beschränkt sich auf die wesentlichen Inhalte, Ergebnisse und deren Grundlagen, da der hier gesetzte Rahmen eine umfassende Darstellung der äußerst konstruktiven und differenzierten Diskussion nicht zulässt. Insgesamt soll den Gremiumsmitgliedern an dieser Stelle für ihre sachkundige und konstruktive Zusammenarbeit gedankt werden, denn mit der Beschreibung der Grundlagen und der Ableitung des so genannten „Kieler Modells" konnte ein Entwurf der Empfehlungen für ein zukünftiges Personalbemessungssystem in Schleswig-Holstein erarbeitet werden.

Anschließend wird beschrieben, wie die Verhandlungs- und Abstimmungsergebnisse aus den Expertengruppen und den Beiratssitzungen in konkrete Vorschläge für eine zukünftige Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung auf der Grundlage von PLAISIR© in Schleswig-Holstein umgesetzt werden konnten. Da nach Willen des Vertreters des MASGV das Verfahren nicht für eine relative Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel eingesetzt werden soll, wurden auf der Grundlage der Vorschläge des Beirates eine bis in die Leistungsbeschreibungen und die Nomenklatur reichende Erörterung des Verfahrens vorgenommen und Vorschläge für eine Überarbeitung entwickelt.
Aufgrund der damit verbundenen erheblichen Auswirkungen auf die Datenüberprüfung sowie auf die Leistungs- und Zeitzuordnung musste das Institut EROS ein eigenständiges Berechnungsmodul erstellen, damit die Auswirkungen der überarbeiteten Richtlinien am Beispiel ausgewählter Einrichtungen deutlich gemacht werden konnten. An dieser Stelle soll allerdings auch betont werden, dass die Experten nach Abschluss der ersten Gesprächsrunden geschlossen zu der Auffassung gelangt waren, dass alle Leistungsbeschreibungen des Ausgangssystems PLAISIR©, bis auf wenige Ausnahmen, inhaltlich und auch in den angegebenen Häufigkeitsstandards uneingeschränkt auf die deutsche Praxis übertragbar seien, weil sie fachlich unstrittig sinnvoll sind. Eine Neuformulierung der Richtlinien und Standards wurde nur deshalb notwendig, weil die erforderliche Pflege nach den „Westschweizer Standards" Zeitwerte und Leistungen verbindlich vorschreibt, die in Deutschland regelhaft nicht oder nur in deutlich reduzierter Form erbracht werden bzw. für die es in Deutschland derzeit keine verbindlichen Richtlinien und Standards gibt.

Zum Ende dieses Berichtsteils werden der Diskussionsverlauf und zentrale Ergebnisse des Projektbeirats aus Sicht des KDA beschrieben. Sie bilden die Grundlage für die Formulierung des so genannten „Kieler Modells" und der

Empfehlungen des KDA für die Einführung des Verfahrens PLAISIR© in Schleswig-Holstein. Diese ausführliche Darstellungsweise wurde gewählt, um die Ausgangsituation, die Komplexität der Diskussion und die erreichten Ergebnisse im Aushandlungsprozess zwischen den Partnern der Selbstverwaltung in den verschiedenen Phasen des Projektes deutlich zu machen und angemessen zu würdigen. Sie kann als mögliche Handlungsanleitung für die Unsetzung in anderen Ländern dienen.

Der Entwurf des Beschlussvorschlags des Projektbeirates PLAISIR© vom 17. Juli 2002 für den Landespflegeausschuss (LPA) bildet den Abschluss; er stellt letztendlich die Grundlage für die einvernehmliche Empfehlung des LPA vom 04. September 2002 dar. Mit diesem Beschlussvorschlag endete formal die sehr konstruktive und auch immer sehr sachliche Arbeit des Projektbeirates auf Landesebene.
Mit der verabschiedeten Empfehlung des Landespflegeausschusses vom 04. September 2002 konnte der Nachweis erbracht werden, dass das Verfahren PLAISIR© tatsächlich, unter Einbeziehung aller Beteiligten der Selbstverwaltung als Instrument zur Personalbedarfsermittlung auf Landesebene „verhandelt" und eingesetzt werden kann.

3.3.1 Allgemeine Angaben zum Kreis Segeberg

Mit einer ersten Fachtagung „Modellhafte Anwendung des Verfahrens PLAISIR© im Kreis Segeberg" am 27. Juni 2001 in Bad Segeberg konnte das Ziel einer flächendeckenden Beteiligung von Einrichtungen – zum Teil auch über den Kreis hinaus – erreicht werden. Insgesamt beteiligten sich im Kreis Segeberg 50 der 64 zugelassenen Einrichtungen mit einer Kapazität von 3.552 Plätzen mit 39 Pflegefachkräften.[15] Im Rahmen der Erprobung wurde von 3.084 BewohnerInnen dieser Einrichtungen ein Pflegeleistungsplan nach PLAISIR© erstellt.[16]
Laut Pflegebedarfsplan für den Kreis Segeberg für 2001 bis 2004 (Stand: 30. September 2000) gliedert sich der Kreis in **fünf Regionen.** Diese Aufteilung diente im Vorfeld der Planung und Realisierung der regionalen Anwendung des Verfahrens PLAISIR© im Kreis Segeberg als hilfreiche Orientierungsgröße.

Region 1 ist eine eher ländliche Struktur, die sich mit der Stadt Bad Bramstedt als zentral gelegener Kurstadt durch eine Vielzahl von Pflegedienstleistern auszeichnet. Hierzu zählt die Gemeinde Boostedt, das Amt Bad Bramstedt-Land, die Stadt Bad Bramstedt selbst sowie das Amt Kaltenkirchen-Land (ohne Alveslohe). Am Modellprojekt PLAISIR© beteiligten sich alle **13 Einrichtungen** dieser Region.

[15] Das Psychiatrische Krankenhaus in Rickling, in Trägerschaft des Landesvereins für Innere Mission, wurde auf Grund der Größe in drei „Einrichtungen" aufgeschlüsselt. Da für diese Einrichtungsteile jeweils eine Auswertung erstellt wurde, wird in der Folge von 52 Einrichtungen gesprochen.

[16] Verzeichnis über Alten- und Pflegeheime sowie Einrichtungen für behinderte Volljährige im Kreis Segeberg. Stand: 06. August 2001.

Region 2 zählt zum Hamburger Randgebiet und zeichnet sich durch eine hohe Nachfrage von Pflegeleistungen aus der Stadt Hamburg aus. Zu dieser Region zählen die Stadt Kaltenkirchen, die Gemeinde Alveslohe, die Gemeinde Henstedt-Ulzburg, die Gemeinde Ellerau, das Amt Kisdorf und das Amt Itzstedt. Von 19 Einrichtungen beteiligten sich **zwölf Einrichtungen.**
Auch **Region 3** mit der Stadt Norderstedt wird bestimmt durch die Nähe zu Hamburg und der damit verbundenen Nachfrage nach Pflegeleistungen. Aus Norderstedt beteiligten sich **zehn Einrichtungen** von insgesamt 13.
Der mittlere Bereich des Kreises, **Region 4,** wird geprägt von dem Psychiatrischen Zentrum für Rehabilitation und Pflege des Landesvereins für Innere Mission in Rickling und dem Siedlungsschwerpunkt „Segeberg/Wahlstedt". Zu dieser Region zählen das Amt Rickling, die Stadt Wahlstedt, die Gemeinde Fahrenkrug, die Stadt Bad Segeberg und das Amt Leezen. **Acht Einrichtungen** beteiligten sich an der regionalen Anwendung.
Region 5 im östlichen Teil des Kreises, ebenfalls ein von Landwirtschaft geprägter Bereich, ist nur dünn besiedelt. Zu der Region zählen die Gemeinde Trappenkamp, das Amt Bornhöved, das Amt Wensin und das Amt Segeberg-Land (ohne Fahrenkrug). Alle auf diese Region verteilten **sieben Einrichtungen** haben an der Erprobung teilgenommen.
Außerhalb des Kreises beteiligten sich weitere zehn Einrichtungen mit ca. 1.100 Bewohnerinnen und Bewohnern mit insgesamt elf Pflegefachkräften.

Die zum Kreis Segeberg zählenden 64 Alten- und Pflegeheime mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI hielten zu Beginn des Forschungsprojektes insgesamt 3.799 stationäre Pflegeplätze vor. Von den Einrichtungen befinden sich zwei in öffentlich-rechtlicher, neun in frei-gemeinnütziger und 53 in privater Trägerschaft.[17]
An der modellhaften Anwendung des Verfahrens PLAISIR© im Kreis Segeberg beteiligten sich aus den fünf Regionen 50 Einrichtungen (78 Prozent) mit rechnerisch 3.552 (94 Prozent) der theoretisch verfügbaren Pflegeplätze. Tatsächlich evaluiert wurden ca. 82 Prozent (3.084) der Bewohner der Heime des Kreises. Verteilt nach Trägerschaften sind dies:

- zwei öffentlich-rechtliche Einrichtungen
- acht frei-gemeinnützige Einrichtungen und
- 40 privat-gewerbliche Einrichtungen.

Im Kreis Segeberg wurden bis Ende Oktober 2001 insgesamt 39 Pflegefachkräfte mit dem Verfahren PLAISIR© vertraut gemacht und zur so genannten Evaluiererin bzw. zum Evaluator qualifiziert.
Die am Modellprojekt beteiligten Pflegeeinrichtungen des Kreises Segeberg verteilen sich nach Trägerart, Anzahl der Pflegeplätze und ausgebildeten Pflegefachkräften wie folgt:

[17] Pflegebedarfsplan für den Kreis Segeberg 2001–2004, 30. September 2000.

Verteilung der untersuchten Einrichtungen nach Trägerschaft			
Träger	Anzahl der Eirichtungen	Anzahl der Pflegplätze	Anzahl der EvaluierInnen
Öffentlich-rechtlich	2	100	1
Frei-gemeinnützig	8	1.068	13
Privat	40	1.880	25
Summe	50	3.084	39

Tab. 6: Verteilung der untersuchten Einrichtungen nach Trägerschaft

Von den privaten Einrichtungen beteiligten sich im Kreis Segeberg insgesamt 40 Einrichtungen mit 1.880 Bewohnerinnen und Bewohnern und 25 Evaluierern/Evaluiererinnen.

3.3.2 Qualifizierung im Verbund

Für die Qualifizierung der Pflegefachkräfte im Kreis Segeberg war vorgesehen, dass eine auszubildende Pflegefachkraft durchschnittlich 100 BewohnerInnen evaluiert. Diese vor allem von EROS vorgegebene Größe gewährleistet eine als „gut" zu bezeichnende Ausbildung. Insbesondere „kleineren" Einrichtungen wurde aber von diesen Zahlenverhältnissen aus die Alternative eingeräumt, entweder gemeinsam im Verbund mit anderen Einrichtungen bzw. mit einem Trägerverband eine Pflegefachkraft in der Handhabung von PLAISIR© ausbilden zu lassen bzw. die Evaluationen von Mitarbeitern des KDA und/oder von EROS durchführen zu lassen.
Insgesamt haben sich 25 Einrichtungen für den Verbund entschieden. Von diesen Einrichtungen wurden zwölf in Absprache mit dem MASGV und EROS von so genannten externen Institutionen bzw. Pflegefachkräften evaluiert.[18]

3.3.3 Beteiligung externer Einrichtungen

Nach der Fachtagung konnte die außerordentlich hohe Nachfrage hinsichtlich einer Beteiligung am Modellprojekt nicht befriedigt werden. Es hatte sich eine große Zahl von Einrichtungen auch über die Kreisgrenzen hinweg um eine Teilnahme beworben. Da eine vollständige Berücksichtigung aller vorliegenden Bewerbungen im Rahmen der Modellerprobung nicht realisierbar war, wurde in Abstimmung mit den Verbänden und dem MASGV unter Beteiligung von EROS nach Wegen gesucht, zusätzlich zu der eigentlichen Erprobung Qualifizierungsmöglichkeiten und Datenverarbeitungskapazitäten bereitzustellen. Durch das intensive Engagement der Träger und von EROS ist dies gelungen, und es wurden statt 39 insgesamt 50 Ausbildungsplätze bereitgestellt. So konnten einige Einrichtungen, die im Kreis Segeberg nicht oder nur schwach vertreten waren, dennoch mit dem Verfahren vertraut gemacht werden.
Laut Vermerk des MASGV vom 16. August 2001 hatten neben den oben bereits genannten Kreiseinrichtungen „insgesamt 31 externe Pflegeeinrichtungen mit 2.587 Plätzen ihr Interesse an der Anwendung des Verfahrens PLAISIR© bekundet".
Von Seiten des Auftraggebers erfolgte daher die Auswahl von insgesamt 13 Einrichtungen mit zwölf Pflegefachkräften außerhalb des Kreises Segeberg. Teilgenommen haben, bedingt durch kurzfristige Absagen aus persönlichen Gründen, indes zehn Einrichtungen mit insgesamt elf Pflegefachkräften. Das MASGV betonte allerdings, dass die Auswertungsergebnisse der externen Pflegeeinrichtungen in das eigentliche Projekt des Kreises Segeberg nicht einbezogen würden.

Allen Einrichtungen, die sich auch in diesem Rahmen nicht beteiligen konnten, wurde in Absprache mit dem KDA in Aussicht gestellt, im Anschluss an das Länderprojekt, frühestens jedoch Anfang 2002, weitere MitarbeiterInnen ausbilden zu können. Diese Zusagen konnten eingehalten werden.
Für die Auswahl der in der ersten Qualifizierungsphase teilnehmenden Pflegeeinrichtungen außerhalb des Kreises Segeberg wurden vom MASGV insbesondere jene Trägerverbände berücksichtigt, die im Kreis Segeberg nicht oder nur unterrepräsentiert vertreten sind. Dazu gehören **mit je einem Platz** für die Qualifizierung:

- der **Caritasverband** mit dem Haus Simeon in Lübeck
- die **AWO** mit dem AWO-Altenpflegeheim Wedel und dem Servicehaus Mettenhof
- das **Kreiskrankenhaus Eckernförde**, mit dem Alten- und Pflegeheim Nortorf
- das **DRK** (das sich mit sechs Einrichtungen und 598 Plätzen beworben hatte)
- das **Psychatrium** in Heiligenhafen (Mitglied des Landesverbandes der Fachkliniken) mit **zwei Ausbildungsplätzen** und
- das **Diakonische Werk/Landesverein für Innere Mission** (die sich mit zwölf weiteren Einrichtungen und 893 Plätzen beworben hatten) mit insgesamt **sechs Plätzen,** davon zwei im Psychiatrischen Zentrum in Rickling, also kreisintern ausgebildet und eingesetzt

3.3.4 Strukturdaten zum Qualifizierungsprozess

Das KDA führte im Rahmen seines Projektauftrages hinsichtlich der Vorbereitung und Umsetzung des Verfahrens PLAISIR© am 23. August 2001 in Rendsburg und am 29. August 2001 in Bad Bramstedt zwei zusätzliche Informationsveranstaltungen durch, die sehr rege besucht wurden.
Hierzu wurden sowohl die leitenden und die sich beteiligenden Pflegefachkräfte als auch VertreterInnen der ggf. in den Einrichtungen bestehenden Betriebsräte eingeladen.

[18] Baltic Social Consult GmbH, Kiel; Institut für berufliche Aus- und Fortbildung, (IBAF).

In Ergänzung der Fachtagung am 27. Juni 2001 in Bad Segeberg wurden das Instrument PLAISIR© selbst sowie die mit der Anwendung des Verfahrens verbundenen Perspektiven, die kommenden Projektteilschritte und die Termine ausführlich vorgestellt und diskutiert.
Die insgesamt 39 Pflegefachkräfte im Kreis Segeberg sowie die elf Pflegefachkräfte außerhalb des Kreises wurden in vier Phasen ausgebildet.

In der Zeit vom 12. September bis 10. Oktober 2001 fanden die o. g. vier Gruppenschulungen für die im Kreis Segeberg und außerhalb dieses Kreises gelegenen Einrichtungen statt. Die Gruppenschulung wurde sowohl von deutschsprachigen DozentInnen des Instituts EROS als auch von einem KDA-Projektmitarbeiter durchgeführt. Beide waren im weiteren Verlauf der PLAISIR©-Qualifizierung an der Betreuung der Einrichtungen beteiligt.
Da die Schulung der MitarbeiterInnen in den Einrichtungen, die Verarbeitung der Daten und die Erstellung der Ergebnisse zwischen dem MASGV und dem Institut EROS in einem eigenständigen Vertrag geregelt sind, konzentrierte sich die Aufgabe des KDA (bezogen auf das Landesprojekt) in dieser Phase darauf, die von den Einrichtungen gelieferten Informationen im Bedarfsfall zu erläutern, die EvaluatorInnen und die Einrichtungen bei der Datenerhebung zu unterstützen und bei Unklarheiten bzw. Unstimmigkeiten die Sachverhalte zwischen den Einrichtungen und dem Institut EROS bzw. dem MASGV zu klären. So wurden in einigen Fällen zusätzliche Informationsgespräche mit den Trägern der beteiligten Einrichtungen durchgeführt. Es bleibt festzustellen, dass das Engagement und der Einsatz der beteiligten MitarbeiterInnen auf den verschiedenen Ebenen sehr hoch war und dies letztlich eine termin- und sachgerechte und nahezu reibungslose Bearbeitung ermöglichte.

Ablauf der Gruppenschulungen und Beurteilung
Die TeilnehmerInnen erhielten nachstehendes Schulungsmaterial:

- ein PLAISIR©-Handbuch 93
- zwei FRANs
- einen Bogen über die Identifikation der Einrichtung
- ein Formular über allgemeine Arbeitszeitregelungen der MitarbeiterInnen des Pflegebereichs
- ein Bewohnerregister
- ein Formular zur Erfassung der therapeutischen und unterhaltenden Aktivitäten
- ein Formular zur Erfassung der Physio-/Ergotherapie mit Logopädie
- einen Bogen zur Erfassung struktureller Grunddaten über die Einrichtung
- weitere Skripte zur Erläuterung von Handbuch und FRAN

Die ersten beiden Schulungstage dienten der Einführung in die theoretischen Grundlagen und Ziele des Verfahrens PLAISIR©. Im Mittelpunkt stand eine umfassende und systematische Erarbeitung des FRANs unter Verwendung des

Handbuches PLAISIR© 93. Zwischenzeitlich wurde die Gruppenschulung um einen Tag auf eine Gesamtdauer von vier Tagen verlängert. Im Wesentlichen dient dieser Tag zur Bearbeitung von ausgewählten Fallbeispielen. Hier wurde ein Wunsch der TeilnehmerInnen aus den vorangegangen Schulungen in Bremen und des PPvP-Projektes aufgegriffen und umgesetzt.

Es konnte erneut bestätigt werden, dass das Handbuch, das jede einzelne Kategorie des FRANs definiert und ausführlich erläutert, für den Lernprozess eine gute Grundlage bietet. Dieses Kompendium kann sowohl für die Ausbildung als auch für die Bearbeitung der FRANs herangezogen werden. Über das Handbuch kommt es bereits mit Beginn einer Evaluation zu einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Instrument, die später der sachgerechten Anwendung des Verfahrens zugute kommt. Gleiches gilt für die Nomenklatur, für die zugrunde gelegten Pflegestandards und für die allgemeinen Definitionen.
Das Ziel dieser Gruppenschulungen, ein grundsätzliches, kohärentes Verständnis zu den einzelnen Pflegetätigkeiten in Bezug auf das Verfahren PLAISIR© zu erzeugen, konnte überwiegend erreicht werden.

3.3.5 Einzelschulungen

In Absprache mit den EvaluiererInnen und dem KDA wurde im Rahmen der Gruppenschulungen ein verbindlicher Zeitplan erstellt, der es den Pflegefachkräften ermöglichte, bis zu den zwei vereinbarten Einzelschulungsterminen jeweils maximal zehn Evaluationen der BewohnerInnen zu erarbeiten. Die Einzelschulungen dienen dem Zweck, das in der Gruppenschulung erlangte Wissen am konkreten Einzelfall individuell zu vertiefen und anhand der in der Zwischenzeit erstellten Evaluationen spezielle Fragen und konkrete Sachverhalte abzuklären. Die Einzelschulungen fanden jeweils nach individuellen Absprachen in der Regel von 8 bis 16 Uhr statt.

Vom 24. September bis zum 9. November 2001 fanden insgesamt 100 Einzelschulungen vor Ort in den Einrichtungen statt. Diese wurden von einem KDA- und vier EROS-MitarbeiterInnen erbracht. Die TeilnehmerInnen nutzten während der Erhebungsphase die Möglichkeit, kontinuierlich auf Ausbilder und erfahrene EvaluiererInnen des KDA zurückzugreifen. Im Verbund mit EROS begleitete das KDA – wie bereits angesprochen – die Erprobung während des gesamten Qualifizierungs- und Datenerhebungsprozesses mit besonderem Blick auf die praktische Anwendbarkeit von PLAISIR© in Deutschland und dokumentierte in enger Zusammenarbeit mit dem Auftraggeber Aussagen zu Aufwand und Nutzen des Verfahrens. Wie schon in den ersten beiden Anwendungen richtete sich dabei das Hauptaugenmerk auf die Anforderungen an die Einrichtungen, den Qualifizierungsprozess und die Anwendbarkeit der Qualitätsstandards. Die nachfolgend beschriebenen Ergebnisse sind durch mündliche Befragung der Pflegefachkräfte im Rahmen des Desk-Reviews und durch eine abschließende schriftliche Befragung aller Pflegefachkräfte gewonnen worden.

Die EvaluiererInnen wurden nach Abschluss der Erhebungsphase gebeten, mittels standardisiertem Fragebogen die Qualifizierungsmaßnahmen und die damit verbundene Umsetzung des Verfahrens PLAISIR© in der Praxis zu beurteilen. Ebenso nahmen sie Stellung zur Anwendbarkeit des Verfahrens hinsichtlich der Ermittlung des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit der Bewohner und beschrieben die Effekte des Verfahrens PLAISIR© auf ihre Arbeit und die Einrichtung.
Von den insgesamt in Schleswig Holstein ausgebildeten Evaluierern/Evaluiererinnen schickten allerdings nur 21 die Fragebögen zurück. Die nachfolgenden Ergebnisse stellen deshalb nur einen Ausschnitt dar.

Beurteilung der Gruppenschulungen
Die Mehrzahl der TeilnehmerIinnen beschrieb die Gruppenschulung als umfangreich, effektiv und praxisnah, zumal diese nach dem Handbuch ausgerichtet wurde, mit welchem die Erhebungen durchzuführen waren. „Anweisungen zu handschriftlichen Ergänzungen im Handbuch" wurden ebenso eingebunden wie „beispielhafte Fälle", so dass eine effektive Arbeit in der Praxis möglich wurde. Zwei Teilnehmerinnen hätten sich eine Gruppenschulung in größerem Umfang gewünscht und sahen in der aktuellen Version nur einen „Einblick" als gegeben. Ein weiterer Teilnehmer sah konkrete Fragen nicht ausreichend beantwortet. In einem Fall wurde der Ausbilder als „unsicher" beschrieben. In diesen Fällen wurde die anschließende Einzelschulung besonders positiv bewertet.

Beurteilung der Einzelschulungen
Insgesamt verlief die Qualifizierungsphase der Pflegefachkräfte ohne nennenswerte Komplikationen. Trotz des sehr engen Zeitrahmens für die Erhebung konnten alle EvaluiererInnen und alle beteiligten Einrichtungen die Projektvorgaben erfüllen und das Verfahren PLAISIR© sachgerecht einführen. Im Laufe der Erprobungen nahm die Routine und damit die Sicherheit und Geschwindigkeit bei der Durchführung der Evaluationen deutlich zu.
Trotz räumlicher Distanz zu den Ausbildungsverantwortlichen (Kanada bzw. Deutschland) gewährleistet das Gesamtkonzept einen ausreichend sicheren Umgang mit den Instrumenten, der durch die kontinuierliche Fortbildung abgerundet wurde. Hierdurch konnten mögliche Fehlerquellen identifiziert und im direkten bzw. indirekten Kontakt mit den Pflegefachkräften geklärt werden.
Da die Schulung der MitarbeiterInnen in den Einrichtungen, die Verarbeitung der Daten und die Erstellung der Ergebnisse zwischen dem MASGV und dem Institut EROS in einem eigenständigen Vertrag geregelt waren, beschränkte sich die Aufgabe des KDA (bezogen auf das Landesprojekt) in dieser Phase darauf, die von den Einrichtungen gelieferten Informationen im Bedarfsfall zu erläutern, die Evaluatoren und die Einrichtungen bei der Datenerhebung zu unterstützen und bei Unklarheiten bzw. Unstimmigkeiten die Sachverhalte zwischen den Einrichtungen und dem Institut EROS bzw. dem MASGV zu klären. So wurden in einigen Fällen zusätzliche Informationsgespräche mit Trägern durchgeführt. Es bleibt festzustellen, dass das Engagement und der Einsatz der beteiligten MitarbeiterInnen auf den

verschiedenen Ebenen sehr hoch war und dass dadurch letztlich eine termin- und sachgerechte und nahezu reibungslose Bearbeitung ermöglicht wurde.

Praktischer Einsatz und Anwendbarkeit des Verfahrens
Die Durchführung des Verfahrens PLAISIR© in der Praxis wurde von den MitarbeiterInnen als „leicht" bzw. „sehr leicht" beschrieben. In den zwei Fällen, in denen die Umsetzung als „eher schwer" eingestuft wurde, sah man die Schwierigkeit in der „Erstellung des bio-psycho-sozialen Profils", welches – so wurde angeregt – für „Menschen in psychiatrischen Einrichtungen verfeinert werden müsste".
Überwiegende Meinung der befragten MitarbeiterInnen war, dass das Verfahren PLAISIR© mit leichten Änderungen zur Messung des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit der BewohnerInnen eingesetzt werden kann, da es auch Leistungen aufzeigt, die in der alltäglichen Dokumentation nicht erfasst würden. Hoffnungen wurden geäußert, dass mit diesem System die „Pflegestufen in Zukunft wegfallen könnten". Es wird darauf hingewiesen, dass der MDK zum Teil eine andere Terminologie benutzt als das Verfahren PLAISIR© (siehe z. B. „Antrieb"). Im Bereich der Behandlungspflege, die bezogen auf die Altenpflegepraxis in Deutschland oftmals als zu umfassend beschrieben wurde, äußerten zwei EvaluiererInnen den Wunsch, den Abschnitt „Verbände" auf dem FRAN differenzierter darzustellen.
Vier TeilnehmerInnen sehen keine Veränderung als notwendig an, eine Person hingegen sieht die Notwendigkeit für eine Vielzahl von Änderungen.

Wirkungen und Effekte des PLAISIR©-Einsatzes
Viele MitarbeiterInnen haben durch PLAISIR© „Schwachstellen in der Dokumentation der erbrachten Leistungen aufgedeckt", d. h., es werden Leistungen erbracht, ohne dass sie sachgerecht dokumentiert sind. Vor allem bei demenzkranken Pflegebedürftigen ist dieser Umstand auffällig. Ebenso wünschten sich die EvaluiererInnen eine individuellere und zeitlich aktuellere Pflegeplanung.
Als Effekt der Anwendung von PLAISIR© wurde in einer Einrichtung eine Qualitätssteigerung gesehen, da eine Umstellung der Pflege- und Serviceleistungen auf eine individuelle erforderliche Pflege den tatsächlichen Bedarf des Bewohners besser respektiere. Eine andere Einrichtung hat eine Arbeitsgruppe zur Verbesserung der Pflegeplanung und des Umgangs mit Hilfsmitteln eingerichtet.
Durch die Anwendung des Verfahrens PLAISIR© sind die MitarbeiterInnen neu motiviert worden, die „Pflegeaktionen auf ihre Sinnhaftigkeit" zu überprüfen, die „Pflegeaktionen zeitlich zu bündeln" und die erforderliche Pflege für die BewohnerInnen zu überdenken. Andere TeilnehmerInnen sahen durch die PLAISIR©-Anwendung ihre Arbeit in Teilbereichen wie z. B. bei der Dokumentation bestätigt.

3.3.6 Ergebnisse der Erhebungsphase

Bis auf wenige Ausnahmen waren die Einrichtungen, wie in den beiden vorangegangenen Projekten, in der Lage, die Erhebungsphase im vorgegebenen Zeitraum erfolgreich abzuschließen. Die Unterlagen konnten daher auch termingerecht zur abschließenden Bearbeitung an das KDA gesandt und dort erfasst werden. So konnten für das Bundesprojekt in enger Zusammenarbeit mit dem Institut EROS im Rahmen der Evaluation der 3.084 BewohnerInnen alle Phasen des Überprüfungsprozesses detailliert dokumentiert und überprüft werden. Das Bedienerhandbuch für die Dateneingabe und Datenüberprüfung wurde ins Deutsche übersetzt, das Desk-Review beschrieben und zwei deutschen Pflegefachkräften des Bundesprojektes und einer Mitarbeiterin der BHS vermittelt.
Alle Aktivitäten der Projektmitarbeiter wurden über eine deutschsprachige Pflegefachkraft von EROS überwacht und supervisiert. Auf diesen Erfahrungen aufbauend, wurden während und nach Ablauf des Projektes in Schleswig-Holstein Empfehlungen für die Hard- und Software und auch für die zukünftigen Überarbeitungen des Handbuches formuliert. Auf die Anpassung der so genannten „Westschweizer Standards" an die deutsche Pflegepraxis wird im folgenden Abschnitt intensiver eingegangen, da über die flächendeckende Anwendung des Verfahrens im Kreis Segeberg hinaus eine Empfehlung für die Bundesebene entwickelt werden sollte.
So soll die nachfolgende Beschreibung ausgewählter Ergebnisse des untersuchten Kreises in Ergänzung zu den vorliegenden Untersuchungsergebnissen die umfangreichen und detailliert erstellten Ergebnisse von EROS, die in Form der so genannten individuellen und Standard-OUTPUTs und als AUDIT seit Anfang März 2002 in jeder Einrichtung vorliegen, im Hinblick auf die konkreten Fragestellungen des Projekts anreichern (siehe Anlage 28, Anlage 34, Anlage 35).
Da allerdings die Datenauswertung und -beurteilung der Segeberger Erhebung nicht der eigentliche Auftrag des KDA war, zumal das von EROS erstellte umfassende Datenmaterial auch erschöpfend Auskunft gibt, beschränken sich die folgenden Aussagen auf diejenigen Ergebnisse, die der Erarbeitung von Empfehlungen für die mögliche Etablierung eines Personalbedarfsermittlungsverfahren dienlich sind.
Die vorliegenden Daten der Evaluation der Heimbewohnerschaft von insgesamt 50 Einrichtungen des Kreises Segeberg bilden somit gemeinsam mit den im folgenden Abschnitt näher beschriebenen Ergebnissen und Vereinbarungen die Grundlage für die Empfehlungen für eine zukunfts- und leistungsorientierte Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung auf Landesebene. Um evtl. Missverständnissen vorzubeugen, soll an dieser Stelle allerdings darauf hingewiesen werden, dass die vorliegenden Standardauswertungen (durch EROS) zu den Bewohnerprofilen und zu den Leistungsbeschreibungen **im Gegensatz** zu den Aussagen zum Personalbedarf (benötigte Vollzeitstellen) schon **in der vorliegenden Form** einen direkten Vergleich aller untersuchten Bewohner und Einrichtungen zulassen. Die Evidenz und Zuverlässigkeit dieser beiden „empirischen" Module des Verfahrens (Anamnese und individueller Pflegeleistungsplan) wurden nämlich

bereits im Rahmen des Vorgängerprojektes des Bundes, aber auch regelmäßig in der Schweiz, überprüft, bestätigt und dokumentiert. Demgegenüber sind allerdings die Ergebnisse zum Personalbedarf durch mehr oder weniger empirisch belegte Variablen beeinflusst, die in der Regel im Rahmen eines Aushandlungs- oder Abstimmungsprozesses festgelegt werden.
Alle nachfolgenden Untersuchungen beziehen sich auf die Ergebnisse der empirischen Erhebung der Bewohnerprofile und auf die erforderlichen Pflegeleistungen. Die Ableitung des Personals ist im Gegensatz hierzu letztlich eine vertraglich zu vereinbarende Rechenmethodik. Diese war auch Gegenstand intensiver Erörterungen in einer Expertengruppe des Beirates auf Landesebene in Kiel und wird unter dem Stichwort „Produktionsfaktoren" vertieft.

Weiterhin ist bei den nachfolgenden Betrachtungen zu beachten, dass schon in einer der ersten Sitzungen des Beirates auf Landesebene in Kiel deutlich gemacht wurde, dass bei einem möglichen zukünftigen Einsatz von PLAISIR© die ermittelten Zeitwerte für die Leistungen unmittelbar, also als absolute und nicht als relative Vergleichsgrößen genutzt werden sollen. Vor dem Hintergrund der durchgängig in den bisherigen Anwendungen von PLAISIR© festgestellten Differenz zwischen dem erforderlichen und dem tatsächlich vorhandenen Personal von 15 bis mehr als 35 Prozent bedeutete dies einen sehr hohen Anspruch.
Aus diesem Grund wurden alle dem Verfahren hinterlegten Leistungsbeschreibungen auf ihre vergütungsrechtliche Relevanz und fachliche Notwendigkeit durch die Expertengruppe „Leistungen" überprüft.
Bei der modellhaften Erprobung des Verfahrens PLAISIR© konnten und sollten aber keine modifizierten Richtlinien, d. h. erweiterte oder reduzierte Standards zum Einsatz kommen, da dies eine Vergleichbarkeit der bislang erhobenen und der Daten des Modellversuchs unmöglich gemacht hätte.
Das gewählte Vorgehen erlaubt somit differenzierte Vergleiche zu den Bewohnerprofilen und den nach PLAISIR© erforderlichen Leistungen bei nun über 5.000 HeimbewohnerInnen. Darüber hinaus können sowohl die Ergebnisse aus der Schweiz als auch aus Québec bei einer fachlichen Beurteilung des Verfahrens herangezogen werden.

Diese direkte Vergleichsmöglichkeit besteht, wie schon erwähnt, allerdings nicht uneingeschränkt für die von EROS errechneten Vollzeitstellen pro Bewohner und Tag, da es sich u. a. bei den Vollzeitstellen des Verfahrens PLAISIR© um die zu bezahlenden Stellen unter Berücksichtigung der regional spezifischen Faktoren, der so genannten Produktionsfaktoren, handelt. Diese weichen in den verschiedenen Regionen zum Teil deutlich voneinander ab. Dies ist für eine Überprüfung des Verfahrens auch nicht von Bedeutung, da die Daten des Verfahrens PLAISIR© nur die Grundlagen der Kalkulation, also den individuellen Zeitbedarf für die erforderliche Pflege, bereitstellen. Die Verrechnung in Personalstellen ist ein eigenständiges und frei wählbares Verfahren, so dass im Grundsatz sogar eine Einzelabrechnung für jeden Bewohner möglich wäre. Allerdings können die unterschiedlichen „Produktionsfaktoren" der drei abgeschlossenen Forschungsprojekte

miteinander in Beziehung gesetzt werden, obwohl ihnen, im Gegensatz zu den Daten der Bewohnererhebungen, keine allzu hohe empirische Genauigkeit und Zuverlässigkeit zugemessen werden sollte.
Wichtig ist allerdings zu betonen, dass die Ergebnisse zum Personalbedarf auf der Grundlage des Standardverfahrens, so wie es bisher in den Erprobungen zur Anwendung kam, in keinem Land zu 100 Prozent die tatsächliche Personalausstattung determinieren. Die von dem System ermittelten Werte zu den erforderlichen Vollzeitkräften werden über spezifische Vereinbarungen (Interkantonale Vereinbarung in der Westschweiz) und „Rechenvorschriften", beispielsweise Anerkennung von ca. 60 Prozent des geschätzten Personalbedarfs in Québec, „übersetzt".

So ist eine Vergleichbarkeit der bislang in Deutschland mit PLAISIR© erhobenen Daten bis auf das Niveau der so genannten *gearbeiteten Pflegestunden* möglich, da bei jeder Erhebung die unterschiedlichen „Produktionsfaktoren" berücksichtigt wurden. Der Begriff der *gearbeiteten Pflegestunden* ist leider etwas missverständlich ins Deutsche übersetzt, er bezeichnet nämlich die Menge der für die Pflege *erforderlichen* Nettoanwesenheiten des Pflegepersonals in Zeit, also die nach Dienstplan bereitzustellenden Ist-Personalstellen und nicht die der tatsächlich vorhanden bzw. verfügbaren Stellen bzw. Stunden.

Die Kalkulation der Soll-Stellen wird durch die abweichenden Vereinbarungen zur anerkennungsfähigen Arbeitszeit (Urlaub, Krankheit usw.) *also den Produktionsfaktoren* und den Pauschalen BBK und VIAW (derzeit pro Bewohner und Tag 24 Minuten im Standardsystem) vorgenommen.
Die Ergebnisse zum erforderlichen Personal gründen sich also auf die Anerkennung aller von PLAISIR© unterstellten Faktoren der erforderlichen Pflege nach den „Westschweizer Standards" und nach Maßgabe der dort hinterlegten Häufigkeiten und Routinen. Diese sollten – als Gegenstand des Forschungsauftrages des BMFSFJ – ggf., d. h. sofern möglich und sinnvoll, an die spezifische Situation in Schleswig-Holstein bzw. Deutschland angepasst werden. Dies wurde durch die Entwicklung von Leitlinien und das so genannte „Kieler Modell" zum Abschluss der Erprobung geleistet.
In der nachfolgenden ersten Betrachtung sind die im Beirat auf Landesebene getroffenen Vereinbarungen bei den vorliegenden Auswertungen noch nicht berücksichtigt. Diese werden in einem eigenständigen Abschnitt am Beispiel von zehn Einrichtungen beschriebenen, und auch die vereinbarten „Richtlinien und Standards des ‚Kieler Modells'" werden exemplarisch dargestellt.
Aus den vorgenannten Gründen sollen in einem ersten Schritt nach einigen ausgewählten Strukturdaten Aussagen zu den festgestellten Profilen der BewohnerInnen, der Art der erforderlichen Leistungen und eine erste vergleichende Betrachtung zur Pflegezeit und zu den Pflegestufen nach §§ 14, 15 SGB XI vorgenommen werden.
In weiteren Abschnitten werden dann die Grundlagen bzw. Vereinbarungen und die möglichen Auswirkungen einer landesspezifischen Anpassung, am Beispiel des „Kieler Modells", ausführlicher beschrieben und erläutert.

3.3.7 Ergänzende Auswertungen und Würdigung der Ergebnisse der Erprobung im Kreis Segeberg

Im Rahmen der Bundesprojekte wurden mit Stand März 2002 rund 5.600 Evaluationen mit PLAISIR© für Deutschland vorgenommen, von denen allein 3.084 auf den Kreis Segeberg entfallen. Zwischenzeitlich liegen mit Stand November 2002 die Ergebnisse von mehr als 10.000 Evaluationen vor.
Um Abweichungen und Auffälligkeiten feststellen zu können, wurden die Ergebnisse aus Segeberg in einem ersten Schritt mit den bisherigen Ergebnissen der Erprobungen des AWO-Bundesverbandes und der Bremer Heimstiftung (BHS) verglichen.

	BHS und AWO		Kreis Segeberg	
	Anzahl	Anteil	Anzahl[19]	Anteil
Pflegestufe 0	158	6 %	705	23 %
Pflegestufe 1	650	27 %	972	32 %
Pflegestufe 2	1.033	42 %	939	30 %
Pflegestufe 3	596	24 %	468	15 %
N =	2.437	100 %	3.084	100 %

Tab. 7: Vergleich der Belegungsstruktur nach Pflegestufen (Untersuchungsgruppen AWO/BHS und Kreis Segeberg)

Wie aus der Tabelle ersichtlich, finden sich schon bei der Betrachtung dieser allgemeinen Strukturdaten erhebliche Abweichungen in der Belegungsstruktur der Einrichtungen zwischen den bisherigen Erhebungen bei der AWO und der BHS sowie dem jetzt untersuchten Kreis Segeberg.
So ist der weit über dreimal so hohe Anteil der BewohnerInnen mit der Pflegestufe 0 zu Lasten der Pflegestufe 2 und 3 gegenüber der Vergleichsgruppe AWO/BHS überaus bemerkenswert und mit gravierenden Auswirkungen auf die derzeitige Personalausstattung der Einrichtungen verbunden.
Darüber hinaus zeigt die nachfolgende Tabelle deutlich auf, dass die erforderliche Pflegezeit nach PLAISIR© im Verhältnis zu der Einstufung der Bewohner bzw. ihrer Zuordnung zu der Pflegeklasse erhebliche Unstimmigkeiten aufweist.
So kann der erforderliche Pflegezeitbedarf für einen Bewohner mit der Pflegestufe 1 pro Tag bei 23, aber auch bei 345 Minuten liegen. Diese erhebliche Spannbreite bei der erforderlichen Pflegezeit kann für die Bewohner aller Pflegestufen so festgestellt werden, lediglich die so genannten Härtefälle weisen eine deutlich geringere Spannbreite beim Pflegezeitbedarf auf, nämlich mindestens 185 bzw. maximal 275 Minuten pro Tag, bei einem Mittelwert von 229 Minuten pro Tag und Bewohner.

[19] Bewohner ohne Pflegestufe (53) wurden der Pflegeklasse 0 und Härtfälle (9) wurden der Pflegeklasse 3 zugeordnet. Durch Auf- und Abrundung können Rundungsfehler auftauchen.

Pflegestufe	Anzahl Bewohner	Mittelwert von DIP/TAG	Minimalwert von DIP/TAG	Maximalwert von DIP/TAG	Standardabweichung beim Mittel DIP/TAG
Ohne Angabe	53	132	28	284	77
0	652	69	18	269	41
1	972	99	23	345	51
2	939	163	34	330	52
3	459	212	49	328	39
4	9	229	185	275	35
N =	3.084	130			

Tab. 8: Vergleich der Pflegestufen und der direkten Pflegezeit nach PLAISIR© (Mittel-, Maximal- und Minimalwerte sowie Standardabweichung)

Diese Ergebnisse bestätigen eindrucksvoll die zentrale Erkenntnis aller Voruntersuchungen, dass die Pflegestufen nach §§ 14, 15 SGB XI (systembedingt) nur sehr unzureichend den in einer Einrichtung zu erbringenden umfassenden Pflegezeitbedarf abbilden. Somit laufen Personalbemessungssysteme, die sich an den Pflegestufen der Bewohner orientieren, Gefahr, mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit am tatsächlichen Pflegezeitbedarf in einer vollstationären Einrichtung „vorbeizukalkulieren" bzw. deutlich zu wenig Personal für eine fachgerechte Pflege zu haben.
Einrichtungen, bei denen die Mehrzahl der Bewohner eine hohe Pflegestufe aufweisen, deren tatsächlicher Pflegezeitbedarf aber eher niedrig ist, stehen sich demgegenüber „natürlich" deutlich besser.
Unabhängig von der zwangsläufigen Folge und dem grundsätzlichen Problem einer nicht leistungs- und bedarfsgerechten Versorgung und Vergütung im Einzelfall besteht hier die Gefahr einer Selektion von „gut" und „schlecht" eingestuften Bewohnern. Dies dürfte insbesondere die Gruppe der Pflegebedürftigen mit gestörter Alltagskompetenz (besonders die Gruppe der mobilen, demenziell Erkrankten) betreffen, bei denen der deutlich höhere Mehraufwand für die allgemeine Betreuung und Aufsicht bei der Pflegebedürftigkeitsfeststellung nicht anerkannt wird.
Für Einrichtungen, die vorwiegend diesen Personenkreis betreuen, besteht somit Gefahr, personell chronisch unterausgestattet zu sein. Da PLAISIR© den Mehrbedarf dieser Personengruppen bei *allen* Pflegeaktionen, also nicht nur bei der eigenständigen Leistung zur Kommunikation über die Gewichtungsfaktoren berücksichtigt, bildet es insbesondere für diese Personen den hohen Personalaufwand und damit die Diskrepanz zur Pflegestufenzuordnung ab.
Im Gegensatz zu einem pflegestufenorientierten Personalbemessungsverfahren ermöglicht also der Einsatz des Verfahrens PLAISIR© den Einrichtungen, eine am tatsächlichen, individuell ermittelten Bedarf orientierte Personalausstattung. Es kann somit die im bisherigen Pflegestufen-/Pflegeklassen-System möglichen Fehlzuordnungen ausgleichen, so dass den Einrichtungen, die auch bereit sind die problematischste Zielgruppe zu betreuen, auch ausreichend Personal zur Verfügung gestellt werden kann.

Bei einer näheren Betrachtung der Pflegestufen und Zeitwerte wird auch deutlich, dass ein nicht geringer Anteil der BewohnerInnen des Kreises Segeberg einen für eine notwendige stationäre Unterbringung eher niedrigen erforderlichen Pflegezeitbedarf aufweist. Würde für den Kreis Segeberg wie in Québec ein Pflegezeitbedarf von 90 Minuten pro Tag für eine notwendige vollstationäre Pflege zugrunde gelegt, wäre die Notwendigkeit einer vollstationären Pflege für mehr als ein Drittel der untersuchten Gruppe in Frage gestellt!

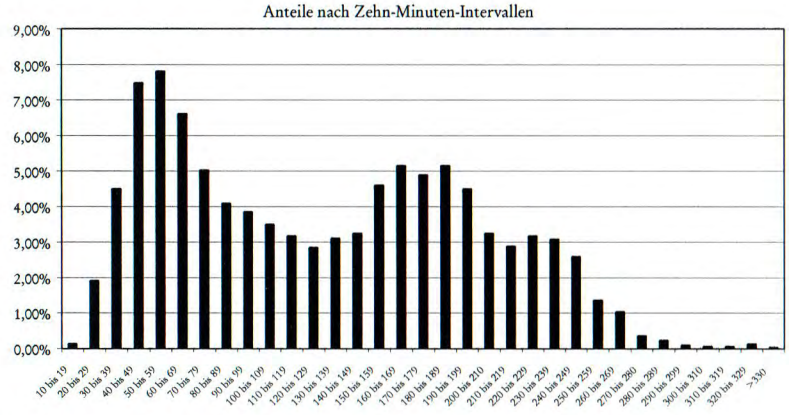


Abb. 4: Verteilung der Bewohner nach erforderlicher Pflegezeit in Zehn-Minuten-Intervallen

Bei den Personen, deren Pflegezeitbedarf (DIP) nach PLAISIR© unter 90 Minuten täglich liegt, würde in Québec eine häusliche, ambulant gestützte Pflege ansetzen. Eine regionale Assessmentgruppe würde in diesen Fällen prüfen, ob nicht verstärkt rehabilitative Maßnahmen, aber auch Tages- und Kurzzeitpflege bzw. Betreutes Wohnen eine vollstationäre Betreuung vermeiden könnten.
Insgesamt wird bei einer näheren Betrachtung der Segeberger Evaluation aber auch deutlich, dass der untersuchte Kreis spezifische Besonderheiten aufweist. So liegt der durchschnittliche Pflegezeitbedarf (DIP) für alle bisher in Deutschland durchgeführten Erhebungen bei nunmehr ca. 136 Minuten pro Tag und Bewohner.
Werden aber nur die Evaluationen des Kreises Segeberg bei einer Ermittlung des durchschnittlichen direkten Pflegezeitbedarfes berücksichtigt (N = 3.084), so liegt dieser bei ca. 130 Minuten pro Tag.
Diese Differenz wird u. a. dadurch begründet, dass im Kreis Segeberg durch die ehemalige psychiatrische Einrichtung Rickling ein hoher Anteil auch junger psychiatrisch Pflegebedürftiger im Sample enthalten sind.

Werden diese Einrichtungen bzw. BewohnerInnen gesondert betrachtet und aus der gesamten Untersuchungsgruppe ausgeblendet, so löst sich die Differenz weitgehend auf. Der Wert für die direkte und indirekte Pflege liegt bei einer solchen Betrachtung bei ca. 135 Minuten pro Tag und Bewohner. Auf diese Besonderheit wird im Verlauf dieser Betrachtung noch näher eingegangen. Bei der Betrachtung der nachfolgenden Kalkulationen ist zu beachten, dass in einigen Fällen mit den Ergebnissen der so genannten bereinigten Gruppe (N = 2.433) gerechnet wurde. Dies ist entsprechend in den Tabellen vermerkt.

Bei einer Berücksichtigung der gesamten Untersuchungsgruppe entfallen in Segeberg bezogen auf jeden/jede der 3.084 BewohnerInnen auf die so genannten „grundpflegerischen" Leistungen ca. 95 Minuten pro Tag, die sich wie folgt auf die fünf Kategorien dieser Leistungsart verteilen:[20]

	Kreis Segeberg	Bremen
Unterkategorien Pflegeleistungen	Minuten pro Tag/Bewohner	Minuten pro Tag/Bewohner
Respiration	0,5	0,2
Ernährung	22,4	27,2
Ausscheidung	21,2	23,6
Hygiene/Ankleiden	29,0	30,1
Mobilisation	22,0	31,1

Tab. 9: Direkte und indirekte Pflegezeiten (DIP) Kreis Segeberg und Bremen (allgemeine Pflegeleistungen)

Es ist festzustellen, dass insbesondere im Bereich der Mobilisierung, aber auch der Ernährung die Werte zwischen der gesamten Untersuchungsgruppe in Segeberg und beispielsweise derjenigen in Bremen deutlich voneinander abweichen. So ist in Bremen bis auf den Bereich der Respiration ein insgesamt höheres Niveau festzustellen. Hier muss allerdings beachtet werden, dass die Untersuchung in Bremen sich auf einen Träger beschränkt, der vor Einzug eines Bewohners ein sehr intensives Aufnahmemanagement durchführt, welches insbesondere verhindern soll, dass Pflegebedürftige mit einem nur geringen Hilfebedarf in eine vollstationäre Einrichtung des Trägers einziehen. In diesen Fällen wird durch gezielte Beratung eine betreute Wohnform oder auch eine verstärkte ambulante Betreuung empfohlen. Zudem werden bei einer flächendeckenden Erhebung auch immer die Einrichtungen erfasst, die sich eher als „Altenheime" oder „Altenwohnheime" verstehen bzw. bei denen es sich um Wohnbereiche handelt, in denen Bewohner mit deutlich niedrigerem Pflegebedarf leben. Dies gilt auch für ehemalige Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung in Pflegeeinrichtungen überführt wurden.

[20] Für die exakten Zeitwerte wird auf die vorliegende Auswertung von EROS verwiesen. Bei dieser und weiteren Berechnungen (der zum Teil aggregierten Daten) können Rundungsfehler auftreten.

Da PLAISIR© eine differenzierte Erfassung der so genannten behandlungspflegerischen Leistungen ermöglicht, kann neben der Gesamtzeit für diese Tätigkeiten auch sehr genau festgestellt werden, welche behandlungspflegerischen Leistungen sehr häufig – in bestimmten Einrichtungen oder auch insgesamt – erforderlich sind. Ebenfalls kann der quantitative Umfang der erbrachten externen, therapeutischen und ärztlichen Leistungen umfassend beschrieben werden.
Der Zeitaufwand für die Mithilfe bei der ärztlichen Therapie und Diagnostik (so genannte Behandlungspflege), nach PLAISIR© Pflegetechniken genannt, liegt bei den BewohnerInnen in Segeberg und in Bremen bei ca. elf Minuten pro Tag und Bewohner. Bundesweit hat sich dieser Wert jetzt ebenfalls auf ca. elf Minuten pro Tag und Bewohner verdichtet.

	Kreis Segeberg	Bremen
Medikamentengabe	5,3	5,3
Intravenöse Therapie	0,1	0,1
Behandlungen	2,5	3,2
Diagnostische Maßnahmen	3,0	2,7

Tab. 10: Direkte und indirekte Pflegezeiten (DIP) Kreis Segeberg und Bremen (Behandlungspflege)

Für die PLAISIR©-Kategorie Kommunikation ergibt sich für den Kreis Segeberg ein Wert von ca. 24 Minuten pro Tag und Bewohner gegenüber 22,5 Minuten in Bremen.
Diese zum Teil deutlichen Abweichungen bei den durchschnittlich ermittelten Zeitwerten für die einzelnen Kategorien lösen sich nach der schon eingangs beschriebenen „Bereinigung" der gesamten Untersuchungsgruppe (N = 2.433) weitgehend auf. Nach dieser Korrektur weisen die Ergebnisse aus Segeberg, bis auf den immer noch deutlich höheren Anteil männlicher Bewohner, keine besonderen Auffälligkeiten gegenüber den beiden vorangegangenen Untersuchungen auf. Die Abweichungen der Gesamtgruppe (N = 3.084) zu den bisherigen Erhebungen werden somit wesentlich durch die ehemalige psychiatrische Einrichtung in Segeberg wie auch andere ausschließlich psychiatrisch orientierte Pflegeinrichtungen verursacht.
Diese Einrichtungen weisen eine deutlich abweichende Bewohner- und Leistungsstruktur auf, die die Durchschnittswerte maßgeblich beeinflussen. Aus diesem Grund wurde ein zusätzliches AUDIT (Anlage 36) erstellt, welches die Heime des Kreises ohne die so genannten „psychiatrischen" Einrichtungen betrachtet.
Diese „Bereinigung" ist allerdings unvollständig, da die Profile der verbleibenden 2.433 Bewohner es immer noch nahe legen, dass neben diesen berücksichtigten Einrichtungen weitere Heime im Kreis Segeberg überwiegend psychiatrisch pflegebedürftige Bewohner versorgen bzw. diese Klientel in vielen „normalen" Pflegeeinrichtungen zu finden ist.

Die nachfolgende Tabelle vergleicht die Ergebnisse der Gesamtgruppe (N = 3.084) mit der Vergleichsgruppe aus Segeberg (N = 2.433), bei der die Bewohner der Einrichtungen mit überwiegend psychiatrisch pflegebedürftiger Klientel unberücksichtigt blieben.		
	N = 2.433	N = 3.084
	Bereinigte Gruppe	Gesamt-Gruppe
Leistungsarten	Minuten pro Tag und Bewohner	
Respiration	0,5	0,5
Ernährung	23,5	22,4
Ausscheidung	23,5	21,2
Hygiene/Ankleiden	29,3	29,0
Mobilisation	25,1	22,0
Kommunikation	22,8	23,9
Medikamente	5,2	5,3
Intravenöse Therapie	0,1	0,1
Behandlungen	2,6	2,5
Diagnostik	2,6	3,2
Durchschnittsalter	79,8	75,7
Anteil Männer	26,1	34,1
Minuten gesamt (gerundet)	135	130

Tab. 11: Vergleich der gesamten Untersuchungsgruppe Segeberg mit den Einrichtungen in Segeberg, die nicht überwiegend psychiatrisch Pflegebedürftige aufnehmen

Da über PLAISIR© sehr differenzierte Informationen über die Belegungsstruktur jeder Einrichtung und sogar jedes Wohnbereiches vorliegen, konnte die eingangs festgestellte Abweichung zu den ersten Erhebungen – wie oben bereits vermerkt – insbesondere durch den hohen Anteil jüngerer und auch psychiatrisch Pflegebedürftiger erklärt werden. Es findet sich in der ehemaligen psychiatrischen Einrichtung des Kreises, aber auch im Umfeld dieser Einrichtung ein hoher Anteil Pflegebedürftiger, die nicht „die typischen" Merkmale und den Pflegezeitbedarf eines Altenpflegeheimbewohners aufweisen.
Trotz oder gerade wegen dieser festgestellten Auffälligkeiten bei den Profil- und Leistungsdaten konnte, auch nach Einbeziehen einer aktuellen Auswertung in Québec, bestätigt werden, dass über das qualitätssichernde Desk-Review die vereinbarten Richtlinien und Standards eingehalten werden und sich die Unterschiede zwischen den Einrichtungen in den OUTPUTs und AUDITs nachvollziehbar niederschlagen.
Somit konnte aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung eindrucksvoll gezeigt werden, dass PLAISIR© tatsächlich in der Lage ist, den Status der BewohnerInnen und die erforderlichen Leistungen vergleichbar und zuverlässig vor dem Hintergrund der hinterlegten und vereinbarten Leistungen zu ermitteln. Die Besonderheiten der Einrichtungen, bedingt durch Bewohnstruktur und Leistungen, werden

über die Standardauswertungen schon in der vorliegenden Form differenziert und nachvollziehbar abgebildet.
Mit den nun vorliegenden Ergebnissen einer flächendeckenden Anwendung können erstmals auf der Grundlage der PLAISIR©-Ergebnisse mögliche Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen eines Kreises deutlich gemacht und auch begründet werden. So sind die Ergebnisse zu den einzelnen Einrichtungen, insbesondere mit Blick auf den Empfehlungsteil zur Personalbedarfsermittlung, von wesentlich größerer Bedeutung als der Vergleich von Durchschnittswerten.

Die Einengung der Analyse auf pauschale Vergleiche, insbesondere nach Ermittlung der hoch differenzierten Leistungs- und Profildaten (auf der Grundlage der individuellen Profile eines jeden Bewohners), würde ein Verfahren wie PLAISIR© eigentlich auch konterkarieren. Allerdings können in diesem Bericht nicht die differenzierten Daten über die einzelnen Einrichtungen wiedergegeben werden, da diesen ein Schutz der teilweise hoch sensiblen Daten zugesagt wurde. Soweit möglich und erforderlich wurden diese anonymisiert und entsprechend aufbereitet, damit die Einzelergebnisse nicht zu der jeweiligen Einrichtung zurückverfolgt werden können.[21]

3.3.8 Analyse der Profil- und Leistungsdaten und erste Soll-Ist-Vergleiche

Nach Vorlage der Ergebnisse der Erprobung des Verfahrens PLAISIR© im Kreis Segeberg zum 01. März 2002 konnte erstmals ein umfassender Vergleich zwischen dem erforderlichen und dem tatsächlich vorhanden Personal (Soll-Ist-Vergleich) und eine differenzierte Analyse der vorliegenden Profil- und Leistungsdaten für fast 3.100 HeimbewohnerInnen in einer Region vorgenommen werden. Ziel war die Überprüfung der zugrunde liegenden Leistungsbeschreibungen und Zeitwerte und die Entwicklung eines Modells zur Errechnung des erforderlichen und finanzierbaren Personals in deutschen Pflegeheimen.
Die Anlage 56 beschreibt die Minimal- und Maximalwerte nach Kategorien und die erheblichen Abweichungen zwischen den untersuchten Einrichtungen im Kreis Segeberg. So weist die durchschnittliche direkte Pflegezeit der Bewohnerschaft einer Einrichtung eine Spannbreite von 79 bis 223 Minuten auf. Dies bedeutet nichts anderes, als dass auf Grund des erforderlichen Pflegebedarfes eine Einrichtung u. U. einen annähernd dreimal so hohen Pflegebedarf zu befriedigen hat wie eine „regional" vergleichbare Einrichtung.

Um allerdings den vorgenannten Soll-Ist-Vergleich vornehmen zu können, war eine Feststellung des zum Zeitpunkt der Erhebung beschäftigten Personals erforderlich. Dies stellte sich aber als schwierig heraus, denn in Segeberg wurde im Gegensatz zur Ersterhebung im Rahmen des PPvP-Projekts keine zeitgleiche Erfassung des tatsächlichen Personalbestandes vorgenommen. Mit Rücksicht auf

[21] Die Einrichtungsnummern und die Platzzahl der Einrichtung wurde aus diesen Gründen aus den OUTPUTs eliminiert.

die ohnehin sehr hohe Mehrbelastung durch die eigentliche Evaluation wurde darauf verzichtet, zumal jede Einrichtung nach Erhalt der AUDITs diese Überprüfung intern vornehmen kann.

Für eine abschließende Beurteilung des Verfahrens war allerdings die Abschätzung der möglichen Auswirkungen auf den zusätzlich nach PLAISIR© erforderlichen Personalbedarf von besonderer, wenn nicht sogar zentraler Bedeutung. So hatten die bisherigen Erhebungen, bei Anwendung der „Westschweizer Standards" und aller Variablen zur Anerkennung der Arbeitszeit der MitarbeiterInnen, einen Fehlbedarf von z. T. mehr als 35 Prozent zum erforderlichen Bedarf ausgewiesen.
Diese durchschnittliche Differenz konnte zwar im Rahmen der Erhebung bei der AWO im PPvP-Projekt durch die durchgeführte Zusatzerhebung relativiert werden, aber auch danach war eine deutliche Diskrepanz zwischen Soll und Ist feststellbar. Dies kann auch nicht überraschen, da ja PLAISIR© die erforderliche und nicht die gegebene Pflege abbildet und hier erhebliche Abweichungen zu erwarten waren. Allerdings sollte in diesem Projekt versucht werden, die von PLAISIR© ermittelten Daten in eine auch auf Deutschland übertragbare Form, und hierzu gehört auch die Berücksichtigung der bestehenden Strukturen und der Finanzierungsmöglichkeiten, umzuwandeln bzw. anzupassen.

Nach Erhalt der Ergebnisse wurde deshalb im Beirat auf Landesebene nach Wegen gesucht, eine möglichst genau Abschätzung des erforderlichen Personalbedarfs vorzunehmen. Dies wurde in der Folge auf zwei unterschiedlichen Wegen realisiert:

- Kalkulatorischer Soll-Ist-Vergleich des nach PLAISIR© erforderlichen Personals auf der Grundlage der Personalschlüsselvereinbarungen Schleswig-Holstein
- Auswertung der Abschlüsse im Rahmen der bestehenden Pflegesatzvereinbarungen und Hochrechnung und Vergleich mit den PLAISIR©-Ergebnissen

Obwohl der erste Ansatz aus verschiedenen Gründen nur sehr unsichere Aussagen zulässt, soll er doch kurz dargestellt werden, um die Unterschiede zwischen Personalrichtwerten und einer individuellen Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung zu verdeutlichen.
Die Ergebnisse beider Vergleichsrechnungen wurden am 25. April 2002 intensiv in einer Beiratssitzung diskutiert und begründeten den Arbeitsauftrag an das KDA, nach Möglichkeiten und Wegen zu suchen, durch qualitativ zu begründende Anpassungen das System PLAISIR© für Schleswig-Holstein anwendbar zu machen. Dies schien in Frage gestellt, da die mit PLAISIR© ermittelte erforderliche Personalmenge deutlich über der in den untersuchten Einrichtungen lag.
Nachfolgend sollen die zentralen Ergebnisse der vertiefenden Untersuchungen dargestellt werden, da sie wesentlichen Einfluss auf die Empfehlungen des KDA haben und auch die Ergebnisse der Expertengruppen, die bis zur Vorlage der Ergebnisse erarbeitet wurden, relativieren.

Zur Bearbeitung der vorgenannten Fragestellungen hat das KDA nach Erhalt der Auswertungen von EROS in Abstimmung mit diesem und dem MASGV umfassende zusätzliche Berechnungen vorgenommen. Diese führten u. a. auch zu einer deutlichen Erweiterung der Auswertungen und Ergebnisberichte, die im Zusammenhang mit PLAISIR© nun zur Verfügung stehen. Zum damaligen Zeitpunkt konnte allerdings noch nicht darauf zurückgegriffen werden.

3.4 Kalkulatorische Personalausstattung nach Personalschlüssel

Die auf das Jahr 1999 datierten Eckpunkte der Personalschlüsselvereinbarungen in Schleswig-Holstein sehen eine an den Pflegestufen der BewohnerInnen orientierte Personalausstattung vor. Die Vereinbarung sieht bis auf die Regelung zur Nachtwache keine über den Schlüssel „Pflege" hinausgehenden Personalstellen, bspw. für Pflegedienstleitung, Therapie oder soziale Betreuung, vor. Darüber hinaus konnte den vorliegenden Unterlagen ebenfalls nicht entnommen werden, ob und in welchem Umfang zusätzliche Kräfte wie ZDL, Praktikanten, aber auch Schüler auf den Stellenplan angerechnet werden.

Bei den nachfolgenden Modellrechnungen wurde für den Tagdienst Pflege und Betreuung von folgenden Mitarbeiter-Bewohner-Relationen (Personalschlüsseln) ausgegangen:

Pflegeklassen	von	bis	Mittelwert
0	1 zu 9,00	1 zu 12,00	1 zu 10,50
I	1 zu 4,05	1 zu 6,00	1 zu 5,03
II	1 zu 3,05	1 zu 4,00	1 zu 3,53
III	1 zu 2,28	1 zu 2,80	1 zu 2,54

Tab. 12: Eckpunkte der Personalschlüsselvereinbarungen Schleswig-Holstein (1999)

Die Regelung über die gesonderte Berücksichtigung der Nachtwachen sieht 2,29 Vollzeitkräfte für die ersten 20 Plätze und eine Vollzeitkraft für je weitere 20 Plätze vor. Dies wirkt sich insbesondere bei den sehr kleinen und kleinsten Einrichtungen äußerst positiv auf die Mitarbeiter-Bewohner-Relation aus. Dieser Effekt wird allerdings bei größeren Einrichtungen rasch aufgezehrt.

Interessant in diesem Zusammenhang ist auch, dass die den Schlüsselzahlen zugrunde liegenden Vereinbarungen schon seit 1999 zur Anwendung kommen und sie grundsätzlich nicht unerheblichen Einfluss auf die Pflegesatzhöhe haben, obwohl, wie PLAISIR© in Segeberg nachweisen konnte, über die Personalmenge nicht direkt auf die Pflegesatzhöhe geschlossen werden darf. Zusätzliche Faktoren, wie beispielsweise die durchschnittlichen Personalkosten je Kraft bzw. Fachkraft und andere Produktionsfaktoren sind bei einem solchen Vergleich zu berücksichtigen.

Aber die Personalschlüssel in Schleswig-Holstein sehen im Vergleich mit anderen Ländern (siehe hierzu Bericht PPvP) eher weniger Personal je Pflegestufe vor, und so konnte es auch nicht überraschen, dass Schleswig-Holstein nach einer Statistik des BMG auch bei einem Vergleich der Pflegesätze nicht im „hochpreisigen" oberen Segment der Statistik zu finden ist.
Da aber von Pflegekassenseite im Rahmen der Gespräche deutlich gemacht wurde, dass die vorgenannten Anhaltswerte bei den letzten Pflegesatzvereinbarungen mehrfach übertroffen wurden, sollte ein Vergleich auf der Basis einer solche Kalkulation an dieser Stelle nicht überbewertet werden.
Die vorgenannten Personalschlüssel ließen jedoch vermuten, dass die bestehende Personalausstattung in Schleswig-Holstein eher niedrig im Verhältnis zum bundesdeutschen Durchschnitt ist. Ein solcher direkter Vergleich war aber auf Grund der sehr schwierigen Datenlage im Rahmen des Projektes leider nicht möglich.

Es war aber zu erwarten, dass bei einem direkten Vergleich des mit PLAISIR© ermittelten erforderlichen Personalbedarfs und der derzeitigen Personalausstattung der untersuchten Einrichtungen in Schleswig-Holstein mindestens gleich große, eher aber noch größere Differenzen wie in den Voruntersuchungen festgestellt werden würden.
Dies konnte allerdings für die Gesamtheit der untersuchten Einrichtungen eher nicht bestätigt werden. So erfüllen einzelne Einrichtungen schon heute einen hohen Anteil des nach dem PLAISIR©-Standardsystem ermittelten Personalbedarfs, bzw. in einem Fall wurde er sogar übertroffen! Dies konnte allerdings erst nach Einbeziehen der konkreten Personalvereinbarungen auf Grund der Pflegesatzvereinbarungen festgestellt werden. Dies wird im nächsten Abschnitt näher ausgeführt.

Bei einer demgegenüber eher theoretischen Ermittlung des Personals über Personalschlüsselvereinbarungen muss allerdings beachtet werden, dass PLAISIR© bei der Kalkulation der bereitzustellenden Zeit (gearbeitete Zeit in Stunden = GPS) und in der Folge bei der zu bezahlenden Zeit (BPS) nicht zwischen Fachkräften, Helfern und Hilfskräften (VZÄ nach PLAISIR© sind „Köpfe", welche u. U. auch nur eine halbe oder keine Budgetstelle verbrauchen müssen, wie bspw. Praktikanten, ZDL u. a.). Sofern also bestimmte Personalgruppen (ZDL und andere zusätzliche Kräfte) Zeit für die nach PLAISIR© erforderlichen Leistungen bereitstellen, aber über einen anderen Schlüssel bestimmt und refinanziert werden, oder wenn sie nur anteilig auf den Stellenplan Pflege angerechnet werden, so muss dies bei einer Verrechnung in die erforderlichen Soll-Stellen angemessen berücksichtigt werden. Dies führte beispielsweise bei der Erhebung der AWO zu deutlichen Korrekturen des Missverhältnisses zwischen PLAISIR©-Soll und tatsächlichem Ist.

Am Beispiel einer Einrichtung mit 20 und einer Einrichtung mit 60 Plätzen soll nachfolgend beispielhaft die kalkulatorische Ist-Situation ermittelt und ein Vergleich mit den PLAISIR©-Ergebnissen zur direkten und indirekten Pflegezeit (DIP) vorgenommen werden.

Unter Anwendung des jeweils oberen Richtwertes stehen einem Bewohner im günstigsten Fall kalkulatorisch (im Durchschnitt über alle Pflegeklassen) 100,64 Minuten Pflegezeit pro Tag (Tag- und Nachtdienst) in einer Einrichtung mit 20 Plätzen zur Verfügung. Es wurde die Pflegestufenstruktur der Bewohner der gesamten Gruppe (N = 3.084) zugrunde gelegt und 1.609 Nettopflegestunden je VZÄ angenommen.

Die Pflegezeit, die über den Nachtdienst geleistet werden kann, wurde in dieser Berechnung zu gleichen Teilen auf alle Bewohner verteilt. Es ist bemerkenswert, dass die täglich verfügbare Nettopflegezeit über den Nachdienst mit ca. 30 Minuten/Tag um eine Minute höher ist als die Zeit, die einem Bewohner in der Pflegeklasse 0 über den Tagdienstschlüssel (29,39) zugewiesen wird.

	Anteile	Einrichtung 20 Plätze		Zeit pro Bewohner		
Struktur	Verteilung	Bewohner	1.609	Nettostunden	Minuten/Tag	Bew./Tg./Ges.
Ohne Stufe	23%	5,0	0,56	893,89	**29,39**	**59,67**
Stufe I	32%	6,0	1,48	2.383,70	65,31	95,59
Stufe II	30%	6,0	1,97	3.165,25	86,72	117,00
Stufe III	15%	3,0	1,32	2.117,11	116,01	**146,29**
Alle Stufen	100%	20	5,32	8.559,94	70,36	**100,64**
zus. NW	Nachtwache	20	2,29	3.684,61	**30,28**	
Gesamtpersonal	Gesamt 24 h	20	7,61	12.244,55	**100,64**	

Tab. 13: Kalkulation der zur Verfügung stehenden direkten Pflegezeit nach Personalschlüsseln für eine Einrichtung mit 20 Plätzen

Bei einer Betrachtung der theoretischen Nettopflegezeit für einen Bewohner der Pflegeklasse III liegt dieser Wert bei 146,29 Nettominuten. Dies entspricht bei 20 Bewohnern einem Personalschlüssel über alle Stufen von einem Mitarbeiter zu 2,68 Bewohnern. Es wird aber auch deutlich, dass eine solche Einrichtung mit 20 Plätzen, ohne diese Zusatzvereinbarung zum Nachtdienst, personell absolut unterausgestattet wäre. Für den gesamten Tagesdienst mit zwei zu leistenden Schichten stünden lediglich 5,32 MitarbeiterInnen zur Verfügung. Dies entspräche einem Personalschlüssel über Tag von 1 zu 3,76 (inkl. Leitung des Pflegedienstes usw.).

Diese Zeitwerte verringern sich bei einer Einrichtung mit 60 Plätzen deutlich. So sinkt der Durchschnittswert um 10,77 Minuten auf 89,87 Minuten/Tag/Bewohner. Verantwortlich hierfür ist, dass die Vereinbarung für den Nachtdienst, wie erwähnt, nur noch eine weitere Stelle für je 20 Bewohner bei einer Heimgröße von über 20 Plätzen vorsieht. Dies entspricht einem Gesamtpersonalschlüssel von (20,39) 1 zu (60) 2,94. Der Gesamtpersonalschlüssel verschlechtert sich um 0,26, also um ca. zehn Prozent gegenüber einer Einrichtung mit 20 Plätzen.

	Anteile	Einrichtung 60 Plätze		Zeit pro Bewohner		
Struktur	Verteilung	Bewohner	1.609	Nettostunden	Minuten/Tag	Bew./Tg./Ges.
Ohne Stufe	23 %	14	1,56	2.503	**29,39**	**48,30**
Stufe I	32 %	19	4,69	7.548	65,31	84,22
Stufe II	30 %	18	5,90	9.496	86,72	105,63
Stufe III	15 %	9	3,95	6.351	116,01	**134,92**
Alle Stufen	100 %	60	16,10	25.898	70,95	**89,87**
zus. NW	Nachtwache	60	4,29	6.903	**18,91**	
Gesamtpersonal	Gesamt 24 h	60	20,39	32.801	**89,87**	

Tab. 14: Kalkulation der zur Verfügung stehenden direkten Pflegezeit nach Personalschlüsseln für eine Einrichtung mit 60 Plätzen

Bei einem Vergleich des direkten Pflegezeitbedarfs nach PLAISIR©, der bei der gesamten Untersuchungsgruppe ca. 130 Minuten (N = 3.084) beträgt, wird demnach der erforderliche direkte und indirekte Pflegezeitbedarf in einer Einrichtung mit 20 Plätzen kalkulatorisch lediglich zu 77 Prozent und in einer Einrichtung mit 60 Plätzen zu 69 Prozent gedeckt. Zu beachten ist, dass bei diesen Zeiten die Anteile für BBK und VIAW des Standardsystems (24 Minuten pro Tag und Bewohner) noch nicht berücksichtigt sind! Demgegenüber wurden durch die Berechnungen mit der Variablen „Nettopflegezeit" die Fehlzeiten der MitarbeiterInnen, also die Produktionsfaktoren, entsprechend berücksichtigt.

Die nachfolgende Modellrechnung trägt deshalb dem Umstand Rechnung, dass die Personalausstattung einer Einrichtung, die an den Pflegestufen der Bewohner bemessen wird, sehr stark von der aktuellen Belegungsstruktur abhängig ist. Dies ist zur Beurteilung der gewonnenen Daten über die tatsächliche Personalausstattung von besonderer Bedeutung, denn diese wird maßgeblich durch die Belegungsstruktur bestimmt.

Die folgende Tabelle verdeutlicht exemplarisch, welche gravierenden Effekte für die Personalausstattung von Einrichtungen auftreten können, wenn die Pflegeklassenstruktur nicht wie im Kreis Segeberg einen sehr hohen Anteil von Bewohnern der Pflegeklassen 0 und 1 zu Lasten der Pflegeklassen 2 und 3 aufweist.

	Anteile	Einrichtung 20 Plätze		Zeit pro Bewohner		
Struktur	Verteilung	Bewohner	1.609	Nettostunden	Minuten/Tag	Bew./Tg./Ges.
Ohne Stufe	5 %	1	0,11	179	29,39	59,67
Stufe I	15 %	3	0,74	1.192	65,31	95,59
Stufe II	50 %	10	3,28	5.275	86,72	117,00
Stufe III	30 %	6	2,63	4.234	116,01	146,29
Alle Stufen	100 %	20	6,76	10.880	89,43	119,71
Zus. NW	Nachtwache	20	2,29	3.685	30,28	
Gesamtpersonal	Gesamt 24 h	20	**9,05**	14.565	**119,71**	

Tab. 15: Kalkulation der zur Verfügung stehenden direkten Pflegezeit nach Personalschlüsseln für eine Einrichtung mit 20 Plätzen mit korrigierter Belegungsstruktur

So steigt die theoretisch verfügbare Gesamtpflegezeit pro Tag über alle Bewohner in einer Einrichtung mit 20 Plätzen auf 119,71 bzw. auf 108,34 Minuten bei einer Einrichtung mit 60 Plätzen an, wenn eine dem Pflegebedarf angepasste (bundesweite Ergebnisse PLAISIR©) Belegungsstruktur unterstellt wird.
Der Gesamtpersonalschlüssel würde sich auf 1 zu 2,2 in einer Einrichtung mit 20 Plätzen verbessern. Die Differenz zur erforderlichen direkten und indirekten Pflegezeit nach PLAISIR© würde sich auf acht Prozent (20 Plätze) bzw. 17 Prozent (60 Plätze) reduzieren.
Es kann festgestellt werden, dass die gemeinhin von den Trägern der Einrichtungen bemängelte unzureichende Personalausstattung u. a. auch durch eine sehr ungünstige Belegungsstruktur der Bewohner verursacht ist. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Personalschlüsselvereinbarungen für die Bewohner damit der Pflegestufe 0 und 1 auf einem niedrigen Niveau abgeschlossen sind. In diesen Fällen ist die Auswirkung auf das zur Verfügung stehende Personal gravierend.

Obwohl, wie schon erwähnt, solche Modellrechnungen die Realität nur bedingt abbilden können, da die angenommenen Norm- und Durchschnittswerte in der Praxis eher selten vorkommen, wird deutlich, dass neben den im Bundesvergleich angenommenen niedrigen Personalschlüsseln in Schleswig-Holstein zusätzlich die für die Personalbesetzung sehr ungünstige Belegungsstruktur der Bewohner in Hinblick auf deren (niedrige) Pflegestufe bei einem Vergleich mit dem erforderlichen Pflegepersonal nach PLAISIR© zu hohen Differenzen führen kann.

Die vorgenannten Beispiele verdeutlichen die besondere Problematik, die sich systemisch bedingt durch die unterschiedlichen Kategorien „virtuelle Pflegebedürftigkeit eingeschränkt auf Körperpflege, Ernährung und Mobilisierung", ausge-

drückt in der Pflegestufe, und der umfassenden Pflege, ausgedrückt in der Pflegeklasse, zwangsläufig ergeben, insbesondere bei Personengruppen, deren umfassender Pflegebedarf bei der leistungsrechtlichen Feststellung der Pflegestufen nicht adäquat berücksichtigt wird, z. B. Menschen mit gestörter Alltagskompetenz und geringer körperlicher Pflegebedürftigkeit.
Diese Ausführungen machen deutlich, dass die Diskrepanz zwischen dem nach PLAISIR© erforderlichen Personal und dem tatsächlich vorhandenen Personal in direktem Zusammenhang steht mit der Belegungsstruktur der jeweiligen Einrichtung. So wird die Nutzung des Verfahrens in den Regionen und Einrichtungen mit einer im Sinne einer hohen Personalmenge eher positiven Belegungsstruktur einfacher umzusetzen sein, als in Regionen und Einrichtungen, in denen „niedrige" Personalschlüsselvereinbarungen und ungünstige Belegungsstrukturen vorherrschen.
Da PLAISIR© sich ausschließlich am gesamten individuellen Pflegebedarf orientiert, sind die größten Abweichungen in den Einrichtungen zu erwarten, die schon heute durch eine ungünstige Belegungsstruktur diejenigen Bewohner betreuen, die insbesondere wegen ihrer Probleme im psychischen und lebenspraktischen Bereich einer vollstationären Pflege bedürfen, aber auf Grund der Feststellung des Pflegebedarfs nach den §§ 14, 15 SGB XI systemisch bedingt (bezogen auf ihren umfassenden tatsächlichen Bedarf) häufig zu niedrig eingestuft werden (müssen). Ist die Struktur einer Einrichtung deutlich durch diese Personengruppen geprägt, kann sie nicht ausreichend Erlöse erzielen bzw. nicht ausreichend Personal vorhalten, um die fachlich erforderliche Pflege zu leisten.

3.5 Vergleich der erforderlichen und der auf Grund der Pflegesatzvereinbarungen geschätzten Personalmenge

Da die über die Personalrichtwerte vorgenommene Abschätzung des tatsächlich beschäftigten Personals eine hohe Ungenauigkeit aufweisen konnte, wurde in Zusammenwirken mit den Pflegekassen eine genauere Bestimmung der Personalausstattung vorgenommen. Unter Einbeziehung der bestehenden Pflegesatzabschlüsse und der in diesem Zusammenhang vereinbarten Personalmenge wurde eine Übersicht der beteiligten Einrichtungen erstellt. Diese beschreiben die Belegungsstruktur zum Zeitpunkt des Abschlusses und die zu diesem Zeitpunkt jeweils für die Einrichtung vereinbarten Vollzeitstellen. Diese Angaben konnten nach einer Sitzung des Beirates am 25. April noch mit Angaben zu den zusätzlichen Kräften (ZDL, Praktikanten etc.) ergänzt werden.
Die Pflegekassen sind bei der Abschätzung des derzeitigen Ist-Personals folgendermaßen vorgegangen:

1. Aus der Belegung nach PLAISIR© wurden durch Multiplikation des VZÄ nach PLAISIR© mit der Anzahl der Bewohner nach PLAISIR© die erforderlichen Vollzeitkräfte gemäß PLAISIR© ermittelt.

2. Aus der Belegung lt. Vergütung wurde gleichzeitig das VZÄ lt. Vergütung durch Division der Vollzeitkräfte lt. Vergütung durch die Anzahl der Bewohner lt. Vergütung berechnet.
3. Die Korridorberechnung wurde wie bekannt angewandt.
4. Pflegekosten (pflegebedingte Aufwendungen) lt. Vergütung; das Budget „Pflege" wurde der Kalkulation entnommen (Kosten Tagdienst zzgl. Kosten Nachtdienst).
5. Das Gehalt pro Kraft wurde ermittelt durch Division des Budgets „Pflege" durch die Anzahl der genehmigten Vollzeitkräfte.
6. Die Berechnung der Pflegekosten mit Belegung lt. PLAISIR© erfolgte allein dadurch, dass die Vorgabe „Belegung" der Einrichtung in der durch die Einrichtung vorgelegten Kalkulation durch die Belegung lt. PLAISIR© ersetzt wurde.
7. Die Budgetsteigerung „Pflege(personalkosten) bei Personal VK PLAISIR©" wurde ermittelt durch Multiplikation des Gehaltes (Punkt 5) mit Vollzeitkräften lt. PLAISIR© (Punkt 1).
8. Das unter Punkt 7 ermittelte Budget wurde dann in die durch die Einrichtung vorgelegte Kalkulation eingefügt, die Pflegesätze wurden daraufhin mittels der abgestimmten Kalkulation bei Eingabe der Belegung lt. PLAISIR© ermittelt.

Auf der Grundlage dieser Annahmen und Umrechnungsschritte waren in den untersuchten Einrichtungen im Kreis Segeberg (zu denen zuverlässige Daten vorlagen) zum Zeitpunkt der Untersuchung schätzungsweise 1.112 MitarbeiterInnen bzw. 1.211 VZÄ beschäftigt.[22]
Die Abweichung von 99 Stellen zwischen den beiden Werten resultiert aus einer unterschiedlichen Grundgesamtheit, da bei den angenommenen 1.112 Mitarbeitern, nur das auch für die untersuchten Bewohner rechnerisch ermittelte Personal zugrunde gelegt wird. Die Zahl der evaluierten Bewohner nach PLAISIR© gibt also die Ist-Belegung oder auch die tatsächliche Auslastung der Einrichtungen zum Zeitpunkt der Erhebung wieder. Demgegenüber entspricht die Zahl der Bewohner nach Pflegesatzvereinbarung der zum Zeitpunkt *der Pflegesatzvereinbarung geschätzten Ist-Belegung*.
Es ist jedoch anzunehmen, dass die Einrichtungen die Personalmenge auf der Grundlage der *geschätzten Ist-Belegung* (kalkulierte Auslastung) und der verhandelten Belegungsstruktur vorgenommen haben und auch dieses Personal beschäftigt ist. So wird in der Folge mit beiden Werten gerechnet, da beide Werte möglich erscheinen und wie schon an anderer Stelle erwähnt, diese Modellrechnungen nur zu einer ersten Abschätzung der Auswirkungen einer unveränderten Anwendung der Personalvorgaben des Ausgangsystems dienen.
In einer ersten Berechnung waren auch die zusätzlichen Kräfte noch nicht berücksichtigt, so dass die folgenden Tabellen einer sehr differenzierten Betrachtung bedürfen und diese im Laufe der Diskussion in Schleswig-Holstein mehrfache Überarbeitung erfuhren.

[22] Da nicht für alle mit PLAISIR© evaluierten Einrichtungen Daten zum Personal vorlagen, wurde die Grundgesamtheit der Bewohner auf N = 2.949 reduziert.

Nach dem AUDIT für den Kreis Segeberg (N = 3.084) waren insgesamt 1.796 VZÄ zur Erbringung der erforderlichen Leistungen vorzuhalten. Da allerdings nicht zu allen Einrichtungen auch verlässliche Angaben über die Menge der beschäftigen MitarbeiterInnen vorlagen musste die Grundgesamtheit auf 2.949 Bewohner reduziert werden, für die nach PLAISIR© 1.721 Vollzeitkräfte erforderlich sind.
Im ungünstigsten Fall entsprach dies bei 1.112 vorhandenen, geschätzten Personalstellen einer Unterdeckung von ca. 35 Prozent zum PLAISIR©-Soll.
Werden die oben genannten 1.211 Vollzeitstellen zugrunde gelegt, beliefe sich diese Differenz auf knapp 30 Prozent. Unter Einbeziehung der in der Folge ermittelten 56 zusätzlichen Kräfte ergäbe sich im günstigsten Fall mindestens eine Differenz von 26 Prozent bei einem Verhältnis von 1.267 verfügbaren zu 1.721 erforderlichen Vollzeitstellen. Dies entspricht rein rechnerisch einem Mangel von mindestens 454 MitarbeiterInnen.
Bezogen auf die bestehende Personalausstattung aller Einrichtungen würde dies eine Anhebung des Personalbestandes um mindestens ca. 36 Prozent bedeuten. Im ungünstigsten Fall, bei der Annahme von 1.112 Ist-Stellen und ohne Berücksichtigung der Zusatzkräfte, stiege dieser Wert auf 45 Prozent bei 609 zusätzlich erforderlichen MitarbeiterInnen an.
Damit lagen die Ergebnisse in dem erwarteten Korridor, der durch die Voruntersuchungen bekannt war. Eine unveränderte Übernahme des Verfahrens würde also für die untersuchten Einrichtungen eine Erhöhung der vorhandenen Personalmenge um mindestens 36 Prozent bedeuten.

Wird das Personal auf der Grundlage der Vergütungsvereinbarungen auf 1.211 geschätzt, ergibt sich bei 3.076 Heimbewohnern (wie erwähnt lagen nicht für alle Einrichtungen aussagefähige Unterlagen vor) rein rechnerisch ein Gesamtpersonalschlüssel von 1.211 zu 3.076, dies entspricht einer Relation von 1 zu 2,54 (ohne zusätzliches Personal).
Unter Berücksichtigung der 56 ermittelten Zusatzkräfte verbessert sich dieser Schlüssel geringfügig auf 1.267 zu 3.076, dies entspricht einer Relation von 1 zu 2,43.
Bei einer Gegenüberstellung mit den Ergebnissen der vereinfachten Kalkulation über die Personalrichtwerte wird die Aussage der Pflegekassen unterstützt, die davon ausgeht, dass in der Vergangenheit die Abschlüsse über den Personalrichtwerten lagen. So wären nach den Eckwerten und den angenommenen Strukturen nach einer internen Berechnung des MASGV maximal 1.052 Mitarbeiter für die gesamte Untersuchungsgruppe (N = 3.084) vorzusehen. Tatsächlich wird dieser Wert deutlich übertroffen.

Bei den nachfolgenden Modellrechnungen wurde die für alle beteiligten Einrichtungen ermittelte Personalmenge nach PLAISIR© in vergleichbare Personalschlüssel umgewandelt. Durch die Addition aller Zeiten für die direkte und indirekte Pflege der Bewohner mit der gleichen Pflegestufe wurde die durchschnittliche Pflegezeit dieser Bewohnergruppe mit der Nettojahresarbeitszeit eines Pflegemitarbeiters in Beziehung gesetzt und so eine pflegestufenbezogene Mitarbeiter-Bewohner-Relation nachgebildet.

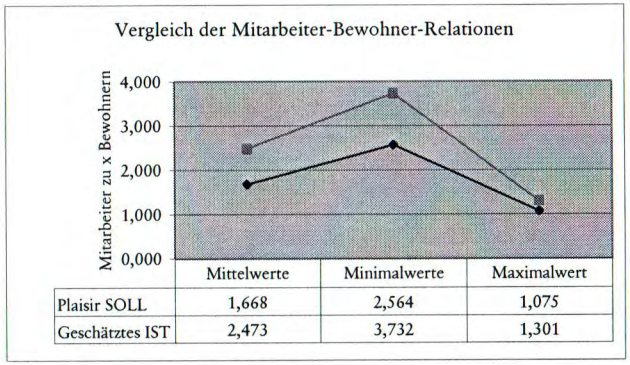
Diese Mitarbeiter-Bewohner-Relation nach PLAISIR© wurde mit der Mitarbeiter-Bewohner-Relation in Beziehung gesetzt, die sich nach den Unterlagen der Pflegekassen auf der Grundlage des geschätzten Personals nach Pflegesatzvereinbarung und der ihr zugrunde liegenden Bewohnerzahl ergab.
Das PLAISIR©-AUDIT vom November 2001 ermittelte für die gesamte Untersuchungsgruppe eine Relation von 1 zu 1,72. Nach der an anderer Stelle beschriebenen „Bereinigung" der Untersuchungsgruppe erhöhte sich diese Relation auf 1 zu 1.66 auf Grund des auf 135 Pflegezeitminuten angestiegenen DIP-Wertes.
Für die bestehenden Pflegesatzabschlüsse lag der Mittelwert über die Mitarbeiter-Bewohner-Relation nunmehr bei 1 zu 2,47.
Wie nicht anders zu erwarten war, lag die Mitarbeiter-Bewohner-Relation mit durchschnittlich 1 zu 1,67 nach PLAISIR© deutlich über der in Schleswig-Holstein, die nach Auswertung der Unterlagen der Pflegekassen auf 1 zu 2,47 geschätzt wurde (1.248 Mitarbeiter für 3.084 Bewohner).
Als Bewohner-Mitarbeiter-Relation (dies ist die gängige Darstellung im PLAISIR©-System) ausgedrückt, bedeutet dies, das ca. 0,60 VZK zu finanzieren sind, damit der Bewohner die erforderliche direkte und indirekte Pflege von kalendertäglich 135 Minuten auch erhalten kann.
Tatsächlich ergibt sich allerdings eine Relation von ca. 0,40 auf Grund der bestehenden Abschlüsse. Somit besteht aus Sicht des Verfahrens PLAISIR© eine Unterdeckung von fast genau einem Drittel der erforderlichen Personalmenge.
Bei einer näheren Betrachtung der vorgenannten kalkulatorischen Mitarbeiter-Bewohner-Relationen der untersuchten Einrichtungen wird aber deutlich, dass die derzeitige *und* die geforderte Personalausstattung der Einrichtungen in Bezug auf die Minimal-/Maximalwerte der Mitarbeiter-Bewohner-Relationen zum Teil erhebliche Unterschiede aufweisen. So liegt die „schlechteste" *derzeitige* Mitarbeiter-Bewohner-Relation bei einem Schlüssel von einem Mitarbeiter zu 3,73 BewohnerInnen. Die „beste" *derzeitige* Mitarbeiter-Bewohner-Relation ist hingegen mit einem Schlüssel von 1 zu 1,3 fast dreimal so hoch.

	Schlüssel 1 zu ... (in den untersuchten Einrichtungen)				Spannbreite zwischen den Schlüsseln
	Mittelwerte	Minimalwerte	Maximalwert	Differenz minimal/maximal	Abweichung in Prozent
PLAISIR© Soll	1,668	2,564	1,075	–1,489	238 %
Geschätztes Ist	2,473	3,732	1,301	–2,431	287 %
Abweichung	48 %	46 %	21 %	63 %	

Tab. 16: Durchschnittlicher Personalschlüssel nach PLAISIR© und Vergleich mit dem geschätzten Personalschlüssel nach Pflegesatzvereinbarung

Werden wie ausgeführt die individuellen Pflegezeitwerte der einzelnen Bewohner nach PLAISIR© insgesamt als Mitarbeiter-Bewohner-Relation je Einrichtung

umgerechnet, ergibt sich die schon erwähnte durchschnittliche Mitarbeiter-Bewohner-Relation von 1 zu 1.668, bei einem Minimalschlüssel von 1 zu 2,564 und einem Maximalschlüssel von 1 zu 1,075.
Allerdings ist die Spannbreite zwischen dem Minimal- und dem Maximalwert bei den bestehenden Abschlüssen mit ca. 287 Prozent derzeit etwas höher als nach PLAISIR© mit 238 Prozent, so dass einer Einrichtung im Vergleich mit einer anderen aus dieser Region tatsächlich fast bis zu dreimal so viel Personal zur Verfügung stehen kann. Es wird bei einem Vergleich der Maximalwerte der Mitarbeiter-Bewohner-Relationen von Soll-Messung und Ist-Schätzung auch deutlich, dass diese nicht, wie vielleicht angenommen werden könnte, grundsätzlich immer weit auseinander liegen.



	Mittelwerte	Minimalwerte	Maximalwert
Plaisir SOLL	1,668	2,564	1,075
Geschätztes IST	2,473	3,732	1,301

Abb. 5: Vergleich der Mitarbeiter-Bewohner-Relationen nach PLAISIR© mit dem geschätzten Ist nach Pflegesatzvereinbarung der Einrichtungen in Segeberg

So ist festzustellen, dass nach den Soll-Vorgaben von PLAISIR© das Niveau bezogen auf die niedrigsten Ist-Abschlüsse um 46 Prozent bzw. bei den höchsten Abschlüssen um 21 Prozent angehoben werden würde. Dabei würde die Spannbreite reduziert werden. Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass eine Umsetzung des Verfahrens das unterste Niveau der Pflegesatzabschlüsse deutlich anheben würde, was bedeutet, das insbesondere Einrichtungen mit derzeit sehr schlechter Mitarbeiter-Bewohner-Relation am meisten von PLAISIR© profitieren würden. Es soll an dieser Stelle nochmals betont werden, dass der erforderliche Pflege- und in der Folge Personalbedarf nach PLAISIR© nicht mit dem bisher angenommen Pflegezeitbedarf nach Pflegestufe korrespondiert!
An dieser Stelle soll auch auf die bei einigen Einrichtungen deutliche Diskrepanz zwischen den Ergebnissen zum erforderlichen Personalbedarf nach PLAISIR© und dem vorhandenen Personal eingegangen werden. So konnten bei einer differenzierten Betrachtung von zehn Einrichtungen zum Teil erhebliche Abweichungen zwischen Soll und Ist festgestellt werden, obwohl ein Teil dieser Einrichtungen

nach allgemeiner Auffassung und auch nach Prüfung durch den zuständigen MDK eine durchaus ausreichende oder sogar gute Pflegequalität erbringen.
Dies relativiert nach Auffassung des KDA die Ergebnisse nicht, da die Effizienz und Effektivität des Personals von weiteren Faktoren mitbeeinflusst wird, die ein notwendigerweise standardisiertes Verfahren wie PLAISIR© unmittelbar selbst nicht abbilden kann.
PLAISIR© geht bei der Ermittlung der erforderlichen Pflegezeit für die Pflegeaktionen nicht nur von Zeitwerten aus, die eine sorgfältige und dem Ziel entsprechende umfassende Pflege ermöglichen, sondern es berücksichtigt auch die Leistungsfähigkeit einer „normalen" Pflegekraft unter durchschnittlichen Arbeitsbedingungen. Wenn also eine Einrichtung im positiven Fall durch sehr engagierte MitarbeiterInnen und durch sehr effiziente und effektive Leistungserbringungsstrukturen die geforderten Leistungen in der geschuldeten Qualität mit einer deutlich reduzierten Personalmenge erbringen kann, so ist dies mit dem Verfahren und seinen Standardzeiten nicht abzubilden.
So ist aus der Praxis bekannt, dass MitarbeiterInnen darüber berichten, dass sie paradoxerweise in Krisenzeiten ihre Arbeiten zielgerichteter und schneller erledigen können. Häufiger wird aber der anders gelagerte Fall in der Praxis anzutreffen sein, dass nämlich die MitarbeiterInnen die von PLAISIR© indizierten Leistungen entweder gar nicht (z. B. Lagerung, Kommunikation) oder in deutlich kürzerer Zeit erbringen (müssen), als es PLAISIR© vorsieht. Dies wird mitbedingt durch die enorme Arbeitsverdichtung in diesem Tätigkeitsfeld und führt dazu, dass unterschiedliche Leistungen oft zeitgleich bei einem oder mehreren Bewohnern erbracht werden (z. B. „Abfüttern", „Windeln"), was fachlich, insbesondere bei Menschen mit gestörter Alltagskompetenz – wie bekannt –, mehr als kritisch ist.
Auch ist das Problematisieren der Zeitwerte von PLAISIR© unter Hinweis auf diese Einrichtungen nicht zielführend, da es ebenso viele Einrichtungen gibt, die es trotz der im Vergleich zum Durchschnitt hohen Ist-Personalausstattung nicht schaffen, eine sichere Pflege zu gewährleisten, und die wegen bekannt gewordener Qualitätsmängel in die Kritik geraten. So ist eine adäquate bemessene Personalausstattung zwar eine entscheidende Vorraussetzung für eine qualitätsvolle Pflege, nicht jedoch deren Garant und sie ersetzt auch nicht die Qualitätskontrolle der tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen.
PLAISIR© kommt von seiner Intention und Konstruktion her nicht umhin, zur Bestimmung des Pflegezeitbedarfes Durchschnittwerte zu berücksichtigen und sowohl Leistungen als auch Zeiten, trotz der differenzierten Gewichtungsfaktoren, zu standardisieren. Die so ermittelten Zeitwerte sind jedoch wohlbegründet und von hoher Evidenz. Das Verfahren geht ebenfalls davon aus, dass die MitarbeiterInnen die verfügbare Zeit auch für die beschriebenen Leistungen sachgerecht und in vollem Umfang einsetzen.

Die vorgenommenen Modellrechnungen zum geschätzten zusätzlichen Bedarf an Pflegekräften machen aber auch deutlich, dass unter Beachtung der derzeitigen Refinanzierungsmöglichkeiten eine unmittelbare und unveränderte Übernahme aller Vorgaben und Variablen des Verfahrens PLAISIR© mit hoher Wahrschein-

lichkeit nicht in einem einzigen Schritt zu erreichen ist. Darüber hinaus können insbesondere die Einrichtungen, die in den letzten Jahren ihre Personalmenge nicht dem Bedarf angepasst haben oder auch nicht anpassen wollten, das ausgewiesene Personal nicht ad hoc einstellen (sofern es am Arbeitsmarkt überhaupt verfügbar wäre). Dies würde durch die damit verbundenen Preissteigerungen für viele Bewohner auch nicht nachvollziehbar sein – insbesondere in den Einrichtungen, die auch mit dem bisher verfügbaren Personal (scheinbar) in der Lage sind, eine ausreichende oder sogar gut beurteilte Qualität zu erbringen.
Dass mit PLAISIR© den Mitarbeitern erstmals **ausreichend** Zeit für die Pflege zur Verfügung gestellt wird – eine Voraussetzung, um die Belastungen des Arbeitsplatzes Pflege auf Dauer erträglich zu machen und die verloren gegangene Attraktivität des Arbeitsplatzes wieder herzustellen –, muss den Bewohnern ebenso wie die angestrebte Transparenz der Leistungen noch geeignet vermittelt werden.

3.6 Ergebnisse der Zusatzerhebung zu den Häufigkeiten der Leistungsarten und ihrer Zeitwerte

Im Rahmen der Beiratssitzung am 25. April 2002 in Rendsburg sind vor dem Hintergrund der Zusatzauswertungen der mit PLAISIR© ermittelten Leistungen unter Einbezug der vorhandenen Strukturen die denkbaren Anpassungsmöglichkeiten an die Richtlinien und Standards des Verfahrens PLAISIR© erörtert worden. Es wird deutlich, dass die Handlungsspielräume für mögliche und fachlich vertretbare Anpassungen sehr begrenzt sind. Darüber hinaus bedeutet jeder Eingriff in ein derart komplexes System auch, dass die Interventionen vorher sorgfältig geprüft und deren Effekte kontrolliert werden.
In diesem Zusammenhang sind die durch das Verfahren ermittelten Pflegeleistungen und Zeitwerte von besonderer Bedeutung, da die Einzelzeitwerte der insgesamt ca. 175 Pflegeleistungen im Rahmen des Datenverarbeitungsprozesses durch bis zu fünf Gewichtungsfaktoren zur Bestimmung der Pflegezeit führen. Hierdurch wird eine individuelle Bestimmung des Pflegezeitbedarfes auf Grund der spezifischen Befindlichkeit der einzelnen Bewohner ermöglicht. Mit den Angaben zu bundesweit jetzt mehr als 5.000 BewohnerInnen, davon alleine 3.084 im Kreis Segeberg, sind erstmals differenzierte Auswertungen zu den Leistungen und zu deren Häufigkeiten und Zeitwerten möglich.
Von den mehr als 170 im Verfahren hinterlegten Leistungen konnten nunmehr 32 Leistungen identifiziert werden, die 98 Prozent des Pflegezeitbedarfes der fünf Kategorien Ernährung, Ausscheidung, Körperpflege, Mobilisation und der Kategorie Kommunikation ausmachen. Der hierzu noch hinzuzurechnende durchschnittliche Zeitaufwand für die Behandlungspflege kann mit rund elf Minuten pro Tag und Bewohner relativ genau bestimmt werden, da PLAISIR© in der Erfassung dieser Leistungen sehr umfassend ist.
Bei der folgenden Auswertung wurde auf die gesamten zur Verfügung stehenden Datensätze zurückgegriffen, damit die Aussagekraft der Ergebnisse nicht von vorneherein auf die Erprobung im Kreis Segeberg begrenzt bleibt. Hier handelt es sich zudem um eine Auswertung der bewohnerindividuellen Daten, bei denen in

allen Regionen jeweils die gleichen Standards und Richtlinien zur Anwendung kamen.

So benötigen 2.593 (52 Prozent) von 4.970 Bewohnern eine pflegerische Hilfe bei Inkontinenz. Hierfür sind in den untersuchten Zeiträumen 84.200 Pflegeaktionen unterschiedlichster Gewichtung erforderlich gewesen. Das bedeutet, dass allein für diesen Leistungsbereich 32,5 Aktionen pro Woche, also im Durchschnitt vier bis fünf Aktionen pro Tag anfallen. Für diese Leistungen werden den PflegemitarbeiterInnen nach PLAISIR© insgesamt 7.319 Nettostunden zur Verfügung gestellt, dies sind rechnerisch bei 4.970 Bewohnern 5,2 Minuten/Tag für jeden der Bewohner. Da diese Leistungen aber „nur" bei 2.593 Bewohnern erbracht werden sollten, erhielt jeder aus dieser Gruppe im Durchschnitt pro Tag 24 Minuten für die pflegerische Hilfe bei Inkontinenz.
Eine solch differenzierte Betrachtung der Häufigkeiten und der Zeitwerte ist zwar für alle Leistungen nach PLAISIR© möglich, aber nicht unbedingt erforderlich, da ja der größte Teil der für die Pflege zur Verfügung stehenden Zeit lediglich für die nachfolgend in der Tabelle aufgeführten Leistungen aufgebracht werden muss. So konnte sich der Beirat auch in seiner Sitzung am 25. April 2002 auf diese begrenzte Menge der Leistungen konzentrieren. Darüber hinaus stehen jetzt zur Beurteilung des Verfahrens neben den individuellen OUTPUTs auf Bewohnerebene weitere Daten zur Beurteilung der Evidenz der Zeitwerte und Resultate auf Bundesebene zur Verfügung.
In der folgenden Tabelle werden – bezogen auf die Hauptkategorien – die Leistungen, die durchschnittliche Häufigkeit pro Bewohner und die durchschnittliche Zeit für die einzelnen Pflegeaktionen dargestellt. Diese Parameter waren für den Beirat Gegenstand der Diskussion und führten zur Entwicklung der so genannten überarbeiteten Richtlinien und zum „Kieler Modell".
Für den Bereich Ernährung sieht das Verfahren insgesamt ca. 24 Minuten pro Bewohner und Tag vor. Bezogen auf den gesamten grundpflegerischen Bedarf sind dies annähernd 20 Prozent der Leistungen. Die Gesamtzeit für die grundpflegerischen Leistungen liegt bei ca. 123 Minuten pro Bewohner und Tag. Insgesamt wurden die Daten von 4.970 Bewohnern in diese Auswertung einbezogen.

Ernährung	Anteile an der Gesamtzeit	Zeit pro Aktion in Minuten	Zeit pro Tag und Bewohner	Anzahl der Bewohner	Code der Aktion	Anteil der Bewohner, die diese Leistung benötigen
Mittagessen	5,81 %	7,83	7,81	4.539	1050	91,3 %
Abendessen	5,13 %	6,90	6,89	4.548	1060	91,5 %
Frühstück	4,79 %	6,41	6,41	4.561	1040	91,8 %
Zwischenmahlzeit	2,62 %	2,21	3,60	4.437	1070	89,3 %
Intermittierende enterale Ernährung	0,64 %	6,09	18,36	214	1110	4,3 %
Flüssigkeitszufuhr	0,49 %	0,33	0,71	4.255	1080	85,6 %
Menüvordruck vervollständigen	0,14 %	0,97	0,97	879	1090	17,7 %
Gesamtanteil	19,62 %	3,79	24,10			

Tab. 17: Ausgewählte Pflegeaktionen der Kategorie „Ernährung", ihr Anteil an der direkten Pflegezeit, ihre Häufigkeit und der Anteil der Bewohner, die diese Leistungen benötigen

Der Anteil der Maßnahmen bezüglich der Ausscheidung beträgt an der Gesamtzeit ca. 19 Prozent. Wie schon eingangs erwähnt, benötigt jeder zweite Bewohner Hilfe bei Urininkontinenz. Durch die durchschnittliche Zeitdauer der Pflegeaktion und der Zeit pro Tag und Bewohner kann auf die durchschnittliche Häufigkeit geschlossen werden. So kann für den Bereich der Maßnahmen bei Urininkontinenz eine Häufigkeit von ca. fünf Maßnahmen pro Tag und Bewohner angenommen werden, sofern der Bewohner diese Leistungen benötigt.
So zeigt sich, dass bei bestimmten Leistungen der Zeitbedarf pro Aktion zwar hoch sein kann. Dennoch wirken sich diese Leistungen nicht so erheblich auf den gesamten Pflegezeitbedarf aus, wenn die Häufigkeit gering und der Anteil der Bewohner, die diese Leistungen benötigen, klein ist. Dies wird am Beispiel der Hilfen bei Stuhlinkontinenz oder auch bei Nutzung des Steckbeckens deutlich.

Ausscheidung	Anteile an der Gesamtzeit	Zeit pro Aktion in Minuten	Zeit pro Tag und Bewohner	Anzahl der Bewohner	Code der Aktion	Anteil der Bewohner, die diese Leistung benötigen
Pflege bei Urininkontinenz	10,28 %	5,22	24,19	2.593	2060	52,2 %
Toilette oder Nachtstuhl	5,28 %	4,47	17,46	1.848	2050	37,2 %
Pflege bei Stuhlinkontinenz	2,21 %	6,49	7,15	1.883	2070	37,9 %
Pflege bei Dauerkatheter	0,41 %	3,00	5,91	426	2110	8,6 %
Drainage des Urinauf-fangbeutels	0,34 %	1,50	4,00	525	2120	10,6 %
Steckbecken	0,19 %	3,75	9,67	123	2040	2,5 %
Urinflasche	0,06 %	1,19	3,72	102	2030	2,1 %
Gesamtanteil	18,78 %	4,74	23,07			

Tab. 18: Ausgewählte Pflegeaktionen der Kategorie „Ausscheidung", ihr Anteil an der direkten Pflegezeit, ihre Häufigkeit und der Anteil der Bewohner, die diese Leistungen benötigen

Die Leistungen zur Körperpflege stellen neben den Maßnahmen zur Mobilisierung die größten zeitlichen Anteile an der Gesamtzeit. Mit ca. 26 Minuten pro Aktion für eine Ganzwaschung weist diese Leistung den höchsten Einzelzeitwert pro Aktion auf. Da sie allerdings nicht täglich erforderlich ist, reduziert sich die Zeit pro Bewohner und Tag auf ca. sieben Minuten. Drei von vier der untersuchten Bewohner benötigen Hilfe beim An- und Auskleiden.

Körperpflege	Anteile an der Gesamtzeit	Zeit pro Aktion in Minuten	Zeit pro Tag und Bewohner	Anzahl der Bewohner	Code der Aktion	Anteil der Bewohner, die diese Leistung benötigen
Ganzwaschung	5,54 %	25,90	6,86	4.931	3040	99,2 %
Teilwaschung	5,25 %	9,98	8,43	3.800	3030	76,5 %
Ankleiden	4,61 %	7,57	7,50	3.750	3180	75,5 %
Auskleiden	2,92 %	4,86	4,81	3.704	3190	74,5 %
Zahnpflege	2,03 %	1,81	3,59	3.458	3170	69,6 %
Haare waschen/spülen	1,24 %	14,57	2,20	3.445	3090	69,3 %
Bartrasur/ Enthaarung	1,20 %	8,11	4,95	1.477	3140	29,7 %
Spezielle Mundpflege	0,48 %	1,82	5,15	575	3160	11,6 %
Gesamtanteil	23,27 %	6,52	28,58			

Tab. 19: Ausgewählte Pflegeaktionen der Kategorie „Körperpflege", ihr Anteil an der direkten Pflegezeit, ihre Häufigkeit und der Anteil der Bewohner, die diese Leistungen benötigen

Die Hilfen beim Haarewaschen, bei der Bartrasur und bei der speziellen Mundpflege spielen in Bezug auf die gesamte Pflegezeit eine eher unbedeutende Rolle. Ihre Anteile am Gesamtpflegebedarf liegen bei 0,48 bis 1,24 Prozent.
Die Leistungen im Bereich „Mobilisation" nehmen einen Anteil am Gesamtpflegezeitbedarf von 21 Prozent ein. Mit einem Anteil von etwas mehr als sieben Prozent an den gesamten Leistungen liegt die Leistung „Einreiben und Lagern" direkt hinter der Pflege bei Urininkontinenz. Die Leistungen zur Mobilisation werden in der Regel von mehr als 60 Prozent aller Bewohner benötigt.

Mobilisation	Anteile an der Gesamtzeit	Zeit pro Aktion in Minuten	Zeit pro Tag und Bewohner	Anzahl der Bewohner	Code der Aktion	Anteil der Bewohner, die diese Leistung benötigen
Einreiben und Lagern	7,20 %	3,99	18,28	2.403	4050	48,4 %
Passive und/oder aktive Übungen	5,04 %	9,86	17,87	1.723	4060	34,7 %
Gehen	2,93 %	3,51	12,92	1.386	4030	27,9 %
Hinlegen	2,17 %	2,03	4,50	2.939	4015	59,1 %
Aufstehen	2,08 %	2,01	4,04	3.142	4010	63,2 %
Rollstuhl oder Spezialstuhl schieben	1,59 %	3,00	7,80	1.246	4040	25,1 %
Gesamtanteil	21,01 %	3,63	25,81			

Tab. 20: Ausgewählte Pflegeaktionen der Kategorie „Mobilisation", ihr Anteil an der direkten Pflegezeit, ihre Häufigkeit und der Anteil der Bewohner, die diese Leistungen benötigen

Die spezifischen Leistungen zur Kommunikation stellen zwar den geringsten Anteil am Gesamtpflegezeitbedarf. Aber bei dieser Betrachtung darf nicht vernachlässigt werden, dass das Verfahren den erhöhten Zeitbedarf für diese Personengruppe bei jeder der vorgenannten Pflegeaktionen über die Gewichtungsfaktoren ebenfalls berücksichtigt.

Kommunikation	Anteile an der Gesamtzeit	Zeit pro Aktion in Minuten	Zeit pro Tag und Bewohner	Anzahl der Bewohner	Code der Aktion	Anteil der Bewohner, die diese Leistung benötigen
Individuelle unterstützende Kommunikation (kognitive)	12,51 %	20,99	20,98	3.638	5020	73,2 %
Individuelle unterstützende Kommunikation (psychische)	2,17 %	19,32	19,32	685	5030	13,8 %
Individuelle unterstützende Kommunikation	1,59 %	15,00	15,00	647	5010	13,0 %
Unterhaltende Aktivitäten	1,05 %	6,85	2,35	2.728	5130	54,9 %
Gesamtanteil	17,31 %	17,90	21,26			

Tab. 21: Ausgewählte Pflegeaktionen der Kategorie „Kommunikation", ihr Anteil an der direkten Pflegezeit, ihre Häufigkeit und der Anteil der Bewohner, die diese Leistungen benötigen

Es wird deutlich, dass das System PLAISIR© darüber hinaus auch dem hohen Bedarf an besonderen pflegerischen Leistungen der Bewohner Rechnung trägt, die auf Grund einer gestörten Alltagskompetenz individuelle Unterstützung (gerontopsychiatrische Pflege) erfordern. Bei drei von vier Bewohnern ist eine individuelle unterstützende Kommunikation „Bewohner mit kognitivem Defizit" erforderlich, die sich dann pro Tag und Bewohner mit ca. 21 Minuten, d. h. mit einem Gesamtanteil von fast 13 Prozent am Gesamtpflegezeitbedarf, niederschlägt.

Die Auswertungen ermöglichen einen Blick in die so genannte „Black Box" des Systems, d. h. auf die bei PLAISIR© zugrunde gelegten Zeitwerte und die Häufigkeiten bei den einzelnen Pflegeleistungen. So konnten diese Zeitwerte mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen in Beziehung gesetzt werden; und der Beirat stellte fest, dass die ermittelten Zeitwerte nicht nur hohe Plausibilität erreichen, sondern auch in ihrer Höhe und Häufigkeit angemessen erscheinen. Hierzu wurden auch die Ergebnisse zur Überprüfung der Zeitwerte bei der Pflegebedürftigkeitsfeststellung herangezogen, obwohl diesem Vergleich aus methodischen Gründen nur eine begrenzte Bedeutung zukommt. Auf der Basis der hier skizzierten Angaben hat der Beirat die Handlungsspielräume für die in den folgenden Abschnitten beschriebenen Richtlinien zur Anwendung des Verfahrens in Deutschland abgesteckt, die letztlich zu den Empfehlungen des KDA führten.

3.7 Schwerpunkte und Arbeitsergebnisse des Beirates und der Expertengruppen Schleswig-Holstein

Das Ziel des Beirates des Landesprojektes und der beiden von ihm eingesetzten Expertengruppen war (jede Expertengruppegruppe setzte sich aus einem Teil der Beiratsmitglieder zusammen), bereits vor Kenntnis der Ergebnisse nach Möglichkeiten zu suchen, um das System PLAISIR© an die deutschen Pflegegegebenheiten anzupassen und ggf. die Leistungsbeschreibungen zu ergänzen bzw. zu straffen. Dies wurde abschließend in einer Klausurtagung am 25. April 2002 in Rendsburg auf dem Hintergrund der nachfolgend beschriebenen Resultate vorgenommen. Auf dieser Basis wurden die nunmehr vorliegenden Empfehlungen, die im folgenden Abschnitt vorgestellt werden, entwickelt und im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf den Pflegezeit- und Personalbedarf untersucht. Die Empfehlungen stellen einen Kompromiss zwischen den Positionen der beteiligten Verbände und Institutionen einerseits und den fachlichen Anforderungen an eine angemessene Pflege andererseits dar. Sie stützen sich auf den Diskussionsprozess der drei Gremien und begründen spezifische Vereinbarungen zu den berücksichtigungsfähigen Leistungen, zu deren Anzahl und Häufigkeiten sowie – im Falle der Kategorie „Kommunikation" und der Pauschalen BBK und VIAW – zu den vereinbarten Zeitwerten.
Die inhaltlichen Fragestellungen im Rahmen des Projektes wurden vor allem durch die beiden Expertengruppen bearbeitet, die zu Projektbeginn ins Leben gerufen wurden und im Projektverlauf jeweils mehrere Arbeitstreffen absolvierten. Dies waren die Expertengruppen „Leistungen" und „Produktionsfaktoren". Beide Expertengruppen setzten sich aus Vertretern der Leistungserbringer und der Kostenträger zusammen. In die Gruppe „Leistungen" war auch eine Vertreterin des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Schleswig-Holsteins integriert.
Ausgangspunkt der Bearbeitung von verschiedenen Themen waren Fragestellungen bzw. Thesen, die im Rahmen der Fachtagung des Landespflegeausschusses im November 2000 in Rendsburg herausgearbeitet wurden. Folgende waren vor allem relevant:

- Ist das System PLAISIR© geeignet, den Pflegebedarf und die Pflegeleistungen in allen Bereichen der stationären Versorgung transparent zu machen, die Pflege besser zu planen und das hierfür erforderliche Personal zu ermitteln?
- Kann mit dem System PLAISIR© die Problematik zwischen der Einteilung in Pflegestufen und der gesetzlich geforderten vollständigen Bedarfsdeckung aufgezeigt werden?
- Ist PLAISIR© konsensfähig bei allen am Pflegeprozess und -system Beteiligten?
- Welche Verfahren zur Bemessung der sonstigen Leistungen und des dafür erforderlichen Personals müssen ergänzend entwickelt werden?
- Kann PLAISIR© an den leistungsrechtlichen Grundlagen der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe anknüpfen?
- Führt PLAISIR© zu Verbesserungen der Pflege demenziell veränderter Personen?

In der Expertengruppe „Leistungen" sollten in Abstimmung mit dem Beirat vor allem folgende Themen/Aufgaben bearbeitet werden:

- Zuordnung der Leistungen von PLAISIR© zu den Leistungen laut Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI für die stationäre Pflege (in Schleswig-Holstein)
- Überprüfung der PLAISIR©-Häufigkeitsnormen und Erarbeitung eines Vorschlags für die Anpassung an schleswig-holsteinische bzw. bundesdeutsche Verhältnisse

In der Expertengruppe „Produktionsfaktoren" sollten vor allem folgende Themen/Aufgaben bearbeitet werden:

- Prüfen der Methodik der Verrechnung der Pflegezeit in Arbeitszeit
- Bestimmung der berücksichtigungsfähigen Faktoren, die auf Grund der Tarifverträge, aber auch der Pflegepraxis in Deutschland einzusetzen sind
- Entwicklung eines Kalkulationsmodells zur Errechnung der erforderlichen Vollzeitstellen

Übergreifendes Anliegen der Expertengruppen war es, eine möglichst konsensfähige Grundlage zur Erstellung der im Landesprojekt angestrebten Empfehlungen für das Personalbedarfsermittlungsmodell zu entwickeln und dem Beirat auf Landesebene entsprechende Vorschläge für die zukünftige Anwendung des Verfahrens PLAISIR© und für ggf. notwendige Anpassungen zu unterbreiten. Die Vorschläge sollten darüber hinaus als Diskussionsgrundlage für den Beirat auf Bundesebene zur Überprüfung hinsichtlich einer breiteren Anwendung von PLAISIR© in Deutschland dienen.
Im Folgenden werden die Themenstellungen und die zentralen Ergebnisse des Beirates und der beiden Expertengruppen dargestellt. Die Detailergebnisse finden sich im Anlagenteil.

3.7.1 Arbeitsergebnisse der Expertengruppen zur „Leistungszuordnung"

Ziel der Treffen der Expertengruppe zum Thema „Zuordnung der Leistungen" war der Abgleich der Leistungsstandards in PLAISIR© mit den Inhalten und Leistungsbeschreibungen von SGB XI, SGB V und Bundessozialhilfegesetz.
In einem ersten Schritt wurde anhand der Systematik des Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI für die stationäre Pflege (Schleswig-Holstein) die Fragestellung bearbeitet, welche PLAISIR©-Pflegeleistung(en) den einzelnen Leistungen laut Rahmenvertrag zugeordnet werden kann (können). Dem Beirat Schleswig-Holstein wurde ein entsprechender Vorschlag vorgelegt. Das umfassende Papier mit den Detailergebnissen findet sich in der Anlage 50 „Zuordnung der Leistungen SGB XI – PLAISIR©: Formular A: Allgemeine Pflegeleistungen, Unterkunft und Verpflegung, Zusatzleistungen" in Form einer Tabelle.

In der linken Spalte sind die Leistungen für die stationäre Pflege aufgeführt, die im Rahmenvertrag für Schleswig-Holstein nach § 75 SGB XI benannt sind. In der zweiten Spalte wurden die PLAISIR©-Leistungen zugeordnet (Name der Pflegeaktion und Kennziffer), die nach Meinung der Expertengruppenmitglieder der Leistung laut Rahmenvertrag entsprechen. In der dritten Spalte „Bemerkungen" sind vor allem ergänzende Erklärungen zu verwendeten Begriffen bzw. Bezeichnungen von PLAISIR©-Pflegeaktionen sowie Hinweise dazu aufgeführt, zu welchen Pflegeleistungen trotz der vorgenommenen Zuordnung noch Fragen von Mitgliedern der Expertengruppe bestehen bzw. zu welchen Aspekten noch eine weiterführende, detaillierte Überprüfung notwendig ist.
Außerdem wurden Anmerkungen zu Aspekten der Leistungsabgrenzung formuliert. Dies war notwendig, da im Rahmen der Diskussion auffiel, dass für bestimmte Pflegeaktionen in PLAISIR© eine andere Leistungsabgrenzung getroffen wird als im Rahmenvertrag nach § 75 GB XI. Beispielsweise wird im Rahmenvertrag die Leistung „Hautpflege" gesondert/zusätzlich bei den Leistungen „Waschen, Duschen, Baden" aufgeführt. In PLAISIR© ist die genannte Leistung Bestandteil der Pflegeaktionen Teilwaschung [3030], Ganzwaschung [3040] und Intimpflege [3050]. In anderen Fällen ist die Differenzierung der einzelnen PLAISIR©-Pflegeaktionen größer als im Rahmenvertrag: So lassen sich der Leistung „Pflege bei physiologischer Blasen- und Darmentleerung" laut Rahmenvertrag fünf PLAISIR©-Pflegeaktionen zuordnen (Urinflasche [2030], Steckbecken [2040], Toilette oder Nachtstuhl [2050], Pflege bei Urininkontinenz [2060], Pflege bei Stuhlinkontinenz [2070]).
Insgesamt kann jedoch festgehalten werden, dass für die meisten Leistungen laut Rahmenvertrag eine eindeutige Zuordnung von PLAISIR©-Leistungen (unter Berücksichtigung der zusätzlich aufgeführten Bemerkungen) vorgenommen werden konnte. Für die Leistungsgruppen „Grundpflege", „Pflegehilfsmittel und technische Hilfen" sowie „Behandlungspflege" betrifft dies nahezu alle im Rahmenvertrag aufgeführten Pflegetätigkeiten. Lediglich für die Leistung „Verlassen und Wiederaufsuchen der Pflegeeinrichtung" ist in PLAISIR© kein Äquivalent genannt.
Vor allem für die Teilbereiche „Mobilität" und „Behandlungspflege" waren punktuell zusätzliche Anmerkungen zur Abgrenzung zwischen der Leistungserbringung durch Pflegefachkräfte einerseits und der durch Physiotherapeuten und Ärzte andererseits erforderlich. Gerade hier ergaben sich zum Teil Fragestellungen, die einer weiteren Bearbeitung bedürfen und deren Klärung überwiegend auf Bundesebene erfolgen sollte bzw. muss.
Für die Leistungskategorie „Soziale Betreuung" konnten weitgehend ebenfalls entsprechende PLAISIR©-Leistungen zugeordnet werden. Fragen bestehen hier vor allem zur Abgrenzung von Leistungen in psychiatrischen bzw. gerontopsychiatrischen Einrichtungen oder Wohnbereichen.
Bezüglich der Leistungsgruppen „Unterkunft/Verpflegung" und „Zusatzleistungen" sind bei PLAISIR© in der Regel keine Leistungen vorgesehen, da PLAISIR© vorrangig den Pflegebereich betrachtet und gar nicht oder nur erheblich eingeschränkt den Hauswirtschaftsbereich. Lediglich für die Teilbereiche „Fremdleistungen (z. B. Friseur, medizinische Fußpflege)" und „Zusatzleistungen im Bereich der Pflege" konnte teilweise eine Zuordnung vorgenommen werden (vgl. hierzu auch das unten erwähnte Formular B).

Die in der Spalte „Bemerkungen" des Vorschlags „Zuordnung der Leistungen SGB XI – PLAISIR©: Formular A" aufgeführten Aspekte betreffen vor allem die Frage, ob die Maßnahmen aus pflegewissenschaftlicher Sicht heute noch angemessen sind (z. B. Angemessenheit der Nutzung von Luftbefeuchtern oder des Durchführens einer so genannten rektalen Ausräumung unter Berücksichtigung des aktuellen Standes pflegewissenschaftlicher Erkenntnis). Die relevanten Fragen bzw. Themen konnten im Projektverlauf noch nicht im Detail geklärt werden; sie sollten künftig mit Pflegewissenschaftlern ausführlich diskutiert werden. Entsprechende Arbeitskontakte wurden seitens des KDA bereits hergestellt.

Da in PLAISIR© mehr Leistungen aufgeführt sind als im Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI für Schleswig-Holstein, musste in einem zweiten Schritt überprüft werden, welche PLAISIR©-Leistungen keine Entsprechung im Rahmenvertrag haben. Es wurde zudem überlegt, welcher „Leistungsart" die PLAISIR©-Pflegeaktionen zuzuordnen sind. Der erste Versuch der Expertengruppe, die PLAISIR©-Leistungen zuzuordnen, brachte lediglich für 24 der 71 relevanten Pflegeaktionen ein eindeutiges Ergebnis. Die Detailergebnisse finden sich in Anlage 51 (Leistungen SGB XI – PLAISIR©: Formular B: Andere/sonstige Leistungen").
Probleme bereitete vor allem die Zuordnung von Pflegeleistungen aus dem Bereich der so genannten Behandlungspflege („Therapie" und „Diagnostische Maßnahmen"), da die Klärung überwiegend Aspekte tangiert, die wesentlich in leistungsrechtliche Belange eingreifen und die von daher eine Bearbeitung auf Bundesebene erfordern. Für die stationäre Pflege bestehen derzeit keine bzw. uneindeutige oder nur bedingt greifende Regelungen, wie mit Leistungen der so genannten Behandlungspflege leistungsrechtlich bzw. in Bezug auf die Finanzierung umzugehen ist. In der Expertengruppe wurden zum Teil von den Vertretern der Kostensträger und der Leistungserbringer (nahezu zwangsläufig) sehr unterschiedliche Auffassungen diskutiert.
Bezogen auf alle Leistungsbereiche konnten folgende Ergebnisse erzielt werden: Zumindest bei 17 aus dem Pflegebudget finanzierten Leistungen wurde die Streichung vorgeschlagen, da diese Tätigkeiten ausschließlich durch Ärzte oder ärztliches Unterstützungspersonal auszuführen sind (z. B. Transfusionen, intravenöse Blutentnahme, Wundexzision). Für sieben weitere Pflegeaktionen konnte eine verbindliche Zuordnung vorgeschlagen werden. Dies betrifft z. B. die Pediküre, die beim Vorhandensein von Risikofaktoren oder relevanten Erkrankungen nicht vom Pflegepersonal, sondern von einer Fußpflegerin durchgeführt werden sollte.
Aufgrund der fehlenden Zuordnung für einen Großteil der untersuchten Leistungen wurde seitens des KDA ein „Vorschlag zur Klärung der offenen Fragen/Aspekte zum Formular B (Zuordnung der Leistungen)" erarbeitet und in zwei weiteren Treffen mit den Mitgliedern der Expertengruppen diskutiert. Die Diskussionsergebnisse sind in Anlage 52 zusammengefasst.

3.7.1.1 Arbeitsergebnisse der Expertengruppen zu den „Haufigkeitsnormen"

Die Bearbeitung des zweiten Themas „Überprüfung der PLAISIR©-Häufigkeitsnormen" erfolgte nicht ausschließlich durch die Mitglieder der Expertengruppe „Leistungen", sondern fand im Rahmen einer gemeinsamen Sitzung der beiden Expertengruppen „Leistungen" und „Produktionsfaktoren" statt. Dabei wurden die so genannten „Westschweizer Standards" dahingehend überprüft, ob die einzelnen Normen für die zukünftige Anwendung von PLAISIR© unverändert beibehalten werden können oder ob Änderungen/Ergänzungen notwendig sind. Die „Westschweizer Standards" legen zu insgesamt 24 ausgewählten Pflegetätigkeiten fest, wie häufig die Leistung bei einem „durchschnittlichen" Bewohner oder einer definierten Gruppe von Bewohnern mindestens ausgeführt werden soll (siehe Anlage 53). Dabei verstehen sich diese Häufigkeitsnormen nicht als starre, absolute Werte. Von einer Norm kann und muss auch „nach oben oder unten" abgewichen werden, allerdings nur, wenn dies aufgrund des tatsächlichen Zustandes des konkreten Bewohners erforderlich ist und entsprechend von der evaluierenden Pflegeperson begründet wird. (Die Begründung muss im FRAN ausgewiesen werden.)

Als Ergebnis der Expertengruppenarbeit wurde ein Vorschlag formuliert, der dem Beirat Schleswig-Holstein vorgelegt und in einer Beiratssitzung abschließend diskutiert wurde. Die Abstimmung mit dem Beirat auf Bundesebene ist auch zu diesem Thema vorgesehen, sie steht aber – wie bei den anderen Vorschlägen und Empfehlungen – noch aus.
Die Detailergebnisse der Diskussion sind in Anlage 54 („PLAISIR©-Häufigkeitsnormen. Vorschlag des Beirates Schleswig-Holstein") und Anlage 55 („Anmerkungen zu den PLAISIR©-Häufigkeitsnormen") dargestellt.
Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass von den Mitgliedern der beiden Expertengruppen ursprünglich für 19 der 24 Normen der so genannten „Westschweizer Standards" die unveränderte Übernahme vorgeschlagen wurde (zur nochmaligen Überarbeitung der Vorschläge vgl. die Aussagen am Ende dieses Abschnitts). Für einige dieser 19 Normen wurden lediglich Vorschläge zur Präzisierung der Beschreibung der Norm oder der Leistungsbeschreibung im PLAISIR©-Handbuch unterbreitet. Zu fünf Häufigkeitsnormen wurden Veränderungen vorgeschlagen. Dies betrifft die Normen für die Pflegeaktionen:

- **Flüssigkeitszufuhr** [1080] (Erhöhung von zweimal auf dreimal/24 h)
- **Pflege bei Dauerkatheter** [2110] (Reduzierung von zweimal auf einmal/24 h)
- **Einreiben und Lagern** [4050] (Erhöhung von achtmal auf zehnmal/24 h)
- **Unterhaltende Aktivitäten** [5130] (ursprünglich dreimal/Woche; Vorschlag: Zusammenlegung von [5130] und [5140] und „gemeinsame" Norm fünfmal/Woche)
- **Therapeutische Aktivitäten** [5140] (siehe Erläuterung zu [5130]).

Die inhaltliche Begründung für die genannten Veränderungen sind in **Anlage 55** ausführlich erläutert und auch nur unter Einbeziehung der dort formulierten Anmerkungen interpretierbar.

Zusätzlich wurde für zwei Normen die Streichung empfohlen. Vorschlag von Expertengruppen und Beirat Schleswig-Holstein war es, künftig keine Häufigkeitsnorm mehr für die Pflegeaktionen Luftbefeuchter [0010] und Sozialtherapeutischer Ausgang [5150] zu nutzen.
Für eine Leistung, für die bisher in den „Westschweizer Standards" keine Häufigkeitsnorm bestand, wurde die Festlegung von zwei Normen empfohlen. Dies betrifft die Leistungen Zwischenmahlzeit [1070] mit den Normen

- dreimal/24 h für Diabetiker oder anderweitig gefährdete Bewohner und
- einmal/24 h für alle anderen Bewohner.

Ursprünglich hatten die Expertengruppenmitglieder für Bewohner, die nicht Diabetiker sind oder keine andere relevante Erkrankung aufweisen, eine Häufigkeit von zweimal/24 h vorgeschlagen, der Beirat entschied sich für die Norm „einmal/24 h" (zu den Gründen für die abweichende Entscheidung vgl. auch die Diskussion der Expertengruppe und deren Ergebnisse).
Für drei weitere Leistungen hatten die Expertengruppen zu Beginn diskutiert, ob eine Häufigkeitsnorm geschaffen werden sollte, obwohl die „Westschweizer Standards" keine entsprechende Norm vorsehen. Der Vorschlag, der die Pflegeaktionen Atemübungen [0020/0030], Watteträger [3160] und Infusionsbesteck wechseln [7040] betraf, wurde aber wieder verworfen.

Die Empfehlungen des KDA zu den „Richtlinien und Leistungsbeschreibungen", die auch anhand der Diskussionsergebnisse der Beiratssitzung vom 25. April 2002 erarbeitet wurden, schlagen darüber hinaus weitere sieben Anpassungen vor, so dass die oben beschriebenen Vorschläge noch einmal teilweise verändert wurden (viermal Veränderungen und zweimal Eliminierung der Norm; vgl. hierzu Abschnitt 3.4/3.5 des Abschlussberichtes Schleswig-Holstein).

3.7.2 Ergebnisse der Expertengruppen zu den „Produktionsfaktoren"

Die Expertengruppe „Produktionsfaktoren" traf sich erstmalig am 13. September 2001 vorrangig mit dem Ziel, den TeilnehmerInnen alle benötigten Informationen für eine qualifizierte Beurteilung des Verfahrens PLAISIR© zu vermitteln. Darüber hinaus wurden auch alternative Verfahren und Rechenmodelle vom KDA vorgestellt und diskutiert. Diese wurden in Hinblick auf ihre Anwendbarkeit für Schleswig-Holstein und ihre Relevanz hinsichtlich der angestrebten Empfehlung zur Personalbedarfsermittlung beurteilt.
Im Vergleich zu den bestehenden Verfahren wurden die Rechenschritte, die Methode und die Variablen des Verfahrens PLAISIR© detailliert erläutert und diskutiert. Die Gespräche hatten zum Ziel, zu prüfen, ob das Verfahren PLAISIR©

eine nachvollziehbare und rationale Struktur und Systematik aufweist, mit der in Zukunft der Personalbedarf in deutschen Pflegeeinrichtungen errechnet werden kann. Ergänzend hierzu ging es um die Fragen, ob und welche Variablen des Verfahrens PLAISIR© verändert bzw. angepasst werden müssen.

Der Expertengruppe gelang es dank der Bereitschaft aller Beteiligten, einen Konsens zu erreichen und sich auf eine eindeutige und abgestimmte Verrechnung der ermittelten Pflegezeit in Vollzeitstellen zu verständigen. Das Verfahren verrechnet die individuell gewonnenen Zeitwerte nach folgendem Schema:

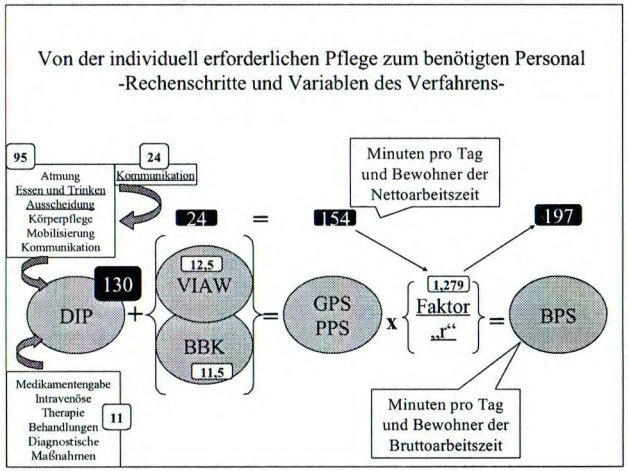


Abb. 6: Verrechnungsschema der ermittelten Pflegezeit in Bruttoarbeitszeit

Die Berechnung der Personalstellen gründet sich auf die so genannte direkte und indirekte Pflegezeit (DIP), die auf der Grundlage von vereinbarten Richtlinien und Standards und nach sorgfältiger Prüfung ermittelt wird. Nach erfolgter Datenüberprüfung wird auf der Basis hinterlegter Zeitwerte ein Plan der erforderlichen Pflegezeiten für insgesamt zehn Kategorien erstellt. Diese werden in den drei übergreifenden Kategorien Allgemeine Pflege (Grundpflege), Kommunikation und Pflegetechniken (Behandlungspflege) zusammengefasst.

Außerdem wird die direkte und indirekte Pflegezeit in der Summe wiedergegeben (in diesem Beispiel 130 Pflegeminuten pro Tag). In dieser Zeit sind alle mit den Pflegeaktionen im Zusammenhang stehenden vorbereitenden Leistungen, insbesondere die notwendige Kommunikation, im Rahmen dieser Leistungen enthalten (komplexe Leistungen).
Damit die Pflege erbracht werden kann, muss das Pflegepersonal diese Leistungen aber auch – bewohnerfern – organisieren, planen und dokumentieren. Auch muss

die Mitarbeiterschaft zur Durchführung einer bedarfsgerechten Versorgung mit Dritten (Angehörigen, anderen Berufsgruppen) kommunizieren.
Das Verfahren sieht hierfür zwei Pauschalen vor, die zu der ermittelten erforderlichen Pflegezeit addiert werden. Für die so genannte Bewohnerbezogene Kommunikation (BBK) werden bei PLAISIR© 11,5 Minuten/Tag/Bewohner und für die Verwaltungs-, Instandhaltungsaktivitäten und Wegstrecken (VIAW) werden 12,5 Minuten/Tag/Bewohner unabhängig von der Höhe des direkten Pflegezeitbedarfs gewährt (vgl. Anlage 38).

DIP (Direkte und indirekte Pflege)	**130**
Pauschalen im Standardsystem PLAISIR©	
BBK (Bewohnerbezogene Kommunikation)	plus 11,5 Minuten pro Tag und Bewohner
VIAW (Verwaltungs-, Instandhaltungsaktivitäten und Wegstrecken)	plus 12,5 Minuten pro Tag und Bewohner
Ergibt zu arbeitende Minuten pro Tag (GP/MIN)	154

Tab. 22: Von der direkten Pflege zu den zu arbeitenden Pflegeminuten (GPM)

Diese in den Pauschalen berücksichtigten Leistungen sind differenziert beschrieben und nach Meinung der Experten auch folgerichtig und sowohl in der Sache als auch in der Größenordnung begründet. Es wurde lediglich empfohlen, eine Überprüfung und Anpassung dieser Werte bei einem künftigen Einsatz von PLAISIR© in Deutschland vorzunehmen.

Derzeit wird dieser Zeitaufwand bei der Berechnung des Personals mittels anderer Verfahren als PLAISIR©, wenn überhaupt, nur sehr unzureichend berücksichtigt. Da diese Arbeiten aber erbracht werden, geht dies zu Lasten der Zeit für die direkte Pflege. Aus diesem Grund sprachen sich alle Mitglieder für die Beibehaltung dieses Rechenschrittes und auch des Wertes von insgesamt 24 Minuten pro Tag aus.

So ergeben sich bei dem Beispiel insgesamt 154 Pflegeminuten pro Tag – das entspricht 2,23 „gearbeiteten Pflegestunden“ (GPS) –, an denen der Mitarbeiter tatsächlich auch anwesend sein muss. Um diese Ist-Zeit zu erreichen, wird in einem nächsten Schritt die hierfür erforderliche Zahl an Vollzeitstellen errechnet.
Hierfür müssen mit Blick auf die Kalkulation noch die so genannten Fehlzeiten oder Ausfallzeiten und die arbeitsvertraglich vereinbarte Sollstundenzahl bzw. die Arbeitstage nach Tagen pro Woche ermittelt werden. Dies geschieht mit einer eigenständigen Erfassung, bei der die nachfolgenden arbeitsvertraglich vereinbarten Kategorien und die Ausfallzeiten ermittelt werden.

In der Expertengruppe verständigten sich die Mitglieder nach eingehender Diskussion und sorgfältiger Abwägung der möglichen Effekte auf die in der nachfolgenden Tabelle (siehe die Zeile „Vereinbarung“) aufgeführten Eckwerte.

Einrichtungen	Std./Wo.	Tg./Wo.	Std./Tg.	Urlaub	Feiertage	Fortbild.	AU	Sonst.
Vereinbarung	**38,50**	**5,50**	**7,00**	**30,00**	**9,00**	**4,00**	**13,50**	**0,50**
Standardabweichung	1,61	0,50	0,73	2,77	1,77	4,28	5,24	2,10
Harmonisches Mittel	38,30	5,25	7,23	28,30	8,98	2,92	8,19	0,00
Modalwert	38,50	5,00	7,00	30,00	9,00	4,00	5,00	0,00
Mittelwert	38,40	5,31	7,29	28,60	9,34	5,35	11,30	1,40
Median	38,50	5,50	7,05	29,00	9,00	4,00	11,80	0,25
Maximalwert	40,00	6,00	11,00	35,00	13,00	20,00	21,50	7,33
Minimalwert	29,10	3,50	6,36	19,00	5,00	0,50	2,30	0,00

Tab. 23: Ergebnisse der Erhebung zur Arbeitszeit und zu den Ausfallzeiten der untersuchten Einrichtungen und die vereinbarten Eckwerte

Diese Tabelle verdeutlicht die teilweise gravierenden Unterschiede zwischen den Einrichtungen, die trotz mehrfacher Überprüfung der eingereichten Unterlagen nicht aufgelöst werden konnten. Es ist vermutlich davon auszugehen, dass einige Einrichtungen in der verlangten Zeit nicht in der Lage waren, die von PLAISIR© geforderten Angaben zu den arbeitszeitbestimmenden Faktoren exakt anzugeben. Deshalb lautete die Übereinkunft in der Expertengruppe, die Werte auf der Basis des *Medians*, unter Einbeziehung bestehender Erfahrungswerte, festzulegen.
In Abweichung zur „Vereinbarung" zur Tagewoche wurden bei der Ermittlung des Faktors „r" die Anwesenheits- und Abwesenheitstage bei einer 5-Tage-Woche zugrunde gelegt, obwohl der Median eigentlich eine 5,5-Tage-Woche nahe legt.
Da allerdings der Modalwert bei 5,0 Tagen liegt und der Urlaubsanspruch mit 30 Tagen vereinbart wurde, erschien der Projektleitung diese Vorgehensweise angezeigt, zumal die Anzahl der Wochenfeiertage bei einer 5,5-Tage-Woche erfahrungsgemäß die einer 5-Tage-Woche übersteigt. Der Faktor „r" beträgt bei einer 5,5-Tage-Woche (bei gleichen Fehltagen) 1,24806.

Ermittlung des Faktors "r"		Er stellt das Verhältnis von Netto- zur Bruttoarbeitszeit dar		
		Arbeitstage (brutto) zu tatsächlich anwesenden Tagen (Anwesenheiten/Schichten)		
Std./Woche	38,5	5 Tage/Woche	Beispiel	Bemerkungen
Arbeitstage	5	Anzahl der Arbeitstage pro Woche		
Std./täglich	7,7	tägliche Arbeitszeit in Stunden		
		Aus folgenden Angaben werden die Bruttoarbeitstage ermittelt		
Ermittlung der Arbeitstage		Jahr	365	Kalendertage
		Wochen	52,14	
Arbeitstage	260,71	ergibt	52,14x(Tage/Woche)	
		Beispielrechnung	5 Tage/Woche	
Ermittlung der Fehlzeiten			5	
		Urlaub	Feiertage	Fortbildung
		30	9	4
		Freistellungen	Sonstiges	AU mit Lohn
			0,5	13,5
	Tage	Gesamt	57	
Abwesenheitstage	57		Anzahl der bezahlten, aber nicht anwesenden Tage	
Anwesenheitstage	203,71		Anzahl der bezahlten und anwesenden Tage	
Faktor "r"	1,27980		Ergebnis der Division der Arbeitstage durch Anwesenheitstage	

Tab. 24: Ermittlung des Faktors „r", der das Verhältnis von Netto- zur Bruttoarbeitszeit ausdrückt (bei einer 5-Tage-Woche)

Auf der Grundlage dieser Angaben errechnet das Verfahren den so genannten Faktor „r", der das Verhältnis von Netto- zur Bruttoarbeitszeit ausdrückt.
Mit dieser Verhältniszahl wird aus der zu arbeitenden Pflegezeit der Umfang der zu bezahlenden Pflegezeit errechnet. Über die tägliche Arbeitszeit pro Anwesenheit und die ermittelten Anwesenheiten pro MitarbeiterIn wird der Personalbedarf pro Bewohner, abweichend zur deutschen Praxis, als Bewohner-Mitarbeiter-Relation dargestellt.
Diese weist aus, welchen Anteil an einer Arbeitsschicht der Bewohner für die durchschnittliche Pflege benötigt. Diese für Deutschland gewöhnungsbedürftige Darstellung kann zwar leicht in die gebräuchliche Mitarbeiter-Bewohner-Relation umgerechnet werden, kann aber zukünftig an deutsche Verhältnisse angepasst werden.

3.7.2.1 Zusammenfassung

Die vorgenannten Ausführungen stellen nur die Schwerpunkte der Diskussion in dieser Expertengruppe und deren Ergebnisse dar. Zum besseren Verständnis wird auf die Anlagen bzw. auf die Erläuterungen der AUDITs verwiesen, in denen der gesamte Rechenvorgang differenziert beschrieben und begründet ist. Die Ergebnisse der Expertengruppe wurden im Beirat diskutiert, sie werden nachfolgend in Kurzform zusammengefasst:

- Die Expertengruppe „Produktionsfaktoren" hat sich nach Prüfung der Methodik des Verfahrens PLAISIR© darauf verständigen können, dass die in ihm angelegten Kalkulationsschritte nachvollziehbar, fachlich begründet und zur Feststellung des erforderlichen Personalbedarfes geeignet sind.

- Die TeilnehmerInnen waren übereinstimmend der Überzeugung, dass der Ansatz von PLAISIR©, den Personalbedarf auf der Grundlage der individuellen erforderlichen Leistungen zur Ermittlung der erforderlichen Personalmenge einer Einrichtung zu nutzen, sinnvoll und erstrebenswert ist.
- Obwohl die Leistungsbeschreibungen des Verfahrens die Zeiten für die indirekten Pflegeleistungen beinhalten, waren alle Mitglieder der Expertengruppe der Auffassung, dass zur Bereitstellung dieser Leistungen zusätzliche Zeit erforderlich ist, damit diese auch tatsächlich erbracht werden können (bspw. für Pflegeplanung und -dokumentation). Darüber hinaus haben die Pflegemitarbeiter zunehmend bewohnerferne, administrative oder sonstige Aufgaben wahrzunehmen, für die ebenfalls zusätzlich „Zeit" bereitgestellt werden muss. Aus diesem Grund wurde die Anerkennung der von PLAISIR© vorgesehenen Pauschalen für BBK (11,5 Minuten/Tag) und VIAW (12,5 Minuten/Tag) mit insgesamt 24 Minuten/Tag je Bewohner vorgeschlagen und in der Expertengruppe deren Beibehaltung bei einer Anwendung in Schleswig-Holstein empfohlen. Es wurde allerdings angeregt, diese Zeitwerte künftig durch quantitative und qualifizierte Messungen zu überprüfen und ggf. zu verändern. Auch wurde aus fachlichen Erwägungen eine dynamisch sich dem direkten Pflegezeitbedarf angleichende Pauschale für besser gehalten. Diese wurde jedoch für eine anfängliche Einführung des Verfahrens als nicht zwingend erforderlich angesehen, und sie sollte einer späteren Revision vorbehalten sein.
- Die etwas gewöhnungsbedürftige Darstellung des erforderlichen Personals in Form von Anwesenheiten und Schichten wurde insgesamt als zweckmäßig betrachtet. Insbesondere wird bei einer solchen Methodik beispielsweise die Tagewoche der MitarbeiterInnen berücksichtigt. Allerdings sollte zukünftig die Darstellung der Ergebnisse in der für Deutschland üblichen Darstellungsweise (Mitarbeiter zu Bewohner) vorgenommen werden.
- Die Verrechnung der vorzuhaltenden Pflegezeit in erforderliche Personalstellen über den so genannten Faktor „r" wurde unterstützt.
- Es wurde vereinbart, die Fehlzeiten nach den von PLAISIR© benutzten Kategorien zu erfassen. Mit Hilfe einer vereinfachten statistischen Auswertung – über den Median oder das gewichtete Mittel – sollen je Kategorie für eine Region verbindliche Werte vereinbart werden. Hierzu konnten für die Erprobung im Kreis Segeberg konkrete Vereinbarungen getroffen werden.

Die von der Expertengruppe diskutierten und entwickelten Materialien sind diesem Bericht als Anlagen beigefügt (vgl. vor allem Anlagen 42 bis 47). Die vorgestellten Ergebnisse wurden allerdings im Rahmen einer Klausurtagung in einigen Bereichen noch einmal revidiert, siehe die Ausführungen im folgenden Abschnitt.

3.7.3 Empfehlungen des Beirats zur Überarbeitung und Anpassung der hinterlegten Leistungen und Frequenzen der so genannten „Hauptpflegeaktionen"

In der Sitzung des Beirats auf Landesebene am 25. April 2002 wurde auf der Grundlage der vorgelegten PLAISIR©-Ergebnisse für den Kreis Segeberg u. a. festgestellt, dass das Verfahren PLAISIR© noch hinsichtlich der Ergebnisinterpretation/-verwertung für die Anwendung in Schleswig-Holstein angepasst werden muss. Die Differenz zwischen dem notwendigen Personalbestand laut PLAISIR© und dem Ist-Zustand in den Einrichtungen ist nämlich im Durchschnitt ganz erheblich. Sie liegt, wie schon an anderer Stelle ausgeführt, nach vorläufigen Schätzungen im Mittel bei ca. 35 Prozent.
In der o. g. Sitzung wurde auf der Grundlage einer Übersicht über die Zeitwerte und Anteile der 32 „Hauptpflegeaktionen" und eines Vorschlags zur Reduzierung des Zeitwertes für den Bereich „Bewohnerbezogene Kommunikation (BBK) und Verwaltungs-, Instandhaltungsaktivitäten und Wegstrecken (VIAW)" diskutiert, welche Anpassungen denkbar sind.[23]
Für den Bereich BBK und VIAW wurden im Beirat sehr ausführlich und unter verschiedenen Blickwinkeln mehrere Anpassungsmöglichkeiten diskutiert. Im Ergebnis wurde eine prozentuale Anpassung des Gesamtwertes für BBK/VIAW an den Pflegezeitbedarf für die direkte und indirekte Pflege (DIP) vorgeschlagen. Der Wert für BBK/VIAW soll demnach zehn Prozent von DIP betragen. Der Vorschlag wurde vor allem damit begründet, dass bei der bisherigen Regelung, jedem Bewohner pauschal einen Zeitwert von 24 Minuten zuzuordnen, für Bewohner mit einem niedrigen DIP-Wert ein relativ hoher Zeitanteil über BBK/VIAW „zugeschlagen" wird und bei Bewohnern mit hohem DIP-Wert ein verhältnismäßig niedriger BBK-/VIAW-Wert. Hier sollte aber umgehend eine Anpassung an den realen Bedarf erfolgen. Die Erwartungen gegenüber den Einrichtungen hinsichtlich Umfang dieser Leistungen sollten dabei auf ein realistisches Maß reduziert werden.

Im Rahmen der Beiratssitzung am 25. April 2002 wurde außerdem für den Bereich der Pflegetechniken (so genannte Behandlungspflege, Bestandteil von DIP) vorgeschlagen, einen Sockelwert von zehn Minuten festzulegen. Der Durchschnittswert bei PLAISIR© liegt derzeit bei elf Minuten pro Tag für jeden Bewohner. Dieser Vorschlag schien vor allem vor dem Hintergrund realistisch und begründbar, dass im Rahmen der Arbeit der Expertengruppe „Leistungen" mehrere Pflegeaktionen identifiziert wurden, die ausschließlich von Ärzten ausgeführt und künftig aus dem („pflegefinanzierten") Leistungskatalog gestrichen werden sollten.[24]
Darüber hinaus wurden zum Bereich DIP alle 32 Pflegeaktionen dahingehend überprüft, ob sie für die Erbringung einer qualitativ angemessenen Pflege generell und in der angegebenen Häufigkeit notwendig sind. Die 32 Pflegeaktionen sind

[23] Vgl. Übersichten „32 Pflegeaktionen" und „Ausgangsvarianten" in den Anlagen 42 bis 44.
[24] Vgl. Übersichten „Variante Beirat 25.04.2002" in den Anlagen 42 und 43.

aus dem Pool der insgesamt rund 175 Aktionen diejenigen Leistungen, die nahezu 98 Prozent des Pflegezeitbedarfs für die Bewohner „verursachen". Allerdings wurden von den Beiratsmitgliedern für die Bereiche Ernährung, Ausscheidung, Hygiene/Kleiden und Mobilisation keine bzw. nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten der Anpassung vermutet. Eine Anpassungsmöglichkeit wurde von einigen Beiratsmitgliedern im Bereich der Mahlzeitenversorgung gesehen. Das Diskussionsergebnis ist in die unten stehenden Vorschläge eingeflossen.
Zum Bereich Kommunikation wurden mehrere mögliche Herangehensweisen diskutiert. Das Spektrum der vorgeschlagenen Ansatzpunkte reichte von der kompletten Eliminierung der Leistungen 5010–5030 (Individuell unterstützende Kommunikation: Bewohner ohne Defizite, mit kognitiven Defiziten, mit psychiatrischen Problemen) über die Neuzuordnung der hinterlegten Zeitwerte für die genannten Pflegeaktionen unter stärkerer Berücksichtigung verschiedener Bedarfs-/Bewohnergruppen (z. B. Hinterlegung eines sehr geringen bzw. keines Zeitwertes für kognitiv nicht oder nur leicht eingeschränkte Bewohner) bis hin zur vollständigen Beibehaltung der momentanen Leistungsbeschreibung und Zeitwertzuordnung. Zum Bereich Kommunikation führte die Diskussion am 25. April 2002 lediglich zu dem Ergebnis, eine Reduktion des Zeitwertes für die genannten Pflegeaktionen zu prüfen, allerdings mit der Maßgabe, dass die Vorschläge nachvollziehbar fachlich zu begründen sind.

Zusätzlich zur Überprüfung der 32 „Hauptpflegeaktionen" wurde im Rahmen der Beiratssitzung der Vorschlag der Expertengruppen zu den Häufigkeitsnormen diskutiert. Die Expertengruppenmitglieder hatten – wie oben bereits erwähnt – den Auftrag bearbeitet, die 24 so genannten „Westschweizer Standards" dahingehend zu überprüfen, ob die Häufigkeitsnormen für die betreffenden Pflegeaktionen für die zukünftige Anwendung in Schleswig-Holstein bzw. Deutschland unverändert übernommen werden können oder ob Veränderungen notwendig sind. Die Expertengruppen legten dem Beirat einen entsprechenden Vorschlag vor. Im Rahmen der Beiratssitzung wurde für drei Häufigkeitsnormen der Vorschlag der Expertengruppe nicht befürwortet. Es wurden vielmehr vom Vorschlag abweichende Empfehlungen formuliert. Die Ergebnisse der Diskussion sind ebenfalls in die unten stehenden Vorschläge eingeflossen.
Im Folgenden werden auftragsgemäß zu den vorgenannten Bereichen (außer BBK/VIAW) fachlich begründete Vorschläge für eine denkbare Anpassung unterbreitet. Die Vorschläge folgen generell dem Ansatzpunkt, keine Veränderung der den Pflegeaktionen hinterlegten Zeitwerte vorzunehmen, weil dies einen erheblichen Eingriff in das Verfahren PLAISIR© bedeuten würde und zudem schwer zu begründen sei. Außerdem sollte der mit Hilfe von PLAISIR© ermittelte Pflegezeitbedarf für den einzelnen Bewohner auf diesem Wege nicht pauschal gekürzt werden. Die Empfehlung spiegelt nach Auffassung des KDA die maximal mögliche Anpassung wider.

3.7.4 Vorschläge für die Anpassung der Leistungsbeschreibungen der 32 „Hauptpflegeaktionen"

3.7.4.1 Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten [1040–1070]

Ausgangspunkt der Diskussion
Diese Pflegeaktionen wurden zuvor weder im Beirat noch in den Expertengruppen diskutiert und waren erst auf der Beiratssitzung am 25. April 2002 Gegenstand der Diskussion.

Arbeitsergebnis:

Der Zeitwert für den Modus 1 (Esstablett servieren, ggf. Behälter öffnen, abräumen) sollte auf 0 Minuten gesetzt werden.

Begründung:
Für die Pflegeaktionen Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten ist derzeit für alle drei Modi jeweils ein Zeitwert hinterlegt (derzeitiger durchschnittlicher Zeitwert über alle drei Modi zwischen 3,6 Minuten [1070] und 7,81 Minuten [1050]; Zeitwert für Modus 1 ist jeweils niedriger angesetzt).
Die Leistungen im Rahmen des Modus 1 sind aber primär dem Bereich Hauswirtschaft und daher zeitlich nicht dem Pflegebereich zuzuordnen. Die absolute Reduzierung des Zeitwertes auf 0 Minuten kommt der Eliminierung der Leistungen Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten für den Modus 1 gleich; sie scheint aber aus dem genannten Grund vertretbar.

Das vollständige Eliminieren des Modus aus dem System PLAISIR© und der dazugehörigen Leistungsbeschreibung aus dem Handbuch ist u. E. nicht sinnvoll, da zumindest im Pflegeleistungsplan ausgewiesen werden sollte, dass eine entsprechende Leistung erforderlich ist (unabhängig davon, ob sie von „Servicekräften" oder von Pflegekräften erbracht wird; die Erbringung durch Pflegekräfte sollte idealerweise nicht der Regelfall sein). Nur indem der Modus 1 als Eintragungsmöglichkeit im FRAN erhalten bleibt, wird die Leistung auch durch die EvaluiererInnen erhoben, im Rahmen der individuellen Bewohneroutputs im Leistungsplan aufgeführt und die Leistung kann von den Pflegekräften bei der Planung der Pflege und der Zusammenarbeit mit den Hauswirtschaftskräften berücksichtigt werden.
Ggf. ist zusätzlich zu prüfen, ob in der Zielformulierung der Leistungsbeschreibung die Bemerkung „unter Berücksichtigung der verschiedenen Diät" Bestand haben kann, wenn die Leistungen im Rahmen des Modus 1 durch Hauswirtschaftskräfte übernommen werden.

3.7.4.2 Zwischenmahlzeiten [1070]

Ausgangspunkt der Diskussion:

- „Westschweizer Standards": keine Häufigkeitsnorm festgelegt
- Bisheriger Vorschlag der Expertengruppen:
  - Diabetiker oder anderweitig gefährdete Bewohner: dreimal/24 h
  - alle anderen Bewohner: zweimal/24 h

Arbeitsergebnis:
(diskutiert im Beirat am 25. April 2002)

- Diabetiker oder anderweitig gefährdete Bewohner: dreimal/24 h
- alle anderen Bewohner: einmal/24 h

Begründung:
Die von den Expertengruppen formulierte Norm für Diabetiker und anderweitig gefährdete Bewohner stellt unter ernährungsphysiologischen Gesichtspunkten einen Grundstandard dar.
Für alle anderen Bewohner besteht in der Praxis die Zwischenmahlzeit am Vormittag häufig aus einem Getränk und ist daher als Leistung „1080 Flüssigkeitszufuhr" zu werten (siehe dazu auch Vorschlag 3.5.3). Oder aber sie wird von Hauswirtschaftskräften und/oder bereits mit dem Frühstück bereitgestellt. Dies bedeutet, dass häufig der pflegerische Aufwand für die Leistung „Zwischenmahlzeit" am Vormittag entfällt.
Aufzuführen ist demnach lediglich einmal in 24 h die Zwischenmahlzeit am Nachmittag (z. B. Kaffee und Kuchen).
Generell sollten u. E. Häufigkeitsnormen für den genannten Bereich bestehen (im Gegensatz zur ersten Überlegung in den Gremien, keine Normen zu formulieren), da ein fachlicher Standard aufgrund der Praxiserfahrungen notwendig erscheint. Die Formulierung von Normen stellt für die Leistung 2070 im Vergleich zu den bisher genutzten „Westschweizer Standards" – auch unter Berücksichtigung der vorgeschlagenen Einschränkung – in jedem Fall eine Leistungsverbesserung dar.

3.7.4.3 Flüssigkeitszufuhr [1080]

Ausgangspunkt der Diskussion:

- „Westschweizer Standards": zweimal/24 h
- Bisheriger Vorschlag der Expertengruppen: zweimal/24 h

Arbeitsergebnis:
Die Häufigkeitsnorm sollte erhöht werden auf dreimal/24 h.

Begründung:

Die Vermeidung von Exsikkose ist ein zentrales Thema in der Altenpflege. Das unten zu den Häufigkeitsnormen aufgeführte Berechnungsbeispiel legt nahe, dass die Flüssigkeitszufuhr außerhalb aller Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten realistischerweise mehr als zweimal täglich erfolgen sollte.
Dies gilt umso mehr, wenn – wie in Vorschlag 3.5.2 beschrieben – die Anzahl der Zwischenmahlzeiten reduziert wird.
Die Formulierung der Normen stellt im Vergleich zu den bisher genutzten „Westschweizer Standards" in jedem Fall eine Leistungsverbesserung dar (Berechnungsbeispiel, vgl. Anlage 55):

Laut Leistungsbeschreibung wird unter der angegebenen Pflegeaktion lediglich die ***zusätzliche*** *Flüssigkeitszufuhr außerhalb der Mahlzeiten verstanden (Flüssigkeitszufuhr im Rahmen der Mahlzeiten wird vorausgesetzt/bei den entsprechenden Pflegeaktionen berücksichtigt).*
Die für alte Menschen durchschnittlich erforderliche Tagestrinkmenge von mindestens zwei Litern kann rein rechnerisch bei Anwendung der Häufigkeitsnorm „zweimal in 24 h" nur erreicht werden, wenn der/die Bewohner/-in zu den Haupt- ***und*** *Zwischenmahlzeiten jeweils eine ausreichende Flüssigkeitsmenge zu sich nimmt; vgl. folgendes Beispiel:*

Frühstück:	*300 ml*
Zwischenmahlzeit am Vormittag:	*200 ml*
Mittagessen:	*200 ml*
Nachmittagskaffee:	*300 ml*
Abendbrot:	*300 ml*
Spätmahlzeit	*200 ml*
Zusätzliche Flüssigkeitszufuhr (Nr. 1):	*200 ml*
Zusätzliche Flüssigkeitszufuhr (Nr. 2):	*200 ml*
Gesamt:	***1.900 ml***

Erfahrungsgemäß ist dies aber nicht immer der Fall. Beispielsweise werden bereitgestellte Flüssigkeitsmengen nicht vollständig getrunken, bzw. es müssen mehrmals kleinere Mengen bereitgestellt und ggf. verabreicht werden, z. B. bei Bewohnern mit Demenz oder bei Bewohnern, die „nicht gern trinken".

3.7.4.4 Toilette oder Nachtstuhl [2050] + Pflege bei Urininkontinenz [2060]

Arbeitsergebnis:
(diskutiert im Beirat am 25. April 2002)

Es sollte zukünftig stärker als bisher im Rahmen der Evaluation und des Desk-Reviews überprüft werden, ob tatsächlich die Leistung 2060 „Pflege bei Urininkontinenz" für den betreffenden Bewohner erforderlich ist oder ob für den Bewohner die Leistung 2050 „Toilette oder Nachtstuhl" möglich und notwendig ist.

Begründung:
Die Verteilung der beiden Leistungen für die Bewohneranzahl, die in der Übersicht über die Zeitwerte der 32 „Hauptpflegeaktionen" aufgeführt ist, stellt sich folgendermaßen dar:

- Toilette oder Nachtstuhl [2050]: 37,2 Prozent der Bewohner
- Pflege bei Urininkontinenz [2060]: 52,2 Prozent der Bewohner

Verschiedene Mitglieder des Beirats merkten an, dass der Anteil der Leistung 2060 relativ hoch erscheint. Daher sollte zukünftig eine differenzierte Überprüfung der Erforderlichkeit der Pflegeaktion 2060 bei den betroffenen Bewohnern vorgenommen werden (Abgleich mit dem bio-psycho-sozialen Profil der Bewohner, insbesondere bezogen auf den Bereich der kognitiven Funktionen – das Vorliegen starker kognitiver Defizite bedingt häufig eine Inkontinenz und/oder die Notwendigkeit der Hilfe bei der Inkontinenzversorgung). Die Leistung 2060 sollte erst zum Tragen kommen, wenn tatsächlich kein Toilettentraining o. ä. Maßnahmen mehr möglich sind (ggf. nach vorangegangener Prüfung in der Pflegepraxis mittels eines Miktionsschemas).

3.7.4.5 Pflege bei Stuhlinkontinenz [2070]

Ausgangspunkt der Diskussion:

- „Westschweizer Standards": einmal pro Schicht für Bewohner, die ständig die Einlage beschmutzen
- Bisheriger Vorschlag der Expertengruppen: einmal pro Schicht

Arbeitsergebnis:
Die Häufigkeitsnorm sollte eliminiert werden: keine Norm mehr für 2070.

Begründung:
Der Bedarf bzw. die Häufigkeit der Inkontinenzversorgung für den beschriebenen Fall sollte jeweils an den individuellen Bedarf des Bewohners angepasst werden.
Zusätzlich sollte – ähnlich wie bereits für die Leistung 2060 „Pflege bei Urininkontinenz" beschrieben – ggf. auch bezüglich der Leistung 2070 stärker kontrolliert werden, ob tatsächlich eine Inkontinenzversorgung die adäquate Leistung für den betreffenden Bewohner ist (möglichst nach vorangegangener Prüfung in der Pflegepraxis mittels eines Ausscheidungsschemas).

3.7.4.6 Urinalkondom [2090]

Ausgangspunkt der Diskussion:

- „Westschweizer Standards": einmal/24 h
- Bisheriger Vorschlag der Expertengruppen: einmal/24 h

Arbeitsergebnis:
Die Häufigkeitsnorm sollte eliminiert werden: keine Norm mehr für 2090.

Begründung:
Die Pflegeaktion ist in der Praxis nach den bisherigen Erfahrungen kaum relevant; bzw. wenn ein Urinalkondom in der Praxis angelegt wird, wird es häufig nicht über einen Zeitraum von einem ganzen Tag oder gar über mehrere Tage benutzt.
Falls die Leistung tatsächlich vorkommt („über 24 h"), sollte die Häufigkeit jeweils an den individuellen Bedarf des Bewohners angepasst werden.

3.7.4.7 Pflege bei Dauerkatheter [2110]

Ausgangspunkt der Diskussion:

- „Westschweizer Standards": zweimal/24 h
- Bisheriger Vorschlag der Expertengruppen: zweimal/24 h

Arbeitsergebnis:
(diskutiert im Beirat am 25. April 2002)

Die Häufigkeitsnorm sollte reduziert werden auf einmal/24 h.

Begründung:
Laut Empfehlung der Beiratsmitglieder sollte die spezielle Pflege bei Dauerkatheter am Morgen Bestandteil der Leistung 3030 „Teilwaschung" bzw. 3040 „Ganzwaschung" sein. In der Praxis ist die Leistung bereits überwiegend in die morgendliche Körperpflege integriert, indem statt der „normalen" Intimpflege (die Bestandteil von 3030/3040 ist) die spezielle Pflege durchgeführt wird. Daher scheint es vertretbar, neben der Leistung 3030/3040 die Leistung 2110 morgens nicht zusätzlich anzugeben und damit keinen zusätzlichen Zeitbedarf anzurechnen. (Notwendig wird jedoch eine entsprechende Ergänzung der Leistungsbeschreibung 3030 und 3040.)
Lediglich die Pflege bei Dauerkatheter am Abend stellt eine zusätzliche Leistung dar, da in der Regel mittels PLAISIR© am Abend nicht die Leistung 3030 „Teilwachung" oder eine ähnliche Leistung aufgeführt wird. Die so genannte Abendpflege (z. B. Waschen von Gesicht, Händen, Intimbereich und ggf. weiteren Körperteilen) wird in PLAISIR© nicht gesondert definiert/zeitlich angerechnet, sondern bei der Pflegeaktion „Mahlzeiten" (Leistungsbeschreibung: „Ggf. vor und nach den

Mahlzeiten dem Bewohner Gesicht und Hände reinigen") und bei „Ausscheidung" (Leistungsbeschreibung: „Ggf. Intimpflege") berücksichtigt.

3.7.4.8 Ganzwaschung [3040]

Arbeitsergebnis:
Die Variable „X" (Ort der Körperpflege) sollte ausdifferenziert werden:

- Bisherige Definition laut PLAISIR©:
  X = 1: Waschbecken; X = 2: Bett; X = 3: Badewanne oder Dusche
- Zukünftige Definition laut „Kieler Modell":
  X = 1: Waschbecken; X = 2: Bett; **X = 3: Badewanne, X = 4: Dusche**

Für **Duschen** sollte im Vergleich zum **Baden** ein niedrigerer Zeitwert zugeordnet werden (Vorschlag: für Duschen zehn Minuten weniger als für Baden).
Zusätzlich sollte die Leistungsbeschreibung/Abgrenzung von **Ganzwaschung** im Vergleich zu **Teilwaschung** verbessert werden (siehe Vorschlag der Expertengruppen zu den Häufigkeitsnormen, Anmerkung 6):

> *Mit „Ganzwaschung" ist gemeint: zeitaufwendiges Baden oder Duschen des Bewohners bzw. entsprechend umfangreiche/zeitaufwendige Körperpflege.*
> *Mit „Teilwaschung" ist gemeint: tägliche Körperpflege, die vergleichsweise nicht so aufwendig ist wie z. B. das wöchentliche Baden oder Duschen; auch ist gemeint: nicht so zeitaufwendiges Duschen an den Tagen, die nicht durch „Ganzwaschung" belegt sind.*

Begründung:
Das Duschen erfordert in der Praxis meist einen geringeren Zeitbedarf als das Baden (auch nicht, wenn das Duschen in der Qualität der Ganzwaschung erbracht wird). Beim Baden sind u. a. andere/höhere Zeitwerte für die Vor- und Nachbereitung sowie für den Transfer des Bewohners in die Badewanne zu berücksichtigen.

3.7.4.9 Gehen mit Hilfe [4030] (hier im Sinne von Gehübungen)

Ausgangspunkt der Diskussion:

- „Westschweizer Standards": dreimal/24 h
- Bisheriger Vorschlag der Expertengruppen: dreimal/24 h

Arbeitsergebnis:

- Die Häufigkeitsnorm sollte reduziert werden auf zweimal/24 h.
- Zusätzlich könnte der Bereich passive und/oder aktive Bewegungsübungen [4060] und/oder eine neu zu integrierende Pflegeaktion „Mikrobewegung" genutzt werden.

Begründung:
Die vom Beirat vorgeschlagene Häufigkeit der Gehübungen (lediglich zweimal) bei den zu betrachtenden Bewohnern scheint realistisch. Gemeint sind relativ lange Wege (aus dem Zimmer heraus, auf dem Gang), die häufig für die stark in der Bewegung eingeschränkten bzw. gebrechlichen Bewohner anstrengend sind.
Als gewisser Ausgleich für die reduzierten Gehübungen und als gleichzeitiger Beibehalt der Zielstellung, die Bewegungsfähigkeit der betroffenen Bewohner zu erhalten oder wieder herzustellen, kann die Beweglichkeit mittels passiver und/oder aktiver Bewegungsübungen [4060] und/oder einer neu zu integrierenden Pflegeaktion „Mikrobewegung" (vgl. Diskussion der Expertengruppen Schleswig-Holstein) unterstützt werden.

3.7.4.10 Einreiben und Lagern [4050]

Ausgangspunkt der Diskussion:

- „Westschweizer Standards": achtmal/24 h
- Bisheriger Vorschlag der Expertengruppen: zehnmal/24 h

Arbeitsergebnis:

A) Die Aktionen Lagern [4050] und Hinlegen [4015] sollten nicht mehr gleichzeitig genutzt werden.

B) Die Teilleistung „Einreiben" sollte eliminiert werden.

C) Die Modi 1 und 2 der Aktion Einreiben und Lagern [4050] sollten eliminiert werden.

D) Die Häufigkeitsnorm sollte ausdifferenziert werden *(abweichend zum Vorschlag der Expertengruppen)*:

- achtmal/24 h für mäßig stark dekubitusgefährdete Bewohner
- zwölfmal/24 h für sehr stark dekubitusgefährdete Bewohner oder Bewohner mit bestehenden Dekubiti

E) Es sollte eine neue Pflegeaktion „Mikrobewegung" hinzugefügt werden; zu hinterlegender Zeitwert: 0,5 Minuten

Begründungen:

Zu A)
Bisher wurden die Aktionen Lagern [4050] und Hinlegen [4015] parallel eingetragen, wenn der Bewohner beim Hinlegen (volle) Hilfe benötigte und zum Mittagsschlaf und/oder zur Nacht bequem gelagert werden musste. Das bequeme Lagern ist aber genau genommen bereits in der Leistung Hinlegen integriert, die Leistungsbeschreibung 4015 sollte entsprechend ergänzt werden (entspricht dem verbreiteten Pflegeverständnis in Deutschland und hat Parallelen zur SGB-XI-Pflegebedürftigkeitseinschätzung; sinnvoll ist eine Ergänzung der Leistungsbeschreibungen für Hinlegen um den Bestandteil „Ggf. bequem lagern").

Zu B)
Unter der Teilleistung „Einreiben" sind nicht Maßnahmen im Sinne der Hautpflege oder Dekubitusprophylaxe zu verstehen. („Hautpflege" ist bereits Bestandteil mehrerer Aktionen, z. B. im Rahmen von Waschen und Inkontinenzversorgung.) Vielmehr sind Einreibungen gemeint, die nicht dem Ziel dienen, Bewohnern mit dermatologischen Problemen Linderung zu verschaffen (siehe dazu Leistung 8580 „Salbe auftragen"), jedoch „medizinischen" Charakter haben (z. B. Nutzung von Voltaren-Salbe bei Gelenkschmerzen, Anwendung von Transpulin). Daher sollte für diese Art von Einreibung eine neue Pflegeaktion hinzugefügt werden, die nur unter streng definierten Voraussetzungen genutzt werden kann (z. B. in der Regel erforderlich: ärztliche Verordnung).

Zu C)
Der Modus 1 („Bewohner beim Lagern anleiten") kommt als reine Unterstützungsleistung in der Praxis in der Regel nicht vor bzw. sollte als in 4015 „Hinlegen" integriert verstanden werden. Der Modus 2 („Einreiben") ist zu vernachlässigen, wenn Vorschlag B berücksichtigt wird.

Zu D)
Die Ausdifferenzierung „mäßig stark Dekubitus gefährdete Bewohner" und „sehr stark Dekubitus gefährdete Bewohner oder Bewohner mit bestehenden Dekubiti" sollte an die Anwendung der Braden-Skala oder einer anderen Skala zur Bestimmung des Dekubitusrisikos geknüpft werden. (Zutreffendere Begriffe und konkrete Definition bzw. Abgrenzung müssen noch formuliert werden.)
Der nationale Standard zur Dekubitusprophylaxe favorisiert keine festgelegten Lagerungsintervalle, sondern das Ausarbeiten und Nutzen individueller Bewegungspläne aufgrund der Gefährdungseinschätzung mittels der Braden-Skala oder einer anderen Skala zur Bestimmung des Dekubitusrisikos. Die Differenzierung der Häufigkeitsnorm kommt diesem Ansatz entgegen und bindet die Häufigkeit der Leistungserbringung stärker an die relevanten Bedarfsgruppen.
Zusätzlich sollte die Leistungsbeschreibung zu 4050 aber auch dahingehend ergänzt werden, dass jede Lageveränderung im Zusammenhang mit Pflegeverrichtungen als Makro- bzw. Mikrobewegung im Sinne des Dekubitus-Prophylaxestandards zu werten ist, z. B. die Lageveränderung im Rahmen von Inkontinenzversorgung und/oder Körperpflege, das Aufsetzen „bettlägeriger" Bewohner, damit diese die Mahlzeit einnehmen können. (Aufsetzen und wieder Hinlegen sollten allerdings als eine Bewegung bewertet werden.)
Die Leistung „4050 Lagerung" sollte also vorrangig zu den Zeiten im FRAN eingetragen werden, zu denen die Hilfe bei Körperpflege, Ernährung und Ausscheidung erfolgt und nur zusätzlich, wenn außerhalb der Pflegeverrichtungen weitere Makro- oder Mikrobewegungen notwendig sind.
Typisches Beispiel für einen „bettlägerigen" Bewohner: **dreimal** Bewegung im Rahmen von zwei Hauptmahlzeiten und einer Zwischenmahlzeit sowie **zweimal** Inkontinenzversorgung im Frühdienst, **zweimal** Bewegung im Rahmen von einer Haupt- und einer Zwischenmahlzeit sowie **zweimal** Inkontinenzversorgung im Spätdienst, **zweimal** Inkontinenzversorgung in der Nacht ergeben **elf** Makro-/Mikrobewegungen. Zusätzlich bei Anwendung der Häufigkeitsnorm „zwölfmal pro Tag" anrechenbar ist eine weitere Lageveränderung außerhalb der Pflegeverrichtungen. Das Beispiel soll lediglich zur Verdeutlichung der Tatsache dienen, dass sehr stark in der Mobilität eingeschränkte bzw. sehr stark gefährdete Bewohner in der Regel mehr als acht Lagerungen pro Tag benötigen und tatsächlich auch erhalten.
Zusätzlich sollte allerdings auch in der zukünftigen Leistungsbeschreibung erwähnt werden, dass (wie bei den anderen Normen auch) in begründeten Fällen von der Häufigkeitsnorm trotz Einsatzes einer Risikoskala abgewichen werden kann, wenn es der Zustand des Bewohners bzw. eine spezielle Situation erfordern.

Zu E)
Im nationalen Standard zur Dekubitusprophylaxe wird neben der traditionellen Makrobewegung (Umlagerung) die so genannte Mikrobewegung als Bestandteil der Prophylaxe favorisiert. In der Leistungsbeschreibung sollte allerdings deutlich hervorgehoben werden, dass Makro- und Mikrobewegung nicht für den gleichen Zeitpunkt im FRAN eingetragen werden können (da sich die zeitlich gleichzeitige Anwendung ausschließt).
Außerdem muss für die Mikrobewegung ein Zeitwert hinterlegt werden, der im Gegensatz zur Makrobewegung geringer ausfallen sollte (z. B. 0,5 Minuten).

3.7.4.11 Passive und/oder aktive Übungen [4060]

Ausgangspunkt der Diskussion:

- „Westschweizer Standards": einmal pro Tag für passive und/oder aktive Bewegungsübungen bei einem Bewohner, der sich wenig bewegt, und zweimal/24 h bei einem bettlägerigen Bewohner
- Bisheriger Vorschlag der Expertengruppen: generell zweimal/24 h

Arbeitsergebnis:
Ausdifferenzierung der Häufigkeitsnorm für einen Bewohner, der druckentlastende Maßnahmen nicht selbst durchführen kann, oder einen Bewohner, der nicht gehen kann:

- zweimal/24 h für Bewohner, der nicht in den Rollstuhl/Stuhl mobilisiert werden kann und/oder der Kontrakturen aufweist
- einmal/24 h für einen Bewohner, der mobilisiert werden kann und keine Kontrakturen aufweist

Begründung:
Das Bewegen der Gliedmaßen findet in der Regel bereits im Zusammenhang mit der Körperpflege und dem Kleiden statt. Die Pflegeaktion 4060 ist als Leistung bei kontrakturgefährdeten Bewohnern zu verstehen, die zusätzlich zum vorher Beschriebenen durch Bewegen bei Körperpflege/Kleiden genutzt werden kann/soll. Daher scheint die vorgeschlagene Häufigkeitsnorm von einmal pro Tag für Bewohner ausreichend, die keine Kontrakturen haben und noch mobilisiert werden können, insbesondere da ein relativ großzügig bemessener Zeitwert für die Aktion hinterlegt ist. Außerdem sollte bei den genannten Bewohnern zusätzlich die Aktion „Mikrobewegung" genutzt und dadurch ein gewisser Ausgleich geschaffen werden (vgl. Diskussion der Expertengruppen Schleswig-Holstein).
Für Bewohner, die nicht mobilisiert werden können, entfällt in der Regel das An- und Auskleiden von Tageskleidung, daher sollte die Bewegungsübung zweimal durchgeführt werden. Auch für Bewohner mit Kontrakturen ist ein zweimaliges Bewegen sinnvoll (sofern noch möglich).

Zusätzlich sinnvoll:

- Ergänzung der Leistungsbeschreibungen für Körperpflege und Kleiden um den Bestandteil „durch Bewegen"
- Integrieren einer Abfrage zum Vorhandensein von Kontrakturen im bio-psycho-sozialen Profil

3.7.4.12 Strukturierte passive und/oder aktive Übungen [4070]

Ausgangspunkt der Diskussion:

- „Westschweizer Standards": zweimal/24 h
- Bisheriger Vorschlag der Expertengruppen: zweimal/24 h

Arbeitsergebnis:
Die Häufigkeitsnorm sollte eliminiert werden: keine Norm mehr für 4070

Begründung:
Die Pflegeaktion ist in der Praxis nach den bisherigen Erfahrungen kaum relevant. Falls tatsächlich strukturierte Übungen durchgeführt werden müssen, liegt in der Regel ein spezieller (vom Arzt/Therapeuten erstellter) Trainingsplan mit individuellen Übungsintervallen zugrunde. Außerdem haben strukturierte Übungen in der Regel einen vorübergehenden Charakter (werden also nicht über einen langen Zeitraum durchgeführt), da sie in einer Rehabilitations-/Genesungsphase eingesetzt werden.

3.7.4.13 Individuell unterstützende Kommunikation [5010–5030] (Bewohner ohne Defizite, mit kognitiven Defiziten, mit psychiatrischen Problemen)

Arbeitsergebnis:

- Der hinterlegte Zeitwert bei allen drei Pflegeaktionen sollte pauschal um fünf Minuten reduziert werden.
- Es sollte eine neue Pflegeaktion „Helfende Begleitung" hinzugefügt werden.

Begründung:
Unter den Pflegeaktionen 5010–5030 ist die Kommunikation mit dem Bewohner zu verstehen, die **außerhalb** der direkten Pflegeaktionen (z. B. nicht im Zusammenhang mit Körperpflege, Ausscheidung und Bewegung) erforderlich ist; die Kommunikation während der Pflegeaktionen ist bei den entsprechenden Aktionen bereits zeitlich berücksichtigt (vgl. PLAISIR©-Handbuch, S. 14). Derzeit wird bei den meisten Pflegezeit-/Personalbemessungsverfahren der genannte Bereich der „zusätzlichen" Kommunikation vollständig oder größtenteils vernachlässigt. PLAISIR© sieht einen entsprechenden Aufwand explizit vor, die hinterlegten Zeitwerte sind für „deutsche Verhältnisse" relativ großzügig bemessen (durchschnittlich ca. 15 Minuten für 5010 bis ca. 21 Minuten für 5020). Eine Kürzung der Zeitwerte unter den momentanen (personellen) Voraussetzungen in den Heimen wird als vertretbar angesehen. Für die folgenden Jahre sollte allerdings möglichst eine Wiederangleichung an den vollen Zeitwert vereinbart werden.
Eine differenzierte Reduktion für bestimmte Bedarfsgruppen (z. B. lediglich für die Aktion 5010) ist – nach eingehender Prüfung – nicht zu empfehlen.
Zum einen ist das System im Bereich der o. g. Kommunikation über **mehrere** verschiedene Variablen ausdifferenziert. Homogene Bedarfsgruppen lassen sich daher nicht bzw. nur eingeschränkt (ab-)bilden.
Zum anderen sind u. U. in der gleichen Merkmalsgruppe Bewohner mit unterschiedlichen Einschränkungen bzw. „Anlässen" für eine entsprechende Kommunikation zusammengefasst.
Beispiel: 5010 ist erforderlich für mobile Bewohner ohne oder mit sehr geringen kognitiven Einschränkungen, aber auch für Bewohner mit den genannten geringen oder nicht vorhandenen kognitiven Defiziten, die aber aufgrund einer Krebserkrankung oder einer anderen Krankheit „bettlägerig" sind. Bei Eliminierung der

Leistung würde der tatsächlich erforderliche Kommunikationsaufwand auch bei den letztgenannten Bewohnern nicht berücksichtigt.
Die hinzuzufügende Pflegeaktion „Helfende Begleitung" könnte dann genutzt werden (und als gewisser Ausgleich/als Verbesserung dienen), wenn bei kognitiv stark eingeschränkten Bewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten oder anderen relevanten Zuständen spezielle Maßnahmen zur Beruhigung etc. notwendig sind (betrifft vor allem Bewohner mit einem mäßig schweren kognitiven Defizit; Leistungsbeschreibung für „Helfende Begleitung" siehe Anlage 23)

3.7.4.14 Unterhaltende und therapeutische Aktivitäten [5130 + 5140]

Ausgangspunkt der Diskussion:

- „Westschweizer Standards": dreimal pro Woche für 5130, zweimal pro Woche für 5140
- Bisheriger Vorschlag der Expertengruppen: „Zusammenlegung" der Pflegeaktionen 5130 und 5140 und Verbindung mit einer „einheitlichen"/übergreifenden Häufigkeitsnorm „fünfmal pro Woche"

Arbeitsergebnis:
Beibehaltung des „Westschweizer Standards": dreimal pro Woche für 5130, zweimal pro Woche für 5140

Begründung:
Nach nochmaliger Überlegung und Diskussion mit einer Vertreterin des Instituts EROS sollte die in den Expertengruppen und im Beirat diskutierte Zusammenlegung der beiden Pflegeaktionen und Verbindung mit der einheitlichen Häufigkeitsnorm „fünfmal pro Woche" für die unterhaltenden und therapeutischen Beschäftigungsmaßnahmen noch einmal durchdacht werden.
Bisher war die Anwendung der Aktion 5140 daran gebunden, dass der Bewohner in der Lage sein musste, das Ziel der therapeutischen Aktivität auch verstehen bzw. umsetzen zu können. Eine pauschale Häufigkeitsnorm von fünfmal pro Woche könnte im Vergleich zu den bisher angewendeten Normen eine nicht unerhebliche Erhöhung des Zeitbedarfs bewirken.
Es ist sinnvoller, im begründeten Einzelfall von der Häufigkeitsnorm für 5130 (nach oben) abzuweichen, wenn z. B. mehr als dreimal pro Woche eine gezielte und „gewinnbringende" Beschäftigung von demenzerkrankten Bewohnern stattfindet/stattfinden sollte.
Ein zusätzlicher Ausgleich/eine Verbesserung könnte durch das Hinzufügen einer neuen Pflegeaktion „Helfende Begleitung" geschaffen werden (vgl. Diskussion der Expertengruppen Schleswig-Holstein).
Ggf. ist es zusätzlich sinnvoll, die Bezeichnung „therapeutische Aktivitäten" in „unterstützende Aktivitäten" umzubenennen.

3.7.4.15 Bereich Pflegetechniken [6010 bis 9440] (so genannte Behandlungspflege und diagnostische Maßnahmen, Pflegeaktionen)

Arbeitsergebnis:
(abweichend zum Vorschlag, der am 25. April 2002 im Beirat diskutiert wurde; vgl. Abschnitt 3.4)

Es sollte kein Sockelwert von zehn Minuten pro Bewohner und Tag festgelegt werden.

Begründung:
Die Leistungen der so genannten Behandlungspflege sollten nicht pauschal begrenzt werden. Sind entsprechende Pflegeaktivitäten bei einem Bewohner erforderlich, ist die Maßnahme in der Regel aufgrund eines besonderen (Gesundheits-)Zustandes des Bewohners und/oder einer ärztlichen Verordnung notwendig, was eine Begrenzung unter inhaltlichen bzw. (leistungs-)rechtlichen Gesichtspunkten ausschließt.

3.7.5 Modellrechnungen zu den Auswirkungen der veränderten Richtlinien und Standards

Mit Hilfe der Informationen über die abgeschlossenen Pflegesatzvereinbarungen der Einrichtungen und des Instituts EROS wurden Modellrechnungen möglich, die die Auswirkungen der veränderten bzw. angepassten Richtlinien und Standards der vorgenannten 32 „Hauptpflegeaktionen" für zehn ausgewählte Einrichtungen simulieren.
Die Auswahl dieser Einrichtungen hat allerdings keinen empirisch begründeten Hintergrund. Sie wurden diesen Modellrechnungen zugrunde gelegt, da für sie sowohl Ergebnisse der PLAISIR©-Erhebung als auch die Personalschätzungen auf der Grundlage der Pflegesatzvereinbarungen vorliegen. Darüber hinaus wurde ein Teil der Einrichtungen im Rahmen der MDK-Kurzbegutachtung nicht negativ beurteilt. Es war somit davon auszugehen, dass sie, trotz einer evtl. vorhandenen personellen Minderausstattung, keine gefährliche oder unzureichende Pflege erbringen. Des Weitern wurde versucht, jeweils zwei Einrichtungen mit annähernd vergleichbarer Platzzahl bei einer Spannbreite von unter 20 bis über 130 Plätze einzubeziehen.

Berechnung „Westschweizer Standards“		Direkte und indirekte Pflegeminuten pro Tag			
Einrichtung	Bewohnerzahl	Grundpflege	Behandlungspflege	Kommunikation	DIP/Tag
*anonymisiert	*anonymisiert	62,3	10,0	29,0	101,3
		113,2	7,2	21,7	142,0
		106,1	9,1	20,7	135,9
		51,4	8,0	20,5	79,9
		180,1	14,5	28,6	223,3
		116,0	9,4	20,5	145,8
		145,7	12,5	24,9	183,0
		117,9	11,0	21,6	150,5
		81,7	12,4	27,2	121,2
		129,8	10,3	26,8	167,0
Gesamt = N	630				
Mittelwert	63	110,4	10,4	24,1	145,0
Maximalwert	132	180,1	14,5	29,0	223,3
Minimalwert	19	51,4	7,2	20,5	79,9
Spannbreite	113	128,7	7,4	8,6	143,3

Tab. 25: Berechnung der direkten und indirekten Pflegezeit nach dem Standardsystem PLAISIR© 93 für zehn ausgewählte Einrichtungen

Der Mittelwert für die gesamte direkte und indirekte Pflege dieser Einrichtungen liegt nach PLAISIR© (Ausgangssystem) bei 145 Minuten pro Tag, also deutlich über dem Mittelwert der Grundgesamtheit. Die Spannbreiten der Werte weisen darauf hin, dass sich die Einrichtungen nicht nur hinsichtlich ihrer Größe, sondern auch bezüglich ihrer Bewohnerstruktur sehr stark unterscheiden. Dies schränkt die Aussagekraft bezogen auf die Grundgesamtheit zwar ein (Durchschnittswert DIP von 132 Minuten), betont aber nochmals die Notwendigkeit einer sehr differenzierten, einrichtungsbezogenen Betrachtung.

Die folgende Tabelle gibt die Zeitwerte nach Anwendung der überarbeiteten und abgeänderten Standards wieder. Zu beachten ist, dass sich die Auswirkungen der Neuformulierung der Richtlinien für die Pauschalen BBK und VIAW in dieser Darstellung noch nicht niederschlagen. Dies wird in einer abschließenden Betrachtung anhand des in der Expertengruppe „Produktionsfaktoren“ entwickelten Schemas für alle Einrichtungen kalkulatorisch vorgenommen.
Bei Anwendung der überarbeiteten Richtlinien sinkt der Mittelwert für die gesamte direkte und indirekte Pflegezeit nach PLAISIR© (DIP) von 145 auf ca. 130 Minuten bei dieser Untersuchungsgruppe. Die Spannbreite zwischen dem niedrigsten und höchsten Wert wird geringfügig von 143,3 auf 138,5 Minuten reduziert. Der Rückgang bei der so genannten Grundpflege ist mit zehn Minuten pro Tag gegenüber fünf Minuten/Bewohner/Tag bei der Kommunikation und einem geringfügigen Anstieg bei der Behandlungspflege von 0,3 Minuten/Bewohner/Tag am deutlichsten.

Berechnung „Kieler Modell“		Direkte und indirekte Pflegeminuten pro Tag			
Einrichtung	Bewohnerzahl	Grundpflege	Behandlungspflege	Kommunikation	DIP/Tag
*anonymisiert	*anonymisiert	53,2	10,1	24,0	87,3
		102,9	7,6	16,7	127,2
		102,0	9,1	15,7	126,7
	X	41,1	8,0	15,1	64,1
		164,1	14,9	23,6	202,6
		106,5	9,7	15,5	131,6
	X	131,6	12,7	19,7	164,0
		105,4	11,5	16,6	133,5
	X	74,2	13,1	23,4	110,7
		119,2	10,5	21,8	151,6
Gesamt = N	630				
Mittelwert	63	100,0	10,7	19,2	129,9
Maximalwert	132	164,1	14,9	24,0	202,6
Minimalwert	19	41,1	7,6	15,1	64,1
Spannbreite	113	123,0	7,3	9,0	138,5

Tab. 26: Berechnung der direkten und indirekten Pflegezeit nach dem „Kieler Modell“ für zehn ausgewählte Einrichtungen. In den mit „X“ gekennzeichneten Einrichtungen führte das erneute Desk-Review zu einer geringfügigen Korrektur des Grundwertes. Von diesem wurden dann fünf Minuten abgezogen.

Insgesamt wird die Zeit nach Anwendung des „Kieler Modells“ für die direkte Pflege über alle Leistungen um ca. neun bis 21 Minuten pro Bewohner und Tag, im Mittel um ca. 15 Minuten reduziert. Durch die Änderungen beim Standard für die Lagerungen steigt der Zeitwert im Bereich der Behandlungspflege geringfügig an (durch die Verschiebung der Teilleistung „Einreiben“ in den Bereich der Pflegetechniken).

Bei dieser und der folgenden Betrachtung der Auswirkungen auf die Gesamtheit aller Erhebungen im Kreis Segeberg wird auch die veränderte Richtlinie zu den Pauschalen BBK und VIAW berücksichtigt.

Errechnung des benötigten Personals nach PLAISIR© Variablen und Rechenschritte Grundleistungen nach Kieler Standards, Kommunikation pauschal minus 5 Minuten, BBK/VIAW 10%							
Direkte und indirekte Pflege		Bemerkungen	Allgemeine Pflege	Kommunikation	Pflegetechnik	BBK	VIAW
Standardsystem	130,02	Nach Schweiz	95,01	23,91	11,1	11,5	12,5
DIP „Kieler Modell“	115,52	Summe aus:	85,51	18,91	11,1	5,8	5,8
Direkte und indirekte Pflege	89%	Anteile	Kieler Standards	minus 5 Minuten	100%	5%	5%
Pauschalen in PLAISIR©		verteilt nach	Tagdienst	Spätdienst	Nachtdienst	Gesamt	Anteile
BBK	Minuten/Tag	Anteile	45%	32%	23%	100%	5%
Bewohnerbezogene Kommunikation	5,78	Summe aus:	2,61	1,86	1,31	Minuten/Tag	5,78
		verteilt nach	Frühdienst	Spätdienst	Nachtdienst	Gesamt	5,78
VIAW	Minuten/Tag	Anteile	61%	26%	13%	100%	5%
Verwaltungs- und Instandhaltungsaktivitäten und Wegstrecken	5,78		3,51	1,52	0,74	Minuten/Tag	5,78
GP/MIN	127,07	Minuten	Gearbeitete Pflegeminuten pro Tag und Bewohner			127,07	Schlüssel
GP/STD	2,12	Stunden	60			2,12	1 Mitarbeiter zu
			multipliziert mit dem jeweiligen Faktor „r“ bei				
Bezahlte Pflegestunden	2,71	1,27980	einer 5 oder 5,5 Tage-Woche		1,24806	2,64	2,08

Tab. 27: Berechnung der zu bezahlenden Pflegeminuten und -stunden nach dem „Kieler Modell“ für den Kreis Segeberg und durchschnittlicher Personalschlüssel

Diese deutliche Absenkung des kalkulatorischen Durchschnittspersonalschlüssels nach dem „Kieler Modell“ gegenüber dem Standardsystem nach PLAISIR© wird zum einen durch die veränderten Richtlinien und Leistungsbeschreibungen, aber auch wesentlich durch die Ablösung der mit 24 Minuten/Tag/Bewohner im Standardsystem hinterlegten Pauschalen für BBK und VIAW erreicht.
Allerdings wirkt sich diese Vereinbarung deutlich stärker bei den Einrichtungen aus, deren Bewohner im Mittel einen deutlich niedrigeren direkten und indirekten Pflegezeitbedarf als die Grundgesamtheit haben.
Bezogen auf das Ausgangssystem wird die Zeit für die direkte und indirekte Pflege im Kreis Segeberg von ca. 130 auf 115 Minuten/Bewohner/Tag und von 24 auf ca. 12 Minuten/Bewohner/Tag für BBK und VIAW abgesenkt. Nach dem Kieler Modell werden demnach im Kreis Segeberg statt der 154 „nur“ 127 Minuten/Bewohner/Tag für die Personalkalkulation zugrunde gelegt. Dies entspricht ca. 82 Prozent der vom Originalsystem gemessenen erforderlichen Netto-Pflegezeit.
Auf der Grundlage der Ergebnisse der modellhaften Erprobung für den Kreis Segeberg ist nach Anwendung des „Kieler Modells“ ein kalkulatorischer Gesamtpersonalschlüssel Pflege von einem Mitarbeiter zu 2,08 Bewohner erforderlich.
Wird dem Vorschlag des KDA gefolgt, analog der Entwicklung in der Schweiz, einen zehnprozentigen Spielraum bei den ermittelten Vollzeitstellen zuzulassen, dann ergibt sich für den Kreis Segeberg über alle Einrichtungen ein Personalschlüsselkorridor von 1 zu 2 bis 1 zu 2,3, um die mit PLAISIR© bestimmten erforderlichen Pflegeleistungen erbringen zu können. Auf der Grundlage der differenzierten Datenlage kann dieser durchschnittliche Schlüssel entweder über die Pflegezeiten der Bewohner in Pflegezeitklassen oder aber über Äquivalenzziffern in eine für die Vergütungsklassen nutzbare Form umgesetzt werden. Das KDA empfiehlt die Bildung von mindestens vier bzw. fünf statistisch ermittelten Pflegezeitklassen für die deutsche Anwendung, analog der Westschweizer Anwendung.

3.8 Empfehlungen des KDA für ein Modell zur Personalbedarfsermittlung in Schleswig-Holstein

3.8.1 Diskussionsverlauf und Ergebnisse des Projektbeirats aus Sicht des KDA

Unter Würdigung der vorliegenden Arbeitsergebnisse und unter Beachtung der von den Mitgliedern des Beirats geäußerten Positionen kann aus Sicht der Projektleitung davon ausgegangen werden, dass durch die flächendeckende Anwendung des Verfahrens PLAISIR© im Kreis Segeberg dessen Anwendbarkeit in der Praxis bestätigt wurde. Darüber hinaus kamen die Mitglieder nach intensiver und gründlicher Auseinandersetzung mit dem Verfahren PLAISIR© nach Auffassung des KDA zu dem Schluss, dass der Ansatz und die Methodik des Verfahrens, nämlich über eine differenzierte Beschreibung der Pflegeheimbewohner und der sich darauf gründenden Bestimmung ihrer individuell erforderlichen Pflegeleistungen den Personalbedarf abzuleiten, eine geeignete Grundlage ist.
Durch ein solches System wird nicht nur über die individuell erstellten Pflegeleistungspläne die geforderte Leistungstransparenz für die Bewohner nach dem Heimgesetz hergestellt. Es schafft auch zuverlässige Grundlagen für fundierte und nachvollziehbare Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen der Einrichtungen und für den sich hierauf gründenden zukünftigen Pflegeheimvergleich nach SGB XI.
Nach intensiver Prüfung der dem System PLAISIR© zugrunde liegenden Leistungsbeschreibungen und der Rechengrößen bei der Ermittlung des erforderlichen Personals wurde festgestellt, dass – bis auf wenige Ausnahmen – die im derzeit vorliegenden Handbuch hinterlegten Leistungen auch in Deutschland zur Anwendung kommen können. So wurde insbesondere darüber Einvernehmen hergestellt, dass die Verrechnung der durch PLAISIR© ermittelten direkten und indirekten Pflegezeit in Personalstellen inhaltlich und methodisch begründet und folgerichtig ist und zu praxisrelevanten Ergebnissen führt.
Die Mitglieder des Beirats sind nach Einschätzung der Projektleitung zu der Auffassung gelangt, dass die Einführung des Verfahrens PLAISIR© zu einer Versachlichung der Diskussion zwischen den Vertretern der Selbstverwaltung beitragen und es darüber hinaus die Pflegequalität merklich und überprüfbar verbessern kann. Entscheidend hierfür ist die Tatsache, dass mit den Informationen des PLAISIR©-Verfahrens die notwendige Transparenz über die erforderlichen Leistungen, Arbeitsabläufe und die erforderliche Anzahl und Qualifikation des Personals hergestellt wird.
Wie bereits in den Erprobungen vorausgegangener Projekte des BMFSFJ so zeigten auch die Ergebnisse der flächendeckenden Anwendung im Kreis Segeberg und der Vergleich mit den heute zur Verfügung stehenden Ressourcen, dass eine kurzfristige Umstellung der Personalbedarfsermittlung auf die individuell erforderliche Pflege mit nicht unerheblichen Anpassungen der vorhandenen Personalausstattung verbunden ist.

Da sich die Mitglieder des Beirats darüber verständigen konnten, dass eine unmittelbare und unveränderte Übernahme der bisher im Verfahren PLAISIR© hinterlegten und verbindlich vereinbarten Leistungen nach den so genannten „Westschweizer Standards" und die vollständige Beibehaltung der pauschalen Zeiten für die nicht unmittelbar am Bewohner zu erbringenden Leistungen (BBK und VIAW) zu einer Personalverstärkung führen, die weder personell noch finanziell in einem Schritt umsetzbar wäre, wurden nach intensiver Erörterung und Prüfung das so genannten „Kieler Modell" erarbeitet.
Obwohl von den Mitgliedern der Expertengruppen in ihren Arbeitsgesprächen festgestellt wurde, dass das Verfahren schon heute bis auf wenige Ausnahmen uneingeschränkt eingesetzt werden kann, wurde nach fachlich und rechtlich fundierten Wegen und Kompromissen gesucht, eine Umstellung auf die erforderliche Pflegepersonalmenge unter Beachtung der Effekte auf die Pflegequalität und der entstehenden Kosten zu realisieren.
Nach Vorlage der Ergebnisse aus dem Kreis Segeberg hat deshalb der Beirat eine Überarbeitung der Richtlinien und des PLAISIR©-Handbuches vorgenommen.
In diesem abschließenden Diskussionsprozess wurden neben einer Anpassung der Richtlinien an aktuelle Standards (siehe z. B. Lagerung bei Dekubitus), die mit einer Erhöhung des Personals verbunden sind, auch Leistungen für bestimmte Bewohnergruppen eingeschränkt bzw. der Leistungsumfang insgesamt reduziert. Dies gilt insbesondere für den Bereich der pauschalen Zuschläge für die nicht beim Bewohner erbrachten Leistungen.
Diese Vorgehensweise erschien dem Beirat als einzige fachlich vertretbare Möglichkeit, da eine pauschale Kürzung der gemessenen Personalmenge (wie in Québec) für die mit PLAISIR© differenziert gemessenen und zu erbringenden Pflegeleistungen einem transparenten und leistungsgerechten System die Grundlage entziehen würde, und führte zu den ersten Empfehlungen des KDA einer möglichen Personalbedarfsermittlung in Schleswig-Holstein. Diese wurden im Rahmen einer Sitzung des Beirats am 25. Juni 2002 grundsätzlich erörtert und bilden den Ausgangspunkt für die in einem abschließenden Abstimmungsprozess erarbeiteten und abgestimmten „Empfehlungen des KDA für eine Beschlussempfehlung des Beirats".
Alle Mitglieder des Beirats waren sich grundsätzlich darüber einig, dass die individuell erforderliche Pflege das zentrale Element einer einrichtungsbezogenen Personalbedarfsermittlung sein sollte. So wurde bei der Erarbeitung des so genannten „Kieler Modells" dieses Prinzip durch die prozentuale Ankoppelung der Zeiten für bewohnerfern zu erbringende Leistungen an die direkte und indirekte Pflegezeit sogar noch gestärkt. Die im Rahmen des „Kieler Modells" getroffenen Vereinbarungen stellen im Hinblick auf die fachlichen Anforderungen an ein Bemessungssystem und auf die Leistungsfähigkeit der „Verhandlungspartner" im Beirat den derzeit maximal möglichen Kompromiss dar.
Die Projektleitung legt allerdings Wert auf die Feststellung, dass die vorgenommenen Anpassungen über das „Kieler Modell" nicht nur mit Rücksicht auf die Finanzierbarkeit und Realisierbarkeit des Verfahrens PLAISIR© vorgenommen wurden, sondern dass bei der Erarbeitung dieser Richtlinien auch notwendige

Anpassungen unter Berücksichtigung bestehender Pflegestandards vorgenommen wurden. Den Einschränkungen bei den bewohnerfern zu erbringenden Leistungen (BBK und VIAW) über das „Kieler Modell" konnte aus Sicht des KDA nur zugestimmt werden, weil das Verfahren bei den hinterlegten Pflegeleistungen die für die direkte Pflege notwendige Kommunikation und indirekte Pflege berücksichtigt. Allerdings weisen die Ergebnisse neuerer Untersuchungen aus, dass die Anteile für die bewohnerfernen Tätigkeiten nicht unerheblich sind und zukünftig stärker als bisher bei der Bestimmung der erforderlichen Personalmenge einbezogen werden müssen, damit diese nicht zu Lasten der Zeiten für die direkte Pflege erbracht werden. So empfahl auch die Expertengruppe „Produktionsfaktoren", die Tätigkeiten der BBK und VIAW und die mit ihr verbundenen Zeitwerte bei einer zukünftigen Nutzung des Verfahrens zu überprüfen. Die über das „Kieler Modell" vorgenommene Reduktion dieser Zeiten sollte bei einem Einsatz des Verfahrens überprüft und in einem zwischen den Vertragsparteien abgestimmten verbindlichen Stufenplan aufgehoben werden.

Zusammenfassend kann aus Sicht des KDA festgestellt werden, dass sich der Beirat auf Landesebene – nach sehr intensiver und konstruktiver Zusammenarbeit – grundsätzlich dafür ausgesprochen hat, dass das Verfahren PLAISIR© ein geeignetes Instrument zur Bestimmung des erforderlichen Pflegepersonals ist, insbesondere dann, wenn es das formulierte „Kieler Modell" berücksichtigt. Darüber hinaus sollten das Verfahren und die Instrumente laufend pflegewissenschaftlich weiterentwickelt und die ihm zugrunde gelegten Leistungsbeschreibungen und Richtwerte dem jeweiligen Stand gesicherter Facherkenntnisse angepasst werden.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse bzw. Anforderungen und Positionen entwickelte das KDA einen ersten Diskussionsvorschlag über mögliche Eckpunkte eines zukünftigen Personalbemessungssystems.
Dieses Eckpunktepapier wurde in einer Sitzung des Beirats am 25. Juni 2002 vorgestellt und erörtert. Nach intensiver Diskussion wurde vereinbart, dass dieser Entwurf in den Gremien der Selbstverwaltung diskutiert und bis zum 05. Juli 2002 in Form von Änderungswünschen und Kommentierungen in eine konsensfähige Fassung für eine Empfehlung des Beirats umformuliert wird. Diese vorläufige Beschlussempfehlung wurde den Mitgliedern des Beirats am 8. Juli 2002 mit dem Ziel zugestellt, sie in einer weiteren Sitzung des Beirats am 17. Juli 2002 abschließend zu beraten. Nachfolgend werden die zentralen Diskussionspunkte dargestellt, die nach intensiver Abstimmung in das „Kieler Modell" und in den Entwurf einer Beschlussempfehlung eingeflossen sind.

Diskussionsvorschläge des KDA zu möglichen Eckpunkten eines Modells der zukünftigen Personalbedarfsermittlung:

1. Ausgangspunkt der Personalbedarfsermittlung ist der mit PLAISIR© ermittelte direkte und indirekte Pflegezeitbedarf (DIP) auf der Grundlage des vereinbarten „Kieler Modells".

2. Der erforderlichen Pflegezeit (DIP) je Bewohner und Tag wird ein Zuschlag zur Erbringung der erforderlichen, bewohnerfern zu erbringenden Leistungen von zehn Prozent, aber mindestens fünf Minuten pro Tag und Bewohner zugerechnet. Dies ist die zu arbeitende Zeit (GPS), die in Form tatsächlicher Anwesenheiten (Ist-Besetzung) zur Erbringung aller Leistungen in der Pflege erbracht werden muss.
3. Zur Ermittlung der für diese Leistungen erforderlichen Vollzeitstellen wird die Zahl der Anwesenheiten (Nettoarbeitszeit) auf der Grundlage einer regionalen Auswertung der Abwesenheiten (Fehlzeiten) von den Vertretern der Selbstverwaltung auf der Medianebene dieser Werte vereinbart. Das Verhältnis von Netto- zu Bruttoarbeitszeit wird mit dem Faktor „r" ausgedrückt. Durch Multiplikation der zu leistenden Arbeitszeit (GPS) mit diesem Faktor wird die zu bezahlende Pflegezeit bestimmt.
4. Die Einrichtungen sind verpflichtet, mindestens 90 Prozent der ermittelten Pflegepersonalstellen vorzuhalten, sofern die Pflegequalität und die ermittelten Leistungen nach PLAISIR© weder dadurch eingeschränkt werden noch Qualitätseinbußen erfahren. Dies kann insbesondere für kleine und/oder privat-gewerblich geführte Einrichtungen in Anspruch genommen werden, in denen eine Kraft in Ausnahmefällen mehrere Funktionen und/oder Teilaufgaben wahrnimmt bzw. ausübt. Dies ist durch geeignete Nachweise zu belegen.
5. Die Einrichtungen können nicht mehr als 100 Prozent der erforderlichen Personalmenge in einer Pflegesatzvereinbarung geltend machen. Sofern Besonderheiten einer Einrichtung geltend gemacht werden, können sich diese nur auf eine Erhöhung der Bemessung der bewohnerfernen Leistungen (BBK und VIAW) begründen.
6. PLAISIR© bestimmt ausschließlich die Zahl der Vollzeitstellen für eine fachgerechte Pflege und die von diesen mindestens zu erbringenden Leistungen. Es trifft keine Aussagen zu den Kosten für die Pflegekräfte.
7. Das bio-psycho-soziale Profil und der Pflegeleistungsplan sind der Pflegedokumentation des Bewohners beizufügen und über die eingesetzte Pflegeplanung fortzuschreiben. Veränderungen zum letzten aktuellen Pflegeplan müssen nachvollziehbar dokumentiert und Änderungen im Pflegeleistungsplan entsprechend begründet werden.
8. Der Pflegeleistungsplan nach PLAISIR© ist eine wesentliche Grundlage für die Beurteilung der Leistungen und der Qualität einer Einrichtung im Rahmen interner und externer Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Das KDA stellt fest, dass durch die flächendeckende Anwendung des Verfahrens PLAISIR© im Kreis Segeberg dessen praktische Anwendbarkeit hinsichtlich der Ausbildung, Evaluation und Auswertung bestätigt werden konnte. Der Ansatz und die Methodik des Verfahrens PLAISIR©, die differenzierte Beschreibung der Pflegeheimbewohner und die sich daraus ergebende Bestimmung der für sie individuell erforderlichen Pflegeleistungen sind eine geeignete Grundlage zur Bestimmung des erforderlichen Personals in der Pflege. Durch ein solches System wird nicht nur über die individuell erstellten Pflegeleistungspläne die geforderte

Leistungstransparenz für die Bewohner hergestellt, sondern es werden auch fundierte Grundlagen für nachvollziehbare Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen der Einrichtungen und für den sich hierauf gründenden zukünftigen Pflegeheimvergleich geschaffen.

Nach intensiver Prüfung der dem System PLAISIR© zugrunde liegenden Leistungsbeschreibungen und der Rechengrößen wurde festgestellt, dass die im vorliegenden Handbuch hinterlegten Leistungen nach Maßgabe des so genannten „Kieler Modells" zur Ermittlung des Personalbedarfs in Schleswig-Holstein angewendet werden können. Ausgehend von der im Kreis Segeberg vorgefundenen und im Grundsatz so in allen Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins anzunehmenden Ausgangslage wurde von den Beteiligten eine Modifikation des PLAISIR©-Verfahrens vorgenommen, ohne dieses Verfahren im Kern zu verändern. Neben Anpassungen an aktuelle Standards, die mit einer Erhöhung des Personals verbunden sind, wurden Leistungen für bestimmte Bewohnergruppen eingeschränkt bzw. der Leistungsumfang insgesamt reduziert. Dies gilt insbesondere für den Bereich der pauschalen Zuschläge für die nicht beim Bewohner erbrachten Leistungen. Diese Vorgehensweise erschien als einzige fachlich vertretbare Möglichkeit, da eine pauschale Kürzung der gemessenen Personalmenge für die mit PLAISIR© differenziert gemessenen und zu erbringenden Pflegeleistungen einem transparenten und leistungsgerechten System die Grundlage entziehen würde.

Das Modellprojekt hat belegt, dass die Verrechnung der durch PLAISIR© ermittelten direkten und indirekten Pflegezeit in Personalstellen inhaltlich und methodisch begründet und folgerichtig ist und zu Ergebnissen führt, die als Grundlage der abzuschließenden Leistungs-, Qualitäts- und Vergütungsvereinbarungen geeignet sind.

Die Ergebnisse der flächendeckenden Anwendung im Kreis Segeberg und der Vergleich mit den heute zur Verfügung stehenden Ressourcen im Pflegebereich haben allerdings auch sehr deutlich gemacht, dass eine Umstellung der Personalbedarfsermittlung auf die individuell erforderliche Pflege mit erheblichen Anpassungen der Personalausstattung in den Pflegeeinrichtungen verbunden sein wird. Eine unmittelbare und unveränderte Übernahme der im Verfahren PLAISIR© hinterlegten und verbindlich vereinbarten Leistungen würde zu Personalveränderungen führen, die weder personell und organisatorisch von den Leistungsanbietern noch finanziell von den Kostenträgern in einem Schritt umsetzbar wären.
Auch bei dem „Kieler Modell" bleibt die individuell erforderliche Pflege zentrales Element einer einrichtungsbezogenen Personalbedarfsermittlung. Dieser Grundsatz wird durch die prozentuale Koppelung der Zeiten für die bewohnerfern zu erbringenden Leistungen an die direkte Pflegezeit noch gestärkt. Die ausgehandelten und einvernehmlich abgestimmten Einschränkungen stellen aus Sicht der Beteiligten das derzeit maximal Erreichbare in Bezug auf fachliche Erfordernisse

und Finanzierbarkeit dar und sollten zukünftig überprüft und stufenweise aufgehoben werden.

Das KDA ist der Auffassung, dass die Einführung des Verfahrens PLAISIR© zu einer Versachlichung der Gesamtdiskussion zwischen den Beteiligten beiträgt und das Verfahren darüber hinaus die Pflegequalität merklich und überprüfbar verbessern kann, da mit den Informationen des PLAISIR©-Verfahrens die notwendige Transparenz über die erforderlichen Leistungen, Arbeitsabläufe und die Anzahl des Personals hergestellt wird.

Das KDA empfiehlt dem Beirat auf Landesebene, das Verfahren PLAISIR© zukünftig als Instrument zur Bestimmung des erforderlichen Pflegepersonals im Rahmen des „Kieler Modells" einzusetzen.

3.8.2 Eckpunkte und Leitlinien des „Kieler Modells"

Kompakt dargestellt ergeben sich als Eckpunkte bzw. Leitlinien des „Kieler Modells":

1. Ausgangspunkt der Personalbedarfsermittlung ist der mit PLAISIR© ermittelte direkte und indirekte Pflegezeitbedarf (DIP) auf der Grundlage des vereinbarten „Kieler Modells".
2. Der erforderlichen Pflegezeit (DIP) je Bewohner und Tag wird ein Zuschlag zur Erbringung der erforderlichen bewohnerfernen Leistungen von zehn Prozent, aber mindestens fünf Minuten pro Tag und Bewohner zugerechnet. Dies ergibt die zu arbeitende Zeit (GPS), die in Form tatsächlicher Anwesenheiten (Ist-Besetzung) zur Erbringung aller Leistungen in der Pflege vorgehalten werden muss.
3. Zur Ermittlung der für diese Leistungen erforderlichen Vollzeitstellen wird die Zahl der Anwesenheiten (Nettoarbeitszeit) auf der Grundlage einer landesweiten Auswertung der Abwesenheiten (Fehlzeiten) grundsätzlich über die Medianebene dieser Werte vereinbart. Das Verhältnis von Netto- zu Bruttoarbeitszeit wird mit dem Faktor „r" ausgedrückt. Durch Multiplikation der zu leistenden Arbeitszeit (GPS) mit diesem Faktor wird die zu bezahlende Pflegezeit bestimmt.
4. Die nach Ziffer 3 ermittelten Vollzeitstellen sind Grundlage der abzuschließenden Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen und damit der Pflegesatzkalkulation.
5. PLAISIR© bestimmt ausschließlich die Zahl der Vollzeitstellen für eine fachgerechte Pflege und die von diesen mindestens zu erbringenden Leistungen. Es trifft keine Aussagen zu den Kosten für die Pflegekräfte.
6. Das bio-psycho-soziale Profil und der Pflegeleistungsplan sind der Pflegedokumentation des Bewohners beizufügen und über die eingesetzte Pflegeplanung fortzuschreiben. Veränderungen im Profil und im Leistungsplan nach PLAISIR© müssen nachvollziehbar dokumentiert und begründet werden.

7. Der Pflegeleistungsplan nach PLAISIR© ist die zentrale Grundlage für die Beurteilung des Umfangs der erforderlichen Leistungen und der Qualität einer Einrichtung im Rahmen interner und externer Qualitätssicherungsmaßnahmen.

3.9 Beschlussvorschlag des Projektbeirats PLAISIR© für den Landespflegeausschuss (Entwurf vom 17. Juli 2002[25])

Der Landespflegeausschuss nimmt die anliegende „Empfehlung des KDA für die Einführung des Verfahrens PLAISIR© in Schleswig-Holstein" zur Kenntnis und empfiehlt die Einführung und den Einsatz des Verfahrens PLAISIR© auf der Grundlage des „Kieler Modells" zum frühestmöglichen Zeitpunkt unter Berücksichtigung der nachstehenden Ausführungen.

1. Der Landespflegeausschuss ist übereinstimmend mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe der Auffassung, dass die Vereinbarung von Maßstäben und Grundsätzen für eine wirtschaftliche, leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte Personalausstattung der Pflegeeinrichtungen (§ 75 Abs. 2 Satz 3 SGB XI) in sachgerechter und zukunftsorientierter Weise nur auf der Grundlage eines Bemessungsverfahrens möglich ist, das sich am individuellen Pflege- und Betreuungsbedarf der HeimbewohnerInnen orientiert. Personalrichtwerte herkömmlicher Art sind dafür insbesondere deswegen ungeeignet, weil die derzeit geltenden Einstufungskriterien des SGB XI den besonderen Pflege- und Betreuungsaufwand Pflegebedürftiger mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems nicht bzw. nicht ausreichend berücksichtigen.

2. Das Verfahren PLAISIR© hat sich als geeignet erwiesen, den individuellen Pflege- und Betreuungsaufwand hinreichend genau zu messen und insbesondere durch die bewohnerbezogenen Auswertungen, die den Kostenträgern zur Verfügung zu stellen sind, die notwendigen Grundlagen für die abzuschließenden Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie die Pflegesatzvereinbarungen zu liefern. Andere Verfahren, die dieses in gleicher Weise leisten können, sind dem Landespflegeausschuss nicht bekannt.
   PLAISIR© ermöglicht nicht nur eine ressourcen- und biografieorientierte Pflegeplanung, eine gerechte Personalbedarfsbemessung und ein verbessertes Qualitätsmanagement, sondern auch leistungsbezogene und transparente Entgeltregelungen.

3. Voraussetzungen für eine Anwendung des Verfahrens PLAISIR© in Schleswig-Holstein sind ein positives Votum der Spitzenverbände (des Beirats) auf der

[25] Die am 04. September 2002 verabschiedete Empfehlung des Landespflegeausschusses ist dem Bericht als Anlage 33 beigefügt.

Bundesebene und die dauerhafte Verfügbarkeit dieses Verfahrens in Deutschland mit den aufgrund des SGB XI und des BSHG gebotenen Modifizierungen. Der Landespflegeausschuss bittet daher das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), die Beteiligten bei der Schaffung dieser Voraussetzungen zu unterstützen.

4. Kritikpunkte am derzeitigen PLAISIR©-Verfahren sind weiterhin
   - die noch nicht ausreichende Transparenz der für die einzelnen Pflegeaktionen hinterlegten Zeitwerte und deren Verrechnung; Letzteres ist insbesondere wegen der Beurteilung möglicher Synergieeffekte erforderlich
   - die noch offenen Fragen hinsichtlich Überschneidungen/Abgrenzungen der Bereiche Pflege und Hauswirtschaft.

   Der Landespflegeausschuss erwartet, dass diese Punkte auf Bundesebene aufgegriffen und im Zuge der weiteren Maßnahmen zur Anpassung des Verfahrens PLAISIR© an die bundesdeutschen Gegebenheiten einer Klärung bzw. Bewertung unterzogen werden.

5. Die durch den Einsatz des Verfahrens PLAISIR© entstehenden Kosten sind pflegesatzrelevant. Der Landespflegeausschuss geht davon aus, dass eine bundesweite Bereitstellung dieses Verfahrens zu einer Senkung der Kosten für die Ausbildung der Evaluatorinnen und Evaluatoren sowie für die EDV-mäßigen Auswertungen der Bewohnerdaten führt.

6. Eine sich am tatsächlichen Pflege- und Betreuungsaufwand orientierende Personalbemessung wird nach Auffassung des Landespflegeausschusses in vielen Fällen zu einer Aufstockung des Personals und in der Folge zu einer Erhöhung der Pflegesätze führen. Nach den derzeit geltenden Regelungen gehen die dadurch entstehenden Mehrkosten zu Lasten der in den Pflegeheimen lebenden Menschen, ersatzweise zu Lasten der Sozialhilfeträger. Auch wegen der erforderlichen gesamtgesellschaftlichen Akzeptanz bittet der Landespflegeausschuss die Vertragsparteien des SGB XI und des BSHG, beim Abschluss der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI, der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80 a SGB XI und der Vergütungs- und Entgeltvereinbarungen nach den §§ 84 ff. SGB XI bzw. §§ 93 ff. BSHG einen sozial verträglichen Übergang auf höhere Entgelte sicherzustellen. Besondere Bedeutung hat dabei eine den gesetzgeberischen Intentionen entsprechende Mitwirkung der HeimbewohnerInnen.

7. Der Landespflegeausschuss sieht ergänzend zu den auf der Landesebene zur Umsetzung des Modellprojekts PLAISIR© zu treffenden Entscheidungen folgenden Klärungsbedarf auf Bundesebene:
   - Der dem SGB XI zugrunde liegende Pflegebedürftigkeitsbegriff muss durch umfassende Berücksichtigung des individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfs erweitert werden.

   - Die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung bei vollstationärer Pflege müssen gerechter abgestuft werden und zu einer stärkeren Entlastung der Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen führen.

   Diese Maßnahmen werden insbesondere vor dem Hintergrund der derzeitigen Koppelung von Pflegestufen und Pflegeklassen (§ 84 SGB XI) für erforderlich gehalten.
   Zur Reduzierung der zusätzlichen Belastungen der HeimbewohnerInnen durch die in Ziffer 6 angesprochenen Entgelterhöhungen ist eine Realwerterhaltung der Pflegeversicherungsleistungen erforderlich. Diese würde zusammen mit möglichen Entlastungen durch die bereits gesetzlich beschlossene Änderung der Finanzierungszuständigkeit für die medizinische Behandlungspflege ab 1. Januar 2005[26] und einer vertretbaren Steigerung der Eigenanteile der HeimbewohnerInnen nach Auffassung des Landespflegeausschusses im Regelfall ausreichen, um die mit der Einführung des Verfahrens PLAISIR© einhergehenden personellen, strukturellen und qualitativen Verbesserungen in der stationären Pflege finanzieren zu können.

8. Der Landespflegeausschuss hält darüber hinaus eine Auseinandersetzung mit den zusätzlichen Erkenntnissen aus dem Modellprojekt PLAISIR© für erforderlich. Das betrifft u. a. die derzeit starke Inanspruchnahme von stationären Pflegeeinrichtungen durch Pflegebedürftige, die aus rein pflegerischen Gründen nicht auf eine Betreuung in Pflegeheimen angewiesen sind. Erforderlich ist insbesondere die Diskussion über alternative Wohnformen, die es ermöglichen, vollstationäre Pflege zu vermeiden oder hinauszuzögern. Dringend notwendig ist darüber hinaus eine Analyse der Ursachen für die bestehenden Pflegesatzunterschiede.

9. Der Landespflegeausschuss hält die Einführung des Verfahrens PLAISIR© für einen wichtigen und wirksamen Schritt zur Verbesserung der Situation in der vollstationären Pflege. Er weist aber darauf hin, dass damit nur ein Teil der bestehenden Defizite gelöst werden kann. Zur Gewährleistung einer menschenwürdigen und den professionellen Anforderungen entsprechenden stationären Pflege bedarf es unverändert erheblicher und verstärkter Anstrengungen aller Beteiligten und Verantwortlichen.

10. Der Landespflegeausschuss hält es für geboten, dass die Partner der Selbstverwaltung schon im Vorfeld der empfohlenen Einführung des Verfahrens PLAISIR© Maßnahmen zur Verbesserung der Personalsituation in den vollstationären Pflegeeinrichtungen vereinbaren.

---

[26] Die Landesverbände bzw. -vertretungen der Pflegekassen in Schleswig-Holstein weisen darauf hin, dass die Verlagerung der Finanzierungszuständigkeit für die medizinische Behandlungspflege noch unter Gesetzesvorbehalt steht.

3.10 Empfehlung des Landespflegeausschusses Schleswig-Holstein zur Einführung des Verfahrens PLAISIR©

Der Diskurs im Beirat und in den Expertengruppen sowie die daraus abgeleiteten Empfehlungen des KDA mündeten in eine einvernehmliche Empfehlung des Landespflegeausschusses Schleswig-Holstein. Im Rahmen einer außerordentlichen Sitzung am 04. September 2002 empfiehlt der Landespflegeausschuss die Einführung des Verfahrens PLAISIR© in Schleswig-Holstein:

„Der Landespflegeausschuss nimmt die anliegende ‚Empfehlung des KDA für die Einführung des Verfahrens PLAISIR© in Schleswig-Holstein' zur Kenntnis und empfiehlt die Einführung und den Einsatz des Verfahrens PLAISIR© auf der Grundlage des ‚Kieler Modells' zum frühestmöglichen Zeitpunkt unter Berücksichtigung der nachstehenden Ausführungen.

1. Der Landespflegeausschuss ist übereinstimmend mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe der Auffassung, dass die Vereinbarung von Maßstäben und Grundsätzen für eine wirtschaftliche, leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte Personalausstattung der Pflegeeinrichtungen (§ 75 Abs. 2 Satz 3 SGB XI) in sachgerechter und zukunftsorientierter Weise nur auf der Grundlage eines Bemessungsverfahrens möglich ist, das sich am individuellen Pflege- und Betreuungsbedarf der HeimbewohnerInnen orientiert. Personalrichtwerte herkömmlicher Art sind dafür insbesondere deswegen ungeeignet, weil die derzeit geltenden Einstufungskriterien des SGB XI den besonderen Pflege- und Betreuungsaufwand Pflegebedürftiger mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems nicht bzw. nicht ausreichend berücksichtigen.

2. Das Verfahren PLAISIR© hat sich als geeignet erwiesen, den individuellen Pflege- und Betreuungsaufwand hinreichend genau zu messen und insbesondere durch die bewohnerbezogenen Auswertungen, die den Kostenträgern zur Verfügung zu stellen sind, die notwendigen Grundlagen für die abzuschließenden Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie die Pflegesatzvereinbarungen zu liefern. Andere Verfahren, die dieses in gleicher Weise leisten können, sind dem Landespflegeausschuss nicht bekannt.
   PLAISIR© ermöglicht nicht nur eine ressourcen- und biografieorientierte Pflegeplanung, eine gerechte Personalbedarfsbemessung und ein verbessertes Qualitätsmanagement, sondern auch leistungsbezogene und transparente Entgeltregelungen.

3. Voraussetzungen für eine Anwendung des Verfahrens PLAISIR© in Schleswig-Holstein sind ein positives Votum der Spitzenverbände (des Beirats) auf der Bundesebene und die dauerhafte Verfügbarkeit dieses Verfahrens in Deutschland mit den aufgrund des SGB XI und des BSHG gebotenen Modifizierungen. Der Landespflegeausschuss bittet daher das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), die Beteiligten bei der Schaffung dieser Voraussetzungen zu unterstützen.

4. Kritikpunkte am derzeitigen PLAISIR©-Verfahren sind weiterhin
   - die noch nicht ausreichende Transparenz der für die einzelnen Pflegeaktionen hinterlegten Zeitwerte und deren Verrechnung; Letzteres ist insbesondere wegen der Beurteilung möglicher Synergieeffekte erforderlich
   - die noch offenen Fragen hinsichtlich Überschneidungen/Abgrenzungen der Bereiche Pflege und Hauswirtschaft.

   Der Landespflegeausschuss erwartet, dass diese Punkte auf Bundesebene aufgegriffen und im Zuge der weiteren Maßnahmen zur Anpassung des Verfahrens PLAISIR© an die bundesdeutschen Gegebenheiten einer Klärung bzw. Bewertung unterzogen werden.

5. Die durch den Einsatz des Verfahrens PLAISIR© entstehenden Kosten sind pflegesatzrelevant. Der Landespflegeausschuss geht davon aus, dass eine bundesweite Bereitstellung dieses Verfahrens zu einer Senkung der Kosten für die Ausbildung der Evaluatorinnen und Evaluatoren sowie für die EDV-mäßigen Auswertungen der Bewohnerdaten führt.

6. Eine sich am tatsächlichen Pflege- und Betreuungsaufwand orientierende Personalbemessung wird nach Auffassung des Landespflegeausschusses in vielen Fällen zu einer Aufstockung des Personals und in der Folge zu einer Erhöhung der Pflegesätze führen. Nach den derzeit geltenden Regelungen gehen die dadurch entstehenden Mehrkosten zu Lasten der in den Pflegeheimen lebenden Menschen, ersatzweise zu Lasten der Sozialhilfeträger. Auch wegen der erforderlichen gesamtgesellschaftlichen Akzeptanz bittet der Landespflegeausschuss die Vertragsparteien des SGB XI und des BSHG, beim Abschluss der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI, der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80 a SGB XI und der Vergütungs- und Entgeltvereinbarungen nach den §§ 84 ff. SGB XI bzw. §§ 93 ff. BSHG einen sozial verträglichen Übergang auf höhere Entgelte sicherzustellen. Besondere Bedeutung hat dabei eine den gesetzgeberischen Intentionen entsprechende Mitwirkung der HeimbewohnerInnen.[27]

7. Der Landespflegeausschuss sieht ergänzend zu den auf der Landesebene zur Umsetzung des Modellprojekts PLAISIR© zu treffenden Entscheidungen folgenden Klärungsbedarf auf Bundesebene:

[27] Zu den finanziellen Auswirkungen für den Kreis Segeberg wird auf das Protokoll über die Sitzung des Landespflegeausschusses vom 04. September 2002 verwiesen (siehe Anlage 33).

Der dem SGB XI zugrunde liegende Pflegebedürftigkeitsbegriff muss durch umfassende Berücksichtigung des individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfs erweitert werden.
Die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung bei vollstationärer Pflege müssen gerechter abgestuft werden und zu einer stärkeren Entlastung der Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen führen.
Diese Maßnahmen werden insbesondere vor dem Hintergrund der derzeitigen Koppelung von Pflegestufen und Pflegeklassen (§ 84 SGB XI) für erforderlich gehalten.
Zur Reduzierung der zusätzlichen Belastungen der HeimbewohnerInnen durch die in Ziffer 6 angesprochenen Entgelterhöhungen ist eine Realwerterhaltung der Pflegeversicherungsleistungen erforderlich. Diese würde zusammen mit möglichen Entlastungen durch die bereits gesetzlich beschlossene Änderung der Finanzierungszuständigkeit für die medizinische Behandlungspflege ab 1. Januar 2005 und einer vertretbaren Steigerung der Eigenanteile der HeimbewohnerInnen nach Auffassung des Landespflegeausschusses im Regelfall ausreichen, um die mit der Einführung des Verfahrens PLAISIR© einhergehenden personellen, strukturellen und qualitativen Verbesserungen in der stationären Pflege finanzieren zu können.

8. Der Landespflegeausschuss hält darüber hinaus eine Auseinandersetzung mit den zusätzlichen Erkenntnissen aus dem Modellprojekt PLAISIR© für erforderlich. Das betrifft u. a. die derzeit starke Inanspruchnahme von stationären Pflegeeinrichtungen durch Pflegebedürftige, die aus rein pflegerischen Gründen nicht auf eine Betreuung in Pflegeheimen angewiesen sind. Erforderlich ist insbesondere die Diskussion über alternative Wohnformen, die es ermöglichen, vollstationäre Pflege zu vermeiden oder hinauszuzögern. Dringend notwendig ist darüber hinaus eine Analyse der Ursachen für die bestehenden Pflegesatzunterschiede.

9. Der Landespflegeausschuss hält die Einführung des Verfahrens PLAISIR© für einen wichtigen und wirksamen Schritt zur Verbesserung der Situation in der vollstationären Pflege. Er weist aber darauf hin, dass damit nur ein Teil der bestehenden Defizite gelöst werden kann. Zur Gewährleistung einer menschenwürdigen und den professionellen Anforderungen entsprechenden stationären Pflege bedarf es unverändert erheblicher und verstärkter Anstrengungen aller Beteiligten und Verantwortlichen.

10. Notwendige Maßnahmen zur Verbesserung der Personalsituation in vollstationären Pflegeeinrichtungen können unabhängig von der möglichen Einführung des Verfahrens PLAISIR© in Pflegesatzverhandlungen vereinbart werden."

Obwohl in der zitierten Empfehlung einige wichtige Voraussetzungen und Bedingungen an den Einsatz von PLAISIR© gekoppelt werden, die in der Folge nur

auf Bundesebene geschaffen werden können, wird dadurch deutlich, dass der über ein Jahr währende Diskussionsprozess in Schleswig-Holstein zu einer breiten Akzeptanz für den Einsatz des Verfahrens bei allen Mitgliedern der Selbstverwaltung geführt hat. Es wird also nicht mehr darüber diskutiert, *ob* PLAISIR© in Schleswig-Holstein (Deutschland) zu Anwendung kommen kann und soll, sondern tief greifend und dezidiert nur noch, *wie*, sprich: in welcher Form, mit welchen Anpassungen etc.
Mit der Entwicklung des so genannten „Kieler Modells", welches durchaus auch auf andere Länder übertragen werden kann, wurde der Nachweis erbracht, dass das Verfahren und seine Ergebnisse in die bestehenden Strukturen auf Landesebene, insbesondere in die Rahmenempfehlungen nach § 75 SGB XI und den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80 a SGB XI eingebettet werden können.
Das Standardsystem bzw. die bei den bisherigen Erhebungen zugrunde gelegten „Westschweizer Standards" haben realistische Chancen, vorbehaltlich der Umsetzung der Expertisen und Vorschläge des KDA, in der deutschen Altenhilfe-Landschaft durch spezifische „Deutsche Leitlinien und Normen" abgelöst zu werden.
Die Ergebnisse zum erforderlichen Personalbedarf nach dem „Kieler Modell" zeigen, dass sich die Selbstverwaltung auf Kennzahlen zur Verrechnung der von PLAISIR© ermittelten Pflegeleistungen im Vorfeld von Pflegesatzvereinbarungen einigen kann, die realistisch und umsetzbar sind.
Auf der Grundlage des „Kieler Modells" kann ein Einstieg in eine am individuellen Bedarf des Bewohners orientierte Personalbedarfsermittlung schrittweise eingeleitet und damit künftig auf pauschale Personalrichtwerte verzichtet werden.
Darüber hinaus leistet das Verfahren PLAISIR© auch aus Sicht aller Vertreterinnen und Vertreter der Selbstverwaltung einen wertvollen Beitrag zu einer fundierten Pflegeinfrastrukturplanung und Qualitätsentwicklung.

4 Der Beirat auf Bundesebene und Stand der Diskussion

Bereits im Rahmen des im Band 225 der Schriftenreihe des BMFSFJ ausführlich dargestellten Projektes zur „Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären Pflege mit PLAISIR© (PPvP)" wurde deutlich, dass nach Expertenmeinung die Entwicklung eines völlig neuen, eigenständigen deutschen Verfahrens zur Pflegezeit- und Personalbemessung auf dem hohen Niveau von PLAISIR© mindestens ein Jahrzehnt – überdies verbunden mit extrem hohen Kosten – in Anspruch nehmen würde. Demgegenüber war das Verfahren PLAISIR©, nach Auffassung des damaligen Beirats auf Bundesebene, grundsätzlich bereits verfügbar und auch in Deutschland zur rationalen Ermittlung und informationsgestützten Planung der erforderlichen Pflege bei Einrichtungen der Langzeitpflege einsetzbar. Allerdings wurden seinerzeit bereits Anpassungen an die spezifischen deutschen Verhältnisse gefordert, die mittelfristig in Abstimmung mit den VertreterInnen der Leistungsträger und -erbringer noch zu erarbeiten seien.
Diese Auffassung wurde u. a. auch durch die *Empfehlung* des Beirats zum Projekt „Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären Pflege" gestützt, die fast einstimmig im Rahmen eines Beschlusses formuliert wurde.
Die Mitglieder des damals 42-köpfigen Beirats kamen nach fast zweijähriger Projektbegleitung unter Würdigung der Ergebnisse der bisherigen Erprobungen zu dem Schluss, dass das Verfahren PLAISIR© den individuell erforderlichen Pflegebedarf ermittelt und verlässliche Informationen für eine an den Bedürfnissen der Bewohner orientierte Personaleinsatzplanung liefert, die der Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Qualität der Pflege und Betreuung dienen. Darüber hinaus sah der damalige Beirat die Perspektive, dass PLAISIR© eine rationale Grundlage für leistungs- und qualitätsorientierte Vergütungsverhandlungen darstellen kann, ohne diese allerdings zu ersetzen.
Der Beirat sprach sich deshalb im Juli 2001 dafür aus, das Instrument PLAISIR© als Messinstrument für die vollstationäre Pflege einzusetzen und empfahl den zuständigen Ministerien, die flächendeckende Anwendung des Verfahrens PLAISIR© in ausgewählten Regionen durch weitere begleitende Forschungsprojekte zu unterstützen[28].
Ziele dieser breiteren Anwendung sollten aus Sicht des Beirats zum PPvP Projekt sein, dass das Verfahren PLAISIR© und seine Teilinstrumente pflegewissenschaftlich weiter entwickelt und die ihm zugrunde gelegten Leistungsbeschreibungen und Richtwerte dem jeweiligen Stand der gesicherten Facherkenntnisse angepasst werden.
Die Beiratsmitglieder waren sich darüber hinaus einig, dass eine differenziertere Betrachtung des Verfahrens im Rahmen weiterer einrichtungs-, träger-, verbands- sowie länderübergreifender Anwendungen erforderlich ist und ein Transfer von

[28] siehe den als Band 225 der Schriftenreihe des BMFSFJ veröffentlichten Bericht „Qualitative und quantitative Erfassung des erforderlichen Pflegezeit- und Personalbedarfs in deutschen Altenpflegeheimen – Erprobung des Verfahrens PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt"

PLAISIR© in den deutschen Kontext nur dann flächendeckend möglich ist, wenn das Verfahren von allen maßgeblichen Verbänden, Institutionen und Vertretern der Selbstverwaltung akzeptiert wird.

Diese Fragen, die sich in diesem Zusammenhang stellen, waren Gegenstand des vom BMFSFJ geförderten weiterführenden Modellvorhabens zur Anwendung des Verfahrens PLAISIR© in Deutschland unter dem Titel „Analyse und Transfer des Verfahrens PLAISIR© nach Deutschland". Dieses abschließende Modellvorhaben sollte sich deshalb darauf konzentrieren, die notwendigen Voraussetzungen für eine künftige Anwendung von PLAISIR© in Deutschland zu beschreiben und zu definieren. So sollte der auch für dieses Projekt geplante Beirat – nach positiver Klärung der Frage, in welcher Weise das Verfahren PLAISIR© in die bestehenden leistungs- und vertragsrechtlichen Strukturen vor Ort eingebunden werden kann – darüber befinden, unter welchen rechtlichen und auch finanziellen Voraussetzungen das Verfahren in Deutschland angeboten werden kann.
Um eine möglichst enge Begleitung des Projekts durch die Vertreter der Selbstverwaltung zu gewährleisten und gleichzeitig die erforderlichen Diskussionen, Abstimmungsprozesse und Entscheidungen in der dann notwendigen Flexibilität und Zügigkeit voranbringen zu können, wurde in Absprache mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend allerdings davon Abstand genommen, einen Beirat in gleicher Form wie bei dem Projekt PPvP, einzuberufen. Seine Funktion wurde vielmehr von maßgeblichen Vertretern der Selbstverwaltung auf Bundesebene in Form von Arbeitsgruppensitzungen wahrgenommen, wobei die Zusammensetzung des Arbeitsgruppe je nach den zu behandelnden Fragestellungen variierte.
Während sich die mit dieser Organisationsstruktur verbundenen Erwartungen an die Arbeit der gegenüber dem Beirat zum Projekt PPvP wesentlich kleineren Arbeitsgruppe vollständig erfüllten, wurde gleichzeitig deutlich, dass als Nebenfolge – anders als beim Projekt PPvP – nicht auch alle Entscheidungsträger insbesondere auf Landesebene unmittelbar und frühzeitig alle wichtigen Informationen über erreichte Teilergebnisse des Projektes erhielten. Deshalb unternahm die Projektleitung erhöhte Anstrengungen, den Vertretern der Verbände, Länder, aber auch der Pflegewissenschaft ausreichende Informationen zur Verfügung zu stellen. Dies wurde durch eine intensive Beteiligung an Fachtagungen, Arbeitsgruppen oder auch Fachgesprächen auf den verschiedensten Ebenen versucht.

Im Zentrum der Beratungen der auf Bundesebene gebildeten Arbeitsgruppe zum Projekt „Analyse und Transfer des Verfahrens PLAISIR nach Deutschland" standen folgende Aufgabenstellungen, die sich aus der eingangs genannten Beschlussempfehlung ableiten:

- Schaffung von Grundlagen zur Vorbereitung der Verhandlungen über eine zukünftige Nutzung bzw. den Erwerb des Verfahrens PLAISIR© und

- Entwicklung von Vorstellungen und konkreten Vorschlägen für eine mögliche Rechtsform, die eine neutrale Anwendung des Verfahrens PLAISIR© in Deutschland ermöglicht.

Nach erfolgreichem Abschluss des Initialprojektes wurde der Entwickler des Verfahrens vom Kuratorium Deutsche Altershilfe im Herbst 2001 gebeten, seine Vorstellungen bezüglich einer Nutzung oder des Erwerbs des Verfahrens in Deutschland zu formulieren – dies vor dem Hintergrund der übereinstimmenden Auffassung aller Beteiligten, dass ein Transfer von PLAISIR© in deutsche Anwendungszusammenhänge nur möglich ist, wenn das Verfahren langfristig mit all seinen Bausteinen in deutsche Hände gelangt.
Das Institut EROS, dies konnte in Vorgesprächen geklärt werden, stand dieser Forderung grundsätzlich offen gegenüber, betonte aber immer nachdrücklich, dass der Schutz des Systems vor unerlaubter Vervielfältigung gewahrt bleiben muss. Diese hohe Sensibilität ist darin begründet, dass in Québec ein Plagiat der auch von EROS entwickelten Software CTMSP vertrieben wird. Auch wurde bereits versucht, das Verfahren PLAISIR© nachzubilden. Der geforderte Schutz wurde während der Projektlaufzeit von Seiten des KDA garantiert und war eine Voraussetzung für die gute partnerschaftliche Zusammenarbeit mit dem Institut EROS.
Allerdings ist auch aus Sicht der Projektleitung der Zugriff auf *alle* Variablen und Berechnungsformeln von PLAISIR© bei einer breiteren Anwendung in Deutschland unabdingbar. So müssen alle Inhalte, und insbesondere auch die hinterlegten Zeitwerte, bei einer Übernahme des Systems an die deutschen Verhältnisse, sofern zukünftig erforderlich, möglichst exakt angepasst und weiterentwickelt werden können. Dies gilt insbesondere unter Berücksichtigung der stärkeren Einbeziehung der Konzepte der deutschen Pflegewissenschaft.
Die einvernehmliche Einigung über den Erwerb bzw. die langfristige Nutzung stellt somit eine Grundvoraussetzung für eine flächendeckende Anwendung des Verfahrens in Deutschland dar.
Am 04. November 2001 wurde deshalb von dem PLAISIR©-Entwickler Charles Tilquin auf Wunsch des KDA ein erstes Angebot unterbreitet, welches nach erfolgter Übersetzung ins Deutsche durch das KDA an das BMFSFJ weitergeleitet wurde. Zu diesem Zeitpunkt wurden vom KDA ergänzend erste Überlegungen angestellt, ob und unter welchen finanziellen Voraussetzungen und Bedingungen eine noch zu bildende Tochtergesellschaft des KDA, ggf. im Zusammenwirken mit den Verbänden auf Bundesebene, beim Scheitern einer anderen Lösung das Verfahren für Deutschland in begrenztem Rahmen verfügbar machen könnte. Diese Überlegungen erübrigten sich allerdings, nachdem sich Akteure auf Bundesebene zum Analyse-und-Transfer-Projekt und das BMFSFJ dieser Fragestellung intensiver annahmen und das Bundesministerium eine gutachterliche Stellungnahme über die Einführung des Systems „PLAISIR©“ zum Zwecke der Leistungsbemessung und -abrechnung in der Pflegeversicherung gemäß SGB XI- bei der Rechtsanwaltskanzlei Hogan & Hartson Raue L.L.P. in Berlin in Auftrag gab.

Der Entwurf der Expertise konnte der für diesen Zweck vom BMFSFJ einberufenen Arbeitsgruppe und dem KDA schon im Dezember 2001 zur Verfügung gestellt werden und wurde durch diverse Stellungnahmen des KDA in der Folge bis zur abschließenden Stellungnahme im Januar 2002 ergänzt.
Im Ergebnis kamen die Anwälte zu der Auffassung, dass für den geplanten Zweck einer neutralen und bundesweiten Anwendung eine von der Selbstverwaltung zu bildende Gesellschaft mit beschränkter Haftung und einem fakultativen Vorstand nebst Beirat eine geeignete Lösung wäre. Darüber hinaus beschrieben die Juristen differenziert die zahlreichen noch zu klärenden Punkte zwischen EROS und der geplanten deutschen Gesellschaft. Nach Erörterung des abgeschlossenen Gutachtens verständigte man sich allerdings darauf, die Ergebnisse der Modellerprobung in Schleswig-Holstein abzuwarten und vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse die entsprechenden Gespräche wieder aufzunehmen. Dieser wird dann, ggf. unterstützt durch die vorgenannte Rechtsanwaltskanzlei, den Kontakt zu EROS herstellen und weitere Gespräche führen.
Eine daraufhin getroffene zeitlich befristete Vereinbarung zwischen EROS und der KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft sicherte die weitere Verfügbarkeit über den Juni 2002 hinaus, damit das erreichte Wissen und die entwickelten Strukturen nicht verloren gingen. Dieser Forschungsverbund ermöglicht es dem KDA, das Verfahren in Deutschland begrenzt einzusetzen, bis eine verbindliche Lösung auf Bundesebene gefunden werden kann.

5 Würdigung der Einzelergebnisse

Alle Überlegungen zur An- und Verwendbarkeit des kanadischen Verfahrens PLAISIR© in bundesdeutschen Zusammenhängen beziehen sich im Kern auf die zentralen Fragen nach Praxistauglichkeit, Transfer und nach sachdienlicher Perspektive: Am Anfang steht die Frage, ob PLAISIR© überhaupt ein genügend praxistaugliches Instrument ist bzw. werden kann (Praxistauglichkeit)? Sodann wird wichtig, ob und ggf. wie PLAISIR© aus seinen ursprünglichen Verwendungszusammenhängen in Québec auf deutsche Verhältnisse übertragbar ist (Transfer)? Überdies besteht das allseitige, mehr als rege Interesse an den zu erwartenden Auswirkungen, wenn PLAISIR© in Deutschland – kontinuierlich, umfänglich bis hin zu flächendeckend – zum Einsatz käme bzw. kommt: Mit welchen Auswirkungen und Konsequenzen inkl. Vor- und ggf. auch Nachteilen ist nach einer um- und tief greifenden Implementierung des Pflege(zeit)- und Personalbemessungsverfahrens PLAISIR© in die bundesdeutsche Altenhilfe-Landschaft zu rechnen (Perspektive)?

Auch die in Deutschland vom BMFSFJ geförderten Modell- und Begleitprojekte in Zusammenhang mit einem in Erwägung gezogenen oder auf Probe eingesetzten PLAISIR©-Einsatz suchen und geben Antworten auf die drei Schlüsselfragen nach Praxistauglichkeit, Übertragbarkeit und Auswirkung. Während das Forschungsprojekt PPvP inkl. der daraus abgeleiteten Erprobung von PLAISIR© in elf AWO-Einrichtungen die Frage nach der Praxistauglichkeit in den Mittelpunkt seiner Untersuchungen stellte – und in der Quintessenz eindeutig positiv beantwortete –, konzentrierte sich das Forschungsprojekt „Analyse und Transfer des Verfahrens PLAISIR© nach Deutschland" (ATP) in erster Linie auf die Fragen nach der Übertragbarkeit und nach den Chancen und Begrenzungen einer möglichen Anpassung des Verfahrens an die bundesdeutschen Gegebenheiten. Dabei gerieten jedoch auch nie die letztlich entscheidenden Thematiken von Praktikabilität und Auswirkung eines PLAISIR©-Einsatzes in der Bundesrepublik Deutschland aus dem Blickfeld.
Bereits in dem PPvP-Projekt, wie jetzt wiederum im Projekt ATP bestätigt, wurde hinsichtlich Praxistauglichkeit festgestellt: Das Verfahren PLAISIR© ermittelt zuverlässig und nachvollziehbar die individuell erforderliche Pflege und, auf dieser aufbauend, das hierfür notwendige Personal. Die Empfehlung des PPvP-Beirats auf Bundesebene, die zu dem Schluss kommt, das Instrument PLAISIR© in Deutschland als Messinstrument für die vollstationäre Pflege einzusetzen und die flächendeckende Anwendung von PLAISIR© in ausgewählten Regionen durch begleitende Forschungsprojekte modellhaft zu unterstützen, wurde im ATP-Forschungsprojekt „Analyse und Transfer des Verfahrens PLAISIR© nach Deutschland – Vorbereitung und Dokumentation der Überprüfungsprozesse des Verfahrens PLAISIR© zur Anwendung von Projekten auf Landesebene" konstruktiv und praxisnah vordringlich bezogen auf die Projektorte im Kreis Segeberg/Schleswig-Holstein und in Bremen umgesetzt.

Danach kann festgestellt werden, dass die Vereinbarung von Maßstäben und Grundsätzen für eine wirtschaftliche, leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte Personalausstattung der Pflegeeinrichtungen (§ 75 Abs. 2 Satz 3 SGB XI) in sachgerechter und zukunftsorientierter Weise nur auf der Grundlage eines Bemessungsverfahrens möglich erscheint, das sich am individuellen Pflege- und Betreuungsbedarf der HeimbewohnerInnen orientiert. Personalrichtwerte herkömmlicher Art sind dafür insbesondere deswegen ungeeignet, weil die derzeit geltenden Einstufungskriterien des SGB XI den besonderen Pflege- und Betreuungsaufwand Pflegebedürftiger mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems nicht bzw. nicht ausreichend berücksichtigen. Zudem führten die komplexen Erfahrungen und Ergebnisse, die Daten und Diskurse im Rahmen des Forschungsprojektes ATP zu der gesicherten Auffassung, dass sich das Verfahren PLAISIR© als geeignet erweist, den individuellen Pflege- und Betreuungsaufwand hinreichend genau zu messen und insbesondere durch die bewohnerbezogenen Auswertungen, die den Kostenträgern zur Verfügung zu stellen sind, die notwendigen Grundlagen für die abzuschließenden Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie die Pflegesatzvereinbarungen zu liefern.

5.1 Praxistauglichkeit und Übertragbarkeit des Verfahrens PLAISIR©

5.1.1 Technische Übertragbarkeit

Für eine mögliche Anwendung des urheberrechtlich geschützten Instrumentes PLAISIR© war es von besonderer Bedeutung, ob die mit dem Verfahren PLAISIR© verbundene technische Infrastruktur für die Anbindung an das kanadische Rechenzentrum in Deutschland aufgebaut und aufrechterhalten werden kann. Deshalb lag ein umfassender Projektschwerpunkt in der Entwicklung und Realisierung der für PLAISIR© technisch erforderlichen Infrastruktur in Deutschland, durch die eine flächendeckende Anwendung des Verfahrens in weitgehender Unabhängigkeit von der zentralen Datenverarbeitung in Montreal möglich würde.
Der für eine breitere Anwendung des Verfahrens PLAISIR© in Deutschland notwendige Transfer der erforderlichen Hard- und Software des Instrumentes wurde im Rahmen des Projektauftrages realisiert.
Im September 2001 konnte eine internetbasierte Verbindung zum zentralen Server in Montreal hergestellt werden, die eine annähernd komplette Bearbeitung und Auswertung der für das Verfahren erforderlichen Daten ermöglicht.
Nach einer Veränderung der Grundkonfiguration könnte, entsprechend qualifiziertes Personal in Deutschland vorausgesetzt, dieser Client vom zentralen Server in ein unabhängig von der Zentrale in Montreal funktionierendes System nach Deutschland überführt werden. Juristisch bindende Abschlüsse mit der Firma EROS und dem Ziel, die Grundlagen für eine regelhafte und zuverlässige Datenverarbeitung über eine in Deutschland eingerichtete Datenverarbeitungs-

zentrale zu gewährleisten, können erst erfolgen, wenn die Selbstverwaltung über die Art und Weise eines Transfers von PLAISIR nach Deutschland entschieden hat, und wurden daher zunächst auf einen Zeitpunkt nach dieser Berichterstattung vertagt.
Durch die im Rahmen des Forschungsprojektes gemeinsam mit EROS vorgenommene Übersetzung des Bedienerhandbuches für die Software können zukünftig deutschsprachige MitarbeiterInnen im Umgang mit der Software geschult und für die Dateneingabe und Datenkorrektur eingesetzt werden. Grundsätzlich können alle Schritte der Datenerfassung und Bearbeitung in Deutschland vorgenommen werden.

Mit Abschluss des Projektes Mitte des Jahres 2002 wurden insgesamt 5.624 Evaluationen durchgeführt. Davon wurden 3.084 direkt – zum Teil mit Unterstützung der kanadischen Supervisorin – von den deutschen Projektmitarbeitern erarbeitet.[29] In diesem Zusammenhang wurden die deutschen MitarbeiterInnen mit allen notwendigen Teilschritten und Prozessen der Evaluation von PLAISIR© vertraut gemacht. Eine Einschränkung besteht lediglich für das so genannte zweite und abschließende Desk-Review, welches für alle deutschen Evaluationen noch von der in Montreal zuständigen Supervisorin und Ausbilderin vorgenommen wurde. Da diese Prüfung und abschließende Qualitätskontrolle äußerst fundierte Kenntnisse erfordert und da diese für die Sicherung der Qualität von zentraler Bedeutung sind, konnte und sollte dieser Verfahrensschritt derzeit noch nicht über die angelernten Pflegefachkräfte in Deutschland vorgenommen werden. Die Projektmitarbeiter sind zwar bereits mit dem Prozess sowie mit den erforderlichen Programmteilen und Formularen grundsätzlich vertraut, ihre bisherigen Erfahrungen in der Anwendung reichen jedoch für eine verantwortliche Übernahme dieses Bausteins noch nicht aus. Davon unberührt können die im Rahmen des Projektes qualifizierten MitarbeiterInnen allerdings die Schulungsmaßnahmen der Pflegefachkräfte im Rahmen der Qualifizierung zum Evaluator/zur Evaluatorin in Form von Gruppen- und Einzelschulungen in vollem Umfang durchführen.

5.1.2 Inhaltliche Praxistauglichkeit des Verfahrens PLAISIR©

Es konnte gemäß des Projektauftrages nachgewiesen werden, dass das Verfahren PLAISIR© an ein gemeinhin als „Stand der Künste" bezeichnetes jeweiliges Anforderungsniveau anpassbar ist. Für eine zukünftige deutsche Anwendung stünde – über die im Segeberger Projekt erarbeiteten Richtlinien – somit ein „Deutscher Standard" zur Verfügung, der die bisher zum Einsatz kommenden „Westschweizer Standards" ersetzen kann. Die für eine deutsche Anwendung erforderlichen Handbücher und Schulungsunterlagen sind vollständig ins Deutsche übersetzt und können für die Ausbildung der EvaluiererInnen sowie des technischen Personals eingesetzt werden.

[29] Bis Oktober 2002 wurden ca. 10.000 Evaluationen bundesweit erstellt.

Darüber hinaus konnten, gestützt durch die Modellerprobung im Kreis Segeberg und in Bremen, die Grundlagen für die noch notwendigen Beschreibungen der Teilinstrumente und deren erforderliche Überarbeitung geschaffen werden. Die meisten in die Wege geleiteten Veränderungen wurden in Schleswig-Holstein mit allen Beteiligten (auch mit dem MDK und mit EROS) erarbeitet und auch abgestimmt, bedürfen allerdings wegen der grundsätzlichen Bedeutung einer Ratifizierung auf Bundesebene.

Neben der eigentlichen Datenauswertung dienten die Unterlagen aus dem Kreis Segeberg insbesondere dazu, zwei deutsche Pflegefachkräfte und das Dateneingabepersonal im Rahmen des Bundesprojekts mit dem Datenverarbeitungsprozess vertraut zu machen und somit differenzierte Erkenntnisse über den zentralen Datenverarbeitungsprozess zu gewinnen und diese zu dokumentieren. In enger Zusammenarbeit mit dem Institut EROS wurde die Evaluation der 3.048 Bewohner im Kreis Segeberg und der ca. 1.100 Bewohner in Bremen in allen Phasen des Überprüfungsprozesses detailliert dokumentiert und überprüft. Das PLAISIR©-Handbuch und das Erhebungsinstrument, der so genannte FRAN, wurden im Rahmen der Projektlaufzeit bereits in einigen Bereichen überarbeitet und an die deutsche Pflegepraxis angepasst. Es wurden differenzierte Empfehlungen erarbeitet, die die Grundlage für eine umfassende Revision des Handbuches und des FRANs für Deutschland ermöglichen.
Durch die Qualifizierung der pflegefachlichen bzw. pflegewissenschaftlichen Projektmitarbeiter wurde und kann zukünftig gewährleistet werden, dass das Verfahren und seine Instrumente weiterentwickelt und die ihm zugrunde gelegten Leistungsbeschreibungen und Richtwerte an deutsche Verhältnisse angepasst werden können. Insbesondere das zentrale und qualitätssichernde Element des Verfahrens PLAISIR©, das so genannte Desk-Review, mit Dateneingabe, Überprüfungsprozess, Datenverarbeitung etc. sowie die Datenauswertung kann in Deutschland bis auf wenige Einschränkungen vorgenommen werden.

5.1.3 Überarbeitung von FRAN und Handbuch

Ausgehend von der grundsätzlichen Eignung von PLAISIR© und seiner erwiesenen Einsetzbarkeit in Deutschland zeigte sich besonders im Teilprojekt „Schleswig-Holstein", dass sowohl das Erfassungsformular FRAN als auch das PLAISIR©-Handbuch vor einer breiteren Anwendung in Deutschland stärker noch als bisher an die deutschen Gegebenheiten angepasst werden muss. Aufgrund des erforderlichen Umfangs auch hinsichtlich des Detailreichtums und in Anbetracht der grundsätzlichen Bedeutung des Veränderungsbedarfs ist eine *schrittweise* Überarbeitung von FRAN und Handbuch angezeigt.
Eine Anpassung in mehreren Schritten ergibt sich auch aus der Tatsache, dass einige Aspekte einer intensiveren Betrachtung unter pflegewissenschaftlichen und leistungsrechtlichen Gesichtspunkten bedürfen. Bei der Umsetzung einiger Empfehlungen muss zudem mit grundsätzlichen „Systemeingriffen" gerechnet werden, bei denen ggf. noch eine sorgsame Abwägung von Vor- und Nachteilen

vorgenommen werden muss. Grob skizziert kann festgehalten werden, dass eine Überarbeitung von Fragebogen und Handbuch hauptsächlich nach vier Aspekten zu erfolgen hat:

- sprachliche Anpassung an die gängige deutsche bzw. internationale Fachsprache unter rein sprachlichen, aber auch unter pflegefachlichen bzw. leistungsrechtlichen Gesichtspunkten
- Überprüfung dahingehend, ob Angaben zum Ist-Zustand der BewohnerInnen sowie zu den Pflegeleistungen mittels PLAISIR© in einem erforderlichen Maß erfasst werden können
- treffendere und ausführlichere Beschreibung einzelner Inhalte bzw. Erläuterungen des PLAISIR©-Handbuchs (ohne pflegefachlich-inhaltliche Veränderung)
- differenzierte Überprüfung und Anpassung bestimmter inhaltlicher Aspekte unter pflegefachlichen bzw. pflegewissenschaftlichen Gesichtspunkten bei Einbeziehung angrenzender Fachdisziplinen

Auf den verschiedenen Ebenen sind so in nicht unerheblichem Umfang und mit unterschiedlichem Tiefgang Veränderungen bezogen auf FRAN und Handbuch notwendig. Bezug genommen wird bei dieser Aussage auf die Version der beiden Teilinstrumente, die bis zum März 2002, d. h. insbesondere im Rahmen der Projekte „Arbeiterwohlfahrt", „Bremer Heimstiftung" und „Schleswig-Holstein", eingesetzt wurden. Seit April 2002 wird eine Version von FRAN und Handbuch verwendet, in der im Vergleich zur deutschen Ausgangsversion bereits punktuell Anpassungen vorgenommen wurden. Diese Veränderungen beziehen sich allerdings vorrangig auf sprachliche und lediglich punktuell auf inhaltliche Anpassungen. Als veranschaulichendes Beispiel soll in diesem Zusammenhang die Umbenennung des Bereiches „R" von „Orientierung" in *„Fähigkeit zur Interaktion mit der Umgebung"* und der Pflegeaktionen „Ganzwaschung/Teilwaschung" in *„Ganzkörperpflege/Teilkörperpflege"* genügen.

5.2 Überlegungen zur Fachkraftquote

Eine unmittelbare quantitative Bestimmung der benötigten Fachkräfte durch PLAISIR© über eine direkte Koppelung an die ermittelten Pflegezeitwerte und Leistungen des Pflegeleistungsplans erscheint auch nach der modellhaften Anwendung im Kreis Segeberg als fachlich nicht sinnvoll und zielführend. Eine solche Erweiterung des Verfahrens wäre zwar vom Ansatz her möglich, auf keinen Fall jedoch kurzfristig erreichbar. Deshalb sollte von den Einrichtungen die bestehende Möglichkeit genutzt werden, über die vorhandenen, differenzierten Bewohnerprofile und Leistungsdaten der Bewohner den Ermessensspielraum bei der Bestimmung der Fachkraftquote zu erhalten und zu nutzen. Hintergrund für diese Einschätzung ist, dass die Erforderlichkeit für den Einsatz einer Pflegefachkraft nicht nur von der Leistungsart und der Zeitdauer, sondern insbesondere auch von dem bio-psycho-sozialen Profil des jeweiligen Bewohners und der konkreten

Pflegesituation abhängig ist. So kann beispielsweise die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme bei einem hochgradig demenziell beeinträchtigten Bewohner den Einsatz einer Pflegefachkraft zwingend erforderlich machen, obwohl in der Regel diese Leistungen auch von einer nicht examinierten Pflegekraft erbracht werden können.
Sollte also eine Bestimmung des Anteils der Pflegefachkräfte über PLAISIR© vorgenommen werden, müssten die drei Dimensionen „Bio-psycho-soziales Profil", „Zu erbringende Leistungen" und „Art des Personals" in einen pflegewissenschaftlich bzw. pflegefachlich begründeten Zusammenhang gebracht und definiert werden. Dies ist in dem bisherigen System allerdings noch nicht vollzogen, obwohl hierzu schon erste Überlegungen angestellt wurden. Denkbare Wege wären beispielsweise die Entwicklung und Definition von Pflegediagnosen oder auch spezifischer „Bedarfsgruppen".

Im Prinzip kann aber heute schon mit Hilfe von PLAISIR© die Belastung einer Einrichtung über den Grad der Hilfebedürftigkeit der Bewohner zuverlässig und vergleichbar bestimmt werden. Eine „Quote" dieser Art kann mit anderen Einrichtungen in Beziehung gesetzt werden und auf dem Hintergrund der Menge der zu erbringenden Leistungen eine qualifizierte Begründung für eine Abweichung von der Norm, sowohl nach oben als auch nach unten, begründen.
Da die von PLAISIR© gelieferten Informationen über die Verteilung der Bewohner nach Beeinträchtigungsgrad und dem Grad der kognitiven Defizite und der psychiatrischen Probleme sehr differenziert sind, können Einrichtungen mit besonders schwer pflegebedürftigen Bewohnern (Alzheimer-Erkrankungen, Zustände nach Schlaganfall und/oder Wachkoma) leicht identifiziert werden. Auch weist ein im Verhältnis zu anderen Einrichtungen höherer Anteil an „behandlungspflegerischen" Leistungen und Zeiten auch auf die Notwendigkeit einer höheren *Fachkraftquote* hin.
Andererseits zeichneten sich im Rahmen der Erhebungen auch Einrichtungen dadurch aus, dass ihre Bewohner, neben einem insgesamt niedrigen Pflegezeitbedarf, auch über ihre Profile noch selbstständig genug sind und, bis auf punktuelle Unterstützungsleistungen, nur selten explizit fachliche Pflege benötigen. Bei diesen könnte sogar eine Absenkung der Fachkraftquote im Rahmen des Ermessensspielraums begründet werden.

5.3 Übergreifende Ergebnisse der Erprobungen

Der flächendeckende und trägerübergreifende Einsatz des Verfahrens in Schleswig-Holstein hatte zum Ziel, neben der Gewinnung der Daten zu den BewohnerInnen sowie zu ihren erforderlichen Pflegeleistungen in den untersuchten Einrichtungen, die Grundlagen für ein trägerübergreifendes, leistungs- und qualitätsorientiertes Benchmarking zu schaffen. Besonders bei der zweijährigen Anwendung in Bremen wurde ersichtlich, dass mit Hilfe der Informationen, die das Verfahren PLAISIR© liefert, ein bestehendes Qualitätsmangement fundiert und um wesentliche Bestandteile ergänzt bzw. erweitert werden kann.

Darüber hinaus wurden die erforderlichen Schritte und Inhalte für eine mögliche Einführung des Verfahrens (Moderation und Dokumentation der Prozesse) beschrieben, die zu unternehmen sind, um zu einer verbindlichen Einbettung des Verfahrens und seiner Ergebnisse auf den verschiedensten Ebenen zwischen den Vertretern der Selbstverwaltung zu gelangen.
Ziel war die Entwicklung von Empfehlungen für Vereinbarungen und Vertragsmuster, die hierfür erforderlich sind, sowie die ggf. notwendigen Anpassungen des Instrumentes und der Verwertung der Ergebnisse in Bezug auf die einschlägigen leistungs- und vertragsrechtlichen Bedingungen. Die von EROS umfassend zur Verfügung gestellten Rohdaten wurden deshalb in eine Datenbasis umgewandelt, die erste umfassende Vergleiche und weitergehende Analysen ermöglichte. Die wichtigsten Ergebnisse dieser ergänzenden Analysen werden nachfolgend dargestellt.

Bis auf wenige Ausnahmen waren alle Einrichtungen in der Lage, die Erhebungsphase im vorgegebenen Zeitrahmen erfolgreich abzuschließen. Diese Erfahrungen decken sich mit vorangegangenen Projekten. Dies spricht für die Didaktik und Methodik der Schulungsmaßnahmen und die Akzeptanz des Systems bei den Pflegefachkräften.
Die Unterlagen wurden termingerecht zur abschließenden Bearbeitung an das KDA gesandt und dort erfasst. Der Vergleich mit den Ergebnissen einer aktuellen Auswertung in Québec bestätigt, dass über das qualitätssichernde Desk-Review die vereinbarten Richtlinien und Standards eingehalten werden. Aus Sicht der Projektbegleitung konnte bestätigt werden, dass PLAISIR© tatsächlich in der Lage ist, den Status der Bewohner und die erforderlichen Leistungen vergleichbar und zuverlässig auf dem Hintergrund der hinterlegten und vereinbarten Leistungen zu ermitteln.
Mit den vorliegenden Ergebnissen einer flächendeckenden Anwendung können erstmals auf der Grundlage der PLAISIR©-Ergebnisse die bestehenden Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen deutlich gemacht und auch begründet werden. So sind die differenzierten Daten zu den einzelnen Einrichtungen mit Blick auf mögliche Empfehlungen zur Personalbedarfsermittlung von wesentlicher Bedeutung.

Bemerkenswert ist, dass die mit PLAISIR© ermittelte durchschnittliche direkte Pflegezeit der BewohnerInnen in den Einrichtungen eine Spannbreite von 79 bis 223 Minuten je Einrichtung aufweist. Dies bedeutet im Klartext, dass auf Grund des tatsächlichen Pflegebedarfs eine Einrichtung u. U. einen annähernd dreimal so hohen Pflegebedarf zu befriedigen hat wie eine „regional" vergleichbare Einrichtung.

Der direkte Pflegezeitbedarf liegt bei der Betrachtung aller vorliegenden Evaluationen derzeit bundesweit bei ca. 136 Minuten und im Kreis Segeberg, wie im Teilbericht differenziert erläutert, bei ca. 130 Minuten pro Tag und Bewohner.

Bei einer Auswertung nach Pflegestufen wird – analog zu den vorherigen Untersuchungen – die Spannbreite der direkten und indirekten Pflegezeit nach PLAISIR© bei den Bewohnerinnen und Bewohnern trotz identischer Pflegestufe sehr deutlich. Dies ist ein ernst zu nehmender Hinweis darauf, dass Personalrichtwerte, orientiert an Pflegestufen, im Grundsatz keine leistungs- und bedarfsgerechte Zuordnung ermöglichen können.

Pflegestufe	Anzahl Bewohner	Mittelwert von DIP/TAG	Minimalwert von DIP/TAG	Maximalwert von DIP/TAG	Standardabweichung beim Mittel DIP/TAG
o. A.	53	132	28	284	77
0	652	69	18	269	41
1	972	99	23	345	51
2	939	163	34	330	52
3	459	212	49	328	39
4	9	229	185	275	35
N =	3.084				

Tab. 28: Pflegestufen und Zeitwerte für die direkte und indirekte Pflege (DIP)

Bei einer Berücksichtigung der gesamten Untersuchungsgruppe im Kreis Segeberg liegt der Zeitbedarf für die so genannten grundpflegerischen Leistungen (einschließlich Kommunikation) bei ca. 119 Minuten pro Tag. Diese verteilen sich wie folgt auf die Leistungsarten:

- Respiration (0,5 Minuten/Tag)
- Ernährung (22,4 Minuten/Tag)
- Ausscheidung (21,4 Minuten/Tag)
- Hygiene/Ankleiden (29,0 Minuten/Tag)
- Mobilisation (22,0 Minuten/Tag)
- Kommunikation (23,9 Minuten/Tag)

Der Zeitaufwand für die Mithilfe bei der ärztlichen Therapie und Diagnostik (so genannte Behandlungspflege), nach PLAISIR© „Pflegetechniken" genannt, liegt bei den Bewohnern in Segeberg bei ca. elf Minuten pro Tag und Bewohner.
Da PLAISIR© eine differenzierte Erfassung der so genannten behandlungspflegerischen Leistungen ermöglicht, kann neben der Gesamtzeit für diese Tätigkeiten auch exakt festgestellt werden, welche behandlungspflegerischen Leistungen, in bestimmten Einrichtungen oder auch insgesamt, überwiegend bzw. sehr häufig erforderlich sind. Ebenfalls kann der quantitative Umfang der erbrachten externen, therapeutischen und ärztlichen Leistungen umfassend beschrieben werden.

5.3.1 Ergebnisse der Modellrechnungen Schleswig-Holstein

Die ersten Modellrechnungen machen deutlich, dass die Diskrepanz zwischen dem nach PLAISIR© erforderlichen und dem tatsächlich vorhandenen Personal in

direktem Zusammenhang steht mit der bestehenden Belegungsstruktur der jeweiligen Einrichtung.

Da PLAISIR© sich ausschließlich am gesamten individuellen Pflegebedarf orientiert, sind die größten Abweichungen in denjenigen Einrichtungen zu erwarten, die schon heute durch eine „ungünstige" Pflegestufenzuordnung der Bewohner die Pflegebedürftigen betreuen, die insbesondere wegen ihrer Probleme im psychischen und lebenspraktischen Bereich einer vollstationären Pflege bedürfen, aber auf Grund der Feststellung des Pflegebedarfs nach den §§ 14, 15 SGB XI systemisch bedingt (bezogen auf ihren umfassenden tatsächlichen Bedarf) häufig zu niedrig eingestuft werden (müssen). Ist die Struktur einer Einrichtung deutlich durch diese Personengruppen geprägt, kann die Einrichtung nicht ausreichend Erlöse erzielen bzw. nicht ausreichend Personal vorhalten, um die fachlich erforderliche Pflege zu leisten.

Es wurde deutlich, dass unter Beachtung der derzeitigen Refinanzierungsmöglichkeiten eine unmittelbare und unveränderte Übernahme der Vorgaben des Originalverfahrens PLAISIR© mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht in einem einzigen Schritt zu erreichen sein wird. Einrichtungen, die in den letzten Jahren ihre Personalmenge nicht dem Bedarf angepasst haben oder auch nicht anpassen wollten, werden nicht in der Lage sein, ad hoc das ausgewiesene Personal einzustellen (sofern es am Arbeitsmarkt überhaupt verfügbar ist). Dies würde durch die damit verbundenen Preissteigerungen für viele BewohnerInnen dieser Einrichtungen auch nicht nachvollziehbar sein – insbesondere in den Einrichtungen, die auch mit dem bisher verfügbaren Personal (scheinbar) in der Lage sind, eine ausreichende oder sogar gut beurteilte Qualität zu erbringen.

Die vorliegenden Auswertungen geben zudem einen Blick frei in die so genannte „Black Box" des Systems, das meint die bei PLAISIR© zugrunde gelegten Zeitwerte und Häufigkeiten bei den einzelnen Pflegeleistungen. So können diese Zeitwerte mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen in Beziehung gesetzt werden. Der Beirat in Schleswig-Holstein kam zu dem Ergebnis, dass die ermittelten Zeitwerte nicht nur hohe Plausibilität erreichen, sondern auch in ihrer Höhe und Häufigkeit berechtigt sind.

Auf der Grundlage erster Schätzungen erreichen die Einrichtungen im Kreis Segeberg, bei unveränderter Übernahme des PLAISIR©-Verfahrens nach den „Westschweizer Standards", im Durchschnitt knapp zwei Drittel des von PLAISIR© ermittelten erforderlichen Personals. Diese kalkulatorische Diskrepanz weicht nur unwesentlich von den Ergebnissen der vorherigen AWO-Erhebung und der Pilotstudie in Mannheim ab. Mit einer Mitarbeiter-Bewohner-Relation von 1 zu 1,66 liegt der durchschnittliche Personalschlüssel aller Einrichtungen nach dem Ausgangssystem deutlich über dem in Schleswig-Holstein, der nach Auswertung der Unterlagen der Pflegekassen auf 1 zu 2,47 geschätzt werden kann.

Im Kreis Segeberg standen den kalkulatorisch nach PLAISIR© erforderlichen 1.796 bzw. 1.721 Vollzeitkräften lediglich 1.267 bzw. 1.211 VZÄ gegenüber, wenn die Schätzungen auf Grund der bestehenden Pflegesatzvereinbarungen und die mit PLAISIR© festgestellte Belegungsstruktur zugrunde gelegt wird (siehe hierzu Punkt 3.5 des Berichts)
Der bezogen auf die Mitarbeiterausstattung höchste Personalschlüssel liegt derzeit auf Grund der Pflegesatzabschlüsse um 287 Prozent über dem niedrigsten Abschluss. Würde die Personalmenge der untersuchten Einrichtungen nach PLAISIR© auf der Grundlage der Einzelbedarfe ermittelt und in einen Pflegepersonalschlüssel umgewandelt, reduzierte sich die o. g. Differenz auf 238 Prozent.

Auf der Grundlage der bestehenden Pflegesatzvereinbarungen erhält derzeit eine Einrichtung im Vergleich mit einer anderen aus dieser Region fast bis zu dreimal so viel Personal. Eine Einführung von PLAISIR© würde insbesondere bei den Einrichtungen, die derzeit einen unterdurchschnittlichen Personalschlüssel haben, zu deutlichen Verbesserungen führen.
Es ist davon auszugehen, dass nach den Soll-Vorgaben des Ausgangssystems PLAISIR© das Niveau bezogen auf die niedrigsten Ist-Abschlüsse um 46 Prozent bzw. bei den höchsten Abschlüssen um 21 Prozent angehoben werden würde.

Bei einer differenzierten Betrachtung von zehn ausgewählten Einrichtungen konnten allerdings zum Teil erhebliche Abweichungen zwischen Soll und Ist festgestellt werden, obwohl diese Einrichtungen nach allgemeiner Auffassung und/oder auch nach Kurzprüfung durch den zuständigen MDK eine durchaus ausreichende oder sogar gute Pflegequalität erbringen. Dies relativiert die Ergebnisse nicht, da neben der Personalmenge die Effizienz und Effektivität des Personals von weiteren Faktoren massiv beeinflusst wird, die von dem Verfahren als standardisiertes Personalbemessungsverfahren nicht dargestellt werden können. Auch gibt es ebenso viele Einrichtungen, die trotz einer im Vergleich hohen Ist-Personalausstattung wegen Qualitätsmängeln in die Kritik geraten. PLAISIR© geht bei der Ermittlung der erforderlichen Pflegezeit für die Pflegeaktionen immer von Zeitwerten aus, die nicht nur eine sorgfältige und umfassende Pflege ermöglichen, sondern PLAISIR© berücksichtigt auch die Leistungsfähigkeit einer „normalen" Pflegekraft unter durchschnittlichen Arbeitsbedingungen (siehe hierzu Punkt 3.5 dieses Berichts). Damit liefert PLALSIR© einen bislang fehlenden „Nominalwert" mit dem die erforderlichen Leistungen, bzw. damit verbunden die Belastungen, einer Einrichtung ausgedrückt und verglichen werden können.
PLAISIR© kann deshalb von seiner Intention und Konstruktion her gar nicht umhin, zur Bestimmung des Pflegezeitbedarfes Durchschnittwerte zu berücksichtigen und sowohl Leistungen als auch Zeiten zu standardisieren.

5.3.2 Anpassung des Verfahrens PLAISIR© an die deutsche Praxis

Auf der Basis aller vorliegenden Daten hat der Beirat in Schleswig-Holstein die Handlungsspielräume für mögliche Richtlinien zur Anwendung des Verfahrens abgesteckt.
In diesem annähernd einjährigen Diskussionsprozess wurden eine Fülle von Fragestellungen vor allem durch den Beirat und dessen zwei Expertengruppen bearbeitet. Diese zu Projektbeginn etablierten Arbeitsgruppen setzten sich aus Vertretern der Leistungserbringer und der Kostenträger zusammen; auch waren die Senioren selbst über ihre Landesvertretung und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung integriert. In diesen Gremien wurden folgende Fragestellungen bearbeitet:

- Zuordnung der Leistungen von PLAISIR© zu den Leistungen laut Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI für die stationäre Pflege (in Schleswig-Holstein)
- Überprüfung der PLAISIR©-Häufigkeitsnormen und Erarbeitung eines Vorschlags für die Anpassung an schleswig-holsteinische bzw. bundesdeutsche Verhältnisse
- Prüfen der Methodik der Verrechnung der Pflegezeit in Arbeitszeit
- Bestimmung der berücksichtigungsfähigen Faktoren, die auf Grund der Tarifverträge, aber auch der Pflegepraxis in Deutschland einzusetzen sind
- Entwicklung eines Kalkulationsmodells zur Errechnung der erforderlichen Vollzeitstellen

Ziel war es, eine möglichst konsensfähige Grundlage zur Erstellung der im Landesprojekt angestrebten Empfehlungen für ein zukünftiges Personalbedarfsermittlungsmodell zu entwickeln und dem Beirat auf Landesebene entsprechende Vorschläge für die zukünftige Anwendung des Verfahrens PLAISIR© und für ggf. notwendige Anpassungen zu unterbreiten. Die Vorschläge sollten darüber hinaus als Diskussionsgrundlage für den Beirat auf Bundesebene zur Überprüfung hinsichtlich einer breiteren Anwendung von PLAISIR© in Deutschland dienen.

Die Ergebnisse sind hier noch einmal stichpunktartig aufgeführt:

- Die Expertengruppe „Produktionsfaktoren" hat sich nach Prüfung der Methodik des Verfahrens PLAISIR© darauf verständigen können, dass die in ihm angelegten Kalkulationsschritte nachvollziehbar, fachlich begründet und zur Feststellung des erforderlichen Personalbedarfes geeignet sind.
- Die TeilnehmerInnen waren übereinstimmend der Überzeugung, dass der Ansatz von PLAISIR©, den Personalbedarf auf der Grundlage der individuell erforderlichen Leistungen zur Ermittlung der erforderlichen Personalmenge einer Einrichtung zu nutzen, sinnvoll und erstrebenswert ist.
- Obwohl die Leistungsbeschreibungen des Verfahrens die Zeiten für die indirekten Pflegeleistungen beinhalten, waren alle Mitglieder der Arbeitsgruppe der Auffassung, dass zur Bereitstellung dieser Leistungen zusätzliche Zeit

erforderlich ist, damit diese auch tatsächlich erbracht werden können (bspw. Pflegeplanung und -dokumentation). Darüber hinaus haben die Pflegemitarbeiter zunehmend bewohnerferne, administrative oder sonstige Aufgaben wahrzunehmen, für die ebenfalls zusätzlich „Zeit" bereitgestellt werden muss. Aus diesem Grund wurde die Anerkennung der von PLAISIR© vorgesehenen Pauschalen für BBK (12,5 Minuten/Tag) und VIAW (11,5 Minuten/Tag) mit insgesamt 24 Minuten/Tag je Bewohner vorgeschlagen und in der Expertengruppe deren Beibehaltung bei einer Anwendung in Schleswig-Holstein empfohlen. Es wurde allerdings angeregt, diese Zeitwerte zukünftig durch quantitative und qualifizierte Messungen zu überprüfen und ggf. zu verändern. Auch wurde aus fachlichen Erwägungen eine dynamisch sich dem direkten Pflegezeitbedarf angleichende Pauschale für besser gehalten. Diese sei jedoch für eine anfängliche Einführung des Verfahrens nicht zwingend erforderlich und sollte einer späteren Revision vorbehalten sein.
- Die Verrechnung der vorzuhaltenden Pflegezeit in erforderliche Personalstellen über den so genannten Faktor „r" wurde unterstützt.
- Es wurde vereinbart, die Fehlzeiten nach den von PLAISIR© benutzten Kategorien zu erfassen. Mit Hilfe einer vereinfachten statistischen Auswertung – über den Median oder das gewichtete Mittel – sollen je Kategorie für eine Region verbindliche Werte vereinbart werden. Hierzu konnten für die Erprobung im Kreis Segeberg konkrete Vereinbarungen getroffen werden.

5.4 Exemplarische Umsetzung auf Landesebene – Das „Kieler Modell"

Die Ergebnisse der flächendeckenden Anwendung im Kreis Segeberg und der Vergleich mit den derzeit zur Verfügung stehenden Ressourcen im Pflegebereich haben deutlich gemacht, dass eine Umstellung der Personalbedarfsermittlung auf die individuell erforderliche Pflege mit erheblichen Anpassungen der Personalausstattung in den Pflegeeinrichtungen verbunden sein wird, insbesondere dann, wenn eine unmittelbare und unveränderte Übernahme der bislang im Verfahren PLAISIR© hinterlegten Leistungen und Zeitwerte erfolgt.
Die im Rahmen des so genannten „Kieler Modells" zwischen den Leistungserbringern und -trägern im Projektbeirat vereinbarten Anpassungen der Richtlinien und Rechengrößen des PLAISIR©-Systems ermöglichen jedoch eine schrittweise und auch sozialverträgliche Einführung des Verfahrens und damit die Umstellung auf eine einrichtungsbezogene, am individuellen Pflegebedarf der Bewohner orientierte Pflege. Auch bei dem „Kieler Modell" bleibt die individuell erforderliche Pflege zentrales Element einer einrichtungsbezogenen Personalbedarfsermittlung. Dieser Grundsatz wird durch die prozentuale Koppelung der Zeiten für die bewohnerfern zu erbringenden Leistungen an die direkte Pflegezeit noch gestärkt. Die ausgehandelten und einvernehmlich abgestimmten Einschränkungen stellen aus Sicht der Beteiligten das derzeit maximal Erreichbare in Bezug auf fachliche

Erfordernisse und Finanzierbarkeit dar und sollten künftig einer Überprüfung unterzogen und stufenweise aufgehoben werden.
Das „Kieler Modell" sieht im deutlichen Gegensatz zu der Anwendung des Verfahrens in seinem Ursprungsland Kanada keine pauschale Kürzung der insgesamt ermittelten Personalmenge vor, da dies Soll-Ist-Vergleiche, also eine Überprüfung mit Hilfe des Pflegeleistungsplanes, unmöglich machen würde. Lediglich für den Bereich der „Kommunikation" wird der pro Bewohner ermittelte Zeitwert von durchschnittlich 24 Minuten pro Bewohner und Tag, bei unverändertem Leistungsplan, um fünf Minuten gekürzt. Diese Einschränkung erschien den Mitgliedern des Beirats in Hinblick auf eine Einführung von PLAISIR© in einem ersten Schritt hinnehmbar, da das Verfahren im Bereich Kommunikation notwendige Leistungen berücksichtigt, die derzeit häufig zu Lasten anderer, ebenfalls erforderlicher Maßnahmen bzw. nicht in der geforderten Qualität und Zeit erbracht werden. Gegenüber der vorherrschenden Praxis stellt die grundsätzliche Anerkennung der Zeiten im „Kieler Modell" auch einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Pflege demenziell Erkrankter dar.
Letztendlich können die Diskussionen, Überlegungen und Resultate, die auf Landesebene zum „Kieler Modell" führten, beispielhaft für die Umsetzung des Verfahrens PLAISIR© auf Bundesebene sein.

So bleibt der Ausgangspunkt einer Personalbedarfsermittlung mit PLAISIR© nach dem „Kieler Modell" der individuell ermittelte und zentral überprüfte erforderliche Pflegezeitbedarf auf der Grundlage verbindlich vereinbarter Leistungsbeschreibungen, Häufigkeiten und Zeitwerte.
Dem nachfolgend beschriebenen „Kieler Modell" liegen allerdings die an die deutschen Verhältnisse angepassten Leistungsbeschreibungen und die Empfehlungen und Leitlinien des KDA zugrunde.

Die Pflegezeit wird für jeden Bewohner mittels eines Pflegeleistungsplanes nach zehn Leistungsbereichen aufgeschlüsselt und in Pflegezeitminuten pro Tag dargestellt. Er wird für den Zeitraum einer Woche für jede Stunde eines Tages erstellt und bildet die zentrale Grundlage der Personalbedarfsermittlung und der Beurteilung des Umfangs der erforderlichen Leistungen und der Qualität einer Einrichtung.

Die Zeiten für die einzelnen Pflegeleistungen im Rahmen der so genannten direkten und indirekten Pflege nach PLAISIR© (DIP) schließen alle notwendigen vor- und nachbereitenden Tätigkeiten und die erforderliche Kommunikation zur Erbringung dieser Leistungen ein.

Auf der Grundlage des individuellen Bewohnerprofils und der Pflegedokumentation bzw. -planung des Pflegebedürftigen wird die für den jeweiligen Bewohner anerkennungsfähige Zeit und die Frequenz für die erforderlichen Pflegeleistungen über Gewichtungsfaktoren nach Maßgabe der vereinbarten Richtlinien und Häufigkeiten ermittelt. Die Erhebung wird über einen standardisierten Erhe-

bungsbogen von speziell geschulten Pflegefachkräften der jeweiligen Einrichtung vorgenommen. Die Einhaltung der vereinbarten Richtlinien und Normen wird über ein zentrales und unabhängiges Institut in Form des so genannten Desk-Reviews überprüft und garantiert.

Neben den Pflegeleistungen, die einem Bewohner unmittelbar zugeordnet werden können (DIP), müssen Zeiten für die Planung und interne Organisation, Qualitätssicherung und übergreifende pflegerische Aufgaben berücksichtigt werden. Diese Zeiten werden im Standardsystem als Pauschalen von insgesamt 24 Minuten pro Bewohner und Tag als „BBK" und „VIAW" bezeichnet und sichern die Bereitstellungszeiten der Pflege.
Das „Kieler Modell" sieht im Gegensatz hierzu eine prozentuale Bestimmung dieser Zeiten in Höhe von zehn Prozent der direkten und indirekten Pflegezeit (DIP) bei einem Mindestzeitwert von fünf Minuten pro Tag und Bewohner vor. Durch Addition der Zeiten für die direkte und indirekte Pflege (DIP) und der einem Bewohner nicht unmittelbar zugeordneten Leistungen (BBK und VIAW) ergibt sich die notwendige tägliche Pflegezeit „GPN" (Nettopflegeminuten) bzw. das erforderliche anwesende Personal pro Tag und Bewohner (Ist-Besetzung). Hierdurch bleibt bei dem „Kieler Modell" die individuell erforderliche Pflege der BewohnerInnen zentrales Element einer einrichtungsbezogenen Personalbedarfsermittlung. Dieser Grundsatz wird durch die prozentuale Bestimmung der Zeiten für die bewohnerfern zu erbringenden Leistungen an der direkten Pflegezeit gegenüber dem Ursprungssystem noch gestärkt.

Um das errechnete Personal tatsächlich vorhalten zu können, werden in einem weiteren Rechenvorgang die arbeitsvertraglich bedingten und zusätzlich die für eine Region repräsentativ ermittelten so genannten Ausfallzeiten bzw. Fehlzeiten (Abwesenheitstage) berücksichtigt.

Durch das Verhältnis von Nettoarbeitszeit (tatsächliche Anwesenheit) pro MitarbeiterIn und Bruttoarbeitszeit (beinhaltet alle anerkennungsfähigen Abwesenheiten und Fehlzeiten) kann der Bedarf an Soll-Stellen (Vollzeitstellen) realitätsnah kalkuliert werden.

Das Verhältnis von Netto- zu Bruttoarbeitszeit wird mit PLAISIR© durch den Faktor „r" ausgedrückt und beschreibt letztendlich die Effizienz (bezogen auf die Zeit) einer Vollzeitkraft in einer Region bzw. Einrichtung. Nach dem „Kieler Modell" wird dieser Faktor auf der Grundlage der insgesamt in einer Region (Bundesland) erhobenen Fehlzeiten für alle Einrichtungen verbindlich festgelegt. Hierbei werden die Wochenarbeitszeit, die vereinbarten Arbeitstage pro Woche, bezahlte Pausen und die Fehlzeiten für Urlaub, Feiertage, Fortbildung, Krankheit und sonstige Freistellungen angemessen berücksichtigt.

Unter Einbeziehung dieser Variablen wird auf der Grundlage der individuellen Pflegeleistungspläne für jede Leistungsart, jeden Bewohner und jeden Pflegebe-

reich der notwendige Personalbedarf je Schicht in Soll-Stellen ermittelt und so sichergestellt, dass die festgestellten erforderlichen Leistungen von den Pflegemitarbeitern auch wirklich erbracht werden können.

Ausgehend von der im Kreis Segeberg vorgefundenen und im Grundsatz so in allen Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins anzunehmenden Ausgangslage wurde von den Beteiligten eine Modifikation des PLAISIR©-Verfahrens vorgenommen, ohne dieses Verfahren im Kern zu verändern. Neben Anpassungen an aktuelle Standards, die mit einer Erhöhung des Personals verbunden sind, wurden Leistungen für bestimmte Bewohnergruppen eingeschränkt, bzw. der Leistungsumfang wurde insgesamt reduziert. Dies gilt insbesondere für den Bereich der pauschalen Zuschläge für die fern beim Bewohner erbrachten Leistungen. Diese Vorgehensweise erschien als einzige fachlich vertretbare Möglichkeit, da eine pauschale Kürzung der gemessenen Personalmenge für die mit PLAISIR© differenziert gemessenen und zu erbringenden Pflegeleistungen einem transparenten und leistungsgerechten System die Grundlage entziehen würde.[30]
Das Modellprojekt hat belegt, dass die Verrechnung der durch PLAISIR© ermittelten direkten und indirekten Pflegezeit in Personalstellen inhaltlich und methodisch begründet und folgerichtig ist und zu Ergebnissen führt, die als Grundlage der abzuschließenden Leistungs-, Qualitäts- und Vergütungsvereinbarungen auf Bundesebene (§ 80 a SGB XI) geeignet sind.
Das KDA ist der Überzeugung, dass die Einführung des Verfahrens PLAISIR© zu einer Versachlichung der Gesamtdiskussion zwischen den Beteiligten beiträgt und das Verfahren darüber hinaus die Pflegequalität bundesweit merklich und überprüfbar verbessern kann, da mit den Informationen des PLAISIR©-Verfahrens die notwendige Transparenz über die erforderlichen Leistungen, Arbeitsabläufe und die Personalmenge hergestellt wird.

[30] Siehe hierzu insbesondere Abschnitt 3.7.5 des Berichts

6 Zusammenfassung

Ausgangslage und zentrale Aufgabenstellungen des Modellprojekts
Der Beirat zum Projekt „Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären Pflege“ (PPvP), der sich aus allen maßgeblichen Vertreterinnen und Vertretern der Selbstverwaltung auf Bundesebene zusammensetzt, hat im Juli 2001 in einem Beschluss empfohlen, „zukünftig ein valides und reliables Instrument einzusetzen, welches den individuell erforderlichen Pflegebedarf nach einheitlich und eindeutig definierten Kriterien ermittelt und die Ressourcen ausweist, die zur Befriedigung des erforderlichen Pflegebedarfs notwendig sind“.
Er hat weiterhin konstatiert, dass die Ergebnisse der Erprobungen gezeigt hätten, dass PLAISIR© diese Anforderungen erfüllen und den individuell erforderlichen Pflegebedarf ermitteln würde sowie verlässliche Informationen für eine an den Bedürfnissen der Bewohner orientierte Personaleinsatzplanung bereitstelle, die der Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Qualität der Pflege und Betreuung dienen. Darüber hinaus gelangten die Mitglieder des Beirates zu der Auffassung, dass PLAISIR© eine rationale Grundlage für leistungs- und qualitätsorientierte Vergütungsverhandlungen sein könne. Hintergrund für dieses bereits positive Votum war, dass „für eine Versachlichung der Diskussion Informationen und Verfahren benötigt werden, die den erforderlichen Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner nach einheitlich und eindeutig definierten Kriterien bestimmen, damit die erforderlichen Ressourcen valide und reliabel festgestellt werden können“, denn, so die Einschätzung der Mitglieder des Beirates: „Nur mit diesen Informationen kann Transparenz über die erforderlichen Leistungen, Arbeitsabläufe und die Anzahl und Qualifikation des Personals hergestellt werden.“

Aus diesem Grund sprach sich der Beirat dafür aus, das Instrument PLAISIR© als Messinstrument für die vollstationäre Pflege einzusetzen, und er empfahl den zuständigen Ministerien, die flächendeckende Anwendung des Verfahrens PLAISIR© in ausgewählten Regionen durch begleitende Forschungsprojekte zu unterstützen. „Ziele einer breiteren Anwendung sollten auch sein, das Verfahren und die Instrumente pflegewissenschaftlich weiter zu entwickeln und die ihm zugrunde gelegten Leistungsbeschreibungen und Richtwerte dem jeweiligen Stand der gesicherten Facherkenntnisse anzupassen.“

Neben diesen Aufgabenstellungen wurde im nun abgeschlossenen Folgeprojekt „Analyse und Transfer des Verfahrens PLAISIR© nach Deutschland“ (ATP) untersucht, ob das Verfahren in Deutschland von deutschen Pflegefachkräften eigenständig angewandt werden kann und ob auf der Grundlage der Ergebnisse des Verfahrens in den Ländern Rahmenverträge zur vollstationären Pflege gemäß § 75 SGB XI zustande kommen können. Darüber hinaus wurde geprüft, ob das Verfahren auch die erforderlichen Daten und Informationen für die im Gesetz zum 01.01.2002 aufgenommenen Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80 a SGB XI liefern kann.

Bewertung der Ergebnisse und Empfehlungen

Nach nunmehr annähernd zweijähriger Erprobung und Erstellung von mehr als 10.000 Evaluationen zum Zeitpunkt der Berichtslegung Ende November 2002 kann festgestellt werden, dass sowohl die Ausbildung der hierfür erforderlichen deutschen Pflegekräfte in den Einrichtungen zum Evaluator als auch der Datenbearbeitungs- und Datenbewertungsprozess von speziell geschulten deutschen Pflegekräften über ein deutsches „Institut" weitgehend eigenständig vorgenommen werden kann.

Die intensive Analyse der Methodik und der dem Verfahren zugrunde gelegten Variablen hat nach Auffassung aller Projektbeteiligten ergeben, dass es alle wesentlichen Anforderungen an ein Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlungsverfahren für Deutschland erfüllt.

Darüber hinaus erfüllt es schon in der aktuellen Version weitgehend alle Voraussetzungen für die eingangs erwähnten verbindlich zu erstellenden Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen.

Die flächendeckende Anwendung in Bremen und in Schleswig-Holstein hat ein erhebliches Potenzial für eine Steigerung der Effektivität und Effizienz in der Pflege, der Pflegequalität insgesamt und eine fundierte und wirkungsorientierte Pflegeinfrastrukturplanung durch den Einsatz von PLAISIR© aufgezeigt.

So bildet das System PLAISIR© den gesundheitlichen und pflegerelevanten Status der BewohnerInnen von Pflegeheimen und die erforderlichen Pflege- und Betreuungsleistungen nach den in Deutschland gültigen Kriterien transparent und nachvollziehbar ab, und der für jeden Bewohner erstellte Pflegeleistungsplan beschreibt differenziert, fachlich fundiert und praxisgerecht die Situation des Pflegebedürftigen.

Auf seiner Grundlage können die Leistungserbringungsprozesse und die Personalorganisation in der Pflege – unter maßgeblicher Beachtung der individuell erforderlichen Pflege – besser als bisher geplant, durchgeführt und zukünftig exakt evaluiert werden. Die Methodik der Personalbedarfsermittlung auf der Grundlage der individuellen Bedarfe ist umfassend, sinnvoll und sachgerecht. Das Verfahren ist in der Lage, den tatsächlich erforderlichen Personalbedarf umfassend, bedarfsgerecht und adäquat zu ermitteln.

Über Vereinbarungen zu einer schrittweisen Anpassung analog des „Kieler Modells" kann die Einführung des Verfahrens für alle Beteiligten sozialverträglich gestaltet werden. Hierbei stellt das in Schleswig-Holstein entwickelte Modell nur eine mögliche Variante dar. Sie beweist allerdings, dass eine Umstellung von einem pauschalen Kategoriensystem auf ein differenziertes System der erforderlichen, am einzelnen Bewohner orientierten Pflege – auch unter Beachtung der bestehenden Personalausstattungen der Einrichtung und der finanziellen Möglichkeiten der Sozialleistungsträger und Bewohner – möglich ist.

Mit PLAISIR© kann die festgestellte Inkongruenz zwischen der leistungsrechtlich relevanten Pflegestufe und der vergütungsrechtlich bedeutsamen Pflegeklasse ausgeglichen werden, und es stellt alle Leistungen nachvollziehbar und überprüfbar dar, die im Rahmen des SGB XI und SGB V in einer vollstationären Einrichtung angeboten werden müssen.

PLAISIR© bemisst die erforderlichen Pflegeleistungen immer auch unter Beachtung des Pflegebedarfs der Bewohner mit gestörter Alltagskompetenz (psychisch veränderte Bewohner bzw. gerontopsychiatrisch Pflegebedürftige). Im Gegensatz zu anderen Verfahren wird der Mehrbedarf dieser Personengruppe bei *allen* pflegerischen Leistungen berücksichtigt und nicht nur in Form zusätzlicher Betreuungsleistungen. Sie werden von PLAISIR© in der Kategorie „Kommunikation" *zusätzlich* berücksichtigt. Diese Kategorie kann und sollte zukünftig redaktionell und auch inhaltlich besser an den aktuellen Stand der deutschen Diskussion angeglichen werden. Hierzu wurden schon entsprechende Vorschläge erarbeitet.

Im Zusammenhang mit der flächendeckenden Anwendung in Schleswig-Holstein wurde nachgewiesen, dass PLAISIR© bereits in der vorliegenden Version, insbesondere wenn die im Projekt als Vorschläge erarbeiteten Neuformulierungen einiger zentraler Leistungsbeschreibungen aufgenommen werden, die gesetzlichen Anforderungen nach SGB XI, SGB V sowie nach dem BSHG erfüllt.

Durch die für PLAISIR© notwendige Einigung der Partner der Selbstverwaltung auf einen Katalog der erforderlichen und auch finanzierten Leistungen – nach Menge und Häufigkeit – grenzt sie diese gegen andere Leistungen beispielsweise nach § 88 SGB XI und BSHG ab. Diese können folglich klarer gefasst und verhandelt werden. Eindeutige Unterkunfts- und Verpflegungsleistungen werden über PLAISIR© nicht abgebildet. Hierzu müssen ergänzende Instrumente entwickelt werden.

Der Einsatz von PLAISIR© führt, noch bevor seine Ergebnisse bekannt sind oder umgesetzt werden, unmittelbar und nachweislich zu möglichen Verbesserungen der Pflege, da die intensive Auseinandersetzung mit dem Bewohner und das Hinterfragen der erbrachten und der erforderlichen Leistungen eine intensive Reflexion über die konkrete Pflegesituation auslösen, die sehr häufig zu einer Neuorientierung der Pflege führt. Über- wie Unterversorgungen werden offenbar und können, dies zeigt insbesondere die mehrjährige Anwendung der Bremer Heimstiftung, zielgerichtet abgebaut und zum Gegenstand der Qualitätsentwicklung einer Einrichtung gemacht werden. Dabei ermöglicht eine zielgerichtete, mehrjährige Anwendung auch die Evaluation der Wirkungen der eingesetzten Maßnahmen.

Das Verfahren liefert zuverlässige und evidente Informationen. Durch die Methode des mehrstufigen Desk-Reviews ist weitgehend sichergestellt, dass das System bewusst oder unbewusst kaum getäuscht werden kann. Das Instrument der „Nomenklatur der vereinbarten und finanzierten Leistungen" und die verbindliche Definitionen der erforderlichen Pflegeleistungen im Rahmen des Handbuches grenzen den Entscheidungsspielraum der evaluierenden Pflegefachkräfte in den Einrichtungen hineichend gut ein. Darüber hinaus wird die Einhaltung der Leitlinien und die Kohärenz und Plausibilität der Angaben über den zentralen qualitätssichernden Schritt des Desk-Reviews wirkungsvoll überwacht und gesichert. Da die Nomenklatur und die Bestimmung des Inhalts und des Umfangs der erforderlichen Pflegeleistungen ein anpassungsfähiges und auch veränderbares System ist, kann eine Adaption an zukünftige Entwicklungen und Erfordernisse vorgenommen werden. So ist auch eine Personalbedarfsermittlung mit PLAISIR©

kein „begrenztes“ und „starres“ Verfahren, sondern es ist entwicklungs- und lernfähig.
Das Verfahren kalkuliert nicht nur die individuell erforderliche Pflegezeit und den Personalbedarf unter Berücksichtigung einer Vielzahl von produktionsrelevanten Faktoren, sondern, und das unterscheidet es von allen bekannten Systemen, auch die in dieser Zeit konkret zu erbringenden Pflegeleistungen. Somit werden über das Verfahren nicht nur Ressourcen berechnet, sondern auch der Inhalt und der Umfang der hiermit zu erbringenden Leistung verbindlich definiert. Hierbei werden durchschnittliche Zeitwerte eingearbeitet, die ein „normaler“ Mitarbeiter in einer „normalen“ Arbeitsumgebung benötigt, um die Leistung in ausreichender Qualität zu erbringen.
Der Bewohner und seine ihm nahe stehenden Personen werden an der Feststellung der erforderlichen Pflege systematisch beteiligt. Sie können unmittelbaren Einfluss auf die Feststellung der erforderlichen Pflegeleistungen nehmen. Die Selbstpflegefähigkeiten des Bewohners oder die Unterstützung der Angehörigen kann angemessen bei der Erstellung des bio-psycho-sozialen Profils (Anamnese) und des Pflegeleistungsplanes berücksichtigt werden.

Perspektiven des Verfahrens PLAISIR©
Der Gesetzgeber hat in § 75 Abs. 3 SGB XI bestimmt, dass bei der Einführung eines Personalsbedarfs- oder Pflegezeitbemessungssystems auch in Deutschland erprobte Verfahren und bewährte internationale Erfahrungen zu berücksichtigen sind. Mit derzeit mehr als 10.000 Evaluationen in Deutschland und der mehrjährigen Anwendung in seinem Ursprungsland Kanada (hier: Provinz Quebec) und der französischsprachigen Schweiz, entspricht das Verfahren PLAISIR© diesen Anforderungen genau. Die per November 2002 evaluierten 10.000 Heimbewohner entsprechen bei ca. 460.000 Pflegeplätzen einem Anteil von zwei Prozent aller Bewohner deutscher Pflegeheime. Darüber hinaus kam PLAISIR© in einer Region in Deutschland schon mehrfach zum Einsatz, und es wird für weitere zwei Jahre in vier Kantonen der französischsprachigen Schweiz zur Bestimmung des Personalbedarfs eingesetzt. Zunehmend interessieren sich aber auch andere europäische Länder oder Regionen für dieses Verfahren, so u. a. Luxemburg, Spanien aber auch Frankreich und Belgien. Andere, häufig in die Diskussion eingebrachte Verfahren, wie beispielsweise die amerikanischen RUGs und auch deutsche Eigenentwicklungen erfüllen die in § 75 Abs. 3 SGB XI genannten Kriterien hingegen nicht. Damit erscheint gegenwärtig nur das Verfahren PLAISIR geeignet, die bisherigen Personalrichtwerte zu ersetzen.
Die Chancen eines Einsatzes von PLAISIR© gehen in Deutschland jedoch weit über die eigentliche Personalbedarfsermittlung hinaus! Es liefert wertvolle Informationen und Fakten zur Umsetzung des § 80 a SGB XI als auch SGB V und BSHG sowie des Heimgesetzes. Es kann die eher abstrakten Leistungsdefinitionen der vorgenannten Normen in konkrete und für alle Seiten überprüfbare Leistungen übersetzen helfen. Es erfordert und fördert einen kontinuierlichen und verbindlichen Abstimmungs- und Einigungsprozess über die erforderliche und finanzierte Pflege in den Pflegeheimen. In diesem Kontext wird die pflegefachliche, häufig

kontrovers geführte Diskussion akzentuiert, indem sie den Verhandlungen über die Pflegekosten vorangestellt, gleichsam „vor die Klammer gezogen“ wird. Die weiterhin erforderlichen Pflegesatzverhandlungen können sich mit PLAISIR© auf zuverlässige und transparente Informationen gründen, die eine Vergleichbarkeit auf der Leistungsebene und nicht nur auf der Kostenebene ermöglichen.
Die differenzierten Daten können darüber hinaus zu einer fundierten und qualifizierten Steigerung von Qualität sowie Effektivität und Effizienz der Pflege bei dem einzelnen Bewohner als auch einer Einrichtung insgesamt genutzt werden. In diesem Sinne ist PLAISIR© weit mehr als ein Instrument zur Personalbedarfsermittlung, obwohl es diese Aufgabe deutlich besser lösen kann als andere bekannte Verfahren.

Veränderungs- und Anpassungsbedarf
Ob die bislang von PLAISIR© verwendeten Kategorien der WHO, der ICD 9 und der ICIDH II und die ATL noch sinnvoll und „zeitgemäß“ sind, ist eher für die zukünftige Vergleichbarkeit und Kompatibilität zu anderen Systemen als für die systemeigene Messgenauigkeit von Bedeutung. Es wird empfohlen, unter Beachtung der internationalen Entwicklung in Richtung auf eine Harmonisierung der Sprache in der Pflege, eine Überarbeitung der Kategorien einzuleiten, allerdings ohne die Konsistenz des Systems zu gefährden. Dabei birgt die Aufnahme der ICD 10 anstelle der ICD 9 gegenüber einer Anpassung der benutzten Kategorien der ICIDH II an den ICF keine Schwierigkeiten.
Diese Veränderungen müssen allerdings mit allen Anwendern im Vorfeld intensiv diskutiert und abgestimmt werden. Ziel einer jeden Überarbeitung sollte auch die Herstellung einer höheren Kompatibilität zu anderen Verfahren und Kategoriensystemen im In- und Ausland sein.
Der größte Veränderungs- und Anpassungsbedarf wird bei der Bereitstellung der Ergebnisse und der eigentlichen Datenerfassung gesehen. Bereits im Rahmen der Projektlaufzeit wurden die Anforderungen an eine erweiterte und vereinfachte Nutzung der Ergebnisse und Daten vorformuliert.
So sollten die Ergebnisse, die weiterhin zentral zur Verfügung gestellt werden, schnell und vielfältig nutzbar abgerufen werden können, so dass sie auch mit den unterschiedlichsten Programmen und Verfahren kombiniert werden können. Aus diesem Grund wird eine weitgehend internetbasierte Verwertung der Daten empfohlen, auf die alle privilegierten Nutzer für ergänzende Untersuchungen und Analysen zugreifen können. Auch ist ein Zugriff Dritter auf die (anonymisierten und aufbereiteten) Daten ein weiteres Element der Qualitätskontrolle des Systems, und mit ihrer Hilfe kann eine fundierte und transparente Pflegeberichterstattung entwickelt werden, die nicht nur für eine kleine Zielgruppe zur Verfügung steht. Die Leitungen der Einrichtungen, aber auch die Verbände können die Gesamtdaten für betriebswirtschaftliche oder auch pflegewissenschaftlich begründete Vergleiche nutzen und die gewonnenen Ergebnisse wiederum ins Internet zur Diskussion einstellen.

Handlungsbedarf besteht auch in der Entwicklung eines zeitgemäßen und effizienten Datenerfassungssystems, denn in den bisherigen Anwendungen wurde deutlich, dass der Versand der Unterlagen und die Dateneingabe einen hohen Zeit- und auch Personalaufwand erfordern. Dieser könnte deutlich reduziert werden, wenn die Eingabe der Daten im Rahmen der Evaluation direkt von dem Evaluator erfolgte. Die technischen Möglichkeiten einer direkten Dateneingabe und eines internetbasierten Datentransfers wurden im Rahmen des Projektes diskutiert und mittelfristig für realisierbar gehalten. Dies gilt insbesondere für den Fall einer deutlich höheren Anzahl von Evaluationen in Deutschland.

Mit diesen Veränderungen bei der Datenerfassung und -auswertung kann das Verfahren insgesamt effektiver und effizienter gestaltet und die Bearbeitungsdauer erheblich verkürzt werden. Dies ist auch erforderlich, um die Kosten einer regelhaften Anwendung vertretbar zu gestalten. Der zentrale Bearbeitungsprozess hat nach Schaffung dieser Voraussetzung deutliche Vorteile gegenüber einem dezentral angelegten Bearbeitungsprozess: Die Software muss nur an einer Stelle aktualisiert und gewartet werden; die Einrichtungen bedürfen für eine Standardanwendung keinerlei spezieller Hard- und Softwareausstattung, die wiederum Kosten verursachen würde und die Daten können einer umfassenden und zentralen Qualitätskontrolle unterzogen werden, die im Zusammenspiel mit der hohen Transparenz bei der Veröffentlichung der anonymisierten Ergebnisse die Gewähr für eine interne wie externe Prüfung und Weiterentwicklung geben.

Die durch das Projekt entwickelten und zur Verfügung stehenden Ressourcen in Deutschland ermöglichen eine regelmäßige Evaluation von ca. 10.000 bis maximal 15.000 Evaluationen pro Jahr inklusive der erforderlichen Qualifikationsmaßnahmen.
Eine deutliche Steigerung der Kapazität müsste in enger Zusammenarbeit mit dem Institut EROS rechtzeitig abgestimmt und vorbereitet werden. So konnten sich bislang die verantwortlichen MitarbeiterInnen für das qualitätssichernde Desk-Review auf sehr kurzem Weg persönlich miteinander verständigen und unterschiedliche Einschätzungen und Probleme verbindlich klären. Bei mehr als 30.000 Evaluationen pro Jahr ist dies nicht mehr, wie im Beispiel der Anwendung in Deutschland, in dem bisherigen Maße gewährleistet. So müssten im Falle einer deutlichen Kapazitätsausweitung die bestehenden Interpretationsspielräume noch stärker als bisher schriftlich definiert und eingegrenzt werden. Darüber hinaus müssten zusätzliche Verfahrenskreisläufe und Qualitätskontrollen sicherstellen, dass die Zuverlässigkeit des Systems nicht der Quantität geopfert wird, denn das Verfahren PLAISIR© bedient sich zwar der EDV, aber das zentrale Element ist das über eine speziell geschulte Pflegefachkraft durchgeführte Desk-Review. Dies wird auch zukünftig nicht ausschließlich über die Software vorgenommen werden können.

Die vorgeschlagenen Anpassungen und benannten Handlungsbedarfe stellen lediglich Verbesserungen eines in sich schon stimmigen und zuverlässigen Gesamt-

systems dar, die insbesondere erst bei einer deutlichen Kapazitätsausweitung erforderlich werden.
Die empfohlene Überarbeitung des Instruments dient in erster Linie einer Aktualisierung der verwendeten Kategorien und nicht einer Änderung der Methodik. Das Verfahren PLAISIR© ist in der derzeit verfügbaren Form sehr geeignet, die in Deutschland aufgeworfenen Fragen einer angemessenen Leistungs- und Qualitätsbeurteilung und Personalbedarfsermittlung zu beantworten. Die einstimmige Empfehlung des Landespflegeausschusses in Schleswig-Holstein unterstreicht die Politikfähigkeit des Verfahrens. Ob sich das „Kieler Modell" in dieser oder einer ergänzten Form durchsetzen kann, hängt allerdings von der zukünftigen Diskussions- und Kompromissbereitschaft der Vertreter der Selbstverwaltung auf den verschiedensten Ebenen ab. So fordert PLAISIR© die Beteiligten auf, den Begriff der erforderlichen Pflege gesamtgesellschaftlich zu diskutieren und zu konkretisieren. Dies kann zur Klärung von Ansprüchen sowie von Verpflichtungen dienen und zu der von allen Seiten dringend eingeforderten und notwendigen Versachlichung der Diskussion führen, von der insbesondere die Pflegebedürftigen selbst, aber auch die Leistungsträger und -erbringer schon kurzfristig profitieren würden.

PLAISIR

Vergleich ausgewählter zentraler Ergebnisse der bisherigen PLAISIR Erhebungen in Deutschland (N=10239) mit den Resultaten einer aktuellen Erhebung in Quebec

Stand: 31.12.2002

Equipe de Recherche
Operationnelle en Sante

Statutarische Outputs des Systems PLAISIR

Bei einer ersten Evaluation von Bewohnern mit dem System PLAISIR werden Outputs der zwei folgenden Kategorien erstellt:

- nicht vergleichende Outputs: sie werden für jeden Wohn-/Pflegebereich und für die Einrichtung im Ganzen erstellt.
- vergleichende Outputs: sie werden nur für die Einrichtung erstellt. In ihnen werden die Wohn-/Pflegebereiche der Einrichtung miteinander verglichen.

Jeder Output hat eine Überschrift, die oben in der Mitte der Seite erscheint. Des weiteren hat jeder Output ein alphanumerisches Etikett, das sich oben rechts auf der Seite in einem Kästchen befindet.

Nicht vergleichende Outputs

Achtung : Die Kennziffern der Wohn-/Pflegebereiche (01, 02, 03 usw.) die in den nicht vergleichenden Outputs verwendet werden, entsprechen den Kennziffern, die den Wohn-/Pflegebereichen auf dem Formular "Identifikation der Einrichtung, der Evaluierer/Innen und der Kontaktpersonen" gegeben wurden.

- ***Etikett: N1***
  Überschrift: Verteilung der Bewohner nach Geschlecht und nach Alter bei der Aufnahme und zum Beobachtungszeitpunkt.

- ***Etikett: N2***
  Überschrift: Verteilung der Bewohner nach Beeinträchtigungsgrad.

  Die Bezeichnung der 9 Grade der fünf Variablen der Beeinträchtigungen befindet sich nicht auf dem Output, da es an Platz fehlt.
  Diese Bezeichnung ist folgende:

SICH BEWEGEN KÖNNEN (Mobilität)

1. **Volle** Bewegungsfähigkeit (weiter bei I)
2. **Gelegentlich eingeschränkte** Bewegungsfähigkeit
3. **Geschädigte** Bewegungsfähigkeit (Langsamkeit)
4. **Reduzierte** Bewegungsfähigkeit

Copyright © EROS 2002

5. Auf **die Nachbarschaft** beschränkte Bewegungsfähigkeit
6. Auf **die Einrichtung** beschränkte Bewegungsfähigkeit
7. Auf **das Stockwerk** des Zimmers beschränkte Bewegungsfähigkeit
8. Auf **das Zimmer** beschränkte Bewegungsfähigkeit
9. **Völlige Beschränkung** der Bewegungsfähigkeit (Bett,Sessel)

UNABHÄNGIGKEIT IN DEN ATL

1. Unabhängigkeit
2. Unabhängigkeit mit **technischen Hilfsmitteln**
3. Unabhängigkeit durch **Anpassung/Veränderung** der Umgebung
4. **Situationsbedingte** Abhängigkeit von anderen
5. Abhängigkeit von anderen in **langen Intervallen** (≤ 1 mal/24 Stunden)
6. Abhängigkeit von anderen, **öfters als einmal/24 Stunden,** aber zu **vorhersehbaren Zeiten**
7. Abhängigkeit von anderen in kurzen, unvorhersehbaren Intervallen - **ständige (fast ständige) Verfügbarkeit**
8. Abhängigkeit von anderen für die **meisten Bedürfnisse**
9. Abhängigkeit von anderen für **alle Bedürfnisse**

SICH BESCHÄFTIGEN (Beschäftigung)

1. **Angemessene** Beschäftigung
2. **Zeitweise nicht** beschäftigt
3. **Begrenzte** Beschäftigung (Umfang der Aktivitäten)
4. **Angepaßte** Beschäftigung
5. **Reduzierte** Beschäftigung (zeitliche Begrenzung)
6. **Eingeschränkte** Beschäftigung (Beschäftigungsart)
7. **Sehr eingeschränkte** Beschäftigung (bezüg-lich Zeit und Art)
8. **Keine** Beschäftigung
9. **Unangemessene** Beschäftigung

SOZIALE BEZIEHUNGEN UND BEREICHE SICHERN UND GESTALTEN KÖNNEN (Soziale Integration)

1. Sozial **integriert**
2. **Gehemmte** Beteiligung (Verlegenheit, Scheu)
3. **Begrenzte** Beteiligung (Art der sozialen Aktivitäten)
4. **Eingeschränkte** soziale Beziehungen (nur primäre und sekundäre Kontakte)
5. **Verarmte** soziale Beziehungen (sekundäre Kontakte sind schwierig)
6. **Reduzierte** soziale Beziehungen (nur primäre Kontakte)
7. **Gestörte** soziale Beziehungen (primäre Kontakte sind schwierig)
8. **Keine** sozialen Beziehungen (kein Kontakt - kontaktunfähig)
9. Sozial **isoliert** (kein Kontakt - von der Außenwelt isoliert)

ORIENTIERUNG (Interaktionen mit der Umgebung)

1. **Voll** orientiert
2. **Voll kompensierte** Störung(en) der Orientierung
3. **Intermittierende** Störungen der Orientierung
4. **Teilweise kompensierte** Störungen der Orientierung
- **Mäßige** Störungen der Orientierung
- **Schwere** Störungen der Orientierung
7. **Orientierungsverlust**
8. **Desorientierung**
9. **Koma**

Die genaue Bedeutung jedes Grades der fünf Variablen der Beeinträchtigungen befindet sich im Handbuch PLAISIR.

- ***Etikett: N3***

Überschrift: Durchschnittlich erforderliche Netto-Pflegeminuten für jeden Bewohner in jeder Arbeitsschicht

Dieser Output gibt die Anzahl der erforderlichen Netto-Pflegminuten für jeden Bewohner, in jeder Arbeitsschicht und pro 24 Stunden wieder.
Die Arbeitsschichten wurden auf folgende Art und Weise definiert:

Tag:	7 Uhr 00 - 14 Uhr 00
Abend:	14 Uhr 00 - 21 Uhr 00
Nacht:	21 Uhr 00 - 7 Uhr 00

Die Anzahl der erforderlichen Netto-Pflegeminuten wurde vom Computer errechnet, und zwar ausgehend von der Zeiteinheit jeder Pflegeaktion des FRAN und der Frequenz mit der diese Aktion erforderlich ist. Die Zeiteinheit jeder Pflegeaktion entspricht der Zeit der Aktion im eigentlichen Sinn (direkte Pflege) und der Zeit für ihre Vorbereitung und ihre eventuelle Nachbearbeitung (indirekte Pflege).

Die Anzahl der Netto-Pflegeminuten entspricht folglich der Anzahl der Minuten an erforderlicher direkter und indirekter Pflege.

- ***Etikett: N4***

Überschrift: Verteilung der Bewohner nach Geschlecht und pro Intervallen der erforderlichen Netto-Pflegeminuten pro 24 Stunden.

Dieser Output stellt die Verteilung der Bewohner des Wohn-/Pflegebereiches oder der Einrichtung in Bezug auf die Anzahl der Netto-Pflegeminuten dar, die sie pro 24 Stunden erfordern. Diese Verteilung ist in 30 Minuten-Intervallen der erforderlichen Pflege dargestellt.

- ***Etikett: N5***
  Überschrift: Erforderliches Pflege-und Unterstützungspersonal pro Arbeitsschicht ausgedrückt in der Anzahl der Anwesenheiten, der Anzahl der gearbeiteten Pflegestunden (GPS) und in der Anzahl der Vollzeit-Äquivalent-Stellen.

  Dieser Output stellt das für den Wohn-/Pflegebereich oder die Einrichtung erforderliche Personal dar, und zwar ausgedrückt in gearbeiteten Pflegestunden, in Anwesenheiten und in Stellen des Personals. Diese Begriffe sind im **Anhang I** erklärt.

- ***Etikett: N6***
  Überschrift: Gekreuzte Verteilung der Bewohner nach ihrer Pflegestufe und nach ihren, laut PLAISIR erforderlichen Netto-Pflegeminuten : Anzahl der Bewohner, Durchschnitt ihrer Netto-Pflegeminuten, Standard-Abweichung ihrer Netto-Pflegeminuten.

  In diesem Output wird eine Verbindung zwischen den Pflegeklassen der Bewohner und den laut PLAISIR erforderlichen Netto-Pflegeminuten hergestellt. Die Bewohner sind hier pro 20 Minuten-Intervallen an erforderlichen NPM klassifiziert.

  In jedem Kästchen der Tabelle entspricht die erste Zahl der Bewohneranzahl, die zweite Zahl der durchschnittlichen Netto-Pflegeminuten, die für die Bewohner dieses Kästchens erforderlich sind.
  In jedem Kästchen der letzten Spalte dieser Tabelle wird durch die dritte Zahl die Standard-Abweichung der Netto-Pflegeminuten, die für die Bewohner dieses Kästchens erforderlich sind, dargestellt.

- ***Etikett: N7***
  Überschrift: Prävalenz (Anzahl und % der Bewohner) der mit drei Zahlen kodierten Krankheiten (ICD-9).

  Ein Leitfaden zur Interpretierung des Outputs N7 befindet sich im **Anhang II**.

- ***Etikett: N8***
  Überschrift: Durchschnittlich erforderliche Netto-Pflegeminuten pro Tag und pro Bedürfniskategorie für den durchschnittlichen Bewohner der verschiedenen Klassen der kognitiven Defizite und der psychiatrischen Probleme.
  Eine genaue Beschreibung der Kategorien der kognitiven Defizite und der psychiatrischen Probleme befindet sich im Handbuch PLAISIR.

  Die hier verwendeten Bedürfniskategorien entsprechen denen auf dem FRAN und denen im Handbuch PLAISIR. Diese Bedürfniskategorien sind in drei Pflegearten eingeteilt: Grundpflege, Pflegetechniken und zwischenmenschliche/erzieherische Pflege.

Pflegeart	Bedürfniskategorie
Grundpflege	Respiration Essen und Trinken können (Ernährung) Ausscheiden können (Ausscheidung) Sich pflegen/sich kleiden können (Hygiene) Sich bewegen können (Mobilisation)
Pflegetechniken (Behandlungspflege)	Medikamente Intravenöse Therapie Behandlungen Diagnostische Maßnahmen
Zwischenmenschliche/ erzieherische Pflege	Kommunikation

- ***Etikett: N9***
  Überschrift: Bio-psycho-soziales Profil und Pflegeplan des einzelnen Bewohners.
  Siehe Anhang III

Vergleichende Outputs

Achtung : Die Kennziffern der Wohn-/Pflegebereiche (01, 02, 03 usw.) die in den vergleichenden Outputs verwendet werden, entsprechen den Kennziffern, die den Wohn-/Pflegebereichen auf dem Formular "Identifikation der Einrichtung, der Evaluierer/Innen und der Kontaktpersonen" gegeben wurden.

- ***Etikett: VZ1***
  Überschrift: Verteilung der Bewohner nach Beeinträchtigungsgrad.

  Auf dem FRAN werden die fünf verschiedenen Beeinträchtigungen nach einem neunstufigen Maßstab gemessen (siehe Output N2). Im Output VZ1 wurde die Anzahl der Grade auf vier verringert. Die den 9 FRAN-Graden entsprechenden 4 Output-Grade werden in der folgenden Tabelle für jede Beeinträchtigung angegeben.

	Mobilität				Unabhängigkeit ATL				Beschäftigung				Soziale Integration				Orientierung			
Outputs	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
FRAN	1 2 3	4 5	6 7	8 9	1 2 3	4 5	6	7 8 9	1 2 3 4	5 6	7	8 9	1 2	3 4	5 6	7 8 9	1 2 3	4 5	6 7	8 9

- ***Etikett: VZ2***
  Überschrift: Verteilung der Bewohner nach Schädigungsgrad.

  Auf dem FRAN gibt es keine Variablen*"kognitiv"* und *"affektiv"*. Die Variable *"kognitiv"* setzt sich aus den Variablen *"Kurzzeitgedächtnis", "Denken"* und *"Wahrnehmungsfähigkeit und Aufmerksamkeit* des FRAN zusammen. Die Variable *"affektiv"* setzt sich aus den Variablen *"Antrieb", "Wille und Motivation"* und *"Emotionen, Affekte, Stimmungen"* zusammen. Die Richtlinien zur Erstellung der Variablen *"kognitiv"* und *"affektiv"* sind folgende:

  1. nicht geschädigt:
     - die drei ursprünglichen Funktionen sind adäquat;
     - zwei von ihnen sind adäquat und eine ist leicht oder mäßig geschädigt;
     - zwei von ihnen sind adäquat und eine ist schwer oder vollständig geschädigt (Funktion Null);
     - eine von ihnen ist adäquat und die zwei anderen sind leicht oder mäßig geschädigt.

  2. geschädigt:
     - die drei ursprünglichen Funktionen sind leicht oder mäßig geschädigt;
     - eine ist adäquat, eine ist leicht oder mäßig geschädigt und die dritte ist schwer oder vollständig geschädigt.

  3. vollständig geschädigt:
     - die drei ursprünglichen Funktionen sind schwer geschädigt oder Null;
     - eine ist schwer geschädigt/gleich Null und die zwei anderen sind leicht oder mäßig geschädigt;
     - zwei sind schwer geschädigt/gleich Null und eine ist leicht oder mäßig geschädigt.

Auf dem FRAN werden die Variablen *"Verhalten", "Sprache", "Sehvermögen"* und *"Gehör"* nach einem vierstufigen Maßstab gemessen: adäquat, leicht, mäßig schwer/Null. Im Output werden die Grade *"leicht"* und *"mäßig"* vereinigt und bilden den Grad 2: *geschädigt"*.

- ***Etikett: VZ3***
  Überschrift: Verteilung der Bewohner nach der Art des psychischen Problems.

  Eine genaue Beschreibung der Verhaltens- und Stimmungsprobleme befindet sich im Handbuch PLAISIR.

- ***Etikett: VZ4***
  Überschrift: Verteilung der Bewohner nach der Art der kognitiven Defizite und der psychiatrischen Probleme.

  Eine genaue Beschreibung der Grade der kognitiven Defizite und der psychiatrischen Probleme befindt sich im Handbuch PLAISIR.

- ***Etikett: VZ5***
  Überschrift: Verteilung der Bewohner nach der Art der Schutzmaßnahme.

- ***Etikett: VZ6***
  Überschrift: Verteilung der Bewohner nach der Art der Kompensation.

- ***Etikett: VL1***
  Überschrift: Durchschnittlich erforderliche Netto-Pflegeminuten pro Tag für den durchschnittlichen Bewohner nach Bedürfniskategorien.

  Die hier verwendeten Bedürfniskategorien entsprechen denen auf dem FRAN und denen im Handbuch PLAISIR (siehe Output N8)

- ***Etikett: VL2***
  Überschrift: Durchschnittlich erhaltenen Rehabilitationsminuten und –tage pro Woche und Bewohner, und durchschnittlich erhaltene regelmäßige Arztvisiten pro Monat und Bewohner

  Achtung: Dieser Output gibt die Minuten an Physio, Ergo und Logo pro Woche und nicht pro Tag wieder. Beispiel: wenn ein Bewohner 60 Minuten an Physio pro Woche an 2 Tagen/Woche erhält, dann bedeutet dies, dass sich die 60 Minuten auf diese beiden Tage verteilen (Der Bewohner erhält also nicht zwei mal pro Woche 60 Minuten).

  Anmerkung: Bewohner, die keine Leistungen erhalten, wurden von der Berechnung der durchschnittlichen Minuten/Woche, Tage/Woche und Anzahl/Monat ausgeschlossen.

- ***Etikett: VL3***
  Überschrift: Durchschnittlich erhaltene pflegerische Rehabilitationstage pro Woche.

  Bewohner, die keine pflegerischen Rehabilitationsmaßnahmen erhalten, wurden von der Berechnung der durchschnittlichen Anzahl an Tagen/Woche, an denen pflegerische Rehabilitationsmaßnahmen erteilt werden, ausgeschlossen.

- ***Etikett: VL4***
  Überschrift: Verteilung der Bewohner nach der Art der erhaltenen Behandlung

- ***Etikett: VR1***
  Überschrift: Verteilung der Bewohner nach Pflegestufen in Anzahl und in Prozenten.

- ***Etikett: VR2***
  Überschrift: Anzahl des täglich erforderlichen Pflegepersonals (in VZÄ) pro Arbeitsschicht und nach der Art der Aktivität.

  Die Begriffe DIP, BBK, VIAW, Anwesenheiten und Stellen sind im **Anhang I** erklärt.

- ***Etikett: VR3***
  Überschrift: Durchschnittlich erforderliche Netto-Pflegeminuten pro Tag für den durchschnittlichen Bewohner.

- ***Etikett: VR4***
  Überschrift: Durchschnittlich erforderliche Netto-Pflegeminuten für den durchschnittlichen Bewohner nach Wochentagen und Arbeitsschichten

- ***Etikett: VR5***
  Überschrift: Durchschnittlich erforderliche Pflegestunden (netto, produktiv, gearbeitet, bezahlt) pro Tag für den durchschnittlichen Bewohner.

  Die Begriffe Netto-Pflegestunden, produktive, gearbeitete und bezahlte Pflegestunden sind im **Anhang I** erklärt.

- ***Etikett: VX1***

  Überschrift: Synthese.

"Alter Aufn.": durchschnittliches Alter bei der Aufnahme.
"% W": Prozentsatz der weiblichen Bewohner.
"VZÄ-Stelle/Bew.: wurde im Output VR2 erklärt.

In der Spalte *"Pflege (NPS/Tag)"* entspricht *"Ges"* den gesamten Netto-Pflegestunden pro 24 Stunden; *"Grund"* entspricht den Netto-Pflegestunden für die Grundpflege pro 24 Stunden; *"Komm"* entspricht den Netto-Pflegestunden für zwischenmenschliche und erzieherische Pflege (Kommunikation) pro 24 Stunden und *"Tech"* entspricht den Netto-Pflegestunden für die Pflegetechniken pro 24 Stunden.

Da es für die Beeinträchtigungen und Schädigungen unmöglich war einen Synthese Output der gesamten Verteilung zu erstellen, haben wir für die Verteilung der Bewohner pro Beeinträchtigungsgrad (MOB = Mobilität, ATL = Unabhängigkeit in den ATL, BE = Beschäftigung, SOZ = Soziale Integration) den Prozentsatz der Bewohner mit dem höchsten Beeinträchtigungsgrad gewählt, d.h. Grad 4 nach der neu gekennzeichneten Verteilung, so wie es im Output VZ1 erklärt wurde. Für die Verteilung der Bewohner pro Schädigungsgrad (KOG = kognitiv, AFF = Affektiv, VERH = Verhalten) haben wir den Prozentsatz der Bewohner mit dem höchsten Schädigungsgrad gewählt, in diesem Fall Grad 3.

Liste der statutarischen Outputs

Vergleichende Outputs	Kode
Verteilung der Bewohner nach Beeinträchtigungsgrad	VZ1
Verteilung der Bewohner nach Schädigungsgrad	VZ2
Verteilung der Bewohner nach der Art des psychischen Problems	VZ3
Verteilung der Bewohner nach der Art der kognitiven Defizite und der psychiatrischen Probleme	VZ4
Verteilung der Bewohner nach der Art der Schutzmaßnahme	VZ5
Verteilung der Bewohner nach der Art der Kompensation	VZ6
Durchschnittlich erforderliche Netto-Pflegeminuten pro Tag für den durchschnittlichen Bewohner nach Bedürfniskategorien	VL1
Durchschnittlich erhaltene Rehabilitationsminuten und -tage pro Woche und Bewohner, und durchschnittlich erhaltene regelmäßige Arztvisiten pro Monat und Bewohner	VL2
Durchschnittlich erhaltene pflegerische Rehabilitationstage pro Woche	VL3
Verteilung der Bewohner nach der Art der erhaltenen Behandlung	VL4
Verteilung der Bewohner nach Pflegestufen in Anzahl und in Prozenten	VR1
Anzahl des täglich erforderlichen Pflegepersonals (in VZA) pro Arbeitsschicht und nach der Art der Aktivität	VR2
Durchschnittlich erforderliche Netto-Pflegeminuten pro Tag für den durchschnittlichen Bewohner	VR3
Durchschnittlich erforderliche Netto-Pflegeminuten für den durchschnittlichen Bewohner nach Wochentagen und Arbeitsschichten	VR4
Durchschnittlich erforderliche Pflegestunden (netto, produktiv, gearbeitet, bezahlt) pro Tag für den durchschnittlichen Bewohner	VR5
Synthese	VX1
Nicht vergleichende Outputs	
Verteilung der Bewohner nach Geschlecht und nach Alter bei der Aufnahme und zum Beobachtungszeitpunkt	N1
Verteilung der Bewohner nach Beeinträchtigungsgrad	N2
Durchschnittlich erforderliche Netto-Pflegeminuten für jeden Bewohner in jeder Arbeitsschicht	N3
Verteilung der Bewohner nach Geschlecht und pro Intervallen der erforderlichen Netto-Pflegeminuten pro 24 Stunden	N4
Erforderliches Pflege-und Unterstützungspersonal pro Arbeitsschicht ausgedrückt in der Anzahl der Anwesenheiten, der Anzahl der gearbeiteten Pflegestunden (GPS) und in der Anzahl der Vollzeit-Aequivalent-Stellen	N5
Gekreuzte Verteilung der Bewohner nach ihrer Pflegestufe und nach ihren, laut PLAISIR erforderlichen Netto-Pflegeminuten : Anzahl der Bewohner, Durchschnitt ihrer Netto-Pflegeminuten, Standard-Abweichung ihrer Netto-Pflegeminuten	N6
Prävalenz (Anzahl und % der Bewohner) der mit drei Zahlen kodierten Krankheiten (ICD-9)	N7
Durchschnittlich erforderliche Netto-Pflegeminuten pro Bedürfniskategorie für den Bewohner der verschiedenen Klassen der kognitiven Defizite und der psychiatrischen Probleme	N8
Bio-psycho-soziales Profil und Pflegeplan des einzelnen Bewohners	N9

Copyright © EROS 2002

ANHANG I

Führer für die Interpretation der Output N5, VR2, VR5, VX1

1.1 Die Bestandteile des Arbeitsaufwandes nach PLAISIR

- **DIP: die erforderliche direkte und indirekte Pflege**

Das Formular zur Registrierung der Pflegeaktionen (FRAN) beinhaltet die gesamten Pflegeaktionen, die für einen Klientenkreis, der sich über mittel- oder langfristige Zeit in Pflege befindet, erforderlich sein können.

Zu jeder Pflegeaktion des FRAN gibt es eine Zeiteinheit in Minuten. Um die Anzahl an Minuten an DIP zu messen, die ein Bewohner während eines Zeitraumes von 24 Stunden erfordert, wählt man auf dem FRAN die Aktionen aus, die für den Bewohner erforderlich sind. Die Zeiteinheit einer jeden Pflegeaktion wird nun mit der jeweiligen Frequenz dieser Pflegeaktion multipliziert und die so erhaltenen Werte werden addiert.

Das Ziel der Methode PLAISIR ist die Zeitmessung der Pflege, die für den Bewohner erforderlich ist (und nicht die Zeitmessung der gegebenen Pflege).
In PLAISIR werden die erforderlichen Minuten an DIP Netto-Pflegeminuten genannt.

- **BBK: bewohnerbezogene Kommunikation**

Es handelt sich um verbale und schriftliche Kommunikationen des Pflegepersonals, die untereinander, mit den Ärzten, mit den Familien der Bewohner, mit den anderen Fachkräften und mit den verschiedenen Diensten geführt werden.

"Therapeutische" Kommunikationen mit der Familie sind in der BBK nicht beinhaltet, da diese in der DIP beinhaltet sind. Die BBK beinhaltet nur einen Informationsaustausch mit der Familie.

Die zeitliche Norm für die BBK wurde im System PLAISIR auf 11.5 Minuten pro Bewohner pro 24 Stunden festgelegt.

- **VIAW: Verwaltungs- und Instandhaltungsaktivitäten und Wegstrecken**

Es handelt sich hier um die täglichen Verwaltungsaktivitäten des Wohn-/Pflegebereiches: kleine Instandhaltung, die vom Pflegepersonal des Wohn-/Pflegebereiches durchgeführt wird und alle Wegstrecken die das Pflegepersonal innerhalb und außerhalb des Wohn-/Pflegebereiches mit oder für den Bewohner und nicht mit und nicht für den Bewohner durchführt (ausgeschlossen sind Wegstrecken außerhalb der Einrichtung).

Copyright © EROS 2002

Die zeitliche Norm mit der im System PLAISIR die Zeit für die VIAW gemessen wird, ist 12.5 Minuten pro Bewohner pro 24 Stunden.

Die vereinigte Norm für die BBK und die VIAW ist folglich 24 Minuten pro Bewohner pro 24 Stunden.

1.2 Die verschiedenen Messungen des Arbeitsaufwandes

1. : **Netto-Pflegeminuten oder -stunden** : es handelt sich um die Minuten oder Stunden der DIP

2. : **Produktive Pflegeminuten oder -stunden** : es handelt sich um die Minuten oder Stunden der DIP, der BBK und der VIAW.

Folglich erhält man die produktiven Pflegeminuten oder -stunden, indem man zu den Netto-Pflegeminuten oder -stunden 24 Minuten hinzufügt. Diese Minuten verteilen sich folgendermaßen:

	BBK		VIAW		GESAMT	
	Min.	%	Min.	%	Min.	%
Tag	5.20	45.2	7.60	60.8	12.8	53.33
Abend	3.70	32.2	3.30	26.4	7.0	29.17
Nacht	2.60	22.6	1.60	12.8	4.2	17.50
24 Stunden	11.5	100	12.5	100	24.0	100

3. : **Gearbeitete Pflegeminuten oder -stunden** : bei den gearbeiteten Pflegeminuten oder -stunden wird berücksichtigt, dass man X + Y Minuten (also Y Minuten Pause) bezahlen muss, um X Minuten DIP, BBK und VIAW zu produzieren.

$$\text{Gearbeitete Pflegeminuten oder -stunden} = \frac{X+Y}{X} \times \text{die produktiven Pflegeminuten oder -stunden}$$

In den Einrichtungen, in denen es keine Pausen gibt, ist Y = 0 und die gearbeiteten Pflegeminuten oder -stunden sind gleich den produktiven Pflegeminuten oder -stunden.

4. : **Bezahlte Pflegestunden** : bei den bezahlten Pflegestunden werden die bezahlten, aber nicht gearbeiteten Tage berücksichtigt.

Man erhält die bezahlten Pflegestunden, indem man die gearbeiteten Pflegestunden mit dem Faktor r multipliziert. Der Faktor r stellt das Verhältnis der jährlich bezahlten Stunden oder Tage, egal ob diese gearbeitet oder nicht gearbeitet sind, und den jährlich gearbeiteten, bezahlten Stunden oder Tage dar.

Copyright © EROS 2002

$$r = \frac{\text{jährlich bezahlte Stunden oder Tage, gearbeitet und nicht gearbeitet}}{\text{jährlich gearbeitete, bezahlte Stunden oder Tage}}$$

bezahlte Pflegeminuten oder -stunden = r x gearbeitete Pflegeminuten oder -stunden

Beispiel:

- bezahlte Abwesenheitstage pro Angestelltem pro Jahr = 57 Tage
- bezahlte, gearbeitete Tage pro Angestelltem pro Jahr = 230 Tage

Daraus ergibt sich folgender Wert:

$$r = \frac{230 + 57}{230} = 1.2478$$

Zusammenfassendes Beispiel

Angenommen, ein Bewohner erfordert laut PLAISIR im Durchschnitt 210 Netto-Pflegeminuten / 24 Stunden (es handelt sich um die Pflegeminuten, die für den Bewohner, ausgehend von den auf dem FRAN ausgewählten Pflegeaktionen, gemessen wurden).

Folglich erfordert der gleiche Bewohner:

210 + 24 = 234 produktive Pflegeminuten und 234 gearbeitete Pflegeminuten, wenn es keine Pause gibt.

Letztendlich erfordert der gleiche Bewohner, wenn man für r den oben ermittelten Wert nimmt:

234 x 1.2478 = 291.99 bezahlte Pflegeminuten / 24 Stunden

Um also dem Bewohner 210 Minuten an direkter und indirekter Pflege anzubieten, müssen 291.99 Minuten bezahlt werden.

Copyright © EROS 2002

1.3 Anzahl der Stellen und Anwesenheiten des erforderlichen Personals

Die hier aufgeführten Stellen sind **Vollzeit-Äquivalent-Stellen (VZÄ)**.

Beispiel: der Inhaber einer durchschnittlichen VZÄ-Stelle:

1. arbeitet Zeitabschnitte von 7.0 Stunden (= 420 Minuten) ohne bezahlte Pause.
2. wird für 287 Zeitabschnitte zu je 7.0 Stunden pro Jahr bezahlt. Von diesen 287 Zeitabschnitten werden im Durchschnitt 230 gearbeitet und 57 werden nicht gearbeitet (Jahresurlaub, Feiertage, usw.).

Man wird auch den Begriff "**Anwesenheit**" verwenden, um die Anwesenheit eines Angestellten am Arbeitsplatz während eines Zeitabschnittes von 7.0 Stunden oder 420 Minuten zu bezeichnen.

Die Berechnungen der erforderlichen "Anwesenheiten" pro Tag und der erforderlichen "Stellen" pro Tag werden folgendermaßen durchgeführt:

1. **pro Bewohner**:

- im Fall der Anwesenheiten pro Tag handelt es sich folglich um die pro Tag-Bewohner erforderliche Anzahl an Anwesenheiten;

- im Fall der Stellen handelt es sich um die pro Jahr-Bewohner erforderliche Stellenanzahl.

2. **für X Bewohner**, X ist die Anzahl der Bewohner, die während der Beobachtungswoche auf der Station anwesend waren.

Idealerweise sollte man für X die **durchschnittliche** Anzahl der während eines Referenzzeitraumes (z.B. ein Jahr) anwesenden Bewohner nehmen, die gleich ist mit der genehmigten Bettenanzahl, multipliziert mit der Bettenauslastung während dieses Referenzzeitraumes. Diese letzte Angabe steht uns jedoch nicht zur Verfügung.

Beispiel:

Nehmen wir einen Wohn-/Pflegebereich, in dem die Anzahl der gearbeiteten Pflegeminuten pro Tag-Bewohner (GPM/TB) 240 Minuten beträgt:

Copyright © EROS 2002

Für einen Bewohner:

240 GPM /TB ÷ 420 = 0.5714 Anwesenheiten / TB
0.5714 x 365.26 = 208.71 Anwesenheiten / Jahr-Bewohner
208.71 ÷230 = 0.907 Stellen / Jahr-Bewohner

Für 30 Bewohner:

0.5714 Anwesenheiten /TB x 30 = 17.14 Anwesenheiten / Tag
0.907 Stellen / Bewohner x 30 = 27.21 Stellen

Kennt man die Verteilung der gearbeiteten Pflegeminuten, die pro Arbeitsschicht erforderlich ist, dann kann man die Anzahl der Stellen und Anwesenheiten pro Schicht durch die Durchführung von gleichartigen Berechnungen wie die vorherigen, erhalten.

Copyright © EROS 2002

ANHANG II

Führer für die Interpretation des Output N7

Im Folgenden sind die Diagnosen im Detail aufgeführt (mit ihrem jeweiligen ICD-9 Kode), die den verschiedenen Bezeichnungen der Krankeiten entsprechen, die im Output N7 erscheinen. Der Output N7 gibt die Prävalenzrate (als absoluter und relativer (%) Wert) der häufigsten Krankheiten der Bewohner des Wohn-/Pflegebereiches oder der Einrichtung an.

Bezeichnung in N7	ICD-9	Bermerkungen
Neoplasien	140 - 208	Inkl. maligne Neoplasien • der Lippe, der Mundhöhle und des Rachens (140-149) • der Verdauungsorgane und des Bauchfells (150-159) • der Atmungs- und intrathorakalen Organe (160-165) • der Knochen, des Bindegewebes, der Haut und der Mammae (170-175) • der Urogenitalorgane (179-189) • maligne Neoplasien anderer Lokalisation.(190-199) • des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes (200-208)
Erworbene Hypothyreose	244	Exkl. kongenitale Hypothyreose (Cretinismus) (243)
Diabetes mellitus	250	
Adipositas	278.0	Exkl. • Dystrophia adiposogenitalis andere Störungen der Hypophyse (253.8) • Adipositas endokrinen Ursprungs (259.9) • Adipositas lokalisiert (278.1) • Hypervitaminose A (278.2.) • Hyperkarotinämie (278.3) • Hypervitaminose D (278.4)
Mangelanämie	280-281	Inkl. • Eisenmangelanemien (280.0) • andere Mangel-Anämien Exkl. • hereditäre hämolytische Anämien (282) • erworbene hämolytische Anämien (283) • aplastische Anämien (284)
Organische Psychosen	290-294	Inkl. • senile und präsenile organische Psychosen (290) • Alkoholpsychosen (291) • Drogenpsychosen (292) • vorübergehende organische Psychosen (293) • andere (chronische) organische Psychosen (294)
Schizophrene Psychosen	295	
Andere Psychosen	296-298	Inkl. • Affektive Psychosen (296) • Paranoide Syndrome (297) • andere nichtorganische Psychosen (298)

Copyright © EROS 2002

Bezeichnung in N7	ICD-9	Bermerkungen
Neurosen	300	Inkl. • Angstneurose (300.0) • hysterische Neurose (300.1) • Phobie, Angsthysterie (330.2) • Zwangsneurose (300.3) • neurotische Depression (300.4) • Neurasthenie (300.5) • neurotisches Depersonalisations-Syndrom (300.6) • hypochondrische Neurose (300.7) • andere neurotische Störungen (300.8 und 300.9)
Psychische Störungen nach Hirnschädigungen	310	
Depressive Zustandsbilder	311	Inkl. • Depression • depressiver Zustand • depressive Störungen Exkl. • neurotische Depression (300.4) • kurzdauernde depressive Reaktion (309.0) • länger dauernde depressive Reaktion (309.1) • zyklothyme (thymopathische) Persönlichkeit (301.1) • reaktive depressive Psychose (298.0)
Andere nicht-psychotische Störungen	301-312 exkl. 310 und 311	Inkl. • Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien) (301) • Sexuelle Verhaltensabweichungen und Störungen (302) • Alkoholismus (Alkoholabhängigkeit) (303) • Medikamenten-/Drogenbhabhängigkeit (304) • Medikamenten-/Drogenmissbrauch ohne Abhängigkeit (305) • funktionelle Störungen psychischen Ursprungs (306) • Stammeln und Stottern (307.0) • Anorexia nervosa (307.1) • Ticks (307.2) • wiederholte stereotype Bewegungen (307.3) • spezifische Schlafstörungen (307.4) • Ess-Störungen NNB (307.5) • Enuresis (307.6) • Enkopresis (307.7) • Psychalgie (307.8) • Akute Belastungsreaktionen (308) • Anpassungsstörungen (309) • Störungen des Sozialverhaltens (312)
Altersschwäche ohne Angabe einer Psychose	797	Altersschwäche unter Ausschluss der senilen Psychose (290)
Oligophrenien	317-319	Inkl. • leichter Schwachsinn (Debilität, IQ 50-70) (317) • deutlicher Schwachsinn (Imbezillität, IQ 35-49) (318.0) • schwerer Schwachsinn (IQ 20-34) 318.1) • hochgradiger Schwachsinn (Idiotie, IQ unter 20) (318.2) • nicht näher bestimmbarer Schwachsinn (319)

Copyright © EROS 2002

Bezeichnung in N7	ICD-9	Bermerkungen
Zerebrale Degenerationen	331	Inkl. • Alzheimer Syndrom (331.0) • Pick Syndrom (331.1) • senile zerebrale Degeneration (331.2) • Hydrocephalus communicans (331.3) • Hydrocephalus occlusus (331.4) • Jakob-Creutzfeldt- Syndrom (331.5) • sonstige zerebrale Degenerationen (331.6.-331.9)
Parkinson Syndrom und andere extrapyramidale Affektionen	332-333	Inkl. • Parkinson Syndrom (332) • andere extrapyramidale Affektionen und abnorme Bewegungsstörungen (333)
Multiple Sklerose und sonstige demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems	340-341	Inkl. • Multiple Sklerose (340) • akute Neuromyelitis optica (341.0) • Schilder Syndrom (341.1) • nicht näher bezeichnete demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems (341.9)
Hemiplegie	342	Inkl. • schlaffe Hemiplegie (342.0) • spastische Hemiplegie (342.1) • nicht näher bez. Hemiplegie (342.9)
Epilepsie	345	Inkl. • generalisierte Anfälle ohne Krämpfe (345.0) • generalisierte Anfälle mit Krämpfe (345.1) • Petit-mal Status (345.2) • Grand-mal Status (345.3) • partielle Epilepsie mit Angabe von Bewusstseinsstörungen (psychomotorische) (345.4) • partielle Epilepsie ohne Angabe von Bewusstseinsstörungen (Jackson) (345.5) • Epilepsia partialis continua (345.7) Koshewnikoff Syndrom • nicht näher bez. Epilepsie (345.9)
Andere Krankheiten des Zentralnervensystems	343-349 exkl. 345	Inkl. • zerebrale Kinderlähmung (Little Syndrom) 343) • andere Lähmungen (344) • Migräne (346) • Kataplexie und Narkolepsie (347) • andere Hirnkrankheiten (348) • andere Affektionen des Nervensysteme (349)
Glaukom	365	Exkl. • Glaucoma absolutum (360.4) • kongenitales Glaukom (743.2)
Katarakt	366	Exkl. Cataracta congenita und Linsenanomalien (743.3)
Blindheit beide Augen	369.0	
Taubheit	389	

Copyright © EROS 2002

Bezeichnung in N7	ICD-9	Bermerkungen
Hypertonie	401-405	Inkl. • essentielle Hypertonie (401) • durch Hypertonie bedingte Herzkrankheit (402) • durch Hypertonie bedingte Nierenkrankheit (403) • durch Hypertonie bedingte Herz- und Nierenkrankheit (404) • sekundäre Hypertonie (405)
Ischämische Herzkankheiten	410-414	Inkl. • akuter Myokard-Infarkt (410.0) • andere akute oder subakute Formen von ischämischen Herzkrankheiten (411) • alter Myokard-Infarkt (412) • Angina pectoris (413) • andere Formen von chronischen ischämischen Herzkrankheiten (414)
Herzinsuffizienz	428	Exkl. • hypertensive Herzkrankheit (402) • postoperative kardiale Komplikationen (997.1)
Andere Formen von Herzkrankheiten	391-398 420-429 exkl. 428	Inkl. • Rheumatisches Fieber mit Herzbeteiligung (391) • Chorea minor (392) • chronische rheumatische Pericarditis (393) • Mitralklappen-Fehler, rheumatisch (394) • Aortenklappen-Fehler rheumatisch (395) • Mitral- und Aortenklappen-Fehler, rheumatisch (396) • Krankheiten anderer Teile des Endokards, rheumatisch (397) • andere rheumatische Herzkrankheiten (398) • akute Pericarditis (420) • akute und subakute Endocarditis (421) • akute Myocarditis (422) • andere Krankheiten des Perikards (423) • andere Krankheiten des Endokards (424) • Myokardiopathie (425) • Störungen im Erregungsleitungssystem des Herzens (426) • Herzrhythmus-Störungen (427) • mangelhafte Beschreibungen und Komplikationen von Herzkrankheiten (429)
Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	430-437	Inkl. • Subarachnoidalblutung (430) • intrazerebrale Hämorrhagie (431) • andere intrakranielle Blutungen (432) • Verschluss und Stenose der präzerebralen Arterien (433) • Verschluss der zerebralen Arterien (434) • zerebrale ischämische Attacke (435) • akute aber mangelhaft bezeichnete Hirngefässkrankheiten (436) • andere und mangelhaft bezeichnete Hirngefässkrankheiten (437)
Spätfolgen von Hirngefässkrankheiten	438	

Copyright © EROS 2002

Bezeichnung in N7	ICD-9	Bermerkungen
Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	440-448	Inkl. • Arteriosklerose (440) • Aorten-Aneurysma (441) • andere Aneurysmen (442) • andere periphere Gefässkrankheiten (443) • arterielle Embolie und Thrombose (444) • Periarteritis nodosa und verwandte Affektionen (446) • andere Affektionen der Arterien und Arteriolen (447) • Krankheiten der Kapillargefässe (448)
Chronische obstruktive Lungenkrankheiten und verwandte Affektionen	490-496	Inkl. • Bronchitis (490) • chronische Bronchitis (491) • Emphysem (492) • Asthma (493) • Bronchiektasie (494) • allergische Alveolitis durch exogen-allergische Ursachen (495) • chronischer Verschluss der Atemwege, anderweitig nicht klassifiziert (496)
Abdominale Hernien	550-553	Inkl. • Hernia inguinalis (550) • andere abdominale Hernien mit Gangrän (551) • andere abdominale Hernien mit Einklemmung, ohne Gangrän (552) • andere abdominale Hernien ohne Angabe einer Einklemmung oder Gangrän (553)
Nierenversagen	584-586	Inkl. • akutes Nierenversagen (584) • chronisches Nierenversagen (585) • Nierenversagen, NNB (586)
Primär -chronische Polyarthritis und sonstige entzündliche Polyarthropathien	714	Exkl. • rheumatische Arthritis der Wirbelsäule (720) • rheumatisches Fieber (390)
Osteoarthrose und entsprechende Affektionen	715	Exkl. • Osteoarthrose der Wirbelsäule (721)
Arthropathien und verwandte Affektionen	710-719 exkl. 714 und 715	Inkl. • diffuse Krankheiten des Bindegewebes (Kollagenosen) 710) • Arthropathien in Verbindung mit Infektionen (711) • Arthropathien durch Steine und Kristalle (712) • Arthropathien in Verbindung mit anderen Affektionen, die anderweitig klassifiziert sind (713) • andere Arthropathien (716) • innere Kniegelenks-Schädigungen (717) • andere Gelenksschädigungen (718) • andere Gelenksaffektionen (719)

Copyright © EROS 2002

Bezeichnung in N7	ICD-9	Bermerkungen
Dorsopathien	720-724	Inkl. • ankylosierende Spondylitis und andere entzündliche Spondylopathien (720) • Spondylosis und ähnliche Affektionen (721) • Intervertebrale Diskopathien (722) • andere Affektionen im zervikalen Bereich (723) • andere Affektionen des Rückens (724)
Osteopathien	730-739 exkl. 732	Inkl. • Osteomyelitis, Periostitis und andere Infektionen mit Knochenbeteiligung (730) • Ostitis deformans und Osteopathien in Verbindung mit sonstigen Affektionen, die anderweitig klassifiziert sind (731) • andere Affektionen der Knochen und Knorpel (733) • Plattfuss (734) • Erworbene Deformitäten der Zehen (735) • andere erworbene Deformitäten der Extremitäten (736) • Wirbesäulenverkrümmungen (737) • andere erworbene Deformitäten (738) • nicht-allopathische Läsionen, anderweitig nicht klassifiziert (739)
Aphasie	784.3	
Spätfolgen von Verletzungen das Muskel- und Skelettsystems sowie des Bindegewebes	905	

Copyright © EROS 2002

ANHANG III

Hinweise für die Interpretation des bio-psycho-sozialen Profils und des Pflegeplanes des Bewohners (Output N9)

Dieser Output, bestehend aus zwei Seiten, gibt im Grossen und Ganzen den Inhalt der FRAN wieder, und zwar nach der Überprüfung der Angaben durch die Krankenschwestern von EROS.

- erste Seite: Profil des Bewohners als Ausdruck von Krankheiten, Schädigungen, Beeinträchtigungen, Problemen usw. dargestellt; dieses Profil entspricht den 3 ersten Seiten des FRAN;

- zweite Seite: Pflegeplan des Bewohners für den Zeitraum der Beobachtungswoche dargestellt.

Die Interpretation des Bewohnerprofils ist fast augenblicklich. Um jedoch genauere Angaben über die Bedeutung der einzelnen Rubriken zu erhalten, sollte der Leser sich auf das Handbuch des Systems PLAISIR beziehen. Wir fügen hier nur einige Bemerkungen hinzu:

- die Buchstaben A und K, die vor jedem psychologischen Problem des Bewohners erscheinen, bedeuten jeweils:

  A : "aktives" oder nicht korrigiertes Problem
  K : "korrigiertes" Problem

- die Buchstaben O, M und S, die vor jeder Schutzmassnahme erscheinen, bedeuten jeweils:

  O : oft verwendetes Mittel
  M : manchmal verwendetes Mittel
  S : selten verwendetes Mittel

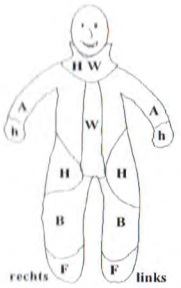
- die Zahlen, die in der Spalte T/W in der Tabelle der pflegerischen Rehabilitationsmassnahmen erscheinen, verweisen auf die Anzahl der Tage pro Woche, an denen diese Pflegehandlungen gegeben werden;

- die Buchstaben E und I, die vor den Behandlungen erscheinen, bedeuten jeweils:

  E : die Behandlung wird ausserhalb der Institution (extern) durchgeführt
  i : die Behandlung wird innerhalb der Institution (intern) durchgeführt

- der Schädigungsgrad der psychologischen Funktionen (Kurzzeitgedächtnis usw.) wird auf einer Skala von 1 bis 4 gemessen. 1 bedeutet adäquate Funktion, 2 leicht geschädigte Funktion, 3 mässig geschädigte Funktion, und 4 schwer oder vollständig geschädigte Funktion;

Copyright © EROS 2002

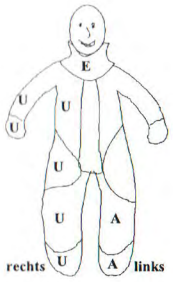


Die Figur erlaubt die bildliche Darstellung der Einschränkungen oder Fähigkeitsverluste (Unbeweglichkeit oder Amputation) im Gebrauch von Körpergliedern oder Körperteilen.

Die in der Figur dargestellten Körperglieder oder Körperteile sind folgende:

HW	: Halswirbelsäule	H	: Hüften
W	: Wirbelsäule	B	: Beine
A	: Arme	F	: Füße
h	: Hände		

Hierzu ist zu bemerken, dass die Buchstaben HW, W, A, h, H, B, F hier nur zur Identifizierung der verschiedenen Körperteile dienen, die in der Figur dargestellt sind. Auf dem Output erscheinen nicht diese Buchstaben, sondern: E für Einschränkung, U für Unbeweglichkeit, A für Amputation.



Beispiel:

Die nebenstehende Figur entspricht einem Bewohner, der:

1.: das linke Bein amputiert hat
2.: rechtsseitig gelähmt ist
3.: im Bereich der Halswirbelsäule eingeschränkt ist

Der Bewohner hat kein Problem im Bereich der Wirbelsäule und der linken Seite (ausser seiner Amputation)

In manchen Einrichtungen erhalten manche Bewohner **weniger** als eine Arztvisite pro Monat. Anstatt die Arztvisiten pro Monat nun als Dezimale (0,2; 0,5 usw,) auszudrücken, gibt man im Output die Anzahl der Arztvisiten **pro Jahr** an, und um darauf hinzuweisen, wird die Zahl 9 davor gesetzt. Liest man also im Feld "**Arztvisiten/Monat**": 91, dann bedeutet dies 1 Arztvisite/Jahr
92, dann bedeutet dies 2 Arztvisiten/Jahr
93, dann bedeutet dies 3 Arztvisiten/Jahr und so weiter.

Copyright © EROS 2002

Auf der zweiten Seite des Outputs ist der Pflegeplan des Bewohners dargestellt. Der Pflegeplan ist in vier Spalten unterteilt:

- in der ersten Spalte erscheinen die Bezeichnungen der für den Bewohner erforderlichen Interventionen;
- in der zweiten Spalte erscheinen die Wochentage, an denen die verscheidenen Interventionen erforderlich sind;
- in der dritten Spalte erscheint ein Kode, der auf die Art verweist, auf die jede Intervention in der vierten Spalte erbracht wird. Diese Kodes haben folgende Bedeutung:

S : weist darauf hin, dass im Zeitplan die Intervention als Ausdruck der Anzahl dargestellt ist, in der sie zu jeder Stunde des Tages erforderlich ist

Beispiel:

7 8 9 0 1 2 3	4 5 6 7 8 9 0	1 2 3 0 1 2 3 4 5 6
1	2	1 2 3

zeigt an, dass die Intervention 1 x um 09 Uhr
2 x um 14 Uhr
1 x um 19 Uhr
2 x um 22 Uhr
3 x um 04 Uhr erforderlich ist.

- In den Zeitplänen vom Typ S erscheint normalerweise die Zahl 1 unter der Stunde zu der diese Pflegeaktion erforderlich ist. Ausnahmsweise können auch eine 2, eine 3... erscheinen, und zwar im Fall von Aktionen wie: Orthese, Verband, Wunde an der Luft, Bandage usw. Das bedeutet nicht, dass man zum Beispiel zwei mal den gleichen Verband zur gleichen Zeit macht, sondern dass zwei verschiedene Verbände zur gleichen Zeit erforderlich sind.

B: weist darauf hin, dass im Zeitplan die Intervention durch die Stunde zu der sie beginnt und durch die Stunde zu der sie endet dargestellt ist

Beispiel:

7 8 9 0 1 2 3	4 5 6 7 8 9 0	1 2 3 0 1 2 3 4 5 6
B		E

zeigt an, dass die Intervention um O9 Uhr beginnt und um 03 Uhr am nächsten Tag endet.

Copyright © EROS 2002

H: weist darauf hin, dass im Zeitplan die Intervention durch die Häufigkeit dargstellt ist, und zwar wie oft die Intervention in jeder Arbeitsschicht (Arbeitsperiode) erforderlich ist

Beispiel:

7 8 9 0 1 2 3	4 5 6 7 8 9 0	1 2 3 0 1 2 3 4 5 6
2 mal	1 mal	1 mal

zeigt an, dass die Intervention zwischen 7.00 Uhr und 13.59 Uhr 2 mal zwischen 14.00 Uhr und 20.59 Uhr 1 mal und zwischen 21.00 Uhr und 6.59 1 mal erforderlich ist.

P: weist darauf hin, dass im Zeitplan die Verteilung der gesamten Zeit zwischen den Arbeitsschichten (Arbeitsperioden) dargestellt ist

Beispiel:

7 8 9 0 1 2 3	4 5 6 7 8 9 0	1 2 3 0 1 2 3 4 5 6
50 %	30 %	20%

zeigt an, dass 50% der gesamten Zeit, die für die Intervention erforderlich ist, während der Tagesschicht erbracht werden sollte, 30% während der Abendschicht und der Rest, 20%, während der Nachtschicht.

a: weist darauf hin, dass im Zeitplan einfach nur die Arbeitsschicht(en) dargestellt ist (sind), in der die Intervention erforderlich ist

Beispiel:

7 8 9 0 1 2 3	4 5 6 7 8 9 0	1 2 3 0 1 2 3 4 5 6
		Ja

zeigt an, dass die Intervention in der Nachtschicht erforderlich ist, aber nicht in der Tagesschicht und Abendschicht.

Copyright © EROS 2002

A: weist darauf hin, dass im Zeitplan der Beginn der Intervention und ihre Dauer dargestellt ist. Zusätzlich werden für Interventionen, die einen Zeitplan des Typs A haben in der vierten Spalte des Pflegeplanes auch noch die Anzahl der Pflegepersonen angegeben, die die Intervention erbringen, sowie die Anzahl der Bewohner, die an dieser Intervention teilnehmen

Beispiel:
7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 0 1 2 3 4 5 6

5 Bewohner / 1 leit. Pers. um 14.00 Uhr für 50 Minuten

bedeutet, dass an der Intervention, die um 14.00 Uhr beginnt und die 50 Minuten dauert, eine Gruppe von 5 Bewohnern teilnimmt, und dass eine leitende Person diese Intervention durchführt.

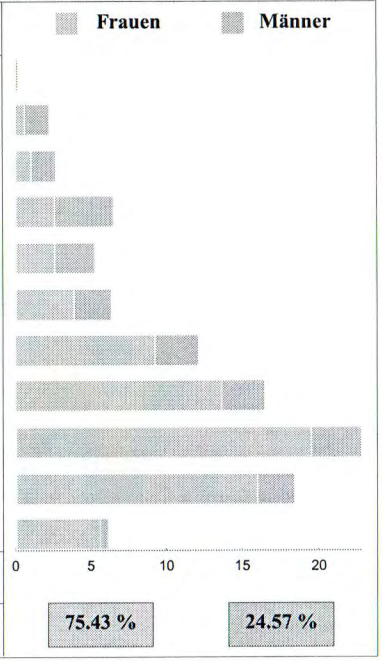
EROS - Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé

5225, rue Berri **Tél.: (514) 490-0909**
Montréal (Québec) **Fax: (514) 490-0936**
H2J 2S4 **E-mail: info@erosinfo.com**

Copyright © EROS 2002

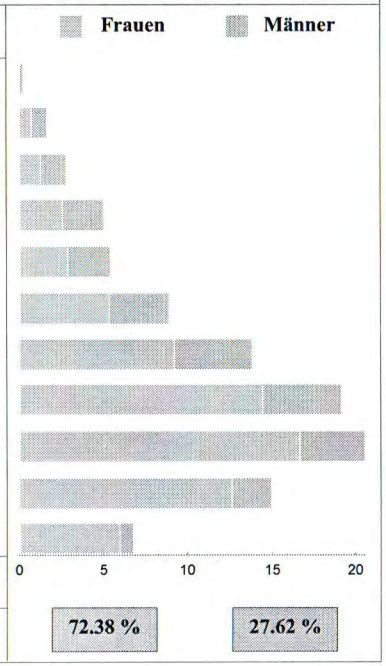
Verteilung der Bewohner nach Geschlecht und Alter bei der Aufnahme und zum Beobachtungszeitpunkt

	Alter bei der Aufnahme		Alter zum Beobachtungszeitpunkt
Alter der Bewohner	Anz.	%	Anz.
< 30 Jahre	248	2.4	29
30 bis 44 Jahre	509	5.0	237
45 bis 54 Jahre	456	4.5	285
55 bis 64 Jahre	814	7.9	675
65 bis 69 Jahre	511	5.0	549
70 bis 74 Jahre	857	8.4	662
75 bis 79 Jahre	1525	14.9	1247
80 bis 84 Jahre	1947	19.0	1687
85 bis 89 Jahre	2187	21.4	2342
90 bis 94 Jahre	1011	9.9	1890
95 Jahre und älter	174	1.7	636
Gesamt	10239	100.0	10239
Durchschnittsalter	75.6		80.8



Verteilung der Bewohner nach Geschlecht und Alter bei der Aufnahme und zum Beobachtungszeitpunkt

	Alter bei der Aufnahme		Alter zum Beobachtungszeitpunkt
Alter der Bewohner	Anz.	%	Anz.
< 30 Jahre	154	1.2	38
30 bis 44 Jahre	430	3.3	221
45 bis 54 Jahre	532	4.1	369
55 bis 64 Jahre	983	7.6	664
65 bis 69 Jahre	927	7.2	707
70 bis 74 Jahre	1499	11.6	1165
75 bis 79 Jahre	2161	16.7	1793
80 bis 84 Jahre	2584	20.0	2479
85 bis 89 Jahre	2325	18.0	2661
90 bis 94 Jahre	1067	8.3	1944
95 Jahre und älter	257	2.0	878
Gesamt	12919	100.0	12919
Durchschnittsalter	76.2		80.7



Prävalenz (Anzahl und % der Bewohner) der mit drei Zahlen kodierten Krankheiten (ICD-9)

Gesamte Anzahl der Bewohner: 10239

Krankheiten	Anz.	%
Neoplasien	427	4.2
Erworbene Hypothyreose	341	3.3
Diabetes mellitus	2350	23.0
Adipositas	366	3.6
Mangelanämien	257	2.5
Organische Psychosen	2696	26.3
Schizophrene Psychosen	759	7.4
Andere Psychosen	465	4.5
Neurosen	101	1.0
Psychische Störungen nach Hirnschädigungen	1567	15.3
Depressive Zustandsbilder	1189	11.6
Andere nicht-psychotische Störungen	907	8.9
Altersschwäche ohne Angabe einer Psychose	239	2.3
Oligophrenien	506	4.9
Zerebrale Degenerationen - Alzheimer	888	8.7
Parkinson Synd. u.a. extrapyr. Affektionen	897	8.8
Multiple Sklerose u.a. demyelinisier. Krankh.	121	1.2
Hemiplegie	665	6.5
Epilepsie	452	4.4
Andere Krankheiten des Zentralnervensystems	264	2.6
Glaukom	271	2.6
Katarakt	333	3.3
Blindheit beide Augen	157	1.5
Taubheit	228	2.2
Hypertonie	3055	29.8
Ischämische Herzkrankheiten	1574	15.4
Herzinsuffizienz	3024	29.5
Andere Formen von Herzkrankheiten	705	6.9
Krankheiten des Zerebrovaskulären Systems	1340	13.1
Spätfolgen von Hirngefäßkrankheiten	1524	14.9
Krankheiten der Arterien	566	5.5
Chronische obstruktive Lungenkrankheiten	629	6.1
Abdominale Hernien	102	1.0
Nierenversagen	426	4.2
Primär-chronische Polyarthritis u.a. Affekt.	199	1.9
Osteoarthrose und entsprechende Affektionen	840	8.2
Arthropathien und verwandte Affektionen	590	5.8
Dorsopathien	396	3.9
Osteopathien	1470	14.4
Aphasie	409	4.0
Spätfolg.v. Muskel - u. Knochenverletzungen	1207	11.8

Verteilung der Bewohner nach Beeinträchtigungsgrad

Sich bewegen können	Anz.	%
1. Voll	14	0
2. Gelegentlich eingeschränkt	11	0
3. Geschädigt (Langsamkeit)	43	0
4. Reduziert	362	4
5. Auf die Nachbarschaft beschränkt	1189	12
6. Auf die Einrichtung beschränkt	1865	18
7. Auf das Stockwerk beschränkt	2589	25
8. Auf das Zimmer beschränkt	577	6
9. Völlige Beschränkung	3589	35

Unabhängigkeit (BATL / IATL)	Anz.	%
1. Unabhängigkeit	14	0
2. Mit mechanischen Hilfsmitteln	8	0
3. Durch Anpassung der Umgebung	3	0
4. Situationsbedingte Abhängigkeit	24	0
5. Abhäng. in langen Intervallen (<= 1 x /24Std.)	73	1
6. Abhäng. vorhersehb. öfter als 1 x /24Std.	1116	11
7. Abhäng. kurze, unvorhersehb. Intervalle	4427	43
8. Abhäng. für die meisten Bedürfnisse	2593	25
9. Abhäng. für alle Bedürfnisse	1981	19

Kreuztabelle von «Sich bewegen können» und «Unabhängigkeit ATL»

Sich bewegen \ ATL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Gesamt
1	**7**	-	-	2	2	2	1	-	-	14
2	-	**1**	1	2	1	5	1	-	-	11
3	2	2	**1**	4	8	24	2	-	-	43
4	4	2	-	**9**	16	197	134	-	-	362
5	1	3	1	6	**41**	428	693	16	-	1189
6	-	-	-	1	5	**336**	1342	181	-	1865
7	-	-	-	-	-	106	**1665**	783	35	2589
8	-	-	-	-	-	18	330	**209**	20	577
9	-	-	-	-	-	-	259	1404	**1926**	3589
Gesamt	14	8	3	24	73	1116	4427	2593	1981	10239

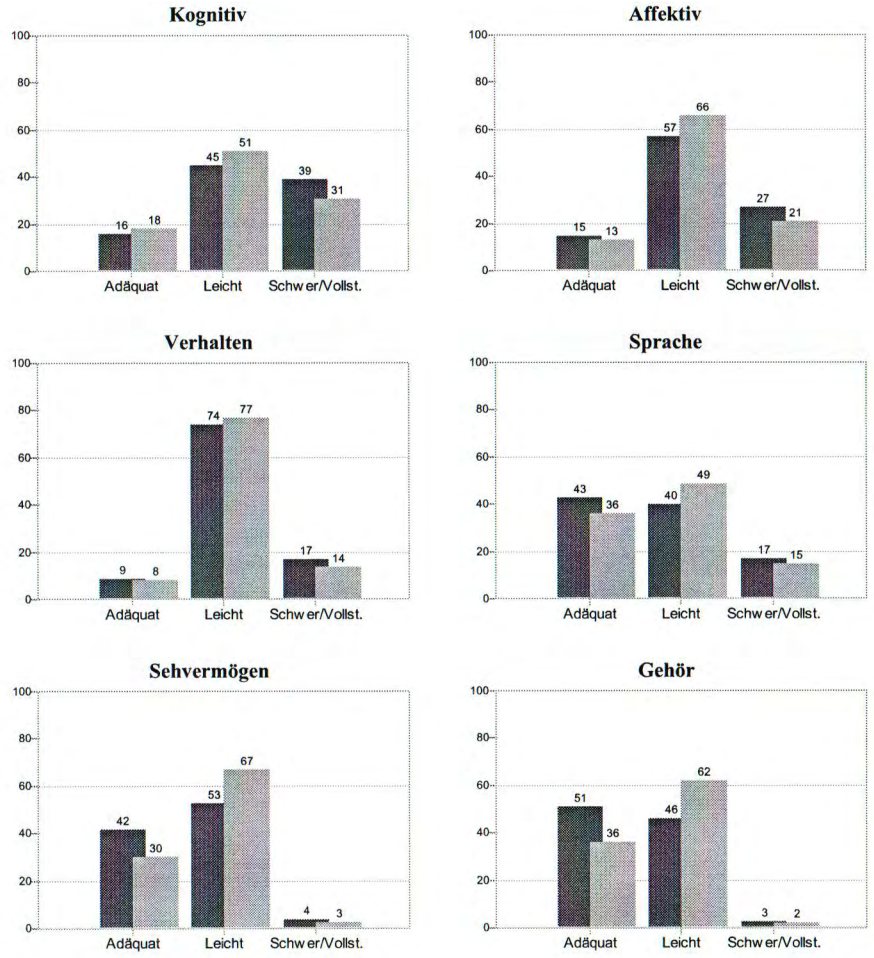
Verteilung der Bewohner nach Beeinträchtigungsgrad

Sich beschäftigen	Anz.	%
1. Angemessene Beschäftigung	43	0
2. Zeitweise nicht beschäftigt	11	0
3. Begrenzte Beschäftigung (Umfang)	50	0
4. Angepaßte Beschäftigung	816	8
5. Reduzierte Beschäftigung (Zeit)	626	6
6. Eingeschränkte Beschäftigung (Art)	2151	21
7. Sehr eingeschr. Beschäft. (Zeit, Art)	3341	33
8. Keine Beschäftigung	2841	28
9. Unangemessene Beschäftigung	360	4

Soziale Beziehungen	Anz.	%
1. Sozial integriert	64	1
2. Gehemmte Beteiligung (Verlegenheit)	24	0
3. Begrenzte Beteiligung (Art)	201	2
4. Nur primäre und sekundäre Kontakte	1015	10
5. Sekundäre Kontakte sind schwierig	2080	20
6. Nur primäre Kontakte	2751	27
7. Primäre Kontakte sind schwierig	1882	18
8. Kein Kontakt : kontaktunfähig	2120	21
9. Kein Kontakt : von d. Aussenwelt isoliert	102	1

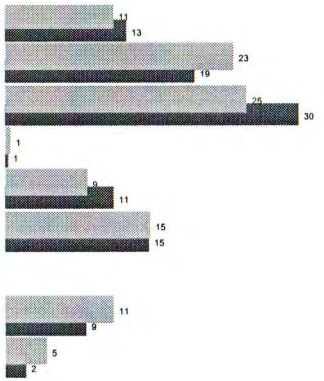
Fähigkeit zur Interaktion	Anz.	%
1. Volle Interaktionsfähigkeit	19	0
2. Voll kompensierte Störung(en)	113	1
3. Intermittierende Störungen	170	2
4. Teilweise kompensierte Störungen	1495	15
5. Mäßige Störungen	3018	29
6. Schwere Störungen	1954	19
7. Verlust der Interaktionsfähigkeit	1123	11
8. Unfähigkeit zur Interaktion	2280	22
9. Koma	67	1

Verteilung der Bewohner nach Schädigungsgrad



Verteilung der Bewohner nach dem Grad der kognitiven Defizite und der psychiatrischen Probleme

	Anz.	%	NPM/TB
Kein Problem	1156	11	69
Leichte kognitive Defizite	2404	23	103
Mäßig-leichte kognitive Defizite	2541	25	166
Mäßig-schwere kognitive Defizite	83	1	197
Schwere/aktive kognitive Defizite	883	9	195
Schwere/passive kognitive Defizite	1532	15	216
Gesamt kognitive Defizite	7443	73	160
Leichte psychiatrische Probleme	1157	11	75
Mäßige psychiatrische Probleme	466	5	104
Schwere psychiatrische Probleme	17	0	189
Gesamt psychiatrische Probleme	1640	16	84



Verteilung der Bewohner nach der Art der psychischen Probleme

Probleme

	Anz.	%
Kein Problem	3460	34 / 31
Physische Aggressivität	929	9 / 13
Verbale Aggressivität	1634	16 / 17
Stört die anderen	1145	11 / 15
Unruhe	2146	21 / 17
Umherirren	924	9 / 9
Anhaltende Angst	875	9 / 25
Traurigkeit	1279	12 / 16
Äußerungen von Leid	664	6 / 5
Rückzug	2216	22 / 10
Selbstmordgedanken	110	1 / 1
Denkt oft an den Tod	320	3 / 2
Frühes Erwachen und schlecht gelaunt	104	1 / 1
Hypersomnie	265	3 / 2

Verteilung der Bewohner nach der Art der freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahmen bzw. Schutzmaßnahmen

	Oft	Manchmal	Selten	Oft
	Anz.	Anz.	Anz.	%
Keine freiheitsbeschränkende/ -entziehende Maßnahme	3059	-	-	30 / 7
Bettgitter	3160	57	15	31 / 74
Tischplatte am Spezialstuhl	109	13	19	1 / 8
Tischplatte am Rollstuhl	150	10	3	1 / 8
Sicherheitsjacke	13	-	1	2
Fixierung am Handgelenk	18	-	1	1
Fixierung am Knöchel	14	-	1	
Bauchgurt	228	10	8	2 / 33
Überhose zur Fixierung	7	-	-	2
Isolierzimmer	-	4	6	
Geschlossene Station	326	-	-	3 / 4
Psychopharmaka	5346	43	152	52 / 65

Verteilung der Bewohner nach der Art der Hilfsmittel

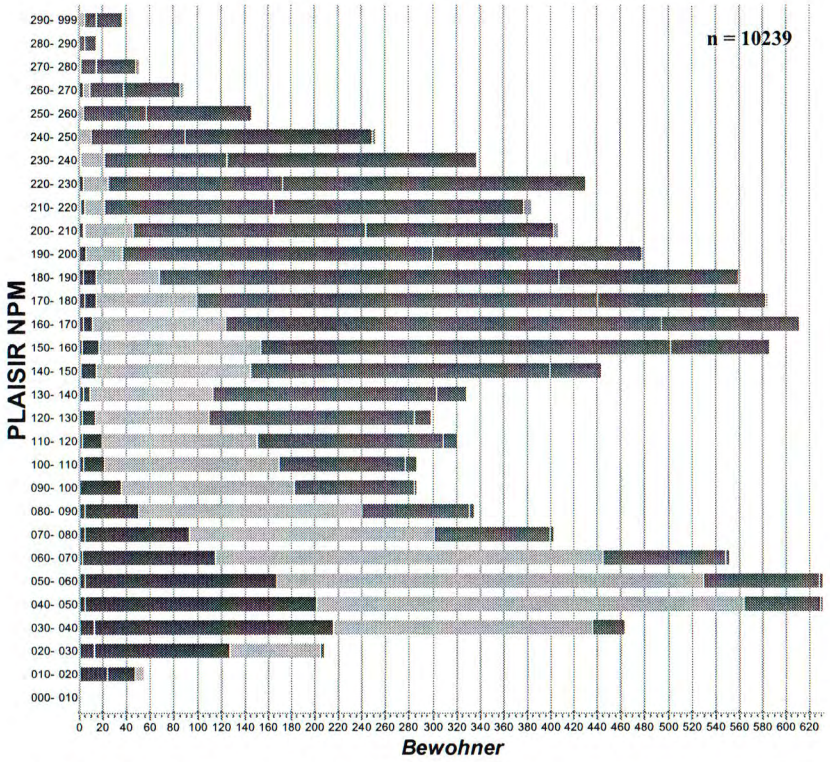
	Anz.	%	
Keine Verringerung	1651	16	16 / 11
Verringerung ohne Komp.	1908	19	19 / 9
Gehstock	1061	10	10 / 5
Gehwagen	2660	26	26 / 26
Vier-/dreifüßiger Stock	24	0	1
Handleisten, Möbel	557	5	5 / 5
Orthese	76	1	1 / 4
Prothese	37	0	
Rollstuhl (selbständig)	841	8	8 / 21
Rollstuhl (mit Hilfe)	2704	26	26 / 38
Rollstuhl (motorisiert)	80	1	1 / 4
Geriatrischer Stuhl	368	4	4 / 14
Lifter	339	3	3 / 27

Erbrachte Therapieleistungen, Leistungen der aktivierenden Pflege und sonstige Leistungen

Rehabilitationstherapie	Anz.		%		X/Wo		Min/Wo	
Physiotherapie	1896	2565	19	20	1.88	1.94	45.2	62.5
Ergotherapie	266	1875	3	15	2.03	1.45	95.1	47.3
Logopädie	104	21	1	0	1.43	1.29	45.9	58.1
Arztvisiten (pro Monat)	10204	12868	100	100	2.50	1.70		
Maßnahmen der aktivierenden Pflege								
Essen und trinken können	170	199	2	2	6.68	6.72		
Ausscheiden können	631	1007	6	8	7.00	6.96		
Sich pflegen/sich kleiden können	1583	1090	15	8	6.96	6.89		
Sich bewegen können	127	303	1	2	6.82	6.77		
Transfers	47	199	0	2	6.79	6.94		

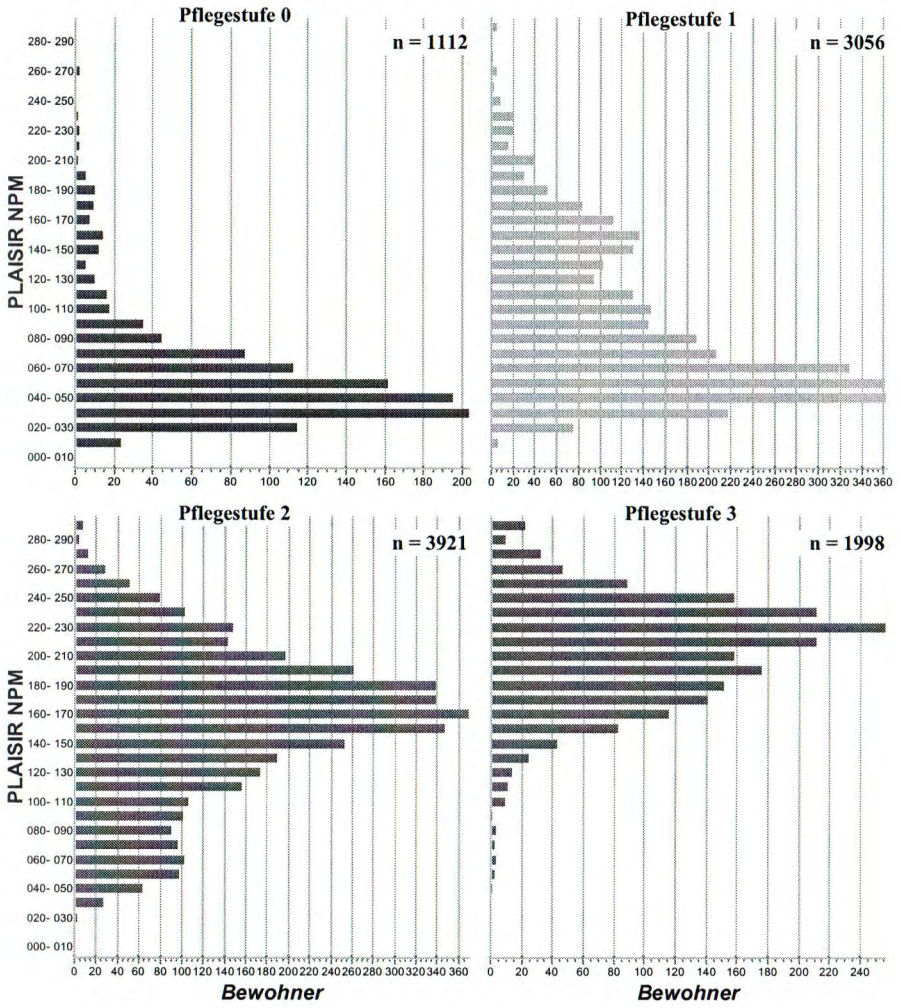
Sonstige Leistungen	Anz.		%	
Chemotherapie	9	45	0	0
Strahlentherapie	4	4	0	0
Inhalationstherapie	6	83	0	1
Dialyse	20	55	0	0
Transfusion	1	11	0	0
Infusionstherapie	94	94	1	1
Dauerkatheter	912	390	9	3
Tracheotomie	65	41	1	0
Stoma	96	161	1	1
Ulcus cruris	111	80	1	1
Druckgeschwür				
1. und 2. Grad	318	590	3	5
3. und 4. Grad	169	119	2	1
Fußpflege	157	449	2	3

Gekreuzte Verteilung der Bewohner nach ihrer Pflegestufe und nach ihren laut PLAISIR erforderlichen Netto- Pflegeminuten.



	000-020	020-040	040-060	060-080	080-100	100-120	120-140	140-160	160-180	180-200	200-220	220-240	240-260	260-280	280-999	n	%
P4	-	-	-	-	-	-	-	-	3	5	11	2	4	6	-	31	0.30
P3	-	1	5	7	6	22	39	128	259	329	371	469	249	80	33	1998	19.51
P2	-	32	164	202	193	265	365	602	710	603	342	253	133	43	14	3921	38.29
P1	7	296	725	537	336	279	200	268	198	84	57	41	14	8	6	3056	29.85
P0	24	319	358	201	81	35	17	28	18	17	5	5	1	3	-	1112	10.86
KA	24	26	12	9	7	7	7	5	10	5	6	1	-	1	1	121	1.18
n	55	674	1264	956	623	608	628	1031	1198	1043	792	771	401	141	54	10239	
%	0.54	6.58	12.34	9.34	6.08	5.94	6.13	10.07	11.70	10.19	7.74	7.53	3.92	1.38	0.53		

Gekreuzte Verteilung der Bewohner nach ihrer Pflegestufe und nach ihren laut PLAISIR erforderlichen Netto- Pflegeminuten.



Detaillierte Darstellung des erforderlichen Pflegeaufwandes

		Min/TB		%	
DIP (Netto)	85 / 88	137.7	171.3	85.2	87.7
BBK	7 / 6	11.5	11.5	7.1	5.9
VIAW	8 / 6	12.5	12.5	7.7	6.4
Produktive	100 / 100	161.7	195.3	100.0	100.0
Grundpflege	75 / 79	103.9	135.0	75.4	78.8
Zwischenmenschliche/erzieherische Pflege	16 / 13	22.5	21.9	16.3	12.8
Pflegetechniken	8 / 8	11.4	14.5	8.2	8.5
Atmung		0.5	0.7	0.3	0.4
Essen und trinken können	18 / 16	24.8	27.9	18.0	16.3
Ausscheiden können	17 / 18	23.1	30.2	16.8	17.6
Sich pflegen/sich kleiden können	21 / 22	29.3	38.4	21.3	22.4
Sich bewegen können	19 / 22	26.2	37.9	19.0	22.1
Kommunikation	16 / 13	22.5	21.9	16.3	12.8
Medikamente	4 / 4	5.4	7.3	3.9	4.2
Infusionstherapie		0.1	0.1	0.1	0.0
Behandlungen	2 / 2	3.1	3.4	2.2	2.0
Diagnost. Maßnahmen	2 / 2	2.8	3.7	2.0	2.2

Verteilung des erforderlichen Aufwandes an Grundpflege und Kommunikation nach Pflegehauptaktionen im Vergleich mit der bundesweiten Stichprobe (10239 Bewohner)

	% Bewohner		Häufigkeit / Bewohner pro Woche		pro Tag		% der direkten/indirekten Pflege (DIP)	
Essen und Trinken können								
1040 Frühstück	91	94	7.0	7.0	1.0	1.0	4.3	4.0
1050 Mittagessen	90	91	7.0	7.0	1.0	1.0	5.3	4.8
1060 Abendessen	91	91	7.0	7.0	1.0	1.0	4.6	4.4
1070 Zwischenmahlzeit	90	98	12.1	14.0	1.7	2.0	2.5	2.3
1080 Flüssigkeitszufuhr	87	79	15.2	17.8	2.2	2.5	0.5	0.5
1110 Enterale Ernährung	4	1	19.5	27.7	2.8	4.0	0.5	0.1
Sonstige Interventionen	26	17	14.3	11.8	2.0	1.7	0.4	0.2
Gesamt	99	99	48.2	49.5	6.9	7.1	18.0	16.3
Ausscheiden können								
2050 Toilette oder Nachtstuhl	37	41	27.0	24.5	3.9	3.5	4.6	3.7
2060 Pflege bei Urininkontinenz	51	72	32.3	36.6	4.6	5.2	9.0	11.8
2070 Pflege bei Stuhlinkontinenz	38	48	7.8	5.2	1.1	0.7	2.0	1.4
Sonstige Interventionen	18	20	24.2	15.2	3.5	2.2	1.2	0.8
Gesamt	76	86	44.5	48.8	6.4	7.0	16.8	17.6
Sich pflegen/kleiden können								
3030 Teilkörperpflege	78	85	5.9	5.0	0.8	0.7	4.7	3.8
3040 Ganzkörperpflege	99	100	1.9	2.6	0.3	0.4	5.1	6.1
3090 Haare waschen/spülen	74	95	1.1	1.0	0.2	0.1	1.2	1.2
3140 Bartrasur	33	29	4.6	5.9	0.7	0.8	1.2	1.2
3170 Zahnpflege	72	72	13.9	20.9	2.0	3.0	1.9	2.5
3180 Ankleiden	76	81	6.9	7.0	1.0	1.0	4.0	4.0
3190 Auskleiden	75	80	6.9	7.0	1.0	1.0	2.6	2.6
Sonstige Interventionen	88	99	4.1	5.7	0.6	0.8	0.6	1.1
Gesamt	99	100	33.1	41.5	4.7	5.9	21.3	22.4

Verteilung des erforderlichen Aufwandes an Grundpflege und Kommunikation nach Pflegehauptaktionen im Vergleich mit der bundesweiten Stichprobe (10239 Bewohner)

	% Bewohner	Häufigkeit / Bewohner pro Woche		pro Tag		% der direkten/indirekten Pflege (DIP)	
Sich bewegen können							
4010 Aufstehen mit Hilfe	65	54	13.8	16.1	2.0	2.3	1.8	1.6
4015 Hinlegen mit Hilfe	58	53	15.3	16.8	2.2	2.4	1.9	1.6
4030 Gehen mit Hilfe	28	30	24.7	21.8	3.5	3.1	2.5	2.0
4040 Rollstuhl schieben	24	45	17.6	14.4	2.5	2.1	1.3	1.6
4050 Einreiben und Lagern	45	70	34.2	32.5	4.9	4.6	6.4	7.5
4060 Bewegungsübungen	36	42	12.9	12.9	1.8	1.8	4.7	4.5
Sonstige Interventionen	5	39	16.8	24.6	2.4	3.5	0.4	3.3
Gesamt	81	89	61.4	76.9	8.8	11.0	19.0	22.1
Kommunikation							
5010 Individ. unterstützende Komm.	11	13	7.0	7.0	1.0	1.0	1.2	1.1
5020 Komm. kognitive Defizite	73	76	7.0	7.0	1.0	1.0	11.0	9.6
5030 Komm. psych. Probleme	16	11	7.0	7.0	1.0	1.0	2.3	1.2
5130 Gruppenaktivitäten	56	26	2.4	2.5	0.3	0.4	1.2	0.3
Sonstige Interventionen	27	19	2.3	2.8	0.3	0.4	0.7	0.6
	100	100	8.9	8.2	1.3	1.2	16.3	12.8

Durchschnittlich erforderliche Pflegestunden und Pflegeminuten pro Tag-Bewohner

	Stunden/TB	Minuten/TB
Netto	2.30	137.7
Produktive	2.70	161.7
Gearbeitete	2.70	161.7
Bezahlte	3.36	201.8

Anzahl der gearbeiteten Pflegestunden (GPS), der Anwesenheiten und der Stellen des pro Arbeitsschicht erforderlichen Pflegepersonals

	Tag	Abend	Nacht	24 Std.
Anzahl an gearbeiteten Stunden pro Tag-Bewohner :	1.47	0.89	0.34	2.70
Anzahl an gearbeiteten Stunden für 10239 Bewohner :	15001.80	9155.46	3437.89	27595.11
Anzahl der Anwesenheiten pro Tag-Bewohner :	0.21	0.13	0.05	0.39
Anzahl der Bewohner pro Anwesenheiten des Personals :	4.78	7.83	20.85	
Anzahl der Anwesenh. pro Tag, für 10239 Bewohner :	2143.11	1307.92	491.13	3942.16
Anzahl der Stellen pro Bewohner :	0.33	0.20	0.08	0.61
Anzahl der Bewohner pro Stellen :				1.64
Anzahl der Stellen für 10239 Bewohner :	3403.60	2077.19	779.99	6260.76

Erforderliche Anzahl an gearbeiteten Minuten und Stunden des Pflegepersonals pro Arbeitsschicht und pro Wochentag

Pro Bewohner	*Minuten*			
	Tag	**Abend**	**Nacht**	**24 Std.**
Montag	91.2	53.8	20.2	165.2
Dienstag	89.4	53.9	20.2	163.5
Mittwoch	90.0	54.3	20.1	164.5
Donnerstag	88.9	54.2	20.2	163.3
Freitag	89.3	54.0	20.2	163.5
Samstag	83.2	52.7	20.1	156.0
Sonntag	83.3	52.6	20.0	156.0
Durchschnitt pro Werktag	89.8	54.0	20.2	164.0
Durchschnitt pro Wochenendtag	83.3	52.7	20.1	156.0
Woche insgesamt	615.4	375.6	141.0	1131.9
Globaler Tagesdurchschnitt	87.9	53.7	20.1	161.7
Verteilung pro Arbeitsschicht (%)	54.36%	33.18%	12.46%	100.00%

Für 10239 Bewohner	*Stunden*			
	Tag	**Abend**	**Nacht**	**24 Std.**
Montag	15569.1	9176.5	3442.9	28188.5
Dienstag	15259.2	9193.9	3452.5	27905.5
Mittwoch	15363.8	9273.3	3434.9	28072.0
Donnerstag	15162.7	9254.9	3447.3	27864.9
Freitag	15234.2	9217.1	3441.5	27892.9
Samstag	14202.0	8992.8	3428.1	26622.9
Sonntag	14221.6	8979.7	3418.0	26619.3
Durchschnitt pro Werktag	15317.8	9223.1	3443.8	27984.8
Durchschnitt pro Wochenendtag	14211.8	8986.3	3423.1	26621.1
Woche insgesamt	105012.6	64088.2	24065.2	193166.1
Globaler Tagesdurchschnitt	15001.8	9155.5	3437.9	27595.2