

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0125(30)

gel. ESV zur öAnhörung am 07.09.

15_KHSG

02.09.2015

Stellungnahme zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung

Bundesdrucksache 18/5372

Dr. rer. medic. Pia Wieteck, Einzelsachverständige
1.9.2015

Inhalt

Einleitung.....	2
1. Das Stellenförderprogramm greift zu kurz.....	3
1.1 Der bestehende zusätzliche Pflegepersonalbedarf ist deutlich höher	4
1.2 Bekannte pflegerische Versorgungsdefizite in deutschen Krankenhäusern.....	4
1.3 Überlegungen zur Konkretisierung des „notwendigen Pflegepersonals“	9
1.4 Überlegungsansätze zum Gesetzesentwurf	10
2. Alternative Lösungsansätze.....	11
2.1 Bewertung möglicher „kurzfristiger“ Lösungsansätze	11
2.1.1 Zweckbindung der Pflegepersonalkosten im DRG-System	11
2.1.2 PPR-Einführung als kurzfristige Lösung zur Pflegepersonalbemessung.....	12
2.1.3 Mindestvorgaben für Nachtdienste	13
2.2 Langfristige Lösungsansätze zur Verbesserung der Pflegepersonalstellensituation	14
2.2.1 Hintergründe	14
2.2.2 Vorteile der NRG (Nursing Related Groups) als langfristiger Lösungsansatz	16
A) Verbesserung der Qualität durch die erforderlichen Voraussetzungen für die NRG:.....	16
B) Personalbemessung und Vergütung berücksichtigt Pflegebedürfnis und Pflegebedarf...	17
C) Positive Auswirkungen auf das DRG-System und die interdisziplinäre Zusammenarbeit	17
D) DRG-konformer Lösungsansatz	18
E) Verbesserung der Verteilungs- Vergütungsgerechtigkeit im DRG-System	18
F) Stärkung der Position der Pflege bei Personalstellenverhandlungen	18
G) Förderung der eHealth-Strategien	18
H) Schaffung der Datengrundlage für nationale Qualitätsindikatoren in der Pflege	18
I) Förderung einer Pflege basierend auf „best practice“ und/oder “evidence based nursing“	18
J) Zweckgerichteter Einsatz pflegerischer Ressourcen.....	19
Zusammenfassende Bewertung der NRG	19
Zur Person	20
Literatur.....	21

Einleitung

Anlass für die Stellungnahme zum Gesetzesentwurf und die Auseinandersetzung mit den Anträgen der Fraktionen DIE LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN war die Einladung als Einzelsachverständige zur öffentlichen Anhörung im Deutschen Bundestag am 7. September 2015 zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)“.

Die vorliegende Stellungnahme beschränkt sich auf das geplante Pflegestellen-Förderprogramm, sowie auf die Anträge der Fraktion DIE LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Hier werden jeweils Alternativkonzepte für ein Förderprogramm der Pflege, abweichend vom Gesetzesentwurf, aufgezeigt.

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass die Bundesregierung entschieden hat, weitere Fördermittel zum Aufbau von Pflegepersonen im Krankenhaus bereitzustellen.

Soll künftig eine pflegerische Versorgung auf wissenschaftlichem Erkenntnisstand der Pflege ohne deutliche Versorgungsdefizite, Unterversorgung und Gefährdung der Patientensicherheit realisiert werden, greift das im Gesetzesentwurf formulierte Pflegestellen-Förderprogramm deutlich zu kurz und wird, wie bereits das Pflegestellen-Förderprogramm von 2009–2012, keinen Effekt auf die Versorgungsqualität und Arbeitsbelastung der Pflege haben.

Nachfolgend werden nochmals die Elemente aus den Gesetzesvorlagen und Anträgen aufgezeigt, auf welche ich in meiner Stellungnahme eingehen werde.

Zusammenfassend der Überblick der von mir kommentierten Aspekte:

Gesetzesentwurf

II.2 Einrichtung eines Pflegestellen-Förderprogramms

Eine Krankenhausbehandlung mit guter pflegerischer Versorgung kann nur geleistet werden, wenn im Krankenhaus ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal vorhanden ist. Insbesondere zur Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die einen erhöhten Pflegebedarf haben, wie etwa an Demenz erkrankte, pflegebedürftige oder behinderte Patientinnen und Patienten, sowie zur Unterstützung des Pflegepersonals, das große Verantwortung für das Leben und die Gesundheit der Patientinnen und Patienten trägt, werden folgende Maßnahmen ergriffen:

– Zur Stärkung der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung (ausschließlich „Pflege am Bett“) wird für die Jahre 2016 bis 2018 ein stufenweise ansteigendes Pflegestellen-Förderprogramm aufgelegt. Allein in den Jahren 2016 bis 2018 belaufen sich die Fördermittel auf bis zu 660 Millionen Euro. Nach dem Ende des Förderprogramms verbleiben die zusätzlichen Mittel in Höhe von jährlich bis zu 330 Millionen Euro im Krankenhausbereich. Die Krankenhäuser haben einen Eigenfinanzierungsanteil in Höhe von 10 Prozent der Personalkosten zu tragen (Deutscher Bundestag Durcksache 18/5372, 2015, S. 3).

Kurzfristige Maßnahmen – Einführung der PPR

„Als Soforthilfe bis zur Einführung des neuen Verfahrens zur Personalbemessung ist die PPR für einen Übergangszeitraum von 3 Jahren wieder einzuführen ...“ (Fraktion Die Linke, 2015)

„Als Sofortmaßnahme ist ein Pflegestellenprogramm nötig, das sich mindestens an den Größenordnungen der 1997 abgeschafften Pflegepersonalregelung (PPR) orientiert.“ (Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, 2015)

Kurzfristige Maßnahme – Mindestbesetzung im Nachtdienst

Als Sofortmaßnahme zur Entlastung des Nachtdienstes ist eine Regelung zu erlassen, die den Einsatz von mindestens zwei examinierten Pflegekräften pro Nachtschicht und Station verbindlich vorschreibt. (Fraktion Die Linke, 2015, S. 3)

Kurzfristige Maßnahmen – Zweckbindung

„Um sicherzustellen, dass das Instrument auch zu einer besseren Personalausstattung führt, sollte eine Zweckbindung der DRG-Zuweisungen für den Pflegebereich vorgesehen werden.“ (Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, 2015)

Mittel- bis langfristige Maßnahmen – NRG oder PRG

„[...] im Pflegebereich der Krankenhäuser verbindliche Personalbemessungsregelungen eingeführt werden und mittel- und langfristig ein transparentes und leistungsbezogenes System der Pflegefinanzierung entwickelt und eingeführt wird [...].“ (Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, 2015, S. 2)

„[...] auf Verbesserungen bei den Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Krankenhaus wie etwa einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf und einer besseren Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe untereinander hinzuwirken [...].“ (Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, 2015, S. 2)

„Für die mittel- bis langfristige Perspektive ist eine leistungsbezogene Pflegepauschale (Nursing Related Groups) denkbar. Ein vergleichbares Instrument zur besseren Abbildung des Pflegebedarfs im stationären Vergütungssystem und zur Entwicklung von Pflegeindikatoren hatte beispielsweise 2008 der Deutsche Pflegerat ins Gespräch gebracht (Bartholomeyczik, Sabine: Adäquate Abbildung des Pflegeaufwands im G-DRG-System. Witten-Herdecke, Berlin 2008).“ (Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, 2015, S. 5)

1. Das Stellenförderprogramm greift zu kurz

Diese Meinung wird von zahlreichen Verbänden, Kliniken, Studienergebnissen und Interessensvertretern gestützt. Nachfolgend ein paar Belege ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

- *„Die prekären Arbeitsbedingungen der beruflich Pflegenden in den Krankenhäusern spitzen sich zu, die chronische Überlastung hat gravierende Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten. Die Patientensicherheit ist nicht gewährleistet, Versorgungsdefizite treten immer häufiger zutage. Der Gesetzentwurf zur Krankenhausreform jedoch greift all dies nicht auf. Im Widerstand gegen diese Gesundheitspolitik treten DBfK und die Gewerkschaft ver.di jetzt gemeinsam an Politik und Öffentlichkeit heran.“* Pressemeldung von DBfK und ver.di vom 18.06.2015: <http://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2015/626368005.php> (Accessed: 28.08.2015)
- Die Arbeitsbelastung ist von 1996 bis 2013 kontinuierlich um ca. 28 % gestiegen (Wieteck et al., 2015). Diese Zahl basiert auf der Kennzahl, die auch vom Sachverständigenrat genutzt wurde, um die Entwicklung der Arbeitsbelastung darzustellen. (Anzahl der Behandlungsfälle pro Vollkraft im Jahresdurchschnitt (Sachverständigenrat, 2007, S. 337 f)). Diese Kennzahl berücksichtigt nicht den erhöhten erforderlichen Pflegebedarf durch die demografische Entwicklung der Patienten (zunehmendes Alter, Multimorbidität usw.); dieser deutlich erhöhte Pflegebedarf impliziert die Notwendigkeit, den aus dem Bedarf resultierenden, erhöhten quantitativen und qualitativen Leistungsaufwand zu erbringen. Es ist davon auszugehen, dass durch diesen Effekt ein zusätzlicher Pflegebedarf und damit Arbeitsbelastung z. B. durch zunehmende Demenz (Isfort et al., 2014) oder andere Phänomene hinzukommt. Die massiv gestiegene Arbeitsbelastung des Pflegepersonals

führt zur Überbelastung und gefährdet die Gesundheit des Pflegepersonals. Die schlechten Arbeits- und Pflegebedingungen führen zu einer zunehmenden Unzufriedenheit im Beruf, welche wiederum die Versorgungsqualität negativ beeinflusst (B. Braun, Klink & Müller, 2010; B. Braun & Müller, 2005). Die Unzufriedenheit im Beruf, die schlechte Bezahlung, Schichtdienste, die begrenzten Möglichkeiten des Aufstiegs und der persönlichen Entwicklung in Kliniken führen dazu, dass der Pflegeberuf in der Attraktivität sinkt (Fajardo, 2013; Görres et al., 2010).

1.1 Der bestehende zusätzliche Pflegepersonalbedarf ist deutlich höher

Die „fehlenden“ Pflegepersonen (nach Qualifikation und Anzahl) können derzeit nicht konkret quantifiziert werden. Hierzu fehlen in Deutschland konkrete Daten über das „Pflegebedürfnis¹“ und den „Pflegebedarf²“ der Patienten. Ebenso ist unbekannt, welche Auswirkungen die impliziten Rationierungen von erforderlichen Pflegeleistungen im Versorgungsprozess auf das Ergebnis haben. Zur vertieften Diskussion darüber, wie viel Pflegepersonal benötigt wird um eine sicher und am Pflegebedarf orientierte Pflege zu gewährleisten sollen zunächst die bestehenden Defizite die durch die wenigen Forschungsarbeiten bekannt sind zusammenfassend dargestellt werden. Dieses um den Handlungsbedarf zu verdeutlichen.

1.2 Bekannte pflegerische Versorgungsdefizite in deutschen Krankenhäusern

Anhand der nachfolgenden Studienergebnisse wird sehr deutlich, dass Versorgungsdefizite und Patientengefährdungen existieren. Daraus abzuleiten ist, dass auf der einen Seite zu wenig Personal vorhanden ist, um eine „adäquate Pflege“ zu gewährleisten und/oder die vorhandenen Ressourcen durch Übernahme anderer Tätigkeiten nicht genutzt werden. Die derzeitigen Versorgungsdefizite und Patientengefährdungen sind vermutlich deutlich gravierender, derzeit aber wegen nicht vorhandener Studien und fehlender einheitlich eingeführter Qualitätskennzahlen nicht sichtbar.

Nachfolgend Belege, welche auf deutliche Versorgungsdefizite im Krankenhaus hinweisen:

- Auf Grundlage einer Literaturanalyse kommt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu dem Schluss, dass ein **Zusammenhang zwischen der Pflegekapazität und der Qualität der Patientenversorgung** besteht. Das Institut empfiehlt eine Begleitforschung, um zu untersuchen, inwieweit der Personalabbau im Krankenhaus im Pflegedienst die Versorgungsqualität und Patientensicherheit beeinflusst (IQWiG 2006). So kommen z. B. Rafferty et al. (2007) zu dem Ergebnis, dass die Patienten und das Pflegepersonal in den Krankenhäusern mit dem besten Beschäftigungsverhältnis (eine niedrigere Anzahl an Patienten pro Pflegekraft) je bessere Ergebnisse erzielten als jene Krankenhäuser mit weniger guten Beschäftigungsverhältnissen. Die Mortalitätsrate lag in den Häusern mit den ungünstigsten

¹ Ein Mensch ohne Beeinträchtigungen und/oder krankheitsbedingte Einschränkungen verfügt über die Fähigkeit, die alltäglich anfallenden Selbstpflegeteuerfordernisse und/oder Lebensaktivitäten zu realisieren (Henderson, 1972; Meleis, 1999; Orem, 1995). Fehlen dem Betroffenen nun Fähigkeiten, Ressourcen, um die Selbstpflegeteuerfordernisse und Lebensaktivitäten selbst zu realisieren, entsteht ein Bedürfnis nach Unterstützung. Bei dem Begriff der Pflegebedürftigkeit handelt es sich außerhalb des SGB XI um eine deskriptive Kategorie. Mit dem Begriff des Pflegebedürfnisses werden Phänomene angesprochen, welche im Kontext des Pflegeprozesses in Form von Pflegeproblemen/-diagnosen fassbar gemacht werden (Wingenfeld & Schnabel, 2002).

² Der erforderliche Pflegebedarf, welcher sich aus den individuellen Bedürfnissen des Betroffenen ergibt, dargestellt in Pflegeproblemen/-diagnosen des Betroffenen ist die Grundlage zur Entscheidungsfindung über mögliche Pflegemaßnahmen und/oder andere Angebote. Abhängig von den mit dem Betroffenen abgestimmten Pflegezielen werden die Pflegemaßnahmen, also der Pflegebedarf des Betroffenen vereinbart (Schröder, 2010; Wingenfeld, Büscher & Gansweid, 2008). Der Pflegebedarf ist keine „objektive“ Größe, welche abgelesen werden könnte, sondern abhängig von spezifischen normativen Verfahren zur Bedarfsermittlung (Simon, 2014).

Patienten-Pflegepersonal-Verhältnissen um 26 % höher. („Patients and nurses in the quartile of hospitals with the most favorable staffing levels (the lowest patient-to-nurse ratios) had consistently better outcomes than those in hospitals with less favorable staffing. Patients in the hospitals with the highest patient-to-nurse ratios had 26 % higher mortality“; Rafferty et al. 2007, S. 175.) Dem Menschenverstand folgend führt jede Personalreduktion zu einer Rationierung von (notwendigen) konkreten Leistungen und damit möglicherweise zu Versorgungsdefiziten, mit der Folge primärer (in den Kliniken) und/ oder sekundärer Gesundheitsschäden für den Patienten; nicht zu vernachlässigen sind die in Folge der Mangelversorgung entstehenden zusätzlichen Gesundheitskosten.

- Das **Ausmaß „impliziter Rationierung“ pflegerischer Leistungen im deutschen Gesundheitswesen im Krankenhaus** ist noch weitgehend unerforscht, dennoch sind die bisherigen ersten veröffentlichten Ergebnisse als alarmierend einzustufen. Implizites Rationieren bedeutet, dass erforderliche Pflegemaßnahmen aufgrund fehlender (zeitlicher) Ressourcen nicht erbracht werden (können) und die Entscheidungsmacht, „wo“ und „was“ zu rationieren ist, im Ermessensspielraum der behandelnden Einzelperson liegt. Es kann davon ausgegangen werden, dass Rationierungsentscheidungen in deutschen Kliniken überwiegend der einzelnen Pflegeperson überlassen sind. So zeigt die Studie von Isfort et al. 2012 auf, dass nur bei 6,5 % der befragten Personen auf Intensivstationen klare Regeln für Rationierungsentscheidungen bei Überlastung des Pflegepersonals vorgelegen haben (Isfort, Weidner & Gehlen, 2012, S. 67). Erste nicht unerhebliche Hinweise auf eine „verdeckte Rationierung“ pflegerischer Leistungen im Krankenhaus gab es in der repräsentativen Umfrage des Pflegebarometers im Jahr 2010. Der Umfrage des dip (2010) zufolge gab mehr als die Hälfte der Befragten an, dass die Personalauslastung mit examinierten Pflegekräften auf der Station nicht ausreichend sei, um eine angemessene pflegfachliche Versorgung der Patienten zu gewährleisten (Isfort und Weidner, 2010). In der von der EU geförderten Pflegestudie RN4Cast (Registered Nurse Forecasting, Prognosemodell zur Pflegebedarfsplanung) zeigte sich, dass im internationalen Durchschnitt der beteiligten Länder die befragten Pflegepersonen (n=33.659) 3,6 von 13 Pflegetätigkeiten in der letzten Schicht vernachlässigten. 92 Prozent der deutschen examinierten Pflegepersonen (n=1.511 aus 49 Kliniken) wählten ebenfalls aus 13 Tätigkeitsbereichen jene aus, die sie in ihrer Schicht nicht erledigen konnten, obwohl sie erforderlich waren. Im Durchschnitt wurden 4,7 dieser 13 Pflegeaufgaben rationiert. Damit gehört Deutschland neben Belgien, England und Griechenland zu den Ländern, in denen überdurchschnittlich viele Pflegeleistungen „ungetan“ bleiben. Die Spannweite der Pflegemaßnahmen, die als „unterlassen“ angegeben wurden, variiert zwischen 82 Prozent für „Patientengespräche und Zeit für Zuwendung“ und 15 Prozent für „Behandlungen und Prozeduren“ (vgl. Abb. 1).



Abbildung 1: Häufigkeit der angegebenen „impliziten Rationierung“ in der letzten Schicht in deutschen Kliniken (Quelle: Zander, B. et al. 2014, S. 731)

- Die in der Studie befragten Pflegepersonen gaben in dem Fragebogen lediglich an, dass sie eine bestimmte Art von Tätigkeit in der letzten Schicht unterlassen hatten. Ob sie diese Tätigkeitsart, zum Beispiel Mobilisierungsmaßnahmen, bei mehreren Patienten der Station unterließen, bleibt offen. Die Folgen dieser verdeckten Rationierung für die betroffenen Patienten sowie die Auswirkungen auf Folgekosten im Gesundheitssystem aufgrund entstandener Schäden (zum Beispiel Stürze, nosokomiale Infektionen, klinische Zwischenfälle, Dekubitus) sind in Deutschland ebenfalls unbekannt. Die internationale Pflegeforschung ist bezogen auf diese Fragestellung zum Teil bereits etwas weiter. So liegen einige Studien vor, die auf ein Ungleichgewicht zwischen Patientenbedürfnissen und erfülltem Pflegebedarf mit negativen Auswirkungen auf das Outcome infolge fehlender pflegerischer Ressourcen und mangelnder Ausbildung hinweisen (Aiken et al., 2011; Aiken et al., 2014; Assadian, Toma & Rowley, 2007; Ball et al., 2014; Isfort, 2008; Lang et al., 2004; McGahan, Kucharski & Coyer, 2012; Patry et al., 2014; Rogowski et al., 2013; Schubert et al., 2012; Staggs & Dunton, 2014). Auch auf Seiten des Pflegepersonals steht die Rationierung von Pflegemaßnahmen mit unerwünschten Konsequenzen wie Burnout, einer hohen Fluktuationsrate, Unzufriedenheit im Berufsleben und einer geringen beruflichen Verweildauer in Verbindung (Tschannen, Kalisch & Lee, 2010; Zander et al., 2014).
- Es gibt **deutliche Hinweise auf Versorgungsdefizite spezieller Patientengruppen in deutschen Krankenhäusern**. So weisen die Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von leitenden Pflegepersonen zur Pflege und Patientenversorgung von **Menschen mit Demenz eklatante Defizite** auf. An der Studie haben insgesamt 1.844 Abteilungs-/Stationsleitungen aus dem gesamten Bundesgebiet teilgenommen (Bruttorücklaufquote von 24 %). Die zentralen Erkenntnisse der Befragung zur Versorgungssituation sind folgende (Isfort et al., 2014):
 - In der Behandlungsrealität im Krankenhaus tritt das Phänomen einer „demenziellen Veränderung“ deutlich öfter auf, als dieses sich in der ICD-10-Codierung wiederfindet. So wurde in der Studie der durchschnittliche Anteil der Patienten mit einer Demenz über alle Stationen hinweg mit 23 % berechnet. Die Befragungsergebnisse decken sich mit anderen Studien (Mukadam & Sampson, 2011; Pinkert & Holle, 2012). Das pflegediagnostische Phänomen, dass Patienten infolge einer Ortsveränderung Orientierungsschwierigkeiten entwickeln und in der Tages-/Lebensgestaltung massiv beeinträchtigt sind, ist lange bekannt und erfordert spezielle pflegerische Maßnahmen (NANDA-International, 2013; Wieteck, 2013).
 - Folgende Versorgungsdefizite konnten in der Studie herausgearbeitet werden:

Die Kliniken sind bislang überwiegend **konzeptuell unzureichend auf die Versorgung von Patienten mit einer Demenz vorbereitet**.

Die Personalausstattung in der Pflege ist nicht angemessen, um eine bedarfsorientierte pflegerische Versorgung anzubieten. Aus Sicht der befragten Stationsleitungen ist in der Frühschicht von Montag bis Freitag bei ca. 60 % der Stationen eine pflegerisch angemessene Versorgung der an Demenz erkrankten Patienten gewährleistet. Am Wochenende, an Feiertagen und in der Spätschicht ist die **Versorgungssicherheit für diese Patientengruppe als kritisch zu bewerten** (siehe Abb. 2). In der Nachtschicht kann nur eine von fünf Stationen die Versorgung sicherstellen.

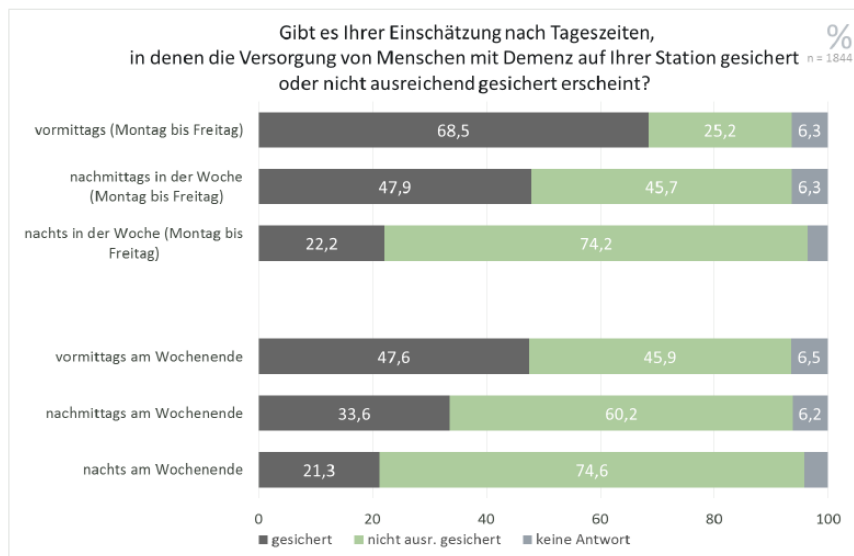


Abbildung 2: Quelle Isfort et al. 2014, S. 47. Einschätzung der Versorgungskontinuität durch Pflegefachkräfte

Sowohl die Qualitätsdefizite als auch die Konsequenzen werden aus den Befragungsergebnissen deutlich. Bei der Frage, ob in den letzten sieben Arbeitstagen eines der angebotenen Ereignisse X-mal aufgetreten ist, haben die Befragten insgesamt 16.479-mal angegeben, dass Beobachtungsmängel dieser Patientengruppe vorlagen. 2.114 Patienten sind in dem Zeitraum bei den befragten Personen auf der Station **gestürzt**, 1.567 Patienten haben die **Station unbemerkt verlassen** und haben nicht mehr zurückgefunden, 1.544 Patienten haben einen **Blasendauerkatheter gezogen**, 5.455 Patienten haben sich die **Verbände entfernt**, 4.971 Patienten haben einen **peripheren Venenkatheter** gezogen.

In 9.093 Fällen wurden **Mitpatienten** durch die auffälligen Verhaltensweisen von Patienten mit einer Demenzerkrankung **gestört** und in 5.772 Fällen haben **Mitpatienten unterstützende Tätigkeiten unternommen**. Völlig offen ist, welche Folgen diese Belastungen auf den Genesungsprozess der Mitpatienten haben.

Als unerwünschte Handlungsmuster seitens der Pflege als mögliche Kompensation für eingeschränkte Beobachtungsmöglichkeiten wurden die **Sedierung** der Patienten durch Medikamentengabe (n= 7415-mal) und **Fixierungsmaßnahmen** wie Bettgitter, Tischbrett, Fixiergurte (n= 12681-mal) angegeben (Isfort et al., 2014).

- Hinweise auf Versorgungsdefizite in speziellen Fachbereichen: Die zentralen Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Leitungskräften zur **Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen** weisen ebenfalls auf deutliche Defizite hin. Die nachfolgenden Ergebnisse basieren auf einer Befragung von 535 leitenden Pflegekräften von Intensivstationen in Deutschland. Bei der Befragung wurde deutlich, dass **die Empfehlungen der Fachgesellschaften bezüglich der Personalausstattung nur unzureichend umgesetzt wurden**. Entgegen den Empfehlungen der Fachgesellschaften, welche eine **Eins-zu-eins-Betreuung bei beatmeten Patienten** fordern, wird auf jeder fünften Intensivstation in Deutschland (ca. 20 %) eine Relation von drei oder mehr beatmeten Patienten pro Pflegekraft realisiert (Isfort et al., 2012, S. 6). Durch die hohe Arbeitsbelastung der Pflegepersonen bleibt eine Rationierung erforderlicher pflegerischer Maßnahmen nicht aus. In der nachfolgenden exemplarisch ausgewählten Grafik aus der Studie werden die „rationierten Pflegeleistungen“, welche erforderlich gewesen wären, von

den Befragten bezogen auf die letzten sieben Arbeitstage wie folgt angegeben. In der Veröffentlichung sind weitere Maßnahmen aufgeführt.

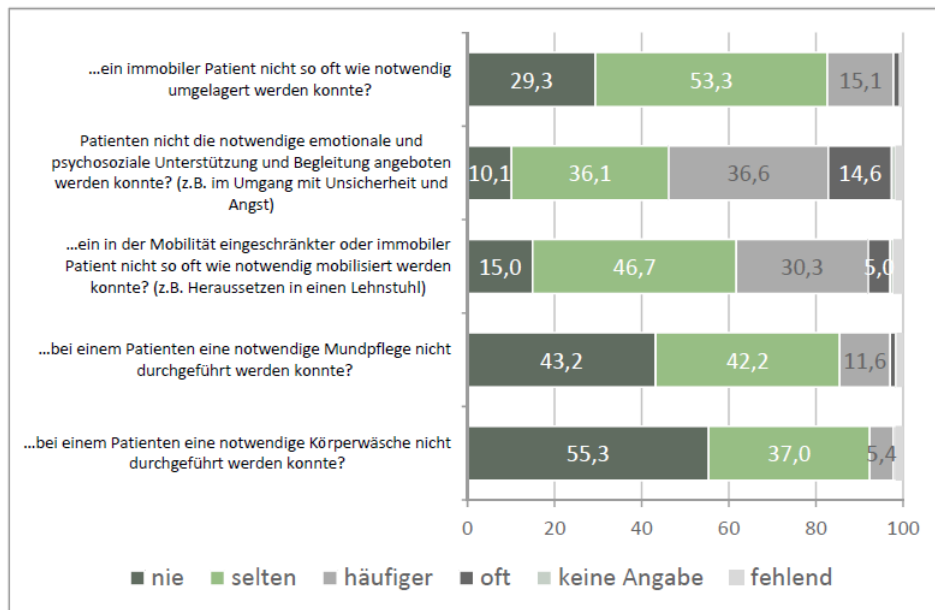


Abbildung 3: Isfort et al 2012, S. 68. Versorgungsdefizite auf Intensivstation in % auf die Frage „Wie oft ist es in den letzten 7 Arbeitstagen auf der ICU vorgekommen, dass...“

In der Studie werden auf der einen Seite die Rationierungsmaßnahmen der Pflege sichtbar, deren Qualitätsauswirkungen derzeit nicht abgeschätzt werden können. Offensichtlicher werden die Qualitätsdefizite in der Versorgung durch die Antworten auf nachfolgende Fragen.

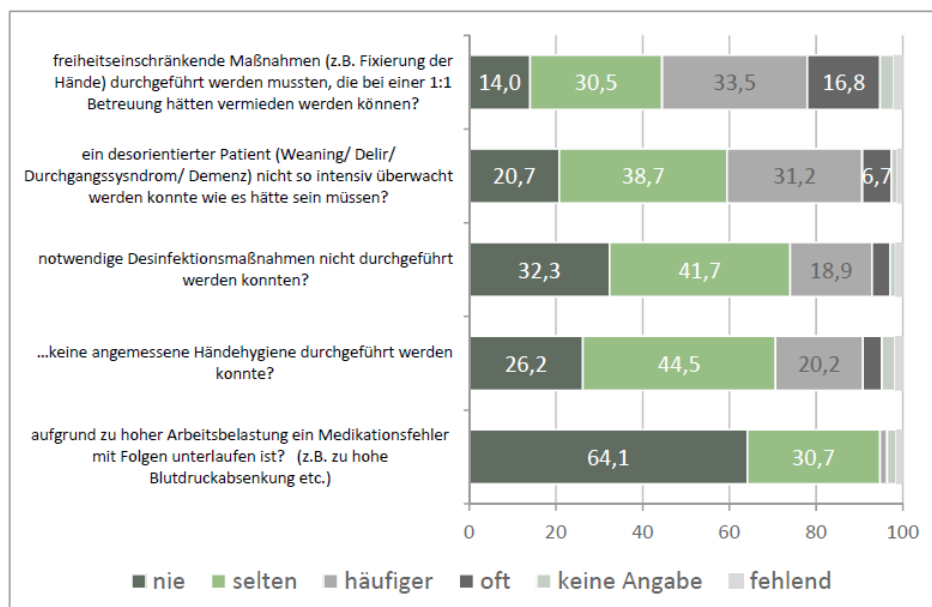


Abbildung 4: Isfort et al. 2012, S. 70. Einschätzung von Versorgungsmängeln in den letzten 7 Arbeitstagen auf Intensivstation

Die Befragungsergebnisse können einen Hinweis auf mögliche Ursachen der eklatanten Hygieneprobleme in deutschen Kliniken geben. Die mangelnde Umsetzung von notwendigen

Desinfektionsmaßnahmen und Händehygiene sind auch bei der bundesweiten Befragung von 2010 im Akutpflegebereich bedenklich, denn hier sollte der „Null-Fehler-Ansatz“ gelten. So gaben nur 53 % der Pflegenden an, dass in den letzten sieben Tagen die Händehygiene angemessen war. Der Rest der Befragten räumt selten/manchmal/oft Fehler bei der Händehygiene ein (Isfort et al., 2010).

Zusammenfassend kann aus den bisherigen Ergebnissen der bisher wenigen und lückenhaften Studien das Vorliegen massiver pflegerischer Versorgungsdefizite in deutschen Krankenhäusern abgeleitet werden. Diese sind sowohl für den Einzelfall (der Schaden nimmt) bedeutend als auch gesellschaftspolitisch, da Folgekosten wie nosokomiale Infektionen, Pneumonien durch Mikroaspirationen, Harnwegsinfekte durch Blasendauerkatheter usw. entstehen. Der Schaden sowohl aus ethisch moralischer Perspektive durch die Zufügung/Entstehung von Leid (fehlende adäquate Schmerztherapie, nosokomiale Infektion usw.) und Gewalt (Fixierungen) als auch ökonomischer Perspektive kann derzeit nicht beziffert werden. Es ist davon auszugehen, dass das Ausmaß möglicher negativer Folgen noch deutlich höher ist und weitere Forschung auch in derzeit noch nicht untersuchten Bereichen Defizite aufdecken kann.

Es ist jedoch nicht davon auszugehen, dass nur vereinzelte Bereiche der Pflege benannt werden können, in denen Qualitätsdefizite vorliegen, sondern es scheint sich um ein generelles Problem zu handeln.

1.3 Überlegungen zur Konkretisierung des „notwendigen Pflegepersonals“

Das „notwendige Pflegepersonal“ zur Sicherstellung der Patientensicherheit und Behebung bestehender Versorgungsdefizite ist deutlich höher als das im Förderprogramm vorgesehene Potenzial zum Aufbau neuer Pflegestellen. Wobei der tatsächliche Bedarf derzeit aufgrund der fehlenden Datenbasis nicht exakt von mir beziffert werden kann. Ich empfehle kurzfristig, noch in dieser Legislaturperiode beginnend, eine Anhebung auf eine Patienten-Pflegepersonal-Relation entsprechend dem europäischen Durchschnitt. Vor dem Hintergrund der massiven Versorgungsdefizite und Gefährdungen kann eine Verschiebung der Sofortmaßnahmen nicht über das Wahljahr 2017 hinaus verschoben werden.

Folgende Überlegungen zur Fragestellung, wie viele Pflegepersonalstellen aufgebaut werden müssten, können in der Literatur gefunden werden. Es ist zu empfehlen, für eine kurzfristige Lösung einen pragmatischen Weg einzuschlagen. Zunächst einige Äußerungen mit konkreten Zahlen:

- Sollte lediglich eine Personalbesetzung des Jahres 1995 erreicht werden, würde dieses eine Einstellung von 37.000 zusätzlichen Vollkräften des Pflegedienstes bedeuten (Simon, 2014, S. 93).
- Der Pflegecheck der Gewerkschaft ver.di 2013 ergab einen zusätzlich zu realisierenden Pflegepersonalbedarf von 70.000 Stellen (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, 2013).
- In einem Gutachten hessischer Akutkliniken wird gefordert, dass ausreichende Pflegepersonalressourcen unabdingbar sind. *„Vor allem im Nachtdienst, aber zum Teil auch im Tagdienst besteht auf den beobachteten Stationen ein Bedarf an zusätzlichen Fach- und Hilfskräften, der so berechnet werden muss, dass auch kurzfristige Arbeitsspitzen kompensiert werden können.“* (B. Braun et al., 2014, S. 99) Auch in diesem Gutachten werden die prekäre Personalsituation und die Folgen für die Patienten, z. B. die Rationierung von erforderlichen Pflegeleistungen, deutlich.
- Prof. Simon (August 2015) schreibt in seiner Stellungnahme ausführlich, dass eine Anhebung der Patienten-Pflegepersonal-Relation auf den europäischen Durchschnitt in etwa 100.000 Pflegepersonalstellen bedeuten würde (Simon, 2015).

1.4 Überlegungsansätze zum Gesetzesentwurf

Wenn ein Förderprogramm wie dieses bereits 2009–2012 und jetzt aktuell mit 660.000 Millionen Euro installiert wird, muss der Stellenzuwachs als **zusätzlicher Stellenzuwachs** (zur Reduktion der Arbeitsbelastung der Pflegepersonen) realisiert werden und darf nicht zur Kompensation der steigenden Fallzahlen in den Kliniken genutzt werden. Dieses ist an dem Pflegestellenförderprogramm von 2008/2009 zu kritisieren. So sind zwar seit 2008 ca. 15.000 Stellen in der Pflege aufgebaut worden (Abb. 5). Allerdings hat die Steigerung der Pflegepersonalstellen in den Kliniken ausschließlich die Fallzahlensteigerung kompensiert (Abb. 6). Das bedeutet, dass die Kliniken die Fördermittel dazu genutzt haben, den bisherigen „nicht adäquaten“ Stellenplan zu erhalten, es wurde aber keine Entlastung geschaffen, wie dieses ursprünglich intendiert war und zur Behebung von Versorgungsdefiziten notwendig ist.

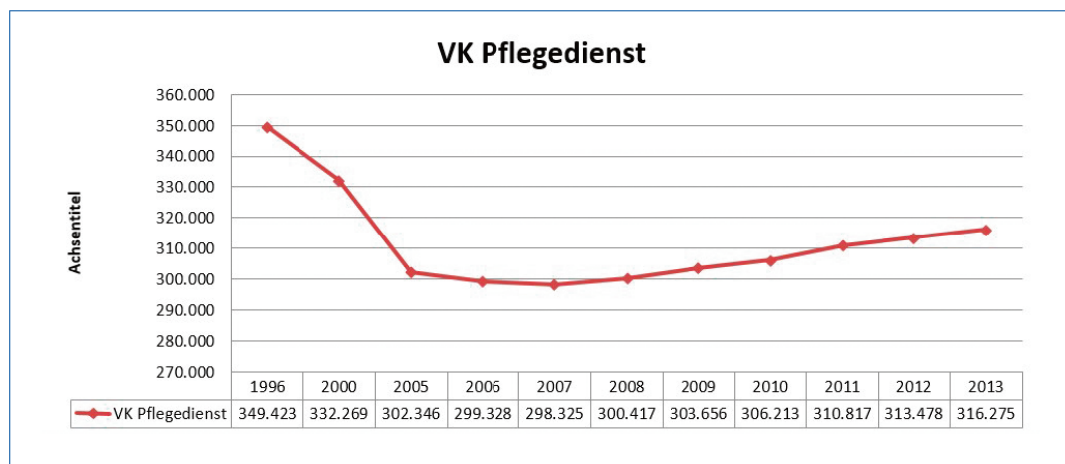


Abbildung 5: Pflegepersonalstellentwicklung im Verlauf entnommen aus (Wieteck et al., 2015)

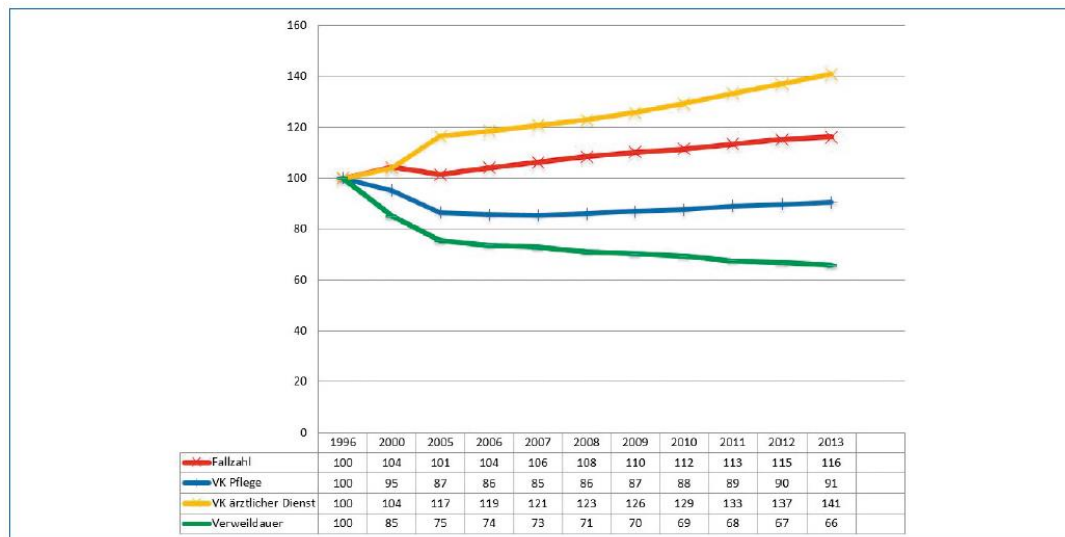


Abbildung 6: Kennzahlenentwicklung im Krankenhaus, prozentuale Veränderung seit 1996 (Wieteck et al., 2015)

Bei genauer Betrachtung hat sich die Arbeitsbelastung der Pflege sogar seit 2008 weiter leicht verschlechtert. Die nachfolgende Grafik zeigt die prozentuale Veränderung der Arbeitsbelastungskennziffer, welche auch vom Sachverständigenrat genutzt wird.

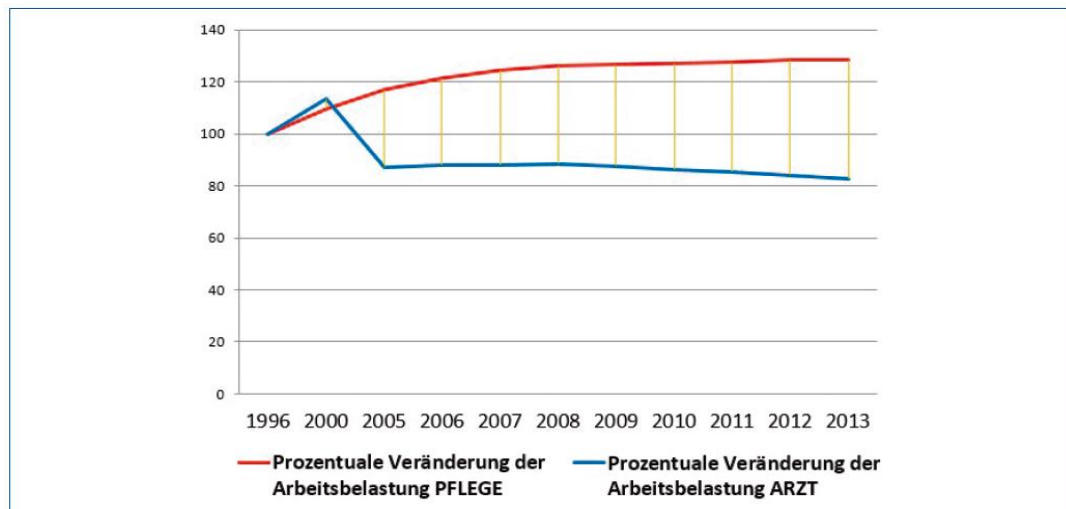


Abbildung 7: Belastungskennziffer und Entwicklung im Verlauf (Wieteck et al., 2015)

Alle hier in den Grafiken dargestellten Berechnungen basieren auf den Kennzahlen des Statistischen Bundesamtes.

2. Alternative Lösungsansätze

Das aufgelegte Förderprogramm greift vor dem Hintergrund der unveränderten Arbeitsbelastung der Pflege und weiteren Verschärfungen deutlich zu kurz. Folgende Ansätze könnten eine **kurzfristige Lösung** bieten. Im Antrag der Fraktionen DIE LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN werden ebenfalls als kurzfristige Lösungsansätze die Einführung der PPR sowie die Regelung für den Nachtdienst vorgestellt.

- **Zweckbindung der im DRG-System ausgewiesenen Pflegepersonalkosten.** Hier ist gemeint, dass die Pflegepersonalkosten, welche seitens des InEK in der Kalkulation ausgewiesen werden, auch verpflichtend für Pflegepersonalstellen eingesetzt werden müssen. Somit kann verhindert werden, dass auf Kosten der Pflegepersonalstellen z. B. Ressourcen geschaffen werden, um andere Investitionen in Kliniken zu realisieren.
- Aktivierung der **PPR (Pflegepersonalregelung)** und Berechnung des Pflegepersonalbedarfs auf der Ebene der SOLL-Leistungen. Die Berechnung auf der IST-Leistung würde ja nur das aktuelle Leistungsgeschehen mit den impliziten Rationierungen festschreiben.
- **Mindestbesetzungsvorgaben für den Nachtdienst** – hier fordert die Fraktion DIE LINKE als Sofortmaßnahme die verbindliche Umsetzung von mindestens zwei examinierten Pflegepersonen pro Nachtschicht und Station.

2.1 Bewertung möglicher „kurzfristiger“ Lösungsansätze

2.1.1 Zweckbindung der Pflegepersonalkosten im DRG-System

Eine Zweckbindung der im DRG-System aufgeführten Personalkosten für die Pflege ist zwingend, um die Position der Pflege bei den Verhandlungen über Pflegepersonalstellen zu stärken. Wie anhand der Kennziffern aufgezeigt wurde, sind die Mittel des ersten Stellenförderprogramms nicht dort

angekommen (bei der Patientenversorgung am Bett), wofür sie eigentlich bestimmt waren. Als Maßnahme alleine greift dieses aber zu kurz, da davon ausgegangen werden kann, dass der Bedarf an Pflegepersonal höher ist, um die bestehenden Versorgungsdefizite nachhaltig zu verbessern. Zudem ist zu bedenken, dass die in der DRG-Kalkulation ausgewiesenen Pflegepersonalkosten die IST-Kosten des Pflegepersonals von vor zwei Jahren ausweisen. Veränderungen in der Fallschwere, höhere Personalkosten durch Veränderungen der Altersstufen, notwendige Anhebung des Pflegequalitätsniveaus blieben unberücksichtigt. Die Zweckbindung der Fördermittel im aktuellen Gesetzesentwurf ist ebenfalls dringend zu konkretisieren, um zu verhindern, dass die Mittel erneut anderweitig eingesetzt werden. Siehe hierzu die von Hr. Prof. Simon aufgezeigten sprachlichen Verbesserungsvorschläge (Simon, 2015). Zudem muss ergänzt werden, dass die Förderung des Stellenaufbaus zusätzlich zu den erforderlichen Stellenzuwächsen durch Fallzahlensteigerungen nachzuweisen ist.

2.1.2 PPR-Einführung als kurzfristige Lösung zur Pflegepersonalbemessung

Die PPR (Pflegepersonalregelung) ist vielleicht nicht die allerbeste Lösung für einen kurzfristigen Ansatz, allerdings wird das ermittelte Ergebnis bezüglich des Pflegepersonalbedarfs ähnlich hoch sein, wie das bei einer Angleichung an den europäischen Durchschnittswert bezogen auf die Patienten-Pflegepersonal-Relation. Grundlage dieser Aussage sind die bei Einführung der PPR sprunghaft gestiegenen Pflegepersonalstellen und die Veränderung des Patientenlientels. *Den PPR-A1/S1-Patienten gibt es in der Klinik so nicht mehr.*

Wie bereits dargestellt, wäre der Vorschlag ein kurzfristiger Lösungsansatz. Allerdings ist deutlich darauf hinzuweisen, dass dieses nur ein Zwischenschritt sein könnte und vor dem Hintergrund des künftigen Weges geprüft werden sollte, **ob es sinnvollere Alternativen gibt und der Fokus einer kurzfristigen Lösung pragmatischer und weniger aufwendig für die Kliniken gestaltet werden kann.**

Folgende Punkte sind zu bedenken:

Die PPR ist in ihrer Anwendung nicht so weit verbreitet, wie vermutlich angenommen wird. Legt man die Erhebungsdaten aus den hessischen Akutkliniken zu Grunde, ist davon auszugehen, dass außerhalb der InEK-Kalkulationshäuser die **Verbreitungsdichte der PPR zur Pflegepersonalmessung < 50 %** liegt. Im Rahmen des Gutachtens wurden die Akutkliniken in Hessen nach dem verwendeten Verfahren zur Pflegepersonalbedarfsermittlung befragt. In der Abbildung finden Sie eine Übersicht der aktuell genutzten Verfahren.

Aktuell verwendete Verfahren	Anzahl
PPR	13
PPR minus x%	4
LEP	1
LEP minus x%	0
Bayerisches Verfahren	1
Arbeitsanalytische Verfahren	2
InEK-Kostendaten	12
CM-Punkte je Vollkraft	5
Keines	6

Abbildung 8: Verfahrensmix in hessischen Akutkliniken zur Personalbedarfsermittlung (B. Braun et al., 2014, S. 38)

Vor dem Hintergrund der Einschränkungen der PPR und der kurzfristig angedachten Lösung von maximal drei Jahren ist zu überlegen, ob es den Kliniken zuzumuten ist, die Methode zu schulen und die bestehende Erhebung und Dokumentation auf eine PPR-Dokumentation umzustellen. **Vor dem Hintergrund existierender anderer Diskussionsansätze für eine kurzfristige Lösung würde ich empfehlen, sich gezielt auf einen nachhaltigen Lösungsweg zu begeben.**

Einschränkungen der PPR-Methode bezogen auf die Validität/Reliabilität:

- Es besteht die Problematik einer einheitlichen Einstufung und damit der Interreliabilität (Isfort & Weidner, 2001, S. 91). Zur Sicherstellung einer einheitlichen Einstufung als Basis für eine bundesweite einheitliche Nutzung der PPR sind, ähnlich wie dieses in Österreich praktiziert wurde, Kodierhandbücher mit Operationalisierungen zu erarbeiten und gegenseitige Audits zwischen den Kliniken einzuführen, um die Kodierqualität zu prüfen.
- Zudem ist zu hinterfragen, inwieweit das Instrument den tatsächlichen pflegerischen Bedarf messen kann. Nach Kuhlmann zeigen Untersuchungen, „[...] dass bei der PPR die Varianz an Pflegeaufwand innerhalb jeder Gruppe A1 bis A3 höher ist als die Varianz zwischen den Gruppen.“ (Kuhlmann, 2003, S. 762) Das bedeutet, dass der Pflegeaufwand und damit der Pflegebedarf eher unzuverlässig gemessen wird.
- Zudem ist bekannt, dass das Instrument spezielle Bereiche der Pflege ausblendet. Somit lässt sich die Pflegebedarfssituation von an Demenz erkrankten Patienten kaum abbilden. Die PPR ist auf die Leistungsbereiche Ausscheidung, Mobilität, Ernährung und Körperpflege sowie die Elemente der „speziellen Pflege“ reduziert. Die PPR definiert keine Qualität der Pflege bzw. die Daten können zur Qualitätssicherung bis auf die reine Information des Personaldefizits zwischen Soll und Ist keinen Beitrag leisten. Zur Bewertung der Pflegeergebnisse sind die Kategorien zu grob (Hager & Nennmann, 1994).
- Die PPR ist keine Hilfe im Kontext der Pflegeprozessdokumentation und bei der pflegerischen Entscheidungsfindung (Isfort & Weidner, 2001). Ebenso sind die zu erfassenden Leistungsbereiche abstrakt formuliert, so dass diese für die Pflegemaßnahmendokumentation nicht handlungsleitend sind und zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgungskontinuität nicht ausreichen. „Es kann [...] kein Rückschluss auf Anzahl, Dauer, Grund und Ziel der pflegerischen Leistung gemacht werden“. Das Instrument kann somit nicht zur Leistungsplanung und -steuerung im Pflegeprozess genutzt werden (Kuhlmann, 2003).
- Ebenso ist zu bedenken, dass die PPR **keine vollständige realitätsnahe Abbildung des Pflegeaufwands in unseren Kliniken ermöglichen kann**, denn das Leistungsgeschehen hat sich in den letzten 20 Jahren grundlegend geändert. Zudem ist auch der damalige Einsatz eine Kompromisslösung bezüglich der festgelegten Kalkulationsgrößen gewesen. Vor diesem Hintergrund wäre zunächst vor dem Einsatz des Instruments eine grundlegende Überarbeitung und Testung der PPR zu fordern (Thomas et al., 2014, S. 22).

2.1.3 Mindestvorgaben für Nachtdienste

Grundsätzlich sind Mindestvorgaben kritisch zu bewerten. Die Diskussion über die Verbesserung der Pflegestellensituation in deutschen Krankenhäusern hat sich inhaltlich, vom reinen festlegen von „Mindestpersonalstandards“, hin zu einer gesetzlich geforderten Pflegebedarfsermittlung, orientiert am tatsächlichen Pflegebedarf des jeweiligen zu versorgenden Patient, verändert. Diese Entwicklung ist sehr zu begrüßen. Dieses gilt auch für den Nachtdienst. **Mindestbesetzungsvorgaben für den Nachtdienst** sind als Sofortmaßnahme sicher hilfreich, da, wie oben aufgezeigt wurde, die Situation im Nachtdienst nochmals deutlich prekärer ist. Allerdings ist die Bezugsgröße zwei Nachtdienste pro Station nochmals zu hinterfragen, denn die Stationsgrößen sowie die Pflegeintensität sind sehr unterschiedlich. Es könnte eine Bezugsgröße auf die zu versorgende Patientenzahl auf Normalstation

bestimmt werden, z. B. ab einer Bettenzahl von zwölf Patienten und zwei „hochaufwendigen Patienten“ entsprechend dem OPS 9-20, ist eine zweite Pflegeperson einzusetzen. Vorteil dieser Lösung ist, dass der OPS 9-20 mittlerweile von den Kliniken fast flächendeckend erhoben wird.

Eine weitere alternative Lösungsmöglichkeit wäre die Anhebung der Pflegepersonalschlüssel auf den in den Studien ausgewiesenen **europäischen Durchschnittswert** bezogen auf die Patienten-Pflegepersonal-Relation. Im europäischen Durchschnitt versorgt eine Pflegeperson neun Patienten in ihrer Schicht, in deutschen Krankenhäusern versorgt eine Pflegeperson 13 Patienten im Tagesdurchschnitt, also 41 % mehr. Dieser Vorschlag würde zu ähnlichen Ergebnissen führen, wie von den Experten kommuniziert ohne einen zusätzlichen bürokratischen Aufwand³ bei den Pflegenden zu erzeugen.

2.2 Langfristige Lösungsansätze zur Verbesserung der Pflegepersonalstellensituation

Die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen schlägt die Einführung von pflegerelevanten Fallgruppen vor. Vor Bewertung der aktuellen Forschungslage halte ich diesen Weg für nachhaltig, um langfristig die Patientensicherheit zu gewährleisten, bestehende Versorgungsdefizite zu reduzieren und eine adäquate Personalstellenbesetzung zu unterstützen sowie die Attraktivität des Pflegeberufes zu fördern. Hierzu einige Ausführungen zum besseren Verständnis.

2.2.1 Hintergründe

Zunächst einleitend ein paar **Hintergründe** dazu, was **NRG (Nursing Related Groups** (Fischer, 2002)) oder **PRG** (Pflegerrelevante Fallgruppen (Isfort & Weidner, 2003)) sind. Hierbei handelt es sich um einen Auszug aus einem Buch, welches 2015/16 veröffentlicht wird.

[...] Was genau sind nun NRG? Analog zu den DRG (Diagnosis Related Groups) können NRG wie folgt definiert werden:

Nursing Related Groups bezeichnet ein Klassifikationssystem für ein pauschalierendes Abrechnungsverfahren pflegerischer Leistungen eines Krankenhauses. Basierend auf pflegerischen Daten wie Pflegediagnosen und -interventionen wird der jeweilige Patientenfall bezogen auf den Krankenhausaufenthalt in Fallgruppen aufgrund ihrer ökonomischen Ähnlichkeit der pflegerischen Aufwände zugeordnet.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die grobe Idee, wie NRG funktionieren könnten. Die Pflegekostenanteile, welche bisher in den DRG in der Kostenkalkulation der Relativgewichte enthalten waren, werden herausgelöst und in eigene Relativgewichte für die NRG überführt. Diese Relativgewichte der NRG führen bei der Abrechnung eines Krankenhauses zu einem eigenständigen Erlös für das pflegerische Leistungsgeschehen. Hinzu kommt der Erlösanteil aus der „neuen“ DRG (ohne Kostenanteile der Pflege). Grundsätzlich könnte die Umgestaltung des jetzigen Finanzierungssystems kostenneutral ausgerichtet werden und mögliche Fördermittel zur Verbesserung der Pflegepersonalstellen ausschließlich dem Finanztopf der Pflege zugeschrieben werden. Dieses ließe sich z. B. durch eine Zweckbindung der in der DRG-Kalkulation ausgewiesenen Mittel realisieren.

Analog zu den Daten, die zur Entwicklung des DRG-Systems genutzt werden (ICD-10, OPS sowie Kostendaten für jeden Fall) könnten zur Entwicklung der NRG Falldaten über

³ Da die PPR zu Dokumentationszwecken im Kontext der Pflegeprozessdokumentation ungeeignet ist und die Einstufung nur zu Zwecken der Personalbemessung realisiert werden kann hier von zusätzlichem bürokratischem Aufwand gesprochen werden, der im Pflegeprozess nicht zweckdienlich ist bezeichnet werden.

Pflegediagnosen und Interventionen genutzt werden, um die NRG-Kostengewichte zu entwickeln. Die Krankenhausleistungen eines Patientenfalls würden somit künftig, wie bereits erwähnt, über zwei Kostengewichte finanziert werden.

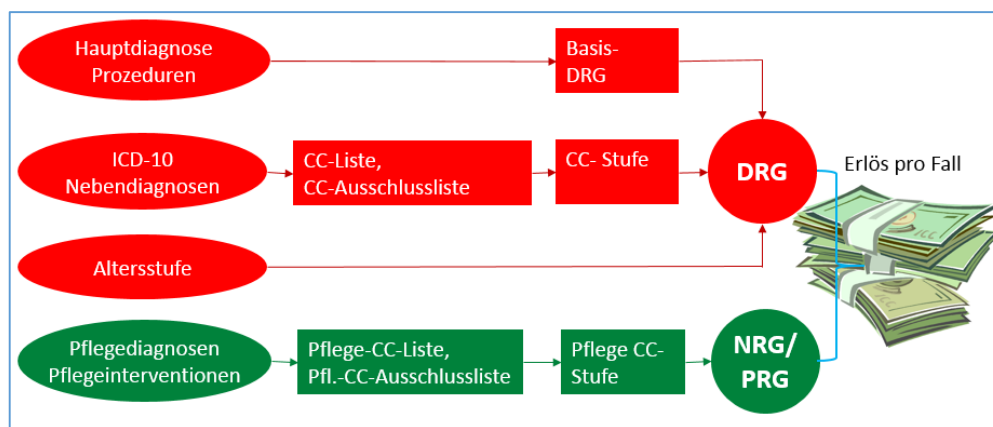


Abbildung 9: Nursing Related Groups. Quelle: In Anlehnung an Fischer (2002, S. 102)

Wichtige Voraussetzung für die Fallgruppierung des pflegerischen Leistungsgeschehens ist die weitgehende Kostenhomogenität innerhalb der NRG. Das bedeutet, dass Patienten mit einem ähnlichen Ressourcenverbrauch in einer Fallgruppe zusammengeführt werden. Zur Fallgruppenbildung ist es Voraussetzung, dass die Varianz des Ressourcenverbrauchs durch belastbare Indikatoren erklärt werden kann. Wie beim DRG-System basiert die Bewertung der Fallgruppen auf einem relativen Kostengewicht (cost weight) zu einer definierten Bezugsgröße (pflegerische Basisfallrate). Die definierte Bezugsgröße könnten die bundesweit ermittelten pflegerischen Durchschnittskosten der Fälle sein. Dieser Basisfallpreis hätte das Kostengewicht 1,0.

Indikatoren zur Fallgruppierung

Es stellt sich nun die Frage, welche geeigneten Indikatoren es geben kann, um zuverlässige Fallgruppen bilden zu können. Isfort schreibt hierzu, dass „patientenbezogene Merkmale, Unterstützungsbedarf (Pflegeanlässe) und Kennzahlen über den pflegerischen Aufwand (Ressourcen-/Zeitaufwand Grundvoraussetzung sind, um pflegerelevante Fallgruppen zu ermitteln und diese ausreichend zu begründen. Auf der Grundlage der bisherigen Forschungsarbeiten kann angenommen werden, dass Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen gut geeignete Indikatoren sein können, das Leistungsgeschehen der Pflege adäquat abzubilden und diese Daten für eine Fallgruppierung zu nutzen (Baumberger, 2001; O’Brien-Pallas et al., 1997; Schmid, 2007; Welton & Halloran, 2005; Welton, Zone-Smith & Fischer, 2006; Wieteck, 2008). Thompson argumentierte, dass die DRG alleine die Variabilität der Pflege während eines Krankenhausaufenthaltes nur zu 34 % erklären kann und schlug daher vor, die Pflegeintensität (nursing intensity) basierend auf Elementen des Nursing Minimum Data Sets zusammen mit Pflegediagnosen, Interventionen und Ergebnissen zu nutzen, um die Variabilität der Pflegekosten zu verbessern und somit das Finanzrisiko der Kliniken zu reduzieren (Thompson & Diers, 1985).

Aus der jetzigen Sicht auf das pflegerische Leistungsgeschehen wird es bei der NRG-Entwicklung eher keine Unterscheidung zwischen einer pflegerischen Haupt- und Nebendiagnose geben. Zahlreiche Pflegediagnosen wechseln/bzw. sollen während eines Krankenhausaufenthaltes wechseln, daher ist eine Unterscheidung zwischen pflegerischer Haupt- und Nebendiagnose bei Akutpatienten eher weniger sinnvoll (Baumberger, 2001). Es wäre denkbar, dass es z. B. bei der NRG-Entwicklung einen Bezug zur medizinischen Fallgruppe geben könnte, wie dieses in der Forschungsarbeit Wieteck,

2007 aufgezeigt wird. Auch eine von medizinischen Fallgruppen unabhängige Entwicklung ist denkbar. Fischer 2002, S. 102, schreibt hierzu, „wenn die Pflege zeigen kann, das gewisse Patientenprobleme, welche die Pflege formuliert, relativ unabhängig von den ärztlichen Diagnosen sind, dann muss überlegt werden, ob es nicht sinnvoller wäre, separate pflegebezogene Gruppen anstelle der Integration von Kriterien der Pflege in CC-Listen zu definieren.“

Die Vermutung, dass pflegerelevante Indikatoren verbrauchte Pflegezeit besser erklären können als medizinische Indikatoren, konnte durch einige Forschungsarbeiten belegt werden. Auch andere Indikatoren als Pflegediagnosen wurden in Forschungsarbeiten genutzt (Baumberger, 2013; Fiebig, 2007; Isfort & Weidner, 2003). Die bisherigen Ergebnisse lassen die Hypothese zu, dass Assessmentinstrumente⁴ in der Aufklärungskraft verbrauchter Pflegezeit begrenzter sind als pflegediagnostische Systeme (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip), 2004; Isfort & Weidner, 2003). [Auszug aus dem Buch (Wieteck & Kraus, 2015)]

2.2.2 Vorteile der NRG (Nursing Related Groups) als langfristiger Lösungsansatz

Deutlich wird, dass NRG kein erweiterter PKMS sind, wie irrtümlicherweise behauptet wird (Jahn, 2015). Sichtbar wird in der Auseinandersetzung mit dem Thema auch, dass die Pflegepraxis von der kostenkalkulatorischen Seite der NRG nicht berührt wird, denn die Kalkulation findet beim InEK statt. Die Fallabrechnung der NRG in den Grouper-Softwareprodukten wird automatisiert realisiert, welche die Daten aus der Regeldokumentation der Pflege nutzen. Die Strukturen für die Entwicklung von NRG sind mit den Institutionen InEK und DIMDI in Deutschland geschaffen.

A) Verbesserung der Qualität durch die erforderlichen Voraussetzungen für die NRG:

Die erforderlichen Änderungen für die Pflegepraxis bestehen darin, dass das Leistungsgeschehen künftig standardisiert für den Patientenfall realisiert werden müsste. Dieses in Form von Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen, welche z. B. über das DIMDI kostenfrei für die Kliniken zur Verfügung gestellt werden könnten.

Mit der verpflichtenden Einführung von Pflegediagnosen wäre die Pflegepraxis aufgefordert, das derzeitig überwiegend vorliegende „einfache Handlungsmodell“ zu verändern und das „Pflegeprozessmodell“ systematisch umzusetzen. In der Abbildung sehen Sie den Unterschied der beiden Handlungsmodelle.

Die Information liegt im Unterschied	
Einfaches Handlungsmodell	Pflegeprozessmodell
Beobachten = Feststellen eines bedeutsamen Unterschieds und Bezeichnung des Unterschieds	Beobachten = Feststellen der Veränderung des Unterschieds nach der Intervention Anamnese/Informationssammlung = Feststellen der Ist-Soll-Abweichung Diagnose/Problemformulierung = Bezeichnung der Abweichung Ziel = Erreichung des Sollzustandes
Intervenieren = Handlung zur Aufhebung/Stabilisierung des bedeutsamen Unterschieds Anpassung des Möglichen auf das Notwendige	Maßnahme = Handlung zur Aufhebung/Stabilisierung der Ist-Soll-Abweichung – geplant und ausgeführt in Abstimmung mit vorhandenen Ressourcen
Beobachten = Feststellen der Veränderung des Unterschieds nach der Intervention	Evaluation = Feststellen der Veränderung des Ist-Standes nach der Intervention – Wirksamkeit

Abbildung 10: Einfaches Handlungsmodell der Pflege versus Pflegeprozessmodell (Schrems, 2006)

⁴ Assessmentinstrumente sind Instrumente, welche in Medizin und Pflege zur Feststellung einer oder mehrerer medizinischer Diagnosen/Pflegediagnosen zur Anwendung kommen.

Damit schaffen die erforderlichen Voraussetzungen zur Einführung von NRG die Grundlage für die Umsetzung des pflegediagnostischen Prozesses.

Schnell wird deutlich, dass Pflegediagnosen die Grundlage jeder qualifizierten Handlung von Pflegepersonen im Versorgungsprozess sein sollten.

Pflegediagnosen stellen eine **systematische pflegerische Beurteilung der Reaktionen (human responses)** eines Patienten auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme und/oder Lebensprozesse dar und sind pflegerische Ergebnisse eines Beurteilungsprozesses, die auf unterschiedlichen Informationen und Äußerungen des Patienten/Pflegeempfängers basieren. Die pflegerische Schlussfolgerung wird auf der Grundlage verschiedener Informationen aus Gesprächen, Ergebnissen von Untersuchungen sowie Assessmentinstrumenten unter Berücksichtigung von Ressourcen, Resilienz-Fähigkeiten, biografischen Hintergründen und persönlichen Vorstellungen über Lebensqualitätsdimensionen des Patienten/Pflegeempfängers gebildet und in Form einer/mehrerer Pflegediagnose(n) im Pflegeplan formuliert. Die für bzw. mit einem Pflegeempfänger formulierte Pflegediagnose ist der Ausgangspunkt für eine möglichst evidenzbasierte, oder zumindest „best practice“-basierte Entscheidung über die geeignete Pflegemaßnahme. Pflegediagnosen sind somit Bestandteil des Pflegeprozesses. Damit stellt die Pflegediagnostik eine der Kernkompetenzen jeder professionell pflegenden Person dar.

Vor dem Hintergrund der fehlenden Anwendung des pflegediagnostischen Prozesses in deutschen Krankenhäusern sind die zahlreichen Versorgungs- und Qualitätsdefizite nachvollziehbar. In der Anlage füge ich eine Fallanalyse eines Patienten aus einer Buchveröffentlichung bei, welche die Konsequenzen der „Nichtanwendung“ des pflegediagnostischen Prozesses darstellt (siehe Anlage Fallanalyse entnommen aus (M. Braun & Wieteck, 2013)).

Durch die Einführung der NRG wird die Umsetzung des pflegediagnostischen Prozesses gefördert, da die Daten aus der Regeldokumentation zur NRG-Kodierung gezogen werden. Somit ließe sich ein enormer Anreiz für eine langfristige Veränderung der Versorgungsqualität bewirken.

B) Personalbemessung und Vergütung berücksichtigt Pflegebedürfnis und Pflegebedarf

Zudem erfüllt die Einführung von NRG die verschiedenen Forderungen der Experten im Kontext der Pflegepersonalbemessungsdiskussion. Die verschiedenen Experten der Pflege fordern, dass sich der Personalbedarf am Pflegebedürfnis und dem sich daraus abzuleitenden Pflegebedarf des Patienten orientiert. Vor diesem Hintergrund wird ein multidimensionaler Ansatz zur Pflegepersonalbemessung gefordert (Bartholomeyczik, Haasenritter & Wieteck, 2009; Jahn, 2015)⁵. Auch die Forderung, dass die künftige Personalbemessung in Verbindung mit Qualitätskennzahlen diskutiert wird, kann durch den vorgeschlagenen Weg realisiert werden (Deutscher Pflegerat, 2014). Zudem ist zu fordern, dass im Kontext der Personalbemessungsdiskussion auch der Qualifikationsmix Berücksichtigung findet. So gibt es eindeutige Belege, dass nur ein ausgewogener Qualifikationsmix zu einer adäquaten Versorgungsqualität führen kann (B. Braun et al., 2014).

C) Positive Auswirkungen auf das DRG-System und die interdisziplinäre Zusammenarbeit

Thomas et al. (2014) beschreiben ein zentrales Potenzial der NRG für das DRG-System: *„Eigenständige Pflegefallgruppen, die nicht nur die „hochaufwändige“ Pflege, sondern auch die Pflegeleistung in der Breite adäquat entlohnen, könnten zu einem Konkurrenz- bzw. Kombinations-Vergütungssystem zur medizinischen Versorgung werden, das weitere Effizienzreserven in der Krankenhausversorgung*

⁵ Bartholomeyczik et al. 2009 fordern einen „multidimensionalen Ansatz“ und damit sind Patientenzustände und Pflegemaßnahmen und evtl. noch Outcome-Indikatoren gemeint, um Kostengewichte wie NRG oder PRG im DRG-System zu entwickeln.

Jahn, 2015 fordert Pflegebedarfsfaktoren in Form von „Grad der Selbstständigkeit eines Patienten“ z. B. dargestellt über ein Assessment, wie z. B. dem Barthel-Index oder ePA-AC, mit deren Hilfe pflegerische Leistungen im DRG-System abgebildet werden können.

generieren kann. Insbesondere die daraus resultierende notwendige Abstimmung zwischen medizinischem und pflegerischem Leistungsgeschehen (inkl. der Leistungsdokumentation, Controlling etc.) könnte ein nennenswertes Potenzial zur Verbesserung der Patientenversorgung darstellen.“

Zu überlegen wäre auch, wie in dem Positionspapier der AGKAMED-AG OPS 9-20 beschrieben, ob die NRG auch langfristig die anderen „nichtmedizinischen“ Leistungen z. B. von Ergotherapeuten und Physiotherapeuten aufnehmen können. Dieses würde die interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der Teams massiv fördern (Wieteck et al., 2014).

D) DRG-konformer Lösungsansatz

Die Kliniken werden bezüglich der Personalentscheidungen nur indirekt über Finanzanreize beeinflusst. Keine Außensteuerung der Pflegepersonalstellen über das BMG. Damit werden die Kliniken in ihrer Personalhoheit nicht beeinflusst (Wieteck & Kraus, 2015).

E) Verbesserung der Verteilungs- Vergütungsgerechtigkeit im DRG-System

Verbesserung der Verteilungs- und Vergütungsgerechtigkeit pflegerischer Aufwände im DRG-System über die „hochaufwendigen Patienten“ hinausgehend (Wieteck & Kraus, 2015).

F) Stärkung der Position der Pflege bei Personalstellenverhandlungen

Durch die deutliche Erhöhung des Erlöseinflusses des pflegerischen Leistungsgeschehens in den Kliniken kommt es zu einer Stärkung der Pflegeberufe. Ebenso können Fördermittel zweckgebunden dorthin gesteuert werden, wo dieses gewünscht wird.

G) Förderung der eHealth-Strategien

Deutschland ist in Bezug auf die Umsetzung einer elektronischen Patientenakte im Europavergleich ein Schlusslicht. In den meisten Kliniken kommt der Aspekt der Datennutzung für Risikomanagement, Prozesssteuerung noch nicht zum Tragen, der Entscheidungsfindungsprozess ist noch nicht optimal unterstützt. Die Realisierung von NRG erfordert eine flächendeckende IT-Strategie zur Pflegedokumentation auf Basis von Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen basierend auf Pflegeklassifikationen. Hier ließe sich ein enormes Ressourcenpotential der sektorenübergreifenden Datennutzung bei Verlegung und Entlassung freisetzen. Zudem würden die Informationslücken bei Verlegung und Entlassung deutlich reduziert.

H) Schaffung der Datengrundlage für nationale Qualitätsindikatoren in der Pflege

Erst in Verbindung mit Qualitätsindikatoren, wie diese zum Beispiel international genutzt werden, ist es möglich, überhaupt eine adäquate Pflegepersonalbesetzung zu beurteilen. Durch die Einführung von NRG und die damit erforderliche Datenbasis zur Abbildung des Pflegeprozesses lassen sich Qualitätsindikatoren entwickeln und basierend auf den erhobenen Daten auswerten. (Wieteck, 2015; Wieteck & Kraus, 2015) Damit wird für den Verbraucher nachvollziehbar, ob Einrichtungen evidenzbasierte Konzepte bei den Maßnahmenangeboten anbieten und wie die Ergebnisse der therapeutischen Pflege zu bewerten sind.

I) Förderung einer Pflege basierend auf „best practice“ und/oder „evidence based nursing“

Durch das Arbeiten mit Pflegediagnosen werden Prozesse wie „critical thinking“ (Kong et al., 2014; Wilkinson, 2007) angestoßen und eine höhere fachliche Kompetenz der Mitarbeiter gefördert. Der eigene Entscheidungs- und Gestaltungsbereich der Pflege tritt in den Vordergrund – zentrale Aspekte der Mitarbeitermotivation. Die Pflegediagnostik ist ein mehrfach beschriebener Weg zur Professionalisierung der Pflegeberufe (Höhmann, 1999; Kelch, 2009). Mit der Einführung der NRG würde gleichzeitig ein Weg beschritten, der in das **Leistungsgeschehen** der Pflege regulierend

eingreift. Dieses ist auch dringend notwendig, denn die Studienlage belegt eindrücklich, dass eine reine Erhöhung der Pflegepersonalstellen nicht automatisch mit einer Verbesserung der Pflegequalität einhergeht. Die Anwendung des pflegediagnostischen Prozesses geht, wie die Studienlage belegen kann, mit einer Qualitätsverbesserung einher.

J) Zweckgerichteter Einsatz pflegerischer Ressourcen

Vorbeugung, dass die „aufgebauten“ pflegerischen Ressourcen nicht zweckentfremdet eingesetzt werden und z. B. Tätigkeiten aus dem hauswirtschaftlichen Bereich oder dem ärztlichen Bereich übernommen werden. Zunächst ist es zwingend, die Versorgungsdefizite zu beheben und eine Arbeitsumgebung zu schaffen, welche Pflegende nicht krank machen und aus dem Beruf drängen.

Zusammenfassende Bewertung der NRG

Die Vorteile des vorgeschlagenen Weges sind in mehrerlei Hinsicht bestechend, die positiven Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und das Potenzial, Fehlanreize im DRG-System zu verringern, wurden bereits erläutert, im Weiteren sehe ich folgende Vorteile zusammenfassend:

- Personalbemessung könnte künftig in Verbindung mit Pflegequalität gebracht werden, dieses durch Schaffung der Datengrundlage für nationale, einheitliche Qualitätsindikatoren in der Pflege
- Zweckgerichteter Einsatz pflegerischer Ressourcen
- DRG-konformer Lösungsansatz
- Stärkung der Position der Pflege bei Personalstellenverhandlungen
- Förderung der eHealth-Strategien
- Förderung des Entscheidungsfindungsprozesses der Pflege entsprechend „best practice“ und/oder “evidence based nursing“ mit positiven Auswirkungen auf die Attraktivität der Pflegeberufe, der Professionalisierung dieser und Sicherstellung der Versorgungsqualität.

Es ist nach den Ausführungen erkennbar, dass der vorgeschlagene Weg der NRG in sehr unterschiedlicher Weise dazu beitragen kann, die Arbeitsbedingungen der Pflege, die Transparenz der Qualität und pflegerischen Entscheidungsfindung, sowie die Professionalisierung des Berufsstandes zu verbessern. Daher kann ich den vorgeschlagenen Weg empfehlen. An dieser Stelle sei erwähnt, dass der hier vorgeschlagene Weg bereits auch von mehreren Fachexperten sowie von Berufsverbänden unterstützt wird (Wieteck et al., 2014). Hier bin ich gerne bereit, entsprechende Kontakte zu vermitteln.

Zur Person

Zur Person der Sachverständigen:

- Gesundheits- und Krankenschwester
- Lehrerin für Pflegeberufe
- Studium Pflegewissenschaft
- Dissertation im Bereich Validierung von Pflegeklassifikationen
- Qualitätsmanagerin sowie Zertifizierungsauditorin für die DQS
- Mitglied als Expertin auf dem 2. Pflegegipfel
- Begleitung von Forschungsprojekten und Vorlesungstätigkeit zu den Themenschwerpunkten von DRG und Pflege, Pflegepersonalbemessung, Outcome-Indikatoren, Validität von Pflegediagnosen, elektronische Patientenakte
- Stellvertretender Vorstand der Fachgesellschaft „Profession Pflege“
- Leiterin der Abteilung Forschung und Entwicklung der Firma RECOM GmbH seit 2013

Kontakt:

Dr. Pia Wieteck
Falterstraße 17
85107 Baar-Ebenhausen
Tel.: 08453-3399684
E-Mail: Pia.Wieteck@t-online.de

1 Anlage exemplarische Fallanalyse

Literatur

- Aiken, L. H. et al.** (2011). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Med Care*, 49(12), pp. 1047-1053. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182330b6e
- Aiken, L. H. et al.** (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), pp. 1824-1830. doi: 10.1016/s0140-6736(13)62631-8
- Assadian, O., Toma, C. D. & Rowley, S. D.** (2007). Implications of staffing ratios and workload limitations on healthcare-associated infections and the quality of patient care. *Critical Care Medicine*, 35(1), pp. 296-298. doi: 10.1097/01.ccm.0000251291.65097.8a
- Ball, J. E. et al.** (2014). 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), pp. 116-125. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001767
- Bartholomeyczik, S., Haasenritter, J. & Wieteck, P.** (2009). Instrumente zur Abbildung des Pflegeaufwands in der DRG-Systematik. Literaturanalyse. *Pflegewissenschaft*, 12(9), pp. 669-687.
- Baumberger, D.** (2001). *Pflegediagnosen als Indikator der Streuung des Pflegeaufwandes in DRGs*. (Master of Nursing Science), Universität Maastricht, Maastricht, NL.
- Baumberger, D.** (2013). *Homogenitätsprüfung der Pflegeleistung im DRGs*. (Dissertation), Universität Witten/Herdecke, Witten.
- Braun, B. et al.** (2014). Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern. 186. Retrieved from <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/Hessen-Gutachtenn-final-1.pdf> (Accessed: 26.08.2015).
- Braun, B., Klinke, S. & Müller, R.** (2010). Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäuser. *Pflege & Gesellschaft*, 15(1), pp. 5-19.
- Braun, B. & Müller, R.** (2005). Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern. *Pflege und Gesellschaft*, 10(3), pp. 131-141.
- Braun, M. & Wieteck, P.** (Eds.). (2013). *PKMS-Begutachtung, Erkenntnisse aus Prüfungen des OPS 9-20 durch den MDK* (Vol. 1. Auflage). Kassel: Recom GmbH & CoKG.
- Deutscher Bundestag Drucksache 18/5372.** (2015). Gesetzesentwurf der CDU/CSU und SPD „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)“. Retrieved from http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/GE_K_HSG.pdf (Accessed: 31.08.2015).
- Deutscher Pflegerat.** (2014). *Vier-Punkte-Programm zur Lösung des Pflegepersonalmangels* (Pressemitteilung vom 05.12.2014). Retrieved from <http://www.deutscher-pflegerat.de/presse/Pressemitteilungen/1209.php> (Accessed: 03.08.2015).
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip).** (2004). *Pflegerelevante Fallgruppen (PRG)*. Hannover: Schlütersche Verlag.
- Fajardo, A.** (2013). *Die (Un-)Attraktivität des Pflegeberufes in Deutschland und der Einfluss der Führungskräfte* (Vol. 1. Auflage): Diplomica Verlag.
- Fiebig, M.** (2007). *Eine Untersuchung zum Zusammenhang von Patientenzuständen und Pflegeaufwand - Vorschläge für empirisch abgesicherte (Patienten-) Fallgruppen*. (Diplomarbeit), Evangelische Fachhochschule, Darmstadt.
- Fischer, W.** (2002). *Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege - Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten*. Bern: Huber.
- Fraktion Bündnis 90/Die Grünen.** (2015). Gute Versorgung, gute Arbeit - Krankenhäuser zukunftsfest machen. *Drucksache 18/5381 - Bundestag Antrag*. Retrieved from <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805381.pdf> (Accessed: 27.07.2015).
- Fraktion Die Linke.** (2015). *Antrag: Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern verbessern – Bedarfsgerechte Personalbemessung gesetzlich regeln* (Deutscher Bundestag Drucksache 18/5369). Retrieved from <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805369.pdf> (Accessed: 27.07.2015).

- Görres, S. et al.** (2010). „Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten“ - Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes - ERGEBNISBERICHT -. (März), 82. Retrieved from https://www.pflege-ndz.de/tl_files/pdf/Image_Abschlussbericht-Endfassung.pdf (Accessed: 20.08.2015).
- Hager, K. & Nennmann, U.** (1994). Die Stufen der allgemeinen Pflege (A1-A3) der Pflege-Personal-Regelung (PPR) im Verlauf der Rehabilitation. *Phys Rehab Kur Med*, 04(05), pp. 194-195. doi: 10.1055/s-2008-1062037
- Henderson, V.** (1972). *Textbook of the Principles and Practice of Nursing, 5th Edition*: Macmillan.
- Höhmann, U.** (1999). Pflegediagnosen: Instrumente zur Professionalisierung der Pflege. *Pflege & Gesellschaft*, 4(1), pp. 8-13.
- Isfort, M.** (2008). *Patientenklassifikation und Personalbemessung in der Pflege*. Münster: Verlagshaus Monsenstein und Vannerdat OHG.
- Isfort, M. et al.** (2014). Pflege-Thermometer 2014 "Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus". Retrieved from http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf (Accessed: 20.08.2015).
- Isfort, M. & Weidner, F.** (2001). *Pflegequalität und Pflegeleistungen I. - Zwischenbericht zur ersten Phase des Projektes "Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistung"*. Freiburg, Köln. Katholischer Krankenhausverband Deutschland.
- Isfort, M. & Weidner, F.** (2003). Pflegerelevante Fallgruppen (PRG). *Perspektiven - Informationen des dip*(2), pp. 1-3.
- Isfort, M., Weidner, F. & Gehlen, D.** (2012). *Pflege-Thermometer 2012: Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus*. Köln. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip).
- Isfort, M. et al.** (2010). *Pflegethermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*. Köln. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung.
- Jahn, P.** (2015). Pressemeldung vom 25.08.2015: Pflegebedarfsfaktoren bilden die pflegerischen Leistungen im DRG-System besser ab. Retrieved from <http://www.deutscher-pflegerat.de/presse/Pressemitteilungen/2015-08-25%20PM%20Pflegebedarfsfaktoren%20bilden%20die%20pflegerische%20Leistungen%20im%20DRG-System%20besser%20ab.php> (Accessed: 26.08.2015).
- Kelch, A.-K.** (2009). Pflegediagnostik als Instrument der Professionalisierung? *Intensiv*, 17(6), pp. 311-318. doi: 10.1055/s-0029-1243276
- Kong, L. N. et al.** (2014). The effectiveness of problem-based learning on development of nursing students' critical thinking: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 51(3), pp. 458-469. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.06.009
- Kuhlmann, H.** (2003). Pflege im DRG-System - Wie kann pflegerische Leistung erfasst werden? Teil 2: PPR und LEP. *Die Schwester/Der Pfleger*, 42(10), pp. 760-765.
- Lang, T. A. et al.** (2004). Nurse-patient ratios: a systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. *J Nurs Adm*, 34(7-8), pp. 326-337.
- McGahan, M., Kucharski, G. & Coyer, F.** (2012). Nurse staffing levels and the incidence of mortality and morbidity in the adult intensive care unit: a literature review. *Aust Crit Care*, 25(2), pp. 64-77. doi: 10.1016/j.aucc.2012.03.003
- Meleis, A. I.** (1999). *Pflegetheorie - Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege*. Kempten/Bern: Verlag Hans Huber.
- Mukadam, N. & Sampson, E. L.** (2011). A systematic review of the prevalence, associations and outcomes of dementia in older general hospital inpatients. *Int Psychogeriatr*, 23(3), pp. 344-355. doi: 10.1017/s1041610210001717
- NANDA-International.** (2013). *NANDA I Pflegediagnosen Definitionen und Klassifikation 2012 -2014*. Kassel: RECOM Verlag.
- O'Brien-Pallas, L. et al.** (1997). Measuring Nursing Workload: Understanding the Variability. *Nursing Economics*, 15(4), pp. 171-182.

- Orem, D.** (1995). *Nursing: Concepts of Practice (5th ed.)*. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Patry, C. et al.** (2014). A gap between Need and Reality: Neonatal Nursing Staff Requirements on a German Intensive Care Unit. *Pediatric reports*, 6(1), pp. 5186. doi: 10.4081/pr.2014.5186
- Pinkert, C. & Holle, B.** (2012). [People with dementia in acute hospitals. Literature review of prevalence and reasons for hospital admission]. *Z Gerontol Geriatr*, 45(8), pp. 728-734. doi: 10.1007/s00391-012-0319-1
- Rogowski, J. A. et al.** (2013). Nurse staffing and NICU infection rates. *JAMA pediatrics*, 167(5), pp. 444-450. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.18
- Sachverständigenrat.** (2007). *Kooperation und Verantwortung Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007, Download 08.2007 [www.gsk-sh.de/\(S\(im3e1vuro0bn1qvrbtnkmmzhh\)\)/File_1121/Langfassung.pdf](http://www.gsk-sh.de/(S(im3e1vuro0bn1qvrbtnkmmzhh))/File_1121/Langfassung.pdf) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Download 08.2007 [www.gsk-sh.de/\(S\(im3e1vuro0bn1qvrbtnkmmzhh\)\)/File_1121/Langfassung.pdf](http://www.gsk-sh.de/(S(im3e1vuro0bn1qvrbtnkmmzhh))/File_1121/Langfassung.pdf).*
- Schmid, B.** (2007). Homogenitätsprüfung des Pflegeaufwandes in der DRG-Fallgruppe: Erklärungsansatz zur Kostenhomogenität von DRG-Fallgruppen durch Pflegediagnosen/Pflegeaufwand. *PrInterNet*, 9(9), pp. 532-541.
- Schrems, B.** (2006). Der Pflegeprozess im Kontext der Professionalisierung. *PrInterNet*, 8(01), pp. 44-52.
- Schröder, M.** (2010). *Konstruktvalidität der Subskala Mobilität des neuen Begutachtungsassessment für Pflegebedürftigkeit (NBA)*. (Master), Philosophische-Theologische Hochschule Vallendar, Vallendar.
- Schubert, M. et al.** (2012). Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(3), pp. 230-238. doi: 10.1093/intqhc/mzs009
- Simon, M.** (2014). *Personalbesetzungsstandards für den Pflegedienst der Krankenhäuser: Zum Stand der Diskussion und möglichen Ansätzen für eine staatliche Regulierung, Ein Diskussionsbeitrag*. Hannover. Hochschule Hannover University of Applied Sciences and Arts, Abteilung Pflege und Gesundheit. Retrieved from http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_-_Paper_Personalbesetzungsstandards.pdf (Accessed: 27.07.2015).
- Simon, M.** (2015). *Stellungnahme zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSKG)* (Bundesdrucksache 18/5372). Deutscher Bundestag.
- Staggs, V. S. & Dunton, N.** (2014). Associations between rates of unassisted inpatient falls and levels of registered and non-registered nurse staffing. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(1), pp. 87-92. doi: 10.1093/intqhc/mzt080
- Thomas, D. et al.** (2014). Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. Diskussionspapier zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. *IBES Diskussionsbeitrag, No. 204*. Retrieved from <http://econstor.eu/bitstream/10419/101317/1/796268495.pdf> (Accessed: 31.07.2015).
- Thompson, J. D. & Diers, D.** (1985). DRGs and nursing intensity. *Nursing & Health Care*, 6(8), pp. 434-439.
- Tschannen, D., Kalisch, B. J. & Lee, K. H.** (2010). Missed nursing care: the impact on intention to leave and turnover. *Canadian Journal of Nursing Research*, 42, pp. 22-39.
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di.** (2013). *Pressemeldung: In deutschen Krankenhäusern fehlen 162.000 Stellen* (20. Februar 2013). ver.di. Retrieved from https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5124b7ba6f684417cc000984/download/verdi%20120220%20Pressestatem-ent-Personalcheck_final.pdf (Accessed: 24.08.2015).
- Welton, J. M. & Halloran, E. J.** (2005). Nursing Diagnoses, Diagnosis-Related Group, and Hospital Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 35(12), pp. 541-549.
- Welton, J. M., Zone-Smith, L. & Fischer, M. H.** (2006). Adjustment of inpatient care reimbursement for nursing intensity. *Policy Polit Nurs Pract*, 7(4), pp. 270-280.

- Wieteck, P.** (2008). Pflegerelevante Fallgruppen. In P. Wieteck (Ed.), *Validierung von Pflegediagnosen der Pflegeklassifikation ENP (European Nursing care Pathways): Crossmappings von ENP mit ICNP und NANDA*. Bad Emstal: RECOM, pp. 39-45.
- Wieteck, P.** (2015). NRG ergänzen DRG. *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (f&w)*, 32(7), pp. 506-509.
- Wieteck, P.** (Ed.). (2013). *Praxisleitlinien Pflege, Planen und Dokumentieren auf Basis von Pflegediagnosen der Klassifikation ENP* (2. Auflage ed.). Kassel: RECOM Verlag.
- Wieteck, P. & Kraus, S.** (2015). *Adäquate Personalbemessung in der Pflege. Ein explorativer Ansatz zu einer bedarfsgerechten Finanzierung von Pflegeleistungen und der Versorgung der Patienten und/oder Bewohner*. Kassel: RECOM, in Bearbeitung.
- Wieteck, P. et al.** (2014). Adäquate Personalbesetzung - Positionspapier. Stellungnahme der Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung des OPS 9-20 zum Diskussionspapier IBES und den Pressemeldungen des DPR. Retrieved from http://www.ispg-fachtag.de/tl_files/download/ISPG-2015_Wieteck-Pia_AGKAMED-Positionspapier-Pflege-und-DRG.pdf (Accessed: 02.03.2015).
- Wieteck, P. et al.** (Eds.). (2015). *Handbuch 2015 PKMS: Kodierrichtlinien und praktische Anwendungen des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten* (6 ed.). Kassel: RECOM.
- Wilkinson, J. M.** (2007). *Nursing Process and Critical Thinking* (4 ed.). New Jersey: Pearson- Prentice Hall.
- Wingenfeld, K., Büscher, A. & Gansweid, B.** (2008, 25. März). *Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Hauptphase 1. Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments. Überarbeitete und korrigierte Fassung vom 25. März 2008*. Studie. Bielefeld/Münster.
- Wingenfeld, K. & Schnabel, E.** (2002). Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegerichtungen. Retrieved from <http://paritaet-alsopfleg.de/index.php/downloadsnew/pflegerische-versorgung/fachinformationen-pflege-oeffentlich/3294-endbericht-personalbemessung-in-der-stationaeren-pflege/file> (Accessed).
- Zander, B. et al.** (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern - Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. [Nursing tasks left undone in German acute care hospitals - results from the international study RN4Cast]. *Gesundheitswesen*, 76(11), pp. 727-734. doi: 10.1055/s-0033-1364016

~~Eine Anpassung der Pflegedokumentation wäre somit erforderlich gewesen. Dabei wäre beispielsweise der Grund G6 (Tabelle 104: Originaltext G6 Bewegungen/Sicherheit) für die weitere Pflegeplanung adäquat und nachvollziehbar gewesen.~~

G6	Fehlende Fähigkeit, einen Transfer durchzuführen UND/ODER zu gehen Kennzeichen: Schwere Beeinträchtigung, von liegender Körperposition zum Sitzen zu gelangen UND vom Sitzen zum Stand zu gelangen, UND Unfähigkeit/Unsicherheit, das Körpergewicht im Stand selbstständig zu tragen
-----------	---

Tabelle 104: Originaltext G6 Bewegungen/Sicherheit

~~Entsprechend der festgestellten Gründe G1 und G6 ist die Pflegemaßnahme D5 sicher auch im Sinne einer aktivierenden Pflege für die Pflegeplanung nachvollziehbar gewesen. Allerdings hätte statt der von der Einrichtung gewählten zusätzlichen Aktivität die „Mobilisation mindestens 2 x täglich in den Roll-/Lehnstuhl“ geplant werden sollen, was tatsächlich auch täglich durchgeführt wurde. Bei Anpassung der Lagerungsfrequenz auf die geforderten 7 x in 24 Stunden wäre diese Pflegemaßnahme nachvollziehbar und auch zu berücksichtigen gewesen.~~

~~Überlegungen zum Verbesserungspotential: Völlig unklar bleibt, warum der Patient im Rahmen der Versorgung zunehmend passiver wurde. Während er zunächst noch versuchte selbst aufzustehen, musste er am Ende des Aufenthaltes auf dieser Station teilweise von zwei Pflegepersonen mobilisiert werden. Weder der Arztbrief noch die gesamte Pflegedokumentation geben hierüber Aufschluss. Es bleibt auch offen, warum eine Gangschulung im Arztbrief empfohlen wurde und nicht in der Klinik begonnen wurde. Es ist eine interessante Frage, was sich im Versorgungs- und Behandlungsverlauf verändert hätte, wenn von Anbeginn des Aufenthaltes eine aktivierende therapeutische Pflege anstelle einer passivierenden Pflege stattgefunden hätte.~~

~~Aus Sicht der PKMS-Dokumentation hätte mit einer anderen Angebotsauswahl in jedem Fall ein OPS-Schlüssel ausgelöst werden können. Zudem wäre ein verändertes Pflegeangebot den Bedürfnissen des Patienten sehr wahrscheinlich deutlich mehr entgegen gekommen.~~

6.2 Fallvorstellung Herr Karl

Autorin: Dr. rer. medic. Pia Wieteck

Herr Karl, 88 Jahre alt, wurde am 17.03.2012 mit dem Verdacht eines Reapoplex und damit einhergehender Schluckstörung durch den Hausarzt eingewiesen und stationär aufgenommen. Die Ehefrau gab an, dass der Patient die letzten Tage kaum etwas gegessen und getrunken habe. Entlassung war am 18.04.2012. Am 26.03.2012 wurde mit der PKMS-Dokumentation bis zur Entlassung begonnen. Insgesamt wurden 135 PKMS-Aufwandspunkte erhoben. Der OPS 9-200-6 wurde verschlüsselt.

Dem Arztbrief sind folgende Diagnosen von Herrn Karl zu entnehmen: Exsikkose bei bekannter Alzheimer-Demenz und Diuretika; Sepsis mit Nachweis von Staph. Aureus, Pneumo-

nie links, Clostridienenteritis, Harnwegsinfektion, Makrohämaturie, Infizierte Phimose, V.a. neuroleptikainduziertes Parkinsonsyndrom, V.a. subakuter Infarkt mit kleiner Einblutung im hinteren Kapselschenkel rechts sowie Infarkt anteilig auch im Thalamus rechts lt. CCT.

Folgende Nebendiagnosen wurden aufgeführt: Arterielle Hypertonie, mittelschwere Aortenklappeninsuffizienz, Grad II-III; Mitralklappeninsuffizienz Grad I; Alzheimer-Demenz, Prostatahyperplasie.

In der Klinik wurde eine Begutachtung der Fallakte durch den MDK vor Ort durchgeführt. Der Gutachter hat den Grund G1 nicht anerkannt, daher sind alle Punkte im Bereich der Körperpflege weggefallen. Im Bereich der Bewegung wurden ebenfalls wegen der Nichterfüllung der Häufigkeiten von Pflegemaßnahmen PKMS-Aufwandspunkte gestrichen, so dass die Aufwandspunkte laut Gutachter < 43 Punkte waren. Zwischen dem Urteil des PKMS-Beauftragten und des Gutachters besteht Dissens. Daher wurde die Fallakte zur Beurteilung und Formulierung eines Widerspruchs vorgelegt.

6.2.1 Pflegeanamnese

Die Einrichtung führt im Haus eine Pflegeanamnese (Abb. 118 und 119). In dieser werden sowohl das Selbstfürsorgedefizit im Bereich der Körperwaschung, die Schluckstörungen und Urin- und Stuhlinkontinenz beschrieben. Als Kostform wird weiche Kost angegeben. Eine Beschreibung des Ernährungszustandes ist in der Dokumentation nicht vorhanden. Ebenso wird deutlich, dass der Patient bereits vor dem Klinikaufenthalt einen Pflegebedarf hatte. Den Arztbriefen kann auch entnommen werden, dass der Patient bereits eine Pflegestufe III hat. Der genaue Hilfebedarf von Herrn Karl wird aus der Pflegeanamnese vom 17.03.2012 nicht deutlich. Im Bereich der Körperpflege ist „muss gewaschen werden“ ¹ angekreuzt, dieses weist auf eine „volle Übernahme“ im Sinne der PPR-Definition im Bereich der Körperpflege hin. Im Leistungsbereich der Ernährung wird zum einen erwähnt, dass der Patient eine Schluckstörung hat, es wird aber angegeben, dass Herr Karl selbstständig essen würde. Der Satz „Essen muss vor“ ² ist nicht beendet, somit lässt sich der genaue Hilfebedarf nicht ableiten. Ebenso bleibt bei den Angaben zur Ausscheidung mit dem Haken bei einer „Stuhl- und Urininkontinenz“ als auch im Leistungsbereich Bewegung mit den Angaben „Braucht Hilfe“ ³ offen, ob es sich um einen Patienten mit „voller Übernahme“ handelt.

Aufnahmeprotokoll – Pflege – Erwachsene

Name: [Redacted]
Vorname: [Redacted]
Geb.-Dat.: [Redacted]
Straße: [Redacted]
Wohnort: [Redacted]

Hausarzt: Dr. [Redacted]
Einweisender Arzt: [Redacted]
Einweisungsdiagnose:

Aufnahmetag: 11.03.12 **Uhrzeit:**
 Erstaufnahme
 Wiederaufnahme
 letzter Aufenthalt:
 Verlegung von:
 anderes Krankenhaus
 Altenheim
 Pflegebericht
 häusliche Situation

Aufnahme:
 gehend
 sitzend
 liegend
 selbst Krankenwagen
Begleitung: ja nein

Angehörige:
 2 wöchentlich Pflegedienst
 [Redacted]
Tel.-Nr.: [Redacted]

Betreuung: ja nein
 Pat. erkrankte Bett, AR
 Therapie ist evtl. verstanden
 [Redacted]

Medikation:
 Ergenyl Chrono

Genüßmittel:

Aufnahmestatus:
 ansprechbar orientiert
 benommen teilweise orientiert
 erregt
 bewußtlos
 Kontrakturen
 Wo?

Dekubitus **Wunden** **Sonstiges**
 s. Braden-Skala

Besonderheiten:
 Schrittmacher
 Gerinnungshemmer
 Diabetes mellitus
 Allergien
 Erkrankungen und Op's:

Für Wertgegenstände und Bargeld wird keine Haftung übernommen.

54 04 01

Originaldokument

Abbildung 118: Pflegeanamnese I Herr Karl

Pflegeanamnese / Istzustand	Aktivitäten des täglichen Lebens
1. Kommunikation <input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input checked="" type="checkbox"/> Einschränkung durch <u>Sprache Romanisch</u> <input checked="" type="checkbox"/> Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input checked="" type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Glasauge <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input checked="" type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Sprache <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <u>zu Hause</u> <input type="checkbox"/> Schmerzen:	4. Nahrungsaufnahme und Ausscheidung Nahrungsaufnahme <u>Schluckstörung</u> Kostform: <u>weiche Kost</u> Abneigung gegen: <input checked="" type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> Essen muß dargereicht werden <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden <u>ESSEN MUß VOR</u> 2 Ausscheidung Urin <input type="checkbox"/> selbständig <input checked="" type="checkbox"/> urininkontinent <input type="checkbox"/> Blasenverweilkatheter Größe: Datum: <input type="checkbox"/> Urostoma Besonderheiten: 3
2. Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen Atemung <input checked="" type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Husten Herz-Kreislauf <input checked="" type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden <input type="checkbox"/> Rhythmusstörung Körpertemperatur <input checked="" type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Abweichung <input type="checkbox"/> schwitzt <input type="checkbox"/> friert	5. Bewegung <input type="checkbox"/> selbständig <input checked="" type="checkbox"/> braucht Hilfe <input type="checkbox"/> Kontrakturen Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Stock <input type="checkbox"/> Unterarmgehstütze <input type="checkbox"/> Arm-/Beinprothese <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input checked="" type="checkbox"/> Rollstuhl <u>Kolator</u>
3. Körperpflege und Kleidung <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> wäscht sich <input type="checkbox"/> duscht <input type="checkbox"/> badet <input type="checkbox"/> braucht Hilfe <input checked="" type="checkbox"/> muß gewaschen werden 1 Zähne: <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten <input checked="" type="checkbox"/> Vollprothese <input checked="" type="checkbox"/> oben <input checked="" type="checkbox"/> unten <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut: <input type="checkbox"/> Haut: <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Größe Aussehen: Haarpflege <input type="checkbox"/> selbständig <input checked="" type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> Haarteil <input type="checkbox"/> Perücke Rasur/Bartpflege <input type="checkbox"/> selbständig <input checked="" type="checkbox"/> mit Hilfe Nagelpflege <input type="checkbox"/> selbständig <input checked="" type="checkbox"/> mit Hilfe Kleidung <input type="checkbox"/> selbständig <input checked="" type="checkbox"/> braucht Hilfe	6. Ruhe und Schlaf <input type="checkbox"/> schläft gut <input type="checkbox"/> schnarcht <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Schlafgewohnheiten 7. Arbeit und Freizeit Beruf <u>rentner</u> Freizeitaktivitäten 8. Besonderheiten

Originaldokument

Abbildung 119: Pflegeanamnese II Herr Karl

6.2.2 Pflegeüberleitungsbogen

Auf dem Pflegeüberleitungsbogen (Abb. 120) vom ambulanten Pflegedienst, welcher den Patienten zweimal in der Woche versorgt hat, geht die „volle Abhängigkeit“ im Leistungsbereich der Körperpflege und Bewegung durch die Einschätzung auf einer Selbstständigkeitseinstufung mit „unselbstständig“ eindeutig hervor. Ebenso ist der Patient laut Aussagen der Einschätzung im Rahmen der Überleitungspflege im Bereich der Ausscheidung abhängig. Auf dem Überleitungs-

bogen ist angegeben, dass Hr. Karl in der Durchführung der Intimpflege unselbstständig ist. Zudem besteht laut den Angaben eine Stuhl- und Urininkontinenz. Außerdem ist der Patient weder zur Zeit, noch zum Ort, zur Person oder zur Situation orientiert.

Bestellnummer 2003

Pflegeüberleitungsbogen

PERSÖNLICHE DATEN

Name: [redacted]
 Vorname: [redacted]
 Anschrift: [redacted]
 Tel.: [redacted]
 Geb. Dat.: 1924 Geb.-Ort: in Rumänien
 Staatsangehörigkeit: deutsch
 Konfession: ev.
 Versichter: ADK LKK BKK IKK VDAK AEV Knappschaft

KV Nr. [redacted] Pflegestufe [redacted]

1. Angehörige: [redacted] Telefon: [redacted]
 2. Angehörige: [redacted] Telefon: [redacted]

von uns wurden von der Überleitung verständigt:
 Angehörige ja nein ja nein
 bei Problemen zu benachrichtigende:
 1. Angehörige 2. Angehörige Betreuer

Gesetzliche Betreuung durch:
 Gesundheitsfürsorge
 Vermögenssorge
 Aufenthaltsbestimmung

Mitgeführte Dokumente/Eigentum
 Krankenkassenkarte Patientenverfügung
 Personalausweis
 Schwerbehindertenausweis

MEDIZINISCHER BEREICH

Hausarzt: [redacted]
 Konsiliararzt: [redacted]
 Notarzt: [redacted]

medizinische Diagnosen/legebegründende Diagnosen
 dem Patienten bekannte Diagnosen
 inoffizielle Labor-Diagnosen
 inoffizielle Selbst-Diagnosen
 inoffizielle Differenzialdiagnosen
 inoffizielle Hypothesen
 Postabfertigungsplan

MEDIKATION	mon-pers	mü-lage	abends	nachts
Valproat 25mg	-	-	-	1
Eugenol 300	1	-	2	-
Acem 10	1	-	-	-
Diazepam 40	-	-	-	2
Risperidon 0,5	1	-	-	-
Levet 40	1/2	1/2	-	-

Bedarfmedikation

letzter Krankenhausaufenthalt von bis im

INFEKTIONEN keine bekannt
 MRSA TBC HIV Hepatitis
 andere Infektionen:

IMPFUNGEN keine bekannt

GRUND DER ÜBERLEITUNG
 V.a. Schlaganfall

Allergien/Unverträglichkeiten/Krankheitsbedingte Besonderheiten

Pflegeüberleitung geht an:
 Krankenhaus
 Kurzzeitpflege
 Tagespflege
 ambulante Pflege

Kommunikation
 Sprachvermögen: keine mäßige schwere Ausfall
 Hörvermögen: rechts mäßige schwere Ausfall
 Hörgerät: rechts links mitgegeben schwere Ausfall
 Seilvermögen: keine mäßige mitgegeben

Bemerkungen:

Sich bewegen können: selbstständig bedingt selbstständig nicht selbstständig

Auftreten/Zubehalten Liniagen
 Gehen
 Stehen
 Treppensteigen
 Arm-/Beinprothesen Gehstock Gehwagen
 Rollstuhl mitgegeben

DEKUBITUSRISIKO ja nein

KONTAKTANZEIGEN

Ort: [redacted]
 THROMBOSE-RISIKO ja nein
 STURZRISIKO ja nein

Vitale Funktionen aufrechterhalten
 Puls / Min. Arrhythmie
 RR / normal Hypertonie Hypotonie
 Herzschrittmacher Marcumar-Einnahme

Sich pflegen können: selbstständig bedingt selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig

baden / duschen
 waschen
 anziehen / entziehen
 Mundpflege
 Zahnpflege
 Haut: intakt trocken feucht schuppig

Hämatome an

Sich als Frau / Mann fühlen
 Intimpflege selbstständig nur selbstständig
 nur von gleichgeschlechtlicher Pflegeperson

Essen und trinken können
 Ernährungszustand: gut mäßig Untergewicht untergewichtig Übergewicht überbehaftet
 Zahnpflege oben unten mitgegeben

Kostform: Vollwert vegetarisch Schonkost
 Diabete BE Reduktionskost milchf. Sündenbrei
 Sonderkost:

Letzte Mahlzeit: 8:30 Uhr
 Essen: selbstständig zubereiten anreichen
 Trinken: selbstständig mit Hilfe

Schluckstörungen

Bemerkungen:

Stuhlgang normal ja nein
 Stuhlinkontinenz: ja nein
 Urininkontinenz: ja nein
 Hilfsmittel am Tag: ja nein
 Hilfsmittel zur Nacht: ja nein
 Katheter Anus praeter

Ruhen und Schlafen können
 Einschlafstörung Durchschlafstörung
 gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus Schlafapnoe
 Schlafmittel Lagerung notwendig
 bisher verwendete Lagerungsmethode:
 Bemerkungen:

Sich beschäftigen können
 Bemerkungen:

Für Sicherheit sorgen können
 Orientierungsvermögen:
 zeitlich: ja zeitweise nein
 örtlich: ja zeitweise nein
 persönlich: ja zeitweise nein
 situativ: ja zeitweise nein

Entscheidungsvermögen:
 Risiken werden eingeschätzt nicht eingeschätzt
 Risiken werden bewältigt nicht bewältigt
 Freiheitserziehende Maßnahmen:

Bemerkungen:

Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können
 Leben ist nicht gefährdet
 Leben ist gefährdet durch:
 Verlust der Unabhängigkeit Schmerzen Sorge
 Angst Misstrauen Ungewissheit
 Hoffnungslosigkeit

Bemerkungen:

Originaldokument

Abbildung 120: Pflegeüberleitungsbogen vom 17.03.2012

6.2.3 PKMS-Planungsblatt

Die PKMS-Planung (Abb. 121) findet auf einem eigenen Dokument statt. Diese wird für sieben Tage genutzt. Die erreichten Aufwandspunkte werden auf dem PKMS-Planungsblatt dokumentiert und zur Kodierung des OPS 9-20 entsprechend addiert (Abb. 122).

PKMS-E 2012 PLANUNG		Datum: 26.03.12		Vorname: [REDACTED]		Blatt-Nr.: 1		
Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwändige Pflege vor:								
10 - Körperpflege 10.1 10.2 10.3 10.4 10.5 10.6 10.7 10.8 10.9 10.10 10.11 10.12	G1	6	Verhaltens/Widerstände bei der Körperpflege ◯ nicht (Widerstände) Maßnahmen bei der Körperpflege Widerstände entgegen, ◯ schnell, ◯ schlag, ◯ beschreibt die Pflegeperson bei der Ganzkörperwaschung, ◯ lehnt die Körperpflege verbotenermaßen ab oder Ablauf der Körperpflege ist dem Pat. nicht bekannt ◯ Patient, die Körperpflege selbstständig und strukturiert durchzuführen, ◯ Gebrauchsgegenstände der Körperpflege können nicht adäquat eingesetzt werden, ◯ fehlende Eigenaktivität, die Körperpflege durchzuführen	G1	A1	1	Maßnahmen zum Erlernen/Wiedererlangen/zur Motivation einer selbstständigen Körperpflege (Hauptpflege, Mundpflege, Körperwaschung und/oder Hautpflege bei vorliegenden Enschwerfungsrisiken (Gründe des PKMS-E). In der Pflegedokumentation sind die individuellen pflegerischen Zielsetzungen der Maßnahmen auszuweisen, ebenso die auf den Patienten abgestimmte Körperpflege.	
	G4	4	Extreme Schmerzzustände, die sich auf die Körperpflegeaktivitäten auswirken ◯ abstritt, ◯ weint, ◯ jammert, ◯ grunzt, ◯ wehrt ab bei der Körperpflege, ◯ äußert verbal stärkste Schmerzen	G4	A2	2	Mehrfachwuschungen-Körperpflege: Durchführung von Mehrfachwuschungen in voller Übernahme 4 x tägl., davon mind. 2 Ganzkörperwaschungen	
	G5	5	Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen (versteht Fähigkeit, sich selbstständig im Bett zu drehen, zu wendeln, aufzusetzen und ein vorliegender Erschwerungsfaktor) (auswärtige Faktoren sind bei Ernährung, Ausscheidung, etc.) ◯ mind. 3 unterschiedliche Abszessionspunkte, ◯ BMI von 35 kg/m ² und mehr, ◯ Körpergewicht mind. 180 kg, ◯ Kräfte/Arbeitsbedingte Risiken wie Wirbelsäuleninstabilität, ◯ Extrem- und/oder Behinderung mit Körpergeschädigung, ◯ eine extreme Bewegungsrestriktion mit sich selbst, ◯ Rumpf-/Becken-/Füßel- und/oder Hüftgelenk, ◯ Rumpfbildung, ◯ mind. zwei Extremitäten, ◯ ausgeprägte Spastik/Kontrakturen, ◯ ausgeprägte Lähmung (Hemiplegie, Paraplegie/parese, Tetraplegie/parese u. damit verbundene fehlende Stütz- u. Haltefunktion im Kopf- u. Rumpfbereich, ◯ fehlende Kraft u. Spitzbelastung, ◯ mind. 3 sept. Wunden (einschli. GU) und/oder großflächige (>40cm ²) Wunden	G5	A3	3	Therapeutische Ganzkörperpflege nach folgenden Konzepten: ◯ NDI-Konzept ◯ MRP ◯ Bobath-Konzept ◯ Bag-bath/Towbath ◯ Bestehende/individuelle Basiskonzepte ◯ GW nach dem Aktivat-Konzept ◯ andere neurologische u. rehabilitative Konzepte zur Ganzkörperpflege mit Fazilitätsübungen von normalen Bewegungsabläufen u. kompensatorischen Fähigkeiten, ◯ Konzepte aus psychologischer Perspektive	
	G7	7	Gründe für eine Ganzkörperwaschung mit zwei Pflegepersonen bei G4, G5, G6 oder Pflegeadaptionen wie: ◯ kann/versteht sich bei vermehrten instabiler Herz-/Kreislauf- u. unklarer Atemsituation bei der Körperpflege nicht anbringen	G7	A4	4	Ganzkörperwaschung/-pflege mit zwei Personen pflegerisch erforderlich (2 Handzeichen 1)	
	G9	9	Starkes Schwitzen Schweißausbrüche, mind. 4 x tägl. nasse Kleidung infolge des starken Schwitzens und/oder Einleinen/-stühlen mind. 4 x tägl. Ein entsprechendes Kleide-/Waschwechsel ist erforderlich	G9	A5	5	Volle Übernahme der Körperwaschung ◯ Übernahme der speziellen/therapeutischen Mundpflege mind. 4 x tägl. und ◯ ASE mind. 1 x tägl. oder ◯ Atemübungen mind. 4 x tägl. oder ◯ Atemübungen mit Atemtrainer mind. 4 x tägl. oder ◯ volle Übernahme beim mind. 2 x tägl. Ein-/Auskleiden oder mind. 1 x tägl. An-/Entfernung, Ankleidung zum selbstständ. Umkleiden	
	G10	10	Anlässe für therapeutische Ganzkörperwaschung bei einem Selbstwürdigkeitsdefizit, Körperpflege in Verbindung mit einem der aufgeführten Punkte: ◯ beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung ◯ neurologische Bewegungsabläufe ◯ vorliegender Spektak	G10	A6	6	Volle Übernahme der Körperwaschung und mind. 8 x tägl. Maßnahmen im Rahmen eines aufwendigen Tracheostoma-Managements (Pneuzähler eine oder mehrere Mal, wie z.B.: Verbänden, Absaugen, Wechseln, Spülen)	
	G11	11	Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege fehlende Fähigkeit, den Körper selbstständig zu waschen, abtrocknen und die Mund-, Haar-, Hautpflege durchzuführen, ◯ ein Grund für hohen pflegerischen Aufwand: ◯ (übermäßige) Isolation, die nicht auf dafür vorgesehenen Isolationen durchgeführt wird oder ◯ hohes Frakturrisiko, ◯ Assessment (z.B. Amelie) nach Bonaldi	G11	A7	7	Volle Übernahme d. Körperwaschung und Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr-/Schutzisolation, (Pneuzähler eine oder mehrere Mal, wie z.B.: Verbänden, Absaugen, Wechseln, Spülen)	
	G12	12	Tetraplegie mit fehlender Körperbalance/fehlender Rumpfstabilität liegt beim Sitzen zur Selbstwasch vorne	G12	A8	8	Volle Übernahme der Körperwaschung und An-/Auskleiden 2x tägl.	
	11 - Ernährung 11.1 11.2 11.3 11.4 11.5 11.6 11.7 11.8 11.9 11.10 11.11 11.12	G1	1	Kontinuierliche/massive Nahrungsverweigerung, Risiko der Mangelernährung ◯ schließt anorexische Haltung weg, ◯ kann Nahrung verbal, konverbal ab, ◯ Abwenden des Kopfes, ◯ fehlende Willkür/Einsicht, Nahrung zu sich zu nehmen, ◯ Wegschlagen der Nahrung beim Versuch der Nahrungsverweigerung, ◯ extrem langsame Essen als Strategie der verminderten Nahrungsaufnahme, ◯ schließt der Nahrung nicht selbstständig, ◯ Ausweichen von Nahrung, ◯ Mundschleuse, ◯ oder Massives Verlernen der Nahrungssituation, Risiko der Mangelernährung ◯ fehlende Impuls zur Nahrungsaufnahme, ◯ schließt den Nahrungsbrei nicht selbstständig ◯ kann Auftrichter/Erklärungen im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme nicht verstehen, ◯ deutet Nahrungsbestandteile als Ungefähre o.ä.	G1	B1	1	Volle Übernahme der Nahrungsverabreichung ◯ mind. 4 Mahlzeiten oder mind. 7 x tägl. Bracke/Zwischenmahlzeiten und ◯ mind. 7 orale Flüssigkeitsverabreichungen zu unterschiedl. Zeitpunkten bei einer Gesamtmenge von mind. 1500 ml gemäß Flüssigkeitprot. oder ◯ mind. 9 orale Flüssigkeitsverabreichungen zu unterschiedl. Zeitpunkten bei einer Gesamtmenge von mind. 1000 ml gemäß Flüssigkeitprot.
		G2	2	Massiv verlangsamte/erschwerte Nahrungsaufnahme, b. quantitativen Bewusstseinsveränderungen ◯ anorexische, ◯ schließt zwischen der Nahrungsverweigerung immer wieder ein, ◯ Verlust der Fähigkeit, Nahrung selbstständig aufzunehmen	G2	B2	2	Oral/assale Stimulation (verbunden auf die Nahrungsverabreichung und/oder ◯ zur Förderung des Schluckreflexes und/oder ◯ Einleiten von kompensatorischen Mechanismen beim Schlucken vor/ während jeder Mahlzeit (mind. 4 Mahlzeiten) und anschließender Unterstützung/Anleitung zur Nahrungsaufnahme
		G5	5	Unfähigkeit, eine Sitzposition bei der Nahrungsaufnahme einzunehmen ◯ fehlende Fähigkeit, selbstständig in die Sitzposition zu gelangen, ◯ rückt im Bett/Rollstuhl nach unten, ◯ asymmetrische Streckung, ◯ liegt beim Sitzen nach vorne (starke Streckung) und ein vorliegender Erschwerungsfaktor ◯ mind. 2- und/oder Abszessionspunkte und Bestimmung (weitere Erschwerungsfaktoren wie bei G5 Körperpflege)	G5	B3	3	Maßnahmen zur Vorbereitung der Nahrungsaufnahme vor jeder Mahlzeit (mind. 4 Mahlzeiten) ◯ aufwendiger Transfer in den Rollstuhl/nach dem Stuhl und/oder ◯ aufwendige Anlegen von Stützkräften/-hosen/-Orthesen und/oder ◯ aufwendiges Anlegen im Bett in den Langsitz? bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie
		G6	6	Fehlende Fähigkeit, sich zur Nahrungsaufnahme an den Tisch zu setzen ◯ schwere Beeinträchtigung von lateraler Kompensation zum Sitzen zu gelangen und vom Sitzen zum Stand zu gehen und erhebliche Beeinträchtigung des Gehens auf ebener Fläche wie Unfähigkeit/Unklarheit, das Körpergewicht im Stand selbstständig zu tragen, ◯ Veränderungen des Gangbildes	G6	B4	4	Trink- und Estraining nach individuell aufgestelltem Konzept (mind. 4 Mahlzeiten) bei jeder Mahlzeit
G7		7	Prothesen-/Orthesenversorgung der unteren Extremitäten oder Stützkranken anlegen, um bei Wirbelsäuleninstabilität zur Nahrungsaufnahme an den Tisch zu gelangen	G7	B5	5	Das aufgestellte Konzept ist explizit zu dokumentieren. ◯ Maßnahmen können sein: ◯ Anleitung zum Schlucken/Schluckeübungen ◯ Einleiten kompensatorischer Maßnahmen ◯ Unterstützung bei der Kopf-/Wahr-/Lippenkontrolle ◯ Einleiten von physiologischen Bewegungsabläufen bei der Nahrungsaufnahme durch z.B. passives Führen der Hand bei der Nahrungsaufnahme ◯ Fazilitation/Inhibition von Bewegungsabläufen/des Schluckaktes ◯ Einleiten von Essverhalten	
G8		8	Kau-/Schluckstörungen mit starken Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme ◯ huzelt nach dem Schlucken, ◯ Nahrungsmittel verbleiben nach dem Schlucken in der Wangentasche, ◯ Zungenrollen, ◯ Gefühl, dass Nahrung im Schlund hängen bleibt, ◯ Funktionsminderung der Kehlkopfhebung, ◯ Regulierung von Speisetrakt, ◯ veränderte Schluckspasmus, ◯ pathologische Kau-/Kieferbewegung, ◯ inkompletter/haltender Lippen-/Mundschluss, ◯ veränderte Sensibilität im Mund- und Rachenbereich, beeinträchtigte Schluckreflexe, ◯ Nahrungsreste dringen aus dem Tracheostoma	G8	B6	6	Bolusapffeln von Sondennahrung, mind. 7 Bolus tägl. von mind. 100 ml Sondennahrung je Bolus portionsweise über eine großlumige Spitze verabreicht.	
G10		10	Vorliegende schwere Mangelernährung ◯ Gewichtswert größer 5% unterhalb von 1 Monat, ◯ BMI kleiner 18,5 kg/m ² bei Erwachsenen bis 65 Jahre ◯ BMI kleiner 20 kg/m ² bei Erwachsenen über 65 Jahre, ◯ Säuglings, ◯ hervorblühende Knochen	G10	B7	7	Fehlende Fähigkeit, selbstständig Nahrung/Flüssigkeit aufzunehmen, da die Abläufe der Nahrungsaufnahme nicht bekannt sind Kann die Gebrauchsgegenstände zur Nahrungsaufnahme nicht nutzen.	
G12		12	Volle Abhängigkeit bei der Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme bei Tetraplegie, die ein häufiges Äquival von Nahrung und Flüssigkeit erfordert, kann keine Nahrung selbstständig in den Mund nehmen, zum Mund führen und kann die Flüssigkeit nicht mit dem Trinken/handieren Hilarvenal selbstständig aufnehmen	G12	B8	8	Volle Unterstützung bei der Ausscheidung Hierzu zählen: ◯ Ausscheidungsunterstützung auf der Toilette/den Toilettenstuhl und/oder ◯ Ausscheidungsunterstützung im Bett mit z.B. Stuhlsocken und/oder (intermittierender) Katheterismus bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie und/oder ◯ Wechsel von Stomabeutel und/oder ◯ Ausscheidung im Bett mit aufwendiger Positionierung des Patienten durch stabilisierende Lagerungsmaßnahmen bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie und einer der zusätzlichen Aspekte ◯ 1 x tägl. digitales rektales Ausleeren und/oder ◯ 1 x tägl. Reinigungslauf oder irrigation ◯ erhöhte Frequenz d. Ausscheidungsunterstützung; mind. 7 x tägl. ◯ Übernahme des Darmmanagements durch intermittierendes digitales Stimulieren, Kolonmassage bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie ◯ intermittierender Fremddilatationsrektum mind. 4 x tägl. ◯ ggf. Einleiten der Darmkatheterisation/unterstützung mit 2 Pflegepersonen	
G1		1	Verkennt die Ausscheidungssituation infolge massiver kognitiver Beeinträchtigungen ◯ Stuhlschmerzen, ◯ im Zimmer urinieren, ◯ Kot essen, ◯ verärgert Ausscheidungen, ◯ kennt die normalen Abläufe, die zur Ausscheidung auf der Toilette erforderlich sind, nicht	G1	C1	1	Ausscheidungsunterstützung mit Transfer auf die Toilette mind. 4 x tägl.	
G4		4	Extreme Schmerzzustände beim Umlagern/Mobilisieren auf Toilette/Bettschüssel/Steckbecken ◯ abstritt, ◯ weint, ◯ jammert, ◯ grunzt, ◯ wehrt ab beim Umlagern/Mobilisieren, ◯ äußert verbal stärkste Schmerzen	G4	C2	2	Unterstützung bei der Ausscheidung und geeignete Maßnahmen zur Kombiunterstützung entsprechend dem nationalen Expertenstandard (DNP 2006): HIRZU gehören: ◯ differenzierte Einschätzung der Kontinenzsituation ◯ Planung der Maßnahmen zum Erhalt oder Einleiten des angestrebten Kontinenzniveaus ◯ Durchführung der Maßnahmen entsprechend der Maßnahmenplanung	
G5		5	Unfähigkeit, das Gesäß zum Unterschreiben der Bettschüssel/des Steckbeckens anzuheben fehlende Fähigkeit, eine Brücke zu machen oder sich auf die Seite zu drehen und ein vorliegender Erschwerungsfaktor ◯ mind. 3 unterschiedl. Zu-/Abführungssysteme und Bestimmung (weitere Erschwerungsfaktoren wie bei G5 Körperpflege)	G5	C3	3	Volle Unterstützung bei der Ausscheidung Hierzu zählen: ◯ Ausscheidungsunterstützung auf der Toilette/den Toilettenstuhl und/oder ◯ Ausscheidungsunterstützung im Bett mit z.B. Stuhlsocken und/oder (intermittierender) Katheterismus bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie und/oder ◯ Wechsel von Stomabeutel und/oder ◯ Ausscheidung im Bett mit aufwendiger Positionierung des Patienten durch stabilisierende Lagerungsmaßnahmen bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie und einer der zusätzlichen Aspekte ◯ 1 x tägl. digitales rektales Ausleeren und/oder ◯ 1 x tägl. Reinigungslauf oder irrigation ◯ erhöhte Frequenz d. Ausscheidungsunterstützung; mind. 7 x tägl. ◯ Übernahme des Darmmanagements durch intermittierendes digitales Stimulieren, Kolonmassage bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie ◯ intermittierender Fremddilatationsrektum mind. 4 x tägl. ◯ ggf. Einleiten der Darmkatheterisation/unterstützung mit 2 Pflegepersonen	
G6		6	Fehlende Fähigkeit, selbstständig auf die Toilette zu gehen oder mit dem Rollstuhl zur Toilette zu fahren ◯ schwere Beeinträchtigung, von liegender Körperposition zum Sitzen zu gelangen und vom Sitzen zum Stand zu gelangen und erhebliche Beeinträchtigung des Gehens auf ebener Fläche wie Unfähigkeit/Unklarheit, das Körpergewicht im Stand selbstständig zu tragen, ◯ Veränderungen des Gangbildes	G6	C4	4	Volle Unterstützung bei der Ausscheidung Hierzu zählen: ◯ Ausscheidungsunterstützung auf der Toilette/den Toilettenstuhl und/oder ◯ Ausscheidungsunterstützung im Bett mit z.B. Stuhlsocken und/oder (intermittierender) Katheterismus bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie und/oder ◯ Wechsel von Stomabeutel und/oder ◯ Ausscheidung im Bett mit aufwendiger Positionierung des Patienten durch stabilisierende Lagerungsmaßnahmen bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie und einer der zusätzlichen Aspekte ◯ 1 x tägl. digitales rektales Ausleeren und/oder ◯ 1 x tägl. Reinigungslauf oder irrigation ◯ erhöhte Frequenz d. Ausscheidungsunterstützung; mind. 7 x tägl. ◯ Übernahme des Darmmanagements durch intermittierendes digitales Stimulieren, Kolonmassage bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie ◯ intermittierender Fremddilatationsrektum mind. 4 x tägl. ◯ ggf. Einleiten der Darmkatheterisation/unterstützung mit 2 Pflegepersonen	
G7	7	Prothesen-/Orthesenversorgung der unteren Extremitäten vor der Ausscheidung, um bei Stützkranken anlegen, um bei Wirbelsäuleninstabilität zur Nahrungsaufnahme an den Tisch zu gelangen	G7	C5	5	Volle Unterstützung bei der Ausscheidung Hierzu zählen: ◯ Ausscheidungsunterstützung auf der Toilette/den Toilettenstuhl und/oder ◯ Ausscheidungsunterstützung im Bett mit z.B. Stuhlsocken und/oder (intermittierender) Katheterismus bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie und/oder ◯ Wechsel von Stomabeutel und/oder ◯ Ausscheidung im Bett mit aufwendiger Positionierung des Patienten durch stabilisierende Lagerungsmaßnahmen bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie und einer der zusätzlichen Aspekte ◯ 1 x tägl. digitales rektales Ausleeren und/oder ◯ 1 x tägl. Reinigungslauf oder irrigation ◯ erhöhte Frequenz d. Ausscheidungsunterstützung; mind. 7 x tägl. ◯ Übernahme des Darmmanagements durch intermittierendes digitales Stimulieren, Kolonmassage bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie ◯ intermittierender Fremddilatationsrektum mind. 4 x tägl. ◯ ggf. Einleiten der Darmkatheterisation/unterstützung mit 2 Pflegepersonen		
G9	9	Vorliegen einer Harninkontinenz Kennzeichen für die verschiedenen Inkontinenzformen sind dem Expertenstandard (DNP 2006) zu entnehmen und zu dokumentieren	G9	C6	6	Volle Unterstützung bei der Ausscheidung Hierzu zählen: ◯ Ausscheidungsunterstützung auf der Toilette/den Toilettenstuhl und/oder ◯ Ausscheidungsunterstützung im Bett mit z.B. Stuhlsocken und/oder (intermittierender) Katheterismus bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie und/oder ◯ Wechsel von Stomabeutel und/oder ◯ Ausscheidung im Bett mit aufwendiger Positionierung des Patienten durch stabilisierende Lagerungsmaßnahmen bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie und einer der zusätzlichen Aspekte ◯ 1 x tägl. digitales rektales Ausleeren und/oder ◯ 1 x tägl. Reinigungslauf oder irrigation ◯ erhöhte Frequenz d. Ausscheidungsunterstützung; mind. 7 x tägl. ◯ Übernahme des Darmmanagements durch intermittierendes digitales Stimulieren, Kolonmassage bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie ◯ intermittierender Fremddilatationsrektum mind. 4 x tägl. ◯ ggf. Einleiten der Darmkatheterisation/unterstützung mit 2 Pflegepersonen		
G10	10	Veränderte Miktions-/Defäkationsfrequenz und Beeinträchtigung in der Selbstständigkeit der Miktions/Defäkation mind. 7 x tägl. ◯ fehlende Fähigkeit, selbstständig zur Toilette zu gehen, ◯ den Toilettenstuhl zu benutzen, ◯ die Bettschüssel/des Steckbeckens/Urinaltisch selbstständig zu benutzen, ◯ Veränderungen des Gangbildes	G10	C7	7	Volle Unterstützung bei der Ausscheidung Hierzu zählen: ◯ Ausscheidungsunterstützung auf der Toilette/den Toilettenstuhl und/oder ◯ Ausscheidungsunterstützung im Bett mit z.B. Stuhlsocken und/oder (intermittierender) Katheterismus bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie und/oder ◯ Wechsel von Stomabeutel und/oder ◯ Ausscheidung im Bett mit aufwendiger Positionierung des Patienten durch stabilisierende Lagerungsmaßnahmen bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie und einer der zusätzlichen Aspekte ◯ 1 x tägl. digitales rektales Ausleeren und/oder ◯ 1 x tägl. Reinigungslauf oder irrigation ◯ erhöhte Frequenz d. Ausscheidungsunterstützung; mind. 7 x tägl. ◯ Übernahme des Darmmanagements durch intermittierendes digitales Stimulieren, Kolonmassage bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie ◯ intermittierender Fremddilatationsrektum mind. 4 x tägl. ◯ ggf. Einleiten der Darmkatheterisation/unterstützung mit 2 Pflegepersonen		
G11	11	Ausgeprägte Obstipation (z.B. neurogene Darmfunktionsstörungen) oder andere Gründe, die einen tägl. Einlauf und/oder ◯ rektales Ausdrücken und/oder ◯ spezielles Darmregime erfordern	G11	C8	8	Volle Unterstützung bei der Ausscheidung Hierzu zählen: ◯ Ausscheidungsunterstützung auf der Toilette/den Toilettenstuhl und/oder ◯ Ausscheidungsunterstützung im Bett mit z.B. Stuhlsocken und/oder (intermittierender) Katheterismus bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie und/oder ◯ Wechsel von Stomabeutel und/oder ◯ Ausscheidung im Bett mit aufwendiger Positionierung des Patienten durch stabilisierende Lagerungsmaßnahmen bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie und einer der zusätzlichen Aspekte ◯ 1 x tägl. digitales rektales Ausleeren und/oder ◯ 1 x tägl. Reinigungslauf oder irrigation ◯ erhöhte Frequenz d. Ausscheidungsunterstützung; mind. 7 x tägl. ◯ Übernahme des Darmmanagements durch intermittierendes digitales Stimulieren, Kolonmassage bei Hemip-, Para- oder Tetraplegie ◯ intermittierender Fremddilatationsrektum mind. 4 x tägl. ◯ ggf. Einleiten der Darmkatheterisation/unterstützung mit 2 Pflegepersonen		

Abbildung 121: PKMS-Planungsblatt Herr Karl

Originaldokument

Auf der Vorderseite des Planungsblattes ist am 26.03.2012 im Leistungsbereich der Körperpflege der Grund 1 und die Maßnahme A3 geplant worden. Dieser Grund mit Maßnahme wurde in den Folgeplanungen am 02.04., 09.04. und 16.04. ebenfalls weiter aufgeführt.

Sind die Pflegeleistungen entsprechend den im PKMS festgelegten Häufigkeiten erbracht, dokumentiert die Pflegekraft auf der Rückseite des PKMS-Planungsblattes die erreichten PKMS-Aufwandspunkte für den jeweiligen Tag. In der Abbildung wird exemplarisch der Auszug einer Woche dargestellt (Abb. 122).


Leistungsbereich PKMS-E / Min.	Punkte	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag
(A) Körperpflege	90	3	3	3	3	3	3	3
(B) Ernährung	120							
(C) Ausscheidung	60							
(D) Bewegen/Sicherheit	90	3	3	3	3	3	3	3
(E) Kommunikation	30							
(F) Kreislauf	60							
(G) Wundmanagement	60							
Summe pro Tag	17	6	6	6	6	6	6	6

Originaldokument

Abbildung 122: PKMS-E-Aufwandspunkte-Matrix

6.2.4 Durchführungsdokumentation Pflegemaßnahmen

Die erbrachten Pflegeleistungen im Bereich der Körperpflege (A3) wurden im Durchführungsnachweis der Pflegemaßnahmen für jeden Tag dokumentiert (Abb. 123, roter Pfeil). Die PKMS-A3-Maßnahme ist auf dem PKMS-Planungsblatt ab dem 26.04. geplant (Abb. 121, roter Pfeil unter 1.3). Es wurde eine therapeutische (beruhigend, belebend, basalstimulierend) Ganzkörperwaschung nach einem therapeutischen Konzept angegeben. Die A3-Leistung ist nachvollziehbar im Durchführungsnachweis ab dem 26.03 bis zur Entlassung am 17.04.2012 dokumentiert. In der nachfolgenden Abbildung ist der Beginn der PKMS-Dokumentation auf einem der Durchführungsnachweise zu sehen.



Durchführungsnachweis

Allgemeine Pflege S = Standard P = Planung

Datum: 24.03

Einstufung: A

		S	P	H	Z	S	N	
Körperpflege	A2	Richten der Waschkübel und Pflegeutensilien						
		Ans Waschbecken bringen						
		Duschen oder Baden mit Hilfe						
		Unterstützen beim Waschen von: <u>Rücken</u>						
		Hilfe beim An- und Auskleiden						
		Hautpflege mit:						
		Allgemeine Mundpflege						
		Intimpflege/Dauerkatheterpflege						
		A3	Waschen <u>im Bett</u> oder am Waschbecken <u>PUMP-AS ab 16.03.</u>					
			Ressourcen:					
Ernährung	A2	Nahrung zerkleinern, vorbereiten						
		Sondennahrung richten/überwachen						
		Diät richten/überwachen						
		Diabetikeranleitung (Abwiegen der Mahlzeiten)						
	A3	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme						
		Ressourcen:						
		Manuelle Sondenkostgabe						
		Erstraining (Anwesenheit der Pflegeperson)						
		A2	Hilfe bei Ausscheidung im Bett / Toilettenstuhl					
		Begleitung zur Toilette						
Ausscheidung		Entleeren und Wechseln von Katheter/Stomabeutel <u>Rug</u>						
		Anleitung der Angehörigen						
		Versorgen bei häufigem Erbrechen als > 2x tgl.						
	A3	Versorgung bei Inkontinenz						
		Kondomabreibung anlegen						
		Kontinententraining						
		Anleitung des Patienten zur Stomaversorgung						
	A2	Erstes Aufsehen nach Bettruhe oder OP						
		Hilfe beim Aufstehen, Aufsitzen oder Gehen						
		Mobilisation bis 3x tgl.						
Bewegen und Lagern		Nortonsskala: P-Auftr: Überpr. am:						
		Dekubitusprophylaxe						
		Pneumonieprophylaxe						
		Kontrakturprophylaxe						
		Thromboseprophylaxe (ATS, Bewegungsübungen)						
	A3	Mobilisation mehr als 4x tgl.						
		Lagerung 2-3stl. nach Plan <u>PUMS: 01 ab 26.03.</u>						

Originaldokument

Abbildung 123: Durchführungsnachweis beispielhaft vom 24.03.2012 Herr Karl

6.2.5 Dekubitusrisikoeinschätzung

Die erste Dekubitusrisikoeinschätzung wurde am 18.03.2012 durchgeführt. Es wurde eine Braden-Skala verwendet. Eine Wiederholung der Einschätzung fand am 06.04.2012 und 14.04.2012 statt. Bei allen Einschätzungen bestätigt ein Punktwert von 10 ein „hohes Dekubitusrisiko“.

6.2.6 Berichtsdokumentation

In der Klinik wurden regelmäßig Berichtseinträge des Pflegedienstes durchgeführt. Nachfolgend wird der Pflegebericht transkribiert dargestellt. Der Text wurde im Original übernommen, nur die Rechtschreibung wurde korrigiert. In der Einrichtung auf der Station X wird mit zahlreichen Kürzeln und Zeichen gearbeitet, so steht z. B. ⊗ für kein/nicht; oder ↑ für zu hoch; ↓ für zu niedrig/schlecht. Die Abkürzungen ND (Nachtdienst), FD (Frühdienst), HD (Hauptdienst) und SD (Spätschicht) geben an, in welcher Dienstschicht die Eintragungen durchgeführt wurden. Die farblich markierten Textstellen werden im Anschluss zur Plausibilisierung genutzt und an späterer Stelle erklärt. Einige Textpassagen konnten trotz großer Bemühungen nicht entziffert werden. Dieses wird durch [Text/Wort nicht zu entziffern] angezeigt. Zwei Berichtsblätter wiesen nur ein bis zwei Einträge auf und waren teilweise falsch datiert. Die Berichtseinträge wurden unter „Pflegeberichtseinträge“ einsortiert, in der Spalte „Uhrzeit“ ist zudem angegeben, ob es sich um einen Eintrag auf einem ansonsten leeren Berichtsblatt handelt.

Nr.	Datum	Uhrzeit	Pflegeberichtseintrag
1	17./18.3.	ND 3-5 Uhr	Pat. bewegt sich zeitweise im Bett selbst., ist wach, reagiert ⊗ auf Ansprache Pat bewegt sich sehr wenig, Lagern angefangen – siehe Bewegungsplan. IKH öfters gewechselt war nass [Wort nicht zu lesen] traurig
2	18.03.	08:00 11:00 13:00 14:00	Pat sehr unruhig, Lagern nicht möglich, da Pat. nicht kooperativ ist, wurde im Bett nach Plan versorgt, weigert sich, Med. und Nahrung aufzunehmen Ehefrau anwesend; Pat. wach und unruhig, Med. genommen, Neuro Konsil gelaufen Pat. hat gegessen und getrunken, Inf. läuft Pat. schläft, Ehefrau anwesend Pat. ist nachmittags unruhig, hat ständig die Beine hoch + hängt sie über das Bettgitter. Hat 2 Joghurts und 1 Stück Käse gegessen. Beim Trinken verschluckt er sich. Nach dem er die Abendtabletten genommen hat ist er eingeschlafen

3	18./19.	ND 3-5 Uhr FD SD	<p>Pat. schläft. Pat. Gelagert, da er auf dem Rücken liegt und sich ☉ bewegt. IKH trocken</p> <p>Pat. schläft</p> <p>Pat. starke schläfrig, ☉ Essen erhalten. [Ein Wort/Kürzel welches nicht zu entziffern war] Ehefrau gibt Pat. am Mittag kleine Portion (ausgerichtet) ☉ Besonderh.</p> <p>Pat. ist etwas unruhig; IKH gewechselt</p>
4	19./20.	ND 3:00 4:00 5:00	<p>Pat. wehrt sich beim Infusionen abstopfeln, kerallt sich an PK fest, IKH trocken</p> <p>Pat. hat Bett voll uriniert, IKH offen, PK hat daraufhin DK mit 12 CH gelegt, mit 10 ml NaCl geblockt. Pat. greift nach DK- wehrt sich beim Legen, Bett neu beziehen ☉ möglich, da Pat sich ☉ drehen lässt. U-status, Uricult abgenommen</p> <p>urin sehr flockig, DK-Schlauch verstopft mit 50 ml NaCl 0,9 % gespült</p> <p>Pat hat DK diskonnektiert. Versucht Bett frisch zu beziehen ☉ möglich, da Pat. sich sehr wehrt, Handtücher ins Bett gelegt und DK Schlauch und Beutel mit [Wort nicht zu lesen] geklebt - Pat. ist sehr unruhig, legt die Füße über Gitter</p>
5	20.03.	FD SD	<p>Pat. nimmt Essen nicht an Mund, musste ausgeräumt werden → ☉ Tabl. Gabe möglich.</p> <p>Nach 1. RR-Messung sofortige Info Arzt.</p> <p>Pflege erst zu späterem Zeitpunkt möglich, da Pat. zu Untersuchung abgeholt wurde</p> <p>Pat. ist wach, unruhig, reagiert auf Ansprache, antwortet nicht. Lagerung ist nicht möglich, da Pat. Beine über das Bettgitter streckt und sich unruhig im Bett bewegt</p>
6	21.03.	FD SD	<p>Pat. am Morgen ☉ mögl. gewesen Tab. zu verabr., da sehr schläfrig und ☉ compliance</p> <p>Später gegen 11:00 sehr aktiv im Bett, dreht sich quer, hängt Füße aus dem Bett, zieht an Infusionsschläuchen, mittags reicht Ehefrau Essen an § verabr. In RS m. PK Tabl.</p> <p>Hautzustand o.B.</p> <p>Pat. ist unruhig, hat DK diskonnektiert, Pat. wirkt apathisch, reagiert aber auf Ansprache.</p> <p>Mundpflege durchgeführt, Mundschleimhaut + Zunge sind grünlich belegt</p>

7	21./22.	ND FD SD	<p>Pat. schläft sehr unruhig, hängt öfters die Beine über die Bettgitter</p> <p>Pat. gegen 7:00 quer im Bett liegend aufgefunden, Füße hängen aus dem Bett (üb. Bettgitter) Bei der Körperpflege gelegentl. versteift. Zum Frühstück ist Pat. wieder schläfrig → verweigert Essen gegen 11:00 wach → erhält Medis & Breikost</p> <p>Pat. ist unruhig, reagiert auf Ansprache, IKH gewechselt</p>
8	23.03.	KG FD SD ND	<p>Pat. zur Physiotherapie nicht erweckbar, keine Reaktion auf taktile Reize. Keine Therapie möglich. Mit Arzt gesprochen Therapie abgesetzt.</p> <p>Pat. ist sehr schläfrig → schwer erweckbar. Wurde im Bett versorgt. IKH gewechselt</p> <p>Am Mittag erneut schläfrig → Ehefrau versucht Essen anzureichen → Pat. schluckt nicht → PK wurde darüber von ihr nicht informiert → bei Betreten d. Zi. wg. Bettnachbar zufällig gesehen. Pat. hatte Essen im Mund + lose Zähne (UK) → Zähne ex; Mundhöhle per Hand von PK ausgeräumt (1 ca. spielwürfelgrosses Stück Ei und Soße mit Schleim) Ehefrau darüber (erneut) in Kenntnis gesetzt, dass Pat. auch aufrecht sitzen soll (OK war nur erhöht ⊙ keine aufrecht) wg. Aspirationsgefahr & damit verbundene Pneumoniegefahr. Ehefrau fragte, ob ihr Mann frühs Schlaftabl. erhalten habe → absolut nicht der Fall</p> <p>Pat. 3 x im FD gelagert</p> <p>Pat. wurde gelagert. Pat. ist sehr schläfrig → schwer erweckbar. IKH gewechselt.</p> <p>Pat. wurde gelagert, hat abgeführt</p>
9	24.03.	ND SD	<p>Pat. wurde gelagert, erneut abgeführt. Pat. schläfrig, RR niedrig 64/40, Doc informiert., Pat. hat 1000 ml Ringer bekommen</p> <p>Pat. wurde gelagert + verweigert; Infusion erhalten</p>
10	25.03.	ND SD	<p>Pat. wurde gelagert + versorgt. RR ↓ Dienst DOC informiert - 1 LR erhalten</p> <p>Pat. wurde versorgt + gelagert, RR ok</p>

11	26.03.	ND SD	Blutkoagel am Penisausgang, u. Sekret → Info an Internisten [nicht zu entzifferndes Wort] Pat. wurde nach Plan gelagert Pat. hat 1/2 Grießbrei gegessen, wurde versorgt & gelagert, IKH gewechselt
12	26./27.	FD HD SD	Pat. wurde gelagert, IKH gewechselt Pat. nach A/S Bogen versorgt, IKH gewechselt Pat. n. Plan versorgt ⊙ Besonderheit. Tabl. Gegen 21.30 erhalten
13	27./28.	ND	Pat. gelagert. Pat. hat abgeführt
14	28.	HD	Pat. nach PKMS Bogen versorgt u. gelagert, wenig gegessen (kaum)
15	28./29.	ND SD	Pat. schläft 2 [unleserlicher Teilsatz] → wurde gelagert Pat. hat 1 x abgeführt + hat sich dabei die Hände mit verschmiert. Dreht sich immer wieder, dass er quer im Bett liegt
16	29./30.	ND SD	Pat. schläft mit Unterbrechungen ist gelagert Pat. wurde nach Plan gelagert, hat 2 x abgeführt, hat wenig Brei gegessen und getrunken
17	30.03.	* einzelnes Berichts- blatt	Pat. im Bett versorgt, auf Nimbus Matratze umgelagert, mehrfach gelagert, Ehefrau konnte jedoch nicht zufrieden gestellt werden, nörgelte an allem, beschwerte sich auch mehrfach über den Nachbarpatienten
18	30./31.	ND	Pat. gelagert. IKH gewechselt. Stuhl stinkt → Stuhlprobe genommen
19	31.	FD HD SD	Pat. wurde im Bett gewaschen, Pat. hat abgeführt, hat Brei gegessen zum Frühstück und Mittag gelagert nach Plan Pat. wurde auf neue Nimbus-Matratze umgelagert, da defekt Pat. seit Tagen abwesend, Ehefrau behauptet jedoch, dass diese erst seit heute so sei, verweigerte daher auch das Anreichen des Mittagessens, da man ihn ja schlafen lassen soll, Tochter teilte telefonisch mit, sie wünsche, dass der DK geext werden soll, wurde an Arzt verwiesen [unleserlicher Teilsatz] Pat. sehr viel geschlafen. Pat hat aus diesem Grund ⊙ Abendessen gegessen, Pat. 19:00 Uhr ist jetzt wach, Pat. hat sich bei der Einnahme der Tabl. fast verschluckt Pat. hat Brei abgeführt

20	01.04.	FD SD	Pat wurde im Bett komplett gewaschen. Pat. schaut auf die Decke und greift ins Leere, Lagerung nach Plan durchgeführt Stuhlprobe abgenommen da weiterhin Durchfälle
21	01./02.	ND	Pat. schläft sehr unruhig. Hat neue Braunnüle am Fuß erhalten
22	02.04.	HD	Kreislauf o.k. Pat. wurde nach Plan gelagert. Mundpflege durchgeführt
23	03.04.	HD HD SD ND	Pat. versorgt n. Plan, gelagert, hat gegessen sehr wenig, Medikamente erhalten Zugang von Station [unleserlicher Teilsatz] mit Clostriedien. Pat. reagiert auf Ansprache. Hat an den Beinen Kontrakturen. Ist sehr schläfrig. Pat. führt dünn ab. Gesäß stark gerötet - mit Cavilon versorgt. Li Fuß offene Stelle - laut Ehefrau hat Pat. das von ATS. - mit Urgotül + Suprasorbe versorgt. Pat. muss gelagert werden Pat. ist weiter sehr schläfrig reagiert aber gut auf Ansprache. Wurde n. Plan versorgt + gelagert. Hat zum Abend 1/2 Joghurt + Tee zu sich genommen. Sowie Tabl. komplett geschluckt. Führt sehr häufig dünn, braun und übelriechend ab. Atmung frei, Lage entspannt, Pat. apathisch teilnahmslos übernommen, Pat. mehrmals zu den Lagerungszeiten; Verbände sind belassen, Pat. hat einen übelriechenden Ausfluss aus der Harnröhre, in der Nacht hat Pat. nicht abgeführt, Hoden + Gesäß gerötet. Windel weggelassen
24	04.03?	nzernes htsblatt	Pat. sehr steif, wehrt die Körperpflege + Lagerung ab. Essen und Trinken kaum möglich. Ehefrau war beim Mittagessen da (4 Löffel)

25	04.04.	SD ND	Pat. sollte laut Fr. Dr XXX u. mit Rsp. der Tochter eine Magensonde bekommen, da Pat. nicht isst + trinkt → OA YYY hat versucht, eine MS zu legen, jedoch ohne Erfolg da Pat. gegenarbeitet. PEG weiter fraglich. Am Abend war Tabl.-Gabe nicht möglich, da Pat. sehr schläfrig ist. Führt weiter dünn, braun ab. Pat. schläft erweckbar, hab Dienstärztin über die nicht eingenommenen Medis am Abend informiert, laut Dienstärztin so belassen, nicht so schlimm, hat Atmung frei
26	05.04.	HD SD	Pat. nach Plan versorgt. Weiterhin ist es fraglich, ob Pat. eine PEG erhalten soll. Dekubitus Penis Grad II Pat. liegt ruhig im Bett, hat zu Abend ein Joghurt angereicht bekommen, hat ☉ abgeführt
27	06.04.	HD SD SD	Pat. nach Plan versorgt. Lagerungswechsel regelmäßig erfolgt. Gesäß leicht gerötet. Pat. hat am Morgen 1 Joghurt gegessen. Schläft heute überwiegend Pat. liegt ruhig im Bett, hat zu Abend ein Joghurt angereicht bekommen, Tabletten + Infusion nach Plan erhalten, ☉ abgeführt Pat. liegt ruhig im Bett, trinkt nicht gut, hat 1 Joghurt gegessen
28	07.04.	FD HD SD	Pat. nach Plan im Bett versorgt, leichte Blutung an Vorhaut, nur wenig Stuhlgang Pat. nach Plan versorgt, hat gut gegessen Pat. sehr steif, hat zu Abend 1 Joghurt gegessen, Tabletten nur zur Hälfte erhalten
29	08.04.	HD SD	Pat. nach AIS Bogen versorgt. Pat. heute wesentlich wacher, als die Tage zuvor, Pat. hat gut gegessen Pat. heute unruhig. Zieht mehrfach an Infusion Pat. ist motorisch unruhig im Bett, Essen + Trinken wenig heute
30	09.04.	HD SD	Pat. wurde nach Plan versorgt. AZ ↓ Pat. ist sehr schläfrig. Temp. ↑. DA ist informiert. Pat hat ☉ gegessen + getrunken aufgrund von Aspirationsgefahr. Gesäß weiterhin gerötet. Fraglich, ob Pat. in der Nacht aspiriert hat. Pat. ist schläfrig, Essen und Trinken nicht möglich → DA wurde informiert.
31	10.04.	SD	Pat. ist wach, im Bett mobil

32	11.04.	HD SD	Pat. reagiert auf Ansprache, hat bei dem Lagern häufig ... [nachfolgender Text ist nicht zu entziffern] weiterhin Eiterausfluss aus der Harnröhre Pat. sehr mobil im Bett, entlagert sich selbst
33	13.04.	HD	Penis eitrig, hat offene kleine Stellen an Vorhaut → Cavilon Spray, DK ex.
34	14.04.	HD. SD	Pat. wach, [unleserliche Passage] Pat. versucht mitzumachen und hat auch Phasen, wo er dagegen arbeitet. Auf Pat. eingegangen, u. versorgt. Fuß beide Blasen Blase, ist eröffnet [Textstelle unleserlich] nekrotisch trocken u. leidet klagt [unleserlicher Text] Pat isst und trinkt mäßig, Pat. hatte Besuch von Ehefrau Pat. hat 1/2 Grießbrei + Joghurt gegessen, hat sehr wenig getrunken, wenig breiig abgeführt
35	15.04.	HD SD	Pat. [unleserliche Textpassage] - Pat. isst gut [unleserlicher Text] u. trinkt mäßig. Pat. seitengelagert, Pat. hat 3 x uriniert. Pat. ist verschleimt, hustet ab, hat sehr wenig gegessen, sonst nach AES-Bogen versorgt
36	16.04.	SD	Pat. hat heute noch Zienam erhalten, ab morgen Augmentan, ist VZ-stabil, Essen wurden angereicht
37	17.04.	HD	Pat. hatte noch kein Stuhlgang mehr Dulcolax Supp. Morgen E, Ehefrau ist informiert. Pat. dreht sich ab und zu alleine, macht Beine immer wieder hoch, hat gut gegessen Pat. hat massiv normal abgeführt, VZ-stabil, Medikamente nach Plan erhalten, Pat. sehr aktiv im Bett, kleine Hauterosion am Hoden → mit Cavilon versorgt, morgen E

Tabelle 105: Berichtseinträge Herr Karl

6.2.7. Lagerungs-/Bewegungsplan

In der Fallakte wurde vom 26.03. bis 16.04. durchgehend ein Lagerungs-/Bewegungsplan vorgefunden, ebenso für den 18.03. Aus der Berichtsdokumentation geht hervor, dass dieser am 18.03 erstmalig angelegt wurde. Ob an den folgenden Tagen ein Mobilisations-/Lagerungsplan angelegt oder nicht zur Verfügung gestellt wurde, da diese Tage nicht PKMS-relevant waren, ist offen. Aus der Dokumentation auf den Lagerungsplänen kann das Datum, die Uhrzeit und die Art der Lagerung, sowie die Pflegeperson, welche die Lagerung durchgeführt hat, nachvollzogen werden.

6.2.8 Sonstige Unterlagen

Neben der Pflegedokumentation liegen zur Begutachtung noch die Fieberkurve, die ärztliche Dokumentation von Untersuchungen und Anordnungen sowie die verschiedensten Befunde vor, ebenso ein sehr ausführlicher Arztbrief.

Aus dem Arztbrief ist im Therapieverlauf zu entnehmen, dass mehrfach eine Computertomographie des Kopfes durchgeführt werden musste, da sich der Patient bei der Untersuchung immer wieder bewegte und die Beurteilung der Aufnahmen somit unbrauchbar waren. Ebenso ist zu entnehmen, dass der Patient im Verlauf eine Harnwegsinfektion, eine Pneumonie und eine Sepsis mit Staph. Aureus entwickelte und eine Clostridien-Infektion aufgetreten ist.

Ebenso wurde ein neurologisches Konsil durchgeführt, um eine zunehmende Katatonie abzuklären. Die ambulante Neuroleptika-Therapie wurde dementsprechend angepasst.

Da die differenzierten Befunde und Behandlungsempfehlungen für die PKMS-Beurteilung nicht weiter von Bedeutung sind, wird an dieser Stelle nicht weiter darauf eingegangen.

6.2.9 Ergebnisbewertung der OPS-9-20-Kodierung

Nachfolgend werden die von der Klinik verschlüsselten OPS und die PKMS-Aufwandspunkte geprüft. Abgeklärt werden soll, ob das Zusatzentgelt korrekt in Rechnung gestellt wurde. Insgesamt hat das Klinikum 135 PKMS-Aufwandspunkte erhoben und den OPS 9-200.6 verschlüsselt.

Die Krankenkasse hat die Abrechnung des ZE 130 nicht anerkannt. Es fand eine Begutachtung der Akte in der Klinik statt. Außer einer mündlichen Begründung der „Nichtanerkennung“ der Aufwandspunkte liegt der Einrichtung keine weitere schriftliche Begründung vor. Im Gespräch wurde bei der Begutachtung die Anerkennung von G1 im Leistungsbereich der Körperpflege abgelehnt. Ebenso wurden einige Tage im Leistungsbereich Bewegung aberkannt, so dass weniger als 43 Aufwandspunkte laut Gutachter übrig blieben. Nachfolgend werden die Leistungsbereiche und die Anerkennung der PKMS-Aufwandspunkte analysiert.

6.2.9.1 PKMS-Dokumentation Leistungsbereich Körperpflege

Zunächst soll geprüft werden, ob der angegebene Grund 1 im Bereich der Körperpflege plausibilisiert werden kann. Ist dieses der Fall, können im nächsten Arbeitsschritt die PKMS-Pflegemaßnahmen und deren Nachweise betrachtet werden.

Gründe Leistungsbereich Körperpflege

Grund 1 liegt bei Patienten vor, welche entweder Abwehr-/Widerstandsverhalten im Rahmen von Pflegemaßnahmen zeigen oder denen die Abläufe der Körperwaschung nicht bekannt sind und hier eine erforderliche Anleitung/Aktivierung oder Übernahme notwendig ist (siehe PKMS-Text, Tab. 106).

Die Einrichtung hat die Aufwandspunkte im Bereich Bewegen an 22 Tagen gezählt. Bei der Prüfung der Häufigkeiten der dokumentierten Lagerungen sind einige Tage nicht anzuerkennen, da die Häufigkeiten von 12 x täglich nicht erfüllt sind (siehe Abb. 127). Die nicht anerkannten Tage werden in der nachfolgenden Tabelle 113 gestrichen und farblich markiert. Insgesamt konnte an 12 Tagen der mindestens 12-malige Positionswechsel nachvollzogen werden, 10 Tage mussten gestrichen werden.

Somit können 36 PKMS Aufwandspunkte aus dem Leistungsbereich Bewegung akzeptiert werden.

Überlegungen zum Verbesserungspotential: Grundsätzlich würde es den Mitarbeitern beim Zählen der Häufigkeiten von Lagerungs-/Positionswechseln helfen, wenn mit der Dokumentation für den Tag um 0.00 Uhr begonnen wird. Somit würde sehr schnell erkannt werden, ob die entsprechenden Häufigkeiten, welche durch den PKMS gefordert werden, erfüllt sind.

6.2.9.3 Zusammenfassende PKMS-Bewertung

Die Ausführungen zeigen, dass es sich bei dem Patienten um einen hochaufwendigen Patienten gehandelt hat. Im Bereich der Körperpflege sind 69 PKMS Aufwandspunkte und im Bereich Bewegung Mobilisation 36 Aufwandspunkte anzuerkennen. In der Tabelle können die Tage, an welchen der PKMS nicht erfüllt wurde und somit die Aufwandspunkte nicht gezählt werden dürfen, nachvollzogen werden.

Erfüllte PKMS Gründe und Maßnahmen	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08
Körperpflege G1 und A3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Bewegung G10 und D1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Erfüllte PKMS Gründe und Maßnahmen	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18				
Körperpflege G1 und A3	3	3	3	3	3	3	3	3	3					
Bewegung G10 und D1	3	3	3	3	3	3	3	3						

Tabelle 113: Übersicht der in der Pflegedokumentation nachvollziehbaren Aufwandspunkte

Somit sind über den Aufenthalt insgesamt 105 Aufwandspunkte anzuerkennen. Der OPS-Schlüssel hochaufwendige Pflege 9.200.5 ist zu verschlüsseln. Das Zusatzentgelt ZE 130 ist korrekt abgerechnet worden. Der OPS-Schlüssel ist entsprechend zu korrigieren.

6.2.10 Reflexion des Pflegeprozesses von Herrn Karl

Die nachfolgende Reflexion des Pflegeprozesses steht außerhalb der Diskussion über die Begutachtung durch den MDK. Sie soll dazu dienen, pflegerisches Handeln zu reflektieren und gegebenenfalls Verbesserungen einzuleiten. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die Fragen zum Pflegeprozess, welche nachfolgend gestellt werden, ausschließlich auf Grundlage der Aktenlage formuliert werden. Es ist zu bedenken, dass Dokumentationsmängel die Qualität der Evaluation des Pflegeprozesses einschränken. Auch die in vielen Kliniken sehr geringe Pflegepersonalbesetzung auf den Stationen führt häufig zur Auswahl von Pflegemaßnahmen, welche weniger

zeitintensiv sind, aber für den Patienten nicht immer adäquat erscheinen. Ebenso ist darauf hinzuweisen, dass die Reflexion aufgrund der Aktenlage begrenzt möglich ist und es sein könnte, dass weitere Informationen über den Patienten zu anderen sinnvollen Entscheidungen im Versorgungsprozess führen könnten.

6.2.10.1 Reflexion der Inkontinenzversorgung

Befunddokumentationen und Arztentlassungsbrief lassen vermuten, dass der Patient starke Kontrakturen im Hüft-/Beinbereich hatte. Eine genaue Beschreibung der Einschränkungen fehlt aber. So heißt es im Entlassungsbrief „... Urethrozystoskopie sei aufgrund der Kontrakturen unmöglich ...“ Eine pflegerische Statusbeschreibung fehlt hierzu, in der Anamnese sind keine Kontrakturen angegeben.

In einem urologischen Konsil (30.03.2012) wird beschrieben, dass der Patient wahrscheinlich eine Blasenentleerungsstörung hat und bei Aufnahme eine Blasendauerkatheteranlage lag („... mit hoher Wahrscheinlichkeit Blasenentleerungsstörung (bei Aufnahme Dauerkatheteranlage/700 ml“). Unklar ist, ob der Patient bei der Aufnahme eine DK-Anlage hatte oder ob ein Einmalkatheterismus durchgeführt wurde.

Die ersten Tage auf der Station vom 17.03.–19.03. wurde der Patient mit Inkontinenzhose versorgt. In der Nacht hat die Mitarbeiterin der Nachtwache einen Blasendauerkatheter gelegt. Im Pflegebericht ist Folgendes vermerkt „... Pat. hat Bett voll uriniert, IKH [Inkontinenzhose] offen, PK hat daraufhin einen DK mit 12 CH gelegt ...“. Ein weiterer Berichtseintrag findet sich für dieselbe Nacht: „Pat. hat DK diskonnektiert ...“. In der Tabelle 114 werden nachfolgend die Berichtseinträge der Pflege und die Untersuchungsergebnisse der beiden urologischen Konsile chronologisch dargestellt.

Datum	Berichtseintrag Pflege	Arztkonsil
19./20.03.	... Pat. hat DK diskonnektiert ...	
20.03.	... Pat. ist unruhig, hat DK diskonnektiert ...	
26.03.	... Blutkoagel am Penisausgang...	<p>Befund: Anamnese nicht möglich. Patient mit DK versorgt, Urin klar, Nierenlager frei bds., ..., keine Stauung, Harnblase bei lieg. DK leer, Phimose</p> <p>Beurteilung: Z.n. Makrohämaturie, DK-Ableitung</p> <p>Empfehlung: Urethrocystoskopie, Circumscision im Verlauf, DK-Auslassversuch?, Falls Dauerableitung notwendig SPK indiziert ...</p>

30.03.		<p>Befund: Patient mit schwerer Demenz. Liegt kataton im Bett. Multiple Kontrakturen. Laut erstem Konsil zerebral Dekompensation in Folge eines Harnwegsinfektes. Allerdings wurde bisher kein Erreger nachgewiesen (so wie es scheint, wurde die Urinkultur unter Antibiose abgenommen). Der Patient wurde von der Kollegin XXX bereits gesehen und untersucht. Bei liegendem Katheter ist der Urin nach wie vor klar.</p> <p>Beurteilung: Infizierte Phimose, Harnwegsinfekt (laut Vorkonsil), fremdanna-mnestische Makrohämaturie, mit hoher Wahrscheinlichkeit Blasenentleerungsstörung (bei Aufnahme Dauerkatheteranlage/700 ml Urin).</p> <p>Empfehlung: ... die stattgehabte Makrohämaturie kann durch den Harnwegsinfekt sicherlich erklärt werden. ... Die infizierte Phimose erfordert eine konsequente Pflege des Katheters (zweimal täglich Katheterpflege mit Waschhandschuh und klarem Wasser, die Phimose mit Kamillelösung oder Serasept ausspülen). Eine Urethrozystoskopie erscheint aufgrund der Kontrakturen unmöglich. So entfällt auch die Anlage eines suprapubischen Blasenkatheters, da man aufgrund der geschilderten Makrohämaturie zuvor einen Blasentumor ausschließen sollte. Die Zirkumzision ist aufgrund der akuten Infektion auch nicht sofort durchführbar. Die Tochter wünschte explizit einen Katheterauslassversuch. Nur deshalb empfehle ich über das Wochenende die Verordnung eines alpha-Blockers.</p>
31.03.	... Tochter teilte telefonisch mit, sie wünsche, dass der DK geext werden soll ...	

03.04.	... Pat. hat übelriechenden Ausfluss aus der Harnröhre ...	
13.04.	... Penis eitrig, hat offene kleine Stellen an Vorhaut → Cavilon-Spray, DK ex ...	

Tabelle 114: Auszug aus Pflegedokumentation Herr Karl

Die Behandlungsempfehlung des Konsilarztes wurde erst zeitverzögert am 11.04.12 begonnen. Im Pflegedurchführungsnachweis ist am 11. und 12.04. ein Verbandswechsel mit Serasept dokumentiert. Es ist zu vermuten, dass es sich hier um einen VW am Penis handelt. Am 14. und 15.04. ist ein Verbandswechsel mit Lavasept dokumentiert. Danach wurde die Maßnahme abgesetzt. Am 13.04. ist kein Verbandswechsel dokumentiert, hier findet sich im Bericht ein Hinweis auf eine pflegerische Maßnahme bezogen auf die Infektion und Druckstellen am Penis, „Cavilon-Spray“ (ein Hautschutzspray) wurde aufgetragen. Eine Katheterpflege ist nicht dokumentiert.

In der Pflegedokumentation wurde bei der Aufnahme eine Urin- und Stuhlinkontinenz angegeben. Es ist zu vermuten, dass der Patient durch die Infusionstherapie häufig eingenässt hat und dieses der Anlass für das Legen eines DK war. Den Arztanordnungen kann nicht entnommen werden, dass eine Bilanzierung angeordnet wurde. Wie sich im Verlauf zeigt, liegt die Vermutung nahe, dass sich durch das Legen eines Blasendauerkatheters eine Harnwegsinfektion und die Entzündungen am Penis entwickelt haben. Da der Patient wegen aufgetretenen Schluckstörungen und zunehmender Verschlechterung des Allgemeinzustandes in die Klinik eingewiesen wurde, wahrscheinlich bedingt durch das Flüssigkeitsdefizit und die eingeschränkte Nahrungsaufnahme, könnte die Vermutung aufgestellt werden, dass die Urin- und Stuhlauscheidung zu Hause mittels Inkontinenzhose funktioniert hatte und das Legen eines DK nicht indiziert war.

Mögliche Verbesserungspotentiale:

- » Eine differenzierte Abklärung der Inkontinenzsituation, wie diese auch im Expertenstandard (Besendorfer und Schulz 2007) gefordert wird, ist zu empfehlen.
- » Bei fehlender ärztlicher und pflegerischer Indikation für das Legen eines Blasendauerkatheters sollte dieses unterbleiben. Aus der Dokumentation wird weder eine ärztliche noch eine pflegerische Indikationsstellung, welche für den DK sprechen, ersichtlich.
- » Durch die mehrfach beschriebene „motorische Unruhe“ des Patienten sowie die Beeinträchtigungen der Kognition und Wahrnehmung erscheint das Legen eines DK zusätzlich kontraindiziert.
- » Eine „hochaufwendige Pflege“ wäre sicher im Bereich der Ausscheidung sinnvoll und erforderlich gewesen, wenn kein DK gelegt worden wäre. G6 als PKMS-Grund sowie die Maßnahme C3 mit mind. 7 x täglichem Wechsel der Inkontinenzhose, Intimpflege und Hautschutz hätten alternativ zum DK geplant und durchgeführt werden können. Auch eine

Versorgung nach dem Expertenstandard Inkontinenz wäre möglich gewesen. G9 Harn-/Stuhlinkontinenz liegt bei dem Patienten vor.

6.2.10.2 Reflexion der Schluckstörung

Der Patient wurde wegen einer zunehmenden Schluckstörung und damit verbundenen Einschränkung bei der Nahrungs-, Flüssigkeitszufuhr eingewiesen. Der Patient war zum Zeitpunkt der Einweisung exsikkiert. Bei Exsikkose und niedrigen RR-Werten wurde zunächst die Diuretika- sowie die antihypertensive Therapie pausiert und eine bedarfsgerechte i.V.-Flüssigkeitssubstitution eingeleitet.

Pflegerische Maßnahmen bezüglich der Schluckstörungen wurden nicht eingeleitet. Folgende Berichtseinträge beschreiben die Situation der Nahrungsaufnahme (Tab. 115).

Datum	Pflegeberichte	Befunde
18.03.	... weigert sich, Med. und Nahrung aufzunehmen. ... hat zwei Joghurts und 1 Stück Käse gegessen. Beim Trinken verschluckt er sich.	
19.03.	...; kein Essen erhalten [Frühshift] Ehefrau gibt Pat. am Mittag kl. Portion (ausgerichtet) keine Besonderheiten.	
20.03.	Pat. nimmt Essen nicht an, Mund musste ausgeräumt werden → keine Tabl.-Gabe möglich Mittags reicht Ehefrau Essen an ...	
22.03.	... verweigert Essen ...	
23.03.	Am Mittag erneut schläfrig → Ehefrau versucht Essen anzureichen → Pat. schluckt nicht → PK wurde darüber von ihr nicht informiert → bei Betreten d. Zimmers wegen Bett Nachbar zufällig gewesen. Pat. hatte Essen im Mund + lose Zähne (UK) → Zähne ex; Mundhöhle per Hand von PK ausgeräumt (1 ca. spielwürfelgroßes Stück Ei und Soße m. Schleim). Ehefrau darüber (erneut) in Kenntnis gesetzt, dass Pat. auch aufrecht sitzen soll (OK war nur erhöht, keine aufrecht) wg. Aspirationsgefahr und damit verbundener Pneumoniegefahr. Ehefrau fragte, ob ihr Mann frühs Schlaftabl. erhalten habe → absolut nicht der Fall.	
26.03.	Pat. hat ½ Grießbrei gegessen ...	
30.03.	... hat wenig Brei gegessen und getrunken.	
31.03.	... hat Brei gegessen zum Frühstück; ... Pat. seit Tagen abwesend, Ehefrau behauptet jedoch, dass dies erst seit heuet so sei. Verweigerte daher auch das Anreichen des Mittagessens, da man ihn ja schlafen lassen soll kein Abendessen gegessen ... hat sich bei der Einnahme der Tabl. fast verschluckt	
03.04.	... hat gegessen sehr wenig [Frühshift] Hat zum Abend ½ Joghurt und Tee zu sich genommen, sowie Tbl. komplett geschluckt.	

04.04.	Essen und Trinken kaum möglich, Ehefrau war beim Mittagessen da (4 Löffel) ... Pat. sollte laut Fr. Dr. XX eine Magensonde bekommen, da Pat. nichts isst und trinkt → OA XX hat versucht, eine MS zu legen, jedoch ohne Erfolg, da Pat. gegenarbeitet ...	In einem Konsil-Befund heißt es: „Dysphagie auch durch die fortgeschrittene Demenz erklärbar“
05.04.	... hat zum Abend einen Joghurt angereicht bekommen	
06.04.	Pat. hat am Morgen 1 Joghurt gegessen. ... hat zum Abend einen Joghurt angereicht bekommen trinkt nicht gut, hat 1 Joghurt gegessen	
07.04.	Hat gut gegessen [Frühschicht] ... hat zu Abend 1 Joghurt gegessen, Tabletten nur zur Hälfte erhalten	
08.04.	Hat gut gegessen [Frühschicht] ..., Essen und Trinken wenig heute [Spätschicht]	
09.04.	... Pat. hat nicht gegessen und getrunken aufgrund von Aspirationsgefahr [Frühschicht] ... Essen und Trinken nicht möglich [Spätschicht]	
12.04.	Pat. isst morgens gut, mittags häufig keinen Hunger, verschließt dann den Mund. Ehefrau äußert, dass er in häuslicher Umgebung gerne essen würde	
14.04.	Pat. hat ½ Grießbrei und Joghurt gegessen, hat sehr wenig getrunken [Spätschicht]	
15.04.	... Pat. isst gut [...] u. trinkt mäßig [Frühschicht] ... verschleimt, hustet ab, hat sehr wenig gegessen [Spätdienst]	

Tabelle 115: Pflegeberichte zur Schluckstörung Herr Karl

Im Entlassungsbericht wird zur Dysphagie Folgendes geschrieben: „Der Kostaufbau wurde vom Patienten gut vertragen, es zeigte sich zum Entlassungszeitpunkt keine Dysphagie mehr.“

Mögliche Verbesserungspotentiale:

- » Zum einen ist zu empfehlen, bei Patienten mit einem massiven Risiko der Mangelernährung ein Ernährungs- und Flüssigkeitsprotokoll zu führen. Aus den Berichtseinträgen ist ausschließlich die Nahrungszufuhr von Grießbrei, Joghurt und Flüssigkeit zu entnehmen.
- » Darüber hinaus sollte bei Patienten mit einer Schluckstörung die Nahrungsverabreichung nicht durch Angehörige übernommen werden. Die Einschaltung eines Schlucktherapeuten, um mögliche Kompensationsmechanismen zu entwickeln oder die Schluckfähigkeit zu fördern, wäre sicher sehr hilfreich gewesen. Eine gezielte Anleitung der korrekten Nahrungsverabreichung durch die Ehefrau ist ebenfalls sinnvoll, da die Versorgung zu Hause sehr wahrscheinlich wieder von der Ehefrau übernommen wird.
- » Auch eine Analyse der Nahrungsverweigerung, welche an manchen Tagen in den Berichten beschrieben wird, ist hilfreich, häufig handelt es sich um eine Vermeidungsstrategie von Patienten mit Schluckstörungen, wegen der Angst sich zu verschlucken.
- » Hauptproblem scheint aber das bestehende Risiko einer Mangelernährung zu sein, hierzu wurden keine Maßnahmen oder Überlegungen der weiteren Versorgungen in der Pati-

entenakte dokumentiert. Die systematische pflegerische Versorgung bei einem Risiko der Mangelernährung, wie im Expertenstandard (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2009) beschrieben, ist zu empfehlen. Für die Umsetzung moderner ernährungsmedizinischer Kenntnisse zur Erkennung und Behandlung von Unter-/Mangelernährung oder des Risikos einer Mangelernährung gibt es konkrete Vorschläge der Fachgesellschaften. Diese werden in der Dokumentation des Patientenfalles Herrn Karls vermisst (Löser 2010).

- » Hochaufwendige Pflege im Sinne des PKMS wäre bei dem Patienten gegeben gewesen. So lag der Grund G1 der Nahrungsverweigerung und Risiko der Mangelernährung vor, ebenso der Grund G8 mit Kau-/Schluckstörungen. Eine Positionierung des Patienten zur Nahrungsaufnahme in den Lehn-/Rollstuhl (PKMS-Maßnahme B3) mit anschließender Nahrungsverabreichung hätte evtl. dabei unterstützen können, der Schläfrigkeit des Patienten vorzubeugen. Auch eine Förderung des Schluckvorgangs wäre durch die Sitzposition unterstützt gewesen. Evtl. hätte auch ein Ess-/Trinktraining nach therapeutischem Konzept die Nahrungsaufnahme erleichtert und verbessert (PKMS-Maßnahme G4).

6.2.10.3 Reflexion der Lagerungsmaßnahmen und Dekubitusprophylaxe

In der Pflegeanamnese sind die vorhandenen Kontrakturen nicht beschrieben, ebenso ist der Hautzustand nur in einem Berichtseintrag mit o.B. beschrieben. Im Leistungsnachweis der Pflege wird die Dekubitusprophylaxe tägl. abgezeichnet. Mit dem Beginn der PKMS-D1-Maßnahme (26.03.) wird in dem Feld Dekubitusprophylaxe nicht mehr abgezeichnet, so dass die Vermutung nahe liegt, dass die Dekubitusprophylaxemaßnahmen der häufige Positionswechsel war. Hautschutzmaßnahmen sind in der Pflegedokumentation nicht nachvollziehbar. Am 30.03. wird der Patient zusätzlich auf eine Nimbusmatratze umgebettet (Wechseldruckmatratze). Am 03.04. wird zum ersten Mal berichtet, dass das Gesäß stark gerötet ist. Am 06.04. ist im Pflegebericht vermerkt, dass das „Gesäß leicht gerötet“ ist. Gleichzeitig wird ein Wunddokumentationsblatt angelegt, siehe nachfolgenden Auszug der Wunddokumentation, Abb. 128.

Wundbeschreibung

Wundart

Ulcus cruris Postoperative Wundheilungsstörung
 Dekubitus Plastische Wunden/Excisionswunden
 Diabetischer Fuß Sonstige: Penis-Dekubitus Grad II
 Verbrennung

Wundursache und beeinflussende Faktoren

Diabetes mellitus Art. Verschlusskrankheit
 Immobilität chronisch venöse Insuffizienz
 Infektion (system.) Immunsuppression
 Polyneuropathie Albuminmangel
 Sonstige: _____

	Lokalisations- nummer	Wundtiefe (cm)	Länge (cm)	Breite (cm)	Zustand**	Infektion
Wunde 1	11	0,5	2	1	trocken	
Wunde 2	Penis	0,5	1	1	geschult	
Wunde 3	mehrere kleine trockene Blasen an Beinen					
Wunde 4	Füßen					
Wunde 5						

Wundzustand** (Mehrfachnennung mögl.) **Wundinfektion**

1 = Nekrose 1 = nein
2 = Fibrin 2 = Ja
3 = Granulation
4 = Epithel

Abstrich am: _____

Bemerkungen: _____

Lokalisation der Wunde / Hautveränderung

Datum: 6.4.12 verantw. Pflegefachkraft: _____

Originaldokument

Abbildung 128: Wunddokumentation Herr Karl

Hieraus kann entnommen werden, dass bereits ein Dekubitus entstanden ist. Die Wundbehandlung ist nicht nachvollziehbar.

Mögliche Verbesserungspotentiale:

- » Zunächst ist die Frage zu stellen, ob bei dem Patienten eine Wechseldruckmatratze indiziert ist. Bei wahrnehmungsbeeinträchtigten Patienten sind hier negative Auswirkungen (Förderung von Unruhezustände und Somnolenz, Verblässen des Körperbildes usw.) in der Literatur beschrieben (Buchholz und Schürenberg 2005, Lubatsch 2004, S. 173). Außerdem wurde der Patient mit Inkontinenzhosen versorgt, diese heben die Wirkung der Wechseldruckmatratzen wieder auf.
- » Offen bleibt, ob und wie ein Hautschutz durchgeführt wurde. Gerade in der Phase, in der der Patient an Durchfall gelitten hat, sind Hautschutzmaßnahmen zur Vorbeugung von Mazerationen von großer Bedeutung.

6.2.10.4 Weitere offene Fragen

- » Eine Kontrakturenprophylaxe sowie Pneumonieprophylaxe ist nicht nachvollziehbar beschrieben.
- » Warum ist der Patient nicht in den Lehnstuhl mobilisiert worden?

Zusammenfassend zeigt sich, dass die pflegerische Versorgung, welche auf Basis der Dokumentation evaluiert wurde, Verbesserungspotentiale birgt. Einige Komplikationen, wie z. B. die Harnwegsinfektion, evtl. auch der Dekubitus, hätten bei einer anders gewählten Versorgung vermieden werden können. Abzuklären ist, inwieweit die im Krankenhaus erworbene Pneumonie durch eine adäquate Nahrungsverabreichung ebenfalls hätte vermieden werden können. In den Pflegeberichten wird beschrieben, dass der Patient sich mehrmals verschluckt hatte, ein systematischer Aspirationsschnelltest wurde nicht durchgeführt. Eine stille Aspiration von Nahrung ist nicht abgeklärt worden. Eines wird bei der Fallanalyse sehr deutlich, der Patient hat einen Bedarf an „hochaufwendiger Pflege“, welche sehr wahrscheinlich aufgrund der niedrigen Personalbesetzung nicht geleistet werden konnte. Auch die pflegfachliche Auseinandersetzung und Pflegeprozessevaluation erfordert pflegerische Zeitressourcen, welche derzeit auf der Station nicht vorhanden zu sein scheinen.

6.3 Fallvorstellung Frau Anna

Autorin: Isabella Schmidpeter

~~Frau Anna, 78 Jahre alt, wurde am 08.02.2012 mit Herpes Zoster und Husten, Übelkeit und Leibschmerzen stationär aufgenommen. Dies wurde dem Pflegebericht und der Pflegeanamnese entnommen. Aus den Unterlagen konnte darüber hinaus ersehen werden, dass die Patientin die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (F48Z) verschlüsselt bekommen hatte. Die Patientin wurde von einer Inneren Station am 11.02. auf die geriatrische Fachstation verlegt. Eine PKMS-Dokumentation auf der vorhergehenden Station liegt nicht vor. Über weitere Diagnosen ist nichts bekannt, da zur Einschätzung der PKMS-Dokumentation keine weiteren Unterlagen vorlagen. Am 14.02.2012 wurde auf Grund des Vorliegens eines Norovirus die Isolation der Patientin angeordnet und durchgeführt.~~

~~Es fand eine externe Begutachtung durch den Gutachter statt. Die Beurteilung stützte sich auf Basis folgender Unterlagen: Laborberichte, Krankenhausentlassungsbericht, Aufnahmedokumentation der Pflege, Fieberkurve, Dokumentation Komplexbehandlung Barthel Index, soz. Erhebungsbogen, Therapieplan, Kodierung ZE 130 PKMS-E-Pflegemaßnahmen, geriatrische Teambesprechung. Die Beurteilung der Akte von Frau Anna durch den Gutachter des MDK ergab folgendes Ergebnis:~~

~~„Es konnten nur 24 Aufwandspunkte für den OPS 9-200* nachvollzogen werden. Das Zusatzentgelt ZE 130 ist nicht korrekt.~~

~~Leistungsbereich A: Intervention A1 vom 15.02.-01.03.2012, Gründe G1 und G5: Intervention nicht nachvollziehbar; keine individuellen pflegerischen Zielsetzungen und auf den Patienten abgestimmte Vorgehensweise dokumentiert~~