

Qualitative und quantitative Erfassung des
erforderlichen Pflegezeit- und Personalbedarfs
in deutschen Altenpflegeheimen

Qualitative und quantitative Erfassung des erforderlichen Pflegezeit- und Personalbedarfs in deutschen Alten- pflegeheimen

Erprobung des Verfahrens PLAISIR in elf
Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt

Abschlussbericht der
KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft
für Altenhilfe mbH,
verfasst von Rolf Gennrich
unter Mitarbeit von Susanne Bösel und
unter redaktioneller Mitarbeit von Peter Haß

Band 225
Schriftenreihe des Bundesministeriums
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Verlag W. Kohlhammer

In der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend werden Forschungsergebnisse, Untersuchungen, Umfragen usw. als Diskussionsgrundlage veröffentlicht. Die Verantwortung für den Inhalt obliegt der jeweiligen Autorin bzw. dem jeweiligen Autor.

Alle Rechte vorbehalten. Auch fotomechanische Vervielfältigung des Werkes (Fotokopie/Mikrokopie) oder von Teilen daraus bedarf der vorherigen Zustimmung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Herausgeber: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
10118 Berlin

Titelgestaltung: 4 D Design Agentur, 51427 Bergisch-Gladbach

Gesamtherstellung: DCM • Druckcenter Meckenheim, 53340 Meckenheim

Verlag: W. Kohlhammer GmbH
2002

Verlagsort: Stuttgart
Printed in Germany

Gedruckt auf chlorfrei holzfrei weiß Offset

ISBN 3-17-017872-5

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	9
Abkürzungen und häufig verwendete Begriffe.....	10
Einführung	11
Einleitung	13
1 Theorie und Praxis der Erfassung des Pflegezeit- und Personalbedarfs in Deutschland.....	18
1.1 Aktuelle Ausgangslage in Deutschland	18
1.2 Grundlagen einer Personalbedarfsermittlung im Heimgesetz	22
1.3 Ableitung von Personalanhaltszahlen und Pflegesatzgestaltung nach Bundessozialhilfegesetz	26
1.4 Veränderungen der sozialrechtlichen Grundlagen mit Einführung der Pflegeversicherung	29
1.5 Vergleich der Vereinbarungen zum Personalbedarf auf Länderebene.....	33
1.6 Ansätze verschiedener bereits in Deutschland praktizierter Verfahren zur Ermittlung des Pflegezeit- bzw. Personalbedarfs	38
1.7 Kennzeichen und Anforderungen an eine systematische Erfassung des erforderlichen Pflegezeit- und Personalbedarfs	43
1.8 Wirkungen und Nebenwirkungen der verschiedenen Systeme.....	47
1.9 Grundstrukturen einer rationalen Personalbedarfsermittlung	51

2	Qualitative und quantitative Erfassung des Pflegezeit- und Personalbedarfs durch das Verfahren PLAISIR.....	57
2.1	Bisherige Einsatzorte von PLAISIR und Ausgangslage für PLAISIR in Deutschland	57
2.2	Kriterien zur Bestimmung der erforderlichen Pflege – Theoretische Grundlagen des Verfahrens PLAISIR.....	62
2.3	Erhebungsmethode und Instrumente des Verfahrens.....	65
2.3.1	Datenerhebung	70
2.3.2	Datenvalidierung und der Ausbildungsgang zum Evaluierer..	77
2.3.3	Datenverarbeitung	80
2.4	Auswertungen und Ergebnisse.....	94
3	Erfahrungen beim praktischen Umgang mit PLAISIR in Deutschland	99
3.1	Schweizer Erfahrungen und die Pilotstudie in Mannheim	100
3.2	Votum für eine Erprobung von PLAISIR in Deutschland	103
3.3	Erprobung und wissenschaftliche Begleitung des Einsatzes von PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt	107
3.4	Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung	110
3.4.1	Anforderungen an die Einrichtungen	112
3.4.2	Qualifizierungsprozess der angehenden EvaluiererInnen.....	113
3.4.3	Zeitaufwand pro Evaluierung.....	115
3.4.4	Anwendbarkeit der zu Grunde gelegten Pflegestandards.....	117
3.4.5	Datentransfer und Plausibilitätsprüfungen	119
3.4.6	Stichprobe zur Messgenauigkeit	121
3.4.7	Ausgewählte Ergebnisse der PLAISIR Anwendung der elf AWO-Einrichtungen	122
3.4.8	Einschätzung der Ergebnisse durch die Leitungen der elf AWO-Einrichtungen	129
3.4.9	Zusammenfassung und Beurteilung.....	132

4	Perspektiven einer Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung mit PLAISIR in Deutschland	134
4.1	Leistungsumfang und Anpassungsfähigkeit des Verfahrens – Häufig gestellte Fragen zur Verwendung von PLAISIR	134
4.2	Perspektiven eines Einsatzes von PLAISIR in Deutschland ...	151
4.2.1	Perspektiven für die pflegebedürftigen BewohnerInnen und ihre Angehörigen	153
4.2.2	Perspektiven für die MitarbeiterInnen auf Handlungs- und Managementebene.....	154
4.2.3	Perspektiven für die Steuerung durch Träger, Verbände, Behörden und Politik	155
4.2.4	Perspektiven für Pflegewissenschaft und -forschung, der Gerontologie sowie der Aus- und Weiterbildung	156
4.3	Zusammenfassung und Empfehlungen.....	157
	Anlagen	163
5	Mitglieder und Ergebnisse der Fachgremien zur Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären Pflege (PPvP)	164
5.1	Empfehlung des Beirates zum Projekt „Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären Pflege – PPvP“	164
5.2	Der Beirat und seine Stellvertreterinnen und Stellvertreter	166
5.3	Die Experten und ihre Stellvertreterinnen und Stellvertreter ..	167
5.4	Durchschnittliche Pflegesätze je Bundesland	168
5.5	Nachberechnung des Personalbedarfs der AWO	169
6	Literaturverzeichnis	170

7	Ausgewählte Materialien zum Verfahren PLAISIR.....	184
7.1	Ungewollte Nebenwirkungen der verschiedenen Finanzierungsarten von Betrieben, die abhängige Personen betreuen.....	184
7.2	PLAISIR 93 – Quantitative und qualitative Evaluation der Pflege abhängiger Personen	201
7.3	FRAN – Fragebogen zur Erfassung der erforderlichen Pflege.....	226
7.4	PLAISIR 93 – Statutarische Outputs des Systems PLAISIR ..	259
7.5	PLAISIR Output – Messung des Arbeitsaufwandes des Pflegepersonals der 11 (elf) Einrichtungen der AWO. Gesamte Vereinigung. Tabellarische Auswertung, Québec 2000 –	287
7.6	PLAISIR Audit – Messung des Arbeitsaufwandes des Pflegepersonals der 11 (elf) Einrichtungen der AWO. Gesamte Vereinigung. Graphiken, Québec 2000.....	313
7.7	Staatenübergreifende Mischfall-Studie und Qualitätsnachweis in Pflegeheimen. Beschreibung der Resource Utilization Group [Ressourcenaufwendungsgruppe] Version III.....	340
7.8	RUGs – Ausgewählte Graphiken.....	356

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausgewählte Personalanhaltszahlen und Umrechnungsfaktoren	35
Tabelle 2: Variationsbreite der Personalanhaltszahlen je Pflegeeinstufung in verschiedenen Bundesländern	36
Tabelle 3: Variationsbreite der vereinbarten Zeitwerte für Pflegeeinstufungen in verschiedenen Bundesländern	36
Tabelle 4: Variationsbreite der Äquivalenzziffern je Pflegeeinstufung im Vergleich ausgewählter Bundesländer	37
Tabelle 5: Bezugsgrößen für Personalbemessung, Qualitätssicherung und Benchmarking	54
Tabelle 6: Erforderliche Pflegeminuten für einen Bewohner in jeder Schicht eines jeden Wochentages	88
Tabelle 7: Liste der Gesamtauswertungen	98
Tabelle 8: Beteiligte Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt	108
Tabelle 9: Erforderliche Pflege pro Bedürfniskategorie in Durchschnittszeit in Minuten pro Tag	121
Tabelle 10: Erforderliche Pflege pro Arbeitsschicht in Durchschnittszeit in Minuten pro Tag	122
Tabelle 11: Streubreite der erforderlichen Netto-Pflegeminuten nach PLAISIR	128
Tabelle 12: Durchschnittlich erforderliche Netto-Pflegeminuten pro Tag	128

Abkürzungen und häufig verwendete Begriffe

BBK	Bewohnerbezogene Kommunikation
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BPM	Bezahlte Pflegeminuten
BPS	Bezahlte Pflegestunden
Desk-Review	Überprüfungsprozess/Plausibilitätsprüfung
DIP	Direkte und Indirekte Pflege
EROS	Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé
Evaluation	Erhebung
EvaluiererIn/ EvaluatorIn	Eine durch EROS qualifizierte Pflegefachkraft, die berechtigt ist, nach dem Verfahren PLAISIR [®] Gutachten zu erstellen
FRAN	Formulaire de Relevé des Actions Nursing (Formular zur Erhebung der Pflegeaktionen)
GP	Grundpflege
GPS	Gearbeitete Pflegestunden
ICD 9	International Classification of Diseases, 9. Fassung
IMPFRAN	Imprémie-FRANS: Kompakte Fassung des FRANS
KDA	KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH
Nomenklatur	Verzeichnis der Pflegebereiche und Pflegeinterventionen
NPM	Netto-Pflegeminuten
NPS	Netto-Pflegestunden
Output	Auswertung
Pflegemodus	Art der Pflegedurchführung
PLAISIR	Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis en milieu des soins prolongés (informationsgestützte Planung der erforderlichen Pflege in Einrichtungen der Langzeitpflege)
PM	Pflegeminuten
PPM	Produktive Pflegeminuten
PPS	Produktive Pflegestunden
PPvP	Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären Pflege
PT	Pflegetechniken (medizinische Behandlungspflege)
SB	Stunde/Bewohner
TB	Tag/Bewohner
ValidiererIn	Speziell von EROS ausgebildete Pflegefachkraft, die die Gültigkeit der Angaben im FRAN überprüft
Validität	Gültigkeit
VIAW	Verwaltungs- und Instandhaltungsaktivitäten und Wegstrecken
VZA	Vollzeit-Äquivalent

Einführung

Der dem Auftraggeber hiermit vorgelegte Gesamtbericht „Qualitative und quantitative Erfassung des erforderlichen Pflegezeit- und Personalbedarfs in deutschen Altenpflegeheimen – Ziele, Instrumente, Untersuchungen, Ergebnisse und Perspektiven“ beschreibt die wesentlichen Projektaufträge, das Verfahren und die gewonnenen Ergebnisse aus der Anwendung des Verfahrens PLAISIR¹.

Der Gesamtbericht gliedert sich in vier Hauptabschnitte:

In *Abschnitt 1* wird die Theorie und Praxis der systematischen Erfassung des Pflege- und Personalbedarfs in Deutschland dargestellt. Die Vergleichsergebnisse der in Deutschland angewendeten Verfahren und die Beweggründe für die Konzentration auf PLAISIR, auch in Deutschland, stehen am Schluss dieses ersten Kapitels.

In *Abschnitt 2* werden das Verfahren PLAISIR, seine gelieferten Daten, Aussagemöglichkeiten, seine Handhabung sowie seine bisherigen und potenziellen Verwertungszusammenhänge konkret beschrieben.

Abschnitt 3 ist den Erfahrungen beim Umgang mit PLAISIR in Deutschland vorbehalten. Die wichtigsten Ergebnisse des AWO-Modellprojekts, in dem elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt das Verfahren PLAISIR erprobten, und die Kernaussagen der wissenschaftlichen Begleitung durch das KDA werden hier vorgestellt.

Abschnitt 4 geht auf häufig gestellte Fragen zum Verfahren ein, entwickelt Perspektiven aus den Ergebnissen der begleitenden fachpolitischen Prozesse und zeichnet mögliche Verbindungslinien der bislang erbrachten Forschungsergebnisse zu den aktuellen Gesetzesvorhaben in Deutschland. Geschlossen wird dieser Abschnitt mit Empfehlungen, die Eckpunkte für eine künftig umfassendere Anwendung von PLAISIR in Deutschland bilden können.

1 Das Copyright© für das Verfahren PLAISIR und seine Teilinstrumente liegt bei EROS – Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé Inc. Das Verfahren PLAISIR wie alle Teilinstrumente des Verfahrens (Handbuch, FRAN, Nomenklatur, Schulungen usw.) sind durch die kanadischen Autorenrechte und die internationale Übereinkunft der Vervielfältigungsrechte überheberrechtlich geschützt. Kein Teil des Verfahrens PLAISIR darf in irgendeiner Form, sei es durch elektronische, mechanische, magnetische, optische, manuelle oder anderer Mittel, vervielfältigt, verbreitet, abgeschrieben, aufbewahrt oder in eine andere Sprache übersetzt werden, wenn nicht zuvor eine schriftliche Einwilligung von EROS – Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé Inc., 5225, Rue Berri, Bureau 200, Montréal, Québec, H2J 2S2 1C6 eingeholt wurde.

Der *Anhang* nimmt neben ausgewählter Literatur all die Materialien und Schaubilder auf, welche die Einlassungen des Berichtes ergänzen und verdeutlichen. Den jeweiligen Kapiteln bzw. den Abschnitten ist immer eine Zusammenfassung der bearbeiteten Inhalte vorangestellt.

Einleitung

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) beauftragte die KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH am 14. Mai 1999 die in Deutschland bislang eingesetzten Pflegezeit- und Personalbemessungsverfahren zu beschreiben und diese im Rahmen eines Gesamtprojektes zur „Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären Pflege“ (PPvP) mit dem kanadischen Verfahren PLAISIR² zu vergleichen. Ziel war es, zu untersuchen, ob das Verfahren PLAISIR in Deutschland als ein geeignetes rationales Messinstrument für die erforderliche Pflege und eine darauf aufbauende Personalbemessung eingesetzt werden kann und ob es in einem solchen Fall mit der Akzeptanz möglichst aller Entscheidungsträger der Selbstverwaltung rechnen könnte.

Der vorliegende Gesamtbericht „Qualitative und quantitative Erfassung des erforderlichen Pflegezeit- und Personalbedarfs in deutschen Altenpflegeheimen – Ziele, Instrumente, Untersuchungen, Ergebnisse und Perspektiven“ beschreibt über die Zusammenfassung der einzelnen Projektphasen hinaus, einzelne Perspektiven für eine zukünftige Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in Deutschland. Diese gründen sich im Wesentlichen auf die Erfahrungen und Ergebnisse einer praktischen Anwendung des Verfahrens PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt (AWO) und auf die Aussagen und Empfehlungen anerkannter Vertreterinnen und Vertreter der Selbstverwaltung und der Wissenschaft. Diese VertreterInnen waren während der gesamten Laufzeit des Projektes im Rahmen eines Beirates auf Bundesebene über den Fortgang und die erzielten Ergebnisse informiert und inhaltlich daran beteiligt. Besonderes Ziel dieses Beirates war es von Beginn an, einen Konsens bei den Fragestellungen zwischen allen Entscheidungsträgern zu erreichen.

Schon Ende 1999 konnte nach der ersten komplexen Untersuchungsphase zur PPvP mit breiter Zustimmung der hinzugezogenen ExpertInnen und VertreterInnen der Selbstverwaltung³ ein erstes positives Votum für einen möglichen Einsatz des Instrumentes PLAISIR erzielt werden.

2 PLAISIR: Planification Interactivée des Soins Infirmiers Requis en milieu des soins prolongés und steht für „informationsgestützte Planung der erforderlichen Pflege in Einrichtungen der Langzeitpflege“.

3 Vgl. Anlage 5.2: Der Beirat und seine Stellvertreterinnen und Stellvertreter

Von den Mitgliedern des Beirats und der Expertengruppe wurde empfohlen⁴, das Verfahren PLAISIR im Rahmen einer bundesweiten Erprobung intensiv in Deutschland zu untersuchen. Ein Grund, sich für dieses Verfahren zu entscheiden, war neben den inhaltlichen und verfahrenstechnischen Ansätzen des Verfahrens der Umstand, dass es schon seit 1984 in der Provinz Québec und seit 1998 in vier Kantonen der Westschweiz verbindlich zur Planung der erforderlichen Pflege in Einrichtungen der Langzeitpflege eingesetzt wird. Zudem wird PLAISIR in weiteren europäischen Ländern (u. a. Luxemburg, Italien, Spanien, Belgien) diskutiert bzw. erprobt. Somit wurde von November 1999 bis Juni 2000 im Rahmen des Projektes das Verfahren PLAISIR in elf vollstationären Pflegeeinrichtungen der Arbeiterwohlfahrt aus verschiedenen Bundesländern (mit 1.354 Bewohnerinnen und Bewohnern) erprobt.

Als Gesamtergebnis liegt mit Abschluss des Bundesprojektes eine Empfehlung der Mitglieder des Beirates zum Einsatz des Verfahrens PLAISIR vor. Bis auf eine Gegenstimme sprachen sich alle Mitglieder des Beirates für den Einsatz eines Verfahrens aus, welches zuverlässig und nachvollziehbar, die erforderliche Pflege und, auf dieser aufbauend, das hierfür notwendige Personal ermittelt.

Diese Beschlussempfehlung⁵, die noch von den vertretenen Organisationen, Verbänden und Behörden ratifiziert werden muss, empfiehlt einen weiteren Einsatz des Verfahrens PLAISIR in Deutschland, um es weiterzuentwickeln und es nach weiteren Anwendungen in der Fläche als mögliches Personalbedarfsermittlungsinstrument einzusetzen.

Eine, wenn nicht sogar die zentrale Fragestellung dieses Projektberichtes ist: Wie kann und sollte die Pflege in den Pflegeheimen zukünftig quantitativ wie qualitativ bemessen und auch gestaltet sein, damit die Bewohner der Einrichtungen alle erforderlichen Leistungen, auf die sie einen berechtigten Anspruch haben, auch tatsächlich erhalten können? Und: Gibt es in und für Deutschland bereits erprobte oder zumindest künftig einsetzbare Verfahren, die nach Art und Umfang die erforderliche Pflege in Altenpflegeheimen sowie einen daraus abgeleiteten Personalbedarf realitätsgerecht und exakt ermitteln können. Eine Beantwortung der vorgenannten Fragen, die nur einen kleinen Teilausschnitt des gesamten Problembereiches darstellen, kann und sollte nur auf dem

4 Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Pflegezeitbedarf, Personalbemessung und Fachkraftanteil in vollstationären Einrichtungen. KDA Thema-Heft 154, S. 65-83, Köln 2000. Ein Teil dieser Publikation ist auch unter <http://www.kda.de> abrufbar.

5 Vgl. Anlage 5.1: Empfehlung des Beirates zum Projekt Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären Pflege – PPVP

Hintergrund der bisherigen Praxis und den zukünftigen Anforderungen an eine Personalbedarfsermittlung vorgenommen werden.

Ohne wesentliche Inhalte der nachfolgenden Kapitel vorwegzunehmen, kann schon an dieser Stelle festgestellt werden, dass es in Deutschland weder vor noch nach Einführung der Pflegeversicherung allgemein anerkannte Bemessungsinstrumente für die Planung und die Qualität der Pflege sowie für eine darauf abgestimmte Personal- und Kostenkalkulation gab und gibt. So sind die vor Einführung der Pflegeversicherung ausschließlich von den Bundesländern getroffenen Richtlinien und Vereinbarungen zum Personalbedarf in der Regel nicht auf dem Hintergrund eines spezifischen Messinstruments gewonnen worden, sondern es ist eine Vielzahl von anderen Einflussgrößen und Interessenlagen in die Ländervereinbarungen eingegangen.

Mit der Finanzierung der vollstationären Pflege über die Mittel der Pflegeversicherung war allerdings auch die Hoffnung verbunden, dass die bundesweit gültigen Qualitätsrichtlinien und der nun einheitliche Pflegebegriff zu einer Angleichung der unterschiedlichen Vereinbarungen in den Bundesländern führen.

Mit Blick auf diese Fragen wurde die KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH, im weiteren KDA genannt, vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) am 14. Mai 1999 damit beauftragt, das Projekt *„Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären Pflege – unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse aktueller Untersuchungen aus Deutschland und des in der Schweiz und in Kanada eingesetzten Verfahrens PLAISIR“* (PPvP) durchzuführen.

Im Mittelpunkt dieser ersten Projektphase stand eine Bestandsaufnahme von Vereinbarungen, Verfahren und Instrumenten zur Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in Deutschland, die miteinander verglichen und im Rahmen einer weit gefächerten, projektbegleitenden Fachdiskussion den Möglichkeiten des kanadischen Verfahrens PLAISIR gegenüber gestellt werden sollten.

Da das Projekt von Beginn an auf einen breiten Konsens aller am Pflegeprozess Beteiligten und dafür Verantwortlichen angelegt werden sollte, wurde zwecks Partizipation und zur adäquaten Bearbeitung der komplexen Aufgabenstellung im Juni 1999 in Abstimmung mit dem BMFSFJ sowohl ein projektbegleitender *Beirat* auf Bundesebene, als auch ein *Arbeitskreis* von Experten unterschiedlicher Professionen konstituiert. Darüber hinaus stellten regelmäßige *Konsensgespräche* mit

den verantwortlichen Vertretern der Selbstverwaltung und der Ministerien auf den verschiedenen Handlungsebenen sicher, dass die geplante Entwicklung eines geeigneten Pflege- und Personalbemessungsverfahrens in Deutschland von vorne herein mit der Beteiligung und Unterstützung aller Beteiligten, insbesondere auch mit der erforderlichen Akzeptanz der Leistungsträger und Leistungserbringer, erfolgen konnte. So stand am Ende dieser ersten Untersuchungsphase eine fundierte, auf den verschiedenen Ebenen fachlich abgesicherte Empfehlung, die sich darauf bezog, welches Verfahren in Deutschland die besten Chancen auf eine zukünftige Anwendung haben könnte.

Die ersten Ergebnisse wurden auf der *Fachtagung „Pflegezeitbedarf, Personalbemessung und Fachkraftanteil in vollstationären Einrichtungen“*⁶ am 22. und 23. September 1999 in Bonn vorgestellt und mit Vertretern und Experten aus verschiedenen Arbeitsgebieten eingehend erörtert. Einvernehmlich befürworteten die beteiligten Vertreterinnen und Vertreter der Bundes- und Länderministerien, der Spitzenverbände der Leistungsträger und Leistungserbringer, der Berufsfachverbände und Pflegewissenschaften sowie des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) eine modellhafte Erprobung des in Deutschland aussichtsreichsten Bemessungssystems. Das durchweg positive Votum fiel auf das in Kanada entwickelte, dort und in der Schweiz erprobte und verbindlich eingesetzte Instrument PLAISIR. Darüber hinaus konnten auch die Anforderungen an den ebenfalls empfohlenen Modellversuch zur Erprobung von PLAISIR in Deutschland formuliert werden. In diese wurden insbesondere auch die Vorbehalte der VertreterInnen der Pflegewissenschaften aufgenommen, an die an anderer Stelle nochmals gesondert eingegangen werden soll. Für den Auftraggeber und für die Projektleitung war es allerdings entscheidend, dass sich letztendlich auch die PflegewissenschaftlerInnen für eine weitere Erprobung des Verfahrens in Deutschland ausgesprochen haben.

Getragen von dem positiven Votum für PLAISIR beauftragte das BMFSFJ den Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt mit der *„Erprobung des Verfahrens PLAISIR in elf stationären Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt“* (November 1999 bis Mai 2000). Gleichermaßen erhielt das KDA vom BMFSFJ den ergänzenden Auftrag, diese Erprobung wissenschaftlich zu begleiten und zu dokumentieren. Der Auftraggeber erwartete durch das zweite Teilprojekt der *„Wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung des Verfahrens PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt“* gesicherte Aussagen zur Anwendbarkeit des Verfahrens

6 Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): *Pflegezeitbedarf, Personalbemessung und Fachkraftanteil in vollstationären Einrichtungen*. KDA Thema-Heft 154, S. 65-83, Köln 2000. Ein Teil dieser Publikation ist auch unter <http://www.kda.de> abrufbar.

PLAISIR in Deutschland sowie zu dessen Leistungstransparenz und Leistungsgerechtigkeit zu gewinnen. Ergänzend zu der bestehenden Gremienarbeit im Rahmen von PPvP konstituierte sich im Oktober 1999 zudem eine *Unterarbeitsgruppe Pflege* mit Vertreterinnen und Vertretern der Berufsverbände und der Pflegewissenschaft, die für offene Fragen des Beirats und des Expertenkreises Lösungsvorschläge erarbeiteten sollten.

Die mit der Erprobung von PLAISIR erzielten Ergebnisse stellten VertreterInnen der AWO und des KDA am 20. Juni 2000 in Berlin auf einer *zweiten Fachtagung*⁷ unter dem Titel „*Erforderlicher Pflegezeit- und Personalbedarf in vollstationären Einrichtungen – Ergebnisse der Erprobung des Verfahrens PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt*“ einer breiteren Fachöffentlichkeit vor, mit dem Fazit: PLAISIR leistet die geforderte Transparenz, entspricht den Anforderungen der Gültigkeit und Zuverlässigkeit von Bemessungsinstrumenten und bietet die Grundlage für die geforderte Leistungsgerechtigkeit in der Pflege. Da zudem das Verfahren auf deutsche Verhältnisse gut übertragbar scheint, konnte abschließend eine flächendeckende Anwendung des Verfahrens konstruktiv diskutiert und durch den Auftraggeber BMFSFJ eine künftig großflächigere Anwendung in Aussicht gestellt werden.

Zu einer gezielteren und besseren Vorbereitung erhielt das KDA im Januar 2000 durch das BMFSFJ den Auftrag, die im Jahr zuvor eingeleitete fachpolitische wie pflegewissenschaftliche Diskussion fortzusetzen und nach Abschluss aller Projektphasen und der Vorlage des Endberichtes der AWO diesen Gesamtbericht über die „*Koordination, Begleitung und Gesamtauswertung des Verfahrens PLAISIR zur Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären Pflege in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt*“ zu erstellen. In dieser Phase wurden die noch eingehenden Teilergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung und Erprobung weiterhin den Gremien vorgelegt und schließlich mit Blick auf eine flächendeckende Anwendung diskutiert.

7 Vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): *Erforderlicher Pflegezeit- und Personalbedarf in vollstationären Einrichtungen – Ergebnisse der Erprobung des Verfahrens PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt*. KDA Thema-Heft 159, Köln 2000

1 Theorie und Praxis der Erfassung des Pflegezeit- und Personalbedarfs in Deutschland

1.1 Aktuelle Ausgangslage in Deutschland

Entgegen allen bisherigen Bemühungen werden in der stationären Altenpflege die Erwartungen auf ein für alle Beteiligten zufriedenstellendes einheitliches Leistungs- und Vergütungssystem nicht erfüllt. Dies gilt sowohl mit Blick auf die Betroffenen, die mehr Leistungstransparenz und Selbständigkeit für ihr eigenes Leben trotz erhöhtem Hilfebedarf erhoffen, als auch bezogen auf die Leistungserbringer und Leistungsträger, die ein effektives und effizientes (möglichst bundeseinheitliches) Finanzierungsmodell erwarten.

*Eines der Hauptprobleme ist, dass die **leistungsrechtliche** Definition der Pflegebedürftigkeit nur einen sehr begrenzten Ausschnitt der **vergütungsrechtlich** bedeutsamen Pflegeklassen darstellt. So basiert die Feststellung der Pflegebedürftigkeit auf einem „engen Pflegebegriff“, der sich lediglich auf einige wenige Aktivitäten des täglichen Lebens bezieht. Demgegenüber beinhalten die diesen **Pflegestufen** mittelbar zugeordneten vertragsrechtlich bedeutsamen **Vergütungsklassen** einen eher „weiten Pflegebegriff“, der unter Beachtung einer aktivierenden Pflege und Erhaltung noch vorhandener Fähigkeiten auf die Bewahrung von Selbständigkeit trotz Pflegebedürftigkeit ausgerichtet ist und neben den sogenannten allgemeinen Pflegeleistungen auch noch alle Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der notwendigen sozialen Betreuung einschließt. Darüber hinaus sollen diese Leistungen nach dem anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse unter Einbezug der sozial-psychologischen Bedürfnisse des Einzelnen qualifiziert erbracht werden und auch allen ordnungs- und sozialhilfrechtlichen Ansprüchen genügen. An dieser Stelle muss betont werden, dass – genau genommen – nicht die unterschiedlichen Definitionen von Pflegestufe und Vergütungsklasse das Kernproblem darstellen, sondern die direkte **Verknüpfung** dieser beiden Größen. In Deutschland beschreiben beide Größen einen höchst unterschiedlichen Leistungsumfang. So empfiehlt der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) – gegründet auf den häuslichen individuellen Pflegezeitbedarf – die Zuordnung eines Leistungsberechtigten zu einer der drei Pflegestufen⁸. Hierbei wird die spezielle häusliche Situation und nur der Hilfebedarf*

⁸ Die sogenannte Pflegestufe 0 und der Härtefall sind im strengen Sinne keine Pflegestufen nach SGB XI. Sie sind lediglich für den Sozialhilfeträger bzw. leistungsrechtlich für den Pflegebedürftigen von Bedeutung, aus diesem Grund wird in diesem Bericht immer nur von drei Pflegestufen gesprochen.

bei der Körperpflege, Ernährung, Mobilisierung und der begrenzte hauswirtschaftliche Bedarf berücksichtigt. Die so festgestellte **Stufe** bestimmt in erster Linie den Leistungsanspruch des Leistungsberechtigten gegenüber seiner Kasse, und sie bestimmt gleichsam auch – hier entsteht das eigentliche Problem – die Zuordnung zu einer **Vergütungsklasse** in einer stationären Einrichtung. Diese quasi automatische Zuordnung gemäß der vereinfachten Regel „Die Höhe der **Pflegestufe** bestimmt die Höhe der **Vergütungsklasse**“ setzt beide Kategoriensysteme in einen inhaltlich nicht näher begründeten Zusammenhang: Beispielsweise werden bei Menschen mit Demenz die zeitlichen Belastungen durch Kommunikation, soziale Betreuung, allgemeine Aufsicht und Anleitung oder aber auch die Behandlungspflege allgemein nicht berücksichtigt, obwohl diese Leistungen im Rahmen einer vollstationären Pflege als „selbstverständliche“ Leistung erbracht werden.

Hinzu kommt, dass die Einrichtungsleitungen, die ihr Personal entsprechend der **Pflegestufe** den Bewohnern zuordnen, schon im Ansatz am tatsächlichen Hilfebedarf vorbei organisieren. Die gravierenden Folgen sind Überlastungen des Personals und gefährliche Pflegesituationen, da zu wenig Personal für die Pflege zur Verfügung steht. Derzeit können niedrig eingestufte Pflegebedürftige mit Demenz nur adäquat betreut und gepflegt werden, wenn die Pflegezeit von einem anderen, höher eingestuften Bewohner, auf ihn verschoben wird. Diese Umverteilung impliziert aber immer auch einen Entzug der einem anderen Bewohner eigentlich zustehenden Pflegezeit.

In einem solchen Spannungsfeld wird von fast allen Beteiligten die Bedeutung und die Notwendigkeit erkannt, Begriffe und Zusammenhänge neu zu überdenken und sich einer gerechteren und praktikablen Lösung anzunähern, dies mit Hilfe eines rationellen Verfahrens, das einheitlich und zuverlässig den gleichermaßen qualitativen wie quantitativen Pflegebedarf von Bewohnerinnen und Bewohnern in vollstationären Einrichtungen ermitteln kann.

Bis Ende Juni 1996 gab es in den sechzehn deutschen Bundesländern landesspezifische Vereinbarungen zwischen den Heimträgern und den Sozialhilfeträgern u. a. darüber, wie viele Mitarbeiter pro Heimbewohner tätig sein sollten. Diese sogenannten Personalanhaltszahlen differierten von Bundesland zu Bundesland, auch weil die Pflegebedürftigkeit unter Umständen abweichend definiert war (vgl. Tab. 1). Durch Einführung der Pflegeversicherung – und auch schon zuvor durch das Gesetz zur Umsetzung des Spar-, Konsolidierungs- und Wachstumsprogramms von 1994 (SKWPG) – erfolgte eine grundsätzliche Umstellung von einer retrospektiven Selbstkostendeckung auf eine *prospekti-*

ve Preisgestaltung in der Finanzierung der Pflege. Die bundeseinheitliche Definition der Pflegestufen durch SGB XI löste die auf Landesebene evtl. bestehenden Kriterien als Bezugsgrößen für Personalanzahlzahlen ab. Diese Personalanzahlzahlen waren aber ohnehin mit Einführung der Pflegeversicherung für den vollstationären Bereich de facto aufgehoben, was allerdings nicht verhinderte dass sie in der Praxis oft weiter benutzt wurden. Ein weiterer Einsatz von Personalrichtwerten hätte nämlich im Grundsatz einen Erhalt der Selbstkostendeckung bedeutet. Die Altenpflegeheime sollten jedoch mit Einführung der Pflegeversicherung angeregt werden, neue und wirtschaftlichere Formen der Pflegeorganisation und des Personaleinsatzes zu entwickeln. Durch den hohen Zeitdruck bei der Umstellung auf die neue Pflegeversicherung und den Mangel an geeigneten Instrumenten für eine praktische Umsetzung entstand jedoch eine große Verunsicherung in den Heimen, die in vielen Fällen auch das Niveau der Pflegequalität beeinträchtigte: Die kaufmännisch Verantwortlichen in den Heimen sahen eher Anreize oder gar den Zwang zum Personalabbau. Einige versprachen sich über Kostensenkungen eine Erhöhung der Konkurrenzfähigkeit. Die Fachleute für die Pflege jedoch wehrten sich gegen eine Reduzierung des Personals oder gegen eine schlecht geplante Ausgliederung von Aufgabenfeldern (Outsourcing). Sie fürchteten um die Qualität der Leistungen in den Einrichtungen. Gerade die Konkurrenzfähigkeit der qualitativvolleren Einrichtungen sahen sie durch solche Einsparmaßnahmen bedroht. In dieser Situation wurde in Deutschland der Ruf nach soliden empirischen Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Pflegezeitbedarf und Pflegequalität in Heimen lauter.

Schon im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung gab es kritische Stimmen zum Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG). Es verwende an entscheidenden Stellen einen sehr engen, verrichtungsbezogenen Pflegebegriff. Dieser beschreibe vorwiegend körperliche Pflegebedürftigkeit, ohne die psychosozialen Anliegen der pflegebedürftigen älteren Menschen und die Bedürfnisse psychisch beeinträchtigter oder kranker Menschen ausreichend zu berücksichtigen. Unter den Stichworten „enger“ bzw. „weiter Pflegebegriff“ lief eine ernste, zum Teil erbitterte Debatte. Die Vertreter des weiten Pflegebegriffs identifizierten ihren weitgefassten Terminus mit den grundlegenden Interessen der Menschen mit Pflegebedarf. Sie formulierten aus dieser Position heraus das Ziel, dass die anspruchsvolle Programmatik einer „neuen Kultur des Helfens“, die im Einführungsteil des Pflege-Versicherungsgesetzes (§§ 2, 11, 28 SGB XI) angelegt ist, auch eingelöst werde – so zum Beispiel bei der inhaltlichen Beschreibung der Pflegeleistungen (§ 75 SGB XI), bei der Qualitätssicherung (§ 80 SGB XI) und natürlich

auch bei den nach der Übergangsregelung anstehenden Entgeltvereinbarungen.

Die Frage, was Pflege de facto ist, konnte auch von der Pflegewissenschaft in Deutschland zu diesem Zeitpunkt nicht eindeutig und zufriedenstellend beantwortet werden. Eine Operationalisierung des Begriffs Pflege in konkrete, fest umschriebene und in der Praxis direkt erfassbare Merkmale, blieb also aus. Kein geeignetes Instrumentarium schien in Sicht, um Pflege vom Alltagshandeln rational abzugrenzen und nach definitiven, letztlich auch rechenbaren Merkmalen zu erfassen.

Der enge, verrichtungsbezogene Pflegebegriff, der zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen benutzt wird, richtet sich – wie bereits vermerkt – hauptsächlich auf einen Ausschnitt aus dem umfassenden Gesamtkatalog der Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens, der so genannten AEDL-Bereiche, nämlich lediglich auf:

- Sich Pflegen
- Ausscheiden
- Sicherung der Umgebung
- Essen und Trinken
- Sich bewegen
- An- und Auskleiden

Psycho-soziale Erfordernisse – insbesondere Bedürfnisse nach Kommunikation, sozialer Teilhabe, Hilfe bei Konflikten aller Art – werden bei einer Einengung des Pflegebegriffs auf Unterstützung bei den in § 14 SGB XI genannten „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens“ unzureichend berücksichtigt, obgleich ihre Erfüllung in den §§ 2, 11 und 28 SGB XI ausdrücklich im Sinne eines möglichst selbstständigen und selbstbestimmten Lebens in Würde angemahnt wird. Im § 2 Abs. 1 SGB XI heißt es unter dem Titel Selbstbestimmung z. B.:

„Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten.“

Interessant in diesem Zusammenhang sind die Fragen, wie hoch denn überhaupt der Zeitbedarf für eine Pflege im engeren Sinne und wie hoch der zusätzliche Zeitbedarf für Pflege im weiteren Sinne ist? Wenn

sich das beantworten ließe, wären die Kostenfolgen abschätzbar und ggf. die Weichenstellung für eine sachgerechte Ausweitung des Pflegebegriffs leichter vorzunehmen. Gefragt sind also objektivierende Methoden zur Entscheidungsfindung, die in der Praxis verankert und von den Entscheidungsträgern akzeptiert werden können.

Da in der Regel von der ermittelten Pflegezeit auf den benötigten Personalbedarf zu schließen ist, gewinnt die Erfassung des Pflegezeitbedarfs jedoch ebenso Gewicht bei der Beantwortung der Fragen nach der Personalausstattung: Welche und wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in einer Einrichtung der Altenpflege nötig, um die erforderlichen Pflege- und Hilfeleistungen ökonomisch sinnvoll, aber auch in der gewünschten Qualität und Menge zu erbringen?

Zudem könnte ein Vergleich von Zeitumfang und Beschaffenheit der *erforderlichen* Pflege mit Art und Umfang der *tatsächlich erbrachten* Pflegeleistungen auch als Grundlage für ein Stärken- und Schwächenprofil einer Pflegeorganisation dienen. Darüber hinaus ließen sich Stations-/Wohnbereiche, Hausgemeinschaften, auch ganze Einrichtungen oder gar Regionen hinsichtlich Pflegequalität einander gegenüber stellen. Dies wäre ein maßgeblicher Ansatz zur Qualitätssicherung bzw. -steigerung – vorausgesetzt, es gäbe ein allseits anerkanntes und eingeführtes Erhebungsinstrument, das gesicherte und tatsächlich vergleichbare Daten und Resultate bezüglich Zusammensetzung und Umfang der erforderlichen bzw. erbrachten Pflegeleistungen in vertretbarem ökonomischen Rahmen zu liefern vermag. Eine flächendeckende Einführung eines von allen Beteiligten anerkannten Bemessungsverfahrens zu Art und Umfang von Pflege steht aber bislang in Deutschland noch aus. Noch ist es in der Fachwelt nicht vollends ausdiskutiert, wie viel und welche Pflege als *erforderlich* zu gelten hat und wie viel letztlich diese Pflege kosten darf. Auch ein grundlegendes Vokabular zur übergreifenden Verständigung in Sachen Pflege steht bislang noch aus.

1.2 Grundlagen einer Personalbedarfsermittlung im Heimgesetz

Eine Prüfung der wesentlichen ordnungsrechtlichen Aspekte der stationären Pflege belegt den Anspruch des einzelnen Hilfeempfängers auf Berücksichtigung seiner individuellen Bedürfnisse in Hinblick auf eine der Würde des Menschen angemessene Lebensführung. Gleichermäßen wird auch die Verpflichtung der Einrichtungen hervorgehoben, die hierfür entsprechende Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Insbesondere ist durch eine angemessene Personalbemessung die Voraussetzung zu schaffen, dass der hilfebedürftige Mensch entsprechend seiner

individuellen Bedürfnisse betreut und gepflegt werden kann. Hierbei darf die bloße Zuteilung des Grades der Pflegebedürftigkeit keine Rolle spielen.

Das Instrument der Vergütungsvereinbarung, das vorrangig der Bedarfs- und Kostensteuerung und der Vereinfachung der Verwaltungsvorgänge für Kosten- und Heimträger dient, darf nicht das Recht des einzelnen Heimbewohners auf aktivierende Pflege und Erhalt der Selbstständigkeit beschneiden, sondern muss vielmehr diese Ziele berücksichtigen.

Es ergibt sich somit zwingend aus dem Heimgesetz, den Hilfebedarf des einzelnen Bewohners zu bestimmen und ihm die erforderlichen Leistungen, insbesondere die Unterstützung durch fachlich qualifizierte personale Hilfe zur Verfügung zu stellen. Die in den Einrichtungen angebotenen Dienstleistungen müssen nach Umfang und Qualität durch die Berücksichtigung der Einzelbedarfe der Hilfeempfänger ermittelt werden. Hierzu wird ein transparentes Modell einer Personalbedarfs- und Sachkostenermittlung benötigt, welches sich an den notwendigen Leistungen für die Bewohner zu orientieren hat und nicht ausschließlich nur an den zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen der Sozialleistungsträger.

Das 1975 in Kraft getretene Heimgesetz (HeimG) versteht sich seit jeher als Schutzgesetz für die Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen. Auch mit den beiden Änderungsgesetzen (ÄG) von 1990 und 1997 blieb dieser Anspruch nicht nur gewahrt, sondern er wurde auch zusätzlich betont. Der Zweck der zurzeit geltenden Fassung des HeimG ist,

„die Interessen und Bedürfnisse der Heimbewohner und der Bewerber für die Aufnahme in ein Heim vor Beeinträchtigungen zu schützen, insbesondere die Selbstständigkeit und Selbstverantwortung der Bewohner im Heim zu wahren“ (vgl. HeimG § 2).

Mit dem „dritten Änderungsgesetz zum Heimgesetz“⁹ soll nun neben der Selbstständigkeit und Selbstverantwortung verstärkt auf die „Würde“ sowie auf die Selbstbestimmung und Mitbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner, die zu wahren und zu fördern ist, hingewirkt werden. Diese Regelung erweitert zwar wünschenswert den persönlichen Schutz, lässt jedoch eine für die Praxis erforderliche Konkretisierung

⁹ Die Novelle zum Heimgesetz wurde am 21. Juni 2001 in zweiter und dritter Lesung im Bundestag beschlossen und am 13. Juli 2001 vom Bundesrat verabschiedet. Dieses Gesetz tritt zum 1. Januar 2002 in Kraft.

der Personalausstattung unbeantwortet. In § 3 findet sich keine konkrete Aussage speziell zur Mindestanforderung hinsichtlich der Anzahl der einzusetzenden MitarbeiterInnen. Es wird lediglich darauf verwiesen, dass Mindestanforderungen, die „dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechen“, mit entsprechender Rechtsverordnung erlassen werden können.

„Zur Durchführung des § 2 kann das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, dem Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Regelungen (Mindestanforderungen) erlassen“ (vgl. drittes Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes).

Damit wird die im HeimG von 1975 verankerte Verpflichtung des Gesetzgebers, eine Verordnung über Mindestanforderungen zur Qualifikation der Beschäftigten sowie zur Anzahl der Beschäftigten in Altenheimen zu erlassen, fortgeschrieben. So scheiterten 1974 und 1979 die jeweiligen Erlasse zu Mindestanforderungen über den zahlenmäßigen Bedarf an Beschäftigten an einer fehlenden Einigung zwischen Bundesrat und dem damaligen Bundesministerium für Familie, Jugend und Gesundheit. Ungeachtet der Diskussion über den Sinn von festgeschriebenen Personalanhaltszahlen, plädierte z. B. 1979 das damals zuständige Bundesministerium für einen Personalschlüssel von 1:4 bei Pflegebedürftigen. Erst nach langem Ringen lehnte der Bundesrat 1983 diesen Vorschlag mit der Begründung ab, dass er ein Verhältnis von einem Mitarbeiter auf fünf Pflegebedürftige für völlig ausreichend hielt.

Durch das zweite Gesetz zur Änderung des HeimG (1997) entfiel die Rechtsgrundlage für die verbindliche Vorgabe eines Personalschlüssels. Gleichmaßen definiert die im Juli 1993 in Kraft getretene Heimpersonalverordnung (HeimPersV) auch nur die Anforderungen zur Qualifikation der Beschäftigten. Sie entbehrt weiterhin einer konkreten Festlegung zur quantitativen Personalausstattung stationärer Altenhilfeeinrichtungen. Laut HeimPersV dürfen betreuende Tätigkeiten in Heimen – einschließlich Pflege –

(1) „nur durch Fachkräfte oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften wahrgenommen werden. Hierbei muss mindestens einer, bei mehr als 20 nicht pflegebedürftigen oder mehr als vier pflegebedürftigen Bewohnern mindestens jeder zweite weite-

re Beschäftigte eine Fachkraft sein. In Heimen mit pflegebedürftigen Bewohnern muss auch bei Nachtwachen mindestens eine Fachkraft ständig anwesend sein. (2) Von den Anforderung des Absatzes 1 kann mit Zustimmung der zuständigen Behörde abgewichen werden, wenn dies für eine fachgerechte Betreuung der Heimbewohner erforderlich oder ausreichend ist“ (§ 5 Abs. 1-2 HeimPersV).

Den Einrichtungsträgern wurden vom Gesetzgeber zur Umsetzung und Angleichung dieser Anforderung eine fünfjährige Übergangsregelung (§ 10 Abs. 1 HeimPersV) bis zum 30. September 1998 eingeräumt. Beabsichtigt war, in dieser Zeit verlässliche und differenzierte Kriterien für die Bemessung des Personalbedarfs in Heimen entsprechend der jeweils unterschiedlichen Pflegesituationen zu entwickeln und ein geregeltes Zusammenwirken von Heimaufsicht, Einrichtungsträgern, Pflegekassen, Medizinischem Dienst der Krankenversicherung und Sozialhilfe zu erreichen. Dies änderte jedoch nichts daran, dass von einer größeren Anzahl von Pflegeheimen die fünfzigprozentige Fachkraftquote nicht erfüllt werden konnte. Der Bundesrat beschloss daher in seiner 726. Sitzung am 29. Mai 1998, die eingeräumte Frist um weitere zwei Jahre bis zum 30. September 2000 zu verlängern.

Aus der Fachkraftquote errechnet sich jedoch nicht eine Mindestanforderung an Personal und auch keine bessere Versorgung für den Bereich der Betreuung und Pflege, um eine Beeinträchtigung von Interessen und Bedürfnissen der BewohnerInnen zu verhindern. Allerdings lassen sich auf der Grundlage des Heimgesetzes und der Heimpersonalverordnung folgende Anforderungen für eine angemessene Personalbesetzung in stationären Altenhilfeeinrichtungen formulieren:

Die Einrichtung muss in der Lage sein,

- eine freie Gestaltung des Lebens im Rahmen der Heimbedingungen und deren Mitgestaltung zu ermöglichen;
- die Grundbedürfnisse des Lebens wie Essen, Trinken und Wohnen zu befriedigen;
- die medizinische Betreuung zu sichern;
- die Möglichkeit zu einer gewünschten Betätigung und die Anregung zu geistigen und körperlichen Aktivitäten im Rahmen der vorhandenen Kräfte zu bieten;

die Selbstständigkeit und Selbstverantwortung der Bewohner auch im Heim zu wahren und zu fördern¹⁰.

Der Katalog der Forderungen, die sich aus den ordnungsrechtlichen Grundlagen ableiten lassen, unterstützen ein von Aktivierung und Kompetenz geprägtes Pflegeverständnis. Hervorzuheben ist auch, dass das Wohl und die Zufriedenheit eines Heimbewohners eng mit der Entfaltung seiner Persönlichkeit im Rahmen seiner körperlichen und geistigen Fähigkeiten und der Aktivierung noch vorhandener Kräfte verknüpft werden.

Da im Rahmen des Heimgesetzes keine konkreten Angaben zu den erforderlichen Mitarbeiterzahlen aufgenommen sind, kann die Durchsetzung der Bestimmungen und Ziele dieses Gesetzes nur in Zusammenhang mit den derzeit gültigen Vereinbarungen zur Personalmenge, die nach § 75 SGB XI auf der Länderebene getroffen werden, gesehen werden.

1.3 Ableitung von Personalanhaltszahlen und Pflegesatzgestaltung nach Bundessozialhilfegesetz

Im Gesamtsystem der sozialen Sicherung in Deutschland tritt auch nach Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG) der Sozialhilfeträger in bestimmten Fällen subsidiär als Leistungsträger ein. Dem Hilfeempfänger ist nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) eine bedarfsorientierte, seinen persönlichen Lebensverhältnissen angemessene Hilfe zu gewähren. Der Hilfe zur Selbsthilfe wird dabei eine besondere Bedeutung zugemessen. Dies kann als zwingende Begründung für die Gewährung einer aktivierenden Pflege herangezogen werden. Der Begriff der Menschenwürde nach dem Grundgesetz wird hierbei ebenfalls ausdrücklich erwähnt, so dass sich die gewährten Leistungen an diesem Maßstab messen lassen müssen.

Aufgrund der Vorgaben des BSHG und der bestehenden fachlichen Abstimmung zwischen den einzelnen Bundesländern sind die Grundstrukturen der Pflegesatzgestaltung, die sich in den einzelnen Länderregelungen konkretisieren, in wesentlichen Teilen einheitlich. Im einzelnen können allerdings erhebliche Unterschiede in der Beurteilung der

¹⁰ Durch das dritte Änderungsgesetz zum Heimgesetz bringt der Gesetzgeber zum Ausdruck, dass das Heimgesetz über seine ordnungsrechtliche Bestimmungen hinaus vor allem ein Schutzgesetz zu Gunsten der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner ist. Es dient neben der Gefahrenabwehr der Qualitätssicherung und dem Verbraucherschutz.

notwendigen Pflege sowie in der quantitativen und qualitativen personellen Ausstattung in den Einrichtungen der Länder festgestellt werden.

Der Sozialhilfeträger bleibt gemäß § 9 des allgemeinen Sozialgesetzbuches I (SGB I) auch nach Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes und in bestimmten Lebenssituationen Leistungsträger von Sozialhilfeleistungen, denn:

„Wer nicht in der Lage ist, aus eigenen Kräften seinen Lebensunterhalt zu bestreiten oder in besonderen Lebenslagen sich selbst zu helfen, und auch von anderer Seite keine ausreichende Hilfe erhält, hat ein Recht auf persönliche und wirtschaftliche Hilfe, die seinem besonderen Bedarf entspricht, ihn zur Selbsthilfe befähigt, die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht und die Führung eines menschenwürdigen Lebens sichert.“ (§ 9 SGB I)

Hiermit wird den Inanspruchnehmern von Sozialleistungen eine bedarfsorientierte und seinen persönlichen Lebensverhältnissen angemessene Hilfestellung zugesichert. Die Betonung der Hilfe zur Selbsthilfe kann als zwingende Begründung für die Gewährung einer aktivierenden Pflege herangezogen werden. Der Begriff der Menschenwürde nach dem Grundgesetz wird hier aufgenommen und ausdrücklich erwähnt, so dass sich die gewährten Leistungen auch an diesem Maßstab messen lassen müssen (vgl. § 1 SGB I sowie § 1 Abs. 2 BSHG).

Aufgrund der Vorgaben durch das BSHG und der bestehenden fachlichen Abstimmung zwischen den einzelnen Bundesländern sind die Grundstrukturen der Pflegesatzgestaltung (§ 93 BSHG), die sich in den einzelnen Länderregelungen konkretisieren, in den wesentlichen Teilen einheitlich. Im einzelnen sind allerdings erhebliche Unterschiede in der Beurteilung der „Pflegebedürftigkeit“ sowie in der quantitativen und qualitativen personellen Ausstattung in den Einrichtungen der Länder feststellbar (§ 68 BSHG).

So wurde beispielsweise der Begriff der Pflegebedürftigkeit in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich definiert. Einzelne Länder – zum Beispiel Bayern, Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein – unterschieden bei der Berechnung des Personalbedarfs nicht nach der individuellen Pflegebedürftigkeit der einzelnen Bewohner, sondern gingen davon aus, dass in Pflegeeinrichtungen eine bestimmte, proportional kalkulierte Anzahl leicht, erhöht und schwer pflegebedürftiger Personen

untergebracht ist. Dies machte eine direkte Vergleichbarkeit der Personalanhaltzahlen der Länder nahezu unmöglich.

So kamen bereits Krug und Reh¹¹ (1992) zu dem Schluss, dass zwar je nach Grad der Hilfebedürftigkeit in einzelnen Bundesländern eine Skalierung der Pflegebedürftigkeit in Pflegestufen vorgenommen wurde, die zur Bestimmung gestaffelter Pflegesätze in den Pflegesatzkommissionen herangezogen wurden. Diese länderspezifischen Stufungen jedoch, die auf der Basis von Funktionsdefiziten der Heimbewohner – zwar in Anlehnung an die im Bundessozialhilfegesetz (§ 68 und § 69 BSHG) skizzierten Pflegestufen – abgeleitet wurden, variierten dennoch sehr stark im Vergleich zwischen den einzelnen Bundesländern.

Bei der Festlegung der pauschalen Pflegesätze ging in deren Berechnung der Pflegebedarf oftmals direkt ein, oder aber er wurde in Form von Pflegezuschlägen berücksichtigt. Letzteres schlug sich bei vielen Bundesländern in der Vereinbarung sogenannter Sonderpflegesätze nieder. Diese wurden mit denjenigen Einrichtungen ausgehandelt, die nachweisen konnten, dass bei ihnen trotz sparsamer Wirtschaftsführung die Selbstkosten für die Pflege über den von der Pflegesatzkommission pauschal ausgehandelten Stufenpflegesätzen lagen.

Neben diesen Stufen- und Sonderpflegesätzen war in verschiedenen Bundesländern auch eine Vereinbarung von Einheitspflegesätzen möglich: Bewohner von Heimen mit vereinbarten Einheitspflegesätzen bezahlten unabhängig vom Pflegebedürftigkeitsgrad einen festen Pflegesatz. In diesem Zusammenhang war nach Krug und Reh¹² insbesondere bei den Trägern der freien Wohlfahrtspflege ein Trend zur Abgeltung von Pflegeleistungen durch Einheitspflegesätze beobachtbar, was die Befürchtung nahe legte,

„daß besonders schwere Pflegefälle immer weniger Aussicht haben werden, in Pflegeheimen der freien Wohlfahrtspflege aufgenommen zu werden. Für die Aufnahme von schweren Fällen würden dann im wesentlichen nur noch die privatwirtschaftlich betriebenen, am Gewinn orientierten Pflegeheime in Betracht kommen.“ (vgl. Schulte und Trenk-Hinterberger 1986¹³)

11 Vgl. Krug, W.; Reh, G: Pflegebedürftige in Heimen. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 4. Bonn 1992

12 Ebd.

13 Vgl. Schulte, B.; Trenk-Hinterberger, P.: Sozialhilfe, 2. Auflage. Heidelberg 1986. In: Krug, W.; Reh, G: Pflegebedürftige in Heimen. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 4. Bonn 1992

Insbesondere in den Bundesländern Bayern, Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein war ein Trend zur vermehrten Vereinbarung von Einheits- bzw. Sonderpflegesätzen feststellbar. Dennoch überwog – bundesweit betrachtet – deutlich mit 73 Prozent der Anteil der Pflegebedürftigen, für die nach Stufenpflegesätzen abgerechnet wurde. Bei einem Vergleich der Personalanzahlzahlen der Länder mussten diese Verhältniszahlen also immer auf dem Hintergrund der jeweils gültigen Pflegesatzvereinbarungen gesehen werden. So hatte beispielsweise Hessen die aktivierende Pflege als Kriterium der schweren Pflegebedürftigkeit explizit in die bestehende Kategorisierung der Pflegebedürftigkeit aufgenommen. Dies bedeutete, dass schon die Notwendigkeit der aktivierenden Pflege die Höherstufung in die Pflegestufe 3 ermöglichte und somit ein erhöhter Personalbedarf geltend gemacht werden konnte.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass trotz der grundsätzlich einheitlichen Vorgaben durch das Bundessozialhilfegesetz ein Ländervergleich der gültigen Vereinbarungen zum Personalbedarf in den Pflegeheimen weder in der Vergangenheit noch in der Gegenwart ein einheitliches Bild zeigt. Dies gilt bezüglich der Methoden und der herangezogenen Variablen, als auch hinsichtlich der Ergebnisse bei der Pflegevergütung. Die Heterogenität entstand insbesondere auch durch die Auslegbarkeit des Begriffs der Pflegebedürftigkeit.

1.4 Veränderungen der sozialrechtlichen Grundlagen mit Einführung der Pflegeversicherung

An Stelle des bis Mitte 1996 geltenden Selbstkostendeckungsprinzips trat mit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG, SGB XI) der gesetzlich vorgeschriebene prospektive Pflegesatz. Schon zuvor regte das Gesetz zur Umsetzung des Spar-, Konsolidierungs- und Wachstumsprogramm (SKWPG) eine grundsätzliche Umstellung von retrospektive auf prospektive Finanzierung der Pflege an. Dem zuvor pauschalierten Abrechnungssystem, das Pflegesätze an Hand eines an der Vergangenheit orientierten Gesamtbudgets ermittelte, steht seitdem ein nach Leistungsbereichen differenziertes und einrichtungsbezogenes, abgestimmtes Vergütungssystem gegenüber. Entsprechende Übergangsregelungen galten bis Ende 1997.

Der im SGB XI verankerte leistungsrechtliche Begriff der Pflegestufe weist allerdings eine erhebliche Differenz zu den Inhalten der vertragsrechtlichen Definition der Pflegeklasse auf. Diesem in der Praxis mit erheblichen Konsequenzen verbundene Unterschied wird jedoch nicht

immer Rechnung getragen. So wird oft ignoriert, dass die Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) nicht mit der Festlegung des individuellen Versorgungsaufwandes (§ 84 SGB XI) zu verwechseln ist. Das bestätigt auch die neuere Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes¹⁴.

Durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) erfolgen die Einstufungen der Leistungsberechtigten in die Pflegestufen 1 bis 3 gemäß §§ 14 und 15 SGB XI. Die Pflegestufen-Merkmale dienen der *leistungsrechtlichen* Beurteilung für die „pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung“, die von den Pflegekassen pauschal übernommen werden, § 43 Abs. 5 S. 1 bis 4 SGB XI. Sie stellen aber nur einen Teilausschnitt aus einem umfassenden Katalog der Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des täglichen Lebens (AEDL) dar (vgl. Kap. 1.1). Auf Grund dieses engen und verrichtungsbezogenen Pflegebegriffs bleiben beispielsweise bei der Begutachtung demenziell erkrankter Menschen die tatsächlichen und erforderlichen Pflege- und Betreuungsleistungen – die nicht im direkten Zusammenhang mit den gesetzlich definierten regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens stehen – unberücksichtigt. Auch die von den Pflegeheimen zu erbringende medizinische Behandlungspflege und die psycho-soziale Betreuung werden somit nicht umfassend erfasst und demnach auch nicht bei der Höhe der Pflegestufe berücksichtigt. Da in der Regel die Bewohner entsprechend ihrer Pflegestufe der vergütungsrechtlichen Pflegeklasse direkt zugeordnet werden, sind Personen mit einem hohen Betreuungsaufwand und/oder Pflegeanteil bezogen auf die erforderlichen Erlöse systembedingt einer zu niedrigen Vergütungsklasse zugeordnet.

So sind die vom MDK erhobenen Pflegestufen, ungeachtet der im Rahmen einer Untersuchung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) festgestellten verfahrenstechnischen Probleme, zur Herstellung des notwendigen Leistungsbezuges in einer vollstationären Einrichtung nicht oder nur bedingt geeignet¹⁵. Ungeachtet dieser systematischen Diskrepanz ist aber zu beobachten, dass die *Pflegestufen* trotz des ihnen zu Grunde liegenden engen Pflegebegriffs zur Bestimmung der in einer Einrichtung zu erbringenden Leistungen herangezogen werden.

Mit Einführung der Pflegeversicherung bezeichnet der Pflegesatz den Entgeltanteil, den die Heimbewohner oder ersatzweise ihre Kostenträ-

14 Vgl. Bundessozialgericht: Vergütungen für stationäre Pflegeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI), Az: B 3 P 19/00 R. Kassel 2000

15 Vgl. Bartholomeyczik, S. et al.: Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung. Fünfter Zwischenbericht des pflegewissenschaftlichen Konsortiums. Frankfurt a/M 1999

ger für die voll- oder teilstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims, für die medizinische Behandlungspflege, soziale Betreuung sowie für Unterkunft und Verpflegung zu entrichten haben. Darunter fallen alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung.

Laut §§ 82 Abs. 1, Nr. 1 und 84 Abs. 2 S.1, SGB XI müssen Pflegesätze *leistungsgerecht* sein und nach dem Versorgungsaufwand der Pflegebedürftigen in drei *Pflegeklassen* eingeteilt werden. Sie sind vor Beginn des Pflegesatzzeitraums – also prospektiv – zu vereinbaren. Jede Einrichtung hat nach § 85 Abs. 3 SGB XI Art, Inhalt, Umfang und auch Kosten derjenigen Leistungen, für die sie eine Vergütung beansprucht, durch Pflegedokumentationen und andere geeignete Nachweise rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen darzulegen.

Das Bundessozialgericht (BSG) weist mit seinem Urteil vom 10. Februar 2000 (Az: B 3 P 12/99 R) auf die Unterscheidung zwischen Pflegestufen und Pflegesätzen, die sich auf die Pflegeklassen gründen, eindeutig hin:

„Komme es bei einer [...] erfolgten Zuordnung in eine der drei Pflegestufen zu einem Mißverhältnis zwischen der pflegeorientierten Leistung der Pflegeklasse und dem erforderlichen Pflegeaufwand eines Heimes, könne eine höhere Einstufung im Rahmen des § 84 Abs. 2 SGB XI bei der Festlegung des Pflegesatzes erfolgen.“

Während früher das sogenannte Selbstkostenblatt die Grundlage für die Pflegesatzverhandlung war, wurde für die neuen Pflegesatzverhandlungen bisher noch kein einheitliches Kalkulationsverfahren entwickelt. Dies führte dazu, dass die Pflegesatzverhandlungen seit Inkrafttreten des SGB XI weitgehend unsystematisch und auch ohne den vorgesehenen Leistungsbezug durchgeführt werden. Dies wird von allen Pflegesatzparteien zunehmend als unbefriedigend empfunden, insbesondere da der Gesetzgeber nicht ausdrücklich definiert, was unter dem Terminus „Leistungsgerechtigkeit“ zu verstehen ist.

Eine Annäherung an den Begriff der Leistungsgerechtigkeit kann jedoch über eine Auslegung der Vorschrift erfolgen: Ein Pflegesatz ist dann leistungsgerecht, wenn zwischen den zu erbringenden Leistungen und dem Pflegesatz ein Bezug besteht. Einem Plus an notwendiger Leistung zum Beispiel müsste also ein Plus an Entgelt gegenüberstehen. Wesentlich für die Ermittlung des Pflegesatzes sollten somit die zu erbringenden bzw. die tatsächlich zu einem Zeitpunkt bzw. für eine

Dauer erbrachten Leistungen sein. Dabei ist insbesondere zwischen deren Inhalt und Umfang zu unterscheiden. Während die Rahmenverträge nach § 75 Abs. 2 SGB XI auf den *Inhalt* der Leistungen eingehen, ist deren *Umfang* in den Versorgungsverträgen zu regeln (§ 72 Abs. 1 SGB XI). Folgerichtig sind *Art, Inhalt, Umfang und Kosten* der Leistungen auch Gegenstand der Pflegesatzverhandlung (§ 85 Abs. 3 S. 2 SGB XI).

Vergütungsrechtlich ist – und in dieser Hinsicht ist die Regelung im SGB XI eindeutig – auf den individuellen Versorgungsaufwand der konkret in der Einrichtung lebenden Bewohner abzustellen. Das Bundessozialgericht legt in seinem o. g. Urteil fest, dass

„die Zuordnung eines Pflegebedürftigen zu einer Pflegestufe, die dessen Anspruch auf Pflegeleistungen bestimmt, für den Anspruch des Pflegeheims auf leistungsgerechte Vergütung nicht ausnahmslos verbindlich“ sei (vgl. Az: B 3 P 19/00 R)

Die gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände auf Bundesebene zur vollstationären Pflege zum Abschluss von Rahmenverträgen auf Landesebene (25. November 1996, gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI) betonen in § 23, dass bei der vollstationären Pflege und seiner Personal-Dienstplanung die Zeiten für die Versorgung der Pflegebedürftigen im *Einzelfall* zu berücksichtigen sind. Darüber hinaus hat der MDK und das Pflegeheim einen individuellen Pflegeplan zu erstellen, der in die Kalkulation der Pflegesätze einzubeziehen ist.

Wie bereits ausgeführt, muss die *Vergütung* der Pflegeleistungen leistungsgerecht sein. Zudem müssen bei der Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegeklassen die Pflegestufen zugrunde gelegt werden. Da diese Zuordnung aber gemäß § 84 Abs. 2 S. 3 SGB XI nach gemeinsamer Beurteilung durch MDK und Pflegedienstleitung von den Pflegestufen abweichend festgelegt werden kann, können sich – dem individuellen Versorgungsaufwand der Bewohner entsprechend – unterschiedliche Pflegesätze von Heim zu Heim, unter Umständen auch innerhalb derselben Pflegestufe, ergeben.

Die Vertragsparteien sind jedoch nicht völlig ungebunden in ihrer Pflegesatzgestaltung. Die zu vereinbarende Vergütung muss dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 29 SGB XI entsprechen. Hiernach müssen die Leistungen sowohl wirksam als auch wirtschaftlich sein, und sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Der ausgehandelte Pflegesatz muss es dem Pflegeheim allerdings auch ermöglichen, bei wirtschaftlicher Betriebsführung seinen Versorgungsauftrag

zu erfüllen (§ 84 Abs. 2 S. 4 SGB XI). Gleichmaßen muss die Versorgung der Versicherten entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erfolgen. Inhalt und Organisation der Leistungen müssen eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde gewährleisten. Hierauf haben Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige hinzuwirken (§ 4 Abs. 3 SGB XI). Dabei führen die mangelhaften Definitionen bei den Begriffen „Wirtschaftlichkeit“, „menschenswürdige Pflege“ und „Stand der Künste“ nahezu zwangsläufig zu Reibungen.

Kommt eine Vereinbarung der Vertragsparteien nicht zu Stande, kann durch Spruch der Schiedsstelle oder des Sozialgerichtes eine Entscheidung zu den Vertragsinhalten getroffen werden. Dies bedeutet jedoch keine Fortschreibung des Selbstkostendeckungsprinzips. Pflegesatzrelevant sind nämlich nicht die Gesamtkosten einer Einrichtung, sondern lediglich die Leistungen selbst. Diese und die für ihre Erstellung aufzuwendenden Gestehungskosten können zur Kalkulation der prospektiven Pflegesätze herangezogen werden. Ein weiterer Hinweis für die Ausrichtung auf eine leistungsorientierte Vergütungsvereinbarung ist auch, dass der Gesetzgeber – zwecks Anregung eines besseren Leistungs- und Preiswettbewerbs – auch Verhandlungen mit dem einzelnen Pflegeheim vorgesehen hat.

1.5 Vergleich der Vereinbarungen zum Personalbedarf auf Länderebene

Die Orientierungswerte und Berechnungsformeln der Länder zum Personalbedarf nach Einführung der Pflegeversicherung sind in der Regel über diverse Übergangsregelungen entstanden. Es handelt sich dabei überwiegend um mehr oder weniger grobe Fortschreibungen von länderspezifischen Personalanhaltszahlen, die vor Einführung der Pflegeversicherung gültig waren. Die Betrachtung der in Deutschland eingesetzten Berechnungsarten bzw. der Vereinbarungen zum Pflegezeit- und Personalbedarf legt – u. a. bezogen auf Personalanhaltszahlen, Äquivalenzziffern, Pflegeminuten und Pflegesätze je Pflegeklasse – bereits offen, dass im Bereich der vollstationären Pflege derzeit kein einheitliches und auch kein klientenorientiertes Verfahren zur Bemessung des Personalbedarfs zum Einsatz gekommen ist. Zu breit streuen nämlich die untersuchten Parameter im Ländervergleich.

Welche Vereinbarungen bzw. Abschlüsse bestehen mit Blick auf die Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung auf der Ebene der Länder? Diese Frage wurde in der vergleichenden Untersuchung zum Stand der

Personalbedarfsermittlung in Deutschland zu Beginn der ersten Projektphase genauer betrachtet. Es wurden in der Auseinandersetzung mit den erhobenen Kennzahlen erheblich voneinander abweichende Interpretationen und Ergebnisse¹⁶ in den Ländern ersichtlich:

- Die Vereinbarungen auf Landesebene hinsichtlich Pflegesätzen differieren in Bezug auf die Endresultate, sprich: die zu entrichtenden Entgelte¹⁷. Aber auch bezogen auf die Ausgangsbasis der Ermittlung der Pflegesätze war eine erhebliche Variationsbreite festzustellen. Bei den gemeinsamen und einheitlichen Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI streuten die Orientierungswerte beträchtlich. Zudem wurde häufig der Personalbedarf zur Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung der Versicherten nicht nach § 75 SGB XI festgelegt. Der Personalbedarf wurde häufig umgekehrt als Restgröße von der Vergütung abgeleitet.
- In einigen Bundesländern wurde der Personalbedarf mit Hilfe von Äquivalenzziffern in den Vergütungsvereinbarungen indirekt bestimmt. Über diese Faktoren, welche die drei Pflegeklassen nach einem bestimmten Zahlenverhältnis gewichten und voneinander abgrenzen – lassen sich kalkulatorisch Vergütungen je Pflegeklasse ermitteln, woraus jedoch kein Personalschlüssel abgeleitet werden kann. Diese „Notkonstruktion“ ist allerdings wiederum zu unterscheiden von dem im SGB XI angelegten Weg, der umgekehrt vom erforderlichen Pflegebedarf ausgeht und erst daran anknüpfend zum Personalbedarf und zu einer Vergütung führt.
- Die heute in den Bundesländern gültigen Vereinbarungen stammen vielfach von den Übergangspflegesätzen ab. Daraus leitet sich ein weiteres wichtiges Kriterium für die Beurteilung der getroffenen Vereinbarungen der Länder zum Personalbedarf ab. Die „alten“ Personalschlüssel aus den Vereinbarungen vor Einführung der Pflegeversicherung wurden nämlich – in der Regel unter Verwendung verschiedener Umrechnungsfaktoren – zwecks Sicherung des Heimbudgets lediglich in die neuen Formen des SGB XI gegossen.

Wenn die Vereinbarungen auf Landesebene *Personalanhaltszahlen* definieren und darüber hinaus *Äquivalenzziffern* (ÄZ) zur Ermittlung der Vergütung beinhalten, sollte zwischen beiden Größen ein erkennbarer logischer Zusammenhang bestehen. Ausschließlich in Hamburg besteht diese erkennbare direkte Verknüpfung von Personalanhaltszahlen, – bei ausschließlicher Betrachtung der Pflegemitarbeiter – über

16 Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Pflegezeitbedarf, Personalbemessung und Fachkraftanteil in vollstationären Einrichtungen. KDA Thema-Heft 154, S. 31 ff., Köln 2000. Ein Teil dieser Publikation ist auch unter <http://www.kda.de> abrufbar.

17 Vgl. Anlage 6.8: AOK-Bundesverband (Hrsg.): Durchschnittliche Pflegesätze: In G+G Blickpunkt. Bonn, Juli 1999

Kostenanteile zu Äquivalenzziffern zugelingen (vgl. Tab. 1). In den anderen untersuchten Bundesländern zeigten sich jedoch bei den Umrechnungsfaktoren der Kostenverrechnung auf die Pflegeklassen (über die Äquivalenzziffern) erhebliche Differenzen.

Tabelle 1: Ausgewählte Personalanhaltszahlen und Umrechnungsfaktoren

Bundesland	Pflegeklassen	Personalanhaltszahlen ¹⁸	Anteil nach Kosten ¹⁹ in %	Äquivalenzziffern ²⁰
Hamburg	0	13,40	33	0,33
	1	4,30	100	1,00
	2	2,53	170	1,70
	3	1,79	240	2,40
Niedersachsen	0	12,16	30	0,60
	1	3,65	100	1,00
	2	2,43	150	1,30
	3	1,82	201	1,80
Rheinland-Pfalz	0	8,50	49	0,70
	1	4,20	100	1,00
	2	2,80	150	1,30
	3	1,80	233	1,80
Schleswig-Holstein	0	9,00	45	0,70
	1	4,05	100	1,00
	2	3,05	133	1,30
	3	2,28	178	1,81

Bei dem direkten Vergleich der Personalanhaltszahlen mit den vereinbarten Äquivalenzziffern zeigte sich im Unterschied zu Hamburg in Niedersachsen z. B. lediglich eine gewisse Annäherung der Äquivalenzziffer sowohl bei Klasse 2 als auch bei Klasse 3. 150 Prozent müssten rechnerisch eine ÄZ = 1,50 ergeben, führen jedoch lediglich zu ÄZ = 1,30. Und im Bereich der Pflegeklasse 3 wird darauf verzichtet, die eigentlich kalkulatorisch notwendigen 201 Prozent über den Multiplikator auch auf die jeweilige Klasse zu verteilen (s. ÄZ 1,80 statt rechnerisch 201). Demgegenüber wird in Niedersachsen die Klasse 0 mit 60 Prozent statt der eigentlich kalkulatorisch ermittelten 30 Prozent überbewertet. So werden Kosten von der Klasse 3 auf die Klasse 0 verteilt, vorausgesetzt, die Anhaltszahlen werden tatsächlich in der Praxis so erfüllt.

18 Verhältnis eines Pflegenden zur Anzahl der BewohnerInnen (z. B. 1:13,40)

19 Pflegeklasse 1 wird mit 100 Prozent gesetzt, die anderen Klassen im Verhältnis dazu rechnerisch ermittelt

20 Pflegeklasse 1 wird der Bezugszahl 1,00 zugeordnet, die anderen Klassen erscheinen als Verhältnis davon.

Im direkten Vergleich der Personalanhaltszahlen in den Bundesländern wird deutlich, dass die vereinbarten Anhaltszahlen, sofern solche zu Hilfe genommen wurden, von Bundesland zu Bundesland erheblich voneinander abweichen können.

Tabelle 2: Variationsbreite der Personalanhaltszahlen je Pflegeeinstufung in verschiedenen Bundesländern

Pflegestufe	Personalanhaltszahlen
1	1:8,30 bis 13,04
2	1:3,65 bis 6,00
3	1:2,43 bis 4,00

In Pflegestufe 1 kann, je nach Bundesland, ein Mitarbeiter für 8,3 bis hin zu 13,04 Bewohnern zuständig sein. Obwohl der Pflegebedarf auf Grund der einheitlichen Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK²¹ keine großen Unterschiede in den Ländern aufweisen sollte, zeigt sich an dieser Stelle, dass sich dies nicht bei der Personalbemessung niederschlägt.

Tabelle 3: Variationsbreite der vereinbarten Zeitwerte für Pflegeeinstufungen in verschiedenen Bundesländern

Pflegestufe	Streubreite der Zeitwerte in Minuten
0	22,5 bis 33,15
1	60,0 bis 67,15
2	82,0 bis 101,92
3	128,0 bis 161,25

Werden *Zeitwerte* für die Pflege zu Grunde gelegt, finden sich ähnliche Unterschiede. Bei der Pflegestufe 3 z. B. werden, je nach Bundesland, für die Pflege täglich von 128 bis hin zu 161,25 Minuten veranschlagt. Abweichungen von mehr als 30 Minuten sind also feststellbar. Dabei sind diese Zeitwerte allerdings zu relativieren, da sie extrem abhängig sind von der Art und Weise, wie die Minutenwerte in Personal umgerechnet werden. Hierbei spielt u. a. die Höhe der eingesetzten Personalkosten eine große Rolle, ebenso die Veranschlagung und Verteilung der Arbeitszeit und wie die Pflege organisiert ist.

21 Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen: Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. 1. Auflage. Essen 1997. Und: Ergänzung zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen 2000

Wie die nachstehende Tabelle 4 zeigt, ergibt der Vergleich der Äquivalenzziffern, sofern sie ausgewiesen sind, ebenfalls ein sehr heterogenes Bild: Für die Pflegeklasse 3 z. B. streuen sie zwischen 1,80 bis 2,40. Es ist also in der Regel kein durchgängiger Zusammenhang zwischen den vereinbarten Personalschlüsseln und den Äquivalenzziffern nachweisbar.

Tabelle 4: Variationsbreite der Äquivalenzziffern je Pflegeeinstufung im Vergleich ausgewählter Bundesländer

Pflegeklasse	Streubreite der Äquivalenzziffern
0	0,30 bis 0,70
1	1,00
2	1,30 bis 1,70
3	1,80 bis 2,40

Die Kostenzuordnungen, das sind die Kosten je Pflegeklasse, erfüllen in den Ländern das Kriterium der Leistungsgerechtigkeit nur marginal. Die Höhe der Kosten je Pflegeklasse wird in der Praxis eher bestimmt durch die Pflegebedürftigkeits- bzw. Belegungsstruktur der Bewohnerschaft (nach Pflegestufen), durch die Auslastungsquote einer Einrichtung oder auch schlichtweg durch marktwirtschaftliche Erwägungen. In den Expertengesprächen bei den Leistungserbringern wurde auf die beobachtbare Praxis verwiesen, dass Einrichtungen die bestehenden Orientierungsmargen zum Personalbedarf nicht in Anspruch nehmen, wenn damit eine eklatante Pflegesatzsteigerung verbunden wäre, die für den regionalen Pflegemarkt jedoch als unrealistisch oder als nicht durchsetzbar gilt.

Diese Erhebungen legen die Schlussfolgerung nahe, dass es keinesfalls Sinn macht, über einen Preis bzw. über eine Vergütung zu verhandeln, ohne zuvor Art und Umfang der Pflegeleistungen zu definieren. Mehr Geld bedeutet zwar nicht automatisch mehr Qualität, dennoch deuten die erhobenen Ergebnisse zur Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in den Ländern auf erhebliche strukturelle Unterschiede und mögliche Fehlentwicklungen bei der Umsetzung des SGB XI auf Länder-ebene hin.

1.6 Ansätze verschiedener bereits in Deutschland praktizierter Verfahren zur Ermittlung des Pflegezeit- bzw. Personalbedarfs

In der ersten Projektphase zur PPvP wurden die bislang in Deutschland durchgeführten Methoden zur Ermittlung von Pflegezeit, von Personalbedarf im weiteren Sinne und von Fachkraftanteil im engeren Sinn untersucht. Als Ansätze mit einer gewissen Vorreiterrolle haben sich dabei die Studie der Sozial-Holding Mönchengladbach, das Personalbemessungssystem PERSYS der Evangelischen Heimstiftung Stuttgart sowie das Verfahren BASIS des Wohlfahrtswerkes Baden-Württemberg heraus kristallisiert. Auch das US-amerikanische Verfahren RAI/RUG könnte über von ihm gebildete Bedarfsgruppen, denen die Pflegeheimbewohner auf Grund bestimmter Merkmale oder Merkmalskombinationen zugeordnet werden, eine einfach vorzunehmende, allerdings auch eine relativ grobe Kosten- und Personalkalkulation erstellen.

An der **Studie der Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach**²² fällt auf, dass sie ihr Interesse nicht nur auf die Pflegezeiten richtet. Sie beschäftigt sich vielmehr auch mit den Fragen von Pflegequalität und -qualitätsprofilen sowie mit der Frage nach Fachkraftanteilen in der Pflege. Zudem ist bemerkenswert, dass diese Studie vor Einführung der Pflegeversicherung durchgeführt wurde. Es wurde versucht, die Auswirkungen der Pflegeversicherung zu antizipieren. Dem entsprechend standen die neu eingeführte Pflegestufeneinteilung nach SGB XI und der Abgleich mit den seinerzeit gültigen BSHG-Anhaltszahlen im Vordergrund.

Es wurden erwartungsgemäß erhebliche Differenzen zwischen Alt- und Neueinstufung festgestellt. Hauptziel der Sozial-Holding war, Transparenz im gesamten Leistungsgeschehen zu schaffen. In diesen Zielzusammenhang stellt sich auch die intensive Beschäftigung mit den Personalkosten, mit den Kosten pro Pflegestunde und mit den nach Qualifikationen unterschiedenen Einsatzzeiten.

Die Mönchengladbacher Studie ist also als sehr umfassende Untersuchung angelegt, die auch betriebswirtschaftliche Aspekte mit einbezieht. Die Art der Datenerhebung und der eingesetzten Instrumente konnte allerdings nicht zu repräsentativen Ergebnissen führen. Darüber hinaus war von Nachteil, dass die Einstufung nach SGB XI über die Untersucher vorgenommen werden musste. Zum Zeitpunkt der Untersu-

22 Vgl. Birkenbeil, B.; Kerkhoff, E.: Qualitätssicherung und leistungsbezogene Personalbedarfsplanung in der stationären Altenhilfe. KDA (Hrsg.) Thema-Heft 143. Köln 1999

chung konnte nämlich noch nicht auf Einstufungen durch den MDK zurückgegriffen werden.

Ein Schwerpunkt war, wie bereits erwähnt, die Erfassung der Personalausstattung und die Qualifikation der Mitarbeiter: Modellrechnungen sollten ermitteln, ob überhaupt die ermittelten Leistungen mit den zur Verfügung stehenden Mitarbeitern zu erbringen sind. Zudem sollte beschrieben werden, wie viele Mitarbeiter für die ermittelte Leistungserbringung erforderlich sind. Unter den o. g. Bedingungen konnte, bezogen auf SGB XI, ein ziemlich genaues Bild eines bewohnerbezogenen Versorgungsbedarfs erstellt werden.

Für die Fragestellungen des Projektes PPvP sind die Ergebnisse dieser Mönchengladbacher Untersuchung dennoch nur beschränkt nutzbar, da sie vor Einführung der Pflegeversicherung durchgeführt wurden. Auch mit Blick auf die Erfassung des Personalbedarfs muss an den eingeschränkten Ansatz der in Mönchengladbach eingesetzten Instrumente erinnert werden, der sich allein auf die enge Definition der Pflegebedürftigkeit im SGB XI bezieht. Bedeutsam bleibt die Studie dennoch, weil durch sie zu einem frühen Zeitpunkt bereits Aussagen zur Verschränkung der Pflegestufen, zum Qualitätsprofil der Mitarbeiterstruktur und zum Anteil der Behandlungspflege in den Pflegeheimen möglich wurden.

Die zweite hier zu diskutierende Studie wurde nach Einführung der Pflegeversicherung entwickelt und durchgeführt. Das **Personalbemessungssystem PERSYS** von der Evangelischen Heimstiftung in Stuttgart²³ ist sehr umfassend dokumentiert. Es wurde in Ermangelung von entsprechenden Maßstäben für die personelle Ausstattung entwickelt. Dieses Instrument erfuhr eine sorgsame Weiterentwicklung auch unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten. So können die Ergebnisse der Personalbemessung über den so genannten Betriebsabrechnungsbogen der Ermittlung von Vergütungsklassen nach SGB XI dienen. Die umfassende Ausgestaltung von PERSYS eignet sich so im besonderen Maße als Grundlage für Pflegesatzverhandlungen.

PERSYS ist methodisch gut begründet, und – dies ist im Zusammenhang mit der Bestimmung des Pflegebedarfs von besonderem Gewicht – auf der Grundlage von Soll-Vorgaben gemacht. PERSYS geht also von einer *erforderlichen* Pflegezeit – im Gegensatz zur tatsächlich *geleisteten* – aus. Auf der Grundlage eines Pflegemaßnahmenplanes, er-

23 Vgl. Endt, H. J vom.; Fasse, M., Kirchof, R.-R.; Walter, M.: PERSYS. Leistungsgerechte Pflegesätze und Maßstäbe zur Personalbemessung für die stationäre Pflege. Stuttgart 2000

gänzt durch Pauschalen für indirekte Pflegeleistungen und zusätzliche Dienstleistungen, wird die erforderliche Pflegezeit je Bewohner ermittelt. Dazu wird ein Leistungskatalog mit Einzelleistungen herangezogen, deren Zeitwerte mittels REFA-Zeitmessung bestimmt wurden. Dem System PERSYS dient als Grundlage ein Pflegemaßnahmenplan (nach Krohwinkel), der auf Soll-Zeiten basiert. Die hinterlegten Zeitwerte bleiben aber stets noch durch Gewichtungen beeinflussbar.

Über PERSYS kann die Erfassung direkt an einem EDV-Arbeitsplatz vorgenommen werden. PERSYS ist allerdings nicht in eine umfassende Pflegedokumentation eingebettet. Es lässt somit keine Vergleiche zwischen den geplanten und den tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen zu. PERSYS ist auf einen Stichtag bezogen und erfasst nicht die Pflege-tätigkeiten über einen längeren Zeitraum, etwa für die Dauer von einer Woche inklusive aller Phasen rund um die Uhr. PERSYS stellt die erfassten Pflegetätigkeiten auch nicht in einen Zusammenhang mit einem Pflegeplan, der auch die biophysischen und sozialen Profile mit einbezieht. Die Prüfung der Relevanz der Pflegeleistungen bleibt also bei PERSYS den Pflegemitarbeiter selbst überlassen. Mit PERSYS war der Träger allerdings früh in der Lage, Personalschlüssel auf der Basis von erforderlicher Pflege abzuleiten. So konnte beispielsweise ein Schlüssel von 1:3,0 für die Pflegeklasse 1, von 1:2,0 für die Pflegeklasse 2 und von 1:1,5 für die Pflegeklasse 3 ermittelt werden. Diesen Ergebnissen ist unter qualitativen Gesichtspunkten eine Realitätsnähe nicht abzusprechen. Es gab auch Versuche, PERSYS für Pflegesatzverhandlungen zu nutzen. Von Seiten der Leistungsträger wurde es zwar zur Kenntnis genommen, aber nicht als gemeinsame Verhandlungsgrundlage akzeptiert.

Das dritte hier eingehender diskutierte Verfahren, das in Deutschland Anwendung fand, ist das „**Bewohnerorientierte Assessment und die Indikatorenanalyse für stationäre Altenhilfeeinrichtungen**“ (BASIS) des Wohlfahrtswerkes für Baden-Württemberg²⁴. Auch bei dieser Untersuchung ging es darum, eine Lücke bei der Umsetzung der Pflegeversicherung zu schließen. Mit Hilfe der BASIS-Studie sollten neue, fundierte Grundlagen für die Leistungserstellung und -kalkulation gefunden werden. Im Vordergrund stand also nicht allein, wie die Vergütungen künftig leistungsgerechter ermittelt werden können. Auch der Frage, wie der Pflegebedarf mit Hilfe geriatrischer Assessment-Instrumente genauer bestimmt werden kann, sollte nachgegangen werden. Die Hauptfragestellung war: Können Bedarfsgruppen – im Sinne von Be-

24 Vgl. Hastedt, I.; Steiner, B.; Heinich, I.: Die BASIS-Studie 1997. Bewohner Assessment und Indikatorenanalyse in der stationären Altenhilfe. Stuttgart 2000

wohner-Gruppen mit gleichem Pflegeressourcen-Bedarf – gebildet werden, denen dann Leistungen zugeordnet werden können? Dieser Ansatz unterscheidet BASIS deutlich vom System PERSYS – und letztlich auch vom Verfahren PLAISIR (s. u.). Es wurde nicht versucht, über Pflegezeitwerte Zuordnungen zu zeitorientierten Klassen zu finden. Die Idee war vielmehr, Bedarfsgruppen zu definieren, denen dann „Leistungspakete“ zuzuordnen sind. Diesen wiederum können in einem weiteren Schritt Kosten – sprich Vergütungen – zugeordnet werden. Auf dem Hintergrund einer solchen Systematik wäre es durchaus denkbar, typische Bedarfsgruppen auf der Grundlage validierter Messverfahren zu bilden.

Von Vorteil ist, dass bei der BASIS-Studie unterschiedliche Messinstrumente aus der Geriatrie kombiniert werden und somit eine Handhabung kurzfristig möglich schien. Insgesamt jedoch erschien der Einsatz gerade dieser Instrumente und deren Zusammenwirken pflegewissenschaftlich noch nicht ausreichend begründet: So sind der Barthel-Index, die Esslinger Transferskala, der Mini-Mental-State sicher geeignete Verfahren, in Teilbereichen aussagefähige Ergebnisse zu produzieren. Auch ermöglichen sie in Bezug auf die Beurteilung des Hilfebedarfs der Bewohner eine gute Vergleichbarkeit. Das Gesamtsystem jedoch blieb bislang ungeprüft.

Der gewählte Ansatz von BASIS weist eine hohe Ähnlichkeit mit dem US-amerikanischen Verfahren **Resident Assessment Instrument/ Ressource Utilization Group**²⁵ (RAI/RUG) auf. Die Bildung von Bedarfsgruppen wirkt für deutsche Verhältnisse höchst innovativ. Im Rahmen der Beirats- und der Expertensitzungen wurde intensiv über die Bildung von Hilfebedarfsgruppen und damit gekoppelte Leistungsbedarfsprofile diskutiert. Im Gegensatz zum BASIS-Ansatz wird derzeit in Deutschland (s. o.) zuerst eine Pflegestufenzuordnung vorgenommen, die verschiedene Bereiche einer angemessenen und erforderlichen Pflege systembedingt – nur der Zugang zu Versicherungsleistungen wird geprüft – nicht berücksichtigt. Dann erfolgt separat die Bildung von Pflegeklassen, die ggf. einen deutlich größeren Leistungsumfang zu berücksichtigen hat. Ein umgekehrtes Vorgehen – vom Umfang der Leistungen ausgehend – machte aus fachlicher Sicht mehr Sinn: Nachdem geklärt ist, welche Leistungen ein Bewohner benötigt, könnte eine bessere Zuordnung zu einer Pflegeklasse vorgenommen werden. So

25 Vgl.: Mich, U.; Rensselaer: Multistate nursing home Case-Mix and Quality Demonstration. Description of the Resource Utilization Group, Version III (RUG III) System. In: The circle, version 10/23/91. Übersetzt im Auftrag des KDA: Staatenübergreifende Mischfallstudie und Qualitätsnachweis in Pflegeheimen. Beschreibung der Ressourcenaufwendungsgruppe, Version III (RUG III) System. Köln 2000

könnte eine verursachungsgerechte Zuordnung der Bewohner zu Vergütungsklassen vorgenommen werden. Dies kann mittels definierter Bedarfsgruppen (wie bei BASIS) oder aber über Zeitkorridore (wie bei PLAISIR) gleichermaßen geschehen. Allerdings liegt in der Bildung dieser Bedarfsgruppen das eigentliche Problem des Einsatzes von RAI/RUG III als Personalbemessungssystem. Ist das Verfahren RAI sicherlich eines der differenziertesten und gehaltvollsten Instrumente für ein pflegerisches Assessment und für die Qualitätsförderung und -sicherung sehr gut geeignet, so sind die Bedarfsgruppen, die so genannten RUGs, nur auf dieses System „aufgesetzt“ und bei genauer Betrachtung sehr grob und für Altenpflegeeinrichtungen nur bedingt geeignet.

Auf der Grundlage der mit dem RAI sorgfältig erhobenen Daten werden Kategorien gebildet (RUGs), denen die Bewohner auf Grund bestimmter Merkmale oder Merkmalskombinationen zugeordnet werden.

Nach der Zuordnung des Bewohners zu einer Bedarfsgruppe wird der im Rahmen einer empirischen Untersuchung ermittelte Zeitaufwand für diese Bedarfsgruppe diesem Bewohner zugemessen. Dieser Zeitaufwand wird wiederum mit einem empirisch ermittelten Multiplikator verrechnet und ergibt dann den erforderlichen Personalbedarf für die Bedarfsgruppe oder insgesamt für eine Einrichtung. Nach Angaben der Vertreter²⁶ des RAI in Deutschland und in der Schweiz kann bei zwei von drei BewohnerInnen der Pflegebedarf über die Merkmale aus dem RAI ziemlich genau bestimmt werden. Das bedeutet, dass mit Hilfe der bislang eingesetzten Merkmalskombinationen der Pflegezeitbedarf relativ einfach geschätzt werden kann. Da allerdings ein Verfahren zur Ermittlung der erforderlichen Pflege auf der Grundlage einer *individuellen* Feststellung des Pflegebedarfes gesucht wurde (vgl. Kap. 1.2), schied ein Verfahren, welches Kategorien über eine *Gruppe* von Bewohnern bildet, aus. Wenn in Deutschland ein Verfahren dieser Art eingeführt werden sollte, böte es sich eher an, die bisherigen Pflegestufen mit den Pflegeklassen besser abzustimmen, und so zu vier, fünf oder auch mehr Bedarfsgruppen zu gelangen. Darüber hinaus bietet das RAI/RUG III-Verfahren auch die Gefahr, dass durch unrichtige oder unqualifizierte Angaben diejenigen Bedarfsgruppen favorisiert werden, die mit einem hohen Vergütungsindex versehen sind. Dies erscheint dort grundsätzlich möglich, da keine konkrete Erfassung oder Überprüfung der erforderlichen Leistung in der Einrichtung vorgenommen wird. Den Bedarfsgruppen werden nämlich ohne weitere Prüfungen lediglich sta-

26 Garms-Homolova, V.; Gilgen, R.: RAI 2.0 – Resident Assessment Instrument (RAI). Bern, Hans-Huber-Verlag, 2000, 2. überarbeitete Auflage

tistisch ermittelte Leistungen einer Vergleichsgruppe zugeordnet, unabhängig davon ob diese in der betreffenden Einrichtung auch tatsächlich erbracht werden und ob diese im Einzelfall auch tatsächlich erforderlich oder gewünscht sind.

Unter der Voraussetzung, dass das RAI in allen Einrichtungen qualifiziert eingesetzt wird, könnte über die RUGs eine zwar relativ grobe, aber einfach vorzunehmende Kosten- und Personalkalkulation vorgenommen werden. Allerdings müssten die Bedarfsgruppen auf die spezifischen Bedürfnisse der Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen besser zugeschnitten, geprüft und empirisch abgesichert werden. Die bisher verwendeten 44 Bedarfsgruppen sind durch ihre klinische Ausrichtung für einen sinnvollen Einsatz in den deutschen Pflegeheimen nicht geeignet. Auch ist die Streubreite bei den individuellen Pflegezeitbedarfen der Bewohner, die der gleichen Bedarfsgruppe zugeordnet sind, noch sehr hoch.²⁷

1.7 Kennzeichen und Anforderungen an eine systematische Erfassung des erforderlichen Pflegezeit- und Personalbedarfs

Aus der Fachliteratur ist ersichtlich, dass sich die Frage nach der erforderlichen Pflegezeit nur sehr schwer und auch nicht endgültig beantworten lässt. Zum Einen verändert sich erfahrungsgemäß das Ausmaß des Pflegebedarfs bei den älteren Menschen im Verlaufe ihres Älterwerdens. Dann wandeln sich aber auch im Laufe der Zeit die Zielvorstellungen in der Gesellschaft, ebenso die Wünsche der Betroffenen, die Erkenntnisse der Gerontologie, der Organisationswissenschaft, die Qualifikation der Pflegenden, die gesetzlichen, räumlichen, finanziellen Rahmenbedingungen und vieles andere mehr. In dieser Situation ist es schon ein vielversprechender Schritt, wenn es gelingt, die bekannten unterschiedlichen Arten von Pflege und Pflegezeit besser voneinander abzugrenzen und dafür auch klare Begriffe bereitzustellen. Dies ist hilfreich, um das komplexe „Phänomen Pflege“ gedanklich besser zu durchdringen, was daraufhin auch entsprechende Schlussfolgerungen erlaubt. Es lassen sich folgende Arten von Pflege differenzieren:

- Gewünschte Pflegeleistungen
- Finanzierbare Pflegezeit
- Versicherbare/versicherte Pflege
- Tatsächlich finanzierte Pflegezeit

²⁷ Vgl. Anlage 7.8: RUGs – Ausgewählte Graphiken: 1) RUGs classification and PLAISIR netto care minutes (NCM), Deutschland 2000 (AWO – 1.319 patients). 2) RUGs distribution and Pflegestufe classification, Deutschland 2000 (AWO – 1.319 patients). 3) RUGs distribution: Deutschland 2000 (AWO – 1.319 patients) EROS, Québec 2000.

- Ausgehandelte Pflege
- Tatsächlich erbrachte Pflegezeiten
- Erforderliche Pflege

Ein Verfahren zur Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung hätte sicher die besten Aussichten auf Erfolg und allgemeine Akzeptanz, wenn es aus der Pflegewissenschaft begründet und gemeinsam mit anderen Bereichen der Sozialwissenschaft entwickelt und abgestimmt werden könnte. Derzeit ist die Bestimmung der erforderlichen Personalmenge allerdings weitgehend noch eine Domäne der Betriebswirtschaftler und „Pflegesatzverhandler“ bei den Leistungsträgern und -erbringern. Ein Grund hierfür ist sicherlich, dass die Pflegewissenschaft nicht nur in Deutschland unter der fehlenden gemeinsamen Nomenklatur in der Pflege und auch unter dem Fehlen einer allgemein anerkannten Definition von angemessener oder auch erforderlicher Pflege leidet. So ist in Deutschland die Pflegewissenschaft gerade erst dabei, „fruchtbare Begriffe“ für die Praxis zu entwickeln. Allerdings werden heute schon praktikable und begründete Verfahren dringend benötigt. Eine der drängendsten Forderungen im Zusammenhang mit den Bemühungen um Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in der Pflege lautet deshalb: Es muss nachvollziehbar und deutlich beschrieben werden, was gute und was schlechte Pflege ist, wann Gewalt in der Pflege beginnt und welche Rahmenbedingungen – auch personeller Art – diese Missstände begünstigen bzw. verhindern helfen. Umgekehrt kann aber auch die fachliche Auseinandersetzung mit einem Verfahren zur Personalbemessung der Pflegewissenschaft Impulse geben, eine gemeinsame Sprache über Pflege, Pflegezeit und Pflegequalität zu suchen bzw. zu schaffen.

Bei einer kritischen Betrachtung der Ziele der Hauptformen einer Pflegepersonalbemessung (s. o.) werden die den Systemen inne wohnenden Vor- und Nachteile deutlich. Die bekannten Verfahren können wie folgt typisiert werden. Sie sind jeweils auf unterschiedliche Zwecke ausgerichtet:

- **Personalbedarf für die Pflege als Restgröße**

Betriebswirtschaftliche Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs auf Grundlage eines Restbudgets, mit oder ohne Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit der Bewohner. Pflegezeit als Restgröße ist abhängig von den für die Finanzierung des Pflegepersonals in Aussicht stehenden Geldmitteln. Von diesen Mitteln werden allerdings zuvor diverse betriebswirtschaftliche Kosten, die jedoch nur mittelbar mit Pflege zu tun haben, abgezogen.

- **Personalanhaltszahlen nach Einrichtungstyp/Bedarfsgruppe**
Feststellung des Pflegepersonalbedarfs wird auf Basis des Pflegebedarfs einer Pflegewohngruppe, nicht jedoch auf der Grundlage des individuellen Pflegebedarfs vorgenommen.
- **Personalschlüssel und Richtwerte/Kategoriensysteme**
Feststellung des Pflegepersonalbedarfs erfolgt mit Hilfe von Personalanhaltszahlen auf der Basis einer Klassifizierung der Menschen mit Pflegebedarf.
- **Verfahren zur Bestimmung der individuell erforderlichen Pflegezeit**
Ermittlung des Personalbedarfs wird geleistet für jeden Bewohner durch Pflegezeitbemessungsverfahren, die auf individuellen Pflegeplänen beruhen.

Die beiden zuerst genannten Verfahren, Pflegepersonal als Restgröße und die weitgehend pauschale Finanzierung einer Gruppe von Bewohnern, basieren nicht auf der erforderlichen Pflege eines Bewohners, sondern dienen im Wesentlichen dazu, als vorgegeben anzusehende Kosten mehr oder weniger differenziert auf Kostenträger zu verteilen. Bei diesen Verfahren spielt die tatsächliche Zuordnung des Personals zu den Bewohnern keine oder nur eine sehr untergeordnete Rolle.

Bei der dritten Variante handelt es sich um das in Deutschland schon vor Einführung der Pflegeversicherung angewandte und gebräuchliche Kategorisierungssystem. Damals wurden allerdings auch Umfang und Inhalt der Pflegebedürftigkeit bei der Beschreibung der zu finanzierenden Kategorie für den Pflegesatz zu Grunde gelegt. Es gab also einen direkten Zusammenhang zwischen den Pflegebedürftigkeitsstufen und den Personalschlüsseln, die diesen zugeordnet waren. Diese bildeten im Wesentlichen auch die Grundlage für die Äquivalenzziffern, mit denen ein mehr oder weniger hoher Personalkostenanteil dem Grad der Pflegebedürftigkeit zugeordnet wurde. Dieser Zusammenhang besteht, wie schon an anderer Stelle ausführlich dargestellt, nicht mehr.

Es wäre aus pflegefachlicher Sicht ein bedeutender Fortschritt, wenn ein neu einzuführendes System den Hilfe- und Betreuungsbedarf des einzelnen Bewohners bei der Ermittlung des Personals und letztendlich auch der damit verbundenen Kosten berücksichtigen würde. Im Rahmen des Projektes sollte deshalb geprüft werden, ob es Verfahren gibt, mit denen die erforderliche Pflegezeit für den einzelnen Bewohner zuverlässig zu bestimmen ist.

Nun ist es allerdings bereits aus der Fachliteratur ersichtlich, dass sich die Frage „Wie viel Pflegezeit brauchen wir eigentlich?“ nur sehr

schwer und auch nicht endgültig beantworten lässt. Zum Einen verändert sich erfahrungsgemäß das Ausmaß des Pflegebedarfs bei den älteren Menschen im Verlaufe ihres Älterwerdens. Dann wandeln sich aber auch im Laufe der Zeit die Zielvorstellungen in der Gesellschaft, ebenso die Wünsche der Betroffenen, die Erkenntnisse der Gerontologie, der Organisationswissenschaft, die Qualifikation der Pflegenden, die gesetzlichen, räumlichen, finanziellen Rahmenbedingungen und vieles andere mehr. In dieser Situation ist es nach dem jetzigen Wissensstand ein beträchtlicher Schritt, wenn es gelingt, die bekannten unterschiedlichen Arten von Pflege und Pflegezeit besser voneinander abzugrenzen und dafür auch klare Begriffe bereitzustellen. Dies ist hilfreich, um das komplexe „Phänomen Pflege“ gedanklich besser zu durchdringen, um daraufhin auch entsprechende Schlussfolgerungen (vgl. Abschnitt 4) ziehen zu können. Nach Charles Tilquin, dem Entwickler des Verfahrens PLAISIR, lassen sich folgende Arten von Pflege differenzieren²⁸:

1. **Gewünschte Pflege** = die vom Bewohner oder von seinen Angehörigen gewünschten Pflegeleistungen.
2. **Finanzierbare Pflege** = die finanzierbare Pflegezeit: Wie viele Pflegestunden können ohne Kostenunterdeckung finanziert werden? Dies ist eine ganz wichtige, für die Leistungsanbieter oftmals die entscheidende Größe.
3. **Versicherte Pflege** = die von den Sozialleistungsträgern im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen finanzierbare Pflege
4. **Finanzierte Pflege** = die tatsächlich finanzierte Pflegezeit: Alles, was ggf. finanzierbar ist, wird vom Heimträger und den Verantwortlichen für die Pflege unter Umständen de facto gar nicht umgesetzt.
5. **Ausgehandelte Pflege** = die zwischen Pflegenden und zu Pflegenden verabredete Pflege: Die Bewohner wünschen ggf. bestimmte Pflegeleistungen gar nicht, die aus Expertensicht als wünschenswert oder gar als erforderlich gelten (z. B. mehrfaches Baden). Es kommt also darauf an, vor Ort sensibel in einem vernünftigen Kompromiss auszuhandeln, welche Pflegeleistungen sinnvoller Weise zu erbringen sind.
6. **Erbrachte Pflege** = tatsächlich erbrachte Pflegezeiten, differenziert nach Wohnernähe und Bewohnerferne: Gesetzliche Regelungen, Organisationsformen von Pflege, aber auch die indirekten Pflegeleistungen wie Pflegeplanung und Pflegedokumentation entschei-

28 Tilquin, C.: Effets pervers associés aux modalités de financement des organisations accueillant les personnes dépendantes. RUPTURES, Volume 6 ,number 1, pp 47-66. Québec 1999. Übersetzung: Ungewollte Nebenwirkungen der verschiedenen Finanzierungsarten von Betrieben, die abhängige Personen betreuen. Beiträge einer Finanzierung, die auf der Messung der individuell erforderlichen Ressourcen basiert, ohne Jahr

den mit, wie groß die Zeitanteile für direkt bewohnerbezogene bzw. bewohnerferne Leistungen sind.

7. **Erforderliche Pflege** = die nach dem Stand der Künste erforderliche Pflege: Welche Hilfeleistung muss im konkreten Fall auf welche Weise, wie oft am Tag, wie oft in der Woche, im Monat und zu welcher Tageszeit erbracht werden?

1.8 Wirkungen und Nebenwirkungen der verschiedenen Systeme

Inbesondere auf dem Hintergrund einer eher an den Wirkungen orientierten Vergabe der finanziellen Mittel ist es von entscheidender Bedeutung, die Steuerungsgrößen und deren Einflussgrößen zu kennen. Ebenso wichtig ist es, von diesen aus durch einen systematischen Vergleich unerwünschte Effekte, die sich durch bestimmte Abläufe oder Vorgehensweisen auf betrieblicher Ebene einstellen können, zu erkennen und ggf. zu reduzieren.

So hat jedes Verfahren neben den gewünschten nach Tilquin, auch so genannte ungewollte Nebenwirkungen. Bei einer Entscheidung für oder gegen ein Finanzierungssystem müssen also auch immer alle Effekte beachtet werden.

Nach Tilquin bestehen je nach Auswahl des Systems zumindest folgende sieben Risiken²⁹ bei einer Heimkostenfinanzierung, die allesamt auch in der deutschen Pflegeheimlandschaft eine Rolle spielen:

- Auswahl „rentabler“ Bewohner
- Verminderung der Pflegequalität
- Unterversorgung mit Pflege
- Überversorgung mit Pflege
- Förderung unselbstständigen Verhaltens
- Unnötige Heimübersiedlung/Institutionalisierung
- Täuschung der Kostenträger

Je ungenauer die Variablen definiert sind, die einem Finanzierungssystem zu Grunde liegen, desto höher ist sein Potenzial, alle Beteiligten und damit auch die für die Finanzierung zuständigen Kostenträger zu täuschen. Wenn darüber hinaus die mit der Finanzierung erwarteten Leistungen nur unscharf und nicht überprüfbar definiert sind, können durch gezielte Maßnahmen höhere Entgelte erreicht, aber auch Finanzmittel zweckentfremdet verwendet werden. Dies führt zu einem geradezu systematisch bedingten Misstrauensverhältnis nicht nur zwi-

²⁹ Ebd.

schen den Verhandlungspartnern, die für die Aushandlung der Leistungsvergütungen zuständig sind. Eben so können aber auch die Bewohner und deren Angehörige ohne einen nachvollziehbaren Bezug zu den Leistungen nur sehr schwer Verständnis für die Kosten aufbringen.

Sind bestimmten Personengruppen besonders hohe Entgeltgruppen zugeordnet, so tritt aus wirtschaftlichen Erwägungen geradezu zwangsläufig der Effekt auf, dass diese „höher dotierten“ Gruppen bevorzugt für den Einzug in ein Pflegeheim ausgewählt werden. Dies kann zu einer einschränkenden Auswahl so genannter „rentabler“ Bewohner führen. Dieser Effekt ergibt selbst dann, wenn der Gesetzgeber alle Einrichtungen dazu verpflichtet hat, die Gesamtheit aller Pflegebedürftigen einer Region zu versorgen. Dadurch ist gerade in Zeiten hoher Nachfrage die Gefahr der Selektion nicht gänzlich behoben. So birgt gerade auch ein Kategoriensystem, wie es derzeit in Deutschland mit den Pflegestufen und den Pflegeklassen zur Anwendung kommt, oder auch die Zugrundelegung von RUGs nach amerikanischem Vorbild, diese Gefahr der Selektion in sich.

Da die Pflegestufen derzeit systematisch bedingt nur einen Teilausschnitt des Pflegebedarfs – dazu noch in einer virtuellen Häuslichkeit – abbilden, wird insbesondere bei Menschen mit einem Hilfebedarf, der außerhalb dieser Messgrößen angesiedelt ist, in der Praxis der vollstationären Pflege ein deutlich höheres Maß an Betreuung und Pflege und der damit verbundene Druck spürbar. So gibt es dann dort Personen mit der gleichen Pflegestufe, die jedoch faktisch einen höchst unterschiedlichen Hilfebedarf haben. Hier sei auf den Personenkreis der älteren Menschen mit Demenz hingewiesen, die auf Grund der fehlenden Berücksichtigung der Zeiten für Anleitung und allgemeine Aufsicht einen Pflegezeitbedarf auslösen, der um ein Vielfaches höher sein kann als bei einer *nicht* an einer Demenz erkrankten Person der gleichen Pflegestufe. Da allerdings beide Personen in der Regel den gleichen Zuschuss zu den Pflegekosten erhalten, werden die Personen ohne Demenz im Vergleich zu den demenzkranken zu „rentablen“ Bewohnern. Eine weitere Folge davon ist, dass pflegebedürftige Menschen mit Demenzerkrankung entweder de facto die erforderlichen Leistungen nicht erhalten oder eben, was in der Praxis auch zu beobachten ist, Schwierigkeiten haben, einen angemessenen Heimplatz zu finden, da sie sich wegen ihres „zu hohen“ Pflegezeitbedarfs „nicht rechnen lassen“.

Es gibt noch ein weiteres Risiko, wenn niedrige Preise als vorderstes Steuerungsmittel eingesetzt werden und die geforderte Qualität weder ausreichend definiert noch überprüfbar ist. Es besteht nämlich die gro-

ße Gefahr, dass sich die Pflegequalität vermindert, denn die Leistungserbringer stehen in einem Preiswettbewerb, bei dem die erforderliche Kostenreduktion ebenfalls in einen Abbau von Leistungen einmünden kann. Bei diesem Ansatz, der die geforderte Qualität zu einem möglichst niedrigen Preis anzubieten gedenkt, wird sich das Qualitätsniveau zwangsläufig auf die niedrigste, gerade noch tolerierbare Ebene hin entwickeln. Da die Personalkosten den bedeutendsten Anteil an den Gesamtkosten ausmachen, bietet sich dieser Faktor kurzfristig betrachtet für Einsparungen und Rationalisierungen besonders an. Diesem Problem könnte zwar durch eine Vereinbarung von Mindestpersonalschlüsseln die Schärfe genommen werden, doch würde dies einen echten Preiswettbewerb eher verhindern, weil sich voraussichtlich alle Träger an dieser minimal formulierten Marge orientieren. Ein Finanzierungssystem ausschließlich über den Preis kann die mit ihm verbundenen Risiken nur minimieren, wenn die geforderte Qualität für das geforderte Produkt zweifelsfrei und vergleichbar beschrieben wird. Dies ist bei der Pflege älterer Menschen derzeit aber noch reine Illusion.

Ein weiterer Effekt eines reinen Finanzierungssystems zeigt sich in der Förderung unselbstständigen Verhaltens bei älteren Menschen. So war beispielsweise vor Einführung der Pflegeversicherung das Merkmal „Bettlägerigkeit“ oder auch „Inkontinenz“ in den Pflegesatzvereinbarungen der meisten Bundesländer als Kriterium für die höchste Stufe der Pflegebedürftigkeit und damit den höchsten Pflegesatz formuliert. Obwohl aus Sicht des Bewohners und aus pflegefachlicher Sicht die dauernde Bettlägerigkeit eigentlich vermieden werden sollte (und zu großen Teilen auch könnte), wurde sie gleichsam in Kauf genommen und gab so oft Anlass zu einer höheren Einstufung der Bewohner und damit zu höheren Erlösen. Wenn Einrichtungen aber durch Maßnahmen einer aktivierenden Pflege den Anteil der Bettlägerigen reduzierten, führte dies unter Umständen zu einer Einstufung der Bewohner in eine niedrigere Pflege- und damit auch geringere Erlösstufe. So führen an Defiziten orientierte Pflegekategorien sehr häufig auch zu Manifestationen dieser Defizite, da ihr Abbau eine Verschlechterung der Einnahmen und damit Personalreduzierung bedeuten würde. Eine solche hätte wiederum zur Folge, dass aktivierende Leistungen unter Umständen auch nicht erbracht werden können. Ähnlich stellt sich dies auch für die Verrichtungen dar, die der Bewohner noch selbstständig oder auch mit Unterstützung des Pflege- und Betreuungspersonals relativ eigenständig erbringen könnte.

Neben dieser einer aktivierenden Pflege widersprechenden Überversorgung mit Pflegeleistungen, kann aber auch eine partielle oder gar komplette Unterversorgung mit Pflegeleistungen ausgelöst werden. Sie

tritt insbesondere bei den Personengruppen auf, bei denen im Verhältnis zu ihrem Pflegebedarf nur eine geringe Kostenerstattung gegeben ist. Auch an dieser Stelle sei auf die besondere Problematik der Menschen mit Demenz in den Heimen hingewiesen. Neben den schon beschriebenen Problemen, dass insbesondere gerontopsychiatrisch Pflegebedürftige mit niedriger Pflegestufe nur schwer einen adäquaten Heimplatz finden können, erhalten diese durchweg nur unzureichend die für eine fachliche Pflege nötigen Leistungen, da die Pflegesätze keinen ausreichenden Spielraum für besonders qualifiziertes Personal in ausreichender Menge bieten. Eine ausreichende Pflege dieser Personengruppe ist mit der im Regelfall für diese Pflegeklasse (1 oder 2) vorgesehene Finanzierung nicht möglich, wie neuere Untersuchungen aus Polle oder auch aus Mülheim/a. d. Ruhr deutlich machen. Werden also in einem Kategoriensystem, wie es derzeit in Deutschland mit den Pflegeklassen, aber auch bei den amerikanischen RUGs eingesetzt ist, die tatsächlichen Bedürfnisse besonderer Zielgruppen nicht berücksichtigt, kommt es gleichsam zwangsläufig auch zur Unterversorgung bestimmter Personengruppen.

Ein letzter beachtenswerter Negativeffekt wird bedingt durch die häufig unterschätzten Steuerungswirkungen bei der Finanzierung der vollstationären, im Vergleich zur ambulanten Pflege. Es fragt sich, wann und in wie weit die Heimpflege, verglichen mit einer häuslichen Pflege aus Sicht der Nutzer und ihrer Angehörigen – auch finanziell – attraktiver oder umfangreicher ist. Darüber hinaus ist zu fragen, ob die Art und der Umfang des Hilfebedarfs einer betroffenen Person eine Heimunterbringung tatsächlich erforderlich macht oder ob diese auch bei entsprechenden ambulanten Unterstützungsleistungen weiterhin oder auch erneut (nach einer stationären pflegerischen Intervention) zu Hause leben könnte.

Alle oben beschriebenen Effekte sind bei den unterschiedlichen Finanzierungsformen unterschiedlich stark ausgeprägt. Sie können jedoch im ungünstigsten Fall die *gewünschten* Effekte der jeweiligen Finanzierung negativ überlagern oder gar ganz zu Nichte machen. Hier hatte eine Selbstkostenerstattung für *erbrachte* Leistungen Vorteile, da sie die Kosten auf der Basis vereinbarter Formulare und Daten im Nachhinein überprüfen konnte. Bei einer *prospektiven* Vergütungssystematik hingegen scheidet ein solches Verfahren grundsätzlich aus, und die Leistungsträger und die Leistungserbringer sind aufgefordert, vorausschauend den erforderlichen Pflegebedarf zu definieren und die dabei verwendeten Kriterien transparent und verbindlich in ein Vergütungssystem zu integrieren. Darüber hinaus benötigt ein, an der Leistung orientiertes Finanzierungssystem, ein Bewertungsraster zur Beurteilung

der Leistungen. Letztendlich kann ein solches System nur auf dem Hintergrund eines Kompromisses zwischen der *finanzierbaren*, der *finanzierten*, der *erforderlichen* und der *erbrachten* Pflege geschehen. Ein Bemessungsverfahren zur Bestimmung der erforderlichen Leistungen muss darüber hinaus dem wachsenden Einfluss der Betroffenen selbst Rechnung tragen und auch die *gewünschte* und *ausgehandelte* Pflege mit berücksichtigen. Vereinbarungen zu den gegebenen Pflegeleistungen können und sollten somit auch künftig nicht mehr ohne Einbeziehung der Pflegebedürftigen oder ihrer Vertreter vorgenommen werden. Allerdings finden deren Bedürfnisse eine Begrenzung in der von allen Beteiligten gemeinsam vereinbarten Beschränkung der Leistungen auf ein anerkannt notwendiges Maß.

Es ist auch sehr genau zu prüfen, ob das gewählte Bemessungs- und darauf aufbauende Vergütungssystem eine der Hauptursachen für ungewollte Lenkungswirkungen, nämlich das Kosten-Nutzen-Gefälle, weitgehend eliminiert. Führen also unterschiedlich hohe Kosten der verschiedenen Varianten auch zu unterschiedlichen Zuschüssen? Werden die unterschiedlich hohen Belastungen durch Arbeit und Kosten in einen kausalen Zusammenhang mit hohem Pflegeaufwand gebracht? Bedeutet ein vergleichsweise niedriges Entgelt auch einen geringen Aufwand etc.?

Tilquin hat zu den vorgenannten Wirkungen und ungewollten Nebenwirkungen im Zusammenhang mit den gängigen Bemessungsverfahren und Vergütungssystemen Stellung bezogen und diese miteinander verglichen und beurteilt.³⁰

1.9 Grundstrukturen einer rationalen Personalbedarfsermittlung

Ausgangspunkt einer Personalbemessung sollte stets das Ausmaß einer möglichst realistischen Bestimmung der Pflegebedürftigkeit sein. Für die Organisation der Pflege ergeben sich dann eine Reihe von Plangrößen, die zu Erhebungs- oder Steuerungszwecken bestimmt und mit den Ist-Größen kontinuierlich verglichen werden können und müssen. Die erste Plangröße ist die auf Grund der Pflegebedürftigkeit und des Pflegeleitbildes erforderliche Pflege nach Art und Häufigkeit der Pflegeleistung, deren Ausführungsweise und Ausführungszeitraum, im

30 Vgl. Anlage 7.1: Tilquin, C.: Ungewollte Nebenwirkungen der verschiedenen Finanzierungsarten von Betrieben, die abhängige Personen betreuen. Beiträge einer Finanzierung, die auf der Messung der individuell erforderlichen Ressourcen basiert, ohne Jahr. Übersetzung des Referates: Effets pervers associés aux modalités de financement des organisations accueillant les personnes dépendantes. RUPTURES, Volume 6 ,number 1, pp 47-66. Québec 1999.

individuellen Pflegeplan niedergelegt ist. Dieser Plangröße, die auch das angestrebte Niveau der Pflege beschreibt, wird die de facto erreichte Pflegequalität als Ist-Größe, die in der Pflegedokumentation, dem Pflegezustand und der Zufriedenheit des Betroffenen zum Ausdruck kommt, gegenüber gestellt. Beim Vergleich dieser beiden Größen kann u. a. erkannt werden, ob die Plangrößen angemessen dimensioniert, die Pflegeziele erreicht werden konnten oder die Planung einer Anpassung bedarf.

Weitere Größen beziehen sich auf den gesamten Prozess der Leistungserbringung, aufgegliedert nach seinen Zeit- und Kostenfaktoren, die auch für ein Benchmarking als maßgebend herangezogen werden können. Entscheidend bei diesem Regelkreis ist letztlich, welches Resultat hinsichtlich der Pflegequalität, dem erreichten Pflegezustand, der Zufriedenheit der Betroffenen und ihrer Angehörigen und schließlich auch mit Blick auf das, was sich im Rahmen der Pflegedokumentation erweist, darstellt. Allerdings darf auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung nicht vernachlässigt werden. Es ist deshalb wichtig, über die Pflegebedürftigkeit zu einem individuellen Pflegeplan zu gelangen, um auf dessen Basis, die erforderlichen Pflegeleistungen – auch unter Einbezug des Leitbildes des Trägers – festzulegen. In eine solche Beschreibung gehen die Art der Pflegeleistung, die Häufigkeit, die Ausführungsweise und der Ausführungszeitraum ein. Hierbei ist die finanzierbare und finanzierte Pflege über die Berücksichtigung der Vereinbarungen und Normen der Leistungsträger ebenso zu berücksichtigen, wie auch die gewünschte und die erbrachte Pflege. Sollte es also möglich sein, mit Hilfe eines rationalen Verfahrens die erforderlichen Pflegeleistungen für einen Bewohner pro Tag zu bestimmen, so könnte – durch die Multiplikation mit dem Zeitbedarf für die Einzelleistungen – als nächste Größe der Pflegezeitbedarf im Tagesverlauf, zu den verschiedenen Phasen des Tages ermittelt werden.

Aus dieser Größe kann das benötigte Personal als Sollgröße ermittelt und – bezogen auf den Tagesverlauf und das Jahr, auch gegliedert nach Qualifikation – berechnet werden. Diesen Personalstellen können unter Beachtung einer Fachkraftquote (oder anderer zu beachtender Einflussgrößen) Personalkosten je Qualifikation zugeordnet werden. Nach der so durchgeführten Ermittlung der Bruttopersonalkosten stünden nunmehr Informationen für Vergütungsverhandlungen zur Verfügung, die auf der Grundlage der Einzelbedarfe der Bewohner gewonnen wurden. Wenn bei einem Vergleich der Soll- mit den Ist-Größen deutlich wird, dass eine Differenz zwischen beiden besteht, so muss das Ist angepasst bzw. die Plangrößen anders konfektioniert werden.

Diese Anpassungen erfolgen dann aber zumindest rational auf der Vergleichsbasis von nachvollziehbaren Soll- und Ist-Größen.

Dies ist der Regelkreis, der einer rationalen Vorgehensweise als methodisches Muster zu Grunde gelegt werden kann – unabhängig vom gewählten Personalbemessungsverfahren, sei es nun PLAISIR oder ein anderes Verfahren. Dasjenige Personalbemessungsverfahren, das die Größen am besten zur Deckung und möglichst wenige oder gar keine unerwünschten Negativeffekte mit sich bringt, wäre das Verfahren der Wahl.

Die erforderliche Pflegezeit ist, so wie sie derzeit mit dem Verfahren PLAISIR transparent definiert werden kann, keine für alle Zeit fixierte Größe. Es gibt vielmehr die erforderliche Pflegezeit aus unterschiedlichen Blickwinkeln, wie beispielsweise aus Sicht der „Primären Fachpflege-Bezugspersonen“³¹, der Heim- und Pflegedienstleitungen, der MDK-Gutachter bei der Einstufung der Pflegebedürftigkeit, der speziell für bestimmte Pflegezeit- und Personalbemessungsverfahren geschulerten EvaluiererInnen usw. Alle diese Experten gehen von ihrer spezifischen fachlichen Perspektive an die erforderliche Pflege heran. Dennoch lassen sich einige Bestimmungsgrößen für die erforderliche Pflegezeit angeben. Sie spielen insbesondere auch eine große Rolle bei allen Verfahren, die auf individuelle Pflegepläne abzielen oder aus individuellen Pflegeplänen abgeleitet werden.

Das nachstehende Schema beschreibt nach Rückert (2000) wesentliche Bestimmungsgrößen und ihre Zusammenhänge, die bei einer genaueren Betrachtung und der Auswahl eines Bemessungssystems beachtet werden müssen³².

Bei Betrachtung der weiteren Größen ist festzustellen, dass diese – sowohl vertikal als auch horizontal – in einem unmittelbaren Zusammenhang stehen. Sie markieren zudem in ihrer Gesamtheit den Prozess der Leistungserbringung aufgegliedert nach seinen Faktoren und Kosten, die auch für ein Benchmarking maßgeblich herangezogen werden können. Entscheidend bei diesem Regelkreis ist letztlich, welches

31 Sowinski, C. et al.: Organisation und Stellenbeschreibungen in der Altenpflege. Planungshilfen für ambulante Dienste, Hausgemeinschaften, teilstationäre und stationäre Einrichtungen. Teil I: Fachkraftquote, vorbehaltene und Supervisions-Aufgaben von Pflegefachkräften, Aufgaben von Pflegehilfskräften. KDA-Forum Nr. 36, hrsg. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 1999

32 Rückert, W., KDA (Hrsg.): Zeitbedarfe und Personalbemessung in der Pflege. In: Pflegezeitbedarf, Personalbemessung und Fachkraftanteil in vollstationären Einrichtungen. KDA Thema-Heft 154, S. 12 ff., Köln 2000. Ein Teil dieser Publikation ist auch unter <http://www.kda.de> abrufbar.

Resultat hinsichtlich der Pflegequalität, dem erreichten Pflegezustand, der Zufriedenheit der Betroffenen und ihrer Angehörigen und schließlich auch mit Blick auf das, was sich im Rahmen der Pflegedokumentation erweist, darstellt.

So wäre es ausschließlich unter Qualitätsgesichtspunkten eigentlich nicht mehr nötig, nach den anderen ausgewiesenen Größen zu schauen, wenn das Niveau des Pflegezustands und die Zufriedenheit etc. sehr hoch sind.

Tabelle 5: Bezugsgrößen für Personalbemessung, Qualitätssicherung und Benchmarking³³

(1) Pflegebedürftigkeit			
Plan-Größen		Ist-Größen	
(2)	Individueller Pflegeplan/-leitbild Art der Pflegeleistung Häufigkeit Ausführungsweise Ausführungszeitraum	(15)	Pflegequalität Pflegezustand Zufriedenheit Pflegedokumentation
(3)	Zeitbedarf für Einzelleistung	(14)	Ist-Zeitbedarf
(4)	Pflegezeitbedarf im Tagesverlauf in Minuten je Phase des Tages	(13)	Ist-Pflegezeit je Phase des Tages
(5)	Anwesenheits-Soll im Tagesverlauf und im Jahr nach Qualifikation in Stunden	(12)	Ist-Anwesenheit im Tagesverlauf/ im Jahr nach Qualifikation
(6)	Soll-Personalkosten je Pflege-stunde (50 Prozent Fachkraftanteil)	(11)	Ist-Personalkosten je Pflege-stunde Ist-Fachkraftanteil
(7)	Brutto-Personalkosten/Jahr	(10)	Ist-Personalkosten /Jahr
(8)	Bei Vergütungsverhandlung akzeptierte Personalkosten	(9)	Anpassung der Plan-Größen an akzeptable Kosten

Ausgangspunkt einer Personalbemessung sollte stets das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit (1) sein, wie es sich etwa dem MDK, den Pflegeeinrichtungen, den Pflege-Fachleuten bei der individuellen Erstellung der Pflegepläne darstellt.

Für die Organisation der Pflege ergeben sich dann eine Reihe von Plangrößen, Punkte (2) bis (8), die zu Erhebungs- oder Steuerungszwecken bestimmt und mit den Ist-Größen, Punkte (9) bis (15), verglichen werden können. Die sieben Plangrößen auf der linken Seite der Tabelle korrespondieren also immer mit den Werten der ihnen gegenüber liegenden Ist-Größen.

³³ Ebd.

Die erste Plangröße ist die auf Grund der Pflegebedürftigkeit und des Pflegeleitbildes erforderliche Pflege nach Art und Häufigkeit der Pflegeleistung, deren Ausführungsweise und Ausführungszeitraum, wie sie im individuellen Pflegeplan niedergelegt ist (2). Dieser Plangröße, die auch das angestrebte Niveau der Pflege beschreibt, wird der erreichten Pflegequalität, die in der Pflegedokumentation, dem Pflegezustand und der Zufriedenheit des Betroffenen zum Ausdruck kommt, gegenüber gestellt (15). Beim Vergleich dieser beiden Größen kann u. a. erkannt werden, ob die Plangröße angemessen dimensioniert ist oder einer Variation bedarf.

Allerdings darf auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung nicht vernachlässigt werden. Denn es geht um möglichst niedrige Pflegesätze und Pflegekosten, also auch um Effektivität, Effizienz und um Optimierung der Leistungserbringung (vgl. Kap. 2.2). Aus diesen Gründen ist es erforderlich, über die Pflegebedürftigkeit zu einem individuellen Pflegeplan zu gelangen, um auf dessen Basis, die erforderlichen Pflegeleistungen – auch unter Einbezug des Leitbildes des Trägers – festzulegen. In eine solche Beschreibung gehen die Art der Pflegeleistung, die Häufigkeit, die Ausführungsweise und der Ausführungszeitraum ein. Hierbei ist die finanzierbare und finanzierte Pflege über die Berücksichtigung der Vereinbarungen und Normen der Leistungsträger ebenso zu berücksichtigen wie auch die gewünschte und die erbrachte Pflege.

Sollte es also möglich sein, mit Hilfe eines rationalen Verfahrens die erforderlichen Pflegeleistungen für einen Bewohner pro Tag zu bestimmen, so könnte durch die Multiplikation mit dem Zeitbedarf für die Einzelleistungen als nächste Größe der Pflegezeitbedarf im Tagesverlauf, zu den verschiedenen Phasen des Tages ermittelt werden.

Aus dieser Größe kann das benötigte Personal als Sollgröße ermittelt und – bezogen auf den Tagesverlauf und das Jahr, auch gegliedert nach Qualifikation – berechnet werden. Diesen Personalstellen können unter Beachtung einer Fachkraftquote (oder anderer zu beachtender Einflussgrößen) Personalkosten je Qualifikation zugeordnet werden. Nach der so durchgeführten Ermittlung der Bruttopersonalkosten stehen nunmehr Informationen für Vergütungsverhandlungen zur Verfügung, die auf der Grundlage der Einzelbedarfe der Bewohner gewonnen wurden.

Wenn bei einem Vergleich der Soll- mit den Ist-Größen deutlich wird, dass eine Differenz zwischen beiden besteht, so muss das Ist angepasst bzw. die Plangrößen anders konfektioniert werden. Diese Anpas-

sungen erfolgen dann aber zumindest rational auf der Vergleichsbasis von nachvollziehbaren Soll- und Ist-Größen.

Dies ist der Regelkreis, der einer rationalen Vorgehensweise als methodisches Muster zu Grunde gelegt werden kann, unabhängig vom gewählten Personalbemessungsverfahren, sei es nun PLAISIR oder ein anderes Verfahren. Der Zusammenhang der aufgeführten Plan- und Ist-Größen ist sachlogisch gegeben. Das Personalbemessungsverfahren, das die Größen am besten zur Deckung bringt, wäre das Verfahren der Wahl.

Darüber hinaus böte eine solche eher analytische Systematik auch sinnvolle Gegenüberstellungen und Vergleiche, die zur Weiterentwicklung des gesamten Pflegeprozesses heran gezogen werden könnten. So wären ebenfalls konstruktive Vergleiche denkbar hinsichtlich

- gewünschter versus erforderlicher Pflegezeit,
- erforderlicher versus finanzierbarer Pflege,
- finanzierbarer versus finanzierter Pflege,
- bewohnernah versus bewohnerfern erbrachter Pflegeleistungen.

Das Kernstück des Controllings bleibt dabei jedoch stets der Vergleich der erforderlichen Pflege (2) nach Art der Hilfeleistung, Ausführungsweise, Häufigkeit, wie sie im individuellen Pflegeplan festgelegt ist, mit der erbrachten Pflege (15). Diese Soll-Ist-Vergleiche beinhalten alle Informationen für ein wirksames Qualitätsmanagement.

Diese Zusammenhänge bestimmen die Fließrichtung in der Praxis, unabhängig davon welche gesetzlichen Regelungen gegeben sind. Alle Beteiligten – sowohl die Leistungsberechtigten und ihre Angehörigen, ebenso die Leistungsanbieter, aber auch die Leistungsträger – die Pflegekassen, Sozialhilfeträger usw. – versuchen die vorgefundenen Spielräume zu nutzen und dem Gefälle entsprechend den eigenen Nutzen zu optimieren. Deswegen ist es wichtig für diejenigen, die die Rahmenbedingungen aushandeln, die Regelungen so zu formulieren, dass möglichst keine Anreize für unerwünschte Nebenwirkungen gegeben werden. Daran schließt sich die Hypothese für den weiteren Fortgang der Untersuchung an, dass eine auf individuellen Pflegeplänen beruhende Personalbemessung die geringsten ungewollten Nebenwirkungen hat. Als ein solches auch in Deutschland anwendbares Verfahren bot sich unter der Prämisse der hier skizzierten Rahmenbedingungen das kanadische Verfahren PLAISIR an.

2 Qualitative und quantitative Erfassung des Pflegezeit- und Personalbedarfs durch das Verfahren PLAISIR

2.1 Bisherige Einsatzorte von PLAISIR und Ausgangslage für PLAISIR in Deutschland

*Die Voruntersuchungen zu den in Deutschland eingesetzten Methoden zur Bestimmung des Pflegezeit- und Pflegepersonalbedarfs sowie zur Finanzierung von Pflegeleistungen haben zum Teil erhebliche Unstimmigkeiten und Zuordnungsprobleme aufgezeigt. Es konnte festgestellt werden, dass in Deutschland derzeit noch kein anerkanntes und hinreichend objektives Verfahren eingesetzt wird, das umfassend und systematisch am individuell erforderlichen Pflegebedarf ansetzt. Ebenso wenig existieren bisher allseits anerkannte Maßstäbe, von denen aus die **erforderliche** Pflege abgeleitet und – auf deren Hintergrund – die tatsächlich erbrachte Pflege objektiv zu erfassen ist. Das kanadische Verfahren PLAISIR erscheint aus Sicht der Mitglieder des Beirates auf Bundesebene aber als geeignet, eine angemessene Evaluation der erforderlichen Pflege in Zukunft auch in Deutschland zu realisieren. Ein weiterer Vorteil des Verfahrens ist, dass es bereits verfügbar ist und schon seit Mitte der 80er Jahre in anderen Ländern erprobt und anerkannt ist. Darüber hinaus sind alle wesentlichen Informationen, die Handbücher und die eingesetzten Instrumente schon in die deutsche Sprache übersetzt, und der Grundansatz des Verfahrens PLAISIR, den individuell erforderlichen Pflegezeitbedarf in den Mittelpunkt der darauf aufbauenden Bestimmung der Ressourcen zu stellen, kommt den in SGB XI, Bundessozialhilfegesetz und Heimgesetz formulierten Anforderungen sehr entgegen.*

PLAISIR wird hauptsächlich für die Beurteilung des individuell erforderlichen Pflegebedarfs von Pflegeheimbewohnern mit mittlerer oder längerer Verweildauer in den Einrichtungen verwendet. Die erste Version des Systems PLAISIR wurde bereits 1983/84 im kanadischen Québec entwickelt und erprobt. Derzeit wird das Verfahren bei ca. 25.000 Plätzen in Quebecer Einrichtungen regelmäßig verbindlich eingesetzt sowie bei ca. 12.500 Plätzen in Schweizer Institutionen. 1998 fand PLAISIR erstmalig in einer Pflegeeinrichtung des Deutschen Caritasverbandes in Mannheim Anwendung³⁴. Daran schloss sich 1999/2000 die eingehenden

34 Vgl. Berthou, A.: CHORUS 3. Messung des Pflegeaufwandes in Langzeitpflegeinstitutionen. Test der Methode PLAISIR® im deutschen Sprachraum (in den schweizerischen Kantonen Bern und Freiburg sowie in einer Einrichtung in Deutschland). Schlussbericht. Lausanne, Institut für Gesundheit und Ökonomie, 1999

de Erprobung in Deutschland im Rahmen von elf Langzeitpflegeeinrichtungen der Arbeiterwohlfahrt an. Seit Januar 2001 verwenden fünfzehn Altenpflegeeinrichtungen der Bremer Heimstiftung mit etwa 1.200 Plätzen PLAISIR als Verfahren zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung.

Die vom KDA im Vorfeld der Erprobung durchgeführten Untersuchungen zur aktuellen Pflegebedarfserfassung, zur Pflegepersonalbemessung und zur Finanzierung von Pflegeleistungen haben mehr oder weniger deutlich erkennbare Gerechtigkeitslücken und Zuordnungsprobleme herausgearbeitet. So kann weder die Einteilung der Klienten in Pflegebedürftigkeitsgruppen noch die Bemessung des Pflegepersonalbestandes nach einem zuvor festgelegten Budget und daraus abgeleiteten Personalanhaltszahlen das Grundproblem der extrem großen Streubreite bei der Pflegebedarfsplanung und Personalkalkulation auf ein akzeptables Maß reduzieren. Die in Deutschland punktuell eingesetzten Verfahren oder besser: *Untersuchungen* zur Pflege- und Personalbedarfserfassung entstanden aus jeweils sehr spezifischen zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhängen heraus. Zudem bietet keines von ihnen derzeit einen umfassenden Ansatz, der mit Blick auf das Ziel einer realitätsgerechten Pflegebedarfsplanung mit der Akzeptanz aller Fachleute rechnen darf. Auch gibt es letztlich keine gesicherte Bewertungsskala hinsichtlich der Qualität der in den Einrichtungen tatsächlich erbrachten Pflege.

So kann festgestellt werden, dass es in Deutschland derzeit noch kein objektives Verfahren gibt, das umfassend und systematisch am individuell erforderlichen Pflegebedarf der Bewohner ansetzt. Ebenso wenig existieren bislang allseits anerkannte operationalisierte Maßstäbe, von denen aus die *erforderliche* Pflege und – auf deren Hintergrund – die *erbrachte* Pflege objektiv zu bestimmen und zu erfassen ist. Die tatsächlich in einer Einrichtung erbrachte Pflege entspricht derzeit in Deutschland nicht automatisch der erforderlichen Pflege. Häufig besteht zwischen diesen beiden Größen schon alleine dadurch eine Differenz, dass auf Grund eines Mangels an Pflegepersonal die Erbringung der erforderlichen Leistungen nicht oder nicht durchgängig möglich ist. Hinzu kommt, dass eine qualifizierte und regelmäßige Evaluation der Bedürfnisse der Bewohner nicht stattfindet. Diese Mängel in der Struktur- und Prozessqualität wurden vom MDK im Rahmen der Qualitätsprüfungen auch bundesweit festgestellt. So führt häufig eine mangelhafte Pflegeplanung und -dokumentation zu Pflegehandlungen an einem Bewohner, die an dessen tatsächlichen Bedarf vorbeigehen. Bei der Dokumentation der Pflegeleistungen wird vielmehr Wert darauf gelegt, die Tätigkeiten festzuhalten, die bei einer Einstufung relevant sind

und die somit unter Umständen zu einer höheren Einstufung und damit besseren finanziellen Erlössituation führen können. Ob die Pflegeleistungen aus Sicht des Bewohners tatsächlich erforderlich sind bzw. ob der Bewohner diese ggf. auch selbst erbringen könnte, wird häufig nicht hinterfragt. Es werden zudem die Verrichtungen aus dem Katalog der Pflegebedürftigkeitsfeststellung vorrangig oder sogar ausschließlich dokumentiert. Dies reduziert allerdings die Pflegehandlungen auf ein erhebliches, rein an der körperlichen Pflege orientiertes Maß ein. Das Hauptaugenmerk liegt somit auf der finanzierten und finanzierbaren Pflege und folgt weniger dem Ansatz, das Gesamt der individuell erforderlichen Pflege als Ausgangspunkt für die Pflegeplanung zu definieren.

Da allerdings die Pflege am individuellen Bedarf ausgerichtet sein sollte, wie in Kap. 1 dargestellt, scheint das System PLAISIR auf diesem Hintergrund gut geeignet, um eine angemessene Evaluation der erforderlichen Pflege auch schon kurzfristig zu ermöglichen. Die Instrumente des Verfahrens sind verfügbar, sie werden seit Mitte der 80er Jahre eingesetzt und sind somit schon langjährig erprobt. Es setzt voraus, dass sich die Entscheidungen in einer Pflegeeinrichtung auf allen Ebenen in erster Linie an der individuellen Bedürfnislage der Bewohner orientieren. Es konzentriert sich im Kern auf die für die Bewohner individuell *erforderlichen* Pflegeleistungen, die im Sinne einer standardisierten Operationalisierung erschlossen und genügend präzise erfasst werden. Die erforderlichen Leistungen im Verfahren PLAISIR sind definiert als Gesamtheit der Pflege- und Unterstützungsmaßnahmen, die beim Bewohner erforderlich werden, um dessen Bedürfnisse zu befriedigen. Hierbei folgt PLAISIR dem Gedanken, dass alle Leistungen, um ihre Funktion erfüllen zu können, bestimmte Ressourcen verbrauchen. Diese werden bei PLAISIR in Zeiteinheiten ausgedrückt.

So wird mittels PLAISIR über die spezifischen *individuellen Bedürfnisse* auf die *erforderlichen Pflegeleistungen* geschlossen, die ihrerseits eine Bestimmung der *erforderlichen Ressourcen* zulassen. Dies geschieht auf dem Hintergrund gemeinsam mit den Sozialleistungsträgern vereinbarter Richtlinien und Leistungsbeschreibungen, um die erforderliche mit der finanzierbaren Pflege abzugleichen und so eine nachvollziehbare und transparente Personalbedarfsermittlung und Finanzierung zu erreichen.

Die erste Version des Systems PLAISIR wurde bereits 1983/84 im kanadischen Québec fertiggestellt. Das dort ansässige Institut EROS konnte sich dabei auf seine Erfahrungen bei der Entwicklung der Sys-

teme CTMSP³⁵ (Erfassungsinstrument für die ambulante Pflege) und PRN³⁶ (Instrument zur täglichen Bestimmung des Pflegebedarfs in Krankenhäusern) stützen.

Das System wurde 1984 erstmals begrenzt in zehn Einrichtungen der Provinz Québec angewendet. 1985/86 dehnte sich das Einsatzfeld flächendeckend auf den größten Teil Quebecs aus.³⁷

Fast ein Jahrzehnt später wurde das System in der französischsprachigen West-Schweiz getestet (CHORUS³⁸, 1994/95). Seit 1996 arbeitet PLAISIR flächendeckend in den Kantonen Waadt und Jura, seit 1997 im Kanton Neuenburg und seit 1998 im Kanton Genf. Auch in europäischen Ländern wie Spanien, Italien, Luxemburg und Belgien wird das System diskutiert bzw. befindet sich in der Erprobung.

Seit seiner Anwendung erfuhr das System PLAISIR zahlreiche Veränderungen: Unter anderem wurde eine ausführlichere Anamnese integriert, um auch die psychologischen Fähigkeiten bzw. Probleme und Defizite besser darzulegen, ebenso um auch die erforderliche Pflege für Pflegebedürftige mit *kognitiven* Defiziten und die Bedarfe für Pflegebedürftige mit *psychiatrischen* Diagnosen stärker berücksichtigen zu können. Zudem wurde die Beschreibung der Pflegeleistungen, die so genannte Nomenklatur der Pflegeaktionen, komplettiert. In einem Handbuch sind die einzelnen Pflegeaktionen der Nomenklatur umfassend beschrieben und eindeutig voneinander abgegrenzt, um die Gefahr von doppelt in den Resultaten repräsentierten Dienstleistungen weitgehend auszuschließen.

1998 wurde PLAISIR erstmalig in einer Pflegeeinrichtung des Deutschen Caritasverbandes in Mannheim³⁹ eingesetzt. Daran schloss sich

35 Vgl. **Tilquin, C.:** Assessing the need of elderly in view of their admission in the home, intermediate or institutional program best suited of their needs: the CTMSP System. Montreal, 1987. CTMSP steht für Classification par types en milieux de soins et services prolongés

36 Vgl. **EROS – Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé:** Le système PRN de mesure de l'intensité des soins infirmiers requis ou donnés au patient. Montreal 1994. PRN steht für Projet de Recherche en Nursing.

37 Zur Provinz Québec zählen die Regionen Grand Montréal, Laurentides, Lanaudière, Laval, Outaouais, Mauricie, Centre du Québec, Côte Nord und Saguenay-Lac-St.-Jean stellen. Diese Regionen, in denen PLAISIR auch angewendet wird, stellen ca. 65% der Langzeitpflegebetten. Insgesamt ist Québec die größte Provinz Kanadas und erstreckt sich über eine Fläche von 1.540.680 qkm, bzw. ist sieben Mal so groß wie Großbritannien. Die Provinz Québec misst rund 2.000 Kilometer von Norden nach Süden und 1.500 Kilometer von Osten nach Westen.

38 Vgl. **Berthou, A.:** CHORUS. Test der Methode PLAISIR® in der Westschweiz. Schlussbericht. Lausanne, Institut für Gesundheit und Ökonomie, 1997

39 Vgl. Berthou, A.: CHORUS 3. Messung des Pflegeaufwandes in Langzeitpflegeinstitutionen. Test der Methode PLAISIR® im deutschen Sprachraum (in den schweizerischen Kantonen

1999/2000 die eingehende Erprobung⁴⁰ in Deutschland im Rahmen von elf Langzeitpflegeheimen der Arbeiterwohlfahrt an (vgl. Kap. 3). Derzeit wird das Verfahren verbindlich eingesetzt bei ca. 25.000 Plätzen in Quebecer Einrichtungen sowie bei rund 12.500 Plätzen in Schweizer Institutionen⁴¹. In Deutschland verwenden seit Januar 2001 fünfzehn Altenpflegeeinrichtungen der Bremer Heimstiftung und eine Einrichtung der Bremischen Schwesternschaft bei etwa 1.200 Plätzen PLAISIR als Verfahren zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung.

Bei der Entwicklung des Verfahrens wurden folgende Ziele verfolgt:

- Nachweis von vorhandenem bzw. verändertem Pflegebedarf bei Pflegeempfängern,
- Kennzeichnung von unannehmbaren Pflegepraktiken in Bezug auf eine Qualitätssicherung oder -steigerung,
- Identifizierung von nicht effizienten und nicht effektiven Pflegepraktiken durch Vergleich der Pflegepläne und des Pflegeaufwandes von Wohnbereichen bzw. von Einrichtungen (Benchmarking),
- Erhöhung der Mitarbeitermotivation mittels Objektivierung des Pflegeaufwandes,
- Maßnahmen zur Vermeidung von Unter- und Überbelastung des Pflegepersonals,
- Kalkulation und Bewilligung von erforderlichem Personal für Wohnbereiche sowie von Pflgeteams auf der Basis der Bedürfnisse der Pflegebedürftigen,
- Rechtfertigung des Pflegebudgets in der Einrichtung, auch bei Anforderung von zusätzlichem Personal.

PLAISIR wird seit seiner Einführung vorrangig für die Beurteilung des individuell erforderlichen Pflegebedarfs von Pflegeheimbewohnern mit *mittlerer oder längerer Verweildauer* in den Einrichtungen angewandt. Bei kürzeren Aufenthalten in Pflegeeinrichtungen lohnt sich der Aufwand von PLAISIR nur in Ausnahmefällen.

Bern und Freiburg sowie in einer Einrichtung in Deutschland). Schlussbericht. Lausanne, Institut für Gesundheit und Ökonomie, 1999

40 Vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Pflegezeitbedarf, Personalbemessung und Fachkraftanteil in vollstationären Einrichtungen. KDA Thema-Heft 154, Köln 2000. Ein Teil dieser Publikation ist auch unter <http://www.kda.de> abrufbar.

41 Parel, B.: Die Implementierung des Verfahrens PLAISIR in der Westschweiz – Konsensfindung und Erfahrungen. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Erforderlicher Pflegezeit- und Personalbedarf in vollstationären Einrichtungen – Ergebnisse der Erprobung des Verfahrens PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt. KDA Thema-Heft 159, S.53 ff., Köln 2000

2.2 Kriterien zur Bestimmung der erforderlichen Pflege – Theoretische Grundlagen des Verfahrens PLAISIR

Bei der Bestimmung der erforderlichen Pflege müssen grundsätzlich die Kriterien von Relevanz, Effektivität, Gerechtigkeit, Effizienz, Vorliebe und Sättigung berücksichtigt werden: Das Kriterium der **Relevanz** bezieht sich auf das tatsächliche Vorhandensein eines Hilfsbedürfnisses bei einer pflegebedürftigen Person und der daraus abzuleitenden gegebenen Notwendigkeit der Dienstleistung. Eine **effektive** Dienstleistung ist eine Aktivität, die dazu beiträgt, zumindest vorübergehend, das entsprechende Bedürfnis zu beseitigen. Zudem müssen alle dringenden Dienstleistungen aller Pflegebedürftigen, wenn sie dem Kriterium der **Gerechtigkeit** genügen wollen, im gleichen Maße als erforderlich berücksichtigt werden, ehe Dienstleistungen mit einem weniger dringenden Bedürfnisgrad als erforderlich eingestuft werden. Das Kriterium der **Effizienz** dient dazu, um zwischen zwei austauschbaren Dienstleistungen zu wählen: Können nämlich mehrere Dienstleistungen mit der gleichen Effektivität zur Befriedigung gleicher Bedürfnisse beitragen, so sollte die **effizientere** davon den Vorzug erhalten, das ist diejenige, die mit dem Einsatz geringerer Ressourcen verbunden ist. Wenn es aber zwei Dienstleistungen gibt, die beide gleich effektiv und effizient sind, um das spezifische Bedürfnis der Person zu beantworten, dann ist zwingend diejenige Dienstleistung auszuwählen, die bei der betreffenden Person auf die größere **Vorliebe** trifft. Das Kriterium der **Sättigung** bezieht sich auf die mehr oder weniger vorhandene Fähigkeit einer pflegebedürftigen Person, die Dienstleistungen überhaupt – ungeachtet ihrer Erforderlichkeit – in Anspruch zu nehmen oder eben nicht. So darf eine Dienstleistung nur so lange dauern oder so häufig ausgeführt werden, wie es eine Person tatsächlich auch ertragen kann.

Als weitere grundlegende Parameter zeigen sich bei der Erfassung einer Pflegeaktivität neben dem **Kompensationsmodus** die **Dauer**, die **Zeiteinheit** und die **Häufigkeit** einer Dienstleistung.

Die nachfolgend beschriebenen Kriterien dienen der Bestimmung der erforderlichen Pflege im Sinne von Dienstleistungen und bilden gemeinsam den Kern und die Struktur des Verfahrens PLAISIR. So werden die Pflegeleistungen als Dienstleistungen definiert, die zum Einen durch den *Kompensationsmodus* beeinflusst werden. Dieser gibt an, ob sich die Pflegekraft auf die komplette oder teilweise Übernahme der Pflegetätigkeit oder gar nur auf bloße Anleitung des älteren Menschen einstellen muss. Drei weitere grundlegende Parameter sind die *Dauer*, die *Zeiteinheit* und die *Häufigkeit* der Dienstleistung.

- Unter *Dauer* wird der Zeitraum verstanden, indem die Dienstleistung angeboten wird. Für sehr abhängige Personen wird die Dauer der Dienstleistung oft sehr lang sein. Dies gilt insbesondere für die Befriedigung der Bedürfnisse des täglichen Lebens. In diesen Fällen beseitigt die gegebene Dienstleistung das spezifische Hilfsbedürfnis in der Regel nur vorübergehend, da dieses Bedürfnis wenige Stunden später erneut auftritt.
- Unter *Zeiteinheit* der Dienstleistung wird die notwendige Zeit in Minuten verstanden, um die Dienstleistung einmal zu erbringen.
- Die *Häufigkeit* der Dienstleistung bezieht sich auf ihre Frequenz, also auf die Anzahl, wie oft sie innerhalb eines Zeitabschnittes angeboten wird.

Das wesentliche Problem ist die Bestimmung der Grundlagen, die zum Nachweis dienen, ob eine Pflegeleistung erforderlich ist oder nicht. Es können mindestens sechs Kriterien identifiziert werden, die in die grundsätzliche Bestimmung der erforderlichen Pflege mit einfließen⁴²:

- Relevanz,
- Effektivität,
- Gerechtigkeit,
- Effizienz,
- Vorliebe und
- Sättigung.

Das Kriterium der *Relevanz* bezieht sich auf das tatsächliche Vorhandensein eines Hilfsbedürfnisses bei der pflegebedürftigen Person und folglich auf Erforderlichkeit einer Pflegeleistung sowie, sobald das Hilfsbedürfnis einmal festgestellt ist, auf die Art und das Kompensationsniveau. Daher würde es als nicht relevant angesehen werden, wenn eine Person eine vollständige Hilfe erhalten soll oder erhält, bei der es unter Berücksichtigung des Zustandes der Person möglich wäre, ihr nur eine teilweise Hilfe anzubieten. Die Definition der Relevanz richtet sich folglich auf die Maximierung der Selbstständigkeit oder die Minimierung der Abhängigkeit des Pflegebedürftigen.

Das Kriterium der *Effektivität* bezieht sich auf die Fähigkeit der Dienstleistung, das Bedürfnis zu beantworten. Eine effektive Dienstleistung ist eine Dienstleistung, die dazu beiträgt, zumindest vorübergehend, das Bedürfnis zu beseitigen, durch welches diese Dienstleistung hervorge-

42 Vgl. Tilquin, C.: Effets pervers associés aux modalités de financement des organisations accueillant les personnes dépendantes. RUPTURES, Volume 6 ,number 1, pp 47-66. Québec 1999. Übersetzung: Ungewollte Nebenwirkungen der verschiedenen Finanzierungsarten von Betrieben, die abhängige Personen betreuen. Beiträge einer Finanzierung, die auf der Messung der individuell erforderlichen Ressourcen basiert, ohne Jahr

rufen wurde. Im Fall der Dienstleistungen, Hilfsbedürfnisse im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens zu beantworten, stellt sich die Frage der Effektivität nur begrenzt, im Gegensatz zu den Behandlungen und diagnostischen Maßnahmen. Das Effektivitätskriterium gilt im besonderen Maße für die pflegerischen Dienstleistungen, die von Fachkräften angeboten werden. Darüber hinaus hängt die Effektivität vieler Dienstleistungen von weiteren Schlüsselfaktoren ab: nämlich ihrer Dauer und ihrer Häufigkeit: Damit eine Dienstleistung überhaupt Wirkungen entfalten kann, muss der Empfänger ihr genügend lange ausgesetzt sein. Darüber hinaus muss sie entsprechend intensiv sein.

Das Kriterium der *Gerechtigkeit* bezieht sich auf die Gleichwertigkeit von Hilfe- und Pflegebedarfe, ohne zu unterscheiden zwischen lebensnotwendigen Bedürfnissen bis hin zum Bedürfnis nach Wohlbefinden. Dies schließt mit ein, dass alle Dienstleistungen aller Personen im gleichen Maß als erforderlich berücksichtigt werden.

Das Kriterium der *Effektivität* hat Vorrang vor dem Kriterium der Gerechtigkeit: Ein dringendes Bedürfnis sollte nämlich erst dann als erforderlich gelten, wenn alle dringenderen Bedürfnisse als erforderlich berücksichtigt worden sind.

Es ist zudem mit Blick auf das Kriterium der Effektivität festzulegen, dass eine Dienstleistung mit einer bestimmten geforderten Intensität (Dauer und oder Häufigkeit) auch in der Weise erbracht werden muss, dass sie ihre Wirkung entfalten kann. Ist die Intensität geringer als notwendig, um dem Bedürfnis adäquat zu begegnen, ist sie nicht effektiv. Häufig geschieht das unter dem Vorwand, dass die Ressourcen für eine andere, weniger erforderliche Dienstleistung erhalten werden muss.

Das Kriterium der *Effizienz* bezieht sich auf die Ressourcen, die eingesetzt werden, um ein gegebenes Resultat zu erzielen. Dieses Kriterium dient dazu, um zwischen zwei austauschbaren Dienstleistungen zu wählen. Können also mehrere Dienstleistungen mit der gleichen Effektivität zur Befriedigung gleicher Bedürfnisses beitragen, so kann die effizientere ausgewählt werden. Das Kriterium Effektivität hat folglich Vorrang vor dem Kriterium der Effizienz.

Das Kriterium der *Vorliebe* bezieht sich auf die Gewohnheiten und Vorlieben der abhängigen Person, wobei die Kriterien der Effektivität und der Effizienz Vorrang vor dem Kriterium der Vorliebe haben. Wenn beispielsweise eine Person es vorzieht, sich nur einmal wöchentlich die Haare waschen zu lassen, er aber auf Grund einer vorhandenen Kopfhauterkrankung täglich mit speziellen Shampoos behandelt werden

muss, kann der Vorliebe dieser Person nicht entsprochen werden. Wenn es aber zwei Dienstleistungen gibt, die beide gleich effektiv und effizient sind, um das spezifische Bedürfnis der Person zu beantworten, dann ist zwingend die Dienstleistung zu wählen, die von der betreffenden Person bevorzugt wird.

Das Kriterium der *Sättigung* bezieht sich auf die Fähigkeit der Person, die Dienstleistungen in Anspruch nehmen zu können. Dieses Kriterium kommt auf zwei Ebenen vor: Auf der Ebene einer individuellen Dienstleistung beinhaltet es, dass eine Dienstleistung nicht mit einer Intensität (Dauer, Häufigkeit) als erforderlich betrachtet werden kann, die größer ist als die Intensität, die eine Person tatsächlich nur ertragen kann. Wenn beispielsweise das Bedürfnis nach Mobilisation beantwortet werden soll, hat es keinen Sinn, die Person drei Mal am Tag beim Gehen zu begleiten, wenn die Person auf Grund ihres körperlichen Zustandes nur einmal am Tag gehen kann. Dies muss auch dann unterbleiben, wenn es dann nicht dem Stand der Pflege entspricht. Auf der Ebene der gesamten, für die Person erforderlichen Dienstleistungen beinhaltet das Kriterium der Sättigung, dass einer Person nicht gleichzeitig mehr Dienstleistungen angeboten werden sollten, als sie in Anspruch nehmen kann⁴³.

2.3 Erhebungsmethode und Instrumente des Verfahrens

*Das kanadische Verfahren zur Ermittlung des Pflegezeit- und Personalbedarfs in Langzeitpflegeeinrichtungen mit dem Namen „Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis en milieu des soins prolongés“, kurz PLAISIR, zeichnet sich dadurch aus, dass es am **individuell erforderlichen Pflegebedarf** des einzelnen pflegebedürftigen Bewohners ansetzt, der in einer vollstationären Pflegeeinrichtung lebt. Zudem zeichnet sich PLAISIR gegenüber anderen Verfahren insbesondere dadurch aus, dass es über eine differenzierte Erhebung der bio-psycho-sozialen Situation jedes Bewohners und der Erstellung eines individuellen Planes der erforderlichen Pflege per standardisiertem Fragebogen (FRAN)⁴⁴ zu einer gesicherten Kalkulation des für die Pflege erforderlichen Personalbedarf gelangt. Das Verfahren orientiert sich dabei nicht an dem Zustand der jeweiligen Pflegeeinrichtung, an der Zusammensetzung des Personals etwa oder an vordergründigen betriebswirtschaftlichen Erfordernissen der Einrichtung, sondern ausschließlich am erforderlichen Bedarf des einzelnen Bewohners. Zudem fließen in den*

43 Ebd.

44 FRAN = Formulaire de Relevé des Actions Nursing, Fragebogen zur Erfassung der erforderlichen Pflege

*Befund der individuell erforderlichen Pflege als weitere Bestimmungsgrößen Pflege- und Leistungsstandards ein, die in einem kontinuierlichen Prozess von Experten und Anwendern entwickelt und vereinbart wurden und einer beständigen Fortentwicklung unterliegen. Die Feststellung der individuell erforderlichen Pflege wird mit der Frage verbunden, welche **Ressourcen** einzusetzen sind, um die als erforderlich ermittelten Pflegeleistungen dann auch tatsächlich erbringen zu können. Als Maßeinheit für diese erforderlichen Ressourcen erscheint die Pflegezeit in Minuten. Auch in die Bestimmung dieser Zeitressourcen fließen bei PLAISIR aus Gründen der Vergleichbarkeit bestimmte Normgrößen als Orientierungswerte mit ein.*

*Aus der mit PLAISIR möglichen differenzierten Aufgliederung des Gesamtkomplexes Pflege in die einzelnen erforderlichen Pflegeaktionen und die dazu gehörenden Häufigkeits- und Zeitwerte pro Tagesphase, pro Tag bzw. pro Woche und aus diversen Kombinationen der Pflegeaktionen und Zeitspannen, ergeben sich nach einem dazwischen geschalteten qualitätssichernden Prozess einer Datenüberprüfung (Desk-Review mittels IMPFRAN⁴⁵) – errechnet durch ein eigenes entwickeltes Computerprogramm – in vielerlei Hinsicht für das Personal- und Qualitätsmanagement weitere verwertbare **Ergebnisse** (Outputs bzw. Auswertungen). Es lassen sich so – neben den differenzierten Aussagen über die individuelle bio-psycho-soziale Situation jedes Bewohners und neben der Erstellung eines individuellen Planes für die erforderlichen Pflege – durch die EDV-gestützte Verknüpfung der Daten von mehreren parallelen Einzelerhebungen – Einblicke gewinnen in die Struktur von Personengruppen und deren Fähigkeits- bzw. Beeinträchtigungsniveaus, in die Struktur und das Ausmaß der bei diesen Gruppen erforderlich werdenden Pflegeleistungen und der für sie benötigten Ressourcen. Es werden aber auch Analysen zu bestimmten Formationen in Wohnbereichen bzw. Pflegestationen, in einzelnen Einrichtungen und in Gruppen von Einrichtungen möglich (vergleichende und nicht vergleichende Auswertungen), ebenso Längsschnittanalysen bei mehreren zeitversetzten Erhebungen derselben Gruppierungen und Einrichtung(en).*

*Bei der Gewinnung bzw. Weiterverarbeitung der Daten durch PLAISIR können drei Prozesse unterschieden werden, nämlich der anfängliche Prozess der **Datenerhebung (Evaluierung)** mittels standardisiertem Fragebogen (FRAN), gefolgt vom qualitätssichernden Prozess der **Datenüberprüfung (Validierung)**,– in der Sprache von PLAISIR – das Desk-Review mittels IMPFRAN, und zuletzt die eigentliche **Datenver-***

45 IMPFRAN = Imprimé FRAN, zu übersetzen mit „zusammengefasste Auswertung“

arbeitung und -auswertung, die EDV-gestützte Ermittlung der Ergebnisse bzw. Auswertungen.

Eine weitere zentrale Vorkehrung, um die Gültigkeit der erfassten Daten auf hohem Niveau zu gewährleisten, ist eine sorgsame Schulung der professionellen Handhabung des Verfahrens PLAISIR, die denjenigen Fachkräften zukommen muss, die vor Ort das Fragebogenformular FRAN einsetzen sollen. Diese Gruppen- und auch Einzelschulung vollzieht sich anhand eines gestaffelten Ausbildungs- und Trainingsprogramms.

PLAISIR ist die Abkürzung für das in Kanada von Prof. Charles Tilquin entwickelte Verfahren „**Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis en milieux des soins prolongés**“ und bedeutet übersetzt „EDV-gestützte Planung der erforderlichen Pflege in Einrichtungen der Langzeitpflege“. Es handelt sich hierbei um ein mehrdimensionales Modell zur Ermittlung des Pflegezeit- und Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen. Zudem zeichnet es sich gegenüber anderen Verfahren insbesondere dadurch aus, dass es über eine differenzierte Erhebung der biopsychosozialen Situation jedes Bewohners (Anamnese, Profil) und der Erstellung eines individuellen Planes der erforderlichen Pflege über einen Zeitraum von einer Woche (Pflegeaktionen) den für die Pflege erforderlichen Personalbedarf kalkuliert. Bei der Entscheidung, ob eine Pflegeleistung tatsächlich erforderlich ist oder nicht, werden Leistungsbeschreibungen und Richtlinien zu Grunde gelegt, die vorab zwischen den Leistungsträgern, den Leistungserbringern und den Vertretern der Pflege vereinbart wurden. Diese sind in einer Nomenklatur, einem Handbuch und einer Verfahrensanweisung niedergelegt. Dabei wird unterstellt, dass jeder Bewohner einer Einrichtung ein bestimmtes Setting an Leistung beanspruchen kann. Dies sind in der Sprache von PLAISIR die Pflegestandards. Eigens geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen erheben mit Hilfe eines 32-seitigen standardisierten Fragebogens (FRAN) die Daten in ihrer Einrichtung. Diese werden einer Überprüfungs- und Datenverarbeitungszentrale zur weiteren Bearbeitung zugeschickt, so dass die untersuchten Einrichtungen selbst, bezogen auf PLAISIR, über keinerlei spezielle technische Ausstattung verfügen müssen.

In diesem Rechenzentrum wird jeder FRAN – neben einer allgemeinen Prüfung – einem zweistufigen Überprüfungsprozess (Desk-Review) durch eine spezielle Pflegefachkraft unterzogen. Diese prüft die Einhaltung der niedergelegten und vereinbarten Verfahrens- und Leistungsbeschreibungen und ordnet nach einem Vergleich der Anamnesedaten mit den angegebenen Leistungen – auf der Grundlage eines umfang-

reichen Handbuches – letztendlich die erforderlichen Pflegeleistungen dem Bewohner zu. Erst nach erfolgreicher Überprüfung aller Angaben gehen die Daten zur Verrechnung in die Datenverarbeitung ein.

PLAISIR ermittelt somit die erforderliche Pflege, deren Art und Umfang auf der Grundlage und im systematischen Abgleich des Gesundheitszustandes und der psychischen Befindlichkeit des Bewohners. Diese individuell erforderliche Pflege wird von allgemein akzeptierten und vereinbarten Leistungsbeschreibungen und Häufigkeitsnormen abgeleitet, die von kanadischen Experten und Anwendern in einem kontinuierlichen Prozess entwickelt und vereinbart wurden, zudem regelmäßig revidiert und auch künftig weiter modifiziert werden kann.

Da PLAISIR systematisch für einen Wochenzeitraum abfragt, welche *Pflegeleistungen* zu welcher Tageszeit wie oft am Tag oder in der Woche für jeden Bewohner erforderlich sind, liefert es auch unmittelbar alle erforderlichen Daten darüber, welche *Ressourcen* für welche Leistungen wann vorgehalten und eingesetzt werden müssen.

Dabei berücksichtigt und verrechnet das Verfahren in einem dritten Schritt eine Vielzahl von Einflussgrößen, um die als erforderlich ermittelten Pflegeleistungen in die hierfür benötigten Personalstellen umwandeln zu können.

Die zentrale Maßeinheit für die erforderlichen Ressourcen nach PLAISIR ist die Pflegezeit in Minuten. Sie errechnet sich aus den bei den Richtwerten hinterlegten Zeitwerten. Jeder einzelnen Pflegeaktion liegt eine inhaltlich Beschreibung und ein Zeitwert zu Grunde, der auf der Grundlage der Profildaten eines Bewohners unterschiedlich gewichtet (erhöht oder reduziert) werden kann.

Aus der mit PLAISIR möglichen differenzierten Aufgliederung des Gesamtkomplexes Pflege in die einzelnen erforderlichen Pflegeaktionen und die dazu gehörenden Zeitwerte pro Tagesphase, pro Tag bzw. pro Woche und aus diversen Kombinationen der Pflegeaktionen und Zeitspannen ergeben sich in vielerlei Hinsicht für das Personal- und Qualitätsmanagement verwertbare Aussagen (Auswertungen). Diese beziehen sich auf Art und Umfang des erforderlichen Pflegebedarfs und auf das Ausmaß der dafür benötigten Ressourcen. Die Basis aller Auswertungen sind die Aussagen über den einzelnen, an Hand von PLAISIR evaluierten Pflegebedürftigen, über seinen bio-psycho-sozialen Zustand, seinen erforderlichen Pflegebedarf und die dafür benötigten Zeitmengen. Darüber hinaus lassen sich aber – durch Verknüpfung der Daten aus mehreren Einzelerhebungen – Einblicke gewinnen in Perso-

nengruppen und deren Fähigkeits- bzw. Beeinträchtigungsniveaus, in die Struktur und das Ausmaß der bei ihnen erforderlich werdenden Pflegeleistungen und der dort einzusetzenden Ressourcen. Es werden aber auch Analysen zu bestimmten Formationen in Wohnbereichen bzw. Stationen, in einzelnen Einrichtungen und in Gruppen von Einrichtungen möglich (vergleichende und nicht vergleichende Auswertungen).

Bevor näher auf das Verfahren selbst eingegangen wird, soll an dieser Stelle noch die Bedeutung der sogenannten Pflegestandards erläutert werden, da diese auf den ersten Blick in einem Widerspruch zu den individuellen Bedürfnissen zu stehen scheinen.

Diese Standards beinhalten eine Auswahl aus ca. 190 Leistungsbeschreibungen die in PLAISIR hinterlegt sind. Sie unterstellen, dass ein „durchschnittlicher Bewohner, sofern er Heimpflege benötigt, diese Leistungen im Regelfall benötigt und auch erwarten darf.

Sie beschreiben somit ein Leistungspaket nach Art, Inhalt und Häufigkeiten, welches einem Bewohner bei Pflegebedürftigkeit grundsätzlich zusteht (vgl. Kap. 3.4.4). Die Aufgabe des Verfahrens besteht nun darin, alle begründeten Abweichungen von dem angenommenen Regelfall zu finden. Abweichungen von den Standards sind also nicht nur möglich, sondern sogar notwendig und vorgesehen, um dem Einzelfall auch wirklich gerecht zu werden. Mit Blick auf die erfassten besonderen Bedürfnisse des jeweiligen Bewohners werden allerdings die individuellen Abweichungen auf dem Hintergrund der Standards deutlich und sie müssen auch begründet werden. Zum Beispiel sieht PLAISIR für die Körperpflege bei Bewohnern ohne weitere pflege- und/oder krankheitsbedingte Besonderheit sechs Tage pro Woche je eine Teilwaschung vor. Einem „durchschnittlichem“ Bewohner stehen demnach, sofern keine weiteren Besonderheiten geltend gemacht werden, wie beispielsweise Inkontinenz oder Bettlägerigkeit, standardmäßig diese sechs Teilwaschungen und zusätzlich noch eine Ganzkörperwaschung (bspw. ein Vollbad) pro Woche zu. Wenn trotzdem in der Einrichtung mehr gewaschen oder gebadet wird, bleibt dies zwar auch weiterhin möglich, wird jedoch bei der Bedarfsmessung nicht mit eingerechnet. Wenn der Bewohner das Vollbad ablehnt, behält er aber weiterhin ein Recht darauf. Benötigt er jedoch – zum Beispiel wegen Hautproblemen oder Inkontinenz – mehr Bäder als vorgesehen, muss dies im Fragebogen mit ausdrücklicher Begründung des Mehrbedarfs vermerkt werden, damit dies entsprechend berücksichtigt werden kann.

2.3.1 Datenerhebung

Um den individuellen Pflegebedarf, die erforderlichen Pflegeleistungen und die benötigten Ressourcen einheitlich und verlässlich zu ermitteln, wird eine intensive *Datenerhebung* mit dem 32-seitigen standardisierten Fragebogen, dem FRAN, durchgeführt. Der FRAN wird von speziell geschulten Pflegefachkräften – den Evaluierenden und Evaluierenden – vor Ort in den Einrichtungen ausgefüllt. Im Allgemeinen handelt es sich dabei um Pflegefachkräfte derjenigen Einrichtung, wo erhoben wird. Jedoch wird von manchen Institutionen – z. B. bei kleineren Einrichtungen oder in speziellen Fällen – die Evaluationsaufgabe auch an externe Pflegefachkräfte weiter gegeben (vgl. Kap. 3). Um das Formular FRAN sachgerecht ausfüllen zu können, greift die evaluierende Fachkraft auf folgende Unterlagen zurück:

- die Bewohnerakte,
- den Pflegeplan für den Bewohner,
- die Pflegedokumentation,
- den oder die Ordner mit den Pflegetechniken der Institution,
- die Richtlinien und Leistungsbeschreibungen des Systems PLAISIR, die in einem Handbuch niedergelegt sind,
- sonstige zur Verfügung stehende Unterlagen.

Die Evaluierende bzw. der Evaluierende wird auch das für den Bewohner verantwortliche Personal, den Bewohner selbst und dessen Angehörige befragen. Es dauert für eine geübte Fachkraft – je nach Lage des Einzelfalles – etwa 45 Minuten bis zu zwei Stunden, um einen FRAN sachgerecht auszufüllen. Die Erhebung konzentriert sich dabei immer auf einen Beobachtungszeitraum von sieben Tagen rund um die Uhr (Referenzzeitraum).

Die ersten drei Seiten des FRAN beinhalten den Anamneseteil, mit dem umfassende Informationen über den zu evaluierenden Bewohner erhoben werden. Diese differenzierte Erfassung von den mehr als 185 Bewohnermerkmalen und/oder deren Ausprägungen (vgl. nachstehende Seiten) richtet sich auf:

PLAISIR
Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis
Formulaire de Rélevé des Actions Nursing (FRAN)
Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé

A. IDENTIFICATION

Bundesland _____
 Einrichtung _____
 Wohn-/Pflegebereich _____
 Bewohner: _____

Beobachtungsdatum Beob. für _____ Tage/7
 JA MO TA
 Evaluiererin _____
 JA MO TA
 Geburtsdatum:
 JA MO TA
 Geschlecht: 1. Weib. 2. Männl.
 Aufnahmeamt:
 JA MO TA

B. REHABILITATIONSTHERAPIE (erhaltene Leistungen)

Geben Sie für jede erhaltene Therapie die Anzahl der Minuten und die Anzahl der Tage pro Woche an.

	Anzahl der Minuten/Woche	Anzahl der Tage/Woche
Physio		
Ergo		
Logo		

C. ERHALTENE PFLIEGERISCHE REHABILITATIONSMASSNAHMEN

Wenn ja, so vermerken Sie die Anzahl der Tage/Woche

1. Training: Essen und Trinken

2. Training: Ausschneiden können

3. Training: Sich pflegen/sich kleiden können

4. Training: Sich bewegen können (auch mit Hilfe)

5. Training: Transfers

C.1 Psychiatrische Rehabilitation

1. nein 2. ja

1. nein 2. ja

D. ERHALTENE SPEZIELLE BEHANDLUNGEN

1. nein 2. ja
 Geben Sie an, ob die Behandlung insgesamt (INT.) der Durchführung oder außerhalb (andereinrichtung) (EXT.) durchgeführt wird.

1. Chemotherapie 1. INT. 2. EXT.

2. Strahlentherapie

3. Inhalationstherapie

4. Dialyse

5. Transfusion

6. Parenterale Ernährung

7. Ulcus cruris

8. Druckgeschwür (1., 2. Grad)

9. Druckgeschwür (3., 4. Grad)

10. Fußpflege

E. ARZTVISITEN

Üblicherweise, erhaltene Anzahl von Arztvisiten _____/Monat

F. DIAGNOSEN / PROBLEME

3039 Alkoholabhängigkeit	2819 Mangelanämie
3979 Altersschwäche o.Ä. e. Psychose	4129 Myokardinfarkt, alter
3310 Alzheimer Syndrom	3409 Multiple Sklerose
4139 Angina Pectoris	5869 Nierenversagen
3000 Angina pectorose	7139 Osteoarthese
7843 Asthacie	7310 Osteoporose
4469 Atherosklerose	7310 Pager Knochenkrankheit
7169 Atriofibrillen	3320 Parkinson Syndrom
4939 Asthma	4869 Pneumonie
3690 Blindheit, beide Augen	7140 Primär-chronische Polyarthrits (PCP)
4148 Chron. ischämische Herzerkrankheit	2989 Psychose
5859 Chronisches Nierenversagen	2911 Alkohol. Korsakow-Syndrom (Korsakow-Psychose)
4969 Chron. Verschluss d. Atemwege	2966 Psychose, manisch-depressive
5629 Darmstentel	2959 Schizophrenie
3119 Depressive Zustandsbilder	2953 Schizophrenie, paranoide Form
2500 Diabetes mellitus	3199 Schwachbinn
3459 Epilepsie	2960 Senile Demenz, einfache
2780 Fettsucht (Adipositas)	4389 Spätfolgen v. Hirngefäßkrankheiten
3659 Gialkom	9053 Spätfolge v. Oberschenkelhalsfraktur
7801 Häluzinationen	3109 Spezif. nichtpsychotrische psychische Störungen nach Hirmschädigungen (organisches Psychosyndrom)
3429 Hämiplegie	3899 Taubheit
4019 Herzinsuffizienz	4273 Vorhofflimmern
2449 Hypothyreose	3590 Infektion der Hirnhäute
3666 Katarakt	7812 Koordinationsstörungen (Ataxie)
3190 Koronarteriosklerose	3319 Zerebrale Degeneration
4140 Koronarteriosklerose	4359 Zerebrale ischämische Attaken
	5533 Zwerchfellbruch

Sonstige Diagnosen:

N. KONTAKTE ZUR AUßENWELT	
Anzahl der Kontakte pro Jahr (Telefonate, Besuche, Briefe)	_____ / Jahr

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

P. PSYCHISCHE UND SENSORISCHE FUNKTIONEN			
Kurzzeitgedächtnis	Adäquat	Schädigungsgrad Leicht	Schwer/Null
Langzeitgedächtnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denken (Inhalt, Geschwindigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahrnehmungsfähigkeit und Aufmerksamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewußtsein und Wachzustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung - Zeit / Raum / Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entscheidungen treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auftrieb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wille und Motivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emotionen, Affekte, Stimmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich verständlich machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q. PSYCHISCHE PROBLEME		R. ORIENTIERUNG (Interaktionen mit der Umgebung)	
Kreuzen Sie die korrigierten (K) oder nicht korrigierten (NK) Probleme an:		1. Voll orientiert	
1. Physische Aggressivität	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> NK	2. Voll kompensierte Störung(en) der Orientierung	
2. Verbale Aggressivität	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> NK	3. Internalisierende Störungen der Orientierung	
3. Stört die anderen	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> NK	4. Teilweise kompensierte Störungen der Orientierung	
4. Unruhe	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> NK	5. Mäßige Störungen der Orientierung	
5. Unberinnen	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> NK	6. Schwere Störungen der Orientierung	
6. Anhaltende Angst	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> NK	7. Orientierungsverlust	
7. Traurigkeit	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> NK	8. Desorientierung	
		9. Koma	

- die persönlichen Kenndaten des Bewohners, die aus Datenschutzgründen verschlüsselt werden (vgl. Punkt A.),
- das Bewohnerprofil der erhaltenen Leistungen benutzten aus Medizin und Rehabilitation wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie (vgl. Punkt B. bis F.)
- das bio-psycho-soziale Profil des Bewohners (vgl. Punkt G. bis R.)

Diese Daten werden also u. a. zur Erstellung eines übersichtlichen Bewohnerprofils herangezogen (vgl. Kap. 3), spielen aber auch eine wichtige Rolle beim Desk-Review (vgl. Kap. 2.3.2).

Dem Bewohnerprofil der Seiten eins bis drei folgt im FRAN ein 29-seitiges standardisiertes Raster zur Erstellung eines detaillierten individuellen Pflegeplans mit den zehn Pflegebereichen, die sich auf die drei übergreifenden Bedürfniskategorien aufteilen lassen:

- „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (= Grundpflege),
- „Kommunikation“ (= zwischenmenschliche und erzieherische Pflege) und
- „Mithilfe bei der ärztlichen Therapie und Diagnostik“ (= Behandlungspflege)⁴⁶.

PLAISIR erfasst hierbei alle Pflege- und Unterstützungstätigkeiten und einige hauswirtschaftliche Tätigkeiten, die vom Pflegepersonal ausgeführt werden:

- Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) = Grundpflege:
 - Respiration (Atmung)
 - Essen und Trinken können
 - Ausscheiden können
 - Sich Pflegen/Sich Kleiden können
 - Sich bewegen können
- Kommunikation = zwischenmenschliche und erzieherische Pflege:
- Mithilfe bei ärztlicher Therapie und Diagnostik = Behandlungspflege:
 - Medikation
 - Intravenöse Therapie
 - Behandlungen
 - Diagnostische Maßnahmen

46 Die verschiedenen Bezeichnungen für die selbe Kategorie resultieren aus der Schweizer Übersetzung sowie aus deren nachträglichen Anpassung an bundesdeutsche Formulierungen.

Zur Gliederung der pflegerischen Gesamtaufgabe wurde im Rahmen der PLAISIR-Methode insgesamt eine fünfstufige Nomenklatur⁴⁷ entwickelt: Auf der ersten Stufe erfolgt eine Gliederung in die *zehn Pflegebereiche*. Auf der zweiten Stufe werden *Unterbereiche* unterschieden, die dann auf der dritten Stufe in *Pflegebedürfnisse* unterteilt werden, denen auf der vierten Stufe *Pflegeaktivitäten* zugeordnet werden. Diese werden ihrerseits auf der fünften Stufe in sogenannte *Interventionen* gegliedert. Insgesamt werden auf den 29 Seiten rund 190 Interventionen unterschieden.

In einem weiteren Schritt präzisiert PLAISIR die Interventionen mit Hilfe von bis zu fünf Parametern (M, W, X, Y, Z), die Einfluss auf die Höhe des Zeitbedarfs haben. Die *drei Ausprägungen des Parameters Pflegemodus „M“* geben beispielsweise an, ob sich die Pflegeperson bei der angegebenen Intervention auf bloße Anleitung beschränken kann (1) oder ob eine teilweise (2) bzw. eine vollständige Übernahme der Tätigkeit (3) – z. B. der Intimpflege durch die Pflegeperson – erforderlich ist. (s. nachfolgende Seite, FRAN Kennz. 3030 bis 2050)

Die *zwei Ausprägungen des Parameters „W“* werden benutzt, um festzuhalten, ob z. B. beim Waschen eine *ständige* Anwesenheit der Pflegeperson erforderlich ist oder nicht. *Drei weitere Parameter „X“, „Y“ und „Z“* nehmen je nach in Frage stehender Intervention unterschiedliche Bedeutungen an. Zum Beispiel kann mit ihnen der Ort bzw. Raum bezeichnet werden, in dem eine Tätigkeit erfolgt, oder aber – bei einer anderen Intervention – die erforderliche *Anzahl* der bei einer Pflegeaktion anwesenden Pflegepersonen. Bei anderen Aktionen hingegen können die Parameter „X“, „Y“ und „Z“ auch das *Ausmaß* der kognitiven Defizite bzw. der psychiatrischen Probleme oder das *Ausmaß* der Kooperation, der Stimulation etc. kennzeichnen.

Beim PLAISIR-Verfahren wird die nach Expertenurteil erforderliche Pflegezeit nach Art der Pflegeleistung und nach Phase des Tages, zu der die Leistung erbracht werden soll, ausgewiesen. Die grundlegenden Parameter einer Dienstleistung (vgl. Kap. 2.2) sind – bezogen auf ihren Zeitcharakter – ihre Dauer, Häufigkeit und Zeiteinheit: Die Dauer richtet sich auf den Zeitraum, für den die Dienstleistung angeboten wird. Die Häufigkeit gibt an, wie oft in einem Zeitabschnitt die Dienstleistung erfolgt, während die Zeiteinheit für eine notwendigen Dienstleistung in Minuten angegeben wird. Damit kann gleichsam das dem Bewohner zugemessene Pflegezeitbudget bestimmt werden.

47 Vgl. Anlage 7.2: PLAISIR 93 – Quantitative und qualitative Evaluation der Pflege abhängiger Personen, S. 13 ff. Montréal 1997

Eine derart differenzierte Aufgabengliederung ist für die Praxis einer analytischen Pflegezeitbemessung erst sinnvoll, seit – in vertretbarem Zeitrahmen zu vertretbaren Kosten – entsprechende Computerprogramme eine effiziente bewohnerbezogene Zusammenführung der genau bezeichneten pflegerischen Interventionen und ihres Zeitaufwandes ermöglichen.

Am Rande sei bemerkt, dass die den einzelnen Interventionen (den kleinsten Teilaufgaben) zugeordneten Zeitwerte von der EROS in Québec zum Schutz vor Nachahmern als „Betriebsgeheimnis“ behandelt werden.

Erfahrungsgemäß zeigen sich – das schon einmal vorweg – sowohl die Heimleiter als auch die verantwortlichen Pflegepersonen sehr zufrieden mit den personenbezogenen Auswertungen von PLAISIR. Die Pflegemitarbeiter aus den Pflegebereichen zum Beispiel schätzen die Resultate in Form einer Aufstellung des täglichen Pflegezeitbedarfes nach Art der erforderlichen Pflegeleistungen und können – ohne Kenntnis des Namens der erfassten Bewohnerinnen und Bewohner – in den meisten Fällen an dem jeweils ausgewiesenen Profil des Pflegezeitbedarfes erkennen, um welchen Bewohner es sich handelt (s. u. Ergebnisse).

2.3.2 Datenvalidierung und der Ausbildungsgang zum Evaluierer

An die Datenerhebung schließt sich bei PLAISIR der Prozess der *Datenüberprüfung*, auch *Validierung* genannt, an: Die ausgefüllten Fragebögen pro Organisationseinheit (Wohn-/Stationsbereich, Wohngruppe oder Abteilung) werden von den Einrichtungen nach Québec in das Datenverarbeitungszentrum der Firma EROS geschickt. Die Verarbeitung pro Organisationseinheit ist zur Überprüfung der Einzelleistungen aller Bewohner eines Bereiches miteinander und zur Herstellung eines Gesamteindrucks über das Leistungsgeschehen einer Organisationseinheit unbedingt erforderlich.

Im Rechenzentrum werden die Angaben der FRANs in den Computer eingegeben. Das Programm erkennt schon bei der Dateneingabe Lücken in den Angaben sowie sich widersprechende und realitätsferne Angaben. Es erstellt dann für den ersten Prüfungsprozess das so genannte IMPFRAN, das ist eine Auswertung, die eine kompakte, aber vollständige Fassung des Inhalts des FRAN darstellt. Die IMPFRANs werden durch einen Spezialisten für Validation überprüft (Desk-Review) hinsichtlich offenkundiger Fehler und nicht übereinstimmender Daten.

Nach dieser Kontrolldurchsicht nimmt die Desk-Reviewerin bei Unstimmigkeiten und Unklarheiten mit der Einrichtung, in der der Bewohner lebt, telefonischen Kontakt auf. Die für den Bewohner zuständigen Pflegepersonen, also nicht unbedingt der Evaluierer, werden noch ein Mal gezielt befragt, um das IMPFRAN des Bewohners ergänzen oder korrigieren zu können. Durch das Befragen unterschiedlicher Gruppen können auch abweichende Einschätzungen und Angaben offenbar und somit überprüft werden. Dies ist ein nicht zu unterschätzender qualitätssichernder Faktor.

Bei der wiederholten Datenauswertung eines Bewohners, der früher schon einmal mit PLAISIR evaluiert worden ist, vergleicht der Überprüfungsexperte zudem den aktuellsten IMPFRAN immer auch mit dem vorangegangenen. Diese Gegenüberstellung ist zur Identifizierung von Widersprüchen ebenfalls hilfreich.

Eine Desk-Reviewerin kann – je nach der Lage der Fälle – zwei bis vier IMPFRANs pro Stunde bearbeiten. Ist dieser Kontrollvorgang beendet, werden die Korrekturen und Änderungen des IMPFRAN-Bogens in den Computer eingegeben. Nach diesem Prozess folgt eine abschließende Prüfung der korrigierten IMPFRAN durch eine andere Fachkraft im Sinne einer zweiten Lesung der Daten. Erst nach Abschluss dieser mehrstufigen Kohärenz- und Plausibilitätsprüfung gelangen die Daten in den eigentlichen Datenverarbeitungsprozess. Die Phase des Desk-Review wird so zu einem wichtigen Baustein der Validitätsabsicherung.

Eine weitere zentrale Vorkehrung, um die Qualität und Gültigkeit der erfassten Daten auf hohem Niveau zu gewährleisten, ist eine sorgsame Schulung derjenigen Fachkräfte, die vor Ort das FRAN anwenden sollen. Ausbildung und Training hinsichtlich Struktur bzw. Handhabung von PLAISIR beinhalten folgendes Programm:

Eine dreitägige Gruppenschulung der Pflegefachkräfte

In Gruppen von ca. zwölf Personen werden systematisch das Pflegeverständnis, die Instrumente und das PLAISIR-Handbuch beschrieben und vermittelt. Unter Anleitung einer speziell geschulten Ausbilderin/einen Ausbilders, i. d. R. eine Kraft die auch das Desk-Review vornimmt, wird insbesondere der sachgerechte Umgang mit FRAN vermittelt. Im Mittelpunkt steht die Vermittlung eines kohärenten Verständnisses zu den einzelnen Pflegeetätigkeiten, so dass im Weiteren von jeder EvaluiererIn jede Pflegeetätigkeit gleich erfasst wird.

Zwei eintägige Einzelschulungen in der Einrichtung der Pflegefachkraft:

Im unmittelbaren Anschluss an die Gruppenschulung (ca. fünf Werkta-ge) erfolgt die *erste* individuelle Einzelschulung vor Ort in der Pflegeein-richtung. Von der Pflegefachkraft sind bis zu diesem Zeitpunkt *maximal* zehn Evaluationen zu erstellen. Gemeinsam mit der Ausbilderin (Dozen-tin) werden dann die zehn FRANs überarbeitet und korrigiert. Zusätzlich werden von der Ausbilderin selbst drei der zehn begutachteten Be-wohnerInnen unabhängig von der „Schülerin“ evaluiert, die Gutachten anschließend miteinander verglichen und auftretende Abweichungen erörtert. Diese zehn Evaluationen fließen in die Auswertung ein.

Bis zur *zweiten* Einzelschulung sind von der Pflegefachkraft zehn weite-re Evaluationen zu erstellen, die analog der ersten Einzelschulung mit der Dozentin und besprochen werden. Mit der zweiten Einzelschulung ist die Grundausbildung der Pflegefachkraft abgeschlossen, so dass die kommenden Evaluationen von der angehenden EvaluiererIn selbst-ständig erhoben werden können.

Auffrischungskurse

Darüber hinaus bietet EROS individuelle „Auffrischungsschulungen“ für bereits geschulte EvaluiererInnen an, die ein Jahr lang oder länger kei-ne Erhebungen mehr durchgeführt haben. Von Vorteil ist es, die Anzahl der geschulten EvaluiererInnen in einer Einrichtung zu begrenzen. Da-durch ist sicher gestellt, dass jede Evaluierungsperson übers Jahr hin-genügend praktische Erfahrung sammeln kann und mit dem Umgang von PLAISIR vertraut bleibt.

Nachschulungen

Die Korrekturvorgänge im Rahmen des Desk-Review implizieren zudem einen kontinuierlichen Weiterbildungsprozess für die evaluierenden Fachkräfte. Sie erhalten durch die Telefongespräche mit den Überprü-ferinnen wichtiges Feed-back ggf. kombiniert mit dem Angebot einer individuellen oder kollektiven Nachschulung. Das Ausmaß dieser nach-folgenden Schulungen variiert je nach festgestellten Problemen. Au-ßerdem besteht bei PLAISIR die Möglichkeit, dank der vertieften Einbli-cke der Überprüfer in die Problemlagen bei der Benutzung von PLAISIR den Ausbildungsgang und die Handhabung des Verfahrens ständig weiter zu entwickeln.

Zum Prozess der Überprüfung der IMPFRANs (mikroskopisch) kommt zuletzt noch eine makroskopische Kontrolle der Computerauswertun-gen bei PLAISIR hinzu. Dieser Schritt erlaubt mögliche systematische Fehler festzustellen, die während der individuellen Überprüfung unbe-

merkt geblieben sind. Auch bei dieser Überprüfung werden immer die gegenwärtigen Auswertungen einer Einrichtung mit den ggf. zuvor gewonnenen Auswertungen verglichen.

Weitere wichtige Elemente für die Qualitätssicherung der Daten sind die oben bereits angesprochenen PLAISIR-Pflegestandards und Häufigkeitsnormen. Sie sind eine notwendige Bedingung für die Homogenität der Evaluationen, ebenso das PLAISIR-Handbuch, das genaue und detaillierte Erklärungen zu jeder Rubrik des FRAN bereit hält. Alle Evaluierenden haben dieses Handbuch zur Verfügung.

2.3.3 Datenverarbeitung

Nach dem Desk-Review beginnt mit der *Datenverarbeitung* die dritte und letzte Phase des Verfahrens PLAISIR. Zum einen lässt sich über den FRAN ein bio-psycho-soziales Profil ermitteln und verfügbar machen. Die erhobenen Daten der Formulare werden in den Computer der Quebecer Rechenzentrale verarbeitet. Der Computer berechnet darüber hinaus die Quantität der erforderlichen Pflege- und Unterstützungsressourcen für den Bewohner. Er geht dabei vom Profil der erforderlichen Pflege- und Unterstützungsleistungen für den Bewohner aus sowie zusätzlich von der Gewichtung jeder Pflegeaktion, die angege- ben wird in der zu ihrer Ausführung erforderlichen Zeit.

Das System erlaubt folglich eine Darstellung des Bewohners in den drei Dimensionen:

- bio-psycho-soziales Profil der individuellen *Bedürfnisse* als Ausdruck des vorhandenen Könnens des einzelnen Bewohners, aber auch seiner Kompensationen, Beeinträchtigungen, Probleme und Krankheiten,
- erforderliche *Pflegeleistungen*, um die bio-psycho-sozialen Bedürfnisse zu befriedigen,
- erforderliche *Ressourcen* (gemessen in Zeit), um die erforderlichen Leistungen zu erbringen.

Die Nomenklatur⁴⁸ der hinterlegten Pflegeaktionen dient als Gerüst zur Bestimmung der erforderlichen Pflegeleistungen und anschließend, über die zeitliche Gewichtung der Pflegeaktionen, zur Messung der erforderlichen Pflegezeit. Die Entwickler des Verfahrens betonen ausdrücklich, dass es möglich ist, Quantitätsmessung und Qualitätssiche-

48 Vgl. Anlage 7.2: PLAISIR 93 – Quantitative und qualitative Evaluation der Pflege abhängiger Personen, S. 13 ff. Montréal 1997

rung der Pflege in Einklang zu bringen, indem die Quantitätsmessung der Pflege in den inhaltlichen Pflegeprozess integriert wird. Genauer gesagt erfordert die Quantitätsmessung in PLAISIR eine erschöpfende Sammlung der Merkmale des Bewohners mit anschließender Ausarbeitung des erforderlichen Pflegeplans. Somit trägt PLAISIR zur Verbesserung der Pflegequalität auf zweierlei Weise bei: Erstens wird durch die Schulung der Fachkräfte, durch die Einführung einer Anamnese und eines Pflegeplans in den Einrichtungen verbessert wird, ein individueller Pflegeprozess gefördert. Zum Zweiten steht mit den errechneten Resultaten von PLAISIR, den so genannten Auswertungen auf seinen verschiedenen Aussageebenen, ein System zur Kontrolle der Pflegequalität bereit, das auch den Vergleich von Pflegestationen, Institutionen, Regionen usw. möglich macht.

Kern der Methode PLAISIR ist die Messung der Pflegezeit, die für den einzelnen Bewohner, der in einer Langzeitpflegeeinrichtung lebt, erforderlich ist (vgl. Kap. 2.3.1): Diese Zeit wird erhoben mit FRAN Teil 2. Die auf diese Art kalkulierte *notwendige*, nicht also die tatsächlich *gegebene* Pflege wird in so genannten *Netto-Pflegeminuten* ausgedrückt. Dieses zentrale Messergebnis von PLAISIR setzt sich aus Informationen zu einzelnen Pflegebereichen und Tätigkeiten gepaart mit Häufigkeitsstandards und zugewiesenen Zeiteinheiten zusammen. Zusätzlich erscheinen in einem bio-psycho-sozialen Profil differenzierte Aussagen zum gesundheitlichen Zustand des einzelnen Pflegebedürftigen (erhoben mit FRAN Teil 1).

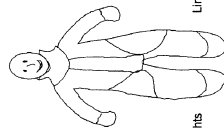
Aus den beiden Hauptbestandteilen die sich immer zuerst auf den einzelnen Bewohner beziehen, lassen sich in verschiedener Hinsicht durch rechnerische Aufgliederungen und Zusammenfassungen der verschiedenen Parameter Aussagen zu den einzelnen Personen selbst machen, aber ebenso auch Angaben zum Vorhandensein bestimmter Krankheitszustände, zur Ausprägung von Pflegebereichen und einzelnen Pflegeaktivitäten, zu Gruppierungen von Personen in Wohnbereichen, in einzelnen oder mehreren Institutionen einer oder mehrerer Regionen. Dies sind die diversen Auswertungen von PLAISIR, die im Rechenzentrum der

PROGRAMM: Wohnbereich: Bewohnernr.: einmaltige Nummer: 19200113FAAA

Beobachtungsdatum: 1999-12 Aufnahme datum: Geburtsdatum: Alter: Geschl. W

Pflegestufe = 2

1	2	3	4	5	6	7	8	9
■■■■■■■■	■■■■■■■■	■■■■■■■■	■■■■■■■■	■■■■■■■■	■■■■■■■■	■■■■■■■■	■■■■■■■■	■■■■■■■■
Auf das Stockwerk des Zimmers beschränkte Bewegungsfähigkeit								
Abhängigkeit von anderen für die meisten Bedürfnisse								
Desorientierung								
Ungemessene Beschäftigung								
Kein Kontakt/kontaktfähig								



Psychische und sensorische Funktionen

Kurzzeitgedächtnis	■■■■■■■■	Entscheidungen treffen	■■■■■■■■	Sprache	■■■■■■■■
Langzeitgedächtnis	■■■■■■■■	Antrieb	■■■■■■■■	Selbstvermögen	■■■■■■■■
Denken	■■■■■■■■	Wille und Motivation	■■■■■■■■	Gehör	■■■■■■■■
Wahrnehmungsfähig./Aufmerksamk.	■■■■■■■■	Emotionen, Affekte, Stimmungen	■■■■■■■■	Sich verständlich machen	■■■■■■■■
Orientierung - Z/RQP	■■■■■■■■	Verhalten	■■■■■■■■	Andere verstehen	■■■■■■■■

Krankenpflege	Resp.	Ernäh.	Ausgesch.	Hyg.	Mob.	Medik.	I.V.	Behand	Diag./Mati	Grundp.	Pf.techn.	Komm.	Gesamt
Minuten/Tag		26.47	36.71	39.59	16.29	1.25		3.50	119.06	4.75	31.00		154.81

Rechts Links

Kompensationen:

Klasse:	/4	Klasse:	/8
Arztvisiten/Monat:	4		
Kontakte z. Außenw./Jahr:	6		
Min./Wo	Tag/Wo		
Physio			
Ergo			
Logo			

Beweg.fähigk. bedingende Faktoren:
Psychische Probleme
Vorschriften

Sturzrisiko: Ja

Psychische Probleme

A	Stört die anderen
A	Unruhe
A	Umherrennen
Freiheitsbeschränkender/entziehende Maßnahmen	
O	Beitritter
O	Bauchgurt
S	Psychopharmaka

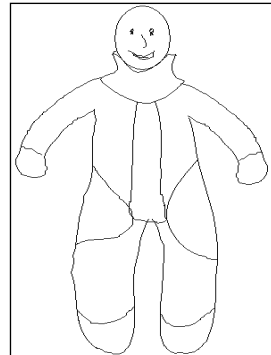
Diagnosen (ICD-9)	T/W Pfleg. Rehabafäh.	Behandlungen
1 Alzheimer Syndrom		
2		
3		
4		
5		

Firma EROS nach Abschluss des Desk-Review (vgl. Kap. 2.3.2) erstellt werden und daraufhin den Institutionen, den Planern etc. zur Verfügung gestellt werden.

Die differenzierten Auswertungen lassen sich u. a. mit Blick auf Fragen zu Pflegequalität, Pflegeplanung und -dokumentation, Personalbemessung, Pflegesatzberechnung etc. weiter verwenden. So können auch analog der RUGs (vgl. Kap. 1.6) Bedarfsgruppen nach bestimmten Kriterien definiert und deren Pflegebedarf festgestellt werden.

Gestützt auf die Erhebungen, die mittels des FRANs (Teil 1) vorgenommen werden, gibt PLAISIR zunächst ein bio-psycho-soziales Profil für jeden einzelnen Bewohner aus (s. Graphik). Neben persönlichen Daten (verschlüsselt) ist die Pflegeeinstufung ersichtlich. Es werden zudem die Ausprägungen zu den Beeinträchtigungen hinsichtlich Bewegungsfähigkeit, Unabhängigkeit, Orientierung, Beschäftigung und Soziale Beziehungen zusammengefasst und komprimiert ausgewiesen.

Die nebenstehende Graphik – auch Gustav genannt und die diesem Auswertungsbogen umgangssprachlich auch seinen Namen verleiht – erlaubt eine visualisierte Darstellung von Einschränkungen bzw. Fähigkeitsverlusten (Unbeweglichkeit oder Amputation) Einzelner Gliedmaßen und Körperregionen. Je nach Indikation wird auf der Auswertung ein „E“ für Einschränkung, ein „U“ für Unbeweglichkeit und ein „A“ für Amputation entsprechend der betroffenen Körperregion eingetragen.



Das oben abgebildete bio-psycho-soziale Profil (Abb. 19200113FAAA) repräsentiert die Zusammenfassung der ersten drei Seiten des FRANs. In diesem Fallbeispiel handelt es sich um eine 80-jährige Frau mit Diagnose Alzheimer Syndrom. Die Bewohnerin ist hinsichtlich ihrer Bewegungsfähigkeit auf das Stockwerk ihres Zimmers beschränkt (Ausprägungsgrad 7). Sie ist fast vollständig abhängig von anderen, wenn es um die Kompensation ihrer Bedürfnisse geht (Ausprägungsgrad 8). Auch ihr Orientierungsvermögen ist extrem stark eingeschränkt (Ausprägungsgrad 8). Hätte ihr Orientierungsvermögen den extremsten Ausprägungsgrad (9) erreicht, so bedeutete dies, dass sie im Koma läge. Bei den psychischen und sensorischen Funktionen wurden durchweg vollständige oder schwerste Einschränkungen verzeichnet, ausgenommen beim Sehvermögen und Gehör, die sich lediglich leicht einge-

schränkt zeigten. Die Bewohnerin stört die anderen, zeigt erhebliche Unruhe und irrt umher (mit Sturzrisiko). Als freiheitsbeschränkende bzw. -entziehende Maßnahmen werden Bettgitter, Bauchgurt und Psychopharmaka eingesetzt. Zudem befindet sich die Frau auf einer geschlossenen Station.

Die gesamte erforderliche Pflegezeit beläuft sich bei dieser Bewohnerin auf ca. 155 Minuten pro Tag. Davon entfallen auf die Kommunikation 31 Minuten, auf die Pflegetechniken der Minimalanteil von knapp 5 Minuten und auf die Grundpflege der Hauptanteil von 119 Minuten. Die Zeit für die Grundpflege setzt sich dabei zusammen aus 26 Minuten für Pflegemaßnahmen zur Nahrungsaufnahme, aus 37 Minuten für Hilfen zur Ausscheidung, aus 40,59 für Hygiene- und aus 16 für Mobilitätsmaßnahmen.

Welche erforderlichen Pflegemaßnahmen an welchem Wochentag zu welcher Uhrzeit (von sieben Uhr morgens bis sechs Uhr morgens am darauffolgenden Tag) in Zusammenhang mit der Bewohnerin vorzunehmen sind, zeigt die zweite Seite der bewohnerbezogenen Auswertungen (s. unten).

Der zweite Teil des Formulars FRAN besteht aus dem 29-seitigen Raster, mit dem Angaben zu jeder Pflege- und Unterstützungsaktion erfasst werden, die für den Bewohner in dem betrachteten Sieben-Tages-Zeitraum (Referenzzeitraum) rund um die Uhr erforderlich sind. Für jede erforderliche Aktion werden hauptsächlich die folgenden Kriterien erfasst:

- der Wochenplan, der angibt, an welchen Tagen in der Woche eine bestimmte Aktion erforderlich ist,
- der Tagesplan, der die Zeiten am Tag angibt, die für die Pflegeaktion erforderlich sind.

Außerdem sind im Computerprogramm eine Reihe von Standardzeiten gespeichert, die festsetzen, wie viele Minuten erforderlich sind, um eine bestimmte Pflegeaktion einmal durchzuführen. Zwar variiert in der Praxis erfahrungsgemäß die Zeit für ein und dieselbe Pflegeleistung, da sie abhängig ist sowohl vom Leistungserbringer und Leistungsempfänger, als auch von den besonderen Umständen, zu denen die Leistung erbracht wird. Dennoch erscheint es unter der Voraussetzung, dass die Dienstleistung ihrer Art nach klar definiert und ihr Kompensationsniveau (vgl. Kap. 2.2 ff.) festgeschrieben ist, als angemessen, einer Dienstleistung eine durchschnittlich erforderliche Zeit zuzuweisen. Die Standardisierung dieser Zeitspanne zieht nämlich nicht sogleich eine Standar-

disierung der gesamten Messung der für die Klienten erforderlichen Ressourcen nach sich. Die Standardzeiten greifen zwar in die Messung ein, aber ihr Einfluss ist geringer im Vergleich zu den beiden verbleibenden Variablen, die bei der individuellen Messung der erforderlichen Ressourcen eine Rolle spielen: Die beiden Merkmale *Art* der Dienstleistungen und ihre *Häufigkeit* werden nämlich ungenormt erfasst: So spiegeln diese beiden zuerst die individuellen Bedürfnisse der Klienten wider. Es gibt zwar auch hier – wie gesehen – gewisse Standards bezüglich der Durchführungshäufigkeit der Dienstleistungen. Diese sind aber nicht zwangsläufig bindend, da sie vielmehr als bloße Anhaltswerte eingeführt sind und Individualität nicht ausschließen (vgl. Kap. 2.3). Als Fazit kann somit gelten, dass die Heranziehung von Standardzeiteinheiten an dieser Stelle nicht in Widerspruch gerät zum Vorhaben, eine individuelle Messung der für die Klienten erforderlichen Ressourcen vorzunehmen.

Die ermittelte Zeit für jede Pflegeaktion resultiert zum Einen aus dem jeweiligen Titel, der die Art der erforderlichen Pflegehandlung inhaltlich festschreibt. Zum andern fließen diejenigen Werte ein, die sich individuell aus den verschiedenen Parametern M, W, X, Y, Z (vgl. Kap. 2.3.1) der spezifischen Pflegeaktion ergeben, sowie eine als durchschnittlich angesehene Zeitspanne, die einer einmaligen Durchführung der Pflegeaktion als Norm zugemessen wird.

Dadurch dass einerseits die Zeit der Pflegeaktion und andererseits ihr Wochen- und Tagesplan bekannt sind, kann nun – bezogen auf einen einwöchigen Referenzzeitraum – die für die Pflegeaktion erforderliche Zeit berechnet werden, und dies für jede Stunde eines jeden Tages. Wenn man bei jeder, für den Bewohner erforderlichen Pflegeaktion auf diese Weise verfährt, entsteht eine Tabelle, die ein Profil der insgesamt erforderlichen Ressourcen für den Pflegebedürftigen enthält (vgl. Tab. 6), und zwar hinsichtlich:

- Bedürfnis-Unterkategorien (Respiration, Ernährung, Ausscheidung, Hygiene, Mobilisation, Kommunikation, Medikamente, Intravenöse Therapie, Behandlungen, diagnostische Maßnahmen);
- übergreifender Bedürfniskategorien *Grundpflege*, *zwischenmenschliche und erzieherische Pflege* sowie *Pflegetechniken* (zum Oberbegriff *Grundpflege* zählen die Unterkategorien Respiration, Ernährung, Ausscheidung, Hygiene, Mobilisation; zur *Zwischenmenschlichen und erzieherischen Pflege* die Kommunikation und zu den *Pflegetechniken* Medikamente, Intravenöse Therapie, Behandlungen und Diagnostische Maßnahmen) der gesamten Bedürfnisse
 - pro Arbeitsschicht (Nacht, Tag, Abend),
 - pro Wochentag und
 - pro Woche.

Auf der Grundlage der Tabelle der Pflegeminuten für jeden Bewohner pro Schicht und Wochentag, die das Profil der für den Bewohner erforderlichen Ressourcen wiedergibt, kann eine große Zahl weiterer Indikatoren für den Umfang der erforderlichen Bedarfe berechnet werden.

So geben die Auswertungen des Systems PLAISIR für jeden Bewohner seine durchschnittlichen Pflegeintensitäten pro Arbeitsschicht und seine durchschnittliche Pflegeintensität pro 24 Stunden wieder und auch seine Pflegeintensitäten pro Bedürfniskategorie.

Tabelle 6: Erforderliche Pflegeminuten für einen Bewohner in jeder Schicht eines jeden Wochentages

Erforderliche Pflegeaktionen	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag		Gesamt							
	N	T	A	N	T	A	N	T	A	N	T	A	N	T	A	N	T	A				
Atmung Aktion 1	1	10	1	1	10	1	1	10	1	1	10	1	1	10	1	1	10	1	7	70	7	
Z-Summe Atmung (1)	1	10	1	1	10	1	1	10	1	1	10	1	1	10	1	1	10	1	7	70	7	
Ernährung Aktion 1	1	9	5	1	9	5	1	9	5	1	9	5	1	9	5	1	9	5	7	63	35	
Aktion 2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	14	21	21
Z-Summe Ernährung (2)	3	12	8	3	12	8	3	12	8	3	12	8	3	12	8	3	12	8	21	84	56	
Ausscheidung Aktion 1	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	28	35	35	
Z-Summe Ausscheidung (3)	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	28	35	35	
Hygiene Aktion 1	10	3	3	7	10	3	3	7	10	3	3	7	10	3	3	7	10	3	70	21	21	
Aktion 2	3	3	3	7	3	3	7	3	3	3	7	3	3	3	7	3	3	3	21	49	49	
Aktion 3	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	49	49	49	
Z-Summe Hygiene (4)	20	3	3	20	3	3	20	3	20	3	3	20	3	20	3	3	20	3	140	21	21	
Mobilisation Aktion 1	2	4	4	2	4	4	2	4	4	2	4	4	2	4	4	2	4	4	14	28	28	
Z-Summe Mobilisation (5)	2	4	4	2	4	4	2	4	4	2	4	4	2	4	4	2	4	4	14	28	28	
Kommunikation Aktion 1	1	10	6	1	10	6	1	10	6	1	10	6	1	10	6	1	10	6	7	70	42	
Aktion 2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	10	10	10	
Z-Summe Komm. (6)	1	15	6	1	15	6	1	15	6	1	15	6	1	15	6	1	15	6	7	80	42	

Pflegeaktionen	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag		Gesamt						
	N	T	A	N	T	A	N	T	A	N	T	A	N	T	A	N	T	A			
Medikamente Aktion 1		3	2		3	2		3	2		3	2		3	2		3	2	21	14	
Z-Summe Medikamente (7)		3	2		3	2		3	2		3	2		3	2		3	2	21	14	
I.V. Therapie Z-Summe I.V. Therapie (8)																					
Behandlungen Aktion 1	2		3		2	2		2		2		2		2			2		14	7	
Aktion 2																					
Z-Summe Behandlung (9)	2		3		2	2		2		2		2		2			2		14	7	
Diagn. Maßnahme Aktion 1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	7	21	7
Z-Summe Diagn. Maßnahmen (10)	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	7	21	7
Z-Summe von (1) bis (5) = (11)	10	51	21	10	51	21	10	51	21	10	51	21	10	51	21	10	51	21	70	357	147
Zwischen- summe Pflege- techniken (7) bis (10) = (12)	3	8	6	1	8	5	1	8	3	1	8	3	1	8	3	2	8	3	9	56	28
GESAMT (6) + (11) + (12)	14	74	33	12	74	32	12	69	30	12	69	30	12	69	30	12	69	30	86	493	217

Die Standardzeiten des Systems PLAISIR berücksichtigen dabei sowohl die bewohnernahen, als auch die bewohnerfernen Pflege Tätigkeiten und führen somit zu Ressourcen, welche sowohl die „direkte als auch die indirekte Pflege“ (DIP) ermöglichen. Unter *direkter Pflege* werden alle Pflegeaktionen verstanden, die in Anwesenheit des Bewohners durchgeführt werden. Und *indirekte Pflege* bezeichnet in der Terminologie des Systems PLAISIR alle Handlungen, die einem individuellen Bewohner zugeschrieben werden, ohne allerdings in unmittelbarem Kontakt mit dem Pflegebedürftigen stattzufinden (z. B. das Richten eines Medikamentes).

Die weiteren Indikatoren der Intensität der erforderlichen Ressourcen, die sich in den Auswertungen des Systems PLAISIR ausdrücken, betreffen nicht mehr einen einzelnen Bewohner, sondern beziehen sich auf Bewohnergruppen einer Pflegestation, einer Einrichtung oder einer Gruppierung von mehreren Institutionen. Zu diesen Indikatoren gelangt man, indem der Durchschnitt der Pflegeintensitäten der betreffenden Bewohnergruppe gebildet wird. Alle werden in Minuten bzw. in Stunden gemessen; jedoch je nach Art der Pflegeaktion wird bei PLAISIR u. a. noch differenziert nach

- Netto-Pflegeminuten bzw. -stunden,
- Produktiven-Pflegeminuten bzw. -stunden,
- Bezahlten-Pflegeminuten bzw. -stunden.

Die *Netto-Pflegeminuten und -stunden* geben die Intensität der direkten und indirekten Pflege an, also derjenigen Maßnahmen, die unmittelbar „am“ Bewohner (direkt) stattfinden, und derjenigen Handlungen, die einem bestimmten Bewohner zuzuordnen sind, aber nicht im unmittelbaren Kontakt mit ihm stattfinden (indirekt). Doch das Pflegepersonal vollzieht neben dieser direkten und indirekten Pflege noch weitere Tätigkeiten. Diese Aktivitäten werden im System PLAISIR folgendermaßen aufgeteilt in:

- Bewohnerbezogene Kommunikation und
- Verwaltungs- und Instandhaltungsaktivitäten und Wegstrecken.

Dabei gelten als „Bewohnerbezogene Kommunikation“ (BBK) die Übermittlungen, also die verbale und schriftliche Kommunikationen des Pflege- und Unterstützungspersonals untereinander, mit anderen Fachkräften, mit anderen Diensten, mit der Familie des Bewohners. Die zeitliche Norm für die BBK wurde im System PLAISIR auf 11,5 Minuten pro Bewohner pro 24 Stunden festgelegt.

Bei den „Verwaltungs- und Instandhaltungsaktivitäten sowie Wegstrecken“ (VIAW) mit oder für den einzelnen Bewohner, innerhalb und außerhalb der Station, handelt es sich um alle Aktivitäten, die für das gute Funktionieren der Arbeitsabläufe einer Organisationseinheit notwendig sind, die aber nicht einem bestimmten Bewohner allein zugeordnet werden können, Wegstrecken innerhalb und außerhalb der Station z. B., die mit den Verwaltungs- und Instandhaltungsaktivitäten verbunden sind. Die zeitliche Norm, mit der im System PLAISIR die Zeit für die VIAW beurteilt wird, ist 12,5 Minuten pro Bewohner pro 24 Stunden. Somit sieht PLAISIR für diese Leistungen pro Bewohner und Tag 24 Minuten vor, die zu der direkten und indirekten Pflegezeit (DIP) hinzu gerechnet werden müssen.

Obwohl es auch eine Möglichkeit gäbe, diese Zeiten proportional an die direkte Pflegezeit anzupassen, wird bezogen auf eine Einrichtung grundsätzlich der Wert von 24 Minuten pro und Tag und Bewohner nicht überschritten. Bei diesem Wert handelt es sich allerdings um eine verhandelte und nicht permanent überprüfte empirische Größe⁴⁹.

Die Berücksichtigung von direkter und indirekter Pflege (DIP), Bewohnerbezogene Kommunikation (BBK) sowie Verwaltungs- und Instandhaltungsaktivitäten und Wegstrecken (VIAW) ergeben die sogenannten *produktiven Pflegeminuten*, die durchschnittlich pro Tag rund um die Uhr für die Bewohner erforderlich sind.

Bei den *bezahlten Pflegestunden* werden selbstverständlich auch die Sozialleistungen (Produktionsfaktoren) für das Personal mit einbezogen. Um eine Vergleichbarkeit der Daten zu erreichen, ist eine einheitliche Gewichtung (Faktor „r“) eingeführt, die einem Durchschnitt dessen entspricht, was in einer betrachteten Region für Sozialleistungen veranschlagt wird. Da PLAISIR den Ansatz verfolgt, möglichst alle maßgeblichen Variablen zu berücksichtigen, die bei der Verrechnung der ermittelten Pflegezeit bis hin zu den Bruttopersonalstunden Einfluss haben, sollen diese nachfolgend genauer beschrieben werden.

Bei den bezahlten Pflegestunden werden die bezahlten, aber nicht gearbeiteten Tage berücksichtigt. Die bezahlten Pflegestunden erhält man, indem die gearbeiteten Pflegestunden mit dem Faktor „r“ multipliziert werden.

49 Die Berücksichtigung dieser Zeiteinheit hat, neben anderen Einflussfaktoren, bei der Bestimmung der Nettoarbeitszeit wesentlich zu der bei der AWO festgestellten Differenz zwischen dem erforderlichen und anwesenden Personal von 30 bis 40 Prozent geführt. Werden diese Zeiten nicht berücksichtigt, wie es derzeit in Deutschland üblich ist, würde sich diese Differenz auf ca. 15 – 20 Prozent reduzieren (vgl. Kap. 3.4.7 ff.).

Dieser stellt das Verhältnis der jährlich bezahlten Stunden oder Tage dar, egal ob diese gearbeitet oder nicht gearbeitet (Jahresurlaub, Feiertage, Krankheit, usw.) sind (Bruttostunden), zu den jährlich gearbeiteten, bezahlten Stunden oder Tage (Nettostunden).

$$\text{„r“} = \frac{\text{jährlich bezahlte Stunden oder Tage, gearbeitet und nicht gearbeitet}}{\text{jährlich gearbeitete, bezahlte Stunden oder Tage}}$$

Es ergeben sich somit die bezahlten Pflegeminuten oder -stunden durch die Multiplikation der gearbeiteten Pflegeminuten bzw. -stunden mit dem Faktor „r“.

So haben beispielsweise die elf Einrichtungen der AWO

- bezahlte Abwesenheitsstunden pro Angestelltem pro Jahr = 440,93 Stunden
- bezahlte, gearbeitete Stunden pro Angestelltem pro Jahr = 1.566,04 Stunden

Daraus ergibt sich für die Einrichtungen der AWO folgender Durchschnitt:

$$\text{„r“} = \frac{1566,04 + 440,93}{1566,04} = 1,2815$$

Erfordert also ein Bewohner laut PLAISIR im Durchschnitt 210 Netto-Pflegeminuten pro 24 Stunden (dies sind die Pflegeminuten, die für den Bewohner gemessen wurden), so erfordert dieser Bewohner

$$\text{„}210 + 24 = 234\text{“ produktive/gearbeitete Pflegeminuten.}$$

Wird bei dem durchschnittlichen Verhältnis der Brutto- und Nettoarbeitszeit der *Faktor* „r“ berücksichtigt, so erfordert der Bewohner

$$\text{„}234 \times 1,2815 = 300\text{“ bezahlte Pflegeminuten pro 24 Stunden}$$

Um also einem Bewohner 234 Minuten an direkter und indirekter Pflege anzubieten, müssen 300 Minuten bezahlt werden.

An dieser Stelle enden die gängigen Kalkulationsprogramme zur Ermittlung des erforderlichen Personals, nicht aber das Verfahren PLAISIR. Mit PLAISIR wird also der Anspruch umgesetzt, die exakte Verrechnung der direkten Pflegezeit mit allen wesentlichen Einflussgrößen zu ermöglichen, damit die der Zeitermittlung zu Grunde liegenden Leis-

tungen auch tatsächlich beim Pflegebedürftigen ankommen können. Deshalb verteilt es die bezahlten Pflegeminuten nicht kalkulatorisch einfach auf alle Kalendertage, sondern es berücksichtigt auch die reale Anzahl der Schichten, also diejenigen Arbeitstage eines Pflegemitarbeiters entsprechend der vereinbarten Tage pro Woche. So wird die Bestimmung der Anzahl der benötigten Stellen und Anwesenheiten des erforderlichen Personals – ausgedrückt in Vollzeit-Äquivalent-Stellen (VZÄ) – auf dem Hintergrund der vereinbarten Arbeitstage pro Woche vorgenommen.

So arbeitet der Inhaber einer durchschnittlichen VZÄ-Stelle in den am Test PLAISIR teilgenommenen Einrichtungen der AWO (vgl. Kap. 3) in Schichten (Zeitabschnitten) von 7,32 Stunden (= 438,9 Minuten). Er wird für 274,35 Schichten pro Jahr bezahlt. Von diesen arbeitet er aber nur 214,08 tatsächlich. Für 60,27 weitere Schichten muss er zwar bezahlt werden, ist jedoch nicht anwesend (auf Grund von Jahresurlaub, Feiertagen usw.). In den Zeiten der tatsächlichen Anwesenheit eines Angestellten am Arbeitsplatz kann dieser 438,9 produktive Pflegeminuten, also Leistungen der DIP und der BBK und der VIAW erbringen.

PLAISIR stellt aus diesem Grund die Mitarbeiter/Bewohnerrelation abweichend zur deutschen Praxis als Anwesenheiten pro Bewohner und Tag dar. Das nachfolgende Beispiel soll dies verdeutlichen:

Bei einem Wohn-/Pflegebereich, in dem die Anzahl der gearbeiteten Pflegeminuten pro Tag und Bewohner (GPM/TB) 240 Minuten beträgt, ergeben sich für einen Bewohner:

„240 GPM/TB bei 438,9 Minuten Schichtdauer = 0,5468 Anwesenheiten pro Bewohner und Tag“.

Auf das Jahr hochgerechnet bedeutet dies:

„0,5468 x 365,26 = 199,72 Anwesenheiten pro Jahr und Bewohner“

Da ein Mitarbeiter im Durchschnitt 214,08 Schichten bei der AWO real erbringt, müssten zur Erbringung der mit PLAISIR ermittelten erforderlichen Pflegezeit von 240 Minuten pro Tag 0,9329 Stellen (199,72 /214,08) bereitgestellt werden.

Diese Berechnungen zeigen deutlich, dass PLAISIR in einem hohen Maße die bekannten Variablen berücksichtigt, die einen maßgeblichen Einfluss auf das Verhältnis von Brutto- zur Nettoarbeitszeit haben. Es würde aus Sicht des Anwenders eigentlich auch keinen Sinn machen,

mit hohem Aufwand und großer Genauigkeit den erforderlichen Zeitbedarf für die Pflege zu bestimmen, diesen aber dann durch ein Negieren der Produktionsfaktoren nicht mehr korrekt in die erforderlichen Ressourcen für die Erbringung dieser Leistungen umzurechnen.

Die vorgenannten Variablen können und sollten analog zur Schweizer „Interkantonalen Vereinbarung“ zwischen den Verhandlungspartnern bei einer Einführung des Verfahrens regional und spezifisch verhandelt und vereinbart werden.

2.4 Auswertungen und Ergebnisse

Die „statutarischen Outputs“ bzw. die Gesamtauswertungen nach PLAISIR beziehen sich auf einzelne Wohngruppen bzw. Pflegestationen, einzelne Einrichtungen, Gruppen von Einrichtungen und die Gesamtheit von Einrichtungsgruppen. Diese Auswertungen sind vordringlich für die Funktions- und Entscheidungsträger bestimmt, die auf den entsprechenden Ebenen Verantwortung für die Ausführung, Organisation und Finanzierung von Pflege tragen. Das Format der Auswertungen ist auf allen Ebenen gleich. Sie unterscheiden sich lediglich durch die mehr oder minder große Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner einer Organisationseinheit (Wohnbereich, Einrichtung usw.). Von einigen Dutzend auf der Ebene der Pflegestationen bis zu mehreren Tausend auf der Ebene einer Region. Ein ausführlicheres Beispiel für diese Auswertungen wird im Kapitel 3, bezogen auf die Ergebnisse bei der Erprobung von PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt gegeben.

Kern der Methode PLAISIR ist die Messung der Pflegezeit, die für den einzelnen Bewohner, der in einer Langzeitpflegeeinrichtung lebt, erforderlich ist. (vgl. Kap. 2.3.3). PLAISIR liefert insgesamt drei Kategorien von Resultaten, nämlich die Längsschnitzauswertungen (longitudinalen), die vergleichenden und die nicht vergleichenden Auswertungen.

Die Längsschnitzauswertungen vergleichen untereinander die letzten fortlaufenden Erhebungen in einer Pflegestation, in einer Einrichtung usw. Mit diesen Auswertungen kann die zeitliche Entwicklung dieser untersuchten Einheiten sehr genau dargestellt werden. Diese Auswertungen beziehen sich auf vier verschiedene Bereiche. Es gibt

1. Auswertungen, welche den *Zustand* des Bewohners mit seinen Fähigkeiten und u. a. auch als Ausdruck von Schädigungen, Beeinträchtigungen, Problemen usw. darstellen;

2. Auswertungen, welche die für den Bewohner *erforderlichen Leistungen* darstellen;
3. Auswertungen, welche die für den Bewohner *erforderlichen Ressourcen* darstellen und
4. eine zusammenfassende Darstellung der Auswertungen (*Synthese*).

Wenn eine Institution das System PLAISIR neu zur Anwendung bringt, wird anfangs grundsätzlich eine Evaluation aller Bewohner vorgenommen. Diese Gesamtevaluation muss innerhalb eines möglichst kurzen Zeitraums stattfinden, um ein Porträt der Bewohnerinnen und Bewohner innerhalb einer kompakten Zeitspanne zu erhalten. Aufgrund der begrenzten Anzahl der evaluierenden Fachkräfte umfasst der Evaluationszeitraum einer Institution de facto meist mehrere Tage bis hin zu mehreren Wochen. Unter der Annahme, dass sich im Evaluationszeitraum der Zustand der Bewohner in den Einrichtungen auch verändert, darf am Ende des Erhebungsprozesses trotzdem eine adäquate „Momentaufnahme“ der Bedürfnisse der Bewohnerschaft hinsichtlich ihres Pflegebedarfs erwartet werden.

Nach dieser ersten Evaluation wird die Einrichtung das dort gewonnene Bild in zeitlichen Abständen durch eine wiederholte Erhebung aktualisieren. Vor allem Kosten-Nutzen-Überlegungen veranlassen Einrichtungen zu weiteren Aktualisierungen der Datenlage durch PLAISIR. Es gibt allerdings keine allgemeine Regel in Bezug auf die Anwendungshäufigkeit der Aktualisierungen. In Québec wird die Einsatzfrequenz von PLAISIR gewöhnlich von den Institutionen selbst, aber regional einheitlich gesteuert. Die festzustellende Mindestzahl der Aktualisierungen beträgt ein Mal pro Jahr, die maximale Häufigkeit vier Mal pro Jahr. Ausgenommen sind hiervon allerdings die Pflegeeinrichtungen mit mittlerer Verweildauer, die ihre Daten mittels PLAISIR mit höherer Frequenz, zum Beispiel jeden Monat, zu erneuern pflegen.

Bei einer Aktualisierung wird in der Regel nicht immer wieder die Gesamtheit aller Bewohner neu evaluiert, sondern – neben Neueinzügen – nur noch der Kreis derjenigen Personen, deren „Zustand“ sich verändert hat. Zudem werden dann auch die Informationen über die verstorbenen, oder aus anderen Gründen aus der Einrichtung ausgeschiedenen Bewohner aus der Datenbank genommen. Die zeitlich gestaffelten Erhebungsbilder einer Einrichtung bleiben allerdings gespeichert, um die Entwicklung der Institution und ihrer Bewohnerschaft dokumentieren zu können.

Die vergleichenden Auswertungen geben Informationen

- zu Pflegestationen oder Wohngruppen einer Einrichtung,
- zu Einrichtungen einer bestimmten Institutionsgruppe,
- zur Gesamtheit einer Institutionsgruppe.

Die vergleichenden Auswertungen erlauben folglich zu einem bestimmten festgelegten Stichtag die Durchführung von regionalen Vergleichen. Die vergleichenden Auswertungen richten sich gleichfalls auf die soeben aufgeführten „Bereiche“. Vergleichende und longitudinale Auswertungen korrespondieren also gleichsam miteinander. In der Tat besitzt jede Längsschnittserhebung so sein Gegenstück bei den vergleichenden Auswertungen mit genau dem gleichen Format. Der Unterschied liegt allein darin, dass die Längsschnittauswertungen verschiedene Bilder einer einzigen Einheit zu verschiedenen Zeitpunkten darlegen, während die vergleichenden Auswertungen verschiedene Bilder des selben Zeitpunktes miteinander vergleichen (Längsschnitt, Querschnitt). Bei der nachfolgenden Aufstellung handelt es sich um die Auswertungen, die standardmäßig nach jeder abgeschlossenen Erhebung erstellt werden. Eine Veränderung bzw. Ergänzung ist in Abstimmung mit dem Rechenzentrum jederzeit möglich.

Die nicht vergleichenden Auswertungen hingegen stellen eine bestimmte Einheit ohne Quer- oder Längsvergleiche zu einem gegebenen Zeitpunkt für sich selbst dar. Dies ist im Kern bei der vorzustellenden Erprobung von PLAISIR in elf AWO-Einrichtungen geschehen (vgl. Kap. 3), obwohl auch dort zum Vergleich die Datenprofile der Schweizer Kantone an einigen Stellen hinterlegt wurden⁵⁰. Da diese Art der Auswertungen dort umfassend dargestellt werden, soll an dieser Stelle auf weitere Ausführungen verzichtet werden.

Die Ergebnisse der unterschiedlichen Auswertungen liefern wertvolle und differenzierte Informationen, die auf den verschiedenen Entscheidungsebenen im Bereich der Altenpflege dringend benötigt werden:

- bei den **Bewohnerinnen und Bewohnern**, die an Hand ihres individuellen Pflegeplans Informationen zum Leistungs- und Vergütungssystem der auszuwählenden Einrichtung erhalten, denn der Pflegeplan berücksichtigt ihre Bedürfnisse, bestimmt die ihrem jeweiligen Zustand angemessene Pflege, grenzt ihr Streben nach Selbständigkeit nicht ein und hebt übermäßige und unzureichende Pflege hervor;

⁵⁰ Vgl. Anlage 7.6: PLAISIR Audit: Messung des Arbeitsaufwandes des Pflegepersonals der 11 (elf) Einrichtungen der AWO. Graphiken, Québec 2000

- bei den **Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeitern**, um die Qualität der gegebenen Pflege auf ihrer Station zu überprüfen und um ihr Personal nach den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner einzusetzen;
- bei den **Leitungskräften und den Trägern der Einrichtungen**, um die Pflegequalität zu überprüfen, um den verschiedenen Wohnbereichen/Stationen nach der Pflegeintensität ihrer Bewohner, Ressourcen zu bewilligen, um eine qualifizierte Belegungsplanung durchzuführen, beispielsweise für Heimbewohner, den für sie am besten geeigneten Wohnbereich/Pflegestation zuzuordnen, um ein Gleichgewicht zwischen Pflegeangebot und Pflegenachfrage herzustellen bzw. um eine Homogenität (bzw. Heterogenität) der Bewohnergruppen auf den verschiedenen Stationen zu erreichen;
- bei den **Leistungsträgern und Leistungserbringern** als objektive Grundlage für leistungsgerechte Vergütungsverhandlungen und Qualitätsvereinbarungen;
- bei den für die Infrastrukturplanung zuständigen **Behörden**, um das Netz an Langzeitpflegeinstitutionen im Hinblick auf die Bedürfnisse der Bevölkerung besser zu planen und zu gestalten.

Nach der Darstellung des Grundzüge des Verfahrens PLAISIR wird im Weiteren die Erprobung des Verfahrens PLAISIR in elf Einrichtungen der AWO in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt. Die dort dargestellten Ergebnisse sollen die vorausgegangenen Ausführungen über das Verfahren PLAISIR und der von ihm zu erwartenden Ergebnisse erläutern und konkretisieren.

Tabelle 7: Liste der Gesamtauswertungen⁵¹

Vergleichende und longitudinale Auswertungen	Kode
Verteilung der Bewohner nach Beeinträchtigungsgrad	VZ1
Verteilung der Bewohner nach Schädigungsgrad	VZ2
Verteilung der Bewohner nach der Art des psychischen Problems	VZ3
Verteilung der Bewohner nach der Art der kognitiven Defizite und der psychiatrischen Probleme	VZ4
Verteilung der Bewohner nach der Art der Schutzmaßnahme	VZ5
Verteilung der Bewohner nach der Art der Kompensation	VZ6
Durchschnittlich erforderliche Netto-Pflegeminuten pro Tag für den durchschnittlichen Bewohner nach Bedürfniskategorien	VL1
Durchschnittlich erhaltene Rehabilitationsminuten und -tage pro Woche und Bewohner und durchschnittlich erhaltene regelmäßige Arztvisiten pro Monat und Bewohner	VL2
Durchschnittlich erhaltene pflegerische Rehabilitationstage pro Woche	VL3
Verteilung der Bewohner nach der Art der erhaltenen Behandlung	VL4
Verteilung der Bewohner nach Pflegestufen in Anzahl und Prozente	VR1
Anzahl des täglich erforderlichen Pflegepersonals (in VZA) pro Arbeitsschicht und nach der Art der Aktivität	VR2
Durchschnittlich erforderliche Netto-Pflegeminuten pro Tag für den durchschnittlichen Bewohner	VR3
Durchschnittlich erforderliche Pflegestunden (netto, produktiv, gearbeitet, bezahlt) pro Tag für den durchschnittlichen Bewohner	VR5
Synthese	VX1
Nicht vergleichende Auswertungen	Kode
Verteilung der Bewohner nach Geschlecht und nach Alter bei der Aufnahme und zum Beobachtungszeitpunkt	N1
Verteilung der Bewohner nach Geschlecht und pro Intervallen der erforderlichen Netto-Pflegeminuten pro 24 Stunden	N4
Erforderliches Pflegepersonal, Unterstützungspersonal pro Arbeitsschicht, ausgedrückt in der Anzahl der Anwesenheiten der gearbeiteten Pflegestunden (GPS) und in der Anzahl der Vollzeit-Äquivalent-Stellen	N5
Gekreuzte Verteilung der Bewohner nach ihrer Pflegestufe und nach ihren laut PLAISIR [®] erforderlichen Netto-Pflegeminuten: Anzahl der Bewohner, Durchschnitt ihrer Netto-Pflegeminuten und Standard-Abweichung ihrer Netto-Pflegeminuten	N6
Prävalenz (Anzahl) und Prozent der Bewohner der nach ICD 9 kodierten Krankheiten	N7
Durchschnittlich erforderliche Netto-Pflegeminuten pro Tag und pro Bedürfniskategorie für den durchschnittlichen Bewohner der verschiedenen Klassen der kognitiven Defizite und der psychiatrischen Probleme	N8

⁵¹ Vgl. Anlage 7.2: PLAISIR 93 – Quantitative und qualitative Evaluation der Pflege abhängiger Personen, Montréal 1997

3 Erfahrungen beim praktischen Umgang mit PLAISIR in Deutschland

Die Ergebnisse der Voruntersuchung und die im Beirat auf Bundesebene zum Pflegezeit- und Personalbedarf in der vollstationären Pflege (PPvP) erzielten Übereinkünfte und Empfehlungen unterstützten und begleiteten die in den Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt (AWO) durchgeführte und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) finanziell geförderten Erprobung des Verfahrens PLAISIR. Nach gemeinsamer Vorbereitung konnte unter wissenschaftlicher Begleitung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe unter Einbezug des kanadischen Instituts EROS⁵² im November 1999 mit der erforderlichen Qualifizierung und der eigentlichen Datenerhebung begonnen werden.

Die Fragestellungen für die wissenschaftliche Begleitung wurden aus den Empfehlungen und dem hieraus abgeleiteten Anforderungskatalog des Beirats und der Expertengruppen zur PPvP vor Beginn und auch noch im Verlauf der eigentlichen Anwendung formuliert bzw. inhaltlich ergänzt.

Die wichtigsten Ergebnisse wurden in Rahmen zweier bundesweit ausgerichteter Fachtagungen (1999⁵³, 2000⁵⁴) der Fachöffentlichkeit vorgestellt und diskutiert. Auch die Erfahrungen aus der Schweiz⁵⁵ wurden hier eingehend gewürdigt. Entscheidende Impulse für eine intensive praktische Erprobung des Verfahrens PLAISIR in Deutschland gingen auch von den Stellungnahmen der beteiligten Vertreter der Verbände und Institutionen aus, die auf der Bonner Fachtagung im September 1999 vorgetragen wurden.

Innerhalb des Erprobungsprojektes wurden zwölf Evaluiererinnen und Evaluierer – allesamt Pflegefachkräfte in den elf beteiligten Langzeitpflegeeinrichtungen der AWO – sowie ein weiterer externer – verbandsunabhängiger – Evaluierer in der Handhabung von PLAISIR durch spe-

52 EROS – Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé

53 Vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Pflegezeitbedarf, Personalbemessung und Fachkraftanteil in vollstationären Einrichtungen. KDA Thema-Heft 154, Köln 2000. Ein Teil dieser Publikation ist auch unter <http://www.kda.de> abrufbar.

54 Vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Erforderlicher Pflegezeit- und Personalbedarf in vollstationären Einrichtungen – Ergebnisse der Erprobung des Verfahrens PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt. KDA Thema-Heft 159, Köln 2000

55 Vgl. Berthou, A.: CHORUS 3. Messung des Pflegeaufwandes in Langzeitpflegeinstitutionen. Test der Methode PLAISIR® im deutschen Sprachraum (in den schweizerischen Kantonen Bern und Freiburg sowie in einer Einrichtung in Deutschland). Schlussbericht. Lausanne, Institut für Gesundheit und Ökonomie, 1999

zielle kanadische Fachkräfte in Deutschland ausgebildet. In den Erhebungsprozess wurden insgesamt 1.354 Bewohnerinnen und Bewohner einbezogen. Neben den durch das Verfahren erreichbaren Ergebnissen zum Pflegezeit- und Personalbedarf in vollstationären Einrichtungen waren für die wissenschaftliche Begleitung insbesondere die Erfahrungen und Einschätzungen der deutschen Pflegekräfte vor Ort in Bezug auf die Ausbildung, auf den eigentlichen Datenerhebungsprozess und auf die Aussagen zur Qualität der Pflege von besonderem Interesse. Darüber hinaus wurde auch die Anwendbarkeit der dem Verfahren zugrunde liegenden Richtlinien und Leistungsstandards in den Diskurs miteinbezogen.

3.1 Schweizer Erfahrungen und die Pilotstudie in Mannheim

Die Erprobung des Verfahrens PLAISIR und letztendlich sein verbindlicher Einsatz in einigen Schweizer Kantonen wurde durch umfangreiche Forschungsprojekte begleitet. Im Rahmen des Ende 1998 eingeleiteten Projektes CHORUS 3⁵⁶ beteiligte sich auch eine Einrichtung des Caritasverbandes in Mannheim an diesem Untersuchungsvorhaben.

Zusammenfassend kam CHORUS 3 zu dem Schluss, dass die Methode PLAISIR in den betreffenden Einrichtungen (in der Schweiz) anwendbar und nutzbringend ist. Zudem wurde betont, dass die Übersetzung der Instrumente des Verfahrens in die deutsche Sprache und die Verwendung der deutschsprachigen Version in der Praxis keine besonderen Probleme aufwarfen. Die Präsentation der Resultate durch PLAISIR wurde ebenfalls für angemessen befunden, sollte jedoch nach den anfänglichen Erfahrungen durch zusätzliche Erklärungen zur Interpretation der Auswertungen ergänzt werden. Außerdem wurde deutlich, dass die Westschweizer Standards (französischsprachig) unverändert in der Deutschschweiz zur Anwendung kommen konnten. Bei der Caritas-Einrichtung in Mannheim wurden die Standards in Bezug auf die Pflegequalität für gut befunden. Mit Blick auf die tatsächlich zur Verfügung stehenden Pflegeressourcen hingegen wurden sie als überdimensioniert beurteilt. Das mit PLAISIR arbeitende Fachpersonal äußerte sich im Allgemeinen sehr positiv zur Methode. Einige verzeichneten für sich sogar sowohl in methodischer als auch in pflegefachlicher Hinsicht Lernzuwächse.

Das Verfahren PLAISIR – ursprünglich in der kanadischen Provinz Québec in französischer Sprache entwickelt – war 1996 in der französisch-

56 Ebd.

sprachigen Westschweiz getestet worden. Erste viel versprechende Ergebnisse fanden sich 1997 im Bericht CHORUS⁵⁷. Danach übersetzte die kanadische Firma EROS ihr Verfahren – vordringlich mit Blick auf den Schwerpunkt deutschsprachige Schweiz – aus dem Französischen ins Deutsche. Die ersten Tests von und zu PLAISIR in deutscher Sprache liefen Ende des Jahres 1998 an. Fünf deutschsprachige Einrichtungen in der Schweiz und eine weitere Einrichtung des Deutschen Caritasverbandes in Mannheim setzten das Verfahren versuchsweise ein. Der Stadt Mannheim blieb also die erste bundesdeutsche Pilotanwendung des Verfahrens PLAISIR vorbehalten. Die auch von den Pflegekassen unterstützte Erprobung bezog sich auf einen Fragekanon, der seither als Leitfaden unter der Bezeichnung der „Mannheimer Fragen“ im Zusammenhang mit der Umsetzung von PLAISIR in Deutschland gern herangezogen wird:

- Welche praktischen Erfahrungen werden bei der Anwendung des Instrumentes PLAISIR gemacht (Verständlichkeit, Handhabbarkeit, Ausführlichkeit, Differenziertheit u. ä.)?
- In welchem Verhältnis stehen die zu erhebenden Merkmale zu den persönlichen Kenntnissen oder schriftlich dokumentierten Kenntnissen über die Situation eines Bewohners?
- In welchem Verhältnis stehen die Pfllegetätigkeiten des Instrumentes nach Art und Häufigkeit zu der Pflegekultur und Pflegepraxis eines deutschen Pflegeheims? Lassen sich „Kulturunterschiede“ erkennen? Oder lassen sich strukturelle Unterschiede erkennen?
- In welchem Verhältnis stehen die im Instrument ermittelten Zeiten für die erforderliche Pflege zu den Pflegestufen der BewohnerInnen nach SGB XI?
- Bildet das zurückgemeldete Profil der BewohnerInnen den Bedarf ab, der auch von den Pflegemitarbeitern so gesehen wird?
- Wie ist das Verhältnis zwischen dem ermittelten Personalbedarf für die erforderliche Pflege und dem tatsächlichen Personalbestand?
- Welche Leistungen erbringen die Einrichtungen nicht oder nicht in der gleichen Häufigkeit, weil sie weniger Personalstellen haben? Ist daraus ein niedrigeres Qualitätsniveau abzuleiten?

Die Resultate der Pilotstudie CHORUS 3 waren sehr vielschichtig. Die Testergebnisse geben u. a. Aufschluss über Verteilungen innerhalb der Stichprobe (evaluierte Institutionen) bezogen auf den Ort (Kanton Bern, Kanton Freiburg, Mannheim) und bezogen auf die Art der Einrichtung. Sie machen Angaben über die Bewohner der evaluierten Institutionen, insbesondere zur Altersverteilung und zum bio-psycho-sozialen Profil.

57 **Berthou, A.:** CHORUS. Test der Methode PLAISIR® in der Westschweiz. Schlussbericht. Lausanne, Institut für Gesundheit und Ökonomie, 1997

Sie liefern Daten über den Pflegeaufwand. In Zahlen ausgedrückt wurden namentlich die erforderlichen Pflegezeiten nach PLAISIR und nach den Kriterien der Schweizer Krankenpflegeversicherung (KLV), der Pflegeaufwand in einer bestimmten 8-er bzw. 4-er Klasseneinteilung sowie die erbrachten Pflegezeiten hinsichtlich Rehabilitation. Aus den erforderlichen Pflegestunden und den daraus errechneten Vollzeitstellen konnte der Bedarf an personellen und finanziellen Ressourcen abgeleitet werden. Die Ergebnisse der Mannheimer Pilotstudie zu PLAISIR wurden im Rahmen der Untersuchung CHORUS 3⁵⁸ nur eingeschränkt veröffentlicht.

Nach Abschluss des Projektes CHORUS 3 kamen die Untersucher zu dem Schluss, dass die Methode PLAISIR in den betreffenden Einrichtungen anwendbar ist. Zudem wurde betont, dass die Übersetzung in die deutsche Sprache und die Verwendung der deutschsprachigen Version keine besonderen Probleme aufwarfen. Die Präsentation der Resultate durch PLAISIR wurde ebenfalls für angemessen befunden, sollte jedoch nach den anfänglichen Erfahrungen durch zusätzliche Interpretationen der Ergebnisse ergänzt werden. Außerdem wurde deutlich, dass die Westschweizer Standards (französischsprachig) unverändert in der Deutschschweiz zur Anwendung kommen können. Bei der Caritas-Einrichtung in Mannheim wurden die Verfahrensstandards in Bezug auf die *Pflegequalität* für gut befunden. Gemessen an den *tatsächlich zur Verfügung stehenden Pflegeressourcen* hingegen wurden sie als überdimensioniert beurteilt.

Das mit PLAISIR arbeitende Fachpersonal äußerte sich im Allgemeinen sehr positiv zur Methode. Einige verzeichneten für sich sogar sowohl auf methodischer als auch auf pflegfachlicher Ebene einige Lernzuwächse: Die Ganzheitlichkeit der Person sei neu entdeckt und in die Pflegekonzeption integriert worden. Die Einbeziehung der Standardwerte – die ein relativierbares Orientierungsmuster und kein unverrückbares Maßsystem vorgeben – wurde als Stärke der Methode angesehen. Der Ansatz, sowohl Anamnese (FRAN Teil 1) als auch erforderliche Pflegeplanung (FRAN Teil 2) einzubeziehen, wurde als angemessen und notwendig erachtet.

Die Heimleitungen zeigten sich bei CHORUS 3 hingegen insgesamt skeptischer als die Evaluiererinnen und Evaluierer: Der PLAISIR-Prozess wirke aus ihrer Sicht etwas schwerfällig. Er verursache zu gro-

58 Vgl. Berthou, A.: CHORUS 3. Messung des Pflegeaufwandes in Langzeitpflegeinstitutionen. Test der Methode PLAISIR[®] im deutschen Sprachraum (in den schweizerischen Kantonen Bern und Freiburg sowie in einer Einrichtung in Deutschland). Schlussbericht. Lausanne, Institut für Gesundheit und Ökonomie, 1999

ßen zeitlichen Aufwand, sei zu behäbig, denn die Ergebnisse kämen erst spät aus der Quebecer Rechenzentrale von EROS zurück. Zudem sei PLAISIR nach dem Dafürhalten der Schweizer Heimleitungen wenig transparent und beschneide die eigene Autonomie. Daraus lässt sich eine konkrete Anforderung an die Firma EROS oder ggf. an künftige europäische Organisatoren ableiten, in den bemängelten Bereichen Verbesserungen in die Wege zu leiten. Die de facto in PLAISIR angelegten Möglichkeiten könnten so künftig nicht nur im pflegerischen Sektor, sondern auch – gerichtet auf eine effektivere Steuerung der Institutionen – noch besser beim Pflegemanagement wahrgenommen werden.

Die Schweizer Erfahrungen verdeutlichten, dass PLAISIR den Vergleich der Einrichtungen untereinander ohne große Schwierigkeiten erlaubt, selbst wenn diese nicht der selben Region angehören oder wenn unterschiedliche Pflegephilosophien zur Anwendung kommen. Die Ähnlichkeiten und Unterschiede waren anhand der Ergebnisse von PLAISIR direkt ersichtlich und konnten detailliert auf die geübte Praxis bezogen werden. Das Vorhandensein der Pflegestandards als Orientierungshalt sei ein leistungsfähiger Mechanismus, der diese Vergleichbarkeit begünstige.

Abschließend wurde in CHORUS 3 summarisch festgehalten, dass die Methode PLAISIR in den deutschsprachigen Einrichtungen mit vielfältigem Nutzen angewandt werden kann. Der Testlauf CHORUS 3 blieb zwar lange ohne die ganz große Resonanz in der Öffentlichkeit. Die Öffentlichkeitsarbeit bei der deutschsprachigen Implementierung der Methode – vor allem nach Erhalt der Resultate – erfolgte nicht auf dieselbe intensive Weise wie 1996/7 bei CHORUS⁵⁹ in der französischsprachigen Schweiz. Die deutschsprachigen Anwenderinnen und Anwender zeigten sich allerdings von den Vorteilen der Methode PLAISIR ebenso überzeugt, hielten sich insgesamt jedoch bedeckter in Abwägung des tatsächlichen Nutzens mit dem Aufwand und den Investitionen, die zweifellos eben auch mit PLAISIR verbunden sind.

3.2 Votum für eine Erprobung von PLAISIR in Deutschland

Vor dem Hintergrund der Auswertungen der in Deutschland bisher punktuell eingesetzten Verfahren zur Pflegezeit- und Personalbedarfs-ermittlung erscheint auch nach Auffassung der beteiligten Vertreter des Beirats und der Expertengruppe des Forschungsprojektes PPvP das

59 **Berthou, A.:** CHORUS. Test der Methode PLAISIR® in der Westschweiz. Schlussbericht. Lausanne, Institut für Gesundheit und Ökonomie, 1997

Verfahren PLAISIR aus methodischer und inhaltlicher Sicht als besonders gut entwickelt und deshalb geeignet, im Rahmen des vom Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt konzipierten Feldversuchs auf seine Anwendbarkeit in Deutschland geprüft zu werden. Insbesondere die im September 1999 in Bonn durchgeführte KDA-Fachtagung⁶⁰ machte deutlich, dass die Problematik einer angemessenen und exakten Pflegezeitermittlung nur mit Hilfe eines stimmigen Messverfahrens, wie es mit PLAISIR bereits zur Verfügung steht, gelöst werden kann. So konnte im Zuge der zweitägigen Tagung ein deutliches Votum für die intensivere Erprobung des Verfahrens PLAISIR in Deutschland erzielt werden, insbesondere durch die Befürwortung der Leistungs- und Sozialhilfeträger, der Berufsfachverbände, des MDK, der Ländervertreter und nicht zuletzt der Leistungserbringer.

Unter Berücksichtigung der Auswertungen der in Deutschland bisher umgesetzten Verfahren zur Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung (vgl. Kap. 1) und nach Auffassung der beteiligten Vertreter des Beirats und der Expertengruppe des Forschungsprojektes „Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären Pflege – PPvP“ erscheint das Verfahren PLAISIR aus methodischer und inhaltlicher Sicht als besonders gut entwickelt und dokumentiert. Es ist deshalb geeignet, im Rahmen des vom Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt konzipierten Feldversuchs auf seine Anwendbarkeit in Deutschland geprüft zu werden.

Insbesondere die am 22. und 23. September 1999 in Bonn durchgeführte Fachkonferenz machte deutlich, dass die Problematik einer angemessenen und exakten Pflegezeitermittlung nur mit Hilfe eines stimmigen Messverfahrens gelöst werden kann. So konnte im Zuge der Konferenz ein deutliches Votum für die intensivere Erprobung des Verfahrens PLAISIR in Deutschland erzielt werden. Das PLAISIR die erforderliche Pflegezeit auf der Grundlage einer qualifizierten *Pflegeplanung und -dokumentation* ermittelt, hatte sicherlich entscheidenden Anteil an der Grundsatzentscheidung zugunsten von PLAISIR. Das Verfahren bietet zudem Ansatzpunkte, die bislang eingesetzten Verfahren der Planung und Dokumentation in den Einrichtungen hinsichtlich ihrer Qualität zu überprüfen und auch diese dadurch fort zu entwickeln.

Aus Sicht der *Leistungsträger* schien PLAISIR für eine Erprobung in Deutschland geeignet, da es den Pflegeprozess insgesamt und die für eine qualitätsvolle Pflege erforderlichen und eingesetzten personellen

60 Vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Pflegezeitbedarf, Personalbemessung und Fachkraftanteil in vollstationären Einrichtungen. KDA Thema-Heft 154, Köln 2000. Ein Teil dieser Publikation ist auch unter <http://www.kda.de> abrufbar.

Ressourcen (qualitativ wie quantitativ) transparenter mache. Die Erfüllung vereinbarter Pflegestandards könne mittels PLAISIR systematisch überprüft werden. Darüber hinaus ließe sich aus den ermittelten Daten eine bedarfsorientierte Personalbedarfsermittlung ableiten.

Die Vertreter der einschlägigen *Berufsverbände* sprachen sich – eine gemeinsame Stellungnahme sollte noch erfolgen – grundsätzlich für eine Erprobung des Verfahrens PLAISIR im Rahmen eines Modellversuchs aus. Auch aus ihrer Sicht zeigte sich das Verfahren PLAISIR, trotz einiger grundsätzlicher pflegewissenschaftlich begründeter Vorbehalte, für die Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in Deutschland geeignet.

Das Eingangsvotum des Vertreters der *Sozialhilfeträger* unterstrich ebenfalls sehr deutlich, dass für eine bedürfnisorientierte Pflegezeitermittlung objektive Daten als Grundlage für Personalvereinbarungen und letztlich dann für Vergütungsvereinbarungen benötigt werden. Auch aus dieser Perspektive zeigt sich das Verfahren PLAISIR als ein geeignetes Instrument. Besonders bedeutsam sei, dass sich dieses Verfahren zwar am erforderlichen und notwendigen Pflegezeitbedarf orientiert, aber bei den Schnittstellen zur Personalbedarfsermittlung und zur Vergütungskalkulation Einflussmöglichkeiten belässt.

Nach dem Dafürhalten des *Medizinischen Dienstes* der Spitzenverbände der Pflegekassen erscheint PLAISIR als das bislang kompetenteste Verfahren, um zu den angesprochenen Fragestellungen geeignete Fakten zu ermitteln. Da auch hier noch erheblicher Informationsbedarf dahin gehend bestehe, inwieweit die Pflegeplanung des MDK gemäß SGB XI mit dem Messverfahren korreliert, sollte bei der praktischen Umsetzung des Verfahrens eine enge Zusammenarbeit angestrebt werden.

Nach Auffassung der beteiligten *Ländervertreter* sollte in jedem Fall kurzfristig mit der Umsetzung eines Modellversuchs begonnen werden, damit die Ergebnisse eines solchen Projektes – unter Beteiligung von Einrichtungen aus verschiedenen Bundesländern – diskutiert werden können. Es solle möglichst ein „deutscher“ Weg gefunden werden, der ein hohes Maß an Rationalität, Objektivität und Transparenz mit einschließt. Ähnlicher Auffassung waren auch die *Leistungserbringer* auf der Tagung. Sie betonten, dass kurzfristig ein solches Instrument benötigt werde, um die Versorgungsqualität in der Pflege sichern, die Professionalität der Pflege erhöhen und die Ressourcenverteilung an objektiven Kriterien festmachen zu können. Ihrer Auffassung nach diene ein solches Instrument auch der notwendigen fachpolitischen Diskus-

sion und der Konsensbildung zur Frage, wie denn eine angemessene Pflege in vollstationären Einrichtungen in Deutschland künftig zu gestalten sei.

Von besonderer Bedeutung für das PLAISIR-Erprobungsprojekt in Deutschland ist, dass sich die Vertreter der *Pflegekassen* übereinstimmend für eine zügige Umsetzung des Verfahrens im Rahmen des angestrebten Modellversuchs ausgesprochen haben. Es wurden auch Mittel in Aussicht gestellt, um ggf. eine Modellerprobung noch weiter zu beschleunigen.

Aus der Betrachtung der in Deutschland eingesetzten Verfahren bzw. der Vereinbarungen zum Pflegezeit- und Personalbedarf im Bundesgebiet (vgl. Kap. 1) wurde insgesamt abgeleitet, dass im Bereich der vollstationären Pflege derzeit kein differenziertes und leistungsgerechtes Verfahren zur Bemessung der Pflegezeit und des Personalbedarfs vorhanden ist, das nach Differenziertheit und Zuverlässigkeit die Qualität des kanadischen Verfahrens PLAISIR erreicht.

Die derzeitigen Orientierungswerte und Berechnungsformeln zum Personalbedarf sind in Deutschland in der Regel über diverse Übergangsregelungen entstanden (vgl. Kap. 1). Das bedeutet, dass es sich überwiegend um mehr oder weniger grobe Fortschreibungen von Personalanzahlzahlen handelt, die bereits vor Einführung der Pflegeversicherung gültig waren. Da eine gerechte Einschätzung der Pflegequalität über den Indikator einer Personalbesetzung kaum möglich ist, öffnet dieses Vorgehen geradezu Tür und Tor für Fehlinterpretationen. Auch wenn noch weitere Anpassungen bei PLAISIR u. a. hinsichtlich „Pflegestandards“ und Berechnung der Pflegezeiten für die deutschen Zusammenhänge zu erwarten sind, kann das Verfahren PLAISIR dank seiner bereits verfügbaren und praxiserprobten Methoden und Dokumente relativ kurzfristig und ohne weitere aufwendige Entwicklungszeiten eingesetzt werden. Deshalb wurde auf der Tagung empfohlen, auch vor dem Hintergrund des bisher erreichten Konsens der beteiligten Verbände und Institutionen, kurzfristig in die vom Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt konzipierte Modellerprobung einzutreten, um die Einsatzmöglichkeiten des Verfahrens PLAISIR in Deutschland zu überprüfen. Bei einer schnellen Umsetzung dieses Projektteiles wäre es vom Grundsatz her möglich, in rund zehn Monaten gesicherte Ergebnisse durch den Modellversuch zu erarbeiten.

3.3 Erprobung und wissenschaftliche Begleitung des Einsatzes von PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt

In Abstimmung mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) wurden Ende 1999 elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt aus acht verschiedenen Bundesländern in das Modellvorhaben zur Erprobung des Verfahrens PLAISIR aufgenommen. Für die Evaluierung von insgesamt 1.354 Bewohnerinnen und Bewohnern wurden zwölf Pflegefachkräfte der Arbeiterwohlfahrt sowie eine zusätzliche externe Pflegefachkraft nach den Kriterien von PLAISIR zu EvaluiererInnen ausgebildet. In diesem Kontext übernahm das KDA – neben der wissenschaftlichen Begleitung und Dokumentation des Modellversuchs – den Informationstransfer zwischen Einrichtungen, Betriebsräten, Einrichtungsträgern sowie zur AWO-Begleitgruppe und zum Institut EROS in Kanada.

Das BMFSFJ beauftragte am 8. November 1999 das KDA, eine Erprobung des Verfahrens PLAISIR wissenschaftlich zu begleiten, die Ergebnisse auszuwerten und zu dokumentieren. Zugleich erging an den AWO-Bundesverband der Auftrag, das Verfahren PLAISIR in elf seiner Pflegeeinrichtungen mit Standorten in acht verschiedenen Bundesländern modellhaft durchzuführen. Als Grundlage dieses Projektes dienten die Empfehlungen und der Anforderungskatalog, die Beirat und Expertengruppe im Zuge der anfänglichen Untersuchungen zur „Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären Pflege – PPvP“ erarbeitet hatten. Zudem gaben die Stellungnahmen der beteiligten Verbände und Institutionen im Rahmen der Bonner Fachtagung im September 1999 zu „Pflegezeitbedarf, Personalbemessung und Fachkraftanteil in vollstationären Einrichtungen“ entscheidende Impulse fürs weitere Vorgehen. In das Anforderungsprofil der neuerlichen Untersuchungen gingen auch die sieben „Mannheimer Fragen“ ein (vgl. Kap. 3.1).

Ausgehend von einer Anfrage des AWO-Bundesverbandes an seine verbandszugehörigen Einrichtungen signalisierten Anfang 1999 elf Einrichtungen aus acht Bundesländern Interesse und Bereitschaft zur Mitarbeit an der Erprobung von PLAISIR. In Abstimmung mit dem Auftraggeber wurden Ende 1999 diese elf Einrichtungen in das Modellvorhaben aufgenommen. Für die Evaluierung von insgesamt 1.354 Bewohnerinnen und Bewohnern wurden zwölf Pflegefachkräfte der Arbeiterwohlfahrt sowie eine zusätzliche externe Pflegefachkraft nach den Kriterien von PLAISIR zu EvaluiererInnen ausgebildet (vgl. Tab. 8)

Die über das gesamte Bundesgebiet verteilten elf AWO-Pflegeeinrichtungen organisierten sich in einer *Nordost-Gruppe* (Berlin, Seelow, Magdeburg, Aken, Sondershausen und Himmelsthür) sowie in einer *Südwest-Gruppe* (Bendorf, Zweibrücken, Herzogenrath, Fürstenfeldbruck und Bad Brückenau). Diese beiden Gruppierungen wurden jeweils vertreten durch die berührten AWO-Landes- und Bezirksverbände Hannover (1 Einrichtung), Brandenburg-Ost (1), Berlin (1), Thüringen (1), Sachsen-Anhalt (2) sowie durch Mittelrhein (1), Unterfranken (1), Oberbayern (1) und Rheinland/Hessen-Nassau (2).

Tabelle 8: Beteiligte Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt

Einrichtung	Bundesland	Bewohneranzahl
Seniorenzentrum Aken	Sachsen-Anhalt	128
Seniorenzentrum Magdeburg	Sachsen-Anhalt	141
Altenpflegeheim Bad Brückenau	Bayern	141
Seniorenzentrum Fürstenfeldbruck	Bayern	131
Seniorenheim Berlin	Berlin	170
Altenzentrum Bendorf	Rheinland-Pfalz	123
Alten- u. Pflegeheim Zweibrücken	Rheinland-Pfalz	140
Seniorenzentrum Herzogenrath	Nordrhein-Westfalen	99
Seniorenzentrum Himmelsthür	Niedersachsen	83
Seniorenzentrum Seelow	Brandenburg	110
Seniorenresidenz Sondershausen	Thüringen	115
Insgesamt	-----	1.354

Die einberufene *AWO-Begleitgruppe* setzte sich zusammen aus jeweils drei VertreterInnen aus der Nordost- und zwei aus der Südwest-Gruppe. Die ihr übertragenen Aufgaben erstreckten sich auf die mit der Erprobung verbundene

- Freistellung der EvaluiererInnen,
- Durchführung der Datenerhebung,
- Beurteilung der Erhebungsergebnisse,
- Koordination von verbands- und einrichtungsbezogenen Aufgaben und
- Einhaltung von datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass angesichts des engen Zeitrahmens und der dichten Terminabfolge bei der Erprobung die projektübergreifende Planung und Umsetzung nur dank der feinmaschigen Kooperation von AWO-Bundesverband und KDA greifen konnte. In diesem Zusammenhang übernahm das KDA den Informationstransfer zwischen Einrichtungen, Betriebsräten, Einrichtungsträgern sowie zur

AWO-Begleitgruppe und zur Firma EROS in Kanada. Das KDA begleitete neben den insgesamt sieben Arbeitssitzungen kontinuierlich

- die Vorbereitungen in den Einrichtungen,
- die Qualifizierungsphase,
- die Erhebung der Evaluationen,
- den Transfer der FRANs nach Québec,
- die Auswertungsphase,
- die Rücksendung der Einzelauswertungen zu den Einrichtungen und zum AWO-Bundesverband sowie
- den allgemeinen Informationsfluss bezüglich der Auswertungen.

Die Mitglieder der AWO-Begleitgruppe nahmen im Rahmen der Erprobung gleichermaßen an den Sitzungen der begleitenden Gremien zur PPvP teil. So konnte der Informationsfluss zwischen den Beteiligten verdichtet und bei Bedarf praxisnah aktualisiert werden. In Abstimmung mit der AWO-Begleitgruppe waren die zwölf zukünftigen EvaluierInnen vom 3. Januar bis zum 20. März 2000 von ihren Pflegetätigkeiten freizustellen. In der bis zu den Einzelschulungen am 17. Januar verbleibenden Zeit wurden die vorbereitenden Maßnahmen eingeleitet: Alle MitarbeiterInnen der Einrichtungen wurden eingehend über Ziele und Ablauforganisation der Erprobung informiert.

Der AWO-Bundesverband verpflichtete vor Beginn der Erprobung das Institut EROS vertraglich,

- die Schulungs- und Erhebungsinstrumente bereitzustellen,
- die Gruppen- und Einzelschulungen der Pflegefachkräfte durchzuführen,
- die Erhebungsbögen zu validieren (Desk-Review) und auszuwerten (Auswertungen),
- die Validation der Doppelgutachten zu erstellen und
- die Gesamtauswertungen fristgerecht Ende April 2000 dem AWO-Bundesverband und dem KDA zur Verfügung zu stellen.

Zudem wurde vereinbart, nach Abschluss der Evaluationen den Einrichtungen die Auswertungen in Form eines schriftlichen Ausdrucks und auf Datenträger auszuhändigen. Zum Auftrag gehörten die individuellen Auswertungen (bio-psycho-soziales Profil, erforderlicher Pflegeplan je Bewohnerin bzw. Bewohner) sowie die Standardauswertungen (statutarische Auswertungen) pro Wohnbereich und Einrichtung. Zusätzlich erhielt jede Einrichtung eine Sonderauswertung zur Messung des Arbeitsaufwandes nach PLAISIR und der tatsächlichen Anwesenheit ihres Pflegepersonals in graphischer Aufbereitung.

Zeitlicher Ablauf des Modellprojektes

- Gruppenschulung der Evaluiererinnen und Evaluierer vom 30. November bis 2. Dezember 1999 in Erfurt
- Individuelle Nachschulungen der EvaluiererInnen vom 17. Januar bis 4. Februar 2000
- Evaluierungen und Versand der Fragebögen in den Einrichtungen von Mitte Januar bis Mitte März 2000
- Datenverarbeitung und Übermittlung der Ergebnisse durch die Firma EROS bis Ende April 2000
- Auswertung und Aufbereitung der Ergebnisse durch die AWO-Begleitgruppe und KDA bis Anfang Juni 2001
- Vorstellung der Ergebnisse durch Mitglieder der AWO-Begleitgruppe und KDA am 20. Juni 2000 im Rahmen der zweiten KDA-Fachtagung in Berlin

Die beteiligten Instanzen und der externe Evaluierer verpflichteten sich auf der Grundlage des Bundesdatenschutzgesetzes (Vorgaben zum Berufs- und Dienstgeheimnis) zur Vertraulichkeit und zur Einhaltung der allgemeinen Datenschutzvereinbarungen. Gleichmaßen wurde mit der Firma EROS eine datenschutzrechtliche Vereinbarung getroffen, in der die Versendung der Daten nach Québec und speziell die Anonymisierung sensibler Bewohnerdaten geregelt wurde. Damit die Firma EROS im Rahmen der Plausibilitätsprüfungen (Desk-Review) bewohnerbezogene Rückfragen einholen konnte, erhielt jede Bewohnerin und jeder Bewohner einen einmaligen Zahlencode. Alle personenbezogenen Angaben wurden vor dem Verlassen der Einrichtungen, in Abweichung zur Praxis in Québec, anonymisiert.

3.4 Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung

Der inhaltliche Aufbau des Qualifizierungskonzeptes, die dreitägige Gruppenschulung sowie die zwei eintägigen Einzelschulungen waren nach Meinung der Ausbildungskandidaten didaktisch-methodisch gut aufeinander abgestimmt. Gleichmaßen wurden auch die Durchführung der Erprobung, die Erhebung der Evaluationen, ebenso die PLAI-SIR-Ergebnisse selbst und die Erfahrungen insgesamt als sehr nützlich eingestuft. Die praktische Anwendung und Verständlichkeit (Handbuch, FRAN, Nomenklatur, Pflegestandards), aber vor allem die Ausführlichkeit und Differenziertheit des Instrumentes zur Ermittlung der erforderlichen Hilfe und Pflege wurden als wertvoll für die Praxis und als weitreichend beurteilt.

Die MitarbeiterInnen gaben kritische Hinweise zu den in den Einrichtungen vorhandenen Pflegeplanungen und -dokumentationen. Diese würden vielfach nicht den Anforderungen des Verfahrens PLAISIR gerecht. Andererseits passten einige im Instrument PLAISIR zu erhebenden Items nicht zur deutschen Pflegepraxis. Es besteht die Notwendigkeit, nach den von EvaluiererInnen getroffenen Anmerkungen in Absprache mit EROS eine Überarbeitung des Handbuches und auch des FRAN für Deutschland durchzuführen, vorausgesetzt natürlich, die Grundvoraussetzungen des Verfahrens werden dadurch nicht angetastet. PLAISIR hat sich auch im Modellversuch als ein transparentes und geeignetes Verfahren erwiesen, das den individuell erforderlichen Pflege- und Betreuungsbedarf realitätsgerecht abbildet und nicht – oder nur äußerst schwer – zu manipulieren ist. Der Vergleich der Ergebnisse einer sowohl internen als auch externen Evaluierung im Sinne einer Stichprobe von 65 Personen in einer der elf Einrichtungen bestätigt die in Kanada und in der Schweiz zuvor bereits erwiesene Zuverlässigkeit des Verfahrens. Nachweislich lagen die Abweichungen bei der ermittelten erforderlichen Pflegezeit zwischen dem internen und den externen Evaluierer unter zwei Prozent. Der Datentransfer nach Québec verlief ohne Komplikationen. Die Dauer pro Frachtsendung lag im erwarteten Rahmen und weicht nicht erheblich von den Transportwegezeiten innerhalb Deutschlands ab.

Die EvaluiererInnen und Einrichtungsleitungen zeigten an den Auswertungen ein sehr hohes Interesse hinsichtlich einer bewohnerorientierten Strukturierung von künftigen Pflegeprozessen und -maßnahmen. Die Beteiligten erachteten es als möglich, mit Hilfe von PLAISIR das gesundheitliche Profil der evaluierten Bewohnerinnen und Bewohner präzise und einheitlich darzustellen, Pflegeprozesse zu strukturieren und im Besonderen Wohnbereiche und/oder Einrichtungen zu vergleichen. Hierdurch kann eine differenziertere Pflegeplanung und -dokumentation ermöglicht werden.

Weiterhin können die Auswertungen und Vergleichsmöglichkeiten der erforderlichen Pflegezeiten pro Wochentag und Arbeitsschicht (Früh-, Spät- und Nachtschicht) zu einer angemessenen Personalplanung führen. Von daher werden die mit PLAISIR aufgezeigten Entwicklungspotenziale mit Blick auf die Struktur- und Prozessqualität speziell im Bereich der Dokumentationssysteme (Pflegedokumentation und -planung), aber auch im Rahmen der Pflegeablaufplanung als sehr gut bewertet. Dass die Bewohnerinnen und Bewohner unter dem Aspekt einer ganzheitlich orientierten Pflege evaluiert werden, hat sich dabei als besonders vorteilhaft erwiesen. Im Mittelpunkt steht bei PLAISIR die erforderliche Pflege, unabhängig von den tatsächlich vorhandenen mate-

riellen Ressourcen (erbrachte Pflege, Personalausstattung), so dass schon im Verlauf der Erprobung von PLAISIR entsprechende Strukturelemente in den Einrichtungen aufgenommen wurden. Das Instrument PLAISIR beginnt also bereits unmittelbar in Zusammenhang mit der Erhebung Wirkungen zu entfalten, und nicht erst dann, wenn die Ergebnisse auf dem Tisch liegen.

Im Verbund mit der Arbeiterwohlfahrt begleitete das KDA – wie bereits angesprochen – die Erprobung während des gesamten Qualifizierungs- und Datenerhebungsprozesses mit besonderem Blick auf die praktische Anwendbarkeit von PLAISIR in Deutschland und dokumentierte in enger Zusammenarbeit mit dem Auftraggeber Aussagen zu Aufwand und Nutzen des Verfahrens. Auf folgende fünf Untersuchungssegmente richtete sich dabei das Hauptaugenmerk:

- Anforderungen an die Einrichtungen,
- Qualifizierungsprozess der angehenden EvaluiererInnen,
- Anwendbarkeit der Qualitätsstandards,
- Datenfluss und Plausibilitätsprüfung sowie
- Zuverlässigkeit der Ergebnisse.

3.4.1 Anforderungen an die Einrichtungen

Welche Vorbereitungen und Maßnahmen durch die EvaluiererInnen in den Einrichtungen bzw. Wohnbereichen waren für die Einführung des Verfahrens notwendig? Sowohl das berufliche Anforderungsprofil der angehenden EvaluiererInnen, die allgemeinen Arbeitsbedingungen während der Erprobung als auch die an die MitarbeiterInnen der Einrichtungen weitergegebenen Informationen standen bei dieser Frage im Blickpunkt des Interesses. Darüber hinaus wurde den Fragen nachgegangen, ob das Instrument PLAISIR in Deutschland ohne Veränderungen angewandt werden kann und/oder ob ergänzende Unterlagen bzw. Materialien notwendig sind, um die Evaluation der BewohnerInnen durchzuführen. Gleichmaßen flossen hier bereits erste Erfahrungen der angehenden EvaluiererInnen ein, die sie in ihren Einrichtungen mit den vorhandenen Pflegeplanungen und -dokumentationen zu Beginn der Erprobung sammelten.

Bis zum Schulungsbeginn lagen nicht allen zwölf Ausbildungskandidaten die gleichen Unterlagen und Informationen zum Verfahren PLAISIR selbst und zum Erprobungsprogramm (Ausbildung, Datenerhebung, Datenoutput, Verwendung der Ergebnisse) vor. Erschwerend kam hinzu, dass das Verfahren in Deutschland bislang weder bekannt war,

noch auf vergleichbare Erfahrungswerte zurückgegriffen werden konnte. Dies führte u. a. zu einem personellen und zeitlichen Mehraufwand in den Einrichtungen. Auf Grund dieser Situation wurde den Evaluierenden die außerordentliche Wichtigkeit der Vorbereitungszeit klar, und sie betonten, dass ausreichend Zeit gerade auch für die ersten Evaluationen zur Verfügung stehen müsse.

Die Erhebung war im festgelegten Zeitraum pro Wohnbereich durchzuführen, um den Vergleich von erforderlichen Pflegezeitbedarf nach PLAISIR und der mit der ergänzenden Erhebung gewonnenen Informationen zum tatsächlich anwesenden Personal zu sichern. Trotz des sehr engen Zeitrahmens für die Erhebung konnten alle EvaluiererInnen und alle beteiligten Einrichtungen die Vorgaben erfüllen und das Verfahren PLAISIR sachgerecht einführen. Im Laufe der Erprobung nahm die Routine und damit die Sicherheit und Geschwindigkeit bei der Durchführung der Evaluationen deutlich zu. Bei der Begleitung fiel jedoch auf, dass EvaluiererInnen, die vorher schon regelmäßig an diversen Fortbildungsveranstaltungen teilgenommen hatten, im Vorteil waren: Sie hatten weniger Schwierigkeiten bei der Anwendung des Instruments PLAISIR als diejenigen, die zuvor seltener an Fortbildungen teilgenommen hatten.

Nach Einschätzung der EvaluiererInnen handelt es sich bei PLAISIR um ein äußerst detailliertes und umfassendes Verfahren. Das Fragebogenformular FRAN, seine Nomenklatur und das PLAISIR-Handbuch seien gut aufeinander abgestimmt und machten letztlich weitere ergänzende Instrumente bzw. Unterlagen überflüssig. Eine Überarbeitung des Instruments allein in Hinblick auf eine leichtere Anwendbarkeit erschien aus ihrer Sicht nicht zwingend erforderlich.

3.4.2 Qualifizierungsprozess der angehenden EvaluiererInnen

Wie wurde der methodische und inhaltliche Aufbau des Qualifizierungskonzeptes umgesetzt? Insbesondere die dreitägige Gruppenschulung und die jeweils zwei eintägigen Einzelschulungen, die den zukünftigen EvaluiererInnen die sachgerechte Anwendung des Instruments und die Qualität der Daten und Ergebnisse vermitteln sollten, wurden unter diesem Aspekt genauer überprüft.

Insgesamt verlief die Qualifizierungsphase der Pflegefachkräfte ohne Komplikationen. Das Ausbildungskonzept erwies sich für die angehenden Evaluiererinnen und Evaluierer als ein aufeinander abgestimmtes und differenziertes Baukastensystem. Trotz räumlicher Distanz zu den

Ausbildungsverantwortlichen (Kanada/Deutschland) gewährleistet das Gesamtkonzept einen ausreichend sicheren Umgang mit den Instrumenten, die durch die kontinuierliche Fortbildung der EvaluiererInnen und durch die „Supervision“ im Rahmen der Plausibilitätsprüfungen in Québec (Desk-Review) ergänzt und abgerundet wird. Hierdurch konnten mögliche Fehlerquellen identifiziert und im direkten bzw. indirekten Kontakt mit den Pflegekräften geklärt werden.

PLAISIR kann als eine eigene Sprache aufgefasst werden, die es zu erlernen und zu verstehen gilt. Das Handbuch, das jede einzelne Kategorie des FRAN definiert und ausführlich erläutert, bietet für den Lernprozess eine gute Grundlage, gleiches gilt für die Anwendung und Bearbeitung der FRANS. Die Komplexität des FRAN erfordert aber nicht nur eine reine Vermittlung und Beschreibung jedes einzelnen Punktes und jeder einzelnen Pflegeaktion, sondern es bedarf auch des Einsatzes eines mehrdimensionalen Verständnisses, das sich auf die einzelnen Pflegetätigkeiten und deren Verknüpfungen untereinander bezieht. Per Definition wird jede Pflegeaktion mit einem Ziel, einer Beschreibung der einzelnen Pflegehandlungen und mit Hinweisen zu der auf dem FRAN einzutragenden erforderlichen Pflege („Anwesenheit des Pflegepersonals“, „Angabe des Ortes“, an dem die Pflegeaktion durchgeführt wird, „Menge des verwendeten Materials“ usw.) beschrieben. Dies verlangt zu Beginn einer Evaluation eine intensive Auseinandersetzung mit dem Instrument, die später der sachgerechten Anwendung des Verfahrens zu Gute kommt. Durch weitere praxisbezogene Beispiele und Verweise auf ergänzende Pflegetätigkeiten könnte das Handbuch ergänzt werden, was die Anwenderfreundlichkeit des Instruments noch weiter erhöhen könnte.

Darüber hinaus wurde die in Kanada entwickelte Rangliste einzelner Pflegekategorien kritisch beleuchtet. Nicht nur der zuerst aufgeführte Bereich „Respiration“, sondern auch das teilweise dominierende *klinisch-medizinische* Pflegeverständnis, das sich u. a. im Bereich „Intravenöse Therapie“ etc. im FRAN widerspiegelt, sind mittelfristig für deutsche Verhältnisse in ihrer Bedeutung zu relativieren. Dies würde dann auch eine Abänderung des FRAN für deutsche Einsätze mit einschließen. Gemäß dieses Tenors wurde schon in der Gruppenschulung der Bereich „Intravenöse Therapie“ ganz außen vor gelassen. Die Diagnoseklassifizierung „ICD 9“ war für die EvaluiererInnen ebenfalls schwierig zu bearbeiten, da diese Klassifizierung in den Einrichtungen ungebrauchlich ist und eine entsprechende Dokumentation nicht zur Verfügung stand.

Auch hat die verwendete Formulierung „Nachschulung“ speziell bei den EvaluiererInnen, aber auch in der weiteren Öffentlichkeit, bisweilen für Irritationen gesorgt. Diese Diktion verzerrt den eigentlichen Gehalt der zweiten Qualifizierungsphase als Einzelschulung. Mit dem individuellen Einzelunterricht erhalten die zukünftigen EvaluiererInnen keinen Nachhilfeunterricht, sondern eine ihrem jeweils individuellen Kenntnisstand angepasste Spezialschulung, die dann in hohem Maße die Qualität der Daten und Ergebnisse positiv beeinflusst. In diesem Sinne beinhaltet das Konzept der Einzelschulungen zwei wesentliche Aspekte, die deutlich hervorgehoben werden sollten. Die anfängliche individuelle Einzelschulung versteht sich als erste praktische Anwendung der konkreten Evaluation. Die zweite individuelle Einzelschulung erhebt mehr oder weniger den Anspruch auf Vollständigkeit und korrekte Erstellung der Gutachten. Diese Gewichtung wäre deutlicher hervorgetreten, wenn die Einzelschulungen im direkten Anschluss an die Gruppenschulung stattgefunden hätten. Dem während der Gruppenschulung vielfach geäußerten Wunsch nach häufigerer Darbietung von praktischen Beispielen wurde in den folgenden Einzelschulungen bereits entsprochen. Die Intentionen des rein fachlich-didaktischen Aufbaus und im positiven Sinn der „Sachzwang“- nicht irgendwelche formalen Prüfungsansprüche – sollten künftig noch stärker hervorgehoben werden, um einem eventuell aufkommenden Leistungsdruck, dem sich einige EvaluiererInnen ansatzweise ausgesetzt fühlten, vorzubeugen.

3.4.3 Zeitaufwand pro Evaluierung

EROS selbst geht davon aus, dass auf Dauer mit PLAISIR arbeitende EvaluiererInnen zwischen 45 und 60 Minuten pro Evaluation benötigen. Das heißt: Durchschnittlich pro Arbeitstag evaluiert eine Fachkraft etwa sieben Bewohnerinnen und Bewohner. Vorausgesetzt wird allerdings, dass alle notwendigen Informationen und Dokumentationssysteme zur Verfügung stehen. Auf Grund der Schweizer Erfahrungen wurde in der Einführungsphase von 90 bis 150 Minuten pro Bewohner ausgegangen.

Diese Zeitspannen wurden der Planung und Umsetzung der AWO-Erprobung zu Grunde gelegt. Im Anschluss an die Evaluationen wurde untersucht, wie viel Zeit die EvaluiererInnen pro Bewohner während der Vorbereitungs-, aber dann auch später während der Qualifizierungsphase benötigten.

Eine Evaluiererin bzw. ein Evaluierer brauchte in der Vorbereitungsphase zur Begutachtung von beispielsweise 93 Bewohnerinnen und Be-

wohner insgesamt 190 Arbeitsstunden. Das sind pro Evaluation durchschnittlich 2,1 Stunden bzw. 126 Minuten, allerdings bei einer extrem hohen Streuung der tatsächlichen Evaluationszeiten pro Gutachten von maximal 156 Minuten und minimal 78 Minuten. Die AWO-MitarbeiterInnen benötigten später während der eigentlichen Evaluationsphase pro Gutachten durchschnittlich 123 Minuten (2,05 Std.) und lagen im Vergleich zu den deutschsprachigen SchweizerInnen zehn Minuten über dem Durchschnittswert von CHORUS 3⁶¹.

Der externe Evaluator konnte während der eigentlichen Evaluationsphase die darin zu bewältigenden 45 Gutachten insgesamt innerhalb von 90 Arbeitsstunden erheben. Die Bearbeitungszeit pro Evaluation reduzierte sich somit nach der Einarbeitungsphase auf durchschnittlich zwei Stunden. Insgesamt standen beim externen Evaluierer für alle 65 von ihm zu begutachtende Bewohnerinnen und Bewohner 155 Arbeitsstunden auf dem Zeitkonto. Das sind durchschnittlich 2,4 Arbeitsstunden pro Gutachten.

Die Zeitwerte pro Evaluationen entsprachen insgesamt den zu Beginn der Erprobung von den VertreterInnen der AWO-Begleitgruppe und dem KDA erwarteten Annahmen. Auch hat sich die Einschätzung der AusbilderInnen bestätigt, dass die Bearbeitungsdauer pro Gutachten im Verlauf der Evaluation reduziert werde. In Anbetracht der Quebecer Zeitangaben von 0,75 bis 1 Stunde pro Erhebung eröffnet sich die Perspektive, die erreichten Zeitwerte pro Evaluation bei einer kontinuierlichen Anwendung des Verfahrens in Deutschland künftig noch weiter reduzieren zu können.

Im Rahmen der Auswertung und an Hand der Ergebnisse wurde aber auch deutlich, dass die auftretenden Abweichungen hauptsächlich auf der Komplexität der individuellen Evaluation, dem Trainingsstand der EvaluiererInnen, ihrer individuellen Arbeitsweise, den bei der Einrichtung zur Verfügung stehenden Informationen, den Kenntnissen sowohl über die zu evaluierenden Bewohner als auch über den Wohnbereich beruhen, während die Größe der Einrichtung an sich eine untergeordnete Rolle spielte.

Da die Voraussetzungen für die EvaluiererInnen bei der Erprobung annähernd gleich waren, sollten sowohl die beruflichen und persönlichen Ausgangsbedingungen der EvaluiererInnen als auch die strukturellen

61 Vgl. Berthou, A.: CHORUS 3. Messung des Pflegeaufwandes in Langzeitpflegeinstitutionen. Test der Methode PLAISIR[®] im deutschen Sprachraum (in den schweizerischen Kantonen Bern und Freiburg sowie in einer Einrichtung in Deutschland). Schlussbericht. Lausanne, Institut für Gesundheit und Ökonomie, 1999

Voraussetzungen in den Einrichtungen näher untersucht und im Weiteren harmonisiert werden. Eine kontinuierlichen Anwendung des Verfahrens sowie an PLAISIR angepasste Dokumentationssysteme vorausgesetzt, ist die Bearbeitungszeit künftig sicherlich noch weiter zu reduzieren.

3.4.4 Anwendbarkeit der zu Grunde gelegten Pflegestandards

In einem weiteren Untersuchungsschritt wurden die im Verfahren PLAISIR zu Grunde gelegten Westschweizer Pflegestandards und die weitere Anwendung des Verfahrens in Deutschland mit den Ergebnissen aus der Schweizer Erprobung⁶² verglichen und – sofern überhaupt möglich und zulässig – auf trägerspezifische Unterschiede zwischen dem Caritasverband und der Arbeiterwohlfahrt untersucht. Hierzu wurden die das Verfahren durchführenden Pflegefachkräfte wie auch die Leitungen der beteiligten elf AWO-Einrichtungen unabhängig voneinander befragt und zu einer Einschätzung der Qualitätsstandards aufgefordert.

Aus der Befragung der *Einrichtungsleitungen* ergab sich folgendes Bild: Die Methode PLAISIR wurde allgemein als detailliert, objektiv, transparent und präzise und als „eine für jedermann nachvollziehbare Beurteilung der BewohnerInnen“ eingeschätzt. Das Verfahren messe den erforderlichen Bedarf an Pflege und Pflegezeit für die BewohnerInnen. Es biete verlässliche Anhaltswerte zum Pflegeaufwand und zum Personalbedarf pro Arbeitsschicht, Wohnbereich und Einrichtung. PLAISIR verschaffe den Einrichtungen Informationen für konkrete Handlungsmöglichkeiten und Ansatzpunkte für die *interne Qualitätssicherung* (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität), ebenso für das *externe Qualitätsmanagement* (Benchmarking). Die Einblicke in die erforderlichen Pflegezeiten für demenziell erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner zeigten, dass die Beurteilung durch den MDK bzw. das Eingruppierungsverfahren nach SGB XI §§ 14 und 15 den tatsächlichen Pflege- und Betreuungsbedarf nicht berücksichtigten oder aber diesem nicht gerecht werden. PLAISIR könne nachweislich und verständlich zur Leistungstransparenz und -gerechtigkeit beitragen und unangemessene Pflegeeingruppierungen aufdecken. (vgl. Kap. 3.4.8)

Die *EvaluiererInnen* der Erprobungen erachteten durchweg die Instrumente der Methode PLAISIR (Handbuch, FRAN, Nomenklatur) als detailliert genug und geeignet, ein korrektes Bild der erforderlichen Pflege

62 Ebd.

zu erstellen⁶³. Bei den meisten EvaluiererInnen änderte sich im Zuge ihrer Evaluation die Wahrnehmung gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern, insbesondere in Bezug auf ihre Mobilität, Rehabilitation sowie Kommunikation. Die Beantwortung der Items im ersten Teil des FRAN zum bio-psycho-sozialen Profil sei zwar anfangs ungewohnt, insgesamt aber habe das Handbuch auch hier eine gute Leitfunktion. Ungeachtet dessen, bereiteten die Aussagen zu den Diagnosen, den psychischen und sensorischen Funktionen sowie zu den psychischen Problemen und der Orientierung am meisten Schwierigkeiten. Der zweite Teil des FRAN zur erforderlichen Pflege (individueller Pflegeplan) konnte leichter bearbeitet werden. Lediglich die Ausführlichkeit und Differenziertheit einiger Kategorien führte zu Irritationen bei den EvaluiererInnen. Diese anfänglichen Reibungspunkte konnten jedoch mit wachsender Routine abgebaut werden.

Übereinstimmung herrschte bei allen EvaluiererInnen – sowohl bei denen der AWO-Erprobung als auch zuvor von CHORUS 3 – hinsichtlich der Einschätzung, dass die in der Praxis *unzureichend geführten Pflegedokumentationssysteme* die Evaluationen in erheblichem Maße erschwerten. Auch war die Mehrzahl der EvaluiererInnen beider Länder der Überzeugung, dass PLAISIR positive Auswirkungen habe auf die individuelle Planung der Pflege und auf die Pflegeorganisation, da PLAISIR die Bewohnerinnen und Bewohner und ihre erforderlichen Pflegebedarfe deutlich und nachvollziehbar abbildet.

Die Ermittlung der erforderlichen Pflege basiert auf rund 190 Pflegetätigkeiten. Davon wurden in Québec 17 und in der Westschweiz 22 mit definierten Häufigkeitsnormen versehen (21 davon, also nicht der komplette Satz, wurden – vermutlich wegen eines Versehens – in der Westschweiz eingehender diskutiert).

Im Allgemeinen beurteilten die dreizehn EvaluiererInnen der Erprobung ebenso wie die MitarbeiterInnen in CHORUS 3 die 21 Westschweizer Pflegestandards als angemessene Pflegehäufigkeitsstandards. Die EvaluiererInnen der AWO-Erprobung gaben übereinstimmend an, das 17 der 21 untersuchten Pflegehäufigkeiten derzeit mit gleichen oder gar mit höheren Häufigkeitswerten in der Pflege durchgeführt werden. Zu vier Pflegestandards wurden keine Stellungnahmen abgegeben. Die für die Westschweiz im Vergleich zu Kanada modifizierten Pflegestandards

63 Saar, D.: Durchführung und Auswirkungen des Verfahrens PLAISIR im Altenzentrum der AWO in Bendorf, S. 36 ff. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Erforderlicher Pflegezeit- und Personalbedarf in vollstationären Einrichtungen – Ergebnisse der Erprobung des Verfahrens PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt. KDA Thema-Heft 159, Köln 2000

konnten in der Erprobung ohne Komplikationen eingesetzt und bewertet werden. Voraussetzung dafür war, dass sie Aktivitäten betrafen, die in der entsprechenden Einrichtung auch tatsächlich durchgeführt wurden. In Anbetracht der hochdifferenzierten Beurteilungen des externen Evaluators – u. a. zum Thema, ob eine Häufigkeitsnorm überhaupt festgelegt werden sollte oder nicht – ist hier noch einmal zu betonen (vgl. Kap. 2.3), dass es sich bei diesen Standards um reine Orientierungswerte handelt. Von diesen muss abgewichen werden, wenn dies der tatsächlichen Bedürfnislage und dem Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen entspricht. Dies setzt voraus, dass die Pflegefachkräfte ihre pflegfachliche Verantwortung tatsächlich wahrnehmen und in entsprechenden Situationen Abweichungen von den Häufigkeitswerten erkennen und durch fachliche Begründungen erhärten.

Der Vergleich der Auswertungen hinsichtlich der Standards zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen den Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt und des Caritasverbandes⁶⁴. Vor allem die übereinstimmende Bestätigung der Anwendbarkeit der Pflegestandards und Häufigkeitsnormen machte deutlich, dass sich der ermittelte Umfang der erforderlichen Pflege aus der Gesamtheit der ca. 190 beschriebenen Pflgetätigkeiten und ihrer Unterkriterien herleitet und nicht allein aus den darin enthaltenen Pflegestandards und Häufigkeitsnormen. Ob diese Normen mit der aktuellen Pflegepraxis und/oder der einrichtungsspezifischen Personalausstattung zusammenpassen, steht dabei an dieser Stelle noch nicht zur Debatte. Ausführlich diskutiert werden soll hier auch noch nicht die Annahme, dass bei einer Einführung des Verfahrens in Deutschland die Pflegestandards nach unten hin korrigiert werden müssten. (Dies wäre allerdings bedenklich, da die Standards vornehmlich schon ein Mindestmaß an Pflege beschreiben bzw. dazu dienen, die Pflegepraxis zu harmonisieren.)

3.4.5 Datentransfer und Plausibilitätsprüfungen

Insgesamt wurden 1.354 Bewohnergutachten und davon 65 Kontroll-evaluationen durch den externen Evaluator aus 38 Wohnbereichen vorgenommen und zur Weiterverarbeitung nach Québec versandt. Die ersten zwei Frachtsendungen wurden noch während der laufenden Einzelschulungen in Auftrag gegeben, die letzten beiden trafen vereinbarungsgemäß dann am Stichtag 20. März bei EROS in Montréal ein.

⁶⁴ Vgl. Berthou, A.: CHORUS 3. Messung des Pflegeaufwandes in Langzeitpflegeinstitutionen. Test der Methode PLAISIR[®] im deutschen Sprachraum (in den schweizerischen Kantonen Bern und Freiburg sowie in einer Einrichtung in Deutschland). Schlussbericht. Lausanne, Institut für Gesundheit und Ökonomie, 1999

Die Laufzeit der Frachtsendungen betrug durchschnittlich 2,65 Tage. Der Transfer der Dokumente verlief ohne nennenswerte Komplikationen. Insgesamt sollte in Erwägung gezogen werden, den Datentransfer künftig auch via Internet abzuwickeln – abgesehen von der Möglichkeit ein Rechenzentrum in Deutschland zu etablieren (vgl. Kap. 4).

Die Plausibilitätsprüfung (Validation, Desk-Review) der Daten erfolgte vereinbarungsgemäß durch Pflegefachkräfte in Kanada ca. drei Wochen nach Abschluss der Evaluation in der jeweiligen Einrichtung bzw. im Wohnbereich. Die bewohnerbezogenen Rückfragen erfolgten an Hand eines bei jedem Wohnbereich hinterlegten und anonymisierten Bewohnerregisters. Nach vorheriger Ankündigung (jeweils tags zuvor) standen EROS neben der EvaluiererIn weitere Kontaktpersonen für notwendige Rückfragen zur Verfügung. Laut Angaben der EvaluiererInnen lag die Zeitspanne der Rückfragen zwischen zwanzig Minuten und zwei Stunden pro Wohnbereich. Im Regionalvergleich betrug die Rückfragezeit pro Wohnbereich in den Einrichtungen der Nordost-Gruppe durchschnittlich bei 1,5 Stunden, in der Südwest-Gruppe bei nur einer Stunde.

Die Plausibilitätsprüfungen wurden von den EvaluiererInnen im Allgemeinen als sehr hilfreich bewertet. Laut Auskunft der EvaluiererInnen konnten alle Fragen ohne Komplikationen geklärt werden, obwohl die Anzahl der Rückfragen pro Wohnbereich sehr unterschiedlich war. Alle EvaluiererInnen halten aufgrund der Art, wie die Plausibilitätsprüfungen durchgeführt wurden, eine Manipulation des Verfahrens für ausgeschlossen. An Hand der sich im Desk-Review ergebenden Rückfragen zu den Bewohnerinnen und Bewohnern konnten (unbewusste) Fehlangaben aufgedeckt und korrigiert werden.

Die Befürchtung, dass es aufgrund der Zeitverschiebung zu Komplikationen komme, hat sich nicht bestätigt. Durch die vorherige Ankündigung der Rückrufe durch EROS bei den deutschen Einrichtungen konnten sich die MitarbeiterInnen zeitlich vorbereiten und die entsprechenden Bewohnerakten zusammenstellen. Die Anzahl und Dauer der Rückrufe stand nicht durchgängig in unmittelbarem Zusammenhang mit der jeweiligen Größe der Wohnbereiche. So lässt sich die Differenz zwischen Nordost- und Südwest-Gruppe von einer halben Stunde auch darauf zurückführen, dass die EvaluiererInnen der Nordost-Gruppe während der Einzelschulungen von einer anderen Ausbilderin betreut wurden als zuvor bei der Gruppenschulung. Nach Ansicht der befragten EvaluiererInnen kamen die Korrekturen u. a. durch die in den Einzelschulungen vermittelten Anwendungshinweisen der FRANs zu stande. Übereinstimmend gaben sie an, dass die zuvor in den Einzel-

schulungen eingefügten Korrekturen der FRAN während der telefonischen Rückrufe wieder zurückgenommen wurden. Gleichwohl verweist die Dauer der Korrekturen sowohl auf die Wirkungsweise des Verfahrens als auch auf die wichtige Aufgabe, die den Desk-Reviewerinnen bei EROS zukommt. Speziell die berufliche Qualifikation, vor allem jedoch die Erfahrung der Desk-Reviewerinnen bei EROS garantiert im besonderen Maße die Zuverlässigkeit des Instruments und die Qualität der gelieferten Ergebnisse.

Die Anzahl und Dauer der Rückfragen pro Wohnbereich spiegeln insbesondere die unterschiedlich ausgeprägte pflegefachliche Kompetenz der EvaluiererInnen, globale Pflegeprozesse – die über die stationseigene Pflegepraxis hinausgehen – zu erfassen. Dieses Phänomen trat in beiden Gruppen auf. Da EROS alleinig die Ausbildungsqualifikation „Pflegefachkraft“ bei den Ausbildungskandidaten voraussetzt, wäre es für die Zukunft angezeigt, zusätzliche Auswahlkriterien für die Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten festzulegen.

3.4.6 Stichprobe zur Messgenauigkeit

Besonders auf Hinwirken des Beirates wurden die PLAISIR-Ergebnisse noch einmal auf ihre Zuverlässigkeit geprüft. Dies geschah – allerdings nur exemplarisch in einer einzigen Einrichtung – an Hand von „Doppelgutachten“. Der verbandsunabhängige – externe – Evaluierer, der mit den anderen AWO-Evaluierern geschult worden war, erstellte insgesamt 65 Gutachten mit PLAISIR in Unabhängigkeit von dem internen Evaluierer. Diese Ergebnisse wurden mit den entsprechenden 65 des internen Evaluierers verglichen.

Tabelle 9: Erforderliche Pflege pro Bedürfniskategorie in Durchschnittszeit in Minuten pro Tag

Bedürfniskategorie	Interner Evaluierer	Externer Evaluierer
Respiration	0,55	0,49
Essen und trinken können	35,60	33,62
Ausscheiden können	39,81	35,66
Sich pflegen/sich kleiden können	33,46	34,38
Sich bewegen können	43,79	44,36
Kommunikation	21,43	21,83
Medikamente	5,96	5,82
Intravenöse Therapie	-----	-----
Behandlungen	2,89	4,79
Diagnostische Maßnahmen	2,55	2,15
Gesamt	186,04	183,10

Bei der Erstellung der erforderlichen Pflege ergaben sich nur geringfügige Abweichungen. Nach den Gutachten des internen Evaluierers belief sich die durchschnittlich erforderliche Pflegezeit bei den 65 evaluierten BewohnerInnen auf 186,04 Minuten (direkte und indirekte Pflege pro Tag). Mit einer Abweichung von weniger als 2 Prozent, nämlich 183,10 Minuten, schloss der externe Evaluator seine Begutachtungen ab.

Auch bezogen auf die Tageszeit waren die Abweichungen nur marginal. Für den Nachtdienst kam der interne Evaluierer auf einen etwas höheren Bedarf als der externe Evaluierer. Für die Abendschicht verhält es sich umgekehrt:

Tabelle 10: Erforderliche Pflege pro Arbeitsschicht in Durchschnittszeit in Minuten pro Tag

Schichten	Interner Evaluierer	Externer Evaluierer
Tag	100,68	98,70
Abend	56,11	57,72
Nacht	29,25	26,67
Gesamt	186,04	183,10

Die Validität und Reliabilität des Verfahrens ist laut EROS in Kanada zwar hinlänglich geprüft und anerkannt. Das Verfahren befindet sich zudem seit über fünfzehn Jahren erfolgreich als Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlungsinstrument bei vollstationären Pflegeeinrichtungen im Praxiseinsatz. Dennoch sollte die Stichprobe mit den 65 Parallelgutachten im Rahmen des Modellversuchs für zusätzliche Akzeptanz von PLAISIR in Deutschland sorgen.

Zu allen vorgenannten Untersuchungsschritten wurden die Ergebnisse aus den unterschiedlichen Phasen der Erprobung erhoben. Mittels regelmäßig stattfindender Gruppengespräche und schriftlicher wie telefonischer Befragungen an Hand von Fragebögen wurden die beteiligten Pflegefachkräfte, die EROS-Ausbilderinnen sowie die Einrichtungsleitungen um eine Einschätzung gebeten. Gleichermaßen nahmen KDA-MitarbeiterInnen an den Gruppen- und Einzelschulungen teil, wodurch die Ergebnisse vervollständigt wurden.

3.4.7 Ausgewählte Ergebnisse der PLAISIR Anwendung der elf AWO-Einrichtungen

Kern der Methode PLAISIR ist die Messung der Pflegezeit, die für den einzelnen Bewohner, der in einer Langzeitpflegeeinrichtung lebt, erfor-

derlich ist. Diese *notwendige*, also nicht die tatsächlich *gegebene* Pflege wird in *Netto-Pflegeminuten der direkten und indirekten Pflege (DIP)* ausgedrückt. Dieses zentrale Messergebnis von PLAISIR setzt sich aus Informationen zu einzelnen Pflegebereichen und Tätigkeiten gepaart mit Häufigkeitsstandards und zugewiesenen Zeiteinheiten zusammen. Zusätzlich erscheinen in einem bio-psycho-sozialen Profil differenzierte Aussagen zum gesundheitlichen Zustand des einzelnen Pflegebedürftigen. Aus den beiden Hauptbestandteilen (erhoben mit FRAN Teil 1 und 2), die sich immer zuerst auf den einzelnen Bewohner beziehen, lassen sich in verschiedener Hinsicht durch rechnerische Aufgliederungen und Zusammenfassungen der Parameter Aussagen zu den einzelnen Personen selbst machen, aber ebenso auch Angaben zum Vorhandensein bestimmter Krankheitszustände, zur Ausprägung von Pflegebereichen und einzelnen Pflegetätigkeiten, zu Gruppierungen von Personen in Wohnbereichen, in einzelnen oder mehreren Institutionen einer oder mehrerer Regionen. Dies sind die diversen Auswertungen von PLAISIR (vgl. Kap. 2.3), die – auf Basis der Erhebung mittels FRAN – im Rechenzentrum der Firma EROS nach einem dazwischen geschobenen zusätzlichen Prüfgang (Desk-Review) erstellt und daraufhin den Institutionen, den Planern etc. zur Verfügung gestellt werden. Die differenzierten Auswertungen lassen sich u. a. mit Blick auf Fragen zu Pflegequalität, Pflegeplanung und -dokumentation, Personalbemessung, Pflegesatzberechnung etc. weiter verwenden.

Durch PLAISIR sollten im Modellversuch mit den elf AWO-Einrichtungen – neben der Auswertung der Erfahrungen im Umgang mit PLAISIR während der Schulungs- und Erhebungsphase – vordringlich unter rein inhaltlichen Aspekten zwei Hauptziele verfolgt werden, nämlich:

- den pflegerischen Arbeitsaufwand in den Wohnbereichen zu messen und
- die Anzahl des erforderlichen Pflegepersonals, das für die Pflege der Bewohner benötigt wird, aus diesen Messungen abzuleiten⁶⁵.

Ein daraufhin möglich werdender Vergleich mit dem tatsächlich in den Einrichtungen arbeitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern lenkt den Blick dann ggf. auf Abweichungen zwischen „eigentlich“ notwendigem und tatsächlich eingesetztem Pflegepersonal.

Zusätzliche Ziele beim Modellversuch mit den elf Einrichtungen der AWO waren:

65 Vg. Anlage 7.6: PLAISIR Audit – Messung des Arbeitsaufwandes des Pflegepersonals der 11 (elf) Einrichtungen der AWO. Gesamte Vereinigung. Graphiken, Québec 2000

- Messung des Pflegeaufwandes
 - pro Pflegeart (3): Grundpflege (= Allgemeine Pflege oder auch Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)), Zwischenmenschliche und erzieherische Pflege (= Kommunikation mit Anteilen sozialer Betreuung), Pflegetechniken (= Behandlungspflegerische und diagnostische Maßnahmen oder auch Mithilfe bei ärztlicher Therapie und Diagnostik);
 - pro Pflegebereich (10) : Respiration, Ernährung, Ausscheidung, Hygiene, Mobilisation, Kommunikation, Medikamente, Intravenöse Therapie, Behandlungen, diagnostische Maßnahmen.
- Darstellung der Bewohner in Bezug auf
 - Alter und Geschlecht,
 - Krankheiten,
 - Beeinträchtigungen,
 - psychische und sensorische Schädigungen,
 - den Grad der kognitiven Defizite und psychiatrischen Probleme,
 - die Arten der psychischen Probleme,
 - die Arten der Schutzmaßnahmen(Freiheitsentziehende/-beschränkende Maßnahmen),
 - die Arten der Kompensationen,
 - die erhaltenen, paramedizinischen Leistungen (Physiotherapie, Ergotherapie usw.).

Aus diesem differenzierten Gesamtgefüge, das von der Firma EROS in der Studie PLAISIR Audit⁶⁶ ausgebreitet wurde – dazu noch zwecks Vergleichsmöglichkeit unterlegt mit den Daten der bisherigen Ergebnisse der Schweizer Kantone, auf die hier nicht näher eingegangen wird –, werden in der Folge wichtige Einzelergebnisse auszugsweise bezogen auf die 1.354 Bewohnerinnen und Bewohner der elf AWO-Einrichtungen vorgestellt bzw. kommentiert. Es existiert darüber hinaus noch eine PLAISIR-Berechnung auf der Grundlage von 1.319 Personen. Diese klammert die älteren Menschen in den elf Einrichtungen aus, die dort ohne Zuteilung einer Pflegestufe leben. Diese Variante wird hier allerdings nicht näher diskutiert.

Von den 1.354 mit PLAISIR evaluierten Bewohnern der elf am Modellversuch beteiligten Altenpflegeheime der AWO waren zum Untersuchungszeitpunkt nahezu vier Fünftel Frauen und ein Fünftel Männer mit einem aktuellen Durchschnittsalter von 82,3 Jahren (bei Einzug in die Einrichtung lag es bei 78,1 Jahre).

66 Ebd.

Bei den festzustellenden Krankheiten⁶⁷ herrscht Diabetes Mellitus (30,4 %) vor, gefolgt von Hypertonie (29,2 %), Herzinsuffizienz (29 %), Ischämische Krankheiten (26,7 %), Organische Psychosen (20,5 %), Spätfolgen von Hirngefäßkrankheiten (19,4 %), Krankheiten des Zerebrovaskulären Systems (18,5 %), Psychische Störungen nach Hirnschädigungen (17,4 %), und Osteopathien (17,4 %) ⁶⁸.

Bezogen auf den Beeinträchtigungsgrad⁶⁹ innerhalb der Kategorien *Mobilität*, *Unabhängigkeit*, *Beschäftigung*, *Soziale Integration* und *Orientierungsfähigkeit* zeigten sich generell bei den Bewohnerinnen und Bewohnern zum Teil erhebliche Einschränkungen:

Nur noch jeweils um die 2 % (± 2 %) sind in jeder Kategorie ohne Beeinträchtigungen (Ausprägung 1. und 2.). Bei der Kategorie *Soziale Integration* hält sich noch die größte Gruppierung (81 %) innerhalb der mittleren Ausprägungsgrade 3. bis 7. auf (3. *Begrenzte Beteiligung* bis 7. *Primäre Kontakte schwierig*). Auch mit Blick auf das *Orientierungsvermögen* gibt es innerhalb der mittleren Abstufungen 3. bis 5. mit 47 % noch eine relativ große Gruppe unter den Bewohnerinnen und Bewohnern mit nur mittlerem Beeinträchtigungsgrad. Aber bereits bei diesen beiden Kategorien ist die Gruppe der Bewohner mit extremen Beeinträchtigungsgraden (8. und 9.) schon sehr groß (20 %).

Bei den drei weiteren Kategorien *Beschäftigung*, *Mobilität* und *Unabhängigkeit* gehören dann schon 33, 40 und sogar 50% zur Gruppe der extrem Beeinträchtigten. Die Gruppe ohne Beeinträchtigung unter den Bewohnerinnen und Bewohnern ist also hinsichtlich der Kategorien *Mobilität*, *Unabhängigkeit*, *Beschäftigung*, *Soziale Integration* und *Orientierungsfähigkeit* beträchtlich klein, während die Anteile der mittleren und besonders der extremen Beeinträchtigungsgrade in der Bewohnerschaft dominieren.

Gut ein Drittel der 1.354 Bewohnerinnen und Bewohner in den elf AWO-Einrichtungen zeigten zur Zeit der Erhebung keine *psychischen Probleme*⁷⁰. Bei den verbleibenden zwei Dritteln äußerten sich die psychischen Probleme hauptsächlich in Rückzug (20 %), Unruhe (20 %), verbaler (17 %) bzw. physischer Aggressivität (11 %), Traurigkeit (14 %), Stören der Mitbewohner (12 %) und in Umherirren (10 %). Auffällig ist, dass neben einigen wenigen Einzelfällen lediglich in 2 % der Fälle mit physischer Aggressivität sowie jeweils nur bei 1 % der verba-

67 Vgl. Anlage 7.6: PLAISIR Audit, S. 13

68 Vgl. Anlage 7.6: PLAISIR Audit, S. 14

69 Vgl. Anlage 7.6: PLAISIR Audit, S. 15 f.

70 Vgl. Anlage 7.6: PLAISIR Audit, S. 19

len Wutanfälle bzw. der Unruhezustände korrigierend eingegriffen wird. Das heißt, dass lediglich ein verschwindend geringer Anteil von Bewältigungs- oder auch nur Erleichterungsmaßnahmen in den Einrichtungen zum Einsatz kommt.

Rund 40 % der Bewohnerinnen und Bewohner erhalten nach der PLAISIR-Erhebung keine freiheitseinschränkende bzw. -entziehende Maßnahmen⁷¹. Ein knappes Drittel erfährt „Schutzmaßnahme“ wie *Bettgitter*, und 41 % aller Bewohnerinnen und Bewohner erhalten, die Zahlen sprechen für sich, *Psychopharmaka*.

Die Zahl der Arztvisiten⁷² in den elf Einrichtungen liegt bei durchschnittlich zwei Besuchen pro Monat. 455 ältere Menschen sind ausschließlich aufs Bett angewiesen; somit leiden 57 BewohnerInnen unter Druckgeschwüren⁷³ 1. und 2. Grades sowie 32 Personen unter Dekubiten des 3. oder 4. Grades. Fast jeder Fünfte der bettlägerigen Bewohnerinnen und Bewohner hat also mit Dekubitusproblemen zu tun.

Im nachstehenden Kreuzvergleich⁷⁴ der Bewohnerinnen und Bewohner nach ihrer zugeteilten Pflegestufe und nach den mit PLAISIR ermittelten Netto-Pflegeminuten zeigt sich unter anderem, dass sich jeweils eine Person mit Pflegestufe 1 sogar in den höchsten Kategorien der erforderlichen Pflegeminuten (260 – 999 sowie 240 – 260 Minuten) befindet, und immerhin noch jeweils sieben Personen in den darunter liegenden Kategorien 200 – 220 und 220 – 240 Minuten). Umgekehrt gibt es einige, allerdings nur wenige Personen der Pflegestufe 3, für die nach PLAISIR nur 40 – 60 bzw. 100 – 120 und 120 – 140 Netto-Pflegeminuten als erforderliche Pflegezeit ermittelt werden konnte.

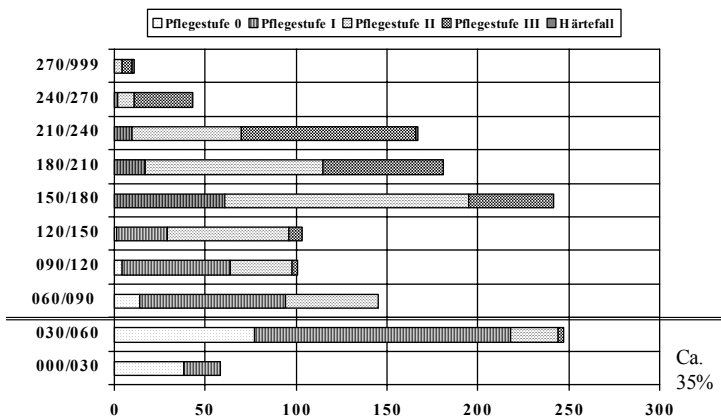
71 Vgl. Anlage 7.6: PLAISIR Audit, S. 20

72 Vgl. Anlage 7.6: PLAISIR Audit, S. 22

73 Ebd.

74 Vgl. Anlage 7.6: PLAISIR Audit, S. 23

PLAISIR-Verteilung der BewohnerInnen
nach Zeitintervallen á 30 Minuten



Kuratorium Deutsche Altershilfe

Bei Pflegestufe 2 zum Beispiel finden sich zudem Bewohnerinnen und Bewohner mit einem Pflegezeitbedarf in allen Kategorien der erforderlichen Netto-Pflegeminuten. Auch bei den anderen Pflegestufen und Minutenanteilen streuen die Zuordnungen beträchtlich, so dass auch an dieser Stelle durch die Messungen von PLAISIR bestätigt wird, dass die Pflegestufen nicht geeignet sind, um auf den tatsächlich erforderlichen Pflegebedarf in Form von Netto-Pflegeminuten zu schließen.

Der erforderliche Pflegeaufwand konzentriert sich zu 85 % auf die direkte und indirekte Pflege bei weiteren Anteilen von 7 % für die bewohnerbezogene Kommunikation und von 8 % für die Wegstrecken inkl. Verwaltungs- und Instandhaltungsaktivitäten (vgl. Kap. 2.3.3). Mit 76 % beansprucht die Grundpflege (= Allgemeine Pflege, ATL) den Löwenanteil gegenüber 16 % zwischenmenschliche und erzieherische Pflege (= Kommunikation mit Anteilen sozialer Betreuung) und gegenüber 8 % Pflegetechniken (= Behandlungspflege). Der Pflegeaufwand bei der allgemeinen Pflege verteilt sich dabei hinsichtlich Hilfen bei Ernährung, Ausscheidung, Hygiene/Ankleiden und sich Bewegen annähernd gleich (jeweils zwischen 18 und 21 %).

Wie die folgenden Tabellen 11 und 12 zeigen, sind laut PLAISIR 131 Netto-Pflegeminuten pro Tag und Bewohner zu leisten (umgerechnet 2,183 Stunden). Je Bewohner müssen in den untersuchten Einrichtun-

gen mit 1.354 Bewohnerinnen und Bewohnern pro 24 Stunden – inklusive der von PLAISIR pauschal eingeräumten 24 Minuten Bewohnerbezogener Kommunikation (BBK) zuzüglich der Verwaltungsaktivitäten, Wegestrecken und Instandhaltungsaktivitäten – durchschnittlich 155 Minuten (= 2,583 Stunden) in der Pflege gearbeitet werden, davon in der Tagschicht 1,402, in der Abendschicht 0,849 und nachts 0,333 Stunden (d. s. an Pflege ca. 54 % tags, 33 % abends, 13 % nachts). Pro Bewohner errechnet PLAISIR daraus – unter Berücksichtigung von Krankenständen, Freistellungen, Urlaub und Feiertagsregelungen etc. – 0,602 Stellen, die für die Pflege im Zeitraum von täglich 24 Stunden je Bewohner besetzt werden müssen. Im Einzelnen sind das für die Tagschicht pro Pflegebedürftigen 0,327 Stellen, für die Abendschicht 0,198 und des Nachts 0,078 Stellen. Auf die Gesamtheit der Bewohnerinnen und Bewohner übertragen, sind das ca. 816 Stellenäquivalente für die 1.354 pflegebedürftigen älteren Menschen.

Tabelle 11: Streubreite der erforderlichen Netto-Pflegeminuten nach PLAISIR

	Durchschnitt	Minimum	Maximum
Grundpflege (1 bis 5)	98,9	78,9	116,5
Kommunikation (6)	21,2	18,9	23,4
Behandlungspflege (7 bis 10)	10,9	6,7	18,2
Gesamt	131	----	----

Tabelle 12: Durchschnittlich erforderliche Netto-Pflegeminuten pro Tag

	Früh	Abend	Nacht	Tag (24 Std.)
Minuten nach Tageszeit	71,3	43,9	15,8	131,0

Für das in den elf Einrichtungen tatsächlich während des Beobachtungszeitraums anwesende Pflegefach- und Hilfspersonal standen rund 40 % weniger Stellen zur Verfügung, als von PLAISIR für das erforderliche Pflegepersonal errechnet worden war. Diese Differenz ist allerdings zum Teil erheblich relativierbar durch genauere Betrachtung der einzelnen Einrichtungen, die auch mit Blick auf die Personalunterdeckung erheblich voneinander abweichen können. Auch der Einbezug der sozialen Dienste, der therapeutischen Kräfte, Zivildienstleistenden, FSJler, Praktikanten und Auszubildenden etc. wird die von der AWO in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses gerückte Zahl von 40 % in weniger dramatischen Licht erscheinen lassen, ebenso die unterschiedlich ausgeprägten Krankenstände beim Personal, die Freistellungen für Fortbildungen, die verschiedenen Urlaubsansprüche in den jeweiligen

Einrichtungen, unterschiedliche Feiertagsregelungen in den einzelnen Ländern etc.⁷⁵. Auch die in der Pflege bislang unterrepräsentierte Komponente der psycho-sozialen Betreuung – ein in Deutschland bislang nur in Ansätzen aufgearbeitetes Problemfeld – hat bei PLAISIR einen weitaus höheren Stellenwert und schlägt dem gemäß auch erheblicher auf die Zeitberechnungen durch, als derzeit in der deutschen Praxis realisierbar bzw. finanzierbar erscheint. Werden zudem die Zeiten für Bewohnerbezogene Kommunikation (BBK) und für Verwaltungs- und Instandhaltungsaktivitäten und Wegstrecken (VIAW) bei einer Stellenermittlung nicht berücksichtigt, wie es derzeit in Deutschland gängige Praxis ist, reduziert sich die kalkulierte Stellendifferenz zwischen errechnetem und tatsächlich anwesendem Pflegepersonal ebenfalls noch ein Mal ganz erheblich (vgl. Kap. 2.3.3).

In welcher Weise die hier vorgelegten Ergebnisse von PLAISIR nach Art und Umfang Einfluss auf die Pflegevergütungen und die Refinanzierbarkeit des Pflegepersonals nehmen können, wird im Kapitel 4 beim Thema Perspektiven ausführlicher diskutiert. Fraglos werden auch wiederholte Evaluierungen in den jeweiligen Einrichtungen zu einer differenzierteren Betrachtung auch hinsichtlich Vergütungsrelevanz der PLAISIR-Ergebnisse beitragen.

Eine weitere Auffälligkeit besteht darin, dass jeder vierte der Bewohnerinnen und Bewohner einen täglichen Betreuungsbedarf von weniger als einer Stunde hat. Dies wirft die Frage auf, ob für diesen Personenkreis – auch mit Blick auf die Kosten – mit den Pflegeeinrichtungen der geeignete Wohnort gefunden wurde.

Weiterhin wurde deutlich, dass in den Heimen der Pflegebedarf in der Nacht unterschätzt wurde, ebenso an den Wochenenden. Ungeachtet des noch ausstehenden weiteren Erklärungsbedarfes sieht der AWO-Bundesverband jedoch PLAISIR als die Grundlage für eine rationale Pflegebedarfs- und Personalbedarfsbemessung in Deutschland. Diese Einschätzung spiegelt sich auch in den folgenden Einschätzungen der am Modellversuch beteiligten Pflegedienstleitungen wieder.

3.4.8 Einschätzung der Ergebnisse durch die Leitungen der elf AWO-Einrichtungen

Die Beurteilung der PLAISIR-Standardauswertung pro Einrichtung (Vergleich der Wohnbereiche und Gesamtauswertung) und die Son-

75 Vgl. Anlage 5.5: Nachberechnung des Personalbedarfs der AWO

derauswertung zur Angabe des Arbeitsaufwandes beim Pflegepersonal erfolgte durch die elf Einrichtungsleitungen. Nach Vorlage der Ergebnisse Ende Mai 2000 wurden die Befragten aufgefordert, die praktische Anwendbarkeit des Verfahrens PLAISIR bzw. den damit verbundenen Nutzen hinsichtlich des Pflegemanagements, der Personaleinsatzplanung und der Qualitätssicherung zu beurteilen.

Pflegemanagement

Auf die Frage, worin sich die vorliegenden Ergebnisse von den Angaben zum Arbeitsaufwand in den Institution unterscheiden, gaben sieben von elf Einrichtungsleitungen an, dass die von dem Verfahren PLAISIR ermittelten erforderlichen Pflegezeiten beispielsweise für „Kommunikation“, „Mobilität“, „Behandlungspflege“, „soziale Integration“, „diagnostische- und Reha-Maßnahmen“ mit der momentanen Personalausstattung nicht geleistet und derzeit maximal nur die Grundpflege erbracht werden kann. Die formal in PLAISIR durchschnittlich pro Bewohner zu berücksichtigenden 11,5 Pflegeminuten für die „Bewohnerbezogene Kommunikation“ und 12,5 Minuten für „Verwaltungs- und Instandhaltungsaktivitäten und Wegstrecken“ werden bislang als zusätzlicher Arbeitsaufwand faktisch nicht mit einkalkuliert (vgl. Kap. 2.3.3).

Pflegeeinstufungen nach SGB XI

Drei Leitungen hoben hervor, dass die Einrichtungen erstmalig durch PLAISIR über detaillierte Daten zu erforderlichen Pflegeleistungen und Pflegezeiten verfügten, und zwar bezogen auf jeden Bewohner, jeden Wohnbereich und hinsichtlich der gesamten Einrichtung, dies sowohl aufgegliedert nach den einzelnen Pflegebereichen als auch als Gesamtzahl der direkten und indirekten Pflegezeiten. Die Ergebnisse sind zudem für jeden Interessierten – seien es MitarbeiterInnen, MDK- oder Hausärzte oder die Angehörigen – zugänglich.

Mit PLAISIR biete sich die Möglichkeit – dies zeigen gerade auch die Ergebnisse der Kreuzvergleiche zwischen MDK-Pflegestufen und den Ergebnissen der erforderlichen Nettopflegeminuten -, die Eingruppierung laut SGB XI der in den Einrichtungen lebenden Bewohnerinnen und Bewohner oder bei Erstbegutachtungen neu zu beantragen. Gerade der Vergleich der erforderlichen Pflege und Pflegezeiten mit den derzeit erbrachten Pflegeleistungen decke die Fehlbeurteilung bzw. die Ignorierung wesentlicher Teile der erforderlichen Pflege- und Betreuungsbedarfe bei demenziell und psychisch erkrankten BewohnerInnen eindeutig auf, die aufgrund der engen Sicht bei den Einstufungen nach SGB XI bislang unberücksichtigt blieben (vgl. Kap. 1).

Vor diesem Hintergrund könne PLAISIR für eine bedarfsgerechte Pflege und Betreuung und somit für die interne Personalsteuerung, aber ebenso als Grundlage für die Personalbemessung in Pflegesatzverhandlungen Verwendung finden. Die Resultate von PLAISIR sollten unabhängig von einer möglichen Weiterentwicklung und flächendeckenderen Anwendung des Verfahrens in Deutschland mittelfristig als Grundlage für kommende Pflegesatzverhandlungen genutzt werden.

Qualitätsentwicklung

Die Mehrzahl der Einrichtungsleitungen gab an, dass die PLAISIR-Auswertungen für die interne wie externe Qualitätssicherung genutzt werden können. Basierend auf den individuellen Auswertungen der BewohnerInnen (Bewohnerprofil, Pflegeplanung) und den Standardauswertungen (Statutarische Outputs) könnten die Einzelergebnisse für Schwachstellenanalysen und Benchmark-Vergleiche einzelner Pflegebereiche, ganzer Einrichtungen (Essensversorgung, Essenszeiten, Nachtdienst, Grundpflege im Frühdienst usw.) genutzt werden. Nach Ansicht dieser Einrichtungsleitungen sollten alle Bewohnerinnen und Bewohner mindestens einmal jährlich begutachtet werden, um Anhaltswerte zum erforderlichen Pflege- und Personalaufwand, zur Vergleichbarkeit der Wohnbereiche, zur Verteilung der Bewohnerschaft z. B. nach Art der Schutzmaßnahmen, verabreichter Psychopharmaka und dergleichen zu erhalten.

Denkbar seien auch weitreichendere organisatorische Maßnahmen wie die Personalplanung nach Arbeitsschichten, Wochentagen und Stationen. Sechs Leitungen sahen die Möglichkeit, durch die PLAISIR-Ergebnisse den erforderlichen Pflegeaufwand (effektive Arbeitsstunden) je Wohnbereich bzw. Einrichtung die Personalplanung – orientiert an Zeiten für Pflege und Betreuung – flexibler und zielgerichteter gestalten zu können. Arbeitsorganisatorische Veränderungen – unter Berücksichtigung bestehender Tarif- und Betriebsvereinbarungen – könnten dort ansetzen, wo Fehlbesetzungen, wie z. B. an Wochenenden im Vergleich zu den Wochentagen, erkennbar seien. Gleiches gelte für die gravierende Unterbesetzung im Nachtdienst.

Pflegedokumentation und Pflegeplanung

Wie bereits die EvaluiererInnen (vgl. Kap. 3.4.4), als auch die Einrichtungsleitungen bestätigten, dass heute bereits teilweise die durch PLAISIR als erforderlich ausgewiesenen Pflege- und Betreuungsleistungen von den Pflegemitarbeitern erbracht werden. Sie würden allerdings nicht immer dokumentiert. Einen Grund hierfür sehen sie in der derzeitigen Begutachtungs- und Eingruppierungspraxis durch den MDK, der den Arbeitsaufwand für gewisse Pflegeleistungen einfach

nicht berücksichtigt. Daher haben neun Einrichtungsleitungen gemeinsam mit den EvaluiererInnen nach Vorlage der PLAISIR-Auswertungen Veränderungen in ihren Einrichtungen vorgenommen. Mehrheitlich erklärten die Befragten, dass vorhandene Lücken in den Pflegedokumentationen und den Pflegeplanungen aufgedeckt und daraufhin systematisch überarbeitet sowie weiterentwickelt wurden. Die Pflegeplanung wurde z. B. um die Bereiche „psychische und sensorische Funktionen“, „Schutzmaßnahmen“ und „Mobilität/Bewegung“ ergänzt.

Fünf der Einrichtungsleitungen merkten an, dass diese Prozessveränderungen zu einem verbesserten Informationsaustausch unter den Pflegenden und einer verbesserten Pflegeablaufplanung geführt hätten. So habe sich die Sensibilität für die Bedürfnisse der BewohnerInnen bei jenen Mitarbeitern, die Erfahrungen mit PLAISIR sammeln konnten, deutlich erhöht.

Um diese Entwicklung zu stärken, seien erste Fortbildungsmaßnahmen auf der Grundlage von PLAISIR von den EvaluiererInnen durchgeführt worden. In einer Einrichtung soll künftig die EvaluiererIn auf Grund ihrer Einblicke in alle Stationen die Funktion einer internen Qualitätsbeauftragten ausüben. Die MitarbeiterInnen könnten in ihr eine Art Pflegeberaterin sehen, welche die Stations- bzw. Pflegedienstleitung bei der Pflege- und Personalplanung unterstützt.

Die Mehrheit der Befragten gab an, dass eine Angleichung des Instruments sowie die Überarbeitung der FRAN an das hiesige Pflegeverständnis zur allgemeinen Verbesserung der Pflege- und der Leistungstransparenz für alle Beteiligten beitragen könne. Der Bereich der in PLAISIR implizierten medizinischen Behandlungspflege (z. B. Blut und Blutpräparate, Urinkultur, Urinanalyse, Infusion legen, Infusionsbesteck wechseln) sei nicht Bestandteil der Pflege nach deutschen Kriterien und solle demnach auch nicht erhoben werden. Generell müssten jedoch bundeseinheitliche Mindeststandards für die Pflege und Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern der Langzeitpflegeeinrichtungen entwickelt werden. Die Haltung des Pflegemanagements zu den bei PLAISIR implizierten Orientierungsstandards wurde bereits weiter oben in diesem Kapitel abgehandelt.

3.4.9 Zusammenfassung und Beurteilung

Es kann aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung insgesamt festgehalten werden, dass das Instrument PLAISIR in allen Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt erfolgreich erprobt und auch unter Beibehalten

der Westschweizer Pflegestandards sachgerecht im vereinbarten Zeitraum mit großer Akzeptanz der Ausführenden und auch der Heimleitungen durchgeführt werden konnte. Die vorbereitenden Maßnahmen der EvaluiererInnen und der Einrichtungen zur Einführung des Verfahrens konnten mit intensiver Unterstützung der MitarbeiterInnen der Einrichtungen gut umgesetzt werden. So kam auch der „AWO-Abschlussbericht über die Erprobung des Pflegebedarfs- und Personalbemessungsverfahrens PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt“, auf den sich u. a. auch die Ausführungen in diesem Kapitel stützen, zu der Gesamtbewertung: „Das System PLAISIR hat sich als ein transparentes und valides Verfahren erwiesen, den individuell erforderlichen Pflege- und Betreuungsbedarf festzustellen. Es ist nicht zu manipulieren, wie die Ergebnisse der Doppelevaluationen nachweisen. Gleichzeitig bietet PLAISIR eine rationale Berechnungsgrundlage für den Personalbedarf einer Einrichtung.

PLAISIR hat nachgewiesen, dass sich dieser Personalbedarf nicht aus den Pflegestufen nach SGB XI berechnen lässt. Folglich sind diese Einstufungen vor dem Hintergrund einer bedarfsgerechten Pflege und Betreuung weder für die interne Personalsteuerung noch als Grundlage einer Personalbemessung in Pflegesatzverhandlungen zu verwenden. Auch an Pflegestufen orientierte Personalanhaltszahlen auf Landesebene sind keine überzeugende Lösung.

Um so wichtiger erscheint es im Lichte des Modellprojektes, das System PLAISIR in Deutschland schnellstmöglich und flächendeckend einzusetzen. Unabhängig von einigen Anpassungsnotwendigkeiten gibt es kein anderes System, das in dieser Art und Weise beim individuell erforderlichen Pflege- und Betreuungsbedarf ansetzt.

Deshalb sehen wir PLAISIR als die Grundlage für eine rationale Pflege und Personalbedarfsbemessung in Deutschland an.

Die Notwendigkeit eines solchen Verfahrens wird weder von politischer noch von fachlicher Seite bestritten. Die im Entwurf eines Pflegequalitätssicherungsgesetzes von der Bundesregierung vorgeschlagenen verpflichtenden Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen für jede Einrichtung machen wenig Sinn, solange es keine geeinigten Verfahren zur Bemessung von Leistungen, Qualitäten und Personal gibt. Insofern ist die Einführung eines solchen Instrumentariums auf der Grundlage von PLAISIR von äußerster Dringlichkeit.“

4 Perspektiven einer Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung mit PLAISIR in Deutschland

4.1 Leistungsumfang und Anpassungsfähigkeit des Verfahrens – Häufig gestellte Fragen zur Verwendung von PLAISIR

In Deutschland wurde und wird über das Verfahren PLAISIR auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Zusammenhängen intensiv diskutiert. Die in diesem Zusammenhang immer wieder gestellten Fragen richten sich letztlich auf die konkreten Möglichkeiten, die sich durch den Einsatz von PLAISIR in Deutschland ergeben. Es gibt gegenwärtig kein besseres Instrument als das in Kanada entwickelte Verfahren PLAISIR, um kurzfristig zu einer rationalen und einheitlichen Erfassung einer bedarfsgerechten Pflege zu gelangen. Dies kann nach der intensiven Auseinandersetzung mit dem Verfahren PLAISIR und mit anderen Instrumenten zur Ermittlung einer bedarfsgerechten Pflege in Einrichtungen der Altenhilfe im Rahmen der durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Untersuchungen als gesichert gelten.

Das Verfahren PLAISIR geht von der individuell erforderlichen Pflege in den Einrichtungen aus und erhebt diese mittels eines validen und reliablen Verfahrens nach festgelegten fachimmanenten Kriterien und Begriffen und errechnet daraus den erforderlichen Pflegezeitbedarf.

Durch den anfänglichen Einsatz von PLAISIR in Deutschland wurde bereits deutlich, dass im Bereich der Kommunikation und der sozialen Betreuung erhebliche Leistungsdefizite in den Einrichtungen bestehen. Dies zeigt, dass das Verfahren tatsächlich auch geeignet ist, Ergebnisse zu liefern, die bei der Pflege und Betreuung auch psychisch veränderter älterer Menschen hilfreich sind. Beim intensivierten Einsatz von PLAISIR in Deutschland müssen mit Blick auf die deutschen Erfordernisse dennoch weitere Akzentverschiebungen durch Überarbeitung des Erhebungsbogens und der Nomenklatur bei PLAISIR vorgenommen werden, die insbesondere auch vom Unterarbeitskreis Pflege eingefordert wurden.

PLAISIR ist nicht darauf ausgerichtet, in Konkurrenz zu der versicherungsrechtlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen zu treten. Sein Einsatzbereich erstreckt sich vielmehr auf die Bestimmung der erforderlichen Pflegeleistungen im Sinne des § 84 SGB XI in Abstimmung mit den für deren Finanzierung zuständigen Leistungsträgern. Es ermittelt ebenso die

hierfür benötigten Ressourcen, um diese -vereinbarte – Pflege tatsächlich auch zu erbringen. In diesem Sinne handelt es sich in erster Linie um ein Instrument der Selbstverwaltung, welches für die einvernehmliche Bestimmung der erforderlichen Pflege und deren Vergütung rationale Grundlagen liefert, die insbesondere für die prospektive Ermittlung der Pflegevergütungen geeignet erscheinen. Darüber hinaus liefert PLAISIR wertvolle Daten für die innerbetriebliche Steuerung und auch für ein leistungsorientiertes Benchmarking, welches die Effizienz und Effektivität der Einrichtungen steigern kann.

Bezogen auf die Häufigkeit der Durchführung von PLAISIR ist davon auszugehen, dass jede Einrichtung zumindest einmal im Jahr eine Erhebung mittels PLAISIR durchführen sollte.

Die Einführung eines Messverfahrens wie PLAISIR ist fraglos – neben den anfallenden Sachkosten für Fragebogen, Handbuch, Datenversendung, -prüfung und -berechnung – mit einem zusätzlichen zeitlichen Aufwand für eine Pflegefachkraft und damit auch mit Kosten verbunden: Die evaluierende Pflegefachkraft muss vor Anwendung des Verfahrens speziell ca. 3 Arbeitstage geschult und zusätzlich für die Zeit der Erhebung – ca. eins bis zwei Stunden pro evaluiertem Bewohner – von anderen Aufgaben innerhalb ihrer Einrichtung freigestellt werden. Allein mit der Erfassung der notwendigen Daten für die Beurteilung des Pflegezeitbedarfes ist aber bereits ein Qualitätsschub in der Einrichtung verknüpft, der auf diesem Weg zumindest schon einen Teil der zusätzlich eingesetzten Mittel zurückgibt. Zudem können durch den Einsatz von PLAISIR in hohem Maße Fehlzuordnungen von Personal- und Sachmitteln aufgedeckt werden. Der personelle „Mehraufwand“ bei der Qualifizierung und beim Einsatz von PLAISIR rechnet sich zudem, da die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung ohnehin im Rahmen der internen Pflegeprozesssteuerung zu einer am Bewohner orientierten, individuellen und aussagefähigen Pflegeplanung und -dokumentation ggf. mit anderen geeigneten Instrumenten verpflichtet sind. Weiterhin ist analog zu den in der Schweiz gemachten Erfahrungen auch für die deutsche Entwicklung davon auszugehen, dass mit Einführung des PLAISIR-Verfahrens und seiner kontinuierlichen Nutzung das Verhandlungsklima zwischen den verschiedenen am Pflegeprozess beteiligten Partnern trotz der zwangsläufig divergierenden Interessen deutlich und nachhaltig entspannt werden kann. Eine der Hauptsorgen ist, dass durch den Einsatz von PLAISIR ein zu starker Druck in Richtung Erhöhung des Pflegepersonalbedarfs erzeugt wird. Angesichts der Entwicklungen in der Schweiz dürfen auch für deutsche Verhältnisse mit Blick auf den Personalbestand eher moderate Zuwachsraten in den Einrichtungen erwartet werden.

Bei PLAISIR wird ein wesentlich weiterer Pflegebegriff zu Grunde gelegt als der nach § 14 und § 15 SGB XI, der sich lediglich auf Einzelsegmente wie Körperpflege, Mobilisierung, Ernährung und Hauswirtschaft beschränkt. Trotz dieses eingegengten Pflegebegriffs bei der *Pflegestufeneinteilung* sind die Einrichtungen auch heute schon nach dem SGB XI (§§ 75, 80 und 84) verpflichtet, eine umfassende Pflege und Betreuung sicher zu stellen. Gerade in diesem Zusammenhang des SGB XI, wo es um die Ermittlung von *Pflegeklassen* geht, kann das Verfahren PLAISIR greifen. PLAISIR ermittelt als standardisiertes und superevidiertes Verfahren – auf Grund seiner festgelegten Nomenklatur und hinterlegter Leistungsstandards – Zeiten für die erforderliche Pflege, die für jeden der Bewohnerinnen und Bewohner in den Einrichtungen notwendig sind.

Insgesamt haben die Ergebnisse aus der bisherigen PLAISIR-Anwendung in Deutschland sehr deutlich werden lassen, dass die Pflegeeinstufung nach SGB XI im Vergleich zu der Höhe des erforderlichen Pflegezeitbedarfs nach PLAISIR nur in einem sehr indirekten Zusammenhang stehen: Sehr häufig werden z. B. BewohnerInnen, für die PLAISIR einen gleich groß erforderlichen Pflegezeitbedarf ermittelt, leistungsrechtlich vom MDK sehr unterschiedlichen *Pflegestufen* zugeordnet.

Ein Großteil des Fragebogens von PLAISIR, insbesondere die Items zum Pflegeplan und zu den erforderlichen Pflegeleistungen orientierten sich zwar stark an dem Modell einer körperlichen Pflege. Allerdings täuscht die Fülle der Fragen zu diesen Segmenten darüber hinweg, dass im Fragebogen auch sehr intensiv nach der sozialen Integration, der psychischen Befindlichkeit und kognitiven Leistungsfähigkeit wie auch nach der zeitlichen und örtlichen Orientierung und der Kommunikationsfähigkeit gefragt wird.

Beim anfänglichen Einsatz von PLAISIR in Deutschland wurde bereits deutlich, dass im Bereich der Kommunikation und der sozialen Betreuung erhebliche Leistungsdefizite in den Einrichtungen bestehen. Dies zeigt, dass das Verfahren tatsächlich auch geeignet ist, Ergebnisse zu liefern, die bei der Pflege und Betreuung auch psychisch veränderter älterer Menschen hilfreich sind. Beim intensivierten Einsatz von PLAISIR in Deutschland müssen mit Blick auf die deutschen Erfordernisse weitere Akzentverschiebungen durch Überarbeitung des Erhebungsbogens und der Nomenklatur bei PLAISIR vorgenommen werden, die insbesondere auch vom Unterarbeitskreis Pflege eingefordert wurden.

Die Einführung eines Messverfahrens wie PLAISIR ist fraglos – neben den anfallenden Sachkosten für Fragebogen, Handbuch, Datenversendung, -prüfung und -berechnung – mit einem zusätzlichen personellen Aufwand einer Pflegefachkraft und damit auch mit einem finanziellen Aufwand verbunden. Die evaluierende Pflegefachkraft muss vor Anwendung des Verfahrens speziell geschult (ca. 3 Arbeitstage) und zusätzlich für die Zeit der Erhebung – ca. 1 bis 2 Stunden pro evaluiertem Bewohner – von anderen Aufgaben innerhalb ihrer Einrichtung freigestellt werden. Allein mit der Erfassung der notwendigen Daten für die Beurteilung des Pflegezeitbedarfes ist aber bereits ein Qualitätsschub in der Einrichtung verknüpft, der auf diesem Weg zumindest einen Teil der zusätzlich eingesetzten Mittel zurückgibt. Zudem können durch den Einsatz von PLAISIR in hohem Maße Fehlleitungen von Personal- und Sachmitteln aufgedeckt werden. Der personelle „Mehraufwand“ bei der Qualifizierung und beim Einsatz von PLAISIR rechnet sich auch, da die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung ohnehin im Rahmen der internen Pflegeprozesssteuerung zu einer am Bewohner orientierten, individuellen und aussagefähigen Pflegeplanung und -dokumentation ggf. mit anderen Instrumenten verpflichtet sind.

Bezogen auf die Häufigkeit der Durchführung von PLAISIR ist davon auszugehen, dass jede Einrichtung zumindest einmal im Jahr eine Erhebung mittels PLAISIR erbringen sollte. So werden vor dem Hintergrund aufeinander folgender Untersuchungen auch Längsschnittdaten geliefert, die für eine fortlaufende Beurteilung und weitere Planung der Leistungen in den Einrichtungen genutzt werden können.

Über diese einmalige Jahreserhebung hinaus sollten BewohnerInnen, die in die Einrichtung neu eingezogen sind, nach einer angemessenen Zeit mit Hilfe des Verfahrens PLAISIR beurteilt werden.

Der genaue Einblick in Grundlagen und Algorithmen zur Errechnung der Audits wäre bei einer breiter angelegten Anwendung von PLAISIR in Deutschland unabdingbar, um auch über eine an dieser Stelle tiefer gehende Diskussion eine allgemeine Akzeptanz zu erreichen. Die standardisierten Zeitwerte spielen zwar eine wichtige Rolle bei der Ermittlung der Gesamtpflegezeit durch PLAISIR. Die anderen Gewichtungs-faktoren, beispielsweise die Orientierung des Bewohners und die Art der Unterstützung (Aufsicht, Anleitung, totale Übernahme) und die Häufigkeiten der Leistungen haben allerdings einen größeren Einfluss auf das Endergebnis als die für bestimmte Pflegeleistungen hinterlegten Standardzeitwerte.

Die zuvor in der Schweiz gemachten Erfahrungen können als Modell dienen, um die in Deutschland sich anbahnenden Entwicklungen bei der Implementierung von PLAISIR besser einzuschätzen. So war nach Einführung des PLAISIR-Verfahrens und seiner kontinuierlichen Nutzung in der Westschweiz festzustellen, dass das Verhandlungsklima zwischen den verschiedenen am Pflegeprozess beteiligten Partnern trotz der zwangsläufig divergierenden Interessen entspannt werden konnte. Die Hauptsorge der Kantonsbehörde war anfangs, mit dem Einsatz von PLAISIR durch die Institutionen unter zu starkem Druck zu geraten hinsichtlich einer Erhöhung des Pflegepersonalbestandes. Demgegenüber fürchteten die Einrichtungen einen ebenso starken Druck seitens des Staates in Richtung Verringerung ihres Personalbestandes. Die tatsächliche Entwicklung der Pflegepersonal-Ausstattung zeichnet sich jedoch im Jahresvergleich durch sehr moderate Zuwachsraten aus.

In Deutschland wurde und wird über das Verfahren PLAISIR auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Zusammenhängen intensiv diskutiert. Dabei werden einige Fragen immer wieder gestellt. Die Antworten darauf weisen bereits in Richtung derjenigen Perspektiven, die sich durch den Einsatz von PLAISIR in Deutschland voraussichtlich eröffnen. Die nachhaltige Diskussion in den Gremien des Forschungsprojektes PPvP, die gründliche Erprobung des Verfahrens PLAISIR in den elf AWO-Einrichtungen, auch der Vorlauf bei der Implementierung des Verfahrens in der Schweiz sowie die umfangreiche wissenschaftliche Begleitung der Forschungsprozesse durch das KDA haben zu einem Kenntnisstand geführt, der derzeit bereits einige gesicherte Aussagen zu zentralen inhaltlichen Fragestellungen zulässt.

In Deutschland soll mit PLAISIR ein kanadisches Verfahren zur Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung zum Zuge kommen. Gibt es kein vergleichbares deutsches Instrument?

Zur Verbesserung der Lebenssituation von Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Altenhilfeeinrichtungen können diejenigen qualitativen und quantitativen Verfahren einen entscheidenden Beitrag leisten, die den Bedarf an Pflegeleistungen und die dafür erforderliche Pflegezeit für die einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner adäquat ermitteln und den notwendigen Personalbedarf der stationären Altenhilfeeinrichtungen daraus ableiten können. Nach intensiver Auseinandersetzung mit dem Verfahren PLAISIR und anderen Instrumenten zur Ermittlung einer bedarfsgerechten Pflege in Einrichtungen der Altenhilfe, ebenso auf Grund der Ergebnisse der durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Untersuchungen

kann als gesichert gelten: Es gibt gegenwärtig kein besseres Instrument als das in Kanada entwickelte, zudem bereits in der französisch- und deutschsprachigen Schweiz seit Längerem erprobte und angewandte Verfahren PLAISIR, um zu einer rationalen Erfassung einer einheitlichen und bedarfsgerechten Pflege zu gelangen. Diese Einschätzung wird untermauert durch das nahezu einheitlich abgegebene Votum, das der Beirat innerhalb des Projektes Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären Pflege zugunsten von PLAISIR aussprach. Zahlreiche Fachleute, mit denen das Verfahren darüber hinaus erörtert wurde, bestätigen gleichermaßen diese Auffassung. Die Konstruktion und Erprobung eines vergleichbaren eigenen deutschen Verfahrens würde nach Schätzungen der Experten mindestens ein Jahrzehnt intensiver Entwicklungsarbeit – verbunden mit einem extrem hohen Kostenaufwand – in Anspruch nehmen. Deshalb erscheint es aus fachlichen, ökonomischen und nicht zuletzt auch aus ethischen Gründen geboten, das kanadische Verfahren PLAISIR möglichst umgehend in Deutschland einzusetzen, dies allerdings unter Berücksichtigung der deutschen Praxis und unter Bezugnahme auf die Grundlagenforschung der hiesigen Pflegewissenschaft, die einige noch zu erarbeitende Änderungen des Verfahrens PLAISIR für den bundesdeutschen Gebrauch geboten erscheinen lässt. Eine erweiterte einrichtungs-, träger-, verbands- und länderübergreifende Anwendung von PLAISIR in Deutschland muss von daher eindeutig befürwortet werden. In der Erlangung der dabei gewonnenen weiter führenden Erkenntnisse wird ein weiterer notwendiger Zwischenschritt gesehen zu einer bundesweiten Anwendung des PLAISIR-Verfahrens, die – ggf. schon mittelfristig – „flächendeckend“ eine am erforderlichen Bedarf orientierte Pflege auf einem gleichmäßigen Niveau bundesweit sicher stellen könnte. (s. u.)

In wie weit lassen sich die Vorgaben von PLAISIR mit den Inhalten des SGB XI zu den Pflegestufen bzw. Pflegeklassen vereinbaren?

PLAISIR ersetzt weder ein qualifiziertes pflegerisches wie klinisches Assessment, wie beispielsweise das RAI⁷⁶, noch eine versicherungsrechtliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Bei ersterem handelt es sich um einen notwendigen Prozess, der kontinuierlich, gleichsam täglich, fortgeführt werden muss, um zu jedem Zeitpunkt die bestmögliche Pflege aufgrund der festgestellten Bedarfslage des Bewohners, die sich stündlich und auch täglich ändern kann, nachkommen zu können. Hierbei sind Verfahren wie beispielsweise das RAI wesentlich besser ge-

76 Garms-Homolova, V.; Gilgen, R.: RAI 2.0 – Resident Assessment Instrument (RAI). Bern, Hans-Huber-Verlag, 2000, 2. überarbeitete Auflage

eignet. Bei der Feststellung der Pflegestufe handelt es sich derzeit um einen anderen Regelungskreis des SGB XI (s. § 14 und § 15 SGB XI). PLAISIR hingegen versteht sich vielmehr als ein Instrument im Rahmen der §§ 75, 80 und 84 SGB XI (vgl. Kap. 1).

Die Kriterien für die Einstufung der BewohnerInnen nach § 14 und § 15 SGB XI und für die in den Einrichtungen zu leistenden Pflege, die sich im Rahmen der Gestaltung der Pflegeklassen nach § 84 SGB XI wiederfinden, unterscheiden sich grundsätzlich voneinander. PLAISIR ist nicht darauf ausgerichtet, die versicherungsrechtliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit überflüssig zu machen bzw. zu ersetzen.

Vielmehr geht das Verfahren PLAISIR von der erforderlichen Pflege in den Einrichtungen aus und erhebt diese mittels eines validen und reliablen Verfahrens nach festgelegten fachimmanenten Kriterien. Bei PLAISIR wird ein wesentlich weiterer Pflegebegriff zugrundegelegt als der nach § 14 und § 15 SGB XI, der sich lediglich auf Einzelsegmente wie Körperpflege, Mobilisierung, Ernährung und Hauswirtschaft beschränkt. Trotz dieses eingeeengten Pflegebegriffs bei der Pflegestufeneinteilung sind die Einrichtungen auch heute schon nach dem SGB XI verpflichtet, eine umfassende Pflege und Betreuung sicher zu stellen, insbesondere auch vor dem Hintergrund der Übergangsregelung, die bis zum Jahre 2001 für den Bereich der Kommunikation und Behandlungspflege gilt. Diese grundsätzlich unterschiedliche Systematik hinsichtlich Pflegestufen einerseits und Pflegeklassen andererseits wurde auch vom Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 10. Februar 2000 (Az: B 3 P 12/99 R) sehr differenziert herausgearbeitet,

„daß die Zuordnung eines Pflegebedürftigen zu einer Pflegeklasse letztlich von dem vom Pflegeheim abzudeckenden Versorgungsaufwand im Einzelfall und nicht von der Pflegestufe abhängt, der der Pflegebedürftige zugeordnet ist.“

Obwohl die Daten, die PLAISIR ermittelt, grundsätzlich geeignet wären, um sich an die Verrichtungen einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des Leistungsrechtes anzunähern, ist diese Angleichung nicht das vordringliche und erklärte Ziel von PLAISIR.

Das Verfahren PLAISIR ermittelt – auf Grund einer festgelegten Nomenklatur und hinterlegter Leistungsstandards eines standardisierten und supervidierten Verfahrens – Zeiten für die erforderliche Pflege, die für jeden der Bewohnerinnen und Bewohner in den Einrichtungen notwendig sind. Entsprechend der jeweiligen versicherungsrechtlichen Regelungen eines Landes können diese Zeitspannen sodann – in die-

ser Weise verfahren auch die Schweizer Anwender – vier bzw. sechs, acht oder auch noch mehr „Pflege(zeit)stufen“ zugeordnet werden. So hat die Schweiz aus den Zeitklassen acht, in anderem Kontext aber auch nur vier Klassen gebildet, die für die Vergütung durch die Krankenkassen bzw. für die Pflegestatistik zu Grunde gelegt werden.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse wäre es also durchaus möglich, die Verteilung der Heimbewohner nach Zeitklassen in Abstimmung zur deutschen Pflegestufen-Einteilung kalkulatorisch vorzunehmen. Dies hätte sogar den Vorteil, dass die Zeitklassen mit Hilfe von statistischen Verfahren trennscharf abgebildet werden könnten. Insgesamt haben die Ergebnisse aus der bisherigen PLAISIR-Erprobung sehr deutlich werden lassen, dass die Pflegeeinstufung nach SGB XI im Vergleich zu der Höhe des erforderlichen Pflegezeitbedarfs nach PLAISIR nicht immer plausibel sind. Sehr häufig nämlich werden BewohnerInnen, für die PLAISIR einen gleich großen Pflegezeitbedarf ermittelt, vom MDK in sehr unterschiedlichen Pflegestufen eingestuft. Grundsätzlich sei hier noch einmal angemerkt, dass die Überführung von Pflegestufen in Klassen kein PLAISIR-spezifisches Problem ist, sondern ebenso eines der zur Zeit üblichen anderen Vorgehensweisen in den deutschen Bundesländern, bei denen über Äquivalenzziffern oder über Verteilungsschlüssel Pflegesätze gebildet werden. Diese stehen dann aber meist in keinem direkten Zusammenhang zur leistungsrechtlichen Beurteilung der Bewohner (vgl. Kap. 1). Nach den vorliegenden Erkenntnissen ermöglicht das Verfahren PLAISIR eine exakte und verursachungsgerechte Zuordnung. Im Prinzip kann ein Verfahren wie PLAISIR nur sinnvoll eingesetzt werden auf der Grundlage einer breiten politischen und fachlichen Zustimmung und insbesondere auch nur dann, wenn die Finanzierung des Verfahrens selbst, aber auch der durch PLAISIR möglicherweise angezeigten Veränderungen innerhalb der Pflegeeinrichtungen einvernehmlich geklärt werden kann. In diesem Sinne zeichnet sich ab, dass eine grundsätzliche Zustimmung erreichbar ist, da das Verfahren PLAISIR – neben den Anliegen auf der Handlungsebene – auch die Interessen aller Mitglieder der Selbstverwaltung grundsätzlich berücksichtigt und sich auch schon einzelne Pflegekassen zur Übernahme der mit dem Verfahren PLAISIR verbundenen Kosten bereit erklärt haben.

Ist der Fragenkatalog von PLAISIR und damit auch seine Ergebnisse nicht zu somatisch ausgerichtet?

Der Aspekt der möglicherweise allzu somatischen Ausrichtung von PLAISIR wurde im Beirat und im Expertenkreis zur Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in vollstationären Einrichtungen intensiv disku-

tiert. Das Vorgängerverfahren von PLAISIR, das ebenfalls von EROS entwickelte Verfahren PRN, kommt im Krankenhausbereich zur Anwendung und setzt PLAISIR allein dadurch schon dem Verdacht der „Körperlastigkeit“ aus. So ist ein Großteil der Formblätter zum Pflegeplan und zu den erforderlichen Pflegeleistungen in der Tat stark an körperlicher Pflege orientiert. Allerdings täuscht die Fülle der Fragen zu diesem Themenbereich im FRAN darüber hinweg, dass im Fragebogen auch sehr intensiv nach der sozialen Integration, der psychischen Befindlichkeit und kognitiven Leistungsfähigkeit wie auch nach der zeitlichen und örtlichen Orientierung und der Kommunikationsfähigkeit gefragt wird.

Auch nach Aussagen der MitarbeiterInnen, die PLAISIR eingesetzt haben, wurde durch dieses Verfahren besonders deutlich, dass im Bereich der Kommunikation und der sozialen Betreuung erhebliche Defizite in den Einrichtungen bestehen. Dies ist ein Indiz dafür, dass das Verfahren tatsächlich auch geeignet ist, Ergebnisse zu liefern, die bei der Pflege und Betreuung auch psychisch veränderter älterer Menschen hilfreich sind. Sollte das Verfahren PLAISIR in Deutschland intensiver vorangetrieben werden, könnten hier durch Überarbeitung des Erhebungsbogens und der Nomenklatur andere Akzente, beispielsweise in der Pflege von Menschen mit Demenz und in der gerontopsychiatrischen Pflege, gesetzt werden, die insbesondere auch vom Unterarbeitskreis Pflege eingefordert wurden.

Wie verhält sich beim Einsatz von PLAISIR der Aufwand zum Nutzen?

Die Einführung eines Messverfahrens wie PLAISIR ist fraglos – neben den anfallenden Sachkosten für Fragebogen, Handbuch, Datenversendung, -prüfung und -berechnung – mit einem zusätzlichen personellen Aufwand einer Pflegefachkraft und damit auch mit einem finanziellen Aufwand verbunden. Diese Gesamtkosten beliefen sich während der Modellphase auf ca. 5.000 DM für die Qualifizierung eines Evaluators plus Kosten für die notwendige Freistellung in der Evaluations- und Schulungsphase (3 Tage). Für die Datenerhebung sind ca. 5 Arbeitstage für 20 bis 25 Bewohner anzusetzen, für eine Einrichtung mit 100 Heimplätzen also ungefähr vier Wochen. Da die Erhebung zur Feststellung des Pflegezeitbedarfes mit PLAISIR nur durch eine Pflegefachkraft mit einer zusätzlichen speziellen Qualifikation erfolgen kann, damit die Güte der Ergebnisse gesichert bleibt, ist dies entsprechend zu berücksichtigen.

Die Befragung der Bewohner und Bewohnerinnen sowie das sich daraus ergebende Ausfüllen des Fragebogens sollte, soweit möglich, immer durch eigene Pflegekräfte der Einrichtung erfolgen. Dies ist ein entscheidender Vorteil des Verfahrens PLAISIR, da durch die Erhebung keine zusätzlichen, neu zu schaffenden oder externen Stellen entstehen müssen. Die Schaffung einer zusätzlichen Instanz oder die Ansiedlung dieser Aufgabe an einen bestehenden externen Dienst würde dort zu erheblichen Personal- und Sachkosten führen, die in dem Maße bei einem speziell hierfür geschulten Mitarbeiter der Einrichtung in dieser Höhe nicht anfallen. Darüber hinaus führt der betreffende Mitarbeiter nicht nur die Evaluation in seiner eigenen Einrichtung durch. Er kann sogar durch seine spezifische Schulung in eine wichtige Funktion bei der Qualitätsentwicklung und -prüfung innerhalb seiner Institution hinein wachsen. Dieser positive Nebeneffekt, nämlich die ausdrückliche Reflexion und die hiermit verbundene Verbesserung der Pflegequalität, ist in der Erprobung von PLAISIR nachdrücklich hervorgehoben worden. So ist mit der Erfassung der notwendigen Daten für die Beurteilung des Pflegezeitbedarfes auch ein Qualitätsschub in der Einrichtung verknüpft, der auf diesem Weg zumindest einen Teil der zusätzlich eingesetzten Mittel zurückgibt.

Zudem kann durch den Einsatz von PLAISIR in hohem Maße ein Fehleinsatz von Personal- und Sachmitteln dingfest gemacht werden. Es werden dabei nicht nur Erkenntnisse darüber gewonnen, an welchen Stellen zu viel bzw. zu wenig Personal eingesetzt wurde. Vielmehr richtet sich der Blick von PLAISIR auch auf die noch vorhandenen Selbstpflegepotenziale und andere Ressourcen. Es erfolgt also auch eine kritische Überprüfung der gegebenen Pflegeleistungen, so dass ggf. vorhandene Ressourcen erkannt werden, um sie wenn möglich zu einer effizienteren Leistungserbringung zu nutzen.

Dies war im Übrigen auch der Ausgangspunkt für die Einführung von PLAISIR in Québec. Hier sollte mit Hilfe des Verfahrens PLAISIR – mit Ausrichtung auf die erforderliche statt auf die gegebene Pflegeleistung – vorranglich die Effizienz in den Pflegeeinrichtungen gesteigert werden. Denn vielfach erfolgten und erfolgen auch in kanadischen Pflegeeinrichtungen Leistungen, die vom Bewohner weder benötigt noch gewünscht wurden. Umgekehrt wurden dort aber auch gewünschte oder gar notwendige Leistungen nicht erbracht, dies allerdings nicht aus „bösem Willen“ der Einrichtungen, sondern ganz einfach aus Unkenntnis über die tatsächlich erforderliche Pflege und aufgrund der mangelnden Pflegeplanung und Pflegedokumentation. Dies war und ist in Deutschland nicht grundlegend anders, was eindrucksvoll durch die Anwendungserprobung von PLAISIR in den elf Einrichtungen der AWO

herausgearbeitet werden konnte. So stellte sich als ein zentrales Ergebnis der wissenschaftlichen Begleitung heraus, dass die derzeitigen Planungs- und Dokumentationssysteme in der Regel völlig unzureichend die Selbsthilfepotenziale der BewohnerInnen und ihre Eigenpflegefähigkeiten erfassen. Dadurch war dann auch der Zugang zu wichtigen Ressourcen bzw. zu einer aktivierenden Pflege häufig nicht erschlossen.

Unstrittig bleibt der mit der Anwendung von PLAISIR in der Einführungsphase verbundene Zeitaufwand. Das Personal ist für die Anwendung ausreichend zu qualifizieren, um gesicherte Ergebnisse zu erhalten. Dieser „Mehraufwand“ rechnet sich allerdings, zumal die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung ohnehin im Rahmen der internen Pflegeprozesssteuerung zu einer am Bewohner orientierten, individuellen und aussagefähigen Pflegeplanung und -dokumentation ggf. mit anderen Instrumenten verpflichtet sind.

Wenn eine Einrichtung über ein professionelles System in diesem Bereich verfügt, wird auch die Datensammlung für die Erfassung durch PLAISIR deutlich vereinfacht. Dies bedeutet zum Beispiel, dass Einrichtungen, die eine Pflegeplanung bzw. Pflegedokumentation mit Hilfe des RAI II⁷⁷ durchführen, eine Erhebung mit PLAISIR innerhalb sehr kurzer Zeit erstellen können, im Unterschied zu denjenigen, die derzeit noch mit Wochenübergabebüchern arbeiten.

Bezogen auf die Häufigkeit der Durchführung ist davon auszugehen, dass jede Einrichtung zumindest einmal im Jahr eine Erhebung mittels PLAISIR erbringen sollte. So werden auch vor dem Hintergrund aufeinander folgender Untersuchungen Längsschnittdaten geliefert, die für eine fortlaufende Beurteilung und weitere Planung der Leistungen in den Einrichtungen genutzt werden können. Über diese einmalige Jahreserhebung hinaus sollten BewohnerInnen, die in die Einrichtung neu eingezogen sind, nach einer angemessenen Zeit mit Hilfe des Verfahrens PLAISIR beurteilt werden. Diese Datensätze werden in den laufenden Bericht eingefügt und dienen der Feinsteuerung der letztlich immer prospektiv ausgerichteten Wirtschaftsperiode der Einrichtungen.

Die Frage der Einsatzfrequenz von PLAISIR kann allerdings in Deutschland erst auf der Folie der letztlich gewünschten Genauigkeit der Daten zu einem späteren Zeitpunkt beantwortet werden, zudem unter Einbezug von noch weiter zu diskutierenden Kostengesichtspunkten. Als all-

77 Vgl. Garms-Homolova, V.; Gilgen, R.: RAI 2.0 – Resident Assessment Instrument (RAI). Bern, Hans-Huber-Verlag, 2000, 2. überarbeitete Auflage

gemeiner Rahmen zur Abschätzung der Dimensionen kann die Praxis in den anderen Ländern dienen: Die Schweizer Anwender haben in ihren Vereinbarungen grundsätzlich eine einzige Erhebung pro Jahr vorgesehen, in der aber nach einer anfänglichen Gesamterhebung nur noch die Informationen der neu eingezogenen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in die Datensätze aufgenommen werden. Wahlweise ist es für jede Einrichtung verpflichtend, alle zwei Jahre eine Gesamterhebung mit PLAISIR durchzuführen. In Québec wird grundsätzlich einmal im Jahr eine Evaluation mit PLAISIR durchgeführt, die dann als Grundlage für die Vereinbarungen des prospektiven Budgets genutzt wird.

Als Fazit kann festgehalten werden: Der Einsatz des Verfahrens PLAISIR erfordert in der Startphase einige finanzielle Mittel. Diese lohnen sich allerdings schon durch die dadurch entstehenden Möglichkeiten einer effizienteren Organisations- und Pflegeplanung. Erhebliche Potenziale zu Qualitätsverbesserungen, die zu einem angemessenen Arbeitseinsatz und letztendlich zu einer deutlich effektiveren Pflege führen könnten, waren in allen Modelleinrichtungen erkennbar. Es ist also davon auszugehen, dass die eingesetzten Mittel insbesondere in der Anlaufzeit schon zu deutlich wahrnehmbaren positiven Effekten führen. Auch unter diesen Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten erscheint der Einsatz von PLAISIR angezeigt. Nicht nachvollziehbar ist hingegen die zuweilen geäußerte Behauptung, dass der Einsatz von PLAISIR nicht unmittelbar der Pflege und Betreuung zu Gute kommt. Das Gegenteil ist vielmehr nach dem heutigen Erkenntnisstand der Fall, dass nämlich von einer Orientierung an der erforderlichen Pflege und von der durch eine transparente und nachvollziehbare Pflegeplanung entstehende Sicherheit in erster Linie die unmittelbare Pflege profitiert. Dies deckt sich auch mit den Erkenntnissen der Pflegewissenschaft, die als eine der zentralen Aufgabe bei Pflegefachkräften die Pflegeprozesssteuerung einfordert, die derzeit an vielen Orten Deutschlands noch erhebliche Mängel – auch hinsichtlich einer entsprechenden Qualifizierung der Pflegefachkräfte – aufweist.

Besteht die Möglichkeit in die Grundlagen des Verfahrens für die Bestimmung der Zeitwerte und damit in die hinterlegten Pflegestandards Einblick zu nehmen?

Die Leistungsstandards und wesentliche zu Grunde gelegte Zeitwerte in PLAISIR sind auszugsweise zwischenzeitlich veröffentlicht worden. Bei einer punktuellen Überprüfung der von PLAISIR genutzten Zeitwerte und Berechnungsformeln wurde deutlich, dass bei diesen Werten keine erheblichen Abweichungen von den Ergebnissen deutscher Zeit-

studien feststellbar sind (vgl. PERSYS⁷⁸ und auch die Untersuchung von Bartholomeyczik zu Zeitwerten bei der Pflegebedürftigkeitsfeststellung⁷⁹).

Es muss an dieser Stelle aber noch einmal darauf verwiesen werden, dass die Zeitwerte eine zwar wichtige Rolle bei der Ermittlung der Gesamtpflegezeit spielen, dass aber die anderen Gewichtungsfaktoren, beispielsweise die Orientierung des Bewohners und die Art und die Häufigkeit der Unterstützung (Aufsicht, Anleitung, totale Übernahme), einen größeren Einfluss auf das Endergebnis haben als der hinterlegte Standardzeitwert. Zu diesem Schluss kamen auch die arbeitswissenschaftlichen Experten der REFA bei der Überprüfung der Zeitwerte für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit⁸⁰.

Bei einer breiteren Nutzung von PLAISIR in Deutschland ist erforderlich und auch vorgesehen, die von dem Verfahren genutzten Zeitwerte den Experten bzw. berufenen Mitgliedern einer entsprechenden Kommission (s. u.) in vollem Umfang zur Verfügung zu stellen. Davon sieht derzeit noch die Firma EROS zum Schutz ihres Verfahrens vor Nachahmern ab.

PLAISIR ermittelt als Resultat ein individuelles Zeitbudget für die Pflegebedürftigen. Welche Aussagen können jedoch im Hinblick auf die Qualifikation der einzusetzenden Pflegekräfte getroffen werden?

PLAISIR liefert nicht nur individuelle Zeitbudgets, sondern es ordnet diese Zeitbudgets auch sehr differenziert den Aktivitäten des täglichen Lebens oder auch spezifischen pflegerischen Leistungen zu. Grundsätzlich wäre es aber auch möglich, anhand der Tätigkeiten Qualifikationsprofile für Pflegepersonal zu hinterlegen, die dann auch als Basis zur Ermittlung des Anteils der Pflegefachkräfte dienen könnten. Eine solche Programmerweiterung wäre bei PLAISIR verfügbar und wurde auch im Rahmen der Experten- und Beiratsitzungen insbesondere mit den VertreterInnen der Pflegewissenschaft diskutiert. Es wurde aber auf den Einsatz eines solchen „Moduls“ verzichtet, da die Pflegewissenschaft – analog zur Auffassung des KDA – eine solche Vorgehensweise, nämlich über Tätigkeiten gleichsam automatisch Fachkraftantei-

78 Vgl. Endt, H. J. vom; Fasse, M.; Kirchof, R.-R.; Walter, M.: PERSYS. Leistungsgerechte Pflegesätze für die stationäre Pflege. Modellrechnung für ein Pflegeheim mit 100 Plätzen. Stuttgart, Evangelische Heimstiftung e.V., 1999

79 Vgl. Bartholomeyczik, S. et al: Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung. Fünfter Zwischenbericht des pflegewissenschaftlichen Konsortiums. Frankfurt a/M 1999

80 Ebd.

le zu errechnen, grundsätzlich für einen nicht gangbaren Weg hält. So kann z. B. die Unterstützung beim Essen je nach Beeinträchtigung des Pflegebedürftigen eine einfache hauswirtschaftliche Hilfestellung sein, unter Umständen jedoch bei Personen mit Schluckstörungen eine komplexe, qualifizierte pflegerische Handlung.

Allerdings kann aufgrund der sehr detaillierten Aussagen von PLAISIR zum Bewohner und zu den erforderlichen Leistungen – wie auch im Heimgesetz vorgesehen – eine sachlich gebotene Abweichung von der 50-prozentigen Fachkraftquote deutlich gemacht werden, beispielsweise wenn der Anteil der BewohnerInnen mit der Diagnose Alzheimer über einen bestimmten Wert liegt bzw. wenn die Anzahl der behandlungspflegerisch zu betreuenden Personen eine vorgegebene Marke überschreitet.

Welche Rolle spielen die Erfahrungen in der Schweiz bei der Konsensfindung hinsichtlich einer Einführung von PLAISIR in Deutschland?

Auch die in der Schweiz gesammelten Erfahrungen bei der Suche und Einführung eines rationalen Pflegezeit- und Personalbemessungsinstrumentes können dazu beitragen, die sich in Deutschland abzeichnenden Entwicklungen bei einer Implementierung von PLAISIR besser einzuschätzen.

So haben die Schweizer nach Parel und Berthou, angesichts wirtschaftlicher Schwierigkeiten Ende der 80-er, Anfang der 90-er Jahre und sich verschlechternder Finanzierungsbedingungen der öffentlichen Haushalte verstärkt über Neubemessung und Bewilligung öffentlicher Mittel auch mit Blick auf die Altenpflegeeinrichtungen nachgedacht.⁸¹ Damit wuchs, wie anderen Orts auch, in den Schweizer Kantonen das Interesse an neuen nachvollziehbaren, rationalen Bemessungsverfahren. Wenn die Mittel schon äußerst knapp bemessen sind, sollten die öffentlichen Gelder zumindest gerecht verteilt werden.

Bei der Implementierung eines Bemessungsverfahrens im Bereich der Pflege wurde in der französischsprachigen Westschweiz von der federführenden Arbeitsgruppe, der interkantonalen technischen PLAISIR-Kommission, u. a. folgender Forderungskatalog erarbeitet:

81 Parel, B.: Die Implementierung des Verfahrens PLAISIR in der Westschweiz – Konsensfindung und Erfahrungen. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Erforderlicher Pflegezeit- und Personalbedarf in vollstationären Einrichtungen – Ergebnisse der Erprobung des Verfahrens PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt. KDA Thema-Heft 159, S. 53 ff Köln 2000

- aus ökonomischen Erwägungen sei es dringend geraten, ein bereits bestehendes Verfahren zu wählen;
- dieses müsse universell oder zumindest in breitem Maßstab anwendbar sein, es müsse zudem im eigenen Land allseits auf Akzeptanz stoßen;
- in diesem Sinne müsse es in sämtlichen Kantonen als Gesamtmethode verwendbar sein, aber in seinen einzelnen Bestandteilen auch an die lokalen Besonderheiten anpassbar sein;
- es müsse direkt nachvollziehbar sein, transparent und möglichst einfach einsetzbar;
- es müsse insbesondere die Zustimmung der betroffenen Fachkräfte finden, um überhaupt eine Chance auf Erfolg zu haben;
- es müsse einen qualitativen Ansatz beinhalten;
- es müsse von der erforderlichen Pflege ausgehen;
- es müsse auf einem Realitätsprinzip basieren und tatsächliche Bedürfnisse der Pflegebedürftigen abbilden;
- es müsse zu einer Bewilligung in Form von Geldmitteln und Personalressourcen führen;
- es müsse sich auf die in den anderen Sektoren gebräuchlichen Verfahren ausdehnen bzw. daran anpassen lassen (Häusliche Pflege – Intensivpflege), um eine Kohärenz zwischen der einrichtungsexternen und -internen Arbeit zu gewährleisten;
- schließlich müsse es die Verwaltung von den internen Aktivitäten ermöglichen (Aufteilung der Ressourcen entsprechend den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen, Organisation der Arbeit etc.), aber auch die Haushaltsgestaltung auf Einrichtungsebene (Gesamtverwaltung).

Nach Einführung des PLAISIR-Verfahrens und seiner kontinuierlichen Nutzung in der Westschweiz war festzustellen, dass das Verhandlungsklima zwischen den verschiedenen Partnern trotz der zwangsläufig divergierenden Interessen – wenn auch nicht in allen Regionen – entspannter wurde. Zur Entspannung trug bei, dass zumindest der Wert des Instruments allseits geschätzt und nicht mehr in Frage gestellt wird. Die Eintracht wird besonders deutlich in den Kantonen Neuenburg und Jura. Die vertrauensbildenden Maßnahmen beziehen sich im Wesentlichen auf das Einvernehmen zwischen Kantonsregierung und Einrichtungsleitungen hinsichtlich der Ergebnisse, die das PLAISIR-Verfahren erbringt. Mit Blick auf die Bewilligung von Haushaltsmitteln und Pflegepersonalressourcen ermöglicht dies eine leichtere Verhandlung, denn die Partner

- erkennen die Beweiskraft des „Eichmaßes PLAISIR“ als oberste Grenze der Zuwendung an,

- akzeptieren, dass die Kantonsbehörde nicht verpflichtet ist, die durch PLAISIR ermittelte Pflegepersonalausstattung in voller Höhe, sondern maximal nach Maßgabe ihrer finanziellen Möglichkeiten zu bezuschussen.

So stützen sich beispielsweise die Haushalte der öffentlichen Einrichtungen des Kantons Neuenburg für 2001 auf folgende Kriterien:

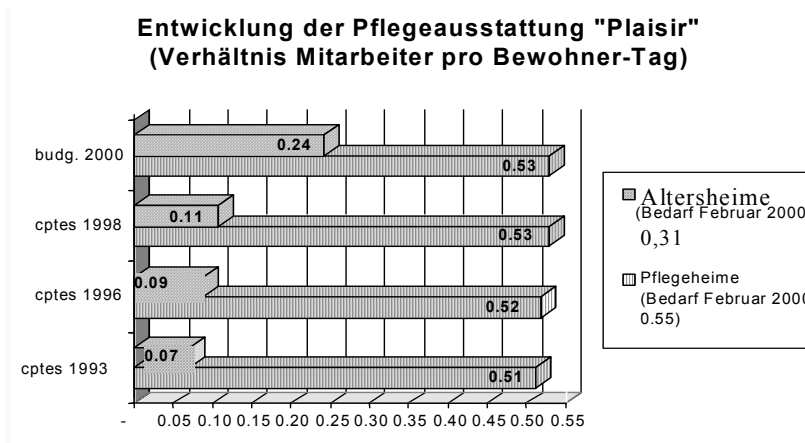
- reale Pflegeausstattung zu mindestens 90 Prozent des durch PLAISIR ermittelten Bedarfs (ein niedrigerer Satz ist für den Staat als Aufsichtsbehörde der Einrichtungen unzulässig, da die Krankenversicherer keine gegebenen Pflegeleistungen finanzieren, die nicht den erforderlichen Pflegeleistungen entsprechen. Das Heim muss ggf. zusätzliches Personal einstellen);
- reale Pflegeausstattung maximal zu 100 Prozent des durch PLAISIR ermittelten Bedarfs (im Falle eines höheren Satzes muss das Heim seine Ausstattung anpassen oder finanzielle Konsequenzen in Form von Abschlägen seitens des Staates und der Krankenversicherer tragen);
- die Haushaltsplanung stützt sich faktisch auf eine Pflegeausstattung von 95 Prozent des durch PLAISIR gemessenen Bedarfs, um die jährliche Spanne bezüglich des Wechsels der BewohnerInnen einzubeziehen. Tatsächlich verursachen diese Wechsel mit Blick auf den Grad der Pflegebedürftigkeit der Heimbewohner Schwankungen, die sich auf der Einnahmenseite – bei den Pauschalzahlungen der Krankenversicherer – sowie auf der Seite der Pflegepersonal-Ausstattung auswirken;
- Vertrauensbildende Maßnahmen bei der Kantonsbehörde und den Krankenversicherern hinsichtlich der Kalkulation der Kosten für die Pflegeleistungen auf der Basis einer analytischen Buchhaltung. Diese gliedert sich nach Kostenstellen und nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit des „versicherten Bewohners“ und beinhaltet eine gewichtete Aufteilung auf der Basis des PLAISIR-Verfahrens (die Verbindung einer analytischen Buchhaltung mit dem PLAISIR-Verfahren ist nach aktueller Auffassung des Schweizer Bundesamts für Sozialversicherungen unumgänglich).

Die aktuellen Erfahrungen lassen den Schluss zu, dass das Instrument PLAISIR im Kanton Neuenburg unverzichtbar geworden ist, denn es bietet:

- dem Pflegepersonal Hilfe, Kriterien und Indikatoren im Rahmen seiner Arbeit (Pflegepläne, fundierte Bedarfsbelege für notwendige Pflegeeinheiten);

- der Einrichtungsleitung eine objektive Hilfe bei der Verwaltung:
 - des Pflegepersonals (Verstärkung der Teams, Umschichtung von Personal aus einer Pflegeeinheit in eine andere),
 - der Bewohner (objektive Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit und die gezielte Zusammensetzung der Bewohnergruppen in den Pflegeeinheiten),
 - der Finanzen (Kontrolle und Einhaltung des Haushalts und der Pflege-„Rezepte“);
- den Versicherern die Möglichkeit, ihre Haushaltsplanung nach einem vereinfachten Modus unter Berücksichtigung der bekannten Anzahl ihrer Versicherten zu festen Tarifen zu gestalten;
- der Kantonsregierung eine objektive Grundlage für die Vergabe von Finanzmitteln und Pflegepersonalressourcen an die Einrichtungen, für die statistischen Vergleiche zwischen den Einrichtungen und Kantonen, sowie für eine Ermittlung des bio-psycho-sozialen Gesundheitszustands der BewohnerInnen in der jeweiligen Einrichtung.

Die Hauptsorge der Kantonsbehörde war anfangs, mit dem Einsatz von PLAISIR durch die Institutionen, hinsichtlich einer Erhöhung des Pflegepersonalbestandes, unter zu starkem Druck zu geraten. Demgegenüber fürchteten die Einrichtungen einen ebenso starken Druck seitens des Staates in Richtung Verringerung ihres Personalbestandes. Als Beispiel wird die Entwicklung der Pflegepersonal-Ausstattung in Neuenburg mit seinen eher moderaten Zuwachsraten gezeigt:



Basis für eine gelungene Einführung des PLAISIR-Verfahrens auf regionaler Ebene ist – dies sei am Ende dieses Exkurses in die Schweiz

noch einmal ausdrücklich betont – eine umfassende Informationspolitik, die aufrichtig und ohne taktisches Kalkül über das Instrument und seine Grenzen, seine Grundvoraussetzungen und Nebenumstände, über seine Resultate und über die Art möglicher Problemlösungen aufzuklären sucht. Dieser Informationsfluss muss auf Gegenseitigkeit angelegt sein und gezielt gelenkt werden zur Kantonsregierung, zu den Krankenversicherern und Einrichtungsleitungen und ebenso zu den potentiellen Anwendern von PLAISIR in den Pflegeeinrichtungen. Einmal „für die Sache gewonnen“, fühlen sich die Partner gemeinsam als Träger des Instruments PLAISIR und finden konstruktiv die Lösungen für die Probleme, die mit dem Verfahren PLAISIR ermittelt werden.

4.2 Perspektiven eines Einsatzes von PLAISIR in Deutschland

Mit Hilfe von PLAISIR kann bezogen auf die BewohnerInnen und ihre Angehörigen vordringlich auf eine verbesserte Ergebnisqualität in der Betreuung und Pflege hingearbeitet werden – wozu neben Sicherheit, Pflegequalität und Lebensqualität, nicht nur aus Sicht der Selbstzahler, auch die leistungsgerechte Höhe der Pflegesätze zu zählen ist. Die negativen Folgen einer inadäquaten Personalbemessung können, neben massiven Qualitätsmängeln in der Pflege selbst, auch eine systembedingte permanente Überbelastung des Personals sein. Dieser Nachteil kann durch den Einsatz eines rationalen und auf individuellen Pflegeplänen aufbauenden Pflegezeit- und Personalbedarfsbemessungsverfahrens in den Pflegeeinrichtungen deutlich gemacht und daraufhin abgebaut werden. Die Arbeitszufriedenheit nimmt dadurch erheblich zu. Für die im Pflegemanagement tätigen MitarbeiterInnen – von der Wohnbereichsleitung an – bietet ein rationales Personalbemessungsverfahren wie PLAISIR mehr Transparenz sowie deutlich verbesserte Steuerungsmöglichkeiten, z. B. hinsichtlich des Personaleinsatzes und der Pflegeprozessessteuerung. Für die Partner in der Selbstverwaltung, die externen Qualitätssicherer, die Schiedsstellen und die Verantwortlichen für die Pflegeinfrastruktur sowie für die Pflegepolitik in Bund, Ländern und Gemeinden sind ebenfalls die mit PLAISIR zu erreichende Transparenz und die Möglichkeiten zur besseren Steuerung nach den für sie wichtigen Gesichtspunkten von besonderem Interesse.

Ein verbindliches und rationales Pflegezeit- und Personalbemessungsverfahren kann auch zukünftig ein wichtiger Baustein innerhalb eines permanenten Verhandlungs-, Lern- und Organisationsprozesses sein, der zu einer leistungsfähigen, vollstationären Pflege mit wirklich „angemessenen“ Preisen führen kann.

Es ergeben sich darüber hinaus nicht nur für die Pflegewissenschaft und -forschung sowie Gerontologie durch den Einsatz von PLAISIR neue Forschungsfragestellungen, die unter Einbezug innovativer Assessment-Instrumente sowie Messverfahren zur Abschätzung der Ergebnisqualität wichtige Perspektiven einer verbesserten wirkungsorientierten Steuerung zum Gegenstand haben können. Diese können die Grundlage für eine moderne praxisorientierte Pflegeforschung sein.

Die derzeitige Praxis der Vergütungsverhandlungen berücksichtigt in Deutschland nicht oder nur marginal den tatsächlich erforderlichen Pflegebedarf der Bewohner und orientiert sich im wesentlichen an den Kosten. Die Verhandlungen sind häufig auch von einem tiefen Misstrauen zwischen den Verhandlungsparteien geprägt. Die Leistungsträger gehen vielfach davon aus, dass die Leistungserbringer zu einer überzogenen Darstellung des Pflegeaufwandes und der erbrachten Dienstleistungen neigen. Da es derzeit kein, von beiden Seiten anerkanntes Verfahren zur Bestimmung der erforderlichen Leistungen gibt, ist eine sachliche, sich auf objektive Daten gründende Auseinandersetzung zur erforderliche Personalmenge, die die Kosten entscheidend beeinflusst, nicht möglich. So finden Vergleiche zwischen den Einrichtungen in der Regel nur auf der Kostenebene statt, in die neben den Kosten für das Personal noch eine Vielzahl anderer Größen eingehen, die mit der erforderlichen Pflege nicht in direktem Zusammenhang stehen.

Diese mit der Praxis der derzeitigen Vergütungsverhandlungen verbundenen Nachteile gilt es mit Hilfe der Einführung eines neuen Verfahrens zu minimieren. In dieser Zielsetzung sind sich alle Beteiligten auch einig. Dazu ist am ehesten ein rationales und nachvollziehbares, auf individuellen Pflegeplänen aufbauendes Personalbedarfsbemessungsverfahren geeignet. Denn es ist davon auszugehen, dass ein auf individuellen Pflegeplänen beruhendes Personalbemessungsverfahren die geringsten unerwünschten Nebenwirkungen hat, vorausgesetzt natürlich, die individuellen Pflegepläne und Dokumentationen bilden den erforderlichen Pflegebedarf hinreichend genau ab. Mit einer Einführung des PLAISIR-Verfahrens zur Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in Deutschland könnten sich – ähnlich wie in der Schweiz – kurz- und mittelfristig positive Perspektiven ergeben insbesondere für folgende am Pflegeprozess unmittelbar oder mittelbar beteiligte Personengruppen:

- die pflegebedürftigen BewohnerInnen und ihre Angehörigen,
- die MitarbeiterInnen auf Handlungs- und Managementebene der Einrichtungen,

- die Verantwortlichen der Steuerung bei Trägern, Verbänden, Behörden und Politik,
- die Akteure in Pflegewissenschaft und -forschung, in Gerontologie sowie in Aus- und Weiterbildung.

4.2.1 Perspektiven für die pflegebedürftigen BewohnerInnen und ihre Angehörigen

Da das PLAISIR-Verfahren auf der standardisierten Evaluation der Bedürfnisse der Bewohner und auf der systematischen Sammlung der hierfür erforderlichen Leistungen beruht und in diesem Verfahren die Bewohner und die Mitarbeiter fest eingebunden sind, wird augenscheinlich die Betroffenenbeteiligung verbessert. In der Erprobungsphase des Verfahrens beim Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt haben einzelne Befragte die zur Diskussion stehenden Pflegeleistungen, z. B. mit Blick auf die Einbeziehung ihrer noch vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten, kritisch hinterfragt. Die stärkere Mitwirkung der Betroffenen an der Pflegeplanung gilt nicht nur aus pflegerischer Sicht als erstrebenswert. Perspektivisch ist vorstellbar, dass die Bewohnermitwirkung bei der Evaluation des erforderlichen Pflegebedarfs behutsam gefördert wird. Dies gilt insbesondere auch für einen verstärkten Einbezug der Biografie der Menschen mit Pflegebedarf.

Obwohl eine verstärkte Bewohnermitwirkung auch mit einer guten Pflegeplanung erreichbar ist, bietet PLAISIR allerdings auch die Möglichkeit, den ermittelten Zeitbedarf mit dem Bewohner und seinen Angehörigen detailliert zu erörtern, beispielsweise in Zusammenhang mit Pflegesatzfragen bei Selbstzahlern. Es könnten sich auch – positiv wie negativ – ökonomische Konsequenzen für Selbstzahler ergeben in Form von Mehr- oder Minderbelastungen, je nach künftiger Ausgestaltung des Vergütungs- und Leistungsrechts.

Ein weiterer nicht gering zu bewertender Vorteil für Menschen mit extrem hohem Pflegebedarf und für ihre Angehörigen liegt darin, dass die im derzeitigen System bestehenden Anreize zur Bevorzugung leichter pflegebedürftiger bei einem nach PLAISIR ausgerichteten System entfallen. Damit verringert sich die Gefahr für ältere Menschen mit überdurchschnittlich hohem Pflegebedarf, in für sie wohnortferne Pflegeeinrichtungen ziehen zu müssen. Auch die verbesserten Möglichkeiten für das Pflegemanagement, den Personaleinsatz in den verschiedenen Organisationseinheiten nach dem erforderlichen Zeitbedarf zu steuern – die so genannten „Binnensteuerungsmöglichkeiten“ – kommen zumindest denjenigen BewohnerInnen zugute, die in personell vergleichswei-

se unterausgestatteten Gruppen leben: Durch die verbesserte Personalsteuerung wird die Arbeitsbelastung der Pflegenden gleichmäßiger verteilt und übermäßige Belastungen vermieden, unter denen nicht nur die Pflegenden, sondern auch die BewohnerInnen selbst zu leiden haben.

Ob und wie stark sich die angesprochenen Wirkungen einstellen, wird sorgfältig zu beobachten sein. Insbesondere sollten bei einer breiteren Anwendung von PLAISIR auch die ungewollten Nebenwirkungen beobachtet und dokumentiert werden. Der größte Nutzen für die BewohnerInnen ergibt sich allerdings aus der sehr viel stärkeren Berücksichtigung der Ressourcen der BewohnerInnen, die – bei entsprechender Umsetzung in die Praxis der Heime – entscheidende Impulse für eine steigende Ergebnisqualität bei der Pflege in Heimen geben wird.

4.2.2 Perspektiven für die MitarbeiterInnen auf Handlungs- und Managementebene

Die MitarbeiterInnen auf der operativen Ebene in stark unterbesetzten Heimen können durch eine verbesserte Personalausstattung mit einer Entlastung rechnen. Möglicherweise gibt es aber auch Heime, die nach PLAISIR personell „relativ“ gut ausgestattet sind. In dem Modellversuch war dies bei den elf AWO-Einrichtungen jedoch nicht der Fall. Generell kann das Personal infolge der verbesserten Binnensteuerung des Personaleinsatzes von einer gleichmäßigeren Arbeitsbelastung profitieren. Die festgestellten deutlichen Unterschiede zwischen den untersuchten Einrichtungen bezogen auf den Pflegezeitbedarf ihrer Bewohner erfordern zwingend eine individuelle Betrachtung jeder Einrichtung, um eine gerechte Personalzuordnung zu sichern. Personalzuordnung über die Pflegestufen vorzunehmen, ist dagegen nicht zielführend.

Erhebliche Vorteile sind für Heimleitung und Pflegedienstleitung zu erwarten, da sie ein wirksames und sicheres Instrument zur belastungsgerechteren Personaleinsatzplanung in die Hand bekommen. In der heutigen Situation hat diese Funktionsgruppe aufreibende Kommunikations- und Übersetzungsprobleme: Den Wohnbereichsleitungen kann nicht exakt angegeben werden, mit welchem Personal zu rechnen ist. Genau das macht zurzeit die Dienstplangestaltung für die Wohnbereichsleitungen so schwierig. Die Heimleitungen können allenfalls das zur Verfügung stehende Budget umreißen. Da jedoch den Wohnbereichsleitungen in der Regel nicht bekannt ist, wie teuer die Arbeitsstunde ist und wie viel von dem Budget für Pflegenden zur Verfügung

steht, gelingen die Steuerungsaufgaben häufig nur in Ansätzen und mit erheblichen Reibungsverlusten bei allen Beteiligten in entsprechend getrübtetem Klima. Die Transparenz, die durch ein rationales Personalbemessungsverfahren geschaffen wird, kann viel zu einer verbesserten Steuerung der Arbeitsprozesse, des Personaleinsatzes und im Besonderen auch zum Abbau von Motivationshemmungen und zu einem verbesserten Arbeitsklima beitragen.

4.2.3 Perspektiven für die Steuerung durch Träger, Verbände, Behörden und Politik

Auch die der unmittelbaren Ebene des Heimes übergeordneten Stellen stehen den Perspektiven des PLAISIR-Verfahrens positiv gegenüber. Leistungsträger, Leistungserbringer, Qualitätssicherer und Verantwortungsträger der Pflegepolitik sind gemeinsam daran interessiert, ein geeignetes Instrument für eine wirkungsorientierte Steuerung zu erhalten. Eines der Ziele der gegenwärtigen Reformbemühungen im Gesundheits- und Sozialbereich ist eine verbesserte wirkungsorientierte Steuerung, wobei unter „Wirkung“ vordringlich die angestrebte Ergebnisqualität verstanden werden sollte.

Eine wirkungsorientierte Steuerung setzt voraus, dass tatsächlich messbar ist, bis zu welchem Grad die angestrebten Wirkungen erreicht worden sind. Nicht von ungefähr wird in jüngerer Zeit stärker als bei Einführung der Pflegeversicherung die Ergebnisqualität thematisiert. Als Belege hierfür können auch die vermehrt initiierten Kundenbefragungen, die verstärkten Bemühungen zur Verbesserung des Beschwerdemanagements und die sich häufenden Aktionen gegen Gewalt in der Pflege gelten. Nur ein auf individuellen Pflegeplänen beruhendes Personalbemessungsverfahren ermöglicht – im Zusammenwirken mit angemessenen Assessment-Verfahren und unter Einsatz von Instrumenten zur Messung sowohl der „Kundenzufriedenheit“ als auch der Pflege- und der Lebensqualität letztlich eine effiziente Steuerung. Wie effektiv die Lenkung sein kann, hängt allerdings davon ab, wie die individuellen Pflegepläne zustande kommen. Bei PLAISIR wird die erforderliche Pflege nicht allein von den betrieblichen Evaluierern ermittelt. Vielmehr ist die „Definitionsmacht“ verteilt, und sie wird durch die Vorgaben der Standards und das zugebilligte Budget eingegrenzt. Insofern ist auch den Bedenken der Leistungsträger Rechnung getragen, die eine Rückkehr zum Selbstkostenerstattungsprinzip aus guten Gründen nicht wollen. So werden Pflegeleistungen nach PLAISIR nur dann als erforderlich anerkannt, wenn sie durch das bio-psycho-soziale Profil begründet sind und die Hilfeleistung im Hinblick auf das

Pflegebedürfnis relevant, sprich: geeignet und wirksam ist. Darüber hinaus werden die Effektivität, die Gerechtigkeit im Sinne von Dringlichkeit und die Effizienz der Maßnahme regelhaft und systematisch überprüft. Ebenso werden die Vorlieben der BewohnerInnen bei der Auswahl der Leistungen berücksichtigt.

Das „Konzept der erforderlichen Pflege“ des Verfahrens PLAISIR sorgt für Transparenz und für eine Vielzahl von Benchmarking-Möglichkeiten bis hin zu internationalen Vergleichen, was gerade im Hinblick auf das immer stärker zusammenwachsende Europa ein zusätzlichen Vorteil sein dürfte. Durch Verfahren wie PLAISIR wird nicht nur der Personaleinsatz rational steuerbar, sondern zu weiten Teilen auch das Gesamtsystem der vollstationären Pflege.

4.2.4 Perspektiven für Pflegewissenschaft und -forschung, der Gerontologie sowie der Aus- und Weiterbildung

Ausgehend von der Vision eines permanent dazulernenden und rational sich fortentwickelnden Gesamtsystems der professionellen Pflege für ältere Menschen wird voraussichtlich neben der vertieften Diskussion über Standards künftig eine Konzentration stattfinden auf

- rationale Personalbemessungsverfahren mit Benchmarking-Qualitäten, wie sie PLAISIR bietet, dies im Verbund mit
- geeigneten Assessment-Instrumenten (z. B. RAI⁸²) und
- Messverfahren zur hinreichenden Abschätzung der Ergebnisqualität (z. B. DCM⁸³).

In diesem Kontext kommt der Pflegewissenschaft und -forschung, der Gerontologie und den Aus- und Fortbildungsinstitutionen eine Schlüsselposition zu. Eine Hauptaufgabe der Pflegewissenschaft und der stärker praxisorientierten Pflegeforschung wird darin liegen, sowohl an der Diskussion über Standards mitzuwirken, als auch die Effizienz der verschiedenen Pflegemaßnahmen zu evaluieren, zu steigern und vergleichend darzustellen, damit die wirksamsten bei der Pflegeplanung und der Bestimmung der erforderlichen Pflege eingesetzt werden.

Es gibt in Deutschland zwar über dreißig pflegewissenschaftliche Studiengänge, aber eine Erforschung der wirksamsten direkten pflege-

82 Vgl. Garms-Homolova, V.; Gilgen, R.: RAI 2.0 – Resident Assessment Instrument (RAI). Bern, Hans-Huber-Verlag, 2000, 2. überarbeitete Auflage

83 Vgl. Kitwood, T.: Dementia Care Mapping Manual. Bradford Dementia Group, University of Bradford. Übersetzung: Müller-Hergel, G.: Demenzpflege evaluieren. Die DCM-Methode. 7. Auflage, Bradford 1997

praktischen Maßnahmen etwa zur Unterstützung der Aktivitäten des täglichen Lebens – wie z. B. beim „Essen- und Trinken können“ – existiert bislang schwerpunktmäßig nur an der Universität Witten-Herdecke.

Daher mangelt es im Hinblick auf die direkte Pflege noch an hinreichend abgesicherten Aussagen darüber, durch welche Maßnahmen welche Wirkungen erzielt werden. Erstrebenswert ist es, dass zukünftig durch verstärkte Wirkungsforschung im Bereich der direkten Pflegeleistungen auch an anderen Hochschulen die Wissensbasis für die Bestimmung der erforderlichen Pflege älterer Menschen nach dem Kriterium der Effizienz stetig verbessert und die Pflegeleistung insgesamt immer weiter auch unter Beachtung von Kostengesichtspunkten optimiert wird.

In der Vergangenheit hat die in Deutschland noch junge Disziplin Pflegewissenschaft bei der Entwicklung von Verfahren zur Pflegepersonalbemessung keine Vorreiterrolle spielen können. Die deutsche Pflegewissenschaft hat in diesem Feld einen Nachholbedarf, den es – ebenso wie im Hinblick auf die Entwicklung von Assessment-Verfahren und auch hinsichtlich der Instrumente zur Qualitätsmessung – aufzuholen gilt. Begünstigend wird sich auswirken, dass die Entwicklung in Deutschland nicht bei Null beginnen muss, sondern auf im Ausland gewonnene Erkenntnisse und dort eingesetzte Instrumente zurückgreifen kann wie z. B. neben PLAISIR, das Resident Assessment Instrument (RAI) und das Dementia Care Mapping (DCM)⁸⁴.

4.3 Zusammenfassung und Empfehlungen

Nach Expertenmeinung würde die Entwicklung eines völlig neuen, eigenständigen deutschen Verfahrens zur Pflegezeit- und Personalbemessung auf dem Niveau von PLAISIR – verbunden mit extrem hohen Kosten – mindestens ein Jahrzehnt in Anspruch nehmen. Dem gegenüber ist das Verfahren PLAISIR aktuell verfügbar und grundsätzlich auch in Deutschland zur rationalen Ermittlung und informationsgestützten Planung der erforderlichen Pflege bei Einrichtungen der Langzeitpflege einsetzbar. Die notwendigen Anpassungen an die spezifischen deutschen Verhältnisse sind im Wesentlichen mittelfristig mit Unterstützung der Leistungsträger und -erbringer leistbar.

84 Ebd.

Diese Auffassung wird u. a. auch gestützt durch die Empfehlung des Beirates zum Projekt „Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären Pflege“ der sich fast einstimmig im Rahmen eines Beschlusses dafür ausspricht, zukünftig ein valides und reliables Instrument einzusetzen, welches den individuell erforderlichen Pflegebedarf nach einheitlich und eindeutig definierten Kriterien ermittelt und die Ressourcen ausweist, die zur Befriedigung des erforderlichen Pflegebedarfs notwendig sind. Er kam nach fast zweijähriger Projektbegleitung zu der Auffassung, dass die Ergebnisse der bisherigen Erprobungen gezeigt haben, dass PLAISIR diese Anforderungen erfüllt. Dieses Verfahren ermittelt nach seiner Auffassung den individuell erforderlichen Pflegebedarf und liefert verlässliche Informationen für eine an den Bedürfnissen der Bewohner orientierte Personaleinsatzplanung, die der Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Qualität der Pflege und Betreuung dienen. Darüber hinaus schafft es eine rationale Grundlage für leistungs- und qualitätsorientierte Vergütungsverhandlungen, ersetzt diese aber nicht.

Der Beirat spricht sich dafür aus, das Instrument PLAISIR als Messinstrument für die vollstationäre Pflege einzusetzen und empfiehlt den zuständigen Ministerien, die flächendeckende Anwendung des Verfahrens PLAISIR in ausgewählten Regionen durch begleitende Forschungsprojekte zu unterstützen⁸⁵.

Ziele einer breiteren Anwendung sollten auch sein, das Verfahren und die Instrumente pflegewissenschaftlich weiter zu entwickeln und die ihm zugrunde gelegten Leistungsbeschreibungen und Richtwerte dem jeweiligen Stand der gesicherten Fachkenntnisse anzupassen.

Es ist unstrittig, dass in Deutschland ein allseits akzeptiertes Verfahren zur Pflegezeit- und Personalbemessung auf einheitlicher und rationaler Grundlage dringend benötigt wird. Es gibt gegenwärtig kein geeigneteres ausprofiliertes und erwiesenermaßen praxistaugliches Instrument zur Ermittlung einer einheitlichen und bedarfsgerechten Pflege als das kanadische Verfahren PLAISIR. Die eingehenden, durch das BMFSFJ geförderten Untersuchungen zum Verfahren PLAISIR sowie zu anderen Methoden der Ermittlung von bedarfsgerechter Pflege lassen keinen anderen Schluss zu: Das Verfahren PLAISIR ist grundsätzlich auch in Deutschland zur rationalen Ermittlung und informationsgestützten Planung der erforderlichen Pflege bei Einrichtungen der Langzeitpflege einsetzbar. Diese Auffassung wird auch gestützt durch das Votum des

85 Vgl. Anlage 5.1: Empfehlung des Beirates zum Projekt Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären Pflege – PPVP

Beirates zum Projekt „Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären Pflege“ sowie durch die Feststellungen der Vertreterinnen und Vertreter der Selbstverwaltung und weiterer Fachleute, die sich mit dem Verfahren PLAISIR auseinandergesetzt haben. Nach allgemeiner Einschätzung würde die Entwicklung eines völlig neuen, eigenständigen deutschen Verfahrens zur Pflegezeit- und Personalbemessung mindestens ein Jahrzehnt in Anspruch nehmen. Abgesehen einmal von der Frage ob es aus pragmatischen Erwägungen, aber auch aus ethischen Gründen überhaupt zu vertreten ist, so lange auf ein dringend benötigtes Instrument zu warten, sind auch realistische Finanzierungsquellen für ein derart aufwendiges neues Unternehmen nicht in Sicht.

Somit ist PLAISIR ein Verfahren, das allen am Pflegeprozess beteiligten Personengruppen neue Perspektiven eröffnen kann und trotz oder gerade wegen der knappen Ressourcen und der Vielfalt der divergierenden Interessen für eine neue Sachlichkeit sorgen kann. Dies konnte schon auf Grund des bisherigen Einsatzes während der Erprobung gezeigt werden.

PLAISIR eignet sich, dies bestätigen die Schweizer Erfahrungen, insbesondere als Instrument, um die oft schwierigen Vergütungsverhandlungen auf eine neue rationale und differenzierte Basis zu heben. Dabei stehen jedoch nicht die Kosten ausschließlich im Vordergrund des Interesses. PLAISIR muss vielmehr zuerst die Fragen der qualitativen und quantitativen Bemessung des konkreten individuellen Bedarfs an Pflege nach einheitlichen Kriterien klären helfen: Welche Pflegemaßnahmen sind faktisch mit welchem Zeitaufwand individuell für den einzelnen pflegebedürftigen Bewohner notwendig? Erst wenn diese Frage annähernd einvernehmlich beantwortet werden kann, kann auch der Begriff „Leistungsgerechtigkeit“ konkret gefüllt werden: Welche Art und welcher Umfang von Leistungen sind mit welchen Preisen zu versehen? Oder auch: Welche Qualität und Quantität von Pflege kann sich das deutsche Finanzierungssystem überhaupt leisten? In diesem Sinne können – ähnlich wie in der Schweiz – die finanziellen Mittel auch in Deutschland auf der von PLAISIR geschaffenen Datengrundlage in moderatem Klima sachgerechter verteilt werden und einen Konsens zwischen den Beteiligten hierüber herbeiführen.

Von einer allseits akzeptierten rationalen Grundlage, wie PLAISIR sie bietet, können auch die Erörterungen über fachgerechte Pflegeplanungen und –dokumentationen, die Debatten über Pflegequalität, Personalschlüssel und Fachkraftquoten, über die Abgrenzungskriterien von Pflegeleistungen und -zusatzleistungen partizipieren. PLAISIR bietet

insgesamt einen objektivierten Maßstab, der sowohl die Pflegebedürftigen und Pflegenden, als auch im Überbau der Selbstverwaltung die Heimträger und -aufsichten, den medizinischen Dienst der Krankenkassen, die Pflegekassen, Sozialhilfeträger, die Spitzen-, Berufs- und Interessensverbände auf den verschiedenen Ebenen in einem von Sachlichkeit geprägten Klima konstruktiv zusammenbringen kann. PLAISIR hat bis jetzt schon unter Beweis stellen können, dass es der Entwicklung in diese Richtung einen beträchtlichen Innovationsschub verleihen kann. Die breite Diskussion über PLAISIR im Rahmen der diversen Forschungsprojekte und Anwendungserprobungen lässt sich auch verbinden mit dem Novellierungsvorhaben⁸⁶ zum Heim- und Pflegeversicherungsgesetz. Darin sind mit Blick auf die zu erbringenden Leistungen Leistungs- und Qualitätsnachweise für die Träger der Pflegeeinrichtungen gegenüber den Pflegekassen in regelmäßigen Abständen verpflichtend vorgesehen. Zudem wird darin auch abgehoben auf die Entwicklung von Qualitätsmaßstäben und Qualitätssicherung, dies als Voraussetzung für eine dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechenden Pflege. Gerade auch bei der konkreten Ausfüllung des vieldeutigen Begriffs „allgemein anerkannter Stand“ kann PLAISIR präzisierende fachgerechte Kriterien liefern. Zudem plant auch das beabsichtigte Pflegequalitätssicherungsgesetz, Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen zwingend vorzuschreiben. Diese sollen für jede Einrichtung erstellt werden und können durch den Einsatz von PLAISIR begründet und nachvollziehbar formuliert werden.

Von diesen Aspekten aus empfiehlt sich zum Zwecke der rationelleren Ermittlung und Planung der erforderlichen Pflege in deutschen Anwendungszusammenhängen eine weitere einrichtungs-, träger-, verbands- sowie länderübergreifende Anwendung des Verfahrens PLAISIR, die schließlich – möglichst mittelfristig – in eine bundesweite flächendeckende Einführung des Verfahrens PLAISIR in Deutschland münden könnte. Darüber hinaus hat die Frage der Ermittlung der erforderlichen Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen auch eine europäische Dimension, die eine Kooperation mit anderen Ländern in Europa nahe legt; so ist die Schweiz beispielsweise an einer gemeinsamen europäischen Lösung sehr interessiert.

Der Transfer von PLAISIR in den deutschen Kontext wird allerdings nur dann flächendeckend möglich sein, wenn das Verfahren unter der Leitung und in Organisation einer von der Selbstverwaltung unabhängigen

⁸⁶ Das „dritte Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes“ sowie das Pflegequalitätssicherungsgesetz treten zum 1. Januar 2002 in Kraft.

deutschen Institution angeboten werden kann. Das Institut EROS wäre im Rahmen einer fachlichen Beteiligung in eine solche Organisation einzubinden, damit eine Weiterentwicklung des Systems und der Übergang in eine spezifische deutsche Variante des Verfahrens unter Wahrung der Grundstruktur garantiert ist. Dafür muss allerdings seine Anwendung in Deutschland in die bestehenden Strukturen integriert und abgesichert werden. Wie dies geschehen kann, wird derzeit im Rahmen des vom BMFSFJ geförderten weiterführenden Modellvorhabens zur Anwendung des Verfahrens PLAISIR in Deutschland unter dem Titel „Analyse und Transfer des Verfahrens PLAISIR nach Deutschland“ bearbeitet. Insgesamt richtet sich das neue Modellvorhaben darauf, die Voraussetzungen für eine künftige einrichtungs-, träger- und verbandsübergreifende Anwendung von PLAISIR in mehreren ausgewählten Regionen zu erfassen und zu erproben. Insbesondere geht es dabei um Antworten auf die Frage, in welcher Weise das Verfahren PLAISIR in die bestehenden leistungs- und vertragsrechtlichen Strukturen vor Ort eingebunden werden kann. Mit Hilfe der erbrachten Ergebnisse kann dann – schon mittelfristig – eine bundesweite Anwendung des PLAISIR-Verfahrens ermöglicht werden.

Im Rahmen eines solchen weiterführenden Modellprojektes wurde wie beim Initialprojekt – zum Zwecke der fachpolitischen Begleitung und abschließenden Beurteilung des Verfahrens – erneut ein Beirat auf Bundesebene berufen, der sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Bundes- und Landesministerien, der Einrichtungsträger, der Pflegekassen, der Sozialhilfeträger, der Städte- und Landkreistage sowie des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, der Berufsfachverbände und der Pflegewissenschaften zusammensetzt. Ergänzend hierzu sollte ebenfalls eine kontinuierliche Gremienarbeit auf Landes- und auf kommunaler Ebene in begleitenden Arbeitsgruppen und Fachbeiräten eingerichtet werden, in denen der flächendeckende regionale Einsatz von PLAISIR mit allen Vertretern der Selbstverwaltung vor Ort vorbereitet, auf den Weg gebracht und analysiert wird.

Der Transfer von PLAISIR in deutsche Anwendungszusammenhänge wird allerdings nur funktionieren, wenn das Verfahren – wie bereits angedeutet – langfristig mit allen seinen Bausteinen in deutsche Hände gelegt wird. Dies ist auch unter Kostengesichtspunkten und angesichts des hohen Aufwandes für den Transfer und die Schulung der Mitarbeiter dringend erforderlich. Das Institut EROS steht solchen Lösungen grundsätzlich offen gegenüber, sofern eine inhaltliche Beteiligung und der Schutz des Systems vor unerlaubter Vervielfältigung gewahrt werden.

Darüber hinaus muss der Zugriff auf alle Variablen und die Berechnungsformeln von PLAISIR gegeben sein, um die Inhalte und insbesondere auch die hinterlegten Zeitwerte, bei einer Übernahme des Systems, an die deutschen Verhältnisse möglichst exakt anpassen zu können. Dies gilt insbesondere unter Berücksichtigung der stärkeren Einbeziehung der Konzepte der deutschen Pflegewissenschaft.

Die inhaltliche und technische Weiterentwicklung und Konfektionierung von PLAISIR mit Bezug auf die deutschen Anforderungen und Zusammenhänge und die Vorbereitung des Transfers von PLAISIR nach Deutschland beinhalten auch, dass in einem letzten Schritt deutsche Pflegefachkräfte speziell für die Anwendung des *gesamten* Verfahrens qualifiziert werden. Können diese Fragen zufriedenstellend geklärt und die technische Umsetzung realisiert werden, stünde einer flächendeckenden Anwendung nichts entgegen, vorausgesetzt dass sich die VertreterInnen der Selbstverwaltung auf einen längerfristigen verbindlichen Einsatz einigen. Die derzeit bereits konkret in Angriff genommene trägerübergreifende und modellhafte Anwendung des Verfahrens PLAISIR in einem Landkreis in Schleswig-Holstein wird hierzu wichtige Entscheidungshilfen liefern können, damit künftig eine am erforderlichen Bedarf orientierte Pflege auf einem gleichmäßigen Qualitätsniveau mit leistungsgerechten Entgelten bundesweit wirtschaftlich sichergestellt werden kann.

Anlagen

5 Mitglieder und Ergebnisse der Fachgremien zur Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären Pflege (PPvP)

5.1 Empfehlung des Beirates⁸⁷ zum Projekt „Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären – PPvP“

In der vollstationären Pflege werden insbesondere eine unzureichende Personalausstattung und -organisation sowie Qualitätsdefizite kontrovers diskutiert. Der Beirat stellt fest, dass für eine Versachlichung der Diskussion Informationen und Verfahren benötigt werden, die den erforderlichen Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner nach einheitlich und eindeutig definierten Kriterien bestimmen, damit die erforderlichen Ressourcen valide und reliabel festgestellt werden können. Nur mit diesen Informationen kann Transparenz über die erforderlichen Leistungen, Arbeitsabläufe und die Anzahl und Qualifikation des Personals hergestellt werden.

Der Beirat spricht sich dafür aus, zukünftig ein valides und reliables Instrument einzusetzen, welches den individuell erforderlichen Pflegebedarf nach einheitlich und eindeutig definierten Kriterien ermittelt und die Ressourcen ausweist, die zur Befriedigung des erforderlichen Pflegebedarfs notwendig sind.

Die Ergebnisse der bisherigen Erprobungen haben gezeigt, dass PLAISIR[®] diese Anforderungen erfüllt. Dieses Verfahren ermittelt den individuell erforderlichen Pflegebedarf und liefert verlässliche Informationen für eine an den Bedürfnissen der Bewohner orientierte Personaleinsatzplanung, die der Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Qualität der Pflege und Betreuung dienen. Darüber hinaus schafft es eine rationale Grundlage für leistungs- und qualitätsorientierte Vergütungsverhandlungen, ersetzt diese aber nicht.

Der Beirat spricht sich dafür aus, das Instrument PLAISIR[®] als Messinstrument für die vollstationäre Pflege einzusetzen und empfiehlt den zuständigen Ministerien, die flächendeckende Anwendung des Verfahrens PLAISIR[®] in ausgewählten Regionen durch begleitende Forschungsprojekte zu unterstützen. Ziele einer breiteren Anwendung sollten auch sein, das Verfahren und die Instrumente pflegewissen-

⁸⁷ Die vorliegende Beschlussempfehlung basiert auf den persönlichen Empfehlungen der Mitglieder des Beirates. Dies wurde zu Beginn der Beirates vereinbart. Die Beschlussempfehlung soll dazu beitragen, einen Entscheidungsprozess im Sinne dieser Empfehlung in den Verbänden und Organisationen einzuleiten.

schaftlich weiter zu entwickeln und die ihm zugrunde gelegten Leistungsbeschreibungen und Richtwerte dem jeweiligen Stand der gesicherten Fachkenntnisse anzupassen.

Im Juli 2001

Die Mitglieder des Beirates

5.2 Der Beirat und seine Stellvertreterinnen und Stellvertreter

Gäste im Beirat	Verband/Organisation	Ort
MinR Rudolf Herweck <i>Dr. Ulrike von Keyserlingk</i> <i>Claudia Keller</i> Gabriele Langerhans	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Bundesministerium für Gesundheit	Bonn Bonn
Mitglieder des Beirates		
Dr. Fritz Baur <i>Bernd Finke</i> <i>Klaus Heuser</i> MinR Roland Borosch	BAG der überörtlichen Sozialhilfeträger Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie NRW Medizinischer Dienst der Spitzenverbände Hessisches Landesamt für Versorgung	Münster Düsseldorf Essen Frankfurt
Uwe Brucker <i>Jürgen Brüggemann</i> Gunter Größmann <i>Volker Gussmann</i> Manfred Hoffmann Gerd Dielmann <i>Gabriele Feld-Fritz</i> Jürgen Frank <i>Artur Geissler</i> Paulette Weber <i>Beatrice Remmert</i> Peter Grieger Harald Kesselheim Elmar Schmitz Anna Oorthuis <i>Thea Hoedt</i> Dörte Friedrich	Bundesverband privater Altenheime Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr Verband Deutscher Alten und Behindertenhilfe Zentralwohlfahrtsstelle der Juden Deutsches Rotes Kreuz AOK-Bundesverband Arbeiterwohlfahrt Bundesverband Deutscher Berufsverband für Altenpflege Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Deutscher Caritasverband Deutscher Landkreistag Deutscher Verband der Ergotherapeuten Deutscher Städtetag Der Paritätische Diakonisches Werk Kuratorium Deutsche Altershilfe Sozialministerium Baden-Württemberg Sozialverwaltung Mittelfranken Verband der Angestellten Krankenkassen	Mainz Stuttgart Essen Frankfurt Bonn Bonn Bonn Duisburg Wuppertal Freiburg Berlin Hamburg Köln Frankfurt Stuttgart Köln Stuttgart Ansbach Siegburg
Ursula Wetzel <i>Ingrid Nickert-Stude</i> Karl Otto Lindlahr ⁸⁸ <i>Dr. Irene Vorholz</i> Caren Wittmershaus <i>Manuela Hutfilz</i> Ludwig Fuchs Heidi Reinschmidt <i>Viktoria Nawrath</i> Dr. Marlies Kellmayer <i>Cornelia Weber</i> Dr. Willi Rückert Rolf Gennrich Dr. Peter Messmer ORR Horst Rauh Paul-Jürgen Schiffer <i>Paul Schmäing</i>		

88 Herr Lindlahr hat die Beschlussempfehlung nicht unterzeichnet

5.3 Die Experten und ihre Stellvertreterinnen und Stellvertreter

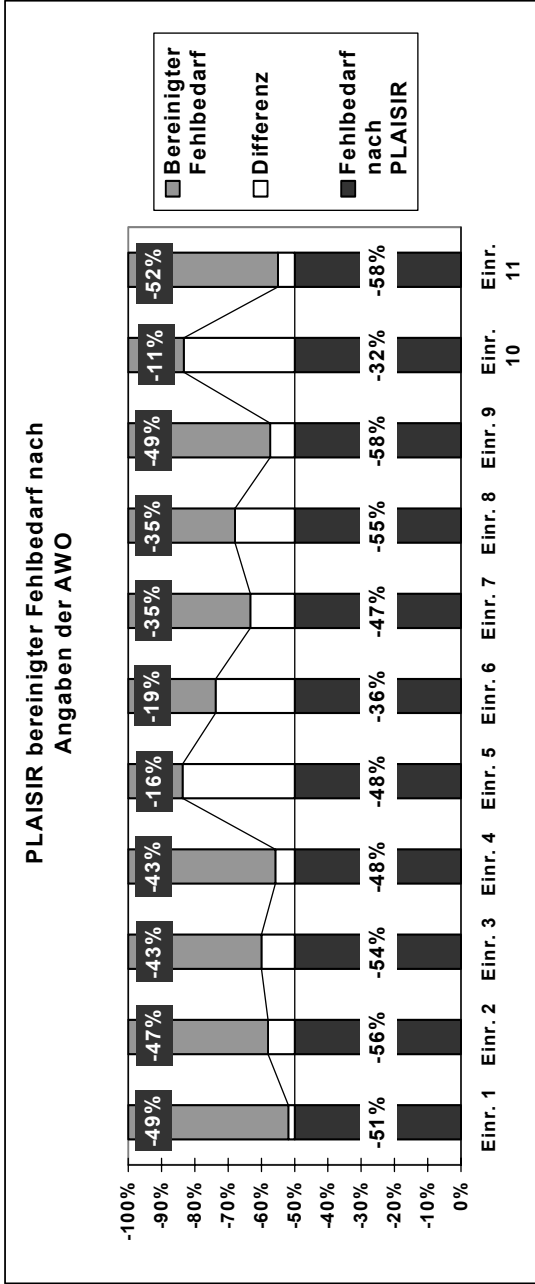
Gäste	Verband/Organisation	Ort
MinR Rudolf Herweck <i>Dr. Ulrike von Keyserlingk</i> <i>Claudia Keller</i>	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	Bonn
Mitglieder		
Martina Sitte <i>Peter Allerchen</i> Anna Oorthuis <i>Thea Hoedt</i> Ingrid Nickert-Stude Caren Wittmershaus	AOK-Bundesverband Deutscher Berufsverband für Altenpflege Diözese Caritasverband Freiburg Deutscher Verband der Ergotherapeuten Diakonisches Werk	Bonn Duisburg Freiburg Hamburg
Dr. Marlies Kellmayer <i>Cornelia Weber</i> Hans Joachim vom Endt Marlies Jensen	Evangelische Heimstiftung Ev. Verband für Altenarbeit und Pflgerische Dienste Berlin FH Frankfurt, Fachbereich Pflege und Gesundheit	Stuttgart Berlin
Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik <i>Dirk Hunstein</i> Ursula Mybes	Grundlagenarbeit, Beratung und Fortbildung für die Praxis der Altenhilfe Infratest Sozialforschung Institut für Pflegewissenschaft Kuratorium Deutsche Altershilfe	Frankfurt Köln
Ulrich Schneekloth Klaus Wingenfeld Christine Sowinski Rolf Gennrich Wolfgang Siebner Jürgen Brüggemann	LIGA Rheinland-Pfalz Medizinischer Dienst der Krankenkassen	München Bielefeld Köln
Gerd Dielmann	Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr	Mainz Essen
Bernhild Birkenbeil	Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach	Stuttgart
Dagmar Hinterberger Angelika Zegelin Paul Schmäing	Seniorenzentrum Maria-Scherer-Haus Uni Witten/Herdecke Verband der Angestellten Krankenkassen	Mönchengladbach Mannheim Witten Siegburg
Ingrid Hastedt <i>Barbara Steiner</i> <i>Ilka Heinich</i>	Wohlfahrtswerk für Baden Württemberg	Stuttgart

5.4 Durchschnittliche Pflegesätze je Bundesland

Durchschnittliche Pflegesätze, ohne Investitionen in DM ⁸⁹					
Bundesland	Stufe I	Stufe II	Stufe III	U+V	Anzahl Einr.
Baden-Württemberg	2.189	2.748	3.495	946	930
Äquivalenzziffern	1,00	1,26	1,60		
ØZuzahlung (nur Pflege)	189	248	695		
Bayern	2.280	2.940	3.374	910	1.200
Äquivalenzziffern	1,00	1,29	1,48		
ØZuzahlung (nur Pflege)	280	440	574		
Berlin	2.793	3.735	4.428	970	290
Äquivalenzziffern	1,00	1,34	1,59		
ØZuzahlung (nur Pflege)	793	1.235	1.628		
Brandenburg	1.827	2.271	3.195	822	208
Äquivalenzziffern	1,00	1,24	1,75		
ØZuzahlung (nur Pflege)	-173	-229	395		
Bremen	1.872	3.238	3.907	1.368	64
Äquivalenzziffern	1,00	1,83	2,09		
ØZuzahlung (nur Pflege)	-128	738	1.107		
Hamburg	1.914	2.827	3.740	1.109	149
Äquivalenzziffern	1,00	1,48	1,95		
ØZuzahlung (nur Pflege)	-86	327	940		
Hessen	2.231	3.123	4.015	873	540
Äquivalenzziffern	1,00	1,40	1,80		
ØZuzahlung (nur Pflege)	231	623	1.215		
Mecklenburg-Vorpommern	1.673	2.128	2.874	783	230
Äquivalenzziffern	1,00	1,27	1,72		
ØZuzahlung (nur Pflege)	-327	-372	74		
Niedersachsen	1.857	2.416	3.336	1.005	1.100
Äquivalenzziffern	1,00	1,30	1,80		
ØZuzahlung (nur Pflege)	-143	-84	536		
Rheinland	2.059	2.878	3.676	1.229	905
Äquivalenzziffern	1,00	1,40	1,79		
ØZuzahlung (nur Pflege)	59	378	876		
Rheinland-Pfalz	2.152	2.767	3.778	1.070	350
Äquivalenzziffern	1,00	1,29	1,76		
ØZuzahlung (nur Pflege)	152	267	978		
Saarland	1.862	2.592	3.509	1.029	109
Äquivalenzziffern	1,00	1,39	1,88		
ØZuzahlung (nur Pflege)	-138	92	709		
Sachsen	1.719	2.199	3.005	806	365
Äquivalenzziffern	1,00	1,28	1,75		
ØZuzahlung (nur Pflege)	-281	-301	205		
Sachsen-Anhalt	1.456	2.347	2.850	755	224
Äquivalenzziffern	1,00	1,61	1,96		
ØZuzahlung (nur Pflege)	-544	-153	50		
Schleswig-Holstein	1.957	2.528	3.523	958	500
Äquivalenzziffern	1,00	1,29	1,80		
ØZuzahlung (nur Pflege)	-43	28	723		
Thüringen	1.557	2.143	2.892	939	185
Äquivalenzziffern	1,00	1,38	1,86		
ØZuzahlung (nur Pflege)	-443	-357	92		
Westfalen-Lippe	2.139	3.058	3.911	1.025	750
Äquivalenzziffern	1,00	1,43	1,83		
ØZuzahlung (nur Pflege)	139	558	1.111		

89 AOK-Bundesverband (Hrsg.): Durchschnittliche Pflegesätze: In G+G Blickpunkt. Bonn, Juli 1999

5.5 Nachberechnung des Personalbedarfs der AWO



6 Literaturverzeichnis

- Bartholomeyczik, S. et al:** Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung. Fünfter Zwischenbericht des pflegewissenschaftlichen Konsortiums. Frankfurt a/M 1999
- Berthou, A.:** CHORUS. Test der Methode PLAISIR® in der Westschweiz. Schlussbericht. Lausanne, Institut für Gesundheit und Ökonomie, 1997
- Berthou, A.:** CHORUS 3. Messung des Pflegeaufwandes in Langzeitpflegeinstitutionen. Test der Methode PLAISIR® im deutschen Sprachraum (in den schweizerischen Kantonen Bern und Freiburg sowie in einer Einrichtung in Deutschland). Schlussbericht. Lausanne, Institut für Gesundheit und Ökonomie, 1999
- Beschluss des Deutschen Bundesrats:** Verordnung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Erste Verordnung zur Änderung der Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (HeimPersV), Bundesrat-Drucksache 363/98
- Birkenbeil, B.; Kerkhoff, E.:** Qualitätssicherung und leistungsbezogene Personalbedarfsplanung in der stationären Altenhilfe. Kurzbeschreibung. Studie, erstellt mit Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 1999
- Bundesministerium für Gesundheit:** Entwurf eines Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQSG), **Stand 27. April 2000**
- Endt, H. J. vom; Fasse, M.; Kirchhof, R.-R.; Walter, M.:** PERSYS. Leistungsgerechte Pflegesätze für die stationäre Pflege. Modellrechnung für ein Pflegeheim mit 100 Plätzen. Stuttgart, Evangelische Heimstiftung e.V., 1999
- Endt, H. J. vom:** PERSYS (PERsonalbemessungsSYSTEM). Leistungs- und Zeiterfassung. Referat zum Vortrag während der vorbereiteten KDA-Konferenz des Beirats und der Experten für die Tagung „Pflegezeitbedarf, Personalbemessung und Fachkraftanteil in stationären Einrichtungen“, Bonn 1999
- EROS – Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé:** Le système PRN de mesure de l'intensité des soins infirmiers requis ou donnés au patient. Montréal 1994
- EROS – Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé:** PLAISIR®. Nomenklatur der Interventionen. Bio-psycho-soziales Profil von Heimbewohnern und Planung der erforderlichen Pflege. Montréal 1996
- EROS – Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé:** PLAISIR® 93. Statutarische Outputs des Systems PLAISIR®. Québec 1996

- EROS – Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé: PLAISIR® 93.**
Quantitative und Qualitative Evaluation der Pflege abhängiger Personen. Québec 1997
- EROS – Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé: PLAISIR® 93.**
Bio-psycho-soziales Profil von Heimbewohnern und Planung der erforderlichen Pflege. Handbuch. Québec 1997
- Fischer, Wolfram; Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser (Hg.):**
Leistungserfassung und Patientenkategorisierung in der Pflege. Eine Übersicht. VESKA-Generalsekretariat (Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser), Aarau 1995
- Garms-Homolova, V.; Gilgen, R.:** RAI 2.0 – Resident Assessment Instrument (RAI). Bern, Hans-Huber-Verlag, 2000, 2. überarbeitete Auflage
- Gennrich, Rolf; Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.):** Dimensionen und Modelle angemessener Personalschlüssel in der stationären Altershilfe unter besonderer Berücksichtigung der Fehlzeiten von Pflegemitarbeitern. Köln 1995, 2. Auflage
- Goberg, Otto:** Taschenkommentar zum Heimgesetz und zugehörige Verordnungen. Heimmitwirkungsverordnung – Heimsicherungsverordnung – Heimmindestbauverordnung – Heimpersonalverordnung. Hannover, Vincentz Verlag, 1997, 3. Auflage
- Hastedt, Ingrid:** Vortrag: Die Relevanz der BASIS-Studie für Konzeption, Personalentwicklung und Organisation für Entgeltgestaltung im Pflegeheim. Stuttgart, 31. März 1998 (unveröffentlichtes Manuskript)
- Hoffmann, A.; Klie, T.:** Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Langzeitpflege. Ein klientenzentrierter Ansatz aus Kanada. Köln, Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1999
- Kitwood, T.:** Dementia Care Mapping Manual. Bradford Dementia Group, University of Bradford. Übersetzung: Müller-Hergel, G.: Demenzpflege evaluieren. Die DCM-Methode. 7. Auflage, Bradford 1997
- Krug, W.; Reh, G.:** Pflegebedürftige in Heimen. Statistische Erhebungen und Ergebnisse. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Band 4, Bonn, 1992
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.):** Institut für Altenwohnbau: Personalbedarfsermittlung im Pflegebereich von Alteneinrichtungen als Verhandlungs- und Organisationsentwicklungsprozess. Köln, 1983
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.):** Resident Assessment Instrument (RAI). System zur Klientenbetreuung und Dokumentation – Trainingsmanual und Abklärungshilfen. Köln, Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1996 (zu bestellen bei: Ullstein Medical, Verlag, Wiesbaden)
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.):** Zeitbedarf für die Pflege älterer Menschen. Gero-Care Newsletter 6/97. Köln, Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1997

- Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.):** Pflegezeitbedarf, Personalbemessung und Fachkraftanteil in vollstationären Einrichtungen. Erschienen in der KDA-Reihe „Thema Heft Nr. 154, Köln, Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.):** Erforderlicher Pflegezeit- und Personalbedarf in vollstationären Einrichtungen – Ergebnisse der Erprobung des Verfahrens PLAISIR® in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt. Erschienen in der KDA-Reihe „Thema Heft Nr. 159, Köln, Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000
- Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen:** Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. 1. Auflage. Essen 1997. Und: Ergänzung zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen 2000
- Mich, U.; Rensselaer:** Multistate nursing home Case-Mix and Quality Demonstration. Description of the Resource Utilization Group, Version III (RUG III) System. In: The circle, version 10/23/91. Übersetzt im Auftrag des KDA: Staatenübergreifende Mischfallstudie und Qualitätsnachweis in Pflegeheimen. Beschreibung der Ressourcenaufwendungsgruppe, Version III (RUG III) System. Köln 2000
- Mybes, Ursula; Pfau, Cornelia; Dr. Rückert, Willi:** Zur Organisation pflegerischer Dienste in Altenpflege-/Altenkrankenheimen. Ergebnisse arbeitswissenschaftlicher Untersuchungen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Bd. 82. Stuttgart, Kohlhammer, 1988
- Rückert, Willi:** Personalbedarfsermittlung im Pflegebereich von Alteneinrichtungen als Verhandlungs- und Organisationsentwicklungsprozess. Köln, Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1983
- Rückert, Willi:** Hilfe- und pflegeabhängige Deutsche und ihre Helfer in der Bundesrepublik Deutschland. Köln, Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1983
- Schneekloth, U.; Müller, U.:** Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (Hrsg.). Durchgeführt von I+G Gesundheitsforschung, München und Infatest Burke Sozialforschung, München. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 127, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2000
- Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen. Arbeitsgruppe „Dotation en personnel“ der GRSP unter der Leitung von Anne Berthou:** Instrumente zur Messung des Pflegeaufwandes in Altersheimen und Akutspitalern. Lausanne 1995

- Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen. Arbeitsgruppe „Personaldotation“ des GRSP unter der Leitung von Anne Berthou:** Hilfe und Pflege zu Hause in der Westschweiz, in Bern und im Tessin. Messung des Pflegeaufwandes. Lausanne 1996
- Sowinski, C. et al:** Organisation und Stellenbeschreibungen in der Altenpflege. Planungshilfen für ambulante Dienste, Hausgemeinschaften, teilstationäre und stationäre Einrichtungen. Teil I: Fachkraftquote, vorbehaltene und Supervisions-Aufgaben von Pflegefachkräften, Aufgaben von Pflegehilfskräften. KDA (Hrsg.) Forum Band 36, Köln 1999
- Sozialgesetzbuch:** Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches
- Tilquin, C.:** Assessing the need of elderly in view of their admission in the home, intermediate or institutional program best suited of their needs: the CTMSP System. Montréal, 1987
- Tilquin, C.:** Effets pervers associés aux modalités de financement des organisations accueillant les personnes dépendantes. RUPTURES, Volume 6, number 1, pp 47-66. Québec 1999. Übersetzung: Ungewollte Nebenwirkungen der verschiedenen Finanzierungsarten von Betrieben, die abhängige Personen betreuen. Beiträge einer Finanzierung, die auf der Messung der individuell erforderlichen Ressourcen basiert, ohne Jahr
- Tilquin, C.:** Analyse de l'outil d'évaluation indirecte: RUGs III. Document provisoire. Montréal 1994
- Tilquin, C.:** MDS et PLAISIR® permettent-ils d'obtenir un Classement RUG's Identique? Document de travail, Montréal 1994

Themenübergreifende Literatur

- Aktion Psychisch Kranke – Projekt:** Stellungnahme der AG „Implementation des personenzentrierten Ansatzes“ zur Umsetzung der §§ 93 ff BSHG. Januar 2000
- Altenheim:** Empfohlene Pflegezeitermittlung. Heft 07/ 1999
- Arbeiterwohlfahrt:** AWO-MODELL zur Berechnung leistungsgerechter Vergütungen nach dem achten Kapitel SGB XI in der stationären Langzeitpflege. 2000
- Arbeiterwohlfahrt:** Abschlußbericht über die Erprobung des Pflegebedarfs- und Personalbemessungsverfahrens PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt im Auftrag des BMFSFJ. (unveröffentlicht), 2000
- Ärztekammer Berlin, Ethikkommission:** Möglichkeiten der Vorsorge für den Fall, daß Patienten ihre Angelegenheiten- insbesondere im medizinischen Bereich- nicht mehr selbst regeln können. Berlin, 1.09. 98
- Association des CLSC et des CHSDL du Québec:** Portrait provincial des CHSLD publics. Exercices 1992- 1993 á 1997- 1998

- Bamert, U.:** NURSING DATA: LEP: Leistungserfassung in der Pflege. Tagung über in der Schweiz verwendete Systeme zur Beschreibung und Klassifikation von Patienten. Stand der Dinge. Bern, 12.11. 1999
- Bande, C.:** Les maisons de repos et de soins les maisons de repos. Etude de la validité d'une échelle de dépendance comme mode de financement. 1999
- Bartholomeyczik, S.; Hunstein, D.; Koch, V.; Zegelin- Abt, A.; Goetze, H.- J.:** Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung. Fünfter Zwischenbericht des pflegewissenschaftlichen Konsortiums. Frankfurt 1999
- Berthou, A.:** CHORUS. Test der Methode PLAISIR in der Westschweiz. Schlußbericht, Lausanne 1997
- Berthou, A.:** CHORUS 3. Messung des Pflegeaufwandes in Langzeitpflegeinstitutionen. Test der Methode PLAISIR im deutschen Sprachraum (in den schweizerischen Kantonen Bern und Freiburg sowie in einer Einrichtung in Deutschland). Schlußbericht, Lausanne 1999
- Berthou, A.; Junger, A.:** Nursing data. Schlussbericht (Kurzfassung). Stand der Arbeiten 1998-2000. Februar 2000
- Birkenbeil, B.; Kerkhoff, E.:** Qualitätssicherung und leistungsbezogene Personalbedarfsplanung in der stationären Altenhilfe. Studie. KDA (Hrsg.) Thema Heft 143, Köln 1999
- Böhme, H.:** Pflegeversicherung. Streitpunkt Personalausstattung. Pflegen Ambulant, 12. Jahrg., 03/ 01
- Brater, M.; Maurus, A.; Klemm, H.:** Das schlanke Heim. Zukunftsorientiertes Management sozialer Dienstleistungen am Beispiel der stationären Altenpflege. Endbericht des AuT- Projektes Nr. 01 HK 122. München 1998
- Brechmann, T.; Niemeier, A.:** Hilfe- und Pflegezeiten entsprechen in Heimen nicht den Forderungen unserer Sozialgesetzgebung. 08/ 1999
- Brünner, F.:** Vergütungsvereinbarungen für Pflegeeinrichtungen nach SGB XI als Normsetzungsverträge. ZFSH/ SGB 10/ 2000
- Bundesministerium für Arbeit:** Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Bonn 1997
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend:** Zweites Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes. Referentenentwurf. Juni 1993
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend:** Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Schriftenreihe Band 147.2, 1997
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend:** Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechtsstellung und des Schutzes der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen (HeimBSG). Stand: 27.04.2000
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend:** Drittes Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes. Entwurf. Stand: 1.11.2000

- Bundesministerium für Gesundheit:** Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Bonn 2000
- Bundesministerium für Gesundheit:** Eckpunktpapier zu einem Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung der Verbraucherrechte in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG). Stand: 18.02. 2000
- Bundesministerium für Gesundheit:** Referentenentwurf eines Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG). Stand: 27.04. 2000
- Bundesministerium für Gesundheit:** Synopse zum Referentenentwurf des PQsG. Stand: 27.04.2000
- Bundesrat:** Erstes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (Erstes SGB XI-Änderungsgesetz – 1. SGB XI-ÄndG). Bonn, Mai 1996
- Bundesrat, Verordnung des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend:** Erste Verordnung zur Änderung der Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (HeimPersV), Bundesrats-Drucksache 363, April 1998
- Bundesrat:** Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (PQsG). Stand: 21.06. 2001
- Bundessozialgericht:** Beschluss des 3. Senats. Zur Berücksichtigung von Behandlungspflege und sozialer Betreuung bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit.
Az: BSG B 3 P 12/ 99 R, Februar 2000
- Bundessozialgericht:** Az: B 3 P 12/ 99 R, Februar 2000
- Bundessozialgericht:** gegen Niedersächsische Schiedsstelle für die Pflegeversicherung, Geschäftsstelle bei der AOK Niedersachsen, Az: B 3 P 19/ 00 R, Dezember 2000
- Bürki Sabbioni, S.:** Pflegebedarf messen – ein wirksames Führungsinstrument in der Pflege.
Bericht eines Pilotprojektes am Inselspital in Bern. Bern, im Mai 1998
- Burzeja, Jörg:** Personalbemessung als Qualitätskriterium; Argumente und „Handwerkszeug“. o.J.
- Care Konkret:** HeimBSG: Beratung durch Heimaufsicht zum Prinzip erhoben. 24.11 2000
- Commission technique intercantonale, PLAISIR:** Rapport Annuel 1997-1998
- Conti, M., u.a. (Arbeitsgruppe zur Überprüfung von PLAISIR in der französischen Schweiz):** Überlegungen hinsichtlich der Anwendung des PLAISIR- Verfahrens in psychiatrischen und gerontopsychiatrischen Langzeiteinrichtungen. Perreux 1999
- Damkowski, W.:** Wissenschaftliche Begleituntersuchung zum „Modellprogramm stationäre Dementenbetreuung“ in Hamburg. 1. Zwischenbericht. 2. Auflage, Hamburg 1993

- Dangel, B.; Korporeal, J.:** Konzept und Relevanz der Qualitätssicherung in der sozialen Pflegeversicherung und ihre Bedeutung für die Professionalisierung der Pflege. Sozialer Fortschritt, 10/ 2000
- Depelteau, D.; Boutat, A.:** Besoins, qualite et allocation des ressources. Dans le domaine de l'hebergement medico- social. Rapport d'étude sous la direction., Juli 1999
- Deutsche Angestellten Gewerkschaft (Hrsg.):** Anforderungen an eine bedarfsgerechte Personalbemessung in der Altenpflege. Arbeitsergebnisse einer Expertenrunde. Mai 2000
- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.:** Presseerklärung zur Heimpersonalverordnung. März 1998
- Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (Hrsg.):** Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst. Analytisches Konzept. Düsseldorf 1989
- Diakonie (Hrsg.):** Arbeitshilfe für eine bewohnerbezogene Erfassung der Leistungen gemäß § 43 SGB XI in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Frankfurt 1997
- Diakonie (Hrsg.):** Ausgewählte Beiträge zur Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes. Stuttgart, 3/1999
- Diakonie (Hrsg.):** EPPSA, Gliederung Fachtagung „Zukunft der Pflege durch Qualitätssicherung“. 4/ 1999
- Dierbach, O.; Schaffert, H. W.; Brach, M.:** Zeitbedarf in der Pflege Demenzkranker. Eine empirische Studie für den stationären Bereich. Altenpflege Forum, 8. Jahrg., Nr. 3, 2000
- Dürmann, P.:** Leistungsvergleich vollstationäre Versorgung Demenzkranker (LvVD). Erste Ergebnisse aus der Auswertungsphase. Bonn, September 1999
- Eckhardt- Abdulla, R.:** Pflege – Zum Begriff und seiner Bedeutung in Theorie und Forschung: Definitionen und Vergleich. Pflegezeitschrift (Beilage), 11/ 98, S. 1- 6
- Ein Modell des Lebens.** Ein Interview mit Nancy Roper, durchgeführt von Winfried Mönig, Bundesvorsitzender der Gewerkschaft Pflege. Brennpunkt Pflege, 3/ 98, S. 8- 11
- Erichsen, N.; Freudenstein, F.:** PPR- Daten- Analyse am Universitätsklinikum Göttingen. Pflegemanagement, PR- Internet, 1/ 01
- EROS:** PLAISIR 93. Standardisierte Nomenklatur PLAISIR der Pflegebereiche, der Unterbereiche der Pflege, der spezifischen Bedürfnisse und der Pflegeaktionen. Montréal 1996
- EROS:**PLAISIR 93. Hinweise für die Interpretation des bio-psycho-sozialen Profils und des Pflegeplans des Bewohners. Montréal 1996
- EROS:** PLAISIR 93. Quantitative und qualitative Evaluation der Pflege abhängiger Personen. Montréal 1997
- EROS:** PLAISIR 93. Handbuch. Montréal 1997
- EROS:** Formulaire de Releve des Actions Nursing (FRAN). Montréal 1999

- EROS:** PLAISIR 93. Statutarische Outputs des Systems PLAISIR. Montréal 2000
- EROS:** PLAISIR 93. Führer für die Interpretation der Output N5, VR2, VR5, VX1. Anhang I und Anhang II, Montréal 2000
- EROS:** PLAISIR AUDIT. Messung des Arbeitsaufwandes des Pflegepersonals der 11 (elf) Einrichtungen der AWO (n=1354). Mai 2000
- EROS:** PLAISIR AUDIT. Messung des Arbeitsaufwandes des Pflegepersonals der 15 Einrichtungen der Bremer Heimstiftung. Gesamte Vereinigung, Juni 2001
- Erste** Umsetzungsempfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den vertragsrechtlichen Vorschriften des Ersten Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (1. SGB XI ÄndG). Entwurf, Stand: 11.06.1996
- Fischer, W.:** Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Prinzipien und Beispiele. Kurzbeschreibung und Inhaltsverzeichnis. Bern u. Wolfertswil 1997
- Fischer, W.:** Diagnosis Related Groups (DRGs) und verwandte Patientenklassifikationssysteme. Wolfertswil 2000
- Garms-Homolová, V:** RAI 2.0- Resident Assessment Instrument. Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, 1993
- Garms-Homolová, V.; Bartelt, G.; Anliker, M.; Gilgen, R.; Staudenmaier, B.; Weiss, U.:** RAI- Handbuch. Gesamtausgabe Version 2.0, Januar 2000
- Gennrich, R.:** Dimensionen und Modelle angemessener Personalschlüssel in der stationären Altenhilfe. KDA (Hrsg.) Forum Band 22, 2. Auflage, Köln 1997
- Gennrich, R.:** PLAISIR – Ein Verfahren zur Bestimmung des quantitativen und qualitativen Personalbedarfs in der stationären Pflege auch für Deutschland? Köln, März 1999
- Gerontologische Gesellschaft Amerikas, The Gerontologist:** Experten empfehlen Mindestausstattungsstandards für Pflegepersonal an Pflegeeinrichtungen in den Vereinigten Staaten. Band 40, Nr. 1, 2000
- G+G Blickpunkt:** Vergütungen in der vollstationären Pflege / Pflegesatzrunde 1998, je Bundesland. Hrsg. AOK-Bundesverband. Bonn, Juli 1999
- Giercke, K. I.:** Ökonomisierung der Pflege und ihre Folgen für die Personalbemessung. Stuttgart 1997
- Goberg, O.:** Heimgesetz und zugehörige Verordnungen. Taschenkommentar. Hannover 1997
- Gobet, P.; Berthou, A.; de Bruin, E.D.; Zweifel, H.-J.:** Le profil de la recherche et du développement dans les hautes écoles spécialisées en santé. Rapport principal et recommandations. FER 187/ 1998

- Gobet, P.; Berthou, A.; de Bruin, E.D.; Zweifel, H.J.:** Das F&E- Profil künftiger Fachhochschulen für Gesundheit. Kurzfassung des Hauptberichtes. FER 187b/ 1998
- Gobet, P.; Berthou, A.; de Bruin, E.D.; Zweifel, H.-J.:** Le profil de la recherche et du développement dans les hautes écoles spécialisées en santé Annexes. Das F&E- Profil künftiger Fachhochschulen für Gesundheit. Annexband. FER 187c/ 1998
- Guisset, A.-L.; D'hoore, W.:** L'évaluation de la qualité des soins en long séjour: concepts et illustration empirique o.J.
- Hänlein, A.:** Die Vergütung von Einrichtungen und Diensten nach SGB XI und BSHG im Kontext der Verrechtlichung sozialer Dienstleistungen. Tagungsbericht. ZFSH/ SGB. 6/ 2001
- Hastedt, I.:** Stellungnahme zur modellhaften Erprobung von PLAISIR in Deutschland. Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, Stuttgart 1999
- Hastedt, I./ Steiner, B./ Heinich, I.:** Die BASIS-Studie 1997. Bewohner Assessment und Indikatorenanalyse in der stationären Altenhilfe. April 2000
- Hastedt, I./ Steiner, B./ Heinrich, I.:** Die BASIS-Studie. Ein Beitrag zur Herleitung eines Verfahrens zur Hilfe-, Leistungs- und Personalbemessung in der stationären Altenhilfe. o.J.
- Heim und Pflege:** Wollen die Pflegekassen in Bayern das SPM? Ausgabe 10/ 98, S. 408- 410
- Herweck, R.:** Anstöße und Empfehlungen zu einem Altenhilfegesetz vor dem Hintergrund rechtsvergleichender Erkenntnisse. Juni 1998
- Hilfebedarf, Psychische Erkrankung, Geistige Behinderung.** Pflegeversicherung §14 SGB XI, § 84 SGB XI. Soziale Sicherheit, 4/ 2001
- Hirnschützer, U.:** Pflegesätze in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Band I: Ergebnisse einer Bestandsaufnahme. Berlin 1988
- Home Les Arbres:** Utilisation interne de la méthode „PLAISIR“ au sein du home. 2000
- Horn, Th.:** Bewohnerschutz durch Leitungsqualität. Die Heimpersonalverordnung in der Praxis. Altenheim 2/ 95
- Ikegami, N., Fries, B.E.; Takagi, Y.; Ikeda, S.; Ibe, T.:** Applying RUG- III in Japanese Long- Term Care Facilities. The Gerontologist, Vol. 34, No 5, 628- 639, 1994
- Infratest Burke Sozialforschung:** Fragebogen zum Pflege- und Betreuungsaufwand in Alteneinrichtungen. München 1999
- Infratest Burke Sozialforschung:** Auswirkungen der Pflegeversicherung in stationären Pflegeeinrichtungen. München 1999
- Käppeli, S.:** Pflegediagnostik unter der Lupe. Wissenschaftliche Evaluation verschiedener Aspekte des Projektes Pflegediagnostik am Universitätsspital Zürich, Mai 2000
- Karotsch, D.; Pflregar, M.:** Ein Grund zum Heulen? Pro & Contra zum SPM. Altenpflege, 9/ 1997

- Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (Hrsg.):** Pflegequalität und Pflegeleistungen I. Zwischenbericht zur ersten Phase des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen“. Freiburg/ Köln 2001
- Kauder, V.:** Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.). Psychosoziale Arbeitshilfen 11, Bonn 1997
- Klie, Th.:** Heimverträge richtig gestalten. KDA Thema 124. Köln 1997
- Klie, Th.:** Das Urteil. Pflegekasse nicht deckungsgleich mit Pflegestufe. Altenheim 2000
- Kramer, U.:** Ergänzende Leistungspflichten der Sozialhilfeträger bei unzureichenden Pflegeleistungen der Pflegekassen. Zum Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 15.6. 2000. Zeitschrift für das Fürsorgewesen 10/ 2000
- Kramer, U.; Exner, N.:** Haushaltshilfe als Teil der Pflege. Das Verhältnis zwischen Grundpflege und Hauswirtschaft im BSHG. Häusliche Pflege 11/ 2000
- Kuratorium Deutsche Altershilfe: Institut für Altenwohnbau:** Übersicht über Anhaltszahlen für die Personalbemessung in Altenheimen und Altenpflegeheimen und Merkmale für die Eingruppierung nach Pflegebedürftigkeitsgruppen. Januar 1990
- Kuratorium Deutsche Altershilfe:** RAI. System zur Klientenbeurteilung und Dokumentation. Forum 28. Köln 1996
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.):** Pflegezeitbedarf und Pflegeleistungen in der häuslichen und der vollstationären Altenhilfe. GeroCare 6-Workshop des KDA am 3.-4. Juli 1997 in Bonn. Newsletter 6/97
- Kuratorium Deutsche Altershilfe:** Pflegezeitbedarf, Personalbemessung und Fachkraftanteil in vollstationären Einrichtungen. Dokumentation einer KDA- Fachtagung vom 22.- 23. September 1999 im Wissenschaftszentrum Bonn- Bad Godesberg. Thema Heft 154
- Kuratorium Deutsche Altershilfe:** Pflegezeitbedarf, Personalbemessung und Fachkraftanteil in vollstationären Einrichtungen – unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse aktueller Untersuchungen aus Deutschland und des in der Schweiz und in Kanada eingesetzten Verfahrens PLAISIR. Köln 1999
- Kuratorium Deutsche Altershilfe:** Wissenschaftliche Begleitung der Erprobung des Verfahrens PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt. (unveröffentlichter) Abschlußbericht. Dezember 2000
- Kuratorium Deutsche Altershilfe:** Modellhafte Anwendung des Verfahrens PLAISIR im Kreis Segeberg. Dokumentation einer KDA- Fachtagung am 27. Juni 2001 in Bad Segeberg

- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.):** Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Juni 1997
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.):** Ergänzung zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Januar 2000
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.):** MDK- Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege. 2. Ausgabe, Juni 2000
- Metzler, H.:** Modellversuch zur „Bildung von Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf“ nach § 93a BSHG. Rheinland- Pfalz 1999
- Müller, D.:** Konzept zur Betreuung demenzkranker Menschen. KDA (Hrsg.) Thema Heft 151. Köln 1999
- Müller Imboden, A.:** NURSING DATA: „Das Gerüst“ für ein schweizerisches Pflegeinformationssystem. Tagung über in der Schweiz verwendete Systeme zur Beschreibung und Klassifikation von Patienten. Stand der Dinge. Bern, 12.11. 1999
- Mybes, U.:** „Pflegebedürftigkeit, Pflegeleistungen und Verteilung der Pflegearbeitszeit. Fallstudie in einer ausgewählten Altenpflegeeinrichtung“. Teil I: Abschlußbericht, 1995
- Mybes, U.; Kieschnick, H.; Reger, C.:** Ergebnisse einer Leistungs- und Zeitaufwandserhebung in zehn Wohnbereichen kommunaler Altenpflegeeinrichtungen in NRW. Köln, Januar 1998
- Oberdieck, V.:** Wieviel Pflegefachkräfte brauchen Pflegeheime. Ein Beitrag zur Diskussion um die Fachkraftquote in der Heimpersonalverordnung. Juli 1998
- Oud, Nico:** Aciendo. Dritte europäische Konferenz der Organisation für gemeinsame europäische Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse. Berlin 2001
- PCS News:** Messung der Intensität und der Qualität der Langzeitpflege: Schweizer und internationale Resultate. Tagung, Bern, 2. März 2001
- Pfaff, M.; Schmidt-Zadel, R.; Bösel, S.:** Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsgesetzes 1995 zur Vermeidung sozialer Härten für Menschen mit geistiger Behinderung, Demenz und gerontopsychiatrischer Erkrankung. Diskussionspapier zur Vorlage Für die Sitzung der AG Gesundheit der SPD- Bundestagsfraktion. 1. Entwurf. Bonn, Dezember 1997
- Pfaff, A. B.; Huchler, U.; Schäfer- Walkman, S.; Engelhart, R.:** Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit von Pflegeleistungen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe, o.J.
- Pflege intern:** Zehn Minuten Pflege fehlen. Ausgabe 22/ 2000, S.13
- Rübiger, S.:** Vergütungskalkulation. Berechnungsbeispiel für das SPM. Altheim 9/ 97

- Radzey, B.; Heeg, S.; Goerlich, Ch.:** Kurzevaluation von Wohngruppen für Verwirrte in Frankreich und den Niederlanden. Aus KDA Thema Heft 145, Köln 1999
- Rensselaer:** Multistate Nursing Home Case-Mix and Quality Demonstration, Description of the Resource Utilization Group. Version III (RUG-III) System. University of Michigan 1991
- Rensselaer:** Staatenübergreifende Mischfall-Studie und Qualitätsnachweis in Pflegeheimen. Beschreibung der Ressourcenaufwendungsgruppe. Version III (RUG-III) System. Universität von Michigan 1991
- Rey, J.- C. (ISE):** Patientenklassifikationen im stationären und ambulanten Sektor. Bern 2000
- Roth, G., Rothgang, H.:** Stop der „Preiswalze“? Führt das Pflegeversicherungsgesetz zu einer Angleichung und Begrenzung der Heimentgelte?. Bremen 1999
- Roth- Langhorst, H.:** Von Partnern und Helfern. Virginia Henderson. Altenpflege, Ausgabe 11/ 1996, S. 719-722
- Rückert, W.:** Sinnvolle Ergänzung der BMG- Vorschläge. Zum neuen Konzept der Koalition zur Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenz. Forum für Gesundheitspolitik. 01/ 01
- Schaffenberger, E.; Juraszovich, B.; Pochobradsky, E.:** Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich. Übersicht über die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder. Wien 1999
- Schlegel, A.:** Professionelle Pflege nach Virginia Henderson. Heilberufe, Heft 2/ 2000, S. 9
- Schmähl, W.; Rothgang, H.; Offe, C.; Hinrichs, K.:** Implementation der Pflegeversicherung: Entscheidungsprozeß und Auswirkungen. Abschlußbericht. 1. Fassung. Berlin/ Bremen 1997
- Schmähl, W.; Rothgang, H.:** Die Auswirkungen der 2. Stufe der Pflegeversicherung auf die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen im Rahmen der Sozialhilfe. Abschlußbericht. Bremen 1998
- Schmidt-Zadel, Regina:** Die Finanzierungsdiskussion muss nicht angestoßen werden, wir haben sie bereits. Forum für Gesundheitspolitik. Berlin, Januar 2001
- Schmitz, E.:** PLAISIR- Ein Modellprojekt der AWO zur Bemessung des individuellen Pflegebedarfes. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit. Nr. 2/ 2001
- Schneeklotz, U.; Müller, U.:** Wirkungen der Pflegeversicherung. Band 127, S. 140- 179. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. München 1999
- Schneider, U.:** Die soziale Pflegeversicherung in Deutschland: Gestaltung, Implementierung und erste Bewertung. Universität Hannover, 1999
- Schuler, Ch.:** Das Sozialamt muss weiterzahlen. Urteil bestätigt bisherige Verfahrensweise für ergänzende Leistungen nach dem BSHG. Häusliche Pflege 12/ 2000

- Schulz, H.; Standke, H.- J.:** Pflegeprozessplanung kann billiger und besser sein. Integration des FIM- Assessments. Pflegezeitschrift 12/ 99
- Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen (Hrsg.):** Instrumente zur Messung des Pflegeaufwandes in Altersheimen und Akutspitälern. Arbeitsgruppe „Dotation en personnel“ der GRSP unter der Leitung von Anne Berthou. Aarau 1995
- Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen (Hrsg.):** Hilfe und Pflege zu Hause in der Westschweiz, in Bern und im Tessin. Messung des Arbeitsaufwandes. Arbeitsgruppe „Personaldotation“ des GRSP unter der Leitung von Anne Berthou. Lausanne 1996
- Sozialreferat:** Änderung der Heimart bei Alten- und Pflegeheimen der Münchenstift gGmbH. 1998
- Streit E.; Pieperjohanns, Th.:** Indicatiecommissies – Aspekte der Pflegebedarfserfassung in den Niederlanden. PR- Internet, 06/ 2000, S. 139-142
- Tilquin, Ch.:** Analyse de l’outil d’évaluation indirecte: RUG’s III. Montréal 1994
- Tilquin, Ch.:** Operationsresearch im Gesundheitswesen. Informatisierte Planung der erforderlichen Pflege. Referat, September 1998
- Tilquin, Ch.:** MDS et PLAISIR permettent- ils d’obtenir un classement RUG’s identique? Montréal 1999
- Tilquin, Ch.:** Ungewollte Nebenwirkungen der verschiedenen Finanzierungsarten von Betrieben, die abhängige Personen betreuen. Vortrag, Montréal o.J.
- Tilquin, Ch.:** Calcul du personnel Requis. Montréal o.J.
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.:** Übergangsregelungen für die vollstationäre Pflege (Artikel 49 a und b). Anmerkungen und Fragen zu 49 a und b. Bonn, Juni 1996
- Verband der Angestellten- Krankenkassen e.V.:** Sozialgesetzbuch. Siegburg, Stand: 1.Januar 2000
- Verband der Angestellten Krankenkassen e.V.:** Vorläufige gemeinsame Erläuterungen zu Artikel 49 a Pflege VG. Siegburg o. J.
- Vereinigung** der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene: Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen, März 1996
- Vereinigung** der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene: Gemeinsame Empfehlungen zur Umsetzung des SGB XI ab Inkrafttreten der Stufe II Pflege VG vom 13.05.1996
- Vollmer, R. J.:** Long- Term Care Insurance in Germany. Revised Paper. Porto, 11th to 14th May 2000

- vom Endt, H. J.; Fasse, M.; Kirchhof, R.-R.; Walter, M.:** PERSYS. Leistungsgerechte Pflegesätze und Maßstäbe zur Personalbemessung für die stationäre Pflege. Evangelische Heimstiftung. Stuttgart im Mai 1999, Ausgabe Februar 2000
- Weber- Sieb, J.:** PERSYS. Grundlagen und Ergebnisse. Symposium Pflegeversicherung. Stuttgart 1996
- Winter, U.:** Ermittlung der Jahreseinsatzstundenzahl. o.J.
- Wipp, M.:** Optimieren durch Kombinieren. Methoden zur Ermittlung des Personalbedarfs. Teil 1, Altenheim, 12/ 2000
- Wipp, M.:** Vergleichen stellt Weichen. Methoden zur Ermittlung des Pflegezeitbedarfs. Teil 2, Altenheim, 01/ 2001
- Works:** Tätigkeitsaufschreibung zur Leistungserbringung in der Pflege alter Menschen. Abschlußbericht zur Untersuchung im Auftrag der AWO, Bezirksverband Mittelrhein e. V., Köln 1997
- Zegelin, A.:** Anforderungen an Personalmessungssysteme aus pflegewissenschaftlicher Perspektive. Landespflegeetag, Stuttgart, 29.11.2000
- Zimber, A.; Albrecht, A.; Weyerer, S.:** Die Beanspruchungssituation in der stationären Altenpflege nach Einführung der Pflegeversicherung: Ergebnisse einer Verlaufsstudie. Mannheim, November 1998
- Zimber, A.:** Personalressourcen erkennen und nutzen. Ergebnisse der „Potentialanalyse stationäre Altenpflege (PASTA)“ .. Altenheim, 2/ 01

7 Ausgewählte Materialien zum Verfahren PLAISIR

7.1 Ungewollte Nebenwirkungen der verschiedenen Finanzierungsarten von Betrieben, die abhängige Personen betreuen.