

Pflegepersonalbedarfsermittlung

Pflegepersonalbedarf – Orientierung notwendig

Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz ermöglicht seit dem 01.01.2019 die Finanzierung jeder zusätzlich geschaffenen Stelle oder aufgestockten Teilzeitstelle in der Pflege am Bett. Regelungen zur sinnvollen Höhe des Bedarfs an Pflegekräften nach Behebung des Pflegenotstands sind nicht enthalten.

Zur Mindestausstattung wurden in Form von Pflegepersonaluntergrenzen erste Festlegungen per Verordnung getroffen, alle bettenführenden Fachabteilungen sollen folgen. Eine Evidenz oder sonst. wissenschaftliche Grundlage für die Festlegungen existiert bisher nicht.

Der sog. Pflegelast- oder Pflegeaufwandkatalog des InEK basiert auf Auszügen aus der DRG-Kalkulation, einer mehr oder weniger genauen Abbildung der Ist-Situation der Pflege in Form von tagesgleichen Relativgewichten. Diese Gewichte geben nicht den tatsächlichen Pflegebedarf wieder und sind daher auf Dauer ungeeignet.

Es herrscht derzeit also eine Orientierungslosigkeit, die letztlich alle Beteiligten verunsichert und zu unterschiedlichster Kritik Anlass gibt, obwohl die gute Absicht des Gesetzgebers erkennbar ist.

Was fehlt, ist ein Instrumentarium zur Ermittlung eines angemessenen Pflegebedarfs und daraus abgeleitet einer angemessenen Personalausstattung. Ein solches Instrument würde eine Orientierung an der Pflegebedürftigkeit der Patienten und ihrer Angehörigen und damit eine Bewertung von unangemessen niedriger Pflegepersonalausstattung (unterhalb von Pflegepersonaluntergrenzen), angemessener Pflege und überzogener Pflegepersonalforderungen ermöglichen.

Lösungsvorschlag: Verankerung eines amtlichen Instruments für den „tatsächlichen Pflegebedarf“

Gesetzliche Verankerung in § 17b Absatz 4 KHG

Es wird hinter Satz 5 ein neuer Satz 6 eingefügt mit folgendem Wortlaut:

„Für die Weiterentwicklung sind amtliche Instrumente zur Pflegebedarfserhebung zum Nachweis der Pflegeleistung zu entwickeln und zu implementieren.“

Gesetzliche Verankerung in §137j Absatz 1 SGB V

Es wird hinter Satz 3 ein neuer Satz 4 eingefügt mit folgendem Wortlaut:

„Bei der Weiterentwicklung des Kataloges sind die Daten aus dem zu entwickelnden amtlichen Instrument zur Pflegebedarfserhebung und Nachweis der Pflegeleistung zugrunde zu legen.“

Instrument zur Pflegepersonalbedarfsermittlung

Das im Folgenden vorgestellte Instrument zur Ermittlung von Pflegepersonalbedarf kann als amtliches Instrument zur Verfügung gestellt werden. Es besteht aus 2 Teilen, dem Pflege-Bedarfs-Score (PBS), einem Assessmentinstrument zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs des einzelnen Patienten und dem Pflege-Maßnahmen-Score (PMS), mit dem die am einzelnen Patienten durchgeführten Pflegemaßnahmen erfasst werden.

Pflege-Bedarfs-Score (PBS)

Das mit wissenschaftlicher Unterstützung des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld unter Leitung von Herr Dr. Klaus Wingenfeld gemeinsam mit dem Berufsverband Kinderkrankenpflege (BEKD) und GKinD entwickelte Assessment-Instrument ermöglicht eine Einschätzung des pflegerischen Unterstützungsbedarfs kranker Kinder und ihrer Eltern. Der daraus abgeleitete Pflege-Bedarfs-Score wiederum ermittelt den dafür notwendigen Personaleinsatz über hinterlegte Zeitwerte.

Assessment für kranke Kinder und Jugendliche: Kompetenzförderung von Eltern kranker Kinder	
Name des Kindes: _____	
Name(n) der Person(en), auf die sich die Einschätzung bezieht: _____	
Datum der Einschätzung: ____ . ____ . ____	Handzeichen: _____
Bitte immer die Art der erforderlichen Unterstützung für die Eltern angeben:	
Information:	mündliche oder schriftliche Vermittlung von Information
Anleitung/Schulung:	praktische Vermittlung von Fähigkeiten und Techniken
Beratung:	Unterstützung in Entscheidungssituationen, Beratung zur Kompetenzförderung
1.1 Hilfen bei Alltagsaktivitäten	Art d. Unterstützung d. Eltern
<input type="checkbox"/> Mobilität (Körperposition, Fortbewegung, Transfer)	<input type="checkbox"/> Inf <input type="checkbox"/> Anl <input type="checkbox"/> Ber
<input type="checkbox"/> Körperpflege (Waschen, Duschen/Baden, Zahn-/Mundpflege, Hautpflege)	<input type="checkbox"/> Inf <input type="checkbox"/> Anl <input type="checkbox"/> Ber
<input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme / Trinken / Stillen	<input type="checkbox"/> Inf <input type="checkbox"/> Anl <input type="checkbox"/> Ber
<input type="checkbox"/> Ausscheidung	<input type="checkbox"/> Inf <input type="checkbox"/> Anl <input type="checkbox"/> Ber
<input type="checkbox"/> Ruhen/Schlafen, Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/> Inf <input type="checkbox"/> Anl <input type="checkbox"/> Ber
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inf <input type="checkbox"/> Anl <input type="checkbox"/> Ber
Erläuterungen:	

Abb. 1: Beispiel aus dem Assessment zur Kompetenzförderung der Eltern kranker Kinder

Das Ergebnis ist ein am Unterstützungsbedarf kranker Kinder und ihrer Eltern orientierter angemessener Personalbedarf.

Dieses Instrumentarium ist mit altersentsprechend angepasstem Assessment übertragbar auf erwachsene Patienten.

Pflege-Maßnahmen-Score (PMS)

Um sicherzustellen, dass der Patient nach dem ermittelten Unterstützungsbedarf (=Soll) auch tatsächlich über entsprechende Maßnahmen versorgt wird, müssen die Maßnahmen in einem Pflege-Maßnahmen-Score (=Ist) erfasst werden.

Pflege-Maßnahmen-Score (PMS) für Kinder und Jugendliche 2019							
Allgemeine Pflege							
Leistungsbereiche	IMMER	Altersgruppe	PPR-Stufe	PKMS-Bezeichnung	Maßnahme	Verknüpfung	Anmerkung *
Bewegen und Lagern	24h-Tag inkl. Vor- und Nacharbeiten	K	A1		Bettreinigung / Bettwäschewechsel		
		K	A2		Positionenunterstützung mit Hilfsmitteln, z.B.: Reisschlangen, Sandsack, Kissen	und / oder	
		K	A2		Prophylaktischer Maßnahmen, z.B.: Pneumonieprophylaxe, Dekubitusprophylaxe*	und / oder	
		K	A2		Mobilisieren, z.B.: Positionenunterstützung, Laufübung*, Durchbewegen		* altersabhängig, z.B.: einzelne Schritte, Bewegungsablauf
		K	A3		Spezielle Positionenunterstützungen, z.B.: Dreistufenlagerung, Drainagelagerung, Positionenunterstützung bei Extension, mit Patienten-Lift	und / oder	
		K	A3		Aufwendige Maßnahmen zur Spannungsregulierung, z.B. Aufbau oder Abbau von Muskeltonus	und / oder	
		K	A3		Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln, z.B. Schiene(n), Korsett	und / oder	
		K	A3		Lauftraining*	und / oder	* altersabhängig, z.B.: Festigung der Muskulatur, viele Schritte, Automatisierung
		K	A3		Mobilisation mit Hilfsmitteln*		
		K	A4	D1		Lagerungswechsel (bzw. Mikrolagerung) mindestens 10 x täglich bedingt durch zutreffenden Grund / Erschwerisfaktor, \leq	
	K	A4	D2		Mindestens 8 x tägl. Lagerungs-/Positionenwechsel (bzw. Mikrolagerung) und/oder Mobilisation, davon mind. 4 x täglich mit 2 Pflegepersonen \leq		
	K	A4	D3		Unterstützung bei der Mobilisation aus dem Bett mit zusätzlichen erforderlichen Aktivitäten wie: o aufwändiges Anlegen von z.B. Stützkorsett/-hose, Kompressionsanzug vor/nach der Mobilisation ODER o mindestens 4 x täglich Spastik des Patienten lösen und Anbahnung normaler Bewegungsabläufe durch Faszilitation, Inhibition mindestens 2 x täglich		
	K	A4	D4		Aufwendige Mobilisation aus dem Bett UND o Kleinkindgerechtes Gehtraining unter Anwendung von Techniken wie Faszilitation, Inhibition, Kinästhetik ODER o Kleinkindgerechtes Gehtraining nach verschiedenen therapeutischen Konzepten (wie NDT, MRP, Bobath) ODER o Kleinkindgerechtes Gehtraining mit Gehhilfen wie Unterarmgehstützen, Gehwagen/Rollator		

Abb. 2: Beispiel aus dem Pflege-Maßnahmen-Score (PMS) für die Altersgruppe Kleinkind

Dieser Pflegemaßnahmen-Score orientiert sich an der Erfassungslogik der ehemaligen PPR (Kinderanteil), der bekanntlich Grundlage der InEK-Kalkulation für die patientennahe Pflege am Bett ist. Der PMS wurde durchgängig an aktuelle Standards angepasst einschl. Nachtdienste.

Das folgende Schaubild gibt eine Übersicht der Inhalte der beiden Scores:

SOLL – IST Ermittlung der Lücke zwischen Bedarf und IST	
Ergebnis der Pflegebedarfsermittlung (SOLL) <ul style="list-style-type: none"> • Pflegebedarfsscore (PBS) • Stuserhebung <ul style="list-style-type: none"> • Mobilität, Ernährung, Ausscheidung, Körperpflege • Psychosozialer Entlastungsbedarf • Erschwerisfaktoren <ul style="list-style-type: none"> • Schmerzen, bes. Risiken... • Bedarfsplanung <ul style="list-style-type: none"> • Alltagsverrichtungen • Pflegerische, medizinische, therapeutische Einzel- und Überwachungsmaßnahmen • Kompetenzförderung der Eltern 	Nachweis der Pflegemaßnahmen (IST) <ul style="list-style-type: none"> • Pflegemaßnahmen score (PMS / PKMS) • Leistungserhebung (<u>allgemein+speziell</u>) <ul style="list-style-type: none"> • Körperpflege • Ernährung • Ausscheidung • Lagern und Mobilisieren • Kommunikation • Atmung • Medikamentöse Versorgung • Invasive Maßnahmen • ... • Aufnahme- und Entlassmanagement • Pflegegrundwert

Abb. 3: Übersicht der Inhalte der beiden Scores

Vorteil der Verwendung dieser beiden Scores ist die Möglichkeit eines Soll-Ist-Vergleichs für den angemessenen Pflegebedarf einer konkreten Klinik. Damit erhält die Klinik ein valides Instrument zur Pflege-Bedarfs-Planung. Dies ist auch für zukünftige Verhandlungen von Pflegebudgets wichtig, da sich andere Parameter nicht in dem Maß für den Nachweis einer angemessenen Pflege-Personalausstattung eignen. Der konkrete stationäre Pflegebedarf eines Patienten hängt von der Schwere der akuten Erkrankung ab. Dies ist trotz gleicher Diagnose / gleicher DRG nicht gleich. Auch kann man das Vorhandensein einer bestimmten Diagnose, z.B. bei einer Behinderung, nicht zwingend anführen, da sie nicht bei jedem Patienten einen erhöhten Pflegeaufwand auslöst. Die Einstufung nach Pflegegraden kann nur flankierend für die Bedarfseinschätzung in der Akutphase Berücksichtigung finden.

Die Verwendung eines bundeseinheitlichen amtlichen Scores hat viele Vorteile:

Sie ermöglicht eine qualitativ hochwertige Kalkulation beim InEK. Sie lässt sich via Vorschlagsverfahren bundeseinheitlich weiter entwickeln. Vergleiche zwischen Kliniken sind möglich, da alle Standorte auf die gleiche Datenbasis zurückgreifen und damit die gleiche Sprache sprechen. Eine Verknüpfung beider Scores mit einer OPS-Prozedur (Antrag wurde im Vorschlagsverfahren 2020 gestellt) stellt sicher, dass das DIMDI die Hoheit über die Instrumente hat und diese damit kostenfrei zur Verfügung stehen. Zudem lassen sich die Prozeduren für die InEK-Kalkulation zur Identifizierung der unterschiedlichen „Aufwände“ eines Patienten nutzen.

Digitale Erfassung

Für das Assessment-Instrument (PBS) bedarf es einiger Ergänzungen vorhandener Programme zur Pflegedokumentation. Kliniken, die noch nicht über eine digitale Pflegedokumentation verfügen, müssten diese zumindest für das Assessment einführen, wenn ein manueller Erfassungsaufwand vermieden werden soll.

Für den PMS existieren in vielen Kliniken bereits die erforderlichen IT-Systeme, da die PPR-Logik bei der Erfassung (A1-A3- und S1-S3-Matrix) erhalten bleibt und lediglich die Kriterien sowie die Minutenwerte überarbeitet und an aktuelle Standards angepasst wurden.

Sowohl das Assessment-Instrument, der PBS als auch der PMS werden lizenzfrei zur Verfügung gestellt, um sie in amtliche Instrumente zu überführen, die dann im Sinne eines lernenden Systems auf Basis von Ist-Daten regelmäßig aktualisiert werden sollten.

Kontakt:

Jochen Scheel: Jochen.Scheel@GKinD.de

Dr. Nicola Lutterbüse: Nicola.Lutterbuese@GKinD.de

GKinD e.V.

Tannenstr. 15

D-57290 Neunkirchen

Tel. 030.60984280