

Modellprogramm zur
Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI

EVALUATION DES NBA
ERFASSUNG VON VERSORGUNGS-AUFWÄNDEN IN STATIO-
NÄREN EINRICHTUNGEN (EVIS)

ENDBERICHT

Projektleitung:

Prof. Dr. Heinz Rothgang, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen

Projektleitung in Kooperation mit:

Prof. Dr. Martina Hasseler, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften

Wissenschaftliche Mitarbeiter (ZeS):

Mathias Fünfstück, M.Sc. Pflegewissenschaft und -management, Diplom-Pflegewirt FH

Lydia Neubert, M.A. Public Health/Pflegewissenschaft

Jonas Czwikla, M.A. Public Health

Unter Mitarbeit von (ZeS):

Julia Bidmon, cand. B.A. Public Health

Steffi Großmann, cand. B.A. Public Health

Bremen, März 2015

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	IX
1 Einleitung	1
2 Hintergrund und Problemstellung	3
3 Ziel und Fragestellungen der Studie	9
4 Stand der Forschung	10
4.1 Entwicklung des Neuen Begutachtungsassessments (NBA)	10
4.2 Instrumente zur Zeiterfassung von Versorgungsaufwänden in der stationären Langzeitpflege	11
5 Studiendesign	15
5.1 Auswahl der Pflegeeinrichtungen und Bewohner	15
5.2 Entwicklung des Instruments zur Ermittlung des Versorgungsaufwands	16
5.3 Zu erhebende Daten und technische Umsetzung	20
5.3.1 Institutionelle Informationen	20
5.3.2 Personenübergreifende Informationen	21
5.3.3 Direkte personenbezogene Informationen und Leistungsdaten	22
5.3.4 Technische Realisierung des Instruments zur Leistungserfassung	24
5.3.5 Einhaltung des Datenschutzes	24
6 Datenerhebung	25
6.1 Akquise der Pflegeeinrichtungen und Studienteilnehmer (Bewohner)	25
6.2 Ablauf der Datenerhebung	26
6.2.1 Anwendung des NBA	29
6.2.2 Erfassung des Versorgungsaufwands	30
6.3 Schwierigkeiten in der Datenerhebung und methodische Limitationen	35
6.3.1 Dokumentation von Leistungskomplexen in Abgrenzung zu Einzelleistungen	36
6.3.2 Dokumentation per Selbstaufschrieb durch das Pflege- und Betreuungspersonal	36
6.3.3 Dokumentation von parallel zu erbringenden Leistungen	37
6.3.4 Die Über- oder Unterdokumentation von Zeiten für erbrachte Leistungen	38
6.3.5 Das Handling der mobilen Erfassungsgeräte	38
7 Datenbereinigung und Auswertung der Daten	39

8	Darstellung der Ergebnisse	45
8.1	Beschreibung und Repräsentativität der Stichprobe.....	45
8.1.1	Umfang der Stichprobe, Trägerschaft und Größe der Pflegeeinrichtungen	45
8.1.2	Abgleich der Pflegeeinrichtungen mit der amtlichen Statistik.....	46
8.1.3	Soziodemografische Daten der in die Studie einbezogenen Bewohner	48
8.1.4	Repräsentativität der Stichprobe	51
8.1.5	Qualifikation der in die Studie einbezogenen Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen	54
8.2	Zentrale Ergebnisse I: Versorgungszeiten und Zeitaufwände für die erbrachten Leistungen.....	56
8.2.1	Versorgungszeiten und Zeitaufwände je Bewohner nach Pflegestufen	56
8.2.2	Versorgungszeiten nach Pflegestufen im Vergleich mit früheren Studien	61
8.2.3	Versorgungszeiten und Zeitaufwände je Bewohner nach Pflegegraden	63
8.2.4	Sind die Zeitaufwände pro Pflegegrad für somatisch und kognitiv Beeinträchtigte gleich hoch?	68
8.2.5	Versorgungszeiten und Zeitaufwände nach Qualifikation der Mitarbeiter	72
8.3	Zentrale Ergebnisse II: Schichtung und Verhältnis der durchschnittlichen Versorgungsaufwände bezogen auf die Pflegegrade	74
8.4	Zentrale Ergebnisse III: Homogenität oder Heterogenität der Pflegegrade hinsichtlich der Versorgungszeiten und Zeitaufwände	76
8.4.1	Trennschärfe der Pflegegrade	77
8.4.2	Homogenität bzw. Heterogenität der Pflegegrade	77
8.4.3	Überlappung der Pflegegrade im Vergleich zu den Pflegestufen.....	82
8.5	Zentrale Ergebnisse IV: Tätigkeitsbereiche gesundheitlicher, betreuender und pflegerischer Leistungen.....	85
8.6	Zentrale Ergebnisse V: Kreuztabellen von Pflegestufen und Pflegegraden.....	89
9	Zusammenfassung und Ausblick.....	93
10	Literaturverzeichnis	96

Anhang

- A) Entwicklung des Instruments zur Ermittlung des Pflegeaufwands
- B) Suchstrategie der systematischen Literaturrecherche
- C) EViS-Datenschutzkonzept
- D) EViS-Informationsschreiben an die Pflegeeinrichtungen
- E) EViS-Einverständniserklärung für die Bewohner
- F) EViS-Interventionskatalog
- G) EViS-Schulungskonzept
- H) EViS-Anwenderleitfaden
- I) EViS-Projektregeln

Abkürzungsverzeichnis

A	Anleiten
ADL	Activities of Daily Living
AEDL	Aktivitäten und Existentielle Erfahrungen des Lebens
App	Applikation
B	Beaufsichtigung
BBK	Bewohnerbezogene Kommunikation
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BremDSG	Bremisches Datenschutzgesetz
DESTATIS	Statistisches Bundesamt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DIP	Direkte und indirekte Pflegeleistungen
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
ENP	European Nursing Care Pathways
EVIS	Evaluation des NBA – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen
G-DRGs	German Diagnosis Related Groups
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICNP	International Classification of Nursing Practice
IK	Interventionskomplex
KDA	Kuratorium Deutscher Altershilfe
KKSB	Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen
KTL	Klassifizierung therapeutischer Leistungen
LEP	Leistungserfassung in der Pflege
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MMA	Multimomentaufnahme
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NBA	Neues Begutachtungsassessment
NMDS	Nursing Minimum Data Set
NOC	Nursing Outcomes Classification

OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PEA	Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
PERSYS	Personalbemessungssystem – Leistungsgerechte Pflegesätze und Maßstäbe zur Personalbemessung für die stationäre Pflege
PfIEG	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PG	Pflegegrad
PiSaar	Pflegebedarf im Saarland
PLAISIR	Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis
PNG	Pflege-Neuorientierungs-Gesetz
PS	Pflegestufe
RAI	Resident Assessment Instrument
REFA	Verband für Arbeitsgestaltung, Betriebsorganisation und Unternehmensentwicklung
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	Standard Operating Procedures
SozOPS-G	Prozedurenschlüssel der Geriatrie – Soziale Arbeit
SPV	Soziale Pflegeversicherung
StGB	Strafgesetzbuch
TÜ	Teilübernahme
VIAW	Verwaltungs- und Instandhaltungsaktivitäten plus Wege
VÜ	Vollübernahme
ZeS	Zentrum für Sozialpolitik

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Darstellung der zweiteiligen Datenerhebung.....	25
Abbildung 2:	Besuch der MDK-Gutachter im Anschluss an die Erfassung des Versorgungsaufwands	30
Abbildung 3:	Erste Phase der Datenerhebung.....	32
Abbildung 4:	Zweite Phase der Datenerhebung.....	34
Abbildung 5:	Dritte Phase der Datenerhebung.....	35
Abbildung 6:	Parallel ablaufende und kontinuierliche Datenerhebung pro Bundesland	35
Abbildung 7:	Flussdiagramm der gültigen Fälle	41
Abbildung 8:	Flussdiagramm der gültigen Aktivitäten (mit Bewohnerbezug und bewohnerübergreifend)	42
Abbildung 9:	In die Stichprobe einbezogene Pflegeeinrichtungen nach Trägerschaft.....	46
Abbildung 10:	Durchschnittliche Zeitaufwände nach Pflegegraden und Trägerschaft (mitarbeiterbezogen).....	47
Abbildung 11:	Altersverteilung der in die Stichprobe einbezogenen Bewohner	49
Abbildung 12:	Geschlechtsspezifische Altersverteilung der Bewohner	49
Abbildung 13:	Verteilung der in die Stichprobe einbezogenen Bewohner nach Pflegestufen.....	50
Abbildung 14:	Zeitraum des Bestehens der Pflegestufen in Quartalen.....	50
Abbildung 15:	Altersverteilung der in die Stichprobe einbezogenen Personen nach PEA-Status.....	51
Abbildung 16:	Geschlechterverteilung der eigenen Stichprobe (ZeS) im Vergleich zu Daten aus der SPV (BMG 2013b) und Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013).....	52
Abbildung 17:	Pflegestufenverteilung der eigenen Stichprobe (ZeS) im Vergleich zu Daten aus der SPV (BMG 2013b) und Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013).....	52
Abbildung 18:	Altersverteilung der eigenen Stichprobe (ZeS) im Vergleich zu Daten aus der SPV (BMG 2013b) und Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013)	53
Abbildung 19:	PEA-Verteilung der eigenen Stichprobe (ZeS) im Vergleich zu Berechnungen aus Routinedaten der BARMER GEK und Brucker et al. (2013).....	54
Abbildung 20:	Qualifikation der in die Stichprobe einbezogenen Mitarbeiter.....	55
Abbildung 21:	Durchschnittliche Versorgungszeiten nach Pflegestufen (bewohnerbezogen)	57
Abbildung 22:	Durchschnittliche Zeitaufwände nach Pflegestufen (mitarbeiterbezogen)	57
Abbildung 23:	Durchschnittliche Versorgungszeiten nach Pflegestufen und Aktivitätstyp (bewohnerbezogen)	58
Abbildung 24:	Durchschnittliche Versorgungszeiten nach Pflegestufen und PEA (bewohnerbezogen)	59
Abbildung 25:	Durchschnittliche Zeitaufwände nach Pflegestufen und PEA (mitarbeiterbezogen).....	59
Abbildung 26:	Durchschnittliche Versorgungszeiten nach Pflegestufen und Geschlecht (bewohnerbezogen)	60

Abbildung 27: Durchschnittliche Zeitaufwände nach Pflegestufen und Geschlecht (mitarbeiterbezogen).....	60
Abbildung 28: Vergleich der durchschnittlichen Versorgungszeiten zwischen ZeS und Schneekloth & Müller (2000) (ohne Gruppenaktivitäten).....	62
Abbildung 29: Vergleich der durchschnittlichen Zeitaufwände zwischen ZeS und Wingenfeld & Schnabel (2000) (mitarbeiterbezogen).....	63
Abbildung 30: Verteilung der in die Stichprobe einbezogenen Bewohner nach Pflegegraden.....	64
Abbildung 31: Durchschnittliche Versorgungszeiten nach Pflegegraden (bewohnerbezogen)	65
Abbildung 32: Durchschnittliche Zeitaufwände nach Pflegegraden (mitarbeiterbezogen)	66
Abbildung 33: Durchschnittliche Versorgungszeiten nach Pflegegraden und Aktivitätstyp (bewohnerbezogen)	66
Abbildung 34: Durchschnittliche Versorgungszeiten nach Pflegegrad und Geschlecht (bewohnerbezogen)	67
Abbildung 35: Durchschnittliche Zeitaufwände nach Pflegegraden und Geschlecht (mitarbeiterbezogen).....	67
Abbildung 36: Durchschnittliche Versorgungszeiten nach Pflegegrad und PEA (bewohnerbezogen)	68
Abbildung 37: Durchschnittliche Zeitaufwände nach Pflegegraden und PEA (mitarbeiterbezogen).....	69
Abbildung 38: Durchschnittliche Versorgungszeiten für somatisch und kognitiv beeinträchtigte Personen nach Pflegegraden (bewohnerbezogen)	70
Abbildung 39: Durchschnittliche Zeitaufwände für somatisch und kognitiv beeinträchtigte Personen nach Pflegegraden (mitarbeiterbezogen)	71
Abbildung 40: Durchschnittliche Versorgungszeiten nach Pflegegraden und Qualifikationen (bewohnerbezogen)	72
Abbildung 41: Durchschnittliche Zeitaufwände nach Pflegegraden und Qualifikationen (mitarbeiterbezogen).....	73
Abbildung 42: Durchschnittliche Zeitaufwände nach Pflegegraden und Qualifikationen der Mitarbeiter (mitarbeiterbezogen; unkodiert übertragen)	74
Abbildung 43: Relativgewichte der Pflegegrade	75
Abbildung 44: Tägliche Versorgungszeiten nach Pflegestufen (bewohnerbezogen, dargestellt als Normalverteilungskurve mit Histogramm)	78
Abbildung 45: Tägliche Zeitaufwände nach Pflegestufen (mitarbeiterbezogen, dargestellt als Normalverteilungskurve mit Histogramm).....	79
Abbildung 46: Tägliche Versorgungszeiten nach Pflegegraden (bewohnerbezogen, dargestellt als Normalverteilungskurve mit Histogramm)	80
Abbildung 47: Tägliche Zeitaufwände nach Pflegegraden (mitarbeiterbezogen, dargestellt als Normalverteilungskurve mit Histogramm).....	80
Abbildung 48: Tägliche Versorgungszeiten nach Pflegestufen und Pflegegraden (bewohnerbezogene Box-Plot-Darstellung)	82
Abbildung 49: Tägliche Zeitaufwände nach Pflegestufen und Pflegegraden (mitarbeiterbezogene Box-Plot-Darstellung)	83

Abbildung 50: Tägliche Versorgungszeiten nach Pflegestufen und Pflegegraden (bewohnerbezogen)	84
Abbildung 51: Tägliche Zeitaufwände nach Pflegestufen und Pflegegraden (mitarbeiterbezogen).....	85
Abbildung 52: Durchschnittliche Versorgungszeiten nach Pflegegraden (sozialrechtliche Klassifikation).....	86
Abbildung 53: Durchschnittliche Versorgungszeiten nach Pflegegraden (Klassifizierung nach Wingenfeld & Schnabel 2002)	87
Abbildung 54: Durchschnittliche Versorgungszeiten nach Pflegegraden (in Anlehnung an das NBA)	88

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Institutionelle Informationen der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen	21
Tabelle 2:	Personenübergreifende Informationen der teilnehmenden Wohnbereiche	22
Tabelle 3:	Direkte personenbezogene Informationen der teilnehmenden Bewohner	22
Tabelle 4:	Kurzversion des in der Studie eingesetzten Maßnahmenkatalogs	23
Tabelle 5:	Skizzierter Ablauf der Erfassung des Pflege- und Betreuungsaufwands	27
Tabelle 6:	Studienverlauf: Zeitintervalle zwischen den beiden Erhebungen	28
Tabelle 7:	Aktivitäten, deren dokumentierte Zeitwerte bei Ausreißern korrigiert wurden	40
Tabelle 8:	Beschreibung der Studienteilnehmer nach Bundesländern	46
Tabelle 9:	Pflegeeinrichtungen nach Trägerschaft	47
Tabelle 10:	Verteilung der Pflegeplätze (Größe) der Pflegeeinrichtungen	48
Tabelle 11:	Durchschnittliche Versorgungszeiten für somatisch und kognitiv beeinträchtigte Personen nach Pflegegraden (bewohnerbezogen)	70
Tabelle 12:	Durchschnittliche Zeitaufwände für somatisch und kognitiv beeinträchtigte Personen nach Pflegegraden (mitarbeiterbezogen)	72
Tabelle 13:	Versorgungszeiten, Zeitaufwände und Relativgewichte nach Pflegegraden	75
Tabelle 14:	Mittelwerte und Konfidenzintervalle der Versorgungszeiten und Zeitaufwände	77
Tabelle 15:	Streuung der Versorgungszeiten in den Pflegestufen und -graden (bewohnerbezogen)	81
Tabelle 16:	Streuung der Zeitaufwände in den Pflegestufen und -graden (mitarbeiterbezogen)	81
Tabelle 17:	Tägliche Versorgungszeiten nach Pflegestufen und Pflegegraden (bewohnerbezogen)	83
Tabelle 18:	Tägliche Zeitaufwände nach Pflegestufen und Pflegegraden (mitarbeiterbezogen)	84
Tabelle 19:	Paarweise Überlappungsanteile bei Pflegestufen und Pflegegraden (mitarbeiterbezogen)	85
Tabelle 20:	Kreuztabelle für Pflegestufen und Pflegegrade mit allen Bewohnern	89
Tabelle 21:	Kreuztabelle für Pflegestufen und Pflegegrade bei Bewohnern ohne eingeschränkte Alltagskompetenz	91
Tabelle 22:	Kreuztabelle für Pflegestufen und Pflegegrade bei Bewohnern mit eingeschränkter Alltagskompetenz	91
Tabelle 23:	Kreuztabelle für Pflegestufen und Pflegegrade bei Bewohnern mit eingeschränkter Alltagskompetenz und einem doppelten Stufensprung	92

1 Einleitung

Die Studie „Evaluation des NBA – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS)“ wurde als Modellprojekt zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI durch den GKV-Spitzenverband und das Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegeben. Die *Laufzeit des Förderprojekts* zur Einführung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und zur Evaluation des damit verbundenen Neuen Begutachtungsassessment (NBA) begann zum 01.04.2014 und endete zunächst zum 31.01.2015. Für abschließende Arbeiten wurde eine kostenneutrale Verlängerung des Projektes bis zum 31.03.2015 gewährt.

Die Studie wurde unter *Leitung* von Prof. Dr. Heinz Rothgang (Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, ZeS) und Prof. Dr. Martina Hasseler (Ostfalia Hochschule) durchgeführt. *Projektpartner* waren die MDK-Gemeinschaft (Schulung der Gutachter zum NBA, Anwendung des NBA, Unterstützung bei der Rekrutierung der Pflegeeinrichtungen), die EVOCURA GmbH (Softwareentwicklung, Beschaffung und Wartung des Studienequipments, Datenmanagement) und das Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb) (Datenmanagement).

Im Rahmen des Forschungsprojekts wurde ermittelt, welche pflegerischen, gesundheitlichen und betreuenden Leistungen (Art), in welchem Umfang (Anzahl) und Ausmaß (benötigte Zeit) in stationären Pflegeeinrichtungen im Kontext der jeweiligen Pflegegrade erbracht werden. Hierzu erhoben die Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter aus 39 stationären Pflegeeinrichtungen in sieben verschiedenen Bundesländern die Versorgungsaufwände von insgesamt 1.724 Bewohnerinnen und Bewohnern über eine Woche hinweg. In die Analysen einbezogen wurden die Daten zu 1.586 Bewohnern. Nach Schulungen zur Anwendung der Erhebungsinstrumente durch die Projektmitarbeiter der Universität Bremen dokumentierten die Mitarbeiter der teilnehmenden Einrichtungen während der tatsächlichen Verrichtung die jeweils erbrachten Leistungen. Die Erfassung erfolgte mittels elektronischer Aufschriebe via Handgeräte (Smartphones). Zeitnah wurden bei denselben Bewohnern die Pflegegrade festgestellt, die sich nach dem NBA ergeben. Die Begutachtungen mit dem NBA führten geschulte Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (MDK) durch.

Primäre Zielsetzung der Studie war die *Erhebung von stationären Leistungsaufwänden und Schaffung einer Baseline für begleitende Evaluationen zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs*. Eine aktuelle und empirisch fundierte Datengrundlage gibt Hinweise für die Bestimmung künftiger Leistungshöhen der neuen Pflegegrade in Abhängigkeit zum notwendigen Versorgungsaufwand und schafft zugleich eine Baseline für künftige Evaluationen.

Im vorliegenden Endbericht werden die einzelnen Studienphasen von der Konzeption bis hin zu den Ergebnissen des Förderprojekts dargestellt. Nach der Einleitung beschreibt das *Kapitel 2* den empiri-

schen Hintergrund und die zugrundeliegende Problemstellung der Studie. In *Kapitel 3* werden Ziel und Fragestellungen der Untersuchung formuliert, und im *vierten Kapitel* wird der Forschungsstand zum Neuen Begutachtungsassessments (NBA) und zur Methodik der Erhebung von Versorgungsaufwänden in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege erörtert. Bei der Explikation des Studiendesigns (*Kapitel 5*) werden die Auswahl der Stichprobe, die Entwicklung des Erhebungsinstrumentes (Leistungskatalog), die zu erhebenden Daten und technische Umsetzung der Erhebungsmethode beschrieben. In *Kapitel 6* wird die Feldphase der Studie betrachtet, die von der Akquise der Pflegeeinrichtungen und Bewohner, über den Verlauf der zweiteiligen Datenerhebung in jeder Einrichtung (Anwendung des NBA und Erfassung des Versorgungsaufwands) bis hin zur Skizzierung aufgetretener Herausforderungen reicht. Nachdem Datenaufbereitung, Plausibilisierung des Datensatzes und Datenauswertung in *Kapitel 7* beschrieben wurden, werden die Ergebnisse des Forschungsvorhabens in *Kapitel 8* dargestellt. Der Bericht endet mit der Zusammenfassung der Ergebnisse und einem Ausblick (*Kapitel 9*).

2 Hintergrund und Problemstellung

Die Pflegeversicherung stellt für Versicherte, die als Pflegebedürftige anerkannt wurden, nicht bedarfsdeckende Teilleistung zur Verfügung (sogenannte „Teilkaskoversicherung“). Bei der Festlegung der Leistungssätze durch den Gesetzgeber geht es daher im Kern um die *gerechte Verteilung* eines knappen Gutes bzw. eines Mangels. Dabei muss der Gesetzgeber dem allgemeinen Gleichheitsgrundsatz (Art. 3 GG) folgen und Gleiches gleich, Ungleiches aber ungleich behandeln. Die Pflegeversicherung erfüllt diesen Gleichheitsgrundsatz, indem Pflegestufen (zukünftig: Pflegegrade) definiert werden und Pflegebedürftige mit gleichartigem Unterstützungsbedarf jeweils einer Pflegestufe zugeordnet werden. Innerhalb dieser Klassen-Zuordnung erhält jeder Leistungsberechtigte einen einheitlich festgelegten Leistungsbetrag, der nach Leistungsart (Pflegesachleistungen, Pflegegeld u.a.) differenziert werden kann. Im Mittelpunkt der Leistungszumessung steht daher die Definition der Zugangsvoraussetzungen zu den Pflegeversicherungsleistungen (Definition von „Pflegebedürftigkeit“) und die Einstufung in Pflegestufen/Pflegegrade.

Bei Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 stand hinsichtlich der Festlegung der Zugangsvoraussetzungen für Leistungen der Pflegeversicherung vor allem der Gesichtspunkt der Ausgabenbegrenzung im Vordergrund (Pabst & Rothgang 2000). Bereits damals war unstrittig, dass die streng somatische Ausrichtung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die besonderen Belange der kognitiv beeinträchtigten Menschen, insbesondere der Menschen mit Demenz, nicht angemessen berücksichtigt. Die Benachteiligung von Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten, insbesondere von Menschen mit Demenz, wird seit Ende der 1990er Jahre kritisiert (vgl. Sonntag & Angermeyer 2000; Döhner & Rothgang 2006). In bisher vier Schritten, dem 2002 in Kraft getretenen Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG), dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG) von 2008, dem 2013 in Kraft getretenen Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) und dem Pflegestärkungsgesetz I (in Kraft getreten ab 1.1.2015) ist der Gesetzgeber auf diese Kritik eingegangen, indem insbesondere Leistungen für „Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ (PEA) geschaffen und ausgebaut wurden:

- Bereits mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 14. Dezember 2001 wurden zum 1.1.2002 für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI erstmals besondere Betreuungsleistungsleistungen nach § 45b SGB XI eingeführt, die allerdings kaum angenommen wurden, da die Höchstleistungsgrenze von 460 Euro (€) pro Jahr zu niedrig war, um diese Leistungen sinnvoll einzusetzen.
- Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 01.01.2008 wurden diese Leistungshöhen daher auf 100 € (Grundbetrag) bzw. 200 € (erhöhter Betrag) angehoben. Gleichzeitig wurde die Leistungsberechtigung erstmals auf Personen ausgedehnt, die nicht pflegebedürftig im

Sinne des § 14 SGB XI sind, die so genannte „Stufe 0“ (Nakielski 2012). In der Folge ist die Inanspruchnahme dieser Leistungen deutlich angestiegen. Dabei ist die gesteigerte Inanspruchnahme nicht darauf zurückzuführen, dass auch PEA ohne Pflegestufe leistungsberechtigt sind. So lag der Anteil der PEA, die keine Pflegestufe haben, an allen Nutzern Ende 2010 bei nur knapp 10 %. Vielmehr hat die Erhöhung der Leistungssätze dazu geführt, dass die Inanspruchnahme so stark gestiegen ist und sich in den zweieinhalb Jahren nach Erhöhung der Leistungssätze verfünffacht hat (Rothgang et al. 2011: 12). Weiterhin wurden für Pflegeheime Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte eingeführt, die Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf betreuen sollen (§ 87b SGB XI), sodass auch für die stationäre Versorgung von Menschen mit Demenz eine Verbesserung der Versorgung eingeführt wurde.

- Seit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) vom 23.10.2012 zum 1.1.2013 können Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe erstmalig Pflegegeld und Pflegesachleistungen sowie Kombinationsleistungen beziehen. Für PEA der Pflegestufe I und II erhöht sich das Pflegegeld und die Pflegesachleistung im Vergleich zu Pflegebedürftige ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz (§ 123 SGB XI). Diese Zuschläge gelten auch für die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI. Die Pflegesachleistung kann für PEA zudem für häusliche Betreuung eingesetzt werden (§ 124 SGB XI). Diese Leistungsverbesserungen gelten ausdrücklich als Übergangsleistungen „bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Gutachtenverfahrens regelt“ (§ 123 Abs. 1 SGB XI). Im Ergebnis ist die leistungsrechtliche Benachteiligung der kognitiv beeinträchtigten und verhaltensauffälligen Personen in der Pflegeversicherung damit bereits jetzt weitgehend abgebaut.
- Mit den jüngsten Anpassungen der Pflegeleistungen zum 1.1.2015 im Rahmen des Ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) vom 23. Dezember 2014 erhöhen sich die Beträge für zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI (auf 104 bzw. 208 € monatlich). Leistungsberechtigt sind jetzt alle Pflegebedürftigen, nicht nur Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Die Beträge können auch für niedrighwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote eingesetzt werden. In den stationären Einrichtungen verbessert sich zudem der Schlüssel für Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI.

Im Jahr 2006 wurde vom Bundesgesundheitsministerium zudem ein Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs einberufen, der im Februar 2009 einen Abschlussbericht (Beirat 2009a) und drei Monate später einen Umsetzungsbericht vorgelegt hat (Beirat 2009b), die jeweils die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazu gehörigen „Neuen Bewertungsassessments“

(NBA) fordern. Zur Klärung offener Fragen wurde im März 2012 ein neuer Expertenbeirat als personell weitgehend identischer Nachfolger des „ersten“ Beirats eingesetzt, der im Juni 2013 einen weiteren Bericht vorgelegt hat (BMG 2013a). Diesen Bericht aufgreifend wurde im Koalitionsvertrag verankert, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Pflegestärkungsgesetz II zum 1.1.2017 eingeführt werden soll. Während die vorangegangenen Maßnahmen die Ungleichbehandlungen von Personen mit und ohne eingeschränkte Alltagskompetenz punktuell abgebaut haben, soll der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht nur zu einer systematischen Gleichbehandlung aller Pflegebedürftigen führen, sondern auch zu einem erweiterten Verständnis von Pflegebedürftigkeit führen, das sich auch in differenzierteren Leistungsangeboten seitens der Träger von Einrichtungen und Diensten und Inanspruchnahmen der Versicherten ausdrückt (BMG 2009b: 16; BMG 2013a: 13).

Bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eines dazu gehörigen Neuen Begutachtungsassessments und einer neuen Stufeneinteilung müssen Leistungssätze für die neu geschaffenen Pflegegrade festgesetzt werden. Der Expertenbeirat hat dazu Modellrechnungen vorgelegt, aber keine Empfehlungen abgegeben. Gleichzeitig stellt der Expertenbeirat fest:

„In der stationären Versorgung (...) können mit empirischen Studien zum professionellen Pflegeaufwand Hinweise gewonnen werden, die die *fachliche Begründung von Leistungshöhen* und -spreizungen unterstützen können.“ (BMG 2013b: 9, Ziffer 11).

Diesem Auftrag folgend sollen durch das hier vorgestellte Forschungsvorhaben wichtige *Hinweise für die Festsetzung von Leistungshöhen in den neuen Bedarfsgraden* geben. Hierbei muss analytisch zwischen zwei Schritten unterschieden werden:

- a. der Festlegung von *relativen* Leistungshöhen, also dem zahlenmäßigen Verhältnis der Leistungssätze in Pflegestufe I im Verhältnis zur Pflegestufe II, im Verhältnis zur Pflegestufe III, usw.
- b. der Festlegung des *absoluten* Leistungsbetrags für eine Pflegestufe, aus der dann mittels der unter a) bezeichneten relativen Leistungsverhältnisse die Absolutwerte für alle anderen Pflegestufen (und Leistungsarten) abgeleitet werden können.

Die Festsetzung der unter a) genannten relativen Leistungshöhen zielt dabei auf eine *fachliche Frage*, zu deren Beantwortung die Wissenschaft einen Beitrag leisten kann, in dem sie empirisch aufzeigt, welche Personengruppen im derzeitigen System welche pflegerischen, hauswirtschaftlichen und Betreuungslösungen erhalten. Dennoch wird es auch bei dieser Frage letztlich zu politischen Setzungen kommen müssen. Von wissenschaftlicher Seite können lediglich Hinweise geliefert werden.

Die unter b) genannte Festsetzung zielt dagegen von vorne herein auf eine *politische Frage*, deren Beantwortung darüber entscheidet, wie groß der Mangel ist bzw. in welchem Umfang sich die Aus-

gaben der Pflegeversicherung durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verändern. Hierzu kann Wissenschaft in einem Teilleistungssystem nur sehr bedingt fachlich fundiert Stellung nehmen. Im Rahmen der vorliegenden Studie können daher nur Empfehlungen zu den *relativen Leistungssätzen* gegeben werden.

Das von 2006 bis 2009 entwickelte und im Expertenbeirat 2012-13 weiterentwickelte Neue Begutachtungsassessment (NBA) erfasst den Grad der Selbständigkeit bzw. den Grad der Abhängigkeit von personellen Hilfen anhand von 8 Modulen, wobei nur die Ergebnisse von Modul 1-6 für die Bestimmung des Pflegegrades berücksichtigt werden¹ (Wingenfeld et al. 2008). In den einzelnen Modulen wird eine Vielzahl von ordinal gemessenen Items verwendet und nach zum Teil mehrfacher Transformation in einen Punktwert für das Modul transformiert gewichtet. Aus den Punktskoren wird dann ein Gesamtscore errechnet (vgl. AG 2 2013). Indem ein finaler Summenscore gebildet wird, werden ordinal erfasste Merkmale kardinal interpretiert. Damit einher geht eine implizite (auf der Ebene der Einzelitems) und explizite (auf der Ebene der Module) Gewichtung der einzelnen Indikatoren sowie eine willkürliche äquidistante Setzung der Abstände auf der jeweiligen Ordinalskala. Um einen Summenscore bilden zu können, ist eine solche Vorgehensweise ein häufig gewähltes Verfahren bei Assessmentinstrumenten zur Überprüfung von Pflegebedürftigkeit (Wingenfeld & Schnabel 2002: 6). Allerdings weisen bereits Wingenfeld & Schnabel (2002: 6) explizit darauf hin, dass es mit Hilfe der Assessmentinstrumente nicht möglich ist darzustellen, „welche Konsequenzen daraus für Art und Umfang der diesen Problemlagen angemessenen Versorgung – also für den Leistungsbedarf – abzuleiten sind.“ Das NBA ermittelt folglich den Grad der Selbständigkeit. Es misst jedoch nicht, wie hoch der tatsächliche Unterstützungsbedarfs gemessen in Zeiteinheiten sowie differenzierten Leistungsaufwänden ist.

Aufgrund der dargestellten Merkmale des NBA ist eine direkte Ableitung von Leistungssätzen nicht empfehlenswert. Es kann nicht ohne weiteres unterstellt werden (siehe Ausführungen bei Wingenfeld & Schnabel 2002), dass sich das Verhältnis von NBA-Score und typischen Hilfebedarfen linear mit dem zeitlichen Pflegeaufwand entwickelt. Die Unmöglichkeit einer direkten Ableitung von Euro-Beträgen aus dem NBA gilt sogar noch mehr, wenn nicht auf die Leistungs-, sondern auf die *Vergütungssätze* abgestellt wird, die sich im stationären Sektor unmittelbar an die Pflegeklassen (Pflegegrade) anlehnen. Die in § 84 SGB XI geforderte „leistungsgerechte“ Vergütung kann sich nur am Versorgungsaufwand orientieren. Derzeit wird dem durch den Grundsatz Pflegeklasse = Pflegestufe im

¹ Von den Modulen 2 und 3 geht jeweils nur das Modul in den Gesamtscore ein, bei dem sich der höhere Wert zeigt, so dass letztlich immer nur 5 der insgesamt 8 Module des NBA für die Feststellung des Pflegegrades ausschlaggebend sind.

Vergütungsrecht Rechnung getragen. Dass die Punktrelationen im NBA die Relationen des Versorgungsaufwands abbilden, kann aber a priori *nicht* unterstellt werden.

Um den Versorgungsaufwand innerhalb der neuen Pflegegrade festzustellen und somit die entsprechenden Schlüsse für die Ableitung von relativen Leistungssätzen ziehen zu können, sollten *empirische Informationen* herangezogen werden. Derzeit liegt jedoch kein Datensatz vor, der bei identischen Personen

- a. eine NBA-Einstufung und
- b. eine Erfassung des tatsächlichen Versorgungsaufwands

enthält. Für das NBA existieren die Ergebnisse der 2. Hauptphase des Modellprojektes „Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ (Windeler et al. 2008) sowie – inzwischen – die Ergebnisse der zeitgleich mit dieser Studie vom MDS durchgeführten Praktikabilitätsstudie (Pick et al. 2014). Für Versorgungsaufwände existieren lediglich ältere Studien aus dem stationären Sektor mit Daten, die mehr als eine Dekade alt sind (siehe Wingenfeld & Schnabel, 2002; Höhmann & Ascher, 2004; Gennrich, 2002). Mit diesen Daten, deren aktuelle Gültigkeit im Hinblick auf die Versorgungsaufwände aufgrund der Veränderungen in der Heimpopulation der letzten Dekade zweifelhaft ist, ist es lediglich möglich zu *modellieren*, wie sich Versorgungsaufwände auf Pflegegrade verteilen. Diesen Ansatz der Modellierung hat Wingenfeld (2010) innerhalb eines nach § 8 Abs. 3 SGB XI geförderten Modellprojekts „Grundlagen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf der Basis des Bedarfsklassifikationssystems der ‚Referenzmodelle‘“ verfolgt. Dieses Verfahren ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbands noch nicht abschließend empirisch geklärt, „da sich im Modellierungsverfahren [...] die Pflegestufen nicht nur empirisch widerspiegeln, sondern vielmehr auch deren Grundlage sind“ (Wingenfeld 2010: VI).

Aus diesen Gründen ist eine Studie zur empirischen Informationsgewinnung sinnvoll und unumgänglich, um Hinweise zur Legitimation politischer Leistungsfestsetzung im öffentlichen Diskurs zu liefern. Die Studie leistet zudem einen Beitrag zu der bereits im Rahmen des Expertenbeirats geforderten Aktualisierung einer Datengrundlage. Die Erhebungen von Versorgungsaufwänden in Pflegeeinrichtungen liegen mehr als eine Dekade zurück und insbesondere die Bewohnerstruktur in Pflegeheimen hat sich seitdem deutlich verändert. Schließlich erlaubt nur eine solche umfassende *Baseline-Erhebung*, eine spätere fundierte Evaluation der Pflegereform. Derartige Evaluationen sind in der Vergangenheit häufig daran gescheitert, dass sie erst mit oder nach der Reform begonnen wurden. Eine umfassende Erfassung der IST-Situation des tatsächlichen Versorgungsaufwands, also der Ausgangssituation („Baseline“), setzt dagegen voraus, dass die Situation bereits vor Inkrafttreten der Reform erfasst wird.

Der Umsetzung des Forschungsvorhabens, das in stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt wurde, lag das folgende Vorgehen zugrunde:

- a. Zum einen wurde bei den Studienteilnehmern ein Assessment mithilfe des NBA durchgeführt. Dadurch wurde jedem Studienteilnehmer einem der fünf definierten Pflegegrade zugeordnet. Dabei wird auf die gültige Bewertungssystematik zurückgegriffen, die mit dem Expertenbericht von 2013 vorgelegt wurde (BMG 2013a; Wingenfeld & Gansweid 2014).
- b. Die erbrachten Pflegeleistungen wurden mittels EDV-gestützter Selbstaufschriebe in Echtzeit erfasst. Ein zuvor entwickelter Maßnahmenkatalog, der relevante pflegerische, gesundheitliche und betreuende Tätigkeiten enthält, erlaubte es zu protokollieren, welcher Bewohner/welche Bewohnerin von welcher Pflegekraft / Betreuungskraft oder anderen relevanten Bezugspersonen in welchem zeitlichen Umfang und mit welchen Leistungen und Maßnahmen versorgt wurde. Dadurch ist es möglich, den Versorgungsaufwand je Bewohner minuten- und leistungsaufwandsgenau zu beschreiben.

Dieser Ansatz der Datenerfassung ist zwar grundsätzlich für den ambulanten und stationären Sektor einsetzbar. Aus Gründen der Machbarkeit erfolgte die Erhebung allerdings *ausschließlich im stationären Sektor*. Im stationären Bereich liegt eine „all inclusive“-Versorgung vor, die leicht beobachtet werden kann, während im ambulanten Sektor die Pflegeleistungen formell und informell (professionelle Pflege und Angehörigenpflege) erbracht werden. Zudem ist es möglich aus einer Betrachtung von Teilleistungen im stationären Bereich Hinweise auch auf den ambulanten Bereich abzuleiten.

3 Ziel und Fragestellungen der Studie

Ziel der Studie ist eine *umfassende empirische Bestandsaufnahme der gegenwärtigen pflegerischen, gesundheitlichen und betreuerischen Versorgungssituation*. Dabei beschränkt sich die Studie auf den stationären Sektor, weil nur hier eine vollständige Erfassung des gesamten Leistungsgeschehens zu vertretbarem Aufwand und in dem gegebenen Zeitrahmen möglich ist. Geprüft werden soll, welche Leistungen (Art), in welchem Umfang (Anzahl) und Ausmaß (benötigte Zeit) in den stationären Einrichtungen im Kontext der jeweiligen Pflegegrade erbracht werden. Die Studie verfolgt dabei eine doppelte Zielsetzung. Zum einen wird eine Nulllinie für die Evaluation der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) angekündigten Reform der Pflegeversicherung gelegt. Damit wird die Grundlage geschaffen, in einer weiteren Erhebung nach Inkrafttreten der Reform zu prüfen, ob und wie sich die Leistungsangebote – etwa im Bereich der Sozialen Betreuung – insbesondere auch für Menschen mit Demenz verändert haben. Zum anderen untersucht die Studie, wie sich die Versorgungsaufwände nach Pflegegraden darstellen, um so Hinweise für eine leistungsrechtliche Hinterlegung der neuen Pflegegrade zu liefern. Bei hinreichender Homogenität der Aufwände innerhalb der einzelnen Pflegegrade können die Mittelwerte der Aufwände plausibel als Maß für die Relation der Leistungsbeträge der einzelnen Pflegegrade herangezogen werden. Diese Relation wäre dann empirisch fundiert und nicht nur analytisch aus dem NBA abgeleitet. Ist die Homogenität gering, ist zu prüfen, ob im Rahmen einer Weiterentwicklung leistungsrechtlich eine zusätzliche Binnendifferenzierung notwendig ist. Eine solche Typisierung könnte dann mit den Daten der empirischen Studie erfolgen. Überlappen sich die Intervalle, in denen sich die Aufwände der einzelnen Pflegegrade abbilden lassen, sogar erheblich, stellt sich die Frage, ob der Summenscore des NBA als Grundlage für eine Leistungsbemessung geeignet ist. Somit liegen der Studie die folgenden Forschungsfragen zugrunde:

1. Welche Versorgungszeiten und Zeitaufwände für pflegerische Interventionen liegen für Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen differenziert nach den heutigen Pflegestufen und den Pflegegraden des NBA vor? Sind die Zeitaufwände pro Pflegegrad für somatisch und kognitiv Beeinträchtigte gleich hoch?
2. Ergibt sich eine vertikale Schichtung des Versorgungsaufwands nach Pflegegraden und wie gestalten sich die Verhältnisse des Versorgungsaufwands zwischen den Pflegegraden in Bezug auf die Durchschnittswerte?
3. Wie homogen oder heterogen sind die Pflegegrade hinsichtlich der Versorgungszeiten und Zeitaufwände und wie stark überlappen sie?
4. Welche gesundheitlichen, betreuerischen und pflegerischen Leistungen werden bei den Bewohnern durchgeführt?

4 Stand der Forschung

Im Zentrum der Studie steht die Erhebung pflegerischer und betreuender Leistungen in stationären Einrichtungen, die die Grundlage bildet, um die Wirkungen derzeitiger und zukünftiger Reformmaßnahmen bewerten zu können. Des Weiteren wird das Verhältnis von NBA und Versorgungsaufwand ermittelt. Daher soll in den beiden folgenden Abschnitten jeweils kurz auf die Entwicklung des NBA (Abschnitt 4.1) und den Forschungsstand zur Zeiterfassung von Versorgungsaufwänden in der stationären Langzeitpflege (Abschnitt 4.2) eingegangen werden.

4.1 Entwicklung des Neuen Begutachtungsassessments (NBA)

Einer der Hauptkritikpunkte am Pflegebedürftigkeitsbegriff, wie er Anfang der 1990er Jahre bei Einführung der Pflegeversicherung entwickelt wurde, ist, dass Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht aufwandsgerecht in der Einstufung der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt werden (BMG 2009a; Döhner & Rothgang 2006; Sonntag & Angermeyer 2000). Dieser Ungleichbehandlung soll das NBA entgegenwirken. Laut Wingenfeld et al. (2008: 6) bildet das NBA „[...] das Spektrum von Pflegebedürftigkeit umfassend ab [...]“. Bei seiner Entwicklung wurden auf Grundlage einer umfassenden Literaturrecherche (Wingenfeld et al. 2007) das internationale Verständnis von Pflegebedürftigkeit berücksichtigt und die bekannten Kritikpunkte am derzeitigen Pflegebedürftigkeitsbegriff bei der Instrumentenentwicklung aufgegriffen (Wingenfeld et al. 2008). Pflegebedürftigkeit wird mittels des NBA im Ergebnis durch eine zusammenfassende Darstellung des Grades der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen ermittelt.

Das NBA besteht aus 4 Abschnitten: Informationserfassung, Befunderhebung, Einschätzung der Pflegebedürftigkeit, Ergebnisdarstellung und Empfehlung. Der 3. Abschnitt „Einschätzung der Pflegebedürftigkeit“ ist letztlich das Kernstück des NBA. Insgesamt setzt sich dieser Bereich aus acht Modulen (Mobilität, Kognitive und Kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits- /therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagsleben und soziale Kontakte, Außerhäusliche Aktivitäten, Haushaltsführung) zusammen, von denen aber nur die Module 1 bis 6 für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit genutzt werden. Innerhalb der Module sind relevante Merkmale ausgewählt worden, die mit ähnlich aufgebauten Ordinalskalen die Selbstständigkeit einer Person messen. Je Modul wird aus den Ergebnissen der einzelnen Merkmale ein Summenscore gebildet. Zur Berechnung der Pflegebedürftigkeit werden die Gesamtscores der einzelnen Module dann gewichtet, um aus den Modulen 1 bis 6 einen Summenscore zu ermitteln. Die resultierende Skala kann Werte von 0 bis 100 aufweisen. In Abhängigkeit vom Punktwert ergeben sich dann die Pflegegrade. Die Einstufung in Pflegegrad 1 erfolgt ab

15 Punkten, die in Pflegegrad 2 ab 30. Für die folgenden Pflegegrade liegt der untere Schwellenwert jeweils um 20 Punkte höher.

Diese Bewertungssystematik wird in der Fachdiskussion durchaus kritisch gesehen. So weisen Sabine Bartholomeyczik und Ulrike Höhmann (2013: 2) in ihrer Expertise für das Bundesgesundheitsministerium zu Recht darauf hin, dass eine „hohe Praktikabilität und Transparenz ... sowohl für die Arbeit der Gutachter als auch für die Akzeptanz bei Pflegebedürftigen angestrebt werden“ muss. Insbesondere erscheint es ihnen „wichtig, dass die gesammelten Informationen es den Gutachtenden erlauben, ihren 'fachlich begründeten Gesamteindruck' auch transparent im Punkt-Ergebnis des Gutachtens wiederzufinden.“ (Bartholomeyczik/Höhmann 2013: 5) Dies sei derzeit nicht gegeben: „Die sehr komplizierte Berechnung der Punktwerte über mehrere Schritte hinweg folgt allein normativen Setzungen, wie bereits im Bericht zur Entwicklung des NBA angedeutet. Sie sind nicht hinreichend transparent. Es wird nicht begründet, warum bereits die Module jeweils eine eigene fünfstufige Klassifikation benötigen. Eine solche Stufung wird erst für die Leistungsbemessung – also die pflegegraderelevante Bewertung der Gesamtergebnisse des NBAs – gewünscht (GKV 2011, S. 112ff.).“ (Bartholomeyczik/Höhmann 2013: 7). Schon aus systematischen Gründen ist eine Weiterentwicklung der Bewertungssystematik daher wünschenswert.

4.2 Instrumente zur Zeiterfassung von Versorgungsaufwänden in der stationären Langzeitpflege

Die Notwendigkeit einer Bildung von Pflegegraden mit Personen, deren Versorgung einen homogenem Versorgungsaufwand nach sich zieht, folgt nicht nur aus Gerechtigkeitsüberlegungen im Leistungsrecht, sondern auch aus Überlegungen zum Leistungserbringungsrecht. Im SGB XI ist festgelegt, dass die Vergütung von Pflegeleistungen *leistungsgerecht* erfolgen soll (§ 84 Abs. 2 Satz 1 SGB XI). Dem wird im stationären Sektor Rechnung getragen, indem Pflegeklassen definiert werden, die Pflegebedürftige mit gleichartigen Versorgungsaufwänden zusammenfassen und dann (einrichtungsbezogen) einheitliche Entgelte für alle Bewohner einer Pflegekasse in Rechnung gestellt werden. Diese Pflegeklassen folgen dabei den Pflegestufen des Leistungsrechts. Dass dieses Verfahren zu leistungsgerechten Vergütungen führt, wird jedoch in Frage gestellt (Igl & Klie 2000; Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ 2002; Neumann & Bieritz-Harder 2002; Rothgang et al. 2004; Wingefeld et al. 2007). Gegenstand der Kritik ist insbesondere eine zu geringe Homogenität innerhalb der Pflegeklassen, aufgrund eines sehr engen, verrichtungsbezogenen und einseitig somatischen Pflege-

bedürftigkeitsbegriffs.² Folge dieser Heterogenität innerhalb der Pflegeklassen ist eine identische Vergütung der Pflege von Pflegebedürftigen mit unterschiedlichem Ressourcenverbrauch und eine unterschiedliche Vergütung der Versorgung von Pflegebedürftigen mit identischem Ressourcenverbrauch. Eine Vergütung basierend auf NBA-Pflegegraden würde hier nur dann zu einer Verbesserung führen, wenn die neu definierten Pflegegrade hinsichtlich des Versorgungsaufwands homogener sind als die alten Pflegestufen. Dies kann aber nur empirisch ermittelt werden, indem – wie in dieser Studie – bei identischen Personen der Zusammenhang von Versorgungsaufwand und Pflegegrad betrachtet wird.

Die *Zeiterfassung pflegerischer Handlungen* (Erfassung des Versorgungsaufwands) wirft methodische und inhaltliche Fragen auf, die in der deutschen Pflegeforschung zu einer Anwendung verschiedener Instrumente, aber nicht zur Dominanz eines bestimmten Verfahrens geführt haben. Methodisch unterscheiden sich die in bisher durchgeführten Studien angewendeten Verfahren hinsichtlich des Erfassungsvorgangs (Echtzeitmessung vs. Normzeiterhebung vs. Intervallerhebung). Inhaltlich stellt sich die Frage, welche pflegerischen Handlungen, die den Pflegebedürftigen selbst oder sein nahes Umfeld betreffen, in die Erfassung einbezogen werden müssen.

Der Pflegeprozess beruht auf sich wiederholenden Handlungen, die individuell abweichen, parallel laufen und sich überschneiden können (Bartholomeyczik 2001). Zur Abgrenzung und zur Messung des zeitlichen Aufwands der pflegerischen Interventionen ist daher ein System notwendig, das einerseits die Individualität des Pflegeprozesses berücksichtigt und andererseits alle mit der Pflegekonstellation der jeweiligen zu pflegenden Person zusammenhängenden Pflegehandlungen (unmittelbar und mittelbar bewohnerbezogene Leistungen; Wingefeld & Schnabel 2002) abbildet.

Die im Zusammenhang mit der Ermittlung des Personalbedarfs in Pflegeheimen diskutierten Instrumente *RAI* (Resident Assessment Instrument, vgl. Stolle et al. 2012; Wolter et al. 2013) und *PLAISIR* (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis, Höhmann & Ascher 2004) werden als Verfahren zur Ermittlung der Problemlagen Pflegebedürftiger genutzt. Das primäre Ziel dieser Assessments ist eine Erfassung des Gesamtzustandes des Pflegebedürftigen zur Unterstützung bei der Pflegeplanung bzw. Verbesserung der Pflegeprozess- und Ergebnisqualität (Wingefeld & Schnabel 2002, Höhmann & Ascher 2004, Gennrich 2002). Sie ermitteln den Pflegebedarf und sind zur direkten Erfassung des Versorgungsaufwands nicht geeignet.

² Insbesondere wurde eine ungenügende Berücksichtigung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz kritisiert (u.a. Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ 2002; Wingefeld et al. 2007). Dieser Kritik ist mit verschiedenen Gesetzesänderungen begegnet worden, sie reichen vom Pflegeleistungsergänzungsgesetz (2002), über das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz mit Einführung des neuen § 87b SGB XI (2008) bis hin zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz (2013) und Pflege-Stärkungsgesetz (2015).

Eine Studie zur Überprüfung des mit PLAISIR ermittelten Pflegebedarfs und den tatsächlich erbrachten pflegerischen Leistungen setzte eine 24-Stunden umfassende Realzeitmessung ein, die alle insgesamt erbrachten Aktivitäten innerhalb der „produktiven Arbeitszeit“ ermittelte und zu Interventionen zusammenfasste (Höhmann & Ascher 2004). Die *Echtzeitmessung* („Stoppuhrverfahren“), wie sie auch im Organisationssystem *REFA* (Verband für Arbeitsgestaltung, Betriebsorganisation und Unternehmensentwicklung; früher Reichsausschuss für Arbeitszeitermittlung) angewendet wird, generiert verlässliche Werten, ist aber ein sehr aufwendiges Verfahren, insbesondere im Falle der Selbsterhebung durch die Pflegeperson mittels Erhebungsbögen. Auch stellt sich die Frage, ob gleichzeitig durchgeführte oder plötzlich notwendig werdende Leistungen adäquat differenziert werden können.

Ein alternativer Zugang zur Echtzeitmessung ist die Belegung *vorab definierter pflegerischer Interventionen (Maßnahmenkatalog) mit Normzeiten* und das Markieren durchgeführter Leistungen im Pflegeprozess. Für diese Form der Erfassung bestehen auch EDV-gestützte Verfahren, für die die Pflegehandlungen gemäß ENP (European Nursing Care Pathways) mit Zeiteinheiten hinterlegt wurden (z. B. im Pflegedokumentationssystem von EVOCURA GmbH verfügbar). Nachteil dieser Methode für die wissenschaftliche Anwendung kann die Entscheidung für einen hohen Detaillierungsgrad der zu erhebenden Intervention sein. Wird ein hoher Detaillierungsgrad gewählt, bildet das System die Pflegeintervention recht zeitgenau ab, dies ist jedoch mit einem hohen Dokumentationsaufwand für die Pflegeperson bzw. die evaluierende Person verbunden. Insbesondere problematisch sind aber die Normzeitwerte, wenn ihnen selbst eine aktuelle empirische Grundlage fehlt.

Eine Mischform stellt das Personalbemessungssystem *PERSYS* dar. Hier werden zur Ermittlung des erforderlichen pflegerischen Personalbedarfs Pauschalen für indirekten Pflegebedarf mit Einzelleistungen aus einem Maßnahmenkatalog addiert, dessen Zeitwerte mittels REFA bestimmt wurden (Gennrich 2002).

Eine weitere Möglichkeit stellt die Erfassung des pflegerischen Aufwands mit der Methode der *Multimomentaufnahme* (MMA) dar, deren Einsatz auch im Rahmen der Bildung von G-DRGs (German Diagnosis Related Groups) diskutiert wurde (Bartholomeyczik 2008). Dabei wird in festgelegten Intervallen (hier: 5 Minuten-Abstände) ermittelt, welche Tätigkeit zum Messzeitpunkt durchgeführt wird und damit der Anteil der Tätigkeit pro Zeiteinheit festgestellt. Dem Vorteil des geringen Schulungs- und Dokumentationsaufwands steht der Nachteil gegenüber, dass die einzelne pflegerische Handlung im Kontext eines vorher festgelegten Gesamtzeitraums erfasst wird und damit keine klare zeitliche Abgrenzung der Handlung erfolgt. Zudem erfasst das System keine mittelbaren (nicht in direktem Kontakt mit den Pflegebedürftigen erbrachten) Pflegeleistungen.

Eine *Zeiterfassung über Selbst- und Fremderhebung* durch das Pflegepersonal kam im Rahmen einer Studie zum Einsatz, die den Versorgungsaufwand, die pflegerischen Problemlagen und weitere Kontextfaktoren erfasste (Wingenfeld & Schnabel 2002). Ermittelt wurden u. a. die Einschätzung des Hilfebedarfs nach Grad der Selbständigkeit sowie die Dauer der pflegerischen Maßnahmen nach einem vorher entwickelten Maßnahmenkatalog. Dieses Verfahren liegt hinsichtlich der zeitlichen Erhebung zwischen Echtzeitmessung und Normzeiterhebung, denn die Pflegenden dokumentieren zwar die tatsächlich aufgewendete Zeit pro Pflegehandlung, allerdings retrospektiv, sodass normative Vorstellungen wieder einfließen und die Erfassung somit nicht minuten- bzw. sekundengenau erfolgt.

Vor diesem Hintergrund galt es, das Erfassungsinstrument für die vorliegende Studie auszuwählen. Dabei müssen Genauigkeit und Praktikabilität gegeneinander abgewogen werden. Insgesamt erschienen *EDV-gestützte Selbstaufschriebe in Echtzeit* mit vorgegebenen Tätigkeitslisten (Interventionskatalog) als die erfolgsversprechendste Strategie. Durch die Nutzung elektronischer Erfassung anhand von Tätigkeitslisten kann die Erfassungsdauer stark reduziert und der größte Nachteil der Echtzeiterfassung ausgeglichen werden. Gleichzeitig werden aber differenzierte Ergebnisse erhoben, die – wegen der Echtzeiterfassung – ein Hauptproblem von Selbstaufschrieben, nämlich die nachträgliche geschätzte Erfassung, vermeidet. Das Risiko der Untererfassung kann dadurch reduziert werden, dass die Möglichkeit zur Nacherfassung eingeräumt wird. Im Ergebnis entsteht so ein Mischsystem aus Echtzeiterfassung und nachträglichen Selbstaufschrieben.

5 Studiendesign

Für die empirische und umfassende Bestandsaufnahme der gegenwärtigen pflegerischen, gesundheitlichen und betreuenden Versorgungsleistungen in den stationären Langzeitpflegeeinrichtungen wurde eine *Querschnittsstudie mit Echtzeitmessungen* durchgeführt. Ziel der Studie war die Erhebung der Versorgungsaufwände in den stationären Einrichtungen mit einer NBA-Begutachtung der an der Studie teilnehmenden Bewohner innerhalb von 2 Wochen vor oder nach der Zeiterfassung.

Die Datenerhebung erfolgte über zwei Wege, um einerseits die Versorgungsaufwände in den Einrichtungen andererseits die Pflegegrade der teilnehmenden Bewohner zu ermitteln. Die Erfassung der tatsächlich erbrachten Pflege- und Betreuungsleistungen (in Art, Anzahl und genutzter Zeit) erfolgte mobil mittels EDV-gestützter Erfassung in Echtzeit durch die Mitarbeiter der Einrichtungen. Hierzu wurde jedem Mitarbeiter, der in die Versorgung der Studienbewohner eingebunden war, ein Smartphone zur Verfügung gestellt. Die Smartphones wurden durch den Projektpartner EVOCURA GmbH mit einer speziell entwickelten Applikation bespielt, welche die Leistungen eines Bewohners in einer Tagesstrukturplanung passend zur Tageszeit vorschlug und darüber hinaus einen Bedarfskatalog zum Auswählen weiterer Leistungen enthielt. Grundlage für diese Leistungen war die Eigenentwicklung des Leistungskatalogs. Die Begutachtung der Bewohner zur Ermittlung des Pflegegrades erfolgte zeitlich versetzt von der Leistungserfassung und wurde von geschulten MDK-Mitarbeitern durchgeführt. Die praktische Durchführung beider Erhebungsteile ist in Abschnitt 6.2 beschrieben. In den folgenden Abschnitten wird aber zunächst auf die Auswahl der Pflegeeinrichtungen und der Studienteilnehmer (Abschnitt 5.1), das Instrument zur Ermittlung der Versorgungsaufwände (Abschnitt 5.2) und die technische Umsetzung der Datenerhebung (Abschnitt 5.3) eingegangen.

5.1 Auswahl der Pflegeeinrichtungen und Bewohner

Die Daten zur Studie wurden in sieben Bundesländern erhoben. Hierbei wurde darauf geachtet, dass regional mindestens ein Bundesland jeweils im nördlichen, südlichen, östlichen und westlichen Teil Deutschlands liegt. Einbezogen wurden die Länder Bremen, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Baden Württemberg. Aus diesen sieben Bundesländern galt es insgesamt 40 Einrichtungen für die Studie zu rekrutieren, welche wiederum jeweils 50 Bewohner für die Studie gewinnen sollten. Aus praktischer Sicht und Effizienzgründen wurden die Einrichtungen gebeten, die Bewohner möglichst aus nicht mehr als zwei Wohnbereichen in die Studie einzubeziehen. Konnte die notwendige Anzahl von Bewohnern nicht erreicht werden, wurde versucht, die Bewohnerzahl durch die Hinzunahme eines dritten Wohnbereiches zu steigern. Dabei wurden Stadt-Land-Unterschiede ebenso berücksichtigt wie weitere Strukturmerkmale

(u.a. bauliche Ausstattung, Streuung der Pflegesätze). Weiterhin wurden sowohl Regionen mit hohem und niedrigem Anteil stationärer Pflege (vgl. Rothgang et al. 2012) in die Stichprobe aufgenommen. Die Verteilung auf Träger sollte in etwa proportional zum Marktanteil erfolgen.

5.2 Entwicklung des Instruments zur Ermittlung des Versorgungsaufwands

Zur Identifizierung von Instrumenten zur Messung von Versorgungsaufwänden wurde eine umfangreiche systematische Literatur- und Materialrecherche durchgeführt. Die Beschreibung des Vorgehens und der eingesetzten Suchstrategie sind im Anhang A und B wiedergegeben.

Die Ergebnisse relevanter Literatur wurden nach den vier Bereichen „Klassifikationssysteme“, „Leistungserfassung“, „Leistungskataloge“ und „Personalbedarf“ gruppiert, denn diese stellen den jeweiligen Kontext dar, in welchem das Erfassen von Versorgungsaufwänden nach Leistungen und Zeit zum Tragen kommt. Diese umfassende Recherche konnte jedoch *kein empirisch fundiertes Instrument (Leistungskatalog)* identifizieren, welches es ermöglicht, alle pflegerischen, betreuenden und hauswirtschaftlichen Leistungen, Maßnahmen und Interventionen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege zu erfassen.

Das Ziel dieser Studie, alle pflegerischen und hauswirtschaftlichen sowie sonstigen Leistungen, Maßnahmen und Interventionen, die Pflegebedürftige in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege erhalten, zu erfassen, geht über die Ziele und Inhalte bisheriger Erhebungen in diesem Kontext, zu denen die Arbeiten von Schneekloth & Müller (2000), Wingenfeld & Schnabel (2002), Höhmann & Ascher (2004) und Brühl & Planer (2013) zählen, hinaus. Zudem unterstreichen die Befunde dieser Studien das Ergebnis der eigenen Recherche, dass in der Zeiterhebung von pflegerischen, betreuenden und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten auch *nicht auf international entwickelte Instrumente* zurückgegriffen werden kann. Es ist daher notwendig, einen eigenen Leistungskatalog zu entwickeln.

Da eine erfolgreiche Umsetzung des Projektes von der Einstellung des Personals dem Projekt gegenüber abhängt, muss ein Verfahren gewählt werden, das die Erfahrungen des Personals widerspiegelt, von einem hohen Wiedererkennungswert geprägt ist und nicht zu sehr die Alltagsabläufe stört. Die Dokumentation der Tätigkeiten darf nicht zu komplex sein, nicht zu viel Zeit in Anspruch nehmen und die Erfassung muss selbsterklärend sein.

Die im Rahmen von Vorarbeiten geführte Analyse von Erhebungsinstrumenten pflegerischer Aufwände sowie von Forschungsergebnissen zu deren Einsatz im deutschsprachigen Raum zeigt, dass diese nur bedingt für die Beantwortung der Fragestellung dieser Studie eingesetzt werden können. Sie lassen keine multiprofessionelle und multidimensionale Kategorisierung pflegerischer, betreuender und hauswirtschaftlicher Leistungen zu. Darüber hinaus gibt es keine empirische und theorie-

basierte Definition des Begriffes „workload“ oder ein allgemein akzeptiertes Verständnis von pflegerischen Aufwänden. Zu berücksichtigen ist auch, dass eine Erhebung zeitlicher Aufwände pflegerischer Leistungen von normativen, organisatorischen und institutionellen Rahmenbedingungen abhängig ist (Brühl & Planer 2013). Die im internationalen Raum entwickelten Instrumente berücksichtigen diese nationalen Rahmenbedingungen nicht. Die Einrichtungen ambulanter und stationärer Pflege müssen gemäß § 72 SGB XI Leistungen durchführen, die einerseits die relevanten gesetzlichen Grundlagen erfüllen, andererseits den im Versorgungsvertrag festgelegten Umfang in Art und Inhalt umfassen (Versorgungsauftrag). Darüber hinaus müssen weitere gesetzliche Normen aus dem Elften Sozialgesetzbuch (§§ 28 Abs. 4, 87, 87b, 112, 113a, 114 SGB XI) und aus den Berufegesetzen (§ 3 Gesetz über Berufe in der Altenpflege, § 3 Gesetz über Berufe in der Krankenpflege) oder anderen Sozialgesetzbüchern in der Leistungserbringung berücksichtigt werden, die die Aufwände in Zeit und Umfang beeinflussen.

Vor diesem Hintergrund erscheint für die Studie die Entwicklung eines Leistungskatalogs für die Erfassung der Leistungsaufwände sinnvoll, der sowohl die normativen und fachlichen Grundlagen professioneller Pflege in Deutschland als auch die Leistungen weiterer beteiligter Berufsgruppen umfasst. Zentrales Kriterium bei der Konstruktion des Leistungskatalogs war die *Nähe zur gängigen Dokumentationspraxis* in der stationären Langzeitpflege. Der für die Studie entwickelte Leistungskatalog gliedert sich nach folgenden *Leistungsgruppen*:

- Pflege: Leistungskomplexe und Einzelleistungen, abgeleitet aus der EVOCURA-Pflegedokumentation
- Betreuung: Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen (Betreuungskräfte-RI vom 19. August 2008) (GKV-Spitzenverband 2012)
- Physiotherapie (Beschäftigte der Einrichtung, keine Heilmittel nach ärztlicher Verordnung): Heilmittelkatalog, KTL, ICF
- Ergotherapie (Beschäftigte der Einrichtung, keine Heilmittel nach ärztlicher Verordnung): Indikationskatalog der DVE, Heilmittelkatalog, KTL, ICF
- Soziale Arbeit (Beschäftigte der Einrichtung, keine Heilmittel nach ärztlicher Verordnung): SozOPS-G, OPS-DVSG, Falkenroth 2011, ICF

Bei der Studienkonzeption war zur Entwicklung und Auswahl der *direkten Pflegeleistungen* angedacht, die European Nursing care Pathways 2.6 (ENP®) zu Grunde zu legen. ENP „ist eine standardisierte Pflegefachsprache, die Pflegende bei der Pflegeplanung und Dokumentation unterstützen kann. Sie umfasst alle Elemente des Pflegeprozesses (Pflegediagnosen, Ziele und Interventionen [= Pflegemaßnahmen]), die für eine nachvollziehbare Pflegedokumentation erforderlich sind. (...) Die

Pflegefachsprache ist im Sinne einer Pflegeklassifikation sortiert und geordnet“ (Helmbold 2012: 54). Als Pflegeklassifikation setzt sich ENP aus vier Domänen, 21 Klassen und 134 Kategorien (Pflegeprobleme = ENP-Pflegediagnose) zusammen. Weder aus der klassifikatorischen Strukturierung noch aus der anwenderbezogenen Struktur, in der eine Praxisleitlinie aus einem Pflegeproblem (mit Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen) sowie Zielen und Interventionen besteht, erwiesen sich die nicht zählbaren und die sich nicht zuordenbaren Interventionen als geeignet, einen Leistungskatalog für die eigene Studie abzuleiten. Aus diesem Grund war entgegen der ursprünglichen Planung die Eigenformulierung und -entwicklung eines Leistungskatalogs nötig. Kennzahlen des elektronischen Pflegedokumentationssystems EVOCURA in Einrichtungen der stationären Altenhilfe (Bestandskunden des Projektpartners EVOCURA GmbH) erlaubte eine Auflistung der am häufigsten dokumentierten Pflege- und Betreuungsmaßnahmen, die sich in Aktivitäten und Interventionen gliedern (vgl. Abschnitt 5.3). Unter einer *Aktivität* ist ein Prozess zu verstehen, für dessen Durchführung der Bewohner Hilfe oder eine Übernahme benötigt. In der Umsetzung des Leistungskatalogs bedeutete dies, dass beispielsweise zu der Aktivität „Morgenhygiene“ die Interventionen „Hilfe beim Aufstehen“ und „IK-Oberkörperwaschung am Waschbecken“ zuzuordnen sind. Die *Intervention* ist somit die Leistung, die in diesem Fall von einer Pflegekraft durchgeführt wird. Einerseits war es Anspruch der Studie, den tatsächlichen Versorgungsaufwand möglichst detailgetreu abzubilden, auf der anderen Seite musste das Erhebungsinstrument in der Art gestaltet sein, die *compliance* der Datenerheber nicht zu gefährden. Aus diesem Grund kennzeichnete den Leistungskatalog, der sich aus 248 *Interventionen* (Einzelleistungen) zusammensetzte, eine Besonderheit: Neben den Einzelleistungen enthielt der Leistungskatalog zu Komplexen gebündelte Leistungen, um die Erfassungsmethode den Abläufen und Arbeitsroutinen in stationären Pflegeeinrichtungen anzupassen und somit den mit der Erhebung verbundenen Aufwand für die Mitarbeiter in einem zumutbaren Rahmen zu halten. Diese sogenannten *Interventionskomplexe* waren mit dem Präfix „IK-“ gekennzeichnet. Statt des oben genannten Beispiels „IK-Oberkörperwaschung am Waschbecken“ könnte die Abfolge der Einzelleistungen dann wie folgt lauten: „Hilfe beim Aufstehen“, „Hilfe bei der Fortbewegung (hin)“, „Hilfe beim Auskleiden“, „Gesicht waschen“ usw. Die Entscheidung, ob und wann Interventionskomplexe oder Einzelleistungen einzusetzen waren, wurde den Mitarbeitern in den Einrichtungen im Rahmen den Vorbereitungen zur Datenerhebung von den Projektmitarbeitern der Universität Bremen (ZeS) erklärt (vgl. Abschnitt 6.2.2). Die direkten Pflegeleistungen, bei denen Bewohner von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in unterschiedlichem Ausmaß auf Hilfe angewiesen sind, wurden überdies nach den *Leistungsformen* differenziert:

- Anleitung (A)
- Beaufsichtigung (B)

- teilweise Übernahme (TÜ)
- vollständige Übernahme (VÜ)
- Kombinationen (A & B; A & TÜ; B & TÜ; A & B & TÜ).

Zur Katalogisierung der *indirekten Pflegeleistungen* wurde die Auflistung nach Wiesent et al. (2010) benutzt. Die Autoren legten einen nach dem Vorschlag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und des Kuratoriums Deutscher Altenhilfe (KDA) modifizierten Tätigkeitskatalog vor (BMFSFJ 2005).

Die ausgewählten *Betreuungsleistungen* für Bewohner in Langzeitpflegeeinrichtungen basieren auf den Aufgabenbeschreibungen aus den Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (GKV-Spitzenverband 2013) und der Schrift zu Betreuungskräften in Pflegeeinrichtungen (GKV-Spitzenverband 2012).

Auch für die Leistungserfassung von physio- und ergotherapeutischen Leistungen in der stationären Langzeitpflege liegen nach derzeitigen Erkenntnissen keine Erfassungssysteme vor. Hier wurde vorrangig auf die Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL; Deutsche Rentenversicherung 2007) zurückgegriffen. Die KTL bezieht verschiedene Berufsgruppen ein. Hierzu gehören unter anderem die Pflegekräfte, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten. Für jede Berufsgruppe findet sich in der KTL eine eigene berufsgruppenspezifische Übersicht. Die Auswahl von *physiotherapeutischen Leistungen* beruhte somit auf der Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL; Deutsche Rentenversicherung 2007), den im Heilmittelkatalog (2011) für die Physiotherapie benannten Leistungen und der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; DIMDI 2005). Die Auswahl von *ergotherapeutischen Leistungen* beruhte insbesondere auf dem ergotherapeutischen Bereich aus der Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL; Deutsche Rentenversicherung 2007), welcher mit dem Indikationskatalog Ergotherapie des Deutschen Verbands der Ergotherapeuten (DVE 2011) und den Leistungen aus dem Heilmittelkatalog (2011) abgeglichen und ggfs. um diese ergänzt wurde.

Die Auswahl von Leistungen aus dem Tätigkeitsfeld der *Sozialen Arbeit* beruhte in erster Linie auf dem Kodierleitfaden der SozOPS-G (Version 2009) (Trilhof & Borchelt 2008), welcher mit der OPS-Codierung der Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG 2009) abgeglichen wurde. Ebenfalls herangezogen wurde der Aufgabenkatalog nach Falkenroth (2011: 348f.). Die Auswahl der Leistungen der beiden Berufsgruppen Ergotherapie und Sozialen Arbeit fand wie die Leistungen der Physiotherapie unter Hinzunahme der Internationalen Klassifikation der Funktionsfä-

higkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; DIMDI 2005) statt. Um das Leistungsspektrum überschaubar und die Erhebung praktikabel zu gestalten, wurden die ausgewählten Leistungsbeschreibungen an Teilen nach den in den Katalogen benutzten Oberbegriffen eingeschränkt und an einzelnen Stellen reduziert. Diese Reduktion fand unter der Berücksichtigung statt, welche Leistungen im Setting der stationären Langzeitversorgung von Physio-, Ergotherapeuten und Sozialarbeitern (deren Beschäftigungen über die Pflegepersonalschlüssel refinanziert sind) erbracht werden.

Grundsätzlich und für alle beteiligten Berufsgruppen galt es bei der Entwicklung des Leistungskatalogs ein Verfahren zu wählen, welches nicht zu komplex ist, von einem hohen Wiedererkennungswert geprägt ist und aufgrund einer leichten Handhabung nicht zu viel Zeit der Mitarbeiter in den Pflegeeinrichtungen in Anspruch nimmt.

5.3 Zu erhebende Daten und technische Umsetzung

Bei der Erhebung des Versorgungsaufwands sind drei Informationsbereiche zu unterscheiden:

- Parameter auf der Ebene der Pflegeeinrichtungen (*institutionelle Informationen*)
- Parameter auf Ebene der Wohnbereiche (*personenübergreifende Informationen*)
- Parameter auf Ebene der Bewohner (*personenbezogene Informationen und Leistungsdaten*).

5.3.1 Institutionelle Informationen

Die institutionellen Informationen wurden im Anschluss an die einwöchige Datenerhebung von den beteiligten Institutionen per Selbstaufschriebe erfasst und an das ZeS übermittelt. Sie umfassen die in Tabelle 1 enthaltenen Angaben. Da die Anzahl der fehlenden Angaben zur Qualifikation der Mitarbeiter zum Teil recht hoch war, wurde diese im Februar 2015 noch einmal nacherhoben. Weiterhin wurde in dieser Nacherhebung Informationen darüber eingeholt, welche Personalkosten bei den einzelnen Personalkategorien jeweils im Vergleich zu einer examinierten Pflegekraft entstehen (Relativgewichte).

Tabelle 1: Institutionelle Informationen der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen

Institutionelle Informationen	
Struktur und Organisation	
Größe der Pflegeeinrichtung	Anzahl der zugelassenen vollstationären Betten Einrichtung gesamt
	Anzahl der in der Erfassungswoche belegten vollstationären Betten im Wohnbereich/ in den Wohnbereichen
Outsourcing-Bereiche	Freitext-Angabe der Bereiche (z.B. Wäscheversorgung)
Zuständigkeit des Nachtdienstes	Freitext-Angabe
Beginn der Schichtzeiten	Freitext-Angabe
Bewohnerstruktur	
Pflegeschlüsselverteilung	Pflegeschlüssel für Bewohner ohne Pflegestufe
	Pflegeschlüssel für Bewohner Pflegestufe I
	Pflegeschlüssel für Bewohner Pflegestufe II
	Pflegeschlüssel für Bewohner Pflegestufe III
	Pflegeschlüssel für Bewohner mit Härtefallregelung
Pflegesatzverteilung	Pflegesatz für Bewohner ohne Pflegestufe
	Pflegesatz für Bewohner Pflegestufe I
	Pflegesatz für Bewohner Pflegestufe II
	Pflegesatz für Bewohner Pflegestufe III
	Pflegesatz für Bewohner mit Härtefallregelung
Gesamtbelegung der Bewohner (während der Erfassungswoche)	Geburtsjahr
	Geschlecht
	Wohnbereich
	Pflegestufe
Mitarbeiterangaben: Personalstruktur und Beschäftigungsumfang	
Mitarbeiter gesamt, die während der Erfassungswoche im Dienst waren (nicht nur die Mitarbeiter, die an der Datenerfassung beteiligt waren)	Geburtsjahr
	Geschlecht
	Qualifikation
	Funktion
	Wohnbereich
	Beschäftigungsumfang pro Woche
Beschäftigung in der Erhebungswoche in Stunden aller Mitarbeiter pro Tag, die an der Datenerfassung beteiligt waren (ohne Pausenzeit)	Anteil am Unternehmen
	Nachname, Vorname
	Qualifikation
	Geschlecht
	Wohnbereich
	Beschäftigungsumfang pro Woche
	Schichtbezeichnung und gearbeitete Stunden pro Tag
	– Tag 1: Art der Schicht und Anzahl der Stunden
– Tag 2: Art der Schicht und Anzahl der Stunden	
– Tag 3: Art der Schicht und Anzahl der Stunden	
– Tag 4: Art der Schicht und Anzahl der Stunden	
– Tag 5: Art der Schicht und Anzahl der Stunden	
– Tag 6: Art der Schicht und Anzahl der Stunden	
– Tag 7: Art der Schicht und Anzahl der Stunden	
– Tag 8: Art der Schicht und Anzahl der Stunden	

5.3.2 Personenübergreifende Informationen

Die personenübergreifenden Informationen beziehen sich jeweils auf alle Bewohner des in die Studie eingeschlossenen Wohnbereichs der Pflegeeinrichtung. Die anfallenden Versorgungsleistungen und Durchführungszeiten werden also nicht nur den Bewohnern angerechnet, die der Studienteilnahme zustimmten. Damit entsprechen die personenübergreifenden Informationen im Wesentlichen den *in-*

direkten Pflegeleistungen des Leistungskataloges, wenn ihre Durchführung nicht eindeutig einem einzelnen Bewohner, der an der Studie teilnahm, zugesprochen werden konnten (beispielsweise: Tisch decken im Essbereich). In der Erfassung benutzten die Mitarbeiter der Einrichtungen hierzu einen „Pseudo-Bewohner“, dem die personenübergreifenden Angaben zugeordnet wurden (Tabelle 2). Darüber hinaus konnten *Gruppenangebote* wie Singkreis oder Gottesdienst für alle teilnehmenden Bewohner angelegt werden.

Tabelle 2: Personenübergreifende Informationen der teilnehmenden Wohnbereiche

Personenübergreifende Informationen		
Indirekte Pflegeleistungen (ohne direkten Bewohnerbezug)		
1	Indirekte Pflegeleistungen - Arbeitsunterbrechungen	5 Einzelleistungen
2	Indirekte Pflegeleistungen - Aufräum- und Reinigungsarbeiten	6 Einzelleistungen
3	Indirekte Pflegeleistungen - Dokumentation	6 Einzelleistungen
4	Indirekte Pflegeleistungen - Kommunikation	7 Einzelleistungen
5	Indirekte Pflegeleistungen - Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	6 Einzelleistungen
6	Indirekte Pflegeleistungen - Medikamentenversorgung	8 Einzelleistungen
7	Indirekte Pflegeleistungen - Organisation/Administration	7 Einzelleistungen
8	Indirekte Pflegeleistungen - Sonstiges	1 Einzelleistung
9	Indirekte Pflegeleistungen - Wegezeiten	5 Einzelleistungen

5.3.3 Direkte personenbezogene Informationen und Leistungsdaten

Die sozio-demographischen und weitere pflege- und betreuungsrelevante Merkmale der Studienteilnehmer wurden ebenfalls im Anschluss an die einwöchige Datenerhebung von den beteiligten Institutionen per Selbstaufschriebe erfasst und an das ZeS übermittelt (Tabelle 3).

Tabelle 3: Direkte personenbezogene Informationen der teilnehmenden Bewohner

Direkte personenbezogene Informationen	
Sozio-demographische Angaben	Nachname, Vorname
	Geschlecht
	Geburtsdatum
	Wohnbereich
Pflege- und betreuungsrelevante Angaben	Pflegestufe (und Bewilligungsdatum)
	Eingeschränkte Alltagskompetenz (PEA ja/nein)
	Medizinische, pflegebegründende Diagnosen
	Medikamente

Zu den direkten personenbezogenen Informationen gehören die Leistungsdaten der Bewohner. Diese stammen aus dem *Maßnahmenkatalog*, der in der Konzeptionsphase der Studie entwickelt wurde und es erlaubt, alle pflegerischen, gesundheitlichen und betreuenden Leistungen in Echtzeit zu messen (vgl. Abschnitt 5.2 und Anhang F). Dabei sind folgende Perspektiven relevant:

- a. *Art* der Pflege- und Betreuungsleistungen je Bewohner,
- b. *Anzahl* der Pflege- und Betreuungsleistungen je Bewohner,
- c. *Umfang* der Pflege- und Betreuungsleistungen je Bewohner.

Die personenbezogenen Maßnahmen und Interventionen wurden mit den Hilfeformen Anleitung (A), Beaufsichtigung (B), Teilübernahme (TÜ) und volle Übernahme (VÜ) sowie den möglichen Kombinationen (A & B; A & TÜ; B & TÜ; A & B & TÜ) näher beschrieben. Diese Einteilung der Hilfeformen ist derzeit in den meisten Pflegedokumentationssystemen enthalten.

Der Leistungskatalog ist hierarchisch aufgebaut und enthält auf der ersten Ebene *18 Themenbereiche* (orientiert an den beteiligten Berufsgruppen) und *9 Bereiche zur Erfassung indirekter Pflegeleistungen* (wenn ihre Durchführung mit einem eindeutigen Bewohnerbezug einhergeht):

Tabelle 4: Kurzversion des in der Studie eingesetzten Maßnahmenkatalogs

	Kategorie (Themenbereich)	Interventionen (n _{gesamt} =248)
Direkte Pflegeleistungen		
1	Mobilität - Stehen, Sitzen, Liegen	8 Einzelleistungen*
2	Mobilität - Fortbewegung	6 Einzelleistungen*
3	Kognition - Risiken und Gefahren	3 Einzelleistungen*
4	Verhalten - Aggressives oder autoaggressives Verhalten	2 Einzelleistungen*
5	Verhalten - Depressive Stimmungslage	1 Einzelleistung*
6	Selbstversorgung - Ernährung	12 Einzelleistungen*
7	Selbstversorgung - Ausscheidung	14 Einzelleistungen*
8	Selbstversorgung - Körperpflege	30 Einzelleistungen*
9	Selbstversorgung - An-/ Auskleiden	7 Einzelleistungen*
10	Krankheitsbezogen - ärztl. Anordnungen	9 Einzelleistungen*
11	Krankheitsbezogen - Vitalzeichen und Messwerte	8 Einzelleistungen*
12	Information - Beratung	3 Einzelleistungen*
13	Information - Kommunikation	1 Einzelleistung*
14	Pauschalleistungen	12 Einzelleistungen
15	Alltagsleben - Betreuung	20 Einzelleistungen*
16	Alltagsleben - Soziale Arbeit	25 Einzelleistungen
17	Therapien - Ergotherapie	14 Einzelleistungen
18	Therapien - Physiotherapie	22 Einzelleistungen
Indirekte Pflegeleistungen (mit direktem Bewohnerbezug)		
1	Indirekte Pflegeleistungen - Arbeitsunterbrechungen	5 Einzelleistungen
2	Indirekte Pflegeleistungen - Aufräum- und Reinigungsarbeiten	6 Einzelleistungen
3	Indirekte Pflegeleistungen - Dokumentation	6 Einzelleistungen
4	Indirekte Pflegeleistungen - Kommunikation	7 Einzelleistungen
5	Indirekte Pflegeleistungen - Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	6 Einzelleistungen
6	Indirekte Pflegeleistungen - Medikamentenversorgung	8 Einzelleistungen
7	Indirekte Pflegeleistungen - Organisation/Administration	7 Einzelleistungen
8	Indirekte Pflegeleistungen - Sonstiges	1 Einzelleistung
9	Indirekte Pflegeleistungen - Wegezeiten	5 Einzelleistungen
* Direkte Pflegeleistungen, die bei der Erstellung der individuellen Tagesstrukturpläne zeitlichen Aktivitäten zuzuordnen und als Bedarfsinterventionen für den jeweiligen Bewohner auszuwählen waren (n=124)		

Die vollständige Version des *Interventionskatalogs* ist im Anhang F abgebildet. Diese 248 Leistungen teilen sich in Interventionskomplexe (z.B. „IK-Oberkörperwaschung am Waschbecken“) und Einzelleistungen (z.B. „Gesicht waschen“). Die Interventionskomplexe umgreifen eine gesamte Pflegehandlung einschließlich begleitender Maßnahmen (z. B. ein Bewohner wird bei der Oberkörperwaschung am Waschbecken durch die Pflegekraft unterstützt, er wird zuvor ins Badezimmer begleitet und anschließend beim Ankleiden unterstützt). Diese Vorgehensweise erleichterte dem Personal die Erfas-

sung erheblich, wenn Pflegehandlungen komplexer und deren Einzelleistungen unmittelbar nacheinander erfolgten.

5.3.4 Technische Realisierung des Instruments zur Leistungserfassung

Parallel zur Konzeption des Leistungskatalogs entwickelte der Projektpartner EVOCURA GmbH eine *Smartphone-Applikation*, die es auf den mobilen Handgeräten erlaubt, zu Beginn der Versorgung eines Bewohners dessen Namen und die passende Maßnahme auszuwählen und so dann die Zeitmessung zu starten. Bei Abschluss der Bewohnerversorgung, also beim Verlassen des Raums, beendet ein Stopp-Button die Zeiterfassung und die gemessene Dauer wird in Minuten angezeigt. Durch Betätigen eines weiteren Buttons wird diese an den Server (Laptop) übermittelt. Die detaillierte Funktionsweise des Instruments wird in Abschnitt 6.2.2 dargestellt. Die Beschaffung des technischen Materials, bestehend aus den in ausreichender Zahl benötigten Smartphones (100 Stück in 4 Sets) sowie Laptop-Sets (8 Sets), und die Wartung des Equipments während der Erhebungsphase oblag ebenfalls dem Projektpartner EVOCURA.

Der mobile Technikeinsatz ermöglichte es den Pflege- und Betreuungskräften, die Zeiterfassung in ihre Tätigkeiten einzubinden, da das Smartphone nah bei sich getragen werden konnte. Die Echtzeiterfassung sollte nachträgliche Rationalisierungen vermeiden, die entstehen können, wenn die Mitarbeiter rückwirkend Zeitangaben machen. Die Software wurde aber so ausgestaltet, dass Fehler (etwa dadurch, dass vergessen wird, den Start- oder Endzeitpunkt zu dokumentieren) nachträglich dokumentiert bzw. korrigiert werden konnten. Dies konnten die Mitarbeiter der Einrichtungen solange an den Smartphones nachholen bis sie die Leistung an den Server (Laptop) geschickt haben. Danach waren Korrekturen fälschlich dokumentierter Zeitwerte nur noch am Laptop möglich (vgl. Abschnitt 6.2.2). Jede Korrektur blieb aber als solche erkennbar und konnte bei der Auswertung entsprechend behandelt werden. Durch diese Methode entfiel die Notwendigkeit der Anwesenheit externer Beobachter in möglicherweise intimen Pflegesituationen.

5.3.5 Einhaltung des Datenschutzes

Als verantwortliches Institut für die Durchführung des Projektes unterliegt das ZeS den geltenden Datenschutzbestimmungen. Es wurde ein Datenschutzkonzept entwickelt und von der Rechtsstelle der Universität Bremen begutachtet und freigegeben. Es enthält Elemente zu den Punkten Datengeheimnis, Kontaktaufnahme, Information und Einverständnis sowie Umgang mit Erhebungsunterlagen, Datenerhebung/Auswertung, Datenfluss/Datenhaltung und Datenschutzvorkehrungen. Das Datenschutzkonzept ist in vollständiger Form im Anhang C dargestellt.

6 Datenerhebung

Die Datenerhebung der Studie bestand aus zwei Teilen. Erstens erfolgte eine *Pflegebegutachtung mit dem NBA* und zweitens eine *Erfassung des tatsächlichen Pflege- und Betreuungsaufwands*. Die Phase der Datenerhebung (Feldphase) erstreckte sich vom 23.06.2014 bis zum 10.11.2014 (20 Wochen).

Abbildung 1 verdeutlicht die zweiteilige Datenerhebung der Studie.

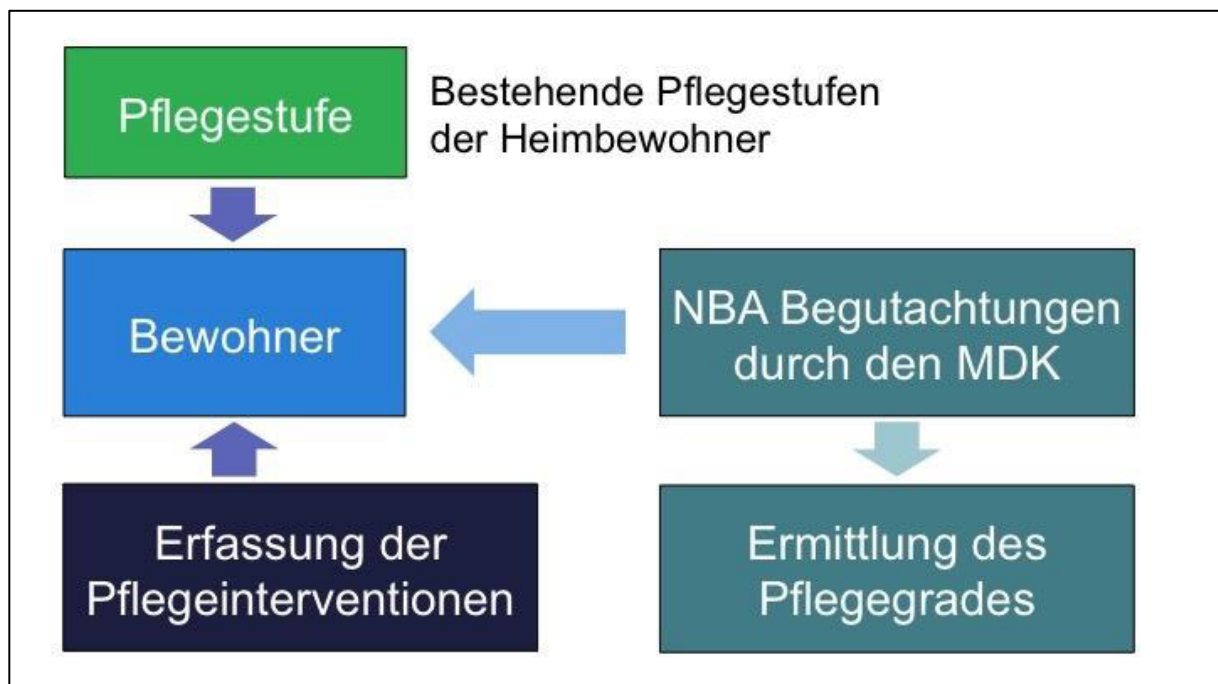


Abbildung 1: Darstellung der zweiteiligen Datenerhebung

Wie sich die zweiteilige Datenerhebung in einer teilnehmenden Einrichtung im Wesentlichen gestaltete, wird in Abschnitt 6.2 dargestellt. Zunächst werden jedoch die vorangegangenen Schritte zur Rekrutierung der Pflegeeinrichtungen und Bewohner (Abschnitt 6.1) beschrieben. Das Kapitel endet mit der Erläuterung der Schwierigkeiten in der Feldphase und den daraus resultierenden methodischen Limitationen (Abschnitt 6.3).

6.1 Akquise der Pflegeeinrichtungen und Studienteilnehmer (Bewohner)

Bei der Rekrutierung der Pflegeheime wurde darauf geachtet, dass die Einrichtungen zwei Qualitätskriterien genügen, die auch schon Wingefeld & Schnabel (2002) in ihrer Studie herangezogen haben: Fachkraftquote von 50-60 % (Krankenpflege- oder Altenpflegeausbildung) sowie möglichst Erfahrung mit differenzierter und aussagekräftiger Pflegedokumentation.

Die Rekrutierung der Pflegeeinrichtungen sowie die Schulung und der Einsatz der MDK-Gutachter erfolgten in Kooperation und Abstimmung mit dem MDS und den jeweiligen MDK-Hauptverwaltungen in den teilnehmenden sieben Bundesländern. Zudem bewarben sich Einrichtungen direkt beim ZeS, wenn sie beispielsweise von ihren Trägerinstitutionen die Information über das Forschungsvorhaben bekamen. In Baden-Württemberg vermittelte die Landesstelle der AOK in Abstimmung mit der MDK-Hauptverwaltung die für dieses Bundesland teilnehmenden Pflegeeinrichtungen. Die Akquise der anzustrebenden 50 Bewohner je Einrichtung übernahmen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort. Aufgrund der Tatsache, dass diese die Bewohner und bei nicht zustimmungsfähigen Bewohnern deren gesetzlichen Vertreter kennen, ist ein Vertrauensvorschuss zu erwarten. Um in die Gespräche mit den potenziellen Studienteilnehmern zu treten, erhielten die Einrichtungen verschiedene Unterlagen: ein Informationsschreiben zu Inhalt und Ziel der Studie (Anhang D), das Datenschutzkonzept (Anhang C) und ein Informationsschreiben für die Bewohner einschließlich der Einverständniserklärung (Anhang E). Für Rückfragen standen die Projektmitarbeiter den Einrichtungen sowie potenziellen Studienteilnehmern jederzeit telefonisch und per E-Mail zur Verfügung.

6.2 Ablauf der Datenerhebung

Im Vorfeld der Datenerhebung waren vorbereitende Schritte nötig. Die technische Entwicklung des Instruments zur Erfassung des Versorgungsaufwands und die ausgewählten zu messenden Parameter (darunter der Leistungskatalog) wurden bereits in Abschnitt 5.2 und 5.3 beschrieben. Darüber hinaus wurden Dokumente für die Pflegeeinrichtungen erstellt, die sie auf die Datenerhebung vorbereiteten und sie in dieser unterstützten (u. a. EVIS-Anwenderleitfaden, Schulungskonzept). Der zeitliche Ablauf einschließlich Vor- und Nachbereitung zur Erfassung des Versorgungsaufwands der Bewohner in einer Pflegeeinrichtung wird in Tabelle 5 skizziert.

Während des gesamten Zeitraums der Erfassung des Pflege- und Betreuungsaufwands waren die wissenschaftlichen Projektmitarbeiter tagsüber mobil oder per E-Mail erreichbar. Die genannten Unterlagen für die Einrichtungen sind im Anhang (C bis I) zu finden.

Die Begutachtungen nach dem NBA durch Mitarbeiter der jeweiligen MDK-Landesstellen erfolgten in den meisten Fällen kurz im Anschluss an die Erfassung des Versorgungsaufwands. In fünf Einrichtungen kamen die MDK-Mitarbeiter 17 bis 7 Tage vor dem Erfassungsstart. In den übrigen 43 Einrichtungen fanden die Begutachtungen auf Basis des NBA einen Tag bis 14 Tage nach dem Ende der einwöchigen Erfassung der Pflege- und Betreuungsleistungen statt (Tabelle 6, Seite 28).

Tabelle 5: Skizzierter Ablauf der Erfassung des Pflege- und Betreuungsaufwands

	Inhalt des Projektschritts	Unterlagen für die Pflegeeinrichtungen
Zum Abschluss der Einrichtungssakquise (Ende Juni 2014)	(vorläufige) Termine für die Schulung und Datenerhebung im Rahmen der Studie	keine
5 Wochen vor Studienstart in einer Einrichtung	Bestätigung der Termine zur Schulung und Datenerhebung Information und Unterlagen zur Bewohnerakquise	Informationsschreiben (Anhang D); Datenschutzkonzept (Anhang C); Einverständniserklärungen für die Bewohner (Anhang E)
3 Wochen vor Studienstart in einer Einrichtung	Informationen und Unterlagen zur Schulung	Schulungskonzept (Anhang G); Anwender-Leitfaden (Anhang H); Leistungskatalog (Anhang F); Projektregeln (Anhang I)
2 Wochen vor Studienstart in einer Einrichtung	Übermittlung der bewohner- und mitarbeiterbezogenen Angaben aus den Pflegeeinrichtungen an das ZeS zur Vorbereitung der Software	Excel-Datei als Vorlage
Schulungstag	Phase 1 Präsenz der Projektmitarbeiter in den Einrichtungen zur Einführung der Mitarbeiter auf die Planungssoftware; Erstellung der Tagesstrukturpläne für die an der Studie teilnehmenden Bewohner	[Anwender-Leitfaden (Anhang H); Leistungskatalog (Anhang F); Projektregeln (Anhang I)]
Einwöchige Datenerfassung	Phase 2 Präsenz der Projektmitarbeiter in den Einrichtungen zur Einführung der Mitarbeiter auf die Handgeräte; Begleitung durch die Projektmitarbeiter über die ersten beiden Tage (insgesamt 4 Schichtdienste); Eigenständige Fortführung der Datenerhebung	[Anwender-Leitfaden (Anhang H); Leistungskatalog (Anhang F); Projektregeln (Anhang I)]
Ende der Datenerfassung	Phase 3 Präsenz der Projektmitarbeiter in den Einrichtungen zu Datensicherung, Abschlussbesprechung und Geräteabbau	auf Wunsch: Protokolle über die gemessenen Leistungen und Zeiten je Bewohner
Nachbereitung der Datenerfassung (Juli 2014 bis Februar 2015)	Übermittlung der institutionellen, personenübergreifenden und personenbezogenen Informationen aus den Pflegeeinrichtungen an das ZeS	Excel-Dateien als Vorlage

Tabelle 6: Studienverlauf: Zeitintervalle zwischen den beiden Erhebungen

Bundesland (Anzahl der Einrichtungen)	Schulung zur einwöchigen Leistungs- erfassung	Erfassung der pflegerischen, gesundheitlichen und betreu- erischen Leistungen		Zeitintervall (in Tagen)	Ermittlung der Pflegegrade (nach dem NBA) durch Gutachter des MDK	
		von	bis		von	bis
N=39		von	bis		von	bis
Baden- Württemberg (n=8)	15.09.2014	22.09.2014	29.09.2014	7-11 Tage danach	06.10.2014	10.10.2014
	17.09.2014	24.09.2014	01.10.2014	16-14 Tage davor	08.09.2014	10.09.2014
	26.09.2014	02.10.2014	09.10.2014	17-13 Tage davor	15.09.2014	19.09.2014
	30.09.2014	06.10.2014	13.10.2014	7-10 Tage danach	20.10.2014	23.10.2014
	08.10.2014	14.10.2014	21.10.2014	6-13 Tage danach	27.10.2014	03.11.2014
	10.10.2014	16.10.2014	23.10.2014	4-6 Tage danach	27.10.2014	29.10.2014
	20.10.2014	27.10.2014	03.11.2014	7-9 Tage danach	10.11.2014	12.11.2014
	22.10.2014	29.10.2014	05.11.2014	16-9 Tage davor	13.10.2014	20.10.2014
Bremen (n=2)	11.08.2014	18.08.2014	25.08.2014	10-14 Tage danach	04.09.2014	08.09.2014
	13.08.2014	20.08.2014	27.08.2014	2-7 Tage danach	29.08.2014	03.09.2014
Mecklenburg- Vorpommern (n=8)	23.06.2014	30.06.2014	07.07.2014	1-8 Tage danach	08.07.2014	15.07.2014
	24.06.2014	02.07.2014	09.07.2014	5-12 Tage danach	14.07.2014	21.07.2014
	04.07.2014	10.07.2014	17.07.2014	4-8 Tage danach	21.07.2014	25.07.2014
	08.07.2014	14.07.2014	21.07.2014	1-7 Tage danach	22.07.2014	28.07.2014
	16.07.2014	22.07.2014	29.07.2014	2-7 Tage danach	31.07.2014	05.08.2014
	18.07.2014	24.07.2014	31.07.2014	4-8 Tage danach	04.08.2014	08.08.2014
	22.10.2014	29.10.2014	05.11.2014	5-8 Tage danach	10.11.2014	13.11.2014
	30.07.2014	06.08.2014	13.08.2014	1-7 Tage danach	14.08.2014	20.08.2014
Niedersachsen (n=6)	07.07.2014	14.07.2014	21.07.2014	1-4 Tage danach	22.07.2014	25.07.2014
	08.07.2014	16.07.2014	23.07.2014	5-8 Tage danach	28.07.2014	31.07.2014
	18.07.2014	24.07.2014	31.07.2014	4-7 Tage danach	04.08.2014	07.08.2014
	22.07.2014	28.07.2014	04.08.2014	1-3 Tage danach	05.08.2014	07.08.2014
	30.07.2014	05.08.2014	12.08.2014	1-2 Tage danach	13.08.2014	14.08.2014
	01.08.2014	07.08.2014	14.08.2014	4-6 Tage danach	18.08.2014	20.08.2014
Nordrhein- Westfalen (n=8)	22.08.2014	28.08.2014	04.09.2014	8-12 Tage danach	12.09.2014	16.09.2014
	26.08.2014	01.09.2014	08.09.2014	10-14 Tage danach	18.09.2014	22.09.2014
	03.09.2014	09.09.2014	16.09.2014	10-14 Tage danach	26.09.2014	30.09.2014
	05.09.2014	11.09.2014	18.09.2014	5-6 Tage danach	23.09.2014	24.09.2014
	08.08.2014	14.08.2014	21.08.2014	4-6 Tage danach	25.08.2014	27.08.2014
	12.08.2014	18.08.2014	25.08.2014	7-9 Tage danach	01.09.2014	03.09.2013
	20.08.2014	26.08.2014	02.09.2014	6-7 Tage danach	08.09.2014	09.09.2014
	28.10.2014	03.11.2014	10.11.2014	1 Tag danach	11.11.2014	11.11.2014
Rheinland- Pfalz (n=5)	01.09.2014	08.09.2014	15.09.2014	2-11 Tage danach	17.09.2014	26.09.2014
	03.09.2014	10.09.2014	17.09.2014	6-8 Tage danach	23.09.2014	25.09.2014
	12.09.2014	18.09.2014	25.09.2014	1-5 Tage danach	26.09.2014	01.10.2014
	28.10.2014	03.11.2014	10.11.2014	1 Tag danach	11.11.2014	11.11.2014
	26.09.2014	02.10.2014	09.10.2014	4-6 Tage danach	13.10.2014	15.10.2014
Saarland (n=2)	06.10.2014	13.10.2014	20.10.2014	17-12 Tage davor	26.09.2014	01.10.2014
	08.10.2014	15.10.2014	22.10.2014	14-7 Tage davor	01.10.2014	07.10.2014

In den Folgeabschnitten werden beide Teile der Datenerhebung genauer beschrieben: die Ermittlung des Pflegegrads durch Anwendung des NBA (Abschnitt 6.2.1) und die Erfassung des bewohnerbezogenen Versorgungsaufwands (Abschnitt 6.2.2).

6.2.1 Anwendung des NBA

Die Durchführung des NBA erfolgte durch geschulte Gutachter der jeweiligen MDK. Die Begutachtungen fanden zeitnah zur Erfassung des Versorgungsaufwands statt, in der Regel in den ersten beiden Wochen nach Abschluss der Erfassung des Versorgungsaufwands. Dadurch sollte vermieden werden, dass sich die Konstitution und das Ausmaß der erhaltenen Pflege- und Betreuungsleistungen der teilnehmenden Bewohner zu beiden Erhebungen erheblich unterschieden. Die Gutachter ließen sich am Tag der Begutachtung das Einverständnis der Pflegebedürftigen zur Teilnahme an der Studie und zur Verknüpfung der Daten des NBA mit den Daten der Zeiterfassung zur zuvor gegebenen Zustimmung (ggfs. durch den gesetzlichen Vertreter) bestätigen. Sie gaben zusätzlich den Hinweis, dass alle erhobenen Daten pseudonymisiert ausgewertet werden, sodass die Informationen einzelner Personen im weiteren Verlauf an keiner Stelle sichtbar sind. Den Probanden konnte somit versichert werden, dass der Datenschutz durchgängig gewährleistet ist.

Für alle Studienteilnehmer, von denen Daten erfasst wurden, wurden nach einem standardisierten Vorgehen laufende Nummern erstellt, die als Identifikationsmerkmal für die spätere Auswertung dienten. Die Datenerhebung des NBA in den Pflegeheimen erfolgte auf passwortgeschützten Laptops oder Tablets oder die Gutachter übertrugen die Daten online in einem datengeschützten Portal über das KKSb an das ZeS. Die erfassten Daten, die Einwilligungserklärung sowie die Liste mit den laufenden Nummern zur Identifikation der Fragebögen wurden getrennt und verschlossen aufbewahrt.

Die Übermittlung der Daten an das KKSb erfolgte online über einen geschützten Serverzugang. Die Analysedaten enthielten weder Name noch Adresse oder Versicherungsnummer, sondern als Identifizierungsmerkmal die von den Gutachtern eingetragenen laufenden Nummern.

Die Begutachtungen fanden zeitnah zur Erfassung des Versorgungsaufwands statt, in der Regel im Anschluss an die Leistungsdatenerfassung, wie es Abbildung 2 verdeutlicht.

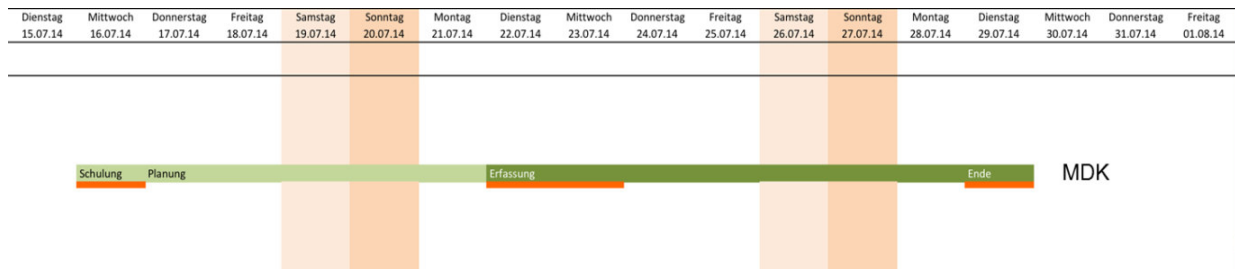


Abbildung 2: Besuch der MDK-Gutachter im Anschluss an die Erfassung des Versorgungsaufwands

6.2.2 Erfassung des Versorgungsaufwands

Mittels mobiler Datenerfassung mit hinterlegtem Leistungskatalog konnten die Dauer sowie Art der pflegerischen, gesundheitlichen und betreuerischen Interventionen für jeden an der Studie teilgenommenen Bewohner erhoben werden. Dieser Teil der Erfassung lässt sich drei Phasen zuordnen:

6.2.2.1 Phase 1: Erstellung der Tagesstrukturpläne für die an der Studie teilnehmenden Bewohner

Zur Vorbereitung der Erfassung wurde zu jedem der teilnehmenden Bewohner ein *individueller Tagesstrukturplan* durch die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung erstellt. Dazu erhielten sie eine eintägige Schulung in die EVOCURA-Planungssoftware durch die wissenschaftlichen Projektmitarbeiter der Universität Bremen. Für die Auswahl der Mitarbeiter war wichtig, dass sie die Bewohner und deren üblichen Tagesablauf gut kannten. Die ausgewählten Mitarbeiter (meistens zwei bis vier Personen) wurden während der Schulung sowohl in das Erfassungsgerät wie auch die Planungssoftware zur Erstellung der Tagesstrukturpläne der teilnehmenden Bewohner eingewiesen.

In einem ersten Schritt wählten die Mitarbeiter aus allen 124 verfügbaren *direkten Pflege- und Betreuungsleistungen* (vgl. Tabelle 4) nur diejenigen aus, die für den jeweiligen Bewohner in Frage kamen. So wurden Leistungen wie „Wundversorgung bei Stoma“ gelöscht, wenn dieser Fall in der Versorgung des Bewohners nicht zutrifft. Auf diese Weise erhielt jeder Bewohner einen individuell gestalteten und reduzierten Maßnahmenkatalog, auf den an den Handgeräten (Smartphones) in der Erfassung jederzeit zurückgegriffen werden konnte. Darüber hinaus war es möglich, eigene Interventionen zu formulieren und in der Software für den Bewohner zu hinterlegen (beispielsweise Eincremen mit spezieller Salbe). Zu den ausgewählten Interventionen wurde die jeweilige *Hilfeform* festgelegt.

Als zweiten Schritt wurden die ausgewählten Maßnahmen einzelnen Aktivitäten im Tagesablauf zugewiesen, z. B. die Intervention „Nahrung mundgerecht vorbereiten“ der Aktivität „Frühstück“ um 8 Uhr morgens. Die Planungssoftware hielt die typischen Aktivitäten wie die Mahlzeiten oder Morgen-

oder Abendhygiene vor. Die Einrichtungen hatten überdies die Möglichkeit, eigene Aktivitäten zu formulieren und im Tagesverlauf einzuordnen.

Ein erstellter *Tagesstrukturplan* setzte sich somit aus Aktivitäten (z. B. „Morgenhygiene“) und Leistungen (z. B. „Hilfe beim Aufstehen“) zusammen. An dieser Stelle soll daran erinnert werden, dass Aktivitäten Prozesse sind, für deren Durchführung der Bewohner Hilfe oder deren Übernahme benötigt. Die Interventionen sind Leistungen, die von einer Pflege- oder Betreuungskraft durchgeführt werden. Die Interventionskomplexe (gekennzeichnet mit dem Präfix „IK-“) umgreifen eine gesamte Pflegehandlung einschließlich begleitender Maßnahmen (z. B. ein Bewohner wird bei der Oberkörperwaschung am Waschbecken durch die Pflegekraft unterstützt, er wird zuvor ins Badezimmer begleitet und anschließend beim Ankleiden unterstützt). Diese Vorgehensweise kam zum Einsatz, wenn Pflegehandlungen komplexer und deren Einzelleistungen unmittelbar nacheinander erfolgten. Einzelleistungen, die entweder für sich alleine stehen oder in einer Handlungskette aufgrund von planbaren Unterbrechungen für die Pflegekraft zeitlich nicht aufeinander erfolgten (z. B. der Bewohner ist es gewohnt, innerhalb der Morgenhygiene alleine die Zähne zu putzen), waren einzeln in der Tagesstrukturplanung anzulegen. Ob und wann – je nach Versorgungsablauf und Gewohnheiten der Bewohner – Interventionskomplexe oder Einzelleistungen zu wählen sind, wurde den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Schulung erklärt. Dazu sind zusammen mit den Projektmitarbeitern an diesem Tag mehrere Tagesstrukturpläne erstellt worden, die die verschiedenen Konstellationen verdeutlichen.

Darüber hinaus konnten *Gruppenangebote* mit der jeweiligen Originalbezeichnung der Einrichtung und mit Zuordnung der Bewohner, die diese besuchten und Studienteilnehmer waren, gesondert angelegt werden.

Die Tagesstrukturpläne und Gruppen wurden direkt in die *Pflegedokumentationssoftware EVOCURA* eingegeben, dazu wurden den Mitarbeitern der Einrichtung ein Laptop zur Verfügung gestellt. Dieser diente später zur Synchronisation der dokumentierten Leistungen zwischen den Handgeräten (Smartphones) als auch zur kontinuierlichen Datensicherung. Am Schulungstag wurden ebenfalls die Smartphones und deren Funktionsweise präsentiert und der erste Umgang geübt. Dies war nötig, um die Verbindung zwischen den zunächst zu erstellenden Tagesstrukturplänen und der späteren Anzeige und Funktionsweise auf den Geräten zur Datenerfassung zu verstehen. Ein bis maximal vier Handgerät(e) blieben in den Einrichtungen, so konnten die Mitarbeiter den Umgang üben und bis zum ersten Erfassungstag weitere Kollegen mit der Technik vertraut machen. Abbildung 3 zeigt exemplarisch die Verortung dieser ersten Phase im Ablauf der Datenerhebung.

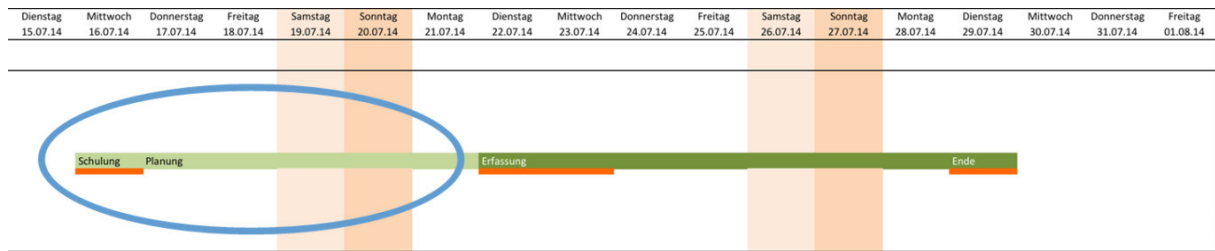


Abbildung 3: Erste Phase der Datenerhebung

6.2.2.2 Phase 2: Leistungserfassung

Die Leistungserfassung erstreckte sich über *sieben Tage*, erfolgte in *Echtzeit* und wurde *von den an der Pflege und Betreuung beteiligten Mitarbeitern der Einrichtungen* selbst übernommen.

Die Erfassung startete am ersten Tag mit der Spätschicht. Unmittelbar davor erhielten alle verfügbaren Mitarbeiter der einbezogenen Wohnbereiche eine Einweisung zum Umgang mit den Handgeräten. Die Datenerfassung für die Pflege-, Gesundheits- und Betreuungshandlungen erfolgte fortlaufend über den Zeitraum von einer Woche und 24 Stunden täglich. Hierdurch konnte sichergestellt werden, dass Leistungsschwankungen innerhalb eines Tages und einer Woche aufgezeigt und in der Auswertung berücksichtigt werden konnten. Die Pflegemitarbeiter dokumentierten stellvertretend Tätigkeiten und Leistungen von Pflege- und Betreuungskräften anderer Wohnbereiche, Angehörigen oder ehrenamtlich Tätigen, sofern die Handlungen stellvertretend für die Mitarbeiter des Wohnbereichs ausgeführt wurden.

Eingesetzt wurden Handgeräte (Smartphones der Marke HUAWEI Ascend G510) mit einer fortentwickelten Version der Pflegedokumentations-Applikation (App) der EVOCURA GmbH. Zu Beginn des Dienstes stattete sich *jeder Mitarbeiter* mit einem Smartphone aus und meldete sich unter seinem Namen und mit einem persönlichen PIN-Code an. Unabhängig von seiner beruflichen Qualifikation und Berufsgruppenzugehörigkeit konnte jeder Mitarbeiter auf jeden an der Studie teilnehmenden Bewohner zugreifen.

Entsprechend der Uhrzeit in der laufenden Schicht und des vorangelegten Tagesstrukturplans zeigte die Applikation die für den jeweiligen Bewohner *geplanten Pflege- oder Betreuungsleistung* an. Die geplanten Leistungen wurden nach den Aktivitäten gruppiert, z. B. unter der Aktivität „Morgenhygiene“ sind die Leistungen „Hilfe beim Aufstehen“ und „IK-Oberkörperwaschung am Waschbecken“ gelistet. Aktivitäten sind Prozesse, für deren Durchführung der Bewohner Hilfe oder deren Übernahme benötigt. Die Intervention ist eine die Leistung, die von einer Pflege- oder Betreuungskraft durchgeführt wird. Die Interventionskomplexe (gekennzeichnet mit dem Präfix „IK-“) beinhalten wie bereits beschrieben mehrere Pflegehandlungen. Für den korrekten Einsatz, wann je nach Versorgungs-

ablauf und Gewohnheit des jeweiligen Bewohners Interventionskomplexe oder Einzelleistungen zu dokumentieren sind, wurden die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen in den ersten beiden Tagen der Erhebung durch die wissenschaftlichen Projektmitarbeiter sensibilisiert. Wenn *ungeplante Leistungen* beispielsweise durch nicht vorhersehbare Ereignisse wie eine Blutdruckmessung bei plötzlichem Schwindel eintraten, bestand zu jedem Bewohner die Möglichkeit, auf den *Katalog an Bedarfsleistungen* zurückzugreifen. Dieser enthielt alle – zuvor in der Planungsphase – für den Bewohner ausgewählten direkten Pflege- und Betreuungsleistungen, die Pauschalleistungen, die Leistungen für die Berufsgruppen der Sozialen Arbeit, Ergo- und Physiotherapie sowie die indirekten Pflegeleistungen (vgl. Tabelle 4). Die Tagesstrukturpläne konnten auch während der Erfassung jederzeit möglichen tageszeitlichen Veränderungen angepasst oder um zu erbringende, planbare Leistungen ergänzt werden.

Beginn und Ende einer Leistung wurde jeweils über das *Antippen des Start- bzw. Stop-Buttons* gesetzt. Das Erfassen der Gruppenangebote erfolgte ebenfalls über das Dokumentieren des Start- und Endzeitpunkts, wobei jedem einzelnen an der Gruppe teilnehmenden Bewohner die gesamt gemessene Dauer zugerechnet wurde. Für Gruppenangebote wurde zusätzlich die Gruppengröße (definiert als Anzahl der Teilnehmenden Bewohner) dokumentiert. Die Mitarbeiter wurden zudem darauf hingewiesen, dass *Wegezeiten* den jeweiligen Maßnahmen zuzurechnen sind. Dies bedeutet, dass beispielsweise die Leistung „Flüssigkeit verabreichen“ schon auf dem Weg zum Bewohner beginnt. Die in der Planung bestimmten *Hilfeformen* konnten während der Erfassung bei veränderter Tagesform des Bewohners ebenfalls an den Smartphones geändert werden.

Bei *Erfassungsfehlern* hinsichtlich der Dauer (z. B. wenn vergessen wurde, den Stop-Button zu betätigen) konnte nachträglich dokumentiert bzw. korrigiert werden. Wenn die Mitarbeiter den Fehler noch in der laufenden Erfassung bemerkten, war die Korrektur (z. B. Abzug von Minuten) an den Smartphones möglich. Sobald die verrichtete Leistung inklusive fälschlich gemessener Dauer an den Server (Laptop) übertragen wurde, konnte die Korrektur des Zeitwerts nur noch am Laptop. Für die Auswertung blieben real gemessene und korrigierte Zeitwerte differenzierbar. Leistungen, die geplant, aber nicht erbracht wurden (z. B. weil der Bewohner die Hilfe beim Anziehen am Morgen ablehnte), wurden als nicht erbrachte Leistungen gekennzeichnet und bekamen folglich keinen Minutenwert. Leistungen, die erbracht und mit einem Zeitwert versehen waren, und nicht erbrachte Leistungen waren durch eine verschiedene Farbgebung als solche erkenntlich. Dies diente als einrichtungsinterne Kontrolle über die erbrachten und noch offenen Leistungen in den laufenden Schichten.

Die ersten beiden Tage, also insgesamt vier Schichtdiensten, fanden unter *Begleitung der wissenschaftlichen Projektmitarbeiter* der Universität Bremen (ZeS) statt. Eine weitere kontinuierliche Unterstützung war nicht erforderlich, da nach der Begleitungszeit die Projektverantwortlichen und wei-

tere Multiplikatoren in den Einrichtungen befähigt waren, die Datenerfassung zu kontrollieren und Kollegen, die zuvor an keiner Schulung teilnehmen konnten, im Umgang mit der Erfassung zur Seite zu stehen. Darüber hinaus kontrollierten die Projektmitarbeiter der Universität Bremen und die Softwarefirma per TeamViewer® kontinuierlich die Datenerfassungen. Abbildung 4 zeigt exemplarisch die Verortung dieser ersten Phase im Ablauf der Datenerhebung.

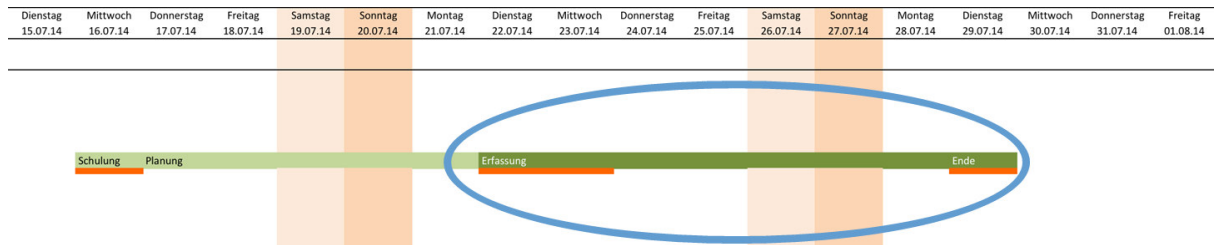


Abbildung 4: Zweite Phase der Datenerhebung

Die *Kontrolle der Datenqualität* während der einwöchigen Erhebung oblag den Projektverantwortlichen und weiteren Multiplikatoren in den Einrichtungen. Hierzu konnten sie zum einen auf die zuvor erhaltenen Anleitungen in schriftlicher Form zurückgreifen. Zudem waren die wissenschaftlichen Projektmitarbeiter zu jederzeit mobil oder per E-Mail erreichbar, wovon die Einrichtungen jedoch nur selten Gebrauch machten. Darüber hinaus kontrollierten die Projektmitarbeiter der Universität Bremen und die Softwarefirma EVOCURA GmbH per TeamViewer® kontinuierlich die Datenerfassungen hinsichtlich ihres Fortgangs und ihrer Plausibilität.

6.2.2.3 Phase 3: Abschluss der Datenerhebung

Die einwöchige Datenerfassung endete nach der Frühschicht am achten Tag. Im Anschluss daran erfolgte die *Datensicherung*, die von den Projektmitarbeitern noch in den Pflegeeinrichtungen angestoßen und von der EVOCURA GmbH per Fernwartung durchgeführt wurde. In einer *Abschlussbesprechung* hatten die Mitarbeiter der Einrichtung die Möglichkeit, den Projektmitarbeitern der Universität Bremen ihre Eindrücke über die Erfassungsmethode und ihre Erfahrungen im Umgang mit der Technik widerzuspiegeln. Auf Wunsch wurden den Einrichtungen die Pflegeprotokolle der an der Studie teilgenommenen Bewohner ausgehändigt. In diesen waren alle Versorgungsleistungen der Woche mit der jeweiligen gemessenen Dauer aufgelistet. Mit dem *Geräteabbau* endete die Erfassungsphase der Pflege- und Betreuungsleistungen in der jeweiligen Einrichtung. Abbildung 5 zeigt exemplarisch die Verortung auch dieser ersten Phase im Ablauf der Datenerhebung.

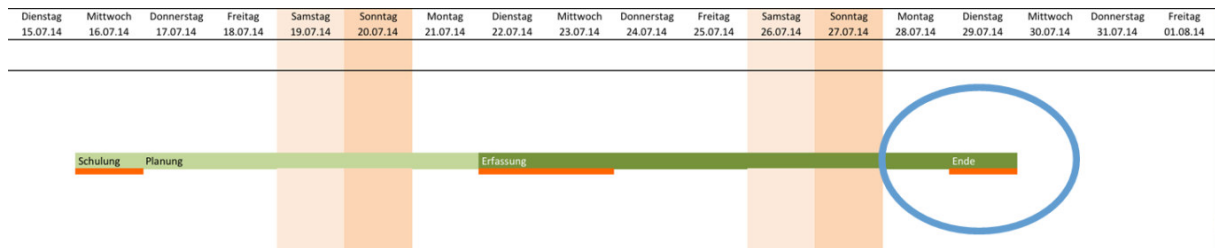


Abbildung 5: Dritte Phase der Datenerhebung

Die Phasen aus Vorbereitung (Erstellung der Tagesstrukturpläne), einwöchiger Datenerhebung und Abschluss zogen sich kontinuierlich über die teilnehmenden Einrichtungen (Abbildung 6). Je Bundesland verliefen zwei Datenerhebungen parallel. Die wissenschaftlichen Projektmitarbeiter der Universität Bremen waren zeitgleich jeweils in zwei Bundesländern unterwegs, sodass die Datenerhebungen in insgesamt vier Einrichtungen parallel verliefen. Mit der parallelen Organisation waren eine *kontinuierliche Datenerhebung* innerhalb des Zeitraums vom 23.06.2014 bis zum 10.11.2014 und damit die Datenerhebung im vorgegebenen Zeitraum möglich.

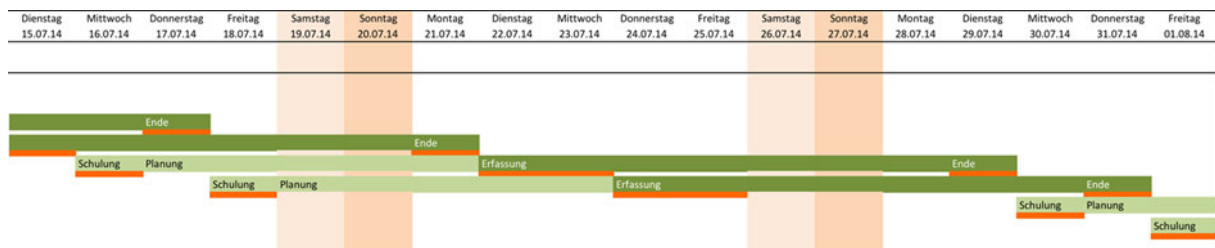


Abbildung 6: Parallel ablaufende und kontinuierliche Datenerhebung pro Bundesland

Im Anschluss an die Erhebungen wurden der Versorgungsaufwand pro Pflegebedürftigem und der mit dem NBA ermittelte Summenscore über die vergebenen Identifikationsnummern in einem gemeinsamen Datensatz verknüpft.

6.3 Schwierigkeiten in der Datenerhebung und methodische Limitationen

Ähnlich den Erfahrungen bisheriger Erhebungen von Versorgungsaufwänden in der stationären Langzeitpflege (Schneekloth & Müller 2000, Wingenfeld & Schnabel 2002, Höhmann & Ascher 2004 und Brühl & Planer 2013), ergaben sich spezifische Herausforderungen in der Erhebung, die nachfolgend skizziert werden. Zusätzlich werden der Umgang mit diesen innerhalb der Datenerhebungsphase und daraus resultierende zu berücksichtigende Limitationen beschrieben.

6.3.1 Dokumentation von Leistungskomplexen in Abgrenzung zu Einzelleistungen

Um den Dokumentationsaufwand für die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen in einem tolerablen Ausmaß zu halten, bestand der entwickelte Leistungskatalog neben den Einzelleistungen auch aus Interventionskomplexen. Zur Erreichung des Studienziels erschien es nicht sinnvoll, jede einzelne Leistung zu dokumentieren, wenn sie im Zusammenhang mit mehreren steht. Das lässt sich am Beispiel „IK-Ausscheidung Toilette“ zeigen. Dieser Interventionskomplex konnte die Begleitung des Bewohners zur Toilette, das Helfen beim Aus- und Ankleiden und den Wechsel von Inkontinenzmaterial beinhalten. Für die Erfassung waren aber die Informationen über Art (Hilfe bei der Ausscheidung) und Zeit (Dauer der Hilfe bei der Ausscheidung) der Leistung ausreichend. Einzelleistungen waren separat zu erfassen, wenn sie in keinem Zusammenhang mit anderen Leistungen oder Leistungskomplexen stehen. Dies war beispielsweise dann der Fall, wenn eine Pflegekraft dem Bewohner nach dem Transfer in das Bett (als Leistung aus dem Bereich Mobilität) noch ein Glas zu trinken anreichte. Diese Hilfe bei der Flüssigkeitsaufnahme (als Einzelleistung aus dem Bereich Ernährung) musste dann gesondert erfasst werden. Die wissenschaftlichen Mitarbeiter der Universität Bremen vermittelten während des Schulungstags zur Erstellung der Tagesstrukturpläne als auch in den ersten Tagen der Datenerhebung die richtige Verwendung von Interventionskomplexen und Einzelleistungen. Die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen waren dafür anschließend ausreichend sensibilisiert.

Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass es zu *Unterdokumentation* bei den direkten und indirekten pflege- und versorgungsrelevanten Leistungen gekommen ist. Beispielsweise musste eine Pflegefachkraft während des morgendlichen Waschens einen zuvor nicht vorhergesehenen Verbandswechsel bei einem bettlägerigen Bewohner durchführen. Der Verbandswechsel ist dann mit großer Wahrscheinlichkeit in der Dauer für die Morgenhygiene miterfasst. Technisch wäre es möglich gewesen, die Zeit für den Verbandswechsel von der Morgenhygiene abzuziehen und separat zu dokumentieren, doch dieser Schritt hätte die Mitarbeiter im oftmals von Hektik geprägten Arbeitsalltag zusätzlich herausgefordert und wäre daher leicht untergegangen. Daher wurde auf eine separate Erfassung verzichtet.

6.3.2 Dokumentation per Selbstaufschrieb durch das Pflege- und Betreuungspersonal

Diese Methode der Leistungserfassung wurde gewählt, um das gesamte Versorgungsgeschehen über eine Woche hinweg zu erfassen. Entgegen den bekannten Vorteilen von Fremdaufschrieben war der Einsatz von externen Datenerhebern in einem Zeitraum von über 20 Wochen (einschließlich Wochenenden und Feiertagen) in knapp 40 Einrichtungen nicht möglich, denn dieser hätte das Personalbudget des Projekts deutlich überschritten. Ein zentraler Vorteil von Selbstaufschrieben durch das Pflege- und Betreuungspersonal ist zudem, dass die Intimsphäre der Bewohner beispielsweise bei der

Körperpflege gewahrt bleibt. Andererseits ergeben sich Probleme bei der zeitlichen Erfassung von Leistungen, wenn diese auf der Selbsteinschätzung der Mitarbeiter beruhen. Die Echtzeit-Messung (Betätigen des Start- und Stopp-Buttons) wirkte dieser Problematik grundsätzlich entgegen. Allein beim Korrigieren und Nachtragen von Leistungen mussten die Mitarbeiter die von ihnen eingeschätzte Dauer einsetzen. Daher wurden sie dazu angehalten, während der einwöchigen Datenerfassung vor allem in Situationen, in denen keine Echtzeit-Messung möglich war, die aufgewendete Zeit im Blick zu halten. Es zeigte sich, dass sich das Zeitgefühl der Mitarbeiter durch die Studienteilnahme teilweise veränderte. Insbesondere zu Beginn der einwöchigen Erhebung berichteten sie von der Erfahrung, dass sie ihre erbrachten Leistungen zeitlich sowohl unter- als auch überschätzten.

6.3.3 Dokumentation von parallel zu erbringenden Leistungen

Das Umgehen mit Leistungen, die parallel erbracht werden, ist eine gemeinsame Schwierigkeit aller bisherigen Bemühungen, Versorgungsaufwände zu erfassen. Dies betrifft vor allem Leistungen mit psychosozialer Intention oder Leistungen, die von psychosozialen Unterstützungsformen begleitet werden. Die nächsten Ausführungen sollen dies verdeutlichen. Aus pflegepraktischer Sicht nachvollziehbar, vermissten die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen beispielsweise die Möglichkeit im Rahmen der Erfassung kenntlich zu machen, dass sie die Versorgung eines Bewohners nach den Prinzipien der Validation durchgeführt haben. Für das Studienziel allerdings war es weniger relevant, wie eine Leistung erbracht wurde als vielmehr, dass eine Tätigkeit (z.B. Körperpflege am Morgen) in einem bestimmten zeitlichen Umfang stattfand. Die Validation ist eine Art der Gesprächsführung, welche eine Leistung begleitet (beispielsweise bei der Unterstützung der Körperpflege), im Sinne der Studie ist sie aber keine eigenständig durchgeführte Leistung. In einem anderen Fall war bei einem antriebsgeminderten Bewohner zu Beginn der morgendlichen Körperpflege ein motivierendes Gespräch nötig oder der Bewohner musste während der Körperpflege immer wieder motiviert werden. In diesem Fall konnte diese psychosoziale Unterstützung für eine längere Dauer der Hilfe bei der Körperpflege sorgen und wurde in dieser miteingefasst. Ein motivierendes Gespräch wurde nur dann gesondert erfasst, wenn es nicht im Kontext einer anderen, im Vordergrund stehenden Aktivität stand.

Dementsprechend sind die Mitarbeiter der Einrichtungen für die Frage sensibilisiert worden, welches Ziel im Vordergrund steht, wenn sie den Bewohnern Unterstützung leisten oder Leistungen für diese übernehmen. Wurde ein Bewohner gewaschen, weil er dazu eigenständig nicht mehr in der Lage war, ist die für die Zeiterfassung relevante Leistung die Hilfe bei der Körperpflege, in die eine besondere Art der Gesprächsführung miteinfließen kann. Im Ergebnis sind motivierende Gespräche daher zwar insgesamt erfasst, aber teilweise anderen Tätigkeiten zugerechnet worden.

6.3.4 Die Über- oder Unterdokumentation von Zeiten für erbrachte Leistungen

So wie die Unterdokumentation in der Erfassung des Versorgungsgeschehens nicht ausgeschlossen werden kann, ist auch die Übererfassung von erbrachten Leistungen nicht auszuschließen. Zum einen kann diese auf Erfassungsfehler basieren. Beispielsweise wurde die gesamte Dauer gemessen, die ein Bewohner zur Körperpflege am Morgen benötigte, obwohl die Pflegekraft lediglich beim An- und Auskleiden Unterstützung leistete. Den Mitarbeitern wurde hierzu verdeutlicht, dass sie die Zeit erfassen sollten, in der sie einem Bewohner zugewandt sind. Dies bereitete ihnen insoweit Schwierigkeiten, als dass sie nicht weniger Leistungen dokumentieren wollten als die für die Bewohner tatsächlich notwendigen, auch wenn sie in der Realität diesen Umfang nicht immer leisten können. An dieser Stelle wird eine andere, der Studie grundsätzlich immanente, Problematik deutlich. Ziel der Untersuchung war es, das *tatsächliche Versorgungsgeschehen* abzubilden. Dazu dürfen die bestehenden Rahmenbedingungen nicht unberücksichtigt bleiben. Auch wenn in der Rekrutierung der Einrichtungen neben der grundsätzlichen Aufgeschlossenheit auf vorteilhafte Organisationscharakteristika geachtet wurde, stellte es sich heraus, dass es für alle Einrichtungen sehr herausfordernd war, im laufenden Betrieb (mit Personalengpässen durch Urlaubszeiten, Krankheitsausfälle etc.) den Anforderungen der Studie nachzukommen.

6.3.5 Das Handling der mobilen Erfassungsgeräte

Ob und in welchem Ausmaß die Bedienung der Smartphones den Pflege- und Betreuungsmitarbeitern Schwierigkeiten bereitete, hing maßgeblich von ihren individuellen Vorkenntnissen und ihrer persönlichen Offenheit gegenüber dieser Technik ab. Die Projektmitarbeiter erlebten es oft, dass sich bereits nach wenigen Stunden aus anfänglicher Skepsis und Zurückhaltung eine hohe Akzeptanz und Aufgeschlossenheit entwickelte. Für das Studienziel, die Echtzeit-Erfassung des tatsächlichen Versorgungsaufwands, erwies sich die mobile Leistungserfassung als geeignet.

7 Datenbereinigung und Auswertung der Daten

Wie in Kapitel 6 beschrieben, wurden die Daten für die Studie über zwei Wege erhoben. Zum einen wurden die Begutachtungen der an der Studie teilnehmenden Bewohner mit dem NBA von Mitarbeitern der jeweiligen MDK-Landesstellen durchgeführt. Das Datenmanagement zum NBA übernahm das KKSb. Zum anderen wurden Leistungserfassungen in den Pflegeeinrichtungen durchgeführt, die von den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen übernommen wurden. Die technische Begleitung und das Datenmanagement wurden von der Firma EVOCURA GmbH gewährleistet.

Ausgangsdatensatz, Datenbereinigung und -validierung

Die Ergebnisse der *Begutachtung der Bewohner nach dem NBA* durch Gutachter des zuständigen MDK wurden an das KKSb übermittelt und dort einer ersten Plausibilitätsprüfung unterzogen, die darauf abzielte, falsche Fallschlüssel, falsche Gutachter-IDs oder Doppelseinträge zu filtern. Falsche Fallschlüssel und Gutachter-IDs wurden bei offensichtlichen Fehlern (z. B. Zahlendreher) korrigiert, ansonsten an die Gutachter zurückgemeldet. Dem ZeS wurde der vollständige Datensatz übermittelt (mit Kennzeichnung der korrigierten Fallschlüssel mittels eigener Variablen), der zudem die aktuellsten Falldaten enthielt. Haben Gutachter Daten verändert und neu an das KKSb gesendet, wurden nur die aktuellsten Falldaten im Datensatz zusammengeführt. Nachdem alle Begutachtungen abgeschlossen sein sollten, wurden die Daten auf Vollständigkeit geprüft. Dabei stellte sich heraus, dass nicht zu allen Bewohnern, die an der Studie teilgenommen haben, ein NBA-Gutachten vorlag und einige NBA-Gutachten nicht eindeutig einer Bewohner-ID zugeordnet werden konnten. Weiterhin gab es Fälle, die zwar begutachtet wurden, aber keinen Pflegegrad erhalten haben. Zudem wurden die Angaben zum Alter und Geschlecht mit den bereits vorliegenden Daten aus den Einrichtungen abgeglichen. Alle Fälle mit fehlenden oder falschen Angaben wurden zusammengetragen und den zuständigen Gutachtern zum Korrigieren vorgelegt. Es wurde darum gebeten, die fehlenden Gutachten zu begründen (z. B. mit Abwesenheit zur oder Verweigerung der Begutachtung) bzw. offene Fälle und uneindeutige Zuordnungen von Gutachtern noch einmal zu prüfen. Darüber hinaus sollte geprüft werden, warum ein Gutachten stattgefunden hat, aber kein Pflegegrad vorliegt (z. B. wegen Abbruch der Begutachtungen). Die Rückmeldungen der Mitarbeiter der jeweiligen MDK-Landesstellen verhalfen dazu, alle offenen Punkte aufzuklären.

Die *Erhebung der Leistungsdaten* erfolgte durch die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen. Das Datenmanagement für diese Daten wurde ebenso wie erste Zwischenauswertungen vom Projektpartner EVOCURA GmbH übernommen. Zu diesem Zweck wurden die vom KKSb ermittelten Pflegegrade an EVOCURA übersandt und dort mit den Leistungsdaten zusammengeführt. Nach Abschluss der Leis-

tungserfassungen in allen Pflegeeinrichtungen wurde ein Rohdatensatz, einschließlich der NBA-Ergebnisse, erstellt, der an das ZeS für die eigentlichen Auswertungen übergeben wurde.

Am ZeS wurden die Daten zunächst auf ihre Plausibilität geprüft. Dabei wurden insbesondere die erhobenen Dokumentationszeiten betrachtet. Hierzu wurden die Box-Plots zu den jeweiligen Aktivitäten berechnet und auf statistische Ausreißer (Extremwerte) überprüft. Je nach Aktivität wurden die Ausreißer belassen, wenn sie einen plausiblen Zeitwert darstellten. Waren die Werte unplausibel, wurden sie mit dem Durchschnittwert der übrigen Werte der Variable ersetzt oder um 100 oder 1000 Minuten gekürzt, da hier von Tippfehlern bei der Eingabe auszugehen war. Der mögliche Tippfehler wurde dadurch ausgelöst, dass bei Korrekturen im Feld der Zeiteingabe bereits eine 1 voreingetragen war, die zunächst gelöscht werden musste. Wurde diese 1 übersehen und die Eingabe zu schnell gespeichert, wurden falsche 100er oder 1000er Zeiteintragungen generiert. Die von der Korrektur betroffenen Aktivitäten (Items; n = 27) und die Art der Korrektur sind in Tabelle 7 gelistet.

Tabelle 7: Aktivitäten, deren dokumentierte Zeitwerte bei Ausreißern korrigiert wurden

Aktivität	Art der Korrektur
10-Minuten-Aktivierung	Durchschnitt der übrigen Werte
Administration/Organisation	Durchschnitt der übrigen Werte
Aktivierung	Durchschnitt der übrigen Werte
Aufstehen/Zubettgehen	Um 100 Minuten gekürzt
Ausflüge, Veranstaltungen und Feste	Um 100 Minuten gekürzt
Ausscheidung	Durchschnitt der übrigen Werte
Betreuung Hauswirtschaftliches	Durchschnitt der übrigen Werte
Betreuungsangebot	Durchschnitt der übrigen Werte
Bett machen	Durchschnitt der übrigen Werte
Bewegungsförderung	Durchschnitt der übrigen Werte
Biografiearbeit	Durchschnitt der übrigen Werte
Blutdruck und Puls messen	Durchschnitt der übrigen Werte
Blutzucker messen Insulingabe	Durchschnitt der übrigen Werte
Dienstgang, Therapiefahrt	Durchschnitt der übrigen Werte
Dokumentation	Durchschnitt der übrigen Werte
Flüssigkeitsaufnahme/-zufuhr	Durchschnitt der übrigen Werte
Gehen Fortbewegen (mit Hilfsmitteln)	Durchschnitt der übrigen Werte
Gewicht messen	Durchschnitt der übrigen Werte
Hauswirtschaft	Durchschnitt der übrigen Werte
Kontrollgang	Um 100 bzw. 1000 Minuten gekürzt
Medikamentengabe	Durchschnitt der übrigen Werte
Medikamentenmanagement	Durchschnitt der übrigen Werte
Nahrungsaufnahme/-zufuhr	Durchschnitt der übrigen Werte
Positionswechsel/Lagerung	Durchschnitt der übrigen Werte
Spiel, Natur und Tiere	Durchschnitt der übrigen Werte
Verbandswechsel	Um 100 Minuten gekürzt
Waschen	Um 100 Minuten gekürzt

Die vom KKS und von EVOCURA vorgelegten Daten wurden anhand des Bewohnerschlüssels zusammgeführt, sodass die Leistungsdaten zusammen mit dem vollständigen NBA-Gutachten (Itempunktswerte, Summenwerte und ermittelte Pflegegrade) vorlagen. Eine erneute Berechnung der Pflegegrade anhand der vorliegenden Punkte auf Itemebene erfolgte nach Validierung der Syntax mit

dem MDS mithilfe von SPSS 22. Anfänglich unterschiedliche Ergebnisse bei den Pflegegraden konnten so bereinigt werden.

Im nächsten Schritt erfolgte eine weitere Datenbereinigung. Insgesamt wurden 1.724 Fälle vom KKSB sowie der EVOCURA GmbH an das ZeS übermittelt, von denen folgende Fälle für die weiteren Analysen ausgeschlossen worden sind:

- Ausschluss aller Fälle (n = 110), für die keine dokumentierten Leistungen (in den EVOCURA-Daten) vorlagen: Diese Fälle sind zustande gekommen, weil in seltenen Fällen die Bewohner oder die Angehörigen die Zustimmung kurzfristig zurückgezogen haben oder dadurch, dass der MDK in wenigen Einrichtungen bereits vor der Erfassung der Leistungsdaten ein NBA-Gutachten erstellt hatte und der Bewohner zur späteren Datenerfassung abwesend war.
- Ausschluss aller weiteren Fälle (n = 24), die keinen Pflegegrad hatten: Im Datensatz gab es Bewohner, die an der Studie teilgenommen haben und zu denen Leistungen erfasst wurden. Der Pflegegrad konnte jedoch nicht ermittelt werden (beispielsweise weil der Bewohner die Begutachtung abgelehnt hat). Daher konnten die Leistungsdaten nicht mehr verwendet werden.
- Ausschluss aller weiteren Fälle (n = 4), die weniger als 5 Tage lang dokumentiert wurden. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich für gewöhnlich über 8 Tage. Die Daten von Bewohnern, die während der Erhebung mehrere Tage abwesend waren (beispielsweise durch einen Krankenhausaufenthalt) wurden nicht berücksichtigt, da der Erhebungszeitraum bei weniger als 5 Dokumentationstagen als zu kurz betrachtet wurde.

Der finale Datensatz enthält *1.586 Fälle* (Abbildung 7).

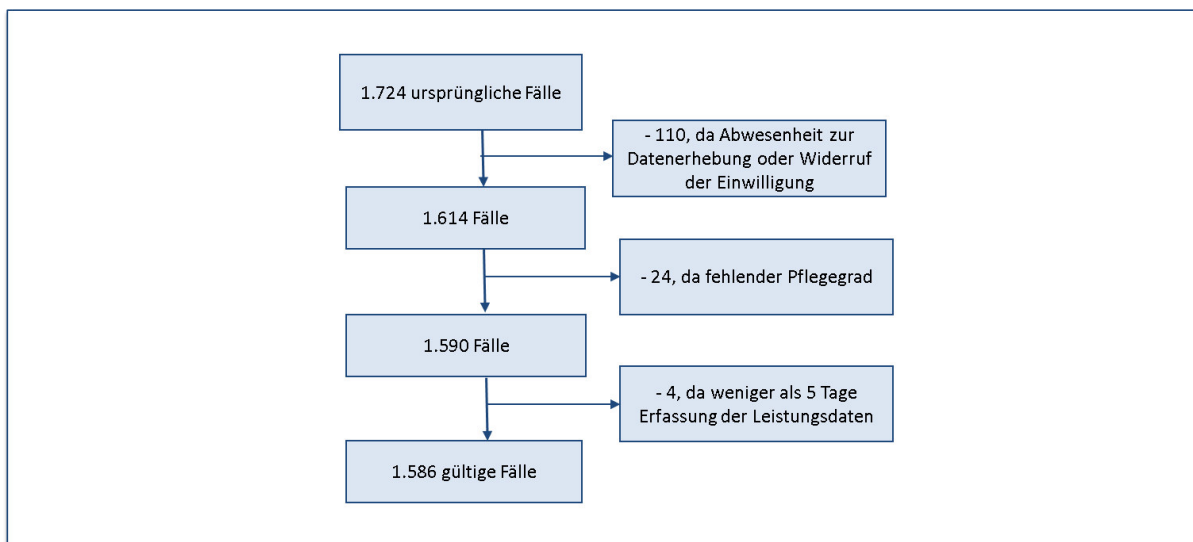


Abbildung 7: Flussdiagramm der gültigen Fälle

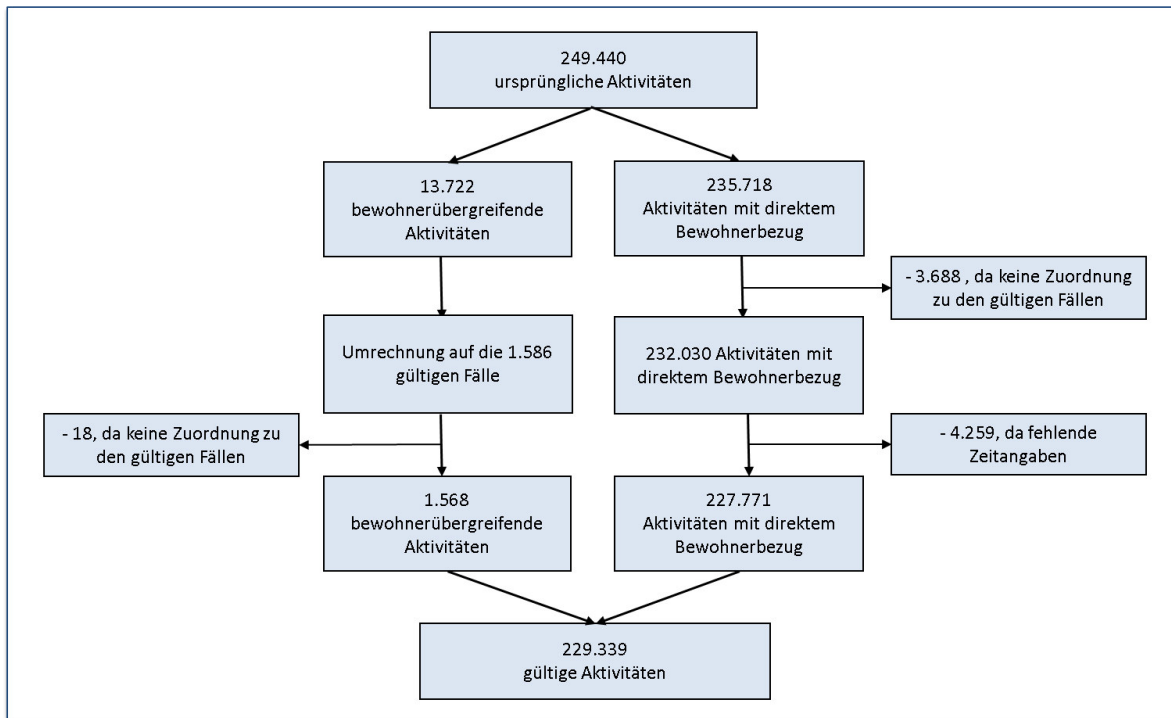


Abbildung 8: Flussdiagramm der gültigen Aktivitäten (mit Bewohnerbezug und bewohnerübergreifend)

Nach der Betrachtung der Fälle wurden auch die *erfassten Leistungsdaten* betrachtet (Abbildung 8). Zunächst wurden 1.979 Aktivitäten ausgeschlossen, die auf Namen der Projektmitarbeiter der Universität Bremen gebucht wurden und zu Übungszwecken während der Datenerfassung dienten. Die verbleibenden 249.440 Aktivitäten wurden schrittweise geprüft und ggf. ausgeschlossen. Die 249.440 Aktivitäten beinhalteten:

- 235.718 Aktivitäten, die direkt mit einem Bewohner oder einer Bewohnergruppe im Zusammenhang stehen, von denen folgende für die weiteren Analysen ausgeschlossen worden sind:
 - Ausschluss von 3.688 Aktivitäten, die keinem gültigen Fall (n=1.586) zugeordnet werden konnten.
- Ausschluss von 4.259 weiteren Aktivitäten, zu denen erhobene Zeitangaben fehlten oder für die eine Dauer von null Minuten angegeben wurde.

Es verblieben 227.771 gültige Aktivitäten, die direkt mit einem Bewohner oder einer Bewohnergruppe im Zusammenhang standen.

- 13.722 Aktivitäten, die bewohnerübergreifend erbracht und in der Auswertung dem gesamten Wohnbereich zugeschrieben wurden. Die in den 13.722 bewohnerübergreifenden Einträgen dokumentierten Aufwände wurden zunächst auf Wohnbereichsebene aufsummiert und anschließend durch die Anzahl der Bewohner (unabhängig von der Studienteilnahme defi-

niert als tatsächliche Anzahl der Bewohner) des jeweiligen Wohnbereichs dividiert. Der dabei errechnete Aufwand wurde schließlich allen Studienteilnehmern des entsprechenden Wohnbereichs zugeteilt. Auf diese Weise konnten 1.568 Fällen bewohnerübergreifende Aktivitäten zugeteilt werden. 18 der 1.586 Fälle konnten hingegen keine bewohnerübergreifenden Aktivitäten zugeteilt werden.

Die 227.771 gültigen Aktivitäten, die direkt mit einem Bewohner oder einer Bewohnergruppe im Zusammenhang stehen, ergaben zusammen mit den 1.568 bewohnerübergreifenden Aktivitäten letztendlich 229.339 *Aktivitäten*. Somit beinhaltet der finale Datensatz von den ursprünglichen 1.646 Fällen schließlich 1.586 *Fälle* mit 229.339 *Aktivitäten*, die sowohl Aktivitäten mit direktem Bewohner(gruppen)bezug als auch bewohnerübergreifende Aktivitäten beinhalteten (Abbildung 8).

Schritte der Datenauswertung

In den Ausführungen im Rahmen der Ergebnisdarstellung und insbesondere zu den erhobenen Versorgungszeiten und Zeitaufwänden (Kapitel 8.2 bis 8.5) werden zwei Betrachtungsweisen unterschieden: die *bewohnerbezogene Betrachtung* beschreibt, welche Zeiten die Bewohner erhalten haben, während die *mitarbeiterbezogene Betrachtung* die Zeiten darstellt, die von Mitarbeitern aufgebracht wurden. Die unterschiedlichen Zeiten kommen zustande, weil im Rahmen der Datenerhebung zwischen Einzel- und Gruppenaktivitäten unterschieden wurde. *Einzelleistungen* umfassen alle Leistungen, die direkt oder indirekt einem bestimmten Bewohner zuzuordnen sind. Diese sind z. B. das Helfen beim Ankleiden, Helfen bei der Nahrungsaufnahme oder Fortbewegung, das Schreiben des Pflegeberichts oder die Erstellung bzw. Evaluation der Pflegeplanung. *Gruppenleistungen* sind hingegen Leistungen, die für mehrere Bewohner zusammen erbracht werden. Sie sind gekennzeichnet durch eine gemeinsame Start- und Endzeit, unabhängig davon, ob die an der Gruppe teilnehmenden Personen später dazukommen oder früher gehen. In der Regel sind das Betreuungsangebote wie Singkreis, Zeitungsrunde, gemeinsames Backen u.a.m. Zeiten, die aufgebracht werden, um Bewohner in die Gruppe zu begleiten, gehören nicht zur Gruppenaktivität, die Zeiten für die Vor- und Nachbereitung des Gruppenangebots hingegen schon. Versorgungsaktivitäten wie Mahlzeiten wurden bewusst als Gruppenleistung ausgeschlossen, da hier grundsätzlich nur ein Bewohner von einer Pflegeperson versorgt werden kann. Diese Zeiten sind als Einzelleistungen erfasst. Die Zeiten für die Gruppenbetreuung werden jedem Bewohner bei einer *bewohnerbezogenen Betrachtung* vollständig zugeordnet: Nehmen zehn Bewohner eine Stunde lang an einer Gruppenaktivität teil, wird für jeden Bewohner die Leistung mit 60 Minuten erfasst. Bei der *mitarbeiterbezogenen Betrachtung* werden die Zeiten der Gruppenaktivitäten sowie ggf. die Zeit für die Vor- und Nachbereitung der Gruppenveranstaltung durch die Anzahl der an der Gruppenaktivität teilnehmenden Bewohner geteilt, sodass einem Mitar-

beiter bei einer einstündigen Betreuung von 10 Personen in einer Gruppe pro Person nur 6 Minuten zugerechnet werden, sodass sich bei Addition der für alle Bewohner erbrachten Leistungen wieder die real angefallene Arbeitszeit ergibt. Terminologisch wird in den folgenden Ausführungen von *Versorgungszeiten* gesprochen, wenn die bewohnerbezogenen Pflege- und Betreuungsleistungen (in Minuten) gemeint sind, die bei den Bewohnern „ankommen“. Der Begriff *Zeitaufwand* wird benutzt, wenn die versorgungsrelevanten Aufwendungen (in Minuten) gemeint sind, die von den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen geleistet werden.

Die Datenauswertung erfolgte mit SAS 9.2 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA). Abhängig von der gewählten Betrachtungsweise wurden zunächst für alle Bewohner die jeweiligen Versorgungszeiten bzw. Zeitaufwände (alle Aktivitäten inklusive bewohnerübergreifende Aktivitäten; vgl. Abbildung 8) addiert. Die dabei ermittelten Versorgungszeiten bzw. Zeitaufwände bezogen sich zunächst auf den gesamten Beobachtungszeitraum. Zur Ermittlung der Versorgungszeiten bzw. Zeitaufwände pro Tag wurde zunächst anhand der Datumsangaben der durchgeführten Aktivitäten für jeden Bewohner die Anzahl an Dokumentationstagen ermittelt. Anschließend wurden die zuvor berechneten Zeiten durch die Anzahl an Dokumentationstagen (definiert als Anzahl an Dokumentationstagen minus eins³) dividiert. Somit ergab sich für jeden Bewohner eine durchschnittliche Versorgungszeit bzw. ein durchschnittlicher Zeitaufwand pro Tag. Anhand der individuellen durchschnittlichen Versorgungszeiten pro Tag wurden daraufhin beispielsweise durchschnittliche Versorgungszeiten pro Tag differenziert nach Pflegestufen oder Pflegegraden ermittelt. Diese Zeiten konnten bei Bedarf weiter differenziert werden – beispielsweise nach PEA.

³ Die Anzahl an Dokumentationstagen wurde definiert als Anzahl an Dokumentationstagen minus eins da sowohl am ersten Tag als auch am letzten Tag der Erhebungen in den Einrichtungen jeweils nur den halben Tag über Daten erfasst wurden.

8 Darstellung der Ergebnisse

Die Darstellung der Studienergebnisse orientiert sich an den in Kapitel 3 wiedergegebenen forschungsleitenden Fragestellungen. Entsprechend beziehen sich die Abschnitte 8.2 bis 8.5 auf die vier dort formulierten Forschungsfragen, während Abschnitt 8.6 darstellt, in welche Pflegegrade die Studienpopulation in Abhängigkeit von der Pflegestufe eingeordnet wird. Zuvor wird aber die Stichprobe beschrieben und dabei geprüft, inwieweit diese repräsentativ für die stationäre Pflege in Deutschland insgesamt sein kann (Abschnitt 8.1).

8.1 Beschreibung und Repräsentativität der Stichprobe

Zur Beschreibung der Stichprobe wird zunächst der Umfang sowie die Größe und Trägerschaft der Einrichtungen thematisiert (Abschnitt 8.1.1). Anschließend werden diese Werte mit der Bundesstatistik verglichen (Abschnitt 8.1.2). Entsprechend werden auch die soziodemographischen Charakteristika der Bewohner beschrieben (Abschnitt 8.1.3) und mit bundesweiten Zahlen verglichen (Abschnitt 8.1.4). Abschließend wird die Verteilung der Qualifikationen der in die Studie einbezogenen Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen vorgestellt (Abschnitt 8.1.5).

8.1.1 Umfang der Stichprobe, Trägerschaft und Größe der Pflegeeinrichtungen

Für die Teilnahme an der Studie konnten insgesamt 1.724 Bewohner aus 39 stationären Langzeitpflegeeinrichtungen gewonnen werden. 110 Bewohner schieden jedoch im Laufe der Studie aus. Gründe hierfür waren, dass diese entweder verstorben sind, die Zustimmung zur Teilnahme an der Studie selber zurückgezogen haben oder über Angehörige zurückgenommen wurde, im Zeitraum der Datenerhebung aufgrund von Krankenhausaufenthalten oder anderen Gründen nicht anwesend waren. Von den verbleibenden 1.614 Bewohnern konnten, wie in Kapitel 7 beschrieben, nicht alle für die Auswertung der Daten berücksichtigt werden. Die vorliegenden Auswertungen basieren somit auf einer Stichprobe von 1.586 Bewohnern (Abbildung 7, Seite 41).

Die 39 berücksichtigten Pflegeeinrichtungen verteilen sich folgendermaßen auf sieben Bundesländer:

- Baden-Württemberg (8 Pflegeeinrichtungen)
- Bremen (2 Pflegeeinrichtungen)
- Mecklenburg-Vorpommern (8 Pflegeeinrichtungen)
- Niedersachsen (6 Pflegeeinrichtungen)
- Nordrhein-Westfalen (8 Pflegeeinrichtungen)
- Rheinland-Pfalz (5 Pflegeeinrichtungen)
- Saarland (2 Pflegeeinrichtungen).

Von den 39 Pflegeeinrichtungen standen neun (23 %) Einrichtungen unter öffentlicher Trägerschaft, 18 (46 %) Einrichtungen hatten einen freigemeinnützigen und zwölf (31 %) Einrichtungen einen privaten Träger (Abbildung 9).

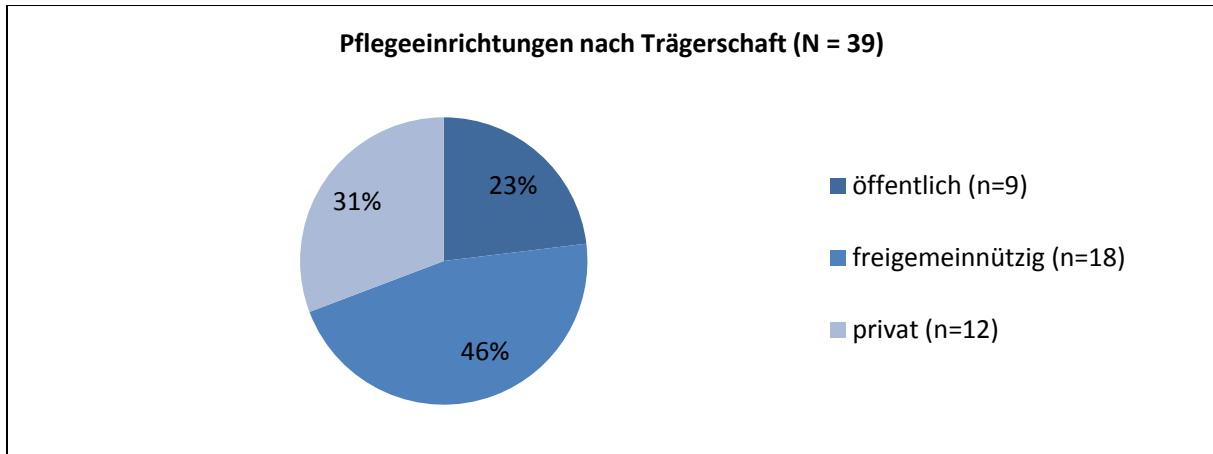


Abbildung 9: In die Stichprobe einbezogene Pflegeeinrichtungen nach Trägerschaft

Die kleinste Einrichtung in der Stichprobe hatte 60, die größte Einrichtung verfügte über 380 Pflegeplätze. Die Verteilung der Einrichtungen über die Bundesländer hinsichtlich der Pflegeplätze, rekrutierter Bewohner und Anzahl der in die Studie involvierten Mitarbeiter ist in Tabelle 8 dargestellt. Es sind an dieser Stelle nur die Beschäftigten (N = 1.349) gelistet, die direkt an der Datenerfassung beteiligt waren.

Tabelle 8: Beschreibung der Studienteilnehmer nach Bundesländern

Bundesland	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Pflegeplätze	Anzahl der Bewohner*	Anzahl der Mitarbeiter**
Baden-Württemberg	8	774	311	285
Bremen	2	155	93	76
Mecklenburg-Vorpommern	8	793	368	271
Niedersachsen	6	853	279	207
Nordrhein-Westfalen	8	865	311	310
Rheinland-Pfalz	5	528	142	129
Saarland	2	217	82	71
Gesamt	39	4.185	1.586	1.349
* gültige Fälle				
** Inbegriffen sind alle Mitarbeiter der teilnehmenden Wohnbereiche				

8.1.2 Abgleich der Pflegeeinrichtungen mit der amtlichen Statistik

Im Vergleich mit der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2013) sind die öffentlichen Einrichtungen zulasten der Einrichtungen in privater und freigemeinnütziger Trägerschaft in der durchgeführten Untersuchung gegenüber dem Bundesdurchschnitt überrepräsentiert (Tabelle 9).

Tabelle 9: Pflegeeinrichtungen nach Trägerschaft

	Statistisches Bundesamt 2013		ZeS	
	2011		2014	
Private Träger	4.998	40%	12	31%
Freigemeinnützige Träger	6.721	54%	18	46%
Öffentliche Träger	635	5%	9	23%
insgesamt	12.354	100%	39	100%

Wie Abbildung 10 zeigt, ist diese Überrepräsentanz der öffentlichen Träger aber insofern irrelevant, als sich der Zeitaufwand pro Pflegebedürftigem in allen Pflegegraden (und auch im Durchschnitt insgesamt) nicht signifikant zwischen öffentlichen und anderen Trägern unterscheidet.

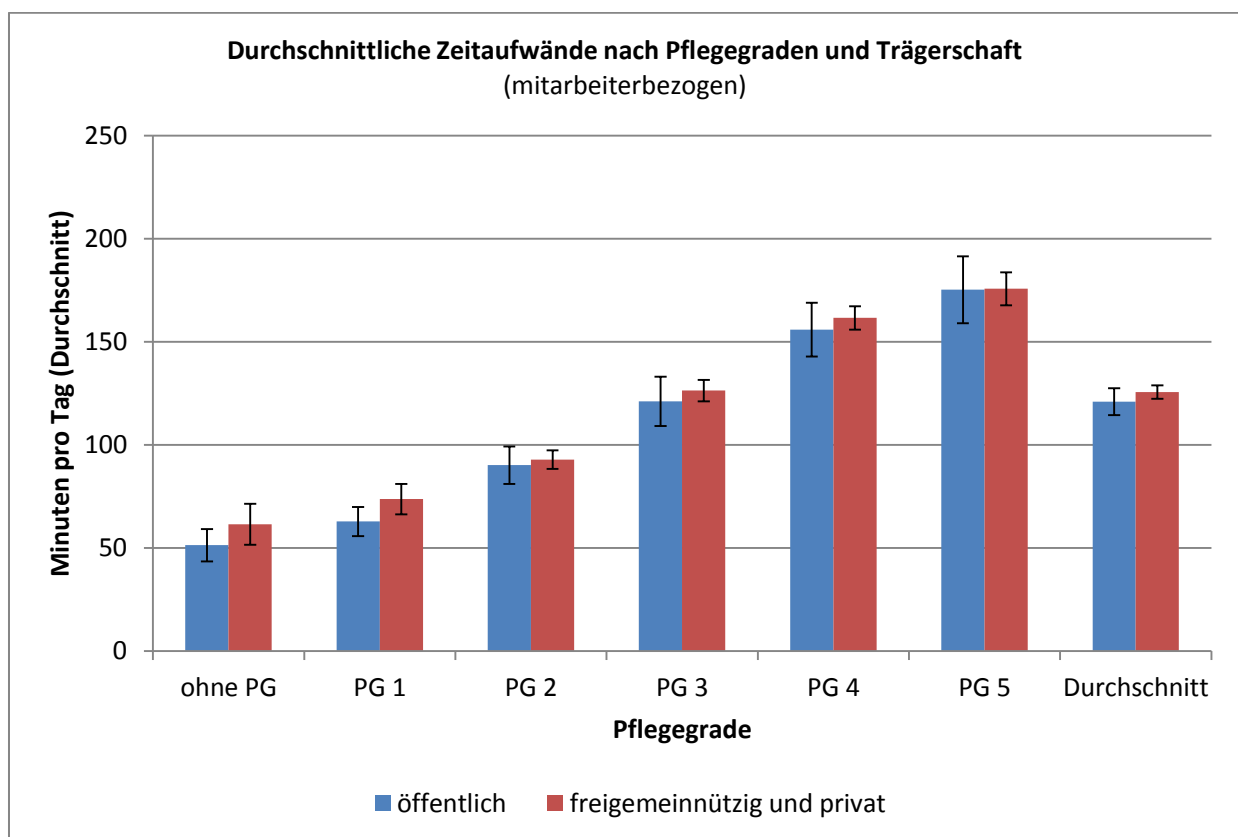


Abbildung 10: Durchschnittliche Zeitaufwände nach Pflegegraden und Trägerschaft (mitarbeiterbezogen)

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes betreute 2011 eine Pflegeeinrichtung im Durchschnitt 64 pflegebedürftige Menschen (Statistisches Bundesamt 2013: 16). In der Studienpopulation betrug die durchschnittliche Größe eines Pflegeheims hingegen 107 Pflegeplätze. Die Spannweite der Größe reichte dabei von 60 bis 380 Pflegeplätzen. Einrichtungen unter 60 Pflegeplätzen sind in der Stichprobe nicht vertreten, wodurch die größeren Einrichtungen (ab 61 Bewohnern) stärker vertreten sind

als in der bundesweiten Verteilung (Tabelle 10). Ursächlich hierfür ist die Bedingung, dass 50 Bewohner je Einrichtung zur Teilnahme zu gewinnen waren.

Tabelle 10: Verteilung der Pflegeplätze (Größe) der Pflegeeinrichtungen

	Statistisches Bundesamt 2013		ZeS	
	2011		2014	
1 bis 10 Wohnplätze	518	4,2%	0	0,0%
11 bis 20	1.282	10,4%	0	0,0%
21 bis 30	1.311	10,6%	0	0,0%
31 bis 40	1.258	10,2%	0	0,0%
41 bis 50	1.157	9,4%	0	0,0%
51 bis 60	1.094	8,9%	1	2,6%
61 bis 80	2.109	17,1%	10	25,6%
81 bis 100	1493	12,1%	12	30,8%
101 bis 150	1682	13,6%	14	35,9%
151 bis 200	333	2,7%	1	2,6%
201 bis 300	104	0,8%	0	0,0%
301 und mehr	13	0,1%	1	2,6%
insgesamt	12.354	100,0%	39	100,0%

8.1.3 Soziodemografische Daten der in die Studie einbezogenen Bewohner

Zur Soziodemographie liegen Bewohnerangaben über das Alter, das Geschlecht und das Bundesland vor. Hinsichtlich der Leistungsdaten der Pflegeversicherung wurden die Pflegestufen und die eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI erhoben.

Die *Altersverteilung* der Heimbewohner ist Abbildung 11 zu entnehmen. Über die Hälfte der insgesamt 1.586 Bewohner waren älter als 80 Jahre, mit einem Durchschnittsalter von 84 Jahren. Der jüngste Bewohner war zum Untersuchungszeitpunkt 46 Jahre und der älteste 104 Jahre alt. Differenziert nach *Geschlecht* enthält die Stichprobe 1.190 Frauen (75 %) und 396 Männer (25 %). Der Anteil der männlichen Studienteilnehmer sinkt ab dem 85. Lebensjahr, während der Anteil der Studienteilnehmerinnen mit den Lebensjahren kontinuierlich ansteigt. Die Altersverteilung der männlichen und weiblichen Probanden ist Abbildung 12 zu entnehmen.

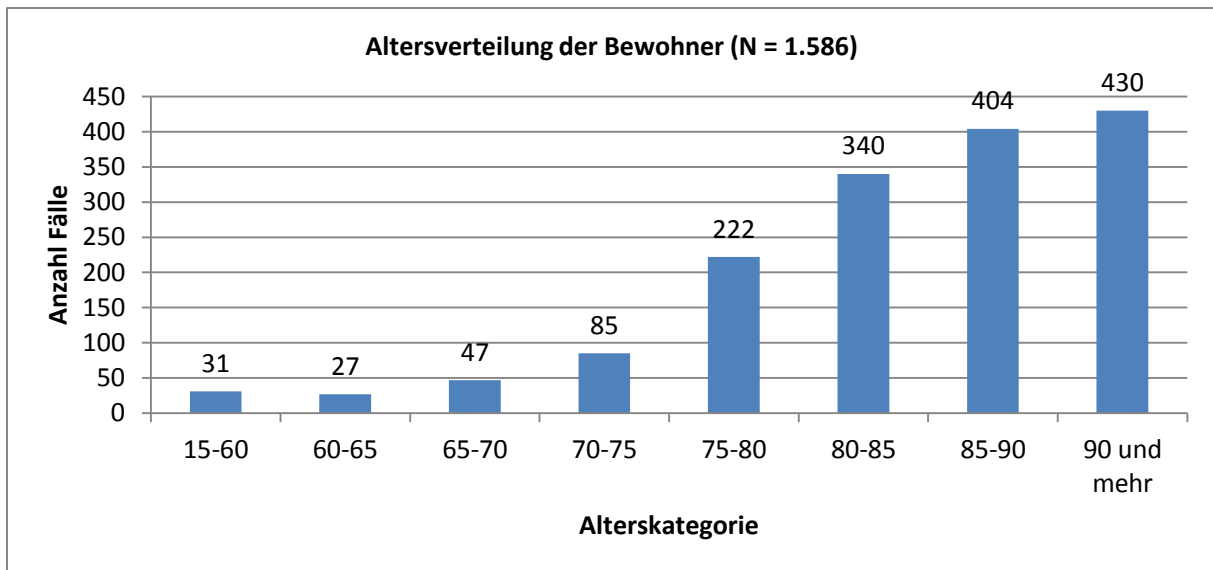


Abbildung 11: Altersverteilung der in die Stichprobe einbezogenen Bewohner

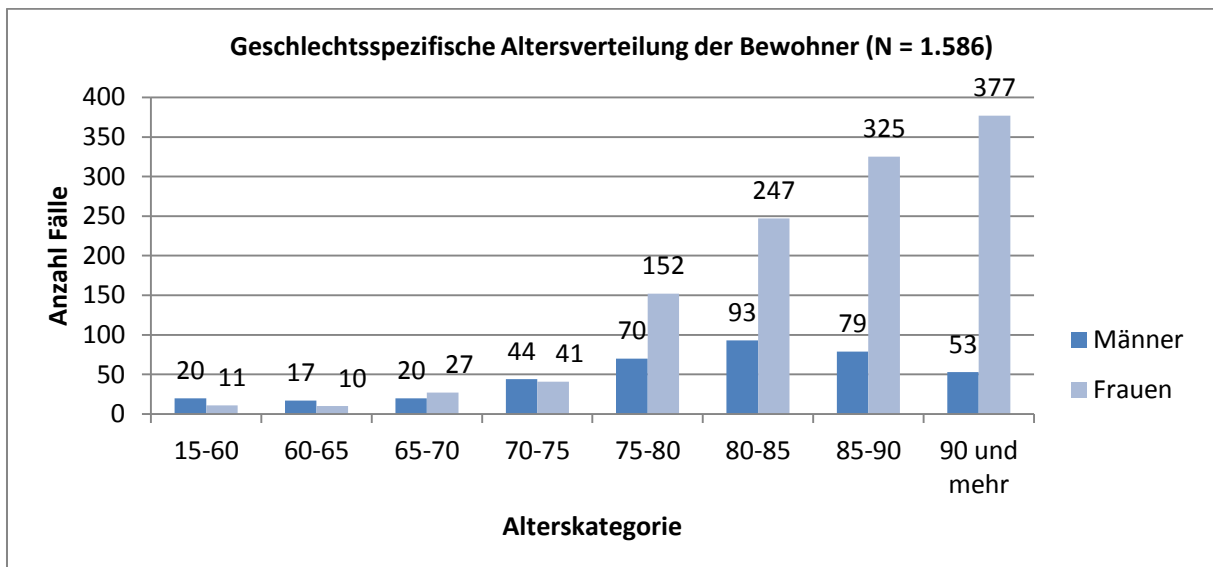


Abbildung 12: Geschlechtsspezifische Altersverteilung der Bewohner

Von allen Bewohnern, die an der Studie teilgenommen haben, wurden die *Pflegestufen* erfasst. 45 (2,8 %) der 1.586 Bewohner haben keine Pflegestufe. Die Pflegestufen I und II sind in etwa gleich stark vertreten. 587 Bewohner (37 %) haben die Pflegestufe I und 585 Bewohner (36,9 %) die Pflegestufe II. 369 Bewohner (23,3 %) haben die Pflegestufe III (Abbildung 13). In der Anzahl der Bewohner mit Pflegestufe III sind 12 Härtefälle (0,8 %) eingeschlossen.

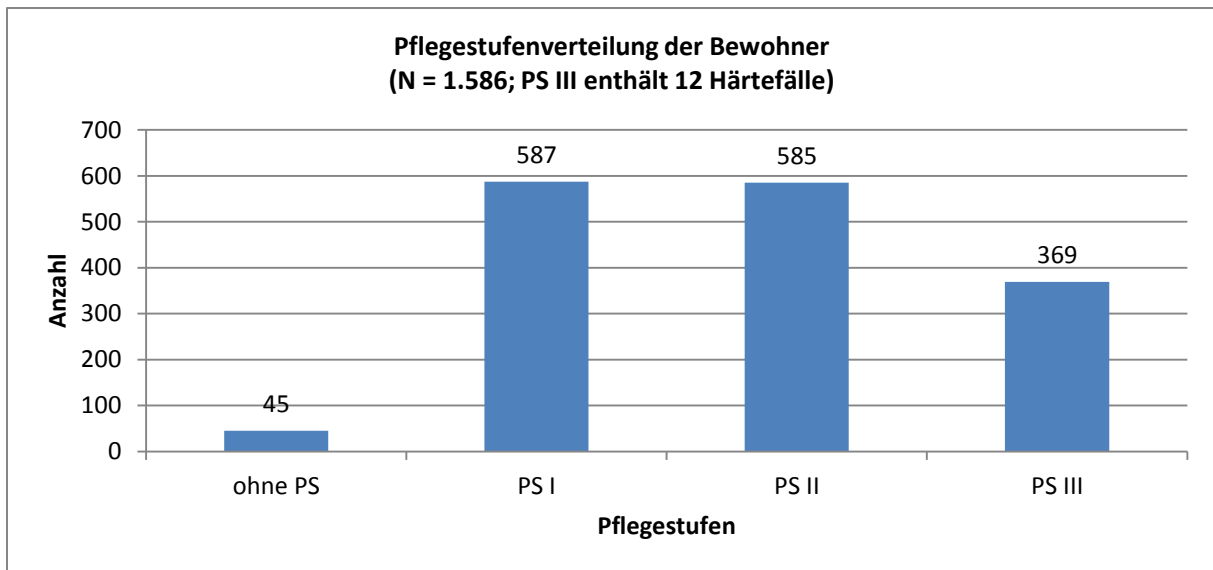


Abbildung 13: Verteilung der in die Stichprobe einbezogenen Bewohner nach Pflegestufen

Die Pflegestufen der Bewohner wurden den Akten der jeweiligen Einrichtungen entnommen. Dabei wurde auch das Datum der Einstufung erfasst. Es zeigt sich, dass das Einstufungsdatum für die Hälfte der Studienteilnehmer mehr als 1,5 Jahre oder länger zurückliegt (Median = 546 Tage). Die ausgewiesenen Pflegestufen repräsentieren daher die Pflegebedürftigkeit der Bewohner zum Zeitpunkt der Einstufung, die zum Teil lange zurückliegt. Abbildung 14 enthält die Verteilung des Zeitraums seit der letzten Einstufung. Die länger als 8 Quartale zurückliegenden Einstufungen werden im vorletzten Balken zusammengefasst. Von 187 Bewohnern lagen zwar die Pflegestufen vor, das Einstufungsdatum konnte aber nicht ermittelt werden.

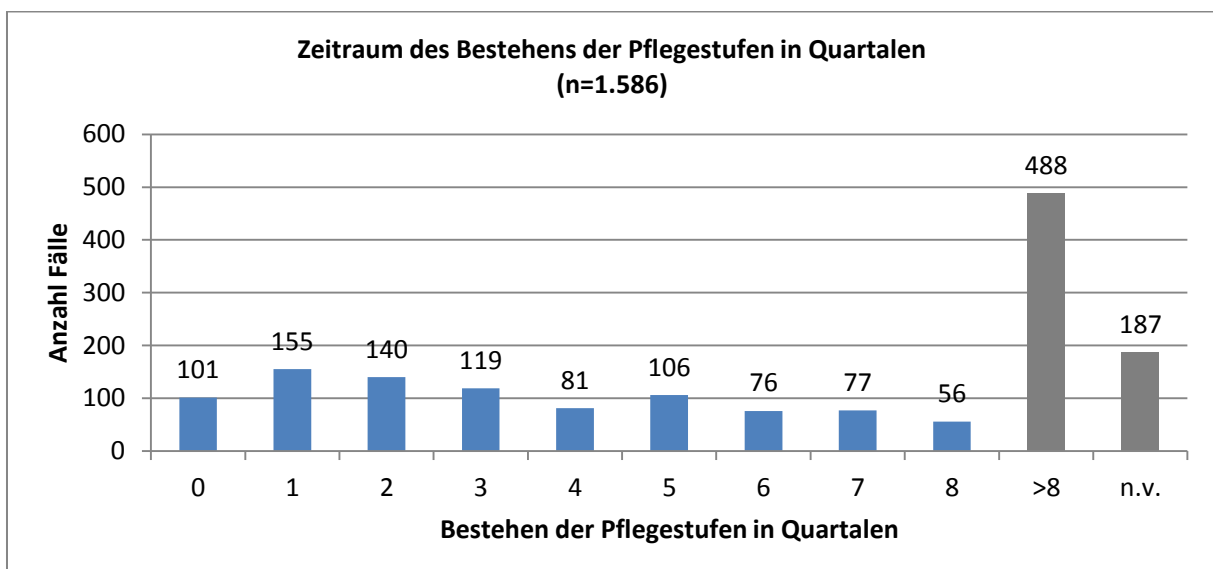


Abbildung 14: Zeitraum des Bestehens der Pflegestufen in Quartalen

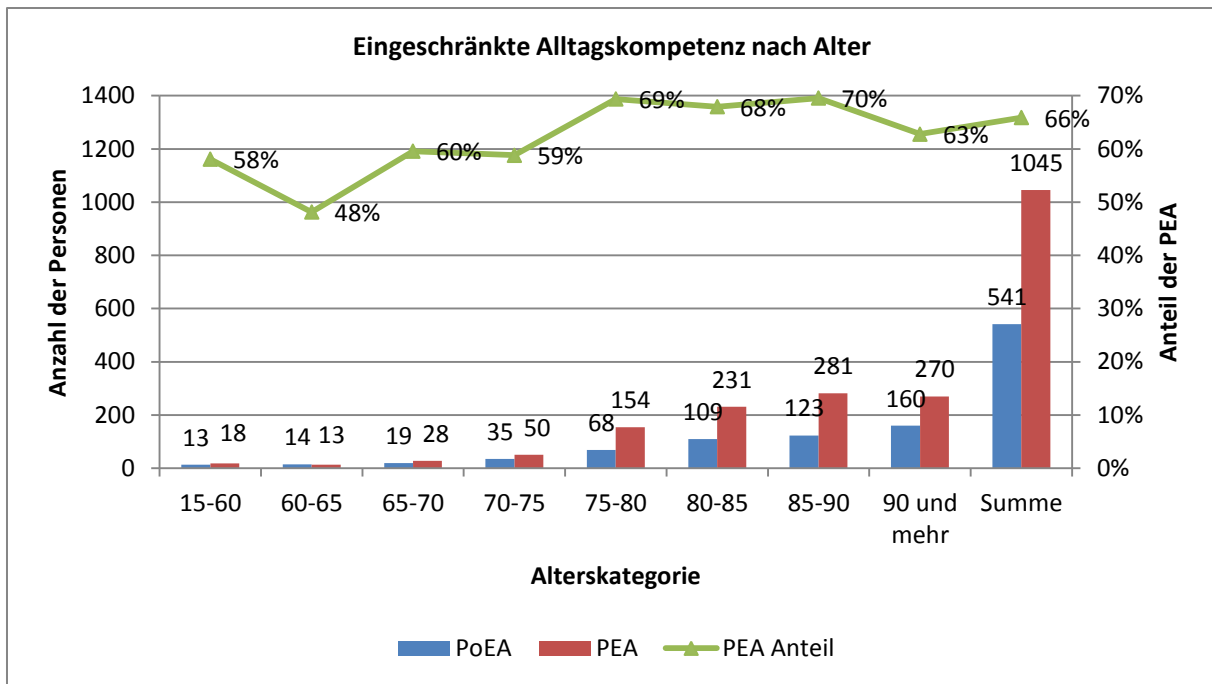


Abbildung 15: Altersverteilung der in die Stichprobe einbezogenen Personen nach PEA-Status

Unter den 1.586 Bewohnern sind 1.045 Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA). Die Altersverteilung der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gegenüber den Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz ist Abbildung 15 zu entnehmen. In der Stichprobe überwiegen Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gegenüber Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz mit Ausnahme der 60- bis 65-Jährigen in jeder Altersklasse. Ab einem Alter von mindestens 75 Jahren liegt der Anteil der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz bei mehr als 60 % und über alle Heimbewohner hinweg bei rund zwei Drittel.

8.1.4 Repräsentativität der Stichprobe

Da es sich in der vorliegenden Studie um keine Zufallsstichprobe handelt, ist eine dezidierte vergleichende Betrachtung ausgewählter Merkmale zur Bewertung der Repräsentativität des Samples nötig. Zur Beurteilung der Repräsentativität der Stichprobe hinsichtlich der Bewohnermerkmale *Geschlecht, Pflegestufe und Alter* werden im Folgenden zum einen die Daten aus der Sozialen Pflegeversicherung (SPV; BMG 2013b) und zum anderen aus der Pflegestatistik von 2011 (Statistisches Bundesamt 2013) herangezogen. Die Vergleichbarkeit mit den beiden Statistiken ist durch zwei Faktoren limitiert: Zum einen sind in den Daten der SPV die Leistungsempfänger der Privatversicherungen nicht enthalten und zum anderen stammen die letzten verfügbaren Daten der Pflegestatistik aus dem Dezember 2011. Die Daten der Pflegestatistik beschreiben damit eine Situation, die zum Zeitpunkt der eigenen Datenerhebung bereits zweieinhalb Jahre in der Vergangenheit lag.

Sowohl bei der Betrachtung des *Geschlechts* als auch der *Pflegestufen* (Abbildung 16 und Abbildung 17) umschließen die berechneten Konfidenzintervalle (dargestellt als vertikale Linie am oberen Ende der ZeS-Säule) in den meisten Fällen die Stichproben der Vergleichsstudien.

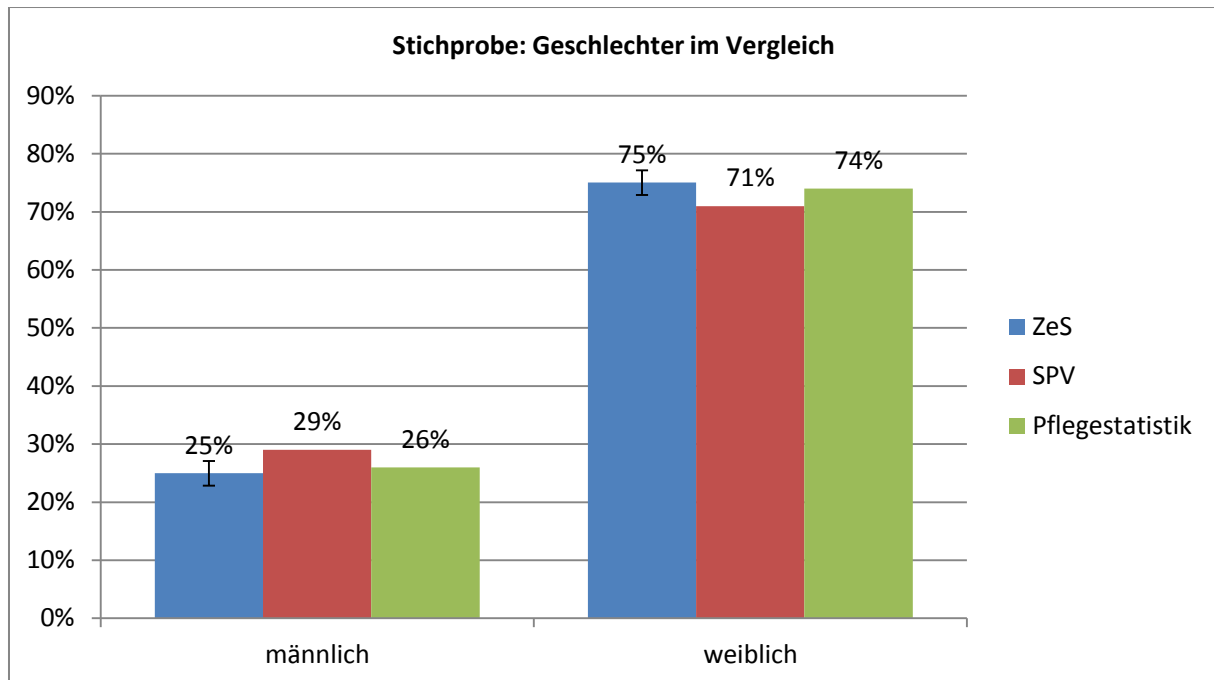


Abbildung 16: Geschlechterverteilung der eigenen Stichprobe (ZeS) im Vergleich zu Daten aus der SPV (BMG 2013b) und Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013)

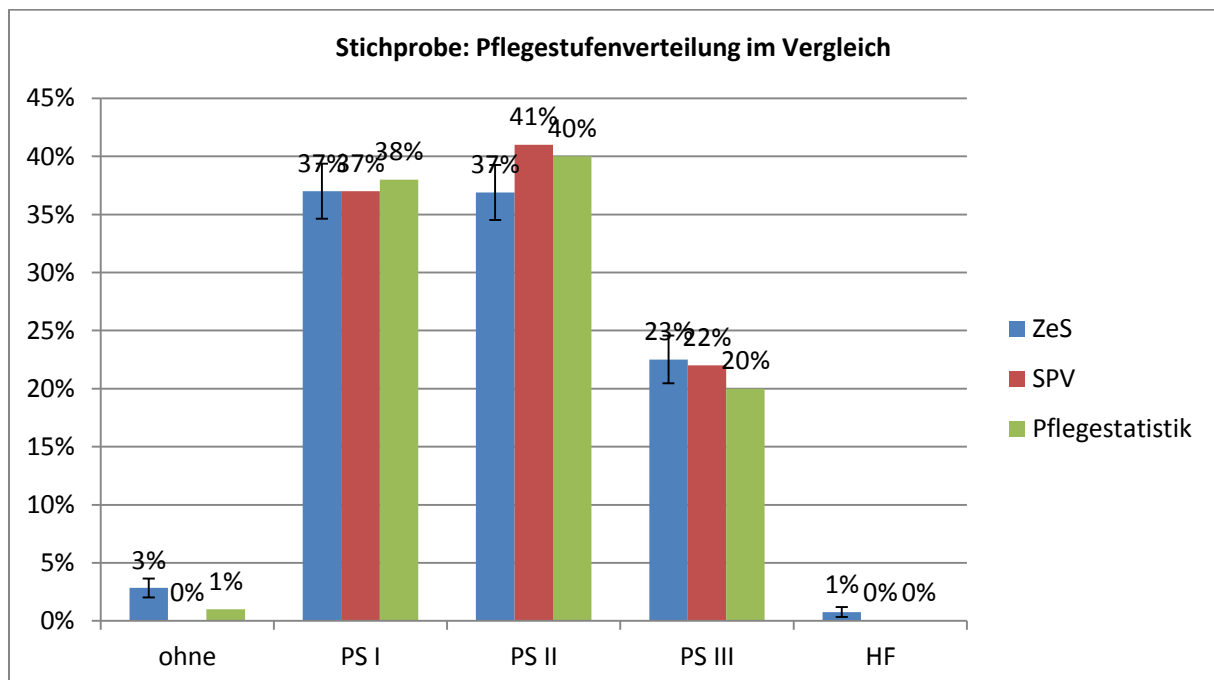


Abbildung 17: Pflegestufenverteilung der eigenen Stichprobe (ZeS) im Vergleich zu Daten aus der SPV (BMG 2013b) und Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013)

Dies weist darauf hin, dass die Abweichungen in den meisten Fällen nicht statistisch signifikant sind. Die hohe Übereinstimmung von Stichprobe und Vergleichsstatistiken gilt im Wesentlichen auch für die Altersverteilung der Bewohner (Abbildung 18). Hierbei ist zusätzlich auf eine Besonderheit hinzuweisen: Die Daten der sozialen Pflegeversicherung des BMG (2013b) enthalten auch pflegebedürftige Behinderte, die in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen leben und Leistungen der Pflegeversicherung nach § 43a SGB XI erhalten. Da es sich hierbei oftmals um behinderte Menschen jüngeren Alters handelt, ist die erste Alterskategorie in dieser Statistik deutlich höher besetzt als in der Pflegestatistik, die in Übereinstimmung mit unserer Stichprobe diesen Personenkreis nicht enthält (Abbildung 18).

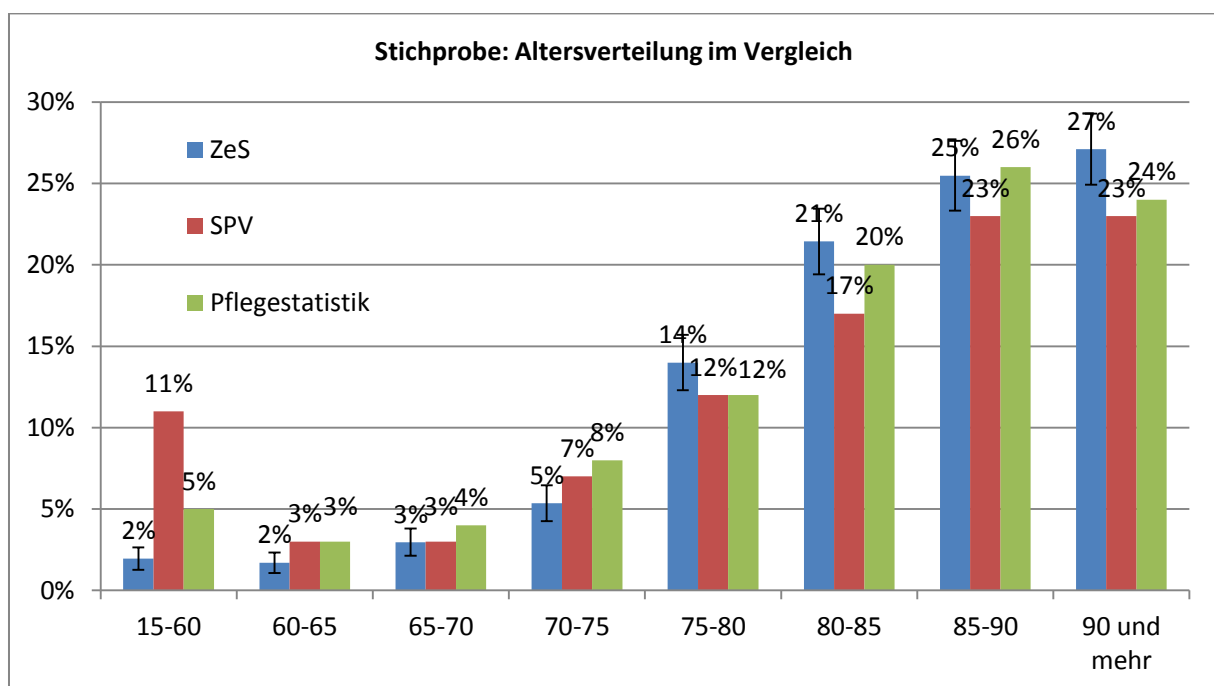


Abbildung 18: Altersverteilung der eigenen Stichprobe (ZeS) im Vergleich zu Daten aus der SPV (BMG 2013b) und Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013)

Zum Abgleich des Anteils der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in der Stichprobe wird auf Routinedaten der BARMER GEK und Berechnungen von Brucker et al. 2013 zurückgegriffen. Auch hier zeigt sich eine hohe Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Datenquellen (Abbildung 19).

Abschließend ist festzuhalten, dass die Übereinstimmung der ZeS-Bewohner-Stichprobe hinsichtlich des Geschlechts, der Pflegestufenverteilung, des Alters und PEA-Status mit Vergleichsdaten aus der Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013), der Sozialen Pflegeversicherung (BMG 2013b), den Routinedaten der BARMER GEK und nach Brucker et al. 2013 als hoch bewertet werden kann.

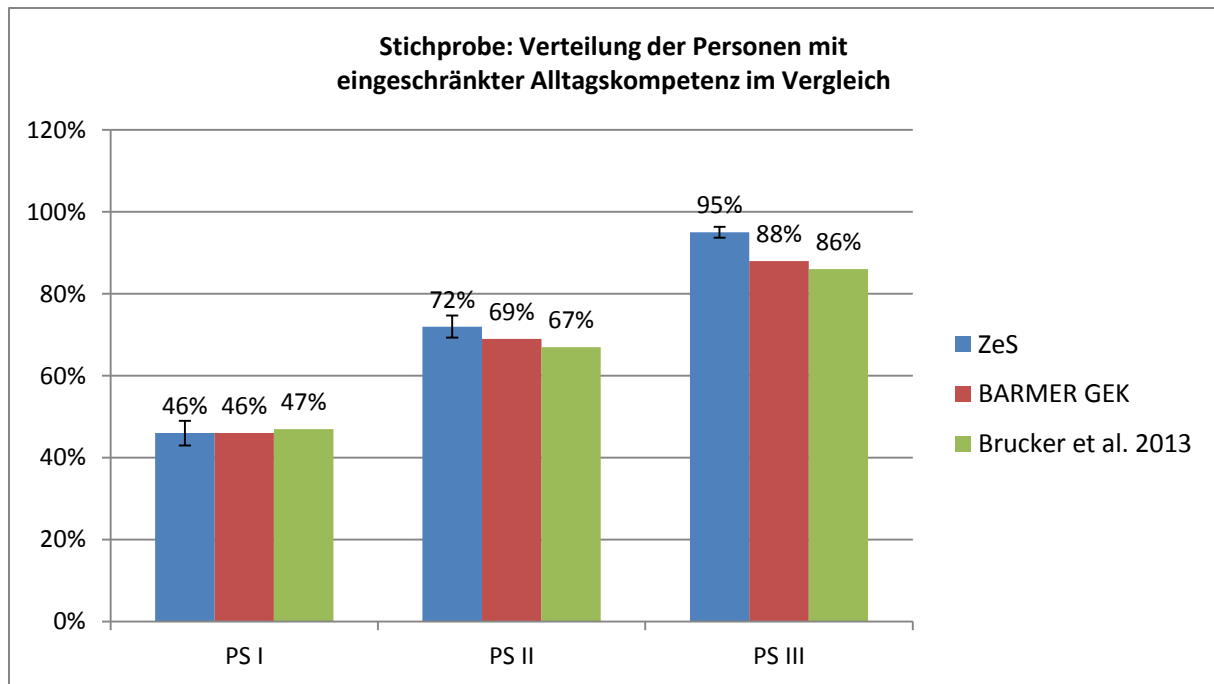


Abbildung 19: PEA-Verteilung der eigenen Stichprobe (ZeS) im Vergleich zu Berechnungen aus Routinedaten der BARMER GEK und Brucker et al. (2013)

Die Stichprobe gibt somit hinsichtlich ihrer Bewohnerstruktur ein gutes Abbild der aktuellen Situation in deutschen Pflegeheimen und kann diesbezüglich als repräsentativ angesehen werden. Dies gilt jedoch nicht für die Einrichtungen selbst, die sich hinsichtlich Größe und Trägerschaft vom Gesamtsektor unterscheiden und in Bezug auf die Qualität vermutlich eine Positivselektion der Heime darstellen. Neben den unter 6.1 benannten Einschlusskriterien beruht die Stichprobe zudem auf Einrichtungen, die freiwillig teilnahmen. Dies begünstigt eine mögliche Positivselektion.

8.1.5 Qualifikation der in die Studie einbezogenen Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen

Die Pflege- und Betreuungsleistungen wurden von unterschiedlich qualifizierten Mitarbeitern erbracht. Abbildung 19 zeigt, dass der größte Anteil der Mitarbeiter (von den 984 mit Angabe zur Qualifikation) eine pflegerische Ausbildung aufweist. Hiervon wiederum sind 421 Mitarbeiter examiniert. Zu der Gruppe „Pflegefachkraft“ gehören die Personen mit dreijähriger Ausbildung (Altenpflegerin, Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin). Diese verfügen oftmals über eine Zusatzqualifikation (z. B. Weiterbildung zur Wohnbereichsleitung).

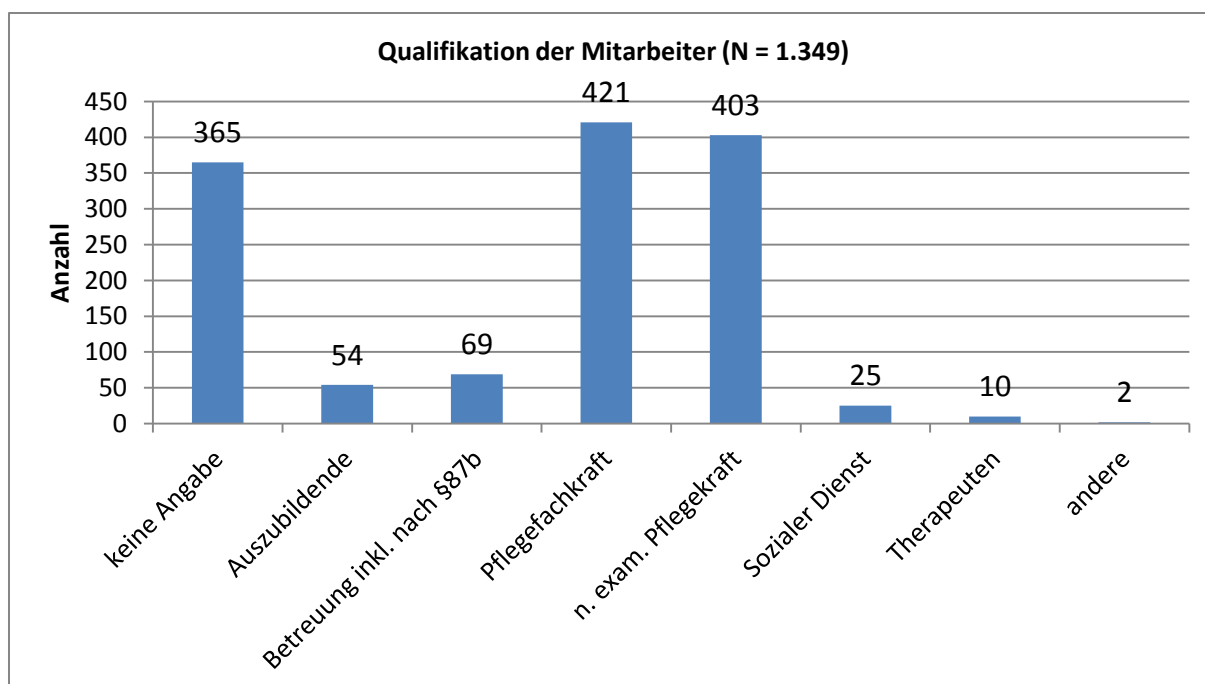


Abbildung 20: Qualifikation der in die Stichprobe einbezogenen Mitarbeiter

Unter den Begriff „nicht examinierten Pflegekräfte“ wurden alle benannten Berufsbezeichnungen für Pflegenden subsumiert, deren Qualifikation unter einer der dreijährigen Ausbildungen liegt. Sie können demnach eine ein- oder zweijährige Ausbildung als (Alten-) Pflegehelfer oder Pflegeassistent absolviert haben oder geringer als diese qualifiziert sein.⁴ Hinzuweisen ist auch auf die hohe Anzahl an Mitarbeitern (N = 365), zu deren Qualifikation keine Angaben vorliegen. Diese 365 Mitarbeiter teilen sich auf in 82 Mitarbeiter, für die (von Beginn an) keine Angaben zu den Qualifikationen geliefert wurden und in 283 Mitarbeiter, die zum Erfassungsstart in der jeweiligen Einrichtung nachträglich⁵ als Nutzer der Software angelegt werden mussten und für die vor Ort keine Angaben zur Qualifikation erfasst wurden.

⁴ Die Angaben zu den Qualifikationen der an der Erfassung beteiligten Mitarbeiter wurden im Vorfeld der Erfassungswoche erfragt. Die Einrichtungen der sieben Bundesländer füllten hierzu Freitext-Felder aus, dadurch differierten die genannten Bezeichnungen der für die stationäre Altenpflege relevanten Berufe stark. Um im Rahmen der Datenauswertung Vergleichbarkeit zwischen den genannten Qualifikationen herzustellen, wurden die Mitarbeiter einer von sieben Rubriken (Pflegefachkräfte, nicht examinierte Pflegekräfte, Therapeuten, Mitarbeiter des Sozialen Dienstes, Betreuungskräfte, einschließlich Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI, Auszubildende) zugeordnet. Auch über eine Nacherfassung (an der sich im Februar 2015 15 der 39 Einrichtungen beteiligten) war es nicht möglich, die Kategorien für die „nicht examinierten Pflegekräfte“ präziser zu erfassen. Die Kategorisierung erfolgte nach den ausgewiesenen Bezeichnungen der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2013).

⁵ Ursprünglich war es vorgesehen, dass die Namen und Qualifikationsangaben aller an der Studie beteiligten Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen spätestens zwei Wochen vor Beginn der Erfassung von den Einrichtungen an das ZeS übermittelt werden (vgl. Tabelle 5).

8.2 Zentrale Ergebnisse I: Versorgungszeiten und Zeitaufwände für die erbrachten Leistungen

Für die Darstellung der Versorgungszeiten und Zeitaufwände können die Bewohner nach verschiedenen Kriterien gegliedert werden. Abschnitt 8.2.1 behandelt die durchschnittlichen, täglichen Versorgungszeiten und Zeitaufwände *nach Pflegestufen*. Diese Informationen werden in Abschnitt 8.2.2 zu einem Vergleich mit den Ergebnissen früherer Studien genutzt. Analog zur Differenzierung nach Pflegestufen werden in Abschnitt 8.2.3 die durchschnittlichen Versorgungszeiten und Zeitaufwände *nach Pflegegraden* dargestellt. Dabei ist die Frage, ob die *Zeitaufwände pro Pflegegrad für somatisch und kognitiv beeinträchtigte Personen gleich hoch* sind, von besonderem Interesse und wird in Abschnitt 8.2.4 betrachtet. Abschnitt 8.2.5 differenziert die Versorgungszeiten und Zeitaufwände nach *Qualifikation der Mitarbeiter*. Die Deskription der Ergebnisse wird um analytische Ausführungen ergänzt, wenn diese einem besseren Verständnis oder zur Vertiefung der erhobenen Werte dienen.

8.2.1 Versorgungszeiten und Zeitaufwände je Bewohner nach Pflegestufen

Die durchschnittlichen Versorgungszeiten und Zeitaufwände pro Bewohner beinhaltet:

- a) alle Pflege- und Betreuungsleistungen, die direkt am Bewohner und indirekt für den Bewohner erbracht wurden,
- b) alle Gruppenleistungen, deren gesamte Dauer jedem Bewohner (bewohnerbezogene Betrachtung) bzw. Mitarbeiter (mitarbeiterbezogene Betrachtung) angerechnet wurden (s.u.) und
- c) alle Leistungen, die sich nicht einem bestimmten Bewohner zuordnen ließen, sie wurden anteilig angerechnet (bezogen auf alle Bewohner eines Wohnbereiches).

Abbildung 21 enthält die durchschnittlichen täglichen Versorgungszeiten nach Pflegestufen, die von 99 Minuten für Bewohner ohne Pflegestufe ($n_{o,PS} = 45$), über 125 Minuten für Bewohner mit Pflegestufe I ($n_{PS1} = 587$) und 175 Minuten für Bewohner mit Pflegestufe II ($n_{PS2} = 585$) bis auf 207 Minuten für Bewohner mit Pflegestufe III ($n_{PS3} = 369$) (einschließlich von 12 Härtefällen) reichen. Im Durchschnitt aller Bewohner ergibt sich eine durchschnittliche tägliche Versorgungszeit von 162 Minuten. Die eingezeichneten Konfidenzintervalle der einzelnen Pflegestufen sind eng und überschneiden sich nicht. Die Pflegestufen unterscheiden sich demnach in Hinblick auf die gemessenen durchschnittlichen Versorgungszeiten statistisch signifikant.

Werden die mitarbeiterbezogenen Zeitaufwände betrachtet, fallen diese niedriger aus, da die für Gruppenaktivitäten aufgebrauchten Zeiten durch die Anzahl der teilnehmenden Bewohner geteilt

werden (Abbildung 22). Der durchschnittliche Zeitwert sinkt von den bewohnerbezogenen 162 Minuten auf mitarbeiterbezogene 124 Minuten.

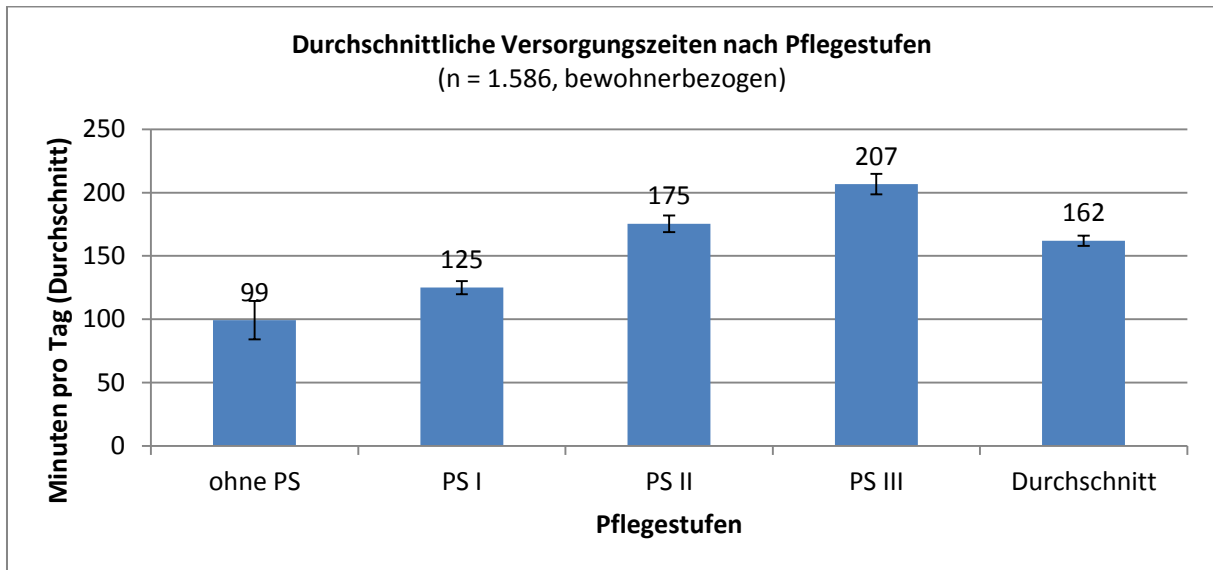


Abbildung 21: Durchschnittliche Versorgungszeiten nach Pflegestufen (bewohnerbezogen)

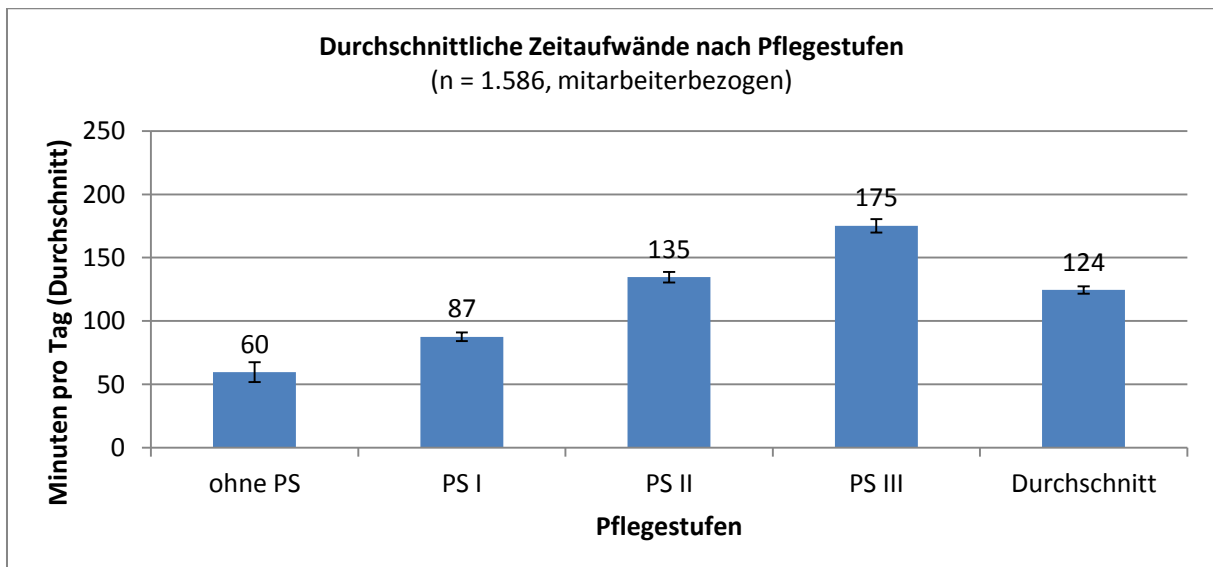


Abbildung 22: Durchschnittliche Zeitaufwände nach Pflegestufen (mitarbeiterbezogen)

Ergänzend zu Abbildung 21 und Abbildung 22 wird die erbrachte Versorgungszeit in Minuten/Tag pro Bewohner (nach Pflegestufen) in Abbildung 23 differenziert nach *Einzel- und Gruppenaktivitäten* dargestellt. Die Versorgungszeiten für die Einzelaktivitäten steigen erkennbar mit zunehmender Pflegestufe. Die Versorgungszeiten für Gruppenaktivitäten steigen von Stufe I zu Stufe II, sinken aber im Vergleich von Pflegestufe I zu „ohne Pflegestufe“ und beim Übergang von Stufe II zu Stufe III.

Leistungen, die weder Einzel- noch Gruppenleistungen zugeordnet werden können, werden in der Kategorie „Sonstiges“ erfasst. Diese Kategorie beinhaltet Leistungen, die keinem der ausgewiesenen Bereiche eindeutig zugeordnet werden konnten (beispielsweise Aufwendungen, die das Personal betreffen oder Verrichtungen, die sowohl für einzelne als auch mehrere Bewohner des Wohnbereichs durchgeführt werden). Zu den unkodierten Aktivitäten gehören zumeist indirekte Leistungen, die nicht direkt für einen Bewohner, sondern bewohnerübergreifend erbracht wurden, wie beispielsweise hauswirtschaftliche Leistungen (Aufräumen im Gemeinschaftsraum) oder Tätigkeiten der Teamorganisation (Übergabe, Besprechungen).

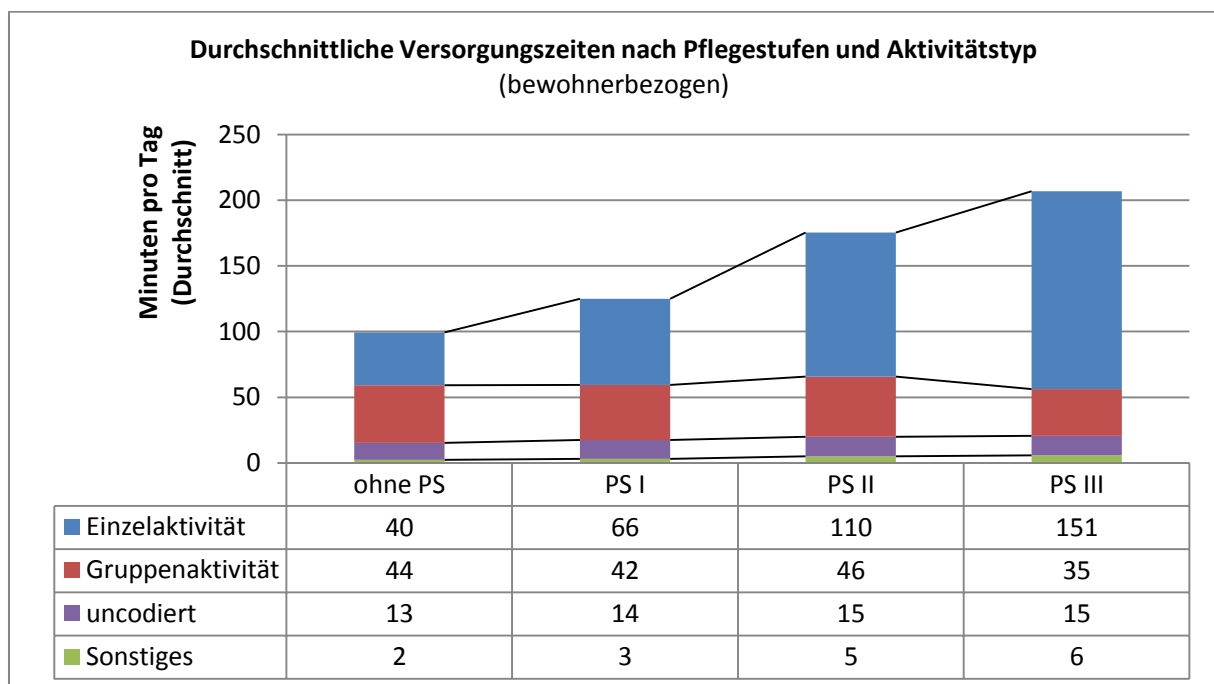


Abbildung 23: Durchschnittliche Versorgungszeiten nach Pflegestufen und Aktivitätstyp (bewohnerbezogen)

Wird der Umfang der Versorgungszeiten danach differenziert, ob es sich um *Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz* (PEA) oder ohne eingeschränkte Alltagskompetenz (PoEA) handelt, ist zu erkennen, dass die Versorgungszeiten für PEA in allen Pflegestufen deutlich höher sind als für PoEA (Abbildung 24). Beispielsweise liegen die Versorgungszeiten für einen Bewohner der Pflegestufe III mit eingeschränkter Alltagskompetenz bei 209 Minuten pro Tag, bei einem Bewohner derselben Pflegestufe ohne eingeschränkte Alltagskompetenz hingegen nur bei 159 Minuten.

Erwartungsgemäß fallen die Unterschiede geringer aus, wenn die Zeitaufwände in mitarbeiterbezogener Perspektive herangezogen werden (Abbildung 25). Dennoch ist derselbe Zusammenhang auch hier erkennbar: der Zeitaufwand für einen Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

in Stufe III liegt 22 Minuten höher als für einen Pflegebedürftigen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz.

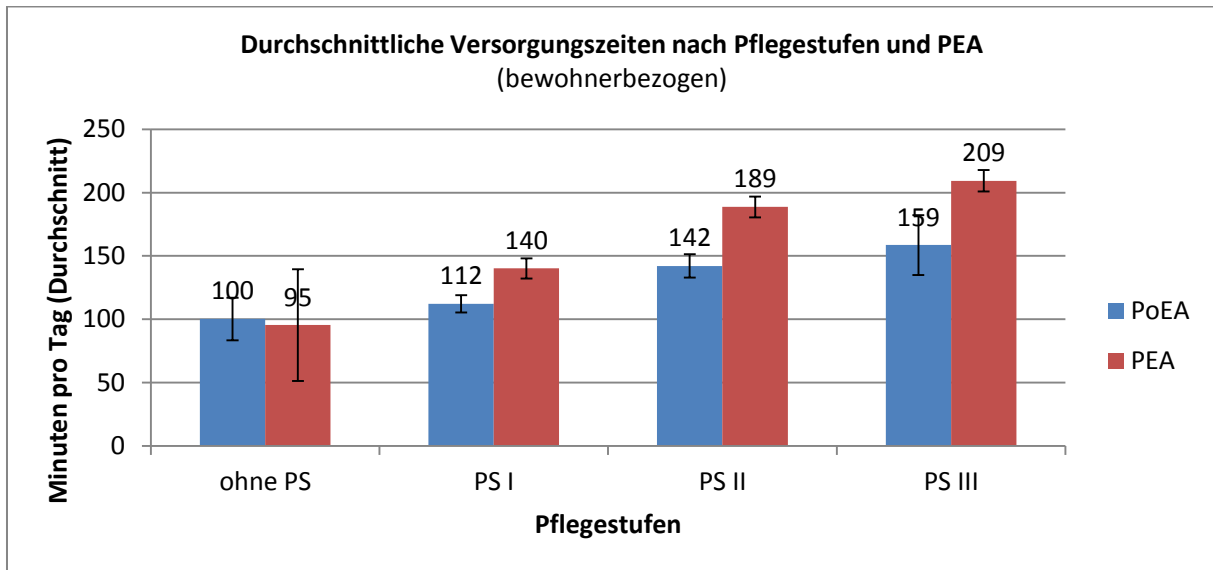


Abbildung 24: Durchschnittliche Versorgungszeiten nach Pflegestufen und PEA (bewohnerbezogen)

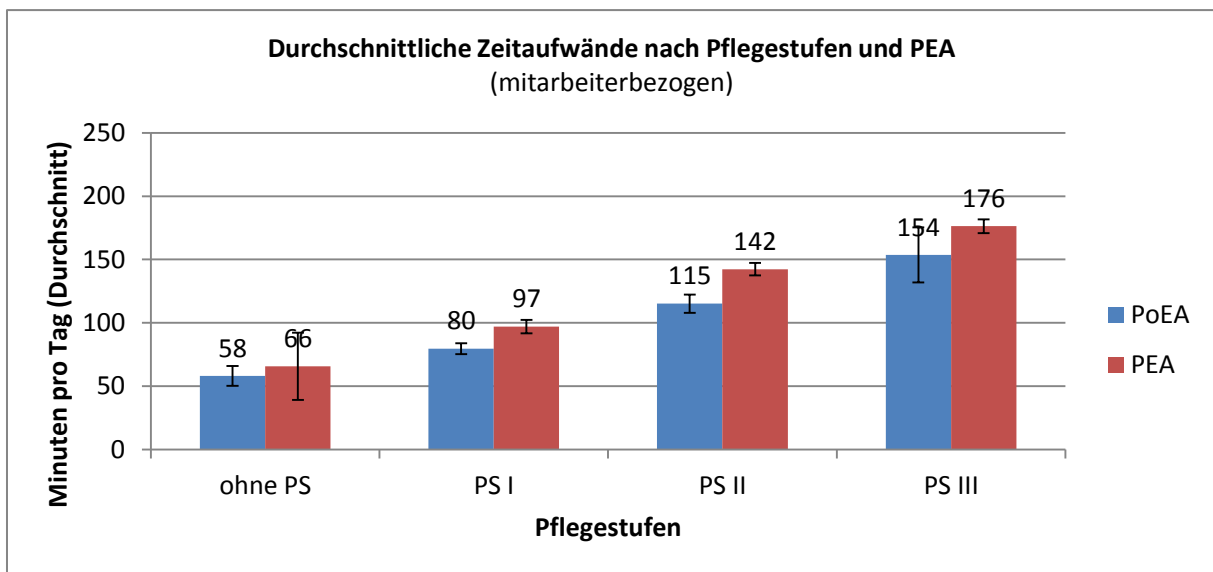


Abbildung 25: Durchschnittliche Zeitaufwände nach Pflegestufen und PEA (mitarbeiterbezogen)

Werden die Versorgungszeiten und Zeitaufwände hinsichtlich der *Geschlechter* differenziert, zeigt sich, dass die Versorgungszeiten für Frauen von „ohne PS“ bis Pflegestufe II in bewohnerbezogener Perspektive im Vergleich zu den entsprechenden Versorgungszeiten für Männer durchschnittlich um 18 Minuten höher liegen. Männliche Bewohner der Pflegestufe III erhalten hingegen 16 Minuten mehr Versorgungsleistungen als weibliche Bewohner derselben Pflegestufe (Abbildung 26).

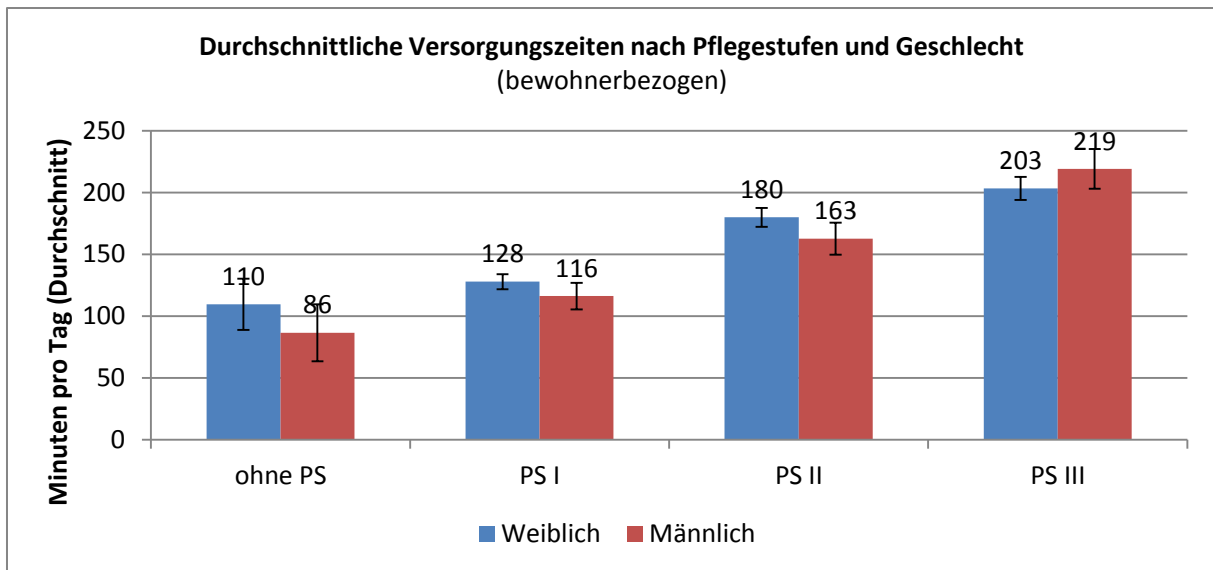


Abbildung 26: Durchschnittliche Versorgungszeiten nach Pflegestufen und Geschlecht (bewohnerbezogen)

In der mitarbeiterbezogenen Betrachtung fallen die Unterschiede hinsichtlich der Zeitaufwände zwischen den Geschlechtern geringer aus (Abbildung 27) und liegen im Durchschnitt bei nur noch 5 Minuten.

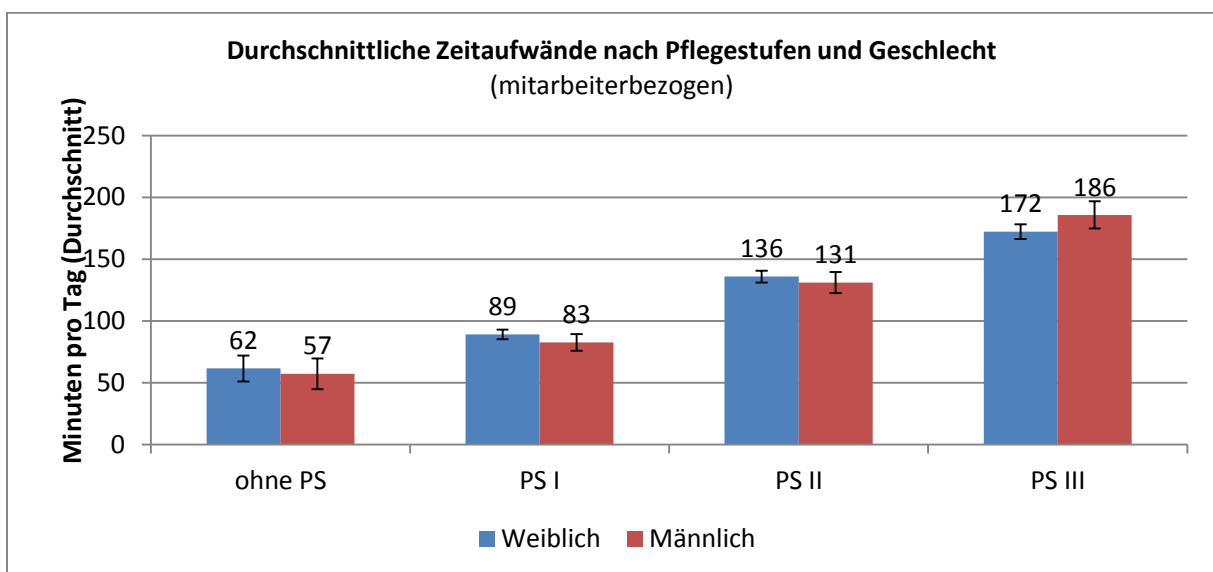


Abbildung 27: Durchschnittliche Zeitaufwände nach Pflegestufen und Geschlecht (mitarbeiterbezogen)

Abschließend ist an dieser Stelle an die Besonderheit zu erinnern, dass die Pflegestufen der in die Studie einbezogenen Bewohner nicht neu erhoben, sondern aus den Bewohnerdokumentationen in den Pflegeeinrichtungen übernommen wurden. Dieser Umstand führte dazu, dass die erfassten Pflegestufen nicht zwangsläufig mit denen übereinstimmen, die sich aus einer neuen Begutachtung er-

geben würden. Dies gilt es in der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen (vgl. 8.2.1, 8.4 und 8.6).

8.2.2 Versorgungszeiten nach Pflegestufen im Vergleich mit früheren Studien

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie können zu Validierungszwecken mit denen früherer Studien (Schneekloth & Müller 2000, Wingenfeld & Schnabel 2002, Höhmann & Ascher 2004, Brühl & Planer 2013) verglichen werden. Dabei ist jedoch zunächst darauf hinzuweisen, dass die Vergleichbarkeit aller Studienergebnisse eingeschränkt ist. Ursächlich hierfür sind unterschiedliche Ziele, Methoden der Datenerhebung, Zusammensetzungen der Stichproben, verschiedene Auswertungsperspektiven und strukturelle Rahmenbedingungen. Insbesondere umfasst die hier präsentierte Untersuchung sämtliche pflegerischen, betreuerischen und gesundheitlichen Leistungen auf der Ebene von direkten und indirekten bewohnerbezogenen Einzel- und Gruppenleistungen sowie bewohnerübergreifende Leistungen der Administration und Organisation. Um den unterschiedlichen Methodiken der Vergleichsstudien Rechnung zu tragen, wurde nachstehend jeweils eine Abgrenzung gewählt, die der jeweiligen Vergleichsstudie, soweit dies auf Basis der entsprechenden Veröffentlichungen möglich war, möglichst nahe kommt. Für die PiSaar-Studie (Brühl & Planer 2013: 54) sind zwar Zeitwerte veröffentlicht, jedoch ist es aus methodischen Gründen nicht indiziert, aus diesen „Mittelwerten“ die durchschnittlichen Minutenwerte für die Bewohner nach Pflegestufen abzuleiten.⁶ Aus diesem Grund findet keine Gegenüberstellung mit den Ergebnissen von Brühl & Planer (2013) statt. Auch auf einen Vergleich mit Höhmann & Ascher (2004) wurde aufgrund der geringen Fallzahl (N=24) dieser Untersuchung verzichtet. Im Folgenden werden daher nur die Studien von Schneekloth & Müller (2000) und Wingenfeld & Schnabel (2002) vergleichend betrachtet.

Abbildung 28 und Abbildung 29 stellen die Versorgungszeiten bzw. Zeitaufwände in Minuten je Bewohner und Tag der eigenen und der vergleichend betrachteten Untersuchungen dar. Für beide Abbildungen wurden die ZeS-Minutenwerte nach Pflegestufen standardisiert. Um Vergleichbarkeit herzustellen, wurden zudem Teile der erfassten Leistungen der eigenen Studie nicht berücksichtigt, so dass sich die Umfänge der täglichen Versorgungszeiten und Zeitaufwände in den ZeS-Werten gegenüber den in Abschnitt 8.2.1 vorgestellten Ergebnissen reduzierten (vgl. Abbildung 21 und Abbildung 22, Seite 57).

⁶ In persönlicher Rücksprache verwies der Autor Brühl darauf, dass die großen Unterschiede der Zeitwerte zwischen den verschiedenen beteiligten Einrichtungen mittels linearer Regressionsberechnung zu den im Abschlussbericht angegebenen Zeiten führten (Brühl & Planer 2013: 54).

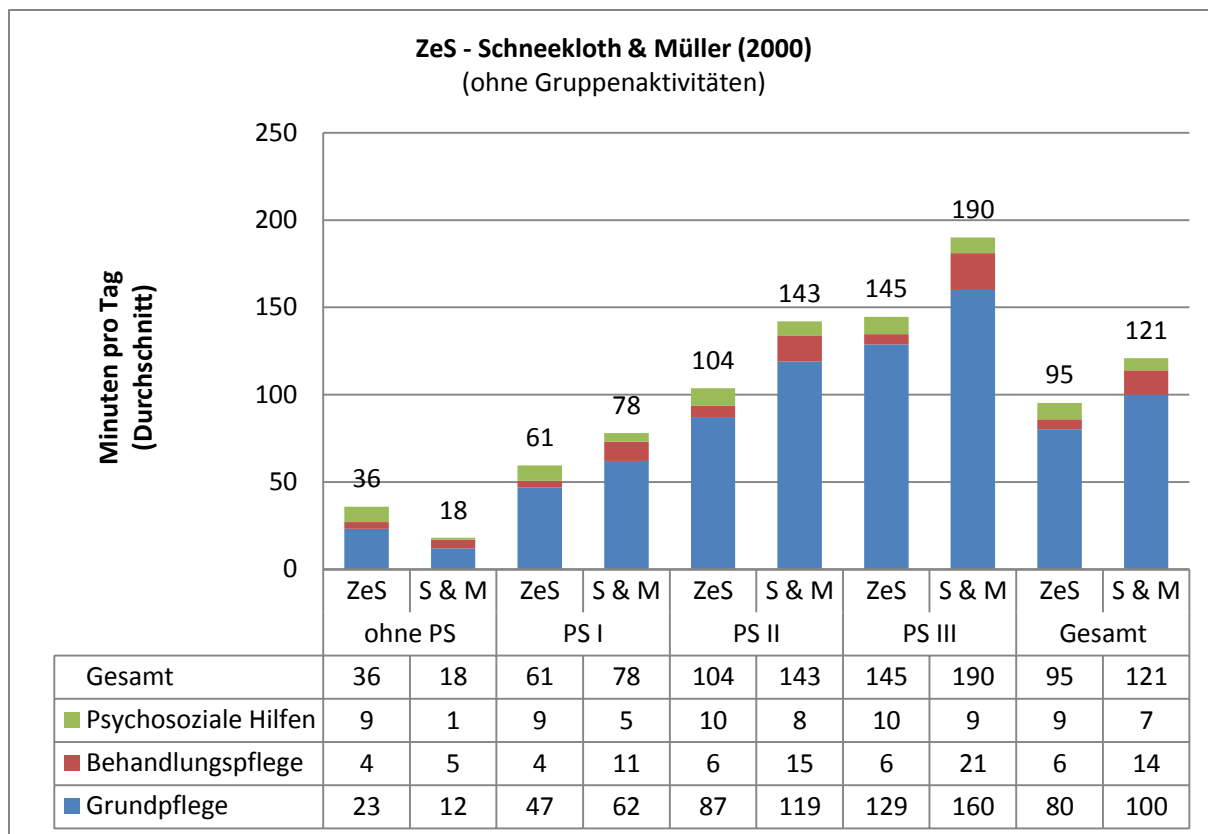


Abbildung 28: Vergleich der durchschnittlichen Versorgungszeiten zwischen ZeS und Schneekloth & Müller (2000) (ohne Gruppenaktivitäten)

Für den Vergleich mit den Ergebnissen von Schneekloth & Müller (2000) blieben alle Gruppenaktivitäten der eigenen Untersuchung nicht unberücksichtigt, da diese in der früheren Untersuchung nicht erfasst wurden (Schneekloth & Müller 2000: 140f.)⁷. In der *Grund-* und *Behandlungspflege* liegen die Versorgungszeiten für Bewohner der Pflegestufen I bis III unter den Werten Schneekloth & Müller (2000). Dagegen sind die *psychosozialen Hilfen* in der eigenen Untersuchung höher als in den früheren Ergebnissen (Abbildung 28). Die nach Pflegestufen standardisierte Gesamt-Versorgungszeit (ohne Abbildung) betrug in der eigenen Untersuchung durchschnittlich 92 Minuten pro Tag.

Für den Vergleich mit den Ergebnissen von Wingefeld & Schnabel (2002) wurde die mitarbeiterbezogene Betrachtung gewählt. Die Unterschiede in den Zeitaufwänden für *behandlungspflegerische Leistungen* zwischen beiden Untersuchungen sind geringfügig. Im Bereich *Hilfe bei Alltagsverrichtungen* liegen die ZeS-Werte über denen von Wingefeld & Schnabel (2002). Auch hier liegen die Minutenwerte der *psychosozialen Maßnahmen* in der eigenen Untersuchung über den Ergebnissen von

⁷ „Eingesetzt wurde ein speziell für diesen Zweck entwickeltes Erhebungsinstrument, daß (...) die Dauer und die Häufigkeit von insgesamt 32 unmittelbar auf die Person bezogenen Einzelleistungen im Sinne einer Pflegedokumentation umfaßt [sic]“ (Schneekloth & Müller 2000:140).

2002 (Abbildung 29). Der nach Pflegestufen standardisierte Gesamt-Zeitaufwand für einen Bewohner betrug 102 Minuten.

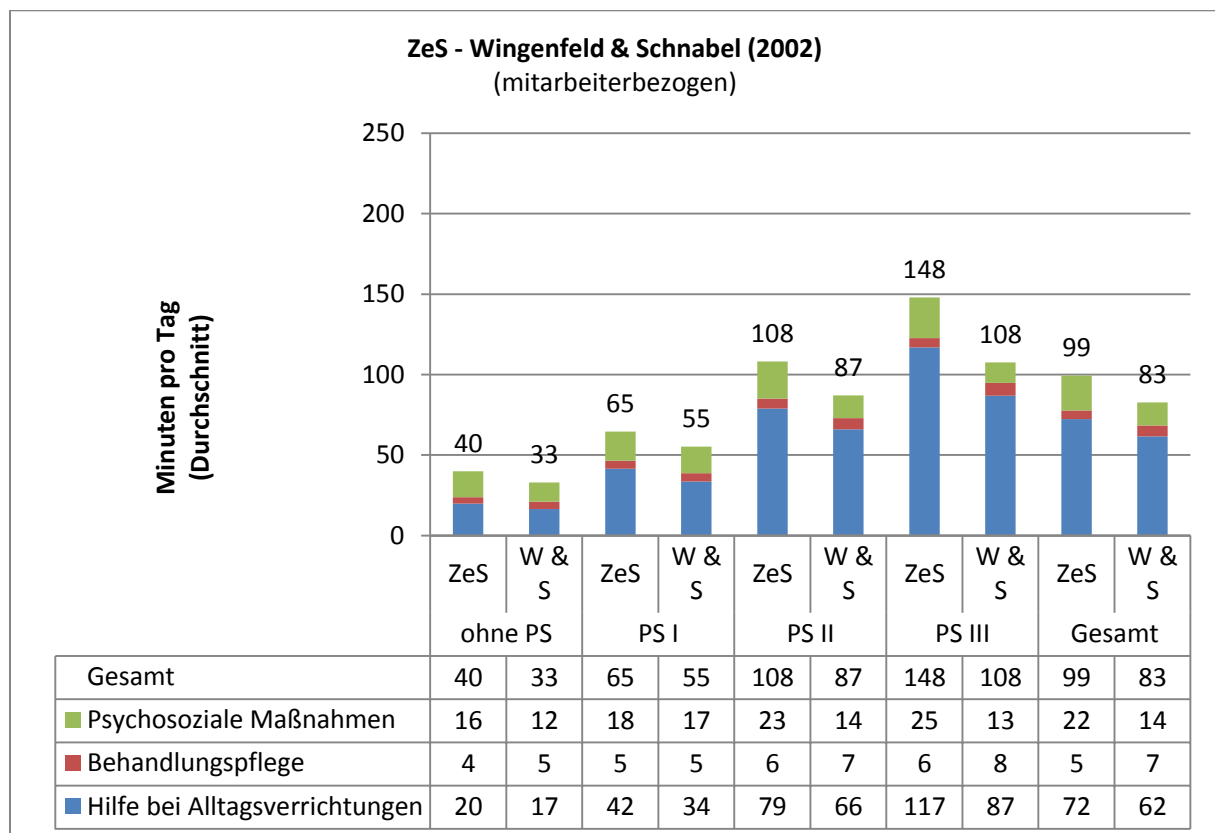


Abbildung 29: Vergleich der durchschnittlichen Zeitaufwände zwischen ZeS und Wingenfeld & Schnabel (2000) (mitarbeiterbezogen)

Der Vergleich mit früheren Erhebungen von Versorgungsaufwänden in stationären Pflegeeinrichtungen weist auf Veränderungen im Versorgungsgeschehen in den letzten Jahren hin. Insbesondere ist eine Zunahme der Leistungen im Bereich der Sozialen Betreuung erkennbar. Eine Erklärung dafür kann die Einführung der zusätzlichen Betreuungskräfte gemäß § 87b SGB XI nach Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Jahr 2008 sein.

8.2.3 Versorgungszeiten und Zeitaufwände je Bewohner nach Pflegegraden

Mittels des zweiten Teils der Datenerhebung, der Ermittlung des Pflegegrades nach Durchführung des NBA durch geschulte MDK-Gutachter, konnte jedem der 1.586 Bewohner ein Pflegegrad zugeordnet werden. Die ermittelten Pflegegrade verteilten sich unter den berücksichtigten Bewohnern wie folgt (Abbildung 30):

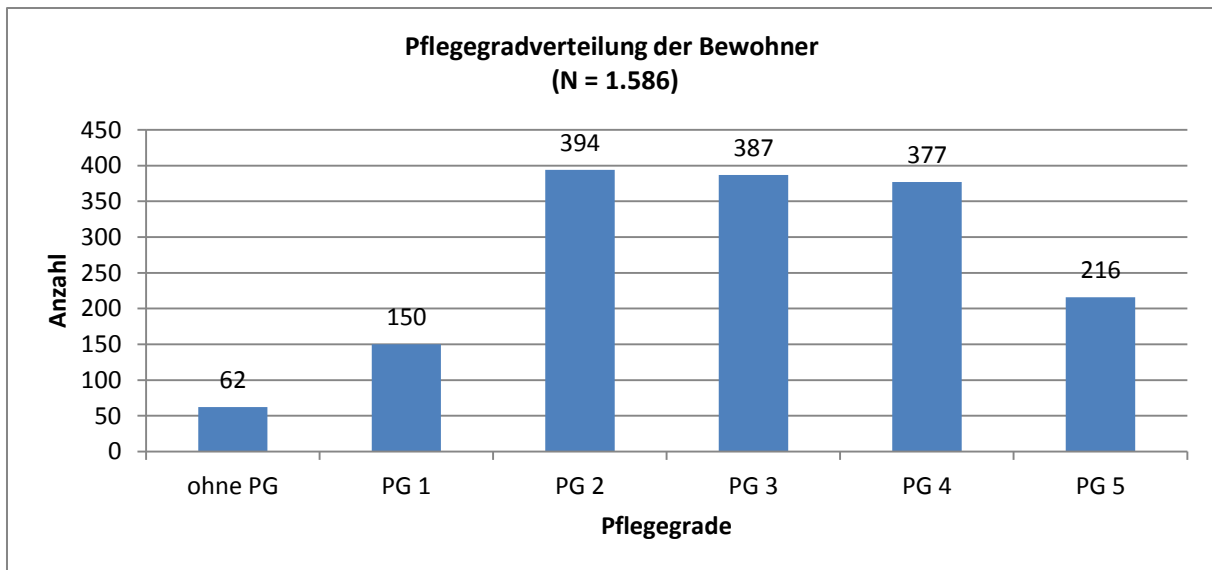


Abbildung 30: Verteilung der in die Stichprobe einbezogenen Bewohner nach Pflegegraden

Analog zu den Versorgungszeiten und Zeitaufwänden nach Pflegestufen (Abschnitt 8.2.1) beinhaltet die durchschnittliche Versorgungszeit eines Bewohners nach *Pflegegrad* und Tag:

- a) alle direkten und indirekten Pflege- und Betreuungsleistungen für den Bewohner,
- b) alle Gruppenleistungen, deren gesamte Dauer jedem Bewohner (bewohnerbezogene Betrachtung) bzw. Mitarbeiter (mitarbeiterbezogene Betrachtung) angerechnet wurden (s.u.) und
- c) alle Leistungen, die sich nicht einem bestimmten Bewohner zuordnen ließen, sie wurden anteilig angerechnet (bezogen auf alle Bewohner eines Wohnbereiches).

Aus den vorliegenden Daten ergibt sich, dass die Versorgungszeit für Bewohner ohne einen Pflegegrad (no.PG = 62) in der bewohnerbezogenen Betrachtung durchschnittlich 75 Minuten beträgt. Für Bewohner mit Pflegegrad 1 ($n_{PG1} = 150$) werden 31 Minuten mehr gemessen, sie kommen auf durchschnittlich 106 Minuten pro Tag. Für Bewohner mit Pflegegrad 2 ($n_{PG2} = 394$) steigen die Versorgungszeiten um weitere 23 Minuten auf durchschnittlich 129 Minuten am Tag, während bei Bewohnern mit Pflegegrad 3 ($n_{PG3} = 387$) durchschnittlich weitere 40 Minuten, also insgesamt 169 Minuten am Tag, ermittelt werden. Pflegegrad 4 ($n_{PG4} = 377$) und 5 ($n_{PG5} = 387$) liegen in der bewohnerbezogenen Darstellung gleich auf. Ihre Versorgungszeiten überstiegen die der Bewohner mit Pflegegrad 3 um jeweils durchschnittlich 33 Minuten. Im Durchschnitt über alle Bewohner werden tägliche Versorgungszeiten von 162 Minuten ermittelt (Abbildung 31).

Wie die Abbildung zeigt, ist der Anstieg der Versorgungszeiten von Bewohnern ohne Pflegegrad bis zu Bewohnern mit Pflegegrad 4 annähernd linear. Die Pflegegrade 4 und 5 unterscheiden sich dagegen hinsichtlich der Versorgungszeiten nicht. Die eingezeichneten Konfidenzintervalle der einzelnen

Pflegegrade sind sehr eng, mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % liegt der „wahre Wert“ der Grundgesamtheit damit innerhalb des Konfidenzintervalls um den Stichprobenmittelwert. Dass sich die Konfidenzintervalle von „ohne Pflegegrad“ bis Pflegegrad 4 nicht überlappen, zeigt zudem, dass sich die Pflegegrade hinsichtlich der Versorgungszeiten statistisch signifikant unterscheiden. Pflegegrad 4 und 5 unterscheiden sich hingegen hinsichtlich der Versorgungszeiten nicht voneinander.

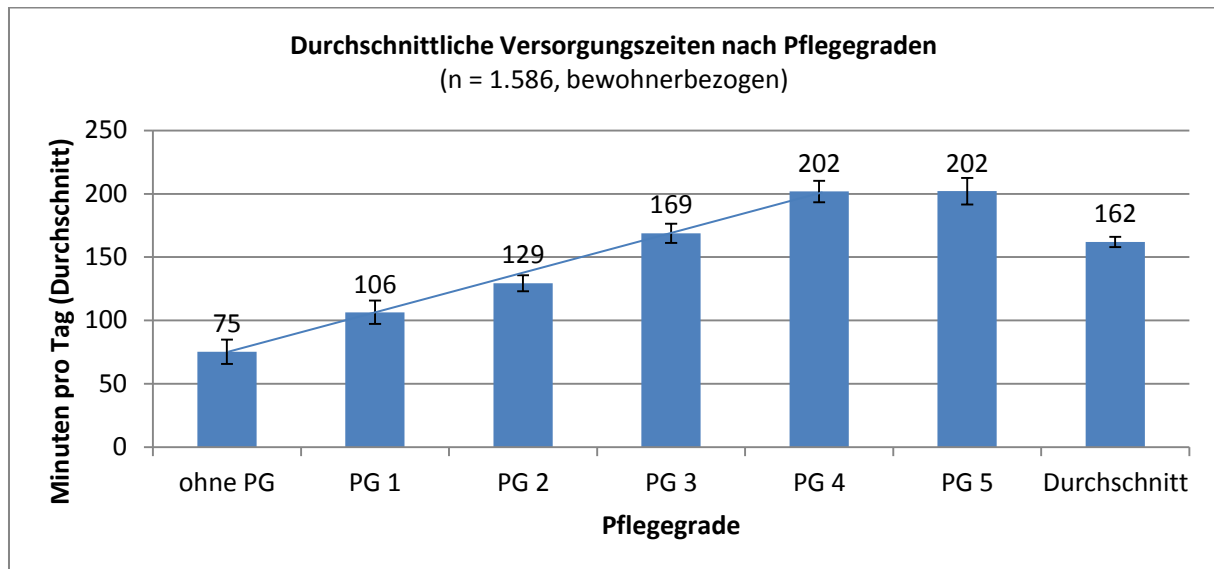


Abbildung 31: Durchschnittliche Versorgungszeiten nach Pflegegraden (bewohnerbezogen)

In der *mitarbeiterbezogenen Betrachtung* fallen die Zeitaufwände unter Berücksichtigung der Gruppenaktivitäten niedriger aus (Abbildung 32). Die durchschnittlichen Zeitaufwände sinken auf 124 Minuten. Zudem ist festzustellen, dass zwischen Pflegegrad 4 und 5 bei mitarbeiterbezogener Betrachtung eine Differenz von 16 Minuten existiert. Die Zeitaufwände für Bewohner mit Pflegegrad 5 sind somit signifikant höher als für Bewohner mit Pflegegrad 4 – die Konfidenzintervalle überlappen sich nicht (vgl. hierzu auch 8.2.5). Dennoch ist der Zeitunterschied zwischen Pflegegrad 4 und 5 weniger als doppelt so groß wie die Zeitunterschiede zwischen Pflegegrad 2 und 3 oder zwischen Pflegegrad 3 und 4.

Wie bereits in Abschnitt 8.2.1 gezeigt, können die Versorgungszeiten und Zeitaufwände weiter nach *Gruppen- und Einzelaktivitäten* differenziert werden (Abbildung 33). Bewohner mit Pflegegrad 5 nutzen Gruppenangebote in geringerem Umfang als Bewohner mit Pflegegrad 1 bis 4. Deutlich wird bei einem Vergleich der Pflegegrade 4 und 5 auch, dass die Summen der Versorgungszeiten (202 Minuten) zwar identisch sind, diese überdecken aber, dass die Einzelaktivitäten beim Übergang von Pflegegrad 4 zu Pflegegrad 5 an Bedeutung gewinnen während Gruppenaktivitäten an Bedeutung verlieren (kompensatorische Effekte).

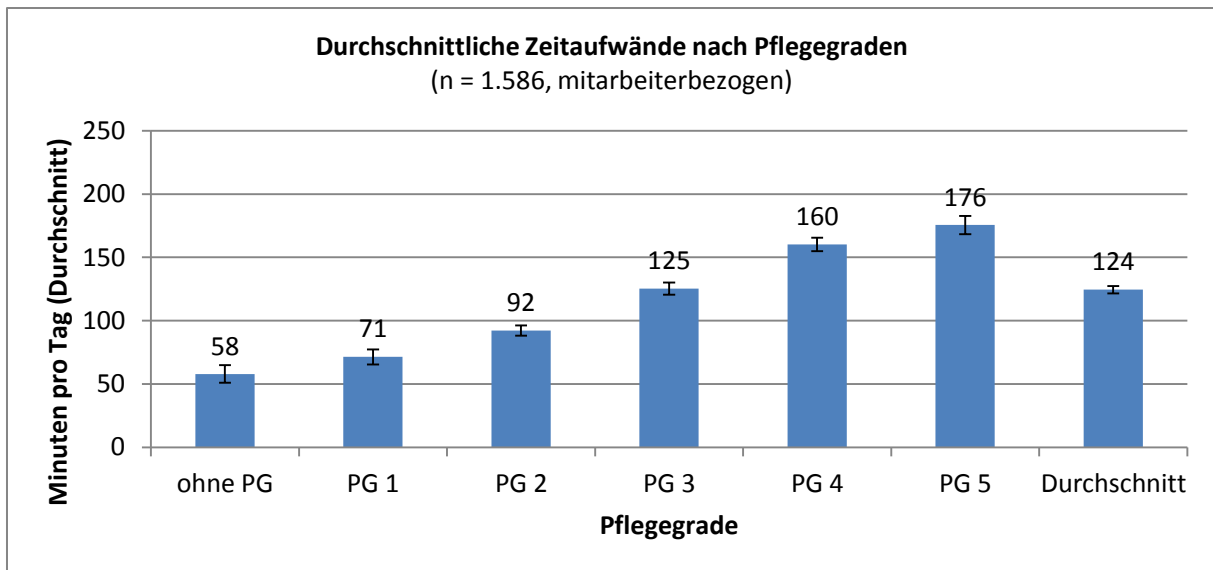


Abbildung 32: Durchschnittliche Zeitaufwände nach Pflegegraden (mitarbeiterbezogen)

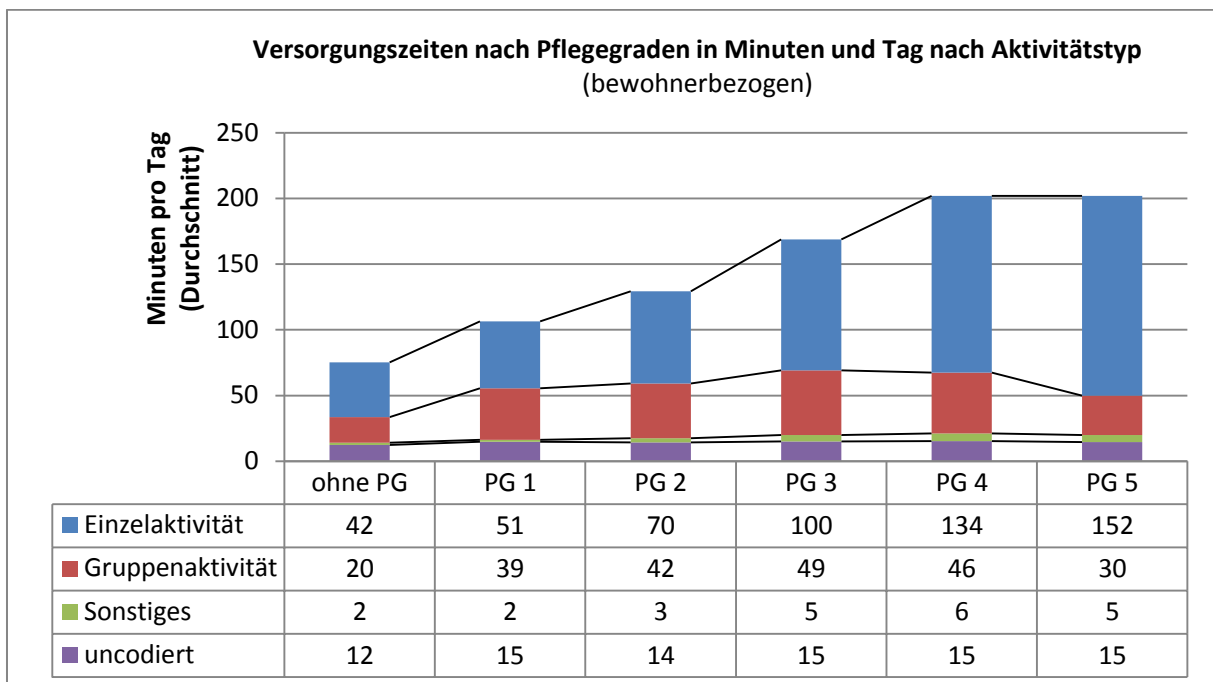


Abbildung 33: Durchschnittliche Versorgungszeiten nach Pflegegraden und Aktivitätstyp (bewohnerbezogen)

Um zu klären, wie sich die Zeitwerte – nach Pflegegraden – hinsichtlich der *Geschlechter* unterscheiden, sind die beiden folgenden Abbildungen zu den durchschnittlichen Minutenwerten pro Tag differenziert nach männlichen und weiblichen Bewohnern der Stichprobe. In bewohnerbezogener Betrachtung (Abbildung 34 **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) liegen die durchschnittlichen Versorgungszeiten von 76 bzw. 74 Minuten pro Tag zwischen den Bewohnern ohne Pflegegrad des weiblichen oder männlichen Geschlechts nah aneinander. Die Versorgungsleistungen

für weibliche Bewohner mit Pflegegrad 1 bis 3 liegen im Durchschnitt um etwa 13 Minuten höher als für männliche Bewohner. Dagegen liegen die Versorgungsleistungen in den Pflegegraden 4 und 5 für die männlichen Bewohner leicht über denjenigen der Frauen.

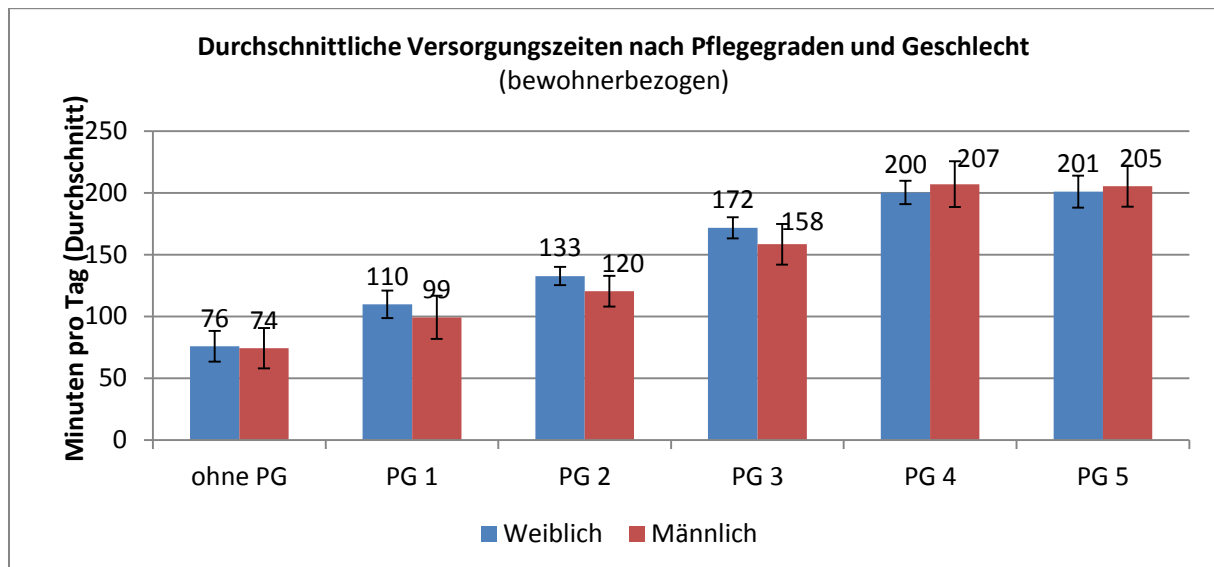


Abbildung 34: Durchschnittliche Versorgungszeiten nach Pflegegrad und Geschlecht (bewohnerbezogen)

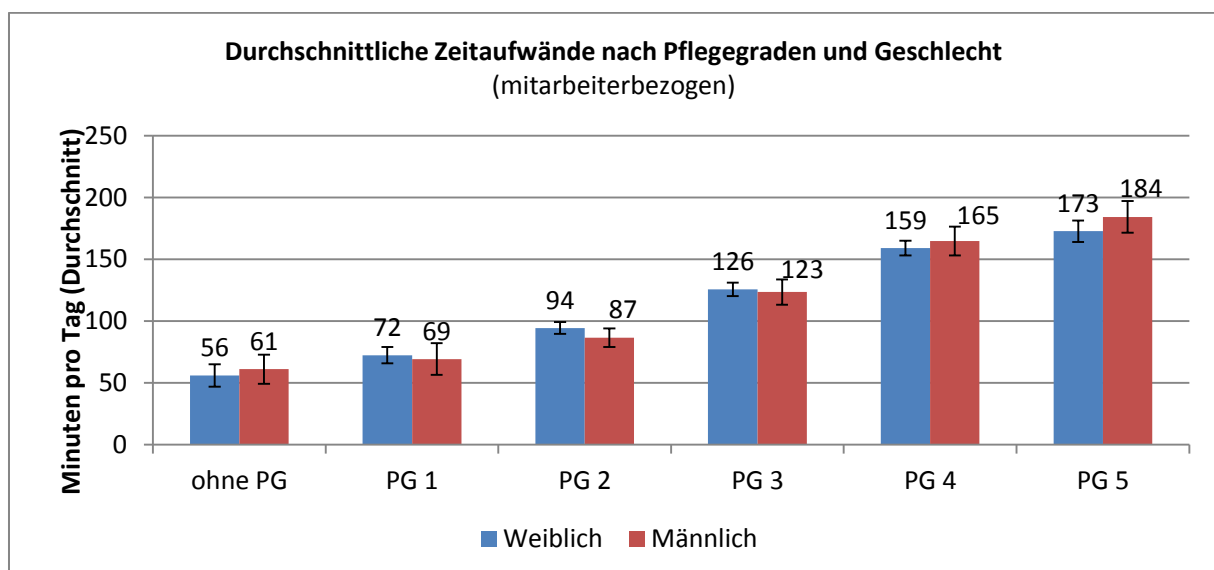


Abbildung 35: Durchschnittliche Zeitaufwände nach Pflegegraden und Geschlecht (mitarbeiterbezogen)

In mitarbeiterbezogener Betrachtung (Abbildung 35) nähern sich die Unterschiede in den Zeitaufwänden zwischen den Geschlechtern an – ähnlich der Betrachtung nach Pflegestufen in Abschnitt 8.2.1. Die Werte für die weiblichen Bewohner (Pflegegrad 1 bis 3) liegen im Schnitt um etwa 4 Minuten höher als bei den männlichen Bewohnern derselben Pflegegrade. Die durchschnittlichen Zeitauf-

wände für die Bewohner ohne Pflegegrad oder mit Pflegegrad 4 oder 5 liegen bei männlichen Bewohnern leicht über den Minutenwerten für die Frauen.

8.2.4 Sind die Zeitaufwände pro Pflegegrad für somatisch und kognitiv Beeinträchtigte gleich hoch?

Ob und inwieweit das NBA – entgegen dem heutigen Einstufungsverfahren – kognitive und somatische Einschränkungen gleichermaßen berücksichtigt, kann durch einen Vergleich der Versorgungsaufwände je Pflegegrad zwischen somatisch und kognitiv beeinträchtigten Personen beurteilt werden. Dazu werden in Abbildung 36 zunächst die durchschnittlichen Versorgungszeiten nach Pflegegraden für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) und Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz (PoEA) gegenübergestellt. Erkennbar ist, dass die Versorgungszeiten für PEA in allen Pflegegraden deutlich oberhalb der entsprechenden Zeitwerte für PoEA liegen. Zwar sind die Fallzahlen für PoEA in den Pflegegraden 4 ($n_{PG4}=40$) und 5 ($n_{PG5}=15$) so klein, dass diese Werte nicht „überinterpretiert“ werden dürfen, jedoch zeigen sich die Unterschiede auch in den Pflegegraden 1 bis 3 mit höheren Fallzahlen ($n_{PG1} = n_{PG3}=107$ und $n_{PG2}=222$).

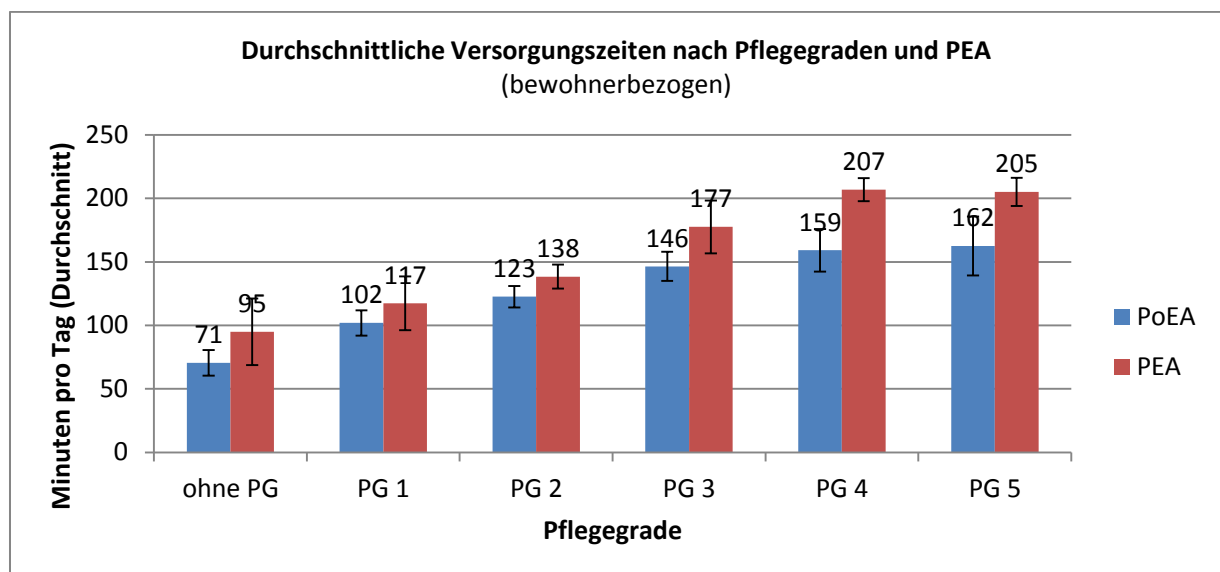


Abbildung 36: Durchschnittliche Versorgungszeiten nach Pflegegrad und PEA (bewohnerbezogen)

Der Unterschied in den Versorgungszeiten reduziert sich bei mitarbeiterbezogener Betrachtungsweise deutlich und ist in Pflegegrad 2 und 3 nicht mehr signifikant (Abbildung 37). Dennoch zeigt sich auch hier bei allen Pflegegraden ein Mehraufwand für PEA. Allerdings erfolgte die Einstufung in PEA und PoEA ebenfalls bei der letzten Pflegebegutachtung, die – wie bereits erwähnt – zum Teil länger zurückliegt.

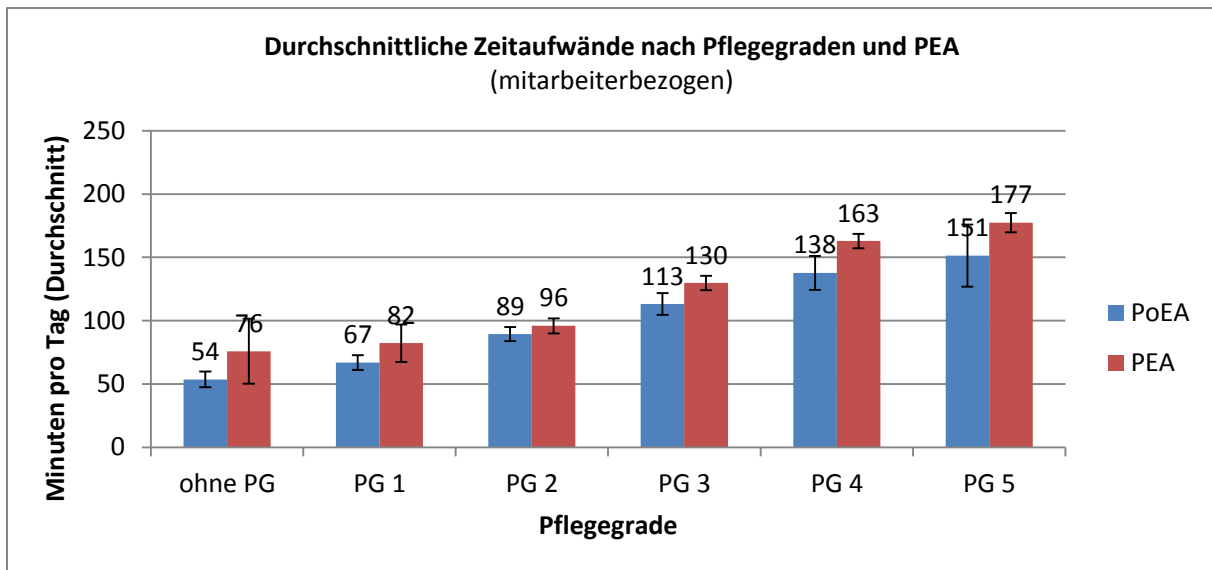


Abbildung 37: Durchschnittliche Zeitaufwände nach Pflegegraden und PEA (mitarbeiterbezogen)

In Abbildung 38 und Abbildung 39 wird daher aus bewohner- bzw. mitarbeiterbezogener Perspektive anhand der im NBA erhobenen Daten zwischen *somatisch und kognitiv Beeinträchtigten* unterschieden. Tabelle 11 und Tabelle 12 ergänzen die entsprechenden Fallzahlen.

Nach der gültigen Bewertungssystematik, die mit dem Expertenbericht von 2013 vorgelegt wurde (BMG 2013a; Wingenfeld & Gansweid 2014), wird dabei definiert

- als somatisch beeinträchtigte Personen, wer beim ungewichteten Modulwert für das Modul 1 einen Punkt und mehr erhält und für den ungewichteten Modulwert für das Modul 2 null Punkte hat,
- als rein kognitiv beeinträchtigte Personen, wer beim ungewichteten Modulwert für das Modul 1 null Punkte hat, für den ungewichteten Modulwert für das Modul 2 bzw. 3 zwei und mehr Punkte hat und das Item „Knöpfe“ mit „ja“ beantwortet wurde,
- als somatisch und kognitiv eingeschränkte Person, wer beim ungewichteten Modulwert für das Modul 1 einen Punkt und mehr erhält und für den ungewichteten Modulwert für das Modul 2 bzw. 3 zwei und mehr Punkte hat.⁸

In den folgenden Abbildungen werden nur Säulen zu Personengruppen dargestellt, deren $N \geq 5$ ist.

⁸ Hinweis: Personen, die ursprünglich als somatisch beeinträchtigte Personen (1. Punkt) und anschließend als somatisch und kognitiv eingeschränkte Personen (3. Punkt) definiert wurden, wurden in den zugehörigen Analysen ausschließlich als somatisch und kognitiv eingeschränkte Personen definiert.

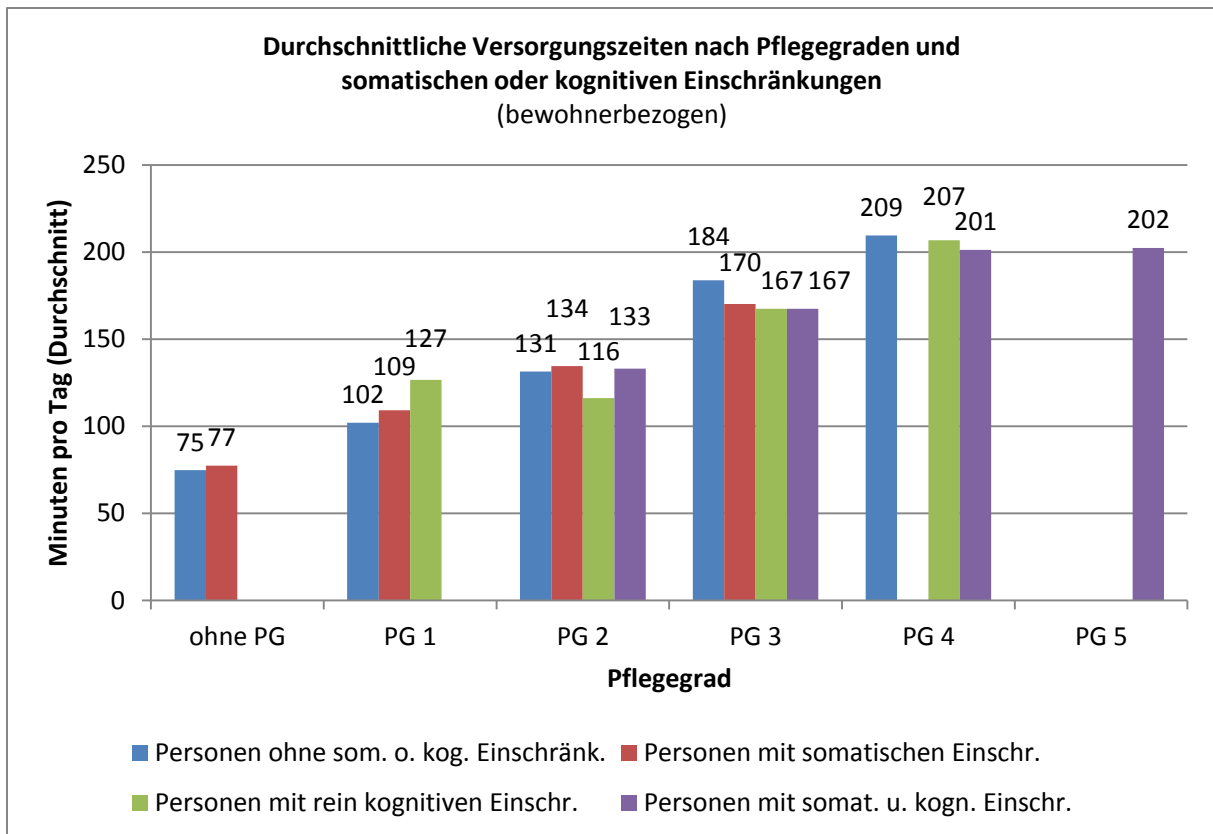


Abbildung 38: Durchschnittliche Versorgungszeiten für somatisch und kognitiv beeinträchtigte Personen nach Pflegegraden (bewohnerbezogen)

Tabelle 11: Durchschnittliche Versorgungszeiten für somatisch und kognitiv beeinträchtigte Personen nach Pflegegraden (bewohnerbezogen)

Pflegegrad	Personen ohne somatische oder kognitive Einschränkungen		Personen mit somatischen Einschränkungen		Personen mit rein kognitiven Einschränkungen		Personen mit somatischen und kognitiven Einschränkungen	
	N	Durchschnittliche Versorgungszeit	N	Durchschnittliche Versorgungszeit	N	Durchschnittliche Versorgungszeit	N	Durchschnittliche Versorgungszeit
ohne PG	49	75	13	77	0	0	0	0
PG 1	81	102	52	109	14	127	3	89
PG 2	109	131	121	134	84	116	80	133
PG 3	31	184	23	170	69	167	264	167
PG 4	17	209	1	214	13	207	346	201
PG 5	0	0	0	0	1	125	215	202
gesamt	287	124	210	129	181	143	908	185

Die Ergebnisse müssen unter Berücksichtigung der Fallzahlen betrachtet werden, da einige Felder nur mit einem sehr geringen N besetzt sind. Lediglich für die Pflegegrade 2 und 3 können für alle unter-

suchten Gruppen Aussagen auf Basis einer ausreichenden Fallzahl getroffen werden. Wie sich zeigt, sind die Versorgungszeiten in Pflegegrad 1 für kognitiv Beeinträchtigte etwas höher. Die Werte für Personen mit kognitiven und somatischen Einschränkungen liegen hingegen deutlich niedriger. Jedoch sind für diese Gruppe die Fallzahlen sehr gering. In Pflegegrad 2 und 3 sind die Versorgungszeiten bei den rein somatisch Beeinträchtigten sogar etwas höher als bei den rein kognitiv Beeinträchtigten. Für die anderen Pflegegrade sind verlässliche Aussagen aufgrund der zu geringen Fallzahlen nicht möglich. Im Ergebnis liegen die Versorgungsaufwände nach Pflegegraden für beide Subgruppen auf ähnlichem Niveau, sodass davon ausgegangen werden kann, dass kognitive und somatische Einschränkungen im NBA hinsichtlich der resultierenden Versorgungszeiten vergleichbar erfasst werden.

In mitarbeiterbezogenen Perspektive gibt es nur unwesentliche Änderungen für die Felder mit einer ausreichend hohen Bewohnerzahl (Abbildung 39 und Tabelle 12). Auch hier bestätigt sich, dass Einschränkungen von somatisch und kognitiv eingeschränkten Heimbewohnern hinsichtlich der resultierenden Zeitaufwände im NBA vergleichbar erfasst werden.

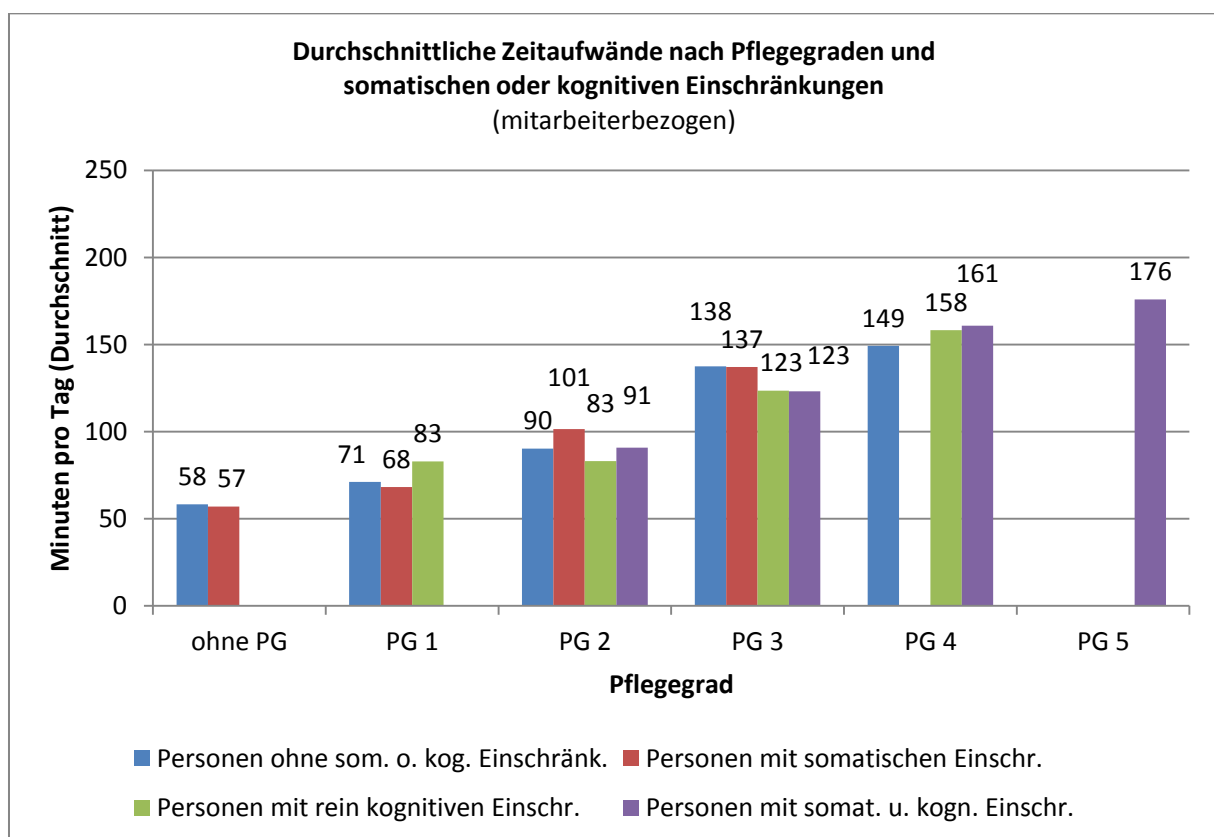


Abbildung 39: Durchschnittliche Zeitaufwände für somatisch und kognitiv beeinträchtigte Personen nach Pflegegraden (mitarbeiterbezogen)

Tabelle 12: Durchschnittliche Zeitaufwände für somatisch und kognitiv beeinträchtigte Personen nach Pflegegraden (mitarbeiterbezogen)

Pflegegrad	Personen ohne somatische oder kognitive Einschränkungen		Personen mit somatischen Einschränkungen		Personen mit rein kognitiven Einschränkungen		Personen mit somatischen und kognitiven Einschränkungen	
	N	Durchschnittliche Versorgungszeit	N	Durchschnittliche Versorgungszeit	N	Durchschnittliche Versorgungszeit	N	Durchschnittliche Versorgungszeit
ohne PG	49	58	13	57	0	0	0	0
PG 1	81	71	52	68	14	83	3	82
PG 2	109	90	121	101	84	83	80	91
PG 3	31	138	23	137	69	123	264	123
PG 4	17	149	1	214	13	158	346	161
PG 5	0	0	0	0	1	125	215	176
gesamt	287	88	210	95	181	104	908	147

8.2.5 Versorgungszeiten und Zeitaufwände nach Qualifikation der Mitarbeiter

Nach der Betrachtung der Versorgungszeiten und Zeitaufwände hinsichtlich der Pflegestufen und Pflegegrade werden die Versorgungszeiten und Zeitaufwände im Kontext der Pflegegrade in diesem Abschnitt entsprechend der Qualifikationen der Mitarbeiter differenziert.

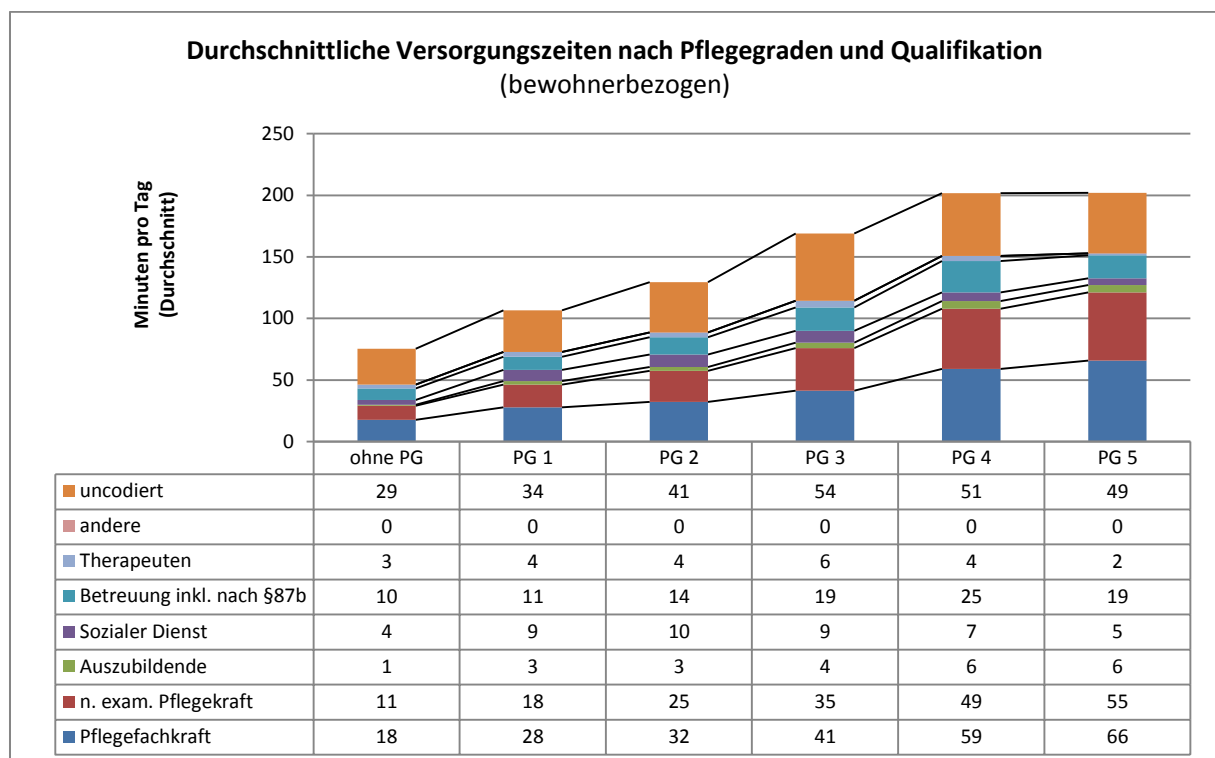


Abbildung 40: Durchschnittliche Versorgungszeiten nach Pflegegraden und Qualifikationen (bewohnerbezogen)

Für die in der Stichprobe definierten Pflegefachkräfte, nicht examinierten Pflegekräfte und Auszubildenden nehmen die Versorgungszeiten über alle Pflegegrade hinweg zu. Für die Betreuungskräfte nehmen die Versorgungszeiten bis zum Pflegegrad 4 zu, bei Bewohnern mit Pflegegrad 5 nehmen sie hingegen ab. Für die Mitarbeiter des Sozialen Dienstes und die Therapeuten ergeben sich zunächst zunehmende Versorgungszeiten, die dann ab Pflegegrad 3 bzw. 4 ebenfalls abnehmen (Abbildung 40).

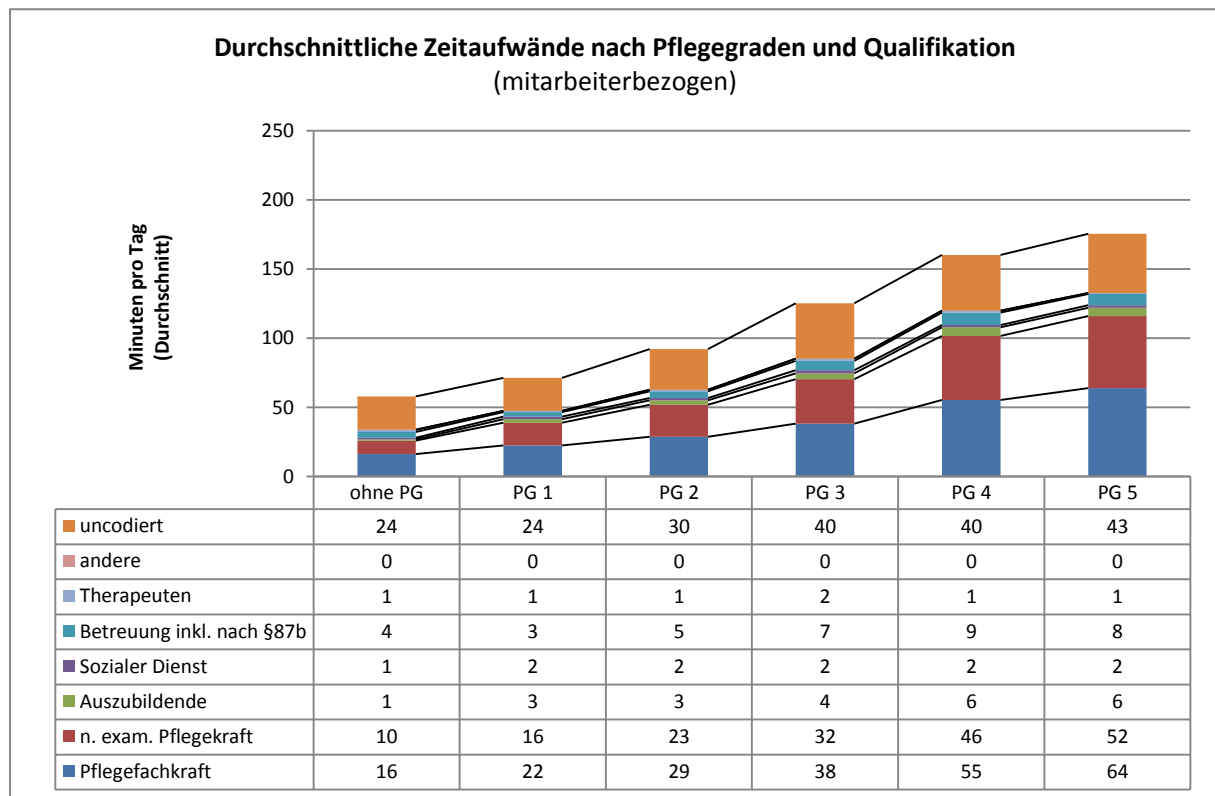


Abbildung 41: Durchschnittliche Zeitaufwände nach Pflegegraden und Qualifikationen (mitarbeiterbezogen)

Bei mitarbeiterbezogener Betrachtung ergeben sich für alle Berufsgruppen geringere Zeitwerte, da die Gruppenleistungen nur noch anteilig berücksichtigt sind. Insbesondere für Therapeuten, Mitarbeiter des Sozialen Dienstes und der Betreuung reduzieren sich die Zeitwerte erheblich (Abbildung 41). Auffällig ist auch hier Pflegegrad 5: Lediglich bei den Pflegekräften (Pflegefachkraft und nicht examiniert) ist der Zeitaufwand höher als in den anderen Pflegegraden. Mehrleistungen für Heimbewohner des Pflegegrads 5 werden im Vergleich zu Bewohnern des Pflegegrads 4 also insbesondere von Pflegekräften erbracht. Die Aufwände der Therapeuten und Mitarbeiter des Sozialen Dienstes bleiben hingegen gleich, während die Aufwendungen der Betreuungskräfte sogar geringfügig um eine Minute pro Tag zurück gehen (Abbildung 41).

Unter der Annahme, dass sich für Mitarbeiter, für die keine Qualifikationsangaben vorliegen, die gleiche Qualifikationsverteilung ergibt, wurden die Anteile der jeweiligen Qualifikation auf die „uncodierten“ Mitarbeiter übertragen und hochgerechnet. Somit ergibt sich ein theoretisch vollständiges Abbild der Mitarbeiterqualifikationen. Wie Abbildung 42 zeigt, steigen dabei die einzelnen Zeitaufwände, ansonsten bleiben die getätigten Aussagen gültig.

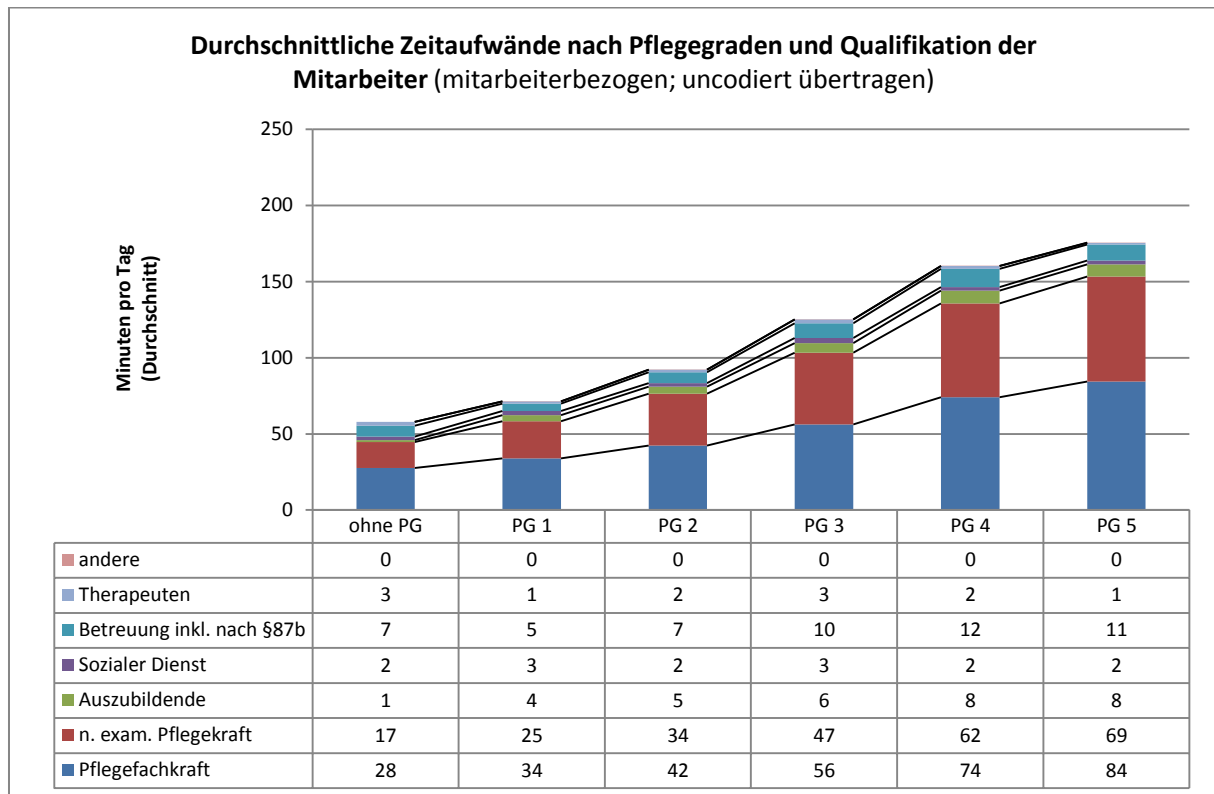


Abbildung 42: Durchschnittliche Zeitaufwände nach Pflegegraden und Qualifikationen der Mitarbeiter (mitarbeiterbezogen; uncodiert übertragen)

8.3 Zentrale Ergebnisse II: Schichtung und Verhältnis der durchschnittlichen Versorgungsaufwände bezogen auf die Pflegegrade

Nach der Darstellung der Versorgungs- und Aufwandszeiten nach Pflegestufen und Pflegegraden werden in diesem Abschnitt die Relationen zwischen den Pflegegraden aufgezeigt werden, um der zweiten Forschungsfrage nachzukommen: Ergibt sich eine vertikale Schichtung des Versorgungsaufwands nach Pflegegraden und wie gestalten sich die Verhältnisse des Versorgungsaufwands zwischen den Pflegegraden in Bezug auf die Durchschnittswerte? Zur Bewertung der Relationen werden zwei Varianten dargestellt:

- Versorgungszeiten: Hier werden die Versorgungszeiten zugrunde gelegt, die – in bewohnerbezogener Perspektive – beim einzelnen Bewohner „ankommen“.
- Zeitaufwände: Hier werden die Zeiten zugrunde gelegt, die die Mitarbeiter – in mitarbeiterbezogener Perspektive – tatsächlich aufbringen. Gruppenaktivitäten gehen hier nur anteilig (Zeitwert dividiert durch die Zahl der Teilnehmer an der Gruppenaktivität) ein.

Tabelle 13 fasst Versorgungszeiten und Zeitaufwände nach Pflegegraden noch einmal zusammen. Werden die Werte für Pflegegrad 1 definitorisch auf 1 gesetzt und die Werte der anderen Pflegegrade darauf bezogen, ergeben sich die Relativgewichte der Pflegegrade (vierte und fünfte Spalte der Tabelle 13). Ob eine bewohner- oder mitarbeiterbezogene Perspektive gewählt wird, ist von entscheidender Bedeutung. Insbesondere in Pflegegrad 4 und 5 ergeben sich bei den Relativgewichten erhebliche Abweichungen je nach eingeschlagener Perspektive (Abbildung 43).

Tabelle 13: Versorgungszeiten, Zeitaufwände und Relativgewichte nach Pflegegraden

	Versorgungszeiten	Zeitaufwände	Relativgewichte (Versorgungszeiten)	Relativgewichte (Zeitaufwände)
ohne PG	75	58	0.71	0.81
PG 1	106	71	1.00	1.00
PG 2	129	92	1.22	1.29
PG 3	169	125	1.59	1.75
PG 4	202	160	1.90	2.24
PG 5	202	176	1.90	2.46
Durchschnitt	162	124		

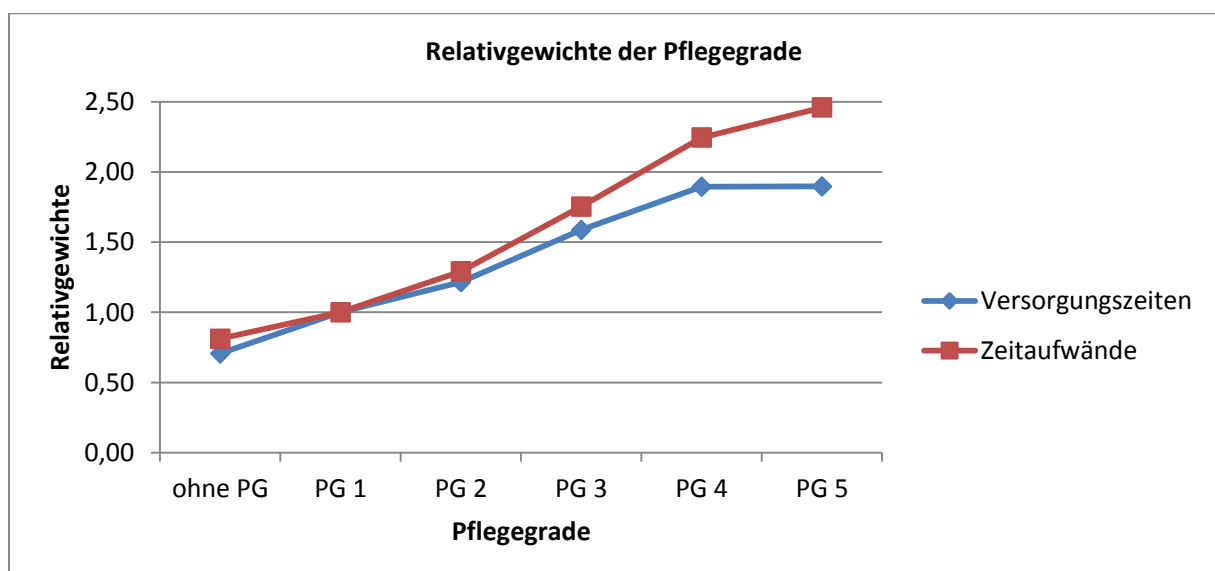


Abbildung 43: Relativgewichte der Pflegegrade

Zusatzanalyse: Aufwand nach Personalkosten

Um die relativen Personalkosten nach Berufsgruppen und Qualifikation zu ermitteln, wurden die Einrichtungen um Angaben zur Qualifikation der an der Studie teilnehmenden Mitarbeiter gebeten. Damit im Rahmen der Datenauswertung Vergleichbarkeit zwischen den als Freitext übermittelten Qualifikationen hergestellt werden konnte, wurden die Mitarbeiter einer der folgenden Rubriken zugeordnet:

- Pflegefachkräfte
- nicht examinierte Pflegekräfte
- Therapeuten
- Mitarbeiter des Sozialen Dienstes
- Betreuungskräfte, einschließlich Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI
- Auszubildende.

Zu den Personalkategorien wurden des Weiteren die relativen Personalkosten in den Einrichtungen erfragt. Dabei wurden Pflegefachkräfte mit dem Faktor 1 versehen und die Kosten für die anderen Kategorien entsprechend ins Verhältnis gesetzt, sodass jeder Berufsgruppe ein Faktor zugeschrieben werden konnte.

Mit den errechneten Faktoren wurden die Versorgungszeiten gewichtet und als *Aufwandspunkte* bezeichnet. Wie die Versorgungszeiten und Zeitaufwände stiegen auch die Aufwandspunkte sowohl bewohner- als auch mitarbeiterbezogen über alle Pflegegrade hinweg an. Der Einbezug der relativen Personalkosten je nach Mitarbeiterqualifikation führte jedoch zu keinen relevanten Verschiebungen in den Versorgungszeiten und Zeitaufwänden. Limitierend anzuführen ist, dass die Berechnungen hierzu auf freiwilligen nachträglich erfassten Angaben der Pflegeeinrichtungen beruhen und der Rücklauf zu den relativen Personalkosten zu gering ausfiel, um an dieser Stelle repräsentative und detailliertere Ergebnisse auszuweisen.

8.4 Zentrale Ergebnisse III: Homogenität oder Heterogenität der Pflegegrade hinsichtlich der Versorgungszeiten und Zeitaufwände

Die dritte forschungsleitende Frage zielt auf die *Trennschärfe* der Pflegegrade (Abschnitt 8.4.1), die *Homogenität bzw. Heterogenität* des Versorgungsaufwands *innerhalb* der Pflegegrade (Abschnitt 8.4.2) und ihre *Überlappung* (Abschnitt 8.4.3).

8.4.1 Trennschärfe der Pflegegrade

Die in

Abbildung 31 und Abbildung 32 dargestellten Konfidenzintervalle sind nachstehend in Tabelle 14 numerisch angegeben.

Tabelle 14: Mittelwerte und Konfidenzintervalle der Versorgungszeiten und Zeitaufwände

	Versorgungszeiten		Zeitaufwand	
	Mittelwert	Konfidenzintervall	Mittelwert	Konfidenzintervall
ohne PG	75	[66 85]	58	[51 65]
PG 1	106	[97 116]	71	[65 77]
PG 2	129	[123 136]	92	[88 96]
PG 3	169	[161 176]	125	[120 130]
PG 4	202	[193 210]	160	[155 166]
PG 5	202	[192 213]	176	[168 183]

Wie die Tabelle zeigt, überschneiden sich die Konfidenzintervalle für die Mittelwerte der Versorgungszeiten und Zeitaufwände der Pflegegrade „ohne PG“ bis 4 nicht. Bei Betrachtung der Versorgungszeiten sind die Mittelwerte und Konfidenzintervalle für Pflegegrad 4 und 5 gerundet identisch, während sie sich bei den Zeitaufwänden auf dem 95 % Signifikanzniveau signifikant voneinander unterscheiden. Insgesamt sind die Mittelwerte damit – mit der Ausnahme der Pflegegrade 4 und 5 bei den Versorgungszeiten – signifikant voneinander verschieden und die Pflegegrade insofern trennscharf.

8.4.2 Homogenität bzw. Heterogenität der Pflegegrade

Neben dem Verhältnis der Mittelwerte der Versorgungszeiten und Zeitaufwände für die einzelnen Pflegegrade interessiert auch, wie *homogen oder heterogen* sich diese innerhalb der einzelnen Pflegegrade darstellen. Um die Streuung der Verteilung zu zeigen, werden nachfolgend Histogramme abgebildet, die durch gefittete Normalverteilungen hinterlegt werden.⁹

Die Streuung wird dabei u. a. dadurch erhöht, dass Einrichtungen aus verschiedenen Bundesländern in der Stichprobe enthalten sind, die unterschiedliche Personalausstattungen aufweisen. Von einer ursprünglich vorgesehenen Differenzierung nach Bundesländern wurde jedoch abgesehen, da die Fallzahlen auf Bundesländerebene dazu – trotz der großen Gesamtstichprobe (N=1.586) – zu gering sind. Stattdessen wird die Homogenität für Pflegestufen und Pflegegrade für die vorliegende Stichprobe miteinander verglichen, um zu ermitteln, ob diese bei Pflegegraden geringer ausfällt als bei Pflegestufen.

⁹ Bei einer derart großen Fallzahl ist die Normalverteilungsannahme aufgrund des Gesetzes der großen Zahlen gerechtfertigt. Wiedergegeben ist die Normalverteilung, die sich der empirisch vorfindbaren Verteilung am besten annähert.

Abbildung 44 zeigt die bewohnerbezogenen täglichen Versorgungszeiten nach Pflegestufen. Die Minutenwerte sind dabei zu Klassen à 40 Minuten zusammengefasst, auf der Y-Achse sind die Anteilswerte für die Bewohner zu sehen, deren Versorgungszeiten in die jeweilige Zeitklasse fällt. Außerdem sind die Normalverteilungskurven angegeben, die die empirische Verteilung am besten approximieren.¹⁰ Wie die Abbildung zeigt, ist die Streuung der Versorgungszeiten beachtlich und reicht in Pflegestufe III von 40 bis 80 Minuten bis hin zu mehr als 400 Minuten.

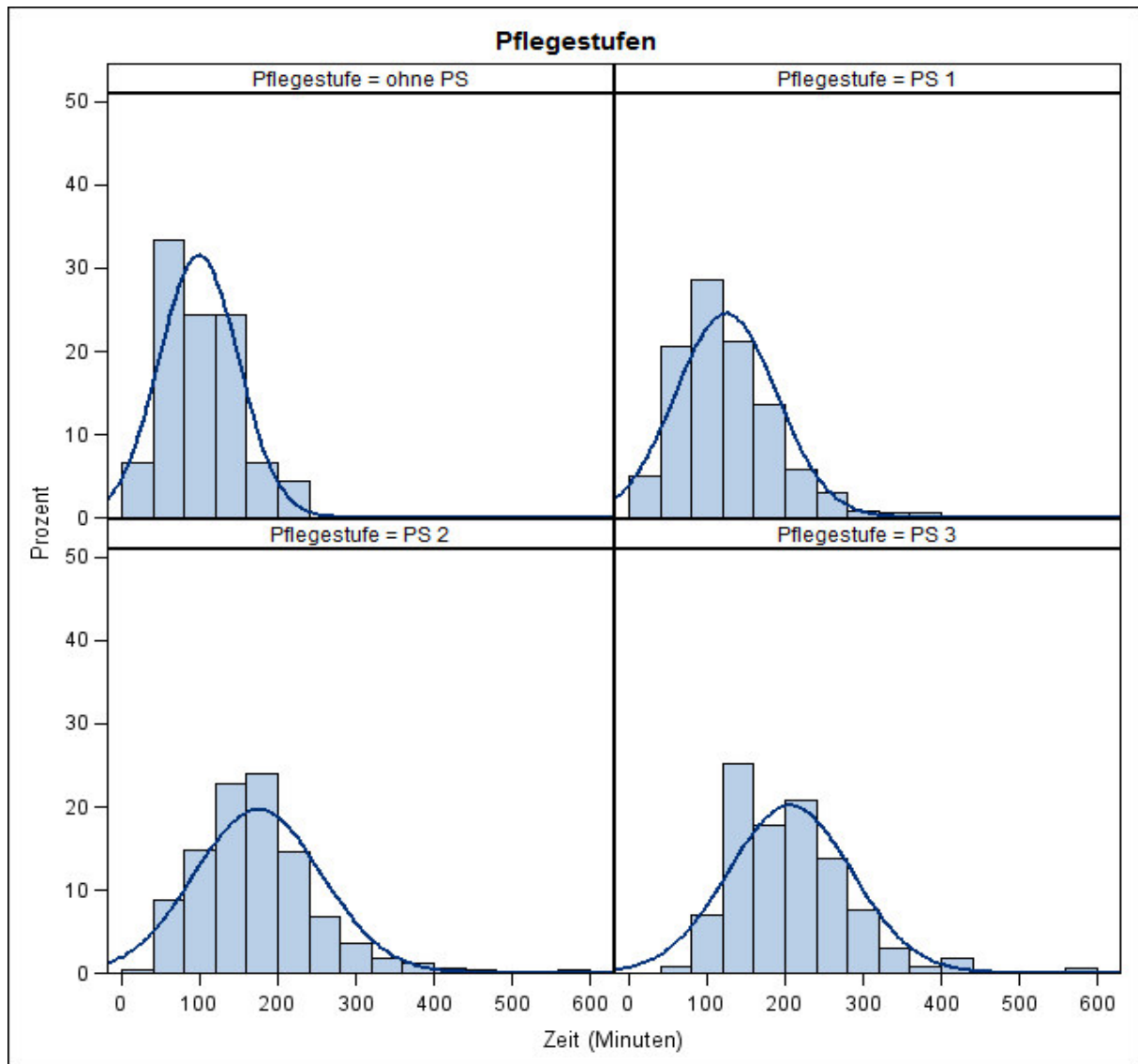


Abbildung 44: Tägliche Versorgungszeiten nach Pflegestufen (bewohnerbezogen, dargestellt als Normalverteilungskurve mit Histogramm)

¹⁰ Diese Approximation führt dazu, dass die Normalverteilungskurven die Y-Achse bei einem positiven Wert schneiden und auch in den negativen Bereich der X-Achse hineinragen. Dies darf nicht so verstanden werden, dass es Bewohner mit weniger als Null Versorgungsminuten gibt. Vielmehr ist dies ein Artefakt der Approximation.

Bei mitarbeiterbezogener Betrachtung zeigt sich für alle Pflegestufen eine geringere Streuung (Abbildung 45). Die bessere Passung der Normalverteilungen ist dagegen lediglich darauf zurückzuführen, dass – wegen der geringeren Streuung – kleinere Klassenbreiten für die Zeitintervalle gewählt werden konnten, ohne dass die Fallzahl so klein wurde, dass Zufallseffekte zu Sprüngen in der Verteilung führten.

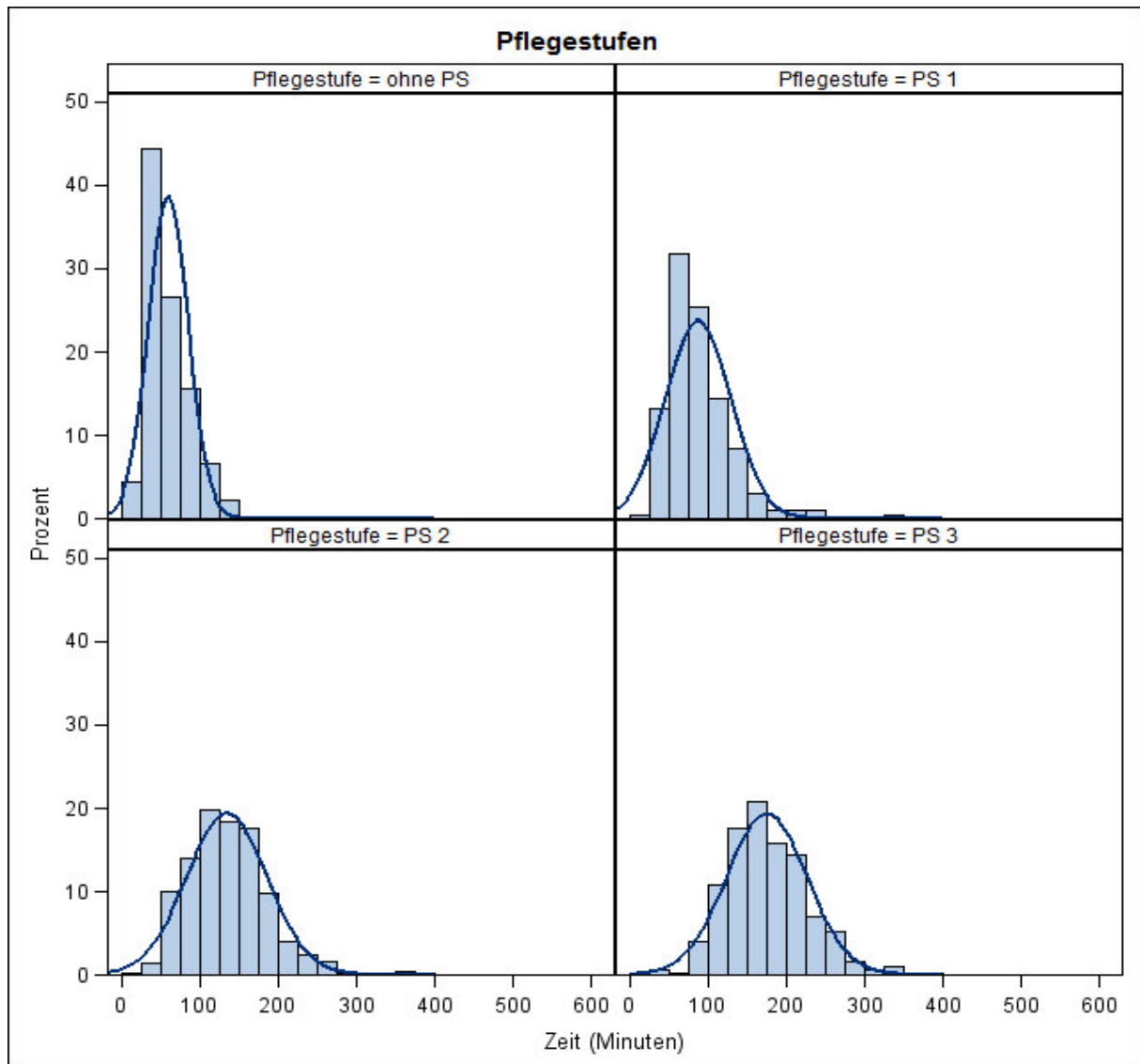


Abbildung 45: Tägliche Zeitaufwände nach Pflegestufen (mitarbeiterbezogen, dargestellt als Normalverteilungskurve mit Histogramm)

Wie stellt sich die Streuung bezogen auf die Pflegegrade dar? Abbildung 46 und Abbildung 47 enthalten die entsprechenden Darstellungen für die Pflegegrade auf Basis der (bewohnerbezogenen) Versorgungszeiten und der (mitarbeiterbezogenen) Zeitaufwände.

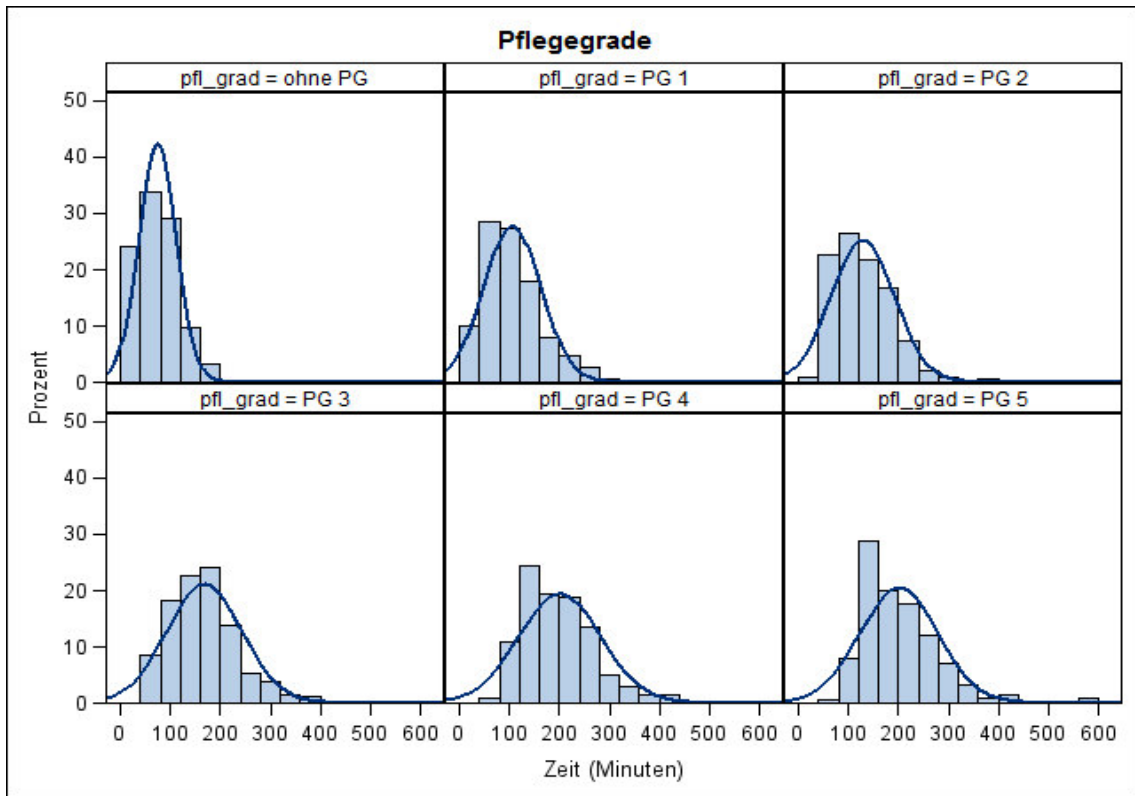


Abbildung 46: Tägliche Versorgungszeiten nach Pflegegraden (bewohnerbezogen, dargestellt als Normalverteilungskurve mit Histogramm)

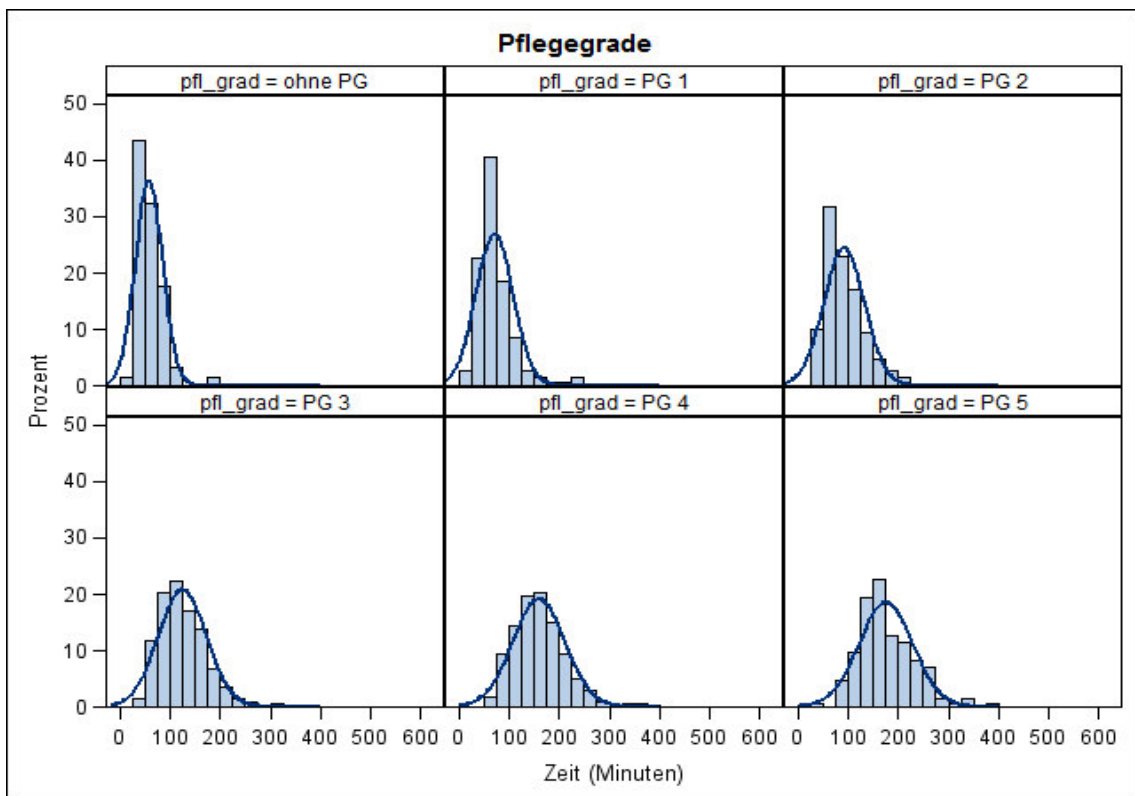


Abbildung 47: Tägliche Zeitaufwände nach Pflegegraden (mitarbeiterbezogen, dargestellt als Normalverteilungskurve mit Histogramm)

Anders als bei den Pflegestufen ist bei den Pflegegraden nicht ohne weiteres erkennbar, dass die Streuung beim Zeitaufwand geringer ist als bei den Versorgungszeiten. Vor allem aber erscheint die Streuung bei den Pflegegraden nicht geringer als bei den Pflegestufen. Um dieser Frage genauer nachzugehen, werden nachstehend verschiedene Maßzahlen für die Streuung angegeben. Der Variationskoeffizient (= Varianz / Mittelwert) ermöglicht dabei einen Vergleich von Verteilungen auch mit unterschiedlichem Mittelwert. Tabelle 15 und

Tabelle 16 zeigen, dass die Variationskoeffizienten von bewohner- zu mitarbeiterbezogener Betrachtung deutlich abnehmen, während sie bei den Pflegegraden allenfalls geringfügig kleiner sind als bei den Pflegestufen. Die Streuung in den Pflegegraden ist damit *nicht* wesentlich kleiner als in den Pflegestufen.

Tabelle 15: Streuung der Versorgungszeiten in den Pflegestufen und -graden (bewohnerbezogen)

Pflegestufe	N	Mittelwert	Standardabweichung	Interquartilsabstand	Variationskoeffizient
ohne PS	45	99	50.54	81.77	25.73
PS I	587	125	65.11	79.35	33.93
PS II	585	175	81.24	84.27	37.62
PS III	369	207	79.25	100.98	30.38

Pflegegrad	N	Mittelwert	Standardabweichung	Interquartilsabstand	Variationskoeffizient
ohne PG	62	75	37.75	55.57	18.94
PG 1	150	106	57.76	76.17	31.33
PG 2	394	129	63.58	84.56	31.23
PG 3	387	169	75.88	89.86	34.09
PG 4	377	202	82.69	92.28	33.88
PG 5	216	202	78.14	93.61	30.22

Tabelle 16: Streuung der Zeitaufwände in den Pflegestufen und -graden (mitarbeiterbezogen)

Pflegestufe	N	Mittelwert	Standardabweichung	Interquartilsabstand	Variationskoeffizient
ohne PS	45	60	25.78	24.86	11.14
PS I	587	87	42.08	47.56	20.24
PS II	585	135	51.59	63.88	19.77
PS III	369	175	51.71	68.74	15.27

Pflegegrad	N	Mittelwert	Standardabweichung	Interquartilsabstand	Variationskoeffizient
ohne PG	62	58	27.47	35.82	13.03
PG 1	150	71	37.13	33.96	19.31
PG 2	394	92	40.93	53.01	18.17
PG 3	387	125	48.10	65.23	18.48
PG 4	377	160	52.17	69.56	16.99
PG 5	216	176	53.97	72.91	16.59

8.4.3 Überlappung der Pflegegrade im Vergleich zu den Pflegestufen

Auch wenn sich die Mittelwerte der Versorgungszeiten und Zeitaufwände der einzelnen Pflegegrade signifikant voneinander unterscheiden, ist eine erhebliche *Überlappung* der Versorgungszeiten und Zeitaufwände bei den einzelnen Pflegegraden erkennbar. Dieser Sachverhalt wird nachfolgend anhand von Box-Plots und Normalverteilungskurven gezeigt.

Die *Box-Plots* bestehen zum einen aus der „Box“ und zum anderen aus den „whiskers“, die jeweils die Box nach oben und unten verlängern. Die Box zeigt die Versorgungsaufwände der 50 % der Bewohner, die bezüglich der Aufwände „in der Mitte liegen“. Innerhalb der Box sind zusätzlich der jeweilige Mittelwert (als Kreuz gekennzeichnet) und der Median (der Mittelstrich in der Box) je Pflegestufe gekennzeichnet. Unter- bzw. oberhalb der Box befinden sich jeweils 25 % der Bewohner. Werte, die statistisch als „Ausreißer“ oder „Extremwerte“ definiert worden sind, werden als kleine Quadrate über den Box-Plots angezeigt. Die Box der Bewohner ohne eine *Pflegestufe* beginnt bei 51 Minuten (Q1= 1. Quartilswert) und endet bei 133 Minuten (Q3= 3. Quartilswert) der durchschnittlichen Versorgungszeit pro Tag. Die Box der Bewohner mit Pflegestufe I beginnt bereits bei 80 Minuten, was eine deutliche Überschneidung mit den Personen ohne Pflegestufe anzeigt (Abbildung 48 links und Tabelle 17). Die erste Box, die sich nicht mit der Box „ohne Pflegestufe“ überschneidet, ist die Pflegestufe III. Diese beginnt mit dem Wert 152 Minuten durchschnittlicher Versorgungszeit pro Tag.

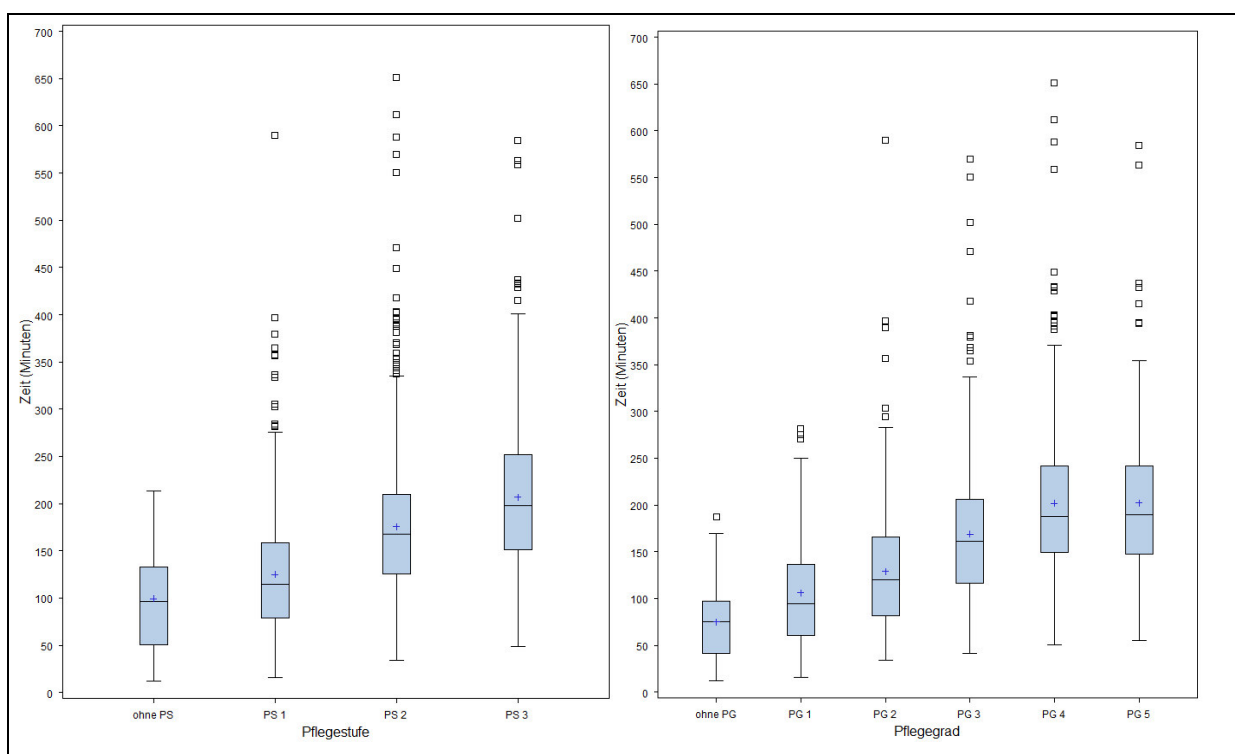


Abbildung 48: Tägliche Versorgungszeiten nach Pflegestufen und Pflegegraden (bewohnerbezogene Box-Plot-Darstellung)

Bei den *Pflegegraden* ist der Überlappungseffekt etwas ausgeprägter (Abbildung 48 rechts und Tabelle 17): Bei allen Pflegegraden liegt der 1. Quartilswert unterhalb des Medians des nächst niedrigeren Grades. Mehr als die Hälfte aller Bewohner des jeweiligen Pflegegrades könnten hinsichtlich des Versorgungsaufwandes also auch im benachbarten Pflegegrad liegen.

Tabelle 17: Tägliche Versorgungszeiten nach Pflegestufen und Pflegegraden (bewohnerbezogen)

Pflegestufe	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung	1. Quartilswert	3. Quartilswert
ohne PS	45	12	213	99	51	51	133
PS I	587	16	590	125	65	79	159
PS II	585	34	651	175	81	126	210
PS III	369	49	585	207	79	151	252

Pflegegrad	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung	1. Quartilswert	3. Quartilswert
ohne PG	62	12	187	75	38	42	97
PG 1	150	16	282	106	58	61	137
PG 2	394	34	590	129	64	82	166
PG 3	387	41	570	169	76	117	206
PG 4	377	50	651	202	83	150	242
PG 5	216	55	585	202	78	148	242

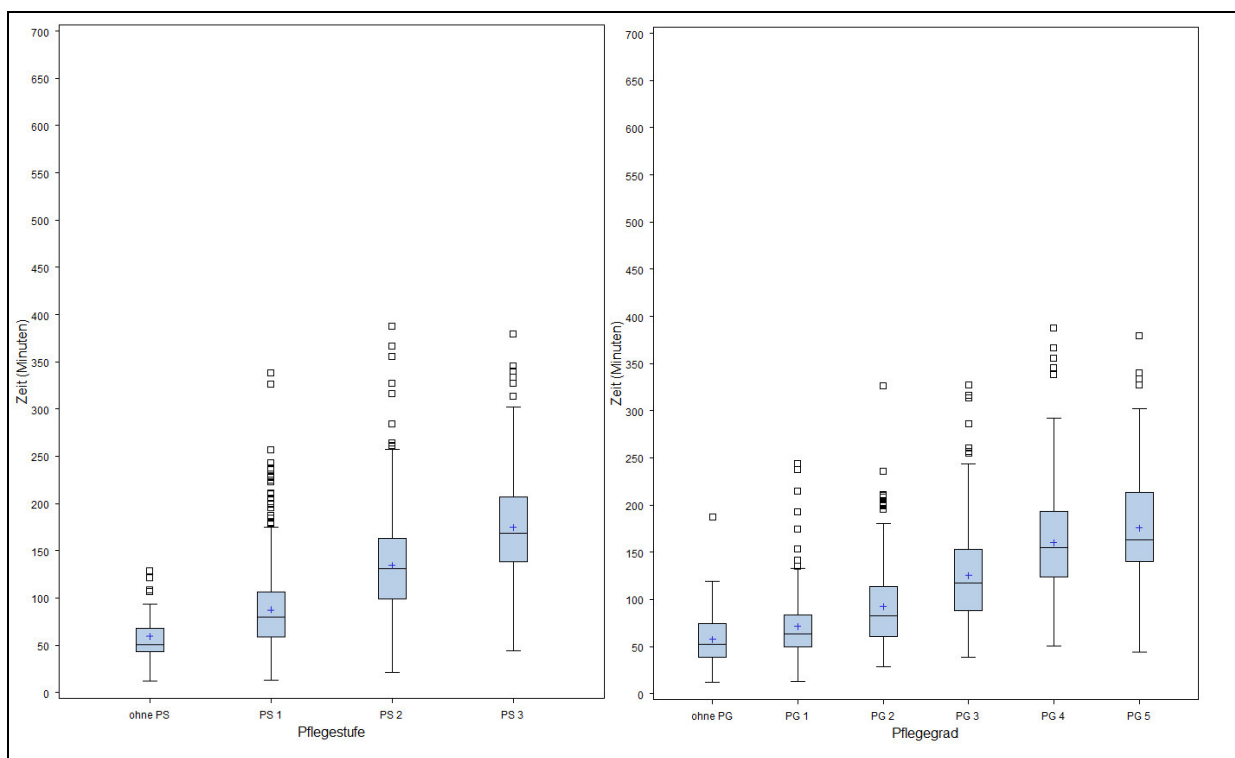


Abbildung 49: Tägliche Zeitaufwände nach Pflegestufen und Pflegegraden (mitarbeiterbezogene Box-Plot-Darstellung)

Werden die *Zeitaufwände* (mitarbeiterbezogen) betrachtet, reduziert sich die Größe der Box, die Aufwände sind also homogener (Abbildung 49 und Tabelle 18). Auch überlappen die Boxen benach-

barter Pflegestufen und Pflegegrade nur noch in geringerem Ausmaß. So liegt der 1. Quartilswert des Pflegegrades 3 und 4 jetzt oberhalb des Medians seines Vorgängers. Insgesamt zeigen sich auch hier Überlappungen, die für eine ausgeprägte Heterogenität der Zeitaufwände innerhalb der Pflegestufen und Pflegegrade sprechen.

Tabelle 18: Tägliche Zeitaufwände nach Pflegestufen und Pflegegraden (mitarbeiterbezogen)

Pflegestufe	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung	1. Quartilswert	3. Quartilswert
ohne PS	45	12	129	60	26	43	68
PS I	587	13	339	87	42	59	106
PS II	585	21	388	135	52	99	163
PS III	369	44	380	175	52	138	207

Pflegegrad	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung	1. Quartilswert	3. Quartilswert
ohne PG	62	12	187	58	27	38	74
PG 1	150	13	244	71	37	50	84
PG 2	394	28	327	92	41	61	114
PG 3	387	39	327	125	48	88	153
PG 4	377	50	388	160	52	123	193
PG 5	216	44	380	176	54	140	213

Die Überlappungen lassen sich anhand der gefitteten Normalverteilungskurven darstellen. Abbildung 50 enthält die „Glockenkurven“ der bewohnerbezogenen Versorgungszeiten für die Pflegestufen und Pflegegrade, Abbildung 51 die entsprechenden Kurven für die mitarbeiterbezogenen Zeitaufwände. Abbildung 50 zeigt flache Kurven mit einer niedrigen Maximalausprägung der Wahrscheinlichkeitsdichtefunktion und einer breiten Streuung. Beim Übergang zu den mitarbeiterbezogenen Zeitaufwänden (Abbildung 51) nimmt das Maximum der Wahrscheinlichkeitsdichtefunktion zu und die Streuung der Kurven ab – die Glockenkurve werden also „enger“.

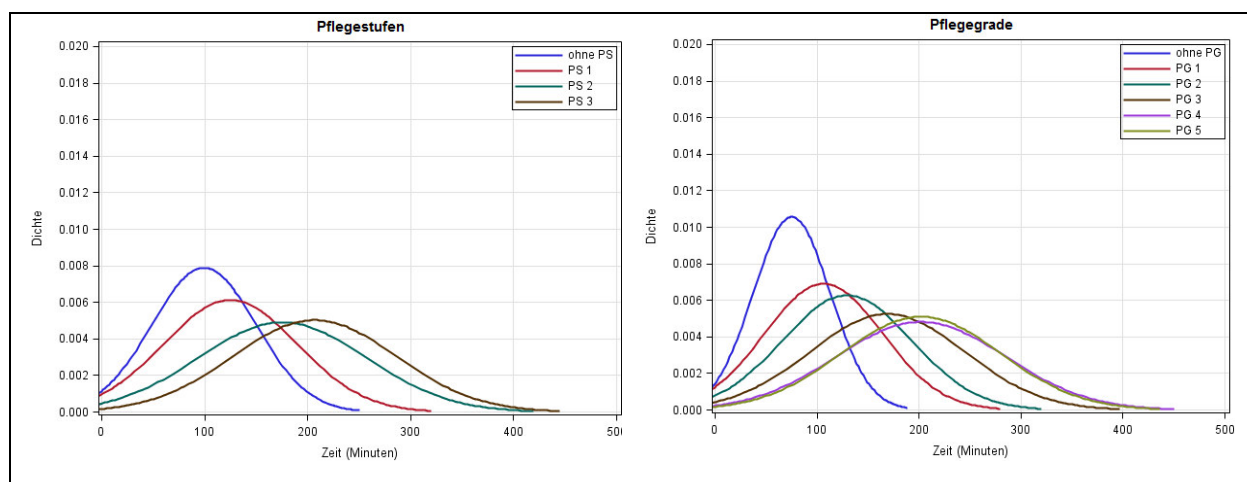


Abbildung 50: Tägliche Versorgungszeiten nach Pflegestufen und Pflegegraden (bewohnerbezogen)

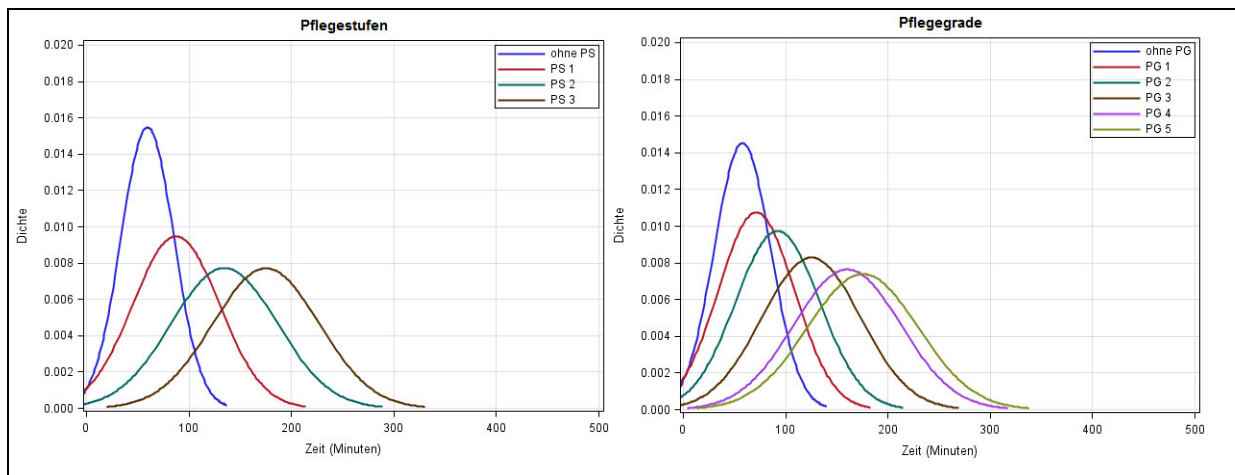


Abbildung 51: Tägliche Zeitaufwände nach Pflegestufen und Pflegegraden (mitarbeiterbezogen)

Für einen quantitativen Vergleich, enthält Tabelle 19 auf Basis der gefitteten Normalverteilungskurven die Anteile der Bewohner einer Pflegestufe bzw. eines Pflegegrades, deren mitarbeiterbezogene Zeitaufwände sich mit denen der nächst höheren Pflegestufe bzw. des nächst höheren Pflegegrades überschneiden. Wie die Tabelle zeigt, sind die Überschneidungsanteile bei den Pflegegraden höher als bei den Pflegestufen. Bei der Interpretation der Werte ist aber zu beachten, dass die größeren Überlappungsanteile auch auf die feinere Klassierung (fünf Pflegegrade versus drei Pflegestufen) zurückzuführen sind.

Tabelle 19: Paarweise Überlappungsanteile bei Pflegestufen und Pflegegraden (mitarbeiterbezogen)

ohne PS zu PS I	PS I zu PS II	PS II zu PS III
64,1 %	60,7 %	69,3 %

ohne PG zu PG 1	PG 1 zu PG 2	PG 2 zu PG 3	PG 3 zu PG 4	PG 4 zu PG 5
80,4 %	78,7 %	70,3 %	72,4 %	88,5 %

8.5 Zentrale Ergebnisse IV: Tätigkeitsbereiche gesundheitlicher, betreuenderischer und pflegerischer Leistungen

In diesem Abschnitt wird der vierten forschungsleitenden Frage nachgegangen: Wie stellen sich die Versorgungszeiten differenziert nach gesundheitlichen, betreuenderischen und pflegerischen Leistungen in der stationären Versorgung dar? Hierzu werden die durchschnittlichen Versorgungszeiten je Bewohner und Tag im Kontext der Pflegegrade verschiedenen Tätigkeitsbereichen zugeordnet. Folglich wird hier nur die bewohnerbezogene Betrachtung eingenommen. Die Bereiche pflegerischer und betreuungsrelevanter Tätigkeiten differenzieren sich

- a) nach der sozialrechtlichen Struktur,
- b) nach der Kategorisierung von Wingenfeld & Schnabel (2002) und

c) in Anlehnung an das NBA.

In der *sozialrechtlichen Klassifikation* werden sechs Ausprägungen unterschieden: Administration, Behandlungspflege, Grundpflege, soziale Betreuung, Hauswirtschaft, Sonstiges. In der Darstellung ist ein linearer Anstieg der Versorgungszeiten für *Grundpflege* im Zusammenhang mit den Pflegegraden zu verzeichnen (Abbildung 52). Dagegen unterscheiden sich die durchschnittlichen Versorgungszeiten in den Bereichen *Administration*, *Behandlungspflege* und *Hauswirtschaft* für die Bewohner der verschiedenen Pflegegrade nur geringfügig. Die Zeitintensität der *Sozialen Betreuung* nimmt bis zum Pflegegrad 3 zu und dann wieder ab. Für Bewohner des Pflegegrads 5 zeigen sich im Vergleich zu Bewohnern des Pflegegrads 4 somit zum einen eine Zunahme der grundpflegerischen Leistungen und zum anderen eine Reduktion der Maßnahmen im Bereich der sozialen Betreuung. Beide Effekte heben sich in der Summe auf, sodass sich die Gesamtversorgungszeit im Gegensatz zur Zusammensetzung der Versorgungszeit nicht unterscheidet.

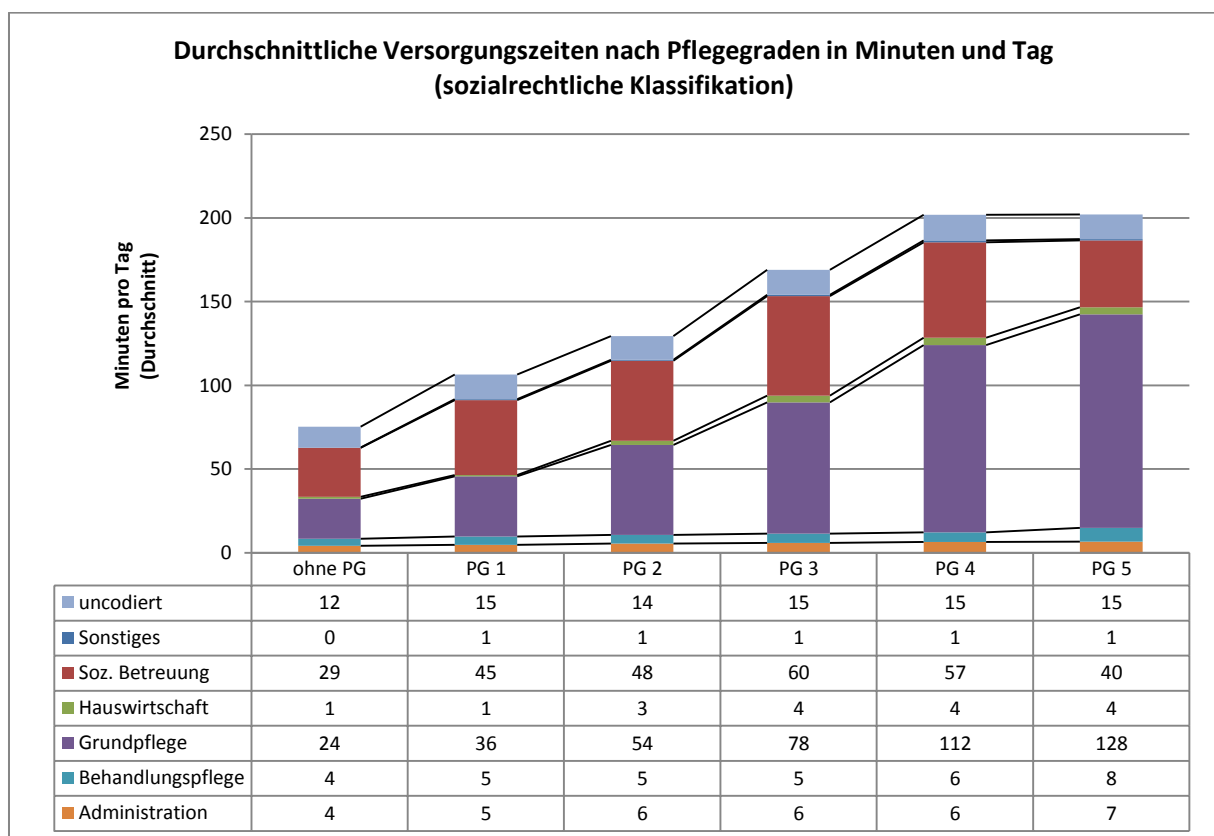


Abbildung 52: Durchschnittliche Versorgungszeiten nach Pflegegraden (sozialrechtliche Klassifikation)

Als „sonstige Leistungen“ sind in Abbildung 52 Aktivitäten bezeichnet, die keinem der ausgewiesenen Bereiche eindeutig zugeordnet werden konnten (beispielsweise Aufwendungen, die die Mitarbeiter betreffen wie Arbeitsunterbrechungen des Personals oder Wegstrecken nicht für oder mit Bewoh-

nen). Zu den unkodierten Aktivitäten gehören vor allem indirekte Leistungen, die nicht direkt für einen Bewohner, sondern bewohnerübergreifend erbracht wurden, wie beispielweise hauswirtschaftliche Leistungen (Aufräumen im Gemeinschaftsraum) oder Tätigkeiten der Teamorganisation (Übergabe, Besprechungen).

Um einen Vergleich mit den Ergebnissen einer anderen Studie zu ermöglichen, wird an dieser Stelle (wie in Abschnitt 8.2.2) auf die *Tätigkeitsausprägungen nach Wingenfeld & Schnabel (2002)* zurückgegriffen. In der Auswertung wurden sowohl die fünf Oberkategorien (Hilfen bei Alltagsverrichtungen, Behandlungspflege etc.) als auch die 33 Unterkategorien (Kleiden, Injektionen etc.) angewandt. Abbildung 53 beschränkt sich auf die Oberkategorien. Wie die Abbildung zeigt, steigen die Versorgungszeiten für *mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen, Behandlungspflege* und *Hilfen bei Alltagsverrichtungen* mit den Pflegegraden kontinuierlich an. Bei der *psychosozialen Betreuung* hingegen ist wiederum ein Sinken der Versorgungszeit von Pflegegrad 4 nach Pflegegrad 5 zu beobachten, der dem Anstieg der Versorgungszeiten in anderen Kategorien entspricht.

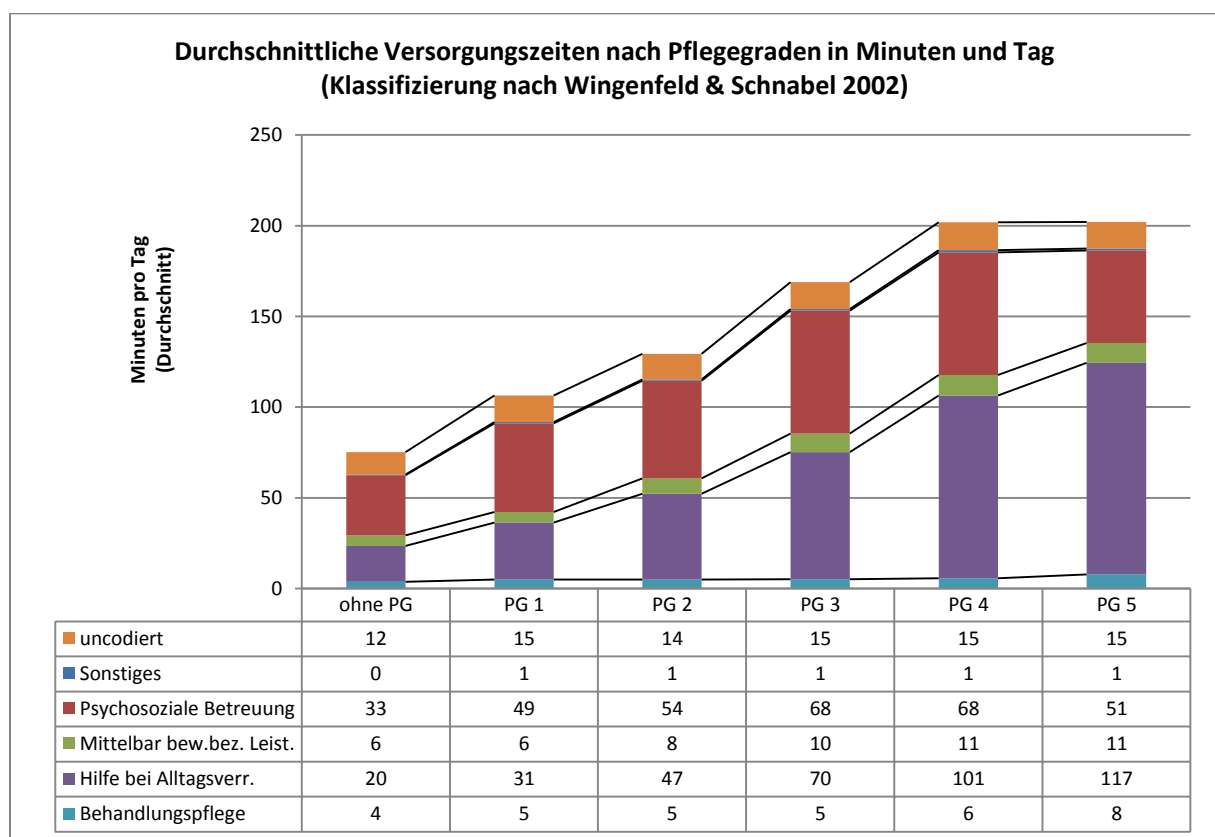


Abbildung 53: Durchschnittliche Versorgungszeiten nach Pflegegraden (Klassifizierung nach Wingenfeld & Schnabel 2002)

Unter „sonstige Leistungen“ sind die Aktivitäten gefasst, die keiner der fünf Oberkategorien eindeutig zugeordnet werden konnten (beispielsweise Arbeitsunterbrechungen des Personals oder Leistun-

gen, die die Organisation des Wohnbereichsalltags betreffen). Zu den unkodierten Aktivitäten gehören vor allem indirekte Leistungen, die nicht direkt für einen Bewohner, sondern bewohnerübergreifend erbracht wurden, wie beispielweise hauswirtschaftliche Leistungen (Aufräumen im Gemeinschaftsraum) oder Tätigkeiten der Teamorganisation (Übergabe, Besprechungen).

Der Versuch, die erhobenen Aktivitäten den Modulen 1 bis 6 des *NBA* zuzuordnen, zeigt, dass sich die Versorgungszeiten für Leistungen aus dem Bereich *Selbstversorgung* (Modul 4) mit steigenden Pflegegraden erhöhen und die Zeiten für Leistungen aus dem Bereich *Gestaltung des Alltagslebens* (Modul 6) bis Pflegegrad 3 ebenfalls steigen. Für Pflegegrad 4 und 5 nehmen diese Leistungen jedoch wieder ab (Abbildung 54). Dieser Befund ist kompatibel mit den vorstehenden Befunden in anderer Gliederung. Allerdings erweckt die Darstellung gleichzeitig den Eindruck, dass für die *NBA*-Bereiche *kognitive und kommunikative Fähigkeiten* (Modul 2) sowie *Verhaltensweisen und psychische Problemlagen* (Modul 3) wenige bzw. keine Leistungen erbracht werden.¹¹

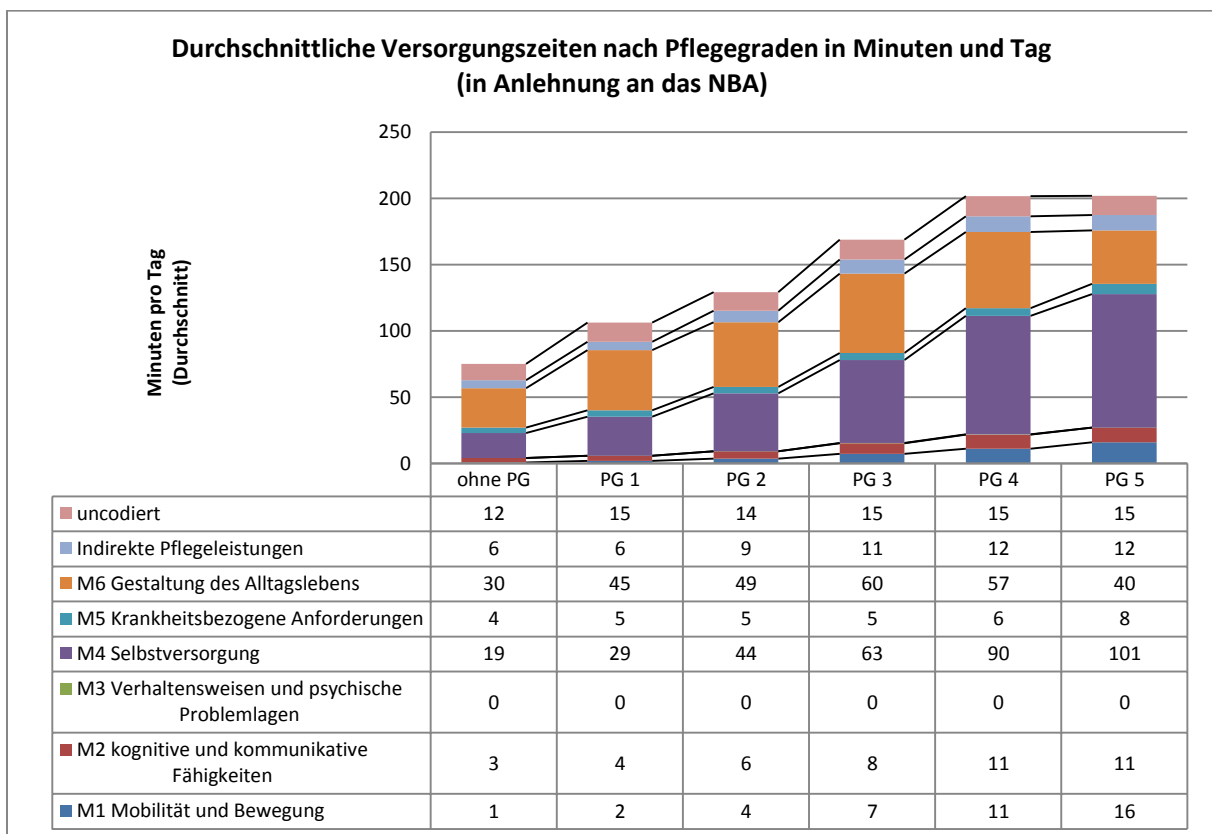


Abbildung 54: Durchschnittliche Versorgungszeiten nach Pflegegraden (in Anlehnung an das NBA)

¹¹ Auch hier enthält die Kategorie „unkodiert“ solche Leistungen, die nicht direkt für einen Bewohner, sondern bewohnerübergreifend erbracht wurden, wie beispielweise hauswirtschaftliche Leistungen (Aufräumen im Gemeinschaftsraum) oder Tätigkeiten der Teamorganisation (Übergabe, Besprechungen).

8.6 Zentrale Ergebnisse V: Kreuztabellen von Pflegestufen und Pflegegraden

Abschließend werden Pflegestufe und Pflegegrad der Heimbewohner kreuztabelliert. Um diese Kreuztabellen leichter interpretieren zu können, wird jeder Pflegestufe ein Referenzpflegegrad gegenübergestellt. Dazu wird auf die im Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (BMG 2013a) festgelegten Regeln der formalen Überleitung zurückgegriffen. Entsprechend dieser Regeln (BMG 2013a, S. 84) erhalten Pflegebedürftige mit

- Pflegestufe I → Pflegegrad 2
- Pflegestufe II → Pflegegrad 3
- Pflegestufe III → Pflegegrad 4
- Härtefall → Pflegegrad 5

In Tabelle 20 sind die Häufigkeiten der besetzten Pflegegrade abgebildet. Hierbei sind die Felder, die den Referenzwerten entsprechen, grün markiert. Alle Bewohner, die niedrigere Pflegegrade erhalten, sind in den roten Feldern. Bewohner, die höhere Pflegegrade erhalten, sind in den blauen Feldern.

Tabelle 20: Kreuztabelle für Pflegestufen und Pflegegrade mit allen Bewohnern

Gesamt	ohne PG	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	Gesamt
ohne PS	12	13	14	6	0	0	45
PS I	47	113	244	148	26	9	587
PS II	3	23	129	209	181	40	585
PS III	0	1	7	24	170	167	369
Gesamt	62	150	394	387	377	216	1.586
ohne PS	27%	29%	31%	13%	0%	0%	100%
PS I	8%	19%	42%	25%	4%	2%	100%
PS II	1%	4%	22%	36%	31%	7%	100%
PS III	0%	0%	2%	7%	46%	45%	100%
Gesamt	4%	9%	25%	24%	24%	14%	100%

Die Daten zeigen, dass die höchste Anzahl der Bewohner der jeweiligen Pflegestufen in den Referenzpflegegrad eingestuft (42%, 36 % bzw. 46 %). Gleichzeitig gibt es zahlreiche Abweichungen nach oben und unten. Dabei sinkt der Anteil derjenigen, die einen Pflegegrad unterhalb des Referenzgrads aufweist von 27 % in Pflegestufe I und II auf 9 % in Pflegestufe III, während der Anteil derer, die einen Pflegegrad oberhalb des Referenzgrads aufweisen, mit den Pflegestufen von 31 % (Pflegestufe I) über 38 % (Pflegestufe II) auf 45 % (Pflegestufe III). „Hauptprofiteure“ der Umstellung sind somit die höheren Pflegestufen.

Bemerkenswert ist die Bewohnergruppe *ohne Pflegegradzuordnung*, die einen Anteil von 4 % ($n_{o,PG} = 62$) der Gesamtstichprobe umfasst und damit die kleinste Gruppe bildet. In dieser Gruppe haben 12 Bewohner keine Pflegestufe, 47 Bewohner dagegen Pflegestufe I und 3 Bewohner sogar Pflegestu-

fe II. Somit werden 50 Bewohner, die mindestens die Pflegestufe I haben, nach den NBA-Begutachtungen keinem Pflegegrade zugeordnet, obwohl davon auszugehen ist, dass mindestens Pflegegrad 1 erreicht wird, wenn die Voraussetzungen für Pflegestufe I vorliegen. Allerdings liegt der Zeitpunkt, an dem die Pflegestufe ermittelt wurde, schon länger zurück (Median aller Studienteilnehmer: 545 Tage). Seitdem kann es zu Veränderungen in der Pflegebedürftigkeit gekommen sein. Zwar ist Pflegebedürftigkeit ein progredienter Prozess ist, der dazu führt, dass die Pflegebedürftigkeit im Verlauf der Zeit tendenziell zunimmt. Dies geht aber in der Regel mit einer Neueinstufung einher, in der das zunehmende Ausmaß der Pflegebedürftigkeit durch eine höhere Pflegestufe nachvollzogen wird. Gleichzeitig stabilisiert sich die Situation bei einigen Pflegebedürftigen nach deren Heimeintritt – teilweise so stark, dass die Voraussetzungen für Pflegestufe I nicht mehr vorliegen. In diesem Fall haben aber weder die Einrichtung noch der Pflegebedürftige und seine Angehörigen einen Anreiz eine Neubegutachtung zu beantragen. Im Ergebnis entsprechen die geltenden Pflegestufen dann nicht mehr der tatsächlichen Pflegebedürftigkeit, sondern sind „zu hoch“. Für diese Fälle ist es dann erklärlich, dass sie bei einer Begutachtung nach dem NBA keinen Pflegegrad aufweisen.

Zum Umstellungszeitpunkt genießen die dann Pflegebedürftigen Vertrauensschutz. Im Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und in Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde daher jeweils davon ausgegangen, dass die bereits Pflegebedürftigen in den Referenzpflegegrad ohne weitere Begutachtung in den Referenzpflegegrad übergeleitet werden. Die Personen in den roten Feldern würden dann auf die entsprechenden grünen Felder der Hauptdiagonalen angehoben. Dort würden sich zunächst auch die Personen einfinden, die in den blauen Feldern eingruppiert sind, allerdings mit der Erwartung, dass ein Großteil von ihnen nach Neubegutachtung letztlich doch wieder in die blauen Felder aufsteigt.

Im geltenden Recht wird zwischen Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) und Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz (PoEA) unterschieden, die nachstehend getrennt untersucht werden sollen. Tabelle 21 enthält die Darstellung für Bewohner ohne eingeschränkte Alltagskompetenz (PoEA). Hier zeigt sich, dass sich die Fallzahlen „nach links“ verschieben, die niedrigeren Pflegegrade anteilig also höher besetzt sind. Dies führt sogar dazu, dass die höchste Zellenbesetzung in Pflegestufe II nicht mehr im Referenzgrad liegt, sondern einen Pflegegrad darunter. Insgesamt ergibt sich für diese Teilgruppe, dass 212 Bewohner einen Pflegegrad unterhalb des Referenzgrads haben, 202 den Referenzgrad und 90 Bewohner einen Pflegegrad, der über dem Referenzgrad liegt.

Tabelle 22 zeigt die Kreuztabellierung für Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Im Vergleich zu Tabelle 20 zeigt sich hier eine „Rechtsverschiebung“: 135 Bewohner erhalten einen Pflegegrad, der unter dem Referenzgrad liegen, 424 Bewohnergrade entsprechen dem Referenzgrad entsprechen und für 485 Bewohner liegt der ermittelte Pflegegrad über dem Referenzgrad.

Tabelle 21: Kreuztabelle für Pflegestufen und Pflegegrade bei Bewohnern ohne eingeschränkte Alltagskompetenz

ohne EA	ohne PG	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	Gesamt
o.PS	11	9	12	4	0	0	36
PS I	37	83	143	42	11	4	320
PS II	2	14	68	53	22	7	166
PS III	0	0	0	8	7	4	19
Gesamt	50	106	223	107	40	15	541
o.PS	31%	25%	33%	11%	0%	0%	100%
PS I	12%	26%	45%	13%	3%	1%	100%
PS II	1%	8%	41%	32%	13%	4%	100%
PS III	0%	0%	0%	42%	37%	21%	100%
Gesamt	9%	20%	41%	20%	7%	3%	100%

Tabelle 22: Kreuztabelle für Pflegestufen und Pflegegrade bei Bewohnern mit eingeschränkter Alltagskompetenz

mit EA	ohne PG	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	Gesamt
o.PS	1	4	2	2	0	0	9
PS I	10	30	101	106	15	5	267
PS II	1	9	61	156	159	33	419
PS III	0	1	7	16	163	163	350
Gesamt	12	44	171	280	337	201	1045
o.PS	11%	44%	22%	22%	0%	0%	100%
PS I	4%	11%	38%	40%	6%	2%	100%
PS II	0%	2%	15%	37%	38%	8%	100%
PS III	0%	0%	2%	5%	47%	47%	100%
Gesamt	1%	4%	16%	27%	32%	19%	100%

Dieses Ergebnis war natürlich zu erwarten, da die eingeschränkte Alltagskompetenz zwar im NBA, nicht aber im geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff angemessen berücksichtigt ist. Bei gleicher Pflegestufe müssen sich für PEA damit höhere Pflegegrade ergeben als für PoEA.

Dies wird dann die Frage auf, ob für PEA ein anderer Referenzgrad heranzuziehen ist, der berücksichtigt, dass die derzeitigen Pflegestufen für PEA gemessen an dem erweiterten Verständnis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs „zu niedrig“ sind. Im Expertenbeirat wurde daher ein sogenannter „doppelter Stufensprung“ diskutiert (BMG 2013a, S. 86), der zu folgender Zuordnung führt:

- Ohne Pflegestufe + EA → Pflegegrad 2
- Pflegestufe I + EA → Pflegegrad 3
- Pflegestufe II + EA → Pflegegrad 4
- Pflegestufe III + EA → Pflegegrad 5
- Härtefall + EA → Pflegegrad 5

Tabelle 23 vollzieht dies durch andere Farbgebung nach. Der Referenzgrad ist jetzt jeweils um einen Pflegegrad nach rechts verschoben. Dies führt dazu, dass der Referenzgrad wieder für alle Pflegestufen Modalwert wird (unter Beachtung, dass PG 4 und PG 5 für die Pflegestufe III gleich besetzt sind). Insgesamt liegt der ermittelte Pflegegrad für 559 Bewohner unter dem Referenzgrad und für 55 über dem Referenzgrad, während er für 430 dem Referenzgrad entspricht.

Tabelle 23: Kreuztabelle für Pflegestufen und Pflegegrade bei Bewohnern mit eingeschränkter Alltagskompetenz und einem doppelten Stufensprung

mit EA	ohne PG	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	Gesamt
o.PS	1	4	2	2	0	0	9
PS I	10	30	101	106	15	5	267
PS II	1	9	61	156	159	33	419
PS III	0	1	7	16	163	163	350
Gesamt	12	44	171	280	337	201	1045
o.PS	11%	44%	22%	22%	0%	0%	100%
PS I	4%	11%	38%	40%	6%	2%	100%
PS II	0%	2%	15%	37%	38%	8%	100%
PS III	0%	0%	2%	5%	47%	47%	100%
Gesamt	1%	4%	16%	27%	32%	19%	100%

9 Zusammenfassung und Ausblick

Mit der Studie „Evaluation des NBA – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen“ wurde eine umfassende, empirische Bestandsaufnahme der gegenwärtigen pflegerischen, gesundheitlichen und betreuenden Versorgungssituation vorgenommen. Die Studie liefert eine Erfassung der IST-Situation, die als Nulllinie für das angekündigte Reformvorhaben des BMG dient und künftige Evaluationen von Veränderungen im Leistungsgeschehen und des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erlaubt.

In Bezug auf die der Studie zugrundeliegenden Fragestellungen sind folgende zentrale Ergebnisse hervorzuheben:

Schlussfolgerung 1: Die Höhe der Versorgungsaufwände korrespondiert mit den Pflegegraden: mit steigendem Pflegegrad steigt auch der Versorgungsaufwand. Die Relation der Mittelwerte liefert damit wichtige Hinweise für die Gestaltung des Leistungsrechts für die neuen Pflegegrade.

Für die Pflegegrade 1 bis 4 verläuft die Steigerung der Versorgungsaufwände im Mittel annähernd linear. Für den Übergang von Pflegegrad 4 zu 5 gilt dies nicht im gleichen Maße. Hier ist die Aufwandssteigerung unterproportional. Zwar steigen die Zeitaufwände für die Grundpflege, gleichzeitig sinken aber die Aufwände für die Soziale Betreuung. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass die Bewohner mit Pflegegrad 5 nur noch in geringem Umfang an Gruppenaktivitäten teilnehmen. Für die Weiterentwicklung der Pflege stellt sich daher die Frage, ob der Bedarf nach Sozialer Betreuung in dieser Gruppe tatsächlich nur noch gering ausgeprägt ist, oder ob für diesen Personenkreis andere Wege gefunden werden müssen, Soziale Betreuung zu gewährleisten.

Schlussfolgerung 2: Das NBA ist in der Lage, kognitive und somatische Einschränkungen angemessen und vergleichbar zu erfassen. Innerhalb der neuen Pflegegrade unterscheiden sich die Zeitaufwände für Personen mit somatischen und kognitiven Einschränkungen nicht signifikant. Die Zeitaufwände für beide Personengruppen liegen auf ähnlichem Niveau. Damit ist das NBA dem derzeitigen Begutachtungssystem deutlich überlegen. Innerhalb der Pflegestufen unterscheiden sich die Zeitaufwände für diese beiden Personengruppen nämlich erheblich.

Bekanntermaßen wird die eingeschränkte Alltagskompetenz im derzeitigen Begutachtungsverfahren bei der Bestimmung der Pflegestufen nicht angemessen gewürdigt. Folglich erhalten Personen mit und ohne eingeschränkte Alltagskompetenz die gleiche Pflegestufe, obwohl sich ihre Bedarfe quantitativ erheblich unterscheiden. Innerhalb der gleichen Pflegestufe übersteigen die Zeitaufwände für

Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz diejenigen für Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz erheblich.

Innerhalb der neuen Pflegegrade unterscheiden sich die Zeitaufwände bei einer mitarbeiterbezogenen Betrachtung dagegen nur noch in geringem Ausmaß. Wird nicht auf das Merkmal „PEA“ abgestellt, dessen Erhebung ebenso lange zurückliegt, wie die Pflegebegutachtung, sondern werden stattdessen Personen mit somatischen und kognitiven Einschränkungen anhand der Merkmale des NBA miteinander verglichen, so sind keine systematischen Unterschiede mehr erkennbar. Insofern „funktioniert“ das NBA.

Schlussfolgerung 3: Das NBA trägt nicht dazu bei, die Heterogenität innerhalb der gleichen Einstufung von Pflegebedürftigkeit zu reduzieren. Diese Heterogenität ist dem Phänomen „Pflegebedürftigkeit“ selbst immanent und für Klassenbildungen unvermeidlich.

Die Versorgungsaufwände sind innerhalb der Pflegestufen sehr heterogen. Innerhalb der neuen Pflegegrade ist die Heterogenität aber ähnlich ausgeprägt. Zwar sind die Mittelwerte der Zeitaufwände der einzelnen Pflegegrade (wie auch der Pflegestufen) statistisch signifikant verschieden und die Klassenbildung ist insofern trennscharf. Allerdings ist die Streuung innerhalb einer Klasse jeweils sehr groß. Die Überlappungsanteile sind bei den Pflegegraden sogar noch etwas höher als bei den Pflegestufen, allerdings ist dies auf die größere Zahl der Klassen zurückzuführen.

Insgesamt ist zu konstatieren, dass Pflegebedürftigkeit ein Kontinuum darstellt, bei dem – auch in Bezug auf die Zeitaufwände – keine deutlichen Cluster erkennbar sind. Jede Klasseneinteilung in diesem Kontinuum führt daher zwangsläufig dazu, dass die Binnenvarianz innerhalb der Klassen hoch ist und sich die Klassen bezüglich der tatsächlichen Versorgungsaufwände in erheblichem Umfang überlappen.

Ausblick

Die Ergebnisse der Studie „Evaluation des NBA – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen“ sind Voraussetzungen für künftige Evaluationen. Dabei ist an die Prüfung zu denken, ob und wie sich das Leistungsangebot im Vergleich zum heutigen Zeitpunkt verändert haben wird. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die gemessenen Zeitwerte der heutigen Leistungen insbesondere im Bereich der Sozialen Betreuung höher sind als in früheren Erhebungen. Insofern lassen die Befunde auf Veränderungen in der Versorgungslandschaft stationärer Pflegeeinrichtungen schließen. Wenn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff die Entwicklung eines umfassenderen und teilhabeorientierten Pflegeverständnisses unterstützt, können künftige Evaluationen mögliche Veränderungen in der Versorgung aufdecken.

Allerdings ist vor übertriebenen Erwartungen an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu warnen. Bei Einsetzung des ersten Beirats im Jahr 2006 waren tatsächlich eklatante Benachteiligungen von Menschen mit Demenz zu beobachten. Doch durch die Leistungsausweitungen für PEA im PfwG (2008) und im PNG (2013) ist diese „Ungleichbehandlung“ zu erheblichen Teilen aufgehoben. Insofern kann das PSG II für Menschen mit Demenz nur noch begrenzte Leistungsverbesserungen bringen. Zu hohe Erwartungen sollten frühzeitig ausgeräumt werden, um die ansonsten vorprogrammierte Enttäuschung der betroffenen Personen und ihrer Angehörigen einzudämmen.

In der Diskussion um die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird häufig die Abkehr von der "Minutenpflege" gefordert, die eine Pflegesituation bezeichnet, die durch großen Zeitdruck für die Pflegekräfte charakterisiert ist. Diese „Minutenpflege“ wird durch das NBA zunächst nicht berührt, da sich dieses als Assessmentinstrument mit dem den Fokus auf den Grad der Selbstständigkeit auf eine veränderte Begutachtung und die daraus resultierende Bestimmung von Ansprüchen der Versicherten in der Pflegeversicherung bezieht. „Minutenpflege“ im oben angesprochenen Sinne muss somit an anderen Stellen thematisiert werden.

Vor diesem Hintergrund ist auch die Erwartung, der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff führe automatisch zu einem neuen Pflegeverständnis, kritisch zu sehen. Unabhängig vom Verfahren zur Ermittlung der Leistungsansprüche, erfolgt die derzeitige pflegerische Versorgung den rechtlichen Vorgaben zufolge bereits auf dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse, der sich durch Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zunächst nicht ändert. Soll das erweiterte Pflegeverständnis, das das NBA prägt, in den Pflegealltag einziehen, muss dies von den Vertragspartnern auch im Leistungserbringungsrecht entsprechend geregelt werden – etwa in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI.

Die Studie wurde für den Bereich der stationären Langzeitpflege durchgeführt. Im ambulanten Setting gibt es womöglich aufgrund der Präsenz von Angehörigen, Nachbarn etc. ein „Mehr“ an Zuwendungen. Andererseits gibt es dort keine Gruppenaktivitäten in dem Sinn wie sie in stationären Pflegeeinrichtungen etabliert sind. Allein diese Unterschiede verdeutlichen, warum eine eins-zu-eins Übertragbarkeit der vorliegenden Ergebnisse auf das ambulante Setting nicht möglich ist. Auch die angewandte Erhebungsmethode (EDV-gestützte Selbstaufschriebe) ist für den ambulanten Sektor nicht ohne weiteres möglich – für andere Bereiche der formellen Pflege dagegen gut denkbar.

10 Literaturverzeichnis

- AG 2 (2013): Bericht des Team 1 der AG 2 des Expertenbeirates zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.
- Bartholomeyczik, S. (2001): Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs: Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung, Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.
- Bartholomeyczik, S. (2008): Adäquate Abbildung des Pflegeaufwands im G-DRG-System: Forschungsantrag zur Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Herausgegeben vom Deutschen Pflegerat.
- Bartholomeyczik, S., Höhmann, U. (2013): Pflegewissenschaftliche Prüfung der Ergänzungen und Modifikationen zum Neuen Begutachtungsassessment (NBA). Gemeinsame Kurzexpertise im Auftrag des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Online verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff/Materialien/Pflegewissenschaftl.Pruefung_der_Ergaenzungen_NBA_Bartholomeyczik-Hoehmann.pdf. Zugriff am 01.02.2015.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2005): Bericht zum Projekt „Bürokratie in der Pflege – Inhalt und Aufwand indirekter Pflege in der stationären Altenhilfe. Online verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/buerokratie-in-der-pflege,property=pdf,bereich=rwb=true.pdf>. Zugriff am 14.05.2014.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2009a): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/Neuer-Pflegebeduertigkeitsbegr.pdf. Zugriff am 20.06.2012.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2009b): Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_des_Beirats_zur_UEberpruefung_des_Pflegebeduerftigkeitsbegriffs.pdf.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2013a): Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter: URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff/130627_Bericht_Expertenbeirat_Pflegebeduerftigkeitsbegriff.pdf.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2013b): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Online verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_Fakten_05-2014.pdf. Zugriff am 29.01.2015.
- Brucker, U., Fleer, B., Pick, P. (2013): Pflegeversicherung: Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Ihre Benachteiligungen, ihre Begutachtungen, ihre Leistungen, ihre Aussichten beim neuen Pflegebegriff. In: Soziale Sicherheit, 2013, No. 4: 146-152. Online verfügbar unter: http://www.bund-verlag.de/zeitschriften/soziale-sicherheit/Archiv/archiv_sosi_2013_04_opt.pdf. Zugriff am 29.01.2015.
- Brühl, A., Planer, K. (2013): PiSaar – Pflegebedarf im Saarland. Abschlussbericht. Im Auftrag der Saarländischen Pflegegesellschaft e.V. Saarbrücken. Online verfügbar unter: <http://opus.bs->

- bw.de/kidoks/volltexte/2013/117/pdf/PiSaar_Abschlussbericht_2013.pdf. Zugriff am 29.01.2015.
- Deutsche Rentenversicherung (Hg.) (2007): KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation – Ausgabe 2007. Online verfügbar unter: http://www.deutscherentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/206976/publicationFile/2102/ktl_2007_pdf.pdf. Zugriff am 21.05.2014.
- DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hg.) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. Online verfügbar unter: http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf. Zugriff am 16.01.2015.
- Doenges, M., Moorhouse, M.F., Murr, A.C. (2013): Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen. 4. Auflage. Bern: Huber Verlag.
- Döhner, H., Rothgang, H. (2006): Pflegebedürftigkeit. Zur Bedeutung der familialen Pflege für die Sicherung der Langzeitpflege. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Vol. 49, No. 6: 583-594.
- DVE – Deutscher Verband der Ergotherapeuten (Hg.) (2011): Indikationskatalog Ergotherapie: Heilmittel-Richtlinie – Ambulante Versorgung – Stationäre Versorgung – Leistungsbeschreibungen – Diagnosen nach ICD-10 – Assessment-Instrumente. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- DVSG – Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (2009): Übersicht der OPS-Ziffern für Soziale Arbeit. Online verfügbar unter: <http://dvsg.org/fileadmin/dateien/Akutbehandlung/OPS-KodierungZiffernSozialArbeit.pdf>. Zugriff am 16.01.2015.
- Enquête-Kommission "Demographischer Wandel" (2002): Schlussbericht der Enquête-Kommission "Demographischer Wandel-Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik", Drucksache 14/8800. Berlin: Deutscher Bundestag.
- Falkenroth, A. (2011): Soziale Arbeit in stationären Pflegeeinrichtungen – von der Versorgungseinrichtung zum Lebens- und Wohnort. In: Zippel, C. & Kraus, S. (Hg.): Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, 347-359.
- Gattinger, H., Ott, S., Saxer, S. (2014): Pflegebedarfserfassungsinstrumente BESA und RAI: Vergleich der Outcomes in Minuten. In: Pflege, Vol. 27, No. 1: 31-40.
- Gennrich, R. (2002): Qualitative und quantitative Erfassung des erforderlichen Pflegezeit- und Personalbedarfs in deutschen Altenpflegeheimen. Erprobung des Verfahrens PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt. Herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- GKV-Spitzenverband (Hg.) (2012): Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 9. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV_Schriftenreihe_Band_9_Pflege_Betreuungskraefte_19641.pdf. Zugriff am 16.01.2015.
- GKV-Spitzenverband (Hg.) (2013): Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RI) vom 19. August 2008 in der Fassung vom 6. Mai 2013. Online verfügbar unter:

- http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/rahmenvertraege__richtlinien_und_bundesempfehlungen/Pflege_Richtlinien__87b_SGB_XI_Stand_0605_2013.pdf. Zugriff am 16.01.2015.
- Haasenritter, J., Wieteck, P., Bartholomeyczik, S. (2009): Instrumente zur Abbildung des Pflegeaufwands in der DRG-Systematik – Literaturanalyse. In: Pflegewissenschaft, Dezember: 669-687.
- Heilmittelkatalog (2011): Nachschlagewerk zur Ermittlung verordnungsfähiger Heilmittel entsprechend den Indikationen. Online verfügbar unter: <http://www.heilmittelkatalog.de/files/hmk/online/index.htm>. Zugriff am 16.01.2015.
- Helmbold, A. (2012): Begriffsklärung von ENP – Was versteht man unter ENP? In: Wieteck, P. (Hg.): Praxisleitlinien Altenpflege. Planen, Formulieren, Dokumentieren mit ENP-Pflegediagnosen. 4. Auflage. Kassel: Recom Verlag.
- Höhmann, U., Ascher, G. (2004): Realzeitmessung in einer stationären Altenpflegeeinrichtung des EVIM. Vergleich mit einer PLAISIR Erhebung. Endbericht. Frankfurt: Hessisches Institut für Pflegeforschung (HessIP). Online verfügbar unter: http://www.hessip.de/userfiles/Realzeitmessung_Endbericht.pdf. Zugriff am 29.01.2015.
- Igl, G., Klie, T. (2000): Pflegeversicherung auf dem Prüfstand: Analysen und Perspektiven zum Vergütungs- und Leistungserbringungsrecht bei stationären Pflegeeinrichtungen. Hannover: Vincentz Verlag
- MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen), IPP (Institut für Public Health und Pflegeforschung) (2008): Präsentation vom 15.10.2008. Ergebnisse der Hauptphase 2: Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.
- Nakielski, H. (2012): Pflegeversicherung: Die eigenartige Pflegestufe 0. In: Soziale Sicherheit, Heft 1, S. 4.
- Neumann, V., Bieritz-Harder, R. (2002): Die leistungsgerechte Pflegevergütung – Heimgesetznovelle, Pflege-Qualitätssicherungsgesetz und Grundgesetz. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Pabst, S., Rothgang, H. (2000): Die Einführung der Pflegeversicherung. In: Leibfried S. & Wagschal, U. (Hg.): Bilanzen, Reformen und Perspektiven des deutschen Sozialstaats. Frankfurt am Main: Campus Verlag, 340-377.
- Roth, G., Wolter, A., Stolle, C., Rothgang, H. (2013): The long and bumpy road to outcome-oriented management of long-term care in Germany: implementation of the Resident Assessment Instrument in home-care services. In: The International Journal of Health Planning and Management Vol. 29, Heft 3: 316-329(14).
- Rothgang, H., Wasem, J., Greß, S. (2004): Vergütungsfindung im stationären Pflegebereich – Gutachten für die Enquêtekommision "Situation und Zukunft der Pflege in NRW". Bremen/ Essen. Online verfügbar unter: https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Gutachten/Verguetungssystematik_im_stationaeren_Bereich.pdf. Zugriff am 01.02.2015.
- Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S., Unger, R. (2011): Barmer GEK-Pflegereport 2011. Zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 11. St. Augustin: Asgard-Verlag.

- Rothgang, H., Müller, R., Unger, R. (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- Schaeffer, D., Wingenfeld, K., Büscher, A., Heine, U., Gansweid, B. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Anlagenband. Herausgegeben vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK WL).
- Schneekloth, U., Müller, U. (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Durchgeführt von I+G Gesundheitsforschung, München und Infratest Burke Sozialforschung, München. Band 127 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Sonntag, A., Angermeyer, M. C. (2000): Zur Benachteiligung Demenzkranker im Rahmen der Pflegeversicherung. In: Zeitschrift für Sozialreform, Vol. 46, No. 12: 1048-1051.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2001): Pflegestatistik 1999, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001999004.pdf?__blob=publicationFile. Zugriff am 29.01.2015.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2013): Pflegestatistik 2011, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile. Zugriff am 29.01.2015.
- Stolle, C., Wolter, A., Roth, G., Rothgang, H. (2012): Effects of the Resident Assessment Instrument in Home Care Settings – Results of a Cluster Randomized Controlled Trial. In: Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie, Band 45, Heft 4: 315-322.
- Trilhof, G., Borchelt, M. (2008): Kodierleitfaden SozOPS-G, Version 2009. Online verfügbar unter: http://www.geriatrie-drg.de/Public/Docs/Kodierleitfaden_SozOPSG_2009_20081230.pdf. Zugriff am 16.01.2015.
- Wiesent, H., Streckies, M., Rester, D., Pallauf, M., Them, C., Seeberger, B. (2010): Indirekte Pflege – eine vernachlässigte Pflegeleistung in der stationären Altenhilfe. In: HeilberufeScience, Vol. 1, No. 2: 40-45.
- Wieteck, P. (Hg.) (2012): Praxisleitlinien Altenpflege. Planen, Formulieren, Dokumentieren mit ENP-Pflegediagnosen. 4. Auflage. Kassel: Recom Verlag.
- Windeler, J., Görres, S., Thomas, S., Kimmel, A., Langner, I., Reif, K., Wagner, A. (2008). Abschlussbericht. Endfassung: Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI. Hauptphase 2. Herausgegeben vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS).
- Wingenfeld, K., Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Projektbericht. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und der Forschungsgesellschaft für Gerontologie und Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund (FFG).
- Wingenfeld, K., Büscher, A., Schaeffer, D. (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Projektbericht. Bielefeld.
- Wingenfeld, K., Büscher, A., Gansweid, B. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Hauptphase 1: Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstrumentes. Herausgegeben vom Institut für Pflegewissenschaft an der Uni-

versität Bielefeld (IPW) und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK WL).

- Wingefeld, K. (2010): Grundlagen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI. Herausgegeben vom GKV-Spitzenverband & Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).
- Wingefeld, K., Büscher, A., Schaeffer, D. (2011): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Hg. v. GKV-Spitzenverband. Berlin. Online verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/pflegebeduerftigkeitbegriff/GKV-Schriftenreihe_Pflege_Band_1.pdf. Zugriff am 20.01.2015.
- Wingefeld, K., Gansweid, B. (2013): Analysen für die Entwicklung von Empfehlungen zur leistungrechtlichen Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Abschlussbericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Online verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitbegriff/Materialien/Abschlussbericht_PBB_IPW_MDKWL_2013.pdf. Zugriff am 20.01.2015.
- Wingefeld, K., Gansweid, B. (2014): Erläuterung Bewertungssystematik des „Neuen Begutachtungsassessments (NBA)“. Unveröffentlichtes Dokument.
- Wolter, A., Stolle, C., Roth, G., Rothgang, H. (2013): Verbessert das Resident Assessment Instrument die ambulante Pflege? – Ergebnisse einer bundesweiten Studie. In: Das Gesundheitswesen Vol. 75, Heft 1: 29-32, online first (2012): DOI 10.1055/s-0032-130901.

ANHANG

EVALUATION DES NBA ERFASSUNG VON VERSORGUNGS-AUFWÄNDEN IN STATIONÄREN EINRICHTUNGEN (EViS)

ENDBERICHT

- A) Entwicklung des Instruments zur Ermittlung des Pflegeaufwands
- B) Suchstrategie der systematischen Literaturrecherche
- C) EViS-Datenschutzkonzept
- D) EViS-Informationsschreiben an die Pflegeeinrichtungen
- E) EViS-Einverständniserklärung für die Bewohner
- F) EViS-Interventionskatalog
- G) EViS-Schulungskonzept
- H) EViS-Anwenderleitfaden
- I) EViS-Projektregeln

ANHANG

EVALUATION DES NBA ERFASSUNG VON VERSORGUNGS-AUFWÄNDEN IN STATIONÄREN EINRICHTUNGEN (EViS)

ENDBERICHT

- A) Entwicklung des Instruments zur Ermittlung des Pflegeaufwands
- B) Suchstrategie der systematischen Literaturrecherche
- C) EViS-Datenschutzkonzept
- D) EViS-Informationsschreiben an die Pflegeeinrichtungen
- E) EViS-Einverständniserklärung für die Bewohner
- F) EViS-Interventionskatalog
- G) EViS-Schulungskonzept
- H) EViS-Anwenderleitfaden
- I) EViS-Projektregeln

Entwicklung des Instruments zur Ermittlung des Pflegeaufwands

Zur Identifizierung von Instrumenten zur Messung von Pflegeaufwänden wurden eine umfangreiche systematische Literatur- und Materialrecherche durchgeführt. Die Leitfragen, nach denen sich die Suchstrategie ergab, und die Beschreibung der Umsetzung der Recherche sind in Anhang B dargestellt.

Die Suchergebnisse relevanter Literatur wurden nach den vier Bereichen „Klassifikationssysteme“, „Leistungserfassung“, „Leistungskataloge“ und „Personalbedarf“ gruppiert, denn diese stellen den jeweiligen Kontext dar, in welchem das Erfassen von Versorgungsaufwänden nach Leistungen und Zeit zum Tragen kommt. Diese umfassende Recherche konnte jedoch **kein empirisch fundiertes Instrument (Leistungskatalog) bestimmen**, welches es ermöglicht, alle pflegerischen, betreuerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen, Maßnahmen und Interventionen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege zu erfassen. Daher ist es von Nöten, Vorüberlegungen zur Problematik anzustellen und anschließend einen Überblick über bestehende Bemühungen zu geben, bevor die Entwicklung des eigenen Leistungskatalogs erläutert wird.

Vorliegende Instrumente zur Erfassung von Leistungen, Maßnahmen und Interventionen können in

- a) handlungsbezogene bzw. maßnahmenbezogene Messverfahren
- b) zustandsbezogene Messverfahren
- c) multidimensionale Messverfahren
- d) verknüpfende Messverfahren

unterschieden werden (Isfort & Weidner 2001; Haasenritter et al. 2009).

Die Instrumente, die sich unter handlungsbezogenen bzw. maßnahmenbezogenen Messverfahren subsumieren lassen, stellen die geleistete Pflegearbeit dar und „machen transparent, was wie oft für den oder mit dem Patienten durchgeführt wurde“ (Isfort & Weidner 2001: 48; Haasenritter et al. 2009). In diesen Messverfahren werden die einzelnen erhobenen Tätigkeiten bestimmten Zeitwerten zugeordnet. Aus diesen Ergebnissen lassen sich erforderliche Personalbedarfe kalkulieren (Isfort & Weidner 2001). Der Nachteil derartiger Instrumente ist jedoch, dass der Unterschied zwischen erforderlicher bzw. notwendiger Pflege und erbrachter Pflege nicht deutlich wird, da „implizit davon ausgegangen wird, dass die erbrachte Pflege gleichzeitig auch die notwendige Pflege sei.“ (Bartholomeyczik & Hunstein 2000: 106). Die zustandsbezogenen Messverfahren gehen vom Zustand der Zielperson aus und ermitteln erforderliche Bedarfe. Diese Bedarfserhebungen begründen pflegerische Maßnahmen und Interventionen. Isfort & Weidner (2001) resümieren kritisch, dass für

die Ableitung von Maßnahmen und Interventionen aus den erhobenen Bedarfen durch zustandsbezogene Verfahren ein fundiertes Wissen über die Wirkung der geplanten Maßnahmen und Interventionen vorliegen muss. Die Plausibilität derartiger Instrumente sei noch nicht untersucht und im Grunde stellen sie derzeit „pseudoquantitative Verfahren“ dar (Isfort & Weidner 2001: 51). Multidimensionale Instrumente stellen Pflegemaßnahmen dar und hinterlegen oder gewichten diese mit Zeitwerten oder Punkten. Verknüpfende Instrumente zeichnen sich dadurch aus, dass sie die Pflegezustände und Maßnahmen beschreiben sowie mit Kostenkalkulationsmodellen das Personal und die Kosten berechnen (Haasenritter et al. 2009).

Im Folgenden werden zunächst die verwendeten Instrumente – Leistungskataloge und Methode der Erhebung – zur Pflegebedarfs- und Pflegezeitbemessung aus bisher durchgeführten Studien dargestellt. Daraufhin schließen sich Instrumente zur Messung von Pflegebedürftigkeit, das existierende Pflegeklassifikationssysteme (ICNP) und die von der NANDA entwickelten Pflegediagnosen an und werden ebenfalls hinsichtlich ihrer Eignung geprüft, einen Leistungskatalog zur Messung von Pflegeaufwänden abzuleiten.

Instrumente zur Pflegebedarfserhebung und Pflegezeitbemessung

Zunächst ist es naheliegend, im internationalen Raum nach entsprechenden Instrumenten zu suchen. Bartholomeyczik (2007) konstatiert diesbezüglich, dass die Anwendung unterschiedlicher Pflegezeitbemessungssysteme bei denselben Patienten zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. Insgesamt streuen die Zeiten gleichartiger pflegerischer Interventionen stark. Insbesondere auf den individuellen Patienten bezogen weichen die Zeiteinschätzungen, gemessen mit unterschiedlichen Pflegezeitbemessungssystemen, deutlich voneinander ab. Bartholomeyczik (2007) führt diesen Befund darauf zurück, dass sich Pflegezeiten unterschiedlich operationalisieren lassen. Ein weiteres Problem scheint darin zu liegen, dass die Beziehungsarbeit als wesentliches Element pflegerischer Leistungen, Maßnahmen und Interventionen in den Zeitbemessungssystemen nicht berücksichtigt ist (Bartholomeyczik 2007). Sie empfiehlt die Einführung eines Komplexpunktesystems,

„...in das die Komplexität der Pflegesituationen, die Anforderungen an die unterschiedlichen Qualifikationen und Kompetenzen der Pflegenden und die Qualität der pflegerischen Leistungen eingehen müssen. Dazu gehören sowohl Beziehungsgestaltung als auch andere Fähigkeiten, die in der Pflege erforderlich sind.“ (Bartholomeyczik 2007:247)

In Deutschland wurden einige Untersuchungen zu zeitlichen Aufwänden in der pflegerischen Versorgung durchgeführt (Schneekloth & Müller 1999; Wingenfeld & Schnabel 2002; Höhmann &

Ascher 2004; Brühl & Planer 2013).¹ Die Ausführungen erfolgen nach der Chronologie der Veröffentlichungen und der Schwerpunkt liegt dabei auf der Präsentation der benutzten Leistungskataloge. Von Relevanz sind hierbei lediglich die vier erst genannten Untersuchungen, da sie zu erhebenden Leistungsarten hinreichend offenlegen und deren Auswahl begründen und auch in der Zielsetzung Ähnlichkeiten mit der eigenen Studie aufweisen, da sie die Ist-Zustände von Versorgungsaufwänden nach Leistung und Zeit real messen.² Dennoch ist in den Publikationen erkennbar, dass die Autoren in der Erhebungsmethodik unterschiedlich vorgegangen sind.

Erstmals für die Bundesrepublik waren es Schneekloth & Müller (2000: 140), die innerhalb einer repräsentativen Stichprobe aus Pflegeheimbewohnern den Ist-Umfang und die Struktur der im Laufe einer Woche erbrachten Pflege- und Betreuungsleistungen erhoben haben. Zu den unmittelbar bewohnerbezogenen Einzelleistungen zählen sie 32 Verrichtungen (Schneekloth & Müller 2000: 158-161). Allen Leistungen sind die Vor- und Nachbereitung, Wegezeiten sowie weitere typische r Zeitpuffer (im Rahmen der Kommunikation mit dem Bewohner) hinzuzurechnen (Schneekloth & Müller 2000: 141). In der Auswertung werden die benannten Einzelleistungen in die Bereiche Grund- und Behandlungspflege sowie als „psychosoziale Hilfen für verwirrte Bewohner“ im Rahmen der sozialen Betreuung nach dem SGB XI kategorisiert. Laut den Autoren sind die Ergebnisse unter Berücksichtigung der methodischen Einschränkungen zu sehen (Selbstaufschriebe der Einrichtungsmitarbeiter, zeitliche Übererfassung bspw. durch Hinzuzählen der indirekten Pflegeleistungen und Schwierigkeiten in der Abgrenzung von sich überschneidenden Einzelleistungen; Schneekloth & Müller 2000: 141).

Wingenfeld & Schnabel haben im Jahr 2001 eine Erhebung der Tätigkeiten und zeitlichen Aufwände durchgeführt. Sie beschreiben, welche Leistungen sie aus pragmatischen Gründen zusammengefasst und welche sie für die Erhebung zugrunde gelegt haben. Eine theoretische oder empirische Begründung für diese Vorgehensweise der Erhebung ist nicht zu finden. Sie stellen dar, aus welchen Gründen sie nicht Pflegebedarfserhebungsinstrumente wie PLAISIR oder RAI zugrunde gelegt haben. Zum einen sind ihrer Beurteilung nach diese Klassifikationsinstrumente sehr differenziert und zum anderen erfordern sie einen hohen Schulungsbedarf der Pflegemitarbeiter, damit sie entsprechend

¹ Im Jahr 2002 wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Ergebnisse einer Studie zum Thema „Qualitative und quantitative Erfassung des erforderlichen Pflegezeit- und Personalbedarfs in deutschen Altenpflegeheimen. Erprobung des Verfahrens PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt“ (Gennrich et al. 2002) veröffentlicht. Diese Studie wird nicht mehr differenziert dargestellt, da sowohl politisch PLAISIR nicht mehr in Frage zu kommen scheint und auch wissenschaftlich dieses Verfahren kritisiert wird (Brühl & Planer 2013; Bartholomeyczik 2007).

² Neben Gennrich et al. (2002) kommen auch Windeler et al. (2008), Wingenfeld & Gansweid (2013) und Gattinger, Ott & Saxer (2014) im Ergebnis dazu, Pflegezeiten abzubilden. Allerdings sind diese als Nebenprodukt anderer Ziele zu sehen und es fanden keine Messungen in Echtzeit oder retrospektive Erhebungen statt, sondern es liegen Normzeiten zu Grunde oder die Autoren übernehmen gemessene Zeiten aus anderen Studien.

verstanden und eingesetzt werden könnten. Die Pflegediagnosen setzten ein sehr spezifisches Wissen voraus, das bei den Pflegemitarbeiterinnen in Deutschland nicht vorhanden sei. Für bewohnerferne Tätigkeiten wurde ein gesonderter Erhebungsbogen eingesetzt. Sie führen aus, dass die Zuordnungen der bewohnerbezogenen Maßnahmen „unter sachlichen Gesichtspunkten“ erfolgten (Wingefeld & Schnabel 2002: 18). Die Autoren kategorisieren die Tätigkeiten in mittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen (Wingefeld & Schnabel 2002: 18ff.) und 33 unmittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen (Wingefeld & Schnabel 2002: 13ff. und 152f.).

Im Projekt von Höhmann & Ascher (2004) sollte im Vorfeld der Einführung eines EDV-gestützten Personalbedarfsinstrumentes mit dem Verfahren PLAISIR erhoben werden, welche Interventionen mit welchen Zeitaufwänden durchgeführt wurden. Die Kategorisierung der pflegerischen Tätigkeiten erfolgte nach den Pflegemaßnahmen des PLAISIR-Katalogs (Höhmann & Ascher: 26 und 84ff.). Ein interessanter Befund dieser Studie ist, dass nur 73% der behandlungspflegerischen Maßnahmen den examinierten Pflegemitarbeitern zugeordnet werden konnten. Die Autorinnen führen dieses Ergebnis auf die mangelnde Konsistenz „des nach PLAISIR-Konvention definierten Bereichs“ zurück (Höhmann & Ascher 2004: 25). So zählen zur Behandlungspflege beispielsweise Maßnahmen wie Kompressionsstrümpfe an- und ausziehen wie auch Montage von Rollstuhlzusätzen oder Verbandswechsel und Wundreinigung. Des Weiteren stellen die Autorinnen eine Abweichung zwischen den PLAISIR-Erhebungen und den Realzeitbemessungen und den Pflegedokumentationen fest. Von den befragten Mitarbeiterinnen wurden als Ursachen u.a. genannt, dass der von PLAISIR-Verfahren festgestellte Erhebungsbedarf nicht notwendig sei, einige Hilfestellungen nicht immer, sondern bei Bedarf erforderlich seien oder die Hilfe wegen Zeitmangel nicht geleistet werden konnte bzw. die Kategorien- und Moduszuordnungen unklar seien. Mit anderen Worten, die Pflegemitarbeiterinnen und die PLAISIR-Evaluatorinnen haben Pflegeverrichtungen anders interpretiert und einem anderen Pflegemodus zugeordnet. Des Weiteren gaben die Mitarbeiterinnen an, dass einige Aktivitäten in andere integriert wurden und Hilfen durch Angehörige oder andere Dienste geleistet wurden. Höhmann & Ascher (2004) konstatieren Probleme mit dem Einsatz von PLAISIR. Zum einen werden dem PLAISIR-Verfahren Durchschnittswerte für sehr viele einzelne Pflegeleistungen zugrunde gelegt, die das parallele Durchführen von pflegerischen Leistungen ausschließen. Des Weiteren sind diese einzelnen Pflegeleistungen nur schwer voneinander abgrenzbar. Das Verfahren lässt nicht erkennen, welche Qualitätsstandards zugrunde gelegt werden. Brühl & Planer (2013) haben im Auftrag der saarländischen Pflegegesellschaft Pflegebedarfe erhoben. Als besondere Herausforderungen heben sie heraus, dass in der Langzeitpflege die Entwicklung eines Personalbemessungssystem mit dem Ziel der Erhebung von Leistungszeiten „immer Informationen liefert, die die Verteilung der Zeitressourcen innerhalb der bestehenden Rahmenbedingungen zur Grundlage hat“ (Brühl & Planer 2013: 11). Diese zu Anfang formulierte

Annahme der beiden Autoren belegen sie mit den Ergebnissen ihrer Erhebung und stellen fest, dass die verteilte Pflegezeit nicht nur mit der Pflegebedürftigkeit des Bewohners erklären lässt, sondern auch auf Organisationsmerkmale der Einrichtung zurückzuführen ist. Als Einschränkung von empirischen Erhebungen von Leistungen und Aufwänden analysieren sie als problematischen Aspekt, dass im Grunde nur (Verteilungs)-Regeln innerhalb eines normativen Rahmens entdeckt werden, aber nicht der Personal- und/oder Pflegebedarf unter erwünschten Bedingungen. Kritisch betrachten sie die Summierung von Einzelleistungen in vorhandenen Bedarfserhebungsinstrumenten, da ein Zeitwert, der einer einzelnen Leistung zugeordnet wird, immer einen Fehler aufweist. Die errechneten einzelnen Leistungen werden in aller Regel nicht zur Verfügung gestellt. Für diese Studie wählen die Autoren die Methode der Fremdaufschreibung durch geschulte Datenerheber. Das Erhebungsinstrument orientiert sich in der Struktur der aufzulistenden Bewohnermerkmale am „AEDL-Modell“ von Krohwinkel (Brühl & Planer 2013: 68-87). Hinsichtlich der bewohnerbezogenen Zeiterfassung wird in Leistungen, die bewohnernah (unmittelbar für den Bewohner eingesetzte Zeit) und bewohnerfern erbracht werden (mittelbar für den Bewohner eingesetzte Zeit, z. B. Angehörigengespräche) unterschieden. Der Zeiteinsatz für Tätigkeiten, die nicht täglich erbracht werden (Pflegeplanung oder Fallbesprechungen), ist separat erfasst worden (Brühl & Planer 2013: 40). Wie Bartholomeyczik (2007) gehen sie davon aus, dass für die Erbringung einzelner Pflegeleistungen unterschiedlich viel Zeit benötigt wird. Es ist jedoch immer fraglich, aus welchen Gründen für bestimmte Leistungen und Pflegebedürftige höhere oder niedrige Zeitaufwände benötigt werden. Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse dieser Studie, dass nicht in allen Einrichtungen die psycho-sozialen Merkmale der Bewohner berücksichtigt werden können. Des Weiteren legen die Ergebnisse nahe, dass die Pflegenden die Initiative zum Handeln durch den Pflegebedürftigkeitsbegriff, wie er der derzeit in § 14 SGB XI normativ geregelt ist, leiten lassen. Die Pflegenden haben einen Schwerpunkt auf die Expertenstandards des DNQP. Die Gesamtpflege und -betreuungszeiten sind dieser Studie zufolge von der Grundausstattung und vom Personalmanagement der Einrichtung abhängig (Brühl & Planer 2013).

Weitere Studien in Deutschland geben Hinweise darauf, dass der Erfolg von Einschätzungsinstrumenten wie beispielsweise RAI (Resident Assessment Instrument) vom Umsetzungsgrad abhängig ist (Roth et al. 2013; Stolle et al. 2012). Auch zeigt sich in den Studien, dass die Implementierung abhängig von Träger und Einrichtung mehr oder weniger schwierig ist. Es scheint einige Einrichtungen zu geben, die RAI sehr schnell annehmen, andere zeigen sich weniger offen (Roth et al. 2013). Die Hindernisse liegen den Ergebnissen zufolge u.a. in organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen der Einrichtungen. Aber auch Qualifikation und Einstellungen des Personals gegenüber der Einführung eines neuen Instrumentes scheinen einen Einfluss zu haben.

Roth et al. (2013) konstatieren, dass die Intensität der Fortbildung sowie Begleitung zur Einführung von RAI nicht ausgereicht haben. Es seien hohe und professionelle Anforderungen an die Implementation derartiger Instrumente zu stellen (Roth et al. 2013). Es ist auch zu berücksichtigen, dass das Ziel von RAI eine Pflegebedarfserhebung ist, mit deren Hilfe es möglich ist, Interventionen und Maßnahmen zu begründen und zu beschreiben. Es werden keine Angaben über Qualität und Quantität der Maßnahmen und Interventionen gemacht (Isfort & Weidner 2001).

Eine Studie aus Österreich, durchgeführt mit dem Ziel, die tatsächlichen Pflegeaufwände in den Heimen zu erfassen, reflektiert zwar die internationalen Assessmentinstrumente, leitet jedoch aus den Instrumenten RAI und ADL Maßnahmen ab und lässt (über) diese eine Expertengruppe diskutieren und auswählen, um die relevanten Tätigkeiten zu erfassen (Kögler & Ostermann 2010).

Alle hier skizzierten Studien zu Pflegezeitbemessungen gehen von einer Grundkritik an vorhandenen, im internationalen Raum entwickelten Pflegebedarfsermittlungssystemen aus. Darüber hinaus wenden sie unterschiedliche Systematiken an, um Pflegeleistungen und -zeiten zu bemessen. In den Projekten von Schneekloth & Müller (2000), Wingenfeld & Schnabel (2002) und Höhmann & Ascher (2004) sind nicht die Veränderungen der Pflegeversicherungsreformmaßnahmen der letzten Jahre berücksichtigt, wie beispielsweise die Leistungen durch Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI, Maßnahmen und Leistungen, die die Umsetzung der Expertenstandards betreffen, oder die Hilfen und Leistungen anderer Gesundheitsprofessionen wie Ergotherapeuten und andere therapeutische Gesundheitsprofessionen. Des Weiteren sind nicht die Leistungen von Angehörigen oder Ehrenamtlichen erfasst worden. Brühl & Planer (2013) haben das Pflegemodell von Krohwinkel in der Erhebung von pflegerischen Leistungen und Zeiten zugrunde gelegt, das nicht mehr dem aktuellsten Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse entspricht.

Instrumente zur Messung von Pflegebedürftigkeit und Pflegediagnosen

Die international vorhandenen Instrumente zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit und/ oder Pflegebedarfe (Wingenfeld et al. 2011; Görres et al. o.J.) erscheinen für die Leistungserfassung aller pflegerischer und betreuender sowie hauswirtschaftlicher Leistungen in stationären Einrichtungen nicht geeignet, da deren Intention in der Erfassung der Bedarfe und Bedürftigkeit, meistens zur Eingrenzung der Inanspruchnahme leistungsrechtlicher Ansprüche, liegt. In aller Regel werden Funktionseinschränkungen und Ressourcen der Betroffenen eingeschätzt. Des Weiteren bedürfen diese Instrumente umfangreicher Schulungen, um angemessen von den Pflegekräften eingesetzt werden zu können (Wingenfeld et al. 2011; Görres et al. o.J.). Andere im internationalen Raum vorhandene Instrumente, wie beispielsweise das „Nursing assessment and older people“ des Royal College of Nursing aus Großbritannien (2004), intendieren ausdrücklich dazu, den Beitrag

pflegerischer Berufsgruppen an der Leistungserbringung für ältere Menschen zu erfassen. Überdies integrieren sie häufig andere Hilfeformen als die in Deutschland bekannten, wie beispielsweise „no nursing“, „management“, „supervision“, „actual“, „directive“ (Royal College of Nursing 2004).

Pflegeklassifikationssysteme wie z.B. ICNP (ICN 2005) können ebenfalls nicht zugrunde gelegt werden, da diese ausschließlich die professionelle Berufsgruppe der Pflegenden in den Fokus rücken, um die professionelle Pflegepraxis beschreibbar und vergleichbar zu machen. Ein weiteres Ziel einer gemeinsamen Terminologie ist ganz explizit, den speziellen Beitrag der Pflegenden im multidisziplinären Team der Gesundheitsversorgung zu identifizieren und die Praxis der Pflegeexperten von anderen Gesundheitsversorgern zu differenzieren (ICN 2005). Des Weiteren stellen sie in aller Regel Informationswerkzeuge „zur Beschreibung der Pflegepraxis dar“ und beabsichtigen, Daten über die Pflegepraxis in Gesundheitsinformationssystemen bereit zu stellen (ICN 2003: 134).

Die von der NANDA entwickelten Pflegediagnosen sind ganz spezifisch in den Pflegeprozess eingebettet (Doenges et al. 2013). Dabei bilden die Pflegediagnosen „den Ausgangspunkt, um mit Klienten und Angehörigen festzulegen, wie sie prioritär betreut und beraten werden möchten und um gemeinsame Pflegeziele und Kriterien für die Bewertung der Ergebnisse der Pflegeintervention zu vereinbaren (Doenges et al. 2013: 104). Darauf aufbauend werden die Maßnahmen und Interventionen gewählt, geplant und evaluiert. Dabei sollen die Pflegediagnosen eine „informative, übersichtliche, anschauliche, individuelle Kurzbeschreibung oder Charakterisierung der Pflegesituation ergeben (Doenges et al. 2013: 116). Aus dieser Skizzierung wird ersichtlich, dass Pflegediagnosen explizit für die Umsetzung des Pflegeprozesses bezogen auf die Pflegesituation des Klienten gedacht sind. Sie eignen sich nicht, um den Aufwand der Leistungen in der Versorgung von Betroffenen in der stationären Langzeitversorgung zu erheben. Des Weiteren ist die Taxonomie überaus komplex und orientiert sich an körperlichen Veränderungen (z.B. Gefahr einer renalen Durchblutungsstörung) wie sozialen (z.B. soziale Isolation) oder psychischen (z.B. Hoffnungslosigkeit) Zuständen oder umweltlichen Zuständen (z.B. Kontamination).

Die diversen Veröffentlichungen zur Erfassung der Pflegediagnosen lassen erkennen, dass auch diese für eine Leistungs- und Zeiterfassung nicht geeignet sind, da sie die Bedarfe erfassen, um diese für Pflegeplanungen o.ä. zugrunde legen. Sie intendieren zunächst, die Pflegesprache zu vereinheitlichen. In einer Studie von Ausili et al. (2012) wurde auf das ICNP in einem Krankenhaus und einem Pflegeheim eingeführt, um die Bedarfe mittels Pflegediagnosen zu erheben. Die Diagnosen und Bedarfe wurden vor allem im Bereich körperlicher Erkrankungen und daraus resultierender Bedarfe eingeschätzt. Die dahinter liegenden Aufwände wurden nicht erhoben.

Das Instrument „Leistungserfassung in der Pflege“ (LEP) könnte als ein mögliches Instrument für diese Studie angewendet werden. Es ist ein in der Schweiz entwickelter Katalog, der Pflegeaktivitäten

orientiert an Lebensaktivitäten enthält (Isfort 2002). Die Pflegenden erfassen über 24 Stunden ihre Leistungen, die sie in eine Datenmaske eingeben. Jede dieser Tätigkeiten ist mit einem Zeitwert hinterlegt. Diese Zeitwerte wurden im Vorfeld von Experten kalkuliert und stellen dar, wie viel Zeit eine Pflegekraft für die jeweilige Tätigkeit aufwenden darf (Isfort 2002). In einer in Deutschland durchgeführten Studie konnte festgestellt werden, dass die hinter den einzelnen Tätigkeiten und Intensitätsstufen sehr große Zeitstreuungen innerhalb einer Intensitätsstufe befinden (Isfort 2002). Isfort (2002) schlussfolgert aus dieser Erkenntnis, dass über die Benennung der Zeitstufe noch keine Aussage über die Zeit gemacht werden kann, die für die Pflegetätigkeit erforderlich ist und Faktoren wie Zustand des Patienten oder Qualifikation der Pflegekraft entscheidend sein können. Als ein weiterer problematischer Punkt ist anzumerken, dass dieses Instrument ausschließlich die Leistungen der professionellen Pflegefachkräfte erfasst und für Krankenhäuser entwickelt worden ist. Das Setting der stationären Langzeitpflege ist von anderen Bedarfen und Aktivitäten sowie Maßnahmen und Interventionen geprägt als in Krankenhäusern. Diese werden zum Teil auch von anderen Personengruppen wie Assistenten, Angehörigen, Hauswirtschaftskräften oder ehrenamtlich Tätigen durchgeführt.

Zwischenfazit

Eine Kategorisierung für die Aufzeichnung von pflegerischen, betreuenden und hauswirtschaftlichen Leistungen, die theoretisch und empirisch fundiert ist, gestaltet sich schwierig. Derzeit liegt keine empirische und theorie-basierte Definition über „nursing workload“, d.h. pflegerischer Leistungen, oder ein allgemein akzeptiertes Verständnis von pflegerischen Aufwänden vor (Duffield 2008; Twigg & Duffield 2009). Die Reliabilität, Validität oder Vergleichbarkeit möglicher vorliegender Instrumente wird angezweifelt (Twigg & Duffield 2009). Des Weiteren können pflegerische Klassifikationssysteme aus dem internationalen Raum nicht unkritisch übernommen werden, da sie überwiegend heuristisch entwickelt wurden und wenig evidenzbasiert sind und anderen gesundheitlichen und pflegerischen Systemen entspringen. In dem Artikel von Kol et al. (2003) wird die Problematik der Pflegeklassifikationssysteme deutlich. Die Autoren analysieren vier Probleme: a) einige der Indikatoren stimmen nicht mit Leitlinien überein, b) die Einschätzung auf den Skalen lässt einen subjektiven Interpretationsspielraum, c) es wird in Frage gestellt, dass für die Beurteilung von Vitalzeichen eine Graduierung mit einer 5-Skala notwendig ist, d) es ist nicht möglich, auf der Basis der Ergebnisse der Indikatoren gewichtete Indizes für geschätzte Patientenoutcomes zu entwickeln. Zudem werden Probleme hinsichtlich der Definition und Beschreibung der Indikatoren und Skalen formuliert. Sie schlussfolgern:

“At present, it is difficult to evaluate and compare the results of nursing interventions as categorized by the NOC because each outcome suggests several indicators that cannot be evaluated objectively, and it is not possible to weight all the grades into one single result.”
(Kol et al. 2003:126)

Es ist auch zu berücksichtigen, dass die Klassifikationssysteme versuchen, pflegerische Maßnahmen und Interventionen sowie Diagnosen zu klassifizieren.

Darüber hinaus ist insgesamt ein Mangel an empirischen Grundlagen für die Identifikation und zeitliche Erfassung von pflegerischen Leistungen und Maßnahmen zu identifizieren (RNAO 2005). Ferner messen entsprechende Instrumente wie Nursing Minimum Data Set, RAI, PLAISIR u.w.m. die Leistungen pflegerischer Berufsgruppen (mit den oben skizzierten Problemen) und haben demgemäß einen begrenzten Fokus und beziehen nicht die Leistungen anderer beteiligter Berufs- und Personengruppen mit ein.³

„Nach Sermeus und Goossen (2002) ist ein NMDS durch die Kriterien „pflegerischer Fokus“, „minimal“, „bezogen auf die grundlegenden Bedarfe der multiplen Datennutzer“ und „einheitlich“...charakterisiert.“ (Eberl & Bartholomeyczik 2010).

Im Kontext dieses Projektes ist zu berücksichtigen, dass alle Maßnahmen und Interventionen von allen beteiligten Berufsgruppen und Personen erfasst werden sollen. Die international vorhandenen Erfassungsinstrumente sind in aller Regel auf Leistungen und Maßnahmen pflegerischer Berufsgruppen fokussiert und vernachlässigen weitere beteiligte Berufs- und Personengruppen. Der Grund ist darin zu suchen, dass die meisten Instrumente für das Management entwickelt worden sind, um die Anzahl erforderlicher Pflegekräfte je Schicht kalkulieren zu können (RNAO 2005).

„Some WLM methodologies are task based and focus on the tasks that nurses perform and standard times for completing these tasks.“ (RNAO 2005:2)

Zu bedenken ist auch, dass die im internationalen Raum entwickelten Erhebungsinstrumente die Aufgaben und Verantwortlichkeiten pflegerischer Berufsgruppen in den entsprechenden Ländern berücksichtigen. Diese unterscheiden sich von denen in Deutschland. Aus diesem Grunde können diese nicht unkritisch auf Deutschland übertragen werden. Des Weiteren gibt es zahlreiche in

³ Morris et al. (2013) berichten über die Validierung des Minimum Data Sets in Irland. Dieses Set umfasst Items mit Inhalten, die Pflegenden allgemein in der Versorgung in Irland durchführen. Die Untersuchung wurde in allgemeinen Krankenhäusern (chirurgische und innere Abteilungen) in Irland durchgeführt. Auch das belgische Minimum Data Set ermittelt Leistungen pflegerischer Berufsgruppen in belgischen Allgemeinkrankenhäusern (Eberl & Bartholomeyczik 2010). Sermeus et al. (2008) publizieren ihre Erkenntnisse über das belgische Nursing Minimum Data Sets in 115 belgischen Akutkrankenhäusern. In diesem werden 23 Items pflegerischer Krankenhaustätigkeiten erfasst. Die Erprobung des belgischen Nursing Minimum Data Sets in den Niederlanden weist auch darauf hin, dass die Leistungen der pflegerischen Berufsgruppen ermittelt werden, um die durchgeführte pflegerische Versorgung in den Krankenhäusern sichtbar zu machen (Goossen 2002).

Deutschland in der Langzeitpflege tätigen Menschen, wie z.B. Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI, die im internationalen Raum nicht bekannt sind. Diese stellen eine Besonderheit des hiesigen Versorgungssystems dar, um die Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen zu gewährleisten. Darüber hinaus liegen gesetzliche Grundlagen vor, die diverse Leistungen der Pflege erwarten lassen, die ausschließlich für das bundesdeutsche System gelten.

Da es Ziel dieser Studie ist, alle pflegerischen und hauswirtschaftlichen sowie sonstigen Leistungen, Maßnahmen und Interventionen zu erfassen, die Pflegebedürftige in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege erhalten, **geht sie über die Ziele und Inhalte der oben skizzierten Projekte hinaus**. Die Ergebnisse dieser Studien verdeutlichen, dass in der Zeiterhebung von pflegerischen, betreuenden und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten **nicht auf international entwickelte Instrumente rekurriert werden kann**. Deren optimale Einführung ist von hohen Anforderungen hinsichtlich organisatorischer und struktureller Ressourcen geprägt.

Des Weiteren hängt eine erfolgreiche Umsetzung dieses Projektes von der Einstellung des Personals gegenüber entsprechenden Projekten ab. Es muss demgemäß ein Verfahren gewählt werden, das die Erfahrungen des Personals widerspiegelt, von einem hohen Wiedererkennungswert geprägt ist und nicht zu sehr die Alltagsabläufe stört. Die Dokumentation der Tätigkeiten darf nicht zu komplex sein, nicht zu viel Zeit in Anspruch nehmen und die Erfassung muss selbsterklärend sein.

Begründung des eigenen Vorgehens zur Entwicklung eines Leistungskatalogs

Die in den vorherigen Kapiteln geführte Analyse von Erhebungsinstrumenten pflegerischer Aufwände sowie Forschungsergebnissen zu deren Einsatz im deutschsprachigen Raum zeigen, dass diese nur bedingt für die Beantwortung der Fragestellung dieser Studie eingesetzt werden können. Sie lassen keine multiprofessionelle und multidimensionale Kategorisierung pflegerischer, betreuender und hauswirtschaftlicher Leistungen zu. Darüber hinaus gibt es keine empirische und theoriebasierte Definition des Begriffes „workload“ oder ein allgemein akzeptiertes Verständnis von pflegerischen Aufwänden. Zu berücksichtigen ist auch, dass eine Erhebung zeitlicher Aufwände pflegerischer Leistungen von normativen, organisatorischen und institutionellen Rahmenbedingungen abhängig ist (Brühl & Planer 2013). Die im internationalen Raum entwickelten Instrumente berücksichtigen diese nationalen Rahmenbedingungen nicht. Die Einrichtungen ambulanter und stationärer Pflege müssen gemäß § 72 SGB XI Leistungen durchführen, die einerseits die relevanten gesetzlichen Grundlagen erfüllen, andererseits den im Versorgungsvertrag festgelegten Umfang in Art und Inhalt umfassen (Versorgungsauftrag). Darüber hinaus müssen weitere gesetzliche Normen aus dem Elften Sozialgesetzbuch (§ 28 Abs. 4, § 87, § 87 b, § 112, § 113a, § 114 SGB XI) und aus den Berufegesetzen (Gesetz über Berufe in der Altenpflege § 3, Gesetz über Berufe in der Krankenpflege § 3) oder

anderen Sozialgesetzbüchern in der Leistungserbringung berücksichtigt werden, die die Aufwände in Zeit und Umfang beeinflussen.

Des Weiteren ist die Problematik zu berücksichtigen, dass die Erfassung des Pflegeaufwandes im Sinne von Häufigkeit und Zeitdauer noch nicht berücksichtigt, aus welchen Gründen bestimmte Maßnahmen durchgeführt werden (Bartholomeyczik & Hunstein 2000; Isfort & Weidner 2001).

Vor diesem Hintergrund erscheint ein für die Studie entwickelter Leistungskatalog für die Erfassung der Leistungsaufwände sinnvoll, der sowohl die normativen und fachlichen Grundlagen professioneller Pflege in Deutschland sowie die Leistungen weiterer beteiligter Berufsgruppen umfasst. Zentrales Kriterium bei der Leistungskatalogkonstruktion war die **Nähe zur gängigen Dokumentationspraxis** in der stationären Langzeitpflege. Der für die Studie entwickelte Leistungskatalog gliedert sich nach folgenden **Leistungsgruppen**:

- Pflege: Leistungskomplexe und Einzelleistungen, abgeleitet aus der EVOCURA-Pflegedokumentation
- Betreuung: Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen (Betreuungskräfte-RI vom 19. August 2008) (GKV-Spitzenverband 2012)
- Physiotherapie (Beschäftigte, die über den Personalschlüssel laufen): Heilmittelkatalog, KTL, ICF
- Ergotherapie (Beschäftigte, die über den Personalschlüssel laufen): Indikationskatalog der DVE, Heilmittelkatalog, KTL, ICF
- Soziale Arbeit (Beschäftigte, die über den Personalschlüssel laufen): SozOPS-G, OPS-DVSG, Falkenroth 2011, ICF

Bei der Studienkonzeption war es zur Entwicklung und Auswahl der **direkten Pflegeleistungen** angedacht, die European Nursing care Pathways 2.6 (ENP[®]) zu Grunde zu legen. ENP „ist eine standardisierte Pflegefachsprache, die Pflegende bei der Pflegeplanung und Dokumentation unterstützen kann. Sie umfasst alle Elemente des Pflegeprozesses (Pflegediagnosen, Ziele und Interventionen [= Pflegemaßnahmen]), die für eine nachvollziehbare Pflegedokumentation erforderlich sind. (...). Die Pflegefachsprache ist im Sinne einer Pflegeklassifikation sortiert und geordnet“ (Helmbold 2012: 54). Als Pflegeklassifikation setzt sich ENP aus vier Domänen, 21 Klassen und 134 Kategorien (Pflegeprobleme = ENP-Pflegediagnose) zusammen. Weder aus der klassifikatorischen Strukturierung noch aus der anwenderbezogenen Struktur, in der eine Praxisleitlinie aus einem Pflegeproblem (mit Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen, = ENP-Pflegediagnose) und Zielen und Interventionen besteht, erwiesen sich die nicht zählbaren und die

sich nicht zuordnenbaren Interventionen als geeignet, einen Leistungskatalog für die eigene Studie abzuleiten. Aus diesem Grund war entgegen der ursprünglichen Planung die Eigenformulierung und -entwicklung eines Leistungskatalogs nötig. Kennzahlen des elektronischen Pflegedokumentationssystems EVOCURA in Einrichtungen der stationären Altenhilfe (Bestandskunden des Projektpartners EVOCURA GmbH) erlaubte eine Auflistung der am häufigsten dokumentierten Pflege- und Betreuungsmaßnahmen, die sich in Aktivitäten und Interventionen gliedern. Unter einer Aktivität ist ein Prozess zu verstehen, für dessen Durchführung der Bewohner Hilfe oder dessen Übernahme benötigt. In der Umsetzung des Leistungskatalogs bedeutete dies, dass beispielsweise zu der Aktivität „Morgenhygiene“ die Interventionen „Hilfe beim Aufstehen“ und „IK-Oberkörperwaschung am Waschbecken“ zuzuordnen sind. Die Intervention ist somit die Leistung, die in diesem Fall von einer Pflegekraft durchgeführt wird. Einerseits war es Anspruch der Studie, den tatsächlichen Versorgungsaufwand möglichst detailgetreu abzubilden, auf der anderen Seite musste das Erhebungsinstrument in der Art gestaltet sein, die *compliance* der Datenerheber nicht zu gefährden. Aus diesem Grund kennzeichnet den Leistungskatalog, der sich aus 248 Interventionen (Einzelleistungen) zusammensetzte, eine Besonderheit. Um die Erfassungsmethode den Abläufen und Arbeitsroutinen in stationären Pflegeeinrichtungen anzupassen und somit den mit der Erhebung verbundenen Aufwand für die Mitarbeiter in einem zumutbaren Rahmen zu halten, enthielt der Leistungskatalog neben den Einzelleistungen zu Komplexen gebündelte Leistungen. Diese sogenannten Interventionskomplexe waren mit dem Präfix „IK-“ gekennzeichnet. Statt des oben genannten Beispiels „IK-Oberkörperwaschung am Waschbecken“ könnte die Abfolge der Einzelleistungen dann wie folgt lauten: „Hilfe beim Aufstehen“, „Hilfe bei der Fortbewegung (hin)“, „Hilfe beim Auskleiden“, „Gesicht waschen“ usw. Nach welchen Kriterien die Entscheidung für Interventionskomplexe oder Einzelleistungen zu fällen war, wurde den Mitarbeitern in den Einrichtungen im Rahmen der Vorbereitungen zur Datenerhebung von den Projektmitarbeitern der Universität Bremen erklärt. Die direkten Pflegeleistungen, bei denen Bewohner von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in unterschiedlichem Ausmaß auf Hilfe angewiesen sind, wurden überdies nach den Leistungsformen vollständige Übernahme (VÜ), teilweise Übernahme (TÜ), Anleitung (A), Beaufsichtigung (B) und den Kombinationen (A/B; A/TÜ; B/TÜ; A/B/TÜ) differenziert.

Zur Katalogisierung der **indirekten Pflegeleistungen** wurde die Auflistung nach Wiesent et al. (2010) benutzt. Die Autoren legten einen nach dem Vorschlag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und des Kuratoriums Deutscher Altenhilfe (KDA) modifizierten Tätigkeitskatalog vor (Veröffentlichung des BMFSFJ 2005).

Die ausgewählten **Betreuungsleistungen** für Bewohner in Langzeitpflegeeinrichtungen basieren auf den Aufgabenbeschreibungen aus den Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (GKV-Spitzenverband 2013) und der Schrift zu Betreuungskräften in Pflegeeinrichtungen (GKV-Spitzenverband 2012).

Auch für die Leistungserfassung von physio- und ergotherapeutischen Leistungen in der stationären Langzeitpflege liegen nach derzeitigen Erkenntnissen keine Erfassungssysteme vor. Hier wurde vordergründig auf die Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL; Deutsche Rentenversicherung 2007) zurückgegriffen. Die KTL bezieht verschiedene Berufsgruppen ein. Hierzu gehören unter anderem die Pflegekräfte, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten. Für jede Berufsgruppe findet sich in der KTL eine eigene berufsgruppenspezifische Übersicht. Die Auswahl von **physiotherapeutischen Leistungen** beruhte somit auf der Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL; Deutsche Rentenversicherung 2007), den im Heilmittelkatalog (2011) für die Physiotherapie benannten Leistungen und der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; DIMDI 2005). Die Auswahl von **ergotherapeutischen Leistungen** beruhte insbesondere auf dem ergotherapeutischen Bereich aus der Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL; Deutsche Rentenversicherung 2007), welcher mit dem Indikationskatalog Ergotherapie des Deutschen Verbands der Ergotherapeuten (DVE 2011) und den Leistungen aus dem Heilmittelkatalog (2011) abgeglichen und ggfs. um diese ergänzt wurde. Die Auswahl von Leistungen aus dem Tätigkeitsfeld der **Sozialen Arbeit** beruhte in erster Linie auf dem Kodierleitfaden der SozOPS-G (Version 2009) (Trilhof & Borchelt 2008), welche mit der OPS-Codierung der Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG 2009) abgeglichen wurden. Ebenfalls herangezogen wurde der Aufgabenkatalog nach Falkenroth (2011: 348f.). Die Auswahl der Leistungen der beiden Berufsgruppen Ergotherapie und Sozialen Arbeit fand wie die Leistungen der Physiotherapie unter Hinzunahme der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; DIMDI 2005) statt. Um das Leistungsspektrum überschaubar und die Erhebung praktikabel zu gestalten, wurden die ausgewählten Leistungsbeschreibungen nach den in den Katalogen benutzten Oberbegriffe eingeschränkt und an einzelnen Stellen reduziert. Diese Reduktion fand unter der Berücksichtigung statt, welche Leistungen im Setting der stationären Langzeitversorgung von Physio-, Ergotherapeuten und Sozialarbeitern (deren Beschäftigung über die Pflegepersonalschlüssel refinanziert wird) erbracht werden.

Grundsätzlich und für alle beteiligten Berufsgruppen galt es bei der Entwicklung des Leistungskatalogs ein Verfahren zu wählen, welches nicht zu komplex, von einem hohen Wiedererkennungswert geprägt ist und aufgrund einer leichten Handhabung nicht zu viel Zeit der Mitarbeiter in den Pflegeeinrichtungen in Anspruch nimmt.

Nach der oben angeführten Vierteilung der Messverfahren nach Isfort & Weidner (2001) und Haasenritter et al. (2009) ist überdies festzuhalten, dass die vorliegende Studie ein **handlungsbezogenes Messverfahren mit Echtzeiterfassung** benutzte.

Literaturverzeichnis

- Ausili, D.; Sironi, C.; Rasero, L. & Coenen, A. (2012): Measuring Elderly Care Through the Use of a Nursing Conceptual Model and the International Classification for Nursing Practice®. In: International Journal of Nursing Knowledge, Vol. 23, No. 3: 146-152 Bartholomeyczik & Hunstein 2000
- Bartholomeyczik, S. (2007): Pflegezeitbemessung unter Berücksichtigung der Beziehungsarbeit. In: Pflege & Gesellschaft : Zeitschrift für Pflegewissenschaft ; ein Organ der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. – Weinheim: Beltz Juventa, Vol. 12, No. 3: 240-248
- Bartholomeyczik, S. & Hunstein D. (2000): Erforderliche Pflege – Zu den Grundlagen einer Personalbemessung. In: Pflege, Vol. 5, No. 4: 105-109
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2005): Bericht zum Projekt „Bürokratie in der Pflege – Inhalt und Aufwand indirekter Pflege in der stationären Altenhilfe. Online verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/buerokratie-in-der-pflege,property=pdf,bereich=rwb=true.pdf>. Zugriff am 14.05.2014
- Brühl, A. & Planer, K. (2013): PiSaar – Pflegebedarf im Saarland. Abschlussbericht. Im Auftrag der Saarländischen Pflegegesellschaft e.V. Saarbrücken. Online verfügbar unter: http://opus.bs-bw.de/kidoks/volltexte/2013/117/pdf/PiSaar_Abschlussbericht_2013.pdf. Zugriff am 29.01.2015
- Deutsche Rentenversicherung (Hg.) (2007): KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation – Ausgabe 2007. Online verfügbar unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/206976/publicationFile/2102/ktl_2007_pdf.pdf. Zugriff am 21.05.2014
- DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hg.) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. Online verfügbar unter: http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf. Zugriff am 16.01.2015
- Doenges, M., Moorhouse, MF. & Murr, AC. (2013): Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen. 4. Auflage. Bern: Huber Verlag

- Duffield, C. (2008): The future nursing workforce: neonatal, paediatric and child health nurses. In: Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing, Vol. 11, No. 3: 3-8
- DVE – Deutscher Verband der Ergotherapeuten (Hg.) (2011): Indikationskatalog Ergotherapie: Heilmittel-Richtlinie – Ambulante Versorgung – Stationäre Versorgung – Leistungsbeschreibungen – Diagnosen nach ICD-10 – Assessment-Instrumente. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag
- DVSG – Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (2009): Übersicht der OPS-Ziffern für Soziale Arbeit. Online verfügbar unter: <http://dvsg.org/fileadmin/dateien/Akutbehandlung/OPS-KodierungZiffernSozialArbeit.pdf>. Zugriff am 16.01.2015
- Eberl, I. & Bartholomeyczik, S. (2010): Die Übertragung des Belgischen Nursing Minimum Data Set II (B-NMDS II) auf bundesdeutsche Krankenhäuser. Ergebnisse der ersten Untersuchungsphase zum Übersetzungs- und Adaptionsprozess des Instruments. In: Pflege, Vol. 23, No. 5: 309-319
- Falkenroth, A. (2011): Soziale Arbeit in stationären Pflegeeinrichtungen – von der Versorgungseinrichtung zum Lebens- und Wohnort. In: Zippel, C. & Kraus, S. (Hg.): Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, 347-359
- Gattinger, H.; Ott, S. & Saxer, S. (2014): Pflegebedarfserfassungsinstrumente BESA und RAI: Vergleich der Outcomes in Minuten. In: Pflege, Vol. 27, No. 1: 31-40
- Gennrich (2002): Qualitative und quantitative Erfassung des erforderlichen Pflegezeit- und Personalbedarfs in deutschen Altenpflegeheimen. Erprobung des Verfahrens PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt. Herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- GKV-Spitzenverband (Hg.) (2012): Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 9. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV_Schriftenreihe_Band_9_Pflege_Betreuungskraefte_19641.pdf. Zugriff am 16.01.2015
- GKV-Spitzenverband (Hg.) (2013): Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RI) vom 19. August 2008 in der Fassung vom 6. Mai 2013. Online verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/rahmenvertraege__richtlinien_und_bundesempfehlungen/Pflege_Richtlinien__87b_SGB_XI_Stand_06052013.pdf. Zugriff am 16.01.2015
- Goossen, W. T. F. (2002): Statistical analysis of the nursing minimum data set for the Netherlands. In: International Journal of Medical Information, Vol. 68, No. 1-3: 205-218
- Görres, S.; Rothgang, H.; Reif, K.; Mazzola, R. & Zimmermann, M. (o.J.): Forschungsstand zu Typisierungen des Pflegebedarfs und Pflegeaufwands im Bezug zum Neuen Begutachtungsassessment (NBA) SGB XI. Unveröffentlichter Projektbericht
- Haasenritter, J.; Wieteck, P. & Bartholomeyczik, S. (2009): Instrumente zur Abbildung des Pflegeaufwands in der DRG-Systematik – Literaturanalyse. In: Pflegewissenschaft, Dezember: 669-687
- Heilmittelkatalog (2011): Nachschlagewerk zur Ermittlung verordnungsfähiger Heilmittel entsprechend den Indikationen. Online verfügbar unter: <http://www.heilmittelkatalog.de/files/hmk/online/index.htm>. Zugriff am 16.01.2015

- Helmbold, A. (2012): Begriffsklärung von ENP – Was versteht man unter ENP? In: Wieteck, P. (Hg.): Praxisleitlinien Altenpflege. Planen, Formulieren, Dokumentieren mit ENP-Pflegediagnosen. 4. Auflage. Kassel: Recom Verlag
- Höhmann, U. & Ascher, G. (2004): Realzeitmessung in einer stationären Altenpflegeeinrichtung des EVIM. Vergleich mit einer PLAISIR Erhebung. Endbericht. Frankfurt: Hessisches Institut für Pflegeforschung (HessIP). Online verfügbar unter: http://www.hessip.de/userfiles/Realzeitmessung_Endbericht.pdf. Zugriff am 29.01.2015
- ICN (2003): ICNP – Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis. Bern: Huber Verlag
- Isfort, M. & Weidner, F.(2001): Pflegeleistungsbemessung I. Freiburg i. B.: KKVD
- Isfort, M. (2002): Leistungserfassung in der Pflege (LEP): Denn sie wissen, was sie tun. In: Pflegezeitschrift, Vol. 55, No. 7) 497-500
- Kögler, A. & Ostermann, H.(2010): Analyse der Aufwände in der Pflege. Eine Untersuchung der Pflegeleistungen in stationärer Altenpflege anhand einer empirischen Studie. In: Pflegewissenschaft, 2010, No. 4: 241-250
- Kol, Y.; Jacobson, O.; Wieler, S.; Weiss, D. & Sadeh, Z. (2003): Evaluation of the Nursing Outcomes Classification (NOC)--from theory to practice in Israel. In: Outcomes Management, Vol. 7, No.3: 121-128
- Morris, R.; Matthews, A. & Scott, A. P. (2013): Validity, reliability and utility of the Irish Nursing Minimum Data Set for General Nursing in investigating the effectiveness of nursing interventions in a general nursing setting: A repeated measures design. In: International Journal of Nursing Studies, doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.07.011
- Roth, G., Wolter, A., Stolle, C., Rothgang, H. (2013): The long and bumpy road to outcome-oriented management of long-term care in Germany: implementation of the Resident Assessment Instrument in home -care services. In: The International Journal of Health Planning and Management Vol. 29, Heft 3: 316-329(14)
- Royal College of Nursing (2004): Nursing Assessment and Older People. A Royal College of Nursing toolkit. Online verfügbar unter: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0010/78616/002310.pdf. Zugriff am 16.03.2015
- Schneekloth, U. & Müller, U. (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Durchgeführt von I+G Gesundheitsforschung, München und Infratest Burke Sozialforschung, München. Band 127 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- Sermeus, W.; Delesie, L.; Van den Heede, K.; Diya, L. & Lesaffre, E. (2008): Measuring the intensity of nursing care: Making the use of the Belgian Nursing Minimum Data Set. International Journal of Nursing Studies, Vol. 45, No. 7: 1011-1021
- Stolle, C.; Wolter, A.; Roth, G.; Rothgang, H. (2012): Effects of the Resident Assessment Instrument in Home Care Settings – Results of a Cluster Randomized Controlled Trial. In: Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie, Band 45, Heft 4: 315-322
- Trilhof, G. & Borchelt, M. (2008): Kodierleitfaden SozOPS-G, Version 2009. Online verfügbar unter: http://www.geriatrie-drg.de/Public/Docs/Kodierleitfaden_SozOPSG_2009_20081230.pdf. Zugriff am 16.01.2015

- Twigg, D. & Duffield, C. (2009): A review of workload measures: A context for a new staffing methodology in Western Australia. In: International Journal of Nursing Studies, Vol. 46, No. 1: 132-140
- Wiesent, H.; Streckies, M.; Rester, D.; Pallauf, M.; Them, C. & Seeberger, B. (2010): Indirekte Pflege – eine vernachlässigte Pflegeleistung in der stationären Altenhilfe. In: HeilberufeScience, Vol. 1, No. 2: 40-45.
- Wieteck, P. (Hg.) (2012): Praxisleitlinien Altenpflege. Planen, Formulieren, Dokumentieren mit ENP-Pflegediagnosen. 4. Auflage. Kassel: Recom Verlag
- Windeler, J., Görres, S., Thomas, S., Kimmel, A., Langner, I., Reif, K. Wagner, A. (2008). Abschlussbericht. Endfassung: Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI. Hauptphase 2. Herausgegeben vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)
- Wingefeld, K. & Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Projektbericht. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und der Forschungsgesellschaft für Gerontologie und Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund (FFG)
- Wingefeld, K.; Büscher, A. & Schaeffer, D. (2011): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Hg. v. GKV-Spitzenverband. Berlin. Online verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/pflegebeduerftigkeitbegriff/GKV-Schriftenreihe_Pflege_Band_1.pdf. Zugriff am 20.01.2015
- Wingefeld, K. & Gansweid, B. (2013): Analysen für die Entwicklung von Empfehlungen zur leistungsrechtlichen Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Abschlussbericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Online verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitbegriff/Materialien/Abschlussbericht_PBB_IPW_MDKWL_2013.pdf. Zugriff am 20.01.2015

ANHANG

EVALUATION DES NBA ERFASSUNG VON VERSORGUNGS-AUFWÄNDEN IN STATIONÄREN EINRICHTUNGEN (EViS)

ENDBERICHT

- A) Entwicklung des Instruments zur Ermittlung des Pflegeaufwands
- B) Suchstrategie der systematischen Literaturrecherche
- C) EViS-Datenschutzkonzept
- D) EViS-Informationsschreiben an die Pflegeeinrichtungen
- E) EViS-Einverständniserklärung für die Bewohner
- F) EViS-Interventionskatalog
- G) EViS-Schulungskonzept
- H) EViS-Anwenderleitfaden
- I) EViS-Projektregeln

Suchstrategie zur Entwicklung des Instruments zur Ermittlung des Pflegeaufwands

Zur Identifizierung von Instrumenten zur Messung von Pflegeaufwänden wurden eine umfangreiche systematische Literatur- und Materialrecherche durchgeführt. Folgende Leitfragen gaben den Rechercherrahmen vor:

- Mit welchen Instrumenten lassen sich zeitliche Aufwendungen für pflegerische Handlungen erfassen und welche Leistungskataloge sind in diesen Instrumenten hinterlegt?
- Welche Leistungskataloge werden in der Pflege zugrunde gelegt, um pflegerische Leistungen zu erfassen?
- Mit welchen Instrumenten werden Personalbedarfe erhoben?
- Welche Klassifikationssysteme werden in der Pflege zugrunde gelegt, um pflegerische Leistungen zu erfassen?

Zunächst wurde für jedes Thema eine allgemeine Orientierungsrecherche im GBV-Katalog (Gemeinsamer Bibliotheksverbund der Länder Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen und der Stiftung Preußischer Kulturbesitz) und im Internet durchgeführt. Hierdurch konnten die jeweiligen Themen inhaltlich aufbereitet werden und eine Auseinandersetzung mit der benötigten Terminologie erfolgen. Die terminologischen Erkenntnisse wurden für die Zusammenstellung der Stich- und Schlagwörter benötigt. Basierend auf den Leitfragen wurde jede Fragestellung in einzelne Komponenten aufgelöst und die jeweiligen Fragekomponenten mit entsprechenden Stich- und Schlagwörtern versehen.

Fragestellung A

Mit welchen Instrumenten lassen sich zeitliche Aufwendungen für pflegerische Handlungen erfassen und welche Leistungskataloge sind in diesen Instrumenten hinterlegt?

Recherchekomponente 1 Leistungserfassung / Zeiterfassung

Recherchekomponente 2 Pflege

Fragestellung B

Welche Leistungskataloge werden in der Pflege zugrunde gelegt, um pflegerische Leistungen zu erfassen?

Recherchekomponente 1 Leistungskataloge / Klassifikationssysteme

Recherchekomponente 2 Pflege

Fragestellung C

Mit welchen Instrumenten werden Personalbedarfe in der Pflege erhoben?

Recherchekomponente 1 Personalbedarf erheben / Personalbemessung

Recherchekomponente 2 Pflege

Fragestellung D

Welche Klassifikationssysteme werden in der Pflege zugrunde gelegt, um pflegerische Leistungen zu erfassen?

Recherchekomponente 1 Klassifikationen, Klassifikationssysteme, Systematisierung

Recherchekomponente 2 Pflege

Ergänzt wurden die Schlagwörter durch die Einbindung einschlägiger Schlagwortdatenbanken (hier die Schlagwortliste des DZA (Gerolit) und für die englischen Begriffe die MeSh-Datenbank). Eine entsprechende Auflistung wurde tabellarisch im Anhang hinterlegt. Die Zusammenstellung der Stich- und Schlagwörter wurde wenn notwendig im Zuge der Recherchen angepasst. Die Tabellen sind derart aufgebaut, dass aus diesen die Suchstrategie abgeleitet werden kann. Für die Suche wurden die Begriffe innerhalb einer Spalte mit dem Operator „ODER“ / “OR“ verknüpft. Um die Schnittmenge der Komponenten zu erhalten wurden die Ergebnisse der „ODER“ / “OR“ Verknüpfungen sukzessiv mit dem Operator „UND“ / “AND“ verknüpft und auf weitere Kriterien begrenzt (z. B. Zeitraum). Zudem wurden datenbankspezifisch die Suchfelder verschieden definiert. Die Hauptthemen wurden ausschließlich im Feld „Titel“ gesucht. Population und Nebenthemen in „Titel und Abstracts“, in Datenbanken ohne explizite Abstractsuche (z.B. Medpilot) behelfsmäßig im Feld „freie Suche“. Hiermit sollten sichergestellt werden, dass die Artikel einen eindeutigen Themenbezug haben. Die Rechercheschritte und die Ergebnisse der jeweiligen Rechercheschritte sind ebenfalls als Anlage im Anhang für jede Fragestellung dargestellt.

Die systematische Literatursuche erfolgte für alle Themengruppen in verschiedenen Daten- und Metadatenbanken. Hierzu gehörten:

Tabelle 1: Verwendete Datenbanken und Suchoberflächen

Datenbank / Suchoberfläche	Eingeschlossene Datenbanken
Medpilot (Suchoberfläche für diverse	<ul style="list-style-type: none">• Current Contents (Informationsdienste aus den Bereichen Medizin, Gesundheit, Ernährung u.a.)

Datenbanken)	<ul style="list-style-type: none"> • DissOnline (Verzeichnis elektronischer Hochschulschriften) • EZB (Elektronische Zeitschriftenbibliothek) • HECLINET (Archiv-Literaturdatenbank auf dem Gebiet des Krankenhauswesens, Gesundheitswesens und Pflege) • Katalog der NLM (National Library of Medicine (NLM), weltgrößte medizinische Bibliothek) • Verlagsdaten (Karger Verlag, Krause und Pacherneegg, Thieme Verlag) • Katalog der ZB MED (Deutschen Zentralbibliothek für Medizin)
Gerolit	<ul style="list-style-type: none"> • Datenbank des Deutschen Zentrums für Altersfragen
DIMDI	<ul style="list-style-type: none"> • CCMED (CC00) • Cochrane (CCTR93, CDSR93) • Database (CDAR94) • EMBASE (EM00, EM47, EA08) • GLOBAL Health (AZ72) • gms (GA03, GM03) • MEDIKAT (MK77) • MEDLINE (ME00, ME60) • PsycINFO (PI67) • PSYINDEX (PY81)
Cinahl	<ul style="list-style-type: none"> • Literaturdatenbank für Krankenpflege und Pflegewissenschaft (überwiegend englischsprachig)
CareLit	<ul style="list-style-type: none"> • Literaturdatenbank für Management und Pflege

Für alle Themenbereiche und Datenbanken wurde die Suche generell auf Publikationen in deutscher und englischer Sprache, welche zwischen 2000 und 2014 veröffentlicht wurden, eingeschränkt. Bei unzureichenden Ergebnissen wurden Handrecherchen durchgeführt und ggf. Quellen älteren Datums mit ausgewertet. Den Teilzielen entsprechend, wurden die Recherchen nicht ausschließlich auf qualitative und quantitative Studien im Kontext der Fragestellungen beschränkt. Themenbezogene Berichte wurden zunächst ausgeschlossen, bei fehlender Literaturlage jedoch eingeschlossen.

Rechercheverlauf zur Leistungserfassung in der Pflege

Fragestellung A – Instrumente – Deutsch

Fragestellung

Mit welchen Instrumenten lassen sich zeitliche Aufwendungen für pflegerische Handlungen erfassen und welche Leistungskataloge sind in diesen Instrumenten hinterlegt?

Recherchekomponente 1 Leistungserfassung / Zeiterfassung

Recherchekomponente 2 Pflege

Komponente 1a	Komponente 1b	Komponente 2
Zeit	Erfassen / Erfassung	Pflege
Leistungen	Nachweisen / Nachweis	
Maßnahmen	Messen / Messung	
Interventionen	Erheben / Erhebung	
Tätigkeiten	Ermitteln / Ermittlung	
Aufwand		
Aufwendungen		
Pflegezeit	Erfassen / Erfassung	

Pflegeleistungen Pflegemaßnahmen Pflegeinterventionen Pflege Tätigkeiten Pflegeaufwand Pflegeaufwendungen	Nachweisen / Nachweis Messen / Messung Erheben / Erhebung Ermitteln / Ermittlung	
	Zeiterfassung Leistungserfassung Maßnahmen erfassung Interventionserfassung Tätigkeitserfassung Aufwandserfassung Zeitnachweis Leistungsnachweis Maßnahmennachweis Interventionsnachweis Tätigkeitsnachweis Aufwandsnachweis Zeitmessung Leistungsmessung Maßnahmenmessung Interventionsmessung Tätigkeitsmessung Aufwandsmessung Zeiterhebung Leistungserhebung Maßnahmen erhebung Interventionserhebung Tätigkeiterhebung Aufwandserhebung Zeitermittlung Leistungsermittlung Maßnahmen ermittlung Interventionsermittlung Tätigkeitsermittlung Aufwandsermittlung	Pflege
		Pflegezeiterfassung Pflegeleistungserfassung Pflegemaßnahmen erfassung Pflegeinterventionserfassung Pflege Tätigkeitserfassung Pflegeaufwandserfassung Pflegezeitnachweis Pflegeleistungsnachweis Pflegemaßnahmennachweis Pflegeinterventionsnachweis Pflege Tätigkeitsnachweis Pflegeaufwandsnachweis Pflegezeitmessung Pflegeleistungsmessung Pflegemaßnahmenmessung Pflegeinterventionsmessung Pflege Tätigkeitsmessung Pflegeaufwandsmessung Pflegezeiterhebung Pflegeleistungserhebung Pflegemaßnahmen erhebung Pflegeinterventionserhebung

	Pfl egetätigkeitserhebung Pflegeaufwandserhebung Pflegezeitermittlung Pflegeleistungsermittlung Pflegemaßnahmenermittlung Pflegeinterventionsermittlung Pfl egetätigkeitsermittlung Pflegeaufwandsermittlung
--	--

Tabelle 2: Recherchekomponenten – Instrumente zur Erfassung von Pflegeleistungen

Suchverlauf MedPilot (deutsche Suchbegriffe) 29.01.2014

Datenbanken begrenzen auf: Current Contents, DissOnline, EZB, HECLINET, Katalog der NLM, Verlagsdaten, Katalog der ZB MED

Nr.	Suchformulierung	Treffer
Recherche Komponente 1 – Begriffe und Begriffskombinationen		
01	TI=(Zeit* OR Leistung* OR Maßnahm* OR Intervention* OR Tätigkeit* OR Aufwand* OR Aufwendungen)	96127
02	Erfass* OR Nachweis* OR Mess* OR Erheb* OR Ermitt*	94272
03	TI=Pflege	233206
04	01 AND 02 AND 03 ((TI=(Zeit* OR Leistung* OR Maßnahm* OR Intervention* OR Tätigkeit* OR Aufwand* OR Aufwendungen)) AND (Erfass* OR Nachweis* OR Mess* OR Erheb* OR Ermitt*)) AND TI=Pflege	392
05	TI=(Pflegezeit* OR Pflegeleistung* OR Pflegemaßnahm* OR Pflegeintervention* OR Pfl egetätigkeit* OR Pflegeaufwand* OR Pflegeaufwendungen)	3699
06	05 AND 02 (TI=(Pflegezeit* OR Pflegeleistung* OR Pflegemaßnahm* OR Pflegeintervention* OR Pfl egetätigkeit* OR Pflegeaufwand* OR Pflegeaufwendungen)) AND (Erfass* OR Nachweis* OR Mess* OR Erheb* OR Ermitt*)	117
07	TI=(Zeiterfassung* OR Leistungserfassung* OR Maßnahmenerfassung* OR Interventionserfassung* OR Tätigkeitserfassung* OR Aufwandserfassung* OR Zeitsnachweis* OR Leistungsnachweis* OR Maßnahmennachweis* OR Interventionsnachweis* OR Tätigkeitsnachweis* OR Aufwandsnachweis* OR Zeitmessung* OR Leistungsmessung* OR Maßnahmenmessung* OR Interventionsmessung* OR Tätigkeitsmessung* OR Aufwandsmessung* OR Zeiterhebung* OR Leistungserhebung* OR Maßnahmenerhebung* OR Interventionserhebung* OR Tätigkeiterhebung* OR Aufwandserhebung* OR Zeitermittlung* OR Leistungsermittlung* OR Maßnahmenermittlung* OR Interventionsermittlung* OR Tätigkeitsermittlung* OR Aufwandsermittlung*)	320
08	07 AND 03 (Zeiterfassung* OR Leistungserfassung* OR Maßnahmenerfassung* OR Interventionserfassung* OR Tätigkeitserfassung* OR Aufwandserfassung* OR Zeitsnachweis* OR Leistungsnachweis* OR Maßnahmennachweis* OR Interventionsnachweis* OR Tätigkeitsnachweis* OR Aufwandsnachweis* OR Zeitmessung* OR Leistungsmessung* OR Maßnahmenmessung* OR Interventionsmessung* OR Tätigkeitsmessung* OR Aufwandsmessung* OR Zeiterhebung* OR Leistungserhebung* OR Maßnahmenerhebung* OR Interventionserhebung* OR Tätigkeiterhebung* OR Aufwandserhebung* OR Zeitermittlung* OR Leistungsermittlung* OR Maßnahmenermittlung* OR Interventionsermittlung* OR Tätigkeitsermittlung* OR Aufwandsermittlung*) AND TI=Pflege	237
09	09 Pflegezeiterfassung* OR Pflegeleistungserfassung* OR Pflegemaßnahmenerfassung* OR Pflegeinterventionserfassung* OR Pfl egetätigkeitserfassung* OR Pflegeaufwandserfassung* OR	14

	Pflegzeitnachweis* OR Pflegeleistungsnachweis* OR Pflegemaßnahmenachweis* OR Pflegeinterventionsnachweis* OR Pflegetätigkeitsnachweis* OR Pflegeaufwandsnachweis* OR Pflegezeitmessung* OR Pflegeleistungsmessung* OR Pflegemaßnahmenmessung* OR Pflegeinterventionsmessung* OR Pflegetätigkeitsmessung* OR Pflegeaufwandsmessung* OR Pflegezeiterhebung* OR Pflegeleistungserhebung* OR Pflegemaßnahmenerhebung* OR Pflegeinterventionserhebung* OR Pflegetätigkeitserhebung* OR Pflegeaufwandserhebung* OR Pflegezeitermittlung* OR Pflegeleistungsermittlung* OR Pflegemaßnahmenermittlung* OR Pflegeinterventionsermittlung* OR Pflegetätigkeitsermittlung* OR Pflegeaufwandsermittlung*	
10	04 OR 06 OR 08 OR 09	633
11	10 AND PY=2000:2014	380
12	"Ausbildung" OR "Weiterbildung" OR "Fortbildung" OR schul* OR Umwelt OR Landwirtschaft OR Geologie	224516
13	11 NOT 12	287

Tabelle 3: Suchverlauf MEDPilot (deutsche Suchbegriffe)

Es wurden 90 Titel in Citavi importiert (nach Sichten von Titel und ggf. Abstract)

Suchverlauf GeroLit (deutsche Suchbegriffe) 05.02.2014

Nr.	Suchformulierung	Treffer
Recherche Komponente 1 – Begriffe und Begriffskombinationen		
01	suchen [oder] ([TIT] Titel (Stichwort)) Zeit* Leistung* Maßnahm* Intervention* Tätigkeit* Aufwand* Aufwendungen ODER TITEL=	4459
02	suchen [oder] ([ALL] Alle Wörter) Erfass* Nachweis* Mess* Erheb* Ermitt*	4867
03	suchen [oder] ([ALL] Alle Wörter) Pflege	4637
04	suchen [und] s01 & s02 & s03	20
05	suchen [oder] ([ALL] Alle Wörter) Pflegezeit* Pflegeleistung* Pflegemaßnahm* Pflegeintervention* Pflegetätigkeit* Pflegeaufwand*	1279
06	suchen [und] s05 & s02	86
07	suchen [oder] ([ALL] Alle Wörter) Zeiterfassung* Leistungserfassung* Maßnahmenerfassung* Interventionserfassung* Tätigkeitserfassung* Aufwandserfassung* Zeitnachweis* Leistungsnachweis* Maßnahmennachweis* Interventionsnachweis* Tätigkeitsnachweis* Aufwandsnachweis* Zeitmessung* Leistungsmessung* Maßnahmenmessung* Interventionsmessung* Tätigkeitsmessung* Aufwandsmessung* Zeiterhebung* Leistungserhebung* Maßnahmenerhebung* Interventionserhebung* Tätigkeitserhebung* Aufwandserhebung* Zeitermittlung* Leistungsermittlung* Maßnahmenermittlung* Interventionsermittlung* Tätigkeitsermittlung* Aufwandsermittlung*	58
08	suchen [und] s07 & s03	11
09	([ALL] Alle Wörter) Pflegezeiterfassung* Pflegeleistungserfassung* Pflegemaßnahmenerfassung* Pflegeinterventionserfassung* Pflegetätigkeitserfassung* Pflegeaufwandserfassung* Pflegezeitnachweis* Pflegeleistungsnachweis* Pflegemaßnahmenachweis* Pflegeinterventionsnachweis* Pflegetätigkeitsnachweis* Pflegeaufwandsnachweis* Pflegezeitmessung* Pflegeleistungsmessung* Pflegemaßnahmenmessung*	3

	Pflegeinterventionsmessung* Pfl egetätigkeitsmessung* Pflegeaufwandsmessung* Pflegezeiterhebung* Pflegeleistungserhebung* Pflegemaßnahmenerhebung* Pflegeinterventionserhebung* Pfl egetätigkeitserhebung* Pflegeaufwandserhebung* Pflegezeitermittlung* Pflegeleistungsermittlung* Pflegemaßnahmenermittlung* Pflegeinterventionsermittlung* Pfl egetätigkeitsermittlung* Pflegeaufwandsermittlung*	
10	suchen [oder] s09 s08 s06 s04	104
11	suchen [oder] s13 s12 s10 s4 eingrenzen ERJ > 1999	74

Tabelle 4: Suchverlauf GeroLit (deutsche Suchbegriffe)

Es wurden 74 Titel in Citavi importiert

Suchverlauf DIMDI (deutsche Suchbegriffe) 04.02.2014

Datenbankauswahl: CCMED (CC00); Cochrane (CCTR93, CDSR93); Database (CDAR94); EMBASE (EM00, EM47, EA08); GLOBAL Health (AZ72); gms (GA03, GM03); MEDIKAT (MK77); MEDLINE (ME00, ME60); PsycINFO (PI67); PSYINDEX (PY81)

Nr.	Suchformulierung	Treffer
Recherche Komponente 1 – Begriffe und Begriffskombinationen		
01	(Zeit* OR Leistung* OR Maßnahm* OR Intervention* OR Tätigkeit* OR Aufwand* OR Aufwendungen)/(TI;AB)	1771658
02	Erfass* OR Nachweis* OR Mess* OR Erheb* OR Ermitt*	1080963
03	Pflege/(TI;AB)	13502
04	01 AND 02 AND 03	142
05	(Pflegezeit* OR Pflegeleistung* OR Pflegemaßnahm* OR Pflegeintervention* OR Pfl egetätigkeit* OR Pflegeaufwand* OR Pflegeaufwendungen)/(TI;AB)	428
06	02 AND 05	59
07	Teilung der Begriffe, da DIMDI nur eine beschränkte Zeichenanzahl zulässt (Zeiterfassung* OR Leistungserfassung* OR Maßnahmenerfassung* OR Interventionserfassung* OR Tätigkeitserfassung* OR Aufwandserfassung* OR Zeitrnachweis* OR Leistungsnachweis* OR Maßnahmennachweis* OR Interventionsnachweis* OR Tätigkeitsnachweis*)/(TI;AB)	288
08	(Aufwandsnachweis* OR Zeitmessung* OR Leistungsmessung* OR Maßnahmenmessung* OR Interventionsmessung* OR Tätigkeitsmessung* OR Aufwandsmessung* OR Zeiterhebung* OR Leistungserhebung* OR Maßnahmenerhebung* OR Interventionserhebung*)/(TI;AB)	258
09	(Tätigkeitserhebung* OR Aufwandserhebung* OR Zeitermittlung* OR Leistungsermittlung* OR Maßnahmenermittlung* OR Interventionsermittlung* OR Tätigkeitsermittlung* OR Aufwandsermittlung*)/(TI;AB)	11
10	07 OR 08 OR 09	555
11	03 AND 10	27
12	Teilung der Begriffe, da DIMDI nur eine beschränkte Zeichenanzahl zulässt Pflegezeiterfassung* OR Pflegeleistungserfassung* OR Pflegemaßnahmenerfassung* OR Pflegeinterventionserfassung* OR Pfl egetätigkeitserfassung* OR Pflegeaufwandserfassung* OR Pflegezeitnachweis* OR Pflegeleistungsnachweis* OR Pflegemaßnahmennachweis*	2
13	Pflegeinterventionsnachweis* OR Pfl egetätigkeitsnachweis* OR Pflegeaufwandsnachweis* OR Pflegezeitmessung* OR Pflegeleistungsmessung* OR Pflegemaßnahmenmessung* OR Pflegeinterventionsmessung* OR Pfl egetätigkeitsmessung* OR Pflegeaufwandsmessung*	1
14	Pflegezeiterhebung* OR Pflegeleistungserhebung* OR	0

	Pflegemaßnahmenerhebung* OR Pflegeinterventionserhebung* OR Pflegetätigkeitserhebung* OR Pflegeaufwandserhebung* OR Pflegezeitermittlung* OR Pflegeleistungsermittlung*	
15	Pflegemaßnahmenermittlung* OR Pflegeinterventionsermittlung* OR Pflegetätigkeitsermittlung* OR Pflegeaufwandsermittlung*	0
16	12 OR 13 OR 14 OR 15	3
17	04 OR 06 OR 11 OR 16	219
18	17 AND PY=2000 to 2014 AND LA=(ENGLISH; GERMAN)	147

Tabelle 5: Suchverlauf DIMDI (deutsche Suchbegriffe)

Es wurden 147 Titel in Citavi importiert

Suchverlauf CareLit (deutsche Suchbegriffe)

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	TITEL=Zeit* ODER TITEL=Leistung* ODER TITEL=Maßnahm* ODER TITEL=Intervention* ODER TITEL=Tätigkeit* ODER TITEL=Aufwand* ODER TITEL=Aufwendungen	4177
02	ABSTRACT=Erfass* ODER ABSTRACT=Nachweis* ODER ABSTRACT=Mess* ODER ABSTRACT=Erheb* ODER ABSTRACT=Ermitt*	5953
03	TITEL=Pflege	6641
04	01 UND 02 UND 03 (TITEL=Pflege) UND (ABSTRACT=Erfass* ODER ABSTRACT=Nachweis* ODER ABSTRACT=Mess* ODER ABSTRACT=Erheb* ODER ABSTRACT=Ermitt*) UND (TITEL=Zeit* ODER TITEL=Leistung* ODER TITEL=Maßnahm* ODER TITEL=Intervention* ODER TITEL=Tätigkeit* ODER TITEL=Aufwand* ODER TITEL=Aufwendungen)	25
05	TITEL=Pflegezeit* ODER TITEL=Pflegeleistung* ODER TITEL=Pflegemaßnahm* ODER TITEL=Pflegeintervention* ODER TITEL=Pflegetätigkeit* ODER TITEL=Pflegeaufwand*	181
06	05 UND 02 (ABSTRACT=Erfass* ODER ABSTRACT=Nachweis* ODER ABSTRACT=Mess* ODER ABSTRACT=Erheb* ODER ABSTRACT=Ermitt*) UND (TITEL=Pflegezeit* ODER TITEL=Pflegeleistung* ODER TITEL=Pflegemaßnahm* ODER TITEL=Pflegeintervention* ODER TITEL=Pflegetätigkeit* ODER TITEL=Pflegeaufwand*)	29
07	TITEL= Zeiterfassung* ODER TITEL=Leistungserfassung* ODER TITEL=Maßnahmenerfassung* ODER TITEL=Interventionserfassung* ODER TITEL=Tätigkeitserfassung* ODER TITEL=Aufwandserfassung* ODER TITEL=Zeitnachweis* ODER TITEL=Leistungsnachweis* ODER TITEL=Maßnahmennachweis* ODER TITEL=Interventionsnachweis* ODER TITEL=Tätigkeitsnachweis* ODER TITEL=Aufwandsnachweis* ODER TITEL=Zeitmessung* ODER TITEL=Leistungsmessung* ODER TITEL=Maßnahmenmessung* ODER TITEL=Interventionsmessung* ODER TITEL=Tätigkeitsmessung* ODER TITEL=Aufwandsmessung* ODER TITEL=Zeiterhebung* ODER TITEL=Leistungserhebung* ODER TITEL=Maßnahmenerhebung* ODER TITEL=Interventionserhebung* ODER TITEL=Tätigkeitserhebung* ODER TITEL=Aufwandserhebung* ODER TITEL=Zeitermittlung* ODER TITEL=Leistungsermittlung* ODER TITEL=Maßnahmenermittlung* ODER TITEL=Interventionsermittlung* ODER TITEL=Tätigkeitsermittlung* ODER TITEL=Aufwandsermittlung*	91
08	07 UND 03 TITEL=Pflege UND (TITEL= Zeiterfassung* ODER TITEL=Leistungserfassung* ODER TITEL=Maßnahmenerfassung* ODER TITEL=Interventionserfassung* ODER TITEL=Tätigkeitserfassung* ODER TITEL=Aufwandserfassung* ODER TITEL=Zeitnachweis* ODER TITEL=Leistungsnachweis* ODER TITEL=Maßnahmennachweis* ODER TITEL=Interventionsnachweis* ODER	14

	<p>TITEL=Tätigkeitsnachweis* ODER TITEL=Aufwandsnachweis* ODER TITEL=Zeitmessung* ODER TITEL=Leistungsmessung* ODER TITEL=Maßnahmenmessung* ODER TITEL=Interventionsmessung* ODER TITEL=Tätigkeitsmessung* ODER TITEL=Aufwandsmessung* ODER TITEL=Zeiterhebung* ODER TITEL=Leistungserhebung* ODER TITEL=Maßnahmenerhebung* ODER TITEL=Interventionserhebung* ODER TITEL=Tätigkeitserhebung* ODER TITEL=Aufwandserhebung* ODER TITEL=Zeitermittlung* ODER TITEL=Leistungsermittlung* ODER TITEL=Maßnahmenermittlung* ODER TITEL=Interventionsermittlung* ODER TITEL=Tätigkeitsermittlung* ODER TITEL=Aufwandsermittlung*)</p>	
09	<p>ABSTRACT=Pflegezeiterfassung* ODER ABSTRACT=Pflegeleistungserfassung* ODER ABSTRACT=Pflegemaßnahmenerfassung* ODER ABSTRACT=Pflegeinterventionserfassung* ODER ABSTRACT=Pflegetätigkeitserfassung* ODER ABSTRACT=Pflegeaufwandserfassung* ODER ABSTRACT=Pflegezeitnachweis* ODER ABSTRACT=Pflegeleistungsnachweis* ODER ABSTRACT=Pflegemaßmennachweis* ODER ABSTRACT=Pflegeinterventionsnachweis* ODER ABSTRACT=Pflegetätigkeitsnachweis* ODER ABSTRACT=Pflegeaufwandsnachweis* ODER ABSTRACT=Pflegezeitmessung* ODER ABSTRACT=Pflegeleistungsmessung* ODER ABSTRACT=Pflegemaßnahmenmessung* ODER ABSTRACT=Pflegeinterventionsmessung* ODER ABSTRACT=Pflegetätigkeitsmessung* ODER ABSTRACT=Pflegeaufwandsmessung* ODER ABSTRACT=Pflegezeiterhebung* ODER ABSTRACT=Pflegeleistungserhebung* ODER ABSTRACT=Pflegemaßnahmenerhebung* ODER ABSTRACT=Pflegeinterventionserhebung* ODER ABSTRACT=Pflegetätigkeitserhebung* ODER ABSTRACT=Pflegeaufwandserhebung* ODER ABSTRACT=Pflegezeitermittlung* ODER ABSTRACT=Pflegeleistungsermittlung* ODER ABSTRACT=Pflegemaßnahmenermittlung* ODER ABSTRACT=Pflegeinterventionsermittlung* ODER ABSTRACT=Pflegetätigkeitsermittlung* ODER ABSTRACT=Pflegeaufwandsermittlung* ODER</p>	3
10	<p>04 UND 06 UND 08 UND 09 ((TITEL=Pflege) UND (ABSTRACT=Erfass* ODER ABSTRACT=Nachweis* ODER ABSTRACT=Mess* ODER ABSTRACT=Erheb* ODER ABSTRACT=Ermitt*)) UND (TITEL=Zeit* ODER TITEL=Leistung* ODER TITEL=Maßnahm* ODER TITEL=Intervention* ODER TITEL=Tätigkeit* ODER TITEL=Aufwand* ODER TITEL=Aufwendungen)) ODER ((ABSTRACT=Erfass* ODER ABSTRACT=Nachweis* ODER ABSTRACT=Mess* ODER ABSTRACT=Erheb* ODER ABSTRACT=Ermitt*)) UND (ABSTRACT=Pflegezeit* ODER ABSTRACT=Pflegeleistung* ODER ABSTRACT=Pflegemaßnahm* ODER ABSTRACT=Pflegeintervention* ODER ABSTRACT=Pflegetätigkeit* ODER ABSTRACT=Pflegeaufwand*)) ODER (TITEL=Pflege UND (TITEL= Zeiterfassung* ODER TITEL=Leistungserfassung* ODER TITEL=Maßnahmenerfassung* ODER TITEL=Interventionserfassung* ODER TITEL=Tätigkeitserfassung* ODER TITEL=Aufwandserfassung* ODER TITEL=Zeitnachweis* ODER TITEL=Leistungsnachweis* ODER TITEL=Maßnahmennachweis* ODER TITEL=Interventionsnachweis* ODER TITEL=Tätigkeitsnachweis* ODER TITEL=Aufwandsnachweis* ODER TITEL=Zeitmessung* ODER TITEL=Leistungsmessung* ODER TITEL=Maßnahmenmessung* ODER TITEL=Interventionsmessung* ODER TITEL=Tätigkeitsmessung* ODER TITEL=Aufwandsmessung* ODER TITEL=Zeiterhebung* ODER TITEL=Leistungserhebung* ODER TITEL=Maßnahmenerhebung* ODER TITEL=Interventionserhebung* ODER TITEL=Tätigkeitserhebung* ODER TITEL=Aufwandserhebung* ODER TITEL=Zeitermittlung* ODER</p>	133

	TITEL=Leistungsermittlung* ODER TITEL=Maßnahmenermittlung* ODER TITEL=Interventionsermittlung* ODER TITEL=Tätigkeitsermittlung* ODER TITEL=Aufwandsermittlung*) ODER (ABSTRACT=Pflegezeiterfassung* ODER ABSTRACT=Pflegeleistungserfassung* ODER ABSTRACT=Pflegemaßnahmenerfassung* ODER ABSTRACT=Pflegeinterventionserfassung* ODER ABSTRACT=Pflegetätigkeitserfassung* ODER ABSTRACT=Pflegeaufwandserfassung* ODER ABSTRACT=Pflegezeitnachweis* ODER ABSTRACT=Pflegeleistungsnachweis* ODER ABSTRACT=Pflegemaßnahmennachweis* ODER ABSTRACT=Pflegeinterventionsnachweis* ODER ABSTRACT=Pflegetätigkeitsnachweis* ODER ABSTRACT=Pflegeaufwandsnachweis* ODER ABSTRACT=Pflegezeitmessung* ODER ABSTRACT=Pflegeleistungsmessung* ODER ABSTRACT=Pflegemaßnahmenmessung* ODER ABSTRACT=Pflegeinterventionsmessung* ODER ABSTRACT=Pflegetätigkeitsmessung* ODER ABSTRACT=Pflegeaufwandsmessung* ODER ABSTRACT=Pflegezeiterhebung* ODER ABSTRACT=Pflegeleistungserhebung* ODER ABSTRACT=Pflegemaßnahmenerhebung* ODER ABSTRACT=Pflegeinterventionserhebung* ODER ABSTRACT=Pflegetätigkeitserhebung* ODER ABSTRACT=Pflegeaufwandsmessung* ODER ABSTRACT=Pflegezeitermittlung* ODER ABSTRACT=Pflegeleistungsermittlung* ODER ABSTRACT=Pflegemaßnahmenermittlung* ODER ABSTRACT=Pflegeinterventionsermittlung* ODER ABSTRACT=Pflegetätigkeitsermittlung* ODER ABSTRACT=Pflegeaufwandsermittlung*)	
11	(10) UND ERSCHIENEN>=2000	95

Tabelle 6: Suchverlauf CareLit (deutsche Suchbegriffe)

Es wurden 5 Titel in Citavi importiert

Fragestellung A – Instrumente – Englisch

Fragestellung

Mit welchen Instrumenten lassen sich zeitliche Aufwendungen für pflegerische Handlungen erfassen und welche Leistungskataloge sind in diesen Instrumenten hinterlegt?

Recherchekomponente 1 Leistungserfassung / Zeiterfassung
Personalbedarfserhebung

Recherchekomponente 2 Pflege

Pflegerische Zeit	care	time recording
Pflegezeit	nursing	time registration
A	caregiving	time reporting
		time measure
		period recording
		period registration
		period reporting
		period measure
	"time recording" OR "time registration" OR "time reporting" OR "time measure" OR "period recording" OR "period registration" OR "period reporting" OR "period measure"	
Pflegerische Leistungen		services recording
Pflegeleistungen		services registration

A	services reporting services measure
	"services recording" OR "services reporting" OR "services registration" OR "services measure"
Pflegerische Maßnahmen Pflegetätigkeiten A	procedures recording procedures registration procedures reporting procedures measure
	"procedures recording" OR "procedures registration" OR "procedures reporting" OR "procedures measure"
Pflegerische Tätigkeiten Pflegetätigkeiten A	activity recording activity reporting activity registration activity measure
	"activity recording" OR "activity registration" OR "activity reporting" OR "activity measure"
Pflegerische Interventionen Pflegetätigkeiten A	interventions recording interventions reporting interventions registration interventions measure
	"interventions recording" OR "interventions registration" OR "interventions reporting" OR "interventions measure"
Pflegerischer Aufwand Pflegetätigkeiten A	expense recording expense reporting expense registration expense measure effort recording effort reporting effort registration effort measure
	"expense recording" OR "expense registration" OR "expense reporting" OR "expense measure" OR "effort recording" OR "effort registration" OR "effort reporting" OR "effort measure"

Pflegerische Zeit Pflegetätigkeiten B	care time nursing time nursing care time caregiving time time for nursing care care period nursing period nursing care period caregiving period period for nursing care	recording reporting registration measure
	TI=("care time" OR "nursing time" OR "nursing care time" OR "caregiving time" OR "time for nursing care" OR "care times" OR "nursing times" OR "nursing care times" OR "caregiving times" OR "times for nursing care" OR "care period" OR "nursing period" OR "caregiving period" OR "care periods" OR "nursing periods" OR "caregiving periods")	
Pflegerische Leistungen Pflegetätigkeiten B	nursing care services nursing care nursing services caregiving services	
	TI=("nursing care services" OR "nursing care" OR "nursing services" OR "caregiving services")	

Pflegerische Maßnahmen Pflegetätigkeiten B	care procedures nursing procedures nursing care procedures caregiving procedures
	TI=("care procedures" OR "nursing procedures" OR "nursing care procedures" OR "caregiving procedures")
Pflegerische Tätigkeiten Pflegetätigkeiten B	care activities nursing activities nursing care activities caregiving activities
	TI=("care activities" OR "nursing activities" OR "nursing care activities" OR "caregiving activities")
Pflegerische Interventionen Pflegetätigkeiten B	care interventions nursing interventions nursing care interventions caregiving interventions
	TI=("care interventions" OR "nursing interventions" OR "nursing care interventions" OR "caregiving interventions")
Pflegerischer Aufwand Pflegetätigkeiten B	care expense nursing expense nursing care expense caregiving expense care effort nursing effort nursing care effort caregiving effort the level of care the level of nursing the level of nursing care the level of caregiving
	TI=("care expense" OR "nursing expense" OR "nursing care expense" OR "caregiving expense" OR "care effort" OR "nursing effort" OR "nursing care effort" OR "caregiving effort" OR "the level of care" OR "the level of nursing" OR "the level of nursing care" OR "the level of caregiving")

Suchverlauf MedPilot (englische Suchbegriffe) 12.02.2014

Datenbanken begrenzen auf: Current Contents, DissOnline, EZB, HECLINET, Katalog der NLM, Katalog der ZB MED, MEDLINE, Verlagsdaten

Nr.	Suchformulierung	Treffer
	Linie A	
01	TI=(care OR nursing OR caregiving)	1132996
02	"time recording" OR "time registration" OR "time reporting" OR "time measure" OR "period recording" OR "period registration" OR "period reporting" OR "period measure"	536
03	"services recording" OR "services reporting" OR "services registration" OR "services measure"	49
04	"procedures recording" OR "procedures registration" OR "procedures reporting" OR "procedures measure"	55
05	"activity recording" OR "activity registration" OR "activity reporting" OR "activity measure"	574
06	"interventions recording" OR "interventions registration" OR "interventions reporting" OR "interventions measure"	45
07	"expense recording" OR "expense registration" OR "expense reporting" OR	26

	"expense measure" OR "effort recording" OR "effort registration" OR "effort reporting" OR "effort measure"	
08	02 OR 03 OR 04 OR 05 OR 06 OR 07 ((((("time recording" OR "time registration" OR "time reporting" OR "time measure" OR "period recording" OR "period registration" OR "period reporting" OR "period measure") OR ("services recording" OR "services reporting" OR "services registration" OR "services measure")) OR ("procedures recording" OR "procedures registration" OR "procedures reporting" OR "procedures measure")) OR ("activity recording" OR "activity registration" OR "activity reporting" OR "activity measure")) OR ("interventions recording" OR "interventions registration" OR "interventions reporting" OR "interventions measure")) OR ("expense recording" OR "expense registration" OR "expense reporting" OR "expense measure" OR "effort recording" OR "effort registration" OR "effort reporting" OR "effort measure")	1310
09	01 AND 08 (TI=(care OR nursing OR caregiving)) AND (((("time recording" OR "time registration" OR "time reporting" OR "time measure" OR "period recording" OR "period registration" OR "period reporting" OR "period measure") OR ("services recording" OR "services reporting" OR "services registration" OR "services measure")) OR ("procedures recording" OR "procedures registration" OR "procedures reporting" OR "procedures measure")) OR ("activity recording" OR "activity registration" OR "activity reporting" OR "activity measure")) OR ("interventions recording" OR "interventions registration" OR "interventions reporting" OR "interventions measure")) OR ("expense recording" OR "expense registration" OR "expense reporting" OR "expense measure" OR "effort recording" OR "effort registration" OR "effort reporting" OR "effort measure"))	77
	Linie B	
10	TI=("care time" OR "nursing time" OR "nursing care time" OR "caregiving time" OR "time for nursing care" OR "care times" OR "nursing times" OR "nursing care times" OR "caregiving times" OR "times for nursing care" OR "care period" OR "nursing period" OR "caregiving period" OR "care periods" OR "nursing periods" OR "caregiving periods")	343
11	TI=("nursing care services" OR "nursing services" OR "caregiving services")	1139
12	TI=("care procedures" OR "nursing procedures" OR "nursing care procedures" OR "caregiving procedures")	351
13	TI=("care activities" OR "nursing activities" OR "nursing care activities" OR "caregiving activities")	883
14	TI=("care interventions" OR "nursing interventions" OR "nursing care interventions" OR "caregiving interventions")	883
15	TI=("care expense" OR "nursing expense" OR "nursing care expense" OR "caregiving expense" OR "care effort" OR "nursing effort" OR "nursing care effort" OR "caregiving effort" OR "the level of care" OR "the level of nursing" OR "the level of nursing care" OR "the level of caregiving")	48
16	(TI=(recording OR reporting OR registration OR measure))	2464714
17	10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14 OR 15	3644
18	17 AND 16 ((((TI=("care time" OR "nursing time" OR "nursing care time" OR "caregiving time" OR "time for nursing care" OR "care times" OR "nursing times" OR "nursing care times" OR "caregiving times" OR "times for nursing care" OR "care period" OR "nursing period" OR "caregiving period" OR "care periods" OR "nursing periods" OR "caregiving periods")) OR (TI=("nursing care services" OR "nursing services" OR "caregiving services")))) OR (TI=("care procedures" OR "nursing procedures" OR "nursing care procedures" OR "caregiving procedures")) OR (TI=("care activities" OR "nursing activities" OR "nursing care activities" OR "caregiving activities")))) OR (TI=("care interventions" OR "nursing interventions" OR "nursing care interventions" OR "caregiving interventions")) OR (TI=("care expense" OR "nursing expense" OR "nursing	1011

	care expense" OR "caregiving expense" OR "care effort" OR "nursing effort" OR "nursing care effort" OR "caregiving effort" OR "the level of care" OR "the level of nursing" OR "the level of nursing care" OR "the level of caregiving")) AND (TI=(recording OR reporting OR registration OR measure))	
19	09 OR 18	1087
20	19 AND LA=eng AND PY=2000:2014 (((TI=(care OR nursing OR caregiving)) AND (((("time recording" OR "time registration" OR "time reporting" OR "time measure" OR "period recording" OR "period registration" OR "period reporting" OR "period measure") OR ("services recording" OR "services reporting" OR "services registration" OR "services measure")) OR ("procedures recording" OR "procedures registration" OR "procedures reporting" OR "procedures measure")) OR ("activity recording" OR "activity registration" OR "activity reporting" OR "activity measure")) OR ("interventions recording" OR "interventions registration" OR "interventions reporting" OR "interventions measure")) OR ("expense recording" OR "expense registration" OR "expense reporting" OR "expense measure" OR "effort recording" OR "effort registration" OR "effort reporting" OR "effort measure")))) OR ((((((TI=("care time" OR "nursing time" OR "nursing care time" OR "caregiving time" OR "time for nursing care" OR "care times" OR "nursing times" OR "nursing care times" OR "caregiving times" OR "times for nursing care" OR "care period" OR "nursing period" OR "caregiving period" OR "care periods" OR "nursing periods" OR "caregiving periods")) OR (TI=("nursing care services" OR "nursing services" OR "caregiving services")))) OR (TI=("care procedures" OR "nursing procedures" OR "nursing care procedures" OR "caregiving procedures")))) OR (TI=("care activities" OR "nursing activities" OR "nursing care activities" OR "caregiving activities")))) OR (TI=("care interventions" OR "nursing interventions" OR "nursing care interventions" OR "caregiving interventions")))) OR (TI=("care expense" OR "nursing expense" OR "nursing care expense" OR "caregiving expense" OR "care effort" OR "nursing effort" OR "nursing care effort" OR "caregiving effort" OR "the level of care" OR "the level of nursing" OR "the level of nursing care" OR "the level of caregiving")))) AND (TI=(recording OR reporting OR registration OR measure)))) AND LA=eng AND PY=2000:2014	213

Tabelle 7: Suchverlauf MEDPilot (englische Suchbegriffe)

Es wurden 90 Titel in Citavi importiert (nach Sichten von Titel und ggf. Abstract)

Suchverlauf Gerolit (englische Suchbegriffe) 12.02.2014

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	suchen [und] ([TIT] Titel (Stichwort)) care OR nursing OR caregiving	8328
	suchen [und] ([ALL] Alle Wörter) "time recording" OR "time registration" OR "time reporting" OR "time measure" OR "period recording" OR "period registration" OR "period reporting" OR "period measure"	0
	suchen [und] ([ALL] Alle Wörter) "services recording" OR "services reporting" OR "services registration" OR "services measure"	0
	suchen [und] ([ALL] Alle Wörter) "procedures recording" OR "procedures registration" OR "procedures reporting" OR "procedures measure"	0
02	suchen [und] ([ALL] Alle Wörter) "activity recording" OR "activity registration" OR "activity reporting" OR "activity measure"	2
	suchen [und] ([ALL] Alle Wörter) "interventions recording" OR "interventions registration" OR "interventions"	0

	reporting" OR "interventions measure"	
	suchen [und] ([ALL] Alle Wörter) "expense recording" OR "expense registration" OR "expense reporting" OR "expense measure" OR "effort recording" OR "effort registration" OR "effort reporting" OR "effort measure"	0
	suchen [und] s1 & s2	0
03	suchen [und] ([ALL] Alle Wörter) "care time" OR "nursing time" OR "nursing care time" OR "caregiving time" OR "time for nursing care" OR "care times" OR "nursing times" OR "nursing care times" OR "caregiving times" OR "times for nursing care" OR "care period" OR "nursing period" OR "caregiving period" OR "care periods" OR "nursing periods" OR "caregiving periods"	3
04	suchen [und] ([ALL] Alle Wörter) "nursing care services" OR "nursing services" OR "caregiving services"	19
05	suchen [und] ([ALL] Alle Wörter) "care procedures" OR "nursing procedures" OR "nursing care procedures" OR "caregiving procedures"	1
06	suchen [und] ([ALL] Alle Wörter) "care activities" OR "nursing activities" OR "nursing care activities" OR "caregiving activities"	43
07	suchen [und] ([ALL] Alle Wörter) "care interventions" OR "nursing interventions" OR "nursing care interventions" OR "caregiving interventions"	3
08	suchen [und] ([ALL] Alle Wörter) "care expense" OR "nursing expense" OR "nursing care expense" OR "caregiving expense" OR "care effort" OR "nursing effort" OR "nursing care effort" OR "caregiving effort" OR "the level of care" OR "the level of nursing" OR "the level of nursing care" OR "the level of caregiving"	7
09	suchen [und] ([ALL] Alle Wörter) recording OR reporting OR registration OR measure	190
10	suchen [und] s8 s7 s6 s5 s4 s3	75
11	suchen [und] s10 & s9	1

Tabelle 8: Suchverlauf Gerolit (englische Suchbegriffe)

Es wurde kein Titel in Citavi importiert

Suchverlauf DIMDI (englische Suchbegriffe) 04.02.2014

Datenbankauswahl: CCMED (CC00); Cochrane (CCTR93, CDSR93); Database (CDAR94); EMBASE (EM00, EM47, EA08); GLOBAL Health (AZ72); gms (GA03, GM03); MEDIKAT (MK77); MEDLINE (ME00, ME60); PsycINFO (PI67); PSYINDEX (PY81)

Suchmaske: Expertensuche

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	Öffnung der Datenbanken	
02	(care OR nursing OR caregiving)/(TI)	1102120
03	"time recording" OR "time registration" OR "time reporting" OR "time measure" OR "period recording" OR "period registration" OR "period reporting" OR "period measure"	1492
04	"services recording" OR "services reporting" OR "services registration" OR "services measure"	95
05	"procedures recording" OR "procedures registration" OR "procedures reporting" OR "procedures measure"	97
06	"activity recording" OR "activity registration" OR "activity reporting" OR "activity measure"	1491
07	"interventions recording" OR "interventions registration" OR "interventions reporting" OR "interventions measure"	106

08	"expense recording" OR "expense registration" OR "expense reporting" OR "expense measure" OR "effort recording" OR "effort registration" OR "effort reporting" OR "effort measure"	69
09	3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8	3344
10	2 AND 9	105
11	("care time" OR "nursing time" OR "nursing care time" OR "caregiving time" OR "time for nursing care" OR "care times" OR "nursing times" OR "nursing care times" OR "caregiving times")/(TI) geteilt in 11 und 12	529
12	("times for nursing care" OR "care period" OR "nursing period" OR "caregiving period" OR "care periods" OR "nursing periods" OR "caregiving periods")/(TI) Fortsetzung 11	93
13	("nursing care services" OR "nursing services" OR "caregiving services")/(TI)	2035
14	("care procedures" OR "nursing procedures" OR "nursing care procedures" OR "caregiving procedures")/(TI)	382
15	("care activities" OR "nursing activities" OR "nursing care activities" OR "caregiving activities")/(TI)	1844
16	("care interventions" OR "nursing interventions" OR "nursing care interventions" OR "caregiving interventions")/(TI)	1949
17	("care expense" OR "nursing expense" OR "nursing care expense" OR "caregiving expense" OR "care effort")/(TI) geteilt in 17 und 18	34
18	("nursing effort" OR "nursing care effort" OR "caregiving effort" OR "the level of care" OR "the level of nursing" OR "the level of nursing care" OR "the level of caregiving")/(TI) Fortsetzung 17	654
19	(recording OR reporting OR registration OR measure)/(TI;AB)	1587265
20	11 OR 12 OR 13 OR 14 OR 15 OR 16 OR 17 OR 18	7509
21	20 AND 19	350

Tabelle 9: Suchverlauf DIMDI (englische Suchbegriffe)

Es wurden 19 Titel in Citavi importiert

Suchverlauf CINAHL (deutsche Suchbegriffe)

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	Titel care OR nursing OR caregiving	293434
02	"time recording" OR "time registration" OR "time reporting" OR "time measure" OR "period recording" OR "period registration" OR "period reporting" OR "period measure"	75
03	"services recording" OR "services reporting" OR "services registration" OR "services measure"	18
04	"procedures recording" OR "procedures registration" OR "procedures reporting" OR "procedures measure"	3
05	"activity recording" OR "activity registration" OR "activity reporting" OR "activity measure"	174
06	"interventions recording" OR "interventions registration" OR "interventions reporting" OR "interventions measure"	5
07	"expense recording" OR "expense registration" OR "expense reporting" OR "expense measure" OR "effort recording" OR "effort registration" OR "effort reporting" OR "effort measure"	1
08	2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7	274
09	2 AND 9	28
10	Titel "care time" OR "nursing time" OR "nursing care time" OR "caregiving time" OR	292

	"time for nursing care" OR "care times" OR "nursing times" OR "nursing care times" OR "caregiving times" OR "times for nursing care" OR "care period" OR "nursing period" OR "caregiving period" OR "care periods" OR "nursing periods" OR "caregiving periods"	
11	Titel "nursing care services" OR "nursing services" OR "caregiving services"	494
12	Titel "care procedures" OR "nursing procedures" OR "nursing care procedures" OR "caregiving procedures"	122
13	Titel "care activities" OR "nursing activities" OR "nursing care activities" OR "caregiving activities"	212
14	Titel "care interventions" OR "nursing interventions" OR "nursing care interventions" OR "caregiving interventions"	1188
15	Titel "care expense" OR "nursing expense" OR "nursing care expense" OR "caregiving expense" OR "care effort" OR "nursing effort" OR "nursing care effort" OR "caregiving effort" OR "the level of care" OR "the level of nursing" OR "the level of nursing care" OR "the level of caregiving"	194
16	recording OR reporting OR registration OR measure	86988
17	10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14 OR 15	2493
18	20 AND 19	99
20	09 OR 18	125
21	20 AND PY > 2000	80

Tabelle 10: Suchverlauf CINAHL (englische Suchbegriffe)

Es wurden 7 Titel in Citavi importiert

Fragestellung B – Leistungskataloge – Deutsch

Fragestellung

Welche Leistungskataloge werden in der Pflege zugrunde gelegt, um pflegerische Leistungen zu erfassen?

Recherchekomponente 1 Leistungskataloge / Klassifikationssysteme

Recherchekomponente 2 Pflege

Komponente 1	Komponente 2
Leistungskataloge	Pflege
Maßnahmenkatalog	
Tätigkeitskatalog	
Klassifikationssysteme	
Systematisierung	
Pflegeklassifikationssysteme	
Pflegeklassifikation	
Pflegeleistungskataloge	
Pflegemaßnahmenkataloge	
Pflegetätigkeitskataloge	
Kataloge	Pflegeleistungen Pflegemaßnahmen Pflegetätigkeiten

Tabelle 11: Recherchekomponenten – Pflegeleistungskataloge

Suchverlauf MedPilot (deutsche Suchbegriffe) 11.02.2014

Datenbanken begrenzen auf: Current Contents, DissOnline, EZB, HECLINET, Katalog der NLM, Verlagsdaten,

Katalog der ZB MED

Nr.	Suchformulierung	Treffer
Recherche Komponente 1 – Begriffe und Begriffskombinationen		
01	TI=(Leistungskatalog* OR Maßnahmenkatalog* OR Tätigkeitskatalog* OR Klassifikationssystem* OR Systematisier*)	404
02	TI=Pflege	233554
03	01 AND 02	70
04	Schulung* OR Pflegeversicherung OR Gesundheitssystem OR Medizinrecht	58059
05	03 NOT 04	65
06	05 AND PY=2008:2014 (((TI=(Leistungskatalog* OR Maßnahmenkatalog* OR Tätigkeitskatalog* OR Klassifikationssystem* OR Systematisier*)) AND TI=Pflege) NOT (Schulung* OR Pflegeversicherung OR Gesundheitssystem OR Medizinrecht)) AND PY=2008:2014	8
07	Pflegeklassifikation OR Pflegeleistungskatalog OR Pflegemaßnahmenkatalog OR Pfl egetätigkeitskatalog	1992
08	07 NOT 04	1583
09	08 AND PY=2008:2014 ((Pflegeklassifikation OR Pflegeleistungskatalog OR Pflegemaßnahmenkatalog OR Pfl egetätigkeitskatalog) NOT (Schulung* OR Pflegeversicherung OR Gesundheitssystem OR Medizinrecht)) AND PY=2008:2014	335
10	Kataloge	11674
11	Pflegeleistungen OR Pflegemaßnahmen OR Pfl egetätigkeiten	36759
12	10 AND 11	482
13	12 NOT 04	286
14	AND PY=2008:2014 ((Kataloge AND (Pflegeleistungen OR Pflegemaßnahmen OR Pfl egetätigkeiten)) NOT (Schulung* OR Pflegeversicherung OR Gesundheitssystem OR Medizinrecht)) AND PY=2008:2014	42
15	06 OR 09 OR 14	375
16	15 AND LA=ger ((((TI=(Leistungskatalog* OR Maßnahmenkatalog* OR Tätigkeitskatalog* OR Klassifikationssystem* OR Systematisier*)) AND TI=Pflege) NOT (Schulung* OR Pflegeversicherung OR Gesundheitssystem OR Medizinrecht)) AND PY=2008:2014) OR (((Pflegeklassifikation OR Pflegeleistungskatalog OR Pflegemaßnahmenkatalog OR Pfl egetätigkeitskatalog) NOT (Schulung* OR Pflegeversicherung OR Gesundheitssystem OR Medizinrecht)) AND PY=2008:2014)) OR (((Kataloge AND (Pflegeleistungen OR Pflegemaßnahmen OR Pfl egetätigkeiten)) NOT (Schulung* OR Pflegeversicherung OR Gesundheitssystem OR Medizinrecht)) AND PY=2008:2014)) AND LA=ger	165

Tabelle 12: Suchverlauf MEDPilot (deutsche Suchbegriffe)

Ausgeschlossene Literatur:

- nicht pflegebezogene Klassifizierungen
- spezielle Klassifizierungen (z. B. Wunden)

Es wurden 31 Titel in Citavi importiert (nach Sichten von Titel und ggf. Abstract)

Suchverlauf GeroLit (deutsche Suchbegriffe) 20.02.2014

Nr.	Suchformulierung	Treffer
Recherche Komponente 1 – Begriffe und Begriffskombinationen		
01	suchen [und] ([TIT] Titel (Stichwort)) Leistungskatalog* OR Maßnahmenkatalog* OR Tätigkeitskatalog* OR Klassifi* OR Systematisier* OR Katalog*	138
02	eingrenzen ([ALL] Alle Wörter) Pflege*	43

03	suchen [und] ([ALL] Alle Wörter) Pflegeklassifikation* OR Pflegeleistungskatalog* OR Pflegemaßnahmenkatalog* OR Pflegetätigkeitskatalog* OR Pflegekatalog	11
04	suchen [und] s2 s3	52

Tabelle 13: Suchverlauf GeroLit (deutsche Suchbegriffe)

Es wurden 52 Titel in Citavi importiert

Suchverlauf DIMDI (deutsche Suchbegriffe) 21.02.2014

Datenbankauswahl: CCMED (CC00); Cochrane (CCTR93, CDSR93); Database (CDAR94); EMBASE (EM00, EM47, EA08); GLOBAL Health (AZ72); gms (GA03, GM03); MEDIKAT (MK77); MEDLINE (ME00, ME60); PsycINFO (PI67); PSYINDEX (PY81)

Nr.	Suchformulierung	Treffer
Recherche Komponente 1 – Begriffe und Begriffskombinationen		
01	(Leistungskatalog? OR Maßnahmenkatalog? OR Tätigkeitskatalog? OR Klassifi? OR Systematisier? OR Katalog?)/(TI)	13324
02	Pflege?/(TI)	32389
03	01 AND 02	87
04	Pflegeklassifikation? OR Pflegeleistungskatalog? OR Pflegetätigkeitskatalog? OR Pflegekatalog?	20
05	03 OR 04	107

Tabelle 14: Suchverlauf DIMDI (deutsche Suchbegriffe)

Es wurden 50 Titel in Citavi importiert

Suchverlauf CareLit (deutsche Suchbegriffe) 21.02.2014

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	TITEL=Leistungskatalog* ODER TITEL=Maßnahmenkatalog* ODER TITEL=Tätigkeitskatalog* ODER TITEL=Klassifi* ODER TITEL=Systematisier* ODER TITEL=Katalog*	176
02	TITEL=Pflege*	17468
03	01 UND 02 (TITEL=Leistungskatalog* ODER TITEL=Maßnahmenkatalog* ODER TITEL=Tätigkeitskatalog* ODER TITEL=Klassifi* ODER TITEL=Systematisier* ODER TITEL=Katalog*) UND TITEL=Pflege*	46
04	Pflegeklassifikation*	25
05	Pflegeleistungskatalog*	1
06	Pflegemaßnahmenkatalog*	0
07	Pflegetätigkeitskatalog*	0
08	Pflegekatalog*	2

Tabelle 15: Suchverlauf CareLit (deutsche Suchbegriffe)

Es wurden 15 Titel in Citavi importiert

Fragestellung B – Leistungskataloge – Englisch

Fragestellung

Welche Leistungskataloge werden in der Pflege zugrunde gelegt, um pflegerische Leistungen zu erfassen?

Recherchekomponente 1 Leistungskataloge

Leistungskataloge, Maßnahmenkataloge, Tätigkeitskataloge

Recherchekomponente 2 Pflege

Komponente 1a	Komponente 1b	Komponente 2
---------------	---------------	--------------

service	catalog*	nursing
coverage	range*	caregiving
performance	list*	
measure		
activity		

Tabelle 16: Recherchekomponenten – Pflegeleistungskataloge

Suchverlauf MedPilot (englische Suchbegriffe) 12.02.2014

Datenbanken begrenzen auf: Current Contents, DissOnline, EZB, HECLINET, Katalog der NLM, Katalog der ZB MED, MEDLINE, Verlagsdaten

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	(TI=(service OR coverage OR performance OR measure OR activity) AND LA=eng) AND PY=2003:2014	25591
02	(TI=(catalog* OR range* OR list*) AND LA=eng) AND PY=2003:2014	1073
03	(TI=(nursing OR caregiving) AND LA=eng) AND PY=2003:2014	6466
04	01 AND 02 ((TI=(service OR coverage OR performance OR measure OR activity) AND LA=eng) AND PY=2003:2014) AND ((TI=(catalog* OR range* OR list*) AND LA=eng) AND PY=2003:2014)	76
05	04 AND 03 (((TI=(service OR coverage OR performance OR measure OR activity) AND LA=eng) AND PY=2003:2014) AND ((TI=(catalog* OR range* OR list*) AND LA=eng) AND PY=2003:2014)) AND ((TI=(nursing OR caregiving) AND LA=eng) AND PY=2003:2014)	1

Tabelle 17: Suchverlauf MEDPilot (englische Suchbegriffe)

Es wurde kein Titel in Citavi importiert

Suchverlauf Gerolit (englische Suchbegriffe) 12.02.2014

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	suchen [und] ([TIT] Titel (Stichwort)) service OR coverage OR performance OR measure OR activity	2050
02	suchen [und] ([TIT] Titel (Stichwort)) catalog* OR range* OR list*	105
03	suchen [und] ([TIT] Titel (Stichwort)) nursing OR caregiving	2695
04	01 AND 02	2

Tabelle 18: Suchverlauf Gerolit (englische Suchbegriffe)

Es wurde kein Titel in Citavi importiert

Suchverlauf DIMDI (englische Suchbegriffe) 04.02.2014

Datenbankauswahl: CCMED (CC00); Cochrane (CTTR93, CDSR93); Database (CDAR94); EMBASE (EM00, EM47, EA08); GLOBAL Health (AZ72); gms (GA03, GM03); MEDIKAT (MK77); MEDLINE (ME00, ME60); PsycINFO (PI67); PSYINDEX (PY81)

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01		
02	(service OR coverage OR performance OR measure OR activity)/(TI)	1706961
03	(catalog* OR range* OR list*)/(TI)	134250
04	nursing OR caregiving	1088364
05	02 AND 03	3994
06	04 AND 05 AND PY=2000 to 2014 AND LA=ENGLISH	29

Tabelle 19: Suchverlauf DIMDI (englische Suchbegriffe)

Es wurde kein Titel in Citavi importiert

Suchverlauf CINAHL (englische Suchbegriffe)

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	TI service OR coverage OR performance OR measure OR activity	66719
02	TI catalog* OR range* OR list*	9658
03	TX nursing OR caregiving	995380
04	01 AND 02	206
05	03 AND 04	34

Tabelle 20: Suchverlauf CINAHL (deutsche Suchbegriffe)

Es wurde kein Titel in Citavi importiert

Fragestellung C – Instrumente – Deutsch

Fragestellung

Mit welchen Instrumenten werden Personalbedarfe in der Pflege erhoben?

Recherchekomponente 1 Personalbedarf erheben / Personalbemessung

Recherchekomponente 2 Pflege

Komponente 1a	Komponente 1b	Komponente 2
Personal	Erheben / Erhebung	Pflege
Personalbedarf	Messen / Messung	
Personalaufwand	Erfassen / Erfassung	
Personalausstattung	Ermitteln / Ermittlung	
Personalbesetzung		
Pflegepersonal	Erheben / Erhebung	
Pflegepersonalbedarf	Messen / Messung	
Pflegepersonalaufwand	Erfassen / Erfassung	
Pflegepersonalausstattung	Ermitteln / Ermittlung	
g		
Pflegepersonalbesetzung	Personalerhebung Personalmessung Personalbemessung Personalerfassung Personalermittlung Personalbedarfserhebung Personalbedarfsmessung Personalbedarfsbemessung Personalbedarfserfassung Personalbedarfsermittlung Personalaufwandserhebung Personalaufwandsmessung Personalaufwandsbemessung Personalaufwandserfassung Personalaufwandsermittlung Personalausstattungserhebung Personalausstattungsmessung Personalausstattungsbemessung Personalausstattungserfassung Personalausstattungsermittlung Personalbesetzungserhebung	Pflege

Personalbesetzungsmessung Personalbesetzungsbemessung Personalbesetzungserfassung Personalbesetzungsermittlung	Pflegepersonalerhebung Pflegepersonalmessung Pflegepersonalbemessung Pflegepersonalerfassung Pflegepersonalermittlung Pflegepersonalbedarfserhebung Pflegepersonalbedarfsmessung Pflegepersonalbedarfsbemessung Pflegepersonalbedarfserfassung Pflegepersonalbedarfsermittlung Pflegepersonalaufwanderhebung Pflegepersonalaufwandsmessung Pflegepersonalaufwandsbemessung Pflegepersonalaufwanderfassung Pflegepersonalaufwandsermittlung Pflegepersonalausstattungserhebung Pflegepersonalausstattungs-messung Pflegepersonalausstattungs-bemessung Pflegepersonalausstattungs-erfassung Pflegepersonalausstattungs-ermittlung Pflegepersonalbesetzungserhebung Pflegepersonalbesetzungsmessung Pflegepersonalbesetzungsbemessung Pflegepersonalbesetzungserfassung Pflegepersonalbesetzungsermittlung
---	--

Tabelle 21: Recherchekomponenten – Instrumente zur Erfassung des Personalbedarfs

Suchverlauf MedPilot (deutsche Suchbegriffe) 28.02.2014

Datenbanken begrenzen auf: Current Contents, DissOnline, EZB, HECLINET, Katalog der NLM, Verlagsdaten, Katalog der ZB MED

Nr.	Suchformulierung	Treffer
Recherche Komponente 1 – Begriffe und Begriffskombinationen		
01	TI=(Personal* OR "Personalbedarf" OR "Personalaufwand" OR "Personalausstattung" OR "Personalbesetzung")	13742
02	Erheb* OR Mess* OR Erfass* OR Ermitt*	72204
03	TI=Pflege*	40937
04	01 AND 02 AND 03 ((TI=(Personal* OR "Personalbedarf" OR "Personalaufwand" OR "Personalausstattung" OR "Personalbesetzung")) AND (Erheb* OR Mess* OR Erfass* OR Ermitt*)) AND TI=Pflege*	53
05	TI=(Pflegepersonal* OR Pflegepersonalbedarf OR Pflegepersonalaufwand OR Pflegepersonalausstattung OR Pflegepersonalbesetzung)	2298
06	02 AND 05 (TI=(Pflegepersonal* OR Pflegepersonalbedarf OR Pflegepersonalaufwand OR Pflegepersonalausstattung OR Pflegepersonalbesetzung)) AND (Erheb* OR Mess* OR Erfass* OR Ermitt*)	51
07	TI=(Personalerheb* OR Personalmess* OR Personalbemess* OR Personalerfass* OR Personalermitt* OR Personalbedarfserheb* OR Personalbedarfsmess* OR Personalbedarfsbemess* OR Personalbedarfserfass* OR Personalbedarfsermitt* OR Personalaufwanderheb* OR Personalaufwandsmess* OR Personalaufwandsbemess* OR Personalaufwanderfass* OR	229

	<p>Personalaufwandsermitt* OR Personalausstattungserheb* OR Personalausstattungsmess* OR Personalausstattungsbesmess* OR Personalausstattungserfass* OR Personalausstattungsermitt* OR Personalbesetzungserheb* OR Personalbesetzungsmess* OR Personalbesetzungsbesmess* OR Personalbesetzungserfass* OR Personalbesetzungsermitt*)</p>	
08	<p>03 AND 07 (TI=(Personalerheb* OR Personalmess* OR Personalbesmess* OR Personalerfass* OR Personalermitt* OR Personalbedarfserheb* OR Personalbedarfsmess* OR Personalbedarfsbemess* OR Personalbedarfserfass* OR Personalbedarfsermitt* OR Personalaufwandserheb* OR Personalaufwandsmess* OR Personalaufwandsbemess* OR Personalaufwandserfass* OR Personalaufwandsermitt* OR Personalausstattungserheb* OR Personalausstattungsmess* OR Personalausstattungsbesmess* OR Personalausstattungserfass* OR Personalausstattungsermitt* OR Personalbesetzungserheb* OR Personalbesetzungsmess* OR Personalbesetzungsbesmess* OR Personalbesetzungserfass* OR Personalbesetzungsermitt*)) AND TI=Pflege*</p>	62
09	<p>TI=(Pflegepersonalerheb* OR Pflegepersonalmess* OR Pflegepersonalbesmess* OR Pflegepersonalerfass* OR Pflegepersonalermitt* OR Pflegepersonalbedarfserheb* OR Pflegepersonalbedarfsmess* OR Pflegepersonalbedarfsbemess* OR Pflegepersonalbedarfserfass* OR Pflegepersonalbedarfsermitt* OR Pflegepersonalaufwandserheb* OR Pflegepersonalaufwandsmess* OR Pflegepersonalaufwandsbemess* OR Pflegepersonalaufwandserfass* OR Pflegepersonalaufwandsermitt* OR Pflegepersonalausstattungserheb* OR Pflegepersonalausstattungsmess* OR Pflegepersonalausstattungsbesmess* OR Pflegepersonalausstattungserfass* OR Pflegepersonalausstattungsermitt* OR Pflegepersonalbesetzungserheb* OR Pflegepersonalbesetzungsmess* OR Pflegepersonalbesetzungsbesmess* OR Pflegepersonalbesetzungserfass* OR Pflegepersonalbesetzungsermitt*)</p>	6
10	<p>04 OR 06 OR 08 OR 09 ((((TI=(Personal* OR "Personalbedarf" OR "Personalaufwand" OR "Personalausstattung" OR "Personalbesetzung"))) AND (Erheb* OR Mess* OR Erfass* OR Ermitt*)) AND TI=Pflege*) OR ((TI=(Pflegepersonal* OR Pflegepersonalbedarf OR Pflegepersonalaufwand OR Pflegepersonalausstattung OR Pflegepersonalbesetzung)) AND (Erheb* OR Mess* OR Erfass* OR Ermitt*)) OR ((TI=(Personalerheb* OR Personalmess* OR Personalbesmess* OR Personalerfass* OR Personalermitt* OR Personalbedarfserheb* OR Personalbedarfsmess* OR Personalbedarfsbemess* OR Personalbedarfserfass* OR Personalbedarfsermitt* OR Personalaufwandserheb* OR Personalaufwandsmess* OR Personalaufwandsbemess* OR Personalaufwandserfass* OR Personalaufwandsermitt* OR Personalausstattungserheb* OR Personalausstattungsmess* OR Personalausstattungsbesmess* OR Personalausstattungserfass* OR Personalausstattungsermitt* OR Personalbesetzungserheb* OR Personalbesetzungsmess* OR Personalbesetzungsbesmess* OR Personalbesetzungserfass* OR Personalbesetzungsermitt*)) AND TI=Pflege*)) OR (TI=(Pflegepersonalerheb* OR Pflegepersonalmess* OR Pflegepersonalbesmess* OR Pflegepersonalerfass* OR Pflegepersonalermitt* OR Pflegepersonalbedarfserheb* OR Pflegepersonalbedarfsmess* OR Pflegepersonalbedarfsbemess* OR Pflegepersonalbedarfserfass* OR Pflegepersonalbedarfsermitt* OR Pflegepersonalaufwandserheb* OR Pflegepersonalaufwandsmess* OR Pflegepersonalaufwandsbemess* OR Pflegepersonalaufwandserfass* OR</p>	162

	Pflegepersonalaufwandsermitt* OR Pflegepersonalausstattungserheb* OR Pflegepersonalausstattungsmess* OR Pflegepersonalausstattungsbemess* OR Pflegepersonalausstattungserfass* OR Pflegepersonalausstattungsermitt* OR Pflegepersonalbesetzungserheb* OR Pflegepersonalbesetzungsmess* OR Pflegepersonalbesetzungsbemess* OR Pflegepersonalbesetzungserfass* OR Pflegepersonalbesetzungsermitt*)	
--	--	--

Tabelle 22: Suchverlauf MEDPilot (deutsche Suchbegriffe)

Es wurden 43 Titel in das Citavi-Projekt „Personalbedarf“ importiert (nach Sichten von Titel und ggf. Abstract)

Suchverlauf GeroLit (deutsche Suchbegriffe) 28.02.2014

Nr.	Suchformulierung	Treffer
Recherche Komponente 1 – Begriffe und Begriffskombinationen		
01	suchen [oder] ([TIT] Titel (Stichwort)) Personal* Personalbedarf Personalaufwand Personalausstattung Personalbesetzung	1398
02	suchen [oder] ([ALL] Alle Wörter) Erheb* Mess* Erfass* Ermitt*	4850
03	suchen [oder] ([TIT] Titel (Stichwort)) Pflege*	13433
04	suchen [und] s01 & s02 & s03	24
05	suchen [oder] ([TIT] Titel (Stichwort)) Pflegepersonal* Pflegepersonalbedarf Pflegepersonalaufwand Pflegepersonalausstattung Pflegepersonalbesetzung	173
06	suchen [und] s02 & s05	7
07	suchen [oder] ([TIT] Titel (Stichwort)) Personalerheb* Personalmess* Personalbemess* Personalerfass* Personalermitt* Personalbedarfserheb* Personalbedarfsmess* Personalbedarfsbemess* Personalbedarfserfass* Personalbedarfsermitt* Personalaufwandserheb* Personalaufwandsmess* Personalaufwandsbemess* Personalaufwandserfass* Personalaufwandsermitt* Personalausstattungserheb* Personalausstattungsmess* Personalausstattungsbemess* Personalausstattungserfass* Personalausstattungsermitt* Personalbesetzungserheb* Personalbesetzungsmess* Personalbesetzungsbemess* Personalbesetzungserfass* Personalbesetzungsermitt*	52
08	suchen [und] s03 & s07	24
09	suchen [oder] ([ALL] Alle Wörter) Pflegepersonalerheb* Pflegepersonalmess* Pflegepersonalbemess* Pflegepersonalerfass* Pflegepersonalermitt* Pflegepersonalbedarfserheb* Pflegepersonalbedarfsmess* Pflegepersonalbedarfsbemess* Pflegepersonalbedarfserfass* Pflegepersonalbedarfsermitt* Pflegepersonalaufwandserheb* Pflegepersonalaufwandsmess* Pflegepersonalaufwandsbemess* Pflegepersonalaufwandserfass* Pflegepersonalaufwandsermitt* Pflegepersonalausstattungserheb* Pflegepersonalausstattungsmess* Pflegepersonalausstattungsbemess* Pflegepersonalausstattungserfass* Pflegepersonalausstattungsermitt* Pflegepersonalbesetzungserheb* Pflegepersonalbesetzungsmess* Pflegepersonalbesetzungsbemess* Pflegepersonalbesetzungserfass* Pflegepersonalbesetzungsermitt*	1
10	suchen [oder] s04 & s06 s08 & s09	45

Tabelle 23: Suchverlauf GeroLit (deutsche Suchbegriffe)

Es wurden 21 relevante Titel einzeln in Citavi importiert (Duplikate zu den Medpilot-Titeln entfernt)

Suchverlauf DIMDI (deutsche Suchbegriffe) 05.03.2014

Datenbankauswahl: CCMED (CC00); Cochrane (CCTR93, CDSR93); Database (CDAR94); EMBASE (EM00, EM47, EA08); GLOBAL Health (AZ72); gms (GA03, GM03); MEDIKAT (MK77); MEDLINE (ME00, ME60); PsycINFO (PI67); PSYNDEX (PY81)

Nr.	Suchformulierung	Treffer
Recherche Komponente 1 – Begriffe und Begriffskombinationen		
01	(Personal OR Personalbedarf OR Personalaufwand OR Personalausstattung OR Personalbesetzung)/(TI;AB)	481014
02	Erheb* OR Mess* OR Erfass* OR Ermitt*	1050365
03	Pflege*/(TI, AB)	35835
04	01 AND 02 AND 03	61
05	(Pflegepersonal* OR Pflegepersonalbedarf OR Pflegepersonalaufwand OR Pflegepersonalausstattung OR Pflegepersonalbesetzung)/(TI;AB)	1566
06	05 AND 02	140
07	Personalerheb* OR Personalmess* OR Personalbemess* OR Personalerfass* OR Personalermitt* OR Personalbedarfserheb* OR Personalbedarfsmess* OR Personalbedarfsbemess* OR Personalbedarfserfass* OR Personalbedarfsermitt* OR Personalaufwandserb* Personalaufwandsmess* Personalaufwandsbemess* Personalaufwandsersfass* Personalaufwandsersmitt* Personalausstattungserheb* Personalausstattungsmess* Personalausstattungsbemess* Personalausstattungserfass*	135
	Personalausstattungsermitt* Personalbesetzungserheb* Personalbesetzungsmess* Personalbesetzungsbemess* Personalbesetzungserfass* Personalbesetzungsermitt*	0
08	07 AND 03	39
09	Pflegepersonalermess* Pflegepersonalbemess* Pflegepersonalerfass* Pflegepersonalermitt* Pflegepersonalbedarfserheb* Pflegepersonalbedarfsmess* Pflegepersonalbedarfsbemess* Pflegepersonalbedarfserfass* Pflegepersonalbedarfsermitt* Pflegepersonalaufwandserb*	0
	Pflegepersonalaufwandsmess* Pflegepersonalaufwandsbemess* Pflegepersonalaufwandsersfass* Pflegepersonalaufwandsersmitt* Pflegepersonalausstattungserheb* Pflegepersonalausstattungsmess* Pflegepersonalausstattungsbemess* Pflegepersonalausstattungserfass*	0
	Pflegepersonalausstattungsermitt* Pflegepersonalbesetzungserheb* Pflegepersonalbesetzungsmess* Pflegepersonalbesetzungsbemess* Pflegepersonalbesetzungserfass* Pflegepersonalbesetzungsermitt*	0
10	08 AND 06 AND 04	223

Tabelle 24: Suchverlauf DIMDI (deutsche Suchbegriffe)

Es wurden 30 Titel in Citavi importiert

Suchverlauf CareLit (deutsche Suchbegriffe)

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	TITEL=Personal* ODER TITEL=Personalbedarf ODER TITEL=Personalaufwand ODER TITEL=Personalausstattung ODER TITEL=Personalbesetzung	1603
02	ABSTRACT=Erheb* ODER ABSTRACT=Mess* ODER ABSTRACT=Ermitt* ODER ABSTRACT=Erfass*	5318
03	TITEL=Pflege	6641
04	01 UND 02 UND 03 (TITEL=Personal* ODER TITEL=Personalbedarf ODER TITEL=Personalaufwand ODER TITEL=Personalausstattung ODER TITEL=Personalbesetzung) UND (ABSTRACT=Erheb* ODER ABSTRACT=Mess* ODER ABSTRACT=Ermitt* ODER ABSTRACT=Erfass*) UND (TITEL=Pflege)	7
05	ABSTRACT=Pflegepersonal* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalbedarf ODER ABSTRACT=Pflegepersonalaufwand ODER ABSTRACT=Pflegepersonalausstattung ODER ABSTRACT=Pflegepersonalbesetzung	1511

06	02 UND 05 (ABSTRACT=Erheb* ODER ABSTRACT=Mess* ODER ABSTRACT=Ermitt* ODER ABSTRACT=Erfass*) UND (ABSTRACT=Pflegepersonal* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalbedarf ODER ABSTRACT=Pflegepersonalaufwand ODER ABSTRACT=Pflegepersonalausstattung ODER ABSTRACT=Pflegepersonalbesetzung)	78
07	ABSTRACT=Personalerheb* ODER ABSTRACT=Personalmess* ODER ABSTRACT=Personalbemess* ODER ABSTRACT=Personalerfass* ODER ABSTRACT=Personalermitt* ODER ABSTRACT=Personalbedarfserheb* ODER ABSTRACT=Personalbedarfsmess* ODER ABSTRACT=Personalbedarfsbemess* ODER ABSTRACT=Personalbedarfserfass* ODER ABSTRACT=Personalbedarfsermitt* ODER ABSTRACT=Personalaufwandserheb* ODER ABSTRACT=Personalaufwandsmess* ODER ABSTRACT=Personalaufwandsbemess* ODER ABSTRACT=Personalaufwandserfass* ODER ABSTRACT=Personalaufwandsermitt* ODER ABSTRACT=Personalausstattungserheb* ODER ABSTRACT=Personalausstattungsmess* ODER ABSTRACT=Personalausstattungsbemess* ODER ABSTRACT=Personalausstattungserfass* ODER ABSTRACT=Personalausstattungsermitt* ODER ABSTRACT=Personalbesetzungserheb* ODER ABSTRACT=Personalbesetzungsmess* ODER ABSTRACT=Personalbesetzungsbemess* ODER ABSTRACT=Personalbesetzungserfass* ODER ABSTRACT=Personalbesetzungsermitt*	103
08	03 UND 07 (TITEL=Pflege) UND (ABSTRACT=Personalerheb* ODER ABSTRACT=Personalmess* ODER ABSTRACT=Personalbemess* ODER ABSTRACT=Personalerfass* ODER ABSTRACT=Personalermitt* ODER ABSTRACT=Personalbedarfserheb* ODER ABSTRACT=Personalbedarfsmess* ODER ABSTRACT=Personalbedarfsbemess* ODER ABSTRACT=Personalbedarfserfass* ODER ABSTRACT=Personalbedarfsermitt* ODER ABSTRACT=Personalaufwandserheb* ODER ABSTRACT=Personalaufwandsmess* ODER ABSTRACT=Personalaufwandsbemess* ODER ABSTRACT=Personalaufwandserfass* ODER ABSTRACT=Personalaufwandsermitt* ODER ABSTRACT=Personalausstattungserheb* ODER ABSTRACT=Personalausstattungsmess* ODER ABSTRACT=Personalausstattungsbemess* ODER ABSTRACT=Personalausstattungserfass* ODER ABSTRACT=Personalausstattungsermitt* ODER ABSTRACT=Personalbesetzungserheb* ODER ABSTRACT=Personalbesetzungsmess* ODER ABSTRACT=Personalbesetzungsbemess* ODER ABSTRACT=Personalbesetzungserfass* ODER ABSTRACT=Personalbesetzungsermitt*)	5
09	ABSTRACT=Pflegepersonalerheb* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalmess* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalbemess* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalerfass* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalermitt* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalbedarfserheb* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalbedarfsmess* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalbedarfsbemess* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalbedarfserfass* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalbedarfsermitt* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalaufwandserheb* ODER	0

	ABSTRACT=Pflegepersonalaufwandsmess* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalaufwandsbemess* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalaufwandserfass* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalaufwandsermitt* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalausstattungserheb* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalausstattungsmess* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalausstattungsbemess* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalausstattungserfass* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalausstattungsermitt* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalbesetzungserheb* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalbesetzungsmess* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalbesetzungsbemess* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalbesetzungserfass* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalbesetzungsermitt*	
10	04 ODER 06 ODER 08 ((TITEL=Personal* ODER TITEL=Personalbedarf ODER TITEL=Personalaufwand ODER TITEL=Personalausstattung ODER TITEL=Personalbesetzung) UND (ABSTRACT=Erheb* ODER ABSTRACT=Mess* ODER ABSTRACT=Ermitt* ODER ABSTRACT=Erfass*)) UND (TITEL=Pflege)) ODER ((ABSTRACT=Erheb* ODER ABSTRACT=Mess* ODER ABSTRACT=Ermitt* ODER ABSTRACT=Erfass*)) UND (ABSTRACT=Pflegepersonal* ODER ABSTRACT=Pflegepersonalbedarf ODER ABSTRACT=Pflegepersonalaufwand ODER ABSTRACT=Pflegepersonalausstattung ODER ABSTRACT=Pflegepersonalbesetzung)) ODER ((TITEL=Pflege) UND (ABSTRACT=Personalerheb* ODER ABSTRACT=Personalmess* ODER ABSTRACT=Personalbemess* ODER ABSTRACT=Personalerfass* ODER ABSTRACT=Personalermitt* ODER ABSTRACT=Personalbedarfserheb* ODER ABSTRACT=Personalbedarfsmess* ODER ABSTRACT=Personalbedarfsbemess* ODER ABSTRACT=Personalbedarfserfass* ODER ABSTRACT=Personalbedarfsermitt* ODER ABSTRACT=Personalaufwandserheb* ODER ABSTRACT=Personalaufwandsmess* ODER ABSTRACT=Personalaufwandsbemess* ODER ABSTRACT=Personalaufwandserfass* ODER ABSTRACT=Personalaufwandsermitt* ODER ABSTRACT=Personalausstattungserheb* ODER ABSTRACT=Personalausstattungsmess* ODER ABSTRACT=Personalausstattungsbemess* ODER ABSTRACT=Personalausstattungserfass* ODER ABSTRACT=Personalausstattungsermitt* ODER ABSTRACT=Personalbesetzungserheb* ODER ABSTRACT=Personalbesetzungsmess* ODER ABSTRACT=Personalbesetzungsbemess* ODER ABSTRACT=Personalbesetzungserfass* ODER ABSTRACT=Personalbesetzungsermitt*))	90

Tabelle 25: Suchverlauf CareLit (deutsche Suchbegriffe)

Es wurden 18 Titel in Citavi importiert (Ausschluss nach Titel, Abstract, Duplikate)

Fragestellung C – Instrumente – Englisch

Fragestellung

Mit welchen Instrumenten werden Personalbedarfe in der Pflege erhoben?

Recherchekomponente 1 Personalbedarf erheben / Personalbemessung

Recherchekomponente 2 Pflege

Komponente 1a	Komponente 1b	Komponente 2
personnel staff* manpower	need* requirement* demand* calculation assess* measur* determin*	nursing caregiving
	assessment of demand determination of requirements requirement planning	nursing caregiving

Tabelle 26: Recherchekomponenten – Instrumente zur Erfassung des Personalbedarfs

Suchverlauf MedPilot (englische Suchbegriffe) 03.04.2014

Datenbanken begrenzen auf: Current Contents, DissOnline, EZB, HECLINET, Katalog der NLM, Verlagsdaten, Katalog der ZB MED

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	(TI=(personnel OR staff* OR manpower) AND LA=eng) AND PY=2000:2014	13235
02	((need* OR requirement* OR demand* OR calculation OR assess* OR measur* OR determin*) AND LA=eng) AND PY=2000:2014	98337
03	(TI=(nursing OR caregiving) AND LA=eng) AND PY=2000:2014	8674
04	01 AND 02 AND 03	106
	((((TI=(personnel OR staff* OR manpower) AND LA=eng) AND PY=2000:2014) AND (((need* OR requirement* OR demand* OR calculation OR assess* OR measur* OR determin*) AND LA=eng) AND PY=2000:2014)) AND ((TI=(nursing OR caregiving) AND LA=eng) AND PY=2000:2014))	
05	(TI=(assessment of demand OR determination of requirements OR requirement planning) AND LA=eng) AND PY=2000:2014	148
06	05 AND 03	5
	((TI=(assessment of demand OR determination of requirements OR requirement planning) AND LA=eng) AND PY=2000:2014) AND ((TI=(nursing OR caregiving) AND LA=eng) AND PY=2000:2014)	
07	06 OR 04	111
	((((TI=(assessment of demand OR determination of requirements OR requirement planning) AND LA=eng) AND PY=2000:2014) AND ((TI=(nursing OR caregiving) AND LA=eng) AND PY=2000:2014)) OR (((TI=(personnel OR staff* OR manpower) AND LA=eng) AND PY=2000:2014) AND (((need* OR requirement* OR demand* OR calculation OR assess* OR measur* OR determin*) AND LA=eng) AND PY=2000:2014)) AND ((TI=(nursing OR caregiving) AND LA=eng) AND PY=2000:2014))	

Tabelle 27: Suchverlauf MEDPilot (deutsche Suchbegriffe)

Es wurden 4 Titel in das Citavi-Projekt „Personalbedarf“ importiert (nach Sichten von Titel und ggf. Abstract)

Suchverlauf GeroLit (englische Suchbegriffe) 03.04.2014

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	suchen [oder] ([TIT] Titel (Stichwort)) personnel ODER staff* ODER manpower	333
02	suchen [oder] ([ALL] Alle Wörter) need* ODER requirement* ODER demand* ODER calculation ODER assess* ODER measur* ODER determin*	5288

03	suchen [oder] ([TIT] Titel (Stichwort)) nursing ODER caregiving	3329
04	suchen [und] s01 & s02 & s03	10
05	suchen [oder] ([TIT] Titel (Stichwort)) assessment of demand ODER determination of requirements ODER requirement planning	1495
06	suchen [und] s05 & s03	71
07	suchen [oder] s06 s04	78

Tabelle 28: Suchverlauf GeroLit (deutsche Suchbegriffe)

Es wurde 1 Titel in Citavi importiert

Suchverlauf DIMDI (englische Suchbegriffe) 03.04.2014

Datenbankauswahl: CCMED (CC00); Cochrane (CTTR93, CDSR93); Database (CDAR94); EMBASE (EM00, EM47, EA08); GLOBAL Health (AZ72); gms (GA03, GM03); MEDIKAT (MK77); MEDLINE (ME00, ME60); PsycINFO (PI67); PSYINDEX (PY81)

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	(personnel OR staff? OR manpower)/TI	104371
02	(need? OR requirement? OR demand? OR calculation OR assess? OR measur? OR determin?)/(TI)	2374631
03	(nursing OR caregiving)/(TI)	282066
04	01 AND 02 AND 03 AND PY=2000 to 2014 AND LA=(ENGLISH; GERMAN)	308
05	assessment of demand OR determination of requirements OR requirement planning	120
06	05 AND 03	2
07	06 OR 04 AND PY=2000 to 2014 AND LA=(ENGLISH; GERMAN)	308

Tabelle 29: Suchverlauf DIMDI (deutsche Suchbegriffe)

Es wurden 10 Titel für Citavi importiert

Suchverlauf CINAHL (englische Suchbegriffe) 03.04.2014

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	Titel personnel OR staff* OR manpower	22970
02	Titel need* OR requirement* OR demand* OR calculation OR assess* OR measur* OR determin*	136869
03	Titel nursing OR caregiving	120357
04	S01 AND S02 AND S03	246
05	assessment of demand OR determination of requirements OR requirement planning	134
06	S05 AND S03	10
07	S06 OR S04 AND PY > 2000	173

Tabelle 30: Suchverlauf CINAHL (deutsche Suchbegriffe)

Es wurden 13 Titel in Citavi importiert

Fragestellung D – Leistungskataloge – Deutsch

Fragestellung

Welche Klassifikationssysteme werden in der Pflege zugrunde gelegt, um pflegerische Leistungen zu erfassen?

Recherchekomponente 1 Klassifikationen, Klassifikationssysteme, Systematisierung

Recherchekomponente 2 Pflege

Komponente 1	Komponente 2
Klassifikationen Klassifikationssysteme Systematisierung	Pflege

Tabelle 1: Recherchekomponenten – Pflegeklassifikationssysteme

Suchverlauf MedPilot (englische Suchbegriffe) 26.03.2014

Datenbanken begrenzen auf: Current Contents, DissOnline, EZB, HECLINET, Katalog der NLM, Katalog der ZB MED, MEDLINE, Verlagsdaten

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	TI=(Klassifikationen OR Klassifikationssysteme OR Systematisierung) AND PY=2003:2014	42208
02	TI=Pflege* AND PY=2003:2014	18091
03	01 AND 02 (TI=(Klassifikationen OR Klassifikationssysteme OR Systematisierung) AND PY=2003:2014) AND (TI=Pflege* AND PY=2003:2014)	414

Tabelle 1: Suchverlauf MEDPilot (deutsche Suchbegriffe)

Es wurden 35 Titel in Citavi importiert

Suchverlauf Gerolit (deutsche Suchbegriffe) 20.03.2014

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	suchen [und] ([TIT] Titel (Stichwort)) Klassifikationen OR Klassifikationssysteme OR Systematisier*	26
02	eingrenzen ([ALL] Alle Wörter) Pflege*	10

Tabelle 2: Suchverlauf Gerolit (deutsche Suchbegriffe)

Es wurden 2 Titel in Citavi importiert

Suchverlauf DIMDI (deutsche Suchbegriffe) 26.03.2014

Datenbankauswahl: CCMED (CC00); Cochrane (CCTR93, CDSR93); Database (CDAR94); EMBASE (EM00, EM47, EA08); GLOBAL Health (AZ72); gms (GA03, GM03); MEDIKAT (MK77); MEDLINE (ME00, ME60); PsycINFO (PI67); PSYINDEX (PY81)

Suchmaske: Expertensuche (+Voreinstellungen)

Nr.	Suchformulierung	Treffer
	Öffnung der Datenbanken	
01	(Klassifikationen OR Klassifikationssysteme OR Systematisierung)/(TI)	419
02	Pflege?/(TI)	29332
03	01 AND 02	15

Tabelle 3: Suchverlauf DIMDI (deutsche Suchbegriffe)

Es wurden 5 Titel in Citavi importiert (nach Sichten der Ergebnisse und Entfernen der Duplikate)

Suchverlauf CareLit (deutsche Suchbegriffe) 26.03.2014

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	TITEL=Klassifikationen ODER TITEL=Klassifikationssysteme ODER TITEL=Systematisierung	30
02	TITEL=Pflege*	17752
03	01 UND 02 (TITEL=Klassifikationen ODER TITEL=Klassifikationssysteme ODER TITEL=Systematisierung) UND TITEL=Pflege*	16

Tabelle 4: Suchverlauf CINAHL (deutsche Suchbegriffe)

Es wurden 8 Titel in Citavi importiert (nach Entfernen der Duplikate)

Fragestellung D – Leistungskataloge – Englisch

Fragestellung

Welche Klassifikationssysteme werden in der Pflege zugrunde gelegt, um pflegerische Leistungen zu erfassen?

Recherchekomponente 1 Klassifikationen, Klassifikationssysteme, Systematisierung

Recherchekomponente 2 Pflege

Komponente 1	Komponente 2
classification system classifications systematisation systematization systematise	nursing caregiving

Tabelle 1: Recherchekomponenten – Pflegeklassifikationssysteme

Suchverlauf MedPilot (englische Suchbegriffe) 20.03.2014

Datenbanken begrenzen auf: Current Contents, DissOnline, EZB, HECLINET, Katalog der NLM, Katalog der ZB MED, MEDLINE, Verlagsdaten

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	(TI=(classification system OR classifications OR systematisation OR systematization OR systematise) AND LA=eng) AND PY=2003:2014	15138
02	(TI=(nursing OR caregiving) AND LA=eng) AND PY=2003:2014	6473
03	01 AND 02 ((TI=(classification system OR classifications OR systematisation OR systematization OR systematise) AND LA=eng) AND PY=2003:2014) AND ((TI=(nursing OR caregiving) AND LA=eng) AND PY=2003:2014)	143
	((TI=("classification system" OR classification OR systemat*) AND LA=eng) AND PY=2003:2014) AND ((TI=(nursing OR caregiving) AND LA=eng) AND PY=2003:2014)	43 Hier fanden sich die 14 wieder

Tabelle 1: Suchverlauf MEDPilot (englische Suchbegriffe)

Es wurden 14 Titel in Citavi importiert

Suchverlauf Gerolit (englische Suchbegriffe) 20.03.2014

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	suchen [oder] ([TIT] Titel (Stichwort)) classification system OR classifications	820

	OR systematisation OR systematization OR systematise	
02	suchen [oder] ([TIT] Titel (Stichwort)) nursing OR caregiving	2695
03	suchen [und] s01 & s02	19

Tabelle 2: Suchverlauf Gerolit (englische Suchbegriffe)

Es wurden 3 Titel in Citavi importiert

Suchverlauf DIMDI (englische Suchbegriffe) 20.03.2014

Datenbankauswahl: CCMED (CC00); Cochrane (CCTR93, CDSR93); Database (CDAR94); EMBASE (EM00, EM47, EA08); GLOBAL Health (AZ72); gms (GA03, GM03); MEDIKAT (MK77); MEDLINE (ME00, ME60); PsycINFO (PI67); PSYINDEX (PY81)

Suchmaske: Expertensuche (+Voreinstellungen)

Nr.	Suchformulierung	Treffer
	Öffnung der Datenbanken	
01	(classification system OR classifications OR systematisation OR systematization OR systematise)/(TI)	9034
02	(nursing OR caregiving)/(TI)	281938
03	02 AND 03	307
04	03 AND PY=2003 to 2014 AND LA=(ENGLISH; GERMAN)	51

Tabelle 3: Suchverlauf DIMDI (englische Suchbegriffe)

Es wurden 26 Titel in Citavi importiert

Suchverlauf CINAHL (englische Suchbegriffe) 20.03.2014

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	Titel classification system OR classifications OR systematisation OR systematization OR systematise	890
02	Titel nursing OR caregiving	120122
03	01 AND 02	139

Tabelle 4: Suchverlauf CINAHL (deutsche Suchbegriffe)

Es wurden 27 Titel in Citavi importiert (nach Entfernen der Duplikate)

ANHANG

EVALUATION DES NBA ERFASSUNG VON VERSORGUNGS-AUFWÄNDEN IN STATIONÄREN EINRICHTUNGEN (EViS)

ENDBERICHT

- A) Entwicklung des Instruments zur Ermittlung des Pflegeaufwands
- B) Suchstrategie der systematischen Literaturrecherche
- C) EViS-Datenschutzkonzept
- D) EViS-Informationsschreiben an die Pflegeeinrichtungen
- E) EViS-Einverständniserklärung für die Bewohner
- F) EViS-Interventionskatalog
- G) EViS-Schulungskonzept
- H) EViS-Anwenderleitfaden
- I) EViS-Projektregeln

Datenschutzkonzept

Zum Projekt

„Evaluation des NBA – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen“

Universität Bremen

Zentrum für Sozialpolitik

Ansprechpartner:

Prof. Dr. Heinz Rothgang, Prof. Dr. Martina Hasseler

Mathias Fünfstück, Lydia Neubert

Stand Mai 2014

1	Grundsätzliches	3
2	Hintergrund und Ziel der Studie	3
3	Studientyp	5
4	Projektleitung und Verantwortliche	5
5	Datengeheimnis	6
6	Kontaktaufnahme, Information und Einverständnis	7
7	Umgang mit Erhebungsunterlagen	7
7.1	Aufbewahrung und Zugang	7
7.2	Aufbewahrung nach Abschluss der Untersuchung	7
8	Datenerhebung und Auswertung	8
9	Datenfluss/Datenhaltung	9
10	Datenschutzvorkehrungen	12
10.1	Datenschutzvorkehrungen in den Einrichtungen	12
10.2	Datenschutzvorkehrungen im ZeS	12
10.3	Kontrolle durch den Datenschutzbeauftragten	12

Anhang

1 Grundsätzliches

Das Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) ist verantwortlich für die Durchführung des Projektes EViS und unterliegt grundsätzlich den geltenden Datenschutzbestimmungen. Im vorliegenden Konzept wird beschrieben, wie der Umgang mit schutzbestimmten Daten gestaltet wird, um einen unbefugten Zugriff technischer und menschlicher Art soweit wie möglich auszuschließen.

2 Hintergrund und Ziel der Studie

1995 wurde zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit die Pflegeversicherung eingeführt. Die Aufgaben der Pflegeversicherung bestehen darin, „Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind“ (§ 1 Abs. 4 SGB XI). Grundlegend für eine Leistungszumessung ist die Definition der Zugangsvoraussetzungen zu den Pflegeversicherungsleistungen. Der Gesetzgeber hat hierzu einen gesetzlich definierten „Pflegebedürftigkeitsbegriff“ eingeführt (§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit SGB XI) und die Gewährung von Leistungen für pflegebedürftige Personen nach § 14 SGB XI in drei Pflegestufen geteilt (siehe § 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit SGB XI). Für die Einstufung wird das „Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ nach § 18 SGB XI angewendet. Schon damals war klar, dass die dem „Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ zugrunde gelegte streng somatische Ausrichtung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht ausreichend ist. Die Benachteiligung einiger Personengruppen sollte durch verschiedene Pflegereformen behoben werden, indem neue oder erweiterte Leistungen für die Pflegeversicherung eingeführt wurden. Darüber hinaus hat das Bundesgesundheitsministerium im Jahr 2006 einen Beirat einberufen, dessen Aufgabe darin bestand, den Pflegebedürftigkeitsbegriff zu überprüfen. Die Ergebnisse liegen seit einiger Zeit vor (Beirat 2009a, 2009b, Beirat 2013) und münden darin, dass ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und damit einhergehend neue Pflegegrade (fünf Pflegegrade anstatt drei Pflegestufen) als auch ein neues Begutachtungsassessment (NBA) entwickelt wurden.

Zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit den neuen Pflegegraden müssen auch die Leistungssätze für die Pflegegrade festgesetzt werden. Hierbei sind analytisch zwei Schritte zu unterscheiden:

- A. Festlegung von relativen Leistungshöhen, also dem zahlenmäßigen Verhältnis der Leistungssätze in Pflegegrad 1 im Verhältnis zum Pflegegrad 2, im Verhältnis zum Pflegegrad 3, usw.
- B. Festlegung des absoluten Leistungsbetrags für einen Pflegegrad, aus der dann mittels der unter A) bezeichneten relativen Leistungsverhältnisse die Absolutwerte für alle anderen Pflegestufen (und Leistungsarten) abgeleitet werden können.

Die Festsetzung der unter A) genannten relativen Leistungshöhen zielt dabei auf eine fachliche Frage, zu deren Beantwortung die Wissenschaft einen Beitrag leisten kann, in dem sie empirisch aufzeigt, welche

Personengruppen im derzeitigen System welche pflegerischen, hauswirtschaftlichen und Betreuungsleistungen erhalten. Die unter B) genannte Festsetzung zielt dagegen auf eine politische Frage, deren Beantwortung darüber entscheidet, in welchem Umfang sich die Ausgaben der Pflegeversicherung durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verändern. Hierzu kann Wissenschaft in einem Teilleistungssystem nur sehr bedingt fachlich fundiert Stellung nehmen. Um den Versorgungsaufwand innerhalb der neuen Pflegegrade festzustellen und somit die entsprechenden Schlüsse für die Ableitung von relativen Leistungssätzen ziehen zu können, sind empirische Informationen notwendig. Derzeit liegt jedoch kein Datensatz vor, der bei identischen Personen

- A. eine Pflegebegutachtung mit dem neuen Begutachtungsassessment und
- B. eine Erfassung des tatsächlichen Pflegeaufwands

enthält. Ziel der empirischen Erhebung sind fundierte Informationen darüber zu erhalten, welche pflegerischen und betreuenden Leistungen sowie welche zeitlichen Aufwände in den einzelnen Pflegegraden vorliegen. Des Weiteren soll untersucht werden, ob dabei Informationen über die Homogenität der Pflegegrade zu erlangen sind. Ist diese Homogenität hoch, können die Mittelwerte der Aufwände plausibel als Maß für die Relation der Leistungsbeträge der einzelnen Pflegegrade herangezogen werden. Diese Relation wäre dann auch empirisch fundiert und nicht nur analytisch aus dem NBA abgeleitet. Ist die Homogenität gering, ist zu prüfen, ob im Rahmen einer späteren Weiterentwicklung leistungsrechtlich eine weitere Binnendifferenzierung notwendig ist. Eine solche Typisierung könnte dann mit den Daten der empirischen Studie erfolgen. Überlappen sich die Intervalle, in denen sich die Aufwände der einzelnen Pflegegrade abbilden lassen, sogar erheblich, stellt sich die Frage, ob der Summenscore des NBA als Grundlage für eine Leistungsbemessung geeignet ist.

3 Studententyp

Zur Erhebung der Base-Line-Daten wird eine Querschnitts-Studie (cross sectional study) durchgeführt. Dabei beschränkt sich die Studie auf den stationären Sektor, weil nur hier eine vollständige Erfassung des gesamten Leistungsgeschehens möglich ist. Geprüft werden soll, welche Leistungen in welchem Umfang bei den Heimbewohnern „ankommen“.

Zum einen wird bei den Studienteilnehmern ein Assessment mithilfe des NBA durchgeführt. Dadurch kann jeder Studienteilnehmer einer der fünf neu definierten Pflegegrade zugeordnet werden. Gleichzeitig lassen sich mit diesen Daten nach Ablauf der Erhebung auch andere Bewertungssystematiken durchspielen.

Zum anderen werden die erbrachten Pflegeleistungen mittels EDV-gestützter Selbstaufschriebe in Echtzeit erfasst. Dabei wird ein Maßnahmenkatalog hinterlegt, der relevante pflegerische, gesundheitliche und betreuende Tätigkeiten enthält und es so erlaubt zu protokollieren, welche Heimbewohner von welcher Pflegekraft/Betreuungskraft oder anderen relevanten Bezugspersonen, in welchem zeitlichen Umfang und mit welchen Leistungen und Maßnahmen versorgt wurde. Dadurch ist es möglich, den Pflegeaufwand je Wohnenden minuten- und leistungsaufwandsgenau zu beschreiben und mit den ermittelten Pflegegraden in Beziehung zu setzen. Die bewohnerbezogene Zusammenführung beider Datensätze ist hierzu unabdingbar.

4 Projektleitung und Verantwortliche

Das Projekt wird am Zentrum für Sozialpolitik an der Universität Bremen durchgeführt. Die Projektleitung haben Herr Prof. Dr. Heinz Rothgang (Universität Bremen) und Frau Prof. Dr. Martina Hasseler (Ostfalia Hochschule).

5 Datengeheimnis

Alle an dem Forschungsvorhaben beteiligten Personen sind dem § 5 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und § 6 des Bremischen Datenschutzgesetzes (BremDSG) verpflichtet.

Nach § 5 des BDSG und § 6 des BremDSG ist es den bei der verantwortlichen Stelle oder in deren Auftrag beschäftigten Personen, die Zugang zu personenbezogenen Daten haben, untersagt, geschützte personenbezogene Daten unbefugt zu einem anderen als dem zur jeweiligen rechtmäßigen Aufgabenerfüllung gehörenden Zweck zu verarbeiten oder zu offenbaren, sowie unbefugt personenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen. Unterlagen mit personenbezogenen Daten und personenbezogene Dateien sind so zu verwahren, dass sie vor dem Zugriff Dritter geschützt sind. Zum Schutz der Daten ist im Rahmen der übertragenen Aufgabe die notwendige Sorgfalt anzuwenden; festgestellte Mängel sind sofort der Projekt- und Abteilungsleitung zu melden. Die Verpflichtung der an dem Forschungsvorhaben beteiligten Personen besteht auch nach Beendigung der Tätigkeit in der Abteilung/ dem Projekt.

Die an dem Forschungsvorhaben beteiligten Personen werden über ihre Verpflichtungen und auf mögliche Konsequenzen bei Verstößen gegen ihre Verpflichtungen hingewiesen, erhalten hierzu ein Merkblatt und bestätigen den Erhalt der Hinweise und des Merkblatts schriftlich. Vorlagen zur Verpflichtung zur Wahrung des Datengeheimnisses und das Merkblatt zur Verpflichtung der Wahrung des Datengeheimnisses sind im Anhang hinterlegt. Verstöße gegen das Datengeheimnis können nach §§ 44, 43 Absatz 2 des BDSG, nach §§ 37, 38 des BremDSG und anderen einschlägigen Rechtsvorschriften insbesondere nach §§ 133, 201, 203, 204, 206, 353 b, 358 StGB, mit Geld- und Freiheitsstrafen geahndet werden. Eine Verletzung des Datengeheimnisses stellt in den meisten Fällen gleichzeitig einen Verstoß gegen arbeitsvertragliche Pflichten dar und kann arbeitsrechtliche Maßnahmen zur Folge haben. Die Weitergabe der Information und Kenntnisnahme wird aktenkundig gemacht und ist von jeder/jedem an dem Forschungsvorhaben beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch Unterschrift zu bestätigen. (Vorlage im Anhang).

Darüber hinaus werden die Institutionen, die in die Datenerhebung eingebunden sind auf die Einhaltung des Datenschutzes vertraglich verpflichtet. Im Rahmen der vertraglichen Vereinbarungen verpflichten sich die eingebundenen Institutionen, auch ihre am Forschungsvorhaben beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf die Einhaltung des Datenschutzes zu verpflichten.

6 Kontaktaufnahme, Information und Einverständnis

Die Teilnahme der Probanden in den einbezogenen Pflegeeinrichtungen ist freiwillig und setzt deren Einverständnis voraus. Dies betrifft die Erhebung von Pflegetätigkeiten am Bewohner durch das ZeS und

die Erhebung der Pflegebedürftigkeit von Bewohnern im Rahmen von Gutachtertätigkeiten durch Mitarbeiter des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen). Das Einverständnis wird durch die Probanden in schriftlicher Form erteilt (Vorlage im Anhang). Probanden, die ihr Einverständnis nicht selber erklären können und durch einen gesetzlichen Vertreter vertreten werden, werden nur in die Studie einbezogen, wenn der gesetzliche Vertreter im Rahmen der Zuständigkeit eine Zustimmung erteilt. Für die Erhebung der Pflegebedürftigkeit von nicht zustimmungsfähigen Bewohnern im Rahmen von Gutachtertätigkeiten durch Mitarbeiter des Projektes und des MDK gilt zusätzlich zum Einverständnis des gesetzlichen Vertreters eine aufgeschlossene Grundhaltung des Probanden. Probanden mit einer Weigerungshaltung werden hinsichtlich ihrer Pflegebedürftigkeit nicht begutachtet.

7 Umgang mit Erhebungsunterlagen

7.1 Aufbewahrung und Zugang

Für das Projekt werden keine Fragebögen in Papierform eingesetzt. Notwendige Unterlagen (z. B. Einverständniserklärungen, Codesheets etc.) werden in verschließbaren Schränken/Räumen projektbezogen aufbewahrt und ausschließlich zum Zwecke der elektronischen Datenerfassung oder zu Prüfungszwecken herausgenommen. Die Daten der Einverständniserklärung werden getrennt von den im Rahmen des Projektes erhobenen Daten aufbewahrt. Die Einverständniserklärungen werden nach Abschluss des Projektes, spätestens zum 30.09.2017, datenschutzgerecht vernichtet.

Elektronisch erfasste Daten werden im ZeS auf dem institutseigenen Server passwortgeschützt abgelegt (eigenes Laufwerk oder Partition). Der Zugang zu den projektbezogen aufbewahrten Unterlagen und elektronischen erfassten Daten ist lediglich autorisierten Mitarbeitern des jeweiligen Projektes gestattet.

7.2 Aufbewahrung nach Abschluss der Untersuchung

Um Fragen bezüglich der Durchführung einer Untersuchung sowie der Forschungsergebnisse auch nach Abschluss der Untersuchung beantworten zu können, werden die dafür relevanten Unterlagen und elektronisch erfassten Daten über einen Zeitraum von zwei Jahren aufbewahrt (vgl. hierzu die Standards zur Qualitätssicherung des Arbeitskreises Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V.). Die Frist beginnt, sobald der Projektauftraggeber den Abschlussbericht angenommen hat, in der Regel bis zu zwei Monate nach Projektabschluss (Projektlaufzeit 01.04.2014-31.01.2015). Nur dem Projektleiter oder den Projektmitarbeitern ist der Zugriff auf die Erhebungsunterlagen und elektronisch erfassten Daten erlaubt. Nach Ablauf der Aufbewahrungszeit werden die zu einem Projekt gehörigen Unterlagen unter persönlicher Aufsicht des Projektleiters oder eines Projektmitarbeiters vernichtet bzw. gelöscht (spätestens am 30.09.2017).

8 Datenerhebung und Auswertung

In die Studie sollen insgesamt 2.000 Bewohner aus stationären Pflegeeinrichtungen eingeschlossen werden. Hierzu sollen in vier Regionen je 10 Einrichtungen und je 50 Bewohnern rekrutiert werden. Wird die notwendige Anzahl von 50 Bewohnern in einigen Einrichtungen nicht erreicht, wird die Anzahl der Einrichtungen in der betroffenen Region erhöht.

Die Studie teilt sich in zwei Datenerhebungen:

- A. Einstufungen von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen nach dem NBA:
Für die rekrutierten Bewohner soll ein Assessment anhand des NBA durchgeführt werden. Mittels der aktualisierten Bewertungssystematik des NBA wird dann der Pflegegrad dieser Bewohner bestimmt. Die Durchführung des Assessments (Begutachtung der Bewohner) wird von Mitarbeitern des MDK übernommen, welche eine spezielle Schulung zum NBA erhalten.
- B. Erfassung des tatsächlichen Pflegeaufwands:
Mit Hilfe eines Smartphones und einer App, in der ein Merkmalskatalog mit verschiedenen Pflegeinterventionen enthalten ist, soll neben den NBA-Begutachtungen der zeitliche Pflegeaufwand für jeden in die Studie eingeschlossenen Bewohner ermittelt werden. Die Datenerhebung erfolgt unmittelbar von den Pflegekräften, welche durch anwesende Projektmitarbeiter unterstützt werden.

Die Daten für die Begutachtung nach dem NBA werden von Gutachtern des MDK in den jeweiligen Pflegeeinrichtungen vor Ort erhoben. Die Mitarbeiter erhalten hierzu einen softwaregestützten Erhebungsbogen der MDK-Geschäftsstellen und tragen die Ergebnisse ein. In der Geschäftsstelle des jeweiligen MDK übertragen die Gutachter die Daten in eine passwortgeschützte Datenbank, die alle relevanten Begutachtungsinformationen enthält.

9 Datenfluss/Datenhaltung

Die relevanten Daten für diese Studie werden ausschließlich in den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen erhoben. Die Speicherung erfolgt auf passwortgeschützten Datenträgern-/Datenbanken des ZeS, der Firma Evocura, des MDK und dem Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb).

Die Einrichtungen übermitteln dem ZeS Bewohnerdaten von den an der Studie teilnehmenden Bewohnern. Hierzu gehören:

- Name und Vorname des Bewohners, Alter, Geschlecht
- Pflegestufe, der ermittelte Pflegegrad
- Kognitiver Status, Medikamente
- Die erhaltenen Pflegeleistungen über 7 Tage hinweg

Die Einrichtungen übermitteln dem ZeS Mitarbeiterdaten von den an der Studie teilnehmenden Mitarbeitern. Hierzu gehören:

- Name und Vorname des Mitarbeiters, Alter, Geschlecht
- Qualifikation

Das ZeS übermittelt die Daten der Bewohner und Mitarbeiter an die Firma Evocura, die diese in eine einrichtungsbezogene Datenbank überspielt, um die Daten der Bewohner und Mitarbeiter in der App auf dem Smartphone zur Verfügung zu stellen.

Alle projektbezogenen Datenträger-/Datenbanken werden passwortgeschützt, so dass ein unbefugtes Einsehen und Weitergeben der Daten im Rahmen der technischen Möglichkeiten ausgeschlossen werden kann.

Erhebung von Pflege- und Betreuungsleistungen am Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen

Betroffen:

- Bewohner der am Projekt teilnehmenden stationären Einrichtungen
- Mitarbeiter der teilnehmenden stationären Einrichtungen

Datenfluss:

- Daten der Bewohner (Vorname, Nachname, Pflegestufe, Alter, Geschlecht) aus den Pflegeeinrichtungen werden für die Erfassung von der jeweiligen Einrichtung zur Verfügung gestellt.
- Daten der Mitarbeiter (Vorname, Nachname, Qualifikation, Alter, Geschlecht) aus den Pflegeeinrichtungen werden für die Erfassung von der jeweiligen Einrichtung zur Verfügung gestellt.
- Die Daten werden auf einem Datenerfassungsinstrument (Smartphone/Tablet) gespeichert (Bewohner und Mitarbeiter, um sie zuordnen zu können).
- Die Mitarbeiter erhalten einen *passwortgeschützten Zugang* zur App. Der/die Mitarbeiter/in erfasst alle bewohnerbezogenen Tätigkeiten mit einem Zeitwert. Die Mitarbeiter haben hierzu während der Schicht Zugriff auf die Daten aller Bewohner für diese Schicht.
- Am Schichtende (Ende einer Aufzeichnungseinheit) werden die erfassten Daten über eine Schnittstelle synchronisiert (vom mobilen Gerät auf einen Laptop mit einer passwortgeschützten Datenbank). Die abgearbeiteten Daten werden mit jedem Synchronisationsvorgang von den Handgeräten gelöscht, spätestens mit der Schichtübergabe. Dann werden die Daten für die nächste Schicht geladen. Es befinden sich auf den Handgeräten immer Daten für alle Bewohner für die aktuelle Schicht, die noch nicht abgearbeitet und auf den Server übertragen wurden.
- Nach der Erhebungsphase wird der Laptop mit den synchronisierten Daten aus den Einrichtungen an Evocura weitergegeben. Die Datenverarbeitung durch die Evocura unterliegt den datenschutzrechtlichen Bestimmungen und wird im Sinne dieses Datenschutzkonzeptes durchgeführt. Nähere Ausführungen finden sich in einem gesonderten Datenschutzkonzept.
- Evocura führt eine Zusammenführung und Aufbereitung der Daten durch und übermittelt diese an das ZeS. Nach der Übermittlung der kompletten Daten werden die Daten der Evocura gelöscht (spätestens 30.09.2017). Eine Nutzung der Daten durch Evocura findet nicht statt.
- Das ZeS wertet die Daten aus.
- Die Daten auf den verwendeten Smartphone- und Laptop-Geräten werden nach der erfolgreichen Datensicherung gelöscht.
- Die für die Auswertung erforderlichen Daten werden im ZeS auf den passwortgeschützten Rechnern der projektbezogenen Mitarbeiter abgelegt.

- Nach Abschluss des Projektes werden alle Daten von den Rechnern der projektbezogenen Mitarbeiter des ZeS gelöscht und auf den Server des ZeS zentral, passwortgeschützt für zwei Jahre gespeichert. Während dieser Zeit hat nur der Projektleiter die Zugriffskontrolle über die Daten. Die Löschung der personenbezogenen Daten erfolgt spätestens am 30.09.2017.

Die Daten werden personenbezogen erhoben, aber anonymisiert ausgewertet. Die personenbezogene Datenerhebung ist notwendig, da den Bewohnern mit ihrer derzeitigen Pflegestufe und den erhaltenen Pflegeleistungen ihr Pflegegrad zugeordnet werden muss, welcher von den Mitarbeitern des MDK erhoben wird.

Erhebung der Pflegebedürftigkeit von Bewohnern der am Projekt teilnehmenden stationären Einrichtungen im Rahmen von Gutachtertätigkeiten

Die Erhebung der Pflegebedürftigkeit von Bewohnern durch Mitarbeiter des MDK verläuft unabhängig, aber parallel zur Erhebung von Pflegeleistungen am Bewohner.

Betroffen:

- Bewohner der am Projekt teilnehmenden stationären Einrichtungen

Datenfluss:

- Daten der Bewohner (Vorname, Nachname, Pflegestufe, Alter, Geschlecht) aus den Pflegeeinrichtungen werden für die Erfassung von der jeweiligen Einrichtung zur Verfügung gestellt
- Daten der Gutachter werden nicht erfasst
- Die Gutachter erheben Daten bezüglich der Pflegebedürftigkeit der an der Studie teilnehmenden Bewohner. Die Datenerhebung erfolgt strukturiert anhand des NBA.
- Die bewohnerbezogenen Daten werden auf einem Datenerfassungsinstrument (Tablet) gespeichert.
- Die Daten werden nach der täglichen gutachterlichen Tätigkeit über eine Schnittstelle mit dem Server des KKSBS synchronisiert (vom mobilen Gerät auf einen PC) – Organisation erfolgt über den jeweiligen MDK.
- Das KKSBS bereitet die Daten auf und stellt diese dem ZeS zur Auswertung zur Verfügung.
- Die für die Auswertung erforderlichen Daten werden im ZeS auf den passwortgeschützten Rechnern der projektbezogenen Mitarbeiter abgelegt.
- Nach Abschluss des Projektes werden alle Daten von den Rechnern der projektbezogenen Mitarbeiter gelöscht und auf den Server des ZeS zentral, passwortgeschützt für zwei Jahre gespeichert.

10 Datenschutzvorkehrungen

10.1 Datenschutzvorkehrungen in den Einrichtungen

Für die Datenerfassung ist es notwendig, dass die an der Erhebung beteiligten Mitarbeiter ihre Aufwendungen den jeweiligen Bewohnern zuordnen können. Dazu erscheint auf dem Display des Smartphone der Name des Bewohners. Um Missbrauch zu vermeiden, ist der Zugriff auf das Smartphone passwortgeschützt. Die erfassten Daten werden regelmäßig zum Dienstende an den Projektserver übertragen. Die Datenbank des eingerichteten Projektserver ist ebenfalls passwortgeschützt.

10.2 Datenschutzvorkehrungen im ZeS

Erhebungsbögen werden im Rahmen dieser Studie nicht eingesetzt.

Der Zugriff auf die elektronischen Daten ist passwortgeschützt. Es können nur Mitarbeiter/innen, die in dieser Studie mitarbeiten, auf erhobene Daten im institutsinternen Datennetzwerk zugreifen. Dies regelt die ZeS-interne SOP „Zugriffsberechtigung für Projektordner im internen Netzwerk“. Bei der Dateneingabe wird protokolliert und kontrolliert, durch wen diese erfolgt. Bei Änderungen von Daten wird ebenfalls protokolliert, wer diese vorgenommen hat und welcher Art diese Veränderungen (Korrektur, Löschung) war.

10.3 Kontrolle durch den Datenschutzbeauftragten

Das vorliegende Datenschutzkonzept ist Grundlage der datenschutzrechtlichen Prüfung.

Anhang

1. Einwilligungserklärung der Probanden
2. Datenschutzerklärung für die am Projekt beteiligten Mitarbeiter

Aufklärung und Informationen an die Teilnehmer/innen der Evaluationsstudie zum „Neuen Begutachtungsassessment“

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir führen mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und des GKV-Spitzenverbands eine Evaluationsstudie zum „Neuen Begutachtungsassessment“ durch. In diesem Zusammenhang bitten wir Sie, an der Studie teilzunehmen.

Was ist der Zweck der Evaluationsstudie?

Das Bundesministerium plant die Einführung einer neuen Begutachtungssystematik zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Sie kennen bereits das alte Verfahren, welches Sie durchlaufen mussten, um die Pflegestufe zu bekommen, die sie heute haben. Mit der Einführung des neuen Begutachtungsassessments sollen wesentlich mehr Aspekte berücksichtigt werden als es in der Vergangenheit. Darüber hinaus soll es statt der drei Pflegestufen fünf Pflegegrade geben.

Das Bundesministerium für Gesundheit möchte nun vor der Einführung des neuen Begutachtungsassessments wissen, wie viel Leistungen zum jeweiligen Pflegegrad (derzeit Pflegestufe) derzeit erbracht werden. Zur Beantwortung dieser Frage benötigen wir Ihre Mithilfe.

Wie sieht eine Teilnahme aus?

Um herauszufinden, in welchen Pflegegrad Sie in Zukunft eingestuft werden würden, möchten Mitarbeiter des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) eine Begutachtung bei Ihnen durchführen. Ihre bisherige Pflegestufe wird von dieser Begutachtung nicht beeinflusst. Parallel werden die Mitarbeiter Ihrer Einrichtung über einen Zeitraum von sieben Tagen alle Tätigkeiten erfassen, die die Mitarbeiter für Sie erbringen. Der ermittelte Pflegegrad und die erhobenen Leistungen lassen für uns Rückschlüsse auf die Verhältnisse zwischen Pflegegraden und benötigten Aufwendungen zu.

Folgende Daten werden von Ihnen erhoben (durch ein Gespräch mit Ihnen, durch die Gutachter des MDK oder anhand der Pflegedokumentation):

- Name, Alter, Geschlecht, Pflegestufe, der ermittelte Pflegegrad
- Kognitiver Status, Medikamente
- Die erhaltenen Pflegeleistungen über 7 Tage hinweg

Was geschieht mit Ihren Informationen?

Ihre Daten werden von den Mitarbeitern Ihrer Pflegeeinrichtung und von Mitarbeitern des MDK gespeichert. Die Daten lassen sich Ihrer Person zuordnen, um die neuen Pflegegrade den alten Pflegestufen zuordnen zu können. Die Mitarbeiter des MDK werden ihre Ergebnisse der Begutachtung an die Universität Bremen weiterleiten.

Die Informationen, die die Mitarbeiter der Einrichtung erheben, werden mit Hilfe einer Softwarefirma (Evocura) aufbereitet und an die Universität Bremen weitergeleitet. Beide Datensätze werden an der Universität Bremen zusammengeführt und sodann anonymisiert, so dass im Rahmen der Auswertung der Daten keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Die Daten, die einen Rückschluss auf Ihre Person zulassen werden nach der Zusammenführung der Datensätze und einer Plausibilitätskontrolle gelöscht (spätestens am 30.09.2017). Zum Umgang mit Ihren Daten wurde für das Projekt ein Datenschutzkonzept erstellt, welches vom Datenschutzbeauftragten genehmigt wurde und auf Wunsch zur Verfügung gestellt wird.

Wer beantwortet Fragen?

Haben Sie Fragen, die nicht in Ihrer Einrichtung beantwortet werden können, erreichen Sie uns in Bremen unter den oben aufgeführten Rufnummern. Hauptansprechpartner ist Herr Mathias Fünfstück mit der Rufnummer 0421 218 58548 oder 0179-3244386.

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Einverständniserklärung

Ich bestätige, dass

1. ich die schriftliche Aufklärung vollständig gelesen habe oder sie mir vollständig vorgelesen und ausreichend erklärt wurde. Ich hatte Gelegenheit, mit einem/einer Mitarbeiter/in zu sprechen und Fragen zu stellen, die ausreichend beantwortet worden sind.
2. ich für meine Unterlagen eine Kopie des Informationsschreiben mit der Einverständniserklärung erhalten habe.
3. ich darüber aufgeklärt wurde, dass ich mein Einverständnis zur Teilnahme ohne die Angabe von Gründen jederzeit widerrufen kann. Im Falle des Widerrufs sind alle Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, zu löschen.

Mit der Verarbeitung und Nutzung meiner Daten, wie im vorliegenden Informationsschreiben beschrieben, bin ich einverstanden. Soweit erforderlich entbinde ich die Mitarbeitern meiner Pflegeeinrichtung und die Mitarbeitern des MDK von Ihrer berufsrechtlichen Schweigepflicht, so dass die o.g. genannten Daten für das Projekt erhoben werden können.

Name: _____

Anschrift: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Verpflichtung zur Wahrung des Datengeheimnisses

Frau/Herr _____

Abteilung/Projekt _____

ist der Wahrung des Datengeheimnisses nach § 5 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und § 6 des Bremischen Datenschutzgesetzes (BremDSG) verpflichtet.

Nach § 5 des BDSG und § 6 des BremDSG ist es den bei der verantwortlichen Stelle oder in deren Auftrag beschäftigten Personen, die Zugang zu personenbezogenen Daten haben, untersagt, geschützte personenbezogene Daten unbefugt zu einem anderen als dem zur jeweiligen rechtmäßigen Aufgabenerfüllung gehörenden Zweck zu verarbeiten oder zu offenbaren, sowie unbefugt personenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen. Unterlagen mit personenbezogenen Daten und personenbezogene Dateien sind so zu verwahren, dass sie vor dem Zugriff Dritter geschützt sind. Zum Schutz der Daten ist im Rahmen der übertragenen Aufgabe die notwendige Sorgfalt anzuwenden; festgestellte Mängel sind sofort der Projekt- und Abteilungsleitung zu melden.

Die Verpflichtung besteht auch nach Beendigung der Tätigkeit in der Abteilung/ dem Projekt.

Verstöße gegen das Datengeheimnis können nach §§ 44, 43 Absatz 2 des BDSG, nach §§ 37, 38 des BremDSG und anderen einschlägigen Rechtsvorschriften insbesondere nach §§ 133, 201, 203, 204, 206, 353 b, 358 StGB, mit Geld- und Freiheitsstrafen geahndet werden. Eine Verletzung des Datengeheimnisses stellt in den meisten Fällen gleichzeitig einen Verstoß gegen arbeitsvertragliche Pflichten dar und kann arbeitsrechtliche Maßnahmen zur Folge haben.

Fragen zum Datenschutz beantwortet Ihnen gerne die Projekt- und Abteilungsleitung.

Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diese Erläuterung gelesen und Ihre Verpflichtung auf das Datengeheimnis zur Kenntnis genommen haben.

Angaben der/ des Verpflichteten

Name, Vorname: _____

Wohnhaft: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Merkblatt zur Verpflichtung zur Wahrung des Datengeheimnisses

Auszug aus dem Bundesdatenschutzgesetz

§ 5 Datengeheimnis (BDSG)

Den bei der Datenverarbeitung beschäftigten Personen ist untersagt, personenbezogene Daten unbefugt zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen (Datengeheimnis). Diese Personen sind, soweit sie bei nicht-öffentlichen Stellen beschäftigt werden, bei der Aufnahme ihrer Tätigkeit auf das Datengeheimnis zu verpflichten. Das Datengeheimnis besteht auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit fort.

§ 43 Bußgeldvorschriften (BDSG)

(2) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

- 1 unbefugt personenbezogene Daten, die nicht allgemein zugänglich sind, erhebt oder verarbeitet,
- 2 unbefugt personenbezogene Daten, die nicht allgemein zugänglich sind, zum Abruf mittels automatisierten Verfahrens bereithält,
- 3 unbefugt personenbezogene Daten, die nicht allgemein zugänglich sind, abrufen oder sich oder einem anderen aus automatisierten Verarbeitungen oder nicht automatisierten Dateien verschafft,
- 4 die Übermittlung von personenbezogenen Daten, die nicht allgemein zugänglich sind, durch unrichtige Angaben erschleicht,
- 5 entgegen § 16 Abs. 4 Satz 1, § 28 Abs. 5 Satz 1, auch in Verbindung mit § 29 Abs. 4, § 39 Abs. 1 Satz 1 oder § 40

Abs. 1, die übermittelten Daten für andere Zwecke nutzt, 5a. entgegen § 28 Absatz 3b den Abschluss eines Vertrages von der Einwilligung des Betroffenen abhängig macht, 5b. entgegen § 28 Absatz 4 Satz 1 Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung

verarbeitet oder nutzt,

- 1 entgegen § 30 Absatz 1 Satz 2, § 30a Absatz 3 Satz 3 oder § 40 Absatz 2 Satz 3 ein dort genanntes Merkmal mit einer Einzelangabe zusammenführt oder
- 2 entgegen § 42a Satz 1 eine Mitteilung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig macht.

§ 44 Strafvorschriften

(1) Wer eine in § 43 Abs. 2 bezeichnete vorsätzliche Handlung gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, begeht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Die Tat wird nur auf Antrag verfolgt. Antragsberechtigt sind der Betroffene, die verantwortliche Stelle, der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und die Aufsichtsbehörde.

Auszug aus dem Bremischen Datenschutzgesetz

§ 6 Datengeheimnis (BremDSG)

Den bei der verantwortlichen Stelle oder in deren Auftrag beschäftigten Personen, die Zugang zu personenbezogenen Daten haben, ist untersagt, geschützte personenbezogene Daten unbefugt zu einem anderen als dem zur jeweiligen rechtmäßigen Aufgabenerfüllung gehörenden Zweck zu verarbeiten oder zu offenbaren; dies gilt auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit. Diese Personen sind über die bei ihrer Tätigkeit zu beachtenden Vorschriften über den Datenschutz zu unterrichten.

§ 37 Straftaten (BremDSG)

Wer gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, personenbezogene Daten entgegen den Vorschriften dieses Gesetzes

- 1 erhebt, speichert, verändert, übermittelt, zum Abruf bereithält, löscht oder nutzt,
- 2 abrufen, einsieht oder einem Dritten verschafft, wird mit einer Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Der Versuch ist strafbar.

§ 38 Ordnungswidrigkeiten (BremDSG)

(1) Ordnungswidrig handelt, wer personenbezogene Daten entgegen den Vorschriften dieses Gesetzes erhebt, speichert, übermittelt, löscht, zum Abruf bereithält, abrufen oder nutzt.

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 25.000 Euro geahndet werden.*

*Verordnung über die Zuständigkeit für die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten

nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Bremischen Datenschutzgesetz vom 06. Januar 2004 (Brem.GBl. S. 17)

Auszug aus dem Strafgesetzbuch

§ 133 Verwahrungsbruch

(1) Wer Schriftstücke oder andere bewegliche Sachen, die sich in dienstlicher Verwahrung befinden oder ihm oder einem anderen dienstlich in Verwahrung gegeben worden sind, zerstört, beschädigt, unbrauchbar macht oder der dienstlichen Verfügung entzieht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Dasselbe gilt für Schriftstücke oder andere bewegliche Sachen, die sich in amtlicher Verwahrung einer Kirche oder anderen Religionsgesellschaft des öffentlichen Rechts befinden oder von dieser dem Täter oder einem anderen amtlich in Verwahrung gegeben worden sind.

(3) Wer die Tat an einer Sache begeht, die ihm als Amtsträger oder für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten anvertraut worden oder zugänglich geworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 201 Verletzung der Vertraulichkeit des Wortes

(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer unbefugt

1. das nichtöffentlich gesprochene Wort eines anderen auf einen Tonträger aufnimmt oder
2. eine so hergestellte Aufnahme gebraucht oder einem Dritten zugänglich macht.

(2) Ebenso wird bestraft, wer unbefugt

1. das nicht zu seiner Kenntnis bestimmte nichtöffentlich gesprochene Wort eines anderen mit einem Abhörgerät abhört oder
2. das nach Absatz 1 Nr. 1 aufgenommene oder nach Absatz 2 Nr. 1 abgehörte nichtöffentlich gesprochene Wort eines anderen im Wortlaut oder seinem wesentlichen Inhalt nach öffentlich mitteilt.

Die Tat nach Satz 1 Nr. 2 ist nur strafbar, wenn die öffentliche Mitteilung geeignet ist, berechnete Interessen eines anderen zu beeinträchtigen. Sie ist nicht rechtswidrig, wenn die öffentliche Mitteilung zur Wahrnehmung überragender öffentlicher Interessen gemacht wird.

(3) Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer als Amtsträger oder als für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteter die Vertraulichkeit des Wortes verletzt (Absätze 1 und 2).

(4) Der Versuch ist strafbar.

(5) Die Tonträger und Abhörgeräte, die der Täter oder Teilnehmer verwendet hat, können eingezogen werden. § 74a ist anzuwenden.

§ 203 Verletzung von Privatgeheimnissen

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
2. Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlußprüfung,
3. Rechtsanwalt, Patentanwalt, Notar, Verteidiger in einem gesetzlich geordneten Verfahren, Wirtschaftsprüfer, vereidigtem Buchprüfer, Steuerberater, Steuerbevollmächtigten oder Organ oder Mitglied eines Organs einer Rechtsanwalts-, Patentanwalts-, Wirtschaftsprüfungs-, Buchprüfungs- oder Steuerberatungsgesellschaft,
4. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,
 - 4a. Mitglied oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
5. staatlich anerkanntem Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder
6. Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen, steuerberaterlichen oder anwaltlichen Verrechnungsstelle anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Amtsträger,
2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten,
3. Person, die Aufgaben oder Befugnisse nach dem Personalvertretungsrecht wahrnimmt,
4. Mitglied eines für ein Gesetzgebungsorgan des Bundes oder eines Landes tätigen Untersuchungsausschusses, sonstigen Ausschusses oder Rates, das nicht selbst Mitglied des Gesetzgebungsorgans ist, oder als Hilfskraft eines solchen Ausschusses oder Rates,
5. öffentlich bestelltem Sachverständigen, der auf die gewissenhafte Erfüllung seiner Obliegenheiten auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, oder
6. Person, die auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Geheimhaltungspflicht bei der Durchführung wissenschaftlicher Forschungsvorhaben auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist. Einem Geheimnis im Sinne des Satzes 1 stehen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse eines anderen gleich, die für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung erfaßt worden sind; Satz 1 ist jedoch nicht anzuwenden, soweit solche Einzelangaben anderen Behörden oder sonstigen Stellen für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung bekanntgegeben werden und das Gesetz dies nicht untersagt.

(2a) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn ein Beauftragter für den Datenschutz unbefugt ein fremdes Geheimnis im Sinne dieser Vorschriften offenbart, das einem in den Absätzen 1 und 2 Genannten in dessen beruflicher Eigenschaft anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist und von dem er bei der Erfüllung seiner Aufgaben als Beauftragter für den Datenschutz Kenntnis erlangt hat.

(3) Einem in Absatz 1 Nr. 3 genannten Rechtsanwalt stehen andere Mitglieder einer Rechtsanwaltskammer gleich. Den in Absatz 1 und Satz 1 Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind. Den in Absatz 1 und den in Satz 1 und 2 Genannten steht nach dem Tod des zur Wahrung des Geheimnisses Verpflichteten ferner gleich, wer das Geheimnis von dem Verstorbenen oder aus dessen Nachlass erlangt hat.

(4) Die Absätze 1 bis 3 sind auch anzuwenden, wenn der Täter das fremde Geheimnis nach dem Tod des Betroffenen unbefugt offenbart.

(5) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe.

§ 204 Verwertung fremder Geheimnisse

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, zu dessen Geheimhaltung er nach § 203 verpflichtet ist, verwertet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) § 203 Abs. 4 gilt entsprechend.

§ 206 Verletzung des Post- oder Fernmeldegeheimnisses

(1) Wer unbefugt einer anderen Person eine Mitteilung über Tatsachen macht, die dem Post- oder Fernmeldegeheimnis unterliegen und die ihm als Inhaber oder Beschäftigtem eines Unternehmens bekanntgeworden sind, das geschäftsmäßig Post- oder Telekommunikationsdienste erbringt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer als Inhaber oder Beschäftigter eines in Absatz 1 bezeichneten Unternehmens unbefugt

1. eine Sendung, die einem solchen Unternehmen zur Übermittlung anvertraut worden und verschlossen ist, öffnet oder sich von ihrem Inhalt ohne Öffnung des Verschlusses unter Anwendung technischer Mittel Kenntnis verschafft,
2. eine einem solchen Unternehmen zur Übermittlung anvertraute Sendung unterdrückt oder
3. eine der in Absatz 1 oder in Nummer 1 oder 2 bezeichneten Handlungen gestattet oder fördert.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten auch für Personen, die

1. Aufgaben der Aufsicht über ein in Absatz 1 bezeichnetes Unternehmen wahrnehmen,
2. von einem solchen Unternehmen oder mit dessen Ermächtigung mit dem Erbringen von Post- oder Telekommunikationsdiensten betraut sind oder
3. mit der Herstellung einer dem Betrieb eines solchen Unternehmens dienenden Anlage oder mit Arbeiten daran betraut sind.

(4) Wer unbefugt einer anderen Person eine Mitteilung über Tatsachen macht, die ihm als außerhalb des Post- oder Telekommunikationsbereichs tätigem Amtsträger auf Grund eines befugten oder unbefugten Eingriffs in das Post- oder Fernmeldegeheimnis bekanntgeworden sind, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(5) Dem Postgeheimnis unterliegen die näheren Umstände des Postverkehrs bestimmter Personen sowie der Inhalt von

Postsendungen. Dem Fernmeldegeheimnis unterliegen der Inhalt der Telekommunikation und ihre näheren Umstände, insbesondere die Tatsache, ob jemand an einem Telekommunikationsvorgang beteiligt ist oder war. Das Fernmeldegeheimnis erstreckt sich auch auf die näheren Umstände erfolgloser Verbindungsversuche.

§ 353b Verletzung des Dienstgeheimnisses und einer besonderen Geheimhaltungspflicht

(1) Wer ein Geheimnis, das ihm als

1. Amtsträger,
2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten oder
3. Person, die Aufgaben oder Befugnisse nach dem Personalvertretungsrecht wahrnimmt,

anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, unbefugt offenbart und dadurch wichtige öffentliche Interessen gefährdet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Hat der Täter durch die Tat fahrlässig wichtige öffentliche Interessen gefährdet, so wird er mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Wer, abgesehen von den Fällen des Absatzes 1, unbefugt einen Gegenstand oder eine Nachricht, zu deren Geheimhaltung er

1. auf Grund des Beschlusses eines Gesetzgebungsorgans des Bundes oder eines Landes oder eines seiner Ausschüsse verpflichtet ist oder
2. von einer anderen amtlichen Stelle unter Hinweis auf die Strafbarkeit der Verletzung der Geheimhaltungspflicht förmlich verpflichtet worden ist,

an einen anderen gelangen läßt oder öffentlich bekanntmacht und dadurch wichtige öffentliche Interessen gefährdet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(3) Der Versuch ist strafbar.

(3a) Beihilfehandlungen einer in § 53 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 der Strafprozessordnung genannten Person sind nicht rechtswidrig, wenn sie sich auf die Entgegennahme, Auswertung oder Veröffentlichung des Geheimnisses oder des Gegenstandes oder der Nachricht, zu deren Geheimhaltung eine besondere Verpflichtung besteht, beschränken.

(4) Die Tat wird nur mit Ermächtigung verfolgt. Die Ermächtigung wird erteilt

1. von dem Präsidenten des Gesetzgebungsorgans
 - a) in den Fällen des Absatzes 1, wenn dem Täter das Geheimnis während seiner Tätigkeit bei einem oder für ein Gesetzgebungsorgan des Bundes oder eines Landes bekanntgeworden ist,
 - b) in den Fällen des Absatzes 2 Nr. 1;
2. von der obersten Bundesbehörde
 - a) in den Fällen des Absatzes 1, wenn dem Täter das Geheimnis während seiner Tätigkeit sonst bei einer oder für eine Behörde oder bei einer anderen amtlichen Stelle des Bundes oder für eine solche Stelle bekanntgeworden ist,
 - b) in den Fällen des Absatzes 2 Nr. 2, wenn der Täter von einer amtlichen Stelle des Bundes verpflichtet worden ist;
3. von der obersten Landesbehörde in allen übrigen Fällen der Absätze 1 und 2 Nr. 2.

§ 358 Nebenfolgen

Neben einer Freiheitsstrafe von mindestens sechs Monaten wegen einer Straftat nach den §§ 332, 335, 339, 340, 343, 344, 345 Abs. 1 und 3, §§ 348, 352 bis 353b Abs. 1, §§ 355 und 357 kann das Gericht die Fähigkeit, öffentliche Ämter zu bekleiden (§ 45 Abs. 2), aberkennen.

ANHANG

EVALUATION DES NBA ERFASSUNG VON VERSORGUNGS-AUFWÄNDEN IN STATIONÄREN EINRICHTUNGEN (EViS)

ENDBERICHT

- A) Entwicklung des Instruments zur Ermittlung des Pflegeaufwands
- B) Suchstrategie der systematischen Literaturrecherche
- C) EViS-Datenschutzkonzept
- D) EViS-Informationsschreiben an die Pflegeeinrichtungen
- E) EViS-Einverständniserklärung für die Bewohner
- F) EViS-Interventionskatalog
- G) EViS-Schulungskonzept
- H) EViS-Anwenderleitfaden
- I) EViS-Projektregeln

Informationen zur Evaluationsstudie zum NBA

Sehr geehrte Damen und Herren,

Im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung führen wir eine Evaluationsstudie zum Neuen Begutachtungsassessment durch. Die Studie wird vom GKV-Spitzenverband und vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und leistet einen Beitrag zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Noch in dieser Legislaturperiode soll eine neue Begutachtungssystematik zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit eingeführt werden. Mit der Einführung des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) sollen wesentlich mehr Aspekte der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt werden als in der Vergangenheit. Darüber hinaus soll es statt der drei Pflegestufen fünf Pflegegrade geben.

Unser Ziel ist es, im Rahmen dieser Studie herauszufinden, welche pflegerischen, gesundheitlichen und betreuenden Leistungen (Art) in welchem Umfang (Anzahl) und Ausmaß (benötigte Zeit) in den stationären Einrichtungen im Kontext der jeweiligen Pflegegrade erbracht werden.

Hierzu ist es notwendig, dass

- A. bei Bewohnern durch Gutachter des MDK eine Pflegebegutachtung mit dem NBA durchgeführt wird (die bisherige Pflegestufe wird von dieser Begutachtung nicht beeinflusst),
- B. eine elektronische Erfassung des tatsächlichen Pflegeaufwands durch die Mitarbeiter der Einrichtungen bei den Bewohnern erfolgt.

Zur Durchführung der Studie werden insgesamt 2.000 Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen aus mehreren Bundesländern benötigt, je Bundesland ca. 400 Bewohner in ca. 10 Pflegeeinrichtungen. Hierzu benötigen wir Ihre Unterstützung.

Die Anwendung des NBA

Die Durchführung der Begutachtungen mit dem NBA erfolgt durch geschulte Gutachter des MDK in enger Abstimmung mit dem MDS. Alle erhobenen Daten werden pseudonymisiert ausgewertet.

Abteilung
Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik
und Versorgungsforschung

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Abteilungsleiter

UNICOM, Mary-Somerville-Str. 5
Raum 4250
28359 Bremen

Telefon (0421) 218 - 58557
eMail rothgang@zes.uni-bremen.de
www www.zes.uni-bremen.de

Sekretariat:
Vicki May
Telefon (0421) 218 - 58556
Fax (0421) 218 - 58623
eMail vicki.may@zes.uni-bremen.de

Projektkoordination:
Mathias Fünfstück
Telefon (0421) 218 - 58548
eMail m.fuenfstueck@uni-bremen.de

16. Mai 2014

Die Ermittlung des Pflegeaufwands

Die Erhebung des Pflegeaufwands erfolgt mittels einer mobilen Datenerfassung. Eine Woche lang werden Ihre Mitarbeiter der Pflege, der Betreuung, der therapeutischen und der sozialen Dienste gebeten¹, die erbrachten Leistungen mittels eines Smartphone und einer speziell entwickelten Applikation zu erfassen. In der Applikation ist ein Leistungskatalog hinterlegt, der die Dokumentation vereinfachen soll. Ein schnelles Auffinden der passenden Leistungen soll durch eine bewohnerindividuelle Tagesplanung erreicht werden, die im Vorfeld erstellt wird. Die Vorbereitungen, Schulungen der Mitarbeiter und die Begleitungen in der Erhebungsphase werden durch die Universität Bremen organisiert.

Zum Ablauf und Aufwand

Vier Wochen vor der Erhebungsphase:

- In der Pflegeeinrichtung sollte ein(e) Studienkoordinator(in) benannt werden, die/der für den Kontakt mit der Uni Bremen zuständig ist und die Koordination in der Pflegeeinrichtung übernimmt.
- Die/der Studienkoordinator(in) sollte Bewohner(innen) ansprechen und um Teilnahme an der Studie bitten. Benötigt werden bis zu 50 Bewohner(innen), die eine Begutachtung durch MDK-Mitarbeiter durchführen lassen und damit einverstanden sind, dass über eine Woche hinweg Pflegeleistungen personenbezogen festgehalten werden. Für die Studie werden pro Einrichtung relativ viele Bewohner benötigt. Da wir jedoch nur eine begrenzte Anzahl an Smartphone pro Erhebungswoche und Einrichtung zur Verfügung haben, sollte sich die Bewohnerauswahl auf so wenige Wohnbereiche wie möglich verteilen.

Eine Woche vor der Erhebungsphase:

- Auf dem Smartphone wird in der Applikation ein Leistungskatalog hinterlegt sein. Um die Leistungen nicht immer suchen zu müssen, werden Tagesprofile für die Bewohner angelegt, so dass beim Aufrufen der Applikation und des entsprechenden Bewohners die Leistungen bereits vorgeschlagen werden. Um diese Zeitersparnis bei der Leistungserfassung realisieren zu können, benötigen wir vor der eigentlichen Erhebung ein Tagesprofil der zu erwartenden Pflegeleistungen für alle teilnehmenden Bewohner.
- Ca. eine Woche vor der Erhebungswoche werden 2-4 Mitarbeiter der Einrichtung zur Erstellung der Tagesprofile geschult. Die Schulung wird von Mitarbeitern der Softwarefirma Evocura oder von Projektmitarbeitern der Universität Bremen durchgeführt. Die Schulung benötigt einen Tag und beinhaltet bereits die Fertigstellung der ersten Tagesprofile.

Die Erhebungswoche

- Die Einrichtungen erhalten für den Erhebungszeitraum je nach Bedarf 20 bis 25 Smartphones und einen Laptop, der als Server für die tägliche Synchronisation eingerichtet ist. Die Mitarbeiter bekommen am ersten Tag der Datenerhebung eine Einweisung auf die Geräte.
- Im Erhebungszeitraum werden alle Mitarbeiter eines Wohnbereiches mit einem Smartphone pro Schicht ausgestattet. Während des Dienstes sollen die Mitarbeiter alle Leistungen, die sie für einen Bewohner oder eine Bewohnergruppe erbringen, mittels des Smartphones dokumentieren. Die Applikation ist passwortgeschützt und nur autorisierten Mitarbeitern

¹ Die Einbeziehung betrifft nur angestellte Mitarbeiter. Externe Dienstleister (Therapeuten, Ärzte, Hilfsmittelberater u.a.), die privat beauftragt oder auf Rezept tätig werden, sind für die Studie nicht relevant.

zugänglich. Am Ende eines Dienstes werden die Geräte über eine Smartphone-Station mit dem Server (dem Laptop) synchronisiert. Dabei werden alle erfassten Daten auf den Laptop überspielt und vom Smartphone gelöscht und die neuen Daten für die nächste Schicht geladen.

- Zu Beginn der Erhebungsphase wird ein Projektmitarbeiter der Universität Bremen die Einrichtung begleiten und für Fragen, Probleme und zur Motivation vor Ort zur Verfügung stehen.
- Am letzten Tag in der Erhebungswoche werden alle Smartphone und der Server wieder eingesammelt.

Vor oder nach der Erhebungswoche

- Die Begutachtungen durch den MDK sollen möglichst zeitnah zur Leistungserfassung erfolgen, jedoch nicht parallel. Die Begutachtungen werden durch den jeweils zuständigen MDK separat organisiert.
- Der gesamte Erhebungszeitraum wird im Juni beginnen und im November enden.

Wir werden einen Tag für die Vorbereitungen (Schulungen der Mitarbeiter und Unterstützung bei der Erstellung von Tagesplänen) und 7 Tage in der Erhebungswoche bei Ihnen in der Einrichtung sein. Diese Tage erstrecken sich über 2-3 Wochen.

Was können wir Ihnen für Ihre Teilnahme bieten?

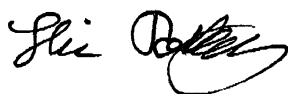
- Sie erhalten von uns einen anonymisierten Kennzahlenvergleich. Dieser beinhaltet eine Analyse der Pflegeaufwände in Ihrer Einrichtung bezogen auf die Pflegestufen und die künftigen Pflegegrade und einen Vergleich mit den anderen Einrichtungen, die an der Studie teilnehmen.
- Sie nehmen aktiv an einer Studie zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) teil und leisten somit einen wichtigen Beitrag zur zukünftigen Ausrichtung der Pflegeeinstufungen und zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.
- Sie gehören zu den ersten Einrichtungen, die einen Einblick in die neue Begutachtungssystematik erhalten, und können die Erkenntnisse der Pflegekräfte, die die Begutachtungen ggf. begleiten, auswerten.

Kontakt

Für weitere Fragen zur Studie erreichen Sie uns in Bremen unter den oben aufgeführten Rufnummern. Ansprechpartner ist Herr Mathias Fünfstück mit der Rufnummer 0421 218 58548 oder 0179 3244386.

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Heinz Rothgang

ANHANG

EVALUATION DES NBA ERFASSUNG VON VERSORGUNGS-AUFWÄNDEN IN STATIONÄREN EINRICHTUNGEN (EViS)

ENDBERICHT

- A) Entwicklung des Instruments zur Ermittlung des Pflegeaufwands
- B) Suchstrategie der systematischen Literaturrecherche
- C) EViS-Datenschutzkonzept
- D) EViS-Informationsschreiben an die Pflegeeinrichtungen
- E) EViS-Einverständniserklärung für die Bewohner
- F) EViS-Interventionskatalog
- G) EViS-Schulungskonzept
- H) EViS-Anwenderleitfaden
- I) EViS-Projektregeln

Aufklärung und Informationen an die Teilnehmer/innen der Evaluationsstudie zum „Neuen Begutachtungsassessment“

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir führen mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und des GKV-Spitzenverbands eine Evaluationsstudie zum „Neuen Begutachtungsassessment“ durch. In diesem Zusammenhang bitten wir Sie, an der Studie teilzunehmen.

Was ist der Zweck der Evaluationsstudie?

Das Bundesministerium plant die Einführung einer neuen Begutachtungssystematik zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Sie kennen bereits das alte Verfahren, welches Sie durchlaufen mussten, um die Pflegestufe zu bekommen, die sie heute haben. Mit der Einführung des neuen Begutachtungsassessments sollen wesentlich mehr Aspekte berücksichtigt werden als in der Vergangenheit. Darüber hinaus soll es statt der drei Pflegestufen fünf Pflegegrade geben.

Das Bundesministerium für Gesundheit möchte nun vor der Einführung des neuen Begutachtungsassessments wissen, wie viel Leistungen zum jeweiligen Pflegegrad (derzeit Pflegestufe) derzeit erbracht werden. Zur Beantwortung dieser Frage benötigen wir Ihre Mithilfe.

Wie sieht eine Teilnahme aus?

Um herauszufinden, in welchen Pflegegrad Sie in Zukunft eingestuft werden würden, möchten Mitarbeiter des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) eine Begutachtung bei Ihnen durchführen. Ihre bisherige Pflegestufe wird von dieser Begutachtung nicht beeinflusst. Parallel werden die Mitarbeiter Ihrer Einrichtung über einen Zeitraum von sieben Tagen alle Tätigkeiten erfassen, die die Mitarbeiter für Sie erbringen. Der ermittelte Pflegegrad und die erhobenen Leistungen lassen für uns Rückschlüsse auf die Verhältnisse zwischen Pflegegraden und benötigten Aufwendungen zu.

Folgende Daten werden von Ihnen erhoben (durch ein Gespräch mit Ihnen, durch die Gutachter des MDK oder anhand der Pflegedokumentation):

- Name, Alter, Geschlecht, Pflegestufe, der ermittelte Pflegegrad
- Kognitiver Status, Medikamente
- Die erhaltenen Pflegeleistungen über 7 Tage hinweg

Abteilung

**Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik
und Versorgungsforschung**

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Abteilungsleiter

UNICOM, Mary-Somerville-Str. 5
Raum 4250
28359 Bremen

Telefon (0421) 218 - 58557
eMail rothgang@zes.uni-bremen.de
www www.zes.uni-bremen.de

Sekretariat:

Vicki May

Telefon (0421) 218 - 58556
Fax (0421) 218 - 58623
eMail vicki.may@zes.uni-bremen.de

Projektkoordination:

Mathias Fünfstück

Telefon (0421) 218 - 58548
eMail m.fuenfstueck@uni-bremen.de

25. Juni 2014

Was geschieht mit Ihren Informationen?

Ihre Daten werden von den Mitarbeitern Ihrer Pflegeeinrichtung und von Mitarbeitern des MDK gespeichert. Die Daten lassen sich Ihrer Person zuordnen, um die neuen Pflegegrade den alten Pflegestufen zuordnen zu können. Die Mitarbeiter des MDK werden ihre Ergebnisse der Begutachtung an die Universität Bremen weiterleiten.

Die Informationen, die die Mitarbeiter der Einrichtung erheben, werden mit Hilfe einer Softwarefirma (Evocura) aufbereitet und an die Universität Bremen weitergeleitet. Beide Datensätze werden an der Universität Bremen zusammengeführt und sodann anonymisiert, so dass im Rahmen der Auswertung der Daten keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Die Daten, die einen Rückschluss auf Ihre Person zulassen, werden nach der Zusammenführung der Datensätze und einer Plausibilitätskontrolle gelöscht (spätestens am 30.09.2017). Zum Umgang mit Ihren Daten wurde für das Projekt ein Datenschutzkonzept erstellt, welches vom Datenschutzbeauftragten genehmigt wurde und auf Wunsch zur Verfügung gestellt wird.

Wer beantwortet Fragen?

Haben Sie Fragen, die nicht in Ihrer Einrichtung beantwortet werden können, erreichen Sie uns in Bremen unter den oben aufgeführten Rufnummern. Hauptansprechpartner ist Herr Mathias Fünfstück mit der Rufnummer 0421 218 58548 oder 0179-3244386.

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen
Prof. Dr. Heinz Rothgang

Einverständniserklärung

Ich bestätige, dass

1. ich die schriftliche Aufklärung vollständig gelesen habe oder sie mir vollständig vorgelesen und ausreichend erklärt wurde. Ich hatte Gelegenheit, mit einem/einer Mitarbeiter/in zu sprechen und Fragen zu stellen, die ausreichend beantwortet worden sind.
2. ich für meine Unterlagen eine Kopie des Informationsschreiben mit der Einverständniserklärung erhalten habe.
3. ich darüber aufgeklärt wurde, dass ich mein Einverständnis zur Teilnahme ohne die Angabe von Gründen jederzeit widerrufen kann. Im Falle des Widerrufs sind alle Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, zu löschen.

Mit der Verarbeitung und Nutzung meiner Daten, wie im vorliegenden Informationsschreiben beschrieben, bin ich einverstanden. Soweit erforderlich entbinde ich die Mitarbeiter meiner Pflegeeinrichtung und die Mitarbeiter des MDK von Ihrer berufsrechtlichen Schweigepflicht, so dass die o.g. genannten Daten für das Projekt erhoben werden können.

Name: _____

Anschrift: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

ANHANG

EVALUATION DES NBA ERFASSUNG VON VERSORGUNGS-AUFWÄNDEN IN STATIONÄREN EINRICHTUNGEN (EViS)

ENDBERICHT

- A) Entwicklung des Instruments zur Ermittlung des Pflegeaufwands
- B) Suchstrategie der systematischen Literaturrecherche
- C) EViS-Datenschutzkonzept
- D) EViS-Informationsschreiben an die Pflegeeinrichtungen
- E) EViS-Einverständniserklärung für die Bewohner
- F) EViS-Interventionskatalog
- G) EViS-Schulungskonzept
- H) EViS-Anwenderleitfaden
- I) EViS-Projektregeln

Klasse/Kategorie	Behandlungspfad	Intervention	planbar	Auswahl auf PDA
Mobilität - Stehen, Sitzen, Liegen	Beeinträchtigter Postionswechsel	Hilfe beim Transfer	ja	
		Hilfe beim Transfer (hin)	ja	
		Hilfe beim Transfer (weiter/zurück)	ja	
		Hilfe beim Aufrichten	ja	
		Hilfe beim Aufstehen	ja	
		Hilfe beim Zubettgehen	ja	
		Hilfe beim Sitzen	ja	
		Hilfe beim Positionswechsel/Lagerung	ja	
		Bewegungsübungen durchführen	ja	
Mobilität - Fortbewegung	Beeinträchtigte Fortbewegung	Hilfe beim Gehen	ja	
		Hilfe beim Gehen (hin)	ja	
		Hilfe beim Gehen (weiter/zurück)	ja	
		Hilfe beim Fortbewegen (mit Hilfsmitteln)	ja	
		Hilfe beim Fortbewegen (mit Hilfsmitteln) (hin)	ja	
		Hilfe beim Fortbewegen (mit Hilfsmitteln) (weiter/zurück)	ja	
Kognition - Risiken und Gefahren	Beeinträchtigte Erkennung von Risiken	Sicherheit gewährleisten	ja	
		Pflegerundgang	ja	
		(Ent-)Fixierung durchführen	ja	
Verhalten - Aggressives oder autoaggressives Verhalten	Selbstschädigendes und/oder autoaggressives Verhalten	Beruhigendes Gespräch führen	ja	
	Aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	Deeskalierendes Gespräch führen	ja	
Verhalten - Depressive Stimmungslage	Antriebslosigkeit	Motivierendes Gespräch führen	ja	
Selbstversorgung - Ernährung	Beeinträchtigungen bei der Nahrungsvor-/zubereitung	Flüssigkeit bereitstellen	ja	
		Flüssigkeit andicken	ja	
		Nahrung bereitstellen	ja	
		Nahrung mundgerecht vorbereiten	ja	

Klasse/Kategorie	Behandlungspfad	Intervention	planbar	Auswahl auf PDA	
Selbstversorgung - Ernährung (Fortsetzung)	Beeinträchtigungen bei der Nahrungsaufnahme	Vorbereitung zur Flüssigkeitsaufnahme	ja		
		Orale Flüssigkeitsaufnahme-/zufuhr	ja		
		Künstliche Flüssigkeitsaufnahme-/zufuhr	ja		
		Vorbereitung zur Nahrungsaufnahme	ja		
		Orale Nahrungsaufnahme-/zufuhr	ja		
		Künstliche Nahrungsaufnahme-/zufuhr	ja		
		IK-Orale Nahrungsaufnahme Hauptmahlzeit	ja		
		IK-Nahrungsaufnahme Zwischenmahlzeit	ja		
Selbstversorgung - Ausscheidung	Beeinträchtigung des Toilettengangs	Hilfe bei der Intimhygiene	ja		
		Inkontinenzmaterialien wechseln	ja		
		Wechseln des Stomabeutels	ja		
		Wechseln des Stomasystems	ja		
		Entleeren/Wechseln des Urinbeutels	ja		
		Katheterpflege durchführen	ja		
		IK-Ausscheidung Toilette	ja		
		IK-Ausscheidung Toilette inkl. Inko	ja		
		IK-Ausscheidung Toilettenstuhl	ja		
		IK-Ausscheidung Toilettenstuhl inkl. Inko	ja		
		IK-Ausscheidung Bett	ja		
		IK-Ausscheidung Bett inkl. Inko	ja		
		Beeinträchtigungen bei sonstigen Ausscheidungen	Hilfe beim Abhusten	ja	
			Hilfe beim Erbrechen	ja	
Selbstversorgung - Körperpflege	Beeinträchtigte Pflege des Unterkörper	Intimbereich waschen	ja		
		Gesäß waschen	ja		
		Beine waschen	ja		
		Füße waschen	ja		
		Hilfe bei der Fußnagelpflege	ja		
		IK-Unterkörperwaschung im Bett	ja		

Klasse/Kategorie	Behandlungspfad	Intervention	planbar	Auswahl auf PDA	
Selbstversorgung - Körperpflege (Fortsetzung)	Beeinträchtigte Pflege des Unterkörper (Fortsetzung)	IK-Unterkörperwaschung am Waschbecken	ja		
		Beeinträchtigte Körperwaschung	IK-Ganzkörperwaschung im Bett	ja	
			IK-Ganzkörperwaschung im Bett inkl. Lagerung	ja	
			IK-Ganzkörperwaschung am Waschbecken	ja	
			IK-Baden	ja	
			IK-Duschen	ja	
		Beeinträchtigte Risikowahrnehmung bei der Körperpflege	Hautkontrolle/Fingerdrucktest durchführen	ja	
			Inspektion der Mundhöhle durchführen	ja	
		Beeinträchtigte Pflege des Oberkörpers	Hände waschen	ja	
	Arme waschen		ja		
	Gesicht waschen		ja		
	Hilfe beim Rasieren		ja		
	Haare waschen		ja		
	Haare kämmen		ja		
	Hilfe bei der Zahnpflege		ja		
	Hilfe bei der Zahnprothesenpflege		ja		
	Hilfe bei der Mundpflege		ja		
	Hilfe bei der Ohrenpflege		ja		
	Hilfe bei der Nasenpflege	ja			
Hilfe bei der Fingernagelpflege	ja				
Oberkörper vorne waschen	ja				
Oberkörper hinten waschen	ja				
IK-Oberkörperwaschung im Bett	ja				
IK-Oberkörperwaschung am Waschbecken	ja				
Selbstversorgung - An-/Auskleiden	Beeinträchtigt An-/Auskleiden	Hilfe beim Teilankleiden	ja		
		Hilfe beim Ankleiden	ja		

Klasse/Kategorie	Behandlungspfad	Intervention	planbar	Auswahl auf PDA	
Selbstversorgung - An-/Auskleiden (Fortsetzung)	Beeinträchtigt An-/Auskleiden (Fortsetzung)	Schuhe anziehen	ja		
		Hilfe beim Teilauskleiden	ja		
		Hilfe beim Auskleiden	ja		
Selbstversorgung - An-/Auskleiden (Fortsetzung)		Schuhe ausziehen	ja		
		Hilfe beim Umkleiden	ja		
Krankheitsbezogen - ärztl. Anordnungen	Beeinträchtigte Medikationseinnahme	Hilfe bei der Medikation	ja		
		Hilfe bei der Injektion	ja		
		Beeinträchtiger Umgang mit med. Hilfsmitteln	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	ja	
		Absaugen oder Sauerstoffgabe	ja		
		Hilfe beim Einsatz körpernaher Hilfsmittel	ja		
		Katheterisierung	ja		
		Hilfe beim Abführen	ja		
		Beeinträchtigte Wundversorgung	Verbandwechsel/Wundversorgung	ja	
		Wundversorgung bei Stoma	ja		
Krankheitsbezogen - Vitalzeichen und Messwerte	Beeinträchtigte Kontrolle von Vitalfunktionen und Messwerten	Blutdruck messen	ja		
		Puls messen	ja		
		Atmung messen	ja		
		Temperatur messen	ja		
		Gewicht messen	ja		
		Größe messen	ja		
		Konstitution einschätzen	ja		
		Blutzucker	ja		
Alltagsleben - Betreuung	Beeinträchtigte Tagesgestaltung	Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	ja		
		Aktivieren der Sinne	ja		

Klasse/Kategorie	Behandlungspfad	Intervention	planbar	Auswahl auf PDA
Alltagsleben - Betreuung (Fortsetzung)	Beeinträchtigte Tagesgestaltung (Fortsetzung)	Kreatives Gestalten	ja	
		Gedächtnis und Biographie	ja	
		Spiel, Natur und Tiere	ja	
		Musik und Gesang	ja	
		Bewegung und Tanz	ja	
		Veranstaltungen und Feste	ja	
		Besuch und Ausflüge	ja	
		Gespräch, Gesprächsrunde	ja	
		Leichte pflegerische Hilfen	ja	
		Sterbebegleitung	ja	
		Besprechungen	ja	
		Dokumentation	ja	
		Leistungsbezogene Vorbereitung	ja	
		Leistungsbezogene Nachbereitung	ja	
		Motivationsförderung Bewohner	ja	
		Angehörigengespräch	ja	
		Dienstgang, Therapiefahrt	ja	
		Therapie/Aktivität abgelehnt	ja	
		Sonstiges	ja	
		Information - Beratung	Beratung	Aufklärungs-/Beratungsgespräch
Angehörigengespräch	ja			
Krisenintervention	ja			
Information - Kommunikation	Kommunikation mit externen	Arztkommunikation	ja	
Alltagsleben - Soziale Arbeit	Beeinträchtigttes Alltagsleben	Sozialdienstliche EXPLORATION	nein	<ul style="list-style-type: none"> - Exploration: Aufnahmeassessment Soziale Situation - Exploration: Entlassungsassessment Soziale Situation - Exploration: Ausführliche Sozialanamnese - Exploration: Kurzversion Sozialanamnese - Exploration: Fremdanamnese - Exploration: Aktualisierung der Sozialanamnese

Klasse/Kategorie	Behandlungspfad	Intervention	planbar	Auswahl auf PDA
Alltagsleben - Soziale Arbeit (Fortsetzung)	Beeinträchtigtetes Alltagsleben (Fortsetzung)	Sozialdienstliche BERATUNG	nein	<ul style="list-style-type: none"> - Beratung: Pflegeversicherung - Beratung: Ambulante Versorgung - Beratung: Schwerbehinderung - Beratung: Institutionalisierte Langzeitversorgung - Beratung: Kurzzeitpflege - Beratung: MDK-Eilbegutachtung - Beratung Sonstige Begutachtung - Beratung: Betreuung/ Vollmacht - Beratung: AHB- Beratung: Wohnen - Beratung: Sozialpsychiatrischer Dienst - Beratung: Tagespflege - Beratung: Allgemeine Unterstützungsleistungen - Beratung: Hinzuziehen Externer - Beratung: Vermittlung von Seelsorge - Sonstige sozialdienstliche Beratung - Beratung: Medizinische Rehabilitation - Beratung: Hilfen bei der Krankheitsbewältigung - Beratung: Hilfen bei Problemen mit dem sozialen Umfeld - Beratung: Hilfen bei Problemen in der Familie / Beziehung - Beratung: Hilfen bei existenziellen Krisen - Beratung: Versorgung betreuungsbedürftiger Angehöriger - Beratung: Praktische Hilfen - Intervention: MDK-Eilbegutachtung - Intervention: Sonstige Begutachtung - Kostenträgerermittlung Sozialleistungsträger - Intervention: Eilbetreuung - Intervention: Betreuung/ Vollmacht - Intervention: AHB

Klasse/Kategorie	Behandlungspfad	Intervention	planbar	Auswahl auf PDA
Alltagsleben - Soziale Arbeit (Fortsetzung)	Beeinträchtigtes Alltagsleben (Fortsetzung)	Sozialdienstliche BERATUNG (Fortsetzung)		<ul style="list-style-type: none"> - Intervention: Wohnen - Intervention: Sozialpsychiatrischer Dienst - Intervention: Tagespflege - Intervention: Allgemeine Unterstützungsleistungen - Intervention: Hinzuziehen Externer - Intervention: Entlastungsgespräche - Beschwerdemanagement - Intervention: Vermittlung von Seelsorge - Sonstige sozialdienstliche Intervention - Intervention: Medizinische Rehabilitation - Intervention: Hilfen bei der Krankheitsbewältigung - Intervention: Hilfen bei Problemen mit dem sozialen Umfeld - Intervention: Hilfen bei Problemen in der Familie / Beziehung - Intervention: Hilfen bei existenziellen Krisen - Intervention: Versorgung betreuungsbedürftiger Angehöriger - Intervention: Praktische Hilfen
		Hausbesuch	nein	
		Sterbebegleitung	nein	
		Besprechungen	nein	<ul style="list-style-type: none"> - Fallbesprechung - Teamgespräch - Teilnahme an der Übergabe
		Dokumentation	nein	<ul style="list-style-type: none"> - Auswertung von Assessment-Instrumenten (Tests, Fragebögen usw.) - Bericht erstellen
		Gesprächsführung Heimaufnahme	nein	
		Unterstützung beim Heimeinzug	nein	
		Biographiearbeit	nein	
		Die Begleitung und Beratung des Heimbeirats	nein	
		Angehörigenarbeit	nein	
		Gemeinwesenarbeit	nein	
		Öffentlichkeitsarbeit	nein	

Klasse/Kategorie	Behandlungspfad	Intervention	planbar	Auswahl auf PDA
Alltagsleben - Soziale Arbeit (Fortsetzung)	Beeinträchtigt Alltagsleben (Fortsetzung)	Anleitung und Begleitung von EhrenamtlerInnen	nein	
		Anleitung und Begleitung von PraktikantInnen	nein	
		MitarbeiterInnen-Beratung	nein	
		Erstellung des individuellen Maßnahmenplans	nein	
		Leistungsbezogene Vorbereitung	nein	
		Leistungsbezogene Nachbereitung	nein	
		Motivationsförderung Bewohner	nein	
		Schulung für Bewohner	nein	
		Dienstgang, Therapiefahrt	nein	
		Schriftverkehr oder Hilfe dazu	nein	
		Therapie/Aktivität/Beratung abgelehnt	nein	
Indirekte Pflegeleistungen - Arbeitsunterbrechungen	Arbeitsunterbrechungen	Sonstiges	nein	
		Persönliche Bedürfnisse der Pflegepersonen	nein	
		Unterbrechung durch Kolleginnen/Kollegen	nein	
		Warten auf Kolleginnen/Kollegen oder Vorgesetzte	nein	
		Störungen an Geräten	nein	
		Unterschreiten/Unterbrechen von Pausen	nein	
Indirekte Pflegeleistungen - Aufräum- und Reinigungsarbeiten	Aufräum- und Reinigungsarbeiten	Aufräumen in Funktions- und Arbeitsräumen	nein	
		Aufräumen in Aufenthaltsräumen und Gemeinschaftsbereichen der Bewohner	nein	
		Aufräumen/Auffüllen von Pflegewagen, Instrumenten, Geräten, Pflegehilfsmitteln	nein	
		Abfallbeseitigung	nein	
		Desinfektion, Wartung und Instandhaltung von Geräten, Hilfsmitteln und Instrumenten	nein	
		Überprüfen von Notfallmaterial	nein	

Klasse/Kategorie	Behandlungspfad	Intervention	planbar	Auswahl auf PDA
Indirekte Pflegeleistungen - Dokumentation	Dokumentation	Pflegedokumentation	nein	
		Protokolle	nein	
		Arbeitspläne	nein	
		Checklisten	nein	
		Ablage	nein	
		Routine Schreivarbeiten	nein	
Indirekte Pflegeleistungen - Kommunikation	Kommunikation	Pflegeübergabe	nein	
		Team-/Dienstbesprechung	nein	
		Informationsaustausch mit Kollegen in der Pflege/ Ehrenamtlichen	nein	
		Bericht erstatten über Unfälle/Zwischenfälle	nein	
		Kommunikation mit Hausmeister, Küche etc.	nein	
		Leitungssitzung	nein	
		Kommunikation mit Externen (z.B. Arzt, Krankengymnastik etc.)	nein	
Indirekte Pflegeleistungen - Hauswirtsch. Tätigkeiten	Hauswirtschaftliche Tätigkeiten im Verantwortungsbereich von Pflegenden	Speisen-/Getränkeversorgung, außer Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	nein	
		Reinigen und Aufräumen von Geschirr und Besteck	nein	
		Schmutzwäschesammlung	nein	
		Frischwäscheverteilung	nein	
		Blumen und Pflanzenpflege	nein	
		Haustiere versorgen	nein	
Indirekte Pflegeleistungen - Medikamentenversorgung	Medikamentenversorgung	Bestellung von Medikamenten und Medizinprodukten/ Pflegehilfsmitteln	nein	
		Aufräumen/Reinigen in Medikamentenschränken und von Medikamententabletts	nein	

Klasse/Kategorie	Behandlungspfad	Intervention	planbar	Auswahl auf PDA
Indirekte Pflegeleistungen - Medikamentenversorgung (Fortsetzung)	Medikamentenversorgung (Fortsetzung)	Vorbereiten von festen oralen Medikamenten in Wochen-/ Tagesdispenser	nein	
		Umschütten fester oraler Medikamente von Dispensern in Tropfenbecher	nein	
		Umschütten fester oraler Medikamente von Dispensern in Tropfenbecher	nein	
		Vorbereiten von flüssigen oralen Medikamenten in Tropfenbechern	nein	
		Nachstellen/Herausnehmen von Medikamenten	nein	
		Vorschriften umsetzen und Überwachen	nein	
Indirekte Pflegeleistungen - Organisation/Administration	Organisation/Administration	Dienstpläne erstellen sowie Änderungen vornehmen	nein	
		Urlaubspläne erstellen sowie Änderungen vornehmen	nein	
		Anleiten und Unterweisen von Mitarbeitern	nein	
		Beurteilung erstellen und besprechen	nein	
		Tägliche Gesamtorganisation des Wohn- und Pflegebereichs	nein	
		Bestellungen	nein	
		Vorschriften umsetzen und überwachen	nein	
Indirekte Pflegeleistungen - Sonstiges	Sonstiges	Sonstiges	nein	
Indirekte Pflegeleistungen - Wegezeiten	Wegezeiten	Wegstrecken innerhalb des Wohn-/Pflegebereiches nicht mit/für Bewohner	nein	
		Wegstrecken außerhalb des Wohn- /Pflegebereiches nicht mit/für Bewohner	nein	
		Hol- und Bringdienste	nein	
		Verschiedene Gänge in der Einrichtung	nein	

Klasse/Kategorie	Behandlungspfad	Intervention	planbar	Auswahl auf PDA
Indirekte Pflegeleistungen - Wegezeiten (Fortsetzung)	Wegezeiten (Fortsetzung)	Wegstrecken außerhalb der Einrichtung nicht mit/für Bewohner	nein	
	Pauschalleistungen	Pauschalleistungen	Hilfe bei der Mobilität	nein
Hilfe bei der Ernährung/Flüssigkeitsaufnahme			nein	
Hilfe bei der Ausscheidung			nein	
Hilfe bei der Körperpflege			nein	
Hilfe beim An-/Auskleiden			nein	
Hilfe bei krankheits- oder therapiebezogenen Aufgaben			nein	
Hilfe bei der Abwehr von Risiken und Gefahren abwehren / Präventionsleistungen			nein	
Organisation/Administration			nein	
Bewohnergespräch			nein	
Angehörigengespräch			nein	
Arztgespräch/Visite			nein	
Notfall			nein	
Therapien - Ergotherapie			Ergotherapien	Ergotherapie
	Besprechungen	nein		- Fallbesprechung - Teamgespräch - Teilnahme an der Übergabe
	Dokumentation	nein		- Auswertung von Assessment-Instrumenten (Tests, Fragebögen usw.) - Bericht erstellen
	Befunderhebung / Anamnese	nein		
	Erstellung des individuellen Behandlungsplans	nein		
	Leistungsbezogene Vorbereitung	nein		
	Leistungsbezogene Nachbereitung	nein		
	Motivationsförderung Bewohner	nein		
	Schulung für Bewohner	nein		
	Angehörigengespräch	nein		
	Hilfsmittelberatung, -versorgung, -anpassung und -training	nein		

Klasse/Kategorie	Behandlungspfad	Intervention	planbar	Auswahl auf PDA
Therapien - Ergotherapie (Fortsetzung)	Ergotherapien (Fortsetzung)	Dienstgang, Therapiefahrt	nein	
		Therapie/Aktivität abgelehnt	nein	
		Sonstiges	nein	
Therapien - Physiotherapie	Physiotherapien	Sport- und Bewegungstherapie	nein	<ul style="list-style-type: none"> - Ausdauertraining mit Monitoring - Ausdauertraining ohne Monitoring - Muskelaufbautraining - Koordinatives Training - Spielorientierte Sport- und Bewegungstherapie - Sport- und Bewegungstherapie unter sportpädagogischen Gesichtspunkten - Sport für Menschen mit körperlichen Behinderungen - Psychomotorische Übungsbehandlung - Sport- und Bewegungstherapie in der Gruppe mit spez. psychotherap. Zielsetzung - Sport- und Bewegungstherapie einzeln
		Physiotherapie	nein	<ul style="list-style-type: none"> - Physiotherapeutische Einzelbehandlung - Physiotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe - Physiotherapeutische Behandlung in der Gruppe - Physiotherapie im Bewegungsbad einzeln - Physiotherapie im Bewegungsbad in der Kleingruppe - Physiotherapie im Bewegungsbad in der Gruppe - Hippotherapie

Klasse/Kategorie	Behandlungspfad	Intervention	planbar	Auswahl auf PDA
Therapien - Physiotherapie (Fortsetzung)	Physiotherapien (Fortsetzung)	Information, Motivation, Schulung	nein	<ul style="list-style-type: none"> - Motivationsförderung - Gespräche mit Patienten und Partner/Angehörigen - Gespräche mit Patienten und Betriebsangehörigen - Vortrag: Gesundheitsinformation - Vortrag: Indikationsspezifische Krankheitsinformation - Vortrag: Rehabilitation - Seminar: Allgemeine Gesundheitsinformation und -förderung - Ernährungsberatung einzeln- Ernährungsberatung in der Gruppe - Lehrküche praktisch - Praktische Übungen außerhalb der Lehrküche, z. B. Einkaufstraining - Schulungsbuffet - Aktive Rückenschule - Schulung, indikationsbezogen - Onkologisches Trainingsprogramm

Klasse/Kategorie	Behandlungspfad	Intervention	planbar	Auswahl auf PDA
		Reha-Pflege	nein	<ul style="list-style-type: none"> - Anleitung zur Körperpflege - Anleitung zum Ankleiden - Patientenpflege im Überwachungszimmer - Sauerstoffinsufflation - Anleitung zur Sauerstoff -Langzeittherapie - Anleitung zur Beatmungstherapie - Pflegerische Leistung bei psychischen Störungen - Stationsablauf- und alltagsstrukturierende Gruppe - Individuelle pflegerische Anleitung - Individuelle pflegerische Anleitung bei neurologischen Funktionsstörungen - Anleitung zur Verminderung von Beeinträchtigungen der Körperfunktionen - Anleitung zum Umgang mit Inkontinenz - Sauberkeitstraining bei Kindern und Jugendlichen - Anleitung, Beratung und Unterstützung zum Umgang mit einem Stoma - Externe Dermatotherapie - Transdermale Anwendungen, Anleitung, Hilfestellung, Durchführung - Wundmanagement - Applikation von Spezialverbänden - Anleitung zur passiven Bewegungstherapie - Anleitung zur medizinisch indizierten Fußpflege

Klasse/Kategorie	Behandlungspfad	Intervention	planbar	Auswahl auf PDA
Therapien - Physiotherapie (Fortsetzung)	Physiotherapien (Fortsetzung)	Physikalische Therapie	nein	<ul style="list-style-type: none"> - Ganzkörper-Kältetherapie - Lokale Kälteapplikation - Kneten oder Treten von Wärmeträgern - Teilkörperpackung mit Wärmeträgern - Heiße Rolle - Kneippguss - Wassertreten - Wechselbad - Vollbad, medizinisches - Teilbad, medizinisches - Gleichstromtherapie (Galvanisation) - Hydrogalvanische Anwendung - Niederfrequente Reizstromtherapie - Mittelfrequenztherapie - Hochfrequenztherapie - Ultraschalltherapie - Infrarot, Heißluft - Anleitung zur Elektrostimulation - Inhalation, dampfgetrieben - Inhalation, druckunterstützt (ggf. mit Medikament) - Inhalation mit Düse, Ultraschall mit Medikament - Inhalation mit Düse, Ultraschall ohne Medikament - Massage - Unterwasser-Druckstrahlmassage - Sauna - Apparative Lymphdrainage - Apparative gerätegestützte Mobilisation - Anleitung zur Bürstenmassage

Klasse/Kategorie	Behandlungspfad	Intervention	planbar	Auswahl auf PDA
Therapien - Physiotherapie (Fortsetzung)	Physiotherapien (Fortsetzung)	Physikalische Therapie (Fortsetzung)		<ul style="list-style-type: none"> - Akupunktmassage und Akupressur - Bindegewebsmassage - Colonmassage - Manuelle Lymphdrainage - Reflexzonenmassage - Vibrationsmassage - Medizinisch-kosmetische Behandlung - Medizinisch-kosmetische Beratung in der Kleingruppe - UV-A-Bestrahlung - UV-B- und/oder UV-A-Teilkörperbestrahlung - UV-B- und/oder UV-A-Ganzkörperbestrahlung - UV-A 1-Hochdosistherapie - Schmalspektrum-UV-B-Therapie - PUV-A-Teilkörperbestrahlung - PUV-A-Ganzkörperbestrahlung
		Rekreationstherapie	nein	<ul style="list-style-type: none"> - Bewegung und Sport in der Freizeit - Ballsport oder Bewegungsspiel - Strukturierte soziale Kommunikation und Interaktion
		Manuelle Therapie	nein	
		Traktionsbehandlung	nein	
		Übungsbehandlung	nein	
		Besprechungen	nein	<ul style="list-style-type: none"> - Fallbesprechung - Teamgespräch - Teilnahme an der Übergabe
		Dokumentation	nein	<ul style="list-style-type: none"> - Auswertung von Assessment-Instrumenten (Tests, Fragebögen usw.) - Bericht erstellen
		Befunderhebung / Anamnese	nein	
		Erstellung des individuellen Behandlungsplans	nein	
		Leistungsbezogene Vorbereitung	nein	
		Leistungsbezogene Nachbereitung	nein	

Klasse/Kategorie	Behandlungspfad	Intervention	planbar	Auswahl auf PDA
Therapien - Physiotherapie (Fortsetzung)	Physiotherapien (Fortsetzung)	Motivationsförderung Bewohner	nein	
		Schulung für Bewohner	nein	
		Angehörigengespräch	nein	
		Hilfsmittelberatung, -versorgung, -anpassung und -training	nein	
		Dienstgang, Therapiefahrt	nein	
		Therapie/Aktivität abgelehnt	nein	
		Sonstiges	nein	

ANHANG

EVALUATION DES NBA ERFASSUNG VON VERSORGUNGS-AUFWÄNDEN IN STATIONÄREN EINRICHTUNGEN (EViS)

ENDBERICHT

- A) Entwicklung des Instruments zur Ermittlung des Pflegeaufwands
- B) Suchstrategie der systematischen Literaturrecherche
- C) EViS-Datenschutzkonzept
- D) EViS-Informationsschreiben an die Pflegeeinrichtungen
- E) EViS-Einverständniserklärung für die Bewohner
- F) EViS-Interventionskatalog
- G) EViS-Schulungskonzept**
- H) EViS-Anwenderleitfaden
- I) EViS-Projektregeln

EVIS-Schulungskonzept



- Umfang: 1 Tag (08:00-16:30)
- Teilnehmer: 2-4 Projekt-Pflegekräfte, Projekt-Schulungskraft
- Ausstattung: 1 Lehrer-Laptop mit Beamer,
1 Projekt-Planungs-Laptop,
1 Projekt-Erfassungs-Datenendgerät

Zeitliche Struktur / Inhalte

Vormittag: Gruppenarbeitsphase

- 08:00-08:30 Informationen zum Projektablauf, Nutzen und Bedeutung für die Branche und die Einrichtung
- 08:30-09:00 Systempräsentation
- 09:00-09:15 Pause
- 09:15-10:30 Systemnutzung in der Gruppe:
Erstellung der Planung für 1-2 Bewohner
- 10:30-10:45 Pause
- 10:45-12:00 Systemnutzung in der Gruppe:
Erstellung der Planung für 2-3 Bewohner
- 12:00-12:30 Mittagspause

Nachmittag: Einzelarbeitsphase

bei 2 Projekt-Pflegekräften:

12:30-14:30 Systemnutzung durch Projekt-Pflegekraft Nr. 1:
Erstellung der Planung für 4-5 Bewohner

14:30-16:30 Systemnutzung durch Projekt-Pflegekraft Nr. 2:
Erstellung der Planung für 4-5 Bewohner

•• bei 3 Projekt-Pflegekräften:

12:30-13:50 Systemnutzung durch Projekt-Pflegekraft Nr. 1:
Erstellung der Planung für 3-4 Bewohner

13:50-15:10 Systemnutzung durch Projekt-Pflegekraft Nr. 2:
Erstellung der Planung für 3-4 Bewohner

••• 15:10-16:30 Systemnutzung durch Projekt-Pflegekraft Nr. 3:
Erstellung der Planung für 3-4 Bewohner

bei 4 Projekt-Pflegekräften:

12:30-13:30 Systemnutzung durch Projekt-Pflegekraft Nr. 1:
Erstellung der Planung für 2-3 Bewohner

13:30-14:30 Systemnutzung durch Projekt-Pflegekraft Nr. 2:
Erstellung der Planung für 2-3 Bewohner

14:30-15:30 Systemnutzung durch Projekt-Pflegekraft Nr. 3:
Erstellung der Planung für 2-3 Bewohner

15:30-16:30 Systemnutzung durch Projekt-Pflegekraft Nr. 4:
Erstellung der Planung für 2-3 Bewohner

Ziele

- Ertüchtigung der Projekt-Pflegekräfte zur Erstellung der Planungen für die Projekt-Bewohner
- Erstellung von 10-12 fertigen Planungen

ANHANG

EVALUATION DES NBA ERFASSUNG VON VERSORGUNGS-AUFWÄNDEN IN STATIONÄREN EINRICHTUNGEN (EViS)

ENDBERICHT

- A) Entwicklung des Instruments zur Ermittlung des Pflegeaufwands
- B) Suchstrategie der systematischen Literaturrecherche
- C) EViS-Datenschutzkonzept
- D) EViS-Informationsschreiben an die Pflegeeinrichtungen
- E) EViS-Einverständniserklärung für die Bewohner
- F) EViS-Interventionskatalog
- G) EViS-Schulungskonzept
- H) EViS-Anwenderleitfaden
- I) EViS-Projektregeln

Aufbau des Erfassungssystems EVOCURA

Das System besteht aus einem Laptop inkl. WLAN-Router und 3G-UMTS-Modem sowie 24 Smartphones.

Der Laptop dient als Arbeitsplatz zur Erstellung von Bewohner-individuellen Tagesstrukturplanungen und die Smartphones zur mobilen Dokumentation / Zeiterfassung.

Zusätzlich dient der Laptop als Daten-Server für die Smartphones, d.h. die Smartphones (Datenhandgeräte) erhalten ihre Tagesstrukturpläne via WLAN vom Laptop und liefern die erfassten Daten dort wieder ab.

Mithilfe des 3G-UMTS-Modems kann der Laptop über Internet aus der Ferne gewartet werden. Dies geschieht nach jeder Erfassungsphase zum Zweck der Datensicherung und bei Bedarf.

Sollte ein technisches Problem auftreten, wenden Sie sich bitte an die EVOCURA-Hotline unter:

0800-3862872

(0800-EVOCURA - Mo-Fr, 08:00-17:00 Uhr außer an gesetzlichen Feiertagen)

1. Arbeiten mit dem Laptop

An- und Abmelden

1.1. Wie schalte ich den Laptop ein?

Der Laptop wird vom EVIS-Projektleiter eingerichtet und eingeschaltet. Er soll während der Projektzeit nicht heruntergefahren werden und muss daher auch nicht eingeschaltet werden.

1.2. Wie starte ich EVOCURA?

Das Programm wird mithilfe des EVOCURA-Icons gestartet, das sich rechts neben der Windows-Startmenü-Schaltfläche „Start“ in der linken unteren Ecke des Bildschirms befindet.

- Klicken Sie auf das EVOCURA-Icon.
Das Programm EVOCURA startet und die Mitarbeiter-Auswahl erscheint.

1.3. Wie melde ich mich an?

Die Anmeldung erfolgt nach dem Start des Programms über die persönlichen Mitarbeiterkarten.

- Klicken Sie auf die Mitarbeitergruppe „Pfleger“.
Die Mitarbeitergruppe „Pfleger“ öffnet sich.
- Klicken Sie auf ihre Mitarbeiterkarte.
Das Eingabefeld für den persönlichen PIN-Code öffnet sich.
- Geben Sie Ihren persönlichen PIN-Code ein.
- Schließen Sie die Eingabe durch Drücken der ENTER-Taste [↵] ab.
Das System meldet Sie an. Ihre Mitarbeiterkarte bewegt sich in die linke obere Ecke der Programmoberfläche und die Bewohner-Auswahl erscheint.

1.4. Ich habe noch kleinen persönlichen PIN-Code, wie registriere ich mich?

Der persönliche PIN-Code wird bei der ersten Anmeldung am PC-Arbeitsplatz vergeben, er besteht aus 4 Ziffern und ist frei wählbar.

- Geben Sie Ihren gewünschten persönlichen PIN-Code zweimal direkt hintereinander ein.
- Schließen Sie die Eingabe durch Drücken der ENTER-Taste [↵] ab. Das System meldet Sie an. Ihre Mitarbeiterkarte bewegt sich in die linke obere Ecke der Programmoberfläche und die Bewohner-Auswahl erscheint.

1.5. Mein Konto ist gesperrt, wie kann ich es wieder freischalten?

Nach drei erfolglosen Anmeldeversuchen wird Ihr Konto aus Sicherheitsgründen gesperrt. Durch die Eingabe des 9-stelligen „Entsperrcodes“ wird das Konto wieder freigeschaltet. Er lautet: 9 8 3 2 7 6 4 5 9

Die Freischaltung kann nur am Laptop erfolgen

- Klicken Sie auf ihre Mitarbeiterkarte.
Das Eingabefeld für den 9-stelligen „Entsperrcode“ öffnet sich.
- Geben Sie den 9-stelligen „Entsperrcode“ ein.
- Schließen Sie die Eingabe durch Drücken der ENTER-Taste [↵] ab. Das System schaltet Ihr Konto wieder frei und meldet Sie an. Ihre Mitarbeiterkarte bewegt sich in die linke obere Ecke der Programmoberfläche und die Bewohner-Auswahl erscheint.

1.6. Wie melde ich mich ab?

Die Anmeldung erfolgt innerhalb des Programms jederzeit über die persönliche Mitarbeiterkarte, die sich in der linken oberen Ecke der Programmoberfläche befindet.

- Klicken Sie auf ihre Mitarbeiterkarte.
Das System meldet Sie ab und die Mitarbeiter-Auswahl erscheint.

Erstellen von Planungen

1.7. Wie lege ich eine bewohner-individuelle Planung an?

Die bewohner-individuellen Planungen entstehen in zwei Schritten. Zunächst werden die durchzuführenden Interventionen festgelegt und danach die Tagesstrukturen erstellt, die diese Interventionen beinhalten.

Zur Erstellung der Planungen muss zunächst die entsprechende Bewohnerin bzw. der entsprechende Bewohner ausgewählt werden.

- Klicken Sie (falls Sie sich nicht schon dort befinden) auf die Schaltfläche „Bewohnerebene“ [Personen-Symbol] unterhalb Ihrer Mitarbeiterkarte im linken Bereich des Bildschirms.
Das System wechselt auf die Bewohnerebene und stellt die Wohnbereiche dar.
- Klicken Sie auf den Wohnbereich, den Sie öffnen möchten (falls dieser nicht schon geöffnet ist).
Das System öffnet den Wohnbereich und listet die Bewohner auf, die in diesem Wohnbereich wohnen.
- Klicken Sie auf die Bewohnerkarte.
Die Bewohnerin bzw. der Bewohner wird ausgewählt. Ihre bzw. seine Bewohnerkarte bewegt sich nach links in den Menübereich und das Bewohner-Menü öffnet sich.
- Klicken Sie im Menü auf den Menüpunkt „Planung“.
Das Untermenü zur Planung öffnet sich.

Wenn Sie die Pflegeplanung bearbeiten, d.h. wenn Sie die durchzuführenden Interventionen festlegen möchten:

- Klicken Sie im Untermenü auf den Menüpunkt „Pflegeplanung“.
Die Pflegeplanung für die ausgewählte Bewohnerin bzw. den ausgewählten Bewohner öffnet sich.

Wenn Sie die Tagesstruktur bearbeiten möchten:

- Klicken Sie im Untermenü auf den Menüpunkt „Tagesstrukturplanung“. Die Tagesstrukturplanung für die ausgewählte Bewohnerin bzw. den ausgewählten Bewohner öffnet sich.

1.8. Wie bearbeite ich die Pflegeplanung?

Die Pflegeplanung besteht aus den „aktuell“ geplanten Interventionen und denen, die sich „in Bearbeitung“ befinden.

Zu Beginn der Planung für einen neuen Bewohner befinden sich alle im System hinterlegten Interventionen im Bereich „in Bearbeitung“. Sie müssen inhaltlich an die bewohner-individuelle Versorgungssituation angepasst werden.

- Klicken Sie auf die Schaltfläche „in Bearbeitung“ im oberen Bereich des Bildschirms.
Das System stellt die Liste der hinterlegten Interventionen dar. Sie sind gruppiert nach Kategorien und die Gruppen sind zunächst geschlossen.
- Klicken Sie auf die oberste Gruppe („Mobilität – Sitzen, Stehen, Liegen“).
Die Gruppe öffnet sich. Sie enthält die Behandlungspfade (z.B. „beeinträchtigter Positionswechsel“). Im rechten Bereich werden alle Interventionen aufgelistet, die dieser Behandlungspfad enthält.

Im nächsten Schritt geht es darum, die bei dem ausgewählten Bewohner nicht relevanten Interventionen oder Behandlungspfade zu löschen:

- Klicken Sie in der Zeile des Behandlungspfades bzw. der Intervention auf die Schaltfläche „Behandlungspfad beenden“ bzw. „Intervention entfernen“ [-]. Das System fragt bei Behandlungspfaden nach, ob dieser tatsächlich beendet werden soll. Bestätigen Sie dies durch Klick auf die Schaltfläche „ja, beenden“.

Für die verbleibenden, relevanten Interventionen muss in der Regel die Hilfeform festgelegt werden (diese kann bei der Erfassung der Leistung korrigiert werden). Das Eingabefeld „Hilfeform“ ist rot hinterlegt:

- Klicken Sie in das Eingabefeld „Hilfeform“.
Die Auswahlliste öffnet sich.
- Klicken Sie auf die gewünschte Hilfeform.
Die gewählte Hilfeform wird übernommen und die Auswahlliste schließt sich wieder.

Interventionen die Leistungskomplexe enthalten, sind durch das Präfix „IK-“ (= Interventionskomplex) gekennzeichnet. Diese können optional typische, begleitende Interventionen enthalten (z.B. Lagerung, Transfer etc.). Sie müssen – wenn gewünscht – hinzugefügt werden:

- Klicken Sie auf die Schaltfläche „hinzufügen“ [+].
Die Auswahlliste öffnet sich.
- Klicken Sie auf die gewünschten Begleitinterventionen.
Die gewählten Begleitinterventionen werden markiert.
- Klicken Sie auf die Schaltfläche „übernehmen“.
Die ausgewählten Begleitinterventionen werden übernommen und die Auswahlliste schließt sich wieder.

Die ausgewählten Interventionen müssen freigegeben werden, um tatsächlich verwendet werden zu können.

- Klicken Sie in der Zeile des Behandlungspfades auf die Schaltfläche „Behandlungspfad freigeben“ [].
Das System übernimmt den Behandlungspfad in den Bereich „aktuell“. Der Behandlungspfad verschwindet aus dem Bereich „in Bearbeitung“.

Die freigegebenen Interventionen stehen zur Verplanung in der Tagesstruktur zur Verfügung. Darüber hinaus sind sie gleichzeitig auch Bedarfsinterventionen und können jederzeit als über die Planung hinaus durchgeführt dokumentiert werden.

1.9. Ich habe versehentlich eine Intervention gelöscht, wie kann ich diese wieder herstellen?

- Klicken Sie im Kopf der rechten Spalte des Behandlungspfades auf die Schaltfläche „Interventionen hinzufügen“ [+].
Das System öffnet den Katalog der für den ausgewählten Behandlungspfad verfügbaren Interventionen.
- Klicken Sie auf die gewünschten Interventionen.
Die gewählten Interventionen werden markiert.
- Klicken Sie auf die Schaltfläche „übernehmen“.
Die ausgewählten Interventionen werden übernommen und die Auswahlliste schließt sich wieder.

1.10. Ich habe versehentlich einen Behandlungspfad gelöscht, wie kann ich diesen wieder herstellen?

- Klicken Sie auf die Schaltfläche „neu“ im oberen Bereich des Bildschirms.
Das System öffnet den Katalog der Behandlungspfade. Er ist gruppiert in Domänen, Klassen und Kategorien.
- Klicken Sie auf die gewünschte Domäne.
Die darin enthaltenen Klassen werden rechts daneben gelistet.
- Klicken Sie auf die gewünschte Klasse.
Die darin enthaltenen Kategorien werden rechts daneben gelistet.
- Klicken Sie auf die gewünschte Kategorie.
Die darin enthaltenen Behandlungspfade werden rechts daneben gelistet.
- Klicken Sie auf die gewünschten Behandlungspfade.
Die gewählten Behandlungspfade werden markiert und in einer Liste rechts daneben dargestellt.
- Klicken Sie auf die Schaltfläche „übernehmen“.
Die ausgewählten Begleitinterventionen werden übernommen, die Auswahlliste schließt sich wieder und das System wechselt in den

Bereich „in Bearbeitung“.

1.11. Ich benötige eine Intervention, die im System nicht enthalten ist, wie kann ich sie hinzufügen?

- Klicken Sie im Kopf der rechten Spalte des Behandlungspfades auf die Schaltfläche „Interventionen hinzufügen“ [+].
Das System öffnet den Katalog der für den ausgewählten Behandlungspfad verfügbaren Interventionen.
- Klicken Sie auf die Schaltfläche „Eigenformulierung hinzufügen“ [+].
Das System fügt eine leere Zeile hinzu.
- Geben Sie den Namen der eigenformulierten Intervention ein.
Die Eigenformulierung wird übernommen.
- Klicken Sie auf die Schaltfläche „übernehmen“.
Die ausgewählten Interventionen werden übernommen und die Auswahlliste schließt sich wieder.

1.12. Wie bearbeite ich die Tagesstrukturplanung?

Die Tagesstrukturplanung besteht aus regelbasiert geplanten Aktivitäten (auf der linken Seite des Bildschirms – hier werden die Planungseingaben vorgenommen) und den Tagesabläufen, die sich daraus ergeben (auf der rechten Seite des Bildschirms – hier werden die Planungsergebnisse dargestellt).

Zu Beginn der Planung für einen neuen Bewohner sind Standard–Aktivitäten hinterlegt. Sie müssen zeitlich und inhaltlich an die bewohner–individuelle Versorgungssituation angepasst werden.

Das System stellt auf der linken Seite des Bildschirms die Liste der vorangelegten Aktivitäten dar. Sie sind gruppiert nach Kategorien und die Gruppen sind zunächst geschlossen.

- Klicken Sie auf die oberste Gruppe („Ernährung“).
Die Gruppe öffnet sich. Sie enthält die Aktivitäten (z.B. „Frühstück“).

Im nächsten Schritt geht es darum, die bei dem ausgewählten Bewohner nicht relevanten Aktivitäten zu löschen:

- Klicken Sie im Kopf der Aktivität auf die Schaltfläche „Eintrag bearbeiten“ [✓].
Die Aktivität wird in den Bearbeitungsmodus versetzt.
- Klicken Sie nun im Kopf der Aktivität auf die Schaltfläche „Eintrag löschen“ [-].
Das System fragt nach, ob dieser tatsächlich gelöscht werden soll.
Bestätigen Sie dies durch Klick auf die Schaltfläche „Aktivität löschen“.

Für die verbleibenden, relevanten Aktivitäten müssen die erforderlichen Interventionen verknüpft sowie die Zeitregel eingegeben werden.

Verknüpfung der Interventionen:

- Klicken Sie im Kopf der gewünschten Aktivität auf die Schaltfläche „Eintrag bearbeiten“ [✓].
Die Aktivität wird in den Bearbeitungsmodus versetzt.
- Klicken Sie auf die Schaltfläche „Intervention hinzufügen“ [+].
Die Auswahlliste der geplanten Interventionen (aus der Pflegeplanung, vgl. 1.7) öffnet sich. Sie sind gruppiert nach Kategorien und die Gruppen sind zunächst geschlossen.
- Klicken Sie auf die gewünschte Gruppe.
Die Gruppe öffnet sich.
- Klicken Sie auf die gewünschten Interventionen.
Die gewählten Interventionen werden markiert.
- Klicken Sie auf die Schaltfläche „übernehmen“.
Die ausgewählten Interventionen werden in die Aktivität übernommen (im Bereich Interventionen gelistet) und die Auswahlliste schließt sich wieder.

Verknüpfte Interventionen können wieder von der Aktivität gelöst werden:

- Suchen Sie die Intervention, die Sie von der Aktivität lösen wollen.
- Klicken Sie auf die Schaltfläche „Intervention löschen“ [-].
Die ausgewählte Intervention wird aus der Aktivität entfernt.

Eingabe der Zeitregel:

- Wählen Sie unterhalb der gelisteten Interventionen den Durchführungsrhythmus „täglich“ oder „wöchentlich“.
- Wählen Sie das Durchführungsintervall, z.B. „jeden Tag“, „jeden zweiten Tag“ bzw. „jede Woche“ oder „jede zweite Woche“.

Geben Sie nun unterhalb des Intervalls die Durchführungszeitpunkte ein:

- Klicken Sie die Schaltfläche [+] im Kopf des Abschnittes „Durchführungszeitpunkte“, um einen Durchführungszeitpunkt hinzuzufügen.
- Klicken Sie die Schaltfläche [-] rechts neben einem Durchführungszeitpunkt, um diesen Durchführungszeitpunkt wieder zu löschen.
- Geben Sie in das Eingabefeld „Zeitpunkt“ die Uhrzeit des geplanten Durchführungszeitpunktes ein.

TIPP: Klicken Sie auf die Schaltfläche [←] im Kopf des Bildschirmbereiches „Aktivitäten“ oder „Tages- und Wochenstrukturierung“, um den jeweiligen Bildschirmbereich zu minimieren. Klicken Sie im minimierten Zustand wieder auf die jeweilige Schaltfläche [→], um den jeweiligen Bildschirmbereich wieder zu maximieren.

Bitte schließen Sie nach erfolgreicher Bearbeitung die bearbeitete Aktivität:

- Klicken Sie im Kopf der gewünschten Aktivität auf die Schaltfläche „Bearbeiten beenden“ [←].
Die Aktivität wird wieder in den Ansichtsmodus versetzt.

1.13. Ich benötige eine Aktivität, die im System nicht enthalten ist, wie kann ich sie hinzufügen?

- Klicken Sie innerhalb des Bildschirmbereiches „Aktivitäten“ auf die Schaltfläche „neues Element zur Liste hinzufügen“ [+].
- Wählen Sie „individuelle Bewohneraktivität“. Das System legt eine neue, zunächst noch unbenannte Aktivität an.
- Klicken Sie in das Eingabefeld „Name“. Das System öffnet den Katalog der vorangelegten Aktivitäten.
- Klicken Sie auf die gewünschte Aktivität. Der Katalog schließt sich und der Name wird in das Eingabefeld übernommen. Das System besetzt das Eingabefeld „Kategorie“ automatisch passend.

Wenn Sie eine Aktivität anlegen möchten, die nicht im Aktivitäten-Katalog enthalten ist:

- Klicken Sie in das Eingabefeld „Name“. Das System öffnet den Katalog der vorangelegten Aktivitäten.
- Klicken Sie am unteren Ende der Auswahlliste auf die Schaltfläche „Eigenformulierung hinzufügen“ [+]. Das System erstellt ein Eingabefeld für den Namen der neuen Aktivität.
- Geben Sie den gewünschten Namen in das Eingabefeld ein und klicken Sie nach Beendigung der Eingabe auf die Schaltfläche rechts neben dem Eingabefeld. Der Katalog schließt sich und der Name wird in das Eingabefeld übernommen.
- Klicken Sie in das Eingabefeld „Kategorie“. Das System öffnet den Katalog der vorangelegten Aktivitäten-Kategorien.
- Klicken Sie auf die gewünschte Kategorie. Der Katalog schließt sich und die Kategorie wird in das Eingabefeld übernommen.

Verknüpfen Sie nun die gewünschten Interventionen und legen Sie eine Zeitregel an (vgl. 1.12.).

1.14. Wie erstelle ich eine Gruppenaktivität?

In dem Bildschirmbereich „Aktivitäten“ in der Tagesstrukturplanung erscheint nach Klicken auf die Schaltfläche „neues Element zu Liste hinzufügen“ [+] die Auswahl nach der „Art der Aktivität“. Um eine Gruppenaktivität anzulegen, klicken Sie auf „Gruppenaktivität“:

- unter Name kann eine **bestehende Gruppe** ausgewählt werden
 - die Uhrzeiten und Teilnehmer werden automatisch hinzugefügt; können hier aber auch bearbeitet werden
 - hinzugefügte Interventionen gelten nur für den aktuell ausgewählten Bewohner und werden in der Durchführung bei diesem Bewohner vor bzw. nach der Gruppenaktivität angezeigt
 - die ausgewählte Gruppe kann nachträglich nicht verändert werden (d.h. wenn man eine falsche Gruppe ausgewählt hat, muss man mit abbrechen beenden und erneut eine Gruppenaktivität hinzufügen;
 - um eine Gruppe für einen Bewohner nicht mehrmals anzulegen, prüfen Sie bitte vorher, ob die Gruppe bei diesem Bewohner schon existiert (Aufklappen der Kategorie Gruppenaktivitäten)

oder

- mit „Plus“ kann eine **neue Gruppe** angelegt werden (Eigenformulierung)
 - unter Teilnehmer, kann man die Bewohner auswählen, die dieser Gruppe zugeordnet werden
 - hinzugefügte Interventionen (z.B. „Hilfe beim Transfer“) gelten nur für den aktuell ausgewählten Bewohner und werden in der Durchführung bei diesem Bewohner vor bzw. nach der Gruppenaktivität angezeigt
 - ausgewählte Tagesrhythmen, Intervalle und Uhrzeiten werden für alle Teilnehmer übernommen

Organisatorische Zuordnungen

1.15. Wie ordne ich Mitarbeitern auf den Smartphones bestimmte Bewohner zu?

Die Zuordnung der Bewohner zu Mitarbeitern erfolgt auf der Wohnbereichsebene:

- Klicken Sie (falls Sie sich nicht schon dort befinden) auf die Schaltfläche „Wohnbereichsebene“ [Unterteiltes-Haus-Symbol] unterhalb Ihrer Mitarbeiterkarte im linken Bereich des Bildschirms. Das System wechselt auf die Wohnbereichsebene und stellt die Einrichtung dar.
- Klicken Sie auf die Einrichtung (falls diese nicht schon geöffnet ist). Das System öffnet die Einrichtung und listet die Wohnbereiche auf, die in dieser Einrichtung existieren.
- Klicken Sie auf die gewünschte Wohnbereichskarte. Der Wohnbereich wird ausgewählt. Seine Wohnbereichskarte bewegt sich nach links in den Menübereich und das Wohnbereichs-Menü öffnet sich.
- Klicken Sie im Menü auf den Menüpunkt „Dokumentation“.
Das Untermenü zur Planung öffnet sich.
- Klicken Sie im Untermenü auf den Menüpunkt „Schichtübergabe“.
Die Ansicht „Schichtübergabe“ öffnet sich.
- Klicken Sie im Kopf der Ansicht „Schichtübergabe“ auf die Schaltfläche „Bewohnerzuordnung“
Die Ansicht „Bewohnerzuordnung“ öffnet sich.

In der Ansicht „Bewohnerzuordnung“ legen Sie zunächst die anwesenden Mitarbeiter fest:

- Klicken Sie im oberen Bereich des Bildschirms in das Eingabefeld „Auswahl der anwesenden Mitarbeiter“.
Die Auswahlliste aller Mitarbeiter des ausgewählten Wohnbereiches öffnet sich.
- Klicken Sie auf die gewünschten Mitarbeiter.
Die gewählten Mitarbeiter werden markiert.

- Klicken Sie auf die Schaltfläche „übernehmen“.
Die Auswahlliste schließt sich wieder und die ausgewählten Mitarbeiter werden sowohl innerhalb, als auch unterhalb des Eingabefeldes gelistet.

Ordnen Sie nun jedem anwesenden Mitarbeiter ausgewählte Bewohner zu:

- Klicken Sie in das Eingabefeld rechts neben dem Mitarbeiternamen.
Die Auswahlliste aller Bewohner des ausgewählten Wohnbereiches öffnet sich.
- Klicken Sie auf die gewünschten Bewohner.
Die gewählten Bewohner werden markiert.
- Klicken Sie auf die Schaltfläche „übernehmen“.
Die Auswahlliste schließt sich wieder und die ausgewählten Bewohner werden im Eingabefeld gelistet.

Diese ausgewählten Bewohner sind den jeweiligen Mitarbeitern zugeordnet und erscheinen in auf den Datenhandgeräten unter „Meine Bewohner“.

TIPP: Einzelne Bewohner können mehreren Mitarbeitern zugeordnet werden, z.B. aus Gründen der Mitarbeiter-Qualifikation.

Die Bewohner des Wohnbereiches, die noch keinen Mitarbeitern zugeordnet sind, werden im rechten Bereich des Bildschirmes aufgelistet.

2. Arbeiten mit den Smartphones

An- und Abmelden

2.1. Wie schalte ich das Datenhandgerät ein?

Das Datenhandgerät wird über den obersten Geräte-Bedienknopf am linken Rand des Gerätes eingeschaltet.

- Drücken Sie den obersten Geräte-Bedienknopf am linken Rand des Gerätes.

Das Datenhandgerät startet. Wenn das Gerät zuvor im Standby-Modus war, ist es sofort an. Wenn es heruntergefahren war, dauert der Startvorgang ca. 30 Sekunden.

Das Datenhandgerät zeigt eine Bildschirmsperre an, um eine unabsichtliche Bedienung, z.B. in einer Hosentasche, zu vermeiden.

- Wischen Sie auf dem Touchscreen einmal von unten nach oben. Die Bildschirmsperre verschwindet und das Datenhandgerät ist frei für die Verwendung. Es zeigt entweder das Startmenü an oder das Programm EVOCURA, wenn dieses bereits zuvor gestartet wurde.

Während der Projektnutzung müssen die Geräte nicht ausgeschaltet werden.

2.2. Wie starte ich EVOCURA?

Das Programm EVOCURA wird innerhalb des Startmenüs gestartet.

- Klicken Sie auf die Schaltfläche „EVOCURA® starten“.
Das Programm EVOCURA startet und die Mitarbeiter-Auswahl erscheint.

2.3. Wie melde ich mich an?

Die Anmeldung erfolgt nach dem Start des Programms über Ihren Namen.

- Klicken Sie auf Ihre Mitarbeitergruppe (nach dem Anfangsbuchstaben des Nachnamens)
Die Mitarbeitergruppe öffnet sich.
- Klicken Sie auf ihren Namen.
Das Eingabefeld für den persönlichen PIN-Code öffnet sich.
- Geben Sie Ihren persönlichen PIN-Code ein.
- Schließen Sie die Eingabe durch Drücken der ENTER-Taste [↵] ab.
Das System meldet Sie an. Ihr Mitarbeitersymbol (bzw. -foto) wird in der linken oberen Ecke der Programmoberfläche angezeigt und die Bewohner-Auswahlliste „Meine Bewohner“ erscheint.

2.4. Ich habe noch kleinen persönlichen PIN-Code, wie registriere ich mich?

Vgl. 1.4.

2.5. Mein Konto ist gesperrt, wie kann ich es wieder freischalten?

Vgl. 1.5.

2.6. Wie melde ich mich ab?

Die Anmeldung erfolgt innerhalb des Programms jederzeit über das persönliche Mitarbeitersymbol (bzw. -Foto), das sich in der linken oberen Ecke der Programmoberfläche befindet.

- Klicken Sie auf ihr Mitarbeitersymbol (bzw. -Foto).
Das System meldet Sie ab und die Mitarbeiter-Auswahl erscheint.

Erfassung von Leistungen

2.7. Wie wähle ich einen Bewohner aus?

Bewohner können Mitarbeitern zugeordnet werden (vgl. 1.13.).

Wenn einem Mitarbeiter Bewohner zugeordnet wurden, erscheinen diese Bewohner in der Liste „Meine Bewohner“.

Wenn einem Mitarbeiter keine Bewohner zugeordnet wurden, ist diese Liste leer. In diesem Fall kann auf die Liste „Alle Bewohner“ zugegriffen werden:

- Klicken Sie in der Liste „Meine Bewohner“ auf die Schaltfläche „Alle Bewohner“ [Unterteiltes-Haus-Symbol] im unteren rechten Bereich des Bildschirms.
Die Liste aller Bewohner wird angezeigt, gruppiert nach Wohnbereichen.
- Klicken Sie auf den gewünschten Wohnbereich.
Der Wohnbereich wird geöffnet und die Bewohner werden gelistet.
- Klicken Sie in der Liste „Alle Bewohner“ auf die Schaltfläche „Meine Bewohner“ [Personen-Symbol] im unteren rechten Bereich des Bildschirms.
Die Liste der zugeordneten Bewohner wird wieder angezeigt.
- Klicken Sie in der Liste „Meine Bewohner“ oder „Alle Bewohner“ auf den Namen des gewünschten Bewohners.
Der Ausschnitt aus der Tagesstruktur für den ausgewählten Bewohner und die aktuelle Schicht wird dargestellt.

2.8. Wie erfasse ich die durchgeführten geplanten Leistungen für den ausgewählten Bewohner?

Die durchgeführten Leistungen werden in der Tagesstruktur erfasst. Sie ist chronologisch nach den Uhrzeiten der geplanten Aktivitäten sortiert.

Die durchzuführenden Leistungen werden nach den Aktivitäten gruppiert, z.B. „Morgenhygiene“. Diese enthalten beliebig viele Interventionen oder Interventionskomplexe (IK-..., vgl. 1.8.).

Setzen des Startzeitpunktes für den Beginn einer bewohner-orientierten Versorgung:

- Klicken Sie auf die Start-Schaltfläche [▶] rechts in der (blau hinterlegten) Zeile der Aktivität.
Das Symbol der Schaltfläche wechselt zu [■] und die Dokumentationsschaltflächen rechts neben jeder Intervention dieser Aktivität beginnen zu blinken.

Die Durchführungszeit läuft!

Setzen des Endzeitpunktes für den Abschluss einer bewohner-orientierten Leistung (Intervention), DURCHGEFÜHRT WIE GEPLANT:

- Klicken Sie auf die Stopp-Schaltfläche [Stoppuhr-Symbol] rechts in der Zeile der Intervention.
Das Symbol der Schaltfläche hört auf zu blinken und wird grün.
Es öffnen sich zwei Eingabefelder, die die erfasste dokumentierte Zeit in Minuten und die vorgeplante Hilfeform darstellen. Diese Werte können am Datenhandgerät korrigiert werden (vgl. 2.9.).

Die Durchführungszeit für die ausgewählte Leistung (Intervention) ist erfasst und die Durchführungszeit für die nächste Leistung läuft!

Setzen des Endzeitpunktes für den Abschluss einer bewohner-orientierten Leistung (Intervention), DURCHGEFÜHRT NICHT WIE GEPLANT:

- Klicken Sie nochmals auf die grüne Stopp-Schaltfläche [Stoppuhr-Symbol] rechts in der Zeile der Intervention.
Das Symbol der Schaltfläche wird rot und das Bericht-Symbol (links neben dem Stoppuhr-Symbol) wird orange markiert.
Es öffnen sich zwei Eingabefelder, die den Grund für die Abweichung erfragen und die vorgeplante Hilfeform darstellen. Diese Werte können am Datenhandgerät eingegeben bzw. korrigiert werden (vgl. 2.9.).
Der ausgelöste Bericht wird zu einem späteren Zeitpunkt am Laptop erstellt (vgl. 2.13.).

Die Durchführungszeit für die ausgewählte, nicht wie geplant durchgeführte Leistung (Intervention) ist genullt und die Durchführungszeit für die nächste Leistung läuft!

Wenn Sie sich „verklickt“ haben sollten:

- Klicken Sie nochmals auf die rote Stopp-Schaltfläche [Stoppuhr-Symbol] rechts in der Zeile der Intervention.
Das Symbol der Schaltfläche wird wieder grau und blinkt.

Die Durchführungszeit läuft WIEDER VON NULL!

ACHTUNG: GEGEBENENFALLS MUSS DER NÄCHSTE ZEITWERT VON HAND KORRIGIERT WERDEN!

2.9. Wie schließe ich die Erfassung ab?

Editieren Sie Ihre Eingaben wie in 2.8. beschrieben solange, bis die erfassten Daten dem tatsächlichen Geschehen entsprechen.

- Klicken Sie auf die Schaltfläche „Erfasste Daten übertragen“ [▶] ganz unten rechts auf dem Bildschirm.
Das System speichert die Daten und überträgt sie bei der nächsten bestehenden Funkverbindung mit dem Laptop. Die Ansicht wechselt zurück in die Bewohner-Auswahlliste bzw. die Liste der Gruppenaktivitäten, abhängig davon, ob Sie sich im Einzel- oder Gruppenaktivitäten-Modus befinden.

2.10. Wie korrigiere ich erfasste oder vorbesetzte Werte?

- Klicken Sie in das jeweilige Eingabefeld.
Das System öffnet eine Eingabe-Tastatur oder eine Auswahlliste.
- Geben Sie den gewünschten Wert mit der Eingabe-Tastatur ein (löschen Sie den erfassten Wert ggfls. indem Sie auf das Löschen-

Symbol klicken) oder wählen Sie einen Wert aus der Auswahlliste aus.

- Klicken Sie ggfls. auf die ENTER-Taste [↵].
Die Eingabe-Tastatur schließt sich.
Der Wert wird übernommen.

2.11. Wie erfasse ich durchgeführte ungeplante Leistungen?

- Klicken Sie in der Liste „Tagesstruktur“ auf die Schaltfläche „Bedarfsinterventionen“ [B] im unteren Bereich des Bildschirms in der Mitte.
Die Liste aller Bedarfsinterventionen wird angezeigt, gruppiert nach Kategorien.
- Klicken Sie auf die gewünschte Kategorie.
Die Kategorie wird geöffnet und die Bedarfsinterventionen werden gelistet.
- Klicken Sie auf die graue Schaltfläche [Stoppuhr-Symbol] rechts in der Zeile der Intervention.
Das Symbol der Schaltfläche wird blau.
Es öffnet sich ein Eingabefeld, das die Dauer der Bedarfsintervention erfragt. Dieser Wert kann am Datenhandgerät eingegeben werden (vgl. 2.9.).

Erfassung einer NICHT DURCHGEFÜHRTEN Bedarfsintervention:

- Klicken Sie nochmals auf die blaue Schaltfläche [Stoppuhr-Symbol] rechts in der Zeile der Intervention.
Das Symbol der Schaltfläche bleibt blau und das Bericht-Symbol (links neben dem Stoppuhr-Symbol) wird orange markiert.
Es öffnen sich zwei Eingabefelder, die den Grund für die Abweichung erfragen und die vorgeplante Hilfeform darstellen. Diese Werte können am Datenhandgerät eingegeben bzw. korrigiert werden (vgl. 2.9.). Der ausgelöste Bericht wird zu einem späteren Zeitpunkt am Laptop erstellt (vgl. 2.13.).

2.12. Wie wechsele ich den Bewohner?

Die Abwahl eines Bewohners erfolgt jederzeit über das Bewohnersymbol (bzw. –Foto), das sich in der linken oberen Ecke der Programmoberfläche befindet.

- Klicken Sie auf das Bewohnersymbol (bzw. –Foto).
Das System wählt den ausgewählten Bewohner ab und die Bewohner-Auswahl erscheint.

2.13. Wie erfasse ich Gruppenaktivitäten?

Neben der Erfassung von Leistungen, die auf einzelne Bewohner bezogen sind, können Leistungen auch aus Sicht der Gruppenaktivität und den teilnehmenden Bewohnern erfasst werden.

- Klicken Sie in der Bewohner-Auswahlliste auf die Schaltfläche „Gruppenaktivitäten“ [3-Personen-Oberkörper-Symbol] im unteren rechten Bereich des Bildschirms.
Das System wechselt in den Gruppenaktivitäten-Modus. Der Hintergrund wechselt von Orange zu Grün. Die Liste der in der Einrichtung geplanten Gruppenaktivitäten erscheint.
- Klicken Sie in der Liste der Gruppenaktivitäten auf den Namen der gewünschten Aktivität.
Die Liste der geplant an der Gruppenaktivität teilnehmenden Bewohner wird dargestellt.

Setzen des Startzeitpunktes für den Beginn einer Gruppenaktivität:

- Klicken Sie auf die Start-Schaltfläche [▶] rechts in der (blau hinterlegten) Zeile der Aktivität.
Das Symbol der Schaltfläche wechselt zu [■] und die Dokumentationsschaltfläche unterhalb rechts neben der Summe der teilnehmenden Bewohner beginnt zu blinken.

Die Durchführungszeit läuft!

Setzen des Endzeitpunktes für den Abschluss einer Gruppenaktivität, DURCHGEFÜHRT WIE GEPLANT:

- Klicken Sie auf die Stopp–Schaltfläche [Stoppuhr–Symbol] rechts in der Zeile der Summe der teilnehmenden Bewohner.
Das Symbol der Schaltfläche hört auf zu blinken und wird grün und alle Statussymbole für alle geplant teilnehmenden Bewohner werden grün.
Es öffnet sich ein Eingabefeld, das die erfasste dokumentierte Zeit in Minuten darstellt. Dieser Wert kann am Datenhandgerät korrigiert werden (vgl. 2.9.).
- Klicken Sie bei Bedarf (einzelne Bewohner haben nicht wie geplant an der Gruppenaktivität teilgenommen) auf das grüne Statussymbol rechts in der Zeile des gewünschten Bewohners.
Das Bewohner–Statussymbol wird rot, es öffnet sich ein Eingabefeld, das den Grund für die Abweichung erfragt. Dieser Wert kann am Datenhandgerät korrigiert werden (vgl. 2.9.).
- Klicken Sie bei Bedarf (wenn Sie sich „verkllickt“ haben) auf das rote Statussymbol rechts in der Zeile des gewünschten Bewohners.
Das Bewohner–Statussymbol wird wieder grau, d.h. zurückgesetzt.

Die Durchführungszeit für die ausgewählte Leistung (Intervention) ist erfasst.

Setzen des Endzeitpunktes für den Abschluss einer bewohner–orientierten Leistung (Intervention), DURCHGEFÜHRT NICHT WIE GEPLANT:

- Klicken Sie nochmals auf die grüne Stopp–Schaltfläche [Stoppuhr–Symbol] rechts in der Zeile der Summe der teilnehmenden Bewohner.
Das Symbol der Schaltfläche wird rot, alle Statussymbole für alle geplant teilnehmenden Bewohner werden rot und alle Bericht–Symbole (links neben dem Bewohner–Statussymbol) werden orange markiert.
Es öffnen sich Eingabefelder für die Summe der Teilnehmer und jeden einzelnen geplant teilnehmenden Bewohner, die den Grund für die Abweichung erfragen. Bei Eingabe der Abweichung auf der Ebene der Summe der Teilnehmer wird dieser Abweichungsgrund für

alle Bewohner übernommen. Diese Werte können am Datenhandgerät eingegeben bzw. korrigiert werden (vgl. 2.9.).

Die ausgelösten Berichte werden zu einem späteren Zeitpunkt am Laptop erstellt (vgl. 2.13.).

Wenn Sie sich „verklickt“ haben sollten:

- Klicken Sie nochmals auf die rote Stopp-Schaltfläche [Stoppuhr-Symbol] rechts in der Zeile der Summe der teilnehmenden Bewohner.
Das Symbol der Schaltfläche wird wieder grau und zurückgesetzt.

Bei einem Neustart läuft die Durchführungszeit WIEDER VON NULL!

ACHTUNG: GEGEBENENFALLS MUSS DER NÄCHSTE ZEITWERT VON HAND KORRIGIERT WERDEN!

2.14. Der Bewohner ist nicht in der Einrichtung (abwesend), wie reagiere ich?

Lassen Sie die Leistungen der abwesenden Bewohner offen.

Wenn der Bewohner länger abwesend ist, informieren Sie bitte die EVOCURA-Hotline unter 0800-3862872 (Mo-Fr, 08:00-17:00, außer an bundeseinheitlich gesetzlichen Feiertagen). Die Mitarbeiter an der EVOCURA-Hotline setzen den Bewohner markieren den Bewohner dann als abwesend so dass er nicht mehr zur Erfassung erscheint.

KONTAKTIEREN SIE DIE EVOCURA-HOTLINE WIEDER, WENN DER BEWOHNER WIEDER ZURÜCK IST, DAMIT ER WIEDER ALS ANWESEND MARKIERT WIRD.

Erstellen von Berichten

2.15. Wie erstelle ich die während der Erfassung ausgelösten Berichte zu den Interventionen (orangene Markierungen)?

Die während der Erfassung ausgelösten Berichte zu den Interventionen werden ausschließlich am Laptop erfasst.

- Klicken Sie nachdem Sie sich angemeldet haben auf das linke der vier Schaltflächen „Berichte erfassen“ [✓] auf Ihrer Mitarbeiterkarte im linken Bereich des Bildschirms.
Das System öffnet die Ansicht „Offene Berichte“ und listet im linken Bereich die Bewohner für die Sie Berichte ausgelöst aber noch nicht erstellt haben, gruppiert nach Nachnamen.
- Klicken Sie auf den gewünschten Nachnamenbereich.
Die Gruppe wird geöffnet und die Bewohner werden gelistet.
- Klicken Sie auf die Schaltfläche des gewünschten Bewohners.
Die Liste der offenen Berichte wird im rechten Bereich des Bildschirms angezeigt, gruppiert nach den Schichten, in denen sie ausgelöst wurden.
- Klicken Sie auf die gewünschte Schicht.
Die Schicht wird geöffnet und die Aktivitäten bzw. Interventionen mit ausgelösten Berichten werden gelistet. Die Berichtsfelder sind rot markiert.
- Geben Sie in das Eingabefeld „Bericht“ den Bericht zu der entsprechenden Aktivität bzw. Intervention ein.
- Klicken Sie abschließend auf die Schaltfläche „Bericht übernehmen“ [✓].
Das System speichert und schließt den Bericht und wechselt zum nächsten Bericht des gleichen oder des nächsten Bewohners.

Wenn keine Berichte mehr offen sind:

- Klicken Sie auf die Schaltfläche „Schließen“ [✕] in der oberen rechten Ecke der Ansicht „Offene Berichte“.
Die Ansicht „Offene Berichte“ wird geschlossen.

2.16. Der Zustand des Bewohners hat sich verändert, wie reagiere ich?

Passen Sie die Tagesstrukturplanung (vgl. 1.12. ff.) und ggfls. die Pflegeplanung (vgl. 1.8. ff.) an die veränderte Versorgungssituation des Bewohners an.

DIE ANGEPASSTE PLANUNG MINIMIERT DEN AUFWAND FÜR DIE ERFASSUNG!

3. Arbeiten mit dem Laptop

3.1. Wie korrigiere ich nachträglich dokumentierte Werte?

Zur nachträglichen Korrektur dokumentierter Werte muss zunächst die entsprechende Bewohnerin bzw. der entsprechende Bewohner ausgewählt werden.

- Klicken Sie (falls Sie sich nicht schon dort befinden) auf die Schaltfläche „Bewohnerebene“ [Personen-Symbol] unterhalb Ihrer Mitarbeiterkarte im linken Bereich des Bildschirms.
Das System wechselt auf die Bewohnerebene und stellt die Wohnbereiche dar.
- Klicken Sie auf den Wohnbereich, den Sie öffnen möchten (falls dieser nicht schon geöffnet ist).
Das System öffnet den Wohnbereich und listet die Bewohner auf, die in diesem Wohnbereich wohnen.
- Klicken Sie auf die Bewohnerkarte.
Die Bewohnerin bzw. der Bewohner wird ausgewählt. Ihre bzw. seine Bewohnerkarte bewegt sich nach links in den Menübereich und das Bewohner-Menü öffnet sich.
- Klicken Sie im Menü auf den Menüpunkt „Durchführung“.
Das Untermenü zur Durchführung öffnet sich.
- Klicken Sie im Untermenü auf den Menüpunkt „Pflegeprotokoll & Berichte“.
Das Pflegeprotokoll für die ausgewählte Bewohnerin bzw. den ausgewählten Bewohner öffnet sich.

Die Ansicht besteht aus zwei Teilen, von denen nur der linke relevant ist.

TIPP: Zur besseren Übersicht kann die Ansicht der nicht benötigten Pflegeberichte zugeklappt werden. Klicken Sie auf die Schaltfläche [←] im Kopf des Bildschirmbereiches „Pflegeberichte“, um diesen zu minimieren. Klicken Sie im minimierten Zustand auf die jeweilige Schaltfläche [→], um ihn wieder zu maximieren.

Um dokumentierte Werte nachträglich zu korrigieren, müssen Sie die Schicht identifizieren und öffnen, in der Sie die die Korrektur durchführen möchten:

- Wählen Sie in der Kopfzeile der Ansicht „Durchführungsnachweise“ den Zeitraum aus, der dargestellt werden soll (zunächst sind die letzten drei Tage dargestellt).
Der ausgewählte Zeitraum wird unterhalb der Kopfzeile dargestellt.
- Klicken Sie auf die gewünschte Schicht.
Die ausgewählte Schicht wird geöffnet.

In der Schicht werden die durchgeführten Aktivitäten und Interventionen inkl. ihrer erfassten Werte und Berichte mit Handzeichen aufgelistet.

- Klicken Sie in der Zeile einer Aktivität auf die Schaltfläche „Interventionen anzeigen“ [Lupen-Symbol].
Die Interventionen innerhalb der ausgewählten Aktivität werden angezeigt.

Um dokumentierte Werte zu korrigieren, müssen die Interventionen in den Bearbeitungsmodus versetzt werden.

- Klicken Sie im Kopf der gewünschten Intervention auf die Schaltfläche „Intervention bearbeiten“ [✓].
Die Intervention wird in den Bearbeitungsmodus versetzt, erkennbar an der blauen Einfärbung ihres Kopfes. Es öffnen sich zwei Eingabefelder, von denen das erste den zuvor erfassten Grund für die Abweichung darstellt das zweite die Möglichkeit zur nachträglichen Korrektur der gemessenen Durchführungsdauer.
- Geben Sie die gewünschten Werte in die Eingabefelder ein.
- Klicken Sie abschließend auf die Schaltfläche „Werte übernehmen“ [✓].
Das System speichert die Intervention und versetzt die Intervention zurück in den Ansichtsmodus.

Berichte können direkt ergänzt werden.

- Klicken Sie im Kopf der gewünschten Intervention auf die Schaltfläche „Bericht zur Intervention hinzufügen“ [+].
Das System fügt zur Liste der Berichte einen neuen Eintrag hinzu.
- Geben Sie den gewünschten Bericht in das Eingabefeld „Bericht“ ein.
- Klicken Sie abschließend auf die Schaltfläche „Bericht übernehmen“ [✓].
Das System speichert den Bericht in der Liste der Berichte.

3.2. Ich habe falsche Eingaben gemacht, wie kann ich diese löschen?

In EVOCURA vorgenommene und freigegebene Eingaben nicht wieder gelöscht werden. Stattdessen können Sie als Fehleintrag markiert werden. Sie werden dann gestrichen und sind dennoch lesbar.

- Klicken Sie auf der Ebene der gewünschten Intervention bzw. des gewünschten Berichts auf „Als Fehleintrag markieren“ [ABC] links neben der Schaltfläche „Bericht zur Intervention hinzufügen“ [+]. Das System fragt nach, ob der Eintrag tatsächlich als Fehleintrag markiert werden soll.

Wenn Sie den Eintrag tatsächlich als Fehleintrag markieren möchten:

- Klicken Sie auf die Schaltfläche „ja, als Fehleintrag markieren“ []. Der Eintrag wird als Fehleintrag markiert (durchgestrichen und grau dargestellt).

Wenn nicht:

- Klicken Sie auf die Schaltfläche „nein, zurück“ []. Das System kehrt zur letzten Ansicht zurück.

3.3. Ich habe einen Eintrag versehentlich als Fehleintrag markiert, wie kann ich das rückgängig machen?

- Klicken Sie auf der Ebene des als Fehleintrag markierten Eintrags auf die Schaltfläche „Fehleintragsmarkierung aufheben“ [ABC]. Das System fragt wiederum nach, ob der Fehleintrag tatsächlich rückgängig gemacht werden soll (vgl. 3.2.).

ANHANG

EVALUATION DES NBA ERFASSUNG VON VERSORGUNGS-AUFWÄNDEN IN STATIONÄREN EINRICHTUNGEN (EViS)

ENDBERICHT

- A) Entwicklung des Instruments zur Ermittlung des Pflegeaufwands
- B) Suchstrategie der systematischen Literaturrecherche
- C) EViS-Datenschutzkonzept
- D) EViS-Informationsschreiben an die Pflegeeinrichtungen
- E) EViS-Einverständniserklärung für die Bewohner
- F) EViS-Interventionskatalog
- G) EViS-Schulungskonzept
- H) EViS-Anwenderleitfaden
- I) EViS-Projektregeln

Für die Planung:

1. Geplant und erfasst werden alle bewohnerbezogenen Leistungen der verschiedenen Berufsgruppen (Pflege, Betreuung, Therapie). Ebenso ist an Ehrenamtliche, Praktikanten etc. zu denken, wenn sie pflegerische und betreuerische, notwendige Leistungen für die Bewohner erbringen.
2. Jeder Bewohner-Tagesstrukturplan muss möglichst konkret sein, dabei muss nicht jeder einzelne reale Schritt geplant werden.

Zum Beispiel: „Morgenhygiene“

NICHT: „Haare kämmen“, „Gesicht waschen“, „Arme waschen“, „Oberkörper hinten waschen“, „Intimbereich waschen“, „Beine waschen“ usw.

BESSER: „IK-Ganzkörperwaschung“, wenn der Großteil der Körperpflege unterstützt wird.

Die ausgewählten Interventionen innerhalb der „Morgenhygiene“ sollen sich mindestens auf der EVOCURA-Kategorieebene bewegen.

Zum Beispiel: Bei einem Bewohner mit höherem Unterstützungsbedarf bei der „Morgenhygiene“ ist die jeweilige, dem Bewohner angepasste Intervention aus den Kategorien „Mobilität/ Sitzen, Stehen, Liegen“ „Selbstversorgung/ Körperpflege“, „Selbstversorgung/ Sich kleiden“ und zu wählen. (Außer: EVOCURA-Begleitinterventionen ergänzen eine Einzelleistung).

3. Die Arbeitsorganisation bestimmt über den Einsatz von Einzelleistungen bzw. Interventionskomplexen:

Einzelleistungen → die Interventionen z.B. innerhalb der „Morgenhygiene“ oder beim „Mittagessen“ werden von verschiedenen Mitarbeitern erbracht oder Unterbrechungen der Schritte sind möglich.

Interventionskomplex (IK) → ein Mitarbeiter führt hintereinander mehrere Interventionen z.B. den „IK-Unterkörperwaschung am Waschbecken“ innerhalb der „Morgenhygiene“ durch.

4. Bewohnerbezug: Alles, was eindeutig einem einzelnen Bewohner zu zuordnen ist, wird über diesen erfasst.

Zum Beispiel: die indirekte Pflegeleistung, eine bewohnerindividuelle Pflegeplanung zu erstellen, wird für den Bewohner erfasst.

Erst wenn die bewohnerbezogene Erfassung den eigentlichen Aufwand des Erfassens übersteigt (Checklisten abhaken, Bestellungen für mehrere Bewohner etc.), dann ist die bewohnerübergreifende Funktion mittels „!Admin/Orga“ zu Hilfe zu nehmen.

„!Admin/Orga“ bezieht sich auf mehrere oder alle Bewohner des Wohnbereichs. Es muss nicht überlegt werden, welcher Bewohner an der Studie teilnimmt und welcher nicht.

5. Gruppenangebote der (sozialen) Betreuung: Besteht in der Einrichtung für die Erfassungswoche ein festes Gruppenangebot, ist dieses über das Anlegen von Gruppenaktivitäten für die teilnehmenden Bewohner planbar.
6. Nächtliche Kontrolle bei selbständigen Bewohnern: Aktivität „Pflegerundgang nachts“ → Intervention (+) → „Kognition – Risiken und Gefahren“ → „Pflegerundgang“
7. Dokumentationszeit für Bewohner pro Schicht: neue Aktivität anlegen (+) → Eigenformulierung „Pflegedoku“ o.ä., je ein Durchführungszeitpunkt pro Schicht

Für die Erfassung:

1. Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter meldet sich zu jedem Dienstbeginn bzw. -ende im Projektzimmer an bzw. ab und übernimmt bzw. übergibt sein Datenhandgerät.
2. Jeder erfasst ausschließlich die selber erbrachten Leistungen.
3. Jede Unterbrechung in der Versorgung eines Bewohners erfordert bei der nachträglichen Erfassung eine Zeitkorrektur.
4. Wenn eine volle Minute nachträglich erfasst werden soll, muss die „1“ zunächst gelöscht und neu eingetragen werden. Die Stoppuhr misst in Sekunden, die angezeigte Minutenzahl ist aufgerundet.

5. Versorgung eines Bewohners zu zweit:

Wenn zwei Mitarbeiter einen Bewohner gleichzeitig versorgen (z.B. geplant ist „Hilfe beim Transfer“), dann misst eine Person die Zeit der Intervention über die Tagesstrukturplanung und die zweite Person wählt die entsprechende Bedarfsintervention („Hilfe beim Transfer“) aus und trägt die gemessene Zeit nach.

6. Bis zum Ende der Schicht sind alle „grauen Punkte“ grün oder rot, d.h. alle geplanten Interventionen aus der Tagesstrukturplanung sind erfasst.

PLUS: Immer wieder an Bedarfsinterventionen denken!

Zum Beispiel: das Bewohnergespräch zwischendurch → Bewohner auswählen → „B“ → „Pauschalleistungen“ → „Bewohnergespräch“

7. Eine Pflegeperson unterstützt gleichzeitig mehrere Bewohner:

Zum Beispiel: eine Pflegenden begleitet mehrere Bewohner in den Speisesaal (Dauer: 5 Minuten) → Erfassung der Echtzeit für einen Bewohner → die anderen Bewohner bekommen dieselbe Zeit eingetragen.

ACHTUNG: Kein Teilen der Zeit durch die Bewohner (5/5=1 Min.), jeder Bewohner bekommt die volle Zeit (5 Min.).

8. Gruppenangebote der (sozialen) Betreuung: Wenn Gruppenaktivitäten nicht geplant werden konnten, dann wird die Aktivität (z.B. „Aktivieren der Sinne“) plus Dauer für jeden daran teilnehmenden Bewohner erfasst (zusätzlich wird das Gruppenangebot der Erfassungswoche separat von der Einrichtung bspw. auf Papier nachgereicht).

9. Nicht erfasste Punkte

Wenn durchgeführte Leistungen nicht bis zum Schichtende erfasst werden konnten, können diese über die Software am Laptop/ Server nacherfasst werden. Dazu werden der Bewohnername, Leistung und Dauer zunächst handschriftlich notiert. Für das Nachtragen am Laptop/ Server gibt es zwei Anleitungen (ggfs. bei der Projektleitung in der Einrichtung einfordern).

10. Wenn Bewohner abwesend sind oder weitere Fragen auftauchen, melden Sie sich bitte:

- a. bei der Projektleitung in Ihrer Einrichtung
- b. bei der EVIS-Projektleitung (übernimmt die Projektleitung in Ihrer Einrichtung)
- c. bei der EVOCURA-Hotline* 0800 3862872

*) Mo-Fr, 08:00-17:00, außer an bundeseinheitlich gesetzlichen Feiertagen