



universität
wien

Titel der Diplomarbeit

**Diagnosis Related Groups (DRG) und die Pflege
Unter Berücksichtigung der Rationalisierungs- und Rationie-
rungsdiskussion**

Verfasserin

Jelena Vojnovic

Angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2010

Studienrichtung lt. Studienblatt: A057/122

IDS Pflegewissenschaften

Betreuerin:

Dr. Dipl. Math. Julia Inthorn

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unzulässiger Hilfe Dritter und ohne Verwendung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quellen gekennzeichnet.

Weiter erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Wien, am

Jelena Vojnovic

Widmung

Ich möchte die Diplomarbeit meiner lieben und verständnisvollen Schwester Ruzica widmen. Ich bin glücklich, dass sie in jeder Lebenslage an meiner Seite ist.

*„Lasst uns dankbar sein
gegenüber Menschen,
die uns glücklich machen.
Sie sind liebenswerte Gärtner,
die unsere Seele
zum Blühen bringen.“ (Marcel Proust)*

Danksagung

Zu aller erst möchte ich mich bei meiner Betreuerin Dr. Dipl. Math. Julia Inthorn bedanken. Sie hat stets viel Geduld mit meinen Anliegen und Fragen gehabt. Ich wurde von ihr ermutigt meine gewonnenen Erkenntnisse in die Diplomarbeit einfließen zu lassen. Zwar hatte ich Phasen während des Schreibens in denen ich unsicher den nächsten Schritten gegenüberstand, aber sie hat mich beruhigt und mir fachlichen Rat gegeben.

Ich möchte mich herzlich bei meinen Eltern Marica Vojnovic und Pero Vojnovic bedanken, die immer an mich geglaubt haben und mir das Studium finanziert haben. Ich bin für jedes aufmunternde Wort meiner Mutter sehr dankbar. Sie hat mich immer mit den Worten „Ich weiß, dass du alles erreichen kannst, was du erreichen willst“ gestärkt und ich danke ihr sehr dafür.

Weiter möchte ich mich auch bei meinen Freunden und Freundinnen für ihre Unterstützung während des Verfassens der Diplomarbeit bedanken. Dank ihnen habe ich viele lustige Erlebnisse gehabt, die mir Kraft gegeben haben, um meine Diplomarbeit zu beenden.

Mein Dank gilt auch meinen Studienkolleginnen, die mir sehr mit ihrer konstruktiven Kritik zu meiner Diplomarbeit und der Auswahl der Inhalte geholfen haben.

Zusammenfassung

Mit der gesetzlichen Einführung des G-DRG (German-Diagnosis Related Groups) Systems als Vergütungssystem für Krankenhausleistungen im Jahr 2004 in Deutschland, ergibt sich ein Problem bei der Darstellung des Pflegeaufwandes. Die Pflege ist nicht als eine unabhängige Leistung dargestellt, sondern der Pflegeaufwand wird von den medizinischen Diagnosen abgeleitet. In der Diplomarbeit wird anhand von mehreren Studien gezeigt, dass der Pflegeaufwand nicht allein aufgrund von medizinischen Diagnosen dargestellt werden kann. In diesem Zusammenhang werden die leistungsbezogenen Pflegesätze diskutiert, welche laut Fischer (2002) eine Möglichkeit darstellen den Pflegeaufwand im DRG System abzubilden, so dass die Pflege die Kosten aus der DRG erhalten kann. Dabei werden zwei Leistungserfassungssysteme beschrieben, die sog. *Leistungserfassung in der Pflege (LEP®)* und *Pflegepersonalregelung (PPR)*. Es wird diskutiert, in wie weit sich die beiden Systeme zur Darstellung des Pflegeaufwandes im DRG System eignen. Die Diskussion ergibt folgendes wichtiges Ergebnis. Beide Systeme haben keinen Notwendigkeitsnachweis, womit die durchgeführten Leistungen nicht gerechtfertigt werden können. Diese Tatsache macht es schwer, die Kosten für durchgeführte Pflegemaßnahmen zu erhalten, wenn keine Begründung für deren Durchführung vorhanden ist.

Es gibt immer mehr alte PatientInnen und dabei wird gleichzeitig die Anzahl an erwerbstätigen jungen Leuten immer weiter absinken. Zusätzlich wächst der medizinische Fortschritt. Diese Faktoren beeinflussen die Tatsache, dass Gesundheitsleistungen knapp werden. Durch die Einführung der DRGs sollten die Kosten für die Behandlung eines/r PatientIn nicht die vorgesehene Geldmenge, welche durch die DRG bestimmt wird, überschritten werden. Somit besteht die Gefahr, dass Gesundheitsleistungen noch knapper werden aufgrund dieses Erfordernisses. In der Diplomarbeit werden dabei Möglichkeiten aufgezeigt die Aufteilung von Gesundheitsleistungen gerecht durchführen zu können. Dabei wird der ICN-Ethikkodex vorgestellt. Der Ethikkodex enthält Verhaltensangaben für Pflegekräfte. Diese werden als eine Möglichkeit interpretiert, eine gerechte Verteilung von Pflegeleistungen zu ermöglichen.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
Einleitung.....	7
1 Patientenklassifikationssysteme	9
2 Geschichte der Diagnosis Related Groups (DRGs).....	11
3 Diagnosis Related Groups (DRG) Systeme	13
4 Das australische AR-DRG System.....	14
5 Die deutschen Diagnosis Related Groups.....	16
6 G-DRG Klassifikation.....	18
6.1 Vorgehen bei der DRG Zuordnung.....	19
6.2 Beispiel einer DRG: Schlafapnoe	23
6.3 Verfahren bei der Vergütung der G-DRGs.....	25
7 Gründe für die Übernahme des AR-DRG Systems.....	27
8 Begriffsdefinitionen.....	28
8.1 Pflegebedarf	28
8.2 Pflegebedürftigkeit	29
8.3 Pflegeaufwand.....	31
9 Homogenitätsprobleme bei der Abbildung der Pflege im DRG System.....	33
10 Wege zur Darstellung der Pflege im DRG System.....	39
10.1 Tagesgleiche Pflegesätze	41
10.2 Leistungsbezogene Pflegesätze.....	41
10.3 Pflegegewichte pro DRG.....	42
11 Leistungserfassungssysteme in der Pflege	44
11.1 Prototypenmodelle und Faktorenmodelle	44
11.2 Handlungsbezogene und Zustandsbezogene Messverfahren.....	46
12 Pflegepersonalregelung (PPR)	48
13 Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) für die hochaufwendige Pflege.....	56
14 Leistungserfassung in der Pflege (LEP®).....	62
14.1 Systematische Unterscheidung der LEP® und PPR.....	69
15 Diskussion der Leistungserfassungssysteme: Pflegepersonalregelung (PPR) und Leistungserfassung in der Pflege (LEP®).....	72

15.1	Diskussion über die Pflegepersonalregelung (PPR)	74
15.2	Diskussion über die Leistungserfassung in der Pflege (LEP®).....	81
16	Auswirkungen der DRG-Einführung auf den Pflegebereich	88
16.1	Personalstellen in der Pflege.....	91
16.2	Strukturierte Abläufe im Krankenhaus	93
16.3	Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Professionen.....	95
16.4	Arbeitssituation der Pflegepersonen.....	98
16.5	Arbeitsbelastung bei Pflegekräften.....	101
16.6	Cunclusio.....	108
17	Ethische Diskussion der Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen	110
17.1	Ursachen für die Knappheit der medizinischen und pflegerischen Leistungen	111
17.2	Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen	115
17.3	Formen der Rationierung	119
17.4	Formale Kriterien einer gerechten Zuteilung von Gesundheitsleistungen	123
17.5	Der internationale Ethikkodex für Pflegende.....	125
17.6	Beispiel einer Rationierung in der Pflegepraxis: Magensonde.....	127
18	Fazit.....	131
19	Tabellenverzeichnis und Abbildungsverzeichnis.....	134
20	Literaturverzeichnis	135
21	Lebenslauf.....	145

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
ACCC	Australian Casemix Clinical Committee
AN-DRG	Australian National Diagnosis Related Groups
AP-DRG	All Patient Diagnosis Related Groups
AR-DRG	Australian Refined Diagnosis Related Groups
BR	Base Rate
CADAC	Casemix Applications and Development Advisory Committee
CC	Complication and Comorbidity
CCL	Complication and Comorbidity Level
CMI	Case-Mix-Index
CV	Coefficient of variation
CW	Cost Weight
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DPR	Deutscher Pflegerat
DRG	Diagnosis Related Groups
d.h.	das heißt
et al.	et alia
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
HCFA	Health Care Financing Administration

HCFA-DRG	Health Care Financing Administration Diagnosis Related Groups
HD	Hauptdiagnose
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICD-10-AM	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10. Revision. Australian Modification
ICD-10-GM	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10. Revision. German Modification
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
LEP®	Leistungserfassung in der Pflege
m	Belastungskoeffizient
MDC	Major Diagnostic Category
NISS	Nursing Information System for Saskatchewan
o.J.	ohne Jahr
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PAMS	Pflege-Aufwand-Mess-System
PCCL	Patient Clinical Complexity Level
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Scores
PPR	Pflegepersonalregelung
PRN	Projet de Recherche en Nursing
SEP	System zur Erfassung des Pflegeaufwandes
SGB	Sozialgesetzbuch

sog.	sogenannte
u.a.	und andere
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organisation
z.B.	zum Beispiel
zit.n.	zitiert nach

Einleitung

Die Diplomarbeit setzt sich mit der Einführung des Patientenklassifikationssystems *Diagnosis Related Groups (DRG)* in Deutschland auseinander. Das DRG System ist auf medizinischen Diagnosen aufgebaut und dient der Vergütung von Kosten. Die Befürchtung in Deutschland bei der Einführung des DRG Systems war, dass die DRGs den pflegerischen Aufwand nicht genügend abbilden können, und somit die Pflege die Kosten nicht aus den DRGs erhalten kann. In der Diplomarbeit sollen Studien vorgestellt werden, die sich mit den Problemen der Abbildung des Pflegeaufwandes im DRG System beschäftigen. In weiterer Folge wird die Möglichkeit beschrieben, den Pflegeaufwand über leistungsbezogene Pflegesätze abzubilden. Es werden zwei solcher Leistungserfassungssysteme der Pflege, die sog. *Pflege-Personalregelung (PPR)* und *Leistungserfassung in der Pflege (LEP®)*, beschrieben und diskutiert. Dabei soll der Frage nachgegangen werden, ob sich diese beiden Systeme dazu eignen, den Pflegeaufwand im DRG System adäquat abzubilden, so dass die Pflege die Kosten für die erbrachten Pflegetätigkeiten erhält.

Weiters werden Studien vorgestellt, welche einen Überblick über die ersten Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland geben.

Aufgrund der Einführung des DRG Systems ist der Kostendruck in den deutschen Krankenhäusern gestiegen (vgl. Strech et al. 2008 S. 94). Da durch den demografischen Wandel und den medizinischen Fortschritt die Gesundheitsleistungen immer knapper werden, entstehen ethische Fragen, wie Gesundheitsleistungen gerecht verteilt werden können (vgl. Wieteck 2005 S. 122; Marckmann 2007 S. 98). Aus diesem Grund werden in der Diplomarbeit Möglichkeiten besprochen nach denen Verteilungsentscheidungen getroffen werden könnten. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der *Rationalisierung* und *Rationierung*. Zum Abschluss soll ein Beispiel aus der Pflegepraxis diskutiert werden, und dabei Möglichkeiten einer gerechten Verteilung von pflegerischen Leistungen besprochen werden.

Mit der Diplomarbeit werden somit verschiedene Ziele verfolgt. Das weite Ziel der Diplomarbeit ist Wissen über das DRG System und die Auswirkungen auf die Pflege aufgrund der Einführung des DRG Systems zusammenzutragen.

Ein enges Ziel ist es Positionen zu den Leistungserfassungssystemen Pflege-Personalregelung (PPR) und Leistungserfassung in der Pflege (LEP®) zu beschreiben. Ein weiteres enges Ziel ist die Diskussion der Argumente zu der Rationierung und Rationalisierung im Gesundheitswesen.

Die Wahl des Themas entstand aus dem Interesse an einer Verknüpfung eines ökonomischen Gebiets mit dem Fachbereich Pflege, da ich Studentin der Betriebswirtschaft und der Pflegewissenschaften bin. Da sich die Pflege auch mit Fragen der Finanzierbarkeit der pflegerischen Leistungen in Zeiten der Mittelknappheit beschäftigen muss, liegt mein Interesse darin, das ökonomisch ausgerichtete DRG System zu beschreiben und die Probleme, die daraus für die Pflege entstehen. Besonders interessant fand ich das System der German Diagnosis Related Groups, da dieses erst 2004 gesetzlich eingeführt wurde und ich somit die ersten empirischen Ergebnisse im Zusammenhang mit dem System spannend finde und die sich daraus ergebenden ethischen Fragen.

1 Patientenklassifikationssysteme

Eine Behandlung, die im Krankenhaus durchgeführt wird, stellt einen Auftrag dar. Die Behandlung ist dabei von verschiedenen Faktoren abhängig, wie der Persönlichkeit der PatientInnen, der Konstellation der Probleme der PatientInnen, wie der/die PatientIn zu Gesundheit und Krankheit eingestellt ist, den Fähigkeiten des behandelnden ÄrztInnen- und Pflegeteams und von der Verfügbarkeit der Dienste von anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Die Patientenklassifikationssysteme wurden entwickelt, um die Behandlungen der PatientInnen, somit die verschiedenen Aufträge, und die während der Behandlungen entstandenen Kosten einander gegenüberstellen und bewerten zu können. Indem die Behandlungsfälle zu Gruppen von Behandlungsfällen zugeteilt werden, kommt es zur Klassifizierung (vgl. Fischer 2002 S. 23).

Patientenklassifikationssysteme erheben die Bedarfe an Leistung, fassen diese in Kategorien zusammen und veranschaulichen die durchgeführten Leistungen. Sie sollen dazu dienen, Leistungen definieren und bewerten zu können und sie sollen die Transparenz bei der Darstellung von Leistungen ermöglichen. Dies wird erreicht, indem Gruppen von Behandlungsfällen mit ähnlichem medizinischem Aufwand definiert werden und somit für die Leistungserbringer z.B. das Krankenhaus nachvollziehbar und sichtbar werden.

Die Patientenklassifikationssysteme können Steuerungs- und Managementsysteme mit diesen Funktionen sein:

- Ressourcen sollen effizient aufgeteilt werden
- Ressourcen sollen gerecht nach ihrem Aufwand bereitgestellt werden
- Die Planung von Aktionen und Realisierung von Maßnahmen soll effektiv sein
- Die Kosten sollen leistungsbezogen berechnet werden
- Die Patientenklassifikationssysteme sollen als Grundlage für die Vergleiche von Leistungen und Kosten dienen
- Die Patientenklassifikationssysteme sollen zusätzlich eine Grundlage sein, um die Nachwirkungen von durchgeführten Leistungen zu evaluieren

Für die Leistungserbringer, z.B. das Krankenhaus, ergeben sich noch andere Bereiche, in denen die Patientenklassifikationssysteme eingesetzt werden können. Solche Bereiche sind die Entwicklung der Organisation und Struktur einer Institution wie dem Krankenhaus, die Organisation der Arbeitsabläufe der MitarbeiterInnen und schließlich die Personalplanung (vgl. Fuchs 2004 S. 199f.).

2 Geschichte der Diagnosis Related Groups (DRGs)

Im Jahr 1967 haben die ÄrztInnen an der Universität Yale in den Vereinigten Staaten von Amerika die Diagnosis Related Groups (DRGs) entwickelt, welche die Produkte von Krankenhäusern definieren und die Qualitätssicherung von stationären PatientInnen unterstützen sollten (vgl. Lauterbach/Lüngen 2004 S. 5). Diese Produkte sind Leistungen der Krankenhäuser, um eine bestimmte Erkrankung eines/einer PatientIn zu behandeln (vgl. Hollick/Kerres 2002 S. 14).

Diese DRGs wurden erstmals von MEDICARE eingeführt. Dabei handelt es sich um eine Institution in den Vereinigten Staaten von Amerika, welche ärztliche Leistungen für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und Menschen, die sich im Endstadium von Nierenerkrankungen befinden, bezahlt (vgl. Weber 2007 S. 55).

Ende 1982 wurde ein prospektives Vergütungssystem mit alles in allem 467 DRGs eingeführt, das alle Kosten der Behandlungen in Krankenhäusern finanzieren sollte (vgl. Weber 2007 S. 55). Diese DRGs wurden von der Health Care Financing Administration (HCFA) zur Gruppierung von versicherten PatientInnen der staatlichen Versicherung Medicare verwendet (vgl. Hollick/Kerres 2002 S. 14). Die Medicare Krankenversicherung wird von der Health Care Financing Administration (HCFA), einer staatlichen Gesundheitseinrichtung, betrieben (vgl. Lauterbach/Lüngen 2004 S. 7). Seit diesem Zeitpunkt wird im Voraus ein fest vorgegebener Betrag für eine/n PatientIn mit einer bestimmten Erkrankung bzw. Diagnose bezahlt, welche/r sich stationär im Krankenhaus befindet. Sollten die Krankenhäuser diesen Betrag überschreiten und somit einen Verlust erzielen, dann müssen sie für den Verlust selber aufkommen. Das Ziel der Einführung war es, die Ausgaben für Medicare vorhersehbarer und beeinflussbarer zu gestalten (vgl. Weber 2007 S. 55).

Die ersten eingesetzten DRGs werden als HCFA-DRGs bezeichnet. Diese HCFA-DRGs wurden im Laufe der Zeit überarbeitet und so wurden neue Formen entwickelt (vgl. Lauterbach/Lüngen 2004 S. 8). Da die HCFA-DRGs hauptsächlich für die Vergütung von Krankenhausleistungen für Versicherte der Medicare Krankenversicherung vorgesehen war, wurde die ältere Bevölkerung bei der Bildung der DRGs speziell beachtet (vgl. Lauterbach/Lüngen 2004 S. 11). Mitte der 80er Jahre wurde deshalb das System weiterentwickelt zum All-

Patient-DRGs (AP-DRGs). Dabei wurden alle stationären Fälle, somit auch alle Altersgruppen im Krankenhaus für die Verrechnung mit einbezogen (vgl. Lauterbach/Lüngen 2004 S. 11f.).

3 Diagnosis Related Groups (DRG) Systeme

DRG Systeme sind „ärztlich-ökonomische Patientenklassifikationssysteme, in welchen die Behandlungsfälle von Akutkrankenhäusern in eine beschränkte Anzahl klinisch definierter Gruppen mit möglichst ähnlichen Behandlungskosten eingeteilt werden“ (Fischer 2002 S. 24).

Jedem/Jeder PatientIn wird pro Behandlungsfall immer exakt eine DRG zugeteilt. Diese Zuteilung kann automatisiert mit Hilfe eines Gruppierungsprogramms, eines sog. grouper, geschehen. Normalerweise kommt es zuerst zu einer groben Gliederung von Diagnosen durch ÄrztInnen. Dies geschieht bei der Einordnung von Diagnosen in Gruppen beim Konstruieren der DRG Systeme. Die feine Einteilung wird aufgrund von statistischen Analysen von Daten über Kosten durchgeführt.

Danach wird jeder DRG ein relatives Kostengewicht zugeteilt. Diese relativen Kostengewichte wurden bei amerikanischen DRGs aufgrund von durchschnittlichen Aufenthaltsdauern errechnet.

Im DRG System können in der Praxis auch Ausreißer, sog. outliers, auftauchen. Dabei handelt es sich um Behandlungsfälle, welche entweder Kosten oder eine Dauer des Aufenthaltes aufweisen, die nicht erwartet wurden (vgl. Fischer 2002 S. 24f.).

Da der Schwerpunkt der Diplomarbeit auf dem deutschen DRG System liegt, wird im Folgenden das australische DRG System beschrieben, weil dieses die Vorlage für die Entwicklung des deutschen DRG System darstellte.

4 Das australische AR-DRG System

Das Gesundheitswesen in Australien wird von staatlichen und von privaten Organisationen geführt. Seit 1984 wird die Krankenversicherung von der sozialen Medicare Versicherung geregelt, welche allen Versicherten einen Zugang zu öffentlichen Krankenhäusern ermöglicht, die Versorgung mit Medikamenten und die freie Wahl der ÄrztInnen gewährleistet.

1991 wurde das Australian Casemix Clinical Committee (ACCC) von dem Australischen Gesundheitsministerium mit dem Ziel gegründet, ein DRG System für Australien zu entwickeln. Gemeinsam mit dem technischen Beratungskomitee Casemix Applications and Development Advisory Committee (CADAC) und der amerikanischen Firma 3M entwickelte das ACCC die Australian National DRG (AN-DRG). Ziel der DRGs in Australien war eine verbindliche Abrechnung akutstationärer Kosten der einzelnen Behandlungsfälle, eine genaue Bemessung des Krankenhausbudgets, ein exakter Plan von Krankenhausleistungen und die Sammlung von Informationen, um die Qualitätssicherung zu gewährleisten (vgl. Hollick/Kerres 2002 S. 15ff.). Bevor das australische DRG System entwickelt wurde, hat man das amerikanische System der Health Care Financing Administration (HCFA) verwendet, um die Krankenhausleistungen abzubilden. Jedoch wurde dies als nicht zureichend angesehen, weil es Unterschiede zwischen dem Ablauf in amerikanischen und australischen Krankenhäusern gab. 1992 wurde dann das erste australische DRG System, die Australian National Diagnosis Related Groups (AN-DRGs), entwickelt. Für die Kodierung der Diagnosen und Prozeduren wurde die ICD-9-CM Systematik verwendet (vgl. Duckett 2001 S. 68). Die ICD Systematik wurde von der WHO, der World Health Organisation, verfasst und ist die Abkürzung für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2010). In der ICD Systematik werden nur medizinische Diagnosen definiert. Die Ziffern nach der Bezeichnung ICD deuten auf die verwendete Revision der Systematik (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2010).

Als Nachfolger des AN-DRG Systems wurde 1998 das Australian Refined Diagnosis Related Groups System (AR-DRG) entwickelt. Im AR-DRG System gab es in der vierten Version, die in den Jahren 1997/98 bis 2000/01 verwendet

wurde, 661 Behandlungsfallgruppen. In der fünften Version ab 2001/02 gab es insgesamt 665 DRGs (vgl. Fischer 2001). Das AR-DRG System stützt sich auf die ICD-10-AM Kodierung, wobei es sich dabei um eine australische Modifikation des ICD-10 handelt (vgl. Duckett 2001 S. 68).

5 Die deutschen Diagnosis Related Groups

In Diagnosis Related Groups (DRG) Systemen sollen die Behandlungsfälle gruppiert werden. Dabei sollten sich alle Behandlungen, die annähernd gleiche Kosten verursachen werden, in eine Gruppe zusammengefasst werden. Die wichtigsten Kriterien, um eine solche Gruppierung vorzunehmen sind:

- „ärztliche Diagnosen
- Chirurgische und diagnostische Prozeduren
- Alter und Geschlecht des Patienten
- Geburtsgewicht bei Neugeborenen“ (Fischer 2002 S. 24).

Durch den §17 b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wurde in Deutschland gesetzlich die Neuordnung über die DRGs festgelegt, welche im Rahmen des Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)- Reformgesetzes 2000 neu eingeführt wurde (vgl. Lauterbach/Lüngen 2004 S. 7). §17b KHG regelt die Einführung des pauschalisierten Systems zur Verrechnung von Entgelten im Krankenhaus. Dabei soll für die Vergütung von Leistungen des Krankenhauses ein Vergütungssystem eingeführt werden, welches eine Abrechnung des erforderlichen Gesamtaufwandes eines/r PatientIn für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes ermöglichen soll. Die Summe der Entlohnungen für Krankenhausleistungen wird anhand von Punktwerte festgelegt (vgl. Lauterbach/Lüngen 2004 S. 35).

Für die Bestimmung der Diagnosen im DRG System wurde die ICD Systematik, die Internationale Klassifikation der Krankheiten der WHO, genutzt.

Die Systematik für die Erstellung der DRGs und die Relativgewichte wurden in ganz Deutschland einheitlich bestimmt. Das DRG System wurde durch die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft entwickelt und eingeführt. Zusammen vereinbarten sie bis zum 30. Juni 2000 die Strukturen des Systems und wie die Leistungen kalkuliert werden sollen.

Das Gesundheitsreformgesetz 2000 legte fest, dass ein bereits international etabliertes DRG System als Ausgangspunkt für die Erstellung des deutschen DRG Systems eingeführt werden soll (vgl. Lauterbach/Lüngen 2004 S. 35). Am 30.6.2000 haben die Vertragsparteien Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Bundesverbände der gesetzlichen Krankenversicherung ent-

schieden, dass in Deutschland die Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs) als Basis zur Entwicklung des deutschen DRG Systems verwendet werden sollen. Dabei wurden die Australian Refined DRGs (AR-DRGs) weiterentwickelt und auf die deutschen Verhältnisse angepasst. Die dabei entwickelten Diagnosis Related Groups (DRGs) werden als German Diagnosis Related Groups (G-DRGs) bezeichnet (vgl. Hollick/Kerres 2002 S. 17ff.). Die G-DRGs konnten bis zum 1.1.2003 von den Krankenhäusern freiwillig eingeführt werden. Ab dem Jahr 2004 war das neue G-DRG System für alle Krankenhäuser mit Ausnahme der psychiatrischen Abteilungen verpflichtend. Es wurde festgelegt, dass bis zum Jahr 2005 kein Krankenhaus Verluste erwirtschaften konnte (vgl. Weber 2007 S. 58).

6 G-DRG Klassifikation

Das DRG System muss fortwährend weiterentwickelt werden, da sich auch die Anforderungen an die Medizin verändern, welchen das DRG System gerecht werden sollte. Für die DRG Klassifikation im Jahr 2010 gilt in Deutschland die G-DRG-Version 2010. Das G-DRG System verwendet für die Bestimmung der medizinischen Diagnosen die ICD Systematik und für die Bestimmung, ob rein medizinische oder auch operative Prozeduren durchgeführt werden sollen, das OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel).

Zur Kodierung der Diagnosen die ICD-10-GM Systematik in der Version 2010 verwendet.

Die Abkürzung ICD-10-GM bedeutet:

ICD	International Classification of Diseases
10	10. Revision
GM	German Modification (Deutsche Modifizierung)

Das ICD-10-GM Version 2010 ist in 22 Kapitel unterteilt, wie z.B. Krankheiten des Kreislaufsystems und umfasst alle für die Bildung der G-DRGs relevanten medizinischen Diagnosen. Das Verzeichnis ist ebenfalls wie das OPS über die Homepage des DIMDI abrufbar¹ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2009).

Für die Kodierung der durchgeführten Operationen der OPS in der Version 2010, Operationen- und Prozedurenschlüssel, verwendet (vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH InEK 2009a S. 1).

Operationen und Prozeduren werden über das Verzeichnis des OPS kodiert. 2010 wird das OPS Version 2010 verwendet. Dieses besteht aus den Einteilungen „Diagnostische Maßnahmen, Bildgebende Diagnostik, Operationen, Medikamente, nichtoperative diagnostische Maßnahmen und ergänzende Maßnahmen“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2009). Das Verzeichnis ist online über die Homepage des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erhältlich².

¹ <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/index.htm>

² <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/prozeduren/ops301/opshtml2010/index.htm>

6.1 Vorgehen bei der DRG Zuordnung

Eine DRG besteht grundsätzlich aus drei Teilen. Weiter unten wird die Struktur einer DRG anhand eines Beispiels genau erklärt. Im Vorfeld sollen nur das dreigliedrige System angesprochen werden, wobei die einzelnen Glieder einzeln ausführlich besprochen werden. Ein Beispiel einer DRG ist E 63 Z. Dabei beschreibt die erste Ziffer (E) die Hauptdiagnosegruppe, zu welcher der/die PatientIn in Abhängigkeit vom betroffenen Organsystem zugeteilt wird. Die zweite Ziffer (63) beschreibt den Umstand, ob es sich um einen rein medizinischen Fall handelt, oder ob operative oder andere Prozeduren durchgeführt werden. Die dritte Ziffer (Z) bestimmt dabei, in welche Intensität der Aufwand der Behandlung hat. Aus dieser Systematik wird sichtbar, dass für die Bestimmung der ersten Ziffer die ICD Systematik Verwendung findet und für die Bestimmung der zweiten Ziffer das OPS angewendet wird. Im Folgenden wird auf die einzelnen Schritte bei der Zuordnung der DRG eingegangen.

Bei dem Vorgang des Kodierens werden Daten in einen Grouper, ein Softwareprogramm zur Zuordnung von Behandlungsfällen zu DRGs, eingegeben, welcher die Kodierung vornimmt (vgl. InEK 2009a S. 6).

Um eine Kodierung durchführen zu können sind folgende Daten der PatientInnen erforderlich:

- „Diagnosen
- Prozeduren
- Prozedurendatum
- Geschlecht
- Alter
- Aufnahmearnlass
- Aufnahmegrund
- Entlassungsgrund
- Verweildauer
- Status der Verweildauer“ (InEK 2009a S. 6).

Zusätzlich sind weitere Angaben bei bestimmten PatientInnengruppen (z.B. Neugeborene) wichtig:

- „Urlaubstage
- Aufnahmegeuicht

- Dauer der maschinellen Beatmung“ (InEK 2009a S. 6)

Diese Daten werden routinemäßig von einer/m ÄrztIn erhoben und in das Softwareprogramm eingegeben, welches dann automatisch die DRG bestimmt.

Bei der Zuteilung einer DRG wird zunächst die Hauptdiagnose (HD) festgelegt (vgl. Hollick/Kerres 2002 S. 20). Dabei wird am Ende des stationären Aufenthaltes der PatientInnen analysiert, welche Diagnose des/der PatientIn hauptsächlich für die stationäre Aufnahme verantwortlich gewesen ist (vgl. Fischer 2002 S. 36). Wenn die Hauptdiagnose ermittelt wurde, wird der/die PatientIn zu einer Hauptdiagnosegruppe (MDC) zugeordnet (vgl. Hollick/Kerres 2002 S. 20).

Die DRGs sind in MDCs (Major Diagnostic Category) geteilt und bestehen sowohl aus Prozeduren als auch aus Diagnosen. Anhand der Prozeduren werden die Behandlungsfälle in medizinische, operative und „andere“ Prozeduren eingeteilt (vgl. InEK 2009a S. 4).

Die MDC (Major Diagnostic Category) ist eine Kategorie, eine Erkrankung eines/r PatientIn entweder einem Körperteil oder einer Ursache zuzuordnen. In der G-DRG Version 2010 gibt es 23 Hauptdiagnosegruppen (MDCs) (vgl. InEK 2009a S. 1).

Zur Veranschaulichung sollen die ersten sechs MDCs angeführt werden (Hollick/Kerres 2002 S. 23):

MDC	Code	Bezeichnung
00	A	Pre MDC
01	B	Nervensystem
02	C	Auge
03	D	Hals, Nasen, Ohren
04	E	Atmungsorgane
05	F	Kreislaufsystem

Tab. 1: Major Diagnostic Category (Hollick/Kerres 2002 S. 23)

Wenn ein/e PatientIn der MDC 05 zugeteilt wird, dann leidet diese/r PatientIn an einer Erkrankung des Kreislaufsystems und somit wurde die Erkrankung einem Körperteil zugeordnet.

Der nächste Schritt ist die Zuordnung zu einer Basis-DRG. Basis-DRGs unterteilen die Hauptdiagnosegruppen (MDCs). Zusätzlich zu der Unterteilung ver-

feinern sie auch die MDCs. Die Verfeinerung erfolgt, indem die Basis-DRGs konkrete Diagnosen und auch Prozeduren darstellen, wie sie in dem IDC (International Classification of Diseases) und dem OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) beschrieben sind (vgl. Hollick/Kerres 2002 S. 24). Die Basis-DRGs können entweder aus einer DRG bestehen oder sich aus zwei oder mehr DRGs zusammensetzen. Die DRGs innerhalb einer Basis-DRG unterscheiden sich aufgrund des Verbrauchs an Ressourcen. Außerdem sind die DRGs innerhalb einer Basis-DRG aufgrund verschiedener Faktoren wie „Diagnosen, Prozeduren, Entlassungsart, Alter und patientenbezogener Gesamtschweregrad (PCCL)“ untergliedert (InEK 2009 S. 5). Die DRG Version für das Jahr 2010 enthält 593 Basis-DRGs und insgesamt 1200 DRGs. Die Zahl der DRGs wurde seit dem Einführungsjahr 2003 (664 DRGs) bis zum Jahr 2010 kontinuierlich erhöht, um die verschiedenen erbrachten Leistungen besser darstellen zu können (vgl. Mende et al. 2010).

Während der Behandlung können auch Komplikationen und/oder Komorbiditäten (CC) auftreten, welche die Behandlung von Krankheiten schwerer gestalten können und auch die Kosten erhöhen können (vgl. InEK 2009a S. 5). Bei einer Komplikation handelt es sich um einen „Krankheitsprozess oder Ereignis, das während einer Erkrankung auftritt, jedoch nicht essentieller Teil dieser Erkrankung ist, obwohl es auch der Krankheit resultieren oder unabhängige Ursachen haben kann“ (InEK 2009b S. 847). Komorbidität ist ein „gleichzeitig bestehender Krankheitsprozess ohne kausale Bezüge“ (InEK 2009b S. 847). Komplikationen und/oder Komorbidität (CC) sind Nebendiagnosen und bewirken häufig einen höheren Verbrauch von Ressourcen, das bedeutet, dass mehr medizinische Leistungen erbracht werden müssen (vgl. InEK 2009b S. 775). Deshalb ist es wichtig, die unterschiedliche Schwere einer Krankheit bei der Bildung einer DRG zu beachten (vgl. InEK 2009a S. 5). Dieser Vorgang erscheint plausibel, da dadurch auf den unterschiedlichen Krankheitsverlauf von PatientInnen eingegangen wird.

Die Nebendiagnosen werden nach dem Complication and Comorbidity Level (CCL) gewichtet (vgl. Hollick/Kerres 2002 S. 25). Die CCL sind Schweregradstufen, die für alle Nebendiagnosen ermittelt werden. Der Wert kann sich zwischen 0 bis 4 für operative und Behandlungen von Neugeborenen und zwischen 0 bis 3 für medizinische Behandlungen bewegen. Dabei bedeutet ein

kleiner Wert von 0, dass keine Komplikationen oder auch Komorbiditäten bei dem/der PatientIn aufgetreten sind. Wenn der Wert jedoch einen hohen Wert annimmt, dann spricht man von schwerwiegenden Komplikationen oder Komorbiditäten.

Die möglichen Complication and Comorbidity Level (CCL):

CCL	Erklärung
CCL=0	Keine Komplikation und/oder Komorbidität (CC)
CCL=1	Leichte Komplikation und/oder Komorbidität (CC)
CCL=2	Mittlere Komplikation und/oder Komorbidität (CC)
CCL=3	Schwerwiegende Komplikation und/oder Komorbidität (CC)
CCL=4	Äußerst schwerwiegende Komplikation und/oder Komorbidität (CC)

Tab. 2: Complication and Comorbidity Level (in Anlehnung an Hollick/Kerres 2002 S. 26)

Im Anschluss an die Bestimmung der Nebendiagnosen wird der Patientenbezogene Gesamtschweregrad (Patient Clinical Complexity Level-PCCL) bestimmt. Der PCCL ist eine „Maßzahl für den kumulativen Effekt der CCs je Behandlungsperiode“ (InEK 2009b S. 778). Dabei werden die Nebendiagnosen, die Komplikationen und/oder die Komorbiditäten, in abnehmender Reihenfolge gereiht, somit in Verhältnis zueinander gesetzt. Aufgrund des PCCL kann abgeschätzt werden, wie viel Kosten für Sachleistungen wie Verbände und Personal der/die PatientIn aufgrund seines/ihres ermittelten Schweregrades verbrauchen wird (vgl. Hollick/Kerres 2002 S. 26). Der PCCL wird für jede Behandlung aus den Komplikations- und Komorbiditätslevel-Werten (CCL-Werten) der Nebendiagnosen ausgerechnet. Die Berechnung des Patientenbezogenen Gesamtschweregrades soll verhindern, dass sich ähnliche Behandlungen mehrfach in nur einer DRG verrechnet werden (vgl. InEK 2009b S. 847). Um das theoretische Wissen nun umzusetzen, soll ein Beispiel einer DRG angeführt werden.

6.2 Beispiel einer DRG: Schlafapnoe

Dieses Beispiel einer DRG soll aufzeigen, aus welchen Elementen sich eine DRG zusammensetzt und wie diese interpretiert werden. Die/Der PatientIn wurde der DRG **E63Z** zugeteilt. Dieses Beispiel wird in Anlehnung an Meier (Meier 2004 S. 34f.) beschrieben.

Dieser/Diese PatientIn leidet an der Diagnose Schlafapnoe. Da bereits beschrieben wurde, dass ein/e PatientIn zuerst einer Hauptdiagnosegruppe (MDC) zugeteilt werden soll, wird betrachtet, welchem Körperteil die Erkrankung zuzuordnen ist.

Dabei soll ein Ausschnitt aus der Major Diagnostic Kategorie (MDC) dargestellt werden:

- B Nervensystem
- E Atmungsorgan

Daraus wird ersichtlich, dass es sich um eine Erkrankung der Atmungsorgane handelt. Die Ziffer **E** deutet auf das Körperteil hin.

Als nächsten Schritt wurde ermittelt, welche Prozeduren bei dem/der PatientIn durchgeführt wurden.

Die Aufteilung der Prozeduren der Behandlungsfälle geschieht folgendermaßen:

- 01 – 39 operative Prozeduren
- 40 – 59 andere Prozeduren
- 60 – 99 medizinische Fälle

Da in dem Beispiel der/die PatientIn der Ziffer **63** zugeteilt wurde, handelt es sich dabei um einen medizinischen Fall bei dem keine operativen oder sonstige Prozeduren durchgeführt wurden.

Schließlich soll der Gesamtschweregrad ermittelt werden.

Dabei soll zunächst die Aufteilung des Patient Clinical Complexity Level (PCCL), Gesamtschweregrad der DRG, aufgezeigt werden:

- A höchster Gesamtschweregrad
- B zweithöchster Gesamtschweregrad
- C dritthöchster Gesamtschweregrad
- D vierthöchster Gesamtschweregrad
- E fünfthöchster Gesamtschweregrad
- Z DRG ist nicht weiter unterteilt

Aus der Darstellung wird ersichtlich, dass die Ausprägung des Gesamtschweregrades und die Kosten für Sachmittel und das Personal bei A am höchsten sind und bis Z abnehmen. In Z ist die DRG nicht weiter unterteilt. In dem Beispiel deutet die Ziffer **Z** darauf hin, dass die DRG nicht weiter nach Schweregraden unterteilt wurde.

Zusammengefasst handelt es sich bei dem Beispiel um eine Erkrankung der Atmungsorgane, welches einen rein medizinischen Fall darstellt. Die DRG wurde nicht weiter nach dem Schweregrad unterteilt (In Anlehnung an Meier 2004 S. 34f.).

6.3 Verfahren bei der Vergütung der G-DRGs

Da es sich bei den German Diagnosis Related Groups System nicht nur um ein Klassifikationssystem handelt, sondern es auch ein Vergütungssystem darstellt, müssen die Kosten der DRGs bestimmt werden.

Um die Kosten einer Behandlung bestimmen zu können, werden sog. Kostengewichte verwendet. Meistens werden diese Kostengewichte als relative Werte angeführt. Kostengewichte werden unter anderem zur Berechnung der Vergütung und zum Beweis, welche Leistungen durchgeführt wurden, verwendet (vgl. Fischer 2002 S. 48).

Im German Diagnosis Related Groups System stellt der durchschnittliche Fallpreis, Base Rate (BR), die Grundlage für die Berechnung der Kosten von Behandlungsfällen dar (vgl. Meier 2004 S. 36). Die Base Rate (BR) ist der Mittelwert aller Behandlungen in den stationären Abteilungen eines Krankenhauses. „Dieser entspricht den Kosten des Durchschnittsfalles aller Krankenhäuser, der in einem DRG-basierten Vergütungssystem ein relatives Gewicht von 1,0 annimmt“ (Meier 2004 S. 36).

Jeder DRG wird das relative Kostengewicht, Cost Weight (CW), beigeordnet. Das relative Kostengewicht beschreibt den durchschnittlichen Aufwand, der aufgebracht werden muss bei der Behandlung eines/r Patientin (vgl. Meier 2004 S. 36).

Die Formel für die Berechnung des Vergütungsbetrages für einen Behandlungsfall ist:

$$\text{Base Rate (BR)} \times \text{Cost Weight (CW)} + \text{Zu-/Abschläge} = \text{Vergütung}$$

Aus der Multiplikation der Base Rate (BR) mit dem Cost Weight (CW) ergibt sich der Vergütungsbetrag für einen Behandlungsfall. Zusätzlich ist es möglich in bestimmten Fällen Zu- oder Abschläge vorzunehmen. Im DRG System sind Grenzverweildauern vorgegeben, somit ist eine obere (maximale) und eine untere (minimale) Aufenthaltsdauer pro Behandlungsfall festgesetzt. Im deutschen DRG System kann es Kurzlieger und Langlieger geben. Um welche Art es sich handelt wird anhand der Verweildauer der PatientInnen bestimmt. Dabei ergibt sich die untere Grenzverweildauer als ein Drittel der durchschnittlichen Verweil-

dauer und die obere Grenzverweildauer als das Dreifache der durchschnittlichen Verweildauer. Ist ein Fall besonders behandlungsintensiv und lang andauernd, so kommt es zu Zuschlägen, wenn die Verweildauer länger ist als die obere Grenzverweildauer. Ein weiteres Beispiel ist, dass es sich bei Kindern meistens um Kurzlieger handelt und diese nur für eine Nacht stationär aufgenommen werden. Im G-DRG System werden dann hohe Abschläge vorgenommen, sollte die untere Grenzverweildauer unterschritten werden (vgl. Weber 2007 S. 61f.).

Das Kostengewicht zeigt den durchschnittlichen Aufwand von Behandlungen der PatientInnen auf. Wenn die Relativgewichte aller Behandlungsfälle im Krankenhaus addiert werden und dividiert werden durch die Anzahl aller Behandlungsfälle, dann erhält man den Durchschnitt der Relativgewichte, den Case-Mix-Index (CMI) (vgl. Hollick/Kerres 2002 S. 29). Der Case-Mix-Index (CMI) gibt den durchschnittlichen Verbrauch der Ressourcen in einem Krankenhaus an. Jedoch kann dieser auch bezogen auf ein Bundesland oder auf ganz Deutschland, errechnet werden (vgl. Fischer 2002 S. 50).

Mit dem CMI wird die komplette Leistung des Krankenhauses an einem/einer durchschnittlichen PatientIn angegeben. Das ist ein wichtiger Grund die Pflege in das DRG-System einzubeziehen. Es ist von Bedeutung, den individuellen Pflegeaufwand genau zu spezifizieren und darzustellen. Daraus würde sich eine gerechte Verrechnung der Leistungen in Krankenhäusern ergeben (vgl. Hollick/Kerres 2002 S. 29f.). Auf die Probleme bei der Darstellung von Pflegeleistungen im DRG System wird weiter unten eingegangen.

7 Gründe für die Übernahme des AR-DRG Systems

Es gab mehrere Gründe, warum das AR-DRG System in Deutschland übernommen wurde. Dabei wurden folgende Merkmale berücksichtigt und für die Wahl als ausschlaggebend betrachtet:

- Im AR-DRG System kommt es zu einer Unterteilung in chirurgische und medizinische Hauptgruppen. Zusätzlich ist eine Untergliederung nicht-chirurgische Prozeduren vorhanden, welche die Homogenität der Gruppen verbessert.
- Im AR-DRG System gibt es eine Gewichtung der Komplikationen und/oder Komorbiditäten. Dies geschieht über eine Skala mit fünf Schweregraden. Aus diesen lässt sich dann der Gesamtschweregrad errechnen.
- In der Nummerierung der Hauptdiagnosegruppen liegen die schweren Erkrankungen vor den leichteren Erkrankungen, womit die Vergleichbarkeit gewährleistet wird.
- Nicht alle Basis-DRGs wurden in Schweregrade unterteilt. Dadurch konnte die Anzahl der Hauptgruppen auf 661 DRGs begrenzt werden. Aufgrund von Zwecken der Abrechnung sollten die G-DRGs auf maximal 800 Hauptgruppen festgelegt werden. Da das AR-DRG System aus 661 DRGs besteht, erschien es einfach, dass das Ziel der 800 DRGs für das deutsche System eingehalten werden kann, auch nachdem eine Anpassung auf die deutschen Verhältnisse erfolgt wäre.
- Die einzelnen Schritte der Entwicklung und die Gruppierungen des AR-DRG Systems sind sehr transparent (vgl. Weber 2007 S. 60f.).

8 Begriffsdefinitionen

Da die weiterführenden Kapitel sich mit den Homogenitätsproblemen bei der Abbildung der Pflege und den beiden Leistungserfassungsinstrumenten in der Pflege, Pflegepersonalregelung (PPR) und Leistungserfassung in der Pflege (LEP®), beschäftigen, müssen verschiedene Begriffe im Vorfeld definiert werden. Die Definitionen dienen dazu, um verstehen zu können, was die Leistungserfassungsinstrumente in der Pflege messen und um im Anschluss die Vor- und Nachteile der Messinstrumente aufzeigen zu können.

8.1 Pflegebedarf

Bartholomeyczik (2004) definiert den Pflegebedarf als den „Bedarf an pflegerischen Maßnahmen, pflegerischer Zuwendung, also an Pflege, die eine Person benötigt“ (Bartholomeyczik 2004 S. 389). Dabei ist es von Bedeutung im Vorhinein zu wissen, welchen Pflegebedarf ein/e PatientIn hat, da dadurch die Personalplanung und somit in Folge die Planung der Finanzmittel der Pflege ermöglicht wird. Um den Pflegebedarf zu bestimmen müssen drei Umstände erforscht werden. Dabei ist zu ermitteln, zu welchem Zeitpunkt, bei welchen PatientInnen und welche Anzeichen diese PatientInnen haben müssen, damit eine Pflegeperson eine pflegerische Maßnahme setzen soll. Zusätzlich soll das Ziel einer pflegerischen Maßnahme wahrnehmbar sein (vgl. Bartholomeyczik 2004 S. 389). Wingenfeld (2000) beschreibt die Ermittlung der beschriebenen Umstände als „das Ergebnis eines Prozesses der Beurteilung und Entscheidung, in den u.a. professionelle, kulturelle oder sozialrechtliche Normen einfließen können“ (Wingenfeld 2000 S. 339).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bei der Ermittlung des Pflegebedarfs, der Bedarf an pflegerischen Maßnahmen und zusätzlich die Ziele von diesen Maßnahmen bestimmt werden. Dies dient dazu, um die Planung des Personaleinsatzes und der benötigten Finanzmittel für die Pflege durchführen zu können.

Es gibt Möglichkeiten den Pflegebedarf zu messen. Dazu wurden Messinstrumente in der Pflege entwickelt, welche als zustandsbezogene Messinstrumente bezeichnet werden. Diese gehen vom Zustand des/r PatientIn aus und ermitteln dadurch den Pflegebedarf (vgl. Isfort & Weidner 2001 S. 49).

Dazu zählen beispielhaft (Isfort & Weidner 2001 S. 5):

- „Resident Assessment Instrument (RAI®)
- Functional Independence Measure (FIM®)
- Geriatrische Basisassessment (GBA)“

Für weiterführende Informationen über die einzelnen zustandsbezogenen Messinstrumente in der Pflege wird auf die Darstellung des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschland e.V. „Pflegequalität und Pflegeleistungen I“ verwiesen³.

8.2 Pflegebedürftigkeit

Wie bereits bei der Definition des Begriffes Pflegebedarf erwähnt wurde, wird die Bestimmung des Pflegebedarfs als ein Verlauf der Beurteilung des Bedarfs an pflegerischen Maßnahmen und der dazugehörigen Ziele bezeichnet. Im Gegensatz dazu definiert Wingefeld (2000) die Pflegebedürftigkeit als „den Umstand, dass ein Mensch infolge eines Krankheitsereignisses oder anderer gesundheitlicher Probleme auf pflegerische Hilfen angewiesen ist. Insofern stellt ‚pflegebedürftig‘ ein Merkmal dar, das ausschließlich dem betroffenen Individuum zuzuordnen ist. Pflegebedürftigkeit spricht einen Ausschnitt der Gesamtheit der Hilfebedürftigkeit an, die aus gesundheitlichen Problemlagen erwächst“ (Wingefeld 2000 S. 339).

In der Definition von Wingefeld (2000) wird Pflegebedürftigkeit mit Hilfebedürftigkeit gleichgesetzt, jedoch wird nicht weiter erklärt, warum diese Gleichsetzung erfolgt. Somit bleibt es offen, wie diese beiden Begriffe zusammenhängen.

³ Katholischer Krankenhausverband e.V.: Pflegequalität und Pflegeleistungen I
Abrufbar unter der Homepage des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung:
URL: <http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/bericht-pflegeleistung1.pdf>

Bei der Pflegebedürftigkeit handelt es sich nach der Definition von Wingenfeld (2000) um Pflegeprobleme, welche PatientInnen und deren Angehörige haben können. Die Pflegeperson soll dann bei dem Umgang und der Problemlösung helfen, indem sie ihre professionellen pflegerischen Tätigkeiten ausübt. Um diese Pflegeprobleme beschreiben zu können, ist es von Bedeutung zu wissen, was unter diesen Begriff fällt.

In Deutschland werden dabei vorrangig „Modelle menschlicher Grundbedürfnisse und Lebensaktivitäten“ (Wingenfeld 2000 S. 340) verwendet, um die Pflegeprobleme zu beschreiben. Bei diesen Modellen geht es darum, inwieweit ein/e PatientIn in der Lage ist, seine/ihre Bedürfnisse selbst zu befriedigen und ob ein/e PatientIn seine/ihre Lebensaktivitäten eigenständig durchführen kann. Wichtig bei der Erfassung von Pflegeproblemen ist, dass diese ausreichend und die Situation des/der PatientIn vollständig beschreiben werden, um daraufhin die pflegerischen Maßnahmen planen zu können (vgl. Wingenfeld 2000 S. 340f.).

Wingenfeld (2000) beschreibt den nur losen Zusammenhang zwischen Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit sehr treffend, indem er äußert, „systematisch betrachtet existiert zwischen der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit des Patienten (Identifizierung von Pflegeproblemen) und der Einschätzung des Pflegebedarfs (die als erforderlich angesehenen Handlungen, Maßnahmen bzw. Leistungen) nur ein mittelbarer Zusammenhang“ (Wingenfeld 2000 S. 341). Es muss somit zwischen diesen beiden Begriffen unterschieden werden.

Der Begriff Pflegebedürftigkeit ist in Deutschland im Sozialgesetzbuch verankert und bezieht sich auf Menschen, die für mindestens sechs Monate pflegebedürftig sind. Somit sollte diese Definition als ein Beispiel für eine Definition für langzeitpflegebedürftige Menschen gelten. Das dazugehörige Gesetz heißt Gesetz zur sozialen Pflegeversicherung. Pflegebedürftig sind gemäß § 14 (1) Sozialgesetzbuch (SGB) „Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen“.

Gemäß § 14 (2) SGB sind „Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1: Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und

Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen“.

Diese Definition wird jedoch zunehmend kritisiert, da sie einige Lebensbereiche von PatientInnen außer Acht lässt. Exemplarisch sollen Bereiche angeführt werden, die durch den § 14 (1) SGB nicht berücksichtigt werden. Das sind die Probleme von psychisch beeinträchtigten alten Menschen bei der Alltagsbewältigung, Kommunikation, das Erleben von Schmerzen und allgemein die Probleme bei der Bewältigung von Krankheiten (vgl. Bartholomeyczik 2004 S. 390).

8.3 Pflegeaufwand

Unter dem Begriff Pflegeaufwand wird laut Isfort & Weidner (2001) „die Gesamtheit der erbrachten Pflegetätigkeiten“ verstanden (Isfort & Weidner 2001 S. 45).

Baumberger (2001) definiert den Pflegeaufwand als „die durchgeführten Pflegeinterventionen im Pflegeprozess“. Unter Pflegeinterventionen versteht Baumberger (2001) synonym „Pflegeleistungen, -massnahmen, -aktivitäten, -und tätigkeiten“ (Baumberger 2001 S. 5). Beide Definitionen haben eine Gemeinsamkeit, denn sie beziehen sich auf die bereits erbrachten pflegerischen Leistungen. Wingenfeld definiert die pflegerischen Leistungen als „Handlungen bzw. Maßnahmen, die dem Aufgabengebiet der professionell Pflegenden zugeordnet werden“ (Wingenfeld 2000 S. 339).

In der vorliegenden Diplomarbeit werden die Begriffe Pflegeinterventionen, Pflegemaßnahmen, Pflegeaktivitäten, Pflegetätigkeiten und Pflegeleistungen synonym in Anlehnung an die Definition von Baumberger (2001) verwendet. In der Diplomarbeit wird der Pflegeaufwand als die „Gesamtheit der erbrachten pflegerischen Tätigkeiten verstanden“ und somit wurde die Definition von Isfort & Weidner (2001) gewählt.

Dabei ist zu beachten, dass der Pflegeaufwand, also die erbrachten pflegerischen Leistungen, vom ermittelten Pflegebedarf, also den Bedarf an pflegerischen Interventionen, abweichen kann. Der bestmögliche Fall, der eintreten

kann, ist, dass der Pflegeaufwand gleich hoch wie der Pflegebedarf ist. (vgl. Isfort & Weidner 2001 S. 46).

Es gibt Messinstrumente in der Pflege, die den Pflegeaufwand messen sollen. Dabei handelt es sich um handlungsbezogene Messinstrumente. Durch diese sollen die geleisteten pflegerischen Tätigkeiten aufgezeigt werden. Diese Verfahren machen sichtbar, welche Tätigkeiten an den PatientInnen und mit den PatientInnen durchgeführt wurden. Außerdem zeigen sie auf, wie oft diese Handlungen ausgeübt wurden (vgl. Isfort & Weidner 2001 S. 48).

Handlungsbezogene Messinstrumente sind beispielsweise (Isfort & Weidner 2001 S. 6):

- „Leistungserfassung in der Pflege (LEP®)
- Nursing Minimum Data Set (NMDS)
- Diagnosebezogene Tätigkeitsanalyse (DTA)
- Plaisir®“

Für weiterführende Informationen zu den handlungsbezogenen Messinstrumenten wird auf den Bericht des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschland e.V. verwiesen.⁴

Fischer (2001) führt an, dass zur Pflegeaufwandmessung ebenfalls die Pflegeminuten aus der Pflegepersonalregelung verwendet werden können (vgl. Fischer 2001).

Die Diplomarbeit setzt den Schwerpunkt auf die Beschreibung der beiden pflegeaufwandsbezogenen Messinstrumente *Leistungserfassung in der Pflege (LEP®)* und *Pflegepersonalregelung (PPR)*. Zusätzlich soll eine Diskussion darüber geführt werden, inwiefern diese beiden Leistungserfassungssysteme geeignet sind, den Pflegeaufwand im DRG System adäquat abbilden zu können.

⁴ URL: <http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/bericht-pflegeleistung1.pdf>

9 Homogenitätsprobleme bei der Abbildung der Pflege im DRG System

Bei der Bildung einer DRG wird jedem/jeder PatientIn eine Hauptdiagnose zugeteilt. Da diese Diagnosen aus der ICD Systematik stammen und diese ausschließlich auf medizinischen Diagnosen aufbaut, stellt sich für den Fachbereich Pflege die Frage, ob medizinische Diagnosen in der Lage sind, den gesamten pflegerischen Aufwand darzustellen (vgl. Bartholomeyczik 2002 S. 231). Die Angst der Pflege ist, dass die medizinischen Diagnosen nicht den kompletten Pflegebedarf abbilden können. Die pflegerischen Leistungen sind oft nicht als selbständige Leistungen sichtbar und können somit schwer von den medizinischen Leistungen getrennt dargestellt werden. (vgl. Hausner et al. 2005 S. 125). Die Pflege rechtfertigt diese Ängste damit, dass es als erwiesen gilt, dass mehrere Menschen zwar dieselbe medizinische Diagnose haben können, jedoch jede/r einzelne nicht den identischen Pflegeaufwand benötigt (vgl. Bartholomeyczik 2007).

DRG Systeme haben das Ziel, dass die Fallgruppen homogen sein sollen. Das heißt, dass die PatientInnen, die derselben DRG zugeteilt wurden, eine annähernd identische Problemstellung und ähnliche Krankheitssymptome aufweisen sollen. Zusätzlich zu diesem Kriterium dürfen die Kosten der stationären Behandlungsfälle, die in der gleichen DRG sind, nicht stark voneinander abweichen (vgl. Fischer 2002 S. 57). Wenn jetzt der Pflegeaufwand von verschiedenen PatientInnen, die derselben DRG zugeteilt wurden, im Bezug auf die Problemstellung und die Krankheitssymptome streut, dann kann es sein, dass auch die Kosten einer DRG streuen (vgl. Baumberger 2001 S. 3).

Wenn es zu Abweichungen (Streuung) von Werten innerhalb der DRG kommt, d.h. die DRG nicht homogen ist, dann kann man diese Abweichung messen. Um diese Streuung zu berechnen wird der Parameter Varianz (Streuungsmaß) verwendet (vgl. Fischer 2002 S. 59, Baumberger 2001 S. 10). Der „Variationskoeffizient“ (coefficient of variation CV) ist ein Maß, das anzeigt „wie nahe die Mittelwerte von Fällen einer Stichprobe beim gemeinsamen Mittelwert liegen“ (Fischer 2002 S. 59).

Einige Studien zeigen auf, dass der Pflegeaufwand und die Pflegekosten durch die DRGs nicht genügend abgebildet werden können, so dass die Pflege die

Kosten für die durchgeführten pflegerischen Maßnahmen nicht vergütet bekommt (vgl. Wieteck 2007 S. 919).

Die Studien werden nach den verwendeten Systemen für die Messung des Pflegeaufwandes unterteilt. Dabei soll untersucht werden, ob der Pflegeaufwand in einer DRG ähnlich streut, wenn unterschiedliche Messsysteme für den Pflegeaufwand verwendet werden. Dabei war der Blickpunkt nicht auf der Untersuchung der gleichen DRGs, denn in jeder Studie wurden unterschiedliche DRGs untersucht.

Die Pflegeaufwandstudie aus der Schweizer Stadt St. Gallen (1997) hat bestimmte PatientInnen, an welchen chirurgische Eingriffe vorgenommen wurden, ausgewählt und bei diesen den Pflegeaufwand mit dem Leistungserfassungssystem Leistungserfassung in der Pflege (LEP®) gemessen. Das Resultat der Studie war, dass es DRGs gibt, die den Pflegeaufwand von stationären Behandlungsfällen nicht im Vorhinein bestimmen können.

Das Ergebnis der Analyse des Zentrums für Informatik und wirtschaftliche Medizin (Z/I/M) (2001) belegte genauso, dass ein großer Teil der untersuchten 34 485 Behandlungsfälle in DRGs im Jahr 2001 hohe Streuungen des Pflegeaufwandes aufwiesen. Der Pflegeaufwand wurde mittels der Leistungserfassung in der Pflege (LEP®) erhoben. Die Streuungen bei den medizinischen Fällen waren höher als bei den chirurgischen Behandlungsfällen. 52% der DRGs bei den medizinischen Fällen streuten im Bezug auf den Pflegeaufwand, wobei nur 22% der DRGs bei den chirurgischen Behandlungsfällen bezüglich der Einschätzung des Pflegeaufwandes streuten (vgl. Fischer 2002 S. 59ff.).

Schmid (2007) kam zu einem ähnlichen Ergebnis. Er führte die Studie in einem orthopädischen Klinikum in Stenum durch. Dabei wurde die Studie auf zwei DRGs beschränkt. Der Pflegeaufwand wurde ebenfalls mittels der Leistungserfassung in der Pflege (LEP®) erhoben. Das Ergebnis war, dass nachgewiesen werden konnte, dass die Pflegeleistungen und der Verbrauch der Pflegezeit für eine Behandlung inhomogen waren. Jedoch muss darauf hingewiesen werden, dass die Reichweite der Studie gering ist, da nur 262 Behandlungsfälle zur Auswertung herangezogen wurden. Weiter wurde nur ein Spital zur Datenerhebung herangezogen und somit ist die Studie nur begrenzt repräsentativ (vgl. Schmid 2007 S. 534ff.).

Baumberger (2001) führte im Rahmen seiner Masterarbeit eine Studie durch, in welcher er untersuchte, wie stark die Streuung des Pflegeaufwandes innerhalb einzelner DRGs ist. Er führte seine Studie in drei Kliniken und sechs Pflegestationen des Universitätsspitals in Zürich durch und untersuchte dabei insgesamt 855 Behandlungsfälle, welche in AP-DRGs (All-Patient DRGs) eingeteilt wurden. Der Pflegeaufwand wurde auch bei dieser Studie mit dem Leistungserfassungssystem LEP® (Leistungserfassung in der Pflege) gemessen. Bei der Studie kam Baumberger zum Ergebnis, dass die Variable Pflegeaufwand pro Fall (Behandlungsfall) in den untersuchten DRGs streut und somit nicht immer klinisch homogen ist. Daraus könnte man interpretieren, dass die untersuchten DRGs nicht die gleiche Problemstellung und ähnliche Krankheitssymptome der PatientInnen aufweisen und zwar bei Betrachtung des einzelnen Behandlungsfalles (vgl. Baumberger 2001 S. 37, Fischer 2002 S. 57). Im Gegensatz dazu war der Pflegeaufwand pro Tag homogen. Der Pflegeaufwand pro Tag ist dabei der durchschnittliche Aufwand an Pflege an einem Tag. Dieses Ergebnis interpretiert Baumberger als möglichen Hinweis dafür, dass der Pflegeaufwand pro Behandlungsfall ebenfalls homogen sein könnte, wenn noch zusätzliche Variablen wie die Aufenthaltsdauer der PatientInnen berücksichtigt werden würden. Da das Ergebnis der Studie die bisher beschriebenen Ergebnisse von anderen Studien unterstützt, nämlich, dass der Pflegeaufwand bei PatientInnen innerhalb derselben DRG streut, kann dazu führen, dass der Pflege die erforderliche Leistung, die sie an einem/r PatientIn erbringt, nicht vergütet wird (vgl. Baumberger 2001 S. 31). Jedoch muss auch auf die Grenzen der Studie hingewiesen werden, da diese nur in einem Universitätsspital durchgeführt und die Daten nur über einen Zeitraum von drei Monaten erhoben wurden (vgl. Baumberger 2001 S. 35).

Eberl et al. (2005) untersuchten ebenfalls in ihrer Studie die Streuung des Pflegeaufwandes bei der medizinischen Diagnose Myokardinfarkt. Dabei wurden die Daten in einem deutschen Universitätsspital auf insgesamt fünf Stationen erhoben. Die Stichprobe bestand aus 26 PatientInnen mit der Diagnose „Akuter Myokardinfarkt“. Der Pflegeaufwand wurde auch bei dieser Untersuchung mittels der Leistungserfassung in der Pflege (LEP®) erhoben. Die Forscherinnen kamen bei der Untersuchung zu folgenden Ergebnissen.

Nach der Analyse der Variationskoeffizienten, fanden sie heraus, dass es zu hohen Streuungen des Pflegeaufwandes pro Fall kam, was auf eine Inhomogenität der DRGs zurückzuführen ist. Jede/r PatientIn braucht unterschiedliche Pflegeleistungen und einen individuellen Bedarf an Pflege während des stationären Aufenthaltes. Die größten Streuungen gab es in den Bereichen Lagerung und Bewegung und die niedrigste Streuung fand sich im Bereich Ernährung. Dies lässt darauf schließen, dass die Diagnose Myokardinfarkt den Pflegeaufwand nicht alleine erklären kann und dass zusätzliche Faktoren einen Einfluss auf diesen haben.

Die Studie unterliegt jedoch einigen Grenzen. Der Erhebungszeitraum war relativ kurz und es wurden nicht alle Abteilungen der Klinik in die Studie einbezogen. Weiter war die Stichprobe mit 26 PatientInnen relativ gering. Aufgrund dessen ist die Repräsentativität der Studie nicht gegeben und die Ergebnisse gelten nur für die ProbandInnen der Studie. Jedoch können die Resultate Hinweise geben. Die Forscherinnen empfehlen weiterführende Forschungsarbeiten mit einer größeren ProbandInnenzahl und über einen längeren Zeitraum hinweg (vgl. Eberl et al. 2005 S. 365ff.).

Die bisher vorgestellten Untersuchungen hatten das Ziel aufzuzeigen, ob die Verwendung von unterschiedlichen Leistungserfassungssystemen zur Messung des Pflegeaufwandes einen Einfluss auf die Streuung innerhalb der DRGs hat. Die letzte Studie, die vorgestellt werden soll, mit welcher die Homogenität der DRGs im Bezug auf die Darstellung des Pflegeaufwandes gemessen mit dem Leistungserfassungssystem LEP®, ist das Projekt „SwissDRG und Pflege“ unter der Leitung von Walter Bosshard. Diese Studie befasst sich ebenfalls mit der Frage, ob unterschiedliche Leistungsmesssysteme für den Pflegeaufwand einen Einfluss auf die Streuung der DRGs haben. Zusätzlich dazu wird auch untersucht, ob die Pflegekosten in den DRGs streuen. Dieses nahm sich somit der Frage an, ob die untersuchten SwissDRGs in der Schweiz im Bezug auf die Abbildung der Pflegekosten und des Pflegeaufwandes homogen sind. Es handelte sich dabei um ein großes Projekt, welches Daten aus insgesamt 49 Kliniken und 263 247 Behandlungsfällen und 401 DRGs aus dem Jahr 2006 analysierte, um die Homogenität der DRGs im Bezug auf die Darstellung des Pflegeaufwandes festzustellen. Um zu berechnen, wie homogen die DRGs bezüglich der Abbildung der Pflegekosten sind, wurden 73 900 Behandlungsfälle und 213

DRGs untersucht. Bei der Untersuchung kamen die ForscherInnen zu den nachstehenden Ergebnissen. Im Bezug auf den Pflegeaufwand sind 58% (123 DRGs) der untersuchten 213 DRGs nicht homogen gewesen. Jedoch zeigen sich große Unterschiede im Bezug auf die Homogenität der SwissDRGs in den verschiedenen Spitälern. Die ForscherInnen begründen dies, dass die PatientInnen eine unterschiedliche Aufenthaltsdauer hatten und der der Pflegeaufwand pro Tag in den verschiedenen Spitälern variierte. Das Ergebnis der Studie deckt sich mit den Ergebnissen der bereits beschriebenen Studien und zeigt auf, dass die DRGs alleine nicht den kompletten Pflegeaufwand erklären können.

Bei der Untersuchung der Homogenität der DRGs bezüglich der Pflegekosten, kamen die ForscherInnen zum Resultat, dass 64% (258 DRGs) der 401 DRGs inhomogen waren und somit waren sie nicht in der Lage die Pflegekosten ausreichend abzubilden (vgl. Baumberger et al. 2009 S. 2f.).

Die Pflegeaufwandstudie aus Viborg (2000) kam anhand von 600 stationären Behandlungsfällen zum Ergebnis, dass sich von den untersuchten Behandlungsfällen keiner in homogenen DRGs befand. Die Forscher kamen zum Ergebnis, dass 43% der untersuchten DRGs nicht homogen sind. Der Pflegeaufwand wurde dabei mit dem Prototypenmodell des Krankenhauses, in dem die Daten erhoben wurden, berechnet.

Die belgische Analyse aus Lausanne (2001) untersuchte 25 332 Behandlungsfälle des Universitätsspitals Lausanne. Der Pflegeaufwand wurde mittels des Leistungsmesssystems PRN erhoben (vgl. Fischer 2002 S. 59ff.). PRN steht für „Projet de Recherche en Nursing“ und wird zur Messung des Pflegeaufwandes verwendet (Fischer 2002). Das Ziel der Untersuchung war es herauszufinden, welche Variablen die Streuung von den DRGs in Bezug auf den Pflegeaufwand am besten erklären könnten. Dabei kam man zum Ergebnis, dass die Aufenthaltsdauer der PatientInnen im Krankenhaus 74% der Streuung der DRGs bezüglich des Pflegeaufwandes aufklären könnte (vgl. Fischer 2003).

Zusammengefasst kamen alle vorgestellten Studien zum Ergebnis, dass die DRGs alleine nicht im Stande sind, den kompletten Pflegeaufwand abzubilden und zu erklären. Dabei gab es keine Unterschiede in den Ergebnissen, wenn unterschiedliche Messinstrumente für die Messung des Pflegeaufwandes verwendet wurden. Zwar unterlagen einige Studien Grenzen wie der geringen Fall-

zahl oder einer geringen Anzahl von DRGs zur Analyse, aber trotzdem lieferten diese Studien wichtige Ergebnisse, auch wenn die Repräsentativität nicht immer als gegeben angesehen werden kann. Denn die einzig vorgestellte in Deutschland durchgeführte Studie von Eberl et al. ist aufgrund der geringen ProbandInnenzahl nicht repräsentativ für die Bundesrepublik. Sie deckt sich jedoch mit den Ergebnissen aus den anderen Ländern und liefert somit ebenfalls ein wichtiges Ergebnis. Denn auch die Untersuchung von nur einer DRG kann zu einem wichtigen Ergebnis führen und somit Anzeichen liefern, ob die untersuchte DRG den Pflegeaufwand darstellen kann.

Da die medizinischen Diagnosen nicht alleine den totalen Pflegeaufwand von PatientInnen darstellen können, ist es von Bedeutung herauszufinden, welche Einflussfaktoren bestimmend sind, um den Pflegeaufwand besser durch die DRGs erklären zu können (vgl. Kahlisch et al. 2004 S. 26). Einen Ansatz dazu lieferte die Studie des Z/I/M im Universitätsspital in Zürich, welche herausfand, dass der Pflegeaufwand in den DRGs größtenteils durch die Aufenthaltsdauer der PatientInnen erklärt werden kann. Von Bedeutung wäre es weitere Studien durchzuführen, um möglichst viele Einflussfaktoren benennen zu können.

10 Wege zur Darstellung der Pflege im DRG System

Im DRG System wird von der Versicherung pro Behandlungsfall, der einer DRG zugeordnet wurde, immer derselbe Preis an das Krankenhaus ausbezahlt. Aus diesem Grund ist es von großer Bedeutung, dass die Krankenhäuser ihre Kosten pro Behandlungsfall gut kalkulieren können (vgl. Hunstein 2003 S. 30). In Krankenhäusern hat der Fachbereich Pflege einen großen Anteil an den Kosten. Aufgrund dieses hohen Kostenanteils, welcher zwischen 20% bis über 30% liegt, ist es wichtig, dass die Pflege durch die DRGs abgebildet wird (vgl. Fischer 2002 S. 89). Im DRG System werden die pflegerischen Daten nicht speziell einbezogen. Der Anteil des Fachbereichs Pflege am totalen Verbrauch der Ressourcen im Krankenhaus wird nur „in den medizinischen Fallgruppen subsummiert“ (Hunstein 2003 S. 30). Dieses Vorgehen wird mit der Annahme begründet, dass die medizinischen Diagnosen den kompletten Pflegeaufwand ebenfalls gut aufzeigen können. Dazu ist zu sagen, dass es Diagnosen gibt, die den Pflegeaufwand vorhersagen können. Ein Beispiel hierfür ist die Diagnose „Akute Appendizitis“. Dabei handelt es sich um eine Blinddarmentzündung, wo der Ablauf des stationären Aufenthaltes im Krankenhaus und die Pflegetätigkeiten, wie die postoperative Überwachung, oder der Verbandwechsel gut vorhersehbar sind (vgl. Hunstein 2003 S. 30). Allerdings haben die oben dargestellten Studien aufgezeigt, dass die medizinischen Diagnosen alleine nur in wenigen Fällen den Pflegeaufwand vollständig erklären können (Fischer 2002; Schmid 2007; Baumberger 2001; Eberl et al. 2005; Baumberger et al. 2009).

Aus dieser Problematik heraus sollen Wege der Darstellung des Pflegeaufwandes im G-DRG System nach Fischer (2003) aufgezeigt werden und im Anschluss darauf eine Möglichkeit, die Pflege in Form von Leistungsbezogenen Pflegesätzen einzubinden, diskutiert werden. Dabei werden die beiden Leistungserfassungssysteme Leistungserfassung in der Pflege (LEP®) und die in Deutschland vielfach verwendete Pflegepersonalregelung (PPR) diskutiert.

Zuständig für die G-DRGs ist das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), das deutsche DRG-Institut, und hat verschiedene Aufgaben zu erfüllen. Dazu zählen die „Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des neuen Vergütungssystems“ (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus o.J.). Informatio-

nen über das G-DRG System und dessen Funktionsweise sind über die Homepage des Instituts abrufbar⁵. Im Kalkulationshandbuch des InEK, welches Angaben zur Kalkulation von Fallkosten enthält, sind Angaben enthalten, wie die Pflegepersonalkosten im Krankenhaus verrechnet werden sollen.

Dabei sollen die Personalkosten der Pflege mittels der PPR-Minuten verrechnet werden. Da aber die Pflegepersonalregelung (PPR) seit 1995 nicht mehr gesetzlich vorgeschrieben ist, können Krankenhäuser, in denen die Pflegepersonalregelung nicht angewendet wird um den Pflegeaufwand und die Pflegepersonalkosten zu errechnen, andere Instrumente verwenden. Die Anwendung von alternativen Systemen bedarf aber einer Bewilligung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (vgl. InEK 2007 S. 132).

Fischer (2002) beschreibt zwei Wege die Pflege in DRG-Systeme einzubeziehen:

- „auf der Ebene der Klassifikation;
- auf der Ebene der Kostengewichtung und weiterer Kennzahlen“ (Fischer 2002 S. 90).

Dabei nennt er drei Wege, wie die Pflegekosten in die DRGs einbezogen werden könnten, nämlich über:

- „Tagesgleiche Pflegesätze
- Leistungsbezogene Pflegesätze
- Pflegegewichte pro DRG“ (Fischer 2003)

In der Diplomarbeit wird der Schwerpunkt auf die Beschreibung der leistungsbezogenen Pflegesätze gelegt.

⁵ Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) Informationen abrufbar unter URL: <http://g-drg.de/cms/>

10.1 Tagesgleiche Pflegesätze

Bei der Abbildung der Kosten der Pflege in DRG Systemen über tagesgleiche Pflegesätze handelt es sich um eine oftmals durchgeführte Art. Bei der Berechnung der Pflegesätze werden entweder die Kosten einer Abteilung eines Krankenhauses oder die Gesamtkosten berechnet. Im Anschluss darauf müssen diese Gesamtkosten durch die Summe der durchgeführten Pflegetage dividiert werden. Das Ergebnis sind die tagesgleichen Pflegesätze, die für alle DRGs gleich sind. Die Kosten pro Behandlungsfall erhält man, indem der tagesgleiche Pflegesatz mit der Aufenthaltsdauer der/des PatientIn multipliziert wird.

Fischer (2003) bewertet diese Methode der Abbildung der Pflegekosten in den DRGs als nicht ausreichend, um die Kosten der Pflege komplett zu erfassen, da der Pflegeaufwand in den DRGs laut verschiedenen bereits dargestellten Studien streuen kann (vgl. Fischer 2003).

10.2 Leistungsbezogene Pflegesätze

Die leistungsbezogenen Pflegesätze werden berechnet, indem die erhobenen Werte aus den Leistungserfassungssystemen in der Pflege verwendet werden. Diese Werte erhält man aus Systemen wie der Leistungserfassung in der Pflege (LEP®) und der Pflegepersonalregelung (PPR) (vgl. Fischer 2003).

Die beiden Systeme zur Leistungserfassung in der Pflege werden in den nächsten Kapiteln beschrieben und diskutiert.

Die Werte sind dabei LEP-Minuten und PPR-Minuten. Indem die Daten aus den Leistungserfassungssystemen verwendet werden, wird es möglich, die Behandlungsfälle nach dem jeweiligen Pflegeaufwand in die DRG Kostengewichte einzubeziehen.

Um die leistungsbezogenen Pflegesätze zu berechnen werden zuerst entweder die Kosten einer Abteilung oder eines Spitals erhoben. Daraufhin werden die Gesamtkosten der Abteilung oder des Krankenhauses durch die Daten aus den Leistungserfassungssystemen, z.B. LEP-Minuten oder PPR-Minuten, dividiert.

Die Kosten für den einzelnen Behandlungsfall werden dann kalkuliert, indem der leistungsbezogene Pflegesatz mit den LEP-Minuten oder den PPR-Minuten multipliziert wird (vgl. Fischer 2003).

Fischer (2003) merkt zu dieser Methode an, dass sie „die präferierte Methode zur Kalkulation des Pflegeanteiles in Kostengewichten ist, denn sie benutzt die vorhandenen Daten in der differenziertesten Weise“ (Fischer 2003).

10.3 Pflegegewichte pro DRG

Die dritte Methode, die vorgestellt werden soll, um die Kosten der Pflege in die DRGs einzubeziehen, sind die Pflegegewichte pro DRG. Diese Möglichkeit kann man sich so vorstellen, dass aufgrund von den berechneten Pflegesätzen probiert wird, jeder einzelnen DRG ein Kostengewicht zuzuteilen.

Fischer (2003) beschrieb einen Versuch, in dem diese Methode angewendet wurde. Jedoch waren die Ergebnisse nicht zufriedenstellend. Die Studie wurde von Fetter und Thompson durchgeführt und soll kurz skizziert werden.

Sie haben dabei sechs Pflegekategorien beschrieben. Je nachdem, wie risikoreich der Zustand des/der PatientIn war und je nach der Pflegeabhängigkeit wurden die einzelnen DRGs den sechs verschiedenen Pflegekategorien zugeteilt. Zu einer Gewichtung erlangte man, da Pflegezeiten bestimmt wurden (vgl. Fischer 2003).

Da die sechs Kategorien in der Studie nicht beschrieben wurden, wird zur Illustration ein Beispiel einer Pflegekategorie des Universitätsklinikums in Heidelberg, Deutschland, dargestellt. Das Universitätsklinikum verwendet sechs Pflegekategorien, um den Pflegeaufwand eines/r PatientIn in der Intensivstation zu bestimmen.

Die Pflegekategorie 3 im Universitätsspital Heidelberg erreicht ein/e PatientIn der Intensivstation wenn folgende Merkmale vorhanden sind:

- „Erhöhter Einsatz pflegerischer Maßnahmen (z.B. erweiterte Atemtherapie, Wahrnehmungsförderung, Schlucktraining etc.)

- spontan atmend mit erhöhter O₂ Verabreichung (bei respiratorischer Insuffizienz)
- nicht kooperativ, aggressiv / agitiert
- komplette Übernahme der Körperpflege“ (<http://www.klinikum.uni-heidelberg.de>)

Wenn alle diese angeführten Merkmale bei einem/r PatientIn der Intensivstation vorhanden sind, dann geht man davon aus, dass ein Pflegeaufwand in Höhe von 660 Pflegeminuten pro Tag erforderlich ist. Damit ein/e PatientIn in die nächsthöhere Pflegekategorie 4 eingestuft wird muss der Pflegeaufwand höher sein, indem folgende Merkmale erfüllt sind:

- „beatmet, weaning, relativ stabil
- Masken - CPAP kontinuierlich
- Patienten im Wachkoma
- Nierenersatztherapie (Hämofilter)
- Aufwendige chirurgische Verbandwechsel“ (<http://www.klinikum.uni-heidelberg.de>)

Anhand der Merkmale wird deutlich, dass der/die PatientIn einen höheren Pflegeaufwand bedarf z.B. da sich der/die PatientIn im Wachkoma befindet. Für die Pflegekategorie 4 sind 831 Pflegeminuten pro Tag vorgesehen (<http://www.klinikum.uni-heidelberg.de>).

In der Studie von Fetter und Thompson wurden 155 638 Behandlungsfälle untersucht und diese den Pflegekategorien samt den dazugehörigen Pflegezeiten zugeordnet. In den Krankenhäusern wurden dann relative Pflegegewichte berechnet. Die Anforderung dabei war, dass einer DRG 20 oder noch mehr Behandlungsfälle zugeteilt wurden. Die Ergebnisse der Studie waren nicht zufriedenstellend. Die Minutenwerte wurden aus verschiedenen Leistungserfassungssystemen berechnet und konnten somit nicht gut miteinander verglichen werden. Es kam es zu einer großen Streuung des Pflegeaufwandes in den DRGs und somit ist die Methode den Pflegeaufwand über Pflegegewichte in den DRGs darzustellen laut dieser Untersuchung nicht geeignet (vgl. Fischer 2003).

11 Leistungserfassungssysteme in der Pflege

Die vorgestellten Studien im Zusammenhang mit der Homogenität der DRGs im Bezug auf den Pflegeaufwand haben aufgezeigt, dass die DRGs alleine oftmals nicht den gesamten Pflegeaufwand erklären können. Da jedoch die Pflege einen hohen Kostenfaktor im Krankenhaus darstellt, ist es von Bedeutung, zu untersuchen, welche Möglichkeiten es gibt, die Pflege im G-DRG System abzubilden. Wie bereits weiter oben erwähnt, hat Fischer (2002) Möglichkeiten zur Abbildung der Pflege im DRG System dargestellt. Der Schwerpunkt in der Diplomarbeit liegt auf der Beschreibung der leistungsbezogenen Pflegesätze. Dabei werden zwei Leistungserfassungssysteme in der Pflege, die sog. *Leistungserfassung in der Pflege (LEP®)* und *Pflegepersonalregelung (PPR)*, beschrieben und es soll diskutiert werden, ob diese beiden Messsysteme den Pflegeaufwand im DRG System adäquat abbilden können. Adäquat bedeutet in dem Zusammenhang, dass die Pflege für die erbrachten Leistungen die entsprechenden Kosten aus der DRG erhält.

Bevor auf die LEP® und PPR eingegangen wird, soll allgemein erklärt werden, was Leistungserfassungssysteme sind und welche systematischen Unterschiede zwischen ihnen vorliegen.

11.1 Prototypenmodelle und Faktorenmodelle

Es kann eine Unterscheidung von Leistungserfassungssystemen in der Pflege in „Prototypenmodelle“ und „Faktorenmodelle“ getroffen werden. Diese Unterscheidung ist auch international üblich (vgl. Isfort 2008 S. 138). Sie wird im deutschsprachigen Raum von Fischer und Baumberger verwendet (vgl. Fischer 2002 S. 140; Baumberger 2001 S. 5).

Bei Faktorenmodellen werden die erbrachten Pflegeleistungen nach deren Durchführung einzeln erhoben. Anschließend werden diesen Pflegeleistungen von ExpertInnen bestimmte Zeitwerte zugeordnet und damit gewichtet. Schlussendlich werden diese gewichteten Zeitwerte addiert und die Summe aus diesen ergibt den Pflegeaufwand (vgl. Fischer 2002 S. 141). Somit messen Faktorenmodelle Pfl egetätigkeiten. Jedoch können Faktorenmodelle, wenn es

die Art der Anwendung erfordert, auch die erforderlichen und die geplanten Pflegeleistungen messen. Der Begriff erforderliche Leistungen wird von Fischer (2002) mit dem Begriff Pflegebedarf gleichgesetzt. Unter geplanten Pflegeleistungen werden die tatsächlich beabsichtigten Leistungen verstanden (vgl. Fischer 2002 S. 142).

Beispiele für Faktorenmodelle sind:

- „Projet de Recherche en Nursing (PRN)
- Nursing Information System for Saskatchewan (NISS)
- Leistungserfassung in der Pflege (LEP®)“ (Fischer 2002 S. 143)

Die LEP® kann als ein Faktorenmodell bezeichnet werden, da meistens die bereits erbrachten pflegerischen Leistungen erhoben und daraufhin mit Soll-Zeiten gewichtet werden. Alternativ können auch in einigen Fällen die tatsächlich erbrachten Zeiten verwendet werden. Ein Beispiel dafür sind die Krankentransporte, da bei denen die tatsächlich aufgewendete Zeit für einen Transport verwendet wird (vgl. Fischer 2002 S. 143). Auf das Messsystem Leistungserfassung in der Pflege (LEP®) wird noch weiter unten (siehe Kapitel 15) näher eingegangen.

Im Gegensatz zu Faktorenmodellen, die Pflegeleistungen messen, werden bei Prototypenmodellen PatientInnenmerkmale erhoben (vgl. Baumberger 2001 S. 5). Dabei werden Merkmale von PatientInnen beschrieben, die diese in einer bestimmten Kategorie aufweisen (vgl. Isfort 2008 S. 138). Anders ausgedrückt, geht man bei einem Prototypenmodell von den in Zukunft benötigten Pflegeleistungen aus, welche die Zugehörigkeit zu einer Pflegekategorie anzeigen (vgl. Fischer 2002 S. 140). Diese Pflegekategorien werden dann gewichtet (vgl. Fischer 2002 S. 144).

Beispiele für Prototypenmodelle sind:

- „Schweizer Wegleitung (nach Exchaquet und Züblin)
- Methode von „San Joaquin General Hospital“
- Pflegepersonalregelung (PPR)“ (Fischer 2002 S. 141)

Dabei könnte der Grund für die Zuteilung der PPR zu den Prototypenmodellen wahrscheinlich der sein, dass die PPR das Ziel hat PatientInnen aufgrund von dem Pflegebedarf zu Aufwandsgruppen mit definierten Pflegemaßnahmen zu-

zuordnen. Die Gruppen unterscheiden sich nach dem voraussichtlich benötigten Bedarf an Pflegemaßnahmen für die Betreuung. Der Gedanke dabei ist, dass PatientInnen den Gruppen zugeteilt werden, die den Umfang an Leistungen, gemessen an ihrem Zustand, in Zukunft benötigen werden. Die Pflegeleistungen sind in die Bereiche „Allgemeine Pflege“ und „Spezielle Pflege“ geteilt (vgl. Schöning et al. 1995 S. 2).

11.2 Handlungsbezogene und Zustandsbezogene Messverfahren

Eine weitere Möglichkeit, die Leistungsmesssysteme in der Pflege voneinander zu unterscheiden, ist die Einteilung in „handlungsbezogene und in zustandsbezogene“ Messverfahren, welche von Isfort & Weidner (2001) beschrieben wird (Isfort & Weidner 2001 S. 48). Je nachdem ob der Pflegeaufwand oder der Pflegebedarf durch die Messsysteme erhoben wird, teilt man die verschiedenen Leistungserfassungssysteme zu den beiden ein.

Wenn die geleisteten Pflegeleistungen gemessen werden, also der Pflegeaufwand, dann geschieht dies mittels handlungsbezogener Messverfahren. Es wird jeder ermittelten Pflegeleistung ein Zeitwert zugeordnet und mit diesem gewichtet. Deshalb eignen sich handlungsbezogene Messverfahren zur Personalbedarfsbestimmung. Es kann also aufgrund der Zuordnung von Zeitwerten zu den einzelnen Pflēgetätigkeiten festgestellt werden, wie viel Pflegepersonal zur Verrichtung der Pflēgetätigkeiten benötigt wird.

Aus diesen Verfahren lässt sich jedoch nicht die Notwendigkeit der geleisteten Pflegeinterventionen ableiten, was einen Kritikpunkt darstellt (vgl. Isfort & Weidner 2001 S. 48f.).

Bartholomeyczik & Hunstein (2000) sagen über die handlungsbezogenen Messverfahren, dass „für die Notwendigkeit der Pflegeleistungen keine Begründungen angegeben wurden. Zur Begründung der Notwendigkeit einer Pflegemaßnahme genügt es nicht, die Häufigkeit und den Zeitpunkt einer Leistungserbringung zu dokumentieren, denn zu wissen, *was* man tut lässt noch keine Rückschlüsse darauf zu, *warum* man es tut“ (Bartholomeyczik & Hunstein 2000 S. 105).

Im Gegensatz zu den handlungsbezogenen Messverfahren gehen zustandsbezogene Messverfahren vom Zustand der PatientInnen aus. „Zustandsbezogene Instrumente bilden die Fähigkeiten, Funktionsstörungen, Ressourcen, Gewohnheiten, Einstellungen oder auch die Therapieziele des Patienten ab“ (Isfort 2004 S. 18). Mittels der Erhebung des Zustandes soll der Pflegebedarf abgeleitet werden (vgl. Isfort & Weidner 2001 S. 49).

Die Zusammengehörigkeit der beiden vorgestellten Unterscheidungen von Messsystemen ist folgende. Die Faktorenmodelle und die handlungsbezogenen Messverfahren gehen von den erbrachten Pflegeleistungen, dem Pflegeaufwand, aus. Hingegen gehen die Prototypenmodelle und die zustandsbezogenen Modelle vom Pflegebedarf der PatientInnen aus.

Im Folgenden sollen die Leistungserfassungssysteme *Pflegepersonalregelung (PPR)* und die *Leistungserfassung in der Pflege (LEP®)* beschrieben werden.

12 Pflegepersonalregelung (PPR)

1982 wurde von der Deutschen Krankenhausgesellschaft gefordert, dass es über die Personalsituation und den Mehrbedarf an Pflegekräften in Krankenhäusern Verhandlungen geben sollte (vgl. Schöning et al. 1995 S. 13).

Mit dem § 19 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) hat der Gesetzgeber vorgegeben, dass „Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere für den Personalbedarf und die Sachkosten“ entwickelt werden sollen (Schöning et al. 1995 S. 13). Mit dieser Aufgabe wurden die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Spitzenverbände der Krankenkassen betraut. Eine Regelung war notwendig geworden, weil der Pflegeaufwand aufgrund von immer älter werdenden PatientInnen gestiegen war. Außerdem war der medizinische Fortschritt sehr groß und somit kam es auch in der Pflege zu einem Anstieg der erforderlichen pflegerischen Leistungen. Dies war der Auslöser für die geforderten Verhandlungen seitens des Gesetzgebers.

Jedoch scheiterten diese Verhandlungen und es kam zu keinem Konsens zwischen den Entwürfen der DKG und den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Daraufhin nahm sich die Bundesregierung der Angelegenheit an und es wurde 1990 eine ExpertInnengruppe bestehend aus Pflegepersonal, ÄrztInnen und VerwaltungsdirektorInnen einberufen, welche die Grundlangen der Pflegepersonalregelung erarbeiteten sollten (vgl. Schöning et al. 1995 S. 13f.). Am 1.1.1993 wurde die Berechnung des Personalbedarfs mittels der entwickelten Pflegepersonalregelung durch das ExpertInnenteam gesetzlich vorgeschrieben (vgl. Isfort 2008 S. 117). 1997 wurde die Pflegepersonalregelung aus dem Gesetz entfernt, mit der Begründung, dass der benötigte Zuwachs an Pflegepersonalstellen erfolgt war (vgl. Isfort & Weidner 2001 S. 86).

Die Pflegepersonalregelung gilt für die Erwachsenenkranken- und Kinderkrankenpflege. Es wurde gesetzlich geregelt, dass auf die Bereiche der psychiatrischen Krankenpflege und der Intensiv- und Dialysepflege die PPR keine Anwendung finden soll (vgl. Isfort & Weidner 2001 S. 87). Die PPR soll dazu dienen kurzzeitig den Pflegebedarf bestimmen zu können.

Es wurden Grundsätze festgelegt, nach denen der Personalbedarf im Krankenhaus bestimmt werden soll. Die Grundsätze zur Ermittlung der Anzahl der Pflegepersonalstellen für den Tagdienst (Regeldienst) sind im § 3 Pflegepersonalregelung (PPR) geregelt. Weiters regelt § 7 PPR, wie die Pflegepersonalstellen für das gesamte Krankenhaus berechnet werden sollen.

Um den Bedarf an Pflegepersonal im Krankenhaus zu ermitteln, wird der Pflegeaufwand verwendet, der anhand von Minutenwerten in den PatientInnen-Gruppen berechnet wird (vgl. Schöning et al. 1995 S. 4). Diese Minutenwerte sind vorgegebene Arbeitszeiten, die durch ein ExpertInnen-Team bestimmt wurden (vgl. Schöning et al. 1995 S. 18).

Der Regeldienst umfasst den Tagdienst des Pflegepersonals, aber nicht den Nachtdienst und den Bereitschaftsdienst (vgl. Schöning et al. 1995 S. 48).

Um den Pflegeaufwand zu berechnen, werden die Pflegeleistungen in „Allgemeine Pflege“ und „Spezielle Pflege“ aufgegliedert. Beide Bereiche werden unterteilt in die drei Pflegestufen Grundleistungen, Erweiterte Leistungen und Besondere Leistungen. Jede/r PatientIn wird nach Einordnungsmerkmalen den PatientInnen-Gruppen einmal täglich zugeteilt (vgl. Schöning et al. 1995 S. 22). Um PatientInnen zu den Pflegestufen zuzuteilen sind genaue Vorgaben über die pflegerischen Leistungen angegeben, die erbracht werden müssen, damit die PatientInnen der jeweiligen Stufe zugeteilt werden können (vgl. Schöning et al. 1995 S. 7f.).

Allgemeine Pflege Spezielle Pflege	A 1 Grund- leistungen	A 2 Erweiterte Leistungen	A 3 Besondere Leistungen
S 1 Grundleistungen	A 1/S 1	A 2/ S 1	A 3/ S 1
S 2 Erweiterte Leistungen	A 1/S 2	A 2/ S 2	A 3/ S 2
S 3 Besondere Leistungen	A 1/ S3	A 3/ S 3	A 3/ S 3

Tab. 3: PatientInnen-Gruppen in der Pflegepersonalregelung (PPR) nach § 4 Abs. 2 PPR (Schöning et al. 1995 S. 2)

Die Minutenwerte sollen jetzt aufgeführt werden und wie man mit diesen die Höhe des Pflegepersonals errechnet.

1. Pflegegrundwert: Dieser Wert wird jedem/r PatientIn und für jeden Tag in Höhe von 30 Minuten zugeordnet (vgl. Schöning et al. 1995 S. 3). Dieser Pflegegrundwert umfasst Pflegeleistungen, die nicht an den PatientInnen erbracht werden, sondern nötig sind um den Stationsalltag im Krankenhaus zu organisieren. Diese Leistungen dienen auch den PatientInnen, jedoch nur indirekt. Beispiele solcher Pflegetätigkeiten sind Organisationsaufgaben und Besprechungen bei dem Schichtwechsel (vgl. Schöning et al. 1995 S. 46). Um die Zahl des benötigten Pflegepersonals zu erhalten, wird der Pflegegrundwert mit der Zahl der PatientInnen multipliziert (vgl. Schöning et al. 1995 S. 4).
2. Die PatientInnen werden je nach Pflegeaufwand den verschiedenen PatientInnengruppen zugeteilt, die weiter unten in der Tab. 4 angeführt wurden (vgl. Schöning et al. 1995 S. 17). Für diese PatientInnengruppen sind Minutenwerte festgelegt worden (vgl. Schöning et al. 1995 S. 3).

Patienten- gruppe	Minutenwert	Patienten- gruppe	Minutenwert	Patientengruppe	Minutenwert
A 1/S 1	52	A 2/S 1	98	A 3/S 1	179
A 1/S 2	62	A 2/S 2	108	A 3/S 2	189
A 1/S 3	88	A 2/S 3	134	A 3/S 3	215

Tab. 4: Minutenwerte der PatientInnengruppen in der PPR nach § 6 Abs. 2 (Schöning et al. 1995 S. 3)

Aus der Tabelle 4 ist ersichtlich, dass mit steigendem Pflegeaufwand der Minutenwert ebenfalls steigt.

Um die Anzahl des Pflegepersonals zu errechnen, wird der Minutenwert der PatientInnengruppe mit der Anzahl der PatientInnen multipliziert (vgl. Schöning et al. 1995 S. 4).

3. Jedem/r PatientIn ist auch ein Fallwert zugeordnet. Das ist ein Wert der den PatientInnen pauschal zugeordnet wird, bei Pflegeleistungen pauschal zugeordnet wird, die nur einmal erbracht werden wie bei der Krankenhausaufnahme und –entlassung (vgl. Schöning et al. 1995 S. 25). Der Wert beträgt immer 70 Minuten pro PatientIn. Dieser Minutenwert

- muss mit der Anzahl der Krankenhausaufnahmen multipliziert werden, um die Anzahl der Personalstellen zu erhalten (vgl. Schöning et al. 1995 S. 4).
4. Für jedes neugeborene Kind wird ebenfalls pauschal ein Minutenwert von 110 Minuten festgesetzt. Dieser Minutenwert wird mit der Anzahl der Neugeborenen multipliziert, um die Zahl der Personalstellen zu bekommen (vgl. Schöning et al. 1995 S. 4).
 5. Wenn PatientInnen nur tagesklinisch behandelt werden und nicht stationär aufgenommen wurden, dann werden bei diesen nur die halben Minutenwerte für den Pflegegrundwert und die PatientInnengruppen verwendet. Da aber für diese PatientInnen oftmals umfangreiche pflegerische Tätigkeiten durchgeführt werden, verwendet man für sie den vollen Fallwert (vgl. Schöning et al. 1995 S. 25). Es werden dann die halben Minutenwerte mit der Zahl der tagesklinisch zu behandelnden PatientInnen multipliziert, damit die Zahl der Personalstellen bestimmt werden kann (vgl. Schöning et al. 1995 S. 4).

Zuerst werden die fünf Minutenwerte mit entweder der jeweils angegebenen Anzahl an PatientInnen, der Zahl der Krankenhausaufnahmen, der Zahl der Neugeborenen oder der Zahl der tagesklinisch zu behandelnden PatientInnen multipliziert. Danach wird die Summe aus diesen Multiplikationen gebildet. Auf diese Weise wird die Anzahl der Pflegepersonalstellen eines Krankenhauses berechnet.

Da es zu einer Vereinfachung der Darstellung beiträgt und das Schema der Zuteilung der PatientInnen zu den PatientInnengruppen in der Pflegepersonalregelung (PPR) deutlich darstellt, wird in der Diplomarbeit nur die Zuteilung von Erwachsenen beschrieben⁶. Zudem liegt der Schwerpunkt der Diplomarbeit auf der Betrachtung und der Diskussion von Punkt 2.

Im Folgenden soll die Zuteilung der PatientInnen zu den PatientInnengruppen genau beschrieben werden und das Schema der PPR diskutiert werden.

Die Zuteilung der PatientInnen zu den PatientInnengruppen muss täglich erfolgen und in der Pflegedokumentation festgehalten werden.

⁶ Informationen zu der Zuteilung von Kindern in die PatientInnengruppen der PPR sind im folgenden Werk enthalten: Schöning, B. et al. (1995): Pflege-Personalregelung: Kommentar mit Anwendungsbeispielen für die Praxis. Verlag W. Kohlhammer, Köln, S. 5-10

Die Allgemeine Pflege definiert die grundpflegerischen Leistungen, die eine Pflegeperson erbringt, damit diese bei den Handlungen im täglichen Leben unterstützt werden (vgl. Schöning et al. 1995 S. 46).

Die Leistungsbereiche der Allgemeinen Pflege umfassen vier Bereiche:

- „Körperpflege
- Ernährung
- Ausscheidung
- Bewegung und Lagerung“ (Schöning et al. 1995 S. 7)

Die Allgemeine Pflege ist wiederum in die drei Leistungsstufen (Pflegestufen) Grundleistungen (A1), Erweiterte Leistungen (A2) und Besondere Leistungen (A3) geteilt. Die drei Stufen unterscheiden sich voneinander in der Höhe des aufgewendeten Pflegeaufwandes der Pflegepersonen. In der Leistungsstufe A1 brauchen die PatientInnen eher wenig Unterstützung, wohingegen sie in der Leistungsstufe A3 viel Unterstützung von den Pflegepersonen erhalten (vgl. Schöning et al. 1995 S. 2, S. 47). Ein Beispiel für eine pflegerische Leistung in der Leistungsstufe A3 ist, dass die Körperpflege von der Pflegeperson durchgeführt wird, weil der/die PatientIn nicht in der Lage dazu ist (vgl. Schöning et al. 1995 S. 7).

Die Leistungsbereiche der Kinderkrankenpflege sind ebenfalls in die vier Bereiche eingeteilt, jedoch müssen Kinder bei der Zuteilung auch nach Altersstufen getrennt werden. Sowohl die Bezeichnung der Pflegestufen als auch (KA1, KA2, KA3, KS1, KS2, KS3) die Einordnungsmerkmale für die Pflegestufen sind bei Kindern anders (vgl. Isfort & Weidner 2001 S. 89).

Um die Leistungsmerkmale aufzuzeigen, werden beispielhaft die Merkmale für eine Zuteilung von Erwachsenen zu der Allgemeinen Pflege in Tabelle 5 angeführt.

Pflegestufen Leistungsbereiche	Einordnungsmerkmale		
	A 1 Grundleistungen	A 2 Erweiterte Leistungen	A 3 Besondere Leistungen
Körperpflege	Alle Patienten, die nicht A 2 oder A 3 zugeordnet werden	Hilfe bei überwiegend selbstständiger Körperpflege	Überwiegende oder vollständige Übernahme der Körperpflege
Ernährung		Nahrungsaufbereitung oder Sondernahrung	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
Ausscheidung		Unterstützung zur kontrollierten Blasen- oder Darmentleerung	Versorgen bei unkontrollierter Blasen- oder Darmentleerung
		Versorgen bei häufigem Erbrechen	
Bewegung und Lagerung		Entleeren oder Wechseln von Katheter- oder Stomabeuteln	Häufiges Körperlagern oder Mobilisieren
		Hilfe beim Aufstehen und Gehen	
	Einfaches Lagern und Mobilisieren		

Tab. 5: Einordnungsmerkmale für Erwachsene für die Pflegestufen im Bereich Allgemeine Pflege nach Anlage 1 PPR (Schöning et al. 1995 S. 55)

Die Spezielle Pflege beschreibt alle pflegerischen Leistungen, die aufgrund von ärztlichen Diagnosen und Therapien durchgeführt werden (vgl. Schöning et al. 1995 S. 47).

Die Leistungsbereiche der Speziellen Pflege sind:

- „Leistungen im Zusammenhang mit Operationen, invasiven Maßnahmen und akuten Krankheitsphasen
- Leistungen im Zusammenhang mit medikamentöser Versorgung
- Leistungen im Zusammenhang mit Wund- und Hautbehandlung“ (Schöning et al. 1995 S. 8).

Die Spezielle Pflege ist wie die Allgemeine Pflege in drei Leistungsstufen Grundleistungen (S1), Erweiterte Leistungen (S2) und Besondere Leistungen (S3) gegliedert. In der Stufe S1 werden die PatientInnen mit grundlegenden pflegerischen Tätigkeiten versorgt, wobei diese in den unterschiedlichen medizinischen Fachabteilungen variieren können. Hingegen erfordert die Versorgung der PatientInnen in der Stufe S3 viel pflegerischen Aufwand, weil sich die PatientInnen in einer lebensgefährlichen Lage befinden. Der pflegerische Aufwand steigt somit von der Stufe S1 bis hin zur Stufe S3 (vgl. Schöning et al. 1995 S. 2ff.).

Pflege- stufen Leistungsbereiche	Einordnungsmerkmale		
	S 1 Grund- leistungen	S 2 Erweiterte Leistungen	S 3 Besondere Leistungen
Leistungen im Zusammenhang mit - Operationen - invasiven Maßnahmen - akuten Krankheitsphasen	Alle Patienten die nicht S 2 oder S 3 zugeordnet werden	Beobachten des Patienten und Kontrolle von mind. 2 Parametern 4 bis 6 mal innerhalb von 8 Stunden	Beobachten des Patienten und Kontrolle von mindestens 3 Parametern fortlaufend innerhalb von wenigstens 12 Stunden zum Erkennen einer akuten Bedrohung
Leistungen im Zusammenhang mit medikamentöser Versorgung		Aufwendiges Versorgen von Ableitungs- od. Absaugsystem	Fortlaufendes Beobachten und Betreuen des Patienten bei schwerwiegenden Arzneimittelwirkungen
Leistungen im Zusammenhang mit Wund- und Hautbehandlung		Kontinuierlicher oder mehrfach wiederholter Infusionstherapie oder bei mehreren Transfusionen	
		Zytostatika: intravenös	Mehrmals täglich: Behandlung großflächiger oder tiefer Wunden oder großer Hautareale
		Aufwendiger Verbandswechsel	
		Behandlung großflächiger oder tiefer Wunden, Hautareale	

Tab. 6: Einordnungsmerkmale für die Pflegestufen im Bereich Spezielle Pflege (Schöning et al. 1995 S. 8)

In der Tabelle 6 werden die Einordnungsmerkmale angeführt, welche erfüllt sein müssen, um eine/n erwachsene/n PatientIn zu der Speziellen Pflege zuordnen zu können. Zur Vereinfachung der Darstellung wurden nur die Merkmale zur Einordnung für die Erwachsenenpflege dargestellt.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass „nach der PPR der tägliche Pflegeaufwand retrospektiv gemessen“ wird (Fischer 2002 S. 245). Nach § 5 Abs. 1 Pflegepersonalregelung (PPR) gilt, im Gegensatz zur Messung des Pflegeaufwandes, bei der Berechnung des Personalbedarfs an Pflegekräften das „Prinzip der Prospektivität“ (Schöning et al. 1995 S. 84). Dabei handelt es sich um den Grundsatz, dass die Anzahl der PatientInnen aus der Vergangenheit und deren Zuteilung zu den PatientInnengruppen die Basis für die Berechnung des Pflegepersonals und der Zuteilung zu den PatientInnengruppen in der Zukunft darstellen (vgl. Schöning et al. 1995 S. 84). In § 5 Abs. 1 PPR wird von der „voraussichtlichen durchschnittlichen Zahl je Tag“ ausgegangen, die die Grundlage für die Berechnung des Pflegepersonalbedarfs darstellt (Schöning et al 1995 S. 83). Schöning et al. erklären dabei den Ausdruck des Gesetzgebers: „Der Tag repräsentiert hier die durchschnittliche tägliche und im Regeldienst erbrachte Arbeitsleistung in einem bestimmten Jahr für die durchschnittlich täglich zu

pflegenden Patienten in dem selben Jahr“ (Schöning et al. 1995 S. 85). Das bedeutet, dass davon ausgegangen wird, dass der Personalbedarf in der Zukunft berechnet werden kann, indem man die durchschnittliche Anzahl der bereits behandelten PatientInnen in einem Jahr als Ausgangspunkt nimmt. Es wird anhand der Anzahl der PatientInnen in den PatientInnengruppen der Bedarf an zukünftigem Pflegepersonal bestimmt.

Das Ziel der PPR ist es den Bedarf an pflegerischen Leistungen in Krankenhäusern zu erheben, um dann damit den Bedarf an pflegerischen Fachkräften abschätzen zu können (vgl. Schöning et al. 1995 S. 57).

Die Diskussion über die Pflegepersonalregelung (PPR) wird in weiterer Folge stattfinden und es wird diskutiert, inwieweit es möglich ist mit dem Pflegeaufwand den Personalbedarf für die Zukunft zu ermitteln.

13 Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) für die hochaufwendige Pflege

Im Kapitel über die Homogenitätsprobleme bei der Abbildung des Pflegeaufwandes wurde bereits aufgezeigt, dass der Pflegeaufwand und die Pflegekosten nicht genügend über die DRGs abgebildet werden können (Schmid 2007, Fischer 2002, Eberl et al. 2005, Bosshard et al. 2009). Im Folgenden sollen deshalb die Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) für die Pflege von „hochaufwendigen“ PatientInnen dargestellt werden. Diese stellen die erste Möglichkeit dar, die Pflege in den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) einzubinden. Dadurch hat die Pflege einen Einfluss auf die Kalkulation der Kosten im DRG System. Der Anlass für deren Entwicklung war folgender. Da viele Krankenhäuser in Deutschland die pflegerische Leistung mittels der Pflegepersonalregelung abbilden, wurde festgestellt, dass in der PPR die PatientInnen, die „hochaufwendige Pflege“ benötigen, nicht berücksichtigt werden (vgl. Wieteck & Gossens 2009 S. 30). Aus diesem Grund wurde 2009 eine ExpertInnengruppe vom Deutschen Pflegerat (DPR) einberufen, um ein Instrument zu entwickeln, welches die „hochaufwendigen“ PatientInnen in einem Krankenhaus darstellen kann. Um „hochaufwendige“ PatientInnen handelt es sich, wenn die Pflegepersonen in den Leistungsbereichen „Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegen/Lagern/Mobilisation“ und „Kommunikation/Beschäftigen“ viel mehr Pflegetätigkeiten erbringen müssen als sie im Durchschnitt erbringen (Wieteck & Gossens 2009 S. 5). Die „hochaufwendigen“ PatientInnen sind vergleichbar mit den PatientInnen in der PPR in der PatientInnengruppe A3 (vgl. Wieteck & Gossens 2009 S. 5). Um jetzt die „hochaufwendigen“ PatientInnen in dem G-DRG System zu berücksichtigen, werden sie über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) in der Version 2010 in die Kalkulation mit einbezogen (vgl. Wieteck & Gossens 2009 S. 30). Die Abbildung der „hochaufwendigen“ PatientInnen funktioniert im G-DRG System ab 2010 über das Instrument der Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS).

In den Pflegekomplexmaßnahmen-Scores sind Gründe vorgegeben, die erfüllt werden müssen, damit eine/r PatientIn als „hochaufwendig“ laut des OPS Version 2010 eingestuft wird. Die Voraussetzungen müssen in mindestens einem der folgenden Leistungsbereichen gegeben sein:

- „Körperpflege
- Ernährung
- Ausscheidung
- Bewegen/Sicherheit
- Kommunikation“ (Wieteck & Gossens 2009 S. 8ff.)

Zusätzlich zu den angeführten Gründen müssen auch Pflegeinterventionen durchgeführt werden, die in Listen vorgegeben sind, um ein Leistungsmerkmal als „hochaufwendige/r“ PatientIn zu erfüllen. Die Gründe für die „hochaufwendige“ Pflege werden einmal und auch bei Veränderung des PatientInnenzustandes angegeben und die Pflegeinterventionen werden täglich in der Pflegedokumentation erfasst.

Den jeweiligen Gründen sind Punktwerte zugeordnet. Wenn ein Leistungsmerkmal erfüllt wird, dann werden dem/der PatientIn die Punkte zugeteilt. Die Punktevergabe muss auch dokumentiert werden (vgl. Wieteck & Gossens 2009 S. 5). „Die Punktwerte drücken den mindestens anfallenden pflegerischen Aufwand bei einem ‚hochaufwendigen‘ Patienten aus“ (Wieteck & Gossens 2009 S. 5). Im OPS sind die Anzahl der Punkte angegeben, die gegeben sein müssen, um eine/n PatientIn in der OPS Systematik als Prozedur „Hochaufwendige Pflege“ einzustufen (vgl. Wieteck & Gossens 2009 S. 5). So wird der Pflegeaufwand für „hochaufwendige“ PatientInnen über die Pflegekomplexmaßnahmen-Scores in dem OPS Version 2010 Katalog dargestellt und dadurch wird gewährleistet, „dass sich die OPS auch auf die DRG-Erlöse auswirken“ werden (Wieteck & Gossens 2009 S. 30).

Es wurden drei Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) erstellt, um die verschiedenen Altersgruppen abbilden zu können.

Somit gibt es PKMS für:

- „Erwachsene (PKMS-E): ab dem Beginn des 19. Lebensjahres
- für Kinder und Jugendliche (PKMS-J): ab dem Beginn des 7. Lebensjahres bis zum Ende des 18. Lebensjahres
- Kleinkinder (PKMS-K): ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zum Ende des 6. Lebensjahres“ (Wieteck & Gossens 2009 S. 5).

Daraus ist ersichtlich, dass PKMS für drei verschiedene Altersgruppen definiert wurden. Für jede dieser Altersstufen (Erwachsene, Kinder und Jugendliche, Kleinkinder) wurden separat Gründe und Pflegeinterventionen definiert, die erfüllt sein müssen, damit der pflegerische Aufwand als „hochaufwendig“ im OPS eingestuft werden kann. Im OPS Version 2010 sind die Aufwandspunkte angegeben, die erreicht werden müssen, um nach der Prozedur „Hochaufwendige Pflege“ kodiert werden zu können (vgl. Wieteck & Gossens 2009 S. 3f.).

Als Beispiel für solche Angaben zu den Punktwerten, die insgesamt während der Verweildauer des/der PatientIn vorhanden sein müssen, wird die Prozedur „9-200 Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen“ angeführt,

„9-200.0	43 bis 71 Aufwandspunkte
9-200.1	72 bis 100 Aufwandspunkte
9-200.2	101 bis 128 Aufwandspunkte
9-200.3	129 bis 157 Aufwandspunkte
9-200.4	158 und mehr Aufwandspunkte“

(Wieteck & Gossens 2009 S. 3).

Die Aufzählung bedeutet, dass wenn ein/e erwachsene/r PatientIn in den bereits definierten Leistungsbereichen die notwendigen Voraussetzungen erfüllt und über die komplette Aufenthaltsdauer im Krankenhaus die erforderlichen Punkte erreicht, dann wird diese/r nach der angegebenen Prozedur „9-200 Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen“ im OPS Version 2010 kodiert (vgl. Wieteck & Gossens 2009 S. 3).

Es wurden die nötigen Gründe (Bedingungen) für die Einstufung nach „hochaufwendige Pflege“ definiert. Dabei ist zu beachten, dass bei allen drei Altersgruppen zumindest eine der definierten Bedingungen zur Einstufung „hochauf-

wendige“ Pflege vorhanden sein muss⁷. Zusätzlich zu den definierten Gründen für eine Einstufung, muss auch mindestens eine vorgegebene Intervention vorliegen, um den/die PatientIn zu einem OPS Version 2010 Code „9-20... Hochaufwendige Pflege von Patienten“ einzustufen. Jedoch muss ein/e PatientIn auch die nötige Mindestanzahl an Aufwandspunkten erreichen, die ebenfalls festgelegt wurden und im OPS Version 2010 angegeben sind.

Leistungsbereich PKMS-E	1. Tag
Körperpflege	3
Ernährung	4
Ausscheidung	2
Bewegen/Lagern/Mobilisation	3
Kommunizieren/Beschäftigen	1
Summe pro Tag:	13

Tab. 7: Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene (PKMS-E) Matrix
(In Anlehnung an Wieteck & Gossens 2009 S. 6)

Die obige Tabelle zeigt die Anzahl der Aufwandspunkte, die ein/e erwachsene PatientIn erhält, wenn sie mindestens einen Grund in den verschiedenen Leistungsbereichen erfüllt und mindestens eine notwendige Pflegeintervention von einer Pflegefachperson erbracht wurde.

Wenn ein/e PatientIn mindestens ein oder mehr Leistungsbereiche erfüllt, dann bekommt der/die PatientIn für jeden Leistungsbereich, in dem er/sie die Voraussetzungen erfüllen, die vorgegebenen Aufwandspunkte (Tab. 7). Die Punkte werden dann für jeden Tag des stationären Aufenthaltes addiert. Jede/r PatientIn kann pro Tag im stationären Aufenthalt immer nur einmal die vorgegebenen Aufwandspunkte erhalten (vgl. Wieteck & Gossens 2009 S. 5).

⁷ Die Liste der Gründe und Pflegeinterventionen der PKMS ist unter der Homepage des Deutschen Pflegerates unter der URL: <http://www.deutscher-pflegerat.de/DRG%202010.html> abrufbar

Um jetzt die Darstellung verständlicher zu machen, soll ein Beispiel auf einem Leistungsbereich Körperpflege bei Erwachsenen mit einer Pflegeintervention genannt werden.

Leistungsbereiche Körperpflege A (Wieteck & Gossens 2009 S. 8)

Die Unterstützung bei Körperpflege ist hochaufwendig und geht deutlich über das normale Maß einer vollen Übernahme der Körperpflege (Körperwaschung, Haut-, Haar-, Mundpflege) hinaus.

Ein möglicher Grund ist:

G1 Abwehr/Widerstände bei der Körperpflege

Kennzeichen: Setzt (Mobilisierungs-) Maßnahmen bei der Körperpflege Widerstände entgegen; schreit, schlägt, beschimpft das Pflegepersonal bei der Ganzkörperwaschung, lehnt die Körperpflege verbal/nonverbal ab.

ODER:

G1 Ablauf der Körperpflege ist nicht bekannt

Kennzeichen: Unfähigkeit, die Körperpflege selbstständig und strukturiert durchzuführen; Gebrauchsgegenstände der Körperpflege können nicht adäquat eingesetzt werden, fehlende Eigeninitiative, die Körperpflege durchzuführen

Eine mögliche **Pflegeintervention** ist: (Wieteck & Gossens 2009 S. 9)

A1 Maßnahmen zum Erlernen/Wiedererlangen einer selbstständigen Körperpflege (Haarpflege, Mundpflege, Körperwaschung u/o Hautpflege) bei vorliegenden Erschwernisfaktoren (Gründe des PKMS-E). In der Pflegedokumentation sind die individuellen pflegerischen Zielsetzungen der Maßnahmen auszuweisen, ebenso die auf den Patienten abgestimmte Vorgehensweise.

(Wieteck & Gossens 2009 S. 8)

Wenn jetzt ein/e erwachsene/r PatientIn bei der Körperpflege schreit und/oder schlägt, dann erfüllt sie/er den Grund „Abwehr/Widerstände bei der Körperpflege“. Es reicht jedoch, dass nur ein Kennzeichen vorliegt, um einen Grund (Bedingung) zu erfüllen und außerdem muss das Kennzeichen in der Dokumentation nicht angegeben werden, sondern es reicht den Grund anzuführen (vgl. DPR 2009 S. 25).

Wenn die Pflegeperson wegen dem vorliegenden Grund eine Maßnahme setzen muss, damit der/die PatientIn wieder selbstständig die Körperpflege übernehmen kann, dann werden dem/der PatientIn (pro Tag) drei Aufwandspunkte

(Tab. 7) zugeteilt. Sollten bei diesem/r PatientIn im Laufe der Behandlung noch weitere Gründe und dazugehörige Pflegeinterventionen auftreten, dann werden ebenfalls die Aufwandspunkte zugeteilt und am Ende des Aufenthaltes wird die Summe aus den Punkten gebildet. Die Summe der Aufwandspunkte bestimmt dann die Zuteilung zu einer OPS Version 2010 Prozedur „9-20... Hochaufwendige Pflege von Patienten“.

Wie bereits erwähnt stellen die Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) die erste Möglichkeit dar, die Pflege direkt im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) abzubilden und somit findet dies auch Berücksichtigung im G-DRG System. Jedoch beschränkt sich die Möglichkeit auf die Abbildung von „hochaufwendigen PatientInnen“ in dem OPS Version 2010. Das Argument ist aber plausibel, dass gerade bei „hochaufwendigen“ PatientInnen, welche in der Pflegepersonalregelung mit der Pflegestufe A3 vergleichbar sind, der pflegerische Aufwand in der Pflegepersonalregelung (PPR) nicht genügend erfasst wird. Denn die Minutenzahl ist laut Wieteck & Gossens (2009) zu gering gewählt und „pflegerisch ‚hochaufwendige‘ Patienten finden in der Kalkulation derzeit keine Abbildung“ (Wieteck & Gossens 2009 S. 30).

14 Leistungserfassung in der Pflege (LEP®)

Das Leistungserfassungssystem „Leistungserfassung in der Pflege“ (LEP®) wurde im Kantonsspital in St. Gallen in der Schweiz entwickelt. Die LEP® dient der Erfassung des Pflegeaufwandes. Somit sollen die erbrachten Pflegetätigkeiten erfasst werden. Das System entstand, indem zwei unabhängige Leistungserfassungssysteme zusammengeführt wurden. Diese Systeme sind das „Pflege-Aufwand-Mess-System“ (PAMS), welches im Kantonsspital St. Gallen entwickelt wurde und das „System zur Erfassung des Pflegeaufwandes“ (SEP), das im Universitätsspital Zürich entstanden ist. 1986 bekam der Oberpfleger Bamert im Kantonsspital St. Gallen den Auftrag ein System zu entwickeln, welches pflegerische Tätigkeiten darstellen sollte. Mit diesem Hintergrund wurde am 21.04.1988 die Projektgruppe „Pflegeaufwandserfassungssystem“ initiiert (vgl. Steuer & Jungen 2000 S. 81f.). Dies stellt auch gleichzeitig die erste Generation (siehe Abb. 1) des LEP® dar, bei der die einzelnen pflegerischen Tätigkeiten handschriftlich festgehalten wurden (vgl. Steuer & Jungen 2000 S. 82, Abb. 1). Die LEP® wird seit der Entwicklung kontinuierlich weiterentwickelt und angepasst. Dies geschieht durch Pflegepersonen in Kooperation mit Angehörigen anderer Professionen wie SozialwissenschaftlerInnen (vgl. Maeder et al. 2006 S. 3). Im Jahr 1997 wurde die Geschäftsstelle LEP® gegründet mit dem Ziel das Leistungserfassungsinstrument LEP® fortdauernd weiterzuentwickeln. Die Tätigkeiten der LEP® Geschäftsstelle zur ständigen Weiterentwicklung des Systems werden aus St. Gallen, Schweiz, gesteuert (vgl. Isfort 2004 S. 21).

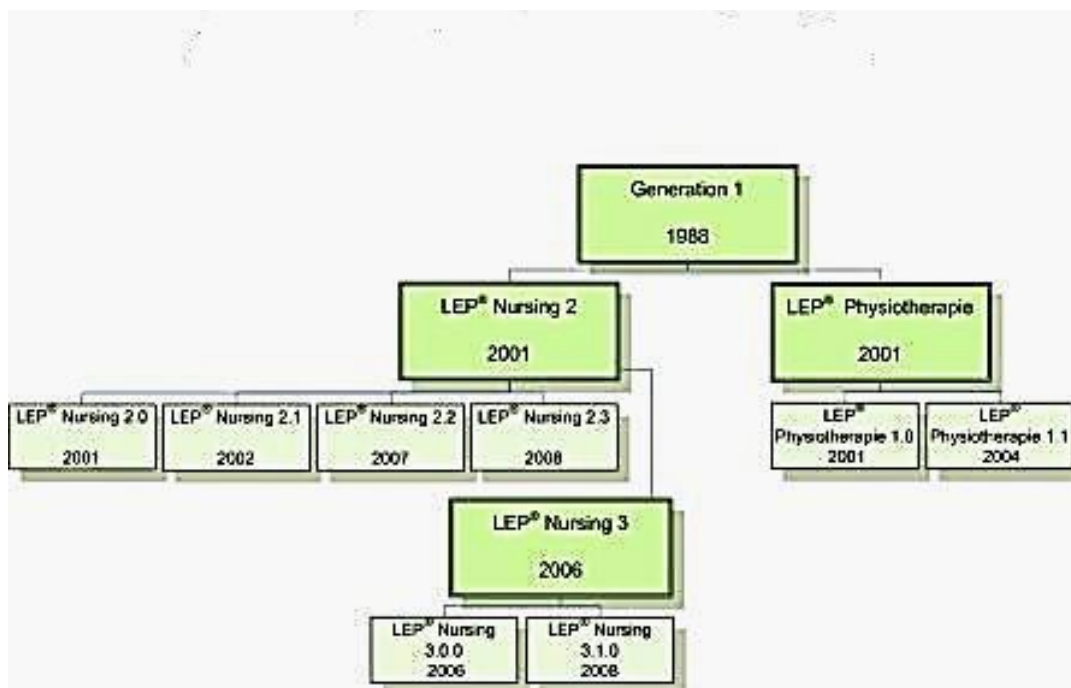


Abb. 1: Entwicklung der Leistungserfassung in der Pflege (LEP®) (LEP-AG o.J.)

In der Abb. 1 ist der Stammbaum des Leistungserfassungssystems Leistungserfassung in der Pflege (LEP®) seit dessen Entwicklung im Jahr 1988 dargestellt. Aus der Darstellung der Entwicklung wird ersichtlich, dass es drei Versionen von LEP® gibt. 1988 gab es die LEP® Nursing 1, welche zu LEP® Nursing 2 weiterentwickelt wurde. Seit 2006 liegt das Leistungserfassungssystem in seiner genauesten Form, LEP® Nursing 3, vor (vgl. Isfort 2008 S. 106). Die Leistungserfassung in der Pflege in der Version LEP® Nursing 2 dient nur zur Leistungserfassung und ist seit 01.01.2008 in der neuesten Version vorhanden. Die LEP® Nursing 3 wurde 2006 eingeführt und ist zusätzlich zur Leistungserfassung auch für die elektronische PatientInnendokumentation vorgesehen. Da der Schwerpunkt der Diplomarbeit auf der Leistungserfassung liegt soll im Folgenden der Schwerpunkt auf die allgemeine Beschreibung der Methode LEP® gesetzt werden und nicht auf die Unterscheidung der beiden Versionen LEP® Nursing 2 und LEP® Nursing 3.

Um die Leistungserfassung in der Pflege (LEP®) anwenden zu können, müssen Daten/Auskünfte über der/die PatientInnen täglich und routinemäßig aufgezeichnet werden. Diese Aufzeichnung geschieht mittels bereits vordefinierter Variablen (vgl. Odermatt & Brügger 2001 S. 534). Variablen sind die „einzelnen

Erfassungspositionen der Tätigkeitsliste der LEP“ (Fischer 2002 S. 248). Dabei werden drei Arten von Variablen erhoben. Diese sind die Stammdaten, Informationen über die PatientInnen und die Pflegevariablen. Stammdaten sind z.B. das Geburtsdatum oder die Art des Aufenthaltes (ob ambulant oder stationär). Informationen über die PatientInnen sind beispielsweise Informationen über den Zustand des/der PatientIn (z.B. Hörproblem oder Sprachproblem) und ergänzende Informationen wie die Angaben über die Beatmung (vgl. Fischer 2002 S. 249, <http://www.lep.ch>). Die bedeutendsten Variablen sind aber die Pflegevariablen (vgl. Odermatt & Brügger 2001 S. 534).

Mit den Pflegevariablen kann der Pflegeaufwand dargestellt werden. Bei jeder Pflegevariable ist auch eine Darstellung angeführt, welche die pflegerische Tätigkeit kurz beschreibt. Zusätzlich ist ein Zeitwert in Minuten vorgegeben, welcher von Pflegefachkräften aufgrund ihrer Erfahrungen festgelegt wurde. Dieser Zeitwert kann als eine Normvorgabe verstanden werden, in der eine erfahrene und fertig ausgebildete Pflegeperson die beschriebenen Leistungen durchführen sollte. Die Zeitwerte sind außerdem für alle Anwenderbereiche wie Onkologie oder Psychiatrie gleich (vgl. Odermatt & Brügger 2001 S. 534). Die Pflegevariablen sind zu Gruppen zusammengefasst, was dazu beiträgt, dass die pflegerischen Tätigkeiten leichter erfasst und zugeordnet werden können. Jede Gruppe ist in unterschiedliche Stufen der Arbeitsintensität unterteilt. Im LEP® Nursing 2 System wird je nachdem um welche Pflegevariable es sich handelt, die Intensität, z.B. mit „sehr einfach, einfach, aufwändig und sehr aufwändig“, angegeben (Isfort et al. 2004 S. 25).

Essen/ Trinken einfach	33.01
Beschreibung	Der Patient/die Patientin erhält einfache Unterstützung beim Essen oder Trinken.
Beispiele	<ul style="list-style-type: none"> - Mahlzeit und/oder Getränk zubereiten und servieren - Brötchen streichen/ Fleisch schneiden - Wechsel von Sonderkostgefäß - Einfaches Unterstützen beim Stillen
Bemerkungen	Die Variable beinhaltet die Lagerung des Patienten, die Bestellung, das Zubereiten und Servieren der Mahlzeit sowie das Abräumen und Reinigen des Esstisches.
	Die Variable beinhaltet zielgerichtete Beobachtung, Begleitung und Unterstützung des Patienten/der Patientin zur Förderung der Selbständigkeit.
Anleitung	
Zeitwert	5 Minuten

Tab. 8: Beispiel einer LEP-Variablen von LEP® Nursing 2 (Odermatt & Brügger 2001 S. 535)

Die Tabelle 8 stellt ein Beispiel einer LEP-Variable im LEP® Nursing 2 System dar. Dabei handelt es sich um die Pflegevariable „Essen/Trinken einfach“. Bei dieser Pflegevariable wird die Intensität der pflegerischen Tätigkeit als einfach angegeben. In der Tabelle ist ersichtlich, dass neben der Bezeichnung der pflegerischen Tätigkeit auch eine Beschreibung der Durchführung dieser Handlung angeführt wird. Zusätzlich sind Beispiele angegeben, die es meiner Ansicht nach erleichtern eine Handlung zu einer Pflegevariablen zuteilen zu können. Der Zeitwert ist mit fünf Minuten (Tab. 8) bemessen worden, was bedeutet, dass eine ausgebildete und erfahrene Pflegeperson im Stande sein sollte die Pflegetätigkeit in Form von Unterstützung der/des Patientin/Patienten beim Essen oder Trinken in fünf Minuten auszuführen. Die Pflegevariable gehört zur Gruppe Essen und Trinken.

Im LEP® Nursing 3 werden detaillierte Pflegeinterventionen angeführt, die eine Zuteilung zu einer Pflegevariable noch mehr erleichtern.

Die LEP® kann für die Erwachsenen- und Kinderkrankenpflege und in allen Fachbereichen der Medizin wie z.B. in der Onkologie, Wochenbett, Psychiatrie, Rehabilitation und Dialyse angewendet werden. Die Leistungserfassung in der Pflege (LEP) ist auch in der Physiotherapie mit dem dazugehörigen Konzept LEP® Physiotherapie anwendbar (vgl. Maeder et al. 2006 S. 4).

Die pflegerischen Tätigkeiten können dabei mittels verschiedener Methoden erfasst werden:

- „Eingabeverfahren am Computer mittels Barcodeleseseinheiten
- Eingabeverfahren mittels kleiner Mobilcomputer
- Eingabeverfahren mittels stationärer PC's
- Eingabeverfahren mittels mobiler PC's“ (Isfort 2004 S. 22).

Zusätzlich zu den erbrachten pflegerischen Tätigkeiten, somit dem Pflegeaufwand, werden bei der Leistungserfassung in der Pflege (LEP®) die Arbeitszeiten des Pflegepersonals ermittelt. Die Arbeitszeiten der Pflegefachkräfte werden dem erhobenen Pflegeaufwand gegenübergestellt. Es wird dann die Division zwischen dem Pflegeaufwand und der aufgewendeten Arbeitszeit der Pflegeperson gebildet. Die Division stellt u.a. dabei die Pflegehandlungen dar, welche nicht mit den Pflegevariablen ermittelt werden können, weil sie nicht unmittelbar den PatientInnen zugerechnet werden können. Solche Pflegehandlungen sind z.B. organisatorische Tätigkeiten und die Ausbildung von Pflegekräften (vgl. Odermatt & Brügger 2001 S. 535). Bei diesem Quotienten handelt es sich um den C-Wert. Dieser kann als „Indikator für die Belastung in einer bestimmten Organisationseinheit interpretiert werden“ (Maeder 2006 S. 9).

Die aufgewendete Arbeitszeit bei Pflegepersonen in Ausbildung wird nicht voll verwendet, sondern die Zeit wird gewichtet. Im ersten Ausbildungsjahr wird die Personalzeit mit 0,2, im zweiten Ausbildungsjahr mit 0,5 und im dritten Ausbildungsjahr mit 0,8 gewichtet. Diese Gewichtung stellt dar, dass eine Pflegeperson in Ausbildung nicht dieselbe Leistungsfähigkeit besitzt wie eine qualifizierte Pflegeperson und somit eine Gewichtung gegenüber einer qualifizierten Pflegefachkraft vorgenommen wird. Es wird eine gewichtete Personalzeit ermittelt (vgl. Isfort et al. 2004 S. 29).

Es wird angegeben, dass erfahrungsgemäß der C-Wert „zwischen 25% und 35% der gewichteten Personalzeit“ (Maeder et al. 2006 S. 9) sein sollte, wenn eine „normale Belastung“ in der Station eines Krankenhauses vorliegt. Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass der C-Wert nicht ohne Interpretation übernommen werden darf, denn er kann Hinweise entweder auf eine hohe/niedrige Belastung der Station in einem Krankenhaus oder auf ineffiziente Arbeitsstrukturen in einer Station geben (vgl. Maeder et al. 2006 S. 9).

Die Formel zur Berechnung des C-Wertes ist (Maeder et al. 2006 S. 9):

$$\text{C-Wert} = \left(1 - \frac{\text{direkt zuordenbarer Aufwand}}{\text{Personalzeit}} \right) \times 100$$

Dieser C-Wert wird verwendet, um den Belastungskoeffizienten (m) zu errechnen. Der Wert zeigt das Verhältnis zwischen dem Pflegeaufwand und der Personalzeit an. Er errechnet sich als Prozentzahl mit der Aussagen darüber gemacht werden können, ob die Arbeitszeit geringer oder höher ist als der zu bewältigende Pflegeaufwand. Liegt der Wert über 100%, dann ist das ein Anzeichen, dass die Personalzeit geringer ist als der Pflegeaufwand. Liegt die Prozentzahl jedoch unter 100%, dann kann dies als Zeichen für eine Unterbelastung des Pflegepersonals gesehen werden. Es muss aber genauso wie beim C-Wert beachtet werden, dass es sich beim Belastungskoeffizienten um einen Wert handelt, der interpretiert werden muss und nicht nur übernommen werden darf.

Die Formel zur Berechnung des Belastungskoeffizienten (m) lautet (Isfort & Weidner 2001 S. 98):

$$\text{Belastungskoeffizient (m)} = \left(\frac{\text{C-Wert} \times \text{Pflegeaufwand} \times 100}{\text{Personalzeit}} \right)$$

In der LEP® werden wie beschrieben die durchgeführten Pflege Tätigkeiten, d.h. der Pflegeaufwand, erfasst. Es kann aber auch Tätigkeiten geben, die nicht in den Pflegevariablen der LEP® enthalten sind. Dabei kann es sich um Pflege Tätigkeiten handeln, bei denen der zeitliche Aufwand sehr stark variiert. Ein Beispiel dafür ist eine 1:1 Betreuung. Dabei kümmert sich eine Pflegeperson um nur eine/n PatientIn (vgl. Fischer 2002 S. 248). Bei solchen Pflege Tätigkeiten, welche nicht standardisierbar sind, wird die tatsächlich erforderliche Zeit für eine Pflege Tätigkeit auf einem Zeitstrahl eingetragen (vgl. Isfort et al. 2004 S. 25). Die Pflegevariablen werden für jede/n PatientIn täglich einmal (alle 24 Stunden) oder nach bestimmten Zeitintervallen erhoben (vgl. Maeder et al. 2006 S. 5).

In der Leistungserfassung in der Pflege (LEP®) ist auch eine PatientInnenkategorisierung vorgesehen. Dabei werden die PatientInnen nach dem erforderlichen Pflegeaufwand in Minuten neun verschiedenen Pflegekategorien zugeteilt. In der Pflegekategorie 1 ist der Pflegeaufwand am geringsten und steigt bis zur Pflegestufe 9, wo er am höchsten ist. Die Zuteilung erfolgt jeweils für eine Dauer von 24 Stunden. Um in die nächsthöhere Stufe aufzusteigen muss der Pflegeaufwand um 120 Minuten zunehmen. In der ersten Stufe beträgt der zeitliche Aufwand pro PatientIn somit zwischen 0 und 120 Minuten. Mit jeder Stufe steigt der zeitliche Aufwand um 120 Minuten an, und somit braucht ein/e PatientIn in der Stufe 2 einen zeitlichen Aufwand an Pflege zwischen 121 und 240 Minuten. Diese PatientInnenkategorien vereinfachen den Vergleich des Pflegeaufwands innerhalb einer Klinik (vgl. Isfort et al. 2004 S. 29).

Als letzten Punkt gibt es in der Leistungserfassung der Pflege eine subjektive Bewertung durch das Pflegepersonal, inwieweit sie den Arbeitstag belastend empfunden haben. Diese Arbeitserfahrungen sind subjektive Einschätzungen der Pflegekräfte und können mit den Werten über die Bewertung der Belastung auf einer Station, dem C-Wert und dem Belastungskoeffizienten (m), verglichen werden (vgl. Isfort et al. 2004 S. 29).

Die Ziele des LEP® Nursing 3, welches die neueste Version der LEP® darstellt, sind:

1. „Leistungserfassung zur Unterstützung der Verwaltungs-, Unterstützungs- und Führungsprozesse
2. Dokumentation zur Unterstützung während der Patientenversorgung“
(Baumberger et al. 2007 S. 1)

Da die Leistungserfassung in der Pflege (LEP®) ständig von der Geschäftsstelle LEP® weiterentwickelt wird, ist die LEP® Nursing 3 aufgrund der aktuellen Anforderungen des Gesundheitswesens entwickelt worden und soll durch die elektronische PatientInnendokumentation unterstützt werden. Gründe dafür sind Anforderungen im Gesundheitswesen, die den Einsatz von sog. Krankenhausinformationssystemen verlangen, um die Arbeitsprozesse in Krankenhäusern zu unterstützen. Arbeitsprozesse sind dabei die Versorgung von PatientInnen, aber auch organisatorische Aufgaben. Eine Unterstützung dieser Arbeitspro-

zesse kommt aber erst zu Stande wenn zusätzlich zur Leistungserfassung die PatientInnendokumentation durchgeführt wird. Bei LEP® Nursing 3 geht es darum, diese Anforderung an die Leistungserfassung und die PatientInnendokumentation zu erfüllen (vgl. Baumberger et al. 2007 S. 1). Bezüglich der Leistungserfassung ist mit sehr ähnlichen Ergebnissen bei der Auswertung von LEP® Nursing 2 und LEP® Nursing 3 zu rechnen. Da die LEP® Nursing 3 das Ziel der elektronischen PatientInnendokumentation verfolgt, sollen „eigenständige Pflegeleistungen (z.B. Ganzkörper waschen), delegierte Pflegeleistungen (z.B. Injektion verabreichen) und organisatorische Pflegeleistungen (z.B. Röntgen anmelden)“ (Maeder et al. 2006 S. 7) dargestellt werden. Da jedoch der Schwerpunkt der Diplomarbeit auf der Leistungserfassung von pflegerischen Tätigkeiten liegt, soll an dieser Stelle nicht näher auf die PatientInnendokumentation eingegangen werden. Interessierte Leser werden auf die Homepage der Geschäftsstelle LEP®⁸, wo auch die vollständige Variablenliste der LEP® Version 2.3 abgerufen werden kann, hingewiesen.

14.1 Systematische Unterscheidung der LEP® und PPR

Da die Leistungserfassungssysteme im Pflegebereich, Pflegepersonalregelung (PPR) und Leistungserfassung in der Pflege (LEP®), beschrieben wurden, soll im Folgenden diskutiert werden, wie diese systematisch zu den bereits beschriebenen gängigen Unterscheidungen von Leistungserfassungssystemen eingeteilt werden können.

Die Leistungserfassung in der Pflege (LEP®) ist laut Isfort & Weidner (2001 S. 94) ein handlungsbezogenes Messinstrument. Die Begründung dafür ist, dass die LEP® den Pflegeaufwand misst. Bei der Methode werden die Pflegetätigkeiten erfasst und dadurch wird der Bedarf an Pflegepersonen ermittelt (vgl. Isfort & Weidner 2001 S. 94).

Demgegenüber ordnen Isfort & Weidner (2001) die Pflegepersonalregelung (PPR) zu den zustandsbezogenen Messinstrumenten. Die Autoren geben an, dass sich die PPR „in ihrer Systematisierung und Erfassung an dem notwendigen Pflegebedarf eines Patienten“ erklärt (Isfort & Weidner 2001 S. 86). In der

⁸ URL: <http://www.lep.ch>

Beschreibung der Methode wird angegeben, dass die PPR die „notwendigen Pflegeleistungen“ ermittelt (Schöning et al. 1995 S. 2). Jedoch soll diese Zuteilung kritisiert werden. Zusätzlich soll auch die Zuteilung von Fischer (2002 S. 141) kritisiert werden, dass die PPR ein Prototypenmodell sei. Denn sowohl die Zuteilung zu den zustandsbezogenen Messinstrumenten als auch zu den Prototypenmodellen erfordert, dass ein Leistungserfassungssystem den Pflegebedarf einschätzt. Denn laut Bartholomeyczik & Hunstein (2000) wird bei Leistungssystemen, die nur die pflegerischen Leistungen berücksichtigen, der Unterschied zwischen notwendiger und erbrachter Pflegeleistung verwischt. Denn oft wird einfach davon ausgegangen, dass die Leistung, die ausgeführt wurde auch die notwendige Leistung war. Es ist aber wichtig diese beiden Begriffe voneinander zu unterscheiden (vgl. Bartholomeyczik & Hunstein 2000 S. 106). Die Forderung bei dem Leistungserfassungssystem PPR ist, wie bereits weiter oben angeführt, dass der/ die PatientIn zu einer von den neun Aufwandsgruppen zugeteilt wird. Jede Aufwandsgruppe definiert dabei geplante Pflegetätigkeiten. Indem der/die PatientIn aufgrund des abgeschätzten Pflegebedarfs zu einer Aufwandsgruppe zugeteilt wird, wird davon ausgegangen, dass die Pflegetätigkeiten, die in einer Aufwandsgruppe angegeben werden auch dem Pflegebedarf des/der PatientIn entsprechen und diese auch in Zukunft durchgeführt werden müssen. Wieteck (2005) führt dazu an, „durch die Einstufung der Patienten in Aufwandsgruppen ist kein Rückschluss möglich, ob die pflegerische Leistung tatsächlich dem Pflegebedürfnis und den daraus abzuleitenden Pflegebedarf des Kunden entspricht“ (Wieteck 2005 S. 118). Bartholomeyczik & Hunstein (2000) betonen ebenfalls, dass kein Argument angegeben wird, warum diese „notwendigen“ Pflegeleistungen verrichtet werden (vgl. Bartholomeyczik & Hunstein 2000 S. 105).

Das Ziel der PPR war, den Bedarf an pflegerischen Leistungen zu ermitteln, jedoch fehlt die Notwendigkeit für die Pflegetätigkeiten. Wie bereits erwähnt, argumentieren Isfort & Weidner (2001), dass sie eine Zuteilung der PPR zu den zustandsbezogenen Messsystemen vornehmen, weil sie von der Zielsetzung der PPR ausgehen und diese den „notwendigen“ Pflegebedarf einschätzen soll. Doch dieses Argument ist schwer haltbar aufgrund der fehlenden Notwendigkeit einer Leistung. Es erscheint sinnvoll, dass der Pflegebedarf erst eingeschätzt werden kann, wenn es einen Grund oder Notwendigkeit dafür gibt. Im Einzelfall

muss dann die Frage gestellt werden, ob ein/e PatientIn aufgrund von Abweichungen zwischen notwendigen und erbrachten Pflegeleistungen in eine andere Aufwandsgruppe fallen würde.

Jetzt werden die beiden Möglichkeiten die Leistungserfassungssysteme einzu-teilen gegenübergestellt. Das Faktorenmodell ist mit dem handlungsbezogenen Messsystem vergleichbar, denn beide messen die bereits erbrachten Pflegeleistungen, somit den Pflegeaufwand. Da die Leistungserfassung in der Pflege (LEP®) den Pflegeaufwand misst und mit Soll-Zeiten gewichtet, kann sie als Faktorenmodell und in der anderen Unterscheidung als handlungsbezogenes Messsystem bezeichnet werden.

Genauso ähnlich ist der Ansatzpunkt der Prototypenmodelle und der zustandsbezogenen Messsysteme. Dabei handelt es sich zwar um zwei Möglichkeiten Leistungserfassungssysteme in der Pflege voneinander zu unterscheiden, jedoch ist die Anforderung bei beiden, dass ein Leistungserfassungssystem den Pflegebedarf einschätzt. Die Pflegepersonalregelung (PPR) wurde von Isfort & Weidner (2001) zu den zustandsbezogenen Messsystemen hingegen von Fischer (2002) zu den Prototypenmodellen gezählt. Dabei wurden diese Zuteilungen kritisiert, denn bei der PPR ist kein Unterschied zwischen den notwendigen Pflegemaßnahmen und den erbrachten Pflegemaßnahmen erkennbar. Die Notwendigkeit einer Pflegemaßnahme ist nicht ersichtlich und somit ist es schwierig davon auszugehen, dass die PPR in der Lage sei den Pflegebedarf von PatientInnen einzuschätzen. Diese Diskussion wurde bereits in Kapitel 11 ausführlicher behandelt.

15 Diskussion der Leistungserfassungssysteme: Pflegepersonalregelung (PPR) und Leistungserfassung in der Pflege (LEP®)

Aufbauend auf der vorangegangenen Beschreibung der beiden Leistungserfassungssysteme *Pflegepersonalregelung (PPR)* und *Leistungserfassung in der Pflege (LEP®)* sollen beide entlang von zwei Fragen diskutiert werden. Erstens wird der Frage nachgegangen, ob die beiden Systeme grundsätzlich den Pflegeaufwand abbilden können und zweitens, ob die Systeme in der Lage sind, den Pflegeaufwand im DRG System adäquat abbilden zu können. Adäquat soll in diesem Zusammenhang bedeuten, dass die Pflege die Kosten für die geleisteten Pflgetätigkeiten aus der DRG erhält.

Bevor auf die beiden Systeme eingegangen wird, soll eine allgemeine Kritik an der Konstruktion der Leistungserfassungssysteme angebracht werden. Als grundsätzliches Problem wird der Grund für die Entwicklung von Leistungserfassungssystemen gesehen. Denn die Entwicklung der PPR musste erfolgen, da es in der Pflege zum Zuwachs an älteren PatientInnen und zum medizinischem Fortschritt gekommen war und somit ein erhöhter Bedarf an Pflegekräften entstanden war. Da zuerst die Entwicklung eines Konzeptes gescheitert war, wurde eine ExpertInnengruppe gebildet und das System zu entwickeln. Die ExpertInnen standen meiner Ansicht nach somit unter Druck eine rasche und effektive Lösung für das entstandene Problem in der Praxis zu finden und ein System zu entwickeln mit dem Ziel den Personalbedarf abschätzen zu können. Es wurden während der Entwicklung der PPR keine empirischen Ergebnisse verwendet, sondern beispielsweise die Zeitwerte der PPR anhand von Erfahrungen der ExpertInnen, welche die Entwicklung durchführten, bestimmt. Isfort (2008) unterstützt das Argument, indem er über die Leistungserfassungssysteme schreibt „der Impuls der inhaltlichen Beschäftigung und Entwicklung folgt dabei meist einem beschriebenen großen Handlungsdruck. Es gibt ein Problem, das es zu lösen gilt (...) die zügige Entwicklung einer Praxislösung wird nicht unbedingt mit einem forschungsgestützten Entwicklungsvorhaben in Einklang zu bringen sein“ (Isfort 2008 S. 161).

Zusätzlich wird ein Problem bei der PPR darin gesehen, dass die Entwicklung des Systems nach seiner Entstehung nicht fortgeführt wurde. Die LEP® hingegen wird bis heute fortwährend weiterentwickelt und die Pflegevariablen werden weiter ausgebaut. Mit der LEP® Version 3 wurde auch der Notwendigkeit nachgegangen ein Leistungserfassungssystem mit einer elektronischen PatientInnendokumentation zu verbinden, um somit den Arbeitsprozess der Pflege besser abbilden zu können. Die Ergebnisse der Entwicklung der LEP® werden transparent auf der Homepage der Geschäftsstelle LEP® dargestellt und können in den Berichten der Geschäftsstelle nachgelesen werden.

Ein weiteres Problem das sich stellt ist die Frage, ob eine Pflegeperson oder eine Person eines anderen wissenschaftlichen Fachgebietes über die nötigen fachlichen Kenntnisse verfügt, um ein Leistungserfassungssystem zu entwickeln. Die Erfahrungen der Pflegekräfte können als ein wichtiger Faktor in der Entwicklung eines Leistungserfassungssystems in der Pflege gesehen werden. Die Pflege hat noch eine junge Tradition als wissenschaftliche Disziplin und somit ist es von Bedeutung die Erfahrung aus der Praxis bei der Entwicklung von Leistungserfassungssystemen zu berücksichtigen. Dennoch bleibt das Problem erhalten, dass eine Entwicklung nur aufgrund von Erfahrungswissen die intersubjektive Überprüfbarkeit der Leistungserfassungssysteme nicht garantieren kann.

Die Leistungserfassungssysteme LEP® und PPR bilden die durchgeführten pflegerischen Tätigkeiten ab. Die PPR verfolgt weiter das Ziel der Einschätzung des Personalbedarfs. Indem den Pflegetätigkeiten Zeitwerte zugeordnet werden, besteht die Möglichkeit der Pflege die Kosten zu erstatten für die durchgeführte Arbeitszeit. Oftmals wird in Hinblick auf die Einführung des DRG Systems kritisiert, dass der Pflegeaufwand nicht genügend abgebildet wird durch das DRG System und die Pflege somit nicht die Kosten für die erbrachten Pflegetätigkeiten aus der DRG erhält. Da es bei Leistungserfassungssystemen auch um ökonomische Aspekte geht, indem diese eine Möglichkeit bieten, dass die Pflege die Kosten für die geleisteten Pflegetätigkeiten erstattet bekommt, wäre es von Vorteil, wenn ÖkonomInnen bei der Erstellung der Leistungserfassungssysteme hinzugezogen werden würden.

Isfort (2008) schreibt dazu, „nicht jeder klinisch arbeitende Arzt wäre in der Lage, selbst ein DRG System zu entwickeln. Das bedeutet, dass meist ein exter-

ner Betrachtungswinkel oder aber das Wissen aus angrenzenden Wissenschaftsbereichen von vorne herein ausgeschlossen wird. So bleiben die gestalterischen Möglichkeiten in den Grenzen, die die Selbstwahrnehmung, die Selbstbeschreibung und die Reflexion der eigenen Praxis zulassen“ (Isfort 2008 S. 163).

Im Nachfolgenden soll im Speziellen auf die beiden Leistungserfassungssysteme *Pflegepersonalregelung (PPR)* und *Leistungserfassung in der Pflege (LEP®)* eingegangen und die Standpunkte einiger AutorInnen angebracht werden. Die Diskussion wird in Form einer Pro und Contra Diskussion stattfinden und am Ende werden die zentralen Ergebnisse zusammengefasst.

15.1 Diskussion über die Pflegepersonalregelung (PPR)

Die Pflegepersonalregelung (PPR) ist im Kalkulationshandbuch für das DRG System 2010 als System angegeben, um die Pflegepersonalkosten zu berechnen. Somit ist laut dem Handbuch vorgesehen, dass die Kosten für das Pflegepersonal über die Einstufung der PatientInnen in die neun Pflegestufen zu erfolgen hat. Die PPR gibt an, ein System zur Bemessung des Pflegepersonals zu sein. Gemäß § 4 Abs. 1 PPR „zur Ermittlung des Bedarfs an Fachpersonal für die Krankenpflege für Erwachsene werden die Patienten aufgrund der für sie *notwendigen Pflegeleistungen*...den Pflegestufen A 1 bis A 3 und...den Pflegestufen S 1 bis S 3... zugeordnet“ (Schöning et al. 1995 S. 2). In der PPR ist somit die Rede von den „notwendigen Pflegeleistungen“. Da entsteht jedoch das Problem, dass kein Unterschied gemacht wird zwischen erbrachten Pflegeleistungen, somit dem Pflegeaufwand, und den notwendigen Pflegeleistungen, was als Pflegebedarf verstanden werden kann. Bartholomeyczik & Hunstein (2002) kritisieren dabei grundsätzlich Personalbemessungssysteme, die sich nur auf pflegerische Tätigkeiten beziehen und dadurch den Pflegebedarf vorgeben einschätzen zu können. Sie kritisieren es werde „implizit davon ausgegangen, dass die erbrachte Pflege gleichzeitig auch die notwendige sei“ (Bartholomeyczik & Hunstein 2000 S. 106). Der Grund, warum bei der PPR aus den erbrachten Pflegeleistungen auf die notwendigen Pflegeleistungen zu schließen versucht wird, wird darin gesehen, dass anscheinend angenommen wird, dass

innerhalb jeder der neun Pflegestufen die benötigten Zeitwerte identisch seien und somit PatientInnen, die sich in der selben Pflegestufen befinden ungefähr die selbe Zeitdauer an pflegerischen Tätigkeiten benötigen. Die grundsätzliche Idee PatientInnen Gruppen zuzuordnen, wenn diese ähnliche pflegerische Tätigkeiten erfordern, erscheint sehr sinnvoll. Jedoch kann ein Problem in der Umsetzung der Einteilungskriterien gesehen werden. Laut der PPR werden PatientInnen den Pflegestufen A 1 bis A 3 zugeteilt. Es sind Einordnungsmerkmale definiert, die es begründen, dass PatientInnen den Pflegestufen A 2 und A 3 zugeteilt werden. Kritisch wird dabei die Zuteilung zur Pflegestufe A 1 betrachtet, denn laut Tab. 5 sollen alle PatientInnen, die nicht den beiden Pflegestufen A 2 und A 3 zugeteilt werden konnten, der Pflegestufe A 1 zugeteilt werden. Diese Zuordnungshinweise finden sich laut Tab. 6 ebenfalls in der Zuteilung der PatientInnen zu den Pflegestufen S 1 bis S 3 wider, in der PatientInnen der Pflegestufe S 1 zugeteilt werden sollen, wenn diese nicht die Einordnungsmerkmale der beiden anderen Pflegestufen (S 2 und S 3) erfüllen. Die Einordnungsmerkmale erscheinen zu ungenau, um rechtfertigen zu können, warum eine Person in die Stufe A 1 oder S 1 eingestuft wird.

Über die Zuordnung der PatientInnen zu den Pflegestufen sagt Schöning et al.: „Diese Zuteilungskriterien sind bei der Allgemeinen Pflege wie auch bei der Speziellen Pflege Suchmerkmale, die, stellvertretend für das ganze Leistungsspektrum (Tätigkeitsprofile), den Patienten für die richtige Einstufung hinreichend genau abbilden“ (Schöning et al. 1995 S. 58).

Jedoch wird nicht weiter darauf eingegangen, warum es ausreichen soll, die PatientInnen nach diesen Zuteilungskriterien den verschiedenen Pflegestufen zuzuordnen. Kobald & Kahlisch (2004) führten zu der Zuordnung der PatientInnen an, dass es laut ihrer Untersuchung nur in der Pflegestufe S 2 zu Korrelationen (Zusammenhängen) zwischen den tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen und der Einstufung von PatientInnen zu der Pflegestufe S 2 gekommen sei (vgl. Kobald & Kahlisch 2004 S. 27). Isfort & Weidner (2001) kritisieren dabei, dass eine Gruppe von ExpertInnen entschieden hat, dass zwei Einordnungsmerkmale vorhanden sein müssen, um die PatientInnen zu den Pflegestufen A 2 oder A 3 zuzuteilen, um den Pflegebedarf der PatientInnen einschätzen zu können (vgl. Isfort & Weidner 2001 S. 91). Wieteck (2005) kritisiert die PPR hinsichtlich der Konzeption, da diese nur für die Abbildung der Pflegeleistungen im

Tagdienst entwickelt wurde, jedoch bleiben dabei die Nachtdienste und somit der nächtliche Pflegeaufwand unberücksichtigt. Das Argument erscheint sehr plausibel, dass die PPR als zu ungenau angesehen wird, um den Pflegeaufwand der PatientInnen vollständig abbilden zu können, ohne dabei den Pflegeaufwand des Nachtdienstes zu berücksichtigen. Weiter wird von der Autorin kritisiert, dass die PatientInnen nur nach vier Bereichen eingeteilt werden (vgl. Wieteck 2005 S. 118). Die vier Bereiche sind „Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung und Bewegung/Lagerung“ (Schöning et al. 1995 S. 7). Der Kritikpunkt der Autorin ist dabei, dass aufgrund der Festlegung auf vier Bereiche bedeutende Betrachtungsweisen außer Acht gelassen werden. Als Beispiel für solche Aspekte nennt sie die pflegerische Gesprächsführung oder auch Pflegetätigkeiten bei der Unterstützung der Atmung (vgl. Wieteck 2005 S. 118). Diese Darlegung ist verständlich, denn es bleibt zweifelhaft, ob die grobe Einteilung der Tätigkeiten in nur vier Bereiche, das Spektrum der pflegerischen Arbeit darstellen können. Die pflegerische Gesprächsführung kann z.B. als besonderes bedeutender Bestandteil fast jeder Pflegetätigkeit angesehen werden, da es unwahrscheinlich scheint, dass eine pflegerische Behandlung ohne vorhergehendes Gespräch stattfinden kann. Das pflegerische Gespräch nimmt somit ebenfalls eine gewisse Zeit je nach PatientIn und Behandlung in Anspruch.

Kuhlmann (2003) beschreibt, dass es mit der PPR nur eingeschränkt möglich ist den Pflegeaufwand eines/einer PatientIn darzustellen. Allerdings bleibt er eine Erklärung schuldig, warum diese Abbildung des Pflegeaufwandes nur eingeschränkt möglich sein soll (vgl. Kuhlmann 2003 S. 762).

Kahlisch et al. (2004) beschreiben ebenfalls, dass sich mit der PPR der Pflegeaufwand der PatientInnen nur ungenau darstellen lässt, weil im Leistungserfassungssystem PPR die Qualifikation der Pflegepersonen nicht berücksichtigt wird. Die Autoren geben an, dass es gerade im Pflegeberuf von Bedeutung ist, welche berufliche Qualifikation die Pflegekräfte haben, da durch diese die Dauer der Erfüllung der Pflegetätigkeiten bestimmt wird. Andererseits sagen sie auch, dass es mit der PPR möglich sei einen durchschnittlichen Pflegeaufwand abzubilden (vgl. Kahlisch et al. 2004 S. 27). Jedoch wird dieses Argument von den Autorinnen nicht weiter ausgebaut. Das Argument von Kahlisch et al. (2004) erscheint nachvollziehbar, denn die Qualifikation des Pflegepersonals spielt bei der Verrichtung der Pflegetätigkeiten eine Rolle in Anbetracht der be-

nötigten Zeit. Dabei besteht die Möglichkeit, dass die Zeitdauer der Durchführung der Pflegetätigkeiten variieren kann, je nachdem ob diese Tätigkeit durch eine fertig ausgebildete Pflegeperson oder durch eine Pflegeperson im zweiten Ausbildungsjahr durchgeführt wird. Es ist anzunehmen, dass eine fertig ausgebildete Pflegeperson für die Durchführung einer Ganzkörperwäsche weniger Zeit braucht, als eine Pflegeperson im zweiten Ausbildungsjahr, welcher es vermutlich an Routine und Erfahrung mangelt.

Wie bereits zu Beginn der Diskussion in Bezug auf die Erstellung der Leistungserfassungssysteme erwähnt wurde, werden bei der PPR die Minutenwerte einzig aufgrund von Erfahrungswerten von ExpertInnengruppen bestimmt. Diese Vorgehensweise ermöglicht keine intersubjektive Nachprüfbarkeit der Minutenwerte. Somit ist es auch nicht objektiv nachweisbar, ob die Minutenwerte auch wirklich geeignet sind, die Dauer der pflegerischen Tätigkeiten in einer Pflegestufe abzuschätzen. Isfort (2002) kritisiert, dass die PPR und somit die neun Pflegestufen und die dazugehörigen Zeitwerte nicht auf wissenschaftlichen Daten beruhen und seiner Meinung nach würde eine Erweiterung des Systems oder aber eine Vervollständigung des Systems nichts an dem Problem ändern können (vgl. Isfort 2002 S. 579). Isfort (2002) sagt dazu, dass „Instrumente, die normativ und von Experten entwickelt worden sind, niemals eine ‚nachträgliche Wissenschaftlichkeit‘ ausgewiesen bekommen können (Isfort 2002 S. 579).

Kuhlmann (2003) kritisiert ebenfalls die fehlende Wissenschaftlichkeit der PPR, indem er sagt, dass das System nicht auf empirischen Daten beruht, sondern alleine aufgrund von Erfahrungen der Pflegepersonen ermittelt wurde (vgl. Kuhlmann 2003 S. 762).

Im Nachstehenden soll die Kritik an der PPR, im Hinblick auf die Eignung die Kosten aus der DRG der Pflege zu erstatten, besprochen werden.

Seit der DRG Einführung wird die Kosten- und Leistungsrechnung im Akutkrankenhaus aufgrund von einem Behandlungsfall berechnet. Damit Daten zur „Entgeltkalkulation“ (Kuhlmann 2003 S. 762), zu der Planung und der Steuerung von Erträgen und zur Sicherung von Erträgen erhalten werden können, werden ausführliche Angaben über pflegerische Tätigkeiten benötigt. Jedoch reicht es zur „Entgeltkalkulation“ aus, pflegerische Tätigkeiten in pflegerische Kategorien einzuordnen. Diesen Pflegekategorien müssen Pflegeminuten zu-

geordnet sein. Um jedoch eine „Erlössicherung“ (Kuhlmann 2003 S. 762) zu gewährleisten müssen Daten zu Anzahl, Dauer, Anlass, Zweck und das Resultat von pflegerischen Tätigkeiten vorhanden sein. Die pflegerische Leistung kann nur dann gerechtfertigt werden, wenn die erbrachten Pflegetätigkeiten notwendig und zweckmäßig waren. Wenn die Transparenz der Pflegekosten gewahrt bleiben soll, dann muss auch die berufliche Qualifikation der Pflegekräfte angegeben sein (vgl. Kuhlmann 2003 S. 760).

Da es zur „Entgeltkalkulation“ ausreicht die pflegerischen Tätigkeiten, die erbracht wurden, in Kategorien zusammenzufassen, kann davon ausgegangen werden, dass sich die PPR für diesen Schritt eignet. Als Grund sehe ich, dass die Pflegepersonen die PatientInnen aufgrund von erbrachten Pflegetätigkeiten zu einer der neun Pflegestufen zuteilen müssen. Kuhlmann (2003) führt an, dass „die PPR zur Entgeltkalkulation, nicht aber zur Leistungsplanung und –steuerung genutzt werden“ kann (Kuhlmann 2003 S. 762). Nur führt Kuhlmann (2003) dieses Argument der Eignung der PPR zur „Entgeltkalkulation“ nicht näher aus.

Wenn die Möglichkeit der „Erlössicherung“ betrachtet wird, kritisiert Wieteck (2005), dass es durch die Einteilung der PatientInnen in die neun Pflegestufen nicht möglich sei darauf zu schließen, ob die pflegerischen Tätigkeiten, die durchgeführt werden, tatsächlich dem Pflegebedarf der PatientInnen entsprechen (vgl. Wieteck 2005 S. 118). Da es für die „Erlössicherung“ von Bedeutung ist, dass die Ursache und das Resultat einer pflegerischen Tätigkeit ersichtlich sind, soll kritisiert werden, dass die PPR nicht als Instrument zur Erlössicherung eingesetzt werden kann, denn laut Kuhlmann (2003) sind bei der PPR „Grund und Ziel des erhöhten Aufwandes (...) nicht ersichtlich“ und deshalb kann keine Aussage über die Notwendigkeit einer durchgeführten pflegerischen Tätigkeit gemacht werden (Kuhlmann 2003 S. 762). Die fehlende Notwendigkeit einer pflegerischen Tätigkeit bei der PPR erscheint als wichtiger Kritikpunkt gegen die Anwendung der PPR, um die Kosten für die erbrachte pflegerische Tätigkeit, somit für den Pflegeaufwand, aus der DRG zu erhalten. Hunstein (2006) hat in einem Vortrag beim deutschen Pflegekongress reine Leistungserfassungssysteme kritisiert, indem er als Argument angebracht hat, dass eine pflegerische Tätigkeit eine deutliche Ursache haben muss um zu rechtfertigen, warum diese überhaupt durchgeführt wird (vgl. Hunstein 2006). Sein Argument ist sehr plau-

sibel, denn wenn eine pflegerische Tätigkeit durchgeführt wird, dann ist es von Bedeutung, den LeistungserbringernInnen z.B. einem Krankenhaus nachweisen zu können, wieso Pflegetätigkeiten ausgeführt wurden.

Weiters ist es nötig die erbrachten pflegerischen Maßnahmen durch die Pflegebedürftigkeit oder mit der Pflegediagnose erklären zu können, um eine Ursache für die pflegerischen Maßnahmen zu haben (vgl. Hunstein 2006). Genau in dem Argument wird das Problem bei der PPR gesehen, denn dieses Instrument zur Leistungserfassung in der Pflege orientiert sich allein an den durchgeführten Pflegetätigkeiten, beschreibt jedoch nicht eine Ursache und somit die Notwendigkeit für die Tätigkeit. Denn Bartholomeyczik & Hunstein (2000) kritisieren die PPR dahingegen, dass bei der Beschreibung des Instrumentes zur Abbildung der „notwendigen Pflegeleistungen“ (Schöning et al. 1995 S. 2) keine Ursache angeführt werde, warum die Pflegeleistungen notwendig seien. Es sei nicht möglich, die Notwendigkeit einer pflegerischen Tätigkeit allein dadurch zu begründen, indem der Zeitpunkt und die Anzahl der durchgeführten pflegerischen Maßnahmen dokumentiert werden (vgl. Bartholomeyczik & Hunstein 2000 S. 105). Bartholomeyczik & Hunstein (2000) formulieren die Hauptaussage ihres Argumentes aussagekräftig, indem sie beschrieben haben, dass es nicht möglich auszusagen aus welchem Grund eine Handlung gesetzt wird, wenn die Ursache für die Handlung nicht bekannt ist (Bartholomeyczik & Hunstein 2000 S. 105).

Aufgrund der angeführten Argumente, wird bezweifelt, dass sich die PPR als Instrument zur Erlössicherung eignet, denn es wird keine Ursache oder ein Ziel der durchgeführten Pflegetätigkeiten angeführt.

Im Folgenden soll auf die positiven Argumente für die PPR beim Einsatz zur Abbildung des Pflegeaufwandes und der Abbildung der Pflegekosten im DRG System eingegangen werden. Zwar wurde gezeigt, dass erstens durch die PPR die pflegerischen Tätigkeiten nicht vollständig beschrieben werden können, weil die neun Pflegestufen nicht alle Leistungen abbilden können und einige Bereiche der pflegerischen Tätigkeit nicht berücksichtigt werden und zweitens die PPR keine Notwendigkeit für die Durchführung der pflegerischen Maßnahmen beinhaltet.

Jedoch beschreibt Kuhlmann (2003), dass es trotzdem möglich sei zumindest eingeschränkt die Kosten für die Pflegefachkräfte in der PPR zu berechnen (vgl.

Kuhlmann 2003 S. 762). Denn es kann mit der PPR ein durchschnittlicher Pflegeaufwand dargestellt werden, obwohl die Qualifikation der Pflegekräfte nicht Berücksichtigung findet und durch die Einteilung in nur vier Bereiche sehr grob ist (vgl. Kahlisch et al. 2004 S. 27). Kuhlmann (2003) führt auch an, dass die Berechnung der fallbezogenen Personalkosten auch genauer durchgeführt werden kann mit der PPR, als durch die weiter oben beschriebenen tagesgleichen Pflegesätze (vgl. Kuhlmann 2003 S. 762).

Positiv angeführt wird auch, dass die PPR in sehr vielen Kliniken verwendet wird, um den Pflegeaufwand darzustellen und die Pflegepersonalkosten zu berechnen und somit ist eine MitarbeiterInnenschulung auch meistens nicht erforderlich. Zusätzlich ist die PPR wegen der weiten Verbreitung meistens sofort einsetzbar in den Krankenhäusern (vgl. Kuhlmann 2003 S. 762). Als Argument für die PPR soll angebracht werden, dass die Einstufung in die neun Pflegestufen relativ einfach zu verstehen und nicht komplex ist. Dadurch wird der zeitliche Aufwand, um die PatientInnen den Pflegestufen zuzuteilen als gering empfunden und somit könnte man damit argumentieren, dass mit der PPR Zeit bei der Dokumentation und Berechnung des Pflegeaufwandes und der Personalkosten gespart werden kann. Weiters war die PPR die erste gesetzliche Lösung für die Ermittlung der Personalkosten und ist auch heute noch im Kalkulationshandbuch zur Berechnung der Pflegepersonalkosten im DRG System vorgesehen. Somit hat die Pflege zumindest ein vorgeschriebenes eigenes Leistungserfassungssystem im DRG System, mit welchem die Personalkosten berechnet werden können, obwohl das System einige Mängel aufweist.

Zusammenfassend kann angemerkt werden, dass pflegerische Tätigkeiten eine Ursache und ein Ziel, somit eine Notwendigkeit der Durchführung einer pflegerischen Maßnahme, aufweisen sollten, um die Berechnung von Pflegekosten ermöglichen zu können (vgl. Kahlisch et al. 2004 S. 29). Die PPR bietet eine grobe Matrix zur Abbildung des Pflegeaufwandes im DRG System, denn sie lässt einige Bereiche der Pflegetätigkeit sowie den Pflegeaufwand der während des Nachtdienstes entsteht außer Acht. Weiter stellt sich das Problem dar, dass aus der PPR keine Notwendigkeit für die Durchführung ableitbar ist und somit keine Rechtfertigung gegenüber Leistungsträgern z.B. Krankenhaus stattfinden kann, warum die Pflege die Kosten für durchgeführte Tätigkeiten aus der DRG erhalten sollte. Es spricht jedoch für die PPR als Kalkulationsinstrument, dass

mit dem Instrument eine Entgeltkalkulation durchgeführt werden kann, weil eine Einteilung von pflegerischen Tätigkeiten zu Kategorien (neun Pflegestufen) vorgenommen wird. Die PPR ist in den deutschen Krankenhäusern weit verbreitet und somit meistens sofort einsetzbar ohne das Erfordernis einer zusätzlichen Schulung der Pflegekräfte.

15.2 Diskussion über die Leistungserfassung in der Pflege (LEP®)

Im darauffolgenden Abschnitt wird eine Diskussion über das Leistungserfassungssystem *Leistungserfassung in der Pflege (LEP®)* geführt. Es sollen die Frage geklärt werden, ob das System den Pflegeaufwand im DRG System adäquat abbilden kann, so dass die Pflege die Kosten aus der DRG erhält.

Zuerst sollen die negativen Aspekte besprochen werden, die eine Eignung der LEP® als Instrument zur adäquaten Abbildung des Pflegeaufwandes im DRG System kritisieren.

Bei der Methode LEP® werden den Pflegevariablen festgeschriebene Zeiten zugeteilt. Diese wurden wie bereits oben beschrieben durch ExpertInnen festgelegt. Es werden somit keine realen Zeiten, also die tatsächlich verbrauchte Zeit bei der Durchführung einer pflegerischen Maßnahme, erhoben, sondern die Pflegetätigkeiten werden den Pflegevariablen zugeteilt und somit mit normativen Zeitwerten versehen. Kahlisch et al. (2004) kritisiert dabei die normativen Zeitwerte, indem sie meinen, dass die Berechnung vom Pflegeaufwand im DRG System mit normativen Zeiten „nicht ohne weiteres möglich“ ist (Kahlisch et al. 2004 S. 28). Jedoch wird von den Autorinnen nicht weiter ausgeführt, warum sich diese Werte nicht eignen.

Als wichtigen Kritikpunkt wird die fehlende Beschreibung der Ursache und des Zieles in dem System LEP® angesehen, denn nur so kann es zu einer adäquaten Berechnung vom Pflegeaufwand im DRG System kommen. Kahlisch et al. (2004) argumentieren ähnlich und kritisieren ebenfalls den fehlenden Nachweis der Notwendigkeit für die Durchführung einer pflegerischen Maßnahme (vgl. Kahlisch et al. 2004 S. 2004). Zwar werden eine Vielzahl an Pflegevariablen im LEP® System beschrieben, jedoch erscheint es problematisch, dass man selbst anhand der vielen Variablen nicht auf eine Ursache für die pflegerischen Tätig-

keiten schließen kann. Kuhlmann (2003) führt an, dass die LEP® zwar Zustandsvariablen der PatientInnen erfasst, jedoch kritisiert er, dass mit dem Instrument nicht die Notwendigkeit des pflegerischen Aufwands nachgewiesen werden kann aufgrund der zu geringen Anzahl an Variablen (vgl. Kuhlmann 2003 S. 76). Kuhlmanns Meinung soll kritisch betrachtet werden, es gibt im LEP® System eine große Anzahl an Pflegevariablen. Kahlisch et al. (2004) beschreiben die LEP® als „differenzierter“ (Kahlisch et al. 2004 S. 28) als das System PPR, weil die PPR nur eine Anzahl von neun Pflegestufen hat und die LEP® in der Version LEP® Nursing 2.3 aus 162 Pflegevariablen besteht, welche in insgesamt 15 Gruppen zusammengefasst sind (vgl. LEP-AG 2004, vgl. Kahlisch et al. 2004 S. 28). Jedoch kann Kuhlmann (2003) dahingehend zugestimmt werden, dass die Notwendigkeit bei der LEP® Methode nicht ersichtlich ist, denn bei den einzelnen Pflegevariablen wird keine Ursache zur Durchführung einer Pflegemaßnahme beschrieben, sondern nur die einzelnen pflegerischen Tätigkeiten benannt sind.

Kuhlmann (2003) kritisiert an der LEP®, dass bei dem Leistungserfassungssystem LEP® im Gegensatz zur PPR die Qualifikation der Pflegekräfte berücksichtigt wird, jedoch nicht wenn es um die Durchführung von Pflegetätigkeiten geht, sondern erst bei der Auswertung der Arbeitsbelastung. Da es für die Transparenz der Pflegekosten entscheidend ist, dass die Qualifikation des Pflegepersonals Berücksichtigung findet, kann nicht angenommen werden, dass die Transparenz bei der LEP® gegeben ist. Zur Erlössicherung wäre es von Bedeutung, dass der Grund und das Ziel der pflegerischen Tätigkeiten ersichtlich sind. Weiters sollte die Transparenz der pflegerischen Tätigkeiten und die Notwendigkeit erkennbar sein, damit die pflegerischen Leistungen gerechtfertigt sind und für den Leistungsträger z.B. Krankenhaus nachvollziehbar sein können. Man könnte argumentieren, dass die Transparenz der pflegerischen Maßnahmen im LEP® System vorhanden ist, weil eine große Anzahl an Pflegevariablen zur Verfügung stehen, die verschiedene Pflegebereiche, wie z.B. Bewegung, Atmung oder Dokumentation, abdecken, und es somit möglich ist, einer großen Anzahl an pflegerischen Maßnahmen Zeitwerte zuzuteilen. Jedoch fehlt bei der LEP®, wie bereits erwähnt, der Nachweis über die Notwendigkeit der pflegerischen Leistungen und somit ist es schwierig die durchgeführten Pflegemaßnahmen vor dem Leistungsträger z.B. Krankenhaus zu rechtfertigen. Bei der

LEP® kann zur Abbildung des Pflegeaufwandes kritisiert werden, dass die Zeitwerte, die den Pflegevariablen zugeteilt werden, durch ExpertInnen aus der Pflege ermittelt wurden und nicht auf empirischen Daten beruhen. Dies ist derselbe Kritikpunkt wie bei der Methode PPR.

Im Folgenden soll auf die positiven Eigenschaften der LEP® eingegangen werden, um den Pflegeaufwand adäquat im DRG System abzubilden.

Über die LEP® schreibt Kuhlmann (2003), dass die Kosten für eine pflegerische Maßnahme fallbezogen über eine große Anzahl an Pflegevariablen erhoben werden können, womit eine präzise „Entgeltkalkulation“ (Kuhlmann 2003 S. 764) möglich wird. Da eine fallbezogene Kostenrechnung durch Beschreibung der Dauer und Anzahl der pflegerischen Maßnahmen stattfindet, kann eine Organisation und Lenkung des Angebotes an pflegerischen Tätigkeiten stattfinden (vgl. Kuhlmann 2003 S. 764).

Kahlisch et al. (2004) heben hervor, dass die LEP® bestimmte Pflegebereiche berücksichtigt, die in der PPR nicht beachtet werden. Als Beispiel nennen die Autorinnen das PatientInnengespräch (vgl. Kahlisch et al. 2004 S. 28). Es soll hervorgehoben werden, dass die LEP® Pflegetätigkeiten beschreibt, die sich auf die Kommunikation mit den PatientInnen konzentrieren. Es gibt in der LEP® einen eigenen Bereich mit dazugehörigen Pflegevariablen, der Pflegetätigkeiten im Zusammenhang mit der Besprechung mit den PatientInnen beschreibt. Weiters möchte ich betonen, dass ich es als wichtig erachte, dass Pflegemaßnahmen im Zusammenhang mit der Sicherheit der PatientInnen beschrieben werden, da Sicherheitsvorkehrungen bei der Behandlung von z.B. körperlich beeinträchtigten PatientInnen unumgänglich sind und von der LEP® als Pflegetätigkeit erfasst werden können. Diese können somit in der LEP® als Pflegeaufwand beschrieben werden.

Im Bezug auf die Zeitwerte der LEP® beschreibt Isfort (2002), dass eine Zeitmessreihe durchgeführt wurde, in der überprüft werden sollte, ob die Zeitwerte, die der LEP® von ExpertInnen zugeteilt wurden, wirklich der Dauer der tatsächlich durchgeführten Pflegetätigkeiten im Durchschnitt entsprechen. Es wird vom Autor nicht angegeben, wie der Ablauf dieser Untersuchung war, oder welches Instrument verwendet wurde. Er führt nur kurz das Ergebnis dieser Untersuchung an. Das Resultat war, dass die untersuchten Zeitwerte nicht alle geschlossen untersucht werden konnten. Der Autor beschreibt, dass bei der LEP®

angegeben wird, dass die Zeitwerte die Dauer darstellen sollen, die eine fertig ausgebildete Pflegeperson benötigen sollte, um eine pflegerische Tätigkeit „qualitativ hochwertig“ (Isfort 2002 S. 500) durchführen zu können. Dabei kritisiert er, dass zuerst definiert werden sollte, was genau darunter verstanden wird, wenn eine fertig ausgebildete Pflegeperson ihre Pflegetätigkeiten „qualitativ hochwertig“ ausführt. Deshalb kann man nicht sofort davon ausgehen, dass die LEP®-Zeitwerte falsch sind, wenn die realen Zeiten nicht den LEP®-Werten entsprechen, sondern es muss interpretiert und politisch diskutiert werden (vgl. Isfort 2002 S. 500). Es wurde von Isfort (2002) nicht weiter ausgeführt, entlang welcher Kriterien diese Diskussion stattfinden sollte, bzw. bleibt die Frage offen, welche Gestalt ein Ergebnis einer politischen Diskussion haben könnte.

Um auf die Frage zurückzukommen, ob die LEP® das misst, was sie zu messen vorgibt, also den Pflegeaufwand, soll angeführt werden, dass zwar nicht die realen Werte gemessen werden bei der Durchführung der Pflegetätigkeiten, aber die Anzahl der Pflegevariablen sehr groß ist und somit werden viele Bereiche der pflegerischen Arbeit erfasst. Die LEP® scheint sich besser zur Erfassung des Pflegeaufwandes zu eignen als die PPR, weil die Möglichkeit besteht, eine durchgeführte Pflegemaßnahme zu einer der 162 Pflegevariablen zuzuordnen. Somit ist eine sehr verfeinerte Darstellung der pflegerischen Tätigkeiten möglich.

Odermatt & Brügger (2001) beschreiben, dass es mit der LEP® möglich sei die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte einzuschätzen. Dadurch soll es möglich werden auf denkbare Über- oder Unterlastung in der Pflegestation zu reagieren (vgl. Odermatt & Brügger 2001 S. 536). Isfort (2002) unterstützt deren Meinung, indem der Autor beschreibt, dass mit dem C- Wert Problemfelder aufgedeckt werden können und somit zurückverfolgt werden kann, welche pflegerischen Tätigkeiten zu einer Belastung des Pflegepersonals geführt haben können (vgl. Isfort 2002 S. 581f.). Sehr positiv kann bei dem Leistungserfassungssystem LEP® angemerkt werden, dass die Möglichkeit besteht, die Arbeitsbelastung zu beobachten. Jedoch hinzugefügt werden soll, dass es genauso wichtig ist, den C-Wert nicht als universellen Wert anzusehen, sondern zu interpretieren, ob die Arbeitsbelastung tatsächlich vorliegt. Dies soll anhand eines kurzen Beispiels illustriert werden. Wenn auf einer Station vormittags von 7:30 bis 9:00 viele pflegerische Tätigkeiten verrichtet werden und nachmittags von 16:00 bis 18:00

ebenso viel Arbeit zu erledigen ist, dann kann dieser Umstand nicht als eine besondere Arbeitsbelastung interpretiert werden. Denn sollte allein die Arbeit in dieser Zeit berücksichtigt werden, dann kann von einer besonderen Belastung die Rede sein, was aber zu einer Verzerrung der tatsächlichen Arbeitssituation führen könnte. Es ist aber zu beachten, dass über den Tag verteilt es nicht besonders viel Arbeit darstellt. Jedoch kann es als guter Indikator gesehen werden, um die pflegerischen Maßnahmen und die Belastung dadurch zu reflektieren und wenn nötig, darauf aufmerksam zu werden.

Weiters soll hinzugefügt werden, dass es als sinnvoll empfunden wird, dass die LEP® die organisatorischen Aufgaben von Pflegekräften im Gegensatz zur PPR berücksichtigt, denn diese machen ebenfalls einen Teil der pflegerischen Arbeit aus. Eine Pflegeperson in der Chirurgie ist z.B. nicht nur für die pflegerischen Tätigkeiten während einer Operation zuständig, sondern auch für die Reservierung des OP-Raumes, was eine organisatorische Tätigkeit darstellt und Berücksichtigung bei der Darstellung des Pflegeaufwandes darstellen sollte.

Isfort (2002) erwähnt einen wichtigen Aspekt bei der Verwendung der LEP®, indem er eine Befragung von Pflegekräften anführt, welche ergab, dass die befragten Pflegepersonen angaben, dass „die Methodik von den Mitarbeitern als sehr einfach und schnell zu erlernen beurteilt wurde“ (Isfort 2002 S. 500). Auf die Frage hin, ob die Pflegepersonen wieder aufhören möchten die LEP® zu verwenden, lehnte ein Großteil der Befragten dies ab (vgl. Isfort 2002 S. 500). Über die Repräsentativität der Studie werden keine Angaben gemacht, jedoch spiegeln diese Ergebnisse wichtige Aspekte wider. Die LEP® kann somit als eine verständliche und leicht anzuwendende Methode interpretiert werden. Dafür sprechen mehrere Gründe. Die Eingabe der pflegerischen Tätigkeiten wird durch computergestützte Eingabeverfahren erleichtert und die Pflegevariablenliste ist transparent und übersichtlich gegliedert, so dass es keine Schwierigkeiten macht, die durchgeführten Pflegetätigkeiten den Pflegevariablen zuzuordnen. Diese Gründe sprechen für die leichte Handhabbarkeit der LEP®.

Zusammenfassend sollen die wichtigsten Aspekte über die LEP® als Instrument zur Abbildung des Pflegeaufwandes im DRG System angeführt werden. Die LEP® ist ein detaillierteres System zur Abbildung der erbrachten pflegerischen Tätigkeiten als die PPR, denn die LEP® besteht aus 162 Pflegevariablen, die in 15 Gruppen zusammengefasst sind und ist somit genauer als die

PPR, welche die pflegerischen Maßnahmen in neun Pflegestufen einteilt. Zudem hat die LEP® den Vorteil gegenüber der PPR, dass sie organisatorische Leistungen der Pflegekräfte berücksichtigt, einfach handhabbar ist und ständig weiterentwickelt wird. Der bedeutendste Nachteil der LEP® als Instrument zur Abbildung des Pflegeaufwandes im DRG System ist wie bei der PPR der fehlende Nachweis der Notwendigkeit zur Durchführung der pflegerischen Maßnahmen, was es schwierig macht, die durchgeführten Pflegemaßnahmen vor den Leistungsträgern z.B. Krankenhaus zu rechtfertigen. Deshalb würde ich die LEP® nicht als Instrument zur Abbildung des Pflegeaufwandes im DRG System empfehlen, weil es keine Rechtfertigung für die Durchführung der Pflegemaßnahmen gibt und somit nicht beantwortet werden kann, warum die Pflege die Kosten für diese aus der DRG erstattet bekommen sollte.

Über beide Leistungserfassungssysteme in der Pflege soll eine allgemeine Kritik zu ihrer Konstruktion angeführt werden und eine Möglichkeit vorgeschlagen werden, wie diese trotzdem zur Abbildung des Pflegeaufwandes im DRG System eingesetzt werden könnten und die Pflege dadurch die Kosten für den erbrachten Pflegeaufwand erstattet bekommen würde.

Hunstein (2006) kritisiert nämlich an den Leistungserfassungssystemen, dass diese nur die erbrachten pflegerischen Tätigkeiten berücksichtigen und diese nicht an die Pflegebedürftigkeit oder die Pflegediagnosen beachten, die einen Grund für die Erbringung der Pflegemaßnahmen liefern würden. Als einen sehr eindrucksvollen Vergleich führt er an, dass die DRGs ebenfalls auf medizinischen Diagnosen und auch auf medizinischen Prozeduren aufgebaut sind. Wenn die Pflege aber nur Prozeduren berücksichtigt, dann kann sie ihre durchgeführten Pflegetätigkeiten nicht rechtfertigen (vgl. Hunstein 2006). Die Entscheidung, ob Pflegetätigkeiten erforderlich sind, muss „also in erster Linie von der Situation des Pflegebedürftigen abgeleitet werden und darüber hinaus von den zu erreichenden Zielen“ (Bartholomeyczik & Hunstein 2000 S. 107).

Als Möglichkeit dieses Dilemma zu lösen kann eine Kombination zwischen der PPR oder LEP® mit einem Instrument sein, das die Pflegebedürftigkeit misst (vgl. Hunstein 2003 S. 34). Dieses Verfahren scheint sehr vielversprechend zu sein, weil somit die Notwendigkeit für die Durchführung einer Pflegetätigkeit gegeben und auch die Erfassung der erbrachten Pflegetätigkeit gewährleistet wäre. Damit wäre Hunsteins (2006) Forderung nach einer Kombination von

Prozeduren und Pflegebedürftigkeit entsprochen. Es soll aus diesem Grund eine weiterführende Forschung vorgeschlagen werden, die die Möglichkeit einer Verbindung zwischen einem Leistungserfassungssystem und einem System zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit untersucht.

Ein bereits durch PflegeforscherInnen entwickeltes System arbeitet mit der LEP® Geschäftsstelle zusammen und soll den Pflegeprozess abbilden. Das System heißt ENP® und wurde durch die LEP® Nursing 3 Version ergänzt und verfeinert. In dem System werden Ursachen und Pflegeziele erfasst (vgl. Wiebeck 2005 S. 118).

Diese Entwicklung kann als ein Schritt in die richtige Richtung angesehen werden. Die Forschung in dem Bereich sollte fortgeführt werden, denn es wurde deutlich aufgezeigt, dass medizinische Diagnosen nicht alleine den Pflegeaufwand erklären können, jedoch die Pflege einen großen Kostenfaktor im Krankenhaus darstellt und es somit wichtig ist, der Pflege die Kosten für die durchgeführten Tätigkeiten zu erstatten.

16 Auswirkungen der DRG-Einführung auf den Pflegebereich

In der Diplomarbeit wurde bereits behandelt, dass die Sorgen und Ängste des Pflegepersonals, schon vor der Einführung des DRG Systems in Deutschland, waren, dass die von ihnen erbrachten Pflegeleistungen im DRG System nicht genügend abgebildet werden und die Pflege somit die Kosten für diese Pflege-tätigkeiten nicht erstattet bekommt. Diese Befürchtung der Pflege wurde anhand von einigen Studien bestätigt (Schmid 2007; Baumberger 2001; Fischer 2002; Eberl et al. 2005).

In dem vorhergehenden Kapitel wurden die beiden Leistungserfassungssysteme LEP® und PPR diskutiert. Dabei wurden bestimmte Forderungen an diese gestellt, um den Pflegeaufwand adäquat im G-DRG System abbilden zu können. Solche Forderungen waren u.a. dass die beiden Messsysteme für den Pflegeaufwand sich genauso wie das DRG System nicht nur an den Prozeduren, sondern auch an den Diagnosen richten. Im Folgenden sollen aufgrund von einer Literaturrecherche die ersten Ergebnisse über die Auswirkungen der Einführung des DRG Systems auf die Pflegearbeit dargestellt werden. Dabei könnte dann ausgelegt werden, ob eine Orientierung an den Diagnosen und eine vermehrte Transparenz bei der Darstellung der erbrachten Pflegetätigkeiten in der pflegerischen Praxis umsetzbar sind.

Aufgrund der Einführung des DRG Systems als Vergütungssystem werden nur wirtschaftliche Ziele verfolgt. Es soll nun eine kurze Aufzählung der wichtigsten Ziele angeführt werden. Ziele des DRG Systems in Deutschland sind u.a. die Senkung der Krankenhausausgaben, effiziente Ressourcenallokation und Erhöhung der Transparenz bezüglich der Finanzierung der Krankenhausausgaben, der Menge und Anzahl der durchgeführten Leistungen im Krankenhaus und der Qualität der erbrachten Krankenhausleistungen (vgl. Weber 2007 S. 56). Diese Ziele stellen hohe Anforderungen an die Genauigkeit der Darstellung der Leistungen dar. Wenn die erbrachten pflegerischen Leistungen mittels der Leistungserfassungssysteme LEP® und PPR genauso detailliert beschrieben werden, stellt sich die Frage, wie die MitarbeiterInnen im Pflegebereich im Hinblick auf die Zufriedenheit mit dem Beruf darauf reagieren.

Im Zusammenhang damit kritisieren Klinke & Müller (2008) die Ziele des DRG Systems, indem sie anführen, dass das DRG System nicht die befriedigenden Arbeitsbedingungen als eines der Ziele des DRG Systems definiert wird. Sie gehen davon aus, dass gute Arbeitsbedingungen und die Zufriedenheit des Pflegepersonals mit der Arbeit sich auch auf die gute Versorgung der PatientInnen auswirken (vgl. Klinke & Müller 2008 S. 10).

Im Folgenden sollen Auswirkungen des DRG Systems auf die Pflege beschrieben werden anhand von verschiedenen Untersuchungsvariablen wie die Auswirkung auf die Arbeitsbedingungen, Zufriedenheit der Pflegepersonen, Veränderung der Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte im Krankenhaus, mögliche Veränderungen in dem Aufgabenbereich der Pflege, Kommunikation untereinander und mit den ÄrztInnen, Veränderung der Strukturen im Krankenhaus und mögliche Veränderung des Verhältnisses zwischen ÄrztInnen und Pflegekräfte. Kritisiert wird, dass die Zahl der Studien, die sich mit den Auswirkungen der DRG Einführung in Deutschland beschäftigen, relativ gering ist (vgl. Klinke & Müller 2008 S. 15). Studien, welche sich mit den Homogenitätsproblemen der DRGs im Zusammenhang mit der Abbildung des Pflegeaufwandes beschäftigen, wurden bereits beschrieben. Nun soll auf Studien eingegangen werden, welche die weiter oben angeführten Variablen als Untersuchungsgegenstand haben. Dabei ist die Zahl derer sehr gering. Noch geringer ist die Anzahl der Studien, die sich mit den Auswirkungen der DRGs auf die Pflege beschäftigen. Die Studien, die in weiterer Folge beschrieben werden sollen, sind:

- WAMP Projekt zu den Auswirkungen der DRGs auf die Pflegearbeit im Krankenhaus (Braun et al. 2008)
- Projekt Diakonie und Ökonomie zu den Folgen der DRG Einführung für die Katholischen Krankenhäuser in Deutschland (Manzeschke et al. 2008)
- Studie an der Universität Witten/Herdecke zu den Auswirkungen der DRG Einführung auf die Pflege (Galatsch et al. 2007)
- Sekundäranalyse der Basiserhebung im Forschungsprojekt „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ (ArbiK) (Schmidt et al. 2008)
- Pflege-Thermometer 2007 zu der Situation der Pflege und der PatientInnen nach der Einführung des DRG Systems (Isfort & Weidner 2008)

- Pflege-Thermometer 2009 zu der Situation der Pflege und der PatientInnen in dem DRG System (Isfort & Weidner 2010)

Die Studien über die Auswirkungen des DRG Systems auf die Pflege sind sehr rar und einige Studien sind aufgrund der geringen Fallzahl nicht repräsentativ. Trotz dessen sind die vorgestellten Studien von Bedeutung, um einen ersten Überblick über die Situation nach der Einführung der DRGs in Deutschland abzugeben und Verbesserungspotential für weitere Studien zu liefern.

16.1 Personalstellen in der Pflege

Zuerst soll auf den Aspekt der Personalstellen im Pflegedienst eingegangen werden. Dabei soll Bezug genommen werden auf die Daten des Statistischen Bundesamtes Deutschland und zwar auf die Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

Geschlecht, Jahr		Funktionsbereich/Beruf				
		Pflegedienst (Pflegebereich)	Gesundheits- und Krankenpflegerinnen / Gesundheits- und Krankenpfleger	Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern / Gesundheits- und Kinderkrankenschwäger	Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	Sonstige Pflegepersonen (ohne/mit staatlicher Prüfung)
Beide Geschlechter	2008	396.221	320.049	37.615	17.508	21.049
	2007	392.896	317.619	37.789	17.538	19.950
	2006	392.711	316.889	38.078	18.160	19.584
	2005	393.186	316.692	38.446	18.515	19.533
	2004	396.691	318.894	38.949	19.322	19.526
	2003	408.183	326.202	39.875	21.055	21.051
	2002	417.282	332.073	40.650	22.298	22.261
	2001	416.319	329.980	40.502	22.740	23.097
	2000	414.478	326.926	40.150	23.371	24.031
	1999	415.865	325.539	40.514	24.500	25.312
	1998	419.284	325.963	40.975	25.718	26.628
	1997	420.306	323.801	41.110	27.013	28.382
	1996	427.271	323.705	41.845	29.743	31.978
	1995	429.183	321.837	41.006	32.736	33.604
	1994	417.272	311.573	40.681	32.104	32.914

Tab. 9: Personal im Pflegedienst in Krankenhäusern nach Berufen, Jahr und Geschlecht, Deutschland, ab 1994 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2010)

Anhand der Tabelle 9 über die Entwicklung der Anzahl des beschäftigten Pflegepersonals in allgemeinen Krankenhäusern ist ersichtlich, dass es ab 1995 zu einem Rückgang des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals gekommen ist. In den Jahren 2003 bis 2004 war dieser Rückgang am stärksten. Im Jahr 2002 waren noch 332 073 Gesundheits- und KrankenpflegerInnen in allgemeinen Krankenhäusern in Deutschland beschäftigt, wohingegen im Jahr

2003 nur mehr 326 202 angestellt waren, was einen Rückgang von 1,8% darstellt. Im Jahr 2004 gab es 318 894 Gesundheits- und KrankenpflegerInnen in Deutschland und im Vergleich zum Vorjahr kam es zu einem Rückgang der Gesundheits- und KrankenpflegerInnen in Höhe von 2,4%. Ab dem Jahr 2005 hat sich der Rückgang jedoch verlangsamt und kam laut Tab. 9 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zu einem Stillstand. Im Jahr 2008 ist ein leichter Aufschwung bemerkbar, denn es waren insgesamt 320 049 Gesundheits- und KrankenpflegerInnen in allgemeinen Krankenhäusern beschäftigt. Im Vergleich zum Jahr 2007 kam es zu einem Zuwachs des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals in Höhe von 2430 MitarbeiterInnen. Jedoch soll betont werden, dass es zu einem allgemeinen Rückgang des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals von 1995 bis 2008 gekommen ist. Die beobachtete Veränderung kann nicht auf die Einführung der DRGs in Deutschland zurückgeführt werden, sondern es kann nur ein allgemeiner Rückgang der Zahl des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals festgestellt werden (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2010). Isfort & Weidner (2010) geben an, dass der leichte Anstieg der Anzahl an dem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal im Jahr 2008 noch nicht als eine Wende in der Entwicklung bezeichnet werden kann. Jedoch wirkt es, als ob der Rückgang des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals zu einem Stillstand gekommen sei (vgl. Isfort & Weidner 2010 S. 5).

In der Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes über die Grunddaten der Krankenhäuser im Jahr 2008 steht, dass „die Zahl der vollstationär behandelten Patienten und Patientinnen...um 341 000 bzw. 2,0% auf insgesamt 17,5 Mill.“ anstieg (Statistisches Bundesamt 2009). Umgerechnet bedeutet dies, dass im Jahr 2008 „61,5 Fälle pro Pflegekraft“ (Isfort & Weidner 2010 S. 5) angefallen sind. Außerdem ist die Aufenthaltsdauer der PatientInnen im Krankenhaus gesunken. Im selben Bericht wird über die Aufenthaltsdauer im Jahr 2008 angegeben, dass „die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (...) erneut gegenüber dem Vorjahr um 0,2 Tage auf 8,1 Tage gesunken“ ist (Statistisches Bundesamt 2009).

16.2 Strukturierte Abläufe im Krankenhaus

Aufgrund von diesen Angaben soll im Folgenden anhand von Studien untersucht werden, ob die Pflegekräfte durch die Einführung des DRG Systems eine Veränderung in der Arbeitssituation empfinden.

Das Forschungsprojekt WAMP (Wandel von Medizin und Pflege im DRG System) untersucht, ob sich die Arbeitsbedingungen und die Qualität der Versorgung der PatientInnen im Krankenhaus seit der Einführung der DRGs in Deutschland verändert haben. Dabei wird von den ForscherInnen davon ausgegangen, dass sich die Strukturen im Krankenhaus verändert haben. Es wird damit argumentiert, dass veränderte Strukturen einen Einfluss ausüben können „auf die Arbeitsprozesse, Arbeitsbelastungen, Arbeitsorganisation und somit indirekt auch auf die Versorgungsqualität“ (Braun et al. 2008 S. 9).

Braun et al. (2008) kommen zum Ergebnis, dass im Jahr 2003 43% der Pflegekräfte über strukturierte Abläufe in ihren Krankenhäusern berichten. Solche strukturierten Abläufe sind vorhanden, indem das Krankenhaus über ein „Case Management, Clinical Pathways, elektronische Patientenakten, Entlassungs-Überleitungs- und Kooperationsmanagement und ambulante Kurzzeitstationen sowie ambulante Nachbetreuungseinrichtungen an Krankenhäusern“ verfügt (Braun et al. 2008 S. 33). Im Vergleich zu 2003, bejahten 2006 50% des befragten Pflegepersonals die Frage, ob strukturierte Abläufe in ihrem Krankenhaus vorhanden sind. Somit wird ein Anstieg in Höhe von 7% Punkten in dem Zeitraum von 2003 bis 2006 von den Pflegekräften in den teilnehmenden Krankenhäusern beobachtet. Im Jahr 2006 fragten die ForscherInnen die ProbandInnen, ob in ihren Krankenhäusern die elektronische PatientInnenakte verwendet wird und dabei gaben 41,7% an, dass diese angewendet wird (vgl. Braun et al. 2008 S. 9). In einer Studie an der Universität Witten/Herdecke wurden Pflegekräfte in den Jahren 2003 bis 2005 befragt, um herauszufinden, welche Auswirkungen die Einführung des DRG Systems in Deutschland auf die Pflege hat. Unter anderem wurden die Pflegekräfte zu dem Entlassungsmanagement ihrer Krankenhäuser befragt. Da es sich beim Entlassungsmanagement um einen Indikator für strukturierte Abläufe handelt, sollte untersucht werden, ob die befragten Pflegekräfte dieses durchführen. 2003 gaben 40% der Befragten an, dass die

PatientInnen mit denselben Diagnosen zeitiger aus dem Krankenhaus entlassen werden als im Jahr zuvor. 2006 steigt die Anzahl derer, die eine frühere Entlassung der PatientInnen angeben auf 62%. Die TeilnehmerInnen der Studie wurden dazu befragt, welche Personen für das Entlassungsmanagement in ihrem Krankenhaus verantwortlich sind und zu Beginn des Befragungszeitraumes werden die ÄrztInnen genannt. Bei der letzten Befragung im Jahr 2005 geben bereits 64% der befragten Pflegekräfte an, das Entlassungsmanagement durchzuführen. Somit kann von einer vermehrten Zuständigkeit der befragten Pflegepersonen für das Entlassungsmanagement in dem Zeitraum von 2003 auf 2005 festgestellt werden (vgl. Galatsch et al. 2007 S. 274). Die Ergebnisse der Studie aus der Universität Witten/Herdecke decken sich mit der bundesweit durchgeführten Pflegepersonenbefragung „Pflegethermometer“. Bei der Befragung im Jahr 2007 unter dem Studiennamen „Pflegethermometer 2007“ geben 46,7% der befragten Pflegepersonen an, dass sie in Zukunft von einer Übernahme des Entlassungsmanagement durch die Pflegefachkräfte ausgehen und 25,1% geben an, dass das Entlassungsmanagement bereits von Pflegepersonen in ihren Krankenhäusern durchgeführt wird (vgl. Isfort & Weidner 2007 S. 43). Beim „Pflegethermometer 2009“ im Jahr 2009 steigt die Zahl der Pflegepersonen, die das Entlassungsmanagement ausführen auf 65,1% (vgl. Isfort & Weidner 2009 S. 50). Im „WAMP“-Projekt werden ebenfalls Pflegekräfte zum Entlassungsmanagement in ihren Krankenhäusern befragt. Im Jahr 2003 geben 56,8% an, dass das Entlassungsmanagement durch das Pflegepersonal durchgeführt wird und im Jahr 2006 steigt der Anteil der Pflegepersonen bereits auf 65%. Jedoch geben selbst im Jahr 2006 35% der Befragten an, dass ihr Krankenhaus über kein gut funktionierendes Entlassungsmanagement verfügt (vgl. Braun et al. 2008 S. 37). Es kann davon ausgegangen werden, dass noch Handlungsbedarf bei der flächendeckenden Durchführung eines gut funktionierenden Entlassungsmanagements herrscht.

Obwohl die Studie an der Universität Witten/Herdecke über die geringste Fallzahl verfügt, decken sich die Ergebnisse mit den Studien des „Pflegethermometers“ und des „WAMP“-Projektes, welche über eine deutlich größere Stichprobe verfügen.

Das Ergebnis des „WAMP“-Projektes zur Frage nach dem Vorhandensein von Pflegestandards und Behandlungspfaden ist, dass 2003 in den privaten Kran-

kenhäusern 80% der Pflegekräfte angeben über Pflegestandards zu verfügen und 2006 bereits 88% von Pflegestandards und Behandlungspfaden berichten. In den öffentlichen Krankenhäusern liegt der Anteil im Jahr 2003 bei 83% und sinkt leicht im Jahr 2006 auf 82% (vgl. Braun et al. 2008 S. 42).

Da das DRG System die Transparenz bei der Abbildung der Krankenhausleistungen und deren Vergütung zum Ziel hat, wird zusammengefasst ein positiver Effekt beobachtet. Die Zunahme des Entlassungsmanagements bei den Pflegekräften und die vermehrten strukturierten Abläufe bei der Verrichtung der Pflegearbeit können darauf hindeuten, dass sich das Ziel der Transparenz des DRG Systems auf die Pflegearbeit auswirken kann. In der Diskussion der Leistungserfassungssysteme wurde die Forderung an die LEP® und die PPR gestellt, sie sollten ebenfalls wie das DRG System auf Diagnosen und Prozeduren aufbauen. Damit entsteht die Frage, ob ein Leistungserfassungssystem, welches auf Pflegediagnosen und erbrachten Pflegeleistungen aufbaut, zu strukturierteren Abläufen bei der Verrichtung der Pflegeleistungen führen würde.

16.3 Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Professionen

Aufgrund des Zieles des DRG Systems die Verweildauer der PatientInnen im Krankenhaus zu verkürzen, wird die Kommunikation und Kooperation zwischen den Professionen von großer Bedeutung sein (vgl. Braun et al. 2008 S. 10). Wie bereits beschrieben, wird die Verweildauer der PatientInnen immer kürzer und deshalb soll beobachtet werden, wie die Kommunikation und Kooperation von den Pflegekräften miteinander und mit den ÄrztInnen empfunden wird. Braun et al. (2008) sagen über die Kooperation im Krankenhaus, dass sie „sowohl zur Handlungsfähigkeit als auch zur Arbeitszufriedenheit“ beiträgt und „damit zur Arbeits- und Versorgungsqualität“ (Braun et al. 2008 S. 51). Bei der Befragung der Pflegekräfte während der Studie „Pflegearbeit im Krankenhaus“ des „WAMP“-Projektes kamen folgende Ergebnisse zur Kooperation heraus. Die beste Zusammenarbeit wurde zwischen den älteren und jüngeren Pflegepersonen angegeben. Dabei sagen 2003 nur 6,2% der befragten Pflegekräfte aus, dass die Zusammenarbeit eher schlecht und sehr schlecht sei. Im Jahr 2006 geben bloß 7,2% der Pflegepersonen an, die Kooperation sei schlecht zwischen

den älteren und jüngeren Pflegepersonen. Im Gegensatz dazu wird die Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen im Jahr 2003 in 24,3% der Fälle als eher schlecht bezeichnet. 2006 ist eine Besserung ersichtlich, indem nur mehr 19% aussagen, dass die Kooperation der Pflegepersonen mit den ÄrztInnen eher schlecht sei. Dabei wurde der Einfluss von verschiedenen Faktoren untersucht, welcher die Zusammenarbeit der Pflegekräfte untereinander und mit anderen Professionen bestimmt. Den größten Einflussfaktor auf eine gute Kooperation der älteren mit den jüngeren Pflegekräften haben die zur Verfügung stehenden Ressourcen und auf eine schlechte Zusammenarbeit haben die Belastungen während der Arbeit. Die Berufserfahrung der Pflegekräfte, die Belastungen während der Arbeit und ein stark ausgelastetes Krankenhaus haben einen Einfluss auf die schlechte Zusammenarbeit der Pflegepersonen mit den ÄrztInnen. Hingegen haben ein funktionierendes Casemanagement und ein gutes Entlassungsmanagement einen positiven Einfluss auf die Kooperation der Pflegekräfte mit den ÄrztInnen (vgl. Braun et al. 2008 S. 53ff.). Insgesamt kommunizieren die Pflegekräfte von 2003 auf 2006 weniger oft miteinander, denn der Anteil derer „die patientenbezogene Informationen eher zufällig erhalten“ steigt von 15% im Jahr 2003 auf 22% im Jahr 2006 (Braun et al. 2008 S. 10).

Schmidt et al. (2008) kamen zu einem ähnlichen Ergebnis im Bezug auf die Kommunikation, denn laut ihrer Befragung von Pflegekräften wird die Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Pflegepersonen eher als negativ erachtet. Kritisiert wird dabei von den Pflegekräften, dass die ÄrztInnen nicht im Stande seien, sich in die Problemlagen der Pflegepersonen einzufühlen. Ein weiterer Kritikpunkt der Pflegepersonen ist, dass sie das Gefühl haben, die ÄrztInnen seien nicht ansprechbar, wenn die Pflegepersonen ihre Unterstützung brauchen. Im Gegensatz dazu wird die fachliche Kompetenz der ÄrztInnen als vorhanden angesehen. Laut der Studie herrscht sehr großes Vertrauen in die Kompetenz der eigenen Profession bei den Pflegekräften (vgl. Schmidt et al. 2008 S. 112f.). Im Gegensatz zu den beiden Studien, kommt die Befragung der Pflegepersonen bei der Studie „Pflegethermometer 2009“ zum Ergebnis, dass 58,3% der Pflegepersonen die Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen als gut empfindet. Es gibt auch keine Unterschiede, ob es sich um eine Zusammenarbeit in der Intensivstation oder einer anderen Station im Krankenhaus handelt. Nur

8,7% der befragten Pflegekräfte empfinden die Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen als schlecht (vgl. Isfort & Weidner 2010 S. 79f.).

Bei dem Projekt „Diakonie und Ökonomie“ werden die Auswirkungen des DRG Systems auf das Handeln in Krankenhäusern untersucht. In den Schilderungen der Ergebnisse wird nicht auf die einzelnen Berufsgruppen eingegangen, sondern eher ein allgemeiner Schluss über die Aussagen der MitarbeiterInnen getroffen, somit ist es nicht möglich die Aussagen direkt den Pflegekräften zuzuordnen. Es werden jedoch im Folgenden die Aussagen der Mehrheit der Befragten angeführt und somit wird davon ausgegangen, dass die Pflege dabei vertreten ist. Bei den ExpertInneninterviews wird oftmals betont, dass sich die Kommunikation zwischen den verschiedenen Professionen seit der DRG Einführung verbessert hat. Die Kommunikation zwischen den Professionen wird gerne geführt und die befragten KrankenhausmitarbeiterInnen sehen es als Fortschritt, dass eine Kommunikation zwischen verschiedenen MitarbeiterInnen der Krankenhäuser angeregt wird. Dabei wird die Kommunikation zwischen den MitarbeiterInnen als ein Vorteil angesehen, denn sie verbessere die Absprache und ermöglicht eine gute Arbeit an den PatientInnen zu leisten. Im Gegensatz dazu wird ein interessanter Aspekt während der Interviews angesprochen. Die Kommunikation über das DRG System, welche oftmals verlangt wird, wird als eine Belastung angesehen. Denn die Interviewpersonen empfinden es als belastend, über die Erlössituation in ihrem Krankenhaus reden zu müssen. Diese Kommunikation wird deshalb als erschwerend empfunden, weil die Kommunikation über das DRG System ihnen die Arbeitszeit entzieht, welche sie für ihre fachspezifischen Tätigkeiten brauchen. Auf die Pflege bezogen sind das die pflegerischen Tätigkeiten, die an den PatientInnen ausgeführt werden (vgl. Manzeschke 2008 S. 27ff.).

16.4 Arbeitssituation der Pflegepersonen

Im Folgenden soll auf die Arbeitssituation der Pflegepersonen eingegangen werden.

Im Hinblick auf die Arbeitsinhalte kamen Braun et al. (2008) einerseits zum Ergebnis, dass die verfügbare Arbeitszeit pro Tag des Aufenthaltes im Zeitraum von 2002 bis 2005 gestiegen ist, andererseits hat sich im selben Zeitraum der Aufwand der Pflege erhöht. Der Grund dafür liegt laut den AutorInnen darin, dass durch die Einführung der DRGs die PatientInnen vermehrt nur mehr an den Tagen im Krankenhaus liegen, an denen sie intensiver Pflege bedürfen und außerdem es öfter zur Aufnahme und zu Entlassungen der PatientInnen kommt (vgl. Braun et al. 2008 S. 10, S. 72). Auf die Frage hin, ob die Pflegepersonen das Gefühl haben die erforderliche Arbeit zeitlich bewältigen zu können, berichten nur etwa 30% gefühlsmäßig in der Lage ihr Arbeitspensum für einen Tag erledigen zu können. Hingegen geben 26,2% der Pflegepersonen an, die Arbeit für einen Tag nicht zeitlich bewältigen zu können. Die Studie kommt zu einem interessanten Ergebnis bezüglich der Arbeitsinhalte und der Kooperation mit den ÄrztInnen. Die Pflegekräfte, die angeben, dass eine gute Kooperation mit den ÄrztInnen vorhanden ist, haben weniger häufig Probleme das Arbeitspensum zu erledigen. Weiters haben Pflegepersonen mit langer Berufserfahrung und Pflegepersonen, die im Tagdienst arbeiten, häufiger das Gefühl ihre Arbeit in der verfügbaren Zeit nicht zu schaffen. Im Gegensatz dazu gibt es weniger Probleme bei der Verrichtung der pflegerischen Tätigkeiten in der verfügbaren Zeit bei Pflegepersonen, die in kleineren Krankenhäusern beschäftigt sind (vgl. Braun et al. 2008 S. 72f.). 80% der Pflegepersonen geben an, dass der Konflikt des „Kostendrucks“ mit der „Versorgungsqualität“ ausschlaggebend dafür ist, dass sie ihre Arbeit nicht zeitgerecht erledigen können (Braun et al. 2008 S. 74).

Weiters wird untersucht, ob sich die Tätigkeiten der qualifizierten Pflegepersonen und der PflegehelferInnen der Einführung der DRG verschoben haben seit. Laut der Studie haben sich die Tätigkeiten der beiden Berufsgruppen von 2003 bis 2006 nicht wesentlich verschoben. Eine geringfügige Veränderung gibt es bei den internen Krankentransporten, denn im Jahr 2006 werden um 5% weni-

ger Krankentransporte durch die qualifizierten Pflegepersonen durchgeführt. Außerdem wird die Tätigkeit „Reinigen der Bettpfannen“ im Jahr 2006 mehr durch die qualifizierten Pflegekräfte durchgeführt im Vergleich zu 2003 (vgl. Braun et al. 2008 S. 75f.).

Die Studie an der Universität Witten/Herdecke kommt zum Ergebnis, dass über 70% der qualifizierten Pflegepersonen in den drei Befragungsjahren 2003, 2004 und 2005 angeben, dass sie hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie die Essensausgabe oder den Geschirrspüler ausräumen, an die PflegehelferInnen abgeben möchten. Zusätzlich werden die Pflegepersonen gefragt, ob diese lieber administrative Aufgaben oder die Pflegedokumentation abtreten wollen, wobei mehrheitlich die administrativen Tätigkeiten genannt werden. Interessant erscheint, dass eine Abnahme der Pflegedokumentation von 2003 (8%) auf 2005 (6%) beobachtet wurde (vgl. Galatsch et al. 2007 S. 275). Bei der bundesweiten Studie „Pflegethermometer 2007“ wird angegeben, dass nur 22,8% der Pflegepersonen die Hilfestellung bei der Zufuhr von Nahrung einstellen wollen. Der Großteil, nämlich 77,2% der Pflegepersonen will diese Tätigkeit nicht an Hilfskräfte abgeben (vgl. Isfort & Weidner 2007 S. 40). Beim „Pflegethermometer 2009“ im Jahr 2009 ist eine ähnliche Entwicklung deutlich. 67% der befragten Pflegepersonen geben an, dass sie die Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme als eine bedeutende pflegerische Tätigkeit ansehen und diese nicht an Hilfskräfte abtreten würden (vgl. Isfort & Weidner 2010 S. 48). Zwar ist ein leichter Rückgang zwischen der Befragung im Jahr 2007 und 2009 ersichtlich, jedoch ist der Wert noch immer hoch. Bei der Studie der Universität Witten/Herdecke sind keine Angaben vorhanden, ob die Pflegepersonen die Tätigkeit bei der Hilfestellung zur Nahrungsaufnahme abgeben würden.

Weiters möchten 64,3% der Pflegepersonen laut „Pflegethermometer 2007“ weiterhin die Medikamente für die PatientInnen vorbereiten und zusammenstellen (vgl. Isfort & Weidner 2007 S. 40). Im „Pflegethermometer 2009“ geben bereits 90% der Pflegepersonen an, dass sie die Zusammenstellung der Arzneimittel als eine wichtige pflegerische Tätigkeit ansehen und diese nicht an PflegehelferInnen abtreten möchten (vgl. Isfort & Weidner 2010 S. 48). Hier ist somit ein deutlicher Anstieg der Pflegepersonen zu verzeichnen, welche die Medikamentenzusammenstellung als pflegerische Tätigkeit nicht an Hilfskräfte abgeben möchten. 34% der befragten Pflegefachkräfte der Studie „Pflegethermo-

meter 2007“ geben an, dass sie es als wünschenswert ansehen, keine krankenhausinternen PatientInnentransporte mehr durchführen zu müssen. Dabei sagen 63,9% der Pflegepersonen, dass sie gerne die Beratung der PatientInnen und deren Angehörigen übernehmen möchten, jedoch handelt es sich nicht dabei um die medizinische Aufklärung. Zusätzlich geben 63,1% an, dass sie es als wünschenswert ansehen, wenn sie die Wundbehandlung von PatientInnen eigenverantwortlich übernehmen könnten. (vgl. Isfort & Weidner 2007 S. 41). Bei der Befragung im Jahr 2009 geben bereits 80,3% der Pflegepersonen an, dass sie die Wundbehandlung der PatientInnen eigenständig durchführen möchten, was einen Anstieg im Vergleich zum Jahr 2007 bedeutet (vgl. Isfort & Weidner 2010 S. 49). 68,4% der befragten Pflegepersonen geben an, dass sie gerne das Casemanagement der PatientInnen übernehmen würden (vgl. Isfort & Weidner 2007 S. 41). Im Jahr 2009 beim „Pflegethermometer 2009“ verändert sich die Anzahl der Pflegepersonen, die das Entlassungsmanagement und die weitere Koordination der Betreuung und Behandlung der PatientInnen über das eigene Krankenhaus hinaus, selbstständig übernehmen möchten. 65,1% geben dabei an diese Tätigkeit selbstständig durchführen zu wollen (vgl. Isfort & Weidner 2010 S. 49). Inwiefern diese Entwicklungen der Studien „Pflegethermometer 2007“ und „Pflegethermometer 2009“ auf die Einführung des DRG Systems zurückzuführen sind, ist schwierig nachzuvollziehen, es soll hiermit nur die Einschätzungen der leitenden Pflegepersonen zum Befragungszeitpunkt im Jahr 2007 zu der beruflichen Situation dargestellt werden und eine etwaige Veränderung zum Befragungszeitpunkt im Jahr 2009 aufgezeigt werden. Obwohl kein direkter Rückschluss auf die DRG Einführung gemacht werden kann, stellt sich die Frage, ob die Entwicklung Leistungserfassungssysteme nach dem Prinzip von den DRGs sich negativ auf die Arbeitssituation der Pflegepersonen auswirken könnte. Denn nach der Einführung der DRGs in Deutschland klagen laut Braun et al. (2008) die Pflegepersonen unter dem Konflikt die bestmögliche Versorgung den PatientInnen zu ermöglichen, dabei aber gleichzeitig der Anforderung nach Kostenkontrolle gerecht zu werden. Es stellen sich die Fragen, ob die pflegerische Leistung am besten durch Pflegediagnosen in Kombination mit dem Pflegeaufwand darstellbar ist, und ob dieser Ansatz in der Pflegepraxis durchführbar ist, ohne dass dabei die „Versorgungsqualität“ abnimmt, weil zusätzliche Dokumentation und der Kostendruck zunehmen.

16.5 Arbeitsbelastung bei Pflegekräften

Im Folgenden soll darauf eingegangen werden, inwieweit Pflegepersonen die pflegerischen Tätigkeiten als Belastung ansehen und wie zufrieden oder unzufrieden diese mit der beruflichen Situation sind. Die Studie an der Universität Witten/Herdecke kommt zum Ergebnis, dass über den Befragungszeitraum von drei Jahren 95% der Pflegepersonen angeben, dass sich die Arbeitsbelastung in der Pflege nicht gemindert habe. Dabei wird jedoch nicht angeführt, welche Variablen definiert werden, die eine Arbeitsbelastung begründen sollen. Evident wird nur, dass die Pflegepersonen ihre Tätigkeit mit einer hohen Arbeitsbelastung assoziieren. Hingegen wird angemerkt, dass diese Beurteilung der Pflegekräfte vermutlich nicht auf die DRG Einführung zurückzuführen sei, da die Einschätzung über den kompletten Erhebungszeitraum konstant ist. Es wird beschrieben, dass über den Erhebungszeitraum von 2003 bis 2005 über 65% der befragten Pflegepersonen angeben, dass bestimmte pflegerische Maßnahmen nicht durchgeführt werden. Als Ursache dafür wird oft der Mangel an Personal, aber auch die Absenz der PatientInnen angeführt. Bei diesen Pflegemaßnahmen handelt es sich um grundpflegerische Tätigkeiten, die einen wichtigen Bereich der Pflege umfassen wie z.B. die Mobilisation oder Beratung (vgl. Galatsch et al. 2007 S. 275).

Bei einer Untersuchung zum Thema „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ sollen die Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit von Pflegepersonen identifiziert werden. Dabei werden folgende Variablen definiert, um die Arbeitszufriedenheit zu messen: „Zufriedenheit mit

- Ihren Berufsperspektiven
- Den Menschen, mit denen sie zusammenarbeiten
- Den körperlichen Arbeitsanforderungen
- Der Art und Weise, wie ihre Abteilung geführt wird
- Der Art und Weise, wie ihre Fähigkeiten genutzt werden
- Den Herausforderungen und Fertigkeiten, die ihre Arbeit beinhaltet
- Ihrer Arbeit insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände“ (Schmidt et al. 2008 S. 108).

Um die Belastung der Pflegepersonen zu messen, werden folgende Variablen definiert:

- „Quantitative Anforderungen
- Arbeit-Familien-Konflikt
- Einfluss bei der Arbeit
- Entscheidungsspielraum
- Entwicklungsmöglichkeiten
- Bedeutung der Arbeit
- Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz
- Vorhersehbarkeit
- Rollenklarheit
- Rollenkonflikt
- Führungsqualität
- Soziale Unterstützung
- Feedback
- „Gemeinschaftsgefühl“ (Schmidt et al. 2008 S. 108).

Bei der Auswertung der wichtigen Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit, ist man zu folgendem Ergebnis gekommen. Die wichtigsten Einflussfaktoren, deren Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein bestimmen, ob die Pflegeperson mit ihrer Arbeit zufrieden ist oder nicht, sind:

- „Führungsqualität
- Zusammenarbeit mit Ärzten
- Arbeit-Familien-Konflikt
- Bedeutung der Arbeit“ (Schmidt et al. 2008 S. 113)

Dies bedeutet, wenn die Zusammenarbeit zwischen den Pflegepersonen und ÄrztInnen als schlecht empfunden wird, dann sind die Pflegekräfte oftmals mit der Arbeit unzufrieden. Genauso verhält es sich beispielsweise wenn eine Pflegeperson es als schwierig erachtet gleichzeitig die Arbeit und das Familienleben zu koordinieren, dann kommt es häufig zu einer Unzufriedenheit bei der Arbeit bei den Pflegepersonen.

Bei der Auswertung zu den beruflichen Belastungen kommt man zu dem Ergebnis, dass die Pflegepersonen berichten, einen geringen Einfluss auf ihre Arbeit zu haben und wenig Spielraum zu haben, in dem sie eigene Entscheidungen

bezüglich ihrer Tätigkeiten treffen können. Obwohl die Pflegepersonen ihren Einfluss als gering ansehen, empfinden sie ihre Arbeit als bedeutend. Als positiv wird das Gemeinschaftsgefühl angesehen. Die Pflegepersonen fühlen sich durch ihre KollegInnen in ihrer Arbeit gut unterstützt. Im Bezug auf die empfundene Belastung bei der Arbeit gibt es einen hohen Zusammenhang mit der „Führungsqualität“, der „Bedeutung der Arbeit“ und der „Vorhersehbarkeit“ (Schmidt et al. 2008 S. 113). Dieser Zusammenhang bedeutet beispielsweise, wenn die Tätigkeiten, die durch die Pflegekräfte durchzuführen sind vorhersehbar sind und geplant werden können, die Arbeitsbelastung oftmals als gering geschrieben wird. Hingegen gibt es auch einen negativen Zusammenhang mit den Variablen „Quantitative Anforderungen“, „Arbeit-Familien-Konflikt“ und „Rollenkonflikt“ (Schmidt et al. 2008 S. 113). Wenn die Arbeit schwierig mit der Familie zu koordinieren ist, dann wird dies meistens als eine Belastung bei der Arbeit empfunden. Genauso verhält es sich mit der zu hohen Anzahl an Anforderungen bei der Arbeit und dem Konflikt bei der Rollenzuteilung zwischen den verschiedenen MitarbeiterInnen im Krankenhaus. Auch diese beiden Faktoren werden als negative Einflüsse auf die Arbeitsbelastung angesehen. Dabei ist der Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung und der „Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen“ am höchsten. Falls die Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen als schlecht empfunden wird, äußert sich das in einer Belastung für die Pflegepersonen bei der Arbeit (vgl. Schmidt et al. 2008 S. 113).

Bei der bundesweiten Studie „Pflegethermometer 2009“ werden andere Indikatoren definiert, um die Arbeitsbelastung zu beschreiben und messen zu können. Dabei werden folgende Indikatoren untersucht, um die Arbeitsbelastung einschätzen zu können:

- „durchschnittliche tägliche Patientenbelegung
- Eigene Ruhephasen
- Geplante Freizeiten
- Arbeitsintensität
- Menge der Überstunden“ (Isfort & Weidner 2010 S. 52f.)

Im Bezug auf die durchschnittliche Belegung einer Station als ein Indikator für die Arbeitsbelastung der Pflegepersonen konnte folgendes erhoben werden: Im Durchschnitt geben die Pflegepersonen am häufigsten an, dass pro Tag 30 Pa-

tientInnen auf einer Station sind. Dabei gibt der Großteil der Pflegepersonen an, dass 10 PatientInnen von einer Pflegefachkraft betreut werden. 29,3% der Pflegepersonen gibt an, zusätzlich zu den vorgesehenen Wochenenddiensten einen weiteren Wochenenddienst in dem Monat vor der Befragung übernommen zu haben. 22,5% der Pflegekräfte geben auch an im Monat zusätzlich zu dem normalen Dienst noch zwei Tage extra zu arbeiten. Dadurch wird sichtbar, dass bei insgesamt 51,8% der befragten Pflegepersonen die erforderlichen Ruhephasen und in weiterer Folge die geplante Freizeit voraussichtlich nicht genügend nutzen können. Im Bezug auf die insgesamt geleisteten Überstunden geben nur 5,6% der Pflegepersonen an, dass sie keine Überstunden im Zeitraum von sechs Monaten gemacht haben. Diese geringe Zahl weist darauf hin, dass die Belastung der Pflegepersonen hoch zu sein scheint und bei hoher Bettenauslastung die Krankenhäuser nicht zusätzliches Personal einteilen, sondern die Pflegepersonen Überstunden leisten müssen.

Weiters gibt ein Großteil der befragten Pflegefachkräfte an, dass sie einen zusätzlichen Anstieg an zu behandelnden PatientInnen bemerken und dabei die Zahl der besetzten Stellen im Pflegebereich zurückgeht. Ungefähr 50% der Pflegepersonen berichten, dass es zu einem Abbau der Stellen im Pflegedienst kommt (vgl. Isfort & Weidner 2010 S. 52ff.). Aufgrund des beobachteten Mehraufwands durch den Zuwachs an PatientInnen und einem gleichzeitigen Abbau an Personal sowie keiner Möglichkeit die Überstunden zu verringern, wird in der Studie eine Gruppe definiert, die als „hoch belastete Pflegende“ bezeichnet wird. Diese Gruppe wird so benannt, weil 21,5% der befragten Pflegefachkräfte folgende Merkmale erfüllen und deshalb als hoch belastet eingestuft werden (vgl. Isfort & Weidner 2010 S. 59f.):

- „Die Pflegenden arbeiten länger als ein Jahr bei ihrem derzeitigen Arbeitgeber (um Belastungsentwicklungen in der Zeitreihe beurteilen zu können)
- Die Pflegenden gaben mit »trifft eher nicht zu« und »trifft gar nicht zu« an, dass Personalstellen im Pflegebereich ausgebaut wurden
- Die Pflegenden gaben mit »trifft voll zu« und »trifft eher« zu an, dass Personalstellen im Pflegebereich abgebaut wurden
- Die Pflegenden gaben mit »trifft voll zu« und »trifft eher zu« an, dass mehr Patienten betreut bzw. versorgt wurden als im Jahr davor

- Die Pflegenden gaben mit »trifft eher nicht zu« und »trifft gar nicht zu« an, dass geleistete Überstunden zeitnah wieder ausgeglichen werden können“ (Isfort & Weidner 2010 S. 59f.).

Durch diese Kategorisierung wird sichtbar, dass ein/e von fünf Befragten zu der Gruppe von hoch belasteten Pflegepersonen zählt. Zwei von fünf „hoch belasteten“ Pflegepersonen fühlen sich überfordert und würden gerne ihre Arbeitszeiten verringern (vgl. Isfort & Weidner 2010 S. 60).

Inwiefern die Ergebnisse der Studie „Pflegethermometer 2009“ auf die Einführung der DRGs zurückzuführen sind kann nicht ausgesagt werden, jedoch kann eine Entwicklung beobachtet werden sowie der Ist- Zustand ermittelt und darauf reagiert werden. Es kann jedoch beobachtet werden, dass sowohl die Analyse des Statistischen Bundesamtes Deutschland in Form von der Gesundheitsberichterstattung als auch die Ergebnisse der Pflegepersonenbefragung durch die Studie „Pflegethermometer 2009“ zu dem Ergebnis kommen, dass es zu einem Anstieg an PatientInnen gekommen ist. Aufgrund des „Pflegethermometers 2009“ wird festgestellt, dass dies eine Belastung für die Pflegekräfte darstellt und für eine bestimmte Gruppe, 21,5% der Befragten, zu einer hohen Belastung führt, indem sie sich eine Verkürzung der Arbeitszeiten wünschen aufgrund der empfundenen Überforderung.

Inwiefern die Studie „Pflegethermometer 2009“ mit der Studie von Schmidt et al. (2008) vergleichbar ist soll nun behandelt werden. Die Stichprobe beim „Pflegethermometer 2009“ besteht aus 9719 Pflegepersonen (vgl. Isfort & Weidner 2010 S. 39). Die Stichprobe der Studie von Schmidt et al. (2008) besteht aus 111 Pflegepersonen (vgl. Schmidt et al. 2008 S. 110). Aufgrund der geringen Anzahl an befragten Pflegekräften der Studie von Schmidt et al. (2008) wird die Repräsentativität der Studie für Deutschland angezweifelt, jedoch werden wichtige Aspekte aufgezeigt, die Grundlage für weiterführende Forschung sein können. Weiters wird die Arbeitsbelastung in beiden Studien unterschiedlich definiert, so dass eine Vergleichbarkeit schwierig wird. Aufgrund der geringen Anzahl an Studien zu den möglichen Auswirkungen der DRG Einführung, somit Studien nach dem Jahr 2004, werden die Studien zur Darstellung von möglichen Effekten hinzugezogen. Diese können jedoch nicht direkt verglichen werden. Weitergehende Forschung im Bezug auf die Auswirkung der DRG Einfüh-

rung auf die Arbeitsbelastung der Pflegepersonen wird dringend empfohlen, um auf mögliche negative Effekte in Deutschland reagieren zu können und Studien miteinander vergleichen zu können. In diesem Sinne wäre es empfehlenswert, einheitliche Begriffe zu verwenden, um eine Vergleichbarkeit gewährleisten zu können.

In der Studie „Pflegearbeit im Krankenhaus“ im Rahmen des Projektes „Wandel in der Medizin und Pflege (WAMP)“ werden folgende Indikatoren für die hohe Arbeitsbelastung von Pflegefachkräften definiert:

- „ein andauernd hoher Zeitdruck
- Eine allgemeine schlechte Arbeitsorganisation
- Anstrengende Patienten/Angehörige
- Einzelschicksale, Sterben und Tod
- Störende Unterbrechungen
- Ständig wechselnde Schichten
- Zu viele administrative Tätigkeiten
- Ein mangelhafter Arbeitsschutz
- Angst um meinen Arbeitsplatz“ (Braun et al. 2008 S. 92).

Dabei kommen die ForscherInnen zum Ergebnis, dass es im Befragungsjahr 2006 im Vergleich zum Jahr 2003 Verschlechterungen bei den Ergebnissen zur Arbeitsbelastung gibt. Es kommt in allen Bereichen zu schlechteren Ergebnissen, in welchen die Struktur und innerbetriebliche Organisation der Spitäler eine Rolle spielen. Somit gibt es Verschlechterungen in allen Bereichen bis auf die beiden Faktoren „Anstrengende Patienten/Angehörige“ und „Einzelschicksale, Sterben und Tod“. Oft wird von den befragten Pflegekräften beklagt, dass sie unter hohem Zeitdruck stehen. Die Zahl der Personen die Angst um ihren Arbeitsplatz haben, ist von 2003 auf 2006 zwar nicht gestiegen. Jedoch ist interessant, dass 2003 noch 45,4% der Befragten angeben, dass Personal abgebaut wird und im Jahr 2006 bereits 57,8% beobachten, dass es zu einem Rückgang des Personals kommt (vgl. Braun et al. 2008 S. 93). Im „Pflegethermometer 2009“ wird dieselbe Entwicklung beobachtet. Es ist zu einem starken Zuwachs der Pflegepersonen gekommen, die sich den Anforderungen im Pflegeberuf nicht mehr gewachsen fühlen. Es wird jedoch nicht definiert, was genau unter Anforderungen verstanden wird. Waren es im Jahr 2003 noch 1,6% der

Pflegepersonen, die sich den Anforderungen nicht mehr gewachsen fühlten, sind es im Jahr 2006 bereits 8,3%. Die wechselnden Schichten scheinen für die Pflegepersonen kein Problem darzustellen. So geben nur ca. 25% an, die Schichtarbeit als eine Belastung anzusehen. Wie weiter oben erwähnt, geben noch 63,7% der Pflegepersonen im Jahr 2003 an, dass sie unter einem Zeitdruck leiden, und im Jahr 2006 fühlen sich schon 67% der Pflegefachkräfte durch den Zeitdruck belastet. Dabei ist auch interessant, dass die empfundene Belastung durch den Zeitdruck bei den verschiedenen Fachabteilungen im Krankenhaus variiert. So wird der Zeitdruck in der Abteilung Chirurgie als belastender empfunden, als in den Abteilungen Gynäkologie und Psychiatrie. Weiters sind Pflegepersonen weniger belastet, wenn sie stets in Wechselschichten arbeiten, als diejenigen, die immer nur in Tag- bzw. Nachtdiensten arbeiten. Zusätzlich wird von einem Zusammenhang zwischen der Kooperation mit den ÄrztInnen und dem empfundenen Zeitdruck berichtet. Wenn die Pflegepersonen von einer guten Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen berichten, dann äußern sie weniger, dass sie den Zeitdruck als belastend empfinden. Unterbrechungen während der Arbeit werden von 2003 auf 2006 als stärker belastend empfunden, was als ein Anzeichen für eine Erhöhung der Arbeitsintensität von den ForscherInnen angesehen wird. Unterbrechungen werden als besonders belastend von Pflegepersonen empfunden, die viele Überstunden leisten. Denn häufig liegt der Fall vor, dass die nicht erledigte Arbeit während der Überstunden geleistet werden soll. Es steigt auch die empfundene Belastung durch die administrativen Tätigkeiten, obwohl die Zahl der zu erledigenden administrativen Tätigkeiten selbst nicht angestiegen ist. Dabei sind Pflegepersonen, die im Schichtbetrieb arbeiten, am meisten durch administrative Tätigkeiten belastet. Hingegen fühlen sich Pflegepersonen von einem geringen Arbeitsschutz nicht belastet. Die Angst um den Arbeitsplatz ist von 22% im Jahr 2003 auf 27% im Jahr 2006 gestiegen. Dies wird auf den Anstieg der befristeten Arbeitsverträge und auf die aktuellen Debatten um den Kostendruck in Krankenhäusern zurückgeführt. Argumentiert wird von den ForscherInnen, dass der Kostendruck auf die Pflegepersonen steigt (vgl. Braun et al. 2008 S. 93ff.).

16.6 Cuncclusio

Es wurden einige Ergebnisse dargestellt, die aus verschiedenen Studien hervorgegangen sind, welche sich mit der Situation der Pflegepersonen nach der Einführung der DRGs in Deutschland befassen. Es ist schwierig zu beurteilen, inwieweit die Studien miteinander vergleichbar sind, da unterschiedliche Studiendesigns und Methoden verwendet und Begriffe definiert wurden. Außerdem ist es kritisch, den Zustand der Pflegepersonen direkt auf die Einführung des DRG Systems zurückzuführen, weil auch andere Faktoren eine Rolle spielen können. Mögliche Störvariablen wäre es wichtig auszuschließen, wobei bei den Studien keine Angaben dazu vorhanden waren. Zusätzlich sind unterschiedlich große Stichproben verwendet worden. Die Studien „Pflegethermometer 2007“ und „Pflegethermometer 2009“ sind bundesweit durchgeführt worden mit einer sehr hohen repräsentativen Stichprobe, wobei die Studie an der Universität Witten/Herdecke von Galatsch et al. (2007) nur eine geringe Stichprobe aufweist. Die Diplomarbeit soll erste Ergebnisse zu der Situation der Pflegekräfte nach der Einführung der DRGs in Deutschland aufzeigen. Im Bezug auf die Auswirkungen der DRG Einführung in Deutschland auf die Pflege sind wenige Forschungsarbeiten vorhanden, um Aussagen über den Ist-Zustand machen zu können. Um die Ergebnisse auf die DRG Einführung zurückführen zu können, ist weiterführende Forschung daher empfehlenswert und von großem Nutzen. Im Zuge dessen wäre es interessant vermehrte Forschung durchzuführen, die untersucht, ob die Auswirkungen der Einführung der DRGs auf die Pflegepersonen einen direkten Einfluss auf die Versorgungsqualität der PatientInnen haben.

Zwar kann nicht ausgesagt werden, ob die Ergebnisse direkt auf die DRG Einführung zurückzuführen sind, aber es können Trends beobachtet werden. Es wurde berichtet, dass die schlechte Zusammenarbeit zwischen den ÄrztInnen und den Pflegekräften als ein Belastungsindikator für die Pflegepersonen empfunden wird. Aufgrund der DRG Einführung wird die Zusammenarbeit zwischen den Professionen immer bedeutender, weil einerseits eine genaue Dokumentation der erbrachten Gesundheitsleistungen erforderlich wird und andererseits wird eine genaue Absprache erforderlich, um die Behandlung der PatientInnen zu gewährleisten und auch die vorgesehenen Kosten nicht zu überschreiten.

Dabei wird angegeben, dass eine gute Zusammenarbeit zwischen den Professionen im Krankenhaus dazu führt, dass der Kostendruck für die Pflegepersonen als nicht belastend empfunden wird. Wenn die Pflege die Kosten für die erbrachten Pflegetätigkeiten rechtfertigen möchte und dies mittels Pflegediagnosen und der Erfassung der erbrachten Pflegetätigkeiten erreichen kann, stellt sich folgende Frage. Ist die Erfassung der Pflegediagnose und der einzelnen erbrachten Pflegetätigkeiten mit realen Zeiten praktikabel und wird dieses Vorgehen in der Praxis zu Arbeitsbelastungen führen, oder wird es als positiv von den Pflegekräften angesehen, dass jede geleistete Tätigkeit und deren Ursache erfasst werden. Dazu wäre es von Bedeutung weiterführende Forschung zu betreiben.

17 Ethische Diskussion der Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen

In diesem Kapitel sollen einige ethische Aspekte im Hinblick auf die Einführung der DRGs diskutiert werden. Die Problematik, die dabei vorherrscht ist, dass Gesundheitsleistungen knapp sind und sich die Frage stellt, wie Gesundheitsleistungen im DRG System gerecht verteilt werden können.

Dabei ist es von Bedeutung die Ursachen für die Knappheit der Gesundheitsleistungen aufzuzeigen. In der demografischen Bevölkerungsstruktur kommt es zu einem Wandel. Dieser Wandel ist dadurch gekennzeichnet, dass die Lebenserwartung der Menschen steigt und somit steigt auch der Bedarf an Ressourcen für die Versorgung der älteren PatientInnen. Zudem entwickelt sich der medizinische Fortschritt rasch. Dieser ermöglicht es, neue und teure Behandlungsformen bei den PatientInnen anzuwenden, wodurch eine Steigerung der Ausgaben für Gesundheitsleistungen bewirkt. Der Wandel in der Altersstruktur der Bevölkerung zusammen mit dem medizinischen Fortschritt führen dazu, dass die Kosten für die medizinische Behandlung der PatientInnen steigen. Jedoch steigt nicht nur der Bedarf an medizinischen Leistungen, sondern auch an pflegerischen Maßnahmen (vgl. Marckmann 2007 S. 96f.). Die Ursachen für den steigenden Bedarf werden weiter unten näher betrachtet. Es wurde bereits aufgezeigt, dass jede/r PatientIn einer DRG zugeteilt wird und somit die verfügbaren Kosten für die Behandlung eines/r PatientIn auf die DRG begrenzt sind. Somit wird deutlich, dass im DRG System „der Kostendruck im Krankenhaus in den letzten Jahren weiter zugenommen“ hat (Strech et al. 2008 S. 94). Marckmann (2007) beschreibt dabei drei Möglichkeiten mit der Knappheit der Gesundheitsleistungen umzugehen.

Diese sind:

- „Effizienzsteigerungen (Rationalisierungen)
- Mittelerhöhungen
- Leistungsbegrenzungen (Rationierungen)“ (Marckmann 2007 S. 96).

In diesem Zusammenhang sollen diese Möglichkeiten dargestellt und definiert werden und die Problematik der Definition des Begriffes *Rationierung* aufge-

zeigt werden. Es sollen dann Möglichkeiten besprochen werden, die Verteilung von Gesundheitsleistungen und speziell von pflegerischen Leistungen gerecht durchzuführen. Diese Frage nach der gerechten Verteilung soll anhand eines Beispiels aus der Pflegepraxis bearbeitet werden. In diesem Zusammenhang soll der internationale Ethikkodex für Pflegenden, International Council of Nurses (ICN), und dessen Rolle bei der Verteilung von pflegerischen Leistungen beschrieben werden.

17.1 Ursachen für die Knappheit der medizinischen und pflegerischen Leistungen

Im Folgenden sollen die Ursachen für die Knappheit der Gesundheitsleistungen nochmal ausführlicher behandelt werden und welche Möglichkeiten es geben kann mit dieser Knappheit umzugehen. Eine Knappheit an pflegerischen und medizinischen Leistungen kann erst entstehen, wenn die Nachfrage nach diesen Leistungen höher ist als die Leistungen verfügbar sind (vgl. Marckmann 2005 S. 179). Eine Ursache für die Knappheit der Gesundheitsleistungen ist die demografische Entwicklung. Für diese sind zwei Entwicklungen ausschlaggebend. Zum einen ist die Lebenserwartung der Menschen gestiegen, und zum anderen ist die Zahl der Neugeborenen rückläufig. Diese beiden Faktoren führen dazu, dass der Anteil an jungen Menschen im Alter bis 20 in den nächsten 40 Jahren wahrscheinlich von ca. 20% der Bevölkerung auf ca. 17% der Bevölkerung sinken wird. Dabei ist die Prognose, dass sich der Anteil der über Sechzigjährigen von ungefähr 25% auf über 33% erhöhen wird (Marckmann 2007 S. 97). Die Schwierigkeit liegt dabei, dass aufgrund der häufig vorkommenden chronischen Erkrankungen und mehreren gleichzeitig auftretenden Erkrankungen im hohen Alter, der Aufwand für die medizinische und pflegerische Versorgung steigt und somit die Ausgaben steigen (vgl. Marckmann 2007 S. 97). Die zweite Entwicklung, die zu einer Knappheit der medizinischen und pflegerischen Leistungen führt, ist der Fortschritt in der Medizintechnik und der Medizin. Der Grund dafür ist, dass es immer mehr kostspielige Verfahren gibt, die es ermöglichen, neue und teure Therapieformen anzuwenden (vgl. Marckmann 2005 S. 180). Die beiden vorgestellten Entwicklung führen zusammen zu einer

zunehmenden Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen, wobei eine Knappheit dieser Leistungen resultiert, da immer weniger erwerbstätige Erwachsene die Gesundheitsversorgung der steigenden Zahl an älteren PatientInnen in Form von Beiträgen bei den Krankenversicherungen finanzieren können (vgl. Marckmann 2007 S. 98). Ein weiterer Gedanke dazu wäre, dass mit der Einführung der DRGs in Deutschland sich die Knappheit an Gesundheitsleistungen noch weiter verstärkt hat, denn aufgrund der Beschaffenheit der DRGs immer nur eine bestimmte Geldsumme pro PatientIn zur Verfügung steht, wenn diese/r PatientIn einer DRG zugeteilt wird.

Diese Knappheit an medizinischen und pflegerischen Leistungen erfordert Maßnahmen, wie damit umgegangen werden kann. Dabei wird auch die Frage gestellt, welche Möglichkeiten es gibt, mit dieser Knappheit in einer ethisch vertretbaren Weise umzugehen. Marckmann (2005) analysiert, dass es nicht zwangsläufig zu einer Knappheit von Gütern kommen muss, wenn die Nachfrage nach bestimmten Gütern steigt. Er beschreibt dabei, dass eine erhöhte Nachfrage normalerweise auch zu einer Mehrproduktion von den nachgefragten Gütern führt. Auf einem Markt, auf dem Güter nachgefragt werden, herrscht folglich ein Gleichgewicht von Gütern, die nachgefragt und angeboten werden. Marckmann (2005) zeigt jedoch auf, warum die Verteilung der medizinischen und pflegerischen Leistungen nicht über den „freien Markt“, somit über das bereits beschriebene Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage, geregelt werden sollte. Es gibt dabei wirtschaftliche und gerechtigkeits-theoretische Gründe, die gegen eine solche Verteilung sprechen. Aus wirtschaftlicher Sicht spricht vorwiegend gegen eine Verteilung über den Markt, dass sich die PatientInnen während einer ärztlichen und auch pflegerischen Behandlung in einer aufgebrachten Gemütslage befinden, die es ihnen schwierig macht eine gut durchdachte und vernünftige Entscheidung zu treffen. Meistens wird die Entscheidung über vorzunehmende Gesundheitsleistungen von den ÄrztInnen getroffen. Das Problem dabei ist, dass die PatientInnen aufgrund der mangelnden Transparenz der medizinischen und pflegerischen Leistungen nicht in der Lage sind diese Leistungen miteinander zu vergleichen. Damit sind jetzt nur kurz die wirtschaftlichen Gründe genannt worden, welche die Schwierigkeiten bei der Verteilung der Gesundheitsleistungen über den Markt aufzeigen (vgl. Marckmann 2005 S. 181ff.).

Marckmann (2005) beschreibt auch gerechtigkeitstheoretische Gründe, die eine Verteilung über den Markt nicht als sinnvoll einstufen. Dabei nennt er vor allem das Kriterium Gesundheit als einen Grund, der gegen die Verteilung über den Markt spricht. Bei dieser Position wird davon ausgegangen, dass die Gesundheit das wichtigste Gut ist und sie die Voraussetzung dafür ist, dass Menschen ihre Ziele erreichen können (vgl. Marckmann 2005 S. 98). Dieses Kriterium kann so interpretiert werden, dass alle anderen Güter wie Bildung nur erreicht werden können, wenn das Gut Gesundheit vorhanden ist.

Dabei soll nun der vorhergehenden Frage nachgegangen werden, wie mit der Knappheit der Gesundheitsleistungen umgegangen werden kann. In weiterer Folge sollen die Möglichkeiten ethisch diskutiert werden. Marckmann (2005) beschreibt dabei drei Möglichkeiten mit der Knappheit der Gesundheitsleistungen umgehen zu können. Diese drei Möglichkeiten sind, wie bereits weiter oben genannt wurde, „Rationalisierungen, Rationierungen und Erhöhung der Mittel im Gesundheitswesen“ (Marckmann 2005 S. 187).

Marckmann (2007) beschreibt die Situation, in der sich das Gesundheitswesen befindet, sehr treffend, indem er schreibt „da die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht ausreicht, um den absehbaren Mehrbedarf bereitzustellen, steht das Gesundheitswesen zwischen Skylla und Charybdis, d.h. vor zwei gleichermaßen unangenehmen Alternativen: Entweder müssen die Mittel im Gesundheitswesen erhöht oder das Leistungsspektrum begrenzt werden“ (Marckmann 2007 S. 99).

Da die Möglichkeit des „freien Marktes“ bereits als unzureichend eingestuft wurde, mit der Situation der Knappheit der medizinischen und pflegerischen Leistungen umzugehen, sollen nun die drei anderen Möglichkeiten diskutiert werden.

Das Gesundheitswesen steht in Konkurrenz mit verschiedenen anderen Sektoren, für die die finanziellen Mittel knapp sind. Solche Bereiche sind das Bildungswesen, die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit oder auch der Schutz der Umwelt. Das Problem, das sich aus einer Erhöhung der finanziellen Ressourcen für das Gesundheitswesen ergibt, ist, dass die Erhöhung der finanziellen Mittel eine direkte Auswirkung auf andere Bereiche hätte. Eine Erhöhung der finanziellen Unterstützung für den Gesundheitssektor würde mit einer Verminderung der finanziellen Mittel für andere Sektoren wie den Umweltschutz oder

die Bildung einhergehen (vgl. Marckmann 2007 S. 99). Marckmann (2007) beschreibt dieses Vorgehen als „ethisch unvertretbar“ (Marckmann 2007 S. 99). Als „ethisch unvertretbar“ meint Marckmann wohlmöglich, dass die Erhöhung der Mittel für einen Sektor eine Verminderung der Mittel für einen anderen Bereich zur Folge hätte und somit die Möglichkeit bestehen kann, dass immer eine Gruppe von Menschen einen Nutzen dadurch haben kann, aber eine andere Gruppe einen Schaden dadurch bekommen kann. Zur besseren Darstellung soll ein fiktives Beispiel genannt werden. Im Krankenhausbereich sollen finanzielle Mittel vom Staat zur Verfügung gestellt werden, um die Bettenzahl in den Intensivstationen von einem Land in Deutschland (z.B. Bayern) zu erhöhen. Im Zuge dieser Investition müssen verringern sich die finanziellen Mittel des Staates für die Universitäten. Zwar verbessert sich dadurch die Lage der Krankenhäuser und somit der PatientInnen auf den Intensivstationen, jedoch müssen die Studierenden der Universitäten möglicherweise mit weniger Kursangeboten aufgrund der Kürzungen rechnen. Somit scheint es plausibel, dass Marckmann (2007) diese Situation als „ethisch unvertretbar“ bezeichnet, weil es schwierig ist die Vermehrung der finanziellen Mittel für einen Gesundheitssektor nur aufgrund der Verringerung der finanziellen Mittel für den Bildungssektor zu rechtfertigen. Groß (2007) kritisiert auch die Erhöhung der finanziellen Mittel im Gesundheitsbereich, „der soziale Status, der Bildungsgrad, die Arbeitsbedingungen...haben ihrerseits ebenfalls einen erheblichen Einfluss auf die Lebenserwartung und die Morbidität, also auf das Auftreten von Krankheit“ (Groß 2007 S. 339). Marckmann (2007) argumentiert in derselben Weise wie Groß (2007). Somit kann daraus geschlossen werden, dass in Bezug auf diese Möglichkeit bei den beiden Autoren Einigkeit herrscht.

Nachdem die beiden Möglichkeiten des freien Marktes und der Erhöhung der finanziellen Ressourcen für die Gesundheitsleistungen behandelt wurden, soll nun auf die Möglichkeiten der *Rationalisierung* und insbesondere auf die *Rationierung* eingegangen werden. Zudem soll die Schwierigkeit der Definition der *Rationierung* dargestellt werden.

17.2 Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen

Mit der Knappheit der medizinischen und pflegerischen Leistungen wird vor allem mit Rationalisierungen und Rationierungen umgegangen.

Mit Rationalisierungen „sollen entweder vergleichbare Ergebnisse mit weniger Mitteln oder mit den gleichen Mitteln größere Effekte erzielt werden“ (Köbele 2007 S. 86). Aufgrund der Definition der Rationalisierung wird davon ausgegangen, dass diese „durch das Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven die Effizienz der medizinischen Versorgung“ gesteigert wird (Marckmann 2005 S. 187). Folglich soll ein Ziel mit dem geringsten erforderlichen Einsatz an Maßnahmen erreicht werden. Aufgrund des „Prinzips des Nichtschadens“ (Marckmann 2005 S. 188) ist es ethisch notwendig, dass sowohl die Diagnose als auch die Therapie der PatientInnen mit so wenigen Maßnahmen wie möglich durchgeführt werden. Jedoch ist schwierig zu definieren, welche Maßnahmen als medizinisch notwendig zu klassifizieren sind und welche Maßnahmen eingesetzt werden können, um den besten Erfolg zu gewährleisten. Mögliches Instrument, um Rationalisierungen durchzuführen ist die Evidenz-basierte Medizin. Dabei werden kontinuierlich klinische Studien durchgeführt und die Ergebnisse ausgewertet, um eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau zu gewährleisten. Mit Rationalisierungen sollen Maßnahmen unterlassen werden, die nicht effektiv sind und somit keinen diagnostischen oder therapeutischen Erfolg in Form der Diagnosefindung und Heilung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustandes bringen. Zudem sollen vor allem nachgeprüfte effektive medizinische Maßnahmen in der richtigen Anzahl durchgeführt werden (vgl. Marckmann 2005 S. 188).

Da die PatientInnen keinen Nachteil dadurch erleiden, dass Rationalisierungen durchgeführt werden, ist die Rationalisierung „ethisch gesehen nicht nur unbedenklich, sondern geboten“ (Marckmann & Wiesing 2005 S. 76). Das Problem bei Rationalisierungen ist, dass die Durchführung meist aufwändig ist und die Ressourcen im Laufe der Zeit ausgeschöpft werden (vgl. Marckmann & Wiesing 2005 S. 76). Deshalb ist es notwendig, eine weitere Möglichkeit des Umganges mit knappen medizinischen und pflegerischen Leistungen zu besprechen und unter der ethischen Forderung nach gerechter Verteilung der Ressourcen im

Gesundheitswesen zu diskutieren. Im Folgenden soll somit die Möglichkeit der *Rationierung* der Gesundheitsleistungen beschrieben und die Problematik der Definition dargestellt werden.

Die *Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten* (Zentrale Ethikkommission) spricht von Rationierung, wenn „aus medizinischer Sicht notwendige oder zweckmäßige medizinische Maßnahmen aus finanziellen Gründen offen oder verborgen vorenthalten werden.“ (Zentrale Ethikkommission 2000 S. A 1087). Dazu ist es von Bedeutung zu erklären, dass in der Medizin nur wenige Maßnahmen streng genommen wirklich notwendig sind. Der Grund dafür ist, dass als notwendig nur Leistungen bezeichnet werden, welche einzig die Möglichkeit bieten das Behandlungsziel zu erreichen und sonst keine andere Möglichkeit besteht. Bei allen anderen medizinischen Maßnahmen muss abgewogen werden, inwieweit diese zweckmäßig sind für das zu erreichende Behandlungsziel (vgl. Gericke/Busse 2005 S. 64). Aufgrund der beschriebenen Erklärung der *notwendigen medizinischen Leistungen* erscheint es schwierig abzugrenzen, welche Leistungen wirklich als notwendig einzustufen sind. Somit stellt die Schwierigkeit der Definition des *medizinisch Notwendigen* einen Kritikpunkt an der Definition der Zentralen Ethikkommission dar (vgl. Marckmann 2005 S. 190).

Schultheiss (2001) kritisiert die Definition der Rationierung als ein *Vorenthalten* der medizinischen Maßnahmen, da diese Definition die Möglichkeit nicht in Betracht zieht, dass die PatientInnen die medizinischen Maßnahmen zu einem bestimmten Preis sonst nicht anderweitig bekommen könnten. Außerdem wird bei dieser Definition nicht beachtet, dass das Weglassen von bestimmten medizinischen Maßnahmen auch im Konsens mit den PatientInnen resultieren kann und sich dann nicht mehr um ein *Vorenthalten* handelt (vgl. Schultheiss 2001 S. 4).

Eine weitere Beschreibung der Rationierung ist weniger negativ behaftet. Dazu schreibt Köbele (2007): „Rationierungen begrenzen dagegen die zur Verfügung gestellten Leistungen, zum Beispiel durch Leistungsausschüsse“ (Köbele 2007 S. 86). Mack (2001) führt dazu an, dass die Rationierung erst dann ethisch bewertet werden kann, wenn sie dann betrachtet wird, wie die gesetzten Maßnahmen in einer tatsächlichen Situation durchgeführt wird und welche Wirkungen diese Maßnahmen dann konkret auf die PatientInnen haben (vgl. Mack

2001 S. 21). Mack (2001) definiert die Rationierung somit als „ Zuteilung bzw. die Verteilung von knappen und begrenzt vorhandenen Gesundheitsgütern ebenso wie pflegerischer oder medizinischer Maßnahmen unter der Bedingung, dass die Nachfrage größer ist als das Angebot“ (Mack 2001 S. 21).

Schultheiss (2001) führt als Kritik an Definitionen, welche die Rationierung nicht als eine Beschränkung von Leistungen beschreiben, an, dass in den meisten wissenschaftlichen Quellen, welche sich mit der Verteilung von Gesundheitsleistungen beschäftigen, die Rationierung als eine Beschränkung umschrieben wird. Aus diesem Grund wird der Begriff Rationierung von Schultheiss (2001) ähnlich wie von Mack (2001) definiert. Schultheiss (2001) schlägt vor, die Rationierung als „eine staatliche Zuteilung zu verstehen, bei der zu einem festgelegten Preis unterhalb des markträumenden Preises (aufgrund begrenzter Ressourcen) Güter in einer geringeren Menge abgegeben werden, als es Individuen zu diesem Preis zu beziehen wünschen bzw. wünschen würden, falls sie über die Optionen derjenigen Optionen informiert wären, die über die Zuteilung befinden“ (Schultheiss 2001 S. 5). Dabei wird bewusst der Begriff „des medizinisch Indizierten“ (Schultheiss 2001 S. 5) nicht für die Definition verwendet, weil Schultheiss damit argumentiert, dass die Personen, die über die Zuteilung von Gesundheitsleistungen entscheiden dürfen, dies missbrauchen könnten, indem sie bestimmte medizinische Leistungen ablehnen, bei denen die Ergebnisse nicht eindeutig vorhersehbar sind. Somit besteht die Gefahr, dass ÄrztInnen und Pflegepersonen wirtschaftliche Ziele, in den Vordergrund stellen. Dies würde bedeuten, dass sie eine Entscheidung wählen könnten, die finanziell lukrativer für das Krankenhaus wäre (vgl. Schultheiss 2001 S. 5).

Mack (2001) bringt einen sehr wichtigen Kritikpunkt im Zusammenhang mit der Definition der Rationierung der Zentralen Ethikkommission, welche weiter oben bereits angeführt wurde, an. Zwar bezieht sich Mack nicht direkt auf die Definition der Zentralen Ethikkommission, aber sie kritisiert die Definition der Rationierung als eine „Wiederherstellung der Gesundheit notwendigen Grundgüter (...) die einer bestimmten Person vorenthalten werden“ (Mack 2001 S. 21). Die Definition der Zentralen Ethikkommission ähnelt sehr dieser Beschreibung, denn es wird auch von einer Vorenthaltung der „aus medizinischer Sicht notwendigen oder zweckmäßigen medizinischen Maßnahmen“ (Zentrale Ethikkommission 2000 S. A 1087) gesprochen. Mack führt dabei an, dass eine sol-

che Definition, wo den PatientInnen Gesundheitsleistungen vorenthalten werden, aus dem ethischen Standpunkt kritisch betrachtet werden muss. Mack argumentiert mit dem Menschenrecht auf Gesundheit. Denn würde eine Gesundheitsleistung einem/r PatientIn vorenthalten werden, welche notwendig ist für die Wiederherstellung der Gesundheit, dann wäre diese Handlung laut Mack (2001) nicht ethisch vertretbar. Zusätzlich wird die Kritik an der Definition damit begründet, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches verletzt wird (vgl. Mack 2001 S. 21). Laut §12 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB V) gilt für die Gesetzliche Krankenversicherung, „die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. Wenn somit die Rationierung als eine Vorenthaltung von notwendigen Gesundheitsleistungen beschrieben werden würde, dann müsste diese Definition auch rechtlich sehr kritisch betrachtet werden, denn damit würde diese Definition laut Mack (2001) gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches für die gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland verstoßen (vgl. Mack 2001 S. 21). Somit werden von Mack (2001) und von Schultheiss (2001) wertungsfreie Definitionen vorgeschlagen, wobei beide Beschreibungen der Rationierung von einer Zuteilung der Gesundheitsleistungen ausgehen, welche begrenzt vorhanden sind (vgl. Mack 2001 S. 21; Schultheiss 2001 S. 5). Dadurch wird keine negative Wertung vorgenommen und eine ethische Diskussion wird möglich, welche sich auf die Diskussion der Kriterien, nach denen die Rationierung durchgeführt wird, bezieht (vgl. Mack 2001 S. 22). Der Vorschlag, die Rationierung wertfrei zu beschreiben, ist sehr plausibel, denn es erscheint sinnvoll, die Rationierung als eine Zuteilung von knappen Gesundheitsleistungen zu verstehen. Somit wird es möglich, Kriterien zu suchen, nach denen eine gerechte Verteilung dieser Leistungen möglich wird. Im Folgenden werden die Kriterien diskutiert, die es ermöglichen würden, eine gerechte Verteilung von medizinischen und pflegerischen Leistungen durchzuführen. Zusätzlich sollen die implizite und die explizite Rationierung beschrieben werden und es soll diskutiert werden, ob und nach welchen Kriterien diese beiden Formen eine gerechte Verteilung der Gesundheitsleistungen ermöglichen würden (vgl. Mack 2001 S. 22).

17.3 Formen der Rationierung

Aufgrund der Vollständigkeit soll darauf hingewiesen werden, dass es auch eine Unterscheidung der Rationierung in eine *direkte* und *indirekte Rationierung* gibt (Mack 2001 S. 24). Bei der direkten Rationierung handelt es sich um eine Einschränkung der Gesundheitsleistungen für bestimmte Gruppen von PatientInnen. Diese kann beispielsweise zu einer Einschränkung von Gesundheitsleistungen bei älteren PatientInnen führen. Die indirekte Rationierung ist eine Beschränkung des Katalogs, welcher den Umfang der Gesundheitsleistungen in einem Krankenhaus beschreibt. Es ist aber möglich gewisse medizinische oder pflegerische Maßnahmen zu erwerben. Somit kann man sich privat Zusatzversichern und somit einen höheren Umfang an medizinischen und pflegerischen Maßnahmen zu erhalten. Bei der direkten Rationierung können diese Maßnahmen nicht mit einer privaten Zusatzversicherung erworben werden (vgl. Mack 2001 S. 24). Im Folgenden soll sich die ethische Diskussion auf die Unterscheidung der Rationierung in eine explizite und implizite Rationierung beziehen. In der Literatur wird hauptsächlich eine ethische Diskussion geführt, inwieweit die explizite und die implizite Rationierung im DRG System stattfindet, welche Vor- und Nachteile diese beiden Formen bringen und ob es zu einer gerechten Verteilung der Gesundheitsleistungen kommt (vgl. Marckmann 2005 S. 191; Zimmermann-Acklin 2007 S. 62 f.; Gericke/Busse 2005 S. 65).

Die explizite Rationierung ist eine Form der Aufteilung der beschränkten Gesundheitsleistungen nach festgelegten Kriterien. Dabei können bestimmte medizinische Leistungen ausgeschlossen oder eingeschränkt werden. Ein Beispiel für eine explizite Rationierung sind Versorgungsstandards. Der große Vorteil dieser Form der Verteilung ist, dass sie die Transparenz sichert. Die Kriterien, nach denen die Leistungen aufgeteilt werden sind bekannt (vgl. Marckmann 2005 S. 191ff.). Jedoch zeigt sich das Problem bei der expliziten Rationierung, wer befugt ist darüber zu entscheiden, welche Leistungen beschränkt werden und womit dies zu rechtfertigen ist. Solche Entscheidungen über die Bestimmung von Kriterien, nach welchen eine Aufteilung von medizinischen und pflegerischen Leistungen erfolgt, sollte laut Marckmann (2005) vom Gesetzgeber getroffen werden (vgl. Marckmann 2005 S. 195). Es muss eine klare Setzung

von Prioritäten erfolgen und diese öffentlich zugänglich gemacht werden, um somit Transparenz zu ermöglichen.

Die implizite Rationierung hingegen legt keine Kriterien fest, nach denen eine Verteilung der medizinischen und pflegerischen Leistungen zu erfolgen hat. Bei dieser Form entscheiden die ÄrztInnen und Pflegepersonen über die Verteilung der Leistungen bei jedem einzelnen Behandlungsfall selber (vgl. Marckmann 2005 S. 192). Daraus wird ersichtlich, dass eine Schwierigkeit bei der Wahrung der Transparenz und bei der Aufteilung der Gesundheitsleistungen entsteht, da keine Kriterien im Einzelfall vorgegeben sind, nach denen eine Zuteilung durchgeführt werden soll.

Die implizite Rationierung ist ein Thema, das wenig diskutiert wird in Deutschland. Das Problem bei dieser Form der Rationierung ist, dass sie ethisch betrachtet nicht vertreten werden kann (vgl. Gericke/Busse 2005 S. 68). Gründe für die negative ethische Bewertung der AutorInnen könnten sein, dass die Zuteilung der Leistungen nicht nach klar definierten Regeln geschieht. Somit besteht die Gefahr, dass ein/e ÄrztIn durch eigene wirtschaftliche Überlegungen in der Entscheidung beeinflusst werden könnte. Der Entscheidungsprozess erfolgt nicht öffentlich und wird somit auch nicht überprüft. Dies führt zu der Frage, inwiefern eine Entscheidung als gerecht beurteilt werden kann, wenn sie von einer Person gefällt wird, wobei Interessenskonflikte bestehen könnten und die Entscheidung nicht durch eine andere Instanz kontrolliert wird. Mack (2001) führt an, dass nur die explizite Rationierung noch den Regeln der Ethik entsprechen kann, jedoch die implizite Rationierung aus ethischer Sicht nicht begründbar ist, denn die Entscheidung über die Zuteilung der Gesundheitsausgaben erfolgt nicht öffentlich und nicht in Abstimmung mit allen Beteiligten (vgl. Mack 2001 S. 27). Die Argumentation von Mack (2001) ist schlüssig, denn es kann bezweifelt werden, ob eine Entscheidungsfindung, die nur aufgrund der Erfahrung und des Wissens einer Person gefällt wird, kann bezweifelt werden, ob sie gerecht ist. Mack (2001) argumentiert damit, dass in der Ethik der Mensch das wichtigste Prinzip ist und somit jede Entscheidung über die Zuteilung sich an dem Menschen orientieren sollte. Dies bedeutet, dass bei Entscheidungen über die Verteilung von Gesundheitsleistungen nicht auf Kosten der Menschen getroffen werden dürfen. Gerechtigkeitstheoretisch darf die Aufteilung der Gesundheitsleistungen z.B. nicht nach Kriterien erfolgen, ob eine Person ein ge-

wisses Alter hat und somit bestimmte Leistungen dadurch nicht empfängt. Ein solches Zuteilungskriterium würde nicht als gerecht eingestuft werden dürfen. Dabei wird auf das Menschenrecht auf Gesundheit verwiesen.

In der Gerechtigkeitstheorie wird zwischen zwei Gesundheitsleistungen entscheiden, nämlich die *unverzichtbare medizinische Leistung* und die *zusätzliche medizinische Leistung*. Dabei gilt eine Leistung als unverzichtbar, wenn sie notwendig ist um ein Ziel in der Behandlung zu erreichen. Wenn jedoch gewisse medizinische Tätigkeiten durchgeführt werden, die angenehmer zu ertragen sind als andere oder technisch hochwertiger sind, dann gelten solche Maßnahmen als zusätzliche Leistungen. Wenn medizinische Leistungen gerecht aufgeteilt werden sollen, so dürfen die unverzichtbaren Maßnahmen nicht eingeschränkt werden (vgl. Mack 2001 S. 29ff.). Es ist aber wichtig anzumerken, dass nur wenige medizinische Leistungen auch wirklich als notwendig bzw. unverzichtbar einzustufen sind, denn oftmals ist die Wirksamkeit nicht objektiv überprüfbar (vgl. Fonk 2008 S. 67).

Da in der Literatur meistens die Rede von medizinischen Leistungen ist, soll nun auch auf die Rationierung von pflegerischen Leistungen eingegangen werden. Da sich die Gerechtigkeitstheorie auf das Menschenrecht auf Gesundheit beruft, sollten auch pflegerische Leistungen, die unverzichtbar sind, um ein Behandlungsziel zu erreichen, nicht eingeschränkt werden. Es soll ein kurzes fiktives Beispiel dargestellt werden. Es wird davon ausgegangen, dass ein Patient X wegen einer Niereninsuffizienz auf der Intensivstation liegt. Laut einer Gerechtigkeitstheorie dürfen medizinische Leistungen, die unverzichtbar sind für die Gesundheit des Patienten, nicht eingeschränkt werden. Somit ist die Dialyse eine unverzichtbare Maßnahme. Da sich Patient X wegen seiner Wunden am rechten Fuß aufgrund der Niereninsuffizienz in professioneller pflegerischer Betreuung befindet, ist das Wundmanagement eine unverzichtbare pflegerische Maßnahme, um den Gesundheitszustand des Patienten X zu verbessern. Somit ist es naheliegend sich auf die Gerechtigkeitstheorie zu berufen und somit die Einschränkung des Wundmanagements als unzulässig zu bewerten.

Mack (2001) führt an, dass es wichtig ist standardisierte Verfahren zu verwenden, um beurteilen zu können, welche medizinischen Maßnahmen als notwendig einzustufen sind (vgl. Mack 2001 S. 30).

Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, welche Kriterien es geben könnte, nach denen Rationierungsentscheidungen getroffen werden könnten, um die Verteilung von Gesundheitsleistungen als gerecht einzustufen. In der Literatur wird, wie bereits aufgezeigt, die implizite Rationierung stark kritisiert. Es wird angegeben, dass die Rationierung öffentlich und nach nachvollziehbaren Kriterien erfolgen sollte (vgl. Sommer 2007 S. 279; Gericke/Busse 2005 S. 68; Mack 2001 S. 21). Jedoch gibt es keine allgemein definierten Kriterien im deutschen Gesundheitswesen nach denen Rationierungsentscheidungen getroffen werden sollen. Mit der Einführung des DRG Systems in Deutschland werden u.a. Ziele verfolgt wie die effiziente Verteilung von Gesundheitsleistungen und die Erhöhung der Transparenz (vgl. Weber 2007 S. 56). Durch die transparente Abbildung der durchgeführten Maßnahmen im Krankenhaus wird eine Möglichkeit geschaffen, die Gesundheitsleistungen explizit aufzuteilen. Zwar bleibt die Gefahr der impliziten Rationierung, da es keine öffentlich festgelegten Kriterien gibt, nach denen eine Zuteilung von Leistungen erfolgen sollte, aber es gibt eine Obergrenze, wie viel für die Behandlung der PatientInnen ausgegeben werden darf je nachdem welcher DRG diese zugeteilt werden. Die Gefahr, dass ÄrztInnen Entscheidungen aus wirtschaftlichen Überlegungen heraus beschließen, bleibt aber trotzdem bestehen (vgl. Gericke/Busse 2005 S. 66f.). Im weiterer Folge sollen Vorschläge diskutiert werden, wie Rationierungsentscheidungen offen durchgeführt werden können, um somit am ehesten den Kriterien einer gerechten Verteilung von Gesundheitsleistungen entsprechen zu können.

17.4 Formale Kriterien einer gerechten Zuteilung von Gesundheitsleistungen

Die formalen Kriterien, um Gesundheitsleistungen gerecht zu verteilen, sind Anleitungen auf welche Weise die Verteilung stattfinden sollte. Somit steht das Verhalten der Akteure im Gesundheitswesen im Vordergrund (vgl. Marckmann 2010 S. 12).

Daniels und Sabin (1997) beschäftigten sich mit formalen Kriterien, nach denen eine Verteilung von Gesundheitsleistungen als gerecht angesehen werden kann. Dabei formulierten sie vier Kriterien einer gerechten Zuteilung.

Die vier Kriterien sind:

- „Transparenz: Rationierungsentscheidungen und ihre Begründungen müssen öffentlich zugänglich sein.
- Evidenz: Die Gründe eines solchen Entscheids müssen von vernünftigen Personen (fair-minded people) als für den jeweiligen Kontext relevant betrachtet werden (eine ethische fundierte Legitimierung ist also nicht zwingend mit einer demokratischen identisch, da auch die Mehrheit unvernünftige Entscheidungen treffen kann).
- Rekursmöglichkeit: Es muss die Möglichkeit bestehen, Einsprache oder Beschwerde gegen einen Entscheid erheben und neue Gründe und Aspekte einbringen zu können.
- Durchsetzung: Es muss eine freiwillige oder öffentlich geregelte Einrichtung geben, welche die Durchsetzung der ersten drei Bedingungen sichert“

(Daniels/Sabin 1997 zit. n. Zimmermann-Acklin 2007 S. 65).

Verteilungsentscheidungen sollten auch in einer Gruppe gefällt werden, denn somit wird gewährleistet dass jedes Mitglied die Möglichkeit erhält, seine Erfahrung und sein Wissen einzubringen. In einer Gruppe mit Mitgliedern verschiedener Professionen können verschiedene Aspekte besprochen werden, die den Behandlungsprozess der PatientInnen umfassen. Dabei sollten Möglichkeiten vermieden werden, die zu Interessenskonflikten bei den Mitgliedern und Entscheidungsträgern führen könnten (vgl. Marckmann/Wiesing 2005 S. 87). Zwar

besteht immer die Gefahr einer impliziten Rationierung, bei der es zu Entscheidungen aufgrund von finanziellen Interessen kommen könnte, aber es soll betont werden, dass die Überlegung plausibel erscheint, dass dieses Risiko durch Absprache mit mehreren MitarbeiterInnen reduziert wird.

Eine weitere Forderung, die in der Literatur genannt wird, ist, dass bei allen PatientInnen Zuteilungsentscheidungen nach den gleichen Regeln erfolgen. So wird nämlich gewährleistet, dass alle PatientInnen auch dieselbe Behandlung bekommen. Dabei sollte jede Entscheidung über die Verteilung von Gesundheitsleistungen, die getroffen wird, begründbar sein. Die PatientInnen sollten auch über diese Entscheidung informiert werden und sie sollte ihnen zugänglich sein. Dabei erscheint auch eine andere Forderung als vernünftig, nämlich wenn eine Leistung eingeschränkt wird, sollten die PatientInnen die Möglichkeit haben dieser Entscheidung zu widersprechen (vgl. Marckmann 2010 S. 13). Ein/e PatientIn sollte nicht gezwungen sein, eine Entscheidung über eine Behandlung hinnehmen zu müssen, ohne Widerspruch einlegen zu können. Dabei würden sich Zweifel an der gerechten Zuteilung und auch an der Begründung für diese Zuteilung ergeben. Jede Entscheidung sollte begründbar sein und es sollte auch die Möglichkeit offen gelassen werden, diese Entscheidung anzuzweifeln. Nachdem es keine klaren Regeln gibt, nach denen Verteilungsentscheidungen über Gesundheitsleistungen durchgeführt werden müssen, wird vorgeschlagen, dass auch PatientInnen an dem Entscheidungsprozess teilhaben und somit auch ihre Wünsche einbringen können (vgl. Marckmann 2010 S. 13).

Damit die Einhaltung der formalen Kriterien gewährleistet wird, sollten die Entscheidungen über die Verteilung von medizinischen und pflegerischen Leistungen in regelmäßigen Abständen überprüft werden (vgl. Marckmann/Wiesing 2005 S. 88).

Es wäre denkbar, dass ein Mittel der Überprüfung Qualitätszirkel darstellen könnten. Durch ein solches Instrument des Qualitätsmanagements können sich die verschiedenen Professionen des Krankenhauses miteinander austauschen und somit könnten Entscheidungen überprüft werden. Dabei würden sich die verschiedenen MitarbeiterInnen im Krankenhaus wie Pflegekräfte, ÄrztInnen, PsychologInnen, PhysiotherapeutInnen u.a. treffen und mit Hilfe eines/r ModeratorIn ihre Entscheidungen nochmal besprechen.

Weiters ist es möglich Verteilungsentscheidungen staatlich überprüfen zu lassen (vgl. Marckmann 2010 S. 13).

Die vorgestellten formalen Kriterien haben eine Gemeinsamkeit. Es wird durch deren Einhaltung ermöglicht, dass die Entscheidungen über die Verteilung von begrenzt vorhandenen Gesundheitsleistungen offen bzw. explizit durchgeführt werden. Da bereits angegeben wurde, dass die implizite Rationierung ethisch bedenklich ist, besteht die Möglichkeit eine gerechte Verteilung der Gesundheitsleistungen zu gewährleisten, indem diese Kriterien bei Verteilungsfragen angewandt werden.

Interessant ist die Frage, ob es für die Pflege Prinzipien geben kann, die einhalten werden sollten bei Verteilungsentscheidungen. In diesem Zusammenhang soll der *internationale Ethikkodex für Pflegende* besprochen werden.

17.5 Der internationale Ethikkodex für Pflegende

Der *internationale Ethikkodex für Pflegende*, *International Council of Nurses (ICN)*, beschreibt Prinzipien, die erfüllt sein sollten, um das pflegerische Handeln als ethisch begründbar zu definieren. Dabei wird davon ausgegangen, dass Pflegepersonen bestimmte Aufgaben zu erfüllen haben. Sie sollen ihr pflegerisches Handeln danach ausrichten, dass dieses die Gesundheit ihrer PatientInnen begünstigt und wiederherstellt. Dabei sind die Menschenrechte bei jeder Ausübung der pflegerischen Tätigkeiten einzuhalten. Die Pflegenden sollen ihre PatientInnen nicht unterschiedlich behandeln aufgrund von Faktoren wie „Alter, Behinderung oder Krankheit, das Geschlecht, dem Glauben, die Hautfarbe, die Kultur, die Nationalität, die politische Einstellung, die Rasse oder dem sozialen Status“ (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2000). Die Verbundenheit des pflegerischen Handelns mit der Forderung nach der Einhaltung der Menschenrechte entspricht der Forderung der bereits beschriebenen Gerechtigkeitstheorie. Zwar wird nicht explizit das Menschenrecht auf Gesundheit in dem Ethikkodex genannt, jedoch wird mit diesem Menschenrecht in der Gerechtigkeitstheorie argumentiert, dass unverzichtbare pflegerische Leistungen nicht eingeschränkt werden dürfen, um die Zuteilung als gerecht zu bewer-

ten. Dabei ist die Rede von pflegerischen Leistungen, die unerlässlich sind, um die Ziele der Pflege zu erreichen.

Auf welche Weise diese pflegerischen Leistungen durchgeführt werden sollen ist Inhalt des Ethikkodexes. Dabei werden vier Prinzipien genannt, die das Handeln der Pflegekräfte mit ihren Mitmenschen, die Ausübung des Pflegeberufes, die Pflege als Profession und die Zusammenarbeit der Pflegekräfte mit den KollegInnen beschreiben. Die PatientInnen sollen akzeptiert werden wie sie sind und deren Wertvorstellungen und Einstellungen sollen dabei geachtet werden. Die Pflegekräfte sind verantwortlich dafür, dass die PatientInnen genügend Informationen über die pflegerischen Behandlungen erhalten. Zudem dürfen alle persönlichen Informationen nicht an Dritte weitergeleitet werden. Die Pflegepersonen sind dabei verantwortlich für ihre pflegerischen Tätigkeiten, die sie verrichten und dafür, dass die Maßnahmen, die sie setzen nach den neuesten wissenschaftlichen Kenntnissen erfolgen. Dabei sollen die pflegerischen Leistungen im Einklang mit den Menschenrechten stehen (vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2000). Es wird wieder die Betonung der Einhaltung der Menschenrechte deutlich. Denn das Erfordernis nach Evidenz und der Einhaltung der Menschenrechte wurden bereits bei den Kriterien einer gerechten Verteilung von knappen Gesundheitsgütern genannt und finden sich auch in dem Ethikkodex wieder.

Weiters wird beschrieben, dass die Pflegepersonen dafür zuständig sind, dass Pflegestandards in der Praxis entwickelt und angewendet werden. Schließlich sollen die Pflegekräfte eine gute Zusammenarbeit mit anderen Pflegepersonen fördern, damit auch die Versorgung der PatientInnen nicht unter einer schlechten Zusammenarbeit oder der Unzufriedenheit der MitarbeiterInnen zu leiden hat (vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2000).

Der internationale Ethikkodex für Pflegende soll als eine Richtlinie dienen, wie Pflegeleistungen gerecht aufgeteilt werden könnten. Es erscheint plausibel, dass durch die würdevolle Behandlung der PatientInnen, indem deren Einstellungen und Werte akzeptiert werden sollen, eine Basis geschaffen wird, um die pflegerischen Leistungen gerecht zu verteilen. Dabei erscheint es wichtig, immer den Menschen in den Mittelpunkt zu stellen. Im Ethikkodex ist auch die Forderung nach evidenzbasierter Pflege enthalten, welche ebenfalls eine Forderung von Daniels und Sabin (1997) darstellt. Die Pflege aufgrund von den

neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen durchzuführen, kann als eine Möglichkeit interpretiert werden, den PatientInnen eine gute Versorgung zu ermöglichen. Es erscheint somit sinnvoll, dass aufgrund von wissenschaftlichen Erkenntnissen in Pflege am ehesten beurteilt werden kann, welche Handlungen als unverzichtbare Leistungen in der Pflege einzustufen sind. Wenn die unverzichtbaren pflegerischen Leistungen bestimmt werden, dann ist es möglich diese Leistungen gerecht aufzuteilen, indem die Forderung der Gerechtigkeitstheorie beachtet wird und somit die unverzichtbaren pflegerischen Leistungen nicht eingeschränkt werden. Zudem sollen die Ziele der Pflege, also die Förderung der Gesundheit der PatientInnen und die Wiederherstellung der Gesundheit, als ethische Prinzipien interpretiert werden, die eingehalten werden sollten, wenn Entscheidungen über eine gerechte Zuteilung von knappen pflegerischen Leistungen gefällt werden.

Im Folgenden soll ein Beispiel aus der Pflegepraxis dargestellt werden, um Möglichkeiten einer gerechten Rationierung zu besprechen.

17.6 Beispiel einer Rationierung in der Pflegepraxis: Magensonde

In dem Beispiel soll eine Situation in der Pflegepraxis ethisch besprochen werden. Jedoch werden keine Namen und keine genauen Bezeichnungen der Stationen genannt, um die Anonymität der Personen zu wahren.

Die Patientin Z hat seit ihrer Geburt eine geistige und körperliche Behinderung. Sie ist 12 Jahre und wird seit ihrer Geburt von ihrer alleinerziehenden Mutter Frau A betreut. Das Mädchen ist in regelmäßiger Behandlung in einer psychiatrischen Klinik mit dem Schwerpunkt auf Behinderungen. Der Grund dafür ist, dass die Patientin Z das Essen und Trinken verwehrt und an einem Untergewicht leidet. Mehrmals jährlich wird sie stationär aufgenommen, weil sie in kurzen Abständen viel abnimmt und somit eine Gefahr für ihre Gesundheit besteht. So wurde die Patientin Z wieder in der psychiatrischen Station aufgenommen, weil sie die Nahrungsaufnahme und die Flüssigkeitsaufnahme eine Woche verweigert hat und somit die Gefahr der Dehydration besteht. Auf der Station wollte sie weiterhin keine Nahrung zu sich nehmen, jedoch hat sie jeden Tag Infusio-

nen bekommen. Die zuständigen Krankenschwestern (es waren nur weibliche Personen) mussten täglich während der Essensausgabe eine halbe Stunde bis zu einer Stunde versuchen der PatientIn Z Nahrung zu verabreichen. Da sie Schluckbeschwerden hatte, und keine Flüssigkeit trinken konnte, weil sie sich dabei verschlucken würde, wurde die Flüssigkeit eingedickt damit diese löffelweise verabreicht werden konnte. Dabei hat die PatientIn Z die Flüssigkeit noch auf diese Weise akzeptiert, doch wollte sie Nahrung in Form von Brei nicht essen. Die Patientin nahm ihre Mahlzeit ein, jedoch nach vielen Versuchen und einer Zeitspanne von ungefähr einer halben Stunde bis zu einer Stunde bei jeder Mahlzeit. Die Patientin Z war insgesamt drei Wochen in stationärer Behandlung. Nach 6 Tagen in Behandlung wurde mit der Mutter der Patientin Z das weitere Vorgehen besprochen und von der Stationsschwester die Möglichkeit der Magensonde erklärt. Anstoß dazu gab der kontinuierliche Gewichtsverlust der Patientin. Die Mutter erklärte sich einverstanden mit dem Vorschlag der Stationsleitung und somit wurde die Sonde durch die Stationsleitung angebracht.

Dies ist ein Beispiel aus dem Pflegealltag und einer sehr häufigen Praxis. Die Patientin Z hat die Nahrungszufuhr verweigert und eine Verabreichung der Nahrung war nur möglich, wenn eine gewisse Zeit dreimal täglich aufgewendet wurde, um ihr die Nahrung zu verabreichen. Zu erwähnen ist, dass die Station in einen Bereich für männliche und weibliche PatientInnen aufgeteilt war. Zudem war jeweils für die weiblichen und männlichen PatientInnen nur eine Pflegefachkraft pro Dienst zuständig. Die Maximalbelegung der Station betrug 16 Personen. Somit war bei Maximalbelegung eine Pflegeperson für 16 PatientInnen zuständig, welche zum Teil hoch aufwendige Pflege brauchten. Zwar wurde es nicht deutlich ausgesprochen, aber die Vermutung besteht, dass sie Magensonde aus Zeitgründen gelegt wurde, weil die Betreuung der Patientin täglich viel Zeit in Anspruch genommen hat. Jetzt stellt sich ethisch betrachtet die Frage, ob eine Magensonde eine gerechte Maßnahme war. Es besteht dabei die Möglichkeit sich auf das Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches zu berufen und zu sagen, dass eine pflegerische Handlung auch wirtschaftlich sein muss und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf. Es bleibt offen, ob das Verabreichen der Nahrung mehrmals täglich für durchschnittlich 45 Minuten eine pflegerische Leistung ist, die nicht unverzichtbar ist. Denn die Ma-

gensonde sollte der Patientin Z keinen gesundheitlichen Schaden zufügen und durch das Setzen dieser wird ermöglicht, dass die Pflegeperson mehr Zeit für die anderen PatientInnen hat. Es stellt sich nun die Frage, welche pflegerische Leistung als unverzichtbar erachtet wird. Dabei könnte man sich auf wissenschaftliche Ergebnisse stützen, die eine Magensonde in bestimmten Fällen empfehlen wie z.B. bei Schluckbeschwerden. Jedoch wurde bereits dargestellt, dass die Rationierung unumgänglich ist, und die Zuteilung von knappen Gütern nötig sein wird, denn Gesundheitsleistungen sind nicht unbeschränkt verfügbar. Diese Situation zeigt wiederum eine reale Situation und die Schwierigkeit auf, welche Aufteilung als gerecht empfunden werden kann. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind dabei einzuhalten, jedoch bleibt fraglich, ob jede Situation in der pflegerischen Praxis gesetzlich genau geregelt ist.

Ob in der geschilderten Situation eine pflegerische Maßnahme in Form einer Magensonde als gerecht empfunden werden kann, weil somit der Person kein gesundheitlicher Schaden zugefügt wurde und es als wirtschaftlich eingestuft wird, weil die aufgewendete Zeit für die Patientin sehr hoch war, ist schwierig zu ermitteln. Marckmann (2010) beschreibt auch die Forderung Entscheidungen über Gesundheitsleistungen, die knapp sind, nach dem „Kosten-Nutzen-Verhältnis“ (Marckmann 2010 S. 13) zu beurteilen. Denn die Kosten einer Leistung sollen nicht den Nutzen dieser Leistung übersteigen (vgl. Marckmann 2010 S. 13). Damit ist die Frage diskussionslegitim, ob das „Kosten-Nutzen-Verhältnis“ nicht mehr gegeben ist, wenn eine Pflegeperson täglich ungefähr drei Stunden mit der Nahrungszufuhr verbringt, jedoch die Patientin Z wenig Nahrung aufnimmt.

Es sollen aber nun Wege besprochen werden, wie es möglich ist, solche ethisch schwierigen Entscheidungen zu treffen, um diese noch als gerecht zu erachten. In dem dargestellten Beispiel ist es eine Möglichkeit, die Entscheidung in einer Gruppe von ÄrztInnen, klinischen PsychologInnen, Pflegepersonen und SozialpädagogInnen zu besprechen. Denn dadurch wäre gewährleistet, dass jedes Mitglied einer Profession die Möglichkeit hat einzubringen, wie die allgemeine Verfassung der PatientIn Z von den jeweiligen MitarbeiterInnen empfunden wird und somit durch Diskussion des physischen und psychischen Zustandes in einer Gruppe eine Entscheidung getroffen werden könnte. Bei dieser Entscheidung wäre das Risiko reduziert, dass es zu Interessenskonflik-

ten kommt. Damit wäre auch der Machtmissbrauch der Entscheidungsbefugnis durch eine Person vorgebäugt. Die Mutter wurde in diesem Fall informiert und in den Entscheidungsprozess mit einbezogen, was ebenfalls eine gerechte Entscheidung gewährleisten kann. Eine Forderung nach der gerechter Zuteilung von Leistungen ist, dass alle PatientInnen nach denselben Regeln Leistungen zugeteilt bekommen. Jedoch wird durch dieses Beispiel deutlich, dass es Situationen gibt, in denen solche Entscheidungen schwierig sind und im Einzelfall besprochen werden müssen. Es ist jedenfalls von Bedeutung, immer die Menschenrechte zu beachten und den PatientInnen keinen Schaden durch eine Behandlung zuzufügen. Weiter sollten die verwendeten pflegerischen Maßnahmen auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand beruhen. Zusätzlich wäre es wichtig, dass es eine unabhängige Instanz gibt, die die Entscheidung über die Magensonde überprüft, ob diese auch medizinisch und pflegerisch indiziert war und alle gesetzlichen Bestimmungen eingehalten wurden und der Entscheidungsprozess mit den ausschlaggebenden Gründen für die Magensonde in sich schlüssig war und nachvollziehbar. Damit sollten Vorschläge genannt werden, um aufzuzeigen, wie Rationierung explizit in einem konkreten Beispiel durchgeführt werden könnte, um von einer gerechten Verteilung von pflegerischen Leistungen sprechen zu können.

18 Fazit

Das DRG System in Deutschland erfordert aufgrund seiner Systematik, dass die Diagnosen und die durchgeführten Prozeduren bei den PatientInnen erhoben werden, um diese einer DRG zuzuteilen. Die Leistungserfassungssysteme LEP® und PPR stellen den Pflegeaufwand bzw. den Pflegebedarf mittels der Erhebung von durchgeführten Pflegeleistungen dar. Laut Hunstein (2006) kann die Durchführung der erbrachten Pflegemaßnahmen nicht gerechtfertigt werden, wenn keine Ursache für die Setzung einer Pflegemaßnahme ersichtlich ist. Da die LEP® und PPR nur die Prozeduren berücksichtigen, können seiner Ansicht nach die durchgeführten Pflegeleistungen nicht gerechtfertigt werden (vgl. Hunstein 2006). Die Forderung, die Hunstein stellt, ist, dass die Leistungserfassungssysteme genauso wie das DRG System auf Diagnosen und Prozeduren aufbauen sollten. Die Frage, die dabei entsteht, ist, ob die LEP® und PPR dadurch in der Praxis besser anwendbar wären. Eine weitere interessante Frage ist, inwieweit die Pflegepersonen aus der Praxis ein solches System als praktikabel empfinden würden.

Die Ergebnisse der Studien zu den Auswirkungen der DRG Einführung in Deutschland haben gezeigt, dass die Abläufe in den Krankenhäusern von Pflegepersonen strukturierter wahrgenommen werden. Jedoch klagen die Pflegepersonen auch über den Kostendruck, welcher aufgrund des DRG Systems entsteht. In dem DRG System ist die Kooperation zwischen den Professionen von großer Bedeutung. Da pro PatientIn nur eine gewisse Geldsumme verfügbar ist, könnte dies den Druck auf das medizinische Personal erhöhen, die pflegerischen und medizinischen Leistungen zum einen sorgfältig zum anderen schnell durchzuführen.

Zudem werden von den Pflegepersonen die administrativen Tätigkeiten als eine Belastung empfunden. Diese enthalten genaue Vorgaben darüber, welche Daten für die Vergütung der durchgeführten Maßnahmen erhoben werden müssen. Außerdem verfolgt das DRG System das Ziel, die Kosten möglichst transparent darzustellen. Somit könnten die administrativen Tätigkeiten als eine Belastung im Zusammenhang mit dem Erfordernis die Kosten verursachungsgerecht abzubilden empfunden werden.

Es wird auch von den Pflegepersonen häufig geklagt, dass sie sich ihren Aufgaben nicht mehr gewachsen fühlen. Dabei entsteht die Frage, ob es zu ähnlichen Auswirkungen kommen würde, wenn die LEP® und PPR eine ähnliche Systematik wie das DRG System hätten und sich sowohl an Pflegediagnosen als auch an Prozeduren orientieren würden. Wenn die LEP® und PPR dann zur Vergütung von Pflegeleistungen verwendet werden würden, dann würde auch die Forderung nach Transparenz bei der Darstellung der Kosten entstehen. Fraglich bleibt, ob die Pflegepersonen solche Messsysteme als praktikabel ansehen, oder als eine Belastung empfinden würden.

Da das Problem nach der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens immer mehr in den Mittelpunkt tritt, wurde diskutiert, wie knappe Gesundheitsleistungen gerecht aufgeteilt werden können. Es wurden Kriterien in der Ethik formuliert, welche erfüllt sein sollten, um die Verteilung als gerecht einzuschätzen. Dabei wird die Transparenz bei Verteilungsentscheidungen gefordert. Dies setzt eine sehr genaue Dokumentation des Entscheidungsprozesses voraus, weil die Entscheidungen und die Begründung für die Öffentlichkeit zugänglich sein sollten.

Eine andere Forderung ist, dass die PatientInnen die Möglichkeit haben sollten, sich über die Begründung der ÄrztInnen und PflegerInnen für eine Verteilungsentscheidung beschweren zu können (vgl. Zimmermann-Acklin 2007 S. 65). Außerdem wird gefordert, dass die Verteilungsentscheidungen nicht von einer Einzelperson sondern durch Konsens zwischen verschiedenen an der Behandlung der/des PatientIn beteiligten Personen unterschiedlicher Professionen gefällt werden (vgl. Marckmann/Wiesing 2005 S. 87). Dabei stellt sich die Frage, ob ein solches Vorgehen bei einzelnen pflegerischen Tätigkeiten in der Praxis durchführbar ist, denn die Studien zu den Auswirkungen der DRG Einführung deuten auf eine Belastung der Pflegekräfte. Da die Messinstrumente LEP® und PPR auf Erfahrungswerten aufbauen und dabei keine ethischen Kriterien formuliert wurden, ist es als problematisch anzusehen, die angeführten ethischen Forderungen zu erfüllen. Diese Erfahrungswerte basieren auf durchschnittlichen Minutenwerten für die Durchführung von Pflegetätigkeiten, wobei ethische Kriterien, wie die Berücksichtigung von der Dauer einer Entscheidung in der Gruppe, nicht einfließen. Es bleibt zweifelhaft, ob die ethischen Kriterien wie die Transparenz oder die Entscheidungsfindung in der Gruppe in jeder einzelnen Ent-

scheidungssituation in der Praxis zeitlich durchführbar sind. Weiterführende Forschung würde dabei wertvolle Informationen bringen, wobei die subjektiven Einschätzungen der Pflegepersonen zu folgenden Fragen interessant wären:

- Wird nach Meinung der Pflegepersonen die pflegerische Leistung genügend mittels der LEP® und PPR abgebildet?
- Sind die Pflegepersonen der Meinung, dass die pflegerischen Tätigkeiten besser abgebildet werden können, wenn Pflegediagnosen und Pflegeprozeduren erhoben werden?
- Empfinden die Pflegepersonen ethische Kriterien bei den Verteilungsentscheidungen in der Pflege als praktikabel und zeitlich durchführbar?

Die Beantwortung dieser Fragen könnte neues Wissen zu der Frage generieren, ob die genauere Abbildung der pflegerischen Arbeit mittels Pflegediagnosen und Pflegeprozeduren in der Praxis mit dem vorhandenen zeitlichen Pensum durchführbar ist. Außerdem könnten Lösungsvorschläge erarbeitet werden, wie Verteilungsentscheidungen getroffen werden könnten, die auch in der Praxis mit den vorhandenen finanziellen und zeitlichen Ressourcen durchführbar sind.

19 Tabellenverzeichnis und Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Major Diagnostic Category.....	20
Tabelle 2: Complication and Comorbidity Level	22
Tabelle 3: PatientInnengruppen in der Pflegepersonalregelung (PPR) nach § 4 Abs. 2 PPR	49
Tabelle 4: Minutenwerte der PatientInnengruppen in der PPR nach § 6 Abs. 2.....	50
Tabelle 5: Einordnungsmerkmale für Erwachsene für die Pflegestufen im Bereich Allgemeine Pflege nach Anlage 1 PPR.....	53
Tabelle 6: Einordnungsmerkmale für die Pflegestufen im Bereich Spezielle Pflege.....	54
Tabelle 7: Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene (PKMS-E) Matrix.....	59
Tabelle 8: Beispiel einer LEP-Variablen von LEP® Nursing 2.....	65
Tabelle 9: Personal im Pflegedienst in Krankenhäusern nach Berufen, Jahr und Geschlecht, Deutschland, ab 1994	91

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Leistungserfassung in der Pflege (LEP®)	63
--	----

20 Literaturverzeichnis

Baumberger, D. (2001): Pflegediagnosen als Indikator der Streuung des Pflegeaufwandes in DRGs. Universität Maastrich. Fakultät Gesundheitswissenschaften, Maastrich

Baumberger, D.; Kühne, G.; Hieber, St. (2007): Ergänzende Informationen zur Kurzbeschreibung LEP® Nursing 3.

URL: <http://www.lep.ch/index.php/de/wissenspool-mainmenu-76?func=startdown&id=240> am 25.04.2010

Baumberger, D.; Bosshard, W.; Portenier, L.; Wittner, M.; Bürgin, R.; Müller, M. (2009): Projekt SwissDRG und Pflege. Teilaufgabe 1 Quantitative Analyse Pflegeaufwand.

URL: http://www.sbk-asi.ch/webseiten/deutsch/0default/pdf/SVPL_SBK_Report-SwissDRG-und-Pflege_091014.pdf am 03.05.2010

Bartholomeyczik, S.; Hunstein, D. (2000): Erforderliche Pflege - zu den Grundlagen einer Personalbemessung. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 5, 4/2000, S. 105-109

Bartholomeyczik, S. (2002): Erforderliche Pflege und die geplante Einführung der DRGs. In: Kolb, S.; Härlein, J.; Klein, K.; Krassa, K.; Melf, K.; Missbach, C.; Mittag, C.; Resch, S.; Seithe, H.; Watermann, U.; Werthmann, L.; Wick, S.: Medizin und Gewissen wenn Würde ein Wert würde... Eine Dokumentation über den internationalen IPPNW-Kongress. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, S.229-235

Bartholomeyczik, S. (2004): Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit. Konzeptentwicklung, Operationalisierung und Konsequenzen. In: PR-INTERNET, Jg. 6, 7-8/2004, S. 389-395

Bartholomeyczik, S. (2007): Reparaturbetrieb Krankenhaus. DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege. In: Dr. med. Mabuse, Jg. 166, 4/2007
URL: http://mabuse-downloads.de/zeitschrift/166_Bartholomeyczik.pdf am 23.02.2010

Braun, B.; Buhr, P.; Müller, R. (2008): Pflegearbeit im Krankenhaus. Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten. Asgard, St. Augustin

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2000): ICN-Ethikkodex für Pflegenden.
URL: <http://www.dbfk.de/download/ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf> am 03.03.2010

Deutscher Pflegerat (DPR) (2009): OPS und PKMS mit Hinweisen zur Dokumentation, Kodierhinweisen, Glossar und Quellenangaben.
URL: [http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/6E20E94FF516B217C12572A30038B716/\\$File/DPR OPS%202010_und%20PKMS_%20mit%20Hinweistext_091012_out.pdf](http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/6E20E94FF516B217C12572A30038B716/$File/DPR OPS%202010_und%20PKMS_%20mit%20Hinweistext_091012_out.pdf) am 12.03.2010

Duckett, S.J. (2001): Das australische AR-DRG-Klassifikationssystem für den Krankenhausbereich. In: Arnold, M.; Litsch, M.; Schellschmidt, H.: Krankenhausreport 2000. Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs. Schattauer GmbH, Stuttgart, S. 67-74

Eberl, I.; Bartholomeyczik, S.; Donath, E. (2005): Die Erfassung des Pflegeaufwands bei Patienten mit der medizinischen Diagnose Myokardinfarkt, eine deskriptive Studie. In: Pflege, Jg. 18, 6/2005, S. 64-72

Fischer, W. (2001): Das deutsche G-DRG-Projekt und die Pflege. Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin. URL: <http://www.fischer-zim.ch/artikel/GDRG-Und-Pflege-0011-BALK.htm> am 15.02.2010

Fischer, W. (2001): Das australische AR-DRG-System als Beispiel einer ärztlich-ökonomischen Klassifikation. Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin.

URL: <http://www.fischer-zim.ch/artikel/ARDRG-0105-SGMI.htm> am 18.02.2010

Fischer, W. (2002): Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege. Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten. Hans Huber Verlag, Bern

Fischer, W. (2003): Möglichkeiten zur Abbildung der Pflege in DRG-Systemen. Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin.

URL: <http://www.fischer-zim.ch/auszuege-drg-pflege/Pflege-in-DRG-Systemen-0109.htm> am 18.02.2010

Fonk, P. (2008): Der Arzt als Geschäftsmann, der Patient als Kunde? Wie Forderungen der Gesundheitsökonomie das ärztliche Berufsbild und die Rolle des Patienten verändern. In: Seewald, O.; Schöffler, H. (Hrsg.): Zum Wert unserer Gesundheit. Der Arzt zwischen Rationierung und Rationalisierung. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, S. 59-74

Fuchs, H. (2004): Konsequenzen der DRG-Einführung für die angrenzenden Versorgungsbereiche Rehabilitation und Pflege. In: Klauber, J.; Robra, B.P.; Schnellschmidt, H.: Krankenhaus-Report 2003. Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1. Schattauer GmbH, Stuttgart, S. 187-210

Galatsch, M.; Krüger, C.; Quasdorf, T.; Schroller, M.; Donath, E.; Bartholomeyczik, S. (2007): Die Auswirkungen der DRG-Einführung aus Sicht der Pflege. In: Pflegezeitschrift, Jg. 60, 5/2007, S. 272-276

Gericke, C.; Busse, R. (2005): Rationierung im Krankenhaus vertretbar oder gar notwendig? In: Krukemeyer, M.; Marckmann, G.; Wiesing, U. (Hrsg.): Krankenhaus und soziale Gerechtigkeit. Schattauer GmbH, Stuttgart, S. 53-71

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2010).

URL: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowa_sys921_xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=33938237&nu_mmer=535&p_sprache=D&p_indsp=298&p_aid=64538209 am 14.07.2010

Groß, D. (2007): Rationierung im Gesundheitswesen aus Sicht der medizinischen Ethik. In: Schumpelick, V.; Vogel, B. (Hrsg.): Was ist uns die Gesundheit wert? Gerechte Verteilung knapper Ressourcen. Verlag Herder, Freiburg im Breisgau, S. 335-353

Hausner, E.; Juchems, S.; Richter, I.; Schulze Geiping, A.; Simon, M.; Voß, K.; Wiedemann, R.; Donath, E.; Bartholomeyczik, S.: Arbeitsstrukturen in der Pflege im Krankenhaus und die Einführung der DRGs. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 10, 3/2005, S. 125-130

Hollik, J.; Kerres, A. (2002): Pflege im DRG-System. Spitta-Verlag, Balingen

Hunstein, D. (2003): Klassifikation von medizinischen und pflegerischen Diagnosen und Implikation für das GR-DRG-System. In: PR-INTERNET, Jg. 5, 6/2003, S. 27-36

Hunstein, D. (2006): Optimierung des G-DRG-Systems durch originäre Pflegedaten – ein praxisorientierter Ansatz. Vortrag, Deutscher Pflegekongress Berlin, 15-17. Juni

URL: http://www.epa-online.info/Abstract_Hauptstadtkongress_2005_Hunstein.pdf am 21.03.2010

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) (Hrsg.) (2007): Kalkulation von Fallkosten. Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern. Version 3.0.

URL: http://g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/Kalkulation2/DRG-Fallpauschalen_17b_KHG/Kalkulationshandbuch am 03.05.2010

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) (2009): G-DRG German Diagnosis Related Groups Version 2010. Definitionshandbuch Kompaktversion
URL: http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/G-DRG-System_2010/Definitionshandbuch/Definitionshandbuch_2010 am 24.04.2010

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (o.J.).
URL: http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/Das_Institut
am 19.04.2010

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2009).
URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/prozeduren/ops301/opshtml2010/index.htm> am 19.04.2010

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2010).
URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/index.htm> am 19.04.2010

Isfort, M.; Weidner, F. (2001): Pflegequalität und Pflegeleistungen I. Bericht über die erste Phase des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen“, hg. von Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.. Freiburg/ Köln
URL: <http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/bericht-pflegeleistung1.pdf>
am 10.01.2010

Isfort, M. (2002): Leistungserfassung. Die Drei??? Und die pflegerischen Erfassungsinstrumente. In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 41, 7/2002, S.578-583

Isfort, M. (2002): Leistungserfassung in der Pflege (LEP®): Denn sie wissen was sie tun. In: Pflegezeitschrift, Jg. 55, 7/2002, S. 497-500

Isfort, M. (2004): Pflegerelevante Fallgruppen (PRG): Eine empirische Grundlegung, hg. von Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.. Schlütersche, Hannover

Isfort, M.; Weidner, F. (2007): Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus, hg. von Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln
URL:<http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Pflege-Thermometer2007.pdf>
am 19.03.2010

Isfort, M. (2008): Patientenklassifikation & Personalbemessung in der Pflege. Verlagshaus Monsenstein und Vannerdat OHG, Münster

Isfort, M.; Weidner, F. (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus, hg. von Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln
URL: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf am 24.06.2010

Kahlisch A.; Kobold, C.; Rau, B. (2004): Die Fallgruppe sagt wenig über den Pflegebedarf. Pflege im DRG-System. In: Pflegezeitschrift, Jg. 57, 1/2004, S. 26-29

Köbele, W. (2007): Medizinisch-pharmazeutische Innovationen und ihre Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben. In: Schumpelick, V.; Vogel, B. (Hrsg.): Was ist uns die Gesundheit wert? Gerechte Verteilung knapper Ressourcen. Verlag Herder, Freiburg im Breisgau, S. 84-96

Kuhlmann, H. (2003): Kosten- und Leistungsrechnung. Pflege im DRG-System – Wie kann pflegerische Leistung erfasst werden? Teil 2: PPR und LEP®. In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 42, 10/2003, S. 760-765

Lauterbach, K.; Lungen, M. (2004): DRG in deutschen Krankenhäusern. Umsetzung und Auswirkung. Schattauer GmbH, Stuttgart

LEP- AG (2007): Katalog LEP Nusing 2.3. Liste der Variablen der Methode LEP für die Gesundheits- und Krankenpflege

URL: <http://www.lep.ch/index.php/de/wissenspool-mainmenu-76?func=fileinfo&id=242> am 24.04.2010

LEP- AG (o.J.).

URL: <http://www.lep.ch/index.php/de/produkte-mainmenu-78> am 09.05.2010

Mack, E. (2001): Rationierung im Gesundheitswesen- ein wirtschafts- und sozial-ethisches Problem. In: Ethik in der Medizin, Jg. 13, 2001, S. 17-32

Maeder, C.; Bamert, U.; Baumberger, D.; Dubach, A.; Kühne, G. (2006): Kurzbeschreibung der Methode LEP®. Nursing 2. Physiotherapie. Nursing 3.

URL: <http://www.lep.ch/index.php/de/wissenspool-mainmenu-76?func=start-down&id=238> am 25.04.2010

Manzeschke, A; Pelz, T.; Anderson, D.; Freundlieb, M.; Hermann, S.; Ketz, V.; Nutz, N.; Schlesinger, K.; Strobel, J. (2008): Diakonie und Ökonomie. Die Auswirkungen von DRG und fallpauschalisiertem Medizin- und Qualitätsmanagement auf das Handeln in Krankenhäusern. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung und sozialethische Bewertung. Ein Auszug.

URL: http://www.ethik.uni-bayreuth.de/downloads/Abschlussbericht_Dia_Oeko_Auszuege.pdf am 12.02.2010

Marckmann, G.; Wiesing, U. (2005): Implizite Rationierung im Krankenhaus: Ethische Implikationen am Beispiel der DRG-Vergütung. In: Krukemeyer, M.; Marckmann, G.; Wiesing, U. (Hrsg.): Krankenhaus und soziale Gerechtigkeit. Schattauer GmbH, Stuttgart, S. 82-89

Marckmann, G. (2005): Rationalisierung und Rationierung: Allokation im Gesundheitswesen zwischen Effizienz und Gerechtigkeit. In: Kick, H.; Taupitz, J. (Hrsg.): Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit. Lit Verlag, Münster, S. 179-199

Marckmann, G. (2007): Zwischen Skylla und Charybdis: Reformoptionen im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Jg. 12, 2007, S. 96-100

Marckmann, G. (2010): Kann Rationierung im Gesundheitswesen ethisch vertretbar sein? In: GGW, Jg. 10, 1/2010, S. 8-15
URL: http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_aufs1_0110.pdf am 31.07.2010

Meier, P.M. (2004): „Diagnosis related groups“ im Prozess und in der Struktur in der Patientenversorgung. Betriebswirtschaftliche Analysen und integrierte Lösungsansätze. Dt.Wiss.-Verlag (DWV), Baden-Baden

Mende, H.; Geldner, G.; Schleppers, A.; Martin, J. (2010): G-DRG-Version 2010-Auswirkungen auf unser Fachgebiet.

URL: http://www.bda.de/aktuelles/drg-version_2010.pdf am 17.04.2010

Odermatt, R.; Brügger, U.; (2001): LEP®- Leistungserfassung in der Pflege. In: Pflege aktuell, Jg. 55, 10/2001, S.534-536

Schmid, B. (2007): Homogenitätsprüfung des Pflegeaufwandes in DRG-Fallgruppen. Erklärungsansatz zur Kosteninhomogenität von DRG-Fallgruppen durch Pflegediagnosen/Pflegeaufwand. In: PR-INTERNET, 09/2007, S. 532-541

Schmidt, S.; Bartholomeyczik, S.; Dieterle, W.; Wittich, A.; Donath, E.; Rieger, M. (2008): Arbeitsbedingungen für die Pflege in Krankenhäusern als Herausforderung. Eine Sekundäranalyse der Basiserhebung im Forschungsprojekt „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ (ArbiK). In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 13, 2/2008, S. 102-118

Sommer, J.H. (2007): Die implizite Rationierung bleibt notwendig. Das Konzept des „muddling through elegantly“. In: Zimmermann-Acklin, M.; Halter, H. (Hrsg.): Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz. EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel, S. 279-290

Schöning, B. (1995): Pflege-Personalregelung: Kommentar mit Anwendungsbeispielen für die Praxis. Verlag W. Kohlhammer, Köln

Schultheiss, C. (2001): Überlegungen zur Notwendigkeit einer offenen Rationierungsdebatte. In: Ethik in der Medizin, Jg. 13, 5/2001, S. 2-16

Statistisches Bundesamt (2009): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1.

URL: http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=12469&p_sprache=D am 06.10.2010

Steuer, B; Jungen, G. (2000): Leistungserfassung in der Pflege. In: PR-INTERNET, Jg. 2, 3/2000, S. 81-90

Strech, D.; Borchers, K.; Freyer, D.; Neumann, A.; Wasern, J.; Marckmann, G. (2008): Ärztliches Handeln bei Mittelknappheit. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. In: Ethik in der Medizin, Jg. 20, 6/2008, S. 94-109

Weber, L. (2007): Das Krankenhaus im DRG-Zeitalter. Fallpauschalen und die Auswirkungen auf die Qualitätssicherung. Books on Demand GmbH, Norderstedt

Wieteck, P. (2005): Zur Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Kontext der DRG. Ein Diskussionsbeitrag zur optimierten Prozesssteuerung. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 10, 3/2005, S. 115-124

Wieteck, P. (2007): Adäquate Abbildung des Pflegeaufwandes im G-DRG-System. In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 46, 10/2007, S. 919-921

Wieteck, P.; Gossens, J. (2009): Bericht: Entwicklung des OPS hochaufwendige Pflege sowie den PKMS (Pflege Komplexmaßnahmen Score), hg. von Deutscher Pflegerat e.V.

URL: [http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/B29E3CE122EC4AC7C1257611004E3602/\\$File/DPR_Anlage%20zu%20Sonderinformation OPS%202010_Pflegekomplexmaßnahmen-Scores-PKMS_090813_out.pdf](http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/B29E3CE122EC4AC7C1257611004E3602/$File/DPR_Anlage%20zu%20Sonderinformation OPS%202010_Pflegekomplexmaßnahmen-Scores-PKMS_090813_out.pdf) am 15.02.2010

Wingenfeld, K. (2000): Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: Rennen-Allhoff, B.; Schaeffer, D. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa Verlag, Weinheim/ München, S. 339-359

Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) (2000): Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 97, 15/2000 A 1017- A 1023

URL: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=22550> am 10.03.2010

Zimmermann-Acklin, M. (2007): Rationierung im ethischen Disput. Positionen und Argumente. In: Zimmermann-Acklin, M.; Halter, H. (Hrsg.): Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz. EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel, S. 57-66

<http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Pflegekategorien.100581.0.html> am 14.05.2010

21 Lebenslauf

Persönliche Daten

Vor-, Zuname: Jelena Vojnovic
Geburtsdatum: 25. Juni 1986
Geburtsort: Osijek, Kroatien
Nationalität: Österreich
Familienstand: Ledig

Schulbildung

1992 – 1996 Volksschule, Brüßlgasse 1160 Wien
1996 – 2004 Bundesrealgymnasium XVI, Schuhmeierplatz 7,
1160 Wien
2004 Matura mit ausgezeichnetem Erfolg abgeschlossen
am BRG XVI
2004-2006 Diplomstudium Rechtswissenschaften, Universität
Wien, 1010 Wien
2006-2010 Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaften,
Universität Wien, 1010 Wien
seit 03/2008 Bachelorstudium Wirtschafts- und Sozialwissen-
schaften, Wirtschaftsuniversität Wien, 1090 Wien