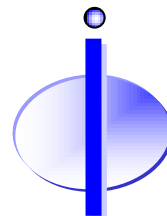


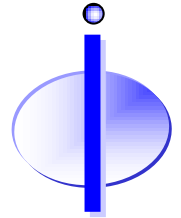
Realzeitmessung in einer stationären Altenpflegeeinrichtung des EVIM

Endbericht
Oktober 2004

Projektleitung (HessIP): Prof. Dr. Ulrike Höhmann
Wiss. Mitarbeit (HessIP): Gisela Ascher



<i>Realzeitmessung in einer stationären Altenpflegeeinrichtung des EVIM</i>	1
<i>Einleitung</i>	6
1 Ausgangssituation	7
2 Das Verfahren PLAISIR	7
3 Projektauftrag	7
3.1 Ziele	7
3.2 Design	9
3.3 Durchführung	11
3.3.1 Realzeitmessung	12
3.3.2 PLAISIR-Erhebung	14
3.3.3 Dokumentenanalyse.....	14
3.3.4 Interviews	14
4 Ergebnisse Realzeitmessung	16
4.1 Strukturmerkmale Stellen/Bew. und Pflegestufen	16
4.2 Erfassung der produktiven Arbeitszeiten	17
4.2.1 Verteilung der produktiven Zeiten pro Wochentag und Schicht.....	18
4.2.2 Verteilung der produktiven Zeiten nach Pflegekategorien.....	19
4.2.3 Verteilung der Qualifikation der Pflegemitarbeiter nach Pflegekategorien	23
4.2.4 Verteilung der Pflegestufen nach Pflegekategorien	26
4.2.5 Verteilung der produktiven hauswirtschaftlichen Zeiten	28
5 Analyse der produktiven Zeiten nach Pflegekategorien	30
5.1 Gruppenvergleich Komponente 1 – Kein direkter Bewohnerkontakt	34
5.1.1 Gekreuzte Verteilung BBK * gruppeninterne Pflegebereiche	34
5.1.2 Gekreuzte Verteilung Wegezeiten x Komponenteninterne Pflegebereiche	35
5.2 Gruppenvergleich Komponente 2 – Direkter Bewohnerkontakt	37
6 Vergleich Pflegezeiten Realzeitmessung / PLAISIR-Erhebung	39
6.1 Strukturmerkmale Stellen	39
6.2 Zeitvergleiche nach Kategorien – ein Überblick	40
6.3 Zeitvergleiche nach Kategorien – Bewohner bezogen („GUSTAV“)	45
7 Ergebnisse - Interviews	49
7.1 Abweichungen – eine Übersicht	49
7.2 Abweichungen – differenziert nach Verrichtungen	56



7.2.1	Individuelle Kommunikation.....	60
7.2.2	Mahlzeiten	61
7.2.3	Flüssigkeitszufuhr.....	62
7.2.4	Ganzkörperwaschung	63
7.2.5	Teilkörperpflege	64
7.2.6	Maniküre / Pediküre	65
7.2.7	Ausscheidung	65
7.2.8	Einreiben und Lagern	67
7.2.9	Gehen / Rollstuhl schieben	68
7.2.10	Um-/Teilankleiden.....	68
7.2.11	Bewegungsübungen zur Prophylaxe / Rehabilitation.....	69
7.2.12	Aufstehen / Hinlegen	69
7.2.13	Pflegetechniken	69
7.3	Zusammenfassung - Ursache für Abweichungen	70
8	Ergebnisse - Beantwortung der Fragen	71
8.1	Mögliche Antworten auf Frage 1 - Ausmaß der Leistungserfüllung.....	71
8.2	Mögliche Antworten auf Frage 2 - Systematik	74
8.3	Mögliche Antworten auf Frage 3 - Qualifikation der Pflegemitarbeiter	76
9	Fazit (noch aus Zwischenbericht).....	78
10	Legende	80
11	Anhang (evtl. GUSTAVs).....	82
12	Anhang - Tabellen.....	83

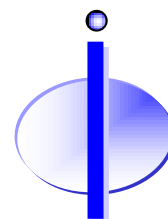


Tabelle 3-1 Dienstplan - begleitete Pflegemitarbeiter in Untersuchungswoche	13
Tabelle 4-1 Gearbeitete Pflegezeiten inkl. Hauswirtschaft	19
Tabelle 5-1 Pflegebereichsgruppen	32
Tabelle 5-2 Erklärte Gesamtvarianz, Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.....	33
Tabelle 5-3 Rotierte Komponentenmatrix	33
Tabelle 5-4 Wegezeiten u. –anzahl.....	35
Tabelle 6-1 Stellenbedarf pro Pflegekategorie und Standard-Schicht (exkl. Hauswirtschaft)	40
Tabelle 6-2 Durchschnittliche Pflegezeiten nach Pflegebereichen pro Tag und Bewohner	42
Tabelle 6-3 Vergleich Diagnosegruppen / Pflegestufen.....	44
Tabelle 7-1 Anz. Abweichungen Realz./PLAISIR-Erh./Pflegedokum.	50
Tabelle 7-2 Vgl. PLAISIR-Erh./Realz.	50
Tabelle 7-3 Vgl. Pflegedokumentation / Realzeit	51
Tabelle 7-4 Abweichungen - Übersicht.....	51
Tabelle 7-5 Anz. Abweichungen nach Pflegeverr.....	57
Tabelle 7-6 Gründe für Abweichungen	59
Abbildung 4-1 Prozentuale Verteilung nach Pflegekategorien	20
Abbildung 4-2 Prozentuale Verteilung Pflegezeiten nach Wochentag (Woche=100%).....	21
Abbildung 4-3 Verteilung der durchschnittlichen Pflegezeiten auf Tageszeiten	22
Abbildung 4-4 Anzahl beobachteter Aktivitäten (Gesamtanzahl= 8.285)	23
Abbildung 4-5 Vgl. Qualifikation / Pflegebereiche	26
Abbildung 4-6 Pflegezeiten pro Bereich und Pflegestufen	28
Abbildung 4-7 Prozentuale Verteilung nach Kategorien der Hauswirtschaft (44h/Wo=100%)	29
Abbildung 5-1 Faktorenanalyse Zeitaufwand Pflegebereiche.....	30
Abbildung 6-1 Stellen pro Standard-Schicht im Vergleich Realzeit/PLAISIR	39
Abbildung 6-2 Pflegezeiten nach Kategorien im Vergleich.....	41
Abbildung 6-3 Abweichungen Realzeit/PLAISIR je Pflegebereich	43
Abbildung 6-4 Mittelwert Diagnosegrp. pro Tag u. Bew.....	45
Abbildung 7-1 Abweichungen - Pflegebereiche	52
Abbildung 7-2 % Abw. pro pflegebegründende Diagnose.....	53
Abbildung 7-3 % Abw. PLAISIR-Erh./Pflegedokum.	54
Abbildung 7-4 % Abw. Pflegedokum./Realzeitm.	55
Abbildung 7-5 Abweichungsgründe - Mahlzeiten	62
Abbildung 7-6 Abweichungsgründe - Ausscheidung.....	67
Abbildung 12-1 Erläuterung Abweichungsgründe.....	83
Abbildung 0-1 Vgl. Pflegedok./Realzeitm.	84
Abbildung 0-2 Vgl. PLAISIR/Pflegedok.	85
Abbildung 0-3 Vgl. Abweichung PLAISIR-Erh. / Pflegedokum.....	86

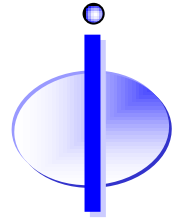
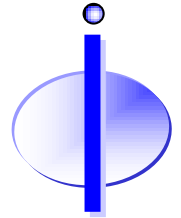


Abbildung 0-4 Vgl. Abweichung Pflegedokum./Realzeitm.....	87
Abbildung 0-5 Gründe für Abweichungen	88



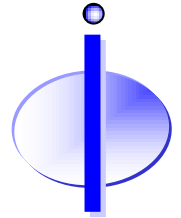
Einleitung

Im Rahmen der Diskussion zur Einführung einer EDV-gestützten Personalbedarfsermittlung mit dem Verfahren PLAISIR in hessischen stationären Altenpflegeeinrichtungen sollte begleitend untersucht werden, welche Interventionen mit welchem Zeitaufwand von Pflegemitarbeitern tatsächlich geleistet werden. Abweichungen zu dem von PLAISIR erhobenen Pflegebedarf, aus dem der Personalbedarf berechnet wird, sollten herausgefunden und erklärt werden. Der vorliegende Status-Bericht beinhaltet Zwischenergebnisse aus dem laufenden Projekt. Der Endbericht wird vertragsgemäß im Oktober 2004 fertiggestellt.

Kapitel 3 beschreibt Ziele, Design und Durchführung des Projekts.

In Kapitel 4 werden die Ergebnisse der Realzeitmessung vorgestellt.

...



1 Ausgangssituation

2 Das Verfahren PLAISIR

3 Projektauftrag

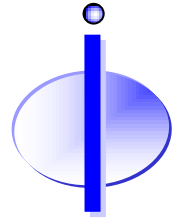
Auftrag des Projekts ist, transparent zu machen, was Pflegende in einer stationären Altenpflegeeinrichtung tun, warum sie es tun, in welcher Zeit sie es tun und ggf. Ursachen für Abweichungen zu den mit Hilfe des Personalbedarfserhebungs-Instruments PLAISIR geplanten Interventionen aufzuzeigen.

Aufgrund des erheblichen Personal- und Kostenaufwands für Rund-um-die-Uhr-Beobachtungen aller Bewohner beschränkten wir uns auf die Begleitung der Pflekräfte in einem für die Einrichtung typischen Wohnbereich. Die hier gefundenen Ergebnisse sind daher nicht repräsentativ, spiegeln aber tendenzielle Eindrücke wider, die Altenpflegeeinrichtungen sich durchaus für das eigene Qualitätsmanagement zunutze machen könnten.

Eine Qualitätsbeurteilung der beobachteten Interventionen haben wir bewusst unterlassen, da sie nur mit einem Untersuchungs-Instrument, das valide und reliabel vordefinierte Qualitätskriterien „misst“, hätte objektiviert werden können.

3.1 Ziele

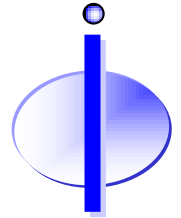
Zentrales Anliegen des Auftraggebers war, herauszufinden, inwieweit PLAISIR das reale Tun abbildet, um anhand von identifizierbaren Ursachen der (erwartbaren) Differenzen qualitätsverbessernde Maßnahmen einleiten zu können. Dazu wurden folgende Untersuchungsfragen bearbeitet:



- 1) Inwieweit werden die von PLAISIR ermittelten Bedarfe der Bewohner hinsichtlich Pflege und Betreuung durch tatsächliche Leistungen erfüllt?
 - a) Welche durch Plaisir ermittelten Pflege- oder Leistungsbedarfe werden nicht erbracht?
 - i) Gibt es typische Personengruppen, die weniger Leistung erhalten?
 - ii) Wird Behandlungspflege wie geplant durchgeführt?
 - b) Welche durch Plaisir nicht ermittelten Leistungen werden erbracht? Werden Pflegeleistungen gleichen Namens in unterschiedlicher Art und Weise erbracht?

- 2) Sind vorgefundene Unterschiede systematisch verursacht oder zufällig?
 - a) bzgl. Zeitaufwand
 - b) bzgl. Häufigkeiten, Pflegemodi
 - c) bzgl. pflegebegründender Diagnosen
 - d) bzgl. Pflegedokumentation

- 3) Besteht ein Zusammenhang zwischen Zeitaufwand für Pflegeinterventionen und Qualifikation der Pflegemitarbeiter?
 - a) Welche Pflegeleistungen werden von MitarbeiterInnen welcher Qualifikation erbracht?
 - b) Sind Zusammenhänge zwischen Besetzung mit Fachkräften bzw. nicht examinierten Kräften nachweisbar? nicht nachweisbar, da Besetzung von Fachkräften mit 50% und mehr.



3.2 Design

Anhand eines von der Einrichtung in Zusammenarbeit mit PLAISIR-Experten des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe (KDA) nach vordefinierten Kriterien ausgesuchten für die Einrichtung typischen Wohnbereichs einer stationären Altenpflegeeinrichtung sollten die unter 1.1 genannten Themen exemplarisch bearbeitet werden.

Beobachtungseinheit: Alle Pflegemitarbeiter eines nach Verteilung der Pflegestufen, Anzahl BewohnerInnen und Räumlichkeiten typischen Wohnbereichs mit 25¹ BewohnerInnen.

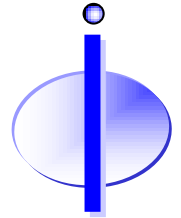
Analysezeitraum: 1 Woche mit 7 Tagen à 24 Stunden. Parallel zum Messzeitraum erfolgt die Dokumentenanalyse der Bewohnerakten und Durchführung teilstandardisierter Interviews der begleiteten Pflegemitarbeiter.

Fallzahl und Zugang: Erfassung der Pflegeleistungen der Pflegemitarbeiter der Beobachtungseinheit während des Analysezeitraums.

Einschlusskriterien: Alle Bewohner und alle eingesetzten Pflegemitarbeiter des ausgewählten Wohnbereichs.

Erhebungsmethoden: Zeitmessung (nicht teilnehmende Beobachtung) der Pflegeleistungen rund-um-die-Uhr; Analyse der Bewohnerdokumentationen und erhobenen Daten aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen nach definierten Kriterien; Themenzentrierte Leitfadeninterviews mit den während der Messwoche begleiteten Pflegemitarbeitern.

¹ Eine Bewohnerin ist kurz vor Untersuchungsbeginn verstorben, so dass 24 BewohnerInnen zu betreuen waren.



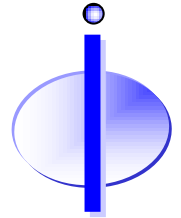
Vorgesehen waren vier Projektphasen mit einer Gesamtlaufzeit von 12 Monaten:

- I. Vorbereitende Arbeiten und Schulungen der PflegeexpertInnen zur Messungen der auf PLAISIR-Konventionen abgestimmten Pflegeleistungen. Durchführung und Auswertung des Pretests.

- II. Zeitmessung der durchgeführten Interventionen durch PflegeexpertInnen, die die Pflegemitarbeiter im Wohnbereich während des Beobachtungszeitraumes rund-um-die-Uhr begleiteten. Aktivitäten anderer Berufsgruppen oder von Angehörigen übernommene Pflegehandlungen sollten von diesen selbst in vorbereiteten Formularen dokumentiert werden.

- III. Parallel (d.h. unmittelbar nach der Messwoche) erfolgte eine PLAISIR-Erhebung, die durch PLAISIR-EvaluierendeInnen retrospektiv für die Untersuchungswoche vorgenommen wurde.

- IV. Um Ursachen von Unterlassung von Interventionen, die durch PLAISIR erhoben wurden bzw. Durchführung von nicht von PLAISIR ausgewiesenen Interventionen sinnvoll erklären zu können, waren weitere drei Untersuchungsmethoden vorgesehen:
 - a) Ein Experten-Rating, das von zwei PflegeexpertInnen zeitnah im Anschluss an die Messwoche durchgeführt wurde, sollte die erforderlichen Pflegeinterventionen mittels eines geeigneten Erhebungsinstruments (z.B. Doku-AS) erfassen. Erst anhand erforderlicher und vollständig erhobener Pflegemaßnahmen lässt sich die Qualität der Planung, die Basis sowohl für PLAISIR als auch für die Durchführung von Pflegehandlungen bildet, beurteilen, so dass daraus aussagefähige Rückschlüsse aus den Vergleichsergebnissen PLAISIR-



Erhebung (=Soll) zu Realzeiten (=Ist) gezogen werden können. Die Durchführung erfolgte in Eigenregie der Einrichtung unter Mitwirkung des MDK. Die Ergebnisse liegen für diesen Bericht noch nicht vor.

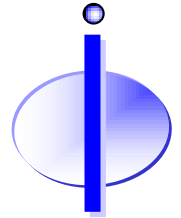
- b) Eine qualitative Dokumentenanalyse der Pflegeplanungen der Bewohner wurde zeitnah zur Messung durchgeführt. Erst dadurch wurden Abweichungen zwischen geplanten und durchgeführten sowie zu den von PLAISIR erfassten Pflegemaßnahmen transparent.
- c) Interviews mit offenen und geschlossenen Fragen mit den begleiteten Pflegemitarbeitern sollten Aussagen zu den unter b) angedeuteten Problematiken ermöglichen. Sie sollten Hinweise auf inhaltliche und strukturelle Einflussfaktoren geben, die zu Abweichungen zwischen Planung und Durchführung geführt hatten. Die Anzahl und Umfang der Befragungen richtete sich nach Häufigkeit und Art der Abweichungen und Anzahl der von den Abweichungen betroffenen Bewohner.

3.3 Durchführung

Mit einer 2-tägigen Schulung der PflegeexperInnen durch das Hessische Institut für Pflegeforschung (HessIP) und einem 4-stündigen Pretest in verschiedenen Wohnbereichen der Einrichtung startete das Projekt Oktober 2003.

Das Einverständnis des Heimbeirats wurde zuvor von der Heimleitung mit Unterstützung der wissenschaftlichen Mitarbeiterin des HessIP im persönlichen Gespräch eingeholt.

Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten und Ängste der Mitarbeiter abzubauen, informierte die Pflegedienstleitung in mehreren



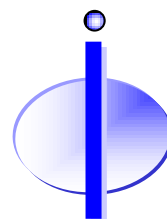
Teambesprechungen ausführlich die betroffenen Pflegemitarbeiter über Hintergründe und Projektziele. So wurde die vorgesehene Untersuchung von den Mitarbeitern akzeptiert und überwiegend begrüßt.

Alle Bewohner und deren Angehörige wurden rechtzeitig schriftlich über Ziele und Durchführung des Projekts von der Geschäftsleitung der Einrichtung informiert und hatten ausreichend Gelegenheit, mit der Heimleitung und Pflegedienstleitung noch offene Fragen zu klären bzw. Einwände zu erheben. Bewohner und Angehörige hatten vor und während der Untersuchungswoche jederzeit die Möglichkeit, die Beobachtung ganz oder teilweise abzulehnen. Hiervon machte ein Bewohner für die Durchführung der Körperpflege Gebrauch, gestattete aber das nachträgliche Befragen der Pflegemitarbeiter. Zudem hatten die BeobachterInnen die Anweisung, auf ablehnendes oder irritiertes Verhalten des Bewohners zu achten, die Intimsphäre zu wahren und ggf. den Raum zu verlassen, was gelegentlich am 1. Beobachtungstag vorkam.

Pflegemitarbeiter und Bewohner gewöhnten sich erfreulich schnell an die BegleiterInnen, so dass die Messung in einer freundlichen und kooperativen Atmosphäre stattfinden konnte.

3.3.1 Realzeitmessung

In der Woche vom 10.11.2003 – 16.11.2003 begleiteten 10 PflegeexpertInnen (5 StudentInnen und 5 Absolventinnen des Studiums der Pflegewissenschaft) insgesamt 12 Pflegemitarbeiter im ausgewählten Wohnbereich mit 24 Bewohnern. Da sich während der Untersuchung zeigte, dass nachts nur 1 Pflegemitarbeiter den beobachteten Wohnbereich verantwortlich betreute und lediglich bei der Versorgung der Schwerstpflegebedürftigen eine 2. Pflegemitarbeiter aus einem anderen Wohnbereich zur Hilfe rief, die mit ihr



dann gemeinsam die Pflegemaßnahme durchführte, verzichteten wir ab Freitag nacht auf die Begleitung der 2. Pflegemitarbeiter, so dass bis Do 7 Pflegemitarbeiter, Fr – So nur noch 6 Pflegemitarbeiter begleitet wurden (Tab.1-1). Die ab Freitag nacht zu zweit durchgeführten Maßnahmen wurden dupliziert, um den doppelten Zeitbedarf zu berücksichtigen.

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
F1	F1	F1	F1	F1	F1	F1
F1	F1	F1	F1	F1	F(kurz)	F(kurz)
F2	F2	F2	F2	F2		
S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
S1	S1	S1	S1	S1	S(kurz)	S(kurz)
ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
ND	ND	ND	ND			

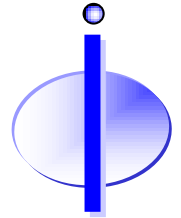
Tabelle 3-1 Dienstplan - begleitete Pflegemitarbeiter in Untersuchungswoche

Regel-Schichtzeiten

F1: 6:30-13:30 F2: 6:30-11:00 F(kurz): 6:30-13:00
 S1: 13:00-21:00 S(kurz): 13:00-20:00
 ND: 20:30- 7:00

Regelpausen F1, S1:0,5 Std.
 F2 :o. Pause
 ND :1 Std.

Für Angehörige und externe Dienste wurden in jedem Zimmer Formulare ausgelegt, in denen sie ihre für den Bewohner geleisteten Aktivitäten eintragen konnten. Um Störungen im Tagesablauf möglichst gering zu halten, wurden Bewohner oder Besucher, die noch Informationsbedarf zum Forschungsprojekt hatten, von Pflegemitarbeitern und BegleiterInnen an die tagsüber im Wohnbereich präsent wiss. Mitarbeiterin des HessIP verwiesen, wovon reger Gebrauch gemacht wurde.



3.3.2 PLAISIR-Erhebung

Unmittelbar nach der Messwoche erhoben PLAISIR-EvaluiererInnen im untersuchten Wohnbereich retrospektiv für die Messwoche die notwendigen Pflegedaten für das PLAISIR-Verfahren. Dessen Ergebnisse wurden dem HessIP im März 2004 in Papierform zur Auswertung zur Verfügung gestellt. Die Daten mussten elektronisch nacherfasst werden, um vergleichende Analysen und Weiterverarbeitung mit dem Statistik-Programm SPSS zu ermöglichen.

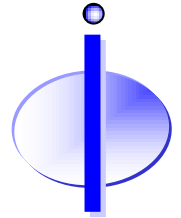
3.3.3 Dokumentenanalyse

Parallel zur Analyse der PLAISIR-Daten erfolgte die Dokumentenanalyse der Bewohnerakten bezüglich der geplanten und für den Beobachtungszeitraum relevanten Pflegemaßnahmen. Die geplanten Interventionen wurden mit ihrer Häufigkeit und Art der Durchführung notiert, die dann die Vergleichsbasis zur PLAISIR-Erhebung und Realzeitmessung bildeten. Hieraus ergaben sich später Umfang und Inhalt der Interviews mit den Pflegemitarbeitern.

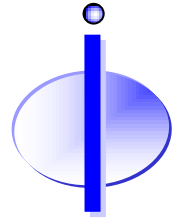
3.3.4 Interviews

Begründungen für abweichende Durchführung von Pflegemaßnahmen infolge aktueller Ereignisse bzw. Besonderheiten (Befindlichkeiten des Bewohners, Krankheitsausfall von Pflegemitarbeitern, Festivitäten etc.) wurden unmittelbar nach jedem Schicht-Ende erfragt und aufgezeichnet, so dass sie nicht in Vergessenheit geraten konnten.

Regelhafte Abweichungen von geplanten Maßnahmen unterliegen weniger dem Vergessen und sind daher kaum zeitkritisch. So wurden im Juni 2004 nach Analyse der Bewohnerakten und PLAISIR-Daten die Pflegemitarbeiter, die mindestens an 3 Tagen in der Untersuchungswoche Dienst hatten (insgesamt 8 von 12 Pflegemitarbeitern) zu Begründungen für ihre von der



Pflegeplanung und/oder PLAISIR-Planung regelhaft differierenden Interventionen befragt.



4 Ergebnisse Realzeitmessung

4.1 Strukturmerkmale Stellen/Bew. und Pflegestufen

Beobachtet wurde ein Wohnbereich mit 24 Bewohnern, die in der Messwoche von 12 Pflegemitarbeitern betreut wurden:

- 8 Bewohner (=33,3%) waren Pflegestufe I,
- 10 Bewohner (=37,5%) Pflegestufe II und
- 6 Bewohner (=29,2%) Pflegestufe III zugeordnet.

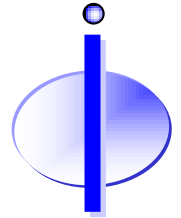
Von den 12 Pflegemitarbeitern waren eingesetzt

- 5 ex. Krankenschwestern/-pfleger (KS), davon 2 im Nachtdienst, die zu 34,4% der gemessenen Zeit,
- 3 ex. Altenpflegerinnen (AP) im Tagdienst, die zu 28,4% der gemessenen Zeit,
- 4 Nicht examinierte Pflegemitarbeiter in der Pflege (HiP), davon 2 im Nachtdienst, die zu 37,2% der gemessenen Zeit

die Bewohner versorgten. Mit 62,8% der Pflegezeit erbrachten also vorwiegend examinierte Pflegemitarbeiter während der Messwoche die Pflegeleistungen.

Die Stellenanzahl für den beobachteten Wohnbereich mit 24 Bewohnern betrug bezogen auf die Messwoche pro - aus Vergleichsgründen nach PLAISIR-Konvention - standardisierter Schicht:

Tag	7:00-14:00 Uhr:	3,31 Stellen
Abend	14:00-21:00 Uhr:	2,43 Stellen
Nacht	21:00- 7:00 Uhr:	<u>1,58 Stellen</u>
Für 24 Bewohner und 24h:		7,32 Stellen



Pro Bewohner und 24h standen demnach durchschnittlich 0,31 Stellen zur Verfügung. Wie sich Pflegezeiten im Einzelnen verteilen, wird in den folgenden Kapiteln erläutert.

4.2 Erfassung der produktiven Arbeitszeiten

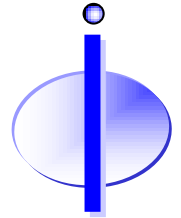
Gemessen wurden 17.357 Minuten ohne Zeitaufwendungen der Pflegemitarbeiter außerhalb der Einrichtung, z.B. zur Dienstplanerstellung zu Hause. Davon wurden 16.288 Minuten inkl. Hauswirtschaft gearbeitet, d. h. ohne Pausen, Fremdhilfen und sonstige Zeiten, mit ca. 25.000 beobachteten Einzel(teil)aktivitäten, die zu 8285 Interventionen mit 108 unterschiedlichen Leistungskategorien zusammengefasst wurden.

Andere an der Pflege beteiligten Dienste notierten ihre in der Messwoche für die Bewohner erbrachten Leistungen selbst. Nicht in den Beobachtungsminuten enthalten sind also:

Fußpflege	ca. 255 Min. (9 Bewohner)
Sozialdienst	10 Min. (1 Bewohner)
	ca. 270 Min. (6 Bewohner)
Ergotherapie	30 Min. (1 Bewohner)
Woche gesamt	ca. 565 Min.
	ca. 80,71 Min./Tag
	ca. 3,36 Min./Tag/Bew. (24 Bew.)

Zu Gruppenaktivitäten innerhalb des Hauses (z.B. Mittwochsandacht, Konzert, Malzcafe), die von Angehörigen und Fremdhelfern ohne Beteiligung von Pflegemitarbeitern begleitet wurden, liegen keine aussagefähigen Zeitaufzeichnungen vor.

Angehörige notierten nur selten und ohne genaue Zeitangaben ihre Hilfeleistungen. Aus ihren Fragen zur Beobachtung war die Angst zu entnehmen, dass ihre freiwillige Hilfestellung zu Pflichtleistungen erklärt



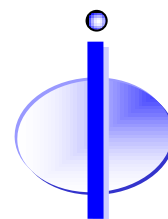
werden könnten und somit ihren Leistungsanspruch reduzierten. Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist auch die Aussage einiger Angehöriger:

„Ich tue doch nichts, ich fahre nur mit ihm spazieren und helfe ihm ein bisschen beim Essen...“

Eine quantitative Aussage, inwieweit Angehörige Pflegebedarf kompensierten, kann somit nicht getroffen werden. Der Eindruck der BeobachterInnen, dass sie einen nicht unbeträchtlichen Anteil des Pflegebedarfs, insbesondere im Bereich der individuellen Kommunikation (Spaziergänge, Begleitung zu unterhaltenden Aktivitäten) und bei der Nahrungsaufnahme abdeckten, wird durch die Pflegemitarbeiter bestätigt.

4.2.1 Verteilung der produktiven Zeiten pro Wochentag und Schicht

Tabelle 4-1 zeigt, wie sich die produktiven (=gearbeiteten) Zeiten inklusive Hauswirtschaft über die Wochentage und Dienste verteilen. Entsprechend der Besetzung fielen im Frühdienst die meisten und erwartungsgemäß nachts die wenigsten Pflegeminuten an, wobei hier die realen Arbeitszeiten der Pflegemitarbeiter der jeweiligen Schicht ausgewertet wurden.

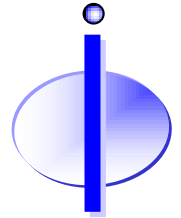


Produktive Pflegezeiten (inkl. Hauswirtschaft)			Pflegezeiten pro Real-Schicht			Tag gesamt
			Frühdienst	Spätdienst	Nachtdienst	Summe
Montag	Dauer h		20,18	14,47	8,27	42,91
	Dauer min.		1210,90	867,95	496,00	2574,85
	Dauer/Bew. min.		50,45	36,16	20,67	107,29
Dienstag	Dauer h		21,33	13,28	5,09	39,71
	Dauer min.		1280,00	796,95	305,50	2382,45
	Dauer/Bew. min.		53,33	33,21	12,73	99,27
Mittwoch	Dauer h		19,63	14,20	4,17	37,99
	Dauer min.		1177,50	852,00	250,00	2279,50
	Dauer/Bew. min.		49,06	35,50	10,42	94,98
Donnerstag	Dauer h		18,81	15,14	4,72	38,67
	Dauer min.		1128,50	908,50	283,00	2320,00
	Dauer/Bew. min.		47,02	37,85	11,79	96,67
Freitag	Dauer h		20,00	15,05	8,85	43,90
	Dauer min.		1200,00	903,00	531,00	2634,00
	Dauer/Bew. min.		50,00	37,62	22,13	109,75
Samstag	Dauer h		13,82	13,09	8,02	34,92
	Dauer min.		829,00	785,50	481,00	2095,50
	Dauer/Bew. min.		34,54	32,73	20,04	87,31
Sonntag	Dauer h		13,68	11,83	7,85	33,37
	Dauer min.		821,00	710,00	471,00	2002,00
	Dauer/Bew. min.		34,21	29,58	19,63	83,42
Woche gesamt	Dauer h		127,45	97,07	46,96	271,47
	Wochenarbeitszeit min.		7646,90	5823,90	2817,50	16288,30
	Wochenarbeitszeit/Bew. min.		318,62	242,66	117,40	678,68

Tabelle 4-1 Gearbeitete Pflegezeiten inkl. Hauswirtschaft

4.2.2 Verteilung der produktiven Zeiten nach Pflegekategorien

Wie sich die Pflegekategorien prozentual verteilen, zeigt Abbildung 4-1. Erwartungsgemäß nahm die direkte und indirekte Pflege (DIP) mit 58% den größten Anteil der produktiven Arbeitszeit ein. Die vom Bewohner



unabhängigen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten beanspruchten immerhin 16% (= 44 h/Woche) der produktiven Arbeitszeit.

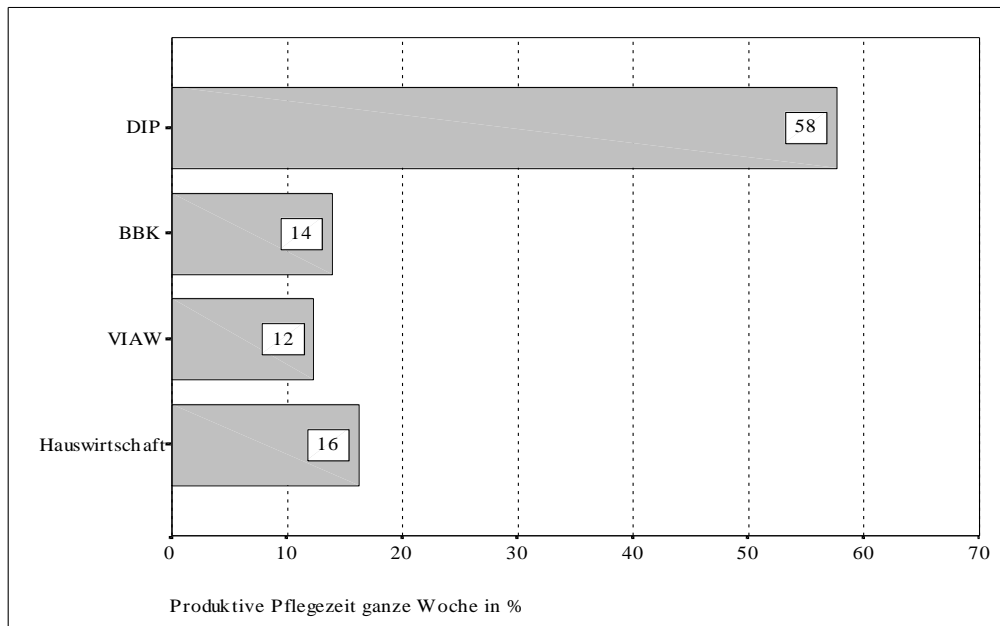
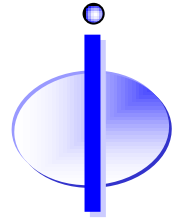


Abbildung 4-1 Prozentuale Verteilung nach Pflegekategorien

Die folgende Abbildung 4-2 verdeutlicht die Anteile der Tätigkeitskategorien je Wochentag, wobei die Arbeitszeit am Wochenende entsprechend der Personalbesetzung verkürzt war:

- Die direkte Pflege fiel am Wochenende deutlich geringer aus.
- Die indirekte Pflege nahm eher zu, was damit zusammenhängt, dass das Medikamente stellen für die kommende Woche am Wochenende erfolgte.
- Während die vermehrte bewohnerbezogene Kommunikation Dienstag und Freitag im Zusammenhang mit akuten Erkrankungen der Bewohner stand, kam am Montag eine höhere Übergabezeit für eine fremde Pflegemitarbeiter, die für eine erkrankte Kollegin einsprang, hinzu.
- Hauswirtschaftliche Aktivitäten blieben während der gesamten Woche ähnlich hoch.



Es scheint also Tendenzen zu „Einsparungen“ bei der Pflege im direkten Bewohnerkontakt zu geben.

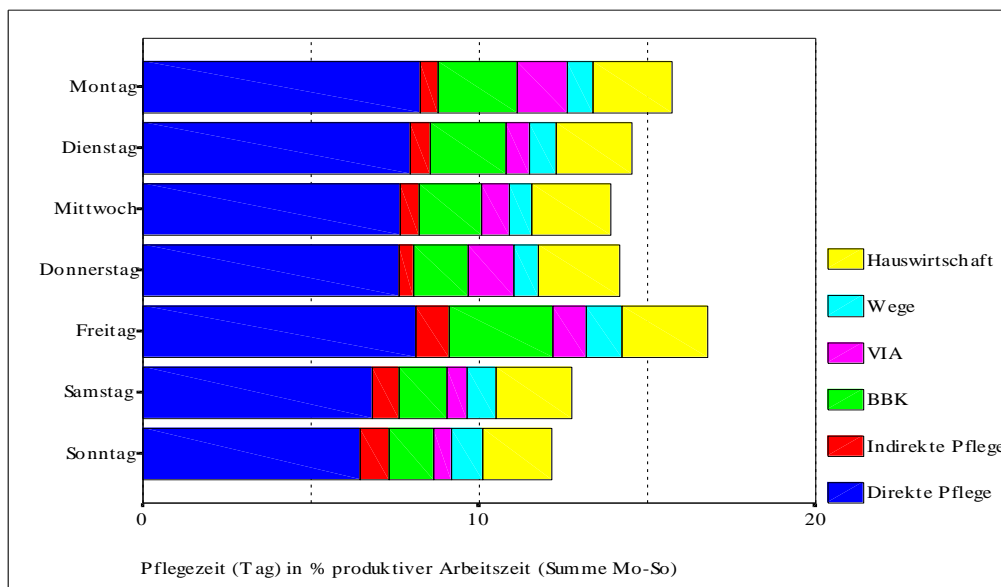
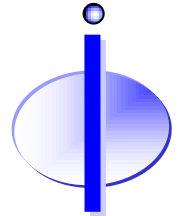


Abbildung 4-2 Prozentuale Verteilung Pflegezeiten nach Wochentag (Woche=100%)

Die folgende Abbildung 4-3 zeigt:

- Im Tageszeitvergleich war erwartungsgemäß aufgrund des Hilfebedarfs bei der Morgentoilette der Anteil der DIP zwischen 7:00 und 11:00 besonders hoch.
- Der erhöhte hauswirtschaftliche Anteil zwischen 11:00 und 13:00 begründete sich durch die vor- und nachbereitenden Tätigkeiten der Mittagsmahlzeit.
- Pausenzeiten (Sonstiges) konnten eher nachmittags wahrgenommen werden.
- Für Verwaltungs- und Instandhaltungsarbeiten (Organisatorische Maßnahmen, Besprechungen mit PDL etc.) bot sich die Zeit der Mittagsruhe an. Ebenso für bewohnerbezogene Kommunikation (Übergabe, Dokumentation).



Hauptbelastungszeiten waren demnach von 7:00 bis 15:00, wo zwischen 7:00 und 11:00 die DIP und zwischen 11:00 und 15:00 hauswirtschaftliche Aktivitäten, VIAW und BBK den Schwerpunkt bildeten.

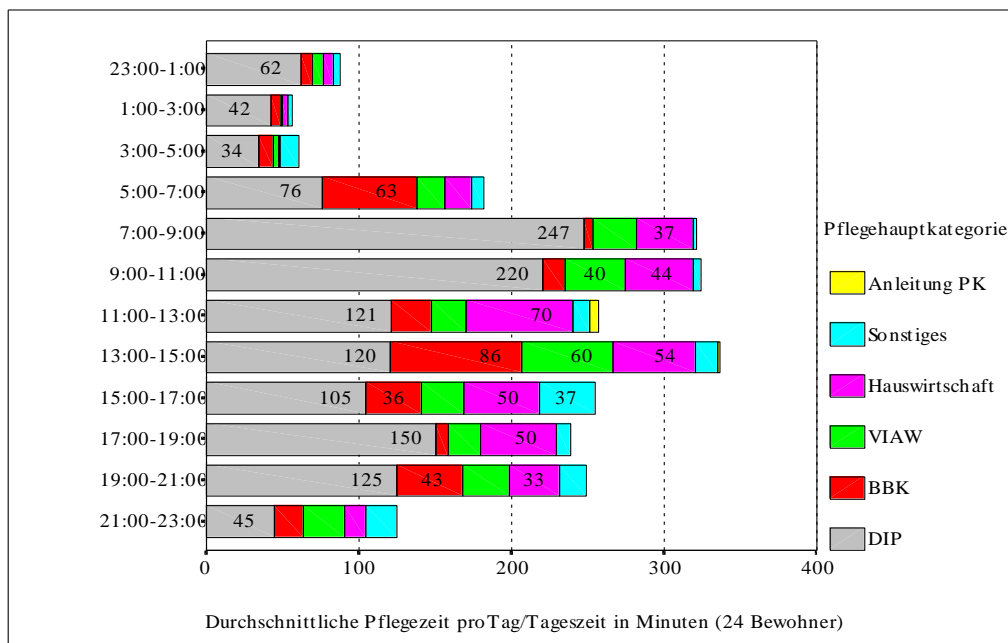


Abbildung 4-3 Verteilung der durchschnittlichen Pflegezeiten auf Tageszeiten

Trotz reduzierter Gesamtarbeitszeiten am Wochenende (4 statt 4,5 Pflegkräfte im Tagdienst, davon 2 Aushilfen mit gekürzten Arbeitszeiten) blieb die Anzahl der Aktivitäten an allen Wochentagen beinahe konstant (Abb.2-4). Dies lässt vermuten,

- dass die Aktivitäten zwar durchgeführt wurden, aber entweder in beschleunigter Vorgehensweise oder mit Weglassen von Komponenten. Die Interview-Auswertungen (Kap.7) geben hierzu einen wichtige Hinweis.

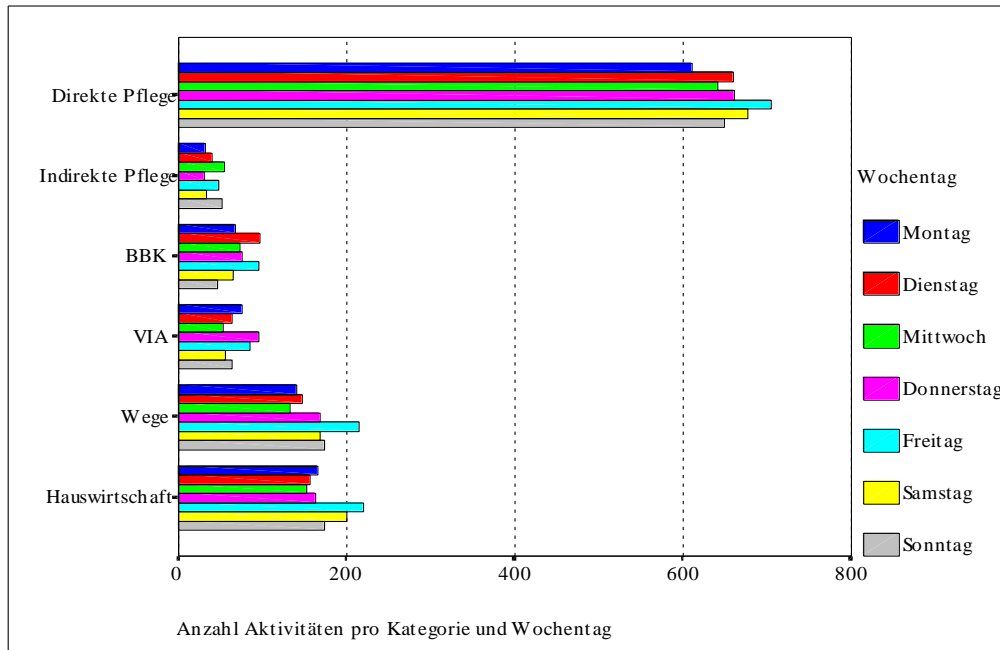
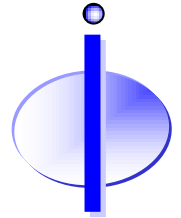


Abbildung 4-4 Anzahl beobachteter Aktivitäten (Gesamtanzahl= 8.285)

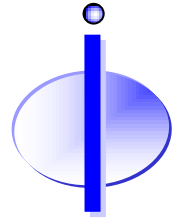
4.2.3 Verteilung der Qualifikation der Pflegemitarbeiter nach Pflegekategorien

Eine Aufschlüsselung der Pflegebereiche nach Qualifikation der Pflegemitarbeiter soll hier näher untersucht werden.

Nicht examinierte Pflegemitarbeiter in der Pflege (HiP)

→ Wie in Abbildung 4-5 zu sehen ist, wurden die Nicht examinierte Pflegemitarbeiter überproportional zu ihrer Gesamtpflegezeit von 37,2% in folgenden Pflegebereichen eingesetzt:

- 52,3% des Zeitaufwands für *Essen und Trinken* wurden von Nicht examinierte Pflegemitarbeitern übernommen,
- 48,1% des Bereichs *Ausscheiden*,
- 43% des Bereichs *Sich bewegen*,
- 44,8% der *Hauswirtschaft*.



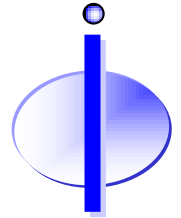
Wegezeiten und Zeitaufwand für *Sich pflegen/kleiden* standen dagegen in ausgewogenem Verhältnis zu ihrem Gesamteinsatz. Mit 30% des Zeitaufwands für *Bewohner bezogene Kommunikation (BBK)* sind sie leicht unterrepräsentiert, was infolge fehlender Verantwortlichkeit für die Pflegeplanung plausibel ist.

Dass nicht examinierte Pflegemitarbeiter einen Anteil an Medikation von 11,5% erledigten, war darauf zurückzuführen, dass ein Großteil der Medikamente während der Mahlzeiten eingenommen und deshalb zuvor bereitgestellte Medikamente von ihnen verabreicht wurden.

Examinierte Pflegemitarbeiter

- Obwohl Krankenschwestern und -pfleger mit 34,4% einen höheren Gesamtzeitanteil als Altenpflegerinnen mit 28,4% aufwiesen, waren sie mit nur 25% beim *Sich pflegen/kleiden* unterrepräsentiert, während Altenpflegerinnen 38% des Zeitaufwands für diesen Bereich stellten.
- Erwartungsgemäß wurde die Medikation zu 88,5% der dafür aufzuwendenden Zeit von den examinierten Pflegemitarbeitern übernommen, davon allein 52,5% von Krankenschwestern/-pflegern.
- Während beim Zeitaufwand für BBK Krankenschwestern/-pfleger mit 41,4% überrepräsentiert waren, waren Altenpflegerinnen entsprechend mit 28,6% unterrepräsentiert.

Die Ursache der differierenden Schwerpunkte lag offensichtlich darin, dass die Krankenschwestern/-pfleger hauptsächlich nachts und an Wochenenden eingesetzt waren, während die Altenpflegerinnen überwiegend in der Woche Tagdienst, der naturgemäß höhere Grundpflegezeiten aufweist, hatten.



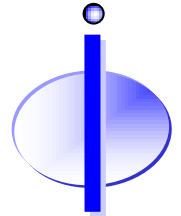
Dass nur 73% der Behandlungsmaßnahmen den ex. Pflegemitarbeitern zugeordnet werden konnten, ist in der mangelnden Konsistenz des nach PLAISIR-Konvention definierten Bereichs zu suchen. Kompressionsstrümpfe an-/ausziehen und Montage von Rollstuhlzusätzen sind darin ebenso enthalten wie Verbandwechsel und Wundreinigung.

→ 76,9% des Zeitaufwands für Verwaltung und Instandhaltung entfielen auf ex. Pflegemitarbeiter, die hier offensichtlich durch organisatorische Verantwortlichkeiten stärker in Anspruch genommen wurden als nicht examinierte Pflegemitarbeiter.

Entgegen der Verteilung im Bereich BBK war weiter zu beobachten, dass 41,5% der VIA von Altenpflegerinnen gegenüber 35,4% von Krankenschwestern/-pflegern übernommen wurde, was z. T. auf die Diensteinteilung und z. T. darauf zurückzuführen sein könnte, dass die Stationsleitung Altenpflegerin ist.

Zusammengefasst bedeutet dies:

- Nicht examinierte Pflegemitarbeiter waren hauptsächlich mit Grundpflege im direkten Bewohnerkontakt und Hauswirtschaft befasst.
- Demgegenüber hatten examinierte Pflegemitarbeiter verhältnismäßig höhere Zeiteinsätze insbesondere für Medikation, Diagnostik, BBK und VIA.
- Unter examinierten und nicht examinierten Pflegemitarbeitern waren die Zeitaufwendungen für Sich pflegen/kleiden, Wege, Kommunikation ausgeglichen, d.h. im Verhältnis zur Einsatzzeit, verteilt.



- Behandlungsmaßnahmen konnten wegen Inkonsistenzen bei der Bereichszuordnung nicht zu 100% eindeutig Qualifikationen zugewiesen werden.

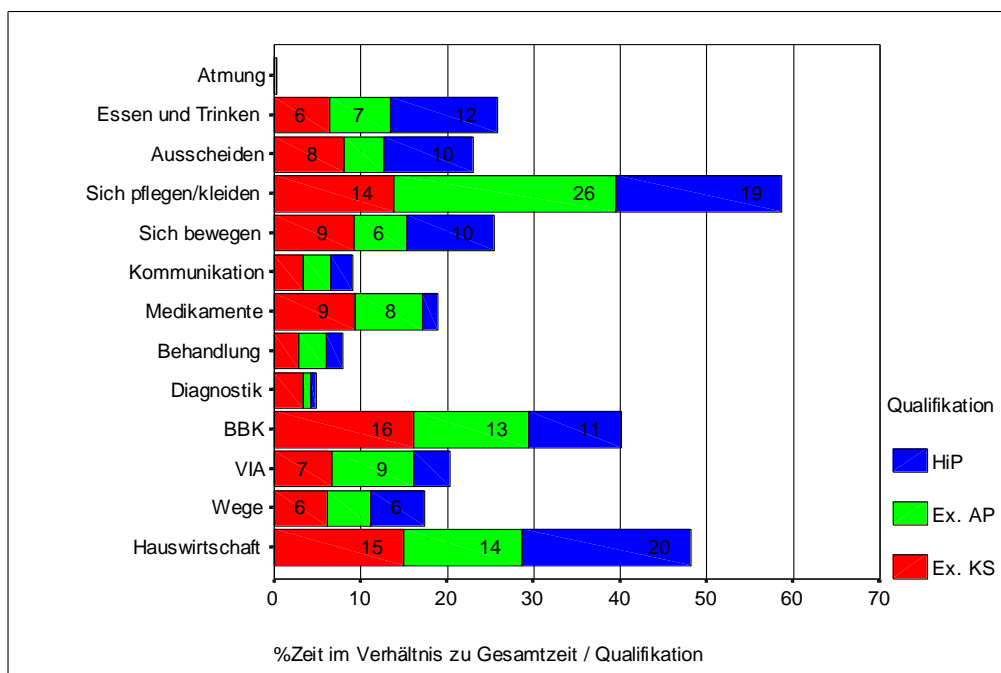


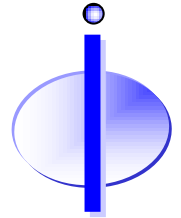
Abbildung 4-5 Vgl. Qualifikation / Pflegebereiche

4.2.4 Verteilung der Pflegestufen nach Pflegekategorien

Die Abbildung 4-6 stellt die durchschnittlichen Pflegeminuten pro Tag und Bewohner innerhalb der jeweiligen Pflegestufe dar. Es wurde beobachtet:

- Bewohner der Pflegestufe II und III hatten im Bereich der *Körperpflege* und *Bewegung* durchschnittlich ähnlich hohe Zeitwerte, während die Zeiten für Bewohner der Pflegestufe I deutlich darunter lagen.

Beim *Essen und Trinken* haben sich die Durchschnittszeiten pflegestufenabhängig fast verdoppelt.



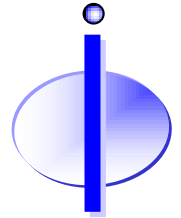
Die enorme Zeitdifferenz zwischen Pflegestufe II und III war durch den Zeitaufwand von mehr als 50% der Gesamtzeit für Nahrungsanreicherung eines einzigen Bewohners verursacht. Unter Ausschluss dieses Extremwertes ergibt sich mit durchschnittlichem Zeitaufwand von 12 Minuten für Bewohner der Pflegestufe III erstaunlicherweise sogar ein etwas geringerer Wert zu denen der Pflegestufe II. Eine Überprüfung der individuellen Einstufung wäre nur mit den Ergebnissen des Experten-Ratings vorzunehmen, die uns bisher nicht vorliegen.

Bei der Medikation wurde das *Stellen der Medikamente* für alle Bewohner gemeinsam vorgenommen. Einzelwerte pro Bewohner konnten daher nicht gemessen werden. Statt individueller Zeiten wurde deshalb hier jedem Bewohner der Durchschnittswert zugerechnet.

- Zeiten für Medikation, Behandlung und Diagnostik unterschieden sich in den Pflegestufen - auch aufgrund geringer Zeitwerte - nur unwesentlich.
- Während bei Bewohner fernen Aktivitäten *BBK, VIA, Wegen* und *Hauswirtschaft* Zeiten für Bewohner der Pflegestufe I und II auf gleichem zeitlichen Niveau lagen, wurden für Bewohner der Pflegestufe III erhöhte Zeiten gemessen.

Hierfür waren - mit Ausnahme der *Hauswirtschaft* - akzidentelle Ursachen ohne systematischen Bezug zur Pflegebedürftigkeit verantwortlich:

- Eine Notfallsituation war mit erhöhtem Zeitaufwand für Telefonate mit Angehörigen und Arzt, sowie Arztbesprechung und Übergabe verbunden.
- Wegen mehrfacher Fehlfunktion einer Ernährungssonde entstanden Reparaturzeiten.
- Der Rollstuhl eines Bewohners wurde gereinigt.
- Für einen Bewohner musste flüssige Nahrung angedickt werden.



Folgende Kernaussagen resultieren daraus:

- Der Zeitaufwand für Bewohner der Pflegestufe I fiel erwartungsgemäß in der direkten Pflege deutlich geringer aus als bei höheren Pflegestufen.
- Der Zeitaufwand für Bewohner der Pflegestufen II und III war i.d.R. ähnlich hoch. Ursachen für Differenzen waren eher zufällig und auf eine Person beschränkt.

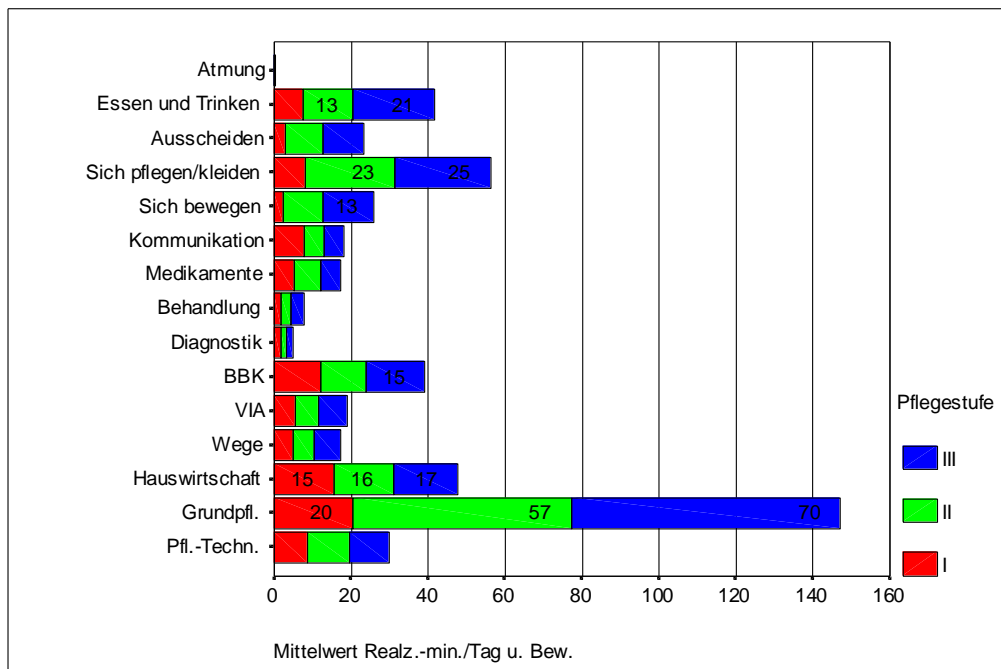
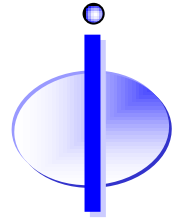


Abbildung 4-6 Pflegezeiten pro Bereich und Pflegestufen

4.2.5 Verteilung der produktiven hauswirtschaftlichen Zeiten

Bei Betrachtung der hauswirtschaftlichen Aktivitäten (Abbildung 4-7) fällt auf,

- dass der Hauptanteil der gesamten Hausarbeit zu ca. 63% (=28h/Wo) auf Küchenarbeiten (ohne Kochen) entfiel.
- Kochen und Putzen spielten eine untergeordnete Rolle.



→ Immerhin 20% der Hausarbeit (=9h/Wo) standen im Zusammenhang mit der Bedienung und Bestückung des Essenswagens.

Für Pflegemitarbeiter könnte hier Entlastungspotenzial liegen, da zu diesen Aktivitäten pflegespezifische Qualifikationen nicht zwingend erforderlich sind.

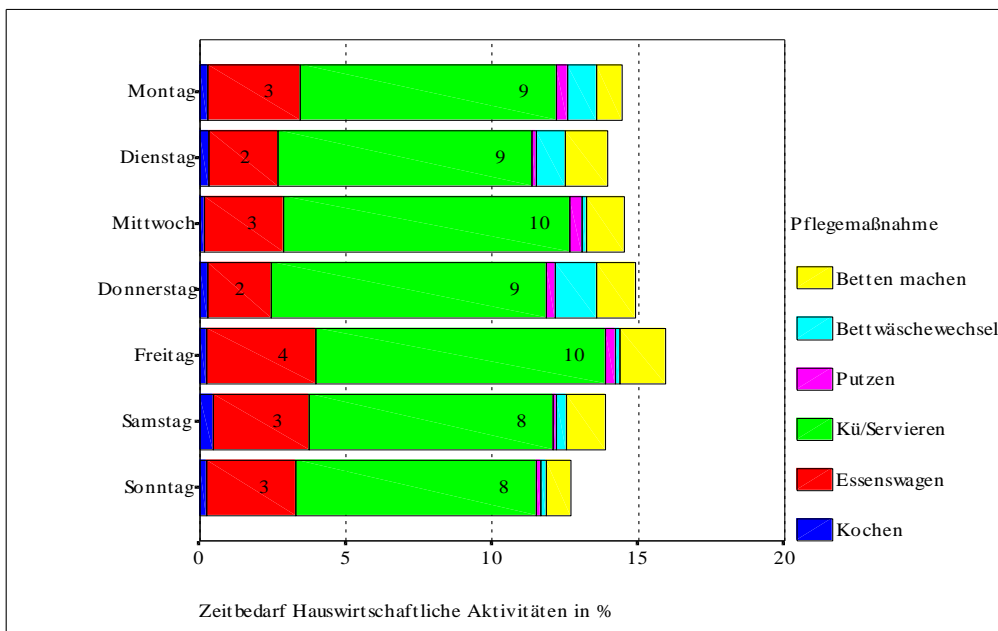
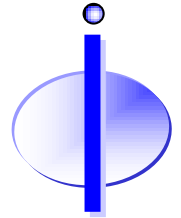


Abbildung 4-7 Prozentuale Verteilung nach Kategorien der Hauswirtschaft (44h/Wo=100%)



5 Analyse der produktiven Zeiten nach Pflegekategorien

Wie aus der Faktorenanalyse von Pflegebereichen in Abbildung 5-1 zu erkennen ist, bilden einzelne Bereiche Zusammengehörigkeiten bzgl. des Zeitaufwands. *Atmung*, *Diagnostik* und *Kommunikation* wurden zuvor wegen geringer Fallzahlen und Zeitrelevanz, *Behandlung* wegen inhomogener Aktivitätszuordnungen nach PLAISIR-Konventionen (z. *Verbandwechsel* und *Rollstuhlzusätze montieren* gemeinsam aus Pflegebereich *Behandlung*) von der Analyse ausgeschlossen. Da eine Faktorenanalyse der Häufigkeiten ein ähnliches Bild zeigt, wird auf detaillierte Häufigkeits-Analysen verzichtet.

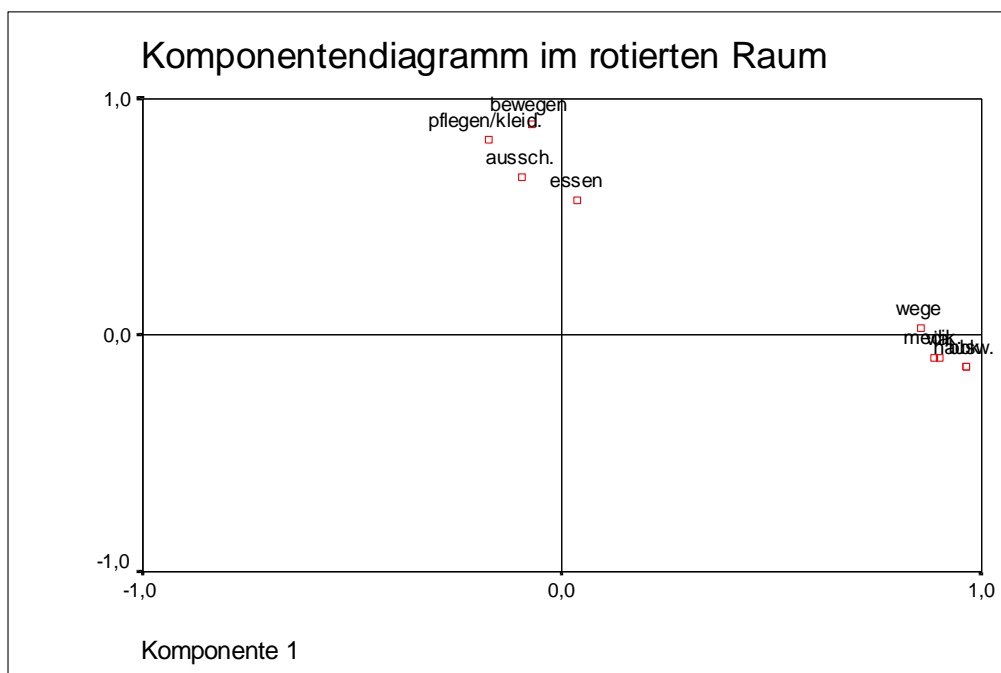
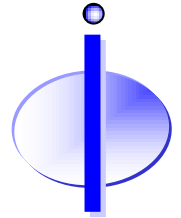


Abbildung 5-1 Faktorenanalyse Zeitaufwand Pflegebereiche

Zwei unabhängige Komponenten wurden identifiziert, die zu 73% die Varianzen der Zeitaufwandes innerhalb der Pflegebereiche erklären (Tabelle 5-1). 27% der Varianzen blieben ungeklärt. Die zugrundeliegenden Charakteristika der beiden Komponenten lassen weite



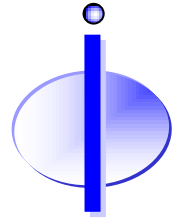
Interpretationsspielräume zu. Naheliegendstes Unterscheidungs-Merkmal beider Komponenten wäre, da *Wege ohne Bewohnerkontakt* zur ersten Gruppe gehören, die Wegeabhängigkeit der Verrichtungen.

Ein anderes Kriterium könnte direkter Bewohnerkontakt sein. Beide Kriterien sind aber nicht unabhängig voneinander zu sehen: Offenbar fielen Wegezeiten ohne Bewohnerkontakt bei den grundpflegerischen Verrichtungen *Essen, Ausscheiden, Sich pflegen/kleiden* verhältnismäßig weniger oft an wie bei indirekten Pflegeaktivitäten. Dies überrascht keineswegs, da die überwiegend routinemäßigen Pflegaktivitäten (Morgen- und Abendtoilette, Ausscheidungen) im Bewohnerzimmer ineinander verschachtelt durchgeführt wurden.

Die Zimmer der Bewohner liegen nebeneinander, so dass bei Durchführung der Pflegeaktivitäten, die (räumlich) bereichsbezogen durchgeführt wurden, Wegezeiten von einem mobilen zum nächsten Bewohner nicht anfielen. Da im Anschluss an die Pflegeverrichtung nur bewegungseingeschränkte Bewohner zum Speisesaal / Aufenthaltsraum zu den Mahlzeiten begleitet werden mussten, fiel auch nur dann eine Rückkehr zum Bewohnerzimmer an.

Ähnliches gilt für Toilettengänge, wenn der Bewohner sich im Speisesaal oder Aufenthaltsraum aufhält. Der Weg dorthin wurde mit dem Bewohner zusammen zurückgelegt.

Bewohnerkontakt bei grundpflegerischen Routine-Verrichtungen minimierte also *Wegezeiten ohne Bewohnerkontakt*, bzw. Verrichtungen ohne direkten Bewohnerkontakt erzeugten vermehrt Wegezeiten zum/vom Bewohner und Ortswechsel. Das schließt jedoch nicht aus, dass Bereiche der ersten Gruppe kleinere Anteile der zweiten Gruppe aufweisen können (z.B. Medikamente



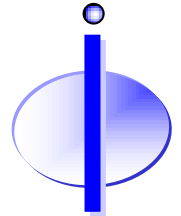
verabreichen) und umgekehrt (mundgerechtes Zubereiten: z.B. Schälen von Orangen vorab für alle).

Komponente 1	Komponente 2
1. Verrichtungen ohne Bewohnerkontakt 2. Erhöhte Wegezeiten	1. Verrichtungen mit Bewohnerkontakt 2. Reduzierte Wegezeiten
Medikation	Essen
BBK	Ausscheidung
VIA	Sich pflegen/kleiden
Wege	Sich bewegen
Hauswirtschaft	

Tabelle 5-1 Pflegebereichsgruppen

Folgende Tabelle zeigt die Eigenwerte der unabhängigen Komponenten aus der Faktorenanalyse, wobei Faktoren mit Eigenwerten < 1 unberücksichtigt bleiben, da sie keinen nennenswerten Aufklärungsbeitrag mehr leisten.

Die beiden Hauptkomponenten lassen 27% der Varianzen der Pflegebereiche ungeklärt (Tabelle 5-2 u. Tabelle 5-3). Offensichtlich existierten Abhängigkeiten, die nicht ohne Weiteres erkennbar und daher bei der Realzeitmessung bewusst nicht erfasst worden sind, wie z.B. Tagesform des Bewohners, Qualität und Durchführungsstil, unterschiedliche Gewohnheiten und Qualitätsverständnis der Pflegemitarbeiter sowie Bewohner-Pflegemitarbeiter-Beziehungen, die ebenfalls zu Varianzschwankungen beigetragen haben könnten.



Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	4,432	49,249	49,249	4,230	46,995	46,995
2	2,109	23,438	72,687	2,312	25,692	72,687
3	,958	10,647	83,334			
4	,457	5,075	88,409			
5	,424	4,716	93,125			
6	,304	3,379	96,504			
7	,221	2,455	98,959			
8	,070	,777	99,736			
9	,024	,264	100,000			

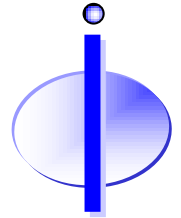
Tabelle 5-2 Erklärte Gesamtvarianz, Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

	Komponente	
	1	2
essen	,036	,569
aussch.	-,097	,669
pflegen/kleid.	-,176	,829
bewegen	-,072	,893
Medik.	,886	-,093
BBK	,964	-,133
VIA	,901	-,097
Wege	,856	,032
Hausw.	,962	-,135

Tabelle 5-3 Rotierte Komponentenmatrix

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.
Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung. Die Rotation ist in 3 Iterationen konvergiert.

Auffällige lineare Zusammenhänge innerhalb der Komponentengruppen sollen in den nächsten Abschnitten diskutiert werden. Unterstützung der Erklärungsversuche liefert das Korrelationsmaß Pearson-R für metrische Skalenniveaus.



5.1 Gruppenvergleich Komponente 1 – Kein direkter Bewohnerkontakt

Kein direkter Bewohnerkontakt bedeutet, dass Aktivitäten mit oder ohne Einzelbezug zum Bewohner für ihn ohne seine Beteiligung erfolgten.

5.1.1 Gekreuzte Verteilung BBK * gruppeninterne Pflegebereiche

BBK x Medikation

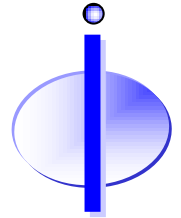
Die Bewohner bezogene Kommunikation (BBK) wies einen erhöhten Zusammenhang mit der Medikation (Pearson-R=0,825) auf,

- wobei die Paralleldurchführung der zeitintensiven Aktivitäten Medikamente richten, Übergabe und Pflegedokumentation, meistens zeitgleich im Stationszimmer, eine Rolle gespielt haben dürfte. Zwangsläufige Unterbrechungen und Störungen könnten gegenseitig den Zeitaufwand beeinflusst haben.
- Ebenso war ein Zusammenhang des Zeitaufwands für Medikation mit dem Zeitaufwand für Dokumentation festzustellen. Eine mögliche Erklärung ist, dass bei einer Medikamentenänderung die Medikamente, die 1x / Woche für 7 Tage im Voraus gestellt wurden, entsprechend geändert werden und die Dokumentation aktualisiert werden musste.

BBK x Hauswirtschaft

- Erstaunlicherweise zeigte sich ein sehr starker Zusammenhang mit hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (Pearson-R=0,976), was nachvollziehbar ist,
- da Wegezeiten sowohl mit BBK als auch mit Hauswirtschaft korrelieren, sich also der Zusammenhang vornehmlich über die Wegezeiten ergeben haben könnte.

Innerhalb der Vergleichsgruppe schienen also die Wegezeiten für Zusammenhänge maßgeblich verantwortlich zu sein, weshalb im nächsten Abschnitt ausführlich darauf eingegangen wird.



5.1.2 Gekreuzte Verteilung Wegezeiten x Komponenteninterne Pflegebereiche

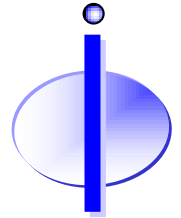
Eine Übersicht der unterschiedlichen Wegearten und -zeiten sowie Anzahl zeigt Tabelle 5-4. Die Wege zum und vom Bewohner bildeten hier den Hauptanteil an Zeit (669,50 min./Wo) und Anzahl (897/Wo). Während hier die Wegezeiten unter 1 Minute lagen, waren die übrigen Wegezeiten durchschnittlich länger als 1 Minute.

Darunter sind Wege aufgrund fehlender Pflegeutensilien (n=92), Störungen/Unterbrechungen (n=20), Bewohnerwünschen (n=16), Bewohner abhängigen Ursachen (n=14), akuten Ereignissen (n=10), und fremde Pflegebeziehung (n=2).

		min./Woche	Anz./Woche
Pflegemaßnahme	Weg zum/vom Bewohner aufgefordert	147,00	183
	Weg zum/vom Bewohner unaufgefordert	522,50	714
	Sonstige Wege	201,00	199
	Hol- und Bringdienste von Sachen	48,00	30
	Pfortendienst	33,00	21
Gruppen-Gesamtwert		951,50	1147,00

Tabelle 5-4 Wegezeiten u. -anzahl

Wegezeiten korrelierten mit Medikation, BBK, VIA und Hauswirtschaft. Ursachen solcher Zusammenhänge könnten sein:



Wegezeit x Medikation (Pearson-R=0,783)

Das Verabreichen der Medikamente, bzw. Insulingaben erfolgte oft nicht bei Tisch, sondern der Bewohner wurde dazu eigens aufgesucht.

Wegezeit x BBK (Pearson-R=0,744)

Bewohner bezogene zeitintensive Verrichtungen wie Übergabe, Pflegedokumentation, Arztbesprechungen fanden im Stationszimmer statt, so dass Wege zwischen Bewohnerzimmer und Stationszimmer häufiger anfielen, z. B. bei Notruf oder sonstigen akuten Ereignissen.

Wegezeit x VIA (Pearson-R=0,660)

Aufräumen der Bewohnerzimmer, das Austeilen der Wäsche, Auffüllen von Pflegeutensilien bzw. sonstige Hol- und Bringendienste waren naturgemäß mit Wegen verbunden.

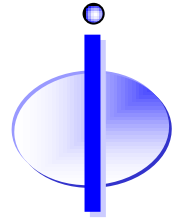
Eine weitere Ursache wäre im Zusammenhang mit dem Beschaffen von fehlenden Pflegeutensilien zu vermuten, was allerdings bei nur knapp 1% der Wege (n=92) vernachlässigbar gering ist.

Wegezeit x Hauswirtschaft (Pearson-R=0,736)

Anzunehmen ist, dass die

- zeitintensiven Wege im Zusammenhang mit Holen und Wegbringen des Essenswagens aus anderen Stockwerken sowie
- des Zimmerservice bei Mahlzeiten

eine wichtige Rolle spielten, da die anderen hauswirtschaftlichen Aktivitäten, wie z.B. das Servieren der Speisen im Speisesaal oder das Betten machen im Bewohnerzimmer (ohne Bewohnerbeteiligung) parallel zu Pflegeverrichtungen, i.d.R. nicht mit messbaren Wegen verbunden waren.



5.2 Gruppenvergleich Komponente 2 – Direkter Bewohnerkontakt

Aktivitäten mit direktem Bewohnerkontakt werden mit dem Bewohner und seiner Beteiligung durchgeführt.

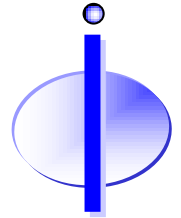
Relevante Zusammenhänge scheint es nur zwischen Bewegung und den übrigen gruppeninternen Pflegebereichen Essen, Sich pflegen/kleiden und Ausscheiden zu geben, die bei Zuordnung der Transfers innerhalb der Zimmer zum Pflegebereich Bewegung sicher deutlicher ausgefallen wären. Solche Transfers wurden aber nach PLAISIR-Konvention nicht zur Bewegung sondern der jeweiligen Pflegeverrichtung zugeordnet, so dass keine Auswertung diesbezüglich möglich ist. Die jeweiligen Abhängigkeiten werden nun kurz erläutert:

*Essen*Bewegung (Pearson-R=0,428)*

Der geringere Zusammenhang könnte darauf zurückzuführen sein, dass nicht alle Bewohner zu den Mahlzeiten in den Speisesaal gebracht wurden, da einige von ihnen Zimmerservice vereinbart hatten. Die bettlägerigen Bewohner waren in Sitzposition – eine Lagerungsmaßnahme aus dem Bereich *Bewegung* – zu bringen.

Sich pflegen/kleiden Bewegung (Pearson-R=0,655)*

Ein Zusammenhang wird dadurch nachvollziehbar, dass der Bewohner nach Beendigung der Morgentoilette, vor und nach dem Mittagsschlaf mit Aus- und Ankleiden und vor der Abendtoilette zum Zimmer bzw. zum Speisesaal gebracht wurde.



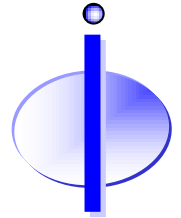
*Ausscheidung*Bewegung (Pearson-R=0,532)*

Zusammenhänge ergeben sich zum Einen über die Verknüpfung von Inkontinenzversorgung und Lagerungsmaßnahmen bei Nacht.

Zum Anderen wurden tagsüber möglichst alle Bewohner zur Toilette geführt, wobei Bewohner, die sich im Zimmer aufhielten, gemäß PLAISIR-Konvention keinen Bewegungsanteil erhielten (s.o.), sondern nur Bewohner in Gemeinschaftsräumen.

In weiterführenden Studien könnte auf der Basis der gefundenen Zusammenhänge durch Ausdifferenzierung der Pflegeverrichtungen und detaillierteren statistischen Auswertungen nach Indikatoren gesucht werden, die geeignet sind, den individuellen Pflegebedarf angemessen zu beschreiben.

Nachdem bisher ausschließlich Ergebnisse aus der Realzeitmessung dargestellt worden sind, befassen sich die folgenden Kapitel mit vergleichenden Analysen zur parallel erfassten PLAISIR-Erhebung des Pflegebedarfs.



6 Vergleich Pflegezeiten Realzeitmessung / PLAISIR-Erhebung

Geringfügige Änderungen der Zeitwerte sind aufgrund von inhaltlichen Abstimmerfordernissen (z. B. differierende Zuordnungen von gemessenen Interventionen zu PLAISIR-Kategorien aufgrund unscharfer Abgrenzungskriterien) möglich. Da uns die PLAISIR-Daten nicht im Quellcode, sondern nur in Papierform als gerundete, aufeinander aufbauende Werte zur Verfügung stehen, kommt es bei ihrer elektronischen Aufbereitung zu Vergleichszwecken zu geringfügigen zeitlichen Rundungs-Differenzen, die die Qualität der Aussagen jedoch nicht beeinträchtigen.

6.1 Strukturmerkmale Stellen

Wie PLAISIR den Stellenbedarf sieht, zeigt Abbildung 6-1:

→ Anwesenheiten und dementsprechend Stellen von mehr als das Doppelte der realen Personal-Besetzung wurden als erforderlich ausgewiesen.

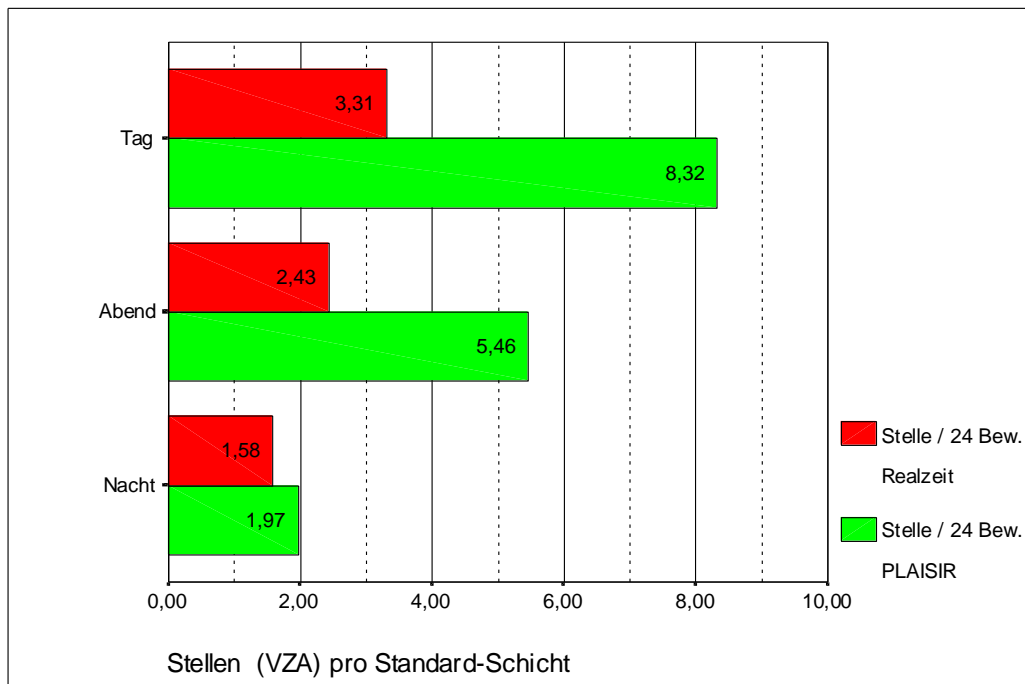
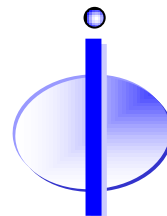


Abbildung 6-1 Stellen pro Standard-Schicht im Vergleich Realzeit/PLAISIR



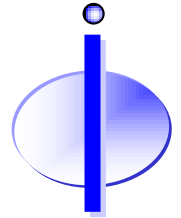
Die folgende Tabelle 6-1 weist die durchschnittliche reale Stellenbesetzung für nach PLAISIR-Konvention genormte Standard-Schichten für einen Bewohner im Vergleich zur PLAISIR-Planung nach Pflegehauptkategorien aus (ohne Personalbedarf für Hauswirtschaft). Rechnungsgrundlage waren pro Jahr 231,49 gearbeitete Zeitabschnitte á 7 Stunden.

	Pflegehauptkategorien									Gesamt
	DIP			BBK			VIAW			
	Standard-Schicht	Standard-Schicht	Standard-Schicht	Standard-Schicht	Standard-Schicht	Standard-Schicht	Standard-Schicht	Standard-Schicht	Standard-Schicht	
	Tag	Abend	Nacht	Tag	Abend	Nacht	Tag	Abend	Nacht	
Realzeit Anwesenheit/24h	1,6	1,0	,6	,2	,2	,2	,3	,3	,1	4,5
PLAISIR Anwesenheit/24h	4,5	3,1	1,0	,3	,2	,1	,4	,2	,1	9,9
Realzeit Stellen / Bew.	,10	,07	,04	,02	,02	,02	,02	,02	,01	,32
PLAISIR Stellen / Bew.	,30	,20	,07	,02	,01	,01	,03	,01	,01	,66

Tabelle 6-1 Stellenbedarf pro Pflegekategorie und Standard-Schicht (exkl. Hauswirtschaft)

6.2 Zeitvergleiche nach Kategorien – ein Überblick

- Lediglich knapp 50% des von PLAISIR geplanten Zeitbedarfs wurden real aufgewendet.
- Während BBK und VIAW den Pauschalwerten von PLAISIR entsprachen und
- die behandlungspflegerischen Interventionen ebenfalls in der Größenordnung des geplanten Zeitaufwands lagen,



→ gab es deutliche Differenzen beim Zeitaufwand für Grundpflegemaßnahmen und für individuelle Kommunikation.

Die folgende Abbildung 6-2 verdeutlicht diesen Sachverhalt nochmals eindrucksvoll.

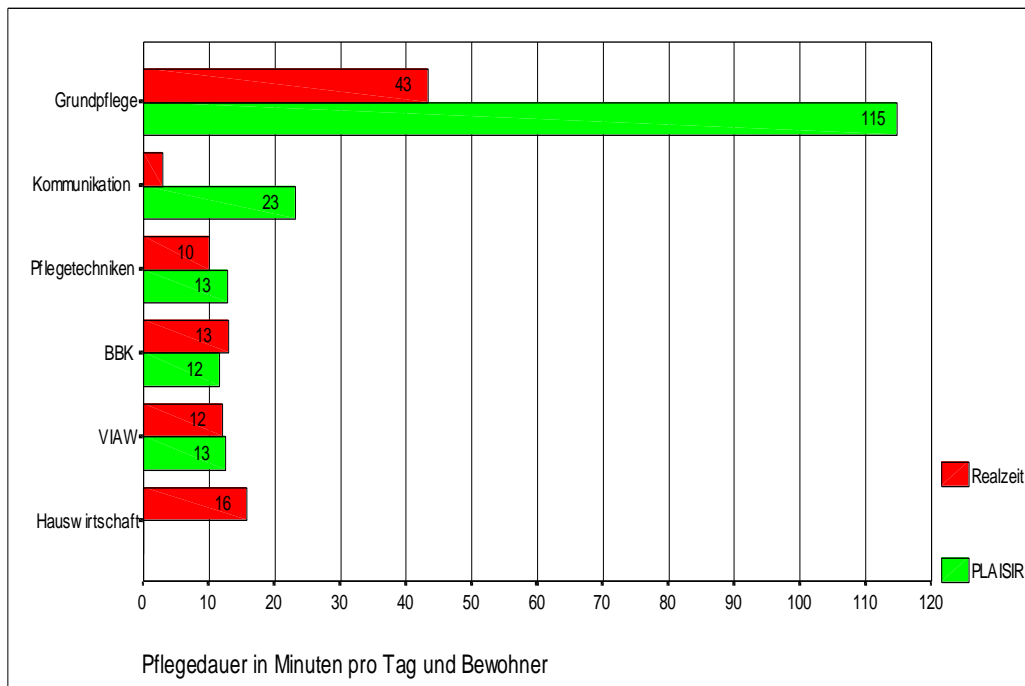
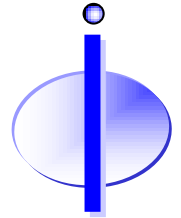


Abbildung 6-2 Pflegezeiten nach Kategorien im Vergleich

Die Aussage aus Kap. 4.2.2, dass „Einsparungen“ vorzugsweise im DIP-Bereich zu verzeichnen sind, kann jetzt konkretisiert werden:

- Kürzungen der Pflegezeiten gingen prioritär zu Lasten der Grundpflege und Kommunikation mit dem Bewohner.

Im Tagesdurchschnitt wurden für einen Bewohner von den Pflegemitarbeitern ca. 81 Pflegeminuten (exkl. Hauswirtschaft) aufgewendet. PLAISIR weist



demgegenüber mit durchschnittlich ca. 175 Minuten pro Tag einen Zeitbedarf von zweifacher Höhe auf (Tabelle 6-2).

Zwischen den Realzeiten/Pflegebereich und PLAISIR-Zeiten/Pflegebereich existiert ein Zusammenhang (Korrelationskoeffizient Pearsons-r = 0,594, Signifikanz = 0,054), d.h. höhere gemessene Pflegezeiten entsprechen meistens höheren PLAISIR-Zeiten und umgekehrt.

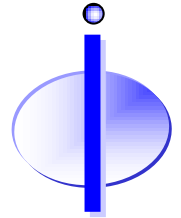
	Pflegebereich												Gesamt
	Atmung	Essen und Trinken	Ausscheiden	Sich pflegen/kleiden	Sich bewegen	Kommunikation	Medikamente	Behandlung	Diagnostik	BBK	VIAW	Hauswirtschaft	
Realzeit Dauer min. pro Tag und Bew.	,09	8,52	7,70	18,62	8,38	3,02	5,91	2,52	1,60	12,81	11,97	(15,81)	(96,96) 81,15*
PLAISIR Dauer min. pro Tag und Bew.	,68	23,76	25,15	32,19	33,05	23,08	5,56	4,37	2,84	11,50	12,50	,00	174,68

*Hinzuzufügen sind die von anderen Diensten dokumentierten Leistungen von 3,36 Minuten pro Tag und Bewohner.

Tabelle 6-2 Durchschnittliche Pflegezeiten nach Pflegebereichen pro Tag und Bewohner

Die folgende Abbildung 6-3 visualisiert die in oben stehender Tabelle 6-2 notierten Differenzen der einzelnen Pflegebereiche:

- Die stärksten Abweichung waren im Bereich des sich Bewegens (25 Minuten / Tag und Bewohner), der Kommunikation (20 Minuten / Tag und Bewohner), des Ausscheidens (17 Minuten / Tag und Bewohner) und der Nahrungsaufnahme (15 Minuten / Tag und Bewohner) zu verzeichnen.



→ Die geringsten Differenzen zwischen gemessenen und geplanten Zeiten fanden sich bei technischen, administrativen und organisatorischen Aktivitäten ohne Bewohnerkontakt (Medikamente, BBK und VIAW).

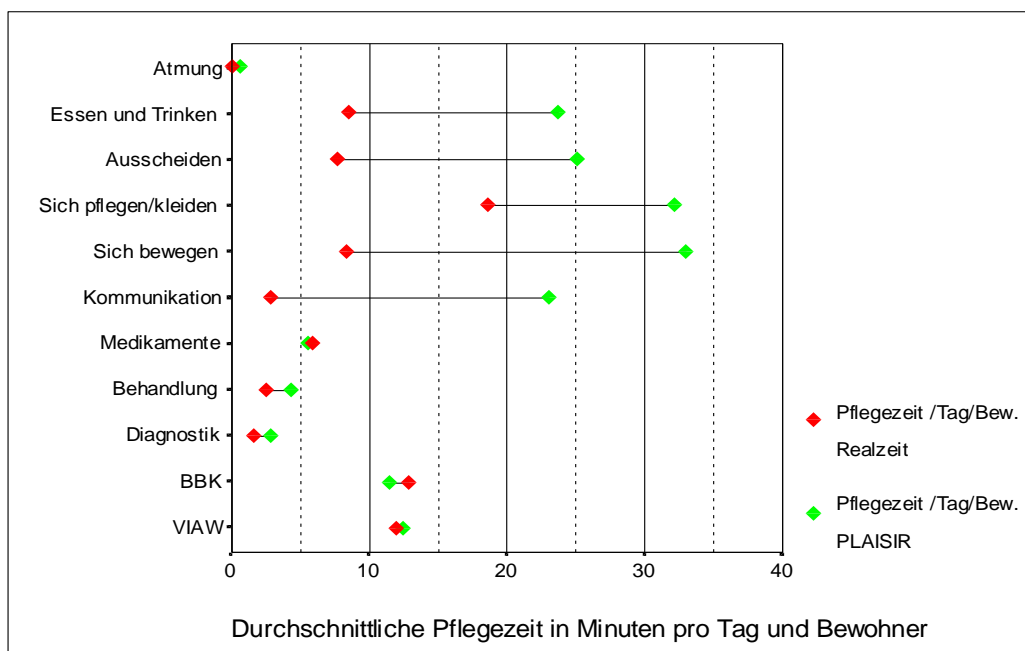
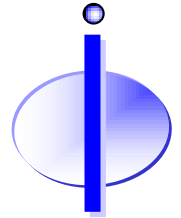


Abbildung 6-3 Abweichungen Realzeit/PLAISIR je Pflegebereich

Im Folgenden werden die Zeitvergleiche pro Bewohner und Pflegebereich dargestellt. Einzelaktivitäten konnten nicht miteinander verglichen werden, da die unterlegten verrichtungsbezogenen PLAISIR-Zeiten nicht vorliegen.

Um Vergleichbarkeit im Bereich der Kommunikation herzustellen, wurden die Aktivitäten, die ohne Beteiligung der beobachteten Pflegemitarbeiter stattfanden, also nicht in den Realzeitmessungen erfasst worden sind, aus den PLAISIR-Angaben (GUSTAV) übernommen und den betroffenen Bewohner zugerechnet. Der ausgewiesene Minutenwert wurde also um den Pflegemitarbeiter fremden Anteil erhöht.



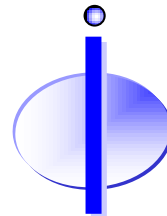
Da die Pflegeprobleme der Bewohner in der Realzeitmessung nicht zu erfassen waren, wurden sie aus den GUSTAVs von PLAISIR übernommen und aus Übersichtlichkeitsgründen in Hauptkategorien zusammengefasst (Tabelle 6-3). Ein Drittel der Bewohner gehörte zur Hauptkategorie Hirnorganisches Psychosyndrom (HOPS), wobei je 50% der Pflegestufe II und III angehörten.

		Pflegestufe			gesamt
		I	II	III	
		Anz. Bew.	Anz. Bew.	Anz. Bew.	Anz. Bew.
Diagnosegruppen	M. Alzheimer		2		2
	Blindheit		1		1
	COPD			1	1
	Hemiplegie	1			1
	Herzinsuffizienz	1			1
	HOPS		4	4	8
	Chron. Nierenvers.		1		1
	Osteoporose			1	1
	M. Parkinson	2			2
	Schwäche Bewegungsapp.	1	1		2
	Zerebr. Arteriosk.	3	1		4
Gruppen-Gesamtwert		8	10	6	24

Tabelle 6-3 Vergleich Diagnosegruppen / Pflegestufen

Wie Abbildung 6-4 zeigt, lagen sämtliche aus der Realzeitmessung gewonnenen Durchschnittszeiten eines Bewohners einer Diagnosegruppe unter den dafür veranschlagten Durchschnittswerten von PLAISIR.

- Die höchsten Durchschnittswerte waren bei Bewohnern mit ausgeprägten zerebralen Funktionsstörungen zu finden.
- Die niedrigsten Durchschnittszeiten sowohl in der Realzeitmessung als auch bei PLAISIR hatten Bewohner mit Schäden der inneren Organe oder leichteren zerebralen Einschränkungen.



- Eine Systematik der Verknüpfung Diagnose - Pflegestufe ließ sich aus den wenigen Fallzahlen jedoch nicht ableiten.

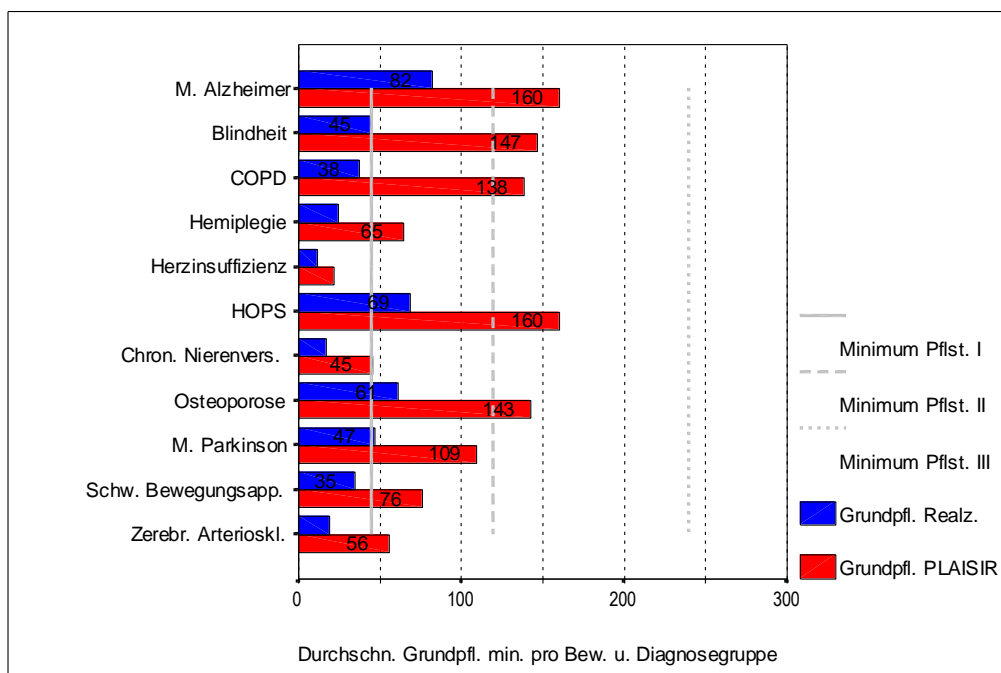
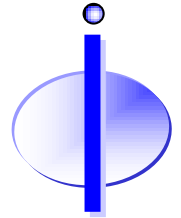


Abbildung 6-4 Mittelwert Diagnosegrp. pro Tag u. Bew.

Um umfassendere Antworten zum Themenschwerpunkt 1 - *Erfüllung der PLAISIR-Plandaten* – geben zu können, sind die Interviewergebnisse einzubeziehen, die in Kapitel 7 dargestellt werden.

6.3 Zeitvergleiche nach Kategorien – Bewohner bezogen („GUSTAV“)

Während die gemessenen Zeiten den individuell geleisteten Hilfen entsprachen, sind die von PLAISIR veranschlagten Zeitwerte rein statistische Durchschnittswerte, die lediglich mit individuellen Häufigkeiten der Einzelverrichtungen verknüpft worden sind. Ein Vergleich der Pflegezeiten ist

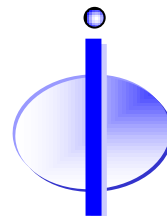


so im Grunde genommen nicht statthaft, also nur unter strengem Vorbehalt zu sehen.

Aus PLAISIR-Daten Rückschlüsse auf Pflegestufen ziehen zu wollen, ist aus gleichem Grund höchst problematisch, da die beim Einstufungsverfahren angenommenen Zeiten ebenfalls individuell bestimmt worden sind. Überdies differieren die PLAISIR-Kategorien z. T. erheblich von den Vorgaben zur Pflegebedürftigkeit des SGB XI.

Trotz dieser Bedenken werden auf Wunsch der Einrichtung die vergleichenden Übersichten für jeden Bewohner im Einzelnen zur Verfügung gestellt

evtl. als Anhang

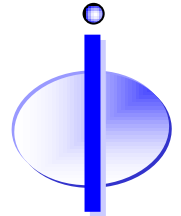


Bewohner1

HOPS	Pfl.-St. 2	Pflegezeiten in Minuten/Tag									
		Pflegebereich									
		Atmung	Essen und Trinken	Ausscheiden	Sich pflegen/kleiden	Sich bewegen	Kommunikation	Medikamente	Behandlung	Diagnostik	Summe
Realz.-min./Tag		,00	10,86	11,50	29,36	12,00	2,96	5,33	4,11	,50	76,62
PLAISIR-min./Tag		,00	19,50	43,86	38,16	56,43	25,95	4,70	4,00	1,00	193,60
		Pflegekategorie									
		Grundpfl.	Pfl.-Techn.								
Realz.-min./Tag		63,72	9,94								
PLAISIR-min./Tag		157,95	9,70								

Bewohner1

Abweichungen PLAISIR-Erh. / Realzeitm.		Zeitmangel	PLAISIR-Häufigk. zu gering	Inkonsistenz Kategorie
		Minimum	Minimum	Minimum
Toilette/Nachtstuhl	Häufigkeit Plan			8,00
	Häufigkeit PLAISIR			2x/Woche
	Häufigkeit real			5,00
Pflege bei Urininkontinenz	Häufigkeit Plan			
	Häufigkeit PLAISIR			8,00
	Häufigkeit real			0
Rollstuhl schieben	Häufigkeit Plan			
	Häufigkeit PLAISIR		4,00	
	Häufigkeit real		7,00	
Bewegungsüb.(Prophylaxe)	Häufigkeit Plan			
	Häufigkeit PLAISIR			2,00
	Häufigkeit real			
Individuelle Kommunikation	Häufigkeit Plan			.
	Zeitaufw. PLAISIR	25,00		.
	Zeitaufw. real	2,96		.



Bewohner2

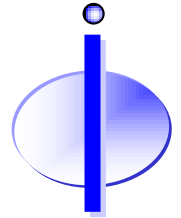
HOPS	Pfl.-St. 2	Pflegezeiten in Minuten/Tag									
		Pflegebereich									
		Atmung	Essen und Trinken	Ausscheiden	Sich pflegen/kleiden	Sich bewegen	Kommunikation	Medikamente	Behandlung	Diagnostik	Summe
Realz.-min./Tag		,00	7,11	6,71	16,00	4,89	7,29	8,90	7,68	1,37	59,96
PLAISIR-min./Tag		,00	24,00	37,36	38,16	57,86	30,95	10,80	16,02	3,64	218,79
		Pflegekategorie									
		Grundpfl.		Pfl.-Techn.							
Realz.-min./Tag		34,72		17,96							
PLAISIR-min./Tag		157,38		30,46							

Pflegezeiten in Minuten/Tag

Bewohner Bewohner3

		Pflegebereich									
		Atmung	Essen und Trinken	Ausscheiden	Sich pflegen/kleiden	Sich bewegen	Kommunikation	Medikamente	Behandlung	Diagnostik	Summe
Realz.-min./Tag		,00	6,17	,43	16,00	2,00	15,51	5,39	,61	2,43	48,54
PLAISIR-min./Tag		,00	24,00	,00	28,66	12,00	27,04	10,80	,00	6,71	109,21

usw.



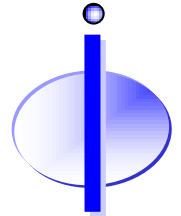
7 Ergebnisse - Interviews

Von 618 durchgeführten Verrichtungskomplexen (:= Verrichtung ohne Häufigkeitszählung) der direkten und indirekten Pflege (DIP) aller 24 Bewohner waren in ca. 40% der Fälle (=246 Verrichtungskomplexe) Abweichungen bzgl. Häufigkeit, Pflegemodus und Anzahl der beteiligten Pflegemitarbeiter zwischen PLAISIR, Realzeitmessung und der Pflegedokumentation zu verzeichnen. Nicht betrachtet wurden - in Ermangelung von PLAISIR-Vergleichsdaten - Verrichtungskomplexe der Bewohner bezogenen Kommunikation (BBK), Verwaltungs-, Instandhaltungsaktivitäten, Wege (VIAW), hauswirtschaftliche Verrichtungen sowie Zeitdifferenzen von Einzelverrichtungen. Im Folgenden wird statt Verrichtungskomplex der Einfachheit halber nur von Verrichtungen gesprochen.

7.1 Abweichungen – eine Übersicht

Bei der Mehrzahl der Verrichtungen mit Abweichungen erhob PLAISIR bzgl. Häufigkeit und/oder Pflegemodus einen höheren Pflegebedarf als real durchgeführt wurde (=28% aller Verrichtungen). Zwischen den Vergleichen PLAISIR/Realzeit und PLAISIR/Pflegedokumentation besteht ein positiver Zusammenhang (Cramer-V = 0,698), d.h. bei höherer PLAISIR-Erhebung als beobachtet war zu ca. 75% der Abweichungen (130 von 171 Verrichtungen) auch die Planung der Pflegedokumentation höher als beobachtet (Tabelle 7-2).

Wenn die PLAISIR-Erhebung mit der Realzeitmessung übereinstimmte (11 Verrichtungen), war sie geringer als in der Pflegedokumentation vorgesehen.



Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Vergleich R-PL * Vergleich PL-Dok	246	100,0%	0	,0%	246	100,0%

Tabelle 7-1 Anz. Abweichungen Realz./PLAISIR-Erh./Pflegedokum.

Vergleich PL AISIR/Realzeit * Vergleich PL AISIR/Dokumentation Kreuztabelle

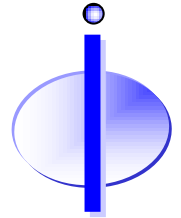
Anzahl

	Vergleich PL-Dok				Gesamt
	PLAISIR>Dok	PLAISIR<Dok	PLAISIR=Dok	nicht geplant	
PLAISIR>real	130	13	28	0	171
PLAISIR<real	11	38	13	0	62
PLAISIR=real	0	11	0	0	11
nicht geplant	0	0	0	2	2
Gesamt	141	62	41	2	246

Tabelle 7-2 Vgl. PL AISIR-Erh./Realz.

Folgende Aussagen waren daraus ableitbar:

- Bei der Mehrzahl der Abweichungen waren die von PLAISIR erhobenen Werte (Frequenz, Modus, Anzahl Pflegemitarbeiter) höher als beobachtet.
- Eine von PLAISIR angenommene höhere Frequenz bzw. Pflegemodus als real beobachtet überstieg in $\frac{3}{4}$ der Fälle auch die geplanten Aktivitäten der Pflegedokumentation (Tabelle 7-3).
- In nur 20% der Abweichungen entsprach die Beobachtung der Pflegedokumentation, ansonsten lag sie mehrheitlich darunter.



		Anzahl
Vergleich Dok-real	Dok>real	106
	Dok<real	89
	Dok=real	49
	nicht geplant	2
Gruppen-Gesamtwert		246

Tabelle 7-3 Vgl. Pflegedokumentation / Realzeit

Vergleich PLAISIR-Erhebung / Realzeitmessung

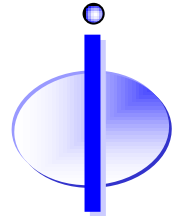
→ Vorwiegend zeigten sich Abweichungen bzgl. der Durchführungshäufigkeiten von Verrichtungen, wobei die PLAISIR-Erhebung meistens höhere Werte als beobachtet auswies (Tabelle 7-4).

Betroffen von Abweichungen waren alle Bewohner, allerdings in unterschiedlichen Bereichen.

		Abweichung					
		Häufigk.	Modus	2 PKs	Häufigk.+ Modus	Angehörige	Gesamt
PLAISIR>real	Anzahl	112	23	16	10	11	172
PLAISIR<real	Anzahl	51	3		6		60
PLAISIR=real	Anzahl	11	1				12
nicht geplant	Anzahl					2	2
Gesamt		174	27	16	16	13	246

Tabelle 7-4 Abweichungen - Übersicht

Während beim Essen und Trinken differierende Pflegemodi zu beobachten waren, sind bei den übrigen Bereichen meistens Frequenzunterschiede der Durchführung aufgetreten (Abbildung 7-1).



In Pflegebereichen mit Transfer- und Hebeleistungen wurde zudem beobachtet, dass eine Pflegemitarbeiter allein die Aktivität durchführte, obwohl 2 Pflegemitarbeiter dafür vorgesehen waren.

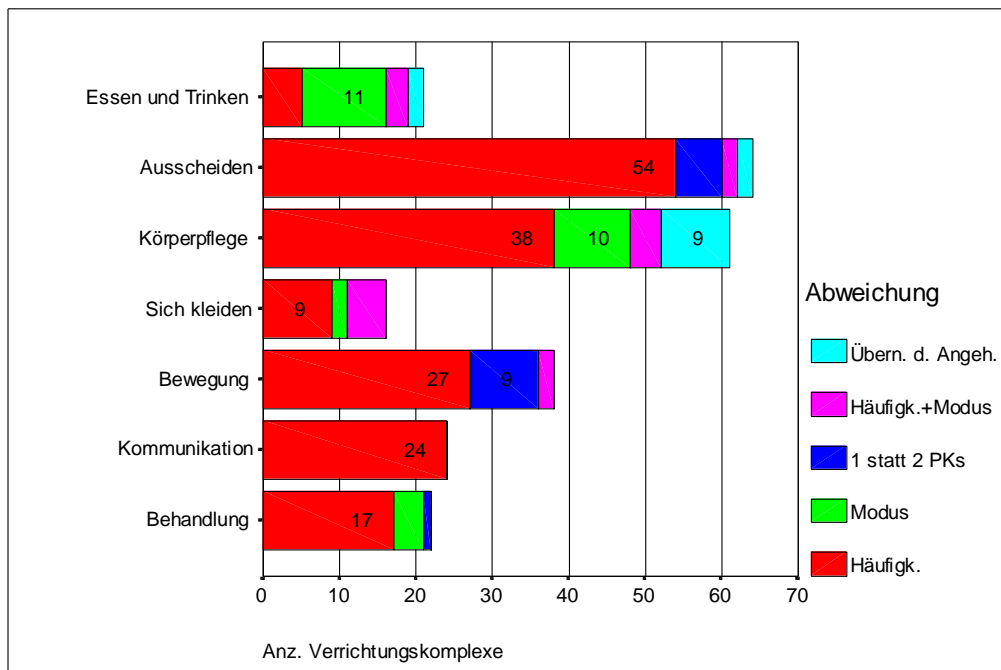


Abbildung 7-1 Abweichungen - Pflegebereiche

Auch wenn aufgrund der begrenzten Bewohneranzahl (N=24) nur mit Einschränkung Aussagen zur Abweichungsverteilung nach pflegebegründenden Diagnosen getroffen werden können, scheinen sich doch typische Alltagserfahrungen der Pflegenden hier im Trend bestätigt zu haben (Abbildung 7-2):

- Während bei Alzheimer-Erkrankten im fortgeschrittenen Stadium Zeitmangel als häufigste Ursache eingeschränkter Hilfestellungen angegeben wurden,
- überwogen bei Bewohnern mit organischen Funktionsstörungen und/oder leichten kognitiven Defiziten Abweichungsursachen aufgrund Bedarfs- und situationsabhängigem, unregelmäßigem Leistungsbedarf.

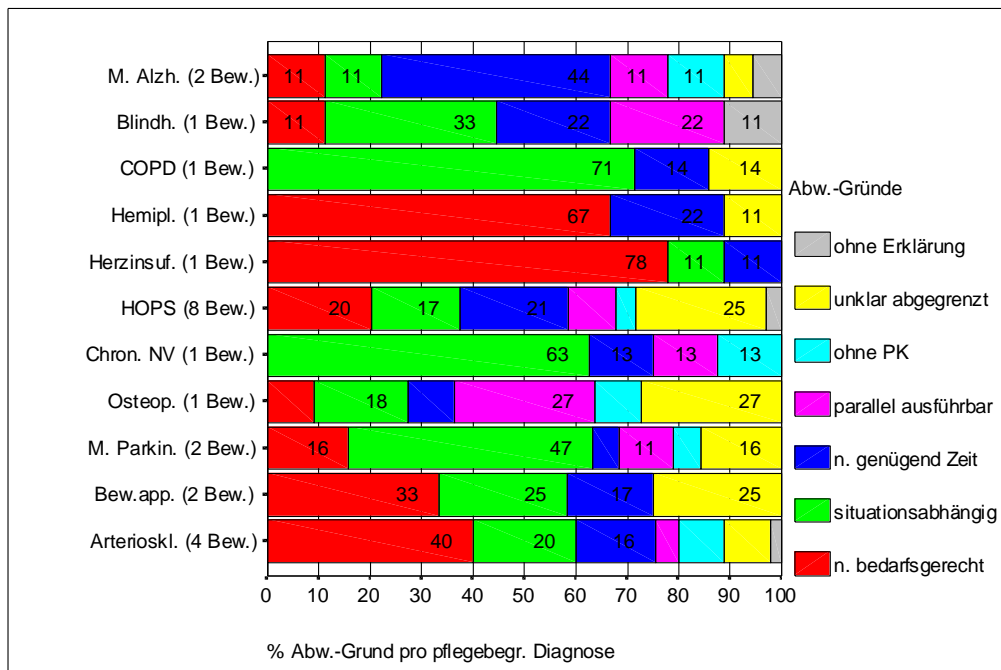
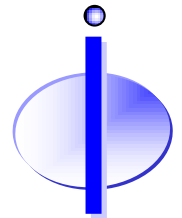


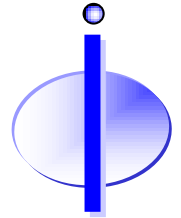
Abbildung 7-2 %Abw. pro pflegebegründende Diagnose

In welcher Qualität die PLAISIR-Einschätzung von den beobachteten Hilfeleistungen differierten, scheint nicht von Pflegestufen bzw. Grundpflegebedarf abhängig zu sein. Betroffen von Abweichungen in unterschiedlichen Pflegebereichen waren alle Bewohner.

→ Eine Systematik der Abweichungen im Zusammenhang mit Pflegestufen und Höhe des Grundpflegebedarfs schien es nicht zu geben.

Vergleich PLAISIR-Erhebung / Pflegedokumentation

Für Bewohner, deren Tagesform krankheitsbedingten stärkeren Schwankungen unterlegen ist (Chron. Nierenversagen, Herzinsuffizienz, allgem. Schwäche des Bewegungsapparates), schien PLAISIR im Fall von



Abweichungen tendenziell höhere Zeitwerte auszuweisen als in der Pflegeplanung vorgesehen (Abbildung 7-3).

Eine mögliche Ursache ist, dass in der Pflegeplanung nur regelhafte Hilfsbedarfe dokumentiert sind, während PLAISIR retrospektiv alle in der Woche zuvor angefallenen Leistungen erfasst.

→ Der Tagesform abhängige Bedarf könnte also nicht als Bedarfs- sondern als Regelleistung in die PLAISIR-Erhebung eingegangen sein.

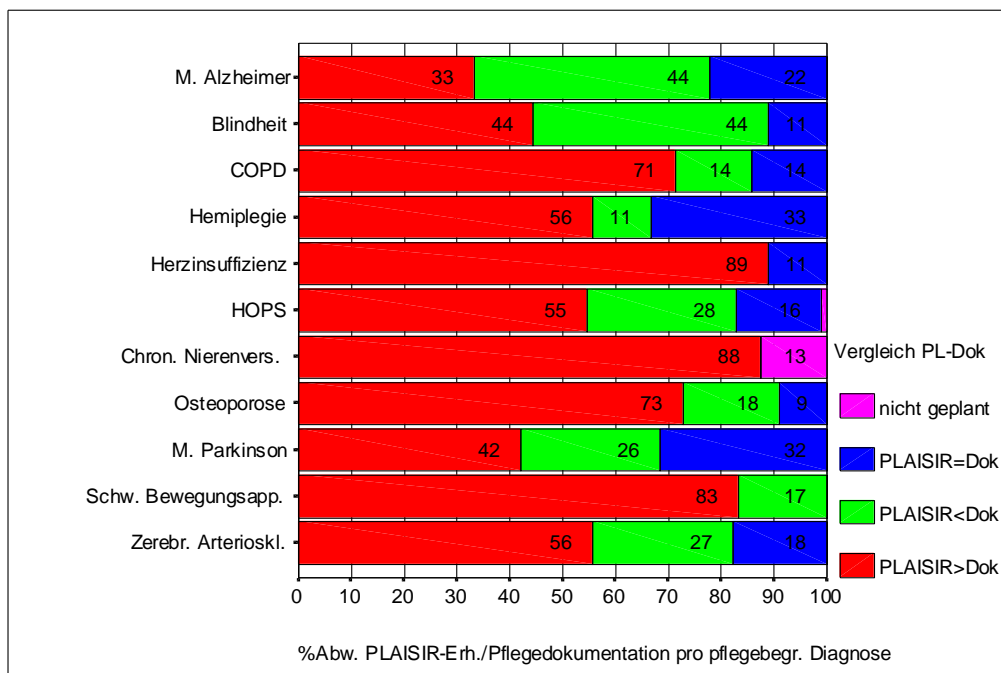
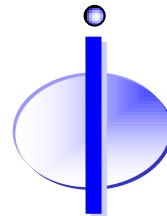


Abbildung 7-3 %Abw. PLAISIR-Erh./Pflegedokum.

Vergleich Pflegedokumentation/Realzeitmessung

Bei Bewohnern, für die die Pflegedokumentation im Falle von Abweichungen einen höheren Bedarf vorsah, als beobachtet wurde, gaben unterschiedliche Gründe den Ausschlag:



→ Aus Zeitmangel konnten bei Bewohnern mit M. Alzheimer (N=2) nicht alle geplanten Maßnahmen in vollem Umfang durchgeführt werden. Die Pflegeplanung war aber aus Sicht der Pflegemitarbeiter angemessen.

Interessanterweise hat auch oft PLAISIR bei den betroffenen Verrichtungen weniger Bedarf vorgesehen als die Pflegedokumentation (z.B. Ganzkörperpflege: Pflegedokum. 1/Tag, PLAISIR 1/Woche, Realzeitm. 5/Woche). Normative Einflüsse des PLAISIR-Verfahrens auf die EvaluiererInnen könnten dafür verantwortlich gewesen sein.

→ Bewohner mit M. Parkinson (N=2) und Hemiplegie (N=1) waren zum Teil selbständiger als ursprünglich angenommen. Die Pflegeplanung unterschätzte also in Teilbereichen die Selbstpflegekompetenz.

Hier lag die PLAISIR-Einschätzung sogar noch über dem von der Pflegedokumentation ausgewiesenen Bedarf, was die im vorigen Abschnitt geäußerte Vermutung, Bedarfshilfen als regelhaft auszuweisen, bestätigt.

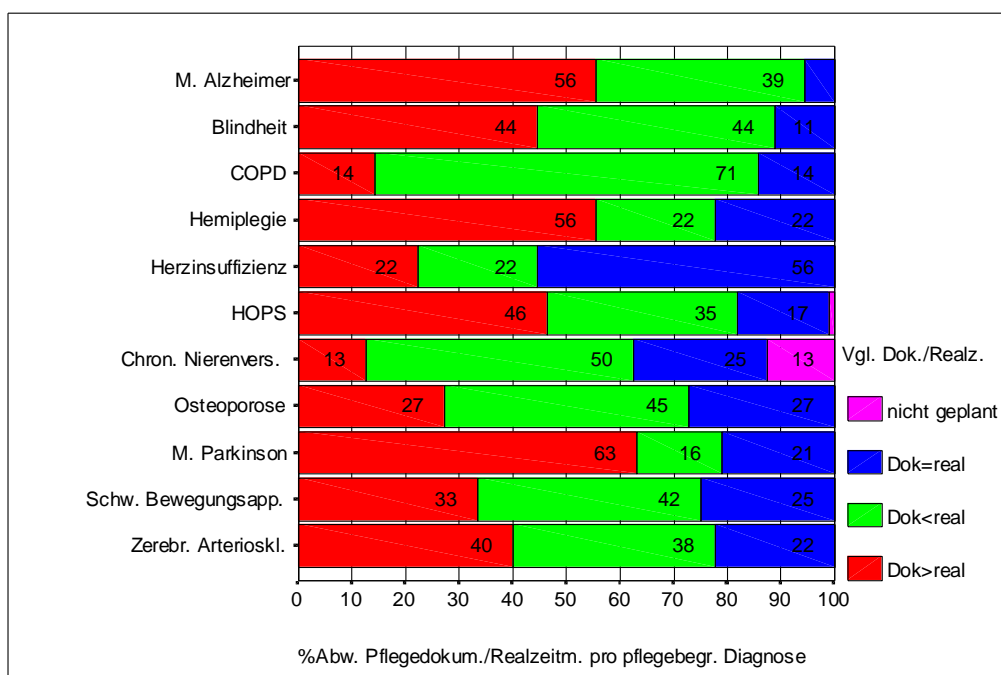
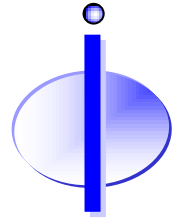


Abbildung 7-4 %Abw. Pflegedokum./Realzeitm.



7.2 Abweichungen – differenziert nach Verrichtungen

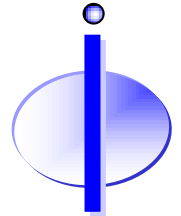
Tabelle 7-5 zeigt, wie viel Bewohner von Abweichungen bzgl. Häufigkeit und/oder Pflegemodus bzw. Anzahl der beteiligten Pflegemitarbeiter betroffen waren. Der Bedarf der individuellen Kommunikation wurde, da PLAISIR nur Zeitwerte mit %Anteilen der Früh-/Abend- und Nachtschicht ausweist, ausnahmsweise als Zeitwert verglichen.

Im Anhang sind Übersichten von Abweichungen zwischen PLAISIR-Erhebung und Pflegedokumentation sowie Realzeitmessung und Pflegedokumentation zu finden.

Wie ist u.a. zu erklären, dass

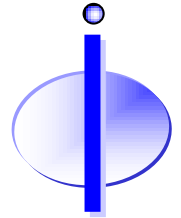
- PLAISIR für alle 24 Bewohnern bei der individuellen Kommunikation - trotz Berücksichtigung unterhaltender Gruppenaktivitäten - einen höheren Bedarf sowohl als die Pflegedokumentation als auch die Realzeitmessung auswies?
- 19 Bewohner weniger Hilfestellung in der Pflege bei Inkontinenz als von PLAISIR geplant erhielten?
- bei 17 Bewohnern von PLAISIR für Mahlzeiten umfassendere Hilfen als beobachtet erhoben wurde?

Aus den Interviews der in der Beobachtungswoche Dienst habenden Pflegemitarbeiter erhielten wir interessante Antworten auf diese Frage.



	Vergleich PLAISIR-Erh. / Realzeitmessung				Gruppen -Gesamt wert
	PLAISIR >real	PLAISIR <real	PLAISIR =real	nicht geplant	Anz. Bew.
	Anz. Bew.	Anz. Bew.	Anz. Bew.	Anz. Bew.	
Mahlzeiten	17				17
Flüssigkeitszufuhr	1	3			4
Urinflasche		1	1		2
Toilette/Nachtstuhl	6	8	1		15
Pflege bei Urininkontinenz	13	1			14
Pflege bei Stuhlinkontinenz	6	3			9
Urinalkondomanlegen		1			1
Pflege bei DK	1				1
Teilkörperpflege	8	3	1		12
Ganzkörperwaschung	9	6	2		17
Intimpflege		6	5		11
Vorlagen-/Windelwechsel		10	1		11
Haarpflege	3			1	4
Maniküre/Pediküre	11			1	12
Bartrasur trocken	6	1			7
Mund-/Zahnpflege	7	1	1		9
Ankleiden	5				5
Um-/Teilankleiden		6			6
Auskleiden	4	1			5
Aufstehen	4				4
Hinlegen	3	1			4
Gehen	5				5
Rollstuhl schieben	1	6			7
Einreiben und Lagern	9	1			10
Bewegungsüb.(Prophylaxe)	7				7
Bewegungsüb.(Reha)	1				1
Individuelle Kommunikation	24				24
Medikamente verabreichen	4				4
Rollstuhlzusätze montieren	1				1
Verbandwechsel	2				2
Salbe auftragen	1	1			2
Beobachtung	11				11
Wiegen / Messen	1				1
Hämo-Glucotest	1				1
Gruppen-Gesamtwert	172	60	12	2	246

Tabelle 7-5 Anz. Abweichungen nach Pflegeverr.

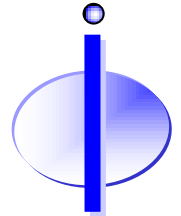


Zu den Ursachen von Abweichungen zwischen beobachteten Verrichtungen und den von PLAISIR ausgewiesenen Bedarfen wurden 8 von 12 in der Messwoche begleiteten Pflegemitarbeiter befragt.

Bei den drei nicht interviewten Pflegemitarbeitern handelte es sich um Aushilfen bzw. solche, die nur maximal an 2 Tagen zum Dienst eingeteilt waren. Es sollte mit einem Mindestbeobachtungszeitraum von drei Tagen gewährleistet sein, dass die Pflegemitarbeiter Zeit zur Eingewöhnung hatten, so dass die Abweichungen keine Folge der Beobachtungssituation sondern regelhaft waren. In Kauf genommen werden musste dabei, dass Abweichungen, die von Aushilfen regelhaft verursacht wurden, für die Auswertung verloren gingen. Der Fehler ist allerdings vernachlässigbar, da ähnliche Abweichungen auch bei den befragten Pflegemitarbeitern auftraten. Der verwendete Fragebogen sowie die Erläuterungen der Begründungen sind im Anhang einzusehen.

Wie Tabelle 7-6 zeigt, wurden als Ursachen genannt:

1. PLAISIR-Erhebung nicht bedarfsgerecht (N=62).
In davon 19 Fällen hielten die Pflegemitarbeiter den von PLAISIR ausgewiesenen Bedarf sogar für nicht notwendig, d.h. der Bewohner benötigte keine Hilfe.
2. Bedarf situationsabhängig (N=56).
Hilfestellung wurde nicht regelhaft, sondern abhängig von der Tagesform, bzw. Wunsch des Bewohners oder aufgrund eines Ereignisses gegeben.
3. Zeitmangel (N=47).
Die (Teil)hilfe wäre zwar erforderlich gewesen, konnte aber aus Zeitgründen nicht im geplanten Umfang geleistet werden.
4. Unklaren Kategorie- bzw. Moduszuordnungen (41 Nennungen).



Zwischen Pflegemitarbeitern und PLAISIR-EvaluiererInnen gab es Missverständnisse zur Interpretation der Pflegeverrichtung und/oder des Pflegemodus..

- Durchführung der Verrichtung in Kombination mit anderen Verrichtungen (N=21).

Verrichtungen wurden in andere Aktivitäten integriert oder konnten parallel für mehrer Bewohner erfolgen.

- Fremdhilfen (N=13).

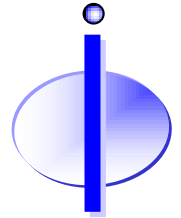
Hilfe wurde durch Angehörige oder andere Dienste geleistet.

- Ohne Erklärung (N=6).

Abweichung war nicht mehr nachvollziehbar.

			Essen und Trinken	Ausscheiden	Körperpflege	Sich kleiden	Bewegung	Kommunikation	Behandlung	gesamt
Gründe für Abweichungen	n. bedarfsgerecht	Anz. Bew.	16	9	14	4	13		6	62
	situationsabhängig	Anz. Bew.	2	11	22	8	7	2	4	56
	n. genügend Zeit	Anz. Bew.	1	5	10	2	7	22		47
	parallel ausführbar	Anz. Bew.		7	1		5		8	21
	ohne PK	Anz. Bew.	2	2	9					13
	unklar abgegrenzt	Anz. Bew.		28	4	2	5		2	41
	ohne Erklärung	Anz. Bew.		2	1		1		2	6
gesamt	Anz. Bew.		21	64	61	16	38	24	22	246

Tabelle 7-6 Gründe für Abweichungen



Randbemerkungen der Pflegemitarbeiter zu einzelnen Sachverhalten wurden notiert und zum ergänzenden Verständnis ebenfalls ausgewertet. Die wichtigsten Abweichungsgründe werden - unter Einbezug der zum Beobachtungszeitpunkt geklärten Besonderheiten - an den hauptsächlich betroffenen Verrichtungen erläutert.

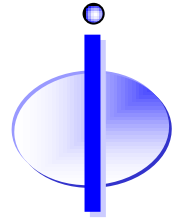
7.2.1 Individuelle Kommunikation

Wie bereits erwähnt, lag der reale Zeitaufwand bis auf eine Ausnahme weit unterhalb des von PLAISIR veranschlagten Zeitrahmens. Zum Bedauern aller befragten Pflegemitarbeiter (I-1,2) wurde Zeitmangel dafür verantwortlich gemacht.

Besonders dramatisch stellte sich die Situation eines Bewohners mit Aphasie dar, der nach Aussage der betreuenden Pflegemitarbeiter zwar sehr kommunikationsbedürftig gewesen wäre, man aber eine Kommunikation vermieden habe,

- weil dafür aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten zu viel Zeit in Anspruch genommen worden wäre (I-1). Aus Sicht einer zweiten Pflegemitarbeiter zog sich der Bewohner in sein Zimmer zurück oder war mit Besuchern unterwegs (I-4).
- Mit einem Bewohner wurde außerhalb der Pflegeverrichtungen infolge eines Notfalls mehr kommuniziert als sonst.
- Ein weiterer Bewohner erreichte knapp sein PLAISIR-Soll, was darauf zurückzuführen war, dass er Kommunikation aufgrund persönlicher Ereignisse „einforderte“ (I-12).

Nach Aussage der betroffenen Pflegemitarbeiter musste der Zeitaufwand dafür an anderer Stelle wieder eingespart werden. *„Da bei ärztlichen Anordnungen nicht gespart werden kann, muss bei der Grundpflege*



eingespart werden“ (I-12), so die Aussage einer Pflegemitarbeiter hierzu. Zeitmangel herrschte also auch in diesen beiden Fällen.

- ausschließlich Zeitmangel war für die fehlende Kommunikation außerhalb der Pflegeverrichtungen verantwortlich.

7.2.2 Mahlzeiten

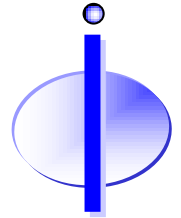
Für 17 Bewohner wurden von PLAISIR höhere Pflegemodi bei der Nahrungsaufnahme veranschlagt als beobachtet wurden (Abbildung 7-5).

- In 12 Fällen war der Hilfebedarf aus Sicht der Pflegemitarbeiter nicht im ausgewiesenen Umfang oder überhaupt nicht erforderlich, da die Bewohner selbständiger als angenommen waren (I-1,2,3).

Vergleiche mit der Pflegedokumentation lassen vermuten,

- dass zumindest in 8 Fällen Übersetzungsprobleme bzgl. der Pflegemodi vorlagen, da hierin die Pflegedokumentation mit der Realzeitmessung identisch war.
- Zwei der Bewohner erhielten regelmäßig Hilfe durch Angehörige.
- Zwei weitere benötigten nur gelegentlich Hilfe, d. h. abhängig vom jeweiligen Menü (Geflügel, Orange, Ei etc.), bzw. auf Wunsch.
- Nur ein Bewohner brauchte aus Sicht der Pflegemitarbeiter (I-1,4) mehr Hilfe als Zeit dafür zur Verfügung stand.

Beachtet man, dass bei Nahrungsaufnahme 40 Unterbrechungen von 1x bis zu 5x bei einer Mahlzeit registriert worden sind, so ist der Wunsch einer Pflegemitarbeiter nach Entlastung durch eine Servierkraft nachvollziehbar, die die Störungen durch andere Bewohner während der Nahrungsdarreichung auffängt. Auch wurde von ihr die Parallelanreicherung am Esstisch mit mehreren Bewohnern als belastend empfunden (I-4).



Hauptursachen für geringere Hilfebedarfe als das PLAISIR-Soll schienen demnach zu sein:

- Übersetzungsprobleme bei der Pflegemodus-Bestimmung.
- Ausweisung von bedarfsabhängigen Hilfen als regelhaftes PLAISIR-Soll.

Trotz höherer Eigenkompetenzen der Bewohner als von PLAISIR angenommen reichten aus Sicht der Pflegemitarbeiter aus Früh- und Spätdienst die zur Verfügung stehenden Zeiten nicht aus:

- Zeitmangel.

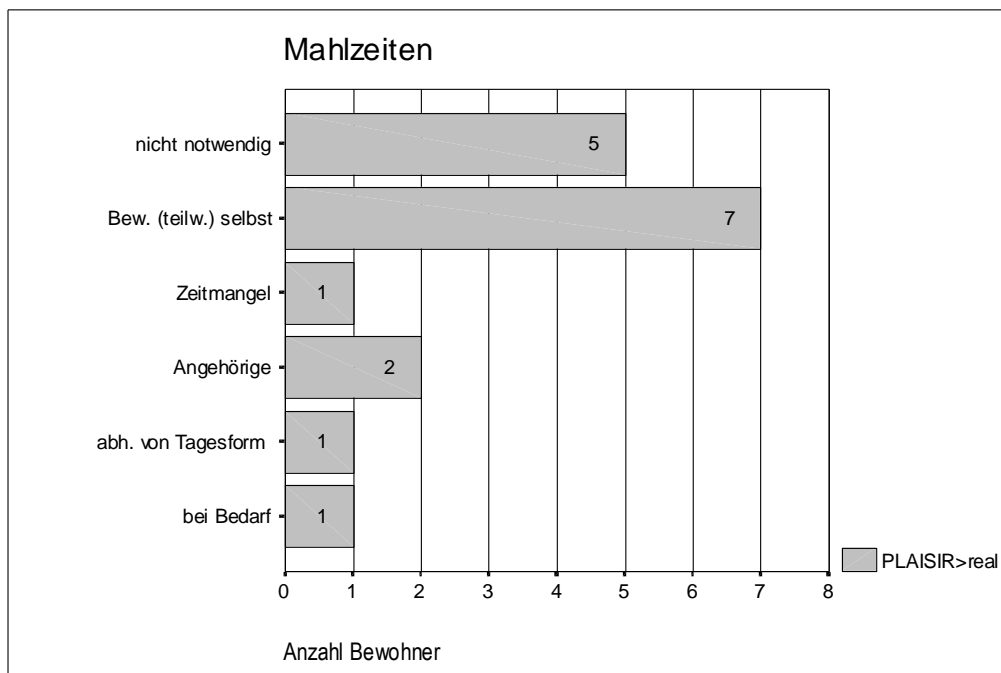
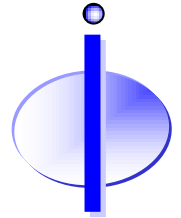


Abbildung 7-5 Abweichungsgründe - Mahlzeiten

7.2.3 Flüssigkeitszufuhr

Ein Bewohner, für den PLAISIR Hilfebedarf vorsah, konnte selbständig trinken, aber bei 3 von insgesamt 4 Bewohnern waren von PLAISIR für die Flüssigkeitszufuhr zu geringe Häufigkeiten vorgesehen (I-1,4).



→ Normative Einflüsse des PLAISIR-Verfahrens schienen für die zu geringe Frequenz der Hilfe bei Flüssigkeitsaufnahme ausschlaggebend gewesen zu sein.

7.2.4 Ganzkörperwaschung

17 Bewohner waren von Abweichungen bei der *Ganzkörperwaschung* betroffen.

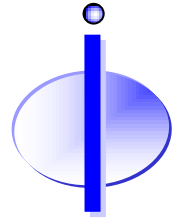
→ PLAISIR legte bei 15 der betroffenen Bewohner eine Häufigkeit mit nur 1x/Woche zugrunde, obwohl die Pflegeplanung bei davon 4 Bewohnern eine tägliche und bei einem Bewohner ein 2x wöchentliche Ganzkörperwäsche vorsah.

So wurde der beobachtete Mehraufwand für 6 Bewohner gegenüber der PLAISIR-Erhebung von den Pflegemitarbeitern begründet:

- Bewohner mit Inkontinenz benötigten aufgrund vermehrten Schwitzens und Geruchsbildung eine tägliche Ganzkörperwäsche, d.h. die PLAISIR-Häufigkeiten waren zu gering (3 Nennungen) (I-4).
 - In 3 Fällen waren Inkontinenzunfälle bzw. akute Erkrankung Ursachen für zusätzliche Ganzkörperwäschen (I-4).
- Hier könnten ebenfalls normative Einflüsse des PLAISIR-Verfahrens eine Rolle gespielt haben.

Begründungen für Abweichungen mit PLAISIR-Planung > Realzeitmessung (9 Bewohner) waren:

- 2 Bewohner benötigten aus Sicht der Pflegemitarbeiter keine bzw. nur teilweise Unterstützung. Für 2 Bewohner war der Hilfebedarf abhängig von der Tagesform, Hilfe wurde also nicht regelhaft vorgesehen (I-1).



- 2 Bewohner verweigerten die Ganzkörperwäsche (I-1). Hierbei könnte die Beobachtungssituation eine Rolle gespielt haben.
- In einem Fall wurde Zeitmangel genannt (I-1).
- In 2 Fällen waren Abgrenzungen zwischen Ganzkörper- und Teilkörperpflege unklar (I-1,4).

Bei beiden Bewohnern, bei denen die Häufigkeiten der PLAISIR-Planung mit der Realzeitmessung übereinstimmte, wies die Pflegedokumentation einen höheren Bedarf aus. Die Pflegemitarbeiter bestätigten zwar die Notwendigkeit, gaben aber Zeitmangel für die reduzierte Häufigkeiten an (I-1,12).

Hauptgründe für Abweichungen waren also:

PLAISIR-Erhebung < Realzeitmessung:

→ PLAISIR-Planung nicht situationsgerecht.

PLAISIR-Erhebung > Realzeitmessung:

- situationsabhängiger Pflegebedarf,
- Inkonsistenzen bzgl. der Pflegekategorien.

PLAISIR-Erhebung = Realzeitmessung < Pflegeplanung:

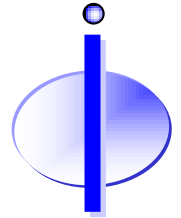
→ Zeitmangel.

7.2.5 Teilkörperpflege

Für 8 von 12 betroffenen Bewohner erhob PLAISIR einen höheren, in 3 einen geringeren und in 1 Fall einen Hilfebedarf wie beobachtet.

Verantwortlich für die höhere PLAISIR-Einschätzung des Hilfebedarfs waren u.a.

→ höhere Selbstpflegekompetenzen und



- Befindlichkeiten der Bewohner (I-1,4) sowie
- Zeitmangel (I-12).

Ursachen für geringeren PLAISIR-Hilfebedarf waren

- Übersetzungsprobleme bzgl. des Modus und Verrichtungsabgrenzung (I-4).

7.2.6 Maniküre / Pediküre

Maniküre fand nicht regelmäßig statt, sondern nur nach Bedarf und war in der Messwoche nicht zu beobachten, aber von PLAISIR regelmäßig vorgesehen:

- Pflegebedarf situationsabhängig.

Eine Pflegemitarbeiter führte die Maniküre bei einem Bewohner außerhalb der Dienstzeit durch (I-12):

- Zeitmangel.

Nach Aussage der Pflegemitarbeiter übernehmen oft Angehörige die Maniküre (I-1,2,3). Pediküre wurde von einer Fußpflegerin durchgeführt, d.h.

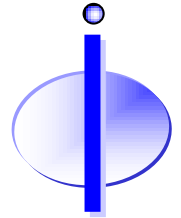
- die Durchführung erfolgt oft von Angehörigen und anderen Professionen.

7.2.7 Ausscheidung

Äußerst problematisch schien der Bereich Ausscheidung aufgrund unklarer Abgrenzung zwischen den zugehörigen Verrichtungen zu sein. Insgesamt waren 60 Abweichungen in diesem Bereich zu verzeichnen (Abbildung 7-6).

Da eine *Pflege bei Inkontinenz* in der Praxis kaum getrennt vom *Toilettengang* stattfand und auch in der Pflegedokumentation nicht als getrennte Kategorie geführt ist, schien dies bei 13 Bewohnern zu

- Fehlinterpretationen der Verrichtungszugehörigkeiten zu führen. Die Pflegemitarbeiter waren bestrebt, möglichst jeden Bewohner zur Toilette zu führen, wobei die *Pflege bei Inkontinenz* integriert wurde, d. h.



eine vom *Toilettengang* getrennte Inkontinenzversorgung fand zumindest tagsüber nur in Ausnahmefällen und bei bettlägerigen Bewohnern statt (I-1,2,3).

Nachts wurden zusätzlich Kontrollen und ggf. ein Wechsel des Inkontinenzmaterials und Intimpflege nur bei Bedarf vorgenommen (I-8), was PLAISIR als Einzelverrichtung nicht vorsieht:

→ Wechsel von Inkontinenzmaterial ohne Intimpflege ist in PLAISIR nicht als Verrichtung vorgesehen.

Die Nennung anderer Gründe (3 Nennungen) bezog sich hier auf Abweichungen zur Pflegedokumentation.

Für 5 Bewohner wurde

→ der Bedarf nicht situationsgerecht erhoben,

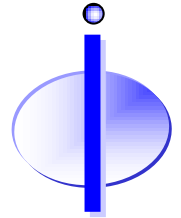
d. h. die Bewohner waren selbständiger als von PLAISIR angenommen.

Bei 4 Bewohnern (5 Nennungen) wurde

→ Zeitmangel als Ursache für Abweichungen

angegeben: Bei 3 Bewohnern wären zur Durchführung 2 Pflegemitarbeiter erforderlich gewesen und auch so von PLAISIR ausgewiesen, aber nur eine Pflegemitarbeiter war verfügbar. Für einen Bewohner konnte aus Zeitgründen nicht rechtzeitig Hilfestellung gegeben werden, so dass es zu einem Inkontinenzunfall kam.

Eine von Toilettengängen oder Körperpflege getrennte *Intimpflege* war nicht zu beobachten. Allerdings erfolgten Toilettengänge z.T. ohne Intimpflege, so dass die *Intimpflege nach Toilettengang* unter *Intimpflege* (aus Bereich Sich pflegen/kleiden) geschlüsselt werden musste. Demnach gab es auch hier ein Praxis bedingtes Abgrenzungsproblem:



- Kategorieabgrenzungen nicht Praxis gerecht.
- Um Teilkomponenten gekürzte Verrichtungen aufgrund Zeitmangels.
- Isolierte Durchführung von Teilkomponenten (Inkontinenzmaterialwechsel).

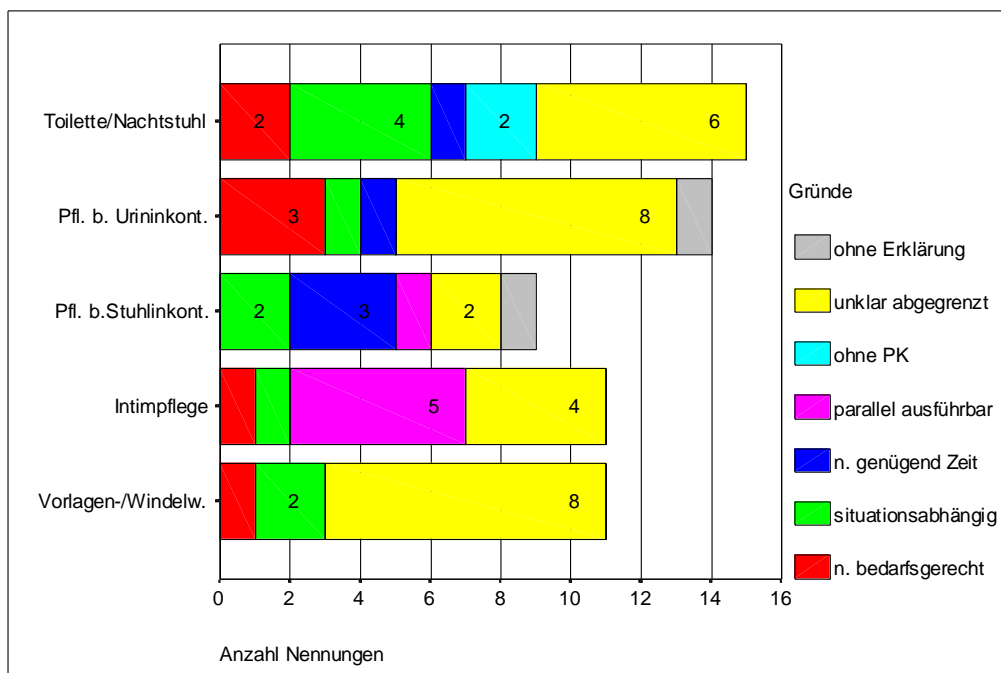
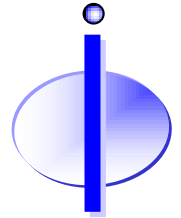


Abbildung 7-6 Abweichungsgründe - Ausscheidung

7.2.8 Einreiben und Lagern

Die PLAISIR-Erhebung wies

- bei 9 von 10 Bewohnern einen höheren Bedarf aus als aus Sicht der Pflegemitarbeiter erforderlich gewesen wäre (I-8,10,11,12),
- davon waren 5 Fälle mit höherer Durchführungshäufigkeit als beobachtet und 1 Fall mit 2 statt 1 Pflegemitarbeiter vorgesehen. Zwei Bewohner wurden nur auf Wunsch gelagert, bei einem Bewohner gab es eine Fehlinterpretation der Verrichtung (I-2).



Für eine häufigere Beobachtung als die PLAISIR-Häufigkeiten war eine akute Erkrankung verantwortlich, die unvorhergesehene Lagerungsmaßnahmen erforderte.

7.2.9 Gehen / Rollstuhl schieben

Die Pflegemitarbeiter ordneten die Verrichtung *Gehen* irrtümlich dem *Rollstuhl schieben* zu (I-1,2,3). Hauptursache für Abweichungen war demnach
→ eine unklare Verrichtungsabgrenzung zwischen *Gehen* und *Rollstuhl schieben*.

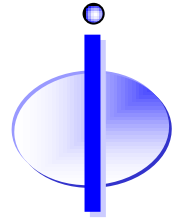
Bei 7 Bewohnern war die PLAISIR-Häufigkeit für das *Rollstuhl schieben* zu niedrig angesetzt, d. h.

- die PLAISIR-Erhebung war nicht bedarfsgerecht.
- Aus Sicht der Pflegekräfte blieb für Gehübungen, die sie allerdings für notwendig erachteten, keine Zeit (I-1,2,12).

7.2.10 Um-/Teilankleiden

→ Das *Umkleiden* ist in den PLAISIR-Verrichtungen nicht vorgesehen, wurde aber insgesamt aus aktuellem Anlass 6x beobachtet:

Ein verwirrte Bewohnerin zog Rock und Schuhe aus, die von einem Pflegemitarbeiter gesucht und wieder angezogen wurden, einer anderen fiel die Brille ins Mittagessen, die gereinigt und wiederaufgesetzt werden musste. Ein Bewohner hatte den Wunsch, nachdem er angezogen war, eine andere Hose anzuziehen. Auch wenn Besuch erwartet wurde oder Bewohner zum Spaziergang abgeholt werden sollten, wurde das Umkleiden bzw. Anziehen von Mantel und Straßenschuhen beobachtet.



7.2.11 Bewegungsübungen zur Prophylaxe / Rehabilitation

Bewegungsübungen wurden i.d.R. von den Pflegemitarbeitern

→ nicht als eigenständige Verrichtungen, sondern als Prophylaxen in Kombination mit Lagerungsmaßnahmen und Transfers

durchgeführt. 8 Bewohner waren betroffen, für die PLAISIR einen gesonderten Zeitaufwand vorsah, ohne dass die Durchführung beobachtet wurde, davon war für einen Bewohner diese Maßnahme aus Sicht der betreuenden Pflegemitarbeiter nicht erforderlich (I-1).

7.2.12 Aufstehen / Hinlegen

Die festgestellten Abweichungen bezogen sich bei 3 von 4 Bewohnern auf die Anzahl der beteiligten Pflegemitarbeiter.

→ Hier war Zeitmangel die Ursache dafür, dass eine Pflegemitarbeiter allein die Durchführung übernahm, obwohl zwei Pflegemitarbeiter dafür vorgesehen waren (I-1,2,3,4).

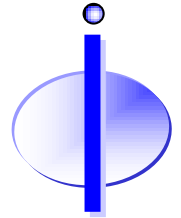
Ein Bewohner war je nach Tagesform selbst in der Lage, sich hinzulegen, so dass ein Hilfebedarf nicht regelmäßig auftrat.

7.2.13 Pflegetechniken

Die von Abweichungen beim *Medikamente verabreichen* betroffenen 4 Bewohner waren selbständiger als von PLAISIR angenommen (I-1,2).

Bei der Realzeitmessung wurde die Verrichtung *Beobachtung* nur selten explizit erfasst:

→ Beobachtung erfolgte i. d. R. in Verbindung von anderen Pflegeverrichtungen.



7.3 Zusammenfassung - Ursache für Abweichungen

Wie die Diskussion der betrachteten Verrichtungen zeigte, waren die auffälligsten Ursachen für Abweichungen zwischen der PLAISIR-Erhebung und Realzeitmessung:

- Unterschätzung der Selbstpflegekompetenzen der Bewohner von PLAISIR besonders bei Nahrungsaufnahme, was zum geringeren Teil auf Fehlinterpretationen der Pflegemodi durch die Pflegemitarbeiter beruht.
- Unklare oder in der Praxis nicht üblichen Verrichtungsabgrenzungen. Besonders betroffen waren die Bereiche *Ausscheidung* und *Gehen* bzw. *Rollstuhl schieben*.
- Zeitmangel. Speziell sind hier die *Kommunikation* mit dem Bewohner außerhalb der Pflegeverrichtungen sowie *therapeutisches Gehen* zu nennen.
- Normative Einflüsse des PLAISIR-Verfahrens bei Flüssigkeitsaufnahme und Ganzkörperwaschung.

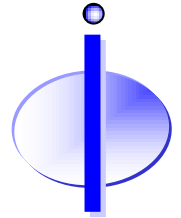
Weitere weniger zeitrelevante Abweichungsursachen waren:

- Regelmäßige Ausweisung von Bedarfsverrichtungen wie Maniküre, BZ- und Gewichtsmessungen.

Nicht nachgewiesen werden konnten Abweichungen in Abhängigkeit von Pflegestufen oder Höhe des Pflegeaufwands.

Wichtigste Ursachen für Abweichungen zwischen PLAISIR-Erhebung und Pflegedokumentation waren:

- Normative Einflüsse des PLAISIR-Verfahrens bei Flüssigkeitsaufnahme und Ganzkörperwaschung.
- Regelmäßige PLAISIR-Vorgaben für Bedarfs-Verrichtungen.



8 Ergebnisse - Beantwortung der Fragen

Der beobachtete Zeitaufwand, der vom Einsatzplan - abgesehen von Überstunden - vorgegeben war, erfüllte lediglich zu knapp 50% den von PLAISIR ausgewiesenen zeitlichen Bedarf. Dies wirft viele Fragen auf, wobei die wichtigste zu sein scheint, ob und inwieweit der Pflegebedarf der Bewohner erfüllt worden ist. Auftragsgemäß wird der von PLAISIR ausgewiesene Pflegebedarf jedes Bewohners als Maßstab für das Leistungssoll verwendet.

Die Ergebnisse des Experten-Ratings, das vom Auftraggeber in Eigenregie durchgeführt werden sollte, liegen zum Zeitpunkt dieses Berichts noch nicht vor und können daher leider in die Beantwortung der Fragen nicht einfließen.

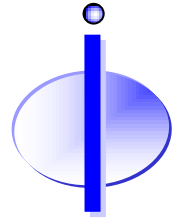
8.1 Mögliche Antworten auf Frage 1 - Ausmaß der Leistungserfüllung

Inwieweit wurden die von PLAISIR ermittelten Bedarfe der Bewohner hinsichtlich Pflege und Betreuung durch tatsächliche Leistungen erfüllt?

Nicht erbrachte Leistungen?

- Die gegenüber PLAISIR verkürzten Zeitaufwendungen gingen vorwiegend zu Lasten der grundpflegerischen Verrichtungen, indem eher „Behaglichkeits“- Teilkomponenten, wie *Intimpflege nach Wasser lassen*, ausgelassen oder lediglich Teilverrichtungen durchgeführt wurden.

- Für individuelle Kommunikation außerhalb von Pflegeverrichtungen stand kaum, für Gehübungen außerhalb Transfers zu Pflegeverrichtungen keine Zeit zur Verfügung.



Maniküre schien zum großen Teil von Angehörigen übernommen worden zu sein. Dies konnte nicht überprüft werden, da sie dazu leider keine Aufzeichnungen machten.

Typische Personengruppen mit reduzierten Leistungen?

- Für Bewohner, die *rehabitativer Geh- oder Bewegungsübungen* außerhalb von Pflegeverrichtungen bedurften, wurde diese Leistung aufgrund von Zeitmangel nicht erbracht.

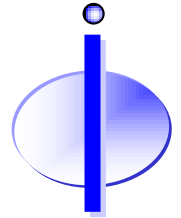
- Bewohner mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit, deren Kommunikationsbedürfnis nicht durch Angehörige kompensiert werden konnte, waren in Verbindung mit geringem Pflegebedarf gegenüber Bewohnern mit höherem Pflegebedarf im Nachteil, da die Durchführung von Pflegeverrichtungen stets von Kommunikation begleitet war.

Behandlungspflege?

- Behandlungspflege wurde i.d.R. nach Plan durchgeführt. Leichte Abweichungen zu PLAISIR ergaben sich durch Bedarfs-Anordnungen, die von PLAISIR als regelhaft eingestellt wurden, aber in der Beobachtungswoche nicht anfielen.

Von PLAISIR nicht ermittelte Leistungen?

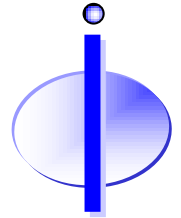
- Nicht alle vorgefallenen „Missgeschicke“ des Alltags oder unplanmäßige zusätzliche Handreichungen wurden von PLAISIR erfasst.
- Teilkomponenten von Verrichtungen sind in PLAISIR nicht gesondert ausgewiesen, u.a.
 - Umkleiden auf Wunsch des Bewohners oder nach Missgeschicken;
 - Wechsel von Inkontinenzmaterial;



Unterschiedliche Interpretationen der Pflegeleistungen?

- Die Abgrenzungen einzelner Pflegeverrichtungen waren z. T. wenig praxisorientiert:
 - Zwischen den zum Bereich Ausscheidung gehörigen Verrichtungen kam es häufig zu Missverständnissen. Besonders betroffen waren *Pflege bei Inkontinenz* und *Toilettengang*, die in der Praxis nicht voneinander getrennt gesehen wurden.
 - In der Praxis gab es meistens keine Trennung der Verrichtung *Beobachtung* von anderen Pflegeverrichtungen.
 - Ebenso wurden *Bewegungsübungen* als prophylaktische Maßnahme nicht einzeln durchgeführt sondern in die jeweilige Pflegeverrichtung integriert.

- Missverständnisse gab es zur Interpretation einzelner Verrichtungen:
 - Da unter *Gehen* im Sinn des SGB XI ein Ortswechsel des Bewohners zur Durchführung einer Pflegeverrichtungen zu verstehen ist, wurde dies von den Pflegemitarbeitern verständlicherweise mit *Rollstuhl schieben* interpretiert, zumal in der Pflegedokumentation keine Verrichtung *Rollstuhl schieben*, sondern nur *Gehen* vorgegeben ist. PLAISIR aber unterlegt dem *Gehen* die umfassendere Bedeutung als therapeutische Maßnahme, die nicht zwangsläufig im Zusammenhang mit anderen Pflegemaßnahmen steht.
 - *Einreiben und Lagern* umfasste aus Software-technischen Gründen sowohl das reine Lagern als auch „weniger aufwändiges“ Auftragen von Salbe, was zu Irritationen bei den Pflegemitarbeitern und BeobachterInnen führte.
 - *Baden* wurde von PLAISIR des öfteren vorgesehen, wurde aber weder beobachtet noch nach Aussagen der Pflegemitarbeiter überhaupt geplant. Hier war offensichtlich die Verrichtung *Ganzkörperwaschung*



oder *Duschen* gemeint, aber wahrscheinlich aus verfahrenstechnischen Gründen unter *Baden* erfasst worden.

- Die Differenzierung der Pflegemodi war den Pflegemitarbeitern kaum geläufig und wurde auch von den BeobachterInnen in der Messwoche als nicht immer eindeutig zuordenbar beurteilt.

8.2 Mögliche Antworten auf Frage 2 - Systematik

Bei der Mehrheit der Pflegeverrichtungen stimmte die PLAISIR-Erhebung bzgl. Häufigkeiten, Pflegemodi, Anzahl Pflegepersonen mit den Beobachtungen überein. In fast allen Pflegebereichen differierten die Zeitwerte zwischen PLAISIR-Soll und Realzeitmessung. Für Abweichungen gab es viele unterschiedliche Ursachen mit mehr oder weniger systematischem Hintergrund.

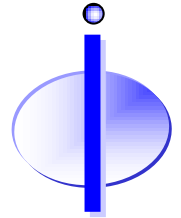
Systematik bzgl. Zeitaufwand?

Höhere beobachtete Zeitwerte der einzelnen Pflegebereiche entsprachen meistens auch höheren von PLAISIR vorgesehenen Zeitwerten, wobei die größten Abweichungen bei Verrichtungen im direkten Bewohnerkontakt und die geringsten Abweichungen bei technischen, administrativen und organisatorischen Aktivitäten ohne direkten Bewohnerkontakt zu finden waren.

- Eine Systematik bzgl. der Zeitdifferenzen scheint hier tatsächlich vorzuliegen.

Systematik bzgl. Häufigkeiten, Pflegemodi, Pflegemitarbeiter?

Bei der Mehrzahl der Abweichungen - meistens Durchführungshäufigkeiten - waren die von PLAISIR erhobenen Werte höher als beobachtet. In diesen



Fällen überstiegen sie meistens auch die Angaben aus der Pflegedokumentation, d.h.

- PLAISIR erhob tendenziell höhere Häufigkeiten als beobachtet und in der Pflegedokumentation vorgesehen. Betroffen waren alle Bewohner in unterschiedlichen Bereichen.

Davon ausgenommen waren die Bereiche Flüssigkeitsaufnahme, Ganzkörperpflege,.

- Aufgrund Inkonsistenzen bezüglich der Pflegemodi waren bei der Zuordnung wenig systematische Zusammenhänge erkennbar.

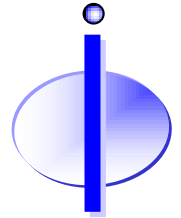
Ob Pflegemitarbeiter zu zweit oder entgegen dem Soll allein die Pflegeverrichtung vornahmen, war in den meisten Fällen zwar eine Zeitfrage, aber auch in der Person des jeweiligen Pflegemitarbeiters begründet, so dass

- die Anzahl der beteiligten Pflegemitarbeiter von unterschiedlichen Faktoren abhängig war.

Systematik bzgl. pflegebegründender Diagnosen?

Bewohner mit ausgeprägten kognitiven Einschränkungen hatten zwar sowohl nach PLAISIR als auch nach Realzeit höchste Durchschnittswerte ihres Zeitbedarfs. Auch konnten niedrigste Durchschnittswerte bei Bewohnern mit Funktionsstörungen innerer Organe und/oder leichten kognitiven Einschränkungen festgestellt werden.

- Dennoch kann aufgrund der geringen Fallzahlen (24 Bewohner) daraus keine Systematik abgeleitet werden.



Systematik bzgl. Pflegedokumentation?

Die Standardformulare der Pflegedokumentation sind an den pflegestufenrelevanten Verrichtungen des SGB XI ausgerichtet, die auch explizit vorgegeben sind. Es gibt zwar Freiräume für Sondermaßnahmen, die gelegentlich genutzt wurden, aber offenbar nicht als Muss-, sondern als „Kann-falls-Zeit-Maßnahmen“ behandelt wurden.

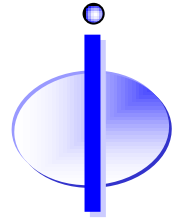
- So wurde rehabilitatives / therapeutisches Gehen und Bewegungsübungen u. U. zwar geplant, aber aus Zeitmangel außerhalb von SGB XI-Verrichtungen nicht durchgeführt. PLAISIR wies für die betroffenen Bewohner diesbezüglich immer einen höheren Bedarf aus.
- In den meisten Fällen - betroffen waren die Bereiche Flüssigkeitsaufnahme, Ganzkörperwaschung -, in denen PLAISIR-Häufigkeiten geringer als beobachtet ausfielen, schienen normative Einflüsse des PLAISIR-Verfahrens dafür verantwortlich gewesen zu sein.
- Da sowohl Abweichungen nach oben und unten in den unterschiedlichsten Bereichen auftraten, lässt sich eine reine Pflegedokumentations-Orientierung des PLAISIR-Verfahrens nicht bestätigen.

8.3 Mögliche Antworten auf Frage 3 - Qualifikation der Pflegemitarbeiter

Welche Pflegeleistungen wurden von welchen Mitarbeitern welcher Qualifikation erbracht?

- Während nichtexamierte Pflegemitarbeiter den größten Teil ihrer Arbeitszeit für Grundpflege im direkten Bewohnerkontakt aufwendeten,
- waren examinierte Pflegemitarbeiter vermehrt mit Medikation, Diagnostik, BBK und VIA beschäftigt.

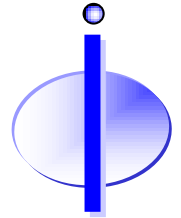
Der Bereich *Sich pflegen/kleiden* wurde anteilig von allen Pflegenden übernommen.



Gab es Zusammenhänge zwischen Besetzung mit Fachkräften und nicht examinierten Kräften?

- Die Art der Abweichungen und deren Begründungen in den jeweiligen Tätigkeitsschwerpunkten ließ eher Abhängigkeiten von der Person als von der Qualifikation vermuten, so dass ein Zusammenhang zwischen Besetzung mit Fachkräften bzw. nicht examinierten Kräften nicht nachweisbar war.

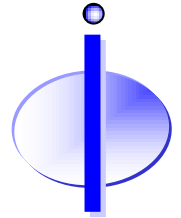
Allerdings blieb dabei auftragsgemäß der Qualitätsaspekt bei der Durchführung unberücksichtigt.



9 Fazit (noch aus Zwischenbericht)

Der Vergleich der Realzeitmessung mit den Plandaten des PLAISIR-Verfahrens führte zu z.T. erheblichen Differenzen, die u.a. auf Parallelarbeiten, auf Missverständnisse bei der Interpretation von Pflegeleistungen nach PLAISIR-Konvention, auf durch Zeitmangel verursachte Qualitätseinbußen bei der Durchführung von Pflegeleistungen in direktem Bewohnerkontakt zurückzuführen sind. Dies wirft Problematiken auf, die bei Einsatz des Instruments PLAISIR zu diskutieren sind. Um einige zu nennen:

- Das PLAISIR-Verfahren unterlegt statistische Durchschnittszeiten für Pflegeleistungen, die Parallelarbeiten grundsätzlich ausschließen. Stimmt dies mit dem Pflegeverständnis und Qualitätsanspruch der Einrichtung überein? Oder wären in gewissen Situationen Parallelaktivitäten tolerierbar, die dann mit einem Abschlagsfaktor berücksichtigt werden sollten?
- Die Basis des PLAISIR-Verfahrens bilden genormte Pflegeleistungen, die sehr kleinzellig und teilweise unscharf voneinander abgegrenzt sind, was eine „Übersetzung“ aus den Pflegeplanungen der Bewohnerakten erschwert und Zuordnungen fehleranfällig macht. Wie ist sicherzustellen, dass das, was von den Pflegemitarbeitern gemeint wurde, von den EvaluiererInnen auch so erfasst wird? Sind Vereinfachungen (z. B. durch größere Handlungskomplexe) denkbar?
- Das PLAISIR-Verfahren lässt eine Umsetzung eigener Entscheidungsnormen des Anwenders in Form von Festlegung von

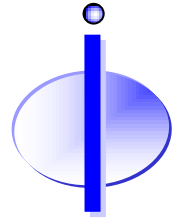


Häufigkeiten und Leistungsarten zu. Welche Qualitätsstandards und -ansprüche hat die Einrichtung als Anwender und werden sie in ausreichendem Maße berücksichtigt?

- Eine umfassende und angemessene individuelle Pflegeplanung ist Voraussetzung valider Eingabe-Daten für das PLAISIR-Verfahren. Erfüllt die Pflegeplanung den Anspruch an Vollständigkeit, Aktualität, Aussagefähigkeit im Sinne der Qualitätspolitik der Einrichtung?

...

Sobald Ergebnisse des Experten-Ratings vorliegen, können die dort erhobenen Pflegediagnosen in Zusammenhang mit Interventionen und deren gemessenen Zeitbedarfen gestellt und analysiert werden.



10 Legende

BBK := Bewohnerbezogene Kommunikation (PLAISIR-Konvention)

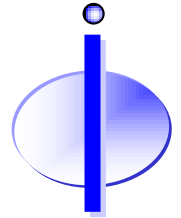
DIP := Direkte und indirekte Pflege (PLAISIR-Konvention)

GPS := Gearbeitete Pflegezeiten in Stunden ohne Hauswirtschaft (PLAISIR-Konvention)

Hauswirtschaft := alle hauswirtschaftlichen Aktivitäten, die unabhängig und ohne Einbezug des Bewohners durchgeführt werden können (z.B. das einfache Servieren (nicht: mundgerechtes Zubereiten, Zimmerservice) und Abräumen der Mahlzeiten im Speisesaal; das Betten machen, nachdem der Bewohner das Bett verlassen hat, Reinigungs-/Aufräumarbeiten ohne direkten Zusammenhang mit einer pflegerischen Verrichtung (z.B. nicht: Entsorgung von Inkontinenzmaterial oder Reinigung des Umfeldes nach Toilettengang, aber: Putzen des Zimmers z.B. nach Verschütten von Flüssigkeit).

Individuelle Kommunikation := Kommunikation mit dem Bewohner außerhalb der pflegerischen Aktivitäten, Gruppen- und Beschäftigungsangebote, die von Mitarbeitern (Pflegedienst, Sozialdienst) der stationären Einrichtung begleitet werden, sowie Angehörigengespräche und Pflegedokumentation bei akuten Ereignissen (z.B. Aufnahme, akute Erkrankung). Aktivitäten externer Dienste sowie Angehöriger bleiben unberücksichtigt.

Pflegeleistungen := Pflegeaktivitäten, deren Abgrenzung voneinander aus Vergleichbarkeitsgründen gemäß PLAISIR-Konvention festgelegt wurden (ca. 270 unterschiedliche Leistungsarten)



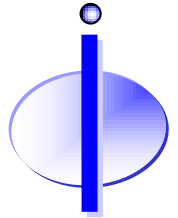
Pflegetechniken := alle im Zusammenhang mit einer Erkrankung stehenden Aktivitäten (Diagnostik durch interne Pflegemitarbeiter, vor- und nachbereitende Maßnahmen und Assistenz bei Arztvisiten, Medikamente richten und verabreichen, Durchführung von Arztanordnungen). Aktivitäten externer Dienste (z.B. des Arztes, Dialyse) ohne Mitwirkung der Pflegemitarbeiter bleiben unberücksichtigt.

Real-Schichten := Zeitspannen, die die jeweiligen Pflegemitarbeiter des Früh-/Spät-/Nachtdienstes real gearbeitet haben inkl. Überstunden.

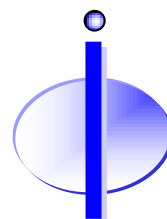
Standard-Schichten := Tag 7:00 – 14:00 Uhr, Abend 14:00 – 21:00 Uhr, Nacht 21:00-7:00 Uhr gem. PLAISIR-Konvention.

Verrichtungskomplex := Verrichtung, die pro Bewohner unabhängig von Häufigkeiten nur einmal gezählt wird. Beispiel: 70 Toilettengänge eines Bewohners in der Beobachtungswoche werden unter *Toilettengang* einmal erfasst.

VIAW := Verwaltungs- und Instandhaltungsaktivitäten plus Wege (PLAISIR-Konvention).



11 Anhang (evtl. GUSTAVs)

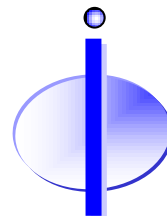


12 Anhang - Tabellen

Erläuterungen zu Begründungen

	Begründung	Erklärung
nicht situations-gerecht	<i>Nicht notwendig</i>	Bewohner benötigt keine Hilfe
	<i>Bew. (teilw.) selbst</i>	Bewohner benötigt Hilfestellung, allerdings nicht im ausgewiesenen Umfang
	<i>PLAISIR-Häufigk. zu gering</i>	Die Häufigkeit, mit der die Hilfestellung erfolgen muss, wird von PLAISIR zu niedrig angenommen
	<i>Mehr Hilfe notwendig</i>	PLAISIR weist Hilfebedarf nicht im ausreichenden Umfang bzgl. Pflegemodus aus
situationsabhängige Ursachen	<i>Abhängig von Tagesform</i>	Bewohner benötigt nur dann Hilfe im ausgewiesenen Umfang, wenn er sich schlecht fühlt
	<i>Ereignis</i>	Nicht regelhafte Hilfestellung aufgrund eines akuten Bedarfs, z.B. in einer Notfallsituation
	<i>Bei Bedarf</i>	Hilfestellung, die auf Wunsch des Bewohners bzw. nach Ermessen der Pflegemitarbeiter erfolgt
	<i>Verweigerung</i>	Hilfestellung ist notwendig, wird aber von Bewohner verweigert
Fremd-hilfen	<i>Angehörige</i>	Bewohner benötigt Hilfe, erhält sie aber von Angehörigen
	<i>Ohne PK</i>	Hilfestellung ohne Beteiligung der Pflegemitarbeiter, z.B. Sozialdienst
Paralleltätigkeiten	<i>In Komb. m. anderen Akt.</i>	Bewohner benötigt Hilfe, die erforderliche Hilfestellung wird im Zusammenhang mit anderen Verrichtungen geleistet
	<i>Zweibettzimmer</i>	Verknüpfung von Verrichtungen, aufgrund räumlicher Nähe zweier Bewohner in einem Zimmer
Zeit-mangel	<i>Zeitmangel</i>	Bewohner benötigt Hilfe, es steht aber nicht ausreichend Zeit dafür zur Verfügung
	<i>Durchf. n. Dienstende</i>	Verrichtung wird außerhalb der Dienstzeit durchgeführt
Inkonsistenzen	<i>Unklare Modusabgrenzung</i>	Bei der Interpretation des Pflegemodus gibt es Missverständnisse zwischen PLAISIR-EvaluiererInnen und Pflegemitarbeitern bzw. Pflegedokumentation
	<i>Unklare Kat.abgrenzung</i>	Bei der Zuordnung zu Verrichtungen gibt es Missverständnisse zwischen PLAISIR-EvaluiererInnen und Pflegemitarbeitern bzw. Pflegedokumentation
	<i>In PLAISIR n. vorhanden</i>	Verrichtung wird im PLAISIR-Verfahren nicht als Einzelverrichtung ausgewiesen
sonstige Ursache	<i>Keine Erklärung</i>	Abweichung ist in der Person der Pflegemitarbeiter begründet

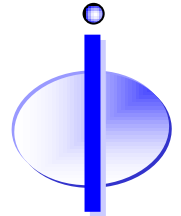
Abbildung 12-1 Erläuterung Abweichungsgründe



Pflegemaßnahme * Vergleich Pflegedokumentation - Realzeitmessung

	Anzahl Bewohner				Gesamt
	Dok>real	Dok<real	Dok=real	nicht geplant	
Mahlzeiten	8	1	8	0	17
Flüssigkeitszufuhr	4	0	0	0	4
Urinflasche	1	1	0	0	2
Toilette/Nachtstuhl	9	6	0	0	15
Pflege bei Urininkontinenz	4	7	3	0	14
Pflege bei Stuhlinkontinenz	1	6	2	0	9
Urinalkondom anlegen	1	0	0	0	1
Pflege bei DK	0	1	0	0	1
Teilkörperpflege	6	3	3	0	12
Ganzkörperwaschung	9	7	1	0	17
Intimpflege	11	0	0	0	11
Vorlagen-/Windelwechsel	9	2	0	0	11
Haarpflege	3	0	0	1	4
Maniküre/Pediküre	1	0	10	1	12
Bartrasur trocken	4	2	1	0	7
Mund-/Zahnpflege	8	0	1	0	9
Ankleiden	3	1	1	0	5
Um-/Teilankleiden	1	4	1	0	6
Auskleiden	1	2	2	0	5
Aufstehen	2	1	1	0	4
Hinlegen	3	1	0	0	4
Gehen	2	1	2	0	5
Rollstuhl schieben	1	6	0	0	7
Einreiben und Lagern	5	4	1	0	10
Bewegungsüb.(Prophylaxe)	2	0	5	0	7
Bewegungsüb.(Reha)	0	0	1	0	1
Individuelle Kommunikation	0	24	0	0	24
Medikamente verabreichen	0	0	4	0	4
Rollstuhlzusätze montieren	0	0	1	0	1
Verbandwechsel	0	2	0	0	2
Salbe auftragen	1	1	0	0	2
Beobachtung	4	7	0	0	11
Wiegen / Messen	0	0	1	0	1
Hämo-Glucotest	1	0	0	0	1
Gesamt	105	90	49	2	246

Abbildung 12-2 Vgl. Pflegedok./Realzeitm.

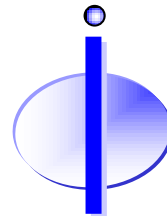


Pflegemaßnahme * Vergleich PLAISIR/Dokumentation

Anzahl

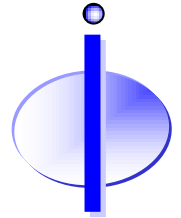
	Anzahl Bewohner				Gesamt
	PLAISIR>Dok	PLAISIR<Dok	PLAISIR=Dok	nicht geplant	
Mahlzeiten	13	2	2	0	17
Flüssigkeitszufuhr	0	4	0	0	4
Urinflasche	1	1	0	0	2
Toilette/Nachtstuhl	5	8	2	0	15
Pflege bei Urininkontinenz	12	1	1	0	14
Pflege bei Stuhlinkontinenz	7	1	1	0	9
Urinalkondomanlegen	0	1	0	0	1
Pflege bei DK	1	0	0	0	1
Teilkörperpflege	5	3	4	0	12
Ganzkörperwaschung	4	5	8	0	17
Intimpflege	0	11	0	0	11
Vorlagen-/Windelwechsel	0	9	2	0	11
Haarpflege	0	0	3	1	4
Maniküre/ Pediküre	10	0	1	1	12
Bartrasur trocken	6	1	0	0	7
Mund-/Zahnpflege	3	5	1	0	9
Ankleiden	3	0	2	0	5
Um-/Teilankleiden	0	3	3	0	6
Auskleiden	3	1	1	0	5
Aufstehen	2	0	2	0	4
Hinlegen	1	1	2	0	4
Gehen	5	0	0	0	5
Rollstuhl schieben	6	0	1	0	7
Einreiben und Lagern	6	1	3	0	10
Bewegungsüb.(Prophylaxe)	7	0	0	0	7
Bewegungsüb.(Reha)	1	0	0	0	1
Individuelle Kommunikation	24	0	0	0	24
Medikamente verabreichen	4	0	0	0	4
Rollstuhlzusätze montieren	1	0	0	0	1
Verbandwechsel	2	0	0	0	2
Salbe auftragen	0	2	0	0	2
Beobachtung	8	2	1	0	11
Wiegen / Messen	1	0	0	0	1
Hämo-Glucotest	0	0	1	0	1
Anzahl Verrichtungsarten Gesamt	141	62	41	2	246

Abbildung 12-3 Vgl. PLAISIR/Pflegedok.



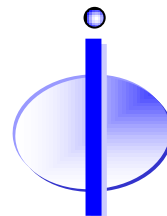
	Vergleich PLAISIR-Erh./Pflegedokumentation				Gruppen- Gesamt- wert
	PLAISIR >Dok	PLAISIR <Dok	PLAISIR =Dok	nicht geplant	Anz. Bew.
	Anz. Bew.	Anz. Bew.	Anz. Bew.	Anz. Bew.	
Mahlzeiten	13	2	2		17
Flüssigkeitszufuhr		4			4
Urinflasche	1	1			2
Toilette/Nachtstuhl	5	8	2		15
Pflege bei Urininkontinenz	12	1	1		14
Pflege bei Stuhlinkontinenz	7	1	1		9
Urinalkondomanlegen		1			1
Pflege bei DK	1				1
Teilkörperpflege	5	3	4		12
Ganzkörperwaschung	3	6	8		17
Intimpflege		11			11
Vorlagen-/Windelwechsel		9	2		11
Haarpflege			3	1	4
Maniküre/Pediküre	10		1	1	12
Bartrasur trocken	6	1			7
Mund-/Zahnpflege	3	5	1		9
Ankleiden	3		2		5
Um-/Teilankleiden		3	3		6
Auskleiden	3	1	1		5
Aufstehen	2		2		4
Hinlegen	1	1	2		4
Gehen	5				5
Rollstuhl schieben	6		1		7
Einreiben und Lagern	6	1	3		10
Bewegungsüb.(Prophylaxe)	7				7
Bewegungsüb.(Reha)	1				1
Individuelle Kommunikation	24				24
Medikamente verabreichen	4				4
Rollstuhlzusätze montieren	1				1
Verbandwechsel	2				2
Salbe auftragen		2			2
Beobachtung	8	2	1		11
Wiegen / Messen	1				1
Hämo-Glucotest			1		1
Gruppen-Gesamtwert	140	63	41	2	246

Abbildung 12-4 Vgl. Abweichung PLAISIR-Erh. / Pflegedokum.



	Vergleich Pflegedokumentation/Realzeitmessung				Gruppen-Gesamtwert
	Dok>real	Dok<real	Dok=real	nicht geplant	Anz. Bew.
	Anz. Bew.	Anz. Bew.	Anz. Bew.	Anz. Bew.	
Mahlzeiten	8	1	8		17
Flüssigkeitszufuhr	4				4
Urinflasche	1	1			2
Toilette/Nachtstuhl	9	6			15
Pflege bei Urininkontinenz	4	7	3		14
Pflege bei Stuhlinkontinenz	1	6	2		9
Urinalkondomanlegen	1				1
Pflege bei DK		1			1
Teilkörperpflege	6	3	3		12
Ganzkörperwaschung	10	6	1		17
Intimpflege	11				11
Vorlagen-/Windelwechsel	9	2			11
Haarpflege	3			1	4
Maniküre/Pediküre	1		10	1	12
Bartrasur trocken	4	2	1		7
Mund-/Zahnpflege	8		1		9
Ankleiden	3	1	1		5
Um-/Teilankleiden	1	4	1		6
Auskleiden	1	2	2		5
Aufstehen	2	1	1		4
Hinlegen	3	1			4
Gehen	2	1	2		5
Rollstuhl schieben	1	6			7
Einreiben und Lagern	5	4	1		10
Bewegungsüb.(Prophylaxe)	2		5		7
Bewegungsüb.(Reha)			1		1
Individuelle Kommunikation		24			24
Medikamente verabreichen			4		4
Rollstuhlzusätze montieren			1		1
Verbandwechsel		2			2
Salbe aufragen	1	1			2
Beobachtung	4	7			11
Wiegen / Messen			1		1
Hämo-Glucotest	1				1
Gruppen-Gesamtwert	106	89	49	2	246

Abbildung 12-5 Vgl. Abweichung Pflegedokum./Realzeitm.



PflegeVerrichtungskomplexn	Gründe für Abweichungen							
	n. bedarfs-gerecht	situation sabhängi g	n. genügen d Zeit	parallel ausführb ar	ohne PK	unklar abgegre nzt	ohne Erkläru ng	Gesamt
	Anz. Bew.	Anz. Bew.	Anz. Bew.	Anz. Bew.	Anz. Bew.	Anz. Bew.	Anz. Bew.	Anz. Bew.
Mahlzeiten	12	2	1		2			17
Flüssigkeitszufuhr	4							4
Urinflasche	2							2
Toilette/Nachtstuhl	2	4	1		2	6		15
Pflege bei Urininkontinenz	3	1	1			8	1	14
Pflege bei Stuhlinkontinenz		2	3	1		2	1	9
Urinalkondom anlegen		1						1
Pflege bei DK				1				1
Teilkörperpflege	3	2	2	1	1	2	1	12
Ganzkörperwaschung	4	7	4			2		17
Intimpflege	1	1			5		4	11
Vorlagen-/Windelwechsel	1	2				8		11
Haarpflege		1	1		2			4
Maniküre/Pediküre		6	1		5			12
Bartrasur trocken	2	5						7
Mund-/Zahnpflege	5	1	2		1			9
Ankleiden	1	3	1					5
Um-/Teilankleiden	1	2	1			2		6
Auskleiden	2	3						5
Aufstehen	2		2					4
Hinlegen		2	2					4
Gehen		1	1			3		5
Rollstuhl schieben	6	1						7
Einreiben und Lagern	4	3	1			1	1	10
Bewegungsüb.(Prophylaxe)	1		1	4		1		7
Bewegungsüb.(Reha)				1				1
Individuelle Kommunikation		2	22					24
Medikamente verabreichen	3	1						4
Rollstuhlzusätze montieren						1		1
Verbandwechsel		1					1	2
Salbe auftragen				1		1		2
Beobachtung	2	2		7				11
Wiegen / Messen							1	1
Hämo-Glucotest	1							1
Gruppen-Gesamtwert	62	56	47	21	13	41	6	246

Abbildung 12-6 Gründe für Abweichungen