

Personalbemessung in der stationären Altenhilfe – DBfK-Position

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Personalausstattung wird im DBfK die Forderung nach analytischen Personalbemessungsverfahren vertreten. Für den Bereich der stationären Altenhilfe pocht der DBfK zudem seit Jahren auf die Einhaltung eines gesetzlich vorgeschriebenen Mindeststandards – die Fachkraftquote. Und fordert, dass diese sich deutlich erhöhen muss, nicht weiter aufgeweicht werden darf. Die AG Personalbemessung stationäre Altenhilfe wurde initiiert, um Klärung und Konkretisierung dieser Position für die gegenwärtige Personalsituation¹ in der stationären Pflege zu erreichen.

In dieser Position sind Eckpunkte zu Personalausstattung und Mindestanforderungen für eine Personalbemessung beschrieben. Im Besonderen werden die veränderten Bewohnerstrukturen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe (Kapitel 2), die Fachkraftquote und bestehende Heimgesetzgebung (Kapitel 3) erläutert und Stellung bezogen zu Aufgaben und Tätigkeitsbereichen von Fachkräften (Kapitel 4). Die heute und zukünftig notwendige fachliche Qualifizierung für Versorgungserfordernisse (Kapitel 5) sowie die benötigte fachliche Kompetenz wird dargestellt (Kapitel 6, hier am Beispiel der Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen). Auch die angemessene Leistungsvergütung, Optimierung und Potentiale in der Finanzierung werden berücksichtigt (Kapitel 7).

Die Grundlegungen und Begründungen für die Positionen orientieren sich an den tatsächlichen Gegebenheiten der Rahmenbedingungen für die stationäre Altenhilfe auf Länder- bzw. Bundesebene. Die Problemlagen werden gezielt und angemessen benannt, Lösungen werden im bestehenden System skizziert und bei weitreichenden Lösungen als gezielte Option formuliert. Das Eckpunktepapier ist handhabbar in der alltäglichen Praxis, ohne dabei auf die notwendige Tiefe für die sozialpolitische Diskussion zu verzichten. Bestehende DBfK-Positionen fließen ein (vgl. Anhänge in Kapitel 8).

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage

Pflegeheime **finanzieren den laufenden Betrieb** zur Versorgung der Bewohner in hohem Anteil über die Betroffenen (und deren Angehörige) mit und ohne Unterstützung durch die Pflegekasse, sofern ein Anspruch auf Leistungen aus der Sozialversicherung nach SGB XI besteht, und über die Träger der Sozialhilfe. Investitionskosten werden durch die Betreiber / Eigentümer der Einrichtungen, unterstützt mit verschiedenartigen öffentlichen Finanzierungslösungen aufgebracht. Zudem zahlen Bewohner Investitionskostenpauschalen.

Pflegestufen werden über den definierten Unterstützungsbedarf an Pflegezeit abgeleitet. Hierbei werden Minutenwerte der **Laienpflege** zugrunde gelegt (PS 1: > 45 min | PS 2: > 120 min | PS 3: > 240 min). Personalschlüssel sind entsprechend der Pflegestufen 0 bis 3 einrichtungsbezogen unterschiedlich festgelegt.

¹ Der DBfK verwendet für die Pflegeberufe Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege den Sammelbegriff „Pflegefachpersonen“. Sofern auf Begrifflichkeiten und Zusammenhänge aus dem Sozialgesetzbuch SGB Bezug genommen wird, ist der Begriff Pflegefachkraft beibehalten.

Seit Einführung der Pflegeversicherung ist die Klientel in den Heimen deutlich **pflegeaufwändiger** geworden. Ursache ist die Maxime ‚ambulant vor stationär‘. Die Budgetentwicklungen allerdings ergaben i.d.R. nur Steigerungen unter 10 %, obwohl deutlich mehr Bewohner der Pflegestufen 2 und 3 betreut werden. Der Einzug in ein Pflegeheim erfolgt in der Regel dann, wenn alle anderen Versorgungsformen nicht mehr greifen. Die zeitaufwändige Begleitung von schwerst an einer Demenz erkrankten Menschen und auch die palliative Pflege treten immer mehr in den Vordergrund. Budgetsteigerungen seit Einführung der Pflegeversicherung haben keineswegs den dadurch eigentlich notwendigen höheren Personalbedarf nur annähernd ausgeglichen.

Die Festlegung auf ein **bundeseinheitliches Personalbemessungssystem** ist in erster Linie eine politische Aushandlung der beteiligten Vertragspartner. Die einen erforderlichen Konsens beeinflussenden bzw. hemmenden Faktoren sind multifaktoriell und äußerst facettenreich. Im Kern geht es darum, eine finanzierbare, fachlich und qualitativ gute Versorgung der Bewohner zu erreichen, die unter akzeptablen Arbeitsbedingungen zu einer angemessenen Vergütung durch Fach- und Assistenzpersonal stattfindet und den wirtschaftlichen Belangen der Unternehmen ausreichend Spielraum für die Bereitstellung und Gestaltung des Versorgungsangebotes ermöglicht.

Derzeit existiert kein brauchbares, in der Fläche einsetzbares analytisches Personalbemessungssystem für den Bereich der stationären Altenhilfe. Eine Anzahl von analytischen Personalbemessungssystemen für den Bereich der stationären Altenhilfe sind im deutschsprachigen Raum getestet worden (in der Schweiz sind nachstehende und weitere Verfahren in den Kantonen in Regelanwendung): Das aus Kanada stammende analytische Pflegebedarfs- und Personalbemessungsverfahren für Bewohner/-innen von Einrichtungen der Langzeitpflege und für Pflegestationen von Krankenhäusern/-heimen mit mittlerer und langer Verweildauer **PLAISIR** (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis) wurde in der stationären Altenhilfe über das KDA in der Zeit von 1999 - 2002 evaluiert. Dabei ist ein Personalmehrbedarf von rund 33 % abgebildet worden. Kritisch sind sowohl die mit deutschen Rahmenbedingungen inkompatible Konzeptionierung, die Leistungserfassung als auch die durch die Urheberfirma zu erfolgenden Berechnungen eines Personalaufwands. Ähnlich wurde das System **RAI** (Resident Assessment Instrument) aus den USA, ein in der Altenpflege eingesetztes Verfahren zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit eines Bewohners, erprobt. In Kombination mit pflegeaufwandsbezogenen Fallgruppen (Ressource Utilizations Groups) kann eine Personalbemessung vorgenommen werden. Das System ist nicht kompatibel zu deutschen Anforderungen. Ein weiteres, in der Schweiz entwickeltes System zur Bestimmung des Pflege- und Betreuungsaufwandes, das Bewohner/innen-Einstufungs- und Abrechnungssystem **BESA** ist ebenfalls in Expertenkreisen bekannt, aber nicht zielführend für die deutschen Belange zu adaptieren.

Die AG Personalbemessung empfiehlt vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Entwicklungen kurz- und mittelfristige **Strategien**:

- als **kurzfristige Strategie** die Positionierung des DBfK zu Mindestanforderungen für die Erbringung einer fachlich und qualitativ guten pflegerischen Versorgung
- als **langfristige Strategie** die fortgesetzte Unterstützung des neuen Pflegebedürftigkeitsassessment im Rahmen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch den DBfK, mit dem eine Umstrukturierung und Reorganisation des gegenwärtigen Anspruchs- und Versorgungssystems verbunden ist

1.2 Grundlagen für Interventionen zur Umsetzung

Für beide Strategien gilt es, kurzfristige Interventionen mit nachhaltigen Interventionen zu verknüpfen bzw. zu initiieren:

Die sich in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe gegenwärtig darstellende Personalsituation macht es zwingend notwendig, als **kurzfristige Intervention** umsetzbare Lösungen in Form von DBfK Mindestanforderungen politisch einzufordern, um weitere unzureichende Versorgung zu stoppen.

Als weiteren Schritt und vor dem Hintergrund des einzuführenden neuen Begutachtungsassessments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unterstützt der DBfK das am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld neu entwickelte Personalbemessungssystem als **nachhaltige Intervention**.² Hierzu wird eine Strategie entwickelt, mit der es gelingt, bestehende Begrenzungen wie landesrechtliche Regelungen in der Personalausstattung, Akzeptanzprobleme, betriebswirtschaftliche Erfordernisse oder die Ausrichtung des Leistungsangebotes zu überwinden.

Eine Politik der kleinen Schritte in Form von dezidierten **DBfK-Mindestanforderungen** nutzt der Vorbereitung und Begleitung des langwierigen Konsolidierungsprozess auf bundeseinheitliche Regelungen. Dazu müssen Einzelthemen aufbereitet werden: z.B. personelle Mindestausstattung (Fachkraftquote und –begriff), benötigte Versorgungsformen (z.B. Übergangsversorgung, Langzeitversorgung), notwendige Spezialisierung und Ausbildung von Spezialfunktionen (z.B. Palliative Versorgung, Wundversorgung und –management, Case Management, Ernährung, Gerontopsychiatrische Versorgung, Beratung und Schulung sowie Querschnittsfunktionen wie Qualitätsmanagement, Ausbildung, Konzeptentwicklung).

Zur Professionalisierung und Wahrnehmung des abrufbaren Leistungsspektrums der Pflegeberufe müssen **wertschöpfende Funktionen** durch Substitution und Neuordnung der Tätigkeiten und Handlungsfelder gefordert und umgesetzt werden. In diesem Sinne wird Spezialisierung auch erkennbar als wirtschaftlich attraktiv ausgewiesen. Hierzu zählen Tätigkeitsfelder wie Schulung und Beratung, Case Management, Wundmanagement, Palliativversorgung, Ernährungsberatung und -management und weitere.

Finanziell relevante Reorganisationen des bestehenden Systems berühren immer Interessen unterschiedlicher Einrichtungsbetreiber, Kostenträger (inkl. der Privatpersonen) und Einrichtungsformen zu unterschiedlichen Versorgungsanlässen und -bedarfen. Eine auf die Personalausstattung und Personalqualifikation abzielende Verbesserung der direkten Versorgung der Bewohner muss sich unter Berücksichtigung des bestehenden Systems argumentieren lassen.

Die **Fachkraftquote** berücksichtigt nicht allein die pflegerische Versorgung durch Pflegefachpersonen. Mittelfristig gilt es, die Ausstattung mit erforderlichen Fachkräften am Profil der Bewohnerstruktur auszurichten – das hat Folgen für alle tätigen Berufsgruppen (z.B. befinden sich in Baden-Württemberg derzeit 25% der Behinderten – 20.000 Menschen – in Einrichtungen der stationären Altenhilfe). Eine Erhöhung des Anteils der Pflegefachpersonen im Skill Grade Mix³ lässt sich durch die konsequente Forderung nach einer bedarfsgerechten Mindestausstattung an beispielhaft illustrierten Mängeln argumentieren: z.B. erwächst aus einer Forderung auf je 25 Bewohner eine Fachkraft je Schicht anwesend zu haben eine Erhöhung der Fachkraftquote auf 60%.

Der **Fachkraftmangel** muss mit Mindestanforderungen thematisiert werden: diese umfassen u.a. den erforderlichen deutlichen Zuwachs der Ausbildungskapazität bei geänderter Finanzierungsgrundlage (u.a. Abschaffung des Schulgeldes in der Altenpflegeausbildung) und die Förderung des Ausbildungsengagements bei den Trägern sowie ein deutliches Bekenntnis zu erforderlichen Spezialisierungen anhand von beispielhaften Szenarien aus der Übergangs- und Langzeitversorgung. Eine Aufwertung der Funktionen im Pflegemanagement und im Qualitätsmanagement unter Berücksichtigung adäquater verbindlicher Personalbemessungsgrundlagen hat zu erfolgen.

Die Steigerung der **Attraktivität des Berufes** jenseits aller Imagekampagnen beinhaltet u.a. die Forderung nach angemessener Vergütung (Forderung 2400 EUR Einstiegsgehalt für AltenpflegerInnen), die an den erforderlichen Versorgungskonzepten orientierte Umstellung der Ablauforganisati-

² Am IPW Bielefeld wird ein System entwickelt, dass auf den bestehenden sozialversicherungsrechtlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen aufbaut und das neue Pflegebedürftigkeitsassessment im Ansatz integriert (Wingenfeld, K., Büscher, A., Gansweid, B., 2008)

³ Skill grade mix bezeichnet, dass unterschiedliche Leistungen in der Pflege von unterschiedlich qualifizierten Mitarbeitern erbracht werden können

on im Gegensatz zu vorherrschenden betriebswirtschaftlichen Rationalität, eine sinnvolle Neuordnung und Übertragung von Aufgaben (auch mit Erlösrelevanz) sowie den üblichen modernen Vergünstigungen zum Erhalt einer gesunden Belegschaft

Interessenvertretungen müssen verstärkt Bündnispartner werden. Hierzu zählen kirchliche, private und freigemeinnützige Einrichtungsträger, der Spitzenverband der Pflegekassen, Bewohner und Angehörige, sowie Betroffenenvertretungen. Die Umsetzung des Referenzmodellansatzes in NRW zeigt, dass sich die Grenzen der Akzeptanz von Reorganisation nicht nur zwischen Bund, Ländern und Kommunen ergeben, sondern darüber hinaus auch zwischen den Einrichtungsbetreibern und den jeweiligen Geschäftsphilosophien.

DBfK-Mindestanforderungen (z.B. zu den Bereichen Personalausstattung in der Nacht, notwendige Spezialisierungen wie palliative Versorgung, Verbesserung der Ausbildungsmisere) orientieren sich an den vielfältig vorgehaltenen Datengrundlagen und illustrieren bevölkerungsnah die heutige Realität und die Konsequenzen aus der Mindestanforderung zur Verbesserung der Situation. Deutlich werden müssen die Leistungsbeschreibung der Versorgungstätigkeit und die Ausrichtung auf die Ergebnisse und deren Qualität. Das Handlungsfeld Altenpflege ist differenziert darzustellen. Notwendigkeiten einer Personalbemessung müssen sich aus dem Versorgungsaspekt herleiten und transparent machen lassen (sinnvoll ist es, bestehende Qualitätsmaßstäbe zu nutzen).

Der DBfK-Bundesvorstand hat sich im Dezember 2010 zum Pflegebedürftigkeitsbegriff (Anhang 1) und im März 2011 zur indikatorisierten Ergebnisqualitätsmessung positioniert (Anhang 2)

2. Veränderte Bewohnerstrukturen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe erfordern eine neue Art der Personalbemessung

Stefan Werner

In den letzten Jahren hat sich die **Struktur der Pflegebedarfe** der BewohnerInnen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe dramatisch verändert. Diese Entwicklung müsste sich zwangsläufig auch auf die Qualität und die Quantität des eingesetzten Pflegepersonals auswirken. Hier stößt jedoch das bestehende System der Personalbemessung anhand von Stellenschlüsseln an seine Grenzen. Die Gründe dafür sollen im Folgenden dargestellt werden und es sollen Anhaltspunkte gegeben werden, warum eine neue Art der Personalbemessung dringend notwendig ist.

Auffällig in diesem Zusammenhang ist zunächst das **starke Absinken der Verweildauer** der BewohnerInnen. Dies ergibt sich unter anderem aufgrund der immer weiter ausgebauten ambulanten Angebote für Pflegebedürftige seitens der Leistungserbringer sowie anderer Begünstigungen von Laienpflege (z.B. Pflegezeitgesetz) durch die Politik. Dadurch hat sich in den letzten Jahren der Zeitpunkt eines Einzuges in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung deutlich in die höheren Lebensjahre verschoben. Während in den Jahren 2001 bis 2009 der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen in einem Alter von unter 80 Jahren nahezu gleichbleibend geblieben ist, hat der Anteil der über 80jährigen erheblich zugenommen. Wie Horst Bickel feststellt, verhält sich dabei die Verweildauer umgekehrt proportional zum Durchschnittsalter der Bewohnerschaft.⁴ Dieser Schluss ergibt sich zum einen daraus, dass die verbleibende zu erwartende Lebensdauer immer weiter sinkt, je älter ein Mensch wird und zum anderen dadurch, dass sich eine vorliegende Pflegebedürftigkeit im Alter negativ auf die restliche erwartbare Lebensdauer auswirkt (ein gesunder 90jähriger hat eine höhere Restlebenserwartung als ein pflegebedürftiger gleichaltriger). Dieser Trend hat sich nach Meinung von Fachleuten aus dem Bereich der stationären Altenpflege noch weiter entwickelt.⁵

⁴ Bickel, H. (1999): Demenzkranke in Alten- und Pflegeheimen: Gegenwärtige Situation und Entwicklungstendenzen, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn

⁵ Vgl. Kuhlmeiy, A (2009) S. 430

Weiter lässt sich aus den Pflegestatistiken der Jahre 2005 bis 2009 eine **deutliche Steigerung im Bereich der Kurzzeitpflege** ablesen. Die Anzahl der Menschen, die diese Leistung in Anspruch nehmen, hat stark zugenommen. Hier ist darauf hinzuweisen, dass im gleichen Zeitraum jedoch die gemeldete Anzahl an speziellen Kurzzeitpflegeplätzen nicht angestiegen ist. Sie hat sogar leicht abgenommen bei einer gleichzeitigen Steigerung der Anzahl der Dauerpflegeplätze. Eine drastische Steigerung ist bei der Anzahl der Plätze zu verzeichnen, die flexibel für Kurzzeitpflege genutzt werden. Besonders zu beachten ist dabei außerdem, dass es sich bei den Pflegestatistiken um stichtagsbezogene Erhebungen handelt. Hinter einer steigenden Anzahl an Kurzzeitpflegeplätzen an einem bestimmten Erhebungstag ist über ein gesamtes Kalenderjahr mit einer deutlich höheren Anzahl an tatsächlichen Kurzzeitpflegegästen zu rechnen, wenn man die gesetzlich vorgesehene maximale Dauer einer Kurzzeitpflege von 28 Tagen pro Jahr zugrunde legt.⁶ Befragungen von Kollegen aus der stationären Altenhilfe zeigen einhellig diese besonders stark ansteigende Fluktuation in der Belegung in den letzten Jahren, insbesondere auch nach der letzten statistischen Erhebung im Dezember 2009.

In diesem Zusammenhang ist jedoch besonders zu beachten, dass die Darstellung der Pflegebedürftigkeit anhand der Pflegestufen nach SGB XI bei einer kürzeren Verweildauer deutlich vom tatsächlichen Pflegeaufwand abweicht. In der Tat weist ein Vergleich der Pflegestatistiken der Jahre 2005 bis 2009 nicht - wie zu erwarten wäre - bei den stationär untergebrachten Personen eine enorme Steigerung in den Pflegestufen 2 und 3 auf, sondern lediglich in der Pflegestufe 1.

Wenn man jedoch die konkrete Situation betrachtet, in der ein Mensch in eine Pflegeeinrichtung einzieht, so liegt häufig eine akute Notsituation vor. Vor einigen Jahren war dies anders: Menschen sind damals oft „vorsorglich“ in ein Pflegeheim gezogen, da sie für eine drohende Pflegebedürftigkeit vorsorgen wollten. Auch die Kurzzeitpflege dient heute in der Regel nicht der Entlastung der pflegenden Angehörigen in der eigenen Häuslichkeit, sondern ist entweder einem sich plötzlich drastisch veränderten Pflegebedarf oder einer notwendigen Anschlussbetreuung nach einem klinischen Aufenthalt geschuldet. Aufgrund der Praxis der meisten Pflegekassen, dass während eines Kurzzeitpflegeaufenthalts keine Begutachtung zum Pflegebedarf stattfinden darf und aus der Tatsache heraus, dass der Pflegebedarf laut SGB XI voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern muss, lässt sich ablesen, dass in sehr vielen Fällen der Pflegebedarf während der Kurzzeitpflege nicht über die Pflegestufe dargestellt werden kann. Selbst wenn nach dem Auszug eines Kurzzeitpflegegastes eine Höherstufung rückwirkend anerkannt wird, kann dies den Pflegebedürftigen nicht nachträglich in Rechnung gestellt werden, um damit den Personalbedarf zu refinanzieren. In aller Regel bekommt die Pflegeeinrichtung auch keine Information zu dieser rückwirkenden Höherstufung.

Weiter ist zu beachten, dass die Pflegestatistiken ausschließlich die Anzahl der Pflegebedürftigen darstellen, die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Eine hohe Zahl der Kurzzeitpflegegäste, insbesondere die, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, haben zu diesem Zeitpunkt keine Einstufung und tauchen in den Statistiken nicht auf, was möglicherweise auch die niedrige Belegungsquote der Pflegestatistiken mit erklären kann.

Auch bei den **dauerhaft stationär versorgten Menschen** zeichnet sich der Trend ab, dass die Pflegestufe bei kürzerer Verweildauer nicht den tatsächlichen Pflegebedarf abbildet. Dies liegt zum einen an der oben in ähnlichem Zusammenhang genannten Tatsache, dass ein Einzug häufig in einer „Umbruchsituation“, also der plötzlichen Verschlechterung des Gesundheitszustands von staten geht, aber auch in der Tatsache, dass gerade in den letzten Lebensmonaten die Pflegebedürftigkeit exponentiell ansteigt. Eine ebenfalls stichtagsbezogene Begutachtung der Pflegebedürftigkeit kann diese Entwicklung natürlich nicht darstellen.

⁶ Siehe Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration (2011) S. 59

Neben den genannten Effekten ist eine Tatsache von besonderer Bedeutung, wenn man die hohe Anzahl der Pflegebedürftigen betrachtet, die der Pflegestufe 1 zugeordnet sind. Aufgrund des „Teilkasko“-Charakters der Pflegeversicherung besteht seitens der Pflegebedürftigen oder deren Bevollmächtigten lediglich dann ein **konkreter Anreiz für die Beantragung einer Pflegestufe**, wenn bis zu diesem Zeitpunkt keine vorliegt. Nur in diesem Fall entsteht eine spürbare finanzielle Entlastung für den Bezahrenden. Die Beantragung einer Höherstufung oder gegebenenfalls der Widerspruch gegen ein Gutachten, welches keine höhere Pflegestufe vorsieht, sind für diesen immer unattraktiv, da er danach einen höheren Eigenanteil bezahlen muss. Zwar kann eine Pflegeeinrichtung auch einseitig die Pflegesätze einer höheren Pflegestufe berechnen, wenn sie einen höheren Pflegeaufwand feststellt, jedoch birgt diese theoretische Möglichkeit mindestens aus Gesichtspunkten des Marketings zu hohe Risiken und wird in der Regel nicht angewandt. Viele Einrichtungen nehmen oft eine zu niedrige Einstufung des Bewohners in Kauf, da andernfalls das begründete Risiko besteht, diesen als Kunden zu verlieren und den Platz nicht zeitnah wieder neu belegen zu können.

Insgesamt wird deutlich, dass hinter den Zahlen der Pflegestatistik eine hohe Fehlerquote vermutet werden muss. Pflegeheime sind dabei längst nicht mehr nur Orte des Wohnens für alte Menschen sondern entwickeln sich in die Richtung medizinischer und psychiatrischer Versorgungsstätten.

Bereits an der Entwicklung der Bezeichnung für stationäre Pflegeeinrichtungen **von „Altenheimen“ zu „Pflegeheimen“** in den letzten 10 -15 Jahren wird deutlich, dass sich die Realität deutlich verändert hat. Während in den 1990ern noch ein sehr hoher Anteil an Bewohnern deutlich vor dem Eintritt stärkerer gesundheitlicher Beeinträchtigungen in den Einrichtungen lebte, findet man dort heute fast ausschließlich Menschen, die unter massiven gesundheitlichen Beschwerden aufgrund einer Multimorbidität und/oder gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern (insbesondere Demenzen unterschiedlicher Genese) leiden. Hintergrund dieser Entwicklung ist die bereits genannte Steigerung der Bewohnerzahlen im hochaltrigen Bereich und das stetig steigende Durchschnittsalter der Bewohner.⁷

Trotz kosmetischer Verbesserungen im Bereich der Betreuung von dementiell erkrankten Menschen durch die Finanzierung der sogenannten Betreuungsassistenten (§45a SGB XI) bleibt der **erhöhte Pflegebedarf durch Pflegefachpersonen** durch die eingeschränkte Definition der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI unbeachtet. Dieser orientiert sich weiterhin sehr stark an körperlichen Einschränkungen, die in aller Regel bei dieser Zielgruppe nicht im Vordergrund stehen.

Auch bei multimorbiden Menschen entsteht ein Pflegebedarf, der nicht durch die Einstufungsrichtlinien dargestellt wird. An dieser Stelle sind hier die unmittelbaren starken Auswirkungen der Erkrankungen des Alters (Herzkrankheiten, onkologische Erkrankungen) auf ganz alltägliche Pflegetätigkeiten zu nennen, die diese oft deutlich erschweren oder verzögern. So kann beispielsweise ein Mensch mit starken Schmerzen nur sehr vorsichtig in seinem Bett gelagert oder gewaschen werden. An dieser Stelle zeigt sich bereits, dass solche Leistungen ausschließlich Pflegefachpersonen erbringen können, angelegerte Pflegehilfskräfte können in solchen Fällen oft schon einfache Tätigkeiten nicht in der erforderlichen Qualität erbringen. Wie oben angeschnitten, steigert sich diese Multimorbidität oftmals in Richtung einer geriatrischen Palliativpflege, die in ihren Anforderungen der Pflege in einem Hospiz in nichts nachsteht. In Ergänzung mit den ansteigenden Aufnahmezahlen von BewohnerInnen in einem präfinalen Zustand aus Krankenhäusern und aus der häuslichen Umgebung ergeben sich **weitere Bedarfe für die Personalbemessung**. Einerseits ist eine fachlich hochqualifizierte direkte palliative Pflege zu leisten und andererseits fordern Angehörige des Pflegebedürftigen auch immer mehr Unterstützungsleistungen und Begleitung von den Pflegefachpersonen. Sterben ist nicht mehr wie in vergangenen Jahrzehnten noch Teil des Lebens und der gelebten Wirklichkeit in Familien. Vielmehr wurde das Sterben und die Begleitung mehr und mehr an Institutionen delegiert. Angehörige sind daher häufig eher als hilflos im Umgang mit Sterben und

⁷ Aus dem Niedersächsischen Landespflegebericht 2010 geht hervor, dass von 2008 auf 2009 die Einstufungen für stationäre Pflege bei Erstbegutachtungen in den Pflegestufen I und II jeweils rückgängig waren, während der Anteil der Pflegestufe III sich sprunghaft um 1,7 % erhöht hat. (S. 117)

Tod zu erleben. Dies bedarf der intensiven professionellen Begleitung. Darüber hinaus sind auch Ehrenamtliche, die beispielsweise in Hospizgruppen tätig sind, zu begleiten und in die Arbeit mit einzubeziehen.

Auch die **Beobachtung sowie Beratungsleistungen** bei bestimmten nicht lebensverkürzenden, aber dafür viel länger bestehenden Erkrankungen sind in diesem Zusammenhang anzusprechen. In allen Expertenstandards werden diese erwähnt und sind insbesondere in den Bereichen Ernährung, Sturzgefahr und Inkontinenz sehr häufig notwendig. In vielen Fällen verknüpfen sich hier Themen, da mehrere Problematiken gleichzeitig vorliegen und es werden Leistungen notwendig, wie sie bisher hauptsächlich im Krankenhausbereich beim Thema Case Management vorkommen. In der Regel und insbesondere bei demenzerkrankten Menschen oder in der palliativen Versorgung muss hierbei das direkte Umfeld der Pflegebedürftigen einbezogen werden. Es muss hier nicht extra erwähnt werden, dass gerade diese Leistungen nicht über die bestehenden Pflegestufen abgebildet werden und daher nicht zur Personalbemessung über die Tagessätze berücksichtigt werden können.

Der Anteil an **medizinischer Behandlungspflege** ist in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe in den letzten Jahren auch durch die DRG-bedingten kürzeren Verweildauern in Krankenhäusern drastisch angestiegen. Laut SGB XI ist der Bedarf an Behandlungspflege mit dem Tagessatz abgegolten, der sich an der Pflegestufe orientiert. Oftmals haben viele Betroffene wie oben angesprochen gerade nach Krankenhausaufenthalt keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, da der Pflegebedarf sich aus der Erkrankung begründet und nicht länger als sechs Monate andauert. Die Folge ist, dass nicht die erforderlichen Personalressourcen bereitgestellt werden können, da diese unmittelbar an die Pflegestufe geknüpft sind.

Dazu kommt auch hier, dass die Behandlungspflegemaßnahmen ausschließlich von ausgebildetem Fachpersonal übernommen werden dürfen. Es findet eine hohe zeitliche Bindung dieses Personals dafür statt. Fachaufsicht über angelerntes Personal und Krankenbeobachtung während der Grundpflege bei Bewohnern, die weniger fachkraftrelevante Leistungen benötigen, kann kaum erfolgen. Zeit für soziale Betreuung bleibt zu wenig.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass es über die in der Definition von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI hinaus mannigfaltige Bedarfe gibt, die eine **Erhöhung der zur Verfügung stehenden Personalzahlen notwendig** machen. Zaghafte Versuche im Bereich der Demenzerkrankungen durch die zusätzlichen Betreuungskräfte sind nicht ausreichend, sowohl was deren Anzahl als auch was deren Qualifikation betrifft.

3. Fachkraftquote und bestehende Heimgesetzgebung

Gudrun Becher

Die Heimgesetzgebung des Bundes, die Heimpersonalverordnung, regelt nur die **Mindestanforderungen an die Personalausstattung** in Heimen (Siehe §5 HeimPersV). In Altenpflegeeinrichtungen muss demnach „*mindestens einer, bei mehr als 20 nicht pflegebedürftigen Bewohnern oder mehr als vier pflegebedürftigen Bewohnern mindestens jeder zweite weitere Beschäftigte eine Fachkraft sein. In Heimen mit pflegebedürftigen Bewohnern muss auch bei Nachtwachen mindestens eine Fachkraft ständig anwesend sein.*“ Diese sog. Fachkraftquote gilt als Element zur Sicherung der Pflegequalität in der stationären Altenhilfe. Sie bestimmt nur das Verhältnis zwischen Fachkräften und Hilfskräften (50%), aber nicht die Anzahl des Personals, das vorgehalten werden muss.

Die **Fachkraftquote** ist inzwischen zum Spielball unterschiedlicher Interessen geworden. Immer großzügiger wird ausgelegt, welche Qualifikation bzw. Berufsgruppe als Fachkraft angerechnet werden soll. Angesichts der wachsenden Zahl an kognitiv eingeschränkten Bewohnern und der

Übernahme von Patienten nach immer kürzeren Krankenhausaufenthalten sind die Anforderungen quantitativ und qualitativ gewachsen. Um diesem Bedarf gerecht zu werden, verlangt es Fachwissen auf dem Stand neuester pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse sowie breitgefächerte Kompetenzen beispielsweise im Bereich Kommunikation, Organisation, Anleitung und Beratung. Diese Anforderungen sind zentrale Aufgaben der professionell Pflegenden. Deshalb sind nur Fachpersonen der Pflegeberufe mit dreijähriger Ausbildung oder einem grundständigen Pflegestudium zum Kontingent der Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege anzuerkennen.

Die **Festlegung des Personalschlüssels** liegt infolge der Föderalismusreform in der Hoheit der Bundesländer. Nach §9 SGB XI sind „die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich.“ Nahezu jedes Land hat ein eigenes Heimgesetz mit Rahmenverträgen und unterschiedlichen Vorgaben zur Personalausstattung erlassen.

Die Bundesländer können nach §75 Abs.3 SGB XI entweder *die Anwendung eines landesweiten Verfahrens zur Ermittlung des Personalbedarfs* oder *der Festlegung der Personalrichtwerte* in den Rahmenverträgen vereinbaren. Die bestehenden Rahmenverträge haben sich allesamt auf die **Definition von Personalrichtwerten ohne ein Verfahren der Personalbemessung** verständigt. Die Personalrichtwerte regeln je nach Pflegestufe die Anzahl des Personals für Pflege und Betreuung im Verhältnis zu den Bewohnern. Diese Werte können starr oder als Spanne definiert werden. Die Gegenüberstellung der einzelnen Länderregelungen weist sehr **unterschiedliche Personalschlüssel** auf. Während beispielsweise in Bayern bei Pflegestufe 1 ein Verhältnis von 1:3 zwischen Beschäftigten und Bewohner vorgehalten werden muss, ist in Mecklenburg-Vorpommern nur eine Bandbreite von 1:4,71 bis 1:4,07 festgelegt. Zudem ist beispielsweise in Berlin eine höhere **Personalausstattung für bestimmte Klientel** wie demenziell erkrankte Menschen, Bewohner im Wachkoma oder langzeitbeatmete Pflegebedürftige festgelegt. In manchen Länderregelungen werden außerdem die verantwortliche Pflegekraft sowie die Mitarbeiter im Qualitätsmanagement oder der Sozialarbeit nicht zum Kontingent der Fachkraftquote hinzugezählt. Dies alles führt letztendlich dazu, dass die Personalausstattung in Altenpflegeeinrichtungen je nach Bundesland stark differiert. Allerdings gelten auch in den Ländern mit niedrigeren Personalschlüsseln die Vorschriften in SGB XI und die Qualitätsprüfrichtlinien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen gleichermaßen trotz unterschiedlicher Pflegezeit für den einzelnen Bewohner. Die Diskrepanz ist offensichtlich.

Zumal auch in den Ländern mit einem höheren Personalschlüssel die Personalausstattung keineswegs ausreicht. Denn wird der den Pflegestufen zugrundegelegte minimale Zeitaufwand in Personal umgerechnet, reicht keiner der festgelegten Personalschlüssel an diese Werte heran. Eine **wissenschaftlich fundierte Grundlage** zur Festlegung der bestehenden Personalrichtwerte ist nicht gegeben.

Wenn sich die Personaleinsatzplanung in der stationären Altenpflege nicht an den Pflegezeiten orientiert, kann de facto keine an dem Bedarf und Bedürfnissen der Bewohner ausgerichtete Pflege erfolgen. Dem Pflegebedürftigen wird indessen aufgrund seiner Einstufung vermittelt, dass ihm diese Zeit in der pflegerischen Betreuung zusteht. Da keine Einrichtung dies leisten kann, führt dies bei einigen Bewohnern und Angehörigen zunehmend zu Beanstandungen und Unzufriedenheit. Das Pflegepersonal wird täglich mit diesen Folgen konfrontiert und versucht nun seinerseits seine Leistungen dem individuellen Bedarf des Pflegebedürftigen anzupassen. Aus diesem ständigen Balanceakt resultiert eine **fortwährende Überforderung und Überlastung der Pflegefachpersonen**.

Die **Auswirkungen** sind verheerend. Neben einer hohen Fluktuationsrate ist in der Altenpflege ein vergleichsweise hoher Krankenstand zu verzeichnen. Er liegt beinahe 20% höher als im Durchschnitt aller Berufssparten. Allein 15% der Pflegefachpersonen werden arbeitsunfähig aufgrund von Rückenleiden. Die starken psychischen Belastungen führen dazu, dass Pflegefachpersonen 62% häufiger an psychischen Erkrankungen leiden als alle anderen Berufstätigen.⁸ Der Trend zur Inten-

⁸ Vgl. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2006): al.i.d.a – Arbeitslogistik in der stationären Altenpflege Projektabschlussbericht, Hamburg

sivierung betrieblicher Maßnahmen der Gesundheitsförderung wie Rückenschulen, Lauftreffs oder Stressbewältigungstrainings bekämpft nur die Symptome. Die grundlegende Problematik ist damit nicht beseitigt.

Es bedarf daher dringend einer angemessenen, einheitlichen Personalausstattung aller Bundesländer ausgehend von einem validen Personalbemessungssystem. Nur so kann den Anforderungen an eine **pflegerische Versorgungsstruktur wie in §9 SGB XI** gefordert, Rechnung getragen und eine Pflege, die sich umfassend an den Bedarfen und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientieren kann, umgesetzt werden.

Der DBfK-Bundesvorstand hat sich im März 2011 zur Fachkraftquote positioniert (Anhang 3)

4. Aufgaben und Tätigkeitsbereiche von Fachkräften

Patricia Drube

4.1 Der fachliche Anspruch an professionelle Pflege geht erheblich über die engen Grenzen der leistungsrechtlichen Definition von Pflegebedürftigkeit hinaus.

Im Pflegeversicherungsgesetz gilt derjenige als pflegebedürftig, der in erheblichem oder höherem Maße der Unterstützung im Sinne der vollständigen oder teilweisen Übernahme, der Beaufsichtigung oder Anleitung bezüglich der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens bedarf. Dies gilt allerdings nur dann, wenn dem Hilfebedarf eine Erkrankung oder Behinderung zugrunde liegt. Zudem sind die Verrichtungen auf die Bereiche Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Hauswirtschaft beschränkt und abschließend aufgezählt.⁹

Gemäß der ICN-Definition umfasst Pflege *„die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“*

⁹ SGB XI § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

(2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen. (§ 14 SGB XI)

Die Merkmale, die nach SGB XI Pflegebedürftigkeit begründen, umfassen somit nur einen sehr eingeschränkten Bereich dessen, was gemäß dem pflegerischen Selbstverständnis der Berufsgruppe der professionell Pflegenden in ihren Kompetenz- und Verantwortungsbereich fällt.

Ungeachtet der **reduktionistischen Definition von Pflegebedürftigkeit im SGB XI** machen die Kostenträger deutlich, dass sie von professionellen Pflegeanbietern als ihren Vertragspartnern nicht lediglich die Ausführung von Verrichtungen erwarten, sondern eine ganzheitlich, aktivierende Pflege, die alle Lebensbereiche und Bedarfslagen der pflegebedürftigen Versicherten umfasst. Als besonders relevant stellt der GKV-Spitzenverband auf seiner Internetseite www.pflegenoten.de „das Vermeiden von Druckgeschwüren, den Ernährungszustand, die Flüssigkeitsversorgung, eine Verbesserung der Harninkontinenz, eine systematische Schmerzeinschätzung sowie das Vermeiden von Stürzen“ heraus.

In den **Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung nach § 113 SGB XI** wird eine Pflege und Versorgung verlangt, welche:

- die Zufriedenheit und Lebensqualität der Pflegebedürftigen fördert, dabei die Biografie und die individuellen Lebensgewohnheiten berücksichtigt,
- darauf ausgerichtet ist, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte des Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten,
- einen sinnvoll erlebten Alltag fördert sowie die Teilhabe am sozialen Leben unterstützt.¹⁰

Auch die Förderung der Kontaktpflege zwischen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ist gemäß den benannten Maßstäben Auftrag der Pflegeeinrichtung. Die **Qualitätsprüfrichtlinie stationär** einschließlich der Anlagen definiert noch weit umfassendere Qualitätsanforderungen. Ist die Erfüllung nicht schriftlich nachweisbar, werden Maßnahmenbescheide erlassen. Können die Maßnahmen nicht in der von den Landesverbänden der Pflegekassen gesetzten Frist umgesetzt werden, droht der Einrichtung der Entzug des Versorgungsvertrages.

Die benannten Maßstäbe implizieren ein hohes Maß sowohl an pflegfachlicher Kompetenz als auch an individueller, **personenbezogener Dienstleistungszeit**. Die Durchführung von Verrichtungen, wie sie im § 14 SGB XI beschrieben sind, können relativ zeitsparend erbracht werden. Je eingeübter die „handwerklichen“ Fähigkeiten der Pflegefachpersonen sind, desto geringer ist der Zeitaufwand für die einzelnen Verrichtungen. Dieser Tatsache wird in den der aktuellen Personalbemessung in der Altenpflege Rechnung getragen. Unberücksichtigt bleibt allerdings, dass die in Verbindung mit den §§ 113 bis 115 SGB XI definierten Anforderungen an die professionelle Pflege weit über eine verrichtungsorientierte Versorgung hinausgehen.¹¹

¹⁰ Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der stationären Pflege vom 27. Mai 2011, im Bundesanzeiger veröffentlicht am 21.07.2011

¹¹ Beispiel: Prüffrage 14.11: „Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt? (...) Das Kriterium ist erfüllt, wenn bei Bewohnern mit Ernährungssonden zu den üblichen Essenszeiten der Geschmackssinn angeregt wird. (...) Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei Bewohnern mit liegender Ernährungssonde, angepasst an den individuellen Lebensrhythmus, der Geschmackssinn angeregt wird. Die Anregung des Geschmackssinns sollte mindestens zu den Haupt- und Zwischenmahlzeiten (5x tgl.) erfolgen. Dabei sind verschiedene Geschmacksrichtungen unter Berücksichtigung von Vorlieben und Abneigungen anzubieten.“ (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), 2009)
Die Vorgabe, mindestens fünfmal täglich den Geschmackssinn anzuregen, ist aus der DGEM-Leitlinie nicht ableitbar. Die Formulierung dieser Vorgabe widerspricht häufig den individuellen Situationseinschätzungen von Pflegefachpersonen. Sie nehmen die Bedürfnisse der Bewohner wahr und sind in der Lage zu beurteilen, wann unter Verwendung welcher Nahrungsmittel oder Getränke eine Stimulation für Förderung des Wohlbefindens durchgeführt werden sollte. Dies kann zum Beispiel ein oder zweimal täglich mit Schokolade erfolgen. Die Prüfanleitung fordert allerdings dazu auf, ohne Rücksicht auf die Wünsche oder das Wohlbefinden der Bewohner fünfmal täglich den Geschmack zu stimulieren. Dies führt in der Praxis zu stereotypen Handlungen, die eher den Charakter einer Tortur haben als den einer Förderung von Lebensgenuss. Die erforderlichen Zeitressourcen finden bei der Personalbemessung keine Berücksichtigung.

4.2. Der fachliche Anspruch an Kommunikation und psychosozialer Interaktion geht deutlich über das gegenwärtig leistbare Pensum professioneller Pflege hinaus

a) Zum Anspruch an die Kommunikation und psychosoziale Interaktion **mit dem pflegebedürftigen Menschen**: Die 2005 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend veröffentlichte **Pflege-Charta** fordert eine pflegerische Versorgung, welche die Information und Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe pflegebedürftiger Menschen fördert. Dies ist nicht dadurch zu gewährleisten, dass Hilfestellungen bei alltäglichen Verrichtungen wie dem Ankleiden oder der Körperpflege geleistet werden. Vielmehr fordert die Pflegecharta eine Versorgung, welche eine intensive kommunikative Auseinandersetzung mit den individuellen Bedürfnissen, Wünschen und Zielen des Pflegebedürftigen beinhaltet und ihm nahestehende Personen mit einbezieht.¹² Es sei zudem betont, dass die Pflege-Charta inzwischen in diversen Heimgesetzen verankert ist.

b) Zum Anspruch an die Kommunikation und psychosoziale Interaktion **mit Angehörigen**: Fehlende persönliche Zuwendung wirkt sich nachteilig auf den Gesundheitszustand von pflegebedürftigen Menschen aus. Somit nimmt ein ausschließlich auf Verrichtungen fokussiertes System in Kauf, dass sich der Gemüts- und damit der Gesundheitszustand von Pflegeheimbewohnern trotz der Unterstützung bei alltäglichen Verrichtungen und der Durchführung von prophylaktischen Maßnahmen verschlechtern, da es an Zeit für persönliche Zuwendung mangelt. Schon im Jahre 2000 war im 3. Altenbericht der Bundesregierung zu lesen: *„Professionelle Helfer müssen also einen Teil ihrer Zeit zur Förderung der Angehörigenarbeit einsetzen können. Dies dürfte bei der derzeitigen Personalbesetzung der Heime an Grenzen stoßen, weil es hierfür bisher in der Regel keine Finanzierung gibt.“* Die personelle Ausstattung hat sich in der stationären Pflege seither nicht verbessert.¹³

Allerdings stellt die Kommunikation und auch die Auseinandersetzung mit Angehörigen eine zentrale Herausforderung im Berufsalltag von Pflegefachpersonen dar. Insbesondere in der stationären Pflege sehen sich Angehörige häufig als Überwachungs- und Bewertungsinstantz der Pflege- und Versorgungsleistungen. Dies wurde in den vergangenen Jahren zum einen dadurch verstärkt, dass von Seiten der Ministerien und der Kostenträger immer wieder der gesetzliche Anspruch auf eine allumfassende pflegerische Versorgung auf höchstem Qualitätsniveau kommuniziert wurde und die Medien dies in der Breite aufgegriffen haben. Zum anderen ist die Entscheidung, einen pflegebedürftigen Familienangehörigen „ins Heim zu geben“, häufig mit erheblichen Schuldgefühlen der Angehörigen verknüpft, welche die pflegerische Versorgung in der Häuslichkeit nicht sicherstellen können oder möchten. Da die Pflegefachpersonen vor Ort die ersten Ansprechpartner der Angehörigen sind, werden sie in hohem Maße mit deren Forderungen konfrontiert und bilden erzwungenermaßen das Ventil für deren moralische Dilemmata. Auf diese Weise werden Pflegefachpersonen durch den aktuellen Modus der öffentlichen Diskussionsführung zur **Projektionsfläche diverser sozialpolitischer Konflikte**.

4.3 Das Missverhältnis zwischen dem fachlich geforderten und dem leistungsrechtlich finanzierten Pflegeverständnis führt zu Fehlversorgungen und zu Berufsunflucht.

Das Missverhältnis, welches aufgrund dieser Tatsache besteht, wird in der derzeitigen Versorgungspraxis unter anderem auf folgende Weise gelöst:

- Schüler, Praktikanten und Aushilfskräfte werden „handwerklich“ angeleitet, um möglichst umfassend für die Erbringung von reinen Verrichtungen eingesetzt werden zu können.

¹² In den Erläuterungen zu Artikel 1 der Pflege-Charta heißt es auszugsweise: *„Die an der Betreuung, Pflege und Behandlung beteiligten Personen müssen Ihren Willen beachten und ihr Handeln danach ausrichten. Das gilt auch, wenn Sie sich sprachlich nicht artikulieren können und Ihren Willen beispielsweise durch Ihr Verhalten zum Ausdruck bringen. Menschen, deren geistige Fähigkeiten eingeschränkt sind, müssen ihrem Verständnis entsprechend in Entscheidungsprozesse, die ihre Person betreffen, einbezogen werden. (...) Nicht selten kommt es zu Konflikten zwischen dem Anspruch, das Recht auf Selbstbestimmung des hilfe- und pflegebedürftigen Menschen zu beachten, und bestimmten Fürsorgepflichten der Pflegenden und Behandelnden (beispielhaft sind Situationen wie Nahrungsverweigerung oder Sturzgefährdung). Sollte eine solche Situation auftreten, können Sie erwarten, dass mit allen Beteiligten abwägende Gespräche geführt werden.“* (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit, 2010)

¹³ Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. beschreibt in ihrer Leitlinie 12, dass Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen sowohl bei Demenzkranken als auch bei ihren Angehörigen vorzufinden seien (DEGAM 2008, S. 67)

- Erbrachte Leistungen werden aus Zeitmangel nicht dokumentiert. Gemäß Pflegeplanung dokumentierte zu erbringende Leistungen können nicht erbracht werden.
- Pflegefachpersonen empfinden die Berufsausübung als unbefriedigend und frustrierend, da sie aufgrund der engen personellen Situation weder dem Anspruch der Pflegekunden noch dem eigenen Anspruch an professionelles Arbeiten gerecht werden können.

Angesichts der demografischen Entwicklung kann es sich unsere Gesellschaft unmöglich leisten, ein kollektives Burnout der Berufsgruppe der professionell Pflegenden zu riskieren. Deshalb müssen wir einen **ehrliehen Diskurs darüber führen, was wir von stationärer Pflege erwarten und wer die Erfüllung dieser Erwartungen bereit ist zu bezahlen**. Ein gesetzlich Versicherter hat Anspruch auf die medizinischen Leistungen, die seine Kasse bereit ist, zu bezahlen. Will er neuere, bessere, teurere Medikamente oder eine First-Class-OP, muss er die Kosten selbst tragen. Medizin nach dem Stand der Künste bedeutet also nicht, dass die neuste, beste, teuerste Diagnostik und Therapie anzuwenden ist. Ebenso kann Pflege nach dem Stand der Künste nicht die Anwendung aller Assessmentinstrumente und Interventionen bedeuten, nur weil diese bekannt und publiziert sind. Einrichtungen der professionellen Pflege können nur das Leistungsniveau anbieten, welches die durch die Kassen zugebilligten personellen Ressourcen erlauben. Man kann nicht gegenüber der Berufsgruppe der Pflegefachpersonen immer höhere Anforderungen an die Qualität und den Umfang der Leistungserbringung und deren Dokumentation stellen und andererseits die hierfür erforderlichen Ressourcen verweigern. Auf diese Weise werden die Pflegefachpersonen zwischen dem wirtschaftlichen Druck der Betreiber und den Qualitätsanforderungen der Kassen zermahlen. Der einzige nachhaltige Weg, diese Entwicklung aufzuhalten ist zum einen eine ehrliche öffentliche Diskussion über die **Bezahlbarkeit von Qualität** und zum anderen, der Berufsgruppe der Pflegefachpersonen die Ressourcen zur Verfügung zu stellen, die zur Erreichung des vereinbarten Qualitätsniveaus erforderlich sind.

4.4 Zur Aufrechterhaltung einer angemessenen Versorgungsqualität müssen die Aufgaben und Tätigkeiten von Pflegefachpersonen explizit in der Personalbemessung berücksichtigt werden.

Um eine angemessene Pflege- und Versorgungsqualität unter Berücksichtigung aktueller pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse zu gewährleisten, müssen für Pflegefachpersonen mindestens folgende originäre Aufgaben und Tätigkeiten einschließlich deren Dokumentation **verbindlich** bei der Personalbemessung berücksichtigt werden:

- Durchführung der bewohnerbezogenen Verrichtungen im grundpflegerischen und medizinisch-pflegerischen Bereich mindestens einmal pro Woche bzw. Begleitung und Supervision der Pflegehilfskraft, sofern die Situation es nicht häufiger erforderlich macht.
- Durchführung der bewohnerbezogenen Verrichtungen im grundpflegerischen und medizinisch-pflegerischen Bereich täglich, sofern die Pflegesituation aufgrund spezieller Erkrankungen oder Pflegeproblemen die Durchführung durch eine Fachkraft erforderlich macht.
- Umfassende Informationssammlung und Gespräche zur Aushandlung des Pflegeprozesses mit Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie zum Aufbau einer empathischen pflegerischen Beziehung.
- Koordination der Tätigkeiten der an der Versorgung beteiligten
- Bewohnerbezogene Kommunikation sowohl innerhalb des Teams als auch mit anderen an der Versorgung beteiligten.
- Instruktion von Pflegeassistenzpersonen bei der Erhebung bestimmter Informationen (z. B. Miktionsprotokoll, Schmerzprotokoll)
- Beratung bezüglich der Prävention, der Gesundheitsförderung, der Alltagsgestaltung, chronischer Erkrankungen, therapeutischer Maßnahmen, etc.
- Regelmäßige Evaluation der Pflegeergebnisse einschließlich Evaluationsgesprächen mit Pflege-mitarbeiter, Pflegebedürftigen und Angehörigen

Zur Aufrechterhaltung der Versorgung angesichts des sich zuspitzenden Fachkräftmangels sind die derzeitig in den Personalschlüsseln berücksichtigten Leistungen zur Unterstützung von Alltagsver-

richtungen nicht ausreichend.¹⁴ Es bedarf vielmehr darüber hinaus eines **angemessenen Personalschlüssels für Pflegefachpersonen**, welcher die Leistungen der Beratung, Prozesssteuerung, Beziehungsgestaltung, Begleitung, Angehörigenarbeit sowie der Supervision und Koordination mit angemessenen Zeiten berücksichtigt.

5. Notwendige fachliche Qualifizierung für Versorgungserfordernisse in der Ausbildung

Patricia Drube & Anja Kistler

5.1 Zur Ausgangslage

Die Attraktivität der Pflegeberufe kann nur durch eine grundlegende Reform der strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen nachhaltig verbessert werden. Zufriedene und engagierte Berufsangehörige sind die besten Multiplikatoren und akquirieren am überzeugendsten an der Altenhilfe Interessierte. Mit Blick auf Anforderungen aus Qualitätssicherung und Verbraucherschutz müssen die **Rahmenbedingungen für eine angemessene Ausbildung** geschaffen werden.

Ambulante Pflegedienste beteiligen sich als **Träger der praktischen Ausbildung** nur bedingt. Dies begründet sich maßgeblich darin, dass die durch Schüler erbrachten Leistungen zum großen Teil nicht mit den Kostenträgern abrechenbar sind. Somit ist die an die Schüler gezahlte Ausbildungsvergütung für den Pflegedienst nicht refinanzierbar. Im Bereich der stationären Altenhilfe hat das Engagement in der praktischen Ausbildung einen Wettbewerbsnachteil zur Folge, da die Ausbildungsvergütung auf das Bewohnerentgelt umzulegen ist und aufgrund des Teilkaskoprinzips der Pflegeversicherung damit der von den Bewohnern zu entrichtende Eigenanteil steigt. Durch die flächendeckende Einführung einer Umlagefinanzierung würde sichergestellt, dass sich alle Akteure an Ausbildung im Sinne von Zukunftssicherung beteiligen.

Fakt ist, dass die Pflegeberufe nicht nur in Konkurrenz zu anderen Berufen stehen, sondern über die öffentliche Wahrnehmung der letzten Jahre (z. B. Aufdeckung von Pflegeskandalen, inakzeptable Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen) einen **immensen Attraktivitätsverlust** erlitten haben. Berufseinsteiger sehen für sich hier keine Option. Stefan Görres hat empirisch nachgewiesen, dass aktuell die Motivation zur Wahl eines Pflegeberufes bei Jugendlichen äußerst gering ausgeprägt ist.¹⁵ Hinzu kommt, dass in einigen Bundesländern die Kosten für den Schulplatz von den Schülern selbst getragen werden müssen, was in konkurrierenden Berufen wie zum Beispiel im Handwerk oder in der Verwaltung nicht der Fall ist. Es ist nicht nachzuvollziehen, warum unsere Gesellschaft selbstverständlich die **schulische Ausbildung** in handwerklichen, technischen und administrativen Berufen finanziert, nicht aber die der so dringend benötigten Pflegefachpersonen.

In diesem Jahr können Ausbildungsplätze überwiegend noch besetzt werden. Es ist allerdings davon auszugehen, dass schon in 2012 nicht mehr ausreichend Schüler akquiriert werden können. Auf der anderen Seite nutzen Schulträger die attraktiven Finanzierungsbedingungen über Maßnahmen der Agentur für Arbeit zur Neugründung von Altenpflegesschulen bzw. Erweiterung bestehender Kapazitäten. Problematisch ist hier insbesondere, dass bisher versäumt wurde, in die Aus- und Fortbildung von Lehrern zu investieren. Bereits heute ist somit ein selbst produzierter **Lehrermangel** zu verzeichnen. Dies führt zu qualitativen Einschränkungen im Lehrangebot und Lernangebot sowie zu gegenseitigen Abwerbeaktivitäten.

¹⁴ Diese Leistungen können unter angemessener fachlicher Anleitung und Supervision auch nicht durch Pflegefachpersonen erbracht werden.

¹⁵ Bomball, J, Schwanke, A., Stöver, M., Schmitt, S., Görres, S. (2010a): Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten“ - Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes, Bremen

Da die Gesamtverantwortung der Ausbildung der Altenpflegeschule obliegt (§ 4 (4) AltPflG), ist diese hinsichtlich der Kooperation mit Praxisstellen erpressbar. Es besteht die Gefahr, Kompromisse im Hinblick auf Rahmenbedingungen und Qualität der praktischen Ausbildung einzugehen, um Einrichtungen als ‚Lernort Praxis‘ nicht zu verlieren.

Für die praktische Ausbildung ist festzustellen, dass den gesetzlich vorgeschriebenen Praxisanleitern (Weiterbildung: 200 Std.) häufig keine Freistellung für die Schüleranleitung gewährt wird – Ausbildung erfolgt nebenbei und unsystematisch. Methodisch-pädagogisches Wissen wird nicht ausreichend aktualisiert. Ferner besteht keine Verpflichtung zur pflegfachlichen Fortbildung für Praxisanleiter.

Schüler berichten, dass sie sich schlecht ausgebildet wissen. Sie erleben, dass sie zu fachlichen Besonderheiten nicht hinzugezogen werden, da Routinearbeiten vorrangig zu erledigen sind. Da die **Anrechnung von Schülern auf Stellenpläne** nicht geregelt ist, erfolgt eine Personaleinsatzplanung in der Regel auf die Mindestbesetzung hin. Bedingt durch das Abhängigkeitsverhältnis haben sie keine Möglichkeit, ihre Ausbildungsinteressen nachhaltig zu vertreten. Bereits bei Schülern wird die zunehmende Zahl von Krankheitstagen beobachtet.¹⁶

Es ist schon heute so, dass lernstärkere Absolventen – meist direkt – nach der Ausbildung ein Studium anstreben. Als Motivation wird geäußert, dass man sich nicht vorstellen könne, unter diesen Rahmenbedingungen längerfristig in der direkten pflegerischen Versorgung tätig zu sein.

5.2 Zukünftige Bedarfe – Kapazitätsplanung

Bezüglich der Erhebung des zukünftigen Bedarfs von Pflegefachpersonen sowie in der Planung der erforderlichen Schulplätze wird von den Ländern sehr unterschiedlich vorgegangen. Anstelle einer **wissenschaftlich fundierten Bedarfserhebung** werden häufig zunächst die Kapazitäten nach Haushaltslage festgelegt und dann eine Bedarfsberechnung erstellt, welche diese Kapazitätsplanung stützt. Um den zukünftigen Bedarf an Altenpflegefachpersonen zu decken, sind an die Bedarfserhebung und Kapazitätsplanung der Länder bestimmte Mindestanforderungen zu stellen:

1. Die Planung muss die **Interdependenzen der unterschiedlichen Sektoren** berücksichtigen. Eine Planung, die ausschließlich auf den Daten der Pflegestatistik basiert, ignoriert die Wanderbewegungen der unterschiedlichen Berufsgruppen der Pflegefachpersonen zwischen der Pflege innerhalb und außerhalb des Krankenhauses. Die Zahlen der Pflegestatistik belegen, dass der Anteil der Altenpflegefachpersonen in SGB XI-Einrichtungen zunimmt, während der der Krankenpflegefachpersonen abnimmt. Diese Tendenz gilt es bei der Planung der erforderlichen Ausbildungskapazitäten zu berücksichtigen.
2. Eine Planung der erforderlichen Ausbildungskapazitäten sollte die Bedarfseinschätzung der stationären Pflegeeinrichtungen, der ambulanten Pflegedienste sowie der Heimaufsichten einbeziehen. Es ist notwendig, theoretisch errechnete Zahlen mit der Wahrnehmung der betroffenen Akteure zu vergleichen um auf diese Weise ggf. Fehler des Berechnungsverfahrens aufzudecken.
3. Die zum Teil sehr hohe Teilzeitquote ist zu berücksichtigen.

5.3 Bildungskonzept

Die im Koalitionsvertrag vereinbarte Zusammenführung der Pflegeberufe und damit eine Neuordnung des Ausbildungssystems bietet Gelegenheit, in Deutschland längst identifizierte Unzulänglichkeiten grundlegend zu reformieren. Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe ist mit der Erstellung eines Eckpunktepapiers beauftragt.

Der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe und der Deutsche Verein haben Bildungskonzepte vorgelegt, die eine generalistische Ausbildung und damit die Zusammenführung der Pflegeberufe favorisieren. In der Abstufung von Qualifizierungsstufen werden Pflegefachpersonen (ausgebildet an Berufsfachschulen und / oder an Hochschulen) und zweijährig ausgebildete Assistenten für Pflege und Gesundheit unterschieden.

¹⁶ Bomball, J; Schwanke, A; Stöver, M; Görres, S; Schmitt, S (2010b): Gesunde Pflege beginnt in der Pflegeausbildung. In: Die Schwester Der Pfleger, 11/2010, S. 1048-1054

Über den generalistischen Ansatz in der Ausbildung wird ein sektorenübergreifender Einsatz der Pflegefachpersonen sichergestellt. Somit können fachliche Bildungsstandards als gegeben vorausgesetzt werden.

5.3.1 Anforderungen an die Umsetzung einer zukunftsfähigen Ausbildung

Für die **Sicherstellung der praktischen Ausbildungsqualität** ist an der Theorie-Praxis-Schnittstelle bei der Personalbemessung verbindlich zu berücksichtigen, dass Praxisanleiter über mindestens 2,5 Std. je Schüler je Woche freizustellen sind.¹⁷ Folgender Katalog umreißt das Aufgabenspektrum der Praxisanleitung:¹⁸

- Planung der Inhalte und Anforderungen der praktischen Einsätze
- Festlegung der Standards für die Begleitung der Lernenden im Praxiseinsatz (z. B. Erst-, Zwischen- und Auswertungsgespräche)
- Reflexion von Praxiserfahrung und Aufarbeiten von Praxisproblemen im Umgang mit zu pflegenden Menschen
- Aufarbeiten durch Reflexion von Prozesserfahrungen im Sinne der Praxisziele
- Beratung und Begleitung der Lernenden in exemplarischen Pflegesituationen
- Klärung der Rollenverständnisses und des Berufsbildes
- Förderung zur Persönlichkeitsentwicklung der Lernenden
- Auswertungen von Einzelbetreuungen und Gruppenbegleitung
- Integration von Praxisthemen in die theoretische Ausbildung

Im Rahmen dieser Anforderung an eine angemessene Personalbemessung für Praxisanleitung erfolgt auch die Anpassungsqualifizierung der Praxisanleiter. Weitere Aspekte der Sicherstellung der praktischen Ausbildungsqualität ergeben sich aus diesen Punkten:

- Freistellung der Schüler für geplante Anleitungssituationen
- Verantwortung der Schulen: Qualitätssicherung in der praktischen Ausbildung
- Refinanzierung der notwendigen Stellenanteile in Schule und Einrichtung

Anforderungen an Hochschulbildung

- Die Studierbarkeit für Berufsangehörige muss gesichert sein:
 - › Durch Studienkonzepte, die Lebenslanges Lernen ermöglichen und entsprechend auf unterschiedliche Lebenskontexte und -phasen adjustiert sind.
 - › Entwicklung geeigneter Anrechnungsverfahren für die außerhalb der Hochschule erworbene Kompetenzen auf das Hochschulstudium.
 - › Insbesondere auch alleinerziehende Frauen sind hier in ihrer Berufsentwicklung zu unterstützen.
 - › Didaktisch sinnvolle Verknüpfung von Präsenzveranstaltungen und virtuellem Lernen (Blended Learning)
 - › Fernstudienangebote (Distance Learning)
- Die Berufseinmündung muss durch die Hochschule mit vorbereitet werden
 - › Theorie-Praxis-Transfer in Forschung und Lehre
 - › Etablierung und Ausbau von regionalen Praxisnetzwerken

5.3.2 Weitere Zielgruppen über Qualifizierungsstrukturen erschließen

Qualifizierungsstrukturen und -angebote müssen konsequent öffentlich gemacht werden.

Rekrutierung Erstausbildung

Die gesetzliche Möglichkeit, die Erstausbildung in Teilzeit zu absolvieren, ist gegeben. Allerdings sollte sie stärker angeboten und beworben werden.

Zur Kompensation rückläufiger Schülerzahlen müssen verstärkt auch andere Zielgruppen gewonnen werden. Ausbildungsverhältnisse, die ein höheres Entgelt als eine Ausbildungsvergütung bieten, gelten als attraktiv. Das betrifft insbesondere Angebote in Teilzeit, die z. B. Frauen mit Kindern den

¹⁷ Quelle: Arbeitshilfe: Stellenbeschreibung einer Praxisanleiterin oder eines Praxisanleiters in der Altenpflege, Servicenetzwerk Altenpflegeausbildung, 2010

¹⁸ Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe: Vernetzung von theoretischer und praktischer Pflegeausbildung, Mai 2004; Materialien und Instrumente zur Altenpflegeausbildung unter www.altenpflegeausbildung.net

Einstieg in den Beruf erleichtern. 6 bis 10 Wochen Praktikum (Finanzierung z. B. Agentur für Arbeit) zur Eignungseinschätzung sind im Vorfeld abzuleisten. Eine Anstellung als Pflegehilfskraft kann ggf. zwischengeschaltet werden.

Wiedereinstieg

Pflegefachpersonen, die z. B. nach Elternzeit oder nach der Pflege von Angehörigen in die Einrichtung zurückkehren, benötigen eine zielgerichtete Nachqualifizierung und individuell gestaltete Ein-
arbeitung.

Rückgewinnung

Pflegefachpersonen, die aus dem Beruf ausgestiegen sind, benötigen bei Wiedereinstieg ein Traineeprogramm in Theorie und Praxis, um die berufliche Handlungskompetenz zu stärken und den aktuellen fachlichen Standards zu entsprechen.

Umschulung

In der Altenpflege ist die Umschulung seit Jahren etabliert. Es ist dringend darauf zu achten, dass entgegen jüngster Entscheidungen im Bundestag Umschulungen (auch im 3. Ausbildungsjahr) weiterhin gefördert werden. Allerdings ist prioritär ein solides Finanzierungsverfahren für die Erstausbildung sicherzustellen.

5.4 Erfordernisse in der Ausbildungsfinanzierung

Sowohl bezüglich der Attraktivität und des Ansehen des Berufes als auch bezüglich der Qualität der Ausbildung ist eine den tatsächlichen Aufwand abbildende und damit solide kalkulierte Refinanzierung der schulischen und betrieblichen Ausbildung erforderlich. Die Finanzierung der Schulen (Personal- und Sachkosten) ist aus öffentlichen Mitteln der Bundesländer zu bestreiten. Die Kosten für die Praktische Ausbildung (Praxisanleitung und Ausbildungsvergütung) sind über die gesetzlichen Sozialversicherungen zu refinanzieren.

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen muss als gesamtgesellschaftliches Anliegen erkannt und wahrgenommen werden – hier sind mehr als Lippenbekenntnisse gefordert. Es ist Aufgabe des Staates, für eine qualitativ angemessene schulische Ausbildung von Pflegefachpersonen zu sorgen. Langfristig wird dies nur dadurch gewährleistet werden können, dass die schulische Ausbildung an Berufsfachschulen nach Landesrecht (öffentliche Schulen / private Ersatzschulen) und an Hochschulen stattfindet. Dies sollte im Rahmen der Reform der Pflegeausbildungen berücksichtigt werden.

Kurzfristig ist auch unter den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen sicherzustellen, dass die **Ausbildung bundesweit kostenfrei** angeboten wird – hierzu sind die Regelungen in den Ländern unterschiedlich. Zudem ist sicherzustellen, dass den Schulen ausreichend Mittel zur Verfügung stehen, um fachlich **und** pädagogisch qualifizierte Lehrkräfte zu beschäftigen.

Um eine **Wettbewerbsfähigkeit des Altenpflegeberufes** zu gewährleisten, ist unter anderem eine angemessene, tariflich geregelte Ausbildungsvergütung durchzusetzen. Weitere Aspekte sind die Herstellung qualitativ hochwertiger Ausbildungsbedingungen und eine Optimierung der Arbeitssituation. Genannt seien hier explizit rechtliche Arbeitszuschnitte, die Vereinbarkeit von Freizeit, Familie und Beruf sowie lebenszeitengerechtes Arbeiten.

6. Notwendige fachliche Kompetenz am Beispiel Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen

Patricia Drube

6.1 Ziel der stationären pflegerischen Versorgung

Ziel der stationären Versorgung von Bewohnern, die an Demenz erkrankt ist, das subjektive Wohlergehen herzustellen bzw. zu erhalten, zum einen durch die Förderung von Selbständigkeit und Unabhängigkeit und zum anderen durch Unterstützung bei Alltagsverrichtungen, bei Maßnahmen zur Krankheitsvorbeugung und bei medizinischen Therapien. **Ziel der Pflege** von an Demenz erkrankten Menschen in stationären Einrichtungen ist das Gelingen einer gemeinsamen Alltagsbewältigung. Dazu gehört neben der erforderlichen Unterstützung bei alltäglichen Verrichtungen wie beispielsweise der Körperhygiene vor allem, dass der Bewohner sich wertgeschätzt fühlt, seine Subjektivität unterstützt wird, er sich verstanden fühlt und sein Bedürfnis nach Identität unterstützt wird. Gerade dieses Zusammenspiel von körperlichen und geistig-emotionalen Bedürfnissen stellt hohe Anforderungen an die Kompetenz des Pflegepersonals.

6.2 Erforderliche Kompetenzen

Die benannten Ziele können nur im Zusammenhang mit einer gelungenen gemeinsamen Alltagsbewältigung erreicht werden. Für diese sind spezifische Kompetenzen auf Seiten der Pflegefachpersonen erforderlich:

1. An Demenz erkrankte Menschen haben das Grundbedürfnis, als Subjekt wahrgenommen und wertgeschätzt zu werden. Sie haben das Bedürfnis und das Recht auf die Wahrung ihrer Würde und der Selbstbestimmung. Häufig wird beobachtet, dass an Demenz erkrankte Heimbewohner insbesondere von nicht oder gering qualifizierten Mitarbeitern wie Kinder angesprochen und behandelt werden. Eine grundlegende Anforderung an Pflegefachpersonen in der Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen besteht darin, dass sie eine **respektvolle, wertschätzende Grundhaltung gegenüber den betroffenen Menschen** haben. Dies erfordert eine intensive persönliche Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen und die Fähigkeit zur Selbstreflexion.
2. An Demenz erkrankte Menschen bringen häufig ihr Befinden nicht mehr in für uns üblicher, verständlicher Weise zum Ausdruck. **Pflegefachpersonen müssen in der Lage sein, zu lernen, die individuelle Ausdrucksweise und sowohl die verbale als auch die nonverbale Kommunikation eines an Demenz erkrankten Menschen zu entschlüsseln.** Für das individuelle Verstehen ist unter anderem die Kompetenz erforderlich, zwischen Krankheitsgeschehen, Biographie und Geschichtswissen eine Verbindung herstellen zu können. Aufgrund der steigenden Anzahl von Pflegeheimbewohnern mit Migrationshintergrund ist zusätzlich der individuelle kulturelle Hintergrund einzubeziehen.
3. Auch **gerontopsychiatrisches Fachwissen** ist für die Interpretation der Äußerungen und des Verhaltens von an Demenz erkrankten Menschen unerlässlich. Es trägt zum Beispiel dazu bei, dass Pflegefachpersonen vokale Störungen als Ausdruck des Leidens interpretieren können anstatt als Provokation. Es ist aber insbesondere auch erforderlich, um die Diagnostik und Therapie der Demenzerkrankung zu unterstützen. Die gezielte Krankenbeobachtung im Hinblick auf die Demenzerkrankung trägt wesentlich dazu bei, dass eine adäquate ärztliche Diagnose gestellt werden kann und dass Fehldiagnosen und somit auch Fehltherapien vermieden werden können.
4. Pflegefachpersonen müssen in der Lage sein, **Probleme zu erkennen und zu bewerten.** Im Rahmen des Pflegeprozesses kommt es insbesondere bei an Demenz Erkrankten häufig zu Situationen, in welchen geklärt werden muss, ob es aus medizinischen oder pflegefachlichen Gründen geboten ist, auf die Durchführung bestimmter Interventionen zu bestehen oder ob im Interesse des subjektiven Wohlbefindens des Pflegebedürftigen darauf verzichtet werden kann. Um dies zu beurteilen, muss die Pflegefachperson über die Kompetenz verfügen, die individuellen Risiken einzuschätzen. Sie muss zum Beispiel beurteilen können, ob es erforderlich ist, täglich die Haut in Bezug auf pathogene Veränderungen zu inspizieren oder ob ein Intervall von

einer Woche in der individuellen Situation ausreichend ist. Sofern die Hautinspektion für den Pflegebedürftigen, etwas aufgrund bestimmter Traumata in seine Biografie, eine große Belastung darstellt, hat eine solche Einschätzung elementare Auswirkungen auf die von ihm wahrgenommene Lebensqualität.

5. Pflegefachpersonen müssen die **Kompetenz zur kreativen Problemlösung** besitzen. Die Pflegefachperson muss in der Lage sein, anhand von analytischen Assessmentverfahren die Situation und die aktuellen Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen einzuschätzen. Sie muss aber auch in der Lage sein, auf der Grundlage eines umfassenden Wissens und einer ganzheitlichen Sichtweise von starren Strukturen zu abstrahieren und kreative Wege im Interesse des zu Pflegenden zu gehen. Im Laufe der vergangenen Jahre sind unterschiedliche Techniken und Verfahren im Umgang mit an Demenz erkrankten Pflegebedürftigen entwickelt worden¹⁹. Die bisherige Erfahrung mit diesen Techniken zeigt, dass keine schematischen Regeln dafür aufgestellt werden können, in welcher Situation oder bei welchem Krankheitsbild welches Verfahren anzuwenden ist. Vielmehr ist es die Aufgabe der Pflegefachpersonen, gemäß ihrer Wahrnehmung des Pflegebedürftigen, ihrer Beobachtung seiner Reaktionen und Verhaltensweisen und gemäß ihrem Erfahrungswissen die bekannten und beherrschten Techniken anzuwenden oder zu kombinieren.
6. Pflegefachpersonen müssen die Kompetenz besitzen, **ihre eigenen Grenzen zu erkennen und die Einhaltung einzufordern**. Das abweichende oder herausfordernde Verhalten von an Demenz erkrankten Heimbewohnern ruft bei den an der Versorgung beteiligten Mitarbeitern häufig Frustration, aber auch Angst oder Aggression hervor. Auch wenn von Pflegefachpersonen grundsätzlich erwartet werden kann, dass sie abweichendem Verhalten gegenüber mit Akzeptanz und Toleranz begegnen, so kann doch jeder an der Versorgung Beteiligter angesichts einer anhaltend belastenden Situation an seine physischen und emotionalen Grenzen gelangen. Um Eskalation oder Fehlversorgungen wie freiheitseinschränkende Maßnahmen (Fixierung, Einsatz von Sedativa) zu vermeiden, muss jeder an der Versorgung Beteiligte wahrnehmen, wann er an seine Grenzen gelangt und angemessene Schritte vollziehen, um sich der Situation zu entziehen und die Folgen einer Überforderung zu vermeiden.²⁰

Im Sinne eines Fazits sei hier aus den *„Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“*, herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit, zitiert: *„Die pflegerische Arbeit in diesen Zusammenhängen ist eine der schwierigsten und erfordert daher besonders ausgeprägte Kompetenzen. Unter bekanntermaßen komplizierten und oftmals problematischen Bedingungen einer stationären Pflegeeinrichtung muss geleistet werden, was andernorts allgemein unter professioneller Kompetenz beschrieben wurde (Weidner 1995): Beruhend auf wissenschaftlichen Kenntnissen und der Fähigkeit, die zu pflegende Person aus ihrer ganz eigenen Sichtweise zu verstehen, ohne dabei die professionelle Distanz zu verlieren, muss der in der jeweiligen Situation richtige Weg zum Wohle dieser Person gefunden werden. Eine solche Aufgabe stellt deswegen hochgradige Anforderungen, weil die üblichen Verstehensweisen bei Menschen mit Demenz nicht funktionieren, da ihre Wirklichkeit sich von der der Pflegenden unterscheidet.“*

6.3 Politische Lösungen

Ungeachtet der fachlichen Expertisen, die in den vergangenen Jahren immer wieder im Auftrag von Bundesministerien veröffentlicht wurden,²¹ ignoriert die Beschäftigungspolitik vehement, dass für eine den Ansprüchen unseres Gesundheits- und Sozialsystems entsprechende Pflege von an Demenz erkrankten Menschen Pflegefachpersonen mit umfassenden Kompetenzen erforderlich sind.

¹⁹ Z. B. Mäeuthik, Validation nach Feil, Integrative Validation nach Richard (IVA)

²⁰ Ergänzend sei auf die Ausführungen in den *„Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“*, herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit, hingewiesen: *„Das Ziel der gelingenden gemeinsamen Alltagsbewältigung erfordert professionelles Wissen, strukturierte Reflektion und hohe fachliche Handlungskompetenz von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflege und Betreuung. Wissen und Fähigkeiten beziehen sich dabei nicht vorrangig auf die Beherrschung von Handlungsabläufen, sondern auf die des Verstehens und der Interaktionskompetenz von Personen mit ihren jeweiligen Verhaltensweisen“* (Bundesministerium für Gesundheit, 2006)

²¹ Landenberger, M., Görres, S. (2004); Bundesministerium für Gesundheit (2006)

In **offener Missachtung vorliegender Erkenntnisse** wurde im Jahre 2008 damit begonnen, Langzeitarbeitslose einer 160-stündigen Qualifizierungsmaßnahme zu unterziehen und sie dann für die Betreuung an Demenz erkrankter Menschen in stationären Einrichtungen einzusetzen. Außerdem gibt es nahezu in allen Bundesländern Initiativen, die die Umschulung von Langzeitarbeitslosen zu Altenpflegern voranbringen sollen. Langzeitarbeitslose sind nicht grundsätzlich für den Erwerb einer Qualifikation in der Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen ungeeignet. Ausgangsthese der benannten politischen Entscheidungen scheint allerdings zu sein, dass die Anforderungen an eine solche Tätigkeit so gering sind, dass quasi jeder Langzeitarbeitslose unabhängig von Eignung und Neigung diese erfüllt, sofern er eine nicht besonders umfangreiche Qualifizierungsmaßnahme durchläuft. Dies steht in eklatantem Widerspruch zu anerkannten Erkenntnissen zum Zusammenhang zwischen Qualifikation und Qualität.

6.3.1 Folgen

In der Praxis sind die **Auswirkungen dieser Politik** deutlich erkennbar: Dort, wo Mitarbeitern die oben aufgeführten Kompetenzen fehlen, kommt es zur Eskalation von Gewalt sowie zu unsachgemäßem Einsatz von Fixierungen und medikamentösen Sedierungen²². Außerdem kommt es immer wieder vor, dass überforderte Mitarbeiter stationärer Einrichtungen Bewohner mit abweichendem oder herausforderndem Verhalten ohne objektive Notwendigkeit in die Klinik einweisen lassen. Gerade bei an Demenz erkrankten Patienten stellt ein Krankenhausaufenthalt eine große physische und emotionale Belastung dar und macht häufig die Therapieerfolge mehrere Wochen zunichte. Diese Beispiele verdeutlichen, welche Auswirkungen es auf die Versorgungsqualität hat, wenn an der Qualifikation der Pflegefachpersonen gespart wird.

Zu den Folgen für die betroffenen Pflegebedürftigen kommen die **Folgen für die Pflegefachpersonen**. Durch den Einsatz von Assistenzkräften in der Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen werden Fachkräfte zwar dahingehend entlastet, dass die Bewohner zu bestimmten Tageszeiten beschäftigt sind, allerdings obliegt den Fachkräften weiterhin die Verantwortung für die Steuerung des Pflege- und Versorgungsprozesses. Sie müssen die Assistenzkräfte anleiten, ihre Tätigkeit beaufsichtigen, die Reaktionen und Verhaltensweisen der Bewohner beobachten und bewerten sowie bei Krisen intervenieren. Somit sind es im Wesentlichen die sinnstiftenden, angenehmen Tätigkeiten, die die Assistenzkräfte den Fachkräften abnehmen, während für die Fachkräfte die Aufgaben der Anleitung und Beaufsichtigung hinzukommen. Dies leistet einer Überforderung der Fachkräfte sowie dem kollektiven Ausbrennen der Berufsgruppe Vorschub.

6.3.2 Lösungsansatz

Grundaufgabe von Pflegefachpersonen in der Altenpflege ist die Moderation und Steuerung von Pflege- und Versorgungsverläufen von an Demenz erkrankten Menschen. Pflegehilfskräfte können für Tätigkeiten der Pflege und Betreuung hinzugezogen werden, wenn sie über die erforderlichen Kompetenzen verfügen. Zu diesen Kompetenzen gehören neben grundlegenden pflegerischen und gerontopsychiatrischen Kenntnissen die unter Punkt 1 und Punkt 6 beschriebenen Kompetenzen. Aus diesem Grund müssen die benannten Kompetenzen schon im Auswahlverfahren berücksichtigt werden. Außerdem sind Qualifizierungsmaßnahmen für Assistenzkräfte so zu konzipieren, dass die Fähigkeit zur Selbstreflexion entwickelt und bewertet werden kann und dass die Teilnehmer ausreichend Zeit haben, eine wertschätzende Haltung gegenüber an Demenz erkrankten Menschen zu entwickeln. Außerdem müssen Assistenzkräfte in spezifischen Kommunikationstechniken nicht nur geschult, sondern trainiert sein.

Der Einsatz von Assistenzkräften in der Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen kann nur in begrenztem Umfang erfolgen. Es muss sichergestellt sein, dass eine Pflegefachperson täglich in die Betreuung und Versorgung eingebunden ist und ausreichend Zeit hat, täglich mit dem Bewohner zu kommunizieren.

²² Der „European report on preventing elder maltreatment“ benennt Faktoren bei Mitarbeitern, die mit Misshandlung in stationären Settings assoziiert sind. Diese sind unter anderem das Fehlen von Qualifikationen, eine negative Einstellung alten Menschen gegenüber sowie eine geringe Frustrationstoleranz. (WHO 2011, S 35)

7. Angemessene Leistungsvergütung, Optimierung und Potentiale in der Finanzierung

Patricia Drube und Peter Hettig

7.1 Sicherstellung pflegerischer Langzeitversorgung

Dass eine pflegerische Langzeitversorgung auf einem hohen Qualitätsniveau nicht mit minimalem Kostenaufwand zu realisieren ist, dürfte evident sein. Eine ehrlich geführte gesellschaftspolitische Diskussion über die Frage, welches Niveau an professioneller pflegerischer Versorgung von der gesetzlichen Sozialversicherung finanziert werden kann und sollte ist überfällig. Im Sinne eines konstruktiven Beitrags soll an dieser Stelle neben der Einforderung einer öffentlichen Diskussion über eine angemessene Vergütung professioneller Pflegeleistungen auf Finanzierungspotenziale hingewiesen werden, welche sich durch eine Optimierung der Allokation vorhandener Ressourcen ergeben.

1. Höhere Personalschlüssel können solche Einrichtungen vorhalten, welche ein stringentes Pflege-stufenmanagement etabliert haben. Eine Einrichtung mit 100 Plätzen kann auf diese Weise vier bis sechs Stellen für Pflegefachpersonen in Vollzeit hinzugewinnen. Allerdings machen diese Tatsachen auf die äußerst problematische Situation aufmerksam, dass die **Pflegebegutachtungsverfahren** offenbar in einem großen Ausmaß zu **fehlerhaften** Ergebnissen führen, die dann erst im Widerspruchsverfahren richtig gestellt werden können.²³

Das im Pflegeversicherungsgesetz beschriebene Begutachtungsverfahren verfehlt seinen Zweck, wenn das Verfahren regelhaft zu einer Ablehnung berechtigter Leistungsansprüche durch die Pflegekassen führt. Zudem fehlen die Ressourcen, welche in einer Einrichtung zur Durchsetzung der Leistungsansprüche der Bewohner aufgewendet werden müssen, an Zeit für Pflege und Zuwendung. Im Interesse einer sachgerechten Verwendung der Mittel ist somit ein valides, reliables Begutachtungsverfahren zu fordern.

2. Das Thema **Pflegezeitbedarfserfassung** wurde in Deutschland spätestens mit Einführung der 2. Stufe der Pflegeversicherung (SGB XI) zum 01.07.1996 brandaktuell. Abhängig von der Pflegeeinstufung (§ 15 Abs. 1 SGB XI) resultieren daraus in vollstationären Einrichtungen unterschiedliche Pflegesätze. Sie hat somit klare Auswirkungen auf die finanzielle Situation von in Pflegeheimen lebenden Personen wie auch auf die finanziellen Einnahmen von Einrichtungen und die v.a. daraus resultierende Allokation von personellen Ressourcen. Das Procedere und die Vorgaben zur Bestimmung der Pflegestufe über eine Pflegezeitbedarfserfassung durch den MDK erfahren deshalb die gesteigerte Aufmerksamkeit aller Beteiligten. An den gesetzlichen Vorgaben und der Praxis der momentanen Pflegezeitbedarfserfassung zur Bestimmung der Pflegestufe gemäß des SGB XI wird in der Fachöffentlichkeit v.a. folgende Kritik geäußert:

- Die Pflegezeitbedarfe werden nur im grundpflegerischen Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung erfasst (vgl. § 14 Abs. 4 SGB XI). Die Behandlungs- und die psychosoziale Pflege bleiben damit unberücksichtigt.²⁴
- Die Pflegezeitbedarfserfassung bei an Demenz sowie psychisch erkrankten Menschen beschränkt sich ebenso nur auf die Grundpflege ohne Berücksichtigung des „eigentlichen“ Pflegebedarfes. *„Eine allgemeine Beaufsichtigung, die über die Sicherung der definierten Verrichtungen (im Bereich der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung; Anmerkung des Verfassers) (...) hinausgeht, z.B. bei umtriebigen Dementen oder geistig Behinderten, ist bei der Feststellung des Hilfebedarfes nicht zu berücksichtigen“.*²⁵

²³ Aus dem Niedersächsischen Landespflegebericht 2010 geht hervor, dass in Niedersachsen im stationären Bereich 18% der Anträge auf Zuerkennung einer Pflegestufe nach der Erstbegutachtung abgelehnt werden. 83 % der Widersprüche werden anerkannt. (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration (2011), S. 115)

²⁴ Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) und GKV Spitzenverband (2009) D 4.0 / I.

²⁵ Thomas Klie, Hrsg., (1999): Begutachtungsrichtlinien vom 21.03.1997, S. 615

- Die Pflegestufe I wird erst ab 45 Minuten grundpflegerischem Hilfebedarf möglich. Zu Beginn der Pflegebedarfserfassung durch den MDK gab es stark unterschiedliche Ablehnungsquoten. *„So lag die baden-württembergische Ablehnungsquote von Anträgen auf stationäre Pflegeleistungen im März 1996 noch um 11 bis 12 Prozentpunkte über dem Bundesdurchschnitt, ...“* (Dietrich Engels, 1999, S. 30). Die Validität der Ergebnisse wird damit immer wieder in Frage gestellt.
- Die Pflegeeinrichtung erfährt in der Regel nur die Pflegestufe von der Pflegekasse, nicht aber die ermittelten Zeitwerte. Die Einstufung gibt dabei nur sehr bedingt Auskunft über den grundpflegerischen Hilfebedarf, da die Zeitspannen zwischen den einzelnen Pflegestufen sehr groß sind. So erfordert das Erreichen der Pflegestufe I einen pflegerischen Hilfebedarf von 45 Minuten, der Stufe II von mehr als 120 Minuten und der Stufe III von mehr als 240 Minuten (vgl. § 15 Abs. 3 SGB XI). Dadurch erhält ein Pflegebedürftiger mit 45 Minuten Pflegezeitbedarf ebenso die Pflegestufe I wie jemand mit 119 Minuten, was einem nahezu dreifachen Aufwand entspricht. Die Pflegestufe kann daher kaum als Orientierungsgröße für die Personalverteilung in stationären Einrichtungen herangezogen werden.
- Die Pflegezeitbedarfserfassung erfolgt durch den MDK. Seine Unabhängigkeit wird immer wieder in Frage gestellt, da er von den Pflegekassen finanziert wird und diese aber gleichzeitig für die Leistungsgewährung an die Versicherten verantwortlich sind.

3. Häufig gelingt es nicht, pflegebedürftige Menschen im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt innerhalb eines gesetzlich festgelegten Zeitraums von vier Wochen im Rahmen der **Kurzzeitpflege** soweit zu rehabilitieren, dass eine Rückkehr in die Häuslichkeit möglich ist. Ein Zeitraum von drei bis sechs Monaten würde allerdings in vielen Fällen ausreichen. Würden die gesetzlichen Leistungen bezüglich der Kurzzeitpflege entsprechend erweitert, könnten Aufwendungen für stationäre Dauerpflege erheblich verringert werden. Voraussetzung ist allerdings, dass den Pflegeeinrichtungen der **personelle Mehraufwand**, der sich in dem rehabilitativen Auftrag begründet, entsprechend **vergütet** wird. Zudem ist dies konzeptionell mit Blick auf die Schnittstellen zu Physiotherapie und Ergotherapie zu entwickeln und nur zielführend, wenn eine kontinuierliche Betreuung durch einen geriatrisch fachweitergebildeten Arzt flankierend sicher gestellt werden kann.

4. Pflegefachpersonen verbringen einen immer größeren Teil ihrer Arbeitszeit damit, Dokumentationsformulare zu führen, welche allein dem Zweck dienen, externen Prüfern gegenüber fachliche Überlegungen und Abwägungsprozesse zu belegen. In der Executive Summary zum Pflegeheim Rating Report 2011 heißt es auszugsweise: *„Die Pflege ist ein stark regulierter Markt. In den vergangenen Jahren scheinen die Regulierungs- und Kontrolldichte sowie Berichtspflichten sogar noch zugenommen zu haben. So zieht eine wachsende Qualitätstransparenz automatisch höhere Berichtspflichten nach sich. In diesem Zusammenhang wurden die Kontrollen des Medizinischen Diensts der Krankenkassen (MDK) erhöht. Auch gibt es Doppelkontrollen, einerseits vom MDK und andererseits von der Heimaufsicht der Länder. Ferner hat die Etablierung von Heimgesetzen auf Länderebene erstens zu weiteren und zweitens zu regional unterschiedlichen Vorschriften geführt. All dies verursacht Kosten und bindet personelle Ressourcen in den Heimen und bei den Kontrollorganen. Sollten die beobachteten Unterschiede in der Betreuungsrelation Pflegefachkräfte zu Heimbewohnern zwischen den Bundesländern an regionalen Unterschieden bei den bürokratischen Anforderungen liegen, könnten durch entsprechenden Bürokratieabbau mehr als 10.000 dringend benötigte Pflegefachkräfte anderweitig eingesetzt werden.“*²⁶ Es ist dringend an der Zeit, den defizitorientierten Ansatz der gültigen Qualitätsprüfrichtlinie aufzuheben, zugunsten eines Qualitätssicherungsverfahrens, welches die **Ergebnisse der Pflege in den Mittelpunkt** rückt und welches einen Anreiz bietet, zeitliche und personelle Ressourcen direkt dem Heimbewohner zu widmen anstatt immer größere Stellenanteile für das Führen und Kontrollieren der Pflegedokumentation sowie zur Ausgestaltung theoretischer schriftlicher Konzepte zu schaffen.²⁷

²⁶ Augurtsky, B, Krolop, S., Mennicken, R., Schmidt, H., Schmitz, H., Terkat, S. (2011)

²⁷ Die Ausfüllanleitung für die Qualitätsprüfer des MDK schreibt bei vielen Prüfkriterien vor, dass die Erfüllung anhand der Pflegedokumentation oder anhand schriftlicher Konzepte der Einrichtung zu prüfen ist. Durchführungsverordnungen zu Landesheimgesetzen erweitern häufig diese bürokratischen Anforderungen noch. Einen zukunftsweisenden Ansatz hingegen verfolgen die Ergebnisse des vom BMFSJ und BMG beauftragten For-

5. Durch eine flächendeckende Erhebung der von Wingenfeld identifizierten Ergebnisqualitätsindikatoren wird eine Datenbasis geschaffen, welche als Grundlage dafür dienen kann zu erforschen, welche Prozesse und Interventionen tatsächlich geeignet sind, bestimmte **Pflegeergebnisse zu erreichen**. Diese Erkenntnisse wiederum können erheblich zu einer effizienten, zielgerichteten Ressourcenverwendung beitragen, auch was den Einsatz von Pflegefachpersonen betrifft.

6. Durch eine **adäquate Ausstattung mit Pflegefachpersonen** in der stationären Altenpflege können Krankenhausaufenthalte von Heimbewohnern wirkungsvoll reduziert werden. Es kommt nachweislich dann vermehrt zu Klinikeinweisungen, wenn die Pflegefachpersonen in der stationären Einrichtung überfordert sind. Dies kann einerseits durch ausgeprägte psychiatrische Symptome der Bewohner bedingt sein und andererseits durch schwere Krankheitsbilder, welche ein hohes Maß an medizinisch-pflegerischen Überwachungen und Interventionen erfordern. Dadurch, dass die Liegezeiten in den Kliniken stark verkürzt wurden, stehen Pflegefachpersonen in stationären Pflegeeinrichtungen vermehrt in der Pflicht, engmaschig behandlungspflegerische Leistungen zu erbringen sowie spezielle Krankenbeobachtung und Maßnahmen der Symptomkontrolle durchzuführen. Diese Tatsachen erfordern, dass die derzeitige Finanzierungsregelung der SGB V Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen dahingehend reformiert wird, dass dem wachsenden Anteil dieser Leistungen im Rahmen eines Heimaufenthaltes finanziell und damit auch personalwirksam Rechnung getragen wird.

7.2 Fazit: Anpassung der Personalausstattung notwendig

Durch eine Anpassung der Personalausstattung könnten stationäre Einrichtungen einen weit höheren Anteil an präventiven und rehabilitativen geriatrischen Leistungen erbringen, was saldiert zu einer Kostenersparnis für die Sozialversicherungsträger führen würde. Darüber hinaus ist ein Paradigmenwechsel bezüglich der gesetzlich verankerten Qualitätssicherung einzufordern. Dieser würde zum einen den derzeitig zu beobachtenden Bürokratisierungsprozess ausbremsen und zum anderen eine wertvolle Datengrundlage für eine ergebnisorientierte Pflege- und Versorgungsforschung liefern.

Die Entscheidungsträger auf allen Seiten des Versorgungssystems mögen sich die mittelfristigen Auswirkungen einer restriktiven Fachkraftausstattung und Leistungsgewährung bewusst machen und ihre Freiräume nutzen für eine nachhaltige Personalpolitik und einen weitsichtigen Umgang mit gesetzlichen Leistungsansprüchen.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Bundesverband e.V.

Salzufer 6
10587 Berlin
Email: dbfk@dbfk.de
www.dbfk.de

AG Personalbemessung stationäre Altenhilfe im DBfK:

Gudrun Becher (Referentin Altenpflege DBfK Bundesverband), **Patricia Drube** (Referentin Altenpflege DBfK Regionalverband Nordwest), **Peter Hettig** (Heimleiter), **Anja Kistler** (Geschäftsführerin DBfK Regionalverband Nordost), **Stefan Werner** (Pflegedienstleiter), **Peter Tackenberg** (Referent der Geschäftsführung DBfK Bundesverband)

Berlin, 31.08.2011, redaktionell überarbeitet 06.10.2011

schungsprojektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“. Wingenfeld, K., Engels, D. (2011). Siehe auch DBfK (2011)

8. DBfK Positionen

Anhang 1: Forderungen des DBfK zur Reform der Pflegeversicherung

In einem heute veröffentlichten Positionspapier hat der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) zentrale Forderungen und Eckpunkte zur Reform der Pflegeversicherung aufgestellt. „Pfle-gebedürftigkeit betrifft gleichermaßen körperliche, kognitive und soziale Aspekte des Lebens. Die Gestaltung des Leistungsgeschehens muss dem entsprechen.“ sagt DBfK-Referentin Gudrun Becher. „Hilfebedarf allein an somatischen Einschränkungen festzumachen ist eine unangemessene, reduzierte Sichtweise. Sie schließt eine große Gruppe hilfebedürftiger Menschen, z.B. mit Demenzerkrankung, nahezu vollständig aus. Zur nachhaltigen Sicherung der bedürfnisgerechten pflegerischen Versorgung brauchen wir in Deutschland neue Wege,“ so Becher weiter. Die ausführliche Stellungnahme befasst sich mit Themen wie der Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Prävention, Finanzierung, Pflegeberatung, Entlastung pflegender Angehöriger, Qualifikationsfragen und der Koordination unterstützender Netzwerke.

Dass die Pflegeversicherung reformbedürftig ist steht außer Frage: Bereits 2008 hat ein Expertengremium im Auftrag der Bundesregierung an der Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs gearbeitet, seit Januar 2009 liegen dessen Empfehlungen vor. Sie umzusetzen hat sich Bundesgesundheitsminister Rösler lange Zeit gelassen, bleibt zu hoffen, dass nun seine für das „Jahr der Pflege“ angekündigte Reform diesen Namen auch verdient.

Download (18 S.) unter www.dbfk.de/download/index.php

Berlin, 22. März 2011

Anhang 2: Position des DBfK: Projektergebnisse zu Ergebnisqualität vorgestellt

Die mit Spannung erwarteten Ergebnisse des Projektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ wurden am 14. Dezember 2010 in Berlin vorgestellt. 15 gesundheitsbezogene Indikatoren und 11 Indikatoren zur Erfassung von Aspekten der Lebensqualität erwiesen sich für einen Vergleich der Qualität von Einrichtungen als geeignet. Wesentliche Anforderungen an die Kriterien waren die Messbarkeit des Pflegeergebnisses und die maßgebliche Beeinflussbarkeit durch die Pflegefachpersonen.

Im Mittelpunkt der Fachtagung stand die Diskussion um die Integration der Ergebnisse in die derzeitige Qualitätssicherungs-Landschaft. Vor dem Hintergrund der Debatte um die PTVen und dem Ringen um einen von allen Verbänden der Selbstverwaltung mitgetragenen Lösungsweg, kommt das Ergebnis zur rechten Zeit. Jetzt liegen wissenschaftlich fundierte, praxistaugliche Ergebnisse zur Ergebnis- und Lebensqualität vor. Genau das, was das Gesetz im §115 Abs.1a SGB XI als wichtige Verbraucherinformation fordert, wozu aber bisher noch keine pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse existierten. Diese Indikatoren verschränken in ihrer Anwendung das interne Qualitätsmanagement mit der externen Qualitätsprüfung. Deren Verwendung liefert methodisch verlässliche Ergebnisse, die einen fairen Vergleich von Einrichtungen erlauben. Diese auf den Einflussbereich pflegerischen Handelns ausgerichteten Indikatoren stärken damit das professionelle Selbstbewusstsein der Pflegefachpersonen. Statt Dokumentieren von Prozessen, um für MDK-Prüfungen gerüstet zu sein, geht es bei den Indikatoren um die Ergebnisse pflegerischen Handelns.

Dr. Wingenfeld und Dr. Engels sehen in den Ergebnissen

- eine Aufwertung des internen Qualitätsmanagements mit erheblichen Qualitätsanreizen
- eine Konzentration auf Kernprozesse der Versorgung
- eine Versachlichung der Qualitätsdiskussion
- Anschluss an die internationale Entwicklung
- Optionen zur Weiterentwicklung des Prüfgeschehens
- Optionen zur Weiterentwicklung der PTVS.

Der Abschlussbericht zum Projekt wird Ende Januar vorliegen. Hinsichtlich einer von allen gewollten Implementierung der Ergebnisse in die Qualitätsstrukturen der Pflege in Deutschland sind sodann die Schritte der Umsetzung zu identifizieren.

Aus Sicht des DBfK liegt mit den Erkenntnissen aus diesem Forschungsprojekt eine solide Basis vor, dem gesetzlichen Auftrag zu vergleichbaren Informationen zu Pflegeleistungen von Einrichtungen gerecht zu werden - sowohl gegenüber den Verbrauchern als auch gegen-über den Pflegeeinrichtungen. Deren Anwendung gilt es zeitnah auf den Weg zu bringen.

Berlin, 16. Dezember 2010

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Bundesvorstand

Anhang 3: Position des DBfK zur Fachkraftquote in der stationären Altenhilfe

Die Fachkraftquote²⁸ in der stationären Altenhilfe ist zum Spielball unterschiedlicher Interessen geworden. Immer großzügiger wird ausgelegt, welche Qualifikation bzw. Berufsgruppe als Fachkraft angerechnet werden soll. Dieses Vorgehen lehnt der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) entschieden ab. Die Quote gilt als Element zur Sicherung von Pflegequalität. Angesichts der wachsenden Zahl an kognitiv eingeschränkten Bewohnern und der Übernahme von Patienten nach immer kürzeren Krankenhausaufenthalten sind die Anforderungen quantitativ und qualitativ gewachsen. Um diesem Bedarf gerecht zu werden, sind Fachwissen auf dem Stand aktueller pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse sowie breitgefächerte Kompetenzen, beispielsweise im Bereich Kommunikation, Organisation, Anleitung und Beratung, erforderlich. Dies sind zentrale Aufgaben der professionell Pflegenden.

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) setzt sich dafür ein, nur Fachkräfte der Pflegeberufe mit mindestens dreijähriger Ausbildung oder einem grundständigen Pflegestudium für das Kontingent der Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege anzuerkennen.

Im Heimgesetz wurde ein Anteil von 50% als Mindestanforderung zur Fachkraftquote festgelegt. In der stationären Altenpflege wird nun dieses Minimum als Maximum umgesetzt. Hinsichtlich dessen fordert der DBfK, die Fachkraftquote ausdrücklich als Pflegefachkraftquote mit einer Untergrenze von 50% zu definieren. Darüber hinaus ist die Pflegefachkraftquote in Abhängigkeit vom Pflegebedarf der Bewohner mittels eines validen Personalbemessungssystems abzustimmen und dementsprechend anzuheben.

Den Vorschlag, Pflegehilfskräfte mit langjähriger Erfahrung als Fachkräfte anzuerkennen, um dem Fachkräftemangel zu begegnen, weist der DBfK entschieden zurück. Pflegehilfskräften fehlt trotz langjähriger Pflegepraxis die notwendige fachliche Expertise, um Tätigkeiten einer Fachkraft verantwortlich durchführen zu können. Wer übernimmt die Haftung bei Qualitätsmängeln oder schwerwiegenden Pflegefehlern? Werden sukzessive Pflegefachpersonen durch geringer qualifizierte Pflegehilfskräfte ersetzt, so wird es für die Einrichtungen immer schwieriger, die durch die Kostenträger gestellten Qualitätsanforderungen zu erfüllen. Zudem wird das Image des Pflegeberufes durch solche Maßnahmen deutlich herabgesetzt, woraus ein zunehmender Nachwuchsmangel resultiert.

Berufserfahrenen Pflegehilfskräften mit Eignung zur Pflegefachkraft müssen Bildungswege zur Weiterqualifizierung eröffnet und somit die Möglichkeit eines Zugangs zur Fachkraftqualifizierung gebnet werden, beispielsweise durch entsprechend finanzierte berufsbegleitende Programme. Dies verlangt politische Entscheidungen und die Bereitschaft der Arbeitgeber, in Qualifizierung zu investieren und nach Abschluss entsprechend zu vergüten.

Berlin, März 2011

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Bundesvorstand

²⁸ Die Fachkraftquote in der stationären Altenpflege definiert den prozentualen Anteil an pflegerisch qualifizierten Mitarbeitern mit mindestens 3-jähriger Ausbildung. Sie ist Bestandteil des Heimgesetzes und wird auf Länderebene unterschiedlich ausdifferenziert.

Literaturverzeichnis

- Augurtsky, B, Krolop, S., Mennicken, R., Schmidt, H., Schmitz, H., Terkatz, S. (2011): Pflegeheim Rating Report 2011 – Boom ohne Arbeitskräfte? Executive summary, Essen
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2006): al.i.d.a – Arbeitslogistik in der stationären Altenpflege Projektabschlussbericht, Hamburg
- Bickel, H. (1999): Demenzkranke in Alten- und Pflegeheimen: Gegenwärtige Situation und Entwicklungstendenzen, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn
- Bomball, J, Schwanke, A., Stöver, M., Schmitt, S., Görres, S. (2010a): Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten - Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes, Bremen
- Bomball, J; Schwanke, A; Stöver, M; Görres, S; Schmitt, S (2010b): Gesunde Pflege beginnt in der Pflegeausbildung. In: Die Schwester Der Pfleger, 11/2010, S. 1048-1054
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit (2010): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe, Witten
- DBfK (2011): DBfK: Der Weg zu einer validen externen Qualitätsbeurteilung ist aufgezeigt. Vorstellung und berufspolitische Bewertung des Projektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“, Berlin
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2004): Vernetzung von theoretischer und praktischer Pflegeausbildung, Paderborn
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2008): Demenz – Leitlinie 12, Düsseldorf
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2004): Vernetzung von theoretischer und praktischer Pflegeausbildung, Berlin
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) und GKV Spitzenverband (2009): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungsrichtlinien –BRI) vom 08.06.2009, Essen / Berlin
- Klie, T. Hrsg., (1999): Begutachtungsrichtlinien vom 21.03.1997, Freiburg
- Kuhlmey, A., (2009): Versorgungsanforderungen bei älteren und alten Menschen im Spiegel des neuen Sachverständigenratsgutachtens. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 9/2009 S. 425-431
- Landenberger, M., Görres, S. (2004): Sachverständigen Gutachten und Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Altenpflegegesetz, Köln
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2009): Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege, Essen
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration (2011): Niedersächsischer Landespflegebericht 2010, Hannover
- Statistisches Bundesamt (2011): Pflegestatistik 2009
- WHO (2011): European report on preventing elder maltreatment, Kopenhagen
- Wingenfeld, K., Büscher, A, Gansweid, B. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit - überarbeitete, korrigierte Fassung, Bielefeld/Münster, 25. März 2008
- Wingenfeld, K., Engels, D. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe, Köln / Bielefeld