

Anmerkungen zur Personalsituation **in der stationären Altenpflege**

Autor: Thorsten Meier, Altenpfleger

Kontakt: thorstenmeier@gmx.de

Anmerkungen zur Personalsituation in der stationären Altenpflege

In einer Studie in Nordrhein-Westfalen¹(kurz: NRW-Studie) wurde bei über 700 HeimbewohnerInnen direkt gemessen, wie viel Zeit für die Begleitung und Unterstützung durch die Pflegekräfte zur Verfügung steht.

Für die unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen wurden die folgenden Werte ermittelt²:

| Ergebnis der NRW-Studie | |
|-------------------------|----------|
| Pflegestufe1 | 55,3min |
| Pflegestufe2 | 87,2min |
| Pflegestufe3 | 107,7min |

Der durchschnittliche Zeitaufwand gemittelt über alle BewohnerInnen ergab 82,7min.³

Die Personalschlüssel für die Heime werden bei Pflegesatzverhandlungen zwischen der Pflegekasse, den Sozialhilfeträgern und den Heimen verhandelt. In den meisten Fällen sind diese Schlüssel innerhalb eines Bundeslandes gleich, d.h. jedes Heim soll dieselbe Anzahl an Personal vorhalten. Mit den Personalschlüsseln liegt damit eine konkrete und berechenbare Personalbemessung für die Pflegeheime vor.

Der Personalschlüssel orientiert sich nach den durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) ermittelten Pflegestufen. Je höher die Pflegestufe, desto mehr Personal muss vorgehalten werden.

Beispiel:

Der Personalschlüssel bei Pflegestufe 1 liegt bei 1/3 -> d.h. für drei BewohnerInnen der Stufe 1 kann eine Vollzeitstelle besetzt werden

¹ **NRW-Studie** = E.Schnabel, K. Wingenfeld: Pflegebedarf und Leistungsstruktur in stationären Pflegeeinrichtungen Download:

<http://ipw-bielefeld.de/projekte/stat-langzeit-versorgung/referenzmodelle.html>

² **NRW-Studie** S.70

³ **NRW-Studie** S.61

Der Personalschlüssel der Pflegestufe 3 liegt bei $\frac{1}{2}$ -> schon bei zwei BewohnerInnen kann hier eine Vollzeitstelle besetzt werden.

Der durchschnittliche Personalschlüssel liegt bundesweit bei $\frac{1}{2,8}$. Geht man von einer durchschnittlichen Netto-Arbeitszeit von 130h/Monat bei einer Vollzeitkraft aus (d.h. Urlaub und Krankheitszeiten sind schon abgezogen) ergibt sich daraus bei 30 Tagen/Monat eine Durchschnittszeit von 93min/BewohnerIn. Abzüglich aller bewohnerfernen Tätigkeiten (Übergabe, Dokumentation, usw...) liegen wir bundesweit also sicherlich schlechter als die Werte in der NRW-Studie.

Der Grund hierfür sind die unterschiedlichen Personalschlüssel in den einzelnen Bundesländern, wobei man leider feststellen muss, dass in „reichen“ Bundesländern die Schlüssel besser sind.

Wie kommt es aber zu dieser Festlegung von Personalschlüsseln? Man könnte zunächst vermuten, dass mit diesen Schlüsseln ein konkreter Leistungskatalog verknüpft ist: d.h. es wird festgelegt, was in diesen 83min /Tag und BewohnerIn geleistet werden soll. Dies ist ausdrücklich nicht der Fall, oder um es deutlich zu sagen: wie mit durchschnittlich 83min eine aktivierende und ressourcenorientierte Pflege möglich sein soll, wie sich diese also innerhalb dieses Zeitbudgets darstellen soll, ist nirgendwo hinterlegt. Vielmehr ist es so, dass die Festlegung von Pflegeschlüsseln eine rein finanzpolitische Angelegenheit ist. Es wird also gefragt: Was können wir uns leisten? und nicht: Was brauchen wir?

Die Orientierung der Personalschlüssel an den Einstufungen durch den MDK führt immer noch zu einem Missverständnis: keinesfalls ist es so, dass die vom MDK festgestellten Pflegeminuten bei der Einstufung in einem Pflegeheim auch zur Durchführung der Pflege zur Verfügung stehen. Glaubt also beispielsweise ein Angehöriger, seiner Mutter steht bei Pflegestufe 3 die vom MDK mindestens festgestellte Pflegezeit von 240min zu, irrt er sich. Dieser Irrtum ist leider auch noch unter Pflegekräften weit verbreitet.

In den Richtlinien des MDK⁴ heißt es dazu:

Die Zeitorientierungswerte enthalten keine Vorgaben für die personelle Besetzung von ambulanten, teil- oder vollstationären Pflegeeinrichtungen und lassen keine Rückschlüsse hierauf zu.

⁴ Die Richtlinien des MDK können Sie auf folgender Seite downloaden:
http://www.mds-ev.de/media/pdf/Begutachtungsrichtlinie_screen.pdf

Rückschlüsse auf die personelle Besetzung von Einrichtungen verbieten sich auch deshalb, weil der Zeitaufwand gemäß § 15 Abs. 3 SGB XI bezogen auf Familienangehörige oder andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegepersonen ermittelt wird, in Einrichtungen aber hauptberuflich tätige Kräfte arbeiten.⁵

Es ist in der Pflegewissenschaft unumstritten, dass eine ressourcenorientierte und aktivierende Pflege zeitaufwendiger ist als eine passivierende Pflege, was der vollständigen Übernahme aller Tätigkeiten durch die Pflegekraft entspricht. Insofern kann dieses Argument des MDK nur so ausgelegt werden, dass der ermittelte Zeitaufwand gemäß § 15 Abs. 3 SGB XI in der stationären Pflege nicht ausreicht. Für die professionelle Pflege gilt nämlich laut MDK-Richtlinien:

Unter der aktivierenden Pflege ist eine Pflegepraxis zu verstehen, die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit des Menschen fördert (ressourcenorientierte Selbstpflege). Sie berücksichtigt die Ressourcen des zu Pflegenden, so dass dieser unter Beaufsichtigung bzw. Anleitung selbst aktiv sein kann. Sie hat die Erhaltung bzw. Wiedergewinnung der Selbständigkeit des zu pflegenden Menschen zum Ziel. Aktivierende Pflege setzt eine bestimmte Haltung der in der Pflege Tätigen voraus, nämlich die Abkehr vom Bild des passiven, zu verwahrenden pflegebedürftigen Menschen und Hinkehr zur biografiegeleiteten, bedürfnisorientierten Pflege. Sie hat einen nachvollziehbaren Pflegeprozess zur Voraussetzung, der sich in der Pflegedokumentation widerspiegeln muss.⁶

Bei der Pflege durch Pflegeeinrichtungen ist grundsätzlich von aktivierender Pflege auszugehen.⁷

Vergleichen wir nun die vom MDK zugrunde gelegten Zeitkorridore mit den Ergebnissen der NRW-Studie:

| Ergebnis der NRW-Studie | | MDK-Richtlinien | | Durchschnitt |
|-------------------------|----------|-----------------|------------|--------------|
| Pflegestufe1 | 55,3min | Pflegestufe1 | 45-119min | 83min |
| Pflegestufe2 | 87,2min | Pflegestufe2 | 120-239min | 180min |
| Pflegestufe3 | 107,7min | Pflegestufe3 | ab240min | >240min |

⁵ MDK-Richtlinien S.105

⁶ MDK-Richtlinien S. 50

⁷ MDK-Richtlinien S. 50

Man erkennt sofort, dass bei der Pflegestufe1 mit 55,3min noch ein Wert ermittelt wurde, der über dem Mindestwert von 45min der MDK-Richtlinien liegt. Schon der anzunehmende Durchschnittswert von 83min wird deutlich unterschritten. Bei der Pflegestufe2 wird nicht einmal mehr die Hälfte des Durchschnittswertes erreicht. Insgesamt muss daher davon ausgegangen werden, dass in deutschen Pflegeheimen nicht einmal **die Hälfte der Pflegezeit** zur Verfügung steht, die der MDK für die sogenannte Laienpflege ermittelt.

Verknüpft man dies noch mit dem oben ausgeführten Anspruch an eine aktivierende Pflege erscheint der Begriff vom Pflegenotstand in einem klareren Licht. Uns ist kein Pflegewissenschaftler oder Sozialpolitiker bekannt, der ernsthaft behauptet oder gar nachweist, dass mit diesen Zeitressourcen eine menschenwürdige, d.h. aktivierende Pflege machbar ist.

Leider wird bei der Frage nach angemessenen Personalschlüsseln meist auf ein fehlendes wissenschaftlich anerkanntes Bemessungsverfahren für den tatsächlichen pflegerischen Aufwand hingewiesen. Es darf hier durchaus bezweifelt werden, ob dies überhaupt eine wissenschaftliche Frage ist. Das zeigt schon die Kritik an bestehenden Verfahren.

Umgekehrt ist es aber so, dass es aus der Praxis eine Unmenge an Daten gäbe, die eine Einschätzung des Bedarfs ermöglichen würden. Es sei nur daran erinnert, dass jährlich Tausende von Auszubildenden in der stationären Altenpflege auch praktisch geprüft werden. Grundlage dieser Prüfungen ist selbstverständlich eine ressourcenorientierte und aktivierende Pflege, für die auch eine ausführliche Planung vorliegt.

Das eigentlich naheliegende praktische Ansätze ignoriert werden zugunsten theoretischer Metadiskussionen über Bemessungsverfahren oder einen neuen Pflegebegriff, die eine eindeutige Aussage über den Pflegebedarf für Jahre, wenn nicht Jahrzehnte verzögern, ist sicherlich kein Zufall.

Häufig wird auch darauf hingewiesen, dass ein Pflegeplatz um die 3000 Euro kostet und damit eine menschenwürdige Pflege möglich sein sollte. Leider wird diese Behauptung aber auch nie konkretisiert. Die an der NRW-Studie beteiligten Häuser waren handverlesen, Ziel war es ausdrücklich, *die Erhebung defizitärer Versorgungssituationen zu vermeiden*.⁸ Bei keinem dieser Häuser besteht also der Verdacht, dass sie Abzocker seien und zum Beispiel weniger Personal als vereinbart eingestellt

⁸ **NRW-Studie:** S.11. Es sei hier angemerkt, dass dieses Ziel schon ein Vorurteil beinhaltet, nämlich das eine nicht defizitäre Versorgungssituation überhaupt möglich ist.

haben. Daraus ergibt sich folgerichtig: Für durchschnittlich 3000 Euro lassen sich durchschnittlich 83min direkte Pflege/Tag finanzieren.

Selbstverständlich gibt es bei gleichen Rahmenbedingungen deutliche Qualitätsunterschiede bei den Pflegeheimen, es sollte aber deutlich geworden sein, dass eine aktivierende Pflege auch bei besseren Häusern unter diesen Rahmenbedingungen nicht möglich ist. Die NRW-Studie hat ermittelt, dass 76% der Pfllegetätigkeiten als vollständige Übernahme geleistet werden.⁹ Dazu bemerken die Autoren: *Der Zeitaufwand wäre als höher einzustufen, wenn beispielsweise unterstellt wird, das eine wirksame ressourcenfördernde Pflege [...] weit mehr Zeitaufwand erfordert als eine Pflege, bei der den pflegebedürftigen alle notwendigen Handlungen abgenommen werden.*¹⁰

Das Ergebnis ihrer Untersuchung fassen die Autoren schließlich so zusammen:

*Im Vordergrund steht eher eine defizitorientierte Pflege. Ansätze, Bewohnern eine aktive Rolle bei den Alltagsverrichtungen, konzentrieren sich auf Personen, bei denen davon auszugehen ist, dass sich die Alltagsverrichtung durch ein solches Vorgehen nicht in die Länge zieht. Zeitlich umfangreiche Anleitungen besitzen im Versorgungsalltag seltenheitswert. Ausschlaggebend für den geringen Stellenwert aktivierender, rehabilitativ ausgerichteter Hilfeleistungen dürften mangelnde Zeit bzw. hohe Arbeitsbelastung sein. Sie bilden eine objektive Grenze, fördern aber auch bei den Mitarbeitern eine Grundhaltung, in der sie danach streben, Maßnahmen so rasch wie möglich zu erledigen und dabei ggf. auch Eigenaktivitäten von Bewohnern zurückzuweisen.*¹¹

Die Gesetzeslage zu dieser Frage ist übrigens eindeutig, so z.B.:

SGB11, § 11 Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

(1) Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.

Eine vorrangig defizitorientierte Pflege entspricht eindeutig nicht dem anerkannten medizinisch-pflegerischen Erkenntnis und stellt in mehrfacher Hinsicht eine Verlet-

⁹ NRW-Studie: S.68

¹⁰ NRW-Studie: S. 69

¹¹ NRW-Studie: S. 134

zung der Menschenwürde dar bis hin zu einer Verletzung der körperlichen Unversehrtheit. Der wachweichen Argumentation in der NRW-Studie ist daher nicht zuzustimmen: *Insofern ist Pflegebedarf eine relative Größe, abhängig vom Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse, vom Entwicklungsstand der Pflege und der gesellschaftlichen Entscheidung darüber, welche Versorgungsqualität den Patienten bzw. Pflegebedürftigen zugebilligt werden soll.*¹²

Um also die Missstände in deutschen Pflegeheimen in den Griff zu bekommen, ist eine deutliche Verbesserung der Personalschlüssel eine notwendige Voraussetzung.

Braucht es tatsächlich mehr als gesunden Menschenverstand, um mit Pflegefehlern zu rechnen, wenn eine Pflegekraft bei den derzeitigen Personalschlüsseln morgens 8-10 Pflegebedürftige versorgen muss?

Wir fordern daher als ersten Schritt, die Personalschlüssel entsprechend den Zeitrichtwerten der MDK-Einstufungen anzuheben. Auf dieser Basis sollte dann unter wissenschaftlicher Aufsicht überprüft werden, ob eine Versorgung gemäß SGB11 bzw. den MDK-Richtlinien erreicht werden kann.

Weiterhin beim derzeitigen Personalnotstand unter Bedingungen einer Akkordpflege Verbesserungen durch mehr Kontrollen, Entbürokratisierung, Qualitätsmanagementsysteme oder gesundheitsfördernde Maßnahmen für das Personal erreichen zu wollen, lenkt nur vom eigentlichen Problem ab.

Es kann nicht unsere Aufgabe sein, das finanzpolitische Problem hinter diesen Missständen zu lösen. Wir weisen hier aber noch einmal darauf hin, dass Finanzierungsprobleme in einem demokratischen Rechtsstaat keine strukturell bedingten Pflegemängel rechtfertigen. Die derzeitigen Pflegesätze mögen vielleicht schon sehr hoch erscheinen, aber eine angemessene, menschenwürdige Pflege lässt sich damit nachweislich nicht darstellen.

¹² NRW-Studie: S. 9