

16/04



## Personalbemessung in der Altenpflege

Abdruck der ver.di Broschüre

„Anforderungen an eine bedarfsgerechte Personal-  
bemessung in der Altenpflege“

(ÖTV und DAG, Mai 2000)

ver.di Bundesfachgruppe Einrichtungen und Dienste der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege  
Kontakt: Gabriele Feld-Fritz, ver.di Bundesverwaltung, Ressort 9, Potsdamer Platz 10, 10785 Berlin



Gesundheit, Soziale Dienste  
Wohlfahrt und Kirchen

Vereinte  
Dienstleistungs-  
gewerkschaft



**Anforderungen** an  
eine bedarfsgerechte  
**Personalbemessung**  
in der **Altenpflege**

Arbeitsergebnisse einer Expertenrunde

## **Impressum**

### **Herausgeber**

Deutsche Angestellten-Gewerkschaft  
(DAG)  
Ressort Öffentlicher Dienst

Gewerkschaft Öffentliche Dienste,  
Transport und Verkehr (ÖTV)  
Vorstandssekret. 7, Bereich GeKiSS

### **Anschriften**

Johannes-Brahms-Platz 1  
20355 Hamburg

Theodor-Heuss-Straße 2  
70174 Stuttgart

### **Bearbeitung**

Susann Czekay

Gerd Dielmann, Gabriele Feld-Fritz

## Vorwort

Aufgeschreckt durch Berichterstattung in den Medien gerät die Situation der Pflegebedürftigen schlaglichtartig immer wieder in den Blickpunkt öffentlichen Interesses. Qualitätsmängel in der Pflege werden dabei oft allzu leichtfertig dem Personal angelastet, ohne die Rahmenbedingungen zu berücksichtigen unter denen Pflegepersonal zu arbeiten hat.

Der gesetzlich gewollte Wettbewerb unter den Einrichtungen der Altenpflege findet seine Auswirkungen in erster Linie im Personalbereich. Tarifflicht, Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen, Personalabbau und zunehmende Beschäftigung von Hilfskräften sind offenkundige Anzeichen der Bemühungen, die Personalkosten zu senken.

Eine ausreichende Personalausstattung mit qualifizierten Pflegekräften ist aber eine entscheidende Größe zur Gewährleistung einer angemessenen Pflegequalität. Die Qualitätsgrundsätze der Trägerverbände und Pflegekassen schreiben lediglich **eine** verantwortliche Pflegefachkraft mit festgelegter Qualifikation vor. Zahl und Ausbildungsstand der anderen Pflegekräfte bleiben weitgehend unregelt. Die Fachkraftquote liegt in den Heimen vielfach noch deutlich unter 50%, obwohl seit der Heimpersonalverordnung von 1993 mindestens jede zweite Beschäftigte für betreuende Tätigkeiten eine Fachkraft sein sollte. Großzügige Übergangsvorschriften haben den Heimträgern erlaubt, entsprechende Anstrengungen zurückzustellen oder gar im Zuge des Preiswettbewerbs den Anteil der Fachkräfte noch zu senken. Der Heimpersonalverordnung kommt mit ihrer Mindest-Fachquoten-Regelung bei den Kostenverhandlungen derzeit eine letzte wichtige Schutzfunktion zu, sowohl für die Beschäftigten als auch für die Heimbewohner/-innen.

Mit dem Auslaufen der Übergangsregelung zum 30.09.2000 sind die politisch Verantwortlichen zum Handeln aufgefordert. Dabei darf eine Fachkraftquote von 50 % als Mindestpersonalausstattung unter keinen Umständen unterlaufen werden. Bei einer ohnehin knappen Personaldecke und angesichts komplexer Anforderungen ist kein ungünstigeres Verhältnis zu verantworten.

Die Festlegung einer Fachkraftquote reicht aber nicht aus, um eine dem tatsächlichen Pflegebedarf angemessene Zahl und Qualifikation des Pflegepersonals zu garantieren. Erforderlich ist eine Verordnungsermächtigung im Heimgesetz zur Regelung der Personalausstattung in den Pflegeeinrichtungen. Personalanhaltszahlen oder pauschale Richtwerte sind nur bedingt geeignet, eine aus Pflegebedarf und Leistungsangebot ermittelte Personalausstattung zu gewährleisten. Sie kann nicht - wie im Entwurf für ein Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (Stand: April 2000) vorgesehen - dem Kräftespiel der Pflegesatzparteien überlassen werden.

Zur Ermittlung des erforderlichen Personalbedarfs fehlen bislang noch weitgehend geeignete Instrumente. Die Gewerkschaften ÖTV und DAG haben Experten aus Wissenschaft und Praxis zusammengeführt, um die Situation zu analysieren, Anforderungen an ein Personalbemessungsverfahren zu formulieren und Vorschläge für deren Umsetzung zu unterbreiten.

Mit der vorliegenden Broschüre stellen wir die Arbeitsergebnisse zur Diskussion und geben damit Impulse, Personalfragen am tatsächlichen Bedarf zu diskutieren und nicht allein unter Kostengesichtspunkten.

Mai 2000

## Problembeschreibung

Das Pflegeversicherungsgesetz hat das Risiko der Pflegeabhängigkeit aus der Privatheit in die solidarische Verantwortung überführt. Dieses war eine dringende, zu lange vernachlässigte sozial- und gesundheitspolitische Reform, die von der Expertenrunde ausdrücklich befürwortet wird. Im Zuge der Absicherung des Pflegerisikos wurde vor allem auch im Interesse längerfristiger Beitragsstabilität die Definition der Pflegeabhängigkeit, des Pflegebedarfs, der Leistungsbemessung sowie der über das Pflegeversicherungsgesetz zu übernehmenden Kosten, nicht nur vereinheitlicht sondern auch restriktiv gehandhabt. Damit wurden Länder- und Kommunalregelungen abgelöst, die teilweise höhere Standards in der Betreuung Pflegeabhängiger in Heimen vorsahen.

Insgesamt liegen noch sehr wenige wissenschaftlich gesicherte Kenntnisse über die durch das Pflegeversicherungsgesetz ausgelösten Wirkungen auf die stationären Versorgungsbedingungen vor. Allerdings zeichnen sich aus der Praxiserfahrung Trends ab, die hinreichend Anlaß zur Sorge geben und den Verdacht sinkender Qualität in vielen Einrichtungen der stationären Altenpflege begründet erscheinen lassen.

- So werden immer mehr Fälle bekannt, die für eine pflegerische Unterversorgung der Heimbewohner/innen sprechen. Zeugnis sind hierfür auch die bisher ermittelten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.
- Pflegestufen, vordefinierte Leistungskomplexe und Pflegeklassen verschieben den Fokus der Leistungsermittlung immer mehr auf die Logik der Refinanzierungsmöglichkeiten und versperren mithin zunehmend den Blick auf einen Hilfebedarf, der sich auf eine möglichst umfassende Bedarfseinschätzung der Bewohner/innen bezieht.
- Es fehlt unverändert an problemorientierten Kriterien, die den Hilfebedarf<sup>1</sup> als Maßstab für die Erfüllung der Leistungsvoraussetzungen hinreichend konkret beschreiben. Dies gilt insbesondere auch bei kognitiven Störungen. Zwar wird die Gruppe der dementen und altersverwirrten Menschen im SGB XI originär als begünstigte Zielgruppe pflegerischer Interventionen erwähnt. In der weiteren Umsetzung wird der besondere Pflege- und Betreuungsbedarfs jedoch nicht ausreichend gesondert berücksichtigt.
- Die gesetzliche Verpflichtung zur vertraglichen Regelung des Inhaltes der Pflegeleistungen, der Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag ausgerichtete personelle Ausstattung<sup>2</sup> sowie zur Vereinbarung gemeinsamer Maßstäbe für die Qualität<sup>3</sup> wurden entweder gar nicht, fachlich nicht tragfähig oder nur unkonkret umgesetzt.
- Die bisher vereinbarten Maßstäbe zur Qualitätssicherung pflegerischer Leistungen<sup>4</sup> konzentrieren sich im wesentlichen auf Fragen der Strukturqualität. Fragen der Prozeß- und Ergebnisqualität werden vergleichsweise gering gewichtet.
- Die gesetzliche Verpflichtung zur Vereinbarung leistungsgerechter Preise<sup>5</sup> wird bisher kaum erfüllt. Statt dessen werden die verfügbaren Mittel auf der Grundlage des linear fortgeschriebenen Kostengefüges von 1991 mit abstrahierenden Preisbildungsverfahren verteilt.
- Die durch das Pflegeversicherungsgesetz bezweckte Konkurrenz der Einrichtungen konzentriert sich auf Preise und Kosten, während die Qualität der angebotenen Dienstleistungen weitgehend ausgeblendet bleibt. Vergütungsstrukturen, Intransparenz der Kernleistungen begünstigen eine Tendenz, das Motiv zur qualitätsgerechten Leistungserstellung hinter das Gewinnstreben von Pflegeeinrichtungen anzusiedeln.
- Im Bereich der Pflegeleistungen stehen Stellenabbau und Beschäftigung geringer qualifizierten Personals im Mittelpunkt der Maßnahmen zur Kostensenkung. In diesem Zusammenhang ist auch die zunehmende Flucht aus den Tarifbindungen (z.B. durch Outsourcing) der Einrichtungsträger zu sehen. Die Rückwirkungen auf Arbeitsbedingungen und Vergütungsstrukturen der nachweislich hochbelastenden Arbeit in der stationären Altenhilfe werden in einen absehbaren Pflegepersonalnotstand führen.

Die auf der Grundlage des Heimgesetzes erlassene "Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (HeimPersV)" stellt zwar Mindestanforderungen an Heimleiter/-innen, definiert Fachkräfte und schreibt für

---

<sup>1</sup> § 14 Abs. 1 SGB XI

<sup>2</sup> § 75 Abs. 2 SGB XI

<sup>3</sup> § 80 Abs. 1 SGB XI

<sup>4</sup> gemäß § 80 SGB XI

<sup>5</sup> § 84 Abs. 2, Satz 1 SGB IX

Heime mit "mehr als zwanzig nicht pflegebedürftigen Bewohnern oder mehr als vier pflegebedürftigen Bewohnern" vor, daß mindestens jede/r zweite Beschäftigte eine Fachkraft im definierten Sinne zu sein hat<sup>6</sup>, verzichtet jedoch darauf, Anzahl und Qualifikation des zu beschäftigenden Personals in irgendeiner Form zu bestimmen. Die in der Verordnung von 1993 vorgesehene Übergangsfrist von fünf Jahren wurde noch einmal bis September 2000 verlängert, ohne daß sich bislang eine Lösung der prekären werdenden Personalsituation abzeichnete. Da eine schlichte Festschreibung und Realisierung der Fachkraftquote zur Sicherung einer angemessenen Versorgung der Pflegebedürftigen nicht als hinreichend betrachtet werden kann, bedarf es eines rechtsverbindlichen Personalbemessungsverfahrens, das auf Grundlage wissenschaftlich begründeter Kriterien (bei vorzuziehenden Qualitätsstandards) für die Erhebung des Hilfebedarfs und zur Ermittlung des hierfür erforderlichen Personals sowie seiner Qualifikationsstruktur geeignet ist.

## **II. Verfahren der Personalbemessung**

Anzahl und Qualifikation des in der Altenpflege einzusetzenden Personals ergeben sich aus Art, Umfang und Qualität der in der Altenpflege zu erbringenden Leistungen, vor allem der dabei eingesetzten pflegerischen Methoden und Verfahren. Besonders in der stationären Altenpflege erfordert das Ziel, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, ein multidisziplinäres Leistungsspektrum, das auch in der Einrichtung Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gewährleistet. Einzubeziehen sind alle am pflegerischen und therapeutischen Prozeß beteiligten Berufe. Das gilt neben den Pflegeberufen z.B. auch für Ergotherapie, Physiotherapie und hauswirtschaftliche Fachkräfte.

Jede Personalbemessung erfordert deshalb zur Sicherstellung dieser Ziele und Anforderungen zunächst eine Klärung, welche Leistungen nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit im Regelfall erbracht werden sollen und welche pflegerische Methoden bzw. Verfahren nach Art, Umfang und Qualität diese Leistungen beinhalten. Damit werden zugleich die Indikatoren bzw. Parameter festgelegt, die Grundlage der Personalbemessung sein müssen. Der Gesetzgeber hat die Verpflichtung dazu, diese Grundlagen zu schaffen - wenn auch unter Berücksichtigung föderaler Strukturen - ausdrücklich im Pflegeversicherungsgesetz verankert<sup>7</sup>.

Unter der Voraussetzung, daß diese Maßstäbe vereinbart sind, können Personalbemessungsverfahren ein geeignetes Instrument zur Ermittlung der in einer Einrichtung erforderlichen Beschäftigten sowohl hinsichtlich ihrer Qualifikationen als auch der erforderlichen Anzahl sein.

### **A.) Verständnis von notwendiger und bedarfsgerechter Pflege**

Leistungsbeschreibungen in der Pflege gehen meist von der geleisteten Pflege aus (z.B. Pflegepersonalregelung im Krankenhaus - PPR), ohne deren Notwendigkeit, Bedarfsgerechtigkeit und Qualität zu prüfen. Welche pflegerischen Maßnahmen jedoch erforderlich sind, kann nur in Abhängigkeit von der Indikation zur Pflege, also der Situation des/der Pflegebedürftigen beurteilt werden. Da Pflege und Hilfe immer an der Schnittstelle zwischen Person und Umfeld ansetzen, muß der notwendige Umfang des Hilfebedarfs aus zwei Informationsarten abgeleitet werden:

1. der Situation der Person, dem Grad ihrer Pflegebedürftigkeit
2. dem Lebensumfeld.

#### **Situation der Person - Pflegebedürftigkeit**

Pflegebedürftigkeit kennzeichnet den Zustand der Person selbst (Pflegediagnose). Die Arten der Pflegebedürftigkeit sind typischerweise individuell differenziert und hängen von verschiedenen Faktoren ab:

- den Defiziten in der Fähigkeit, seinen Alltag unabhängig zu gestalten (Selbstpflege-fähigkeit)
- den noch vorhandenen Ressourcen.

Moderner Pflegeauffassung nach ist die Pflegebedürftigkeit ein Produkt aus Defiziten, genauer: den Einschränkungen der Selbstpflegefähigkeit, und Ressourcen, die in der Person liegen. Die Selbstpflegefähigkeit bezeichnet die Fähigkeit, im Alltag für sich selbst sorgen zu können. Sie beinhaltet körperliche, kognitive und mentale Kompetenzen. Nicht jede Art der Einschränkung von Selbstpflegefähigkeit erfordert pflegerische Hilfe.

<sup>6</sup> §§ 2-7 der Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (HeimPersV) vom 19.07.1993

<sup>7</sup> § 75 Abs. 2 Nr. 1 und 3, SGB XI

Ressourcen können einerseits die "Nicht-Defizite" sein, z.B. kann bei einer Hemiplegie im rechten Arm die Ressource der nicht gelähmte linke Arm sein, der etliche Funktionen für den rechten Arm kompensieren kann. Ressourcen sind jedoch auch kognitive, emotionale und motivationale Fähigkeiten.

Die Selbstpflegefähigkeit insbesondere alter Menschen wird nicht nur durch den gegenwärtigen Status, sondern auch durch die im Laufe des Lebens erworbenen Gewohnheiten, Präferenzen und Bewältigungsstrategien beeinflusst, insgesamt also durch die sich biographisch verändernde Lebenswelt der Betroffenen. Die Lebenswelt ist die alltägliche soziale Welt, die die Person vorfindet, erlebt, bewertet, in der sie handelt und durch die sie geprägt wird. Zur Selbstpflegefähigkeit gehört auch, die eigene Lebenswelt mit zu gestalten. Aus diesem Grunde ist die Orientierung an der Lebenswelt der Pflegebedürftigen eine der Voraussetzung dafür, vorhandene Ressourcen fördern zu können.

## **Umfeld**

Das Umfeld stellt externe Ressourcen oder Behinderungen dar, die die Möglichkeiten des Lebens eines/einer Pflegebedürftigen beeinflussen. So wirken sich z.B. Beeinträchtigungen der Mobilität in beengten Räumen mit hohen Türschwellen, einem steilen und engen Treppenhaus mit einer Wohnung in höheren Stockwerken für den Betroffenen anders aus als die gleiche Beeinträchtigung in einer geräumigen, barrierefreien Parterrewohnung mit einem direkten Zugang zu einem Garten.

Das Umfeld ist auch ein wesentlicher Teil der Lebenssituation. So kann sich der Hilfebedarf - insbesondere als Folge kognitiver Störungen - durch einen Wechsel des Umfeldes wesentlich verstärken, auch wenn die personengebundenen Beeinträchtigungen und Ressourcen keineswegs verändert sind. Untersuchungsergebnisse zeigen, daß die Umgebungsfaktoren das Verhalten der Pflegebedürftigen um so stärker beeinflussen, je ausgeprägter ihre Pflegebedürftigkeit ist.

Ebenfalls ein Teil des Lebensumfeldes sind nahestehende Personen und die damit verbundenen sozialen Beziehungen des/der Pflegebedürftigen. Die Streßforschung hat gezeigt, daß soziale Eingebundenheit ein wichtiger Faktor als Schutz vor negativen gesundheitlichen Auswirkungen von Belastungen sein kann. Von daher kann auch das personale Umfeld eine wesentliche Ressource darstellen unabhängig von der direkten Hilfe, die es leisten kann. Wesentlich ist hierbei die Qualität der Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und den Bezugspersonen.

## **Selbstpflegefähigkeit und Selbständigkeit**

Den Ressourcen, sowohl den personengebundenen als auch denen des Umfeldes, kommt ein besonderer Stellenwert zu, da mit ihnen die Selbstpflegefähigkeit und Selbständigkeit gefördert werden muß. Insbesondere bei alten Menschen ist eine Gesundung im akutmedizinischen Sinne in der Regel nicht möglich, dennoch gibt es umfangreiche Bewältigungsmöglichkeiten im Umgang mit den Beeinträchtigungen.

Dabei ist Förderung der Selbstpflegefähigkeit nicht nur aus ethischen Gründen wichtig, sondern auch um das Risiko von Sekundärschäden, die meist mit verminderter Selbstpflegefähigkeit verbunden sind, zu reduzieren. So stellt z.B. eine stark reduzierte Mobilität verbunden mit "Bettlägerigkeit" eines der größten Gesundheitsrisiken dar mit Auswirkungen auf Muskelmasse und -funktion (z.B. Kontrakturen), die Verletzlichkeit der Haut (Decubitalulcera), die Durchlüftung der Lunge (Pneumonie), die Verdauungsfunktion (Obstipation), die Wahrnehmung (Desorientierung). Ohne Kompensation von mangelnder Selbstpflegefähigkeit kann es zu sich selbst verstärkender Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit kommen.

Das Sozialgesetzbuch unterscheidet an verschiedenen Stellen zwischen "Grund- und Behandlungspflege". Beide Begriffe sind irreführend und nach einem modernen pflegewissenschaftlichen Verständnis nicht zu gebrauchen. Der Begriff "Grundpflege" suggeriert eine allgemeine grundlegende Pflege, die für alle Pflegebedürftige in gewisser Weise gleich sei (so wie das SGB XI nicht unterscheidet, aus welchem Anlaß eine Person "Ganzwäsche" benötigt, obwohl der Anlaß wesentliche Unterschiede in der Art und damit auch der Dauer der Maßnahme mit sich bringt). Diese Aufgabe ist die auch im SGB XI als eigenständige und von Pflegenden voll zu verantwortende Arbeit, und nur diese Arbeit wird also als Pflege bezeichnet.

Pflegerische Maßnahmen erfolgen, um kundenbezogene Ziele zu erreichen, stellen in diesem Sinne also auch immer eine (pflegerische) Behandlung dar. Zusätzlich sind Pflegenden damit befaßt, im Auftrag und nach der Entscheidung durch Ärzte, medizinische Behandlungs- oder Diagnostikmaßnahmen durchzuführen. Diese Maßnahmen, oft als "Behandlungspflege" bezeichnet, betreffen also keine pflegerische Behandlung, sondern bleiben, auch bei der Durchführung durch Pflegepersonal, medizinische Maßnahmen, sollten also auch so bezeichnet werden. Verbunden mit dieser Begrifflichkeit ist häufig auch eine qualifi-

kategorische Zuordnung der Tätigkeiten, wobei in der Regel die Ansicht besteht, die "Grundpflege" sei eher an weniger gut Ausgebildete zu delegieren, die Behandlungspflege müsse den dreijährig Ausgebildeten vorbehalten werden. Diese Aufteilung von beruflichen Aufgaben Pflegender geht an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und den Möglichkeiten einer fördernden Pflege vorbei, führt häufig zu extremer Vernachlässigung der Pflege, da die qualifikatorische Zuordnung sich nach der Art der Pflegebedürftigkeit richten muß und nicht nach den Überschriften von Tätigkeiten.

Das Verständnis von Pflege und Pflegebedürftigkeit, von dem das SGB XI ausgeht, blendet außerdem weitgehend den Bedarf an gerontopsychiatrischer Pflege aus, der in vielen vollstationären Pflegeeinrichtungen bereits heute den Alltag bestimmt und zukünftig wachsende Bedeutung erhalten wird. Psychiatrische Pflegeinterventionen beispielsweise, die auf eine Unterstützung in akuten Krisen oder auf psychische und soziale Stabilisierung (Gespräche, tagesstrukturierende Maßnahmen, Hilfestellung bei Kontakten mit Angehörigen etc.) abzielen, sind mit dem auf Verrichtungen des täglichen Lebens konzentrierten Begriff der "Grundpflege" im SGB XI nicht faßbar, wenngleich sie für die Alltags- und Krankheitsbewältigung eine grundlegende Voraussetzung darstellen.

### **Diagnostischer Prozess**

Aus der Analyse der Pflegebedürftigkeit und den Informationen über die Umwelt ist der Hilfe- und Pflegebedarf abzuleiten (diagnostischer Prozeß). Die Art der Hilfe und Pflege muß sich an den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen ausrichten und damit inhaltlichen Mindeststandards (Qualitätsstandards) genügen.

Das bedeutet, daß klare Ziele in Abhängigkeit von Pflegebedürftigkeit und Umwelt definiert werden müssen, und daß die Hilfsmethoden als Mittel zur Zielerreichung, also als effektiv nachgewiesen sein sollten.

Das besondere Problem in der Altenpflege liegt darin, daß das allgemein formulierte Ziel der Selbständigkeit auch bei bester Pflege im Zuge der Zeit eher weiter weg rückt als daß man ihm näher kommt. Darüber hinaus kann die allgemein anerkannte ethische Forderung nach Selbstbestimmtheit (Autonomie) des/der Pflegebedürftigen durchaus im Widerspruch zum Pflegeziel der Selbständigkeit stehen, wenn beispielsweise Pflegebedürftige Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen wollen, obwohl die eigenständige Ausführung noch möglich und im Hinblick auf Erhaltung der Mobilität auch sinnvoll ist.

### **B.) Anforderungen an das methodische Vorgehen bei der Pflegebedarfsermittlung**

Dennoch gibt es ein allgemeines Methodenspektrum pflegerischer Hilfen, wie beraten, anleiten, begleiten, körperliche und psychische Unterstützung bieten, für die Pflegebedürftigen handeln und eine förderliche Umgebung schaffen. Darüber hinaus muß es Leitlinien (Qualitätsstandards) geben, die für grundlegende Arten von Pflegebedürftigkeit gelten, jedoch letztlich individuell abgewogen werden müssen. Das bedeutet, daß es einen individuell immer gültigen Handlungsstandard nicht geben kann.

Daraus folgt, daß für eine Personalbemessung auf einer überindividuellen Ebene standardisierte Formen der Erfassung von Pflegebedürftigkeit und des Umfeldes (standardisiertes Assessment) erfolgen müssen, die mit ebenfalls standardisierten Leitlinien verbunden werden. Es ist also ein Regelwerk erforderlich, das den Stand des Handlungswissens in Abhängigkeit von der Indikation zu diesem Handeln festhält, das aber dennoch den erforderlichen Raum für individuelle Modifikationen offen läßt.

Darüber hinaus müssen die qualifikatorischen Anforderungen an pflegerisches Handeln ebenfalls als Grundsätze festgehalten werden. Nur in diesem Rahmen kann eine analytische Personalbemessung erfolgen, die die notwendige und bedarfsgerechte Hilfe/ Pflege zugrunde legt.

### **C.) Anforderungen an ein Verfahren zur Personalbedarfsermittlung**

Aus den in einer Einrichtung gegebenen Profilen des Pflegebedarfs läßt sich nicht unmittelbar die Personalausstattung ableiten, die erforderlich ist, um in vollstationären Einrichtungen eine diesem Bedarf entsprechende Versorgung sicherzustellen. In ein Verfahren zur Bemessung der erforderlichen Personalausstattung sind vielmehr weitere Kriterien, Anforderungen und Rahmenbedingungen einzubeziehen. Hiermit sind in erster Linie Grundsatzfragen der Aufbau- und Ablauforganisation, der Qualitätssicherung und der Qualitätsentwicklung, der einrichtungsspezifischen Angebotsstruktur und der Qualifikationsanforderungen angesprochen. Jedes Verfahren zur Personalbedarfsermittlung muß sich mit diesen Faktoren auseinandersetzen und sich daran messen lassen, welche für eine bedarfsgerechte und qualitativ anspruchsvolle Versorgung wichtige Parameter berücksichtigt und wie sie gewichtet werden sollen.



## **Direkte Pflegeleistungen: Der Schritt vom individuellen Pflegebedarf zu Umfang und Qualifikation des Personals**

Die Berechnung des individuellen Zeitaufwandes, der für eine bedarfsgerechte Pflege erforderlich ist, geht zwangsläufig von Durchschnittswerten aus. Diese sind insofern wirklichkeitsfern, als Pflegebedarf und Leistungserbringung sowohl im Tagesverlauf wie auch über längere Zeitspannen hinweg erheblichen Schwankungen unterliegen. Generell kann davon ausgegangen werden, daß diese Schwankungen mit steigendem Anteil gerontopsychiatrischer Bewohner und steigender Bewohnerfluktuation in den Einrichtungen zunehmen. Doch auch andere Faktoren wie Tagesstrukturierung und die jeweiligen Versorgungskonzepte wirken sich in diesem Zusammenhang aus.

Für eine Personalbedarfsermittlung muß daher ein geeignetes Verfahren gefunden werden, zeitliche Schwankungen bei der Umrechnung von "erforderlichen Pflegezeiten" in Personalressourcen (Umfang und Qualifikation) zu berücksichtigen. Beachtung verdienen dabei vor allem folgende Aspekte:

- Besondere Anforderungen bei der Heimaufnahme (zwischenzeitlich erhöhter Hilfebedarf, überdurchschnittlicher Aufwand bei der Erstellung und Optimierung der Pflegeplanung).
- Immer wiederkehrende, aber unregelmäßig auftretende Situationen eines erhöhten Pflegebedarfs einzelner Bewohner, die kurzfristig zur Anpassung der Dienstplangestaltung zwingen (Akuterkrankungen, Bewohner im Sterbestadium, akute Selbst- oder Fremdgefährdung, sonstige Problemsituationen infolge psychiatrischer Problemlagen).
- Erhöhter Interventionsbedarf im Nachtdienst (in Abhängigkeit von der Bewohnerstruktur).
- Verhältnis zwischen Einzel- und Gruppenbetreuung.
- Freie Personalressourcen aufgrund von Unterbelegung, längeren Krankenhausaufenthalten etc.

### **Beachtung von Anforderungen einer zeitgemäßen Pflegeorganisation**

Personalbedarf kann nicht losgelöst von der Zielsetzung ermittelt werden, geeignete Grundlagen zur Realisierung einer Pflegeorganisation herzustellen, die eine Versorgung auf hohem Qualitätsniveau ermöglicht. An erster Stelle ist hier auf Anforderungen an die Qualifikationsstruktur hinzuweisen, die sich aus Pflegeorganisationssystemen wie der Bezugspflege oder vergleichbaren Organisationsformen ergeben. Eng damit verknüpft ist die Frage des Zuschnitts der Versorgungseinheiten (Anzahl und Problemlagen der Bewohner) und der daraus resultierenden Konsequenzen für den Personalbedarf. Hier ist zu klären, ob bzw. nach welchen Kriterien Personalbedarf differenziert für unterschiedlich konturierte Versorgungseinheiten ermittelt werden soll.

Eine weitere wichtige Anforderung besteht in der Definition von Kriterien zur Ermittlung des Bedarfs an Leitungspersonal und ggf. an Personal mit Spezialfunktionen (z.B. Stabstellen für Qualitätsmanagement, ergotherapeutische oder physiotherapeutische Qualifikationen).

### **Sicherstellung der Voraussetzungen für eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung**

Die derzeitige Situation der Pflege in vollstationären Einrichtungen ist durch eine kaum übersehbare Kluft zwischen den von der Fachöffentlichkeit proklamierten Anforderungen an die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität einerseits und den im Versorgungsaltag tatsächlich realisierten Qualitätszielen andererseits gekennzeichnet. Viele Einrichtungen verfügen über Konzepte zur Qualitätsentwicklung, können sie jedoch aufgrund unzureichender personeller Voraussetzungen nur in vergleichsweise bescheidenem Maße umsetzen. Das Ziel, geeignete Rahmenbedingungen für eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung zu schaffen, ist daher ein weiterer wichtiger Baustein des Anforderungsprofils für ein Verfahren zur Personalbedarfsermittlung. Qualitätsentwicklung (Programmentwicklung, Implementation, Evaluation, Optimierung), deren Erfordernis gerade im Bereich der Heimversorgung heute kaum noch in Frage gestellt wird, absorbiert sowohl auf seiten der Pflegenden wie auch in gruppenübergreifenden Arbeitsbereichen (z.B. Leitungsebene) Personalressourcen. Auch eine gezielte berufs begleitende Weiterqualifizierung der Pflegekräfte bindet zeitliche Ressourcen. Jedes zukunftsweisende Verfahren zur Personalbedarfsermittlung muß daher definieren, auf welche Art und Weise Anforderungen einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung einfließen sollen.

### **Maßgaben für ein adäquates Qualifikationsprofil in der Pflege**

Die Sicherstellung eines Qualifikationsprofils, welches den Problemlagen der Bewohner ebenso wie den angestrebten Qualitätszielen und den aus dem jeweiligen Pflegeorganisationssystem erwachsenden Anforderungen gerecht wird, gehört zu den wichtigsten Aufgaben eines Verfahrens zur Personalbedarfsbemessung. Es muß

anhand nachvollziehbarer Kriterien für ausreichende Personalressourcen mit dreijähriger Berufsausbildung (AltenpflegerInnen und Krankenschwestern/-pfleger) und mit ggf. benötigten Zusatzqualifikationen (etwa im Bereich der gerontopsychiatrischen Pflege) Sorge tragen. Angesichts der gewachsenen fachlichen Anforderungen in der vollstationären Pflege sollten außerdem Akzente gesetzt werden, die sich am Ziel der Reduzierung des Anteils von un- bzw. angelerntem Personal (unterhalb des Qualifikationsniveaus von einjährig ausgebildeten Pflegehilfskräften) orientieren. Darüber hinaus sollten folgende Leitlinien gelten:

- Eine statische Zuordnung von Qualifikationen zu definierten Leistungen (Pflegemaßnahmen) ist keine geeignete Grundlage für die Ermittlung des erforderlichen Qualifikationsprofils. Auch scheinbar einfache Hilfen bei Verrichtungen des täglichen Lebens, die heute vielfach der sogenannten Grundpflege zugeordnet werden, setzen aus der Perspektive einer professionellen Pflege besondere Qualifikationen voraus, wenn auf Seiten der Bewohner spezifische Problemlagen vorhanden sind und die genannten Ziele erreicht werden sollen. Im Rahmen der Bezugspflege ist es zudem aus rein organisatorischen Gründen unumgänglich, daß dreijährig ausgebildete Pflegekräfte Maßnahmen durchführen, für die eine geringere Qualifikation ggf. ausreichend wäre.
- Die Pflegefachkräfte sind im Interesse einer optimalen Ausnutzung der verfügbaren fachlichen Ressourcen von bewohnerfernen Tätigkeiten ohne pflegerische Zielsetzung zu entlasten. Die Personalressourcen, die zur Kompensation dieser Entlastung erforderlich sind, müssen jedoch in anderer Form in Rechnung gestellt werden. Soweit hauswirtschaftliche Tätigkeiten mit übernommen werden, sind sie in ein therapeutisches Konzept der "aktivierenden Pflege" einzubinden.
- Aufgrund der gestiegenen fachlichen Anforderungen in der vollstationären Pflege und aufgrund weiterer Aspekte, die in der vorliegenden Stellungnahme dargelegt sind, ist eine Fachkraftquote unter 50% unzureichend. Eine differenziertere Betrachtung der Qualitätsanforderungen und der heute vorherrschenden Bedarfslagen von Heimbewohnern legt eher eine Mindestquote nahe, die oberhalb dieser Schwelle liegt.

#### **Berücksichtigung einrichtungsspezifischer Faktoren (Versorgungskonzepte, Ausstattungsmerkmale)**

Im Rahmen eines Verfahrens zur Personalbedarfsermittlung sind Grundsatzentscheidungen darüber zu treffen, in welcher Form und in welchen Bereichen besondere Versorgungskonzepte, die mit einem erhöhten Personalbedarf und/oder mit einem spezifischen Qualifikationsbedarf verbunden sind, berücksichtigt werden sollen. Dies betrifft in erster Linie

- spezielle Angebote für gerontopsychiatrisch erkrankte Bewohner, wie sie heute bereits in einzelnen Einrichtungen modellhaft erprobt werden oder auf der Grundlage von Sonderfinanzierungen bereits den Charakter von Regelangeboten haben, und
- Betreuungskonzepte, mit denen den Problemlagen der steigenden Zahl von Heimbewohnern mit verändertem Tag-Nacht-Rhythmus Rechnung getragen wird und die mit einem erhöhten Personalbedarf im Nachtdienst verbunden sind.

Klärungsbedürftig ist des weiteren, inwieweit einrichtungsspezifische Merkmale der räumlichen und technischen Ausstattung bei der Personalbedarfsermittlung in Rechnung gestellt werden sollen. Zwar können nicht für jede Besonderheit einer Einrichtung Kriterien entwickelt werden, mit denen sich der damit verbundene Mehrbedarf oder eine etwaige Bedarfsminderung berücksichtigen lassen. Es ist jedoch zu klären, wie mit Verhältnissen umgegangen werden soll, in denen beispielsweise die räumliche Struktur zu außergewöhnlichen Wegezeiten führt, die wiederum einen relevanten Anteil der auf fachlicher Ebene benötigten Ressourcen absorbieren.

#### **Adäquate Berücksichtigung und Gewichtung der mittelbar bewohnerbezogenen und bewohnerfernen Aufgaben**

Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Komplexität der Problemlagen pflegebedürftiger Heimbewohner/-innen haben die mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen erheblich an Bedeutung gewonnen. Hieraus ergibt sich für ein Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs die Anforderung, Aufgabenprofil und Aufgabenumfang in diesem Bereich sowie die zur Bewältigung dieser Aufgaben erforderlichen Qualifikationen anhand ausgewiesener professioneller Leitlinien zu definieren.

Zu berücksichtigen sind in diesem Kontext vor allem:

- Therapie- und Arbeitsbesprechungen (Kooperation mit anderen Sozial- und Gesundheitsfachberufen, Dienstübergaben, interne Fallbesprechungen, wohnbereichsübergreifende Konferenzen, Teambesprechungen).
- Anleitungsaufgaben (Angehörigenarbeit, Zusammenarbeit mit LaienhelferInnen, Einweisung neuer Mitarbeiter/-innen, Anleitung von Auszubildenden bzw. PraktikantInnen, Anleitung von Hilfskräften in der Bewohnerversorgung zur Umsetzung des Pflegeplanes).
- Aufgaben im Bereich der einrichtungsübergreifenden Kooperation (z.B. Arbeitsbesprechungen bei Neueinzug nach Krankenhausaufenthalten oder im Zusammenhang mit zwischenzeitlichen Krankenhausaufenthalten der Heimbewohner/-innen).
- Ferner ist zu berücksichtigen, daß Pflegendе stets einen gewissen Teil ihrer zeitlichen Ressourcen für Dokumentationsaufgaben und Arbeiten mit Verwaltungscharakter aufwenden müssen.

Darüber hinaus wäre es wünschenswert, Spielräume zu schaffen für regelmäßige Supervision, für die u.a. infolge des Bedeutungszuwachses gerontopsychiatrischer Problemlagen in der Heimversorgung zunehmend Bedarf entstanden ist.

### **Berücksichtigung allgemeiner Grundsätze einer Personalbedarfsermittlung**

Ein unverzichtbares Element für eine Personalbedarfsermittlung stellt die realistische Definition der Nettoarbeitszeit in der Pflege dar, bei der die jeweils geltenden arbeits- und tarifrechtlichen Normen, relevante landesgesetzliche Bestimmungen (z.B. Bildungsurlaub) ebenso Berücksichtigung finden wie verlässliche und anerkannte Daten zu Ausfallzeiten. Geklärt werden muß, ob oder unter welchen Voraussetzungen einrichtungsspezifische Abweichungen von einer allgemein zugrunde gelegten Nettoarbeitszeit in Rechnung gestellt werden können.

### **III. Forschungsbedarf**

#### **Forschungsbedarf besteht auf verschiedenen Ebenen:**

##### **A.) Instrumente zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit und des Hilfebedarfs**

Als Grundlage zur Personalbemessung ist ein standardisiertes Assessmentinstrument zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit erforderlich.

Es gibt eine reichhaltige Anzahl derartiger Instrumente, die vor allem aus der Rehabilitation (z.B. FIM, Barthel-Index) oder der Gerontologie bzw. Epidemiologie (z.B. ADL nach Katz et al.) bekannt sind.

Auch aus der Pflege gibt es standardisierte Erhebungsinstrumente, nicht zuletzt der für die Begutachtung nach SGB XI benutzte Begutachtungsbogen (ansonsten z.B. Resident Assessment Instrument [RAI], Care Dependency nach Dijkstra).

Für die Personalbemessung in der Altenpflege wird derzeit das aus Kanada stammende PLAISIR auch in Deutschland erprobt.

Alle diese Instrumente haben jedoch unterschiedliche Probleme, die kurz zusammengefaßt so zu charakterisieren sind:

- Ihnen liegt keine pflegerische Konzeption zugrunde (z.B. FIM, ADL, Barthel-Index, PLAISIR)
- Sie erfassen nur einen Ausschnitt der Pflegebedürftigkeit (z.B. ADL, Barthel-Index)
- Sie sind außerordentlich grob (z.B. Care Dependency)
- Außerordentlich aufwendig, benötigt längere Zeit bis zu einem vollständigen Bild (RAI)
- Ausnahmslos alle befassen sich mit den Defiziten der Betroffenen

Dennoch sind die Ansätze in diesen und anderen Instrumenten durchaus wert, genauer analysiert zu werden.

Dringendst notwendig ist ein Forschungsprojekt, in dem ein standardisiertes Assessmentinstrument entwickelt wird, aufbauend auf einer genauen Analyse vorhandener Instrumente.

Es sollte folgenden inhaltlichen Kriterien genügen:

- Beeinträchtigungen (Defizite) zu identifizieren.
- In der Person vorhandene Ressourcen benennen.

- Die Partizipationseinschränkungen und den daraus erwachsenden Hilfebedarf als Wechselwirkung von Gesundheits-, Funktions- und Struktur- sowie Aktivitätsstatus erheben<sup>8</sup>.
- Wichtige Aspekte der bisherigen Lebenswelt vorstellen.
- Zu allen Bereichen muß die Perspektive der Betroffenen explizit eingefordert werden.

Sinnvoll scheint die Entwicklung eines zunächst breiten Screening-Instruments, das durch spezifische Module ergänzt und differenziert werden kann. Weiterhin muß in einem derartigen Projekt eine fundierte methodische Untersuchung mit dem neu entwickelten Instrument (Machbarkeit, Schwierigkeit, Validität und Reliabilität) vorgenommen werden.

## **B.) Aufgaben und Qualifikation**

Die Qualifikation der Pflegenden, die in der direkten Pflege arbeiten, muß sich an der Art und dem Grad der Pflegebedürftigkeit der BewohnerInnen orientieren. Eine Aufteilung nach pflegerischen Aufgaben ("Grundpflege") für Angelernte, Azubis, und Mitarbeit bei medizinischer Behandlung für Ausgebildete ist inhaltlich nicht gerechtfertigt. Vielmehr sind die Art und der Umfang, die Intensität und Komplexität des aus der Pflegebedürftigkeit abzuleitenden Hilfebedarfs sowie die eingesetzten pflegerischen und anderen therapeutischen Methoden und Verfahren bei der Ermittlung der erforderlichen Qualifikationen zu berücksichtigen. Dabei sind neben den Pflegeberufen auch andere am Betreuungs- und Versorgungsprozeß beteiligten Sozial- und Gesundheitsfachberufe in die Untersuchung einzubeziehen. Hier bedarf es sowohl theoretischer als auch empirischer Arbeit, Aufgabenkomplexe der Altenpflege in Abhängigkeit von der Indikation (Module) zu beschreiben und nach ihren qualifikatorischen Voraussetzungen zu untersuchen.

## **IV. Zusammenfassung und Forderungen**

Fehlende gesetzliche Regelungen, aber auch die mangelhafte Umsetzung bestehender gesetzlicher Vorgaben seitens der Kostenträger und Leistungserbringer haben seit Einführung der Pflegeversicherung u.a. zu einer Verschärfung der Personalsituation in der Altenpflege geführt. Auch wenn es bisher weitgehend an wissenschaftlich gesicherten Kenntnissen fehlt, zeichnen sich in der Praxis bereits Trends ab, die den Verdacht sinkender Qualität in vielen Einrichtungen der stationären Altenpflege begründet erscheinen lassen. Die bisher ermittelten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bestätigen diesen Eindruck.

Der durch das Pflegeversicherungsgesetz forcierte Wettbewerb am Pflegemarkt hat nicht, wie vom Gesetzgeber erwartet, die Qualität der Versorgung gesteigert, sondern konzentriert sich hauptsächlich auf wirtschaftliche Aspekte. Pflegeeinrichtungen versuchen dem zunehmenden Konkurrenzdruck durch Personalkosteneinsparungen standzuhalten. Im Mittelpunkt der Maßnahmen zur Kostensenkung stehen Stellenabbau und Beschäftigung geringer qualifizierten Personals. Unzureichende Vorgaben hinsichtlich der Personalbemessung in der Altenpflege ermöglichen den dafür nötigen Spielraum.

Die Erfahrungen der letzten Jahre machen deutlich, daß unter den gegebenen Rahmenbedingungen eine Qualitätssteigerung in der Altenpflege nur mit eindeutigen verbindlichen Vorgaben zur Personalbemessung erreicht werden kann.

Um den Besonderheiten der Altenpflege gerecht zu werden muß ein adäquates Personalbemessungsverfahren den folgenden Anforderungen entsprechen:

1. Voraussetzung für eine analytische Personalbemessung, die die notwendige und bedarfsgerechte Hilfe bzw. Pflege zugrunde legt, ist ein Pflegebedarfsermittlungsverfahren, das ausgehend vom individuellen Hilfebedarf ein standardisiertes Methodenspektrum pflegerischer Leistungen und Leitlinien (Qualitätsstandards) definiert. Welche pflegerischen Maßnahmen erforderlich sind, muß in Abhängigkeit von der Indikation zur Pflege beurteilt werden. Der Umfang des Hilfebedarfs ist aus der Situation der Person, dem Grad ihrer Pflegebedürftigkeit und dem Lebensumfeld abzuleiten. Es ist also ein Regelwerk erforderlich, das den Stand des Handlungswissens in Abhängigkeit von der Indikation zu diesem Handeln festhält, das aber dennoch den erforderlichen Raum für individuelle Modifikationen offen läßt. In die Bedarfsermittlung sind die Leistungen aller am pflegerischen und therapeutischen Prozeß beteiligten Berufe einzubeziehen.
2. Die Besonderheiten der Pflegeeinrichtung müssen in die Bemessung der erforderlichen Personalausstattung Eingang finden. Dazu gehören Grundsatzfragen der Aufbau- und Ablauforganisation, der Qualitätssicherung

<sup>8</sup> entsprechend der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Behinderungen - ICDH-2, die von der WHO Anfang 2001 veröffentlicht wird.

und der Qualitätsentwicklung, der einrichtungsspezifischen Angebotsstruktur, der Betreuungskonzepte und der Qualifikationserfordernisse.

3. Zeitliche Schwankungen müssen bei der Umrechnung von "erforderlichen Pflegezeiten" in Personalressourcen berücksichtigt werden. Dabei ist auch in einem bestimmten Umfang qualifiziertes Personal zusätzlich für Notsituationen vorzuhalten.
4. Anhand nachvollziehbarer Kriterien muß ein Qualifikationsprofil sichergestellt werden, welches den Problemlagen der Bewohner ebenso wie den angestrebten Qualitätszielen und den aus dem jeweiligen Pflegeorganisationssystem erwachsenden Anforderungen gerecht wird. Eine statische Zuordnung von Qualifikationen zu definierten Leistungen ist jedoch keine geeignete Grundlage, da bei spezifischen Problemen der Pflegebedürftigen auch scheinbar einfache Hilfen aus der Perspektive einer professionellen Pflege besondere Qualifikationen voraussetzen. Eine Fachkraftquote unter fünfzig Prozent ist angesichts der komplexen Anforderungen unzureichend. Eine differenziertere Betrachtung der Qualitätsanforderungen und der heute vorherrschenden Bedarfslagen von Heimbewohnern erfordert eher eine Mindestquote, die oberhalb dieser Schwelle liegt.
5. Bei der Personalbedarfsermittlung muß die Nettoarbeitszeit realistisch definiert werden. Zu berücksichtigen sind geltende arbeits- und tarifrechtliche Normen, relevante landesgesetzliche Bestimmungen (z.B. Bildungsurlaub) und verlässliche und anerkannte Daten zu Ausfallzeiten.

Da die bereits existierenden Instrumente zur Erfassung von Pflegebedürftigkeit bzw. Pflegezeiten den oben formulierten Ansprüchen nicht in allen Punkten gerecht werden, ist dringend ein Forschungsprojekt notwendig, in dem ein standardisiertes Assessmentinstrument entwickelt wird, aufbauend auf einer genauen Analyse vorhandener Instrumente. Ein weiterer Forschungsbedarf wird darin gesehen, die Aufgabenkomplexe der Altenpflege in Abhängigkeit von der Indikation zu beschreiben und nach ihren qualifikatorischen Voraussetzungen zu untersuchen.

### **Expertenrunde:**

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik  
Professorin für Pflegewissenschaft  
Fachhochschule Frankfurt

Susann Czekay  
Referatsleiterin Altenpflege  
DAG Bundesvorstand, Hamburg

Gerd Dielmann  
Gewerkschaft ÖTV - Hauptverwaltung, Stuttgart  
Bereich Gesundheitswesen, Kirchen, Soziale Dienste, Soziale Sicherung

Gabriele Feld-Fritz  
Gewerkschaft ÖTV - Hauptverwaltung, Stuttgart  
Bereich Gesundheitswesen, Kirchen, Soziale Dienste, Soziale Sicherung

Harry Fuchs  
Dipl. Verwaltungswirt, Sozialexperte  
Düsseldorf

Rolf Gennrich  
Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)  
Köln

Peter Hettig  
Pflegedienstleiter  
Kreisaltenheim Freudenthal

Hermann Heil-Ferrari  
Geschäftsführer  
ÖTV-Förderungswerk für Berufe im Gesundheitswesen, Duisburg

Peter Stratmeyer  
Vertretungsprofessor für Pflegewissenschaft  
Fachhochschule Hamburg

Bernd Weiß  
Heimleiter, Betriebswirt  
Kiel

Klaus Wingenfeld, MA  
Institut für Pflegewissenschaft  
an der Universität Bielefeld