



Kein Geld – kein Personal

In einem Forschungsprojekt sollten zwei Universitäten die Personalsituation in der Altenpflege skizzieren und ein neues Personalbemessungsinstrument entwickeln. In der ambulanten Pflege ergibt ein solches Instrument keinen Sinn, sagen die Forscher.

Text: Andreas Heiber

Mehr zum neuen Instrument

01

Die vollständigen Studienergebnisse der Universitäten Bremen und Osnabrück finden Sie auf der Website der Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege unter: bit.ly/personal_studie

02

Weitere Informationen zum „Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz“ (GVPG) erfahren Sie im Internet auf der Seite des Bundesgesundheitsministeriums unter: bundesgesundheitsministerium.de/versorgungsverbesserungsgesetz.html


03

Wie die Personalsituation in Heimen nach dem neuen Instrument bemessen wird, lesen Sie in CAREkonkret Ausgabe 41/2020, Seite 5. Dort fasst Herbert Mauel, Geschäftsführer des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste (bpa), die nächsten Schritte Personalschlüssel zusammen.

Im PSG II hat der Gesetzgeber über den neu eingeführten § 113c auch die Vertragsparteien zur Erarbeitung eines wissenschaftlich fundierten Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen verpflichtet, das einheitlich und damit auch bundesweit gelten soll. Er hat die Regelung ausdrücklich auf alle Pflegeeinrichtungsarten, also auch auf die ambulante Pflege bezogen. Die Grundidee der Vereinheitlichung insbesondere in der stationären Pflege war und ist begrüßenswert. Denn keiner kann wirklich verstehen, warum die Personalschlüssel in den Pflegeheimen in Deutschland so stark schwanken. Dabei ist die Definition von Schlüsseln für Einrichtungen, die ganz oder für bestimmte Tageszeiträume (wie die Tagespflege) die Versorgung komplett und ausschließlich übernehmen, „relativ“ einfach. Das Heim oder die Tageseinrichtung ist in der Versorgungszeit für 100 Prozent der zu übernehmenden Tätigkeiten verantwortlich. Das ist aber in der ambulanten Pflege ganz anders. Der Differenzierungsfaktor ist hier nicht nur (wie stationär auch) der Versorgungs- und Unterstützungsbedarf des zu versorgenden Pflegebedürftigen, sondern das Ausgangssetting ist aus zwei Gründen ein ganz anderes: Der objektive Unterstützungsbedarf wird zwar nach dem identischen Einstufungssystem ermittelt. Da bei dieser Ermittlung die äußeren Umstände der daraus resultierenden Leistungserbringung wie Ausstattung der Wohnung oder Kompetenzen der Pflegepersonen keine Rolle mehr spielen, herrschen hier noch gleiche Bedingungen.

Nicht die Personalbemessung ist das Problem, sondern die Personalgewinnung.

Ausgangslagen sind sehr unterschiedlich

Für den möglichen zeitlichen Aufwand der Leistungserbringung (und damit auch der Personalausstattung) spielen die äußeren Faktoren dann doch eine große Rolle: Während eine stationäre Einrichtung auf eine professionelle Ausstattung und ein optimiertes Raumangebot zurückgreifen kann, ist dies ambulant völlig individuell von einer perfekten barrierefreien Wohnung, bis hin zur Altbauwohnung mit Dachschrägen und nicht veränderbarem kleinen Badezimmer. 

Der Gesetzgeber hat mit dem Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt und damit den alten Begriff abgelöst, der primär auf der Ermittlung von Versorgungszeiten bei somatischen Verrichtungen beruhte. Obwohl sich aus dem alten Pflegebedürftigkeitsbegriff zumindest für die somatische Versorgung ein konkreter einheitlicher Personalbedarf hätte ermitteln lassen, hat sich die stationäre Personalausstattung in den 16 Bundesländern unabhängig davon entwickelt oder wurden vorhandene Personalschlüssel einfach fortgeschrieben. Mit zum Teil krass unterschiedlichen Ergebnissen: So gibt für die gleiche Anzahl Pflegebedürftiger in Schleswig-Holstein die Vorgabe und Refinanzierung von 24 Pflegekräften, in Bayern aber von 33 Pflegekräften (siehe Carekonkret vom 9. Oktober 2020). Auch die Höhe der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile, die die Pflegekosten über die Sachleistungen der Pflegeversicherung hinaus refinanzieren, differieren (wohl auch daher) um 572 Euro. Dabei liegt der Durchschnittswert im Juli 2020 (nach Zahlen des Verbands der Ersatzkassen, vdek) bei 786 Euro Eigenanteil.

- Die Ausgangssituationen in Bezug auf die Finanzierung sind ambulant und stationär völlig unterschiedlich. Die stationäre Versorgung ist immer umfassend und vom Prinzip her nicht auf die Hilfe anderer angewiesen. Sie wird ohne Zutun des Pflegebedürftigen auch in der Höhe und vom Aufwand her bestimmt und ist von ihm in Form der Einrichtungseinheitlichen Eigenanteile mit zu finanzieren. Eine Einflussmöglichkeit, beispielsweise durch Mithilfe der Angehörigen, die eigenen Kosten zu senken, gibt es stationär nicht. Ambulant ist schon das Finanzierungssystem völlig anders: Hier ist es der Pflegebedürftige, der weitgehend unabhängig vom objektiven Hilfebedarf selbst bestimmen kann, wie viel und welche Fremdhilfe er in Anspruch nimmt (es muss nur im Rahmen der Einstufungsprüfung plausibel dargestellt werden, dass die Häusliche Versorgung so sicher gestellt ist). Hinzu kommt ein „Anreizsystem“ in Form des monatlichen Pflegegeldes, das es in dieser Form in kaum einem anderen europäischen Land gibt: Der Pflegebedürftige kann selbst entscheiden, wie er den Leistungszuschuss der Pflegever-

stationären Bereich schon zu ersten Reaktionen des Gesundheitsministeriums, dass mit einem Versorgungsverbesserungsgesetz (GPVG), geplantes Inkrafttreten zum 01. Januar 2021, 20 000 neue Stellen für Assistenzkräfte im stationären Bereich schaffen will, die losgelöst vom bisherigen Pflegegesetz separat refinanziert werden sollen. Ganz nebenbei sei an das Pflegepersonalstärkungsgesetz, das 2019 in Kraft getreten ist, erinnert, dass schon damals 13 000 neue Stellen für Fachkräfte zusätzlich refinanziert hat. Dabei sind nach den bisherigen Veröffentlichungen wohl nur ca. 3 000 dieser neuen Stellen besetzt! Auch will das Ministerium den vollstationären Eigenanteil auf 700 Euro im Monat für die ersten 36 Monate des Aufenthaltes festschreiben, was sich zwar gut anhört, aber nur ca. ein Drittel der realen Heimkosten betrifft. Denn weder die Hotel- noch die Investitionskosten sind von dieser Deckelungsidee betroffen. Trotzdem war wohl die Schlagzeile „Die Heimkosten werden auf 700 Euro gedeckelt“ verführerischer, als die gesamte Wahrheit: „Der Heimplatz kostet weiterhin im Schnitt 2 000 Euro im Monat!“.

Eine Personalbedarfsplanung findet ambulant nicht statt.

sicherung für wen ausgibt: für professionelle Unterstützung oder allein für ehrenamtliche Hilfen. Es gibt auch, anders als im stationären Bereich, keine Festlegung, wie viel Geld bzw. Mittel für die ambulante Versorgung ausgegeben werden müssen. Mit dem ambulanten Finanzierungssystem aus Pflegegeld und Sachleistungen ist weder eine Mindestversorgung im Rahmen des festgestellten Hilfebedarfs möglich, noch ist definiert oder steuerbar. Trotzdem hat der Gesetzgeber den Vertragsparteien der Selbstverwaltung den Auftrag nach § 113c gegeben, Personalrichtwerte auch für die ambulante Versorgung zu definieren.

20 000 neue Assistenzkräfte für die stationäre Pflege
Zieldatum zur Entwicklung und Erprobung war der 30. Juni 2020. Trotz Pandemiezeit haben es die beauftragten Wissenschaftler unter Projektleitung von Prof. Dr. Rothgang, Bremen, geschafft, im August 2020 ein Verfahren zu einem Personalbemessungssystem (PeBeM) für die vollstationäre Versorgung zu veröffentlichen. Die Ergebnisse des Berichts (ein objektiver Personalmangel) führen für den

Halten wir fest: Die Entwicklung eines Personalbemessungssystems hat schon jetzt dazu geführt, dass im Saldo stationär 33 000 neue Stellen außerhalb der stationären Sachleistungsbeträge refinanziert werden, neben den bereits seit längeren, extrabudgetär finanzierten Betreuungskräften nach § 43b. Trotz des seit Beginn geltenden Grundsatzes „ambulant vor stationär“ (§ 3 SGB XI) wird die stationäre Pflege nun noch weiter mit Zuschlägen gefördert, die ambulant weder vorgesehen noch in vergleichbarem Umfang finanziell kompensiert werden.

Heterogene Situation in der ambulanten Pflege

Da der Studienauftrag auch die Ermittlung von Personalanhaltswerten für die ambulante Pflege umfasste, ist bei dieser Ausgangssituation von besonderem Interesse, ob und wie die Studie die ambulante Problematik gelöst oder dazu Antworten geliefert hat. Der ambulante Teil wurde als Unterauftrag an Prof. Dr. Andreas Büscher und sein Team von der Universität Osnabrück übertragen und im Zeitraum Mai 2019 bis August 2019 bearbeitet. Prof. Dr. Büscher hat in Bielefeld mit Dr. Klaus Wingenfeld den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff entwickelt und ist auch deshalb mit den Bedingungen der ambulanten Pflege vertraut. Aufgrund der Besonderheiten in der ambulanten Versorgung (freie, aber nicht unbedingt objektiv sachgerechte Wahl der Unterstützung, nicht kalkulierbarer Nachfragebedarf, starke Unterschiede in der Leistungserbringung selbst bei identischen Pflegegraden und vergleichbaren Situationen, völlig unterschiedliche Leistungskataloge und Rahmenbedingungen in den Bundesländern, etc.) hat sich die Studie zum Ziel gesetzt, zumindest die Systematisierung möglicher Ansätze zur Personalbemessung zu erarbeiten. Neben einer ausführlichen Literatur- und Materialrecherche wurden 30 Expertinnen und Experten interviewt (Hinweis: der Autor gehörte zu diesem Kreis) sowie in 129

Beteiligte im Interview

Der Pflegedienst „Pflege-Engel Christ“ war Teil des Forschungsprojektes. Geschäftsführerin Almut Christ erklärt, welche Schlüsse sie aus dem Projekt zieht.



Frau Christ, warum ist ein neues Personalbemessungsinstrument aus Ihrer Sicht notwendig? Wir benötigen ein neues Personalbemessungsinstrument, um Mitarbeiter und Patienten besser schützen zu können. Wenn es klare Vorgaben gibt, wie viel Personal für die Patienten von Nöten ist, sollte es nicht mehr zu lebensbedrohlichen Engpässen bei der Versorgung kommen und zur Ausbeutung vom Personal. Zudem hat man dadurch auch eine bessere Basis bei den Verhandlungen mit den Pflege- und Krankenkassen. Leider ist es in der ambulanten Pflege fast unmöglich, den genauen Bedarf an Personal zu ermitteln.

Was haben die Forscher konkret im Alltag Ihres Pflegedienstes untersucht? In unserem Pflegedienst wurde untersucht welcher Zeitaufwand für die Tätigkeiten in der Grundpflege nötig ist. Zudem wurden die Zeiten für Organisation und Fahrten genommen.

Konnten sie für Ihre Einrichtung Schlüsse aus dem Projekt ziehen? Wir konnten durch dieses Projekt erkennen, dass es sehr schwer werden wird, verlässlich festzustellen, wie man den Bedarf des Personals in der ambulanten Pflege ermitteln kann, da die Patienten trotz identischem Pflegegrad sehr unterschiedliche Bedarfe in der Versorgung haben. Je mehr Tätigkeiten

Angehörige übernehmen können, desto weniger muss der Pflegedienst tätig werden. Auch die unterschiedlichen Gesundheitszustände innerhalb eines Pflegegrades benötigen unterschiedlichste Versorgungen.

Was sollte ein neues Personalbemessungsinstrument für die ambulante Pflege mitbringen? Ein neues Personalbemessungsinstrument in der ambulanten Pflege sollte den Pflegediensten bei der Planung zum Personalbedarf helfen und bei den Verhandlungen mit den Kranken- und Pflegekassen zur Refinanzierung der Personalkosten. Zurzeit akzeptieren die Kassen selten eine hohe Anzahl an Mitarbeiter und verweigern die Refinanzierung. Mitarbeiter könnten vor Überarbeitung durch falsche Personalplanung geschützt werden und Patienten vor Schäden durch überarbeitete Mitarbeiter. Das funktioniert aber nur, wenn die Personaluntergrenze ausreichend hoch festgelegt wird. Gut wäre es auch, wenn die Möglichkeit gegeben wäre, dass Betriebe sich einen Pool an Springern anlegen und auch refinanziert bekommen könnten für Mitarbeiterausfälle.

Pflegehaushalten eine empirische Erhebung von Zeitaufwänden realisiert. Schon die Literatur- und Materialrecherche hat keine handfesten Erkenntnisse gebracht, was angesichts der Thematik nicht wirklich erstaunlich ist.

Die zusammenfassenden Ergebnisse der Experteninterviews bringen die Grundproblematik sehr schön auf den Punkt: Eine Personalbedarfsplanung findet ambulant nicht statt, sondern das Gegenteil ist die Realität. Wie viele Kunden oder von ihnen beauftragte Leistungen kann man mit dem aktuell vorhandenen Personal erbringen? Ein ambulantes Personalbemessungsverfahren wird von den Experten als „nicht möglich“ bzw. nicht sinnvoll eingeschätzt. Das ist nicht nur systemimmanent gegeben, sondern wird durch die aktuelle Personalsituation – Personalmangel – noch verschärft. Da die ambulante Nachfrage sich weder von der Kundenzahl noch von Pflegegraden oder anderen Faktoren

ableiten lässt, kann es keine Richtwerte oder Faktoren zur Bemessung von ambulanten Personalmengen geben.

Im stationären Heim mit feststehender Betten- bzw. Kundenzahl und der Vollversorgungspflicht ist dies machbar, aber ambulant, im Spannungs- und Konkurrenzfeld zum Pflegegeld, zu völlig heterogenen Versorgungssituationen und individuellen Vorstellungen, liefern selbst objektiv vergleichbare Einstufungen keine konkreten Parameter. Als wesentlichen Faktor für die Bemessung der Arbeitszeit beim Kunden beschreiben einige Interviewpartner (vermutlich insbesondere aus den Pflegediensten) ein erlösorientiertes Definieren von Versorgungszeiten. Obwohl dies oftmals nicht den vertraglichen Vereinbarungen entsprechen kann, ist diese monetäre Steuerung auch eine Reaktion auf nicht ausreichenden oder nicht regelmäßig angepassten bzw. leistungsgerecht verhandelten ambulanten Vergütungen. In diesem Zusammenhang verweist die Studie explizit auf die ersten Veröffentlichungen aus der ambulanten Vergütungsstudie von Heiber in der Häuslichen Pflege August und September 2018 (Heiber/Nett), in der die nicht nachvollzieh-



- baren heterogenen ambulanten Vergütungsstrukturen und Preishöhen dargestellt und kritisiert wurden. Wenn aber, wie aus den Experteninterviews sichtbar geworden, die Vergütungshöhen einen Einfluss auf den Personaleinsatz und die Versorgungsdauer haben, dann ist die Ungleichheit der pflegerischen Versorgung vorprogrammiert und auch wesentlich vom Wohnort abhängig, wie in der Zusammenfassung zu Recht festgestellt wird.

Trotz der ambulanten Besonderheiten hat das Team um Prof. Dr. Büscher versucht, über eine Zeiterfassung realistische und notwendige Zeiten zu definieren, die für pflegerische Aufgaben nötig sind. Um dem Wirrwar der verschiedenen Leistungskataloge etwas auszuweichen, wurden primär Pflegedienste aus Ländern gewählt, die auch die Option Zeitabrechnung für die körperbezogenen Pflegemaßnahmen vereinbart haben, (Niedersachsen, Bremen, Bayern und Hamburg) bzw. aus NRW Pflegedienste, die Zeitabrechnung einzelvertraglich vereinbart haben. Trotz dieses Versuchs einer Problemreduktion gibt es zwar eine Vielzahl von Detailangaben, aber keine wirklich übertragbaren Schlussfolgerungen.

Schlussfolgerungen aus dem Forschungsprojekt

Welche zusammenfassenden Schlussfolgerungen zieht nun die Studie:

- Sehr richtig wird zunächst festgestellt, dass die Bedeutung der ambulanten Pflege in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen ist, dieser Zuwachs sich aber weder in der Entwicklung der Pflegeversicherung noch in der Krankenversicherung widerspiegelt. Und wenn man die einleitend dargestellten aktuellen Änderungsabsichten des Gesundheitsministeriums zusammenfasst, wird dies auch so bleiben: Änderungsbedarf wird hier nur in der vollstationären Versorgung gesehen.
- Nicht die Personalbemessung ist für die ambulante Praxis das wirkliche Problem, sondern die Personalgewinnung. Die Menge des vorhandenen Personals in Verbindung mit der tatsächlichen Vergütung determiniert die Versorgungsmöglichkeiten. Und, das sei dazu gefügt: man kann keine Personalbemessung vornehmen, wenn der Bedarf nicht definierbar ist und/oder davon abhängt, was der Pflegebedürftige in der individuellen Entscheidung über sein Leistungsmix einkauft. Dieses Einkaufs- und Auswahlverhalten wird sehr wenig von einem objektiven Bedarf, aber viel eher von sekundären Faktoren wie verfügbare und bereite Pflegepersonen, finanziellen Möglichkeiten oder Prioritäten beim Einsatz finanzieller Mittel bestimmt.
- Deutlich sagt die Studie auch, was sie selbst in der sehr klein angelegten Erfassung feststellen konnte: zunehmend wird die Versorgungssicherheit in der ambulanten Pflege gefährdet, was insbesondere auch ein Ergebnis der monetären Situation ist. Da die erlösorientierte Einsatzplanung vielen Diensten als wesentliches Mittel zur Steuerung dient oder dienen muss, ist die Arbeitsverdichtung entsprechend hoch bzw. ausgeschöpft. Und angesichts der schwer zu überschauenden Vielzahl an vertraglichen Vereinbarungen, die in jedem Bundesland anders definiert sind und sich teilweise auch dort noch nach Trägergruppen unterscheiden, kann kein bundesweit einheitliches Personalbemessungssystem definiert werden. Es stellt sich für den Leser daher viel eher die berechtigte Frage, warum der Bundesgesetzgeber mit dem PSG II trotz alledem diesen Auftrag erteilt hat. Ob dies Unkenntnis der Realität in den Ländern war oder aus anderen Gründen erfolgte, kann nur spekuliert werden.

- Auch wenn im vollstationären Bereich vergleichbar die Personalschlüssel je nach Bundesland ohne sachliche Gründe unterschiedlich hoch sind, wird dies in der ambulanten Pflege, insbesondere in der Behandlungspflege, noch durch völlig unterschiedliche Qualitätsanforderungen für identische Leistungen übertroffen: Während in einem Bundesland die Durchführung von bestimmten Leistungen der Behandlungspflege durch angelernte Hilfskräfte möglich ist, ist dies im Nachbarbundesland ausdrücklich verboten. Auch hier ‚staunt‘ die Studie über solche in der Gesamtschau völlig irrationalen Regelungen und fordert bei der Häuslichen Krankenpflege auch die Kompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses ein. Und, das sei hinzu gefügt: Warum bundesweit tätige Kassen in dem einen Bundesland einen Fachkraftvorbehalt fordern und bei Missachtung eine Vertragsverletzung und Abrechnungsbetrug auch mit Hinweis auf mangelnde Qualität verfolgen, im anderen Bundesland die identische Kasse dies aber akzeptiert, das ist nicht mehr erklärbar. Daher fordert die Studie auch, insbesondere die vertraglichen bestehenden Rahmenbedingungen im SGB XI und V zu

untersuchen, mit dem Ziel einer Vereinheitlichung. Dem kann insbesondere der Autor nur zustimmen.

Was bringt dieser (auch von den Autoren ausdrücklich so präsentierte) sehr begrenzte Blick auf die ambulante Pflege? Für die ambulante Pflege gibt es zwar keine neuen Erkenntnisse und keine so griffigen Ergebnisse wie im stationären Teil, aber wenn dieser Studienteil dazu beiträgt, die Besonderheiten und teilweise nicht mehr verständlichen Unterschiede zwischen den Leistungs- und Vergütungssystemen der Bundesländern in das Bewusstsein der Politik und des Gesundheitsministerium zu bringen und daraus dann dauerhaft auch Konsequenzen erfolgen, dann wäre schon viel erreicht! Hoffen wir das mal! 🍀



Andreas Heiber

Unternehmensberater und Pflegeexperte
System & Praxis
heiber@syspra.de

ATTRAKTIV!?

Unser Unternehmen ist ein attraktiver Arbeitgeber

Trifft voll zu _____

Trifft weitgehend zu _____

Trifft eher zu _____

Trifft eher nicht zu _____

Trifft weitgehend nicht zu _____

Trifft gar nicht zu _____



www.attraktiver-arbeitgeber-pflege.de | mail@sehlbach.de | 030 - 810 152 70