

Personalbemessung in der stationären Pflege: Gutachten zeigt neue Wege auf

Von den Kliniken lernen

Plaisir, RAI, FIM und Barthel: In den vergangenen Jahren wurden bereits einige Personalbemessungssysteme für die stationäre Altenhilfe erprobt. Durchgesetzt hat sich bisher keines. Nun wartet der Sachverständige Joachim Vetter mit einem neuen Vorschlag auf Als Vorbild dient das Abrechnungssystem der Krankenhäuser.

INTERVIEW: STEVE SCHRADER

Herr Vetter, über ein geeignetes Verfahren zur Personalbemessung wird seit langem kontrovers diskutiert. Nun haben Sie dieses Thema wieder in den Fokus gerückt. Wie lautete Ihre Diagnose – was ist falsch am bestehenden System?

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit erfasst mit den aktuellen Begutachtungsrichtlinien den wahren Inhalt der Arbeit mit multimorbiden, pflegebedürftigen Menschen nicht ausreichend. Hinzu kommt, dass die Begutachtenden oftmals die mühevoll beschriebenen Pflegemaßnahmen während der Inaugenscheinnahme der Pflegesituation in einer Pflegeeinrichtung ignorieren und ausschließlich den Fokus auf medizinische Diagnosen und daraus möglicherweise abgeleitete Pflegemaßnahmen richten. Das ist unbefriedigend. Mit meinem Gutachten greife ich dieses Dilemma auf und schlage die konsequente Anwendung von Pflegediagnosen nach NANDA vor, um hier letztendlich eine Sprache zu nutzen, die von allen Beteiligten verstanden wird.

In Ihrem Gutachten greifen Sie auch das Thema aktivierende Pflege auf. Die Zeitkorridore des MDK, an den sich auch die Personalschlüssel orientieren, sind nach der Erfahrung vieler Einrichtungen viel zu knapp, um eine aktivierende Pflege zu gewährleisten. Genau dies wird vom Gesetzgeber aber erwartet. Das ist doch paradox.

Eine aktivierende Pflege mit demenziell Erkrankten würde bedeuten, dass die Mitarbeiter mit den Händen in der Tasche pflegen, also den Bewohnern kleine Aufträge erteilen und anleiten. Dazu bleibt im Pflegealltag leider keine Zeit. Daher ist der Begriff der Aktivierung mittlerweile

abgegriffen und unrealistisch. Den Betroffenen wird eine Leistung vorenthalten, weil die Bewertung dieses Aufwandes unendlich erfasst und ungenau berechnet wird.

Das bisherige System führt auch dazu, dass die Personalzahlen in den Bundesländern stark differieren. Woran liegt das?

Die Unterschiede sind tatsächlich immens. In den Heimern Schleswig-Holsteins werden – bezogen auf 100 pflegebedürftige Bewohner – sechs Mitarbeiter weniger gewährt als in Bayern, Baden-Württemberg oder Hessen. Auch in Rheinland-Pfalz sieht es nicht viel besser aus. Die Situation in diesen Ländern führt durchaus zu einer schwierigen Versorgung der Bewohner. Denn um etwa zeitgemäße Hausgemeinschaftskonzepte kundenorientiert betreiben zu können, sind Personalschlüssel von 1,2 bis 1,4 – inklusive der PDL und Nachtwachen – überhaupt nicht ausreichend. Wenn dann noch eine unkorrekte Pflegestufe vorliegt, sind Pflegemängel nicht mehr auszuschließen. Die Mitarbeiter werden an diesem Dilemma scheitern und flüchten aus dem Beruf.

Nun sind Sie mit Ihrem Vorschlag, ein einheitliches Personalbemessungssystem einzuführen, nicht der erste. Mit Plaisir, RAI, FIM und Barthel wurden in jüngster Vergangenheit viele Verfahren erprobt, eingeführt wurde aber keines.

Diese Methoden scheiterten daran, dass am Ende ein zu kostenintensives Angebot geschaffen würde. Ich schlage daher vor, von den Kliniken zu lernen, die allgemein anerkannten Begriffslichkeiten zu nutzen und den Basissatz je Haus und den Multiplikator nach den Pflegediagnosen individuell anzuwenden. Es wird



Photo: Fotolia

am Ende ein wenig mehr kosten, aber es sollte differenziert werden nach Einzugsphase, Verweilphase und Kriseninterventionsphase. Die oben erwähnten Bemessungsmethoden waren hier lückenhaft.

In den Kliniken wird seit einigen Jahren nach Fallpauschalen, den DRGs, abgerechnet. Wie könnte denn ein solches Modell für die stationäre Altenhilfe aussehen?

Das ist richtig: Zehn Jahre nach Einführung der DRGs kann man die positiven Erkenntnisse der Kliniken und der Kostenträger anwenden und den Pflegescore entsprechend der Pflegediagnosen nach NANDA entwickeln. Das System ist gerechter, für jeden Bewohner individueller und damit nachvollziehbarer. Und wer dann ganzheitlich und aktivierend pflegt und damit auch vorübergehend eine höhere Vergütung erzielt, wird für diesen Aufwand belohnt. Darum geht es. Warum sollte eine betroffene Pflegefamilie heute einen 100.000-Euro-Vertrag in einem Heim unterzeichnen, wenn nur der Status erhalten bleibt und für eine individuelle Betreuung keine Zeit bleibt?

Basieren Ihre Vorschläge auf konkreten Erfahrungen aus der Praxis?

Wir haben in drei Heimen exemplarisch Zeiten und Leistungen erfasst und kamen auf stark abweichenden Kosten je Pflegeminute. Dabei zeigte sich, dass in Hessen deutlich mehr Zeit für die Aktivierung zur Verfügung stand, die Kosten je Minute aber vergleichbar waren. In NRW wiederum konnten wir erkennen, dass die Pflegeminute am kostenintensivsten war, was aber mehr den hohen Investitionskosten und weniger den Pflegesätzen geschuldet war. Letztendlich zahlt der Bewohner jedoch am Ende den Preis für eine Pflegeminute bezogen auf die Gesamtrechnung. Wir schlagen daher vor, diesen Basispreis je Pflegeminute pro Haus auszuhandeln, und dann können Pflegeheime sowie Bewohner und Angehörige über den Bedarf an Pflege und Betreuung den Preis berechnen.

Die Politik hält sich seit Jahren bei diesem Thema sehr zurück – wohl auch aus Furcht, dass durch neue Verfahren die Kosten steigen. Wäre das auch hier der Fall?

Das wäre dann der Fall, wenn der Basisminutenpreis zu hoch oder die anzuwendenden Pflegeminuten je Diagnose überdimensioniert würden. Pflegeheime und Bewohner sollten partnerschaftlich über die Basisleistung und die notwendige Betreuungsleistung verhandeln. Deutlich kostenintensiver werden die ersten vier Wochen nach Heimeinzug, weil dies die Eingewöhnungsphase des Bewohners ist. Danach kann es auch günstiger werden, wenn zu Beginn in Aktivierung deutlich investiert wird.

Sie haben Ihr Konzept dem neuen Pflegevollständigen der Bundesregierung, neuen Karl-Josef Laumann (CDU), zugesandt. Gab es schon Reaktionen?

Nein, da hat sich noch niemand gemeldet. Ich habe aber 82.000 Stimmen im letzten Jahr bei einer

Seminarsreihe von Entscheidern, Stakeholdern und Führungskräften eingesammelt. Die Politik sollte dieses als Zeichen erkennen. Ich stehe Herrn Laumann zur Verfügung.

Was erwarten Sie von der Politik? Haben Sie die Hoffnung, dass sich in dieser Sache etwas ändern wird?

Natürlich, weil unser Vorschlag ja spannend und innovativ ist, am Ende ein wenig mehr kosten wird, aber deutlich mehr Transparenz und Lebensqualität für Bewohner und



Foto: Anshy

// Deutliche mehr Transparenz und Lebensqualität für die Bewohner //

JOACHIM VETTER

deren Angehörige bringen wird. Millionen Menschen in diesem Land erwarten eine Antwort darauf, wie der ungerechten Anwendung von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Stellenschlüssel ein Ende gemacht werden kann. Dazu soll mein Gutachten einen Beitrag leisten.

■ Joachim Vetter, öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger für Pflegeheime, ist Geschäftsführer der CPB CONSOLUTIONS Projekt- und Baumanagement in Hardt, E-Mail: vetter@cpb-gmbh.de

NANDA-PFLEGEDIAGNOSEN

Die NANDA International mit Sitz im nordamerikanischen Kaukauna ist eine pflegewissenschaftliche Organisation, die sich mit der Formulierung, Entwicklung und Prüfung von Pflegediagnosen beschäftigt. Eine Pflegediagnose beschreibt ein Problem, das überwiegend durch pflegerische Intervention gelöst oder vermieden werden kann. Pflegediagnosen können in die Pflegeplanung und somit in den Pflegeprozess einbezogen werden und sollen die Ergebnisse treffsicherer machen. Sie sind Teil eines Pflegeassessments.

Die heute genutzten Pflegediagnosen gehen maßgeblich auf die nordamerikanische Pflegeassessmentsvereinigung zurück. Die aktuelle Klassifikation enthält 216 Pflegediagnosen und wurde in über 20 Sprachen übersetzt. In Deutschland haben sich Pflegediagnosen bisher kaum durchgesetzt, werden von einigen Pflegeexperten durchaus kritisch betrachtet. So verändert sich die NANDA-Klassifikation der Pflegediagnosen ständig. Das führe dazu, dass die aktuelle Literatur der NANDA meist nicht auf dem neuesten Stand ist. Zudem beschreiben die NANDA-Pflegediagnosen fast ausschließlich nur die Defizite, die im Zeitraum der Pflege auftauchen, lautet ein weiterer Kritikpunkt.

(Quellen: wikipedia, pflegewiki)

■ Zur Website der North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I): www.nanda.org