



Spitzenverband
der Pflegekassen

Entwicklung und Erprobung von Grundlagen
der Personalbemessung in vollstationären
Pflegeeinrichtungen auf der Basis des
Bedarfsklassifikationssystems der
„Referenzmodelle“



Bewertung des Beirats zum Modellprogramm nach § 8 Abs.3 SGB XI

In einer zusammenfassenden Bewertung des Berichts kommt der Beirat zum Modellprogramm nach § 8 Abs.3 SGB XI zu folgendem Ergebnis:

In der Gesamtschau liefert der Bericht eine fundierte Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten, die sich auf der Basis bestehender empirischer Erkenntnisse für die Auswirkungen eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die Pflegeaufwandskonstellationen in der Pflege generieren lassen. Damit liefert er auch in methodischer Hinsicht wichtige Hinweise für die Diskussion um die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und den Einsatz entsprechender Instrumente wie das NBA und ihrer Konsequenzen für eine zukünftige Personalbemessung für stationäre Pflegeeinrichtungen. Doch müssen die den Annahmen und Setzungen zugrunde liegenden Daten und Erkenntnisse auch mit Vorsicht betrachtet werden. Das ‚Alter‘ der zugrunde liegenden Daten, die vergleichsweise schmale und nicht repräsentative Basis für die Erprobung als auch die beschriebenen methodischen Schwierigkeiten bei der zeitbezogenen Modellierung der Bedarfsgrade setzen den Schlussfolgerungen im Hinblick auf eine vergleichsweise einfache Anwendung in der Praxis deutliche Limitierungen.

Im weiteren Prozess bedarf es daher einer gründlichen auch wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit den fachlichen und empirischen Grundlagen für eine rationale Personalbemessung auch mit Blick auf einen möglichen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Die beschriebenen Schwierigkeiten weisen dabei umso mehr auf die Notwendigkeit, auch die Diskussionen um das notwendige Personal und die Einführung rationaler Personalbemessungssysteme in der Pflege in der Zukunft nicht nur aufwands- sondern stärker ergebnisbezogen zu führen.

Zur Bewertung im Einzelnen

Ziel und Gegenstand des Projektes

Hintergrund des Projekts ist die seit Einführung der Pflegeversicherung geführte Diskussion um eine rationale Klassifikation des Leistungsbedarfs und damit um einen Beitrag zur Ermittlung des Personalbedarfs und der Entwicklung entsprechender Personalbemessungssysteme. Mit der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und vor dem Hintergrund der Vorschläge für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff hat diese Diskussion eine besondere Aktualität erhalten, da sich ungeachtet des Fokus auf den Grad der Selbständigkeit und die Potenziale der Pflegebedürftigen auch in diesem Zusammenhang die



Frage nach typischen Bedarfskonstellationen und entsprechendem Leistungsaufwand in der Pflege stellt.

Der Beirat zur Überprüfung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff hat diesem Umstand Rechnung getragen und die Frage aufgeworfen, „ob und wie die leistungsrechtliche Abstufung der einzelnen Bedarfsgrade mit einem typisierten Bedarf der Pflegebedürftigen verknüpft werden kann“ (Beirat: Umsetzungsbericht, S. 30). Dabei geht es insbesondere um die Überlegung, ob die Systematik des „Neuen Begutachtungsinstruments“ (NBA) geeignet erscheint, Graduierungen des Bedarfs so abzubilden, dass sie zur Hinterlegung von Leistungen herangezogen werden kann.

Unter anderem vor diesem Hintergrund war es Ziel dieses Projektes „die Bedarfsklassifikation des Projekts ‚Referenzmodelle‘¹ unter Berücksichtigung des neuen Begutachtungsverfahrens weiterzuentwickeln und damit die inhaltlichen und methodischen Grundlagen für ein Personalbemessungssystem zur Verfügung zu stellen, das auf Begutachtungsergebnissen aufbauen kann. Das Projekt umfasste die hierzu erforderlichen Entwicklungsarbeiten sowie eine praktische Erprobung der entwickelten Methoden in sechs vollstationären Pflegeeinrichtungen in NRW.“ (Bericht S. 4)

Projektmodule und methodisches Vorgehen

Das Projekt umfasste insgesamt folgende Arbeitspakete:

- a) Recherche bestehender methodischer Ansätze der Personalbemessung
- b) Abgleich des neuen Begutachtungsverfahrens mit dem BKSR
- c) Anpassung/Weiterentwicklung der Bedarfskriterien und Fallgruppenzuordnung des Bedarfsklassifikationssystem
- d) Ausdifferenzierung von Fallgruppenmodellen
- e) Vorbereitung und Durchführung von Expertengesprächen
- f) Entwicklung ergänzender Berechnungsverfahren sowie eines Verfahrens und Instrumentes zur Prüfung des Erfüllungsgrades von Qualitätsanforderungen
- g) Erprobung in sechs Pflegeeinrichtungen

¹ Ein in NRW von 2004 bis 2006 durchgeführtes Projekt zur Qualitäts- und Organisationsentwicklung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in NRW. Berichte s. unter <http://www.mgepa.nrw.de/Pflege/Pflegeeinrichtungen/Referenzmodelle/index.php>

Einbezogen in die praktische Erprobung waren in den genannten sechs Einrichtungen (alle in NRW, davon drei aus dem Projekt Referenzmodelle) und insgesamt 591 Bewohner.

Die folgende Einschätzung nimmt nicht den Bericht in seiner gesamten Detaillierung in den Blick, sondern konzentriert sich im Wesentlichen auf die methodische Herleitung und Umsetzung des oben genannten Gesamtziels der Untersuchung.

Zentrale Ergebnisse und Bewertung des Berichts

Für die Beschreibung von Fall- und Aufwandsgruppen ist es notwendig, die sich aus einem Begutachtungsverfahren ergebenden Bewohnermerkmale mit Kennzahlen, Kriterien und empirischen Referenzwerten zu verbinden, um zu einer rationalen Begründung des Leistungsaufwands und damit zu einer Bemessung des Personalbedarfs zu gelangen. Die Autoren führen hierzu aus: „Die Definition von empirisch gestützten Kennzahlen und Kriterien ist die vielleicht größte Schwierigkeit bei der Entwicklung von Personalbemessungssystemen, (...). Aus wissenschaftlicher Sicht sind alle Soll-Zeiten zur quantifizierenden Beschreibung des Pflegebedarfs immer nur Annäherungen an den tatsächlichen Bedarf, die mehr oder weniger gut begründet werden können“ (Bericht S. 25). In der Diskussion verschiedener Möglichkeiten (Expertenurteil, empirische Herleitung) kommen sie dann zu dem Schluss, „(...) in der Diskussion um die Bemessung des notwendigen Leistungsumfangs (und damit des Personalbedarfs) Abstand davon zu nehmen, nach „objektiv richtigen“ Zeitwerten zu suchen.“ (Bericht S. 26)

Diese Hinweise sind unerlässlich für das Verständnis des Weiteren methodischen Vorgehens und die entsprechende Interpretation der zugrunde gelegten und zusätzlich erhobenen Daten. Denn letztlich wurde auch im Rahmen dieser Untersuchung ein empirischer Weg gewählt, um sich ungeachtet der oben genannten Limitationen der Bemessung des notwendigen Leistungsumfangs anzunähern.

Die Ermittlung des Leistungsumfangs in der vorliegenden Untersuchung erfolgte wie bei der Bedarfsklassifikation aus dem weiter oben angesprochenen Projekt „Referenzmodelle“. Die Basis für die Berechnung von Zeitwerten liefert die Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ verwendet (Wingenfeld/Schnabel 2002), mit der differenzierte Informationen über Bewohnerprofile und das Leistungs geschehen für mehr als 700 Bewohner aus insgesamt 27 vollstationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen zur Verfügung stehen. Diese Auswahl wird von den Autoren so begründet, dass es „(...) hierzulande bis heute keine Untersuchung (gibt), die Daten in vergleichbarer Differenzierung erhoben hätte. (...) Diese Verknüpfung ist zwingend erfor-

derlich, wenn man von Merkmalen der Pflegebedürftigkeit auf den Leistungsbedarf schließen will. Auch dies berechtigt zu der Aussage, dass die Daten der NRW-Studie die zur Zeit am besten geeignete Grundlage zur Entwicklung von Kennzahlen und Kriterien darstellt, mit denen ein Leistungsaufwand abgeschätzt werden kann, der eine plausible Annäherung an den Bedarf ermöglicht.“ (Bericht S. 27).

Im weiteren Verlauf wird das neue Begutachtungsinstrument (NBA) als Grundlage für die Fallgruppenbildung sowie das Verfahren zur Ableitung entsprechender Leistungsbedarfe erläutert (sog. Basismodell). Da die empirischen Grundlagen aus einer Zeit stammen, da das NBA noch nicht vorlag und entsprechend die erhobenen Merkmale der Pflegebedürftigkeit nicht genau übereinstimmen, wurde hier eine Nachmodellierung vorgenommen, die in verschiedenen Schritten die Kriterien aus der zugrunde gelegten Studie mit der Bewertungssystematik des NBA verbindet. Diese werden zwar in ihren inhaltlichen Schritten dargelegt, sind jedoch im Hinblick auf die quantitativen Ableitungen nicht immer vollständig transparent.

Nachdem dieses Basismodell empirisch als plausibel qualifiziert wird, werden in der weiteren Analyse verschiedene Varianten der Klassifikation auf der Grundlage dieses Modells vorgenommen. Ziel war dabei zu prüfen, ob sich mit weiteren Differenzierungen der Bedarfsgrade und Fallgruppenunterscheidungen empirisch relevante Verfeinerungen ergeben.

Der Bericht kommt insgesamt zu dem Ergebnis, dass „sich zwar verschiedene Varianten der Fallgruppenzuordnung auf der Basis des NBA darstellen lassen, der Nutzen von Ansätzen, über die Bedarfsgrade hinaus weitere Unterscheidungskriterien (zusätzliche Gruppenunterteilung nach kognitiven/psychischen Problemen oder etwa je nach Kombination körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen etc.) sehr begrenzt sei.“ (Bericht S. 104). Im Kern bedeutet dies, dass die im Rahmen des NBA entwickelten Bedarfsgrade im sogenannten Basismodell, die den Grad der Abhängigkeit von personeller Hilfe abbilden, sich grundsätzlich für die Bildung von Fallgruppen mit hinterlegten Leistungszeiten eignen.

Methodisch ist hier folgendes anzumerken:

1. Die Leistungszeiten als Grundlage für eine Personalbemessung können nur als grobe Annäherungswerte betrachtet werden. Die Autoren führen diesbezüglich selbst aus: „Da keine Normen existieren, anhand derer sich fachlich begründet konkrete Zeitwerte angeben ließen, ist eine Quantifizierung nur über Erfahrungswerte möglich.“ (Bericht S. 33)



2. Diese „Erfahrungswerte“ werden, wie beschrieben, aus der Datenbasis der genannten Studie generiert (Wingefeld /Schnabel 2002). Ungeachtet des Umstands, dass in der Tat keine aktuelleren validen Daten vorliegen, muss dennoch darauf hingewiesen werden, dass diese Daten mittlerweile ca. 10 Jahre alt sind. Veränderungen mit Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen, die in diesem Zeitraum stattgefunden haben (Pflegeteilerweiterungsgesetz, Föderalismusreform und die Auswirkungen auf das Heimrecht, Qualitätsdiskussion, ...) spiegeln sich in diesen Daten selbstredend nicht wider.
3. Da die Erstellung der genannten Studie auf der Basis der Pflegestufensystematik vorgenommen wurde, mussten mit Blick auf die Fragestellung der vorliegenden Untersuchung die Bedarfskonstellationen auf der Basis den NBA entsprechend nachmodelliert werden (zum Vorgehen s. Bericht S.33 ff.) Nach dieser Modellierung ergibt sich eine „in diesem Maße her unerwartete Übereinstimmung der jeweiligen Anteile der Bedarfsgrade“ (Bericht S. 36). Dies bedarf aus Sicht des GKV-SV noch der weiteren empirischen Klärung insbesondere im Hinblick auf die Frage, ob nicht gerade dieses Ergebnis erwartbar gewesen ist, da sich im Modellierungsverfahren doch die Pflegestufen nicht nur empirisch widerspiegeln, sondern vielmehr auch deren Grundlage sind. In einem möglichen Umkehrschluss würde dies bedeuten, dass die in die Untersuchung einbezogenen Einrichtungen schon mit ihrem Leistungsspektrum vor dem Hintergrund der kritisierten „Engführung des alten Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ in gewisser Weise (und zumindest in quantitativer Hinsicht) die Anforderungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfüllen würden.
4. Diese Einschätzungen haben zudem entsprechende Implikationen für und Auswirkungen auf den so genannten „Leistungsbedarf“. Streng genommen handelt es sich beim genannten Leistungsbedarf aufgrund der empirischen Herleitung eher um einen Leistungsaufwand unter bestimmten definierten Bedingungen. Zwar wurde insbesondere in den empirischen Untersuchungen im Rahmen der Referenzmodelle der Leistungsaufwand mit qualitativen Kriterien der Leistungserbringung verknüpft. Damit besteht die begründete Vermutung, dass die sich in den Leistungszeiten widerspiegelnde Versorgung unter den definierten Bedingungen qualitativ angemessen ist. Sie beschreiben damit jedoch eher eine Aufwands- denn eine Bedarfskategorie und bleiben damit vor dem Hintergrund der oben genannten grundsätzlichen methodischen Schwierigkeiten trotz Adjustierung „Annäherung an den tatsächlichen Bedarf“, wie die Autoren selbst ausführen (Bericht S. 40).



5. Die Modellierung spiegelt sich auch in der weiteren Ausarbeitung wider, insbesondere im Hinblick auf den Zusammenhang von Pflegesatzgestaltung und Pflegebedürftigkeitsbegriff. Hierzu wird im Bericht ausgeführt: „Um die Finanzierbarkeit aufrecht zu erhalten und keine neuen Ungerechtigkeiten in das System zu bringen, ist daher eine sorgfältige Abwägung der Festlegung von zukünftigen Leistungsansprüchen und des Zusammenspiels zwischen der Höhe des Leistungsbezugs und den Pflegesätzen erforderlich. (...) Das folgende Szenario zielt darauf ab, die Gestaltbarkeit von Pflegesätzen und Leistungen der Pflegeversicherung im Übergang von Pflegestufen zu Bedarfsgraden aufzuzeigen. Dabei wird angenommen, dass die Pflegeeinrichtungen durch diesen Übergang weder Mehreinnahmen erzielen noch Einnahmeeinbrüche in Kauf nehmen sollen. Die von der Pflegeversicherung sowie der von den Pflegebedürftigen selbst (oder den Sozialhilfeträgern) aufzuwendenden Mittel sollen sich also in der Summe nicht verändern.“ (Bericht S. 48/49). Mit diesen Rahmenseetzungen wird deutlich, dass es in der Modellierung der Pflegesätze nicht um die Frage geht, welche „Konstellation im Verhältnis zwischen Leistungen aus der Pflegeversicherung und Pflegesätzen sinnvoll sein könnte, sondern um die Gestaltbarkeit von Kostenstrukturen.“ (Bericht S. 51)

6. Die im weiteren Verlauf der Untersuchung beschriebenen Konsequenzen für die Personalausstattung von Einrichtungen müssen vor dem Hintergrund dieser methodischen Anmerkungen bewertet werden. Denn die beschriebenen Schwierigkeiten, die z.T. selbst von den Autoren konzediert werden, setzen entsprechende Limitationen für die Festlegung von Betreuungsrelationen je Bedarfsgrad, wie sie im Folgenden vorgenommen werden. Der im Bericht formulierte Vorschlag, mit entsprechenden Relativgewichten je Bedarfsgrad zur einrichtungsindividuellen Ermittlung von Personalrichtwerten zu operieren, mahnt dabei in gewisser Hinsicht zur Vorsicht im Umgang mit den Datengrundlagen und beschreibt die weitere Entwicklung folgerichtig als einen längerfristigen Prozess, indem sowohl weitere Entwicklungsarbeiten als auch weitere umfangreichere Erfahrungen mit auf der neuen Begutachtung basierenden Daten gesammelt werden müssen. Auf der anderen Seite wird damit jedoch auch die Hoffnung auf ein anerkanntes und wissenschaftlichen Kriterien entsprechendes Personalbemessungssystem geweckt, für das der vorliegende Bericht, wenn auch so von den Autoren nicht explizit ausgesprochen, die entsprechende Grundlage liefert.



Universität Bielefeld

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld, IPW

Grundlagen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

**Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprojekt:
„Entwicklung und Erprobung von Grundlagen der
Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf der Basis des
Bedarfsklassifikationssystems der Referenzmodelle“**

**Projektträger: Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen
Wiss. Begleitung: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld**

Verfasser: K. Wingenfeld
unter Mitarbeit von A. Ammann und A. Ostendorf

Bielefeld, 6. Juli 2010

Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI
gefördert vom GKV-Spitzenverband

Inhaltsübersicht:

1. Einleitung	3
2. Ausgangslage	5
2.1 Diskussion und Entwicklung von Methoden der Personalbemessung in Deutschland.....	5
2.2 Neue Anforderungen durch einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff	7
2.3 Die Bedarfsklassifikation der Referenzmodelle	10
3. Aufgabenstellung und methodisches Vorgehen	13
4. Anforderungen an ein Personalbemessungssystem	17
4.1 Empfehlungen aus der Perspektive von Vergütungsverhandlungen	17
4.2 Allgemeine Anforderungen und Komponenten eines Personalbemessungssystems.....	21
4.3 Bedarfsklassifikation und Pflegestufensystematik.....	29
5. Das Basismodell zur Bedarfsklassifikation mit dem NBA	31
5.1 Das NBA als Grundlage zur Fallgruppenbildung.....	31
5.2 Basiszeitwerte zur Annäherung an den Leistungsbedarf	33
5.3 Indirekte Leistungen	42
5.4 Pflegesatzgestaltung und neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff	48
5.5 Ableitung von Qualifikationsanforderungen.....	52
6. Varianten der Klassifikation auf der Grundlage des Basismodells	55
6.1 Modell 2: Gruppenunterteilung nach kognitiven/psychischen Problemen	55
6.2 Modell 3: Kombination körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen.....	58
6.3 Modell 4: Berücksichtigung von Ressourcenförderung	63
6.4 Modell 5: Identifizierung von Schwerpunkten des Bedarfs	77
6.5 Zwischenresümee	81
7. Relevanz einrichtungsindividueller Merkmale.....	82
7.1 Begleitung sterbender Bewohner und Bewohnerfluktuation	83
7.2 Wegezeiten.....	87
7.3 Konzeptionelle Besonderheiten.....	89
8. Ergebnisse der praktischen Erprobung	93
8.1 Testung der Urteilerübereinstimmung	94
8.2 Mögliche Konsequenzen für die Personalausstattung	96
8.3 Überprüfung des Stands der Qualitätsentwicklung	100
9. Zusammenfassung	104
Literatur.....	107
Anhang A: Ergebnisse der Recherche nach Personalbemessungsinstrumenten	109
Anhang B: Fragebogen zur Erfassung des Umsetzungsgrads des Referenzkonzepts	130

1. Einleitung

Schon kurze Zeit nach Einführung der Pflegeversicherung begann in Deutschland eine intensive Diskussion um die Frage, mit welchen Methoden der Personalbedarf in stationären Pflegeeinrichtungen unter den neuen sozialrechtlichen Voraussetzungen ermittelt werden kann. Die mit dem SGB XI eingeführte Pflegestufensystematik bot hierzu keine optimale Grundlage, unter anderem weil sich in den Pflegestufen nur ein Teil der Beeinträchtigungen pflegebedürftiger Menschen widerspiegelt.

Es gelang allerdings bis heute nicht, ein methodisch überzeugendes, allgemein akzeptiertes Verfahren der Personalbemessung für die vollstationäre pflegerische Versorgung zu entwickeln oder bereits vorhandene Lösungen aus anderen Ländern zu adaptieren. Am weitesten kam man mit dem aus Kanada stammenden Verfahren PLAISIR, das allerdings im Hinblick auf Fachlichkeit und Transparenz stark umstritten war und dessen Einführung an ungelösten Problemen im Rahmen von Lizenzverhandlungen scheiterte. Deshalb ist das Pflegestufensystem noch immer das Bezugssystem, das bei der Einschätzung des Personalbedarfs bei Vergütungsverhandlungen zugrunde gelegt wird. Üblicherweise finden Personalanzahlzahlen Verwendung, die dazu dienen, den einzelnen Pflegestufen eine Betreuungsrelation zuzuordnen.

Das nach § 8 Abs. 3 SGB XI geförderte Projekt „Grundlagen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf der Basis des Bedarfsklassifikationssystems der ‚Referenzmodelle‘“ (im Folgenden kurz: „Grundlagen der Personalbemessung“) stellt einen neuen Versuch dar, geeignete Methoden zur Ermittlung des Personalbedarfs verfügbar zu machen. Das Projekt stützte sich auf Vorarbeiten aus dem Projekt „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“ („Referenzmodelle“, 2004 – 2006) sowie auf Vorarbeiten im Zusammenhang mit der Entwicklung eines neuen Begutachtungsverfahrens für die Pflegeversicherung. Die Durchführung erfolgte in Zusammenarbeit zwischen dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen (DW, Projektträger) und dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).

Im Rahmen des Projekts „Referenzmodelle“, das damals ebenfalls in Trägerschaft des DW durchgeführt wurde, hatte das IPW in Abstimmung mit den insgesamt 20 beteiligten Referenzeinrichtungen mehrere Konzepte entwickelt, die der Sicherstellung und Weiterentwicklung der Lebens- und Versorgungsqualität dienen (Wingenfeld et al. 2007a). Ergänzend zu diesen Konzepten wurde ein Bedarfsklassifikationssystem entworfen, das anhand bestimmter Merkmale der Pflegebedürftigkeit eine Zuordnung von Heimbewohnern zu Fallgruppen und damit eine Abschätzung des notwendigen Leistungsumfangs ermöglicht (im Folgenden kurz: „Bedarfsklassifikationssystem Referenzmodelle“ – BKSR). Dieses System vermeidet fachliche Verkürzungen, die mit den heutigen Kriterien zur Ermittlung von Pflegestufen einhergehen, und stützt sich auf ein Assessment, das eigens zum Zweck einer Bedarfsklassifikation entwickelt wurde.

Die Ende 2006 einsetzenden Prozesse zur Überprüfung und Neufassung des sozialrechtlichen Begriffs der Pflegebedürftigkeit und der Entwicklung eines neuen Begutachtungsverfahrens warfen allerdings die Frage auf, ob es sinnvoll sein kann, ein von der Begutachtung losgelöstes Einschätzungsverfahren zur Personalbemessung zu verwenden, wenn das

neue Begutachtungsverfahren selbst eine umfassende Berücksichtigung der Bedarfslagen von Heimbewohnern ermöglicht. Mit den Bemühungen zur Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergab sich vielmehr die Option einer Harmonisierung des Begutachtungsverfahrens und der Bedarfsklassifikation, die für eine methodisch und fachlich überzeugende Personalbemessung benötigt wird. Während sich das aktuelle System der Pflegestufen aus methodischen und inhaltlichen Gründen nicht für Zwecke der Personalbemessung eignet, weist der Ansatz des „neuen Begutachtungsassessments“ (NBA) Merkmale auf, die mit dem Ansatz des BKSR große Ähnlichkeit aufweisen.

Das Projekt „Grundlagen der Personalbemessung“ setzte sich daher zum Ziel, die Bedarfsklassifikation des Projekts Referenzmodelle unter Berücksichtigung des neuen Begutachtungsverfahrens weiterzuentwickeln und damit die inhaltlichen und methodischen Grundlagen für ein Personalbemessungssystem zur Verfügung zu stellen, das auf Begutachtungsergebnissen aufbauen kann. Das Projekt umfasste die hierzu erforderlichen Entwicklungsarbeiten sowie eine praktische Erprobung der entwickelten Methoden in sechs vollstationären Pflegeeinrichtungen.

Neben wissenschaftlichen Anforderungen war hierbei ganz besonders das Erfordernis von Praktikabilität zu beachten. Es sollte ein Verfahren entwickelt werden, das sich möglichst unproblematisch in die heutigen Strukturen der Vertragsbeziehungen und Vergütungsverhandlungen auf dem Feld der vollstationären pflegerischen Versorgung einfügt. Dieses Erfordernis hatte zwei Konsequenzen. Erstens führte es zur Einbindung von Expertengesprächen in das Projekt, mit denen die zum Teil komplizierten Bedingungen und Anforderungen herausgearbeitet wurden, die im Hinblick auf Vergütungsverhandlungen zwischen Einrichtungsträgern und Kostenträgern von Bedeutung sind. Zweitens wurde es als Aufgabe des Projektes gesehen, kein starres, sondern ein flexibles System zu entwickeln, so dass diesen Vertragspartnern ausreichend Spielraum bleibt, sich über Einzelheiten der Personalbemessung zu verständigen und gemeinsam zu entscheiden, inwieweit beispielsweise einrichtungsindividuelle Besonderheiten zu berücksichtigen sind oder eine starke Ausdifferenzierung von Fallgruppen zugrunde zu legen ist.

Mit dem vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der Entwicklungsarbeiten und der praktischen Erprobung vorgestellt. Diese Projektergebnisse zeigen einen neuen, praktikablen Ansatz zur Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf. Entsprechend der Anlage des Projektes handelt es sich nicht um ein endgültiges, nicht zu veränderndes System, sondern um einen Ansatz, der sich als „Grundlage“ für praktikable Lösungen in der Praxis versteht und dementsprechend – in den Grenzen des fachlich Vertretbaren – weiterentwickelt werden kann und soll.

2. Ausgangslage

2.1 Diskussion und Entwicklung von Methoden der Personalbemessung in Deutschland

Mit der Einführung der Pflegeversicherung begann eine intensive Diskussion um Kriterien und Methoden, anhand derer die notwendige Personalausstattung vollstationärer Pflegeeinrichtungen zukünftig ermittelt werden sollte. Die neuen Pflegestufen boten hierzu keine guten Voraussetzungen, denn in ihnen kommt nur ein Teil des Bedarfs des Bewohners – der Bedarf an Unterstützung bei der Durchführung von Alltagsverrichtungen – zum Ausdruck. Andere Aspekte des Bedarfs wie Hilfen beim Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen oder der gesamte Bereich der psychosozialen Unterstützung bleiben bei der Ermittlung einer Pflegestufe weitgehend unberücksichtigt. Diese Aspekte sind jedoch gerade bei Heimbewohnern von Bedeutung, weil diese Personengruppe noch mehr als die Gruppe der Pflegebedürftigen in der häuslichen Versorgung von komplexen Gesundheitsstörungen (Multimorbidität) und psychischen Problemlagen betroffen ist (Wingenfeld 2008). An empirischen Studien lässt sich dementsprechend ablesen, dass bei manchen Bewohnergruppen ein Missverhältnis zwischen der Pflegestufe und dem Zeitaufwand existiert, der für diese Bedarfsaspekte zu veranschlagen ist (Wingenfeld/Schnabel 2002: 101ff).

Die Pflegestufen beruhen zudem auf einer Bedarfseinschätzung, die auf die von Pflegepersonen ohne Berufsausbildung benötigte Pflegezeit Bezug nimmt (§ 15 Abs. 3 SGB XI). Es ist jedoch sehr fraglich, ob diese „Laienpflegezeit“ mit den Zeiten beruflicher Pflege vergleichbar ist. Der Gesetzgeber hat dies bei der Einführung der Pflegeversicherung explizit verneint. Anderenfalls könnten die bei der Begutachtung festgestellten Pflegezeiten unmittelbar in erforderliche Personalressourcen umgerechnet werden. Die tatsächlichen Pflegezeiten weichen jedoch in erheblichem Maße von den im SGB XI genannten Zeitmargen, nach denen die einzelnen Pflegestufen unterschieden werden, ab. In der nordrhein-westfälischen Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ wurde beispielsweise bei Bewohnern mit der Pflegestufe III für den Bereich „Hilfen bei Alltagsverrichtungen“ ein durchschnittlicher Zeitaufwand von 87 Minuten je Bewohner und Tag ermittelt. Bei der Begutachtung nach dem SGB XI wird die Pflegestufe III jedoch erst dann zugeordnet, wenn sich der Bedarf an „Laienpflegezeit“ mindestens auf 240 Minuten im Tagesdurchschnitt beläuft. Selbst wenn man alle anderen Leistungsbereiche (Behandlungspflege, psychosoziale Unterstützung, indirekte Leistungen) mitberücksichtigt, liegt der mittlere Zeitaufwand mit rund 158 Minuten im Tagesdurchschnitt noch weit unterhalb des Schwellenwertes, den das SGB XI für die Pflege durch Personen ohne Berufsausbildung ansetzt.

Allein diese beiden Eigenschaften der heutigen Pflegestufensystematik – die Begrenzung auf den Bedarf an Hilfen bei Alltagsverrichtungen und der Maßstab „Laienpflegezeit“ – stellen die Verwendung der Pflegestufen für die Ermittlung des notwendigen Zeitaufwands in der voll-

stationären pflegerischen Versorgung und damit als Maßstab für den Personalbedarf in Frage¹.

Mangels Alternativen blieben die Pflegestufen jedoch bis heute der zentrale Bezugspunkt. Im Rahmen von Pflegesatzverhandlungen werden Richtgrößen zugrunde gelegt, die je Pflegestufe eine Betreuungsrelation angeben (oder eine Marge, innerhalb derer sich die Festlegung einer Betreuungsrelation bei den Vergütungsverhandlungen bewegen soll). Diese Richtgrößen sind je nach Bundesland anders dimensioniert, sie liegen beispielsweise im Falle der Pflegestufe II innerhalb einer Spanne von 1 : 4,0 bis 1 : 2,2 (Vollzeitkraft : Anzahl Bewohner). Woraus die jeweiligen Personalschlüssel abgeleitet werden, ist allerdings nicht ersichtlich. Sie sind vor allem als allgemeine Erfahrungswerte und Ergebnis von Verhandlungen anzusehen.

Im Laufe der Jahre wurden verschiedene andere Methoden zur Ermittlung des Personalbedarfs geprüft und zum Teil auch empirisch getestet. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang vor allem auf das aus Kanada stammende Verfahren „Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis“ – PLAISIR (EROS 1997). Nach einer umfangreichen bundesweiten Erprobung scheiterte die Einführung des Verfahrens daran, dass man sich über die Konditionen für eine Lizenz zur Nutzung von PLAISIR nicht einigen konnte (die Rechte an dem Verfahren lagen bei einem kanadischen Unternehmen). PLAISIR wurde von Wissenschaftlern und anderen Experten allerdings eher skeptisch bewertet. Deren Kritik konzentrierte sich auf folgende Punkte (vgl. dazu KDA 2000):

- Krankenhauslastigkeit der Bedarfskategorien
- zu geringe Berücksichtigung psychischer und sozialer Problemlagen
- Intransparenz der Bewertungssystematik und der Ableitung von Zeitwerten
- Abhängigkeit von einer kanadischen Organisation
- hoher Personalaufwand beim Einsatz des Verfahrens.

Die mangelnde Transparenz in der Frage, auf welchem Weg und auf welchen Annahmen die Bedarfsermittlung mit PLAISIR beruhte, wog vor allem deshalb schwer, weil die Ergebnisse dadurch nicht zu bewerten waren. Bei der Erprobung des Verfahrens zeigte sich nämlich, dass die ermittelten Bedarfsgrößen regelmäßig erheblich über der tatsächlichen Personalausstattung der Einrichtungen lagen. Inwieweit damit nun tatsächlich der Leistungsbedarf in einer Einrichtung abgebildet war, ließ sich aufgrund der Intransparenz nicht beurteilen.

¹ Es gibt weitere Schwachstellen der Pflegestufensystematik, die in diesem Zusammenhang von Bedeutung sind, hier aber nicht näher dargestellt werden sollen (vgl. Wingenfeld et al. 2007). Dazu gehört insbesondere die Frage nach der zeitlichen Bemessung von Bedarf in Bereichen, in denen Hilfe in Form von Anleitung, Beaufsichtigung oder teilweiser Übernahme von Verrichtungen durch die Pflegeperson erforderlich ist. Die in der Begutachtungsanleitung aufgeführten Zeitkorridore, die der Gutachter als Orientierungshilfe bei der Ermittlung von Pflegezeiten nutzen soll, beziehen sich allein auf die Form der *vollständigen* Übernahme von Verrichtungen. Bei allen anderen Bedarfslagen entsteht ein kaum lösbares Problem, denn der Gutachter muss die bei einem Heimbewohner erforderlichen Pflegezeiten dann ohne jegliche Orientierungshilfe schätzen, noch dazu unter Bezugnahme auf eine fiktive Pflegesituation (häusliche Umgebung, Pflege durch Angehörige oder andere Personen, die nicht zur Pflege ausgebildet sind).

Andere Verfahren wie BASIS, PERSYS, BESA, CBS und weitere (vgl. Anhang) wurden ebenfalls diskutiert, zum Teil auch praktisch erprobt, erlangten jedoch nicht annähernd die Bedeutung und den Entwicklungsstand wie das Verfahren PLAISIR. Darüber hinaus machte sich mit dem Scheitern von PLAISIR eine gewisse Ernüchterung breit, die Diskussionen und Bemühungen um ein Personalbemessungssystem verloren an Dynamik.

Hinzu kam eine weitere, bis heute anhaltende Entwicklung: Trotz weiter ansteigender Nachfrage nach vollstationären Plätzen (vgl. Statistisches Bundesamt 2009) entstanden vielerorts Kapazitäten, die die Nachfrage überstiegen. Die Konsequenz bestand in einer Verschärfung des Wettbewerbs zwischen den Einrichtungen, der vorrangig über die von Bewohnern und Angehörigen zu zahlenden Preise geführt wurde. Auch deshalb scheint das Interesse an einem Personalbemessungssystem etwas nachgelassen zu haben, denn um sich im Preiswettbewerb im regionalen Versorgungssystem behaupten zu können, benötigen die Einrichtungen Flexibilität bei der Festlegung der Pflegesätze. Diese Flexibilität würde durch ein Verfahren der Personalbemessung begrenzt (vgl. Kapitel 4.1).

So fand man bis heute keine überzeugende Alternative zu den Richtwerten für die Personalausstattung, die sich auf die Pflegestufensystematik stützen. Die Notwendigkeit eines methodisch und inhaltlich tragfähigen Personalbemessungssystems wird zwar nach wie vor gesehen. Außerhalb der Aktivitäten rund um das NRW-Projekt „Referenzmodelle“ scheinen derzeit jedoch keine Entwicklungen zu existieren, von denen in absehbarer Zeit ein rationales System der Personalbemessung erwartet werden könnte.

2.2 Neue Anforderungen durch einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die Entwicklung eines neuen Personalbemessungssystems könnte allerdings durch einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dementsprechend eine neue Stufensystematik zur Erfassung des Grads der Pflegebedürftigkeit rasch zu einer dringenden Notwendigkeit werden.

Im November 2006 hatte das Bundesministerium für Gesundheit einen Beirat einberufen, um eine Empfehlung zur Revision des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erarbeiten. Parallel dazu wurde die Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments eingeleitet. Ein Prototyp dieses neuen Instruments – das „neue Begutachtungsassessment“ (NBA), das gemeinsam vom Bielefelder Institut für Pflegewissenschaft und dem MDK Westfalen-Lippe entwickelt wurde (Wingenfeld et al. 2008a/b) – ist im März 2008 der Öffentlichkeit vorgestellt und danach einer umfangreichen praktischen Erprobung unterzogen worden. Sowohl die methodische Güte als auch die Praktikabilität des Instruments wurde auf der Grundlage dieser Erprobung sehr positiv beurteilt (Windeler et al. 2008).

Denn die vorliegenden Vorschläge gehen von einem erweiterten Verständnis von Pflegebedürftigkeit aus. Pflegebedürftigkeit ist in diesem Verständnis dann gegeben, wenn ein Mensch nicht über die Fähigkeit, das Wissen oder die Willenskraft verfügt, um körperliche oder psychische Beeinträchtigungen, gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen selbständig zu kompensieren bzw. zu bewältigen (Wingenfeld et al. 2007). Nicht die Er-

krankung (oder Behinderung) und die durch sie verursachten Einbußen sind das Entscheidende, sondern die Frage, ob jemand zur selbständigen Durchführung von Aktivitäten, zu selbständiger Krankheitsbewältigung oder selbständiger Gestaltung von Lebensbereichen (einschließlich sozialer Bereiche) in der Lage ist. Pflegebedürftigkeit wird insofern verstanden als Abhängigkeit von personeller (pflegerischer) Hilfe.

Im NBA und der neuen Stufensystematik steht dementsprechend die Frage nach der Selbständigkeit im Mittelpunkt. Anders als im jetzigen Begutachtungsverfahren ist der Maßstab zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit nicht die erforderliche Pflegezeit, sondern der Grad der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen. Das neue Instrument bezieht hierbei folgende Bereiche ein:

1. *Mobilität*: Fortbewegung über kurze Strecken und Lageveränderungen des Körpers.
2. *Kognitive und kommunikative Fähigkeiten*: Gedächtnis, Wahrnehmung, Denken, Kommunikation.
3. *Verhaltensweisen und psychische Problemlagen*: Verhaltensweisen, die mit einer Selbstgefährdung oder mit der Gefährdung anderer verbunden sein oder andere Probleme mit sich bringen können, sowie psychische Probleme wie Ängstlichkeit, Panikattacken oder Wahnvorstellungen.
4. *Selbstversorgung*: Körperpflege, sich Kleiden, Essen und Trinken sowie Verrichtungen im Zusammenhang mit Ausscheidungen.
5. *Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen*: Aktivitäten, die auf die Bewältigung von Anforderungen und Belastungen infolge von Krankheit oder Therapiemaßnahmen zielen, z. B. Medikamenteneinnahme, Umgang mit Hilfsmitteln oder Durchführung zeitaufwändiger Therapien innerhalb und außerhalb der häuslichen Umgebung.
6. *Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte*: Einteilung von Zeit, Einhaltung eines Rhythmus von Wachen und Schlafen, sinnvolles (bedürfnisgerechtes) Ausfüllen von verfügbarer Zeit und Pflege sozialer Beziehungen.

Neben diesen Bereichen, die bei der Ermittlung eines Grades der *Pflegebedürftigkeit* berücksichtigt werden, gibt es zwei weitere, die zur Erfassung von *Hilfebedürftigkeit* vorgesehen sind:

7. *Außerhäusliche Aktivitäten*: Teilnahme an sozialen und im weitesten Sinne kulturellen Aktivitäten (einschl. außerhäusliche Mobilität).
8. *Haushaltsführung*: hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Regelung der für die alltägliche Lebensführung notwendigen geschäftlichen Belange (Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit Behörden, Geldangelegenheiten).

Das NBA ist modular aufgebaut, so dass zunächst für jeden dieser Bereiche ein Einschätzungsergebnis ermittelt wird, das für sich genommen Aussagekraft besitzt (z. B. Modul 4: Grad der Selbständigkeit bei Aktivitäten der Selbstversorgung). In einem zweiten Schritt werden diese Teilergebnisse nach bestimmten Regeln zu einem Gesamtergebnis zusammengeführt. Zur Ermittlung einer Stufe der Pflegebedürftigkeit geschieht dies für die Ergebnisse der Module 1 bis 6. Hier sieht das Verfahren eine Unterteilung in fünf Stufen vor. Die erste Stufe ist für Personen vorgesehen, die relativ geringe Beeinträchtigungen aufweisen.

Damit soll u.a. vermieden werden, dass Menschen als „nicht pflegebedürftig“ bezeichnet werden, obwohl sie auf pflegerische Hilfe angewiesen sind.

Das NBA beinhaltet auch Verfahren zur Dokumentation von Informationen und Einschätzungen zur Ermittlung eines etwaigen Bedarfs an medizinischer Rehabilitation. In den Modulen 1. „Mobilität“, 2. „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“, 4. „Selbstversorgung“ und 5. „Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen“ wird jeweils die Entwicklungstendenz der Selbständigkeit bzw. Fähigkeiten eingeschätzt. Zu beantworten ist für jeden dieser Bereiche auch die Frage, ob und auf welchem konkreten Weg ggf. Verbesserungen erreicht werden können, z.B. durch die Optimierung therapeutischer Maßnahmen, die Optimierung der räumlichen Umgebung, durch Hilfsmiteinsatz bzw. dessen Optimierung oder durch andere Maßnahmen. Diese Informationen sind nicht nur für die Frage der Rehabilitationsbedürftigkeit relevant. Sie eröffnen auch unabhängig davon die Möglichkeit, Pflegebedürftige bzw. Bewohner zu identifizieren, bei denen Chancen auf eine Verbesserung der Selbständigkeit bestehen.

Der Prototyp des neuen Begutachtungsverfahrens ist bei den Spitzenverbänden der Pflegekassen und im Beirat des Bundesgesundheitsministeriums, aber auch darüber hinaus auf eine sehr positive Resonanz gestoßen. Zwar wurde deutlich, dass eine Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs mehrere noch zu klärende Fragen aufwirft, insbesondere im Hinblick auf die Abgrenzung der Verantwortungsbereiche der verschiedenen Kostenträger. Deswegen ungeachtet hat der BMG-Beirat in seinem Bericht im Januar 2009 eine einstimmige Empfehlung ausgesprochen, das Verfahren und das ihm hintergelegte Verständnis von Pflegebedürftigkeit durch eine entsprechende Gesetzesreform umzusetzen. Ein zweiter Bericht des Beirates, der sich mit Fragen der Umsetzung beschäftigt, folgte wenige Monate später.

Mit einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem NBA ergäben sich, dass zeigen die Erfahrungen mit dem Instrument und auch die Beratungsergebnisse des BMG-Beirats, für alle Bereiche der pflegerischen Versorgung weitreichende Konsequenzen. Für den vorliegenden Zusammenhang sind vor allem drei Aspekte wichtig:

- Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff geht zwangsläufig mit einer neuen Stufensystematik einher. Das NBA unterscheidet fünf statt wie heute drei Grade der Pflegebedürftigkeit, die aufgrund einer EntschlieÙung des BMG-Beirats als „Bedarfsgrade“ bezeichnet werden². Diese Bedarfsgrade entsprechen weder inhaltlich noch in ihrer Abstufung dem heutigen Pflegestufensystem. Das bedeutet, dass die heutigen Richtwerte für den Personalbedarf nach der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht mehr verwendbar wären und durch andere Orientierungswerte oder eben ein Verfahren zur Personalbemessung ersetzt werden müssten.

² Diese Bezeichnung war von den Entwicklern des NBA nicht vorgesehen und könnte Anlass zu Missverständnissen bieten. Denn das NBA nimmt eine Graduierung der Selbständigkeit, nicht des Unterstützungsbedarfs vor. Wenngleich zwischen beiden ein enger Zusammenhang existiert, ist aus wissenschaftlicher Sicht zwischen Pflegebedürftigkeit und Leistungsbedarf strikt zu unterscheiden. Das Anliegen des BMG-Beirats, durch einen anderen Begriff eine Verwechslung mit den heutigen Pflegestufen auszuschließen, ist allerdings nachvollziehbar.

- Diese Entwicklung birgt allerdings gute Voraussetzungen für die Festlegung von Richtwerten, die dem tatsächlichen Leistungsgeschehen näher stehen als die heutigen Pflegestufen. Denn das neue Begutachtungsinstrument beruht, anders als die aktuellen Vorschriften des SGB XI, auf einem umfassenden Verständnis von Pflegebedürftigkeit, so dass es sämtliche Merkmale der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt, die zur Ermittlung des Personalbedarfs erforderlich sind. Allerdings ist bislang nicht geklärt worden, wie aus den Einschätzungsergebnissen des NBA konkrete Bedarfsgrößen abgeleitet werden können. Die Bewertungssystematik des NBA und die darin vorgesehenen Gewichtungen sind zwar unter Berücksichtigung von empirisch gesicherten Erkenntnissen über die Beziehung zwischen Beeinträchtigungen und Leistungsbedarf entwickelt worden, doch steht der Nachweis noch aus, dass sich damit unmittelbare Schlussfolgerungen auf den Personalbedarf ziehen lassen.

Es liegt deshalb nahe, zu überprüfen, ob nicht das neue Begutachtungsinstrument als Assessment für eine Bedarfsklassifikation verwendbar ist, aus dem sich Rückschlüsse auf den Personalbedarf ableiten lassen.

2.3 Die Bedarfsklassifikation der Referenzmodelle

Das Ziel des Modellprojekts „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“ („Referenzmodelle“) bestand darin, Konzepte für eine nachhaltige Qualitätsentwicklung in vollstationären Pflegeeinrichtungen bereit zu stellen. Hiermit sollten Wege zur Lösung aktueller, dringlicher Versorgungsprobleme aufgezeigt und Grundlagen für Vereinbarungen über Leistungen und Qualität der Versorgung erarbeitet werden. Mit den Leistungsbeschreibungen und Qualitätsmaßstäben sowie einigen weiteren Konzeptbausteinen stehen seit Abschluss des Modellprojekts zentrale Konzepte für die Qualitätsentwicklung zur Verfügung, die in Form eines Praxisleitfadens veröffentlicht wurden (Korte-Pötters et al. 2007). Sie umfassen

- Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege,
- übergeordnete Qualitätsmaßstäbe (Rahmenkonzepte zur Qualitätssicherung in den Aufgabenfeldern: Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung, Zusammenarbeit mit Angehörigen, Nächtlige Versorgung, Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen, Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten),
- ein Konzept zur Optimierung der Pflegeprozesssteuerung und Versorgungskoordination („zuständige Pflegefachkraft“, ZPFK),
- ein Rahmenkonzept für das pflegerische Assessment und die Erfassung von Informationen zur Biografie und Lebenssituation der Bewohner sowie
- ein Konzept zur Verbesserung der Pflegedokumentation.

Ergänzend hierzu hatte das Institut für Pflegewissenschaft eine Methode zur Bedarfsklassifikation entwickelt, mit dem sich Fallgruppen für Bewohner mit vergleichbarem Leistungsbedarf definieren lassen, ohne auf die heutige Pflegestufensystematik zurückzugreifen. Das System wurde parallel zu den übrigen Referenzkonzepten entwickelt und im Mai 2006 erstmals praktisch erprobt. Ziel war es, eine Methode zur Quantifizierung des Unterstützungsbe-

darfs von Heimbewohnern zu erhalten, die der Versorgungswirklichkeit besser gerecht wird als die heutigen Pflegestufen. Aus diesem Grunde sollte das System auf empirischen Erkenntnissen aufbauen. Es stützte sich daher auf Untersuchungsergebnisse der nordrhein-westfälischen Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ (Wingenfeld/Schnabel 2002).

Mit den Fallgruppendefinitionen bzw. der Bedarfsklassifikation des Projekts Referenzmodelle (BKSR) steht ein Verfahren zur Verfügung, das zur Ermittlung des Personalbedarfs nutzbar gemacht werden kann. Es beruht auf folgenden Grundsätzen:

- Der Fallgruppenzuordnung bzw. der Bedarfseinschätzung liegt ein Indikatorenmodell zugrunde. Das BKSR stützt sich also nicht auf eine Totalerfassung der Selbständigkeit bzw. Selbständigkeitseinbußen von Bewohnern, sondern auf die Erfassung der wichtigsten Faktoren, die Art und Umfang des Unterstützungsbedarfs bestimmen. Diese Indikatoren wurden mit Hilfe der Daten aus der NRW-Studie identifiziert. Sie zeigen beispielsweise, dass Mobilität und kognitiver Status in hohem Maße den Versorgungsumfang bestimmen.
- Ausgangspunkt sind die tatsächlichen Fähigkeiten bzw. Einbußen und psychischen Problemlagen/Verhaltensweisen des Bewohners. Der Anwender selbst nimmt keine Einschätzung des notwendigen Leistungsumfangs vor, womit subjektive Deutungen ausgeschlossen werden. Auf eine Schätzung des notwendigen Zeitumfangs wie im Falle der Begutachtung nach dem SGB XI wird gänzlich verzichtet. Auch andere Beurteilungen, die von der Problemwahrnehmung des Anwenders abhängen (z.B. Art oder Häufigkeit notwendiger Maßnahmen), sind nicht vorgesehen.

Die Ermittlung des Bedarfs erfolgt in mehreren Schritten. Zunächst erfolgt eine Bedarfseinschätzung für die Maßnahmenbereiche, die in der Systematik der „Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege“ unterschieden werden:

- Mobilität
- Sich kleiden³
- Körperpflege
- Ernährung (orale Nahrungsaufnahme)
- Sondenernährung⁴
- Ausscheidungen
- Umgang mit psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen
- Spezielle Pflege.

In jedem dieser Bereiche werden, mit Ausnahme der Sondenernährung und speziellen Pflege, vier Stufen des Bedarfs unterschieden:

³ Diese Aktivität ist in den Leistungsbeschreibungen dem Maßnahmenbereich „Mobilität“ zugeordnet, wurde aber im Rahmen der Bedarfsklassifikation gesondert behandelt.

⁴ Sondenernährung ist in den Leistungsbeschreibungen ebenfalls nicht als eigenständiger Bereich ausgewiesen.

1. Kein oder geringfügiger Bedarf
2. Geringer Bedarf
3. Mittlerer Bedarf
4. Hoher Bedarf.

Den Stufen wird je nach Maßnahmenbereich verschiedene Punktwerte zugeordnet. Zusätzlich wird (nach anderen Regeln) der Leistungsumfang für die spezielle Pflege (ärztlich verordnete Maßnahmen) und die Sondenernährung bestimmt und ebenfalls als Punktwert dargestellt. In der Summe über alle der genannten Bereiche kann sich ein maximaler Wert von 100 Punkten ergeben (hoher Bedarf in allen Bereichen). Auf dieser Grundlage erfolgt in Abhängigkeit von der Höhe des Punktwertes eine Zuordnung zu fünf Fallgruppen, für die wiederum Mittelwerte aus den Punktwerten errechnet werden⁵. Diese Mittelwerte stellen die eigentlichen Anhaltswerte zur Bestimmung des notwendigen Leistungsumfangs in der jeweiligen Fallgruppe zur Verfügung. Ergänzend hierzu wird ein Leistungsumfang für Maßnahmen zur Förderung der Mobilität kalkuliert.

Die Ermittlung des Leistungsumfangs erfolgte größtenteils auf Grundlage der empirisch ermittelten Pflegezeiten aus der nordrhein-westfälischen Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ (Wingenfeld/Schnabel 2002). Diese Daten sind aufgrund ihres Differenzierungsgrades und der Möglichkeit, Leistungsaufwand mit Merkmalen der Pflegebedürftigkeit in Beziehung zu setzen und dabei auch qualitative Merkmale des Leistungsgeschehens abzubilden, eine geeignete Basis für eine Definition von Fallzeiten, die im Hinblick auf die Frage der Bedarfsgerechtigkeit allerdings noch näher zu prüfen sind.

Zur Ermittlung des Bedarfs wurde ein Einschätzungsinstrument entwickelt, das es ermöglicht, die zur Fallgruppenzuordnung benötigten Indikatoren mit geringem Aufwand zu erfassen. Die Einschätzung operiert mit folgenden Indikatoren:

- Fortbewegung (Gehen/Rollstuhl)
- Motorik der oberen Extremitäten
- Selbständigkeit beim Transfer
- Bettlägerigkeit
- Aspirationsgefahr
- Sondenernährung
- Kontinenz
- Kognitiver Status
- Verhaltensweisen.

Das Einschätzungsinstrument wurde im Verlauf des Projekts Referenzmodelle bei 740 Bewohnern getestet, darunter 169 Bewohner, bei denen eine Doppeleinschätzung durch zwei Rater stattfand. Die Prüfung der Interraterreliabilität belegt eine überzeugende Urtei-

⁵ Im Verlauf der Entwicklungsarbeiten wurden Klassifikationen mit einer größeren Anzahl an Fallgruppen geprüft, aber wieder verworfen.

lerübereinstimmung. In dieser Hinsicht erzielte das Instrument zum Teil deutlich bessere Ergebnisse als andere, bereits etablierte Einschätzungsverfahren⁶.

Die Entwicklung des Bedarfsklassifikationssystems der Referenzmodelle lieferte viele Anknüpfungspunkte für die Arbeiten im Projekt „Grundlagen der Personalbemessung“. Es stellte sich allerdings die Frage, ob es zielführend sein kann, ein Klassifikationssystem zu entwickeln, dessen Berechnungsregeln von der Bewertungssystematik des neuen Begutachtungsassessments abweichen. Sinnvoller ist es, eine Harmonisierung der Kriterien, die für die Einschätzung von Pflegebedürftigkeit zur Feststellung des Leistungsanspruchs verwendet werden, und der zur Personalbemessung verwendeten Kriterien anzustreben. An diesem Ziel orientierten sich die weiteren Entwicklungsarbeiten.

3. Aufgabenstellung und methodisches Vorgehen

Die Aufgabe des Projekts „Grundlagen der Personalbemessung“ bestand darin, Methoden und Instrumente zur Ermittlung des Personalbedarfs in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu entwickeln und zu erproben. Damit sollte den bei der Ermittlung von Pflegesätzen beteiligten Vertragspartnern ein Verfahren zur Verfügung gestellt werden, mit dem sich die Ermittlung des Personalbedarfs auf einer rationalen, dem tatsächlichen Bedarf der Bewohner entsprechenden Grundlage vornehmen lässt.

Aufbauend auf den Erfahrungen im Projekt „Referenzmodelle“ wurden auf der Grundlage des neuen Begutachtungsassessments (NBA) Methoden zur Bildung von Fallgruppen entwickelt, denen jeweils Bewohner mit vergleichbarem Unterstützungsbedarf zugeordnet werden. Diese Fallgruppen wiederum dienen als Grundlage, den Personalbedarf von Einrichtungen zu ermitteln, wobei nicht nur die erforderliche Anzahl der Mitarbeiter, sondern auch Anforderungen an die Qualifikationsstruktur abgebildet werden. Das Verfahren soll es also ermöglichen, die für qualitätsgesicherte Versorgungsformen erforderlichen personellen Voraussetzungen zu ermitteln.

Es handelt sich um ein Verfahren, das mit dem neuen Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit kompatibel ist, d.h. mit den von diesem Instrument erfassten Informationen und der dazugehörigen Bewertungssystematik arbeitet. Damit soll der zusätzliche Aufwand für Einschätzungen bzw. die Informationserfassung so gering wie möglich gehalten werden: Durch eine Harmonisierung der Personalbemessung mit dem neuen Begutachtungsverfahren wird die Parallelität zweier voneinander unabhängiger Verfahren der Bedarfserschätzung, die Aufwand und Kosten verursacht, vermieden.

Aufgabe des Projektes war es ferner, den Nachweis der Praktikabilität der entwickelten Verfahrensweisen und eine erste Einschätzung möglicher Konsequenzen für die Personalausstattung vollstationärer Pflegeeinrichtungen zu liefern.

Das Projekt umfasste damit folgende Arbeitspakete:

⁶ Dies dürfte vor allem auf den einfachen Aufbau des Instruments und die geringe Itemschwierigkeit zurückzuführen sein.

a) Recherche bestehender methodischer Ansätze der Personalbemessung

Diese Recherche wurde vorrangig zur Identifizierung von Merkmalen und Methoden durchgeführt, mit denen einrichtungsindividuelle Sachverhalte in die Personalbemessung einbezogen werden und Fallgruppendefinitionen erfolgen.

b) Abgleich des neuen Begutachtungsverfahrens mit dem BKSR

Bei diesem Abgleich zeigte sich, dass sowohl die Inhalte als auch die Merkmalsausprägungen und die Bewertungssystematik der beiden Verfahren weitgehende Überschneidungen aufweisen bzw. prinzipiell deckungsgleich sind. Lediglich dort, wo das Bedarfsklassifikationssystem der Referenzkonzepte mit motorischen Fähigkeiten operiert, bestehen nennenswerte Abweichungen.

c) Anpassung/Weiterentwicklung der Bedarfskriterien und Fallgruppenzuordnung des Bedarfsklassifikationssystem

Hierbei handelte sich in erster Linie um Anpassungen der Bewertungssystematik, mit denen die Bedarfsklassifikation des Projekts „Referenzmodelle“ operierte, und eine Reformulierung der inhaltlichen Zuordnung von Leistungsbedarf und Merkmalen der Pflegebedürftigkeit.

d) Ausdifferenzierung von Fallgruppenmodellen

Bei der Entwicklung von Modellen zur Fallgruppenbildung wurden mehrere Alternativen berücksichtigt. Ziel war vor allem, eine Kompatibilität mit dem „Neuen Begutachtungsverfahren“ sicherzustellen. Deshalb wurden mehrere Modelle erprobt, unter anderem die neue Systematik der „Bedarfsgrade“ des NBA sowie Gruppenunterscheidungen anhand qualitativer Merkmale des Bedarfs (z.B. Bewohner mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten, mit schwerwiegenden körperlichen Schädigungen oder mit hohem Bedarf an Maßnahmen zum Erhalt bzw. zur Verbesserung der körperlichen und kognitiven Fähigkeiten). – Es wurde darauf verzichtet, eine Variante zu entwickeln bzw. zu erproben, die lediglich die mit dem NBA erfassten Informationen verwendet, nicht aber dessen Bewertungssystematik. Das bedeutet, dass im Ergebnis Klassifikationssysteme entstanden, die zwar die Prinzipien des BKSR, nicht aber dessen methodische Details übernommen haben.

e) Vorbereitung und Durchführung von Expertengesprächen

Es wurden mehrere Expertengespräche (teils Einzelbefragungen, teils Gruppendiskussionen) durchgeführt. Einbezogen waren Personen, die über umfangreiche Erfahrungen mit Vergütungsverhandlungen verfügen. Vertreter von Leistungsanbietern und Pflegekassen wurden getrennt voneinander befragt. Das Ziel bestand vor allem darin, Anforderungen an ein Personalbemessungsverfahren aus der Sicht der „Praxis“ (Praxis der Vergütungsverhandlungen) zu identifizieren, und Einschätzungen zu bestimmten grundlegenden Fragen zu erhalten, beispielsweise zur Frage der Berücksichtigung einrichtungsindividueller Besonderheiten bei der Personalbemessung.

f) Entwicklung ergänzender Berechnungsverfahren sowie eines Verfahrens und Instrumentes zur Prüfung des Erfüllungsgrades von Qualitätsanforderungen

Das Bedarfsklassifikationssystem nimmt eine Zuordnung des Bewohners zu einer Fallgruppe vor, die wiederum eine Basis der Berechnung des erforderlichen Leistungsumfanges darstellt. Zur Ermittlung des Personalbedarfs einer Einrichtung sind jedoch weitere, ergänzende Be-

rechnungen erforderlich. Im Projekt wurden dementsprechend Berechnungsmethoden und Instrumente entwickelt, die hierfür benötigt werden.

g) Erprobung in sechs Pflegeeinrichtungen

Die Erprobung umfasste ein Assessment bei den Bewohnern der sechs Einrichtungen mit dem NBA sowie ergänzende Erhebungen von Daten auf Struktur- und Prozessebene. Einbezogen wurden sämtliche Bewohner der sechs Einrichtungen, womit sich eine Stichprobengröße von knapp 600 Bewohnern ergab⁷. Die Vollerhebungen waren notwendig, weil sich ansonsten keine realistischen Modellberechnungen hätten durchführen lassen. Hinzu kamen gesonderte Erhebungen zur Testung von Fragen der methodischen Güte.

In die Untersuchung einbezogen waren sechs Einrichtungen unterschiedlicher Trägerschaft, jeweils drei ehemalige Referenzeinrichtungen und drei andere Einrichtungen im Land Nordrhein-Westfalen. Die Einrichtungen wurden nach bestimmten Kriterien ausgewählt. Sie sollten insbesondere genügend qualifizierte Mitarbeiter haben, die über Erfahrungen mit der Verwendung standardisierter Assessmentinstrumente verfügen. Es musste auch sichergestellt sein, dass die Mitarbeiter im Rahmen der vorgegebenen Zeitplanung an Schulungen teilnehmen und die Datenerfassungen durchführen konnten.

Insgesamt konnten Daten von 591 Bewohnern gewonnen werden. In der kleinsten Einrichtung lebten zum Zeitpunkt der Erhebung 58, in der größten 156 Bewohner. Rund $\frac{3}{4}$ (74,8%) der Bewohner waren weiblich. Das Durchschnittsalter lag zum Zeitpunkt der Erhebung bei 79,5 Jahren. Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass eine der sechs Einrichtungen ein besonderes Angebot für junge Pflegebedürftige vorhielt, was den Altersdurchschnitt verzerrt. Bereinigt um diese Personengruppe, liegt das mittlere Alter bei 83,5 Jahren. Hochaltrige Pflegebedürftige (>90 Jahre) waren mit 102 von 591 Personen (17,3%) vertreten.

In die im vorliegenden Bericht beschriebene Datenauswertung wurden diese jüngeren Pflegebedürftigen nicht einbezogen, um das Risiko von Verzerrungen aufgrund untypischer Bewohnerstrukturen zu vermeiden. Damit ergibt sich eine Stichprobengröße von $n=540$. Die Selektion war möglich, weil es sich bei diesem besonderen Versorgungsangebot um einen eigenständigen Versorgungsbereich handelt, dessen Ressourcen von den übrigen „gewöhnlichen“ Bereichen getrennt ausgewiesen wurden, so dass auch bei Fragen der Personalausstattung keine Vermischung erfolgte.

Für die Erhebung der zur Bedarfsklassifikation erforderlichen Informationen wurde eine Kurzversion des NBA verwendet, die lediglich diejenigen Variablen enthielt, die zur Fallgruppenzuordnung benötigt wurden. Unberücksichtigt blieben folgende Bestandteile der Originalversion des NBA⁸:

⁷ Weil sich die einbezogenen Einrichtungen als größer als ursprünglich angenommen erwiesen, ergaben sich höhere Fallzahlen als die ursprünglich angezielte Stichprobengröße von 300 bis 350 Bewohner.

⁸ Das neue Begutachtungsinstrument umfasst verschiedene weitere Bestandteile, die zur Durchführung einer Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung vorgesehen sind. Diese Bestandteile kamen im Rahmen des Projekts ebenfalls nicht zur Anwendung.

- Die Module 7 und 8, die zur Einschätzung der Selbständigkeit in den Bereichen „Haus-haltsführung“ und „Außerhäusliche Aktivitäten“ dienen: Diese beiden Module werden zur Einschätzung eines Bedarfsgrades mit dem NBA nicht benötigt.
- Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit: Hierzu wurden lediglich diejenigen Informati-onen erfasst, die Ausgangspunkt bei der Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit mit Hilfe des NBA sind. Die Einschätzung erstreckte sich also auf die Frage, inwieweit sich Veränderungen von Fähigkeiten in den zurückliegenden Wochen und Monaten ergeben hatten und wo ggf. Verbesserungsmöglichkeiten festgestellt werden konnten. Die Erfas-sung dieser Informationen diente der Identifizierung des Anteils der Bewohner, bei denen durch gezielte Maßnahmen der Ressourcenförderung möglicherweise eine Verbesserung der Pflegebedürftigkeit erreicht werden kann. Schlussfolgerungen auf den Bedarf an Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation hingegen wurden nicht gezogen.

Ergänzt wurden Variablen, die zu anderen Auswertungszwecken oder zur Beschreibung der erfassten Personengruppe herangezogen wurden. Dazu zählen auch die Erfassung von Einzel- und Gruppenaktivitäten zur Förderung von individuellen Ressourcen in den Bereichen Mobilität und Kognition sowie biografieorientierte Einzel- und Gruppenaktivitäten (vgl. Leis-tungsbeschreibungen des Projekts „Referenzmodelle“, Korte-Pötters et al. 2007).

Die Datenerfassung erfolgt durch ausgewählte, vorab geschulte Mitarbeiter dieser Einrich-tungen, die während der Erhebungen durch Projekt-Personal des IPW unterstützt wurden. Die Einschätzungsergebnisse wurden in vollständig anonymisierter Form dokumentiert. Im vorliegenden Bericht bleiben auch die beteiligten Einrichtungen anonym. Sie werden mit den Buchstaben A – F gekennzeichnet.

An den Schulungen nahmen ausgewählte Mitarbeiter der Einrichtung teil. Es handelte sich größtenteils um Pflegefachkräfte, die in der Regel Erfahrung mit der Erhebung von Daten hatten. Die Schulung wurde von einer Mitarbeiterin des IPW vorbereitet und einrichtungsindi-viduell durchgeführt. Damit entfiel der Fahrtaufwand für die Teilnehmer, die Teilnahme meh-rerer Mitarbeiter wurde erleichtert. Wesentlicher Schulungsinhalt waren die Erhebungsin-strumente. Ein eigens vorbereitetes Manual stand allen Schulungsteilnehmern zur Verfü-gung. Bestandteil waren auch organisatorische Fragen bei der Durchführung der Doppeler-hebungen zur Testung der methodischen Güte.

In Ergänzung zu den bewohnerbezogenen Einschätzungen erfolgte eine teilstandardisierte Erfassung ausgewählter organisatorischer und konzeptioneller Merkmale vollstationärer Pflegeeinrichtungen, anhand derer sich u.a. die Erfüllung der Qualitätsanforderungen der Re-ferenzkonzepte einschätzen lässt. Die Erfassung wurde in Form einer rund einstündigen Befragung der jeweiligen Einrichtungsleitung oder Pflegedienstleitung durchgeführt. Sie um-fasste sechs Themenblöcke mit folgenden Inhalten:

- Aufgabenprofil der für den Bewohner zuständigen Pflegefachkraft
- Pflegerisches Assessment und Biografieerfassung
- Pflegedokumentation
- Ausgewählte Bereiche des Leistungsprofils

- Übernahme ausgewählter Aufgaben durch Fachkräfte
- Versorgungsmerkmale in ausgewählten Aufgabenfeldern (Qualitätsmaßstäbe der Referenzmodelle).

Die Durchführung des Projektes erfolgte in Zusammenarbeit zwischen dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen (DW) und dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Das DW trug Sorge für einen geeigneten organisatorischen Rahmen der Projektarbeiten. Es wirkte ferner mit bei der Auswahl der Experten, die auf Seiten der Leistungsanbieter über Erfahrungen mit Pflegesatzverhandlungen verfügen.

4. Anforderungen an ein Personalbemessungssystem

Die Anforderungen an ein Bedarfsklassifikationssystem und ein darauf aufbauendes Personalbemessungssystem für die vollstationäre pflegerische Versorgung umfassen mehrere Bereiche. Zu berücksichtigen sind erstens fachliche Anforderungen. Ein Personalbemessungssystem muss auf einem fachlichen Verständnis aufbauen, dass dem aktuellen Stand des Wissens entspricht. Zweitens sollten Berechnungsverfahren und Bezugsgrößen einbezogen werden, die so weit wie möglich wissenschaftlich abgesichert sind. Drittens schließlich muss ein Personalbemessungssystem praktikabel sein. Dies erscheint auf den ersten Blick wie eine Selbstverständlichkeit, gehörte jedoch zu den größten Herausforderungen bei der Konzeptentwicklung.

4.1 Empfehlungen aus der Perspektive von Vergütungsverhandlungen

Insbesondere um Anforderungen der Praktikabilität bereits bei den Entwicklungsarbeiten berücksichtigen zu können, wurden u.a. Expertengespräche mit Personen durchgeführt, die umfangreiche Erfahrungen mit Vergütungsverhandlungen vorweisen können. Einbezogen war sowohl die Seite der Kostenträger (Pflegekassen) als auch die Anbieterseite. Die wichtigsten Ergebnisse der Gespräche bestanden in der Formulierung von Grundsätzen, die dann in die Entwicklungsarbeiten eingeflossen sind und einige Eigenschaften des Personalbemessungssystems geprägt haben.

Dazu gehört u.a. die Frage nach dem *Grad der Differenzierung eines Fallgruppensystems*. Sollte es möglichst wenige oder möglichst viele Gruppen bzw. Bedarfskonstellationen unterscheiden?

Die befragten Experten waren sich weitgehend einig darin, dass ein Fallgruppensystem zur Personalbemessung aus Gründen der Praktikabilität keinen hohen Differenzierungsgrad aufweisen sollte. Vorstellbar sei eine Differenzierung in einer Größenordnung von 4 bis 10 Fallgruppen. Systeme mit einer stärkeren Gruppendifferenzierung seien in der Praxis der Vergütungsverhandlungen vermutlich schwer zu handhaben und wurden daher skeptisch bewertet.

Komplexe Systeme mit 20 oder gar 30 Gruppen, wie man sie etwa in den USA entwickelt hat, seien unter den deutschen Rahmenbedingungen schwer vorstellbar. Mit einem geringen Differenzierungsgrad entstünde zwar die Situation, dass manche Bedarfslagen von Heimbewohnern nicht explizit ausgewiesen werden könnten, doch gäbe es in solchen Fällen grundsätzlich die Möglichkeit, für besondere Bewohnergruppen im Rahmen von Vergütungsverhandlungen Sonderregelungen zu vereinbaren. Dies wurde als funktionaler gewertet als komplexe Gruppenelemente. Wichtig war den Experten allerdings, dass ein zukünftiges Fallgruppensystem den besonderen Bedarf demenziell Erkrankter berücksichtigt.

Während der Expertenbefragung wurde auch darauf hingewiesen, dass eine zu stark differenzierte Fallgruppenstruktur vermutlich zu einem raschen Verfall der Gültigkeit einer Fallgruppenzuordnung führe. Bekanntlich sei die heutige Bewohnerstruktur durch zum Teil sehr kurze Verweilzeiten und rasche gesundheitliche Veränderungen gekennzeichnet, so dass ein Bewohner möglicherweise binnen weniger Monate mehrmals einer neuen Fallgruppe zuzuordnen ist. Wird die Fallgruppe anhand der Einschätzung mit einem Begutachtungsverfahren bestimmt, wäre dann streng genommen in relativ kurzen Zeitabständen eine neue Einschätzung erforderlich. Dies könne im Blick auf den bürokratischen Aufwand und die Planungssicherheit in den Einrichtungen nicht erstrebenswert sein. Besonders für kleinere Einrichtungen könnte ein stark differenziertes System Probleme aufwerfen.

Die Möglichkeit, eine Personalbemessung auf einen fließenden Punktwert statt auf eine Gruppenzuordnung aufzusetzen, wurde ebenfalls eher skeptisch betrachtet. Hier seien die oben angesprochenen Probleme einer starken Differenzierung ebenfalls zu erwarten, noch dazu in einem weit stärkeren Ausmaß.

Im Zusammenhang mit der Festlegung von Kriterien zur Gruppenbildung wurde ferner die Frage erörtert, inwieweit es sinnvoll wäre, in ein Fallgruppensystem Anreize für eine fähigkeitserhaltende/aktivierende Pflege zu integrieren. Eine solche Konstellation könnte beispielsweise durch die Definition von Fallgruppen erreicht werden, die mit einem konkreten Versorgungsziel wie der Verbesserung von Selbständigkeit oder der Wiedergewinnung funktioneller Fähigkeiten verknüpft sind.

Dieser Idee begegneten die Experten mit unterschiedlichen Bewertungen, zum Teil mit einiger Zurückhaltung. Das inzwischen recht hohe Eintrittsalter habe eher begrenzte Spielräume für eine aktivierende Pflege zur Folge, so dass zu fragen sei, ob Sonderkategorien der angesprochenen Art tatsächlich einen nennenswerten Erkenntniswert für die Vergütungsverhandlungen mit sich brächten. Schwierigkeiten seien dann zu erwarten, wenn Leistungen der Kostenträger ergebnisabhängig bestimmt werden sollen. Vorzuziehen seien eher klar definierte Konzepte für klar definierte Personengruppen. Hingewiesen wurde unter anderem auf die Unterstützung von Bewohnern nach einem Schlaganfall. Vereinzelt wurde geäußert, man könne sich perspektivisch eine Ausdifferenzierung von Leistungen der Pflegeversicherung eher vorstellen als eine besondere Fallgruppenelemente für Bewohner mit Verbesserungspotenzial. Unter anderem wurde darauf hingewiesen, dass eine Aufwertung und konzeptionelle Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege möglicherweise nachhaltigere Effekte nach sich ziehen könnte. Im Gesamtergebnis kann man festhalten, dass eine skeptische, aber nicht unbedingt ablehnende Haltung gegenüber diesem Ansatz bestand.

Vor dem Hintergrund der Strukturen und Interessenlagen im Rahmen von Vergütungsverhandlungen wurde auch die Frage angesprochen, wie eng oder wie weit eine Bedarfsklassifikation bzw. ein Personalbemessungssystem Spielraum bei der Festlegung der Personalausstattung und der Festlegung von Pflegesätzen belässt. Denn immerhin liefert ein Personalbemessungssystem Kennzahlen und konkrete Aussagen über den Personalbedarf einer Einrichtung, die je nach Rahmenvereinbarungen den Entscheidungsspielraum mehr oder weniger stark begrenzen könnten.

Verhandlungsspielräume, so die Experten, könnten beispielsweise dadurch eröffnet werden, dass ein Personalbemessungssystem keine festen Personalrichtwerte, sondern Margen (höchste und niedrigste Werte) vorgibt, in denen sich das Verhandlungsergebnis bewegen kann, oder auch Verhältniszahlen (relative Werte), die den Abstand zwischen den Stufen angibt, nach denen Personalressourcen einer Fallgruppe zugeordnet werden. Wichtig sei auch, dass immer Möglichkeiten der Einzelfallregelung (individuelle Lösungen für eine Einrichtung) erhalten bleiben.

Auf die Möglichkeit von Einzelfallregelungen wurde auch im Zusammenhang mit der Frage verwiesen, welche einrichtungsindividuellen Besonderheiten bei der Personalbemessung berücksichtigt werden sollten. Einzelfallregelungen bieten nach Auffassung der Experten in Vergütungsverhandlungen einen geeigneten Rahmen zur Berücksichtigung einrichtungsindividueller Besonderheiten. Es sei z.B. zunehmend wichtig, mit den Besonderheiten des Hausgemeinschaftskonzepts umzugehen. Auch der Umgang mit anderen speziellen Konzepten, etwa Konzepten zur Versorgung junger Pflegebedürftiger, sind auf die Flexibilität im Rahmen der Vergütungsverhandlungen angewiesen. Spezifische Versorgungs- bzw. Organisationskonzepte, die mit einer besonderen Personalstruktur bzw. einem besonderen Personalbedarf einhergehen (wie z.B. Hausgemeinschaften), bedürfen in der Regel einer Sonderbetrachtung. Weitere Beispiele für Bewohnergruppen bzw. Versorgungskonstellationen, die besonderer Festlegungen oder Vereinbarungen bedürfen und die während der Expertengespräche genannt wurden, sind:

- personalintensive Formen der Sterbebegleitung
- außergewöhnlich hoher Aufwand im Bereich der Behandlungspflege
- Versorgung beatmungspflichtiger Bewohner mit schweren Erkrankungen.

Als weitere Besonderheiten, die sich ggf. auf den Personalbedarf auswirken können, wurden die Gebäudestruktur, eine ungünstige räumliche Ausstattung sowie außergewöhnlich hohe Wegezeiten genannt. Da der jeweilige Aufwand jedoch in starker Abhängigkeit zu den jeweiligen baulichen Strukturen steht, könne er schwerlich mit einer Kennzahl oder einer mathematischen Formel dargestellt werden.

Die Experten waren an diesem Punkt nicht immer einer Auffassung, meinten aber mehrheitlich, dass die meisten einrichtungsindividuellen Besonderheiten auf der Ebene von Versorgungskonzepten und räumlichen/materiellen Strukturen in einem Fallgruppen- bzw. Personalbemessungssystem nicht systematisch abgebildet werden könnten und ihre Berücksichtigung somit der individuellen Regelung im Verhandlungsgeschehen überantwortet bleiben müsse.

Die einzige Ausnahme bilde eine überdurchschnittlich hohe Bewohnerfluktuation. Hier konnte man sich vorstellen, dass eine Kennzahl entwickelt wird, die den Mehraufwand infolge einer erhöhten Fluktuation abbildet. Im Großen und Ganzen gelte der Grundsatz, dass abgrenzbare Angebote, die in jeder oder in den meisten Einrichtung vorzufinden sind, in ein Personalbemessungssystem einbezogen werden könnten. Exemplarisch wurde auf die Regelung des § 87b SGB XI verwiesen. Aber auch die nächtliche Versorgung bzw. die personelle Besetzung des Nachtdienstes könnte ein Thema für Kennzahlen sein (z.B. Vollzeitstellen im Verhältnis zu den Platzzahlen).

Grundlegend wünschenswert sei es, dass ein Personalbemessungssystem den Personalbedarf getrennt nach Fachqualifikationen ausweist, zumindest das Verhältnis zwischen Fachkräften und Hilfskräften.

Abzuraten sei hingegen davon, den Personalbedarf im Bereich von Leitungsaufgaben und Stabsfunktionen (z.B. Qualitätsmanagementbeauftragte) in die allgemeine Berechnung, die an Fallgruppen geknüpft ist, einzubeziehen. Ähnliches gilt für Personen, die im Arbeitsalltag mitwirken, aber in der Einrichtung nicht fest angestellt sind. Angesprochen sind damit Zivildienstleitende, Auszubildende, Praktikanten und andere Personen in vergleichbarer Position. Bei diesen Personengruppen gäbe es je nach Bundesland stark voneinander abweichende Regelungen. Es sei zweifelhaft, ob es für sie eine ausreichende Wissensgrundlage für fachlich begründbare Kennzahlen gibt. Hinzu kommt, dass die Chancen auf einheitliche Regelungen im Bundesgebiet eher schlecht seien.

Ein weiteres Diskussionsthema war die mögliche Verknüpfung von Personalbedarf und Qualitätsanforderungen. Hierzu gab es von den Experten ebenfalls gemischte Kommentare. Theoretisch sei es vorstellbar, dass die Festlegung eines bestimmten (überdurchschnittlichen) Personalbedarfs davon abhängig gemacht wird, ob bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllt werden. Auch gäbe es verschiedene Bezugspunkte zur Standardisierung von Qualitätsanforderungen, etwa die Transparenzkriterien, die Nationalen Expertenstandards, Maßgaben aus den Qualitätsprüfungsrichtlinien oder die in Entwicklung befindlichen Indikatoren für Ergebnisqualität. Allerdings sei gegenwärtig schwer vorstellbar, mit welchen Methoden und auf welcher Wissensgrundlage Konsequenzen für die Personalbemessung abgeleitet werden könnten. Prinzipiell sei es ein interessanter Gedanke, über die Verknüpfung von Qualität und Personalausstattung Anreize für die Qualitätsentwicklung zu schaffen, doch stelle sich die Frage, wie eine Qualitätsüberprüfung in den relevanten Bereichen aussehen könnte. Die derzeit verfügbaren Formen wie Zertifikate, Qualitätssiegel oder externe Prüfungen seien möglicherweise nicht geeignet, Qualitätsbeurteilungen in einer für den genannten Zweck erforderlichen Art zu liefern. Möglicherweise müsste eine besondere Art der Zertifizierung entwickelt werden.

Im Gesamtbild signalisierten die befragten Experten, dass ein neues System der Personalbemessung aus ihrer Sicht große Chancen auf eine methodisch überzeugendere Ermittlung des Personalbedarfs bietet. Als wichtigste *allgemeine* Anforderungen an ein Personalbemessungssystem nannten sie die Praxistauglichkeit, die Eindeutigkeit der Ergebnisse, die ein solches System liefert, und den nachvollziehbaren Bezug zu den tatsächlichen Bedarfslagen der Bewohner.

Zugleich wiesen die Experten an mehreren Punkten auf offene Fragen und mögliche Umsetzungsprobleme allgemeiner Art hin. Dazu gehöre zunächst einmal das Beharrungsvermögen der gegenwärtigen Strukturen des Vergütungssystems, das auf der Pflegestufensystematik aufbaut. In vielen Bundesländern hätten sich die Vertragspartner in zum Teil mühsamen Prozessen auf Lösungen von Detailfragen der Bemessung von Personalbedarf und Pflegesätzen verständigt, die zwar nicht immer der Interessenlage aller Beteiligten entsprechen, aber Praktikabilität garantieren. Diese Lösungen fallen in den Bundesländern zum Teil sehr unterschiedlich aus. In Nordrhein-Westfalen beispielsweise habe man ein Berechnungsverfahren entwickelt, das eine Berücksichtigung (und damit auch Transparenz) der individuellen Kostenstrukturen einer Einrichtung ermöglicht, sich in der Praxis gut bewährt habe und daher einen insgesamt großen Zuspruch unter den Vertragsparteien genießt. Ein Personalbemessungssystem, das dieses Verfahren umgeht, werde – so die befragten Experten – vermutlich wenig Akzeptanz finden.

Ein zweiter wichtiger Punkt ist die Zunahme des Wettbewerbs zwischen den Einrichtungen. Der verschärfte Wettbewerb habe zur Folge, dass viele Einrichtungen sich bei der Festlegung der Pflegesätze weniger an Bedarfsüberlegungen als an den Preisen der Einrichtungen in ihrer Umgebung orientieren. Auf welches Interesse ein neues Konzept der Personalbemessung vor diesem Hintergrund stoßen wird, sei schwer abschätzbar.

Eine völlig neue Situation entstünde allerdings mit einer Reform des SGB XI, mit der ein neues sozialrechtliches Verständnis von Pflegebedürftigkeit festgeschrieben und entsprechende leistungsrechtliche Veränderungen umgesetzt würden. Damit entfielen die heutige Basis der Personalbemessung bzw. der Festlegung von Vergütungen, wodurch mehr oder weniger schlagartig das Erfordernis der Entwicklung einer neuen Grundlage entstünde. Somit wurde die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs als wichtigste Triebkraft, ja sogar als zwingender Grund für einen flächendeckenden Übergang zu einem neuen und dann hoffentlich rationalen System der Bedarfsklassifikation und Personalbemessung gesehen.

4.2 Allgemeine Anforderungen und Komponenten eines Personalbemessungssystems

Unter Einbeziehung nicht aller, aber doch vieler Einschätzungen und Empfehlungen der befragten Experten sollen im Folgenden die wichtigsten Anforderungen an eine Bedarfsklassifikation und ein darauf aufbauendes Personalbemessungssystem aufgezeigt werden. Um sie zu identifizieren, erfolgte neben der Expertenbefragung eine Literatur- und Internetrecherche, mit der bereits existierende Ansätze der Personalbemessung geprüft wurden. Hierbei ging es weniger um die grundlegende Methodik solcher Ansätze als vielmehr um Detailfragen, insbesondere darum, welche Variablen neben dem Bedarf der Bewohner in die Ermittlung des Personalbedarfs eingehen sollen. Im Ergebnis standen die folgenden Überlegungen, die dann in die konkrete Ausgestaltung der Bausteine eines Personalbemessungssystems eingeflossen sind.

Inhaltlich-konzeptionelle Anforderungen

Unter inhaltlich-konzeptionellen Gesichtspunkten muss ein Personalbemessungssystem auf einer Bedarfsklassifikation aufbauen, die von einem modernen Pflegeverständnis ausgeht. Notwendig ist also ein Ansatz, der die *Gesamtheit des Bedarfs der Bewohner* abbildet, nicht nur, wie im Falle der heutigen Pflegestufen, einen Ausschnitt ihres Bedarfs. Einbezogen werden müssen also sowohl körperliche, kognitive, psychische und soziale Problemlagen und Bedürfnisse sowie der daraus erwachsende Bedarf. Eine Klassifikation sollte außerdem eine *strukturierte Gliederung und differenzierte Beschreibung der Bedarfs* ermöglichen. Bedarf muss außerdem als Leistungsbedarf darstellbar sein, was eine konkrete *Beschreibung der Inhalte des Leistungsbedarfs* erfordert. Hierzu werden konkrete Leistungsdefinitionen benötigt. Vereinfacht gesagt: Wenn nicht angegeben werden kann, worin der Bedarf besteht, d.h. welche Maßnahmen im Einzelnen mit der Darstellung von Bedarf in einem Klassifikationssystem angesprochen werden, ist es streng genommen gar nicht möglich, Personalbedarf zu ermitteln.

Der Anforderungen nach einer umfassenden Berücksichtigung des Bedarfs wird dadurch Rechnung getragen, dass mit dem NBA ein Einschätzungsverfahren zugrunde gelegt wird, welches die Gesamtheit der Pflegebedürftigkeit in den Blick nimmt und somit beispielsweise eine Engführung wie im aktuellen Pflegebedürftigkeitsbegriff vermeidet. Insbesondere werden die Problem- und Bedarfslagen demenziell erkrankter Heimbewohner einbezogen, wobei nicht nur die Folgen kognitiver Einbußen, sondern auch die bei vielen Betroffenen zu beobachtenden Verhaltensprobleme angesprochen sind. Das NBA berücksichtigt auch Beeinträchtigungen im Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen.

Damit ist bereits eine zweite Anforderung angesprochen. Der Aufbau des NBA ermöglicht eine gegliederte Darstellung des Defizite und Ressourcen eines Bewohners und eine entsprechend differenzierte Ableitung des Bedarfs. Es kann z.B. die Situation kognitiv unbeeinträchtigte Bewohner völlig getrennt von der Situation von Bewohnern mit kognitiven Einbußen darstellen und ermöglicht darüber hinaus eine weitere Unterteilung dieser Gruppen. Im Unterschied zu den heutigen Pflegestufen kann die mit dem NBA erfasste Beeinträchtigung der Selbständigkeit als Grundlage der Ableitung des Bedarfs in *allen* relevanten Maßnahmenbereichen verwendet werden.

Für die Konkretisierung des Leistungsbedarfs, d.h. zur Beantwortung der Frage, welche Maßnahmen überhaupt einbezogen werden, wenn Bedarf ermittelt wird, nimmt das Klassifikationssystem Bezug auf die „Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege“, die einen zentraler Konzeptbaustein aus dem Projekt „Referenzmodelle“ darstellen. Sie beinhalten eine Leistungssystematik, die das Profil des Leistungsangebotes, das heute in den Pflegeeinrichtungen vorgehalten werden sollte, näher definiert⁹. Die Leistungsbeschreibungen stellen das Ergebnis eines längeren Entwicklungsprozesses dar, der im Grunde genommen schon mit der bereits mehrfach genannten NRW-Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in der vollstationären Pflege“ (Wingefeld/Schnabel 2002) einsetzte. Die damals verwendeten Leistungskategorien erwiesen sich

⁹ Es handelt sich allerdings nicht allein um ein Klassifikationssystem. Die Leistungsbeschreibungen verstehen sich vielmehr auch als Arbeitshilfe für die individuelle Pflege.

größtenteils als praxisgerechte Definitionen und wurden im Verlauf des Projekts Referenzmodelle unter intensiver Einbeziehung der Praxis (den projektbeteiligten Einrichtungen) zu einer Leistungsklassifikation ausgebaut. Die Verwendung dieser Leistungsbeschreibungen in einem Personalbemessungssystem hat den Vorteil, dass auf eine empirische Basis Bezug genommen werden kann, die auch Quantifizierungen des Leistungsumfangs gestattet.

Die Leistungsbeschreibungen unterscheiden außerdem zwei große Maßnahmenbereiche, die unmittelbaren und mittelbaren bewohnerbezogenen Leistungen. Beide Bereiche müssen bei der Konzeptionierung von Methoden zur Personalbemessung berücksichtigt werden. Im Bereich der *unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen* (Maßnahmen, die in direktem Kontakt mit Bewohnern durchgeführt werden) werden insgesamt 32 Leistungen unterschieden. Sie umfassen nicht nur die Hilfe bei der Durchführung körperlicher Verrichtungen, sondern auch Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen der Bewohner. Daneben werden insgesamt 12 *mittelbar bewohnerbezogene Leistungen* definiert.

Unter inhaltlichen Gesichtspunkten sind die Leistungsbeschreibungen so konzeptioniert, dass eine stärkere Gewichtung jener Unterstützungsleistungen erfolgt, die auf psychische Problemlagen und Bedürfnisse ausgerichtet sind (Bereich „Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen“). Außerdem werden ressourcenfördernde bzw. -erhaltende Maßnahmen akzentuiert, indem nicht nur auf Möglichkeiten eines aktivierenden Vorgehens bei den gewöhnlichen Pflegemaßnahmen (z.B. bei der Körperpflege) hingewiesen wird, sondern auch indem besondere aktivierende Leistungen (sowohl körperbezogene Maßnahmen wie auch psychosoziale Unterstützung) definiert wurden.

Die unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen weisen eine Unterteilung in sechs Bereiche auf:

- Unterstützung bei der Mobilität
- Unterstützung bei der Ernährung
- Unterstützung bei Ausscheidungen
- Unterstützung bei der Körperpflege
- Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen
- Spezielle Pflege.

Hiervon können die ersten vier Bereiche im weitesten Sinne als Unterstützung im Bereich alltäglicher Lebensaktivitäten gelten. Zur Vermeidung von Missverständnissen muss man allerdings berücksichtigen, dass hier ein umfassenderes Pflegeverständnis zugrunde liegt als im Falle des heutigen SGB XI. So umfasst der Maßnahmenbereich „Unterstützung bei der Mobilität“ auch Einzel- und Gruppenaktivitäten zur Förderung der Mobilität, die zu keinen anderen Zwecken vorgesehen sind als eben zur Mobilitätsförderung.

Damit bieten die Leistungsbeschreibungen ein ausreichendes Rahmenkonzept zur Beschreibung von Leistungsbedarf: Es berücksichtigt die Gesamtheit der Leistungen unter Einschluss der indirekten Leistungen, weist einen engen Praxisbezug auf, beinhaltet Definitionen für ressourcenfördernde bzw. -erhaltende Maßnahmen und erlaubt eine Abgrenzung verschiedener Maßnahmenbereiche.

Verwendung eines geeigneten Einschätzungsinstruments

Zu den methodischen Anforderungen gehört zunächst einmal die Verwendung eines *geeigneten Einschätzungsinstruments*, mit dem die zur Bedarfsklassifikation erforderlichen Informationen erfasst werden können. Dieses Instrument sollte nachweislich eine überzeugende methodische Güte und ein hohes Maß an Praktikabilität aufweisen. Mit der Verwendung des NBA wird man dieser Anforderung gerecht. Unter methodischen Gesichtspunkten ist das NBA unter anderem deshalb geeignet, weil es

- eine quantifizierende Form der Ergebnisdarstellung aufweist (Modulwertungen, Score und Bedarfsgrade),
- eine lineare Graduierung von Pflegebedürftigkeit vornimmt, die einen steigenden Grad der Abhängigkeit von Personenhilfe darstellt und damit verwendbar ist, um den jeweiligen notwendigen Leistungsumfang näherungsweise zuzuordnen,
- sich in verschiedenen Kontexten als praktikabel erwiesen hat,
- einer Testung der methodischen Güte unterzogen wurde, die zu einem überzeugenden Ergebnis führte (vgl. Windeler et al. 2008).

Verwendung einer Fallgruppensystematik und Kriterien der Gruppenzuordnung

Das Instrument sollte zum Zweck der Personalbemessung mit einer Fallgruppensystematik verknüpft werden. Diese Systematik ist im Grunde nichts anderes als eine Sammlung verschiedener Definitionen und Kriterien, nach denen Bewohner in Gruppen unterteilt werden, wobei die Definitionen und Kriterien so gewählt werden, dass die Gruppen eine gewisse Homogenität aufweisen. Diese Homogenität kann beispielsweise darin bestehen, dass ein vergleichbarer Leistungsumfang zur bedarfsgerechten Versorgung der Bewohner einer Gruppe existiert. Je nach Differenziertheit der Gruppenbildung kann jedoch auch Homogenität im Hinblick auf die Art der erforderlichen Leistungen oder weitere Merkmale angezielt werden.

Bei allen Gruppenbildungen ist allerdings zu berücksichtigen, welchem Zweck sie dienen sollen. Denn mit Hilfe der Daten, die von üblichen Einschätzungsinstrumenten geliefert werden, lassen sich zahlreiche Varianten von Gruppierungen und Untergruppierungen vornehmen. Häufig hat ein hoher Differenzierungsgrad bei der praktischen Anwendung jedoch gar keinen Vorteil, sondern stellt aufgrund der hohen Komplexität die Praktikabilität in Frage.

Das Projekt hatte die Aufgabe, mehrere Varianten der Bestimmung von Fallgruppen zu bilden. Auf die Modellierung einer Variante, die Personalressourcen nicht anhand von Gruppenzuordnungen, sondern mit einem Punktwert, also einer fließenden Größe bestimmt, wurde aufgrund der Ergebnisse der Expertengespräche verzichtet. Diese Variante wurde im Hinblick auf die Praktikabilität im Rahmen von Vergütungsverhandlungen negativ bewertet.

Das NBA stellt viele Kriterien bereit, anhand derer eine Fallgruppenzuordnung erfolgen kann. Die einfachste Variante ist die Zuordnung anhand des Bedarfsgrades, ohne dass weitere Kriterien herangezogen werden. Weitere mögliche Varianten sind:

- eine zusätzliche Differenzierung von Fallgruppen nach dem Grad der kognitiven Beeinträchtigungen und psychischen Problemlagen
- eine zusätzliche Differenzierung von Fallgruppen anhand des Bedarfs an Ressourcenförderung
- eine Fallgruppenzuordnung, die innerhalb eines Bedarfsgrades nach dem Schwerpunkt des Bedarfs unterscheidet (z.B. körperlich/psychisch).

Eine zentrale, generelle Anforderung besteht dabei in der Begrenzung der Anzahl der Fallgruppen. Eine Komplexität wie im Falle der RUG-III-Fallgruppenunterscheidung, die auf dem „Resident Assessment Instrument“ (RAI) basiert (Garms-Homolová/Gilgen 2000), wäre nach den oben referierten Einschätzungen der befragten Experten keine erstrebenswerte Lösung. In Deutschland werden differenzierte Fallgruppenunterscheidungen insbesondere in der Behindertenhilfe verwendet, sie beschreiben dort aber eher komplexe Lebenssituation, gehen also weit über den pflegerischen Bedarf hinaus. Eine ähnliche Situation findet man auch in anderen europäischen Ländern, so etwa in den Niederlanden, in denen es recht differenzierte Klassifikationen für Menschen mit Behinderungen gibt, aber nur 10 „Versorgungspakete“ (Zorgzwaartepakketten) für die Pflege und Betreuung älterer Menschen, von denen einige sogar eher als Fallgruppen für spezielle Versorgungskonstellationen anzusehen sind (z.B. Palliativpflege in der terminalen Krankheitsphase).

Bei der Entwicklung von Grundlagen der Personalbemessung im vorliegenden Projekt wurde die Empfehlung der Experten zur Vermeidung von Komplexität weitgehend übernommen. Sie läuft im vorliegenden Fall darauf hinaus, je NBA-Bedarfsgrad maximal eine Differenzierung von zwei Untergruppen vorzunehmen. Allerdings wurden exemplarisch auch Varianten geprüft, bei denen durch die Kombination verschiedener Merkmale eine stärker differenzierte Struktur entsteht. Diese Varianten dienen allerdings nur Untersuchungszwecken.

Methoden zur Ermittlung des Leistungsbedarfs

Mit der Fallgruppensystematik müssen verschiedene Kennzahlen und Kriterien verbunden werden, die eine Umrechnung der Gruppen- bzw. Bewohnermerkmale in einen durchschnittlichen Leistungsaufwand ermöglichen. Dieser Schritt ist zwingend erforderlich, weil ansonsten keine Quantifizierung von Personalbedarf möglich ist (bzw. nicht begründet werden kann). Die dabei verwendeten Kennzahlen und Kriterien sollten Ergebnis wissenschaftlicher Forschung sein. Die Ableitung des erforderlichen Leistungsaufwands muss dabei nachvollziehbar sein und sowohl direkte wie indirekte Leistungen berücksichtigen.

Die Definition von empirisch gestützten Kennzahlen und Kriterien ist die vielleicht größte Schwierigkeit bei der Entwicklung von Personalbemessungssystemen, weil es hier keinen Goldstandard gibt – und aus systematischen Gründen gar nicht geben kann. Aus wissenschaftlicher Sicht sind alle Soll-Zeiten zur quantifizierenden Beschreibung des Pflegebedarfs immer nur Annäherungen an den tatsächlichen Bedarf, die mehr oder weniger gut begründet werden können. Sowohl die individuelle Ausprägung der Pflegebedürftigkeit als auch die Schwankungen des individuellen Bedarfs im Zeitverlauf machen es streng genommen unmöglich, objektive, verallgemeinerbare Werte zur Beschreibung des Bedarfs in einer Fallgruppe zu ermitteln oder zu definieren. *Kennzahlen zum Leistungsbedarf einer Gruppe von*

Pflegebedürftigen mit vergleichbarem Grad der Beeinträchtigung können daher immer nur eine Annäherung an den tatsächlichen durchschnittlichen Leistungsbedarf dieser Gruppe sein. Es gibt verschiedene Wege zu dieser Annäherung. Ein häufiges Verfahren besteht darin, den Zeitbedarf durch Experten schätzen zu lassen. Dieses Verfahren ist unter methodischen Gesichtspunkten sehr unsicher und führt zu einer Reihe von Begrenzungen. Ein typisches Beispiel hierfür sind die heutigen Zeitkorridore für die Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI. Sie können nur für Situationen Gültigkeit beanspruchen, in denen die Pflege von nicht zur Pflege ausgebildeten Personen erfolgt und in Form der vollständigen Übernahme von Verrichtungen erfolgt. Für andere Formen der Pflege helfen diese Orientierungswerte also nicht weiter. Diese Problematik lässt sich verallgemeinern: Alle normativ bestimmten Soll-Zeiten müssen von bestimmten Annahmen ausgehen, die zugleich ihre Gültigkeit begrenzen.

Ein anderer Weg ist die empirisch gestützte Annäherung an den erforderlichen Leistungsumfang. Dieser Weg wurde in anderen Ländern schon mehrfach gewählt. Hier stellt sich eine andere, grundlegende Frage: Inwieweit können Ist-Zeiten als notwendiger Zeitumfang gelten? Mit Hilfe welcher Qualitätskriterien und Methoden lässt sich verifizieren, dass Ist-Zeiten auch als Soll-Zeiten gelten können?

Auch hier ist allenfalls eine mehr oder weniger gute Begründung, aber kein Beweis im strengen wissenschaftlichen Sinne möglich. In den Ländern, in denen empirisch ermittelte Zeitwerte als Kennzahlen zur Bedarfsermittlung herangezogen werden, findet man zum Teil gar keine nähere Reflektion der Frage, ob Ist-Zeiten nicht auch eine Unter- oder Überversorgung abbilden könnten (s. z.B. Japan, Tsutsui/Muramatsu 2005 und Matsumoto 2007).

Es ist daher angebracht, in der Diskussion um die Bemessung des notwendigen Leistungsumfangs (und damit des Personalbedarfs) Abstand davon zu nehmen, nach „objektiv richtigen“ Zeitwerten zu suchen. Solche Werte existieren nicht und ließen sich letztlich auch nur unter idealtypischen Bedingungen ermitteln, die Laborbedingungen gleichen (keine Begrenzung von Personalressourcen, ausgezeichnet qualifizierte Mitarbeiter, wissenschaftlich fundierte Handlungskonzepte, optimale räumliche Bedingungen, optimale Hilfsmittelausstattung, vorbildliche und reibungslose Arbeitsabläufe, intensive und unproblematische Kooperation mit Ärzten usw.) – womit man sich so weit von der Versorgungsrealität entfernen würde, dass der Nutzen solcher Werte doch eher fraglich wäre.

Im vorliegenden Projekt wurden die Daten der NRW-Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur“ als Bezugsgröße verwendet, allerdings nicht ohne nähere Prüfung, ob hier eine Annäherung der gemessenen Zeiten an eine bedarfsgerechte Versorgung unterstellt werden kann. Diese Frage wurde bereits im Rahmen der NRW-Studie selbst thematisiert. Anhand verschiedener Kriterien wurde überprüft, inwieweit die erhobenen Leistungsstrukturen Qualitätsdefizite abbilden. Dabei wurden verschiedene Schwachstellen der Versorgung identifiziert von denen allerdings nur drei in direkter Verbindung mit dem Zeitaufwand zu sehen waren: die nächtliche Versorgung, die Unterstützung von Bewohnern mit kognitiven Beeinträchtigungen und Mobilitätseinbußen sowie die individuelle Ressourcenförderung. Hiervon abgesehen kam die Studie nach differenzierter Prüfung der Daten zu dem Schluss, dass die ermittelten Leistungszeiten in verschiedenen Bereichen zwar eher als knapp bemessen einzustufen sind, aber abgesehen von den drei oben angesprochenen Ausnahmen im Durch-

schnitt durchaus einen realistischen Rahmen für eine Versorgung abbilden, in den Bedarfslagen der Bewohner Rechnung getragen werden kann.

Von daher kann davon ausgegangen werden, dass die Leistungszeiten der NRW-Studie in vielen Bereichen eine plausible Annäherung an den Bedarf der Bewohner bieten. Sie beschreiben mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Rahmen, in dem sich ein ausreichendes Qualitätsniveau realisieren lässt.

Diese Einschätzung ist auch für den vorliegenden Ansatz der Bedarfsermittlung ein zentraler Bezugspunkt. Die in diesem Projekt entwickelte Bedarfsklassifikation zielt auf realistische, d.h. empirisch begründbare Größen und geht von zwei Feststellungen aus:

- Die mit der NRW-Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur“ ermittelten Pflegezeiten markieren einen zeitlichen Rahmen, in dem nach fachlichen Kriterien zwar keine optimale, aber eine ausreichende Versorgungsqualität sichergestellt werden kann.
- Diese Pflegezeiten berücksichtigen nicht hinreichend die Unterstützung bei der Bewältigung psychischer Problemlagen von Bewohnern mit Mobilitätseinbußen. Analoges gilt für die Durchführung von Maßnahmen zum Erhalt bzw. zur Förderung von Mobilität und kognitiven Ressourcen.

Ausgehend von diesen Voraussetzungen lassen sich die mit der NRW-Studie gewonnenen Daten, die einen Ist-Zustand abbilden, mit einigen Modifikationen als Anhaltswerte für die Bestimmung von Bedarfsgrößen verwenden. Der Umstand, dass diese Daten inzwischen schon etwas älter sind, ist dabei wenig relevant. Anhand von Plausibilitätsprüfungen und nachfolgenden Erhebungen im Projekt „Referenzmodelle“ kann man feststellen, dass die Daten möglicherweise sogar gerade aufgrund ihres Alters eher für eine Annäherung an Bedarfskennzahlen in Betracht kommen als Daten, die aus dem heutigen Leistungsgeschehen stammen (vgl. Kapitel 5).

Ebenso wichtig wie die Verfügbarkeit empirisch gestützter Zeitwerte ist die Möglichkeit, Leistungsdaten mit Parameter der Pflegebedürftigkeit zu verknüpfen. Hier liegt eine besondere Stärke der NRW-Studie, denn es gibt hierzulande bis heute keine Untersuchung, die Daten in vergleichbarer Differenzierung erhoben hätte. Diese Verknüpfung ist zwingend erforderlich, wenn man von Merkmalen der Pflegebedürftigkeit auf den Leistungsbedarf schließen will.

Auch dies berechtigt zu der Aussage, dass die Daten der NRW-Studie die zur Zeit am besten geeignete Grundlage zur Entwicklung von Kennzahlen und Kriterien darstellt, mit denen ein Leistungsaufwand abgeschätzt werden kann, der eine plausible Annäherung an den Bedarf ermöglicht.

Abschließend sei noch einmal darauf hingewiesen, dass die Zuordnung von Bedarfsgrößen auf der Basis des NBA ebenso wie im heutigen Pflegestufensystem einen Brückenschlag zwischen Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf darstellt und dass sich hier die besondere Anforderung an Personalbemessungssysteme stellt, Transparenz des Ableitungs- bzw. Berechnungsverfahrens herzustellen. Mit den heutigen Richtwerten für die Personalbemessung

wird aus einer Pflegestufe, die auf der Basis von Kriterien für die häusliche Pflege ermittelt wird („Laienpflegezeiten“, durchschnittliche Wohnsituation etc.), auf den Personalbedarf in der vollstationären Pflege geschlossen. Mit dem im vorliegenden Projekt entwickelten Ansatz wird aus dem Grad der Abhängigkeit von personeller Hilfe der notwendige Leistungsumfang abgeleitet – ein Verfahren, wie es ähnlich im amerikanischen RUG-System und in vielen anderen Klassifikationssystemen angewendet wird. Die dabei vorgenommene Unterscheidung zwischen Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf ist zum Verständnis eines Bedarfsklassifikationssystems äußerst wichtig:

Pflegebedürftigkeit – hier dargestellt mit Hilfe des NBA – ist eine rein beschreibende Kategorie und von Pflegebedarf strikt zu unterscheiden. Sie bezeichnet ganz allgemein den Umstand, dass ein Mensch infolge gesundheitlicher Probleme auf pflegerische Hilfen angewiesen ist. Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit wird für gewöhnlich – die Pflegeversicherung stellt dabei im internationalen Vergleich eine Ausnahme dar – als Grad der Selbständigkeit bzw. Abhängigkeit von personeller Hilfe dargestellt. Eine solche Darstellung umfasst Aussagen darüber, zu welchen Handlungen eine Person in der Lage ist bzw. nicht in der Lage ist, sie beinhaltet jedoch keinerlei Angaben über den Umfang der erforderlichen Hilfen.

Unter Pflegebedarf ist hingegen ein Teil oder die Gesamtheit der pflegerischen Hilfen zu verstehen, die als geeignet und erforderlich gelten, um pflegerisch relevante Problemlagen bzw. Einbußen der Selbständigkeit zu bewältigen. Es handelt sich also nicht um Eigenschaften des Pflegebedürftigen, sondern um das Ergebnis eines Prozesses der Beurteilung und Entscheidung, in den verschiedene Annahmen und Normen einfließen. Diese Normen entscheiden beispielsweise darüber, ob und mit welchen Maßnahmen auf motorische Unruhe von demenziell Erkrankten in Form des scheinbar ziellosen Umhergehens reagiert werden soll.

Es besteht noch aus anderen Gründen kein direktes Ableitungsverhältnis zwischen der Ausprägung von Pflegebedürftigkeit und dem Umfang des Bedarfs. Menschen mit identischen Funktionseinbußen können in sehr unterschiedlichem Maß auf Personenhilfe angewiesen sein, beispielsweise weil ihre Fähigkeit, Beeinträchtigungen zu kompensieren, stark voneinander abweicht. Daneben wirken viele andere Faktoren auf die zeitlichen Strukturen des Pflegegeschehens ein, unter anderem

- Umgebungsbedingungen,
- Fähigkeiten und Qualifikation der Pflegeperson,
- individuelle Bedürfnisse und Gewohnheiten des Pflegebedürftigen,
- Verfügbarkeit und Nutzung von Hilfsmitteln,
- fachliche Standards bzw. Methoden und
- das der individuellen Versorgung zugrunde liegende Handlungskonzept und die Pflegeorganisation.

Hieraus dürfte sich erklären, weshalb sich in der Versorgungswirklichkeit eine so stark ausgeprägte Variabilität von Pflegezeiten zeigt, sowohl in der vollstationären Versorgung (Wingefeld/Schnabel 2002) als auch im Setting der Pflege durch Angehörige (Bartholomeyczik et al. 2001).

Methoden zur Umrechnung von Versorgungs- in Personalbedarf

Ein wichtiger Baustein eines Personalbemessungssystems ist eine Methode zur Umrechnung des Leistungsbedarfs in Personalressourcen. Hierbei handelt es sich um eine formale Berechnung, die in ähnlicher Form für alle Bereiche angewendet wird, in denen eine analytische Personalbemessung Anwendung findet. Von zentraler Bedeutung ist dabei die faktische zeitliche Verfügbarkeit eines Mitarbeiters im Jahresdurchschnitt, d.h. die tatsächliche Anwesenheitszeit der Mitarbeiter im Verlauf eines Jahres. Diese Größe ergibt sich aus der Verrechnung von

- vertraglich vereinbarter Wochenarbeitszeit,
- Urlaubszeiten/Feiertagen und
- Ausfallzeiten infolge Krankheit oder anderer Gründe.

Das Ergebnis dieser Berechnungen variiert je nach Bundesland und kann sogar innerhalb der einzelnen Bundesländer zwischen den Einrichtungen Unterschiede aufweisen. Für Vorausberechnungen des Personalbedarfs wird häufig Bezug genommen auf Richtwerte der „Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement“ (KGSt), die die „Arbeitszeit einer Normalarbeitskraft“ für die Bundesländer darstellen.

Da die Umrechnung des erforderlichen Leistungsaufwands ein Standardverfahren der Personalbemessung darstellt, bedarf sie im vorliegenden Bericht keiner näheren Darstellung. Im Bericht wird exemplarisch ein Wert von 1.578 Arbeitsstunden pro Jahr zugrunde gelegt. Dies dient allerdings nur der Illustration bzw. der Durchführung verschiedener Beispielberechnungen. Beim praktischen Einsatz eines Personalbemessungssystems ist stets im Einzelfall zu überprüfen, welche tatsächliche Anwesenheitszeit zugrunde gelegt wird (je nach Bundesland und Wochenarbeitszeit).

4.3 Bedarfsklassifikation und Pflegestufensystematik

Abschließend sei noch auf eine spezielle Frage der Praktikabilität hingewiesen, die eher grundsätzlicher Natur ist und weniger die Methoden zur Ermittlung des Personalbedarfs betrifft als vielmehr die allgemeinen Rahmenbedingungen für deren Einsatz.

Ein Bedarfsklassifikationssystem bzw. ein Personalbemessungssystem, das fachlichen Anforderungen und dem Stand des Wissens gerecht wird, kann nicht auf der heutigen Pflegestufensystematik aufbauen. Seit vielen Jahren wird der Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI als zu schmal kritisiert, und heute besteht weitgehendes Einvernehmen darüber, dass dieser Begriff zeitnah neu mit Inhalt gefüllt werden sollte. Das bedeutet allerdings auch, dass die heutige Pflegestufensystematik als ein Konstrukt anzusehen ist, das nur einen Teil der Versorgungswirklichkeit abbildet, noch dazu fachlich verkürzt, weil die Pflege durch Menschen ohne Pflegeausbildung als Bezugsrahmen dient und daher fachliche Standards unberücksichtigt bleiben.

Ein Bedarfsklassifikationssystem, das fachlich und wissenschaftlich überzeugen soll, muss einen anderen Bezugsrahmen wählen. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und den

fünf Bedarfsgraden des „Neuen Begutachtungsassessments“ liegt eine tragfähige Alternative vor, und es gibt weitere Ansätze der Personalbemessung, die sich um die Vermeidung fachlicher Verkürzungen bemühen (s. Anhang).

Unabhängig von der Beschaffenheit eines zu den Pflegestufen alternativen Klassifikationssystems stößt jedoch jedes neue Konzept auf rechtliche Regelungen, die mitunter bis ins Detail auf die Pflegestufensystematik zugeschnitten sind. Dies gilt auch und besonders für Rechtsvorschriften, mit denen ein Rahmen für die Vergütungsverhandlungen in der vollstationären pflegerischen Versorgung festgelegt wird. Das gesamte Finanzierungssystem im Bereich des SGB XI ist so eng mit der Pflegestufensystematik verknüpft, dass es mitunter schwer fällt zu entscheiden, welchen Spielraum der gesetzliche Rahmen für neue Formen der Bedarfsklassifikation und für ein darauf aufbauendes Personalbemessungsverfahren überhaupt lässt. Das SGB XI nimmt zwar explizit auf die Möglichkeit Bezug, anstelle der heute verbreiteten Personalrichtwerte andere Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs zu verwenden, doch müssen letztendlich Pflegesätze definiert werden, die an die Pflegestufensystematik gebunden sind. So jedenfalls sind die meisten Gesetzespassagen zu leistungsrechtlichen und vergütungstechnischen Aspekten auf dem Feld der vollstationären Pflege ausgerichtet. Welche formalen Komplikationen diese Struktur zur Folge hätte, wenn eine von den Pflegestufen losgelöste Klassifikation zum Einsatz käme, ist schwer absehbar.

Dies zu beantworten war nicht Ziel des Projektes, und dennoch stellt sich im Hinblick auf die Praktikabilität der neu entwickelten „Grundlagen der Personalbemessung“ die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen der Harmonisierung mit dem heutigen Finanzierungssystem, sollte der angestrebte Übergang zu einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vorläufig nicht vollzogen werden. Wie gesagt: Das heutige SGB XI lässt andere Klassifikationsansätze zum Zweck der Personalbemessung formal explizit zu. Wie formale Detailfragen zu beantworten sind, um andere Ansätze tatsächlich adaptieren zu können, muss an dieser Stelle jedoch offen bzw. der Klärung im praktischen Prozess überlassen bleiben.

5. Das Basismodell zur Bedarfsklassifikation mit dem NBA

Eine sehr einfache Methode der Bedarfsklassifikation mit dem NBA besteht darin, die vom NBA unterschiedenen Grade der Pflegebedürftigkeit („Bedarfsgrade“) als Kriterium der Klassifikation bzw. Fallgruppenbildung zu verwenden. Es gäbe damit also sechs Fallgruppen: Fünf Gruppen entsprechend der fünf Bedarfsgrade und eine weitere Gruppe für Personen, die zwar in einem Heim leben, aber nur geringfügige Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufweisen und damit die Schwelle zum Bedarfsgrad 1 nicht erreichen.

Diese Art der Klassifikation wird im Folgenden als „Basismodell“ bezeichnet. Dieser Begriff soll unter anderem verdeutlichen, dass alle anderen Varianten der Fallgruppenbildung, die im Projekt „Grundlagen der Personalbemessung“ entwickelt wurden, darauf aufbauen. Anders gesagt: Durch Hinzunahme weiterer Kriterien zur Bildung von Untergruppen innerhalb einer Basisfallgruppe lässt sich die Klassifizierung verfeinern, wobei dann zu prüfen ist, inwieweit diese Verfeinerung für die Praxis der Versorgung oder die Personalbemessung einen zusätzlichen Vorteil mit sich bringt (s. Kapitel 6).

5.1 Das NBA als Grundlage zur Fallgruppenbildung

Die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit mit dem neuen Begutachtungsassessment bildet die Grundlage für alle Klassifikationen, die im Rahmen des vorliegenden Projektes entwickelt wurden. Dabei findet die optimierte Version des NBA Anwendung, die im zweiten Bericht des BMG-Beirates zur Verwendung empfohlen wird. Die Erfahrungen bei der bundesweiten Erprobung des NBA (vgl. Windeler et al. 2008) hatten gezeigt, dass das Instrument bei Personen mit geringen Beeinträchtigungen zum Teil übersensitiv reagiert. Vor diesem Hintergrund erfolgte eine leichte Anpassung der Bewertungssystematik. Weitere Modifikationen betrafen andere Details der Bewertungssystematik, die jedoch die Einschätzungsmaßstäbe des NBA nur marginal berühren. So erwies es sich beispielsweise als überflüssig, innerhalb des Moduls 3 des NBA (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) Sondergewichtungen einzelner Items zu definieren. Eine wichtige inhaltliche Modifikation betrifft das Modul 2 (Kognitive und kommunikative Fähigkeiten). Anders als in der Ursprungsversion des NBA werden in der optimierten Version alle 11 Items des Moduls gewertet. Die Schwellenwerte für den Summenscore wurden entsprechend angehoben.

Die Merkmale der Pflegebedürftigkeit, auf der die neue Bedarfsklassifikation aufbaut, speisen sich vorrangig aus den ersten sechs Modulen des NBA, die auch zur Ermittlung eines Grads der Pflegebedürftigkeit (Bedarfsgrad = BG) genutzt werden. Es fließen also folgende Bereiche der Selbständigkeit bzw. Fähigkeiten ein:

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung

5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen und
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte.

Auf den Einsatz der Module 7 und 8 (Haushaltsführung und außerhäusliche Aktivitäten) wurde hingewiesen verzichtet, da sie nicht in die Berechnung eines Bedarfsgrades eingehen.

Besonders wichtig ist die Definition des Bedarfsgrades 5. Zum Abschluss der Entwicklungsarbeiten und der Beiratsberatungen standen hierzu nach wie vor zwei Alternativen zur Diskussion. Die erste Alternative sieht vor, analog zur heutigen Härtefallregelung eine Ausnahmesituation zugrunde zu legen, was zur Folge hat, dass der Bedarfsgrad 5 nur selten erreicht wird. Die zweite Alternative stellt den BG 5 als einen Grad der Pflegebedürftigkeit dar, ohne spezielle Versorgungskonstellationen vorauszusetzen. Mit dieser zweiten Alternative wird der BG 5 ebenso wie alle anderen Bedarfsgrade lediglich auf der Basis des Punktwertes zugeordnet. Diese Variante wurde auch für den Zweck der Personalbemessung verwendet. Damit ergeben sich in der aktuellen Version des NBA folgende Schwellenwerte:

0 bis 14 Punkte:	Keine Pflegebedürftigkeit
15 bis 29 Punkte:	BG 1
30 bis 49 Punkte:	BG 2
50 bis 69 Punkte:	BG 3
70 bis 89 Punkte:	BG 4
90 und mehr Punkte:	BG 5.

Diese Bedarfsgrade bilden den *Grad der Abhängigkeit von personeller Hilfe* ab. Mit anderen Worten: Dort, wo mit dem NBA Beeinträchtigungen festgestellt werden, existiert ein *Bedarf an personeller Hilfe*. Je stärker die Beeinträchtigung ist, desto größer ist auch der Bedarf an personeller Hilfe (s. Manual zum NBA). Die Bewertungssystematik des NBA beinhaltet bestimmte Gewichtungen, durch die dieser Zusammenhang gegeben ist. Diese Gewichtungen berücksichtigen sowohl Erfahrungen aus der MDK-Begutachtung als auch die Daten aus der NRW-Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“, aber auch zeitliche Strukturen, die von anderen Studien aufgedeckt wurden (z.B. den im Vergleich zu anderen Hilfen hohen Zeitaufwand für die Unterstützung bei der Ernährung durch Angehörige in der häuslichen Umgebung, dokumentiert von Bartholomeyczik et al. 2001).

Insofern besteht – ganz besonders bei Heimbewohnern – ein Zusammenhang zwischen dem Grad an Abhängigkeit von personeller Hilfe und dem Leistungsbedarf. Dieser Zusammenhang bewegt sich allerdings, das muss ausdrücklich betont werden, auf der *Ebene von Größenordnungen und Durchschnittswerten*. Die Vorstellung, aus dem Grad der Beeinträchtigung von Selbständigkeit ließe sich im Einzelfall eine exakte, individuelle Bedarfsgröße ableiten, wäre wirklichkeitsfern und stünde im Widerspruch zu den vorliegenden Forschungsergebnissen (vgl. die Ausführungen in Kapitel 4).

Da also ein Zusammenhang zwischen dem Grad der Beeinträchtigung von Selbständigkeit und dem Leistungsbedarf besteht, können Bedarfsklassen, die Bewohner mit vergleichbarem Leistungsbedarf zu einer Fallgruppe zusammenfassen, analog zur Stufeneinteilung des NBA

definiert werden. Dies wäre die einfachste Variante einer Bedarfsklassifizierung, das oben angesprochene Basismodell, das nunmehr vorgestellt werden soll.

5.2 Basiszeitwerte zur Annäherung an den Leistungsbedarf

Da das NBA den Grad der Abhängigkeit von personeller Unterstützung abbildet, besteht ein enger Zusammenhang zwischen den Bedarfsgraden und dem für die Versorgung erforderlichen Leistungsumfang. Dieser Leistungsumfang wurde bislang jedoch nicht quantifiziert. Er kann entweder aus fachlichen Normen oder aus Erfahrungswerten abgeleitet werden. Da keine Normen existieren, anhand derer sich fachlich begründete, konkrete Zeitwerte angeben ließen, ist eine Quantifizierung nur über Erfahrungswerte möglich (Wingenfeld 2007).

Die Ermittlung des Leistungsumfangs je Bedarfsgrad erfolgte daher auf ähnlichen Wegen wie bei der Bedarfsklassifikation aus dem Projekt Referenzmodelle. Zur Berechnung von Zeitwerten wurden also die Daten der Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ verwendet (Wingenfeld/Schnabel 2002). Mit diesen Daten stehen differenzierte Informationen für mehr als 700 Bewohner aus insgesamt 27 vollstationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen zur Verfügung. Einbezogen war je Einrichtung eine Wohnetage/Pflegegruppe.

Bislang existiert keine bessere Datenbasis, die ausreichend differenzierte Zeitwerte zum Leistungsgeschehen zur Verfügung stellt und, was besonders wichtig ist, eine Verknüpfung von Zeitwerten und Merkmalen der Pflegebedürftigkeit auf der Ebene des Einzelfalls ermöglicht. Die Daten der Studie sind inzwischen zwar einige Jahre alt, doch ist davon auszugehen, dass sich die mit ihnen abgebildeten Leistungsstrukturen allenfalls wenig verändert haben. Im Rahmen des Projekts „Referenzmodelle“ wurde u.a. zur Überprüfung der Gültigkeit dieser Annahme eine Zeiterhebung durchgeführt, die zwar auf einer geringeren Stichprobengröße beruhte, ansonsten aber mit ähnlichen Leistungskategorien operierte wie die Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur“ (vgl. Menke et al. 2007). Wesentliche Verschiebungen innerhalb des Leistungsspektrums waren bei dieser Untersuchung nicht erkennbar¹⁰.

Wichtiger für die Beurteilung der Möglichkeiten und Grenzen der Verwendbarkeit dieser Daten sind zwei andere Fragen. Zum einen bildet die NRW-Studie Leistungsstrukturen in einem Bundesland ab, dessen Einrichtungen im Ländervergleich bereits zum damaligen Zeitpunkt eher überdurchschnittliche Pflegesätze aufwiesen und damit eine etwas bessere Personalausstattung als beispielsweise die neuen Bundesländer. Dieser Sachverhalt muss bei der Bewertung von Leistungszeiten berücksichtigt werden.

¹⁰ In den Ergebnissen zeigte sich eine tendenzielle Abnahme des Anteils psychosozialer Unterstützung an allen direkten Leistungen. Dieser Maßnahmebereich zeigte schon in der Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur“ erhebliche Schwachstellen, die sich offenkundig eher verstärkt als abgeschwächt haben. Dies zeigt, dass aktuellere Daten nicht unbedingt besser dazu geeignet sind, eine Annäherung an bedarfsgerechte Leistungsstrukturen zu erreichen.

Zum anderen stammt die Studie aus der Zeit vor dem NBA. Die damals erfassten Merkmale der Pflegebedürftigkeit sind zwar sehr zahlreich, stimmen aber mit den Items des NBA nicht genau überein. Abgesehen von inhaltlichen Detailfragen weicht insbesondere die Skala der Merkmalsausprägungen voneinander ab. Während das NBA bei nahezu allen Einzelitems mit einer vierstufigen Skala operiert (z.B. selbständig – überwiegend selbständig – überwiegend unselbständig – unselbständig), wurde im Falle der NRW-Studie eine dreistufige Skala verwendet.

Aus diesem Grunde war es notwendig, eine Methode zu entwickeln, mit der sich der Grad der Beeinträchtigung in den sechs relevanten Bereichen bzw. Modulen des NBA auf der Grundlage der Kriterien der NRW-Studie nachbilden lässt. Diese Methode beinhaltet ein mehrstufiges Verfahren, das am Beispiel des NBA-Moduls 4 „Selbstversorgung“ erläutert werden soll:

- In einem ersten Schritt erfolgte die Bestimmung der Kriterien aus der NRW-Studie, die sich zur Nachbildung eignen. Beim vorliegenden Beispiel handelt es sich zum einen um Kriterien, die die Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen der Selbstversorgung betreffen (An- und Auskleiden, mundgerechte Zubereiten der Nahrung, Essen, Trinken, Toilettengang, Waschen, Duschen/Baden, sonstige Körperpflege). Zum anderen wurde die Ausprägung einer etwaigen Stuhl- und Harnkontinenz berücksichtigt, die nach den vorliegenden Datenauswertungen stark mit der Selbständigkeit bei den anderen Kriterien korrelieren und sich im Rahmen des Projekts „Referenzmodelle“ als signifikante Variablen für die statistische Vorhersage des Leistungsaufwands erwiesen hatten.
- Die ausgewählten Kriterien wurden mit einem Punktwert versehen und entsprechend der Bewertungssystematik des NBA gewichtet. So wurde beispielsweise die Variable „Selbständigkeit beim Essen“ wie im NBA mit dem dreifachen Punktwert berücksichtigt.
- Im nächsten Schritt erfolgte eine inhaltlich begründete Festlegung der Schwellenwerte, die eine Einordnung des Ergebnisses in die fünfstufige Standardskala des NBA ermöglichen („keine Beeinträchtigung“, „geringe Beeinträchtigung“, „erhebliche Beeinträchtigung“, „schwere Beeinträchtigung“ und „völliger/weitgehender Verlust der Selbständigkeit“).
- Diese Festlegung wurde auf verschiedenen Wegen anhand von Datenauswertungen überprüft. Sie umfassten Kreuztabellierungen des mit den Schwellenwerten definierten Grads der Selbständigkeit mit verschiedenen anderen Kriterien, eine individuelle Prüfung von Grenzfällen sowie einen Vergleich der Ergebnisse zum Selbständigkeitsgrad mit den Ergebnissen aus der Stichprobe im Projekt „Grundlagen der Personalbemessung“ und den Ergebnissen aus der bundesweiten Erprobung des NBA im Jahr 2008 (n=294). Falls erhebliche Diskrepanzen in den Verteilungen festzustellen waren, wurde die Festlegung der Schwellenwerte noch einmal überprüft und ggf. korrigiert. Eine solche Korrektur war allerdings größtenteils nicht erforderlich.

Es gelang insgesamt recht gut, die NBA-Kriterien zur Beschreibung der Selbständigkeit auf diesem Weg nachzubilden. Die folgende Tabelle zeigt die Verteilungen der betreffenden Modulergebnisse aus den drei genannten Erhebungen im Vergleich.

Verteilung der NBA-Modulbewertungen (Prozentangaben, Zeilensumme = 100)

	Grad der Beeinträchtigung*				
	0	1	2	3	4
1. Mobilität					
Studie Personalbemessung	20,4	18,3	13,9	10,6	36,9
Erste NBA-Erprobung	16,2	17,6	18,6	16,2	31,4
NRW-Studie	26,4	11,1	14,1	19,2	29,2
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten					
Studie Personalbemessung	17,0	14,8	9,3	13,1	45,7
Erste NBA-Erprobung	15,2	10,5	11,8	15,5	47,0
NRW-Studie	17,8	14,0	10,5	9,7	48,1
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen					
Studie Personalbemessung	19,3	15,9	10,7	11,3	42,8
Erste NBA-Erprobung	27,7	7,1	8,4	11,5	45,3
NRW-Studie	18,3	17,5	11,9	14,7	37,7
4. Selbstversorgung					
Studie Personalbemessung	10,0	11,3	28,0	24,1	26,7
Erste NBA-Erprobung	3,0	5,4	35,5	28,7	27,4
NRW-Studie	7,2	10,5	32,1	22,8	27,4
5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen					
Studie Personalbemessung	1,1	8,7	50,0	25,2	15,0
Erste NBA-Erprobung	2,0	34,5	39,9	18,2	5,4
NRW-Studie	1,4	5,0	50,9	28,5	14,1
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte					
Studie Personalbemessung	14,3	6,5	11,5	19,1	48,7
Erste NBA-Erprobung	12,2	6,8	11,8	24,7	44,6
NRW-Studie	16,0	8,8	9,6	20,1	45,5

*Grad der Beeinträchtigung gemäß der Standardskala des NBA: 0=keine Beeinträchtigung, 1=geringe B., 2=erhebliche B., 3=schwere B., 4=völliger oder weitgehender Verlust der Selbstständigkeit bzw. Fähigkeit.

Wie ersichtlich, weisen die Verteilungen recht ähnliche Größenordnungen auf, was als Hinweis darauf zu werten ist, dass die Nachbildung der Modulbewertungen mit Hilfe der Daten aus der NRW-Studie weitestgehend gelungen ist. Trotz der insgesamt guten Übereinstimmung bleibt allerdings festzuhalten, dass die Nachbildung der Kriterien keine exakte, sondern nur eine stark angenäherte Bestimmung der Bedarfsgrade für die Stichprobe der NRW-Studie zulässt. So zeigt sich im Falle des Moduls 5 (Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen) eine Diskrepanz zwischen den Studien, hier allerdings auch zwischen den Stichproben aus der vorliegenden Studie und der bundesweiten NBA-Erprobung. Der Anteil der Bewohner, deren Beeinträchtigungen in diesem Bereich als „gering“ bewertet wurden, schwankt zwischen 5% und 35%.

Ermittelt man auf der Basis der dargestellten Modulbewertungen Bedarfsgrade für die Bewohner aus der NRW-Studie, so zeigt sich folgendes Bild:

Verteilung der Bedarfsgrade

	„Personalbemessung“ (n=540)	NBA-Erprobung (n=294)	NRW-Studie* (n=717)
Kein Bedarf	3,9	2,4	4,0
BG 1	6,9	3,7	6,6
BG 2	16,5	19,0	18,3
BG 3	23,0	28,9	25,9
BG 4	28,1	30,6	24,3
BG 5	21,7	15,3	20,9
Gesamt	100,0	100,0	100,0
*Ermittlung der Bedarfsgrade anhand nachgebildeter Variablen			

Es ergibt sich eine in diesem Maße eher unerwartete Übereinstimmung der jeweiligen Anteile der Bedarfsgrade. Weitere Auswertungen der Stichprobenmerkmale bestätigten den Eindruck, dass die drei mit den Stichproben erfassten Bewohnergruppen in wichtigen Merkmalen ähnliche Strukturen aufweisen, was die Annahme der Vergleichbarkeit stützt. Hierzu geben auch die folgenden Ergebnisse Hinweise:

Pflegestufenverteilungen (Prozentangaben)

	„Personalbemessung“ (n=539)	NBA-Erprobung (n=294)	NRW-Studie (n=712)
Keine PS	4,1	7,1	5,2
PS I	31,2	32,7	23,2
PS II	42,7	39,8	44,7
PS III	22,1	20,4	27,0
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Alter und Geschlecht

	„Personalbemessung“	NBA-Erprobung	NRW-Studie
Durchschnittsalter	81,6 J.	83,4 J.	82,7 J.
Anteil weiblich	75,8%	78,9%	82,4%

Diese Zahlen lassen keine gravierenden Unterschiede erkennen. Auffällig ist der vergleichsweise hohe Anteil der Pflegestufe III in der NRW-Studie. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass der Anteil dieser Pflegestufe in Nordrhein-Westfalen ebenso wie in mehreren anderen Bundesländern in den letzten Jahren generell gesunken ist, obwohl es keine Anhaltspunkte für einen allgemeinen Wandel der Bewohnerstruktur gibt. Analog dazu liegt der Anteil der Pflegestufe I etwas hinter den anderen beiden Studien zurück.

Davon abgesehen sind jedoch ähnliche Strukturen erkennbar. Im Gesamtbild kann daher davon ausgegangen werden, dass die Daten der NRW-Studie eine auch für die heutigen Verhältnisse typische Bewohnerstruktur abbilden. Die leichten Abweichungen bei den Pflegestufen I und III tun dieser Feststellung keinen Abbruch, sie sind für Ermittlung der benötigten Angaben zum Leistungsumfang ohne Belang.

Nach der Nachbildung der Bedarfsgrade ist die Berechnung des durchschnittlichen Leistungsumfangs je Bedarfsgrad mit Hilfe der Leistungsdaten aus der NRW-Studie prinzipiell möglich. Die einfachste Methode besteht darin, den Mittelwert des Leistungsumfangs je Bedarfsgrad zu berechnen. Zwei Aspekte machten es jedoch notwendig, etwas anders vorzugehen:

- Auswirkungen von Ausreißern: Ausreißer sind Fälle mit ungewöhnlich hohen oder niedrigen Leistungszeiten, Leistungszeiten also, die für die jeweilige Fallgruppe als untypisch anzusehen sind. Es kann sich beispielsweise um Bewohner handeln, die während der Erhebung aufgrund einer akuten Erkrankung vorübergehend einen besonders hohen Pflegebedarf aufwiesen, oder um Bewohner, die aufgrund besonderer Verhältnisse in den Einrichtungen sehr viele Leistungen erhielten. Um einen tragfähigen Durchschnitt der Leistungszeiten für jeden Bedarfsgrad zu erhalten, blieben diese Ausreißer bei der Berechnung des Durchschnittswerts unberücksichtigt. Die statistische Methode, die dabei Anwendung fand, schließt bei der Berechnung die Fälle mit den höchsten und niedrigsten Werten aus (jeweils 5% der Fälle). Lediglich bei denjenigen Bewohnern, die nicht pflegebedürftig im Sinne des NBA sind, wurde davon Abstand genommen (da es hier per definitionem keine Ausreißer mit niedrigen Werten geben kann).
- Wie im Falle der Einschätzungen, auf denen das Bedarfsklassifikationssystem des Projekts „Referenzmodelle“ aufbaute, wird auch hier davon ausgegangen, dass die mit der NRW-Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur“ ermittelten Ist-Zeiten nicht in allen Bereichen unverändert übernommen werden können. Diese Ist-Zeiten markieren im Falle körperbezogener Maßnahmen einen Rahmen, in dem nach fachlichen Kriterien zwar keine optimale, aber eine ausreichende Versorgung sichergestellt werden kann. Sie berücksichtigen allerdings nicht hinreichend die Unterstützung der Bewohner bei der Bewältigung psychischer Problemlagen. Diese Versorgungsaufgaben wurden bei einem Teil der Bewohner, wie im Bericht zur NRW-Studie ausführlich dargelegt, nicht in ausreichendem Maße wahrgenommen (Wingenfeld/Schnabel 2002: 87ff und 106ff). Es zeigte sich vielmehr, dass Bewohner mit Einschränkungen im Bereich der Mobilität trotz vorhandener kognitiver Einschränkungen und psychischer Problemlagen deutlich weniger Hilfeleistungen erhielten als Bewohner, die ähnliche Problemlagen aufwiesen, deren Mobilität jedoch unbeeinträchtigt war.

Die Daten der Studie, die über psychosoziale Unterstützung Auskunft geben, können daher nicht unverändert übernommen werden. Ausgehend von der Annahme, dass die Leistungszeiten der mobilen und weitgehend mobilen Bewohner eher als bedarfsgerecht gelten können als die durch Versorgungsdefizite gekennzeichneten Zeiten bei anderen Bewohnern, wurden erstere als Grundlage für die Berechnungen herangezogen. Die mobilen Bewohner bilden somit die Referenzgruppe für die Kalkulation des notwendigen Leistungsumfangs. Für

einen immobilen Bewohner mit ausgeprägten Verhaltensproblemen wird also der gleiche Leistungsaufwand veranschlagt wie für einen mobilen Bewohner, dessen Verhaltensprobleme ähnlich stark ausgeprägt sind.

Ausgehend von diesen Überlegungen wurden neue Durchschnittszeiten für den Leistungsaufwand je Bedarfsgrad berechnet (sie werden im Folgenden als „adjustierte Zeitwerte“ bezeichnet). Die Berechnung erfolgte gesondert für die Maßnahmebereiche:

1. Hilfen bei Alltagsverrichtungen (HBA)
2. Spezielle Pflege (SPF – sog. Behandlungspflege)
3. Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen (PSY).

**Adjustierte Zeitwerte nach Bedarfsgraden und Maßnahmebereichen
(Minuten je Bewohner und Tag, ohne indirekte Leistungen)**

	HBA	SPF	PSY	Summe
kein BG	7,2	2,8	8,7	18,7
BG 1	14,8	4,2	14,2	33,3
BG 2	33,7	5,0	17,1	55,8
BG 3	53,6	6,1	22,5	82,2
BG 4	79,5	6,4	24,5	110,3
BG 5	95,0	9,4	25,0	129,4

Stellt man dieses Ergebnis nicht in absoluten Zahlen, sondern mit standardisierten Werten dar, setzt man also die Zeitwerte zueinander in Beziehung, ergibt sich folgendes Bild:

**Verhältnis zwischen den adjustierten Zeitwerten
(BG 2 = 100%, ohne indirekte Leistungen)**

	HBA	SPF	PSY	Summe
kein BG	21	57	51	34
BG 1	44	85	83	60
BG 2	100	100	100	100
BG 3	159	123	131	147
BG 4	236	129	143	198
BG 5	282	189	146	232

Der Gesamtleistungsumfang liegt im Falle des BG 3 also ungefähr 1,5 mal so hoch wie der Leistungsumfang des BG 2, der Summenwert des BG 4 liegt fast genau doppelt so hoch.

Das Verhältnis zwischen den adjustierten Zeitwerten der Bedarfsgrade fällt je nach Maßnahmenbereich allerdings etwas anders aus. Die größte Spreizung ergibt sich im Bereich der Hilfen bei Alltagsverrichtung, hier beläuft sich der Zeitwert des BG 5 fast auf das Dreifache des Wertes für den BG 2. Ganz andere Relationen ergeben sich im Bereich „Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen“ (PSY): Der Wert des BG 5 liegt lediglich 1,5 mal so hoch wie der des BG 2. Auffällig an den Werten dieses Maßnahmenbereichs ist, dass es ab dem BG 3 nur noch eine geringe und ab dem BG 4 fast keine

Steigerung des kalkulierten Zeitumfangs gibt. Dies hängt damit zusammen, dass hier für Bewohner mit mindestens „erheblichen“ Mobilitätseinbußen jener Zeitaufwand berücksichtigt wurde, der bei Bewohnern gemessen wurde, die keine oder nur geringe Beeinträchtigungen der Mobilität aufweisen. Ohne diese Anpassung hätte man mit den adjustierten Zeitwerten Schwachstellen der Versorgung reproduziert. Um dies besser nachvollziehen zu können, werden die empirischen und die adjustierten Zeitwerte für diesen Maßnahmenbereich in der folgenden Tabelle einander gegenübergestellt, wobei zur Verdeutlichung der Relationen wieder die Verhältnisse zwischen den Bedarfsgraden ausgewiesen werden.

**Verhältnis zwischen den Zeitwerten im Maßnahmenbereich
„Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen
und Bedürfnissen“ (BG 2 = 100%)**

	empirische Werte	adjustierte Werte
kein BG	58	51
BG 1	89	83
BG 2	100	100
BG 3	108	131
BG 4	86	143
BG 5	54	146

Durch die tendenzielle Unterversorgung der Bewohner mit Mobilitätseinbußen sinkt der tatsächliche durchschnittliche Leistungsaufwand in den höheren Bedarfsgraden erheblich ab und beträgt im BG 5 nur noch rund 50% des Leistungsumfangs im BG 2. Durch die entsprechende Anpassung der Werte wird Bewohnern unabhängig vom Grad ihrer Mobilität ein Leistungsumfang zugeordnet, der mit dem Grad ihrer kognitiven Einbußen und psychischen Problemlagen wächst. Dies lässt sich auch statistisch ausdrücken: Die Korrelation zwischen der Summe der Modulwertungen der NBA-Module 2 und 3 (kognitive/kommunikative Fähigkeiten und psychische Problemlagen) und dem empirischen Leistungsumfang ist zwar signifikant ($p < 0,01$), aber mit 0,12 (Spearman's Roh) sehr schwach. Nach der Adjustierung ergibt sich mit einem Koeffizienten von 0,82 hingegen eine sehr starke Korrelation. Insofern ist davon auszugehen, dass die Adjustierung das angestrebte Ziel erreicht hat und die neuen Werte den tatsächlichen Bedarf besser abbilden als die empirischen Werte.

Durch diese Angleichung ergibt sich in den Bedarfsgraden 3 bis 5 im Vergleich zum empirischen Gesamtleistungsumfang rein rechnerisch ein etwas höheres Leistungsvolumen:

**Empirische und adjustierte Zeitwerte im Vergleich
(Leistungsumfang insgesamt)**

	empirische Werte	adjustierte Werte
kein BG	18,7	18,7
BG 1	36,0	33,3
BG 2	57,1	55,8
BG 3	78,4	82,2
BG 4	101,3	110,3
BG 5	114,5	129,4

Ergänzend sei an dieser Stelle angemerkt, dass die adjustierten Zeitwerte in hohem Maße mit den NBA-Scorewerten korrelieren, die der Unterteilung der Bedarfsgrade zugrunde liegen. Die folgende Tabelle zeigt das Verhältnis zwischen diesen Werten in der vollstationären Pflege und den Punktwerten des NBA. Zur besseren Veranschaulichung wurde die Werte für den BG 2 wieder auf 100% gesetzt. Maßgeblich für den Vergleich sind die mit „Relativ-Werte“ überschriebenen Tabellenspalten.

Zusammenhang zwischen Leistungsbedarf und NBA-Score

	Adjustierte Zeitwerte (Relativ-Werte)	NBA: Mitte der Punktebereiche		NBA: Schwellenwerte	
		Punktwert	Relativ-Wert	Punktwert	Relativ-Wert
kein BG	34	8	20	-	-
BG 1	60	23	58	15	50
BG 2	100	40	100	30	100
BG 3	147	60	150	50	167
BG 4	198	80	200	70	233
BG 5	232	95	238	90	300

Erwartungsgemäß zeigt sich ein enger Zusammenhang zwischen Leistungszeiten und Punktwerten, besonders wenn man nicht die Schwellenwerte, sondern die „Mitte“ zwischen Schwellenwerten verwendet (also im Falle des Bedarfsgrades 2 den Wert 40 Punkte, d.h. die Mitte zwischen 30 und 50 Punkten). Hier besteht eine bemerkenswert große Übereinstimmung, die in diesem Maße nicht zu erwarten war. Zwar wurde die Bewertungssystematik des NBA und hier insbesondere die Gewichtung von bestimmten Beeinträchtigungen unter Bezugnahme auf empirische Daten konstruiert (darunter auch die Daten aus der Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur“), doch war es bei diesen Entwicklungsarbeiten nicht möglich, mehr als grobe Schätzungen vorzunehmen. Insofern ist die große Nähe der adjustierten Zeitwerte zu den Mittelpunkten der Wertebereiche auch für die Entwickler des NBA ein überraschendes Ergebnis.

Mit der Transformation des empirisch erfassten Leistungsumfangs in einen dem jeweiligen Bedarfsgrad entsprechenden adjustierten Wert ist der wichtigste Schritt zur Entwicklung einer Grundlage für die Personalbemessung vollzogen. Wie in Kapitel 4.2 erläutert, handelt es sich bei den adjustierten Werten um eine *Annäherung* an den tatsächlichen Bedarf. Für den Bereich der Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen wurde soeben aufgezeigt, was „Annäherung“ im vorliegenden Zusammenhang bedeutet und mit welchen Mitteln offensichtliche Versorgungsdefizite, die sich in den Daten der NRW-Studie widerspiegeln, aus den empirischen Werten „herausgerechnet“ wurden. Für den Bereich der Hilfen bei Alltagsverrichtungen liegen zwar ebenfalls Hinweise vor, dass in den damals einbezogenen Einrichtungen zum Teil eine fachlich eher suboptimale Versorgung stattfand, doch drücken sich diese Defizite weit weniger eindeutig in zeitlichen Strukturen aus als im Falle der psychosozialen Unterstützung. Überdies waren sie über die Einrichtungen sehr ungleichmäßig verteilt. Insofern fällt es schwer, konkrete Begründungen und Methoden für

eine Anpassung der Zeiten für Hilfen bei Alltagsverrichtungen zu entwickeln, ohne dies mit konkreten Versorgungskonzepten zu verknüpfen. Im Bereich der speziellen Pflege schließlich wäre die Annahme von systematischen Qualitätsdefiziten oder Unterversorgung reichlich spekulativ. Damit würde man unterstellen, dass die Mitarbeiter der Einrichtungen systematisch entgegen der ärztlichen Ver- oder Anordnung handeln – ein abwegiger Gedanke. In der NRW-Studie jedenfalls gab es keine Hinweise auf solche Konstellationen.

Umgekehrt stellt sich die Frage, ob die oben vorgestellten Zeitwerte nicht zu hoch angesetzt sind. Diese Frage lässt sich nicht pauschal beantworten. Gemessen an den empirisch gestützten Erkenntnissen, die mit der NRW-Studie gewonnen wurden, spricht vieles gegen die Annahme einer systematischen Überschätzung, die das übliche Maß gewöhnlicher Messungengenauigkeit übersteigt. Eine differenzierte Betrachtung der Untersuchungsergebnisse zum Maßnahmenbereich „Hilfen bei Alltagsverrichtungen“ führte vielmehr zu folgendem Ergebnis:

„Die in den untersuchten Wohnbereichen geleistete Pflege kann also, im Hinblick auf Häufigkeit und Zeitumfang der Maßnahmen, im Bereich der Hilfen bei Alltagsverrichtungen als eine Versorgung charakterisiert werden, die offenbar nicht oder allenfalls wenig über das Mindestmaß an Unterstützung hinaus geht, das zur Sicherstellung dieser Verrichtungen unbedingt erforderlich ist. Bei dieser Einschätzung wäre sicherlich zwischen den einbezogenen Einrichtungen noch einmal genauer zu differenzieren, doch ungeachtet dessen erscheint sie *im Gesamtbild* gerechtfertigt“ (Wingenfeld/Schnabel 2002: 87).

Wenngleich es keine belastbaren Hinweise auf eine systematische Bedarfsüberschätzung oder -unterschätzung gibt, bleibt eine gewisse Restunsicherheit aufgrund der Variabilität der Versorgungsorganisation in den Einrichtungen und etwaiger Ungenauigkeiten bei der Zeiterfassung bestehen. Es kommt hinzu, dass es auf der einen Seite Einrichtungen gibt, die diesen Versorgungsumfang bereits heute realisieren, auf der anderen Seite jedoch auch Einrichtungen, die mit deutlich weniger Zeitaufwand „auskommen“. Dieses „Auskommen“ bewegt sich allerdings häufig in den Grenzbereichen einer bedarfsgerechten Versorgung, was unter Qualitäts Gesichtspunkten nicht tragfähig erscheint. Schließlich finden sich in den Bundesländern gerade im Hinblick auf den Versorgungsumfang sehr unterschiedliche Situationen, die sich beispielsweise im Gefälle der Personalrichtwerte für die Pflegestufen ausdrücken.

Vor diesem Hintergrund ist es dringend empfehlenswert, vorerst vor allem das Relativgewicht des Zeitaufwands je Bedarfsgrad und nicht die absoluten Zeitwerte zugrunde zu legen.

Gemessen an den Strukturen der statistischen Verteilung, in der sich die Leistungszeiten je Bedarfsgrad bewegen, könnte eine Marge von $\pm 10\%$ angesetzt werden, in der sich Richtwerte bewegen könnten. Diese Marge entspricht etwa einer halben Standardabweichung des adjustierten Gesamtaufwands. Auch dies ist jedoch keine zwingende Lösung. Aus Praktikabilitätsgründen könnte es auch sinnvoll sein, einen größeren Korridor zu definieren.

Um die weiteren Ausführungen überschaubar zu halten, wird jedoch darauf verzichtet, alternative Berechnungen innerhalb dieser Marge durchzuführen. Zugrunde gelegt werden vielmehr die ermittelten Durchschnittswerte, und zwar – *ausschließlich zu Demonstrationszwecken* – die absoluten Zeitwerte.

Zu berücksichtigen ist schließlich, dass in den ermittelten Zeitwerten auch Unterstützungsleistungen enthalten sind, die von Mitarbeitern erbracht wurden, die nicht zum Stammpersonal der Einrichtungen gehören (z.B. Zivildienstleistende, Praktikanten, Auszubildende). Auf sie entfiel bei der NRW-Studie ein Anteil von immerhin 10% der Leistungszeiten im Bereich der mittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen. Damit entsteht eine besondere Schwierigkeit: Praktikanten und Auszubildende werden bei den Vergütungsverhandlungen nicht voll, sondern nach einem bestimmten Schlüssel (d.h. nur anteilmäßig) dem Personalbestand der Einrichtungen zugeordnet. Die Hilfeleistung, die sie im Versorgungsalltag erbringen (z.B. Hilfe beim Mittagessen oder Begleitung zur Toilette) unterscheidet sich jedoch in Art und Umfang nicht wesentlich von den Leistungen, die beispielsweise durch Hilfskräfte aus dem Stammpersonal erbracht werden. Insofern wäre es sachgerecht, den tatsächlichen Stundenumfang, den diese Personen in der Versorgung/Betreuung mitwirken, zugrunde zu legen. Auf diese Weise wurde bei der Ermittlung einer Betreuungsrelation im NRW-Projekt verfahren, um die Zahlen mit anderen Daten vergleichbar zu machen. Das bedeutet, dass bei den ermittelten Zeitwerten für unmittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen der Anteil berücksichtigt werden müsste, der für die nicht zum Stammpersonal gehörenden Mitarbeiter veranschlagt wird. Zur Frage der Anrechnung existieren im heutigen Vergütungssystem unterschiedliche Verfahrensweisen in den Bundesländern, so dass im Rahmen des Projektes ähnlich wie im Falle der Jahresnettoarbeitszeit keine Festlegungen erfolgen können. Zum Zweck der Modellrechnungen müssen später allerdings bestimmte Annahmen getroffen werden (s. Kapitel 8.2).

5.3 Indirekte Leistungen

Neben den direkten Pflegezeiten sind bei der Ermittlung des Personalbedarfs auch die indirekten Leistungen zu berücksichtigen. Sie wurden im Rahmen der NRW-Studie als *mittelbar bewohnerbezogene Leistungen* bezeichnet. Es handelt sich um Leistungen, die von den für die Bewohnerversorgung zuständigen Mitarbeitern erbracht werden, allerdings nicht in unmittelbarem Kontakt zum Bewohner. Die Kernbereiche der Hauswirtschaft sowie Verwaltungsarbeiten oder technische Instandsetzung und ähnliche Tätigkeiten, die im Zuständigkeitsbereich anderer Arbeitsbereiche bzw. Personen liegen, gehören nicht zu den mittelbar Bewohnerbezogenen Leistungen.

Es gibt allerdings keine einheitliche Definition indirekter Pflege, und auch die verfügbaren Untersuchungsergebnisse weisen in dieser Hinsicht große Unterschiede auf (vgl. BMFSFJ 2005). Besonders die Frage der Zuordnung von hauswirtschaftlichen Aufgaben wird unterschiedlich beantwortet.

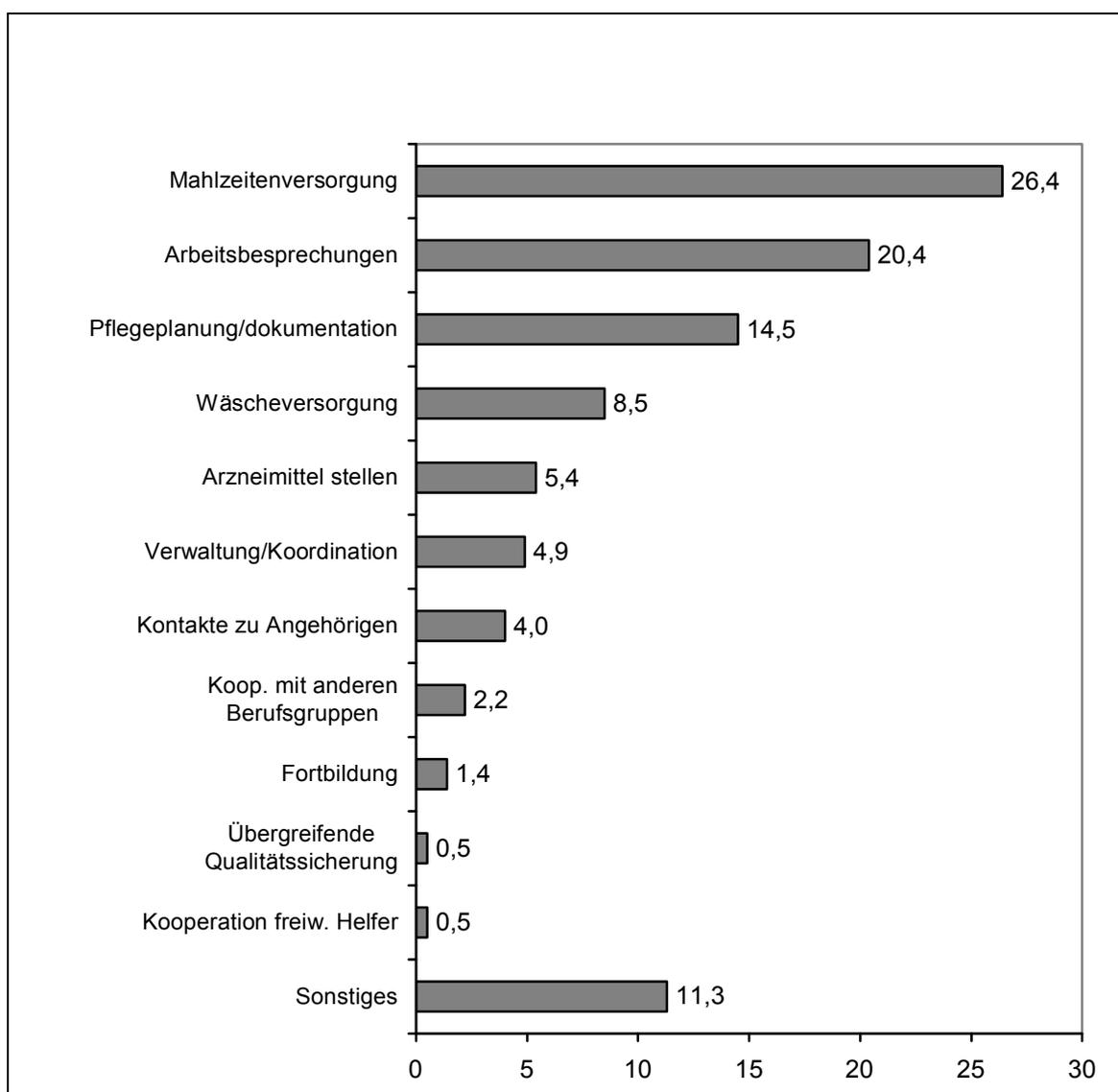
Da in diesem Bereich bislang keine besseren und verlässlicheren empirischen Daten auf Basis einer vergleichbaren Stichprobe existieren, bildeten die Daten der NRW-Studie auch hier den Bezugspunkt der Entwicklung von Grundlagen der Personalbemessung. Ihnen zufolge liegt der dafür zu veranschlagende Zeitumfang im Durchschnitt bei 50 Minuten je Bewohner und Tag. Darin einbezogen sind folgende Maßnahmen:

-
- Arbeiten im Bereich der *Mahlzeitenversorgung* wie Auf- und Abdecken, Vorbereitung und Austeilung der Mahlzeiten, Aufräumarbeiten etc. (26,4% des Gesamtumfangs der mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen). Der Zeitaufwand variierte hier stark je nach Organisationsform des Wohnbereichs.
 - *Arbeitsbesprechungen*, z.B. Übergabegespräche, Fallbesprechungen, Teamkonferenzen, Pflegevisiten, Absprachen zur sozialen Betreuung, kollegiale Beratung oder auch „ad-hoc-Besprechungen“, machten 20,4% aus. Dies entspricht einem Zeitumfang von etwa 10 Minuten je Bewohner und Tag.
 - Auf Tätigkeiten im Bereich der *Pflegeplanung/-dokumentation* entfielen täglich rund sieben Minuten je Bewohner (14,5% des Zeitaufwandes für mittelbar bewohnerbezogene Leistungen). Sie umfassen nicht nur Einträge in die Pflegedokumentation (Durchführungsnachweise, Pflegebericht etc.), sondern auch das pflegerische Assessment und die dazugehörigen Gespräche und Dokumentationsarbeiten, die Entwicklung von Pflegezielen und einer Maßnahmenplanung, die regelmäßige Überprüfung der Zielerreichung bei der individuellen Versorgung u.a.m.
 - Für die *Wäscheversorgung* (einschließlich Entsorgung von Inkontinenzartikeln) ergab sich ein Zeitumfang von rund vier Minuten je Bewohner und Tag (8,5%). Mahlzeiten- und Wäscheversorgung zusammengenommen, d.h. überwiegend hauswirtschaftliche Tätigkeiten, nehmen somit etwa ein Drittel des Zeitaufwandes für mittelbar bewohnerbezogene Aufgaben in Anspruch.
 - Der Anteil für die *Vorbereitung von Arzneimitteln* lag bei etwas mehr als 5%.
 - Der tägliche Aufwand für Tätigkeiten im Kontext von *Koordination, Organisation und Verwaltung* bewegte sich im Schnitt bei zwei bis drei Minuten je Bewohner bzw. knapp 5%. In diese Kategorie gehören neben den Leitungsaufgaben der Wohnbereichsleitung und ihrer Stellvertretung auch Tätigkeiten im Bereich von Materialverwaltung und Bestellwesen sowie die Kommunikation mit anderen Institutionen (Krankenhäuser, Kostenträger etc.).
 - Der Zeitaufwand für *Kontakte zu Angehörigen* lag sehr niedrig bei umgerechnet zwei Minuten je Bewohner und Tag.
 - Ähnliches gilt für die *Kooperation mit anderen Berufsgruppen*. Hier ergab sich eine Größenordnung von nur einer Minute je Bewohner und Tag. Die *Kooperation mit Laien Helfern* fiel quantitativ nicht ins Gewicht.
 - *Fortbildungsmaßnahmen* wurden nur berücksichtigt, wenn die betreffenden Mitarbeiter wenigstens noch stundenweise ihren regulären Dienst in der Einrichtung ableisten konnten. Der ermittelte Zeitumfang umfasst daher nicht die Gesamtheit der Qualifizierungsmaßnahmen in einer Einrichtung. *Übergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen* sind Maßnahmen, die sich nicht auf einen einzelnen Bewohner, sondern das Versorgungsangebot eines Wohnbereichs oder einer Einrichtung insgesamt beziehen (z.B. Erarbei-

tung/Einführung von Pflegestandards, Konzeptentwicklung, Arbeiten im Zusammenhang mit Qualitätsprüfungen, Erstellung eines Qualitätshandbuches etc.). Diese Maßnahmen fielen während der damaligen Erhebungen quantitativ nicht ins Gewicht¹¹.

- Eine Kategorie *Sonstiges* umfasste schließlich Zeiten, die sich keinem anderen Bereich zuordnen ließen. Vielfach handelte es sich um Reinigungs- und Aufräumarbeiten oder aufwändige Vorbereitungen von unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen, selten um Einkäufe für die Einrichtung oder Bewohner, kleine Reparaturen oder Botengänge. Immerhin entfiel auf diese Restkategorie ein Anteil von rund 11%.

**Struktur mittelbar bewohnerbezogener Leistungen
(jeweiliger Anteil in Prozent, alle Einrichtungen)**



(aus: Wingenfeld/Schnabel 2002: 75)

¹¹ Die hier berücksichtigten Tätigkeiten verteilen sich, ähnlich den Fortbildungsmaßnahmen, auf den Verlauf des Jahres ungleichmäßig. Sie werden außerdem größtenteils von gruppenübergreifend tätigen Mitarbeitern durchgeführt, häufig von den Pflegedienstleitungen, deren Arbeit in den Zahlen nicht berücksichtigt ist.

Die Beurteilung dieser Zahlen bereitet größere Schwierigkeiten als die Beurteilung der direkten Leistungen. In der Struktur der mittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen spiegelt sich zum Teil eine eher ungünstige Arbeitsorganisation, was beispielsweise darin zum Ausdruck kommt, dass manche Fachkräfte in höherem Umfang in Aufräum- und Reinigungsarbeiten und in die Wäscheversorgung einbezogen sind. Davon abgesehen handelt es sich bei den Reinigungsarbeiten um ein Arbeitsfeld, das nur in geringem Umfang den in der Bewohnerbetreuung tätigen Mitarbeitern überantwortet werden sollte und von daher auch in einer auf die Bewohnerbetreuung ausgerichteten Personalbemessung nicht vollständig berücksichtigt werden kann. Besondere Bereiche wie Fortbildungen oder spezialisierte Funktionen im übergreifenden Qualitätsmanagement sollten ebenfalls nicht an dieser Stelle berücksichtigt werden. Manche Zeitwerte wirken hingegen unterdimensioniert. Das gilt beispielsweise für den Bereich der Angehörigenarbeit, für die im Projekt Referenzmodelle ein eigenes Rahmenkonzept entwickelt wurde, in dem die Verantwortung der Bezugspfleger für die Kooperation mit Angehörigen gestärkt wurde. Auch die Zeiten für die Aufgabenbereiche Pflegeplanung/Dokumentation und Arbeitsbesprechungen bewegen sich in einem eher niedrigen Bereich. So entspricht der Zeitaufwand für Arbeitsbesprechungen, umgerechnet auf einen Wohnbereich mit 24 Bewohnern, einem täglichen Gesamtaufwand von drei Stunden. Dieser Wert erscheint auf den ersten Blick zwar recht hoch, doch relativiert sich dieser Eindruck, wenn beispielsweise berücksichtigt wird, dass täglich für gewöhnlich drei Dienstübergaben stattfinden. Eine Übergabe im Umfang von 15 Minuten, an der vier Personen teilnehmen, kompensiert bereits eine dieser drei Stunden. Dienstübergaben durch den Nachtdienst erfordern zwar weniger Ressourcen, doch zeigt das Beispiel, dass die für die interne Kommunikation aufgewendete Zeit keineswegs besonders umfangreich ist.

Eine nochmalige Auswertung der Daten aus der NRW-Studie unter Vernachlässigung von „Ausreißern“ mit ungewöhnlichen Zeitwerten führte zu dem Ergebnis, dass der durchschnittliche Anteil der mittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen an der Arbeitszeit der für die Wohnerversorgung zuständigen Mitarbeiter recht nahe bei einem Drittel liegt. Diese Größe (33,3%) – und damit ein etwas geringeres Niveau als in der NRW-Studie, in der sich der Anteil auf 38% belief – soll allen weiteren Berechnungen zugrunde gelegt werden¹². Entsprechend der Definitionen der „Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege“ (Referenzkonzept) sollen damit folgende Aufgaben abgedeckt werden (vgl. Korte-Pötters et al. 2007):

¹² Tätigkeiten von Mitarbeitern, die nicht zum Stammpersonal gehören, sind in diesem Wert ebenfalls nicht berücksichtigt.

1. Pflegeplanung und -dokumentation
2. Stellen der ärztlich verordneten Medikation
3. Zusammenarbeit mit externen Stellen
4. Arbeitsbesprechungen (einrichtungsintern)
5. Koordination, Organisation, Verwaltung
6. Kontakte zu Angehörigen/Bezugspersonen der Bewohner
7. Kooperation mit freiwilligen Helferinnen und Helfern
8. Wäscheversorgung
9. Mahlzeitenversorgung
10. Aufräum-, Reinigungs- und Wartungsarbeiten
11. Tätigkeiten zur Vor-/Nachbereitung unmittelbar bewohnerbezogener Maßnahmen
12. Sonstige mittelbar bewohnerbezogene Leistungen¹³.

Damit wird festgelegt, dass übergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen (Ressourcen für das Qualitätsmanagement) und Fortbildungsmaßnahmen von geringem Umfang an anderer Stelle zu berücksichtigen sind. Unterstellt wird auch, dass sich der Aufwand für Fachkräfte durch eine Reorganisation bewohnerferner Arbeiten vermindern lässt, insbesondere im Bereich der Aufräum- und Reinigungsarbeiten sowie der Wäscheversorgung. Diese Annahmen wurden im Rahmen einer entsprechenden Organisationsentwicklung in den Einrichtungen, die am Projekt „Referenzmodelle“ beteiligt waren, im Grundsatz bestätigt. Andererseits umfassen die oben aufgeführten Aufgabenbereiche auch die Vorbereitung unmittelbar bewohnerbezogener Maßnahmen. Während die Nachbereitung von Maßnahmen (vor allem Aufräum- und Reinigungsarbeiten sowie Arbeiten im Zusammenhang mit der Mahlzeitenversorgung) in den Daten der NRW-Studie enthalten sind, wurden einige vorbereitende Arbeiten (z.B. Zurechtlegen von Materialien vor dem Legen eines Katheters) vermutlich nicht vollständig berücksichtigt. Zum Teil geschah dies mit der Kategorie „Sonstiges“. Diese möglicherweise nicht ganz vollständig erfassten Arbeiten fallen allerdings nicht besonders ins Gewicht, so dass der Anteilswert von 33,3% durch diese Ergänzung nicht wesentlich berührt wird.

Übertragen auf die Stichprobe aus der NRW-Studie und unter Berücksichtigung der neuen Leistungszeiten (adjustierte Zeitwerte je NBA-Bedarfsgrad, Mittelwert: 88 Minuten) ergibt sich ein durchschnittlicher Zeitemfang von 44 Minuten je Bewohner und Tag (Verhältnis direkte – indirekte Pflege: 2/3 – 1/3), d.h. ein Gesamtaufwand von rund 132 Minuten je Bewohner und Tag. Damit liegen diese theoretischen Werte trotz der Annahme eines erhöhten Leistungsumfangs im Bereich der psychosozialen Hilfen nahe bei den empirischen Werten der Studie. *Mit diesem Ergebnis ist eine der wichtigsten Anforderungen der Konzeption einer empirisch begründeten Personalbemessung erfüllt.*

Unterschiedliche Auffassungen gibt es in der Literatur zu der Frage, ob zum Zweck der Personalbemessung ein pauschaler Zeitwert für mittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen eingesetzt werden soll oder ob der Zeitaufwand im Verhältnis zu den direkten Leistungen besser individuell als anteiliger Wert zu kalkulieren ist. Die zuletzt genannte Lösung scheint einem bedarfsorientierten Versorgungsgeschehen auf den ersten Blick besser gerecht zu wer-

¹³ Gestaltung der Räumlichkeiten (zur Gewährleistung einer sicheren und orientierungsfördernden Umgebung und zur Förderung des Wohlbefindens der Bewohner), Hol- und Bringdienste, Einkäufe für die Bewohner.

den, weil wichtige Aufgabenbereiche trotz Bewohnerferne in einem Zusammenhang mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit des Bewohners stehen. Vermutlich existiert jedoch kein linearer Zusammenhang. Gerade jene Aufgabenbereiche mit großen Zeitanteilen (z.B. Mahlzeitenversorgung) sind eher als unabhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit zu betrachten:

Aufwand hängt stark ab vom Grad der Pflegebedürftigkeit bzw. den Gesundheitsproblemen:

- Pflegeplanung und -dokumentation
- Stellen der ärztlich verordneten Medikation
- Zusammenarbeit mit externen Stellen
- Tätigkeiten zur Vor-/Nachbereitung unmittelbar bewohnerbezogener Maßnahmen

Mäßige Abhängigkeit vom Grad der Pflegebedürftigkeit:

- Arbeitsbesprechungen (einrichtungsintern)
- Koordination, Organisation, Verwaltung
- Kontakte zu Angehörigen/Bezugspersonen der Bewohner
- Kooperation mit freiwilligen Helferinnen und Helfern

Geringe/keine Abhängigkeit vom Grad der Pflegebedürftigkeit:

- Wäscheversorgung
- Mahlzeitenversorgung
- Aufräum-, Reinigungs- und Wartungsarbeiten
- Sonstige mittelbar bewohnerbezogene Leistungen.

Es gäbe auch Zwischenlösungen, bei denen der Umfang der indirekten Leistungen nicht in linearer Abhängigkeit von den direkten Leistungen, sondern umgekehrt proportional zu ihnen bestimmt wird. In diesem Modell würde der Anstieg der indirekten Leistungen in den höheren Bedarfsgraden etwas gebremst, während er in den unteren Bereichen überdurchschnittlich hoch ausfiele (z.B. beginnend mit nicht Pflegebedürftigen bei 100%, 86% im BG 1, 72% im BG 2 usw.).

Die Konsequenzen dieser verschiedenen Berechnungsformen seien anhand der Bewohnerstruktur aus den sechs am Projekt beteiligten Einrichtungen illustriert. Von Interesse ist insbesondere die Frage, ob Unterschiede in der Bewohnerstruktur (unterschiedlicher Anteil von eher gering bis moderat pflegebedürftigen Bewohnern) zu ungleichen Konsequenzen für die Einrichtungen führen:

Durchschnittswert für indirekte Leistungen (Minuten je Bewohner und Tag) in Abhängigkeit von verschiedenen Berechnungsmodellen (projektbeteiligte Einrichtungen, n=540)

Berechnungsmodell	Einrichtungen					
	A	B	C	D	E	F
1. Konstanter pauschaler Zeitwert	44	44	44	44	44	44
2. 50% der direkten Leistungen je Bewohner	48	43	48	46	42	44
3. 100% bis 30% (14% Abnahme je BG)	44	42	43	41	41	43

Wie ersichtlich, führen die unterschiedlichen Berechnungsmodelle zu keinen nennenswerten strukturellen Effekten, obwohl der Anteil der gering/moderat Pflegebedürftigen (maximal Bedarfsgrad 2) zwischen 18% (Einrichtung A) und 36% (Einrichtung E) schwankt. Berechnungsmodell 1 hat den Nachteil, dass die Abstände zwischen den Bedarfsgraden durch den in allen Gruppen konstanten Wert schrumpfen und der Wert für indirekte Leistungen in den unteren Bedarfsgraden höher liegt als der Wert für die direkten Leistungen. Zudem kann es zu Schieflagen kommen, wenn Einrichtungen ungewöhnlich viele oder ungewöhnlich wenige Bewohner mit niedrigem Bedarfsgrad haben. Das Berechnungsmodell 2 bietet eine ebenfalls einfache, aber harmonischere Lösung¹⁴. Berechnungsmodell 3 schließlich stellt einen eher schwer nachvollziehbaren Zusammenhang her. Modell 2 wird als Bestandteil der Bedarfsklassifikation empfohlen.

5.4 Pflegesatzgestaltung und neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Auch dann, wenn nach einem etwaigen Übergang zu einem neuen sozialrechtlichen Verständnis der Pflegebedürftigkeit kein komplexes Personalbemessungssystem eingeführt und stattdessen an einfachen Personalrichtwerten festgehalten würde, ergäbe sich mit diesem Übergang eine völlig neue Situation für die Festlegung von Pflegesätzen. Denn wie die Beratungen und der Bericht des BMG-Beirats zu Umsetzungsfragen im Zusammenhang mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gezeigt haben, wäre eine leistungsrechtliche Gleichsetzung von „alten“ Pflegestufen und den neuen Bedarfsgraden¹⁵ nicht tragfähig (BMG-Beirat 2009b). Sie beruhen auf unterschiedlichen Maßstäben (Laienpflegezeit vs. Grad der Selbständigkeit) und unterschiedlichen Sachverhalten (enges vs. weites Verständnis von Pflegebedürftigkeit). Ebenso wichtig ist die unterschiedliche „Spreizung“ der Pflegestufen bzw. Bedarfsgrade. Die Abstände zwischen den Schwellenwerten der Pflegestufen sind mit den entsprechenden Abständen der Bedarfsgrade nicht vergleichbar.

Hinzu kommen bestimmte Effekte infolge der stärkeren Berücksichtigung kognitiver und psychischer Probleme. Das neue Begutachtungsverfahren hebt die Benachteiligung der hiervon betroffenen Personen auf. Diese Pflegebedürftigen sind jedoch in stationären Pflegeeinrichtungen stärker vertreten als in der häuslichen Versorgung, so dass mehr Heimbewohner in die höheren Stufen bzw. Bedarfsgrade gelangen als im heutigen Pflegestufensystem. Um die Finanzierbarkeit aufrecht zu erhalten und keine neuen Ungerechtigkeiten in das System zu bringen, ist daher eine sorgfältige Abwägung der Festlegung von zukünftigen Leistungsansprüchen und des Zusammenspiels zwischen der Höhe des Leistungsbezugs und den Pflegesätzen erforderlich.

¹⁴ Ihr einziger Nachteil besteht darin, dass Einrichtungen, die intensiv den Erhalt bzw. die Förderung von Selbständigkeit ihrer Bewohner anstreben, beim Erfolg dieser Maßnahmen auch eine Reduzierung ihrer Personalressourcen für mittelbar Bewohnerbezogene Leistungen in Kauf nehmen müssen.

¹⁵ Die Gleichsetzung erfolgt mitunter in folgender Form: Pflegestufe I = BG 2, Pflegestufe II = BG 3 und Pflegestufe III = BG 4/5.

Beide werden sich weiterentwickeln müssen. Das folgende Szenario zielt darauf ab, die Gestaltbarkeit von Pflegesätzen und Leistungen der Pflegeversicherung im Übergang von Pflegestufen zu Bedarfsgraden aufzuzeigen. Dabei wird angenommen, dass die Pflegeeinrichtungen durch diesen Übergang weder Mehreinnahmen erzielen noch Einnahmeeinbrüche in Kauf nehmen sollen. Der von der Pflegeversicherung sowie der von den Pflegebedürftigen selbst (oder den Sozialhilfeträgern) aufzuwendenden Mittel sollen sich also in der Summe nicht verändern. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten bleiben bei den Berechnungen außer Betracht, sie werden im derzeitigen Vergütungssystem gesondert, d.h. unabhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit kalkuliert.

Die Beträge für die „neuen“ Pflegesätze (auf der Grundlage der Bedarfsgrade) wurden dementsprechend so definiert, dass

- a) die Summe der monatlichen Einnahmen der Einrichtungen konstant bleibt und
- b) der Abstand zwischen den „neuen“ Pflegesätzen dem Abstand zwischen den adjustierten Zeitwerten der betreffenden Bedarfsgrade entspricht.

Beispiel für die Ausgestaltung neuer Pflegesätze auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

	Einrichtung		
	C	D	E
Heutige Pflegesätze (Tagessätze in Euro, gerundet)*			
nicht pflegebedürftig	27	32	35
Pflegestufe I	42	48	51
Pflegestufe II	60	66	71
Pflegestufe III	79	85	91
Monatliche Einnahmen aus Pflegesätzen	169.900	210.000	117.200
Neukalkulierte Pfl.sätze (Tagessätze in Euro, gerundet)*			
nicht pflegebedürftig	11	14	15
Bedarfsgrad 1	20	24	27
Bedarfsgrad 2	33	41	45
Bedarfsgrad 3	48	60	66
Bedarfsgrad 4	65	81	89
Bedarfsgrad 5	76	94	104
Monatliche Einnahmen aus Pflegesätzen	170.000	210.000	117.400

*Ohne Unterkunft und Verpflegung und ohne Investitionskosten

Welche finanziellen Konsequenzen sich aus dieser Struktur für die Bewohner ergäben, ließe sich erst dann verdeutlichen, wenn die den Bedarfsgraden zuzuordnende Höhe der Leistungen aus der Pflegeversicherung bekannt wäre. Hierzu existieren bislang nur Modellannahmen. Für die exemplarische Illustration der Gestaltbarkeit von Finanzierungsstrukturen der vollstationären pflegerischen Versorgung sollen die Leistungshöhen angenommen werden, die in einem Szenario des BMG-Beirates zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs überprüft wurden¹⁶. In diesem Szenario wird davon ausgegangen, dass reguläre Leistungen

¹⁶ Gemeint ist das Szenario III im Umsetzungsbericht Beirates (BMG-Beirat 2009b: 32).

für die vollstationäre Pflege erst ab dem Bedarfsgrad 2 gezahlt werden¹⁷ und Leistungen der Pflegeversicherung für die Bedarfsgrade 2 bis 5 zwischen 890 und 1.670 Euro liegen (vgl. BMG-Beirates 2009b). Damit ergibt sich für die Leistungshöhen der Pflegeversicherung und die Zuzahlung der Bewohner folgende Struktur¹⁸:

**Beispiel für das Zusammenspiel zwischen Pflegesätzen und Leistungshöhe
auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: Zuzahlung der Bewohner**

	Einrichtung		
	C	D	E
Leistungen der Pflegeversicherung*	Zuzahlung pro Tag (in Euro, gerundet)		
nicht pflegebedürftig: –	27	32	35
Pflegestufe I: 33,5 Euro	8	14	18
Pflegestufe II: 41,9 Euro	18	24	29
Pflegestufe III: 48,2 Euro	31	37	43
Monatliche Summe der Zuzahlungen	49.500	84.000	48.500
Zukünftige Leistungen d. Pflegev. (fiktiv)*	Zuzahlung pro Tag (in Euro, gerundet)		
nicht pflegebedürftig: –	11	14	15
Bedarfsgrad 1: –	20	24	27
Bedarfsgrad 2: 29,2	4	12	16
Bedarfsgrad 3: 37,7	10	22	28
Bedarfsgrad 4: 46,2	19	35	43
Bedarfsgrad 5: 54,8	21	39	49
Monatliche Summe der Zuzahlungen	47.900	88.400	55.200

*Umgerechnet auf Euro/Tag

Wie ersichtlich, bewegen sich die modellhaft berechneten Zuzahlungen größtenteils in der Größenordnung der heutigen Zuzahlungen. Die Summe der Zuzahlungen ändert sich etwas, und zwar in Abhängigkeit von der Bewohnerstruktur (Anteil der Bewohner mit dem Bedarfsgrad 1) und der Höhe der Pflegesätze. Letzteres ergibt sich aus der Natur der Sache: Bewohner in Einrichtungen, die vergleichsweise niedrige Pflegesätze haben (Einrichtung C), werden durch die Pflegeversicherung stärker entlastet als Bewohner in Einrichtungen mit höheren Sätzen.

Die Beträge der Zuzahlungen weichen in diesem Beispiel, ebenso wie im Falle der heutigen Beträge im Pflegestufensystem, innerhalb einer Einrichtung je nach Grad der Pflegebedürftigkeit voneinander ab. Durch eine entsprechende Festlegung der Pflegesätze ließe sich eine Situation herstellen, in der diese Unterschiede nivelliert werden. Das mit der folgenden Tabelle präsentierte Beispiel zeigt dies auf und legt dabei wieder die im Beiratsszenario defi-

¹⁷ Die Frage, inwieweit gering pflegebedürftige Heimbewohner mit dem Bedarfsgrad 1 zukünftig Leistungen der Pflegeversicherung zur vollstationären Pflege erhalten sollten, wurde im Rahmen der Beiratsberatungen nicht abschließend geklärt. Die Bewohner mit Selbständigkeitseinbußen geringen Grades sind im heutigen System der Pflegeversicherung überwiegend nicht leistungsberechtigt. Der Beirat setzte daher für den Heimbereich die Grenze für die Leistungsberechtigung beim Bedarfsgrad 2 an.

¹⁸ Auf der Basis der bis 31. Dezember 2009 geltenden Leistungshöhen.

nierten Leistungen für die Pflegeversicherung zugrunde. Die Höhe der Pflegesätze wurde jedoch so festgelegt, dass

- a) die Summe der Pflegesätze gegenüber den heutigen Beträgen konstant bleibt und
- b) alle Bewohner gleichmäßig mit Zuzahlungen belastet würden¹⁹.

**Beispiel für die Festlegung von Pflegesätzen mit dem Ziel
der Nivellierung von Zuzahlungen der Bewohner**

	Einrichtung		
	C	D	E
Heutige Pflegestufen*	Pflegesatz / Zuzahlung pro Tag (in Euro, gerundet)		
nicht pflegebedürftig: –	27 / 27	32 / 32	35 / 35
Pflegestufe I: 33,5 Euro	42 / 8	48 / 14	51 / 18
Pflegestufe II: 41,9 Euro	60 / 18	66 / 24	71 / 29
Pflegestufe III: 48,2 Euro	79 / 31	85 / 37	91 / 43
Monatliche Einnahmen aus Pflegesätzen	169.900	210.000	117.200
Zukünftige Leistungen d. Pflegev. (fiktiv)*	Pflegesatz / Zuzahlung pro Tag (in Euro, gerundet)		
nicht pflegebedürftig: –	11 / 11	14 / 14	15 / 15
Bedarfsgrad 1: –	20 / 20	24 / 24	27 / 27
Bedarfsgrad 2:	45 / 16	58 / 29	62 / 33
Bedarfsgrad 3:	53 / 16	67 / 29	71 / 33
Bedarfsgrad 4:	62 / 16	75 / 29	79 / 33
Bedarfsgrad 5:	70 / 16	84 / 29	88 / 33
Monatliche Einnahmen aus Pflegesätzen	169.900	209.600	116.600

*Umgerechnet auf Euro/Tag

Die Pflegesätze in diesem Beispiel liegen recht nahe beieinander, was darauf zurückzuführen ist, dass auch die angenommenen Geldwerte für Leistungen der Pflegeversicherung (wie im heutigen Pflegestufensystem) eine eher geringe Streuung aufweisen (zwischen 890 und 1.670 Euro, s.o.). Bei einer solchen Lösung entstünden daher größere Spreizungen der Pflegesätze, wenn der Gesetzgeber die Leistungshöhe je Bedarfsgrad stärker abstufen bzw. größeren Abständen versehen würde.

Es sei betont, dass es an dieser Stelle nicht um die Frage geht, welche Konstellation im Verhältnis zwischen Leistungen aus der Pflegeversicherung und Pflegesätzen sinnvoll sein könnte, sondern um die Gestaltbarkeit der Kostenstrukturen. Die Beispielrechnungen dokumentieren, dass die Gestaltbarkeit von Kostenstrukturen in der vollstationären pflegerischen Versorgung auch nach der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in hohem Maße gegeben ist. Diese Feststellung ist unter anderem deshalb wichtig, weil im Zusammenhang mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff eine zum Teil missverständliche Diskus-

¹⁹ Die Verteilung von Zuzahlungen ist eine rein sozialpolitische Frage. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht gibt es keine Gründe, weshalb Personen mit schweren Beeinträchtigungen durch die Pflegeversicherung stärker entlastet werden sollten als Personen mit geringeren Beeinträchtigungen (oder umgekehrt). Unter sozialpolitischen Gesichtspunkten hingegen könnte sich diese Frage anders darstellen. Eine Nivellierung von Zuzahlungen wäre eine Abweichung vom heutigen System, in dem die finanzielle Belastung der Bewohner je nach Pflegestufe anders ausfällt.

sion um vermeintliche Mehreinnahmen von Pflegeeinrichtungen geführt wurde (vgl. BMG-Beirat 2009a: 69). Die Annahme von Mehreinnahmen abstrahiert von den tatsächlichen Verhältnissen, in denen die wirtschaftliche Situation der Einrichtungen im Rahmen von Pflege-satz- bzw. Vergütungsverhandlungen geregelt wird²⁰.

Diese Feststellungen zur Gestaltbarkeit treffen für alle Modelle der Fallgruppenbildung mit dem NBA zu. Die Gestaltbarkeit ist also auch dann gegeben, wenn nicht sechs, sondern – infolge der Einbeziehung weiterer Kriterien – beispielsweise 12 Fallgruppen definiert würden. Allerdings ergäben sich dann für das Verhältnis zwischen Leistungen der Pflegeversicherung, Pflegesätzen und Zuzahlungen andere Konsequenzen.

5.5 Ableitung von Qualifikationsanforderungen

Zur Lösung vielfältiger Probleme der Steuerung der individuellen Versorgung, aber auch zur Verbesserung der Versorgungskoordination entstand im Projekt Referenzmodelle das Konzept der „Zuständigen Pflegefachkraft“ (ZPFK). Mit diesem Begriff ist eine Pflegefachkraft angesprochen, die für einen definierten Bewohnerkreis die Verantwortung für die Steuerung des Pflegeprozesses und die Koordination sämtlicher Unterstützungsleistungen übernimmt. Beides ist am ehesten zu gewährleisten, wenn die Steuerungs- und Koordinationsverantwortung in einer Hand liegt. Der Grundgedanke zur Ausgestaltung der Rolle der zuständigen Pflegefachkraft lautet daher:

„Die Verantwortung für die Gestaltung der individuellen Versorgung (Pflegeprozess), die Durchführung von Abstimmungsprozessen, die Informationsweitergabe und andere Kommunikationsaufgaben wird von einer Person übernommen. Sie ist dauerhaft zuständig für einen bestimmten Bewohnerkreis. Sie trifft mit den Bewohnern und ggf. mit Angehörigen, Ärzten, dem Sozialen Dienst und anderen Berufsgruppen Absprachen über die Ausgestaltung der Versorgung und überwacht deren Qualität. Es muss sich dabei um eine Pflegefachkraft handeln, die über die hierzu notwendigen Qualifikationen verfügt. Ihr müssen aber auch die Entscheidungskompetenzen und zeitlichen Spielräume gewährt werden, um diese Verantwortung wahrnehmen zu können“ (Korte-Pötters et al. 2007, Kapitel 3.1: 3).

Das entsprechende Referenzkonzept führt die Aufgaben und Verantwortungsbereiche der ZPFK näher aus. Das gesamte Konzept ist gedacht als Antwort auf mehrere Fragen bzw. Probleme:

- Wie kann zukünftig trotz zunehmender Verknappung qualifizierter Fachkräfte sichergestellt werden, dass eine fachgerechte Pflegeprozesssteuerung und eine ausreichende Koordination und Kooperation in der Versorgung erfolgt?
- Wie können die vieldiskutierten Mängel in der individuellen Pflegeplanung behoben werden?
- Wie kann mehr Fachlichkeit in den Versorgungsalltag integriert werden?
- Wie kann das fachliche Potenzial der Fachkräfte besser „ausgeschöpft“ werden?

²⁰ Gleiches gilt für die Diskussion um die mögliche Veränderung von Zuzahlungen, die ebenfalls Missverständnisse fördern könnte (vgl. BMG-Beirat 2009b: 35).

Zur Bewältigung dieser und anderer Anforderungen soll das Konzept der ZPFK einen Beitrag leisten. Es zielt auch darauf ab, die allzu stark vereinfachende Unterscheidung zwischen Fachkräften und Nicht-Fachkräften weiterzuentwickeln.

Nicht jede Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenzen und Erfahrungen, die für diese Funktion erforderlich sind. Die zuständige Pflegefachkraft benötigt eine besondere Steuerungs-, Koordinations-, Anleitungs-, Beratungs- und Problemlösungskompetenz und nicht zuletzt sprachliche Kompetenz (angemessene mündliche und schriftliche Ausdrucksfähigkeit). Fachkräfte, die nicht die Verantwortung einer zuständigen Pflegefachkraft übernehmen können, sollten – soweit möglich – andere Aufgaben entsprechend ihres Qualifikationsprofils erhalten.

Auch unabhängig vom immer stärker spürbaren Fachkräftemangel gibt es nicht viele Personen mit den genannten Kompetenzen. Überlegungen zur Anzahl der Bewohner, für die die zuständige Pflegefachkraft Verantwortung übernimmt, wurden aus den Erfahrungen im Verlauf des Projekts „Referenzmodelle“ abgeleitet. Eine vollzeitbeschäftigte Pflegefachkraft kann danach die Steuerungs- und Koordinationsverantwortung für eine Gruppe von bis zu 10 Bewohnern übernehmen, wenn

- rund die Hälfte dieser Bewohner einen vergleichsweise geringen Versorgungsbedarf aufweist und dadurch der Steuerungs- und Koordinationsaufwand in einem moderaten Rahmen bleibt,
- die betreffende Pflegefachkraft durch eine optimale qualifikationsorientierte Arbeitsteilung weitgehend und nachhaltig von anderen Aufgaben entlastet wird (s. u.) und
- sie über Erfahrung mit den ihr übertragenen Aufgaben verfügt.

Die angegebene Gruppengröße ist ein grober Anhaltswert und muss in jeder Einrichtung den individuellen Gegebenheiten angepasst werden. Soll das Konzept der ZPFK jedoch bei der Personalbemessung berücksichtigt werden, so sind bestimmte Festlegungen trotz noch nicht sehr umfangreicher Erfahrung mit diesem Konzept unerlässlich.

In den am Projekt beteiligten ehemaligen Referenzeinrichtungen bewegte sich die Größe der Bewohnergruppe, für die die jeweilige Bezugspflegende zuständig war, zwischen 7 und 12 Bewohnern. Die im Referenzkonzept genannte Richtgröße findet auch darin noch einmal eine Bestätigung. Sie soll auch im vorliegenden Zusammenhang beibehalten werden, auch und besonders im Blick auf zukünftige Rahmenbedingungen der Personalentwicklung, für die absehbar ist, dass das Reservoir qualifizierter Fachkräfte – bei erhöhtem Personalbedarf infolge der demografischen Entwicklung – vorerst nicht wesentlich größer sein wird als heute.

Für die Personalbemessung stellt sich die Frage, ob eine Abstufung der Bewohnerzahl nach Bedarfsgraden erfolgen soll, so dass beispielsweise vermieden wird, dass eine Fachkraft mit 10 komplexen Versorgungskonstellationen zu tun hat und dadurch möglicherweise überfordert wäre. Diese Abstufung ist jedoch eher für die innerbetriebliche Organisationsentwicklung relevant. Für ein Personalbemessungssystem, das den Ressourcenbedarf für eine Einrichtung eher pauschalierend darstellt, wären allenfalls ungewöhnliche Bewohnerstrukturen von Interesse. Die Verteilung der Bedarfsgrade in den Einrichtungen weist allerdings nach allen

bisherigen Erkenntnissen keine großen Unterschiede auf. Nur dort, wo besondere Versorgungskonzepte auf eine besondere Steuerungs- oder Koordinationsinstanz angewiesen sind, müssten Differenzierungen in Betracht gezogen werden. Unter diesen Umständen wäre die Personalausstattung der betreffenden Einrichtung vermutlich jedoch ohnehin gesondert zu betrachten bzw. gesondert zu verhandeln.

Mit einer pauschalen Sonderbetreuungsrelation von 1 : 10 ist der Bedarf an Fachkräften mit der beschriebenen Qualifikation relativ leicht darstellbar. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass funktionierende Vertretungsregeln erforderlich und daher gewisse Puffer einzukalkulieren sind. Vertretungen können auch durch die jeweilige Wohnbereichsleitung übernommen werden. Für andere Fachkräfte, die als ZPFK arbeiten, wird es allerdings schwer sein, neben den eigenen Bewohnern eine größere Anzahl weiterer Bewohner aus dem Verantwortungsbereich einer Kollegin zu übernehmen. Um Engpässe zu vermeiden, wäre es daher sinnvoll, eine Betreuungsrelation von 1 : 8 zugrunde zu legen, mit der Annahme allerdings, dass dann alle Vertretungsfragen befriedigend gelöst werden können.

Diese Sonderbetreuungsrelation ist kein Ersatz für die Fachkraftquote, die auch in der aktuellen Ländergesetzgebung berücksichtigt wird, sondern ein zusätzliches Differenzierungskriterium – allerdings ein sehr wichtiges, um die pflegerische Versorgung „zukunftsfest“ zu machen.

Nach der letzten Reform der Pflegeversicherung mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz stellt sich die Frage, wie die zusätzlichen Betreuungskräfte nach §87b SGB XI in einem Personalbemessungssystem zu berücksichtigen sind. Die Vertragspartner werden vermutlich auch zukünftig Wert darauf legen, dass es sich hierbei um Sonderpersonal handelt. Dies stellt allerdings keinen Widerspruch zu einem Personalbemessungssystem dar, das auf der Grundlage des NBA arbeitet. Zwar entsteht durch den Sonderstatus eine gewisse Redundanz, weil die Bedarfsgrade anders als im heutigen Pflegestufensystem explizit den Bedarf an psychosozialer Unterstützung berücksichtigen. Systematische Probleme sind aber auch nicht zu erwarten. Bei der Ermittlung des Bedarfs insgesamt ist allerdings eine Verrechnung sinnvoll, andere Lösungen wären schwerlich begründbar. Denn mit der entwickelten Bedarfsklassifikation entsteht für die Einrichtungen eher eine Option zur verbesserten Personalausstattung. Hierbei können nicht Bedarfslagen völlig unabhängig von einem System betrachtet werden, dass eben diese Bedarfslagen explizit berücksichtigt. Insofern würde eine Beibehaltung des Sonderstatus dieser Mitarbeiter nichts ändern. Der Sonderstatus könnte aber eine wichtige Funktion in den Binnenbeziehungen der Einrichtung haben und vermeiden helfen, dass die für die soziale Betreuung vorgesehenen Ressourcen in dem häufig durch starke Arbeitsbelastung gekennzeichneten Alltag für andere Aufgaben absorbiert werden.

Erhebungsmethodisch ist die Erfassung von Personen mit „eingeschränkter Alltagskompetenz“ mit dem NBA kein Problem. Das Instrument widmet dieser Kompetenz besonders in den Modulen 2 und 3 Aufmerksamkeit. Hierbei lassen sich unschwer Grenzwerte zur Definition der Personengruppe ableiten. Empfehlenswert ist dabei eine Anlehnung an das Modul Module 2 „Kognitive und Kommunikative Fähigkeiten“. Setzt man die Grenze bei der Modulwertung „erhebliche“ Beeinträchtigung an, so bewegt sich der Anteil der auf diese Art definierten Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zwischen 60 und 70%.

6. Varianten der Klassifikation auf der Grundlage des Basismodells

Im Rahmen des Projektes wurden mehrere Varianten der Klassifizierung definiert und überprüft. Die Unterscheidung der fünf Bedarfsgrade findet sich überall wieder, die Varianten unterscheiden sich jedoch darin, dass nach unterschiedlichen Kriterien eine weitere Differenzierung innerhalb der Bedarfsgrade erfolgt:

- Modell 1: Basismodell – Fallgruppenzuordnung analog zu den 5 Bedarfsgraden.
- Modell 2: Fallgruppenzuordnung, die den Grad der kognitiven Beeinträchtigungen und psychischen Problemlagen zum zusätzlichen Kriterium der Bildung von Untergruppen erhebt.
- Modell 3: Fallgruppenzuordnung mit Hilfe einer Kombination körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen.
- Modell 4: Fallgruppenzuordnung, die den Bedarf an Ressourcenförderung als zusätzliches Kriterium der Bildung von Untergruppen nutzt.
- Modell 5: Fallgruppenzuordnung, die innerhalb eines Bedarfsgrades nach dem Schwerpunkt des Bedarfs unterscheidet, d.h. je Bedarfsgrad vier Untergruppen bildet:
- Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen steht im Vordergrund
 - Psychosozialer Unterstützungsbedarf steht im Vordergrund
 - Krankheits-/therapiebedingten Anforderungen stehen im Vordergrund
 - Gemischte Bedarfslagen (keine Schwerpunkte erkennbar).

Auf eine Variante, bei der anhand der Punktwerte aus der Einschätzung mit dem NBA erforderliche Pflegezeiten abgeleitet werden, wurde letztlich verzichtet. Der Grund für diese Entscheidung liegt darin, dass die Ergebnisse eines solchen Verfahrens durch den fortschreitenden Verlauf der Erkrankungen, der für viele Heimbewohner charakteristisch ist, rasch überholt wären. Die Folge bestünde in der Notwendigkeit, die Einschätzungen in kurzen Zeitabständen zu wiederholen. Dies wäre aufwändig und widerspricht auch den Erwartungen, die die einbezogenen Experten an ein Personalbemessungsverfahren richten.

6.1 Modell 2: Gruppenunterteilung nach kognitiven/psychischen Problemen

Im ersten Modell, das eine im Vergleich zur Basisvariante differenziertere Fallgruppenunterscheidung ermöglicht und im Projekt „Grundlagen der Personalbemessung“ geprüft wurde, erfolgt eine Unterteilung der Bewohner innerhalb eines Bedarfsgrades anhand der Frage, wie stark ausgeprägt die kognitiven Defizite und psychischen/sozialen Problemlagen und Bedürfnisse sind. Sie weisen, wie die folgende Tabelle dokumentiert, je nach Bedarfsgrad eine unterschiedliche Verteilung auf. In den höheren Bedarfsgraden bilden beispielsweise kognitiv unbeeinträchtigte Bewohner eine eher kleine Minderheit.

Zur Darstellung dieses Zusatzkriteriums wurde jeweils die stärkste Beeinträchtigung in den Bereichen „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ und „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ (Module 2 und 3 der NBA) gewertet. Danach ergibt sich folgendes Bild:

Kognitive/psychische Beeinträchtigungen nach Bedarfsgraden (Zeilenprozente, n=540)

	Grad der kognitiven/psychischen Beeinträchtigungen*					gesamt
	0	1	2	3	4	
Nicht pflegebedürftig	66,7	28,6	–	4,8	–	100,0
BG 1	21,6	48,6	16,2	2,7	10,8	100,0
BG 2	14,6	28,1	16,9	16,9	23,6	100,0
BG 3	3,2	11,3	20,2	19,4	46,0	100,0
BG 4	–	2,0	2,0	9,9	86,2	100,0
BG 5	–	–	–	1,7	98,3	100,0
Alle	7,2	12,2	9,1	10,7	60,7	100,0

*Von 0=„keine Beeinträchtigung“ bis 4=„völliger/weitgehender Verlust der Selbständigkeit“).

Diese Auswertungsergebnisse dokumentieren eine charakteristische Eigenschaft des NBA und seiner Bewertungssystematik: Je stärker die kognitiven/psychischen Beeinträchtigungen, umso höher fällt der Bedarfsgrad aus. Dementsprechend finden sich in den Bedarfsgraden 4 und 5 besonders hohe Anteile der Bewohner mit schweren und schwersten kognitiven/psychischen Einschränkungen.

Hinsichtlich der Modellkonstruktion stellt sich allerdings die Frage, wie fein eine Differenzierung innerhalb der Bedarfsgrade ausfallen sollte. Theoretisch könnte man je Bedarfsgrad fünf Untergruppen definieren. Die Zahl der Fallgruppen soll aber – so die Empfehlung der befragten Experten – möglichst überschaubar sein. Eine Unterteilung eines Bedarfsgrades in zwei Untergruppen führt bereits zu einer Zahl von 11 Fallgruppen (incl. nicht Pflegebedürftige). Mit drei Untergruppen ergäbe sich bereits eine Gesamtzahl von 16 Fallgruppen. Die Projektarbeiten orientierten sich an den Hinweisen der Experten und nahmen daher am Ende nur eine Unterteilung der Bedarfsgrade in jeweils zwei Untergruppen vor. Zusammengefasst wurden Bewohner, die in keinem der Module 2 und 3 des NBA mehr als eine geringe Beeinträchtigung bzw. keinerlei kognitive/psychische Beeinträchtigungen aufwiesen. In der anderen Untergruppe (gekennzeichnet als BG 2-P, BG 3-P etc.) finden sich somit Bewohner mit mindestens erheblichen Einbußen/Problemen in einem der beiden Bereiche.

Die dadurch entstandene Verteilung sieht folgendermaßen aus:

Unterteilung der Bedarfsgrade nach kognitiven/psychischen Problemlagen (Zeilenprozente, n=540)

	Grad der Beeinträchtigung		n
	0/1	2/3/4	
Nicht pflegebedürftig	95,2	4,8	21
BG 1	70,3	29,7	37
BG 2	42,7	57,3	89
BG 3	14,5	85,5	124
BG 4	2,0	98,0	152
BG 5	–	100,0	117

In der Gruppe der nicht Pflegebedürftigen gibt es lediglich eine Person, deren kognitive/psychische Probleme eine Zuordnung in eine andere Gruppe rechtfertigen würde. Die Personengruppe wird daher von der Gruppenunterteilung ausgenommen. Es kommt höchst selten vor, dass neben diesen Problemen keinerlei andere Beeinträchtigungen vorliegen.

Anhand der Daten aus der NRW-Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur lässt sich prüfen, inwieweit sich diese Unterteilung im Zeitaufwand niederschlägt.

Hierbei wurden Fälle mit Extremwerten vernachlässigt. Außerdem wurde, analog zu den entsprechenden Berechnungen im Basismodell, ein adjustierter Wert für den Maßnahmenbereich „Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen“ zugrunde gelegt. Für die Gruppe der nicht pflegebedürftigen Bewohner wird der Wert in Anschlag gebracht, der für sie im Basismodell entwickelt wurde. Zusätzlich zu den Zeiten wurde der durchschnittliche Score-Wert auf der Basis der Erhebungen in den sechs projektbeteiligten Krankenhäusern berechnet.

Zeitaufwand und NBA-Punktwert für die Fallgruppen im Modell 2

	Mittlerer Zeitaufwand, NRW-Studie	Mittlerer Score (Projekt)
BG 1	32,8	22,2
BG 2	57,3	38,8
BG 3	85,1	55,8
BG 4	–	74,7
BG 5	–	–

	Mittlerer Zeitaufwand, NRW-Studie	Mittlerer Score (Projekt)
BG 1-P	36,3	24,2
BG 2-P	54,3	40,3
BG 3-P	81,7	59,8
BG 4-P	110,0	79,2
BG 5-P	129,9	93,3

Diese Ergebnisse lassen keine klare Struktur erkennen. Es wäre zu erwarten gewesen, dass die Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven/psychischen Beeinträchtigungen (Gruppe „P“) einen deutlich höheren Score-Wert und einen ebenfalls höheren Zeitaufwand aufweisen. Beides ist nicht der Fall. Die Scorewerte sind nur wenig höher, die Zeitwerte teils höher, teils niedriger, und in den Bedarfsgraden 4 und 5 ist die Zahl der un- bzw. wenig be-

einträchtigten Bewohner sehr gering, so dass hier darauf verzichtet wurde, die Zahlen auszuweisen.

Offenkundig geht dieses Modell nicht auf. Zwei Gründe dürften dafür ausschlaggebend sein. Der erste besteht darin, dass die adjustierten Zeitwerte für den Maßnahmenbereich „Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen“ keine lineare Steigerung aufweisen. Insbesondere in den Bedarfsgraden 3, 4 und 5 fällt die Steigerung nur gering aus. Deshalb ist auch kein großes Gefälle zwischen Untergruppen der Bedarfsgrade zu erwarten.

Ein weiterer Grund liegt in den Gewichtungen, die mit der Bewertungssystematik des NBA vorgenommen werden und die so ausgerichtet sind, dass möglichst kein Ungleichgewicht zwischen körperlichen und mentalen Bedarfslagen entsteht. Anders gesagt: Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen kommen zum Teil nur deshalb in den jeweiligen Bedarfsgrad (und nicht in einen höheren), weil ihre körperlichen Einbußen weniger gravierend sind. Ihr erhöhter Bedarf an psychosozialer Unterstützung wird aufgewogen durch den im Vergleich zu anderen Bewohnern niedrigeren Bedarf bei der Körperpflege.

Das spricht für die Qualität des NBA, hat aber für die Personalbemessung zur Folge, dass ein entsprechendes Fallgruppensystem mit den genannten Kriterien keine überzeugende Gruppenunterteilung erwarten lässt. Das Modell 2 wird daher nicht weiterverfolgt.

6.2 Modell 3: Kombination körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen

Das dritte Modell der Fallgruppenzuordnung unterscheidet innerhalb der Bedarfsgrade, inwieweit körperliche und psychische Beeinträchtigungen jeweils einzeln oder kombiniert auftreten. Um Strukturen sichtbar zu machen, wurden die Teilergebnisse der NBA-Module auch in diesem Fall zusammengefasst:

KB: Beeinträchtigungen mit Bedarf an körperbezogenen Maßnahmen: Module 1 und 4

PB: Beeinträchtigungen mit Bedarf an psychosozialer Unterstützung: Module 2, 3 und 6.

Für beide Bereiche wurde jeweils die stärkste Beeinträchtigung zugrunde gelegt, allerdings in etwas vereinfachter Form, da ansonsten eine Vielzahl von Kombinationen auftritt. Unterschieden werden drei Abstufungen:

- keine oder geringe Beeinträchtigung
- erhebliche oder schwere Beeinträchtigung
- schwerste Beeinträchtigung.

Damit entsteht eine Matrix von $3 \times 3 = 9$ Kombinationen. Die 540 Bewohner der projektbeteiligten Einrichtungen verteilen sich auf diese Kombinationen folgendermaßen:

Kombination von körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen (in Prozent, n=540)

Körperliche Beeintr.	psychische Beeinträchtigungen			
	keine/geringe	erhebl./schwere	schwerste	gesamt
keine/geringe	8,3	7,2	4,6	20,2
erhebl./schwere	4,1	11,3	25,0	40,4
schwerste	1,3	4,6	33,5	39,4
gesamt	13,7	23,1	63,1	100,0

Am häufigsten vertreten ist die Gruppe der Bewohner, die sowohl im körperlichen als auch im geistigen/psychischen Bereich schwerste Beeinträchtigungen aufweisen (33,5%). Sehr selten treten schwerste körperliche Beeinträchtigungen ohne bzw. mit nur geringen psychischen Beeinträchtigungen auf (1,3%).

Der Nachteil dieser Fallgruppenzuordnung besteht darin, dass sie mit den Bedarfsgraden zwar stark korreliert, aber nicht vollkommen übereinstimmt. Es gibt besonders innerhalb der Bedarfsgrade 2 und 3 eine recht starke Streuung. Anders ausgedrückt: Es ist denkbar, dass Bewohner, die nach den genannten Kriterien *einer* Fallgruppe zugeordnet sind, unterschiedliche Bedarfsgrade aufweisen. Wie die folgende Tabelle erkennen lässt²¹, kommt es sogar vor, dass in einer Fallgruppe drei Bedarfsgrade vertreten sind (z.B. „erhebliche/schwere körperliche Beeinträchtigungen“ und „schwerste psychische Beeinträchtigungen“).

²¹ Nicht pflegebedürftige Heimbewohner bleiben bei diesen Berechnungen außer Betracht. Mit einer Ausnahme sind sie erwartungsgemäß der Kombination „keine/geringe körperliche Beeinträchtigungen“ und „keine/geringe psychische Beeinträchtigungen“ zugeordnet.

**Kombination von körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen
nach Bedarfsgraden (in Prozent, n=540)**

Bedarfsgrad 1 (n=37)				
Körperliche Beeintr.	psychische Beeinträchtigungen			
	keine/geringe	erhebl./schwere	schwerste	gesamt
keine/geringe	62,2	24,3	10,8	97,3
erhebl./schwere	2,7	–	–	2,7
schwerste	–	–	–	–
gesamt	64,9	24,3	10,8	100,0
Bedarfsgrad 2 (n=89)				
Körperliche Beeintr.	psychische Beeinträchtigungen			
	keine/geringe	erhebl./schwere	schwerste	gesamt
keine/geringe	2,2	32,6	19,1	53,9
erhebl./schwere	20,2	16,9	4,5	41,6
schwerste	3,4	1,1	–	4,5
gesamt	25,8	50,6	23,6	100,0
Bedarfsgrad 3 (n=124)				
Körperliche Beeintr.	psychische Beeinträchtigungen			
	keine/geringe	erhebl./schwere	schwerste	gesamt
keine/geringe	–	–	3,2	3,2
erhebl./schwere	2,4	34,7	46,0	83,1
schwerste	2,4	10,5	0,8	13,7
gesamt	4,8	45,2	50,0	100,0
Bedarfsgrad 4 (n=152)				
Körperliche Beeintr.	psychische Beeinträchtigungen			
	keine/geringe	erhebl./schwere	schwerste	gesamt
keine/geringe	–	–	–	–
erhebl./schwere	–	2,0	48,7	50,7
schwerste	0,7	6,6	42,1	49,3
gesamt	0,7	8,6	90,8	100,0
Bedarfsgrad 5 (n=117)				
Körperliche Beeintr.	psychische Beeinträchtigungen			
	keine/geringe	erhebl./schwere	schwerste	gesamt
keine/geringe	–	–	–	–
erhebl./schwere	–	–	–	–
schwerste	–	0,9	99,1	100,0
gesamt	–	0,9	99,1	100,0

Theoretisch wären mit dieser Methode zwei Varianten der Fallgruppenzuordnung möglich:

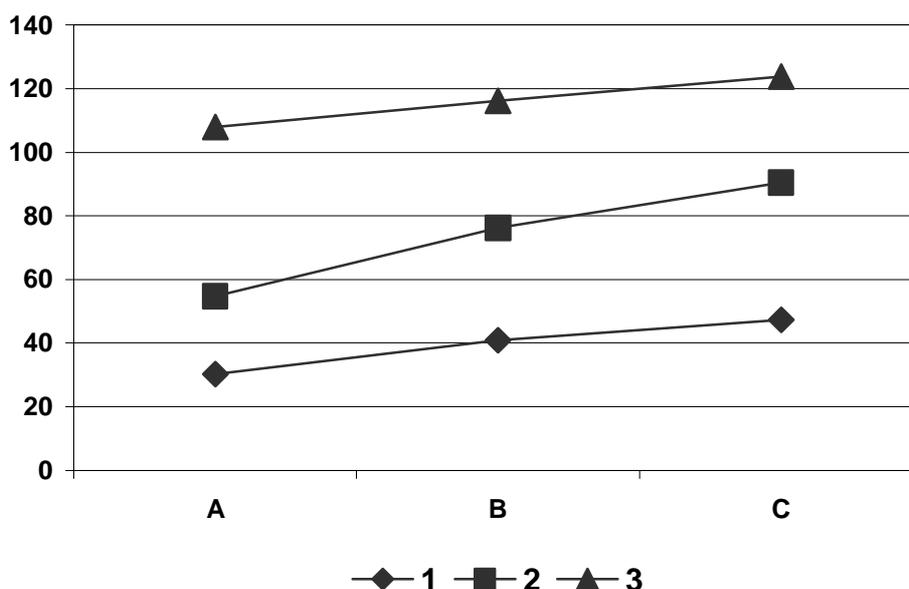
Zum einen könnte die dargestellte Matrix mit neun Kombinationsmöglichkeiten, d.h. mit neun Fallgruppen anstelle der Bedarfsgrade selbst zugrunde gelegt werden. Damit brächte man allerdings Verzerrungen in die Kalkulation, weil – wie schon angemerkt – die Grenzen zwischen den Fallgruppen nicht mit den Grenzen zwischen den Bedarfsgraden identisch sind. Eine Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorausgesetzt, entstünden dadurch nicht unerhebliche Verwerfungen im System. Wenn zwei Personen, die beide den Bedarfsgrad 3 aufweisen, unterschiedlichen Fallgruppen zugeordnet wären und dadurch unterschiedliche Pflegesätze zahlen müssten, wäre das für die Betroffenen vermutlich schwer nachvollziehbar. Also dürfte die Matrix nur zur Berechnung des Personalbedarfs, nicht für die Differenzierung von Pflegesätzen verwendet werden, um die dem Personalbedarf entsprechenden Kosten dann nach einem bestimmten Schlüssel wieder den Bedarfsgraden zuzuordnen (um die Höhe der Pflegesätze bestimmen zu können). Dies wäre rechnerisch sicherlich machbar, aber keine besonders elegante Lösung.

Zum anderen könnte mit Hilfe der Matrix eine gewisse Binnendifferenzierung innerhalb der Bedarfsgrade erreicht werden, allerdings nicht in allen Bedarfsgraden. Im BG 1 ist diese Differenzierung schwach ausgeprägt, was nicht verwunderlich ist, da Personen mit dem BG 1 nur relativ leichte Beeinträchtigungen aufweisen und erhebliche Einbußen – gleichgültig, in welchem Bereich – generell eine Ausnahme darstellen. Ähnliches gilt, mit umgekehrten Vorzeichen, für die BG 4 und 5. Hier finden sich ganz überwiegend Bewohner, die sowohl körperlich als auch psychisch schwerste Beeinträchtigungen aufweisen. In den Bedarfsgraden 2 und 3 zeigt sich eine deutlich stärkere Differenzierung, vor allem bei den psychischen Beeinträchtigungen. Die am stärksten besetzte Gruppe im Bedarfsgrad 2 besteht aus Personen mit geringen körperlichen, aber erheblichen oder schweren psychischen Beeinträchtigungen. Im Bedarfsgrad 3 sind es mit 48,7% Personen mit schwersten psychischen und erheblichen/schweren körperlichen Beeinträchtigungen.

Im Gesamtbild wird deutlich, dass eine Unterscheidung von Fallgruppen anhand von Bedarfskonstellationen (körperliche – psychische Einschränkungen) gut möglich ist. Allerdings zeigt sich, dass eine Typisierung vor allem in den mittleren Bedarfsgraden zu einer differenzierteren Abbildung führt.

Inwieweit diese Matrix auch im Hinblick auf die Leistungszeiten eine sinnvolle Struktur bietet, ist erst nach einem weiteren Analyseschritt beurteilbar. Zu diesem Zweck wurde, ähnlich wie im Falle der Bedarfsgrade, der durchschnittliche Aufwand je Fallgruppe anhand der Daten aus der NRW-Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur“ ermittelt. Auch bei dieser Berechnung blieben Extremwerte außer Betracht und wurde, wie im Falle der Bedarfsgrade, ein adjustierter Wert für den Maßnahmenbereich „Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemlagen und Bedürfnissen“ zugrunde gelegt. Nicht pflegebedürftige Bewohner wurden aus den Berechnungen ausgeschlossen, für diese Gruppe wäre der Wert in Anschlag zu bringen, der für sie im Basismodell entwickelt wurde.

Fallgruppenmodell 3: Adjustierter Zeitaufwand je Gruppe (n=688)



A – B – C: keine/geringe – erhebl./schwere – schwerste psychische Beeinträchtigung

1 – 2 – 3: keine/geringe – erhebl./schwere – schwerste körperliche Beeinträchtigung

Die untere Kurve (1) stellt die Werte für Bewohner dar, die keine oder nur geringe körperliche Beeinträchtigungen aufweisen. Der erforderliche Leistungsaufwand liegt umso höher, je stärker ausgeprägt (A – B – C) die psychischen Beeinträchtigungen dieser Bewohner sind. Die mittlere Kurve (2) zeigt die Werte für Bewohner mit erheblichen/schweren körperlichen Beeinträchtigungen, die oberste Kurve (3) schließlich steht für die Bewohner mit schwersten körperlichen Beeinträchtigungen.

Das Ergebnis wirkt in sich stimmig. Die Steigerung des Leistungsaufwands steht in direkter Beziehung zum Grad der körperlichen/psychischen Beeinträchtigungen. Die Werte der Untergruppen liegen auch nicht sehr nahe beieinander, sondern weisen einen ausreichenden Abstand auf.

Ein Nachteil dieser Gruppenbildung besteht allerdings darin, dass ein (wenn auch leichter) Deckeneffekt eintritt: Die Gruppe C3, also die Gruppe mit jenen Bewohnern, die sowohl körperlich als auch psychisch schwerste Beeinträchtigungen aufweisen, hat innerhalb der Gruppenverteilung insgesamt zu viel Gewicht. Keineswegs alle dieser Bewohner erhalten nach der Einschätzung mit dem NBA den Bedarfsgrad 5, eine starke Minderheit hat vielmehr den Bedarfsgrad 4. Auf die Gruppe C3 entfallen knapp 35% der Bewohner, auf den Bedarfsgrad 5 hingegen nur rund 20%. Zusammengenommen machen die Gruppen C2 und C3 rund 60% der Bewohner aus. Dadurch entsteht eine Schieflage, und die scheinbar größere Differenzierung im Vergleich zu einer Fallgruppenbildung anhand der Bedarfsgrade erweist sich als weit weniger ausgeprägt als die 9 Kombinationsmöglichkeiten es erwarten lassen: Zwei Fallgruppen mit einem Anteil von zusammen 60% stehen sieben Gruppen mit einem Anteil von 40% gegenüber.

Es wäre möglich, durch eine weitere Anpassung der Kriterien zur Gruppenbildung eine ausgewogenere Streuung zu erreichen. Dadurch würde die Gruppenbildung jedoch immer komplizierter, die Homogenität der Gruppen immer fraglicher. Es erscheint daher nicht empfehlenswert, ein Fallgruppenmodell, das auf der Kombination körperlicher und geistiger/psychischer Beeinträchtigungen in Form einer Matrix beruht, für den Zweck der Personalbedarfsermittlung einzusetzen. Im vorliegenden Bericht wird dieser Ansatz ebenfalls nicht weiter verfolgt. Die mit dem Modell 2 erfolgende Unterscheidung innerhalb der Bedarfsgrade ist der einfachere Weg, Menschen mit kognitiven/psychischen Einbußen zu identifizieren. Eine für den notwendigen Leistungsumfang relevante Unterteilung lässt sich allerdings mit beiden Modellen nicht erreichen. Sie sagen etwas über Schwerpunkte des Bedarfs, allerdings bewegt sich diese Aussage eher auf einer qualitativen Ebene. Eine Differenzierung der Leistungshöhe hingegen kann von beiden Modellen nicht geleistet werden.

6.3 Modell 4: Berücksichtigung von Ressourcenförderung

Eine wichtige Möglichkeit zur Differenzierung von Fallgruppen innerhalb der Bedarfsgrade besteht darin, Bewohner zu identifizieren, bei denen realistische Aussichten zur erfolgreichen Förderung der individuellen Ressourcen und damit zur Verringerung der Abhängigkeit von personeller Hilfe bestehen. Im günstigsten Fall gelingt es bei diesen Bewohnern, eine so weitreichende Verbesserung zu erreichen, dass eine Einstufung in eine andere Pflegestufe bzw. einen anderen Bedarfsgrad erfolgen kann.

Einen Anreiz hierzu hat der Gesetzgeber mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz geschaffen. Nach dem neuen § 87a Abs. 4 SGB XI erhalten „Pflegeeinrichtungen (...) von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 1.536 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde. (...) Der von der Pflegekasse gezahlte Betrag ist von der Pfelegeeinrichtung zurückzuzahlen, wenn der Pflegebedürftige innerhalb von sechs Monaten in eine höhere Pflegestufe oder von nicht erheblicher zu erheblicher Pflegebedürftigkeit eingestuft wird“.

Von Systemen zur Personalbemessung ist allerdings zu erwarten, dass sie einen Schritt weiter gehen und den Personalmehrbedarf angeben, der entsteht, wenn ein Bewohner mit Verbesserungspotenzial *prospektiv* eine besondere Ressourcenförderung erfahren soll. Hierzu müssen Kriterien zur Bestimmung dieser Personengruppe bzw. zu einer entsprechenden Fallgruppenzuordnung gefunden und der Umfang der zur Ressourcenförderung erforderlichen Maßnahmen bestimmt werden.

Es erfolgt also innerhalb der nach Bedarfsgraden unterschiedenen Fallgruppen eine Unterteilung je nachdem, ob eine besondere Ressourcenförderung vorgesehen ist oder nicht.

Ressourcenförderung

Ressourcenförderung bzw. Ressourcenerhalt gehören zu den wichtigsten Zielen einer professionellen Pflege. Die pflegerische Versorgung sollte nicht nur darauf ausgerichtet sein, einen gesundheitlich bedingten Selbständigkeitsverlust auszugleichen. Vielmehr sollte der Pflegebedürftige auch bewusst darin unterstützt werden, Selbständigkeit soweit wie möglich wiederzuerlangen oder zumindest zu erhalten. Dabei geht es nicht nur um körperliche Fähigkeiten, sondern auch um geistig-psychische und soziale Aspekte des Lebens. Das Referenzkonzept geht von folgendem Verständnis individueller Ressourcen aus:

„Ressourcen des Pflegebedürftigen (...) sind personale Eigenschaften, die den Bewohner dazu befähigen, selbständig zu handeln, den eigenen Bedürfnissen nachzugehen und Anforderungen oder Probleme des Alltags zu bewältigen. Ressourcen sind also nicht einfach gleichzusetzen mit der Fähigkeit, konkrete Handlungen durchzuführen. Die Fähigkeit, selbständig Nahrung zu sich zu nehmen oder sich einen Verband anzulegen, ist für sich genommen keine Ressource. Diese Fähigkeit ergibt sich vielmehr aus dem Zusammenspiel von Grob- und Feinmotorik, Handlungsmotivation, optischer und sensorischer Wahrnehmung, Körperkraft, Bewegungskoordination, Wissen, Erfahrung und ähnlichem mehr. Somit spricht der Begriff Ressourcen zwar auch Fähigkeiten an, doch handelt es sich dabei um *grundlegende körperliche Fähigkeiten*. Darüber hinaus verdeutlichen die Beispiele, dass Ressourcen auch *Wissen/Erfahrung, kognitive Fähigkeiten und psychische Strukturen* umfassen“ (Korte-Pötters et al. 2007, Kapitel 2: 5).

Die Diskussion um Möglichkeiten und Grenzen einer ressourcenfördernden („aktivierenden“, „rehabilitativ orientierten“) Pflege²² im Heimbereich wird bislang allerdings überwiegend ohne Bezug zu empirischen Daten und Strukturen des Handelns in der vollstationären Pflege geführt, häufig auch ohne Konkretisierung der Maßnahmen oder Handlungskonzepte, mit denen Ressourcenförderung erreicht werden soll. Häufig trifft man beispielsweise auf die Erwartung, jede Pflegehandlung solle so ausgeführt werden, dass eine Aktivierung der Fähigkeiten des betreffenden Bewohners erfolgt. Diese Vorstellung ist schon deshalb wirklichkeitsfern, weil sie vom ungleichmäßigen Arbeitsanfall in der vollstationären Pflege abstrahiert. Für Aktivierungssequenzen in der Pflege muss mehr Zeit einkalkuliert werden als beispielsweise für die vollständige Übernahme von Leistungen. Daher bleibt während der Belastungsspitzen im Tagesverlauf (etwa während der morgendlichen Pflege vor dem Frühstück) kein nennenswerter Spielraum hierfür, zumindest nicht unter den Bedingungen der heutigen Personalausstattung.

Die allgemeine Forderung nach „Aktivierung bei jeder Gelegenheit“ hilft an dieser Stelle wenig weiter. Sie kann sogar kontraproduktiv sein, denn sie verstellt den Blick auf die Notwendigkeit, realistische, *individuell angepasste Formen der Ressourcenförderung* zu entwickeln und Freiräume zur Durchführung herzustellen. Die Effekte des Strebens nach einer im Versorgungsalltag ständig präsenten Aktivierung sind im Übrigen eher ernüchternd. Nach jahrelangen Diskussionen kann heute noch immer nicht davon gesprochen werden, dass eine wirkungsvolle Ressourcenförderung in der vollstationären Regelversorgung fest verankert ist.

²² Es existiert in der Diskussion kein einheitlicher Sprachgebrauch. Das SGB XI spricht vorzugsweise von „Aktivierung“ bzw. „aktivierender Pflege“ (z.B. §6 Abs. 2, §28 Abs. 4 oder §87b Abs. 1).

In der Praxis bleiben globale Handlungsorientierungen dieser Art meist ohne Konsequenz. Bessere Chancen der Umsetzung bieten zielgerichtete, individuelle und in der Pflegeplanung fixierte Programme, die Art, Umfang, Rhythmus, Situationen und Zeitpunkte für ressourcenfördernde Maßnahmen klar definieren.

Vor diesem Hintergrund unterscheidet das Referenzkonzept zwei Ansätze der Ressourcenförderung:

- Der erste Ansatz ist die *ressourcenfördernde Ausgestaltung von Maßnahmen*, d.h. eine Form der Pflege, mit der Pflegebedürftige zu Eigenaktivität (etwa zur Übernahme von Teilhandlungen) motiviert werden. Hierdurch können Ressourcen angesprochen („aktiviert“) und, eine gewisse Stetigkeit vorausgesetzt, erhalten oder sogar verbessert werden. Allerdings erweist sich diese Stetigkeit, wie schon angesprochen, im Versorgungsalltag als großes Problem.
- *Direkte Ressourcenförderung* umfasst dagegen Maßnahmen, die sich unmittelbar auf Erhalt, Entwicklung oder Verbesserung einzelner Ressourcen ausrichten. Hierzu gehören beispielsweise Übungen zur Förderung von Muskelkraft, Gangsicherheit oder Feinmotorik, ebenso jedoch Gedächtnistraining oder zielgerichtete beratende Gespräche über den Umgang mit Krankheitsfolgen.

Die Leistungsbeschreibungen des Referenzkonzepts beinhalten (neben Hinweisen zur ressourcenfördernden Ausgestaltung verschiedenster Pflegemaßnahmen) folgende Maßnahmen der direkten Ressourcenförderung:

- Einzelaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität
- Gruppenaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität
- Biografieorientierte Einzelaktivitäten
- Biografieorientierte Gruppenaktivitäten
- Orientierungs-/gedächtnisfördernde Einzel- und Gruppenaktivitäten.

Hinzugerechnet werden müssen auch Einzelgespräche, die mit dem Ziel der Ressourcenförderung geführt werden (z.B. beratende Gespräche, die den selbständigen Umgang mit Anforderungen einer ärztlichen Therapie oder mit bestimmten Krankheitsfolgen fördern sollen).

Dies ist gemeint, wenn im Folgenden von „Ressourcenförderung“ gesprochen wird. Die allgemeine Forderung, pflegerische Hilfen nach Möglichkeit grundsätzlich im Sinne der Aktivierung durchzuführen, wäre ein anderer Ansatz, bei dem fraglich wäre, ob er sich so weit konkretisieren ließe, dass er den Anforderungen eines Personalbemessungssystems entspricht.

Zielgerichtete, direkte Ressourcenförderung setzt häufig umfangreiches Fachwissen und Erfahrung voraus. Denn die Handlungsschritte, die damit angesprochen sind, verlangen eine wesentlich genauere Beobachtung, komplexere Abwägung, größere Sensibilität (z.B. Erspüren von Muskelspannung und Gelenkbeweglichkeit bei Übungen, die die Grobmotorik betreffen) und weitere Kompetenzen, für die eine dreijährige Pflegeausbildung eine Mindestvoraussetzung darstellt.

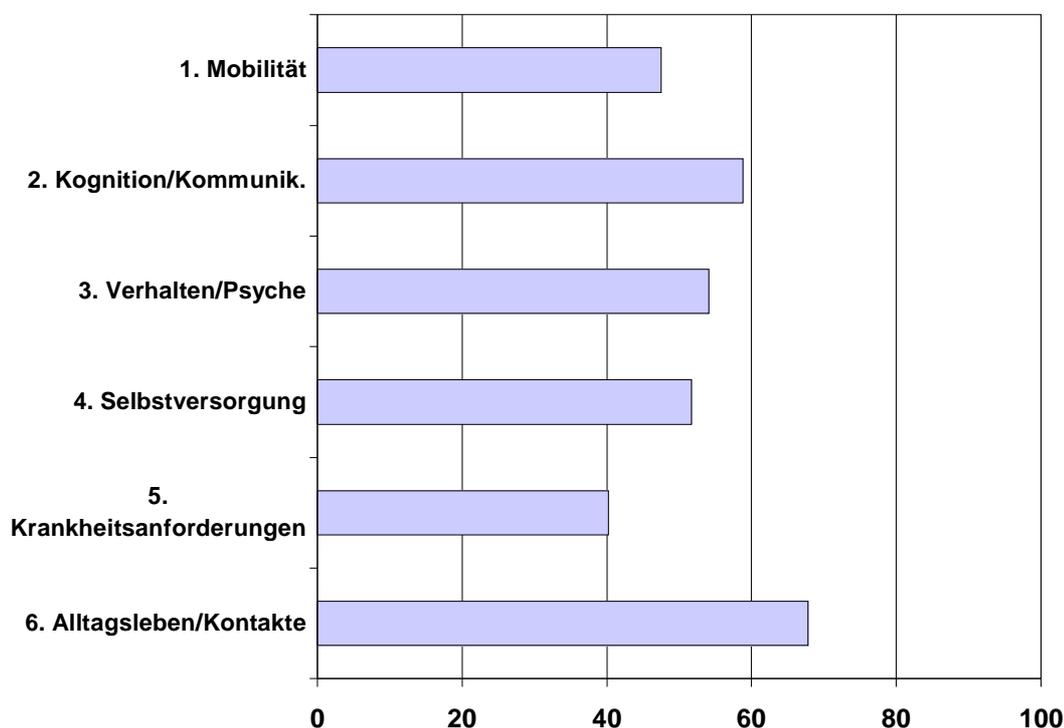
Pflegebedürftigkeit und Potenzial zur Selbstständigkeitsverbesserung bei Heimbewohnern

Das Ziel der Ressourcenförderung hat in der Fachdiskussion einen sehr hohen Stellenwert und gleicht schon beinahe einer nicht hinterfragbaren fachlichen Norm. Es darf allerdings nicht aus den Augen verloren werden, dass es im Falle der vollstationären Pflege um die Versorgung von Menschen geht, die sich vielfach im fortgeschrittenen Stadium schwerer chronischer Erkrankungen befinden. Ressourcenförderung darf daher nicht zum Selbstzweck und um jeden Preis durchgeführt werden, sondern muss sich an den Möglichkeiten und der Belastbarkeit des Bewohners ausrichten. Es kommt hinzu, dass die *Erhaltung* von Ressourcen, also die *Stabilisierung* des Ist-Zustandes und das Abwenden von Selbstständigkeitsverlust, gesundheitlichen Verschlechterungen und Komplikationen in der Pflege alter Menschen als Erfolg gewertet werden kann.

Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, sich die Bewohnerstruktur in den Einrichtungen zu vergegenwärtigen. Zunächst einmal ist auf die relativ hohe Zahl der neu eingezogenen Bewohner mit kurzen Verweilzeiten hinzuweisen. Diese Zahl ist in den letzten Jahren offenbar gestiegen und weist darauf hin, dass ein relativ hoher Anteil der Bewohner in einer Zeit in die Einrichtung einzieht, in der die Sterbephase bereits begonnen hat oder kurz bevorsteht (vgl. Kapitel 7.1). Unter diesen Voraussetzungen steht nicht Ressourcenförderung, sondern ein anderer Bedarf im Vordergrund.

Die Ergebnisse der Einschätzung mit dem NBA liefern weitere Hinweise auf die Situation der Bewohner. Die folgende Abbildung stellt den Anteil der Bewohner mit schweren und schwersten Beeinträchtigungen in den sechs Bereichen dar, die für die Zuordnung eines Bedarfsgrades ausschlaggebend sind.

**Bewohner mit schweren und schwersten Beeinträchtigungen
in den 6 Einschätzungsbereichen des NBA (Prozentangaben, n=540)**



Bis auf den Bereich „5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ liegt der Anteil der Bewohner mit schweren/schwersten Beeinträchtigungen bei rund 50% oder höher. Diese Struktur lässt ebenso wie die recht hohe Sterblichkeitsrate vermuten, dass der Kreis der Bewohner, die ein Potenzial zur Verbesserung der Selbständigkeit aufweisen, nicht sehr groß ist.

Weitere Hinweise dazu liefern die Einschätzungsergebnisse zu der Frage, ob es bei dem jeweiligen Bewohner innerhalb der letzten Wochen/Monate eine Verbesserung, Verschlechterung oder keine Veränderung der Selbständigkeit oder Fähigkeit gegeben hat. Diese Einschätzung wird für die Bereiche 1. „Mobilität“, 2. „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“, 4. „Selbstversorgung“ und 5. „Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen“ durchgeführt.

Eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation bzw. ein Verlust von Selbständigkeit oder bestimmten Fähigkeiten verlangt stets nach besonderer Aufmerksamkeit. Dies gilt vor allem dann, wenn die Verschlechterung nicht durch ein plötzliches Krankheitsereignis, sondern in Form einer eher schleichenden Entwicklung zustande gekommen ist. In solchen Phasen, in denen zunehmend Fähigkeiten verloren gehen, bestehen häufig noch die relativ günstigsten Chancen auf einen Erfolg gegensteuernder Maßnahmen. Haben sich Einbußen erst einmal in Form eines niedrigen Niveaus der Eigenaktivität manifestiert, sind die Aussichten auf erfolgreiche Ressourcenförderung meist wesentlich schlechter.

Umgekehrt sollte auch die Feststellung, dass sich die Situation des Pflegebedürftigen verbessert, Anstoß zur Überprüfung der Situation geben – etwa anhand der Frage, wie sich die günstige Entwicklung fördern lässt.

Das entsprechende Einschätzungsergebnis für die Bewohner der sechs Einrichtungen, die in das Projekt einbezogen waren, stellt sich folgendermaßen dar:

**Veränderung der Selbständigkeit/Fähigkeiten in den letzten Wochen/Monaten
(Prozentangaben, n=539)**

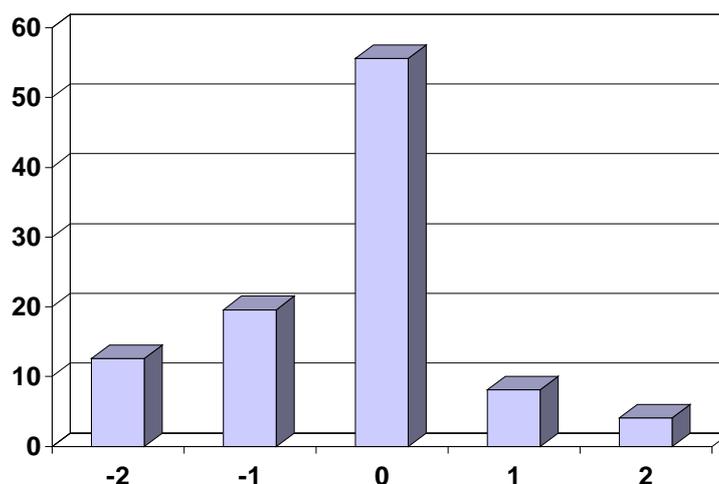
Veränderungen im Bereich...	besser	schlechter	gleich	unklar	gesamt
Mobilität	9,6	23,6	66,6	–	100,0
Kognition/Kommunikation	5,8	18,6	74,0	1,7	100,0
Selbstversorgung	7,4	19,2	72,8	0,6	100,0
Umgang mit besondere Anforderungen*	5,8	15,4	70,7	8,2	100,0

*Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Der Anteil der Bewohner, deren Selbständigkeit bzw. Fähigkeiten sich in den letzten Wochen und Monaten verschlechtert hatten, bewegt sich je nach Bereich in einer Marge von 15% bis 24% und liegt in allen Bereichen deutlich höher als der Anteil der Bewohner mit Verbesserungen. Am wenigsten stabil ist die Selbständigkeit der Bewohner im Bereich der Mobilität.

Veränderungen in den vier Bereichen, etwa Veränderungen der Mobilität und Kognition, können jedoch auch unabhängig voneinander auftreten. Die Zahlen geben deshalb keinen Aufschluss darüber, bei wie vielen Bewohnern *insgesamt* sich Veränderungen ergeben haben. Zur Beantwortung dieser Frage wurde ein Index entwickelt, der die Ergebnisse für die vier Bereiche zusammenfasst. Als „erhebliche Verschlechterung“ (Index: -2) wurden dabei Situationen gewertet, bei denen in drei oder in allen vier Bereichen Verschlechterungen gegeben waren. Im Falle der Kategorie „moderate Verschlechterung“ (Index: -1) sind nur ein oder zwei Bereiche betroffen. Analoge Bewertungen gab es für „Verbesserungen“. Das Ergebnis dieser Zusammenfassung zeigt die folgende Abbildung.

Veränderung der Selbständigkeit/Fähigkeiten in den letzten Wochen/Monaten (in Prozent, n=539)²³



Bei etwa jedem dritten Bewohner (32,2%) zeigte sich in den letzten Wochen und Monaten vor der Datenerhebung eine Verschlechterung, bei immerhin 12,2% eine Verbesserung. Die statistische Auswertung ergab keine Hinweise auf Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Allerdings besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Veränderung von Fähigkeiten und Selbständigkeit einerseits und den Bedarfsgraden andererseits. Je höher der Bedarfsgrad, desto höher ist auch der Anteil der Bewohner, bei denen eine Verschlechterung angegeben wurde. Dieser Zusammenhang ist auch anhand der folgenden Kreuztabelle erkennbar. Beim höchsten Grad der Pflegebedürftigkeit (BG 5) ist sogar bei jedem zweiten Bewohner eine Verschlechterung zu verzeichnen, während Verbesserungen nur selten zu verzeichnen sind.

Veränderung der Selbständigkeit/Fähigkeiten in den letzten Wochen/Monaten nach Bedarfsgraden (Prozentangaben)

Bedarfsgrad (Anzahl Bewohner)	schlechter	gleich	besser	insgesamt
BG 0 (21)	19,0	66,7	14,3	100,0
BG 1 (37)	16,2	67,6	16,2	100,0
BG 2 (89)	12,4	61,8	25,8	100,0
BG 3 (124)	29,8	54,8	15,3	100,0
BG 4 (152)	36,2	59,2	4,6	100,0
BG 5 (117)	52,1	41,0	6,8	100,0
insgesamt (540)	32,2	55,6	12,2	100,0

Diese Ergebnisse lassen noch keine Rückschlüsse darüber zu, bei welchen Bewohnern ein Verbesserungspotenzial angenommen werden kann. Insbesondere im Falle der Bewohner

²³ Die Ziffern auf der horizontalen Achse drücken Art und Richtung der Veränderung aus: -2 = erhebliche Verschlechterung, -1 = moderate Verschlechterung, 0 = keine Veränderung, 1 = moderate Verbesserung, 2 = erhebliche Verbesserung.

mit dem Bedarfsgrad 5 ist dies eher fraglich. Eine Verschlechterung der Situation dürfte hier vielfach ein Hinweis auf den Eintritt in eine weitere, vielleicht letzte Phase eines schwierigen Krankheitsverlaufs ankündigen.

Mit dem NBA wird jedoch auch individuell eingeschätzt, welche Möglichkeiten der Verbesserung existieren, z.B. durch

- die Optimierung therapeutischer Maßnahmen
- die Optimierung der räumlichen Umgebung
- Hilfsmiteinsatz bzw. dessen Optimierung oder
- durch andere Maßnahmen (die er näher zu beschreiben hat).

Diese Aspekte des Assessments wurden in das NBA aufgenommen, um den Prozess der Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit während der MDK-Begutachtung zu unterstützen. Die Einschätzungsergebnisse können jedoch auch für sich genommen, also unabhängig von der Frage der Rehabilitationsbedürftigkeit, wichtige Hinweise auf Ansatzpunkte für eine individuelle pflegerische Ressourcenförderung geben.

Bei der Auswertung der Daten aus den sechs projektbeteiligten Einrichtungen stellte sich allerdings heraus, dass die Ergebnisse aus zwei Einrichtungen nicht verwertbar sind. In einem Fall wurden die betreffenden Teile des NBA nicht bzw. nur sehr selten bearbeitet. Bei der zweiten Einrichtung hingegen wurde offensichtlich vorschnell ein Verbesserungspotenzial angenommen. Die Ergebnisse aus beiden Einrichtungen weichen erheblich von den Strukturen der anderen vier Einrichtungen ab. Aus diesem Grund blieben sie bei den Auswertungen außer Betracht. Die Anzahl der Fälle verringert sich damit auf n=342.

**Möglichkeiten der Verbesserung von Selbständigkeit/Fähigkeiten
(in Prozent der Angaben zum jeweiligen Bereich, Mehrfachangaben, n=342)**

Verbesserung ggf. möglich durch	Mobilität	Kognition/ Kommunikation	Selbst- versorgung	Umgang mit Anforderungen*
Therapeutische Maßnahmen	10,5	3,5	3,8	–
Optimierung d. räumlichen Umgebung	0,6	0,6	0,3	–
Optimierter Hilfsmiteinsatz	1,5	0,3	1,5	0,6
Andere Maßnahmen	3,2	0,2	1,2	4,3**
Natürlicher Verlauf	4,7	2,9	2,4	–
Keine Verbesserung wahrscheinlich	83,9	91,2	92,4	95,0

*Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

**Edukativen Maßnahmen

Der Anteil der Bewohner, bei denen Verbesserungsmöglichkeiten gesehen werden, liegt zwischen 5% und 16%. Am Häufigsten wurden Möglichkeiten der Mobilitätsverbesserung genannt. Darüber hinaus fällt auf, dass man sich die größten Chancen vom Einsatz therapeutischer Maßnahmen erwartete (z.B. physiotherapeutische Maßnahmen).

Diese Angaben bieten keinen Aufschluss über den Bedarf an Rehabilitationsmaßnahmen. Hierzu wären weitere Informationen und Abklärungsschritte erforderlich, die im Rahmen der

Erhebungen nicht durchgeführt werden konnten. Es soll hier auch nicht behauptet werden, die oben dargestellten Daten präsentierten das Rehabilitationspotenzial der Bewohner. Was die Daten ausdrücken, beschränkt sich auf die Aussage, bei welchen Bewohnern offensichtliche Chancen auf Verbesserungen der Pflegebedürftigkeit durch ressourcenfördernde Maßnahmen bestehen. Qualifizierte und erfahrene Pflegefachkräfte wie die im Projekt beteiligten Mitarbeiter, die den jeweiligen Bewohner gut kennen und seine Situation ggf. im kollegialen Gespräch abklären, können dies durchaus beurteilen. Die Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit setzt jedoch weitere Informationen, Einschätzungen und Bewertungen voraus.

Die oben dargestellten Zahlen müssen noch um diejenigen Fälle bereinigt werden, in denen eine Verbesserung allein durch den „natürlichen“ Verlauf der Pflegebedürftigkeit möglich erscheint. Auch der Bereich „Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ bleibt aus den weiteren Berechnungen ausgeschlossen, weil hier unsicher ist, inwieweit spezifische Formen der Anleitung erforderlich wären, die die Möglichkeiten einer Einrichtung übersteigen. Die Beurteilung erfolgt also unter Begrenzung auf die Bereiche „Selbständigkeit im Bereich der Mobilität“, „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ und „Selbständigkeit im Bereich der Selbstversorgung“.

Nach dieser Bereinigung verbleiben 48 von 342 Bewohnern bzw. 17,0%, bei denen mit einiger Wahrscheinlichkeit ein Potenzial zur Verbesserung der individuellen Ressourcen angenommen werden kann.

Aufgrund der oben angedeuteten Beziehung zwischen der Stabilität der Pflegebedürftigkeit und Verbesserungsmöglichkeiten – je weniger stabil der Status, um so mehr Möglichkeiten der Beeinflussung bestehen – wäre zu erwarten, dass Verbesserungspotenzial vor allem bei jenen Personen gesehen wird, bei denen sich in den vergangenen Wochen und Monaten eine Veränderung (Verschlechterung oder Verbesserung) des Status ergeben hat. Dieser Zusammenhang besteht tatsächlich ist zudem stark ausgeprägt.

Während der Anteil der Personen mit Verbesserungspotenzial bei den Bewohner, für die keine Veränderung berichtet wurde, bei 7,4% liegt, beläuft er sich in der Gruppe der Bewohner mit vorangegangener Veränderung 26,7%. Er ist besonders hoch bei Pflegebedürftigen, bei denen sich bereits eine positive Veränderung ergeben hat (45,0%). Doch auch bei Bewohnern, die in eine negative Entwicklung geraten sind, ist mit 20,7% ein deutlich höheres Potenzial gegeben als bei Bewohnern mit stabilem Status der Pflegebedürftigkeit. Weitere Charakteristika der Bewohner mit Verbesserungspotenzial zeigt die folgende Gegenüberstellung:

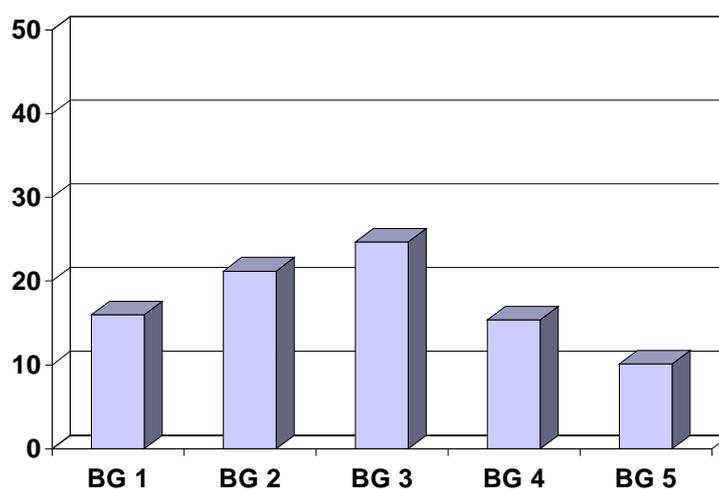
Charakteristika der Bewohner mit Verbesserungspotenzial

Merkmal	Verb.potenzial (n=48)	kein Verb.potenzial (n=294)
Mittleres Alter	77,5 Jahre	81,2 Jahre
Anteil weiblich	69,0%	76,3%
Stabile Selbständigkeit (Anteil) ²⁴	25,9%	58,5%
Mittlerer NBA-Score ²⁵	62,7	65,2
keine/geringe kognitive Einbußen	36,2%	31,0%
keine/geringe Mobilitätseinbußen	31,0%	40,5%

Wie ersichtlich, existieren eher moderate Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Bewohner mit Verbesserungspotenzial sind im Durchschnitt etwas jünger, etwas selbständiger (NBA-Score) und etwas seltener von Mobilitätseinbußen betroffen. Bei den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten weisen sie hingegen etwas stärkere Beeinträchtigungen auf. Der deutlichste Unterschied besteht jedoch bei der bereits angesprochenen Frage, inwieweit sich der Bewohner in einer Phase befindet, in der sich seine Selbständigkeit verändert.

Der Vergleich des NBA-Score täuscht etwas darüber hinweg, dass sich die Bewohner mit Verbesserungspotenzial ungleichmäßig über die Bedarfsgrade verteilen:

Anteil der Bewohner mit Verbesserungspotenzial je Bedarfsgrad (in Prozent)



Am höchsten ist der Anteil in den Bedarfsgraden 2 und 3. Die Gruppe der nicht pflegebedürftigen Bewohner wird nicht ausgewiesen, da hier nur eine einzige Person mit Verbesserungs-

²⁴ Keine Verbesserungen oder Verschlechterungen der Selbständigkeit in den letzten Monaten.

²⁵ Punktwert, der bei der Einschätzung mit dem NBA ermittelt wird und der zur Bestimmung des Bedarfsgrades verwendet wird. Der NBA-Score kann Werte von 0 bis 100 annehmen.

potential zu finden ist. Im Bedarfsgrad 5 sind die Chancen auf Verbesserungen am geringsten.

Mit Hilfe der erhobenen Daten wurde auch überprüft, inwieweit ein Zusammenhang besteht zwischen Verbesserungspotenzial und tatsächlich geleisteter Ressourcenförderung. Erhoben wurde, welche der folgenden Maßnahmen der Pflegedokumentation zufolge regelmäßig durchgeführt wurden (geplante Maßnahmen):

- Einzelaktivitäten zur Förderung der Mobilität
- Gruppenaktivitäten zur Förderung der Mobilität
- Biografieorientierte Einzelaktivitäten
- Biografieorientierte Gruppenaktivitäten
- Orientierungs-/gedächtnisfördernde Maßnahmen.

Die Angaben, die von den Mitarbeitern dokumentiert wurden, müssen allerdings vorsichtig interpretiert werden. Es wurde offensichtlich nicht immer, obwohl dies im Erhebungsinstrument gefordert wurde, zwischen Einzel- und Gruppenaktivitäten unterschieden, wodurch sich der Zeitumfang der Maßnahmen nicht abschätzen lässt. Die Angaben zur Häufigkeit dürften verlässlicher sein als die Zeitangaben zu den Maßnahmen, die ebenfalls erfragt wurden.

Im Gesamtbild ist nicht erkennbar, dass Bewohner mit Verbesserungspotenzial überdurchschnittlich gefördert werden. Die Daten weisen eher darauf hin, dass die Mobilitätsförderung, die Förderung kognitiver Fähigkeiten und andere Maßnahmen dieser Art ein eher allgemeines Angebot für die Bewohner darstellen, ihre Intensität also nicht mit der Einschätzung des Verbesserungspotenzials korrespondiert. Ansonsten zeigen sich bekannte und erwartbare Strukturen. Beispielsweise können bettlägerige Bewohner mit starken Beeinträchtigungen der Motorik zumeist nicht an den üblichen Gruppenaktivitäten zur Bewegungsförderung teilnehmen. Dementsprechend zeigt sich auch in den Daten, dass Bewohner mit starken Beeinträchtigungen weniger häufig als andere Bewohner im Rahmen von fördernden Gruppenaktivitäten einbezogen werden.

Geplante Maßnahmen berücksichtigen also eher selten die Frage, ob bei einem Bewohner besondere Chancen der Verbesserung bestehen. Die projektbeteiligten Einrichtungen zeigten in den Fällen, in denen ressourcenfördernde Maßnahmen durchgeführt wurden, eher die Tendenz zur Streuung der Leistungen über die gesamte Bewohnerschaft.

Verbesserungspotenzial als Kriterium zur Differenzierung von Fallgruppen

Die Einbeziehung des Verbesserungspotenzials ergibt je Bedarfsgrad eine Zweiteilung. Neben dem „gewöhnlichen“ Bedarfsgrad steht dann eine Fallgruppe, die Bewohner mit dem gleichen Bedarfsgrad, aber einem Bedarf an besonderen ressourcenfördernden Maßnahmen umfasst. Diese Fallgruppen werden mit dem Zusatz „R“ gekennzeichnet. Eine Ausnahme bildet die Gruppe der Bewohner, die nicht pflegebedürftig im Sinne des NBA sind. Hier gab es einen einzigen Bewohner, für den Verbesserungspotenzial angegeben wurde. Es ist aber davon auszugehen, dass bei dieser Personengruppe in aller Regel keine Konstellation exis-

tiert, die neben dem allgemeinen Erhalt von Ressourcen einer wesentlichen Verbesserung verspricht.

Für die vier Einrichtungen, für die eine Unterscheidung mit Hilfe der vorliegenden Daten möglich ist, ergibt sich damit eine Struktur, in der 11 Fallgruppen definiert werden:

Fallgruppenmodell 2: Differenzierung nach dem Kriterium „Verbesserungspotenzial“

	Einrichtung				
	C	D	E	F	gesamt
nicht pflegebedürftig	2	5	5	2	14
BG 1	7	6	2	6	21
BG 1R	1	2	1	0	4
BG 2	8	14	10	9	41
BG 2R	1	3	3	4	11
BG 3	15	15	10	21	61
BG 3R	11	6	2	1	20
BG 4	21	19	14	23	77
BG 4R	8	3	0	3	14
BG 5	23	30	10	8	71
BG 5R	4	2	1	1	8
gesamt (non R)	76	89	51	69	285
gesamt (R)	25	16	7	9	57
Anteil BG R (%)	32,9	18,0	13,7	13,0	20,0

Unter inhaltlichen Gesichtspunkten ist diese Art der Gruppierung eine tragfähige und transparente Lösung. Eine Zuordnung zu einer Fallgruppe, die für Bewohner mit Verbesserungspotenzial vorgesehen ist, bedeutet jedoch nicht automatisch, dass ein entsprechender zusätzlicher Personalbedarf entsteht. Denn es können im Einzelfall verschiedene Faktoren vorliegen, die einer Durchführung aktivierender Maßnahmen entgegenstehen. Dazu gehören zunächst einmal der Wille und die Motivation des Bewohners selbst. Mehrfach wurde im Rahmen der Erhebung angemerkt, dass eine Verbesserung denkbar sei, wenn es gelänge, den betreffenden Bewohner zu motivieren. Doch auch ein geringe körperliche Belastbarkeit, erhebliche Beeinträchtigungen der kognitiven/kommunikativen Fähigkeiten oder ausgeprägte Verhaltensprobleme können im Einzelfall ein Hinderungsgrund sein.

Deshalb kann das Kriterium „Verbesserungspotenzial“ bzw. die entsprechende Fallgruppenzuordnung allein nicht als Faktor für die Ermittlung des Personalbedarfs verwendet werden. Um dieses Problem zu lösen, sind theoretisch mehrere Wege denkbar:

- Definition einer fixen Relation zur Bestimmung des Anteils der Bewohner mit Verbesserungspotenzial (beispielsweise 50%). Diese Möglichkeit scheidet aus, weil keine verlässlichen Zahlen zur realistischen Bestimmung der Quote existieren. Entsprechende Datenerhebungen müssten eine große Stichprobe einbeziehen und sehr differenzierte Informationen und Einschätzungen erfassen, so dass diese Variante auch in absehbarer Zukunft vermutlich nicht in Betracht kommt. Sie hätte auch den Nachteil, die Varianz, die auf-

grund der geringen Personenzahlen in den Einrichtungen zu erwarten ist, nicht ausreichend abzubilden und somit Ungenauigkeiten bzw. Fehler produzieren würde.

- Individuelle Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen der Ressourcenförderung und Definition konkreter Ziele: In dieser Variante würde für jeden Bewohner mit Verbesserungspotenzial eine differenzierte Einschätzung und Zielbestimmung erfolgen. Im Rahmen der Personalbemessung würde nur der Bedarf jener Bewohner in Anschlag gebracht, für die ein entsprechendes Assessment mit Zielformulierungen – also die ersten Schritte im Pflegeprozess – abgeschlossen und dokumentiert sind. Nachteil dieser Lösung wäre, dass sich innerhalb relativ kurzer Zeit stark schwankende Bedarfsgrößen ergeben könnten. Zudem müsste ein Verfahren gefunden werden, wie diese schwankenden Größen vergütungstechnisch berücksichtigt werden können. Ein solches Verfahren wäre relativ kompliziert, da sich es im Unterschied zu einer Pflegestufe oder einem Bedarfsgrad um eine qualitative Beschreibung und Beurteilung handelt. Gemessen an den Erwartungen der „Praxis“ an ein Personalbemessungssystem wäre auch diese Lösung wenig überzeugend.
- Die dritte Alternative schließlich bestünde in der pauschalen Berücksichtigung eines gewissen Zeitaufwands je Fall bei der Berechnung des Personalbedarfs, wohl wissend, dass ein Teil der betreffenden Bewohner zum Beispiel aufgrund fehlender Motivation nicht in die Ressourcenförderung einbezogen wird.

Diese dritte Alternative dürfte im Hinblick auf die Praktikabilität eines Verfahrens die sinnvollste, wenngleich nicht die genaueste Lösung sein. Wenn ein Personalbemessungssystem also den besonderen Personalbedarf für eine gezielte Ressourcenförderung ausweisen soll, so wäre ein Baustein zu verwenden, der einen zusätzlichen Personalbedarf für diese Aufgabe ermitteln kann. An diesem Punkt stößt man allerdings wieder auf das Fehlen empirisch gesicherter Aussagen zum Zeitaufwand. Da es sich um einen Aufgabenbereich handelt, der in der Praxis von vermutlich nicht wenigen Einrichtungen eher wenig beachtet wird, helfen Daten zum tatsächlichen Leistungsgeschehen nicht weiter. Dies dokumentieren sowohl die Ergebnisse der NRW-Studie als auch die Erfahrungen im Verlauf des Modellprojekts „Referenzmodelle“. Dementsprechend kann in diesem Punkt auch nicht auf die Ergebnisse der Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur“ zurückgegriffen werden. Der Zeit- bzw. Personalbedarf muss also anders hergeleitet werden.

Zum Abschluss des Projekts „Referenzmodelle“ wurde hierzu ein Vorschlag für den Bereich der mobilitätsfördernden Maßnahmen entwickelt. Dieser Bereich wurde deshalb als Bezugspunkt gewählt, weil ihm eine entscheidende Bedeutung für die Förderung bzw. Erhaltung der trotz Pflegebedürftigkeit verbliebenen Selbständigkeit, für die allgemeine körperliche Gesundheit und die allgemeine Lebensqualität zukommt (Wingenfeld et al. 2007a). Einbußen in diesem Bereich haben erhebliche Auswirkungen auf alle alltäglichen Verrichtungen und die gesamte Lebensführung.

Für die Bestimmung einer entsprechenden Bedarfsgröße wurden Erfahrungswerte aus anderen Versorgungsbereichen herangezogen. Orientierungswerte lieferten vor allem Arbeiten zur Bewegungstherapie in der geriatrischen Rehabilitation. Die in diesem Zusammenhang ausgesprochenen Empfehlungen variieren zwischen zwei bis vier mal 30 bis 60 Minuten Bewegungstraining pro Woche. Legt man 90 Minuten pro Woche und Bewohner als Orientierungspunkt zugrunde, so ergeben sich rund 13 Minuten Leistungsaufwand je Bewohner und

Tag. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass ein Teil der Bewohner auch an Gruppenaktivitäten teilnehmen, weshalb der zeitliche Aufwand je Bewohner (auf Seiten der Mitarbeiter, eingesetzte Mitarbeiterzeit) niedriger anzusetzen ist. Außerdem kann aus den oben schon genannten Gründen nicht bei jedem Bewohner mit Verbesserungspotenzial davon ausgegangen werden, dass die betreffenden aktivierenden Maßnahmen tatsächlich umgesetzt werden können. Insofern kann im Sinne einer Annäherung an den Bedarf von dem etwas niedrigeren Wert von 10 Minuten je Bewohner und Tag ausgegangen werden. Anhand einer beispielhaften Umrechnung soll illustriert werden, in welchem Umfang damit Mobilitätsförderung betrieben werden kann.

Bei einer Gruppe von 15 Bewohnern, von denen 5 prinzipiell in der Lage sind, an Gruppenaktivitäten teilzunehmen, wären in diesem Rahmen folgende Maßnahmen realisierbar:

- Rein rechnerisch stünden zusätzlich wöchentlich insgesamt 1050 Minuten bzw. 17,5 Std. Arbeitszeit für die Mobilitätsförderung zur Verfügung.
- 5 Bewohner nehmen dreimal wöchentlich an 45minütigen Gruppenaktivitäten zur Mobilitätsförderung teil, die von einem Mitarbeiter durchgeführt wird. Dies kompensiert mit Vor- und Nachbereitung ca. 3 der 17,5 Stunden Arbeitszeit für die Mobilitätsförderung.
- Für die übrigen 10 Bewohner verbleiben somit wöchentlich 14,5 Std. Arbeitszeit für die Mobilitätsförderung in Form von Einzelaktivitäten, was pro Bewohner einem Wert von rund 12 Minuten pro Tag entspricht.

Gemessen an der wichtigen präventiven und rehabilitativen Funktion der Mobilitätsförderung stellt ein Durchschnittswert von 10 Minuten je Bewohner und Tag sicherlich keinen optimalen Rahmen zur Verfügung. Im Vergleich zur heutigen Praxis in den meisten Einrichtungen dürfte damit jedoch bereits ein erheblicher Zugewinn an Versorgungsqualität erreichbar sein, sofern die dafür kalkulierten Personalressourcen konsequent für diesen Aufgabenbereich eingesetzt werden, d.h. in den Formen und mit den Zielsetzungen, die von den Leistungsbeschreibungen des Referenzkonzepts vorgesehen sind. Das bedeutet, dass die Bereitstellung zusätzlicher Personalressourcen für diese Aufgabe nur dann sinnvoll wäre, wenn eine Einrichtung die Voraussetzungen für eine Versorgungsqualität nach den Maßgaben der Referenzkonzepte aufweist. Es wäre verfehlt, Ressourcen für die Mobilitätsförderung zur Verfügung zu stellen, wenn eine Einrichtung weder über Handlungskonzepte noch über geeignet qualifizierte Mitarbeiter verfügt, die für eine systematische Mobilitätsförderung erforderlich sind.

Für andere Formen der Ressourcenförderung bei Bewohnern mit Verbesserungspotenzial gilt Analoges. Hier ist die Situation zum Teil jedoch noch weniger überschaubar. Zur Förderung kognitiver Fähigkeiten beispielsweise existieren vielfältige Methoden, die unterschiedlich aufwändig sind und deren Wirksamkeit unterschiedlich gut belegt ist. Ein trotz dieser Vielfalt praktikabler Weg besteht darin, den soeben begründeten Wert für den Bereich der Mobilitätsförderung auch für die Ressourcenförderung in anderen Bereichen zugrunde zu legen.

Für die vier projektbeteiligten Einrichtungen, für die die Datenbasis ausreicht, konkretisierende Berechnung durchzuführen, ergäben sich damit folgende Konsequenzen:

**Anwendung des Fallgruppenmodells 4:
Umrechnung des zusätzlichen Leistungsaufwands zur Ressourcenförderung**

	Einrichtung			
	C	D	E	F
Bewohner insgesamt	101	105	58	78
Anzahl der Bewohner mit Verbesserungspotenzial	25	16	7	9
Zusätzlicher Aufwand Ressourcenförderung (10 Min. je Bew./Tag)	250	160	70	90
Umgerechnet in Vollzeitstellen*	0,96	0,62	0,27	0,35

*Auf der Grundlage einer Nettoarbeitszeit von 1.578 Stunden pro Jahr

Es versteht sich von selbst, dass an dieser Stelle von qualifizierten Fachkräften, nicht von Hilfskräften die Rede ist.

Es sei hier noch einmal betont, dass es sich um Größen handelt, die eine Annäherung an den Bedarf darstellen. Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt, dass es verschiedene systematische Probleme gibt, die einer empirischen Ableitung von Bedarfsgrößen ähnlich wie im Falle der Bedarfsgrade entgegenstehen. Um zu besseren Annäherungen zu gelangen, wären praktische Erfahrungen mit einer solchen Methode der Personalbemessung erforderlich.

Wichtig ist an dieser Stelle der Hinweis, dass Berücksichtigung eines zusätzlichen, an die Ressourcenförderung geknüpften Personalbedarfs natürlich daran gebunden sein muss, dass die Einrichtung sowohl von ihren strukturellen als auch ihren konzeptionellen Voraussetzungen her in der Lage wäre, eine fachlich hinreichende Ressourcenförderung umzusetzen. Entsprechende Nachweise gehören zwingend mit zu einem solchen System.

6.4 Modell 5: Identifizierung von Schwerpunkten des Bedarfs

Eine weitere Variante der Fallgruppenzuordnung stellt darauf ab, einen Bedarfsschwerpunkt zu identifizieren. So könnten innerhalb eines Bedarfsgrades theoretisch je nach Schwerpunkt des Bedarfs vier Untergruppen gebildet werden:

- Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen steht im Vordergrund
- Psychosozialer Unterstützungsbedarf steht im Vordergrund
- Krankheits-/therapiebedingten Anforderungen stehen im Vordergrund
- Gemischte Bedarfslagen (keine Schwerpunkte erkennbar).

Der Grad der Beeinträchtigung weist in den einzelnen Bereichen, die mit dem NBA erfasst werden und die für diese Zuordnung relevant sind, eine ausgeprägte Streuung auf:

Beeinträchtigung der Selbständigkeit und Fähigkeiten bei den Bewohnern der Projektstichprobe (Prozentangaben)

NBA-Modul	Grad der Beeinträchtigung (Prozentwerte, n=540)					Gesamt
	keine B.	gering B.	erhebliche B.	schwere B.	schwerste B.	
1. Mobilität	20,4	18,3	13,9	10,6	36,9	100,0
2. Kognition/ Kommunikation	17,0	14,8	9,3	13,1	45,7	100,0
3. Verhalten & psych. Probleme	19,3	15,9	10,7	11,3	42,8	100,0
4. Selbstversorgung	10,0	11,3	28,0	24,1	26,7	100,0
5. Krankheits- /therapiebedingte Anforderungen	1,1	8,7	50,0	25,2	15,0	100,0
6. Alltagsleben/ Soziale Kontakte	14,3	6,5	11,5	19,1	48,7	100,0

Zur Darstellung von Bedarfsschwerpunkten wurden diese sechs Bereiche, in denen mit dem NBA Beeinträchtigungen ermittelt werden, zu drei Bereichen zusammengefasst:

- A. Bedarf an körperbezogenen Maßnahmen (Module 1 und 4)
- B. Bedarf an psychosozialer Unterstützung (Module 2, 3 und 6)
- C. Bedarf an spezifischer Unterstützung im Umgang mit Krankheitsfolgen (Modul 5).

Zugrunde gelegt wurden bei den weiteren Berechnungen die Score-Werte, die das NBA als Einschätzungsergebnis liefert. An diesen Score-Werten lässt sich ablesen, welcher der Bereiche A, B oder C jeweils im Vordergrund steht, d.h. auf welchen Bereich der jeweils höchste Punkteanteil entfällt. Das Ergebnis zeigt folgende Tabelle:

NBA-Scorewerte im Vergleich (n=540)

Relativ höchster Punkteanteil	Anteil Fälle
A. Körperbezogene Maßnahmen	68,0%
B. Psychosoziale Unterstützung	19,4%
C. Spezifische krankheitsbezogene Unterstützung	8,7%
Kein Schwerpunkt erkennbar	3,9%

Bei dieser Berechnungsweise liegt der Bedarfsschwerpunkt bei 68,0% der Bewohner im Bereich der körperbezogenen Maßnahmen und bei 19,4% im Bereich psychosoziale Unterstützung. Der Schwerpunkt „Unterstützung bei therapie-/krankheitsbedingten Anforderungen“ taucht nur selten bei 8,7% der Bewohner auf. In wenigen Fällen zeigte sich bei zwei Bereichen der gleiche oder annähernd gleiche Punkteanteil, so dass kein Schwerpunkt erkennbar war.

Diese Methode der Schwerpunktbildung hat den Nachteil, dass bereits geringe Unterschiede im Anteil der Punkte berücksichtigt werden. Beispielsweise wird ein Schwerpunkt A bereits dann angenommen, wenn auf diesen Bereich 36% und auf die anderen Bereiche jeweils 32% des Punktwertes entfallen. Diese Art der Bedarfsklassifikation weist daher Schwerpunkte auch dort auf, wo nur geringe Unterschiede bestehen.

Diesen Nachteil kann man vermeiden, wenn andere Definitionen gewählt werden, beispielsweise wenn der Grenzwert des Punkteanteils auf 50% festgelegt wird. Die folgende Tabelle zeigt die Verteilungen, die entstehen, wenn man unterschiedliche Berechnungsmodelle zur Ermittlung eines Schwerpunkts verwendet. Die drei Berechnungsweisen sind:

- Modell 1: Ermittlung des Bereichs mit dem relativ höchsten Punkteanteil.
- Modell 2: Ermittlung des Bereichs mit dem absolut höchsten Punkteanteil (der Scorewert des Schwerpunktbereichs liegt höher als die Summe der Scorewerte der beiden anderen Bereiche).
- Modell 3: Ermittlung des Bereichs mit dem Punkteanteil, der 50% oder mehr beträgt.

Alternative Methoden zur Ermittlung von Bedarfsschwerpunkten

	Berechnungsweise (Prozentangaben, Anteil der Bewohner)		
	Modell 1	Modell 2	Modell 3
A. Körperbezogene Maßnahmen	68,0	34,3	44,4
B. Psychosoziale Unterstützung	19,4	6,3	7,0
C. Spezifische krankheitsbezogene Unterstützung	8,7	6,5	7,6
Kein Schwerpunkt erkennbar	3,9	53,0	40,9
gesamt	100,0	100,0	100,0

Diese Ergebnisse zeigen, dass sich Bedarfsschwerpunkte bei Heimbewohnern mit dem NBA zwar identifizieren lassen, das Spektrum der Bedarfskonstellationen allerdings verhältnismäßig schmal ist. Legt man wie bei den Modellen 2 und 3 etwas strengere Kriterien an, so ist bei 53% bzw. 41% kein Schwerpunkt mehr erkennbar, und die meisten anderen Bewohner weisen einen Schwerpunkt bei den körperbezogenen Maßnahmen auf.

Das Modell 3 bietet die überzeugendste Definition eines Schwerpunktes. Es vermeidet zum einen, anhand von geringfügigen Unterschieden bereits einen Schwerpunkt auszuweisen (wie Modell 1), setzt aber die Hürden zur Unterscheidung von Schwerpunkten auch nicht so hoch an wie Modell 2. Das ist wichtig, weil die Unterscheidung von Schwerpunkten ansonsten nicht viel mehr Erkenntnisse und Optionen für die Gruppenzuordnung liefert als die Unterscheidung nach Bedarfslagen allein. Modell 3 wird daher bei allen weiteren Berechnungen zugrunde gelegt.

Wie sich diese Art der Gruppenbildung auf der Ebene der einzelnen Bedarfsgrade darstellt, zeigt die folgende Tabelle:

Bedarfsschwerpunkte nach Bedarfsgraden (Score-Wert in den Schwerpunktbereichen >50%)

	Bedarfsgrade (Anteil der Bewohner)					
	n.p.	BG 1	BG 2	BG 3	BG 4	BG 5
A. Körperbezogene Maßnahmen	-	13,5	31,5	21,8	44,7	95,7
B. Psychosoziale Unterstützung	4,8	24,3	23,6	5,6	-	-
C. Spez.krankheitsbezogene Unterstützung	85,7	51,4	4,5	-	-	-
Kein Schwerpunkt erkennbar	9,5	10,8	40,4	72,6	55,3	4,3
Zusammen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Bedarfsschwerpunkte lassen sich lediglich in den unteren Bedarfsgraden erkennen, vor allem in den Bedarfsgraden 1 und 2. Bei nicht pflegebedürftigen Personen (NBA-Score < 15) besteht ein erhebliches Übergewicht von Bedarf an Unterstützung im Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen. Je stärker ausgeprägt die Pflegebedürftigkeit ist, um so mehr überwiegen körperliche Problemlagen bzw. körperbezogene Unterstützungsmaßnahmen, um so weniger kommt es also zu einer Ausdifferenzierung.

Bedarfsschwerpunkte, bei denen ein bestimmter Typus von Bedarf im Vordergrund steht, sind mit dem NBA zwar darstellbar. Die Struktur der Pflegebedürftigkeit von Heimbewohnern ist jedoch nicht so heterogen, dass sich ein größeres Spektrum unterschiedlicher Bedarfsschwerpunkte abbilden ließe. Selbst wenn man wie in den vorangegangenen Beispielen nur drei Bedarfsschwerpunkte unterscheidet, ergibt sich eine schwache Streuung.

Im Hinblick auf die Frage der Personalbemessung bringt das Modell 5 somit wenig Vorteile gegenüber einer Klassifikation anhand der Bedarfsgrade allein. Im Gegenteil könnte es zu fraglichen Konsequenzen führen. Würde man ähnlich wie in den vorangegangenen Modellen eine Ausdifferenzierung innerhalb der Bedarfsgrade anhand des Bedarfsschwerpunktes vornehmen, so erhielte man zwar eine Gruppenunterscheidung, allerdings wären die Gruppen wenig homogen. Das zeigte eine genauere Auswertung der Daten und sei anhand der Bewohner mit dem Bedarfsgrad 2 illustriert:

Durchschnittlicher Score der Bewohner mit dem Bedarfsgrad 2 nach Bedarfsschwerpunkt

	n	Score
A. Körperbezogene Maßnahmen	28	40,3
B. Psychosoziale Unterstützung	21	39,9
C. Spez. krankheitsbezogene Unterstützung	4	32,3
Kein Schwerpunkt erkennbar	36	39,8
Bewohner mit BG 2 gesamt	89	39,6

Der mittlere Score der Gruppen unterscheidet sich kaum, mit Ausnahme der Bewohner, die einen Schwerpunkt im Bereich der Unterstützung im Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen aufweisen. Dies sind allerdings nur 4 von 89 Bewohnern (4,5%). Eine Differenzierung des Zeitumfangs der Versorgung ist somit nur in Ausnahmefällen erkennbar. Modell 5 liefert also nur eine Mehrinformation im Hinblick auf die Frage, ob die betreffenden Bewohner mehr Unterstützung in diesem oder jenem Bereich benötigen, ohne

dass sich etwas am Gesamtumfang des Bedarfs ändern würde. Diese Mehrinformation ist für die Ermittlung des Personalbedarfs von geringer Bedeutung. Das Modell wird daher nicht zur Anwendung empfohlen.

6.5 Zwischenresümee

Die Überprüfung von verschiedenen Möglichkeiten einer stärkeren Differenzierung von Fallgruppen führte zu dem Ergebnis, dass der „Mehrwert“ solcher Differenzierungen häufig begrenzt ist. Eine Aufschlüsselung der Bewohnergruppen mit dem jeweiligen Bedarfsgrad ist anhand verschiedenster Kriterien möglich, und man kann gleichzeitig feststellen, dass das NBA alle wesentlichen Informationen dazu liefert. Allerdings sollten differenzierte Gruppenbildungen kein Selbstzweck sein. Sie müssen zusätzliche Optionen eröffnen, also beispielsweise auch ermöglichen, den erforderlichen Leistungsumfang entsprechend differenziert darzustellen.

Eben dies gelingt nicht in ausreichendem Maße, womit sich die Frage stellt, ob ein einfaches Fallgruppenmodell mit dem Zuordnungskriterium „Bedarfsgrad“ nicht die überlegenere Lösung ist. Eine Fallgruppenzuordnung, die das Kriterium der kognitiven Beeinträchtigungen und psychischen Problemlagen als Zusatzkriterium verwendet (Modell 2), ermöglicht keine dazu passende und begründbare Differenzierung des Leistungsbedarfs. Man müsste die Gruppenunterscheidung künstlich zuspitzen, um einen solchen Effekt zu erhalten. Gleiches gilt für ein Modell, in dem die Fallgruppenzuordnung mit Hilfe eines Merkmals erfolgt, in dem sich die Kombination körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen abbildet (Modell 3). Auch hier kommt es nur scheinbar zu einer zusätzlichen Option, denn die Mehrheit der Bewohner verteilt sich in diesem Modell auf zwei Fallgruppen. Die „einfache“ Lösung mit den Bedarfsgraden allein wirkt dagegen wesentlich ausgewogener. Auch der Versuch, einen Bedarfsschwerpunkt zu identifizieren (Modell 5), führte kaum weiter. Bei den niedrigen Bedarfsgraden käme es zwar zu Gruppendifferenzierungen, aber die daraus ableitbaren Folgerungen für die Personalbemessung bleiben hier ebenfalls schwach.

Allein eine Fallgruppenzuordnung, die den Bedarf an Ressourcenförderung als zusätzliches Kriterium der Bildung von Untergruppen nutzt (Modell 4), ermöglicht eine Ausdifferenzierung des Basismodells, die zusätzliche Gestaltungsoptionen liefert.

Damit unterstreicht die Datenauswertung die Einschätzung der befragten Experten, eine möglichst einfache Form der Fallgruppenbildung zu wählen und auf ebenso einfache und nachvollziehbare Art die Quantifizierung von Leistungsbedarf vorzunehmen. Ein einfaches Modell ist also nicht nur aus Gründen der Praktikabilität, sondern auch aus inhaltlichen Gründen zu bevorzugen.

7. Relevanz einrichtungsindividueller Merkmale

Zur Ermittlung des Personalbedarfs einer Einrichtung kann es erforderlich sein, nicht nur den Bedarf der Bewohner bzw. die Fallgruppen zugrunde zu legen, sondern weitere Faktoren in Betracht zu ziehen, die sich systematisch auf den erforderlichen Leistungsaufwand auswirken.

Auf die Bedeutung der mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen und die Ermittlung der Jahresnettoarbeitszeit wurde bereits hingewiesen. Theoretisch denkbar ist jedoch auch die Einbeziehung weiterer Einflussgrößen.

Um diese zu identifizieren, wurden zum einen Recherchen und Analysen zu bestehenden Verfahren der Personalbemessung durchgeführt. Sie konzentrierten sich auf die Frage, wie in anderen Ansätzen mit den Berechnungsgrößen bzw. Faktoren umgegangen wird, die in einem System zur Personalbemessung berücksichtigt werden können. Eine zusammenfassende Beschreibung der Ergebnisse dieser Arbeit findet sich im Anhang A dieses Berichtes. Zum anderen ergaben die Expertengespräche einigen Aufschluss zu dieser Frage. Hier bestand die Haupttendenz der Aussagen allerdings eher darin, übermäßige Komplexität so weit wie möglich zu vermeiden und nur diejenigen Faktoren einzubeziehen, ohne deren Berücksichtigung erhebliche inhaltliche oder methodische Probleme entstehen könnten.

Doch auch das Fazit der Literaturrecherche weist in diese Richtung. Theoretisch wäre es möglich, sehr viele unterschiedliche Faktoren einzubeziehen. Ob dies sinnvoll wäre oder nicht, sollte anhand verschiedener Fragen geprüft werden. Die wichtigsten dieser Fragen lauten:

- Bringt die Einbeziehung eines einrichtungsindividuellen Merkmals einen Informationsgewinn, der eine *wesentliche* Verbesserung des Personalbemessungssystems ermöglicht?
- Lässt sich der Einfluss des jeweiligen einrichtungsindividuellen Merkmals nachweisen bzw. ist dieser Einfluss evident?
- Gibt es hinreichend abgesicherte Möglichkeiten, das betreffende Merkmal rechenmethodisch darzustellen bzw. in die Kalkulation von Personalbedarf einzubeziehen?

Im Rahmen des Projekts war u.a. anhand dieser Aspekte die Frage zu beantworten, welche ergänzenden Kriterien und Berechnungsverfahren empfehlenswert oder erforderlich sind, um eine Bedarfsklassifikation zum Zweck der Ermittlung des Personalbedarfs nutzbar zu machen. Es geht in diesem Zusammenhang vor allem um unregelmäßig anfallenden Leistungsaufwand und strukturelle Besonderheiten, also beispielsweise um die Faktoren Bewohnerfluktuation (Leistungen im Zusammenhang mit dem Heimeinzug und/oder der Sterbebegleitung) oder räumliche Gegebenheiten.

Ob diese (und ggf. weitere) aufwandsrelevante Faktoren bzw. welche von ihnen in eine Personalbemessung eingehen sollen, muss letztlich der Entscheidung der Vertragspartner überlassen bleiben. Aufgabe des Projektes war es, ihre Relevanz zu prüfen und sie ggf. in ein Gesamtkonzept der Personalbemessung zu integrieren. Damit stehen *Grundlagen* für ein Personalbemessungssystem zur Verfügung, auf die sich spätere Entscheidungen beziehen können.

Ohne das Ergebnis vorwegnehmen zu wollen, sei schon an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass eine standardisierte Berücksichtigung einrichtungsindividueller Besonderheiten nicht sinnvoll erscheint. Die meisten Personalbemessungssysteme, über die in der Literatur berichtet wird, konzentrieren und beschränken sich auf die Frage nach der Integration indirekter Leistungen. Andere Faktoren kommen eher selten vor (oder werden nicht offen gelegt). Manche Sachverhalte sind theoretisch relevant, aber im Hinblick auf sozialrechtliche Regelungen streng genommen nicht gestaltbar. Dazu gehört etwa die Frage, wie Zeiten berücksichtigt werden sollten, in denen sich Bewohner nicht in der Einrichtung aufhalten (z.B. wegen längerer Krankenhausaufenthalte). Hierzu liegen gesetzliche Regelungen vor, die in den Rahmenverträgen operationalisiert werden. Anders gelagert, aber in der Konsequenz ähnlich ist die Frage nach der Schnittstelle zwischen Pflege/Betreuung und hauswirtschaftlicher Versorgung. Da der Personalbedarf im ersten Bereich maßgeblich vom Bedarfsprofil der Bewohner abhängt, im zweiten Bereich eher von anderen Bedingungen, sollten beide bei der Ermittlung des Personalbedarfs so weit wie möglich auseinandergehalten werden. Dafür spricht auch, dass die Organisation der hauswirtschaftlichen Versorgung in unterschiedlichsten Formen erfolgen kann, bis hin zu einer weitgehenden Schrumpfung dieses Bereichs zu Gunsten externer Dienstleister. Es gibt allerdings Versorgungsformen wie das Hausgemeinschaftskonzept, bei denen zumindest grundsätzlich die Frage nach der Anwendbarkeit von Bedarfsgrößen, die in anderen Organisationsformen ermittelt wurden, zu klären ist.

7.1 Begleitung sterbender Bewohner und Bewohnerfluktuation

Die Begleitung sterbender Bewohner und ggf. ihrer Angehörigen ist schon seit langem eine wichtige Aufgabe vollstationärer Pflegeeinrichtungen. Allerdings haben sich die Verweilzeiten in der Einrichtung bei manchen Bewohnergruppen in den letzten Jahren noch einmal erheblich verkürzt. Noch gibt es hierzu keine repräsentativen Daten, aber aus vielen Einrichtungen wird berichtet, dass ca. die Hälfte der neu eingezogenen Bewohner binnen Jahresfrist verstirbt, zum Teil werden über noch höhere Anteile berichtet. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben sich also mehr und mehr von Stätten langjährigen Wohnens zu Einrichtungen der Pflege und Krankheitsbewältigung in den Spät- und Endstadien chronischer Krankheiten entwickelt (Schaeffer/Wingefeld 2004; Salis Gross 2005). Sterben und Tod sind daher längst Alltag in der vollstationären Pflege und werden hier zukünftig noch weiter an Bedeutung gewinnen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche Bedeutung hohen Sterberaten im Rahmen der Personalbemessung zuzuschreiben ist. Diese Frage ist in zweierlei Hinsicht von Bedeutung:

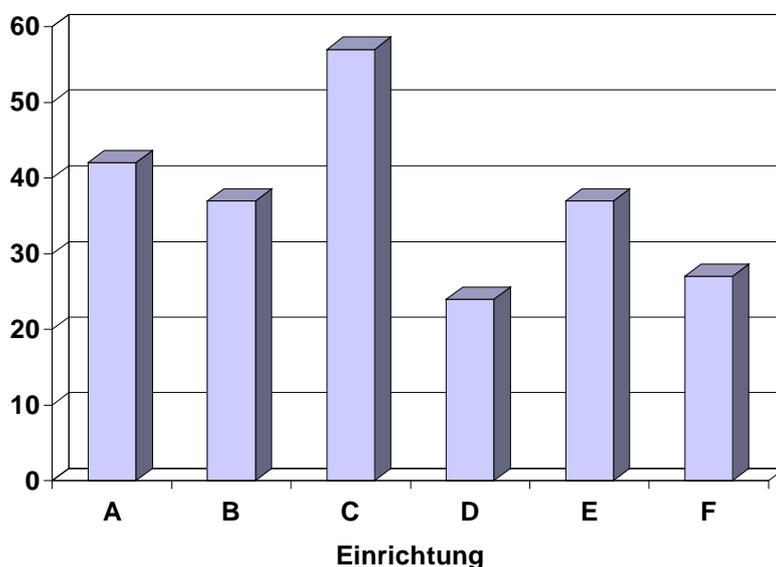
- Hohe Sterberaten verlangen aus fachlicher Sicht den vermehrten Einsatz von Konzepten der Palliativversorgung und der Begleitung Sterbender. Solche Konzepte können personalintensiv sein.
- Hohe Sterberaten führen zu einer erhöhten Bewohnerfluktuation und damit zu einem Mehraufwand für die Einrichtung. Sowohl die Begleitung der betroffenen Bewohner selbst, denen aus fachlicher und ethischer Sicht ein Versterben in der Einrichtung ermöglicht werden sollte, als auch die Unterstützung neu aufgenommener Bewohner erfordert eine zeitlich intensivere Unterstützung als in anderen Lebens- und Versorgungsphasen.

Insofern liegt der Gedanke nahe, die Häufigkeit von Bewohnerwechseln bzw. die Sterberate in Konzepten der Personalbemessung zu berücksichtigen. Allerdings verlangt die Frage nach der Praktikabilität eines solchen Verfahrens eine genauere Betrachtung.

Ausgangspunkt sollte die Frage nach dem Ausmaß der Bewohnerfluktuation sein. Den Ergebnissen der Infratest-Heimerhebung 2005 zufolge lag die durchschnittliche Verweilzeit der Bewohner zum damaligen Zeitpunkt bei 3,4 Jahren, bei Männern lediglich bei 2,2 Jahren. 22% der Bewohner verstarben innerhalb von sechs Monaten nach dem Heimeinzug, knapp 30% innerhalb eines Jahres und 43% innerhalb von zwei Jahren (Schneekloth 2006).

Diese Zahlen sind inzwischen einige Jahre alt, die in ihnen zum Ausdruck kommende Entwicklung dürfte sich weiter verstärkt haben. Die am Projekt beteiligten Einrichtungen wurden daher um Angaben zur Anzahl der Verstorbenen im Jahr 2009 gebeten. Diese Angaben wurden umgerechnet in einen Index „Verstorbene je 100 Plätze“. Im Durchschnitt der Einrichtungen lag die Sterbehäufigkeit im Jahr 2009 bei 38 Bewohnern je 100 Plätze. Wie die folgende Grafik erkennen lässt, gibt es allerdings recht große Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Die höchste Rate zeigt sich bei Einrichtung C mit 57 Bewohnern je 100 Plätze. Einrichtung D hingegen weist mit 24 Bewohnern je 100 Plätze nicht einmal eine halb so intensive Fluktuation auf.

Verstorbene je 100 Plätze in den projektbeteiligten Einrichtungen



Anhand von Rahmenkonzepten zur Begleitung sterbender Heimbewohner und zur Unterstützung von neuen Bewohnern beim Heimeinzug und in der Phase des Einlebens in der Einrichtung lässt sich genauer bestimmen, welche Aufgabenfelder von dem erhöhten Unterstützungsbedarf betroffen sind. Zwei Referenzkonzepte geben hierzu Aufschluss, und zwar die Konzepte „Sterbebegleitung in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ und „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“. Die Darstellung beschränkt sich auf Aufgabenbereiche, bei

denen von einem erhöhten Personaleinsatz infolge einer höheren Anzahl Bewohner auszugehen ist.

Im Falle der Unterstützung beim Heimeinzug sind nach den Maßgaben des Referenzkonzepts folgende Aufgaben zu berücksichtigen:

- Durchführung eines Erstgesprächs vor dem Heimeinzug (bei geplanten Übergängen)
- Erfassung der individuellen Biografie und Durchführung eines umfassenden Assessments
- Besondere Begleitung des Bewohners am Tag des Heimeinzugs (einschl. Aufnahmegespräch, allgemeine Information, Einweisung in die Nutzung technischer Hilfsmittel wie Rufanlage etc.)
- Aufnahme neuer Kooperationsbeziehungen mit den behandelnden Ärzten
- Unterstützung bei der Kontaktaufnahme mit der neuen sozialen Umgebung
- Abstimmung einer ersten individuellen Pflegeplanung, bedürfnisgerechter Aktivitäten und einer bedürfnisgerechten Tagesstruktur mit dem Bewohner oder ggf. seinen Angehörigen²⁶
- Intensivierte Kontakte der jeweiligen Bezugspflegerinnen zu den Bewohnern während der ersten Wochen in der Einrichtung
- Durchführung eines Integrationsgesprächs.

Relevante Aufgaben, deren Umfang von der Anzahl der Bewohner abhängig ist, sind bei der „Sterbebegleitung in vollstationären Pflegeeinrichtungen“:

- Intensivierte Informations- und Kommunikationsarbeiten (in der Kooperation mit Angehörigen, Ärzten, Seelsorgern, Hospizdiensten etc. und in der einrichtungsinternen Kooperation)
- Anpassungen der individuellen Versorgung an die veränderte gesundheitliche Situation
- Organisation einer möglichst kontinuierlichen Betreuung des Bewohners während der Sterbephase
- Intensivierte Unterstützung der Angehörigen (Einschätzung ihres Unterstützungsbedarfs, Information, Beratung, bei Bedarf Hilfestellung bei der Kontaktaufnahme zu anderen Stellen, ggf. Anleitung in der Kommunikation mit dem Sterbenden, ggf. Anleitung/Unterstützung bei aktiver Beteiligung an der Versorgung des Sterbenden, Beratung nach Versterben des Bewohners)
- Versorgung des verstorbenen Bewohners
- ggf. Unterstützung von Mitbewohnern bei der Trauerbewältigung.

Je stärker die Bewohnerfluktuation, umso höher ist die Arbeitsbelastung der Mitarbeiter in diesen Aufgabenfeldern. Es liegen bislang allerdings keine belastbaren Zahlen zur Quantifizierung des Zeitaufwands vor, der in diesem Zusammenhang berücksichtigt werden könnte. Er variiert auch sehr stark in Abhängigkeit von der Situation im Einzelfall. Manche Bewohner versterben eher plötzlich, andere erst nach einer längeren Phase intensiver Begleitung und

²⁶ Dies ist zwar eine kontinuierlich Aufgabe, muss aber bei neuen Bewohnern mit besonderer Sorgfalt und Intensität durchgeführt werden. Diese Aufgabe kostet auch zu Beginn der Versorgung i.d.R. mehr Zeit, weil zum Teil die Ansprechpartner in Fragen der Versorgung noch nicht bekannt sind.

palliativpflegerischer Versorgung. Auch bei der Gestaltung des Heimeinzugs und der Phase des Einlebens sind vielfach Unterschiede zu berücksichtigen.

Weitere Probleme kommen hinzu. Die Sterblichkeit in den Einrichtungen ist keine konstante Größe, sie schwankt vielmehr von Jahr zu Jahr und kann daher nicht prognostiziert werden. Genauer gesagt ist von einer Prognose nur auf der Ebene von Größenordnungen Zuverlässigkeit zu erwarten. Im Rahmen einer prospektiv ausgerichteten Personalbemessung ist es daher schwierig bzw. streng genommen unmöglich, die zu erwartende Bewohnerfluktuation als konkreten Faktor mit einzubeziehen. Das einzige allgemeine Kriterium, dem eine gewisse Prognosekraft zugesprochen werden kann, ist das Alter. Die Einrichtung mit dem höchsten Durchschnittsalter weist erwartungsgemäß auch die höchste Sterberate auf und umgekehrt.

Durchschnittsalter und Sterberate in den projektbeteiligten Einrichtungen

	Sterberate (je 100 Plätze)	Durchschnittsalter
D	23,8	74,7
F	27,3	79,3
A	41,7	81,5
E	36,7	83,0
B	37,0	84,4
C	57,4	86,4

Auch in dieser Hinsicht ist allerdings nicht absehbar, wie sich die Bewohnerstruktur im Jahresverlauf entwickelt, ob also eher jüngere oder ältere Pflegebedürftige aufgenommen werden.

Im Gesamtbild erweist es sich also als schwierig, die Sterblichkeit in einer Einrichtung als gesonderten, einrichtungsindividuellen Faktor in einem Personalbemessungssystem zu berücksichtigen, beispielsweise indem je nach Sterblichkeitsrate im Vorjahr Zuschläge auf oder Abschläge von einem Personalrichtwert für die kommende Pflegesatzperiode kalkuliert werden. Eine Analyse der bestehenden Ansätze zur Personalbemessung oder Abbildung von Pflegeaufwand führte insofern erwartungsgemäß zu dem Ergebnis, dass ein solcher Faktor sehr selten in Betracht gezogen wird (vgl. Anhang A). In manchen Systemen existiert ein pauschaler Zuschlag für die Verlegung, Entlassung und Versorgung Verstorbener, beispielsweise im Umfang von 70 Minuten pro Person und Aufnahme. Bei 40 Neuaufnahmen pro Jahr entspräche dies einem Umfang von rund 47 Stunden pro Jahr und einem Anteil von rund 3% eines Vollzeitäquivalents. Dies fällt in einer Einrichtung wenig ins Gewicht. Davon abgesehen ist dieser Minutenwert zu knapp bemessen. Er reicht keinesfalls aus, um im Einzelfall die im Zusammenhang mit dem Heimeinzug und der Sterbebegleitung anfallenden Aufgaben abzudecken.

Gänzlich unberücksichtigt bleiben sollte die Thematik allerdings nicht, dazu ist sie für den Arbeitsalltag in den Einrichtungen und natürlich für die Bewohner selbst von zu großer Bedeutung. Sie bedarf aber einer Klärung grundsätzlicher Fragen. Es wäre beispielsweise zu klären, ob die Versorgungssituation sterbender Bewohner überhaupt innerhalb der Struktu-

ren des heutigen Pflegesatzsystems, das auf die Langzeitversorgung ausgerichtet ist, abgebildet werden kann und ob es perspektivisch nicht sinnvoll sein könnte,

- eine besondere „Pflegeklasse“ bzw. Fallgruppe zu definieren, die unabhängig von der aktuellen Pflegestufe (oder dem Bedarfsgrad) existiert, oder
- eine Differenzierung innerhalb einer Pflegestufe/Bedarfsklasse durch ein Zusatzmerkmal vorzunehmen (ähnlich wie bei Bewohnern mit Verbesserungspotenzial).

So könnte insbesondere bei der Aufnahme von Bewohnern mit einer entsprechenden Bedarfskonstellation ein besonderes, bedarfsgerechtes Unterstützungsprogramm definiert werden. Um einen solchen Ansatz praktikabel zu machen, sind jedoch wie gesagt verschiedene Vorarbeiten notwendig. Dazu gehört insbesondere

- die konzeptionelle Ausgestaltung eines solchen Spezialangebotes
- eine empirisch gestützte Einschätzung des im Durchschnitt zu erwartenden Zeitaufwands und der erforderlichen Fachqualifikationen.

Solange eine solche Bedarfskonstellation und die entsprechenden konzeptionellen Grundlagen nicht in allgemeiner Form beschrieben und konsentiert worden sind, wird es notwendig sein, der Empfehlung der im vorliegenden Projekt befragten Experten zu folgen und ggf. auf Einzelfallregelungen zurückzugreifen. Es kommt (soweit das zu beurteilen ist) bislang allerdings selten vor, dass Einrichtungen diesen Weg wählen. Perspektivisch betrachtet handelt es sich jedoch um eine Herausforderung, die früher oder später vermutlich ohnehin angegangen werden muss. Denn vollstationären Pflegeeinrichtungen kommt de facto immer mehr eine Doppelfunktion zu: nicht nur die Funktion der Langzeitversorgung, sondern auch die Funktion der Versorgung in der finalen Krankheitsphase.

7.2 Wegezeiten

Die Frage der Berücksichtigung von Wegezeiten bei der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen wird unterschiedlich beantwortet. Manche Systeme halten Wegezeiten, die nicht den mittelbar oder unmittelbar bewohnerbezogenen Tätigkeiten zuzuordnen sind, für eine vernachlässigenswert geringe Größe, andere Ansätze stellen erstaunlich hohe Zeitwerte für Wegezeiten in Rechnung (vgl. Anhang A; s.a. BMFSFJ 2006). Der Grund für die zum Teil recht großen Unterschiede liegt häufig in Abweichungen von Definitionen und Zuordnungen. Was in dem einen System als Wegezeit definiert wird, findet sich in einem anderen als indirekte Leistung „Hol- und Bringdienste“ wieder. Manche Klassifikationen weisen sogar die Begleitung des Bewohners außerhalb der Einrichtung als Wegezeit aus, obwohl es sich dabei um eine direkt bewohnerbezogene Unterstützungsmaßnahme handelt.

Im Rahmen einer kleinen Fallstudie des Kuratoriums Altershilfe wurde auf der Basis einer recht umfangreichen Literaturrecherche folgende Definition von Wegezeiten vorgeschlagen:

- „Wegstrecken in das/aus dem Bewohnerzimmer, aber nicht für Pflegeverrichtung (z. B. Hilfsmittel vergessen, auf Klingel antworten ohne Durchführung einer Pflegetätigkeit)“
- „Wegstrecken innerhalb des Wohn-/Pflegebereiches nicht mit/für Bewohnerin/Bewohner (z. B. Weg vom Dienstzimmer in den Materialraum)“

- „Wegstrecken außerhalb des Wohn-/Pflegebereiches nicht mit/für Bewohnerin/Bewohner“
- „Hol- und Bringdienst (z. B. Transport von Wäsche-, Essens-/ Wärmewagen, Getränkekisten u. anderen Materialien)“
- „Verteilen von Inkontinenzmaterial“
- „verschiedene Gänge in der Einrichtung (z. B. Botengänge, Protokoll in Verwaltung bringen)“
- „Wegstrecken außerhalb der Einrichtung (z. B. Dienstgang außer Haus, Begleitung der Bewohner zur Bank/zum Friedhof)“ (BMFSFJ 2006: 134).

Bei der KDA-Fallstudie wurden für diese Tätigkeiten eher geringe Zeiten ermittelt, sie lagen in einer Größenordnung von ungefähr einer Minute je Bewohner und Tag (ebd.: 70). Mehrere dieser Tätigkeiten sind bei der Leistungserfassung der NRW-Studie (und auch im Rahmen der „Leistungsbeschreibungen“ des Projekts Referenzmodelle) in unterschiedlicher Weise berücksichtigt, etwa als Aufräum- und Reinigungsarbeiten, als direkte pflegerische Maßnahmen (Unterstützung bei der Mobilität) oder als Tätigkeiten im Rahmen der Mahlzeitenversorgung. Die danach verbleibende Restgröße bewegt sich in einer Marge, die schon bei geringer Messungenauigkeit überschritten wird. Es ist daher zweifelhaft, Wegezeiten, die auf diese Art und Weise definiert wurden, als besondere Kategorie zu berücksichtigen.

Ein Argument hierfür liegt auch darin, dass der durchschnittliche Zeitaufwand in den oben aufgeführten Tätigkeitsbereichen in hohem Maße von räumlichen und organisatorischen Merkmalen abhängt, insbesondere von der Frage, welche Mitarbeiter für bestimmte bewohnerferne Tätigkeiten eingesetzt werden. Botengänge und Hol-/Bringdienste im Rahmen der Wäscheversorgung gehören nicht in den Verantwortungsbereich der Mitarbeiter, die für die Versorgung auf den Wohnbereichen zuständig sind. Etwas überspitzt formuliert: Umfangreiche Wegezeiten im Rahmen der Pflege oder sozialen Betreuung können Ausdruck für ungelöste Organisationsprobleme sein, die als Faktor bei der Personalbemessung nicht zu berücksichtigen sind.

Aufgrund der geringen Bedeutung von Wegezeiten, die außerhalb von unmittelbar oder mittelbar bewohnerbezogenen Tätigkeiten anfallen, werden sie in der vorliegenden Arbeit nicht als standardisierter Baustein der Personalbemessung berücksichtigt. Es gibt Einrichtungen mit baulichen Charakteristika, die zu Wegezeiten führen, welche im Vergleich zu anderen Einrichtungen überdurchschnittlich hoch sind. Es handelt sich aber, so die Einschätzung der befragten Experten, doch wohl um Ausnahmesituationen, für die eher die Einzelfalllösung als Mittel der Wahl bei der Festlegung des Personalbedarfs in Betracht zu ziehen ist. Es gibt zwar bauliche Strukturen wie z.B. Pavillon-Systeme in großen Einrichtungen, doch müssen die Wegezeiten der Mitarbeiter hier nicht zwangsläufig größer sein als in anderen Einrichtungen, nämlich dann nicht, wenn die einzelnen Versorgungseinheiten so organisiert sind, dass Wege in andere Teile der Einrichtung nicht oder nur selten erforderlich sind. Bauliche Strukturen können also nicht losgelöst von organisatorischen Aspekten betrachtet werden, weshalb es nicht zielführend wäre, Standardisierungen etwa anhand baulicher Merkmale vorzunehmen. Abgesehen von der Frage nach der Relevanz fehlen auch schlicht Kriterien, mit denen eine Verknüpfung von Zeitwerten und Einrichtungsmerkmalen erfolgen könnte.

Viele andere organisatorische Merkmale von Einrichtungen beeinflussen die zeitliche Struktur der geleisteten Versorgung. Dazu zählen neben der Größe und Gliederung der Wohnbereiche unter anderem:

- „Pflegesystem/Pflegeorganisationsform
- Aufgabenspektrum von Pflege in Abgrenzung zu den anderen Leistungsbereichen im Heim (vor allem Hauswirtschaft, technischer Dienst, Verwaltung)
- Aufgabenspektrum von Pflegenden in Abgrenzung zu Pflegeleitungskräften (insbesondere Pflegedienstleitung und Wohnbereichsleitungen)
- Stand der Qualitätsentwicklung insgesamt
- Qualität des Kommunikations- und Besprechungssystems
- Ausbildungsstand und Befähigung der Pflegenden
- Arbeitsbelastung/Zufriedenheit der Pflegenden“ (BMFSFJ 2006: 106).

Dies ist nur ein Teil der relevanten Größen. Abgesehen vom letzten Punkt handelt es sich durchweg um Merkmale, die sich im Rahmen von Organisationsentwicklungsprozessen prinzipiell von der Einrichtung gestalten lassen. Sie in ein Personalbemessungssystem einzuführen wäre zweckwidrig. Streng genommen gehört die Länge der Wege ebenfalls in diese Kategorie, weil deren Auswirkung davon abhängt, wie die Einrichtung auf organisatorischer Ebene damit umgeht.

Im Zusammenhang mit dem vorliegenden Ansatz zur Definition von Bausteinen eines Personalbemessungssystems wird also davon abgesehen, Kennzahlen oder pauschale Werte für die gesonderte Berücksichtigung von Wegezeiten einzubinden. Es wird vielmehr davon ausgegangen, dass an diesem Punkt bei Bedarf eine Einzelfallbetrachtung im Rahmen von Vergütungsverhandlungen erfolgen sollte.

7.3 Konzeptionelle Besonderheiten

Konzeptionelle Besonderheiten entziehen sich ebenfalls einer pauschalen Bewertung durch Bedarfskennzahlen. Zu den wichtigsten gehört das Hausgemeinschaftskonzept, das in der Umsetzung häufig eine von der üblichen Struktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen abweichende Personalbesetzung aufweist. Hausgemeinschaftskonzepte weisen eine überschaubare Gruppengröße auf (z.B. 8 bis 10 Bewohner) und setzen auf eine verstärkte Einbeziehung von Mitarbeitern mit hauswirtschaftlicher Qualifikation. Je nach Ausprägung und je nach individuellem Bedarf der Bewohner kann es zu einer unterdurchschnittlichen Besetzung durch Mitarbeiter mit pflegerischer Qualifikation kommen.

Wie sich die Personalstruktur einer Einrichtung, die nach dem Hausgemeinschaftskonzept arbeitet, im Gesamtbild darstellt, kann allerdings höchst unterschiedlich sein. Vieles hängt dabei von der konkreten Dienstorganisation ab, etwa von der Organisation des gruppenübergreifenden Dienstes, des Nachdienstes, der Einbindung von Bereitschaftsdiensten, der Zentralisierung von Leitungsaufgaben etc. Auch im Blick auf fachliche Spezialisierungen gibt es zwischen den Einrichtungen zum Teil erhebliche Abweichungen. Besondere fachliche

Angebote und die Organisationsform des Hausgemeinschaftskonzepts schließen sich nicht aus.

Diese Vielfalt erschwert es, unabhängig von den konkreten Organisationsformen Kriterien für den Personalbedarf festzulegen. Dies war einer der Gründe, weshalb die befragten Experten darauf hinwiesen, dass Personalbemessungssysteme genügend Spielraum lassen müssten, um individuelle Lösungen für Einrichtungen mit einem Hausgemeinschaftskonzept zu ermöglichen.

Eine der projektbeteiligten Einrichtungen arbeitet auf der Grundlage eines Hausgemeinschaftskonzepts. Sie verfügt über rund 70 Plätze, die sich auf sechs Wohnbereiche verteilen. Die Versorgung demenzkranker Bewohner findet sowohl segregativ als auch integrativ statt. Das Haus verfügt ungeachtet des Hausgemeinschaftskonzepts über ein spezielles Angebot für Palliativpflege und Schmerzbehandlung. Die Personalstruktur lässt sich nicht mit anderen Einrichtungen vergleichen und ist (typischerweise) durch eine Durchdringung von pflegerischem, hauswirtschaftlichen und übergreifendem Dienst gekennzeichnet. Für diese Einrichtung lassen sich auch nicht die mit dem Basismodell zur Bedarfsklassifikation definierten Orientierungswerte für den Personalbedarf anwenden.

Es gibt Einrichtungen mit anderen konzeptionellen Besonderheiten, bei denen durch die Bedarfslagen der Bewohner ein Personalbedarf gegeben ist, der sich nicht mit den Kennzahlen für eine Durchschnittsversorgung abbilden lässt. Ein Beispiel, das keiner näheren Erläuterung bedarf, ist die Versorgung von Wachkomapatienten. Daneben gibt es jedoch mehrere andere Personengruppen, für die besondere Versorgungskonzepte angezeigt sein könnten. Dazu gehören unter anderem:

- beatmungspflichtige Pflegebedürftige mit schweren Erkrankungen
- Pflegebedürftige mit schweren psychischen Erkrankungen
- Pflegebedürftige mit schweren körperlichen Erkrankungen im jüngeren Alter
- Pflegebedürftige mit multipler Sklerose im fortgeschrittenen Stadium.

Für diese Personengruppen sind zum Teil besondere Angebote der psychosozialen Unterstützung und psychiatrischen Pflege oder einer technikintensiven Pflege wichtig. Einrichtungen mit einer entsprechenden Spezialisierung benötigen andere Strukturen als die „klassische“ Altenpflegeeinrichtung, die zunehmend durch die Problem- und Bedarfslagen von Pflegebedürftigen mit demenzieller Erkrankung geprägt sind. Diese Personengruppe kann heute nicht mehr als „besondere“ Gruppe gelten, die eines besonderen Konzeptes bedarf. Sie bildet inzwischen vielmehr die Mehrheit der Bewohner, so dass die „besonderen“ Konzepte für Demenzkranke fast in jeder Einrichtung vorgehalten werden müssen bzw. sollten.

Für die genannten und ggf. weitere Personengruppen müssen Anforderungen an die Personalausstattung im Einzelfall geprüft werden. Die Orientierungswerte des in Kapitel 5 vorgestellten Basismodells können dabei sicherlich als Bezugsgröße verwendet werden, mit der sich Abweichungen des Personalbedarfs identifizieren lassen, die einer konzeptionellen Untermauerung bedürfen.

Konzeptionelle Besonderheiten, die mit einem veränderten Personalbedarf einhergehen, kann es jedoch auch in „klassischen“ vollstationären Einrichtungen geben. Dies gilt insbesondere für die Versorgung in der Nacht und in den späten Abendstunden.

Für diesen Aufgabenbereich sieht das Referenzkonzept keine besonderen Personalkennzahlen vor, sondern eine einrichtungsindividuelle Bedarfsermittlung (Rahmenkonzept „Nächtliche Versorgung“, Korte-Pötters et al. 2007). Ausgangspunkt ist eine regelmäßige Überprüfung der Bedarfssituation der Bewohner und ggf. eine Angleichung des Versorgungskonzepts. Hier wird also vorausgesetzt, dass eine differenzierte, am Bedarf der Bewohner orientierte Konzeption für die nächtliche/abendliche Versorgung existiert. Diese Konzeption sollte in zusammenfassender, übersichtlicher Form darstellen, welche Leistungen in der Zeit zwischen Ende des regulären Spätdienstes und Beginn des nächsten Frühdienstes erbracht bzw. welche Angebote in dieser Zeit vorgehalten werden. Dazu gehört auch eine Darstellung, wie die Versorgung während dieser Zeit organisiert ist (Dienstplangestaltung, Personaleinsatz). Was diese Darstellung beinhaltet, ist im Referenzkonzept exemplarisch beschrieben:

- regelmäßig zu erbringende, in der individuellen Pflegeplanung vorgesehene Maßnahmen (z. B. Lagerungen, Inkontinenzversorgung, Spätmahlzeiten etc.)
- individuelle Unterstützung für Bewohner mit Durchschlafschwierigkeiten, motorischer Unruhe oder anderen Problemlagen und Bedürfnissen, die zu einem nächtlichen Bedarf führen (Unterstützungsleistungen, die nicht planbar sind, die bei den betreffenden Bewohnern jedoch häufiger erbracht werden müssen)
- organisierte zentrale oder wohnbereichsspezifische Angebote in den Abendstunden (z.B. „Nachtcafé“)
- nächtliche Kontrollgänge
- Zwischendienste oder andere Formen der Flexibilisierung der Dienstzeiten, die eine individuelle Unterstützung in den Abend- und Nachtstunden ermöglichen
- Dienstplanung und Personaleinsatz in den Abend- und Nachtstunden.

Auch der Umfang des abendlichen/nächtlichen Versorgungsangebotes sollte deutlich werden. Dies betrifft zunächst abgrenzbare Gruppenangebote, bei denen der Personaleinsatz konkret beschrieben werden kann. Bei individuellen Maßnahmen ist an eine zusammenfassende Übersicht gedacht, die erkennen lässt, wie viele Bewohner regelmäßig in der Nacht versorgt werden müssen und welche Maßnahmen dabei im Vordergrund stehen.

Das Referenzkonzept sieht ferner vor, dass die Einrichtung mindestens einmal jährlich überprüft und dokumentiert, inwieweit ihr Versorgungsangebot am Abend und in der Nacht dem Bedarf der Bewohner entspricht. Diese regelmäßige Bedarfsanalyse gilt als Voraussetzung, um das Angebot den Bewohnerbedürfnissen bzw. -wünschen anpassen zu können. Gedacht ist an eine Auswertung der Pflegedokumentation bzw. der darin enthaltenen Beschreibung von Pflegeproblemen und Bedürfnissen der Bewohner. Sollte die Dokumentationsqualität für diesen Zweck nicht ausreichen, sind ergänzende Informationserfassungen durch direkte Befragung der Bezugspflegerinnen erforderlich, etwa bei Pflegevisiten oder Fallbesprechungen, ggf. auch unter Einbeziehung der Mitarbeiter aus dem Nachtdienst. Bei der Bedarfsermittlung sollen u.a. folgende Fragen berücksichtigt werden:

- Welche bzw. wie viele Bewohner benötigen oder wünschen ein regelmäßiges Angebot an Gruppenaktivitäten nach dem Abendessen?
- Wie groß ist die Anzahl der Bewohner mit kognitiven Einbußen bzw. psychischen Problemlagen, die regelmäßig Einschlafschwierigkeiten, Ängstlichkeit, eine Wandlungstendenz oder andere Formen gesteigerter Aktivität aufweisen?
- Wie groß ist die Anzahl der Bewohner mit Durchschlafschwierigkeiten, die in der Zeit nach Mitternacht und deutlich vor Beginn des Frühdienstes aufwachen und Ängstlichkeit, eine Wandlungstendenz oder andere Formen gesteigerter Aktivität aufweisen?

Das Ergebnis der Bedarfsermittlung sollte als zusammenfassende Einschätzung des abendlichen und nächtlichen Versorgungsbedarfs der Bewohner dokumentiert werden. Zeigt sich eine Diskrepanz zwischen Bedarf und aktuellem Versorgungsangebot, so soll eine entsprechende Anpassung der Versorgung angestrebt werden. Kann diese Anpassung nicht durch eine Veränderung der Dienstplanung bzw. durch die Umschichtung von Personalressourcen umgesetzt werden (was in geeigneter Form nachzuweisen wäre), so ist von einem nicht gedeckten Personalbedarf auszugehen. Art und Umfang dieses Bedarfs wären dann in einem weiteren Schritt durch eine entsprechende Konzeptbeschreibung zu konkretisieren.

Dieser Weg der einrichtungsindividuellen Bedarfsermittlung bietet größere Chancen auf die Ermittlung passgenauer Bedarfsgrößen als allgemeine Kennzahlen, die beispielsweise eine bestimmte Betreuungsrelation für den Nachtdienst festlegen. Solche starren Kennzahlen stehen nicht immer im Einklang mit dem Ziel, so weit wie möglich Normalisierung zu den späten Zeiten des Tages im Alltagsleben zu erreichen. Das beschriebene Vorgehen stellt allerdings an die Einrichtungen erhöhte Anforderungen (Bedarfsanalyse und nachvollziehbare, fachlich begründete Konzeptanpassung).

Entsprechend der Ausrichtung des Referenzkonzepts wird also empfohlen, den Personalbedarf im Zusammenhang mit der abendlichen und nächtlichen Versorgung einrichtungsindividuell, d.h. gestützt auf eine Bedarfseinschätzung und ein Versorgungskonzept, vorzunehmen.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass es noch andere Konzepte oder konzeptionelle Neuerungen gibt (und immer wieder geben wird), die sich einer pauschalen Personalbemessung entziehen. Dazu gehört u.a. die so genannte Pflegeoase, die eine Mischung aus besonderer Wohnform und besonderem Betreuungskonzept darstellt. Der Personalbedarf lässt sich auch hier nur in Form einer Einzelfallbetrachtung ermitteln, denn Konzepte für Pflegeoasen können sehr unterschiedliche Schwerpunkte aufweisen. Manche von ihnen gleichen eher einem besonderen Konzept der Tagesbetreuung für Demenzkranke mit erheblichen Mobilitätseinbußen, andere setzen einen palliativpflegerischen Schwerpunkt (Rutenkröger/Kuhn 2008) – jeweils mit anderen Konsequenzen für den Personalbedarf.

8. Ergebnisse der praktischen Erprobung

Mit der praktischen Erprobung der Bedarfsklassifikation sollte am Beispiel von insgesamt sechs Einrichtungen überprüft werden, ob die Klassifikation als praktikabel angesehen werden kann. Ein weiteres Ziel bestand darin, einige vorsichtige Einschätzungen dazu zu gewinnen, zu welchen möglichen Konsequenzen für die Personalbemessung die Anwendung des Systems führt.

Hierbei muss betont werden, dass die sechs einbezogenen Einrichtungen keinesfalls ein repräsentatives Abbild der vollstationären pflegerischen Versorgung bieten. Hierzu hätte eine größere Zahl Einrichtungen einbezogen werden müssen. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass die sechs Einrichtungen tendenziell eine „Positivauswahl“ darstellen²⁷. Drei von ihnen waren bereits am Vorläuferprojekt „Referenzmodelle“ beteiligt und haben dadurch bereits einen wichtigen Qualitätsentwicklungsprozess vollzogen. Eine weitere Einrichtung war damals zwar nicht einbezogen, hat jedoch auf Eigeninitiative des Trägers das Referenzkonzept aufgegriffen. Doch auch die beiden übrigen Häuser können, wie die Erfahrungen im Verlauf des Projektes zeigten, als Einrichtungen mit eher überdurchschnittlicher Qualität gelten.

Praktische Erprobung heißt im vorliegenden Projekt, dass Daten erhoben wurden, mit denen eine Bedarfsklassifikation und eine entsprechende Einschätzung von möglichen Effekten auf die Personalsituation möglich waren. Es fanden also lediglich Berechnungen statt, Auswirkungen auf die tatsächliche Personalsituation in den Einrichtungen hatte das Projekt nicht. Unter organisatorischen und erhebungstechnischen Gesichtspunkten umfasste die Erprobung vier Teilerhebungen:

- die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit der Bewohner der sechs Einrichtungen mit dem NBA,
- die Durchführung einer Zweiteinschätzung bei einem Teil der Bewohner zur Testung der Interraterreliabilität,
- die Erfassung wesentlicher Qualitätsmerkmale aus dem von den Referenzkonzepten abgedeckten Arbeitsfeldern und
- die Erhebung wichtiger Strukturdaten der Einrichtungen.

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der Testung der Interraterreliabilität vorgestellt, um dann die Frage nach möglichen Effekten auf die Personalausstattung aufzugreifen und eine Einschätzung von Qualitätsaspekten nach den Anforderungen des Referenzkonzepts vorzunehmen.

Zur Wahrung der Anonymität werden die Einrichtungen im vorliegenden Bereich, wie das zum Teil bereits der Fall war, mit den Buchstaben A bis F bezeichnet.

²⁷ Die Einrichtungen wurden vor allem anhand der Frage ausgewählt, ob sie über eine ausreichende Zahl qualifizierter Mitarbeiter verfügen, die Erfahrungen mit der Verwendung standardisierter Assessmentinstrumente haben und mit dem Erhebungsinstrumentarium sachgerecht umgehen können. Die Mitarbeiter mussten außerdem in der Lage sein, im Rahmen der vorgegebenen Zeitplanung an Schulungen teilzunehmen und die Datenerfassungen durchzuführen. Je nach Einrichtungsgröße wurden zwei bis vier Mitarbeiter beteiligt. Bei Einrichtungen mit Überprüfung der Urteilerübereinstimmung lagen die Zahlen entsprechend höher.

8.1 Testung der Urteilerübereinstimmung

Im Rahmen der Erprobung der Bedarfsklassifikation wurde auch die Interraterreliabilität bei der Nutzung des NBA geprüft. Dieser Prüfung lagen mehrere Überlegungen zugrunde. Erstens liegen bislang recht wenige Erfahrungen zur Nutzung des NBA vor. Abgesehen von der ersten bundesweiten Praxiserprobung (Windeler et al. 2008) gibt es noch keine weiteren Studien zur methodischen Güte des Instruments. Zweitens wurde das NBA bei der Durchführung des Projekts „Grundlagen der Personalbemessung“ unter ganz anderen Rahmenbedingungen eingesetzt, was eine Prüfung der Reliabilität grundsätzlich angezeigt erschienen ließ. Drittens sollte sichergestellt werden, dass die zur Fallgruppenbildung verwendeten Daten nicht im größeren Ausmaß Fehler aufwiesen. Und schließlich ist es im Falle eines Erhebungsinstruments zur Bedarfseinschätzung besonders wichtig, dass die Anwendung durch unterschiedliche Personen mit gleichem Wissenstand bei demselben Bewohner zu annähernd gleichen Ergebnissen führt. Ist dieses Kriterium erfüllt, kann davon ausgegangen werden, dass der Spielraum für subjektive Interpretationen gering ist. Unter diesen Voraussetzungen spricht man von hoher Urteilerübereinstimmung oder Interraterreliabilität. Sie bildet die Stabilität und Konsistenz eines Merkmals ab, das von unterschiedlichen Personen eingeschätzt wird. Sie gibt also an, wie groß oder wie gering die Unterschiede zwischen den Urteilen verschiedener Rater sind.

Die Testung der Urteilerübereinstimmung fand gegen Ende der Erhebungen in drei der projektbeteiligten Einrichtungen statt. Es mag diesem Umstand geschuldet sein, dass bei der Durchführung der Erhebungen zwei Probleme auftraten. In einer der drei Einrichtungen wurde, wie die Einrichtung direkt zum Abschluss der Datenerfassungen einräumte, die Erhebung nicht nach den methodischen Vorgaben durchgeführt. Auch anhand der Erhebungsbögen aus dieser Einrichtung ist dies erkennbar. Vor diesem Hintergrund wurden die betreffenden Fälle ($n=40$) aus der Auswertung ausgeschlossen. In einer anderen Einrichtung kam es zu einer organisatorischen Panne, weil irrtümlich Bewohner aus einem Sonderwohnbereich einbezogen wurden, dessen Beteiligung weder geplant noch durch entsprechende Einführungen in das Instrument vorbereitet war. Somit verblieben statt der rund 120 Bewohner, bei denen eine Prüfung der Urteilerübereinstimmung vorgesehen war, letztlich nur 59 Bewohner, bei denen die Erhebungen so durchgeführt werden konnten wie von der Projektplanung vorgesehen.

Eine weit verbreitete Maßzahl für die Bestimmung der Interraterreliabilität ist Cohen's Kappa²⁸. Der Kappa-Koeffizient wurde auch im vorliegenden Projekt herangezogen. Er bewegt sich zwischen dem Wert 0 „fehlende Übereinstimmung“ und dem Wert 1 „perfekte Übereinstimmung“. Für die Interpretation der Kappawerte gelten folgende Faustregeln:

- Ein Wert über 0.75 gilt als Nachweis für eine sehr gute Übereinstimmung.
- Werte zwischen 0.6 und 0.75 werden als gute Übereinstimmung interpretiert.
- Bei einem Wert zwischen 0.4 und 0.6 wird noch von einer akzeptablen Übereinstimmung gesprochen.

²⁸ Die einfachste Methode für die Prüfung der Interraterreliabilität ist die Berechnung der prozentualen Übereinstimmung. Hierbei ist allerdings nicht ausgeschlossen, dass die Übereinstimmung bis zu einem bestimmten Grad zufällig zustande kommt. Daher ist es im Rahmen wissenschaftlicher Studien üblich, bestimmte statistische Maßzahlen zu verwenden.

Im Folgenden wird die Urteilerübereinstimmung anhand von Cohen's Kappa sowohl für das Gesamtergebnis der Einschätzung (Bedarfsgrad) als auch für die Ergebnisse der einzelnen Module dargestellt.

Interraterreliabilität beim Einsatz des NBA (n=59)

NBA-Modul	Kappa-Koeffizient
1. Mobilität	0.766
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	0.751
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	0.618
4. Selbstversorgung	0.807
5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen...	0.662
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	0.668
Bedarfsgrad	0.795

Diese Werte können als recht gute Ergebnisse interpretiert werden. In drei der sechs Module des NBA konnte eine „sehr gute Übereinstimmung“ erreicht werden, wenn zum Teil auch nur knapp. In den übrigen drei Modulen ist immerhin noch ein „gute Übereinstimmung“ zu erkennen. Es ist nicht ganz unerwartet, dass die beste Übereinstimmung in dem für die Praxis geläufigen Bereich „Selbstversorgung“ (der enge Bezüge zu den Alltagsverrichtungen des SGB XI aufweist) besteht, gefolgt von der Selbständigkeit bei der Mobilität. Umgekehrt entspricht es dem Erfahrungshintergrund in der Praxis, wenn die Bewertung im Bereich 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ weniger gut ausfällt.

Besonders wichtig ist die Übereinstimmung der Fallgruppenzuordnung, die auf der Basis der Einschätzungsergebnisse vorgenommen wird. Für das Basismodell ergab sich ein Kappawert von 0795. Damit bewegen sich die Ergebnisse für die Fallgruppenzuordnung statistisch gesehen im Bereich der sehr guten Übereinstimmung.

Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass die relativ größten Unsicherheiten offenbar bei der Einschätzung von Bewohnern mit geringem Unterstützungsbedarf bestehen. Die Übereinstimmung bei den Bedarfsgraden 2 bis 5 liegt deutlich höher als beim Bedarfsgrad 1. Bedauerlicherweise sind die Fallzahlen allerdings zu klein, um diesen Eindruck statistisch untermauern zu können.

Im Gesamtergebnis lässt sich festhalten, dass die Anwendung des Einschätzungsinstrumentes und die darauf beruhende Fallgruppenzuordnung im Basismodell eine gute bis sehr gute Urteilerübereinstimmung erwarten lässt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Testung des Verfahrens nicht unter optimalen Bedingungen stattfand. Der für die Schulungen verfügbare Zeitumfang war knapp bemessen. Außerdem war nicht in allen Einrichtungen eine gleichmäßige Motivation der Mitarbeiter zur Durchführung der für die Prüfung der Urteilerübereinstimmung notwendigen zweiten Erhebung gegeben – was vermutlich dazu beigetragen hat, dass die Einschätzung in einer der drei Einrichtungen nicht mit der notwendigen

Sorgfalt durchgeführt wurde. Das überzeugende statistische Ergebnis wird durch diese Umstände etwas geschmälert.

8.2 Mögliche Konsequenzen für die Personalausstattung

Mit dem Basismodell zur Bedarfsklassifikation auf der Grundlage des NBA stehen die wichtigsten Größen zur Verfügung, die für die Ermittlung des Personalbedarfs in vollstationären Pflegeeinrichtungen benötigt werden. Einige weitere wichtige Kennzahlen, Faktoren und Berechnungsgrundsätze unterscheiden sich allerdings je nach Bundesland.

Das gilt unter anderem für die „Jahresarbeitszeit einer Normalarbeitskraft“, die in jedem Bundesland einen anderen Wert hat. Für die folgenden Berechnungen wird ein Umfang von 1.578 Arbeitsstunden pro Jahr zugrunde gelegt. Das bedeutet rein rechnerisch, dass eine Vollzeitkraft im Jahresdurchschnitt täglich (an 365 Tagen pro Jahr) 260 Minuten bzw. 4,33 Stunden präsent ist.

Dieser Wert ist wichtig, weil er benötigt wird, um je Bedarfsgrad einen Personalrichtwert zu berechnen. Dieser ergibt sich aus der Frage, wie viele Bewohner eines bestimmten Bedarfsgrades im Tagesdurchschnitt mit diesen Ressourcen versorgt werden können. Als weitere Information ist der durchschnittlich zu veranschlagende Zeitaufwand je Bedarfsgrad zu berücksichtigen. Er wird folgendermaßen berechnet:

- Zeitumfang der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen im Bedarfsgrad (Kapitel 5.2)
- abzüglich des Anteils der Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die nicht dem Stammpersonal zugerechnet werden können²⁹
- zuzüglich 50% des Zeitumfangs zur Abdeckung der mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen.

Mit dieser Berechnung ergeben sich folgende Betreuungsrelationen:

Betreuungsrelation je Bedarfsgrad nach den Maßgaben des Basismodells

Bedarfsgrad	n.p.*	1	2	3	4	5
Bewohner je Vollzeitkraft	10,3	5,8	3,5	2,3	1,7	1,5

*nicht pflegebedürftig

Stellt man die Betreuungsrelation als Korridor in einem Bereich von 10% über und unter dem angegebenen Wert dar, ergeben sich folgende Zahlen:

²⁹ Analog zu den Ergebnissen der NRW-Studie wird an dieser Stelle zum Zweck der Modellrechnungen ein Anteil von 10% in Anschlag gebracht.

**Betreuungsrelation je Bedarfsgrad nach den Maßgaben des Basismodells
(dargestellt als Korridor im Bereich von $\pm 10\%$)**

Bedarfsgrad	n.p.*	1	2	3	4	5
Bewohner je Vollzeitkraft – Min	11,3	6,4	3,8	2,6	1,9	1,6
Bewohner je Vollzeitkraft – Max	9,3	5,2	3,1	2,1	1,6	1,3

*nicht pflegebedürftig

Diese Variante soll aber, um die Berechnungen nicht unnötig kompliziert zu machen, bei der weiteren Darstellung außer Betracht bleiben.

Mit der Betreuungsrelation, die dem jeweiligen Bedarfsgrad zugeordnet ist, lässt sich darstellen, welche Veränderungen für die Personalausstattung der projektbeteiligten Einrichtungen zu erwarten wären, würde man diese Betreuungsrelationen zum Zweck der Personalbemessung anwenden. Diese Berechnung ist für eine der sechs Einrichtungen allerdings nicht möglich. Es handelt sich um eine Einrichtung, die nach dem Hausgemeinschaftskonzept arbeitet und daher eine untypische Personalstruktur aufweist, die auf diese Art und Weise nicht in die Kalkulation einbezogen werden kann. Zwar lässt sich der Bedarf der Bewohner darstellen, es ist aber nicht möglich, aus etwaigen Veränderungen des Zeitaufwands Veränderungen der Personalausstattung oder Betreuungsrelation abzuleiten. Denn da das hauswirtschaftliche Personal, das in anderen Einrichtungen bei der Berechnung einer Betreuungsrelation gar nicht berücksichtigt wird, in der Betreuung tätig ist, lässt sich die übliche Berechnung einer Betreuungsrelation gar nicht durchführen. Für die Einrichtungen B – F hingegen stellt sich das Ergebnis folgendermaßen dar:

**Mögliche Veränderung der Personalsituation nach Anwendung
des Basismodells zur Bedarfsklassifikation**

Einrichtung	B	C	D	E	F
Betreuungsrelation „alt“	2,9	2,6	2,3	2,1	2,3
Betreuungsrelation „neu“	2,2	2,0	2,1	2,3	2,2

Wie ersichtlich, ergeben sich je nach Ausgangssituation der Einrichtungen unterschiedliche Konsequenzen. Einrichtung B hat von allen beteiligten Häusern mit der derzeitigen Betreuungsrelation von 1 Mitarbeiter : 2,9 Bewohnern den niedrigsten Personalschlüssel, also gewissermaßen die „schlechteste“ Personalausstattung. Mit der neuen Bedarfsklassifikation ergäbe sich für diese Einrichtung eine völlig andere Situation bzw. eine Betreuungsrelation von 1 : 2,2. Ähnliches gilt für Einrichtung C, die ebenfalls eine deutliche Steigerung der Personalressourcen erleben würde. Bei den anderen Einrichtungen fallen die Veränderungen weniger ins Gewicht. Die Relation der Häuser D und F verbessert sich geringfügig von jeweils 1 : 2,3 auf 1 : 2,2 oder 1 : 2,1. Einrichtung E würde sich sogar leicht verschlechtern.

Diese unterschiedlichen Effekte sind weniger dem Basismodell als der unterschiedlichen Ausgangssituation der Einrichtungen geschuldet. Um diese Strukturen zu verdeutlichen, präsentiert die folgende Tabelle einige vergleichende Daten. Darunter findet sich auch ein „Index Pflegestufe“, der den Mittelwert der Pflegestufen der Bewohner der jeweiligen Einrich-

tung darstellt. Methodisch betrachtet ist es nicht möglich, einen Mittelwert aus den Pflegestufen zu errechnen. Diese methodisch fragwürdige Berechnung soll zur Verdeutlichung von Unterschieden zwischen den Einrichtungen an dieser Stelle ausnahmsweise durchgeführt werden. Außerdem wird die Höhe des Pflegesatzes bei Bewohnern mit der Pflegestufe II ausgewiesen. Schließlich enthält die Tabelle auch eine Information über den jeweiligen Anteil der Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen.

Charakteristika der fünf projektbeteiligten Einrichtungen

Einrichtung	B	C	D	E	F
Betreuungsrelation „alt“	2,9	2,6	2,3	2,1	2,3
Betreuungsrelation „neu“	2,2	2,0	2,1	2,3	2,2
Pflegesatz Pflegestufe II (Euro)	57	60	66	71	67
„Index Pflegestufe“	1,67	1,77	2,01	1,81	1,87
Mind. erh. kognitive Einbußen (%)	62,9	66,3	73,3	63,8	66,6

Einrichtungen B und C sind erwartungsgemäß diejenigen Häuser, die die niedrigsten Pflegesätze aufweisen. Von der Schwere der Pflegebedürftigkeit her sind keine sehr großen Unterschiede zwischen den Einrichtungen feststellbar. Dies ist zur Beurteilung der Ergebnisse für Einrichtung E wichtig; die dortigen Bewohner weisen offensichtlich keine stärkeren Beeinträchtigungen auf als die Bewohner in den anderen Einrichtungen. Auch im Hinblick auf die kognitiven Einbußen fällt die dortige Bewohnerstruktur nicht aus dem Rahmen. Insofern sind die Ergebnisse plausibel.

Neben dem Basismodell sei noch einmal ein Zwischenergebnis aus der Darstellung des Fallgruppenmodells 4 angeführt, das für gezielte Maßnahmen der Ressourcenförderung einen Mehrbedarf an Personal ausweist.

Anwendung des Fallgruppenmodells 4: Umrechnung des zusätzlichen Leistungsaufwands zur Ressourcenförderung

	Einrichtung			
	C	D	E	F
Bewohner insgesamt	101	105	58	78
Anzahl der Bewohner mit Verbesserungspotenzial	25	16	7	9
Zusätzlicher Aufwand Ressourcenförderung (10 Min. je Bew./Tag)	250	160	70	90
Umgerechnet in Vollzeitstellen*	0,96	0,62	0,27	0,35

*Auf der Grundlage einer Nettoarbeitszeit von 1.578 Stunden pro Jahr

Auch bei dieser Variante des Fallgruppenmodells würde vor allem die Einrichtung C profitieren, während Einrichtung E mit dem im Vergleich besten Personalschlüssel nur einen sehr moderaten Zuwachs erhalten würde.

Im Hinblick auf die Qualifikationsstruktur ergibt sich unter Berücksichtigung der Gruppendifferenzierung unter den Fachkräften und unter Annahme einer Fachkraftquote von 50% folgendes Ergebnis³⁰:

**Personalbedarf der fünf projektbeteiligten Einrichtungen nach Qualifikation
(Vollzeitäquivalente)**

Einrichtung	B	C	D	E	F
ZPFK	16,5	12,6	13,1	7,3	9,8
Sonstige Fachkräfte	13,3	12,4	11,8	5,4	7,9
Betreuungskräfte nach §87b SGB XI	3,3	2,7	3,1	1,5	2,1
Sonstige Mitarbeiter in Pflege/Betreuung	26,5	22,3	21,8	11,2	15,6
Anzahl Bewohner	132	101	105	58	78

Diese Zahlen allein ermöglichen wenig inhaltliche Interpretation. Sie illustrieren aber die Anwendbarkeit der im Projekt entwickelten Berechnungsmethoden und die Größenordnungen, in denen sich die Ergebnisse bewegen. Sie dokumentieren auch, dass die Anwendung der Berechnungsmethoden nicht zu völlig anderen Strukturen führt, die in der Praxis keinen Raum finden, und verdeutlichen, dass es – wie nicht anders zu erwarten – unter den Einrichtungen Gewinner und Verlierer geben würde. Auf der Seite der Gewinner wären vor allem die Einrichtungen mit niedrigen Pflegesätzen und geringer Personalausstattung. Personalbemessungssysteme führen bei konsequenter Anwendung generell – unabhängig von der Methode – zu einer gewissen Angleichung der Bedingungen für die Versorgung. Unter Wettbewerbsgesichtspunkten ist diese Angleichung und der Vorteil auf der Ebene der Personalausstattung jedoch vermutlich nicht für alle Einrichtungen eine attraktive Aussicht – vor allem nicht für jene, die auf dem Markt unter starkem Konkurrenzdruck stehen.

Aus diesen und anderen Gründen, die bereits in Kapitel 5.2 angesprochen wurden, ist es ratsam, in einer Übergangsphase variabel mit den Relativgewichten der Bedarfsgrade umzugehen bzw. die entsprechenden Werte als Äquivalenzziffern zu verwenden. Diese lauten wie folgt:

Relativgewichte zur einrichtungsindividuellen Ermittlung von Personalrichtwerten

	Adjustierte Zeitwerte (Relativ-Werte)
Kein BG	34
BG 1	60
BG 2	100
BG 3	147
BG 4	198
BG 5	232

³⁰ Die Fachkraftquote ist ebenfalls ein Faktor, der im Rechenmodell ggf. der länderspezifischen Anpassung bedarf.

Mit diesen Zahlen könnten in einem ersten Schritt einrichtungsindividuelle Personalrichtwerte ermittelt werden, die den aktuellen Personalbestand abbilden, um hiervon ausgehend bei Bedarf eine Anpassung an landesweite Richtwerte vorzunehmen. Die dazu erforderlichen Berechnungen sind verhältnismäßig einfach³¹.

Kalkulation einrichtungsindividueller Richtwerte für eine konservative Personalbemessung (Ergebnis = unveränderter Personalbestand)

Einrichtung	B	C	D	E	F	UW*
Kein BG	12,4	12,0	10,4	8,7	9,8	9,3
BG 1	6,9	6,8	5,8	4,9	5,5	5,2
BG 2	4,1	4,0	3,5	2,9	3,3	3,1
BG 3	2,8	2,7	2,4	2,0	2,2	2,1
BG 4	2,1	2,0	1,8	1,5	1,7	1,6
BG 5	1,8	1,7	1,5	1,3	1,4	1,3

*Ursprüngliche Werte

Eine solche Lösung ist für den Übergang zu einem System der Personalbemessung, das auf einer neuen, empirisch hergeleiteten Grundlage beruht, eine wichtige Option. Sie ermöglicht einen allmählichen Übergang, mit dem Erfahrungen gesammelt werden können, bevor eventuell weitergehende Entwicklungen (Differenzierung von Fallgruppen nach dem Bedarf an aktivierenden Maßnahmen oder Verknüpfung von Personalzuwächsen mit Qualitätsanforderungen) angegangen werden.

8.3 Überprüfung des Stands der Qualitätsentwicklung

Wie soeben ausgeführt, lässt sich die vorgestellte Berechnungsmethode individuell anpassen, so dass auf Wunsch der Vertragspartner auch individuelle kostenneutrale Lösungen bei der Festlegung von Pflegesätzen möglich sind. Verwendet man die ursprünglichen Zeitwerte, so kommt es in einem Teil der Einrichtungen (vermutlich der Mehrheit) zu Personalzuwächsen. Die Grundidee bei der Entwicklung von Methoden für die Personalbemessung auf der Basis der Referenzkonzepte bestand darin, dass eine bessere Personalausstattung an die Bedingung geknüpft werden könnte, bestimmte Qualitätsanforderungen zu berücksichtigen und umzusetzen. Das Projekt Referenzmodelle war ein Qualitätsentwicklungsprojekt, und die Bedarfsklassifikation sollte nicht losgelöst vom Ziel der Sicherung und Weiterentwicklung von Qualität gesehen werden.

Deshalb war es von Interesse, zu überprüfen, inwieweit die projektbeteiligten Einrichtungen den Qualitätsanforderungen des Referenzkonzepts genügen und ob es in diesem Punkt Unterschiede zwischen den (ehemaligen) Referenzeinrichtungen und den anderen Häusern gibt.

³¹ Verringerung des ursprünglichen Zeitwerts um den prozentualen Anteil, den die Differenz zwischen der „alten“ und „neuen“ Betreuungsrelation an der „alten“ Betreuungsrelation ausmacht.

Zu diesem Zweck wurde eine Methode zur Erfassung von wesentlichen, für das Referenzkonzept relevanten Qualitätsmerkmalen entwickelt. Es handelt sich um einen Dokumentationsbogen, der im Rahmen eines Interviews genutzt, ggf. aber auch von Mitarbeitern der Einrichtung allein ausgefüllt werden kann. Zusammen mit ergänzenden Materialien aus der Einrichtung (z.B. Auszüge aus dem Qualitätshandbuch, Stellenbeschreibungen etc.) ermöglicht der Bogen einen groben Einblick in den Grad der Umsetzung des Referenzkonzepts. Er berücksichtigt folgende Themenfelder:

- Aufgabenprofil der für den Bewohner zuständigen Pflegefachkraft
- Koordinationsverantwortung der ZPFK in speziellen Aufgabenbereiche wie Heimeinzugverfahren oder Sterbebegleitung
- Entlastung der Fachkräfte von bestimmten indirekten Leistungen
- Inhalte und Organisation des pflegerischen Assessments und der Biografieerfassung
- Gestaltung der Pflegedokumentation
- Überprüfung ausgewählter Bereiche des Leistungsprofils (Leistungsbeschreibungen!)
- Gestaltung des Heimeinzugverfahrens und der Unterstützung des Bewohners
- Individuelle Angehörigenarbeit
- Ausgewählte Aspekte der abendlichen und nächtlichen Versorgung
- Ausgestaltung der Begleitung Sterbender
- Kooperation mit niedergelassenen Ärzten
- Informationsübermittlung bei der Überleitung des Bewohners in ein Krankenhaus.

Damit sind alle wesentlichen Rahmenkonzepte der Referenzmodelle berücksichtigt, wenn auch in unterschiedlicher inhaltlicher Tiefe. Insbesondere die Kooperation mit Ärzten und Krankenhäusern lässt sich mit Hilfe eines Dokumentationsbogens, auch wenn er durch andere Materialien der Einrichtung ergänzt wird, auf diesem Weg nur sehr begrenzt erfassen. Im Gesamtbild hat sich der Bogen allerdings recht gut bewährt. Anpassungen aufgrund der Erfahrung, dass im praktischen Einsatz Probleme auftreten, waren nicht erforderlich.

Im Ergebnis der Überprüfung stand ein insgesamt recht positives Bild der projektbeteiligten Einrichtungen, was noch einmal bestätigte, dass es sich bei diesen Einrichtungen eher um eine Positivauswahl handelt. Dennoch waren einige Unterschiede zwischen den Häusern, die am Projekt Referenzmodelle beteiligt waren, und den anderen Einrichtungen feststellbar.

Die ehemaligen Referenzeinrichtungen zeigten durchweg einen hohen Erfüllungsgrad in den zentralen Qualitätsanforderungen. Nur wenige Schwachstellen waren sichtbar. Dazu gehörte insbesondere das inhaltliche Profil des pflegerischen Assessments, und hier insbesondere die Erfassung von Verhaltensproblemen und kognitiven Fähigkeiten. Auch die Entlastung der Fachkräfte von unqualifizierten bewohnerfernen Tätigkeiten scheint im Alltag nicht durchgängig zu gelingen. Leichte Abweichungen im Aufgabenprofil der ZPFK waren ebenfalls erkennbar, fast immer im Zusammenhang mit der Aufgabenteilung zwischen Pflege und Sozialen Diensten. Einer Einrichtung war es nicht gelungen, das Erstgespräch vor dem Heimeinzug als festen Bestandteil des Heimeinzugs zu etablieren. Diese Einrichtung übermittelt auch nicht alle wichtigen Informationen an das Krankenhaus, in dem der Bewohner ggf. behandelt werden muss.

Insgesamt waren die angesprochenen „Mängel“ jedoch nicht gravierend. Im Gegenteil war eher überraschend, dass die Umsetzung des Referenzkonzepts in diesen Einrichtungen so weit gediehen war und offenbar auch nachhaltig gewesen ist. Auch jene Einrichtung, die im Projekt Referenzmodelle nicht beteiligt war, aber danach aus eigener Kraft die Qualitätsentwicklung vollzogen hatte, machte einen sehr guten Eindruck. Gestützt wurden diese Eindrücke durch hervorragende Ergebnisse bei externen Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst.

Die beiden verbleibenden Einrichtungen, bislang unberührt vom Referenzkonzept, wiesen zwar ebenfalls eine gute Qualität auf, zeigten aber doch wesentlich mehr Schwachpunkte. Diese gab es im Bereich des pflegerischen Assessments, der Pflegedokumentation, der wenig geregelten Aufgabenteilung im Bereich der indirekten Leistungen, bei der (nicht gelingenden) Durchführung des Erstgesprächs vor dem Heimeinzug und der Einschätzung des nächtlichen Bedarfs in der Einrichtung. Auch das von den Leistungsbeschreibungen vorgesehene Angebotsprofil war in Teilen nur begrenzt im Versorgungsalltag implementiert.

Als Fazit dieser Prüfung lässt sich festhalten, dass die ehemaligen Referenzeinrichtungen den größten Teil der Anforderungen des Referenzkonzeptes erfüllen und auf den einbezogenen Arbeitsfeldern eine gute Qualität realisieren. Bei den anderen beiden Einrichtungen gibt es mehr Verbesserungspotenzial, allerdings arbeiten sie ebenfalls auf einem eher überdurchschnittlichen Qualitätsniveau³². Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Feststellung, dass eine relativ gute Personalausstattung mit einem hohen Qualitätsniveau verknüpft war und dass dies auch mit relativ einfachen Mitteln überprüfbar war (vgl. Anhang B).

Insofern könnte die Option, das Angebot der Personalbemessung mit der Bedingung der Erfüllung von Qualitätsanforderungen zu verknüpfen, tragfähig sein. Personalbemessung kann so ausgestaltet werden, dass für die Einrichtungen ein zusätzlicher Anreiz zur Qualitätsentwicklung entsteht. Dies ist kein zwingender Zusammenhang, aber eine Möglichkeit, Qualitätsentwicklungsprozesse in der Praxis wirksam zu fördern. Qualitätsentwicklung ist nicht immer an die Voraussetzung einer besseren Personalausstattung gebunden, doch es gibt einige personalintensive Aufgabenbereiche, die mit einem knapp kalkulierten Personalbestand nicht oder nicht regelhaft abgedeckt werden können.

Mit dem im Projekt entwickelten Instrumentarium sowie den Konzeptbausteinen aus dem Projekt „Referenzmodelle“³³ liegt ein Instrumentarium vor, mit dem ein Soll-Ist-Abgleich, d.h. eine Klärung der Frage möglich ist, welche fachlichen, organisatorischen und personellen Voraussetzungen gegeben sein sollten und welche Voraussetzungen tatsächlich in den sechs Einrichtungen vorzufinden sind. Einrichtungen können damit auch eine grobe Einschätzung des Aufwands für Prozesse vornehmen, die erforderlich sind, um entsprechende Qualitätsentwicklungsprozesse einzuleiten.

³² All diese Aussagen beziehen sich, das sei noch einmal hervorgehoben, auf die inhaltlichen Dimensionen des Referenzkonzeptes. Verschiedene klassische Prüfpunkte bei externen Prüfungen liegen jenseits des Themenfeldes, das vom Referenzkonzept abgedeckt wird (etwa die Organisation der Leitungsebene).

³³ Mit den Referenzkonzepten ist bei Qualitätsentwicklungsprozessen eine differenziertere Beschreibung von Stärken und Schwächen einer Einrichtung möglich ist.

Von der Entwicklung einer standardisierten Berechnungsmethode, die darüber entscheidet, welche Konsequenzen sich aus der Nichterfüllung von Qualitätsanforderungen auf der Ebene der Personalbemessung ergeben, wird abgeraten. Dagegen sprechen nicht nur die Empfehlungen der befragten Experten, sondern auch sachliche bzw. inhaltliche Gründe. Zum einen ist es bei der Personalbemessung in einer individuellen Einrichtung nicht mit vertretbarem Aufwand leistbar, eine konsensfähige³⁴, stark differenzierte und zugleich standardisierte Beschreibung des Qualitätsniveaus zu erstellen, die für solche Methoden benötigt werden. Dies wäre allein auf der Ebene der Ergebnisqualität möglich, nicht auf der Ebene von Strukturen und Prozessen, auf der sich die Referenzkonzepte bewegen. Wie die aktuellen Erfahrungen mit den Transparenzkriterien zeigen, ergeben sich außerdem so zahlreiche methodische und inhaltliche Probleme einer verlässlichen, differenzierten und standardisierten Bewertung, dass die Praktikabilität eines solchen Verfahrens sehr in Zweifel steht. Auch die beteiligten Einrichtungen standen dieser Überlegung skeptisch gegenüber, und die befragten Experten hielten eine standardisierte Methode zur „Verrechnung von Qualität mit Personal“ (wie einer der Befragten etwas provokativ formulierte) für nicht realisierbar, aber auch nicht tragfähig.

Für eine Verknüpfung von Personalbemessung und Qualitätsanforderung schein es vorläufig nur zwei realistische Optionen zu geben: Zum einen eine pauschale Verknüpfung, mit der die Anwendung bestimmter Maßstäbe der Personalbemessung von der Erfüllung der Anforderung abhängig gemacht wird, nachweislich nach einem bestimmten Qualitätskonzept (hier: Referenzkonzept) zu arbeiten, oder die einrichtungsindividuelle Betrachtung, bei der keine allgemeinen Beurteilungskriterien Anwendung finden, sondern individuelle Vereinbarungen im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen getroffen werden.

³⁴ Konsensfähig für die Verhandlungspartner.

9. Zusammenfassung

Im Verlauf des Projekts „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“ wurde ein neuer Ansatz der Bedarfsklassifikation zur Definition von Fallgruppen entwickelt, der sich prinzipiell zur Verwendung bei der Personalbemessung eignet. Nahezu zeitgleich mit dem Abschluss des Projekts „Referenzmodelle“ wurde jedoch auf der Bundesebene ein Prozess eingeleitet, der zur Neufassung des sozialrechtlichen Begriffs der Pflegebedürftigkeit führen soll. Durch diese Entwicklung haben sich die Rahmenbedingungen, unter denen das Bedarfsklassifikationssystem der Referenzmodelle nutzbar gemacht werden könnte, erheblich verändert. Insbesondere die Systematik der Bedarfsgrade, die nach dem Willen eines vom Bundesgesundheitsministerium einberufenen Beirats die heutigen Pflegestufen ablösen sollen, stellt eine völlig neue Grundlage zur Abbildung von Pflegebedürftigkeit dar, mit der fachliche Verkürzungen wie im heutigen sozialrechtlichen Verständnis von Pflegebedürftigkeit vermieden werden. Das vorliegende Projekt hatte zum Ziel, die damals begonnenen Arbeiten mit dem „neuen Begutachtungsverfahren“ (Neues Begutachtungsassessment – NBA) zusammenzuführen, um eine neue Basis für die Personalbemessung verfügbar zu machen.

Im Verlauf des Projektes wurden Expertenbefragungen durchgeführt, um die Sichtweise und Erwartungen der „Praxis“ – in diesem Fall der Personen, die über Erfahrungen mit Vergütungsverhandlungen verfügen – einbeziehen zu können. Außerdem wurden Erhebungen in sechs Einrichtungen durchgeführt, um Möglichkeiten und Grenzen des entwickelten Ansatzes der Personalbemessung auf einer empirischen Grundlage zu prüfen.

Die Überlegungen, die für die Entwicklung der Projektidee maßgeblich waren, gingen davon aus, dass verschiedene Varianten einer Fallgruppenzuordnung in Betracht kommen und neben dem Bedarf der Bewohner mehrere Einflussfaktoren zu berücksichtigen sind, die auf den notwendigen Zeitaufwand einwirken. Sowohl die Datenanalysen während des Projekts als auch die Einschätzungen ausgewählter Experten führten jedoch zur Revision dieser Einschätzung. Zwar lassen sich verschiedene Varianten der Fallgruppenzuordnung auf der Basis des NBA darstellen, allerdings bleibt der Nutzen von Ansätzen, über die Bedarfsgrade hinaus weitere Unterscheidungskriterien einzuführen, sehr begrenzt. Ähnliches gilt für andere Variablen, die den notwendigen Zeitaufwand beeinflussen. So erwiesen sich letztlich die einfachsten Methoden zur Ermittlung von Fallgruppen und zur Kalkulation des Zeit- und Personalbedarfs auch als die inhaltlich überzeugendsten. Die Analyse erstreckte sich auf folgende Varianten:

- ein Basismodell, in dem Fallgruppen allein anhand des NBA-Bedarfsgrades zugeordnet werden
- eine zusätzliche Gruppenunterteilung nach kognitiven/psychischen Problemen
- Gruppenzuordnungen je nach Kombination körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen
- die Berücksichtigung von Ressourcenförderung bei der Personalbemessung
- zusätzliche Gruppenunterteilung je nach Schwerpunkt des Bedarfs.

Überzeugen konnte nur das Basismodell und ein Ansatz, mit dem neben den Bedarfsgraden auch der Bedarfs an ressourcenfördernden Maßnahmen in Anschlag gebracht wird.

Der im Projekt entwickelte und erprobte Ansatz weist folgende Charakteristika auf:

Inhaltliche Reichweite
Berücksichtigung aller wesentlichen Dimensionen der Pflegebedürftigkeit: Körperliche, kognitive, psychische und soziale Bereiche
Einschätzungsinstrument
„Neues Begutachtungsassessment“ (NBA)
Leistungssystematik
Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege aus dem Projekt „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“, die sowohl direkte als auch indirekte Leistungen erfassen
Differenzierung des Bedarfs und Aufschlüsselung von Leistungsbereichen
Darstellung der Problem- und Bedarfslagen anhand der Gliederung, die mit den NBA-Modulen gegeben ist. Möglichkeiten zur gesonderten Darstellung verschiedenster Aspekte und Konstellationen der Pflegebedürftigkeit sind prinzipiell gegeben. Der Bedarf demenziell Erkrankter wird mit dem NBA gut abgebildet. Unterscheidung von vier Maßnahmenbereichen: 1) Hilfestellungen bei alltäglichen Verrichtungen 2) Unterstützung im Bereich der Behandlungspflege 3) Psychiatrische Pflege und psychosoziale Unterstützung 4) Indirekte Leistungen
Kriterien zur Fallgruppenabgrenzung
Bedarfsgrade (BG) des NBA, erweiterbar durch Unterscheidung von Bewohnern mit Potenzial zur Verbesserung der Pflegebedürftigkeit (optional)
Definition des erforderlichen Leistungsumfangs
Ableitung aus den empirischen Daten der Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ (adjustierte Zeitwerte vermeiden die Reproduktion defizitärer Abläufe und Strukturen). Ableitung des Bedarf an ressourcenfördernden Maßnahmen aus Erfahrungswerten aus der geriatrischen Rehabilitation.
Form der Darstellung des erforderlichen Leistungsumfangs
Anhand folgender Relativgewichte (BG 2=100%): Kein BG: 34 BG 1: 60 BG 2: 100 BG 3: 147 BG 4: 198 BG 5: 232
Umrechnung von Versorgungs- in Personalbedarf
Bezugnahme auf die länderspezifischen Werte für die „Arbeitszeit einer Normalarbeitskraft“. Integration der Betreuungskräfte nach §87b SGB XI
Interraterreliabilität und Praktikabilität
Gute bis sehr gute Urteilerübereinstimmung. Keine Hinweise auf mangelnde Praktikabilität bei der Nutzung des NBA. Um Praktikabilität sicherstellen zu können, wurden stets möglichst einfachen Formen der Bedarfskalkulation angestrebt.
Verknüpfung mit Qualitätsanforderungen des Referenzkonzepts
Prinzipiell möglich.
Begrenzungen der Einsatzmöglichkeiten
Einrichtungen bzw. Versorgungsbereiche mit Angeboten für Bewohnergruppen mit untypischen Bedarfslagen oder Einrichtungen/Bereiche mit besonderen Versorgungskonzepten (incl. Hausgemeinschaftskonzepte, die eine besondere Personalstruktur aufweisen, und sog. Pflegeoasen)

Es erfolgte eine modellhafte Anwendung der entwickelten Berechnungsmethoden in sechs nordrhein-westfälischen Pflegeeinrichtungen. Die Erprobung umfasste den praktischen Einsatz des NBA bei sämtlichen Bewohnern dieser Einrichtungen und ergänzender Erhebungs-

instrumente. Hinzu kamen gesonderte Erhebungen zur Testung von Fragen der methodischen Güte. Die Einschätzung erfolgte durch ausgewählte, vorab geschulte Mitarbeiter der Einrichtungen.

Die exemplarische Anwendung des Berechnungsmodells bei fünf projektbeteiligten Einrichtungen erwies sich als problemlos möglich. Die sechste Einrichtung arbeitet nach dem Hausgemeinschaftskonzept, für das das Modell nicht ohne weiteres eingesetzt werden kann. Bei Anwendung der aus dem Projekt „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ abgeleiteten und adjustierten Zeitwerte ergäbe sich für vier der fünf Einrichtungen ein teils geringer, teils umfangreicher Personalmehrbedarf, in der fünften Einrichtung lag der Bedarf niedriger als die tatsächliche Personalausstattung. Von der direkten Übernahme dieser adjustierten Werte ohne Anpassung an die individuellen Bedingungen in einer Einrichtung wird allerdings abgeraten. Insbesondere bei einem etwaigen Übergang zu diesem neuen System der Personalbemessung wäre zunächst die Anwendung von Relativgewichten sinnvoll.

Genauere Analysen ergaben, dass Einrichtungen mit keinem oder nur geringem Mehrbedarf auf einem Qualitätsniveau arbeiten, auf dem die Anforderungen des Referenzkonzepts weitgehend erfüllt sind. Dies kann als Bestätigung der Annahme gewertet werden, dass in dem Rahmen, der mit den adjustierten Zeitwerten definiert wird, in Einrichtungen mit typischer Bewohnerstruktur prinzipiell ein deutlicher Qualitätszuwachs im Sinne des Referenzkonzepts möglich ist. Dies eröffnet für die Vertragsparteien eine Option zur Verknüpfung von Kriterien der Personalbemessung mit Qualitätsanforderungen des Referenzkonzepts auf der Struktur- und Prozessebene.

Die Analysen ergaben ferner, dass auf der Grundlage dieses Basismodells nach der etwaigen Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine flexible Gestaltung von Pflegesätzen möglich wäre. Gelegentlich geäußerte Befürchtungen, nach dem Übergang zu einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff seien die Kostenstrukturen in der vollstationären pflegerischen Versorgung nicht mehr zu steuern, erweisen sich damit als unbegründet.

Die entwickelten „Grundlagen der Personalbemessung“ operieren mit den Einschätzungskriterien und der Bewertungssystematik des „Neuen Begutachtungsassessments“ (NBA). Dies bedeutet allerdings nicht, dass die entwickelten Methoden erst nach einer entsprechenden Reform des SGB XI mit Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingesetzt werden könnten. Nach den Erfahrungen des vorliegenden Projekts (und auch unter Einbeziehung der Erfahrungen aus der bundesweiten Erprobung des NBA) ist das Instrument unmittelbar „praxistauglich“ bzw. einsatzfähig. Unter diesem Gesichtspunkt wäre eine Gesetzesreform keine zwingende Voraussetzung für diese Methode der Personalbemessung. Allerdings entstünde – wie bei allen Personalbemessungssystemen, die nicht auf dem verkürzten Pflegeverständnis des heutigen SGB XI aufbauen – ein Spannungsverhältnis zu dem heutigen Leistungsrecht, dessen Regulation nicht unmöglich, aber aufwändig wäre.

Insofern wäre der Übergang zu einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff eine gute Voraussetzung zum Übergang zu einem Personalbemessungssystem, dass die Problem- und Bedarfslagen der Heimbewohner besser berücksichtigt als die heutigen Personalrichtwerte.

Literatur

(Weitere Literatur im Bericht zur Literaturrecherche, s. Anhang A)

- Bartholomeyczik, S./Hunstein, D./Koch, V./Zegelin-Abt, A. (2001): Zeitrictlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs. Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung. Frankfurt am Main: Mabuse
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): Bericht zum Projekt „Bürokratie in der Pflege – Inhalt und Aufwand indirekter Pflege in der stationären Altenhilfe“. Berlin: BMFSFJ
- EROS - Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé (1997): PLAISIR 93 - Bio-psycho-soziales Profil von Heimbewohnern und Planung der erforderlichen Pflege. Handbuch. Montréal
- KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.) (2000): Pflegezeit, Personalbemessung und Fachkraftanteil in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Tagungsdokumentation. Köln: KDA
- Korte-Pötters, U./Wingenfeld, K./Heitmann, D. (2007): Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Referenzmodelle. Band 5: Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege – Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts. Düsseldorf: MAGS
- Menke, M./Vogelwiesche, U./Kuhlmann, A./Kowalski, I./Schnabel, E. (2007): Teilbericht 4: Bewertung der Evaluationsergebnisse. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Vom Referenzmodell zum Referenzkonzept. Abschlussberichte der beteiligten Institute 2004-2006. Düsseldorf: MAGS, 207-237
- Rutenkröger, A./Kuhn, C. (2008): „Im Blick haben“ Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle. Demenz Support Stuttgart gGmbH (http://www.demenz-support.de/materialien/Forschungsbericht_Pflegeoase_Holle.pdf, 7.4.2010)
- Salis Gross, C. (2005): Der ansteckende Tod: Sterbeverläufe im Alters- und Pflegeheim. In: Ewers, M./Schaeffer, D. (Hg.): Am Ende des Lebens – Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase. Bern: Huber, 155-174
- Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (2004): Pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kruse, A./Martin, M. (Hg.): Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht. Bern: Huber, 477-490
- Schneekloth, U. (2006). Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MuG IV). Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München. (<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=76422.html>, 31.8.2007).
- Statistisches Bundesamt (2009): Pflegestatistik 2007 – Deutschlandergebnisse
- Wingenfeld, K. (2007): Der Begriff der Pflegebedürftigkeit aus pflegewissenschaftlicher Perspektive. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 38, Nr. 2, 6-18
- Windeler, J./Görres, S./Thomas, S./Kimmel, A./Langner, I./Reif, K./Wagner, A. (2008): Abschlussbericht. Hauptphase 2. Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI. Essen
- Wingenfeld, K./Heitmann, D./Korte-Pötters, U. (2007a): Teilbericht 2: Konzeptentwicklung und Implementationsbegleitung. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Vom Referenzmodell zum Referenzkonzept. Abschlussberichte der beteiligten Institute 2004-2006. Düsseldorf: MAGS, 65-130
- Wingenfeld, K., Büscher, A., Schaeffer, D. (2007b). Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw_bericht_20070323.pdf)

-
- Wingenfeld, K. (2008): Stationäre pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber, 370-381
- Wingenfeld, K./Büscher, A./Gansweid, B. (2008a): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zum Teilprojekt „Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments“. Gefördert von den Spitzenverbänden der Pflegekassen. Bielefeld/Münster (http://www.vdak.de/vertragspartner/Pflegeversicherung/Modellprogramm/Projekte/modellprg_projekt_16/hautphase/Publikation/Abschlussbericht.pdf v. 25.4.2008)
- Wingenfeld, K./Büscher, A./Gansweid, B. (2008a): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Anlagenband zum Teilprojekt „Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments“. Gefördert von den Spitzenverbänden der Pflegekassen. Bielefeld/Münster (http://www.vdak.de/vertragspartner/Pflegeversicherung/Modellprogramm/Projekte/modellprg_projekt_16/hautphase/Publikation/Anlagenband.pdf v. 25.4.2008)
- Wingenfeld, K./Schnabel, E. (2002): *Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen*. Hrsg. vom Landespflegeausschuss Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf

Anhang A: Ergebnisse der Recherche nach Personalbemessungsinstrumenten

Verfasser:

A. Ammann und A. Ostendorf

Die Recherche nach methodischen Ansätzen der Personalbemessung erfolgten auf unterschiedlichen Wegen. Zum einen wurde anhand von Suchbegriffen in einschlägigen Datenbanken recherchiert, ebenso in frei verfügbaren Internetquellen im In- und Ausland. Der Schwerpunkt lag auf den Literaturdatenbanken CINAHL und PubMed. Grundlage bildeten dabei folgende deutsche, englische und französische Suchbegriffe, die von der Thematik des Projekts vorgegeben waren:

- workload measurement system
- nursing workload measurement
- nursing activity measurement
- workload in nursing homes
- workload in elderly homes
- rating nursing workload
- patient classification in long-term
- Patienten Classification
- Personalbemessung UND Altenpflege/Altenhilfe
- Patientenklassifikation UND Systeme
- Pflegezeitbedarf
- Personalplanung UND Management UND Langzeitpflege

Ferner wurden die in der Fachliteratur genannten Instrumentenbezeichnungen direkt eingegeben. Um an weiterführende Literatur zu gelangen, sind die Literaturangaben aus den verwendeten Fachartikeln und Büchern gezielt überprüft worden. Einbezogen wurden auch nichtveröffentlichte Projektberichte einzelner Institutionen, deren Autoren direkt kontaktiert wurden (BASIS-Studie, BESA). Die ausgewählten Instrumente werden oder wurden in der stationären Langzeitpflege, im Krankenhaus (Kinderkrankenpflege und Intensivpflege) sowie in der Geriatrie und Rehabilitation eingesetzt. Die Recherche wurde bewusst nicht auf Instrumente der stationären Langzeitversorgung begrenzt, da es sinnvoll erschien, ein breites Spektrum unterschiedlicher Verfahren zu berücksichtigen.

Eine erste Zusammenstellung der Instrumente der stationären Alten- und Krankenpflege und der Rehabilitation wurde erstellt und die Relevanz für die Entwicklung von Grundlagen für die Personalbemessung geprüft. Folgende Instrumente sind daraufhin genauer analysiert worden:

- Bewohner Assessment und Indikatorenanalyse in der Stationären Altenhilfe (BASIS)
- BewohnerInnen- Einstufungs- und Abrechnungssystem (BESA)
- Controlling und Benchmarking stationär (CBS)
- Leistungserfassung in der Pflege (LEP)
- Confoederatio Helvetica Nursing Minimum Data Set (CH-NMDS)

- Personalbemessungssystem (PERSYS)
- Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis en milieux des soins prolongés (PLAISIR)
- Projet de Recherche en Nursing (PRN)
- Pflegepersonalregelung Geriatrie und Langzeitpflege (PPR-GL)
- Resource Utilization Groups (RUG)-Version III
- Resource Use Measure (RUM)

Folgende weitere Instrumente standen damit im Zusammenhang:

- Pflegeanalyse (Thurgau)
- Patient Intensity for Nursing Index (PINI)
- Patient Requirements for Nursing Care (PRNC)

Bewohner Assessment und Indikatorenanalyse in der Stationären Altenhilfe (BASIS)

BASIS besteht aus mehreren Instrumenten, mit denen sowohl der Bedarf des Bewohners als auch die erbrachten Leistungen in der stationären Langzeitpflege abgebildet werden können.

Die BASIS-Studie wurde 1997 vom Wohlfahrtswerk Baden-Württemberg durchgeführt. Handlungsleitend war die Erfahrung, dass eine Pflegestufe nicht immer den tatsächlichen Bedarf der Bewohner abbildet. BASIS besteht im Wesentlichen aus drei Dimensionen, denen verschiedene Instrumente zugeordnet sind.

Die erste Dimension dient der Bedarfsanalyse. Der Bedarf der Bewohner wird anhand von drei Assessmentinstrumenten abgebildet. Mit dem Barthel-Index wird die Selbständigkeit in ausgewählten Alltagsaktivitäten ermittelt, während die Esslinger-Transferskala der Identifikation des Unterstützungsbedarfes bei der Fortbewegung dient. Der Mini-Mental-Status-Test schließlich erlaubt eine Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit des Bewohners. Mit einem speziellen Fragebogen werden der Orientierungsgrad des Bewohners und die Beaufsichtigungsintensität bei herausfordernden Verhaltensweisen mit Selbst- oder Fremdgefährdungsproblematik ermittelt.

Die zweite Dimension dient der Erfassung der Pflegeleistungen. Die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen werden durch Einzelleistungserfassung ermittelt. Insgesamt werden 85 Einzelleistungen unterschieden, die sich drei Modulen mit mehreren Tätigkeitsgruppen zuordnen lassen. Das Modul Grundpflege beinhaltet acht Tätigkeitsgruppen mit 50 Items, das Modul Behandlungspflege neun Tätigkeitsgruppen mit 24 Items. Im Modul hauswirtschaftliche Tätigkeiten sind elf Items hinterlegt.

In der dritten Dimension werden die Leistungen des Sozialdienstes erfasst. Dies sind insgesamt 38 Einzelleistungen, die sich 9 Tätigkeitsgruppen zuordnen lassen: Kommunikation (Geselligkeit, Aktivierung), psychosoziale Beratung und Begleitung, Beratung bezüglich der Betreuung gerontopsychiatrisch erkrankter Bewohner, leistungerschließende Beratung, Öffentlichkeitsarbeit, Milieugestaltung, interne Organisation, Anleitung und Fortbildung von Mitarbeitern sowie sonstige Leistungen.

Der Zeitpunkt der Einzelleistungserbringung und der Zeitbedarf für deren Ausführung werden durch Selbstangabe der Pflegekräfte oder der Sozialdienstmitarbeiter ermittelt.

Vereinzelte Leistungen der Sozialdienstmitarbeiter lassen sich inhaltlich auch der Pflege zuordnen. Zu den ergänzenden aufwandsrelevanten Faktoren zählt hierbei insbesondere die Anleitung und Fortbildung von Mitarbeitern, Ehrenamtlichen und Schülern.

Die Leistungserfassung umfasst neben den oben aufgeführten Tätigkeitsgruppen auch den Zeitbedarf für zurückgelegte Wege. Die Weglänge wird mit Hilfe eines Schrittzählers ermittelt.

Literatur

Hastedt, I./Steiner, B./Weinbrenner, I. (2002): Die BASIS-Studie 1997 (Bewohner Assessment und Indikatoren-analyse in der stationären Altenhilfe) – Ein Beitrag zur Entwicklung eines Verfahrens zur Bedarfs-, Leistungs- und Personalbemessung in der stationären Altenhilfe. Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg

BewohnerInnen- Einstufungs- und Abrechnungssystem (BESA)

BESA ist ein System für die Ressourcenklärung, den Abschluss von Zielvereinbarungen, die Leistungsverrechnung und die Qualitätsförderung.

Das vom Schweizer Dachverband der Heime CURAVIVA, dem Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich und anderen entwickelte, zweisprachige (französisch/deutsche) Instrument wird seit 1996 in mehr als 700 Schweizer Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung zur Abrechnung von Pflegeleistungen eingesetzt. Es liegt als EDV-Software vor und ist über eine Schnittstelle an verschiedene EDV-Dokumentationssysteme anschlussfähig. Es dient als Grundlage zur Einschätzung des Pflege- und Betreuungsbedarfs sowie zur Erfassung der erbrachten Pflegeleistungen unter Berücksichtigung der vereinbarten Pflegeziele. Es unterstützt den Pflegeprozess und ermöglicht Aussagen über die Pflegequalität.

Das Instrument besteht aus den 3 Modulen Ressourcen, Leistungen und Qualität. Jedem Modul sind verschiedene Instrumente zugeordnet. Es erfasst systematisch die Ressourcen und Beeinträchtigungen der Heimbewohner, verzichtet aber auf Biografiearbeit, Pflegediagnosen und Expertensysteme.

Das Ressourcen-Modul ermöglicht eine systematische Erfassung der Ressourcensituation des Bewohners und dient als Informationsgrundlage für den Pflegeprozess. Zur Abbildung der Ressourcensituation orientiert sich BESA an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) und an dem Konzept der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL). Es werden ausschließlich pflegerelevante Informationen erfasst. Das Modul enthält Filterfragen zur Reduzierung des Fragenkatalogs und Tests für vertiefende Abklärungen von Risikogruppen. Unterstützt wird es durch ein EDV-Programm.

Die Einschätzung der Ressourcensituation erfolgt durch die Bedarfsklärung unter Nutzung der drei Instrumente Eintrittsgespräch (16 Fragen), dem Assessment (Selbsteinschätzung des Bewohners mit max. 109 Fragen) und der Beobachtung (Fremdeinschätzung des Bewohners durch eine Pflegefachkraft, max. 105 Fragen). Weiterhin werden Abklärungshilfen zur Einschätzung der kognitiven Funktion (Demenz), der Hörfunktion, zur Schmerzdiagnose, zum Sturzrisiko und zur Ermittlung der Harninkontinenz verwendet. Die Ergebnisse werden in Form von Ressourcenprofilen und anderen Darstellungsvarianten ausgewiesen. Die Pflegeziele (Zielvereinbarungen) werden gemeinsam mit dem Bewohner für einen Zeitraum von sechs Monaten ermittelt. Diese dienen als Grundlage für die weitere Pflegeplanung.

Das Modul zur Leistungsverrechnung mit den Krankenversicherern erfasst Pflegeleistungen, die Leistungen für Unterkunft und Verpflegung, die persönliche Ausgaben der Bewohner sowie therapeutische Leistungen. Den Pflegeleistungen werden sechs Leistungsgruppen

zugewiesen (Grundpflege und hygienische Bedürfnisse, Gesundheits- und Behandlungspflege, Hilfe beim Essen und Trinken, Helfen und Üben beim Mobilisieren/Gehen/Bewegen, psychogeriatrische Leistungen sowie zeitliche und örtliche Orientierung). Die erbrachten Leistungen pro Leistungsgruppe werden einer Intensitätsstufe zugeordnet. Die Summe der Intensitätsstufen der sechs Leistungsgruppen ergibt den BESA-Grad der Pflegebedürftigkeit (Stufe 0 – 4). Dieser wird in der entsprechenden Tarifstufe eingeordnet (Pflegetaxe). Neben den Pflegeleistungen werden Grundleistungen wie Unterkunft und Verpflegung, Leitung und Administration, Haus- und Zimmedienservice sowie Alltagsgestaltung (z.B. allgemeine Veranstaltungen und spezielle Angebote) erfasst und pauschal für jeden Bewohner in der so genannten Heimtaxe ausgewiesen.

Das Teilmodul private Auslagen umfasst persönliche Aufwendungen im Auftrag der Heimbewohner die anderweitig nicht erfasst werden (z.B. Coiffeurleistungen, Getränke, Telefonkosten). Zuletzt werden mit dem Teilmodul Therapieinstrument therapeutische Leistungen der Logo-, Physio- und/oder Ergotherapie erfasst.

Mit Hilfe des Moduls Qualität werden Kennziffern zur Beurteilung der Pflegequalität gebildet. Die Qualitätskennziffern können für heimübergreifende Vergleiche (Benchmarking) genutzt werden. Ebenfalls erfasst werden bestimmte Ereignisse (Sturz, Weglaufen, Dekubitus sowie Mangel- oder Fehlernährung), Maßnahmen (z.B. Fixierung, Bedarfsmedikation), die Entwicklung der bewohnerbezogenen Ressourcen sowie die Zufriedenheit der Bewohner (standardisierte Befragung).

Optional steht ein BESA-kompatibles Set von Instrumenten für den Pflegebericht, der Pflegemaßnahmenplanung sowie Verordnungs- und Überwachungsblätter zur Verfügung.

Der Umgang mit BESA setzt eine 3tägige Schulung für die Module 1-3 sowie eine eintägige Schulung für die optionalen Instrumente voraus.

Literatur

- Heimverband Schweiz Sektion St. Gallen/Fürstentum Liechtenstein (2000): Gesetzlich und Fair BESA das BewohnerInnen- Einstufungs- und Abrechnungssystem für Pflege- und Behandlungsleistungen in den Alters- und Pflegeheimen des Kantons St. Gallen. Verfügbar unter: http://www.oberriet.ch/download.php?file_id=217, abgerufen am 05.05.2009
- Peter-Egger, G. (2007): Assessmentinstrumente von BESA und ihre Auswirkungen auf die Pflege. *PrinterNet* 07/07, 461-472
- Verband Heime und Institutionen Schweiz (2008): BESA – System für Ressourcenklärung, Zielvereinbarung, Leistungsverrechnung und Qualitätsförderung. Verfügbar unter: <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/4AB8D1BF4F/2E4596902A.pdf>, abgerufen am 04.05.2009
- Verband Heime und Institutionen Schweiz (2008): BESA – System für Ressourcenklärung, Zielvereinbarung, Leistungsverrechnung und Qualitätsförderung. Verfügbar unter: <http://upload.sitesystem.ch/EB77960434/4AB8D1BF4F/21D582138D.doc>, abgerufen am 04.05.2009
- Verband Heime und Institutionen Schweiz (2003): Das System BESA unterstützt Qualitätsbestrebungen in den Heimen. Verfügbar unter: <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/4AB8D1BF4F/8DA35A2C8F.pdf>, abgerufen am 04.05.2009
- Verband Heime und Institutionen Schweiz (o. J.): BESA – System für Ressourcenklärung, Zielvereinbarung, Leistungsverrechnung und Qualitätsförderung – Informationen für Heimbewohnerrinnen, Heimbewohner und Angehörige. Verfügbar unter: URL: <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/4AB8D1BF4F/D400841E13.pdf>, abgerufen am 04.05.2009

Controlling und Benchmarking stationär (CBS)

Das Verfahren ermöglicht die individuelle Bestimmung des Pflegebedarfs für die direkten und indirekten Pflegetätigkeiten und die damit verbundene Nutzung der Daten im Rahmen von Controlling und Benchmarking.

Das „Controlling und Benchmarking Stationär“ (CBS) wird seit 2004 von der Betriebswirtschaftlichen Beratungs- und Service-GmbH des DRK-Landesverbandes Westfalen-Lippe e.V. angeboten. Mit dem Instrument kann eine Personalbedarfsplanung und Prozessoptimierung auf Basis individueller Pflegezeiten bestimmt werden. In Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl „Empirische Wirtschaft- und Sozialforschung“ der Universität Dortmund wurde die Pflegezeitstudie in Einrichtungen des DRK-Landesverbandes Westfalen-Lippe e.V. in der Zeit von 2002 bis 2004 durchgeführt. Erfasst wurden die Zeiten der direkten und indirekten Pflegetätigkeiten innerhalb von sieben Tagen. Neben der Zeiterfassung wurden beispielsweise die Bewohnervariablen kognitive und körperliche Faktoren erhoben. Hierzu wurde ein Fragenkatalog in Anlehnung an das Minimum Data Set des Resistent Assessment Instruments (RAI) entwickelt. Der Analyse der ermittelten Datensätze (13.000 Pflegezeitdaten) folgte einer Bestimmung der Variablen mit signifikantem Zusammenhang zu den Pflegetätigkeiten. Anhand durchschnittlicher Zeitbedarfe wurden Bewohnergruppen gebildet und als Ergebnis 27 aufwandsrelevanten Variablen in den CBS-Einstufungsbogen aufgenommen. Das CBS-Modul dient gleichzeitig zu kontinuierlichen Controllingauswertungen und zum Soll-Ist-Abgleich des ermittelten Pflege- und Personalbedarfs.

Basis des CBS ist der Einstufungsbogen. Neben den allgemeinen Informationen wie Name, Wohnbereich, Pflegestufe u.a. werden Daten zur Ausscheidung, der Stuhlkontinenz, zur künstlichen Ernährung und der Mobilität erhoben.

Der CBS-Einstufungsbogen beinhaltet die Kriterien Selbständigkeit mit den Unterpunkten: Aufstehen/Zubettgehen, An-/Auskleiden, Waschen/Eincremen, Duschen/Baden, Auffinden der Toilette, Intimhygiene und Essenaufnahme. Folgende Bewertungen sind hier möglich: selbständig, teilweise selbständig, vollständige Hilfe erforderlich oder entfällt. Darüber hinaus gibt es das Kriterium Aufenthaltsorte mit weiteren Unterpunkten, schließlich das Kriterium geistige/psychische Einschränkungen mit den Punkten örtliche Orientierung, Kurzzeitgedächtnis, Unruhe und depressiver Stimmung.

Unter der Rubrik „Besonderheiten“ wird nach der täglichen Hilfe beim Anziehen der Kompressionstrümpfe gefragt, nach Injektionen, einem vorliegendem Dekubitus, der Lifternutzung und dem Alter. Abschließend findet sich eine Frage nach weiteren Besonderheiten, die einen erheblichen zusätzlichen Zeitaufwand erfordern, mit zeitlicher Einschätzung pro Tag durch die Pflegekraft.

Die Kategorien der indirekten Pflegeleistungen umfassen:

- Wartezeiten,
- Besprechungen mit Kollegen (Übergabe),
- Besprechungen mit anderen Berufsgruppen (Ärzte u. Therapeuten),
- Pflegedokumentation/Pflegeplanung,

- arbeitsorganisatorische Aufgaben (Koordination, Verwaltung),
- Versorgung mit Mahlzeiten,
- Wäscheversorgung inklusive Inkontinenzmaterialien und das
- Stellen von Medikamenten sowie sonstige Aufgaben.

Die Qualifikation der Mitarbeiter wird bei der Zuordnung indirekter Pflegetätigkeit berücksichtigt, beispielsweise bei der Mahlzeiten- und Wäscheversorgung. Weitere aufwandrelevante Faktoren können im CBS-Einstufungsbogen unter der Rubrik „Besonderheiten mit großem zusätzlichem Zeitaufwand“ festgehalten werden.

Der zeitliche Aufwand für die Pflegekraft bei der Einstufung in den CBS-Bogen liegt unter 5 Minuten pro Bewohner. Da die Einstufungen direkt in das CBS-Berechnungsmodul erfolgt, ist eine unmittelbare Bestimmung des Pflege- und Personalbedarfs je Bewohner und Wohnbereich möglich. Die ermittelten Werte sind auch als Grundlage für die Dienstplanung gedacht.

Literatur:

Deutsches Rotes Kreuz, L.W.-L. (o.J.): Controlling und Benchmarking Stationär (CBS). PowerPoint-Präsentation. Verfügbar unter: www.lw-westfalen-lippe.drk.de/bbs/cbs.ppt, abgerufen am 20.05.2009

Kuratorium Deutsche Altenhilfe (KDA) Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe (2006): "Bürokratie in der Pflege- Inhalt und Auswirkungen indirekter Pflege in der stationären Altenhilfe". S. 32-34. Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSEJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=67826.html>, abgerufen am 25.05.2009

Lange, W./Busat, M./Kamp, M. (2004): System zur Personalbemessung. Einfach-schnell-aussagekräftig. *Altenheim* 12/2004, 40-42

Leistungserfassung in der Pflege (LEP)

LEP ist eine Methode zur retrospektiven Erfassung pflegerischer Leistungen. Aus den dokumentierten Einzelleistungen kann die Arbeitsbelastung sowie der quantitative Personalbedarf einer Station abgeleitet werden. LEP wird im akutstationären und Intensivbereich sowie in der Psychiatrie angewendet.

Das Verfahren wurde 1995 in der Schweiz entwickelt und ist das Ergebnis einer Kooperation zwischen dem Universitätsspital Zürich und dem Kantonsspital St. Gallen. Beide Einrichtungen hatten zuvor unabhängig voneinander ein Instrument zur Leistungserfassung in der Pflege entwickelt, die sich inhaltlich sehr ähnelten. LEP wird in heute in vielen Krankenhäusern der Schweiz eingesetzt und findet auch in einigen deutschen Einrichtungen Anwendung. Das ursprünglich deutschsprachige Instrument ist mittlerweile sowohl in französischer als auch in italienischer Übersetzung erhältlich. LEP liegt als EDV-Anwendung sowohl als reines Leistungserfassungsinstrument (LEP Nursing ab Version 2.0) als auch in Form einer integrierten Softwarelösung mit Schnittstelle zur elektronischen Pflegedokumentation (LEP Nursing ab Version 3.0) vor. Die bei LEP hinterlegten und nach Aufwand differenzierten Einzelleistungen (Variablen) sind in Tätigkeitsgruppen gegliedert und werden zusammenfassend als Pflegevariablen bezeichnet. Neben den Pflegevariablen erfasst LEP mit sog. Infor-

mationsvariablen bestimmte Patientendaten die aber nicht in die Berechnung der Pflegezeit einfließen.

In der Version LEP Nursing 2.3 sind bei den Pflegevariablen 15 Tätigkeitsgruppen mit insgesamt 162 Variablen hinterlegt. Die Variablen werden weiter differenziert in Mehrfachvariablen und Zeitstrahlvariablen. Mehrfachvariablen sind Pflegevariablen, denen mehrere Intensitätsstufen (von sehr einfach bis sehr aufwendig) zugeordnet sind. Jede Intensitätsstufe ist dabei mit einem definierten Zeitwert hinterlegt, der auf Grundlage von Expertenmeinungen und in Pilotprojekten gewonnen wurde. Zeitstrahlvariablen hingegen sind Pflegevariablen, deren Zeitdauer von externen Faktoren abhängig ist (z.B. Patiententransporte, Sterbebegleitung). Sie werden annähernd in Echtzeit erfasst. Zusätzliche Informations- und Pflegevariablen können einrichtungsunabhängig in die LEP-Systematik aufgenommen und mit Zeitwerten hinterlegt werden.

Leistungen die nicht direkt dem Patienten zugeordnet werden können, erfasst LEP mit dem sogenannten C-Wert. Der C-Wert ist der relative Anteil der nicht unmittelbar patientenbezogenen Tätigkeiten an der Gesamt-Personalzeit.

Der
der
rer
auc

$$\text{C-Wert} = \left(1 - \frac{\text{Pflegezeit}}{\text{Personalzeit}}\right) / 100$$

beten, gut organisierten Station zwischen 25-35%
C-Wert ist ein Indikator für eine hohe, ein höhe-
heitsbelastung. Allerdings kann ein hoher C-Wert
risationsstruktur sein und sollte deshalb mit Vor-
sicht interpretiert werden.

Die Personalzeit wird bei LEP je nach Ausbildungs- und Erfahrungsstand der Pflegekräfte unterschiedlich gewichtet:

Personalqualifikation und Gewichtung der Personalzeit (Vorschlag für Deutschland)

Personalqualifikation		Gewichtung
Pflegefachkraft	erfahren auf Station	1,0
	unerfahren (Einarbeitung)	0,8
Gesundheits- und Kranken- pflegeschüler	1. Lehrjahr	0,2
	2. Lehrjahr	0,5
	3. Lehrjahr	0,8

Quelle: Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (2002): 17

Neben dem Pflegefachpersonal kann auch anderes Stationspersonal bei der Personalzeit berücksichtigt und entsprechend gewichtet werden (z.B. Pflegehelfer, Stationssekretärin, Zivildienstleistende).

Die patientenindividuelle Pflegezeit (Summe der Zeitwerte der codierten Pflegevariablen) dient darüber hinaus der Patientenkategorisierung. Ausgehend von der in Anspruch genommenen Pflegezeit pro Stunde werden die Patienten einer von 9 Aufwandsgruppen zugewiesen. Die erste Gruppe hat einen direkten Pflegeaufwand von bis zu 5 Minuten. Von Gruppe zu Gruppe erhöht sich die Pflegezeit um 5 Minuten bis zu einem Maximalwert von 40 Minuten pro Stunde.

Der größte Teil der ergänzenden aufwandsrelevanten Faktoren wird im C-Wert zusammengefasst. Die Beobachtung dieses Wertes im Zeitverlauf ermöglicht es, Veränderungen der Arbeitsbelastung zu erfassen. Daneben können einige besonders aufwändige Faktoren als Pflegevariablen patientenindividuell und teilweise in Echtzeit erfasst werden. In der Tätigkeitsgruppe Begleitung/Betreuung und Sterbebegleitung wird etwa die 1 : 1 Betreuung aufgeführt (Zeitstrahlvariable), sowie in der Tätigkeitsgruppe Sicherheit, Überwachungs-, Isolations- und Zwangsmaßnahmen. Aufwendungen im Zusammenhang mit Fallbesprechungen oder Reisezeiten für externe Abklärungen können in der Tätigkeitsgruppe Besprechungen hinterlegt werden (Zeitstrahlvariablen).

Die Bedienung des Programms bedarf einer Schulung. Die Dateneingabe benötigt in etwa 2-3- Minuten pro Patient. Bei der integrierten Softwarelösung ist von einem geringeren Schulungsbedarf und Eingabeaufwand auszugehen, weil der überwiegende Teil der LEP-relevanten Daten im Rahmen der elektronischen Pflegedokumentation erfasst und übertragen wird.

Literatur

- Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (Hg.) (2001): Pflegequalität und Pflegeleistungen I – Zwischenbericht zur ersten Phase des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines Modells zu Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen“. Verfügbar unter: <http://www.dip-home.de/material/downloads/bericht-pflegeleistung1.pdf>, abgerufen am 16.06.2009
- Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (Hg.) (2002): Pflegequalität und Pflegeleistungen 2 – Zweiter Zwischenbericht zur zweiten Phase des Projektes: „Entwicklung und Erprobung eines Modells zu Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen“. Verfügbar unter: <http://www.dip-home.de/material/downloads/bericht-pflegeleistung2.pdf>, abgerufen am 16.06.2009
- LEP AG (2007): Variablenliste LEP Nursing 2.3. Verfügbar unter: http://www.lep.ch/index.php/de/wissenspool-mainmenu-76?func=download&id=85&chk=e0cf82c3ad6993dab59040aae3e017f2&no_html=1, abgerufen am 19.06.2009
- Maeder, C./Bamert, U./Baumberger, D./Dubach, A./Kühne, G. (2006): Kurzbeschreibung der Methode LEP. Verfügbar unter: http://www.lep.ch/index.php/de/wissenspool-mainmenu-76?func=download&id=24&chk=14810cb23e8dd5eaf892b3c6d92d1bb9&no_html=1, abgerufen am 19.06.2009

Confoederatio Helvetica Nursing Minimum Data Set (CH-NMDS)

Das schweizerische Nursing Minimum Data Set ist ein EDV gestütztes Pflegeinformationssystem, das eine Datenerhebung in den drei Gesundheitsbereichen stationäre Krankenpflege (Spital), stationäre Altenpflege (sozialmedizinische Institutionen) und Hauspflege ermöglicht. Das CH-NMDS soll für die schweizerische Gesundheitsstatistik herangezogen werden. Das Klassifikationssystem gibt notwendige Informationen zur Tarifgestaltung der Leistungen im Gesundheitsbereich.

In der Literatur lassen sich unterschiedliche Bezeichnungen für das NMDS und in verschiedenen Ländern unterschiedliche Varianten des NMDS finden. Das Nursing Minimum Data Set wurde anfang der 1970er Jahre in den USA entwickelt. In Belgien wird es seit 1983 verpflichtend für die stationäre Krankenpflege angewandt. Die Entwicklung der Leitlinien des schweizerischen NMDS erfolgte in der Zeit von 1998-2000. In einer zweiten Phase (2001-

2006) erfolgte die Erprobung. Der Datensatz des Nursing Minimum Data Set enthält die wichtigsten Daten in kleinstmöglicher Variablenanzahl, die zu statistischen Zwecken noch ausreichend sind, um den Ort der Leistungserbringung, das Pflegeteam, die Dauer, den Bewohner/Patienten, die Pflege Tätigkeit (Pflegeintervention) und deren Begründung (Pflegephänomen) abzubilden. Der Datensatz ist für alle Bereiche deckungsgleich (Akutpflege, Langzeitpflege, ambulante Pflege). Eine Vergleichbarkeit der erfassten Daten und Beschreibung der geleisteten Pflegeaktivität ist gegeben.

Ziele des CH-NMDS sind: die Erstellung von Gesundheitsstatistiken, eine Tarifgestaltung/Abrechnung um eine angemessene Verteilung der Personal- und finanziellen Ressourcen, die Planung der Ausbildung, die Leistungserfassung im Gesundheitsbereich und die Bereitstellung eines klinischen Informationssystems (Pflegedossier). Gegliedert ist das CH-NMDS in zwei Variablen-Listen. Die erste beinhaltet die betrieblichen Daten und die zweite die klinischen Daten.

Die betrieblichen Variablen umfassen Daten zur Institution und zum Pflegepersonal, beispielsweise Arbeitsort (Krankenhaus, Langzeitpflege, Ambulante Pflege), Arbeitsbereich (Pflegeleitung/Management, Pflegeabteilung, Aktivierungstherapie, Ausbildung, Pool u.a.) oder Personaldaten. Bei den Personaldaten werden allgemeine Angaben erhoben, Daten zur Berufsausbildung (Universität, Höhere Berufsbildung Diplom, Berufsausbildung mit Fähigkeitsausweis, Ohne Ausbildung u.a.), zur Funktion (Leitung, Pflegeexpertin, Pflegeforschung u.a) und zum Beschäftigungsgrad.

Die klinischen Variablen umfassen die Daten der Bewohner/Patienten und gliedern sich in die Kategorien betriebliche Daten, diagnostische Daten, Pflegeintervention und wirtschaftliche Daten. Die betrieblichen Daten beinhalten den Ort der Leistungserbringung, Aufnahme-merkmale (Aufenthaltsort vor Eintritt, Eintrittsart), Aufenthaltsmerkmale (Datum der Pflegebedarfserfassung) und Austrittsmerkmale (Todesfall). Zu den diagnostischen Daten zählen die ärztliche Diagnose und die Pflegephänomene sowie der Gesundheitszustand (Pflegephänomentyp und Ausprägung, Résuméerfassung). Pflegeleistungen werden mit Hilfe anderer Instrumente erhoben (BESA, LEP etc.). Die wirtschaftlichen Daten geben Aufschluss über die Pflegeintensität (Klasse und Pflegezeit), die gesamte Pflegezeit (in Minuten) und die Ergebnisse (Aufenthalt nach dem Austritt).

Eine Referenzliste der Pflegephänomene umfasst 56 Aspekte der Gesundheit und orientiert sich an der Struktur und Codierung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (Körperfunktion, Aktivitäten und Partizipation, Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren). Jedes Phänomen wird von einem Beurteilungsmerkmal begleitet (A = Risiko, B = Ressource und C = Problem).

Die Pflegeinterventionen-Referenzliste umfasst 51 Punkte und mehrere Handlungstypen. Sie berücksichtigen die bereits aufgeführten ICF Codes. Folgende Handlungstypen werden aufgeführt:

- A Einschätzen/Überwachen
- B Beraten/unterrichten
- C Durchführen/umsetzen
- D Unterstützen/begleiten

Es werden auch Leistungen im Zusammenhang mit der Sterbebegleitung erfasst. In der Referenzliste der Pflegephänomene wird unter dem Punkt der personenbezogenen Faktoren das „Sterben“ aufgeführt. Die Einzelleistungen werden in der vorliegenden Literatur nicht näher beschrieben.

Literatur

- Berthou, A. (2004): Das Projekt Nursing Data in der Schweiz. In: Bartholomeyczik, S./Halek, M. (Hg.): Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, 21-39
- Goossen, W.T.F.E., P.J.M.M./Feuth, T./van den Heuvel, W.J.A./Hasman, A./Dassen, T.W.N. (2001): Using the nursing minimum data set for the Netherlands (NMDSN) to illustrate differences in patient populations and variations in nursing activities. *International Journal of Nursing Studies* 38, 243-257
- Werley, H.H./Devine, E.C./Zorn, C.R./Ryan, P./Westra, B.L. (1991): The Nursing Minimum Data Set: abstraction tool for standardized, comparable, essential data. *American Journal of Public Health*, 421-426

Personalbemessungssystem (PERSYS)

Das Instrument dient zur Erfassung des Bedarfs an direkten Pflegeleistungen pro Bewohner und Tag und ermittelt die durchschnittliche Pflegezeit pro Pflegeklasse. Berücksichtigung findet auch der Zeitaufwand für hauswirtschaftliche Leistungen. Ein fester durchschnittlicher Zeitwert für indirekte Leistungen von 16 Minuten pro Bewohner ist festgelegt. Die Zeitvorgaben wurden auf Basis der Selbstaufschreibung ermittelt.

Basis von PERSYS ist ein Pflegeleistungskatalog, in dem 212 Einzelleistungen der Grund- und Behandlungspflege in 5 Kategorien hinterlegt sind. Bestimmte Leistungen sind zusätzlich mit einem Schwierigkeitsgrad (--,- 0, +, ++) versehen, der veränderte Zeitwerte aufführt, die sich bei der Pflege von Bewohnern mit reduziertem Allgemeinzustand ergeben. Die 5 Kategorien beinhalten die Körperpflege, die Mobilität, die Ernährung und die Behandlungspflege und orientieren sich damit stark an den Alltagsverrichtungen, die für die Pflegestufenzuordnung maßgeblich sind. Wegezeiten der Mitarbeiter werden ebenfalls berücksichtigt. Den einzelnen Leistungen sind Zeitwerte zugeordnet. Der Pflegeleistungskatalog bildet gleichzeitig die Grundlage zur Erstellung der individuellen Pflegemaßnahmenplanung. Den größten Anteil im Leistungskatalog umfasst die Kategorie Körperpflege mit 135 Einzelleistungen. Die Kategorie Mobilität umfasst 20 Einzelleistungen, 43 Einzelleistungen fallen unter die Kategorie Behandlungspflege, 17 in die Kategorie Ernährung und 2 in der Kategorie „keine“. Für jede Pflegeleistung und deren Ausprägungsgrad wurde eine Leistungsbeschreibung erarbeitet. In dieser sind die Bewohnerkriterien, die Durchführung/Durchführungskriterien und Messzeitpunkte hinterlegt. Für die ungeplanten Leistungen, die nicht näher beschrieben werden, sind 2 Minuten pro Tag festgelegt.

Als indirekte Pflegezeiten werden berücksichtigt: Übergabe und Besprechungen, Dienstplangestaltung/Organisation/Administration, Wege- und Wartezeiten, die Ver- und Entsorgung, die Speisen, die Reinigung, nicht planbare Zeiten und Gemeinschaftsveranstaltungen. Das Zustandekommen der Wegezeiten wird nicht näher beschrieben. Bei den indirekten Pflege-

zeiten werden die Wege- und Wartezeiten, Ver- und Entsorgung, hauswirtschaftliche Tätigkeiten (Speisen, Reinigung) und nicht planbare Zeiten berücksichtigt.

Die Erfassung kann direkt über einen EDV-Arbeitsplatz erfolgen. Das Verfahren ist nicht in eine umfassende Pflegedokumentation integriert und lässt folglich keine Vergleiche zwischen der planmäßigen und tatsächlich erbrachten Leistung zu.

Literatur

- Conzelmann, M./Nau, T. (2005): Integration von PERSYSY in EDV-gestützte Pflegeplanung "Suchet der Pflege Bestes". Aufgaben für Altenarbeit und Pflege e.V., 95-100
- Isfort, M. (2008): Patientenklassifikation & Personalbemessung in der Pflege. Münster: Verlagshaus Monstein und Vannerdat OHG
- vom Endt, H.J./Fasse, M./Kirchhof, R.-R./Walter, M. (2004): PERSYS. Leistungsgerechte Pflegesätze und Maßstäbe zur Personalbemessung für die stationäre Pflege Stuttgart: Evangelische Heimstiftung e.V.
- Bundesministerium für Familie, S., Frauen und Jugend (2002): Qualitative und quantitative Erfassung des erforderlichen Pflegezeit- und Personalbedarfs in deutschen Altenheimen. Erprobung des Verfahrens PLASIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis en milieux des soins prolongés (PLAISIR)

Die erste Version von PLAISIR wurde bereits Anfang der 1980er Jahre in Kanada entwickelt, es wird dort seit 1983 eingesetzt. In der französischsprachigen Schweiz wurde es 1995 getestet. 1998 wurde es erstmalig in Deutschen Pflegeeinrichtungen des Caritasverbandes in Mannheim eingesetzt. Das Instrument dient zur kontinuierlichen Einschätzung der Bewohner in der Langzeitversorgung im Hinblick auf die individuell erforderliche Pflegezeit und den Personalbedarf.

Bei der Aufnahme oder wenn sich der Pflegebedarf des Bewohners ändert, werden dessen Zustand und die für den Bewohner individuell erforderliche Pflege und Unterstützung erfasst. Die Evaluation erfolgt auf drei miteinander im Zusammenhang stehenden Ebenen (dreidimensionales Verfahren). Alle Bewohnermerkmale werden mit einem zweiteiligen Erhebungsbogen (FRAN) gesammelt. Es ist ein 32-seitiges standardisiertes Erhebungsinstrument. Im ersten Teil wird anhand von zahlreichen Variablen der Gesundheitszustand des Bewohners ermittelt und bestimmte Leistungen (beispielsweise Ergotherapie, Physiotherapie) erfasst. Im zweiten Teil werden die in den letzten 7 Tagen in Anspruch genommenen Pflege- und Unterstützungsleistungen (Pflegeaktionen) und die erforderlichen Ressourcen dokumentiert. Die Angaben sind unterteilt in den Wochenplan, zur Darstellung des Wochentages, an dem eine Pflegeaktion fällig ist, und dem Tagesplan, mit dem Bezug zum zeitlichen Anfall im Tagesverlauf.

Unterschieden wird in direkte Pflege (Pflegeaktion in Anwesenheit des Bewohners) und indirekte Pflege (in Abwesenheit des Bewohners). Mit PLAISIR System lässt sich für jeden Bewohner eine durchschnittliche Pflegeintensität ableiten. Die erforderliche Pflegezeit wird nach Art der Pflegeleistung und Tageszeit der durchgeführten Pflegeaktion ausgewiesen.

Nach der Erhebung der Bewohnerangaben (Evaluation) folgt die Überprüfung der Daten und die Datenverarbeitung/Auswertung. Die Erfassungsergebnisse werden zur Überprüfung und Auswertung an das kanadische Evaluationszentrum geschickt (Montreal). Im weiteren Verlauf wird jede erbrachte Pflegeleistung mit einer Zeiteinheit hinterlegt. Diese wird mit der individuell festgelegten Häufigkeit (Wochentag/Uhrzeit) multipliziert. Die ermittelten Zeitwerte sind statistische Durchschnittszeiten und keine rein individuellen Zeitwerte.

PLAISIR erfasst auch Aktivitäten über die direkte oder indirekte Pflege hinaus. Diese sind die bewohnerbezogene Kommunikation und Verwaltungs- und Instandhaltungsaktivitäten, ebenso Wegezeiten. Mit „Bewohnerbezogene Kommunikation“ (BBK) ist die schriftliche oder mündliche Übermittlung des Pflege- und Unterstützungsbedarfs an die anderen Fachkräfte, die Familie des Bewohners oder anderen Dienste gemeint. Die BBK ist mit 11,5 Minuten pro Bewohner pro 24 Std. festgelegt. Die Verwaltungs- und Instandhaltungsaktivitäten sowie die Wegstrecken (VIAW) handelt es sich um Aktivitäten, die nicht einem Bewohner allein zugeordnet werden können. Sie dienen dem reibungslosen Funktionsablauf innerhalb einer Organisationseinheit. Sie können innerhalb oder außerhalb des Wohnbereichs stattfinden. Hierfür sind im PLAISIR System 12,5 Minuten pro Bewohner pro 24 Std. hinterlegt.

Die Datenerfassung führt eine geschulte Evaluiererin (Pflegefachkraft) durch. Der Zeitaufwand ist relativ hoch und beträgt je nach Vorerfahrung zwischen 45 Minuten und zwei Stunden. In der Regel kann die Pflegefachkraft pro Tag fünf bis 10 Bewohner mit den FRAN evaluieren.

Literatur

- Bundesministerium für Familie, S., Frauen und Jugend (2002): Qualitative und quantitative Erfassung des erforderlichen Pflegezeit- und Personalbedarfs in deutschen Altenheimen. Erprobung des Verfahrens PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und ambulante pflegerische Dienste e.V. (2001): Erforderliche Pflegezeit- und Personalbedarf in stationären Pflegeeinrichtungen - ein Positionspapier zum Verfahren PLAISIR, Nr. Verfügbar unter: http://www.devap.de/uploads/media/positionspapier_plaisir.pdf, abgerufen am 23.06.09
- Kuratorium Deutsche Altenhilfe e.V. (2000a): Ermittlung der erforderlichen Pflegezeit mit PLAISIR. pro Alter 3/2000, 18-23
- Kuratorium Deutsche Altenhilfe e.V. (2000b): 131 Minuten durchschnittlicher Pflegebedarf pro Tag. pro Alter 3/2000, 30-34
- Kuratorium Deutsche Altenhilfe e.V. (Hg.) (2002): Pflegezeit- und Personalbemessung in der vollstationären Pflege. Köln: KDA
- Tilquin, C. (2004): Allgemeine Einführung in das PLAISIR-System. Verfügbar unter: <http://www.erosinfo.com/Produits/Doc/Plaisir/SystGeneralPLAISIR-EUR-QUE-GR.pdf>, abgerufen am 23.06.2009

Projet de Recherche en Nursing (PRN)

PRN ist ein System zur prospektiven oder retrospektiven Pflegepersonal-Bedarfseinschätzung und hat ab der Version PRN 80 ein sehr breites Einsatzspektrum. Es ist nach Aussage des Herstellers sowohl im akut- und intensivstationären, pädiatrischen und Erwachsenenbereich einsetzbar als auch in der Psychiatrie. Für die Anwendung in der stati-

onären Langzeitpflege gibt es in der Literatur widersprüchliche Aussagen. Man vermutet, dass PRN grundsätzlich, evtl. nach einer Anpassung an nationale Besonderheiten in der Heimversorgung, auch für diesen Bereich einsetzbar sein könnte.

Das 1969 in Kanada entwickelte Instrument wird seit 22 Jahren auch auf dem europäischen Festland eingesetzt. Das in Belgien eingesetzte Nursing Minimum Dataset „Résumé Infirmier Minimum“ (RIM) wurde 1987 auf der Basis des PRN entwickelt, Frankreich empfiehlt seit 1991 PRN zur Pflegepersonal-Bedarfseinschätzung, in Italien und der Schweiz finden seit 1987 bzw. 1993 vereinzelte Projekte zu PRN statt, während Luxemburg das Instrument seit 1994 landesweit als Auditinstrument verwendet. Es liegt sowohl in französischer als auch in deutscher Sprache vor. Neben der prospektiven oder retrospektiven Erfassung patientenbezogener Einzelleistungen werden bei der Personalbedarfsberechnung auch stations- und mitarbeiterbezogene Tätigkeiten berücksichtigt.

Die patientenbezogenen Tätigkeiten sind in der Version PRN 87 den acht Merkmalsgruppen Atmung, Ausscheidung, Mobilität, Ernährung, Hygiene, Kommunikation, Behandlung und diagnostische Methoden zugeordnet. Jede Merkmalsgruppe besteht aus 4 bis 38 Einzelleistungen die wiederum mehrere Ausprägungen annehmen können (z.B. Pflege bei Inkontinenz 1-3x/Tag oder 4-7x/Tag oder >7x/Tag). Jede Einzelleistung erhält in jeder Ausprägung einen definierten Punktwert. Jeder Punkt entspricht dabei einem erwarteten Pflegeaufwand von 5 Minuten. Bei der Punktvergabe werden Zeiten für indirekte Pflegearbeiten berücksichtigt (Vor- und Nachbereitung der Maßnahmen). Die Punktwerte für die Einzelleistungen wurden auf internationalen Konsensuskonferenzen von Pflegeexperten ermittelt und laufend überarbeitet.

Der Zeitaufwand für die patientenbezogene Kommunikation (z.B. Visiten, Dokumentation) und für die Wegstrecken, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Patientenversorgung anfallen, werden vom System anhand von patienten- und stationsbezogenen Daten (z.B. Pflegeintensität, Stationsgröße) automatisiert berechnet und ausgewiesen.

PRN teilt die Patienten auf Grundlage der summierten Punkt- und Zeitwerte einer von 15 Pflegeintensitätsklassen zu. Dabei entspricht Klasse 1 einem (erwarteten) Pflegaufwand von 19 Minuten pro Tag. Die Zeitwerte erhöhen sich mit jeder Klasse um den Faktor 1,4 bis zu einem Maximum von 1841 Minuten pro Patient und Tag (Klasse 15).

Für stationsbezogene Tätigkeiten (administrative Arbeiten/Unterhaltsarbeiten) und Botengänge wird pro Station für je 24h ein globaler Zeitwert gutgeschrieben und zu der Pflegezeit addiert. Der Zeitwert wird für jede Einrichtung individuell ermittelt und ist abhängig vom Stationstyp, der Größe der Station, der Art des Arbeitstages (Werktag/Wochenende) und dem Vorhandensein von Toiletten auf den Zimmern. Mitarbeiterbezogene Aktivitäten wie Weiterbildungen oder Pausenzeiten werden bei der Personalbedarfsermittlung ebenfalls berücksichtigt.

Neben der Ermittlung des Pflegebedarfs (Soll-Pflegezeit) erfasst PRN auch das Pflegeangebot (Ist-Pflegezeit) und stellt diese beiden Kennzahlen vergleichend gegenüber. Das Pflegeangebot wird in zwei Kategorien aufgeteilt (Pflegefachkräfte und Pflegehilfen) und differenziert für drei Schichten pro 24h erfasst. Durch die tägliche Erfassung des Pflegeaufwandes

kann sowohl kurzfristig auf Veränderungen reagiert werden als auch der Personalbedarf mittel- und langfristig geplant werden.

Die PRN-Daten werden einmal tägl. pro Patient erhoben. Der Erfassungsaufwand beträgt ca. 2 Minuten/Patient. Die Daten werden im Rahmen der schriftlichen Pflegeplanung oder Pflegedokumentation gesammelt und anschließend von geschulten Anwendern (Schulungsaufwand etwa 1 ½ Tage) in das EDV-System übertragen.

Literatur

- Bundesamt für Sozialversicherung Schweiz (Hg.) (1997): Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich – Prinzipien und Beispiele. Bern: Eidgenössische Drucksachen und Materialzentrale
- Fischer, W. (1996): Wie kann die Pflege zeigen, was sie leistet? Verfügbar unter: <http://www.fischer-zim.ch/artikel/Pflege-Leistung-9606-SBK.htm#zinPRN>, abgerufen am 12.05.2009
- Fischer, W. (1994): Leistungserfassung und Patientenkategorisierung in der Pflege - Eine Übersicht. Aarau (Schweiz) VESKA-Generalsekretariat
- Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen (1995): Instrumente zur Messung des Pflegeaufwandes in Altersheimen und Akutspitälern. , Aarau: Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen
- Universitätsspital Bern (Hg.) (1998): Pflegebedarf messen – ein wirksames Führungsinstrument in der Pflege. Bericht eines Pilotprojektes am Inselspital Bern.

Patient Requirements for Nursing Care (PRNC)

Mit PRNC wird die Komplexität des Versorgungsbedarfs von Patienten im akutmedizinischen Bereich dargestellt. Auf Basis dieser Klassifizierung kann das notwendige Qualifikationsniveau von Pflegefachkräften einer Arbeitseinheit eingeschätzt werden.

Das Instrument wurde in den 1990er Jahren von der Greater Victoria Hospital Society, Australien entwickelt. PRNC dient der Einschätzung des erforderlichen Qualifikationsniveaus von Pflegefachkräften in akutstationären Arbeitsbereichen. Dies geschieht auf Basis einer Patientenklassifizierung in komplexe und weniger komplexe Fälle. Das Instrument besteht aus den fünf Kategorien klinische (psychische) Stabilität (6 Fragen), klinische Entscheidungsfindung (3 Fragen), Informations- und Schulungsbedarf des Patienten (2 Fragen), emotionaler Unterstützungsbedarf des Patienten/der Familie (2 Fragen) und Unterstützungsbedarf im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) sowie der Mobilität (2 Fragen).

Jeder Frage werden drei standardisierte Antwortmöglichkeiten zugeordnet. Die Antworten werden mit jeweils einem bis drei Punkten bewertet. Nach Durchführung des Assessments werden alle Einzelpunktwerte zu einem Gesamtsummenscore addiert. Je höher der Summenscore, desto komplexer ist die Versorgungssituation des Patienten. Die minimal zu erreichende Punktzahl beträgt 15 (= stabiler Patient mit vorhersehbarem Verlauf und wenig komplexem Versorgungsbedarf), die maximal erreichbare Punktzahl 45 (= instabiler Patient mit unvorhersehbarem Verlauf und hochkomplexem Versorgungsbedarf).

PRNC ist ein Instrument, mit dem der qualitative Personalbedarf (Qualifikationsniveau) einer Arbeitseinheit im Krankenhaus abgeschätzt werden kann. Es wurde vor dem Hintergrund der

in Australien üblichen Pflegequalifikationen für den akutstationären Bereich entwickelt. PRNC ist kein System zur Erfassung der Arbeitsbelastung und für die Langzeitversorgung nicht einsetzbar.

Der Arbeitsaufwand für die Durchführung des Assessments beträgt ca. 10 Minuten/Patient bei kurzem Schulungsaufwand. Die Daten werden der Patientenakte entnommen. Die inhaltliche Validität des Instrumentes wurde mit Hilfe eines Peer-Review Verfahren mit Pflegewissenschaftlern, Pflegemanagern und Pflegepraktikern sichergestellt.

Literatur

Fulton, T.R./Wilden, B.M. (1998): Patient Requirements for Nursing Care: The Development of an Instrument. In: Canadian Journal of Nursing Administration Vol. 11, No. 1: 31-51

Pflegepersonalregelung Geriatrie und Langzeitpflege (PPR-GL)

Die PPR-GL ermittelt den Zeitaufwand in der Geriatrie und Langzeitpflege in durchschnittlichen Zeitwerten, die sich auf die durchschnittliche Leistung pro Bewohner und Kategorie beziehen und keine ausführliche Einzelleistungserfassung abbilden.

Als Basismethode für die 2002 in Österreich vom Projektteam des Wiener Krankenhausverbundes entwickelte und evaluierte PPR-GL wurde die Pflegepersonalregelung-Wien (Erwachsenenpflege) (PPR-W) und die seit 2000 bearbeitete ON-Regel³⁵ Pflegepersonalregelung-Österreich (PPR-Ö) herangezogen. Das Leistungsspektrum wurde an die Geriatrie- und Langzeitpflege angepasst. Hierzu wurde auf der Ebene der Leistungselemente der PPR-W (allgemeine Pflege, spezielle Pflege, Pflegegrundwert und Fallwert) eine Evaluierung der Zeitwerte und Häufigkeit vorgenommen und für die PPR-GL neu beurteilt. Die Einzelaktivitäten und Leistungen blieben davon unberührt. Die spezielle Versorgung und die Besonderheiten bei der Versorgung von Patienten in der Geriatrie und Langzeitversorgung sind durch eine hinreichende Zeitbewertung beachtet worden. Die Ermittlung der Zuschlagswerte erfolgte durch Arbeitsanalysen und Expertengespräche.

Bei dem Konzept der PPR-GL werden alle Bewohner eines Wohnbereichs einmal im Monat zum festgelegten Stichtag eingestuft. Anhand des ermittelten Leistungsspektrums können die Auslastungsdaten für einen abgrenzten Zeitabschnitt, in der Regel pro Jahr oder Monat, hochgerechnet und der Personalbedarf ermittelt werden. Es wird als Instrument der internen Personalsteuerung genutzt. Der patientenbezogene Aufwand ergibt sich aus der Kombination der Allgemeinen Pflege (A) und der Speziellen Pflege (S) in den jeweiligen drei Leistungsstufen (A1-A3, S1-S3). Das Leistungsspektrum umfasst eine Patientenverteilung in 9 Kategorien oder Patientengruppen. Die einzelnen Pflegeleistungsstufen sind mit Minutenwerten hinterlegt. Diese Werte beziehen sich auf die Leistungen in einen Zeitraum des Tagesdienstes in der Zeit von 7:00 bis 21:00. Der Bedarf an Personal für die 10stündige Nacharbeit wird per Arbeitsplatzberechnung ermittelt. Als Berechnungsgrundlage können unter-

³⁵ Österreichisches Normungsinstitut (ON)

schiedliche Zeitbezüge zugrunde gelegt werden, beispielsweise 10, 12, 14, 16 oder 24 Stunden.

Das Einstufungsschema für die Allgemeine Pflege in der Geriatrie und Langzeitversorgung beinhaltet die Pflegestufen A1 (selbständig), A2 (teilselbständig) und A3 (unselbständig) mit den Bedürfnisbereichen: Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung sowie Bewegung und Lagern. Für die Zuordnung in eine Pflegestufe der Allgemeinen Pflege (A1-A3) müssen mindestens zwei unterschiedliche Bedürfnisbereiche der gleichen Pflegestufe zutreffend sein. Das Einstufungsschema für die Spezielle Pflege beinhaltet die Pflegestufen S1 Grundleistungen, S2 Erweiterte Leistungen und S3 Besondere Leistungen mit den Bereichen: Leistungen im Zusammenhang mit Operationen, invasiven Maßnahmen, akuten Krankheitsphasen, medikamentöser Versorgung und Wund- und Heilbehandlung. Die Zuordnung zu einer Pflegestufe der Speziellen Pflege (S1-S3) ist abhängig von den Einordnungsmerkmalen beispielsweise der Häufigkeit der durchgeführten Maßnahme in 24 Std., Anzahl der ermittelten Parameter³⁶. Für die Zuordnung in eine Pflegestufe der speziellen Pflege reicht ein Einordnungsmerkmal aus.

Die Aufwendungen für die Organisation patientenferner Tätigkeiten und Leistungen, bezogen auf die Gestaltung des Alltags, sind im Betreuungsgrundwert (BGW) enthalten, dieser beträgt pro Patient und Tag 25 Minuten.

Die Aufnahme (von außen), Verlegung, Entlassung und Versorgung Verstorbener sind Leistungen, die mit dem Fallwert (FW) abgedeckt werden. Der Fallwert beträgt 70 Minuten pro Patient und Aufnahme. Der Erstkontakt außerhalb der Einrichtung (Geriatrisches Assessment extern) vor dem Einzug kann bei Erfüllung nicht näher beschriebene Rahmenbedingungen mit einem fallbezogenen Zuschlagswert von 200 Minuten belegt werden. Der besondere Betreuungs- und Versorgungsaufwand, d.h. über die Regelversorgung hinausgehende pflegetherapeutische Leistungen beispielweise für Patienten mit einem apallischen Syndrom oder im Bereich der Langzeitbeatmung werden durch einen patientenbezogenen Zuschlagswert (PZW) pro Tag hinzugerechnet. Die Zuschlagswerte liegen bei 40-80 Minuten pro Pflegetag oder können in einem Pauschalzeitwert pro Station und Berechnungsperiode erfolgen.

Die PPR-GL ist in österreichischen Altenpflegeeinrichtungen weit verbreitet, nähere Angaben zum erforderlichen Zeitaufwand werden nicht gemacht.

Literatur

- Dorfmeister, G. (2004): Personalplanung für stationäre Alten- und Langzeitpflegebereiche. Verfügbar unter: <http://www.oegkv.at/uploads/media/dorfmeister-guenter05-2004.pdf>, abgerufen am 28.05.2009.
- Dorfmeister, G. (2008): Personalmanagement. Verfügbar unter: <http://file1.npage.de/001700/35/download/personalmanagement.pdf>, abgerufen am 01.06.09
- Thür, G. (Hg.) (2004): Professionelle Altenpflege. Ein praxisorientiertes Handbuch. Wien, New York Springer

³⁶ Parameter: Blutdruck, Temperatur, Atmung, Blutzucker etc.

Resource Utilization Groups (RUG)-Version III

Die Resource Utilization Groups (RUG) oder Ressourcenverbrauchsgruppen sind eine Klassifikation von Pflegeaufwand (Fallgruppe), die für eine prospektive Finanzierung der Leistungen in der stationären Langzeitpflege vorgesehen sind.

Es handelt sich um ein Mitte der 1980 Jahren in den USA entwickeltes Instrument für die stationäre Langzeitversorgung und geriatrische Rehabilitation. Das RUG-System ermöglicht eine Unterscheidung von Pflegeaufwandsgruppen, für deren pflegerische und therapeutische Versorgung ein ähnlicher Ressourcenaufwand benötigt wird. Der Ressourcenaufwand umfasst insbesondere die bewohnerspezifischen und unspezifischen Pflegezeiten pro Tag, aber auch die Qualifikation der Mitarbeiter im Pflegebereich und ggf. die Therapie. Das Grundmodell der RUGs umfasst sieben Hauptgruppen und 44 Detailgruppen. Basis der Zuordnung der einzelnen RUG-Gruppen ist das Resident Assessment Instrument (RAI), mit dem der Zustand des Bewohners erhoben und regelmäßig aktualisiert wird. Dazu dient das RAI-Dokumentationsinstrument Minimum Data Set (MDS), aus dessen Angaben sich die Ressourcenverbrauchsgruppen durch die Skalenwerte der körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit berechnen lassen. Die eigentliche Zuordnung des Bewohners in eine Pflegeaufwandsgruppe beruht auf drei Dimensionen: der Hierarchie der Haupttypen von Bewohnern, den funktionellen Fähigkeiten der Bewohner (anhand der Verrichtungen des täglichen Lebens bewertet) und dem Vorhandensein zusätzlicher Probleme.

Die Hierarchie der Hauptgruppen orientiert sich an der Höhe des Ressourcenbedarfs. Je nach Gesundheitszustand und Pflegebedarf kann der Bewohner einer der sieben Hauptkategorien und den durch den Activities of Daily Living (ADL)-Index gebildeten 44 Detailgruppen zugeordnet werden. Diese lassen sich bei Bedarf reduzieren oder erweitern. Die Detailgruppen sind mit einem Index (Case Mix Index – CMI) hinterlegt und ermöglichen so die Quantifizierung der durchschnittlichen Pflege- und Therapiezeit. Die Zuordnung in eine der Detailgruppe hängt von der Höhe des ADL-Index und dem Vorhandensein gewisser Erkrankungen ab. Der ADL-Index beinhaltet die Variablen Bettlägerigkeit, Fortbewegung, Toilettennutzung und Ernährung mit der Unterteilung: selbstständig oder unter Aufsicht, begrenzte Unterstützung, aufwändige Unterstützung oder totale Abhängigkeit, aufwändige Unterstützung durch zwei Personen und aufwändige Unterstützung durch mehr als zwei Personen.

Die Hauptkategorie I erfasst die Bewohner mit rehabilitativen Bedarf (Special Rehabilitation) mit den Intensitätsabstufungen von ultrahoch bis gering und 14 Detailgruppen. Diese Kategorie ist diejenige mit dem größten Ressourcenbedarf. In dieser Kategorie befinden sich Bewohner mit Rehabilitationspotential, die eine entsprechende Therapie erhalten. Die Rehabilitationstherapie beinhaltet Kombinationen aus physikalischer sowie Beschäftigungs- oder Sprachtherapie, die Selbstbewältigung von Amputationen und speziell das Prothesen- und Hilfsmitteltraining. Der Schwerpunkt liegt hier bei der rehabilitativen Pflege, d.h. der aktiven und passiven Bewegungshilfe, der Unterstützung beim Wiedererlernen des An- und Auskleidens, dem Transfertraining, dem Mobilisationstraining im Bett, dem Training zur selbständigen Nahrungsaufnahme, dem Kommunikationstraining, Gehübungen, dem Trainieren der Blasenfunktion und der Anleitung in der Toilettennutzung.

Die Kategorie II erfasst die Bewohner mit einem umfassenden Pflegebedarf (Extensive Services). Ihr sind drei Detailgruppen zugeordnet. Die Bewohner dieser Kategorie weisen einen RUG-ADL-Index von mindestens 7 auf und erfüllen mindestens eines der folgenden Merkmale: parenterale Ernährung, multiple Medikation, Absaugen erforderlich, Drainage oder Tracheostoma.

Die Kategorie III ist für Bewohner mit einem speziellen Versorgungsbedarf vorgesehen (Special Care). Ihr sind drei Detailgruppen zugeordnet. Die Bewohner dieser Kategorie weisen einen RUG-ADL-Index von mindestens 7 und unterschiedliche Aspekte des medizinischen und pflegerischen Zustandes auf. Diese sind beispielsweise das Vorliegen einer Tetraplegie, Fieber, eine Pneumonie, Flüssigkeitsmangel, das Vorhandensein von Hautläsionen, eine Intravenöse Medikation oder eine Strahlenbehandlung.

Die Kategorie IV erfasst Bewohner mit einer komplexen klinischen Versorgung (Clinically Complex). Ihr sind sechs Detailgruppen zugeordnet. Diese Kategorie basiert auf bestimmten Kriterien des Bewohnerzustandes, pflegerische und ärztliche Interventionen sind erforderlich. Entscheidend für die Zuordnung in eine Detailgruppe sind das Vorhandensein oder die Anzeichen einer Depression. Mindestens eines der folgenden Kriterien muss vorliegen: Das Vorhandensein einer Aphasie, Zustand nach einer Aspiration, Zerebrallähmung, Dehydratation oder Hemiplegie.

Die Kategorie V erfasst die Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen (Impaired Cognition). Ihr sind vier Detailgruppen zugeordnet. Mit der Cognitive Performance Scale (CPS) des Dokumentationsinstruments MDS der RAI wird die kognitive Leistungsfähigkeit bestimmt. Die Bewohner, die einen RUG-ADL-Index von 4-10 aufweisen und eine eingeschränkte Wahrnehmung bezogen auf Entscheidungsfindung, Orientierung und des Kurzzeitgedächtnis besitzen, werden dieser Kategorie zugeordnet. Berücksichtigung findet hier ebenfalls die pflegerische Rehabilitation.

Die Kategorie VI erfasst Bewohner mit Verhaltensproblemen (Behavioral Problems). Ihr sind vier Detailgruppen zugeordnet. In dieser Kategorie sind Bewohner, bei denen sich Verhaltenssymptome manifestiert haben und die einen RUG-ADL-Index von 4-10 aufweisen. Berücksichtigung findet hier ebenfalls die pflegerische Rehabilitation. Die Bewohner weisen folgende tägliche Verhaltensprobleme auf: Sie sind verbal aggressiv, zeigen Wandertendenz, sind körperlich aggressiv oder halluzinieren.

Kategorie VII erfasst Bewohner mit einer eingeschränkten Körperfunktion (Reduced Physical Functions). Ihr sind 10 Detailgruppen zugeordnet. Hier werden/müssen die Bewohner zugeordnet werden, die keine der vorherigen Kriterien der VI vorherigen Kategorien erfüllen. Eine Rolle spielt auch der Bedarf an pflegerischer Rehabilitation.

Wählbar sind zwei Vorgehensweisen bei der Klassifizierung, das hierarchische Verfahren und der Maximierungsindex. Beim hierarchischen Verfahren wird der Bewohner der höchstmöglichen Hierarchiegruppe zugeordnet. Das Klassifizierungsverfahren beginnt in der Hierarchie mit der ersten Kategorie und endet, sobald der Bewohner einer entsprechenden Kategorie zugeordnet werden konnte. Beim Maximierungsindex wird eine Gewichtung vorgenommen, d.h. für alle zu klassifizierenden Bewohner wird ein CMI ausgerechnet. Eine Ein-

ordnung in die Gruppe mit dem höchsten CMI schließt dieses Verfahren der Klassifizierung ab.

Die Praktikabilität des Instruments unter den Bedingungen in Deutschland ist fraglich. Fachliche und organisatorische Voraussetzungen zur Einführung fehlen weitgehend, das zugrunde liegende Verständnis von Pflege und Rehabilitation weicht von den Strukturen in Deutschland erheblich ab. Zudem bewegen sich die den RUGs zugeordneten Pflegezeiten in Dimensionen, die von den Versorgungsstrukturen in Deutschland weit entfernt sind.

Literatur

- Anliker, M. (2007): Erfahrungen mit dem RAI in den Alters- und Pflegeheimen der Schweiz. PrInterNet 05/07, S. 332-336
- Carpenter, G.I., Main, Alistair, Turner, Gillian., (1995): Casemix for The Elderly Inpatient: Resource Utilization Groups (RUGs) Validation Project. Age and Ageing 24, 5-13.
- Garms-Homolová, V. - Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (2005): Vorstellung des RAI- und RUG III-Systems Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. 125-136. Verfügbar unter: http://www.devap.de/uploads/media/Devap-Kongress2005_Druckversion.pdf, abgerufen am 15.05.09
- Garms-Homolová, V./Gilgen, R. (2000): RAI 2.0 Resident Assessment Instrument. Bern: Hans Huber Verlag
- Grebe, C. (2004): Pflegeklassen nach SGB XI und RUG-III. PrInterNet 3/04, S. 177-184
- Levinson; Daniel R. - Department of health and Human Service Office of Inspector General (2006): A Review of Nursing Facility Resource Utilization Groups. Department of health and Human Service Office of Inspector General. Verfügbar unter: <http://www.oig.hhs.gov/oei/reports/oei-02-02-00830.pdf>, angerufen am 29.04.09
- Mich, U., Rensselear (1991): Staatenübergreifende Mischfall Studie und Qualitätsnachweis in Pflegeheimen Beschreibung des Resource Utilization Group [Ressourcenaufwandsgruppe] Version III, Nr. Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFESFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-24392-SR-Band-225---Teil-III,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, eingesehen am 29.04.09
- Rapp, B. (2006): Eine Frage der Zeit - die Reha-DRGs kommen. Das Krankenhaus 8/2006, S. 663-668
- Schreibenzuber, H. (2006): Bedarfsorientierte Personal- und Finanzplanung mittels Pflegeaufwandgruppen in der stationären Altenpflege. Verfügbar unter: www.drk-fachhochschule.de/gfx/REDAKTION/BA_ohne_Anhang.pdf, abgerufen am 30.03.2009

Resource Use Measure (RUM)

RUM ist primär ein Instrument zur Einschätzung des Bedarfs von älteren Menschen (≥ 65 Jahre). Es ist nicht für die individuelle Pflegeplanung geeignet, da es inhaltlich sehr schlank ausfällt.

RUM besteht im Wesentlichen aus einem Indikatorenset mit dem der relative Bedarf an pflegerischer Unterstützung älterer Personen ermittelt werden kann. Das Instrument wurde 2001 in Schottland entwickelt und wird dort sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Langzeitpflege empfohlen. Es besteht aus vier Modulen mit jeweils mehreren Fragen denen standardisierte Antwortmöglichkeiten zugeordnet sind. Dies sind Fragen zu den Aktivitäten des täglichen Lebens und der Mobilität (3 Fragen mit je 6 Antwortmöglichkeiten), zur Selbstversorgung (10 Fragen mit je 5 Antwortmöglichkeiten), zu verhaltensbezogenen Aspekten (4 Fragen mit je 2 Antwortmöglichkeiten) und zur Darmkontrolle (eine Frage mit zwei Antwortmöglichkeiten). Jede Antwortmöglichkeit ist mit einem Punktwert versehen. Nach Beantwortung sämtlicher Fragen wird für jedes Modul ein eigener Summenscore gebildet. Dabei gilt, je höher der Summenscore desto höher die Abhängigkeit von personeller Hilfe. Anschließend wird die erfasste Person einer RUM-Gruppe (A bis I) zugeordnet. Dabei bildet das Modul „Aktivitäten des täglichen Lebens und Mobilität“ den Ausgangspunkt der Gruppenbildung.

RUM ist ein einfach zu handhabendes Instrument, mit dem eine Fallgruppe in weniger als 5 Minuten ermittelt werden kann.

Literatur

- Scottish Executive Health Department (2007a): Report on the Development of a Resource Use Measure (RUM) for Scotland. Verfügbar unter: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/47176/0013798.pdf>, abgerufen am 26.05.2009
- Scottish Executive Health Department (2007b): Annex 1: RUM Development Methods and Results. Verfügbar unter: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/47176/0013793.pdf>, abgerufen am 26.05.2009
- Scottish Executive Health Department (2007c): Annex 2: Resource Use Measure (RUM). Verfügbar unter: <http://www.sehd.scot.nhs.uk/publications/DC20020924RUMimplementReportAnn2.pdf>, abgerufen am 26.05.2009
- Wingenfeld, K./Büscher, A./Schaeffer, D. (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten – Überarbeitete und korrigierte Fassung – Bielefeld, 23 März 2007. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Verfügbar unter: http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw_bericht_20070323.pdf, abgerufen am 26.05.2009

Anhang B: Fragebogen zur Erfassung des Umsetzungsgrads des Referenzkonzepts

**Erfassung ausgewählter Struktur- und
Prozessmerkmale vollstationärer Pflegeeinrichtungen**

Hinweis: Dieser Bogen wurde zur Verwendung im Rahmen des Projekts „Entwicklung und Erprobung von Grundlagen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf der Basis des Bedarfsklassifikationssystems der Referenzmodelle“ entwickelt und dort als Interviewleitfaden eingesetzt. Er kann jedoch, nach entsprechender Einarbeitung, auch zur Selbstevaluation und als *Basis* für eine differenzierte Beschreibung des Umsetzungsgrades des Referenzkonzepts verwendet werden.

I. Aufgabenprofil der für den Bewohner zuständigen Pflegefachkraft

1. Nach welchem Pflegeorganisationssystem arbeitet die Einrichtung?

- Bezugspflege
 Anderes System, und zwar:

2. Wem sind die folgenden Aufgaben im Regelfall zugeordnet?

Aufgabe		BP, WBL, PDL, Sonst. (angeben)
1	Durchführung/Aktualisierung des pflegerischen Assessments	
2	Integration biografischer Informationen in die Planung der Pflege	
3	Formulierung von Pflegezielen	
4	Allgemeine Maßnahmenplanung (Pflege)	
5	Entwicklung einer Tagesstruktur für den Bewohner	
6	Planung ressourcenfördernder Einzel-/Gruppenaktivitäten	
7	Zugang zu Beschäftigungsangeboten	
8	Überprüfung der Maßnahmenplanung und ihrer Umsetzung, Aktualisierung der Pflegeplanung	
9	Prüfung der Qualität der Pflegedokumentation	
10	Anleitung und Beratung anderer Mitarbeiter bei der Durchführung der Pflege des betreffenden Bewohners	
11	Anleitung und Beratung von Angehörigen & freiwilligen Helfern, die an der individuellen Unterstützung des Bew. beteiligt sind	
12	Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Medikamentengabe	
13	Sicherstellung der Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, Körperpflegemitteln und anderen Utensilien	

3. Inwieweit ist den Bezugspflegernden (oder andere ZPFK) die Koordinationsverantwortung für folgende Aufgabenbereiche zugeordnet (nur individuell bewohnerbezogene Aufgaben)?

1	Heimeinzugsverfahren	
2	Individuelle Angehörigenarbeit	
3	Zusammenarbeit mit Ärzten	
4	Sterbebegleitung	
5	Überleitungsverfahren bei Krankenhausaufenthalten	
6	Bedarfsfeststellung im Bereich nächtliche Versorgung	

(ganz – überwiegend – teilweise – sporadisch – gar nicht. Bitte ggf. erläutern)

4. Ist die Zuordnung der o.g. Aufgaben zu den Bezugspflegernden schriftlich dokumentiert?

- Alle oder fast alle Aufgaben
 Die meisten der genannten Aufgaben
 Ein geringer Teil der genannten Aufgaben

Erläuterungen:

II. Pflegerisches Assessment und Biografieerfassung

5. Inhalte des Assessments

		Diff.grad ¹	Instrument ²
a.	Kognitive Fähigkeiten		
b.	Andauernde psychische Belastungen		
c.	Körperlicher Status und funktionelle Fähigkeiten (z. B. Mobilität, Schmerzen, Hautzustand, Mundstatus)		
d.	Kontinenz		
e.	Selbständigkeit bei alltäglichen Lebensverrichtungen		
f.	Soziale Situation des Bewohners		
g.	Verhaltensweisen des Bewohners		
h.	Individuelle Bedürfnisse und Gewohnheiten		
i.	Teilnahme an Aktivitäten (Bedürfnisse & Möglichkeiten d. Bew.)		
j.	Besondere gesundheitliche Risiken		
	• Dekubitus		
	• Risiken im Bereich „Ernährungszustand“		
	• Sturz		
	• Kontrakturen ⁴		

¹ Differenzierungsgrad: Wird der jeweilige Bereich differenziert erfasst?

² Wird ein bestimmtes Einschätzungsinstrument verwendet (z.B. Braden-Skala, MMSE, CMAI etc.)?

6. Organisation des Assessments

1	Explizite Regelungen zur Sicherstellung des Assessments, u.a. Aussagen über personelle Zuständigkeiten und Arbeitszeit?	
2	Sofortige Erfassung akuter Gefährdungen und anderer relevanter Informationen für die erste Versorgung beim Heimeinzug?	
3	Abschluss des initialen pflegerischen Assessment innerhalb von zwei Wochen nach Einzug des Bewohners?	
4	Überprüfung und Aktualisierung des initialen pflegerischen Assessment innerhalb von sechs Wochen nach dem Einzug?	
5	Aktualisierung des Assessments bei gesundheitlichen Veränderungen? Welche Regelungen gibt es dazu?	
6	Regelmäßige Aktualisierung des Assessments in Abständen von höchstens sechs Monaten?	

7. Biografieerfassung

1	Geeignete Dokumentationsinstrumente?	
2	Fortlaufende Erfassung neuer biografierelevanter Informationen?	
3	Transparenz der Dokumentation von Informationen: wann, wer, von wem?	
4	Zuständige Pflegefachkraft trägt die Verantwortung für Qualität und Aktualität	
INHALTE		
5	Versorgung vor dem Heimeinzug	
6	Personenbezogene Aspekte (Gewohnheiten und Vorlieben, Tagesstrukturierung, familiäre Beziehungen etc.)	
7	Lebensgeschichtliche Informationen	

III. Pflegedokumentation

1	Regelungen zur Arbeitszeit für Aufgaben im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation	
2	Identifizierung und Kennzeichnung von Prioritäten unter den individuellen Pflegeanforderungen	
3	Ausformulierte (explizite) Pflegeziele konzentrieren sich auf wesentliche Pflegeprobleme bzw. -anforderungen	
4	Zeitlich gegliederter Tagesplan mit zeitlicher Reihenfolge der Maßnahmen	
5	Vollständiger Tagesplan (sämtliche erforderliche Maßnahmen)	
6	Dokumentation der Behandlungspflege in Form von Einzelnachweisen durch die durchführende Pflegefachkraft	

7	Durchführungsnachweise für Maßnahmenkomplexe	
8	Regelung und Transparenz der Zuständigkeiten für Durchführungsnachweise	

IV. Ausgewählte Bereiche des Leistungsprofils

	1	2	3	4	Zuständig
1.1 Einzelaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität					
1.2 Gruppenaktivitäten zur Förderung/Erhaltung der Mobilität					
5.1 Einzelgespräche					
5.2 Biografieorientierte Einzelaktivitäten					
5.3 Biografieorientierte Gruppenaktivitäten					
5.4 Orientierungs-/gedächtnisfördernde Einzel- und Gruppenaktivitäten					
5.5 Einzel- und Gruppenaktivitäten zur Beschäftigung					
5.6 Religiös/spirituell geprägte Einzel- und Gruppenaktivitäten					
5.7 Unterstützung bei sozialen Kontakten/sozialer Teilhabe					
5.8 Interventionen bei Wanderungstendenz					
5.9 Einzelbetreuung bei Selbst- und Fremdgefährdung					
5.10 Interventionen bei speziellen psychischen Problemlagen					

1 = bei (fast) allen Bewohnern mit entsprechendem Bedarf
2 = nur bei einem Teil der Bewohner mit entsprechendem Bedarf
3 = unregelmäßig/sporadisch
4 = wird nicht oder kaum durchgeführt
Zuständig: P=Pflege, SD = Sozialer Dienst,

Erläuterungen:

V. Übernahme ausgewählter Aufgaben durch Fachkräfte

10. Bitte kreuzen Sie an, wie oft Pflegefachkräfte mit dreijähriger Ausbildung folgende Maßnahmen übernehmen (ständig, häufig, selten, nie). Erfasst werden sollte der „Normalzustand“ in der Einrichtung, also die Arbeitsteilung, die für den Versorgungsalltag charakteristisch ist.

		ständig	häufig	selten	nie
1	Reinigung, Bereitstellung und Transport von Wäsche				
2	Abrechnung von Kosten der Wäschereinigung				
3	Mundgerechtes Vorbereiten von Mahlzeiten ohne Bewohnerkontakt				
4	Tische aufdecken, abdecken und säubern				
5	Ein- und ausräumen der Spülmaschine				
6	Transport und Einlagerung von Lebensmittel-/Getränkeliieferungen				
7	Reinigung von Hilfsmitteln (Rollstühle, Gehwagen, Toilettenstühle etc.)				
8	Aufräum- und Reinigungsarbeiten in Bewohnerzimmern				
9	Aufräum- und Reinigungsarbeiten in Fluren/Gemeinschaftsräumen				
10	Hol- und Bringdienste				

11. Existieren Vorschriften, inwieweit diese Aufgaben von Fachkräften übernommen werden sollen?

- Ja, zu allen oder fast allen dieser Aufgaben
 Ja, zu einem Teil dieser Aufgaben
 Nein

VI. Versorgungsmerkmale in ausgewählten Aufgabenfeldern

12. Erfolgt bei Bewohnern, die „geplant“ einziehen, vor dem Einzug ein Hausbesuch (Erstgespräch)? (Bewohner, die nicht vom Krankenhaus oder aus der Kurzzeitpflege übernommen wurden)

- immer meistens selten nie

13. Haben neue Bewohner in den ersten Wochen einen festen, namentlich benannten Hauptansprechpartner?

- immer meistens selten nie

14. Wird bei neuen Bewohnern einige Wochen nach dem Heimeinzug ein Integrationsgespräch durchgeführt?

- immer meistens selten nie

15. Wer ist in der Regel fester Hauptansprechpartner für Angehörige des Bewohners?

- Die jeweilige Bezugspflegende
 Die Wohnbereichsleitung
 Eine Mitarbeiterin des sozialen Dienstes
 Es gibt hierzu keine festen Regelungen

16. Werden die Möglichkeiten und Wünsche der Angehörigen, in die Versorgung des Bewohners einbezogen zu werden, ermittelt und dokumentiert?

immer meistens selten nie

17. Werden Angehörige als „Informationsquelle“ systematisch in das pflegerische Assessment und die Biografieerfassung einbezogen (sofern sie Bereitschaft dazu haben)?

immer meistens selten nie

18. Werden Angehörige bei der Erstellung und bei größeren Veränderungen der individuellen Maßnahmenplanung einbezogen (sofern sie Bereitschaft dazu haben)?

immer meistens selten nie

19. Wird in regelmäßigen Abständen überprüft, inwieweit die abendliche und nächtliche Versorgung dem Bedarf der Bewohner entspricht?

ja, und zwar im Abstand von 12 Monaten
 nein

Wenn ja: Wie wird dies überprüft?

20. Beinhaltet die individuelle Maßnahmenplanung konkrete Hinweise zur abendlichen/nächtlichen Versorgung? (z.B. schlaffördernde Maßnahmen, Inkontinenzversorgung, Unterstützung bei nächtlicher Unruhe etc.)

bei allen Bewohnern bei den meisten Bew. bei wenigen Bew. nein

21. Werden Mitarbeiterinnen aus dem Nachtdienst, die das nächtliche Verhalten des Bewohners kennen, in die Planung der Pflege einbezogen?

immer meistens selten nie

22. Gibt es in der Einrichtung Mitarbeiterinnen, die ausschließlich im Nachtdienst arbeiten?

ja nein

Wenn ja: Gibt es regelmäßige gemeinsame Teambesprechungen der Mitarbeiter aus dem Tages- und Nachtdienst?

ja nein

23. Wer trägt in der Sterbephase die Verantwortung für Gestaltung und Koordination der Begleitung des betreffenden Bewohners und ggf. seiner Angehörigen?

Die jeweilige Bezugspflegerin
 Andere, und zwar:
 Das wird von Fall zu Fall entschieden

24. Erhalten Angehörige sterbender Bewohner die Möglichkeit, unter Anleitung in die Versorgung des Sterbenden einbezogen zu werden?

immer meistens selten nie

25. Wird erfasst, ob Angehörige nach Versterben des Bewohners Beratungsbedarf haben oder eine andere Unterstützung benötigen?

immer meistens selten nie

26. Haben Angehörige prinzipiell die Möglichkeit, bei der Versorgung des Verstorbenen mitzuwirken?

ja nein

27. Gibt es für die Mitarbeiterinnen Reflexions-/Entlastungsangebote im Zusammenhang mit der Sterbebegleitung?

- ja, und zwar:
 nein

28. Gibt es Informationsmaterial für niedergelassene Ärzte, in denen die Ärzte über die Vorstellungen der Einrichtung zur Zusammenarbeit informiert werden?

- ja nein

29. Haben Ärzte eine feste Ansprechpartnerin für den jeweiligen Bewohner?

- ja, und zwar:
 nein

30. Wird den behandelnden Ärzten bei ihren Besuchen in der Einrichtung angeboten, Einblick in die Pflegedokumentation zu nehmen?

- ja nein

31. Welche der folgenden Informationen übermittelt die Einrichtung dem Krankenhaus, wenn der Bewohner in einem Krankenhaus behandelt werden muss?

- Ärztliche Überweisung/Einweisung
 Aktuelle Medikation
 Erforderliche pflegerische Versorgung
 Individuelle Gewohnheiten und Vorlieben
 Verhaltensauffälligkeiten des Bewohners
 Angaben zu den Angehörigen und zum Hausarzt
 Geistige Beeinträchtigungen des Bewohners (z.B. bei Demenz)
 Fester Ansprechpartner in der Pflegeeinrichtung

32. Wird nach Rückkehr eines Bewohners aus dem Krankenhaus überprüft, ob ein veränderter Pflegebedarf besteht und die Maßnahmenplanung angepasst werden muss?

- immer meistens selten nie

33. Bitte beschreiben Sie Art, Umfang und Nutzungshäufigkeit folgender Maßnahmen/Angebote¹:

- a) Einzelaktivitäten zur Förderung der Mobilität
- b) Gruppenaktivitäten zur Förderung der Mobilität
- c) Biografieorientierte Einzelaktivitäten
- d) Biografieorientierte Gruppenaktivitäten
- e) Orientierungs-/gedächtnisfördernde Maßnahmen
- f) Betreuungsangebote nach 20.00 Uhr

¹ Diese Information wurde im Rahmen des Projekts mit Hilfe der individuellen Datenerfassung erhoben.