

pg papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit

pg-papers 01/2016

Februar 2016

Gesetzliche Personalbemessung in der stationären Altenpflege

Stefan Greß, Klaus Stegmüller

Hochschule Fulda
University of Applied Sciences



Stefan Greß, Klaus Stegmüller

Gesetzliche Personalbemessung in der stationären Altenpflege

Gutachterliche Stellungnahme für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)



pg-papers 01/2016

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.d-nb.de> abrufbar.

pg-papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda

Herausgeber:

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

Leipziger Straße 123

36037 Fulda

Tel: +49(0)661/9640-600

Fax:+49(0)661/9640-649

ISBN 978-3-940713-16-2

Copyright © pg-papers, Februar 2016

Inhalt

Kurzfassung.....	6
1 Einleitung.....	8
2 Rahmenbedingungen in der stationären Altenpflege.....	9
2.1 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegebedarfs.....	9
2.2 Infrastruktur und Personalausstattung.....	12
2.3 Folgen der Diskrepanz zwischen Pflegebedarf und Personalausstattung	16
3 Zusammenhang gesetzliche Personalbemessung und Pflegequalität	20
3.1 Maßnahmen zur gesetzlichen Personalbemessung in den USA	20
3.2 Gesetzliche Personalbemessung und Pflegequalität in den USA.....	22
3.3 Übertragbarkeit und Schlussfolgerungen.....	24
4 Anforderungen an gesetzliche Personalbemessung in der stationären Altenpflege	26
4.1 Rechtliche Rahmenbedingungen an Personalbemessung im Status Quo.....	26
4.2 Personalbemessung im Pflegestärkungsgesetz II.....	28
4.3 Umsetzungsperspektiven	30
5 Tabellenverzeichnis	33
6 Literatur	34

Kurzfassung

Steigende Anforderungen führen zu steigenden Belastungen für Pflegekräfte

Die Anforderungen an die stationäre Pflege in Pflegeheimen haben sich in der jüngeren Vergangenheit massiv verschärft. Das gilt nicht nur für den rein quantitativen Anstieg der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen. Außerdem ist der Anteil der Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in Pflegeheimen gestiegen, die Verweildauern sind gesunken, zudem steigt die Bedeutung von Behandlungspflege genauso an wie Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt.

Die Zahl der Pflegebedürftigen mit stationärem Versorgungsbedarf wird in den nächsten Jahren und Jahrzehnten noch weiter deutlich zunehmen. Kurz- bis mittelfristig wird die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die Anforderungen insbesondere im Hinblick auf die Versorgung von Pflegebedürftigen mit kognitiven Einschränkungen deutlich erhöhen.

In der Vergangenheit konnte ein bescheidener Personalaufwuchs den gestiegenen Pflegebedarf nur teilweise kompensieren. Die verschlechterten Betreuungsrelationen und die moderat gesunkene Fachkraftquote weisen auf steigende Belastungen für die Beschäftigten und Gefahren für die Pflegequalität in Pflegeheimen hin. Ausdruck dieser Belastungen sind eine hohe Fluktuationsrate - die in Deutschland auch auf Grund einer ausgeprägten hierarchischen Organisation der Pflege vergleichsweise hoch ist - sowie eine hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen von Beschäftigten in Pflegeheimen.

Gesetzliche Personalbemessung kann zu besserer Pflegequalität führen

Die Empirie aus den USA zu den Auswirkungen gesetzlicher Personalbemessung zeigt, dass positive Effekte auf die Pflegequalität vor allem durch die Neueinstellung von Pflegefachkräften entstehen. Es besteht jedoch die Gefahr, dass Einrichtungen zur Erfüllung der Mindeststandards jedoch in die Neueinstellung von Pflegehilfskräften investieren. Eine fachlich hochwertige Versorgung setzt daher die Vorgabe einer ambitionierten Fachkraftquote und eine hinreichende Finanzierung der Einrichtungen voraus. Im Rahmen des deutschen Finanzierungssystems würde dies bedeuten, dass sowohl die Versicherungsträger als auch die Träger der Sozialhilfe und die Pflegebedürftigen selbst zusätzliche finanzielle Belastungen zur Finanzierung einer adäquaten Personalausstattung in den Einrichtungen tragen müssten.

Die Entwicklung der Mindeststandards zur Personalbemessung in den USA ist aus deutscher Sicht insofern vorbildhaft, als dass zumindest die Empfehlungen auf der vorliegenden Evidenz und auf der Basis umfangreichen Datenmaterials zum Zusammenhang von Personalausstattung und Pflegequalität beruhen. Die Mindeststandards in den einzelnen Bundesstaaten liegen teilweise deutlich unter diesen Empfehlungen - was durch politische und finanzielle Restriktionen erklärbar sein dürfte - und haben daher für die Entwicklung von vergleichbaren Mindeststandards in Deutschland nur eine eingeschränkte Vorbildfunktion.

Die gesetzlichen Vorgaben zur Personalbemessung reichen nicht aus

Grundsätzlich es zu begrüßen, dass mit dem PSG II der Gesetzgeber erstmals die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen normiert. Die derzeitigen Regelungen sind in diesem Zusammenhang völlig ungenügend. Alleine die Entwicklung eines wissenschaftlich validierten Verfahrens zur Personalbemessung wird jedoch weder die Personalausstattung in den Einrichtungen erhöhen noch die Pflegequalität verbessern. Dazu müssten *erstens* die zuständigen Behörden in den Bundesländern dazu verpflichtet werden, die Einhaltung des postulierten Personalbedarfs zu überprüfen und ggf. auch zu sanktionieren. *Zweitens* müssten verschärfte Standards in der Personalbemessung daher hinreichend Berücksichtigung in den Pflegesatzverhandlungen zwischen Einrichtungen und Kostenträgern finden. *Drittens* ist die Einheitlichkeit der Umsetzung in den Bundesländern eine wichtige Voraussetzung für die Festlegung von Mindeststandards zur Personalbemessung, um einen sachlich nicht zu rechtfertigenden „Flickenteppich“ von landesgesetzlichen Regelungen zu verhindern.

Umwandlung des Pflegevorsorgefonds in einen Pflegepersonalfonds

Ausgesprochen problematisch ist aus gutachterlicher Sicht jedoch, dass selbst bei einem fristgerechten Abschluss des Verfahrens ein System zur Personalbemessung erst am 30. Juni 2020 vorliegen wird. Dieser lange Übergangszeitraum ist vor dem Hintergrund der Personalsituation in den Pflegeeinrichtungen, der damit verbundenen Belastungen für die Pflegekräfte und der resultierenden Gefährdung der Pflegequalität aus gutachterlicher Sicht nicht akzeptabel. Daher wird vorgeschlagen, dass der mit dem Pflegestärkungsgesetz I eingerichtete Pflegevorsorgefonds in einen Pflegepersonalfonds umgewidmet wird.

Der Pflegepersonalfonds übernimmt im Übergangszeitraum bis zum 30. Juni 2020 die Finanzierung für nachweisbar nach dem 1. Januar 2016 neu eingestelltes Personal in der direkten Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen. Voraussetzung ist, dass die Einrichtungen die in der Heimpersonalverordnung geforderte Fachkraftquote von 50 Prozent erfüllen. Nach Ende des Übergangszeitraums und nach der Etablierung eines wissenschaftlich fundierten Systems der Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen sollte der Pflegepersonalfonds ab Juli 2020 den sicherlich auch dann noch notwendigen Ausbau der Personalausstattung zumindest in Teilen subventionieren. Diese Mittel sollten aus gutachterlicher Sicht vor allem dazu genutzt werden, um die Eigenanteile der Pflegebedürftigen zu reduzieren.

Die Einrichtung des Pflegepersonalfonds würde ein deutliches Signal senden, dass der Finanzierung einer hinreichenden Personalausstattung in Pflegeheimen eine hohe gesellschaftliche Priorität zukommt, was wiederum einen positiven Effekt auf die Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe mit sich bringen dürfte. Zudem würden die Träger von Pflegeeinrichtungen finanziellen Spielraum gewinnen, um eine ohnehin dringend notwendige Verbesserung der Gehälter in der stationären Pflege finanzieren zu können.

1 Einleitung

Mit dem Pflegestärkungsgesetz II hat der Gesetzgeber – neben anderen weitreichenden Änderungen – erstmals ein Verfahren zur Entwicklung Systems der Personalbemessung in der stationären Altenpflege gesetzlich verankert. Gemäß § 113c SGB XI soll bis zum 30. Juni 2020 ein strukturiertes, empirisch abgesichertes und valides Verfahren auf der Basis des durchschnittlichen Versorgungsaufwands für direkte und indirekte pflegerische Maßnahmen unter Berücksichtigung der fachlichen Ziele des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs entwickelt werden.

Vor diesem Hintergrund untersucht dieses Gutachten zunächst die Rahmenbedingungen in der stationären Altenpflege. Dazu wird die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegebedarfs auf der einen Seite und der Personalausstattung auf der anderen Seite untersucht. Von besonderem Interesse sind hier die Prognosen schon für die nähere Zukunft, die einen erheblichen zusätzlichen Personalbedarf vorhersagen. Dieser Teil des Gutachtens schließt mit der Darstellung der Folgen der Diskrepanz zwischen Personalbedarf und Personalausstattung, die schon heute vor allem die Beschäftigten in der stationären Altenpflege zu tragen haben.

Im zweiten Teil des Gutachtens wird der Zusammenhang zwischen Maßnahmen zur gesetzlichen Personalbemessung und Pflegequalität analysiert. Die identifizierten Studien beziehen sich ausschließlich auf gesetzliche Maßnahmen zur Personalbemessung in den USA. Trotz der unterschiedlichen Voraussetzungen – insbesondere im Hinblick auf Finanzierung der Leistungen und Qualifikation der Pflegekräfte – lassen sich aus gutachterlicher Sicht wertvolle Schlussfolgerungen für die Implementation von Maßnahmen zur gesetzlichen Personalbemessung in Deutschland ableiten.

Das Gutachten schließt mit einer Darstellung und Bewertung der gesetzlichen Rahmenbedingungen an Personalbemessung im Status quo und der gesetzlichen Neuregelung im § 113c SGB V. In diesem Zusammenhang werden Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Implementation eines gesetzlichen Personalbemessungssystems in der stationären Altenpflege – insbesondere im Hinblick auf die Finanzierung des notwendig werdenden zusätzlichen Personals – abgeleitet.

2 Rahmenbedingungen in der stationären Altenpflege

Der stationäre Pflegesektor in Deutschland ist – wie das Pflegewesen insgesamt – mit einer Reihe von sich kontinuierlich wandelnden, wie auch mit teilweise neuen Anforderungen konfrontiert. Diesen liegt ihrerseits ein ganzes Bündel von miteinander verwobenen Prozessen des gesellschaftlichen, sozialstrukturellen, demografischen und sozio-ökonomischen Wandels zugrunde. Einige dieser Faktoren stellen wir im folgenden Abschnitt des Gutachtens mit Blick auf die zurückliegende und – wo immer möglich – auch für die zukünftig zu erwartende Entwicklung dar und untersuchen diese auf ihre prognostizierbaren Auswirkungen auf den stationären Altenpflegebereich.

2.1 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegebedarfs

Nach der aktuell verfügbaren Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes waren im Dezember 2013 rund 2,63 Mio. Menschen in Deutschland pflegebedürftig, deren Anzahl sich in den Vorjahren kontinuierlich erhöht hat (Tabelle 1).¹ Danach ist die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt seit dem Jahr 1999 um rund 30 Prozent, im Vergleich zum Jahr 2007 um rund 17 Prozent und gegenüber dem Jahr 2011 um rund fünf Prozent gestiegen (Statistisches Bundesamt 2015).

Tabelle 1: Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten 1999 bis 2013

	Insgesamt	Pflegegeld	Pflegesachleistung	Kombinationsleistung	Stationäre Leistung
1999	2.016.091	1.027.591	261.461	153.828	573.211
2001	2.039.780	100.736	253.852	180.827	604.365
2003	2.076.935	986.520	259.598	190.528	640.289
2005	2.128.550	980.425	251.346	220.197	676.582
2007	2.246.829	1.033.286	270.092	234.140	709.311
2009	2.338.252	1.065.564	323.227	231.971	717.490
2011	2.501.441	1.182.057	331.616	244.648	743.120
2013	2.626.206	1.245.929	371.441	244.405	764.431

Quelle: Statistisches Bundesamt, diverse Jahrgänge.

In 2013 waren die Pflegebedürftigen mehrheitlich Frauen (65 %), 83 Prozent waren 65 Jahre und älter; 85 Jahre und älter waren 37 Prozent. Zuhause versorgt wurden etwas mehr als 70 Prozent (1,86 Mio.), in Pflegeheimen vollstationär wurden 29 Prozent der Pflegebedürftigen (764 Tsd.) betreut.

Zum anhaltenden Trend bei der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit gehört auch, dass sich die Anteile der Pflegestufen deutlich in Richtung Pflegestufe I verschoben haben: Waren 1999 rund 46 Prozent noch in der Pflegestufe I eingruppiert, erhöhte sich dieser Anteil in 2013 auf rund 56 Prozent. Und vice versa sind die Anteile der Pflegestufen II und III entsprechend deutlich rückläufig – ein Basistrend, der seit Einführung der Sozialen Pflegeversicherung anhält (Rothgang et al. 2015).

¹ In der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes ist auch die Teilgruppe der privat Pflegeversicherten enthalten, allerdings ohne die Pflegezusatzversicherung.

Für den hier interessierenden Zusammenhang ist die Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten von besonderem Interesse. Die Gruppe der Pflegebedürftigen, die vollstationäre Leistungen in Anspruch nahmen, umfasste in 1999 rund 573 Tsd. Personen. Dieser Personenkreis von Pflegebedürftigen nahm in absoluten Zahlen bis zum Jahr 2013 kontinuierlich steigend um 191 Tsd. auf nunmehr rund 764 Tsd. und damit um mehr als ein Drittel zu. Der Anteilswert dieser in den Einrichtungen vollstationär betreuten Personen an allen Pflegebedürftigen stieg bis 2005, ist aber seit 2007 rückläufig, allerdings in 2013 immer noch höher als in 1999 (1999: 28,4 %; 2005: 31,8 %; 2013: 29,1 %). Diese Verteilungsrelationen zwischen den Leistungsarten zeigen nach vorsichtiger Einschätzung des BARMER-GEK Pflegereports 2015 offenbar eine gewisse Stagnationstendenz, wonach der vormals auch im ambulanten, aber vor allem im stationären Bereich erkennbare starke Entwicklungstrend hin zu immer mehr formeller Pflege gebrochen zu sein scheint (Rothgang et al. 2015:69f.).

Zählt man jedoch bei der Betrachtung der Pflegebedürftigen auch diejenigen Personen hinzu, die in den Einrichtungen der Altenpflege nicht nur vollstationäre Leistungen sondern auch Leistungen der Kurzzeit- und teilstationäre Pflege (Nacht- oder Tagespflege) erhalten haben, fällt der Zuwachs noch deutlicher aus und unterstreicht erstens die nach wie vor ungebrochen zunehmende Bedeutung des stationären Pflegesektors am Pflegearrangement insgesamt und zweitens die zunehmende Relevanz der Kurzzeit- und teilstationären Pflege im Pflegeheim. Die Pflegestatistik weist aus, dass nach allen Leistungsarten in 2013 insgesamt 822 Tsd. Pflegebedürftige in den Heimen betreut wurden; das sind rund 248 Tsd. oder 43,3 Prozent mehr als 1999.

Ebenso ungebrochen besteht der Trend in Richtung steigender und überproportionaler Anteile von betreuten Personen in stationären Einrichtungen, die eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen. Von den insgesamt in Pflegeeinrichtungen betreuten Pflegebedürftigen weisen in 2013 knapp 60 Prozent eine solche Einschränkung auf (Statistisches Bundesamt 2015). Die stationäre Pflege ist im Vergleich zu allen Leistungsempfängern bei diesem Personenkreis von Pflegebedürftigen überproportional stark vertreten (Rothgang et al. 2015: 71f).²

Prognosen der Pflegebedürftigkeit

Die Zahl älterer und damit auf Unterstützung und Betreuung angewiesenen Menschen hat in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen, und es wird sich verschiedenen Prognosen zufolge vor dem Hintergrund der fortschreitenden Alterung der Gesellschaft in den nächsten Jahren und Jahrzehnten die Zahl der Pflegebedürftigen weiter erhöhen. Unterschiedlich prognostiziert wird in den verschiedenen Zukunftsszenarien lediglich die Höhe des Anstiegs der Pflegebedürftigkeit.

Dies ist insofern nicht verwunderlich, als die Vorhersagen über die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit wiederum erstens auf unsicheren, deutlich unterschiedlich ausfallenden Bevölkerungsprognosen basieren. Zweitens wird der konkrete Bedarf wie auch die Art und Weise, in welchem Setting bzw. Arrangement dieser zu decken sein wird (ambulant/(teil-)stationär; professionelle und/oder Angehörigenpflege) wiederum von einer ganzen Reihe weiterer, kaum vorhersehbarer Einflüsse oder nicht berechenbarer

² Für 2013 werden in der Pflegestatistik erstmals auch solche Personen ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erfasst. Dieser Personenkreis umfasste in den Pflegeheimen insgesamt 13.900 Pflegebedürftige, von denen 11.100 in der vollstationären Dauerpflege betreut wurden (Statistisches Bundesamt 2015: 23).

Faktoren bestimmt. Dazu gehören beispielsweise Veränderungen in der Sozialstruktur und im Lebenswandel, in den Familienstrukturen und bei den Erwerbsquoten vor allem von Frauen, der medizinisch-technische Fortschritt und nicht zuletzt auch das sozialrechtlich kodifizierte medizinische und pflegerische Leistungsniveau selbst. Unabhängig von der konkreten Höhe prognostizieren jedoch sämtliche Vorhersagen unzweifelhaft eine mehr oder weniger deutlich steigende Anzahl an pflegebedürftigen Personen.

So geht beispielsweise das Bundesministerium für Gesundheit auf der Grundlage von Berechnungen des Statistischen Bundesamtes in seinen derzeitigen Annahmen davon aus, dass sich die Zahl der auf Pflegeleistungen aus der sozialen Pflegeversicherung angewiesenen Menschen in Deutschland bis zum Jahr 2050 im Vergleich zu 2012 um 72 Prozent auf dann 4,21 Mio. Pflegebedürftige erhöhen wird. Im Jahr 2020 werden nach dieser Prognose bereits 2,78 Mio. Pflegebedürftige erwartet (DBfK 2015).

Der BARMER GEK Pflegereport 2015 geht auf der Basis von modifizierten Berechnungsgrundlagen der amtlichen Statistik gar davon aus, dass „die Anzahl an Pflegebedürftigen im Jahr 2055 mit 4,64 Mio. gegenüber 4,47 Mio. etwa 164 Tsd. Personen höher und im Jahr 2060 mit 4,52 Mio. gegenüber 4,30 Mio. etwa 221 Tsd. Personen höher liegen wird, als bislang angenommen“ (Rothgang et al. 2015: 97). Darüber hinaus ist von einer drastischen Zunahme der hochbetagten männlichen wie weiblichen Pflegebedürftigen auszugehen, die dem Pflegereport 2015 zufolge verstärkt ab dem Jahr 2040 einsetzten wird. Der Anteil der pflegebedürftigen Männer, die 85 Jahre und älter sind, erhöht sich bis zum Jahr 2060 auf knapp 60 Prozent (2015: 30 %), der Anteil der hochbetagten pflegebedürftigen Frauen auf dann knapp 70 Prozent (2015: rd. 50 %) (Rothgang et al. 2015: 14)).

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen stellt sich die Frage nach der Pflege von hochbetagten Menschen in entsprechend geeigneten Versorgungsstrukturen, insbesondere in stationären Pflegearrangements mit besonderer Dringlichkeit. Mit Blick auf die Entwicklung der stationären Pflege gehen Ernst & Young in einer Marktanalyse von einem Szenario aus, wonach im Jahre 2020 bereits rund 2,9 Mio. Pflegebedürftige versorgt werden müssen und rund 180 Tsd. Personen mehr als 2009 einen voll- oder teilstationären Platz in einer Pflegeeinrichtung benötigen werden. Um dieser steigenden Anzahl stationär zu versorgender Pflegebedürftiger gerecht werden zu können, müssen der Studie zufolge binnen zehn Jahren „Neu- und Ersatzbauten zusammengenommen - rd. 386 Tsd. Pflegeplätze in rd. 4.300 neuen Heimen errichtet werden“ (Ernst & Young 2011: 28).

Struktur des Pflegebedarfs

Neben diesen rein quantitativen Parametern der Pflegebedürftigkeit hat sich in der Vergangenheit vor allem auch die Struktur der Pflegebedarfe in den Einrichtungen der stationären Pflege bedeutend verändert. Dieser Trend wird in der Zukunft nicht nur weiter anhalten, sondern sich noch deutlich verstärken und die Situation der stationären Pflege massiv beeinflussen.

Dies betrifft zunächst die – amtlich nicht erhobene – Entwicklung der Verweildauern der Bewohnerinnen und Bewohner in den stationären Pflegeeinrichtungen, die nach verschiedenen empirischen Studien in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken ist. Die sogenannte MUG-IV-Studie im Auftrag des Bundesfamilienministeriums hat sinkende Verweildauern zwischen 1994 und 2005 von durchschnittlich 56 auf 41 Monate ermittelt (Pattloch 2014). Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwick-

lung im Gesundheitswesen (SVR-G) geht in seinem Sondergutachten 2009 von einer sinkenden Verweildauer von durchschnittlich 52 Monaten in 1998 auf 30 bis 40 Monate im Jahr 2009 aus (SVR 2009). Es ist davon auszugehen, dass dieser Trend bis heute anhält.³

Obgleich die verfügbaren Daten kein durchschnittliches Eintrittsalter der Bewohnerinnen und Bewohner in die Einrichtungen abbilden und auch deren Gesundheitsstatus nicht systematisch erhoben wird, lassen die demografischen Entwicklungen begründet die Aussage zu, dass der Zeitpunkt des Einzugs in eine stationäre Pflegeeinrichtung gegenüber früher deutlich in höhere Lebensjahre verschoben ist, und dass die Menschen in einem stärker gesundheitlich belasteten Alter und in größerer Nähe zum Lebensende in ein Pflegeheim übersiedeln. Das nach der amtlichen Pflegestatistik belegbare stetig steigende Durchschnittsalter der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der überproportional steigende Anteil hochbetagter Personen hat zu einer Veränderung der Bewohnerstruktur in Richtung massiver gesundheitlicher Einschränkungen aufgrund von Multimorbidität und gerontopsychiatrischer Krankheitsbilder geführt. Diese Strukturveränderungen gehen mit einer Zunahme der medizinischen Behandlungspflege in den Einrichtungen der stationären Altenpflege einher, die durch die Frühverlegungen aufgrund der Verkürzungen bei den Verweildauern im akutstationären Bereich nochmals deutlich verstärkt werden. All diese Entwicklungen verweisen auf einen anhaltenden Trend einer massiven Strukturveränderung in der Bewohnerschaft, die sich in einer zunehmenden Pflege- und Behandlungsbedürftigkeit äußert – auch und gerade bei dauerhaft stationär versorgten älteren Menschen in deren letzten Lebensmonaten.

Ein weiterer Indikator, der Strukturveränderungen bei den Pflegebedarfen beschreibt, ist die über die Jahre anhaltende Zunahme der Kurzzeitpflege insgesamt, die nach aktuellen Auswertungen in 59 Prozent der Fälle im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt erfolgt. Von dieser Gruppe von Pflegebedürftigen, die infolge eines unmittelbar vorangegangenen Krankenhausaufenthaltes einen besonders hohen Betreuungsbedarf auch und gerade im Bereich der Behandlungspflege aufweisen, werden 42 Prozent vollstationär in Einrichtungen gepflegt. 20 Prozent dieser Gruppe verstirbt innerhalb eines Monats (Rothgang et al. 2015: 17f).

Sowohl die Entwicklung der quantitativen Parameter, die eine anhaltende Zunahme der Pflegebedürftigkeit beschreiben, als auch die Änderungen bei der Struktur der Bewohnerinnen und Bewohnern verweisen auf eine deutliche Veränderung von Unterstützungs- und Betreuungsleistungen sowie veränderte Pflegebedarfe, die zwangsläufig sowohl in den institutionalisierten Versorgungsinfrastrukturen selbst wie auch in der Qualität und Quantität des eingesetzten Pflegepersonals ihren Niederschlag finden müssen.

2.2 Infrastruktur und Personalausstattung

Einrichtungen und Kapazitäten

Im Jahr 2013 wurden bundesweit insgesamt 13.030 stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen registriert. Ihre Zahl steigt seit Jahren kontinuierlich an – im Vergleich zu 1999 um 47 Prozent, zu 2007

³ Die Untersuchung von Pattloch (2014) kommt unter Verwendung eines methodisch mit den bisherigen Studien nicht vergleichbaren Ansatzes jedoch zu gegenläufigen Ergebnissen. Danach sind in den letzten Jahren wieder steigende Verweildauern zu verzeichnen. Wie Pattloch jedoch ausführt, widerlegt dies die Ergebnisse der früheren Studien nicht, wonach die Verweildauern mit Bezug auf die Heimbewohnerinnen und -bewohner sinken.

um 18 Prozent und im Vergleich zu 2011 um rd. sechs Prozent. Die Mehrzahl (54 %) der Einrichtungen befand sich 2013 in freigemeinnütziger, 41 Prozent in privater und fünf Prozent in öffentlicher Trägerschaft. Die größten Zuwächse sind bei den privaten Trägern zu verzeichnen; ein Trend, der seit Jahren anhält und die Struktur nach Trägerschaft im Zeitverlauf deutlich verändert hat.

Bei der Entwicklung der Kapazitäten in Form von verfügbaren Plätzen in den Pflegeeinrichtungen lässt sich seit 1999 eine nahezu proportionale Steigerung zur Zahl der Pflegeeinrichtungen feststellen: der bereits genannte Zuwachs zwischen 1999 und 2013 bei der Zahl der Einrichtungen um knapp die Hälfte geht einher mit einem Plus von rund 40 Prozent bei den vorgehaltenen Heimplätzen von 645,5 Tsd. auf insgesamt 902,9 Tsd. in 2013. Diese Plätze werden weit überwiegend für die Versorgung älterer Menschen für die vollstationäre Dauerpflege genutzt (2013: 94,5 % bzw. 847,7 Tsd.). Die Teilgruppe der Heimplätze in der vollstationären Dauerpflege nahm zwischen 1999 und 2013 um 36 Prozent zu.

Für die Gesamtkapazitäten spielen die vollstationäre Kurzzeitpflege und die Tages- wie Nachtpflege eine nur untergeordnete Rolle, umso mehr jedoch – wie bereits dargestellt – für die Betreuungsintensität. In 2009 sind lediglich 10 Tsd. Kurzzeit- bzw. 26 Tsd. Tagespflege-Heimplätze und nur wenige hundert Plätze Nachtpflege zu verzeichnen. Im Jahr 2011 hat sich dagegen die Zahl der Tagespflegeplätze auf 33 Tsd. sehr deutlich erhöht und im Jahr 2013 belaufen sich die Plätze in der Tagespflege auf knapp 44 Tsd. (Rothgang et al. 2015: 107f.).

Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen

Die aktuelle Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes weist für 2013 bundesweit 1.006 Tsd. Beschäftigte in der Altenpflege (alle Tätigkeitsbereiche) aus, wovon 68 Prozent in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen und entsprechend 32 Prozent in ambulanten Pflegediensten tätig waren. Betrachtet man allein das im Kontext dieses Gutachtens relevante in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen beschäftigte Personal, zeigt sich sowohl in mittel- wie kurzfristiger Perspektive ein sehr deutlicher und kontinuierlicher Anstieg: 2013 waren insgesamt 685,5 Tsd. Personen dort beschäftigt, 55 Prozent mehr als 1999, 20 Prozent mehr als 2007 und vier Prozent mehr als 2011.

Differenziert nach dem Beschäftigungsverhältnis ist dieser insgesamt beträchtliche Anstieg allerdings nahezu ausschließlich auf die Zunahme bei den Beschäftigten in Teilzeit oder geringfügiger Beschäftigung zurückzuführen. Die Zahl der Vollzeitbeschäftigten schwankt im Zeitraum seit 1999 zwischen 203 und 219 Tsd. und erreicht in 2013 den zweittiefsten Stand seit 1999. Relativ betrachtet hat dadurch der Anteil der in Vollzeit Beschäftigten von fast der Hälfte (48 %) im Jahr 1999 kontinuierlich auf weniger als ein Drittel (30 %) im Jahr 2013 abgenommen. Während die relativen Anteile der Teilzeitbeschäftigten mit weniger als einer halben Stelle und die geringfügig Beschäftigten über die Zeitspanne hinweg in etwa konstant geblieben sind, nahm der Anteil der Teilzeitbeschäftigten mit mehr als einer halben Stelle um rund 15 Prozentpunkte deutlich zu. Am stärksten stieg die unter der Kategorie „Sonstige“ zusammengefassten Personengruppe (Praktikanten, Schüler, Azubis, Helfer im FSJ/BFD und Zivildienstleistende). Inzwischen gehört mehr als jeder siebte Beschäftigte zu dieser letztgenannten Personengruppe der „Sonstigen“.

Im Rahmen der Erhebung der Pflegestatistik wurden 2013 erstmals auch Daten zur Altersstruktur der Beschäftigten in den stationären Einrichtungen der Altenpflege erfasst. Danach waren 19 Prozent der

Beschäftigten unter 30 Jahre und 43 Prozent zwischen 30 und 49 Jahre alt sowie 38 Prozent 50 Jahre und älter. Damit hat ein gutes Drittel der Pflegekräfte das Alter von 50 Jahren überschritten – dieser Anteil ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2015).

Qualifikation der Beschäftigten

Da die personalbezogenen Erhebungskategorien in der Pflegestatistik in den vergangenen Jahren teilweise neu gefasst wurden, lassen sich zur Qualifikation bzw. zum Berufsabschluss des in den Pflegeheimen beschäftigten Personals in manchen Kategorien nur eingeschränkt aussagekräftige Zeitreihen aufstellen, die einen langfristigen Vergleich erlauben. Dennoch ist in einer mittelfristigen Perspektive ein Trend zur Stagnation, teilweise auch De-Qualifizierung zu erkennen, der nachfolgend im Zentrum stehen soll.

Aufgrund des bereits genannten hohen Anteils an Teilzeitbeschäftigten in den Pflegeberufen sind, sofern nicht anders ausgewiesen, nachfolgend angeführte Daten zu den Beschäftigtenzahlen in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) angegeben.⁴ Darüber hinaus beziehen sich die Angaben auf diejenigen Beschäftigten, die in den stationären Pflegeheimen überwiegend im Bereich der Pflege und Betreuung tätig sind.

Die Anzahl der pflegenden und betreuenden Beschäftigten in den stationären Altenheimen hat im Zeitraum 2003 bis 2013 um rund 64 Tsd. zugenommen; dies entspricht einem Zuwachs von knapp 24 Prozent. Allerdings stellt sich dieser Zuwachs nach der Qualifikation bzw. dem Berufsabschluss differenziert dar. Während die Gruppe der Pflegefachkräfte im genannten Zeitraum 2003 bis 2013 um 22 Prozent auf insgesamt rund 167 Tsd. Personen angewachsen ist, beläuft sich der Zuwachs bei der Beschäftigtengruppe der in der Pflege und Betreuung tätigen Hilfs- und Assistenzberufe auf knapp 26 Prozent auf aktuell ebenfalls rund 167 Tsd. Personen.⁵ Von den einzelnen Beschäftigtengruppen ist die der Altenpflegehelferinnen und -helfer diejenige Berufsgruppe, die mit Abstand am meisten gewachsen ist. Sie hat sich seit 2003 nahezu verdreifacht und stellt inzwischen bei den Pflegeberufen in den Heimen, die nicht zu den Fachkräften zählen, die größte Berufsgruppe dar.

Bei der Betrachtung der jeweiligen Anteile lässt sich feststellen, dass in 2013 die Hälfte des Personals in der Betreuung und Pflege einen Berufsabschluss als Pflegefachkraft hatte. Der Anteil dieser Pflegefachkräfte an allen Beschäftigten in den Pflegeheimen geht jedoch, nachdem er bis 2007 angestiegen war, seither wieder zurück bzw. stagniert (VZÄ – 2003: 50,8 %; 2005: 52,1 %; 2007: 52,5 %; 2009: 50,8 %; 2011: 49,1 %). Lediglich in 2013 lässt sich gegenüber 2011 ein leichter Zuwachs feststellen; die Fachkraftquote liegt jedoch mit exakt 50,0 % immer noch unter dem Wert von 2003.

⁴ Bei den VZÄ-Angaben erfolgt eine „Umrechnung der Arbeitszeiten des Personals in Vollzeitstellen. Im Rahmen der Pflegestatistik ist nur eine Schätzung der Vollzeitäquivalente möglich, da in der Statistik nicht die exakten Arbeitszeiten des Personals laut Arbeitsvertrag, sondern meist Zeitspannen erhoben werden“ (Statistisches Bundesamt 2015: 34). Diese Angaben nach VZÄ werden vom Statistischen Bundesamt in der Pflegestatistik erstmals für das Jahr 2003 ausgewiesen; vorher liegen hierzu keine Angaben vor.

⁵ Als Fachkraft werden in der Pflegestatistik solche Beschäftigte gezählt, „die in der Regel eine mehrjährige spezifische Ausbildung aufweisen“ (Statistisches Bundesamt 2015: 19). Hierunter sind die Berufe der Altenpfleger/-in, Gesundheits- und Krankenpfleger/-in oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in zu verstehen. Die Assistenz- oder „Helfer“-Berufe zählen nicht dazu.

Auch bei der Betrachtung der reinen Beschäftigtenzahlen, also nicht nach VZÄ, bei denen die Angaben der Pflegestatistik weiter zurückreichen, ist das gleiche Muster zu erkennen: Der seit Ende der 1990er Jahre teilweise deutliche relative Zuwachs an Pflegefachkräften an allen in der Pflege und Betreuung tätigen Beschäftigten bricht in 2007 ab und fällt in 2013 wieder unter das Niveau zu Beginn der 2000er Jahre zurück.

Spiegelbildlich zeigt sich die Entwicklung bei den Hilf- und Assistenzberufen der Pflege: deren Anteile am betreuenden und pflegenden Personal nimmt seit 2009 wieder zu. Insofern kann von einem inzwischen fast eine Dekade anhaltenden Prozess der De-Qualifizierung gesprochen werden. Unterstrichen wird dieser Trend noch dadurch, dass im genannten Zeitraum die Gruppe des Personals mit „sonstigem Berufsabschluss“ zusammen mit der Gruppe der Altenpflegehelferinnen und -helfer zu denjenigen Beschäftigtengruppen mit den höchsten Zuwachsraten gehört. Dieser Trend zur De-Qualifizierung kann – wie zu zeigen sein wird – in Verbindung mit einer Reihe weiterer Determinanten von Rahmenbedingungen mit Blick auf die Qualität der Pfl egetätigkeit nicht folgenlos bleiben.

Zukünftiger Fachkräftebedarf

Eine wesentliche Rahmenbedingung für die künftige Versorgung des prognostizierten steigenden Anteils pflegebedürftiger Personen in den Einrichtungen der Altenpflege stellt die zukünftige Entwicklung der Berufsgruppe der Pflegekräfte selbst dar.⁶ Hierzu sind in den vergangenen Jahren eine Reihe von Prognosen auf der Basis unterschiedlicher Szenarien angestellt worden, die – bei aller Unterschiedlichkeit in der methodischen Vorgehensweise, der betrachteten Zielgruppe und letztlich auch in den Ergebnissen zur Höhe und Struktur des Personalbedarfs – allesamt von einem zukünftig deutlich steigenden Bedarf an Pflegekräften ausgehen.

So sagen beispielsweise Modellrechnungen des Statistischen Bundesamtes und des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) voraus, dass im Jahr 2025 rund 152.000 Beschäftigte in allen Pflegeberufen fehlen werden, um die bis dahin zu erwartende Zahl an Krankenhauspatientinnen und -patienten und Pflegebedürftigen versorgen zu können (Afentakis/Maier 2010). Dies entspreche, umgerechnet auf die volle tarifliche Arbeitszeit, etwa 112.000 Pflegevollkräften in Krankenhäusern, ambulanten und (teil-) stationären Pflegeeinrichtungen. Die bereits zitierte Studie von Ernst & Young gehen von einem zusätzlichen Pflegekräftebedarf von 90 bis 108 Tsd. Personen allein in den stationären Einrichtungen der Altenpflege bis 2020 aus (Ernst & Young 2011). Der Pflegeheim Rating Report 2015 ermittelt einen Bedarf von 128.000 bis 245.000 zusätzlichen Stellen (VZÄ) in der stationären Pflege bis zum Jahr 2030 (Augurzky et al. 2015).

Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

Von ebenso erheblicher Bedeutung für die künftige Entwicklung des stationären Pflegesektors sind die mit der insgesamt dreistufigen Pflegereform (Pflege-Neuausrichtungsgesetz - PNG, Pflegestärkungsgesetz - PSG I und II) verbundenen Änderungen, wobei hier nicht allein die Frage der Größenordnung der

⁶ Die Deckung dieses zu erwartenden zukünftigen Fachkräftebedarfs hängt in entscheidendem Maße auch davon ab, wie es gelingt, die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern, entsprechende Maßnahmenpakete umzusetzen und zu finanzieren (Greß/Jacobs 2016).

künftigen Bewohnerinnen und Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz eine Rolle spielen. Vielmehr treten auch vergütungsstrukturelle Aspekte in den Vordergrund, die mittelbar einen erheblichen Einfluss auf die stationäre Pflegelandschaft nehmen dürften.

Insbesondere die Einführung des neuen Einstufungsinstrumentes (Neues Begutachtungsassessment - NBA) mit dem zugehörigen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, die nunmehr mit dem PSG II, dem inhaltlich wichtigsten Teil des Reformwerks, in 2017 abgeschlossen werden soll, setzt hier neue Rahmenbedingungen. Mit Blick auf die leistungsrechtliche Dimension können diese, von vielen Beobachtern als wirkliche Innovationen klassifizierten Änderungen einen neuen, körperliche und kognitive Einschränkungen gemeinsam umfassenden Leistungsanspruch begründen. Dies wird nicht nur zu einem neuen Verständnis von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit und letztlich der Pflege selber führen, sondern einem Paradigmenwechsel mit weitreichenden Folgen für das Gesamtsystem der Pflege gleichkommen (Rothgang et al. 2015: 22ff.).

Es sind mit der Umsetzung des Reformpakets insgesamt und mit der Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gegenüber der Rechtslage vor Inkrafttreten des PNG zunächst Leistungsverbesserungen sowie ein breiterer Zugang zu Leistungen aus der Pflegeversicherung verbunden, was in erster Linie auf die veränderte Begutachtung und Einstufung der Pflegebedürftigen zurückzuführen ist. Was dies für die quantitative und qualitative Versorgung aufgrund veränderter Leistungsansprüchen in den unterschiedlichen Versorgungssektoren, hier speziell für die stationären Pflegeeinrichtungen bedeutet, lässt sich derzeit kaum gesichert prognostizieren. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff impliziert aber auch „entsprechend angepasste Leistungszuordnungen für die Pflegebedürftigen und die Einführung damit korrespondierender Vergütungsstrukturen im Bereich stationärer Pflege“ (Rothgang et al. 2015: 26).

Es ist unstrittig, dass die mit dem PSG II verbundene Einführung eines heimindividuellen, für alle in die Pflegegrade 2 bis 5 neueingestuften Heimbewohnerinnen und -bewohner geltenden konstanten Eigenanteils eine Umverteilung zulasten der niedrig und zugunsten der höher eingestuften Pflegebedürftigen führen wird. Unklar ist allerdings, welche Wirkung diese für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen mehr Transparenz und Planungssicherheit schaffende, außerdem sozialpolitisch begrüßenswerte Maßnahme darüber hinaus sowohl auf die Wettbewerbssituation auf dem Anbietermarkt stationärer Pflegeleistungen und/oder auf die Struktur der Bewohnerinnen und Bewohner zeitigen wird.⁷

2.3 Folgen der Diskrepanz zwischen Pflegebedarf und Personalausstattung

Die Folgen der zuvor nur in Ausschnitten dargestellten umfassenden Veränderungsprozesse und der sich zuspitzenden Rahmenbedingungen lassen sich zur Verdeutlichung in verdichteter Form anhand von

⁷ Rothgang et al. (2015: 13) bewerten die Vorteile des konstanten Eigenanteils als „echte Innovation“ und sehen dessen Vorteile wie folgt: „Der konstante Eigenanteil löst den im alten Recht bestehenden Konflikt zwischen Einrichtungen, die von einer Höherstufung profitieren, und Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, die bei Höherstufung höhere Eigenanteile zahlen mussten. Er schafft zudem mehr Planungssicherheit für die Bewohner und deren Angehörige bei Einzug in ein Pflegeheim. Bislang mussten sie immer befürchten, dass der Eigenanteil deutlich steigen würde, falls sich der Zustand des Bewohners verschlechtert und eine höhere Pflegestufe zuerkannt würde. Diese Gefahr besteht nach der Umsetzung des PSG II nicht mehr. Auch sozialpolitisch ist der konstante Eigenanteil zu begrüßen, da damit der alte Zustand, nach dem ausgerechnet die Personen mit dem höchsten Pflegebedarf den höchsten Eigenanteil tragen mussten, abgelöst wird. Schließlich führt der einheitliche Eigenanteil auch zu mehr Markttransparenz, da anhand eines Parameters, des einheitlichen Eigenanteils, nunmehr geprüft werden kann, welche Zuzahlungen für Pflegekosten auf einen potentiellen Heimbewohner zukommen.“

statistischen Kennzahlen darstellen; dies erfolgt hier im Folgenden am Beispiel der Entwicklung der Betreuungsrelation von Pflegebedürftige und Pflegepersonal. Die darin zum Ausdruck kommende Entwicklung lässt sich als eine in der Vergangenheit bereits angelegte und – so die Prognose, sofern ein gegen tendenzielles Steuern ausbleibt – sich in Zukunft weiter zuspitzende Entwicklung einer Arbeitsintensivierung und -verdichtung verstehen, mit entsprechenden negativen Begleiterscheinungen im Bereich der Arbeitsbedingungen, der Qualifikationsentwicklung und der Pflegequalität. Eine Entwicklung wiederum, die ihrerseits die Rahmenbedingungen im Bereich der stationären Altenpflege, beispielsweise zur Rekrutierung geeigneten Pflegepersonals und zur notwendigen Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe weiter verschlechtern.

Die Folgen finden aber aktuell vor allem ihren Niederschlag in der Alltagspraxis und verdichten sich in den Pflegeheimen zu einer Situation, die mit Blick auf die Arbeitssituation wie auch mit Blick auf die Qualität der Versorgung von Seiten der Beschäftigten wie der Bewohnerinnen und Bewohner seit geraumer Zeit und zunehmend als prekär bzw. gefährdend betrachtet wird. Die Folgen dieser Diskrepanz für die Situation in den Pflegeheimen selbst sollen im zweiten Teil dieses Abschnitts im Fokus der Betrachtung stehen.

Betreuungsrelationen

Die bereits genannten Entwicklungen der Rahmenfaktoren (veränderte Bewohnerstrukturen, höheres Lebensalter und Eintrittsalter in das Pflegeheim, Erkrankungshäufigkeiten und höhere Pflegebedürftigkeit, Absinken der Verweildauern) haben nicht, wie anzunehmen wäre, zu einer durchgängig besseren Ausstattung mit Pflegekräften geführt. Zwar hat – wie im Abschnitt zuvor gezeigt – die Zahl der Pflegekräfte, die überwiegend in der Pflege und Betreuung tätig sind, in den vergangenen Jahren sowohl nach Personen als auch nach Vollzeitäquivalenten deutlich zugenommen. Allerdings schlägt sich dieser Anstieg nicht in einer verbesserten Betreuungsrelation nieder. Es zeigt sich vielmehr, dass im Durchschnitt die Anzahl der Pflegebedürftigen, die von einer Person in der Pflege und Betreuung zu versorgen ist, von 2,37 in 2003 auf 2,46 in 2013 fast durchgängig ansteigt (Tabelle 2).

Tabelle 2: Betreuungsrelationen in den Pflegeheimen 2003 bis 2013

	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Pflegebedürftige* / Pflegefachkraft**	4,67	4,56	4,55	4,74	4,90	4,92
Pflegebedürftige* / Nichtfachkraft**	4,83	4,95	5,03	4,89	4,72	4,92
Pflegebedürftige* / Personal insgesamt**	2,37	2,37	2,39	2,41	2,40	2,46

* Pflegebedürftige insgesamt

** Personal in VZÄ überwiegend in Pflege und Betreuung tätig in VZÄ

Quelle: eigene Berechnungen auf der Basis der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts, diverse Jahrgänge

Selbst unter Verwendung dieser hochaggregierten Daten der Pflegestatistik lässt sich hier bereits die deutliche Tendenz zur Intensivierung der Pflegearbeit in den Einrichtungen der stationären Altenpflege erkennen. Dabei sind die geänderten Bewohnerstrukturen mit den daraus resultierenden zusätzlichen Anforderungen beispielsweise im Rahmen der intensivierten Behandlungspflege oder der Betreuung von Personen mit demenziellen Erkrankungen noch gar nicht berücksichtigt.

Auch in der Verteilungsrelation zwischen den Pflegefachkräften und den Pflegehelfer- bzw. Assistenzberufen zeigt sich zusätzlich zur genannten Arbeitsverdichtung und Intensivierung der Pfl egetätigkeit eine Verschiebung in der Qualifikationsstruktur. Die durchschnittliche Anzahl der von einer Pflegefachkraft zu betreuenden Pflegebedürftigen sinkt zwar von 2003 bis 2005 von 4,67 auf 4,55, steigt jedoch seither wieder an und erreicht in 2013 mit 4,92 den bis dato höchsten ausgewiesenen Wert. Nicht exakt spiegelbildlich dazu verläuft die Betreuungsrelation durch die in der Statistik ausgewiesenen pflegenden und betreuenden Berufsgruppen ohne eine Fachkraftqualifikation („Nichtfachkraft“). Deren durchschnittliche Zahl an zu versorgenden Pflegebedürftigen steigt von 2003 bis 2007 an (von 4,83 auf 5,03), sinkt danach für zwei Erhebungszeiträume und liegt in 2013 exakt auf dem Niveau der Pflegefachkräfte.

Arbeitssituation und Arbeitsbedingungen

Die beschriebene Gemengelage von sich verschärfenden Rahmenbedingungen und Kontextfaktoren bei steigenden Qualifikationsanforderungen und gleichzeitiger Entwertung von Berufsqualifikationen und Prozessen der De-Qualifizierung tragen zu einer Entwicklung in der stationären Altenpflege bei, in der der fachliche Anspruch sowohl entsprechend der geforderten Qualitätsstandards nach den einschlägigen Richtlinien als auch von Seiten der Pflegenden selbst an ihre Tätigkeit als professionell Pflegenden nur noch mit Einschränkungen eingelöst werden kann. In noch stärkerem Maße trifft dies für den fachlichen Anspruch an Kommunikation, psychosozialer Betreuung und Interaktion zu, der deutlich über das gegenwärtig in den Einrichtungen leistbare Pensum in der professionellen Pflege hinausgeht (DBfK 2011). Diese in immer stärkerem Maße offensichtlich zutage tretende und in der Alltagspraxis regelhaft erfahrene Missverhältnis zwischen dem professionellen Anspruch und den gestiegenen Anforderungen einerseits und andererseits unter den zunehmend als restriktiv wahrgenommenen Bedingungen diesem gerecht werden bzw. realisieren zu können, ist offensichtlich.

Dieser alltäglich erfahrene Widerspruch stellt eine wesentliche Ursache für Arbeitsunzufriedenheit, Überforderung und Überlastung dar, in deren Folge die Raten der Arbeitsunfähigkeit, der Fluktuation und Berufsflucht steigen. Die Auswirkungen dieser fortwährenden Überforderung und Überlastung der Pflegepersonen sind gravierend und sind vielfach und seit langem untersucht und wissenschaftlich belegt – auch für die Situation in der Altenpflege hierzulande.⁸

Diese frühen Diagnosen werden durch aktuelle Befragungen und Forschungsarbeiten bestätigt und untermauert.⁹ Die Arbeit in der stationären Altenpflege ist durch Faktoren gekennzeichnet, die die Entstehung von Burn-out begünstigen. Psychosomatische Beschwerden, Leistungsabfall, krankheitsbedingte Fehlzeiten und vorzeitiger Berufsausstieg werden in diesem Zusammenhang beobachtet (Nienhaus et al. 2012). Empirisch belegt ist demnach – trotz unterschiedlicher Konzeptualisierungen von

⁸ Zahlreiche empirische Arbeiten haben bereits in den 1980er und 1990er Jahren die Belastungen und Beanspruchungen der Beschäftigten in den Altenpflegeheimen untersucht und speziell für die bundesdeutsche Situation auf die sich schon seinerzeit gravierend verschlechternden Arbeitsbedingungen in der Altenpflege verwiesen. Vgl. hierzu zusammenfassend den Review von (Zimber 1998).

⁹ So hat beispielsweise der „ver.di-Personalcheck“ nicht nur eine Lücke allein für dieses Bundesland von insgesamt 20.600 Stellen aufgezeigt (davon 15.200 Stellen für Pflegekräfte und zusätzlich 1.500 Stellen für Praxisanleiter und -anleiterinnen). Diese Erhebung bestätigte darüber hinaus die von Seiten der Beschäftigten als untragbar empfundenen alltäglich erfahrenen Zuspitzungen in verschiedenen Dimensionen der Arbeitsbedingungen (ver.di 2015).

Burn-out und uneinheitlicher Erhebungsinstrumente – der Zusammenhang zwischen Burn-out und der Pflegekraft-Patienten-Quote, der Arbeitslast, dem Handlungsspielraum und der Arbeitszufriedenheit.¹⁰

Neben der hohen Fluktuationsrate gehören die Berufe in der Altenpflege nach den jüngsten Auswertungen der Arbeitsunfähigkeitstage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zu den zehn Berufsgruppen mit den meisten Arbeitsunfähigkeitstagen (2014: 26,7 Tage, Bundesdurchschnitt: 18,6 Tage). Bei dieser Berufsgruppe fast jeder sechste Fehltag auf eine psychische Erkrankung (Wissenschaftliches Institut der AOK 2015). Auch dies ist ein unübersehbarer Hinweis auf die seit Jahrzehnten gut dokumentierte außerordentlich hohe Arbeitslast in der Altenpflege, die sich unter anderem in einer solch überdurchschnittlichen Belastung im psycho-mentalen Bereich äußert.

Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass in Deutschland die Berufsverläufe in den Pflegeberufen im Allgemeinen und im Speziellen auch in der Altenpflege durch eine deutliche Diskontinuität geprägt sind – mithin ist die Berufsflucht hierzulande überdurchschnittlich hoch.¹¹ Die wird für den Bereich der Altenpflege nicht zuletzt auf die hohen quantitativen Anforderungen und Belastungen, wie beispielsweise dem Zeitdruck, oder auch auf die niedrige Zufriedenheit mit den Veränderungen der Arbeitssituation zurückgeführt. Darüber hinaus begünstigen weitere spezifische Faktoren die Berufsflucht, so die im Vergleich in Deutschland „stärker hierarchische Organisation der pflegerischen Versorgung, die wiederum durch eine Ausdifferenzierung der Qualifikationsstruktur, eine stärkere hierarchische Verteilung der Arbeitsaufgaben und stärkere Beteiligung der Führungskräfte im pflegerischen Alltag gekennzeichnet ist“ (Theobald et al. 2013: 93).

Zusammenfassend ist deutlich geworden, dass für die Aufrechterhaltung der künftigen Versorgung nicht nur mehr Personal notwendig ist. Vor dem Hintergrund der sich abzeichnenden künftigen Herausforderungen ist unter qualitativen Gesichtspunkten für den zwingend notwendigen Ausbau einer angemessenen Versorgungsqualität entsprechend qualifiziertes Pflegepersonal erforderlich. Es ist absehbar, dass die in der Vergangenheit bereits erkennbaren Entwicklungen einer deutlichen Intensivierung und -verdichtung der Pflegearbeit angesichts der aufgezeigten Basisprozesse in Zukunft noch an Schärfe gewinnen werden. Umso mehr müssen zur Verbesserung der Versorgungsqualität, die wiederum eine notwendige Voraussetzung in der Etablierung von den Bedingungen einer „guten Arbeit“ und einer „guten Qualifikation“ findet, entsprechende fachliche, an der Pflegefachkraftqualifikation ansetzende aufgaben- und tätigkeitsbezogene Qualifikationsmerkmale ihren Niederschlag auch in der Personalbemessung finden. Diese Notwendigkeit wird durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nochmals massiv unterstrichen.

¹⁰ Nicht bestätigt ist nach Nienhaus et al. (2012) hingegen ein Zusammenhang zwischen Burn-out und Familienstand, Einkommen oder Schichtarbeit. Widersprüchliche Ergebnisse liegen zum Zusammenhang zwischen Burn-out und soziodemografischen Charakteristika wie Alter und Geschlecht sowie zur Einrichtungsart, Arbeitszeit und Gewalt durch Patienten vor.

¹¹ Die durchschnittliche Verweilzeit bei Altenpflegepersonal liegt bei etwa 8,4 Jahren. „Die Ergebnisse unterscheiden nach examinierten Altenpflegekräften mit mindestens einem Jahr registrierter Ausbildungszeit im Altenpflegebereich sowie nicht examinierten Kräften und machen zudem deutlich, dass examinierte Altenpflegekräfte wesentlich längere Verweilzeiten im Pflegeberuf aufweisen. So liegt deren durchschnittliche Verweilzeit bei 12,7 Jahren, wohingegen Personen mit geringeren Ausbildungszeiten im Mittel nur etwa 7,9 Jahre im Beruf verweilen (Hackmann 2009).“ Auf die im internationalen Vergleich hierzulande niedrigen Berufsverweildauern verweisen die Ergebnisse des NEXT-Studie, in der – wie im internationalen Kontext üblich – nicht zwischen Gesundheits- und Krankenpflege einerseits und Altenpflege andererseits unterschieden wird (Hasselhorn et al. 2005).

3 Zusammenhang gesetzliche Personalbemessung und Pflegequalität

In diesem Abschnitt gehen wir der Frage nach, welche Effekte Maßnahmen zur gesetzlichen Personalbemessung auf die Qualität der Versorgung in der stationären Altenpflege haben. Grundlage der vorgestellten Ergebnisse ist eine Literaturrecherche, die die Autoren dieses Gutachtens im Herbst 2015 durchgeführt haben. Sämtliche identifizierten Studien wurden im US-amerikanischen Kontext erhoben und verfügen über ein gutes bis sehr gutes methodisches Niveau.¹² Die intensive Forschungstätigkeit zum Zusammenhang von gesetzliche Personalbemessung und Pflegequalität in den USA lässt sich damit begründen, dass in der ersten Hälfte der 2000er Jahre eine Vielzahl von Bundesstaaten (insbesondere Florida, Kalifornien und Ohio) Maßnahmen zur gesetzlichen Personalbemessung eingeführt oder verschärft haben. Die Effekte auf die Pflegequalität in diesen Bundesstaaten lassen sich daher gut mit den Effekten in den Bundesstaaten vergleichen, in denen keine Maßnahmen zur gesetzlichen Personalbemessung eingeführt wurden.

Zu Beginn dieses Abschnitts werden zunächst die konkreten Maßnahmen zur gesetzlichen Personalbemessung beschrieben. Im Anschluss erfolgt dann die Darstellung der Effekte auf die gemessenen Indikatoren für Pflegequalität. Bei internationalen Vergleichen stellt sich natürlich immer die Frage, inwieweit die anderswo gewonnen Erkenntnisse – in diesem Fall aus den USA – auf die Situation in Deutschland übertragbar sind. Auf diese Frage gehen wir daher zum Abschluss dieses Abschnitts ausführlicher ein und leiten Schlussfolgerungen für den weiteren Gang der Argumentation in diesem Gutachten ab.

3.1 Maßnahmen zur gesetzlichen Personalbemessung in den USA

In den USA gilt seit 1987 ein landesweiter Standard für die Personalbemessung in Pflegeheimen, die von den öffentlichen Versicherungsprogrammen Medicaid und Medicare zertifiziert sind. Dieser Minimumstandard sieht allerdings weder spezifische Relationen zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen noch eine bestimmte Mindestanzahl von Pflegestunden pro Pflegebedürftigen vor.¹³ Es ist lediglich vorgeschrieben, dass eine ausgebildete Pflegekraft 24 Stunden am Tag und sieben Tage in der Woche vor Ort sein muss. Seit der Einführung des landesweiten Mindeststandards haben insgesamt 37 Bundesstaaten weitergehende Standards etabliert. In den verbleibenden Bundesstaaten gilt der landesweite Mindeststandard (Bowblis 2011; Chen/Grabowski 2015).

Die Regelungen in den Bundesstaaten unterscheiden sich erheblich im Hinblick darauf, wie viele Stunden direkte Pflegeleistungen pro Tag erbracht werden müssen. Die Bandbreite reicht von 1,78 Stunden

¹² Darüber hinaus gibt es auch umfangreiches Studienmaterial zum Zusammenhang von Personalbesetzung und Pflegequalität (vgl. hierzu insbesondere die Reviews von Bostick et al. 2006; Collier/Harrington 2008; Spilsbury et al. 2011). Auf dieses Material gehen wir nicht näher ein, weil wir uns auf den unmittelbaren Zusammenhang zwischen gesetzlichen Vorgaben zur Personalbemessung und Pflegequalität konzentrieren.

¹³ Alle von den öffentlichen Versicherungsträgern Medicaid und Medicare zertifizierten Einrichtungen – rund 96 Prozent aller Pflegeheime in den USA – werden allerdings jährlich inspiziert. Die Ergebnisse dieser Inspektionen werden vom Center of Medicare and Medicaid Services (CMS) veröffentlicht. Zu den veröffentlichten Informationen zählt unter anderem die Kategorie Personalausstattung (*Staffing*), die in Pflegestunden pro Pflegebedürftigen gemessen wird (Hyer et al. 2011).

in Montana bis hin zu 3,7 Stunden in Maine (Bowlblis 2011; Harrington et al. 2012).¹⁴ Selbst die obere Bandbreite der Mindeststandards in den Bundesstaaten liegt noch deutlich unter den Empfehlungen einer interdisziplinär zusammengesetzten Expertenkommission, die im Jahr 1999 im so genannten Hartford-Report auf der Grundlage der seinerzeit vorliegenden Evidenz eine Untergrenze von 4,55 Stunden direkter Pflege pro Pflegebedürftigem empfohlen hat. Bestandteil der Empfehlungen in dem Report war allerdings auch die dringende Empfehlung, die finanzielle Ausstattung der Pflegeheime und die Bezahlung der Pflegekräfte zu verbessern. In einer weiteren Empfehlung auf Basis von Daten über den Zusammenhang von Personalausstattung und Pflegequalität empfahl das Center of Medicare and Medicaid Services im Jahr 2001 eine Untergrenze von 4,1 Stunden direkter Pflege pro Pflegebedürftigem – davon 1,35 Stunden durch Pflegefachkräfte (Collier/Harrington 2008). Dieses Mindestniveau wird zumindest im landesweiten Durchschnitt nicht erreicht (vgl. Tabelle 1 und Harrington et al. 2012).

Als besonders gut untersucht gilt der Einfluss der Regelungen in den Bundesstaaten Kalifornien, Ohio und Florida. In Kalifornien gilt seit dem Jahr 2004 die Regelung, dass pro Pflegebedürftigem pro Tag mindestens 3,5 Pflegestunden erbracht werden müssen. In Ohio wurde der gleiche Parameter auf 2,75 Stunden und in Florida auf 3,6 Stunden festgesetzt. Für die Erfüllung des Mindeststandards spielt es auch eine Rolle, welches Qualifikationsniveau die entsprechende Pflegekraft erfüllt.¹⁵ Die geforderte Fachkraftquote liegt jedoch – je nach Bundesstaat – deutlich unter den in Deutschland geforderten 50 Prozent. Erfüllen die Pflegeheime die Anforderungen an personelle Mindeststandards nicht, so müssen sie zunächst mit Geldstrafen und im Extremfall mit dem Entzug ihrer Zulassung rechnen (Chen/Grabowski 2015).

Tabelle 3: Überblick über gesetzliche Standards zur Personalbemessung in den USA

	Charakter	Summe ^a	Relation ^b	Fachkräfte ^c	Fachkraftquote ^d
USA	Status Quo ^e	3,9	1:2,1	1,5	39 %
Hartford-Kommission	Empfehlung	4,55	1:1,8	1,7	37 %
CMS	Empfehlung	4,1	1:2,0	1,35	33 %
Florida	Standard	3,6	1:2,2	1,08	30 %
Ohio	Standard	2,75	1:2,9	1,07	39 %
Kalifornien	Standard	3,26	1:2,5	0,6	18 %

a Gesamtstunden direkte Pflege pro Pflegebedürftigem pro Tag in einer Einrichtung mit 100 Pflegebedürftigen

b Umrechnung in Relation Pflegekraft pro Pflegebedürftigen auf der Basis eines 8-Stunden-Arbeitstages

c Gesamtstunden direkte Pflege pro Tag durch Registered Nurses (RN) und Licensed Practice Nurses (LPN)

d Anteil Gesamtstunden direkte Pflege durch RNs und LPNs

e Tatsächliche Ausstattung der Einrichtungen im Jahr 2010

Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis von (Collier/Harrington 2008; Harrington et al. 2012; Lin 2014)

¹⁴ Die entsprechenden Werte sind für Einrichtungen mit 100 Pflegebedürftigen standardisiert und basieren auf formalen Arbeitszeiten ohne Berücksichtigung von Ausfallszeiten wie Urlaub oder Krankheit.

¹⁵ In den USA wird grundsätzlich zwischen Registered Nurses (RN), Licensed Practical Nurses (LPN) und Certified Nursing Assistants (CNA) unterschieden. In den USA gelten sowohl Registered Nurses als auch Licensed Practical Nurses als Fachkräfte. RNs verfügen in der Regel über einen drei- bis vierjährigen akademischen Abschluss, delegieren häufige Aufgaben an die beiden anderen Gruppen von Pflegekräften und agieren häufig als Führungskraft. LPNs haben eine ein- bis zweijährige Ausbildung, die mit einer Prüfung endet. Die Ausbildungsanforderung an CNAs variieren landesweit – die Mindestanforderung umfasst eine Ausbildung von 75 Stunden. Das Einkommen von RNs pro Stunden ist etwa doppelt so hoch wie das von CNAs – LPNs liegen ungefähr in der Mitte (Chen/Grabowski 2015).

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Empfehlungen der Hartford-Kommission, die Empfehlung des CMS und den Regelungen in ausgewählten Bundesstaaten. Die in den USA gebräuchlichen Werte (direkte Pflegestunden pro Tag pro Pflegebedürftigem) wurden dazu auf der Basis eines 8-Stunden-Arbeitstages in solche Relationen umgerechnet, die in Deutschland gebräuchlich sind. Diese Relationen weisen dann die Anzahl der Pflegekräfte pro Pflegebedürftigem in der jeweiligen Einrichtung aus. Eine Differenzierung nach Pflegestufe bzw. Case-Mix wird in den USA im Gegensatz zu Deutschland nicht vorgenommen – insofern können in der Tabelle nur Durchschnittswerte ausgewiesen werden. Außerdem wird in der Tabelle die oben schon angesprochene Fachkraftquote ausgewiesen – sowohl für die Empfehlungen der Hartford-Kommission und des CMS als auch für die Standards in den einzelnen Bundesstaaten. Zur besseren Anschaulichkeit wird zudem die landesweite durchschnittliche Personalausstattung in den Einrichtungen aus dem Jahr 2010 dargestellt. Diese liegt deutlich unter den Empfehlungen der Hartford-Kommission und zumindest insgesamt knapp unter den Empfehlungen des CMS. Die Versorgung mit Fachkräften liegt dagegen knapp oberhalb der CMS-Werte.

Neben den oben beschriebenen direkten Maßnahmen zur gesetzlichen Personalbemessung greifen die Bundesstaaten in den USA auch zu indirekten Maßnahmen, um die Personalausstattung in den Einrichtungen zu verbessern. Dazu zählen in erster Linie Lohnsubventionen („pass-through policies“). Gemeinsames Merkmal dieses in unterschiedlicher Art und Weise implementierten Instruments ist die Kopplung der Vergütung im öffentlichen Versicherungsprogrammen Medicaid an die Lohnsumme in den Einrichtungen. Zusätzliche Vergütungsbestandteile müssen dann zweckgebunden zur Finanzierung höherer Löhne oder zusätzlichen Personals in der direkten Pflege verwendet werden. Etwa die Hälfte der Bundesstaaten in den USA haben solche Lohnsubventionen in unterschiedlicher Ausprägung implementiert (Foster/Lee 2015).

3.2 Gesetzliche Personalbemessung und Pflegequalität in den USA

Der Einfluss der oben beschriebenen gesetzlichen Standards zur Personalbemessung ist in den USA umfangreich untersucht worden. Die identifizierten Studien unterscheiden sich vor allem danach, welche Bundesstaaten jeweils eingeschlossen wurden. Am umfassendsten ist natürlich der Ansatz, sämtliche Bundesstaaten mit gesetzlich vorgeschriebenen Mindeststandards zu untersuchen (Bowblis 2011; Park/Stearns 2009).

Danach führen Mindeststandards wie erwartet zu Neueinstellungen in Pflegeeinrichtungen. Die Anzahl von direkten Pflegestunden pro Pflegebedürftigem steigt signifikant. Eingestellt werden vor allem Pflegehilfskräfte (CNAs), während der Anstieg von Fachkräften (RNs und LPNs) deutlich geringer ist – die Fachkraftquote sinkt. Diese Verschlechterung des Skills-Mixes tritt jedoch nicht in solchen Pflegeeinrichtungen auf, die in überdurchschnittlichem Ausmaß vom öffentlichen Versicherungsprogramm Medicaid abhängig sind (Bowblis 2011). Zudem ist der Einfluss der Neueinstellungen auf die direkten Pflegezeiten eher gering. Der genaue Umfang variiert in den einzelnen Erhebungen. In einer Studie stiegen die direkten Pflegezeiten im Durchschnitt um etwa 12 Minuten pro Tag. Knapp 9 Minuten davon wurden durch Pflegehilfskräfte erbracht. Die Pflegezeiten durch Fachkräfte sind danach um etwa 3 Minuten angestiegen (Park/Stearns 2009). In einer anderen Erhebung stiegen die täglichen Pflegezeiten um 18 Minuten – auch hier ging mit 13 Minuten der Großteil des Anstiegs auf das Konto von Pflegehilfskräften (Collier/Harrington 2008).

Der Effekt von Mindeststandards in der Personalbemessung auf die Pflegequalität ist insgesamt als ambivalent zu beurteilen. Einerseits sind höhere Mindeststandards mit geringeren Inzidenzen von Druckgeschwüren und Hautausschlägen assoziiert. Ein umgekehrter Effekt ist für das Auftreten von Inkontinenz und Gewichtsveränderungen nachzuweisen (Bowblis 2011). Durchgängig sind jedoch höhere Mindeststandards mit einer geringeren Anzahl von Mängelrügen assoziiert (Park/Stearns 2009).¹⁶

Auch zeigt sich, dass Einrichtungen mit einer größeren Abhängigkeit von Medicaid besser abschneiden als Einrichtungen, in denen vor allem Selbstzahler leben. Die Erklärung für diesen Effekt dürfte darin liegen, dass Medicaid zusätzliche Finanzmittel für zusätzliches Personal zur Verfügung stellt – höhere Marktpreise zur Finanzierung von zusätzlichem Personal jedoch nicht realisierbar sind (Bowblis 2011).

Eine vergleichsweise aktuelle Studie hat sich auf die Effekte gesetzlicher Mindeststandards in den Bundesstaaten Arkansas, Delaware, Florida, Iowa, Maine, Mississippi, Ohio und Kalifornien beschränkt. Positive Effekte auf die Pflegequalität (Anzahl von Mängelrügen, Anteil von Pflegebedürftigen von Druckgeschwüren und Kontrakturen) lassen sich nur dann messen, wenn die gesetzliche Personalbemessung auch zur Neueinstellung von Registered Nurses – also den Pflegekräften mit dem höchsten Qualifikationsniveau – führt. Die Neueinstellung von Pflegekräften mit niedrigerem Qualifikationsniveau führte erwartungsgemäß zu keiner Verbesserung der Pflegequalität (Lin 2014). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Studie in den Bundesstaaten Ohio, Kansas, Maine, Mississippi und South Dakota. Danach führt nur die Neueinstellung von Registered Nurses zu einem Rückgang von Druckgeschwüren und Harnwegsinfekten (Konetzka et al. 2008). Umgekehrt ist ein niedriger Anteil von Fachkräften mit einer höheren Anzahl von Mängelrügen, vermeidbaren Krankenhauseinweisungen, einer vermehrten Verordnung von Antidepressiva und einem Anstieg von Fixierungen assoziiert (Collier/Harrington 2008).

Der Effekt der Einführung von Standards zur Personalbemessung in Ohio und Kalifornien ist durchaus zwiespältig. Einerseits ist die Anzahl der Pflegestunden pro Pflegebedürftigen wie vom Gesetzgeber gefordert signifikant und nachhaltig angestiegen. Dies gilt besonders für Einrichtungen, die vor Verschärfung der Personalstandards besonders weit von den neuen Mindeststandards entfernt waren. Gleichzeitig geht dieser Anstieg andererseits auch hier vor allem auf die zusätzliche Einstellung von LPNs und CNAs zurück. Das bedeutet, dass vor allem Beschäftigte mit einem geringeren Qualifikationsniveau und mit niedrigeren Lohnkosten eingestellt wurden. Der Skills-Mix in den Einrichtungen hat sich demnach auch hier verschlechtert. Vor diesem Hintergrund ist es dann auch wenig überraschend, dass nur ein geringer Effekt der Mindeststandards im Hinblick auf harte Qualitätsindikatoren gemessen werden konnte. Zwar ist der Anteil der Pflegebedürftigen mit Muskelkontrakturen nach der Einführung der Mindeststandards genauso zurückgegangen wie die Anzahl der Mängelrügen – ein signifikanter Einfluss auf andere harte Indikatoren für Pflegequalität (Anteil der Pflegebedürftigen mit Druckgeschwüren, antipsychotischer Medikation, Kathetern und Fixierungen) konnte nicht gemessen werden (Chen/Grabowski 2015).

¹⁶ Bei den jährlichen Inspektionen der Pflegeeinrichtungen werden insgesamt 180 mögliche Mängel geprüft. Die Inspektion führt zu einer Einstufung der jeweiligen Einrichtung von der Stufe A (isolierte Mängel, keine Gefährdung der Pflegebedürftigen: 0 Punkte) bis hin zur Stufe L (aktuelle Gefährdung der Pflegebedürftigen in großem Maßstab: 150 Punkte).

Lediglich in Florida führte auch die Neueinstellung von CNAs zu einer Verbesserung der Pflegequalität in Form von weniger Mängelrügen (Hyer et al. 2011). Dieser Sondereffekt wird damit begründet, dass die Standards zur Personalbemessung von einer umfassenden politischen Strategie zur Verbesserung der Qualität in Pflegeheimen begleitet wurden. Mit anderen Worten hängt die Wirksamkeit der Einführung von gesetzlichen Standards zur Personalbemessung auch davon ab, ob diese Standards wirkungsvoll überprüft und hinreichend finanziert werden (Bowblis 2011; Hyer et al. 2009).

Eine weitere wichtige Erkenntnis trägt eine Studie zum Zusammenhang zwischen gesetzlichen Vorgaben zur Personalbemessung, Skills-Mix und Pflegequalität aus dem Bundesstaat Kalifornien bei. Danach führt ein höherer Anteil von Fachkräften nur dann zu positiven Auswirkungen auf die Pflegequalität, wenn das Beschäftigungsniveau innerhalb der Pflegeeinrichtung insgesamt – auch unter Berücksichtigung von Pflegehilfskräften – hoch ist. Wenn das Beschäftigungsniveau insgesamt niedrig ist und bleibt – hier operationalisiert als unter dem gesetzlichen Mindeststandard – dann führt auch die vereinzelt Neueinstellung von Fachkräften (in diesem Fall von RNs) nicht zu positiven Effekten auf die gemessene Pflegequalität. Dieser Effekt lässt sich dadurch erklären, dass Fachkräfte zwar eine entscheidende Rolle für die Qualitätssicherung in einer Pflegeeinrichtung spielen – in den USA durch die herausgehobene Bedeutung von RNs noch mehr als in Deutschland – diese aber dazu auf einen hinreichenden Personalbestand zur Erfüllung der täglichen Aufgaben angewiesen sind. Insbesondere schwerwiegende Mängel lassen sich demnach trotz hoher Fachkraftquote bei einem nicht hinreichenden Personalbestand nicht hinreichend vermeiden (Kim et al. 2009).

Die oben beschriebenen Lohnsubventionen führen entweder dazu, dass Personal neu eingestellt wird oder dass das vorhandene Personal besser bezahlt wird. Letztere Strategie wird vor allem in den Einrichtungen angewendet, die auf dem Arbeitsmarkt kurzfristig kein neues Personal finden. Interessanterweise führt nach jüngsten Untersuchungen zumindest in den USA auch die verbesserte Bezahlung von Pflegekräften zu positiven Qualitätseffekten. Statistisch signifikant ist insbesondere der Anteil von Pflegebedürftigen mit Druckgeschwüren als Folge der Zahlung von Lohnsubventionen zurückgegangen (Foster/Lee 2015).

3.3 Übertragbarkeit und Schlussfolgerungen

Aus Sicht der Autoren lassen sich aus den oben dargestellten Erkenntnissen trotz aller Unterschiede zwischen den USA und Deutschland – vor allem bei der Finanzierung von Pflegeheimen und bei der Qualifizierung von Pflegekräften¹⁷ – die folgenden drei zentralen Schlussfolgerungen ableiten:

Erstens führen gesetzliche Vorgaben für Mindeststandards bei der Personalbemessung grundsätzlich zu einer verbesserten Personalausstattung in Pflegeheimen. Die gilt vor allem in denjenigen Einrichtungen, die vor Einführung der Mindeststandards besonders weit von den extern gesetzten Werten entfernt waren.

Zweitens entstehen positive Effekte auf die Pflegequalität vor allem durch die Neueinstellung von Pflegefachkräften. Die Einrichtungen in den USA investieren zur Erfüllung der Mindeststandards jedoch vor

¹⁷ Zu berücksichtigen ist einerseits, dass das Qualifikationsniveau der Registered Nurses deutlich oberhalb der fachschulisch ausgebildeten Pflegekräfte in Deutschland liegt. Andererseits verfügen die Licensed Practice Nurses – die in den USA zu den Fachkräften gezählt werden – über ein deutlich geringeres Ausbildungsniveau als die Fachkräfte in Deutschland.

allem in die Neueinstellung von Pflegehilfskräften. Dies gilt zumindest dann, wenn der Gesetzgeber die Fachkraftquote auf dem niedrigen US-amerikanischen Niveau ansetzt und keine hinreichenden zusätzlichen Mittel zur Finanzierung von Fachkräften zur Verfügung stellt. Eine fachlich hochwertige Versorgung setzt daher die Vorgabe einer ambitionierten Fachkraftquote und eine hinreichende Finanzierung der Einrichtungen voraus. Im Rahmen des deutschen Finanzierungssystems würde dies bedeuten, dass sowohl die Versicherungsträger als auch die Träger der Sozialhilfe und die Pflegebedürftigen selbst zusätzliche finanzielle Belastungen zur Finanzierung einer adäquaten Personalausstattung in den Einrichtungen tragen müssten.

Drittens ist die Entwicklung der Mindeststandards zur Personalbemessung in den USA aus deutscher Sicht insofern vorbildhaft, als dass zumindest die Empfehlungen auf der vorliegenden Evidenz und auf der Basis umfangreichen Datenmaterials zum Zusammenhang von Personalausstattung und Pflegequalität beruhen. Dieses Studien- und Datenmaterial fehlt in Deutschland und müsste für die Entwicklung von evidenzbasierten Mindeststandards erst noch geschaffen werden. Bis dahin bedarf es der Implementierung pragmatischer Mindeststandards, die sich beispielsweise an den US-amerikanischen Empfehlungen der Hartford-Kommission bzw. an den Empfehlungen des CMS orientieren könnten. Die Mindeststandards in den einzelnen Bundesstaaten liegen teilweise deutlich unter diesen Empfehlungen – was durch politische und finanzielle Restriktionen erklärbar sein dürfte – und haben daher für die Entwicklung von vergleichbaren Mindeststandards in Deutschland nur eine eingeschränkte Vorbildfunktion.

4 Anforderungen an gesetzliche Personalbemessung in der stationären Altenpflege

Im diesem Teil des Gutachtens gehen wir vor dem Hintergrund der Rahmenbedingungen in der stationären Pflege in Deutschland und den empirischen Zusammenhängen zwischen gesetzlichen Mindeststandards in der Personalausstattung und Pflegequalität in den USA auf die Anforderungen an ein Personalbemessungssystem in der stationären Pflege in Deutschland ein. Dazu werden zunächst die derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen an Personalbemessung dargestellt und bewertet. Im zweiten Schritt wird analysiert, inwieweit die gesetzlichen Vorgaben im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes II zur Entwicklung eines Systems zur Personalbemessung geeignet sind. Abschließend werden Umsetzungshindernisse und Umsetzungsstrategien identifiziert und ein kurzfristiges Maßnahmenpaket zur Verbesserung der Personalausstattung formuliert.

4.1 Rechtliche Rahmenbedingungen an Personalbemessung im Status Quo

Im Hinblick auf rechtliche Rahmenbedingungen ist zwischen Regelungen auf Bundes- und auf Landesebene zu unterscheiden. Der Bundesgesetzgeber hat bislang im SGB XI nur wenige unbestimmte Festlegungen zum Personal in den stationären Einrichtungen der Altenpflege getroffen. Nach § 71 SGB XI ist die ständige Vorhaltung einer verantwortlichen Pflegefachkraft verpflichtend. Qualifikationsvoraussetzung für eine verantwortliche Pflegefachkraft ist eine abgeschlossene Ausbildung als ein/e Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/in oder Altenpfleger/in mit zwei Jahren Berufserfahrung im Ausbildungsberuf innerhalb der letzten fünf Jahre mit Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen von mindestens 460 Stunden.

Der Bundesgesetzgeber macht darüber hinaus – ähnlich wie in den USA – keine konkreten Vorgaben zur Personalbemessung in den Einrichtungen. Allerdings regelt § 75 SGB XI, dass auf Landesebene die Vertragspartner in Rahmenverträgen über die stationäre Pflege entweder landesweite Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs bzw. zur Bemessung der Pflegezeiten oder landesweite Personalrichtwerte vereinbaren müssen. Die Personalrichtwerte können als Bandbreiten vereinbart werden und sollen bei teil- oder vollstationärer Pflege wenigstens das Verhältnis zwischen der Zahl der Heimbewohner und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte in Vollzeitäquivalenten – unterteilt nach Pflegestufen – sowie den Anteil der ausgebildeten Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal umfassen. Dabei ist jeweils der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf Pflegebedürftiger mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems zu beachten. Bemerkenswert ist darüber hinaus, dass bei der Vereinbarung der Verfahren auch in Deutschland erprobte und bewährte internationale Erfahrungen zu berücksichtigen sind.

Die sehr allgemein gehaltenen Vorgaben des Bundesgesetzgebers werden in den Ländern so umgesetzt, dass die Vertragspartner – zumindest bislang – in keinem Bundesland landesweite Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs bzw. zur Bemessung der Pflegezeiten vereinbart haben. Dagegen beinhalten die bestehenden Rahmenverträge allesamt Personalrichtwerte. Die Personalrichtwerte regeln gemäß § 75

SGB XI je nach Pflegestufe die Anzahl des Personals für Pflege und soziale Betreuung im Verhältnis zu den Bewohnerinnen und Bewohnern. Diese Werte können fest oder als Bandbreiten festgelegt werden. Gemeinsam ist allen vertraglich vereinbarten Personalrichtwerten, dass diesen kein Verfahren der Personalbemessung zugrunde liegt. Diese Richtwerte unterscheiden sich je nach Bundesland. In der Pflegestufe II liegen die Werte innerhalb einer Spanne von 1:4,0 bis 1:2,2 (Wingenfeld 2010). In der Pflegestufe I muss beispielsweise in Bayern bei Pflegestufe I ein Verhältnis von 1:3 zwischen Beschäftigten und Bewohner vorgehalten werden. Dagegen liegt in Mecklenburg-Vorpommern die Bandbreite nur bei 1:4,71 bis 1:4,07. In Berlin muss eine höhere Personalausstattung für demenziell erkrankte Menschen, Bewohner im Wachkoma oder langzeitbeatmete Pflegebedürftige vorgehalten werden. In einigen Bundesländern werden außerdem die verantwortliche Pflegekraft sowie die Mitarbeiter im Qualitätsmanagement oder der Sozialarbeit nicht zum Kontingent der Fachkraftquote hinzugezählt. Dies alles führt letztendlich dazu, dass sich die Vorgaben für die Personalausstattung in Altenpflegeeinrichtungen je nach Bundesland stark unterscheiden (DBfK 2011).

Bezogen auf eine Einrichtung mit 80 Pflegedürftigen und eine übliche Belegungsstruktur schwanken die Vorgaben für die Personalausstattung zwischen 27,1 Vollzeitäquivalenten in Brandenburg und 34,5 Vollzeitäquivalenten in Sachsen. Anzumerken ist jedoch, dass die Vorgaben in Sachsen nicht annähernd erfüllt werden, so dass wohl Baden-Württemberg mit 33,6 Vollzeitäquivalenten über die beste finanzierbare Personalausstattung verfügen dürfte (Désenfant 2014).¹⁸

Es ist allerdings völlig unklar, auf welcher Basis die Personalrichtwerte in den einzelnen Bundesländern errechnet wurden. Da – wie oben schon erwähnt – in keinem der Bundesländer ein Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs bzw. zur Bemessung der Pflegezeiten implementiert wurde, handelt es sich bei den vereinbarten Richtwerten wahrscheinlich um das Ergebnis eines Verhandlungsprozesses unter Berücksichtigung politischer und finanzieller Restriktionen mit allenfalls geringem Bezug zur Bedarfsgerechtigkeit der resultierenden Personalausstattung (Wingenfeld 2010).

Als Folge der Föderalismusreform liegt seit dem Jahr 2006 auch die Verantwortung für die Heimpersonalverordnung in der Kompetenz der Bundesländer. Diese definiert vor allem die Fachkraftquote, weitere Anforderungen an die Heimleitung und die Eignung des Personals in den Pflegeheimen. Die Fachkraftquote in der Heimpersonalverordnung enthält keine Vorgaben über die erforderliche Anzahl von Pflegekräften. Sie legt lediglich fest, wie sich das schon vorhandene Personal in der Fachlichkeit zusammensetzen muss. Damit sind diese Regelungen für die Personalbemessung nur zum Teil bzw. nur eingeschränkt nutzbar.

Gemäß der noch vom Bund erlassenen Heimpersonalverordnung von 1993 gilt in Deutschland formal eine Fachkraftquote von 50 Prozent. Von dieser Quote können die Bundesländer abweichen. Dies ist zu Beginn des Jahres 2016 in Baden-Württemberg geschehen. Danach kann nach der zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Landespersonalverordnung (LPersVO) von der Fachkraftquote von 50 Prozent abgewichen werden, wenn im Verhältnis zu den Pflegefachkräften in geringem Umfang andere Fachkräfte entsprechend ihrer beruflichen Qualifizierung tatsächlich und nachweislich in der stationären Einrichtung beschäftigt werden (§ 8 LPersVO i. d. F. vom 7. Dezember 2015). Im Regelfall darf die Fachkraftquo-

¹⁸ Berücksichtigt wurde – soweit vorhanden – der obere Korridor von Bandbreiten der Personalrichtwerte. Zudem wird eine Belegungsquote von 97 % angenommen (Désenfant 2014).

te jedoch nicht unter 40 Prozent sinken – es sei denn, dies geschieht mit vorheriger Zustimmung durch die zuständige Behörde, wenn dies mit den Interessen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner vereinbar ist (§ 9 LPersVO i. d. F. vom 7. Dezember 2015).

Es ist – ebenso wenig wie die Bestimmung der Personalrichtwerte – unklar, auf welcher empirischen Basis die ursprüngliche Heimpersonalverordnung eine Fachkraftquote von 50 % festgelegt hat. Auch hier dürfte eine empirische Fundierung unwahrscheinlich sein. Trotz der nicht uneingeschränkt gegebenen Vergleichbarkeit ist vor dem Hintergrund der Empirie aus den USA zweierlei zu schlussfolgern. *Erstens* ist der Anteil von Fachkräften als ein entscheidender Bestimmungsfaktor für die Pflegequalität anzusehen. Das gilt zumindest, wenn die Personalausstattung insgesamt ausreichend ist. *Zweitens* liegt eine Fachkraftquote von 50 % deutlich über den in den USA erreichten Werten. Eine Lockerung dieser Vorgabe – aus welchen Gründen auch immer – gefährdet damit aus Sicht der Gutachter einen im internationalen Vergleich hohen Standard in der pflegerischen Versorgung und damit auch die Pflegequalität in den Einrichtungen.

4.2 Personalbemessung im Pflegestärkungsgesetz II

Der Bundesgesetzgeber hat mit dem neuen § 113c SGB XI erstmals die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen normiert. Dies soll bis spätestens zum 30. Juni 2020 erfolgen. Im Laufe des Gesetzgebungsprozesses sind die Regelungen zum Verfahren aber auch im Hinblick auf die Anforderungen an eine einheitliche Personalbemessung deutlich ausführlicher und konkreter gefasst worden (Deutscher Bundestag 2015a). Danach soll gemäß § 113c Abs. 1 SGB XI ein strukturiertes, empirisch abgesichertes und valides Verfahren auf der Basis des durchschnittlichen Versorgungsaufwands für direkte und indirekte pflegerische Maßnahmen unter Berücksichtigung der fachlichen Ziele des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs entwickelt werden. Ziel ist die Ermittlung einheitlicher Maßstäbe, die insbesondere Qualifikationsanforderungen, quantitative Bedarfe und die fachliche Angemessenheit der Maßnahmen berücksichtigen.

Die Formulierungen des Gesetzes decken sich weitgehend mit dem wissenschaftlichen Verständnis, wonach Personalbemessungssysteme auf einem fachlichen Verständnis aufbauen müssen, das dem aktuellen Stand des Wissens entspricht. Zudem sollten Berechnungsverfahren und Bezugsgrößen einbezogen werden, die so weit wie möglich wissenschaftlich abgesichert sind. Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs stellt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rahmenbedingung für die Entwicklung eines umfassenden Instruments zur Abbildung des Personalbedarfs und damit zur Personalbemessung dar, weil mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ein deutlich umfassenderer Leistungsbedarf abgebildet werden kann. Letztlich muss ein Personalbemessungssystem praktikabel und transparent sein – sowohl für die Aufsichtsbehörden als auch für die Vertragspartner (Wingenfeld 2010: 17).

Alleine die „Etablierung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen“ gemäß § 113c SGB XI wird jedoch weder die Personalausstattung in den Einrichtungen verbessern noch positive Effekte auf die Pflegequalität nach sich ziehen. Weitere entscheidende Faktoren für die Effektivität von Personalbemessungssystemen sind

aus Sicht der Gutachter vor allem die Durchsetzungsfähigkeit bzw. Sanktionierbarkeit von Personalbemessungssystemen, deren Finanzierbarkeit und die Einheitlichkeit der Umsetzung in den Bundesländern.¹⁹

Erstens müssten daher die zuständigen Behörden in den Bundesländern dazu verpflichtet werden, die Einhaltung des postulierten Personalbedarfs regelmäßig und regelhaft zu überprüfen und ggf. auch zu sanktionieren. Mögliche Sanktionen könnten – ähnlich wie in den USA – spürbare Geldstrafen bis hin zum Entzug der Zulassung sein. Außerdem sollten die Landesbehörden dazu verpflichtet werden, die Personalausstattung in den Einrichtungen als Qualitätsindikator zu veröffentlichen.

Die Erfahrungen aus den USA zeigen *zweitens*, dass alleine die Verschärfung der gesetzlichen Standards und deren Überprüfung bzw. Sanktionierung nicht zu den gewünschten Auswirkungen auf Personalausstattung und Pflegequalität führen. Dort sehen sich die Einrichtungen offensichtlich nicht in der Lage, die zusätzlichen Kosten durch steigende Preise – insbesondere für die Selbstzahler – zu refinanzieren. Diese Situation lässt sich durchaus mit der Situation in Deutschland vergleichen. Verschärfte Standards in der Personalbemessung müssen daher hinreichend Berücksichtigung in den Pflegesatzverhandlungen zwischen Einrichtungen und Kostenträgern finden. Andernfalls werden insbesondere Einrichtungen mit starker regionaler Konkurrenz und mit angespannter finanzieller Situation nicht in der Lage sein, die geforderten zusätzlichen Stellen zu schaffen oder vor allem in preiswerte Hilfskräfte investieren.²⁰

Die Gutachter weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass eine hinreichende Finanzierung verschärfter Personalstandards mittel- bis langfristig zu finanziellen Belastungen für alle Finanzierungsträger führen wird. Im gegenwärtigen Finanzierungssystem wären dies vor allem die Träger der Pflegeversicherung (gesetzlich und privat), die Träger der Sozialhilfe und letztlich auch die Pflegebedürftigen selbst.²¹ Die Höhe der mittel- bis langfristigen finanziellen Belastungen für die Finanzierungsträger wird davon abhängen, welche Standards bei der Personalbemessung etabliert werden und in welcher Geschwindigkeit die notwendigen Stellen besetzt werden können. In diesem Zusammenhang ist außerdem auf die ernstzunehmende Gefahr zu verweisen, dass wissenschaftlich abgeleitete Standards zur Personalbemessung aus Finanzierungsgründen nur in abgeschwächter Form Eingang in landesrechtliche Regulierungen finden werden.

¹⁹ Da es bis heute in Deutschland nicht gelungen ist, ein „methodisch überzeugendes, allgemein akzeptiertes Verfahren der Personalbemessung für die vollstationäre pflegerische Versorgung zu entwickeln oder bereits vorhandene Lösungen aus anderen Ländern zu adaptieren“, bleibt das System der Pflegestufen, das sich auch aus „methodischen und inhaltlichen Gründen nicht für die Zwecke der Personalbemessung eignet“ (Wingenfeld 2010: 17) nach wie vor trotz dieser Mängel der zentrale Bezugspunkt. In den vergangenen Jahren hat es eine Reihe von Modelprojekten und praktischen Erprobungstests von verschiedenen Methoden der Personalbedarfsermittlung gegeben, an deren Erfahrungen anzusetzen wäre. Hier ist – neben anderen Verfahren wie BASIS, PERSYS, BESA, RAI – insbesondere auf das aus Kanada stammende Verfahren „Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis“ (PLAISIR) zu verweisen, dessen Einführung nach einer umfangreichen bundesweiten Erprobung an den Forderungen des kanadischen Lizenzeigentümers scheiterte. Die inhaltliche Kritik aus den Reihen der Wissenschaft konzentrierte sich unter anderem auf die Punkte „Krankenhauslastigkeit der Bedarfskategorien, zu geringe Berücksichtigung psychischer und sozialer Problemlagen und die Intransparenz bei der Bewertungssystematik und bei der Ableitung von Zeitwerten“ (Wingenfeld 2010: 17). Insbesondere der letztgenannte Punkt der mangelnden Transparenz wog aus Sicht der Kritiker schwer, da letztlich die gewonnenen Ergebnisse nicht zu bewerten waren. Darüber hinaus ist bei sämtlichen Assessments, die zur Erfassung von Problemlagen bei Pflegebedürftigen zur Unterstützung bei der Pflegeplanung bzw. Verbesserung der Pflegeprozess- und Ergebnisqualität entwickelt und genutzt werden, zu beachten, dass sie sich zwar zur Erfassung des Pflegebedarfs, nicht jedoch zur Erfassung des gesamten Versorgungsaufwands eignen (Rothgang/Hasseler 2015: 12).

²⁰ Nichtsdestoweniger ist die finanzielle Situation von Pflegeheimen im Durchschnitt deutlich besser als die von Krankenhäusern. Nach jüngsten Zahlen hatte im Jahr 2013 lediglich sieben Prozent der Pflegeheime eine erhöhte Insolvenzgefahr (Augurzyk et al. 2015).

²¹ Die derzeitigen Rahmenbedingungen der Finanzierung sind nicht unabänderlich. So könnte die Einführung einer Pflegebürgerversicherung erhebliche Mittel zur Finanzierung zusätzlichen Personals generieren, ohne zu einer Erhöhung des Beitragsatzes zu führen (Greß/Bieback 2013).

Auch vor diesem Hintergrund ist daher aus Sicht der Gutachter die Einheitlichkeit der Umsetzung eine wichtige Voraussetzung für die Festlegung von Mindeststandards zur Personalbemessung. Sowohl in Deutschland als auch in den USA führt die Zuständigkeit der Bundesländer für die Personalstandards zu einem „Flickenteppich“ unterschiedlicher Regelungen. Aus gutachterlicher Sicht ist jedoch nicht ersichtlich, aus welchen inhaltlichen Gründen sich Vorgaben zur Personalbemessung in einzelnen Bundesländern bzw. Bundesstaaten unterscheiden sollten.²² Es ist vielmehr anzunehmen, dass die dargestellten Unterschiede politische bzw. vor allem finanzielle Gründe haben. Diese Unterschiede sind nicht mehr zu rechtfertigen, wenn ein empirisch abgeleiteter Personalstandard verfügbar ist.

Zusammenfassend ist es zu begrüßen, dass mit dem PSG II der Gesetzgeber erstmals die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen normiert. Die Formulierungen des Gesetzes decken sich weitgehend mit dem wissenschaftlichen Verständnis, wonach Personalbemessungssysteme auf einem fachlichen Verständnis aufbauen müssen, das dem aktuellen Stand des Wissens entspricht. Alleine die Entwicklung eines wissenschaftlich validierten Verfahrens zur Personalbemessung wird jedoch weder die Personalausstattung in den Einrichtungen erhöhen noch die Pflegequalität verbessern. Dazu müssten *erstens* die zuständigen Behörden in den Bundesländern dazu verpflichtet werden, die Einhaltung des postulierten Personalbedarfs zu überprüfen und ggf. auch zu sanktionieren. *Zweitens* müssten verschärfte Standards in der Personalbemessung daher hinreichend Berücksichtigung in den Pflegesatzverhandlungen zwischen Einrichtungen und Kostenträgern finden. *Drittens* ist die Einheitlichkeit der Umsetzung in den Bundesländern eine wichtige Voraussetzung für die Festlegung von Mindeststandards zur Personalbemessung, um einen sachlich nicht zu rechtfertigenden „Flickenteppich“ von landesgesetzlichen Regelungen zu verhindern.

4.3 Umsetzungsperspektiven

Nach den Regelungen des PSG II muss das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter Beteiligung der Vertragsparteien²³ unverzüglich in einem Zeitplan konkrete Zeitziele für die Entwicklung, die Erprobung und die Auftragsvergabe festlegen. Die Vertragsparteien werden außerdem verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen unverzüglich Auskunft über den Bearbeitungsstand sowie über Problemfelder und mögliche Lösungen zu geben (§ 113c SGB V Abs. 3). Wird ein Zeitziel nicht fristgerecht erreicht und ist deshalb die fristgerechte Entwicklung, Erprobung oder Auftragsvergabe gefährdet, so kann das Bundesministerium für Gesundheit einzelne Verfahrensschritte im Wege der Ersatzvornahme selbst durchführen. Haben sich darüber hinaus die Vertragspartner bis zum 31. Dezember 2016 nicht

²² Insofern ist die Formulierung in der Gesetzesbegründung des PSG II nicht nachvollziehbar, wonach die „historisch gewachsenen – teilweise sehr unterschiedlichen – Personalrichtwerte auf Landesebene in stationären Pflegeeinrichtungen ... zu berücksichtigen“ seien (Deutscher Bundestag 2015b: 104).

²³ Vertragsparteien nach § 113 SGB V sind der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene. Außerdem sind nach § 113c Abs. 2 SGB XI der Medizinische Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene und die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen zu beteiligen. Im ursprünglichen Gesetzentwurf der Bundesregierung war eine Beteiligung der letztgenannten Gruppe nicht vorgesehen.

über eine Beauftragung geeinigt, bestimmen die beiden oben genannten Ministerien innerhalb von vier Monaten das Verfahren und die Inhalte der Beauftragung (§ 113c SGB V Abs. 4).

Diese ungewöhnlich konkreten Vorgaben für die Vertragspartner zur Umsetzung des angestrebten wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen lassen sich durch eine gewisse Skepsis des Gesetzgebers hinsichtlich der Einigungsbereitschaft der Vertragspartner erklären. So soll laut Gesetzesbegründung zu den beiden oben referierten Absätzen des § 113c SGB V sichergestellt werden, dass „es nicht durch fehlende Einigung in der Selbstverwaltung zu Verzögerungen kommt“ (Deutscher Bundestag 2015a: 137).

Diese Skepsis des Gesetzgebers ist aus Sicht der Gutachter durchaus berechtigt. Von keinem der Vertragspartner ist zu erwarten, dass er ein begründbares Interesse an der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben hat. Die Kostenträger – die Pflegekassen ebenso wie die Träger der Sozialhilfe – müssen mit Recht befürchten, dass die Etablierung eines wissenschaftlich fundierten Systems der Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen den Personalbedarf im Vergleich zum Status quo deutlich erhöhen wird. In der Logik des derzeitigen Finanzierungssystems müssten die resultierenden Mehrausgaben zu erheblichen Teilen von den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern finanziert werden. Die Pflegekassen könnten diese Zusatzbelastungen ggf. durch ein beschleunigtes Abschmelzen der Rücklagen in der Pflegeversicherung refinanzieren – diese Möglichkeit haben die Kommunen nicht. Insofern dürfte insbesondere von dieser Seite die Einigungsbereitschaft gering sein.

Auch von Seiten der Träger der Pflegeeinrichtungen ist Skepsis zu erwarten. Dieser Skepsis lässt sich nur in Teilen durch eine Verpflichtung der Kostenträger zu Finanzierung eines verbesserten Personalschlüssels begegnen. Der Kostendruck in den Pflegeeinrichtungen würde dennoch deutlich ansteigen, weil sich in der Logik der Pflegeversicherung als nicht bedarfsdeckende Teilleistungsversicherung die zusätzlichen Personalkosten nur teilweise durch die Kostenträger refinanzieren lassen. Die Einrichtungen müssten die gestiegenen Pflegesätze daher am Markt durchsetzen oder Kosteneinsparungen in anderen Kostenbereichen realisieren.

Selbst die am Verfahren ebenfalls beteiligten Interessenverbände der Pflegebedürftigen befinden sich in einer mindestens ambivalenten Position. Einerseits sollten vor allem die Pflegebedürftigen selbst ein hohes Interesse an einer angemessenen Personalausstattung in den Einrichtungen haben. Andererseits müssten die Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen einen nennenswerten Teil der entstehenden zusätzlichen Personalkosten in Form von steigenden Eigenanteilen finanzieren. Am ehesten dürften noch die Verbände der Pflegeberufe ein Interesse an einer erfolgreichen Implementation wissenschaftlich fundierter Personalstandards haben.

Vor dem Hintergrund der dargestellten Interessenkonstellationen scheint es daher dringend notwendig, dass die zuständigen Ministerien das im Gesetz beschriebene Verfahren engmaschig begleiten und die politisch gewollte Etablierung eines wissenschaftlich fundierten Systems der Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen im Bedarfsfall durch Ersatzvornahmen sicherstellen. Ausgesprochen problematisch ist aus gutachterlicher Sicht jedoch, dass selbst bei einem fristgerechten Abschluss des Verfahrens ein System zur Personalbemessung erst am 30. Juni 2020 vorliegen wird. Dieser lange Übergangszeitraum ist vor dem Hintergrund der beschriebenen Personalsituation in den Pflegeeinrichtungen, der damit verbundenen Belastungen für die Pflegekräfte und der resultierende Gefährdung der Pflegequalität aus

gutachterlicher Sicht nicht akzeptabel. Daher werden für den Zeitraum bis zum 30. Juni 2020 folgende Maßnahmen zur kurzfristigen Verbesserung der Personalausstattung vorgeschlagen:

Erstens wird der mit dem Pflegestärkungsgesetz I ab dem Jahr 2015 eingerichtete Pflegevorsorgefonds in einen Pflegepersonalfonds umgewidmet.²⁴ Bei dem Pflegevorsorgefonds handelt es sich um ein Sondervermögen, das mit 0,1 Beitragssatzpunkten (derzeit ca. 1,2 Mrd. Euro pro Jahr) der sozialen Pflegeversicherung gebildet wird. Mit den Mitteln des Fonds sollen künftige Beitragssatzsteigerungen nach dem Jahr 2035 abgemildert werden. Der Pflegevorsorgefonds ist jedoch viel zu klein, um den nach 2035 zu erwartenden Beitragsanstieg spürbar reduzieren zu können – insbesondere in Zeiten eines anhaltenden Niedrigzinsniveaus (Jacobs/Rothgang 2014). Zudem wäre es aus Sicht der Gutachter deutlich sinnvoller, die im Fonds gesammelten Finanzmittel unmittelbar und kurzfristig in eine verbesserte Personalausstattung in den Pflegeeinrichtungen als in eine zweifelhafte Beitragssatzstabilisierung in den Jahren 2035 bis 2055 zu investieren. Selbstverständlich müsste der Pflegepersonalfonds dann zukünftig nicht nur von den Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung, sondern auch von den Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung gespeist werden.

Zweitens übernimmt der Pflegepersonalfonds im Übergangszeitraum bis zum 30. Juni 2020 die Finanzierung für nachweisbar nach dem 1. Januar 2016 neu eingestelltes Personal in der direkten Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen. Voraussetzung ist, dass die Einrichtungen die in der Heimpersonalverordnung geforderte Fachkraftquote von 50 Prozent erfüllen. Bei einem jährlichen Finanzvolumen von 1,2 Mrd. Euro – zzgl. der Mittel aus der privaten Pflegepflichtversicherung – ließen sich auf der Basis des derzeitigen Gehaltsniveaus in der Altenpflege und einer Fachkraftquote von 50 Prozent pro Jahr etwa 38.000 neue Stellen für Pflegekräfte finanzieren. Es ist unwahrscheinlich, dass angesichts der angespannten Situation auf dem Arbeitsmarkt kurz- bis mittelfristig eine derartige Menge von Pflegekräften verfügbar wäre. Nichtsdestoweniger würde die Einrichtung des Pflegepersonalfonds ein deutliches Signal senden, dass der Finanzierung einer hinreichenden Personalausstattung in Pflegeheimen eine hohe gesellschaftliche Priorität zukommt, was wiederum einen positiven Effekt auf die Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe mit sich bringen dürfte. Zudem würden die Träger von Pflegeeinrichtungen finanziellen Spielraum gewinnen, um eine ohnehin dringend notwendige Verbesserung der Gehälter in der stationären Pflege finanzieren zu können (Bogai et al. 2015; Ehrentraut et al. 2015; Greß/Jacobs 2016).

Nach Ende des Übergangszeitraums und nach der Etablierung eines wissenschaftlich fundierten Systems der Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen sollte der Pflegepersonalfonds ab Juli 2020 den sicherlich auch dann noch notwendigen Ausbau der Personalausstattung zumindest in Teilen subventionieren. Diese Mittel sollten aus gutachterlicher Sicht vor allem dazu genutzt werden, um die Eigenanteile der Pflegebedürftigen zu reduzieren.

²⁴ Dieser Vorschlag knüpft an die Idee an, aus dem Pflegevorsorgefonds die Ausbildungskosten (Praxisanleitung und Ausbildungsvergütung) in der Altenpflege zu finanzieren (ver.di 2014). Diese Kosten werden gemäß des Gesetzentwurfs zur Reform der Pflegeberufe – auch aus gutachterlicher Sicht durchaus sachgerecht – zukünftig durch einen Ausbildungsfonds finanziert, an dem sich Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, die Bundesländer sowie die soziale und private Pflegeversicherung beteiligen müssen.

5 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten 1999 bis 2013.....	9
Tabelle 2:	Betreuungsrelationen in den Pflegeheimen 2003 bis 2013.....	17
Tabelle 3:	Überblick über gesetzliche Standards zur Personalbemessung in den USA	21

6 Literatur

- Afentakis, A./T. Maier (2010). Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. *Wirtschaft und Statistik* 10: 990-1002.
- Augurzky, B./D. Heger/Corinna Hentschker/S. Krolop/M. Stroka (2015). *Pflegeheim Rating Report 2015*. Hannover, Vincentz.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2015). *Altenpflege in Deutschland. Zahlen - Daten - Fakten*. Hamburg, BGW.
- Bogai, D./J. Carstensen/H. Seibert/D. Wiethölter/S. Hell/O. Ludewig (2015). Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Nürnberg, IAB.
- Bostick, J. E./M. J. Rantz/M. K. Flesner/C. J. Riggs (2006). Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association* 7(6): 366-76.
- Bowblis, J. R. (2011). Staffing Ratios and Quality: An Analysis of Minimum Direct Care Staffing Requirements for Nursing Homes. *Health Services Research* 46(5): 1495-516.
- Chen, M. M./D. C. Grabowski (2015). Intended and Unintended Consequences of Minimum Staffing Standards for Nursing Homes. *Health Economics* 24(7): 822-39.
- Collier, E./C. Harrington (2008). Staffing Characteristics, Turnover Rates, and Quality of Resident Care in Nursing Facilities. *Research in Gerontological Nursing* 1(3): 157-70.
- DBfK (2011). *Personalbemessung in der stationären Altenhilfe – DBfK-Position*. Berlin, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband.
- (2015). Zahlen – Daten – Fakten „Pflege“. Hintergrundinformationen (Stand März 2015). Berlin, Download unter <http://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Zahlen-Daten-Fakten-Pflege-2015-03.pdf> am 15. Januar 2016.
- Désenfant, C. (2014). Alle sind gleich, nur manche sind gleicher Die Personalausstattung in der stationären Pflege. *Altenheim* (6): 12-13.
- Deutscher Bundestag (2015a). *Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 18/5926, 18/6182, 18/6410 Nr. 2 – Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)*. Berlin, Drucksache 18/6688 vom 11.11.2015.
- (2015b). *Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)*. Berlin, Drucksache 18/5926 vom 07.09.2015.

- Ehrentraut, O./T. Hackmann/L. Krämer/S. Schmutz (2015). Zukunft der Pflegepolitik – Perspektiven, Handlungsoptionen und Politikempfehlungen. Bonn, Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Ernst & Young (2011). Stationärer Pflegemarkt im Wandel. Gewinner und Verlierer 2020.
- Foster, A. D./Y. S. Lee (2015). Staffing subsidies and the quality of care in nursing homes. *Journal of Health Economics* 41: 133-47.
- Greß, S./K.-J. Bieback (2013). Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Gutachten für die Arbeiterwohlfahrt. Berlin, AWO Bundesverband.
- Greß, S./K. Jacobs (2016). Kosten und Finanzierung von Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel in der Pflege. *Pflege-Report 2016. Personen in der Pflege von heute und morgen*. K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger. Stuttgart, Schattauer: in Druck.
- Hackmann, T. (2009). Arbeitsmarkt Pflege. Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Freiburg, Diskussionsbeiträge No. 40 des Forschungszentrums Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Harrington, C./J. Choiniere/M. Goldmann/F. F. Jacobsen/L. Lloyd/M. McGregor/V. Stamatopoulos/M. Szebehely (2012). Nursing Home Staffing Standards and Staffing Levels in Six Countries. *Journal of Nursing Scholarship* 44(1): 88-98.
- Hasselhorn, H.-M./B. H. Müller/P. Tackenberg/M. Simon (2005). Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Dortmund/Berlin/Dresden, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Hyer, K./A. Temple/C. E. Johnson (2009). Florida's efforts to improve quality of nursing home care through nurse staffing standards, regulation, and Medicaid reimbursement. *Journal of Aging & Social Policy* 21(4): 318-37.
- Hyer, K./K. S. Thomas/L. G. Branch/J. S. Harman/C. E. Johnson/R. Weech-Maldonado (2011). The Influence of Nurse Staffing Levels on Quality of Care in Nursing Homes. *The Gerontologist* 51(5): 610-16.
- Jacobs, K./H. Rothgang (2014). Pferdefuß beim Pflegefonds. *Gesundheit und Gesellschaft* 17(6): 26-29.
- Kim, H./C. Harrington/W. H. Greene (2009). Registered nurse staffing mix and quality of care in nursing homes: a longitudinal analysis. *The Gerontologist* 49(1): 81-90.
- Konetzka, R. T./S. C. Stearns/J. Park (2008). The staffing-outcomes relationship in nursing homes. *Health Services Research* 43(3): 1025-42.
- Lin, H. (2014). Revisiting the relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: An instrumental variables approach. *Journal of Health Economics* 37: 13-24.

- Nienhaus, A./C. Westermann/S. Kuhnert (2012). Burn-out bei Beschäftigten in der stationären Altenpflege und in der Geriatrie. Ein Review zur Prävalenz. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 55(2): 211-22.
- Park, J./S. C. Stearns (2009). Effects of state minimum staffing standards on nursing home staffing and quality of care. Health Services Research 44(1): 56-78.
- Pattloch, D. (2014). Verweildauer in vollstationärer Dauerpflege 1999-2011: Eine bevölkerungsbezogene Analyse. Das Gesundheitswesen 76(11): 722-26.
- Rothgang, H./M. Hasseler (2015). Evaluation des NBA. Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS) - Endbericht. Bremen, Universität Bremen - Zentrum für Sozialpolitik.
- Rothgang, H./T. Kalwitzki/R. Müller/R. Runte/R. Unger (2015). BARMER GEK Pflegereport 2015. Siegburg, BARMER GEK. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 36.
- Spilsbury, K./C. Hewitt/L. Stirk/C. Bowman (2011). The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: A systematic review. International Journal of Nursing Studies 48(6): 732-50.
- Statistisches Bundesamt (2015). Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- SVR (2009). Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Berlin, Deutscher Bundestag. Drucksache 16/13770 vom 02.07.2009.
- Theobald, H./M. Szebehely/M. Preuß (2013). Arbeitsbedingungen in der Pflege. Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich. Berlin, edition sigma.
- ver.di (2014). Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 24. September 2014.
- (2015). ver.di-Personalcheck in der stationären Pflege - Ergebnis und Forderungen an die Enquete-kommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“. Stuttgart, ver.di - Landesbezirk Baden-Württemberg.
- Wingenfeld, K. (2010). Grundlagen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Berlin, GKV-Spitzenverband der Pflegekassen.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2015). Wenn der Beruf krank macht, Pressemitteilung vom 31. März 2015. Berlin, Download unter http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2015/wido_pm_krstd_2015-03-31.pdf am 15. Januar 2016.
- Zimber, A. (1998). Beanspruchung und Streß in der Altenpflege: Forschungsstand und Forschungsperspektiven. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31(6): 417-25.

ISBN 978-3-940713-16-2

pg-papers 01/2016

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

Leipziger Straße 123

36037 Fulda