

**Anhörung zur Pflegesituation im Saarländischen Landtag
am 05. September 2012**

Stellungnahme

der Saarländischen Pflegegesellschaft (SPG)

Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

ich darf mich bedanken für die Einladung zu dieser Anhörung, wenngleich ich bemerken darf, dass die Kurzfristigkeit – es lag zwischen Posteingang und dem heutigen Termin noch nicht einmal eine Woche – der Sache nicht angemessen ist und wir Ihrem Wunsch nach vorheriger Vorlage der Ausführungen ebenfalls nur sehr kurzfristig entsprechen konnten.

Die SPG vertritt alle Anbieterverbände im Bereich der Pflege, diese sind im Einzelnen:

- Arbeiterwohlfahrt Landesverband Saarland e.V.
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
- Caritasverband für die Diözese Trier e.V.
- Caritasverband für die Diözese Speyer e.V.
- Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Saarland e.V.
- Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V. Verbindungsstelle Saarland
- Diakonisches Werk der Ev. Kirche der Pfalz
- PARITÄTischer Wohlfahrtsverband Rheinland-Pfalz/Saarland e.V.
- Saarländischer Städte- und Gemeindetag
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.
Landesverband Saarland

Außerdem ist diese Stellungnahme mit dem Arbeiter Samariter Bund LV Saarland sowie der Pro Seniore, als Mitgliedsorganisationen des PARITÄTischen, abgestimmt.

Die Saarländische Pflegegesellschaft vertritt im Saarland alle stationären und teilstationären Altenhilfeeinrichtungen, alle ambulanten Dienste der Wohlfahrtsverbände (Sozialstationen) sowie mehr als 90 Prozent der privatgewerblichen Pflegedienste. Insgesamt betreuen die 10.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der rund 250 Einrichtungen an die 20.000 Menschen im Saarland.

Diese Menschen werden in aller Regel durch engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gut gepflegt, betreut und versorgt. Die Pflege im Saarland ist sichergestellt. Dennoch muss festgestellt werden, dass die **Pflege unter einem erheblichen Druck steht**, auf dessen Ursachen und Auswirkungen im Folgenden eingegangen werden soll.

Die Rahmenbedingungen der professionellen Pflege sind in hohem Maße geprägt von den zugrundeliegenden Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien und Verträgen die auf der Bundes- und Landesebene sowie im geringeren Umfang – auf der Ebene der Selbstverwaltung – erlassen bzw. vereinbart wurden. Hinzu kommt die Rechtsprechung (insbesondere die höchstrichterliche), die entsprechenden Einfluss auf das Leistungsgeschehen hat.

Die Komplexität dieser strukturprägenden Vorgaben war schon in der Vergangenheit hoch, sie **hat jedoch sprunghaft in den letzten Jahren zugenommen**. Zum Beispiel hat die Verlagerung der Heimgesetzgebung auf die Bundesländer im Jahr 2009 dazu geführt, dass es statt einem bundeseinheitlichen Heimgesetz mit 4 hierzu korrespondierenden bundeseinheitlichen Verordnungen nunmehr 16 länderspezifische Heimgesetze nebst 4 mal 16 korrespondierenden diversen Rechtsverordnungen gibt/geben wird; dies zusätzlich zu dem neu beschlossenen Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) des Bundes. Die Reform des SGB XI durch das Pflegequalitäts-Sicherungsgesetz (PQSG) vom 09.09.2001 hat eine Flut neuer Vorgaben im Bereich der Qualitätssicherung und -prüfung mit sich gebracht. Aktuell wird das Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit in Teilen zum 01.10.2012 und in Gänze zum 01.01.2013 in Kraft treten.

Es stellt sich dazu aus unserer Sicht die berechtigte Frage, wer das alles „stemmen soll“ – sind doch die direkt davon Betroffenen mit ihrem konkreten Alltag in der Pflege mehr als genug beschäftigt.

Die **gestiegene Komplexität** mit all den Reibungsverlusten und Auseinandersetzungen auf den verschiedenen Ebenen bindet bei allen Beteiligten viele Ressourcen und beschäftigt Anwälte und Justiz.

Sie hat aus unserer Sicht jedoch nur marginal dazu beigetragen, zentrale Problemstellungen in der Pflege zu verringern oder zu lösen. Es wurden stattdessen mehr Probleme geschaffen als gelöst.

I. Zentrale Probleme der Pflege

1. Unzureichende Abbildung der Pflegebedürftigkeit im Pflegebedürftigkeitsbegriff gemäß § 14 SGB XI und deren Abbildung in den Pflegestufen gemäß § 15 SGB XI

In der Fachwelt unumstritten ist die Tatsache, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff gemäß § 14 SGB XI die tatsächliche Pflegebedürftigkeit nicht abbildet. Insbesondere der pflegerische und betreuende Aufwand für Menschen mit kognitiven Einschränkungen wird unzureichend erfasst. Dies hat zur Folge, dass die Abbildung in Pflegestufen gemäß § 15 SGB XI gegenüber dem tatsächlichen Aufwand ebenfalls nicht realitätsgerecht ist. Darüber hinaus wird der in den einzelnen Pflegestufen erfasste Zeitaufwand in keiner Weise in den vereinbarten Personalschlüsseln der stationären Pflege abgebildet.

Die unzureichende Abbildung der Pflegebedürftigkeit hat nicht nur einen Einfluss für die einzelnen Versicherten (Stichwort „Leistungsgerechtigkeit“ sondern auch auf die Personalisierung in den Pflegeeinrichtungen und auf das Budget im Bereich der ambulanten Pflege.

Auch im Saarland ist die Personalisierung in den Pflegeeinrichtungen – aufgrund fehlender besserer Grundlagen – auf der Basis der Pflegeeinstufung berechnet.

Vor diesem Hintergrund hat die Saarländische Pflegegesellschaft eine umfangreiche statistische Studie zur Erhebung der den Pflegebedarf bzw. die tatsächlich aufgewendete Pflegezeit erklärenden Faktoren anhand einer Vielzahl von Parametern in Auftrag gegeben. Durchgeführt wird diese Studie von Prof. Dr. Albert BRÜHL (Lehrstuhl für Statistik und standardisierte Verfahren) an der Philosophisch Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV).

Teilgenommen haben an dieser – sowohl von der Methodik als auch von der Zahl der erhobenen Datensätze – **bundesweit einmaligen Studie** über 50% aller stationären Pflegeeinrichtungen im Saarland.

Anhand der ersten vorliegenden Zwischenergebnisse kann man davon ausgehen, dass für die weitere Diskussion zum Thema „Entwicklung der Pflegebedürftigkeit“ viele neue Erkenntnisse zu erwarten sind. Die Ergebnisse der Studie werden am 27.11.2012 um 9:00 Uhr in der Congresshalle in Saarbrücken vorgestellt. Zu dieser Veranstaltung darf ich Sie heute schon herzlich einladen.

2. Zunehmende Multimorbidität und Verkürzung der Verweildauer in den Einrichtungen der stationären Pflege und damit erhöhte Anforderung an Fachlichkeit und Menge des eingesetzten Personals

Signifikante Veränderungen haben sich bezüglich der Verweildauer von Menschen in der stationären Pflege ergeben. Pflege findet überwiegend in der Spät- und Endphase des Lebens statt. Damit einher geht ein deutlich höherer Pflegeaufwand (der sich allerdings in der Pflegebedürftigkeitseinstufung nicht widerspiegelt) – verbunden mit erhöhten fachlichen Herausforderungen für das Pflegepersonal.

Um dieser Problemlage entgegenzuwirken hat die SPG folgende Initiativen ergriffen:

- (1) Verhandlungen über einen höheren Personalschlüssel:
Gefordert wurde in den letzten Rahmenvertragsverhandlungen 2010 eine 16%-ige Verbesserung, die sich allein aus den bereits bestehenden Anforderungen an die Einrichtungen ergibt; vereinbart werden konnten jedoch nur 5%. Die nächsten Verhandlungen stehen 2013 für das Jahr 2014 an.
- (2) Die Forderung nach Einführung einer Umlagefinanzierung zur Verbesserung der Ausbildungszahlen:
Diese wurde für das Ausbildungsjahr 2011/12 eingeführt; bereits für das Ausbildungsjahr 2012/13 konnten wir einen absoluten Ausbildungsrekord mit einer Verdreifachung der Zahl der Neuauszubildenden gegenüber dem langjährigen Durchschnitt (rund 500) verzeichnen. Es gilt jetzt, erhöhte Anstrengungen zu unternehmen, um die Ausbildung so zu gestalten, dass die Ausbildungsziele erreicht werden und die Auszubildenden möglichst lange ihren Beruf ausüben.
- (3) Die SPG hat beim zuständigen Ministerium angeregt, eine Evaluierung des Curriculums der Altenpflegeausbildung durchzuführen um zu überprüfen, inwiefern die Inhalte und Methoden dem geänderten Bedarf angepasst werden müssen. Auch könnten in diesem Zusammenhang möglicherweise neue Impulse für die Fort- und Weiterbildung erfolgen Die SPG ist in diesem Zusammenhang skeptisch, ob die auf der Bundesebene diskutierte generalistische Ausbildung in der Pflege zeitnah umgesetzt wird und drängt aus diesem Grund, sich kurzfristig mit unserem Vorschlag einer Evaluation auseinander zu setzen, um im Saarland zu einer konkreten Weiterentwicklung zu kommen.

3. Zunahme der demenziellen Erkrankungen – damit einhergehend eine Erhöhung des Betreuungsaufwandes

Die SPG fordert in diesem Zusammenhang eine deutliche Verbesserung des Betreuungsschlüssels für die Personengruppe „Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“. Die Einführung zusätzlicher Betreuungskräfte im Rahmen der letzten Pflegereform (Stellenschlüssel 1:25) hat in der Praxis zu einer deutlichen Entspannung der Situation gesorgt, ist jedoch nicht ausreichend. Die nunmehr im Pflege-Neuausrichtungsgesetz vorgesehene Erhöhung des Schlüssels auf 1:24 kann daher allenfalls als symbolische Maßnahme gewertet werden.

4. Zunehmender Bedarf an Behandlungspflege und damit sowohl ein erhöhter Bedarf an ärztlicher und fachärztlicher Versorgung sowie einer guten Abstimmung zwischen den Beteiligten

Die Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern mit haus- und fachärztlicher Behandlung wird regional sehr unterschiedlich von den Einrichtungsträgern beurteilt. Es werden jedoch nach wie vor Klagen darüber geführt, dass – insbesondere an Wochenenden und nachts – es immer wieder zu notfallmäßigen Krankenhauseinweisungen kommt, die bei einer Beurteilung durch den behandelnden Arzt voraussichtlich nicht notwendig geworden wären. Initiativen einzelner Kassen mit sogenannten IV-Verträgen können zwar im Einzelfall das Problem mildern, nicht jedoch

das dahinterliegende strukturelle Problem. Notwendig ist eine konzertierte Aktion von Hausärzten, allen Krankenkassen und Pflegeeinrichtungen, um rechtsverbindliche Regelungen zu schaffen, welche die ärztliche Versorgung verbessern.

Die Abstimmung zwischen den Beteiligten – zum Beispiel bei der Verordnung von behandlungspflegerischen Maßnahmen – sollte aus Sicht der SPG optimiert werden.

Die Bewilligung von Fahrtkosten sowie die Begleitung von pflegebedürftigen Menschen bei ärztlich notwendigen Untersuchungen oder Behandlungen gestalten sich in der Praxis oftmals schwierig und aufwändig.

5. Bedarfsgerechte pflegerische Versorgung bei Krankenhausaufenthalt insbesondere von demenziell erkrankten Menschen

Dieses Problem rückt in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus. Die Krankenhäuser haben in der Praxis offensichtlich große Schwierigkeiten, die pflegerische Versorgung so sicher zu stellen, dass die betreffende Klientel fachlich einwandfrei versorgt wird. Hier gibt es jedoch schon Initiativen und Untersuchungen in der saarländischen Krankenhauslandschaft, auf deren Ergebnisse weitere Maßnahmen folgen müssten.

6. Übergang vom Krankenhaus in die Pflege (häuslich oder stationär)

Nach wie vor ist der Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit bei schwer pflegebedürftigen Patienten in vielen Fällen problematisch, insbesondere dann, wenn keine Angehörigen oder Freunde den Prozess begleiten. Es fehlt an einem abgestimmten und verbindlichen Überleitungsmanagement. Der Zugang zur Kurzzeitpflege für nicht-eingestufte Patienten ist durch entsprechende gesetzliche Änderungen zu erleichtern. Die Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind in ihrer Funktion als Clearingstellen zu stärken.

7. Zunehmender Prüfdruck durch die unterschiedlichen Institutionen mit zum Teil sich widersprechenden Ergebnissen

Die SPG spricht sich vorbehaltlos für eine externe unabhängige Prüfung der Pflege aus. Sie sollte sich jedoch primär an der Bewertung der **Ergebnisqualität**, die sich aus der pflegerischen Ausgangssituation des Pflegebedürftigen, dem Auftrag der Pflegeeinrichtung oder des Pflegedienstes und der Durchführung der fachlich erforderlichen Pflegemaßnahmen ergibt, orientieren.

Im Saarland befassen sich folgende Institutionen mit der Überwachung der Pflegeeinrichtungen:

- Heimaufsicht
- Medizinische Dienste
- Gewerbeaufsicht
- Gesundheitsämter

- Berufsgenossenschaft
- Feuerwehr
- ...

Die SPG fordert, Prüfungen so zu organisieren und inhaltlich abzustimmen, dass Bewohner und Einrichtungen zeitlich und organisatorisch möglichst wenig belastet werden. Prüfergebnisse und Auflagen der verschiedenen Institutionen sollten sich untereinander nicht widersprechen. „Klassiker“ ist zum Beispiel die Forderung des MdK nach wohnlicher Umgebung und die Forderung der Feuerwehr nach strikter Orientierung am Brandschutz. Ähnliches gilt für die Anforderungen aus den Hygienevorschriften; wenn die Vorgaben – orientiert an Krankenhausstandards – eingehalten werden sollen, können „häuslichen Bedingungen“ zum Beispiel durch Einrichtung von Wohnküchen u. ä. diesen nur schwerlich entsprechen.

Zu der aktuellen Diskussion über die sogenannten Pflegeparenzriterien hat die SPG einen offenen Brief an die Verhandlungspartner auf der Bundesebene geschrieben, der in der Anlage beigefügt ist. Darin wurde insbesondere auf folgende Probleme hingewiesen:

- (1) Auf der Bundesebene formulierte Qualitätsstandards zum Beispiel im Rahmen der sogenannten Nationalen Expertenstandards, die in der Pflegeparenzvereinbarungen (PTV) ihren Niederschlag finden, können mit der vorhandenen Personalmenge nicht vollständig umgesetzt werden.
- (2) Die vorhandenen PTV'en sind zu „dokumentationslastig“ und nicht geeignet, die Ergebnisqualität abzubilden.

Generell kann das Benotungssystem als nicht valide gewertet werden und ist mit Fokus auf die Ergebnisqualität aus Sicht der SPG dringend neu zu fassen.

8. Zunehmender Aufwand für Verwaltung und Bürokratie

Der Anteil der Arbeitszeit für die Bewältigung administrativer und verwaltungstechnischer Arbeiten ist in den letzten Jahren zulasten der direkten Pflege kontinuierlich gestiegen. Dies kann u. a. an folgenden Punkten festgemacht werden:

- (1) Tatsächlich oder vermeintlich gestiegene Anforderungen an die Pflegedokumentation (dieser Punkt wird in dem vom zuständigen Minister aktuell initiierten Pflegedialog erörtert)
- (2) Restriktive bzw. zum Teil rigide Bewilligungspraxis von notwendigen Maßnahmen der Behandlungspflege, von Pflegehilfsmitteln, Transportkosten und Reha-Maßnahmen durch die Krankenkassen
- (3) Barbetragverwaltung (Anfragen der Sozialämter bezüglich der Ansparung von Barbeträgen).

Die Pflegeheime und Ambulante Dienste haben den Eindruck, dass sie, als letztes Glied in der Kette, als Ausfallbürgen zur Aufgabenerfüllung von anderen Institutionen missbraucht

werden. Dies steht im Widerspruch zu der allseits propagierten Anspruch auf Selbstbestimmung und geht letztlich, wie oben ausgeführt, zulasten der direkten Pflege.

II. Zusammenfassung

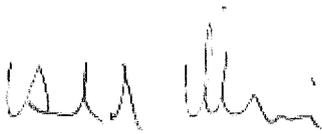
Unterm Strich kumulieren die genannten Problembereich bei den Pflegebedürftigen und den Beschäftigten in der Pflege. Sie sind die unmittelbar Betroffenen und Leidtragende unzureichender struktureller Voraussetzungen sowie nicht ausreichender personeller und materieller Ressourcen.

Das Thema „Zeit in der Pflege“ beschäftigt sowohl die Pflegebedürftigen, als auch die Pflegenden. Darüber hinaus wird von den Pflegenden die wahrgenommene mangelhafte Anerkennung sowie Fremdbestimmung ihrer Tätigkeit beklagt.

Die Situation in der Pflege lässt sich aus Sicht der Saarländischen Pflegegesellschaft nur durch strukturelle Veränderung mit dem Ziel einer qualitativ und quantitativ verbesserten Personalisierung, einer guten internen Organisation der Einrichtungen, dem Abbau unnötiger Bürokratie und der Minimierung von Schnittstellenproblemen nachhaltig verbessern. Damit verbessert sich auch die Möglichkeit, die beschäftigten Pflegekräfte lange im Beruf zu halten, neue Pflegekräfte zu gewinnen und damit einen drohenden Pflegenotstand zu vermeiden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Saarbrücken, den 04. September 2012



Harald Kilian
(Vorsitzender)

Saarländische Pflegegesellschaft e.V.
Ernst-Abbe-Straße 1 · 66115 Saarbrücken



Offener Brief

an die Vertragspartner der Pflegetransparenzvereinbarung

Saarländische
Pflegegesellschaft e.V.

Telefon (0681) 9 67 28 - 0
Fax (0681) 9 67 28 - 22
eMail info@saarlaendische-
pflegegesellschaft.de
Internet www.saarlaendische-
pflegegesellschaft.de

Der Vorsitzende

Ihr/e Zeichen / Nachricht vom

Unser/e Zeichen /Nachricht vom
SPG/Ki/st[Schriftl.\OffenerBrief]

29. Oktober 2010

Berücksichtigung der Personalstruktur der Pflegeeinrichtungen und –dienste bei der anstehenden Neuformulierung der Pflegetransparenzvereinbarungen (PTV)

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Saarland wurde aktuell ein neuer Rahmenvertrag gem. § 75 SGB XI für die vollstationären Pflegeeinrichtungen abgeschlossen. Die Saarländische Pflegegesellschaft (SPG) forderte dabei eine Erhöhung der bestehenden Personalschlüssel von rd. 16% um die **heute gültigen Leistungs- und Qualitätsanforderungen sachgerecht erbringen zu können**. Letztlich wurden 5% Erhöhung bis zum 31.12.2013 vereinbart. Wir haben in diesen Verhandlungen deutlich gemacht, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege an der Grenze ihrer Belastbarkeit angelangt sind. Durch zwei Untersuchungen haben wir belegt, dass im Schnitt (über alle Pflegestufen) rd. 83 Minuten Bruttopflegezeit **und 55 Minuten Nettopflegezeit pro Pflegebedürftigen** in 24 Stunden zur Leistungserbringung zur Verfügung stehen. Dabei ist zu bedenken, dass den zeitlichen Annahmen bezüglich der Zuordnung zu den Pflegestufen nicht eine entsprechende Personalisierung im Rahmenvertrag gegenübersteht. Wir haben mit der Leistungsträgerseite vereinbart, dass zusätzliche Leistungsanforderungen, die auf Bundes- oder Landesebene mit Auswirkungen auf das Pflegepersonal erfolgen, zu entsprechenden Vergütungs- und Rahmenvertragsverhandlungen führen.

Vor diesem Hintergrund verfolgen wir sehr aufmerksam die derzeitigen Verhandlungen zur Fortschreibung der PTV'en auf der Bundesebene. **Mit Sorge stellen wir fest**, dass die Frage, welche **Auswirkungen** die in den einzelnen Prüfkriterien **formulierten Standards** auf den **Personalbedarf** in den Pflegeeinrichtungen haben, **keine oder eine nur sehr untergeordnete Rolle spielt**.

Wir sehen dabei insbesondere 3 Aspekte, die in diesem Zusammenhang von Bedeutung sind:

1. Formulierte Anforderungen sind mit dem vorhanden Personal so nicht umsetzbar

Wir möchten diese These gerne an einem Fallbeispiel erläutern. Die Leistungsträgerseite möchte folgende Formulierung in die PTV für vollstationäre Einrichtungen aufnehmen:

„Werden erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?“

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei Bewohnern mit Ernährungsrisiken auf der Grundlage der Erfassung der individuellen Ernährungsressourcen und -risiken erforderliche Maßnahmen ggf. mit dem Bewohner abgestimmt, in der Pflegeplanung nachvollziehbar dokumentiert und nachvollziehbar durchgeführt werden.

Bei den erforderlichen Maßnahmen sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- *Individuelle Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme*
- *Angepasste Gestaltung der Umgebung /soziales Umfeld*
- *Geeignete, flexible Speisenangebote sowie Darreichungsformen*
- *Angepasste Hilfsmittel*
- *Information des Hausarztes und Einbeziehung weiterer Berufsgruppen bei Bedarf*
- *Der Verzicht auf eine bedarfsgerechte Nahrungszufuhr, insbesondere mit invasiven Maßnahmen (PEG-Sonde) ist auf Grundlage der Ermittlung des (mutmaßlichen) Willens (z.B. Patientenverfügung, Ergebnis einer ethischen Fallbesprechung) möglich, wenn diese Entscheidung nachvollziehbar dokumentiert ist.*

Die Erstellung eines individuellen Maßnahmenplans kann in der Langzeitpflege über mehrere Tage bis Wochen dauern, denn häufig ist ein Ausprobieren unterschiedlicher Möglichkeiten notwendig und ggf. müssen kurzfristige Änderungen/Anpassungen erfolgen. Neben der Veränderung des Hilfebedarfs und der Risiken sind auch aktuelle Veränderungen in den Bedürfnissen (z. B. Abneigungen und Vorlieben bestimmten Speisen gegenüber) zu berücksichtigen.

Die Frage ist mit „t.n.z.“ zu beantworten, wenn keine Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung vorliegen.“

Aufgrund von Rückmeldungen aus unseren Einrichtungen benötigt im Schnitt zwischen 30% und 50% aller Bewohnerinnen und Bewohner die Leistung „Hilfe bei der Nahrungsaufnahme“. In der weiteren Rechnung gehen wir von 40% der Pflegebedürftigen aus, die diese Hilfestellung benötigen. Eine **individuelle** Hilfestellung bedeutet, dass für jeden Bewohner am Tag für alle Mahlzeiten incl. der Zwischenmahlzeiten mindestens 1 Stunde aufgewendet werden muss. Der aktuelle Zeitbedarf und die zur Verfügung stehenden Zeitressourcen sehen überschlägig im Schnitt wie folgt aus:

Tatsächlich erforderlicher Zeitaufwand „Hilfe bei der Nahrungsaufnahme“ pro Tag minimal	60 Minuten
Tatsächlich leistbarer Zeitaufwand im Rahmen der vorhandenen Personalressourcen (Gesamtpflegezeit im Schnitt rd. 55 Minuten)	20 – 30 Minuten
Differenz zwischen erforderlichem Zeitaufwand und der zur Verfügung stehenden Zeit pro Pflegebedürftigen (sehr vorsichtig gerechnet)	ca. 30 Minuten

Für einen Außenstehenden stellt sich natürlich die Frage, wie die Pflegeeinrichtungen im Alltag mit der Differenz zwischen Soll- und Ist-Pflegezeit umgehen. Das Problem wird dadurch gelöst, dass eine Pflegekraft parallel mehrere Bewohner versorgt und gleichzeitig Pflegebedürftige z. B. demenzerkrankte Menschen zur Nahrungsaufnahme animiert.

Dies ist unter den gegebenen Bedingungen eine pragmatische Vorgehensweise um die Bedarfe der Bewohnerinnen und Bewohner sicherzustellen und entspricht der Sichtweise einer „wirksamen und wirtschaftlichen **Leistungserbringung im notwendigen Umfang**“, wie sie in § 4 Abs. 3 SGB XI gefordert wird, hat aber mit der oben geforderten individuellen Versorgung recht wenig zu tun.

Eine ernsthafte Umsetzung der Anforderung des o.g. Prüfkriteriums im Saarland ist unserer Einschätzung nach nur mit einem deutlich höheren Personaleinsatz möglich. Die folgende Modellrechnung soll - bezogen auf das Saarland - verdeutlichen um welche Größenordnung es dabei geht.

Fehlbedarf für die Leistung „Hilfen bei der Nahrungsaufnahme“ pro Pflegebedürftiger und Tag	0,5 Stunde
Fehlbedarf pro Pflegebedürftiger und Jahr	182,5 Stunden
Fehlbedarf in einer Einrichtung mit 100 Plätzen (Annahme 40% der Pflegebedürftigen sind betroffen)	7.300 Stunden
Umgerechnet in Vollzeitstellen (VK) pro Einrichtung mit 100 Plätzen (1.520 Jahresarbeitsstunden)	rd. 4,8 VK
Hochgerechnet für das Saarland (ca. 10.000 vollstationäre Plätze) Mehrkosten (Mischkalkulation Fach- und Hilfskräfte VK 35.000 € p.a.)	480 VZK 16.800.000 €
Mehrkosten pro Pflegebedürftiger im Monat	140 €

Ein ähnliches Bild ergibt sich, wenn der Punkt Flüssigkeitsversorgung bewertet wird. Aus unserer Sicht müssen alle Prüfkriterien einer entsprechenden Bewertung unterzogen werden.

2. Verstärkte Pflegedokumentation geht zu Lasten der direkten Pflege

Wie oben ausgeführt stehen im Saarland im Schnitt von der Gesamtpflegezeit von 83 Minuten nur rund 55 Minuten für die direkte Pflege zur Verfügung. D.h. 33% Pflegezeit stecken in der indirekten Pflege wie internen Fortbildungen, Dienstbesprechungen, Übergabezeiten und in der Pflegedokumentation.

Ebenso wie die zahlreichen Expertenstandards bringen die Prüfkriterien weitere Anforderungen an die Dokumentation („Leistungen, die nicht dokumentiert sind, sind nicht erbracht!“) mit sich.

Wir weisen darauf hin, dass ein zusätzlicher Dokumentationsmehraufwand von täglich 2 Minuten pro neuen Expertenstandard bei beispielsweise 6 neuen Standards eine tägliche Mehrbelastung von 12 Minuten pro Bewohner ausmacht, welche die **direkte Pflege um rund 20% verringert**.

Die den Prüffragen hinterlegten Kriterien, abgeleitet aus Standards (nicht nach § 113a legitimiert), führen zu erheblichen Anforderungen, die den Einsatz differenzierter Instrumente vorsehen. Aus den bisherigen Erfahrungen mit der Prüfpraxis des MDK folgt, wie bereits angeführt, dass ausschließlich die dokumentierte Dienstleistung „als erbracht“ anerkannt wird.

3. Anforderungen, die nicht erfüllt werden können, führen zur Berufsflucht

Die Berufsgenossenschaft für Wohlfahrtspflege hat im Fazit ihrer Stellungnahme „Pflege raus aus dem Abseits – Empfehlungen zu einer Re-Fokussierung auf den Kernprozess der Pflege“ folgendes festgestellt: „Die Überlagerung durch von außen an den Pflegebereich gestellte Vorgaben sowie die Zunahme administrativer Pflichten entfremden die Pflegekräfte zunehmend von den zentralen Aufgaben ihres Berufs. Hierdurch entsteht ein Gefühl der Fremdbestimmung und der Entmündigung, welches die Identifikation der Fachkräfte mit ihrer Tätigkeit zusätzlich erschwert.“

Wir möchten dem hinzufügen, dass dieses Gefühl sicherlich verstärkt wird, wenn Anforderungen aufgrund vorhandener Strukturen nicht oder nur unzureichend erfüllt werden können. Damit verstärkt sich der interne Druck und der potentielle Trend zur Abwanderung von qualifizierten Kräften aus der direkten Pflege.

Unsere Forderungen:

Die hinterlegten Standards müssen durch das vorgesehene Verfahren nach § 113 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz legitimiert sein.

Dabei ist es unerlässlich, im Zusammenhang mit der Formulierung von Prüfkriterien oder Expertenstandards, **die Wirksamkeit zu prüfen und eine Praxisverträglichkeitsprüfung** durchzuführen. Diese sollte nicht im Rahmen von oftmals zusätzlich geförderten Modell-einrichtungen erfolgen, sondern im „Alltagsbetrieb“ von regulären Altenhilfeeinrichtungen. Dabei ist insbesondere darauf abzuheben, ob die vorhandene Personalkapazität für die Erfüllung der Vorgaben ausreichend ist bzw. welche strukturellen Konsequenzen sich aus der Anwendung des Kriteriums ergeben.

Der Stellenwert der Dokumentation muss gegenüber dem feststellbaren Pflegezustand bei der Bewertung deutlich in den Hintergrund treten. Prüfkriterien oder Expertenstandards sind hinsichtlich des **zusätzlichen Dokumentationsaufwandes zu prüfen und zu bewerten**.

Der **tatsächliche Pflegeaufwand**, auch die Zeiten für Nahrungsaufnahme und Flüssigkeitsversorgung ist bei der Begutachtung realistisch zu erfassen und im Rahmen der Festlegung der **Pflegestufe zu berücksichtigen**. Diesbezüglich wäre eine Auswertung der Begutachtungsergebnisse sicherlich von großem Interesse.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

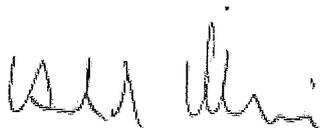
wir wissen, dass die Verhandlungen sehr schwierig sind und unter einem hohen Druck der Politik und der Öffentlichkeit stehen. Wir bitten Sie, unseren Beitrag nicht als Negierung Ihrer Bemühungen zu verstehen, sondern als einen Appell, die Probleme der Leistungserbringung vor Ort zu sehen und zu berücksichtigen.

Wir brauchen in der aktuellen Debatte Augenmaß statt Aufgeregtheiten und vor allem eine ehrliche Diskussion über das, was mit dem vorhandenen Personal leistbar und was nicht leistbar ist. Wenn neue Anforderungen formuliert werden, muss auch die Frage nach den Konsequenzen diskutiert und kommuniziert werden.

Wir dürfen nicht von einseitigen Schuldzuschreibungen ausgehen, sondern von einer ehrlichen Analyse, die alle Faktoren umfasst, auch die einer zurzeit leider äußerst knappen Pflegepersonaldecke. Nur dann lassen sich Anforderungen formulieren, die einen tatsächlichen Qualitätswettbewerb auslösen.

In diesem Sinne verbleiben wir

mit den besten Grüßen aus Saarbrücken



Harald Kilian
(Vorsitzender)

Eine Durchschrift des Schreibens erhält:

das Bundesgesundheitsministerium
die Sozialpolitischen Sprecher der im Bundestag vertretenen Parteien
das Saarländische Sozialministerium
das Saarländische Gesundheitsministerium
die Sozialpolitischen Sprecher der im Landtag vertretenen Parteien
der Landkreistag des Saarlandes
die saarländischen Landkreise und der Regionalverband Saarbrücken
die interessierte Fachöffentlichkeit
die regionalen Medien und die Fachmedien auf der Bundesebene
die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)