

Pflege -Thermometer ***2003***

Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des
Pflegepersonalwesens in der stationären Altenhilfe
in Deutschland

Weidner, F., Isfort, M., Messner, T., Zinn, W.:
Pflege-Thermometer 2003. Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Personalwe-
sens in der stationären Altenhilfe in Deutschland. Köln, Bermuthshain, 2003

Studentische Mitarbeiterinnen, KFHNW
Ursula Laag
Cordula Schmidt

Deutsches Institut für
angewandte Pflegeforschung e.V. (dip)
Werthmannstraße 1a
50935 Köln
<http://www.dip-home.de>

Forschungsgruppe Metrik

An der alten Schule 16
36355 Bermuthshain
<http://www.metrik.org>

Alle Rechte bei den Herausgebern

Köln, Bermuthshain im Juni 2003

aus Spenden und Fördermitteln finanziert
mit freundlicher Unterstützung der B. Braun-Stiftung, Melsungen
mit freundlicher Unterstützung des Vincentz Network, Hannover

Das Pflege-Thermometer 2003 kann kostenlos unter www.dip-home.de heruntergeladen werden

Inhaltsverzeichnis

1. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	5
2. ZUM HINTERGRUND DER STUDIE	8
3. SITUATION DES PFLEGEPERSONALWESENS	11
3.1 Einschätzung der Gesamtsituation.....	11
3.2 Stellenmarktsituation.....	11
3.3 Personalbestand	12
3.4 Belastungsindikatoren.....	13
3.4.1 Überstunden des Pflegepersonals	14
3.4.2 Krankheitsausfälle des Pflegepersonals.....	15
3.5 Entlastungsindikatoren	15
3.5.1 Entlastungsindikator Aushilfen	16
3.5.2 Entlastungsindikator Fachkraftquote	16
3.6 Bewerbungssituation.....	17
3.6.1 Anzahl der Bewerbungen.....	17
3.6.2 Qualifikation der Bewerber	18
3.6.3 Qualifikation von Auszubildenden	19
3.7 Personalgewinnung	19
3.8 Zusammenfassung.....	20
4 SITUATION DER EINRICHTUNGEN.....	22
4.1 Zunahme der Einrichtungsgröße	22
4.2 Anstieg spezifischer Versorgungsleistungen	22
4.3 Anstieg medizinisch-pflegerischer Versorgung.....	23
4.4 Anstieg der Ansprüche.....	24
4.5 Zusammenfassung.....	25
5 ENTWICKLUNG DER PERSONALSITUATION.....	26
5.1 Entwicklung des Bedarfs an Pflegekräften	26
5.1.1 Entwicklung des Bedarfs an Pflegefachkräften.....	27

5.1.2 Entwicklung des Bedarfs an Auszubildenden	27
5.2 Qualifizierungsmaßnahmen der Altenpflege.....	28
5.2.1 Mitarbeiter in Fort- und Weiterbildung	29
5.2.2 Personalentwicklung	30
5.2.3 Qualifikationsinhalte	30
5.2.4 Anwerbung ausländischer Pflegekräfte	31
5.3 Zusammenfassung.....	31
6. QUALITÄT IN DEN EINRICHTUNGEN	33
6.1 Versorgungsqualität	33
6.2 Ausstattungsqualität.....	34
6.2.1 Ausstattung mit Heil-Hilfsmitteln.....	34
6.2.2 Ausstattung mit medizinisch-pflegerischen Verbrauchsgütern.....	34
6.3 Inhaltliche Konzeptarbeit.....	35
6.4 Zusammenfassung.....	36
7. GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN.....	38
7.1 Pflegestufen und Pflegeaufwand	38
7.2 Pflegeversicherung und Sozialhilfe	39
7.3 Zuzahlungen durch Angehörige.....	40
7.4 Zusammenfassung.....	41
8. ANHANG	42
8.1 Strukturdaten.....	42
8.1.1 Entwicklung stationärer Bewohner	42
8.1.2 Ausgabenentwicklung der vollstationären Pflege nach Pflegeversicherung.....	42
8.1.3 Ausgabenentwicklung versus Einnahmeüberschuss der Pflegeversicherung.....	43
8.2 Datenqualität der Studie	43
8.2.1 Verteilung nach Pflegestufen	43
8.2.2 Verteilung nach Bundesländern	44
8.2.3 Verteilung nach Anzahl der Bewohner	44
8.3 Tabellen und Abbildungsverzeichnis	46
8.4 Literatur- und Internetverzeichnis.....	47

1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Frühjahrsbefragung 2003 basieren auf den Aussagen von in 613 Einrichtungen der stationären Altenhilfe in Deutschland beschäftigten Pflegedienstleitungen, Geschäftsführungen und Heimleitungen. Die Schlussfolgerungen basieren auf als repräsentativ zu bezeichnenden Daten.¹ Sie zeigen neben Momentaufnahmen auch Ergebnisse von Einschätzungen bisheriger und zukünftig erwarteter Entwicklungen im Bereich der stationären Altenhilfe auf. In der vorliegenden ersten Auswertung werden ausschließlich Aussagen getroffen, die sich auf die gesamte Bundesebene beziehen. In weiteren Auswertungen, die noch in diesem Jahr erfolgen sollen, können Ergebnisse auf einzelne Bundesländer bezogen werden.

Im vergangenen Jahr musste aufgrund der Ergebnisse des ersten Pflege-Thermometers dem Personalwesen in der Pflege erhöhte Temperatur mit steigender Tendenz bescheinigt werden. In diesem Jahr kommt sozusagen noch die Gefahr eines Druckgeschwürs hinzu, da die Prozesse in der stationären Altenhilfe - wie die Studie eindrucksvoll belegt - unter zunehmenden Druck geraten. Ursache dafür sind vielfach erhöhte Anforderungen bei stagnierenden bzw. abnehmenden Ressourcen. Maßnahmen der Druckentlastung sind zwar hier und da zu erkennen, werden aber nicht ausreichen, wenn es nicht bald zu einer systematischen Anpassung der Finanzierungsgrundlagen und Leistungskataloge im Rahmen der Pflegeversicherung und der Ausbildungssysteme der Altenpflege kommt. Zusammenfassend werden die Ergebnisse der Untersuchung anhand von fünf Schwerpunktthemen näher beleuchtet.

„Druckkessel“ Altenheim

Die Ergebnisse der Studie zeichnen das Bild des „Druckkessels“ Altenheim. Der Personalbestand an Pflegefachpersonal liegt in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe durchschnittlich bei 20 Mitarbeitern². Die relativ geringe Zahl der pflegefachlich qualifizierten Mitarbeiter pro Einrichtung lässt nicht viel Spielräume bei der Verteilung von zusätzlichen Arbeitsbelastungen zu. Die dargelegte Zunahme an Arbeit und Anforderungen kann aufgrund fehlender Möglichkeiten nicht durch Neueinstellungen und nur teilweise durch nicht-qualifizierte Mitarbeiter kompensiert werden. Die Zahl der Überstunden nimmt daher zu und in Folge dessen die Häufigkeit und Dauer von Krankheitsausfällen. Die Fluktuation des Personals in den Einrichtungen ist dennoch leicht rückläufig. Die bestehenden Arbeitsplätze werden seitens des Personals trotz wachsender Belastungen überwiegend gehalten, eine Mehrbelastung durch Arbeitsverdichtung und Überstunden muss dabei von den Beschäftigten in Kauf genommen werden. Als Entlastungsfaktoren wird eher eine Absenkung der Fachkraftquote bis zur gesetzlichen Grenze und gelegentlich darüber hinaus vorgenommen, als eine Ausweitung der Beschäftigung von nicht fest angestellten Aushilfen. Zugleich nimmt die Zahl sowie die Qualifikation der Bewerber um offene Stellen ab. Gleiches wird auch für den Bereich der Auszubildenden in der Altenpflege gesehen. Somit erklärt sich auch, dass der Aufwand für die geeignete Personalgewinnung für das Management stetig zunimmt.

¹ Vgl. dazu die Angaben zur Datenqualität im Anhang. Die Rücklaufquote beträgt 12% was angesichts des umfangreichen und detaillierten Fragebogens und der hohen Belastung, unter denen die Einrichtung stehen, ein zufriedenstellender Wert ist.

² in der Regel wird zur besseren Lesbarkeit nur die männliche Wortform genannt, gemeint sind in diesen Fällen immer beide Geschlechter.

Arbeitsverdichtung

Den Ergebnissen der Studie zufolge muss die Personalsituation in der stationären Altenhilfe als angespannt bezeichnet werden, auch wenn einzelne Indikatoren und die offizielle Arbeitsmarktstatistik für den Bereich der Altenpflege dies nicht auf den ersten Blick erkennen lässt. Im Einzelnen wird durch diese Studie ein komplexes Geschehen der Zunahme verschiedenster Anforderungen und Ansprüche an die in der Altenpflege Beschäftigten aufgezeigt. Dies lässt sich ursächlich im Wesentlichen aus dem Anstieg gerontopsychiatrischer und medizinisch-pflegerischer Versorgungsleistungen, aus steigenden Ansprüchen seitens der Bewohner und Angehörigen, aus dem Nachkommen der Auflagen des Gesetzgebers hinsichtlich qualitätssichernder und bürokratischer Erfordernisse und der allgemeinen Erhöhung der pflegerischen Leistungen für die Bewohner herleiten. Diese erhöhten Anforderungen und Ansprüche ziehen einen Prozess nach sich, den wir als „Arbeitsverdichtung“ beschreiben können.

Die Untersuchung weist zurzeit etwa 9 Millionen Überstunden nach, die in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe angehäuft wurden. Dies entspricht mehr als 5.000 Vollzeitstellen. Zudem ist aufgrund der Ergebnisse zurzeit von etwa 3.600 offenen Stellen in den Pflegeheimen auszugehen. Hinzu kommt die Zahl der neuen Stellen durch die Neugründungen von ca. 160 stationären Altenhilfeeinrichtungen jährlich. Daraus ergibt sich ein zusätzlicher Bedarf von 4.000 Stellen pro Jahr. Um aus dem derzeitig beschriebenen Druckkessel Altenheim „Dampf“ abzulassen und zusätzlich den bestehenden Bedarf durch offene und neue Stellen zu decken, müssten demzufolge in diesem Jahr ca. 12.600 Vollzeitstellen neu besetzt werden. Nach dem derzeitigen Schlüssel im Verhältnis von Vollzeit- und Teilzeitstellen bedeutet dies eine Beschäftigtenzahl von ca. 20.000 Pflegekräften. Diese Tendenz wird sich aufgrund der beschriebenen Zusammenhänge in den nächsten Jahren fortsetzen. Diese zusätzlichen Pflegefachkräfte könnten zum größeren Teil aus den Ausbildungsjahrgängen und den vermittelbaren arbeitslosen Altenpflegekräften rekrutiert werden. Des weiteren sollten auch Berufsrückkehrer und Pflegekräfte, die beispielsweise aus dem Krankenhausbereich in die stationäre Altenhilfe wechseln, in eine zukünftig geplante Bedarfsdeckung einbezogen werden.

Qualifikationsoffensive

Die weitere Entwicklung der Personalsituation in der Altenpflege ist nur schwer einzuschätzen. Ihre realistische Beurteilung hängt ab von den vorhandenen Daten und ihrer Güte, sowie von der Einschätzbarkeit der Einfluss nehmenden Faktoren. So hängen Aussagen zum jetzigen und zukünftigen Personalbedarf u.a. von der Entwicklung des Arbeitsmarktes, den Berufsverweildauern, der Quote von Berufsrückkehrern und auch von der Entwicklung der Zahlen der Auszubildenden ab. Generell erwarten die Einrichtungen aber einen stark ansteigenden Bedarf an Fachpersonal z.B. mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung. Die Datenlage zur Ausbildung in der Altenpflege ist zurzeit noch recht verwirrend. Die Grundlagen basieren auf den zugrundeliegenden landes- oder bundesrechtlichen Ordnungsrahmen. Generell sinken die Ausbildungszahlen in der Altenpflege wie auch in der Krankenpflege seit Jahren, was u.a. finanzielle und kostenträgerbezogene Ursachen hat. Allenthalben wird beklagt, dass die derzeitige unsystematische Vorgehensweise in der Planung von Pflegequalifikationen den zukünftigen Entwicklungen und Anforderungen nicht gerecht werden kann. D.h. es wird so schnell wie möglich eine nachhaltige Planungsgrundlage in Form einer systematischen Pflege- und Gesundheitsberichterstattung in diesen Fragen benötigt.

Die Hoffnungen jedenfalls, dass sich die Altenpflegeausbildung aufgrund des neuen Altenpflegegesetzes deutlich verbessert, sind unter den Befragten groß. Zukünftig wünschen sich die Leitungskräfte der Einrichtungen vor allem eine Erhöhung der Ausbildungsqualität entsprechend den Notwendigkeiten des Qualitätsmanagements und der Veränderung der Arbeitsinhalte. Dabei sollen vor allem gerontopsychiatrische Fachkenntnisse und Konzepte vermittelt werden und dem zu erwartenden Anstieg an medizinisch-pflegerischer Versorgung Rechnung getragen werden. Auch die aktive Mitarbeit an Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement wird vorausgesetzt.

Indes betreiben die Einrichtungen der stationären Altenhilfe bereits heute stark zunehmende Aktivitäten in den Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Wir können hier durchaus von einer „Qualifikationsoffensive“ in der Altenpflege sprechen. Dies ist angesichts der zuvor aufgewiesenen Druckkesselproblematik und der Arbeitsverdichtung nicht selbstverständlich. Die Bildungsinterventionen versprechen schließlich erst auf längere Sicht entlastende Wirkungen, auf kürzere Sicht tragen sie eher zum weiteren Anstieg der Belastungen und des Drucks auf die Mitarbeiter bei.

Qualitätsprüfstein Dekubitusprophylaxe

Über die Qualität in Einrichtungen der stationären Altenhilfe lassen sich auf der Grundlage der Studie nur einzelne Aussagen machen. Umfangreichere Qualitätsnachweise bedürfen entsprechender QM-Ansätze mit angemessenen Instrumenten und sind i.a.R. einrichtungsspezifisch zu erbringen. Im Rahmen der Studie geht es zum einen um die allgemeine Einschätzung der Entwicklung der Versorgungsqualität und die spezifische Darlegung einzelner Indikatoren. Die Versorgungs- und Ausstattungsqualität (Heil-Hilfsmittel und medizinisch-pflegerische Verbrauchsmaterialien) werden von den Befragten überraschend positiv beantwortet und eingeschätzt. Angesichts eines bestehenden Konkurrenzdrucks der Einrichtungen untereinander und einer sensibilisierten Öffentlichkeit zu Themen der Qualität in Altenheimen müssen diese Aussagen jedoch relativiert werden. Zudem zeigen sich anhand der Differenzen zwischen Bekanntheits- und Umsetzungsgraden spezifischer pflegerischer Konzepte Probleme der Qualitätsentwicklung und –umsetzung in der Studie. Hier sticht heraus, dass der „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe“ drei Jahre nach der ersten Veröffentlichung zwar weithin bekannt ist, aber erst in einem erschreckend geringen Grade in den Einrichtungen umgesetzt wird (erst knapp jede fünfte Einrichtung setzt den Dekubitusstandard ein). Auch wenn es plausible Erklärungen für diesen geringen Anwendungsgrad gibt (s.o.) und sich daraus noch keine konkreten Aussagen bezüglich der wirklichen Versorgungsqualität in Sachen Dekubitusprophylaxe machen lassen, zeigt sich hier doch ein deutlicher und als typisch anzusehender Makel bezüglich der Qualitätsentwicklung. Die Vermeidung von Dekubiti ist aufgrund der gravierenden Folgen für die Betroffenen und die Solidargemeinschaft und angesichts der heute bereits bekannten präventiv erfolgreichen Maßnahmen eine entscheidende Herausforderung, gleichsam ein Prüfstein für die Qualitätsentwicklung der stationären Altenpflege. So lässt sich schlussfolgern, dass es im Bereich der konzeptuellen Arbeit derzeit noch einen erheblichen Bedarf an qualitätsfördernden Maßnahmen gibt. Oder anders formuliert: Qualitätsentwicklung ist ein aufwändiger Prozess der sich nicht herbeimessen lässt.

Einschnürende Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen der Pflegepersonalsituation in der stationären Altenhilfe werden maßgeblich durch das Sozialgesetzbuch XI (Pflegeversicherungsgesetz, PVG) mitbestimmt. Das PVG wird durch ein verengtes Pflegeverständnis, ein nicht angemessenes Pflegestufenschema und einen eingeschränkten Leistungskatalog bestimmt. Eindrucksvoll wird dieser Umstand von den Befragten bestätigt. Die Folgen daraus sind neben den oben bereits angeführten u.a., dass der Anteil der Sozialhilfeempfänger unter den Pflegebedürftigen stetig steigt. Auch die Umverteilung der Kosten auf die Betroffenen selbst schreitet voran und wird vom größeren Teil der Befragten als unzumutbar bezeichnet. Insgesamt verschlechtern sich diese Rahmenbedingungen mit jedem Tag des Wartens auf eine angemessene Reform des Pflegeversicherungsgesetzes und schnüren die Handlungsspielräume ein.

2. Zum Hintergrund der Studie

Im Jahr 2002 wurde erstmalig durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) in Köln eine Studie über die Personalsituation in Einrichtungen des Gesundheitswesens durchgeführt (Pflege-Thermometer 2002).³ Befragt wurden dabei mehr als 1000 leitende Pflegenden, die überwiegend als Pflegedirektoren und Pflegedienst- oder Abteilungsleitungen in ambulanten und stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens arbeiteten.⁴ Die Untersuchung im Jahr 2002 bezog sich auf alle Bereiche der Kranken- und Altenpflege, d.h. es wurden Daten in Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten und Einrichtungen der stationären Altenhilfe ermittelt und ausgewertet. Dabei zeichneten sich vor allem drei wesentliche Problembereiche ab: es wurde eine steigende Arbeitsbelastung des Pflegepersonals ermittelt und ein bestehender personeller Engpass sowie eine abnehmende Eignung der Bewerber festgestellt. Vor allem vor dem Hintergrund der besonderen Problematik in der Altenpflege und aufgrund zunehmender Berichte in den Medien über die Situation in Altenpflegeheimen wurde das Pflege-Thermometer 2003 speziell in diesem Praxisfeld repräsentativ erhoben.

Das diesjährige Pflege-Thermometer beruht daher auf einer Frühjahrsbefragung von leitenden Mitarbeitern in der stationären Altenhilfe zur Personalsituation in der Altenpflege in Deutschland. Es bildet sowohl erhobene Daten ab, gibt Erfahrungswerte der Befragten wieder und erteilt Auskunft darüber, wie entscheidende Fragestellungen aus Sicht der „Experten vor Ort“ beurteilt werden. Die Ergebnisse sind als repräsentativ zu bezeichnen, d.h. entscheidende Kenngrößen der Zufalls-Stichprobe (Verteilung der Pflegestufen, Bewohnerzahl der Einrichtungen, Verteilung nach Bundesländern) entsprechen den allgemeinen Kenngrößen sämtlicher stationärer Altenhilfeeinrichtungen in Deutschland nach den Pflegestatistiken.

Pflegebedürftigkeit zu erleiden und den damit verbundenen teilweisen oder völligen Verlust der Selbstständigkeit im Alter ist ein zentrales soziales Problem in der Bundesrepublik Deutschland. In einer alternden Gesellschaft gewinnt dieses Problem an Bedeutung, denn mit zunehmendem Alter steigt auch das Risiko der Pflegebedürftigkeit.^{5,6} Der Gesetzgeber hat auf diese Problematik und das damit verbundene soziale und finanzielle Risiko 1995 mit der Einführung einer Pflegeversicherung reagiert, die seit 1996 auch Leistungen der statio-

³ <http://www.dip-home.de/downloads/downloads.htm> 14.06.2003

⁴ die Rücklaufquote von über 3000 versandten Fragebögen lag bei 29%, das entspricht 1028 ausgewerteten Fragebögen im Jahr 2002

⁵ „Von den 60- bis 64-Jährigen sind nur 1,6 % pflegebedürftig nach SGB XI, von den 80- bis 84-Jährigen 38,4 % und in der Altersgruppe ab 90 Jahren 60,2 %. Auffällig ist, dass mit steigendem Alter das Risiko der Pflegebedürftigkeit für Frauen stärker zunimmt als für Männer. Im Alter von 90 und mehr Jahren sind 65,3 % der Frauen gegenüber 42,0 % der Männer pflegebedürftig.“ (Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen)

⁶ Das DIW geht in seiner Schätzung der Bevölkerungsentwicklung für das Jahr 1998 von insgesamt 5,79 Mio. Menschen in der BRD aus, die 75 Jahre oder älter sind, für das Jahr 2010 bereits von 7,63 Mio. und für das Jahr 2050 sogar von 15,18 Mio. Mitbürgern. Legt man die Pflegewahrscheinlichkeit mit 23% unverändert zugrunde, so ergibt sich rechnerisch ein Zuwachs um ca. 3,5 Mio. Pflegebedürftige in dem beschriebenen Zeitraum (Grundlage: Tabelle 15, Vorausschätzung der Bevölkerungsentwicklung Variante I B.) Vgl. Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Berlin. 2002, S.57

nären Altenhilfe beinhaltet.⁷ Im Dezember 2001 waren in der Bundesrepublik 2,04 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des SGB XI (Pflegeversicherungsgesetz). Die Zahl ist damit weiter steigend im Vergleich zum Jahr 1999 (eine Zunahme um 1,2%).

Altenpflegeheime sind Einrichtungen von großer sozialer Bedeutung und tragen in erheblichem Maße zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung bei. Die Tendenz zur vollstationären Versorgung ist steigend.⁸ Verzeichnete die Pflegestatistik 1999 mit 573.000 Pflegebedürftigen in Heimen einen Anteil von 28%, waren es zwei Jahre später bereits 604.000 Pflegebedürftige, was einem Anteil von 30% an der Gesamtzahl der von der Pflegeversicherung erfassten Pflegebedürftigen entsprach.⁹ Die höhere Anzahl von Bewohnern stationärer Einrichtungen wurde im Wesentlichen durch Neueinrichtungen von Alten- und Pflegeheimen aufgefangen. Innerhalb von nur zwei Jahren (1999 – 2001) wurden in der Bundesrepublik mehr als 300 neue Einrichtungen der stationären Altenhilfe eröffnet. Diese Tendenz setzt sich fort.

Neben der bedeutsamen sozialen Sicherung im Rahmen der Pflegebedürftigkeit kann die stationäre Altenhilfe auch als ein wichtiger Wirtschaftsfaktor betrachtet werden. Im Jahre 2001 arbeiteten insgesamt 475.368 Beschäftigte in Einrichtungen der stationären Altenhilfe (440.940 in 1999). Das war innerhalb von zwei Jahren ein Zuwachs von mehr als 34.000 Beschäftigten oder 7,8 %. Der Zuwachs teilt sich auf in ca. 7.000 Vollzeitstellen und 28.000 Teilzeitstellen. Unter den Beschäftigten waren 2001 insgesamt 184.206 (167.668 im Jahr 1999) Beschäftigte mit einem einjährigen oder dreijährigen Abschluss in der Alten- oder Krankenpflege. D.h. in diesem Bereich gab es sogar einen Zuwachs von rund 10% in nur zwei Jahren.¹⁰

Zukünftig wird mit einer weiter steigenden Bedeutung der pflegerischen Versorgungsleistung als Basis einer Gesundheitsversorgung gerechnet.¹¹ Es wird aufgrund der demografischen Entwicklung eine steigende Anzahl pflegebedürftiger Personen geben, die zunehmend durch professionelle Pflegenden betreut werden müssen. Hier kann als Hauptursache vor allem die besondere Problematik der Demenzerkrankungen und die erwartete steigende Anzahl gerontopsychiatrischer Erkrankungen ausgemacht werden. Die Zahl pflegender und helfender Angehöriger und ihre abnehmenden Möglichkeiten, pflegebedürftige Verwandte zu Hause zu versorgen, wird den Druck auf die stationären Einrichtungen weiter erhöhen.¹²

⁷ vgl. Sozialgesetzbuch XI

⁸ Im Vergleich zu 1999 zeigt sich ein Trend hin zur Versorgung von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten: So ist die Zahl der durch ambulante Dienste betreuten Pflegebedürftigen um 4,7% (+ 19.000) und der in Heimen Versorgten um 5,4% (+ 31.000) gestiegen, während die Pflege durch Angehörige bzw. die "reinen" Pflegegeldempfänger um 2,6% (- 27.000) abnahm. Somit sank auch der Anteil der zu Hause Versorgten von 71,6% auf 70,4%. (<http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2003/p2380095.htm>, 16.06.2003)

⁹ Dies ergibt sich nicht nur durch eine Zunahme an Hilfebedarf, sondern durch die Art der Betreuung, bzw. die notwendigen Zeitpunkte der Betreuung. 38 % der Pflegebedürftigen (zu Hause) gaben an, dass sie rund um die Uhr Hilfe bei Körperpflege, Ernährung und Mobilität benötigen. 24 % bedürfen dieser Hilfe dreimal täglich und öfter und jeweils 10 % ein- bzw. zweimal am Tag. (vgl. Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 1999, Bonn, 2002)

¹⁰ Pflegestatistik 2001. Statistisches Bundesamt. Bonn, 2003

¹¹ vgl. Gutachten des Sachverständigenrates der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen. Deutscher Bundestag, Drucksache 14/6871, 31.08.2001

¹² vgl. DIW (Hrsg.): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Berlin. 2002. Pflegestatistik 2001, Bonn 2003; DIW (Hrsg.): Diskussionspapier Nr. 240: Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. Berlin

Trotz dieser bedeutenden Dimension der Berufsgruppe der professionell Pflegenden und der allseitig beschriebenen zukünftigen Entwicklung liegen bislang nur unzureichend fundierte Zahlen aus der Praxis vor, die über die derzeitige Einschätzung Auskunft geben. Ziel der vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung und der Forschungsgruppe Metrik initiierten Befragung ist es, zu Daten und Einschätzungen zu kommen, um eine detaillierte Beschreibung der derzeitigen Situation und eine Einschätzung der zukünftigen Entwicklung der Personalsituation im Feld der stationären Altenhilfe vornehmen zu können.

3. Situation des Pflegepersonalwesens

Die folgenden Auswertungen beschreiben Kennzahlen und Einschätzungen bezüglich der Personalsituation in der Altenpflege.

3.1 Einschätzung der Gesamtsituation

Zunächst soll an dieser Stelle eine globale Einschätzung zur Gesamtsituation der Personalsituation betrachtet werden.

Die Pflegepersonalsituation in unserer Einrichtung ist entspannt

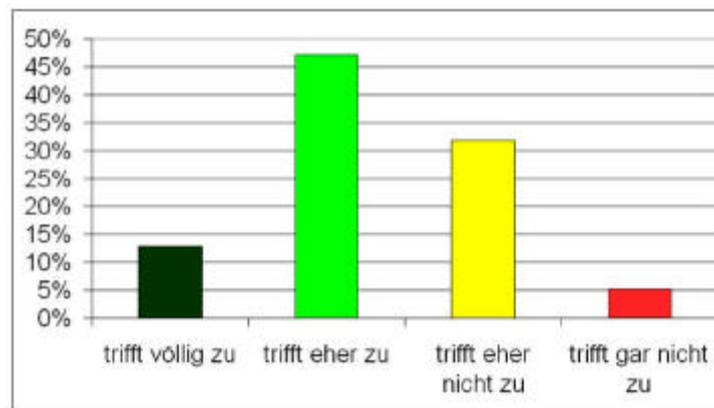


Abbildung: Gesamtsituation Pflegepersonalsituation

Auffallend ist, dass der überwiegende Anteil der Befragten die Gesamtsituation bezüglich der Pflegepersonalsituation zunächst und allgemein als eher entspannt einschätzt (60%). Im vergangenen Jahr lag dieser Wert bei den Einrichtungen der stationären Altenhilfe noch bei 51%. Dieser erste Eindruck ist allerdings sehr allgemein gehalten und wird durch die weiteren Einzelaussagen in dieser Studie deutlich relativiert und teilweise auch widerlegt.

3.2 Stellenmarktsituation

Eine erste Kennziffer für die Personalsituation in der Pflege ist der Stellenmarkt sowie die spezifische Arbeitslosenzahl und Arbeitslosenquote. Zunächst sollen die aktuellen Zahlen zum Bereich der Altenpflege und der Krankenpflege im Vergleich zum Vorjahr aufgezeigt werden. Die Zahlen stammen vom Bundesamt für Arbeit (Stand Mai 2003) und beziehen sich auf das gesamte Gebiet der Bundesrepublik. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht alle offenen Stellen dem Arbeitsamt gemeldet werden. 29% der Befragten dieser Studie gaben an, dass die Zahl der an das Arbeitsamt gemeldeten Stellen rückläufig ist. Dem Pflegethermometer 2002 nach nutzten im Bereich der stationären Altenhilfe 42,8% das Arbeitsamt, hingegen 62% vor allem Anzeigen in der lokalen Presse als Personalgewinnungsinstrument. Die folgenden Zahlen dürften daher nur eine Tendenz aufweisen und nicht die tatsächliche Absolutzahl der offenen Stellen in der Bundesrepublik.

Mai		offene Stellen gemeldet	Arbeitslose gemeldet
2002	Altenpflege	7.657	23.016
2003	Altenpflege	5.189	27.523
2002	Krankenpflege	8.514	14.949
2003	Krankenpflege	5.357	15.488

Tabelle: Arbeitsmarktentwicklung 2002/2003¹³

Ausgehend von Daten des statistischen Bundesamtes, das für das Jahr 2001 eine Gesamtzahl von 263.000 Altenpflegern und Altenpflegerinnen benennt¹⁴, ergibt sich rechnerisch im Bereich der Altenpflege eine theoretische Arbeitslosenquote von 10,4%. Diese Zahl muss jedoch nur sehr kritisch betrachtet werden, denn es ist davon auszugehen, dass viele der Pflegenden zwar arbeitslos gemeldet sind, jedoch für eine Vermittlung nicht zur Verfügung stehen. Im Vergleich zur Altenpflege fällt die Arbeitslosenquote der Krankenpflegenden mit nur 2,2% sehr gering aus. Insgesamt ist die Tendenz der offenen Stellen im Pflegebereich jedoch rückläufig. Die Fluktuation des Personals wird von der überwiegenden Mehrzahl (67%) der von uns Befragten als gleich bleibend angegeben, während 21% diese als rückläufig bezeichnen.

In der Befragung wurde ebenfalls eine Abnahme in den derzeit offenen Stellen festgestellt. Dabei muss berücksichtigt werden, dass bestehende Einrichtungen befragt wurden und nicht die im Aufbau befindlichen. Letztere machen heute aber den größeren Anteil der Einrichtungen aus, die Personal einstellen und aktiv suchen. Durchschnittlich 0,4 Stellen gaben die Befragten in der Untersuchung als *derzeit offen im Pflegebereich* an.¹⁵ Dies entspricht einer hochgerechneten Gesamtzahl offener Stellen von etwa 3.600. Im vergangenen Jahr waren dies noch durchschnittlich 2,0 Stellen.¹⁶ Diese Zahl ist somit rückläufig. Hinzu kommt die Zahl der neuen Stellen durch die Neugründungen von stationären Altenhilfeeinrichtungen. Dabei handelt es sich derzeit pro Jahr um ca. 160 Einrichtungen, die durchschnittlich etwa 25 Stellen für qualifiziertes Pflegepersonal besetzen müssen. Daraus ergibt sich ein jährlicher Bedarf von 4000 Stellen. Die somit errechneten 7600 Vollzeitstellen verteilen sich nach dem derzeitigen Schlüssel auf ca. 4000 Vollzeitbeschäftigte und 8.000 Teilzeitbeschäftigte und damit auf etwa 12.000 Beschäftigte pro Jahr.¹⁷

3.3 Personalbestand

Es sind derzeit in den befragten Einrichtungen kaum freie Stellen angegeben. Eine fehlende Ausschreibung bedeutet jedoch nicht, dass ein objektiv feststellbarer oder ein empfundener Bedarf an Personal gedeckt ist. Die finanzielle Lage der Altenpflegeeinrichtungen scheint eine Neueinstellung von Pflegepersonal nur in geringem Umfang zuzulassen.¹⁸ Es muss

¹³ Bundesanstalt für Arbeit. Nürnberg, Mai 2003

¹⁴ vgl. <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab1.htm>, 16.06.2003

¹⁵ 0,3 Stellen für examinierte Altenpflegende und 0,1 Stelle für examiniertes Krankenpflegepersonal

¹⁶ In diesem Jahr ist explizit nach den derzeitigen offenen Stellen gefragt worden. Im vergangenen Jahr wurden noch die offenen Stellen pro Jahr erfragt. Demzufolge ist die Aussage in diesem Jahr deutlicher eine Momentaufnahme als die des vorangegangenen Jahres.

¹⁷ Diese Zahl stimmt mit den Angaben der Pflegestatistik 2001 überein, in der das Personal, das im Bereich Pflege und Betreuung eingesetzt wird innerhalb eines Zweijahreszeitraumes um ca. 28.000 zugenommen hat.

¹⁸ 78% der Befragten sehen in der finanziellen Situation den Hauptfaktor der Personalsituation.

beachtet werden, dass Einrichtungen nicht frei über die Stelleneinführung verfügen, sondern an gesetzliche Rahmenbedingungen der jeweiligen bundeslandbezogenen Personalbemessung gebunden sind, auf deren Grundlage die Finanzierung erfolgt. Im Rahmen der Feststellung einheitlicher Personalkennzahlen werden derzeit unterschiedliche Instrumente und Verfahren kontrovers diskutiert. Diese Diskussion kann und soll an dieser Stelle nicht erfolgen. Ohne die inhaltliche und wissenschaftliche Qualität unterschiedlicher Instrumente auszuführen kann jedoch darauf hingewiesen werden, dass das vom Kuratorium Deutsche Altershilfe in einem Bundesmodellprojekt¹⁹ getestete Instrument PLAISIR®²⁰ in einer Studie in Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt einen erheblichen Mehrbedarf an notwendiger Pflege²¹ (und damit auch an Pflegepersonal) festgestellt hat, als dieser durch die Pflegeversicherung gedeckt wurde.²² Im weiteren Verlauf der Studie wird dargestellt werden, dass die leitenden Pflegekräfte die derzeitigen Bemessungsverfahren oder die Anhaltszahlen als unzureichend erachten. Die kaum vorhandenen freien Stellen lassen sich demnach nicht in der Weise deuten, dass es grundsätzlich keinen Personalbedarf gibt.

Zu berücksichtigen ist auch, dass die durchschnittliche Mitarbeiteranzahl in den Befragten Einrichtungen mit 20 Stellen (19 Stellen in 1999) im Bereich der Pflege gering ist. Dieser Anstieg steht in Verbindung mit der statistisch belegten Zunahme an größeren Einrichtungen. Eine fehlende Kraft muss daher möglichst schnell wieder ersetzt werden, um die Versorgung aufrecht erhalten zu können. Laut Angaben der Pflegestatistiken 1999 und 2001, nahm im Laufe von nur zwei Jahren die Zahl der Beschäftigten im Bereich der Pflegeberufe in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe um 16.500 zu.²³ Dies mag auf den ersten Blick viel erscheinen, relativiert sich jedoch, wenn davon ausgegangen wird, dass im gleichen Zeitraum etwa 300 Heimneugründungen zu verzeichnen sind und nur knapp 50% der Stellen Vollzeitstellen sind.²⁴

3.4 Belastungsindikatoren

Ein wesentlicher Parameter zur Einschätzung der Personalsituation sind Belastungsindikatoren, die objektiv Auskunft darüber geben, ob sich die Arbeitsverdichtung auf das Pflegepersonal direkt auswirkt. Als Belastungsindikatoren werden in dieser Studie die Anzahl der Überstunden, die Häufigkeit der Krankheitsausfälle, die Dauer der Krankheitsausfälle sowie weitere Einschätzungen herangezogen.

¹⁹ Auftraggeber des Projektes war das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung des Modellprojektes wurden vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) durchgeführt.

²⁰ PLAISIR ist ein in Kanada entwickeltes Instrument zur Bemessung notwendigen Pflegepersonals. (PLAISIR = Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis)

²¹ „Die Studie belegt die unzureichende Absicherung des Pflegerisikos durch die bestehende Form der Versicherung, sie dokumentiert die mangelhafte Personalausstattung und die Unangemessenheit der Pflegestufen für die Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs.“

vgl. http://www.awo-sh.de/pages/hauptseite/aktuelles/pressedienste/2002_03_.htm 19.06.2003

²² Positionspapier zu den Ergebnissen des Modellprojektes PLAISIR in 11 Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt. http://www.awo.org/pub/sen_pflege/pflege/plaisir.pdf 19.06.2003

²³ Pflegestatistik 2001. Statistisches Bundesamt. Bonn, 2003

²⁴ 1999 gab es 8859 Heime und 167.668 Beschäftigte der Pflegeberufe, was einer durchschnittlichen Verteilung von 19 Pflegekräften auf eine Einrichtung entspricht. 2001 gab es 9165 Heime und 184.206 Beschäftigte der Pflegeberufe, was einer Quote von 20 entspricht. Somit können wir die Zahl von etwa 6.000 Beschäftigten durch neue Heime erklären. Allerdings kommt noch hinzu, dass es eine Tendenz zu größeren Einrichtungen gibt.

3.4.1 Überstunden des Pflegepersonals

Im Pflege-Thermometer 2002 stufen 43% der Antwortenden aus dem Bereich der Altenpflege die zu verzeichnenden Überstunden als deutlich höher bezogen auf das Vorjahr ein. Dieser Trend setzt sich weiter fort, auch wenn er in dieser Erhebung leicht abgeschwächt vorhanden ist. 24 % der Studienteilnehmer gaben an, dass im vergangenen Jahr mehr Überstunden produziert wurden. Zusätzlich zu dieser Einschätzung wurden dieses Jahr Absolutzahlen bei den Einrichtungen angefragt.

Anzahl der absoluten Überstunden im Durchschnitt	Mittelwert
im Jahr 2001	1181
im Jahr 2002	1298
bis April 2003	992

Tabelle: Überstunden des Pflegepersonals

Im Jahr 2002 wurden demzufolge im Durchschnitt über 110 Überstunden mehr geleistet als im Vorjahr. Diese Zahl wird im Jahr 2003 deutlich übertroffen werden, wenn davon auszugehen ist, dass bereits im ersten Quartal durchschnittlich in den Einrichtungen 992 Überstunden geleistet wurden. Der Anstieg wird sich nicht linear vollziehen, es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass der Trend insgesamt weiter steigend ist. Berechnet man aus dem Mittelwert für die Einrichtungen eine Gesamtüberstundenzahl, so ergeben sich bei den Befragten ca. 410.000 Überstunden (oder ca. 230 Vollzeitstellen). Übertragen auf alle 9165 Einrichtungen, ergibt sich eine realistische Zahl von etwa 9 Mio. Überstunden, was mehr als 5.000 Vollzeitstellen entspricht. An dieser Zahl wird deutlich, dass das Personal in der stationären Altenhilfe mit einer erheblichen Mehrbelastung arbeitet.

Die Überstunden durch Personalmangel werden folgerichtig von den Befragten als eine große Belastung ihrer Mitarbeiter angesehen, wie sich an der folgenden Grafik verdeutlichen lässt:

Im Jahr 2002 war die Belastung für die Pflegekräfte durch Personalmangel im Vergleich zum Vorjahr

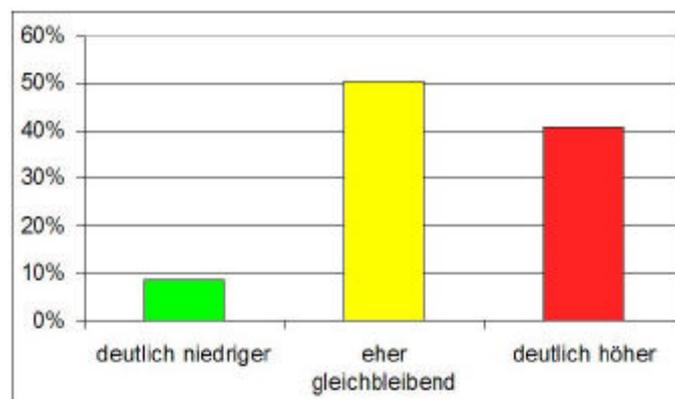


Abbildung: Belastung des Pflegepersonals durch Personalmangel

3.4.2 Krankheitsausfälle des Pflegepersonals

Die beschriebene Mehrbelastung bleibt nicht ohne Folgen für das Personal. So setzt sich ein Trend weiter fort, der schon im vergangenen Jahr zu verzeichnen war: die Erhöhung der Krankheitsausfälle unter dem Pflegepersonal.

Im Jahr 2002 war die Häufigkeit der Krankheitsausfälle des Pflegepersonals im Vergleich zum Vorjahr

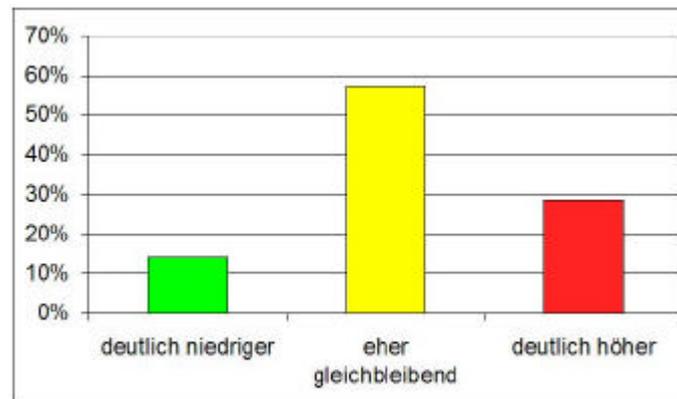


Abbildung: Häufigkeit der Krankheitsausfälle des Pflegepersonals

Entscheidend ist jedoch nicht nur die Häufigkeit der Krankheitsausfälle, sondern auch die Länge der Krankheitszeiten. Auch in diesem Bereich geben die Leitungen bezogen auf ihre Mitarbeiter eine deutliche Zunahme an. Ein Drittel aller Befragten beziffert die Länge der Ausfallszeiten ebenfalls als deutlich steigend im Vergleich zum Vorjahr. 55% geben die Dauer der Krankheitsfälle als eher gleich bleibend an.

Im Jahr 2002 war die Länge der krankheitsbedingten Ausfälle unter dem Pflegepersonal

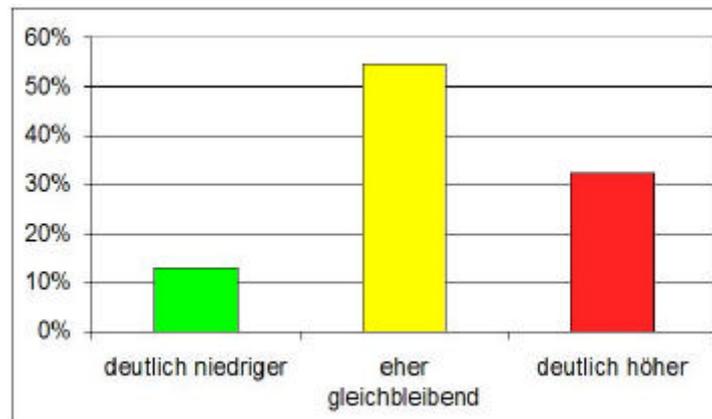


Abbildung: Dauer der Krankheitsausfälle des Pflegepersonals

3.5 Entlastungsindikatoren

Bestehen Belastungen durch Arbeitsverdichtung für die Pflegenden, dann können auf der anderen Seite Entlastungen vorgenommen werden. Diese Möglichkeiten werden in den folgenden Einschätzungen dargelegt.

3.5.1 Entlastungsindikator Aushilfen

Im vergangenen Jahr lag der Entlastungsindikator bei einem Wert von durchschnittlich 23% der Einrichtungen, die einen deutlichen Anstieg der eingesetzten Aushilfen zu verzeichnen hatten. In diesem Jahr waren es 20%, die eine deutliche Zunahme angaben. Der überwiegende Anteil (56%) kann an dieser Stelle keine bedeutsame Veränderung feststellen. Es kann keine Aussage bezüglich des absoluten Niveaus des Aushilfeneinsatzes gemacht werden. Dafür würden Absolutzahlen benötigt, die nicht in allen Einrichtungen erhoben werden. Als entlastende Aushilfen können im Pflegebereich auch Zivildienstleistende bezeichnet werden. Diese übernehmen nicht selten neben hilfspflegerischen Aufgaben vor allem Einzelbetreuungs- und Gruppenbetreuungsangebote. Die Zahl der eingesetzten Zivildienstleistenden ist dabei rückläufig (-4,5% gegenüber 1999). Durch die veränderte Einstufung der Wehrtauglichkeit²⁵ wird auch in diesem Bereich mit einem erheblichen Einschnitt zu rechnen sein. Zivildienstleistende können nicht durch teurere Hilfskräfte oder durch examiniertes Personal ersetzt werden, sie fallen weg.

3.5.2 Entlastungsindikator Fachkraftquote

Es stellt sich die Frage, wie auf die steigenden Arbeitsbelastungen und die Erhöhung der Krankheitsfälle reagiert wird. Es lassen sich aufgrund der Ergebnisse keine bedeutenden Neueinstellungen von Pflegefachkräften oder Aushilfen beschreiben. Über diesen Weg werden also etwaig bestehende Schwierigkeiten nicht kompensiert.²⁶ Wenn diese Möglichkeit nicht besteht oder genutzt werden kann, dann kann eine Neuzuschneidung der Tätigkeiten vorgenommen werden und intern eine Verteilung der Arbeitsstellen vorgenommen werden.

Fachkraftquote in den Einrichtungen

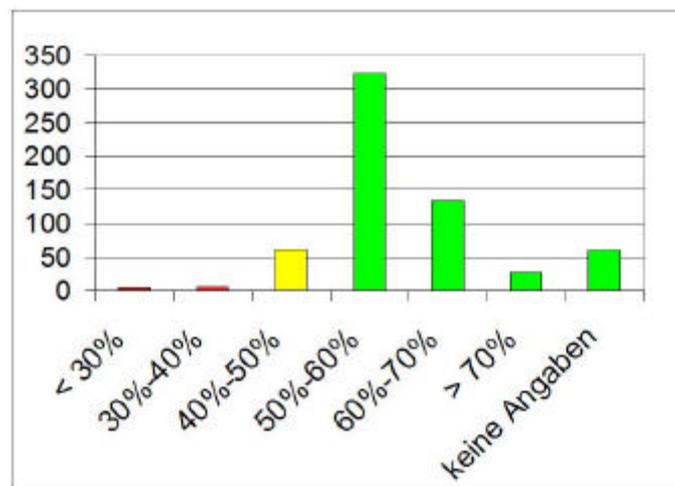


Abbildung: Fachkraftquote des Pflegepersonals

²⁵ Ab dem Tauglichkeitsgrad drei erfolgt kein Einberufungsbefehl mehr. Zivildienstleistende, die bereits Zusagen über den Einsatz haben, können entscheiden, ob sie freiwillig den Dienst antreten oder nicht. Es ist damit zu rechnen, dass viele bereits zugesicherte Stellen nicht wahrgenommen werden.

²⁶ nur 20% der Befragten bezifferten bei der Neueinstellung von Aushilfen einen Anstieg, während 24% die Zahl der eingesetzten Aushilfen als rückläufig beschrieben. Neueinstellungen werden also in der Summe nur geringfügig vorgenommen, es wird vor allem unter dem bestehenden Personal eine Umverteilung der Arbeitszeiten und Arbeitsbelastungen vorgenommen.

Als eine Möglichkeit zur Kompensation von Arbeitsbelastung muss die gesetzlich vorgeschriebene Fachkraftquote von 50% betrachtet werden.²⁷ Sie erlaubt es, zur Hälfte geringfügig qualifiziertes (und damit weniger kostenintensives) Personal zur Bewältigung der Arbeitsaufgaben zu beschäftigen. Die gesetzlich geregelte Fachkraftquote wird in der überwiegenden Mehrzahl der befragten Einrichtungen erreicht oder sogar *deutlich* übertroffen.²⁸ Über den Mechanismus der Einhaltung der Quote kann eine Einrichtung gewissermaßen „atmen“. Das heißt, dass bei Bedarf und nach Möglichkeit niedriger qualifiziertes Personal eingestellt wird und so mehr Aufwand zu gleichem Preis bewältigt werden kann. Die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften bleibt davon unberührt, solange die 50% nicht dauerhaft und unbegründet unterschritten werden. Für 93% der befragten Einrichtungen ergab sich hier die Möglichkeit des situativen Reagierens ohne Verletzung gesetzlicher Vorschriften. Ein Druckausgleich kann somit über das „Ventil“ Fachkraftquote erfolgen. Dies teilen die leitenden Pflegekräfte auch bei den Befragungen mit. 78 % der Befragten gaben einen Hinweis darauf, dass die „einfachen“ pflegerischen Tätigkeiten qualifikationsentsprechend auf Hilfs- und Pflegefachkräfte verteilt werden könnten, um einen zukünftig erwarteten Pflegenotstand in den Einrichtungen abzupuffern.

3.6 Bewerbungssituation

Um eine Tendenz im Bereich der Bewerber abzubilden, wurden verschiedene Fragestellungen beleuchtet, die analog zu den Belastungsindikatoren, Mehrfachantworten beinhalten konnten. Neben der Anzahl ist zur differenzierten Beurteilung der Situation auch die qualitative Einschätzung von Bedeutung.

3.6.1 Anzahl der Bewerbungen

Ein wichtiges Kriterium zur Deckung eines bestehenden Personalbedarfs ist die Menge der Bewerbungen, die eine Einrichtung erhält. Gefragt wurde nach der Einschätzung der Anzahl der Bewerber pro offener Stelle im Vergleich zum Vorjahr.

²⁷ vgl. Heimpersonalverordnung (HeimPersV § 6 Fachkräfte) Fachkräfte im Sinne dieser Verordnung müssen eine Berufsausbildung abgeschlossen haben, die Kenntnisse und Fähigkeiten zur selbständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung der von ihnen ausgeübten Funktion und Tätigkeit vermittelt. Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer, Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer sowie vergleichbare Hilfskräfte sind keine Fachkräfte im Sinne der Verordnung.

²⁸ vgl. Heimpersonalverordnung (HeimPersV § 5 (1)) in der Fassung vom 22.6.1998.: „Betreuende Tätigkeiten dürfen nur durch Fachkräfte oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften wahrgenommen werden. Hierbei muß mindestens einer, bei mehr als 20 nicht pflegebedürftigen Bewohnern oder mehr als vier pflegebedürftigen Bewohnern mindestens jeder zweite weitere Beschäftigte eine Fachkraft sein. In Heimen mit pflegebedürftigen Bewohnern muß auch bei Nachtwachen mindestens eine Fachkraft ständig anwesend sein.“

Im Jahr 2002 war die Zahl der Bewerbungen pro zu besetzender Stelle

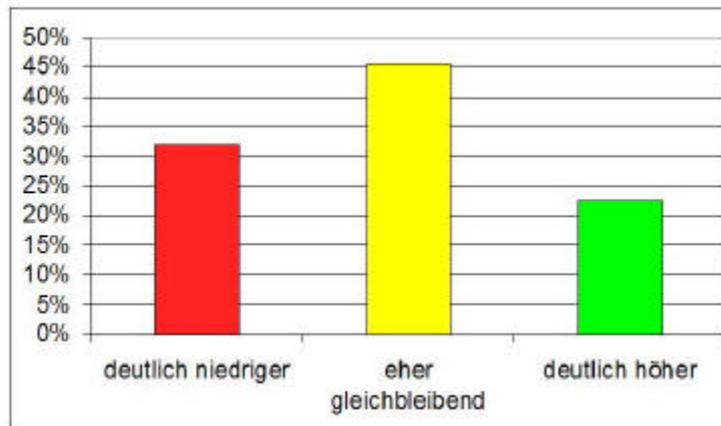


Abbildung: Anzahl der Bewerbungen pro zu besetzender Stelle

Ungeachtet der Stellenmarktsituation und der ermittelten Arbeitslosenquote im Bereich der Altenpflege ist die Zahl der Bewerbungen demnach weiterhin leicht rückläufig. Dies stützt die These, dass die theoretisch beschriebene Arbeitslosigkeit nicht in dem Maße vorhanden ist, wie die Berechnungen erscheinen lassen, denn es müssten entsprechend des Arbeitsmarktes mehr Bewerbungen bei den Einrichtungen eingereicht werden. 32% Prozent der Studienteilnehmer sahen sich jedoch mit einer weiterhin abnehmenden Anzahl konfrontiert.

3.6.2 Qualifikation der Bewerber

Ein weiteres Kriterium zur Deckung der Versorgungsleistung und zur Verbesserung der Pflegequalität ist die Qualifikation der Bewerber. Neben der festgestellten absoluten Verringerung der Bewerber wird auch ein Rückgang der Qualifikation beobachtet.

Im Jahr 2002 war die Qualifikation der sich bewerbenden Pflegefachkräfte

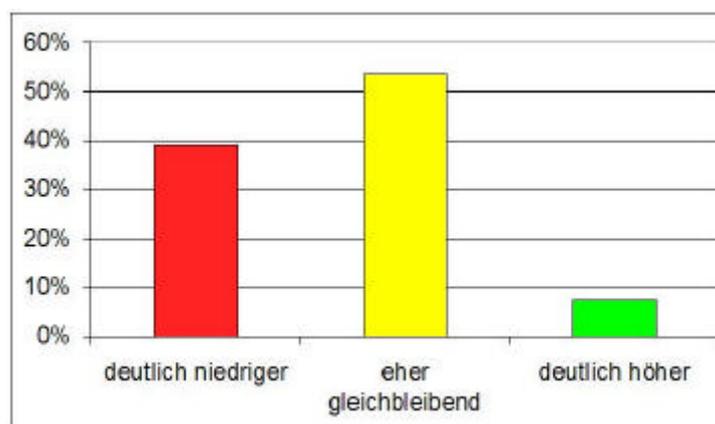


Abbildung: Qualifikation der Bewerber

39% der Befragten machen hier einen deutlichen Rückgang aus, nur 7% der Befragten sehen eine Verbesserung der Qualifikation der Bewerber. Dieser Umstand ist wichtig für den Bereich der Pflegepädagogik und die Arbeit der Altenpflege-Fachseminare. An anderer Stelle kann aufgezeigt werden, dass die Leitenden Pflegekräfte sich einerseits von der Vereinheitlichung der Altenpflegeausbildung eine Verbesserung erhoffen, sie andererseits jedoch deutlich mehr Kompetenzen und veränderte bzw. angepasste Ausbildungsinhalte erwarten.

3.6.3 Qualifikation von Auszubildenden

Derzeit wird die Qualifikation der Bewerber und auch der Auszubildenden der Altenpflege-Fachseminare seitens der Leitungskräfte kritisch betrachtet.

Die Auszubildenden bringen zunehmend bessere Voraussetzungen mit

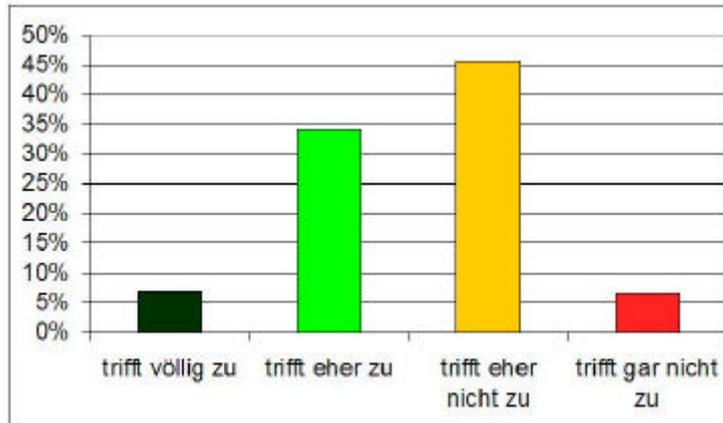


Abbildung: Voraussetzungen der Auszubildenden

53% der Befragten sehen bei den Auszubildenden keine verbesserten Voraussetzungen. Dies wurde auch bereits im letzten Pflege-Thermometer festgestellt. Das wirft kritische Fragen bezüglich der Ausbildungsqualität und -inhalte auf, die an anderer Stelle aufgezeigt werden.

3.7 Personalgewinnung

Entsprechend der verringerten Bewerberanzahl und der zunehmend als unangemessen eingeschätzten Qualifikation, sehen die leitenden Pflegekräfte eine aufwändigere Personalgewinnung.

Im Jahr 2002 war der Aufwand, geeignetes Personal zu finden

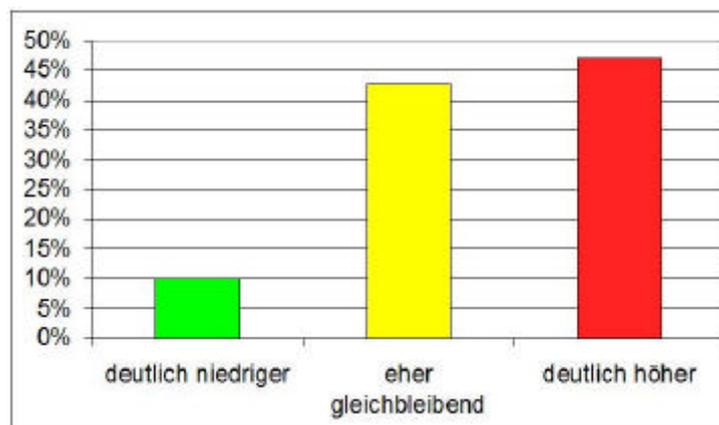


Abbildung: Aufwand der Personalgewinnung

47% der Studienteilnehmer beschrieben den Aufwand im Vergleich zum Vorjahr als deutlich höher. Es scheint ein spezifisches Problem der Fachkraftakquisition vorzuliegen. Einrichtungen benötigen aufgrund der gestiegenen Anforderungen bestimmte Qualifikationen und bemühen sich um die Einstellung entsprechender Kräfte. Kurzfristiger Personalnotstand wird dabei über die internen Mechanismen ausgeglichen und nicht durch die Einstellung als nur bedingt geeignet erscheinender Bewerber. Vor dem Hintergrund der oftmals geringen Größe

und der geringen durchschnittlichen Mitarbeiteranzahl der Einrichtungen ist dies erklärbar. Jeder einzelne Mitarbeiter trägt in hohem Maße zur Qualität der Versorgung bei, ein betriebsinterner „Puffer“ besteht nur geringfügig.

Durchschnittliche Dauer bis zur Besetzung einer offenen Stelle für eine Pflegekraft

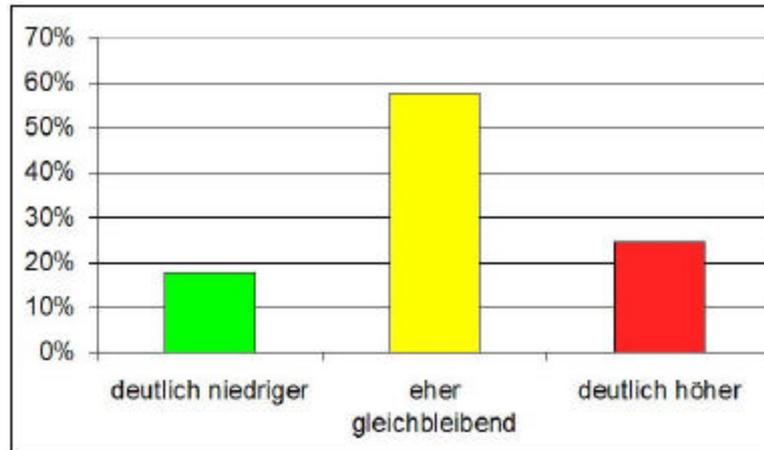


Abbildung: Dauer bis zu Besetzung einer Stelle

Weniger dramatisch scheint die absolute Dauer zu sein, die bis zur Besetzung einer offenen Stelle verstreicht. Hier gaben 24% einen deutlich höheren Zeitaufwand an. Dem stehen jedoch 18% gegenüber, die sogar eine Verringerung der Zeit ausmachen.

3.8 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Personalsituation in der stationären Altenhilfe zunehmend als ein „Druckkessel“ begreifen lässt. Auch wenn die offizielle Stellenmarktsituation zunächst kein dramatisches Bild zeichnet, zeigt der genauere Blick in die Faktoren der Personalsituation eine Zuspitzung der Belastung für Mitarbeiter und Management. Der Personalbestand an Pflegefachpersonal liegt in den Einrichtungen durchschnittlich bei 20 Mitarbeitern. Die Zunahme an Arbeit und Anforderungen kann nicht in jedem Fall durch nicht-qualifizierte Mitarbeiter kompensiert werden. Die Zahl der Überstunden nimmt zu und in Folge dessen die Häufigkeit und Dauer von Krankheitsausfällen. 21% der Befragten gaben die Fluktuation des Personals in der Einrichtung als rückläufig an. Die bestehenden Arbeitsplätze werden seitens des Personals trotz wachsender Belastungen gehalten, eine Mehrbelastung durch Arbeitsverdichtung und Überstunden muss dabei von vielen Beschäftigten in Kauf genommen werden. Als Entlastungsfaktoren kommt eher eine Absenkung der Fachkraftquote bis zur gesetzlichen Grenze in Frage, als eine Ausweitung der Beschäftigung von Aushilfen. Zugleich nimmt trotz der eigentlich nicht sonderlich angespannten Stellmarktsituation die Zahl sowie die Qualifikation der Bewerber ab. Gleiches wird auch für den Bereich der Auszubildenden in der Altenpflege gesehen. Somit erklärt sich auch, dass der Aufwand für die geeignete Personalgewinnung für das Management stetig zunimmt. Die Studie weist zurzeit etwa 9 Millionen Überstunden nach, die derzeit in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe angehäuft wurden. Dies entspricht mehr als 5.000 Vollzeitstellen. Zudem müssen wir aufgrund der Ergebnisse zurzeit von etwa 3.600 offenen Stellen in den Pflegeheimen ausgehen. Hinzu kommt die Zahl der neuen Stellen durch die Neugründungen von stationären Altenhilfeeinrichtungen. Dabei handelt es sich derzeit pro Jahr um ca. 160 Einrichtungen, die durchschnittlich etwa 25 Stellen für qualifiziertes Pflegepersonal besetzen müssen. Daraus ergibt sich ein jährlich zusätzlicher Bedarf von 4000 Stellen. Um aus dem

derzeitig beschriebenen Druckkessel Altenheim „Dampf“ abzulassen und zusätzlich den bestehenden Bedarf durch offene und neue Stellen zu decken, müssten demzufolge in diesem Jahr ca. 12.600 Vollzeitstellen neu besetzt werden. Nach dem derzeitigen Schlüssel im Verhältnis von Vollzeit- und Teilzeitstellen bedeutet dies eine Beschäftigtenzahl von ca. 20.000 Pflegekräften.

4 Situation der Einrichtungen

Im Folgenden werden beschreibende Auswertungen vorgestellt, die vor dem Hintergrund der Situation der Einrichtungen zu diskutieren sind.

4.1 Zunahme der Einrichtungsgröße

Die Anzahl der Bewohner pro Pflegeeinrichtung ist ein wichtiger Indikator für die Größenordnung des Betriebes. Die Zahl der Einrichtungen, die zwischen 50 und 100 Bewohner betreuen, nahm innerhalb des Zeitraums von 1999 bis 2001 allein um 250 zu. Dies geht insbesondere auf Neugründungen von Einrichtungen zurück.

Anzahl der Bewohner	1999 absolut	1999 Prozent	2001 absolut	2001 Prozent
1 – 50	4.085	46.0 %	4.051	44,2 %
50 – 100	3.054	34.6 %	3.307	36.1 %
100 – 200	1.561	17.6 %	1.656	18.1 %
über 200	159	1,8 %	151	1.6 %
Gesamt	8.859	100 %	9.165	100 %

Tabelle: Zunahme der Bewohner pro Pflegeheim ²⁹

Die Tabelle zeigt, dass die Zahl der mittelgroßen Einrichtungen zunimmt und die der kleineren Einrichtungen leicht abnimmt. Der stärkste Anstieg ist im Segment 50 – 100 Bewohner zu verzeichnen. Dies ist bedeutsam für die im weiteren Verlauf dargestellte Personalsituation.

4.2 Anstieg spezifischer Versorgungsleistungen

Die Verteilung des Anteils demenzerkrankter Bewohner zeigte sich in der Studie wie folgt

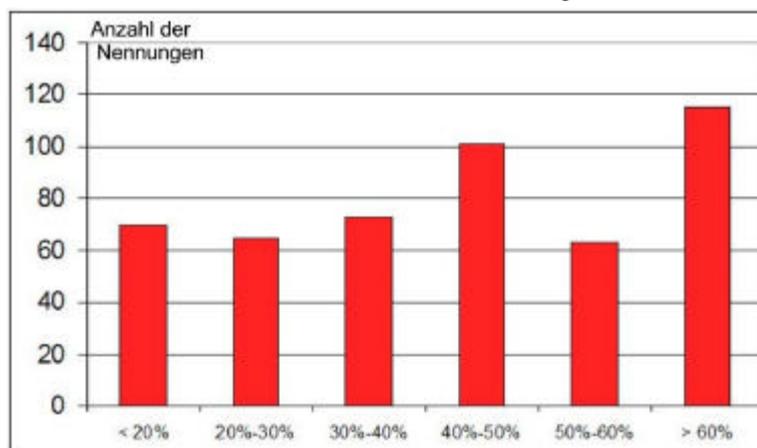


Abbildung: Verteilung der demenzerkrankten Bewohner.

²⁹ Quelle: Pflegestatistik 1999 und 2001

Prozentual ergibt sich daraus, dass 36,5% der befragten Einrichtungen bereits heute einen Anteil an demenzerkrankten Bewohnern von 50% oder mehr aufweist. Nicht nur demenziell veränderte Bewohner bedürfen in besonderem Maße aufwendiger Betreuung. Auch die Versorgung gerontopsychiatrischer Bewohner (bspw. mit Altersdepressionen, Psychosen u.a.) ist eine Herausforderung der Gegenwart und mehr noch der Zukunft. 91% der Befragten erwarten auch in diesem Bereich zukünftig einen weiteren Anstieg an spezifischen Versorgungsleistungen. Altenpflege wird somit zunehmend zur gerontopsychiatrischen Spezialpflege werden.³⁰ Ausreichende Ressourcen sind die Voraussetzung für eine angemessene und würdevolle Versorgung und Betreuung der alten Menschen. Mit einer Zunahme an demenziell und gerontopsychiatrisch veränderten Bewohnern ist zu erwarten, dass sich dieser Indikator der Arbeitsverdichtung weiter zuspitzen wird. Für den stationären Altenhilfebereich werden bislang keine zusätzlichen spezifischen Leistungen in diesem Feld finanziert. Zusatzleistungen konnten über das Pflegeleistungsergänzungsgesetz für die betreuenden Angehörigen in der häuslichen Umgebung erreicht werden.³¹ Die Pflegeversicherung selbst ist bislang auf eine technische Hilfestellung durch Verrichtungsübernahme und –assistenz ausgelegt, nicht auf die diesen Bewohnern entsprechenden erhöhten Betreuungsleistungen.³²

4.3 Anstieg medizinisch-pflegerischer Versorgung

Eine weitere Zunahme und Veränderung der Betreuung ergibt sich aus den grundlegenden Strukturveränderungen des Gesundheitswesens. Durch die Einführung der Fallpauschalen als Grundlage der Finanzierung im Krankenhaussektor wird sich eine frühzeitigere Entlassung der Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt ergeben. Damit muss auch von kurzfristigeren Übernahmen von Patienten in die stationäre Altenhilfe ausgegangen werden. Diese werden in stärkerem Maße abhängig von medizinisch-pflegerischer Nachsorge sein und bedürfen einer Fortführung der im Krankenhaus begonnenen Therapie. Somit stellt sich für die Altenpflege das Problem einer Neuausrichtung bzw. einer Erweiterung der bestehenden Tätigkeiten. 508 der Befragten erwarten diesbezüglich eine Veränderung und eine Steigerung der Arbeitsintensität.

³⁰ Der deutlich steigende Anteil pflegebedürftiger Menschen im neunten Lebensjahrzehnt ist auch auf die zunehmende Anzahl demenzkranker Menschen zurückzuführen. Die Häufigkeit schwerer und mäßig schwerer Demenzen nimmt mit steigendem Alter erheblich zu: Bei den 70- bis 74-Jährigen liegt sie bei nahezu 0 Prozent, bei den 80- bis 84-Jährigen bei 11 Prozent, bei den 90- bis 94-Jährigen bei 31 Prozent. (vgl. 3. Altenbericht der Bundesrepublik Deutschland)

³¹ vgl. Pflegeleistungsergänzungsgesetz vom 01.01.2002

³² „Eine Besonderheit des Hilfebedarfs demenzerkrankter älterer Menschen liegt darin, dass der Schlüssel für eine Bewältigung der kognitiven Einschränkungen in der Präsenz von Hilfspersonen liegt, die einen emotionalen Zugang zu dem Erkrankten haben. Lösungsansätze, die ausschließlich im Angebot von technischen Hilfen bestehen, um verloren gegangene Funktionen zu kompensieren, scheinen von vornherein ungeeignet.“ (vgl. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen)

Wir erwarten zukünftig einen höheren Anteil an Behandlungspflege

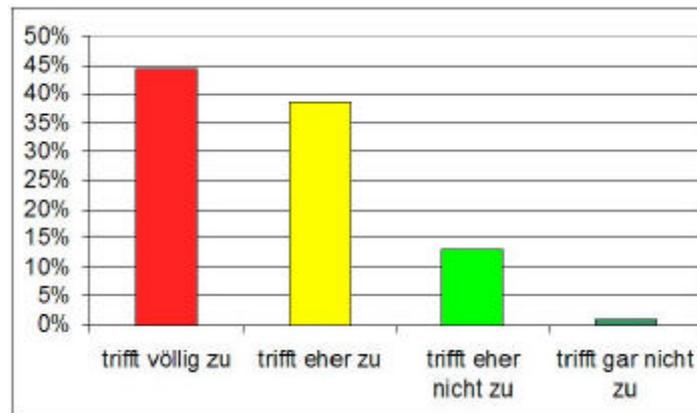


Abbildung: Anstieg an Behandlungspflege

4.4 Anstieg der Ansprüche

Die meisten Bewohner oder ihre Angehörigen zahlen entsprechend ihrer Pflegestufe einen wachsenden Anteil an der Versorgungsleistung selbst. Entsprechend hoch ist die Erwartung an die Einrichtungen, für die Geldleistungen entsprechende Betreuungsleistungen zu gewährleisten.

Im Jahr 2002 waren die Erwartungen der Bewohner an die Pflegekräfte im Vergleich zum Vorjahr...

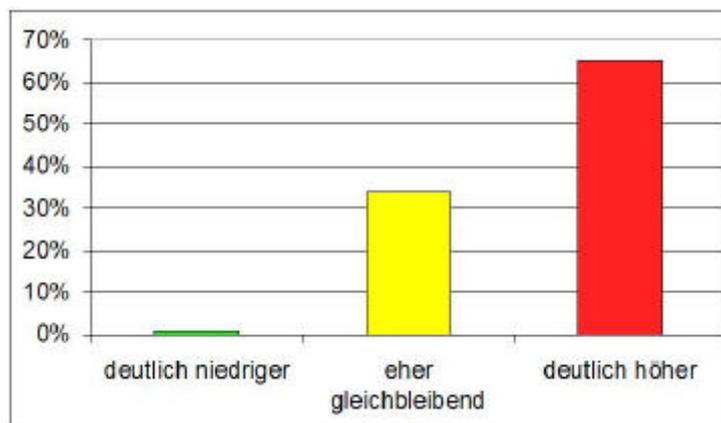


Abbildung: Gestiegene Bewohneransprüche

Die Einrichtungen sehen sich jedoch nicht nur einem Anstieg der Erwartungen durch die Bewohner gegenüber, sondern auch gesteigerten Ansprüchen durch die Angehörigen. Auch bei dieser Frage beschreiben 77% der Studienteilnehmer einen deutlichen Anstieg im Vergleich zum Vorjahr. Auch wenn es sich hierbei um Einschätzungen handelt, so kann die klare Tendenz nicht übersehen werden und offensichtlich wird dem Aspekt „Kundenorientierung“ zusehends in den Einrichtungen Aufmerksamkeit geschenkt.

Anforderungen resultieren jedoch nicht nur aus steigenden Ansprüchen an die Betreuung, sondern auch durch die Zunahme des Pflegeaufwandes selbst. So gaben 78% der Befragten an, dass sie Höherstufungen beantragten und diese auch im überwiegenden Maße bewilligt

wurden. Die Studienteilnehmer wiesen darauf hin, dass sie nicht davon ausgehen, dass die Höherstufungen auch den entsprechenden Mehraufwand tatsächlich abdecken.

Auf die Frage nach dem Anstieg des direkten Pflegeaufwandes bezogen auf die Bewohner antworteten die Befragten folgendermaßen:

Im Jahr 2002 war der Pflegeaufwand für unsere Bewohner im Vergleich zum Vorjahr

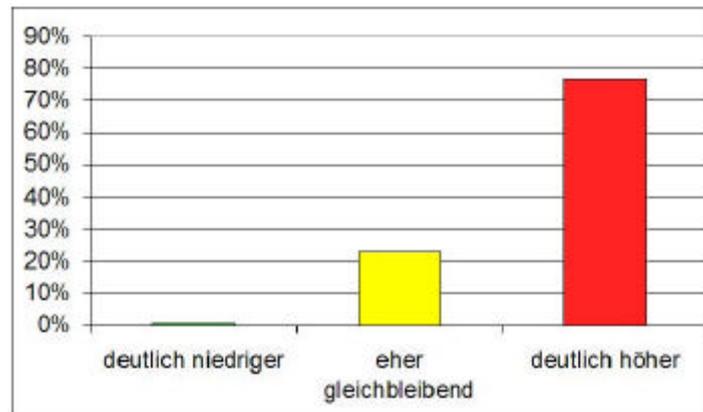


Abbildung: Gestiegener Pflegeaufwand

Zu dem direkt gestiegenen Pflegeaufwand in der Betreuung kann auch ein Anstieg des indirekten Pflegeaufwandes beobachtet werden, der sich vor allem durch die erhöhten Ansprüche an das Qualitätsmanagement erklären lässt. Mit Einführung des Pflegequalitätssicherungsgesetzes haben sich erhöhte Anforderungen an Administration und Dokumentation ergeben. Auch in diesem Bereich sahen die Studienteilnehmer steigende Anforderungen und eine damit verbundene Erhöhung der Arbeitsintensität. So stellten 88% der Befragten eine deutlich höhere Belastung ihrer Mitarbeiter durch administrative Tätigkeiten fest, die sich im Rahmen von Qualitätssicherungen ergeben.

4.5 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich ein komplexes Geschehen der Zunahme verschiedenster Anforderungen und Ansprüche an die in der Altenpflege Beschäftigten aufzeigen lässt. Dies ergibt sich ursächlich im Wesentlichen aus dem Anstieg gerontopsychiatrischer und medizinisch-pflegerischer Versorgungsleistungen, steigender Ansprüche seitens der Bewohner und Angehörigen, Auflagen des Gesetzgebers und der allgemeinen Erhöhung der pflegerischen Leistungen für die Bewohner. Die erhöhten Anforderungen ziehen einen Prozess nach sich, den wir als „Arbeitsverdichtung“ beschreiben können.

5 Entwicklung der Personalsituation

Wesentlich für die Schaffung entsprechender Ausbildungsangebote und Veränderungen der Ausbildungsinhalte ist die Frage danach, wie die Leitungskräfte den zukünftigen Bedarf an Pflegekräften einschätzen und welche Erkenntnisse darüber bundesweit vorliegen.

5.1 Entwicklung des Bedarfs an Pflegekräften

Eine generelle Aussage über den Bedarf an Pflegekräften zu treffen, ist schwierig. Der Bedarf hängt von einer Vielzahl sich verändernder Faktoren ab. Neben ökonomischen und soziokulturellen Veränderungen, demografischen und medizinischen Entwicklungen, sind es gesetzliche Neuregelungen und Veränderungen am Arbeitsmarkt, die einen Einfluss auf Bedarf und Ausbildungskapazität ausüben. Die Arbeitslosenquote alleine kann in diesem Bereich nicht als ein verlässliches Maß für eine vermeintlich bestehende Überkapazität bewertet werden. Im Bereich der Altenpflege ist ein erheblicher Anteil an sog. Umschülern zu verzeichnen.³³ Ob diese nach absolvierter Ausbildung auch tatsächlich in das Berufsfeld einsteigen (möchten), kann nicht beurteilt werden, da dazu verlässliche Zahlen fehlen. Ebenso ist der Anteil an älteren Auszubildenden signifikant höher als in anderen Berufen des Gesundheitswesens. Der Beruf ist daher öfter als bei anderen eine Zweitausbildung. Somit ist potenziell für viele Berufsangehörige die Möglichkeit der Rückkehr in einen erlernten Erstberuf gegeben. Der Frauenanteil in den Berufen lag im Jahr 2001 bei 86,6%.³⁴ Ein Berufsausstieg durch Erziehungszeiten oder das Wechseln in eine Teilzeittätigkeit ist somit wahrscheinlicher als in Berufen mit einem vergleichbar hohen Männeranteil. Ebenso wird die Verbleibsdauer in den Berufen der Pflege als niedrig eingeschätzt.^{35,36} Es existieren leider in dem Bereich keine aktuellen Zahlen.³⁷ Zu bedenken ist auch der in dem Berufsfeld große Anteil an Teilzeitbeschäftigten, so dass davon ausgegangen werden muss, dass die Absolutzahlen der zur Verfügung stehenden Beschäftigten wesentlich höher liegen müssen als die Anzahl der freien Stellen. Wie sich der zukünftige Bedarf entwickeln wird, ist u.a. in er-

³³ „Von allen Personen, die im Jahr 2001 eine Umschulungsmaßnahme begannen (87.973), wurden hauptsächlich folgende Berufe gewählt: Altenpfleger (8.969 bzw. 10,2 %)..." Vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) Berufsbildungsbericht 2003, Berlin, 2003

³⁴ vgl. Statistisches Bundesamt.: Gesundheitspersonal nach Berufen. Aktualisiert am 24. April 2003

³⁵ „die Altenpflege ist durch geringe Berufsverbleibsdauer und hohe Ausstiege gekennzeichnet: Eine BiBB-Untersuchung zeigt, dass nach fünf Jahren im Beruf nur noch 15 % im erlernten Beruf tätig sind: Ein Drittel wollen schon während der Ausbildung wechseln und planen ihren Ausstieg, 26,3 % steigen im ersten Jahr aus, von den Verbliebenen sind über 40 % unzufrieden mit ihren Arbeitsbedingungen. 15 % bleiben noch längstens neun Jahre und wechseln dann zu 20 % in andere Berufe, 10 % nehmen ein Studium (ein Drittel ein pflegewissenschaftliches Studium) auf, über dessen Einmündung es bisher noch keine Aussagen und Marktwert gibt.“ Vgl. Becker, Meifort (1997) zitiert nach Karsten, Degenkolb, Hetzer et al.: Entwicklung des Qualifikations- und Arbeitskräftebedarfs in den personenbezogenen Dienstleistungsberufen. Expertise im Auftrag der Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen. Berlin. BBJV Verlag, 1999

³⁶ „Die Verweildauer in den Berufen der Altenpflege ist ungewöhnlich kurz. Das zeigt ein Blick auf andere Berufe, in denen ebenfalls überwiegend Frauen beschäftigt sind. So arbeiten in kaufmännischen Berufen rund 70 v.H. der Beschäftigten nach fünfjähriger Tätigkeit noch im erlernten Beruf. Die Berufsverweildauer von Krankenpflegekräften ist fast doppelt so hoch wie die von Altenpflegekräften. Auch die Berufsverweildauer der Facharbeitsberufe des dualen Systems ist deutlich höher: Rund 55 v.H. der Lehrlinge sind nach fünf Jahren noch im erlernten Beruf tätig.“ Vgl. BVerfG, 2 BvF 1/01 vom 24.10.2002, Absatz-Nr. (1 - 392), <http://www.bverfg.de/> 19.06.2003

³⁷ Derzeit wird von der Universität Wuppertal eine internationale Verbleibsstudie in den Pflegeberufen durchgeführt. Vgl. <http://www.next-study.de>.

heblichem Maße durch die Neu- und Umstrukturierung des Gesundheitswesens generell abhängig. Diese wird einen Einfluss auf sich verändernde Arbeitsfelder, Arbeitsangebote und Nachfrage an pflegerischen Dienstleistungen nach sich ziehen. Insgesamt wird der Bedarf als demografisch bedingt weiter steigend eingeschätzt und der (Alten)Pflegermarkt als ein wachsender betrachtet.³⁸

5.1.1 Entwicklung des Bedarfs an Pflegefachkräften

Auf der Ebene einer Einschätzung wurde die Frage nach dem zukünftigen Bedarf spezieller Fachkräfte mit gerontopsychiatrischer Fachweiterbildung gestellt. Vor dem Hintergrund der Zunahme an Bewohnern mit entsprechenden Krankheits- und Pflegebildern ist dieses Problemfeld in besonderem Maße in den Blickpunkt zu nehmen.

Wir werden zukünftig mehr Pflegefachkräfte mit spezieller gerontopsychiatrischer Fachweiterbildung benötigen.

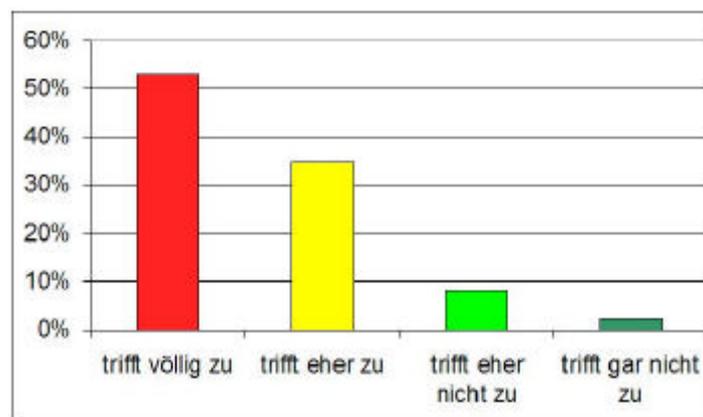


Abbildung: Erwarteter Bedarf an gerontopsychiatrischen Fachpflegekräften

Es zeigt sich, dass 71% der Antwortenden im Rahmen der Zunahme der gerontopsychiatrisch veränderten Bewohner auch eine notwendige Zunahme an fachqualifiziertem Personal wünschen. Dem gegenüber kann die Einschätzung gestellt werden, die die Leitungskräfte zukunftsbezogen machten:

125 der Studienteilnehmer erwarten zukünftig einen *Personalmangel* und einen *Mangel an Fachkräften* (138). Eine weitere Gruppe der Befragten geht etwas neutraler formuliert davon aus, dass es in den stationären Altenhilfeeinrichtungen zukünftig *weniger Pflegefachkräfte* (78) geben wird. Vornehmlich mit Verweis auf dieses Spannungsfeld zwischen höheren Erwartungen und weniger (qualifiziertem) Personal wird eine *ansteigende Fluktuation* (59) mit hohem Anteil an *Berufsaussteigern* (22) erwartet.

5.1.2 Entwicklung des Bedarfs an Auszubildenden

Altenpflege-Fachseminare werden teilweise durch Landesmittel refinanziert, zu einem nicht geringen Teil werden die Ausbildungen jedoch auch durch Mittel der Arbeitsförderung (Um-

³⁸ „Wird zudem ein gewisses Maß an politischer und rechtlicher Kontinuität unterstellt und darüber hinaus angenommen, dass auch weiterhin eher eine Verbesserung als Verschlechterung der Pflegequalität gesellschaftlich und politisch gewünscht ist - was aufgrund der Tatsache, dass (gute) Pflege vor allem entsprechendes Personal erfordert, eher weiter Personalwachstum in der Altenpflege induziert - so lassen sich verschiedene *Szenarien* der künftigen Beschäftigungsentwicklung in der Altenpflege aufzeigen. Diese liegen in einem möglichen Korridor mit jährlichen Wachstumsraten von 1,5-3%.“ Vgl. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in NRW. Düsseldorf, 2001

schulungen) getragen.³⁹ Daher existieren regionale Pflegekonferenzen oder Landeskonferenzen, in denen eine Ausbildungsquote festgelegt wird.⁴⁰ Die Altenpflegefachseminare sind somit bezüglich der Anzahl von Auszubildenden nur bedingt selbstständig. In den einzelnen Bundesländern gibt es unterschiedliche Initiativen, die sich um die bedarfsgerechte Ausbildungsanzahl bemühen. Hier gilt jedoch das gleiche, wie bei der generellen Einschätzung des Bedarfs an Pflegekräften. Aussagekräftiges, vergleichendes Zahlenmaterial zum Stand der in Ausbildung befindlichen Altenpflegenden liegt nicht vor, da die Ausbildung bislang in unterschiedlichen Schulformen stattfindet, die in jeweils unterschiedliche Landes- oder Bundesstatistiken eingerechnet werden.

Laut Angaben des Bundesministeriums für Bildung und Forschung⁴¹ befanden sich bundesweit im Jahr 2000/2001 in der Ausbildung 11.833 Altenpfleger/innen.⁴² Im Jahr 1999/2000 waren es 11.617 Auszubildende.⁴³ Die Landesberichterstattung Gesundheitsberufe in NRW weist zusätzlich 11.458 Schüler und Schülerinnen in der Altenpflege aus. Diese Zahlen werden aus landesschulrechtlichen Erwägungen nicht in die Bundesstatistik aufgenommen.⁴⁴ Die Absolutzahl der Auszubildenden ist dabei vermutlich deutlich höher. Das statistische Bundesamt geht für das Schuljahr 2000/2001 von insgesamt 37.649 Auszubildenden im Bereich der Altenpflege für das gesamte Bundesgebiet aus.⁴⁵ Eine Statistik des Vorjahres wurde an der Stelle nicht geführt, da erst durch das neue Altenpflegegesetz die Altenpflege zu den Gesundheitsberufen gezählt wird. Regional bestehen große Unterschiede in den Einschätzungen bezüglich möglicher Unter- oder Überkapazitäten. In NRW beispielsweise erfolgte eine Reduzierung der Schülerzahlen im Zeitraum von 1996 (14.600) bis 1999 (11.458). Mit der Reduzierung der Ausbildungsplätze geht auch eine Reduzierung der Ausbildungsstätten einher sowie eine Reduzierung der Anzahl der durchgeführten Ausbildungsgänge.

5.2 Qualifizierungsmaßnahmen der Altenpflege

Die befragten Teilnehmer der Studie gehen entsprechend der Arbeitsverdichtung und der damit einhergehenden notwendigen Erhöhung der Qualität der Pflege von einer notwendigen weiteren Qualifizierung des Personals aus. Zu differenzieren ist in dem Bereich einerseits die Qualifikation für die eigentliche Versorgung der Bewohner und andererseits die Qualifikation, die notwendig erscheint, um den gestiegenen Anforderungen an das Qualitätsmanagement nachkommen zu können. So gehen derzeit 39% der Studienteilnehmer davon aus, dass die Mitarbeiter nur unzureichend den Ansprüchen der regelmäßig überprüften Pflegedokumenta-

³⁹ Veränderungen an den Finanzierungsgrundlagen führen schnell zu veränderten und unkoordinierten Steuerungsmaßnahmen der Kostenträger. So wird die geplante Veränderung des Arbeitsförderungsgesetzes ab 1.1.2004 mit der Rücknahme der Förderungsdauer von 36 auf 24 Monate massive Auswirkungen auf den Anteil der Umschüler haben.

⁴⁰ So heißt es beispielsweise in der Gesundheitsberichterstattung Gerontopsychiatrie des Erftkreises: „Für den Erftkreis direkt ergibt sich aus der Differenz zwischen starker Nachfrage nach qualifizierten Pflegekräften und schwachem Angebot sowie dem nach der Datenlage völlig unzureichendem Angebot von gerontopsychiatrischen Pflegekräften die Notwendigkeit, in dieses Ausbildungssegment zu investieren.“ (ebd. 2002, Landrat des Erftkreises, Gesundheitsamt, S. 115)

⁴¹ Die Zahlen des BMBF sind auf den Anteil der Auszubildenden in berufsbildenden Schulen beschränkt. Altenpflegefachseminare existieren in der Aufstellung nicht.

⁴² vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.): Berufsbildungsbericht 2003, Berlin, 2003, S.733;

⁴³ vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.): Berufsbildungsbericht 2002, Berlin, 2002, S.706

⁴⁴ vgl. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW (Hrsg.): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2001, Düsseldorf o.J.

⁴⁵ vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002. Daten des Gesundheitswesens. Bonn, 2002

tionen und Pflegeplanungen genügen. Mit Einführung des Pflegequalitätssicherungsgesetzes und durch die Überprüfungen der Qualität seitens des Medizinischen Dienstes der Kassen ist ein erhöhter Kenntnisstand auch in diesen Bereichen gefordert. Aus der kritischen Einschätzung bezüglich der Qualität der Bewerber und der Auszubildenden ergibt sich die Notwendigkeit, in den Einrichtungen entsprechenden Qualifikationsangebote selbst vorzunehmen bzw. zu fördern und das Personal durch Personalentwicklungsmaßnahmen entsprechend weiterzubilden.

5.2.1 Mitarbeiter in Fort- und Weiterbildung

Seitens der Einrichtungen sind selbst verstärkt Bemühungen erkennbar, für die notwendige Qualifizierung zu sorgen.

Im Jahr 2002 war die Zahl der Mitarbeiter, die eine Fort- oder Weiterbildung besuchten im Vergleich zu Vorjahr

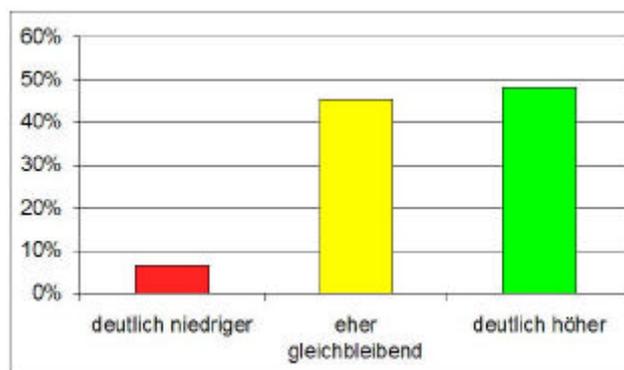


Abbildung: Zahl der Mitarbeiter, die eine Fortbildung oder Weiterbildung besuchten

Die Summe der Fortbildungstage und Weiterbildungstage ist ungeachtet der Arbeitsverdichtung offensichtlich gestiegen.

Im Jahr 2002 ist die Summe der Fort- und Weiterbildungstage im Vergleich zu Vorjahr

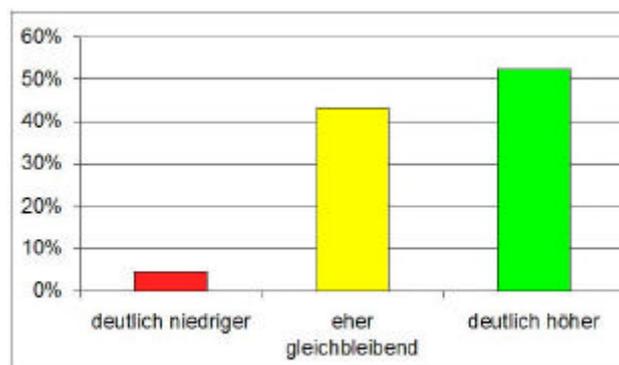


Abbildung: Summe der Fort- und Weiterbildungstage

Die Zunahme an Qualifikationsmaßnahmen kann u.a. zurückgeführt werden auf die notwendige Befähigung von Wohnbereichsleitungen und auf spezifische Arbeitsaufgaben in gerontopsychiatrischen Fachbereichen. Auch im Bereich der Implementierung neuer Konzepte sind Spezialkenntnisse notwendig, die nicht immer zur Grundausbildung gehören. Die hier aufgezeigten Ausmaße deuten auf eine „Qualifikationsoffensive“ in der stationären Altenpflege hin.

Der als positiv zu betrachtende deutliche Anstieg der Qualifizierungsmaßnahmen hat jedoch vor dem Hintergrund der Personalsituation selbst wiederum einen belastenden Einfluss: mit der Erhöhung der Fortbildungstage geht zugleich ein Anstieg der Überstunden einher, denn nicht alle Tage können durch zusätzliche Aushilfen abgedeckt werden. So werden die fort- und weiterbildungsbedingten Fehlzeiten vom bestehenden Personal kompensiert und tragen hier zusätzlich zur Arbeitsverdichtung bei.

5.2.2 Personalentwicklung

Die Befragten äußerten sich zu den von ihnen angewendeten Instrumenten der Personalentwicklung.

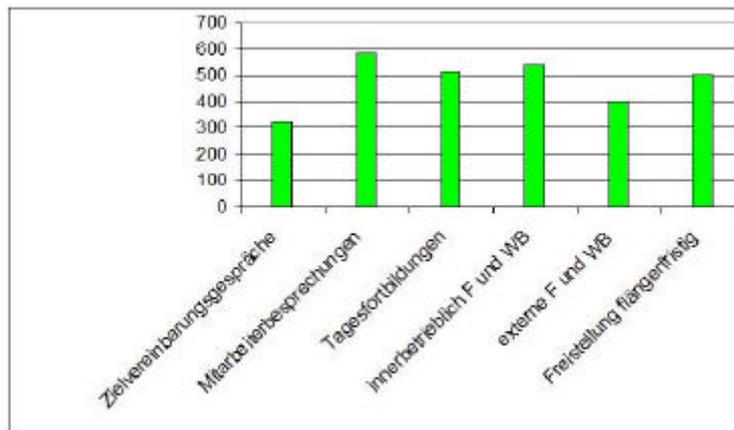


Abbildung: Angewandte Instrumente Personalentwicklung

96% führen demnach regelmäßige Mitarbeitergespräche durch, 88% der Einrichtungen stellen innerbetriebliche Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zur Verfügung, 84% bieten regelmäßige Tagesfortbildungen an. Externe Angebote werden von 65% der Einrichtungen genutzt. 82% stellen ihre Mitarbeiter auch für längerfristige Weiterbildungsteilnahmen frei. In 53% der befragten Einrichtungen werden mit den Mitarbeitern Zielvereinbarungsgespräche durchgeführt.

5.2.3 Qualifikationsinhalte

Zukunftsbezogen sehen die Befragten eine mögliche positive Veränderung bezüglich der Qualifikationen bei Auszubildenden und Bewerbern und machten Aussagen hinsichtlich der aus ihrer Sicht notwendigen inhaltlichen Ausrichtung der Ausbildung.

Der größte Teil der Befragten (257) erwartet zukünftig mit dem neuen bundeseinheitlichen Altenpflegegesetz eine qualitative Verbesserung der Ausbildung mit einer höheren Qualifikation der Absolventen. Das beinhaltet konkrete Forderungen nach anderen Schwerpunkten in der Ausbildung. So halten es 59 Teilnehmer für wichtig, dass die Auszubildenden ausreichende Kenntnisse in den Bereichen Pflegedokumentation, Pflegeplanung, Pflegeprozess und Qualitätssicherung erwerben. Die Vermittlung von Kenntnissen in der Pflege gerontopsychiatrischer und dementer Bewohner halten 48 für ausdrücklich wünschenswert. 33 sprechen sich für einen Schwerpunkt in der Behandlungspflege aus. Die Vermittlung sozialer, einschließlich kommunikativer Kompetenzen fordern ausdrücklich 23 der Teilnehmer. 139-mal wurde angegeben, dass die Ausbildung insgesamt praxisbezogener sein müsse.

5.2.4 Anwerbung ausländischer Pflegekräfte

Die Problematik der Personalgewinnung im inländischen Bereich ist bereits dargestellt und diskutiert worden. Für die Einrichtungen besteht grundsätzlich auch die Möglichkeit, ausländische Pflegefachkräfte zu gewinnen. Die Diskussion um den Einsatz einer „Green Card“ für Pflegekräfte wird immer wieder aufgenommen. Auswirkungen einer EU Erweiterung für die Personal- und Arbeitsmarktsituation in der Pflege können derzeit nur hypothetisch vermutet werden. In der Befragung sollte ermittelt werden, wie die Leitungskräfte zu der generellen Möglichkeit der Anwerbung stehen und ob ausländische Pflegekräfte eine Chance haben sich im Markt zu behaupten.

Von 659 Befragten haben 585 diese Frage beantwortet. Da häufig mehrere Aspekte in einer Antwort genannt wurden, ergaben sich hier insgesamt 667 auswertbare Aussagen. Der weitest- aus größte Teil der Teilnehmer (256) sieht bei diesem Thema die Sprachproblematik im Vordergrund. 136 mal wurden allgemeine Sprachprobleme genannt, die, wenn sie näher erläutert wurden, hauptsächlich Dokumentation, Pflegeplanung und Biographiearbeit stark beeinträchtigen. 119 der Befragten waren der Meinung, dass grundsätzlich nichts gegen einen Einsatz ausländischer Pflegekräfte spricht, vorausgesetzt, sie haben gute Deutschkenntnisse. Die unterschiedlichen Kulturen der ausländischen Pflegekräfte halten 31 für hinderlich in der Pflege, 20 Befragte erwarten ausdrücklich eine mangelnde Akzeptanz durch die Heimbewohner. Die Ergebnisse decken sich im Wesentlichen mit den Aussagen aus dem Pflege-Thermometer 2002.

5.3 Zusammenfassung

Die Entwicklung der Personalsituation in der Altenpflege ist nur schwer einzuschätzen. Sie hängt ab von den vorhandenen Daten und ihrer Güte, sowie von der Einschätzbarkeit der einflussnehmenden Faktoren. So hängen Aussagen zum jetzigen und zukünftigen Personalbedarf u.a. von der Entwicklung des Arbeitsmarktes, den Berufsverweildauern, der Quote von Berufsrückkehrern und auch von der Entwicklung der Ausbildungszahlen ab. Generell erwarten die Einrichtungen aber einen stark ansteigenden Bedarf an Fachpersonal z.B. mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung. Die Daten zur Ausbildung in der Altenpflege sind zurzeit uneindeutig und hängen ab von der jeweiligen Grundlage der Ermittlung. Diese wiederum basiert auf den zugrundeliegenden landes- oder bundesrechtlichen Ordnungsrahmen. Generell scheinen aber die Ausbildungszahlen in der Altenpflege seit Jahren zu sinken, was u.a. auch finanzielle und kostenträgerbezogene Ursachen hat. Allenthalben wird beklagt, dass die derzeitige „Kurzfristigkeit“ von Lösungsansätzen den zukünftigen Entwicklungen und Anforderungen nicht gerecht werden kann, d.h. es wird so schnell wie möglich eine nachhaltige Planungsgrundlage in Form einer systematischen Pflege- und Gesundheitsberichterstattung in diesen Fragen benötigt.⁴⁶

Die Hoffnungen jedenfalls, dass sich die Altenpflegeausbildung aufgrund des neuen Altenpflegegesetzes deutlich verbessert, sind unter den Befragten groß. Zukünftig wünschen sich die Leitungskräfte der Einrichtungen vor allem eine Erhöhung der Ausbildungsqualität entsprechend den Notwendigkeiten des Qualitätsmanagements und der Veränderung der Arbeitsinhalte. Dabei sollen vor allem gerontopsychiatrische Fachkenntnisse und Konzepte vermittelt werden und dem zu erwartenden Anstieg behandlungspflegerischer Versorgung

⁴⁶ Vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.): Pflegeberichterstattung im Überblick. Eine Studie über Pflegedaten im In- und Ausland. Hannover 2003

Rechnung getragen werden. Auch die aktive Mitarbeit an Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement wird vorausgesetzt.

Indes betreiben die Einrichtungen der stationären Altenhilfe bereits heute stark zunehmende Aktivitäten in den Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Wir können hier durchaus von einer „*Qualifikationsoffensive*“ in der Altenpflege sprechen. Dies ist angesichts der zuvor aufgewiesenen Druckkesselproblematik und der Arbeitsverdichtung nicht selbstverständlich. Die Bildungsinterventionen versprechen schließlich erst auf längere Sicht positive Wirkungen, auf kürzere Sicht tragen sie eher zum weiteren Anstieg der Belastungen und des Drucks auf die Mitarbeiter bei. In den Einrichtungen werden letztlich zahlreiche Instrumente der Personalentwicklung angewandt, die ggf. auch ihren Beitrag zur abnehmenden Fluktuation der Mitarbeiter leisten. Wenn hierzulande dessen ungeachtet nur unzureichend Pflegepersonal angeworben werden kann, wird im Einsatz ausländischer Pflegekräfte eine Möglichkeit gesehen. Diese bedürfen jedoch sehr guter Kenntnisse in Sprache und Schrift, um den Ansprüchen zu genügen.

6. Qualität in den Einrichtungen

Die Qualität der Versorgung zu bestimmen ist ein schwieriges Vorhaben und bedarf der Kenntnisse der Einrichtung und der Prüfung und in Augenscheinnahme vor Ort.⁴⁷ Qualität kann nicht ausschließlich über standardisierte Befragungen abgeprüft werden. Die Einrichtungen sind gesetzlich verpflichtet, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen und diese offen zu legen.⁴⁸ Eine umfassende Beschreibung und Darlegung bezüglich der Qualität ist im Rahmen dieser Studie nicht möglich. Dennoch sollen an dieser Stelle Selbstaussagen der Leitungskräfte bezüglich ihrer bislang erreichten Qualität der Einrichtung dargestellt werden.

6.1 Versorgungsqualität

Im Jahr 2002 war die von uns erreichte pflegerische Versorgungsqualität

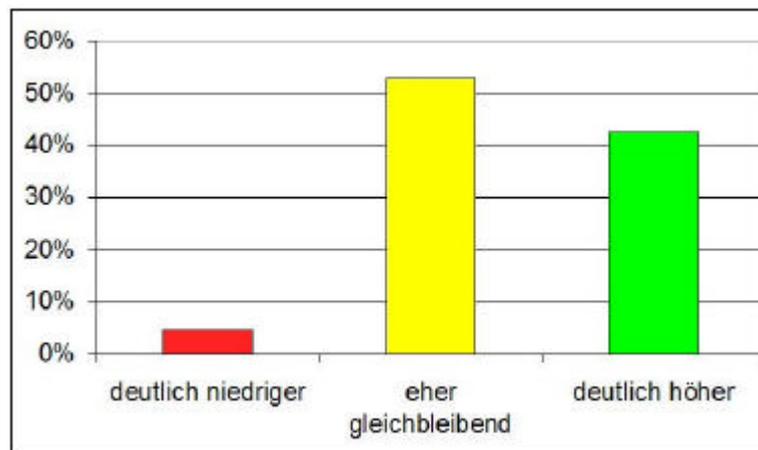


Abbildung: erreichte Pflegequalität

53% geben bei dieser Frage an, dass die pflegerische Versorgungsqualität eher gleich geblieben ist, 43% bemerken eine deutliche Erhöhung. Es ist jedoch zu diesem Ergebnis kritisch anzumerken, dass dies durch viele Faktoren beeinflusst sein kann. Zunächst ist zu bemerken, dass eine negative Aussage nur ungern getroffen wird und auch bei Untersuchungen mit öffentlichkeitswirksamem Charakter eher selten eindeutig negative Darstellungen erfolgen. Des Weiteren kann angemerkt werden, dass die Einrichtungen unter einem

⁴⁷ Hierfür stehen unterschiedliche Instrumente zur Verfügung. Die Qualität der Einrichtungen wird neben internen Begutachtungen auch extern seitens des MDK durchgeführt. „Mit der vorliegenden Anleitung bieten die MDK ein Verfahren der Qualitätsprüfung an, das in ein allgemeines Verständnis von Qualitätssicherung eingebettet ist.“ Vgl. MDS e.V. (Hrsg.): MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach §80 SGB XI in der stationären Pflege. Essen, 2002

⁴⁸ vgl. Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG) Vom 9. September 2001 § 112 (2) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen und in regelmäßigen Abständen die erbrachten Leistungen und deren Qualität nachzuweisen; bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88).

hohen Aufwand Qualifikationsmaßnahmen der Mitarbeiter durchführen und sich davon versprechen, dass diese zu einer erhöhten Versorgungsqualität führt. Zudem sind die Einrichtungen durch verschiedene Gesetzgebungsverfahren zur Erhöhung der Qualität angehalten und werden diese auch bemerken (müssen). Von daher sind diese Aussagen vorsichtig zu interpretieren. Vor dem Hintergrund des Druckkesselgeschehens, der Arbeitsverdichtung und der erhöhten Anforderungen aufgrund verstärkter Qualifikationsbemühungen die Versorgungsqualität deutlich steigern zu können erscheint fraglich. Dennoch zeigt sich bei aller Vorsicht der Interpretation und in Einbezug der folgenden Aussagen, dass die Einrichtungen sich in erheblichem Maße in Prozessen der Qualitätsverbesserung befinden.

6.2 Ausstattungsqualität

Wesentlicher Indikator für die Qualität der Einrichtung ist die Ausstattung mit medizinischen Gütern und mit Heil-Hilfsmitteln. Diese werden in einem gewissen Umfang durch die Krankenkassen finanziert, wenn es sich um spezielle Güter für einen Bewohner handelt. Dennoch müssen auch die Einrichtungen selbst hinreichend Material zur Verfügung stellen.

6.2.1 Ausstattung mit Heil-Hilfsmitteln

Unsere Einrichtung verfügt über ausreichend Heil-Hilfsmittel

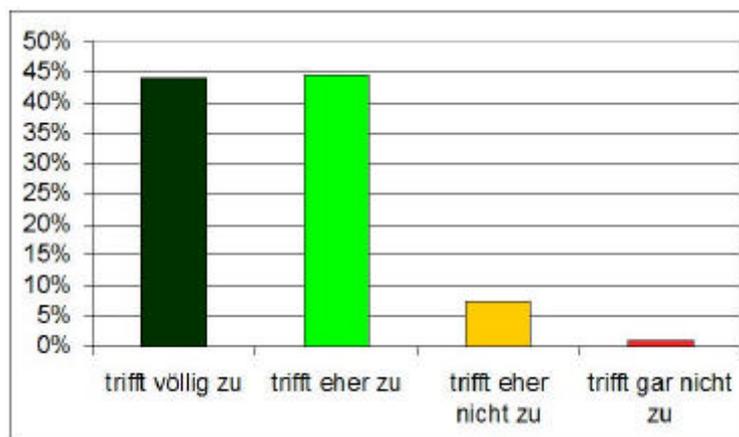


Abbildung: Heil-Hilfsmittelausstattung

89% der befragten Einrichtungen schätzen die Ausstattung bezüglich vorhandener Heil-Hilfsmittel als ausreichend ein. Diese Einschätzung spricht für eine grundsätzlich gute Ausstattungsqualität der Einrichtungen.

6.2.2 Ausstattung mit medizinisch-pflegerischen Verbrauchsgütern

Ein weiterer Ausstattungsindikator ist das Vorhalten von medizinisch-pflegerischen Produkten für die Versorgung der Bewohner. Auch diese werden bei Spezialbehandlungen von der Krankenkasse⁴⁹ finanziert, sind jedoch grundsätzlich auch durch die Einrichtung bereit zu stellen.

⁴⁹ Spezielle Materialien bedürfen dabei der Verschreibung durch einen Hausarzt.

Unsere Einrichtung verfügt über ausreichend medizinisch-pflegerische Verbrauchsgüter

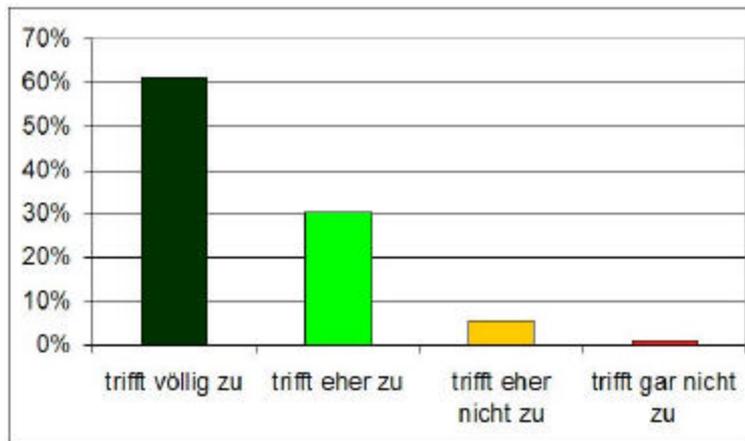


Abbildung: Ausstattung mit medizinisch-pflegerischen Verbrauchsgütern

Auch diesen Indikator sehen 91% der Befragten als erfüllt an. Das entspricht 561 Nennungen von 602 Einrichtungen, die diese Frage beantwortet haben. Bezüglich der grundsätzlichen Ausstattung mit medizinisch-pflegerischen Verbrauchsgütern kann daher nicht von einer Unterversorgung ausgegangen werden.

6.3 Inhaltliche Konzeptarbeit

Ein weiterer Indikator der Qualität ist der Grad an umgesetzten innovativen Konzepten der Pflege- und Behandlungsmethoden, die angewendet werden. Einrichtungen sind dazu aufgefordert, ihre Pflege an den aktuellen Erkenntnissen des pflegewissenschaftlichen und medizinischen Wissens auszurichten. In der folgenden Abbildung wird die grundsätzliche Beschäftigung mit einem benannten Konzept (roter linker Balken) in Verhältnis gesetzt mit einem nennenswerten Umsetzungsgrad (grüner rechter Balken).

Konzepte in der Entwicklung und bisheriger Umsetzungsgrad

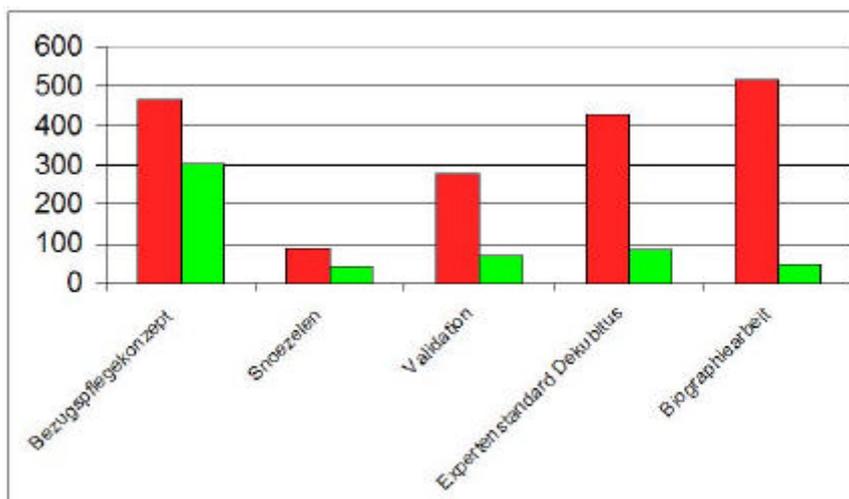


Abbildung: Konzepte und Umsetzungsgrad

Es zeigt sich zwischen den Einrichtungen doch ein deutlicher Unterschied zwischen der Anzahl der Konzepte, mit denen gearbeitet wird, bzw. die in Bearbeitung sind und dem bislang erreichten Umsetzungsgrad. Der deutlichste Unterschied ist im Bereich der Biographiearbeit

zu sehen. Nur 10% ist der bislang erreichte Umsetzungsgrad. Positiver fällt dies beim Bezugspflegesystem aus.⁵⁰ Der erreichte Umsetzungsgrad liegt hier bei 65%.

Als ein pflegewissenschaftlich abgesichertes Konzept gilt derzeit der „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe“.⁵¹ Dieser ist bislang trotz seines relativ weiten Bekanntheitsgrades in den befragten Einrichtungen nur zu knapp 20% umgesetzt, was angesichts der inzwischen auch haftungsrechtlichen Bedeutung dieses Instrumentes als problematisch anzusehen ist. Dieses Beispiel verdeutlicht die Grenzen der Innovationsfähigkeit von Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Erklärbar ist der verhältnismäßig lange Zeitraum, der für den Transfer pflegewissenschaftlich fundierter Konzepte in die Praxis benötigt wird nur angesichts der zahlreichen und gleichzeitig zu erfüllenden Anforderungen bei relativ geringen Personalressourcen. Hier muss aber dringend gehandelt werden! Gerade Dekubitalgeschwüre sind in der Langzeitpflege ein hoch bedeutsames Thema. Die Vermeidung von Dekubiti ist aufgrund der gravierenden Folgen für die Betroffenen und die Solidargemeinschaft und angesichts der heute bereits bekannten präventiv erfolgreichen Maßnahmen eine entscheidende Herausforderung, gleichsam ein Prüfstein für die Qualitätsentwicklung der stationären Altenpflege.

Etwas anders sieht es bei den beiden erfragten gerontopsychiatrischen Konzepten *Validation* und *Snoezelen*⁵² aus. Sie sind bislang zwar nur unzureichend erforscht, sind jedoch im Feld der Altenpflege zunehmend bekannt und werden dann auch angewendet. Der geringere Verbreitungsgrad kann an dieser Stelle so erklärt werden, dass nicht in allen Wohnbereichen gerontopsychiatrisch veränderte Bewohner anzutreffen sind und somit auch keine flächendeckende Einführung sinnvoll erscheint.

6.4 Zusammenfassung

Über die Qualität in Einrichtungen der stationären Altenhilfe lassen sich auf der Grundlage der Studie nur einzelne Aussagen machen. Umfangreichere Qualitätsnachweise bedürften entsprechender QM-Ansätze mit angemessenen Instrumenten und sind i.a.R. einrichtungsspezifisch zu erbringen. Im Rahmen der Studie geht es zum einen um die allgemeine Einschätzung der Entwicklung der Versorgungsqualität und die spezifische Darlegung einzelner Indikatoren. Die Versorgungs- und Ausstattungsqualität (Heil-Hilfsmittel und medizinisch-pflegerische Verbrauchsmaterialien) werden von den Befragten überraschend positiv beantwortet und eingeschätzt. Angesichts eines bestehenden Konkurrenzdrucks der Einrichtungen untereinander und einer sensibilisierten Öffentlichkeit zu Themen der Qualität in Altenheimen müssen diese Aussagen jedoch relativiert werden. Zudem zeigen sich anhand der Differenzen zwischen Bekanntheits- und Umsetzungsgraden spezifischer pflegerischer Konzepte Probleme der Qualitätsentwicklung und -umsetzung. Hier sticht heraus, dass der Experten-

⁵⁰ Unter Bezugspflege wird das bewohnerorientierte Arbeiten in kleineren Gruppen verstanden. Wenige Pfleger sind für wenige Bewohner zuständig und versorgen diese dafür umfassend. Die Bezugspflege hat die über lange Jahre bestehende Funktionspflege abgelöst, bei der Pfleger bestimmte Tätigkeiten bei allen Bewohnern durchführten.

⁵¹ vgl. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Osnabrück 2002 www.dnqp.de

⁵² vgl. Feil, Naomi: *Validation – Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. 7. Aufl., Reinhardt Verlag, München, Basel 2002; „Unter Snoezelen verstehen wir das bewußt ausgewählte Anbieten primärer Reize in einer angenehmen Atmosphäre. Snoezelen ist eine primäre Aktivierung schwer geistig behinderter Menschen, vor allem auf sinnliche Wahrnehmung und sinnliche Erfahrung gerichtet, mit Hilfe von Licht, Geräuschen, Gefühlen, Gerüchen und dem Geschmackssinn. Snoezelen ist das Schaffen authentischer Erlebnismöglichkeiten von Umwelt für die, die anders sind“ (Ad Verheul 1991) www.snoezelen-online.de

standard Dekubitus zwar weithin bekannt ist, aber erst in einem erschreckend geringen Grade in den Einrichtungen umgesetzt wird (erst knapp jede fünfte Einrichtung setzt den Dekubitusstandard ein). Auch wenn es Erklärungen für diesen geringen Praxisgrad gibt, zeigt sich hier doch ein deutlicher und als typisch anzusehender Makel bezüglich der Qualitätsentwicklung. So lässt sich schlussfolgern, dass es im Bereich der konzeptuellen Arbeit derzeit noch einen erheblichen Bedarf an qualitätsfördernden Maßnahmen gibt.

7. Gesetzliche Rahmenbedingungen

Eine wesentliche Voraussetzung für die Finanzierung und somit für die Personalausstattung der stationären Altenhilfe ist die Einstufung der Bewohner in verschiedene Gruppen der Pflegebedürftigkeit gemäß den Einstufungsverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) nach SGB XI.⁵³ Den ermittelten Stufen sind entsprechend dem beschriebenen Aufwand finanzielle Zuwendungen für den Pflegebedürftigen zugeordnet. Die Pflegeversicherung selbst ist finanziell seit ihrem Bestehen bei 1,7% Beitragssatz gedeckelt, eine Anpassung an veränderte Leistungen ist bislang nicht erfolgt, eine Anhebung der finanziellen Zuwendungen ebenfalls nicht.⁵⁴ D.h. seit Einführung der Pflegeversicherung findet eine schleichende Verlagerung der Kostenübernahme auf die Betroffenen bzw. auf die Sozialhilfeträger statt.

Zu bedenken ist, dass sich die Pflegeversicherung nicht an einem umfassenden Pflegebegriff orientiert, sondern diesen anhand einzelner festgelegter Kriterien nur ausschnitthaft bestimmt. Demnach werden nur einzelne Bereiche der Versorgung finanziert, nicht aber umfassende Betreuungs- oder Beaufsichtigungsleistungen, wie sie sich insbesondere bei Demenzkranken und gerontopsychiatrisch veränderten Bewohnern ergeben.⁵⁵

Ein weiterer Kritikpunkt an der Pflegeversicherung bezieht sich auf das relativ grobe Stufenmodell, das nur drei Stufen (und eine Härtefallregel) vorsieht. Dadurch sind Unter- und ggf. Überfinanzierungen strukturell bereits vorgezeichnet. Zudem muss angemerkt werden, dass die Pflegestufen davon ausgehen, dass ein Bewohner, der einen erhöhten Hilfebedarf zuerkannt bekommt, auch einen erhöhten Zeitbedarf bei der Ausübung der Verrichtungen des täglichen Lebens aufweist. Studien in diesen Bereichen konnten aufzeigen, dass sich ein linearer Zusammenhang in der pflegerischen Praxis nicht wieder finden lässt.⁵⁶

7.1 Pflegestufen und Pflegeaufwand

Eine Übereinstimmung zwischen Pflegeaufwand und Bewohnerzustand ist jedoch die Grundlage für eine angemessene Versorgungsmöglichkeit. Daher wurde die Sicht der Leitungen erfragt, wie diese die Qualität des Einstufungsverfahrens beurteilten.

⁵³ Die Aufteilung der Bewohner entsprechend der Pflegestufen ist im stationären Altenhilfereich stabil. Pflegestufe I 32,5% (31% im Jahre 1999), 44,5 (43%), Pflegestufe III 21,2% (22%), keine Zuordnung 1,7% (3%). Vgl. Pflegestatistik 1999, 2001

⁵⁴ „Während sich die in der Krankenversicherung die erforderlichen Beitragssätze prinzipiell nach dem Ausgabenbedarf richten sollen, sind der Beitragssatz in der Pflegeversicherung und damit die Einnahmen vorgegeben (§ 70 SGB XI). Sie bestimmen daher das finanzierbare Ausgaben- und Leistungsniveau. Da jedoch die Beitragssätze in der Pflegeversicherung durch den demografischen Wandel einer Auftriebstendenz unterliegen, kann ein Beitragssatz von 1,7% nur bei deutlich abgesenktem Leistungsniveau aufrecht erhalten werden.“ (Kruse, A. et al.: Kostenentwicklung im Gesundheitswesen : Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten? AOK Baden-Württemberg 2003)

⁵⁵ Pflegebedürftig (hier Stufe 1) im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind Personen, die über einen längeren Zeitraum hinweg in den Bereichen der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. (vgl. SGB XI)

⁵⁶ In einer Studie des dip wurde anhand eines Messverfahrens zur Selbstständigkeit des Patienten ein alternatives Gruppierungsmodell entwickelt. Es konnte aufgezeigt werden, dass Patienten, die die höchste Abhängigkeit aufwiesen, nicht den höchsten Zeitbedarf in der pflegerischen Betreuung erforderten. (Veröffentlichung in Vorbereitung)

Die Pflegestufen bilden den Pflegeaufwand ab

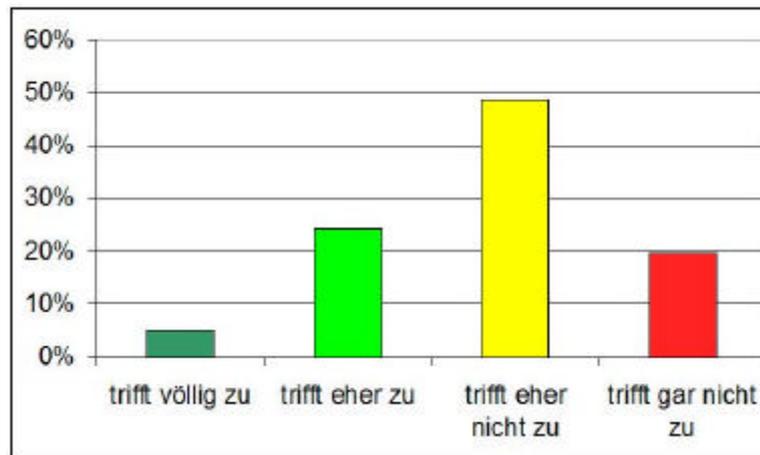


Abbildung: Pflegestufen bilden Pflegeaufwand ab

69% der Befragten (418 von 598) gaben an, dass sie dies als eher nicht zutreffend oder gar nicht zutreffend beurteilen. Dieses Ergebnis verweist auf die dringende Notwendigkeit, an dem Einstufungs- und Berechnungsverfahren grundlegende Veränderungen vorzunehmen. Dies spiegelt sich auch in den Antwortkategorien der offen gestellten Fragen wider. Aus den vorgefundenen Antworten ergeben sich zwei Hauptkategorien. In der ersten nehmen die Antwortenden Bezug auf notwendige Veränderungen in der *Personalbemessung* (165), in der zweiten wird eine *leistungsgenauere Pflegeeinstufung gefordert* (111). Zur als notwendig eingeschätzten Veränderung bzgl. der Personalbemessung wünschen die meisten Antwortenden *mehr Personal* (64), 52 äußern die Forderung nach einer *leistungsgerechteren Personalbemessung*.

7.2 Pflegeversicherung und Sozialhilfe

Als ein Ziel der Pflegeversicherung wurde beschrieben, dass Pflegebedürftige durch die Pflegebedürftigkeit nicht zu Sozialhilfeempfängern werden, sondern die notwendigen Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen. Der Anteil der Sozialhilfeempfänger unter den Heimbewohnern sollte mit Einführung der Pflegeversicherung deutlich verringert werden. Diese Zieldimension der Pflegeversicherung wurde bei den Leitungen bezogen auf ihre Einrichtungsrealität angefragt.

Der Anteil der Übernahme der Wohn- und Betreuungskosten durch die Sozialhilfe steigt

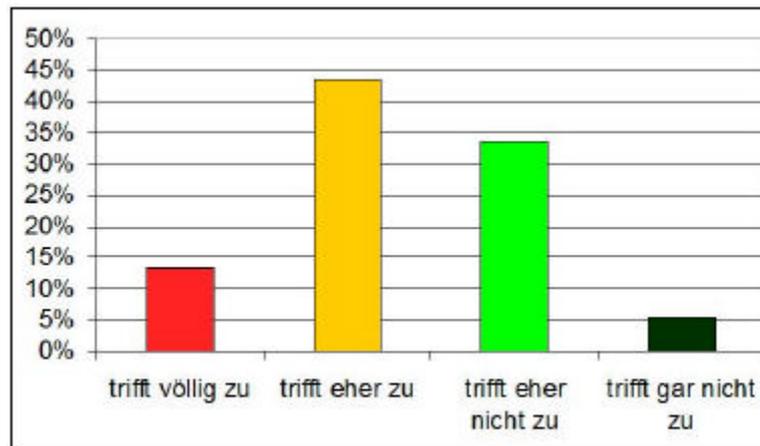


Abbildung: Sozialhilfeanteil steigt trotz Pflegeversicherung

56% der Befragten sehen dies als zutreffend an. Hier zeigt sich die logische Konsequenz aus der zu kurzen Reichweite der Pflegeversicherung und ihrer strukturbedingten Regressivität. Der Anteil der Kostenübernahme für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit durch die Pflegeversicherung sinkt stetig und wird – wenn nicht entscheidende auch finanzpolitische Maßnahmen erfolgen - in Zukunft seine Bedeutung als Solidarversicherung verlieren und bestenfalls eine Grundsicherung darstellen.

7.3 Zuzahlungen durch Angehörige

Werden Pflegebedürftige stationär untergebracht, dann sind es vor allem die Angehörigen, die entsprechend der Pflegestufe Zuzahlungen vornehmen. Praxisberichte, in denen Leitungskräfte erwähnten, dass sie aus Rücksicht auf die Angehörigen auf eine notwendige Höherstufung eines Bewohners verzichteten, waren der Ausgangspunkt zur folgenden Einschätzungsfrage:

Die erhöhten Zuzahlungen bei Höherstufung des Bewohners sind vielen Angehörigen nicht zuzumuten

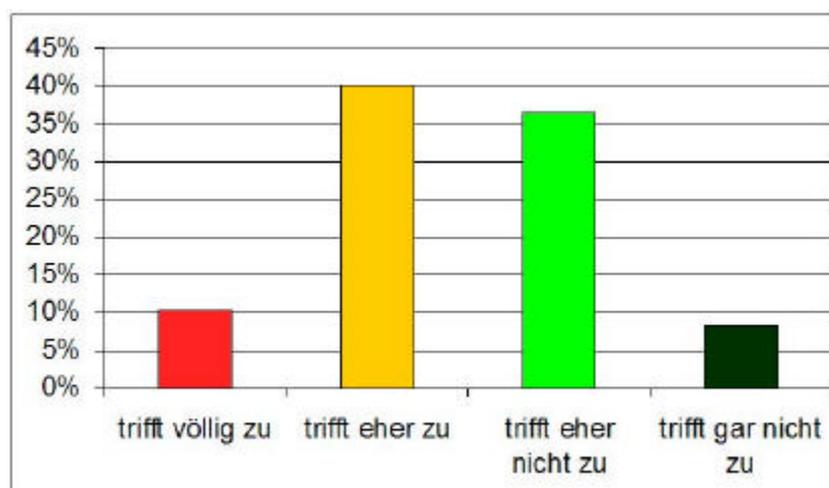


Abbildung: Zumutbarkeit von Zuzahlungen

Diesen Aspekt bejaht die Hälfte der befragten Studienteilnehmer. Es entstehen dadurch offensichtlich in der Praxis Dilemmasituationen für die Einrichtungsleitenden: Einerseits sind ihnen die Bewohner und die Angehörigen seit Jahren bekannt und sie wissen vielfach um die persönlichen und finanziellen Verhältnisse. Andererseits sind sie bei einer wahrgenommenen Verschlechterung des Zustandes auf eine Höherstufung und damit auf einen höheren finanziellen Erlös angewiesen. In einzelnen Fällen wird abgewogen und ggf. auf eine Höhereinstufung verzichtet damit der Ehepartner seinerseits eine ausreichende Lebensgrundlage behält. Die fehlenden Erlöse werden in diesen Fällen durch Umverteilungen der Betreuungszeiten anderer Bewohner mit kompensiert.

7.4 Zusammenfassung

Die Rahmenbedingungen der Pflegepersonalsituation in der stationären Altenhilfe wird maßgeblich durch das Sozialgesetzbuch XI (Pflegeversicherungsgesetz, PVG) bestimmt. Das PVG wird durch ein verengtes Pflegeverständnis, ein nicht angemessenes Pflegestufenschema und einen eingeschränkten Leistungskatalog bestimmt. Eindrucksvoll wird dieser Umstand von den Befragten bestätigt. Die Folgen daraus sind u.a., dass der Anteil der Sozialhilfeempfänger unter den Pflegebedürftigen stetig steigt. Auch die Umverteilung der Kosten auf die Betroffenen selbst schreitet voran und wird vom größeren Teil der Befragten als unzumutbar bezeichnet. Insgesamt verschlechtern sich diese Rahmenbedingungen mit jedem Tag des Wartens auf eine angemessene Reform des Pflegeversicherungsgesetzes.

8. Anhang

8.1 Strukturdaten

8.1.1 Entwicklung stationärer Bewohner

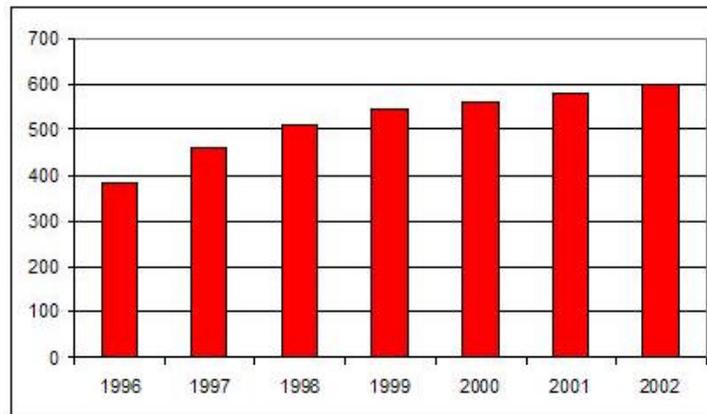


Abbildung: Entwicklung der Gesamtzahl vollstationärer Bewohner in Deutschland (in Tsd)⁵⁷

8.1.2 Ausgabenentwicklung der vollstationären Pflege nach Pflegeversicherung

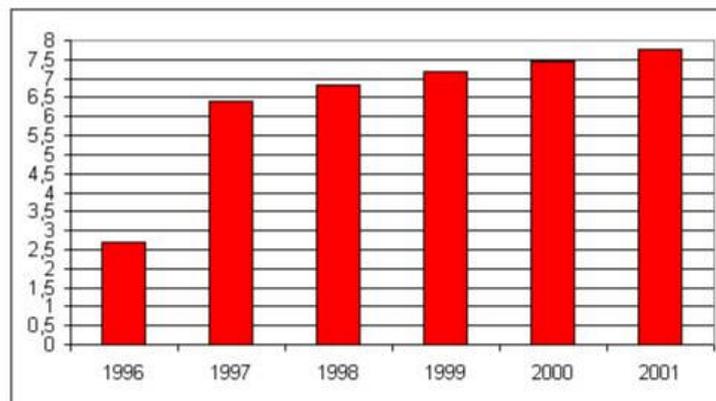


Abbildung: Kostenentwicklung der vollstationären Pflege in Deutschland in Mrd. Euro⁵⁸

⁵⁷ Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 2002. Arbeits- und Sozialstatistik. Bonn, 2002, Tab. 8. 18

⁵⁸ Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 2002. Arbeits- und Sozialstatistik. Bonn, 2002, Tab. 8. 18

8.1.3 Ausgabenentwicklung versus Einnahmeüberschuss der Pflegeversicherung

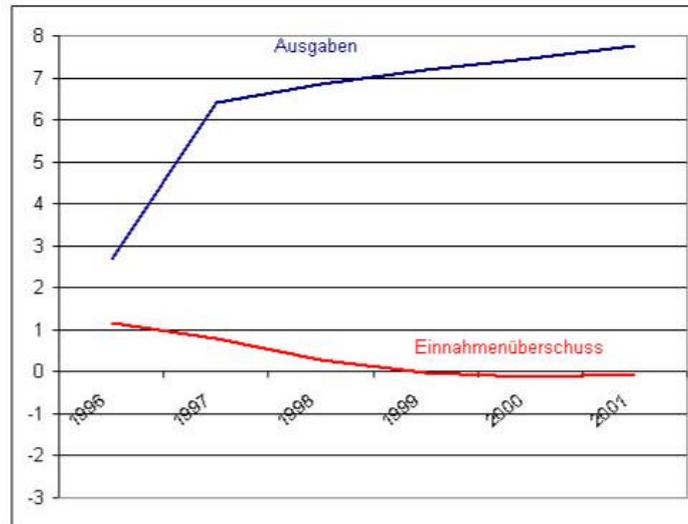


Abbildung: Finanzentwicklung der Pflegeversicherung (in Mrd Euro) ⁵⁹

Die obere blaue Kurve stellt die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung dar. Die untere rote Kurve kennzeichnet die Entwicklung der Überschüsse der Pflegeversicherung, die einen deutlichen Gegentrend in den negativen Bereich zu verzeichnen hat.

8.2 Datenqualität der Studie

8.2.1 Verteilung nach Pflegestufen

Anteilsgemäße Verteilung der Bewohner in den jeweiligen Pflegestufen

Pflegestufen	Verteilung nach Pflegestatistik	Anteil gemäß Pflege thermometer
Pflegestufe 1	32,5%	33%
Pflegestufe 2	44,5%	44%
Pflegestufe 3	21,2%	21,7%

Tabelle: Verteilung Anteil der Bewohner in den Pflegestufen

Bezüglich der Verteilung der Bewohner in den Pflegestufen kann die Studie als repräsentativ betrachtet werden, denn es zeigt sich die nahezu vollständige Übereinstimmung der Verteilung der Bewohner in der Studie im Vergleich zu den Daten aus der Pflegestatistik.

⁵⁹ ebd.

8.2.2 Verteilung nach Bundesländern

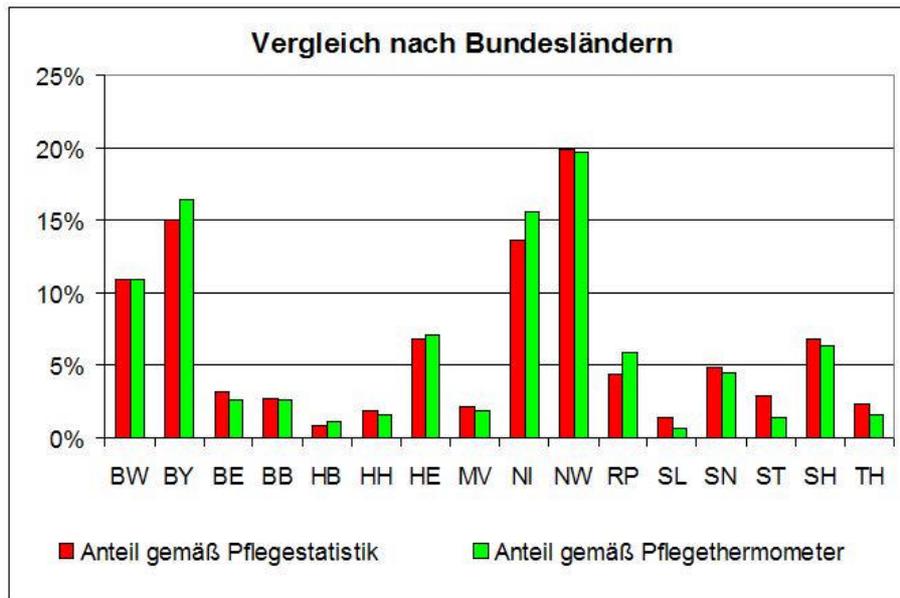


Abbildung: Verteilung nach Bundesländern

Bezüglich der Verteilung der eingegangenen Fragebögen bezogen auf die Verteilung der Altenpflegeeinrichtungen in der BRD insgesamt zeigt sich der hohe Grad an Übereinstimmung in den Daten und die zugrundeliegende Repräsentativität des vorliegenden Datenmaterials.

8.2.3 Verteilung nach Anzahl der Bewohner

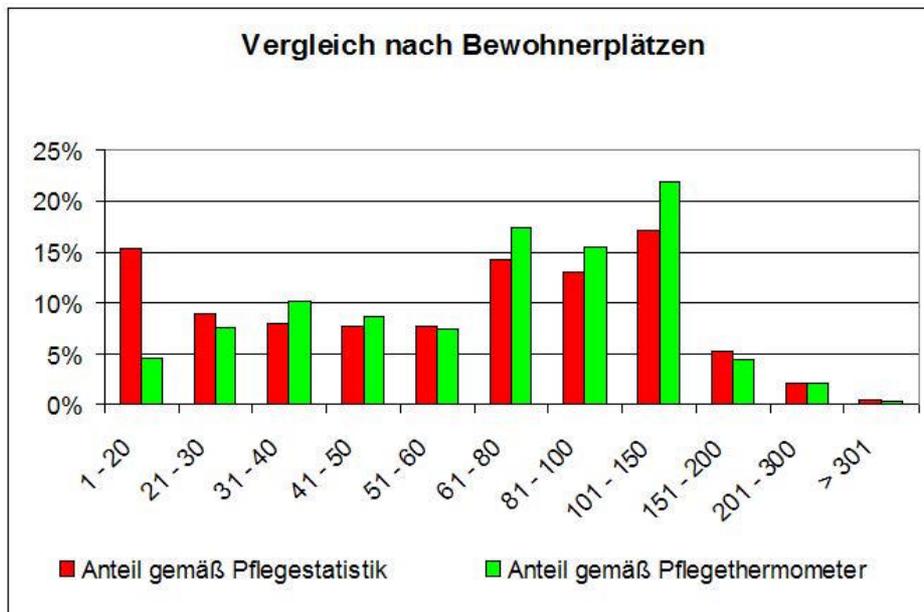


Abbildung: Verteilung Anzahl der Bewohner

Auch bezogen auf die Verteilung der Bewohneranzahl in den Einrichtungen kann die Studie als weitestgehend repräsentativ bezeichnet werden. Lediglich der Anteil ganz kleiner Einrichtungen mit bis zu 20 Bewohnern ist in der Studie nicht hinreichend stark abgebildet worden. Das erklärt sich wahrscheinlich aus der Arbeitssituation heraus. In kleinen Einrichtungen ist der Arbeitsdruck größer und die Teilnahme an Studien sowie die Beantwortung von umfassenden Fragebögen nur bedingt möglich.

Zusammenfassend lässt sich bezogen auf die Datenqualität der Studie sagen, dass die vorliegenden Einschätzungen in mehrfacher Hinsicht einer realen Verteilung der in der bundesdeutschen Altenpflegelandschaft herrschenden Strukturen entsprechen. Die Studie kann als repräsentativ für die Bundesrepublik bezeichnet werden.

8.3 Tabellen und Abbildungsverzeichnis

Abbildung: Gesamtsituation Pflegepersonalsituation.....	11
Tabelle: Arbeitsmarktentwicklung 2002/2003	12
Tabelle: Überstunden des Pflegepersonals.....	14
Abbildung: Belastung des Pflegepersonals durch Personalmangel.....	14
Abbildung: Häufigkeit der Krankheitsausfälle des Pflegepersonals	15
Abbildung: Dauer der Krankheitsausfälle des Pflegepersonals.....	15
Abbildung: Fachkraftquote des Pflegepersonals	16
Abbildung: Anzahl der Bewerbungen pro zu besetzender Stelle	18
Abbildung: Qualifikation der Bewerber	18
Abbildung: Voraussetzungen der Auszubildenden	19
Abbildung: Aufwand der Personalgewinnung	19
Abbildung: Dauer bis zu Besetzung einer Stelle.....	20
Tabelle: Zunahme der Bewohner pro Pflegeheim	22
Abbildung: Verteilung der demenzerkrankten Bewohner.....	22
Abbildung: Anstieg an Behandlungspflege	24
Abbildung: Gestiegene Bewohneransprüche.....	24
Abbildung: Gestiegener Pflegeaufwand	25
Abbildung: Erwarteter Bedarf an gerontopsychiatrischen Fachpflegekräften	27
Abbildung: Zahl der Mitarbeiter, die eine Fortbildung oder Weiterbildung besuchten.....	29
Abbildung: Summe der Fort- und Weiterbildungstage	29
Abbildung: Angewandte Instrumente Personalentwicklung	30
Abbildung: erreichte Pflegequalität.....	33
Abbildung: Heil-Hilfsmittelausstattung	34
Abbildung: Ausstattung mit medizinisch-pflegerischen Verbrauchsgütern	35
Abbildung: Konzepte und Umsetzungsgrad.....	35
Abbildung: Pflegestufen bilden Pflegeaufwand ab.....	39
Abbildung: Sozialhilfeanteil steigt trotz Pflegeversicherung	40
Abbildung: Zumutbarkeit von Zuzahlungen	40
Abbildung: Entwicklung der Gesamtzahl vollstationärer Bewohner in Deutschland (in Tsd) .	42
Abbildung: Kostenentwicklung der vollstationären Pflege in Deutschland in Mrd. Euro	42
Abbildung: Finanzentwicklung der Pflegeversicherung (in Mrd Euro)	43
Tabelle: Verteilung Anteil der Bewohner in den Pflegestufen	43
Abbildung: Verteilung nach Bundesländern.....	44
Abbildung: Verteilung Anzahl der Bewohner	44

8.4 Literatur- und Internetverzeichnis

- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002. Daten des Gesundheitswesens. Bonn, 2002
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 2002. Arbeits- und Sozialstatistik. Bonn, 2002
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.): Berufsbildungsbericht 2003, Berlin, 2003
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.): Berufsbildungsbericht 2002, Berlin, 2002
- BVerfG, 2 BvF 1/01 vom 24.10.2002, Absatz-Nr. (1 - 392), <http://www.bverfg.de/> 19.06.2003
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.): Pflegeberichterstattung im Überblick. Eine Studie über Pflegedaten im In- und Ausland. Hannover 2003
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Osnabrück 2002 www.dnqp.de
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.): Pflegeberichterstattung im Überblick. Eine Studie über Pflegedaten im In- und Ausland. Hannover 2003
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (Hrsg.): Diskussionspapier Nr. 240: Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. Berlin, 2001
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (Hrsg.): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Berlin. 2002
- Dritter Altenbericht der Bundesrepublik Deutschland
- Feil, Naomi: Validation – Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 7.Aufl., Reinhardt Verlag, München, Basel 2002
- Gesetz über die Berufe in der Altenpflege.(Altenpflegegesetz – AltPflG) vom 17.11.2000
- Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG) Vom 9. September 2001
- Gutachten des Sachverständigenrates der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen. Deutscher Bundestag, Drucksache 14/6871, 31.08.2001
- Heimpersonalverordnung (HeimPersV) in der Fassung vom 22.6.1998
- <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2003/p2380095.htm>, 16.06.2003
- <http://www.next-study.de>
- <http://www.snoezelen-online.de>
- http://www.awo-sh.de/pages/hauptseite/aktuelles/pressedienste/2002_03_.htm 19.06.2003
- <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab1.htm>, 16.06.2003
- <http://www.dip-home.de/downloads/downloads.htm> 14.06.2003
- <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2001/p4170095.htm> 12.06.2002
- <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2003/p2380095.htm>, 16.06.2003

Pflegeleistungsergänzungsgesetz vom 01.01.2002

Karsten, Degenkolb, Hetzer et al.: Entwicklung des Qualifikations- und Arbeitskräftebedarfs in den personenbezogenen Dienstleistungsberufen. Expertise im Auftrag der Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen. Berlin. BBJV Verlag, 1999

Kruse, A. et al.: Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten? AOK Baden-Württemberg 2003

MDS e.V. (Hrsg.): MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach §80 SGB XI in der stationären Pflege. Essen, 2002

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in NRW. Düsseldorf, 2001

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW (Hrsg.): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2001, Düsseldorf o.J.

Pflegeleistungsergänzungsgesetz vom 01.01.2002

Pflegestatistik 2001. Statistisches Bundesamt. Bonn, 2003

Pflegestatistik 1999. Statistisches Bundesamt. Bonn, 2001

Positionspapier zu den Ergebnissen des Modellprojektes PLAISIR in 11 Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt. http://www.awo.org/pub/sen_pflege/pflege/plaisir.pdf 19.06.2003

Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung –Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 1999, Bonn, 2002

Sozialgesetzbuch (SGB XI) zuletzt geändert durch das Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG) vom 14.12.2001 (BGBl. I 2001, S. 3728)

Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen