

131 Minuten durchschnittlicher Pflegebedarf pro Tag

Ergebnisse des PLAISIR®-Tests bei 1.354 Bewohnern von elf AWO-Pflegeheimen

In nur wenigen Monaten und mit großem Einsatz zahlreicher Evaluatoren, Koordinatoren und verantwortlicher Mitarbeiter der AWO wurde PLAISIR® in elf Pflegeeinrichtungen getestet. Die Erprobung wurde vom KDA wissenschaftlich begleitet. Leiter des Projekts „Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären Pflege“ ist KDA-Referent Rolf Gemrich. Zusammen mit Hans Nakielski stellt er die wichtigsten Gesamtergebnisse vor.

Die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebene und geförderte Erprobung fand in elf Pflegeheimen aus acht Bundesländern statt. Dabei wurden geleistete Pflegetätigkeiten und der Pflegebedarf bei insgesamt 1.354 Bewohnern erhoben. Die detaillierten Informationen zu den älteren Menschen und den erforderlichen Pflegezeiten im Tages- und Wochen-Verlauf, die für jede einzelne Organisationseinheit (Heime, Abteilungen, Wohngruppen) separat aufgeschlüsselt werden können, eröffnen viele Möglichkeiten zu einer besseren Pflegeorganisation und Personalplanung. Mit der Fülle der Informationen zu den Fähigkeiten und Defiziten der Bewohner kann eine Pflege und Betreuung organisiert werden, die sich (stärker als bisher) an den Bedürfnissen der älteren Menschen orientiert.

Die Bewohner in den elf untersuchten stationären Einrichtungen, die durchaus typisch für die bundesdeutsche Pflegeheimlandschaft sind, waren im Durchschnitt

82,3 Jahre alt. Als sie in die jeweiligen Häuser einzogen, lag ihr Alter bei 78,1 Jahren. 79 Prozent von ihnen waren Frauen.

40 Prozent völlig immobil

Bei den festgestellten Krankheiten (nach ICD-9) standen Diabetes mellitus, Hypertonie (erhöhter Blutdruck), ischämische Herzkrankheiten und organische Psychosen an der Spitze. Daran litten jeweils zwischen 20 und 30 Prozent der Bewohner.

Wie Tabelle 1 zeigt, waren die meisten Älteren deutlich in ihrer Mobilität eingeschränkt und 40 Prozent sogar völlig immobil – und damit in ihrem Bewegungsraum auf das Bett oder Zimmer beschränkt.

Nur zwei Prozent der Bewohner waren bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) noch relativ selbstständig. Dagegen waren 32 Prozent bei den „meisten“ und

Tabelle 1:

Verteilung der Bewohner nach Besinträchtigungsgrad		
Mobilität	Anz.	%
1. Voll	3	0
2. Gelegentlich eingeschränkt	6	0
3. Geschädigt (Langsamkeit)	9	1
4. Reduziert	43	3
5. Auf die Nachbarschaft beschränkt	175	13
6. Auf die Einrichtung beschränkt	264	20
7. Auf das Stockwerk beschränkt	320	24
8. Auf das Zimmer beschränkt	79	6
9. Völlige Beschränkung	455	34

Quelle: EROS

sogar 18 Prozent bei „allen Bedürfnissen“ des täglichen Lebens auf fremde Hilfe angewiesen.

Die Tabelle 2 verdeutlicht die sozialen Kontakte und die soziale Integration der Bewohner – also Indikatoren, die für das Wohlbefinden in den Pflegeeinrichtungen außerordentlich wichtig sind.

Tabelle 2:

Verteilung der Bewohner nach Beeinträchtigungsgrad		
Soziale Integration	Anz.	%
1. Sozial integriert	18	1
2. Gehemmte Beteiligung (Verlegenheit)	9	1
3. Begrenzte Beteiligung (Art)	61	5
4. Nur primäre und sekundäre Kontakte	210	16
5. Sekundäre Kontakte sind schwierig	251	19
6. Nur primäre Kontakte	264	20
7. Primäre Kontakte sind schwierig	289	21
8. Kein Kontakt: kontaktunfähig	250	19
9. Kein Kontakt: von der Außenwelt isoliert	455	34

Quelle: EROS

Schwer(st)e Orientierungsstörungen bei 50 Prozent der Bewohner

In welchen differenzierten Abstufungen PLAISIR[®] die Orientierung der Bewohner erfasst, zeigt die Tabelle 3. Danach hatten genau die Hälfte aller Bewohner in diesem Bereich schwere und schwerste Störungen.

Tabelle 3:

Verteilung der Bewohner nach Beeinträchtigungsgrad		
Orientierung	Anz.	%
1. Voll orientiert	11	1
2. Voll kompensierte Störung(en)	38	3
3. Intermittierende Störungen	56	4
4. Teilweise kompensierte Störungen	314	23
5. Mäßige Störungen	265	20
6. Schwere Störungen	185	14
7. Orientierungsverlust	222	16
8. Desorientierung	250	19
9. Koma	13	1

Quelle: EROS

Bei lediglich einem Drittel der Bewohner wurden keine psychischen Probleme ermittelt, wie die folgende Tabelle 4 zeigt.

Tabelle 4:

Probleme	nicht korrigiert		korrigiert	
	Anz.	%	Anz.	%
Kein Problem	469	35	—	—
Physische Aggressivität	143	11	23	2
Verbale Aggressivität	231	17	19	1
Stört die anderen	166	12	3	—
Unruhe	267	20	12	1
Umherirren	134	10	6	—
Anhaltende Angst	118	9	2	—
Traurigkeit	194	14	4	—
Äußerungen von Leid	98	7	3	—
Rückzug	266	20	3	—
Selbstmordgedanken	15	—	2	—
Denkt oft an den Tod	40	3	2	—
Frühes Erwachen und schlecht gelaunt	17	—	—	—
Hypersomnie	31	2	—	—

Quelle: EROS

Da PLAISIR[®] nicht nur nach dem (Gesundheits-)Zustand, sondern auch nach der Art und dem Umfang der erforderlichen Pflege und Betreuung fragt, konnte auch festgestellt werden: Nur bei einem geringen Anteil der älteren Menschen, die durch Aggressivität oder Unruhe auffielen oder anhaltende Angst und andere psychische Probleme hatten, konnte etwas getan werden, um diese Leiden zu „korrigieren“.

Gerade bei psychisch Kranken werden vielfach (freiheitseinschränkende) „Schutzmaßnahmen“ angewandt. So hatte ein Drittel der untersuchten Bewohner Bettgitter, und 41 Prozent bekamen „oft“ Psychopharmaka verabreicht. Dagegen gab es nur bei zwei Prozent Fixierungen (durch einen Bauchgurt).

PLAISIR[®] registriert auch, welche und wie viele Bewohner auf (technische) Hilfen

zum Gehen und Stehen angewiesen sind. Danach benutzten 17 Prozent einen Gehstock, 21 Prozent einen Gehwagen und 38 Prozent einen Rollstuhl. Nur neun Prozent konnten allerdings ihren Rollstuhl mit eigener Kraft fortbewegen.

Wenig Reha-Leistungen

Obwohl über 80 Prozent der Heimbewohner erheblich oder ganz in ihrer Mobilität eingeschränkt waren (siehe Tabelle 1), erhielten nur 13 Prozent eine Physiotherapie und lediglich ein Prozent Fortbewegungshilfen (als Reha-Maßnahme), wie die Tabelle 5 zeigt.

Tabelle 5:

Verschiedene Leistungen, die die Bewohner erhielten				
	Anz.	%	X/Wo	Min/Wo
Physiotherapie	174	13	2,0	49,0
Ergotherapie	52	4	2,4	112,8
Logopädie	3	—	2,5	133,0
Arztvisiten	1.352	100	0,5	
Pflegerische Rehabilitationsmaßnahmen:				
Ernährung	19	1	6,4	
Ausscheidung	119	9	7,0	
Hygiene/Ankleiden	162	12	7,0	
Fortbewegung/ Mobilisation im Bett	8	1	7,0	
Transfers	10	1	7,0	

Quelle: EROS

Die Aufstellung, die nur vom Arzt verordnete Leistungen von externen Therapeuten (nicht Pflegekräften) erfasst, macht deutlich, dass der Anteil der Reha-Leistungen heute in der stationären Pflege viel zu niedrig ist (siehe auch Seite 26). In etlichen Pflegeeinrichtungen gibt es weder Reha-Leistungen noch Ergotherapie.

Auffällig ist dagegen, dass die Arztvisiten relativ häufig erfolgen. Immerhin 1,9 Mal pro Monat (oder 0,5 Mal pro Woche) erhielt ein Heimbewohner durchschnittlich Besuch vom Arzt. Dabei reichte die Spanne in den einzelnen Heimen von ein bis vier Arztbesuchen im Monat. Im Vergleich zu Pflegeeinrichtungen in der Schweiz oder in

Kanada, wo PLAISIR[®] ebenfalls angewandt wird, ist das recht viel.

Bei einem Vergleich mit diesen Ländern stellte sich aber auch heraus: Die deutschen Heime schneiden recht gut ab bei den „Behandlungen“, die Bewohner erhielten. Beispielsweise wurden hier „nur“ bei sechs Prozent der Bewohner Dauerkatheder gelegt, und es mussten „nur“ bei zwei Prozent schwere Druckgeschwüre behandelt werden. In Kanada und in der Schweiz waren diese Werte erheblich höher.

Bei 25 Prozent nur sehr niedriger Pflegebedarf

Betrachtet man die erforderlichen Pflegezeiten, die für die verschiedenen Bewohnern erforderlich waren (Tabelle 6), so fällt auf: Die meisten Bewohner (18,2 Prozent) hatten einen täglichen Betreuungsbedarf zwischen zweieinhalb und drei Stunden.

Bemerkenswert ist auch, dass immerhin ein Viertel der Menschen, die in den Pflegeeinrichtungen lebten, nur weniger als 60 Minuten Hilfe am Tag benötigten. Es fragt sich – auch unter Kostengesichtspunkten –, ob für diese Personen stationäre Pflegeeinrichtungen wirklich die richtigen Wohnorte sind.

Tabelle 6:

Verteilung der Bewohner nach Geschlecht und pro Intervall der erforderlichen Nettopflegeminuten pro 24 Stunden		
Pflegezeitbedarf	Anz.	%
Bewohner erfordert:		
weniger als 60 Minuten (1 Std.)	348	25,7
60–90 Min. (+ 1,0 ≤ 1,5 Std.)	146	10,8
90–120 Min. (+ 1,5 ≤ 2,0 Std.)	102	7,5
120–150 Min. (+ 2,0 ≤ 2,5 Std.)	105	7,8
150–180 Min. (+ 2,5 ≤ 3,0 Std.)	246	18,2
180–220 Min. (+ 3,0 ≤ 3,5 Std.)	184	13,7
210–240 Min. (+ 3,5 ≤ 4,0 Std.)	168	12,3
240–270 Min. (+ 4,0 ≤ 4,5 Std.)	44	3,2
270–300 Min. (+ 4,5 ≤ 5,0 Std.)	8	0,6
300–330 Min. (+ 5,0 ≤ 5,5 Std.)	2	0,1
mehr als 330 Minuten (+ 5,5 Std.)	1	0,1
Gesamt	1.354	100,0

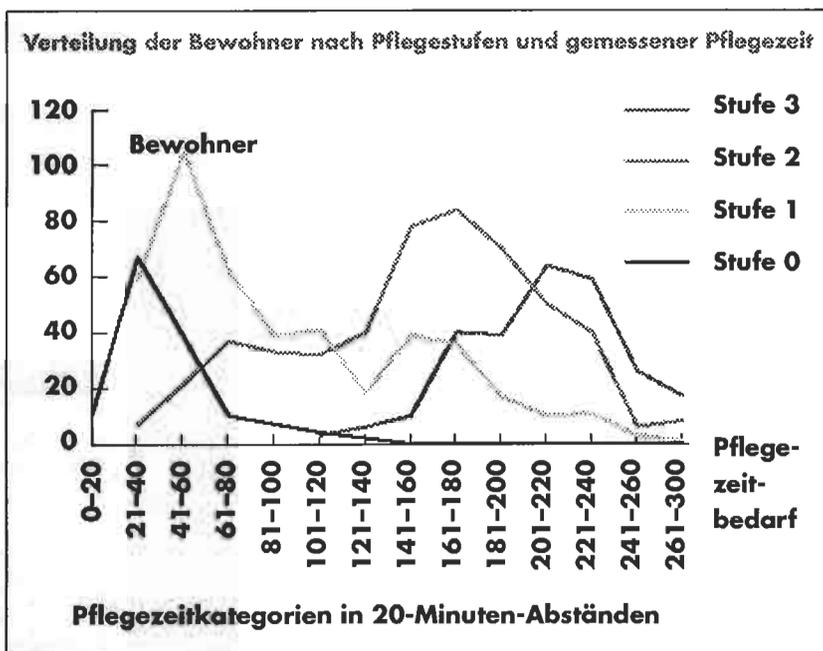
Quelle: EROS

Die Einstufungen durch die Pflegeversicherung und die nach der PLAISIR[®]-Methode ermittelten Pflegezeiten stimmen in vielen Fällen nicht überein, wie auch die folgende Abbildung veranschaulicht. Hier wird deutlich: In nahezu jeder Pflegezeitkategorie gibt es Bewohner, die trotz gleicher erforderlicher Pflegezeit (nach PLAISIR[®]) entweder in Pflegestufe 1, 2 oder 3 eingestuft sind. Außerdem wird deutlich: Insbesondere in der Pflegestufe 2 finden sich Bewohner mit einem Pflegezeitbedarf aus nahezu allen Kategorien.

Pflegebedarf in der Nacht unterschätzt

Im Durchschnitt wurde für die 1.354 Bewohner eine erforderliche Nettopflegezeit (siehe Seite 28) von 131 Minuten pro Bewohner und Tag ermittelt. Das sind genau zehn Minuten mehr als der durchschnittlich geleistete Pflegeaufwand, der bei der Befragung von Pflegekräften durch Infratest festgestellt wurde (siehe Seite 11). Die Tabelle 7 zeigt, wie sich die durch PLAISIR[®] ermittelte „erforderliche Pflegezeit“ im Einzelnen aufteilt und welche großen Spannbreiten es zwischen den Minimal- und Maximal-Werten gibt.

Es stellte sich heraus, dass von den Heimen insbesondere der Pflegebedarf in der Nacht unterschätzt wird. Keine der befragten Einrichtungen konnte mit ihren derzeitigen Personalkapazitäten so viel Personal für den Nachtdienst zur Verfügung stellen, wie nach PLAISIR[®] notwendig gewesen wäre. Erhebliche Defizite zeigten sich auch an den Wochenenden. Der ermittelte Bedarf an Pflege bei den Bewohnern war an den Samstagen und Sonntagen nur geringfügig niedriger als an den übrigen Wochentagen. Die Personalbesetzung am Wochenende war aber wegen der Arbeitszeitregelungen erheblich niedriger als an den Wochentagen. Damit ist gerade an den Wochenenden das Risiko einer unzureichenden Pflege und Betreuung besonders groß.



Quelle: KDA nach EROS

Wie wenig die Pflegestufen mit dem ermittelten Pflegezeitbedarf übereinstimmen, zeigt sich auch, wenn man nur die Bewohner betrachtet, die einen Pflegebedarf unter 60 Minuten hatten. Von diesen bezogen:

- 104 Leistungen nach Pflegestufe I
- 21 Leistungen nach Pflegestufe II
- 3 Leistungen nach Pflegestufe III.

Umgekehrt gab es auch sehr viele Bewohner, die trotz eines hohen Pflegezeitbedarfs, den PLAISIR[®] ermittelte, nur in geringe Pflegestufen eingruppiert waren. So waren etwa jeweils sieben Menschen, die einen Hilfebedarf zwischen 200 und 220 Minuten bzw. 220 und 240 Minuten hatten, lediglich in Pflegestufe I eingestuft.

Tabelle 7:

Erforderliche Pflegezeiten (Nettopflegeminuten)			
	Durchschnitt	min.	max.
Grundpflege nach PLAISIR [®]	98,9	78,9	116,5
Behandlungspflege nach PLAISIR [®]	10,9	6,7	18,2
Kommunikation	21,2	18,9	23,4
Gesamt	131		

Durchschnittlich erforderliche Nettopflegeminuten nach Schichten				
pro Tag	Nacht	Früh	Spät	Gesamt
Minuten nach Tageszeit	15,8	71,3	43,9	131,0

Quelle: KDA nach EROS

Zehn bis 20 Prozent mehr Personal in der Pflege notwendig

Zusätzlich zu der Erprobung von PLAISIR® wurde eine zweite Erhebung zur Erfassung der Pflegemitarbeiter, die in den elf AWO-Heimen anwesend waren, durchgeführt. So konnte ein Vergleich zwischen dem vorhandenen Pflegepersonal und dem nach der PLAISIR®-Methode erforderlichen Pflegepersonal vorgenommen werden.

Das Ergebnis: Die elf Einrichtungen haben – wenn die durch PLAISIR® gemessene erforderliche Pflege zu Grunde gelegt wird – zwischen zehn und 20 Prozent zu wenig Personal. Sollen diese Defizite ausgeglichen werden, sind die Einrichtungen gezwungen, dies durch Überstunden und Arbeitszeitverdichtung aufzufangen. Dieses Missverhältnis ist weder für die Bewohner noch für die Mitarbeiter in der Pflege hinnehmbar.

LITERATUR- HINWEIS

Die Ergebnisse der PLAISIR®-Erprobung und die Vorträge und Diskussionen einer Fachtagung, die sich damit beschäftigte, werden demnächst ausführlich vorgestellt in der KDA-Publikation:

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): **Erforderlicher Pflegezeit- und Personalbedarf in vollstationären Einrichtungen** – Ergebnisse der Erprobung des Verfahrens PLAISIR® in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt.

Dokumentation einer KDA-Fachtagung.

Das Heft umfasst ca. 120 Seiten und wird voraussichtlich Ende November erscheinen. Der Preis stand bei Redaktionsschluss dieser Ausgabe noch nicht fest.

„Ein ganz wesentlicher Fortschritt“

AOK-Abteilungsleiter Harald Kesselheim zum Einsatz von Bedarfsbemessungsverfahren in Pflegeheimen

Harald Kesselheim leitet beim Bundesverband der AOK, der mit rund 20 Millionen Mitgliedern größten Kranken- und Pflegekasse, die Abteilung Pflege. Kesselheim ist auch Mitglied im Beirat des Projektes zur Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in vollstationären Einrichtungen (siehe Seite 17). PRO ALTER befragte ihn dazu.

PRO ALTER: Was halten Sie von Pflegezeit- und Personalbemessungsverfahren?

Kesselheim: Wir sind durchaus der Meinung, dass es über intelligente Personalbemessungsverfahren möglich ist, für die Heime und die Kostenträger Klarheit

darüber zu schaffen, welches Personal erforderlich ist. Wobei es sicherlich nicht nur um die Feststellung der Personalmenge geht, sondern auch gleichzeitig um die Qualität des Personals, also die Ausbildung. Und es geht auch darum festzulegen, zu welcher Zeit welche Leistungen jeder einzelne Heimbewohner benötigt. Darin würden wir einen ganz wesentlichen Fortschritt und ein ganz wesentliches Planungsinstrument sehen, um dauerhaft Qualität in die Einrichtungen reinzubringen.

PRO ALTER: Gibt es unter den verschiedenen Personalbemessungsverfahren eines, das die AOK favorisiert?

Kesselheim: Dafür gibt es meines Wissens zurzeit nur ein System: das PLAISIR®-Verfahren, das ja inzwischen auch in