

Birger Schlürmann

Pflegestufen- management

**Mit gezieltem Controlling
zum geplanten Umsatz**

- Konkrete Tipps für mehr Umsatz
- Praktische Lösungen für den Berufsalltag
- Ideal zur internen Weiterbildung

Birger Schlürmann

Pflegestufenmanagement

Mit gezieltem Controlling
zum geplanten Umsatz

schlütersche

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliothek; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-89993-312-3 (Print)

ISBN 978-3-8426-8469-0 (PDF)

Über den Autor: Birger Schlürmann ist Pflegefachkraft, TQM-Auditor sowie Heim- und Pflegedienstleiter. Er verfügt über langjährige Praxis in leitender Funktion und als freiberuflicher Berater im Bereich der Altenhilfe.

**© 2014 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover**

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden.

Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Autors und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden.

Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind.

Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Reihengestaltung: Michael Fröhlich, Hannover

Satz: PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig

Druck: Druck Thiebes GmbH, Hagen

Inhalt

Vorwort	5
1 Pflegestufenmanagement – Warum Sie hier aktiv werden müssen	6
1.1 Ein fehlendes Pflegestufenmanagement hat negative Folgen	6
1.1.1 Personalmangel	7
1.1.2 Demotivation des Personals	8
1.1.3 Pflegeschäden	9
1.2 Warnsignale	10
1.2.1 Hoher Krankenstand	10
1.2.2 Überstundenblase	11
1.2.3 Steigende Pflegeschäden	13
1.3 Wie das Pflegestufenmanagement den Umsatz beeinflusst	14
1.3.1 So finanziert sich eine stationäre Einrichtung	14
1.3.2 Soll-/Ist-Vergleiche von Umsätzen	17
1.3.3 Warum Sie die Angehörigen brauchen	18
1.4 Personalbedarfsentwicklung	20
1.4.1 So berechnet sich der Personalbedarf	20
1.4.2 Soll-/Ist-Vergleiche von Personalbesetzung	22
1.4.3 Folgen für die Heimbewohner	24
1.4.4 Folgen für die Mitarbeiter	25
1.4.5 Folgen für die Einrichtung	25
2 Kurzfristige Lösungen	30
2.1 Beherzigen Sie die Begutachtungsrichtlinien	30
2.2 Erheben Sie die pflegerischen Risiken	34
2.3 Nehmen Sie die Bewohner schnell in Augenschein .	35
2.4 Sichten Sie systematisch die Pflegedokumentationen	37
2.4.1 Mängel erkennen und abstellen	40
2.5 Erstellen Sie einfache Pflegepläne	43

2.6	Verordnen Sie „Dokumentationszeiten“	50
2.7	Beantragen Sie rechtzeitig Höherstufungen	50
2.8	Machen Sie den erhöhten Pflegeaufwand deutlich ..	51
2.9	Erarbeiten Sie ein Programm für die Begutachtung ..	54
2.9.1	Folgen Sie einfach einem roten Faden	54
2.10	Sorgen Sie für Begleitung während der Begutachtung	56
2.11	Empfehlen Sie den Widerspruch	59
3	Langfristige Lösungen	61
3.1	Bauen Sie ein Pflegecontrolling auf	62
3.1.1	Legen Sie die Prozesse des Pflegecontrollings fest ...	65
3.1.2	Erarbeiten Sie einen Prozess für Pflegevisiten	80
3.1.3	Prüfen Sie die Pflegevisiten	82
3.1.4	Verbessern Sie das Pflegecontrolling	84
3.2	Legen Sie Kennzahlen fest	87
3.3	Beziehungsbasierte Pflege	95
3.4	Potenzialbasierte Organisation	97
3.5	Rollenverständnis der einzelnen Hierarchieebenen..	99
3.5.1	Die Rolle der Einrichtungsleitung	99
3.5.2	Die Rolle der Pflegedienstleitung	101
3.5.3	Die Rolle des Qualitätsbeauftragten	103
3.5.4	Die Rolle der Wohnbereichsleitung	104
3.5.5	Die Rolle der Pflegefachkraft	106
3.5.6	Die neue Rolle der Pflegeassistenten	107
3.6	Schulungen und Mitarbeitermotivation	109
3.6.1	Schulungen	109
3.6.2	Mitarbeiterjahresgespräche	111
3.6.3	Anreizsysteme für die Mitarbeiter	114
4	Fazit	119
	Literatur	121
	Register	122

Vorwort

Management entscheidet über unsere Zukunft.

Das heißt: Sie entscheiden über unsere Zukunft – auch wenn Ihnen das im Alltag nicht immer präsent ist. Die Art, wie Sie führen, wie Sie planen, wie Sie mit Menschen, Wirtschaftlichkeit und Fachlichkeit umgehen – all das zählt!

Sie blicken voraus, Sie entwickeln Lösungen und Strategien in instabileren Umwelten.

Sie schaffen Vertrauen, unterstützen die Motivation, gehen voran und zeigen gute Wege in das, was vor uns liegt. Sie mischen auf vielen Ebenen mit, gestalten, trösten und orientieren.

Und wir – Ihre Berater, Trainer und Ihre Autoren der Managementreihe – was tun wir?

Wir sind für Sie da!

Wir helfen Ihnen mit unserer Erfahrung und unserem Wissen aus Theorie und Praxis, ermutigen Sie, geben Rüstzeug, befähigen Sie und machen Ihnen Mut.

Das Beste und Praktikabelste ist gerade gut genug für Sie!

So wählen die Schlütersche Verlagsgesellschaft und ich als Herausgeberin die Themen und Autoren der Managementbibliothek für Sie aus. Lassen Sie sich von der Vielfalt überraschen. Geben Sie uns Rückmeldung mit Ihren Anregungen und Fragen – wir greifen sie gern auf.

Essen, September 2013

Karla Kämmer

1 **Pflegestufenmanagement – Warum Sie hier aktiv werden müssen**

Dieses Buch ist Ihre Arbeitshilfe bei der Optimierung Ihres Pflegestufenmanagements. Es richtet sich vornehmlich an Leitungskräfte – aber auch Pflegekräfte ohne Leitungsfunktion profitieren von der Lektüre. Das Pflegestufenmanagement ist schließlich einer der Kernprozesse, der das wirtschaftliche Überleben einer stationären Pflegeeinrichtung sichert und benötigt die Mitarbeit aller in der Einrichtung tätigen Menschen.

Lesen Sie, wie Sie mit einfachen Mitteln den Pflegestufenschnitt steigern können. Lernen Sie kurzfristige Strategien zur Soforthilfe kennen und gehen Sie die ersten Schritte auf dem Weg zu einem dauerhaft effektiven Pflegestufenmanagement. Lernen Sie aber zunächst, welche Folgen ein nachlässiges Pflegestufenmanagement hat.

1.1 **Ein fehlendes Pflegestufenmanagement hat negative Folgen**

Wenn in Einrichtungen der stationären Pflege kein oder nur ein rudimentäres Pflegestufenmanagement existiert, hat dies weitreichende negative Folgen für den Betrieb der Einrichtung. Schließlich kommt es zu einem Missverhältnis zwischen dem Ist-Stand an Personal und dem Soll-Stand – gemessen am tatsächlichen Pflegebedarf der Heimbewohner. Die unausweichliche Folge ist eine Unterversorgung, die letztlich zu Pflegeschäden bei den Heimbewohnern führt.

1.1.1 Personalmangel

Wenn der tatsächliche Pflegebedarf der Heimbewohner nicht korrekt in Pflegestufen abgebildet wird, führt dies zu Personalmangel. Ein einfaches Beispiel anhand einer Einrichtung mit 100 Pflegeplätzen:

Die Einrichtung Haus am Wald ist voll belegt. Man bietet klassische stationäre Pflege an und hat subjektiv einen hohen Arbeitsanfall. Schließlich beherbergt das Haus am Wald viele demenzkranke und multimorbide Senioren. Die 100 Bewohner verteilen sich auf folgende Pflegestufen:

Stufe 0: 5 Bewohner

Stufe 1: 70 Bewohner

Stufe 2: 20 Bewohner

Stufe 3: 5 Bewohner

Dies entspricht übrigens einem Pflegestufenschnitt von 1,4. An dieser Stelle sollten Sie schon hellhörig werden. Ein solcher Pflegestufenschnitt bildet niemals den tatsächlichen Stand der Pflegebedürftigkeit in klassischen Altenpflegeheimen ab. Das Personal berechnet sich nach feststehendem Schlüssel (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Personalbedarf

Pflegestufe	Anzahl BW	Personalschlüssel	Erforderliches Personal
0	5	8	1,25
1	70	4	17,50
2	20	2,5	8,00
3	5	1,8	2,78

In der Summe stehen dem Haus am Wald bei dieser Pflegestufenverteilung also insgesamt 29,53 Stellen zu. Hieraus muss – je

nach Bundesland – noch die Pflegedienstleitung und ein Qualitätsbeauftragter generiert werden. Hinzu kommen die Stellen für die soziale Betreuung und die Nachtdienste. Welche Folgen hat es, wenn dieses Personal den tatsächlich bestehenden Pflegebedarf abdecken muss?

1.1.2 Demotivation des Personals

Im Haus am Wald arbeitet das Pflegepersonal ständig am Limit. Krankmeldungen und Kündigungen häufen sich. Die hohe Arbeitsbelastung führt zu Erschöpfungssymptomen, die Demotivation steigt, denn die engagierten Mitarbeiter haben immer mehr das Gefühl, ihrem Berufsbild nicht mehr gerecht zu werden. Sie können die anstehenden Aufgaben nicht mal ansatzweise zur Zufriedenheit erledigen.

Beispiel

Auf dem Wohnbereich 1 mit 35 zum Teil schwerstpflegebedürftigen Heimbewohnern leistet die Fachkraft Katrin Schneider mit einer Hilfskraft schon den neunten Tag in Folge Frühdienst. Frau Schneider schafft kaum die pflegerischen Aufgaben. Ständig hat sie den Druck ihrer Wohnbereichsleitung im Nacken, die fehlenden Pflegeprozessplanungen zu erstellen.

Hier zeigt sich: Pflegefachkräfte tragen bereits die Verantwortung für den reibungslosen Ablauf in ihrer Schicht. Normalerweise müssen sie – um dieser Verantwortung gerecht zu werden – auch Arbeiten der Pflegehilfskräfte überwachen. In der Praxis aber ist das überhaupt nicht möglich.

Für die Pflegefachkräfte besteht noch der zusätzliche Druck, den dokumentierten Pflegeprozess nachvollziehbar abzubilden. Wie wichtig diese Aufgabe besonders in Hinblick auf ein effektives Pflegestufenmanagement ist, wird in den folgenden

Kapiteln noch gründlich beschrieben. Der Druck aber, den die Pflegedienstleitung auf die Fachkräfte hinsichtlich der Dokumentation aufbaut, kommt aus einer ganz anderen Ecke: Es geht nicht zwingend darum, den tatsächlichen Pflegebedarf abzubilden, sondern vielmehr, für MDK-Qualitätsprüfungen sowie für Begehungen der Heimaufsicht gewappnet zu sein.

Wenn sich solche Zustände auf allen Wohnbereichen für alle Fachkräfte potenzieren, ist es schon zu spät. Auch die Hilfskräfte werden von der Ohnmacht und Demotivation erfasst und fallen in längere Krankheitsphasen.

Mittelfristig führt diese Situation zu einer schleichenden Rufschädigung der Einrichtung, weil sich auch unter dem Pflegepersonal der Region herumspricht, wie schlecht die Arbeitsbedingungen im Haus am Wald sind. Das erschwert wiederum die Suche nach neuem Pflegepersonal. Den beschädigten Ruf wieder aufzupolieren, dauert dann Jahre.

1.1.3 Pflegeschäden

Durch die ständige Personalunterdeckung und die deshalb unzureichende Versorgung der Heimbewohner kommt es zwangsläufig zu Pflegeschäden. Prophylaktische Tätigkeiten wie

- Lagern und Mobilisieren,
- Durchführung spezieller Bewegungsübungen,
- Anreichen von Speisen und Getränken,
- Kontinenztraining

können kaum noch in der erforderlichen Intensität durchgeführt werden. Auf Dauer entstehen so Hautschäden, Kontrakturen und Infektionen (siehe Kapitel 1.2.3).

Dadurch werden drei existenzielle Risiken heraufbeschworen:

1. Die straf- und zivilrechtliche Haftung für in der Einrichtung entstandene Pflegeschäden
2. Die Gefährdung des Versorgungsvertrages mit den Kassen
3. Die Gefährdung der Betriebserlaubnis

Auch die immer größer werdenden Lücken in der Pflegedokumentation beschleunigen diesen Prozess. Weil wichtige Beobachtungen nicht mehr im erforderlichen Maße dokumentiert und entsprechende pflegerische Maßnahmen beschrieben werden, verliert die Pflegedokumentation die wichtigste Rolle für das gesamte Pflegepersonal: die Rolle als hauptsächlicher Informationsträger für alle an der Pflege und Versorgung beteiligten Personen.

1.2 Warnsignale

Bevor es auch bei Ihnen so aussieht wie im Haus am Wald gibt es Warnsignale. Hierzu brauchen Sie noch nicht einmal ein ausgefeiltes Management-Informationssystem. Einfache Kennzahlen aus dem monatlichen Dienstplancontrolling sollten Ihre Alarmglocken schrillen lassen.

1.2.1 Hoher Krankenstand

Passen die Pflegestufen nicht zum Pflegeaufwand, werden die Mitarbeiter noch stärker belastet. Je länger das Pflegepersonal belastet wird, desto höher steigt der Krankenstand. Wegen der permanent zunehmenden Multimorbidität der Heimbewohner kommt es auch zu einer permanenten körperlichen Mehrbelastung der Mitarbeiter.

Warnsignal Krankenstand

Objektiv stellen die Pflegedienstleitungen den Anstieg anhand der monatlichen Krankheitsquote fest. Subjektiv spüren Pflegedienst- und Wohnbereichsleitungen den Anstieg dadurch, dass ein erheblicher Anteil ihrer Arbeitszeit mit dem ständigen Stopfen von Löchern im Dienst einhergeht.

1.2.2 Überstundenblase

Passt der Pflegestufenschnitt nicht mehr zu der tatsächlichen Bedürftigkeit der Bewohner, passt natürlich auch der Personalschlüssel nicht mehr. Die wenigen Mitarbeiter müssen wesentlich mehr leisten, um die Bewohner adäquat zu versorgen und ihren Bedürfnissen gerecht zu werden. Tabelle 2 macht diesen Zusammenhang deutlich.

Tabelle 2: Zusammenhang zwischen Pflegestufen und tatsächlichem Pflegeaufwand

Bewohner	Aktuelle Pflegestufe	Tatsächlicher Pflegeaufwand
Herr Willi Meier	1, kein 87 b	Volle Übernahme der Körperpflege, der Transfers, Inkontinenzversorgung Tag und Nacht, Begleitung aufgrund von Demenz notwendig
Frau Liselotte Schmidt	2, kein 87b	Volle Übernahme der Körperpflege, Essen anreichen bei allen Mahlzeiten, Inkontinenzversorgung Tag und Nacht, sämtliche Mobilisierungsmaßnahmen nur mit 2 Pflegekräften, schwere Demenz, 95 Kilo schwer
Frau Gisela Schulze	1, kein 87 b	Aufgrund der hochgradigen Demenz langwierige Begleitung und Anleitung beim Waschen und Kleiden, Inkontinenzversorgung Tag und Nacht, engmaschige Beaufsichtigung bei Essen und Trinken, Weglauftendenz stark ausgeprägt

Bei diesen drei Bewohnern liegt der Pflegestufenschnitt bei 1,3. Tatsächlich aber müsste er mindestens bei 2,0 liegen. Nimmt man bei einem Pflegestufenschnitt von 1,3 einen durchschnittlichen täglichen grundpflegerischen Aufwand von 75 Minuten und bei einem Schnitt von 2,0 von 120 Minuten an, beträgt die

Differenz bei drei Bewohnern schon über 2 Stunden. Da ist es nur logisch, dass viele Überstunden entstehen.

Zudem ist der wirtschaftliche Schaden immens, wenn viele Überstunden anfallen. Hier ein Szenario in einer 100-Betten-Einrichtung mit 35 Vollzeit-Mitarbeitern:

- Wegen der Mehrbelastung der 18 Pflegefachkräfte (direkte Pflege und Pflegeprozessdokumentation) steigen die Überstunden der Pflegefachkräfte im Monat um 15 Stunden.
- Die Überstunden der 17 Pflegehilfskräfte steigen durch häufiges Einspringen monatlich um durchschnittlich 10 Stunden.
- Der Zustand ist bereits seit 12 Monaten wie in den ersten beiden Punkten beschrieben.

So bestehen bereits 4200 Überstunden, pro Monat kommen 350 dazu. Nimmt man durchschnittliche Lohnkosten (inklusive Pflegedienstleistung und Wohnbereichsleitungen) von 18 Euro inklusive Arbeitgeberanteil an, kommt man auf 75.600 € Überstundenkosten von im Jahr. Und jeden Monat kommen 6.300 € dazu. Auf Vollzeitstellen umgerechnet, kommt man dabei auf knapp drei Stellen –umgerechnet auf Nettoarbeitszeit.

Warnsignal Überstunden

Eine Überstundenblase entsteht, wenn Mitarbeiter viele Überstunden anhäufen. Diese Blase wird wirtschaftlich zu einer Bedrohung. Dieser Überstundenberg kann kaum abgebaut werden, wenn wegen eines fehlenden Pflegestufenmanagements stets mehr Arbeit zu leisten ist, als Mitarbeiter auf Station sind.

1.2.3 Steigende Pflegeschäden

Verschärft sich der Personalmangel, kann die Arbeit am Bewohner nicht mehr ausreichend sichergestellt werden. Damit die Mitarbeiter das Pensum schaffen, wird lediglich eine „Sauber, Satt und Trocken“-Pflege durchgeführt. Notwendige Prophylaxen bleiben auf der Strecke, mit negativen Folgen:

- Lagerungen werden vernachlässigt
- Bewohner, die normalerweise im Rollstuhl sitzen, bleiben im Bett
- Zeiten für das Essen anreichen bei Bewohnern mit Schluckstörungen werden gekürzt
- Bewohner mit Schluckstörungen bekommen nicht genügend zu trinken angereicht, weil die Zeit zu knapp ist
- Es werden besonders saugstarke Inkontinenzvorlagen genutzt, um Toilettengänge bzw. Vorlagenwechsel zu vermeiden

Auch die notwendige Begleitung und Anleitung demenzkranker Heimbewohner bleibt auf der Strecke. Mit hoher Wahrscheinlichkeit nehmen auch mechanische und medikamentöse Fixierungen zu.

Fazit

Insgesamt resultieren aus einem nachlässigen oder gar fehlenden Pflegestufenmanagement Pflegeschäden und gefährdende Bedingungen für die Heimbewohner.

So schließt sich auf dramatische Weise die Kausalkette aus schlechtem Pflegestufenmanagement, Personalmangel und hohem Krankenstand.

1.3 Wie das Pflegestufenmanagement den Umsatz beeinflusst

Der Unterschied der Umsatzkurven von Einrichtungen mit gutem und mit schlechtem Pflegestufenmanagement ist erheblich. Allein der Unterschied von mittleren Einrichtungen mit 100 Plätzen liegt bei einem Pflegestufenschnitt von 1,3 bzw. 1,85 im Vergleich schon im mittleren sechsstelligen Bereich.

1.3.1 So finanziert sich eine stationäre Einrichtung

Die Finanzierung stationärer Altenpflegeeinrichtungen ist im elften Sozialgesetzbuch geregelt. Dort steht, wer die Vergütung zu tragen hat und welche Leistungen damit abgegolten werden. Ebenso ist abgegrenzt, welche Leistungen davon nicht berührt werden (siehe Kapitel 5.2). Folgende Paragraphen sind berührt:

- § 82 SGB XI Finanzierung der Pflegeeinrichtungen
- § 85 SGB XI Pflegesatzverfahren
- § 87 SGB XI Unterkunft und Verpflegung
- § 88 SGB XI Zusatzleistungen

Grundsätzlich muss gesagt werden, dass die zugelassenen Pflegeeinrichtungen Gewinn erzielen dürfen, aber zugleich auch das Verlustrisiko tragen müssen.

Es gibt mehrere Bereiche, mit denen alle Leistungen der stationären Pflege abgegolten werden.

Pflegesätze

Pflegesätze sind die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die voll- oder teilstationäre Pflegeleistungen der Einrichtung. Diese schließen die soziale Betreuung und die medizinische Behandlungspflege mit ein.¹ Es gibt drei Bedingungen, die an Pflegesätze geknüpft sind: Sie müssen

- a) leistungsgerecht sein,
- b) dem Träger bei der Erfüllung seines Versorgungsauftrages eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen und
- c) für alle Heimbewohner nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen.

Bei den Pflegesätzen handelt es sich um einen Durchschnittswert, der für alle Bewohner einer Pflegestufe in der Einrichtung zugrunde gelegt wird.

Die Pflegesätze beinhalten die Grund- und Behandlungspflege sowie die soziale Betreuung der Heimbewohner. Die Abrechnungseinheit ist der Pfl egetag.

Die Höhe des Pflegesatzes richtet sich nach der Pflegestufe der Bewohner. Je höher die Pflegestufe, desto höher der Pflegesatz. Genau hier zeigt sich eine gravierende Problematik für Pflegeheimbetreiber: Um eine qualitativ gute Pflege zu bieten, muss die Einrichtung ein effektives Pflegestufenmanagement betreiben. Die gewährten Pflegestufen müssen sich nach dem tatsächlichen Pflegeaufwand richten.

Ist dies nicht der Fall, kommt es schnell zu personellen Engpässen und Qualitätsmängeln.

¹ Vgl. Köchling, Finanzierung und Recht sozialer Einrichtungen, S.92

Unterkunft und Verpflegung

Es besteht der Anspruch auf ein angemessenes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung der Heimbewohner (§ 87 SGB XI). Dieses Entgelt wird ebenso wie der Pflegesatz zwischen den Vertragsparteien vereinbart.²

Die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung hat der Bewohner selbst zu tragen; kann er dies nicht, springt die Sozialhilfe ein.

Investitionskosten

Weder die Pflegesätze noch die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung beinhalten einen Puffer für Aufwendungen für Gebäude und sonstige Anlagegüter, die zum Betreiben einer stationären Einrichtung notwendig sind. Hierzu gibt es die sogenannten Investitionskosten (geregelt in § 82 Abs. 2 SGB XI).

Investitionskosten sollen Aufwendungen für Erwerb, Miete, Pacht, Instandhaltung und Pflege der Gebäude und Anlagegüter abdecken. Die Investitionskosten werden nicht durch die Pflegekasse getragen, sondern durch den Heimbewohner. Ist er dazu nicht mehr in der Lage, tritt an seiner Stelle die Sozialhilfe ein.

² Köchling, Finanzierung und Recht sozialer Einrichtungen, S. 114

Zusatzleistungen

Unter Zusatzleistungen versteht der Gesetzgeber sogenannte „besondere Komfortleistungen“, die über die Leistungspflicht der Pflegekassen und der Sozialhilfe hinausgehen. Im § 88 SGB XI ist ferner der Begriff der „zusätzlichen pflegerisch-betreuerischen Leistungen“ erwähnt.

Die Abgrenzung zwischen der Leistungspflicht der Pflegekassen und Sozialhilfeträgern einerseits und den Zusatzleistungen andererseits wird in den Rahmenverträgen gemäß § 75 SGB XI vorgenommen.

1.3.2 Soll-/Ist-Vergleiche von Umsätzen

Sehen Sie sich diese zwei Einrichtungen mit je 100 Plätzen einmal an. Es liegt folgende Situation vor:

- Die Rahmenbedingungen sind für beide Einrichtungen gleich.
- Beide Einrichtungen haben kein Belegungsproblem.
- Einrichtung A verfügt über ein ausgefeiltes Pflegestufenmanagement.
- Einrichtung B vernachlässigt das Pflegestufenmanagement komplett.

Tabelle 3 zeigt den Unterschied der Umsatzentwicklung deutlich.

Tabelle 3: Umsatzentwicklung bei gutem bzw. schlechtem Pflegestufenmanagement

Einrichtung	Umsatz	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3
Einrichtung A	Umsatz bei Pflege- gestufenschnitt von 1,85	3.283.080	3.283.080	3.283.080
Einrichtung B	Umsatz bei Pflege- gestufenschnitt von 1,3	2.996.040	2.996.040	2.996.040
Differenz		287.040	287.040	287.040
kumuliert		287.040	574.080	861.120

Bereits im vierten Jahr würde die Millionengrenze geknackt werden. Nimmt man weiter an, dass mit jedem umgesetzten Euro 5 Cent Gewinn gemacht werden, liegt Einrichtung A pro Jahr um über 14.000 Euro höher als Einrichtung B. Nach fünf Jahren liegt der Unterschied schon bei 70.000 Euro. Geht man ferner davon aus, dass der Gewinn in diesem Modell pro umgesetzten Euro mit dem Umsatz proportional steigt, dürfte der Unterschied nach fünf Jahren sogar im dreistelligen Bereich liegen.

1.3.3 Warum Sie die Angehörigen brauchen

Sie können einen Höherstufungsantrag nur veranlassen, wenn der Bewohner bzw. seiner gesetzlicher Vertreter zustimmt. Genau das ist oft schwierig. Spielt Geld keine Rolle oder ist der Bewohner und seine Angehörigen so mittellos, dass ohnehin das Sozialamt für die Heimkosten aufkommt, wird es relativ leicht für Sie sein, eine höhere Pflegestufe anzustreben.

Anders gelagert ist der Fall, wenn der Bewohner zum Beispiel in der Pflegestufe 1 seine Heimkosten decken kann und

noch etwas Geld übrig behält – in Pflegestufe 2 bei etwa Plus/Minus Null landet – in Pflegestufe 3 aber plötzlich auf die Hilfe seiner Angehörigen angewiesen ist oder weiteres eigenes Vermögen antasten muss (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Entwicklung des Eigenanteils bei unterschiedlichen Pflegestufen

Pflegestufe	Heimkosten	Eigenanteil	Anteil aus Pflegestufe	Verbleibender Rest
Pflegestufe 1	2.365 €	1.500 €	1.023 €	158 €
Pflegestufe 2	2.795 €	1.500 €	1.279 €	-16 €
Pflegestufe 3	3.295 €	1.500 €	1.550 €	-245 €

Die hier angegebenen Heimkosten³ sind bundesweite Durchschnittswerte. Die Kostenschritte zwischen den Pflegestufen liegen bei gut 400 bzw. 500 Euro. In manchen Bundesländern sind die Schritte zum Teil bei über 500 € (Sprung von Pflegestufe 1 in Pflegestufe 2) bzw. über 600 Euro (Sprung von Pflegestufe 2 in Pflegestufe 3).

Kein Angehöriger ist daran interessiert, dass sein Erbe durch die Heimkosten aufgefressen wird. Ebenso will verständlicherweise kein Bewohner auf sein Taschengeld verzichten. Im obigen Falle wären das noch immerhin fast 160 Euro. Wenn aber bei einer höheren Pflegestufe das Sozialamt einspringen müsste, verbleiben dem Heimbewohner nur noch etwa 90 Euro Taschengeld.

Diesen Hintergrund müssen Sie bei einem guten und effektiven Pflegestufenmanagement berücksichtigen. Lösungsansätze für diese Situationen finden Sie in Kapitel 2.5.

³ <http://www.pflegekosten.de/blog/2012/01/19/pflegekosten/>

1.4 Personalbedarfsentwicklung

1.4.1 So berechnet sich der Personalbedarf

Bis zur Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1996 gab es in den einzelnen Bundesländern einheitliche Personalschlüssel. In den ab 1996 durchgeführten Vergütungsverhandlungen verloren diese Personalschlüssel nach und nach ihre Verbindlichkeit. Nach geltendem Recht werden zur Personalbemessung Personalanhaltszahlen bzw. Personalrichtwerte gemäß § 75 SGB XI zugrunde gelegt. In den Rahmenverträgen zwischen Leistungsanbietern und Kostenträgern sollen länderspezifische Verfahren zur Personalbedarfsermittlung definiert werden. Für zugelassene Pflegeeinrichtungen gelten unmittelbar die Festsetzungen in den landesweit abzuschließenden Rahmenverträgen der Pflegekassen mit den Leistungserbringern und Sozialhilfeträgern.

Personalbemessung anhand der Pflegestufen

Die Personalbemessung in der stationären Altenpflege kann in Anlehnung an die Pflegestufen der Bewohner erfolgen. Die Vertragsparteien legen in der Regel fest, wie viele Bewohner auf einen Mitarbeiter kommen müssen.

Tabelle 5⁴ verdeutlicht diese Aussage.

⁴ Köchling, Finanzierung und Recht sozialer Einrichtungen, S.111

Tabelle 5: Muster „personelle Besetzung“

Pflegestufe	Mitarbeiter	Bewohner
1	1	4,3
2	1	2,5
3	1	1,8

Angenommen, eine Einrichtung hat 50 Bewohner, die sich wie folgt auf die Pflegestufen verteilen:

Pflegestufe 1	15 Bewohner
Pflegestufe 2	25 Bewohner
Pflegestufe 3	10 Bewohner

Tabelle 6 zeigt die beispielhafte personelle Abdeckung auf.

Tabelle 6: Muster „personelle Abdeckung“

Pflegestufe	Anzahl Bew.	Schlüssel	Anzahl Stellen
1	15	4,3	$15/4,3 = 4,28$
2	25	2,5	$25/2,5 = 10$
3	10	1,8	$10/1,8 = 5,55$
Gesamt			19,83 Vollkräfte

Qualitative Personalbemessung

Die wohl wichtigste Bestimmung hinsichtlich der qualitativen Personalbemessung ist die Fachkraftquote von 50 %, die eine stationäre Pflegeeinrichtung vorhalten muss. Zudem muss rund um die Uhr eine solche Fachkraft anwesend sein. Unter Fachkräften versteht der Gesetzgeber Personen, die über eine dreijährige Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Kinderkrankenschwester oder Altenpfleger/-in verfügen. Die Pflege hat unter Aufsicht einer verantwortlichen Pflegefachkraft zu geschehen (umgangssprachlich: Pflegedienstleitung). Die

genauen Voraussetzungen der verantwortlichen Pflegefachkraft sind in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI geregelt. Hier gibt es in den einzelnen Bundesländern leichte Unterschiede. Wenn stationäre Altenpflegeeinrichtungen im Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI einen pflegefachlichen Schwerpunkt vereinbart haben, kann das weitere personelle Anforderungen nach sich ziehen.

Beispiel

Hat eine Pflegeeinrichtung den pflegefachlichen Schwerpunkt der gerontopsychiatrischen Pflege vereinbart, so sind eine festgelegte Anzahl an Pflegefachkräften mit entsprechender Zusatzausbildung vorzuhalten.

1.4.2 Soll-/Ist-Vergleiche von Personalbesetzung

Erstaunlich ist, wie sehr Personalanzahlzahlen abweichen können, wenn man Einrichtungen mit gleichen Rahmenbedingungen vergleicht, die ein gutes bzw. schlechtes Pflegestufenmanagement betreiben. Hier ein Beispiel zweier Einrichtungen mit je 100 Plätzen:

Im Haus am Ententeich wechseln häufig die Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen. Durch die Fluktuation auf der Führungsebene kann kein wirksames Pflege- und Qualitätsmanagement installiert werden, da jede neue Leistungskraft wieder eigene Vorstellungen durchsetzen will.

Die Folge: Die Pflegestufen entsprechen in keinsten Weise dem Ist-Zustand der Bewohner. Die Bewohner sind im Schnitt sehr stark pflegebedürftig, dadurch müsste der Pflegestufenschnitt normalerweise um die 2,0 liegen. Tatsächlich aber ergibt sich nur eine Personalausstattung entsprechend dem Pflegestufenschnitt 1,25.

Tabelle 7: Personalausstattung vom „Haus am Ententeich“

Pflegestufe	Anzahl BW	Personal- schlüssel	Erforderliches Personal
0	5	8	1,25
1	70	4	17,50
2	20	2,5	8,00
3	5	1,8	2,78

Insgesamt stehen so 29,53 Stellen zur Verfügung.

Ganz anders sieht es in Haus Meeresbrise aus: Dank der beiden engagierten Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen werden hier stets die Pflegestufen auf den Prüfstand gestellt. Insgesamt werden pro Jahr durchschnittlich 50 Anträge auf Höherstufung veranlasst. Davon kommen zumindest etwa 80 % durch. So ergibt sich eine durchschnittliche Pflegestufenverteilung von:

Stufe 0: 0 Bewohner

Stufe 1: 45 Bewohner

Stufe 2: 40 Bewohner

Stufe 3: 15 Bewohner

Dies entspricht einem Pflegestufenschnitt von 2,0! Tabelle 8 zeigt, wie sich das auf die Personalberechnung auswirkt.

Tabelle 8: Personalausstattung von „Haus Meeresbrise“

Pflegestufe	Anzahl BW	Personal- schlüssel	Erforderliches Personal
0	0	8	0,00
1	45	4	17,50
2	40	2,5	16,00
3	15	1,8	8,33

Insgesamt stehen 41,83 Vollzeitstellen zur Verfügung. Dies macht einen Unterschied von gut 12 Vollzeitstellen aus! Das hat Folgen!

1.4.3 Folgen für die Heimbewohner

Für die Heimbewohner ist ein solch dramatischer Unterschied schnell spürbar. Bleiben wir bei dem Beispiel einer 100-Betten-Einrichtung und unterteilen wir diese in drei Wohnbereiche, so beträgt der Unterschied immer noch vier Stellen pro Bereich. Umgerechnet in Nettoarbeitszeit liegt der Unterschied immer noch bei über drei Vollzeitstellen. Pro Schicht fehlt also mindestens ein Mitarbeiter in Vollzeit.

Was für eine Einrichtung besonders problematisch ist, ist die gefühlte Servicequalität. Die wiederum hat einen erheblichen Einfluss auf die Kundenzufriedenheit:

- Die Zeit, bis nach Betätigen der Klingel jemand kommt, ist länger.
- Angehörige müssen lange suchen, bis sie Personal auf den Bereichen antreffen.
- Aufgrund der höheren Arbeitsbelastung neigen die Mitarbeiter – unabsichtlich – häufiger zu unhöflichen oder knappen Antworten auf Fragen von Bewohnern und Angehörigen.
- Die Bewohner und Angehörige nehmen wahr, dass viel weniger Zeit für persönliche Gespräche ist.
- Im schlimmsten Falle werden Pflege- und Versorgungsmängel offenkundig.

Warnsignal Servicequalität

Diese Prozesse kommen schleichend. Gerade das macht es so gefährlich. Die Servicequalität wird über einen Zeitraum von Monaten als immer schlechter empfunden, damit manifestiert sich ein schlechter Ruf.

1.4.4 Folgen für die Mitarbeiter

Permanenter Personalmangel setzt die Mitarbeiter unter Druck. Der einzelne wird demotiviert und irgendwann krank. Von einer personellen Kontinuität kann nicht mehr gesprochen werden – aufgrund von vier Faktoren:

1. Immer wiederkehrende Krankheitsausfälle des Stammpersonals
2. Löcher werden mit Kollegen anderer Wohnbereiche oder mit Zeitarbeit gestopft
3. Kündigungen vom Stammpersonal
4. Aufgrund des leergefegten Marktes dauert es bis zu einem Jahr, bis eine vakante Stelle neu besetzt werden kann

Warnsignal Personalfuktuation

Diese fehlende personelle Kontinuität wirkt sich auch auf die Stammmitarbeiter negativ aus. Ständig sind sie in einer Einarbeitungs- und Anleitungssituation, weil die Aushilfskräfte den Wohnbereich nicht kennen. Dadurch leidet nicht nur die Versorgungsqualität, sondern auch das Stammpersonal. Jeder bekommt noch mehr das Gefühl, seine Arbeit im Sinne der Bewohner nicht mehr ausreichend zu schaffen.

1.4.5 Folgen für die Einrichtung

Das Image leidet: Was die Bewohner wahrnehmen, berichten sie ihren Angehörigen. Diese werden in ihrem Umfeld negativ über die Einrichtung sprechen. So manifestiert sich ein schlechter Ruf. Zudem kann der schlechte Ruf auch aus dem Kundenumfeld weiter zu den Kassen, den Aufsichtsbehörden, den Versorgungspartnern wie Ärzte und Therapeuten sowie an Kliniken übergreifen. Spätestens dann droht ein Belegungsproblem.

Fazit

Die wirtschaftlichen Folgen für die Einrichtung durch eine permanente Personalunterdeckung aufgrund unpassender Pflegestufen sind immens.

Zu betrachten sind hier die Personalausfallkosten, die Kosten durch verlorene Haftungsprozesse und eventuelle Kosten durch Belegungsstopps.

Personalausfallkosten

Anstatt das Stammpersonal einzusetzen, muss teure Zeitarbeit eingesetzt werden. Auf Dauer kann das existenzgefährdend werden. Tabelle 9 zeigt, welche Kostenlawine auf eine Einrichtung zurollen kann, wenn auch nur eine Stammkraft ersetzt werden muss. Dargestellt sind die Kosten für einen Monat und ein Jahr auf Basis von Nettoarbeitszeit.

Tabelle 9: Kosten der Ersetzung einer Stammkraft

Mitarbeiter	Kosten pro Stunde	Kosten für 130 Stunden	Kosten für 1560 Stunden
Stammpersonal (Fachkraft)	18,00 €	2.340,00 €	28.080,00 €
Zeitarbeitskraft (Fachkraft)	30,00 €	3.900,00 €	46.800,00 €

Die Mehrkosten sind in der unteren Zeile dargestellt. Unterstellt man, dass das Stammpersonal jeweils nicht länger als sechs Wochen am Stück ausfällt, zahlt die Einrichtung doppelt. Müssen im Jahr nicht nur eine Vollzeitkraft ersetzt werden sondern derer fünf, können im schlimmsten Falle bis zu einer Viertelmillion Zusatzkosten entstehen. Selbst wenn nur Mitarbeiter ersetzt werden, die schon aus der Lohnfortzahlung sind sowie vakante Stellen mit Zeitarbeit ersetzt werden, entstehen immer noch erhebliche Kosten (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Kosten für Zeitarbeit

Mitarbeiter	Kosten pro Stunde	Kosten für 130 Stunden	Kosten für 1560 Stunden
Stammpersonal (Fachkraft)	18,00 €	2.340,00 €	28.080,00 €
Zeitarbeitskraft (Fachkraft)	30,00 €	3.900,00 €	46.800,00 €
Differenz	12,00 €	1.560,00 €	18.720,00 €

Geht man auch hier vom Ersatz von fünf Vollzeitkräften aus, entstehen jährliche Kosten von etwa 90.000 Euro. Ein möglicher operativer Gewinn wäre so in jedem Falle pulverisiert.

Drohende Kosten durch verlorene Haftungsprozesse

Auch das Haftungsrisiko steigt, wenn durch ein schlechtes Pflegestufenmanagement bedingt Personalmangel in der Einrichtung existiert. Das folgende Beispiel aus der Praxis zeigt, wie schnell eine Einrichtung hier in Schwierigkeiten kommen kann.

Vorwurf Körperverletzung

In der stationären Altenpflegeeinrichtung „Haus am Teich“ findet eine Regelprüfung des MDK statt. Mit dabei ist gleichzeitig die Heimaufsicht. Gegen Mittag wird von einer MDK-Prüferin die im Rollstuhl sitzende Bewohnerin Gisela Schulze in Augenschein genommen. Dabei stellt die Dame vom MDK bei Frau Schulze einen etwa 1x1 cm großen Dekubitus II. Grades am Steiß fest. Spezielle Lagerungshilfsmittel finden sich nicht im Rollstuhl. Auch die Sichtung der Pflegedokumentation gibt keinen Aufschluss über ein bestehendes Risiko oder erforderliche Prophylaxen. Die MDK-Prüferin informiert ihren Kollegen von der Heimaufsicht. Die zuständige Pflegefachkraft verweist auf den Personalmangel – sie hätte wegen Zeitmangel vergessen, die nötigen Prophylaxen in die Pflegeplanung einzutragen. Wenig später bekommt der Einrichtungsleiter Post von der Staatsanwaltschaft. Der Vorwurf: Körperverletzung.

Neben einer strafrechtlichen Haftung droht auch eine zivilrechtliche Haftung. Schließlich kann die Heimbewohnerin die Einrichtung bzw. den Träger auf Schmerzensgeld verklagen. Haftungsrisiken entstehen also immer aus zwei Gründen:

1. Vorhandene Pflegeschäden
2. Mangelhafte Dokumentation des Pflegeprozesses

Ein gutes Pflegestufenmanagement minimiert also auch das Haftungsrisiko einer Pflegeeinrichtung.

Drohende Kosten durch Belegungsstopps

Auch die Spirale „Personalmangel > unzureichende Pflege und Betreuung > Pflegeschäden sowie Lücken in der Dokumentation“ führt zwangsläufig irgendwann zum Belegungsstopp. Bei der ersten negativ verlaufenden Begehung der Heimaufsicht kommt die Einrichtung vielleicht noch mit Auflagen davon. Werden diese aber nicht erfüllt, kann bei der nächsten Prüfung ein Belegungsstopp verhängt werden. Hat eine Einrichtung erst

einmal einen Belegungsstopp, dauert es oft Monate, bis dieser wieder aufgehoben wird. In einer Einrichtung mit 100 Plätzen kann ein Belegungsstopp über ein paar Monate mühelos den Jahresgewinn vor Steuern pulverisieren und sogar dauerhaft in die Verlustzone führen. Schließlich müssen die Lücken nach Aufhebung des Belegungsstopps erst wieder gefüllt werden. Das aber ist nicht so einfach aufgrund des immateriellen Verlustes durch einen Belegungsstopp: Denn auch hier leidet der Ruf der Einrichtung immens. Schließlich werden die Zuweiser (Kliniken, ambulante Dienste, Ärzte) schnell merken, dass die Einrichtung nicht mehr aufnehmen darf.

Fazit

Ein schlechtes Pflegestufenmanagement kann früher oder später zur Insolvenz der Einrichtung führen.