

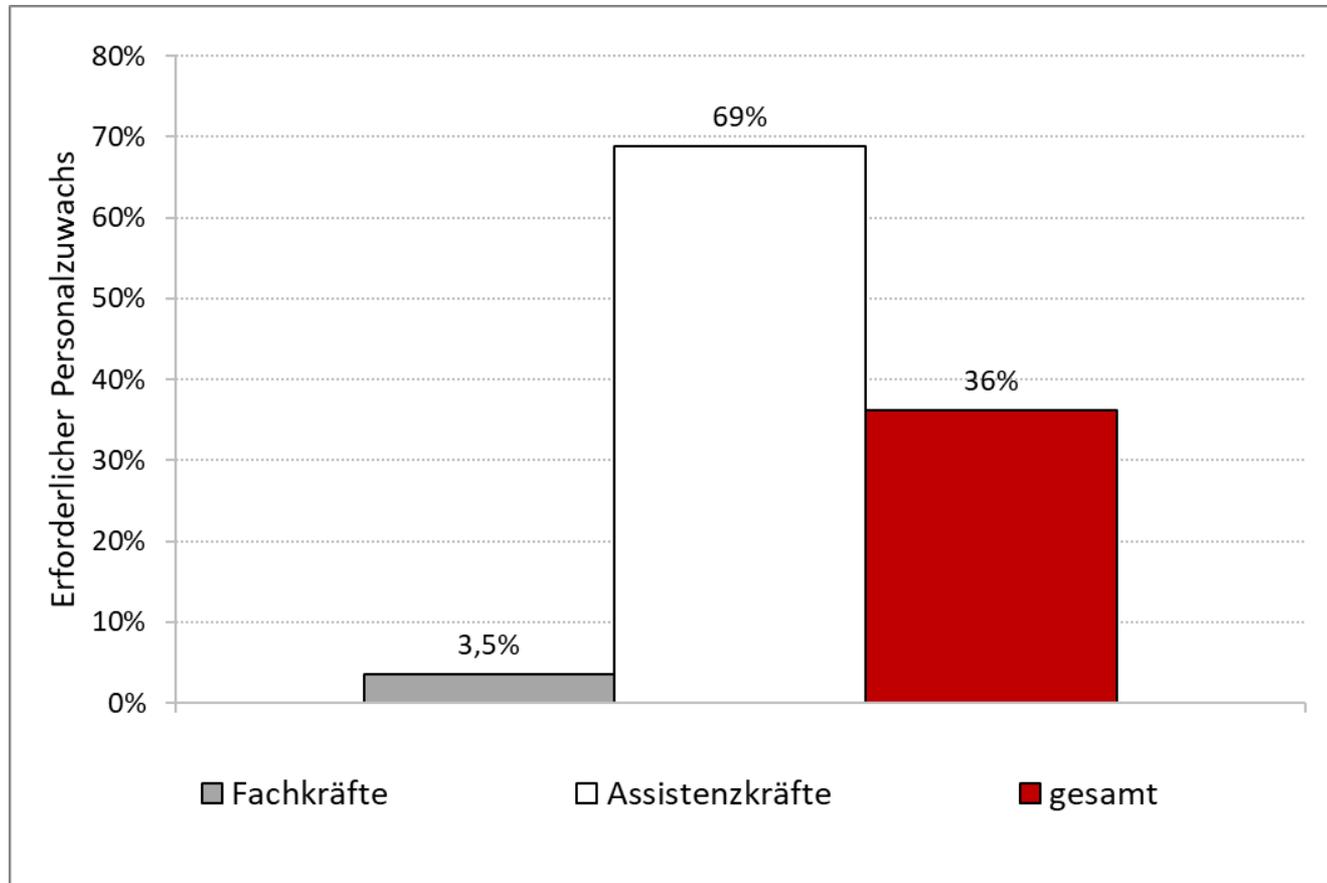
Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege

Landeskonferenz „Pflege im Wandel“
am 14. September 2023 in Magdeburg

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Universität Bremen
SOCIUM Forschungszentrum
Ungleichheit und Sozialpolitik

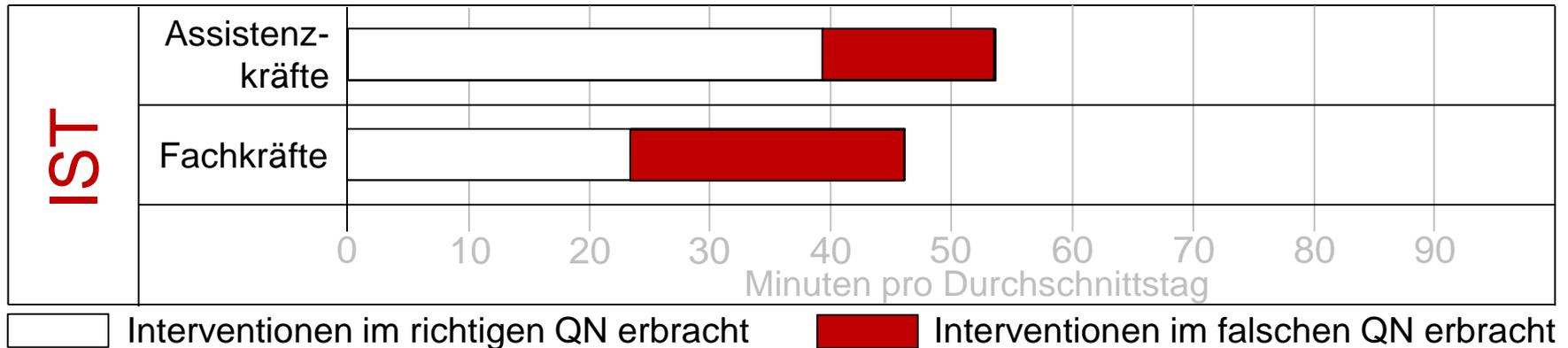
- I. Zentrale Ergebnisse des Projekts PeBeM
- II. Aktueller Stand der Umsetzung
- III. Zielvision kompetenzorientierte Arbeitsorganisation
- IV. Vom IST zum Soll
- V. Fazit: Flucht nach vorne als einzig mögliche Zukunftsstrategie

Es ergibt sich ein erheblicher Pflegekraftmehrbedarf, ganz überwiegend im Bereich von (qualifiz.) Assistenzkräften.

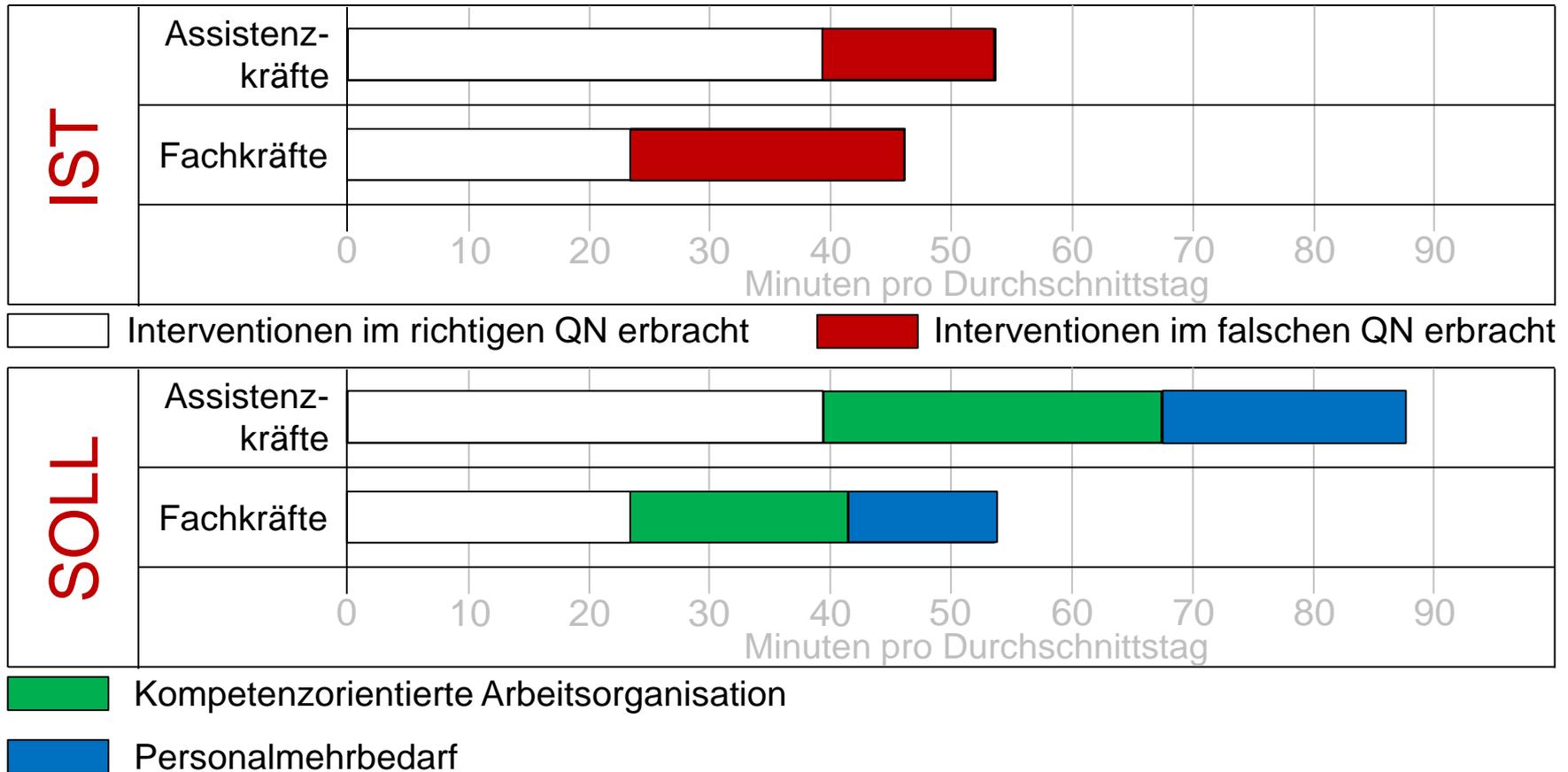


Quelle: Rothgang und das PeBeM-Team 2020

Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus

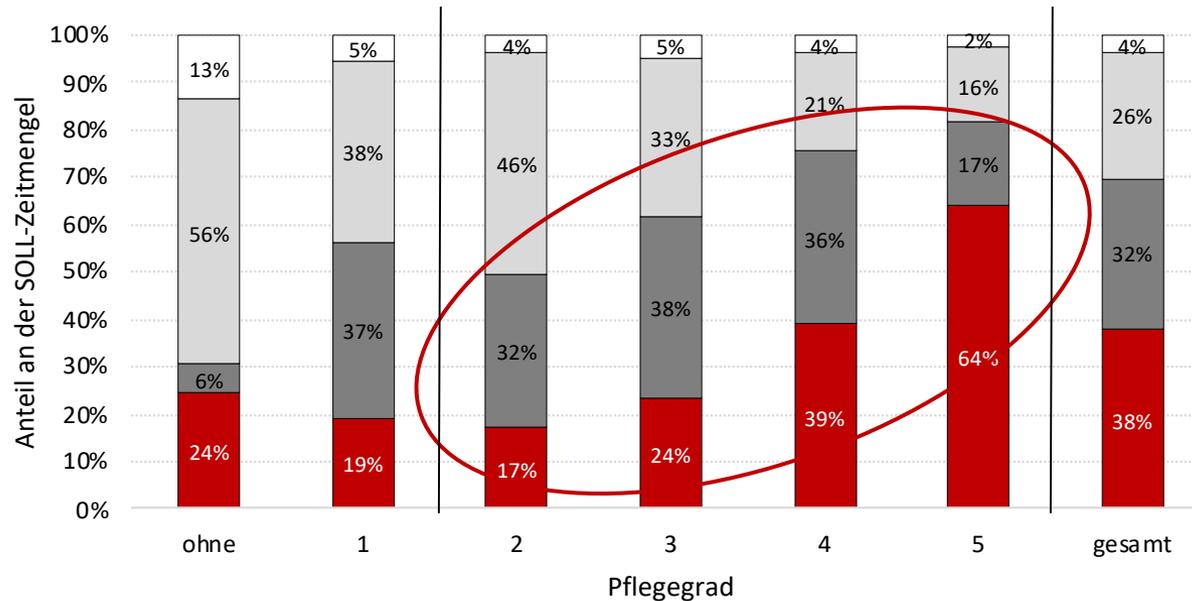


Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



- Es ergibt sich ein erheblicher Pflegekraftmehrbedarf, ganz überwiegend im Bereich von Assistenzkräften.
- Einrichtungen mit höherem Pflegegradmix benötigen dabei auch einen höheren Fachkräfteanteil.

SOLL-Personalmix nach vier Qualifikationsstufen



- QN 1: Personen ohne Ausbildung, nach 4 Monaten angeleiteter Tätigkeit
- QN 2 (Pflege): Personen ohne Ausbildung mit einem 2-6monatigen Pflegebasiskurs und 1-jähriger angeleiteter Tätigkeit; QN 2 (Betreuung): Betreuungskräfte nach § 53c SGB XI
- QN 3: Pflegehelfer*innen mit 1- oder 2-jähriger Ausbildung (ASMK 2012)
- QN 4: Pflegefachpersonen mit 3-jähriger Ausbildung (PflBRefG 2017, Teil 2)

Quelle: Rothgang und das PeBeM-Team 2020

- Es ergibt sich ein erheblicher Pflegekraftmehrbedarf, ganz überwiegend im Bereich von Assistenzkräften.
- Einrichtungen mit höherem Pflegegradmix benötigen dabei auch einen höheren Fachkräfteanteil.
- Die aktuelle einheitliche Fachkraftquote von 50% wird durch *heimindividuelle bedarfsgerechte Qualifikationsstrukturen* abgelöst.
- Für eine bundesdurchschnittliche Einrichtung ergibt sich:
 - 38% Fachkraftanteil,
 - 32% Anteil für Pflegehilfskräfte mit 1- oder 2-jähriger Ausbildung.

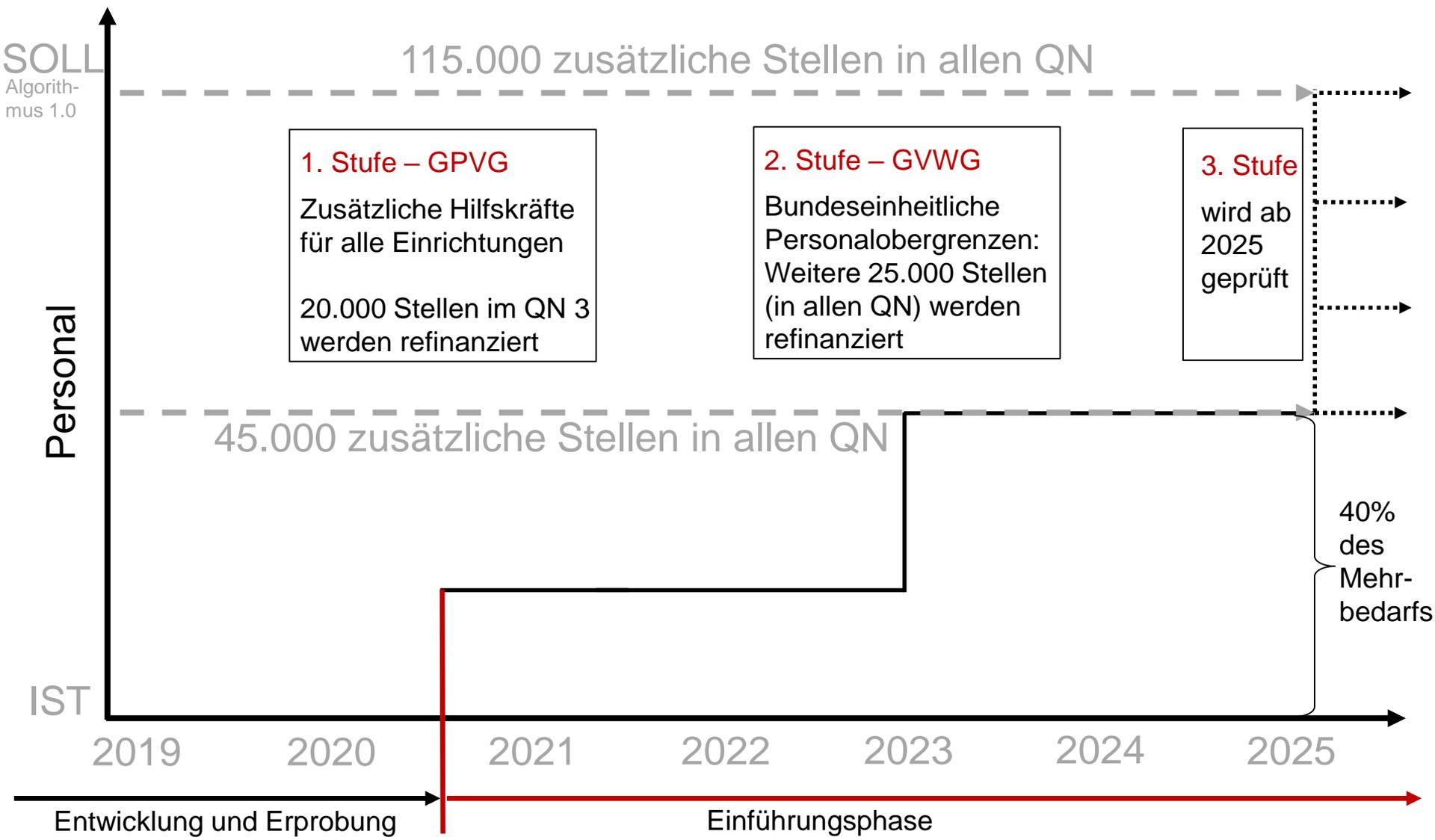
Personalmengensteigerungen allein können nicht sicherstellen, dass zusätzliche Pflegekräfte zu verbesserter Pflege führen. Benötigt wird zudem

➤ Organisationsentwicklung

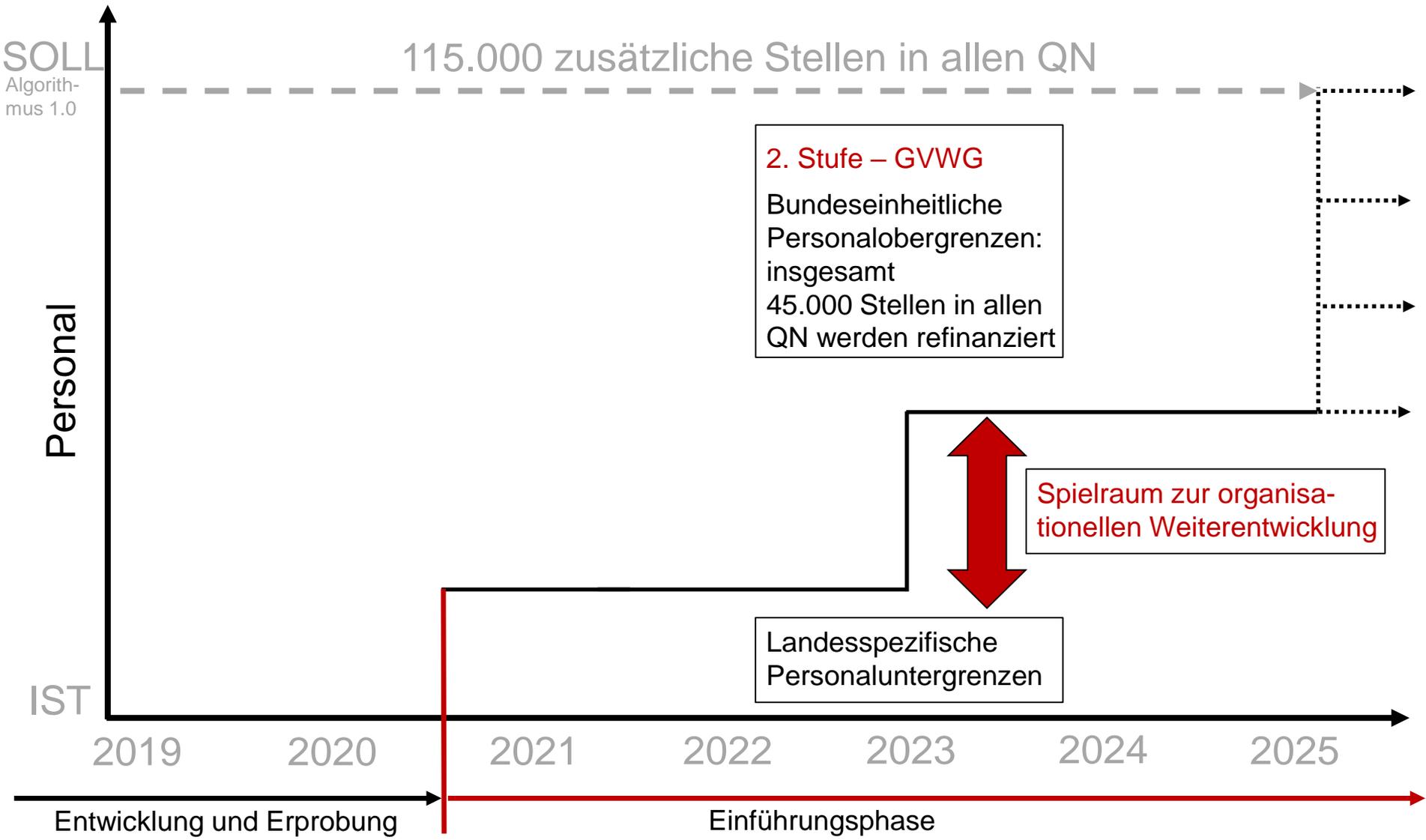
- Neudefinition der Rolle von Fachkräften: Planung, Anleitung, Beaufsichtigung, Evaluation, Delegation
- Kompetenzorientierte Pflege, statt jeder macht alles

➤ Personalentwicklung und Ausbildung

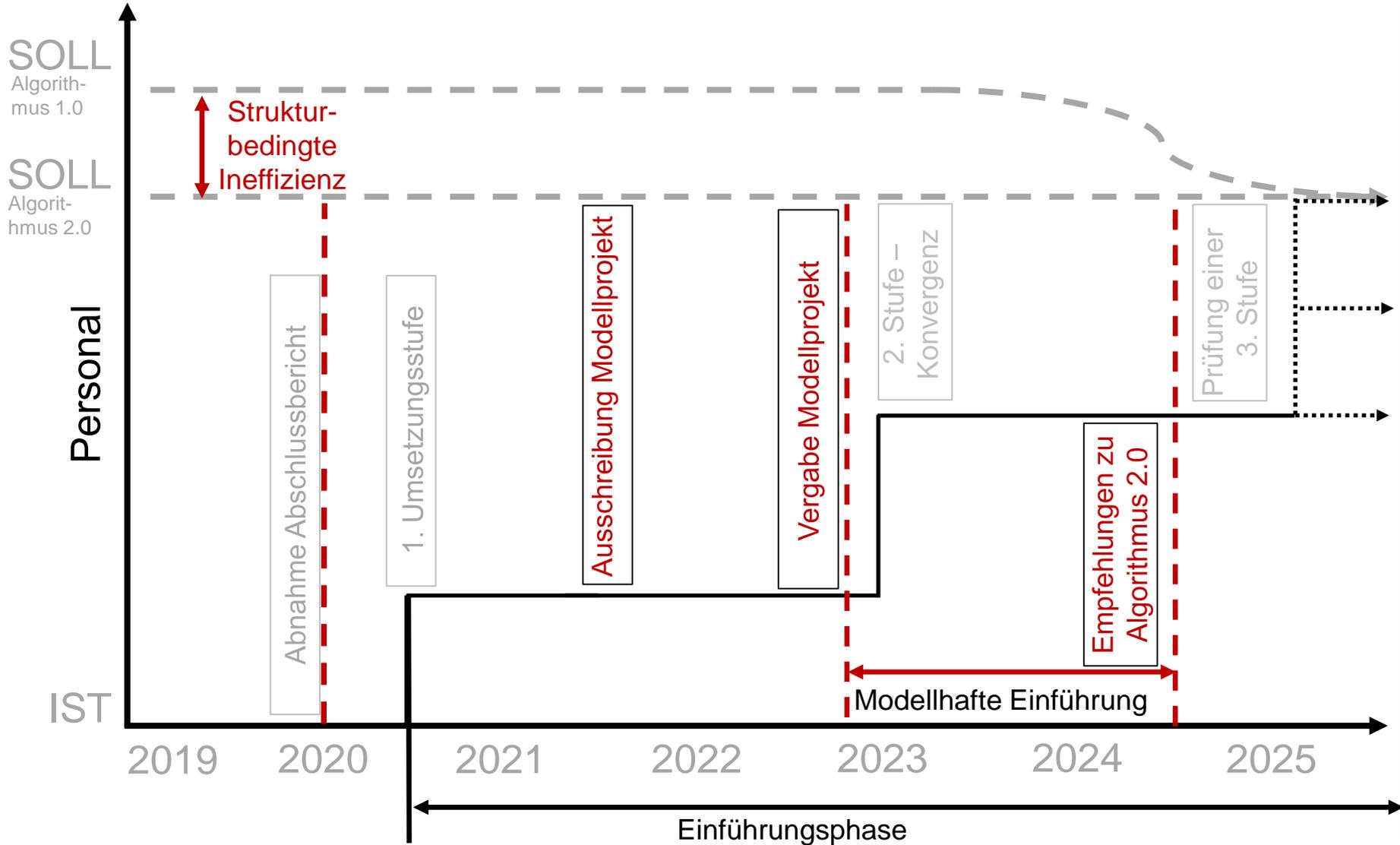
- Pflegekräfte müssen wieder lernen, ohne Hetze zu arbeiten.
- Fach- und Assistenzkräfte müssen ihre neuen Rollen annehmen.
- Sowohl für Fach- als auch Assistenzkräfte müssen in Menge und Inhalt entsprechende Ausbildungsstrukturen vorhanden sein.



- Die ab dem 1.7.2023 geltenden Regelungen des § 113c SGB XI sind *quantitative Obergrenzen*.
- Es handelt sich um *Kann*-Regelungen, aus denen (noch) keine Verpflichtungen für die Einrichtungen entstehen.
- Ordnungsrechtliche *Untergrenzen* werden durch Landesrecht bestimmt. Sie werden in der Regel hinter den Obergrenzen zurückbleiben.
- Solange die Länder keine Regelungen getroffen haben gilt die *Bundesrahmenempfehlung* der gemeinsamen Selbstverwaltung, die die bestehenden IST-Regelungen als Untergrenzen definiert. Nur für diese Untergrenzen gelten die Fachkraftquoten fort.



- Zukünftige Untergrenzen: § 113c Abs. 8 SGB XI nach Inkrafttreten des PUEG zum 1. Juli 2023
 - Das **Bundesministerium für Gesundheit legt alle zwei Jahre**, erstmals bis zum 31. Dezember 2023, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie nach Anhörung der Länder, des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, der Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe und der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Vereinigungen der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen **Zielwerte für eine bundeseinheitliche, mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung** fest.
- Mittelfristig wird der Konvergenzprozess auch auf die Untergrenzen ausgedehnt.



Modellprogramm nach § 8 Abs. 3b SGB XI

- Das Modellprogramm soll dazu dienen
 - zu testen, wie Mehrpersonal in die Pflegepraxis integriert werden kann,
 - ein Roll-Out-Konzept für eine flächige Einführung abzuleiten und
 - den Personalbedarf *nach* entsprechenden Organisations- und Personalentwicklungsprozessen zu bestimmen (Algorithmus 2.0).
- Die Modellprojekte wurden
 - im Februar / August 2020 im Projektbericht gefordert
 - erst nach langen Debatten 2021 in die Roadmap aufgenommen,
 - im Dezember 2021 vom GKV-SV ausgeschrieben und
 - im Dezember 2022 vergeben.

➤ Arbeit in Einrichtungen startet erst im Herbst 2023.

Los 1: Entwicklung und Erprobung eines Konzepts zum qualifikationsorientierten Personaleinsatz

- **Ziele:**
 - In 10 Einrichtungen wird Mehrpersonalisierung in Anlehnung an Algorithmus 1.0 umgesetzt.
 - In diesen Einrichtungen werden Konzepte zur Personal- und Organisationsentwicklung partizipativ und iterativ entwickelt und umgesetzt.
 - Es werden prototypische Umsetzungskonzepte, Umsetzungsmaßnahmen und Implementationsstrategien entwickelt.
- **Konsortium:**
 - Universität Bremen
 - Hochschule Bremen
 - Contec GmbH

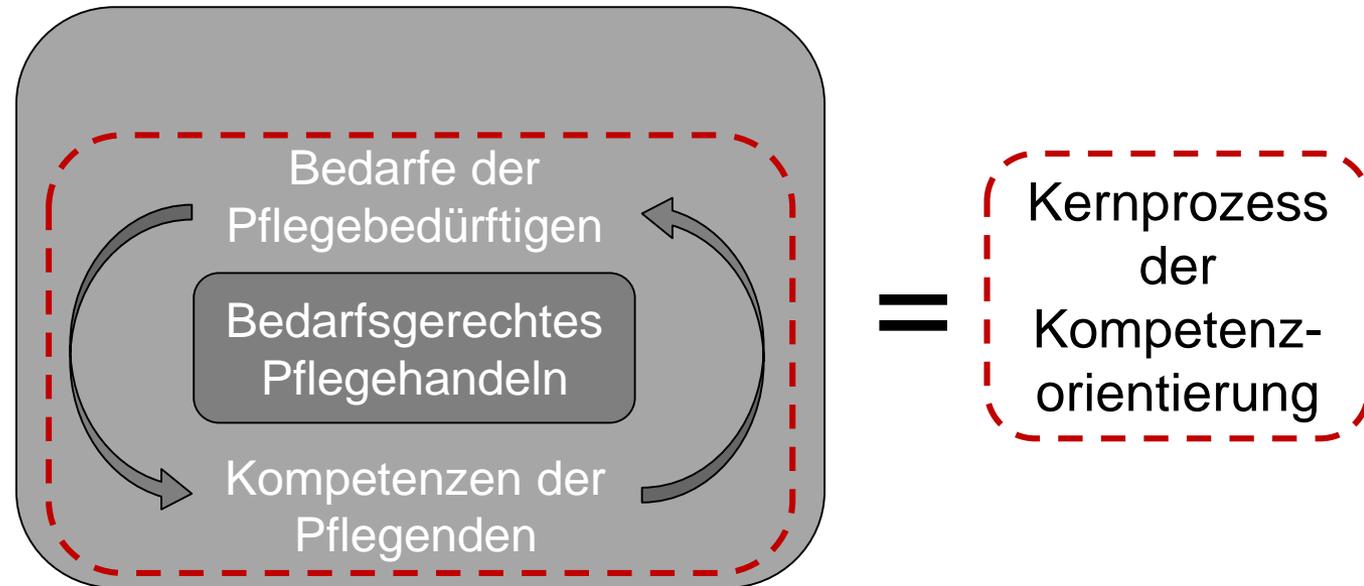
Los 2: Evaluation und Anpassung des Personalbemessungsinstruments

- **Ziele:**
 - Evaluation der Implementation in den 10 Einrichtungen im Kontrollgruppendesign.
 - Bestimmung eines Algorithmus 2.0 bei Berücksichtigung neuer Organisationsstrukturen.
- **Konsortium:**
 - Universität Bremen
 - aQua-Institut

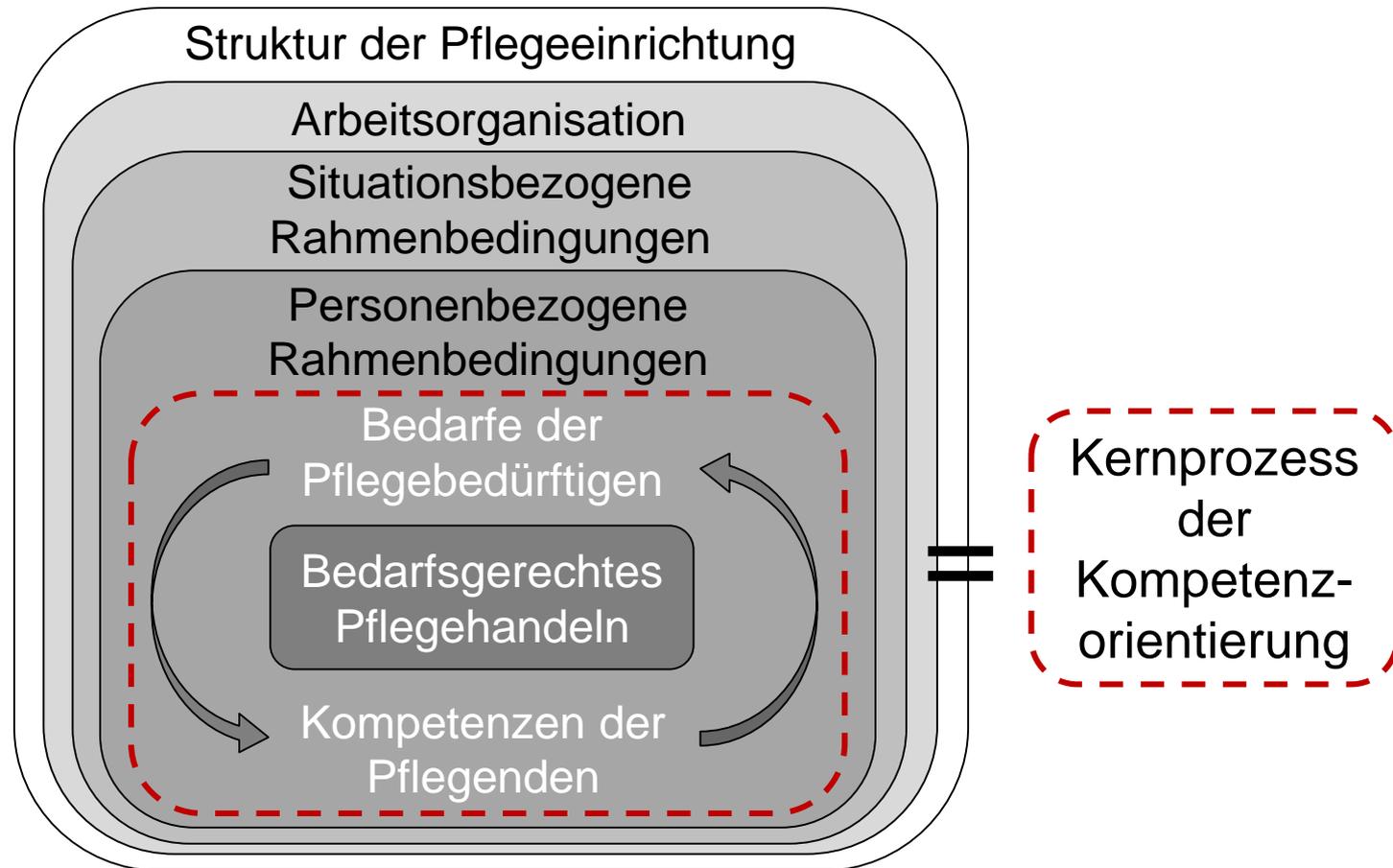
Das Leitbild der kompetenzorientierten Pflege

- darf nicht mit Funktionspflege verwechselt werden;
 - Funktionspflege sucht sich ausgehend von einem Organisationsprinzip passende Bedarfe.
 - Qualifikationsdifferenzierte Arbeitsorganisation setzt bei Bewohner:innenbedarfen an und richtet die Organisationabläufe an diesen aus.
- bedeutet *nicht*, dass Pflege taylorisiert wird, sondern eine professionell differenzierte Ganzheitlichkeit entsteht;
- schließt nicht nur an die formalen Qualifikationen, sondern auch an die persönlichen Fähigkeiten und Prioritäten der Pflegenden an
 - kompetenz- und nicht nur qualifikationsorientiert

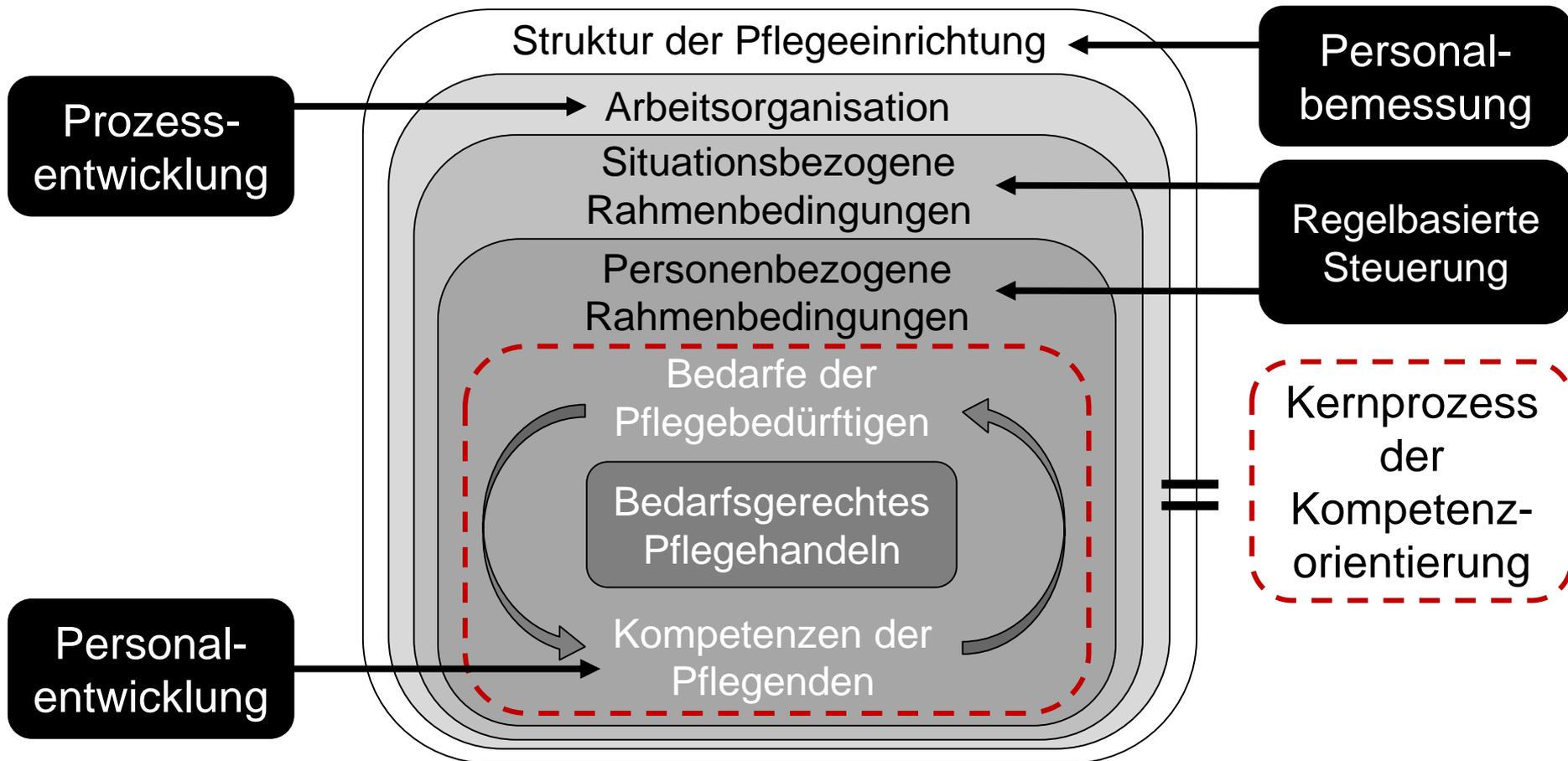
Ziel der Mehrpersonalisierung in Bezug auf Pflegequalität:
Ermöglichung bedarfsgerechten Pflegehandelns



Ziel der Mehrpersonalisierung in Bezug auf Pflegequalität:
Ermöglichung bedarfsgerechten Pflegehandelns



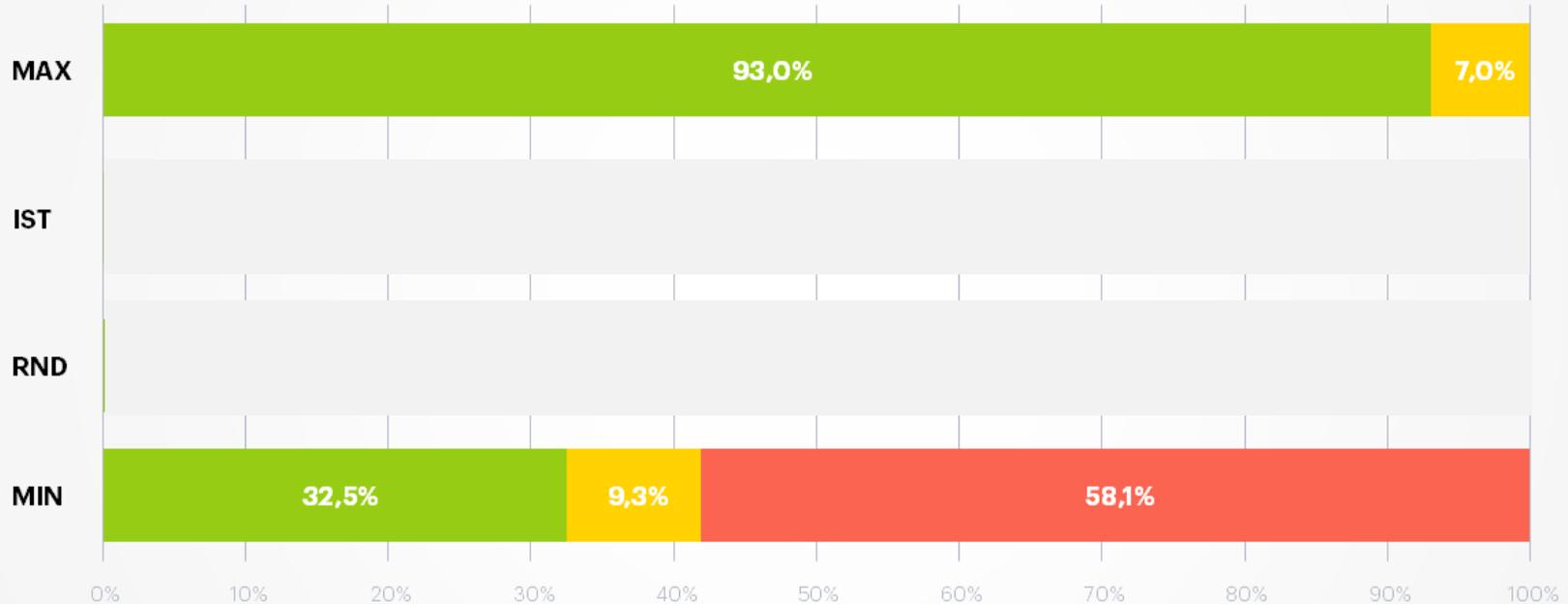
Ziel der Mehrpersonalisierung in Bezug auf Pflegequalität:
Ermöglichung bedarfsgerechten Pflegehandelns



Organisationsentwicklungsprozess in vier Schritten

1. Analyse des IST von Arbeits(organisations)prozessen:
Wer macht was?

Arbeitsorganisation im IST

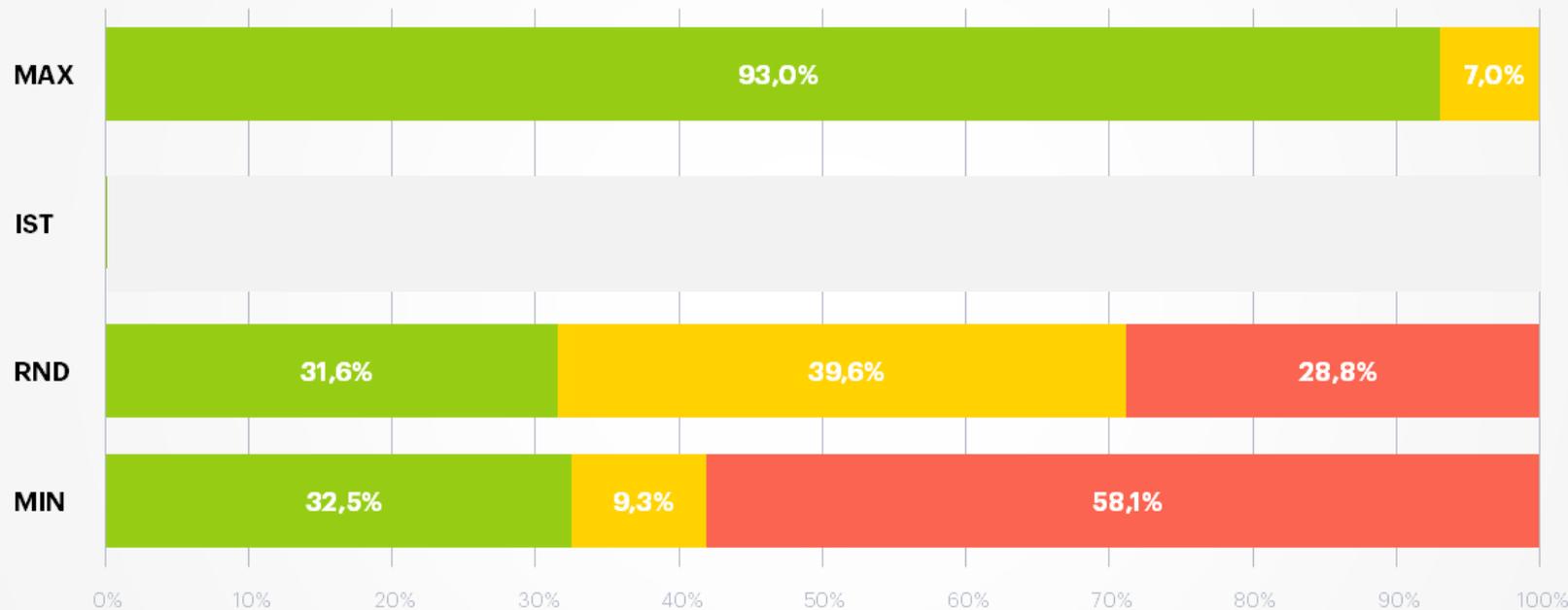


Echtdatenanalyse (122 Pflegeplätze, 10 Tage, 28.025 Datensätze)

qualifikationsgerecht
überqualifiziert
unterqualifiziert

Copyright: Michael Faust, Carita Grimm

Arbeitsorganisation im IST

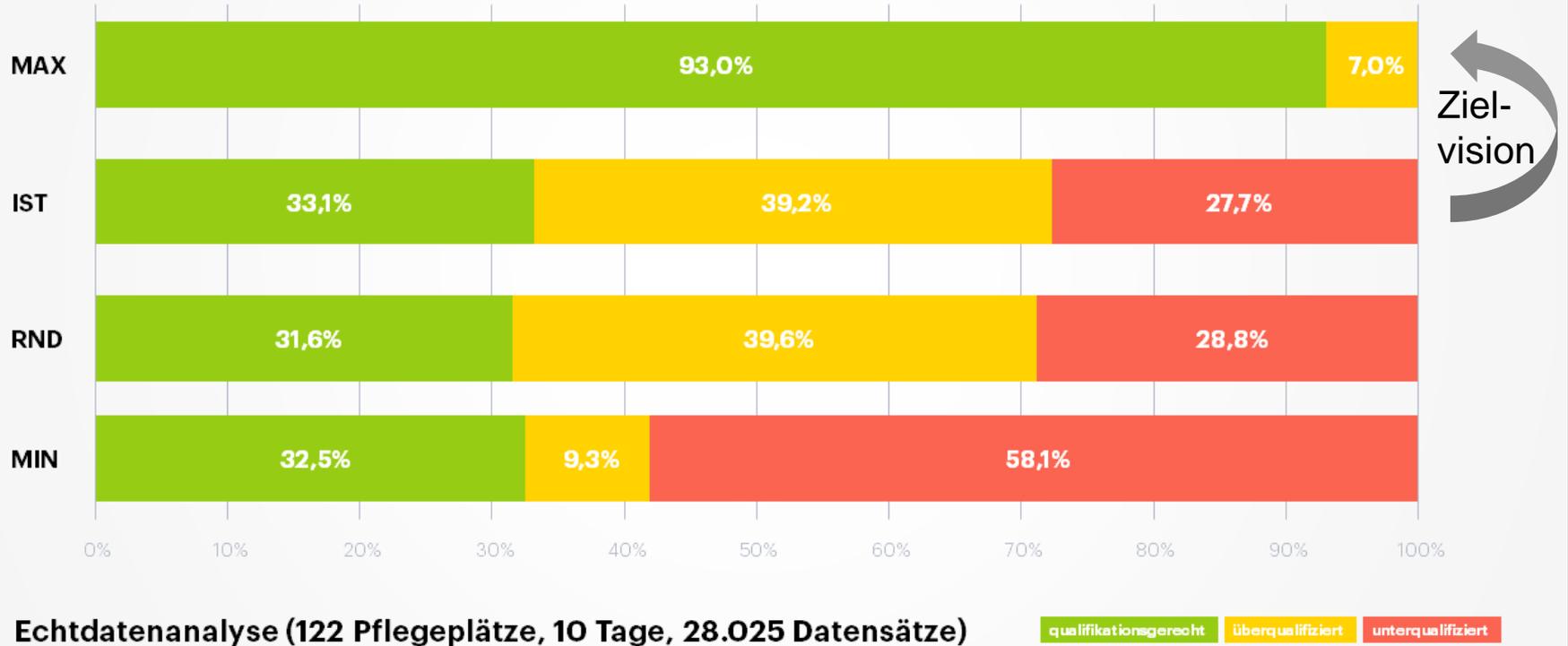


Echtdatenanalyse (122 Pflegeplätze, 10 Tage, 28.025 Datensätze)

qualifikationsgerecht
überqualifiziert
unterqualifiziert

Copyright: Michael Faust, Carita Grimm

Arbeitsorganisation im IST



Copyright: Michael Faust, Carita Grimm

Organisationsentwicklungsprozess in mehreren Schritten

1. Analyse des IST von Arbeits(organisations)prozessen:
Wer macht was?
2. Analyse der vorhandenen und erforderlichen Kompetenzen:
Wer kann was?

Instrumente der Kompetenzanalyse

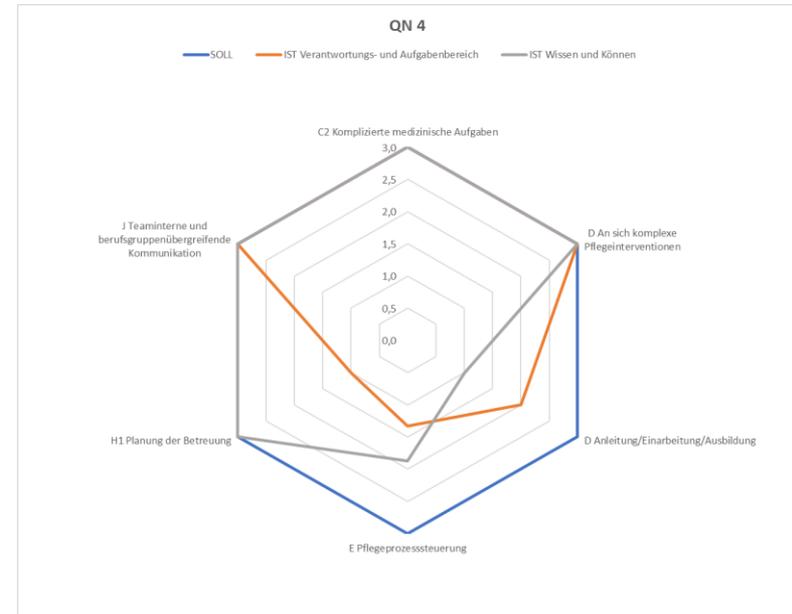
(Bitte bewerten Sie alle Aussagen!)

		trifft nie zu	trifft eher selten zu	trifft häufig zu	immer zu	ich nicht zugehen
01.	Er / sie ist für Aufgaben zuständig, die ihm / ihr von einer verantwortlichen Pflegefachkraft übertragen wurden.	<input type="checkbox"/>				
02.	Zum Verantwortungsbereich der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters gehört es, gesundheitlich stabile Bewohner*innen mit einem mittleren Grad an Pflegebedürftigkeit ¹ bei der körpernahen Selbstpflege zu unterstützen.	<input type="checkbox"/>				
03.	Sie / Er schätzt die aktuelle körperliche, kognitive und psychische Befindlichkeit der Bewohner*innen mit einem mittleren Grad an Pflegebedürftigkeit ein (zum Beispiel die Bewegungsfähigkeit, den Hautzustand oder die Unruhe) und passt die Pflege daran an.	<input type="checkbox"/>				
04.	Sie / Er wirkt an der Förderung der Selbstpflegefähigkeit und der Ressourcen der Bewohner*innen mit einem mittleren Grad an Pflegebedürftigkeit mit (zum Beispiel, indem sie/ er zur Teilnahme an Alltagsaktivitäten motiviert).	<input type="checkbox"/>				
05.	Zu ihren / seinen Aufgaben gehört es, an der Prophylaxe von Folgeerkrankungen bei Bewohner*innen mit einem mittleren Grad an Pflegebedürftigkeit mitzuwirken (zum Beispiel zur Vermeidung von Kontrakturen oder Dekubitus bei Immobilität).	<input type="checkbox"/>				
06.	Sie / Er leitet Bewohner*innen mit einem mittleren Grad an Pflegebedürftigkeit beispielsweise dazu an, die Körperpflege durchzuführen oder einen Rollator zu nutzen.	<input type="checkbox"/>				
07.	Sie / Er führt einfache delegierte medizinische Aufgaben durch (z. B. s.c. Injektionen, Verabreichen von Medikamenten, Kompressionsverbände anlegen).	<input type="checkbox"/>				
08.	Zum Verantwortungsbereich der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters gehört es, dass sie / er ihre Aufgaben kontinuierlich im Team abstimmt.	<input type="checkbox"/>				
09.	Sie/ Er gibt die Informationen weiter, die für die Steuerung und Gestaltung des Pflegeprozesses wichtig sind.	<input type="checkbox"/>				

¹ Mit einem mittleren Grad an Pflegebedürftigkeit sind am Beispiel der Mobilität zu pflegende Menschen gemeint, die Aktivität zu einem geringen Teil selbst durchführen können, aber durchaus noch über Ressourcen verfügen, so dass sie sich beteiligen können. Besondere psychische Verhaltensweisen und Problemlagen (z. B. verbale Aggressionen, Antriebslosigkeit) treten bei zu pflegenden Menschen mit einem mittleren Grad an Pflegebedürftigkeit maximal zweimal bis dreimal wöchentlich, aber nicht täglich auf.

(Bitte bewerten Sie alle Aussagen!)

		trifft nie zu	trifft eher selten zu	trifft häufig zu	trifft immer zu	keine ich nicht einschätzen
10.	Ich bin für die fachgerechte Gestaltung und Steuerung von Pflegeprozessen verantwortlich.	<input type="checkbox"/>				
11.	Ich erhebe den Pflegebedarf u.a., indem ich Assessmentinstrumente auswähle und sie anwende (zum Beispiel zur Bewertung der Sturzgefährdung, der Kognition oder zur Risikoeinschätzung eines Dekubitus).	<input type="checkbox"/>				
12.	Ich gestalte Aushandlungsprozesse, um zusammen mit Bewohner*innen und ihren Bezugspersonen Pflegeziele festzulegen.	<input type="checkbox"/>				
13.	Ich überprüfe und bewerte die durchgeführte Pflege kontinuierlich, um den Pflegeprozess - wenn nötig - auch verändern zu können.	<input type="checkbox"/>				
14.	Ich bin dafür verantwortlich, auf der Basis der Pflegebedürftigkeit der Bewohner*innen und ihrer gesundheitlichen Stabilität die Durchführung der von mir geplanten Pflege auf die unterschiedlichen Teammitglieder zu verteilen.	<input type="checkbox"/>				
15.	Zu meinen Aufgaben gehört es, die Durchführung der von mir geplanten Pflege durch Teammitglieder zu überwachen.	<input type="checkbox"/>				
16.	Bei gesundheitlicher Instabilität und hohem Pflegebedarf der Bewohner*innen führe ich auch die geplanten Pflegemaßnahmen (auch z. B. die Körperpflege) (überwiegend) durch.	<input type="checkbox"/>				
17.	Ich führe auch komplizierte delegierte medizinische Aufgaben (z. B. I.m.-Injektionen, Blasenkatheterisierung, Absaugen) durch.	<input type="checkbox"/>				
18.	Ich übernehme Verantwortung für die Information, Anleitung und Beratung der Bewohner*innen und ihrer Bezugspersonen.	<input type="checkbox"/>				
19.	Ich unterstütze Bewohner*innen und ihre Bezugspersonen im Sterbeprozess bedürfnisorientiert.	<input type="checkbox"/>				
20.	Ich plane Angebote für einzelne Bewohner*innen, um ihre sozialen Ressourcen gezielt zu fördern und soziale Teilhabe zu ermöglichen.	<input type="checkbox"/>				
21.	Ich bin dafür verantwortlich, zur Gestaltung einer bewohner*innen-zentrierten Versorgung Abstimmungsprozesse innerhalb des Pflgeteams und in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen herbeizuführen.	<input type="checkbox"/>				
22.	Zu meinen Aufgaben gehört die kollegiale Beratung und Unterstützung der Teammitglieder bei pflegefachlichen Fragestellungen.	<input type="checkbox"/>				



Organisationsentwicklungsprozess in mehreren Schritten

1. Analyse des IST von Arbeits(organisations)prozessen:
Wer macht was?
2. Analyse der vorhandenen und erforderlichen Kompetenzen:
Wer kann was?
3. Entwicklung einer Zielvision:
Wer soll was machen? – bei Mehrpersonalisierung

Schritt 3: Zielvision

- Ausgangspunkt der qualifikationsorientierten Arbeitsorganisation ist die Zuordnung von
 - Tätigkeiten zu Qualifikationsniveau der Pflegekräfte
 - bei Berücksichtigung der Einschränkungen und Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person.
- Im Qualifikationsmix-Modell wurde in PeBeM eine solche Zuordnung vorgenommen für
 - einen definierten Interventionskatalog,
 - drei (vier) Qualifikationsniveaus der Pflegekräfte,
 - Pflegegrade und zusätzliche Einschränkungen.
- Alternative Modelle liegen nicht vor, warum jetzt auch Medifox DAN diesen Katalog als default zugrunde legt.

Organisationsentwicklungsprozess in mehreren Schritten

1. Analyse des IST von Arbeits(organisations)prozessen:
Wer macht was?
2. Analyse der vorhandenen und erforderlichen Kompetenzen:
Wer kann was?
3. Entwicklung einer Zielvision:
Wer soll was machen? – bei Mehrpersonalisierung
4. Vom IST zum SOLL:
Wie erfolgt der Change-Prozess?

Schritt 4: Der Change-Prozess

- Der Veränderungsprozess muss **einrichtungsindividuell**, **partizipativ** und **iterativ** mit allen Mitarbeitenden durchgeführt werden
- Als Ergebnis des Modellprojektes werden **prototypische Umsetzungskonzepte** entstehen – allerdings erst in zwei Jahren zur Verfügung stehen
- Bis dahin sollten Einrichtung sich auf den Weg machen durch
 - Analyse des Ist-Zustands,
 - Entwicklung einer Zielvision und
 - Kompetenzanalyse und Weiterqualifizierung von Mitarbeitenden.

- Gewinnen, Halten und Zurückgewinnen von Pflegepersonal ist der entscheidende Faktor für den Erfolg von Pflegeeinrichtungen und für die Sicherstellung der Versorgung.
- Notwendig hierfür ist die Steigerung der **Attraktivität** des Arbeitsplatzes bzw. des Berufs
 - Entscheidend hierfür sind die **Arbeitsbedingungen** – weniger die Bezahlung.
 - Nur eine höhere **Personalausstattung** kann die Arbeitsbedingungen nachhaltig verbessern.

- Nach mehr als 20jähriger Diskussion liegt seit 2020 erstmals ein Instrument vor, das bundeseinheitliche wissenschaftlich begründete Personalschlüssel generiert.
- Bei Umsetzung der Projektergebnisse wird eine einheitliche Fachkraftquote durch bedarfsgerechte Qualifikationsstrukturen nach Bewohnerschaft ersetzt.
- Die erfolgreiche Einführung des Personalbemessungsverfahrens erfordert erhebliche Anstrengungen in Bezug auf Personal- und Organisationsentwicklung.
- Notwendig sind zudem die Erhöhung der Ausbildungskapazitäten und Maßnahmen um vorzeitige Berufsausstiege zu verhindern.

- Die stufenweise Einführung wurde mit dem GPVG und dem GVWG begonnen. Die Neufassung des § 113c SGB XI im GVWG vollzieht dabei ab dem 1.7.23 den Übergang von einer Zuschlagslogik zu bundesweiten Personalanhaltswerten.
- Die angegebenen Personalschlüssel lassen allerdings lediglich die Refinanzierung von *40 % des bedarfsnotwendigen Personalmehrbedarfs* zu.
- Eine dritte Stufe der Personalmehrung sowie weitere Stufen werden jetzt gesetzlich vorgesehen (PUEG).
- **Verbindliche Festlegung eines Prozesse, der vorsieht, auf Basis verfeinerter Empirie die Personallücke *vollständig* zu schließen, ist essentiell für die Attrahierung von Pflegekräften.**

- Die Integration von Mehrpersonal muss durch
 - Analyse der Arbeitsabläufe und Kompetenzprofile der Pflegekräfte,
 - gemeinsame zukunftsgerichtete Zieldefinitionen und
 - Annäherung der IST-Zuständen an das SOLL einer kompetenzorientierten Pflegekooperativ vorbereitet werden.
- Die Umsetzung kompetenzorientierter Pflege ist Voraussetzung dafür, dass die Personalmehrung zu besserer Pflegequalität *und* zu besseren Arbeitsbedingungen führt.
- Durch die *Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens* entstehen große Herausforderungen, aber auch große Gestaltungsspielräume!

- Die Schaffung von zusätzlichen Stellen bei einer großen Zahl unbesetzter Stellen erscheint paradox – ist aber notwendig als „Flucht nach vorne“.
- Das GVWG bietet Möglichkeiten – wer hier zuerst aktiv wird, wird sich einen Vorsprung im Markt erarbeiten und als „Leuchtturm“ Nachahmer inspirieren.
- Wenn Pioniere zeigen, dass bessere Arbeitsbedingungen dauerhaft möglich sind, kann das dazu führen, dass
 - Pflegekräfte im Beruf verbleiben, die ansonsten ausscheiden würden,
 - mehr Menschen für die Altenpflege gewonnen werden können,
 - bereits ausgeschiedene Pflegekräfte in den Beruf zurückkehren.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

- Darmann-Finck, Ingrid (2021): Entwicklung eines Qualifikationsmixmodells (QMM) für die stationäre Langzeitpflege als Grundlage für Personalbemessungsinstrumente, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ), <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.05.005>.
- Kalwitzki, Thomas / Rothgang, Heinz (2022) : Personalbemessung - auf dem Weg zu einem kompetenzorientierten Personaleinsatz?, in: WSI-Mitteilungen, Heft 5: 411-414; [DOI: 10.5771 / 0342-300x-2022-5-411](https://doi.org/10.5771/0342-300x-2022-5-411).
- Rothgang, Heinz und das PeBeM-Team (2020): Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Abschlussbericht; <https://doi.org/10.26092/elib/294>.