

Personalbemessung in der Langzeitpflege

Konzeption, Ergebnisse, aktuelle Entwicklungen

Virtuelle Tagung

**des Facharbeitskreis Vollstationäre Pflege
des Verbandes Der Paritätische NRW am 12.11.2020**

Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki
SOCIUM - Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik
Universität Bremen

- I. Projektkonzeption und -durchführung
- II. Zentrale Ergebnisse
- III. Empfehlungen des Abschlussberichts für die Einführung
- IV. Stand der Umsetzung
- V. Fazit

- I. Projektkonzeption und -durchführung
- II. Zentrale Ergebnisse
- III. Empfehlungen des Abschlussberichts für die Einführung
- IV. Stand der Umsetzung
- V. Fazit

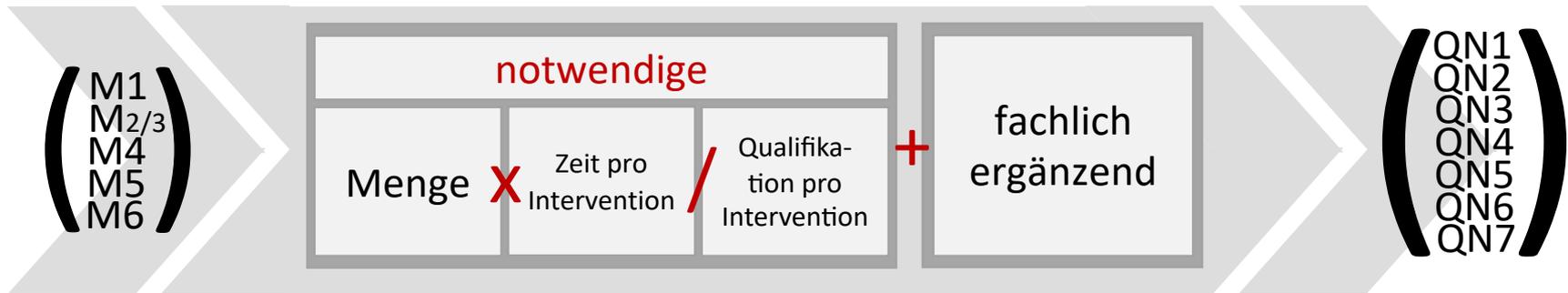
- Verteilungsgerechtigkeit
 - regionale und einrichtungsindividuelle Ungleichheiten der Personalausstattung nur soweit bedarfsnotwendig
 - empirisch-vergleichenden Ansatz
- Bedarfsgerechtigkeit
 - für fachgerechte Pflege bedarfsnotwendige Personalausstattung
 - benötigt analytischen Ansatz
- Eckpunkte der Projektkonzeption:
 - Verknüpfung empirisch-vergleichender und analytischer Ansatzes
 - fachliche Konsentierung der Messinstrumente für fachgerechte Pflege
 - Erhebung von Leistungsrealität **und** fachgerechter Pflege

1. Schritt: Messkonzeption für Pflege
→ **Interventionskatalog**
2. Schritt: Definition von bedarfsgerechter Erbringung und bedarfsgerechtem Qualifikationsniveau
→ **Handbuch zum Interventionskatalog**
→ **Katalog der Qualifikationsanforderungen**
3. Schritt: Beschattung aller Pflegekräfte zur Messung des **IST** mittels des Interventionskatalogs und **IST-SOLL-Abgleich** mithilfe der konsentierten Instrumente
4. Schritt: Ermittlung des bedarfsorientierten **SOLL** aus gemessenem IST zuzüglich der fachlich notwendigen Zu- und Abschläge in Menge, Zeit und Qualifikation

1. Schritt: Ermittlung der bedarfsnotwendigen Pflegezeit für direkte Pflege für jeden Studienteilnehmer

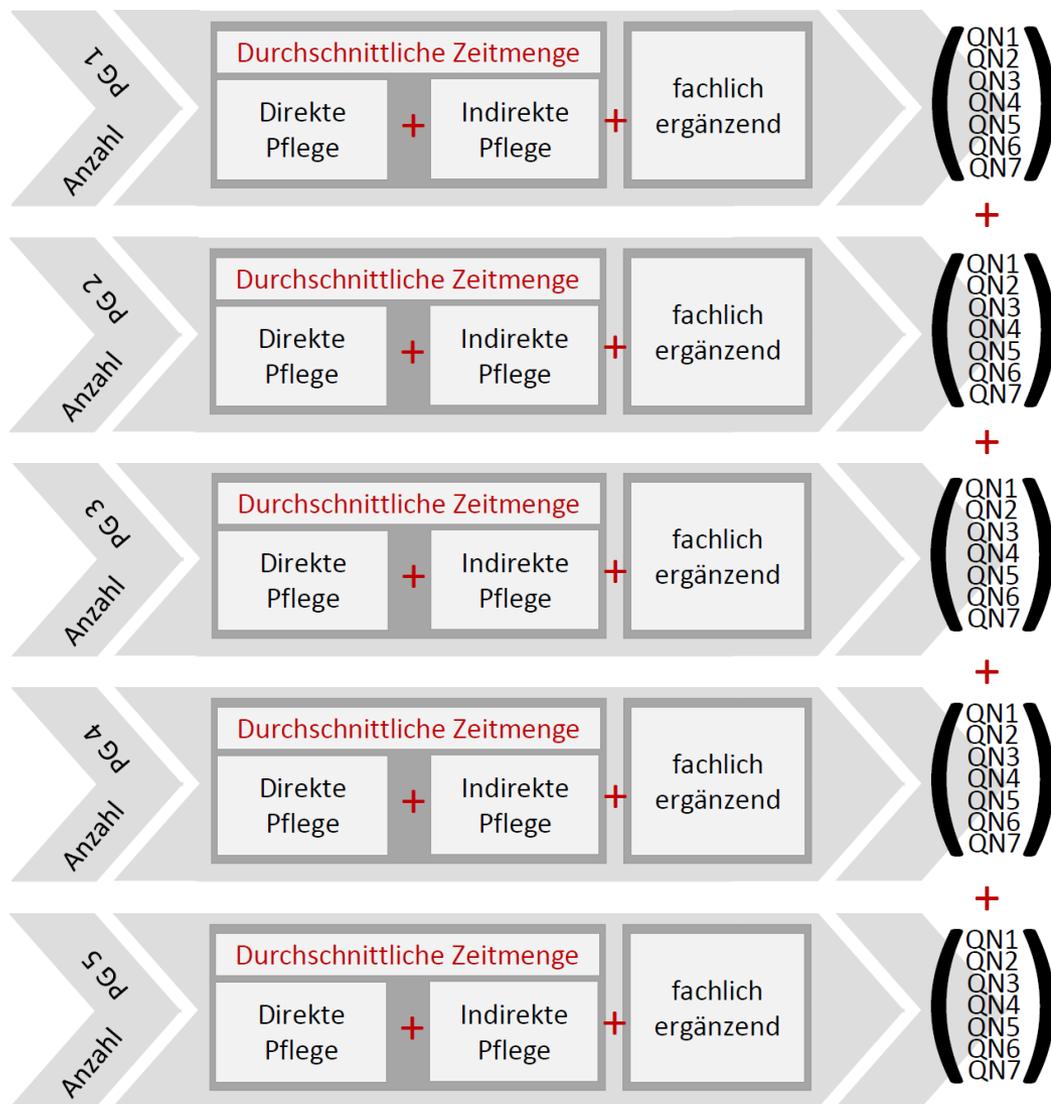


1. Schritt: Ermittlung der bedarfsnotwendigen Pflegezeit für direkte Pflege für jeden Studienteilnehmer.



2. Schritt: Addition der durchschnittlichen Ist-Zeit für indirekte Pflege
3. Schritt: Zusammenfassung der Studienteilnehmer zu aufwandsähnlichen Gruppen, z.B. Pflegegraden
4. Schritt: Berechnung des Durchschnittswertes pro Aufwandsgruppe

Bewohnerzahl und Case-Mix



5. Schritt: Addition der Zeitbedarfe über alle Aufwandsgruppen und

6. Schritt: Umwandlung der Zeitwerte in Stellenzahlen anhand der Nettojahresarbeitszeit.

- Von März bis Oktober 2018 wurde in 62 vollstationären und 7 teilstationären Einheiten eine Beobachtungsstudie durchgeführt.
- Hierzu wurde jede Pflegekraft von einem *Schatten* begleitet, der die Interventionen in Echtzeit anhand des Interventionskatalogs mittels Tablet-Computer erfasst.
- Einbezogen wurden alle **zur Pflege** eingesetzten Kräfte in den teilnehmenden Erhebungseinheiten.
- Zusätzliche Betreuungskräfte wurden nicht beschattet.
- Übergeordnete Leitungskräfte wurden nicht beschattet.

- Erfasst wurde
 - welche Interventionen durchgeführt wurden,
 - welcher Zeitaufwand damit verbunden war,
 - ob die Intervention erforderlich war,
 - ob sie fachgerecht durchgeführt wurde
 - welche zeitlichen Zu- und Abschläge bei fachgerechter Durchführung hinzukommen.
- } IST
- } SOLL
- Entstandene Datengrundlage:
 - 130.656 Interventionen bei 1.380 vollstationär versorgten Pflegebedürftigen aus 15 Bundesländern
 - 9.266 Interventionen bei 173 Pflegebedürftigen in teilstationären Pflegeeinrichtungen aus 5 Bundesländern

I. Projektkonzeption und -durchführung

II. Zentrale Ergebnisse

1. Das Personalbemessungsinstrument – Algorithmus 1.0
2. Personal(mehr)bedarfe
3. Heimindividueller Qualifikationsmix statt fixe Fachkraftquote
4. Effekte für eine Durchschnittseinrichtung
5. Implementationsanfordernisse

III. Empfehlungen des Abschlussberichts für die Einführung

IV. Stand der Umsetzung

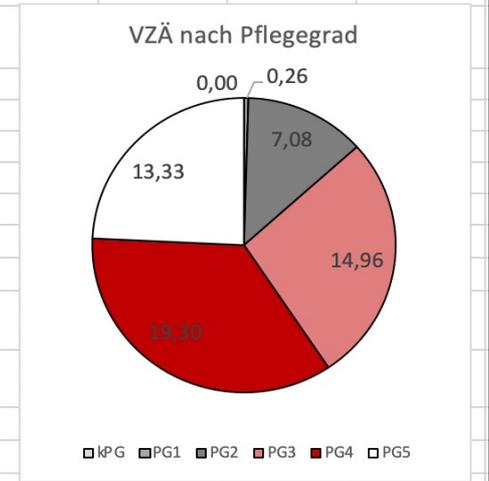
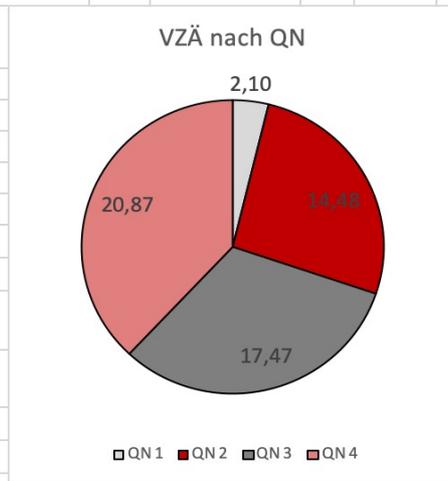
V. Fazit

- Zur Nutzung des Instruments müssen *keine neuen Daten* erhoben werden.
- Benötigt werden lediglich
 - Setzungen, insbesondere zur Nettojahresarbeitszeit und
 - die Zahl der Bewohner nach Aufwandsgruppen – derzeit also nach Pflegegraden
- Das Instrument hat drei Tabellenblätter
 - Einstellungen
 - Eingaben
 - Ergebnisse (in zwei Varianten)

Tabellenblatt „Ergebnisse“

- Personalbedarf in **Minuten** und **Vollzeitäquivalenten**
- Aufgegliedert nach QN-Niveau und Pflegegraden

Instrument zur Berechnung des Personalbedarfs in vollstationären Einrichtungen						
Ergebnis über Pflegegrade (in Minuten pro Tag und VZÄ)						
	Anzahl Pflegebedürftige	QN1	QN2	QN3	QN4	SUMME
kPG	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PG1	0,95	3,59	25,31	24,34	12,67	65,92
PG2	22,11	72,48	840,84	590,23	313,20	1816,75
PG3	32,55	184,06	1278,53	1470,09	904,47	3837,15
PG4	29,15	196,11	1014,80	1802,90	1934,48	4948,29
PG5	15,24	82,65	553,01	593,59	2188,39	3417,64
Einbezogene Interventionen		538,90	3712,48	4481,16	5353,21	14085,75
Ergänzende Parameter		0	0	0	0	0
SUMME		538,90	3712,48	4481,16	5353,21	14085,75
VZÄ		2,10	14,48	17,47	20,87	54,93
Bei einem Fachkraftanteil von						38,00%

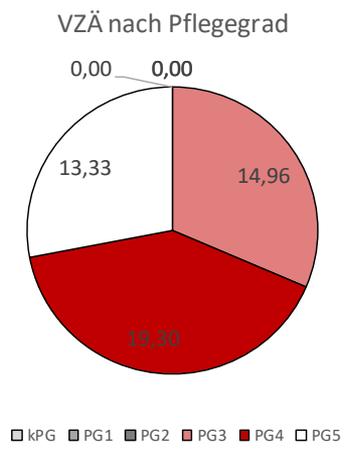
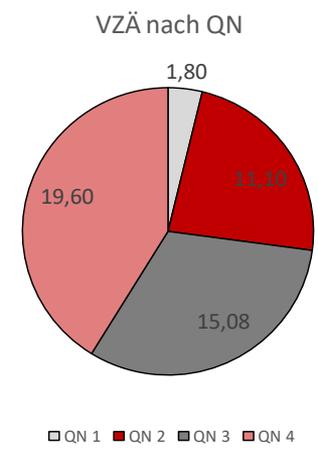


Tabellenblatt „Ergebnisse“

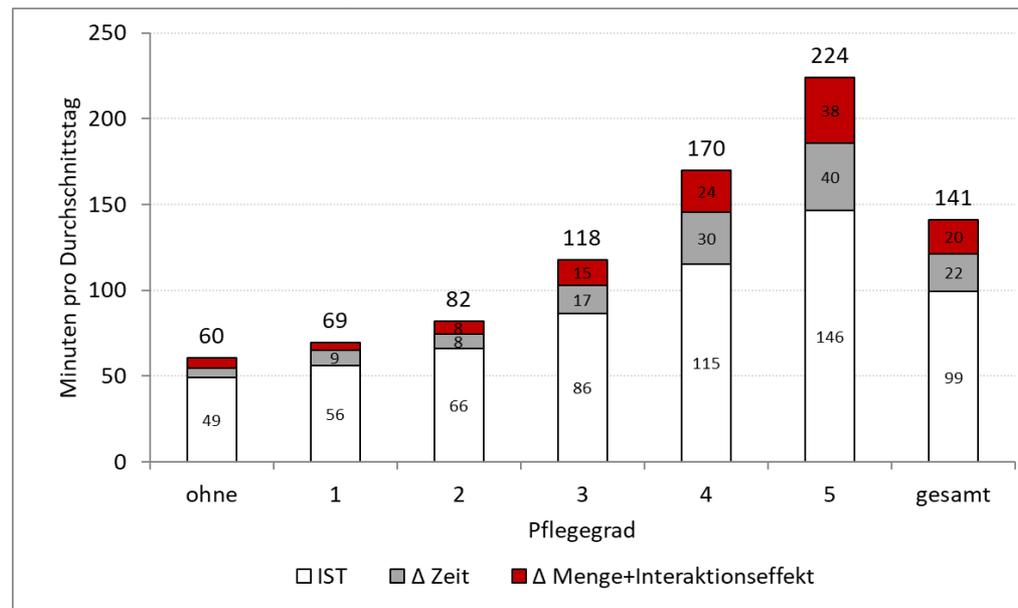
- Veränderung des Case-Mix führt zu anderem Qualifikationsmix
- Beispiel: „höherer“ Case-Mix führt zu höherem Fachkraftanteil

Ergebnis über Pflegegrade (in Minuten pro Tag und VZÄ)

Anzahl Pflegebedürftige	QN1	QN2	QN3	QN4	SUMME	
kPG	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PG1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PG2	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PG3	32,55	184,06	1278,53	1470,09	904,47	3837,15
PG4	29,15	196,11	1014,80	1802,90	1934,48	4948,29
PG5	15,24	82,65	553,01	593,59	2188,39	3417,64
Einbezogene Interventionen	462,82	2846,34	3866,58	5027,34	12203,08	
Ergänzende Parameter	0	0	0	0	0	
SUMME	462,82	2846,34	3866,58	5027,34	12203,08	
VZÄ	1,80	11,10	15,08	19,60	47,59	
Bei einem Fachkraftanteil von						41,20%

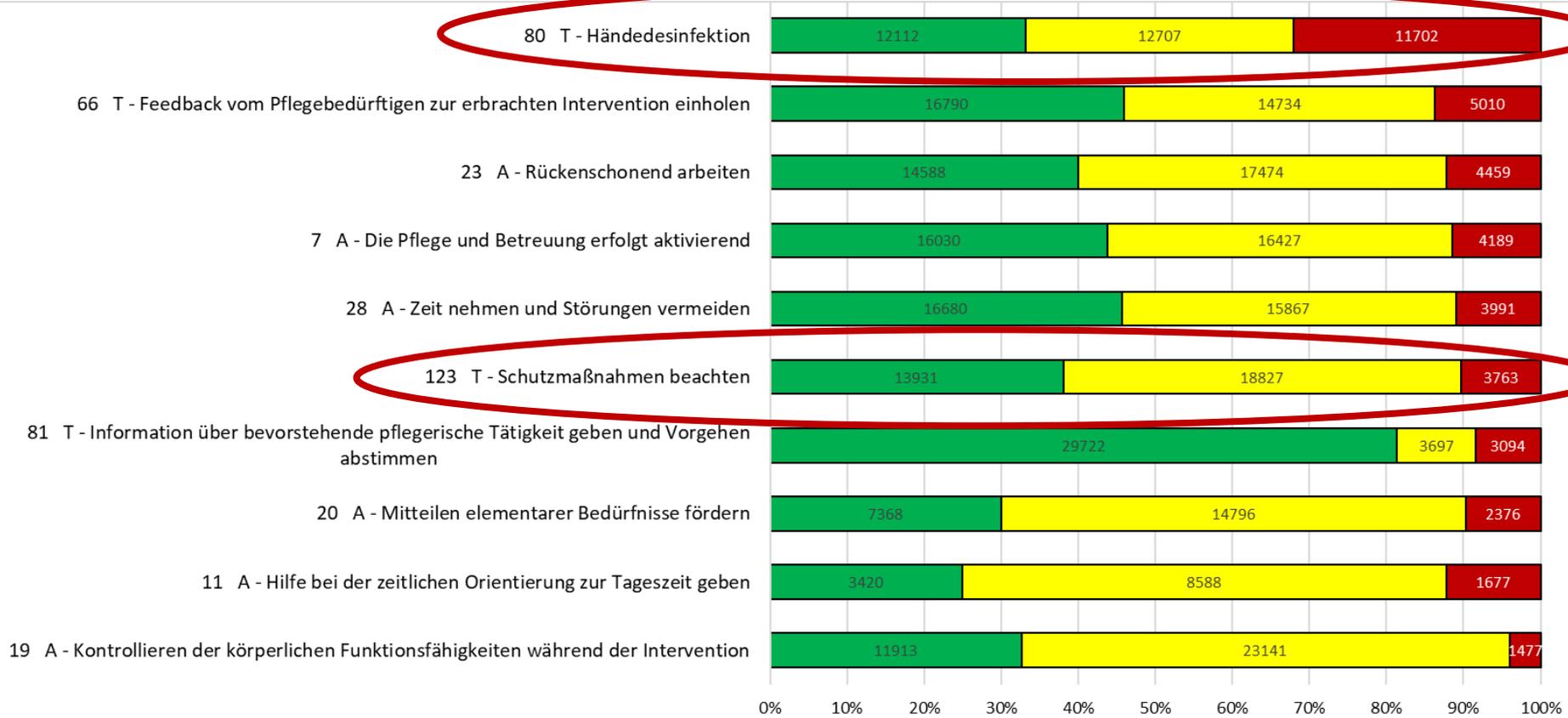


- In den Untersuchungseinrichtungen zeigen sich erhebliche *Zusatzzeitbedarfe* die mit dem Pflegegrad absolut und relativ zunehmen.
- Die Mehrbedarfe ergeben sich etwa zur Hälfte aus Mengen- und Zeitkomponente.



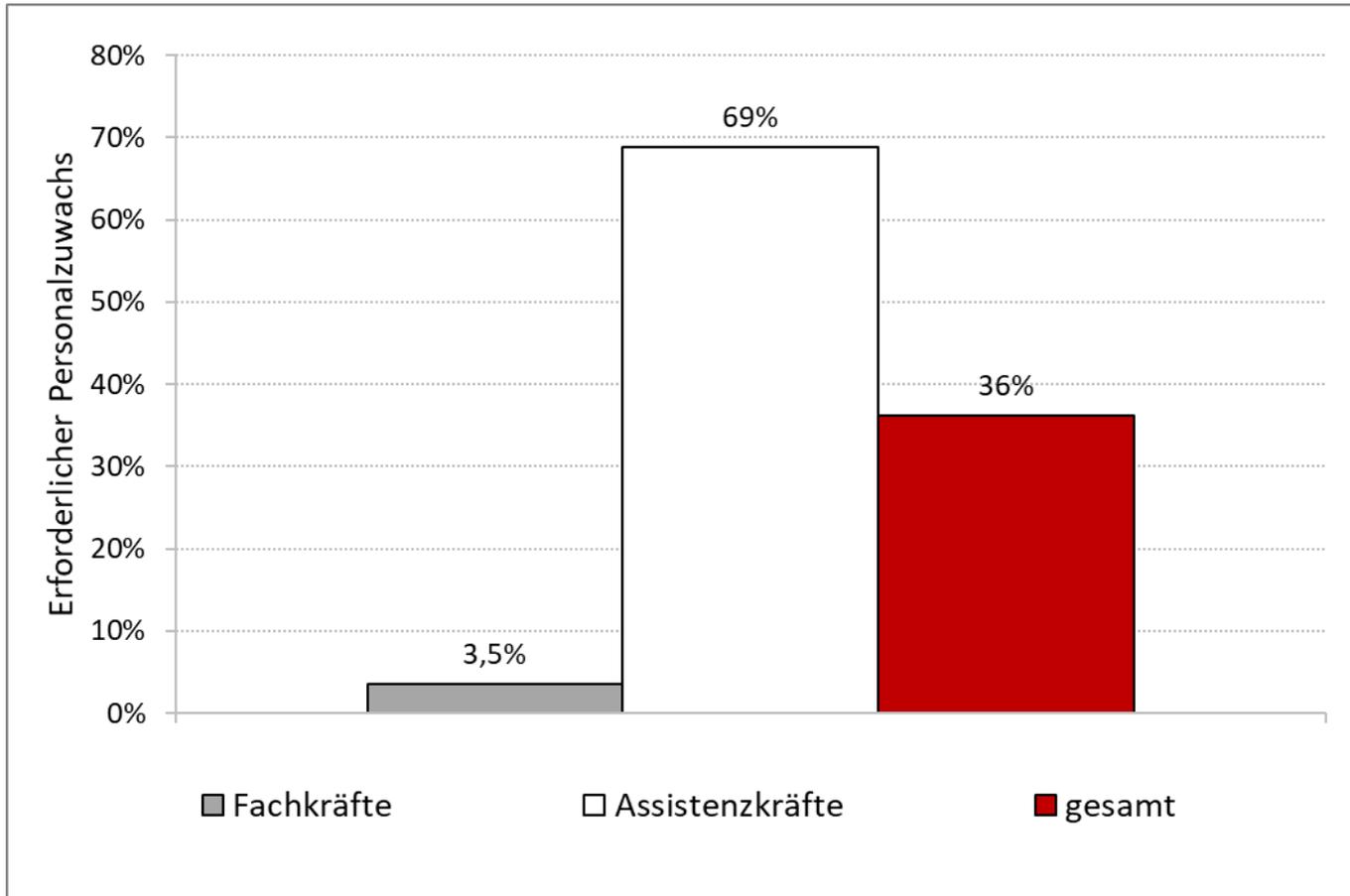
- In den Untersuchungseinrichtungen zeigen sich erhebliche Zusatzzeitbedarfe die mit dem Pflegegrad absolut und relativ zunehmen.
- Die Mehrbedarfe ergeben sich etwa zur Hälfte aus Mengen- und Zeitkomponente.
- Ein qualitativer Mehrbedarf in Bezug auf Teilschritte und Anforderungen zeigt sich insbesondere bei der Kommunikation und der Durchführung von Schutzmaßnahmen.

Die 10 Teilschritte, die am häufigsten nicht (fachgerecht) erbracht wurden



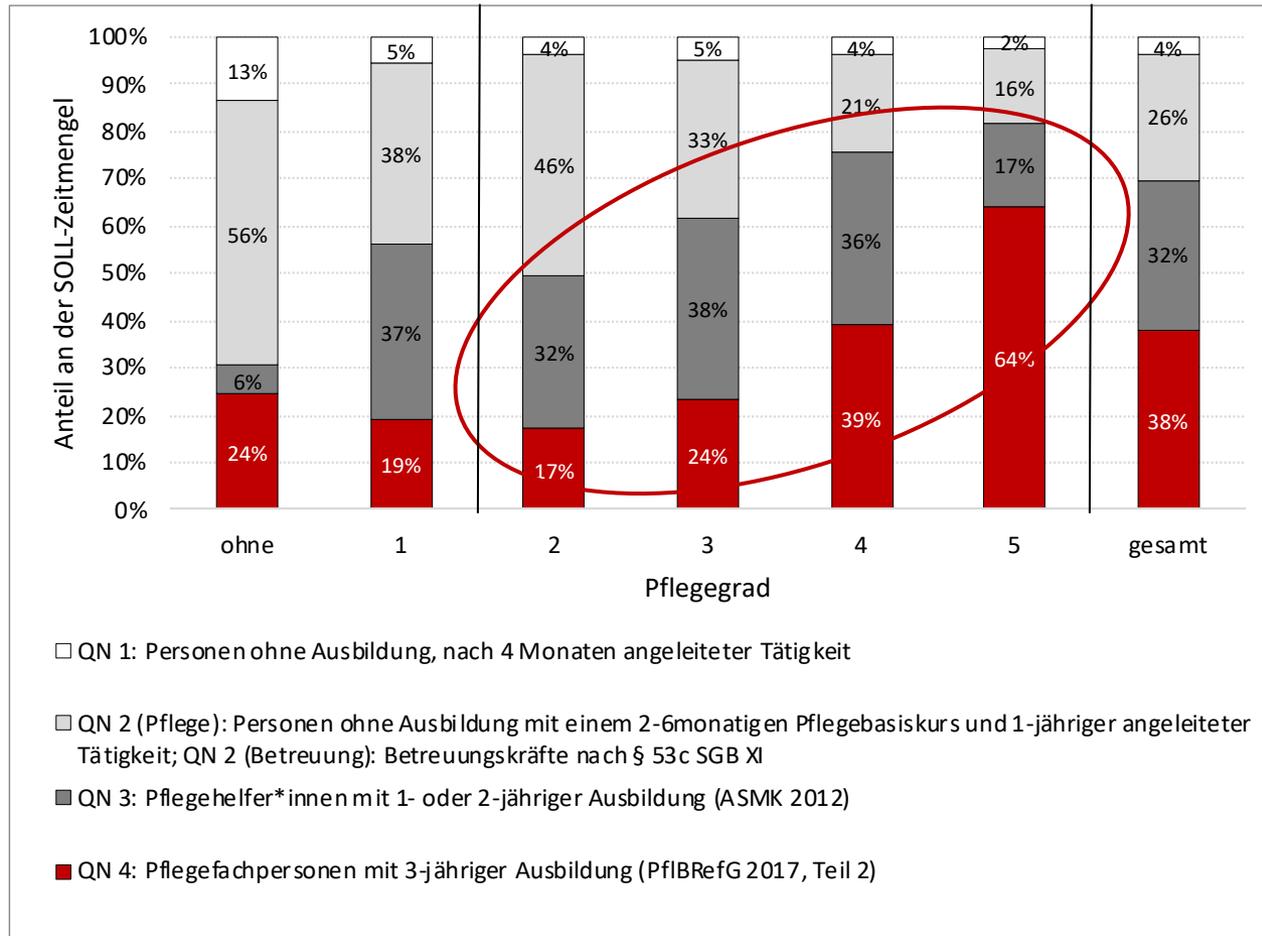
- In den Untersuchungseinrichtungen zeigen sich erhebliche Zusatzzeitbedarfe die mit dem Pflegegrad absolut und relativ zunehmen.
- Die Mehrbedarfe ergeben sich etwa zur Hälfte aus Mengen- und Zeitkomponente.
- Ein qualitativer Mehrbedarf in Bezug auf Teilschritte/ Anforderungen zeigt sich insbesondere bei der Kommunikation und der Durchführung von Schutzmaßnahmen.
- Der quantitative Mehrbedarf ist erheblich und zeigt sich fast ausschließlich bei Assistenzkräften.

Personalmehrbedarf nach Qualifikationsgruppen

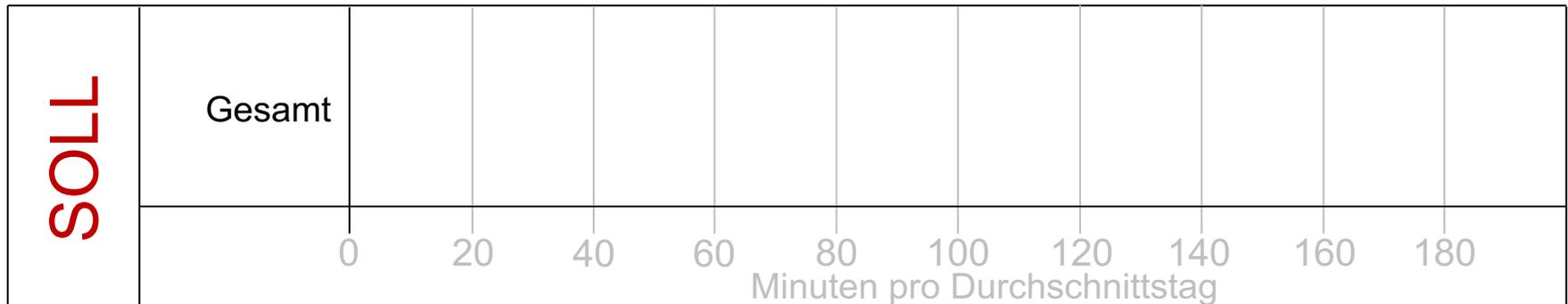
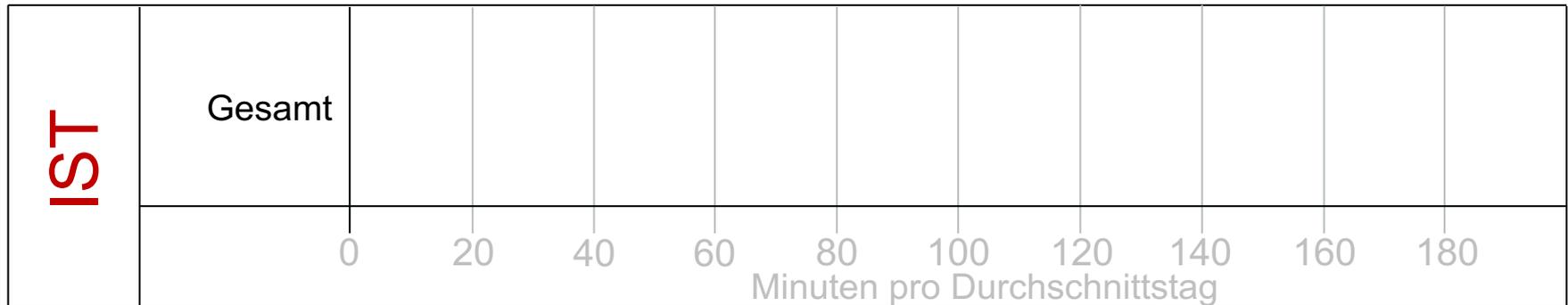


- Die aktuelle einheitliche Fachkraftquote von 50% wird durch *heimindividuelle Qualifikationsstrukturen* abgelöst, die die Bewohnerstruktur berücksichtigen.
- Einrichtungen mit höherem Pflegegradmix benötigen dabei auch einen höheren Fachkräfteanteil.
- Der neuer Algorithmus führt zu *heimindividuellen bedarfsgerechten Qualifikationsmixin* für alle Einrichtungen.
- Für eine bundesdurchschnittliche Einrichtung ergibt sich
 - 38% Fachkraftzeit und
 - 32% Arbeitszeit für ausgebildete Pflegehilfskräfte mit 1- oder 2-jähriger Ausbildung.

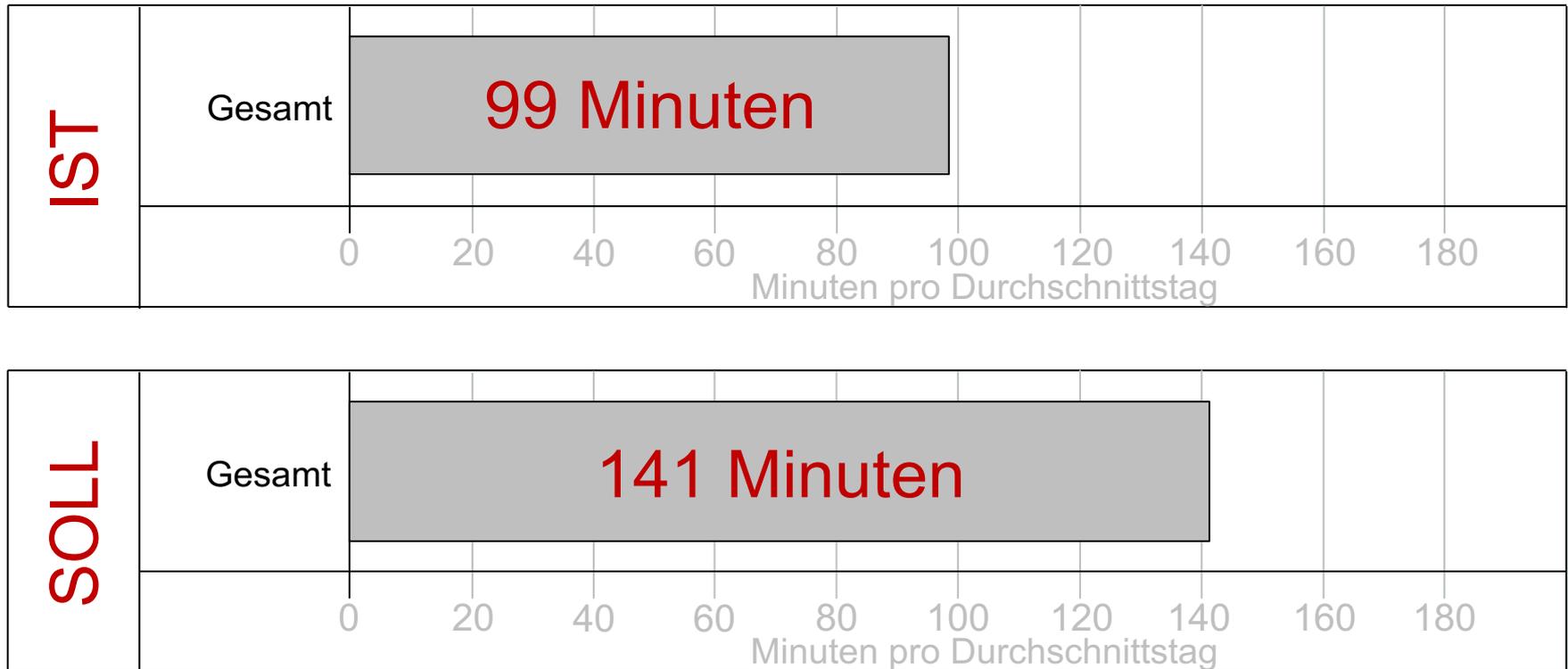
SOLL-Personalmix nach vier Qualifikationsstufen



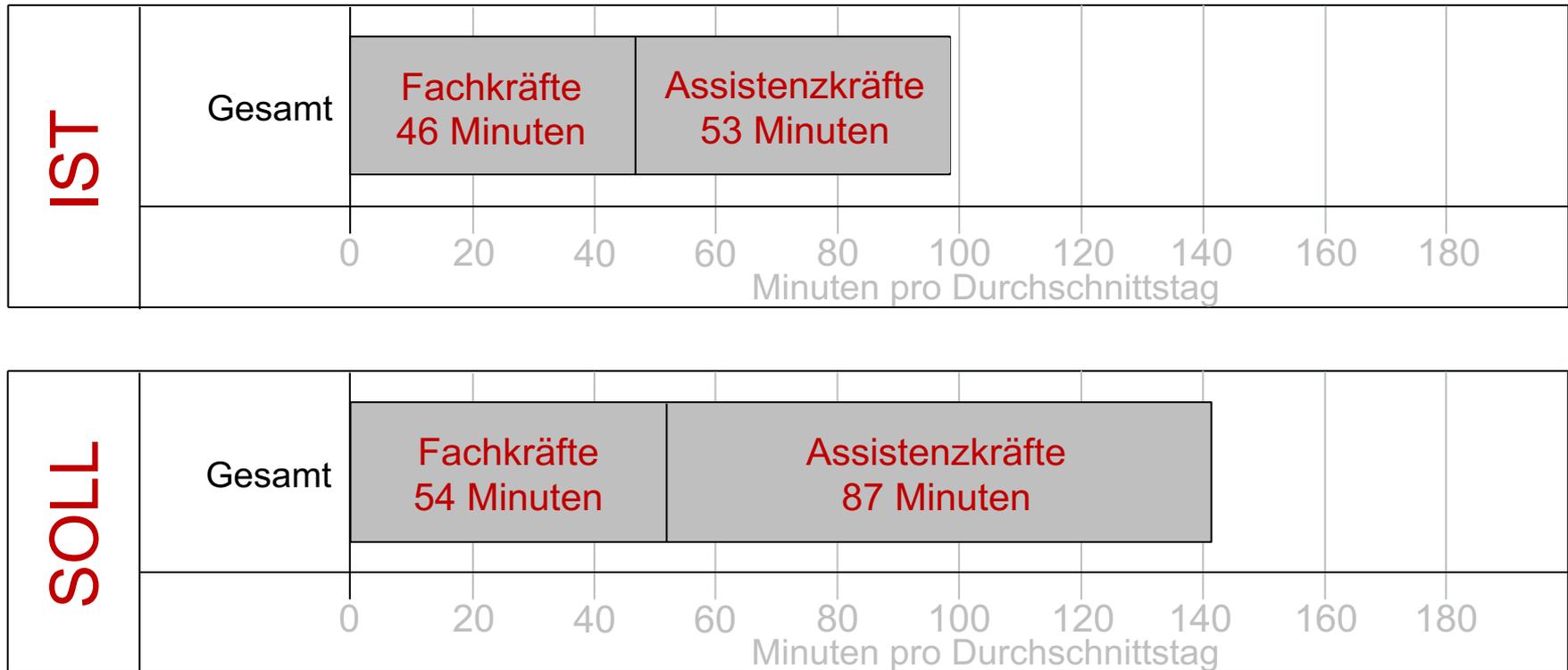
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten *Qualifikationsniveaus*



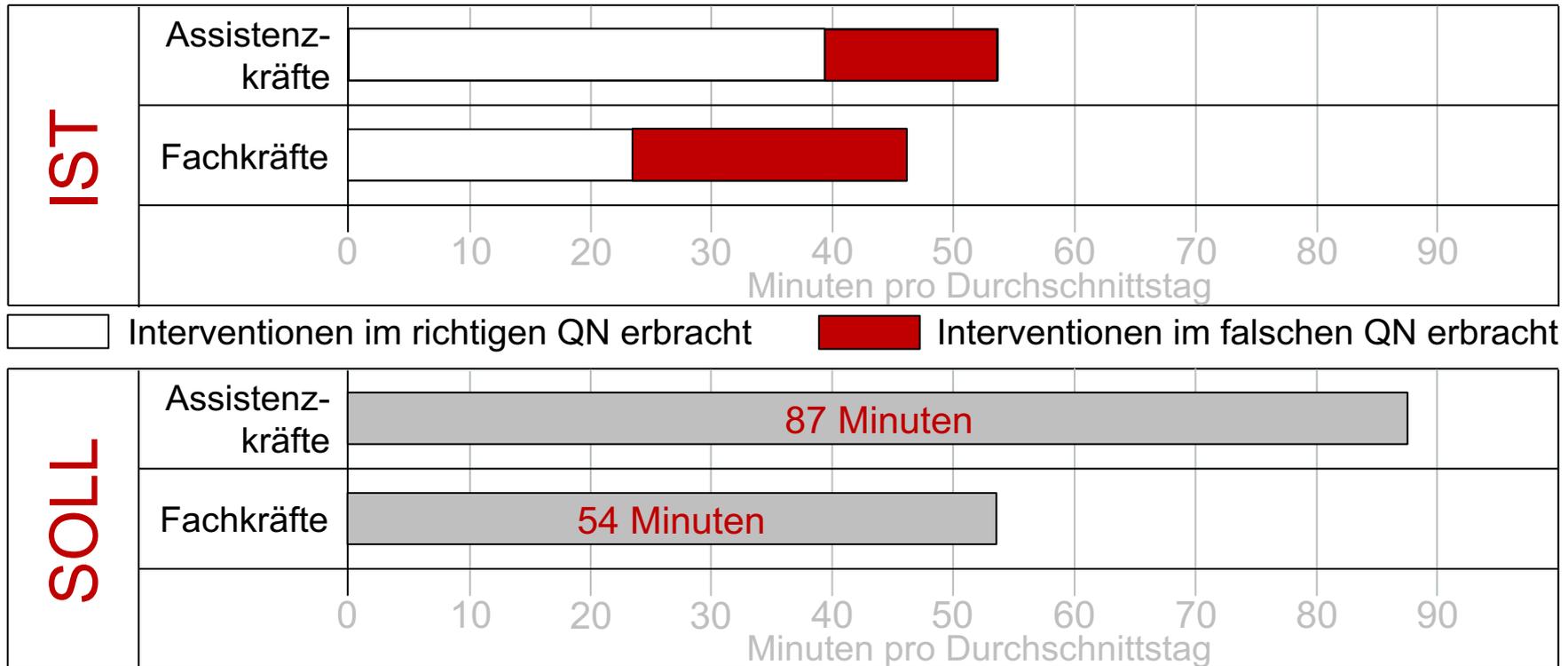
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



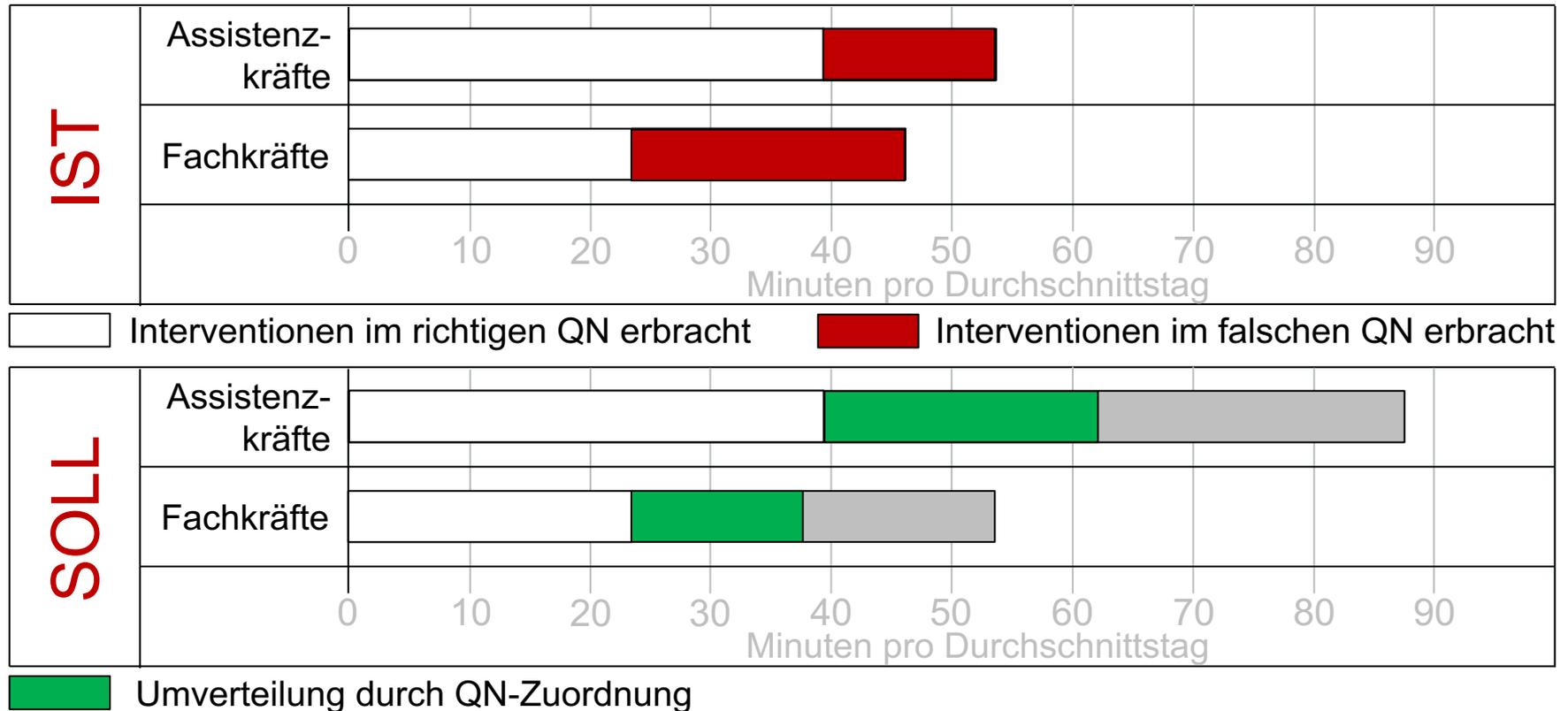
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



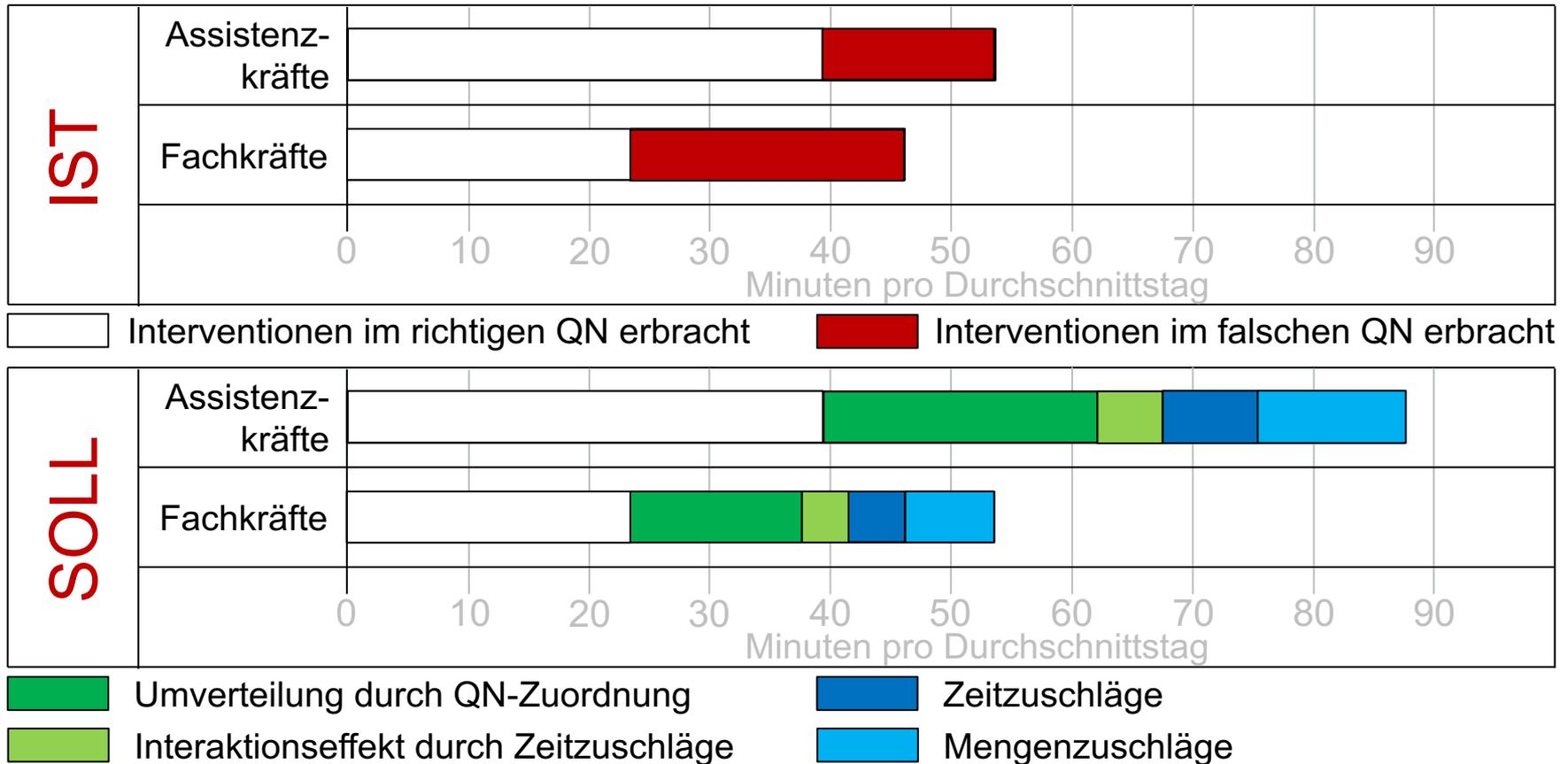
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus

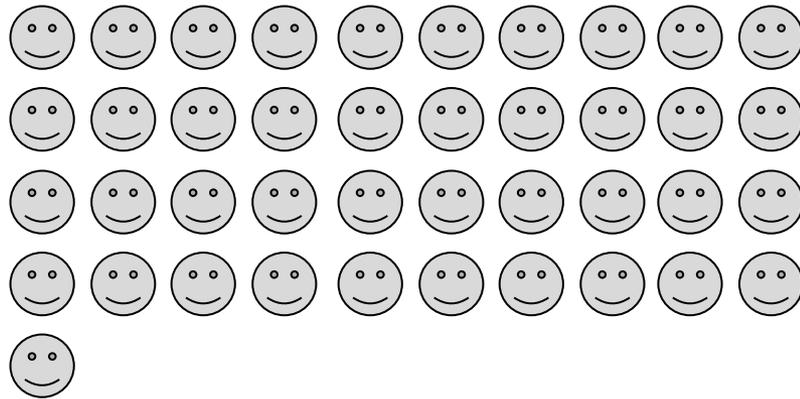


Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



- Für eine durchschnittliche 100 Bewohner Einrichtung:

Aktuell

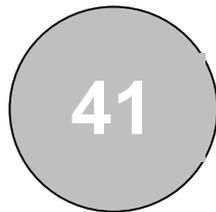
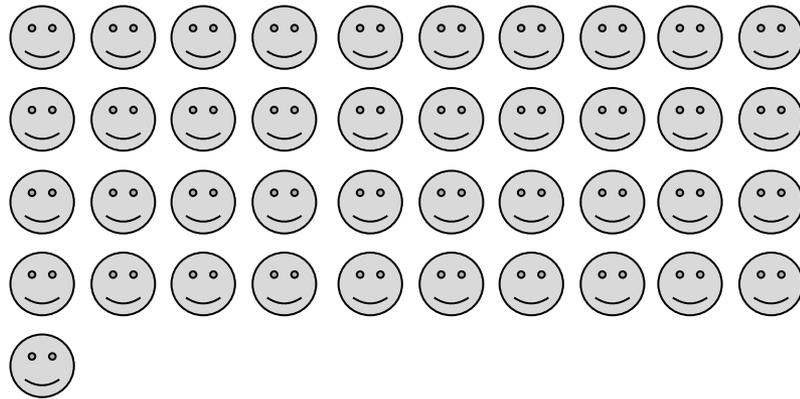


Bei vollständiger
Umsetzung PeBeM

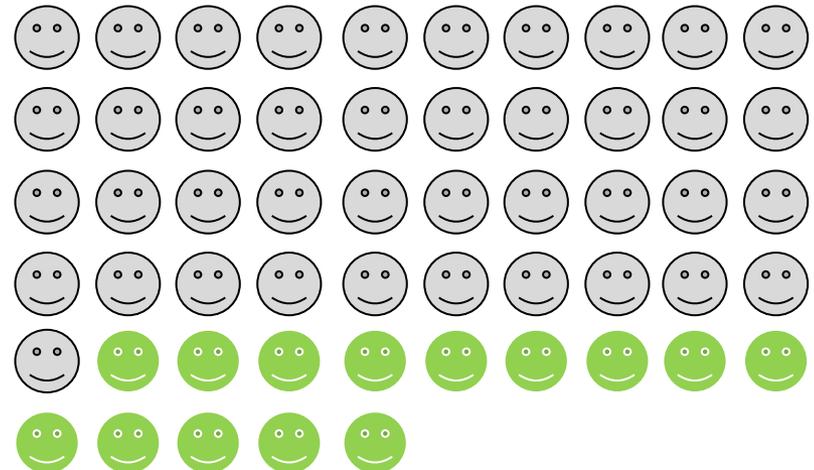
- Inklusiver 13.000 Spahn-Stellen

- Für eine durchschnittliche 100 Bewohner Einrichtung:

Aktuell



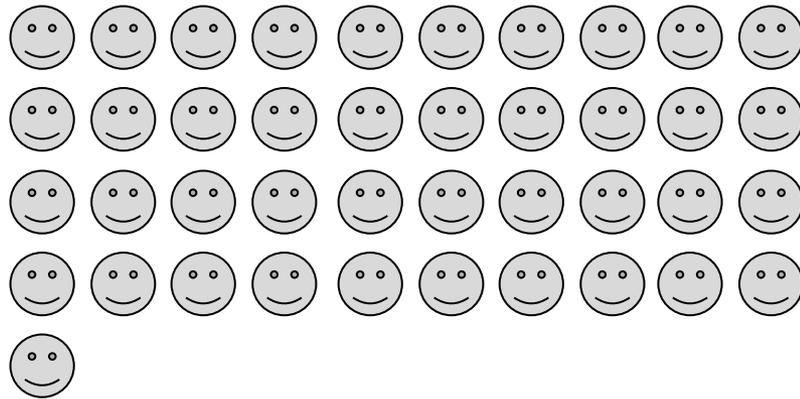
Bei vollständiger Umsetzung PeBeM



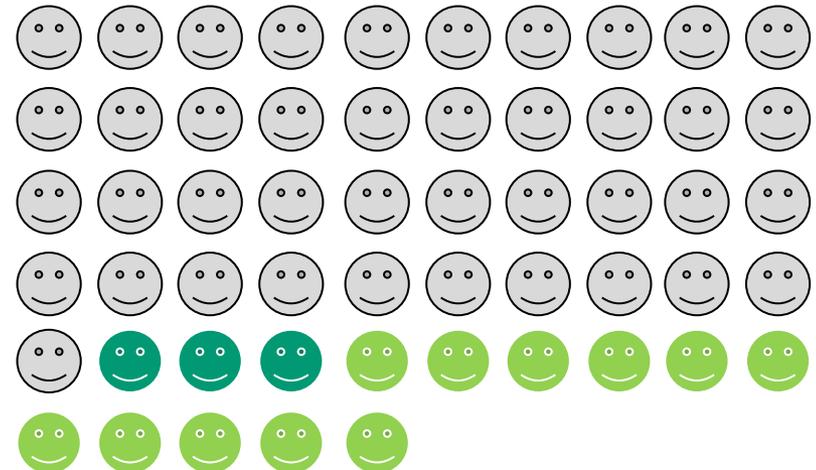
 Personalmehrung

- Für eine durchschnittliche 100 Bewohner Einrichtung:

Aktuell



Bei vollständiger Umsetzung PeBeM



41



Personalmehrung (GPVG)

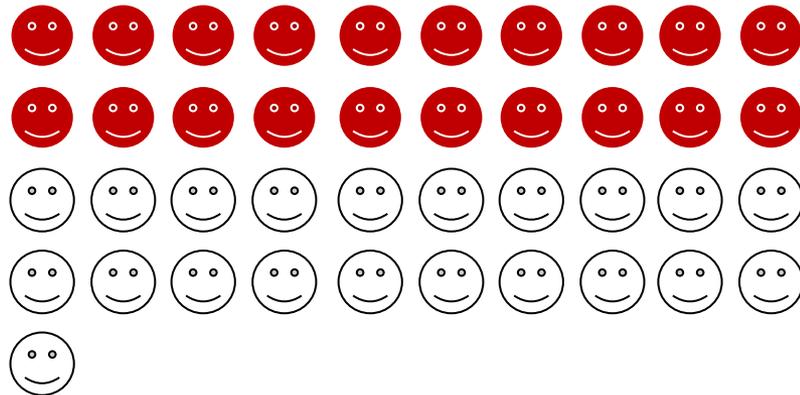


Personalmehrung

55

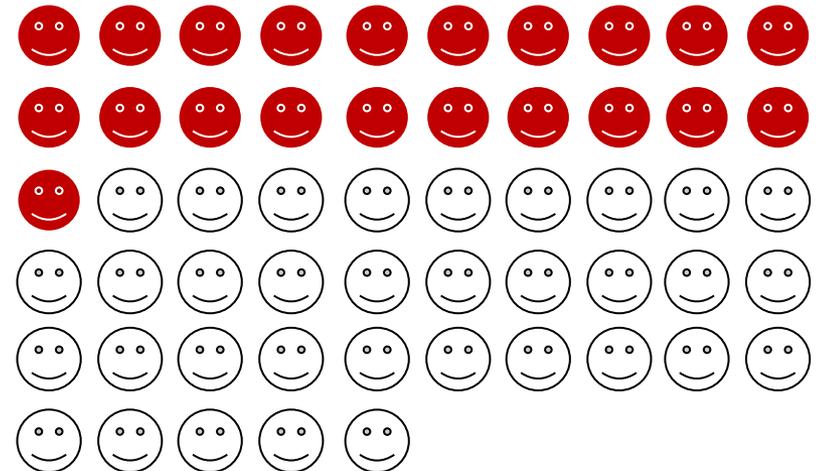
- Pflegefachkraftanteil an den Pflegekräften

Aktuell



~50%

Bei vollständiger Umsetzung PeBeM

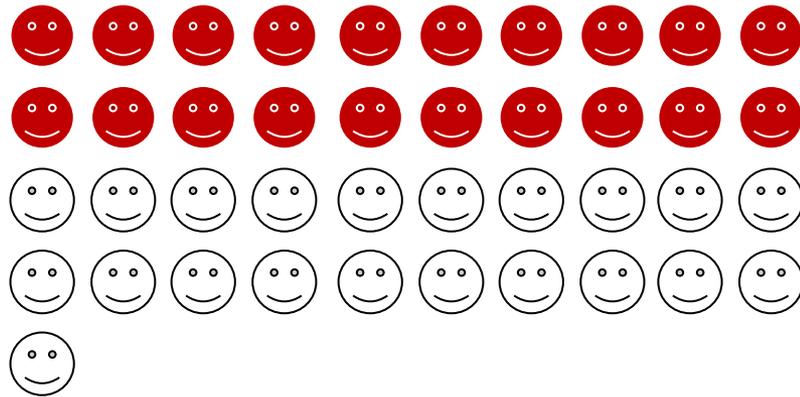


38%

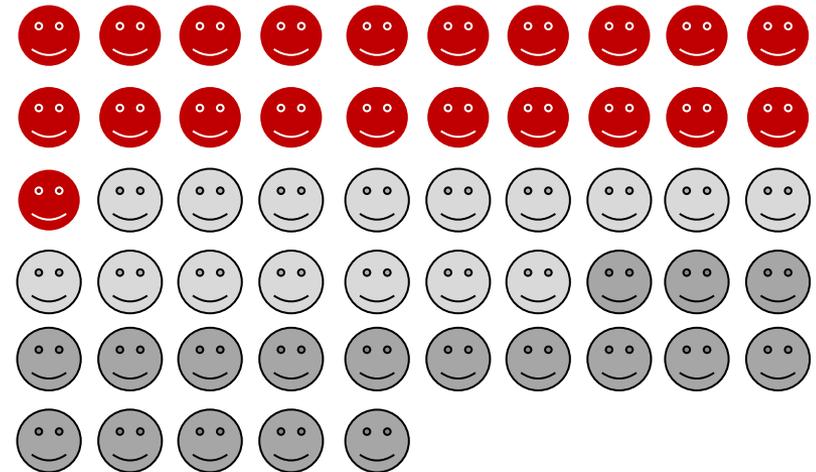
 Pflegefachkräfte

- Care-Mix nach Qualifikationsstufen

Aktuell



Bei vollständiger Umsetzung PeBeM



 Pflegefachkräfte

 Ausgebildete Pflegeassistentenkräfte (QN3)

 Geringer qualifizierte Pflegeassistentenkräfte (QN1&2)

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

➤ Organisationsentwicklung

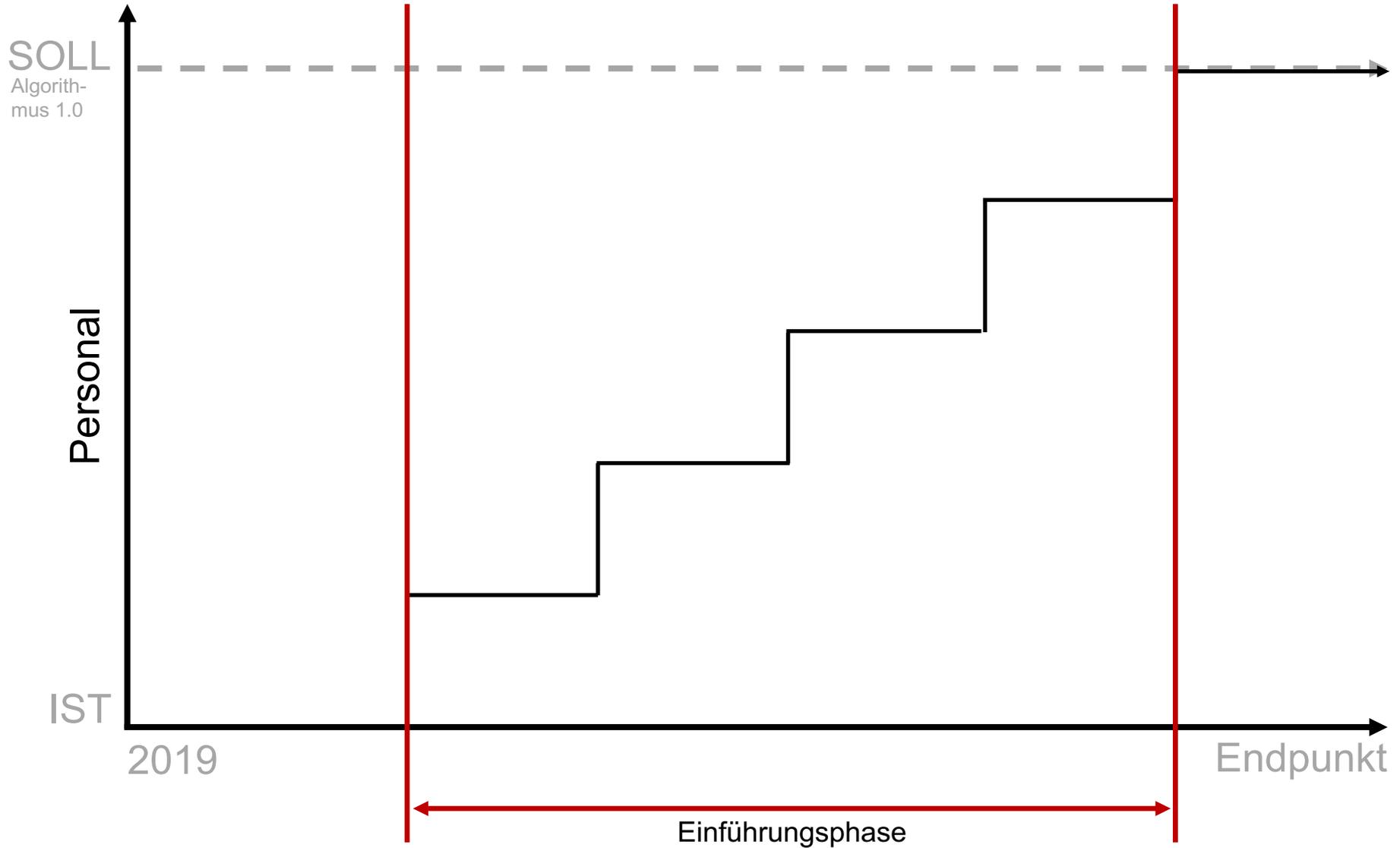
- Neudefinition der Rolle von Fachkräften: Planung, Anleitung, Beaufsichtigung, Evaluation, Delegation
- Kompetenzorientierte Pflege, statt jeder macht alles

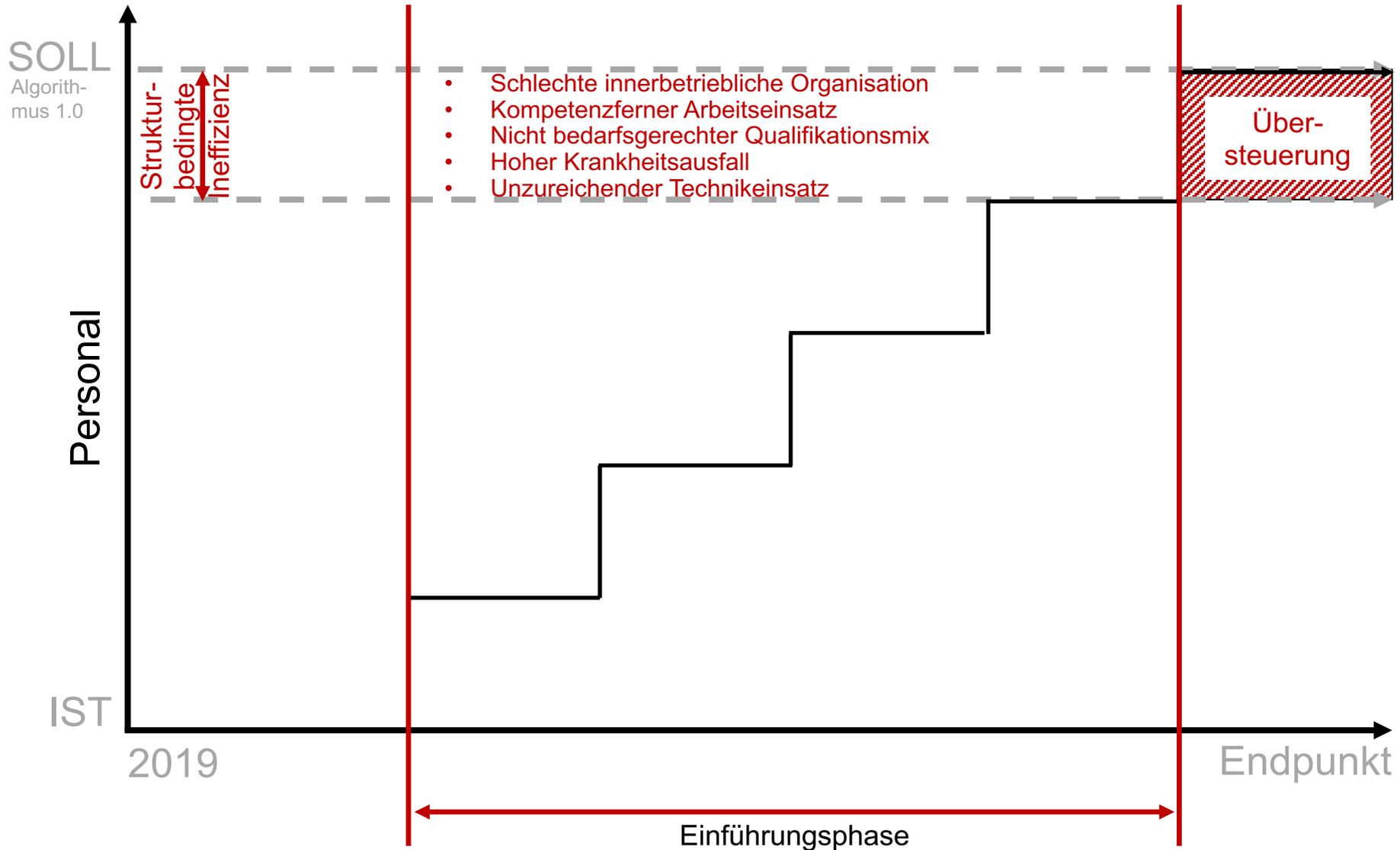
➤ Personalentwicklung und Ausbildung

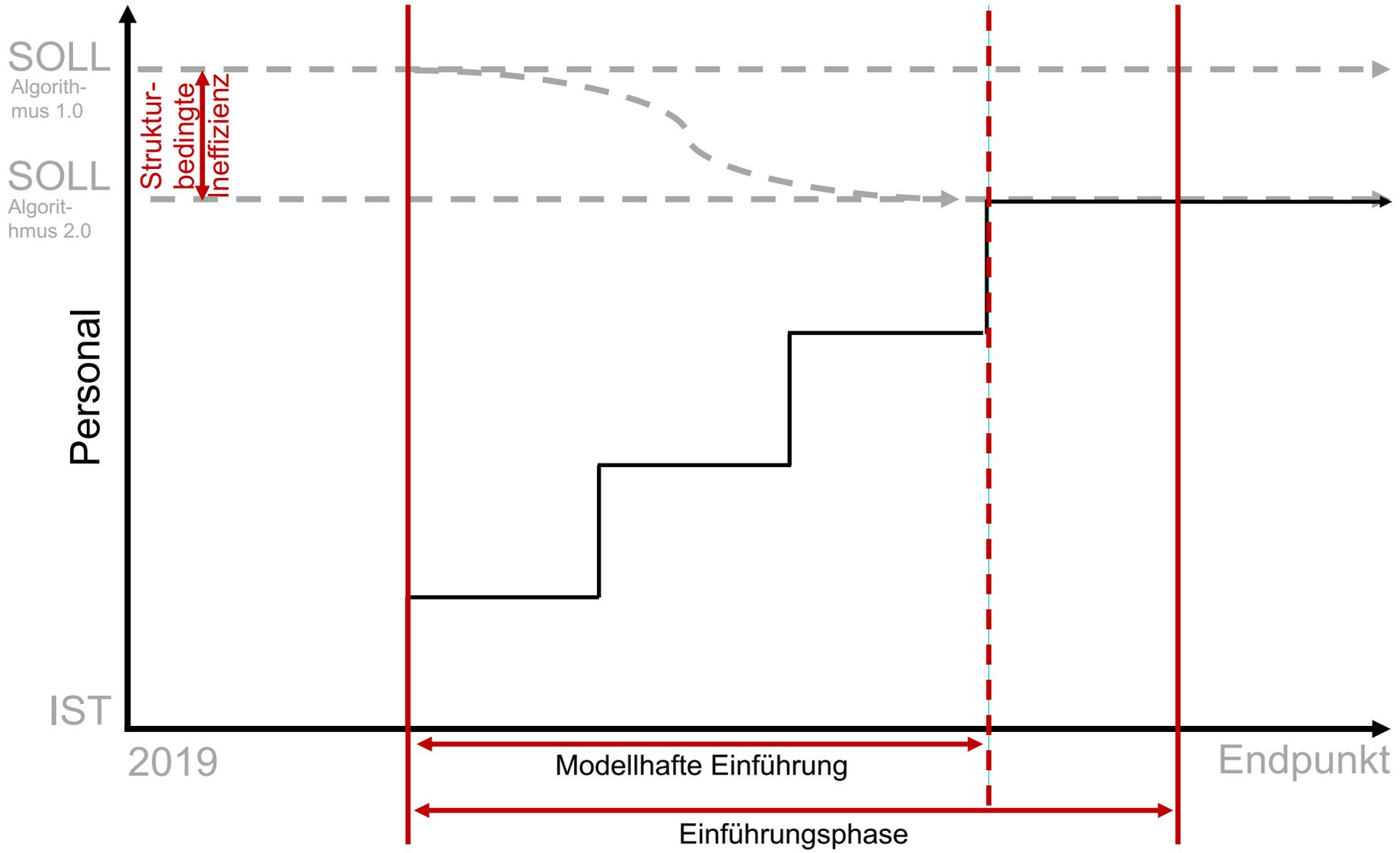
- Pflegekräfte müssen wieder lernen, ohne Hetze zu arbeiten.
- Fach- und Assistenzkräfte müssen ihre neuen Rollen annehmen.
- Sowohl für Fach- als auch Assistenzkräfte müssen in Menge und Inhalt entsprechende Ausbildungsstrukturen vorhanden sein

- I. Projektkonzeption und -durchführung
- II. Zentrale Ergebnisse
- III. Empfehlungen des Abschlussberichts für die Einführung**
- IV. Stand der Umsetzung
- V. Fazit

- Personalbemessungsverfahren stellt Einrichtungen vor große Herausforderungen:
 - Personal- und Organisationsentwicklung
 - Rekrutierung von zusätzlichem Personal
- Notwendig ist schrittweise Einführung mit *Konvergenzphase*. Denkbar ist Festlegung eines Zeitplans, der für eine Reihe von Jahren sukzessive Anpassung bis zur Endausbaustufe vorsieht.
- Festlegung der Endausbaustufe schafft Planungssicherheit, schrittweise Einführung verschafft die Zeit, die notwendig ist, Mehrpersonal auszubilden zu rekrutieren, zurückzugewinnen und zu halten.







Wir haben deshalb vorgeschlagen

- als *ersten Einführungsschritt* möglichst bald mit einem flächendeckenden Personalaufbau im Bereiche der Hilfskräfte zu beginnen – woran das Versorgungsverbesserungsgesetz bereits anschließt –

und gleichzeitig
- als *zweiten Einführungsschritt* ab Herbst 2020 eine modellhafte Einführung umzusetzen, in deren Rahmen
 - eine Neukalibrierung des Algorithmus vorgenommen und
 - ein Konzept für das roll out in die Fläche entwickelt wird.

- I. Projektkonzeption und -durchführung
- II. Zentrale Ergebnisse
- III. Empfehlungen der Wissenschaft für eine Einführungsphase
- IV. Stand der Umsetzung**
- V. Fazit

1. Umsetzungsschritt: Versorgungsverbesserungsgesetz

- Das Versorgungsverbesserungsgesetz sieht eine flächen- deckende Aufstockung der Stellenpläne um bis zu 20.000 Pflegeassistenzkräften vor.
- Diese Pflegepersonalmehrung erfolgt abgestuft nach dem Case-Mix der Einrichtung – höhere Pflegegrade erhalten mehr Zusatzpersonal.
- Die Finanzierung erfolgt über den Ausgleichsfonds und damit ohne Steigerung des Eigenanteils der Heimbewohner
- Die Regelungen sind sinnvoll, weil sie zusätzliche Assistenzkräftestellen schaffen, deren Anzahl nach Pflegegraden staffeln ohne die Bewohner zu belasten

Weitere Umsetzungsschritte: Roadmap-Prozess

- Seit kurzem hat die Roadmap-Gruppe ihre Beratungen beendet und will noch in diesem Monat ein Einführungskonzept vorlegen
 - Notwendig wäre
 - Ein verbindlicher Zeitplan für die nächsten Schritte als Voraussetzung für eine Steigerung der Attraktivität der Altenpflege
 - Hilfen zur Organisationsentwicklung durch modellhafte Einführung in einigen Einrichtungen und einen Plan zum roll-out
 - Ausbildungsoffensive für Pflegeassistenzkräfte mit 1-2jähriger Ausbildung nach Landesrecht und der Regelung von Aufstiegsmöglichkeiten
- **Ohne verbindliche Gesamtstrategie kann der Einführungsprozess nicht gelingen.**

Wird sich die Pflege durch den Einsatz von mehr Assistenzkräften qualitativ verschlechtern?

Wird sich die Pflege durch den Einsatz von mehr Assistenzkräften qualitativ verschlechtern?

- Die Zahl der Pflegefachkräfte sinkt nicht, sie haben aber sehr viel mehr Zeit für Fachkraftaufgaben.
- Bei den zusätzlichen Assistenzkräften handelt es sich fast ausschließlich um ausgebildete Pflegeassistentenkräfte, die geeignet sind, Pflegefachkräfte durch einen kompetenzorientierten Arbeitseinsatz zu entlasten.
- Fachkraftquote und Fachkraftanteil sind ohne Bezug zur Bewohnerzahl allein keine sinnvolle Qualitätskennzahl.
- Kompetenzorientierte Pflege mit geeignetem Qualifikationsmix ermöglicht qualitativ bessere Pflege.

Warum werden fachweitergebildete Pflegefachkräfte und Akademiker in PeBeM nicht berücksichtigt?

- Die Qualifikationsniveaus QN 5 bis QN 8 sind im Instrument bereits enthalten, aber noch nicht gefüllt.
- Für die QN 5 bis QN 8 gibt es (bisher) keine Interventionen, die zwingend durch solchermaßen qualifiziertes Personal zu erbringen sind. Ihre Aufgaben liegen vor allem in der indirekten Pflege.
- Im Rahmen einer modellhaften Einführung können für QN 5 – QN 8 Aufgaben festgelegt werden, die dann in das Instrument integriert werden können.

Werden die Bedarfe demenziell erkrankter Heimbewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten unterschätzt?

- Kognitive Einschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten werden im BI berücksichtigt und im Pflegegrad abgebildet.
- Klaus Wingenfeld hat drei Abgrenzungsvarianten für diesen Personenkreis vorgeschlagen, zwei konnten mit den Studiendaten rekonstruiert werden
- Für Variante 2 (7 Prozent unserer Studienteilnehmenden) und Variante 3 (4 Prozent) unserer Studienteilnehmenden zeigen sich keine Unterschätzungen.
- Dieser spezielle Personenkreis sollte im Einführungsprozess besonders beobachtet werden, in den Studiendaten zeigen sich aber keine Unterschätzungen.

- I. Projektkonzeption und -durchführung
- II. Zentrale Ergebnisse
- III. Empfehlungen der Wissenschaft für eine Einführungsphase
- IV. Stand der Umsetzung
- V. Fazit

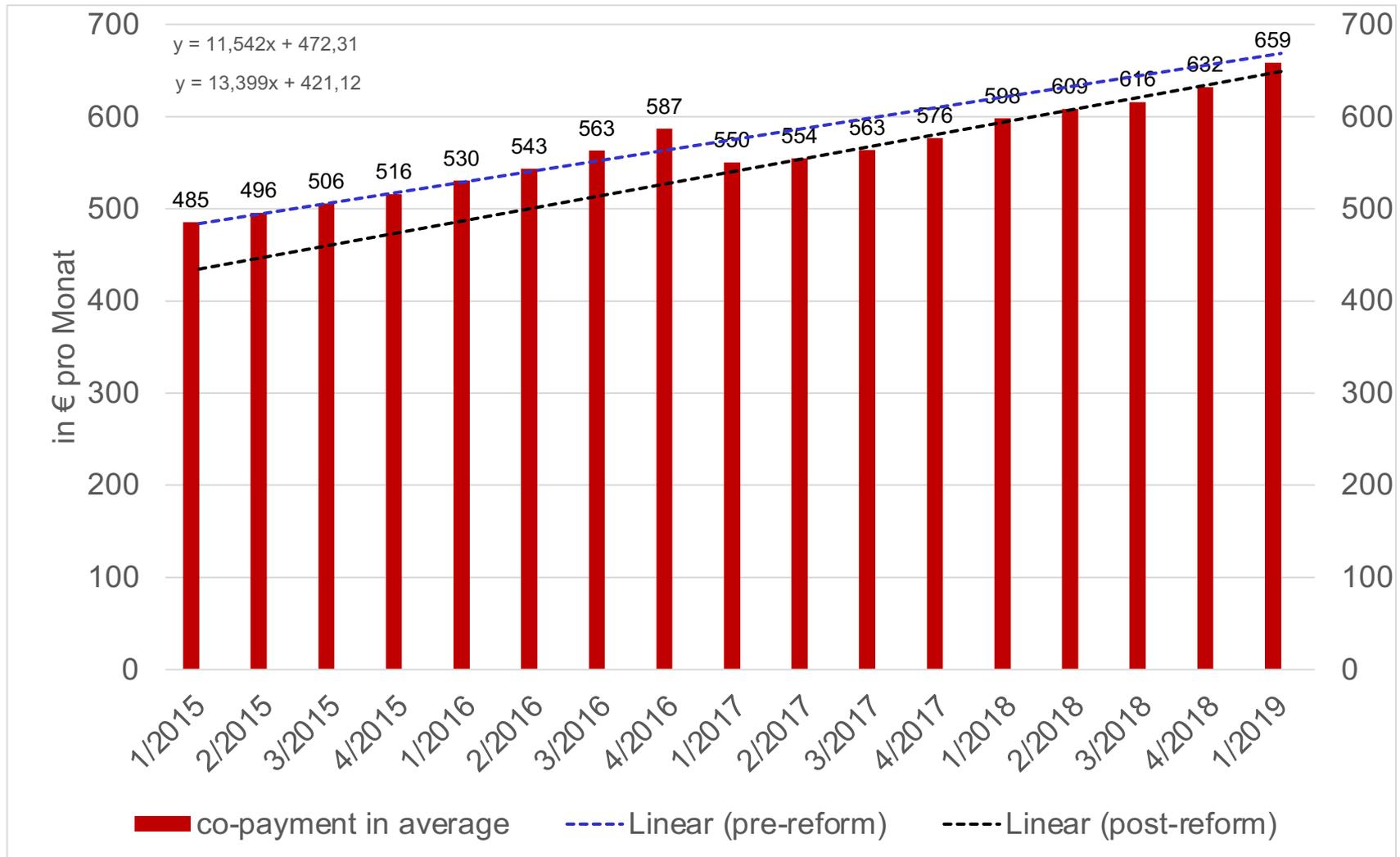
- Mit dem Abschlussbericht liegt ein wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsverfahren vor, das jetzt umgesetzt werden kann.
- In der KAP wurde die zügige Einführung in geeigneten Schritten beschlossen. Der erste Schritt ist mit dem Versorgungsverbesserungsgesetz getan, weitere werden folgen.
- Notwendig ist eine Gesamtkonzeption einschließlich festgelegter Stufen und Einführungshilfen für die Heime.
- Mittel- und langfristig können Personalkosten nicht am Pflegesatz vorbei finanziert werden. Notwendig ist daher auch eine Finanzreform der Pflegeversicherung.
- Der jüngste Vorschlag des Gesundheitsministers dazu ist zielführend und unbedingt zu begrüßen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

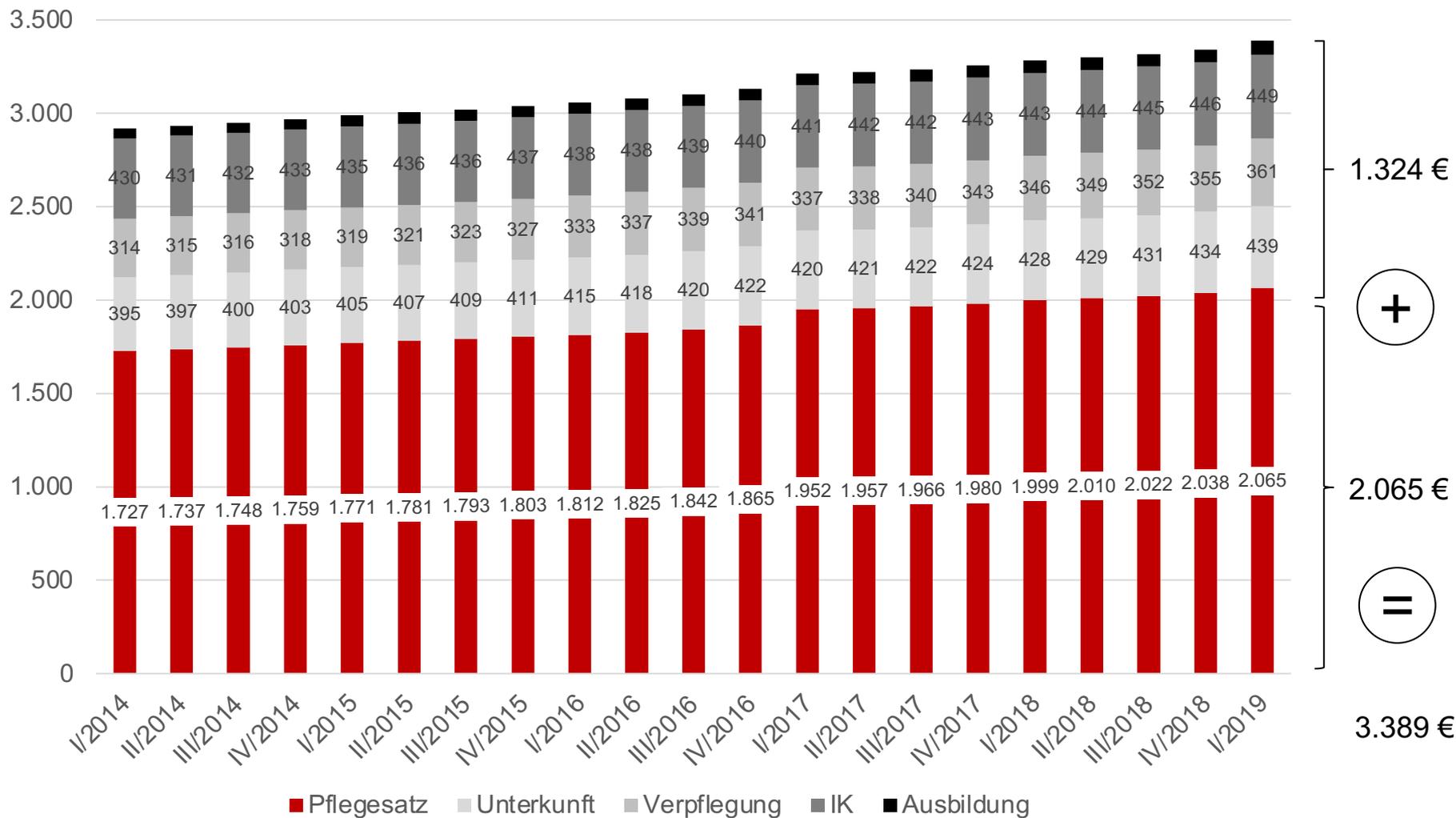
Ich freue mich auf ihre Fragen.

- Höhere Personalschlüssel führen zu höheren Pflegesätzen. Notwendigen Gehaltssteigerungen für Pflegekräfte verstärken dies.
- Bei gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung tragen die Heimbewohner Ausgabensteigerung zu 100%, **wenn diese für den Pflegesatz wirksam sind**. Diese Eigenanteile sind aber jetzt schon (zu) hoch.

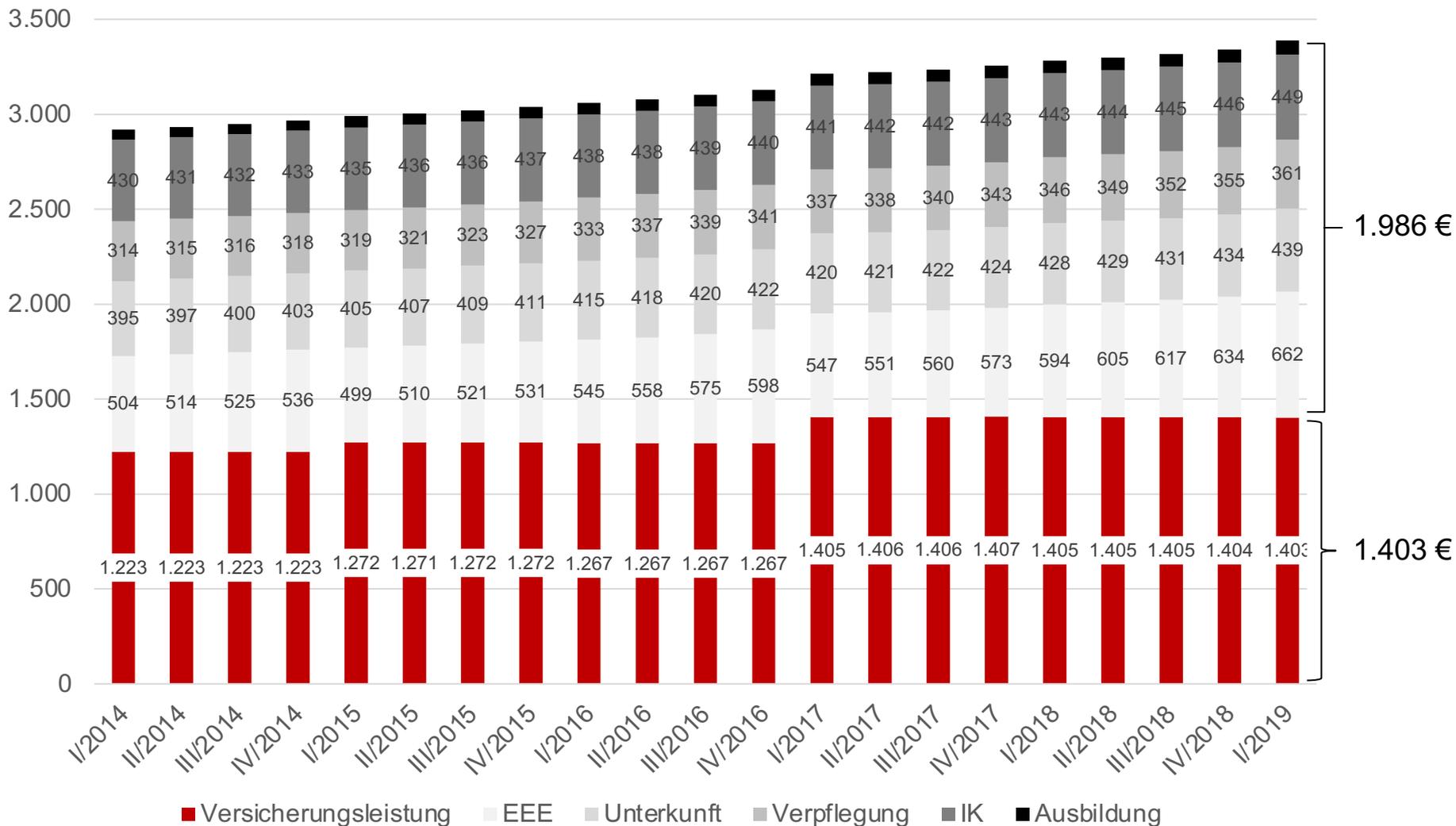
VI. Entwicklung der Eigenanteil für Pflegekosten 2015-2019 53



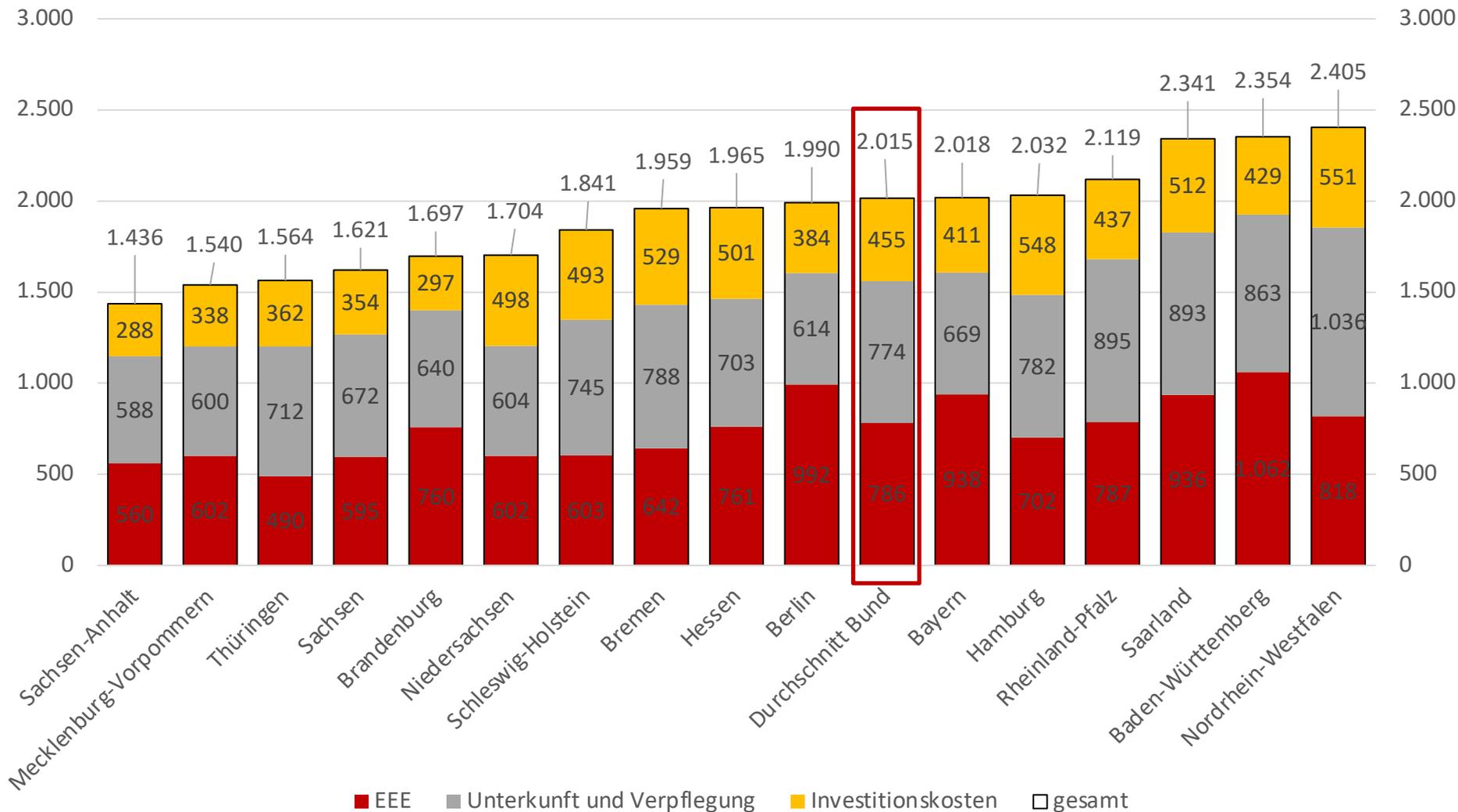
VI. Entwicklung der Gesamteigenanteil 2015-2019



VI. Entwicklung der Gesamteigenanteil 2015-2019



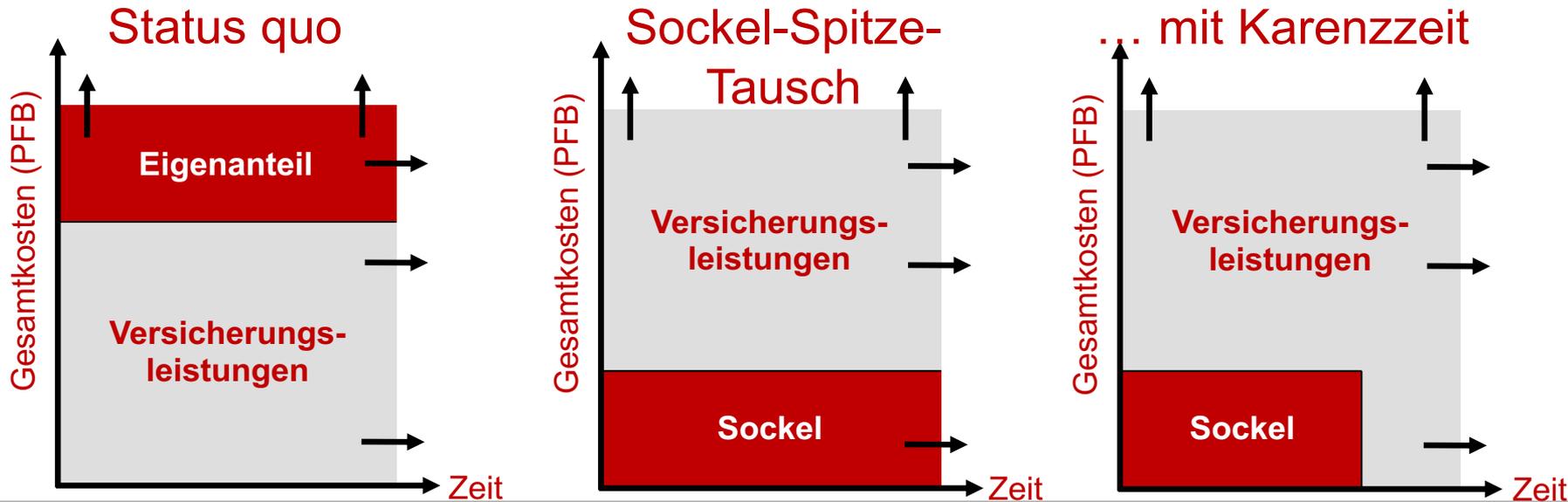
Finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in Euro je Monat



- Höhere Personalschlüssel führen zu höheren Pflegesätzen. Notwendigen Gehaltssteigerungen für Pflegekräfte verstärken dies.
 - Bei gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung tragen die Heimbewohner Ausgabensteigerung zu 100%, wenn diese für den Pflegesatz wirksam sind. Diese Eigenanteile sind aber jetzt schon (zu) hoch.
- Um explodierende Eigenanteile bei Personalmehrungen und besserer Bezahlung von Pflegekräften zu verhindern, ist eine **Finanzreform** der Pflegeversicherung unvermeidlich.

- Eine Finanzreform muss beinhalten
 - Verlagerung der Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege in die Krankenversicherung
 - Verlagerung der Kosten von den Pflegebedürftigen auf die Pflegeversicherten

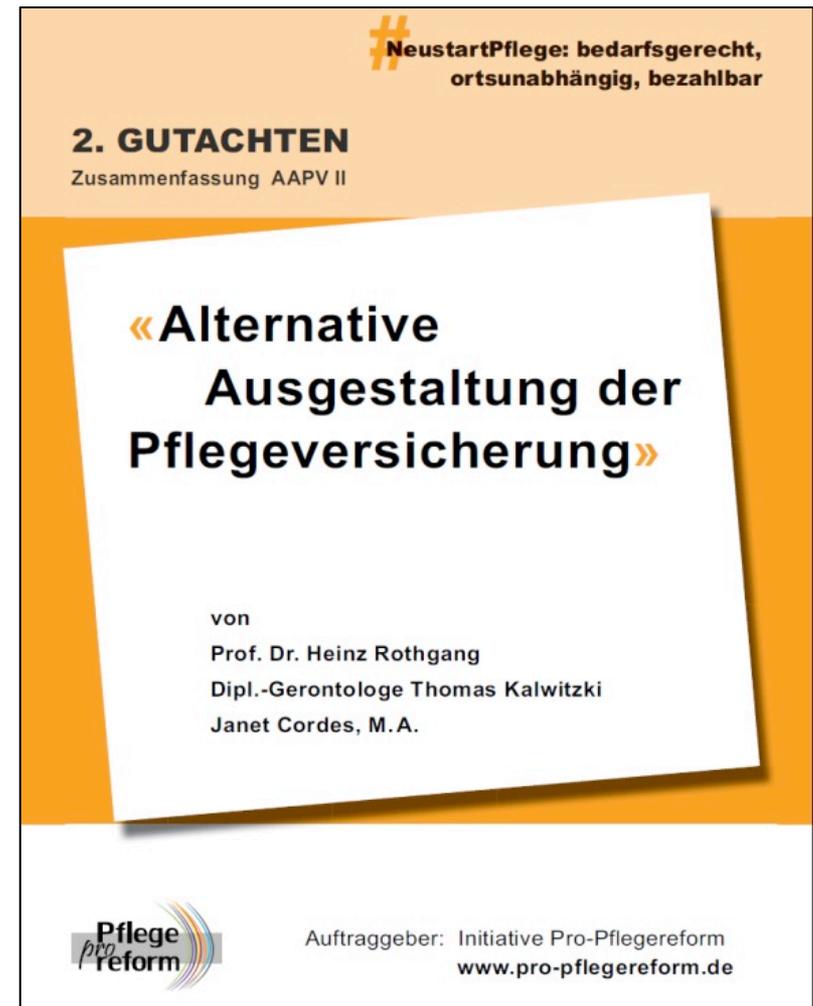
- Eine Leistungsanpassung greift zu kurz, da sich Eigenanteile derzeit sprunghaft und unterschiedlich entwickeln.
- Der Sockel-Spitze-Tausch schafft dagegen dauerhaft Sicherheit durch Umwandlung der Pflegeversicherung in eine bedarfsorientierte Versicherung.



- Eine Finanzreform muss beinhalten
 - Verlagerung der Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege in die Krankenversicherung
 - Verlagerung der Kosten von den Pflegebedürftigen auf die Pflegeversicherten
- Wünschenswertes zweites Element der Systemreform: Aufhebung der Sektorentrennung.
- Voraussetzungen und Konsequenzen
 - Notwendigkeit einer individuellen Bedarfsmessung und Einführung eines obligatorischen Case Managements
 - aktivere Rolle der pflegepolitischen Akteure, insb. Kassen und MD
 - Neues Geschäftsmodell für private Anbieter, da Marktpositionen nicht mehr über niedrige Preise erreicht wird

- Die aktuelle sektorale Gliederung behindert innovative Versorgungskonzepte und schafft Anreize für Modelle, die ausschließlich der Gewinnmaximierung dienen.
- Eine Schärfung der Sektorengrenzen kann letzteres wohlmöglich verhindern, unterbindet damit dann aber auch Innovationen.
- Eine sektorenfreie Versorgung ist voraussetzungsvoll. Eine Modularisierung der Leistungen und deren Verpreisung ist aber möglich – erfordert aber entsprechende Anstrengungen aller Akteure.

Ein entsprechendes Reformmodell wurde im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform ausgearbeitet,
... kann an dieser Stelle nicht weiter vorgestellt werden,
... ist aber nachlesbar.



<https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/2. Gutachten AAPV - Langfassung.pdf>

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!