

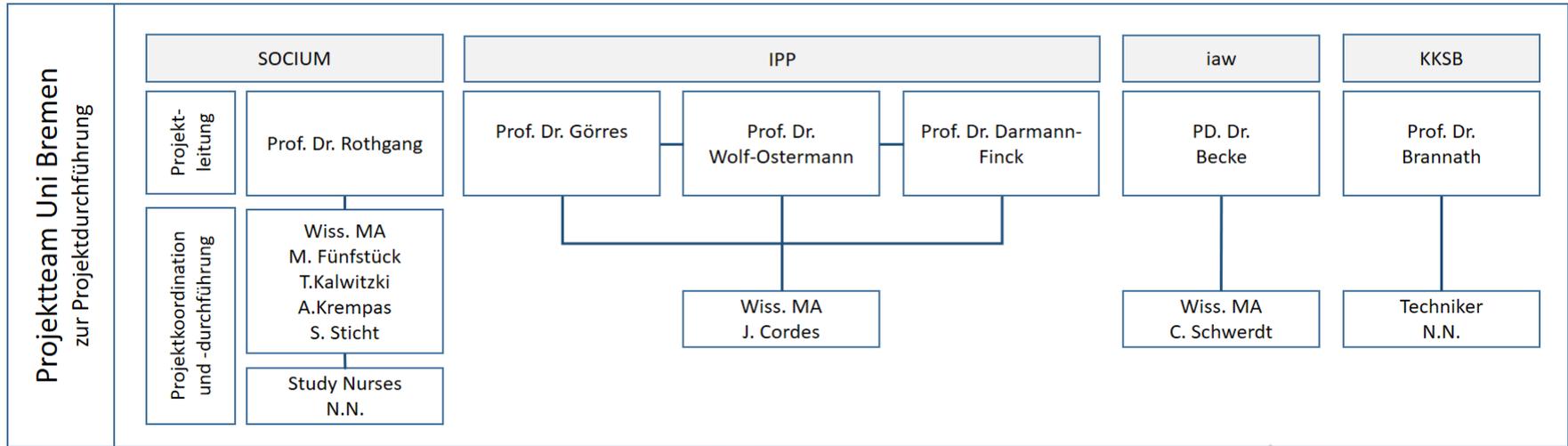
Kompetenzorientierte Aufgabenverteilung im neuen Personalbemessungsinstrument

Fachtag des Bundesverband diakonischer Einrichtungsträger V3D
am 7. Oktober 2022 in Kassel

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

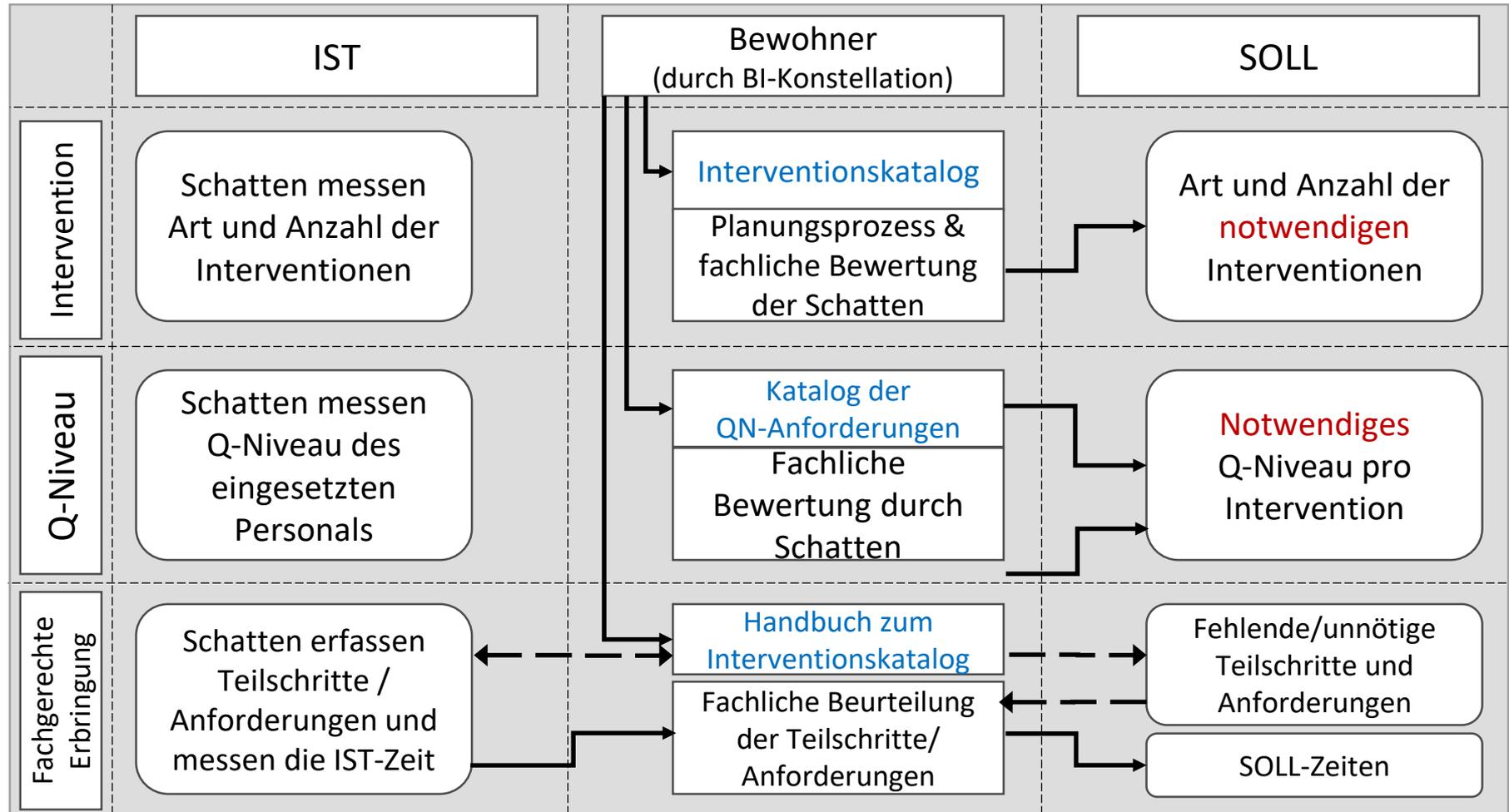
- I. Das Projekt zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens
- II. Zentrale Ergebnisse
- III. Umsetzung
- IV. Übertragbarkeit
- V. Fazit

- I. Das Projekt zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens
 - 1. Projektteam
 - 2. Projektkonzeption
 - 3. Projektdurchführung
- II. Zentrale Ergebnisse
- III. Umsetzung
- IV. Fazit



- **Projektleitung:** Prof. Heinz Rothgang
- **Pflegewissenschaftler:innen:** Prof. Stefan Görres, Prof. Karin Wolf-Ostermann, Prof. Ingrid Darmann-Finck, Prof. Andreas Büscher, Dr. Claudia Stolle
- **Arbeitswissenschaftler:innen:** PD Dr. Guido Becke, Cora Schwerdt
- **Pflegefachkräfte mit zusätzlicher akademischer Ausbildung:** Mathias Fünfstück, Agata Krempa, Sarah Sticht, Janet Cordes
- **Gerontologe:** Thomas Kalwitzki; **Sozialwissenschaftler:** Lukas Matzner
- **Statistiker:** Prof. Werner Brannath, Dr. Stephan Kloepf
- **Datenerheber:innen:** 242 Pflegefachkräfte, je zur Hälfte von MDK und Anbietern benannt

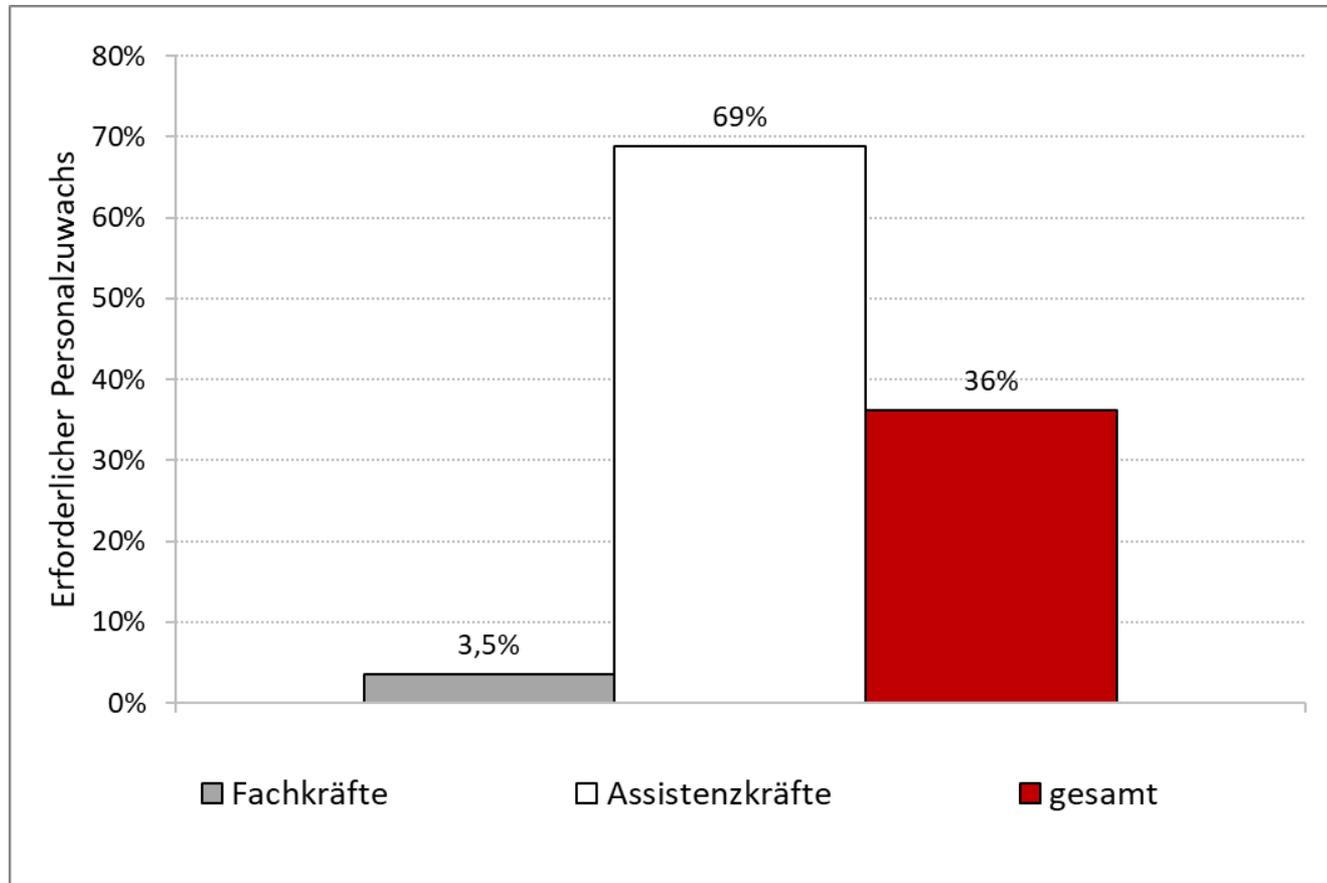
1. Schritt: Messkonzeption für Pflege
→ **Interventionskatalog**
2. Schritt: Definition von bedarfsgerechter Erbringung und bedarfsgerechtem Qualifikationsniveau
→ **Handbuch zum Interventionskatalog**
→ **Katalog der Qualifikationsanforderungen**
3. Schritt: Beschattung aller Pflegekräfte zur Messung 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



- 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 für den vollstationären Bereich:
 - 130.656 Interventionen, bei
 - 1.380 vollstationär versorgten Pflegebedürftigen, aus
 - 62 Wohneinheiten, in
 - 15 Bundesländern

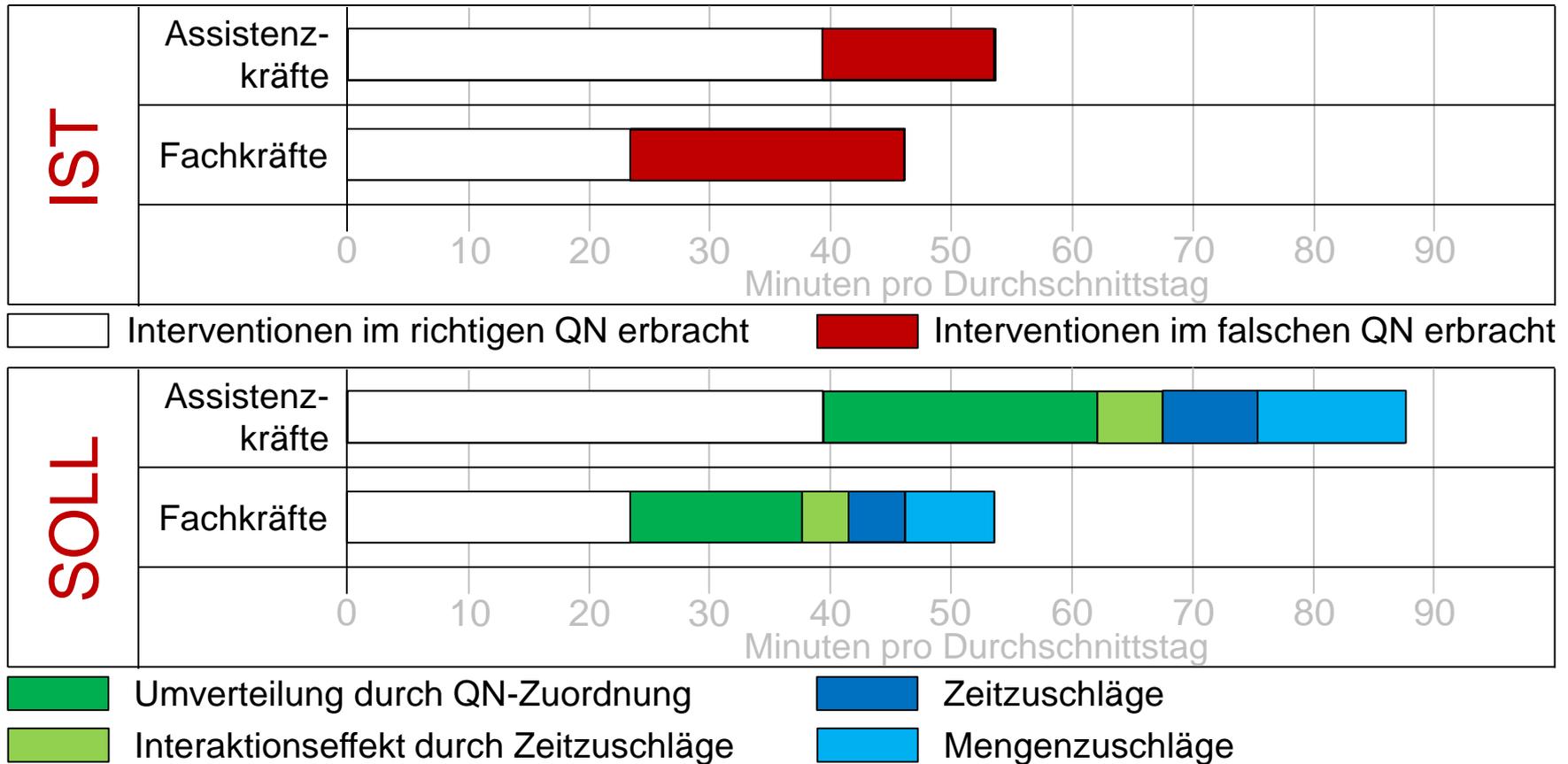
- I. Das Projekt zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens
- II. Zentrale Ergebnisse**
 - 1. Personalmehrbedarfe
 - 2. Personalmix
 - 3. Effekte für eine Referenzeinrichtung
 - 4. Implementationsanforderungen
- III. Umsetzung
- IV. Übertragbarkeit
- V. Fazit

- 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

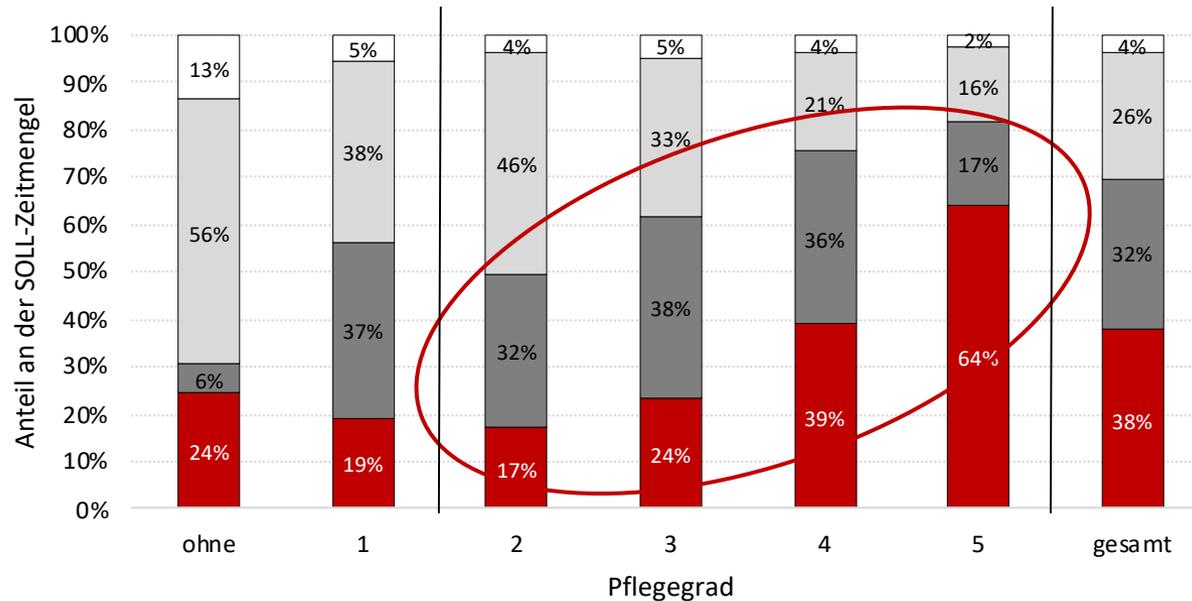


Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



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

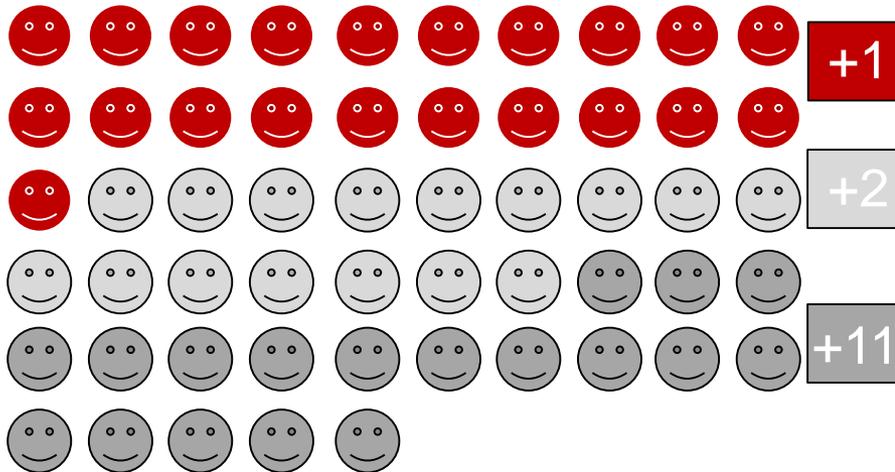
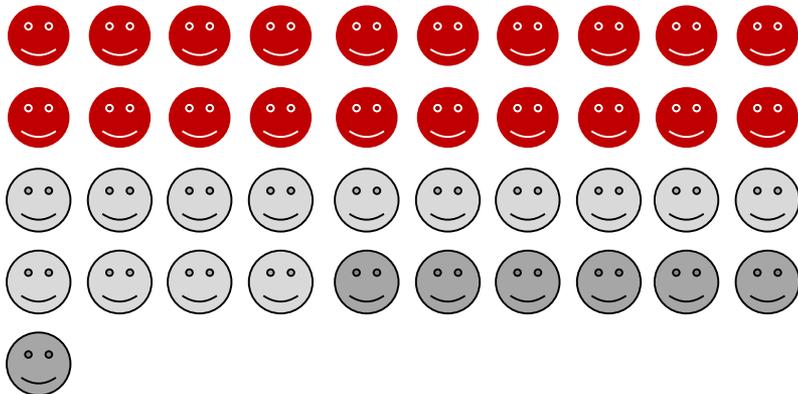
Quelle: Rothgang und das PeBeM-Team 2020

- 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% Fachkraftzeit und
 - 32% Arbeitszeit für ausgebildete Pflegehilfskräfte mit 1- oder 2-jähriger Ausbildung.

Für eine **bundesdurchschnittliche** 100-Bewohner-Einrichtung

Aktuell: 41 VZÄ

Bedarf: 55 VZÄ



41

55

 Pflegefachkräfte

 Ausgebildete Pflegeassistentenkräfte (QN3)

 Geringer qualifizierte Pflegeassistentenkräfte (QN1&2)

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

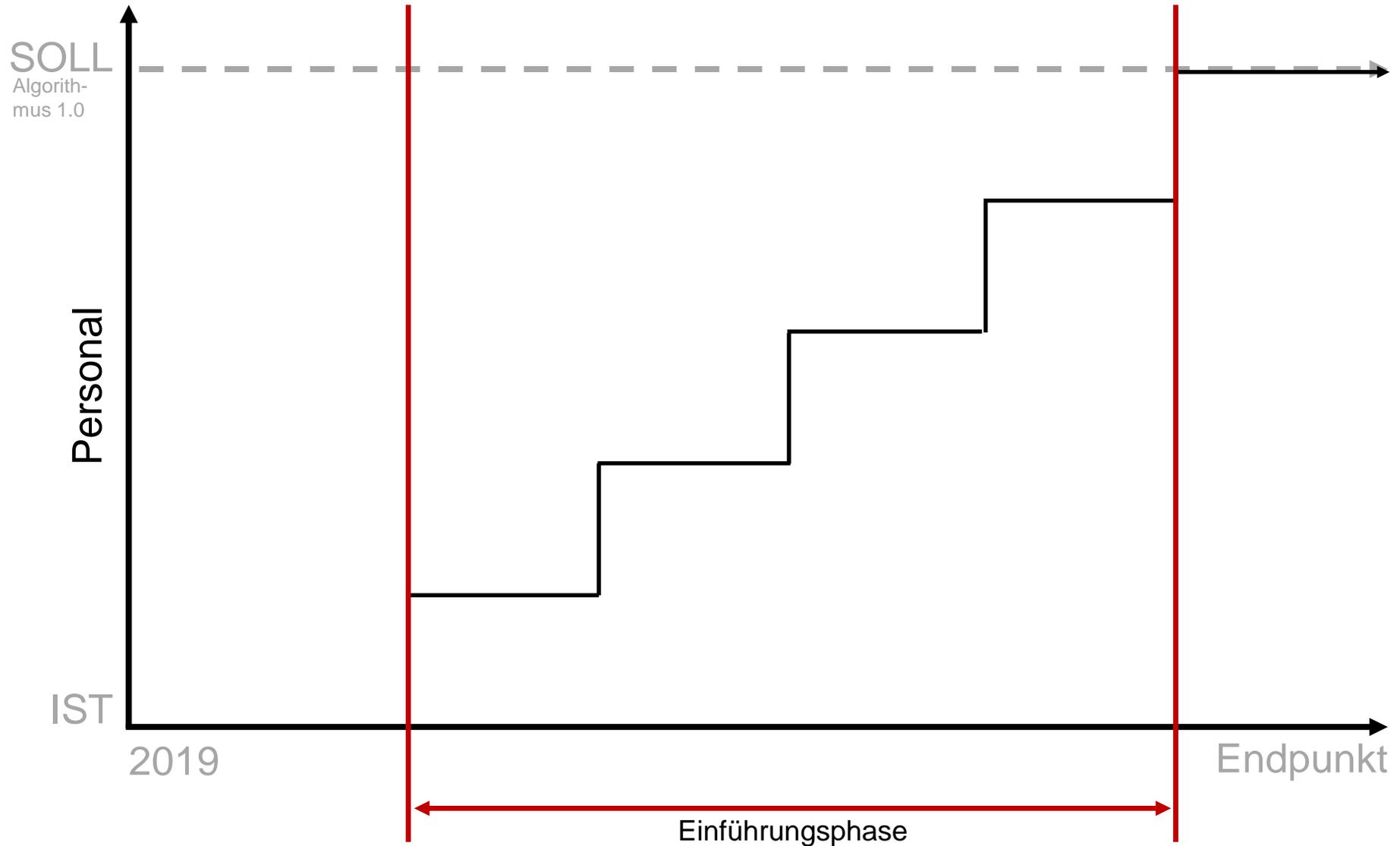
➤ Organisationsentwicklung

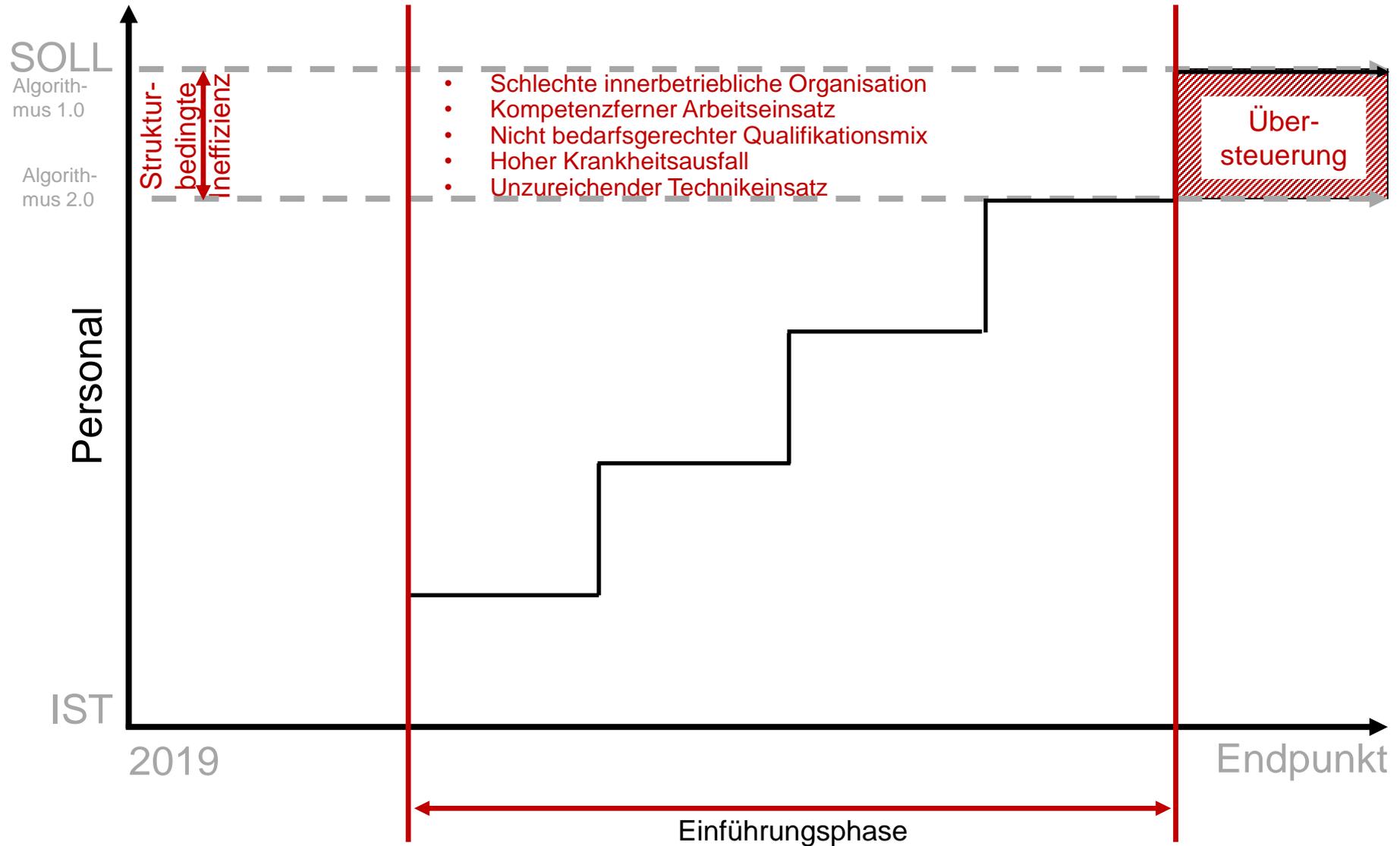
- Neudefinition der Rolle von Fachkräften: Planung, Anleitung, Beaufsichtigung, Evaluation, Delegation
- Kompetenzorientierte Pflege, statt jeder macht alles

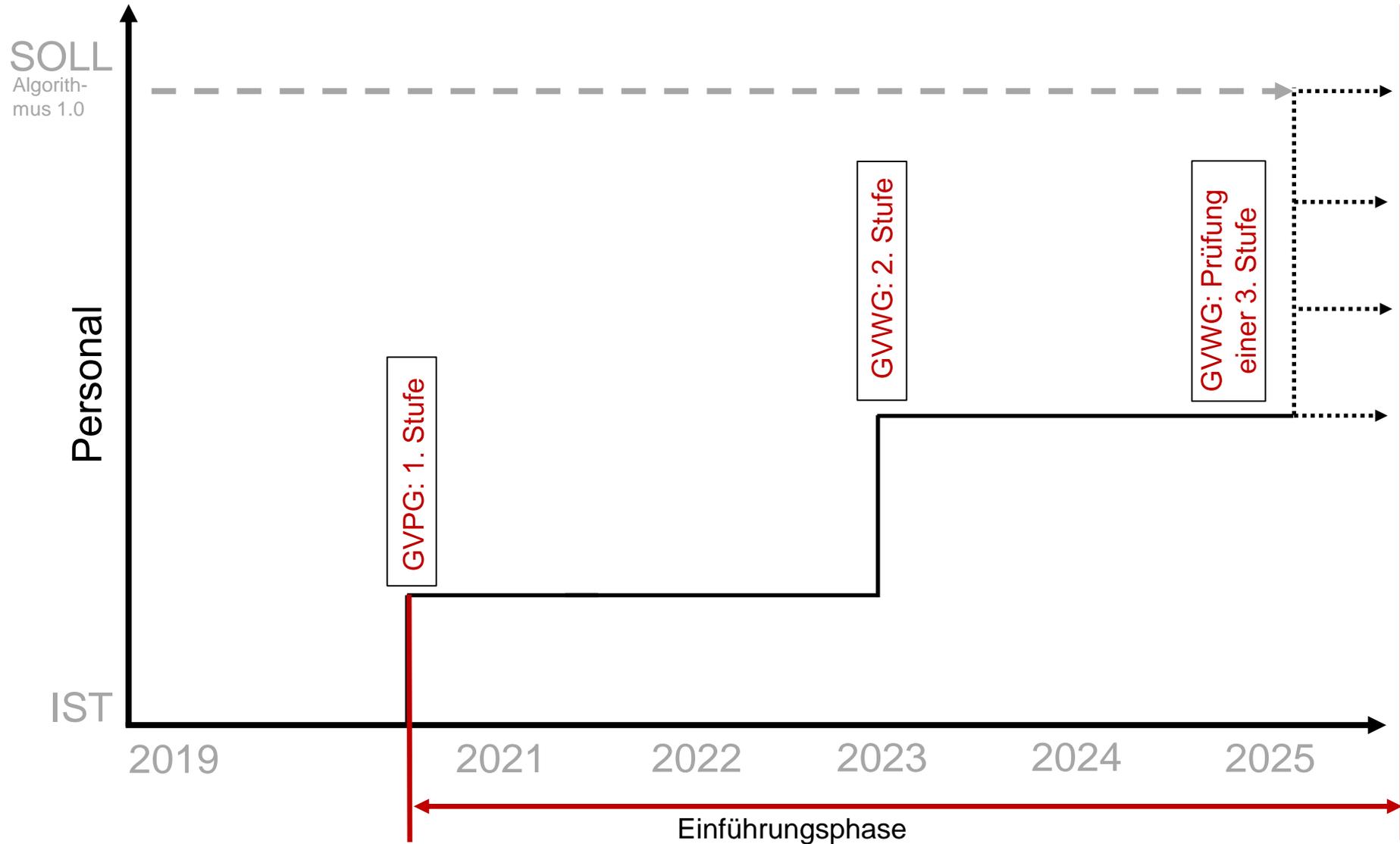
➤ Personalentwicklung und Ausbildung

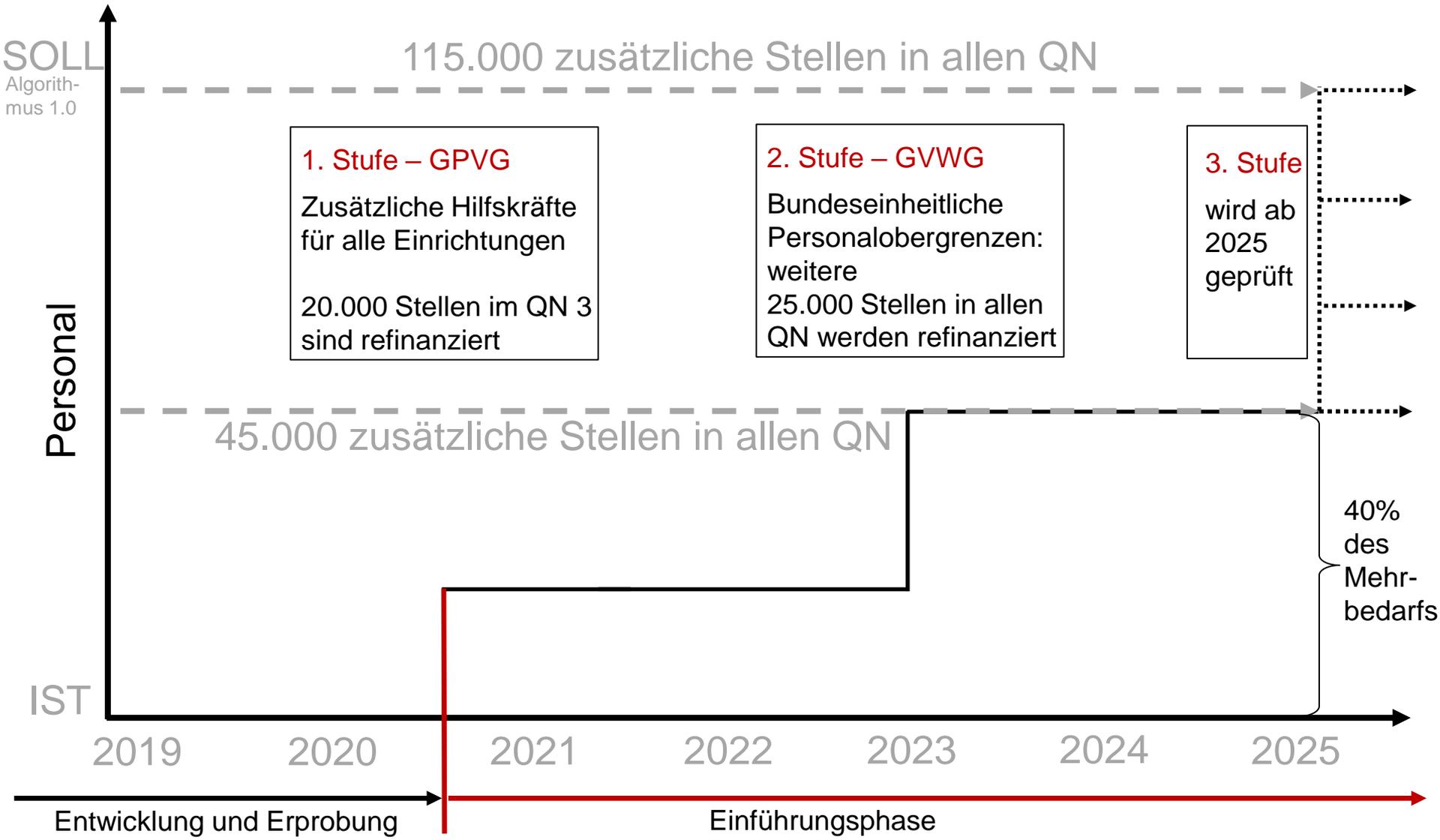
- Pflegekräfte müssen wieder lernen, ohne Hetze zu arbeiten.
- Fach- und Assistenzkräfte müssen ihre neuen Rollen annehmen.
- Sowohl für Fach- als auch Assistenzkräfte müssen in Menge und Inhalt entsprechende Ausbildungsstrukturen vorhanden sein.

- I. Das Projekt zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens
- II. Zentrale Ergebnisse
- III. Umsetzung**
 - 1. Projektempfehlungen
 - 2. Gesetzgebung
 - 3. Was können Einrichtungen (jetzt schon) tun?
 - 4. Implikationen für Aus-, Fort und Weiterbildung
- IV. Übertragbarkeit
- V. Fazit





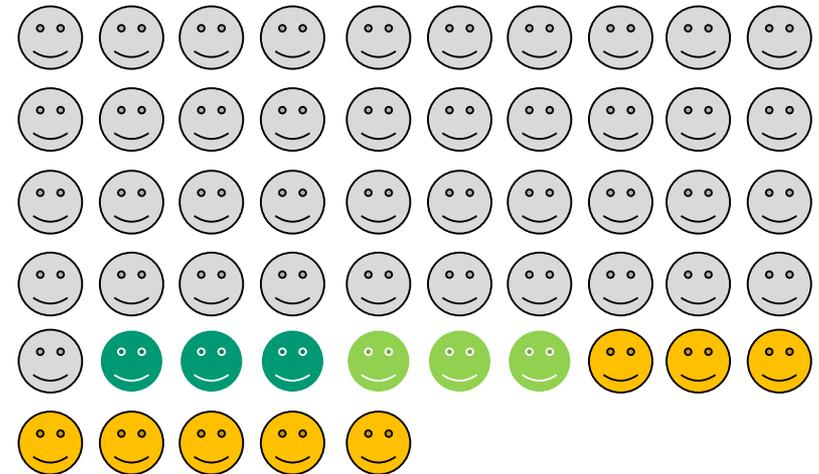
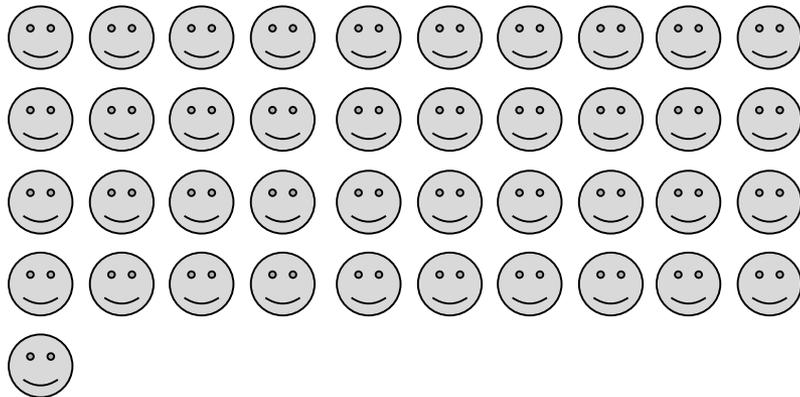




Für eine bundesdurchschnittliche 100-Bewohner-Einrichtung

Aktuell: 41 VZÄ

Bedarf: 55 VZÄ



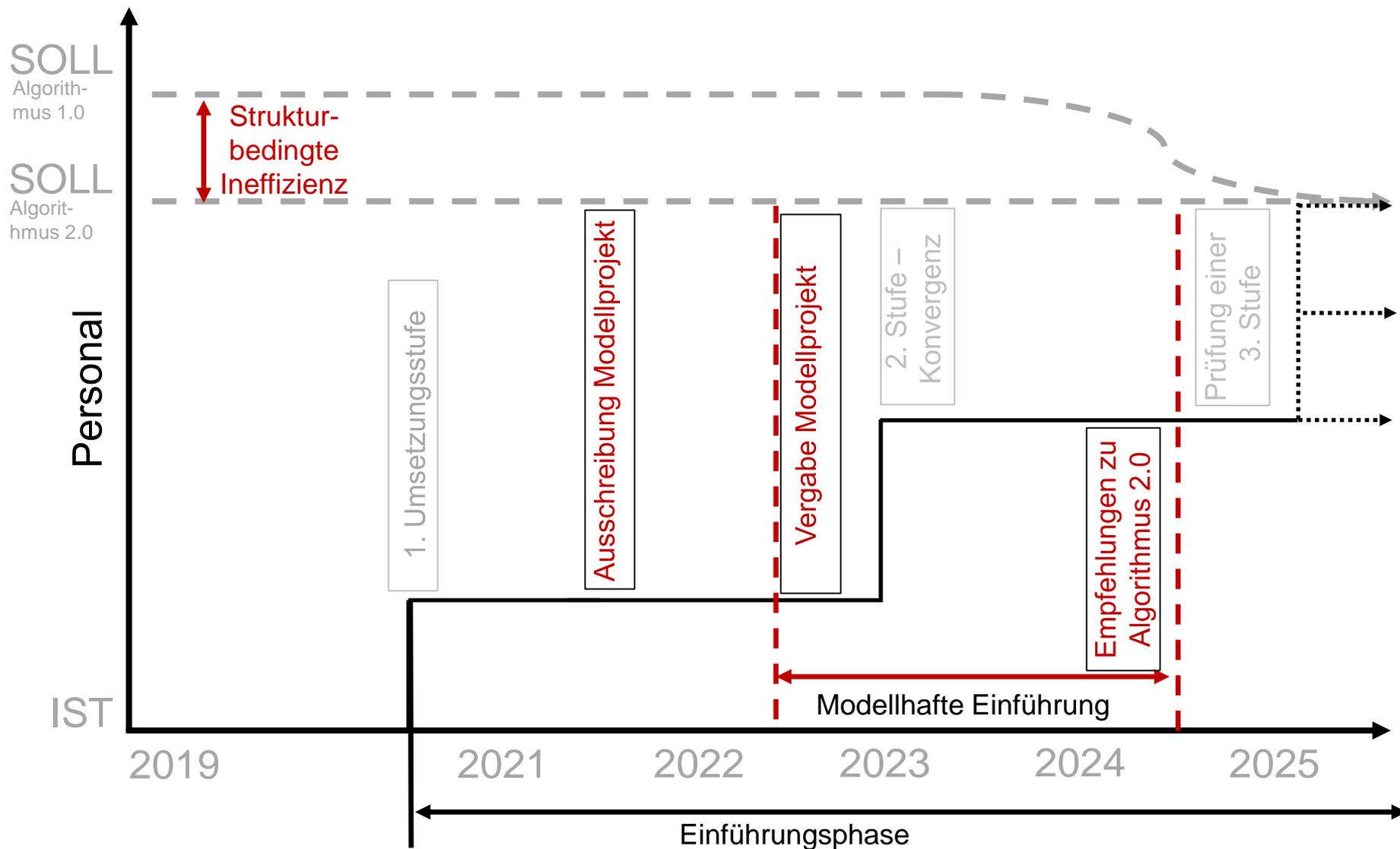
 durch das GPVG

 durch das GVWG

 Umsetzung offen

Modellprojekt(e)

- Nach langem Ringen ist die Erprobung von Modellen zum Einsatz von Mehrpersonal in die Roadmap aufgenommen worden.
- Die Modellprojekte sind schon im GPVG verankert, und die Ausführung wurde dem GKV-Spitzenverband übertragen.
- Die Modellprojekte sollen 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 Regelungen des § 113c SGB XI stellen ab dem 1.7.2023 *quantitative* Obergrenzen als *Kann*-Regelungen dar.
- *Untergrenzen* werden durch Landesrecht bestimmt. Sie werden hinter den Obergrenzen zurückbleiben.
- Politisch müssen die Anstrengungen zur Ausbildung von Fach- und Hilfskräften verstärkt werden – und das passiert...
- Mehr Personal einzusetzen wird nur dort gelingen, wo eine kompetenzorientierte Arbeitsorganisation eingerichtet wird.
- Einrichtungen haben dazu jetzt Zeit, attraktive Arbeitgeber zu werden und eine entsprechende **transparente, verlässliche und effiziente Arbeitsorganisation** einzurichten.

- Ausgangspunkt zur Gestaltung einer verlässlichen Arbeitsorganisation sollte die Analyse des IST sein.
- Im Mittelpunkt steht die Frage: „**Wer erbringt aus welchem Grund welche Interventionen bei/mit welcher/m Pflegebedürftigen - und ist das fachlich korrekt?**“
- Hiermit kann geklärt werden, welche Qualifikationsniveaus quantitativ über- oder qualitativ unterfordert werden – und umgekehrt.
- Diese Analyse ist unabhängig von den eingesetzten Personalmengen – und sollte partizipativ erfolgen!
- Die Dokumente aus PeBeM können hierbei unterstützen, erste Anbieter bieten Analyse-/Monitoring-Software an.

- Zusammen mit einer individuellen Kompetenzanalyse können Planungen vorgenommen werden, die Weiterentwicklung, Rekrutierung und Einsatz von (Mehr)Personal betreffen.
- Die Fragen dazu lauten: „**Wie soll 10/20/30% Mehrpersonal den Pflegealltag unserer Einrichtung verändern und welche Kompetenzen brauchen wir dafür?**“
- Möglichkeiten Maßnahmen sind hier
 - Einrichtung einer qualifikationsgerechten Arbeitsorganisation zur Qualitätssicherung
 - Kompetenzorientierte individuelle (Nach)Qualifikation zum Abbau von Überforderungen
 - Entwicklung von stabilen Bezugspflegekonzepten unter Einbezug qualifizierter Hilfskräfte

- Als Vision für den Arbeitseinsatz einer modernen und zukunftsfesten Pflegeeinrichtung können *stabile, digital moderierte, kompetenz- und qualifikationsdifferenzierte Strukturen* dienen.
- Das bedeutet nicht, dass Pflege taylorisiert wird, sondern eine professionell differenzierte Ganzheitlichkeit entsteht.
- Sie reduzieren Über- und Unterforderung und schließen nicht nur an die formalen Qualifikationen, sondern auch an die persönlichen Fähigkeiten und Prioritäten der Pflegenden an.
- Erforderlich sind hierfür **klare Rollendefinitionen**, die von den Pflegenden angenommen und ausgefüllt werden (können).

- **Quantitativ:**
 - Bundesweit müssen Ausbildungskapazitäten erheblich erhöht werden.
 - Dafür notwendige Pflegelehrer:innen müssen ausgebildet werden.
- **Inhaltlich:**
 - Neue Rollenbilder müssen vermittelt werden
 - Arbeit in Teams mit Pflegehilfskräften, Pflegeassistenzkräften und Pflegefachkräften muss eingeübt werden.
- **Strukturell:**
 - Notwendigkeit einer bundesweiten Angleichung der Ausbildung zu qualifizierten Pflegeassistenzkräften → KAP
 - Durchgängige Sicherstellung von Weiterqualifizierungs- und Aufstiegsmöglichkeiten „on the job“ und ohne Einkommensverluste
 - Erprobung im Echtbetrieb → Akademische Lehrpflegeeinrichtungen in Bremen

- I. Das Projekt zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens
- II. Zentrale Ergebnisse
- III. Umsetzung
- IV. Übertragbarkeit**
- V. Fazit

- Der ursprüngliche Gesetzesauftrag bezog sich auf ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgung.
- Die Anwendung der PeBeM-Methodik auf die ambulante Pflege ist nicht möglich.
- Für Tagespflege wurde ebenfalls ein Personalbemessungsinstrument entwickelt, aber nicht zur Umsetzung empfohlen.
 - Die empirische Basis der Parametrisierung war klein.
 - Der ermittelte Personalmehrbedarf war deutlich geringer.
 - Pflege steht konzeptionell nicht im Vordergrund.
- Für den Krankenhausbereich ist
 - eine analoge Vorgehensweise denkbar und wünschenswert,
 - eine Übertragung von Zeitwerten etc. aus PeBeM nicht möglich.

- I. Das Projekt zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens
- II. Zentrale Ergebnisse
- III. Umsetzung
- IV. Übertragbarkeit
- V. **Fazit**

- Nach mehr als 20jähriger Diskussion liegt seit dem letzten Jahr erstmal ein Instrument vor, das bundeseinheitliche wissenschaftlich begründete Personalschlüssel generiert.
- Im Ergebnis wird eine einheitliche Fachkraftquote durch bedarfsgerechte Qualifikationsstrukturen nach Bewohnerschaft ersetzt.
- Die Einführung erfordert erhebliche Anstrengungen:
 - Leistungserbringungsrecht → Bundesebene
 - Ordnungsrecht → Landesebene
 - Ausbildungsstrukturen und Kapazitäten → Landesebene
 - Personal- und Organisationsentwicklung → Einrichtungsebene

- Die stufenweise Einführung wurde mit dem GPVG und dem GVWG begonnen. Die Neufassung des § 113c SGB XI im GVWG vollzieht dabei den Übergang von einer Zuschlagslogik zu bundesweiten Personalanhaltswerten.
- Die angegebenen Personalschlüssel lassen allerdings lediglich die Refinanzierung von *40 % des bedarfsnotwendigen Personalmehrbedarfs* zu.
- Dies wäre vertretbar, wenn statt einen weiteren Prüfungsauftrags eine dritte Stufe der Personalmehrung verbindlich beschlossen wäre.
- Auf **Bundesebene**: Notwendig ist die *verbindliche Festlegung* einer dritte Stufe, die auf Basis verfeinerter Empirie die *Personallücke vollständig* schließen kann.

- Ausbildungskapazitäten müssen (teilweise neu) geschaffen werden → qualifizierter Assistenzberuf
 - Ausbildungskapazitäten müssen erhöht und der Aufstieg von einem QN zum nächsten berufsbegleitend ohne Gehaltsverlust der Betroffenen bei Kompensation der Einrichtungen ermöglicht werden.
 - Die 50%-Quote muss abgeschafft werden.
 - Eine Personalmindestregelung muss geschaffen werden, die mit einem Zeitplan ausgestattet ist, innerhalb dessen ein Korridor geschaffen wird, der ansteigt und sich verengt.
- **Länder** müssen koordiniert und zügig tätig werden.

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

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>.

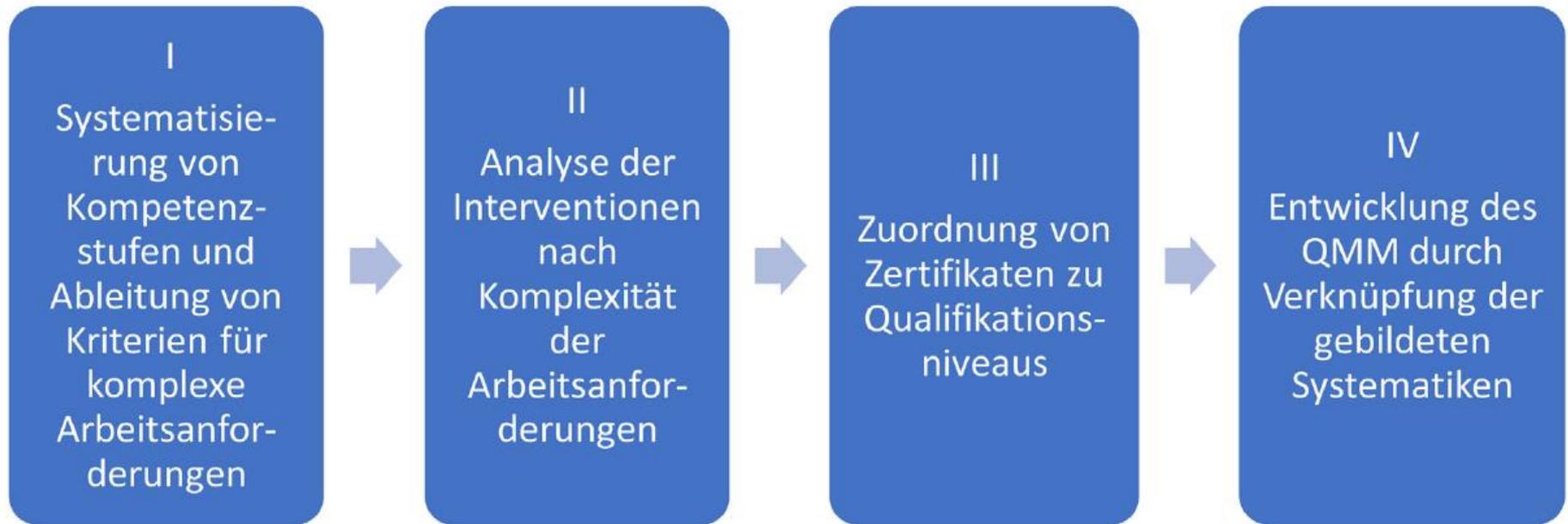


Abbildung 1. Methodisches Vorgehen bei der Entwicklung des QMM.

Quelle: Darmann-Finck 2021

Tabelle 2
Systematik von Kompetenzniveaus und der Komplexität von Arbeitsanforderungen [11–15].

| Komplexitätsniveaus von Arbeitsanforderungen | Problemlösende Kompetenzen | Sozial-kommunikative Kompetenzen |
|---|---|---|
| Einfache Arbeitsanforderungen mit wenigen berücksichtigungswerten Kontextfaktoren | Anwendung von Handlungsschemata | Anwendung einfacher Kommunikationsregeln |
| Komplizierte Arbeitsanforderungen mit einem mittleren Ausmaß an berücksichtigungswerten Kontextfaktoren | Geringfügige bis mittlere Anpassung von Handlungsschemata | Perspektivenübernahme bei konvergenten und mittelmäßig divergierenden Perspektiven |
| Komplexe Arbeitsanforderungen mit mehreren berücksichtigungswerten Kontextfaktoren, die sich wechselseitig beeinflussen | ggf. grundlegende Änderung von Schemata bzw. Neukonstruktion von Lösungswegen | Perspektivenübernahme bei (stark) divergierenden Perspektiven sowie sozialen Gruppen und Netzwerken mit jeweils unterschiedlichen Sichtweisen der Mitglieder und bei unklaren Zielen / Werten |

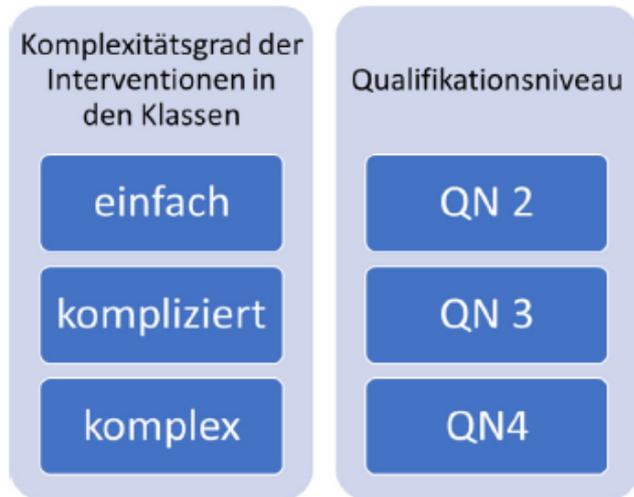


Abbildung 2. Verknüpfung der gebildeten Systematiken.

Quelle: Darmann-Finck 2021

Tabelle 4
Qualifikationsmixmodell.

| Interventionsklassen | Bezeichnung der Interventionsklassen | Beispiele aus dem Interventionskatalog | Mindestqualifikationsniveau |
|----------------------|---|---|-----------------------------|
| A | Managementaufgaben | Qualitätsentwicklung, Öffentlichkeitsarbeit | QN 5 (Leitung) |
| B | Komplexe Pflegeinterventionen für spezielle Gruppen von Bewohnerinnen und Bewohnern | Anleitung von Kolleg*innen hinsichtlich spezieller Bewohnergruppen | QN 5 (Fach) |
| C | Durchführung komplizierter medizinisch-diagnostischer und medizinisch-therapeutischer Aufgaben | Medikamente stellen, i.m. – Injektionen verabreichen, Absaugen | QN 4 |
| D | Planung, Durchführung und Evaluation komplizierter Pflegeinterventionen | Beratung, Schulung, Basale Stimulation, Biographiearbeit | QN 4 |
| E | (a) Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs; (b) Organisation, Gestaltung und Steuerung von Pflegeprozessen; (c) Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege | | QN 4 |
| F | Durchführung einfacher medizinisch-diagnostischer und medizinisch-therapeutischer Aufgaben | Kompressionsstrümpfe anziehen, s.c.-Injektionen verabreichen | QN 3 |
| G | Durchführung körpernaher Pflegeinterventionen, deren Schwierigkeitsgrad abhängig ist vom Grad der Pflegebedürftigkeit und von der Stabilität der gesundheitlichen Situation der zu pflegenden Menschen | Körperpflege, Anreichen von Nahrung und Flüssigkeit, Unterstützung bei Ausscheidungen, Unterstützung bei der Mobilität | QN 2-4 |
| G1 | Instabile gesundheitliche Situation | z. B. Vorliegen eines Dekubitus, einer chronischen Wunde, instabiler Schmerzen, instabiler Luftnot, palliativer Versorgung, instabiler KHK, Mangelernährung | QN 4 |
| G2 | Hoher Grad an Pflegebedürftigkeit und an Gefahrenpotenzial | BI alle Ausprägungen | QN 4 |
| G3 | Mittelmäßiger Grad an Pflegebedürftigkeit und an Gefahrenpotenzial | Mittelmäßiger Grad an Pflegebedürftigkeit Bei Zutreffen mind. einer der folgenden Bedingungen: • Modul 1: max. schwere Einschränkungen der Selbstständigkeit • Modul 3: 4.3.3-4.3.13: pro Item max. 3 Punkte ¹ | QN 3 |
| G 4 | Geringer Grad an Pflegebedürftigkeit und an Gefahrenpotenzial | Geringer Grad an Pflegebedürftigkeit Bei Zutreffen mind. einer der folgenden Bedingungen: • Modul 1: max. erhebliche Einschränkungen der Selbstständigkeit • Modul 3: 4.3.3-4.3.13: pro Item max. 1 Punkt | QN 2 |

Quelle:
Darmann-Finck 2021