

Das neue Personalbemessungsinstrument in der vollstationären Langzeitpflege: Von der Konzeption zur Implementation

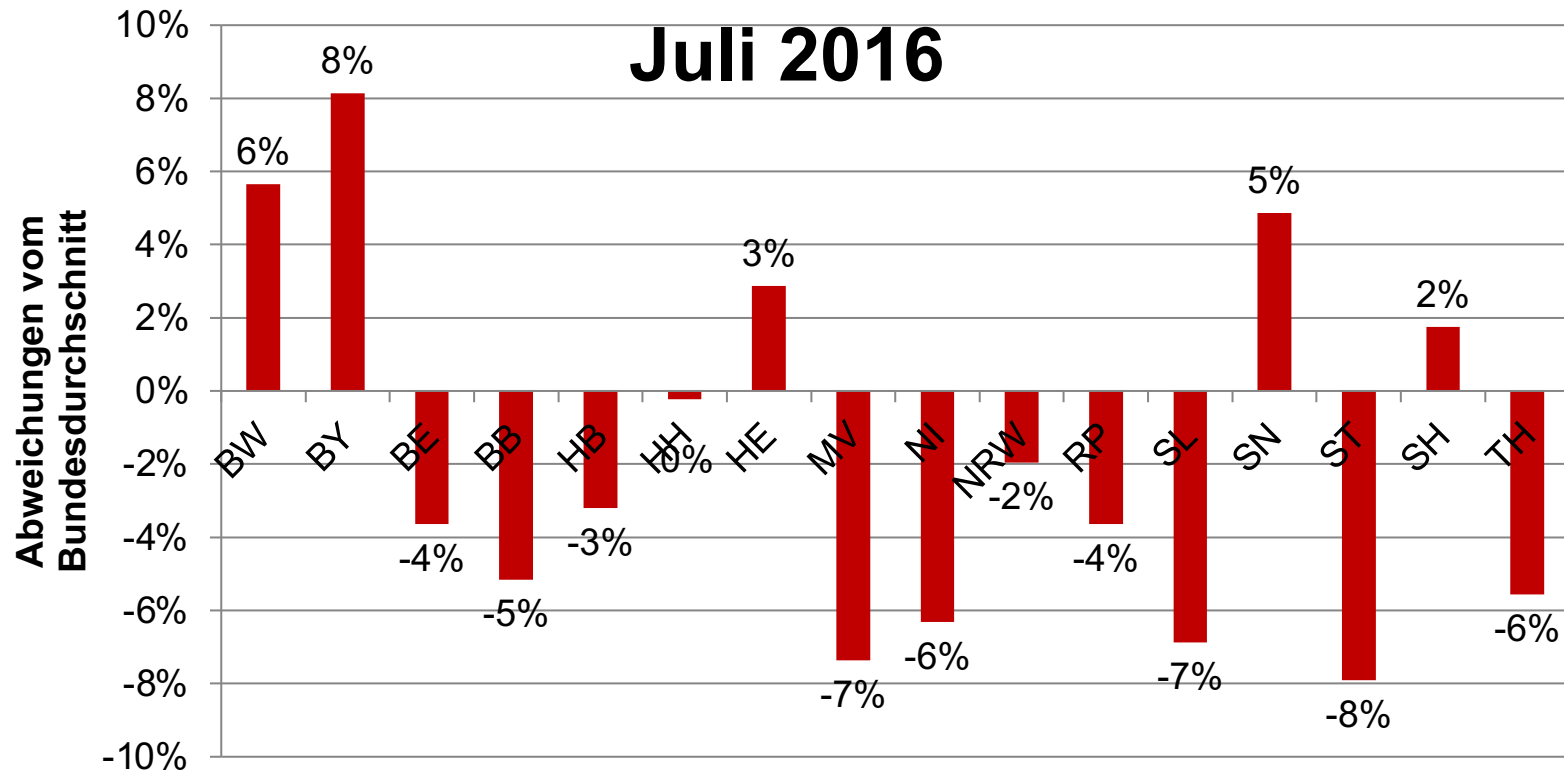
19. Bundeskongress des BKSB am 11. November 2021 in Hilden

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

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

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

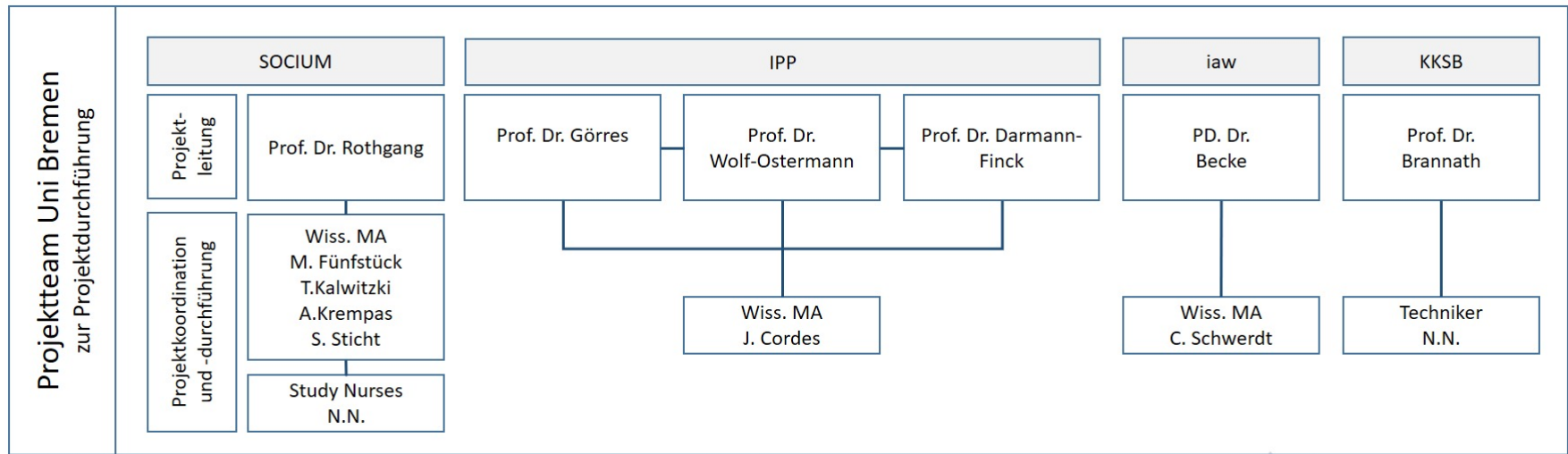
1. Personalziffern zwischen den Ländern unterscheiden sich erheblich → ohne nachvollziehbare Begründung



Quelle: Rothgang/Wagner 2019

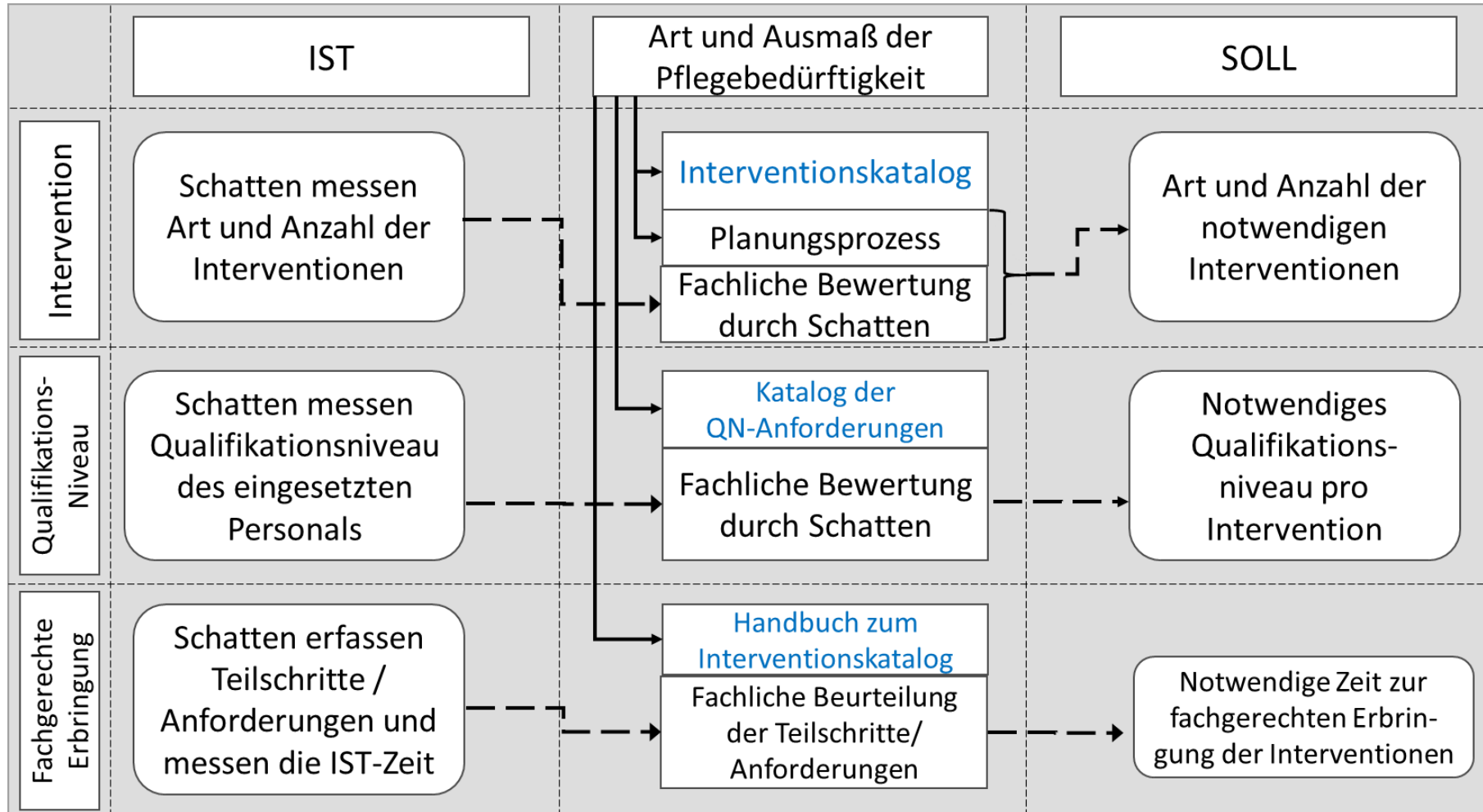
1. Personalziffern zwischen den Ländern unterscheiden sich erheblich → ohne nachvollziehbare Begründung
2. Personalausstattung wird durchgängig als zu niedrig beschrieben
 - Pflegekräfte fühlen sich gehetzt und leiden unter den Folgen einer Arbeitsintensivierung (DGB 2018: 7f.)
 - Die Hälfte der befragten Pflegekräfte gibt an, ihr (verdichtetes) Arbeitspensum nur durch kompensatorisch Abstriche bei der Pflegequalität bewältigen zu können (DGB 2018: 16f.)
 - fachgerechte Pflege ist gefährdet
 - Schlechte Arbeitsbedingungen sind der Hauptgrund für Ausscheiden aus dem Pflegeberuf (Hasselhorn et al. 2005). Sie führen zu vermehrten AU-Zeiten (Isfort et al. 2018: 2f.)
 - Pflegenotstand wird verschärft

- I. Ausgangslage
- II. Das Projekt zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens**
 - 1. Das Projektteam
 - 2. Projektkonzeption
 - 3. Projektdurchführung
- III. Zentrale Ergebnisse
- IV. Umsetzung
- V. 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 Kloepp
- **Datenerheber:innen:** 242 Pflegefachkräfte, je zur Hälfte von MDK und Anbietern benannt

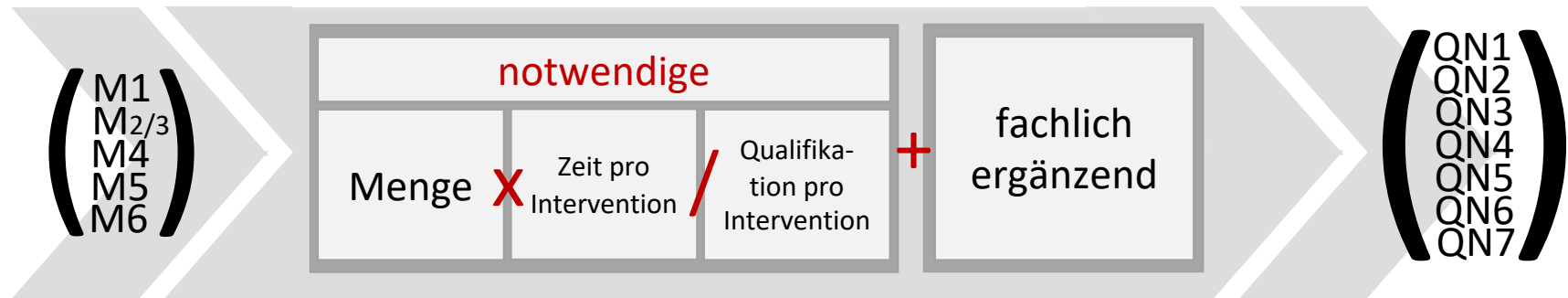
1. Schritt: Messkonzeption für Pflege
→ Interventionskatalog
2. Schritt: Definition von bedarfsgerechter Erbringung und bedarfsgerechtem Qualifikationsniveau
→ Handbuch zum Interventionskatalog
→ Katalog der Qualifikationsanforderungen
3. Schritt: Beschattung aller Pflegekräfte zur Messung des **IST**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



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

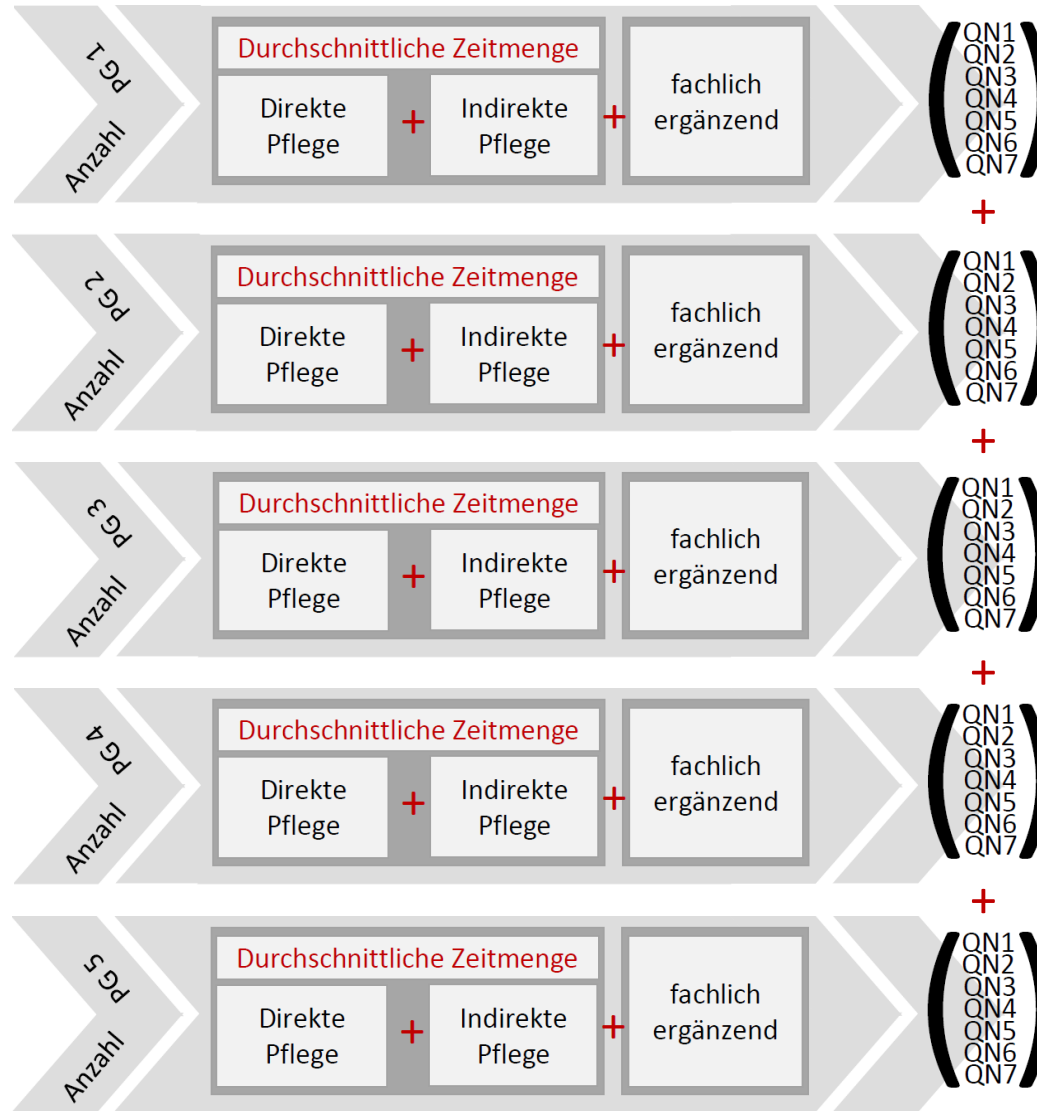


1. Schritt: Ermittlung der bedarfsnotwendigen Pflegezeit für direkte Pflege für jeden Studienteilnehmer.



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.

- 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. Ausgangslage

II. Das Projekt zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens

III. Zentrale Ergebnisse

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

IV. 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)

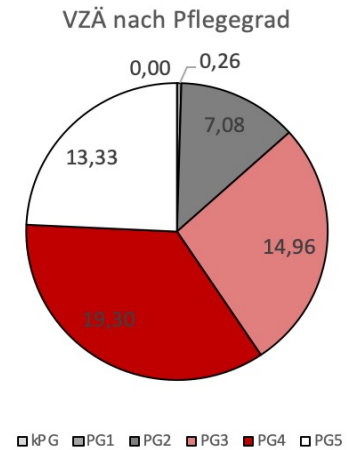
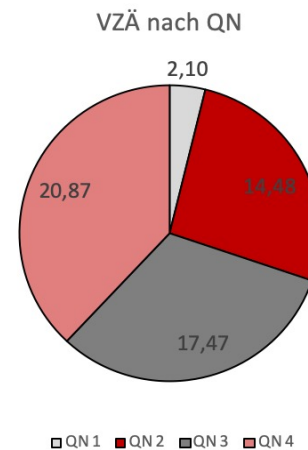
Tabellenblatt „Ergebnisse“

- 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%

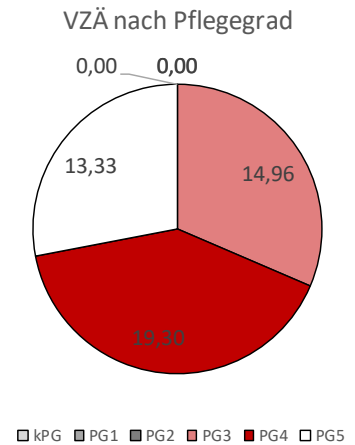
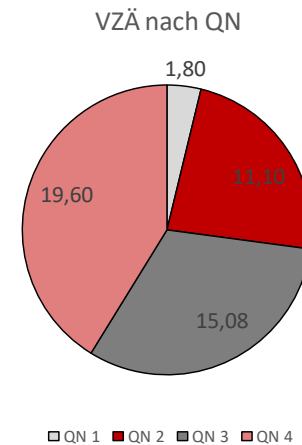


Tabellenblatt „Ergebnisse“

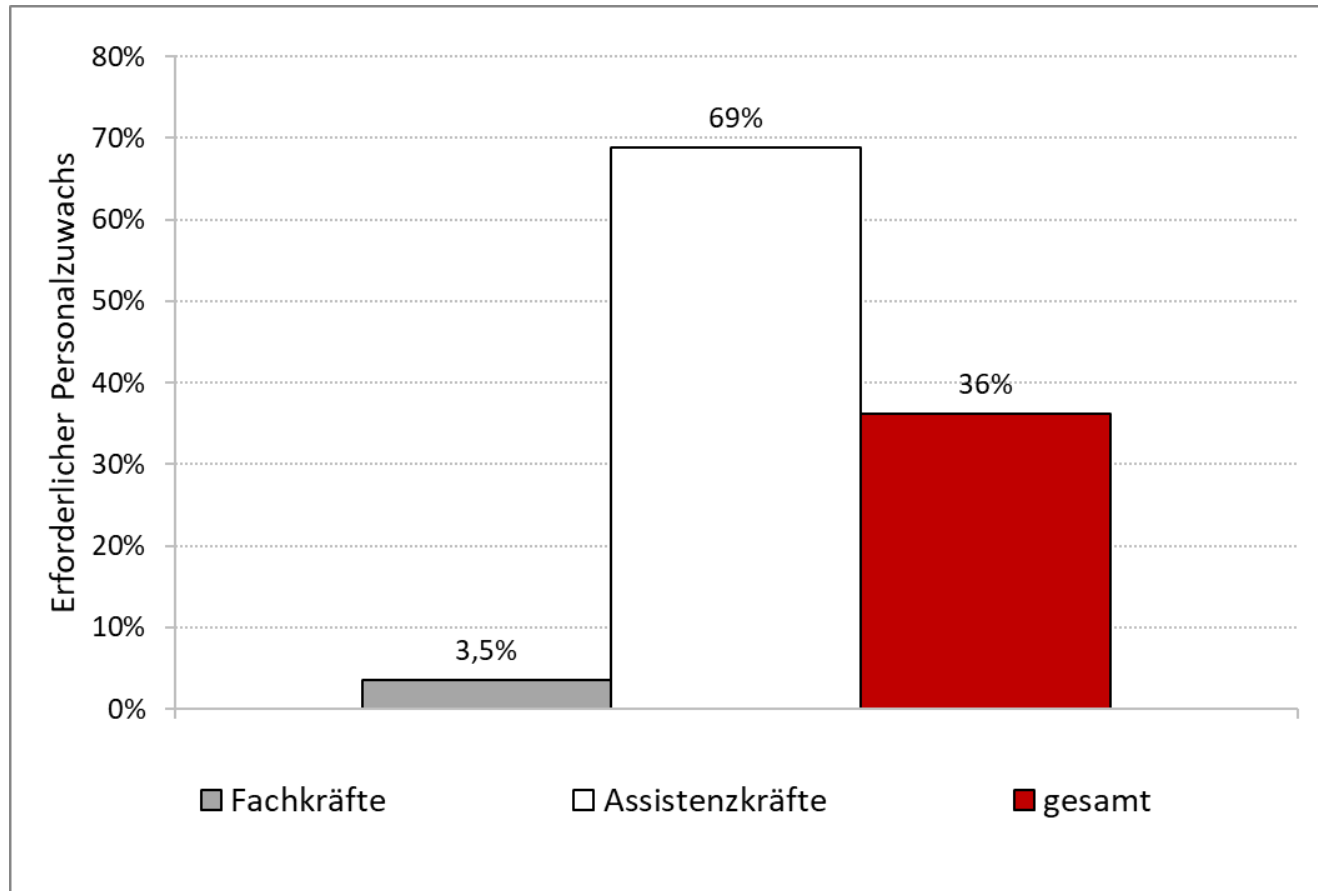
- Veränderung des Case-Mix führt zu anderem Qualifikationsmix
- Beispiel: „höherer“ Case-Mix führt zu höherem Fachkraftanteil

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%



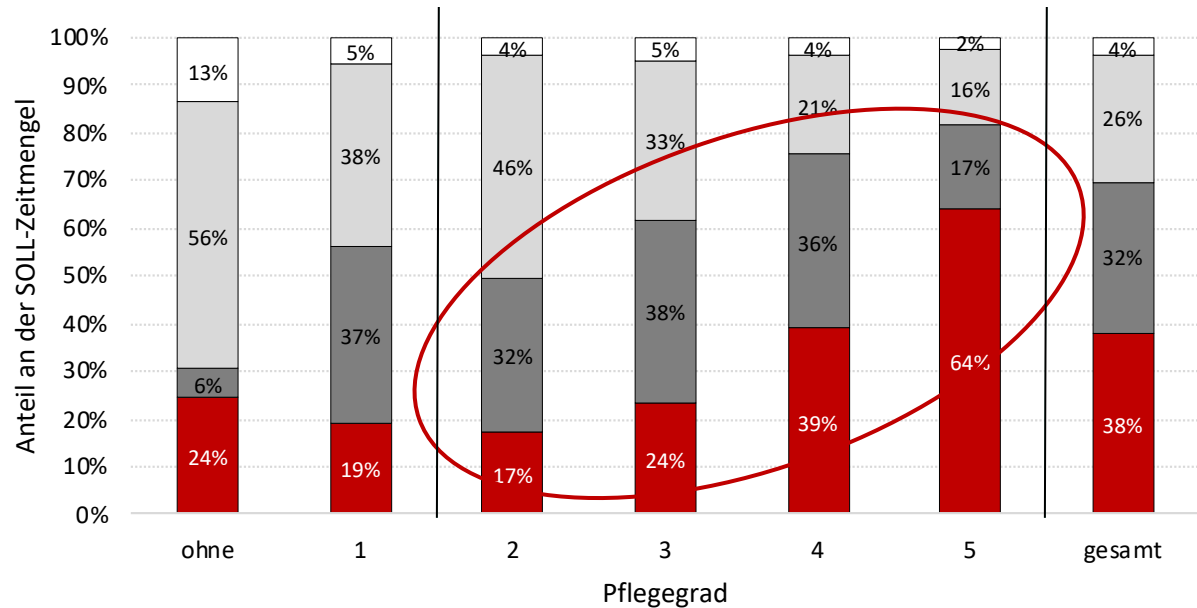
- Es ergibt sich ein erheblicher Pflegekraftmehrbedarf, ganz überwiegend im Bereich von (qualifiz.) Assistenzkräften.



Quelle: Rothgang und
das PeBeM-Team 2020

- 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

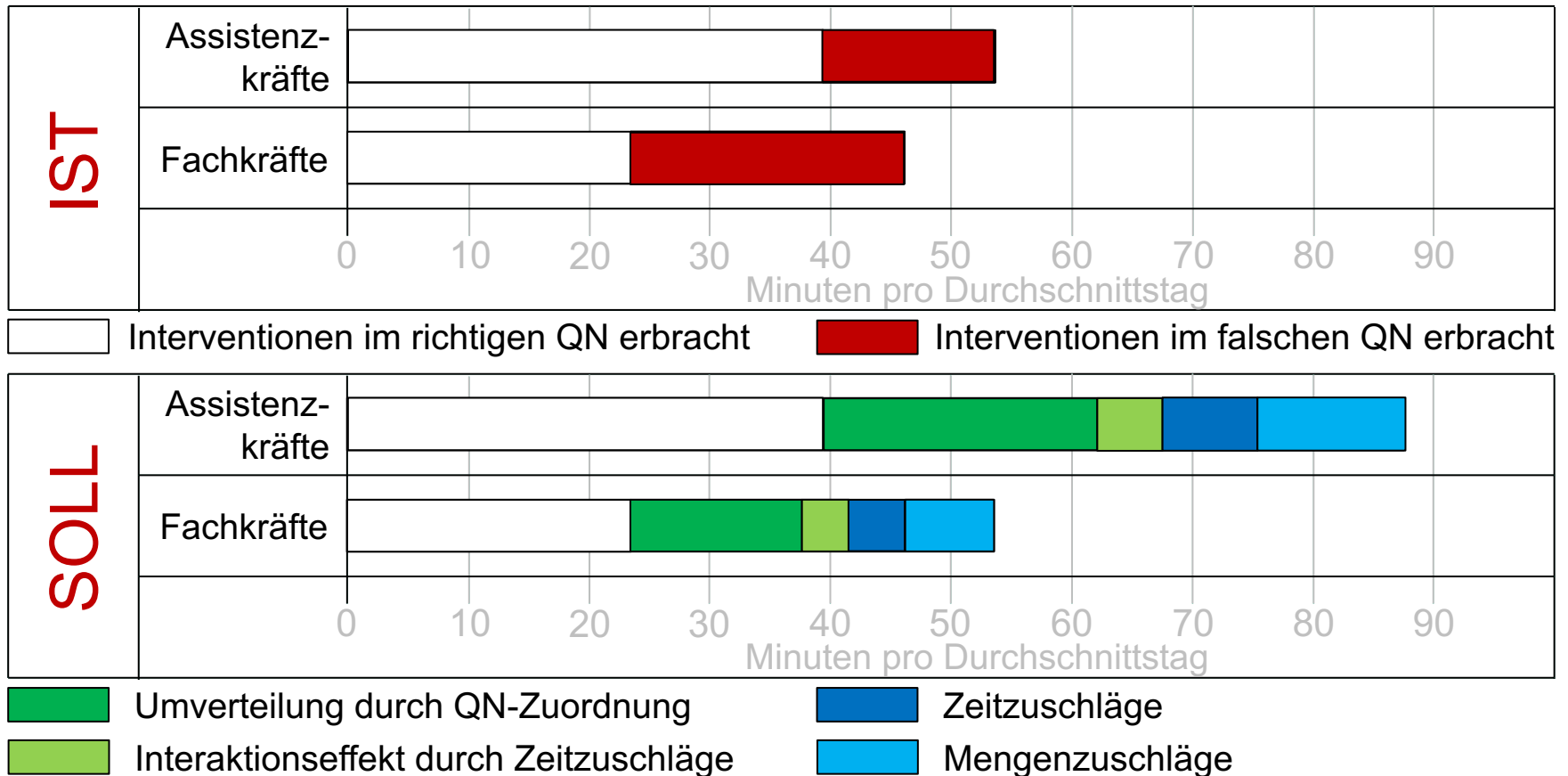


- QN 1: Personen ohne Ausbildung, nach 4 Monaten angeleiteter Tätigkeit
- QN 2 (Pflege): Personen ohne Ausbildung mit einem 2-6monatigen Pflegebasiskurs und 1-jähriger angeleiteter Tätigkeit; QN 2 (Betreuung): Betreuungskräfte nach § 53c SGB XI
- QN 3: Pflegehelfer*innen mit 1- oder 2-jähriger Ausbildung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

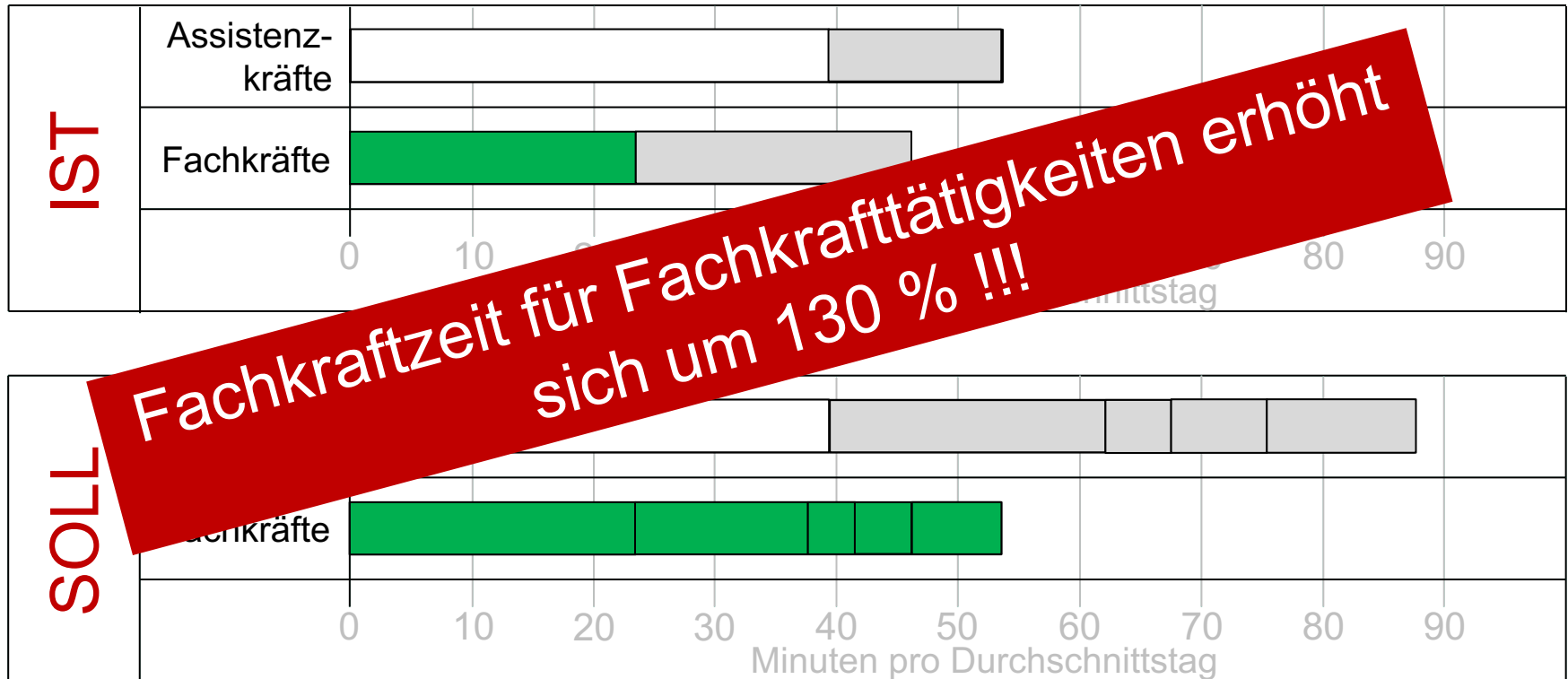
Quelle: Rothgang und das PeBeM-Team 2020

- 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.

Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus

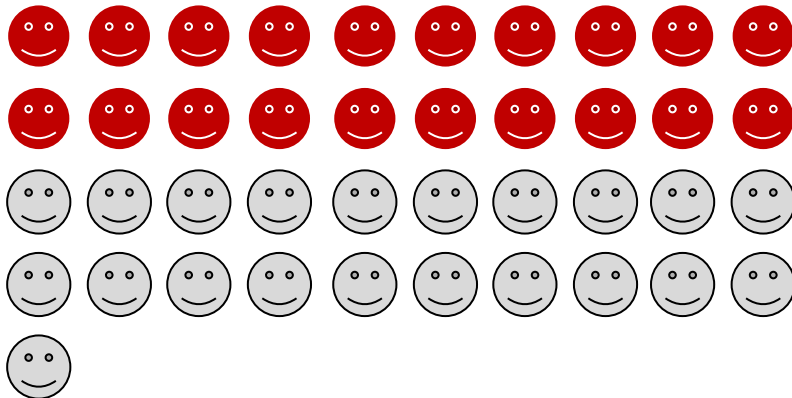


Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



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

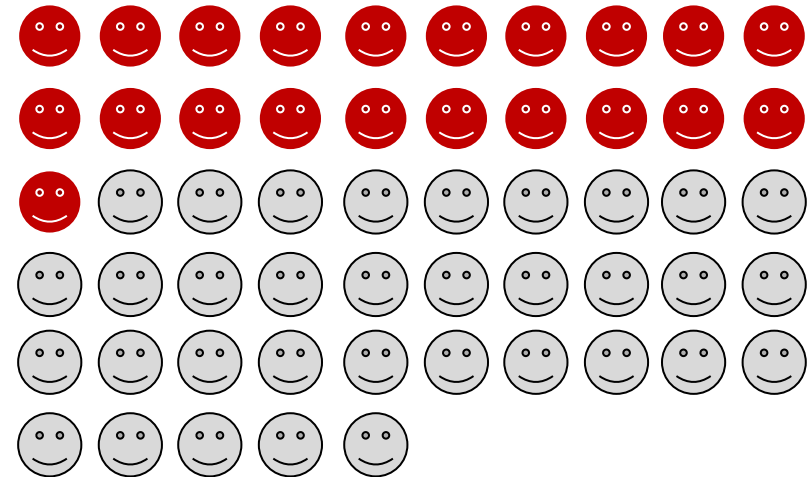
Aktuell: 41 VZÄ



(Inklusive 13.000 Spahn-Stellen)

~50%

Bedarf: 55 VZÄ



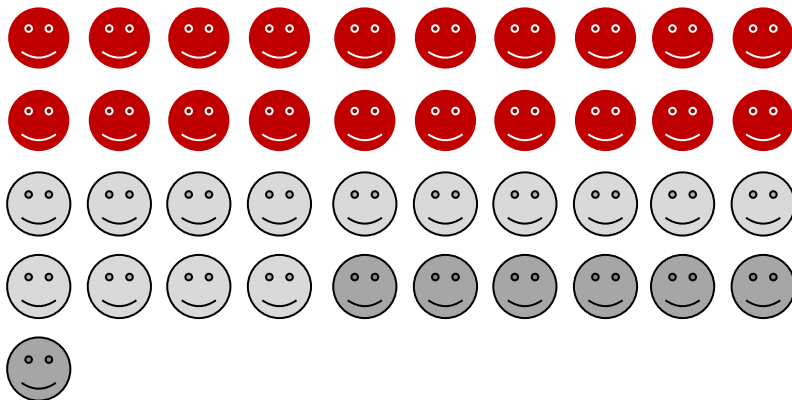
38%



Pflegefachkräfte

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

Aktuell: 41 VZÄ



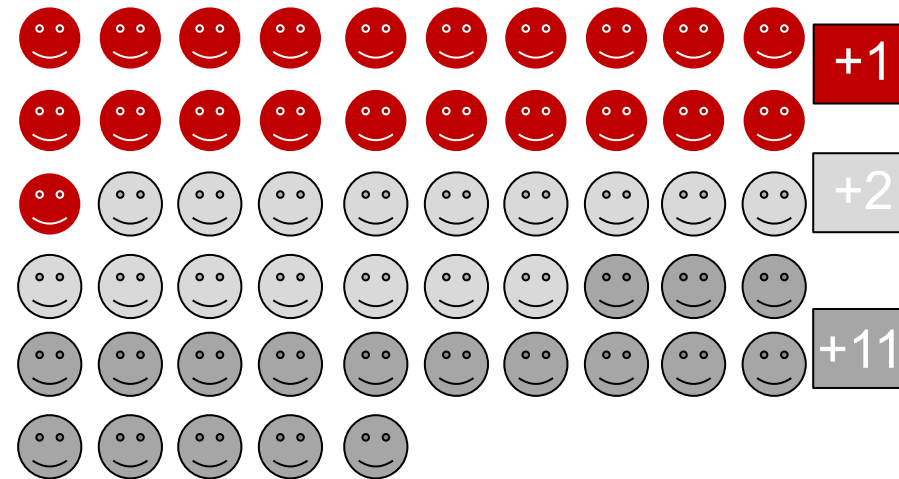
41

 **Pflegefachkräfte**

 **Ausgebildete
Pflegeassistentenkräfte (QN3)**

 **Geringer qualifizierte
Pflegeassistentenkräfte (QN1&2)**

Bedarf: 55 VZÄ



55

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. Ausgangslage

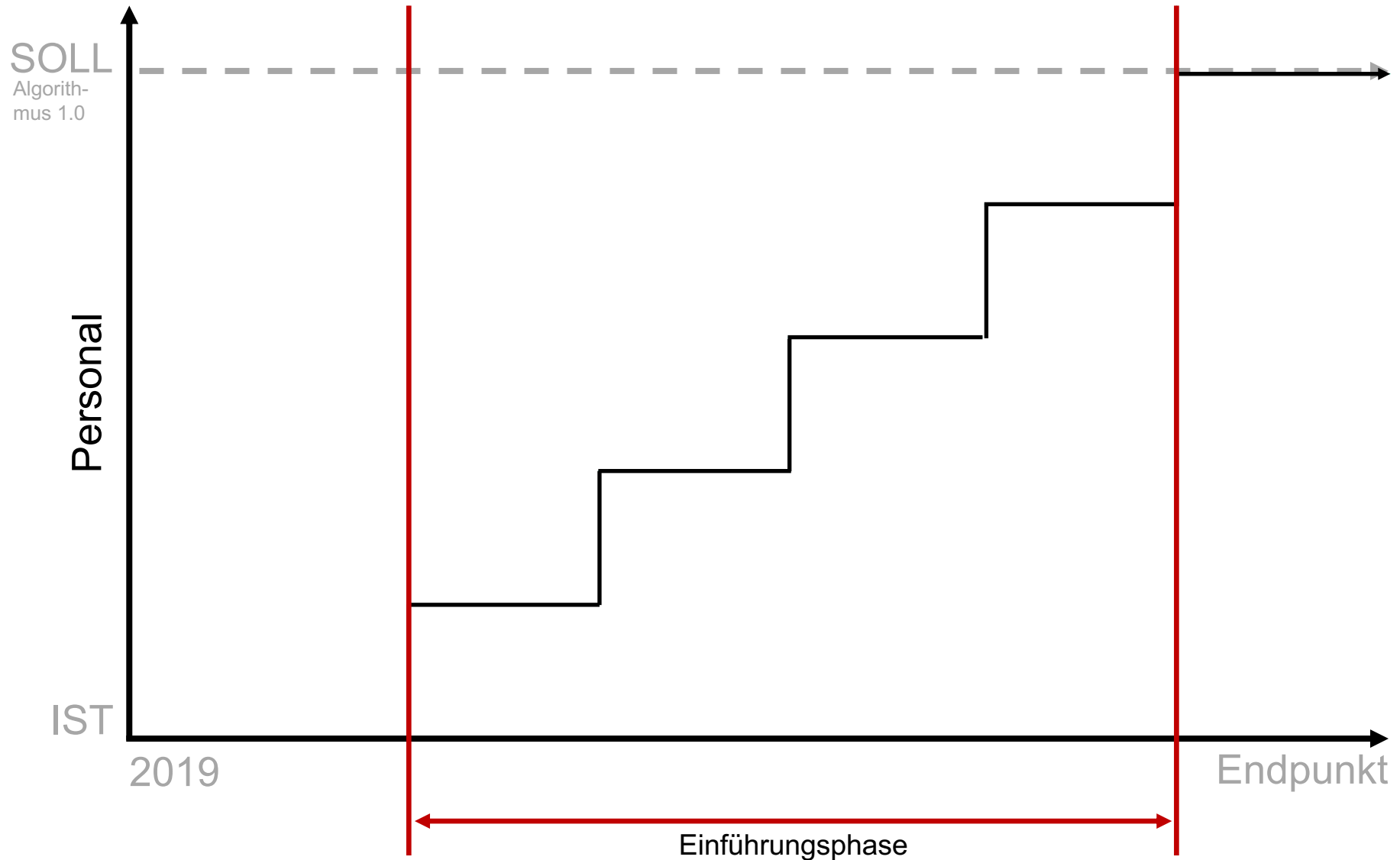
II. Das Projekt zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens

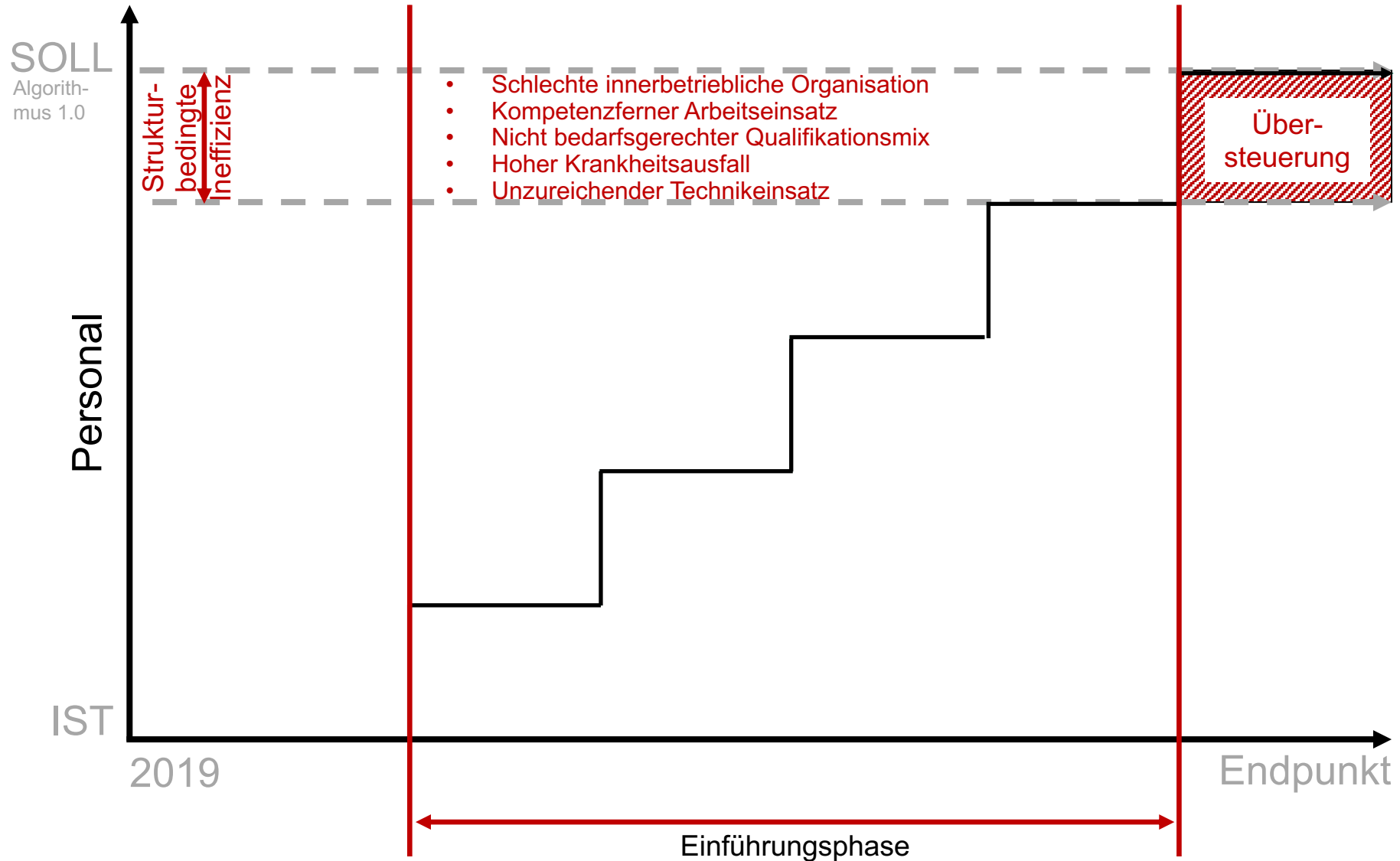
III. Zentrale Ergebnisse

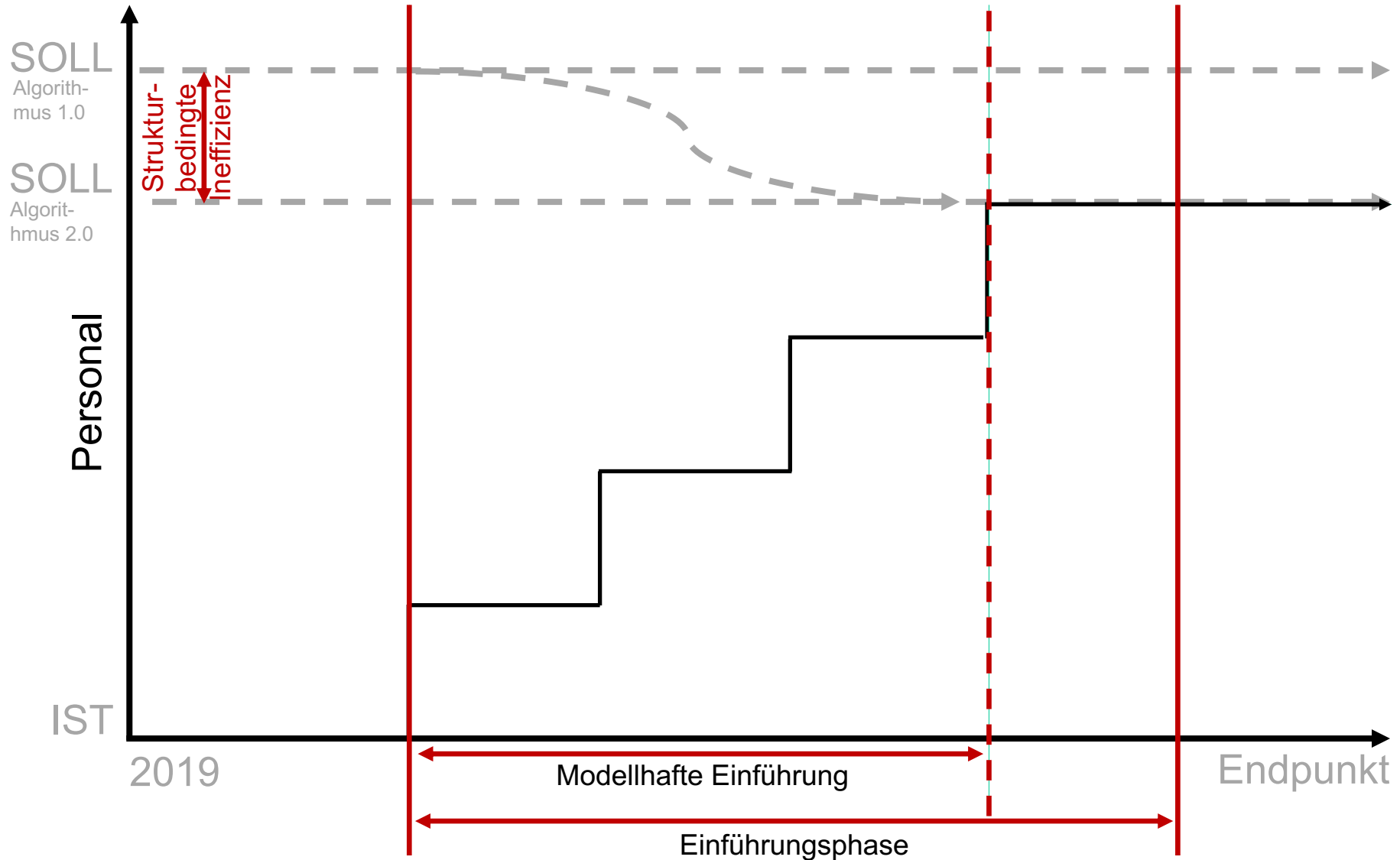
IV. Umsetzung

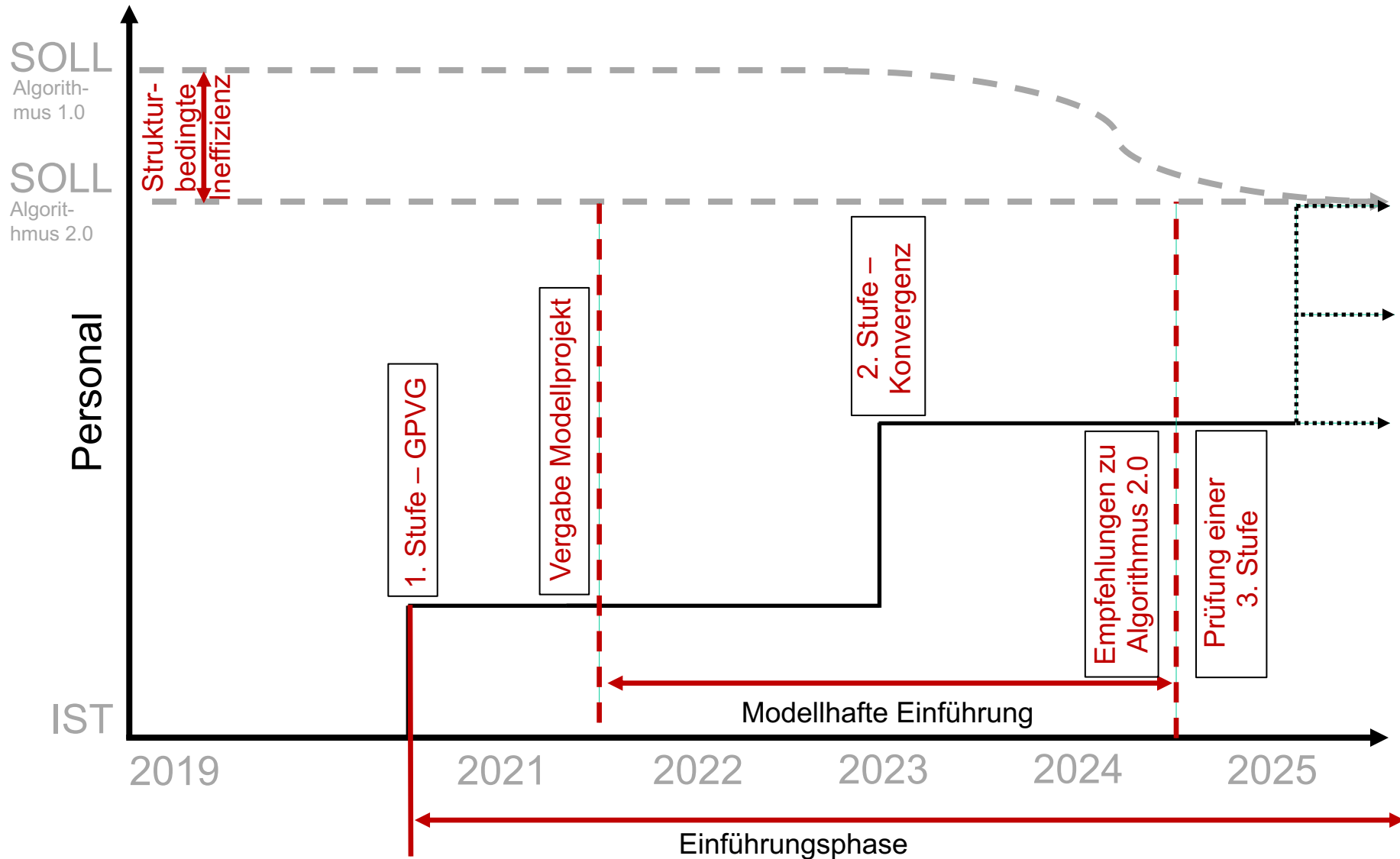
1. Empfehlungen im Abschlussbericht
2. Gesetzliche Umsetzung
3. Was können Einrichtungen tun?

V. Fazit









1. Stufe: GPVG

- Das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz ermöglicht die Refinanzierung von bis zu 20.000 Pflegeassistentenkräften.
- 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 grundsätzlich sinnvoll, weil sie zusätzliche Assistenzkräftestellen schaffen, deren Anzahl nach Pflegegraden staffeln – ohne die Bewohner zu belasten. Die Umsetzung hinkt aufgrund (falscher?) Bedenken der Heime.

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).

2. Stufe: GVWG: einheitliche Personalgrundlage (Konvergenz)

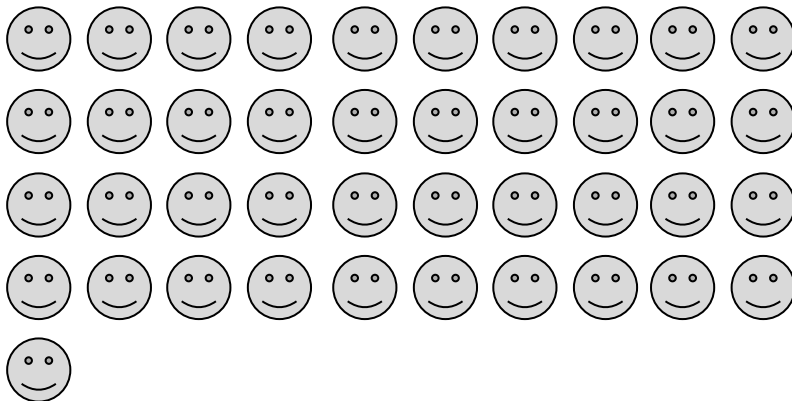
- Zum 1.7.2023 wird die Personalbemessung auf eine *bundes-einheitliche* Grundlage gestellt, die Länderwerte konvergieren.
- Das Niveau wird in Relation zum Algorithmus 1.0 festgelegt: Dabei werden ab 2023 insgesamt 40% des Deltas zwischen Status quo ante und Algorithmus 1.0 refinanziert, also 45 Tsd. der 115 Tsd. Vollzeitstellen.
- Dann werden alle „Sondertöpfe“ aufgelöst und das gesamte Pflegepersonal und über den Pflegesatz finanziert.
- Ohne absolute Deckelung steigen dadurch die Eigenanteile der Heimbewohner:innen.

3. Stufe: Algorithmus 2.0

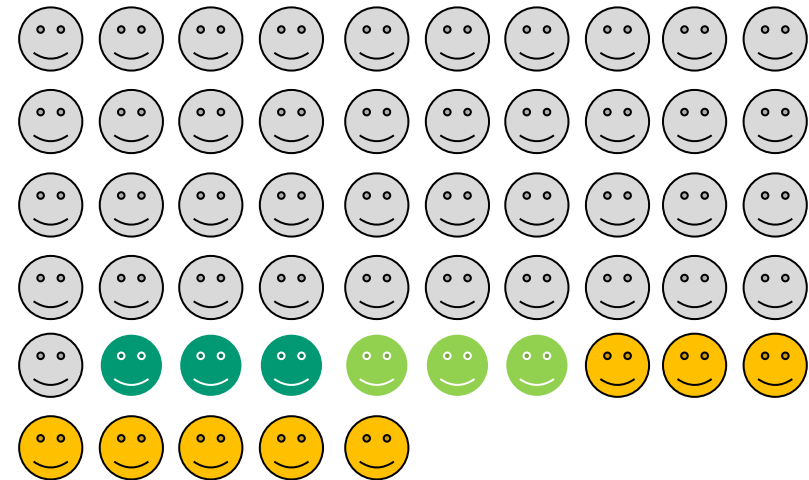
- Nach Abschluss der Modellprojekte – frühestens also Anfang des Jahres 2025 – soll darüber entschieden werden, *ob* eine weitere Stufe der Personalmehrung erfolgen muss und kann.
- Das „kann“ sollte nicht geprüft werden; die Anhaltszahlen sind sozialrechtliche Ober- und nicht ordnungsrechtliche Untergrenzen
- Es besteht die Gefahr, dass
 - bis dahin keine ausreichenden Anstrengungen gemacht werden, um Pflegekräfte zusätzlich auszubilden und im Beruf zu halten,
 - dann nicht genügend Pflegekräfte zur Verfügung stehen und
 - deshalb kein weiterer Personalaufwuchs entstehen „kann“.
- Die Versprechungen der KAP, das Personalbemessungsverfahren umzusetzen, wären damit hinfällig.

Für eine bundesdurchschnittliche 100-Bewohner-Einrichtung

Aktuell: 41 VZÄ



Bedarf: 55 VZÄ



 durch das GPVG

 durch das GVWG

 Umsetzung offen

- Die Integration von Mehrpersonal sollte strategisch durch
 1. Analyse der IST-Arbeitsabläufe (wer erbringt welche Leistungen?),
 2. Definition der SOLL-Arbeitsabläufe (wer sollte bei kompetenzorientierter Pflege welche Leistungen erbringen?) und
 3. Identifikation der notwendigen Umstrukturierung um vom IST zum SOLL zu kommenvorbereitet werden.
- Dies kann nur partizipativ mit Mitarbeiter:innen auf allen Ebenen gelingen.
- Derartige Umstrukturierungen können bereits mit dem vorhandenen Personal begonnen werden. Nach Inkrafttreten der GVWG-Regelungen steht aber bereits eine andere Personalstruktur zur Verfügung

- Auf Basis der Arbeitsablaufanalyse können gemeinsame zukunftsgerichtete Planungen vorgenommen werden, die eine Grundlage für Rekrutierung und Einsatz von Mehrpersonal bilden.
- Möglichkeiten sind hier
 - Optimierung der qualifikationsgerechten Arbeitsorganisation, zur Qualitätssicherung und zum Abbau von Überforderungen
 - Kompetenzorientierte individuelle (Nach)Qualifikation
 - Entwicklung von stabilen Bezugspflegekonzepten unter Einbezug qualifizierter Hilfskräfte
 - Vereinbarung zur Entwicklung von Netto-Jahresarbeitszeiten als Indikator von Belastungen, Einsatzmöglichkeiten und Nachhaltigkeit

- Das Leitbild der kompetenzorientierten Pflege
 - bedeutet nicht, dass Pflege taylorisiert wird, sondern eine professionell differenzierte Ganzheitlichkeit entsteht.
 - reduziert Über- und Unterforderung und schließt 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).
- Arbeitsstrukturen und Personal sind also dynamisch miteinander verwoben.

- I. Ausgangslage
- II. Das Projekt zur Entwicklung eines
Personalbemessungsverfahrens
- III. Zentrale Ergebnisse
- IV. Umsetzung
- 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 in Bezug auf Personal- und Organisationsentwicklung.
- Notwendig sind die Erhöhung der Ausbildungskapazitäten und Maßnahmen um vorzeitige Berufsausstiege zu verhindern – sonst droht die Umsetzung der zweiten Stufe 2023 und einer dritten Stufe ab 2025 zu scheitern.

- 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.
- Verbindliche Festlegung einer dritte Stufe, die auf Basis verfeinerter Empirie die Personallücke *vollständig* schließen kann.

- Die Integration von Mehrpersonal muss durch
 - Analyse der Arbeitsabläufe,
 - 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. Nutzen Sie diese!

- Die Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen gemäß dem neuen § 43c SGB XI sind dem Grunde nach ungeeignet, die Eigenanteile zu begrenzen.
 - Die Pflegeversicherung trägt durchschnittlich nur 40% der steigenden einrichtungseinheitlichen Eigenanteile, während nach wie vor 60% von den Heimbewohner:innen getragen werden müssen.
 - Die Entlastung der Heimbewohner:innen ist gering und wirkt nur so temporär, dass bereits in 2023 wieder höhere Eigenanteile als heute zu erwarten sind.
- *Absolute Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile und ihrer Zahlungsdauer – wie im Eckpunktepapier des BMG 2020 vorgeschlagen.*

- Höhere Entlastungen erfordern Refinanzierung:
 - Steuermittel sind in der Post-Pandemiezeit knapp
 - Beitragssatzerhöhungen werden tabuisiert.
- Notwendig ist es daher, die Finanzierung der Pflegeversicherung auf eine breitere Basis zu stellen, durch
 - den Einbezug der bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung oder zumindest einen Finanzausgleich zwischen den Systemen,
 - den Einbezug weiterer Einkommensarten und weiterer Einkommensbestandteile (BBG!) in die Beitragspflicht.
- Eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage, die aus Gerechtigkeitsgründen zwingend ist, bisher aber nicht durchgesetzt werden konnte, wird so zur fiskalischen Notwendigkeit.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!