

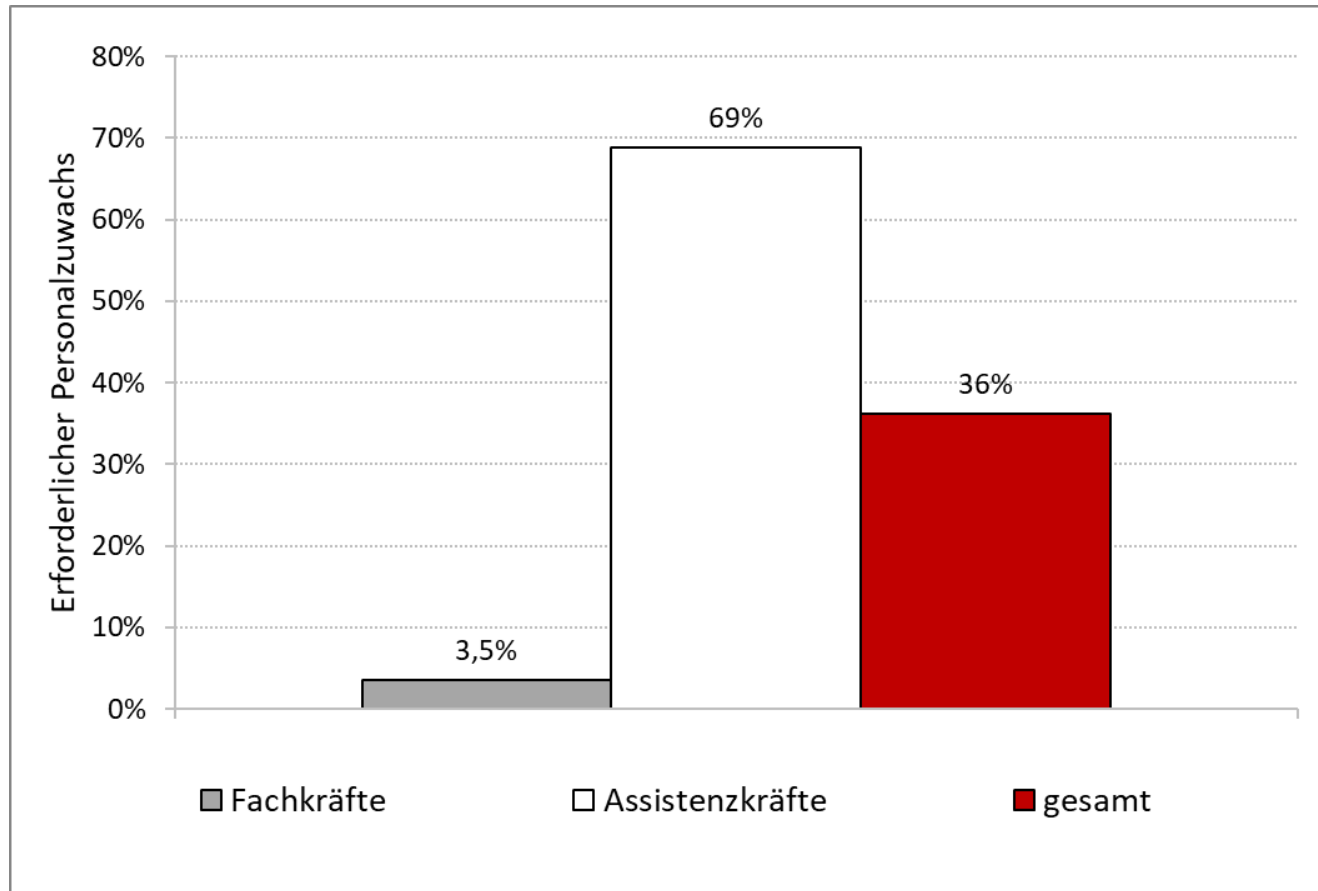
Umsetzung der Personalbemessung nach § 113c SGB XI

Dialog PeBeM
am 21. November 2022

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

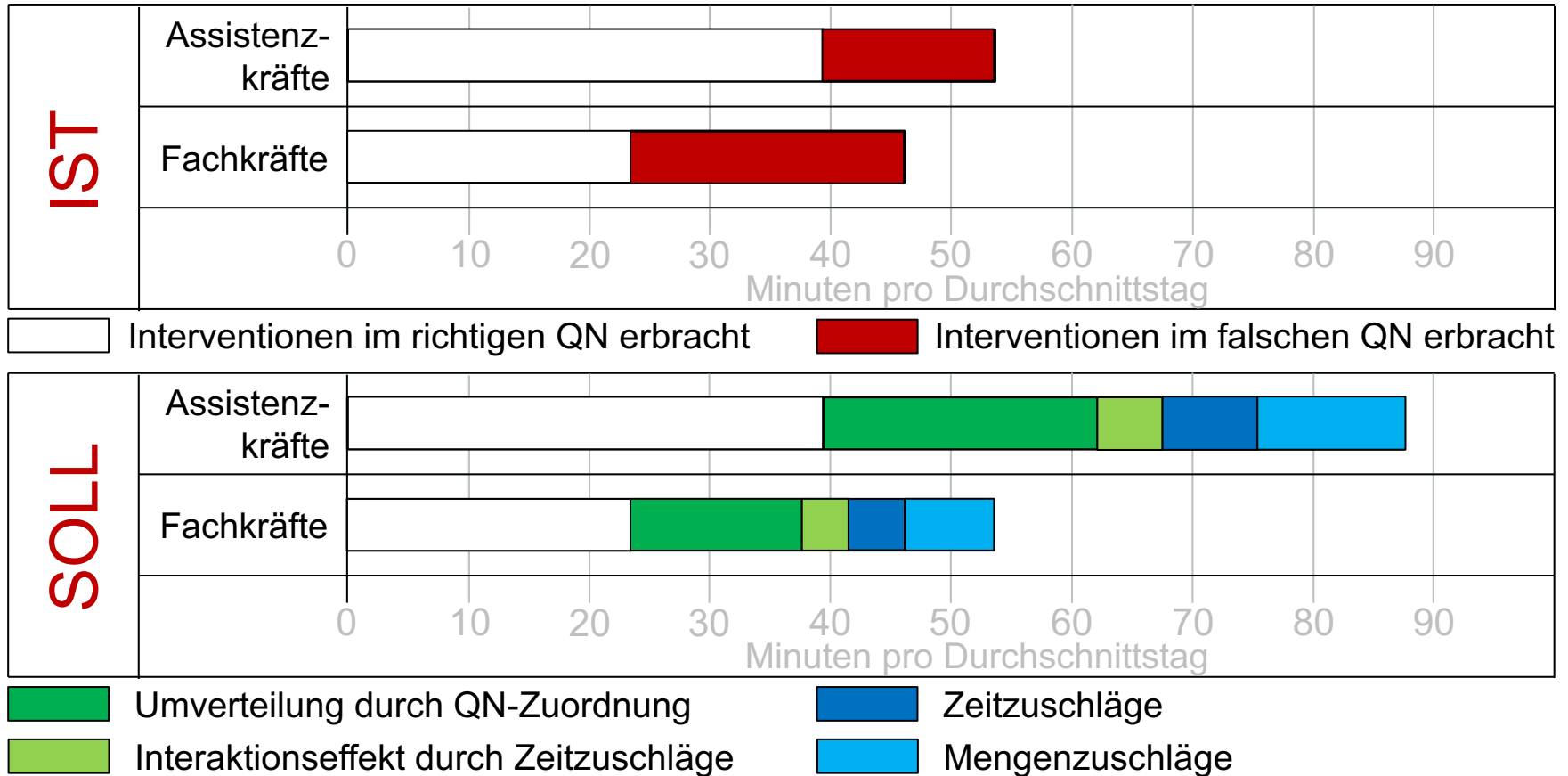
- I. Zentrale Ergebnisse des Projekts zur Entwicklung eines Personalbemessungsinstruments
- II. Stand der Umsetzung
- III. Ausblick

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

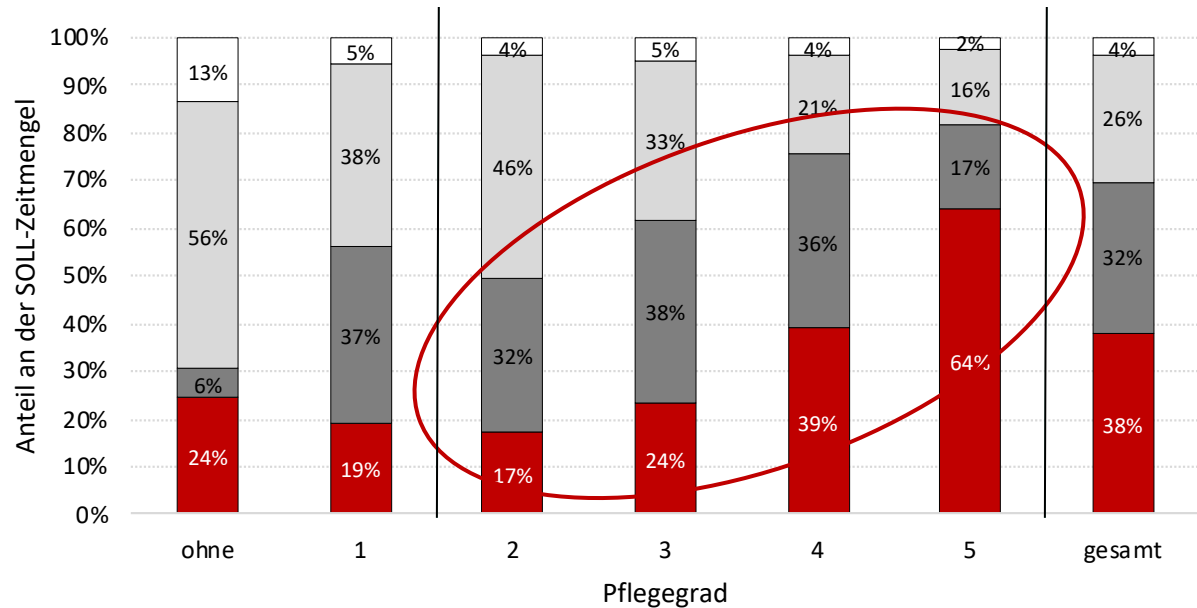


Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



- 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% Fachkraftanteil,
 - 32% Anteil für Pflegehilfskräfte mit 1- oder 2-jähriger Ausbildung.

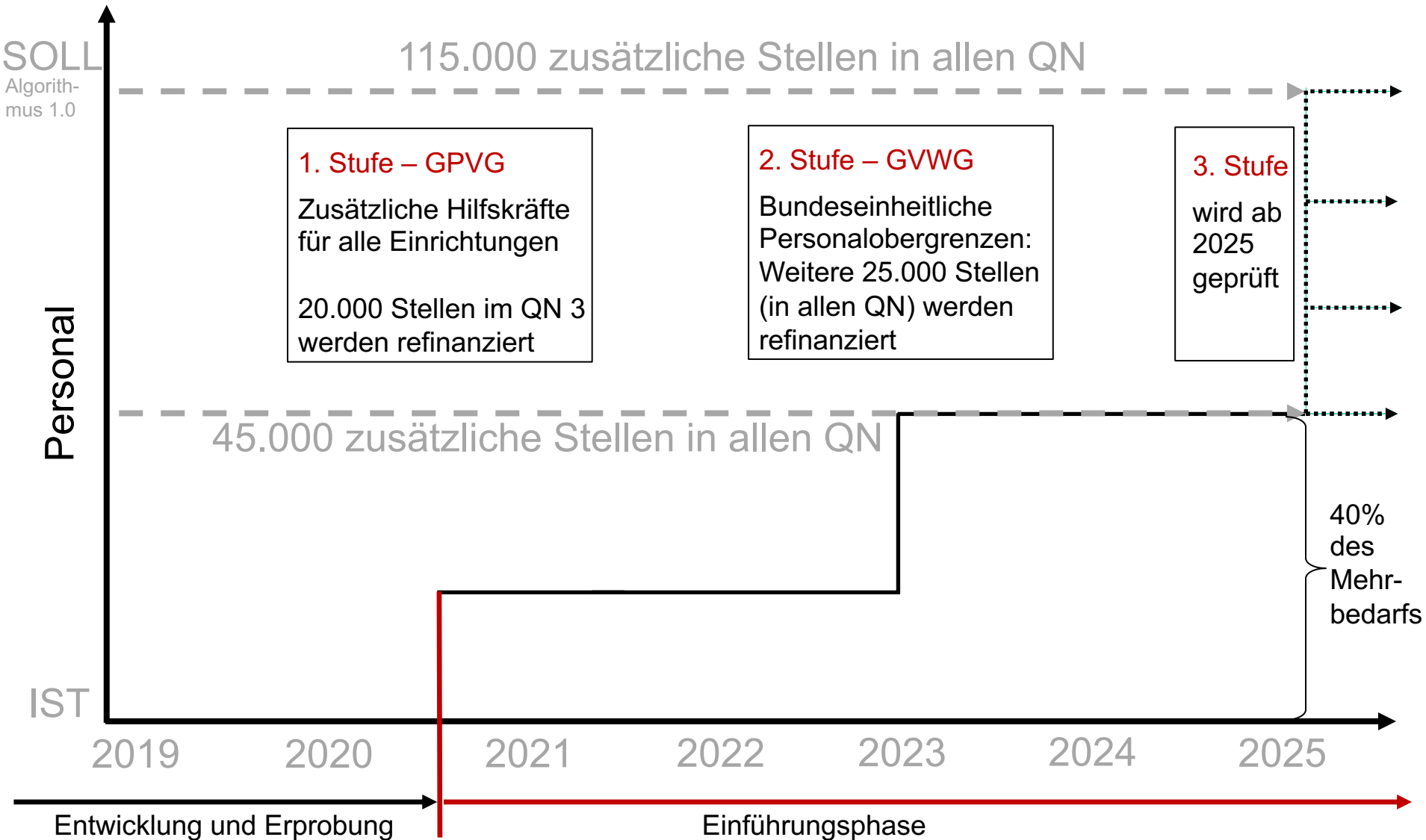
Personalmengensteigerungen allein können nicht sicherstellen, dass zusätzliche Pflegekräfte zu verbesserter Pflege führen. Benötigt wird zudem

➤ 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.



Modellprojekt(e)

- 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 Modellprojekte wurden
 - im Februar / August 2020 im Projektbericht gefordert
 - erst nach langen Debatten 2021 in die Roadmap aufgenommen und
 - im Dezember 2021 vom GKV-SV ausgeschrieben.
- Sie werden Ende November 2022 vergeben und erst im Frühjahr 2023 mit der Arbeit in Einrichtungen beginnen.

- Die Regelungen des § 113c SGB XI stellen ab dem 1.7.2023 *quantitative* Obergrenzen als *Kann*-Regelungen dar
 - hieraus allein entstehen keine Verpflichtungen für die Einrichtungen
- Ordnungsrechtliche *Untergrenzen* werden durch Landesrecht bestimmt. Sie werden hinter den Obergrenzen zurückbleiben.
- Die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI wurden in vielen Bundesländern gekündigt.
 - Bundesrahmenempfehlungen sollten Ende Juni vorliegen – liegen aber immer noch nicht vor.
 - Eine Einigung ist in Kürze zu erwarten, allerdings werden zentrale Fragen wie die Organisation des Personalaufwuchses ausgespart. Eine zeitweise Substitution der QN 3 durch QN 1 und 2 ist denkbar.

Inhaltliche Anforderungen

- Das Mehrpersonal kann nur bei einer *kompetenzorientierten Arbeitsorganisation effektiv* eingerichtet wird.
- Einrichtungen müssen sich jetzt schon auf die *Möglichkeiten* einstellen, die sich daraus ergeben, durch
 - **IST-Analyse**: Wer erbringt welche Leistungen bei wem?
→ Erste Software zur IST-Analyse ist schon auf dem Markt
 - Entwicklung einer **SOLL-Vision**: Kompetenzorientierte Arbeitsorganisation bei gleichzeitiger Bezugspflege ohne Taylorisierung

- 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, Pflegeassistentenkräften und Pflegefachkräften muss eingeübt werden.
- Strukturell:
 - Notwendigkeit einer bundesweiten Angleichung der Ausbildung zu qualifizierten Pflegeassistentenkräften → KAP
 - Durchgängige Sicherstellung von Weiterqualifizierungs- und Aufstiegsmöglichkeiten „on the job“ und ohne Einkommensverluste
 - Erprobung im Echtbetrieb → Akademische Lehrpflegeeinrichtungen in Bremen

- 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>.

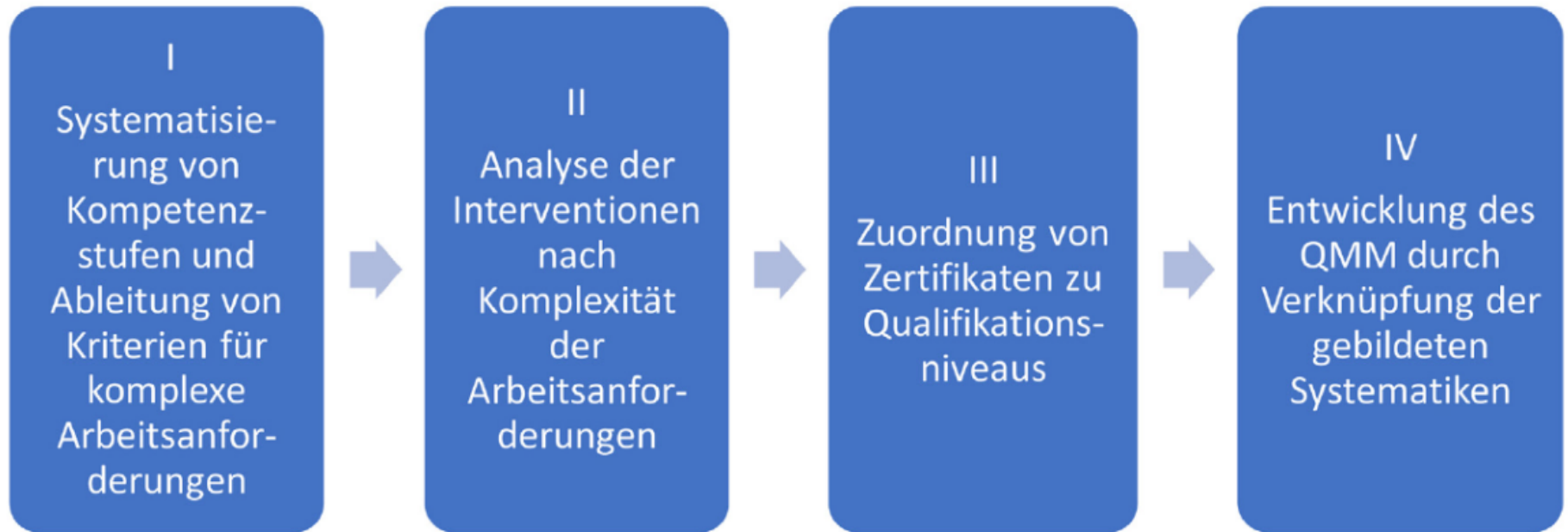


Abbildung 1. Methodisches Vorgehen bei der Entwicklung des QMM.

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

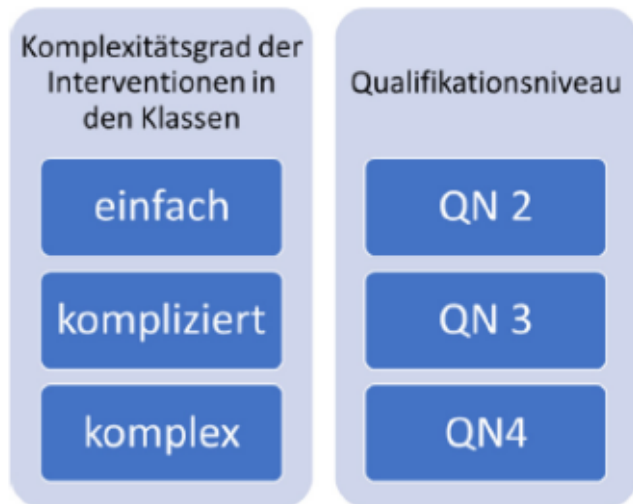


Abbildung 2. Verknüpfung der gebildeten Systematiken.

Quelle: Darmann-Finck 2021

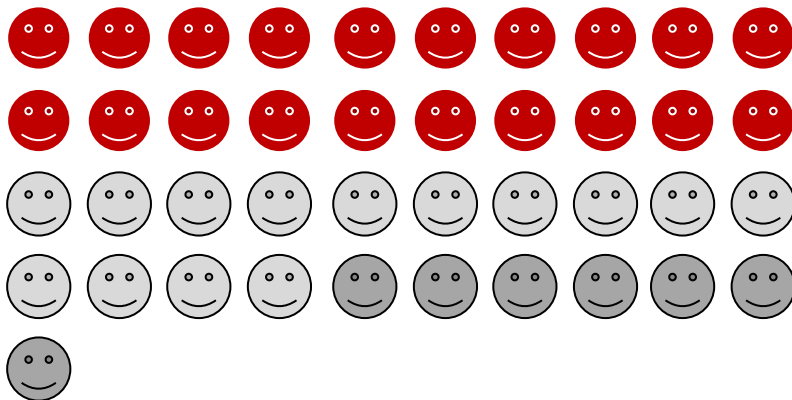
Tabelle 4
Qualifikationsmixmodell.

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

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

Aktuell: 41 VZÄ



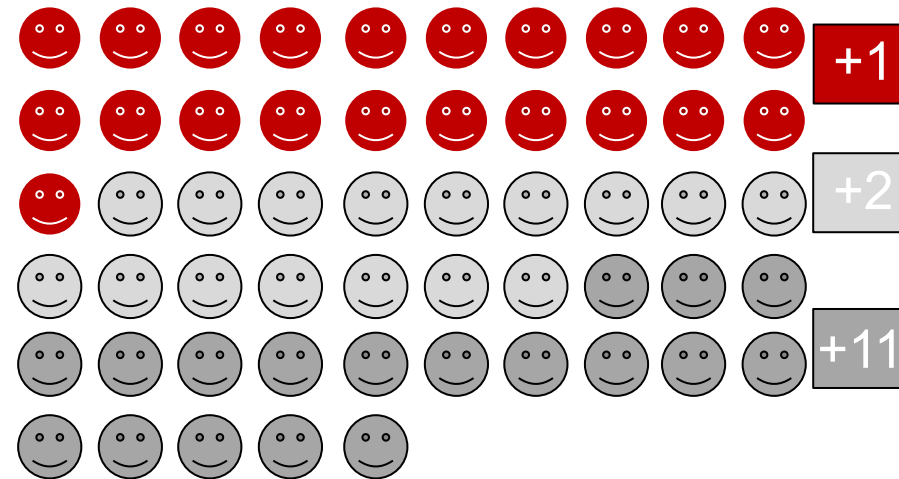
41

 **Pflegefachkräfte**

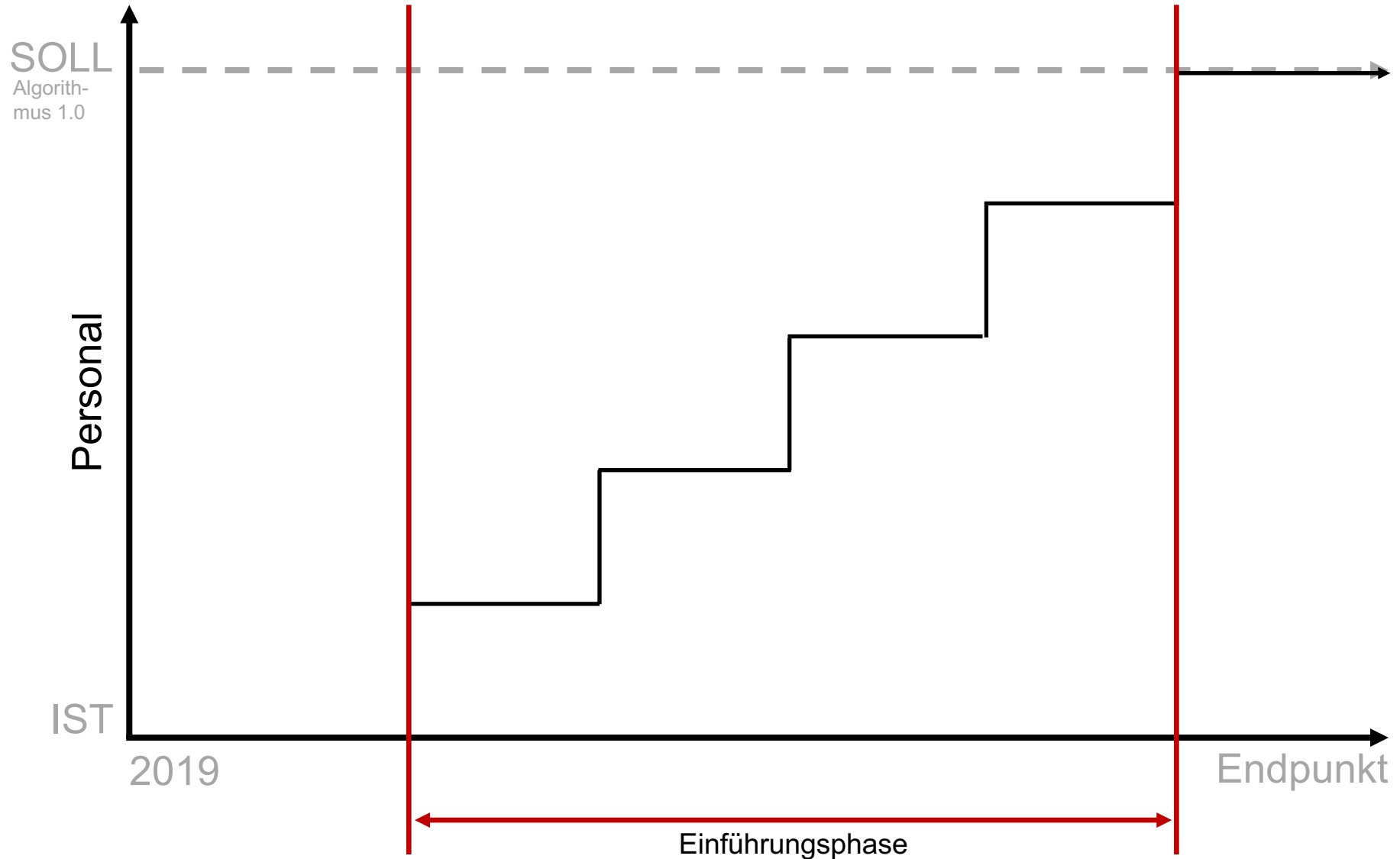
 **Ausgebildete
Pflegeassistentenkräfte (QN3)**

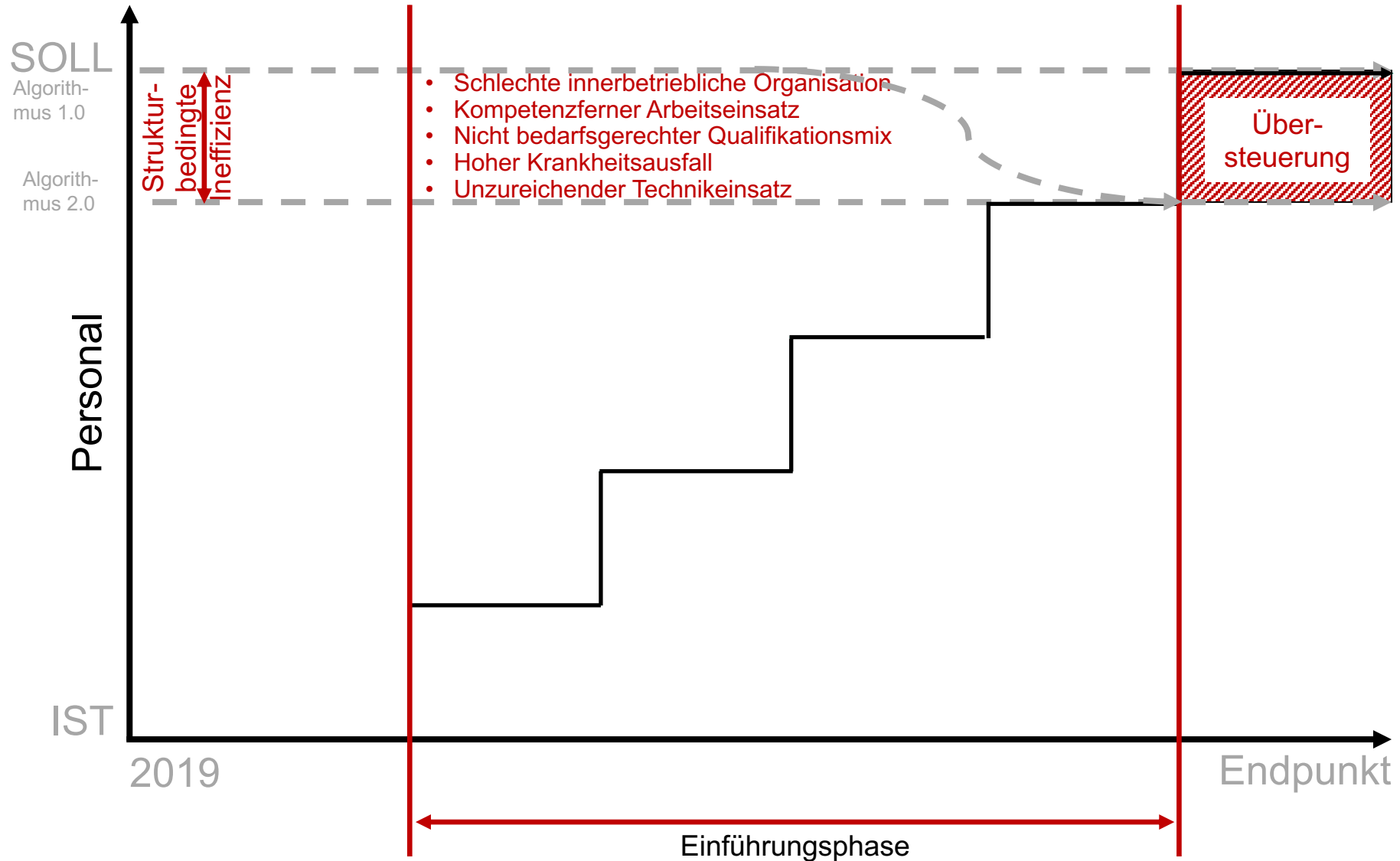
 **Geringer qualifizierte
Pflegeassistentenkräfte (QN1&2)**

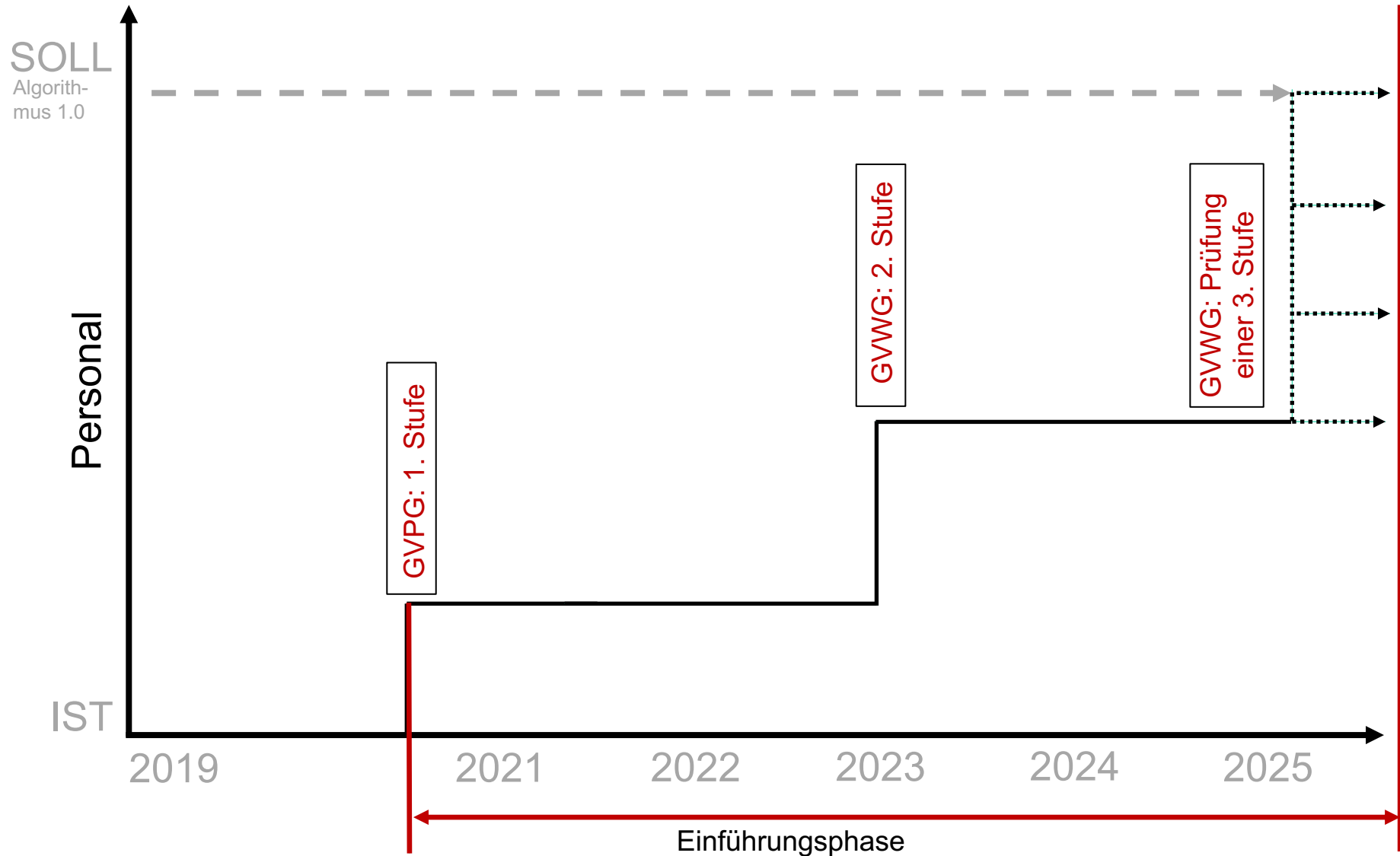
Bedarf: 55 VZÄ



55

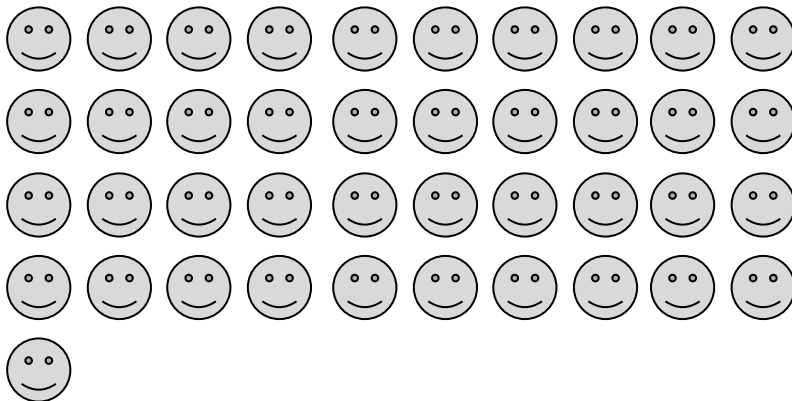




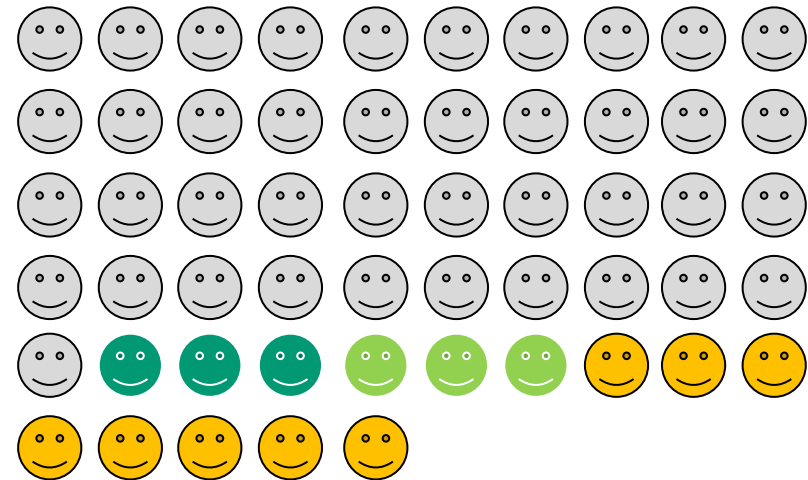


Für eine bundesdurchschnittliche 100-Bewohner-Einrichtung

Aktuell: 41 VZÄ



Bedarf: 55 VZÄ



 durch das GPVG

 durch das GVWG

 Umsetzung offen

