

Das Personalbemessungsverfahren und seine Konsequenzen

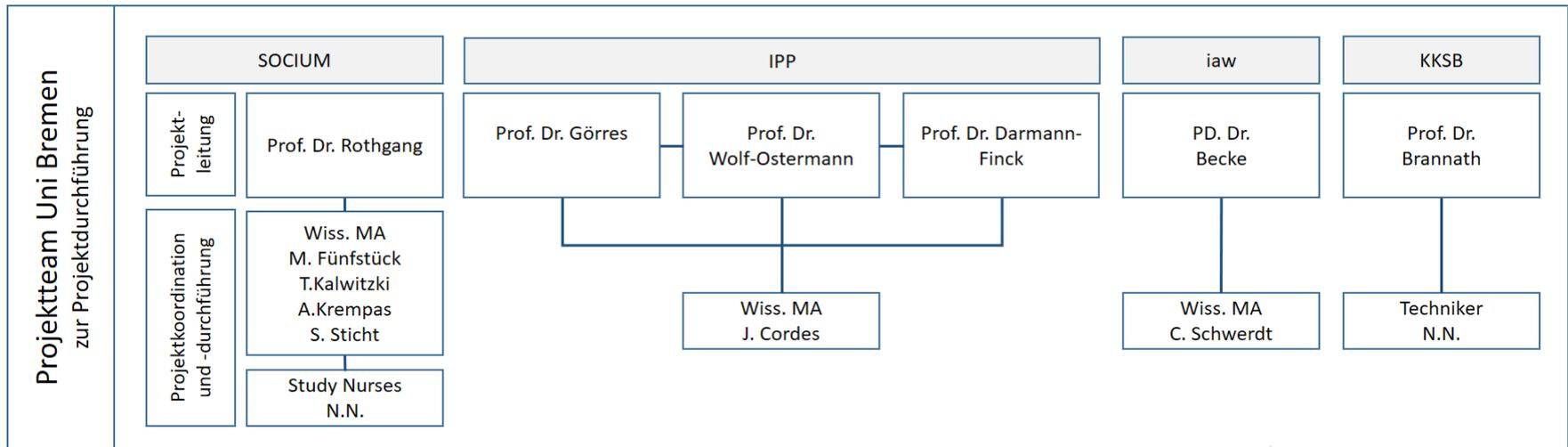
Gutachtertagung des MD Nord

am 6.6.2023 in Damp

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

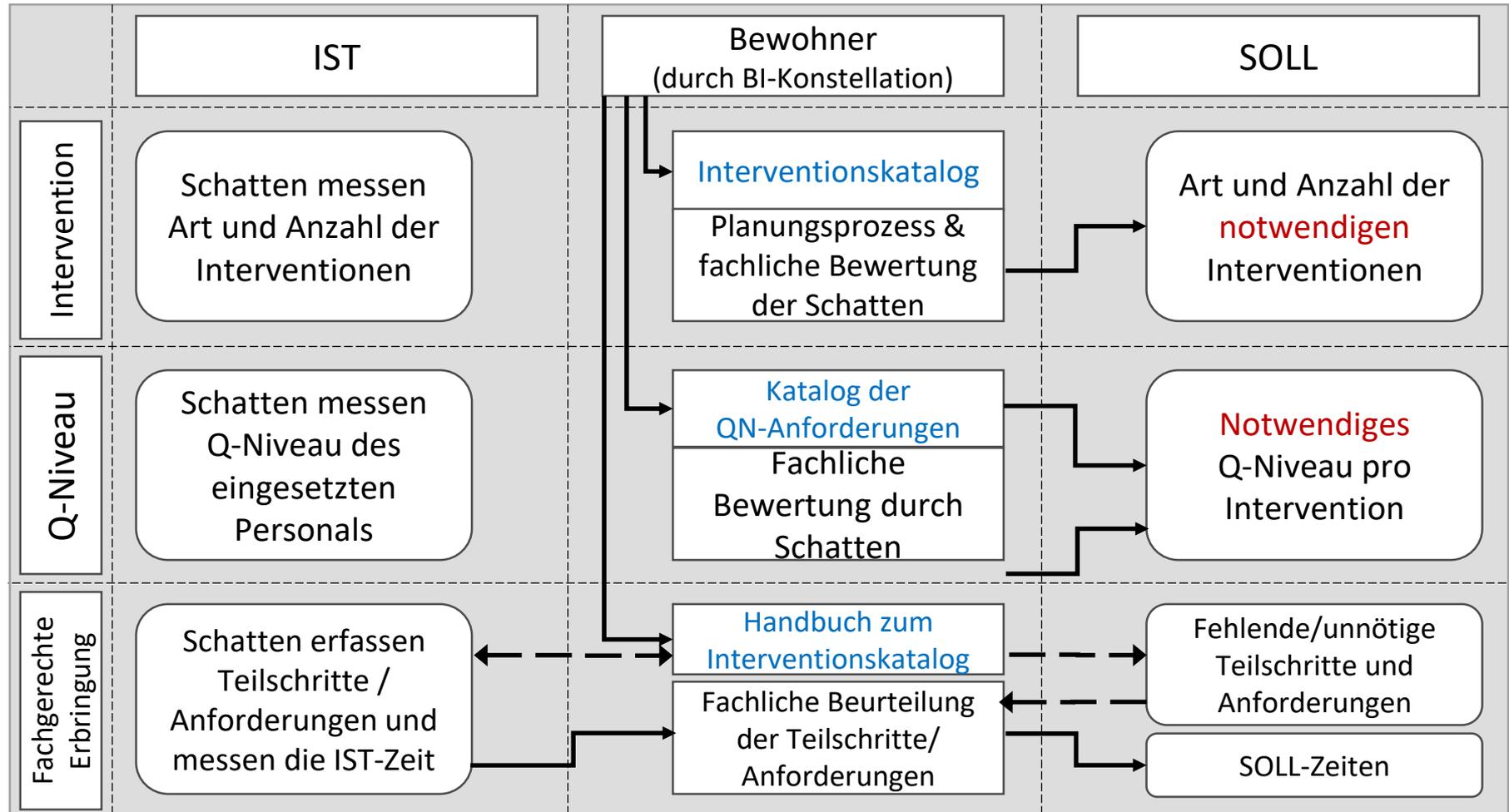
- I. Das Projekt zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens
- II. Zentrale Ergebnisse
- III. Stand der Umsetzung
- IV. Zielvision kompetenzorientierte Arbeitsorganisation
- V. Vom IST zum SOLL
- VI. Fazit

- I. Das Projekt zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens
 1. Das Projektteam
 2. Projektkonzeption
 3. Projektdurchführung
- II. Zentrale Ergebnisse
- III. Stand der Umsetzung
- IV. Zielvision kompetenzorientierte Arbeitsorganisation
- V. Vom IST zum SOLL
- VI. Fazit

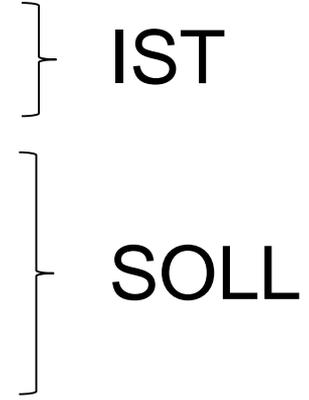


- **Projektleitung:** Prof. Heinz Rothgang
- **Pflegewissenschaftler:innen:** Prof. Stefan Görres, Prof. Karin Wolf-Ostermann, Prof. Ingrid Darmann-Finck, Prof. Andreas Büscher, Dr. Claudia Stolle
- **Arbeitswissenschaftler:innen:** PD Dr. Guido Becke, Cora Schwerdt
- **Pflegefachkräfte mit zusätzlicher 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.
- Entstandene Datengrundlage für den vollstationären Bereich:
 - 130.656 Interventionen, bei
 - 1.380 vollstationär versorgten Pflegebedürftigen, aus
 - 62 Wohneinheiten, in
 - 15 Bundesländern

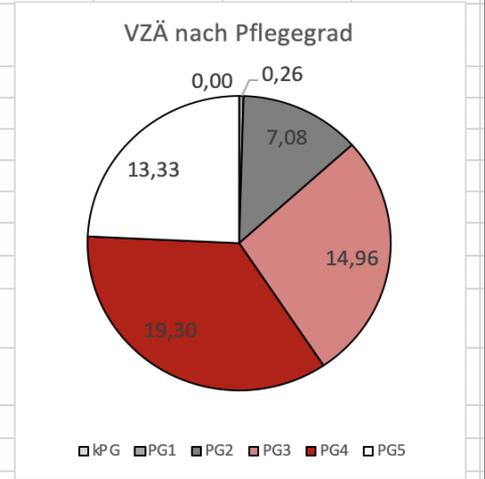
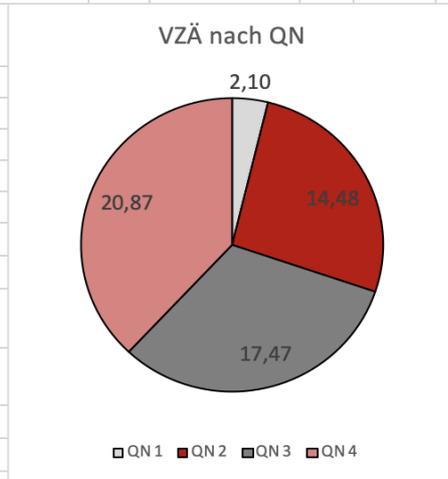


- I. Das Projekt zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens
- II. Zentrale Ergebnisse**
 - 1. Personal(mehr)bedarfe und Personalmix
 - 2. Einrichtungsindividueller Qualifikationsmix statt fixe Fachkraftquote
 - 3. Effekte für eine Referenzeinrichtung mit durchschnittlicher Pflegegradverteilung
 - 4. Implementationserfordernisse
- III. Stand der Umsetzung
- IV. Zielvision kompetenzorientierte Arbeitsorganisation
- V. Vom IST zum SOLL
- VI. Fazit

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%

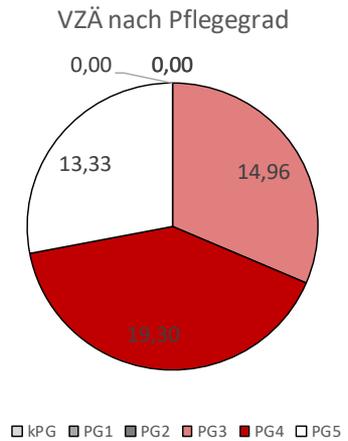
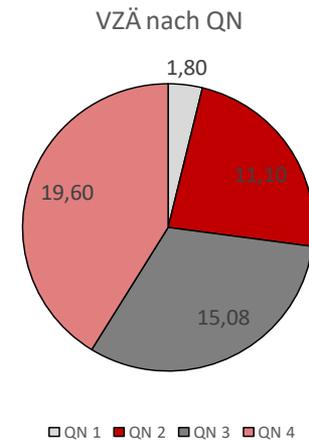


Tabellenblatt „Ergebnisse“

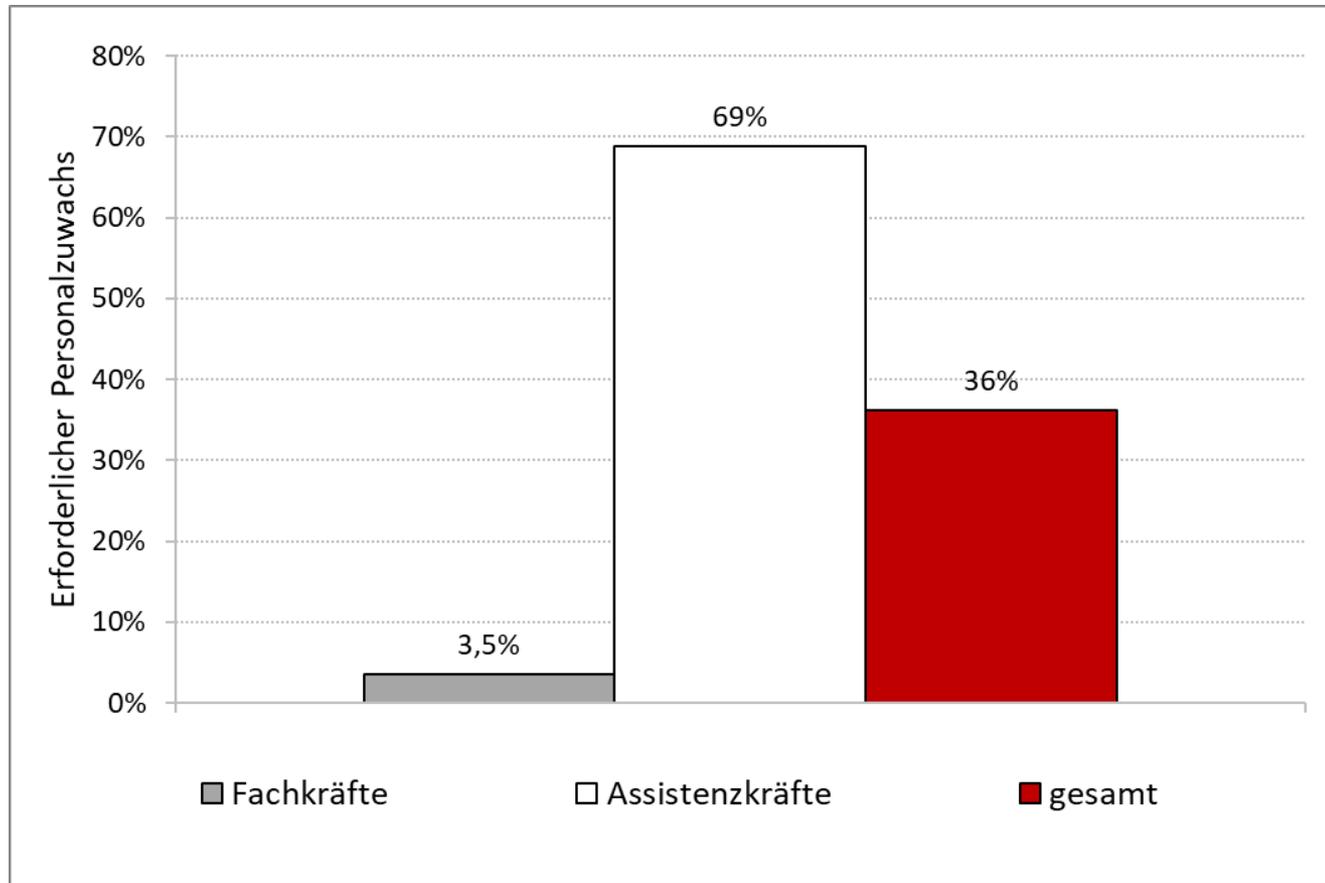
- Veränderung des Case-Mix führt zu anderem Qualifikationsmix
- Beispiel: „höherer“ Case-Mix führt zu höherem Fachkraftanteil

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%

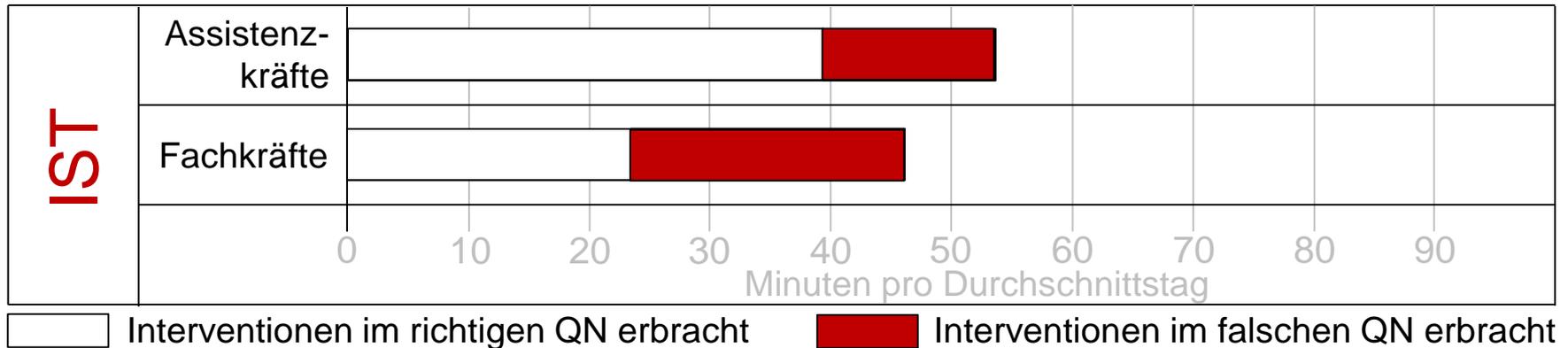


- Es ergibt sich ein erheblicher Pflegekraftmehrbedarf, ganz überwiegend im Bereich von (qualifiz.) Assistenzkräften.

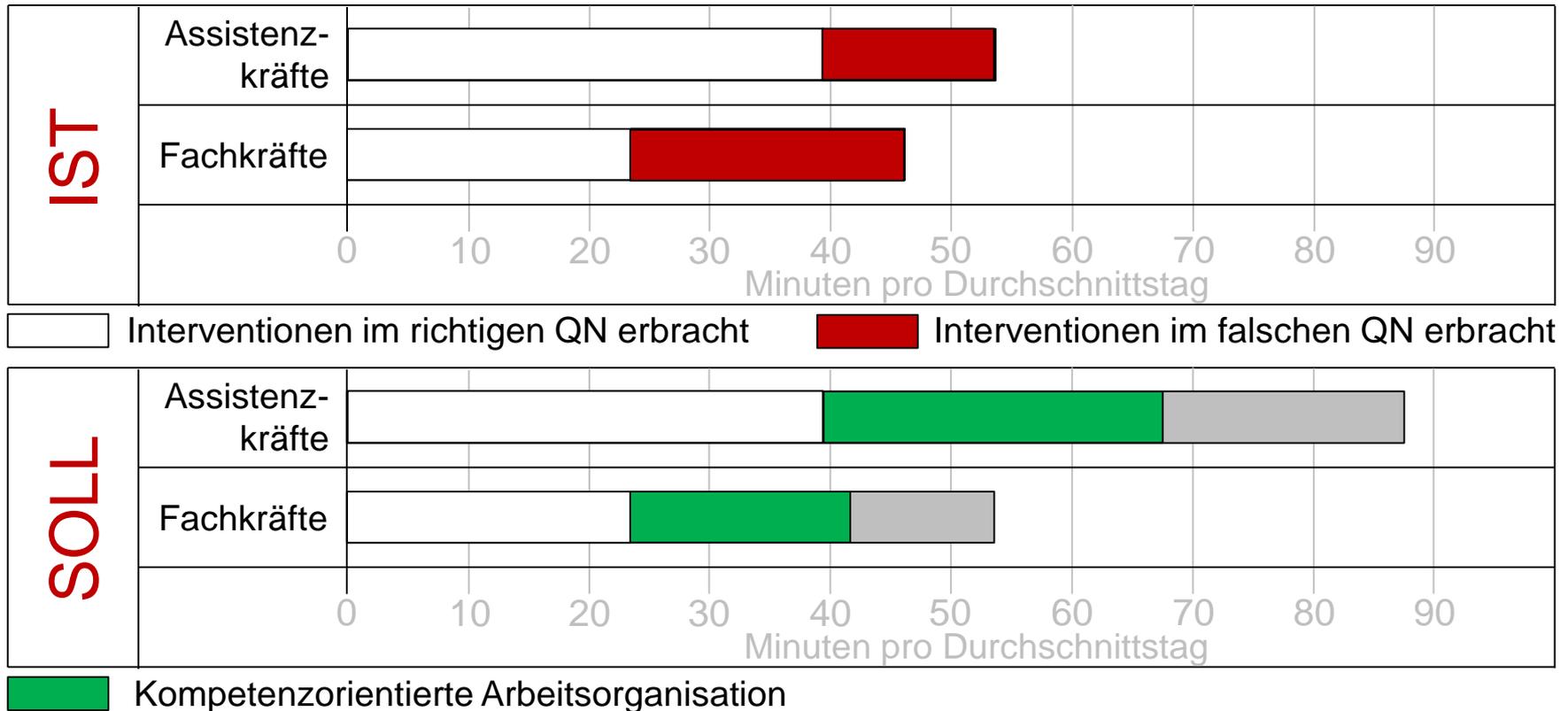


Quelle: Rothgang und das PeBeM-Team 2020

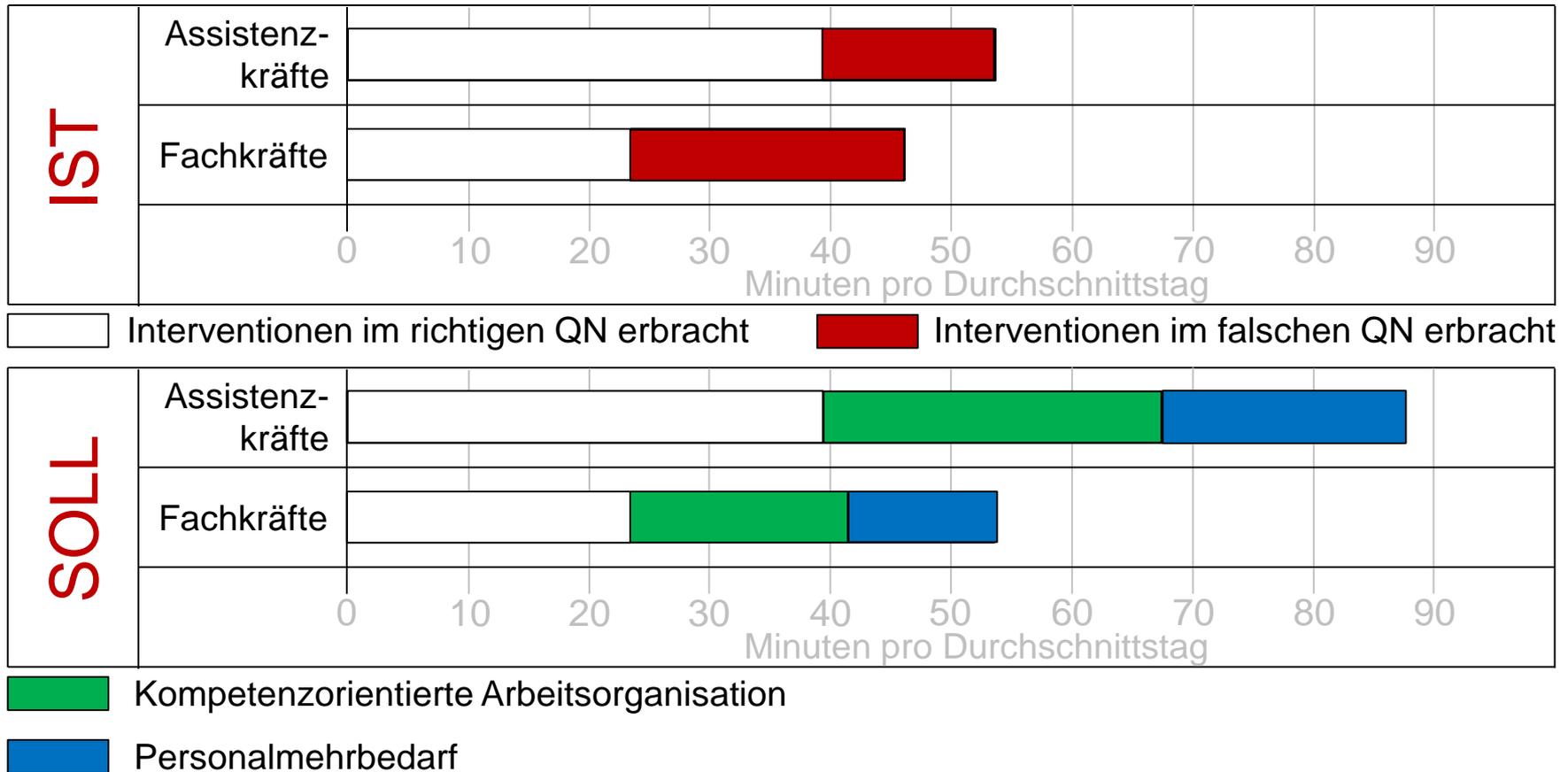
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



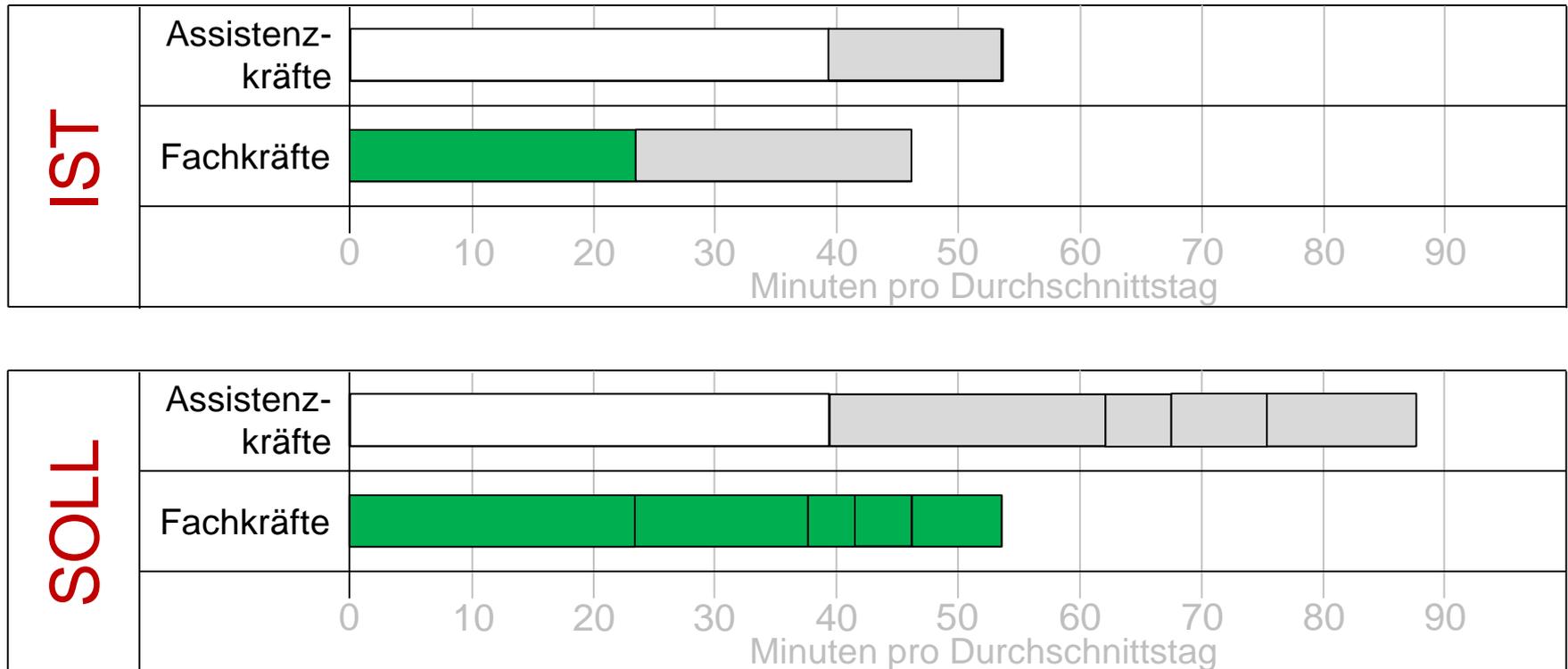
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus

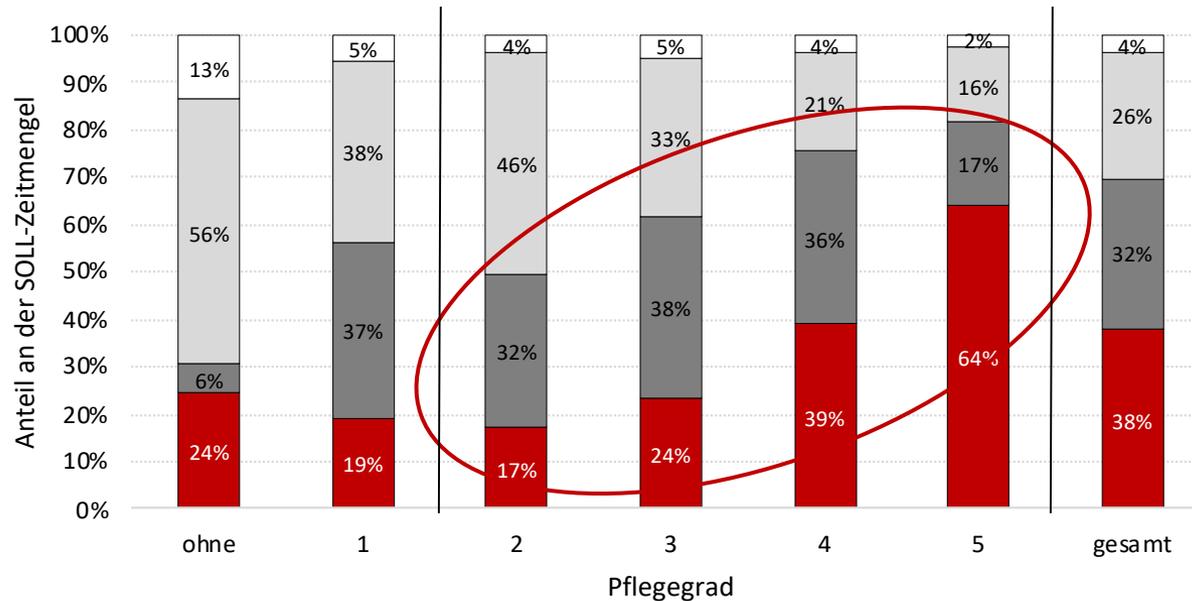


Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



- 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)

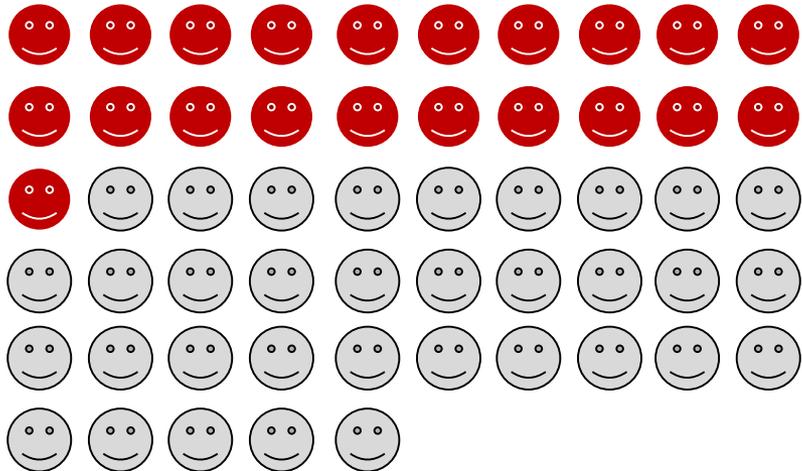
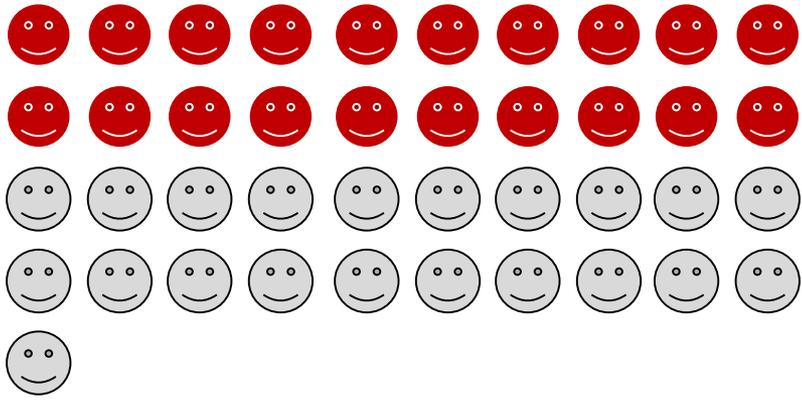
Quelle: Rothgang und das PeBeM-Team 2020

- 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



(Inklusive 13.000 Spahn-Stellen)

~50%

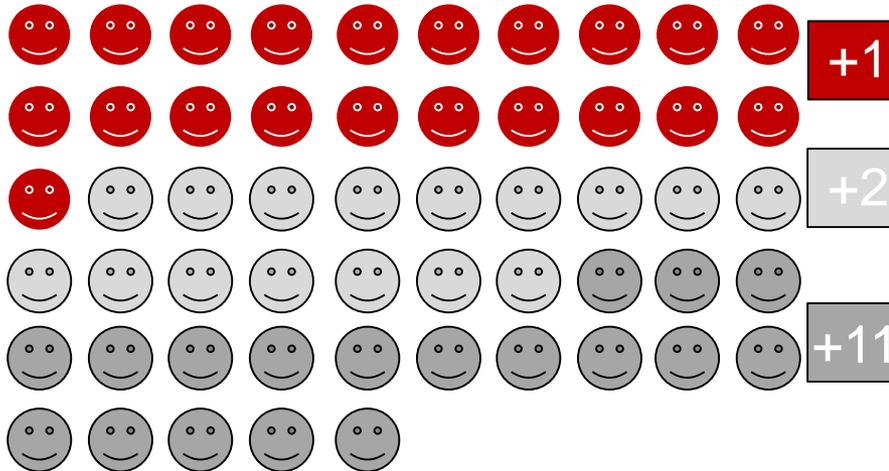
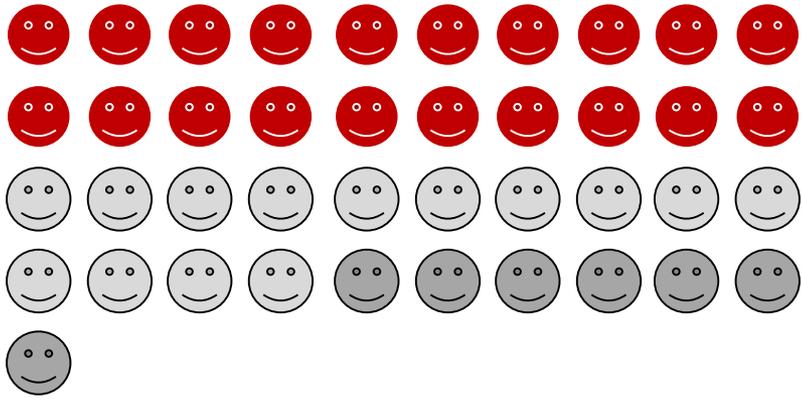
38%

 Pflegefachkräfte

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

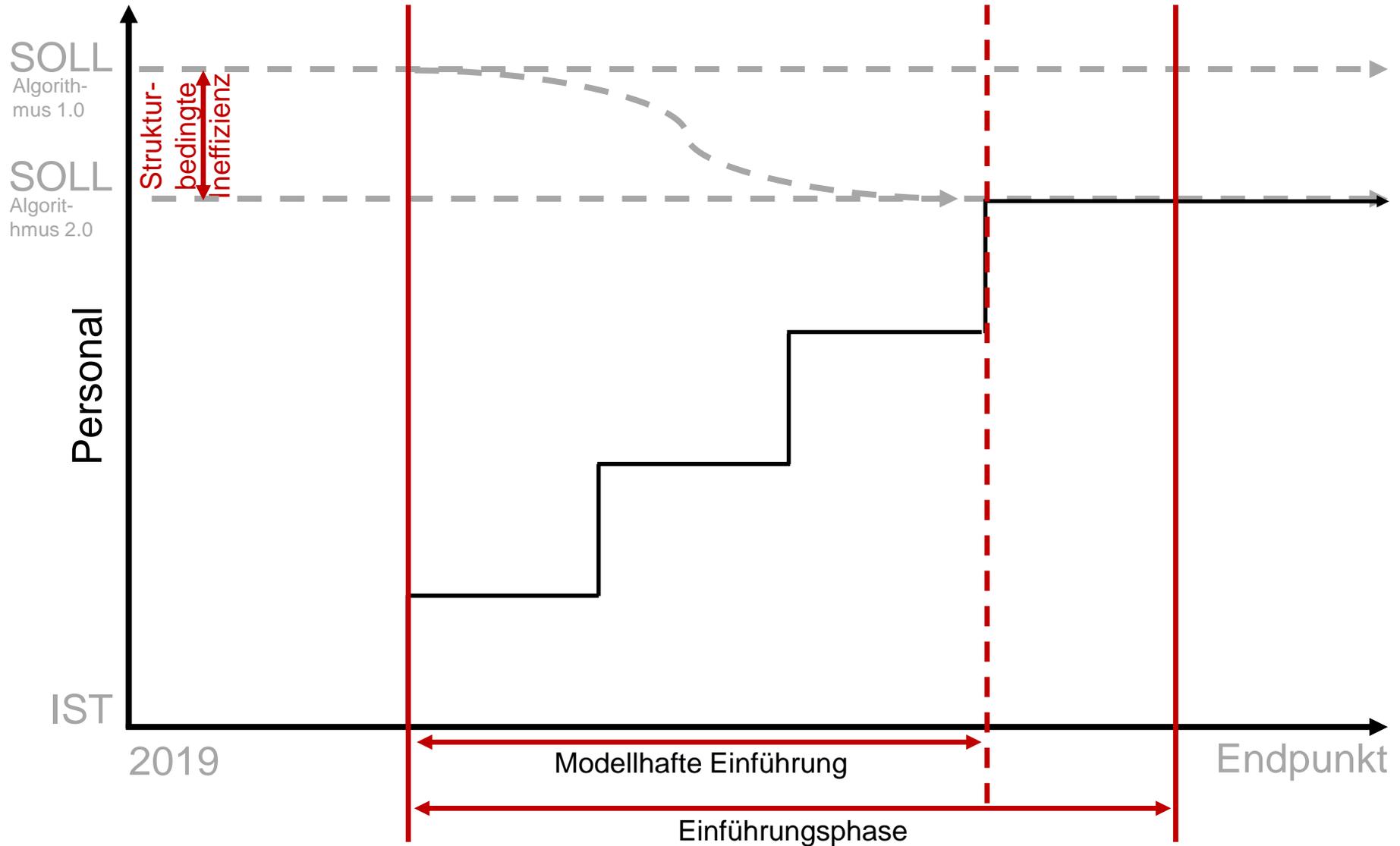
➤ Organisationsentwicklung

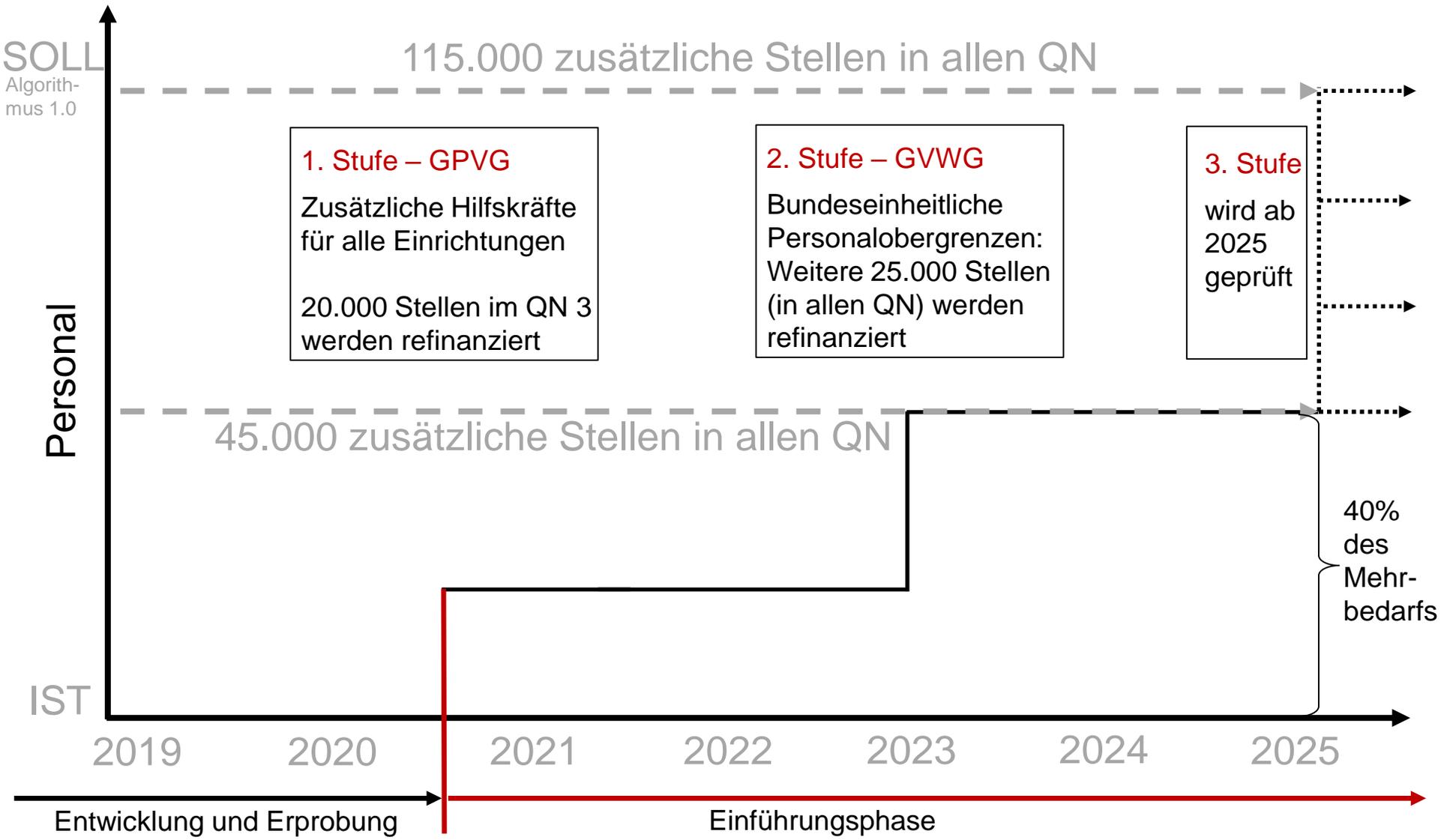
- Neudefinition der Rolle von Fachkräften: Planung, Anleitung, Beaufsichtigung, Evaluation, Delegation
- Kompetenzorientierte Pflege, statt jeder macht alles

➤ 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. Empfehlungen im Abschlussbericht
 - 2. Rechtliche Umsetzung
 - 3. Modellprogramm
- IV. Zielvision: Kompetenzorientierte Arbeitsorganisation
- V. Vom IST zum SOLL
- VI. Fazit

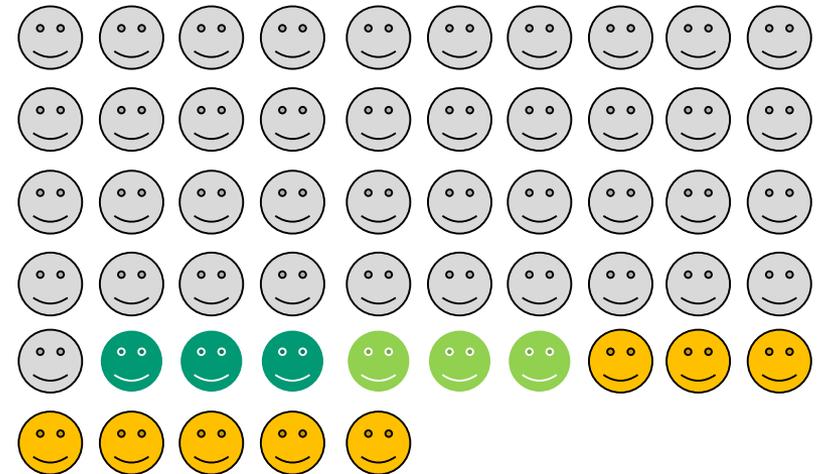
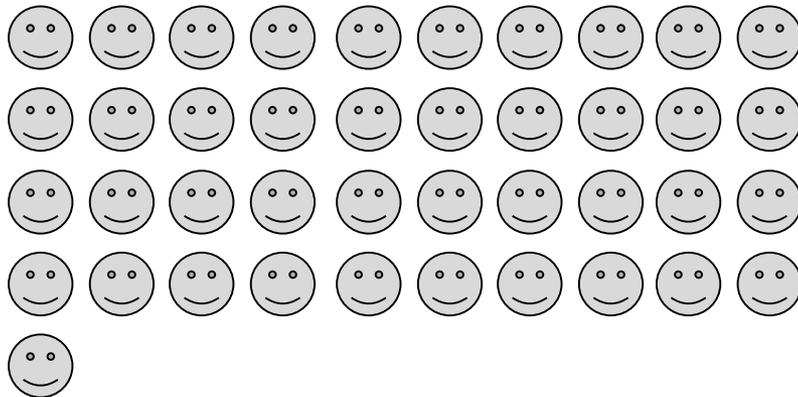




Für eine bundesdurchschnittliche 100-Bewohner-Einrichtung

Aktuell: 41 VZÄ

Bedarf: 55 VZÄ



 durch das GPVG

 durch das GVWG

 in weiteren Schritten

- 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

- § 113c Abs. 7 SGB XI gemäß Referentenentwurf PUEG:
 - „ Das Bundesministerium für Gesundheit prüft alle zwei Jahre, erstmals im Jahr 2025, eine Anpassung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 und der Grundlagen für die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 1. ... Das Bundesministerium für Gesundheit legt unverzüglich im Anschluss an die Prüfung nach Satz 1 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung nach Satz 1 und die tragenden Gründe sowie einen **Vorschlag für die weitere Umsetzung** des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen vor.“

- 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 in der Regel hinter den Obergrenzen zurückbleiben.

Bundesrahmenempfehlung der gemeinsamen Selbstverwaltung

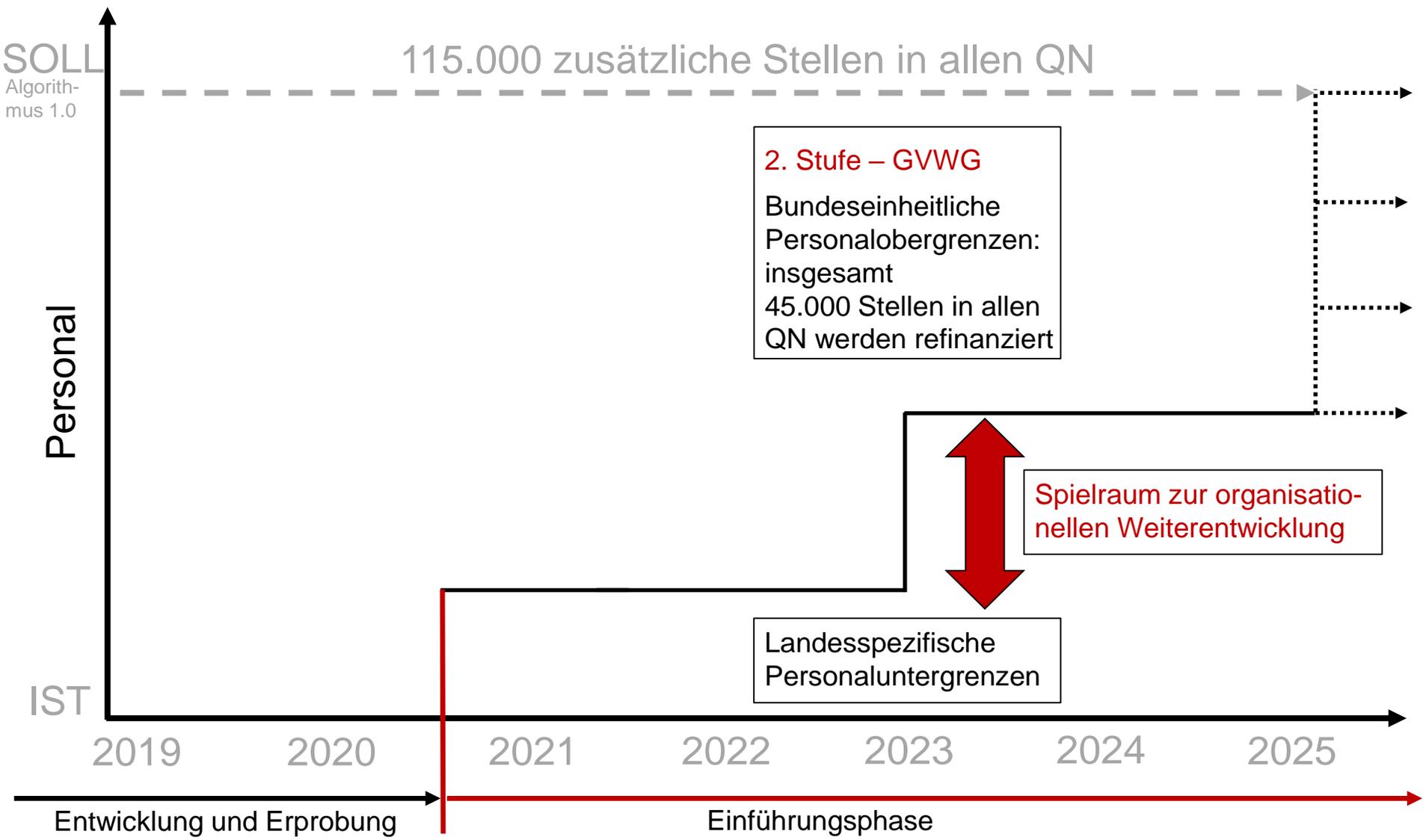
- Als Untergrenzen gelten die IST-Werte
 - aus den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI
 - der Vereinbarungen der Landespflegekommission
 - der bis zum 30.6.2023 abgeschlossenen Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 SGB XI.
- Für diese Untergrenzen gelten die Fachkraftquoten fort:
 - „Für die mindestens zu vereinbarende Ausstattung gilt die Fachkraftquote gemäß den jeweiligen ordnungsrechtlichen Bestimmungen des Landes. Für die **über** die nach Absatz 1 hinausgehenden Personalanhaltswerte gilt die Fachkraftquote **nicht**.“

- Bundesempfehlung vom 22.2.23 konkretisiert *leistungserbringungsrechtlich* die QN4 und QN3.
- Als QN4 gelten nun auch
 - „Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, z.B. Personen mit einer abgeschlossenen Ausbildung als Altentherapeutin, Altentherapeut, Heilerzieherin, Heilerzieher, Heilerziehungspflegerin, Heilerziehungspfleger, Sozialarbeiterin, Sozialarbeiter, Sozialpädagogin, Sozialpädagoge, Sozialtherapeutin, Sozialtherapeut oder [Personen] mit einer vergleichbaren abgeschlossenen Ausbildung“
 - sofern das mit den heimrechtlichen Vorgaben übereinstimmt und
 - sofern die Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachkräfte nach § 4 PfIBG berücksichtigt werden.
- Verstärkte Notwendigkeit zu gezielten Fortbildungen und Weiterqualifikationen für nicht pflegerische Fachkräfte.

- Bundesempfehlung vom 22.2.23 konkretisiert *leistungserbringungsrechtlich* die QN4 und QN3.
 - Als QN3 gelten
 - Personen mit 12-35 monatiger Pflegehelfer- oder Assistenzausbildung nach Landesrecht (im jeweiligen Bundesland)
 - Personen mit einer solchen Ausbildung, die in einem anderen Bundesland absolviert haben (und die im „Zielbundesland“ anerkannt ist)
 - Personen nach Ablegen einer landesrechtlich geregelten Externenprüfung (in den Ländern in denen die Prüfung den regulären Prüfanforderungen des Landes entspricht)
 - Personen nach einer erfolgreich abgelegten Zwischenprüfung in der Pflegefachkraftausbildung
 - Entsprechend anerkannte ausländische Berufsabschlüsse
- QN3 wurde nicht für andere Berufsgruppen geöffnet.

- 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 in der Regel hinter den Obergrenzen zurückbleiben.
- Gemeinsame Bundesempfehlung wird dann verbindlich, wenn es keine landesrechtlichen Regelungen gibt.
- PUEG sieht vor, dass das BMG ab 31.12.23 im Zweijahrestakt bundeseinheitliche Zielwertbestimmung festlegt

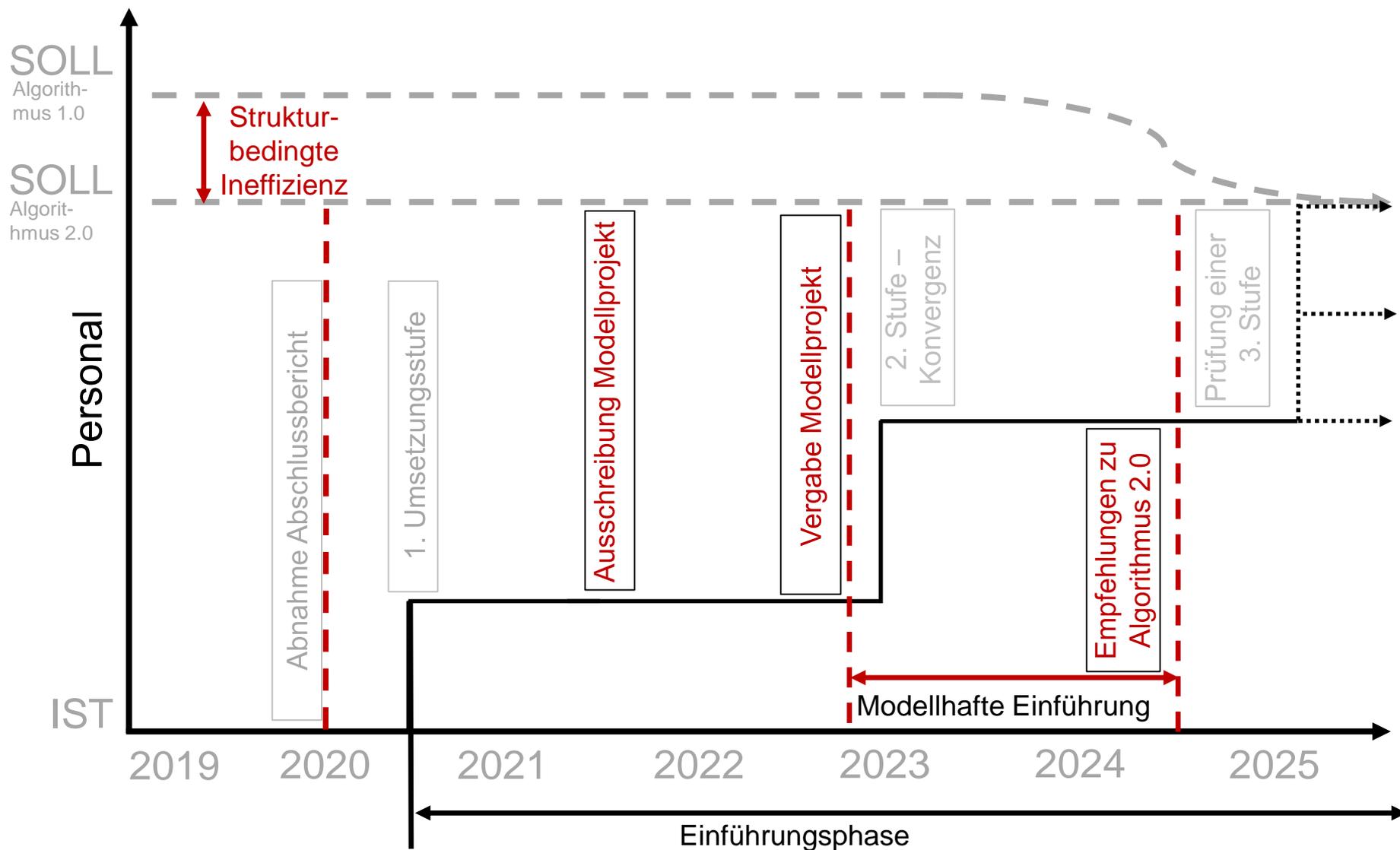
- Zukünftige Untergrenzen: § 113c Abs. 8 SGB XI gemäß PUEG-Entwurf
 - Das **Bundesministerium für Gesundheit legt alle zwei Jahre**, erstmals bis zum 31. Dezember 2023, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales 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.



Modellprogramm nach § 8 Abs. 3 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.



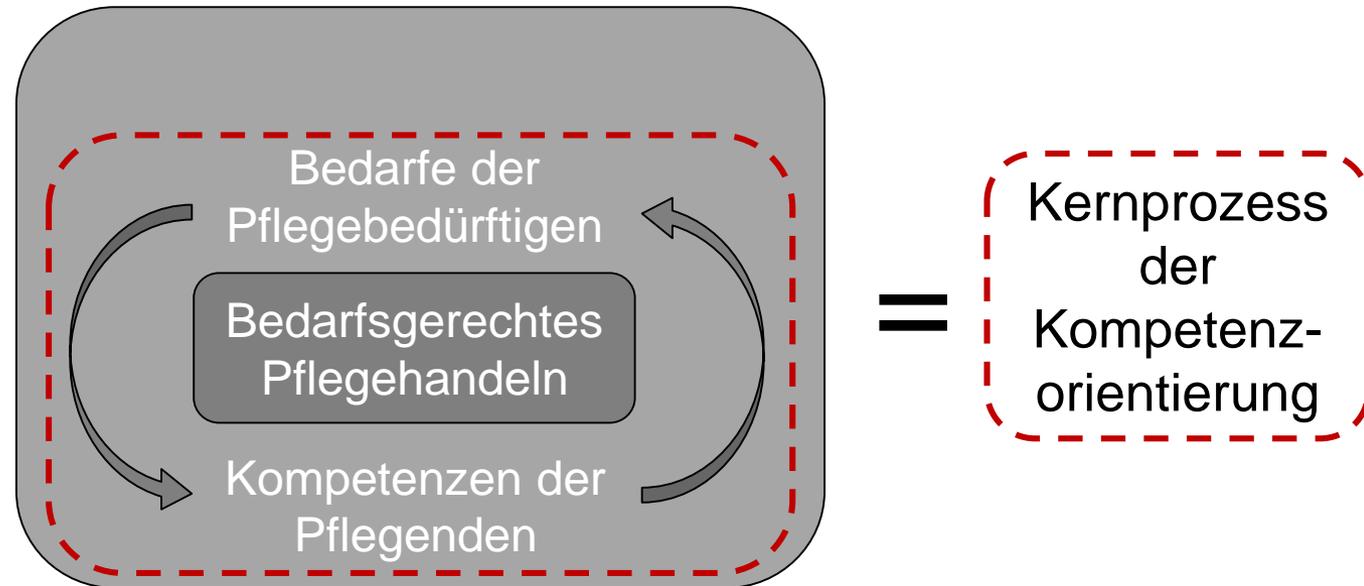
- I. Das Projekt zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens
- II. Zentrale Ergebnisse
- III. Stand der Umsetzung
- IV. Zielvision kompetenzorientierte Arbeitsorganisation**
- V. Vom IST zum SOLL
- VI. Fazit

- Die tägliche Arbeitsorganisation in stationären Einrichtungen ist auf Kompensation
 - zu geringer Personalmengen und eines
 - nicht bedarfsgerechten Qualifikationsmixesausgerichtet.
- Wesentliche Herausforderung durch die Einführung des Personalbemessungsverfahrens ist die Veränderung dieser bestehenden Arbeitsorganisation, so dass
 - das bestehende und das zusätzliche Personal sinnvoll und qualitätssteigernd eingesetzt werden kann,
 - bestehende und neue Mitarbeiter:innen entsprechend ihrer Qualifikation und ihrer Kompetenzen eingesetzt werden, um so
 - möglichst häufig eine bedarfsgerechte Pflege zu ermöglichen.

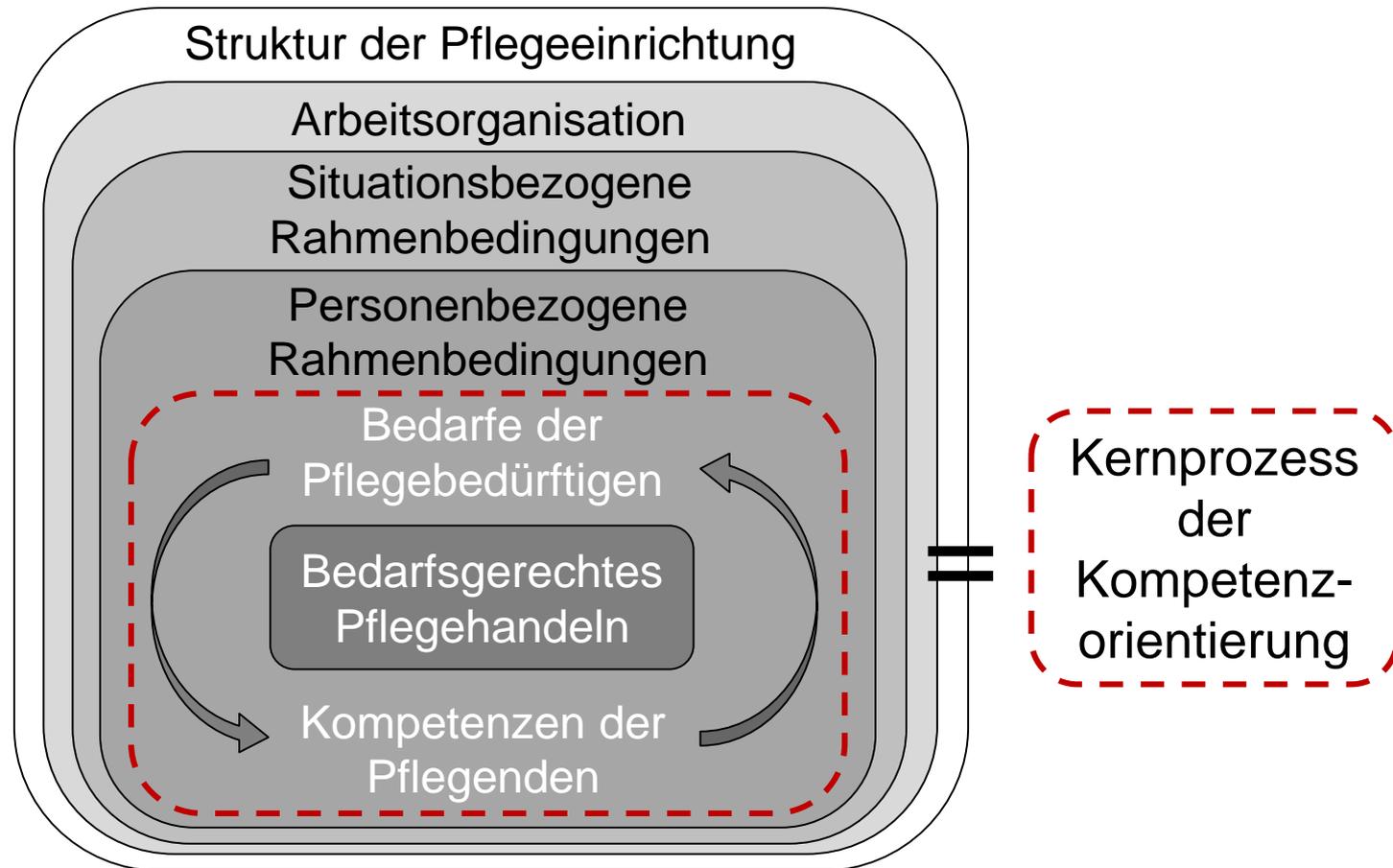
- Das Leitbild der kompetenzorientierten Pflege
 - bedeutet *nicht*, dass Pflege taylorisiert wird, sondern eine professionell differenzierte Ganzheitlichkeit entsteht;
 - reduziert Über- und Unterforderung und schließt nicht nur an die formalen Qualifikationen, sondern auch an die persönlichen Fähigkeiten 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.

- Qualifikations- und Kompetenzorientierte 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.
 - Ganzheitlichkeit bezieht sich auf die Bewohner:innen als Individuen, nicht auf die Leistungserbringung.
- Ganzheitliche Pflege bedeutet demnach nicht, dass alles aus einer Hand erbracht wird – sondern aus der richtigen.

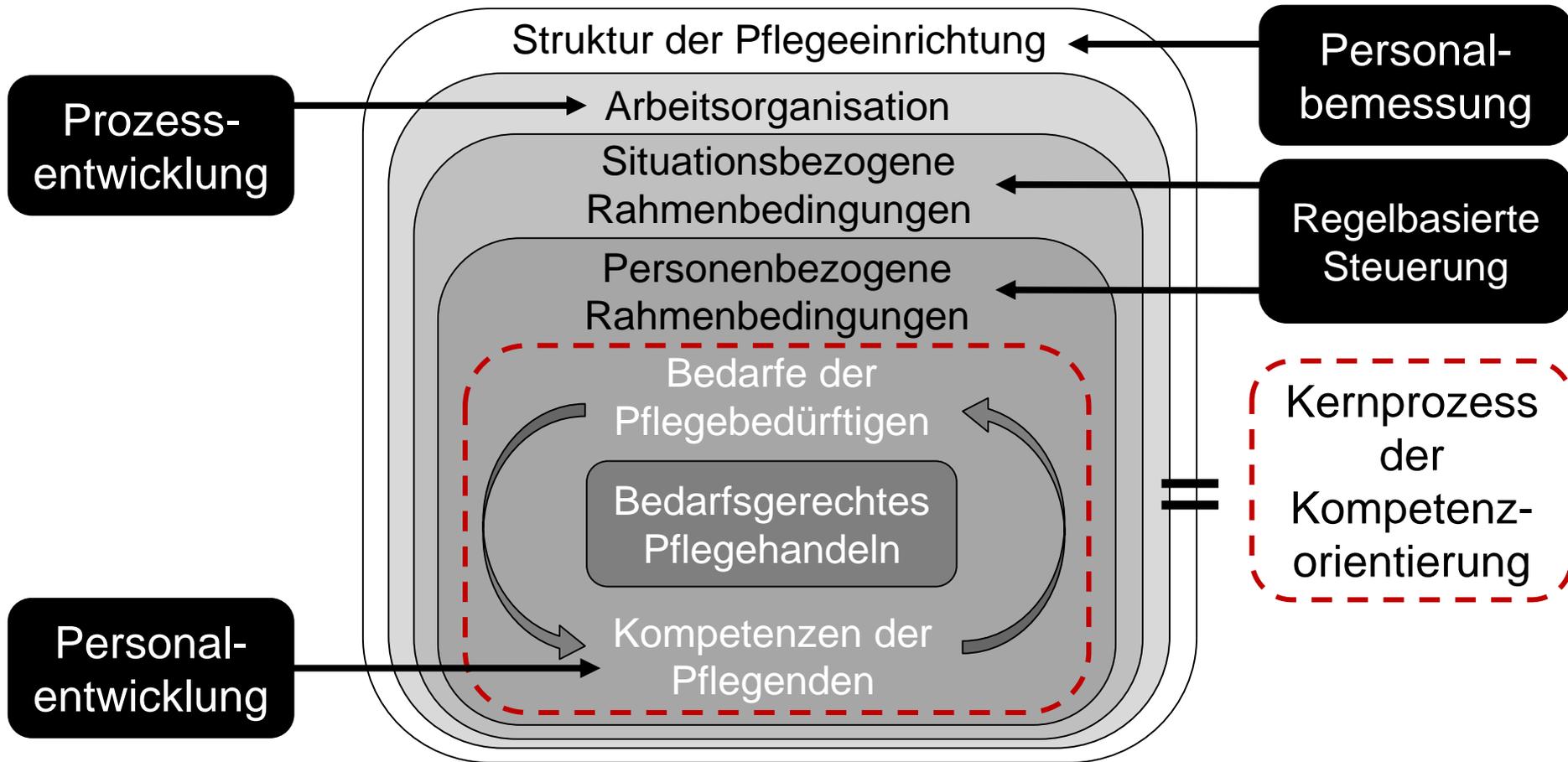
Ziel der Mehrpersonalisierung in Bezug auf Pflegequalität:
Ermöglichung bedarfsgerechten Pflegehandelns



Ziel der Mehrpersonalisierung in Bezug auf Pflegequalität:
Ermöglichung bedarfsgerechten Pflegehandelns



Ziel der Mehrpersonalisierung in Bezug auf Pflegequalität:
Ermöglichung bedarfsgerechten Pflegehandelns



- Fünf Stufen der Arbeitsorganisation:
 - Spontanorganisation
 - Raumbezogene Organisation
 - Qualifikationsdifferenzierte Arbeitsorganisation
 - Kompetenzdifferenzierte Arbeitsorganisation
 - Präferenzdifferenzierte Arbeitsorganisation

- Fünf Stufen der Arbeitsorganisation:
 - Spontanorganisation
 - Raumbezogene Organisation
 - Qualifikationsdifferenzierte Arbeitsorganisation
 - Kompetenzdifferenzierte Arbeitsorganisation
 - Präferenzdifferenzierte Arbeitsorganisation

- Fünf Stufen der Arbeitsorganisation:
 - Spontanorganisation
 - Raumbezogene Organisation
 - Qualifikationsdifferenzierte Arbeitsorganisation
 - Kompetenzdifferenzierte Arbeitsorganisation
 - Präferenzdifferenzierte Arbeitsorganisation
- Ausgangspunkt zur Gestaltung einer kompetenzorientierten Arbeitsorganisation:
 - Schritt 1: Analyse des IST von Arbeits(organisations)prozessen und
 - Schritt 2: Analyse der vorhandenen und erforderlichen Kompetenzen
 - Schritt 3: Einbindung zusätzlicher Kräfte

- I. Das Projekt zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens
- II. Zentrale Ergebnisse
- III. Stand der Umsetzung
- IV. Zielvision kompetenzorientierte Arbeitsorganisation
- V. Vom IST zum SOLL**
- VI. Fazit

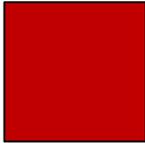
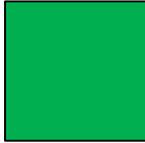
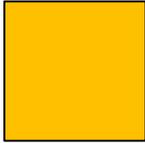
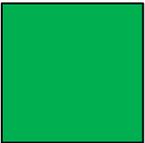
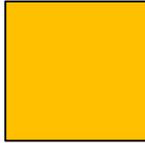
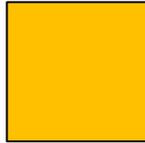
Schritt 1: Analyse der Arbeitsorganisation

- Im Mittelpunkt steht die Frage: „**Wer erbringt aus welchem Grund welche Interventionen bei/mit welcher/m Pflegebedürftigen - und ist das fachlich korrekt?**“
- Mit Beantwortung dieser Frage kann geklärt werden, welche Personen und Qualifikationsniveaus mit der heutigen Leistungserbringung über- oder unterfordert werden.

Schritt 1: Analyse der Arbeitsorganisation: SOLL-Matrix

	BW1	BW2	BW3	
Körperpflege: Waschen am Waschbecken	QN 3	QN 4	QN 2	
Hilfe bei der Nahrungs- aufnahme	QN 2	QN 2	QN 4	
				

Schritt 1: Analyse der Arbeitsorganisation: IST-Matrix (BW1)

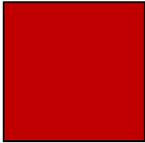
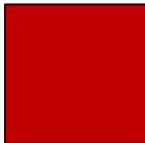
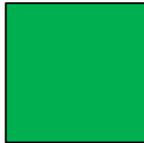
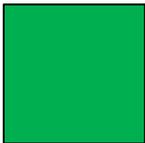
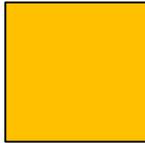
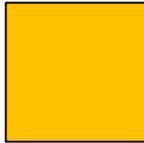
	PHK	PAK	PFK	
Körperpflege: Waschen am Waschbecken				
Hilfe bei der Nahrungs- aufnahme				

PFK = Pflegefachkraft; PAK = Pflegeassistentkraft; PHK = Pflegehilfskraft

Schritt 1: Analyse der Arbeitsorganisation: SOLL-Matrix

	BW1	BW2	BW3	
Körperpflege: Waschen am Waschbecken	QN 3	QN 4	QN 2	
Hilfe bei der Nahrungs- aufnahme	QN 2	QN 2	QN 4	
				

Schritt 1: Analyse der Arbeitsorganisation: IST-Matrix (BW2)

	PHK	PAK	PFK	
Körperpflege: Waschen am Waschbecken				
Hilfe bei der Nahrungs- aufnahme				

PFK = Pflegefachkraft; PAK = Pflegeassistentenkraft; PHK = Pflegehilfskraft

Schritt 1: Analyse der Arbeitsorganisation

- Im Mittelpunkt steht die Frage: „Wer erbringt aus welchem Grund welche Interventionen bei/mit welcher/m Pflegebedürftigen - und ist das fachlich korrekt?“
- Mit Beantwortung dieser Frage kann geklärt werden, welche Personen und Qualifikationsniveaus mit der heutigen Leistungserbringung über- oder unterfordert werden.
- Ziel ist eine erbringungsbezogene Steuerung der Passung zwischen Bewohner:innenbedarf und Kompetenz der jeweils pflegenden Person.

Schritt 1: Analyse der Arbeitsorganisation

- 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.

Schritt 1: Analyse der Arbeitsorganisation

- Ohne Softwareunterstützung ist die Analyse der „Passung“ nur sehr schwer möglich.
- Sinnvoll ist die Nutzung eines Pflegedokumentationssystem,
 - das den PeBeM-Katalog zur Planung nutzen kann,
 - Qualifikationsanforderungen regelbasiert zuweist und
 - die Leistungserbringung interventions- und pflegekraftbezogen erfasst.
- Zentrale Voraussetzung ist zu wissen, wer welche Tätigkeiten erbracht hat. Ohne Kenntnis darüber ist die Umstellung auf kompetenzorientierte Arbeitsorganisation nicht möglich.

Schritt 2: Analyse der Kompetenz(profile)

- Im Mittelpunkt steht die Frage: „**Welche Pflegekraft kann welche Interventionen bei welcher pflegebedürftigen Person fachgerecht erbringen? - und zwar jenseits des QN?**“
- Mit Beantwortung dieser Frage kann geklärt werden, welche Personen erst dazu befähigt werden müssen, entsprechend ihres Qualifikationsniveaus eingesetzt zu werden und welche Personen in der Arbeitsorganisation einem anderen Qualifikationsniveau zugeordnet müssen.
- Entsprechend des QMM angepasste Arbeitshilfen zur Kompetenzanalyse sind gerade in Ausarbeitung.

Schritt 3: Einbindung zusätzlicher Kräfte

- Auf Basis der Arbeitsablaufanalyse und einer individuellen Kompetenzanalyse können Planungen vorgenommen werden, die Grundlage für Weiterentwicklung und Rekrutierung von (Mehr)Personal sind.
- Die Leitfrage lautet dabei: „**Wie soll das Mehrpersonal den Pflegealltag unserer Einrichtung verändern und welche Kompetenzen brauchen wir dafür?**“
- Hierzu wird es erforderlich sein,
 - **klare Rollendefinitionen** vorzunehmen, die von den Pflegenden angenommen und ausgefüllt werden (können), und
 - eine **dynamische Arbeitsorganisation** einzuführen.

- I. Das Projekt zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens
- II. Zentrale Ergebnisse
- III. Stand der Umsetzung
- IV. Zielvision kompetenzorientierte Arbeitsorganisation
- V. Vom IST zum SOLL
- VI. Fazit**

- 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-Entwurf).
- **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!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Bundesregierung (1997): Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung am 01. Januar 1995. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/1.Pflegebericht.pdf.

DGB 2018 [Institut Deutscher Gewerkschaftsbund-Index Gute Arbeit/ Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft] (Hg.): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfrage zum DGB-Index Gute Arbeit. Berlin, <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++df07ee92-b1ba-11e8-b392-52540088cada>

Hasselhorn, Hans-Martin; Müller, Bernd Hans; Tackenberg, Peter (2005): Die Untersuchung des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf in Europa – die europäische NEXT-Studie. In: Hans-Martin Hasselhorn, Bernd Hans Müller, Peter Tackenberg, Angelika Kümmerling und Michael Simon (Hg.): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag, S. 11-20.

Isfort, Michael; Rottländer, Ruth; Weidner, Frank; Gehlen, Danny; Hyalla, Jonas; Tucman, Daniel (2018): Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der teil-/vollstationären Pflege. Deutsches Institut für angewandter Pflegeforschung e.V. (dip). Köln, https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2018.pdf.

PflegeVG-E [Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG)], Bundestags-Drucksache 12/5617.

Rothgang, Heinz (2021): Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GPVG) (BT-Drucksache 19/26822) und zu den Änderungsanträgen 1 bis 20 der Fraktionen CDU/CSU und SPD zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (Ausschussdrucksache 19(14)320.1) anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 7.6.2021. Ausschussdrucksache 19(14)347(20).

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>.

Rothgang, Heinz / Müller, Rolf (2021): BARMER Pflereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 32.

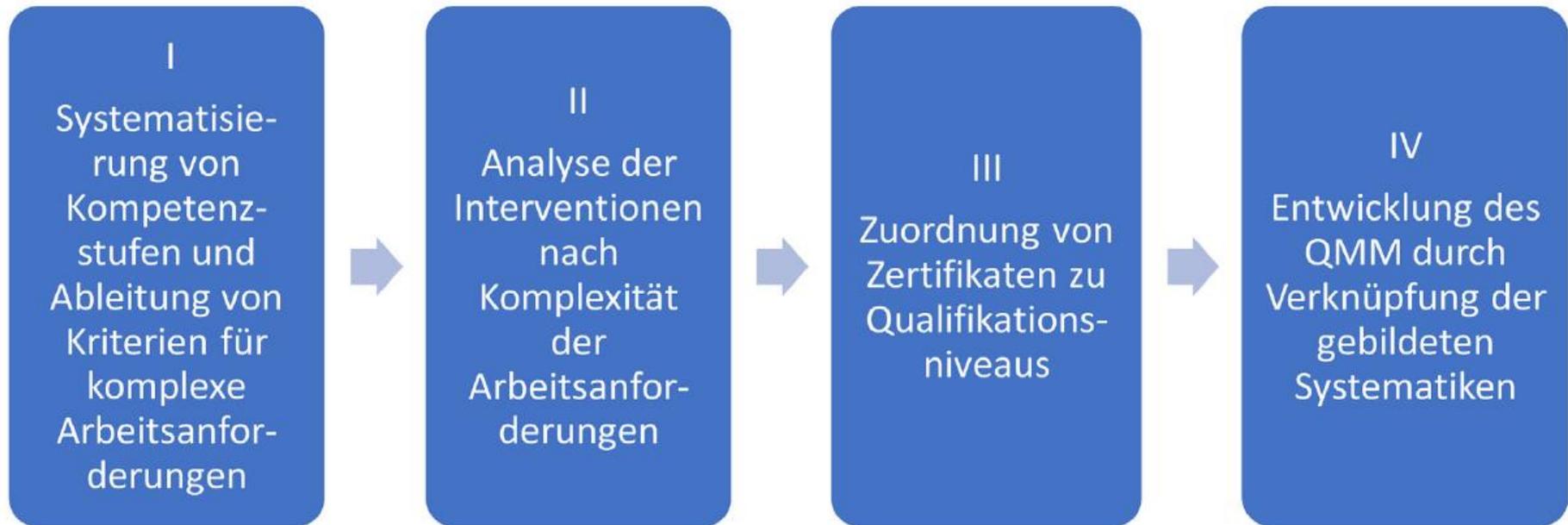


Abbildung 1. Methodisches Vorgehen bei der Entwicklung des QMM.

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

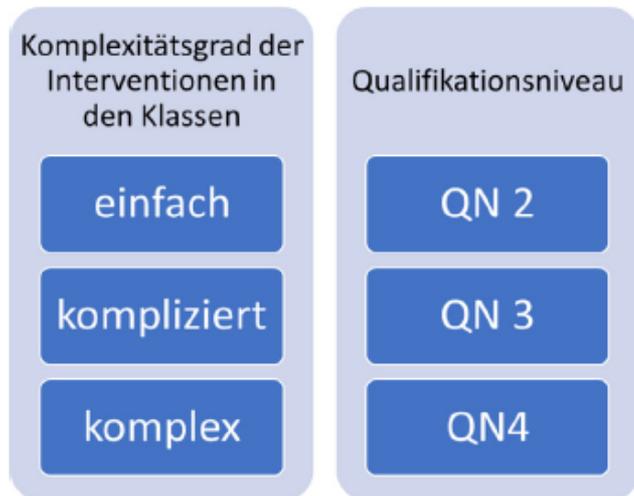


Abbildung 2. Verknüpfung der gebildeten Systematiken.

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