

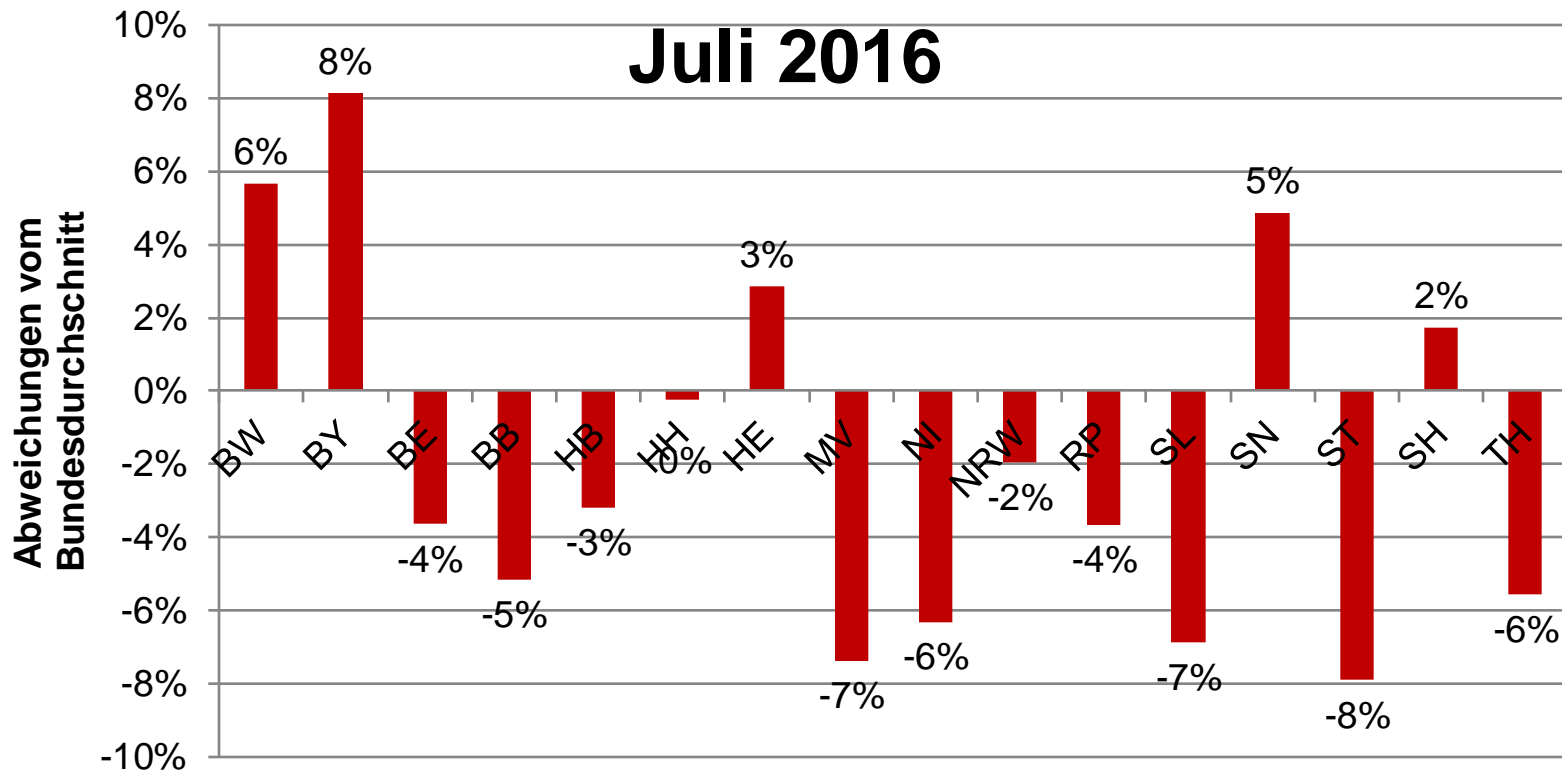
Personalmangel in der Pflege – Was bringt das neue Personalbemessungsinstrument?

Fachforum „Macht Personalnot erfinderisch?
am 27. Juni 2024 in Berlin

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

- I. Ausgangslage
- II. Methodik zur Entwicklung des Verfahrens
- III. Zentrale Ergebnisse des Projekts PeBeM
- IV. Gesetzlichen Umsetzung
- V. Zielvision: kompetenzorientierte Bezugspflege
- VI. Personal- und Organisationsentwicklung in vier Schritten
- VII. Erste Erfahrungen im Modellprojekt
- VIII. Fazit

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

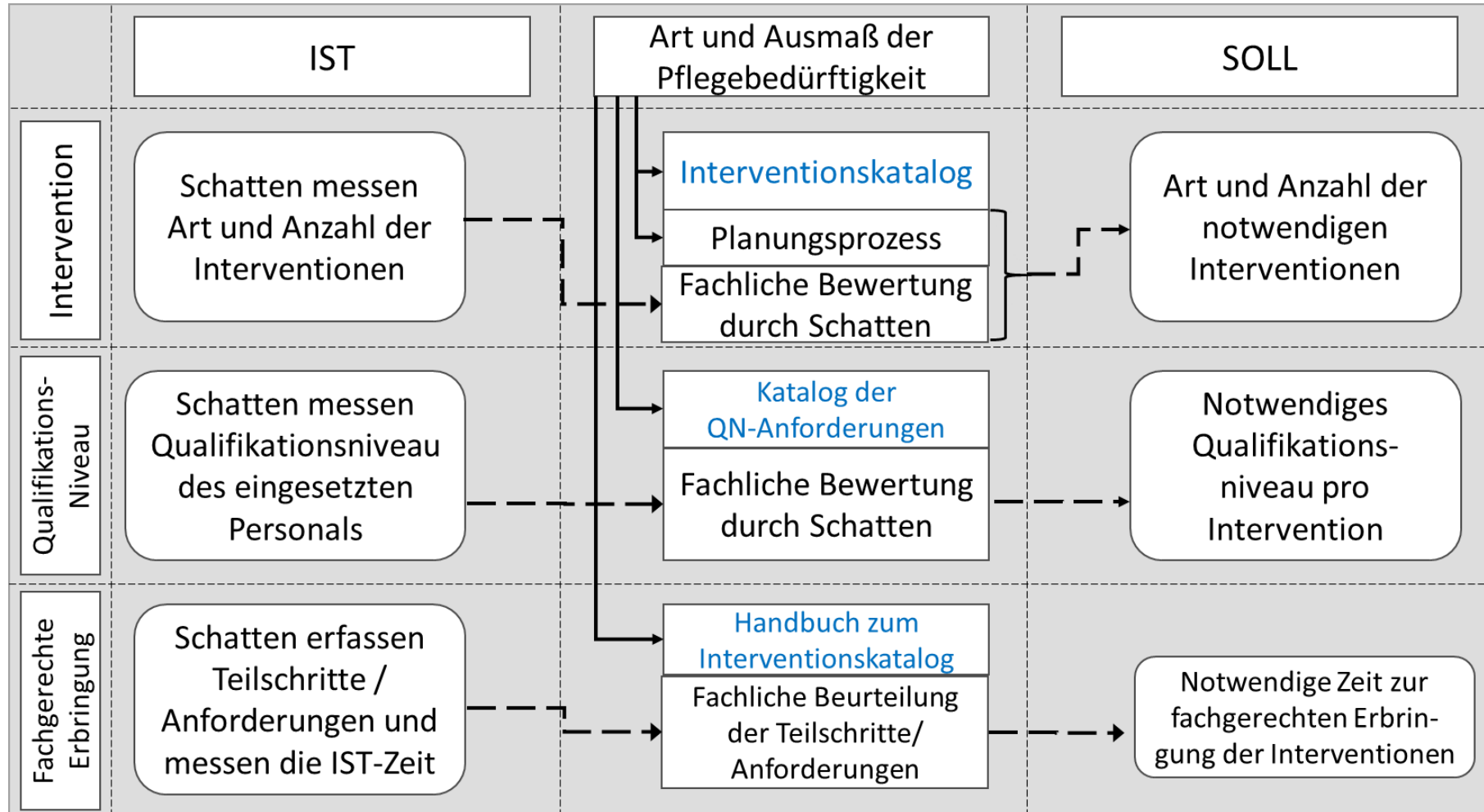


Quelle: Rothgang/Wagner 2019

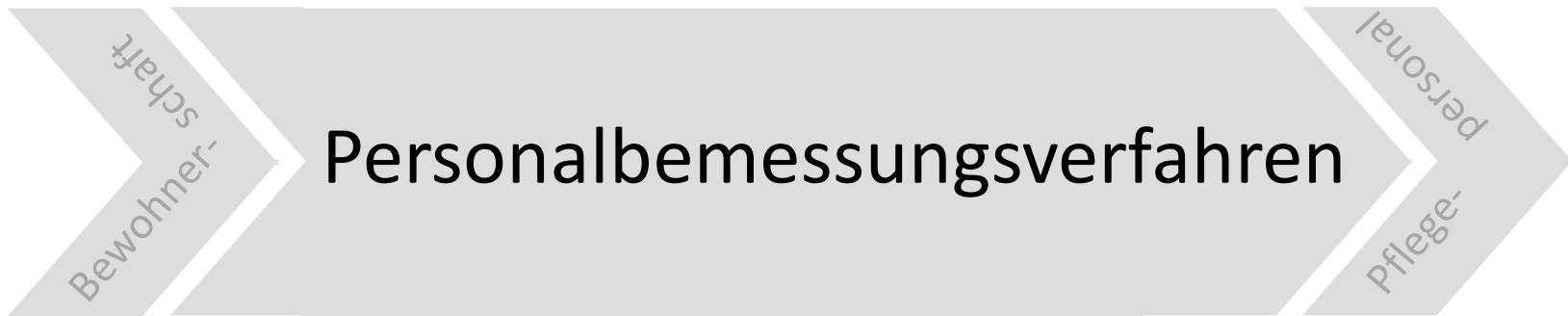
1. Personalziffern zwischen den Ländern unterscheiden sich erheblich → ohne nachvollziehbare Begründung
2. Personalausstattung wird durchgängig als zu niedrig beschrieben
 - Pflegekräfte fühlen sich gehetzt und leiden unter den Folgen einer Arbeitsintensivierung (DGB 2018: 7f.)
 - Die Hälfte der befragten 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

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

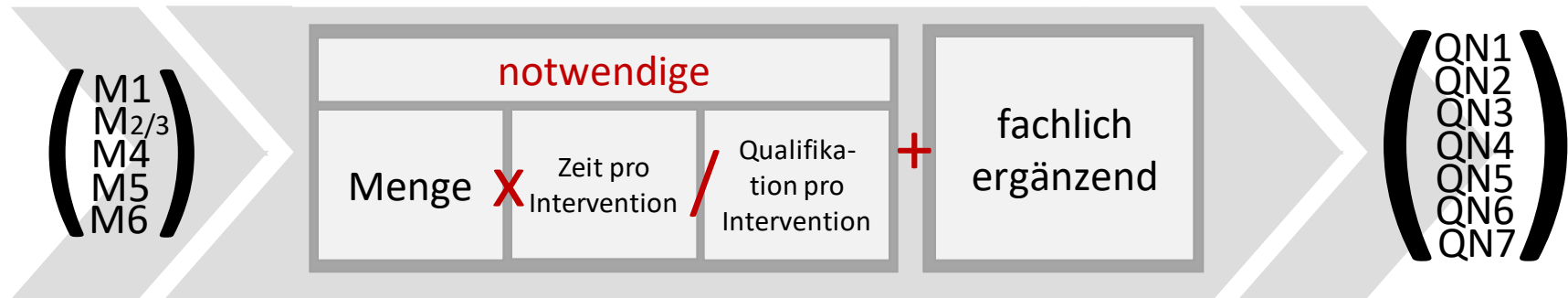
- Auf Basis des **Qualifikationsmixmodells** wurden Interventionen Qualifikationsniveaus der Pflegekräfte zugeordnet.
- Diese Zuordnung bezieht sich teilweise auf die Interventionen per se (z.B. vorbehaltenen Aufgaben), ist zum anderen Teil aber dynamisch, d.h. abhängig von Eigenschaften des Bewohners bzw. der Bewohnerin.
- Die Zuordnung wurde in einem dreitägigen Workshop von allen Auftraggebern *konsentiert* und vom Steuerungsgremium abgenommen.
- Ergebnisse des PeBeM-Projekts zum Qualifikationsmix beruhen auf diesen konsentierten Setzungen.



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

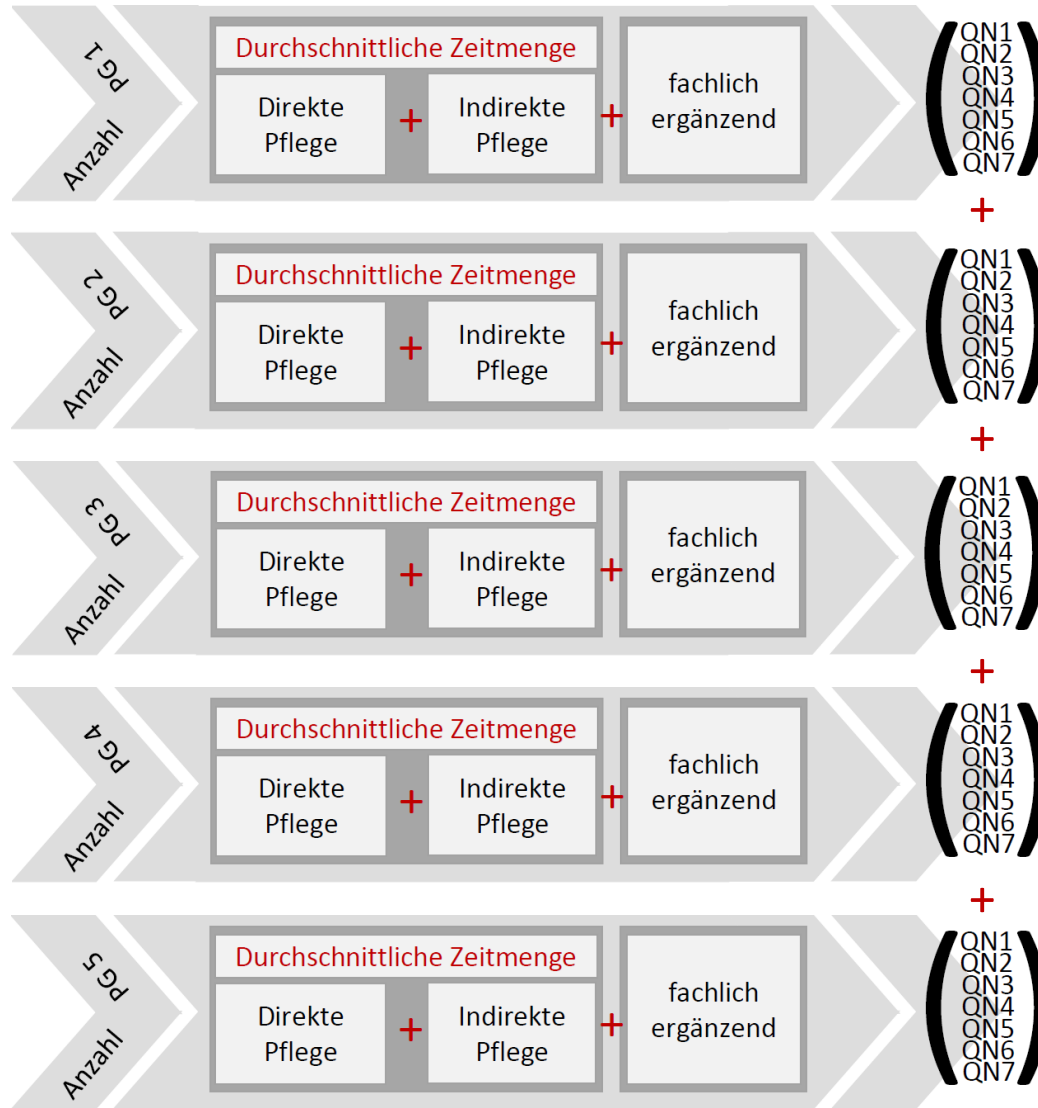


1. Schritt: Ermittlung der bedarfsnotwendigen Pflegezeit für direkte Pflege für jeden Studienteilnehmer.



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.

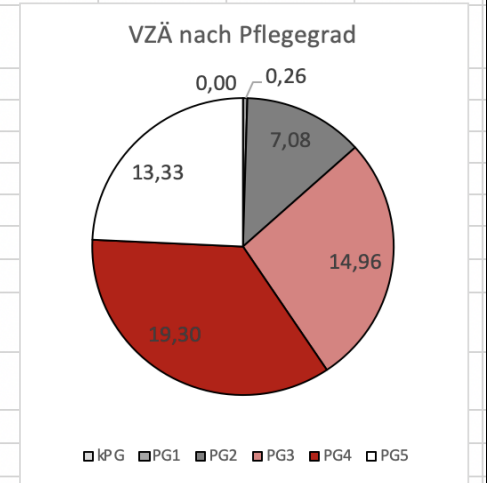
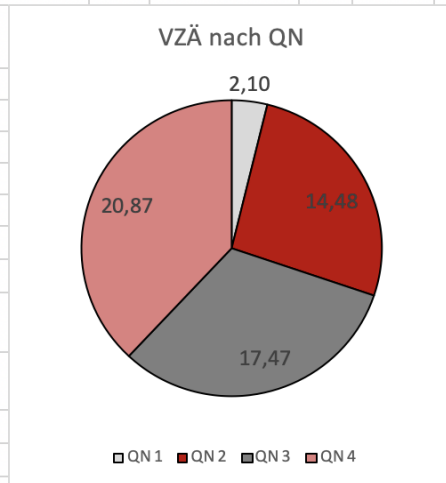
- Erfasst wurde
 - welche Interventionen durchgeführt wurden,
 - welcher Zeitaufwand damit verbunden war,
 - ob die Intervention erforderlich war,
 - ob sie fachgerecht durchgeführt wurde
 - welche zeitlichen Zu- und Abschläge bei fachgerechter Durchführung hinzukommen.
- } IST
- } SOLL
- Entstandene Datengrundlage für den vollstationären Bereich:
 - 130.656 Interventionen, bei
 - 1.380 vollstationär versorgten Pflegebedürftigen, aus
 - 62 Wohneinheiten, in
 - 15 Bundesländern

- 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“

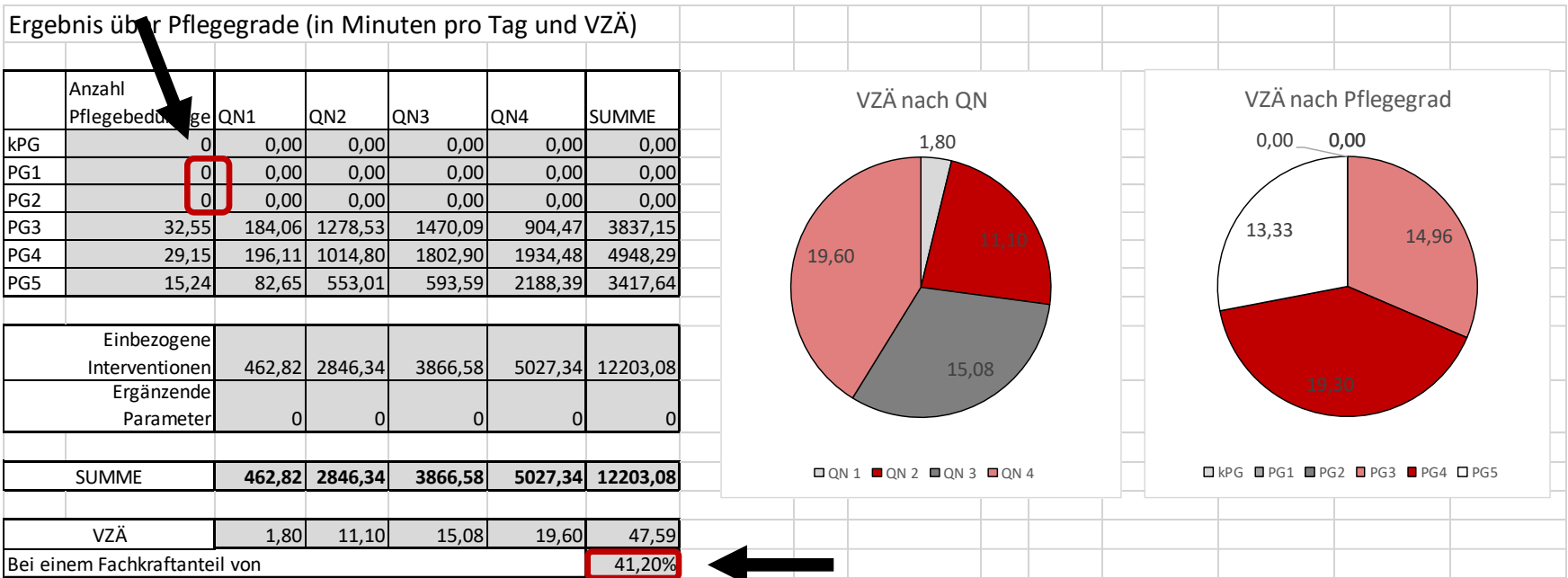
- Personalbedarf in **Minuten** und **Vollzeitäquivalenten**
- Aufgegliedert nach QN-Niveau und Pflegegraden

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%

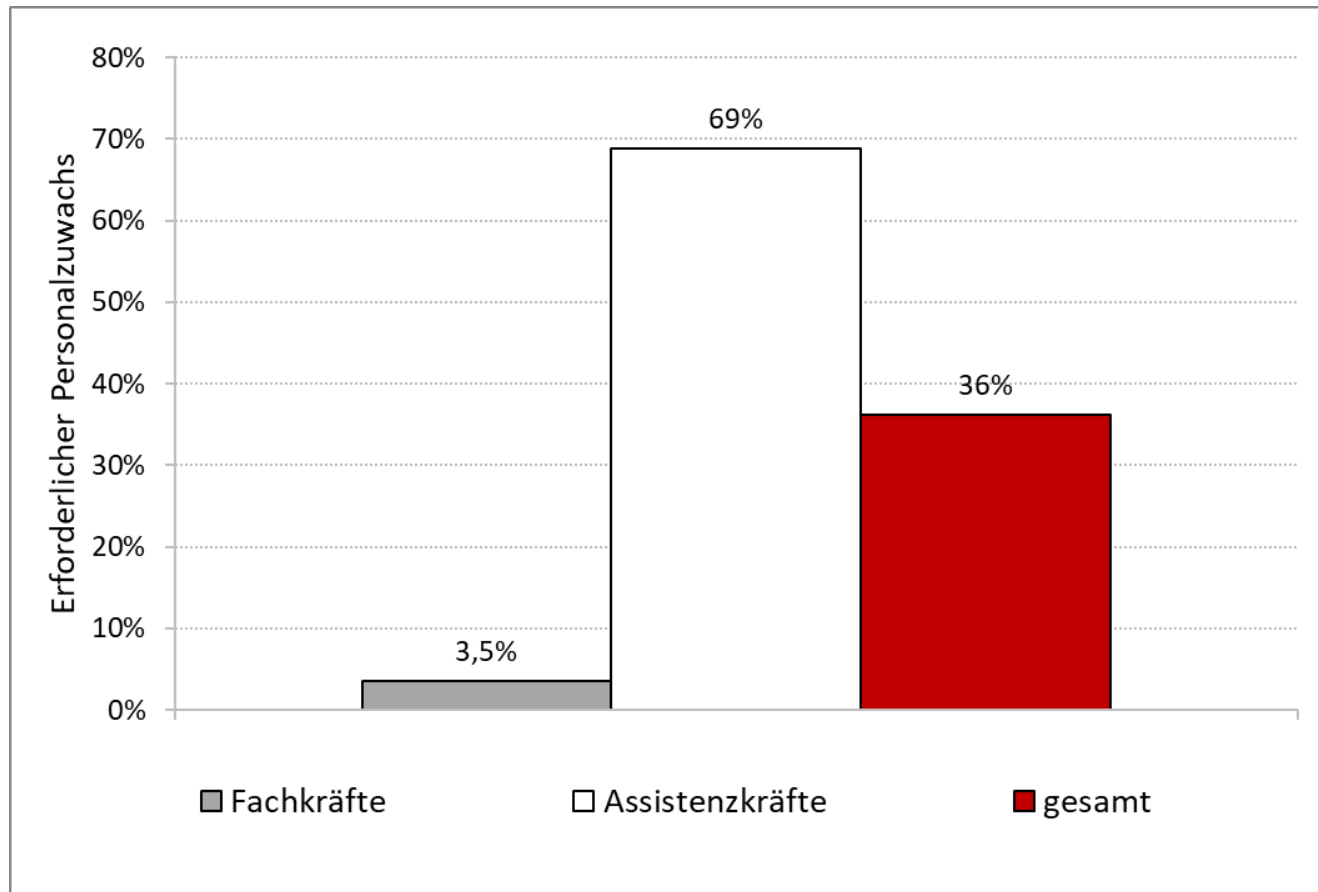


Tabellenblatt „Ergebnisse“

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

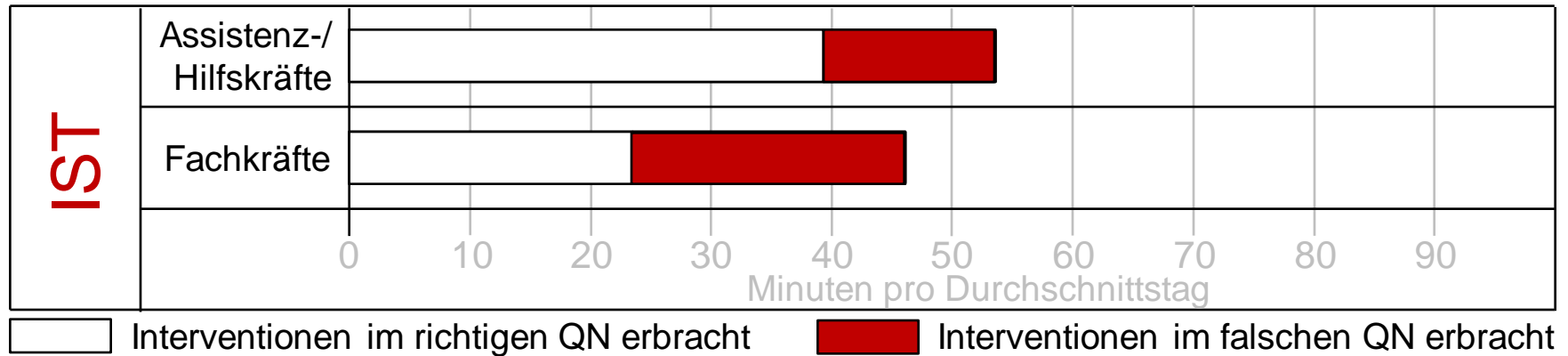


Es ergibt sich ein erheblicher Pflegekraftmehrbedarf, ganz überwiegend im Bereich von (qualifiz.) Assistenzkräften.

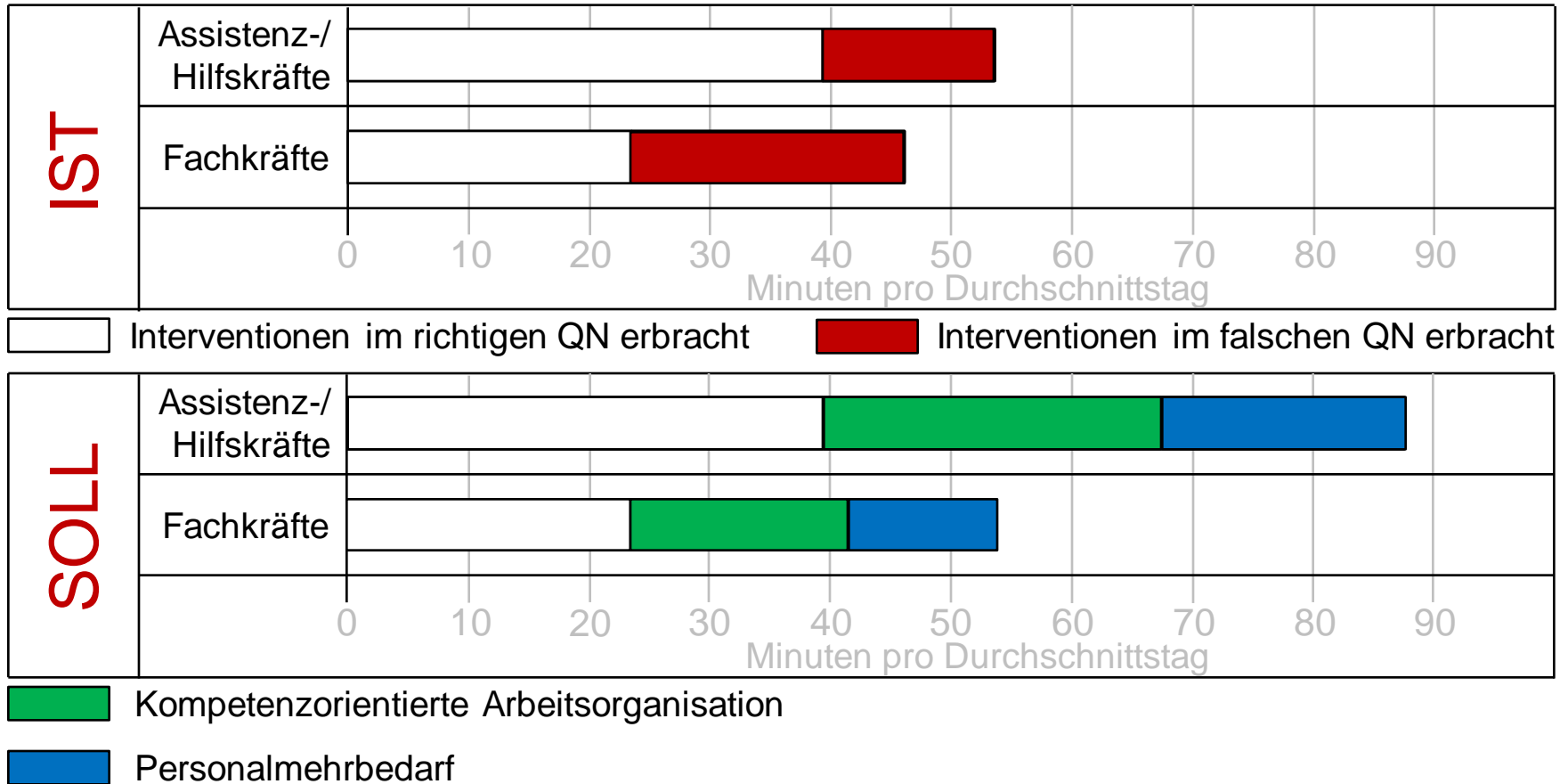


Quelle: Rothgang und das PeBeM-Team 2020

Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



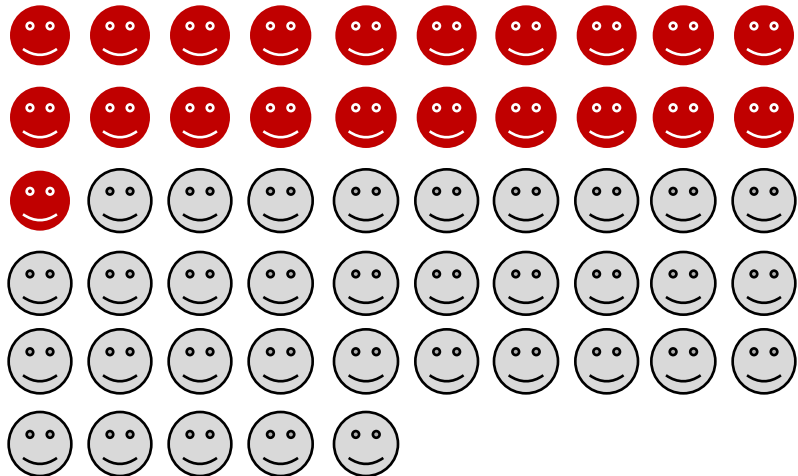
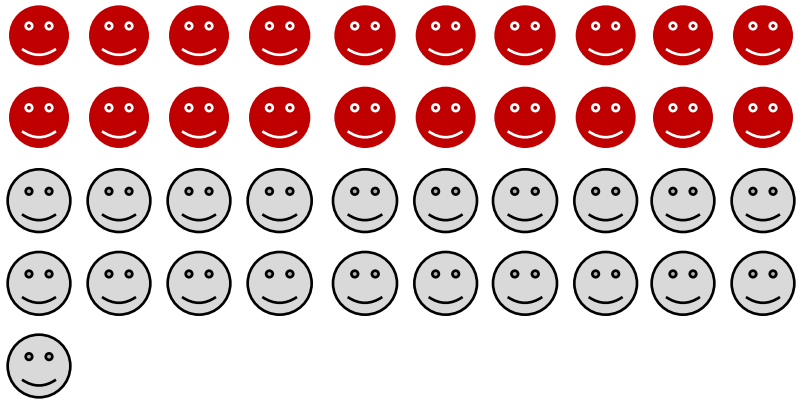
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



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

Aktuell: 41 VZÄ

Bedarf: 55 VZÄ



(Inklusive 13.000 Spahn-Stellen)

~50%

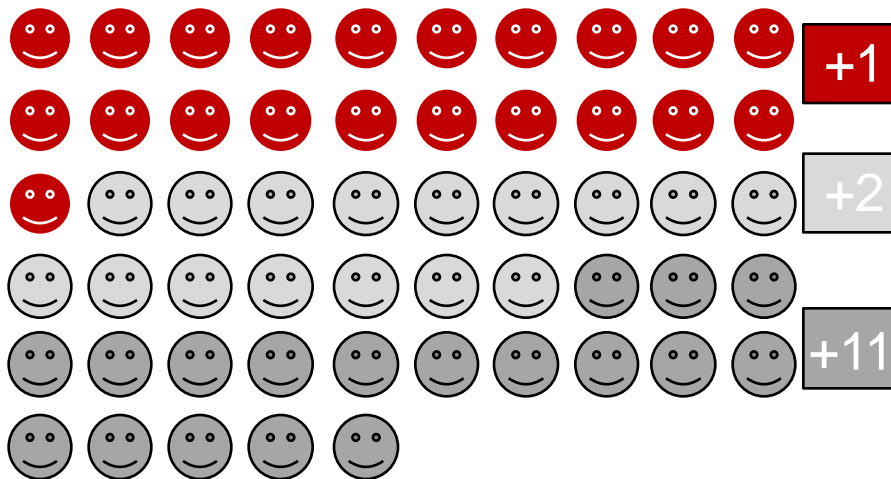
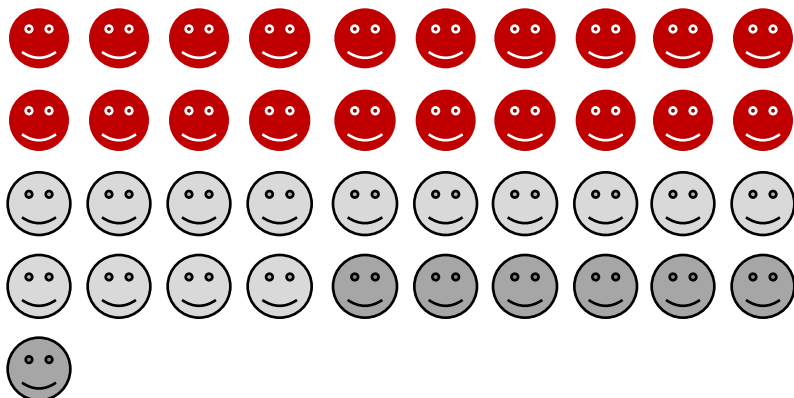
38%

 Pflegefachkräfte

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

Aktuell: 41 VZÄ

Bedarf: 55 VZÄ




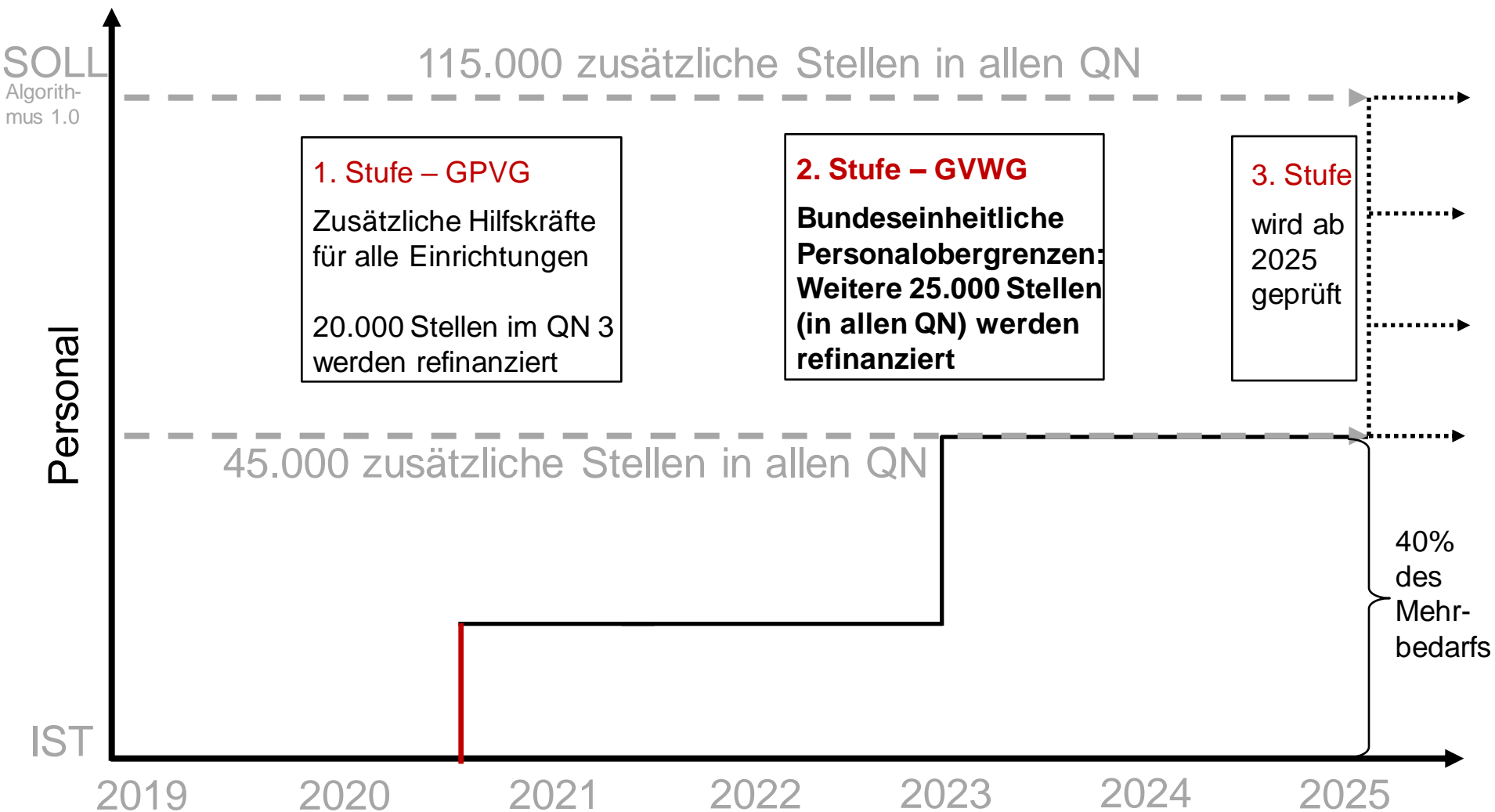
41

55

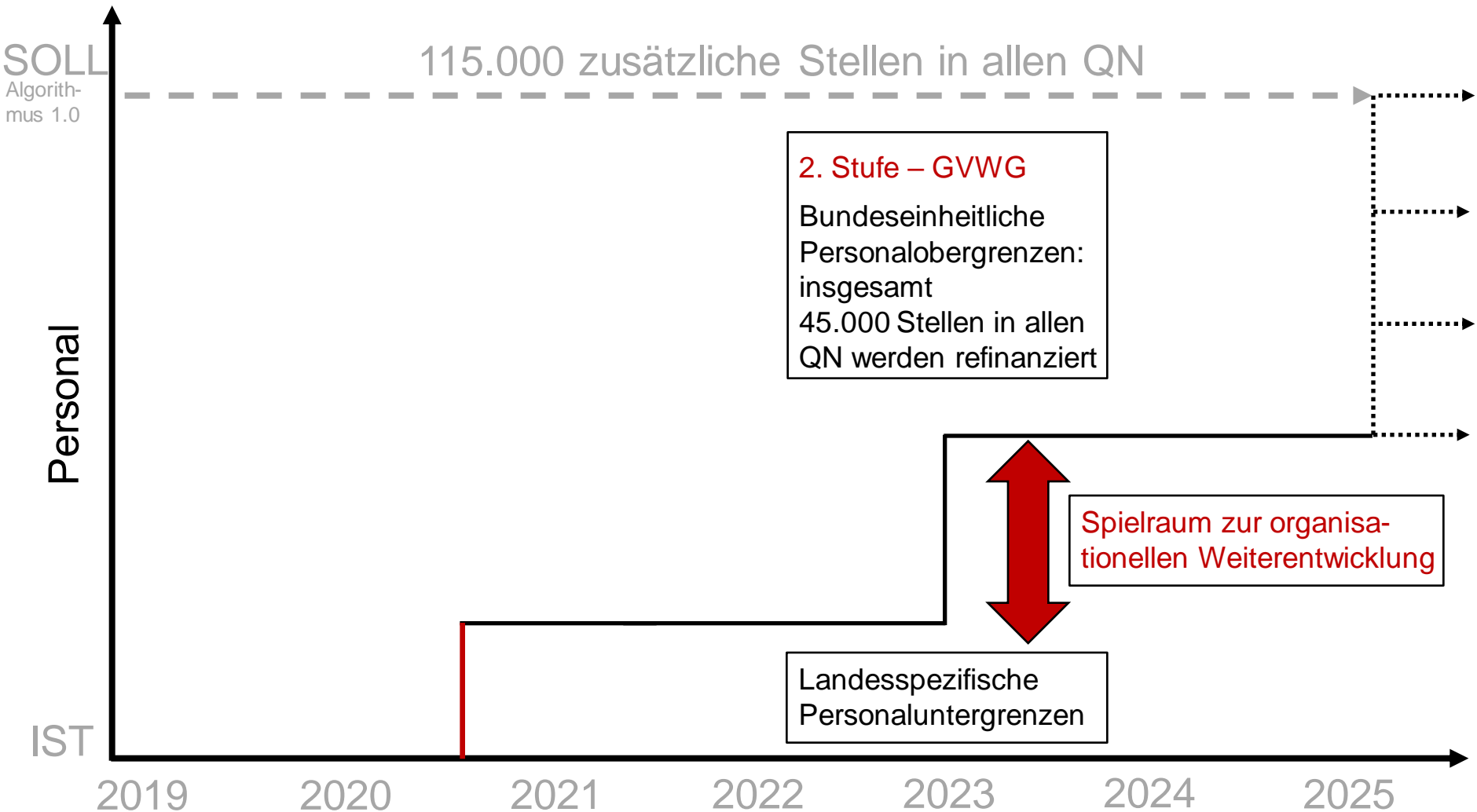
 Pflegefachkräfte

 Ausgebildete Pflegeassistenzkräfte (QN3)

 Geringer qualifizierte Pflegeassistenzkräfte (QN1&2)



- Die ab dem 1.7.2023 geltenden Regelungen des § 113c SGB XI sind *quantitative Obergrenzen*.
- Es handelt sich um *Kann*-Regelungen, aus denen (noch) keine Verpflichtungen für die Einrichtungen entstehen.
- Ordnungsrechtliche *Untergrenzen* werden durch Landesrecht bestimmt. Sie bleiben in der Regel hinter den Obergrenzen zurückbleiben.
- Solange die Länder keine Regelungen getroffen haben, gilt die *Bundesrahmenempfehlung* der gemeinsamen Selbstverwaltung, die die bestehenden IST-Regelungen als Untergrenzen definiert. Nur für diese Untergrenzen gelten die Fachkraftquoten fort.



Modellprogramm nach § 8 Abs. 3b SGB XI

- Das Modellprojekt PeBeM 3 soll dazu dienen
 1. ein Konzept zu entwickeln, wie bei Mehrpersonalisierung qualifikationsgerecht gepflegt werden kann,
 2. dieses Konzept zu erproben und weiterzuentwickeln,
 3. ein Roll-Out-Konzept für eine flächige Einführung abzuleiten und
 4. den Personalbedarf *nach* entsprechenden Organisations- und Personalentwicklungsprozessen zu bestimmen (Algorithmus 2.0).
- Ein Modellprojekt wurde
 - im Februar / August 2020 im Projektbericht gefordert,
 - im Dezember 2021 vom GKV-SV ausgeschrieben und
 - im Dezember 2022 für einen Zeitraum von 30 Monaten vergeben.

Das Leitbild der **kompetenzorientierten Bezugspflege**

- 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;
- bedeutet *nicht*, dass Pflege taylorisiert wird, sondern eine professionell differenzierte Ganzheitlichkeit entsteht;
- schließt nicht nur an die formalen Qualifikationen, sondern auch an die Fähigkeiten und Prioritäten der Pflegenden an
→ kompetenz- und nicht nur qualifikationsorientiert.

A. Kompetenzorientierte Leistungserbringung

- Zuordnung von Qualifikationsniveaus zu geplanten Maßnahmen
- Qualifikationsorientierte Arbeitsorganisation
- unter Berücksichtigung von Bezugspflegekonzepten

Kann bei jeder Personalmenge optimiert werden

B. Erbringung der „richtigen“ Leistungen

„Mengenzuschläge“ erfordern Mehrpersonalisierung

C. „Richtige“ Erbringung der Leistungen

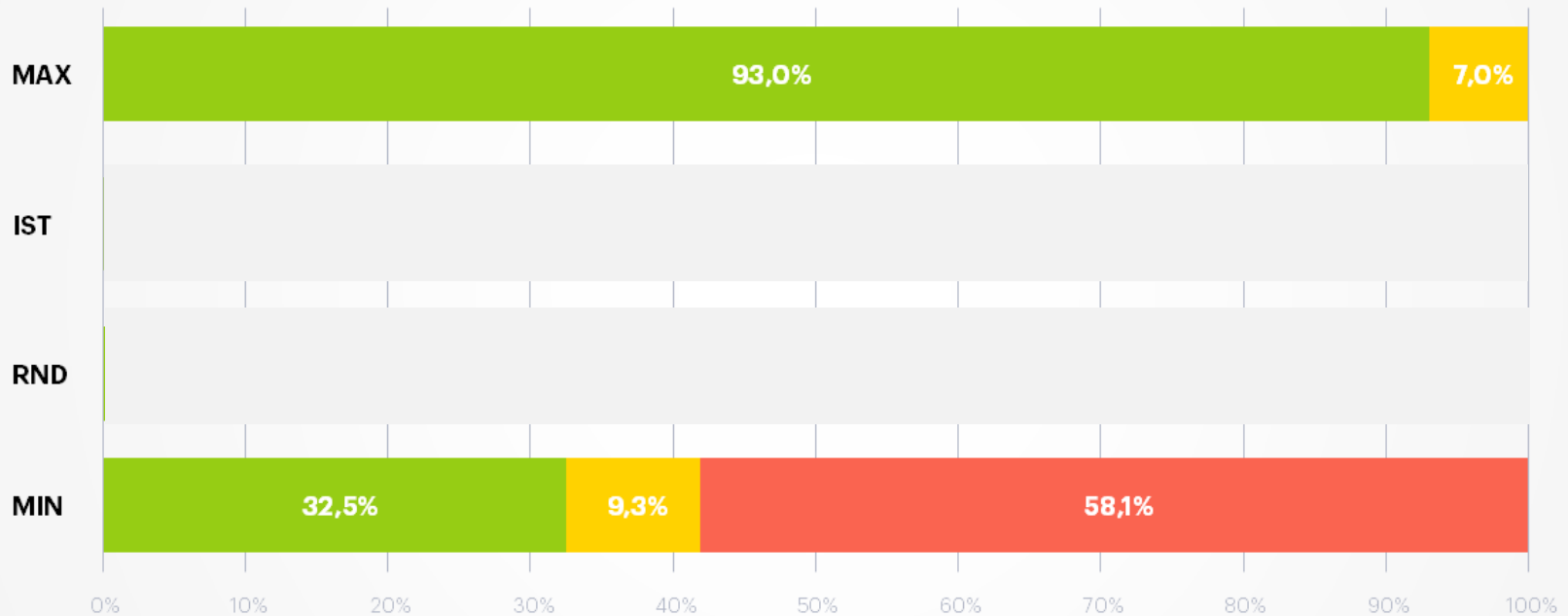
„Zeitzuschläge“ erfordern Mehrpersonalisierung

Die Umsetzung kompetenzorientierter Bezugspflege erfordert das Durchlaufen von vier Schritten:

1. IST-Analyse der vorhandenen Qualifikationsniveaus, Kompetenzen und Potentiale
2. IST-Analyse der Arbeitsorganisation
3. Partizipative Entwicklung SOLL-Vision
4. Change Prozess – Der Weg vom IST zum SOLL

- Vorgehen der individuellen Kompetenzen
 - Erhebung der aktuellen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche
 - Ermittlung des vorhandene Wissen und Können
 - Abgleich der tatsächlichen Kompetenzen mit den im jeweiligen Qualifikationsniveau (QN) unterstellten
 - Weiterqualifizierung oder Anpassung der Aufgabenbereiche
- Von der Qualifikations- zur Kompetenzorientierung
- Instrumente zur Kompetenzanalyse wurden entwickelt, werden aktuell angewendet und dann angepasst. Auch andere Instrumente sind grundsätzlich geeignet.

Arbeitsorganisation im IST

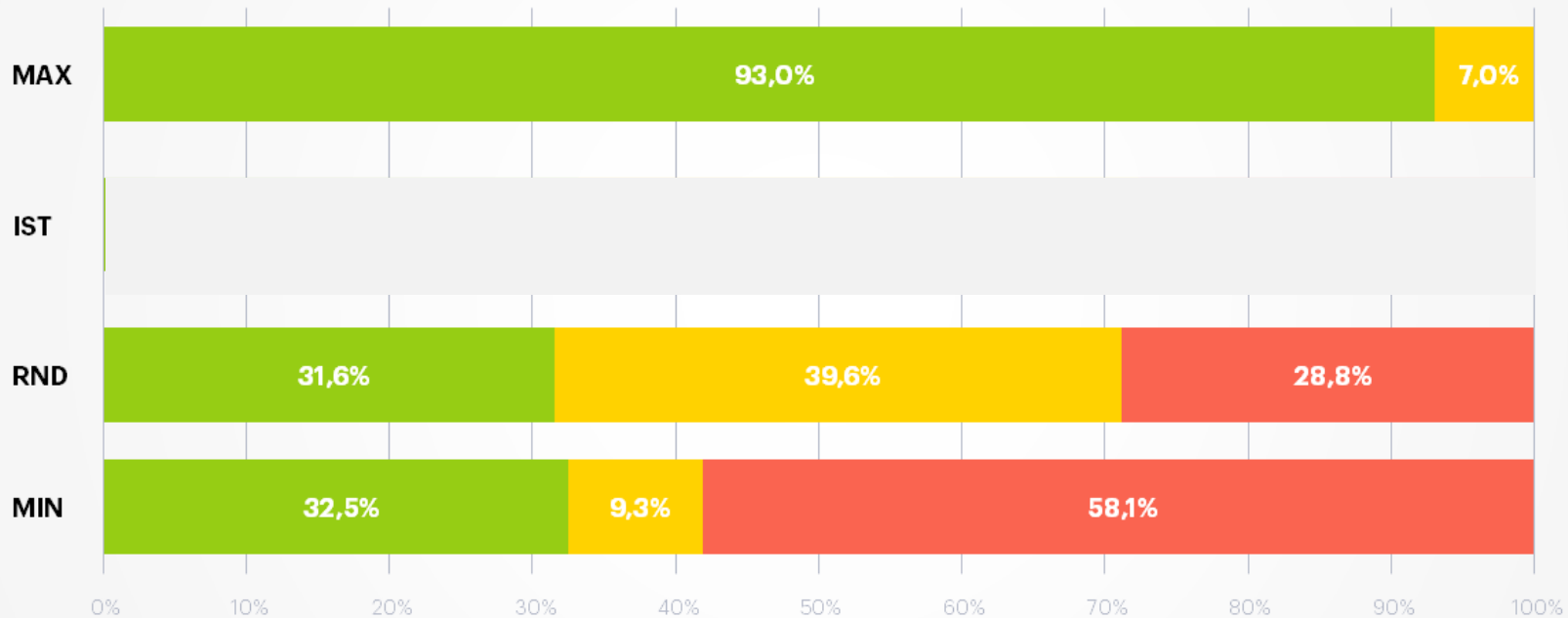


Echtdatenanalyse (122 Pflegeplätze, 10 Tage, 28.025 Datensätze)

qualifikationsgerecht
überqualifiziert
unterqualifiziert

Copyright: Michael Faust, Carina Grimm

Arbeitsorganisation im IST

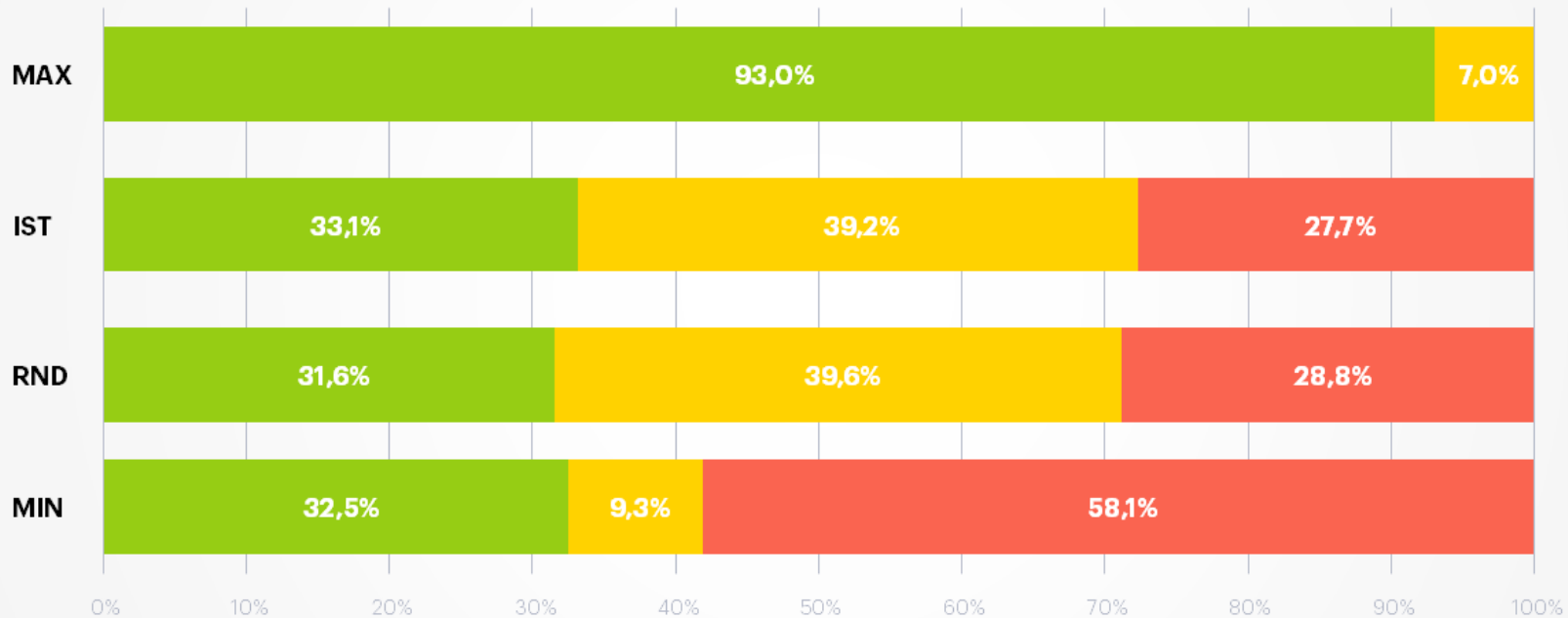


Echtdatenanalyse (122 Pflegeplätze, 10 Tage, 28.025 Datensätze)

qualifikationsgerecht
überqualifiziert
unterqualifiziert

Copyright: Michael Faust, Carina Grimm

Arbeitsorganisation im IST

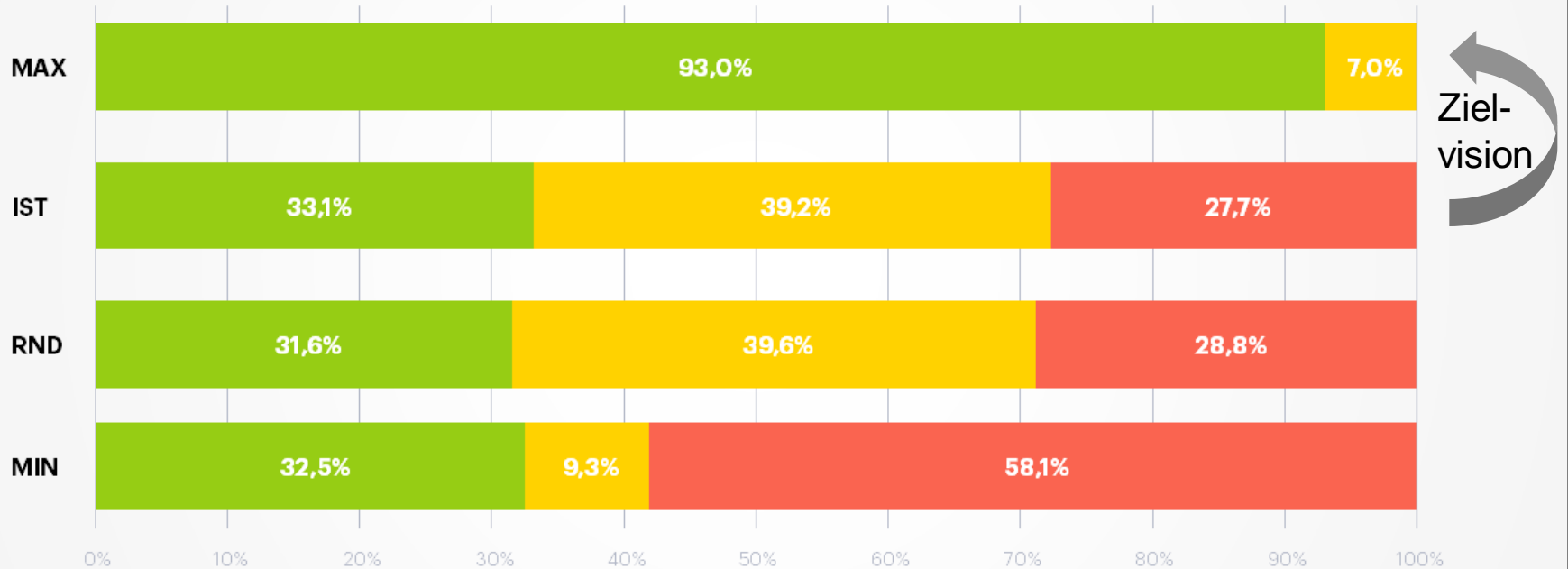


Echtdatenanalyse (122 Pflegeplätze, 10 Tage, 28.025 Datensätze)

qualifikationsgerecht
überqualifiziert
unterqualifiziert

Copyright: Michael Faust, Carina Grimm

Arbeitsorganisation im IST



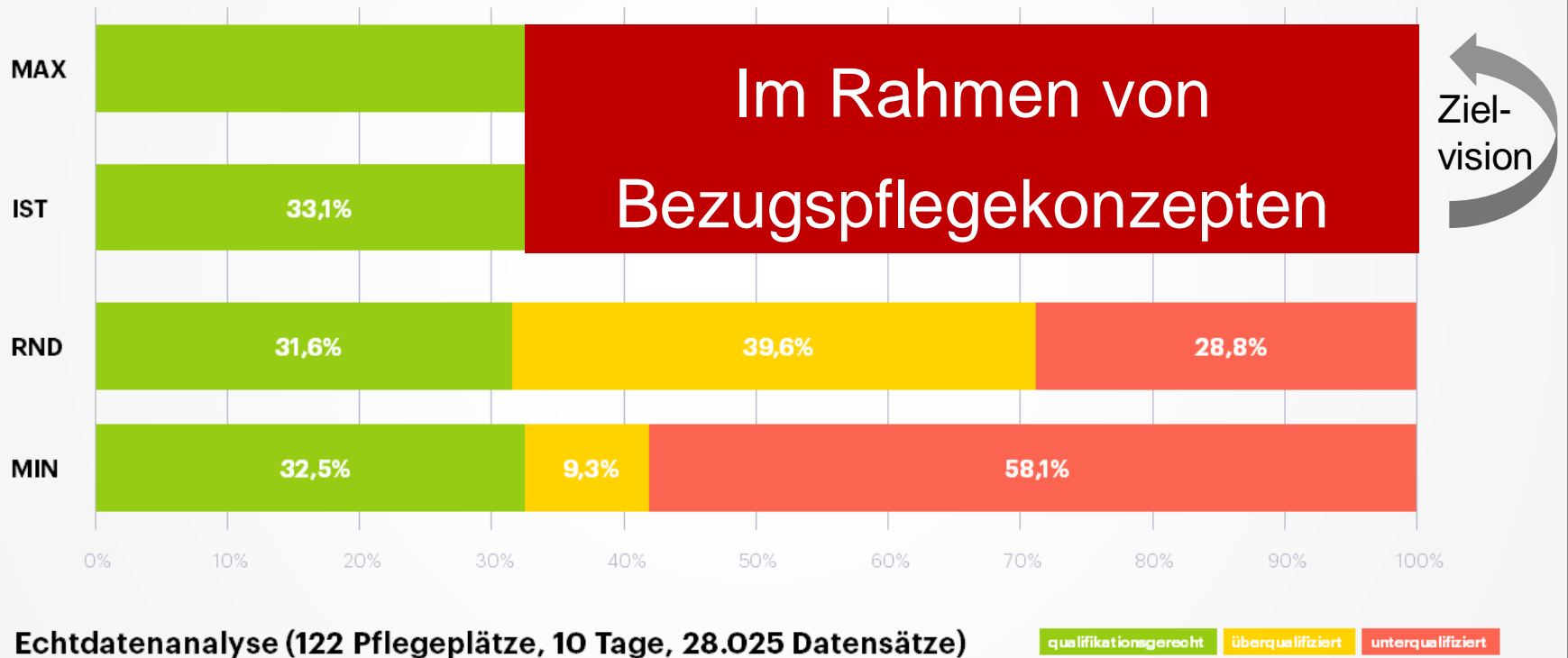
Zielvision

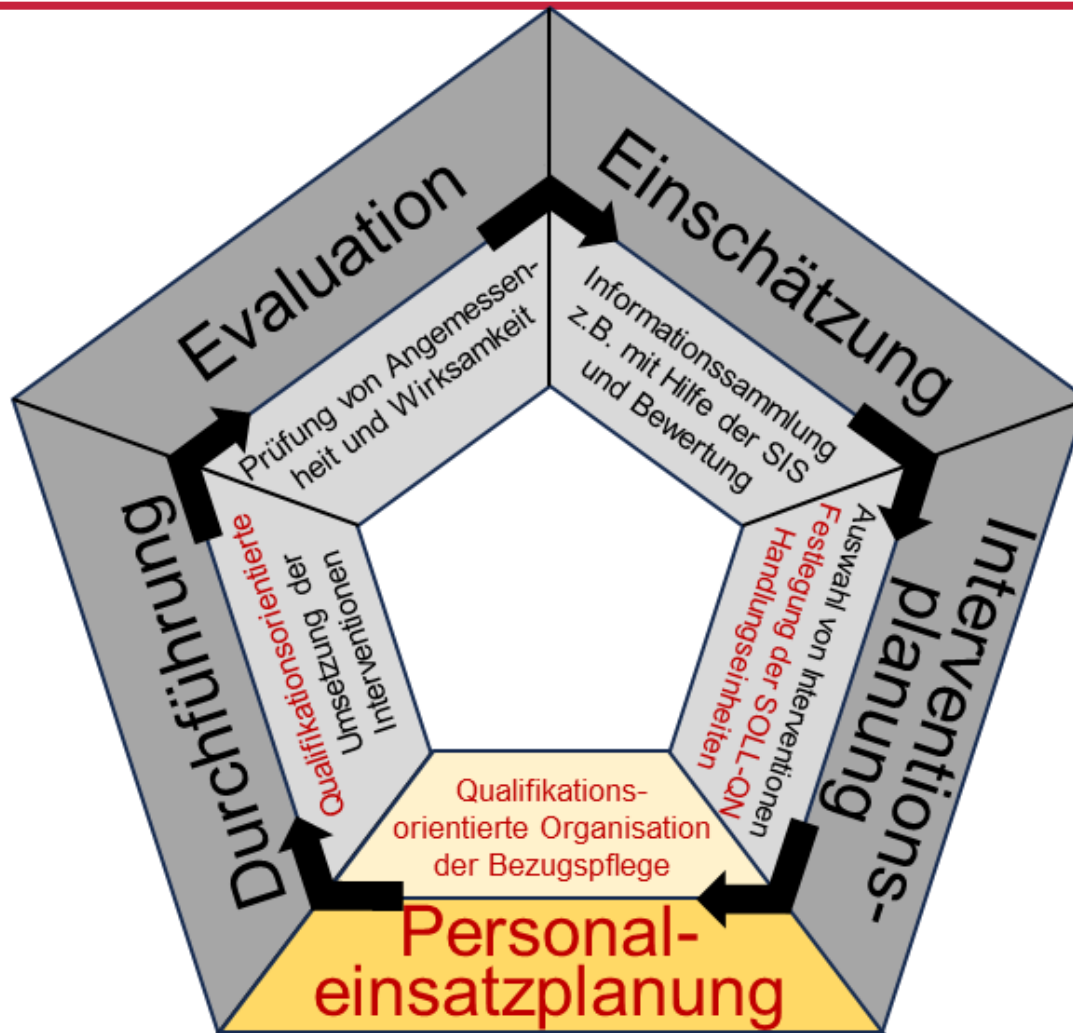
Echtdatenanalyse (122 Pflegeplätze, 10 Tage, 28.025 Datensätze)

qualifikationsgerecht überqualifiziert unterqualifiziert

Copyright: Michael Faust, Carina Grimm

Arbeitsorganisation im IST





**kompetenzorientierter Personaleinsatzplanungsprozess
aufbauend auf dem Pflegeprozess**

- Der Veränderungsprozess muss **einrichtungsindividuell**, **partizipativ** und **iterativ** mit allen Mitarbeitenden durchgeführt werden
- Als Ergebnis des Modellprojektes werden **prototypische Umsetzungskonzepte** entstehen – allerdings erst nach Projektende zur Verfügung stehen
- Bis dahin sollten Einrichtung sich auf den Weg machen durch
 - Analyse des Ist-Zustands,
 - Entwicklung einer Zielvision und
 - Kompetenzanalyse und Weiterqualifizierung von Mitarbeitenden.

- Kompetenzanalysen sind wichtig und helfen Personalgespräche zu strukturieren, werden aber teilweise als zu umfangreich wahrgenommen.
- IST-Analyse der Arbeitsorganisation führt häufig zu „Überraschungen“.
- Bei SOLL-Vision steht derzeit die Kompetenzorientierung im Vordergrund. Planung der „richtigen“ Leistungen und „richtige“ Leistungserbringung, sind nachgelagert
- Zentrale Herausforderungen bei der Umsetzung sind
 - Bereitstellung des Mehrpersonals,
 - neue qualifikationsgerechte Rollendefinition für Pflegekräfte,
 - Leistungsfähigkeit der Dokumentations- und Planungssoftware.

- Gewinnen, Halten und Zurückgewinnen von Pflegepersonal ist der entscheidende Faktor für den Erfolg von Pflegeeinrichtungen und für die Sicherstellung der Versorgung.
- Notwendig hierfür ist die Steigerung der **Attraktivität** des Arbeitsplatzes durch verbesserte **Arbeitsbedingungen**, die zentral von der **Personalausstattung** abhängen.
 - Das neue Personalbemessungsverfahren ermittelt nach Qualifikationsniveaus differenzierte **bedarfsgerechte Personalmengen**. Seine empirisch-normative Methodik ist grundsätzlich auch auf andere Bereiche übertragbar.
 - Seine Umsetzung erfordert aber Personal- und Organisationsentwicklung.

- Mit dem GVWG ermöglicht der Gesetzgeber die Refinanzierung höherer Personalschlüssel.
- Die Schaffung von zusätzlichen Stellen trotz unbesetzter Stellen ist paradox – aber notwendig als „Flucht nach vorne“.
- Einrichtungen, die die Chance nutzen, werden als „Leuchtturm“ Nachahmer inspirieren.
- Wenn Pioniere zeigen, dass bessere Arbeitsbedingungen dauerhaft möglich sind, kann das dazu führen, dass
 - Pflegekräfte im Beruf verbleiben, die ansonsten aus dem Beruf ausscheiden würden,
 - mehr Menschen für die Altenpflege gewonnen werden können,
 - bereits ausgeschiedene Pflegekräfte in den Beruf zurückkehren.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

- Burfeindt, Corinna / Darmann-Finck, Ingrid / Stammann, Carina / Stegbauer, Constanze / Stolle-Wahl, Claudia / Zündel, Matthias / Rothgang Heinz (2024): Study protocol for the development, trial, and evaluation of a strategy for the implementation of qualification-oriented work organization in nursing homes, in: BMC Nursing Mar 26;23(1):201; doi: [10.1186/s12912-024-01883-3](https://doi.org/10.1186/s12912-024-01883-3), open access.
- 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>.
- 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 DGBB-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.

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, Wagner Christian (2019): Quantifizierung der Personalverbesserungen in der stationären Pflege im Zusammenhang mit der Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Quantifizierung_der_Personalverbesserungen.pdf.

Rothgang, Heinz / Heinze, Franziska / Wagner, Christian / Kalwitzki, Thomas (2021a): Auswirkungen der aktuellen Pläne zur Finanzreform der Pflegeversicherung. <https://www.dak.de/dak/download/studie-2413956.pdf>.

Rothgang, Heinz / Heinze, Franziska / Wagner, Christian / Kalwitzki, Thomas (2021b): Auswirkungen der Regelungen des GVWG auf die stationären Pflegekosten und ihre Aufteilung.
<https://www.dak.de/dak/download/studie-2476878.pdf>

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>.