

Von der Personalbemessung zur kompetenzorientierten Arbeitsorganisation

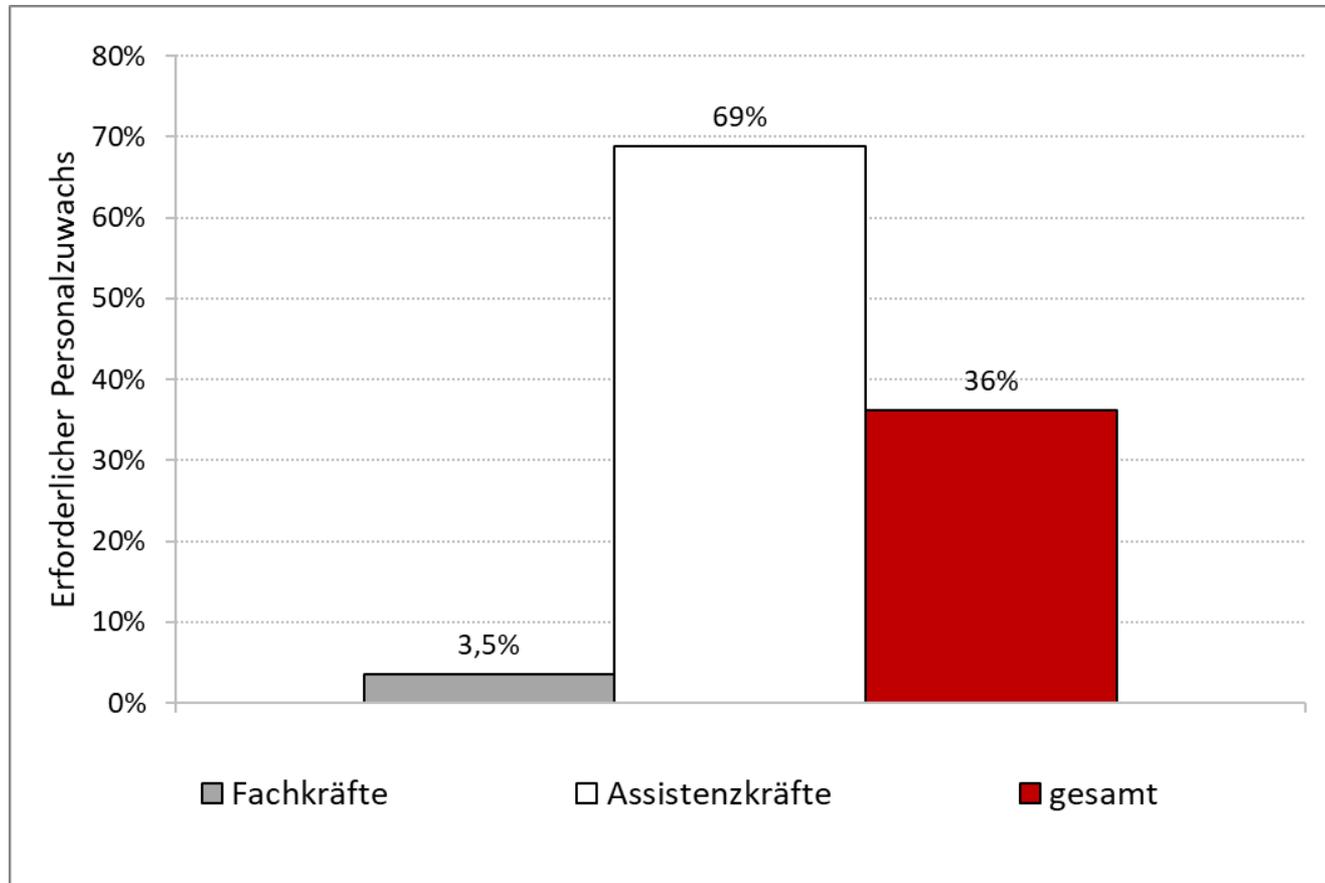
**3. Altenhilfekongress des Caritasverbandes
für die Diözese Münster am 10.5.2023 in Münster**

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. Zielvision: Kompetenzorientierte Arbeitsorganisation
- IV. Fazit

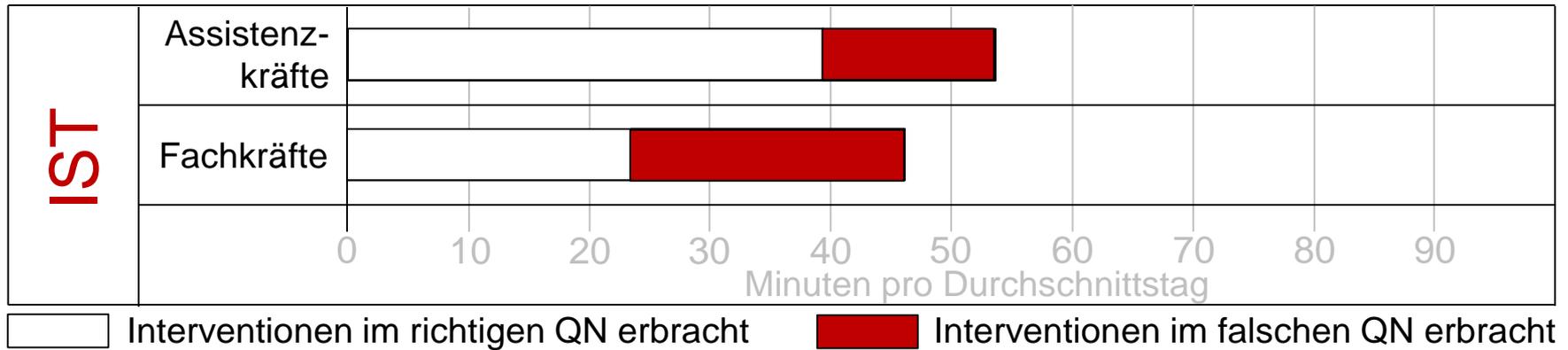
- I. Zentrale Ergebnisse des Projekts zur Entwicklung eines Personalbemessungsinstruments
- II. Stand der Umsetzung
- III. Zielvision: Kompetenzorientierte Arbeitsorganisation
- IV. Fazit

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

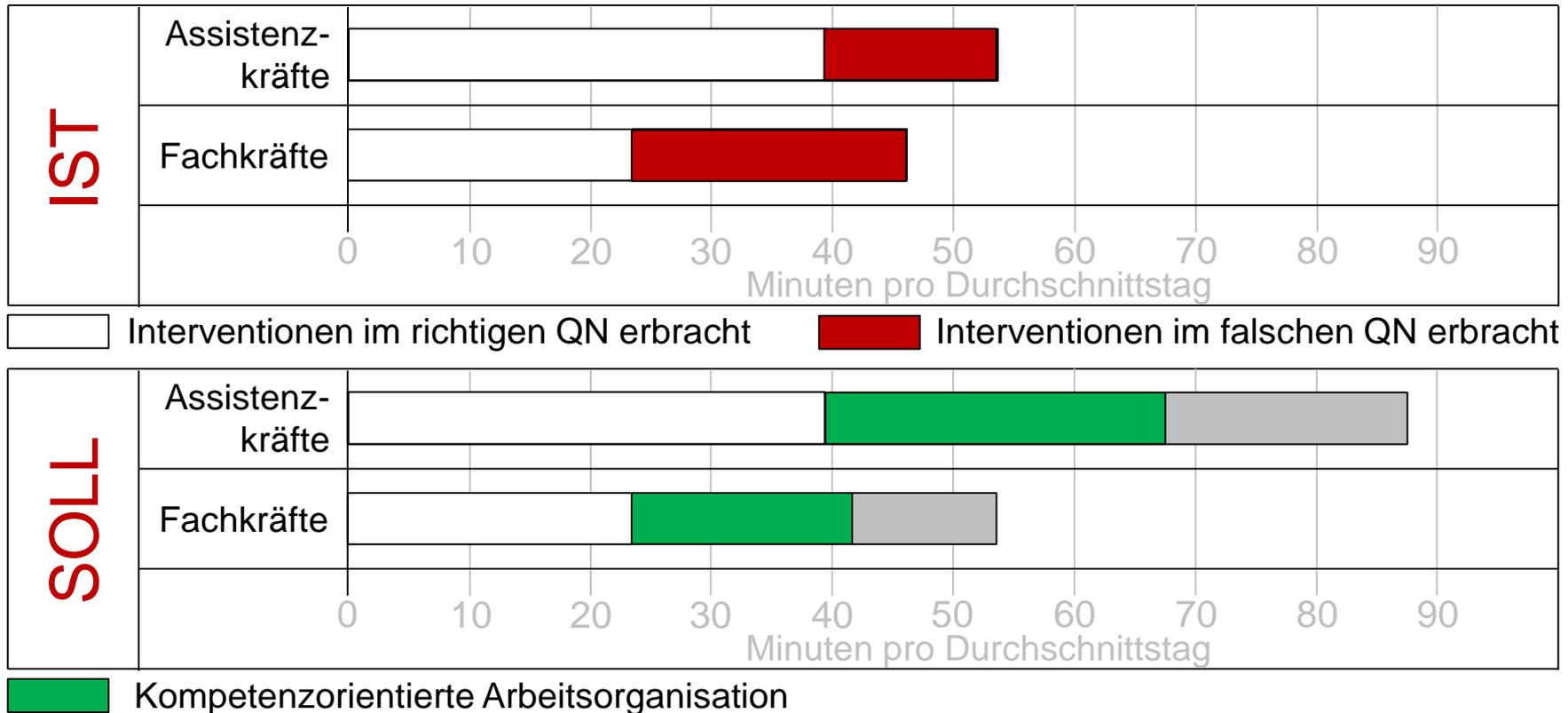


Quelle: Rothgang und das PeBeM-Team 2020

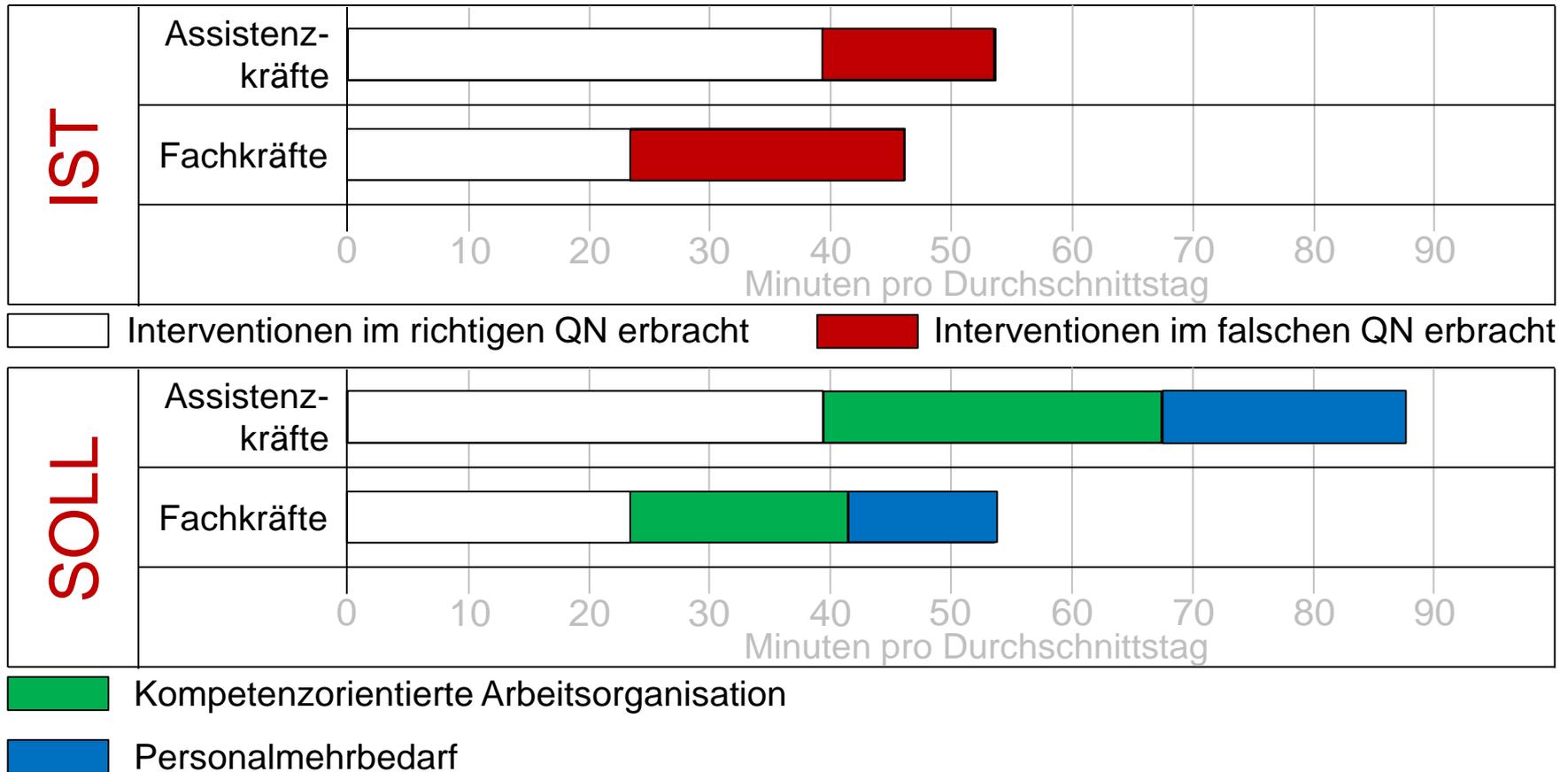
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



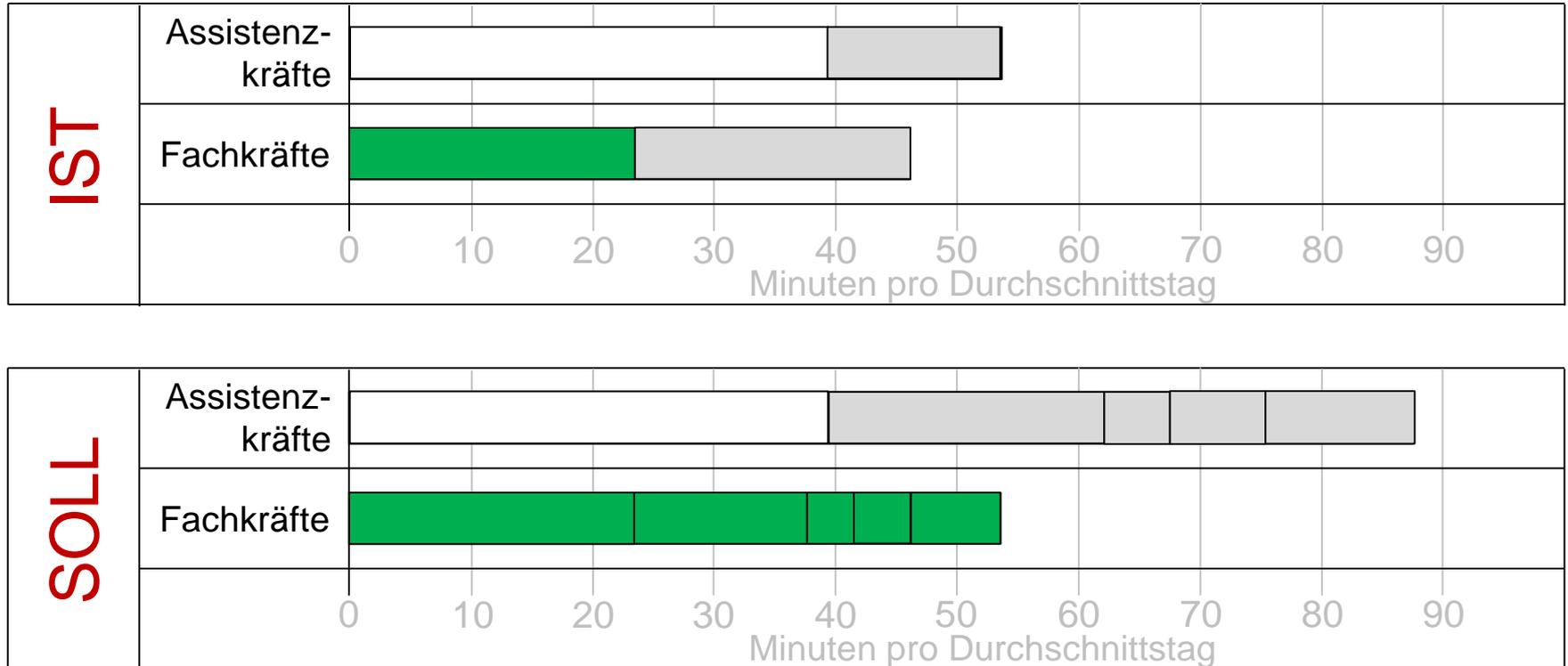
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



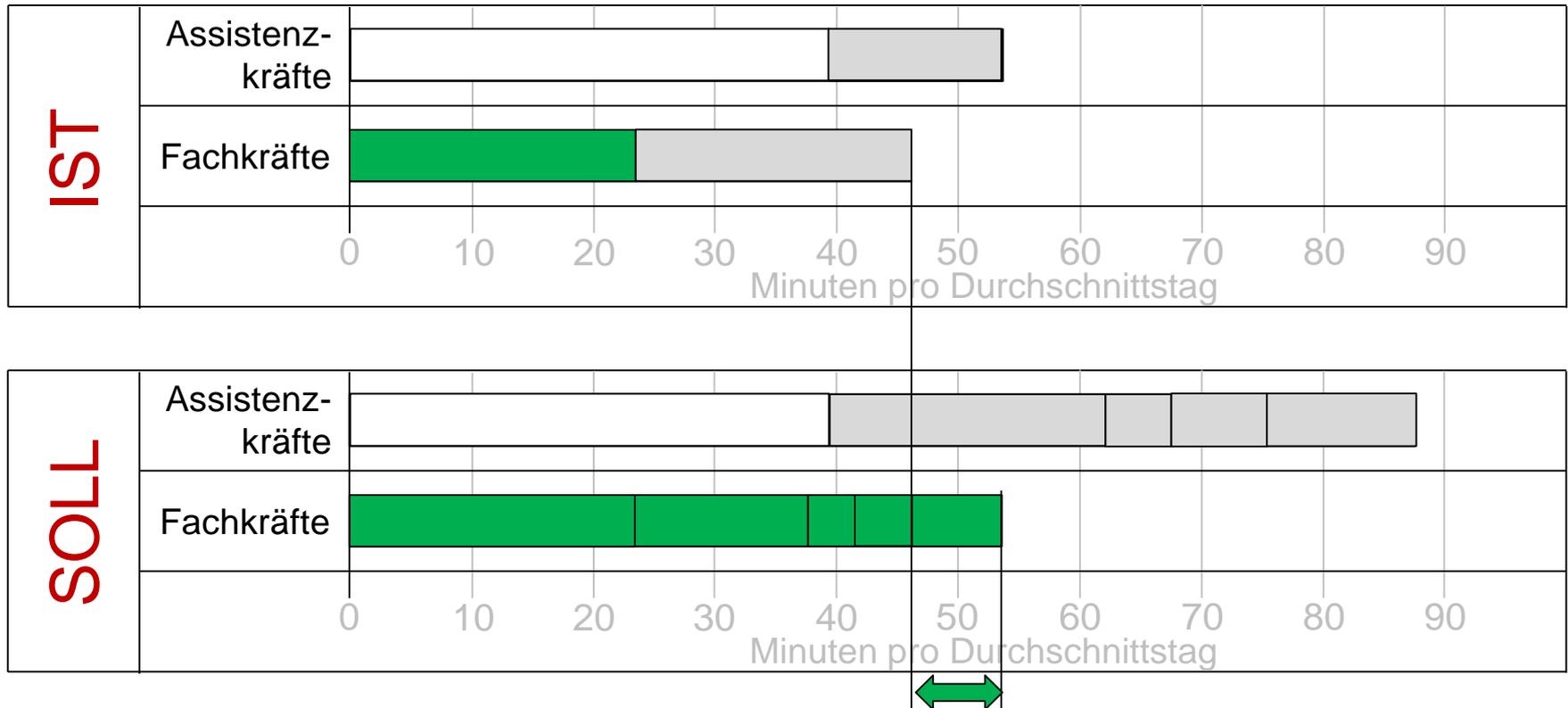
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus

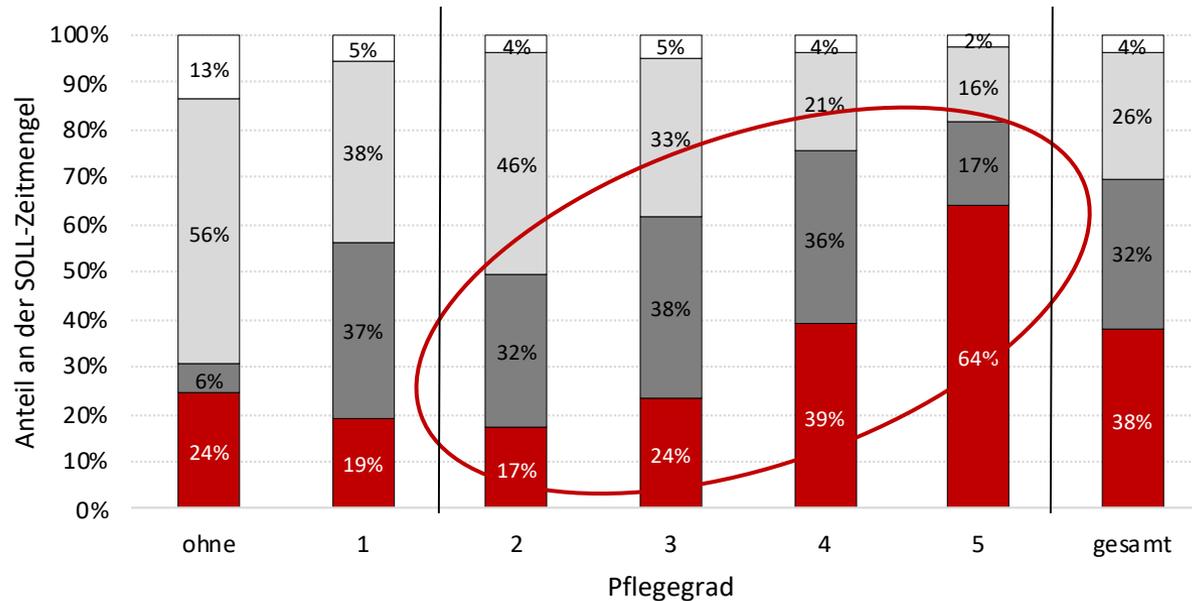


Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



- 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)

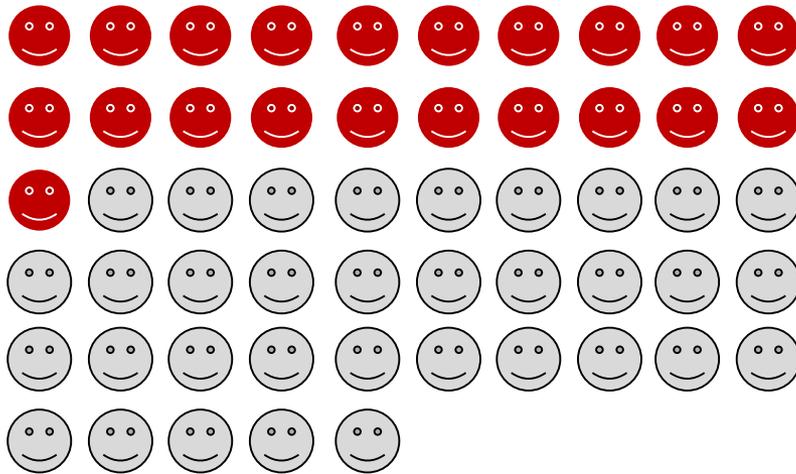
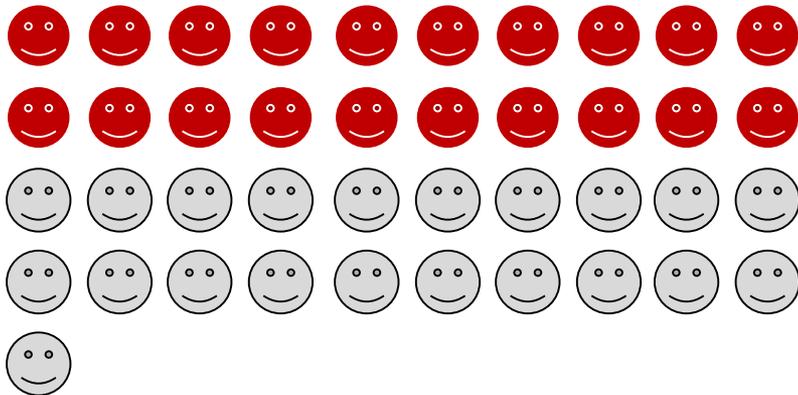
Quelle: Rothgang und das PeBeM-Team 2020

- 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% Fachkraftanteil,
 - 32% Anteil für 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%

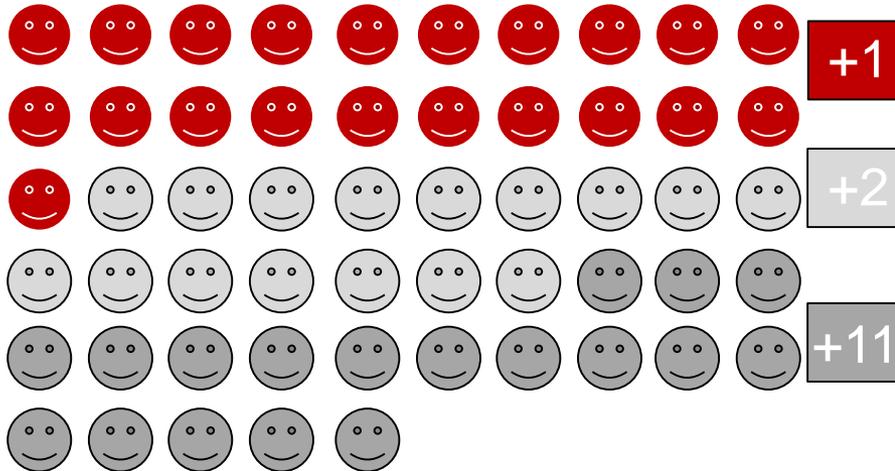
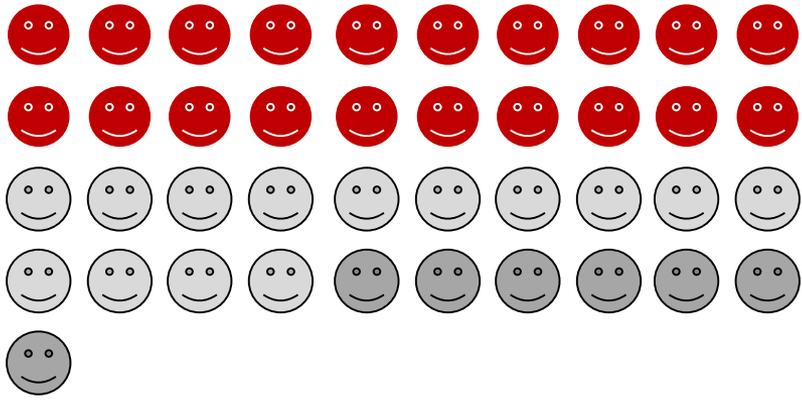
38%

 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

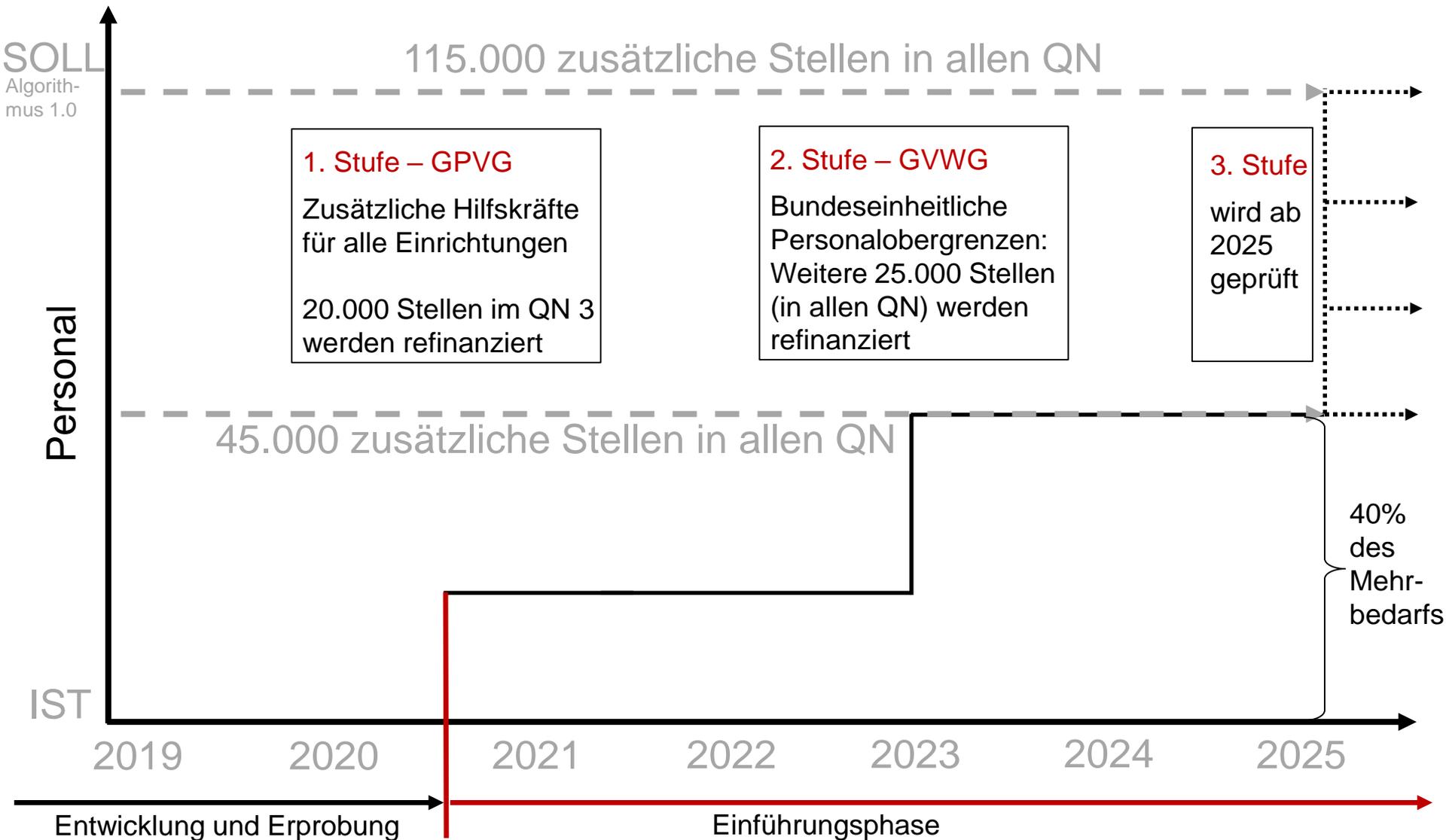
➤ Organisationsentwicklung

- 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. Zentrale Ergebnisse des Projekts zur Entwicklung eines Personalbemessungsinstruments
- II. Stand der Umsetzung**
- III. Zielvision: Kompetenzorientierte Arbeitsorganisation
- IV. Fazit



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 an die Uni Bremen und Projektpartner vergeben.
- Arbeit in Einrichtungen startet erst im Frühjahr/Sommer 2023.

- 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

Bundesrahmenempfehlung der gemeinsamen Selbstverwaltung

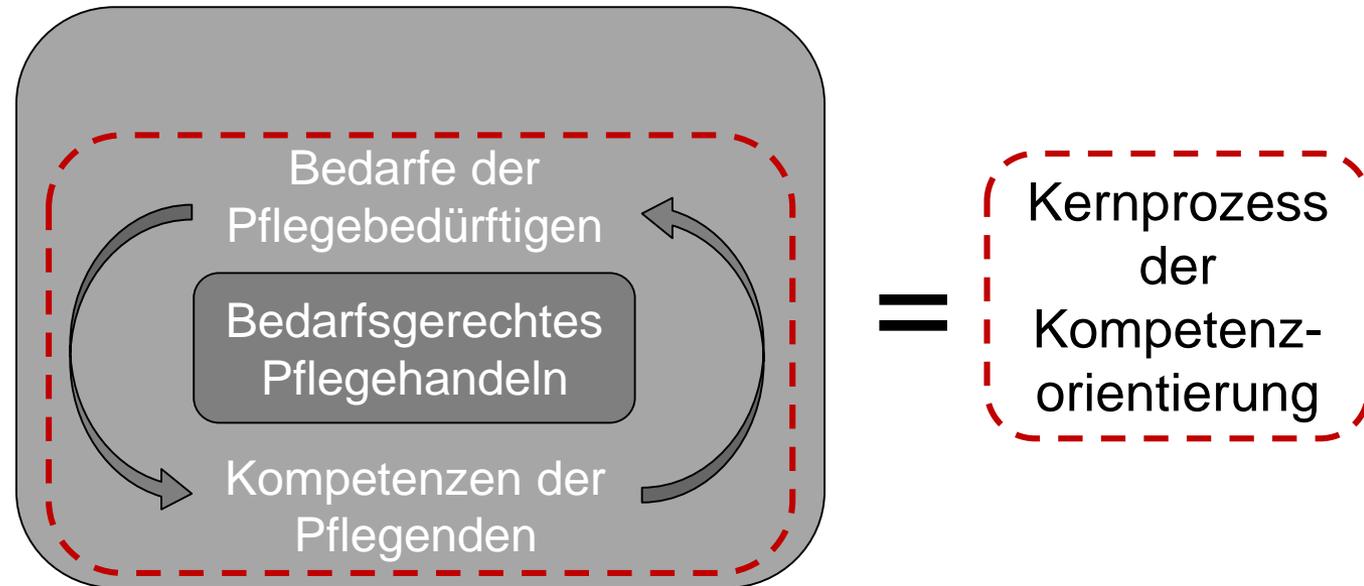
- Als Untergrenzen gelten die IST-Werte
 - aus den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI
 - der Vereinbarungen der Landespflegekommission
 - der bis zum 30.6.2023 abgeschlossenen Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 SGB XI.
- Für diese Untergrenzen gelten die Fachkraftquoten fort:
 - „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**.“

- I. Zentrale Ergebnisse des Projekts zur Entwicklung eines Personalbemessungsinstruments
- II. Stand der Umsetzung
- III. Zielvision: Kompetenzorientierte Arbeitsorganisation**
- IV. Fazit

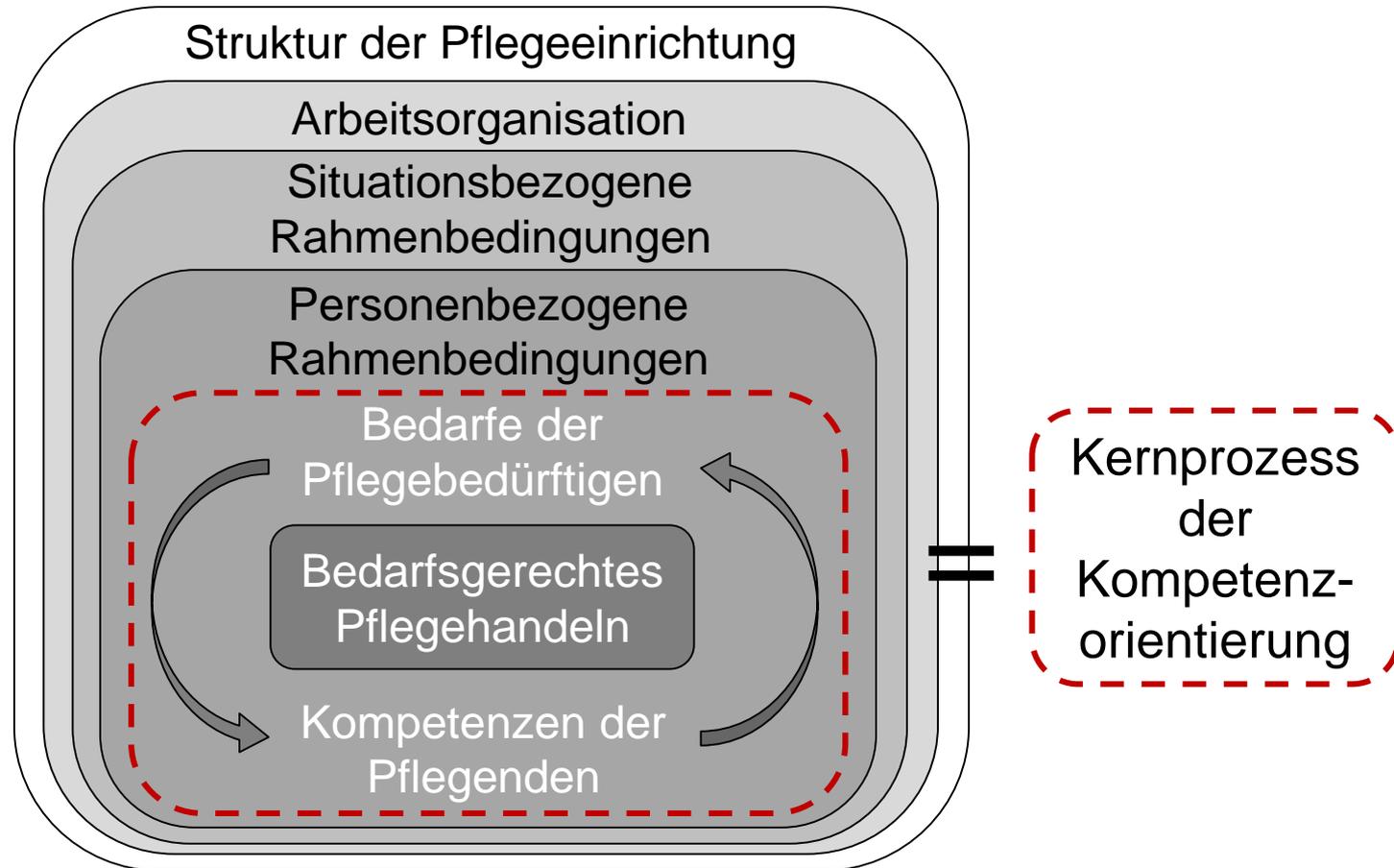
- Die tägliche Arbeitsorganisation in stationären Einrichtungen ist auf Kompensation
 - zu geringer Personalmengen und eines
 - nicht bedarfsgerechten Qualifikationsmixesausgerichtet.
- Wesentliche Herausforderung durch die Einführung des Personalbemessungsverfahrens ist die Veränderung dieser bestehenden 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.

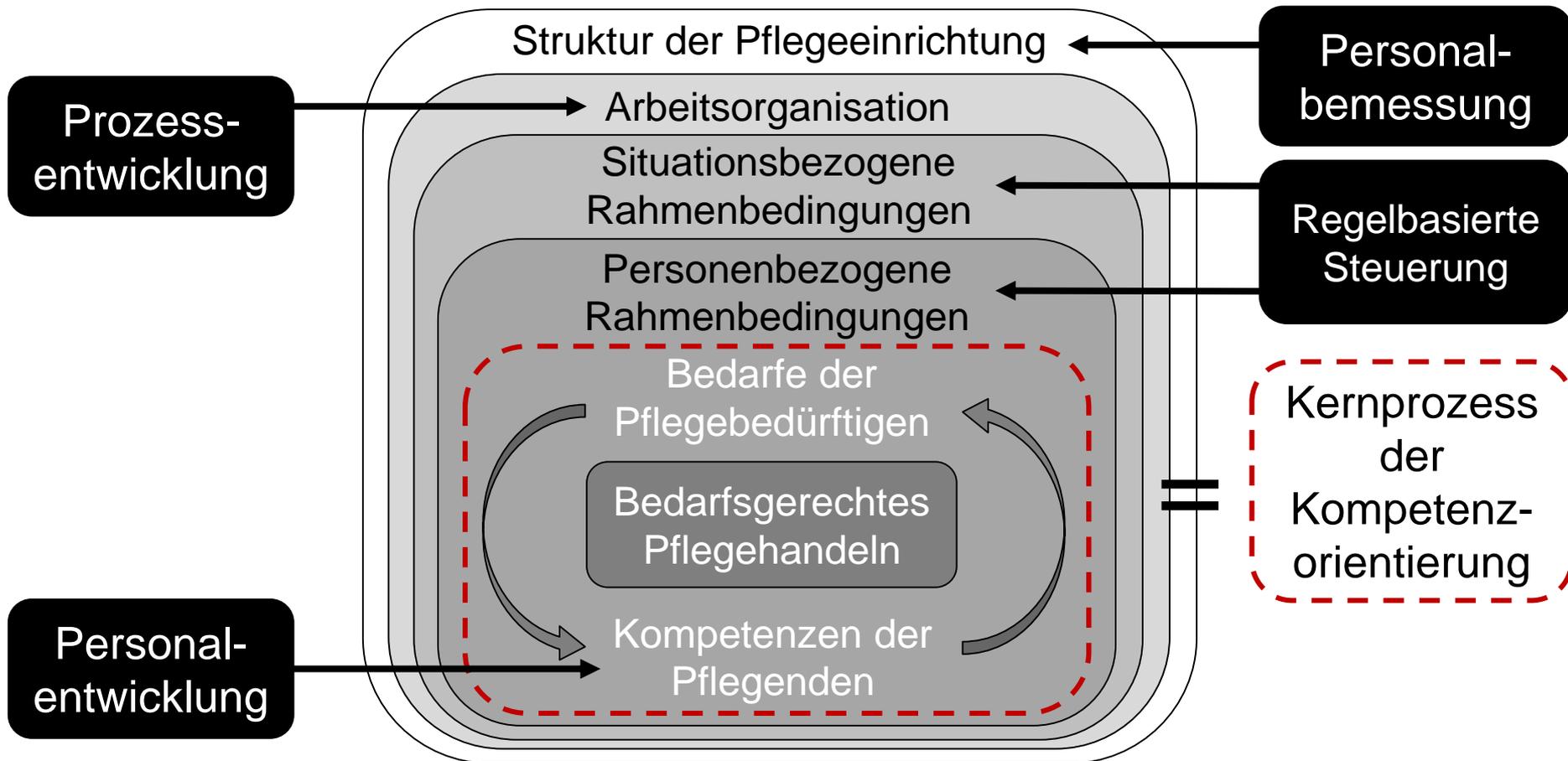
Ziel der Mehrpersonalisierung in Bezug auf Pflegequalität:
Ermöglichung bedarfsgerechten Pflegehandelns



Ziel der Mehrpersonalisierung in Bezug auf Pflegequalität:
Ermöglichung bedarfsgerechten Pflegehandelns



Ziel der Mehrpersonalisierung in Bezug auf Pflegequalität:
Ermöglichung bedarfsgerechten Pflegehandelns



- Im Mittelpunkt steht die Frage: „Wer kann welche Interventionen bei/mit welcher/m Pflegebedürftigen fachgerecht erbringen - und entspricht das dem QN?“
- Hiermit kann geklärt werden, welche Personen erst dazu befähigt werden müssen, entsprechend ihres Qualifikationsniveaus eingesetzt zu werden und welche Personen in der Arbeitsorganisation eine anderen Qualifikationsniveau zugeordnet werden sollten.
- Entsprechend des QMM angepasste Arbeitshilfen zur Kompetenzanalyse sind im Modellprogramm gerade in Ausarbeitung.

- Auf Basis der Arbeitsablaufanalyse und einer individuellen Kompetenzanalyse kann der Arbeitseinsatz verbessert und Planungen vorgenommen werden, die Grundlage für Weiterentwicklung und Rekrutierung von (Mehr)Personal sind.
- Die Frage lautet dabei: „Wie soll 10/20/30% Mehrpersonal den Pflegealltag unserer Einrichtung verändern und welche Kompetenzen brauchen wir dafür?“
- Möglichkeiten hierzu sind
 - Optimierung der qualifikationsgerechten Arbeitsorganisation, zur Qualitätssicherung und zum Abbau von Überforderungen
 - Kompetenzorientierte individuelle (Nach)Qualifikation
 - Entwicklung von stabilen Bezugspflegekonzepten unter Einbezug qualifizierter Hilfskräfte

- Als Vision für den Arbeitseinsatz einer modernen und zukunftsfesten Pflegeeinrichtung können *stabile, digital moderierte und kompetenzorientierte Strukturen* dienen.
- Dies erfordert eine erbringungsbezogene Steuerung der Passung zwischen Bewohner:innen-Bedarf und Kompetenz der jeweils pflegenden Person.

- I. Zentrale Ergebnisse des Projekts zur Entwicklung eines Personalbemessungsinstruments
- II. Stand der Umsetzung
- III. Zielvision: Kompetenzorientierte Arbeitsorganisation
- IV. Fazit**

Warum ist die Personalbemessung für die Sicherung des Pflegesystems wichtig – gerade weil nicht alle Stellen direkt besetzt werden können?

- Das Personalbemessungsverfahren ist ein (erster) Schritt zur nachhaltigen Entwicklung der Pflege.
- Rekrutierung und refinanzierter Einsatz von Mehrpersonal ist (noch) keine Verpflichtungen, sondern eine Möglichkeit.
- Mehrpersonalisierung(smöglichkeiten) bilden auf Strukturebene die Voraussetzung für bessere Arbeitsbedingungen.
- Qualifikationsdifferenzierte Arbeitsorganisation reduziert Über- und Unterforderung und erhöht die Planbarkeit.
- All das kann mehr Menschen (wieder) für die Pflege begeistern.

Wieso ist qualifikationsdifferenzierte Arbeitsorganisation keine Funktionspflege – und wie realisiert sie sogar (erst) eine ganzheitliche Pflege?

- Funktionspflege sucht sich ausgehend von einem Organisationsprinzip passende Bedarfe.
- Qualifikationsdifferenzierte Arbeitsorganisation setzt bei Bewohnerbedarfen an und richtet die Organisationabläufe an diesen aus.
- Ganzheitlichkeit bezieht sich auf die Bewohner:innen als holistische Wesen – nicht auf die Leistungserbringung.
- Ganzheitliche Pflege bedeutet demnach nicht, dass alles aus einer Hand erbracht wird – sondern aus der richtigen.

Wie kann eine qualifikationsdifferenzierte Arbeitsorganisation schon heute vorbereitet werden – und warum ist abwarten keine (gute) Alternative?

- Einrichtungen können sich jetzt selbst analysieren und als attraktive Arbeitgeber aufstellen – hierzu kann bald auf Dokumente des Bundesmodellprojekts zurückgegriffen werden.
- Personal dazu passend zu qualifizieren und auszuwählen, wird die Grundbedingung des kompetenzorientierten Arbeitseinsatzes.
- Arbeitsqualität wird der Schlüsselfaktor in der Personalgewinnung werden.
- Zentral wird es sein, Visionen für mehrere Schritte auf diesem Weg zu schaffen und diese aufgrund der Komplexität mit digitaler Unterstützung umzusetzen.

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>.

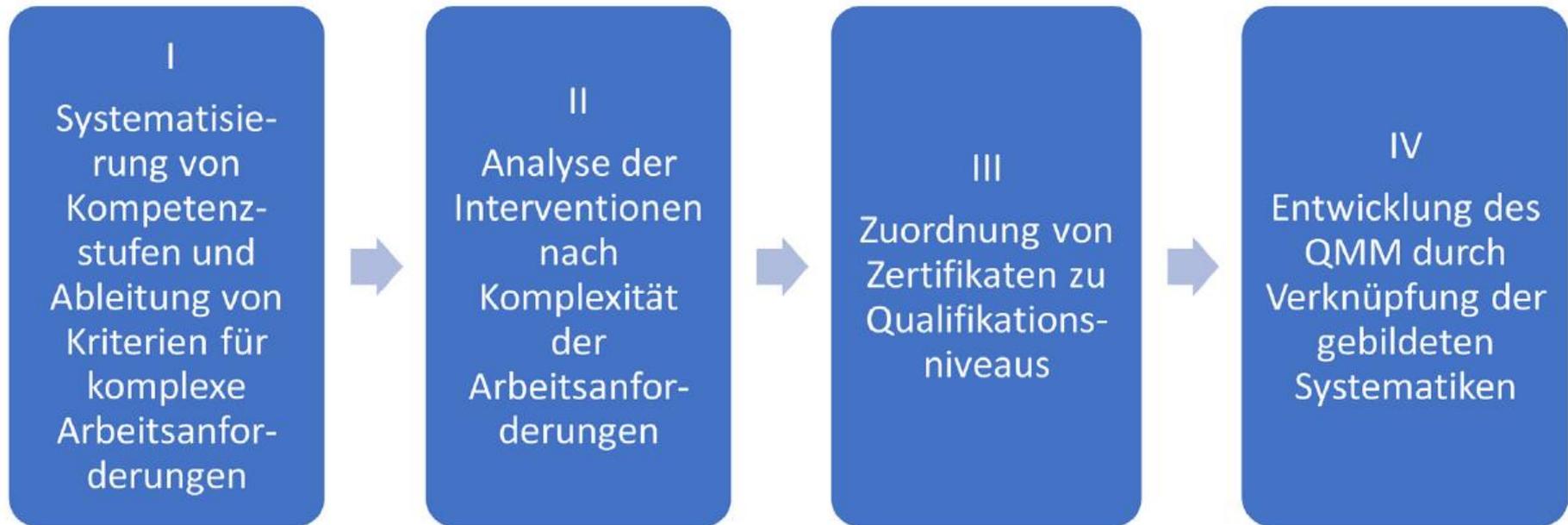


Abbildung 1. Methodisches Vorgehen bei der Entwicklung des QMM.

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

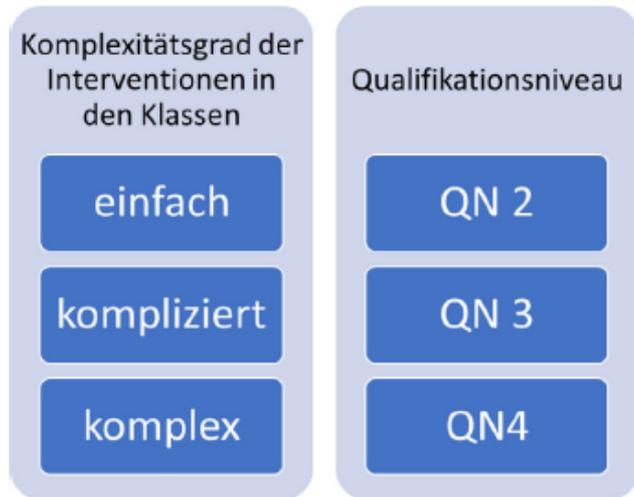


Abbildung 2. Verknüpfung der gebildeten Systematiken.

Quelle: Darmann-Finck 2021

Tabelle 4
Qualifikationsmixmodell.

Interventions- klassen	Bezeichnung der Interventionsklassen	Beispiele aus dem Interventionskatalog	Mindestqua- lifikationsniveau
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