



Foto: Werner Krüper (Symbolfoto, vor der Pandemie aufgenommen)

Bereit sein für **VERÄNDERUNGEN**

Von der Einführung des neuen Instruments zur Personalbemessung werden Pflegeeinrichtungen bundesweit profitieren. Jetzt gilt es, die Chancen zu kennen und aufzugreifen.

TEXT: MICHAEL WIPP

Pflegemanagement

Die Frage nach einer angemessenen personellen Ausstattung in der Pflege beschäftigt mindestens seit Mitte der 1990er-Jahre die Branche. Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) hat der Bundesgesetzgeber die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben nach § 113c SGB XI (Pe-BeM) beauftragt. Dessen Entwicklung und Erprobung war bis zum 30. Juni 2020 abzuschließen. Seit September 2020 liegt der Abschlussbericht vor. Die Mitarbeiteranzahl wird in den kommenden Jahren erheblich ansteigen, was veränderte Organisationsstrukturen erfordert.

Personalbemessungsverfahren ersetzt starre Fachkraftquote

Die aktuelle Situation ist seit Jahren geprägt von 16 unterschiedlichen Regelungen zur Personalbemessung zwischen den Bundesländern. Dazu kommt eine im Jahre 1993 eingeführte Fachkraftquote, die seinerzeit willkürlich festgelegt wurde. Im Gegensatz zu damals ist sie heute nur noch ein Teil umfassender bundes- und landesspezifischer Qualitätsvorgaben. Die Fachkraftquote berücksichtigt bis heute nicht die tatsächlichen individuellen Bewohnerbedarfe in den Einrichtungen. Sie gilt für alle von Flensburg bis Garmisch gleichermaßen, nur dass 50 Prozent Fachkräfte in Bayern eine völlig andere Anzahl ergeben als beispielsweise in Schleswig-Holstein.

Das führt dazu, dass die Fachkraftanzahl nicht vom tatsächlichen Bedarf, sondern von der Quote abhängt. Dazu kommt, dass Mitarbeiter für identische Tätigkeiten unterschiedlich wenig Pflegezeit haben und die Pflegebedürftigen bei gleichem Pflegegrad entsprechend quantitativ und qualitativ unterschiedlich versorgt werden.

● **Auswirkungen:** PeBeM ersetzt diese Ungleichbehandlung und das ein Vierteljahrhundert alte Instrument der Fachkraftquote durch ein zeitgemäßes Personalbemessungsverfahren. Es be-

Tabelle 1: Qualifikationsniveaus (QN) 6-8

Qualifikationsniveaus	Beispiele im DQR (2017)	Zugeordnete Pflegezertifikate
QN 6	Bachelor, Meister	Pflegefachperson mit Bachelorabschluss (primärqualifizierendes Studium, Managementstudium o.ä.)
QN 7	Master	Pflegefachperson mit Masterabschluss
QN 8	Promotion	Pflegefachperson mit Promotion

Quelle: Tab. 21 aus Abschlussbericht PeBeM (auszugsweise)

rücksichtigt einrichtungsindividuell sowohl die erforderliche Anzahl der Mitarbeiter als auch die Qualifikationsbedarfe. Mit Einführung der Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 Pflegeberufegesetz hat die Fachkraftquote ohnehin auch den letzten verbleibenden Sinn verloren.

Vorhandene Qualifikationen sinnvoll einsetzen

PeBeM berücksichtigt, dass Pflege- und Betreuungsarbeit nur dann zielgerichtet erfolgen kann, wenn unter Beachtung einer definierten Leistungserbringung die dazu erforderliche Qualifikation eingesetzt wird. Es erkennt an, dass identische Interventionen unterschiedliche Qualifikationen erfordern können. Der einrichtungsinterne Qualifikationsmix ersetzt dabei die starre Fachkraftquote.

Die heutigen Vereinbarungen zwischen Einrichtungen und Kostenträ-

gern berücksichtigen nur in Einzelfällen spezialisierte Fachkräfte wie Palliativ-Care oder Gerontopsychiatrische Fachkräfte, geschweige denn deren angemessene Bezahlung. Das betrifft auch Hochschulabsolventen. Der Abschlussbericht bezeichnet den Einsatz dieser spezialisierten Fachkräfte als uneingeschränkt notwendig. Aufgrund deren aktuell geringer Verfügbarkeit, insbesondere bei den hochschulisch Ausgebildeten, können Sie noch nicht fest eingeplant werden. Das ist auch daran zu erkennen, dass diese Funktionen bereits im Qualifikationsmixmodell integriert sind (Tabelle 1).

● **Auswirkungen:** Bereits unterschiedliche Bewohnerklientel, unterschiedliche Angebotsrichtungen stationärer Pflegeeinrichtungen und individuelle Bewohnerbedarfe benötigen ein Personalbemessungssystem, das dieser Unterschiedlichkeit Rechnung trägt. PeBeM baut darauf auf. »»

Kategorien des Interventionskatalogs

Direkte pflegerische Interventionen:

1. Mobilität
 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten/Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte
 3. Verhaltensweise und psychische Problemlagen
 4. Selbstversorgung
 5. Krankheits- und therapiebedingte Aufgaben
- Interventionen, die zur Sicherung der Organisation und der Qualitätssicherung notwendig sind:
6. Beratung und Schulung
 7. Pflegeprozess/Kommunikation/Organisation
 8. Qualitätsmanagement-Aufgaben
 9. Management

Pflegemanagement

Tabelle 2: Tätigkeiten Pflegeberufegesetz vs. Aufgaben QN 4

Klassifizierung der Interventionen		Beispiele	Mindestqualifikationsniveau
C	Durchführung komplizierter medizinisch-diagnostischer und medizinisch-therapeutischer Aufgaben	Entsprechend ärztlicher Anordnung, z. B. Medikamente stellen, i.m.-Injektionen, Absaugen	QN 4
D	Planung, Durchführung und Evaluation komplizierter Pflegeinterventionen	z. B. Beratung, Schulung, Basale Stimulation, Biografiearbeit	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	Vorbehaltene Tätigkeiten lt. PflBRefG 2017	QN 4

Quelle: Tab. 23 aus Abschlussbericht PeBeM (auszugsweise)

» *Einrichtungsindividuelle Ausfallzeiten werden berücksichtigt*

Alle Verantwortlichen kenne das Problem von Ausfallzeiten oder Dienstplan-korrekturen. Diese sind Folgen von zu wenig Mitarbeitern, verbunden mit hoher Arbeitsbelastung, aber gleichzeitig auch einer nur begrenzten Berücksichtigung von Ausfallzeiten im Rahmen von Pflegesatzverhandlungen.

Zurzeit sind die Pflegeschlüssel Bruttoarbeitszeitschlüssel und beinhalten nicht nur die gesamten Ausfallzeiten mit einer Spanne von 23 bis 30 Prozent. Sie umfassen auch alle administrativen Anforderungen wie Dienstplanung, Pflegevisiten, Fall- oder Teambesprechungen mit einem durchschnittlichen Umfang von 25 Prozent. PeBeM berücksichtigt diese administrativen Anforderungen erstmalig auch quantitativ in dem eigens erstellten Interventionskatalog innerhalb der Kategorien 6-9 (siehe Kasten S. 33).

● **Auswirkungen:** Die Berücksichtigung der Jahresnettoarbeitszeit im Rahmen von Pflegesatzverhandlungen stellt durch das Einbeziehen der einrichtungsindividuellen Ausfallzeiten einen Quantensprung dar. Sie stellt damit die Dienstplanung auf eine wesentlich verlässlichere Basis als bisher.

Mehr Zeit für Fachkraftaufgaben

Gegenwärtig besteht eine 50-prozentige Fachkraftquote. Im Gegensatz dazu existiert allerdings ein einrichtungsbezogen sehr unterschiedlicher Bedarf an reinen Fachkrafttätigkeiten, weil

die Fachkraftquote die abweichenden Bewohnerbedarfe nicht berücksichtigt. Folglich übernehmen Fachkräfte mangels Delegationsmöglichkeiten an qualifizierte Pflegefachassistenten auch Tätigkeiten, für die sie vielfach „überqualifiziert“ sind. Dadurch können sie eigentliche Fachkraftaufgaben wiederum nicht wahrnehmen.

Langfristig kann die Einführung von PeBeM dazu führen, dass es Einrichtungen mit weniger Fachkräften gibt als heute. Genauso wird es auch Einrichtungen mit mehr Fachkräften geben, je nach tatsächlichem Bewohnerklientel. Gleichwohl haben die Fachkräfte sogar mehr Zeit verfügbar, wenn sie sich ihren eigentlichen Aufgaben widmen können. Die vorliegende Roadmap zur Umsetzung von PeBeM berücksichtigt einen Übergangs-

zeitraum, der diese Veränderungen begleitet. Bei einem Mehr an Mitarbeitern sinkt logischerweise der prozentuale Anteil an Fachkräften rein rechnerisch ab, auch bei einer identischen Anzahl zu heute.

● **Auswirkungen:** Der kompetenzbasierte Mitarbeiterereinsatz führt dazu, dass Pflegebedürftige in Einrichtungen, die einen vermehrten Bedarf an höherqualifiziertem Mitarbeiterereinsatz (Pflege-/Betreuungsinterventionen wie auch demenziell Erkrankte) haben, diesen künftig auch erhalten.

Den Pflegeprozess planen und steuern

Die Anforderungen an die Fachlichkeit legt das Pflegeberufegesetz fest, nicht das PeBeM. Letzteres richtet sich am Pflegeberufegesetz aus. Es

Tabelle 3: Qualifikationsniveaus (QN) 2+3

Qualifikationsniveaus (QN)	Beispiele im DQR (2017)	Zugeordnete Pflegezertifikate
QN 2 (Pflege)	Qualifizierungsbau- steine mind. 420 h, Einstiegsqualifizierung 6 bis 12 Monate	Mitarbeiter ohne Ausbildung mit 2 bis 6-monatigen Pflegebasiskurs (mind. 200 h laut G-BA) und insgesamt einjähriger angelernter Tätigkeit
QN 2 (Betreuung)	s. o.	Betreuungskräfte nach §§ 43b und 53c SGB XI: 160 h Unterricht und 3 Wochen Praktikum (GKV 2016)
QN 3	Duale Berufsausbildung (2 Jahre)	Pflegehelfer mit ein- oder zweijähriger Ausbildung (ASMK 2012)

Quelle: Tab. 21 aus Abschlussbericht PeBeM (auszugsweise)



Bewohner

haben unterschiedliche

Bedarfe, die durch einen umfassenden Qualifikationsmix im Team ideal erfüllt werden können.

ist in der Tat so, dass Fachkräfte sehr häufig nicht analog ihrer Qualifikation eingesetzt werden (können), sondern mangels qualifizierter Hilfskräfte auch andere Aufgaben übernehmen (müssen). Folglich werden Interventionen bei Bewohnern mit qualifizierten Pflegebedarfen auch im Rahmen von PeBeM von Fachkräften ausgeführt. Das Planen und Steuern des Pflegeprozesses ist eine uralte Forderung der Berufsverbände und wurde im Pflegeberufgesetz aufgegriffen. PeBeM nimmt darauf Bezug (siehe Tabelle 2)

● **Auswirkungen:** Das seit dem 1. Januar 2020 geltende Pflegeberufgesetz legt Vorbehaltsaufgaben fest. PeBeM führt durch den neuen Einsatz von qualifizierten Pflegehelfern zunehmend dazu, dass Fachkräfte ihren primären Aufgaben auch wirklich nachkommen können (quantitative Ebene). Daraus folgt ein Pflegeverständnis, das kompetente Fachkräfte erfordert (qualitative Ebene): Pflegenden gestalten damit den Pflegeprozess und sind nicht mehr nur Ausführende.

Einrichtungen können nur profitieren

Einjährig ausgebildete Pflegekräfte (Qualifikationsniveau QN 3) werden

gegenwärtig in den meisten Bundesländern im stationären Sektor wie Ungelernte (QN 1-2) behandelt, allerdings nicht in Baden-Württemberg. Die geltende Landespersonalverordnung sieht vor, dass bei entsprechendem Anteil an einjährig Ausgebildeten die Fachkraftquote auf 40 Prozent abgesenkt werden kann. Das Qualifikationsniveau (QN) 3 erfordert entsprechende Curricula - hoffentlich nicht 16 unterschiedliche. Nordrhein-Westfalen hat die Pflegefachassistentenausbildung ins Leben gerufen, auch andere Bundesländer verfügen über Regelungen (Qualifikationsniveaus siehe Tabelle 3).

● **Auswirkungen:** Das Pflegeberufgesetz setzt auf Fachlichkeit. Diese Struktur übernimmt PeBeM. Deutlich vermehrt zielt es auf die Entlastung der Fachkräfte durch Einsatz von QN 3 ab. Daraus resultieren erhebliche berufliche und gehaltsbezogene Perspektiven für Mitarbeiter.

Es ist davon auszugehen, dass es keine Einrichtungen geben wird, die nicht von PeBeM profitieren. Deswegen ist es von Bedeutung, dass gerade die Pflegedienstleitungen die Auswirkungen kennen, die Chancen sehen, die damit verbunden sind und diese aktiv aufgreifen. Bedenkenräger bringen inhaltlich nichts voran, sondern die Macher. Im nachfolgenden Beitrag lernen Sie ein Konzept für die Einführung des Personalbemessungsinstrumentes kennen. <<<

MEHR ZUM THEMA

Buchtipps

Michael Wipp: Regelkreis der Einsatzplanung. Dienstpläne sicher und effizient erstellen. Vincentz Network, Hannover, 2018

Abschlussbericht zum Download
bit.ly/3nNiwvx



Michael Wipp

verfügt über mehr als 30-jährige Berufserfahrung in der Altenhilfe. Er ist Inhaber von Wipp-CARE, Beratung und Begleitung für Pflegeeinrichtungen.