



Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Management im Sozial- und Gesundheitswesen

**PERSONALBEMESSUNG IN DEUTSCHEN
PFLEGEHEIMEN – DEUTSCHE UND
INTERNATIONALE ANSÄTZE**

M a s t e r a r b e i t

zur

Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts (M.A.)

Vorgelegt von: Vanessa Marie Köhler

Betreuer: Prof. Dr. iur. Marina Tamm

Zweitbetreuer: Prof. Dr. phil. Daniel Schönefeld

Tag der Einreichung: 03.09.2020

urn:nbn:de:gbv:519 - thesis 2020 - 0359 - 4

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschreibt die derzeitige, problematische Personalausstattung in deutschen Pflegeheimen. Zunächst werden ganz allgemeine Ansätze vorgestellt, die zu einer angemessenen Personalausstattung in Pflegeheimen führen könnte. Im späteren Verlauf wird dann das, durch den Gesetzgeber festgelegte, Verfahren zu einem einheitlichen Personalbemessungsinstrument dargestellt und wie dieser Entwurf zukünftig eine Veränderung in Bezug auf einen bundeseinheitlichen Pflegepersonalschlüssel hervorrufen kann. Ergänzend dazu werden auch Ansätze eines Pflegepersonalschlüssels im internationalen Raum vorgestellt und diskutiert. Derzeit ist der Pflegepersonalschlüssel, nicht zuletzt, aufgrund der unterschiedlichen Bewohnerstruktur in Deutschland sehr schwankend. Aber nicht nur der Pflegepersonalschlüssel trägt zu einer Vergleichbarkeit innerhalb Deutschlands bei. Gleichzeitig muss auch die Anzahl der Beschäftigten in der Pflege steigen. Bezüglich eines gesetzlich festgesetzten Verfahrens gibt es derzeit im internationalen Raum keinerlei Ansätze. Jedoch sind in den skandinavischen Ländern gute Ansätze erkennbar, welche auch in Deutschland, ergänzend zum Entwurf, überdacht werden sollten. Der Entwurf kann zukünftig einen bundeseinheitlichen und einrichtungsspezifischen Pflegepersonalschlüssel gewährleisten. Diskussionsbedarf ergibt sich vor allem aus dem Vorschlag die Personalmenge, besonders aber die Menge der Assistenzkräfte, enorm zu erhöhen.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	I
Abkürzungsverzeichnis	5
Anhangsverzeichnis	6
Abbildungsverzeichnis	7
Tabellenverzeichnis	8
1. Einleitung	9
2. Methodik	11
3. Infrastruktur und Personalausstattung	13
3.1 Bestehende Pflegeeinrichtungen	13
3.2 Beschäftigte und deren Qualifikation	14
3.3 Bedarf an Pflegepersonal	16
3.4 Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff	16
4. Methoden zur Personalbemessung	19
4.1 PLAISIR	19
4.2 RAI	21
4.3 Balanced Scorecard	22
4.4 Fazit	24
5. Ansätze eines Personalschlüssels in Pflegeheimen in den einzelnen Bundesländern	25
5.1 Mecklenburg-Vorpommern	26
5.2 Bayern	27
5.3 Vergleich der analysierten Bundesländer	28

6. Ansatz des Pflegepersonalschlüssels auf Bundesebene	31
6.1 Bundeseinheitliches Personalbemessungsinstrument	31
6.2 Reaktionen zum bundeseinheitlichen Verfahren der Personalbemessung in Pflegeheimen	39
7. Internationale Pflegepersonalschlüssel in stationären Einrichtungen	43
7.1 US-amerikanische Bundesstaaten	43
7.2 Weitere internationale Ansätze	45
8. Diskussion einzelner Ansätze	51
8.1 Diskussion des Expertenvorschlages auf Bundesebene	51
8.2 Diskussion der internationalen Ansätze	55
8.3 Was kann Deutschland lernen?	60
8.4 Entwicklung nach dem 30.06.2020	61
9. Ausblick und Fazit	66
10. Quellenverzeichnis	69
11. Anhang	77

Abkürzungsverzeichnis

QN	Qualitätsniveau
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
MV	Mecklenburg-Vorpommern

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Pflegeinterventionskatalog	77
Anhang 2: Rechenvorschriften des Algorithmus 1.0	81
Anhang 3: Qualifikationsniveaus	85

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Personalschlüssel als Ergebnis des Algorithmus 1.0	35
Abbildung 2: Dur schnittlicher täglicher Pflegebedarf in Minuten nach Pflegegrad (vollstationär)	36
Abbildung 3: QN-Verteilung innerhalb der Pflegegrade	37
Abbildung 4: Personalmehrbedarf insgesamt und innerhalb der Fach- und Assistenzkräfte und der daraus resultierende Fachkraftanteil	38
Abbildung 5: Wünschenswerte Personalausstattung	63
Abbildung 6: Personalausstattung heute und bei 1:1 Umsetzung Rothgang	64

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vergleich der Bundesländer im Jahr 2017 anhand
verschiedener Kriterien

28

1. Einleitung

Laut einer Studie der Bertelsmann Stiftung wächst Zahl der Pflegebedürftigen zusehens an. Die Hoffnung, dass dem mit einer entsprechenden Prävention entgegengewirkt werden kann, aufgrund des verbesserten Gesundheitszustandes der gesamten Bevölkerung, besteht jedoch weiterhin. Ein Anstieg der pflegebedürftigen Menschen um 50 Prozent wird jedoch bis 2030 sicher erwartet. Wobei sich in den einzelnen Bundesländern Unterschiede aufzeigen (Rothgang et al., 2012, S. 105).

Vor allem die Bewohnerstruktur in Pflegeheimen hat sich stark verändert. Stationäre Einrichtungen werden immer mehr bevorzugt von pflegebedürftigen Menschen. Zusätzlich steigt die durchschnittliche Verweildauer der Bewohnerinnen und Bewohner deutlich an. Das Eintrittsalter hat sich jedoch in den letzten Jahren deutlich nach oben verschoben. Das hohe Alter geht ebenfalls immer mit einem erhöhten Pflegeaufwand einher. Dies wird zu einer massiven Veränderung des Pflegebedarfes in Zukunft führen (vgl. Greß/Stegmüller, 2016, S. 11f).

Nicht zuletzt durch die derzeitige Corona-Pandemie rückt die Pflege und deren Umstände mehr in den Vordergrund denn je. Bereits am 4. Juli 2018 hat die Bunderegierung die „Konzentrierte Aktion Pflege“ ins Leben gerufen, um es sich zur Aufgabe zu machen die Arbeits- und Ausbildungsbedingungen für Pflegekräfte zu verbessern. Ziel ist es außerdem die Löhne und die Verantwortung der Pflege zu steigern. Die Entlastung des Personals steht hier jedoch an erster Stelle. Damit einher geht die Entwicklung eines geeigneten und bundeeinheitlichen Pflegepersonalschlüssels in Pflegeheimen, denn die bedeutendste Entlastung stellt eine angemessene Zahl von Kollegen und Kolleginnen dar (vgl. die Bundesregierung, 2019).

Bereits mit der Einführung der Pflegeversicherung stellte man sich in Deutschland die Frage nach einer geeigneten Methode zur Bestimmung des Personalbedarf in Pflegeeinrichtungen (vgl. GKV-Spitzenverband, 2010, S. 10).

Personalrichtwerte und Personalschlüssel werden derzeit in Deutschland in den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 3 SGB XI auf Ebene der Länder vereinbart. Zwischen den einzelnen Ländern herrschen verhältnismäßig große Unterschiede (vgl. Rothgang/Wagner, 2019).

Die Grundvoraussetzung für eine fachgerechte pflegerische Versorgung ist eine ausreichende Personalausstattung. Diese ausreichende Ausstattung, welche mit der steigenden Zahl von Pflegebedürftigen einher gehen müsste, ist derzeit nicht gegeben. Mit dem § 113c SGB XI im zweiten Pflegestärkungsgesetz hat der Gesetzgeber die Vertragspartner der gemeinsamen Selbstverwaltung in der Pflege beauftragt ein einheitliches Verfahren zur Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen zu entwickeln und zu erproben (GKV-Spitzenverband, 2020).

Ziel dieser Arbeit ist es zunächst die bisherige Infrastruktur und Personalausstattung in Deutschland darzustellen um dann allgemeine Methoden zur Personalbemessung vorzustellen. Darauf sollen die derzeitigen Ansätze zum Pflegepersonalschlüssel in Pflegeheimen einzelner Bundesländer aufgezeigt und verglichen werden. Im Anschluss daran wird ein aktueller Überblick über den derzeitigen Entwurf des Personalbemessungsverfahrens auf Bundesebene, des SOCIUM an der Universität Bremen unter der Leitung von Prof. Dr. Rothgang, welche den Auftrag vom Gesetzgeber erhalten hat, gegeben. Zudem werden die Modelle im internationalen Raum genau beleuchtet. Weiterhin wurde das bereits entworfene Verfahren analysiert, erläutert und diskutiert ebenso wie die internationalen Ansätze. Schlussendlich soll trotz des bestehenden Entwurfes eine kritische Auseinandersetzung in Bezug auf Deutschland gegeben werden und die zukünftige Entwicklung des Entwurfes dargestellt werden.

2. Methodik

Vor dem Beginn der Recherche wurden, auf Basis des zuvor erstellten Exposés, Ende Februar und Anfang März 2020, Gespräche mit den betreuenden Professoren dieser Masterarbeit geführt und einzelne Punkte diskutiert. Im Ergebnis kam es zur Festlegung der folgenden Themenbereiche, die für den Kontext zur Personalbemessung in deutschen Pflegeheimen und zu den deutschen und internationalen Ansätzen eine Literaturrecherche durchgeführt werden sollte:

- Infrastruktur und aktuelle Personalausstattung in deutschen Pflegeheimen
- Allgemeine Methoden zur Personalbemessung
- Personalschlüssel in einzelnen Bundesländern
- Ansätze einheitlicher Mindestvorgaben auf Bundesebene
- Internationale Ansätze eines Pflegepersonalschlüssels
- Was hat sich mit dem Expertenvorschlag nach dem 30.06.2020 verändert.

Darauf folgte eine umfangreiche Literaturrecherche der einzelnen Themenbereiche vom 05. März 2020 bis zum 15. August 2020.

Als erster Schritt wurde sich für eine Recherche über die Bibliothek der Hochschule Neubrandenburg entschieden. Weiterhin wurden Datenbanken festgelegt, welche systematisch nach Literatur untersucht werden sollten. Hierbei wurde sich für Fachdatenbanken mit psychosozialen, pflegerischen und gesundheitlichen Schwerpunkt entschieden, sodass im Ergebnis *MEDLINE* via *PubMed*, *Science Direct* und *LIVIVO* für die Recherche eingeschlossen wurden. Diese Datenbanken erwiesen sich jedoch im Verlauf der Recherche als nicht maßgeblich aussagekräftig. Es konnte lediglich ein geringer Teil der dortigen Quellen verwendet werden, weshalb auf die explizite Darstellung, beispielsweise in einem PRISMA-Schema, verzichtet wurde.

Um weitere potentiell relevante Publikationen aufzudecken, wurde zu dem auf die fachunspezifische Suchmaschine Google (Scholar) ergänzend zurückgegriffen.

In Bezug auf Aktualität war es wichtig, keine stark veralteten Ergebnisse in das Projekt einfließen zu lassen. In der Folge sind somit nur Publikationen berücksichtigt worden, die zu Beginn der Arbeit nicht älter als 15 Jahre waren. Weiterhin wurde die Auswahl auch durch die vorliegenden Sprachkenntnisse beschnitten, sodass vorrangig nur deutsch- und englischsprachige Literatur analysiert werden konnte.

Die Entstehung von Suchkomponenten wurde hauptsächlich durch geistige Überlegungen und Gedankenspiele realisiert. Gelegentlich wurde jedoch auch, bei der Recherche in den einzelnen Datenbanken, auf das PICO-Schema zurückgegriffen, welches die Themenbereiche in Fragestellungen transformiert und somit in recherchierbare Formate überführt (vgl. Nordhausen, Hirt, 2018, S.17f.). Die Bildung synonyme Suchbegriffe gelang unterstützend durch den Dienst der Webseite thesaurus.com.

3. Infrastruktur und Personalausstattung

Dieser Punkt soll einen Überblick über die aktuelle Situation in Deutschland darstellen. Dieses Kapitel bildet somit die Grundlage der weiteren Punkte. Es werden die Kapazität der Einrichtungen, die Qualifikation der Beschäftigten, der aktuelle Bedarf an Pflegepersonal und die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vor dem Hintergrund des damit einhergehenden neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes erörtert.

3.1 Bestehende Pflegeeinrichtungen

Die aktuellste Erhebung zu der Anzahl an stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen beziehen sich auf das Jahr 2017.

In diesem Jahr wurden deutschlandweit 14.480 Pflegeheime registriert. Darunter fallen sowohl Pflegeheime für ältere Menschen als auch für Behinderte, psychisch Kranke, Schwerkranke und sterbende Menschen. Diese Pflegeeinrichtungen weisen eine Kapazität von 952.367 auf (vgl. Statistisches Bundesamt, 2019). Die Zahl der Einrichtungen hat sich seit dem Jahr 1999 um ca. 63 Prozent erhöht. Die Mehrzahl der Einrichtungen (52,7 %) befanden sich in dem Jahr in freigemeinnütziger Trägerschaft. 42,6 % befanden sich in privater und 4,7 % in öffentlicher Trägerschaft (vgl. Statista, 2019). Auch bei der Entwicklung der Kapazität seit dem Jahr 1999 lässt sich ein Anstieg um 47,5 Prozent verzeichnen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2019). Der enorme Anstieg der Zahl der Einrichtungen geht somit mit einer erhöhten Anzahl von zur Verfügung stehenden Pflegeplätzen einher.

3.2 Beschäftigte und deren Qualifikation

Laut den momentan öffentlichen Zahlen des Bundesministeriums für Gesundheit sind ca. 1,1 Millionen Menschen in einem ambulanten Pflegedienst oder einem Pflegeheim tätig. Mit einem Anteil von 72 Prozent ist der größte Teil in einem Teilzeitbeschäftigungsverhältnis. Demnach befinden sich 764.000 Menschen in einer Vollzeitbeschäftigung. Derzeit sind ca. 25.000 bis 30.000 Stellen nicht besetzt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Bei diesen Zahlen sind jedoch Hilfskräfte nicht mit inbegriffen.

Die Bundesagentur für Arbeit beschreibt, ebenfalls im Jahr 2018, dass sich die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege auf 1,6 Millionen beläuft. 583.000 Beschäftigte sind Altenpflegekräfte und 1,1 Millionen Beschäftigte sind Krankenpflegekräfte. In diesen Zahlen sind die Hilfskräfte, die eine sehr viel kürzere Ausbildungszeit benötigen, mit inbegriffen (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2019, S. 6 ff). Mit dem ersten Januar 2020 ist das Pflegeberufegesetz in Kraft getreten und bildet die Grundlage für die Ausbildungsreform in der Pflege. Es fasst die bisherigen Berufsgruppen zu einer zusammen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Für diese Arbeit bedeutet es, dass die, in den Statistiken getrennt genannten Berufsgruppen zusammengefasst werden müssten um eine aktuell realistische Zahlengrundlage zu bilden.

Weiterhin hat das statistische Bundesamt in seiner Pflegestatistik von 2017 die Personalstruktur in Pflegeheimen aufgezeigt. Demnach sind 220.958 in einem Vollzeitbeschäftigungsverhältnis, 422.564 Beschäftigte in einem Teilzeitbeschäftigungsverhältnis und 62.519 sind auf Minijobbasis eingestellt. Die Teilzeitbeschäftigten sind mit ca. 55 Prozent am stärksten vertreten, denn die Vollzeitbeschäftigten machen nur einen Anteil von ca. 30 Prozent aus. An dieser Stelle auch wichtig zu nennen sind die „Sonstigen“. Diese umfassen Praktikanten, Schüler, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr und im Bundesfreiwilligendienst und bilden einen Anteil von

ca. 8 Prozent. In den meisten Fällen erhalten Angehörige dieser Gruppe keine reguläre Entlohnung (vgl. Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen, 2019, S. 2). Ergänzend sollte ebenfalls erwähnt werden, dass in Deutschland der Anteil von Beschäftigten mit Migrationshintergrund 14 Prozent im stationären Sektor beträgt (vgl. Theobald, 2018).

Genauere Zahlen über die Anzahl der Beschäftigten in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege sind schwierig zusammenzufassen. Vor allem liegt es daran, dass die Statistiken zum Teil von unterschiedlichen Berufsbildern und Ausbildungsformen ausgehen. Um jedoch eine Grundlage für spätere Berechnungen zu haben, werden im späteren Teil der Arbeit die Zahlen des statistischen Bundesamtes als Grundlage genutzt.

Die personalbezogenen Erhebungskategorien bezüglich der Qualifikation bzw. des Berufsabschlusses der im Pflegeheim Beschäftigten wurde in den letzten Jahren nicht genau erfasst, deshalb können in manchen Kategorien nur eingeschränkte Aussagen getroffen werden, die langfristig zu einem Vergleich nützlich sind.

So heißt es im Pflegereport von 2013, dass im stationären Bereich ein hoher Anteil an Personal entweder gar keinen oder noch keinen Berufsabschluss vorweisen kann. Mit einbezogen sind hier auch die Pflegehilfskräfte, die eine einjährige Berufsausbildung abgeschlossen haben. Knapp 34 Prozent, des bis dato erfassten Personals, hat eine dreijährige Ausbildung zur Pflegefachkraft absolviert. Die Anzahl dieser Fachkräfte ist in den letzten Jahren als eher rückläufig zu betrachten. Ferner ist anzumerken, dass auch solche, die als Hilfskräfte tätig sind, oft keine einjährige Berufsausbildung abgeschlossen haben. Betrachtet man nun die direkte Pflege und Betreuung, ist hier ein Anstieg von qualifiziertem Personal zu verzeichnen. In diesem Sektor besitzt knapp die Hälfte eine dreijährige Berufsausbildung (vgl. Jacobs et al., 2016, S. 321f).

3.3 Bedarf an Pflegepersonal

Wenn man den Bedarf an zukünftigem Pflegepersonal betrachtet, muss dies unter der Rahmenbedingung geschehen, dass es zukünftig einen massiven Anstieg an pflegebedürftigen Menschen geben wird.

Das Bundesinstitut für Berufsbildung und das statistische Bundesamt sagen in ihrer Rechnung voraus, dass im Jahr 2025, der demographische Wandel zum Mangel an Fachkräften in der Pflege führen wird. So werden im Jahr 2025 ungefähr 152.000 Beschäftigte fehlen. Diese Lücke lässt es nicht zu, dass Patienten adäquat versorgt werden können. Eine Überlegung ist, dieser Lücke mit sogenannten Arbeitsmigranten gegenzusteuern (vgl. Afentakis/ Maier, 2013, S. 173). Der Pflegeheim Rating Report von 2020 betont eine weiterhin anhaltende Personalknappheit. Von dem Jahr 1999 bis zum Jahr 2017 kamen zusätzlich 348.000 Vollzeitkräfte hinzu. Darüber hinaus ist der Mangel an Fachkräften trotzdem allgegenwärtig. 2019 war die Zahl der registrierten offenen Stellen in stationären Heimen weitaus mehr als doppelt so hoch wie im Jahr 2009. Vergleicht man dies mit den Zahlen von 2017 ist ein Anstieg von 6 Prozent zu verzeichnen. Die Autoren errechnen einen Bedarf an Pflegepersonal bis zum Jahr 2040 von 184.000 bis 396.000 künftig benötigten Vollzeitkräften in Pflegeheimen (vgl. RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e.V, 2019).

3.4 Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

Als eine der wichtigsten Säulen in unserer Sozialversicherung, in Bezug auf die Absicherung der Pflegebedürftigkeit, gilt die Pflegeversicherung. Ungefähr 800.000 pflegebedürftige Menschen profitieren im stationären Bereich von den Leistungen der Pflegeversicherung. Aufgrund der demographischen Entwicklung und dem damit einhergehenden Anstieg an Pflegebedürftigen müssen die Versorgungsstrukturen kontinuierlich weiterentwickelt werden (vgl. GKV Spitzenverband, 2019).

Des Weiteren ist für die kommende Entwicklung der stationären Pflege das in Kraft tretende des zweiten Pflegestärkungsgesetzes von großer Bedeutung. Es fanden Veränderungen im System der Pflege in Bezug auf die Pflegebedürftigen, die Angehörigen und die Pflegekräfte statt. Eine der wichtigsten Erneuerungen war die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Alle Pflegebedürftigen Personen erhalten nun den gleichen Zugang zur Pflegeversicherung. Des Weiteren begünstigt das neue Begutachtungsinstrument eine bessere Erfassung der individuellen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen. Außerdem waren die Verbesserung der Beratung, die Weiterentwicklung der Regelung zur Qualitätsverbesserung und die Personalbemessung in stationären Einrichtungen weitere Schwerpunkte (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017).

„Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen“ (Sozialgesetzbuch elftes Buch).

In Deutschland beträgt die Zahl der Pflegebedürftigen derzeit 3.896.971. Diese Zahl bezieht sich sowohl auf Leistungsbezieher der sozialen als auch der privaten Pflegeversicherung (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2019, S. 1). Diese Zahlen werden in den nächsten Jahren noch weiter steigen und der Pflegemarkt somit wachsen. Es wird davon ausgegangen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2030 auf 4,4 Millionen ansteigen wird und im Jahr 2040 bei 5 Millionen liegen wird. Dies hätte eine Erweiterung der Pflegeplätze bis 2040 um künftig 378.000 Plätze im stationären Bereich zur Folge (vgl. RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e.V., 2019).

Zusammenfassend ist zu sagen, um die zukünftige Versorgung aufrechtzuerhalten, dass wesentlich mehr Personal in der Pflege benötigt wird. Um das Niveau der Versorgungsqualität in Deutschland zu halten, ist ebenso mehr qualifizierteres Personal nötig. Diese Verbesserung und Aufrechterhaltung von der Qualifikation des Personals sollte sich nunmehr auch auf die Personalbemessung niederschlagen. In Anbetracht des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ist es nun notwendiger denn je sich Gedanken um einen festgelegten Pflegeschlüssel in Pflegeheimen Gedanken zu machen. Die Gesetzgebung hat die Weichen dafür bereits gestellt.

Im § 113 c lautet es: „Die Vertragsparteien nach § 113 stellen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicher. Die Entwicklung und Erprobung ist bis zum 30. Juni 2020 abzuschließen“ (Sozialgesetzbuch elftes Buch).

4. Methoden zur Personalbemessung

Basierend auf dem vorangegangenen Kapitel, soll in diesem Teil der Arbeit ein allgemeiner Überblick über einige ausgewählte Instrumente zur Personalbemessung in Pflegeheimen gegeben werden. Anschließend wird ein Urteil gefällt, ob einige dieser Instrumente weiterhin als Grundlage zur Entwicklung eines geeigneten Personalschlüssels in Pflegeheimen genutzt werden können.

4.1 PLAISIR

Die meisten Quellen zum PLAISIR Verfahren wirken auf den ersten Blick veraltet, jedoch hat sich an dem Verfahren nichts verändert, weshalb ältere Quellen mit herangezogen worden sind.

Vordergründig wird das Verfahren PLAISIR genutzt um den individuellen Pflegebedarf bei mittlerer oder längerer Verweildauer von pflegebedürftigen Heimbewohnern zu beurteilen. Seinen Ursprung hat dieses System in Kanada. Hier wurde es 1983/84 entwickelt. Danach fand das Verfahren seinen Weg in die Schweiz und 1998 tauchte es erstmals auch in einem Pflegeheim der Caritas in Deutschland auf (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002, S. 57). Das PLAISIR Verfahren lässt sich als eine EDV basierte Planung der notwendigen Krankenpflege beschreiben. PLAISIR leitet aus einem empirisch geprüften bio-psycho-sozialen Profil und mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens die Pflegeleistungen ab, die erforderlich sind und schließt dann auf die notwendige Personalmenge in Pflegezeitminuten. In diesem Verfahren wird die Quantität der Pflege des Prozesses mit einbezogen und gemessen. Eine ausführliche Anamnese führt zu individuell erfassten Maßnahmen der Pflege für den jeweiligen Pflegeheimbewohner. Des Weiteren wird hier die jeweilige Anamnese mit der individuell nötigen Pflege verbunden. Es ist so möglich, dass die gesetzlichen Leistungen bestimmt werden können als auch der Zeitaufwand der benötigt wird. Aus diesen Daten kann dann die

benötigte Personalmenge und der individuelle Pflegebedarf für eine Dauer von sieben Tagen berechnet werden (vgl. von Jansen/Karl, 2009, S. 92f).

Die Grundlage für den Pflegebedarf, der ermittelt wird, bildet ein vereinheitlichter Katalog mit 175 pflegerischen Maßnahmen, welche konform mit dem SGB XI sind und zeitlich gewichtet sind. Die endgültige Einführung dieses Verfahrens blieb jedoch in Deutschland aus (vgl. Gennrich, 2012).

Ein wesentlicher Vorteil dieses Verfahrens wäre in Deutschland sicherlich gewesen, dass man einen großen Katalog mit Daten von Bewohnern vorweisen könnte. Pflegeheime könnten anhand ihrer Leistungen beurteilt werden und nicht anhand von Gutachtern mit jeweiligen Kriterien. Das PLAISIR Verfahren hätte eine Grundlage für Verhandlungen zur Bestimmung des gebrauchten Personals bilden können (vgl. Gennrich, 2012).

Gravierende Nachteile bei diesem Verfahren sahen Experten darin, dass die Bedarfskategorien zu krankenhaustauglich sind. Außerdem werden die psychischen und sozialen Problemlagen zu wenig beachtet. Des Weiteren ist der wohl größte Kritikpunkt, in Bezug auf diese Arbeit, dass dieses Verfahren mit einem hohen Personalaufwand einhergeht. Zum Scheitern des Projektes kam es letztendlich aber, weil man sich nicht einigen konnte bezüglich der Konditionen für eine Lizenz zur Nutzung von PLAISIR, denn ein kanadisches Unternehmen hatte die Rechte an dem Verfahren (vgl. Wingenfeld et al., 2010, S. 6).

4.2 RAI

RAI ausgeschrieben: Resident Assessment Instrument, ist ein System für Dokumentation, Pflege-/Versorgungsplanung und Versorgungsmanagement und misst vor allem den Pflegebedarf und nicht den Aufwand. Genau genommen ist RAI, welches in den Vereinigten Staaten entwickelt worden ist, eigentlich ein Qualitätsinstrument. Dieses wurde allerdings in den letzten Jahren mit RAI 2.0, RAI HC und anderen interRAI-Assessments erweitert und in vielen Ländern genutzt. Unter anderem wird es verwendet für das Case und Care Management und die Personalbemessung (vgl. Garms-Homolová/ Theiss, 2007, S. 3ff). RAI erlaubt eine allumfassende Einschätzung der Bedürfnisse, Defizite und Potentiale von pflegebedürftigen Menschen. Auf diesen Punkten basiert die darauffolgende individuelle Pflegeplanung. Ein so genanntes Minimum Data Set (MDS) und 18 Abklärungshilfen bilden die Grundlage für diese Einschätzung. Die Abklärungshilfen erläutern wonach genau gefragt werden muss. Darunter fallen Personenangaben, Angaben zu den Medikamenten und den Einschränkungen. Mit Hilfe von MDS-Erweiterungen wird so der spezielle Pflegebedarf ermittelt und mit Hilfe dessen kann man das Personal dann ebenso bemessen (vgl. Büscher/Bauer, 2008, S.112).

Vorteile des RAI-Systems liegen darin, dass der Pflegeprozess und die Beurteilung des Patienten vereinheitlicht werden, Bedürfnisse und Ressourcen der Patienten individuell erfasst werden. Somit wird die Beziehung zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigen auch enger gestaltet. Das System fördert den Lernprozess der Pflegenden und die Fachkompetenz wird ausgebaut. Ebenfalls trägt es dazu bei, dass das Team gestärkt wird und die Zufriedenheit der Arbeit steigt (vgl. Universität Bremen/ Hochschule München, 2008).

Die Schwächen des RAI-System liegen im zeitlichen Aufwand der Einführung dieses Systems. Es ist viel Schulung des Personals am Anfang nötig. Ebenso dauert zunächst die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit und

die damit einhergehende Dokumentation merklich länger. Nachdem das Programm eingeführt und verinnerlicht wurde beträgt die Dauer einer Beurteilung nur noch 45 Minuten pro Klienten (vgl. Universität Bremen/ Hochschule München, 2008).

Obwohl das RAI-System als anwendbar bewertet wurde, entschied sich der GKV-Spitzenverband für ein neues Begutachtungssystem und veröffentlichte den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Zusätzlich kam das neue Begutachtungssystem dazu und wurde gesetzlich verankert. Man entschied sich dazu, weil Pflegebedürftige entsprechend ihres Pflegebedarfs explizierter unterschieden werden sollten, damit dann auch eine entsprechende Personalbemessung vorgenommen werden kann (vgl. Brühl/Planer, 2019, S. 17f).

4.3 Balanced Scorecard

Aufgrund der ständigen Veränderung im Bereich der Pflege ist ein angemessenes Kontroll- und Managementsystemen nötig. Die Balanced Scorecard (BSC) ist eine Möglichkeit spezielle Anforderungen und Werte in der Pflege miteinzubeziehen, denn dieses Konzept schließt ebenso weiche Faktoren als auch Potentiale mit ein (vgl. Elmer/Stummer, 2010, S. 121).

Grundlegend ist es bei dem Konzept der BSC so, dass ein Unternehmen eine Vision hat und diese Vision mit Hilfe einer Strategie umsetzt. Die Darstellung dieser erfolgt in Kennziffern, Zielen und Maßnahmen. Die Darstellung erfolgt in einer sogenannten Strategy Map. Da innerhalb eines Unternehmens verschiedenste Prozesse stattfinden stehen viele Akteure in Kontakt. Um diesen weitläufigen Prozess darzustellen, werden Kennzahlen genutzt und die individuellen Bereiche in Betracht gezogen. In dem Konzept geht man von vier grundlegenden Bereichen aus: Finanzen, Mitarbeiter, Kunden und Prozesse. Alle vier Bereiche haben die gleiche Gewichtung und stehen in einer Ursache-Wirkungs-Beziehung zueinander. Eine klassische BSC kann nach folgendem Schema ablaufen: an erster Stelle

sollte ein strategisches Ziel verfasst werden, dann wird aus diesem Ziel mehrere zusätzliche Ziele abgeleitet. Des Weiteren werden diese angepasst und auf die einzelnen Bereiche verteilt. Zusätzlich werden messbare Größen entwickelt. Außerdem werden dann Zielwerte für diese Größen festgelegt und Maßnahmen zur Erreichung dieser bestimmt. Diese Kennzahlen werden dann am Ende in das System eingebunden (vgl. Hans-Böckler-Stiftung, 2011, S. 1ff).

Überträgt man dieses Konzept nun auf das Gesundheitswesen, wird deutlich, dass Mitarbeiter im Fokus der Lern- und Entwicklungsperspektive sind. Sie sind somit die bedeutendsten Größen, um erfolgreich zu sein, denn sie sind ein kritischerer Faktor zum Erfolg als beispielsweise der Kapitaleinsatz. Dennoch muss das Konzept der BSC, um es auch in Pflegeheimen anzuwenden, angepasst werden. Es könnte damit die Arbeit zwischen Personal und Pflegebedürftigen verbessern und damit könnte erreicht werden, dass Pflege günstiger, aber dennoch ohne Qualitätsverlust stattfindet. Wichtig ist die ständige Einbindung der Mitarbeiter in die Definition von Kennzahlen und in die Anfertigung von humanen und sozialen Themen nötig (vgl. Elmer/Stummer, 2010, S. 123). Die BSC lässt sich also eher als eine Art Steuerungsinstrument verstehen. Man kann mit Hilfe dieses Konzeptes Ziele und Kennziffern definieren und damit auch die Personalbemessung steuern, allerdings bedeutet dies einen sehr hohen Aufwand im Bereich Controlling. Hier bleibt zunächst die Frage offen, ob dieser Aufwand überhaupt machbar ist für ein entsprechendes Outcome am Ende.

4.4 Fazit

Zusammenfassend zu den bereits bestehenden Ansätzen von Personalbemessung auf Grundlage der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit ist zu sagen, dass PLAISIR das am stärksten geprüfte Verfahren in Deutschland war, welches lediglich aufgrund einer Lizenzunklarheit gescheitert ist. Von großem Vorteil war hier, dass eine konkrete Verbindung zum SGB XI bestand. Der größte Nachteil, für die Pflegeheime jedoch, der sehr hohe Personaleinsatz, der Anhand der Einschätzung durch dieses System vorhanden wäre. Das RAI-Verfahren dient vorrangig der standardisierten Evaluation der Bedürfnisse, Stärken, Probleme und Vorlieben von Pflegebedürftigen Menschen. Hier wird mit Hilfe des speziellen Datensets auf Grundlage der Bedürfnisse der Personalbedarf gemessen. Jedoch wurde dies aus dem Grund der Entwicklung des neuen Begutachtungsassessments verworfen. Dieser nimmt eine genauere Einschätzung des Bedarfes vor und somit, demnach, auch eine bessere Einschätzung des Personalbedarfes. Die BSC hat den wesentlichen Vorteil, dass sie Mitarbeiter in den Fokus rückt. Des Weiteren bietet sie klare Kennziffern, die selbst aufgestellt werden, wie diese jedoch festgelegt werden, wäre den Pflegeheimen selbst überlassen. Auch bei der Beurteilung der Einhaltung der Kennziffern würde es Probleme geben, denn selbst festgelegte Zahlen können oft so festgelegt werden, dass sie definitiv erreicht werden. Die Zahlen müssten aufgrund einer einheitlichen Berechnungsgrundlage entstehen. Somit wäre auch die BSC nicht das geeignetste Instrument zur Verwendung.

Das PLAISIR-Verfahren ist meiner Meinung nach, das von den drei ausgewählten Verfahren das sinnvollste, jedoch ist es bereits vor Jahren gescheitert. Als Grundüberlegung kann dieses jedoch mit eingebunden werden.

5. Ansätze eines Pflegepersonalschlüssels in Pflegeheimen in den einzelnen Bundesländern

In diesem Kapitel sollen die Ansätze zur Personalbemessung in einzelnen Bundesländern dargestellt werden. Es wird die derzeitige Situation des Schlüssels dargestellt und bildet derzeit die Grundlage des Einsatzes. Die Gründe für die schwankenden Zahlen sind zum einen die bis dato noch nicht gesetzlichen Vorgaben und die schwankende Zahl der Beschäftigten und Pflegebedürftigen in den einzelnen Regionen.

Es wurden Mecklenburg-Vorpommern, aufgrund des eigenen Wohnsitzes und Bayern, aufgrund der Fläche ausgewählt. Zunächst werden die einzelnen Zahlen bzw. die aktuelle Lage dargestellt um dann die jetzigen Ansätze vor dem 30. Juni darzustellen. Im Anschluss daran werden die beiden Ansätze noch einmal gegenübergestellt.

Für Mecklenburg-Vorpommern heißt es im EQG-M-V § 3 Absatz 2 lediglich, dass sichergestellt werden muss, dass 50 Prozent des Gesamtpersonals der Pflege- und Betreuungskräfte Fachkräfte sein müssen (vgl. Landesrecht, 2010). Die Definition dieser ist gesondert in der Einrichtungspersonalverordnung M-V § 5 geregelt. In Absatz 2 heißt es: „Fachkräfte, die betreuende oder pflegerische Tätigkeiten durchführen, müssen eine Berufsausbildung abgeschlossen haben, die Kenntnisse und Fähigkeiten zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung der von ihnen ausgeübten Funktion und Tätigkeit vermittelt.“ Bezüglich der Qualifikation heißt es in Absatz 3: „Fachkraft in der Pflege in Pflegeeinrichtungen ist, wer über einen der folgenden Berufsabschlüsse verfügt: Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpflegerin oder Altenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“ (Ministerium für Soziales und Gesundheit, 2010). Hieraus geht jedoch nicht hervor in welchem Verhältnis diese zu der Bewohneranzahl stehen sollen.

Für Bayern heißt es im Gesetz zur Änderung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes im § 16 Absatz 1: „Fachkräfte müssen eine

mindestens dreijährig angelegte Berufsausbildung oder ein Studium abgeschlossen haben, wodurch ihnen Kenntnisse und Fähigkeiten zur selbstständigen eigenverantwortlichen Wahrnehmung der ausgeübten Funktion und Tätigkeit vermittelt wurden“ und zusätzlich in Absatz 2: „Das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege erlässt allgemeine Verwaltungsvorschriften über die Anerkennung 1. von Fachkräften in den Bereichen der Pflege, Therapie und sozialen Betreuung und von qualifizierten Hilfskräften stationärer Einrichtungen der Pflege und für ältere Menschen einschließlich der gerontopsychiatrisch qualifizierten Fachkräfte sowie 2. von pädagogischen und pflegerischen Fachkräften für die Gruppenleitung bzw. den Gruppendienst, von Gruppenübergreifenden Fachkräften und von qualifizierten Hilfskräften stationärer Einrichtungen für Menschen mit Behinderung“ (Bayrische Staatsregierung, 2013). Nach § 75 Absatz 3 SGB XI beträgt der vereinbarte Anteil an Fachkräften im Pflege- und Betreuungspersonal im allgemein vollstationären Bereich auch in Bayern 50 Prozent (vgl. Deutscher Bundestag, 2016, S. 10).

5.1 Mecklenburg-Vorpommern

Im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern ist der aktuelle Pflegepersonalschlüssel in vollstationären Einrichtungen schwankend und beträgt, unter Berücksichtigung der einzelnen Pflegegrade, in Pflegegrad 1 zwischen 1:6,08 bis 1:8,05. Im Pflegegrad 2 liegt er zwischen 1:3,59 bis 1:4,52. Des Weiteren liegt beim Pflegegrad 3 zwischen 1:2,4 und 1:3,41. Im Pflegegrad 4 liegt er zwischen 1:1,76 und 1:2,71 und im Pflegegrad 5 zwischen 1:1,76 und 1:2,48. Die Zahl 1 steht für 1 Vollzeitkraft mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden. Ausgenommen von dieser Relation sind Auszubildende, Praktikanten und Teilnehmer am Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) sowie am Bundesfreiwilligendienst (BFD) (vgl. Wipp, 2019).

5.2 Bayern

Im Bundesland Bayern beträgt der aktuelle Pflegepersonalschlüssel in Pflegeheimen, unter Berücksichtigung der einzelnen Pflegegrade, in Pflegegrad 1 1:6,70. Im Pflegegrad 2 liegt er bei 1:3,71. Des Weiteren liegt er beim Pflegegrad 3 bei 1:2,6. Im Pflegegrad 4 befindet er sich bei 1:1,98 und im Pflegegrad 5 liegt die Zahl bei 1:1,79. Die Zahl 1 steht für 1 Vollzeitkraft mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 38,5 Stunden. Bei Auszubildenden beträgt der Schlüssel generell 1:6 (vgl. Wipp, 2019).

5.3 Vergleich der analysierten Bundesländer

Beurteilt man nun die Zahlen der Pflegeschlüssel in den beiden Bundesländern, wird zunächst deutlich, dass es in Bayern keine Schwankungen in der Bemessung gibt. Die verhältnismäßigen Zahlen sind jedoch ähnlich und weichen in den einzelnen Pflegegraden um maximal einen pflegebedürftigen Menschen ab.

Wenn man nun die Gründe der Unterschiede verstehen möchte muss man sich zunächst einige Zahlen genauer ansehen und sie vergleichen.

In der Statistik werden Personen als pflegebedürftig erfasst, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten.

„Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI).

Kriterium	Bayern	Mecklenburg-Vorpommern
Einwohnerzahl	12.997.204	1.611.119
Anzahl der Pflegebedürftigen	399.357	91.029
Pflegequote	3,1 %	5,7 %
Anzahl der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen	29 %	21 %
Anzahl der Vollzeitkräfte im stationären Bereich	22.366	15.563
Prozentualer Anteil der Beschäftigten in der Pflege gemessen an der Einwohnerzahl	0,17 %	0,97 %
Monatliches Bruttogehalt einer Pflegefachkraft	3.065 Euro	2.238 Euro

Tabelle 1: Vergleich der Bundesländer im Jahr 2017 anhand verschiedener Kriterien (eigene Darstellung)

Zum Ende des Jahres 2017 galten in Bayern 399.357 Menschen als pflegebedürftig bei einer Gesamtbevölkerung von 12.997.204 Menschen macht dies eine Pflegequote von 3,1 Prozent aus. 29 Prozent der Pflegebedürftigen werden in vollstationären Heimen versorgt und 71 Prozent zu Hause durch Angehörige oder einen ambulanten Pflegedienst. In MV waren es 91.029 Pflegebedürftige bei einer Gesamtbevölkerung von 1.611.119 beträgt die Pflegequote hier 5,7 Prozent. 21 Prozent der pflegebedürftigen Menschen werden in Pflegeheimen versorgt und 78,9 Prozent zu Hause durch die Angehörigen oder einen ambulanten Pflegedienst (vgl. Statistisches Bundesamt, 2018).

Aus diesen Zahlen wird deutlich, dass MV bei einer deutlich geringeren Bevölkerung, im Vergleich zu Bayern, eine deutlich höhere Pflegequote hat,

obwohl in MV mehr Pflegebedürftige in der Häuslichkeit versorgt werden als in Bayern.

Im nächsten Schritt werden die Zahlen der Vollzeitbeschäftigten betrachtet, aufgrund dessen, dass sich in der Auflistung des Schlüssels hauptsächlich auf Vollzeitkräfte bezogen wird.

Zum Stichtag, Ende 2017, waren 22.366 Vollzeitkräfte in Bereich der vollstationären Pflege in Bayern beschäftigt. Darunter befinden sich staatlich anerkannter Altenpfleger, staatlich anerkannter Altenpflegehelfer, Krankenschwester, -pfleger, Krankenpflegehelfer, Kinderkrankenschwester, -pfleger, Heilerziehungspfleger, Heilerzieher, Heilerziehungspflegehelfer, Heilpädagoge, Ergotherapeut (Beschäftigungs-, Arbeitstherapeut), Physiotherapeut/in (Krankengymnast/in), sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe, sozialpädagogischer/-arbeiterischer Berufsabschluss und Familienpfleger mit staatlichem Abschluss. Es wurde nicht zwischen freigemeinnützigen, öffentlichen oder privaten Trägern unterschieden (vgl. Bayerisches Landesamt für Statistik, 2017).

In Mecklenburg-Vorpommern waren 15.563 Ende 2017 in der vollstationären Pflege beschäftigt. Darunter fallen die gleichen Gruppen von Berufsabschlüssen wie in Bayern bereits aufgelistet (vgl. Statistisches Amt MV, 2017).

Sichtbar aus diesen Zahlen, ist zwar zunächst offensichtlich, dass in Bayern mehr Beschäftigte in der Pflege tätig sind, jedoch muss man dies ins Verhältnis zu der Zahl der Einwohner setzen. Demnach arbeiten in Bayern 0,17 Prozent der Bevölkerung in Pflegeheimen und in MV sind es 0,97 Prozent.

Das monatliche Bruttogehalt einer Fachkraft in der stationären Pflege beträgt in Bayern 3.065 Euro und in MV 2.238 Euro (vgl. Seibert et al., 2017, S. 4).

Als Schlussfolgerung aus diesen Zahlen ist zu ziehen, dass Bayern zwar weniger Beschäftigte in der stationären Pflege hat, aber dennoch im Vergleich zu MV eine deutlich geringere Anzahl von Pflegebedürftigen und somit auch eine geringe Pflegequote. Tendenziell versorgt Bayern mehr Menschen in Pflegeheimen als MV. Eine Pflegefachkraft verdient in Bayern wesentlich besser, was den Beruf aber scheinbar nicht attraktiver macht als in MV, wo Pflegekräfte weniger Geld verdienen, denn hier ist die Anzahl der Beschäftigten prozentual wesentlich höher. Die geringere Pflegequote in Bayern lässt auf den tendenziell „besseren“ Pflegeschlüssel schließen. Die derzeitigen Schwankungen in dem Pflegeschlüssel von MV lassen sich teilweise durch die steigende Pflegequote erklären. Insgesamt sind aber die Schwankungen in dem Schlüssel zwischen diesen beiden Bundesländern eher als nicht sehr stark zu betrachten. Betrachtet man nun die gesetzliche Vorgabe, des 50 prozentigen Anteiles an Fachkräften im Pflege- und Betreuungspersonal, so wird deutlich, dass diese Vorgabe nicht die größte Rolle in der bestmöglichen pflegerischen Versorgung im Pflegeheim spielt. Eher sollte es das gesamte Vollzeitpersonal der Pflege sein, um den Pflegeschlüssel und somit auch den Personalschlüssel zu verändern. Dieser soll bundeseinheitlich festgesetzt werden, sodass keine Unterschiede mehr entstehen. Das laufende Projekt und Überlegungen dazu werden im nächsten Kapitel aufgezeigt.

6. Ansatz des Pflegepersonalschlüssels auf Bundesebene

In diesem Punkt soll der Ansatz vorgestellt werden, welcher entwickelt wurde um einen einheitlichen Ansatz des Pflegepersonalschlüssels nach § 113c SGB XI deutschlandweit dazustellen. Darauf folgt eine Darstellung der ersten öffentlichen Reaktionen auf diesen Vorschlag.

6.1 Bundeseinheitliches Personalbemessungsinstrument

Bereits im Jahr 2010 wurde ein Modell der Universität Bielefeld auf der Grundlage des § 8 Abs. 3 SGBG XI entwickelt. Diese hat einen Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprojekt: „Entwicklung und Erprobung von Grundlagen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf der Basis des Bedarfsklassifikationssystems der Referenzmodelle“ veröffentlicht (vgl. Wingenfeld et al., 2010). Es wurde jedoch entschieden, dass es weiterer wissenschaftlicher Auseinandersetzung bedarf aufgrund dessen, dass die Daten veraltet waren und die Basis der Daten, die verwendet wurden zu klein war (vgl. SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik Institut für Public Health und Pflegeforschung et al., 2020, S. 32).

Weiterhin wurde mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz zum 1. Januar 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie ein neues Begutachtungsinstrument eingeführt. Somit kann dieses Modell in der Arbeit nicht berücksichtigt werden, da unter anderem der aktuelle Bezug fehlt.

Um auf der Grundlage des Paragraph 113 c einen einheitlichen Ansatz des Pflegepersonalschlüssels deutschlandweit zu entwickeln fand eine deutschlandweite öffentliche Ausschreibung dazu statt. Die Laufzeit dieses Projektes sollte 18 Monate betragen. Ende der Frist zur Einreichung war der 25.10.2016. Danach sollte die voraussichtliche Vergabe der

Aufforderungen zur Angebotsabgabe bzw. zur Teilnahme an ausgewählte Bewerber erfolgen. (vgl. Europäische Union, 2016).

Zur Wiederholung noch einmal der § 113 c des elften Buch Sozialgesetzbuch, dort heißt es: „Die Vertragsparteien nach § 113 stellen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicher. Die Entwicklung und Erprobung ist bis zum 30. Juni 2020 abzuschließen“ (§ 113c Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB XI).

Den Auftrag der europaweiten Ausschreibung hat die Universität Bremen am 31.03.2017 erhalten, diese soll „ein strukturiertes, empirisch abgesichertes und valides Verfahren für die Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen auf der Basis des durchschnittlichen Versorgungsaufwands für direkte und indirekte pflegerische Maßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung unter Berücksichtigung der fachlichen Ziele und Konzeption des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erstellen“ (Rothgang, 2018).

In der Leitung des Projektes befand sich Prof. Dr. Heinz Rothgang. Dieser arbeitete zusammen mit mehreren Projektpartnern. Der zweite Zwischenbericht wurde bereits an das zuständige Bundesgesundheitsministerium übergeben. Der Endbericht, der dann zur Entwicklung und Erprobung genutzt werden soll, wurde am 30.04.2020 übergeben. Die Erfassung der Daten fand, laut dem zweiten Zwischenbericht, in einem Zeitraum von April bis Oktober im Jahr 2018 statt. Insgesamt wurden 62 vollstationäre und 7 teilstationäre Einrichtungen miteinbezogen. Zusätzlich waren 1.380 Bewohner*innen beteiligt und 163 Tagespflegegäste. Das Projekt besteht aus über 353 Seiten und umfasst zunächst eine Beschreibung der Projektdurchführung mit einer

umfassenden Erarbeitung eines geeigneten Erhebungsinstrumentes, welches im ersten Zwischenbericht entstanden ist. Des Weiteren fand eine umfangreiche Datenerhebung statt und darauf folgte dann die Aufarbeitung der Daten. Im nächsten Schritt erfolgt die Vorstellung der Ergebnisse. Darauf folgen eine Zusammenfassung und eine Diskussion der Ergebnisse auch vor dem Hintergrund des demographischen Wandels. Zum Schluss wird eine Empfehlung für den ambulanten Sektor und die stationäre Langzeitpflege gegeben (vgl. Rothgang et al., 2020, S. 3-23).

Vor dem Hintergrund des Themas dieser Arbeit wird lediglich auf die Empfehlung für den stationären Sektor eingegangen.

Die Berechnung des fachlich angemessenen Pflegepersonalschlüssels erfolgt mit Hilfe des mathematischen Modells, welches als Algorithmus 1.0 bezeichnet wird. Die Parametrisierung erfolgt auf Basis der empirisch erhobenen fachgerechten SOLL-Werte. Dieses Modell bietet die Möglichkeit einer Berechnung nach Pflegegraden. Des Weiteren bietet sie auch eine andere Klassierung von Pflegebedürftigen. Die bisher geltende Fachkraftquote wird durch einrichtungsindividuelle Personalmengen und -mixe ausgetauscht (vgl. Rothgang et al., 2020, S. 23). Das Personalbemessungsverfahren soll auf Basis der Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen sein. Zusätzlich bilden die Merkmale, die im Begutachtungsinstrument der Pflegebedürftigen abgebildet werden eine Grundlage. Der Algorithmus legt individuell für jede Einrichtung eine optimale Anzahl der Personalmenge für eine fachgerechte Versorgung fest. Der Personaleinsatz soll jedoch nicht konkret festgelegt werden, sondern individuell pro Einrichtung im Rahmen der berechneten Personalmenge. Die Grundkonzeption im stationären Sektor soll einer Pflegeeinrichtung mit gegebener Zahl und Struktur von Pflegebedürftigen, welches den Case-Mix beschreibt, eine Personalstruktur zuordnen. Die Inputvariable stellt die Anzahl der Pflegebedürftigen mit ihrer individuellen Pflegebedürftigkeit dar und die Outputvariable die Anzahl der Vollzeitpflegekräfte mit ihrem jeweiligen Qualifikationsniveau (vgl. Rothgang et al., 2020, S. 40f). Für die

Datenerhebung wurden Pflegeinterventionen definiert. Diese sind in einer Auflistung im Anhang 1 dargestellt. Des Weiteren erfolgte eine Verknüpfung dieser mit den notwendigen Qualifikationsniveaus. Damit die Qualifikationen der Beschäftigten mit den Versorgungsanforderungen in Zusammenhang gebracht werden konnten wurde ein sogenanntes „*Qualifikationsmixmodell*“ für Pflegeheime erstellt (vgl. Rothgang et al., 2020, S. 78). Dieses wird im nachfolgenden in Abbildung 3 dargestellt.

Kommen wir nun zur Berechnung mit Hilfe des mathematischen Modells Algorithmus 1, dessen Einflüsse zuvor beschrieben wurden. Mit Hilfe dessen nun die Input- und Outputvariablen genutzt werden um die Personalmenge zu errechnen. In dem Bericht werden die Rechenvorschriften genau erläutert, diese werden im Anhang 2 dargestellt. Diese Vorschriften werden mit Werten hinterlegt die auf der Studie basieren. Im weiteren Verlauf wird eine Art Bedienungsanleitung zur Nutzung dieser gegeben. Der errechnete Personalbedarf ergibt sich aus der Personalmenge für jede Personalkategorie mit ihrem jeweiligen Qualifikationsniveau. Diese Qualifikationsniveaus sind im Anhang 3 aufgezeigt (vgl. Rothgang et al., 2020, S. 220ff). Die mathematische Methode und die zusätzlichen Parameter wurden genutzt und es ergaben sich für den neben dem Personalbedarf in Form von Minutenwerten auch Vorschläge für den Stellenschlüssel in Pflegeheimen (vgl. Rothgang et al., 2020, S. 231).

Zusammenfassend bildet die Basis für das Personalbemessungsinstrument also eine Kombination aus einem empirischen und einem analytischen Ansatz. Es wurde mit Hilfe der erbrachten Leistungen im Jahr 2018 ein Defizit zu einer bedarfsgerechten Pflege erkannt. Die Leistungserbringung wurde in drei Bereiche eingeteilt. Die erste Dimension stellt die Zahl der bedarfsnotwendigen Interventionen dar, worauf die Zweite durch die bedarfsgerechte Zeit pro Interventionserbringung beschrieben wird. Der dritte und letzte Bereich umfasst das bedarfsgerechte Qualifikationsniveau der Pflegeperson pro Interventionserbringung. Daneben wurde das

entsprechende IST der Leistungserbringung erfasst. Dies umfasst die Zeitmenge für die Interventionen unter Beachtung der aktuellen Personalausstattung und Organisation sowie der Qualifikation der Pflegekräfte. Parallel dazu erfolgt die Ermittlung der eventuell notwendigen Zu- oder Abschläge. Insgesamt ergeben die Zu- und Abschläge und der IST Wert dann den SOLL Wert. Diese sind empirisch erhobene Werte die sich nach der Menge der Interventionen, der Zeit pro Intervention und den Anforderungen an die Qualifikation richten. Um diese Werte zu erheben wurde der zuvor genannte Interventionskatalog entwickelt (vgl. (bpa. Bundesverband, 2020, S. 7ff).

In Abhängigkeit von den Pflegegraden und Qualifikationsniveaus der Pflegekraft ergibt sich in Abbildung 1 wie viele Pflegebedürftige demnach von einer Pflegefachkraft versorgt werden sollten.

	QN 1	QN 2	QN 3	QN 4	gesamt
PG 1	$\begin{pmatrix} 1 : 67,8 \\ 1 : 78,2 \end{pmatrix}$	$\begin{pmatrix} 1 : 9,6 \\ 1 : 6,7 \end{pmatrix}$	$\begin{pmatrix} 1 : 10,0 \\ 1 : 9,6 \end{pmatrix}$	$\begin{pmatrix} 1 : 19,2 \\ 1 : 18,1 \end{pmatrix}$	$\begin{pmatrix} 1 : 3,7 \\ 1 : 3,1 \end{pmatrix}$
PG 2	$\begin{pmatrix} 1 : 45,3 \\ 1 : 38,1 \end{pmatrix}$	$\begin{pmatrix} 1 : 6,5 \\ 1 : 7,4 \end{pmatrix}$	$\begin{pmatrix} 1 : 5,7 \\ 1 : 4,1 \end{pmatrix}$	$\begin{pmatrix} 1 : 9,2 \\ 1 : 3,9 \end{pmatrix}$	$\begin{pmatrix} 1 : 2,2 \\ 1 : 1,5 \end{pmatrix}$
PG 3	$\begin{pmatrix} 1 : 47,3 \\ 1 : 47,3 \end{pmatrix}$	$\begin{pmatrix} 1 : 7,1 \\ 1 : 7,1 \end{pmatrix}$	$\begin{pmatrix} 1 : 6,6 \\ 1 : 6,6 \end{pmatrix}$	$\begin{pmatrix} 1 : 1,8 \\ 1 : 1,8 \end{pmatrix}$	$\begin{pmatrix} 1 : 1,1 \\ 1 : 1,1 \end{pmatrix}$
PG 4					
PG 5					
gesamt	1 : 47,6	1 : 6,9	1 : 5,7	1 : 4,8	1 : 1,8

Abbildung 1: Personalschlüssel als Ergebnis des Algorithmus 1(Rothgang et al.,2020, S.235)

Die Berechnung des Personalschlüssels in Abbildung 1 ergibt sich aus den nachfolgenden Abbildungen mit dazugehöriger Erläuterung.

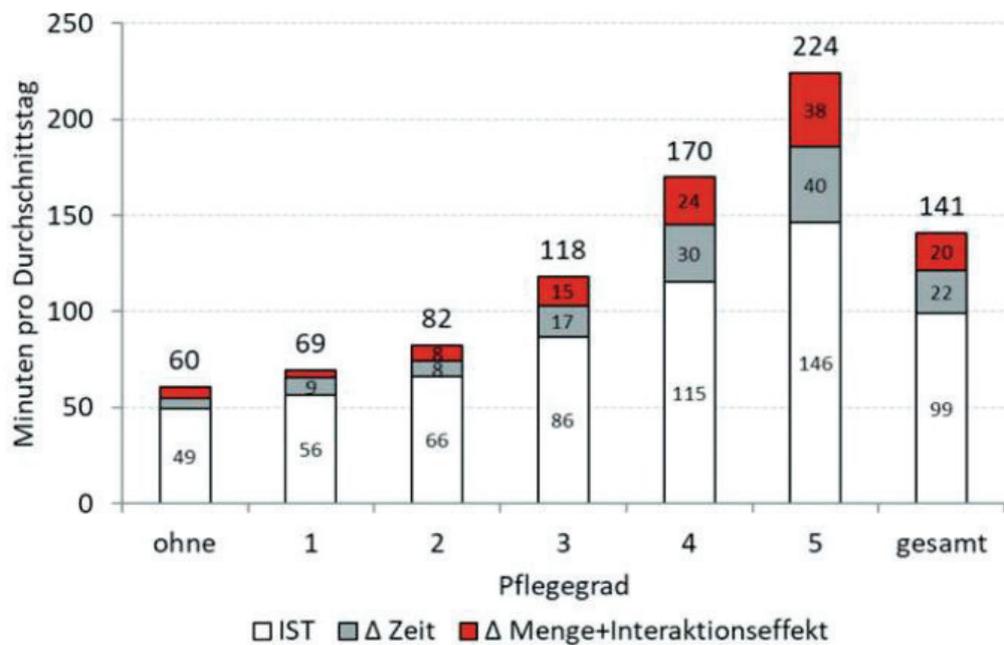


Abbildung 2: Durchschnittlicher täglicher Pflegebedarf in Minuten nach Pflegegrad (vollstationär), (bpa. Bundesverband, 2020, S. 6)

Aus der Abbildung 2 geht hervor, dass die durchschnittliche Zeit pro Bewohner von 60 bis hin zu 224 Minuten, in Abhängigkeit vom jeweiligen Pflegegrad, reicht. Das ergibt einen Durchschnittswert von 141 Minuten. Diese SOLL Werte ergeben sich auch hier aus den IST Werten, wie zuvor beschrieben und unterschiedlichen Zuschlägen. Wobei Δ Zeit die Zeitzuschläge beschreibt die für die einzelnen Interventionen notwendig sind und Δ Menge den Mengenzuschlag für extra Interventionen beschreibt. Diese sind wiederum jeweils mit SOLL Zeiten hinterlegt welche hier in der Abbildung den Interaktionseffekt darstellen (vgl. bpa. Bundesverband, 2020, S. 9).

Die Bewohnerstruktur bestimmt die Mischung der Qualifikation des Personals. Wie in Abbildung 3 zu sehen ist, steigt der Anteilswert der Fachkräfte mit dem Verfahren von heute 20 Prozent auf 65 Prozent an. Gefordert wird bis heute ein Fachkräfteanteil von mindestens 50 Prozent (vgl. bpa. Bundesverband, 2020, S. 9).

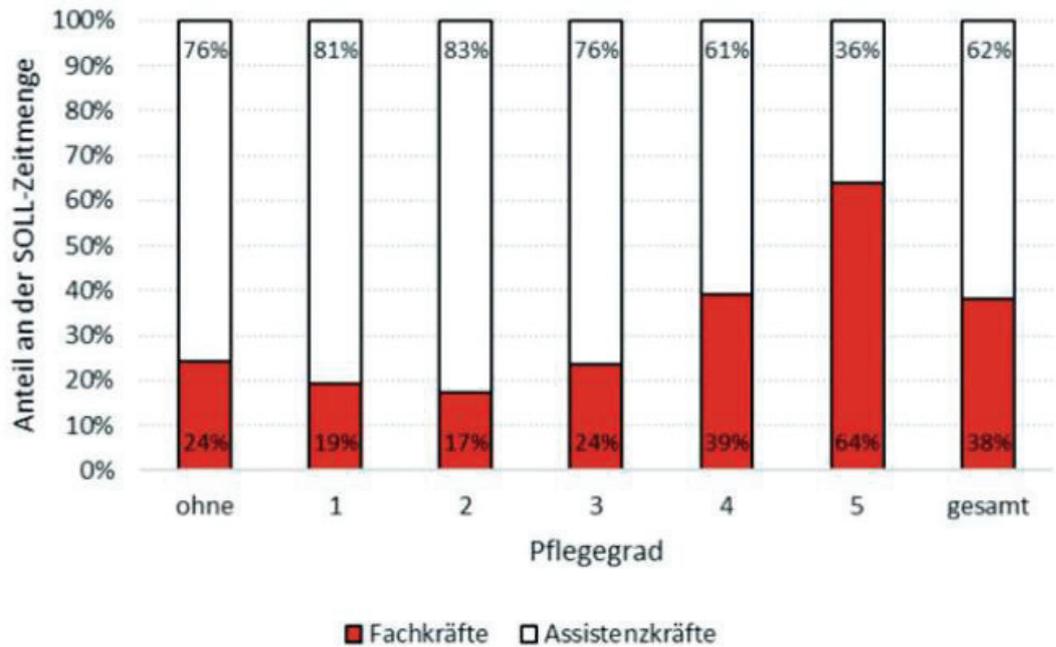


Abbildung 3: QN-Verteilung innerhalb der Pflegegrade (bpa. Bundesverband, 2020, S. 8)

Des Weiteren wurde ein Bedarf an 54,93 Vollzeitäquivalenten ermittelt, welcher derzeit bundesdurchschnittlich bei 40,33 liegt. Daraus lässt sich ableiten, dass es, um diese Zahlen zu regenerieren, einen Zuwachs an Personal von 36 % geben muss. Teilt man diesen noch auf die verschiedenen Qualifikationsniveaus auf so benötigen wir 69 % mehr Assistenzkräfte und 3,5 % mehr Fachkräfte (vgl. Rothgang et al., 2020, S. 245).

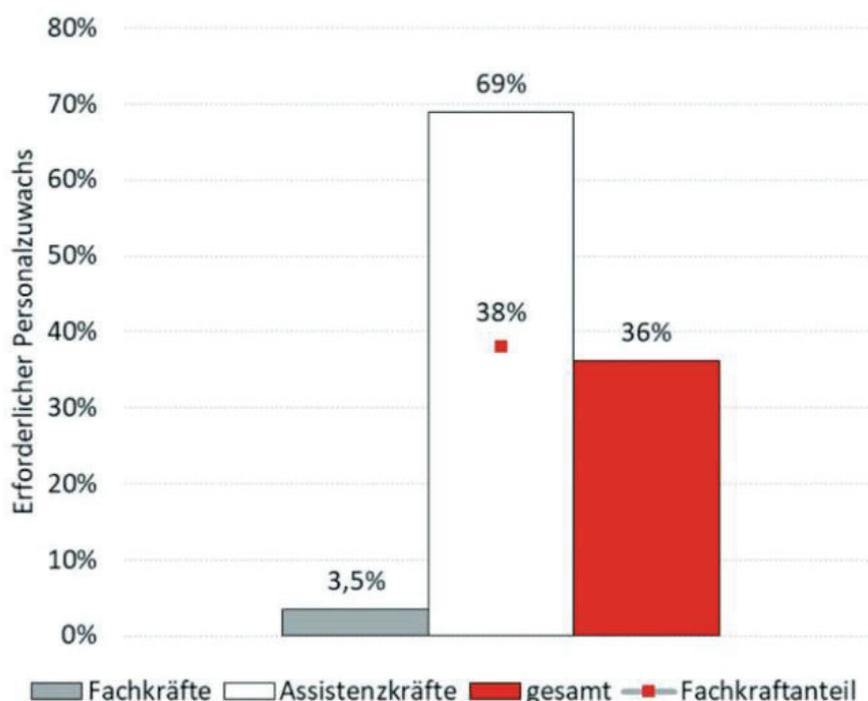


Abbildung 4: Personalmehrbedarf insgesamt und innerhalb der Fach- und Assistenz-kräfte und der daraus resultierende Fachkraftanteil (bpa. Bundesverband, 2020, S. 9)

Für die endgültige Einführung muss in der stationären Pflege für den Einsatz einer einheitlichen Personalbemessung zunächst ein Klassifizierungssystem ausgewählt werden. Mit Hilfe dessen soll das Instrument zur Personalbemessung gestaltet werden. Empfohlen wird die Klassifikation nach den Pflegegraden. Im nächsten Schritt soll eine schrittweise Einführung mit einer Erhöhung der Personalmenge erfolgen, welche danach evaluiert werden sollte. Diese Einführung sollte in vier

Schritten erfolgen. In den ersten Schritten sollen die Einführung und die Erhöhung der Personalmenge zeitnah und flächendeckend erfolgen. Parallel dazu sollen die entstehenden Anforderungen durch eine erhöhte Personalmenge in den Einrichtungen zunächst im Rahmen eines Modelversuchs in einigen Modelleinrichtungen stattfinden. Dies ist wichtig, um die Auswirkungen auf die Qualität der Leistung und Pflege zu betrachten. Gemäß dem Falle, dass sich die Rahmenbedingungen dadurch verändern kann dies zu einer Veränderung der Parameter des Algorithmus herangezogen werden. Unterdessen wird dadurch der Wandel des Berufsbildes der Pflege bestärkt. Die Probephase soll bis zum 30.06.2020 abgeschlossen sein und konzeptionell vorbereitet werden (vgl. Rothgang et al., 2020, S. 344 ff).

6.2 Reaktionen zum bundeseinheitlichen Verfahren der Personalbemessung in Pflegeheimen

Der deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) reagierte als eine der Ersten auf die Vorstellung zu einem bundeseinheitlichen Verfahren zur Personalbemessung in der Pflege der Universität Bremen mit einer Pressemitteilung. Grundsätzlich sehen Sie es als ein Fundament um Pflege und deren Ausstattung vergleichbarer zu machen. Jedoch gibt es auch von Seiten des DBfK Kritik an dem Verfahren. Zum einen ergeben sich aus den darauffolgenden Erprobungen des Personalschlüssels, wie erwartet, Probleme in der adäquaten Personalbeschaffung. Was nicht zuletzt durch die Politik geändert werden muss. Zum anderen werden die Werte kritisiert auf deren Basis der Schlüssel entwickelt wurde, denn diese wären schließlich aus dem Jahr 2018. Zudem wird die Abbildung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes kritisch gesehen. Dieser wäre nicht vollständig in dem Verfahren zu erkennen. Ein wesentlicher Punkt ist jedoch, dass mit dem Verfahren den Assistenzkräften eine höhere Verantwortung zugeteilt wird. Dies liegt nicht im Sinne des DBfKs, welcher diese Verantwortung

einer derart komplexen Pflege nicht in den Assistenzkräften sieht. Weiterhin wird eine enorme Aufstockung von Assistenzpersonal gefordert, welche nicht umsetzbar scheint. Auf der einen Seite, weil die Anzahl der Assistenzkräfte derzeit gering ist und auf der anderen Seite, weil deren Ausbildung sich nicht nur zeitlich, sondern auch finanziell eher schwierig gestaltet. Aus den Ausführungen der Universität Bremen wird deutlich, dass ein erhöhter Pflegegrad mit einer erhöhten Anzahl von Pflegefachpersonen einhergeht. Jedoch wird von Seiten des DBfK kritisiert, dass zu deren Qualifikation und Ausbildung keinerlei Aussage getroffen wird. Des Weiteren sollte es bei allen Berufsgruppen in der Pflege vorrangig um den Menschen selbst gehen und nicht um die Planung und Zerlegung der Pflege in die einzelnen Teilschritte. Zu mindestens sollte diese Planung nicht den größten Teil des Berufes ausmachen, denn damit würde ein Teil der Attraktivität dieses Berufsfeldes enorm verloren gehen (vgl. DBfK, 2020). Der DBfK steht für eine professionelle und qualitativ hochwertige Pflege ein und ist strikt dagegen den Mangel an Fachkräften mit Assistenz- bzw. Hilfskräften aufzufüllen. Bei all der Kritik stellt sich für den DBfK vor allem eine Frage: wie soll das alles finanziert werden? Auch hierzu wird in dem Gutachten keine konkrete Aussage getroffen und bleibt damit zunächst offen (vgl. DBfK, 2020).

Der GKV- Spitzenverband äußerte sich in einer knappen Pressemitteilung durchweg positiv zu dem Gutachten der Universität Bremen. In dieser Mitteilung wird das Gutachten zunächst in knapper Form dargestellt und erläutert. Darauf folgen Statements. Unter anderem wird es als ein „großer Fortschritt“ bezeichnet, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff nun in den einzelnen Einrichtungen explizit und genauer umgesetzt werden kann. Ein weiterer Vorteil wird darin gesehen, dass nun die Rahmenbedingungen in Bezug auf die Personalausstattung dargestellt werden, damit diese auch in Zukunft der stetig zunehmenden Zahl an Pflegebedürftigen gewachsen ist. Auch das Verhältnis von Pflegefachkräften und Assistenzkräften könnte damit neu aufgebaut und verankert werden. Ein großer Vorteil steht über

allem, man könne endlich den genauen Personaleinsatz in stationären Pflegeeinrichtungen festlegen (vgl. GKV-Spitzenverband, 2020).

Auch Bibliomed, einer der bedeutendsten Fachverlage Deutschlands, äußerte sich in einem Artikel zu dem Thema. Der wohl größte Kritikpunkt in diesem Artikel, so wie in vorangegangenen Reaktionen betrifft die überwiegende Übertragung der Pflege auf Assistenzkräfte und damit die Minimierung des Arbeitsbereiches von Pflegefachkräften. Letztere sollen demnach vorrangig die Funktion der Steuerung und Prüfung übernehmen. Womit auch hier nach herrschender Meinung die eigentliche Revolution der Pflege hin zu einer Verbesserung erfolglos bleibt. Des Weiteren wird in dem Artikel Kritik an offensichtlichen Lücken in dem Gutachten geübt. Demnach fehle die Nennung bzw. Einbeziehung von Spezialkräften und von hochschulqualifizierten Pflegekräften, welche ebenfalls in der direkten Pflege arbeiten. Jedoch wird im Fazit klar, dass es keine Zeit für einen Austausch zu Kritikpunkten gäbe und man die Erprobung und Einführung des Bemessungsinstrumentes und die damit einhergehenden Punkte zunächst hinnehmen muss und abwarten muss was die Zukunft bringen wird (vgl. Millich, 2020).

Der Deutsche Pflegerat reagierte in einem ihrer Newsletter auf die Ergebnisse des Projektes. Grundsätzlich sieht aus dieser den Entwurf nicht zukunftsorientiert und es bedarf langfristiger Ergänzungen. Der deutsche Pflegerat fühlt sich in seinen Ausformulierungen bezüglich des enormen Mangels an Pflegefachpersonal in der Langzeitpflege aufgrund der Ergebnisse zunächst bestätigt. Jedoch sehen sie die Zahlen, die durch das Projekt hervorgebracht werden sollen als weniger realistisch und umsetzbar. Auch der Maßstab der Bemessung, die Tätigkeiten, sei nicht optimal. Diese Berechnungsgrundlage führe langfristig nicht zu einer Verbesserung der Pflege. Im Gegenteil, denn die Pflege findet aufgrund dessen eher weniger Beachtung als ihr zustünde. Es wird von Seiten des Pflegerates hier eine erneute Prüfung gefordert. Wie auch in den anderen Reaktionen und Äußerungen wird der geforderte enorme Zuwachs an

Assistenzkräften auch hier sehr kritisch und eher ablehnend gesehen. Ebenso wie die Zuweisung an Aufgaben, welche zukünftig auch diese zukommen sollen. Dies wird nicht als Lösung betrachtet. Personalzuwachs allein führt im Umkehrschluss nicht zu besseren Arbeits- und Pflegebedingungen. Des Weiteren wird den Interaktionen zu wenig Aufmerksamkeit gegeben, auch diese dürfen nicht ausschließlich den Assistenzkräften zugestanden werden. Da dieses einer explizit, qualifizierten Ausbildung bedarf, welche ausschließlich durch die generalisierte Pflegeausbildung gewährleistet werden kann. Auch der Pflegerat kritisiert die Auslassung der Nennung von spezialisierten und hochschulqualifizierten Pflegefachkräften. Es wird eine zukünftige Steigerung der Wichtigkeit dieser Gruppen angenommen daher ist eine Nennung und Einbeziehung dieser unumgänglich. Außerdem wurde in den Berechnungen eine zu hohe bzw. noch nichtzutreffende Zahl an pflegebedürftigen Personen genutzt. Jedoch sieht der Pflegerat es als geschickt an, das Verfahren möglichst zeitnah einzuführen. Parallel dazu fordert der deutsche Pflegerat, dass die Länder eine einheitlich 2-jährigen Ausbildung des Pflegeassistentenberuf einführen, über welche dann alle Assistenzkräfte verfügen sollten. Ebenso wie weiterführende Ausbildungen für Pflegehelfer und Pflegehelferinnen. Weiterhin müssen die Aufgabengebiete innerhalb von Pflegeeinrichtungen klar verteilt sein um eine gute Einführung der neuen Personalbemessung zu gewährleisten und sicherzustellen. Das dies möglichst schnell passieren muss, aufgrund der aktuellen kritischen personellen Lage ist eine klare Forderung des deutschen Pflegerates (vgl. Deutscher Pflegerat Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen, 2020, S. 64 f).

7. Internationale Pflegepersonalschlüssel in stationären Einrichtungen

In diesem Punkt der Arbeit sollen, zum Vergleich, noch einmal internationale Ansätze von Pflegepersonalschlüsseln aufgezeigt werden. Hierzu werden als Beispiele die US-amerikanischen Bundesstaaten, Australien und skandinavische Länder gewählt.

Zunächst werden die einzelnen Gesundheitssysteme dieser Länder kurz erläutert, um dann deren Ansätze darzustellen. In Australien und den skandinavischen Ländern existieren bis dato keine gesetzlichen Mindestvorgaben bezüglich eines Personalschlüssels in Pflegeheimen. Dennoch wurde sich dafür entschieden diese Gesundheitssysteme und deren jetzige Schlüssel darzustellen. Auch um daraus eventuelle Schlussfolgerungen oder Ideen für Deutschland rauszuziehen.

7.1 US-amerikanische Bundesstaaten

Eine Institution zur finanziellen Absicherung von Pflegebedürftigen in den USA gibt es nicht. Es gibt lediglich unterschiedliche soziale Hilfsprogramme, freiwillig abgeschlossene Pflegeversicherungen oder Sparverträge, die im Pflegefall greifen. Außerdem ist die Selbstzahlung im Falle einer Pflegebedürftigkeit ein wesentlicher Teil des Systems. In einigen Fällen werden die Kosten für bestimmte Pflegeleistungen von einigen Bevölkerungsgruppen von Medicaid bzw. von Medicare getragen. Ein Programm zur Hilfe von einkommensschwachen Menschen bezüglich der Pflege- und Krankenkostenabsicherung ist Medicaid. Hier liegt die Verantwortung bei den einzelnen Bundesstaaten, welche auch die Anspruchsberechtigungen individuell regeln können. Vorrangiges Kriterium ist die Armut, aber auch der Familien- und Gesundheitsstand spielt eine Rolle. Aufgrund dessen, dass Ersparnisse von Pflegebedürftigen im Pflegeheim vergleichsweise schnell ausgegeben sind, gibt es viele Empfänger von Medicaid und somit machen Pflegekosten auch den größten Anteil der Ausgaben aus. Im Gegensatz dazu sind die

Krankenversicherungsleistungen bei Medicare ausschließlich für über 65-jährige gedacht. Im Leistungskatalog sind die Pflegeausgaben lediglich im Anschluss an einen Aufenthalt im Krankenhaus enthalten. Vorrangig sind die Leistungen für die Finanzierung der häuslichen Pflege oder der medizinischen Betreuung gedacht (vgl. Wild, 2010, S.37 ff).

Ein landesweiter Standard für die Personalbemessung in Pflegeheimen gilt in den USA seit 1987. Diese sind von Medicaid und Medicare zertifiziert. Dieser Standard beinhaltet, dass eine ausgebildete Pflegekraft 24 Stunden am Tag und an sieben Tage die Woche vor Ort, im Pflegeheim, sein muss. Eine Expertenkommission hat im Jahr 1999 eine Untergrenze von 4,55 Stunden bei direkter Pflege pro Pflegebedürftigen empfohlen. Im Jahr 2001 hat Center of Medicare and Medicaid Services eine Untergrenze von 4,1 Stunden direkter Pflege pro Pflegebedürftigen empfohlen. Dies beschreibt den Ansatz der USA. Allgemein existiert also in diesem Ansatz keine festgelegte Relation zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen. Jedoch haben einige Bundesstaaten die Standards vertieft. Ein Beispiel hier wäre das Vorbild Kalifornien. Hier müssen pro Pflegebedürftigen und pro Tag mindestens 3,5 Pflegestunden von einer Pflegekraft erbracht werden. Das Qualifikationsniveau spielt auch hier eine große Rolle, jedoch liegt die Fachkraftquote deutlich unter 50 Prozent. Werden die Anforderungen der Mindeststandards nicht befolgt, müssen in den USA Gelstrafen von den Pflegeheimen gezahlt werden (vgl. Greß/Stegmüller, 2016, S. 20ff).

Aus der Regelung der USA geht hervor, dass es hier, ähnlich wie in Deutschland, ist. Verschiedene Staaten konkretisieren die Vorgaben. Ähnlich wie in Deutschland, wo jedes Bundesland, bisher, seinen eigenen nicht gesetzlich verankerten Schlüssel hat.

Im weiteren Verlauf der intensiven Recherche wird klar, dass es keine weiteren Ansätze bisher bezüglich gesetzlicher Vorgaben für einen Personalbemessungsverfahren in Pflegeheimen gibt. Lediglich in Krankenhäusern in den USA bestehen diese Vorgaben oder Überlegungen.

7.2 Weitere internationale Ansätze

Bevor weitere internationale Ansätze erläutert werden, folgt zum Verständnis eine Erklärung des Beveridge-Systems bzw. Modell, da dies das vorherrschende in den weiteren Ausführungen ist.

Das Beveridge-System definiert sich darüber, dass es vorrangig aus Steuern finanziert wird. Es erfolgt eine Umverteilung zwischen den Einkommensgruppen. 1942 legte William Henry Beveridge dem britischen Unterhaus einen Report zur Sozialpolitik vor und unterbreitete damit umfangreiche Vorschläge zu der Errichtung eines Systems zur sozialen Sicherheit. Deren Kennzeichen eine Deckung der Gesamtbevölkerung, eine Finanzierung primär aus dem Budget des Staates und eine Vereinheitlichung der Pauschalleistungen waren. Es wird darauf abgezielt das Existenzminimum zu gewährleisten (vgl. Rohwer, 2008, S. 26). Die demographische Entwicklung stellt das System vor große Herausforderungen. Sowohl quantitativ durch ältere und zu Krankheit neigende Menschen als auch qualitativ durch kostenintensive medizinische Leistungen. Diese Einflüsse führen im Umkehrschluss zu einer erhöhten Belastung des Steueraufkommens. Daraus ergibt sich ein Problem der Finanzierung des Gesundheitssystems, welches in Konkurrenz zu den Budgetanforderungen in anderen politischen Themen steht. Schlussendlich ist das Beveridge-System eigentlich kaum finanzierbar (vgl. Rohwer, 2008, S. 29).

Blicken wir zunächst auf Australien, ein Land mit vergleichsweise junger Bevölkerung, hier ist das Pflegerisiko steuerfinanziert gesichert und folgt dem Beveridge Modell. Der Zentralstaat und die Territorien sind zu gleichen Teilen für die soziale Sicherung des Landes zuständig. Die Absicherung bzw. die Finanzierung der Pflege zählen damit in deren Zuständigkeitsbereich. Steuermittel des Zentralstaates und der Territorien finanzieren die Betreuung und Unterstützung durch Pflegekräfte. Auch eine, dem Grad der Pflege entsprechende, Einrichtung des Wohnumfeldes des zu Pflegenden wird so finanziert. In Abhängigkeit von Einkommen und Dienstleistung wird für Pflegeleistungen, wie zum Beispiel Ernährung über

Sonden oder Sauerstoffgabe, eine Selbstbeteiligung gefordert. Die steuerliche Grundlage des Sozialsystems bildet die Einkommenssteuer. Der Zentralstaat hat die Verantwortung für den größten Teil der Pflegeheime in Australien. Dieser Verantwortungsbereich wird vordergründig über Steuermittel finanziert. Des Weiteren legt der Zentralstaat in dem Zuge die Höhe der Zuzahlungen fest. Auch Einrichtungen von Wohlfahrtsverbänden, welche sich über Spenden finanzieren, nehmen einen großen Raum ein. Die Finanzierung über Spenden ist in Australien eine durchaus normale Finanzierungsform (vgl. Wild, 2010, S. 18).

Im Jahr 2018 lebten ca. 240.000 Australier, größtenteils über 80 Jahre alt, in Pflegeheimen. Um sich die Pflege dort „leisten“ zu können benötigen sie, je nach Pflegeheim, ein Depot für einen Pflegeplatz in Höhe von 150.000 bis zwei Millionen australische Dollar. Zusätzlich müssen monatliche Beträge gezahlt werden. Auch in Australien sind Pflegekräfte Mangelware, dennoch will der Premierminister Scott Morrison eine Royal Commission einsetzen. Diese untersuchen bisherige Missstände in der Pflege und unterbreiten Verbesserungsvorschläge, denn in Australien gibt es bisher keinen gesetzlich festgesetzten Pflegepersonalschlüssel in Pflegeheimen. Es kommt vor, dass nur zwei Pflegekräfte verantwortlich für 72 Bewohner sind. Ein Grund für die Missstände in Australien könnte die Ausbildung sein. Fast eindreiviertel der Pflegekräfte, die in Pflegeheimen arbeiten haben nur eine sechswöchige Ausbildung oder einen dreiwöchigen Onlinekurs absolviert. Aus diesem Grund ist pro Schicht häufig nur eine ausgebildete Krankenschwester anwesend (vgl. Blank, 2018).

Betrachtet man nun die Ausbildung von Pflegekräften, die in als Fachkraft bzw. Krankenschwester arbeiten wird ein deutlicher Unterschied erkennbar. Die Ausbildung zur registrierten Krankenschwester erfolgt seit 1980 in Australien an Hochschulen im Rahmen einer dreijährigen Ausbildung. Das Qualifikationsniveau wurde somit eigentlich angehoben (vgl. Simon/ Mehmecke, 2017, S. 135).

In Australien wird das Konzept der Pflege in der Häuslichkeit durch die Regierung gefördert. Dies wirkt als Unterstützung einer drohenden Überflutung von Anträgen für Pflegeheimplätze, die defacto noch nicht vorhanden sind. Das Konzept von „Senioren-Dörfern“ ist in Australien weit verbreitet. Menschen können hier ihren normalen Alltag leben, aber werden durch Pflegekräfte dabei unterstützt. Es gibt interne Freizeit- und Beschäftigungsangebote (vgl. Rosada, 2017).

Man könnte sagen, dass in Australien ein Hang dazu besteht in der Häuslichkeit und in der Familie zu bleiben, solange es geht. Ist dies nicht mehr möglich werden Pflegeheime im „klassischen deutschen Sinn“ eher nicht bevorzugt. Australien legt Wert auf ein selbstbestimmtes Leben, auch wenn eine Pflegebedürftigkeit besteht. Da es dennoch keine Veranlassung dazu gibt ein Verfahren zur gesetzlichen Personalbemessung anzustreben, sondern sich zunächst auf die Akkreditierung neuer Pflegekräfte und deren Ausbildung zu stützen halte ich für nicht ausreichend. Vielmehr sollte versucht werden beides zu vereinen. Dennoch sieht man in Australien scheinbar das Problem in der nicht ausreichenden Ausbildung von Pflegekräften in Altersheimen. Es ist meiner Meinung nach jedoch eher ein Zusammenspiel aus beidem.

Werfen wir nun einen Blick nach Schweden. Das Gesundheitssystem in Schweden bzw. die Gesundheitssysteme der anderen skandinavischen Länder unterscheiden sich vom schwedischen nur sehr gering. Diese werden dennoch kurz dargestellt.

Das Gesundheitswesen in Schweden wird vom Staat organisiert, gestaltet und verwaltet. Er steuert die Versorgung anhand medizinischer Kriterien. Des Weiteren wird es fast komplett durch Steuern finanziert (vgl. Schmitt-Sausen, 2011). Schweden folgt im punkto Pflegesachleistungen ebenfalls dem Beveridge Modell. Die Umsetzung, der vom Zentralstaat festgelegten Gesetze und Ziele, erfolgt durch die Kommunen. Aus den Einnahmen dieser Kommunen werden die Pflegeleistungen finanziert. Die wichtigste Einnahme bildet die kommunale Einkommenssteuer, deren einheitlicher Steuersatz 20 % des Einkommens bildet. Zusätzlich müssen noch eine Provinzseinkommenssteuer und eine staatliche Einkommenssteuer gezahlt werden. Die Steuersätze werden von jeder Kommune festgelegt und schwanken innerhalb Schwedens nur sehr leicht. Pflegebedürftigen werden ausgedehnte Möglichkeiten von stationärer und ambulanter Pflege, von den Kommunen, geboten. Dabei werden einzelne Leistungen auch an private Träger vergeben. Die Möglichkeiten reichen von unterschiedlichen Wohnformen bis hin zu umfassenden Angeboten in der Häuslichkeit. Die Prüfung des Bedarfes von Pflegeleistungen wird von den Kommunen durchgeführt und anhand des Einzelfalls und deren Finanzlage entschieden. Es existieren keine Pflegestufen. Um die Nachfrage zu steuern, kann die Kommune einkommensabhängige Selbstbeteiligung erheben. Des Weiteren gibt es, von der schwedischen Sozialversicherung, Geldleistungen, wie einen Behindertenzuschlag, und einen Assistentenzuschuss. Diese werden gezahlt, insofern der Pflegebedürftige das 65. Lebensjahr noch nicht erreicht hat. Sie werden jedoch auch länger gezahlt, wenn zuvor ein Anspruch bestand. Mit Hilfe des Assistentenzuschusses können, von dem Bedürftigen selbstgewählte Betreuungspersonen, von ihm entlohnt werden. Ein Teil dieses Zuschusses muss von den Steuermitteln der Kommune getragen werden. Wenn dies ein

Mitglied der Familie ist, wird dieses von der Kommune angestellt um so auch den Beschäftigungsgrad zu erhöhen. Ein weiteres Element bildet der Pflegezuschuss. Hier bekommen Betroffene Geldleistungen zur Pflege in der Häuslichkeit von behinderten und kranken Kindern (vgl. Wild, 2010, S. 19f). Einen gesetzlich festgelegten Personalschlüssel in der Pflege gibt es auch in Schweden nicht. Allerdings ist in Schweden eine Pflegefachkraft im Durchschnitt lediglich für zwei Pflegebedürftige zuständig (vgl. Engelen-Kefer, 2018).

Auch Norwegen folgt dem Beveridge Modell. Die Sozialversicherung zahlt ebenfalls Geldleistungen für Pflegebedürftige. Diese sollen die zusätzlichen Kosten für Transporte oder Ähnliches decken. Die Höhe dieser erfolgt nach der Eingliederung in einer der sechs Bedürftigkeitsstufen. Zusätzliche Unterstützung kann beantragt werden. Im Vergleich ist der Sektor der Pflege in Norwegen umfassender ausgebaut. Auch die Bedeutung von Pflegeheimen im Gegensatz zu der ambulanten Pflege hat in Norwegen einen höheren Stellenwert als in Schweden oder Dänemark. Die Pflege in Altersheimen erfolgt von ausgebildeten Kräften wohingegen, aufgrund der Tradition, die häusliche Pflege von Teilzeitbeschäftigten Hausfrauen erbracht wird. Der Bedarf von Leistungen liegt auch hier im Ermessen der jeweiligen Kommune. Auch in Norwegen existieren keine Pflegestufen (vgl. Wild, 2010, S. 21)

Dänemark verfolgt, stärker als Schweden und Norwegen, das universelle Sozialsystem nach dem Beveridge-System. Die Anspruchsgrundlage bildet das Wohnortprinzip. Es gibt keine Sozialversicherung. Leistungen werden einkommensunabhängig geleistet. Auch hier liegen die Pflegeleistungen bei den Kommunen, die den Umfang und die Vielfalt im staatlichen Rahmen bestimmen können. Eine größere Rolle, als in den anderen Ländern, spielt in Dänemark die häusliche ambulante Pflege. Es gibt keine Pflegestufen. Den Bedarf bestimmen auch hier die Kommunen. Die finanzielle Selbstbeteiligung hat in Dänemark eine eher untergeordnete Rolle. Eine anhaltende ambulante Pflege kann so ohne eigene Zuzahlung erfolgen. Spezielle Arbeiten, wie Gartenarbeiten bedürfen jedoch einer Zuzahlung.

Dänemark möchte damit einem finanziell höheren Aufwand im Pflegeheim entgegenwirken. Zusätzlich gibt es hier Tageszentren, die pflegerische Maßnahmen zur Unterstützung in der Häuslichkeit anbieten. Es besteht die Möglichkeit auch Geldleistungen an Angehörige zu zahlen. Des Weiteren erhalten Personen, die sterbende Angehörige pflegen, eine Sonderleistung, die dem Gehalt einer ausgebildeten Pflegekraft entspricht. Eine pauschale Geldleistung in Form einer Betreuungs- oder Pflegezulage gibt es auch in Dänemark vom Zentralstaat, insofern das 67. Lebensjahr noch nicht erreicht wurde. Darüber hinaus werden diese Leistungen nur gezahlt, wenn sie zuvor bezogen wurde (vgl. Wild,2010, S. 21f).

Stützt man sich nun explizit auf Schweden liegt dort der durchschnittliche Personalschlüssel in Pflegeheimen bei 1:2. Eine Pflegeperson ist demnach für zwei Pflegebedürftige zuständig. Wohingegen in Deutschland im Durchschnitt eine Pflegeperson für fünf Pflegebedürftige zuständig ist (vgl. Engelen-Kefer, 2018, S. 21-24). Vor dem Hintergrund, dass es in Deutschland Pflegegrade gibt und in Schweden nicht ist diese Zahl noch verheerender.

Betrachtet man nun die skandinavischen Länder insgesamt, kommen im Vergleich zu Deutschland, nur die Hälfte an Pflegebedürftigen auf eine Pflegekraft. Dies wirkt sich insgesamt nicht nur auf die Qualität der Pflege, sondern auch auf die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte aus (vgl. Engelen-Kefer, 2018).

Eine Aussage zu gesetzlich festgelegten Pflegepersonalschlüsseln in Pflegeheimen in den beschriebenen skandinavischen Ländern wurde nicht getroffen.

8. Diskussion einzelner Ansätze

In diesem Punkt werden noch einmal die einzelnen Ansätze aus den vorangegangenen Kapiteln aufgegriffen und diskutiert. Ein großes Augenmerk wird hier auf die aktuelle Ausarbeitung der Universität Bremen gelegt, da diese bereits modelhaft in Deutschland eingeführt wird und als Grundlage für die endgültige Einführung eines einheitlichen Personalbemessungsinstrumentes in Deutschland gilt.

8.1 Diskussion des Expertenvorschlages auf Bundesebene

Zunächst ist bei der Diskussion des Vorschlages auf Bundesebene anzumerken, dass dem ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zugrunde liegt. Dieses wird bereits probeweise eingeführt. Gesetzlich verankert ist dies jedoch bisher nicht.

In dem Verfahren findet die Berechnung auf Grundlage der Pflegegrade statt. Diese Variable ist wichtig in Bezug auf die Berechnung, denn so wird auf die unterschiedlichen Anforderungen in den einzelnen Graden eingegangen. Weiterhin soll es keine sogenannte Fachkraftquote mehr in dem Sinne geben, dass ein bestimmter prozentualer Ansatz erreicht werden muss bzw. soll. In dem neuen Verfahren soll es vielmehr um einen Personal- und damit einhergehenden Qualifikationsmix gehen. Das heißt, dass Aufgaben nicht mehr nur einem bestimmten Qualifikationsgrad zugeordnet werden sollen, sondern anders aufgeteilt werden. Langfristig sollen vermehrt Assistenzkräfte Aufgaben übernehmen und fließen stark in die Berechnung mit ein. Bis zu 69 Prozent mehr Assistenzkräfte werden gefordert. Insgesamt ein Personalzuwachs von 36 Prozent. Kritisch zu sehen an dieser Stelle ist, dass es keine einheitliche Ausbildung dieser in allen Bundesländern gibt. Deshalb müsste mit einer geforderten Erhöhung dieser auch eine Forderung nach einer einheitlichen und generalisierten Ausbildung einhergehen. Andersfalls würde dies im Umkehrschluss dazu führen, dass wohlmöglich ein Bemessungsinstrument eingesetzt wird, aber

die Qualität der Pflege und die Verteilung der jeweiligen Interventionen sich grundsätzlich massiv unterscheiden würde, da die eingesetzten Assistenzkräfte nicht die gleiche Ausbildung besitzen. Ein weiteres Problem wird sich in der Beschaffung von Personal, vor allem im Bereich der Assistenzkräfte ergeben. Dies ist kritisch zu sehen. Jedoch bezüglich der Akquise von Personal wurden, hingegen einiger Kritiken, Aussagen getroffen.

Gefordert wird, unter anderem, eine transparente Vergütung, eine Weiterentwicklung in Bezug auf die Ausbildung, eine Steigerung der Ausbildungszahlen und auch die Förderung der Rückgewinnung von Berufsaussteigern und damit die Erhöhung der Umschulungsangebote. Weiterhin soll es im Punkte Personalbindung und alternativer Arbeitszeitmodelle eine Verbesserung geben auch im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Außerdem sollte die Lösung für die Kompensation des Fachkräftemangels nicht sein, Personal aus anderen Ländern abzuwerben. Auch der Verbesserung des Images und dem Ausbau der Digitalisierung wird sich zugewandt (vgl. Rothgang et al., 2020, S. 333f).

Mit dem Personalproblem wird sich dementsprechend im Zusammenhang mit der Bemessung auseinandergesetzt. Schlussendlich wird das grundsätzliche Problem des Personalmangels nicht durch ein einheitliches Bemessungsverfahren gelöst werden. Hierzu müssen politische Entscheidungen getroffen werden, die langfristig eine Veränderung hervorrufen und dem Problem entgegenwirken. Das Thema dieser Personalober- bzw. Untergrenzen wird jedoch derzeit lediglich im Bereich des Krankenhauses aufgegriffen. Diese Überlegungen sollten jedoch auch schnellstmöglich im Bereich der stationären Langzeitpflege einfließen.

Ein Merkmal, welches die Berechnung anwendbar auf jegliche Pflegeheime macht und somit die individuelle Personalmenge festlegt ist, dass die Basis der Berechnung aufgrund von der Anzahl der zu versorgenden Pflegebedürftigen und deren Versorgungsniveau stattfindet. Im

Zusammenspiel mit dem Qualifikationsniveau der Beschäftigten, der Anzahl und der Zeit der bedarfsnotwendigen Interventionen. Diese Einflussgrößen machen eine qualitativ hochwertige Pflege in Zukunft möglich und sicher. Aus diesen Punkten lässt sich ein Personalschlüssel von 1:1,8 errechnen.

Derzeit ist der Personalschlüssel schwankend in den jeweiligen Bundesländern. Weiterhin ist nicht ersichtlich wie sich dieser in den einzelnen Bundesländern zusammensetzt und auf welcher Basis die Richtwerte für das Personal errechnet wurden, da es bisher in keinem Bundesland ein Verfahren zur Bemessung gibt. Es ist davon auszugehen, dass es sich aus den genannten Gründen um einen politisch und finanziell beeinflussten Verhandlungsprozess handelt, der aufgrund von Richtwerten entstanden ist (vgl. Wingefeld, 2010).

Vor dem Hintergrund, der Transparenz ist die Berechnung und die daraus resultierenden Zahlen und Fakten als nachvollziehbar anzusehen. Auch der Umfang der Einflussgrößen ist nicht weiter zu kritisieren. Verbesserungsbedarf könnte sich nach erfolgreicher und langfristiger Einführung ergeben.

Die Einführung beginnt zunächst mit der Entscheidung für ein Klassifizierungssystem. Empfohlen wird von dem Forschungsteam eine Klassifizierung nach Pflegegraden. Welches auch als sehr sinnvoll betrachtet wird. Darauf soll die stufenweise Erhöhung der Personalmenge erfolgen. Dies ist ein wichtiger Punkt, ohne den die Grundlage fehlen würde. In dem Gutachten ist für diesen Schritt keine zeitliche Begrenzung aufgeführt worden. Dies könnte jedoch zu einem wichtigen Indikator werden. Gründe dafür könnten sein, dass dies nach der Erprobung aufgrund der gesammelten Daten ergänzt wird oder dass es individuell für jede Einrichtung festgelegt werden muss aufgrund der örtlichen und demographischen Gegebenheiten.

Um noch einmal Bezug auf eine Erhöhung der Personalmenge zu nehmen und damit auch die deutliche Erhöhung vor allem im Bereich des Assistenzpersonals wirkt es in der Ausführung so, als würde man den

Mangel an Personal mit der Einstellung von Assistenzkräften kompensieren wollen. Ein Grund dafür könnte sein, dass deren Ausbildung augenscheinlich kostensparender ist und der Einstieg in die Pflege so leichter und schneller vonstattengehen könnte. Es kann jedoch nicht als Lösung des Personal mangels betrachtet werden die bisher entstandene Lücke durch Assistenzpersonal zu füllen und denen dann Aufgaben zuzuweisen, die bisher einer ausgebildeten Pflegekraft zugeordnet werden. Um auf der anderen Seite einer Pflegekraft „lediglich“ Steuerungsaufgaben zuzuweisen.

Der Kritik, dass zu einer professionellen Pflege auch akademisch ausgebildete Pflegekräfte dazugehören und diese keine Beachtung in dem Gutachten finden kann nicht zugestimmt werden. Es werden Aussagen getroffen.

Akademische Kräfte werden ganz klar genannt und auch deren Bedeutung für den Pflegeprozess. Sie sollen die Einrichtungen durch den Prozess der Einführung leiten und die Ressourcen planen. Auch der Gesetzgeber arbeitet an der Verstärkung von Pflegestudiengängen. Die Absolventen sollen dazu befähigte sein Organisations- und Personalentwicklungsprozesse zu entwickeln und umzusetzen. Sie sind somit von wesentlicher Bedeutung für die zukünftige Arbeit (vgl. Rothgang et al., 2020, S. 351).

Weiterhin taucht die Qualifikationsstufe in der Erläuterung auf. Jedoch werden sie in der eigentlichen, derzeitigen Berechnung nicht mit eingefasst. Zukünftig soll die Akademisierung der Pflege vorangetrieben werden, welches zu einer Steigerung der Qualität in der Pflege führen wird.

In einer Studie zum Thema der Akademisierung der Pflege wurde ebenfalls deutlich, dass Pflegekräfte mit einem Studienabschluss die Pflege positiv beeinflussen. Die wissenschaftlichen Kompetenzen spielen eine wichtige Rolle und haben Einfluss auf die bisherige Pflege. Auch von Kollegen ohne Studienabschluss werden diese sehr geschätzt und es wird nicht als übergriffig empfunden, wenn das Pflegepersonal mit Studium neue

Vorschläge einbringt. Dementsprechend sollte der Mehrwert einer solchen Ausbildung geschätzt werden (vgl. Mertens et al., 2018).

Am Ende dieser Diskussion ist anzumerken, dass es in punkto Finanzierung und Beschaffung von Pflegepersonal noch Klärungsbedarf gäbe. Weiterhin sollte die Einbeziehung von Studierenden mit einem abgeschlossenen Studium überdacht werden, da diese in der nächsten Zeit für den gesamten Bereich der Pflege eine wichtige Bedeutung haben werden hinsichtlich der Veränderung und damit auch der Verbesserung und Professionalisierung der Pflege.

8.2 Diskussion der internationalen Ansätze

Diskutiert und vergleicht man nun die internationalen Ansätze bezüglich eines einheitlichen Personalbemessungsverfahrens wird deutlich, dass es sowohl im weiten als auch im näheren Ausland keine gesetzlich verankerten Personalschlüssel in Pflegeheimen gibt.

Die US-amerikanischen Bundesstaaten besitzen ein Gesundheitssystem zu Lasten seiner Einwohner. Pflegebedürftigkeit wird generell finanziell eher schwach bis gar nicht abgesichert durch das System. Die Menschen müssen im Falle einer Pflegebedürftigkeit die benötigte Hilfe selbst zahlen. Einzig und allein wird in den Staaten die Anwesenheit einer Pflegekraft 24 Stunden am Tag in einem Pflegeheim vorausgesetzt. Dies kann keine Grundlage für eine professionelle und individuelle Pflege darstellen. Eine Pflegekraft die nicht einmal in Relation zu der Anzahl der Bewohner gesetzt wird ist keine ausreichende Regelung die den Menschen im Falle einer Pflegebedürftigkeit Sicherheit und Halt bieten kann. Es ist deshalb auch kaum verwunderlich, dass die Fachkraftquote in den einzelnen Bundesstaaten unter 50 Prozent liegt. Defacto existiert diese kaum, da man lediglich eine Fachkraft benötigen würde und den Rest durch anderes Personal auffüllen kann. In einigen Bundesstaaten wurde diese gesetzliche Vorgabe zwar konkretisiert und festgelegt, dass eine gewisse

Stundenanzahl pro Pflegebedürftigen von einer Pflegefachkraft erbracht werden muss.

Auf der anderen Seite wird aus dem System, welches kaum Schutz im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit auch etwas Gutes gezogen. Die Verbände und Gewerkschaften übernehmen in dem Fall den Schutz. Dieses führt im Umkehrschluss dazu, dass die Mitarbeiterbindung eine andere ist. In den US-Bundesstaaten bleiben Beschäftigte lange in Unternehmen, weil diese sie im Krankheits- oder Pflegefall absichern. Weiterhin übernehmen die Steuerungsaufgaben Sozialarbeiter und nicht die Pflegekräfte selbst (vgl. Osterholz, 2009, S. 1077). Gibt es also Beschwerden oder Probleme sind dafür gesonderte Kräfte zuständig und die Pflegenden selbst konzentrieren sich auf ihre eigentliche Tätigkeit, die professionelle Pflege. Um nun zu dem Thema des Ansatzes eines Pflegepersonalschlüssels zurückzukommen ist es angesichts des Gesundheitssystems in den USA gerade nicht das vorrangige Thema. Zunächst müsste sich etwas in dem gesamten Gesundheitssystem ändern, damit man schlussendlich über einen Personalschlüssel in der Pflege nachdenken könnte. So lange Pflegebedürftigkeit aber bei den meisten Amerikanern ohne einen festen Job eher Angst auslöst wird das Thema eines gesetzlichen Personalbemessungsverfahrens eher in den Hintergrund treten.

Die Arbeitslosenquote beträgt derzeit 10,36 Prozent und wird durch die Corona Pandemie derzeit noch deutlich steigen (vgl. Statista, 2020). Ein erster Schritt in Richtung Verbesserung des Gesundheitssystems hätte das sogenannte „Obamacare“ bieten können. Dieser Versicherungszwang wird jedoch durch den derzeitigen Präsidenten Trump seit 2019 defacto abgeschafft (vgl. Lanz, 2019).

Australien und die betrachteten skandinavischen Länder folgen dem Beveridge Modell. Australien fordert, abhängig vom jeweiligen Einkommen, eine Selbstbeteiligung für Pflegeleistungen. Zusätzlich wird hier eine sogenannte „Royal Commission“ eingesetzt, die die derzeitige Entwicklung

in der Pflege analysiert und verbessern möchte. Einen festgesetzten Personalschlüssel in Pflegeheimen gibt es auch hier nicht. Ein Grund dafür sind hier die Missstände in der Ausbildung von Pflegekräften. Die Mehrheit besitzt lediglich eine sechswöchige Ausbildung oder einen halb so langen Onlinekurs. Dies führt dazu, dass in der Regel nur eine Fachkraft überhaupt, pro Schicht, anwesend ist. Deren Ausbildung findet jedoch innerhalb von drei Jahren an einer Hochschule statt. Diese besitzen somit ein sehr gutes Niveau. Dennoch neigt Australien dazu, Pflegebedürftigen ein überwiegend selbstständiges Leben zu ermöglichen, welches durch das Konzept der Seniorendörfer vorangetrieben werden soll. Der Ansatz hier beruht also nicht auf einen Pflegepersonalschlüssel, sondern darauf die Selbstständigkeit so lange wie möglich zu fördern.

Man könnte meinen dies funktioniert, dennoch gibt es bisher zahlreiche Berichte, die das Gegenteil beweisen. Laut Berichten des deutschen Ärzteblattes kamen mehrere Menschen aufgrund von schlechter und unzureichender Pflege zu Schaden. Unter anderen soll es zu mehreren Misshandlungsvorfällen in australischen Pflegeheimen gekommen sein. Aus diesem Grund wurden viele Pflegeheime in Australien komplett geschlossen (vgl. deutsches Ärzteblatt, 2018).

Gründe hierfür sind nicht nur auf den Mangel an Personal zurückzuführen, sondern mit hoher Wahrscheinlichkeit auch auf die fehlenden Kenntnisse durch die überwiegend nicht ausreichende Ausbildung der Pflegekräfte in Pflegeheimen. Mit der „Royal Commission“ hat Australien eine Art Überwachungsinstanz eingesetzt. Diese braucht natürlich ausreichend Zeit, um entsprechende Verbesserung in der Pflege zu generieren. Um jedoch einen Ansatz zur Personalbemessung zu entwickeln bedarf es enormer Vorarbeit vor allem im punkto Ausbildung. Das Konzept der Seniorendörfer, welche sich hauptsächlich auf die Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen stützt ist per se ein guter Ansatz, dennoch dürfen die Pflegebedürftigen nicht ausschließlich auf sich selbst angewiesen sein und brauchen dennoch volle Unterstützung, was eine Pflegefachkraft alleine nicht leisten kann. Die Notwendigkeit eines Schlüssels wäre somit auch hier definitiv gegeben.

In den skandinavischen Ländern, vor allem aber in Schweden sind die Möglichkeiten für Pflegebedürftige stark ausgebaut. Die einzelnen Kommunen bieten eine Reihe von Möglichkeiten. Diese prüfen gleichzeitig auch den individuellen Bedarf der Pflegebedürftigkeit und können so auch, für jeden Einzelfall, individuelle finanzielle und pflegerische Entscheidungen treffen. Damit einher geht, dass auch die Pflegeeinrichtungen im öffentlichen und kommunalen Verantwortungsbereich liegen. Dementsprechend ergibt sich so auch ein spezifischer Personalschlüssel (vgl. Engelen-Kefer, 2018).

Durch das Beveridge-System sind die anfallenden Kosten für die gesamte Pflege aus Steuern finanziert. Somit sind auch die Pflegekräfte bei der Kommune angestellt und werden entsprechend besser bezahlt, da die Menschen immer mehr bereit sind höhere Steuern für eine bessere Pflege zu zahlen. Aufgrund der besseren Bezahlung ist die Fluktuationsquote in der Pflege auch sehr gering, was zu einem erhöhten Sicherheitsgefühl bei den Pflegebedürftigen führt (vgl. Engelen-Kefer, 2018).

Schweden ist in vielen Punkten anderen Ländern weiter voraus. Das Land braucht defacto, derzeit, keinen gesetzlich verankerten Personalschlüssel in Pflegeheimen, weil es in diesem Land auch ohne funktioniert.

Nicht zuletzt ist das Aus- und Weiterbildungssystem in Schweden ein wichtiger Punkt. Seit 1993 ist die Ausbildung an einer Universität fest verankert. Die Pflegefachkraftausbildung erfolgt an einer Universität und dauert in der Regel drei Jahre. Weiterhin ist eine Nurse Assisstant Ausbildung möglich (vgl. Flaiz et al., 2014, S. 39).

Schweden legt mit mehreren Programmen für Bachelor- und Masterstudenten Wert darauf hochqualifizierte Kräfte für den Bereich der Pflege zu generieren. Dem Problem des Personalmangels wirkt Schweden ebenfalls stark entgegen. Die öffentliche Kinderbetreuung hat hier einen viel höheren Stellenwert und wird viel stärker gefördert. Dies führt dazu, dass deutlich mehr Pflegekräfte einer Voll- oder Teilzeitbeschäftigung nachgehen können. Das Modell der Minijobs existiert aus diesem Grund in

Schweden kaum bis gar nicht. Weiterhin sieht Schweden ein größeres Potenzial in Migranten. Das Land fördert diese in der Erreichung der entsprechenden Qualifikationen und Sprachkenntnisse und schafft so neue qualifizierte Pflegekräfte (vgl. Engelen-Kefer, 2018).

In Norwegen und Dänemark hat die ambulante Pflege einen höheren Stellenwert. Diese erfolgt dort ohne eigene Zuzahlung. Aber auch die stationäre Pflege ist in diesen Ländern gut bis sehr gut ausgebaut. Jedoch bildet Schweden ein Paradebeispiel.

Der Ansatz einen Personalschlüssels ist in Schweden nicht gesetzlich festgesetzt. Dies hat aber den Grund, dass es auch so funktioniert. Schweden hat weder mit Personalmangel oder Geldmangel zu kämpfen. Das System in diesem Land funktioniert einfach. Derzeit ist eine Pflegefachkraft für zwei Bewohner pro Schicht zuständig. Die zuständigen Kräfte haben eine hochqualifizierte Ausbildung und somit auch entsprechende Fachkenntnisse. Das Arbeitsklima ist aufgrund der gesicherten Bezahlung durch Steuern gesichert. Schweden braucht keinen gesetzlich festgelegten Personalschlüssel in Pflegeheimen, das es zum heutigen Zeitpunkt keine Probleme in der professionellen Pflege gibt. Ganz im Gegenteil, das Land versucht durch die Verbesserung der Umstände für das Personal, wie die Kinderbetreuung und das Weiterbildungssystem, Pflegekräfte langfristig zu binden und sie sowohl beruflich als auch privat zu unterstützen, sodass das System langfristig funktionieren kann.

8.3 Was kann Deutschland lernen?

Abgesehen von dem bisherigen Entwurf des SOCIUM der Universität Bremen erfolgt hier eine Empfehlung auch unter dem Einfluss der internationalen Ansätze bzw. Überlegungen.

Grundsätzlich kann Deutschland nicht viel aus den internationalen Ansätzen bezüglich der Personalmessung mitnehmen, da es defacto keine gesetzlichen Vorgaben im betrachteten Ausland dazu gibt. Es können lediglich Dinge übernommen werden, die sich aus den derzeitigen Umständen in der Pflege und den Bedingungen in Bezug auf Ausbildung oder Personalakquise im Ausland ergeben.

Obwohl in dem Entwurf das Thema der Beschaffung der notwendigen Personalmenge thematisiert wurde und auch konkrete Vorschläge gemacht wurden, wie dies zu bewältigen ist wurde als ein Ansatz genannt, das Personal nicht aus dem Ausland abzuwerben. Aber was ist mit den Migranten die bereits in Deutschland sind? - hier drin hat Schweden die Möglichkeit gesehen, diese für das Berufsfeld zu begeistern und Ihnen die Möglichkeit zu geben eine professionelle Ausbildung in dem Bereich zu beginnen mit allem was dazu gehört. Deutschland muss das Potenzial auch in den Menschen sehen, die zunächst vielleicht nicht geeignet für das Berufsfeld sind.

Ein weiterer Punkt ist die adäquate Bezahlung von den vorhandenen Pflegekräften. Derzeit existiert zwar ein Pflegemindestlohn, doch dieser kann Mitarbeiter in der Pflege nicht langfristig an den Job binden. Wie sich die Angleichung der regional unterschiedlichen Pflegemindestlöhne bis zum 1. September 2021 auf die Attraktivität des Berufsfeldes der Pflege und damit auch die Menge an Pflegepersonal auswirkt, bleibt abzuwarten (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2020). Dies könnte vieles bewegen und vor allem auch langfristig für eine bessere personelle Ausstattung in Pflegeeinrichtungen sorgen.

8.4 Entwicklung nach dem 30.06.2020

Der Entwurf des Personalbemessungsinstrumentes war am 30.06.2020 abgeschlossen. Nun soll eine modelhafte Einführung stattfinden. Im weiteren Verlauf sind gesetzliche Regelungen notwendig (vgl. GKV Spitzenverband, 2020).

Bedingt durch die Veränderung des Personalmixes müssen die Rollen der Fachkräfte und Assistenzkräfte überarbeitet werden. Letztere sollen stärker in die Aufgaben der direkten Pflege eingebunden werden und weitergebildet werden. Wohingegen die Fachkräfte verstärkt in der Planung, Koordination und Anleitung eingesetzt werden sollen. Um sicher zu stellen, dass eine Erhöhung der Personalmenge zu einer besseren Qualität der Pflege und zu einem Rückgang der Arbeitsbelastung führt, soll das Verfahren durch eine gezielte Personal- und Organisationsentwicklung begleitet werden. Zunächst soll die Einführung in einer geringen zweistelligen Zahl von Pflegeeinrichtungen stattfinden, bei denen vorgesehen ist die Personalmenge stark zu erhöhen. Die erforderte Steigerung der Personalmenge orientiert sich zunächst an der Berechnung des Algorithmus 1.0. Damit soll zunächst erprobt werden, welche organisatorische Entwicklung zu erwarten ist (vgl. Rothgang et al., 2020, S. 348).

Durch die Erprobung in den ersten Einrichtungen soll am Ende ein Modell entwickelt werden, das neue Personalbemessungsinstrumente flächendeckend umzusetzen. Im Vordergrund steht neben der Verbesserung der Pflegequalität auch die Arbeitszufriedenheit. Diese stellt einen bedeutenden Bestandteil in der Erhöhung der gesamten Personalmenge dar. Parallel dazu ist eine Weiterentwicklung, innerhalb von mehr als einem Jahr, der Strukturen in den Pflegeeinrichtungen und dem Personaleinsatz in Abhängigkeit der Qualifikation geplant. Diese soll aufzeigen, wie sich durch die vermehrten Assistenzkräfte die Qualität und Quantität verändern wird. Wird durch diesen Prozess das gewünschte Ergebnis, der gesteigerten Pflegequalität und Arbeitszufriedenheit,

evaluiert, folgt eine Anpassung des Personalbemessungsinstrumentes. Diese Anpassung wird voraussichtlich im Jahr 2023 abgeschlossen sein. Die bisherigen Parameter des Algorithmus 1.0 werden überführt und es entsteht in der Weiterentwicklung ein Algorithmus 2.0. Demnach wäre nach der mehrjährigen Phase der Einführung ein Instrument zur Personalbemessung vollständig entwickelt und eingeführt. Dieses entspricht dann einer fachgerechten Pflege unter den Rahmenbedingungen in der Zukunft. Die errechnete Personalmenge kann für jede Pflegeeinrichtung mit dem jeweiligen individuellen Konzept angepasst werden und im Zusammenhang mit den Pflegesatzverhandlungen ergibt sich eine sichere Veränderung. Mit der Einführung des Instrumentes wird sich somit in dem Verhältnis zwischen Pflegekraft und Pflegehilfskraft eine Veränderung ergeben müssen (vgl. Rothgang et al., 2020, S. 349f).

Das primäre Vorhaben zielt darauf ab eine Personalmenge anhand der Struktur der Bewohnerschaft und nach Qualifikationen zu bestimmen, die erforderlich ist, um eine kompetenzorientierte Pflege zu gestalten und nicht darauf ab eine verrichtungsbezogene Versorgung der Pflege zu bestimmen. Es bleibt in der Hand der Pflegeeinrichtungen wie sie das Personal einsetzen und koordinieren. Pflegefachkräfte können weiterhin im Sinne des Konzeptes Primary Nursing agieren und Verantwortung und Prozesssteuerung im Kontext der Bezugspflege für Pflegebedürftige übernehmen. Weiterhin sollen dabei einrichtungsspezifisch und konzeptionell die Verantwortungsbereiche und Aufgabenbeschreibungen entwickelt werden. Diese Entwicklung soll aufgrund der im Voraus bestimmten Personalmenge durch das Personalbemessungsinstrument umgesetzt werden. Die Erprobung erfolgt im Rahmen der modellhaften Einführung. Schlussendlich sollen die Hilfskräfte in Zukunft stärker und zielgerichteter von Pflegefachkräften angeleitet und koordiniert werden (vgl. Rothgang et al., 2020, S. 351).

Da die modelhafte Einführung derzeit noch nicht abgeschlossen ist, wird auf die veröffentlichten Daten zurückgegriffen, die unter anderem vom SOCIUM der Universität Bremen, veröffentlicht wurden. Es wurden beispielhafte Tabellen erstellt, wie die Personalausstattung sich zukünftig entwickeln sollte.

Beispiel zur wünschenswerten Personalausstattung bei unterschiedlicher Bewohnerstruktur		
Plätze insgesamt: 100		
Pflegegrad I	0	0
Pflegegrad II	24	29
Pflegegrad III	31	36
Pflegegrad IV	29	34
Pflegegrad V	16	1
Personal insgesamt	55,4	49,5
Fachkräfte	21,8	15,65
Assistenzkräfte	33,56	33,85
Zum Vergleich: Bei durchschnittlicher Verteilung auf Pflegegrade (24, 31, 29, 16 Prozent) stehen dem Pflegeheim heute durchschnittlich 19,6 Fachkräfte und 19,6 Assistenzkräfte zur Verfügung. Die Unterschiede nach Bundesländern reichen rechnerisch von 17,3 bis 21,3 Fachkräften und Assistenzkräften.		

Abbildung 5: Wünschenswerte Personalausstattung (bpa. Bundesverband, 2020, S. 16)

In dieser Tabelle ist zu sehen, dass in Zukunft mit Einführung des Personalbemessungsinstrumentes eine deutlich höhere Fachkräfte- und Assistenzkräftequote zu erwarten ist. Dies geht deutlich aus der Ausführung des Berichtes hervor. Auch bei unterschiedlicher Bewohnerstruktur sind im Bereich der Assistenzkräfte nur minimale Schwankungen sichtbar. Wohingegen bei den Fachkräften stärkere Unterschiede erkennbar sind. Auch dies deckt sich mit den vorangegangenen Ausführungen.

Assistenzkräfte sollen demnach immer mehr an Bedeutung gewinnen und mehr Aufgaben übernehmen.

Blickt man nun auf die Entwicklung in den einzelnen Bundesländern ergeben sich folgende Abweichungen:

Personalausstattung heute und bei 1:1-Umsetzung Rothgang						
Bundesland	Fachkräfte heute	Fachkräfte künftig	Abweichung in Prozent	Assistenzkräfte heute	Assistenzkräfte künftig	Abweichung in Prozent
Baden-Württemberg	20,11	21,84	8,60	20,11	33,56	66,88
Bayern	20,95	21,84	4,25	20,95	33,56	60,19
Berlin	20,81	21,84	4,95	20,81	33,56	61,27
Brandenburg	20,51	21,84	6,48	20,51	33,56	63,63
Bremen	18,75	21,84	16,48	18,75	33,56	78,99
Hamburg	19,95	21,84	9,47	19,95	33,56	68,22
Hessen	19,90	21,84	9,75	19,90	33,56	68,64
Mecklenburg-Vorpommern	17,33	21,84	26,02	17,33	33,56	93,65
Niedersachsen	20,10	21,84	8,66	20,10	33,56	66,97
Nordrhein-Westfalen	19,40	21,84	12,58	19,40	33,56	72,99
Rheinland-Pfalz	19,25	21,84	13,45	19,25	33,56	74,34
Saarland	17,90	21,84	22,01	17,90	33,56	87,49
Sachsen	21,35	21,84	2,30	21,35	33,56	57,19
Sachsen-Anhalt	18,80	21,84	16,17	18,80	33,56	78,51
Schleswig-Holstein	18,80	21,84	16,17	18,80	33,56	78,51
Thüringen	19,23	21,84	13,57	19,23	33,56	74,52

Abbildung 6: Personalausstattung heute und bei 1:1 Umsetzung Rothgang (bpa. Bundesverband, 2020, S. 17)

Aufgrund dieser Tabelle wird verdeutlicht sichtbar, dass im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern die Assistenzkräftequote um nahezu 100 Prozent ansteigen soll. Dies ist die größte Abweichung in allen Bundesländern. In den anderen dargestellten Bundesländern, wie zum

Beispiel Bayern, dreht sich der Wert um die 60 Prozent oder höher. Das sind enorme Zahlen, die dort zur Berechnungsgrundlage genutzt werden und damit auch zukünftig umgesetzt werden sollen. Auch bei den Fachkräften steht Mecklenburg-Vorpommern weit zurück. Mit einem geforderten Anstieg von 26 Prozent. Im Gegenzug dazu werden in Bayern gerade einmal knapp über 4 Prozent Erhöhung gefordert. Die Tabelle macht noch einmal deutlich wie viele Defizite in der Personalausstattung in den derzeitigen Pflegeeinrichtungen behoben werden sollen. Dieses Defizit besteht in ganz Deutschland. Die Einführung wird einen enormen Aufwand und viel Zeit erfordern. Weiterhin bedeutet dies nun auch, das sich etwas ändern muss. Rothgang rechnet zwar mit einer Personalmenge, die derzeit noch nicht erforderlich ist, aber in Zukunft mit Sicherheit. Deshalb ist eine schnelle modellhafte Einführung notwendig, um schnellstmöglich die flächendeckende Einführung zu ermöglichen.

9. Ausblick und Fazit

Die Grundlage der Masterarbeit bildete eine umfangreiche Literaturrecherche.

Es konnte aufgezeigt werden, dass derzeit, aufgrund der steigenden Zahl von Pflegebedürftigen, der Bedarf an Pflegepersonal ebenfalls enorm steigen muss. Auch im Hinblick auf die Bewohnerstruktur und die Qualifikation der Mitarbeiter konnte aufgezeigt werden, dass es dort zu Veränderungen kommen wird und muss. Die allgemeinen Methoden zur Personalmessung können unter der heutigen Komplexität keine Bemessungsgrundlage darstellen. Sowohl in Mecklenburg-Vorpommern als auch in Bayern herrschen bis dato unterschiedliche Personalschlüssel, welche sich aufgrund der unterschiedlichen Struktur der Bundesländer voneinander abheben.

Mit dem Auftrag des Gesetzgebers einen Entwurf zu einem wissenschaftlich fundierten Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu entwickeln ist Deutschland ein internationaler Vorreiter. Im internationalen Raum gibt es bisher bezüglich eines gesetzlich festgesetzten Verfahrens keinerlei Ansätze. Aus der Diskussion der Ansätze ging deutlich hervor, dass es, vor allem in den skandinavischen Ländern, einfach funktioniert. Aus diesem Grund besteht dort wahrscheinlich derzeit keine Überlegung diesbezüglich. Die Menschen dort sind bereit mehr Steuern für eine bessere pflegerische Versorgung in Zukunft zu zahlen. Es herrschen sehr gute Arbeitsbedingungen und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist auch gegeben. Aus diesen Gründen ist die langfristige Bindung der Mitarbeiter enorm hoch. Auch bezüglich der Akademisierung von Pflegekräften und damit auch die Steigerung der Pflegequalität hat, vor allem in Schweden, einen sehr hohen Stellenwert. Dies führt dazu, dass das Berufsfeld der Pflege eine enorme Aufwertung erhält und somit generell attraktiver ist als bisher in Deutschland.

Der Entwurf zu einem einheitlichen Bemessungsverfahren des Personalbedarfes in Pflegeeinrichtungen von der Universität Bremen ist ein vollumfassendes Konstrukt aus mehreren Variablen, sodass am Ende für

jede Pflegeeinrichtung ein individueller Personalschlüssel erstellt werden kann. Die Erprobung dieses Verfahrens ist derzeit noch nicht abgeschlossen. Allerdings besteht, aufgrund der sehr detaillierten Überlegungen, ein großer Grund zur Hoffnung, dass es endlich ein flächendeckendes Verfahren in Deutschland gibt, mit dem eine bundeseinheitliche, qualitativ hochwertige Pflege möglich ist. Dieses ist von enormer Wichtigkeit, da durch ein bundeseinheitliches Verfahren die Vergleichbarkeit der pflegerischen Versorgung gesteigert werden kann. Der wohl bedeutendste und gleichzeitig auch am schwersten umzusetzende Punkt in der Berechnung des Verfahrens ist die Beschaffung der geforderten Personalmenge. Ausgeglichen soll die entstehende Lücke demnach vor allem durch Assistenzkräfte. Dies ist jedoch kritisch zu betrachten, denn der Umkehrschluss daraus wäre, dass Pflegefachkräfte nun viel mehr Steuerungs- und Koordinationsaufgaben hätten und kaum noch aktiv an der direkten Pflege beteiligt wären. Dies weicht von den bisherigen Aufgaben einer Pflegefachkraft ab und würde den Beruf von einem sehr praktischen und menschenbezogenen zu einem eher theoretisch belasteten Beruf werden lassen. Weiterhin soll das Verfahren mit einem verbesserten System der Personalakquise einhergehen. Das Fort- und Weiterbildungssystem soll gestärkt werden ebenso wie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Wichtig ist es hier auch, dass die Akademisierung der Pflege mehr Bedeutung erlangt, um die Professionalität der Pflege zu erhöhen. Die Schwierigkeit bei der Umsetzung des Verfahrens wird in der Finanzierung liegen. An dieser Stelle muss der Gesetzgeber hinzukommen und die Attraktivität des Berufsfeldes steigern. Nicht nur Löhne spielen demnach eine wichtige Rolle, auch die Arbeitsbelastung ist ein wichtiger Punkt. Letzteres kann mit dem Verfahren zur Personalbemessung entgegengewirkt werden, denn ausreichend Personal führt zu weniger Belastung im alltäglichen Arbeitsleben und könnte die Zufriedenheit und die Mitarbeiterbindung in den Pflegeeinrichtungen steigern.

Zukünftig muss die Erprobung des einheitlichen Verfahrens zur Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen abgewartet werden. Es wird eine modelhafte Erprobung in einzelnen Einrichtungen erwartet. Auf Grundlage dieser Einführung könnte die bisherige Berechnung nachjustiert und verändert werden.

Ein bundeseinheitliches Verfahren zur Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen ist schon lange überfällig. In Krankenhäusern wird über Personaluntergrenzen und Personalschlüssel schon lange diskutiert. Im Zuge dessen gab es für vereinzelte Stationen bereits schon festgelegte Personalschlüssel. Nun sind die Pflegeeinrichtungen am Zuge die Versorgung langfristig, professionell und qualitativ hochwertig zu gestalten. Die letzten Jahre des Lebens verbringt ein Großteil der Menschen in einem Pflegeheim und diese Zeit sollte nicht geprägt sein von Personalmangel und überlastetem Personal, sondern von individueller Pflege und Zeit.

10. Quellenverzeichnis

Afentakis, A. / Maier, T. (2013): Sind Pflegekräfte aus dem Ausland ein Lösungsansatz, um den wachsenden Pflegebedarf decken zu können?, Bonn, Springer-Verlag Berlin Heidelberg

Bayrisches Landesamt für Statistik (2017): Beschäftigte in der Vollstationären Pflege, Fürth, online unter URL: <https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online/data?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1586607091008&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&selectionname=22400-017s&auswahltext=&nummer=4&variable=4&name=PFL004&nummer=5&variable=5&name=TRGAR1&werteabruf=Werteabruf> [Abruf: 11.04.2020]

Blank, E. (2018): Statt zu pflegen, vernachlässigen und missbrauchen australische Altersheime ihre Bewohner, in neue Zürcher Zeitung, Sydney, online unter URL: <https://www.nzz.ch/international/schockierende-zustaende-in-australischen-alterspflegeheimen-ld.1423101> [Abruf: 26.07.2020]

bpa Bundesverband (2020): Personalbemessung im stationären Sektor – Auf dem Weg zum bedarfsorientierten Personal-Mix, in bpa Magazin, Ausgabe # 1/2020 - 0947-4285, S. 7-17

Brühl, A./ K. Planer (2019): PiBaWü – Zur Interaktion von Pflegebedürftigkeit, Pflegequalität und Personalbedarf, Freiburg, Lambertusverlag,

Bundesagentur für Arbeit (2019): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, in Blickpunkt Arbeitsmarkt, Nürnberg, S. 6-9

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2019): Höhere Mindestlöhne für Beschäftigte in der Altenpflege, Berlin, online unter URL:

<https://www.bmas.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/hoeherer-mindestlohn-in-altenpflege.html> [Abruf: 30.07.2020]

Bundesministerium für Gesundheit (2017) a: Zweites Pflegestärkungsgesetz, online unter URL:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegestaerkungsgesetz-zweites-psg-ii.html> [Abruf: 11.06.2020]

Bundesministerium für Gesundheit (2018) b: Beschäftigte in der Pflege, online unter URL:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaeftigte.html> [Abruf: 20.04.2020]

Bundesministerium für Gesundheit (2018) c: Pflegeberufegesetz, online unter URL:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz.html> [Abruf: 22.05. 2020]

Bundesministerium für Gesundheit (2019) d: Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, online unter URL:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen-u-Fakten-zur-Pflegeversicherung_pdf [Abruf: 05.06.2020]

Büscher, A./ Bauer, U. (2008): soziale Ungleichheit in der Pflege, 1. Auflage, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2020): Personalbemessung muss Pflege für die Zukunft sicher und qualitativ gut aufstellen, Berlin, online unter URL:

<https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2020/personalbemessung-pflegeeinrichtungen.php> [Abruf: 16.07.2020]

Deutscher Bundestag (2016): Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Abgeordneten, online unter URL:

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/079/1807911.pdf> [Abruf: 07.06.2020]

Deutscher Pflegerat (DPR) Bundes-arbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwese (2020): DPR kritisiert Neuverteilung zwischen Pflegefachpersonen und Assistenz, in Pflege Positionen, Berlin, Heftnummer 4, S. 64-65

Deutsches Ärzteblatt (2018): Australien untersucht Missstände in Altersheimen, Berlin, online unter URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/97929/Australien-untersucht-Missstaende-in-Altersheimen> [Abruf: 26.07.2020]

Die Bundesregierung (2019): Höhere Löhne, bessere Arbeitsbedingungen, Berlin, online unter URL: <https://www.bundesregierung.de/bregde/aktuelles/hoehere-loehne-bessere-arbeitsbedingungen-1634614> [Abruf: 04.08.2020]

Dr. Rosada, M. (2017): Altenpflege in Down Under, Wickede (Ruhr), online unter URL: <https://www.pflege-today.de/altenpflege-in-downunder/> [Abruf: 05.07.2020]

Dr. Wild, F. (2010): Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich, Köln

Elmer, A./ Stummer, H. (2010): Einsatz der Balanced Scorecard in der Pflege und deren Auswirkung auf die Mitarbeiter, Wien, Springer-Verlag

Engelen-Kefer, U. (2018) a: Schweden als Vorbild: Wege aus dem Pflegenotstand, in Blätter, Heftnummer 5, S. 21-24

Engelen-Kefer, U. (2018) b: Von Schweden lernen, in taz, online unter URL: <https://taz.de/Debatte-Pflegenotstand!/5502858/> [Abruf: 02.08.2020]

Europäische Union (2016): Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung, Berlin, online unter URL: <https://ausschreibungen-deutschland.de/310103> [Abruf: 14.06.2020]

Flaiz, B./ Klages, B./ Kretschmer, S./ Kriegel, M./ Lorz, F./ Lull, A./ Zieher, J. (2014): Handreichung Pflege und Gesundheit (Handreichung der wissenschaftlichen Begleitung des Bund-Länder-Wettbewerbs "Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen", 6), S. 39

Gennrich, R. (2012): Personalbemessung in der vollstationären Pflege – PLAISIR, Kassel, online unter URL: <http://www.geroblog.de/plaisir.html> [Abruf: 03.05.2020]

Gesetz zur Förderung der Qualität in Einrichtungen für Pflegebedürftige und in Räumlichkeiten für Menschen mit Behinderung sowie zur Stärkung ihrer Selbstbestimmung und Teilhabe (Einrichtungenqualitätsgesetz - EQG M-V) vom 17. Mai 2010

GKV-Spitzenverband (2020): Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI, online unter URL: <https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/modellprojekte.jsp> [Abruf: 10.06.2020]

GKV-Spitzenverband (2020): Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege – Möglichkeiten und Aussichten, Berlin, online unter URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_988224.jsp [Abruf: 25.07.2020]

Greß, S./ Stegmüller, K. (2016): Gesetzliche Personalbemessung in der stationären Altenpflege, Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda, Fulda, Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Hans-Böckler-Stiftung (2011): Die Balanced Scorecard: Mehr als Kennzahlen, online unter URL www.boeckler.de [Abruf: 20.05.2020]

Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen (2019): Personalstruktur in Pflegeheimen 2017, online unter URL: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI55.pdf [Abruf: 25.05.2020]

Jacobs, K./ Kuhlmeier, A./ Greß, S./ Klauber, J./ Schwinger, A. (2016): Pflege-Report 2016, Stuttgart, Schattauer GmbH

Jansen, B./ Karl, F. (2009): Kommunikation in der Pflege – Ein Ansatz zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz von Pflegepersonal, Band 49, Kassel, University Press GmbH

Lanz, M. (2019): In den USA stehen wieder mehr ohne Krankenversicherung da, in neue Zürcher Zeitung, Washington

Mertens, A./ Overberg, J./ Rübken, H./ Deppermann, J./ Gockel, J./ Heckroth, A./ Schnittger, T./ Wiedermann, F./ Kadmon, M. (2018): Die Akademisierung der Pflege aus Sicht der Pflegekräfte: eine Querschnittstudie in Krankenhäusern im Nordwesten Deutschlands, Oldenburg

Michael, S./ Mehmecke, S. (2017) : Nurse-to-Patient Ratios: Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser, Working Paper Forschungsförderung, No. 027, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf, online unter URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-201703014327> [Abruf: 12.08.2020]

Millich, N (2020): 36 % mehr Pflegende nötig, Melsungen, online unter URL: <https://www.bibliomed-pflege.de/alle-news/detailansicht/39992-36-mehr-pflegende-noetig/> [Abruf: 18.07.2020]

Nordhausen, T./ Hirt, J (2018): Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken, Version 1.0, Halle (Saale)

Osterholz, N. (2009): Was wir vom amerikanischen Pflegesystem lernen können, in die Schwester Der Pfleger, Pinneberg, 48. Jahrg., S. 1077

Prof. Dr. Garms-Homolová V./ Diplom-Psychologin Theiss, K. (2007): Maßnahmen zur Schaffung eines neuen reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI, online unter URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/massnahmen/Studie1_gesamt_5121.pdf [Abruf: 11.06.2020]

Prof. Dr. Rothgang, H. (2018): Personalbedarf in Pflegeeinrichtungen - Einheitliche Bemessung, online unter URL: <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2018-0304/personalbemessung.html> [Abruf: 20.06.2020]

Prof. Dr. Rothgang, H./ Dr. Müller, R./ Dr. Unger, R. (2012): Themenreport „Pflege 2030“, Gütersloh, online unter URL: https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf [Abruf: 03.08.2020]

Rohwer, A. (2008): Bismarck versus Beveridge: Ein Vergleich von Sozialversicherungssystemen in Europa, in im Blickpunkt, Heftnummer 21, S. 26-29

RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e.V. (2019): Pflegeheim Rating Report 2020: Deutschen Pflegeheimen geht es trotz großer Herausforderungen noch relativ gut, online unter URL: <http://www.rwi-essen.de/presse/mitteilung/375/> [Abruf: 18.05.2020]

Schmitt-Sausen, N. (2011): Ausländische Gesundheitssysteme: Auf in den hohen Norden, in Ärzteblatt, Heftnummer 4

Seibert, H./ Carstensen, J./ Wiethölter, D. (2018): Entgelte von Pflegekräften – große Unterschiede zwischen Berufen, Bundesländern und Pflegeeinrichtungen, Nürnberg, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik/ Prof. Dr. Rothgang, H./ Institut für Public Health und Pflegeforschung/ Prof. Dr. Görres, S./ Prof. Dr. Darmann-Finck, I./ Prof. Dr. Wolf-Ostermann, K./ Institut für Arbeit und Wirtschaft/ Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen/ Dr. Becke, G. (2020): Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM), Bremen

Sozialgesetzbuch, elftes Buch

Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2017): Pflegeversicherung in Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin, online unter URL: <https://www.laiv.mv.de/static/LAIV/Statistik/Dateien/Publikationen/K%20VIII%20Pflege/K%20813/K813%202017%2001.pdf> [Abruf: 12.04.2020]

Statistisches Bundesamt (2018): Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, in wissen.nutzen, S. 9-22

Statistisches Bundesamt (2019) a: Registrierte Pflegeeinrichtungen in Deutschland, online unter URL http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_2/2/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_30/D.100/10101 [Abruf: 15.04.2020]

Statistisches Bundesamt (2020) b: Anzahl von Pflegeheimen in Deutschland nach Trägerschaft in den Jahren 1999 bis 2017, online unter URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/201876/umfrage/anzahl-von-pflegeheimen-nach-traegerschaft-in-deutschland/> [Abruf: 16.05.2020]

Statistisches Bundesamt (2020): USA: Arbeitslosenquote von 1980 bis 2019 und Prognosen bis 202, Berlin, online unter URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/17332/umfrage/arbeitslosenquote-in-den-usa/> [Abruf: 27.07.2020]

Theobald, H. (2018): Was in der Altenpflege schief läuft, in Böckler Impuls, Heftnummer 14

Uni Bremen/ Hochschule München (2008): Kurzinformation zum RAI, online unter URL: http://www.RAI-HomeCare_Kurzinfo_RAI-1.pdf [Abruf: 30.05.2020]

Verordnung über personelle Anforderungen für Einrichtungen und Räumlichkeiten (Einrichtungenpersonalverordnung - EPersVO M-V) vom 10. November 2010

Verordnung zur Ausführung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (AVPfleWoqG) vom 27. Juli 2011, (GVBl. S. 346), BayRS 2170-5-1-G

Wingenfeld, K. (2010): Grundlagen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen, Berlin, GKV-Spitzenverband der Pflegekassen.

Wingenfeld, K./ Ammann, A./ Ostendorf, A. (2010): Grundlagen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen - Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI gefördert vom GKV-Spitzenverband

Wipp, M. (2019): Pflegekennzahlen, Pflegeschlüssel und Personalschlüssel, Karlsruhe, online unter: <https://www.michael-wipp.de/fachbeitraege/pflegekennzahlen/> [Abruf: 06.06.2020]

11. Anhang

Anhang 1

Interventionskatalog (Rothgang et al., 2020, S. 1ff)

1. Mobilität

1.1 Bewegungsförderung

1.2 Positionierung

1.3 Transfer/Fortbewegen

1.4 Transportbegleitung

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten/Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

2.1 Alltagsgestaltung: Gedächtnistraining

2.2 Alltagsgestaltung: Realitätsorientierung

2.3 Alltagsgestaltung: Kunst

2.4 Alltagsgestaltung: Musik

2.5 Alltagsgestaltung: Spielen

2.6 Alltagsgestaltung: Tiere

2.7 Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder

2.8 Alltagsgestaltung: Planung

2.9 Alltagsgestaltung: Vorbereitung 9

2.10 Basale Stimulation

2.11 Bettwache

2.12 Biographiearbeit

2.13 Einkaufsfahrt

2.14 Snoezelen

2.15 Spirituelle Unterstützung

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

3.1 Isolation (räumliche Einschränkung)

3.2 Körpernahe Fixierung

3.3 Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen

4. Selbstversorgung

4.1 An- und Auskleiden

- 4.2 Ausscheidungsmanagement
- 4.3 Beckenbodentraining
- 4.4 Enterale Ernährung
- 4.5 Emesismanagement
- 4.6 Haarpflege (einschließlich Rasur)
- 4.7 Hauswirtschaftliche Unterstützung
- 4.8 Hilfe beim Aufstehen
- 4.9 Hilfe beim Zubettgehen
- 4.10 Intimpflege
- 4.11 Körperpflege: Baden
- 4.12 Körperpflege: Duschen
- 4.13 Körperpflege: Waschen am Waschbecken
- 4.14 Körperpflege: Waschen im Bett
- 4.15 Maniküre/Pediküre
- 4.16 Mund- und Zahnpflege
- 4.17 Nahrungsaufnahme: Durchführung
- 4.18 Nahrungsaufnahme: Vorbereitung
- 4.19 Postmortale Versorgung
- 4.20 Schlucktraining
- 5. Krankheits- und therapiebedingte Aufgaben
 - 5.1 Absaugen
 - 5.2 Atemwegsmanagement
 - 5.3 Blasenkatheterisierung
 - 5.4 Blutentnahme: venös
 - 5.5 Einlauf
 - 5.6 Ernährungssonde: Legen
 - 5.7 Erste Hilfe
 - 5.8 Infusionsgabe
 - 5.9 Injektion i.c./s.c.
 - 5.10 Injektion i.m.
 - 5.11 Kompressionsstrümpfe/-verband
 - 5.12 Medikamentengabe

- 5.13 Medikationsmanagement
- 5.14 Sauerstoffgabe
- 5.15 Temperaturregulation
- 5.16 Untersuchungsassistenz
- 5.17 Vitalzeichenkontrolle: Blutdruck und Puls
- 5.18 Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker
- 5.19 Vitalzeichenkontrolle: Körpertemperatur
- 5.20 Wiegen
- 5.21 Wundpflege
- 6. Beratung und Schulung
 - 6.1 Beratung: Chronische Wundversorgung
 - 6.2 Beratung: Dekubitusprophylaxe
 - 6.3 Beratung: Ernährungsmanagement
 - 6.4 Beratung: Förderung der Kontinenz
 - 6.5 Beratung: Mobilität
 - 6.6 Beratung: Schmerzmanagement
 - 6.7 Beratung: Sturzprophylaxe
 - 6.8 Beratung: sonstige Themenfelder
 - 6.9 Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase
 - 6.10 Schulung
- 7. Pflegeprozess/Kommunikation/Organisation
 - 7.1 Dokumentation
 - 7.2 Einzug 57
 - 7.3 Steuerung des Pflegeprozesses
 - 7.4 Angehörigenarbeit
 - 7.5 Berufsgruppenübergreifende Kommunikation (extern)
 - 7.6 Bewohnergespräch
 - 7.7 Dienstübergabe
 - 7.8 Mitarbeiterkommunikation
 - 7.9 Multidisziplinäre Fallbesprechung
 - 7.10 Dienstgang
 - 7.11 Ehrenamt

- 7.12 Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle
- 7.13 Materialmanagement
- 7.14 Planung Aufenthaltswechsel
- 7.15 Rundgang/Sicherheit gewährleisten
- 8. Qualitätsmanagement-Aufgaben
 - 8.1 Anleitung/Einarbeitung/Ausbildung
 - 8.2 Audit (intern/extern)
 - 8.3 Beschwerdemanagement
 - 8.4 Bewohnerbefragung
 - 8.5 Fortbildung
 - 8.6 Pflegevisite
 - 8.7 Projektmanagement
 - 8.8 Qualitätscontrolling/Kennzahlen/Berichterstattung
 - 8.9 Qualitätsdokumentation/-handbuch
 - 8.10 Qualitätszirkel
 - 8.11 Risiko- und Fehlermanagement
- 9. Management
 - 9.1 Betriebswirtschaft/Finanzierung
 - 9.2 Gesundheitsförderung/Arbeitsschutz
 - 9.3 Kommunikation und Information
 - 9.4 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing
 - 9.5 Personal: Entwicklung
 - 9.6 Personal: Organisation/Verwaltung
 - 9.7 Rezeption und Aneignung gesetzlicher und fachlicher Anforderungen
 - 9.8 Teamentwicklung

Anhang 2

Rechenvorschriften des Algorithmus 1.0 (Rothgang et al., 2020, S.221ff)

Der Pflegepersonalbedarf lässt sich (für jede Personalkategorie) für eine Pflegeeinrichtung als Summe der für die Versorgung der einzelnen Bewohnerin bzw. des einzelnen Bewohners notwendigen Personalmengen berechnen:

$$P_h = \sum P_m \quad (1)$$

P_h = Pflegekräftepersonalbedarf für die Pflegeeinrichtung H

P_m = Pflegekräftepersonalbedarf für die Bewohner*in bzw. den Bewohner m .

Für eine Einrichtung lässt sich die Zahl der Bewohnenden (N_h) daher darstellen als

$$N_h = \sum N_i \quad (2)$$

der Pflegekräftepersonalbedarf für direkte Pflege für die Einrichtung ergibt sich folglich als

$$P_h = \sum N_i P_i \quad (3)$$

mit

P_h = Pflegekräftepersonalmenge für die Pflegeeinrichtung H

N_i = Zahl der Bewohner*innen in der Kategorie i

P_i = Pflegekräftepersonalmenge für einen Bewohner bzw. eine Bewohnerin der Kategorie i .

Die Pflegepersonalmenge für Bewohner der Kategorie i ergibt sich als Pflegepersonalmenge für *di-recte* Pflegeleistungen (Pd) und *indirekte* Pflegeleistungen (Pin) sowie *sonstige*, ergänzende Zu-schlagsfaktoren (Ps), sofern solche zu berücksichtigen sind:

$$P_i = \sum P_{id} + P_{iin} + P_{is} \quad (4)$$

Für ein Heim H resultiert hieraus ein Pflegepersonalbedarf, der sich durch Einsetzen von Gleichung (4) in Gleichung (3) darstellen lässt als

$$P_H = \sum N_i * (P_{id} + P_{iin} + P_{is}) \quad (5)$$

Die Pflegepersonalmenge für *direkte Pflege* für einen Bewohner bzw. eine Bewohnerin der Kategorie i ist die Produktsumme aus allen *notwendigen Interventionen* und deren jeweiliger *durchschnittlicher SOLL-Zeit* für diese spezifische Intervention (bei Bewohnern der Kategorie i). Dabei wird die SOLL-Zeit der Intervention jeweils einer Pflegekraft mit dem *SOLL-Qualifikationsniveau k* zugerechnet. Die SOLL-Zeiten werden dabei nur nach Bewohnerkategorie und Intervention, nicht aber nach SOLL-Qualifikationsniveau unterschieden:

$$P_i^d = \sum_j \sum_k m_{ijk} * t_{ij} \quad (6)$$

mit

m_{ijk} = durchschnittliche SOLL-Menge für Erbringungen der Intervention j bei einem Bewohner bzw. einer Bewohnerin der Kategorie i , durchgeführt durch eine Pflege-kraft des Qualifikationsniveaus k und

t_{ijk} = durchschnittliche SOLL-Zeit für eine fachgerechte Erbringung der Intervention j bei einem Bewohner bzw. einer Bewohnerin der Kategorie i .

Die aus dem Personalbemessungsverfahren resultierende Pflegepersonalmenge für *direkte Pflege* ergibt sich demnach für die Pflegeeinrichtung H als Summe der Personalbedarfe für alle Bewohner*innen bzw. als

$$|P_h^d = \sum_i N_i * \sum_j \sum_k m_{ijk} * t_{ij} \quad (7)$$

mit

m_{ijk} = durchschnittliche SOLL-Menge für Erbringungen der Intervention j bei einem Bewohner bzw. einer Bewohnerin der Kategorie i , durchgeführt durch eine Pflege-kraft des Qualifikationsniveaus k

t_{ijk} = durchschnittliche SOLL-Zeit für eine fachgerechte Erbringung der Intervention j bei einem Bewohner bzw. einer Bewohnerin der Kategorie i und

N_i = Zahl der Bewohner*innen in Kategorie i in der Einrichtung H .

Für die Einrichtung H folgt hieraus ein Pflegepersonalbedarf für indirekte Pflege in Höhe von

$$P_{hin} = N_h * P_{iin} \quad (8)$$

mit

N_h = Zahl der Pflegebedürftigen in Einrichtung H und

P_{iin} = durchschnittliche SOLL-Zeitmenge für indirekte Pflege pro pflegebedürftige Person.

Wird von ergänzenden Zuschlagfaktoren zunächst abgesehen, da die entsprechenden Diskussionspunkte mangels empirischer Bewertungsmöglichkeiten vorläufig nicht einbezogen werden, vereinfacht sich Gleichung (5) zu Gleichung (5a)

$$P_h = \sum N_i * (P_{id} + P_{iin}) \quad (5a)$$

Durch Einsetzen von Gleichung (6) und Gleichung (8) in Gleichung (5a) ergibt sich der Gesamtpflegepersonalbedarf der Einrichtung H als

$$P_h = * [*) + N_h * P_{iin} \quad (9)$$

Zur Beachtung eines Pflegefachkraftpersonalmindestsockels (P_{min}) ist zusätzlich eine Prüfung auf das Maximum von individuell errechnetem Personalwert und einem gesetzten Personalmindestwert eingeführt. Für das Heim heißt das, dass sich der finale Pflegepersonalbedarf (P_{hfin}) für die Personal-kategorie der Fachkräfte auf QN 4 dann errechnet als

$$P_{hfin} = \text{Max}(P_h; P_{min}) \quad (10)$$

Anhang 3

Qualifikationsniveaus (Rothgang et al., 2020, S. 81)

Qualifikationsniveaus	Beispiele im DQR (2017)	Zugeordnete Pflegezertifikate
QN 1	z. B. nach vier Monaten der Teilnahme an einer berufsvorbereitenden Maßnahme	Mitarbeiter*innen ohne Ausbildung, nach vier Monaten angeleiteter Tätigkeit
QN 2 (Pflege)	Qualifizierungsbausteine mind. 420 h, Einstiegsqualifizierung 6-12 Monate	Mitarbeiter*innen ohne Ausbildung mit einem 2-6monatigen Pflegebasiskurs (mind. 200h laut GB-A) und insgesamt 1-jähriger angeleiteter Tätigkeit
QN 2 (Betreuung)	s.o.	Betreuungskräfte nach §§ 43b und 53c SGB XI: 160h Unterricht und 3 Wochen Praktikum (GKV 2016)
QN 3	Duale Berufsausbildung (2 Jahre)	Pflegehelfer*innen mit ein- oder zweijähriger Ausbildung ⁸ (ASMK 2012)
QN 4	Duale Berufsausbildung (3 oder 3,5 Jahre)	Pflegefachperson mit beruflicher Ausbildung (3 Jahre Vollzeit) (PflBG 2017, Teil 2)
QN 5 (Fach)	Berufliche Fort- und Weiterbildungen	Pflegefachperson mit mindestens 2-jähriger Berufserfahrung und Fortbildung im Umfang von ≥ 200 Stunden theoretischem Unterricht (Palliativpflege, Gerontopsychiatrie, Intensivpflege) entsprechend der länderspezifischen Weiterbildungsordnungen
QN 5 (Leitung)	Berufliche Fort- und Weiterbildungen	Pflegefachperson mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung innerhalb der letzten 5 Jahre und Weiterbildung für Leitungsaufgaben (mindestens 460 Stunden theoretischer Unterricht) (§ 71 SGB XI)
QN 6	Bachelor, Meister	Pflegefachperson mit Bachelorabschluss (primärqualifizierendes Studium, Managementstudium o.ä.) (PflBG 2017, Teil 3)
QN 7	Master	Pflegefachperson mit Masterabschluss
QN 8	Promotion	Pflegefachperson mit Promotion

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Neubrandenburg, 03.09.2020

Ort, Datum

Unterschrift