

Abschlussbericht

im Projekt

Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)

SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Institut für Arbeit und Wirtschaft (iaw)
Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSB)

Bremen, August 2020

Studienleitung, beteiligte Institutionen und Mitarbeitende

Projektleitung:

SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Mary-Somerville-Straße 5, 28359 Bremen

Tel.: 0421 218-58557, E-Mail: rothgang@uni-bremen.de

Projektpartner:

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

Prof. Dr. Stefan Görres, Tel.: 0421 218-68900, sgoerres@uni-bremen.de

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Tel.: 0421 218-68940, darmann@uni-bremen.de

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, Tel.: 0421 218-68960, wolf-ostermann@uni-bremen.de

Grazer Str. 4, 28359 Bremen

Institut für Arbeit und Wirtschaft (iaw)

PD Dr. Guido Becke, Tel.: 0421 218-61747, becke@uni-bremen.de

Wiener Straße 9, 28359 Bremen

Datentrustcenter:

Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSB)

Prof. Dr. Werner Brannath

Linzer Straße 4, 28359 Bremen

Tel.: 0421-218-63790, E-Mail: brannath@math.uni-bremen.de

Wissenschaftliches Studienteam:

Wissenschaftliche Mitarbeiter*innen:

Janet Cordes (IPP), Mathias Fünfstück (SOCIUM), Franziska Heinze (SOCIUM), Thomas Kalwitzki (SOCIUM), Dr. Claudia Stolle (SOCIUM), Dr. Stephan Kloep (KKSB), Agata Krempa (SOCIUM), Lukas Matzner (SOCIUM), Cora Zenz (geb. Schwerdt) (iaw), Sarah Sticht (SOCIUM),

Study Nurses:

Anna-Carina Friedrich (SOCIUM), Jasmin Weiss (SOCIUM), Annika Schmidt (IPP)

Kooperationspartner:

EDV: Cairful GmbH, Otto-Brenner-Straße 19, 52353 Düren (EDV)

Gutachtenerstellung: Medizinische Dienste der Krankenversicherung (MDK) und Medicproof GmbH

Datenerhebung: Medizinische Dienste der Krankenversicherung (MDK),
Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband),
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa),
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB),
AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.,
Deutscher Caritasverband e. V.,
Deutsches Rotes Kreuz e. V.,
Diakonie Deutschland, Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.,
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.,
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. und
freiberuflich tätige Pflegekräfte

Für den Unterauftrag im ambulanten Sektor:

Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Prof. Dr. Andreas Büscher

Caprivistraße 30a, 49076 Osnabrück

Tel.: 0541 969-3591, E-Mail: a.buescher@hs-osnabrueck.de

Wissenschaftliches Studienteam:

Eva Maria Gruber, Dorit Schröder

Mitarbeit bei der Berichtslegung:

Das Kapitel 11 – *Ergebnisse V – Zusammenhang von Personaleinsatz und Pflegequalität* wurde unter Mitwirkung von Benedikt Preuß ausgearbeitet, dem wir für seine Arbeit und Unterstützung danken.

INHALT

TABELLENVERZEICHNIS:	17
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	21
GLOSSAR	24
EXECUTIVE SUMMARY	25
1 EINLEITUNG.....	28
1.1 Evolution des Projektauftrages: Entwicklung des Projektes seit der ersten Berichtslegung	29
1.2 Inhalt und Struktur des Abschlussberichts.....	29
2 HINTERGRUND: PERSONALBEMESSUNG IN DER DEUTSCHEN LANGZEITPFLEGE.....	31
2.1 Personalbemessung – kein neues Thema	32
2.2 Personalausstattung in deutschen Pflegeheimen.....	35
2.3 Die Entwicklung eines bundeseinheitlichen Personalbemessungsverfahrens: ein notwendiger Schritt zur Weiterentwicklung der Langzeitpflege.....	37
3 PROJEKTAUFTRAG.....	40
3.1 Vergabeverfahren	40
3.2 Anforderung an ein Personalbemessungsinstrument.....	40
3.3 Bezuschlagte Projektkonzeption	42
3.3.1 Sektorenübergreifende Kernelemente	42
3.3.1.1 Empirisch-analytischer Ansatz	42
3.3.1.2 Sektorendifferenzierung	42
3.3.1.3 Konsentierung von Zwischenergebnissen.....	43
3.3.2 Vollstationärer Sektor: Grundkonzeption	43
3.3.2.1 BI-Konstellation und Pflegegrade als Bezugseinheit des Inputs	44
3.3.2.2 Pflegepersonalmenge und -struktur als zentrale Outputgröße.....	45
3.3.2.3 Grundelemente des Verfahrens.....	45
3.3.2.4 Individualisierte Datenerhebung	46
3.3.2.5 Verknüpfung der SOLL-Zeiten, SOLL-Mengen und SOLL-Qualifikation im Personalbemessungsinstrument.....	48
3.3.3 Teilstationärer Sektor	50
3.3.4 Unterauftrag im ambulanten Sektor	50
3.3.5 Interaktionsarbeit.....	50
3.4 Anpassungen im Projektverlauf	51

4	PROJEKTDURCHFÜHRUNG I – ERARBEITUNG DER ERHEBUNGSINSTRUMENTE	52
4.1	Theoretische Ausarbeitung der Erhebungsinstrumente	52
4.1.1	Pflegewissenschaftliche Grundlagen: Zugrunde gelegtes Pflegeverständnis	52
4.1.1.1	Das Modell der fördernden Prozesspflege nach Monika Krohwinkel	54
4.1.1.2	Das psychodynamische Modell nach Hildegard Peplau	55
4.1.1.3	Das Pflegemodell von Dorothea Orem	55
4.1.1.4	Das psychobiographische Pflegemodell nach Erwin Böhm	56
4.1.1.5	Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen nach Tom Kitwood	56
4.1.1.6	Der ICN-Ethikkodex	57
4.1.1.7	Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen	57
4.1.1.8	Vorgaben der Pflegeversicherung und des Heimrechts	58
4.1.1.9	Verständnis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs	59
4.1.1.10	Implikationen für die Studie	61
4.1.2	Entwicklung des Interventionskataloges auf Basis von Literaturrecherchen	62
4.1.2.1	Recherche und Ergebnisse zu den pflegerischen Interventionssystemen	62
4.1.2.2	Recherche und Ergebnisse zu den einzelnen pflegerischen Interventionen	66
4.1.2.3	Erstellungsprozess des Interventionskataloges	68
4.1.2.4	Erarbeitung der Interventionsbeschreibungen	69
4.1.2.5	Erarbeitung von Interventionseinheiten	71
4.1.2.6	Erarbeitung der zur fachgerechten Leistungserbringung notwendigen Teilschritte und Anforderungen	72
4.1.2.7	Integration von beobachtbaren Aspekten der Interaktionsarbeit im Interventionskatalog	77
4.1.2.8	Interventionen zur Prävention und Risikovermeidung	81
4.1.2.9	Interventionen bei Menschen mit gerontopsychiatrisch bedingten Beeinträchtigungen	83
4.1.2.10	Festlegung des Interventionskataloges	89
4.1.3	Festlegung der für die fachgerechte Erbringung der Maßnahmen notwendigen qualifikatorischen Niveaus	89
4.1.3.1	Methodisches Vorgehen	91
4.1.3.1.1	Zuordnung der Qualifikationsniveaus zu Zertifikaten	91
4.1.3.1.2	Theoretische Begründung des Komplexitätsniveaus von Aufgaben	92
4.1.3.1.3	Differenzierung des Schwierigkeitsgrads von Aufgaben	93
4.1.3.1.4	Gruppendiskussionen mit Expert*innen	95
4.1.3.2	Ergebnisse	95
4.2	Konsentierung der Erhebungsinstrumente	99
4.2.1	Erste Konsentierungssitzung des Expertengremiums	99
4.2.1.1	Änderung im Aufbau und der Sortierung	101
4.2.1.2	Änderung der Interventionskategorien	101
4.2.1.3	Änderung der Interventionen	101
4.2.1.4	Inhaltliche Änderung	102
4.2.1.5	Veränderungen bei der Zuordnung der Qualifikationsniveaus	102
4.2.2	Abnahme durch die Auftraggeber	105
4.3	Zwischenergebnis I – Konsentierte Erhebungsinstrumente	105

5	PROJEKTDURCHFÜHRUNG II – DATENERHEBUNG	106
5.1	Vorbereitungen	106
5.1.1	Erstellung des Datenschutzkonzepts.....	106
5.1.2	Softwareentwicklung.....	106
5.1.2.1	Anforderungen an die Planungssoftware	107
5.1.2.2	Funktionsweise der Planungssoftware	108
5.1.2.3	Anforderungen an die Erhebungssoftware.....	111
5.1.2.4	Funktionsweise der Erhebungssoftware.....	111
5.1.3	Abstimmung mit den Begutachtungsinstitutionen	114
5.1.4	Rekrutierung der Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen.....	115
5.1.4.1	Auswahlprozess.....	115
5.1.4.2	Beschreibung der Stichprobe für den vollstationären Sektor	118
5.1.4.3	Beschreibung der Stichprobe für den teilstationären Sektor	122
5.1.5	Rekrutierung der Datenerhebenden.....	123
5.1.6	Schulungen und Qualifizierung der Datenerhebenden	124
5.1.6.1	Schulungsumfang	126
5.1.6.2	Schulungsinhalte	126
5.1.7	Qualifizierung der wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen und Study Nurses zur Erstellung der tagesstrukturierten Interventionsplanung	136
5.2	Pretest.....	137
5.2.1	Erster Pretest.....	137
5.2.2	Zweiter Pretest.....	138
5.2.3	Rückkoppelung der Pretests in Schulungsunterlagen und Software	139
5.3	Durchführung der Datenerhebung	139
5.3.1	Projektkoordination und Einsatzplanung	139
5.3.2	Studienteilnahme der Pflegebedürftigen und Datentransfer im Projekt	140
5.3.3	Individualisierung und Verlauf der Datenerhebung.....	141
5.3.3.1	Phase 1: Erstellung der Gutachten nach den Begutachtungsrichtlinien	142
5.3.3.2	Phase 2: Erstellung der tagesstrukturierten Interventionsplanungen	143
5.3.3.2.1	Planungsgespräch zu administrativen und organisatorischen Interventionen.....	143
5.3.3.2.2	Planungsgespräch zur Erarbeitung der tagesstrukturierten Interventionsplanung	143
5.3.3.3	Phase 3: Erhebung durch die Datenerhebenden	149
5.3.4	Herausforderungen im Studienverlauf und deren Kompensation	150
5.3.5	Anpassungen der Erhebungsinstrumente im Studienverlauf	151
5.4	Ergänzende Strukturdatenerhebung	154
5.4.1	Datenbasis	154
5.4.2	Strukturen der gesamten Einrichtungen und der teilnehmenden Erhebungseinheiten	155
5.4.3	Konzepte und Organisation.....	156
5.4.4	Personalausstattung und –konzept.....	160
5.4.5	Strukturdaten vor dem Hintergrund der Personalbemessung	164
5.5	Rückmeldungen der Datenerhebenden.....	164
5.6	Zwischenergebnis II – Empirische Daten.....	166
5.6.1	Ausgangsdatensatz.....	167
5.6.2	Rohdatensatz.....	167

6	PROJEKTDURCHFÜHRUNG III – DATENAUFBEREITUNG	170
6.1	Definition von analytischen Konstrukten und verwendeten Variablen.....	170
6.1.1	Bezeichnung der verwendeten Zeitwerte.....	170
6.1.2	Rohvariablen, Finalvariablen und Auswertungsvariablen.....	171
6.1.3	Zeit- und Mengenkomponekte sowie Qualifikationsmix.....	171
6.1.4	Erweiterung des Rohdatensatzes zum auswertbaren Datensatz	172
6.2	Datenbereinigung	174
6.2.1	Kontrolle von Variablenausprägungen im Ausgangsdatsatz.....	175
6.2.2	Identifikation der Admin-Orga-Bewohner	175
6.2.3	Einteilung der Interventionen in Schichten.....	176
6.2.4	Umgang mit vorgezogenen Interventionen eines späteren Planungstages	177
6.2.5	Eingrenzen des Datensatzes auf den Erhebungszeitraum	177
6.2.6	Umverteilung der Interventionen auf Bewohner und Admin_Orga	177
6.2.7	Korrektur einzelner gemeldeter Fehlbedienungen.....	178
6.2.8	Mehrfache Dokumentationen einer Intervention durch denselben Schatten	178
6.2.9	Korrektur fehlerhafte Eingaben bei ZeitBegründungen und Zeitwerten.....	179
6.2.10	Zuordnung von Interventionen, die ohne ZEITBEGRÜNDUNG abgeschlossen wurden.....	180
6.2.11	Anwendung von Cut-Off-Werten für Interventionen, die von einer beschatteten Pflegekraft erbracht wurden	180
6.2.12	Zuweisung der Variablen ANGEBOT.....	181
6.2.13	Ausschluss der ersten 10 Interventionen pro Datenerheber*in.....	181
6.2.14	Festlegung des Erbringungsstatus aller Interventionen.....	182
6.2.15	Umgang mit der Doppeldokumentation einer geplanten Intervention durch mindestens zwei verschiedene Schatten	182
6.2.16	Zuweisen der finalen Schicht.....	184
6.2.17	Prüfung der Notwendigkeit von Interventionen	184
6.2.18	Identifikation von Abwesenheit	185
6.2.19	Zusammenführung von Gruppeninterventionen	185
6.2.20	Korrektur von Ausreißern nach oben.....	185
6.2.21	Ausschluss der Dokumentationen bestimmter Datenerheber*innen.....	186
6.2.22	Festlegen des IST- und SOLL-QNs.....	186
6.2.23	Finale Setzung von Zeitwerten	186
6.2.24	Aufteilung von „erbracht durch Andere“ zu Angehörigen oder AMA	187
6.3	Operationalisierung	187
6.3.1	Grundlagen der analytischen Kategorien.....	188
6.3.2	Analytische Erfassung der Mengenkomponekte	189
6.3.3	Differenzierung der Mengenkomponekte nach Erbringergruppe.....	190
6.3.4	Analytische Berechnung der Werte der Zeitkomponente	191
6.4	Rechenvorschriften zur Erzeugung der Auswertungsdatensätze	192
6.4.1	Imputation	193
6.4.2	Hochrechnung der Mengenkomponekte auf eine Durchschnittswoche.....	194
6.4.3	Berechnung der Zeiten und Mengen und Zeitmengen der direkten Pflege	195
6.4.3.1	Mengenkomponekte.....	195
6.4.3.2	Zeitkomponente	196
6.4.3.3	Zeitmengen	196
6.4.4	Berechnung der Zeitmengen der indirekten Pflege	196
6.4.5	Zuweisung von Interventionen mit SOLL-Qualifikationsniveau = -2 in der direkten Pflege	198
6.4.6	Sensitivitätsanalyse statt Ausreißerkontrolle	198

6.4.7	Umrechnung der Erbringungszeiten auf Vollzeitäquivalente	200
6.5	Konsentierung der Datenaufbereitungs- und Datenauswertungsschritte	200
6.5.1	Konsentierung der Datenbereinigung und der Prozeduren zur Bildung von SOLL - Werten im Expertengremium	201
6.5.1.1	Parameter für Vorhaltungsleistungen.....	201
6.5.1.2	Zeitwerte für Angebote.....	202
6.5.1.3	Zusätzliche Prüfungen auf fachliche Ergänzungen	202
6.5.1.3.1	Prüfung auf Untererfassung und potentielle Unterversorgung	202
6.5.1.3.2	Personalsockel für Pflegefachkräfte	204
6.5.1.3.3	Vorhaltung von Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildungen in Gerontopsychiatrie und Palliativpflege und hochschulischqualifizierte Pflegende.....	204
6.5.1.3.4	Berücksichtigung der Interaktionsarbeit im Mengen- und Zeitgerüst der Personalbemessung.....	205
6.5.2	Abnahme durch die Auftraggeber	205
6.5.3	Nachgelagerte Konsentierungen im Entscheidungsgremium.....	205
6.6	Zwischenergebnis III – Konsentierte Regelungen zur Datenaufbereitung und Auswertungsdatensatz.....	206
7	ERGEBNISSE I – DATENBASIS UND ENTSTEHENDE PARAMETERWERTE	207
7.1	Teilnehmende Einrichtungen und Ausweis der Ergebnisse nach Einrichtungstyp.....	207
7.1.1	Einrichtungen	207
7.1.2	Verschiedene Einrichtungstypen.....	209
7.1.2.1	Vollstationäre Regeleinrichtungen ohne gesonderten Versorgungsvertrag	209
7.1.2.2	Vollstationäre Spezialeinrichtungen	210
7.1.2.3	Teilstationäre Erhebungseinheiten.....	212
7.1.2.4	Ambulantisierete ehemals teilstationäre Einrichtung	212
7.2	Deskriptive Darstellung der Ergebnisse	214
7.2.1	Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen	214
7.2.2	Gäste in teilstationären Pflegeeinrichtungen	216
7.2.3	Datenerheber*innen	218
7.3	Ergebnisse auf Ebene der einzelnen Interventionen.....	220
7.3.1	Mengen, Zeiten und Zeitmengen	220
7.3.2	Qualifikationsmix im IST und SOLL	221
7.3.3	Kennzahlen zur Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge	222
7.3.4	Bewertung der Teilschritte und Anforderungen.....	223
7.4	Entstehende Parameter-Werte für die Personalbemessungsinstrumente	223
7.4.1	Veränderung der Parameterwerte gegenüber dem ersten Zwischenbericht	223
7.4.2	Finale Parameterwerte des Algorithmus 1.0	224
7.4.2.1	Abhängigkeit der Parameterwerte von den Klassifikationen der Pflegebedürftigkeit.....	225
7.4.2.2	Ausweis nach Qualifikationsniveaus	225
7.4.2.3	Einbezug von nach erbringenden Personen differenzierten Interventionsmengen.....	226
7.4.2.4	Generierung und Ausweis von Vertrauensintervallen für die Parameterwerte in der Klassifikation nach Pflegegraden	226
7.4.3	Resultierende Parametertabellen	229

8	ERGEBNISSE II – PERSONALBEMESSUNGSINSTRUMENTE	231
8.1	Algorithmus zur Berechnung der SOLL-Personalmenge für eine Pflegeeinrichtung	231
8.2	Parametrisierung mit den konsentierten Parameterwerten (Algorithmus 1.0)	234
8.3	Personalbemessungsinstrumente unter Verwendung des Algorithmus 1.0	235
8.3.1	Aufbau der Instrumenten-Dateien	235
8.3.2	Bedienungsanleitung zum Instrument für den vollstationären Sektor	236
8.3.2.1	Tabellenblatt <i>Einstellungen</i>	236
8.3.2.2	Tabellenblatt <i>Eingaben</i>	237
8.3.2.3	Tabellenblatt <i>Ergebnisse_PG</i>	237
8.3.2.4	Tabellenblatt <i>Ergebnisse_BI</i>	238
8.3.3	Bedienungsanleitung zum Instrument für den teilstationären Sektor	239
8.3.3.1	Tabellenblatt <i>Einstellungen</i>	239
8.3.3.2	Tabellenblatt <i>Eingaben</i>	239
8.3.3.3	Tabellenblatt <i>Ergebnisse</i>	240
9	ERGEBNISSE III – ANALYSEN ZUM ALGORITHMUS 1.0	242
9.1	Folgenabschätzung Personalbemessungsinstrumente	242
9.1.1	Vollstationärer Sektor	242
9.1.1.1	SOLL-Personalbedarfe in vollstationären Pflegeheimen	242
9.1.1.2	SOLL-Personalbedarfe im Vergleich zum IST in den Untersuchungseinrichtungen	247
9.1.1.2.1	Einfluss des Grades der Pflegebedürftigkeit auf Personalmehrbedarfe	247
9.1.1.2.2	Personalmehrbedarfe nach Mengen- und Zeitkomponente sowie Erbringergruppen	249
9.1.1.2.3	Veränderungen im zahlenmäßigen Verhältnis von Fach- und Assistenzkräften	252
9.1.1.3	SOLL-Personalbedarfe im Vergleich zu den geltenden Pflegeschlüsseln	257
9.1.2	Teilstationärer Sektor	261
9.2	Überprüfung der studienleitenden Grundannahmen	264
9.2.1	Abhängigkeit der Mengen und Erbringungszeiten von Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit	265
9.2.2	Unabhängigkeit der SOLL-Zeiten von der eingesetzten Personalmenge	269
9.2.3	Unabhängigkeit der SOLL-Zeiten und ZEITBEGRÜNDUNGEN von den Datenerhebenden	273
9.3	Analyse der Zeitzu- und -abschläge anhand der Bewertung der Teilschritte und Anforderungen	277
9.4	Veränderung des Personalmehrbedarfs durch veränderte Netto-Jahresarbeitszeit und Teilzeitbeschäftigung	281
9.5	Sensitivitätsanalyse zu den höchsten Zeitwerten	285
10	ERGEBNISSE IV – BEURTEILUNG VERSCHIEDENER KLASSIERUNGEN DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	287
10.1	Beurteilungskriterien	287
10.1.1	Varianzerklärung	287
10.1.2	Praktikabilität	288

10.1.3	Statistische Robustheit	289
10.2	Geprüfte Klassierungen	289
10.2.1	Pflegrade	289
10.2.2	BI-Konstellationen	290
10.2.3	Einfache lineare Regression als Algorithmus	290
10.2.4	Modifizierter Pflegegrad (<i>PG_mod</i>)	290
10.2.5	Regression Trees.....	291
10.3	Ergebnisse	293
10.3.1	Varianzerklärung	293
10.3.2	Praktikabilität	297
10.3.3	Statistische Robustheit	298
10.4	Diskussion und Empfehlung.....	298
11	ERGEBNISSE V – ZUSAMMENHANG VON PERSONAL AUSSTATTUNG UND PFLEGEQUALITÄT	299
11.1	Konzeption der Kennzahlen für Pflegequalität und Personaleinsatz	299
11.1.1	Entwicklung der Kennzahl Pflegequalität.....	300
11.1.2	Entwicklung der Kennzahl Personaleinsatz	300
11.2	Operationalisierung	300
11.2.1	Operationalisierung Personaleinsatz	300
11.2.1.1	Personaleinsatzzeit.....	301
11.2.1.2	Ermittlung des Einrichtungssolls	304
11.2.1.3	Berechnung der Personaleinsatzkennzahl für die Erhebungseinrichtungen	306
11.2.2	Operationalisierung der Kennzahl für Pflegequalität.....	306
11.3	Ergebnisse	306
11.3.1	Zugrundeliegende Stichprobe	306
11.3.2	Beschreibung der Kennzahlen für Personaleinsatz und Pflegequalität	307
11.3.2.1	Personaleinsatzkennzahl	307
11.3.2.2	Pflegequalität	309
11.3.3	Statistischer Zusammenhang zwischen Pflegepersonaleinsatz und Pflegequalität	315
11.4	Interpretationen und Schlussfolgerung	317
12	ZUSAMMENFASSENDER DARSTELLUNG DER QUALITATIVEN TEILSTUDIE ZU INTERAKTION SARBEIT ALS QUERSCHNITTS DIMENSION.....	318
12.1	Problemhintergrund	318
12.2	Methodik und theoretischer Hintergrund.....	318
12.3	Ergebnisse	319
12.4	Empfehlungen des iaw	322
12.5	Limitationen der Studien	322
12.6	Bewertung des vorgeschlagenen Umgangs mit Zeitbedarf für Interaktionsarbeit im Kontext der Gesamtstudie aus Sicht des PeBeM-Studententeams im SOCIUM.....	322

13 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE DES UNTERAUFTRAGS ZU EMPFEHLUNGEN ZUR ENTWICKLUNG VON PERSONELLEN VORGABEN FÜR AMBULANTE PFLEGEEINRICHTUNGEN	325
13.1 Grundsätzliche einführende Überlegungen	325
13.2 Erkenntnisse aus der Material- und Literaturrecherche.....	327
13.3 Ansätze zur Personalbedarfsplanung und Personalbemessung in der ambulanten Pflege.....	328
13.4 Zusammenfassende Betrachtung der Erkenntnisse der Expert*inneninterviews	330
13.5 Zusammenfassende Betrachtung der Erkenntnisse aus der Zeiterfassung.....	332
13.6 Integration der Ergebnisse und Schlussfolgerungen	336
13.7 Diskussion und Schlussfolgerungen.....	339
14 DISKUSSION UND EINORDNUNG DER ERGEBNISSE	342
14.1 Methodische Stärken und Limitationen	342
14.1.1 Konsequenzen methodischer Grundentscheidungen und studienleitender Grundannahmen	342
14.1.2 Konzeptunabhängige SOLL-Werte bei direkten Pflegeleistungen	343
14.1.3 Strukturelle Ineffizienz bei indirekter Pflege.....	344
14.1.4 Unsicherheiten durch vorgenommene Setzungen	345
14.1.5 Positivselektion der teilnehmenden Einrichtungen	345
14.1.6 Begrenzte Aussagefähigkeit zur Pflegequalität	345
14.1.7 Fehlzurechnungen bei gleichzeitiger Über- und Unterschätzung von Erbringungszeiten	346
14.1.8 Mögliche Untererfassung seltener Interventionen.....	347
14.1.9 Mögliche Unterschätzung von Bedarfen bei demenziell erkrankten Heimbewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten	348
14.1.10 Berücksichtigung von Teilschritten und Anforderungen aus den Themenbereichen Arbeitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung.....	352
14.1.11 Durchdringungsgrad des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs	352
14.1.12 Zukünftige Aufgaben und Arbeitsfelder der Pflegefachkräfte	353
14.1.13 Limitationen bei der Entwicklung des Algorithmus für teilstationäre Einrichtungen.....	354
14.1.14 Resümee	355
14.2 Vergleich mit früheren Studien zu Personalbedarf und Personalbemessung	356
14.2.1 Analyse pflegerischer Leistungen für eine Personalbemessung (in Österreich, 2018).....	356
14.2.2 Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen (2002).....	357
14.2.3 Referenzmodelle (2010)	358
14.2.4 EVIS (2015).....	359
14.2.5 PiSaar (2013) und PiBaWü (2019)	362
14.2.6 Einordnung von PeBeM im Vergleich zu den anderen Studien zur Personalbemessung.....	363
15 AUSWIRKUNGEN EINER UMSETZUNG DES ALGORITHMUS 1.0 VOR DEM HINTERGRUND DES DEMOGRAPHISCHEN WANDELS	365
15.1 Daten und Methoden.....	365
15.1.1 Angebot an Pflegekräften.....	365
15.1.2 Bedarf an Pflegekräften.....	366
15.1.3 Pflegepersonallücke	368
15.2 Ergebnisse der Vorausberechnung.....	368

16 KONZEPTIONELLE ERPROBUNG DER INSTRUMENTE	372
16.1 Hintergrund	372
16.2 Projektdurchführung.....	373
16.2.1 Datenschutzkonzept.....	373
16.2.2 Erhebungsinstrument.....	373
16.2.3 Auswahl und Beschreibung der Stichprobe	374
16.3 Ergebnisse	375
16.3.1 Modellhafte Einführung	376
16.3.1.1 Organisationsentwicklung.....	376
16.3.1.2 Personalentwicklung	380
16.3.1.3 Digitalisierung.....	384
16.3.1.4 Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung.....	386
16.3.1.5 Modelleinrichtungen	388
16.3.1.6 Evaluation	390
16.3.1.7 Zeitplan.....	391
16.3.2 Flächendeckende Implementierung.....	391
16.3.3 Rahmenbedingungen	393
16.3.4 Abschätzung der Folgen und Effekte aus Expertensicht	395
16.3.5 Bewertung und Einordnung der Ergebnisse der Entwicklungsphase	397
16.4 Fazit und Schlussfolgerungen	399
17 KONZEPT ZUM UMGANG MIT DEM FACHKRÄFTEMANGEL UND FACHKRÄFTEBEDARF	402
17.1 Ursachen des Fachkräftemangels.....	402
17.2 Umgang mit dem bestehenden Personalmangel und dem zukünftigen Personalbedarf in der Pflege	404
17.3 Aktuelle gesundheits- und pflegepolitische Entwicklungen	406
18 EMPFEHLUNGEN	414
18.1 Empfehlungen für den Sektor der ambulanten pflegerischen Versorgung.....	414
18.2 Empfehlungen für den Sektor der teilstationären Pflege.....	415
18.3 Empfehlungen für den Sektor der stationären Langzeitpflege	416
18.3.1 Auswahl eines Klassierungssystems für Pflegebedürftige	416
18.3.2 Vorschlag für eine Roadmap zur Einführung des Personalbemessungsverfahrens in der stationären Langzeitpflege.....	416
18.3.2.1 Beginn einer stufenweisen Umsetzung der bedarfsnotwendigen Personalmenge.....	417
18.3.2.2 Modellhafte Einführung	419
18.3.2.3 Neuparametrisierung des Algorithmus.....	421
18.3.2.4 Veränderungen des Berufsbildes „Pflege“ und Entwicklung der Rolle akademisch ausgebildeter Pfleger	421
19 LITERATUR.....	424

ABBILDUNGSVERZEICHNIS:

Abbildung 1:	Resultierende Algorithmen zur Ermittlung des korrespondierenden Pflegepersonals	42
Abbildung 2:	Grundkonzeption des Projektes	44
Abbildung 3:	Elemente des Personalbemessungsinstrumentes auf individueller Ebene	45
Abbildung 4:	Die individualisierte Datenerhebung auf einen Blick	47
Abbildung 5:	Verknüpfung der Elemente des Personalbemessungsinstrumentes auf individueller Ebene	49
Abbildung 6:	Personalbemessungsverfahren auf kollektiver Ebene	49
Abbildung 7:	Entwicklung der Beziehung (Neumann-Ponesch 2017: 160)	55
Abbildung 8:	Zusammensetzung der Interventionen	73
Abbildung 9:	Anmeldung und Benutzeroberfläche der Planungssoftware	108
Abbildung 10:	Ansicht BI-Gutachten in der Planungssoftware	108
Abbildung 11:	Ansicht der Interventionsplanung in der Planungssoftware	109
Abbildung 12:	Ansicht der Intervention <i>Waschen am Waschbecken</i> in der Planungssoftware	110
Abbildung 13:	Ansicht der Erhebungssoftware auf dem Tablet-PC nach Anmeldung	112
Abbildung 14:	Ansicht einer laufenden Intervention in der Erhebungssoftware	113
Abbildung 15:	Ansicht einer beendeten Intervention mit SOLL- und IST-Korrektur in der Erhebungssoftware	113
Abbildung 16:	Ansicht des Bedarfskataloges in der Erhebungssoftware	114
Abbildung 17:	Flowchart der teilnehmenden Einrichtungen	116
Abbildung 18:	Übersicht der teilnehmenden Einrichtungen	120
Abbildung 19:	Bewohner*innen nach Bundesland basierend 4Tauf Statistisches Bundesamt (2017a: 8)	120
Abbildung 20:	Einrichtungen nach Trägerschaft4T basierend auf Statistisches Bundesamt (2017a: 6)	121
Abbildung 21:	Einrichtungen nach Größenklasse	121
Abbildung 22:	Einrichtungen nach Preisniveau	122
Abbildung 23:	Einrichtungen nach Agglomerationsraum, 4Tbasierend auf Rothgang et al. 2015b: 50.	122
Abbildung 24:	Stichprobe teilstationär	123
Abbildung 25:	Datenerheber*innenschichten im SOLL-IST-Vergleich	124
Abbildung 26:	Die vier Analyseelemente der Personalbemessung im Schulungskonzept	127
Abbildung 27:	Übersicht der IST- und SOLL-Zeiterfassung	130
Abbildung 28:	Ansicht der Beurteilung von Teilschritten und Anforderungen auf dem Tablet	132

Abbildung 29: Schaubild Datenfluss im Projekt.....	141
Abbildung 30: Verlauf der Erhebungsphasen	142
Abbildung 31: Erstellung der tagesstrukturierten Interventionsplanung	144
Abbildung 32: Konzept der Datenerfassung auf einen Blick	150
Abbildung 33: Pflegegradverteilung zum jeweiligen Erhebungsbeginn der gesamten Einrichtungen	155
Abbildung 34: Pflegegradverteilung und Überleitung	156
Abbildung 35: Verteilung der konzeptionellen Pflegemodelle.....	157
Abbildung 36: Zubereitung der Mahlzeiten nach Organisationsform.....	158
Abbildung 37: Organisation der Wäscheversorgung	159
Abbildung 38: Dokumentationsform	159
Abbildung 39: Krankheitsausfälle 2018 nach Tagen und Stunden	161
Abbildung 40: Überschuss der IST-Stunden in Relation zum Vertrags-SOLL im Folgemonat	162
Abbildung 41: Qualifikationsniveau nach Fortbildungsstunden	163
Abbildung 42: Personalmehrbedarf in den Studieneinrichtungen.....	164
Abbildung 43: Von beschatteten Pflegekräften erbrachte und zu erbringende Minuten pro Werktag in vollstationären Einrichtungen ohne gesonderten Versorgungsvertrag	209
Abbildung 44: Von beschatteten Pflegekräften erbrachte und zu erbringende Minuten pro Werktag in vollstationären Einrichtungen mit gesondertem Versorgungsvertrag....	210
Abbildung 45: Von beschatteten Pflegekräften erbrachte und zu erbringende Minuten pro Werktag in teilstationären Einrichtungen	212
Abbildung 46: Von beschatteten Pflegekräften erbrachte und zu erbringende Minuten pro Werktag in der ambulantiserten Einrichtung.....	213
Abbildung 47: Pflegegradverteilung der Bewohner in vollstationären Einrichtungen ohne gesonderten Versorgungsvertrag.....	215
Abbildung 48: Pflegegradverteilung der Bewohner aus vollstationären Einrichtungen mit gesondertem Versorgungsvertrag	216
Abbildung 49: Pflegegradverteilung der Bewohner aus teilstationären Einrichtungen	217
Abbildung 50: Anzahl beschatteter Schichten nach Organisationsform	218
Abbildung 51: Anzahl eingesetzter Datenerheber*innen nach Organisationsform	219
Abbildung 52: Einsatzmengen der Datenerheber*innen	220
Abbildung 53: Verteilung der SOLL-Zeitmenge pro Durchschnittstag auf direkte und indirekte Interventionen.....	244
Abbildung 54: Bedarfsnotwendige Zeitmengen pro Bewohner nach Pflegegrad mit 95 %- Vertrauensintervall.....	245

Abbildung 55: Pflegepersonalbedarf pro Heimbewohner*in in Vollzeitäquivalenten nach Pflegegraden.....	245
Abbildung 56: Bedarfsnotwendige Personalausstattung für ein Pflegeheim mit 100 Bewohnern und bundesdurchschnittlicher Pflegegradverteilung nach Pflegegraden.....	246
Abbildung 57: Gegenüberstellung Pflegebedarf IST zu SOLL nach Pflegegrad in den vollstationären Erhebungseinheiten	247
Abbildung 58: Personalmehrbedarf in den vollstationären Erhebungseinrichtungen nach Pflegegrad.....	248
Abbildung 59: Gegenüberstellung des Pflegebedarfs im IST zu SOLL nach BI-Konstellation in den vollstationären Erhebungseinheiten	248
Abbildung 60: durchschnittliche IST-Zeitmengen und DELTAs.....	250
Abbildung 61: Erbrachte (IST) und zusätzlich erforderliche Zeitmengen pro Durchschnittstag	251
Abbildung 62: Pflegebedarf differenziert nach Pflegegrad und Leistungserbringer	251
Abbildung 63: IST-Fachkraftanteil in den vollstationären Erhebungseinrichtungen.....	252
Abbildung 64: SOLL-Fachkraftanteil in den vollstationären Erhebungseinrichtungen nach Pflegegrad.....	253
Abbildung 65: IST und SOLL-Fachkraftanteil in den vollstationären Erhebungseinrichtungen.....	253
Abbildung 66: IST-Personaleinsatz der beschatteten Pflegekräfte in der direkten und indirekten Pflege in Minuten pro Durchschnittstag für einen Durchschnittsbewohner	254
Abbildung 67: SOLL-Personaleinsatz in der direkten und indirekten Pflege in Minuten pro Durchschnittstag für einen Durchschnittsbewohner	255
Abbildung 68: IST- und SOLL-Personalmengen differenziert nach Qualifikationsniveaus	256
Abbildung 69: Verteilung der SOLL-Zeitmengen auf die QN 1-4 nach Pflegegrad	256
Abbildung 70: Verbesserung der Personalausstattung nach Pflegegraden im Vergleich zum Status quo in einer Referenzeinrichtung mit 100 Bewohner*innen und bundesdurchschnittlicher Pflegegradverteilung	258
Abbildung 71: Personalmehrbedarf insgesamt und innerhalb der Fach- und Assistenzkräfte und der daraus resultierende Fachkraftanteil	258
Abbildung 72: QN-Verteilung innerhalb der Pflegegrade	259
Abbildung 73: Durchschnittlicher Mehrbedarf an Fach- und Assistenzkräften auf Länderebene in Prozent	260
Abbildung 74: Durchschnittlicher Mehrbedarf an Fach- und Assistenzkräften auf Länderebene in Vollzeitäquivalenten pro 100-Bewohnereinrichtung	261
Abbildung 75: IST- und DELTA-Zeitmengen pro Werktag.....	262
Abbildung 76: Personalmehrbedarf innerhalb der teilstationären Erhebungseinheiten nach Pflegegrad.....	263

Abbildung 77: Personalmehrbedarf in teilstationären Einrichtungen nach Pflegegrad	263
Abbildung 78: IST-Fachkraftanteil der teilstationären Einrichtungen	264
Abbildung 79: SOLL-Fachkraftanteil in den teilstationären Einrichtungen	264
Abbildung 80: Verteilung der dokumentierten ZEITBEGRÜNDUNGEN zwischen den Datenerhebenden im Rohdatensatz	274
Abbildung 81: Absolute Abweichung der Anteilswerte der ZEITBEGRÜNDUNGEN der Datenerheber*innengruppen vom Durchschnittswert	275
Abbildung 82: Bewertung der Teilschritte aus dem Bereich Hygiene	278
Abbildung 83: Bewertung der körperpflegespezifischen Teilschritte	279
Abbildung 84: Bewertung der medizinisch-therapeutischen Teilschritte	280
Abbildung 85: Bewertung der Anforderungen bei Pflegebedürftigen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung	280
Abbildung 86: Bewertung der Anforderungen aus dem Bereich Interaktionsarbeit und Arbeitsschutz	281
Abbildung 87: Erforderliche Vollzeitäquivalente der Durchschnittseinrichtung bei Variation der Parameter Wochenarbeitszeit und AU-Tage	282
Abbildung 88: Erforderlicher Personalzuwachs der Durchschnittseinrichtung bei Variation der Parameter Wochenarbeitszeit und AU-Tage	283
Abbildung 89: Erforderliche Vollzeitäquivalente der Durchschnittseinrichtung bei Variation der Parameter Wochenarbeitszeit und AU-Tage nach Qualifikationsniveau	284
Abbildung 90: Erforderlicher Personalbedarf der Durchschnittseinrichtung in Köpfen bei durchschnittlicher pro-Kopf-Arbeitszeit von 0,75 VZÄ	284
Abbildung 91: Erforderlicher Personalbedarf der Durchschnittseinrichtung in Köpfen bei durchschnittlicher pro-Kopf-Arbeitszeit von 0,875 VZÄ	285
Abbildung 92: Personalzuwachs nach der Sensitivitätsanalyse	286
Abbildung 93: Varianzerklärung der SOLL-Zeitmenge für fünf Klassierungen der Pflegebedürftigkeit	294
Abbildung 94: Personaleinsatzzeit aller beschatteten Tagdienste an Werktagen anhand des Dienstplans	301
Abbildung 95: Personaleinsatzzeit aller beschatteten Tagdienste an Werktagen anhand der Zeitdifferenz	302
Abbildung 96: Vergleich der Personaleinsatzzeiten anhand des Dienstplans bzw. der Zeitdifferenz	303
Abbildung 97: Streudiagramm Personaleinsatzzeit	303
Abbildung 98: Personaleinsatzzeit und Einrichtungssoll in Stunden pro Werktag nach Einrichtungstyp	308
Abbildung 99: Personaleinsatzkennzahl nach Einrichtungstyp	309

Abbildung 100: IST- und SOLL-Zeitmengen von n = 1.366 Bewohner*innen in Minuten pro Werktag	310
Abbildung 101: IST- und SOLL-Zeitmengen nach Einrichtungstyp	311
Abbildung 102: Pflegequalitätskennzahl von n = 1.364 Bewohner*innen.....	312
Abbildung 103: Boxplot Pflegequalitätskennzahl nach Pflegegraden	312
Abbildung 104: Vergleich der Pflegequalität von n = 1.364 Bewohner*innen nach Einrichtungstyp.....	314
Abbildung 105: Pflegequalitätskennzahl von n = 62 Einrichtungen	315
Abbildung 106: Streudiagramm Personaleinsatz und Pflegequalität.....	316
Abbildung 107: IST-Zeitmengen der direkten Pflege im Vergleich zu den Ergebnissen der Studie basierend auf den Referenzmodellen	359
Abbildung 108: IST-Zeitmengen der direkten Pflege in PeBeM im Vergleich zu EViS.....	361
Abbildung 109: Bedarfsgewichte nach Pflegegraden.....	361
Abbildung 110: Angebot, Bedarf und Versorgungslücke im Status quo (alle Qualifikationsniveaus)	369
Abbildung 111: Angebot, Bedarf und Versorgungslücke nach Umsetzung des Personalbemessungsinstruments (alle Qualifikationsniveaus)	369
Abbildung 112: Angebot, Bedarf und Personallücke an Assistenzkräften mit ein- oder zweijähriger Ausbildung (QN 3) in Pflegeheimen im Status quo und bei Umsetzung des Personalbemessungsinstruments	370
Abbildung 113: Angebot, Bedarf und Personallücke an Pflegefachkräften (QN 4) in Pflegeheimen im Status quo und bei Umsetzung des Personalbemessungsinstruments	370
Abbildung 114: Roadmap zur Einführung der Personalbemessungsinstrumente	420

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1:	Zusammenfassende Übersicht der betrachteten Pflegeinterventionssysteme.....	65
Tabelle 2:	Übersicht zur Literaturrecherche „Körperpflege“	67
Tabelle 3:	Übersicht zur Literaturrecherche „Mund- und Zahnpflege“	67
Tabelle 4:	Begriffsklärungen zur einheitlichen Verwendung	69
Tabelle 5:	Ausschnitt zur Textanalyse für die Intervention „Waschen am Waschbecken“	70
Tabelle 6:	Darstellung der Interventionseinheit „Hilfe beim Aufstehen“	71
Tabelle 7:	Darstellung eines Teilschrittes, seiner Ausprägungen und BI-Ableitungen im Handbuch zum Interventionskatalog zur Intervention: Waschen des vorderen Oberkörpers.....	74
Tabelle 8:	Beispiele für die Formulierungen der spezifischen Anforderungen in Abhängigkeit der Itembewertung im Rahmen der Begutachtung mit dem BI.....	76
Tabelle 9:	Erarbeitung der Anforderungen und Durchführungsdetails am Beispiel der Intervention „Körperpflege – Waschen am Waschbecken“	77
Tabelle 10:	Integration der Dimension der Kooperationsarbeit im Interventionskatalog	78
Tabelle 11:	Integration der Dimension des subjektivierenden Arbeitshandelns im Interventionskatalog.....	79
Tabelle 12:	Integration der Dimension Gefühlsarbeit im Interventionskatalog	80
Tabelle 13:	Integration der Dimension Emotionsarbeit im Interventionskatalog	80
Tabelle 14:	Mögliche Interventionen im Kontext einer Dekubitusprophylaxe.....	81
Tabelle 15:	Beispielhafte übergreifende Pflegestrategien mit Zuordnung von Interventionen	83
Tabelle 16:	Integration der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten in den PeBeM-Interventionskatalog.....	85
Tabelle 17:	Integration der Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen in den PeBeM-Interventionskatalog.....	86
Tabelle 18:	Ableitung von Interventionen aus dem Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ (DNQP 2018).....	87
Tabelle 19:	Ableitung von Interventionen aus der S3-Leitlinie „Demenzen“ (Deuschl & Maier 2016).....	88
Tabelle 20:	Qualifikationsniveaus und Qualifikationsprofile(eigene Darstellung; Knigge-Demal et al. 2013:18 f.).....	90
Tabelle 21:	Zuordnung von Zertifikaten zu Qualifikationsniveaus	92
Tabelle 22:	Unterscheidung von Aufgaben anhand des Komplexitätsgrads und des Grads an erforderlicher Perspektivenübernahme	93
Tabelle 23:	Klassifizierung der Interventionen A-J.....	95

Tabelle 24: Definition der Unterklassen in der Aufgabenklasse „Durchführung körpernaher Pflegeinterventionen“	97
Tabelle 25: Klassifizierung der Aufgabenklasse H	97
Tabelle 26: Darstellung der Qualifikationsanforderung aus dem Katalog der Qualifikationsanforderungen fachgerechter Erbringung zur Intervention <i>Medikationsmanagement</i>	98
Tabelle 27: Darstellung der BI-abhängigen Qualifikationsanforderungen aus dem Katalog Qualifikationsanforderungen fachgerechter Erbringung zur Intervention <i>Körperpflege: Waschen am Waschbecken</i>	98
Tabelle 28: Vollstationäre Einrichtungen nach Bundesland	119
Tabelle 29: Übersicht der Schulungen	125
Tabelle 30: Begleitete Dienste während der Erhebung der Zeitwerte	149
Tabelle 31: Urlaubstage	160
Tabelle 32: Personalabgänge nach QN	160
Tabelle 33: Personalzugänge nach QN.....	161
Tabelle 34: Personalausstattung nach Qualifikationsniveau und Vertragsstunden.....	161
Tabelle 35: Berufsgruppen außerhalb der Pflege	163
Tabelle 36: Variablen des Ausgangsdatensatzes	168
Tabelle 37: Interventionskategorien	188
Tabelle 38: Interventionskategorien erbrachter und geplanter Interventionen.....	189
Tabelle 39: Interventionskategorien in Bezug auf die direkte Berücksichtigung der Zeitwerte für die Berechnung der Zeitkomponente	192
Tabelle 40: Überblick über die beschatteten Einrichtungen	207
Tabelle 41: Mittelwertvergleich der SOLL-Zeitmengen in vollstationären Einrichtungen mit und ohne gesonderten Versorgungsvertrag nach Pflegegrad	211
Tabelle 42: Mittelwertvergleich der IST-Zeitmengen in vollstationären Einrichtungen mit und ohne gesonderten Versorgungsvertrag nach Pflegegrad.....	211
Tabelle 43: Mittelwertvergleich der SOLL-Zeitmengen in teilstationären und der ambulantisierten Einrichtung nach Pflegegrad	213
Tabelle 44: Mittelwertvergleich der IST-Zeitmengen in teilstationären und der ambulantisierten Einrichtung nach Pflegegrad	213
Tabelle 45: Zeitmengen der indirekten Pflege pro Bewohner / Gast in einer Durchschnittswoche (vollstationär) bzw. in fünf Werktagen (teilstationär)	222
Tabelle 46: Mittelwerte und Varianzen	228
Tabelle 47: Vertrauensintervalle auf Basis der Beobachtungswerte ($\alpha = 0,05$)	229

Tabelle 48: Vertrauensintervalle auf Basis der Stichprobenmittelwerte und –varianzen ($\alpha = 0,05$)	229
Tabelle 49: Länge der durchschnittlichen Anwesenheitstage	240
Tabelle 50: SOLL-Zeitmengen für die indirekte Pflege nach Qualifikationsniveau der Pflegekraft	243
Tabelle 51: Zeitmengen für indirekte Interventionen in Minuten pro Pflegebedürftigem pro Woche.....	243
Tabelle 52: SOLL-Personalschlüssel als Ergebnis des Algorithmus 1.0	246
Tabelle 53: Zu- und Abnahme der durchschnittlichen SOLL-Zeiten, -Mengen und -Zeitmengen mit zunehmender Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit.....	266
Tabelle 54: Ergebnisse der bivariaten linearen Regressionsmodelle zur Prüfung der ersten Grundannahme.....	267
Tabelle 55: Ergebnisse der bivariaten linearen Regressionsmodelle zur Prüfung der Korrelation der durchschnittliche SOLL-Mengen mit der Pflegebedürftigkeit für 20 Interventionen.....	268
Tabelle 56: Ergebnisse der bivariaten linearen Regressionsmodelle zur Prüfung der Korrelation der durchschnittliche SOLL-Zeitmengen mit der Pflegebedürftigkeit für 20 Interventionen	268
Tabelle 57: Ergebnisse der Regressionen gegen durchschnittliche IST-Zeiten pro Vollerbringung in vollstationären Einrichtungen	271
Tabelle 58: Ergebnisse der Regressionen gegen durchschnittliche SOLL-Zeitmengen von Vollerbringungen in vollstationären Einrichtungen.	271
Tabelle 59: Ergebnisse der Regressionen über durchschnittliche Zeitmengen-DELTA von Vollerbringungen in vollstationären Einrichtungen.	272
Tabelle 60: Standardisierter Regressionskoeffizient der Kennzahl für Personaleinsatz in den Regressionsmodellen.....	272
Tabelle 61: Anteilswerte an dokumentierten ZeitBegründungen im Rohdatensatz nach Datenerheber*innengruppe.....	275
Tabelle 62: Signifikanzprüfung der Konfidenzintervalle von durchschnittlichen SOLL-Zeiten aus Werktags-Spätdiensten in den Datenerheber*innengruppen.....	276
Tabelle 63: Signifikanzprüfung der Konfidenzintervalle von durchschnittlichen SOLL-Zeiten aus Werktags-Frühschichten in den Datenerheber*innengruppen	277
Tabelle 64: Definition der Szenarien zur Variation von Wochenarbeitszeit und AU-Tagen.....	282
Tabelle 65: Modulgewichte zur Berechnung der BI-Gesamtpunkte zur Bestimmung von Pflegegrad und modifiziertem Pflegegrad.....	291
Tabelle 66: Ergebnisse der wiederholten Regressionsbaumanalysen zur Bestimmung der wichtigsten BI-Items zur Klassierung der Pflegebedürftigkeit	292
Tabelle 67: Verteilung der vollstationären Stichprobe auf die im Instrument berücksichtigten BI-Konstellationen	295

Tabelle 68: Korrelationsmatrix (nach Bravais-Pearson) für zwei Methoden zur Erhebung der Personaleinsatzzeit (n=33)	304
Tabelle 69: Ermittlung von SOLL-Zeiten pro Tag nach Pflegegrad aus bundesweiten (durchschnittlichen) Pflegeschlüsseln	305
Tabelle 70: Vergleich der Referenzpersonalschlüssel	305
Tabelle 71: Vergleich Referenzwerte	305
Tabelle 72: Vergleich Personaleinsatzzeit und Einrichtungssoll in Stunden pro Werktag nach Einrichtungstyp	307
Tabelle 73: Lageparameter Personaleinsatzkennzahl nach Einrichtungstyp	308
Tabelle 74: Lageparameter Ist- und Soll-Zeitmengen	309
Tabelle 75: Lageparameter von IST- und SOLL-Zeitmengen der Bewohner*innen nach Einrichtungstyp	310
Tabelle 76: Lageparameter der Pflegequalitätskennzahl von n = 1.366 Bewohner*innen	311
Tabelle 77: Vergleich der Mittelwerte der Pflegequalitätskennzahl nach PG	313
Tabelle 78: Test der Homogenität der Varianzen	313
Tabelle 79: Welch-ANOVA Pflegequalitätskennzahl nach Pflegegraden	313
Tabelle 80: Vergleich der Mittelwerte der Pflegequalitätskennzahl nach Einrichtungstyp	314
Tabelle 81: t-Test für Mittelwerte der Pflegequalitätskennzahl nach Einrichtungstyp	314
Tabelle 82: Lageparameter der Pflegequalitätskennzahl auf Einrichtungsebene	315
Tabelle 83: Korrelation (nach Bravais-Pearson) zwischen Personaleinsatz und Pflegequalität (n=56)	315
Tabelle 84: Signifikanz der Regressionskoeffizienten	316
Tabelle 85: Signifikanz des Regressionsmodells	317
Tabelle 86: Modellgüte	317
Tabelle 87: Bewohner*innen mit und ohne ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten (Variante 2 nach Wingenfeld 2019)	349
Tabelle 88: Mittelwertvergleich der Bewohner*innen mit und ohne ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten (Variante 2 nach Wingenfeld 2019)	350
Tabelle 89: Bewohner*innen mit und ohne ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten (Variante 3 nach Wingenfeld 2019)	351
Tabelle 90: Mittelwertvergleich der Bewohner*innen mit und ohne ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten (Variante 3 nach Wingenfeld 2019)	351
Tabelle 91: Altersgruppenspezifische Prävalenzen Pflegekräfte in vollstationärer Pflege	366
Tabelle 92: Verwendete Stellenschlüssel für die Vorausberechnung des Bedarfs	367
Tabelle 93: Einrichtungsleitungen und geschäftsführende Personen nach Merkmalen	374

Abkürzungsverzeichnis

ABEDL	Aktivitäten, soziale Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des täglichen Lebens
ANA	American Nursing Association
ASMK	Arbeits- und Sozialministerkonferenz
AVPfleWoqG	Verordnung zur Ausführung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes
BAGFW	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BI	Begutachtungsinstrument (aktuelle Bezeichnung des Instrumentes zur Definition der Pflegebedürftigkeit nach dem seit 1.1.2017 neu eingeführten Pflegebedürftigkeitsbegriff, (siehe NBA))
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
BMFSFJ	Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CCC	Clinical Care Classification
CH-NMDS	Schweizer Minimum Data Set
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EEE	einrichtungseinheitlicher Eigenanteil
ENP	European Nursing care Pathways
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen
EU-DSGVO	Europäische Datenschutzgrundverordnung
EVIS	Studie: Evaluation des NBA – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen
FW	Freie Wohlfahrtspflege
HeimG	Heimgesetz
KKSB	Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen
GB-A	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
HB	Hansestadt Bremen
i.m.	intramuskulär

iaw	Institut für Arbeit und Wirtschaft der Universität Bremen
ICN	International Council of Nurses
ICF	International Classification of Functions, Disability and Health
IPP	Institut für Public Health und Pflegeforschung
KSV	Kommunaler Sozialverband
KW	Kalenderwoche
Medicproof GmbH	Medizinischer Dienst der Privaten Krankenversicherungen
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
MOPiP	Studie: Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege
N	Größe der Grundgesamtheit
n	Größe der Stichprobe
NBA	Neues Begutachtungsassessment (vormals verwendete Begrifflichkeit für das seit 1.1. 2017 eingeführte Begutachtungsinstrument zur Definition der Pflegebedürftigkeit (siehe BI))
NIC	Nursing Intervention Classification
OS	Osnabrück
PC	Personal Computer
PeBeM	Studie: Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI
PfIBG	Pflegeberufegesetz
PfIBRefG	Pflegeberufereformgesetz
PKV	Verband der privaten Krankenversicherung
POP	PraxisOrientierte Pflegediagnostik
QM	Qualitätsmanagement
QMM	Qualifikationsmixmodell
QN	Qualifikationsniveau
s.c.	subkutan
SFTP	Secure File Transfer Protocol
SGB	Sozialgesetzbuch
SOCIUM	Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik
SPM	Standard-Pflegesatz-Modell
UuV	Unterkunft und Verpflegung

VDAB	Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe
WiMi	wissenschaftliche Mitarbeiter
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

Glossar

Care-Mix	Kombination unterschiedlicher Qualifikationsniveaus innerhalb eines Pflorgeteams, synonym verwandt mit Personalmix und Qualifikationsmix
Case-Mix	Struktur einer Menge von Pflegebedürftigen
IST-Menge	unter aktuellen personellen und organisatorischen Rahmenbedingungen tatsächlich erbrachte Menge an Interventionen
IST-Zeit	unter aktuellen personellen und organisatorischen Rahmenbedingungen tatsächlich erbrachte Zeit einer Intervention
Personalbedarf	Gesamte Personalmenge, die in einer Einrichtung erforderlich ist um eine fachgerechte Versorgung des Case-Mixes zu gewährleisten
Personalbemessung	genauer: Personalbedarfsbemessung. Prozedurale Ermittlung der zur Erbringung einer fachgerechten pflegerischen Versorgung notwendigen Personalmenge nach Quantität und Qualifikation
Personalbemessungs-instrument	Algorithmus der den notwendigen Personalbedarf zur Erbringung einer fachgerechten pflegerischen Versorgung darstellt
Personalmix	Kombination unterschiedlicher Qualifikationsniveaus innerhalb eines Pflorgeteams, synonym verwandt mit Care-Mix und Qualifikationsmix
Pflegeassistentkraft	Mitarbeiter*in in Pflege oder Betreuung ohne staatlich anerkannte dreijährige pflegerische Berufsausbildung, nach dem in der Studie verwandten und nach Knigge-Demal/Eylmann/ Hundenborn (2013) adaptierten Qualifikationsmodell Mitarbeiter*in mit im Qualifikationsniveau 1-3 (QN 1-3)
Pflegefachkraft	examinierte Pflegenden mit dreijähriger staatlich anerkannter Pflegeausbildung, nach dem in der Studie verwandten und nach Knigge-Demal/Eylmann/Hundenborn (2013) adaptierten Qualifikationsmodell Pflegenden mit im Qualifikationsniveau 4 oder höher (QN 4+)
Qualifikationsmix	Kombination unterschiedlicher Qualifikationsniveaus innerhalb eines Pflorgeteams, synonym verwandt mit Personalmix und Care-Mix
Qualifikationsniveau (QN)	in der Studie verwandten Zuordnung von Qualifikationsstufen (QN 1- QN 8) Pflegenden in einem nach Knigge-Demal/Eylmann/ Hundenborn (2013) adaptierten Qualifikationsmodell
SOLL-Menge	empirisch erhobene pflegefachlich angemessene Menge an Interventionen
SOLL-Zeit	empirisch erhobener pflegefachlich angemessener Zeitwert einer Intervention
SOLL-Zeitmenge	Produktsumme aus einer SOLL-Menge und den korrespondierenden SOLL-Zeiten
Zeitmenge	Produktsumme einer Menge von Interventionen und korrespondierenden Zeiten

Executive Summary

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) hat der Bundesgesetzgeber die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI beauftragt, 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 sicherzustellen. Die Entwicklung und Erprobung ist bis zum 30. Juni 2020 abzuschließen. Nach der Vorgabe des Gesetzgebers ist 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 zu erstellen. Hierzu sind einheitliche Maßstäbe zu ermitteln, die insbesondere Qualifikationsanforderungen, quantitative Bedarfe und die fachliche Angemessenheit der Maßnahmen berücksichtigen. Der Auftrag für die Entwicklung und Erprobung wurde an die Universität Bremen vergeben. Nach dem mit den Auftraggebern abgestimmten Projektzeitplan sind beide Projektteile fristgerecht mit Vorlage des nachfolgenden Abschlussberichts abgeschlossen worden.

Zur Bestimmung fachlich angemessener Personalmengen und -strukturen im voll- und teilstationären Sektor war ein *analytischer Zugang* zwingend, bei dem festgelegt wird, welche Pflegepersonalmengen in welchem Qualifikationsmix für eine fachgerechte Leistungserbringung notwendig sind. Um derartige *SOLL-Zahlen* zu ermitteln, wurden die drei Dimensionen der Leistungserbringung – die fachlich angemessene Zahl der Interventionen pro pflegebedürftiger Person, die fachlich angemessene Zeit pro Interventionserbringung für den entsprechenden Bewohner bzw. die entsprechende Bewohnerin und das fachlich angemessene Qualifikationsniveau der leistungserbringenden Person für diese Intervention – analytisch unterschieden. Die Projektkonzeption sah dabei vor, jeweils interventionsbezogen das IST zu messen und simultan zu prüfen, inwieweit für eine fachlich angemessene Versorgung auf Grundlage des Pflegeverständnisses des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hierbei Zu- oder Abschläge (bei Mengen, Zeit und/oder Qualifikationsniveau) notwendig sind. Diese Zu- und Abschläge wurden als *Delta* bezeichnet und dazu verwendet, durch Addition mit den gemessenen IST-Werten die SOLL-Werte einer fachlich angemessenen Versorgung zu konstruieren. Für jede dieser Interventionen wurden daher fachlich gesetzte Teilschritte und Anforderungen sowie Qualifikationsanforderungen festgelegt, bei denen für jede*n Pflegebedürftige*n eine Individualisierung in Abhängigkeit von der im Rahmen des Begutachtungsinstrumentes abgebildeten Art und dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit erfolgte. Je nach individuellem Begutachtungsergebnis wurden also für jede*n Pflegebedürftige*n entsprechend differenzierte Notwendigkeiten einer fachgerechten Leistungserbringung definiert. Die Datenerhebung erfolgte durch 241 speziell auf die konsentierten Erhebungsinstrumente geschulte Pflegefachpersonen in einer „Beschattung“, also einer eins-zu-eins-Zuordnung zwischen den leistungserbringenden Pflegekräften der Einrichtungen und den Datenerhebenden. Von April bis Oktober 2018 wurden Datenerfassungen in insgesamt 62 vollstationären Erhebungseinheiten und 7 teilstationären Einrichtungen unter der Beteiligung von insgesamt 1.380 Bewohner*innen und 163 Tagespflegegästen durchgeführt.

Ein wesentlicher Aspekt bei der Entwicklung der SOLL-Werte war die vom Gesetzgeber gewünschte Berücksichtigung der fachlichen Ziele und Konzeption des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, um die Umsetzung in der Praxis weiter zu befördern. Ein zusätzlicher Schwerpunkt der Datenerhebung wurde deshalb auf die doppelte Betrachtung von *Interaktionsarbeit* gelegt. Einerseits wurden die Teile der Interaktionsarbeit, die *innerhalb der direkten Pflegeinterventionen* regelmäßig fachlich not-

wendiger Teil der Leistungserbringung sind, in die Formulierung der interventionsspezifischen Teilschritte und Anforderungen aufgenommen. Von den Datenerhebenden konnte also bei jeder Leistungserbringung die Bedarfsgerechtigkeit der Interaktionsarbeit mitbewertet werden. Andererseits wurde als eigener Studienteil eine Beobachtungs- und Interviewstudie durchgeführt, in der alle Aspekte der Interaktionsarbeit – somit auch die in Interventionen nicht zu beobachtenden Teile wie Selbstreflexion und Bewältigung – erforscht wurden. Damit wurde dem Gesetzgeber gefolgt, der klar gestellt hat, dass es nicht das Ziel ist, die Leistungserbringung unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen fortzuschreiben, sondern dass das Personalbemessungsverfahren bereits fachliche Entwicklungen in der Pflege berücksichtigen soll, die in der gegenwärtigen Praxis noch nicht umfassend gelebt werden (können). Dieser Ansatz führt dazu, dass ein deutlich höherer Personalbedarf ermittelt wird als es bei einer klassischen Aufwandsstudie der Fall wäre. Denn mit dem Personalbemessungsverfahren wird zugleich die „Pflege der Zukunft“ beschrieben. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass die Aufwandserfassung in der gegenwärtigen Praxis erfolgt und deren Fortschreibung in die Zukunft auch die Fortschreibung bestehender Organisationsstrukturen und ggf. bestehender Ineffizienzen in der indirekten Pflege impliziert. Diese beiden Aspekte sollten als Kernpunkte bei der Konzeption und Umsetzung einer modellhaften Einführung berücksichtigt werden, so dass im Rahmen der modellhaften Einführung sichergestellt werden kann, dass die mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff initiierte fachliche Entwicklung fortschreitet und eine hierauf bezogene Arbeits- und Organisationsentwicklung so stattfindet, dass bestehende Ineffizienzen in der Versorgung, in den betrieblichen Abläufen und beim Personaleinsatz reduziert werden.

Als Ergebnis des Projektes wird für den vollstationären und teilstationären Sektor ein Personalbemessungsinstrument vorgelegt, mit dem die fachlich angemessene Personalmenge für die Bewohnerschaft einer Einrichtung nach Qualifikationsniveaus differenziert ausgewiesen wird. Für den vollstationären Sektor wird der zukünftige Einsatz des Instrumentes wissenschaftlich empfohlen. Für den teilstationären Sektor wird weiterer Forschungsbedarf festgestellt, der vor allem darin begründet ist, dass in diesem Leistungsbereich die Leistungsdefinition und -abgrenzung zurzeit wesentlich dynamischer ist. Es wird daher empfohlen die Einführung im teilstationären Sektor zurückzustellen.

Die Berechnung erfolgt unter Einsatz eines als Algorithmus 1.0 bezeichneten mathematischen Modells, dessen Parametrisierung auf Basis der empirisch erhobenen fachgerechten SOLL-Werte erfolgt ist. Im Algorithmus wird die bisher für alle Einrichtungen geltende einheitliche Fachkraftquote durch einrichtungsindividuelle Personalmengen und -mixe ersetzt. Möglich ist dabei sowohl eine Berechnung nach Pflegegraden als auch nach anderen Klassierungen von Pflegebedürftigen. Die Pflegegrade weisen dabei eine so hohe Voraussagekraft (Prädiktionskraft) in Bezug auf die fachlich angemessene Personalmenge auf, dass eine differenziertere Klassierung nicht zu nennenswert besseren Vorhersagen führt. Es wird daher empfohlen, für den Praxiseinsatz auf eine Klassierung nach Pflegegraden zurückzugreifen.

Die Ergebnisse zeigen – im Verhältnis zur heutigen Personalausstattung der Pflegeeinrichtungen – durchgehend *Pflegepersonalmehrbedarfe*. Diese Personalmehrbedarfe sind dabei einrichtungsindividuell abhängig vom Bewohnermix und der Ausgangspersonalausstattung. Nach Qualifikationsniveaus differenziert entstehen hier sehr unterschiedliche Effekte: Während sich für Fachkräfte ein nur geringer durchschnittlicher Personalmehrbedarf zeigt, ist dieser für Assistenzkräfte erheblich. Die stärksten Effekte zeigen sich dabei für die Pflegekräfte mit ein- oder zweijährigen Ausbildungen nach Landesrecht (QN 3). Für den teilstationären Sektor ist der Personalmehrbedarf deutlich geringer ausgeprägt. Die Entwicklung eines mit dem für den stationären Bereich methodisch vergleichbaren Personalbemessungsverfahrens für ambulante Pflegeeinrichtungen ist in dieser Form nicht möglich, da

sich Art und Ausmaß der Hilfen vor allem danach richten, welche Hilfen in einem Pflegehaushalt von diesem für wichtig und relevant erachtet werden und nicht notwendigerweise nach einem objektiv feststellbaren Bedarf.

Von wissenschaftlicher Seite wurde bereits mit dem zweiten Zwischenbericht empfohlen, eine modellhafte Einführung des Algorithmus 1.0 unter Realbedingungen durchzuführen, die von einer Organisations- und Personalentwicklung begleitet wird, um die durch die Personalmehrung ermöglichte Entlastung der Pflegepersonen und Qualitätssteigerung für Pflegebedürftige zu optimieren. Diese modellhafte Einführung des Algorithmus sollte – so die wissenschaftliche Empfehlung – mit einem parallelen stufenweisen Aufwuchs von Stellen insbesondere für Assistenzkräfte für alle Pflegeeinrichtungen verbunden werden. Beide Schritte wurden im Rahmen der sich an die Entwicklung anschließenden Erprobungsphase bereits auf ihre Umsetzbarkeit hin konzeptionell überprüft.

In der konzeptionellen Erprobung teilten die befragten Expert*innen überwiegend die Einschätzung, dass das Konzept des Personalbemessungsinstrumentes sinnvoll in Bezug auf eine bedarfsgerechte Personalausstattung umsetzbar ist. Je nach fachlicher Perspektive wurde dabei eine Vielzahl von Anforderungen an die Einführung benannt, die entweder zu einer effizienten Umsetzung oder zu einer Verfeinerung des Bemessungsverfahrens als erforderlich angesehen werden. Den Erprobungsergebnissen folgend ist die Umsetzung der empfohlenen Einführungsphase somit sowohl zur Definition und Schaffung von Rahmenbedingungen des Personaleinsatzes geeignet, als auch zur Generierung weiterer Erkenntnisse, die eine zukünftige Verfeinerung und Aktualisierung des Personalbemessungsinstrumentes ermöglichen.

So zeigen die in der Studie mit Hilfe des Algorithmus 1.0 für die teil- und vollstationären Sektoren ermittelten Personalmehrbedarfe den zukünftigen Fach- und Assistenzkräftebedarf unter Annahme unveränderter Organisationsstrukturen. Die Einführung des Personalbemessungsverfahrens entsprechend der wissenschaftlichen Empfehlungen kann im Rahmen einer modellhaften Einführung weitere Erkenntnisse dazu liefern, wie die pflegerische Langzeitversorgung der Zukunft aussehen soll und kann zu Weiterentwicklungen und ggf. Verfeinerungen des Algorithmus führen. Dabei können insbesondere zwei Ergänzungen realisiert werden, die bisher Limitationen der Studie darstellen: mögliche Effizienzgewinne in der indirekten Pflege aufgrund der dann veränderten Organisationsstrukturen sowie weitere fachlich ergänzende Faktoren, die sich insbesondere durch eine fortschreitende Ausgestaltung des neuen Pflegeverständnisses ergeben. Maßstäbe für eine Weiterentwicklung des Algorithmus sind dabei eine qualitativ angemessene Versorgung und ein adäquater Personaleinsatz im Rahmen einer mitarbeiterorientiert gestalteten, effizienten Betriebsorganisation bei der die Pflegekräfte kompetenzorientiert eingesetzt werden.

Bei der Frage nach der Deckung des zukünftigen Personalbedarfs sind auch die Entwicklungen in anderen Bereichen, die Einfluss auf die tatsächliche Personalverfügbarkeit und die Attraktivität des Berufsbildes haben, zu berücksichtigen. Hier sind insbesondere die Maßnahmen der Konzentrierten Aktion Pflege zu nennen, die sich in ihren Wirkungen gegenwärtig noch schwer quantifizieren lassen, die aber ein großes Potential für die Verbesserung der Arbeits- und Ausbildungsbedingungen und aufgrund dessen für ein höheres Arbeitskräfteangebot bieten, sowie Produktivitätsfortschritte z. B. durch Maßnahmen der Digitalisierung.

1 Einleitung

Auch wenn Deutschland über eines der umfassendsten Versicherungssysteme für den Bereich Langzeitpflege weltweit verfügt, besteht nach übereinstimmender Ansicht aller Beteiligten Reformbedarf. Der Gesetzgeber hat dabei bisher mit starkem Fokus auf der Leistungsseite gearbeitet. So sind insbesondere in jüngster Zeit eine Reihe neuer und umfangreicherer Leistungsansprüche eingerichtet worden. Deutlichster Ausdruck des Reformwillens ist die – in einem langjährigen Prozess vorbereitete – Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der eine weitgehende leistungsrechtliche Gleichstellung somatischer, psychischer und kognitiver Einschränkungen der Selbständigkeit nach sich gezogen hat. Damit ist jedoch kein (vorläufiges) Ende der Reformprozesse erreicht, vielmehr werden – durch den eigenen Selbstanspruch einer sich qualitativ stetig weiterentwickelnden Pflege – die Themenbereiche Pflegequalität, Pflegeausbildung und Finanzierbarkeit der systemimmanenten Eigenanteile aufgebracht. Hier hat es der Gesetzgeber sich und der Selbstverwaltung zur Aufgabe gemacht, die Rahmenbedingungen in der Pflege zu verbessern und umfassende Reformen, Reformvorschläge und Arbeitspakete auf den Weg zu bringen. Dabei kann die Ausstattung mit Pflegepersonal als Schnittpunkt der drei genannten Themenbereiche betrachtet werden. Die gewünschte Pflegequalität ist nur mit einer sie ermöglichenden Personalausstattung zu gewährleisten. Die erforderliche Personalmenge ist aber wiederum nur umsetzbar, wenn das erforderliche Personal auch ausgebildet, qualifiziert und angeworben wird und wenn die Finanzierung mittelfristig nicht alleine von den Pflegebedürftigen getragen werden muss, sondern – in welchem Modell auch immer – in größeren Teilen auf die Versichertengemeinschaft oder dritte Finanzierungsträger verlagert wird. Aus diesem Grund hat die Bundesregierung am 4. Juli 2018 die Konzertierte Aktion Pflege ins Leben gerufen, die am 3. Juni 2019 ein umfassendes Maßnahmenpaket für mehr Personal, bessere Arbeitsbedingungen, bessere Entlohnung, eine Ausbildungsoffensive, die Vermeidung einer einseitigen finanziellen Belastung der Pflegebedürftigen und mehr Verantwortung für Pflegekräfte zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs initialisiert hat.

Eine fachlich angemessene Pflegepersonalmenge langfristig zu gewährleisten gilt somit als eine der drängendsten gesellschaftspolitischen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts. Bessere und attraktivere Arbeitsbedingungen müssen für die Pflegenden entstehen, um einen Einstieg, Wiedereinstieg oder Erhalt von Pflegekräften zu befördern. Das anzustrebende Ziel sind Bedingungen, unter denen eine angemessene, motivierende, den allgemeinen fachlichen Standards entsprechende Pflege möglich wird. Dazu sollen neben Sofortmaßnahmen wie 13.000 zusätzliche Pflegekräfte nach dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz auch langfristige Änderungen wie die Einführung des Pflegeberufesgesetz und die Umsetzung der Maßnahmenpakete aus der *Konzertierten Aktion Pflege* (Bundesministerium für Gesundheit 2019) beitragen.

Zu einer fachlich angemessenen Pflege gehören demnach eine angemessene Personalausstattung und ausreichend Zeit für die Durchführung von pflegerischen Tätigkeiten – bisher ist allerdings noch unklar, wie diese Angemessenheit quantifiziert und einheitlich bemessen werden kann. Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber im Zweiten Pflegestärkungsgesetz die Vertragspartner der gemeinsamen Selbstverwaltung in der Pflege nach § 113 SGB XI beauftragt, bis Juni 2020 ein Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen zu entwickeln und zu erproben. Der Auftrag für die Entwicklung und Erprobung wurde an die Universität Bremen vergeben, die nun den Abschlussbericht für diese beiden Projektphasen vorlegt.

1.1 Evolution des Projektauftrages: Entwicklung des Projektes seit der ersten Berichtslegung

Das hier gegenständliche Projekt wurde am 31.03.2017 vergeben und umfasste damals als Gesamthalt, bis zum 31.08.2019 ein einheitliches Personalbemessungsinstrument zu entwickeln und an den Auftraggeber zu übergeben. Mit gleicher Frist sollte die Berichtslegung erfolgen und der Abschlussbericht des Entwicklungsauftrages übersandt werden. Parallel dazu sollte innerhalb dieser Laufzeit eine gesonderte Auftragsvergabe für eine anschließende Erprobung des Instrumentes erfolgen. Zur Vorbereitung der erforderlichen Ausschreibung sollte zusätzlich zum Hauptauftrag bis zum 17.02.2019 vom Auftragnehmer ein inhaltliches Konzept für die Erprobung erarbeitet werden, das dann wiederum als Grundlage einer Leistungsbeschreibung der Ausschreibung dienen sollte.

In diesen Punkten wurde die Projektstruktur im Laufe des Jahres 2019 einvernehmlich verändert: Im Januar 2019 suchte der Auftragnehmer das Gespräch mit dem Auftraggeber, um über die Ausgestaltung des Erprobungskonzeptes zu beratschlagen. Aus Sicht des Auftragnehmers waren die ursprünglich für den weiteren Projektverlauf angedachten Erprobungsschritte im Kontext des Gesamtauftrages nicht wie vorgesehen umsetzbar. So hatte die stärker empirisch fundierte Ausrichtung des Bemessungsinstrumentes dazu geführt, dass eine Erprobung weniger die praktische Funktionsfähigkeit fokussieren sollte, da bereits zu diesem Zeitpunkt klar war, dass diese uneingeschränkt gegeben sein würde. Sinnvoller Gegenstand einer Erprobung war nach Sicht des Auftragnehmers deshalb vielmehr eine Erforschung der Bedingungen, Anforderungen und Vorbereitungen, die für eine flächendeckende Einführung des Instrumentes nötig sein würden. Damit eine solche Erprobung zeitlich in der für das Projekt nach der gesetzlichen Vorgabe bestehenden Zeit (bis 30. Juni 2020) auch angemessen umsetzbar war, hat der Auftraggeber den ursprünglichen Projektauftrag der Universität Bremen um die Erprobung erweitert. Diese Erweiterung, über die in Abschnitt 16 berichtet wird, sah zwei Schritte vor:

- Erstens wurde der Entwicklungsauftrag so erweitert, dass zwischen November 2019 und April 2020 eine *konzeptionelle Erprobung* der Instrumente durchgeführt wurde, die im Rahmen einer Interviewstudie valide Aussagen dazu generierte, wie und unter welchen Rahmenbedingungen das Instrument nachhaltig bundesweit umgesetzt werden kann. Hierzu ist die Projektlaufzeit verlängert worden und der Abschlussbericht des Projektes (zur Entwicklung und Erprobung) wird dem Auftraggeber nun vorgelegt.
- Zweitens wurde die zusätzliche Projektzeit dazu genutzt, die modellhafte Einführung des Instruments vorzubereiten, mit der die Erprobungsergebnisse um Aussagen über die Wirkung des einzusetzenden Personals auf die Pflegequalität ergänzt werden können. Wie dies erfolgen könnte und welche Schritte dazu erforderlich und vereinbart sind, wird zum Ende dieses Berichtes in Abschnitt 18.3.2 erläutert.

1.2 Inhalt und Struktur des Abschlussberichts

Ziel des vorliegenden Abschlussberichts ist es, über die inzwischen abgeschlossene Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten einheitlichen Personalbemessungsinstrumentes nach quantitativen und qualitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI zu berichten. Um den Umfang dieses Berichtes auf ein leicht lesbares Maß zu begrenzen, wurden an vielen Stellen Querverweise in den Text aufgenommen, die sich auf Dokumente und Argumentationsteile beziehen, die in einem separaten Anlagenband ausgliedert sind. Verweise, die sich auf den Anlagenband beziehen sind mit dem Buchstaben A gekennzeichnet, an den die Ordnungsnummer der Anlage angefügt ist.

Um den Hintergrund des Projektauftrags zu erhellen, wird in *Kapitel 2* die Rolle der Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland dargelegt. Dabei werden zunächst aus bisherigen Versuchen zur Einführung eines Personalbemessungsinstruments Schlussfolgerungen für den Auftrag abgeleitet. Aus den normativ nur schwer begründbaren regionalen Unterschieden in der Personalausstattung und einer Perzeption dieser Personalausstattung als zu niedrig, um eine Pflege nach dem Pflegeverständnis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs dauerhaft gewährleisten zu können, wird die vom Gesetzgeber erkannte Notwendigkeit der Entwicklung, Erprobung und Einführung eines bundesweiten Personalbemessungsinstruments abgeleitet.

Dieser Gesetzesauftrag ist Ausgangspunkt für den in *Kapitel 3* beschriebenen Projektauftrag. Ausgehend von den Anforderungen, die an ein Personalbemessungsverfahren zu stellen sind, wurde eine Konzeption entwickelt, die im Rahmen des Vergabeverfahrens den Zuschlag erhalten hat und Ausgangspunkt aller weiteren Arbeiten ist.

Die Projektdurchführung wird in den drei Folgekapiteln in Bezug auf die Erarbeitung der Erhebungsinstrumente (*Kapitel 4*), die Datenerhebung (*Kapitel 5*) und die Datenaufbereitung (*Kapitel 6*) beschrieben, während die Ergebnisse (Datenbasis und entstehende Parameterwerte, Personalbemessungsinstrumente und Analysen zum resultierenden Algorithmus 1.0) in den *Kapiteln 7 bis 11* dargelegt werden.

Für ein modernes Verständnis der Pflege ist die Berücksichtigung der Interaktionsarbeit von zentraler Bedeutung. Interaktionsarbeit wurde bereits bei der Entwicklung des Interventionskatalogs systematisch in das Studiendesign integriert und wurde als mögliche Ursache für Zu- und Abschlüsse von den Datenerhebenden berücksichtigt. Zur vertiefenden Betrachtung wurde zudem eine Beobachtungs- und Interviewstudie als Zusatzmodul durchgeführt, deren Ergebnisse in einem eigenen Abschlussbericht als Anlage beigefügt sind (A 1.2). Die zentralen Ergebnisse dieses Moduls werden resümierend in *Kapitel 12* dargestellt. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse des Unterauftrags zum ambulanten Unterauftrag in *Kapitel 13* beschließt den empirischen Teil. Der gesamte Abschlussbericht ist ebenfalls dem Anlagenband (A 1.1) zu entnehmen.

In der folgenden Diskussion werden die Stärken und Limitationen der Projektkonzeption aufgezeigt und es wird eine Einordnung in den Forschungsstand vorgenommen (*Kapitel 14*). Im Hinblick auf die Folgen einer Umsetzung des Personalbemessungsinstruments werden in *Kapitel 15* vor dem Hintergrund des demographischen Wandels Modellrechnungen zur Entwicklung des Angebots und des Bedarfs an Pflegekräften vorgelegt. Wie und unter welchen Rahmenbedingungen das erarbeitete Personalbemessungsinstrument aus Expertensicht zukünftig eingeführt werden sollte, wurde im Rahmen einer konzeptionellen Erprobung erarbeitet und die entsprechenden Ergebnisse in *Kapitel 16* dargelegt. Welche Möglichkeiten dabei zum Umgang mit dem Fachkräftemangel und Fachkräftebedarf bestehen, ist Gegenstand des *Kapitels 17*.

Der Bericht schließt mit Empfehlungen der beteiligten Wissenschaftler*innen zur stufenweisen Einführung des Personalbemessungsinstruments (*Kapitel 18*).

2 Hintergrund: Personalbemessung in der deutschen Langzeitpflege

In seinem für die Qualitätsdebatte in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wegweisenden Artikel hat Donabedian bereits 1966 die Unterscheidung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorgenommen. Dabei erhöht gute Strukturqualität die Wahrscheinlichkeit für gute Prozess- und letztlich auch für gute Ergebnisqualität – kann diese aber nicht garantieren, ist also *keine hinreichende Bedingung* für gute Ergebnisqualität. Als wichtigstes Strukturmerkmal in der formellen Langzeitpflege kann sicherlich die *Personalausstattung der Einrichtungen* sowohl in quantitativer wie in qualitativer Hinsicht angesehen werden.

Die grundsätzlichen Zusammenhänge zwischen Personalmengen und Pflegequalität lassen sich an internationalen Arbeiten ablesen. Da kein umfassendes, operationales Konzept von Pflegequalität vorliegt, beziehen sich diese Arbeiten auf Qualitätsindikatoren wie die Entwicklung von Druckgeschwüren, ungewolltem Gewichtsverlust und die Fähigkeit zur Durchführung der ADLs, die als besonders sensibel anerkannt sind (Bostick et al. 2006: 375) und zum Teil mit den Qualitätsindikatoren übereinstimmen, die derzeit in Deutschland in der stationären Pflege eingeführt werden. Dabei zeigen sich folgende Ergebnisse:

- Horn et. al. (2005) führten eine Sekundäranalyse von 1.524 Bewohner*innen in 92 Langzeitpflegeeinrichtungen der USA zu Personaleinsatzzeiten nach Qualifikationen stratifiziert durch. Betrachtet wurden Registered Nurses (RN), Licensed Practical Nurses (LPN) und Certified Assisted Nurses (CNA), deren Einsatzmenge in Minuten oder Stunden der direkten Versorgung pro Bewohner*in und Tag erhoben wurden. Als Qualitätsindikatoren wurden auf Seiten der gepflegten Personen unter anderem die Variablen Entwicklung eines Dekubitus, Harnwegsinfektionen, ungewollter Gewichtsverlust, Verschlechterungen in den ADLs und Krankenhausaufenthalte festgehalten. Es zeigte sich unter anderem, dass mehr Direktpflegezeit der RNs – also des höchsten Ausbildungsniveaus – sowohl mit weniger Dekubitus, Krankenhausaufhalten und Harnwegsinfektionen als auch mit weniger ungewolltem Gewichtsverlust, Katheterisierung und Verschlechterung der Fähigkeit zur Durchführung der ADLs korrelieren. Auch für den Einsatz von CNAs und LPNs konnten signifikante Ergebnisse bei der geringeren Entwicklung eines Dekubitus im Zusammenhang mit mehr Pflegezeit festgestellt werden (ebd.: 61 ff.). Weitere internationale Studien kamen zu ähnlichen Ergebnissen (vgl. Backhaus et al. 2014; Bostick et al. 2006; Spilsbury et al. 2011).
- Ein direktes Ergebnis zur qualitätsfördernden Wirkung von erhöhten Personalmengen zeigt sich in der Evaluation nach der Einführung von Mindestpersonalstandards in den zwei US-Bundestaaten Kalifornien und Ohio. Diese führten zu einem Rückgang der Häufigkeit von Kontrakturen und die Anzahl von Pflegeeinrichtungen mit einem Pflegequalitätsdefizit sank um 60 %. Am stärksten ausgeprägt waren diese Effekte dabei in Einrichtungen, die vor der Einführung besonders geringe Personalbesetzungen aufwiesen (Chen & Grabowski 2014: 832 und 835 f.).
- Die negativen Auswirkungen geringerer Personalmengen fokussierend ermittelten Hyer et al. (2011: 614), dass eine Erhöhung der Pflegezeit von CNAs um eine Stunde pro Bewohner*in die Gesamtmängel (Total Deficiency Score) um 10 % reduzieren. Gleichzeitig führt eine Verringerung der Pflegezeit um den gleichen Betrag zu einem Absinken der Gesamtpflegequalität (Quality of Care Deficiency Score) um 30 %. Dass weniger Personalzeit zu höheren Mängeln in der pflegerischen Versorgung führt zeigten auch Harrington et al. (2000).

Zu erwähnen ist, dass sich die verwendeten Qualitätsindikatoren hauptsächlich auf klinische Ergebnisse konzentrieren und andere beeinflussende Faktoren wie Pflegeorganisation oder –management

meist nicht berücksichtigt wurden. Dennoch kann – ungeachtet der im Einzelfall zu diskutierenden Frage der Übertragbarkeit der internationalen Ergebnisse auf die deutsche Situation – als wichtige und übereinstimmende Erkenntnis ein grundsätzlicher gerichteter Zusammenhang zwischen Personaleinsatz und entstehender Pflegequalität konstatiert werden. Empirische Ergebnisse, die diesen Zusammenhang auch für die Pflege in Deutschland darstellen, konnten im hier berichtsgegenständlichen Projekt erarbeitet werden und werden später in Kapitel 11 erläutert. Unter dieser Perspektive kann also – als empirische Untermauerung der theoretischen Wirkungsannahmen von Donabedian (1966) – eine angemessene Personalausstattung als wichtiger Strukturfaktor fachgerecht erbrachter Pflegeleistungen betrachtet werden. Dabei bleibt festzuhalten, dass eine ausreichende Personalmenge und ein fachlich angemessener Qualifikationsmix zur Erbringung einer guten Pflege notwendig, aber nicht hinreichend ist.

Wie stellt sich die Personalbemessung in Deutschland dar? Nachfolgend wird zunächst auf die Regelungen zur Personalbemessung eingegangen (Abschnitt 2.1) bevor die aktuelle Personalsituation diskutiert wird (Abschnitt 2.2). Im Ergebnis zeigt sich die Notwendigkeit der Einführung eines Personalbemessungsverfahrens (Abschnitt 2.3).

2.1 Personalbemessung – kein neues Thema

In Deutschland werden Personalrichtwerte und Personalschlüssel in den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 3 SGB XI auf Länderebene vereinbart, wobei sich diese Werte zwischen den Ländern erheblich unterscheiden (Rothgang & Wagner 2019). Ein valides, bundeseinheitliches Personalbemessungsinstrument gibt es in Deutschland bis zum heutigen Zeitpunkt hingegen nicht. Zwar gab es in der Vergangenheit mehrere Versuche, ein entsprechendes Verfahren einzuführen, die bislang aber alle gescheitert sind.

Schon bei Einführung der Pflegeversicherung wurde die Personalbemessung von Pflegeheimen diskutiert, allerdings weniger in Bezug auf die Pflegequalität als vielmehr auf die Belastung der Pflegekräfte auf der einen Seite (zum Überblick siehe Zimber 1998) und die Pflegekosten auf der anderen Seite. Mit dem *Standard-Pflegesatz-Modell* (SPM) der Spitzenverbände der Pflegekassen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (siehe z. B. Moldenhauer & Fink 1998) wurde bereits früh ein Vorstoß zur Vereinheitlichung der Personalausstattung und der Pflegesätze unternommen, der nach Ansicht der Einrichtungsträger zu deutlichen Kürzungen der Personalausstattungen, zu Lasten von Qualitätseinbußen in der Leistungserbringung, geführt hätte (Winkler 2000: 95ff.). Angesichts der massiven Kritik wurde das SPM von den Initiatoren zurückgezogen und „offiziell verworfen“ (Strünck 2000: 145). Bei der Entwicklung des Instrumentes wurden u. a. eine falsche Pflegefachkraftquote zur Berechnung der Stundensätze hinterlegt, schichtbedingte Zuschläge übersehen und eine fixe, zu hoch gesetzte Nettojahresarbeitszeit berücksichtigt (Winkler 2000: 98), die keine Variabilität zwischen Trägern, Ländern oder einrichtungsbezogenen Regelungen und Gegebenheiten zulässt. Empirisch ließ sich jedoch beispielsweise in Nordrhein-Westfalen eine Angleichung der Pflegesätze zumindest *innerhalb eines Bundeslandes* beobachten. Anders als von den Gegnern des SPM befürchtet jedoch nicht nach unten, sondern nach oben (Roth & Rothgang 1999 und 2000). Dennoch blieben die Eckpunkte des Standardpflegesatz-Modells für die Kostenträger lange wegweisend in den jährlich stattfindenden Pflegesatzverhandlungen (Winkler 2000: 95). Für ein zukünftiges Personalbemessungsverfahren lässt sich hieraus insbesondere die Lehre ziehen, dass bestimmte Kenngrößen, wie etwa die *Jahresnettoarbeitszeit*, als *variable Parameter* und nicht als fixe Größen eingebaut werden sollten.

Vor rund zwanzig Jahren wurde das Kuratorium Deutscher Altershilfe (KDA) dann beauftragt, die Übertragbarkeit des in Kanada entwickelten *PLAISIR*-Verfahrens auf Deutschland zu überprüfen. Obgleich der Auftragnehmer die Anwendbarkeit im deutschen Kontext in einer Erprobung in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt bestätigte (KDA 2002) und auch der Überprüfungsprozess des Verfahrens zur Anwendung auf Landesebene – einschließlich des Transfers der Instrumente aus dem kanadischen in den deutschen Kontext – nach Ansicht des Auftraggebers gelungen ist (KDA 2003), wurde *PLAISIR* letztlich *nicht* in Deutschland eingeführt. Hierfür wurden zwei Gründe genannt: Zum einen wurde auf Lizenzschwierigkeiten mit dem kanadischen Rechteinhaber verwiesen und zum anderen wurde bemängelt, dass das System eine Blackbox und es aus lizenzrechtlichen Gründen nicht möglich sei, die dahinterliegenden Algorithmen näher anzuschauen (vgl. Bartholomeyczik & Hunstein 2000; Ascher & Höhmann 2004: 113). Wingenfeld et al. (2010: 6) kritisieren zudem eine sehr hohe Krankenhauslastigkeit der Bedarfskategorien, eine zu geringe Berücksichtigung psychischer und sozialer Problemlagen sowie einen hohen Personalaufwand beim Einsatz des Verfahrens. Darüber hinaus ist *PLAISIR* mit einer eigenen Pflegebedarfserfassung ein Instrument zur Steuerung des Pflegeprozesses, aus dem sich auch eine Personalbemessung ableiten lässt. Nach einer Studie des Hessischen Instituts für Pflegeforschung geht *PLAISIR* von einem anderen eher krankheitsbezogenen Pflegeverständnis aus, dazu ist die Einarbeitung in die verschiedenen Elemente des *PLAISIR* für Pflegende sehr aufwändig, und notwendige Modifikationen für die Übertragung in Deutschland werden nachdrücklich empfohlen (Ascher & Höhmann 2004: 111 ff.). Welche weiteren Interessen bei der Ablehnung letztlich noch eine Rolle gespielt haben, kann hier nicht weiter diskutiert werden. Auch aus dem Scheitern von *PLAISIR* können Lehren für einen neuen Anlauf gezogen werden: neuerliche Versuche zur Einführung eines Personalbemessungsverfahrens sollten mit einem *offenen Algorithmus* arbeiten, der in direkter Verbindung zu den Rahmenbedingungen in Deutschland entwickelt wurde und bei denen Lizenzprobleme von vornherein ausgeschlossen sind. Weiterhin muss sichergestellt werden, dass die Erhebungskategorien *für die Langzeitpflege entwickelt oder angepasst* wurden und das Bemessungsverfahren selbst mit geringem Aufwand durchgeführt werden kann. Dazu bietet es sich an, mit den *Items des neuen Begutachtungsinstruments (BI)* zu arbeiten, wodurch Informationen für alle Pflegebedürftigen vorliegen.

Mit dem Scheitern von *PLAISIR* sind die Forderungen nach Einführung eines Personalbemessungsverfahrens aber nicht verstummt. So wurde im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI vom GKV-Spitzenverband ein Modellprojekt zur „*Entwicklung und Erprobung von Grundlagen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf der Basis des Bedarfsklassifikationssystems der Referenzmodelle*“ gefördert, dessen Abschlussbericht 2010 vorgelegt wurde (Wingenfeld et al. 2010). Im Zuge des Projektes wurden die folgenden nationalen und internationalen eingesetzten Personalbemessungsinstrumente analysiert und kritisch bewertet:

- Bewohner Assessment und Indikatorenanalyse in der Stationären Altenhilfe (BASIS),
- Bewohner*innen- Einstufungs- und Abrechnungssystem (BESA),
- Controlling und Benchmarking stationär (CBS),
- Leistungserfassung in der Pflege (LEP),
- Confoederatio Helvetica Nursing Data Set (CH-NMDS),
- Personalbemessungssystem (PERSYS),
- Project de Research en Nursing (PRN),
- Pflegepersonalregelung Geriatrie und Langezeitpflege (PPR-GL),
- Resource Utilisation Groups (RUG)-Version III und
- Resource Use Measure (RUM).

Im Ergebnis ist nach Ansicht der Autoren *keines der Instrumente* geeignet, eine Grundlage für ein bindendes Personalbemessungsinstrument im deutschen Pflege- und Gesundheitssystem zu bilden. Neben lizenzrechtlichen Problemen, der schlechten Übertragbarkeit einzelner Instrumente auf die stationäre Altenpflege, methodischen Mängeln, dem benötigten Zeitaufwand und einer unzureichenden Verknüpfungen von relevanten Tools bildete die fehlende Transparenz der Berechnungen der Personalaufwände wesentliche Ausschlussgründe der Instrumente. Ein weiterer Ausschlussgrund war ein in den Instrumenten hinterlegtes Pflegeverständnis, das nicht mit dem Pflegeverständnis vereinbar ist, das sich aus dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ergibt, sowie eine zu hohe Komplexität der Instrumente, die eine Übertragbarkeit und Anwendung im deutschen sozialrechtlichen Kontext nicht möglich macht (Wingenfeld et al. 2010: 109 ff.).

Möglich und sinnvoll ist nach Bewertung der Autoren hingegen die Entwicklung einer Personalbemessungssystematik bezogen auf eine Fallgruppenbildung entlang der Pflegegrade. Dabei sollte das entsprechende Instrument

- wissenschaftlichen Ansprüchen entsprechen und eine gute Praktikabilität aufweisen (ebd.: 5 und 20),
- ein Pflegeverständnis basierend auf dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, die Selbständigkeit der Pflegebedürftigen sowie eine ressourcenorientierte und aktivierende Pflege berücksichtigen (ebd.: 22 f.),
- SOLL-Zeiten abbilden, die Qualitätskriterien bei der Leistungserbringung einschließen und damit nicht die IST-Werte nach aktuellen Möglichkeiten in den vorhandenen Rahmenbedingungen darstellen, sondern nach wissenschaftlich fundierter Bestimmung die Notwendigkeit des Pflegebedarfs bestimmen (vgl. ebd.: 22 und 25),
- unmittelbare und mittelbare bewohnerbezogene Leistungen bzw. direkte und indirekte Pflege unterscheiden (ebd.: 23),
- Verhandlungsspielräume für einrichtungsindividuelle Verhandlungen lassen, z. B. bei hoher Bewohnerfluktuation, außergewöhnlichem Bedarf im Bereich der Behandlungspflege, besonderer Gebäudestruktur oder bei starken Schwankungen in besonderen individuellen Fällen und ggf. die Abbildung von Korridoren erlauben (ebd.: 5, 19 und 25f),
- eine flexible Nettojahresarbeitszeit integrieren (ebd.: 29),
- Personalbedarfe getrennt nach Qualifikationsniveau der Pflegenden ausweisen (ebd.: 20, 22),
- einen einheitlich bemessenen Personalbedarf bestimmen, der den Bundesländern eine Orientierung für die Personalschlüssel gibt (ebd.: 6), und
- überschaubar und hinsichtlich der Anzahl der Fallgruppen wenig komplex sein (ebd.: 25).

Nach Bewertung des Beirats zum Modellprojekt nach § 8 Abs. 3 SGB XI waren die im Projekt verwendeten Daten jedoch veraltet, die verwendete Datenbasis klein und nicht repräsentativ und erhebliche methodische Schwierigkeiten in der Studiendurchführung gegeben. In der Einschätzung des Beirates lieferte das Projekt zwar wesentliche Erkenntnisse zu Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes auf die Pflegeaufwandskonstellationen in der Pflege. Es bedürfe jedoch einer weiteren, gründlichen wissenschaftlichen Auseinandersetzung zu den Möglichkeiten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in Verbindung mit einem Personalbemessungssystem (ebd.: II).

Mit Vorlage des Berichtes von Wingenfeld et al. (2010) stagnierte die Diskussion zur Entwicklung eines Personalbemessungsinstrumentes zunächst. Seitens der Gewerkschaften wurde ein solches Verfahren allerdings nach wie vor thematisiert und u. a. durch Beauftragung eines Gutachtens zur „*Gesetzliche[n] Personalbemessung in der stationären Altenpflege*“ (Greß & Stegmüller 2016) for-

ciert. Im Zweiten Pflegestärkungsgesetz hat der Gesetzgeber dann die gemeinsame Selbstverwaltung in der Pflege beauftragt, bis zum 30. Juni 2020 ein Personalbemessungsverfahren zu entwickeln und zu erproben und sich dabei wissenschaftlichen Sachverstands zu bedienen. Der entsprechende Entwicklungsauftrag ist europaweit ausgeschrieben und schließlich an die Universität Bremen vergeben worden. Er wurde im Projektverlauf um den ebenfalls gesetzlich fixierten Auftrag zur Erprobung erweitert.

2.2 Personalausstattung in deutschen Pflegeheimen

Eine ausreichende Personalausstattung in der Pflege bildet eine Voraussetzung für eine adäquat hohe Patientensicherheit und Versorgungsqualität (Bundesministerium für Gesundheit 2019: 44.; Greß & Stegmüller 2016: 18). Schon zu Beginn dieses Jahrhunderts sind Wingefeld & Schnabel (2002: 83 und 98 ff.) zu dem Ergebnis gekommen, dass die Personalausstattung in deutschen Pflegeheimen als nicht ausreichend anzusehen sei, um eine angemessene Versorgungsqualität in der Pflege gewährleisten zu können. Insbesondere, wenn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch zu einem neuen Pflegebegriff, also zu einer anderen Pflegepraxis, führen soll, bei der kompetenzerhaltende und -fördernde Pflege stärker als bisher in den Vordergrund rückt (vgl. Wingefeld & Büscher 2017), muss davon ausgegangen werden, dass die Personalbedarfe pro Pflegebedürftigen seitdem sogar noch gestiegen sind. Tatsächlich wird die aktuelle Personalausstattung in deutschen Pflegeheimen – ebenso wie die in deutschen Krankenhäusern (Simon 2018) – als *zu niedrig* beschrieben, da die Pflegekräfte – um Qualitätseinbußen zu vermeiden – häufig am Rande ihrer Belastbarkeit arbeiten und dies nicht nachhaltig sein kann: Die entstehende Arbeitsverdichtung trägt dazu bei, dass das Pflegepersonal sich zunehmend gehetzt fühlt und die Hälfte der Pflegenden auf ihre Pausen verzichten, um ihre Aufgaben zu erledigen (Schmucker 2019: 53; DGB 2018: 7 f.). Dabei verzeichnen 28 % der im Pflegethermometer Befragten im Vergleich zum Vorjahr eine Zunahme an Überstunden (Isfort et al. 2018: 3). Etwa die Hälfte der befragten Pflegekräfte gibt dabei an, ihr (verdichtetes) Arbeitspensum letztlich nur bewältigen zu können, indem sie kompensatorisch Abstriche bei der Qualität ihrer Dienstleistung machen (ebd.: 16 f.). Auch ohne abschließend beantworten zu können, wie selektiv die Stichprobe der Befragten ist, müssen diese Ergebnisse als Hinweise für eine Überforderung der Pflegekräfte bewertet werden. Hieraus ergeben sich entsprechende gesundheitsbezogenen Belastungen des Pflegepersonals, die zu erhöhter Krankheitsdauer und vermehrten Krankheitstagen führen (Isfort et al. 2018: 68 f., Greß & Stegmüller 2016: 18 f.). Der Krankenstand in den Pflegeberufen liegt mit 7,4 % deutlich über dem durchschnittlichen Krankenstand (5,4 %) aller Beschäftigten, und Altenpflegeberufe führen mit 7,5 % die Liste der Krankenstände aller Berufe an, wodurch wiederum die Arbeitsverdichtung verstärkt wird (Drupp & Meyer 2019: 31). Obwohl Pflegekräfte aufgrund einer starken Sinnhaftigkeit ihres Berufes eine hohe Berufszufriedenheit empfinden (Schmucker 2019: 52), sind die schlechten Arbeitsbedingungen und hohen Arbeitsbelastungen der Hauptgrund für den vorzeitigen Ausstieg aus dem Beruf (Isfort et al. 2018: 80, Greß & Stegmüller 2016: 18 f.; Hasselhorn et al. 2005). So bestehen die zukünftigen Herausforderungen nicht nur darin, Stellen neu zu besetzen, sondern auch darin, einen frühzeitigen Berufsausstieg zu verhindern und das vorhandene Personal an den Beruf zu binden. Die hohen Arbeitsbelastungen bedingen neben weiteren Faktoren einen sehr hohen Anteil an Teilzeitkräften in der Pflege (56 %) im Vergleich zu nur knapp 30 % Teilzeitbeschäftigten in der Summe aller Erwerbstätigen (Drupp & Meyer 2019: 30). Die nicht genutzten Vollzeitbeschäftigungen verschärfen den Pflegekräftemangel. Unzureichende Personaleinsatzmengen schränken die Möglichkeit, hohe Pflegequalität zu erreichen, systematisch ein und überfordern das vorhandene Personal dauerhaft, das – intrinsisch motiviert – versucht, dennoch gute Qualität zu

erbringen. Die hohe Belastung der Pflegekräfte in Deutschland und die Gefahr, dass diese trotz zuletzt getroffener und zu begrüßender Maßnahmen in Qualitätseinbußen für die Pflegebedürftigen umschlägt, wurde auch im Zusammenhang mit dem 6. Staatenbericht zum UN-Sozialpakt thematisiert. Sowohl das Deutsche Institut für Menschenrechte in seiner Stellungnahme (DIMR 2017) wie auch das Committee on Economic, Social and Cultural Rights des Economic and Social Council der Vereinten Nationen in seinen Empfehlungen gingen darauf ein (Vereinte Nationen 2018). Das DIMR betonte, dass die Wirkung dieser Maßnahmen genauer beobachtet werden müsse; das WSK-Committee stellte seine Aussagen in den Zusammenhang, dass in der deutschen Langzeitpflege die „situation of older persons living in degrading conditions, including in some nursing homes, who receive inadequate care owing to a shortage of qualified caregivers“ (ebd.: Abschnitt 48) weiterhin Anlass zu Besorgnis gebe. Der Ausschuss empfahl deshalb unter anderem, die Ausbildungszahlen für Pflegekräfte zu erhöhen, damit sich die Arbeitsbedingungen in deutschen Heimen verbessern können (ebd.: Abschnitt 48 f.). Ohne das Zustandekommen dieser Einschätzung abschließend bewerten zu können, ist auch dies als Hinweis darauf anzusehen, dass eine Verbesserung der Personalsituation in deutschen Pflegeheimen notwendig ist. Wie bereits in der Einleitung beschrieben, hat die Bundesregierung mit der Konzierten Aktion Pflege am 3. Juni 2019 ein umfassendes Maßnahmenpaket verabschiedet mit dem Ziel, eine nachhaltige Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege zu erzielen und verstärkt Fachkräfte in der Pflege rekrutieren zu können. Dazu wurden über das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz als Sofortmaßnahme neue zusätzliche Stellen in der direkten Pflege geschaffen. Es zeigt sich, dass auf politischer Ebene derzeit viel getan wird, um die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern und die Attraktivität der Pflegeberufe zu erhöhen. Als weiteres Beispiel ist hier die Etablierung zusätzlicher Betreuungskräfte zu nennen. Eine Nachhaltigkeit dieser Bemühungen ist im Zeitverlauf aber erst im Zusammenspiel mit einer neuen und bedarfsgerechten Personalbemessung zu erwarten. Insgesamt lassen sich bereits steigende Beschäftigungszahlen in den Pflegeberufen verzeichnen, die aber noch weiter ausgebaut werden müssen, um die Pflegebedarfe entlang der demografischen Entwicklung bewältigen zu können. Erste Erfolge sind in den Beschäftigungszahlen der Gesundheitsberufe der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes bereits erkennbar.

Nach wie vor vorhandene *Potentiale zur Qualitätssteigerung* belegt auch der aktuelle Qualitätsbericht des MDS (2017): Obwohl bei „der Einordnung der Prüfergebnisse ... zu berücksichtigen [ist], dass die meisten Prüfkriterien inzwischen seit Jahren jährlich erhoben werden und sich die allermeisten Pflegeeinrichtungen auf die Prüfkriterien einstellen konnten [... und] die Prüfkriterien, die einer Veröffentlichung zugeführt werden, durch die Leistungserbringer maßgeblich mit verhandelt worden sind“ und es sich somit „bei den Prüfkriterien um Mindestanforderungen an die pflegerische Versorgungsqualität [handelt], die von allen Pflegeeinrichtungen erfüllt werden sollten“ (MDS 2017: 7), zeigen sich etwa in der stationären Pflege in verschiedenen Bereichen unterschiedliche Tendenzen und Verbesserungsbedarfe: „Der Umgang mit Medikamenten war bei 88,7 Prozent (86,2 % letzter Berichtszeitraum) der betroffenen Bewohner sachgerecht, das heißt beispielsweise, die richtigen Medikamente waren gestellt und die Medikamente wurden bewohnerbezogen aufbewahrt“ (ebd.: 9). Im Umkehrschluss impliziert das aber auch, dass bei mehr als jedem zehnten Bewohner in diesem zentralen Bereich Defizite vorliegen. Bei der Schmerzerfassung lag zwar „[b]ei 82,1 Prozent (80,3 % letzter Berichtszeitraum) [...] [der hierzu untersuchten] Bewohner eine systematische Schmerzeinschätzung vor“ (ebd.: 9) und erhielten „96,0 Prozent (96,5 % letzter Berichtszeitraum) dieser Bewohner [...] die verordneten Schmerzmedikamente“ (ebd.: 9), auf der anderen Seite wurden „bei 24,4 Prozent [...] [der zu diesen Kriterien untersuchten] Bewohner erforderliche Maßnahmen zur Druckentlastung nicht durchgeführt oder hygienische Standards [...] bei der Wundversorgung nicht

beachtet. Im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum ist hier eine Verschlechterung zu verzeichnen“ (ebd.: 34). Selbst in Bezug auf einen basalen Leistungsbereich wie die Körperpflege wurden „bei 5,2 % der auf Hilfe angewiesenen Bewohner diese Hilfen nicht im erforderlichen Umfang erbracht“ (ebd.: 9 f.). Diese Angaben implizieren nicht, dass in jedem Fall aus einer unzureichenden Leistungserbringung negative Folgen für die versorgte Person resultieren. Eine entsprechende Berichtslegung durch das seit November 2019 in der Praxis angewandte neue Qualitätsprüfungsinstrument in der vollstationären Pflege soll es in Zukunft ermöglichen, direkt zu erheben, wie oft Pflegefehler mit negativen Folgen für die Bewohnerinnen und Bewohner verbunden sind. Inwieweit bestehende Defizite kausal auf begrenzte Personalkapazitäten zurückzuführen sind, ist dem Pflege-Qualitätsbericht nicht zu entnehmen. Dieser Zusammenhang ist jedoch naheliegend.

Gleichzeitig ist die aktuelle Situation durch erhebliche *regionale Ungleichheiten* gekennzeichnet: Die Personalbesetzung in deutschen Pflegeheimen wird entscheidend durch die sogenannten Stellenschlüssel geprägt, die in den Rahmenverträgen gemäß § 75 SGB XI auf Länderebene beschlossen werden. Darin werden für die einzelnen Pflegestufen, inzwischen Pflegegrade, Verhältniszahlen von Vollzeitpflegekraft zu Bewohnern festgelegt, die zum Teil auch in Form von Korridoren angegeben werden. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind dabei erheblich. Während in Bayern zur Versorgung von 100 Bewohnern mehr als 40 (Vollzeit)Pflegekräfte vorgesehen sind, sind es in Mecklenburg-Vorpommern, dem Saarland oder Sachsen-Anhalt weniger als 35. In zehn Bundesländern übersteigt die Zahl der Bewohner*innen, die pro Pflegekraft versorgt werden muss, den bayerischen Wert um mehr als 10 %, davon in vier Ländern sogar um mehr als 15 %. Da es sich bei der Pflegeversicherung um eine bundesweite Sozialversicherung handelt und auch die Einstufung der Heimbewohner*innen nach bundeseinheitlichen Maßstäben erfolgt, ist es schwer begründbar, warum sich die Personalmenge, die für die Versorgung eines Heimbewohners bzw. einer Heimbewohnerin aufgebracht wird, zwischen den Ländern derart unterscheidet. Ein bundesweites Personalbemessungsverfahren kann hier zu einer Angleichung führen, die für ein bundesweites Sozialversicherungssystem als angemessen erscheint.

2.3 Die Entwicklung eines bundeseinheitlichen Personalbemessungsverfahrens: ein notwendiger Schritt zur Weiterentwicklung der Langzeitpflege

Ausgehend von 1 Millionen Pflegebedürftige*r in Pflegeheimen im Jahr 2030 zeigen Hochrechnungen für dieses Jahr einen zusätzlichen Fachkräftebedarf von 100.000 Vollzeitäquivalenten (Schwinger et al. 2019: 10 ff.) in der stationären Langzeitpflege – bei unveränderten Relationen von Pflegekräften zu Bewohnern. Dieser Zusatzbedarf kann nur befriedigt werden, wenn die Arbeitsbedingungen in der Heimpflege verbessert werden und die Attraktivität des Pflegeberufs in der Langzeitpflege so deutlich steigt. Wichtigstes Instrument hierfür ist die Anhebung der Pflegeschlüssel, um die Zahl der Beschäftigten pro pflegebedürftige Person zu erhöhen. Eine damit einhergehende temporäre Verschärfung des Pflegenotstands ist erforderlich, um die notwendigen Personalressourcen langfristig zu generieren.

Um das *Ausmaß der fachlich angemessenen Personalbesetzung* bestimmen zu können, ist aber die Entwicklung valider Verfahren zur Bestimmung der entsprechenden Personalmengen unerlässlich. Eine bedarfsorientierte Personalbemessung ist hier der Schlüssel zu einer Sicherstellung der pflegerischen Versorgung und Schaffungen von Arbeitsbedingungen von Pflegenden, die nicht zu einer Überlastung und dem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Beruf führen.

Ein neues Personalbemessungsinstrument muss dabei definieren, wieviel Pflegepersonal für eine fachgerechte Versorgung von Pflegebedürftigen erforderlich ist und welcher Qualifikationsmix in Abhängigkeit der Bewohnerstruktur (Case-Mix) bereitgestellt werden muss, um eine entsprechende Versorgungsqualität zu gewährleisten. Dabei muss von dem jeweiligen Case-Mix der Einrichtung ausgegangen werden und der Qualifikationsmix des Pflegepersonals nach Fallschwere der Pflegebedürftigen ermittelt werden. Diese für den jeweiligen Case-Mix bedarfsgerechte Personalbemessung ermöglicht es, die Personalressourcen in der Pflege so einzusetzen, dass eine angemessene Versorgungsqualität gewährleistet wird, ohne dabei das Pflegepersonal zu überfordern. Ein bundesweites Personalbemessungsverfahren kann zudem zu einer Angleichung der Personalsituation in den Ländern führen, die im Hinblick auf eine Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse im Bundesgebiet als geboten erscheint.

Ein entsprechendes Personalbemessungsinstrument sollte dabei nach Möglichkeit ohne zusätzlichen Erhebungs- und Dokumentationsaufwand auskommen. Idealerweise sollte das Instrument mit den Informationen arbeiten, die mittels des Begutachtungsinstruments (BI) erhoben werden und für jeden Bewohner bzw. jede Bewohnerin sowieso zur Verfügung stehen.

Ein bundesweites Personalbemessungsverfahren bietet die *Chance* zur Sicherstellung einer Personalmenge in Einrichtungen, die ausreicht, um eine fachlich angemessene Pflege nach dem Pflegeverständnis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bei guten Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte zu gewährleisten. Gleichzeitig kann es zu einem Abbau der fachlich nicht erklärbaren und normativ nur schwer begründbaren regionalen Unterschiede beitragen und damit die genannten Hauptprobleme der Ausgangslage (Abschnitt 2.2) adressieren.

Neben diesen Chancen birgt die Einführung eines bundesweiten Personalbemessungsverfahrens aber auch *Risiken*: Personalbemessungsverfahren können zu einer Verkrustung der Strukturen führen und Innovationen verhindern, wenn seitens der Kostenträger in Preisverhandlungen die Beteiligten nur noch prüfen, ob die Personalzahlen eingehalten werden und die Anbieter – ohne Berücksichtigung der Einrichtungsspezifika – ihr Personaltableau ausschließlich an den Ergebnissen des Personalbemessungsverfahrens orientieren. Entsprechende Erfahrungen wurden in Deutschland in den 1970er und 1980er Jahren im Krankenhausbereich gemacht, als die Personalanzahlzahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus dem Jahre 1969 in Pflegesatzverhandlungen zur alleinigen Entscheidungsgröße aufstiegen und innovative Personalmixe effektiv verhindert haben. Um dies zu vermeiden, sollte sichergestellt werden, dass die Ergebnisse des Personalbemessungsverfahrens im Pflegebereich als *Grundlage* für die auf Landesebene zu schließenden Rahmenvereinbarungen und für die einrichtungsindividuellen Verhandlungen angesehen werden, nicht aber als deren vorweggenommenes Ergebnis. Wird das Personalbemessungsverfahren nicht als atmendes System begriffen, sondern als starres Korsett, kann es zur Innovationsbremse werden.

Problematisch kann auch der *Übergangsprozess* sein. Den Einrichtungen muss hinreichend Zeit gegeben werden, den Anpassungsprozess zu organisieren, und alle Beteiligten müssen darauf hinwirken, das Personalangebot in der Pflege zu stärken. Entsprechende Vereinbarungen sind in der Konzertierten Aktion Pflege bereits zum Teil getroffen – u. a. durch Vereinbarungen, die die Ausbildung und Arbeitsbedingungen stärken und den Beruf attraktiver gestalten sollen –, benötigen aber Zeit, um ihre Wirkungen zu entfalten. Gleichzeitig darf die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens aber auch nicht verschoben werden, da dadurch das positive Signal für die Pflege und die Pflegekräfte in sein Gegenteil verkehrt wird. Umso wichtiger ist daher ein kluger Zeitplan zur Einführung des Instruments, der einen sofortigen Beginn mit einem längerfristigen Übergangsprozess bis zum

endgültigen „Scharfstellen“ des Systems verbindet. Eine „Konvergenzphase“ wie es sie nach Einführung der DRG-basierten Fallpauschalenvergütung im deutschen Krankenhauswesen von 2003 bis 2008 gegeben hat, kann hierzu als Vorbild dienen. Entsprechend ist in der Konzierten Aktion Pflege bereits ein Prozess zur Entwicklung einer Roadmap zur Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens vorgesehen.

Wird mit diesen Risiken angemessen umgegangen, kann das Personalbemessungsverfahren ein Problem lösen, das seit Einführung der Pflegeversicherung besteht, und so einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung des Pflegesystems in Deutschland liefern.

3 Projektauftrag

Anschließend an die bisher erfolglosen Ansätze, ein einheitliches Personalbemessungsverfahren für die deutsche Langzeitpflege einzuführen, hat der Gesetzgeber im Rahmen des Zweiten Pflege-stärkungsgesetzes einen verbindlich formulierten neuen Auftrag zur Entwicklung und Erprobung eines solchen Verfahrens implementiert. In § 113c SGB XI wurden die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI verpflichtet, die *Entwicklung und Erprobung* eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur *einheitlichen Bemessung* des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen für direkte und indirekte pflegerische Maßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicherzustellen. Die Vertragsparteien erarbeiteten das Verfahren nicht selber, sondern „beauftragten zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen“ (§ 113 Abs. 1 Satz 5 SGB XI). Die Entwicklung und Erprobung des Verfahrens hat dabei bis zum 30. Juni 2020 zu erfolgen. Nachfolgend wird kurz dargestellt, wie in Erfüllung dieser gesetzlichen Verpflichtung ein entsprechender Auftrag im Jahr 2016 ausgeschrieben und vergeben wurde (Abschnitt 3.1), welche Anforderungen unter zusätzlichem Einbezug der vorangegangenen gescheiterten Einführungsversuche sich für eine erfolgversprechende Projektkonzeption ableiten ließen (Abschnitt 3.2), welche Inhalte die letztendlich bezuschlagte Projektkonzeption enthielt (Abschnitt 3.3) und welche Veränderung des Projektauftrages im Verlaufe der Projektdurchführung erfolgten (Abschnitt 3.4).

3.1 Vergabeverfahren

In Erfüllung des vorstehenden Gesetzesauftrages haben die Vertragsparteien im Spätsommer 2016 eine Studie ausgeschrieben, für die die Universität Bremen nach einer europaweiten Ausschreibung im März 2017 den Zuschlag erhalten hat.

Der Auftrag wurde dabei in einem Angebotsverfahren vergeben, das zweistufig angelegt war. Nach erfolgreicher Bewerbung in einem Bieterwettbewerb wurde die Universität Bremen im Herbst 2017 als Bieter zugelassen und zur Abgabe eines Angebotes aufgefordert. Grundlage des daraufhin eingereichten Angebotes war eine Leistungsbeschreibung (A 2.1), in der vorgesehen war, auf Literaturbasis und nur unter ergänzendem Einbezug von empirischen Anteilen ein einheitliches Personalbemessungsverfahren sowohl für den ambulanten, als auch für den vollstationären und den teilstationären Sektor auszuarbeiten.

Das von der Universität Bremen eingereichte Angebot beinhaltete schließlich ein Projektkonzept, das sowohl in Perspektive auf die Empirie, als auch auf den Einbezug des ambulanten Sektors leicht andere Schwerpunkte setzte. Das Angebot und das zugehörige Konzept wurden in drei Verhandlungsrunden überarbeitet und weiterentwickelt, so dass schließlich mit Datum vom 20.3.2017 das finale Angebot ergehen konnte und zum 31.3.2017 der Zuschlag erging. Das daraus folgende Projekt trägt den Titel *Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI* und firmiert weiterhin unter dem Akronym *PeBeM*, welches auch in diesem Bericht zur kurzen Projektbezeichnung verwendet wird.

3.2 Anforderung an ein Personalbemessungsinstrument

Wie bereits angesprochen, waren dem gesetzlichen Auftrag und dem Angebot der Universität Bremen schon mehrere Versuche vorausgegangen, die auf die Ausarbeitung eines Personalbemes-

sungsinstruments abgezielt hatten (Abschnitt 2.1). Zwar konnte diesen letztlich kein Erfolg beschieden werden, jedoch bildeten die veröffentlichten Ergebnisse den Erfahrungshintergrund für die konkrete Ausarbeitung der finalen Projektkonzeption vom 20.3.2017 (A 2.2). In Verbindung der Leistungsbeschreibung mit diesem Hintergrund waren insgesamt *fünf wesentliche Anforderungen* an die Entwicklung eines Personalbemessungsinstrumentes handlungsleitend:

1. Die vorangegangenen Erfahrungen zeigten im Anschluss an PLAISIR die Unerlässlichkeit eines transparenten Entwicklungsprozesses und transparenter Ergebnisberechnungen. Hiernach schien es erforderlich, auf bestehende lizenzpflichtige Verfahren oder Übertragungen aus anderen Systemen zu verzichten. Ausgearbeitet werden sollten deshalb *transparente und offene Algorithmen*, die es ermöglichen, variable Parametersetzungen sowie zukünftige Anpassungen durch Veränderungen von Aufwänden der Leistungserbringung vorzunehmen. Zur Sicherstellung der Transparenz auch während der Entwicklung sollten alle Zwischenergebnisse fachlich konsentiert werden.
2. Als fachwissenschaftlicher Ausgangspunkt sollte der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff genutzt werden, auch wenn dieser noch nicht flächendeckend in einen neuen Pflegebegriff übergegangen und die Leistungsrealität noch nicht immer an ihm orientiert ist. Es galt demnach eine ausschließliche Konzentration auf physisch-medizinische Parameter der Bewohner*innen zu vermeiden und stattdessen eine stärkere Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte von Pflegebedürftigen einzubeziehen – letztlich also eine *zukünftige fachgerechte Leistungserbringung* im Messkonzept schon vorwegzunehmen.
3. Klar war daher, dass ein ausschließlicher Rückbezug auf die Leistungszeiten der bestehenden Leistungsrealität nicht geeignet war, den vorgenannten Anspruch zu erfüllen. Vielmehr musste mindestens für den Leistungsteil der direkten Pflegeinterventionen auf die Erhebung von *SOLL-Werten* abgezielt werden, die für eine fachgerechte Erbringung von Pflegeleistungen oder Leistungskomplexe erforderlich waren. Um den gesamten Pflegeaufwand einer Einheit in ein Personalbemessungsinstrument zu integrieren, waren neben den direkten SOLL-Pflegeleistungen auch die indirekten IST-Pflegeleistungen in das Personalbemessungsinstrument zu integrieren.
4. Aus Erwägungen der Praktikabilität wurde auch die *einfache Anwendbarkeit* der Personalbemessungsinstrumente in das Pflichtenheft der Studienkonzeption aufgenommen. Ihre Nutzung sollte mit dem geringsten Personal- und Zeitaufwand möglich sein und somit gänzlich ohne Mehraufwände für Datenerfassung und -verarbeitung auskommen. Dies lies praktisch nur einen Rückbezug auf die vorliegenden bewohnerspezifischen Daten zur Pflegebedürftigkeit zu, also auf die Ergebnisdaten der Begutachtung mit dem Begutachtungsinstrument (BI).
5. Methodisch wurde abschließend angestrebt, die Personalbemessungsinstrumente auf eine Klassifikation von Pflegebedürftigkeit zu beziehen, die eine möglichst valide Zuordnung von Personalzeiten zuließ. Hierzu sollten die bereits bestehenden Klassifikationen geprüft werden, gleichzeitig aber auch die induktive Erarbeitung neuer, besser geeigneter Klassifikationssysteme erprobt werden, da anschließend an die Ergebnisse von Brühl und Planer (2013) die Eignung der sozialrechtlich gültigen Pflegegrade nicht von vorne herein als gegeben gelten konnte.

Vor dem Hintergrund dieser Anforderungen wurde eine Projektkonzeption erstellt, die zur Erfüllung dieser Anforderung als geeignet und gleichzeitig im erforderlichen Zeitrahmen umsetzbar erschien.

3.3 Bezuschlagte Projektkonzeption

Bei der Erarbeitung der Projektkonzeption wurden die methodologischen und methodischen Grundentscheidungen getroffen, die nachfolgend für den Studienteil zum vollstationären (Abschnitt 3.3.2), zum teilstationären (Abschnitt 3.3.3) und zum ambulanten Sektor (Abschnitt 3.3.4) sowie zur Interaktionsarbeit (Abschnitt 3.3.5) dargestellt werden. Zuvor wird aber noch auf die sektorenübergreifenden Kernelemente (Abschnitt 3.3.1) eingegangen.

3.3.1 Sektorenübergreifende Kernelemente

Die konkrete Projektkonzeption beruht auf drei Kernelementen, die als Grundpfeiler der Studie fungieren und deren Gesamtprojekt tragen. Hierbei handelt es sich um die Anwendung eines kombinierten empirisch-analytischen Ansatzes (Abschnitt 3.3.1.1), der theoretisch begründeten Differenzierung der Sektoren (Abschnitt 3.3.1.2) sowie der Definition von Haltepunkten, an denen die Projektzwischenergebnisse einer fachlichen und formalen Konsentierung unterzogen werden sollten (Abschnitt 3.3.1.3).

3.3.1.1 Empirisch-analytischer Ansatz

Die wissenschaftliche Konzeption sieht vor, das Personalbemessungsverfahren für den voll- und teilstationären Sektor so zu entwerfen, dass auf Basis der Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen und ihrer Merkmale wie sie mit dem aktuellen Begutachtungsinstrument (BI) erhoben werden, nach Qualifikationsstufen differenzierte Personalmengen errechnet werden (Abbildung 1). Es handelt sich somit um sektorenspezifische Algorithmen, die auf *Ebene der Einrichtungen* festlegen, mit wieviel Personal welcher Qualifikationsstufen die eingeschlossenen Pflegebedürftigen fachgerecht versorgt werden können. Diese Personalmengen können die Grundlage bilden sowohl für Personalrichtwerte, die in landesweiten Rahmenverträgen vereinbart werden, als auch für einrichtungsbezogene Verhandlungen. Das Instrument bestimmt die bedarfsorientierte Personalmenge pro Einrichtung, die für eine kompetenzorientierte pflegerische Versorgung erforderlich wird. Aufgabe der Algorithmen ist es dagegen nicht, den konkreten Einsatz des Personals innerhalb der Einrichtungen zu planen. Die Personaleinsatzplanung obliegt vielmehr nach wie vor den einzelnen Einrichtungen – nach Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens allerdings im Rahmen der berechneten und vereinbarten Personalmenge und -struktur.

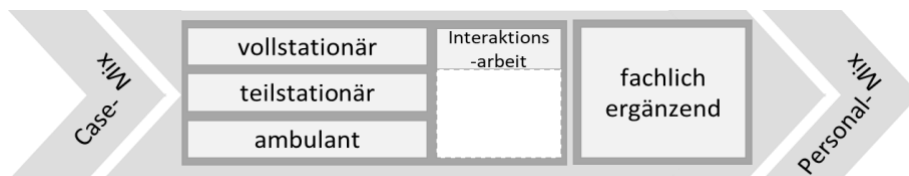


Abbildung 1: Resultierende Algorithmen zur Ermittlung des korrespondierenden Pflegepersonals

3.3.1.2 Sektorendifferenzierung

Der gesetzliche Auftrag bezieht sich auf den ambulanten, teilstationären und vollstationären Sektor. Bei der Planung dessen, was möglich ist, sind die Besonderheiten dieser Sektoren zu berücksichtigen. Für den *vollstationären* und *teilstationären* Pflegesektor kann das Personalbemessungsverfahren auf Basis einer sektorenspezifischen empirischen Studie analog erarbeitet werden. Das Personalbemessungsverfahren basiert dabei auf der Anzahl versorgter Pflegebedürftiger und ihrer Merkmale, wie sie im Rahmen des gültigen Begutachtungsinstrumentes erhoben werden. Dabei kann aufgrund des

Vollversorgungsanspruchs während der Dauer des Aufenthalts in beiden stationären Sektoren eine bedarfsorientierte Personalmenge pro Zeiteinheit bestimmt werden. Sie enthält die jeweils zu erbringenden, fachlich notwendigen Leistungen und differenziert für diese die Erbringung nach Qualifikationsstufen und kann die künftige Grundlage für einrichtungsbezogene Verhandlungen sein.

Für den *ambulanten Pflegesektor* kann ein gleichartiges Personalbemessungsverfahren *nicht* ausgearbeitet werden. Grund hierfür ist, dass die Pflegebedürftigen selbst bestimmen, welche Leistungen von Pflegediensten erbracht werden, wobei eine bedarfsgerechte Versorgung regelmäßig nicht ausschließlich durch Pflegedienste sichergestellt wird. Insofern sind generalisierende Aussagen über den Umfang der *notwendigen* formellen Pflege nicht möglich, da durch die Pflegedienste allein keine bedarfsgerechte Versorgung erfolgt. Zudem wird die ambulante Pflege anhand von Modulkatalogen vertraglich vereinbart und erbracht, die wiederum zwischen den Bundesländern differieren. Der empirische Teil einer Studie konnte daher nicht – wie im (teil)stationären Bereich – auf der breiten Beobachtung des Leistungsgeschehens beruhen, die ohne weiteres von einem Bundesland auf das andere übertragbar sind. Für den ambulanten Bereich wurde deshalb ein Unterauftrag vergeben, in dessen Rahmen lediglich „Empfehlungen zur Entwicklung von personellen Vorgaben für ambulante Pflegeeinrichtungen“ erarbeitet werden sollen (vgl. die Wissenschaftliche Konzeption zu diesem Unterauftrag in Anlage 2.4). Im Rahmen des vorliegenden zweiten Zwischenberichtes wird über den vereinbarten ambulanten Unterauftrag separat berichtet (Kapitel 13 sowie Anlage 1.1).

3.3.1.3 Konsentierung von Zwischenergebnissen

Die Grundkonzeption der Studie sieht an bedeutsamen Haltepunkten des Projektes Rückkoppelungsschleifen mit den fachlichen und politischen Organen des Auftraggebers vor. So soll eine weitgehende Transparenz der studienleitenden Annahmen und Umsetzungen garantiert werden, bevor diese in der nächsten Projektphase zugrunde gelegt werden. Dieses Vorgehen ist dabei einerseits der Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens, also der unabhängigen, ergebnisoffenen und fachlich fundierten Diskussion von Verfahrensentscheidungen, dienlich – ohne dass fachliche Fragen vor dem Hintergrund der daraus folgenden Implikationen interessengeleitet entschieden werden. Andererseits soll die Konsentierung sicherstellen, dass die Projektergebnisse fachlich und politisch tragfähig sind und nicht ex-post wieder strittig gestellt werden.

3.3.2 Vollstationärer Sektor: Grundkonzeption

Die Projektkonzeption zielte im vollstationären Sektor darauf ab, ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs zu erarbeiten. Dieses Verfahren sollte einsetzbar sein, um Pflegeeinrichtungen bei gegebener Zahl und der Struktur der versorgten Pflegebedürftigen (dem Case-Mix) eine qualitative und quantitative Personalstruktur zuzuordnen, die die Erbringung einer fachgerechten Pflege erlaubt. Als *Inputvariable* sollte deshalb die Anzahl der Pflegebedürftigen nach deren individueller Pflegebedürftigkeit (BI-Ergebnis)¹ dienen (Abschnitt 3.3.2.1). Als *Outputvariable* entsteht die Anzahl von Pflegekräften (gemessen in Vollzeitäquivalenten) differenziert nach ihrem Qualifikationsniveau (Abschnitt 3.3.2.2). Ziel des Projektes ist es ein *Verfahren* zu finden, das den Input in den Output transformiert (Abbildung 2). Die Grundelemente dieses Verfahrens werden in Abschnitt 3.3.2.3 skizziert, daran anschließend wird in Abschnitt 3.3.2.4 erläutert,

¹ Zum 1.1.2017 wurde das Neue Begutachtungsassessment (NBA) zum gültigen Begutachtungsinstrument (BI). Aus diesem Grund wird in der folgenden Berichtslegung durchgehend das Akronym BI verwendet, auch wenn im bezuschlagten Angebot noch die Bezeichnung NBA verwendet wurde.

wie diese Grundelemente zu personenindividualisierten Datenerhebungen genutzt werden, während sich Abschnitt 3.3.2.5 mit der Verknüpfung dieser Grundelemente und der Aggregation der Outputvektoren von der Ebene der Bewohner auf die Einrichtungsebene beschäftigt.

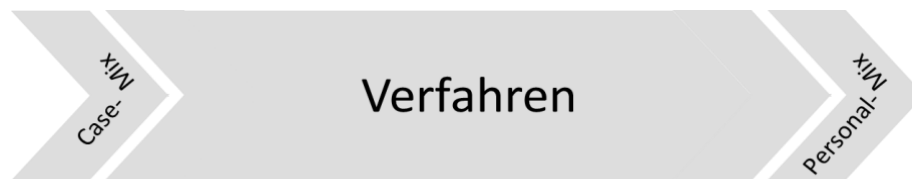


Abbildung 2: Grundkonzeption des Projektes

3.3.2.1 BI-Konstellation und Pflegegrade als Bezugseinheit des Inputs

Unabhängig von der präzisen Ausgestaltung der Berechnungsmethoden, war klar, dass eine konkrete, versorgungsadäquate Personalmenge auf kollektiver Ebene immer in erster Linie von den zu versorgenden Pflegebedürftigen abhängen muss. Ihre Anzahl und ihr Pflegebedarf sind letztlich ausschlaggebend für Menge und Qualifikation der erforderlichen Pflegekräfte. Während die Anzahl der Pflegebedürftigen leicht zu erfassen ist, muss die Messung der individuellen Pflegebedürftigkeit über ein komplexes Konstrukt erfolgen, dessen Auswahl die zu den Personen korrespondierenden Personalmengen mitbestimmt. Die zentrale hier vorgenommene Setzung ist der konsequente Rückbezug auf das BI und die in diesem Rahmen erhobenen Daten. Sie dienen somit als direkter Ausgangspunkt zur Festlegung der erforderlichen Personalmengen. Da die hierzu erforderlichen Informationen pro Pflegebedürftigen zu den Items des BI bereits vorliegen, kommt das einsatzfähige Personalbemessungsverfahren in der Praxis *ohne weitere Datenerhebung* aus und weist daher eine besonders hohe Effizienz auf.

Methodisch können die als Inputvariablen fungierenden Daten des BI dabei grundsätzlich auf verschiedenen Aggregationsebenen genutzt werden:

- der Ebene der einzelnen Items,
- der Ebene der Grade der Beeinträchtigung für die 5 (6) einstufigsrelevanten Module oder
- der Ebene der Pflegegrade.

Bisher wurde für die Personalbemessung auf Landesebene auf die *Pflegegrade* zurückgegriffen. Die Pflegegrade stellen daher einerseits eine „natürliche“ Aggregationsebene dar, da Ergebnisse der Personalbemessung auf dieser Ebene unmittelbar anschlussfähig an die leistungs- und vergütungsrechtlichen Regelungen der Pflegeversicherung sind. Andererseits sind sie ein stark verdichtetes Ergebnis des BI, das große Informationsverluste zur individuellen Pflegebedürftigkeit in Kauf nimmt. So zeigen die Ergebnisse der EVIS-Studie, dass die tatsächlichen Versorgungsaufwände innerhalb eines Pflegegrades noch erheblich streuen (Rothgang et al. 2015a: 104 ff.). Sinnvoll ist es daher, auch andere Klassifikationen zu erproben.

Dabei kann auf die ermittelten *Grade der Beeinträchtigung* in den fünf einstufigsrelevanten Modulen abgestellt werden. Hierbei ergeben sich bei jeweils 5 Ausprägungen (keine, geringe, erhebliche, schwere, schwerste Beeinträchtigung) maximal $5^5 = 3.125$ mögliche fallgruppenspezifische Bedarfskonstellationen (im Folgenden als BI-Konstellationen bezeichnet), die jeweils durch ein Profil bezüglich der BI-Module gekennzeichnet sind. Dabei wird davon ausgegangen, dass Pflegebedürftige der gleichen BI-Konstellations im gleichen Setting gleichartige Bedarfe aufweisen, zwischen den verschiedenen BI-Konstellationen jedoch signifikante Unterschiede bestehen. Im Ergebnis kann die

Personalbemessung dann auf bis zu 3.125 Gruppen abstellen. Für diese Vielzahl an Gruppen können in der Beobachtungsstudie aber nicht hinreichend viele Daten gesammelt werden, so dass wieder eine Zusammenlegung von aufwandsähnlichen Gruppen erfolgen muss, was die Heterogenität innerhalb einer Gruppe erhöht.

Die empirische Überprüfung, inwieweit diese und andere Fallgruppenkonstruktionen tatsächlich zu einer bedarfsorientierten Zuordnung von Personalmengen zu Pflegebedürftigen verwendet werden können, wird in Abschnitt 10 dargestellt. Sie führt zu der Empfehlung, für den praktischen Einsatz auf eine komplexere Klassierung als die der Pflegegrade zu verzichten.

3.3.2.2 Pflegepersonalmenge und -struktur als zentrale Outputgröße

Output des Personalbemessungsverfahrens ist die Zahl der Pflegekräfte (gemessen in Vollzeitäquivalenten) und deren Qualifikationsstruktur. Dabei werden insgesamt sieben Qualifikationsniveaus unterschieden und berücksichtigt (siehe Tabelle 17 auf Seite 92). Für jede Einrichtung generiert das Verfahren somit einen Personalvektor, der – in Abhängigkeit von der Zahl der Pflegebedürftigen und deren Ausmaß der Pflegebedürftigkeit (Inputvektor) – die Zahl der Pflegekräfte (in Vollzeitäquivalenten) gegliedert nach Qualifikationsniveau enthält, die zu einer bedarfsadäquaten Versorgung notwendig ist.

3.3.2.3 Grundelemente des Verfahrens

Das im Mittelpunkt der Abbildung 2 stehende Verfahren soll den Inputvektor in einen Outputvektor umwandeln. Das Verfahren stellt dabei auf *drei Komponenten* ab, für die in der Beobachtungsstudie Parameter ermittelt werden können, nämlich die Mengenkomponekte, die Zeitkomponenten und das Qualifikationsniveau, sowie *fachlich ergänzende Faktoren*, für deren Setzung die empirische Studie keine ausreichenden Hinweise geben kann (Abbildung 3).

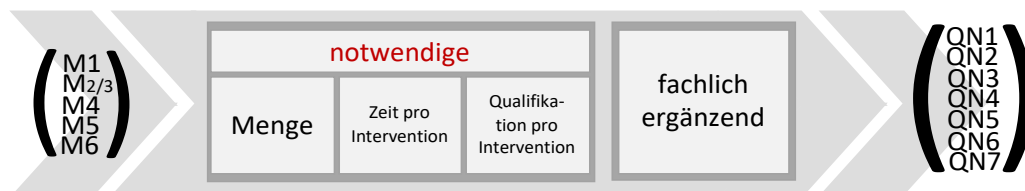


Abbildung 3: Elemente des Personalbemessungsinstrumentes auf individueller Ebene

Mengenkomponente: Für jede Intervention sollte festgelegt sein, *wie häufig* diese Intervention für einen bzw. eine Pflegebedürftige*n der entsprechenden BI-Konstellation bzw. Pflegegrad fachlich notwendig ist. Diese Menge der notwendigen Interventionen enthält

- die geplanten Interventionen, die erbracht und als notwendig bewertet wurden,
- die geplanten Interventionen, die nicht erbracht wurden, aber von den Datenerfassenden als notwendig erachtet wurden (s. Kapitel 5) und
- die zusätzlichen Bedarfsinterventionen, die als notwendig erachtet wurden.

Dieses Mengengerüst, das dann auf den konkreten Erhebungszeitraum bezogen ist, wurde in einem späteren Auswertungsschritt auf das erforderliche Mengengerüst einer durchschnittlichen Kalenderwoche hochgerechnet.

Qualifikationsniveau: Für jede geplante Intervention wurde ein – nach Bewohnern*innen individualisiertes – fachgerechtes Qualifikationsniveau hinterlegt. Dieses ergibt sich in direkter Abhängigkeit von der BI-Konstellation jedes bzw. jeder Pflegebedürftigen, ist aber bei Vorliegen einer besonderen bewohnerbezogenen Bedarfssituation manuell anpassbar (siehe hierzu auch die Ablaufbeschreibung in Abschnitt 3.3.2.4). In der Datenerhebung wurde dann das tatsächliche Qualifikationsniveau der beschatteten Pflegekraft erfasst, die diese Intervention vornahm. Weichen tatsächliches und geplantes Qualifikationsniveau voneinander ab, wurde vom Schatten eine Einschätzung darüber abgegeben, ob die Abweichung im Einzelfall gerechtfertigt war oder nicht. Entsprechend wurde ein *Soll-Qualifikationsniveau* festgesetzt, das dem geplanten Niveau entspricht oder dem tatsächlichen, wenn dieses vom Schatten im Einzelfall nachvollziehbar als gerechtfertigt begründet wurde.

Zeitkomponente: Jede erfasste und geplante Intervention muss mit einem konkreten Zeitwert hinterlegt sein, der für eine fachgerechte Erbringung dieser Intervention bei dem bzw. bei der jeweiligen Pflegebedürftigen der entsprechenden BI-Konstellation anzusetzen ist. Hierbei handelt es sich entweder um die gemessenen SOLL-Werte der empirischen Datenerhebung oder um *Imputationswerte*. Letztere kommen immer dann zum Einsatz, wenn es sich um eine notwendige Intervention handelt, für die aber keine Messwerte vorliegen, so dass Ersatzwerte auf Basis der empirischen Daten eingesetzt werden. Diese Imputationswerte werden beispielsweise dann genutzt, wenn notwendige Interventionen nicht erbracht wurden. Diese gehen in das Mengengerüst ein, benötigen dann aber Zeitwerte, die in gemessener Form für diese Intervention und diesen Bewohner in dieser Situation aber nicht vorliegen.

Fachliche Ergänzung: Nicht alle zur Bestimmung einer bedarfsadäquaten Personalmenge notwendigen Parameter lassen sich empirisch ermitteln. So kann gefragt werden, ob Einrichtungen ab einer bestimmten Größe eine Mindestzahl an Fachkräften mit fachspezifischer Weiterbildung (z. B. im Bereich gerontopsychiatrischer Pflege oder Palliativpflege) vorhalten müssen. Ebenso erfordert es eine bestimmte Menge an Pflegefachkräften, wenn sichergestellt werden soll, dass im Nachtdienst immer eine Fachkraft vorhanden sein kann usw. Solche Faktoren können nur fachlich konsentiert werden, da sie sich der Messung auf Ebene der Einzelbewohner entziehen. Ähnliches gilt für die Aufgabe akademisch ausgebildeter Pflegekräfte, die in der Beobachtungsstudie nur vereinzelt in der direkten Pflege angetroffen wurden. Um diese Aspekte dennoch berücksichtigen zu können, können fachlich ergänzende Setzungen vorgenommen werden.

3.3.2.4 Individualisierte Datenerhebung

Zur Generierung von empirisch ermittelten SOLL-Zeiten, SOLL-Mengen und der SOLL-Qualifikation wird methodisch ein individualisierbares Erhebungsverfahren genutzt, bei dem die Erhebungsmethodik in drei Schritten für jeden Pflegebedürftigen personenbezogen angepasst wird. Abbildung 4 zeigt den Ablauf: Auf Grundlage der individuellen Ergebnisse des Begutachtungsverfahrens und eines studienspezifischen Interventionskataloges werden in drei Individualisierungsschritten die der Person entsprechenden bedarfsorientierten SOLL-Zeitmengen in den verschiedenen Qualifikationsniveaus erhoben.

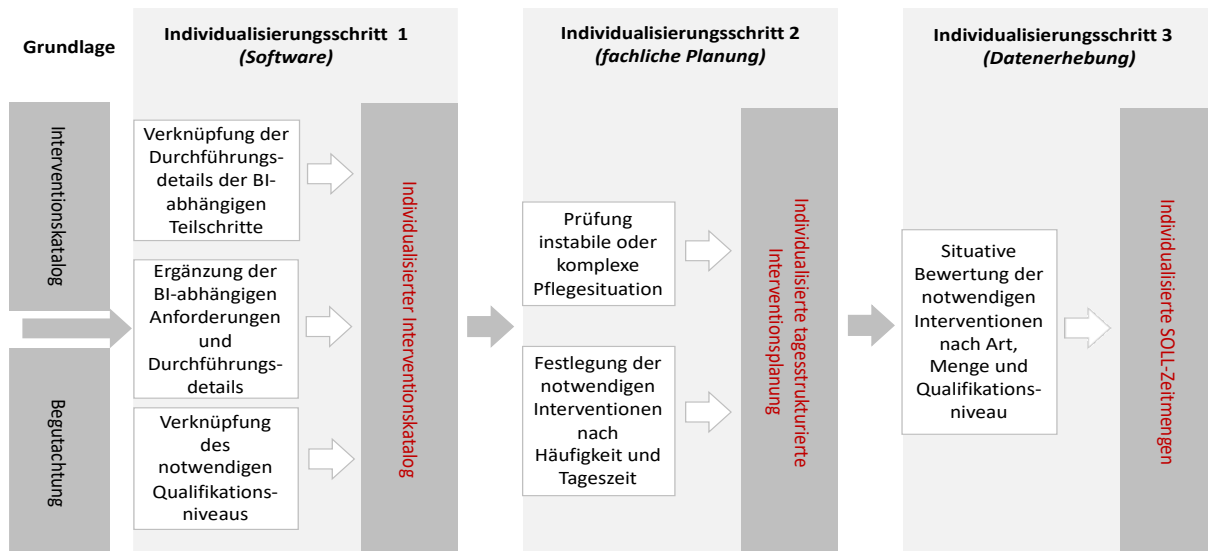


Abbildung 4: Die individualisierte Datenerhebung auf einen Blick

Als grundlegendes Erhebungsinstrument wird zunächst ein *Interventionskatalog* entwickelt, der aus pflegefachlicher Sicht alle in Frage kommenden Interventionen und Interventionskomplexe enthält, die im stationären Pflegesetting von Pflegenden und Betreuenden erbracht werden bzw. auf Grundlage des Pflegeverständnisses erbracht werden sollten. Die Interventionen werden dabei so aufgebaut, dass unter anderem zwingend notwendige und nach der Erhebungslogik bewertbare Teilschritte und Anforderungen definiert werden, ohne dass eine Zerlegung in zu kleinschrittigen Handlungen erfolgt. Die Teilschritte und Anforderungen sind so ausgestaltet, dass sie sich in Abhängigkeit von den BI-Ergebnissen jedes Pflegebedürftigen veränderlich sind. Eine ausführliche Darstellung erfolgt in den Abschnitten 4.1.2 und 4.1.3.

Die zweite Grundlage bilden die Ergebnisse der *Begutachtung* jedes einzelnen Pflegebedürftigen nach den Begutachtungsrichtlinien, die als erste Phase der eigentlichen Datenerhebung verstanden werden kann (siehe hierzu auch Abschnitt 5.3.3.1). Diese erfolgt unmittelbar vor der anschließenden Interventionsplanung, sodass ein aktuelles Bild der Pflegebedürftigkeit vorliegt und alle Interventionen dementsprechend individualisiert werden können.

Im ersten Individualisierungsschritt wird in Kombination der beiden genannten Grundlagen für jeden Pflegebedürftigen ein *individualisierter Interventionskatalog* erzeugt, der die Art der Leistungserbringung durch Verknüpfung mit den Ressourcen und Beeinträchtigungen des*r Pflegebedürftigen konkretisiert. Folgende Details werden dabei unterschieden:

- *Durchführungsdetails der BI-abhängigen Teilschritte* (Abschnitt 4.1.2.6): Hier werden die Ausprägungen der Items aus der Begutachtung einer daraus resultierenden Hilfeform zugeordnet (1: Selbständige Durchführung; 2: Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3: Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4: Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme). Bei allen Interventionen, in denen eines dieser Items zu tragen kommt, ist somit das individuell notwendige Übernahmeniveau festgelegt.
- *Ergänzung zusätzlicher BI-abhängiger Anforderungen und Durchführungsdetails*: Diese ergeben sich in Abhängigkeit von den Beeinträchtigungen des Pflegebedürftigen. Auf Basis der Items in den Modulen 2 und 3 ergeben sich zusätzliche Unterstützungsbedarfe, die von den Pflegenden bei der Durchführung der Interventionen beachtet werden müssen. Gerade hier-

durch wird die besondere Versorgung von Menschen mit einer Demenz oder anderen psychischen Problemlagen berücksichtigt. Auch hier wird durch die Durchführungsdetails der Grad der Hilfeform aufgezeigt.

- *Festlegung des notwendigen Qualifikationsniveaus* (Abschnitt 4.1.3): Auf Basis der Festlegung, welche Interventionen prinzipiell und unabhängig von der gesundheitlichen Lage eines*r Pflegebedürftigen von Mitarbeitenden welches Qualifikationsniveaus erbracht werden können erfolgt die Festlegung, in welcher Konstellation aus den Informationen des Begutachtungsinstruments aus pflegewissenschaftlicher Sicht welches Qualifikationsniveau bedarfsangemessen ist. Entscheidend hierbei ist die Differenzierung des Schwierigkeitsgrads von Aufgaben und die Berücksichtigung der gesundheitlichen Stabilität (Abschnitt 4.1.3.1.3).

Der zweite Individualisierungsschritt erfolgt durch die fachliche Planung der *individualisierten tagesstrukturierten Interventionsplanung*. Dazu erstellt das Studienteam mit grundständiger pflegerischer Ausbildung in enger Zusammenarbeit mit einer dazu von der Einrichtung freigestellten Bezugspflegekraft und unter ggf. persönlicher Inaugenscheinnahme einen Tagesplan, der alle notwendigen Interventionen mit Angabe der Häufigkeit und Tageszeit beinhaltet (Abschnitt 5.3.3.2) und somit die bedarfsnotwendigen Interventionen *quantitativ* vorstrukturiert. Zusätzlich erfolgt eine qualitative Überprüfung der automatisierten Individualisierung aus dem ersten Individualisierungsschritt. Hierzu wird geprüft, ob eine *instabile oder komplexe Pflegesituation* vorliegt (Abschnitt 4.2.1.5), die durch das Begutachtungsinstrument nicht explizit erfasst werden kann, die aber relevant für die Anforderungen an die pflegerische Versorgung ist. Wird eine solche Situation festgestellt, wird das benötigte Qualifikationsniveau für den Pflegebedürftigen individuell angepasst, so dass der bedarfsgerechte Einsatz von Fachkräften hinterlegt wird.

Im Ergebnis entsteht für jede teilnehmende Pflegebedürftige und jeden teilnehmenden Pflegebedürftigen eine individualisierte tagesstrukturierte Interventionsplanung, auf deren Basis die Datenerhebung und damit die Ermittlung der *individuellen SOLL-Zeitmengen* erfolgt. Dabei bewerten die Datenerhebenden bei jeder Interventionserbringung als dritten Individualisierungsschritt, ob die geplanten Interventionen in ihrer Art, Menge und der Qualifikationsanforderung *situativ* zur Erbringung der Leistung angemessen sind oder hier eine weitere Anpassung aufgrund eines situativ veränderten Bewohnerzustandes erfolgen muss. Dadurch wird es möglich, die tagesstrukturierte Planung in der Situation zu reflektieren und dabei begründet zu ergänzen oder zu reduzieren.

3.3.2.5 Verknüpfung der SOLL-Zeiten, SOLL-Mengen und SOLL-Qualifikation im Personalbemessungsinstrument

Zur Bestimmung der fachgerecht notwendigen Zeit für die direkte Pflege eines Pflegebedürftigen in (teil)stationärer Pflege müssen also drei Parameter individualisiert erhoben werden, die sich darauf beziehen,

- wie oft für die pflegebedürftige Person eine Intervention notwendig ist (SOLL-Menge),
- wie viel Zeit für die einmalige Erbringung jeder Intervention erforderlich ist (SOLL-Zeit) und
- durch Personen welchen Qualifikationsniveaus die individuelle Erbringung erfolgen muss.

Werden diese Parameter nun mathematisch verknüpft, indem die SOLL-Mengen mit den SOLL-Zeiten multipliziert werden und die entstehende Gesamtzeit auf die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus verteilt wird, entstehen individuelle notwendige Personalzeitmengen und -mixe (Abbildung 5).

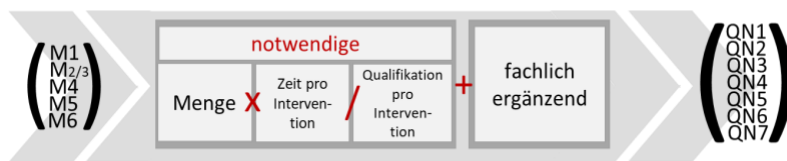


Abbildung 5: Verknüpfung der Elemente des Personalbemessungsinstrumentes auf individueller Ebene

Wird diese Prozedur für jede pflegebedürftige Person in der Beobachtungsstudie durchgeführt und werden für die gesetzten Aufwandsgruppen (vgl. Abschnitt 3.3.2.1) Mittelwerte gebildet, resultiert ein Algorithmus, der pro pflegebedürftiger Person in der jeweiligen Aufwandsgruppe eine korrespondierende Versorgungszeit ermittelt (Abbildung 6), zu denen allerdings noch die anteiligen Wert für die indirekte Pflege, also die nicht den einzelnen Pflegebedürftigen direkt zurechenbaren Leistungen, hinzuaddiert werden müssen. Durch Division dieser auf das Jahr hochgerechneten Zeitmenge durch die Nettojahresarbeitszeit ergibt sich eine Verhältniszahl von Pflegekräften (in Vollzeitäquivalenten) zu pflegebedürftiger Person.

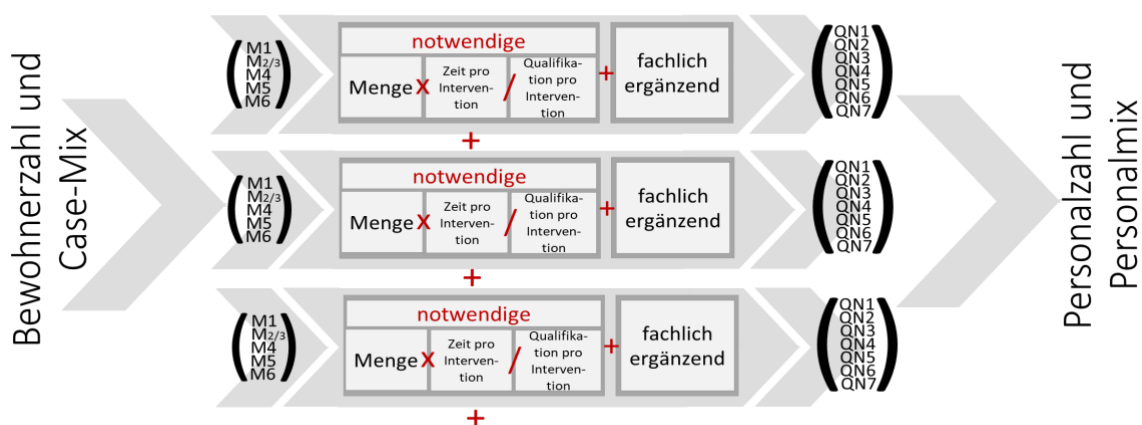


Abbildung 6: Personalbemessungsverfahren auf kollektiver Ebene

Im Ergebnis resultiert ein Personalbemessungsinstrument, das in seiner methodischen Güte mit keinem in der nationalen und internationalen Literatur beschriebenen Instrumente vergleichbar ist und durch seine hohe Qualität in der präzisen Aussagekraft zur Personalbemessung durch verschiedene Qualifikationsniveaus von Pflegenden hervorsteicht. Auf Grundlage der sozialrechtlich bindenden Pflegebedarfseinschätzung mittels BI-Gutachten, wurde durch Pflegewissenschaftler*innen die Notwendigkeit zu erbringenden Pflegeleistungen in tagesstrukturierenden Interventionsplanungen beschrieben, dann wurden die IST- und SOLL-Zeiten und -Mengen zur fachgerechten Erbringung der Pflegeinterventionen anhand eines klar definierten und konsentierten Interventionskataloges durch neutrale und fachlich hochqualifizierte Datenerheber*innen nach Qualifikationsniveau der Pflegenden bestimmt, die schließlich zur Parametrisierung des Instruments verwendet werden. Der resultierende Algorithmus ermöglicht eine Personalbemessung für eine ressourcenorientierte, bedarfs- und fachgerechte pflegerische Versorgung.

3.3.3 Teilstationärer Sektor

Die Entwicklung des Personalbemessungsinstruments für den teilstationären Bereich folgt einer *identischen Methodik*. Die entsprechenden Erhebungen mit identischen Instrumentarien sind dabei parallel zu den Erhebungen in der vollstationären Langzeitpflege erfolgt. Ursprüngliche Idee war dabei, zu prüfen, inwieweit bei fehlenden Zeitwerten gegebenenfalls auch Übertragungen von Zeitwerten aus dem vollstationären Teil in den teilstationären Teil möglich sind. Derartige Übertragungen waren aber letztlich nicht erforderlich, weil zu den bedarfsnotwendigen Interventionen in ausreichendem Umfang Zeitwerte vorlagen, und die Datenerhebungen im teilstationären Bereich somit in sich abgeschlossen und aussagekräftig sind.

3.3.4 Unterauftrag im ambulanten Sektor

Ein Personalbemessungsverfahren im vorstehend beschriebenen Sinne, das einer Menge von Pflegebedürftigen eine korrespondierende Menge von Pflegenden zuordnet, ist für den ambulanten Bereich weder sinnvoll noch möglich, da sich diese Zuordnung immer auch auf die Quantität der fachlich notwendigen Leistungen beziehen muss, die im ambulanten Sektor – angesichts der Bedeutung der Laienpflege – im Rahmen einer Beobachtungsstudie von Pflegediensten nicht ohne Weiteres erheben lässt. So kann im stationären Sektor festgelegt werden, für welche Pflegebedürftigen die vertraglich zugesicherte Leistung „Vollversorgung“ aus welchen Pflegeinterventionen besteht, und diese Leistungsmenge kann dann mit Personal hinterlegt werden. Im ambulanten Sektor gibt es diese Zuordnung jedoch nicht, weil weder im Rahmen eines Planungsprozesses bestimmt wird, welche Leistungen als notwendig angesehen werden, noch in einer Beobachtungsstudie diese Informationen generiert werden können, weil dazu eine 24-Stunden-Beobachtung notwendig ist. Vielmehr entscheiden die Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen selber über die in Anspruch genommenen formellen Leistungen, ohne dass dabei zwingend von Bedarfsgerechtigkeit ausgegangen werden kann.

Im Rahmen der Konzeptentwicklung in den Verhandlungssitzungen mit dem Vergabegremium wurde daher beschlossen, einen separaten Unterauftrag an die Hochschule Osnabrück zu vergeben. Zielsetzung des Unterauftrags war die Systematisierung möglicher Ansätze zur Personalbemessung in der ambulanten Pflege, auf deren Basis Empfehlungen für personelle Vorgaben erarbeitet wurden.

Entsprechend der Konzeption des Unterauftrages war für den Sektor der ambulanten Pflege, erstens, eine Literatur- und Materialrecherche zu internationalen Ansätzen der Bestimmung von Personalaufwänden, Personalbemessung und Personalvorhaltung in der ambulanten Pflege vorgesehen. Zweitens wurden Expert*innen zu bestehenden Ansätzen zur Bestimmung von Personalstärken und Personalmix in ambulanten Pflegediensten in Deutschland befragt und drittens wurde eine empirische Erhebung von Zeitaufwänden in von ambulanten Pflegediensten betreuten Haushalten durchgeführt (Anlage A 2.4). Die Ergebnisse dieses Unterauftrages werden in Kapitel 13 zusammengefasst und sind in Anlage A 1.1 als Volltext enthalten.

3.3.5 Interaktionsarbeit

Die Interaktionsarbeit der Pflegenden war in der Leistungsbeschreibung thematisiert, stellte aber eine besondere Herausforderung bei der Projektkonzeption dar. Da Interaktionsarbeit häufig nur schwer zu beobachten ist, sind der quantitativen Methodik hier Grenzen gesetzt. Aus diesem Grund wurde Interaktionsarbeit sowohl im Rahmen der quantitativen Erhebung im Zusammenhang mit direkten pflegerischen Leistungen als auch in einem ergänzenden querliegenden qualitativen Projektteil betrachtet.

Im Mittelpunkt der *qualitativen Arbeit* stand dabei die Frage, wie und in welchem Maße Interaktionsarbeit einen – auch zeitlich relevanten – Faktor im Pflegealltag darstellt, der über die Berücksichtigung in den konsentierten Erhebungsinstrumenten hinausgeht. Hierfür war es erforderlich, einen zusätzlichen qualitativ empirischen Ansatz zu wählen, der die Möglichkeit zu induktiven Ergänzungen der sektorenspezifischen Empirie bot. Auch wenn die Datenerhebungen in Form von Beobachtungen und Gruppendiskussionen nur in Einrichtungen der stationären Altenpflege durchgeführt wurden, resultieren daraus Erkenntnisse, die letztlich auf die gesamte Erbringungsrealität sektorenunabhängig übertragen werden können. Die Ergebnisse dieser Teilstudie werden in Kapitel 12 zusammengefasst und hinsichtlich des zeitlichen Mehrbedarfs für Interaktionsarbeit bewertet. Der Volltext des entsprechenden Abschlussberichtes ist als Anlage A 1.2 im Anlagenband enthalten.

3.4 Anpassungen im Projektverlauf

Im Projektverlauf ergaben sich immer wieder Entwicklungen und Zwischenergebnisse, die eine Anpassung der bezuschlagten Konzeption als sinnvoll erschienen ließen. An diesen Stellen wurde vom Auftragnehmer der direkte Kontakt mit dem Auftraggeber gesucht und die Studienkonzeption in enger Abstimmung weiterentwickelt. So stellte sich während der empirischen Projektphase, in der auch die Grundlagen für die mathematische Ausgestaltung der Personalbemessungsinstrumente gelegt wurde, heraus, dass der eigentlich für das Frühjahr 2019 geplante Pretest der fertiggestellten Instrumente in dieser Form nicht sinnvoll umsetzbar war. Da es sich um ein Berechnungsinstrument handelt, war die Funktionsfähigkeit schon theoretisch gegeben und musste nicht mehr empirisch belegt werden. Folgerichtig wurde der Pretest nicht durchgeführt, vielmehr wurde beschlossen bei der Erprobung der Instrumente auf die *Bedingungen der flächendeckenden Einführung* zu fokussieren. Dazu wurde im Februar 2019 vom Auftragnehmer vorgeschlagen, den bereits vergebenen Auftrag zur Instrumentenentwicklung um die konzeptionelle Erprobung zu erweitern und gleichzeitig eine modellhafte Einführung als Einführungsschritt des Personalbemessungsinstrumentes vorzubereiten. Diesem Vorschlag wurde von Seiten des Auftraggebers zugestimmt, so dass der hier vorliegende Abschlussbericht nun erstens die *Entwicklung des Personalbemessungsinstrumentes* ausführlich abbildet, zweitens die *Ergebnisse der konzeptionellen Erprobung* berichtet und auf dieser Basis drittens eine *Vorbereitung für die zukünftige Einführung des Personalbemessungsinstrumentes* darstellt. Die Arbeitspakete und ihre konkrete zeitliche Planung sind dem angepassten Zeit- und Meilensteinplan zu entnehmen, der im Anlagenband als Anlage A 2.5 enthalten ist.

4 Projektdurchführung I – Erarbeitung der Erhebungsinstrumente

Zur Ermittlung einer bedarfsorientierten, fachlich angemessenen Personalausstattung wurde für die weitere Erhebung für jede studienteilnehmende pflegebedürftige Person ein *individueller tagesstrukturierter Pflegeplan* entsprechend ihres Hilfe- und Unterstützungsbedarfes erstellt, der nicht nur die Art und Menge der Leistungsbedarfe unter Berücksichtigung des Pflegeverständnisses des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs darstellt, sondern gleichzeitig das Qualifikationsniveau als Erbringungs-voraussetzung angab. Dazu wurde eigens für das Projekt ein *Interventionskatalog* erstellt, in dem neben der Definition und Beschreibung sämtlicher indirekten und direkten pflegerischen Tätigkeiten in der Langzeitpflege, auch die Qualitätsanforderungen, die an die Erbringung gestellt werden, bewohner*innenabhängig integriert sind. Auf Grundlage des aus dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs resultierenden Pflegeverständnisses wurde der Interventionskatalog mit den zur Erbringung erforderlichen *Teilschritten und (Qualifikations-)Anforderungen* mithilfe von Literatur theoretisch ausgearbeitet (Abschnitt 4.1). Die so erarbeiteten Erhebungsinstrumente wurden anschließend durch das Expertengremium mit kleinen Änderungen konsentiert und dann durch die Auftraggeber abgenommen (Abschnitt 4.2). Am Ende der ersten Phase der Projektdurchführung standen dann als erstes Zwischenergebnis die *konsentierten Erhebungsinstrumente* (Abschnitt 4.3).

4.1 Theoretische Ausarbeitung der Erhebungsinstrumente

Für die Personalbemessung in der Pflege ist es grundlegend, das breite Leistungsspektrum pflegerischer Handlungen zu erfassen. Voraussetzung hierzu ist die Benennung einzelner Handlungsfelder und der dazugehörigen möglichen pflegerischen Interventionen in einer quantifizierbaren Form. Handlungsfelder und Interventionen alleine stellen jedoch keine vollständige Grundlage zur Personalbemessung dar. Sie sind unter dem Anspruch der Angemessenheit, Fachlichkeit und handlungsleitender Haltung zu betrachten und werden in der Regel durch ein individuelles Pflegeverständnis beeinflusst. Nachfolgend wird nachgezeichnet, wie der Interventionskatalog zur Leistungserfassung und –bewertung entwickelt wurde, welches pflegerische Verständnis Einfluss genommen hat und wie die komplexen Strukturen der Interventionsbeschreibungen entstanden sind.

Zunächst werden hierzu die in der Altenpflege relevanten Pflegemodelle vorgestellt, die zum einen die wesentlichen pflegerischen Handlungsfelder und zum anderen die Anforderungen und Haltungen aufzeigen, die an die Durchführungen von Interventionen gestellt werden, ergänzt um die Aspekte aus dem Ethik-Kodex in der Pflege und der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (Abschnitt 4.1.1). Zudem werden normative heimrechtliche und sozialrechtliche Vorgaben ausgewertet und dargestellt. In diesem Zusammenhang wird auch auf den leistungsrechtlichen Begriff der Pflegebedürftigkeit und auf dessen aktualisiertes Verständnis im Kontext des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit verbundenen neuen Pflegeverständnisses eingegangen.

Im weiteren Verlauf dieses Abschnitts werden die Entwicklung des Interventionskataloges auf Basis von Literaturrecherchen (Abschnitt 4.1.2) und die Bestimmung der für die fachgerechte Erbringung der Interventionen notwendigen Qualifikationsniveaus (Abschnitt 4.1.3) dargestellt.

4.1.1 Pflegewissenschaftliche Grundlagen: Zugrunde gelegtes Pflegeverständnis

(Formelle) Pflege umfasst ein breites Spektrum an Aufgaben. Die internationale Vereinigung für Pflegeberufe (International Council of Nurses – ICN) beschreibt in einer konsentierten Definition Pflege als *die autonome und gemeinschaftliche Betreuung von Menschen jeden Alters, von Familien, Gruppen und Gemeinschaften, sei es krank oder gesund und in allen Lebenslagen. Die Pflege umfasst*

die Förderung der Gesundheit, die Prävention von Krankheiten und die Betreuung von kranken, behinderten und sterbenden Menschen. Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umwelt, Forschung, Beteiligung an der Gestaltung der Gesundheitspolitik, im Management des Gesundheitswesens sowie an der Bildung sind ebenfalls wichtige Aufgaben der Pflege² (ICN 2002, Stand 2017). Aus dieser Definition lassen sich 9 wesentliche Aufgabenbereiche ableiten:

- Förderung der Gesundheit,
- Prävention von Krankheiten,
- Betreuung von kranken, behinderten und sterbenden Menschen,
- Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy),
- Förderung einer sicheren Umwelt,
- Forschung,
- Beteiligung an der Gestaltung der Gesundheitspolitik,
- Beteiligung im Management des Gesundheitswesens und
- Beteiligung an der Bildung.

In vielen Pflegeeinrichtungen wird das pflegerische Verständnis spezifiziert und auf der Basis eines Pflegemodells oder einer Pflgetheorie gearbeitet, welche i.d.R. eine eigene Definition von Pflege enthält. Auch wenn eine ausreichende Durchdringung der Pflegepraxis mit dem Verständnis der jeweiligen Modelle oder Theorien derzeit noch nicht gegeben ist bzw. nicht im Rahmen einer entsprechenden Studienlage nachgewiesen werden kann, so leisten diese dennoch einen Beitrag zur systematischen und konzeptgeleiteten Pflege (Neumann-Ponesch 2017: 41). Darüber hinaus lassen sich Einstellungen und Grundhaltungen herausarbeiten, die einen positiven Einfluss auf die Versorgung und ihre Ergebnisse haben.

Um in der Erhebung für die Pflegemodelle aller Einrichtung offen zu sein und gleichzeitig die Begutachtungssystematik des BI zu berücksichtigen, haben die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen kein spezielles Pflegeverständnis für die Erarbeitung der Instrumente oder bei der Umsetzung der tagesstrukturierten Interventionsplanung zugrunde gelegt, sondern die Grundsätze der aktuellen Pflegemodelle und -verständnisse, die in deutschen Altenpflegeeinrichtungen und auch im internationalen Raum gängig sind, anhand des BI zusammengeführt. Es lassen sich so die folgenden *allgemeinen Anforderungen* formulieren, die pflegemodellübergreifend und unabhängig von einem individuellen Pflegeverständnis an pflegerisches Handeln gestellt werden:

- Pflege soll fördernd und aktivierend erfolgen.
- Für eine fördernde/aktivierende Pflege ist entsprechende fördernde/fortlaufende Kommunikation notwendig. Diese Kommunikation erstreckt sich auf die verschiedenen Handlungsformen (beim Unterstützen, Anleiten, Beaufsichtigungen, Informieren, Beraten und Begleiten).
- Kommunikation gehört zur Interaktion zwischen Pflegenden und pflegebedürftigen Personen und fördert den Aufbau einer Beziehung.
- Pflegenden sollen pflegebedürftigen Personen unterstützen, Selbstpflegedefizite durch Förderung und Aktivierung der eigenen Fähigkeiten abzubauen oder zu kompensieren.
- Selbstpflege und Selbstfürsorge sollen so lange wie möglich erhalten bleiben oder den jeweiligen Möglichkeiten nach wiederhergestellt werden.

² Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

- Grundlegend ist hierzu ein Verständnis von „Personsein“.
- Die pflegebedürftigen Personen sollen ausreichende Informationen erhalten, so dass sie ihre Zustimmung zur pflegerischen Versorgung und Behandlung informiert geben können.
- Die Interessen und Bedürfnisse der Bewohner*innen sind zu achten und in der Versorgung zu berücksichtigen.
- Pflegende sollen pflegebedürftige Personen im Kontext ihrer Religion und Kultur versorgen.
- Die Privat- und Intimsphäre ist zu wahren und zu schützen.
- Pflegende sollen auf ihre eigene Gesundheit achten, um ihre Fähigkeit zur Berufsausübung nicht zu beeinträchtigen.

Die Individualität, soziale Teilhabe und gezielte Förderung des Pflegebedürftigen bilden damit einen Schwerpunkt, der im Rahmen dieser Studie zum Tragen gekommen ist. Folgende Modelle und Theorien wurden dabei berücksichtigt:

- das Modell der fördernden Prozesspflege nach Monika Krohwinkel (Abschnitt 4.1.1.1),
- das psychodynamische Modell nach Hildegard Peplau (Abschnitt 4.1.1.2),
- das Pflegemodell von Dorothea Orem (Abschnitt 4.1.1.3),
- das psychobiographische Pflegemodell nach Erwin Böhm (Abschnitt 4.1.1.4),
- der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen nach Tom Kitwood (Abschnitt 4.1.1.5),
- der ICN-Ethikkodex (Abschnitt 4.1.1.6),
- die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (Abschnitt 4.1.1.7),
- Vorgaben der Pflegeversicherung und des Heimrechts (Abschnitt 4.1.1.8) und
- die Einbindung des neuen Pflegebegriffs und Begutachtungsinstruments in das Erhebungsinstrument (Abschnitt 4.1.1.9).

Die Implikationen dieser Modelle und Theorien für die Studie werden abschließend zusammengefasst (Abschnitt 4.1.1.10).

4.1.1.1 Das Modell der fördernden Prozesspflege nach Monika Krohwinkel

Das Modell der fördernden Prozesspflege nach Monika Krohwinkel (2013) ist ein in der stationären Altenpflege in Deutschland sehr häufig verwendetes Pflegemodell. Das dem zugrunde liegende Rahmenmodell stellt dabei auf die primären pflegerischen Interessen, Ziele, Handlungen und Einflussfaktoren ab (Krohwinkel 2013: 55):

Das *primäre pflegerische Interesse* gilt den pflegebedürftigen *Personen* und den persönlichen Bezugspersonen, die mit ihren Fähigkeiten, Bedürfnissen und Problemen wahrgenommen werden. Krohwinkel (2013: 38) verweist auf ihre Untersuchungsergebnisse, die aufzeigen, dass Personsein, Identität und auch der Sinn des Lebens der betroffenen Personen erhalten bleiben, wenn ihnen mit Achtung, Respekt und Wertschätzung begegnet wird und sie in ihren verbliebenen Fähigkeiten gestützt und gefördert werden. Als *primäres Ziel der Pflege* benennt Krohwinkel (2013: 62) *Unabhängigkeit und Wohlbefinden*³ der pflegebedürftigen Person, die im Rahmen des Pflegeprozesses mit den mitbetroffenen Bezugspersonen durch Hilfestellungen, in Bezug auf die Aktivitäten, sozialen Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens (ABEDL) erhalten, erlangt oder wiedererlangt werden sollen. Die primären Ziele lassen sich durch *primär pflegerische Handlungen* erreichen. Hierzu gehö-

³ „Wohlbefinden“ wird in der pflegewissenschaftlichen Fachliteratur als ein abstraktes Ziel betrachtet, das erst durch eine individuelle Aushandlung konkretisiert werden muss (Bartholomeyczik & Hunstein 2001: 284).

ren fördernde Kommunikation, insbesondere beim Unterstützen, Anleiten, Beaufsichtigungen, Informieren, Beraten und Begleiten – immer im Sinne der betroffenen Person (Krohwinkel 2013: 58-60). Im Rahmenmodell zu der fördernden Prozesspflege werden zudem *primäre Einflussfaktoren* benannt, welche sich auf die Fähigkeiten der pflegebedürftigen Personen auswirken, ihre Unabhängigkeit und ihr Wohlbefinden zu realisieren. Hierzu gehören *Umgebungsfaktoren*, Lebens- und Entwicklungsprozesse, Gesundheits- und Krankheitsprozesse, Lebens- und Pflegesituationen sowie der Umgang mit Ressourcen und Defiziten (Krohwinkel 2013: 57-58). „Umgebung“ und „Person“ betrachtet Krohwinkel als offene Systeme, die sich gegenseitig beeinflussen können. Die ganzheitliche Sicht der Umgebung, in der sowohl andere Menschen als auch ökologische, physikalische, materielle, gesellschaftliche und kulturelle Ressourcen und Defizite einen Teil darstellen, dient als wichtiger Faktor für das Leben und Erfahren der Person. Die Umgebung beeinflusst die Lebens- und Entwicklungsprozesse, Gesundheits- und Krankheitsprozesse sowie das Wohlbefinden und die Autonomie des Menschen. Der Mensch benötigt demnach seine eigenen Fähigkeiten und Ressourcen aus der Umgebung, um als Person „Aktivitäten des Lebens zu realisieren, soziale Beziehungen und soziale Bereiche sichern und gestalten und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können und sich dabei entwickeln zu können“ (Krohwinkel 2013: 38).

4.1.1.2 Das psychodynamische Modell nach Hildegard Peplau

In der psychodynamischen Pflege nach Peplau (1995; 2009) steht die Beziehung zwischen dem Pflegenden und dem Pflegebedürftigen im Mittelpunkt. Nach Neumann-Ponesch (2017) geht es Peplau um das „Erkennen und ein Klären dessen, was passiert, wenn eine Pflegende sich unterstützend einer Patientin zuwendet“ (Neumann-Ponesch 2017: 154). Die Entwicklung einer zwischenmenschlichen Beziehung wird durch vier Phasen beschrieben: Orientierungsphase, Identifikationsphase, Nutzungsphase und Ablösungsphase. In der jeweiligen Phase nehmen sowohl die pflegende Person als auch die pflegebedürftige Person unterschiedliche Rollen ein (Abbildung 7).

Phase	Rolle der	Fokus Pflegenden	Pflegeprozess
Orientierung	Unbekannten, Hilfsperson/ Beraterin	Problemdefinition Auswahl der Pflegenden	Assessment
Identifikation	Lehrerin/Führerin	Klinische Beobachtungen/Messungen	Planung
Ausbeutung	Führerin/Stellvertreterin, Lehrerin	Lösungsstrategien anwenden	Durchführung
Lösung	Ressource, Hilfsperson, Lehrerin	Beenden der professionellen Beziehung	Evaluation

Abbildung 7: Entwicklung der Beziehung (Neumann-Ponesch 2017: 160).

Dabei gilt es die entsprechenden Rollen therapeutisch auszufüllen, sie zu reflektieren und als Lernergebnis festzuhalten. Ein wesentliches Element pflegerischen Handelns ist somit die Kommunikation als Interaktion zwischen Pflegenden und zu Pflegenden, angepasst in Art und Ziel an die jeweilige Phase und Rolle im Kontext des Pflegeprozesses.

4.1.1.3 Das Pflegemodell von Dorothea Orem

Nach Orem (1997) sind „Menschen selbständig aktiv agierende (intrinsic activity) Wesen, die in der Regel geplante Handlungen (deliberate action) vollziehen, um bestimmte, von ihnen gewählte Ziele zu erreichen“ (Kampen 1998: 162). Um diese Ziele erreichen zu können, benötigt der Mensch die

Fähigkeit zur Selbstpflege. Mit der Selbstpflege ist die Fähigkeit des Individuums gemeint, alle Tätigkeiten selbst einzuleiten und durchführen zu können, um sein Leben, seine Gesundheit und sein Wohlbefinden zu erhalten. Ist dies nicht (mehr) möglich, besteht ein Selbstpflegedefizit. Pflegekräfte kommen zum Einsatz, wenn die Menschen mit einem Selbstpflegedefizit derart in ihren Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt sind, dass auf Ressourcen aus dem familiären Umfeld nicht zurückgegriffen werden kann, um den täglichen Bedürfnissen der Selbstpflege zu entsprechen. Die Pflegekräfte sorgen dafür, die notwendige Hilfestellung zu geben, helfen sich selbst zu helfen oder bieten den Angehörigen Unterstützung an. Pflege nach Orem bedeutet demnach, pflegebedürftige Personen darin zu unterstützen, dass Selbstpflegedefizit durch Förderung und Aktivierung der eigenen Fähigkeiten abzubauen oder zu kompensieren.

4.1.1.4 Das psychobiographische Pflegemodell nach Erwin Böhm

Das psychobiographische Pflegemodell nach Erwin Böhm (2011) zielt auf die Selbstpflege und Selbstfürsorge älterer Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Die noch vorhandenen kognitiven Fähigkeiten sind so lange wie möglich zu erhalten bzw. wiederherzustellen (Neumann-Ponesch 2017: 169). Der ältere verwirrte Mensch soll so lange wie möglich selbständig denken, fühlen und handeln können. Dem liegt ein Reaktivierungsmodell zugrunde, welches die Fähigkeiten wiederbeleben und erhalten soll, um eine intensive Teilhabe am Leben zu ermöglichen. Das Pflegemodell basiert auf den Grundannahmen, dass jeder Mensch geprägt ist, in seiner (Alltags-)Normalität lebt, ein Daheimgefühl braucht und das Gefühl der Ich-Wichtigkeit benötigt. Das Krankheitsbild zum demenziellen Syndrom sieht Böhm als seelisches Geschehen, welches fortschreiten kann und bestimmte Verhaltensauffälligkeiten hervorruft, wodurch ein gezielter Umgang mit den betroffenen Menschen erforderlich wird. Um mit diesen Verhaltensauffälligkeiten umzugehen, ist es Aufgabe der Pflegenden zu wissen, wie sie den Pflegebedürftigen erreichen können, was in seinem Leben wichtig war und wie er seinen Alltag gelebt hat. Die Pflege soll sich hierzu von der somatischen Pflege lösen und die Seelenpflege in den Fokus setzen (Neumann-Ponesch 2017).

4.1.1.5 Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen nach Tom Kitwood

Der person-zentrierte Ansatz von Tom Kitwood et al. (2008) ist nicht als Pflegemodell zu verstehen, sondern als ein ergänzender Bezugsrahmen zur Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz. Nach Kitwood et al. sollen Menschen mit Demenz „in ihrem vollen Menschsein“ anerkannt werden. Nicht die Person-mit-DEMENZ, sondern die PERSON-mit-Demenz soll der Bezugsrahmen sein (Kitwood et al. 2008: 27). Dies setzt ein Verständnis von Personsein voraus und der entsprechenden Anerkennung als Person. Personsein ist für Kitwood et al. (2008: 27) „ein Stand oder Status, der dem einzelnen Menschen im Kontext von Beziehung und sozialem Sein von anderen verliehen wird. Er impliziert Anerkennung, Respekt und Vertrauen“. Beobachten lassen sich aber nach wie vor „entpersonalisierende Tendenzen“, die Kitwood et al. (2008: 75) mit dem Begriff „maligne, bösartige Sozialpsychologie“ belegen. Beispiele hierfür sind: Betrug, zur Machtlosigkeit verurteilen, Infantilisieren, Einschüchtern, Etikettieren, Stigmatisieren, Ignorieren, Zwang, Herabwürdigen u. a.m. Personsein anzuerkennen und Persönlichkeit wahrzunehmen kann nur gelingen, wenn Bedürfnisse erkannt werden und auf diese eingegangen wird. Nach Kitwood et al. (2008: 121) kann ein Mensch, ohne Befriedigung seiner Bedürfnisse „nicht einmal minimal als Person funktionieren“. Die wichtigsten psychischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz sind Trost, primäre Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität. Diese fünf Bedürfnisse vereinen sich im zentralen Bedürfnis nach Liebe (Kitwood et al. 2008: 121). Eine angemessene Pflege von Menschen mit Demenz bzw. positive Arbeit an der Person mit Demenz setzt den Einsatz verschiedener Arten von Interaktionen voraus. Hiermit sind

nicht die Ausführungen von Interventionen gemeint, sondern die Haltung der Pflegenden während der Ausführung oder die bewusste Anbahnung einer Interaktion. Als positive Interaktionen gelten das Anerkennen (Beachten, Grüßen, Zuhören, Blickkontakt), Verhandeln (Erfragen von Wünschen, Bedürfnissen, Vorlieben), Zusammenarbeiten (mit anderen Personen, Berücksichtigung vorhandener Fähigkeiten und Fertigkeiten), Spielen (Aktivitäten ohne Ziel zulassen, Spontaneität), Timalation (sensorischer Zugang), Feiern (Auflösung der Trennung von Pflegenden und zu pflegenden Personen), Entspannen (Nähe vermitteln). Darüber hinaus benennen Kitwood et al. psychotherapeutisch ausgerichtete Interaktionen wie Validation (Art der Gesprächsführung durch Anerkennen der Emotionen und Gefühle und im Antworten auf der Gefühlsebene), Halten und Erleichtern (eine Person in die Lage versetzen, etwas auszuführen, was sie sonst nicht ausführen könnte).

4.1.1.6 Der ICN-Ethikkodex

Für die Berufsgruppe der Pflegenden wurde ein internationaler Ethikkodex erstmalig 1953 vom International Council of Nurses (ICN) verabschiedet. Seitdem wurde dieser Kodex mehrfach überarbeitet und in verschiedene Sprachen übersetzt. Die aktuellste Fassung aus dem Jahr 2005 beinhaltet vier grundlegende Aufgaben: Gesundheit fördern, Krankheit verhüten, Gesundheit wiederherstellen, Leiden lindern (ICN 2010: 1). Neben den grundlegenden Aufgaben werden auch Anforderungen an die Pflegenden und ihre Handlungen gestellt (Auszüge mit Relevanz für die direkte Pflege):

- „Bei ihrer beruflichen Tätigkeit fördert die Pflegenden ein Umfeld, in dem die Menschenrechte, die Wertvorstellungen, die Sitten und Gewohnheiten sowie der Glaube des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft respektiert werden.“
- „Die Pflegenden gewährleisten, dass die pflegebedürftige Person ausreichende Informationen erhält, auf die er seine Zustimmung zu seiner pflegerischen Versorgung und Behandlung gründen kann.“
- „Die Pflegenden behandeln jede persönliche Information vertraulich und gehen verantwortungsvoll mit der Informationsweitergabe um.“
- „Die Pflegenden achten auf ihre eigene Gesundheit, um ihre Fähigkeit zur Berufsausübung nicht zu beeinträchtigen.“
- „Die Pflegenden beurteilen die Fachkompetenzen der Mitarbeitenden, wenn sie Verantwortung delegiert.“
- „Die Pflegenden gewährleisten bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit, dass der Einsatz von Technologie und die Anwendung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse vereinbar sind mit der Sicherheit, der Würde und den Rechten der Menschen.“
- „Die Pflegenden sorgen für eine gute Zusammenarbeit mit ihren Kolleg*innen und mit den Mitarbeitenden anderer Bereiche“ (ICN 2010: 2f.).

4.1.1.7 Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

Neben dem ICN-Ethikkodex ergeben sich weitere und überschneidende pflegerische Anforderungen aus der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (BMFSFJ & BMG 2018). Diese Charta wurde 2005 im Auftrag vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des sogenannten „Runden Tisch(es) Pflege“ erarbeitet. Dem Runden Tisch gehörten Vertreter*innen aus Verbänden, aus Ländern und Kommunen, Praxis und Wissenschaft an. Die Pflegecharta soll hilfe- und pflegebedürftige Menschen stärken, indem die grundlegenden und selbstverständlichen Rechte zusammengefasst und erläutert wurden. Darüber hinaus wurden Qualitätsmerkmale und Ziele für eine gute Pflege und Betreuung festgelegt (BMFSFJ & BMG 2018: 3):

- „Artikel 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe und auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbständiges Leben führen zu können.“
- „Artikel 2: Körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden.“
- „Artikel 3: Privatheit
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre.“
- „Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.“
- „Artikel 5: Information, Beratung und Aufklärung
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe und Pflege sowie der Behandlung.“
- „Artikel 6: Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.“
- „Artikel 7: Religion, Kultur und Weltanschauung
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben.“
- „Artikel 8: Palliative Begleitung, Sterben und Tod
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, in Würde zu sterben.“

4.1.1.8 Vorgaben der Pflegeversicherung und des Heimrechts

Zentrale Elemente des Pflegeverständnisses (siehe hierzu auch Abschnitt 4.1.1.9) finden sich auch im *Recht der Pflegeversicherung* und dem Heimrecht wieder. Besonders hervorzuheben ist § 2 SGB XI, der seit Einführung der Pflegeversicherung bis heute unverändert ist und die selbständige und selbstbestimmte Lebensführung betont:

- „Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten“ (§ 2 Abs. 1 SGB XI).
- „Ihren [den Pflegebedürftigen] Wünschen zur Gestaltung der Hilfe soll, soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden“ (§ 2 Abs. 2 SGB XI).
- „Auf die religiösen *Bedürfnisse* der Pflegebedürftigen ist Rücksicht zu nehmen“ (§ 3 Abs. 1 SGB XI).

Auch im *Heimrecht* sind entsprechende Anforderungen festgeschrieben. So wurden im Heimgesetz (HeimG) Ausführungen zum Zweck des Gesetzes benannt, die nach dem Übergang der Gesetzgebungskompetenz für das Heimrecht vom Bund auf die Länder, in das jeweilige Landesgesetz wörtlich oder sinngemäß übernommen worden sind.

Zweck des Heimgesetzes bzw. der heutigen Landesregelungen ist es u. a.,

- „die Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen vor Beeinträchtigungen zu schützen“,
- „die Selbständigkeit, die Selbstbestimmung und die Selbstverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner zu wahren und zu fördern“,
- „die Einhaltung der dem Träger des Heims (Träger) gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern obliegenden Pflichten zu sichern“,
- „die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner zu sichern“ und
- „eine dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Qualität des Wohnens und der Betreuung zu sichern“ (§ 2 Abs. 1 Ziffer 1 bis 5 HeimG).

Hervorzuheben sind in diesem Kontext auch die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI, in denen Stellenschlüssel für Pflegeheime und Fachkraftquoten geregelt sind (siehe hierzu auch Rothgang & Wagner 2019).

4.1.1.9 Verständnis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Mit dem Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) wurde im Leistungsrecht der Pflegeversicherung ein neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit definiert und das damit einhergehende Begutachtungsinstrument (BI) eingeführt. Mit der Neufassung wurde der Pflegebedürftigkeitsbegriff nach § 14 SGB XI auf eine grundlegend neue, den pflegewissenschaftlichen Anforderungen entsprechende fachliche Grundlage gestellt (BMG 2013). Im Rahmen der Entwicklung eines bundeseinheitlichen Instrumentes zur Personalbemessung ist diese Neuausrichtung und die damit verbundene uns intendierte Veränderung im Leistungsgeschehen zu berücksichtigen. Nach § 18 Abs. 1 Satz 2 SGB XI haben die beauftragten Gutachter „durch eine Untersuchung des Antragstellers die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bei den in § 14 Absatz 2 genannten Kriterien nach Maßgabe des § 15 sowie die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln“.

Um das im Pflegeversicherungsrecht aktualisierte Verständnis zur Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) und das neue Begutachtungsinstrument (§ 15 SGB XI; MDS 2017) im Rahmen der Entwicklung eines bundeseinheitlichen Instrumentes zur Personalbemessung angemessen zu berücksichtigen, war es wichtig, die handlungsleitenden Elemente herauszuarbeiten und bei der Erstellung des Interventionskataloges zur berücksichtigen. Hierbei ergaben sich drei zu betrachtende Dimensionen:

- die Struktur des Begutachtungsinstrumentes (sechs bewertungsrelevante Module),
- die Abstufungen der Grade der Selbständigkeit durch Beurteilung der Unterstützungsform und deren Ausprägung und
- die damit einhergehende Förderung der Fähigkeiten und Ressourcen (vgl. Abschnitt 5.3.3.2).

Aus Sicht von Wingenfeld und Büscher ändert sich mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem BI nicht nur der Leistungszugang in der Pflegeversicherung, sondern auch das *Verständnis von Pflege*. Mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes werden Impulse gegeben die Selbständigkeit der Pflegebedürftigen möglichst lange zu erhalten und zu fördern (Wingenfeld & Büscher 2017: 3). Es erfolgt in diesem Zusammenhang eine neue Akzentuierung der Ausgestaltung pflegerischer Hilfen, unter anderem durch

- umfassenden Hilfen bei der Bewältigung der Folgen von Krankheit und funktionellen Beeinträchtigungen,
- Erhaltung und Förderung der Selbständigkeit,
- Aufklärung, Beratung und Anleitung pflegebedürftiger Menschen und Angehörigen (Wingenfeld & Büscher 2017: 7ff.).

Im Kern soll nicht die Beeinträchtigung der Pflegebedürftigen, sondern der *Grad der Selbständigkeit* bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen im Fokus stehen. Dazu umfasst der Schwerpunkt der pflegerischen Versorgung nicht mehr primär die Abhängigkeit von personeller Hilfe bei den Verrichtungen im Bereich der Grundpflege (und hauswirtschaftlichen Versorgung), sondern integriert alle relevanten Bereiche der elementaren Lebensführung in den Versorgungsauftrag der Pflegenden. Dieser veränderte Fokus – Grad der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen, statt nur Bedarf an personeller Hilfe z. B. bei der Körperpflege und das fokussierte Einschließen der sozialen Teilhabe von Pflegebedürftigen (Wingenfeld et al. 2011; Wingenfeld & Büscher 2017) – bildet eine wesentliche Grundlage bei der Entwicklung der studienleitenden Instrumentarien.

Darüber hinaus werden mit dem neuen Begutachtungsinstrument erstmals systematisch die Präventions- und Rehabilitationsbedarfe der Pflegebedürftigen erfasst und definiert und die Bedarfe von Menschen mit psychischen, kognitiven oder gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen stärker hervorgehoben und mit den Leistungsansprüchen verknüpft (Wingenfeld et al. 2011: 64 ff.).

Für die sozialrechtliche Bewertung von Pflegebedürftigkeit sind die ersten sechs Module des Begutachtungsinstruments maßgeblich. Anhand der jeweiligen Items werden die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen ermittelt. Die Module stellen „den Kern des neuen Begutachtungsverfahrens dar und enthalten alle Merkmale, die in die Bestimmung des Grades der Pflegebedürftigkeit einfließen oder zur Darstellung anderer Beeinträchtigungen der Selbständigkeit (Hilfebedürftigkeit) Verwendung finden“ (Wingenfeld et al. 2011: 41). Aus den Beeinträchtigungen der Selbständigkeit, die die Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit begründen, erwächst ein durch pflegerische Interventionen zu befriedigender Hilfebedarf. Dabei wird der Umfang des Hilfe- bzw. Pflegebedarfs nicht durch das BI festgelegt, kann aber qualitativ unter anderem aus den Begutachtungsergebnissen abgeleitet werden.

Einige Module enthalten Items mit einem direkten Bezug zu pflegerischen Interventionen (Modul 1: Mobilität, Modul 4: Selbstversorgung, Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte). Wie die nachstehenden Beispiele zeigen, führen Einschränkungen in der Selbständigkeit hier direkt zu Hilfebedarfen und beeinflussen das erforderliche Übernahmeniveau (MDS & GKV-Spitzenverband 2017: 37).

Zwei Beispiele:

Modul 1: Item 4.1.1 Positionswechsel im Bett

Bewertung: unselbständig: Die Person kann sich beim Positionswechsel nicht oder nur minimal beteiligen. Notwendige pflegerische Intervention: Übernahme aller oder nahezu aller Teilschritte bei einem Positionswechsel im Bett.

Modul 4: Item 4.4.4 Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare

Bewertung: unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht oder nur minimal beteiligen. Notwendige pflegerische Intervention: Übernahme aller oder nahezu aller Teilschritte beim Duschen (oder Baden).

Beeinträchtigungen bei den Items der Module 2 (kognitive und kommunikative Fähigkeiten) und 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) führen teilweise zu spezifischen Pflegeinterventionen (z. B. das Führen eines Bewohnergesprächs, Gedächtnistraining im Rahmen der Alltagsgestal-

tung), vor allem aber zu anderen Übernahmeniveaus und Zeitaufwänden (z. B. Orientierung geben bei der Fortbewegung, Anleiten bei der Körperpflege). Durch die Einbindung der neuen Begutachtungssystematik in die Personalbemessung musste daher sichergestellt sein, dass das im Interventionskatalog abzubildende Leistungsspektrum alle Pflegeinterventionen erfasst.

Ebenfalls zu berücksichtigen war die Beurteilung der Selbständigkeit, die in den Modulen 1, 4, 5 und 6 zum Tragen kommt und über vier Abstufungen erfolgt (selbständig, überwiegend selbständig, überwiegend unselbständig und unselbständig). Für die Abstufung der Selbständigkeit sind in den Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit einheitliche Setzungen vorgenommen und diese mit exemplarischen Handlungsformen beschrieben worden.

Als *selbständig* gelten Personen, die die jeweilige Handlung bzw. Aktivität in der Regel selbständig, also ohne Hilfe durch dritte Personen, durchführen können. Hierbei spielt es keine Rolle, ob die Durchführung erschwert, verlangsamt oder nur mit Zuhilfenahme von Hilfsmitteln möglich ist (MDS & GKV-Spitzenverband 2017: 37).

Eine Person gilt als *überwiegend selbständig*, wenn sie den größten Teil der Aktivität selbständig durchführen kann und folgende Hilfestellungen erforderlich sind:

- zurechtlegen, vorbereiten,
- Aufforderung,
- Unterstützung bei der Entscheidungsfindung,
- partielle Beaufsichtigung und Kontrolle,
- punktuelle Übernahme von Teilhandlungen,
- Anwesenheit aus Sicherheitsgründen.

Eine Person gilt als *überwiegend unselbständig*, wenn sie die Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbständig durchführen kann und folgende Hilfestellungen erforderlich sind:

- ständige Motivation,
- ständige Anleitung,
- ständige Beaufsichtigung und Kontrolle,
- Übernahme von Teilhandlungen.

Eine Person gilt als *unselbständig*, wenn sie die Aktivität in der Regel nicht selbständig durchführen bzw. steuern kann, auch nicht in Teilen, und vollständige oder nahezu vollständige Übernahme der Handlungen erforderlich ist.

4.1.1.10 Implikationen für die Studie

Die Philosophien und die spezifischen Aspekte der oben beschriebenen Pflegemodelle, des ICN-Ethikkodex, die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, die Vorgaben der Pflegeversicherung und des Heimrechts sind in die im folgenden Kapitel beschriebene Entwicklung des Interventionskataloges und -handbuches eingeflossen und wurden so auch in der Konzeption der Schulungen für die Datenerhebenden berücksichtigt. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit dem Begutachtungsinstrument fand dabei besondere Berücksichtigung. Die Begutachtungssystematik mit den modulbezogenen Items und den festgelegten Abstufungen der Selbständigkeit bieten explizit drei Anknüpfungspunkte für die Personalbemessung: Erstens werden für das Leistungsspektrum *Inhalte* aufgezeigt, die im Interventionskatalog hinterlegt sein müssen. Zweitens werden für die Einordnung der notwendigen *Hilfeformen* Hinweise zur Art der Leistungsdurchführung gegeben, die in den Pflege- und Betreuungsplanungen aufgegriffen werden können und drittens werden (noch) vorhan-

dene *Fähigkeiten* aufgezeigt, die es zu fördern gilt und die ebenfalls in den Pflege- und Betreuungsplanungen wiederzufinden sein sollten.

4.1.2 Entwicklung des Interventionskataloges auf Basis von Literaturrecherchen

Zur Umsetzung des Erhebungskonzepts wird ein abgeschlossener und vollständiger Interventionskatalog benötigt, der das gesamte Spektrum der pflegerischen Versorgung abbildet. Die Grundlage für die Erstellung eines solchen Katalogs bildet eine Literaturrecherche, die zum einen auf die Literaturrecherche der Studie „Evaluation des NBA – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS)“ (Rothgang et al. 2015a) aufbaut und sich zum anderen auf die Recherche von pflegerischen Interventionskatalogen (Maßnahmenkatalogen) konzentriert. Die Literaturrecherche erfolgte in zwei Etappen. Zunächst wurde eine (Ergänzungs-)Recherche zu möglichen Interventionssystemen/-katalogen durchgeführt (Abschnitt 4.1.2.1), später speziell zu einzelnen Interventionen (Abschnitt 4.1.2.2). In den Folgenabschnitten wird beschrieben, wie basierend auf den Erkenntnissen der Literaturrecherche der Interventionskatalog (Abschnitt 4.1.2.3) sowie die Interventionsbeschreibungen (Abschnitt 4.1.2.4) erarbeitet wurden. Zusätzlich zu Einzelinterventionen werden Interventionseinheiten gebildet (Abschnitt 4.1.2.5) und die Erarbeitung der erforderlichen Teilschritte und Anforderungen zur fachgerechten Erbringung erläutert (Abschnitt 4.1.2.6). Außerdem wurde die Interaktionsarbeit in Zusammenarbeit mit den Kollegen des iaw auf Ebene der Interventionen, Teilschritte und Anforderungen integriert (Abschnitt 4.1.2.7). Wie Maßnahmen zur Prävention und Risikovermeidung und zum Umgang mit Menschen mit gerontopsychiatrisch bedingten Beeinträchtigungen in den Interventionskatalog eingeflossen sind in den Abschnitten 4.1.2.8 und 4.1.2.9 beschrieben, die Festlegung des Interventionskataloges abschließend in Abschnitt 4.1.2.10.

4.1.2.1 Recherche und Ergebnisse zu den pflegerischen Interventionssystemen

Ziel der Literaturrecherche war es, im nationalen wie internationalen Raum Interventionssysteme zu identifizieren, die bei der Erarbeitung des Interventionskatalogs hilfreich sind. Im Einzelnen wurde folgenden Fragen nachgegangen:

- Welche Maßnahmenkataloge werden in Personalbemessungsverfahren genutzt und inwieweit können diese im deutschen Kontext (auch vor dem Hintergrund der Ziele des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs) übertragen werden?
- Welche Kriterien für eine fachgerechte Erbringung der Maßnahmen werden genannt und wie können hieraus Maßstäbe für den deutschen Kontext abgeleitet werden?
- Werden Zeitwerte für einzelne Maßnahmen genannt und können diese auf Deutschland übertragen werden?
- Welche Qualifikationsanforderungen für die Erbringung der jeweiligen Maßnahmen und auch der indirekten Leistungen (z. B. Qualifizierungsmaßnahmen, Anleitung von Hilfskräften und Maßnahmen zur Personalgewinnung und -bindung) werden verwendet und wie können diese auf den deutschen Kontext angewandt werden?
- Welche Besonderheiten sind für die Leistungserbringung im Nachtdienst zu beachten?

Die Recherche erfolgte in einschlägigen Datenbanken (LIVIVO, Cinahl, CareLit, GVK-PLUS, Cochrane Library, Google Scholar, Forschungsdatenbank des ZQP). Eine Übersicht zu den eingeschlossenen Datenbanken in den Metadatenbanken ist in Anlage A 3.1 aufgelistet. In die Auswertung wurden ausschließlich publizierte (online oder print) pflegerische Interventionssysteme eingeschlossen oder Systeme (beispielsweise Pflegediagnosenklassifikationen), die Interventionssysteme beinhalten. Interventionssysteme, bei denen bereits der Zugang lizenzpflichtig ist, wurden ausgeschlossen. In die nähere Betrachtung wurden einbezogen:

- ENP (European Nursing care Pathways),
- POP (PraxisOrientierte Pflegediagnostik),
- CCC (Clinical Care Classification),
- CH-NMDS (Schweizer Nursing Minimum Data Set) und
- NIC (Nursing Intervention Classification).

ENP® (European Nursing care Pathways)

European Nursing care Pathways wurde im Rahmen eines Projektes zwischen 1989 und 1998 initierend entwickelt und ist eine „standardisierte Pflegefachsprache, die Pflegende bei der Pflegeplanung und Dokumentation unterstützen kann“ (Helmbold 2012: 54). ENP ist wie eine Pflegeklassifikation aufgebaut und enthält Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegeinterventionen. Die aktuelle Auflage von 2012 (Praxisleitlinien Altenpflege) enthält 4 Domänen, 21 Klassen, 127 Kategorien, 542 Pflegediagnosen und 2.511 Pflegeinterventionen (Helmbold 2012: 77), welche über eine Buchpublikation zugänglich sind. Die Strukturierung ist einfach, die Interventionen jedoch nur über die Pflegediagnosen erfassbar. Zeitwerte sind zwar vorhanden, jedoch nicht in der Buchpublikation aufgeführt. Der Einsatz in der Praxis ist lizenzpflichtig.

Müller Staub und Rappold (2017) haben verschiedene Klassifikationssysteme anhand von Studien beurteilt. Bezüglich ENP kommen sie zu dem Schluss, dass *keine Nachweise* für Qualitätsverbesserungen, zur Genauigkeit der Pflegediagnosen oder zur Wirksamkeit der ENP-Interventionen vorliegen (Müller Staub & Rappold 2017: 289). Da zudem die Interventionen ohne Lizenz in der Buchpublikation nur über die Pflegediagnosen erschlossen werden können und die 2.511 Pflegeinterventionen teilweise auf der Aktivitätenebene einzuordnen sind, wurde ENP vor dem Hintergrund der schlechten Umsetzbarkeit im Rahmen der Studie *nicht weiter in die Bearbeitung einbezogen*.

POP (PraxisOrientierte Pflegediagnostik)

Die PraxisOrientierte Pflegediagnostik (Stefan et al. 2013) wurde 2009 erstmals veröffentlicht (Schalek & Stefan 2017). POP ist eine „Pflegeklassifikation, bei der die pflegediagnostischen Beschreibungen von notwendigen Voraussetzungen (= Ressourcen) abgeleitet werden“ (Stefan et al. 2013: 4). In POP werden drei unterschiedliche Bereiche von Ressourcen unterschieden: körperliche/funktionelle, psychische und soziale/umgebungsbedingte Ressourcen. In der aktuellen Version sind 9 Domänen, 18 Klassen und 160 Pflegediagnosen enthalten. Die Pflegemaßnahmen sind nicht klassifiziert und nur über die jeweilige Pflegediagnose zugänglich. Innerhalb der Pflegediagnose sind die gelisteten Pflegemaßnahmen den jeweiligen Ressourcenbereichen zugeordnet. Sowohl die Pflegeziele als auch die Pflegemaßnahmen sind laut Autoren kein Bestandteil der Klassifikation, sie haben lediglich anleitenden und beispielhaften Charakter (Stefan et al. 2013: 23). Die Anwendung in der Praxis ist ohne Lizenzkosten möglich.

Müller Staub und Rappold (2017) bescheinigen, dass für POP bisher *keine Validierungsparameter* vorliegen und (wie durch Stefan et al. (2013) beschrieben) *keine Klassifikation für die Ergebnisse* und Pflegeinterventionen existiert (Müller Staub & Rappold 2017: 290). Da zudem die Interventionen in der Buchpublikation nur über die Pflegediagnosen erschlossen werden können und lediglich anleitenden und beispielhaften Charakter haben, wurde diese *von der weiteren Bearbeitung ausgeschlossen*.

CCC (Clinical Care Classification)

Das CCC-System ist eine kostenlose Pflegepraxisklassifikation von Virginia Saba (2010) und besteht aus einer standardisierten kodierten Pflegeterminologie und einem Informationsmodell zur Dokumentation. Das CCC-System verknüpft Diagnosen, Ergebnisse und Interventionen. Es beinhaltet 21

Pflegekomponentenklassen, 4 Gesundheitsverhaltensmuster, 182 Pflegediagnosen, 546 Pflegeergebnisse und 198 Pflegeinterventionen und -aktivitäten (Saba 2010). Die gesamte Systematik ist online in einem Test-Tool verfügbar.⁴ Die Erstellung der Pflegediagnose und des Interventionscodes folgt den sechs Schritten des von der ANA empfohlenen Pflegeprozesses (Assessment/Informationssammlung, Diagnose, Ergebnisidentifikation, Planung, Implementierung (Durchführung) und Bewertung). Die Klassifikationen der Pflegediagnosen, Pflegeergebnisse und Pflegeinterventionen sind als Listen einsehbar.⁵ Müller Staub und Rappold (2017) berichten, dass im Ergebnis ihrer durchgeführten Literaturrecherche für die Pflegeinterventionen der CCC *keine Studien* hinsichtlich der Qualität, Wirksamkeit und Evidenz vorliegen (Müller Staub & Rappold 2017: 271), was zum *Ausschluss des CCC-Systems im Rahmen der Studie* führte.

CH-NMDS (Schweizer Nursing Minimum Data Set)

Das CH-NMDS wurde 2001 bis 2004 entwickelt und ist ein Datensatz, der die wichtigsten Daten zur Beschreibung pflegerischer Tätigkeiten zu nicht klinischen Zwecken enthält (NURSING data 2004a: 8). Obwohl versucht wurde, einen anderen Ausdruck für „Pflegeintervention“ zu finden, wurde der Terminus von den Autoren schließlich beibehalten. Ursprünglich war begrifflich eine höhere Abstraktionsebene angestrebt. Eine Liste der Pflegeinterventionen ist verfügbar (siehe NURSING data 2004b), sie umfasst 51 Termini und jede Pflegeintervention wurde in die Struktur der ICF eingeordnet. Zur Beschreibung der jeweiligen Pflegeintervention werden zwei Achsen miteinander kombiniert: Zum einen wird das Ziel (der Fokus) benannt und zum anderen der Handlungstyp angegeben. Für den Handlungstyp sind vier Beschreibungen vorgesehen: einschätzen/überwachen, beraten/unterrichten, durchführen/umsetzen und unterstützen/begleiten (NURSING data 2004a: 18). Dies soll an einem Beispiel verdeutlicht werden:

Beispiel: „I11/b4.8/d «Intervention in Verbindung mit der Herzfunktion – durchführen/umsetzen»: Eine Intervention durchführen/umsetzen, um zur Aufrechterhaltung und Wiedererlangung einer optimalen Herzfunktion beizutragen, um Herzproblemen und deren Folgen vorzubeugen und sie zu behandeln.“ (NURSING data 2004a: 18)

Das Beispiel zeigt, dass keine spezifischen Interventionen benannt werden. Hierzu erfolgen im CH-NMDS Zuordnungen aus der NIC. Die Verknüpfung des CH-NMDS mit der NIC bedingt, dass eine weitere Betrachtung des CH-NMDS *außer Acht gelassen wird*, da die NIC in Originalversion bewertet wird und die Weiterentwicklung innerhalb des CH-NMDS für das Projekt keinen Mehrwert darstellte.

NIC (Nursing Intervention Classification)

Die Nursing Intervention Classification (Bulechek et al. 2016) wird seit 1987 entwickelt und ist eine „umfassende, standardisierte Sprache zur Beschreibung der von Pflegenden durchgeführten Interventionen, Aktivitäten und Behandlungen“ (ebd.: 31). Die Entwicklung erfolgt forschungsbasiert mit multimethodischen Ansätzen (ebd.: 35). Die aktuelle Auflage von 2013 (übersetzt 2016) enthält 7 Bereiche, 30 Klassen, 554 Interventionen, welche über eine Buchpublikation zugänglich sind. Die Strukturierung ist einfach und die Interventionen schnell erfassbar. Zudem sind die Interventionen mit einem Zeitwert als Orientierungswert und mit dem Ausbildungsgrad, welcher zur Ausführung mindestens erforderlich ist, hinterlegt. Die Zeitwerte sind Schätzwerte und Zeitspannen (z. B. Lagerung/Positionierung 16-30 Minuten), welche in mehreren Arbeitsschritten entstanden, aber durch

⁴ <https://www.sabacare.com/online-code-builder-1/>

⁵ <https://sabacare.com/Custom/Tables/Interventions.php?SF=IntCode&SO=Asc>

die Zeitspannen recht ungenau sind so dass eine Übertragbarkeit der Zeiten auf die stationäre Altenpflege in Frage zu stellen ist. Das Ausbildungsniveau wird seit 2002 angegeben und ist definiert als Ausbildungsgrad, „der in den meisten Fällen und in den meisten Bundesstaaten [der USA] mindestens erforderlich ist“ (ebd.: 871). Die Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse ist nur eingeschränkt gegeben, da durch die in den verschiedenen Pflegeausbildungssystemen die Kompetenzbereiche der Pflegenden rechtlich anders definiert sind. Zum einen enthält die NIC eine Vielzahl von Interventionen, die in Deutschland nicht zu den Aufgaben von Pflegefachkräften gehören (Beispiel: Kunsttherapie – Aufgabe von Therapeuten (ebd.: 535)), zum anderen entspricht der festgelegte Ausbildungsgrad nicht immer dem des deutschen Systems (Beispiel: Krisenintervention – Pflegefachperson mit Weiterbildung und/oder Studium (ebd.: 533); Mund-/Zahnpflege – Pflegefachperson (ebd.: 575), Urininkontinenzpflege – Pflegefachperson (ebd.: 789). Der Einsatz ist lizenzpflichtig.

Müller Staub und Rappold (2017: 268) bescheinigen der NIC im Vergleich mit anderen Klassifikationen den *höchsten Validierungsgrad*. Gleichzeitig bezieht sich die NIC aber nicht nur auf die Langzeitpflege, sondern insbesondere auch auf die Krankenhauspflege und ist somit für den Zweck der Studie zu breit angelegt. Da die Lizenzpflicht zudem einer flächendeckenden Nutzung im deutschen System der Langzeitpflege entgegensteht, wurde auch die NIC nicht als ausreichende Grundlage der Studie eingestuft. Allerdings wurde der selbst entwickelte Leistungskatalog durch einige Überlegungen aus der NIC instruiert.

Tabelle 1: Zusammenfassende Übersicht der betrachteten Pflegeinterventionssysteme

Interventionssystem	Verfügbare Elemente	Bewertung
ENP (European Nursing care Pathways)	Pflegediagnosen, Pflegeziele, Pflegeinterventionen, (Zeitwerte zu den Pflegeinterventionen sind nicht in den zugänglichen Publikationen enthalten)	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeinterventionen sind in den zugänglichen Publikationen nur über die Pflegediagnosen zugänglich, keine eigene Klassifikation für Pflegeinterventionen • Bewertung der Validität nach Müller Staub & Rappold (2017): Validität ist nicht gegeben
POP (Praxisorientierte Pflegediagnosen)	Pflegediagnosen, Pflegeziele, Pflegeinterventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeinterventionen sind in den zugänglichen Publikationen nur über die Pflegediagnosen zugänglich, keine eigene Klassifikation für Pflegeinterventionen • Bewertung der Validität nach Müller Staub & Rappold (2017): Validität ist nicht gegeben
CCC (Clinical Care Classification)	Pflegediagnosen, Pflegeziele, Pflegeinterventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeinterventionen sind online über die Pflegediagnosen zugänglich; Pflegeinterventionen sind klassifiziert, jedoch separat zugänglich: https://www.sabacare.com/online-code-builder-1/ • Bewertung der Validität nach Müller Staub & Rappold (2017): Validität ist nicht gegeben
CH-NMDS (Schweizer Nursing Minimum Data Set)	Pflegephänomene, Pflegeinterventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeinterventionen basieren auf der Klassifikation für Pflegeinterventionen (NIC), wurden jedoch auf eine höhere und allgemeinere Abstraktionsebene aggregiert • Bewertung der Validität nach Müller Staub & Rappold (2017): nicht bewertet
NIC (Nursing Intervention Classification)	Pflegeinterventionen, Zeitwerte zu den Pflegeinterventionen, US-Qualifikationsgrade	<ul style="list-style-type: none"> • Klassifikation für Pflegeinterventionen • Bewertung der Validität nach Müller Staub & Rappold (2017): Höchster Grad an Validität

Tabelle 1 fasst die betrachteten Interventionssysteme tabellarisch zusammen. Dabei werden die verfügbaren Elemente der jeweiligen Klassifikation gelistet, der Zugang zu den jeweiligen Interventionen benannt und die Bewertung der Validität durch Müller Staub und Rappold (2017) referiert. Im Ergebnis erwiesen sich alle beschriebenen Interventionssysteme aufgrund der fehlenden Validität, Anwendbarkeit und/oder Übertragbarkeit als für die Studie ungeeignet. Ausnahme bildet dabei die NIC, die im weiteren Verlauf in die Entwicklung des Interventionskatalogs einfließt (siehe Abschnitt 4.1.2.3).

4.1.2.2 Recherche und Ergebnisse zu den einzelnen pflegerischen Interventionen

Sind die einzelnen pflegerischen Interventionen bestimmt, müssen sie beschrieben werden. Hierzu wurde eine strukturierte Recherche zu den Interventionen „Körperpflege“ (nicht spezifiziert) und „Mund- und Zahnpflege“ durchgeführt, um zu prüfen, inwieweit eine systematische Literaturrecherche zu einschlägigen Studien zielführend ist.

Für die systematische Literaturrecherche wurde zu Beginn eine Strategie festgelegt, an der sich die Recherche für die einzelnen Maßnahmen orientierte. Hierbei galt es zunächst die erforderlichen Recherchekomponenten festzulegen und im Anschluss daran mittels einer Orientierungsrecherche die zugehörigen Suchbegriffe zu definieren. Bei der anschließenden Recherche in den Datenbanken sollte ausschließlich Literatur zu den Studien einbezogen werden, die sich mit fachbezogener Pflege und Betreuung beschäftigen. Dabei wurde nur englisch- und deutschsprachige Literatur berücksichtigt. Nach Festlegung der Suchstrategie wurde diese in den bereits benannten Datenbanken umgesetzt (LIVIVO mit Medline, Cinahl, CareLit, GKV-Plus, Cochrane, Google Scholar und die Forschungsdatenbank des ZQP).⁶ Auf die Recherche in den Datenbanken folgte eine Bewertung aller Suchergebnisse auf Grundlage ihres Titels und des Abstracts mit dem Ziel, die nicht relevanten Quellen von der potentiell relevanten Literatur zu trennen. Hierbei galt es insbesondere, Studien zur Pflege von Minderjährigen und Forschung im Setting Krankenhaus auszuschließen. Für beide Recherchen galten folgende Ein- und Ausschlusskriterien:

- die Literatur muss sich auf fachbezogene Pflege und Betreuung beziehen,
- es geht um das Setting Pflegeeinrichtungen,
- es werden insbesondere Studien recherchiert,
- der Zeitraum wird auf die letzten 10 Jahre begrenzt (2008-2018) und
- es wird nur englisch- und deutschsprachige Literatur herangezogen.

Die Recherche für die Körperpflege erfolgte im Dezember 2017 und wurde während der Berichtserstellung aktualisiert, ohne dass neue Erkenntnisse gewonnen werden konnten. Es wurde nach fundierten Standards und Prozessbeschreibungen zur fachgerechten Körperpflege in Pflegeeinrichtungen recherchiert. In der Recherche wurde sowohl das Waschen als auch das Duschen und Baden einbezogen.

Über alle Datenbanken hinweg wurden zunächst 957 Treffer erzielt. Nach der Zusammenführung in einem Literaturverwaltungsprogramm, Entfernung von Duplikaten und Durchsicht verblieben 28 Treffern. Von diesen waren 17 Publikationen deskriptiver Art, also Artikel, die die jeweiligen Prozeduren ohne wissenschaftliche Belege beschrieben haben. 11 Studien wurden als nicht relevant aus-

⁶ Siehe Anlage A 3.1 für eine detaillierte Dokumentation der verwendeten Datenbanken sowie der einzelnen Suchverläufe mitsamt den verwendeten Abfragen und Trefferzahlen.

geschlossen, da aus ihnen keine Hinweise zur Durchführung der Interventionen zu generieren waren. Insgesamt konnten also *keine* relevanten Publikationen identifiziert werden (Tabelle 2).

Tabelle 2: Übersicht zur Literaturrecherche „Körperpflege“

Fragestellung	Gibt es fundierte Standards (Prozessbeschreibungen) zur fachgerechten Körperpflege (waschen, duschen, baden) in Pflegeeinrichtungen?
Recherchekomponenten	1 Pflegeeinrichtungen (Setting) 2 Körperpflege 3 Standards, Prozesse, Prozessbeschreibungen, Pflegetechniken, Studie
Darstellung der Suchbegriffe	Anlagenband (A 3.1)
Treffer insgesamt	28
Durchsicht der verbliebenden Treffer auf ihre Relevanz	17 deskriptive Artikel (beschreibende Darstellungen) 11 nicht relevante Studien
Verwendbare Literatur	0

Die Recherche zur Mund- und Zahnpflege brachte ähnliche Ergebnisse (Tabelle 3). Die Recherche wurde im selben Zeitraum durchgeführt und während der Berichtserstellung aktualisiert. Über alle Datenbanken hinweg konnten 1.090 Treffer exportiert werden. Nach der Zusammenführung, Entfernung von Duplikaten und einer Durchsicht verblieben 64 Treffer in der engeren Bewertung. Davon waren 10 Publikationen deskriptiver Art und 54 Studien nicht relevant. Auch hier wurden somit keine neuen, verwertbaren Erkenntnisse gewonnen.

Tabelle 3: Übersicht zur Literaturrecherche „Mund- und Zahnpflege“

Fragestellung	Gibt es fundierte Standards (Prozessbeschreibungen) zur fachgerechten Mund- und Zahnpflege in Pflegeeinrichtungen?
Recherchekomponenten	1 Pflegeeinrichtungen (Setting) 2 Mund- und Zahnpflege 3 Standards, Prozesse, Prozessbeschreibungen, Pflegetechniken, Studie
Darstellung der Suchbegriffe	Anlagenband (A 3.1)
Treffer insgesamt	64
Durchsicht der verbliebenden Treffer auf ihre Relevanz	10 deskriptive Artikel (beschreibende Darstellungen) 54 nicht relevante Studien
Verwendbare Literatur	0

Die systematische Literaturrecherche zu den beiden Interventionen blieb somit ergebnislos. ‚Treffer‘ die als nicht relevant eingestuft wurden, umfassten Studien, die die gesuchten Interventionen hinsichtlich der Wirksamkeit in bestimmten Settings beschrieben, aus denen jedoch keine Aussagen im Sinne von „best practice“ hinsichtlich der Durchführung von Interventionen abgeleitet werden konnten. Weiter wurden Artikel gefunden, die Expertenmeinungen oder Erfahrungsberichte wiedergaben, jedoch diese nicht mit Evidenz belegen konnten. Aufgrund dieser unzureichenden Studienlage zentraler pflegerischer Interventionen wurde die Durchführung weiterer systematischer Recherchen abgebrochen und die Entscheidung getroffen, die Erarbeitung der in den Katalog einzubeziehenden Interventionen auf der Basis von *Lehrbüchern zu Pflegetechniken* zu erstellen.

Im weiteren Verlauf wurden fundierte aktuelle Standardwerke der Pflege ausgewählt, in denen die Durchführung der Pflegeinterventionen systematisch beschrieben wird. Das Studententeam hatte somit Zugang zu verschiedenen Literaturquellen, in denen die Durchführung der vielfältigen Pflegeinterventionen beschrieben wurde. Bei einem abweichenden Vorgehen in der Durchführung der Interventionen zwischen den verschiedenen Lehrbüchern entschieden sich die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen nach pflegewissenschaftlicher Diskussion im Team im Konsensverfahren für ein bestimmtes Vorgehen (vgl. Abschnitt 4.1.2.4). Dieses Verfahren – Sichtung verschiedener aktueller Lehrbücher und pflegewissenschaftlich geleitete Konsensfindung bei der Definition der Durchführung von Pflegeinterventionen – kompensiert an dieser Stelle die fehlenden aktuellen Studienergebnisse zum pflegerischen Vorgehen bei bestimmten Pflegeinterventionen.

4.1.2.3 Erstellungsprozess des Interventionskataloges

Ausgangspunkt der Erarbeitung des Interventionskataloges war der Maßnahmenkatalog, der im Rahmen der EVIS-Studie (Rothgang et al. 2015a) entwickelt worden ist. Dieser enthielt alle Interventionen, die Pflegebedürftige in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege erhalten können. Als ein Ergebnis der EVIS-Studie konnte jedoch attestiert werden, dass ein Teil der gelisteten Maßnahmen nur sehr selten umgesetzt worden sind, so dass für den neuen Interventionskatalog einerseits eine geringere Granularität angestrebt werden sollte und andererseits Ergänzungen zu berücksichtigen waren, die sich aus der aktualisierten Literaturrecherche (siehe Abschnitt 4.1.2.1) ergeben haben.

Nach der Literaturrecherche verblieb einzig die Nursing Intervention Classification (NIC) als zu berücksichtigende Interventionsklassifikation, die als deutschsprachige Publikation vorliegt. Die NIC enthält 554 Interventionen, die in 30 Klassen eingeordnet sind. Die Interventionen der NIC decken den gesamten pflegerischen Versorgungsbereich ab und beinhalten somit viele Interventionen, die für die Langzeitpflege nicht relevant sind (beispielsweise Pflege in der Anästhesie, forensische Pflege, Früh- und Neugeborenenpflege, geburtshelferische Pflege, Gemeindepflege, perioperative Pflege, radiologische Pflege, Rettungsflugpflege u. a.m.). Zunächst mussten also alle Interventionen identifiziert und ausgeschlossen werden, die ausschließlich für Versorgungsbereiche relevant sind, die nicht die Langzeitpflege betreffen. Zudem sollten Interventionen einer Oberkategorie zugeordnet werden, sobald die Aufschlüsselung in der NIC zu kleinteilig für die Langzeitpflege war.

Insgesamt entstand so ein Interventionskatalog mit 9 Interventionskategorien und 107 einzelnen Interventionen (konsentiertes Ergebnis, vgl. Abschnitt 4.2), die im Rahmen der weiteren Entwicklung auszuarbeiten waren. Die Gliederung der Interventionen in Kategorien war zur besseren Orientierung für die Datenerhebenden gedacht, die während der Erhebung auf den gesamten Katalog Zugriff hatten, um bei spontan auftretenden (Bedarfs-)Interventionen die notwendigen Erfassungen zügig starten zu können. Die ersten fünf Kategorien sind an die Module des Begutachtungsinstruments angelehnt und enthalten direkte pflegerische Interventionen in den Bereichen:

- Mobilität (4 Interventionen),
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten/Gestaltung des Alltagslebens (15 Interventionen),
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (3 Interventionen),
- Selbstversorgung (20 Interventionen) und
- Krankheits- und therapiebedingte Aufgaben (21 Interventionen).

Die übrigen vier Kategorien umfassen Interventionen, die zur Sicherung der Organisation und der Qualitätssicherung notwendig sind und u. a. im Kontext des Human-Ressource-Managements, also der Personalbeschaffung, Personalentwicklung, Personalführung und Personalbindung stehen:

- Beratung und Schulung (10 Interventionen),

- Pflegeprozess/Kommunikation/Organisation (15 Interventionen),
- Qualitätsmanagement-Aufgaben (11 Interventionen) sowie
- Management (8 Interventionen).

Die Definition der betreffenden Interventionen wurden nach Sichtung folgender Literatur vorgenommen:

- Charlier, Siegfried; Meyer, Nicole (Hg.) (2013): ABC der Pflegedienstleitung,
- Conzen, Christel; Freund, Jutta; Overlander, Gabriele; Birkenfeld, Ralf; Bock von Wülfingen, Christiane; Düvel, Friedrich et al. (Hg.) (2016): Pflegemanagement heute,
- Fröse, Sonja (2014): Was Qualitätsbeauftragte in der Pflege wissen müssen,
- Loffing, Christian (2010): Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und stationären Altenpflege,
- Mamerow, Ruth (2013): Praxisanleitung in der Pflege sowie
- Schäfer, Wolfgang; Jacobs, Peter (2011): Praxisleitfaden Stationsleitung. Handbuch für die stationäre und ambulante Pflege.

4.1.2.4 Erarbeitung der Interventionsbeschreibungen

Für jede Intervention wurde eine Beschreibung benötigt. Diese sollte auf Basis einschlägiger und fundierter Literatur erfolgen. Die entsprechenden Recherchen führten zu der Erkenntnis, dass auf der pflegerischen Prozessebene keine aussagekräftige Studienlage gegeben ist, so dass insbesondere auf einschlägige Pflegelehrbücher zurückgegriffen wurde. Neben der Expertise der Autoren oder Herausgeber war auch die Aktualität der Werke entscheidend für deren Auswahl. Folgende Lehrbücher/Klassifikationen wurden herangezogen:

- Bartoszek, Gabriele; Drude, Carsten (2015): Pflegen. Grundlagen und Interventionen,
- Baumgärtel, Friederike et al. (2015) Pflege. I care,
- Baumgartner, Luitgard et al. (2003): Häusliche Pflege heute,
- Becker, Ursula (2017): Altenpflege heute. Lernbereiche I bis IV,
- Bulechek, Gloria M. et al. (2016): Pflegeinterventionsklassifikation (NIC),
- Kirschnick, Olaf (2016): Pflegetechniken von A-Z,
- Kurz, Andrea et al. (2017): Pflegetechniken. Von Absaugen bis ZVK und
- Menche, Nicole; Asmussen-Clausen, Maren (2009): Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe.

Tabelle 4: Begriffsklärungen zur einheitlichen Verwendung

Interventionskategorie	Gruppierte Interventionen
Intervention	Definierte pflegerische Handlung, die sich aus den Elementen - Bezeichnung - Definition - Anforderungen und - Durchführungsdetails zusammensetzt
Teilschritt	Einzelne pflegerische Handgriffe, die zusammengefasst mit den Anforderungen eine vollständige Intervention ergeben
Anforderungen	Handlungsübergreifende Kriterien zur Vollständigkeit einer Intervention, differenziert nach <i>allgemeinen Anforderungen</i> und auf den anhand seines Begutachtungsergebnisses charakterisierten individuellen Bewohner bezogene <i>spezifische Anforderungen</i>
Durchführungsdetails	Nähere Erläuterungen zu den Anforderungen oder Einteilung der Unterstützungsgrade
BI-Bedingung	Bedingungsformel/BI-Verknüpfung: Hiermit wird die Notwendigkeit von spezifischen Anforderungen an Ergebnisse der Begutachtung mit dem BI angeknüpft

Damit die Interventionsbeschreibungen einheitlich erfolgen konnte, war es notwendig, sich auf eine *identische Verwendung* von Begriffen zu einigen. Tabelle 4 enthält das hierzu verwendete Vokabular.

Tabelle 5: Ausschnitt zur Textanalyse für die Intervention „Waschen am Waschbecken“

Literaturquelle	NIC	Pflegen - Grundlagen und Interventionen	Pflegetechniken von Absaugen bis ZVK	Zusammenfassung
Stichwort	Körperpflege (S. 514)	Unterstützung bei der Haut- und Körperpflege am Waschbecken (S. 300)	Unterstützung bei der Körperpflege am Waschbecken (S. 198)	Körperpflege - Waschen am Waschbecken
Definition	Körperpflege: Reinigung des Körpers zum Zweck der Entspannung, Sauberkeit und Heilung.	keine Definition	Unterstützung bei der Körperpflege am Waschbecken: (Teilwäsche) Hilfe bei der Körperpflege für Patienten, die teilweise selbständig sind und das Bett verlassen können. Mobilisation und Körperpflege werden sinnvoll verknüpft.	Reinigung des gesamten Körpers am Waschbecken zur Förderung des Wohlbefindens
Vorbereitung		Rutschfeste Badvorleger vor das Waschbecken legen	Patienten zum Waschbecken begleiten oder fahren	Informationen über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben
		Sitzgelegenheit mit einem Handtuch abdecken	ggf. Zeichen der Kreislaufschwäche beobachten	Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel
		Materialien in Reichweite platzieren	Sitzgelegenheit am Waschbecken mit einem Handtuch abdecken	
		Pflegebedürftigen über die geplante Maßnahme informieren	alle benötigten Utensilien in Reichweite positionieren	
		Vitalwerte des Pflegebedürftigen überprüfen	für Privatsphäre sorgen	
		Begleitung des Pflegebedürftigen ins Bad	Überprüfen, dass alle Drainagen, Infusionssysteme etc. sicher angebracht sind.	Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)
				Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)
				Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)

Die Inhaltliche Erarbeitung erfolgte durch systematische Textanalysen. Dabei wurde anhand der einschlägigen Fachbücher für jede Intervention herausgearbeitet, ob es Aussagen hinsichtlich einer

Definition, Vorbereitungen, Durchführungen und Nachbereitungen gab. Diese wurden tabellarisch festgehalten sowie auf Übereinstimmungen und Vollständigkeit geprüft. In Tabelle 5 ist exemplarisch ein Ausschnitt der Textanalyse für die Intervention „Waschen am Waschbecken“ dargestellt.

Zu sehen sind in der Tabelle drei der verwendeten Publikationen (NIC und zwei Lehrbücher – die übrigen Lehrbücher sind aus Darstellungsgründen ausgeschnitten), die Stichworte zur Identifizierung der Intervention in der jeweiligen Publikation, Textübernahmen oder Paraphrasierungen und die Zusammenführung. Es wurde bereits bei der Zusammenführung darauf geachtet, dass die entstehenden Teilschritte die Intervention charakterisieren, aber dennoch eine allgemeine Gültigkeit behalten. Die so entstandenen Beschreibungen erläutern typische Anforderungen und Inhalte der Intervention und geben Beobachtungshinweise. Dazu gehören grundlegende Aspekte, die im Kontakt mit der pflegebedürftigen Person beachtet werden müssen (z. B. „Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen“). Entsprechende Analysen sind für alle Interventionen des Interventionskatalogs dokumentiert. Nach der Erarbeitung aller Interventionen mit den vollständigen Beschreibungen lag eine erste Version des Interventionskatalogs (Anlage A 3.2) vor.

4.1.2.5 Erarbeitung von Interventionseinheiten

Zusätzlich zu Einzelinterventionen wurden, bedingt aus den Erfahrungen der EVIS-Studie und in Orientierung an dem Vorgehen von Wingenfeld und Schnabel (2002: 14) *Interventionseinheiten* bzw. *Komplexinterventionen* gebildet, die aus verschiedenen Einzelinterventionen und/oder Teilschritten bestehen und im Kontext einer Situation ausgeführt werden. Beispiel hierfür ist die Intervention „Hilfe beim Aufstehen“ – eine Situation, die in mehreren verschiedenen Schritten abläuft und keine genaue Vorgabe in der Reihenfolge beinhalten kann. Sie umfasst Einzelinterventionen wie „Transfer/Fortbewegen“, „An- und Auskleiden“, „Intimpflege“ und „Ausscheidungsmanagement“. Die Einzelinterventionen sind im Interventionskatalog als solche dargestellt und in den Teilschritten beschrieben. Für die Komplexintervention wird definiert, welche Einzelinterventionen in diese Interventionseinheit eingeschlossen werden und welche davon abzugrenzen sind. Tabelle 6 verdeutlicht dies am Beispiel der Interventionseinheit „Hilfe beim Aufstehen“.

Tabelle 6: Darstellung der Interventionseinheit „Hilfe beim Aufstehen“

Hilfe beim Aufstehen	
Definition	Unterstützung beim Aufrichten aus einer liegenden Position nach einer Ruhe- oder Schlafphase.
Beschreibung	Die „Hilfe beim Aufstehen“ beinhaltet das Wecken der pflegebedürftigen Person (zur gewünschten Tageszeit) und die Hilfe beim Transfer aus dem Bett. Ebenfalls gehört die Intimpflege verbunden mit dem Ausscheidungsmanagement (Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel) dazu. Das Anziehen der Tageskleidung ist nur Bestandteil der Intervention, wenn keine Körperpflege durchgeführt. Die räumliche Umgebung wird an die Tageszeit und die Wünsche der pflegebedürftigen Person angepasst (Lüften, Rollläden hochziehen, etc.).
	Abzugrenzende Intervention: Positionierung, Körperpflege
	Eingeschlossene Interventionen: Transfer/Fortbewegen, An- und Auskleiden, Intimpflege, Ausscheidungsmanagement

Weitere Interventionseinheiten, die neben den Einzelinterventionen Teil des Handbuchs zum Interventionskatalog (Anlage A 3.3) sind, sind unter anderem sämtliche Körperpflegeeinheiten, wie das

„Waschen am Waschbecken“, in denen die Einzelinterventionen „An- und Auskleiden“, „Haarpflege“, „Mund- und Zahnpflege“, „Intimpflege“ eingeschlossen oder das „Ausscheidungsmanagement“, in dem der Transfer ins Badezimmer sowie die Intimpflege integriert sind.

Die Zusammensetzung einzelner Interventionen zu Interventionseinheiten wurde durch das Studienteam vorgenommen und anschließend durch die pflegfachliche Expertise des Expertengremiums konsentiert. Die Einzelinterventionen bleiben aber Bestandteil des Interventionskataloges, da diese weiterhin auch einzeln in der Pflegesituation auftreten können.

4.1.2.6 Erarbeitung der zur fachgerechten Leistungserbringung notwendigen Teilschritte und Anforderungen

Wie im Abschnitt 4.1.2.4 beschrieben, wurde bei der inhaltlichen Erarbeitung der Interventionen bereits auf spezielle Anforderungen und Teilschritte geachtet, die an die jeweilige Intervention gestellt wurden und diese charakterisieren. Die Teilschritte und Anforderungen definieren einerseits inhaltlich eine vollständige und fachgerechte Erbringung einer Intervention und dienen andererseits den Datenerhebenden als Orientierung zur zeitlichen Bewertung dieser Erbringung.

Im Unterschied zu den direkten pflegerischen Interventionen aus der Kategorie 1 bis 5 wurden zu den Interventionen der Kategorien 6 bis 9 sowie bei indirekten Pflegeinterventionen (z. B. „Medikamentenmanagement“, „Übergabe“, „Dokumentation“) keine Teilschritte und Anforderungen definiert. Zur Beurteilung dieser Zeitwerte, hätten die Datenerhebenden die Durchführung der Intervention in Verbindung mit einer Analyse u. a. der Arbeitsprozesse, organisatorischen Rahmenbedingungen, Dokumentation bewerten müssen, was im Zuge einer Beschattung methodisch nicht möglich ist. Für eine solche Erhebung wäre ein anderes Design erforderlich gewesen.

Die *Teilschritte* und *Anforderungen* sind nach der Erhebungslogik des quantitativen Projektes zeitrelevante Kriterien. Diese sind Anhaltspunkte für die Datenerhebenden zur Bewertung einer vollständigen fachgerechten Erbringung einer Intervention. Das „Wie“ wird ausschließlich über diese Kriterien bewertet, es folgt also keine Bewertung der eigentlichen Qualität einer Interaktion, wenn diese den zeitlichen Aufwand nicht verändert.

Wenn beispielsweise der Datenerhebende in einer Pflegesituation feststellt, dass die Pflegeperson die „Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)“ zwar durchführt, die Einwirkzeit allerdings nicht beachtet und gleichzeitig unorganisiert gearbeitet hat, konnte sich diese Zeit ausgleichen. Denn für eine organisierte Arbeitsweise mit Beachtung der vollständigen Durchführung der Händedesinfektion, wäre der gleiche zeitliche Aufwand für die Erbringung der Intervention erforderlich gewesen.

Es stellte sich zudem heraus, dass mit den Teilhandlungen einer Intervention in den nachstehenden Arbeitsschritten unterschiedlich umgegangen werden musste und diese daher zu klassifizieren waren. Dadurch ergab sich der nachfolgend beschriebene einheitliche Aufbau (Abbildung 8).

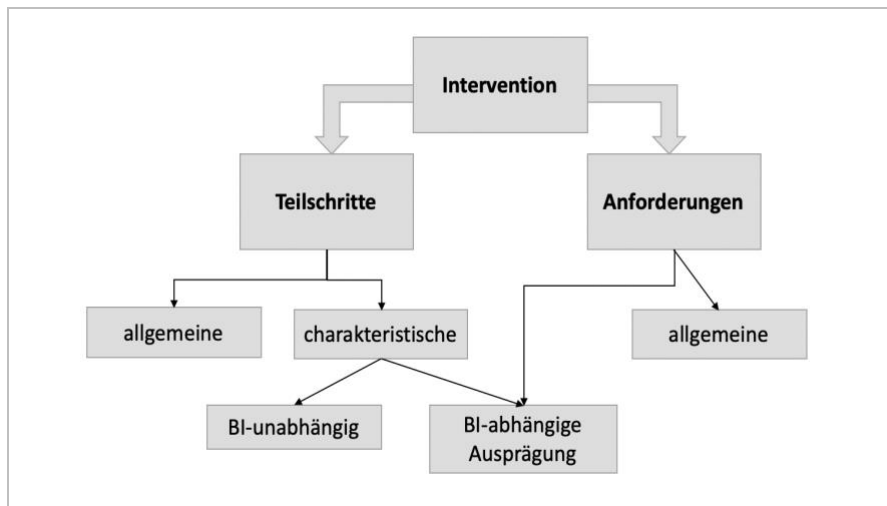


Abbildung 8: Zusammensetzung der Interventionen

Zu jeder im Interventionskatalog enthaltenen Einzel- oder Komplexintervention gehören eine Definition und eine Beschreibung. Bei Interventionen der direkten Pflege sind zudem Teilschritte und Anforderungen hinterlegt. *Teilschritte* sind Handlungen einer Intervention, die sichtbar für die Datenerhebenden gestartet und gestoppt werden können. Diese werden in *allgemeine*, also interventionsunabhängige, und *charakteristische* Teilschritte unterteilt. Charakteristische Teilschritte werden zudem danach differenziert, ob sie immer oder nur bei spezifischen Ausprägungen des BI des Bewohners bzw. der Bewohnerin zu erbringen sind. Als *Anforderungen* hingegen werden die Merkmale einer Pflegesituation bezeichnet, die für die gesamte Pflegesituation relevant sind und – im Gegensatz zu den Teilschritten – nicht als Einzelhandlungen mit Anfangs- und Endpunkt anzusehen sind. Dabei kann zwischen allgemeinen Anforderungen, die bei jeder pflegebedürftigen Person zu berücksichtigen sind, und den Anforderungen, die nur in Abhängigkeit der Begutachtungskonstellation der pflegebedürftigen Person zum Tragen kommen, unterschieden werden.

Allgemeine Teilschritte

Es gibt Teilschritte, die allgemein für jede Intervention vorzusehen sind. Dazu gehört die Notwendigkeit

- die notwendige Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit zu geben und das Vorgehen abzustimmen,
- die Privatsphäre sicherzustellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen),
- Durchzug zu vermeiden (Fenster, Türen schließen),
- die Hände zu desinfizieren (vor, während und nach der Intervention, vollständig und unter Beachtung der Einwirkzeit),
- Schutzmaßnahmen zu beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn dies angezeigt ist,
- alle benötigten Materialien/Hilfsmittel bereitzustellen,
- Feedback vom Pflegebedürftigen zu erbrachten Interventionen einzuholen (Evaluation des Pflegegeschehens) und
- der Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien und Bereitstellen der benötigten Gegenstände).

Charakteristische Teilschritte ohne Abhängigkeit von BI-Ausprägungen

Charakteristische Teilschritte sind die Teilschritte, die eine Intervention von anderen Interventionen unterscheidbar machen. Dabei wurde danach differenziert, ob die Teilschritte nur bei bestimmten BI-Ausprägungen vorzunehmen sind.

BI-unabhängige Teilschritte ergeben sich dabei gehäuft in den Interventionen der Kategorie krankheits- und therapiebedingte Aufgaben. Bei der Intervention „Medikamentengabe“ beispielsweise sind von den Pflegekräften zur fachgerechten Durchführung folgende Teilschritte auszuführen:

- Gerichtete Medikamente vor Verabreichung kontrollieren,
- Medikamente anreichen oder verabreichen,
- ggf. Einnahme überprüfen.

Diese Teilschritte sind unabhängig von Bewohnermerkmalen notwendig, so dass keine Verknüpfung mit dem BI erfolgt.

Von BI-Ausprägungen unabhängige charakteristische Teilschritte ergeben sich aber auch bei Interventionen aus anderen Kategorien. So sind beispielsweise die nachfolgenden Teilschritte bei der Intervention „Körperpflege: Waschen am Waschbecken“ unabhängig von der BI-Konstellation vorzunehmen:

- Oberkörper waschen, abtrocknen, ggf. eincremen (Gesicht, Hals, Ohren, Arme, Brust, Bauch),
- Unterkörper waschen, abtrocknen, ggf. eincremen (Beine, Füße),
- Intimpflege (Genitalien, Gesäß).

Diese Teilschritte sind feste Bestandteile der Intervention „Körperpflege: Waschen am Waschbecken“ und hätten nur auf Wunsch der zu pflegenden Person ausgelassen werden können.

Charakteristische Teilschritte mit BI-abhängiger Ausprägung

Die *Hilfeform* als Ausprägung des Teilschritts ergibt sich dagegen aus der Begutachtungskonstellation. Erhält eine begutachtete Person im Modul „Selbstversorgung“, im Item 4.1 „Waschen des vorderen Oberkörpers“ die Bewertung „überwiegend selbständig“, also einen Bewertungspunkt, so wurde im Erhebungsinstrument unter dem Teilschritt „Oberkörper waschen...“ die Hilfeform „Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen“ angezeigt. Für diesen Teilschritt sind die Formulierungen der weiteren Ausprägungen exemplarisch in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Darstellung eines Teilschrittes, seiner Ausprägungen und BI-Ableitungen im Handbuch zum Interventionskatalog zur Intervention: Waschen des vorderen Oberkörpers

Teilschritt	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Oberkörper waschen, abtrocknen, ggf. eincremen (Gesicht, Hals, Ohren, Arme, Brust, Bauch)	1: Selbständige Durchführung; 2: Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3: Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4: Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme	1:(4.1=0); 2:(4.1=1); 3:(4.1=2); 4:(4.1=3)

Allgemeine Anforderungen

Auch bei den Anforderungen sind zunächst solche zu nennen, die *unabhängig von der Intervention* für jede pflegerische Handlung gelten und sich aus dem allgemeinen Pflegeverständnis (siehe Abschnitt 4.1.1) ergeben. Berücksichtigt werden folgenden allgemeine Anforderungen:

- Aktivierende Pflege und Betreuung (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen),
- Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn dies angezeigt ist,
- Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn dies angezeigt ist,
- Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention,
- Rückenschonendes Arbeiten (z. B. Bett auf rückschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen),
- Vermeiden von Störungen und Zeitnehmen für die Handlung,
- Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u. a. Bedürfnisse und Befinden erfragen).

Anforderungen mit BI-abhängiger Ausprägung

Zudem sind Anforderungen zu berücksichtigen, die sich in Abhängigkeit von den Beeinträchtigungen des Pflegebedürftigen ergeben, wie sie sich gemäß den Ergebnissen der Begutachtung darstellen. Diese Beeinträchtigungen und Unterstützungsbedarfe werden über die Pflegebedürftigkeitsgutachten beschrieben und mit der entsprechenden Bewertung der in der Regel 64 Items des BI hinterlegt. Um die Ergebnisse dieser Begutachtung in der fachgerechten Versorgung berücksichtigen zu können, werden Anforderungen formuliert, die nur in Abhängigkeit von den individuellen Begutachtungsergebnissen für einen Teil der Pflegebedürftigen, dann aber obligatorisch, gültig sind:

- Hilfe beim Erkennen von Personen geben,
- Hilfe bei der örtlichen Orientierung geben,
- Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben,
- Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen geben,
- Hilfe beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen geben,
- Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung) geben,
- Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen geben,
- Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren geben,
- Mitteilen elementarer Bedürfnisse fördern,
- Verstehen von Aufforderungen fördern,
- Beteiligen an einem Gespräch fördern,
- Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten,
- Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten,
- Mögliche verbale Aggression beachten,
- Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen,
- Wahnvorstellungen berücksichtigen,
- Ängste berücksichtigen,
- Auf Antriebslosigkeit eingehen,
- Sozial inadäquate Verhaltensweisen beachten,
- Interaktion mit Personen im direkten Kontakt beachten,
- Nächtliche Unruhe beachten,
- Halten einer stabilen Sitzposition beaufsichtigen.

Tabelle 8: Beispiele für die Formulierungen der spezifischen Anforderungen in Abhängigkeit der Itembewertung im Rahmen der Begutachtung mit dem BI

Anforderungen	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Hilfe beim Erkennen von Personen	1: Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1:ODER(2.1=1;2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1: Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2: Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1:ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1: Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2: Zeit für zeitliche Orientierung geben	1:ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1: Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2: Zeit zur Erinnerung geben	1:ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)

Für die Programmierung der Erhebungssoftware war es notwendig, die spezifischen Anforderungen mit dem Bewertungsschema des Begutachtungsinstrumentes zu verknüpfen (Tabelle 8). So soll beispielsweise die Anforderung „Hilfe bei der örtlichen Orientierung“ nur dann auftauchen, wenn im Rahmen der Begutachtung festgestellt wurde, dass die Fähigkeit der begutachteten Person im Modul „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“, im Item 2.2 „örtliche Orientierung“ mit nur noch „größtenteils vorhanden“ oder schlechter, bewertet worden ist. Zudem wurden die Formulierungen der spezifischen Anforderungen entsprechend des Ausprägungsgrades angepasst. Wenn demnach eine Person im Item 2.2 mit einem Punkt (= Fähigkeit ist größtenteils vorhanden) oder mit zwei Punkten (= Fähigkeit ist in geringem Maße vorhanden) bewertet wurde, dann wird im Erhebungsinstrument die Anforderung „Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben“ angezeigt.

Wurde die Person mit drei Punkten bewertet (= Fähigkeit nicht vorhanden), so lautet die Anforderung „Zeit zur örtlichen Orientierung geben“. Weitere Beispiele sind Tabelle 8 zu entnehmen, in der jeweils die spezifischen Anforderungen den entsprechenden BI-Ergebnissen und Ableitungen gegenübergestellt sind. Eine vollständige Auflistung der spezifischen Anforderungen in Abhängigkeit vom BI-Ergebnis ist für jede Intervention im Handbuch zum Interventionskatalog (Anlage A 3.3) enthalten.

Neben den kognitiven Einflüssen werden auch die übrigen Module des Begutachtungsinstrumentes berücksichtigt. In Tabelle 9 wird beispielhaft aufgezeigt, welche spezifischen Anforderungen im Kontext des Modul 1 bei der „Körperpflege – Waschen am Waschbecken“ zum Tragen kommen. Entsprechende Satzungen wurden für alle Interventionen vorgenommen.

Tabelle 9: Erarbeitung der Anforderungen und Durchführungsdetails am Beispiel der Intervention „Körperpflege – Waschen am Waschbecken“

Körperpflege – Waschen am Waschbecken						
Definition der Item-Ausprägung allgemein und mit Beispiel für das jeweilige Item im Modul 1: Mobilität						
Nr.	Item	Item-Ausprägung	Definition der Item-Ausprägung für dieses Item gemäß BRI	Allgemeine Definition der Item-Ausprägung unabhängig vom spezifischen Item	Anforderungen	Durchführungsdetails
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition Sich auf einem Bett, Stuhl oder Sessel aufrecht halten	selbständig		Hilfsmittel werden selbständig <ul style="list-style-type: none"> verwendet Es ist keine personelle Hilfe notwendig		
		überwiegend selbständig	Die Person kann sich nur kurz, z. B. für die Dauer einer Mahlzeit oder eines Waschvorgangs selbständig in der Sitzposition halten, darüber hinaus benötigt sie aber personelle Unterstützung zur Positionskorrektur.	<ul style="list-style-type: none"> Zurechtlegen, Richten Aufforderung Unterstützung bei der Entscheidungsfindung Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle Punktueller Übernahme von Teilhandlungen Anwesenheit aus Sicherheitsgründen 	Beaufsichtigung Halten einer stabilen Sitzposition	2: Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen
		Überwiegend unselbständig	Die Person kann sich wegen eingeschränkter Rumpfkontrolle auch mit Rücken- und Seitenstütze nicht in aufrechter Position halten und benötigt auch während der Dauer einer Mahlzeit oder eines Waschvorgangs personelle Unterstützung zur Positionskorrektur.	<ul style="list-style-type: none"> Ständige Motivation Ständige Anleitung Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle Übernahme von Teilhandlungen 		3: Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen
		Unselbständig	Die Person kann sich nicht in Sitzposition halten. Bei fehlender Rumpf- und Kopfkontrolle kann die Person nur im Bett oder Lagerungsstuhl liegend gelagert werden.	Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme der Handlungen		

4.1.2.7 Integration von beobachtbaren Aspekten der Interaktionsarbeit im Interventionskatalog

Wie Schwerdt und Becke (2019) beschreiben, kann Interaktionsarbeit in der Pflege nicht vollständig in all ihren Dimensionen beobachtet und erfasst werden. In engem Austausch mit dem iaw wurde Interaktion als Kernelement der Pflege jedoch soweit wie möglich bereits im Interaktionskatalog bei der Beschreibung der Tätigkeiten und bei der Definition der Teilschritte und Anforderungen berücksichtigt.

Die Kernmerkmale der Dimension *Kooperationsarbeit* werden beispielsweise durch die allgemeinen Teilschritte „Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen“

men“ und „Feedback vom Pflegebedürftigen zu erbrachten Interventionen einholen (Evaluation des Pflegegeschehens)“ sowie die allgemeinen Anforderungen „Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u. a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)“ und „Zeit nehmen und Störungen vermeiden“ in allen relevanten direkten pflegerischen Interventionen abgebildet. Zusätzlich beinhaltet der Interventionskatalog interaktive Interventionen wie „Beratung“, „Schulung“, „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ oder „Bewohnergespräch“, etc., die nur umgesetzt werden können, wenn die Kernmerkmale der Kooperationsarbeit Beachtung finden (Tabelle 10).

Tabelle 10: Integration der Dimension der Kooperationsarbeit im Interventionskatalog

Kooperationsarbeit		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ (grundlegende) Beziehung aufrechterhalten und pflegen ▪ auf die zu Pflegenden eingehen ▪ Erwartungen und Wünsche aushandeln ▪ Die folgenden Arbeitshandlungen erklären und darüber informieren 		
Teilschritte (allgemeine)	Anforderungen (allgemeine und BI-abhängige)	Interventionen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen ▪ Feedback vom Pflegebedürftigen zu erbrachten Interventionen einholen (Evaluation des Pflegegeschehens) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u. a. Bedürfnisse und Befinden erfragen) ▪ Zeit nehmen und Störungen vermeiden 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung ▪ Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ▪ Schulung ▪ Bewohnergespräch ▪ Alltagsgestaltungen ▪ Biographiearbeit ▪ Einzug ▪ Steuerung des Pflegeprozesses ▪ Angehörigenarbeit

Die Dimension des *subjektivierenden Arbeitshandelns* lässt sich vor allem durch die BI-abhängigen Anforderungen in den pflegerischen Situationen beobachten, denn hierdurch wird die Individualität einer möglichen Pflegesituation charakterisiert. Dies erfordert von den Pflegekräften zunächst die entsprechende Fähigkeit zur Wahrnehmung und ein situatives und empathisches Handeln. All dies lässt sich während einer Intervention durch die Datenerhebenden beobachten und entsprechend bewerten. Als konkrete Interventionen, die die Dimension des subjektivierenden Arbeitshandelns widerspiegeln, sind zum einen das „Bewohnergespräch“ und zum anderen die nicht planbaren Interventionen „Verhaltens- und Umgebungsbezogene Interventionen“ sowie „Erste Hilfe“ zu nennen. Aus den Interventionsbezeichnungen und den Beschreibungen im Interventionskatalog wird der Zusammenhang deutlich (Tabelle 11).

Tabelle 11: Integration der Dimension des subjektivierenden Arbeitshandelns im Interventionskatalog

Subjektivierendes Arbeitshandeln		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Situatives Handeln bei Auftreten von Unvorhergesehenem / Unplanbarem ▪ Einsetzen von Sinnen als Arbeitsmittel zur Wahrnehmung der gesundheitlichen und psychophysischen Verfassung/Zustand der zu Pflegenden ▪ Dialogisch-interaktives Vorgehen ▪ Einfühlen in und Verständnis für die Person und ihre Möglichkeiten (Empathie) ▪ Ermöglichung von Körperkontakt 		
Teilschritte (allgemeine)	Anforderungen (allgemeine und BI-abhängige)	Interventionen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention 	Alle BI-abhängigen Anforderungen, insbesondere aber: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren ▪ Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten ▪ Beaufsichtigung – Mögliches aggressives Verhalten beachten, ▪ Mögliche verbale Aggression beachten ▪ Wahnvorstellungen berücksichtigen ▪ Ängste berücksichtigen ▪ Auf Antriebslosigkeit eingehen und weitere	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verhaltens- und Umgebungsbezogene Interventionen ▪ Bewohnergespräch ▪ Erste Hilfe

Die Kernmerkmale der *Gefühlsarbeit* werden durch die allgemeinen Teilschritte „Evaluation des Pflegegeschehens“, „Privatsphäre sicherstellen“ in alle relevanten Interventionen aufgenommen. Auch hierbei wird die individuelle Situation durch die BI-abhängigen Anforderungen berücksichtigt, die alle durch Empathie, Zeit und Anerkennung geprägt werden. Außerdem sind hier die Interventionen zu nennen, die ähnlich der Dimension Kooperationsarbeit insbesondere eine sensible Interaktion voraussetzen (Tabelle 12).

Tabelle 12: Integration der Dimension Gefühlsarbeit im Interventionskatalog

Gefühlsarbeit		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empathie zeigen ▪ Positive Stimmung herstellen ▪ Hilfe bei der Bewältigung negativer Gefühle ▪ Gefühl der Selbstbestimmtheit vermitteln ▪ Wahrnehmen der zu Pflegenden ▪ Anerkennung vermitteln ▪ Sich Zeit nehmen für die zu Pflegenden ▪ Sinnliche Zuwendung 		
Teilschritte (allgemeine)	Anforderungen (allgemeine und BI-abhängige)	Interventionen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen), ▪ Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen) ▪ Feedback vom Pflegebedürftigen zu erbrachten Interventionen einholen (Evaluation des Pflegegeschehens) 	<p>Allgemeine</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen) ▪ Zeit nehmen und Störungen vermeiden <p>Durch alle BI-abhängigen Anforderungen, insbesondere aber</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hilfe beim Erkennen von Personen ▪ Hilfe bei der örtlichen Orientierung ▪ Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben ▪ Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen ▪ Hilfe beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen ▪ Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung) ▪ Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen ▪ Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren ▪ Mitteilen elementarer Bedürfnisse fördern ▪ Verstehen von Aufforderungen fördern ▪ Beteiligen an einem Gespräch fördern ▪ Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen ▪ Alltagsgestaltung ▪ Basale Stimulation ▪ Bettwache ▪ Biographiearbeit ▪ Einkaufsfahrt ▪ Snoezelen ▪ Spirituelle Unterstützung ▪ Einzug ▪ Steuerung des Pflegeprozesses ▪ Bewohnergespräch ▪ Rundgang/Sicherheit gewährleisten ▪ Beschwerdemanagement ▪ Bewohnerbefragung ▪ Pflegevisite

Das Erfassen von innerpsychischen Prozessen als Teil der Interaktionsarbeit war durch die gewählte Erhebungsmethode nicht möglich. Die Datenerhebenden konnten lediglich während der Erhebung der Interaktionen (beispielsweise „Mitarbeiterkommunikation“, „Dienstübergabe“, „Wegezeit“) Hinweise erhalten (Tabelle 13). Allerdings konnten keine möglichen Kriterien definiert werden, anhand derer eine Bewertung durch die Datenerhebenden hätte vorgenommen werden können.

Tabelle 13: Integration der Dimension Emotionsarbeit im Interventionskatalog

Emotionsarbeit		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Freundlichkeit im Umgang mit den zu Pflegenden wahren ▪ Eigene negative Gefühle unterdrücken ▪ Umgang mit Leid und Tod der zu Pflegenden 		
Teilschritte (allgemeine)	Anforderungen (allgemeine und BI-abhängige)	Interventionen
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitarbeiterkommunikation ▪ Dienstübergabe ▪ Teamentwicklung

4.1.2.8 Interventionen zur Prävention und Risikovermeidung

Interventionen zur Prävention und Risikovermeidung bestehen aus einem Konglomerat gezielter Einzelinterventionen, die mit dem Ziel durchgeführt werden, Krankheiten zu verhüten oder Komplikationen zu vermeiden (Höhmann & Bartholomeyczik 2013: 297). Allerdings ist die Zielsetzung nicht beobachtbar, sondern immer nur ausschließlich die einzelnen Handlungen. *Prophylaktische Maßnahmen* und *Strategien zur Fixierungsvermeidung und Krisenintervention* werden daher im Interventionskatalog nicht als solche erfasst, sondern über die jeweiligen beobachtbaren Handlungen. Die folgenden Beispiele sollen diesen Umgang verdeutlichen.

Umgang mit prophylaktischen Maßnahmen

Die Dekubitusprophylaxe ist eine genuine Aufgabe der Pflege, jedoch nicht als separate Intervention im Interventionskatalog hinterlegt worden, da sie in der Praxis nicht als Einzelleistung beobachtbar ist. Beobachtet werden kann, dass druckentlastendes Material bei einer Positionierung eingesetzt wird, dass regelmäßig Positionierungen zum Zweck der Dekubitusprophylaxe durchgeführt werden, dass Aufklärung und Schulungen stattfinden, dass kontextbezogen berufsgruppenübergreifend kommuniziert wird u.v.m. In Tabelle 14 sind die Handlungen dargestellt, die eine Pflegefachkraft im Rahmen des *Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege (2017)* beherrschen und umsetzen muss. Diesen Handlungen sind die Interventionen aus dem Interventionskatalog zugeordnet, in denen diese Tätigkeit im Rahmen der Beobachtungsstudie abgebildet werden kann.

Tabelle 14: Mögliche Interventionen im Kontext einer Dekubitusprophylaxe

Kurzaussagen aus dem Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege (2. Aktualisierung, Stand 2017)	mögliche Interventionen aus dem Interventionskatalog
P1 Die Pflegefachkraft schätzt unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags systematisch das Dekubitusrisiko ein. Die Pflegefachkraft wiederholt die Einschätzung in individuell festgelegten Abständen.	7.3 Steuerung des Pflegeprozesses (schließt Assessments ein) 7.3 Steuerung des Pflegeprozesses
P2 Die Pflegefachkraft plant individuell Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe und informiert die an der Versorgung Beteiligten.	7.3 Steuerung des Pflegeprozesses 7.6 Bewohnergespräch 7.4 Angehörigenarbeit 7.5 Berufsgruppenübergreifende Kommunikation (extern)
P3 Die Pflegefachkraft erläutert die Dekubitusgefährdung und die Durchführung von prophylaktischen Maßnahmen.	7.6 Bewohnergespräch 6.2 Beratung: Dekubitusprophylaxe 6.10 Schulung
P4 Die Pflegefachkraft fördert soweit wie möglich die Eigenbewegung des Patienten/Bewohners. Die Pflegefachkraft gewährleistet sofortige Druckentlastung.	1.1 Bewegungsförderung 1.2 Positionierung
P5 Die Pflegefachkraft wendet zusätzliche druckverteilende und -entlastende Hilfsmittel an.	1.2 Positionierung
P6 Die Pflegefachkraft begutachtet den Hautzustand in individuell zu bestimmenden Zeitabständen.	7.3 Steuerung des Pflegeprozesses

Anhand der Auflistung der einschlägigen Interventionen im Kontext der Dekubitusprophylaxe wird außerdem deutlich, dass diese Handlungsfelder zum Teil auch auf weitere Prophylaxen angewendet werden. So hätte beispielsweise die Intervention „1.1 Bewegungsförderung“ auch Teil der individuellen Kontrakturen-, Obstipations-, Pneumonie- oder Thromboseprophylaxe sein können. Aus der Erhebungslogik heraus war das konkrete Ziel einer pflegerischen Intervention bei der Planung der tage-

strukturierten Interventionsplanung relevant – nicht aber bei der eigentlichen Erhebung zu ermitteln. Diese Logik gilt ebenso für alle weiteren hier beispielhaft aufgeführten Prophylaxen:

- Aspirationsprophylaxe,
- Dehydrations-, Exsikkoseprophylaxe,
- Deprivationsprophylaxe,
- Intertrigoprophylaxe,
- Kontrakturenprophylaxe,
- Obstipationsprophylaxe,
- Pneumonieprophylaxe,
- Soor- und Parotitisprophylaxe,
- Spitzfußprophylaxe,
- Sturzprophylaxe,
- Prophylaxe der Mangelernährung,
- Thromboseprophylaxe.

Umgang mit Strategien zur Vermeidung von Fixierung und Krisen

Maßnahmen zur *Fixierungsvermeidung* sind ebenso nicht im Interventionskatalog vertreten. Enthalten sind jedoch die Interventionen „Isolation (räumliche Einschränkung)“ und „Körpernahe Fixierung“. Zahlreiche Fachpublikationen zeigen auf, dass in der Pflege das oberste Gebot darin besteht, Fixierungen grundsätzlich zu vermeiden (Köpke et al. 2015; MDK Oberbayern 2011; Niehues-Pröbsting 2011; Kreis Unna-Der Landrat 2010), da Fixierungen aus pflegefachlicher Sicht als letztmögliches Mittel zu betrachten sind (siehe auch Wingefeld et al. 2011: 139), das erst eingesetzt wird, wenn andere Maßnahmen zur Abwehr von Eigengefährdungen nicht mehr greifen. Dennoch können sich bei fachlich bester Versorgung und rechtlich einwandfreier Absicherung Umstände ergeben, die eine (kurzfristige) Fixierung unumgänglich machen. Daher muss die Möglichkeit geschaffen werden, diese im Rahmen der Datenerhebung zu erfassen. Ebenso müssen Interventionen erfassbar sein, die dem Zweck dienen, Fixierungen zu vermeiden, einschließlich der chemischen Fixierung, die jedoch unter der Intervention „Medikamentengabe“ erfasst worden sind. Fixierungsvermeidungen sind ebenso wie die Prophylaxen keine eigenständigen Interventionen. Die durchzuführenden Interventionen erfolgen ggf. im Kontext einer Vermeidungsmaßnahme, wie beispielsweise das Führen eines deeskalierenden Gesprächs, Zuwendung („Bewohnergespräch“), Unterstützung bei der Bewältigung von Verhaltensweisen („Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen“) oder Handlungen zur Vermeidung von Sturzfolgen wie das Anlegen von Hüftprotektoren („An- und Auskleiden“) statt Fixierungen, Ausbreiten von Matratzen bei einem Niedrigbett („Hilfe beim Zubettgehen“).

In Tabelle 15 sind weitere übergreifende Pflegestrategien gelistet, die als solche nicht in den Interventionskatalog aufgenommen wurden. Ihnen sind aber exemplarisch Interventionen aus dem Interventionskatalog zugeordnet, die zur Erfassung dieser Tätigkeiten geeignet sind.

Tabelle 15: Beispielhafte übergreifende Pflegestrategien mit Zuordnung von Interventionen

Strategien zur Prävention und Risikovermeidung	Exemplarische Interventionen (Auswahl)	
Kontrakturprophylaxe	1.1	Bewegungsförderung
	1.2	Positionieren
	1.3	Transfer/Fortbewegen
	5.12	Medikamentengabe
	6.5	Beratung: Mobilität
	6.6	Beratung: Schmerzmanagement
	6.8	Beratung: sonstige Themenfelder
	7.3	Steuerung des Pflegeprozesses
Thromboseprävention	1.1	Bewegungsförderung
	5.9	Injektion i.c./s.c.
	5.12	Medikamentengabe
	6.8	Beratung: sonstige Themenfelder
	7.3	Steuerung des Pflegeprozesses
Validation	7.6	Bewohnergespräch
Vermeidung von Fixierungen	1.1	Bewegungsförderung
	2.7	Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder
	3.3	Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen
	6.7	Beratung: Sturzprophylaxe
	7.6	Bewohnergespräch

4.1.2.9 Interventionen bei Menschen mit gerontopsychiatrisch bedingten Beeinträchtigungen

Interventionen und Anforderungen im Zusammenhang mit kognitiv beeinträchtigten Personen und Menschen mit gerontopsychiatrischen Verhaltensauffälligkeiten, die explizit nur bei gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen eingesetzt werden, sind im Interventionskatalog kaum enthalten. Grund hierfür ist, dass es für diese Personengruppen nur sehr wenig spezifische Interventionen gibt, die Pflegebedürftige ohne Beeinträchtigungen in diesen Bereichen nicht erhalten. Allerdings – und das ist besonders hervorzuheben – bedeutet das nicht, dass die Besonderheiten dieser Personengruppen bei der Erstellung des Interventionskataloges nicht berücksichtigt wurden. Da die Beeinträchtigungen so tiefgehend und umfassend sind, beeinträchtigen sie vielmehr den *gesamten* pflegerischen Prozess und damit *alle* körpernahen Interventionen. Bei der Durchführung von Interventionen kann sich somit die Hilfeform, die Art der Erbringungen sowie die benötigte Zeit im Vergleich zu nicht kognitiv eingeschränkten oder verhaltensauffälligen Personen unterscheiden. So benötigen alle Pflegebedürftigen entsprechend ihres Bedarfes Gespräche (Intervention „Bewohnergespräch“). Bei Pflegebedürftigen mit Demenz werden ebenfalls Gespräche geführt, jedoch in einer validierenden Art. Menschen mit Demenz können Situationen häufig nicht schnell genug erkennen oder gar nicht einordnen und sind überfordert. Hier wird für pflegerische Interventionen ggf. mehr Zeit benötigt. „Zeit zum Erkennen geben“ und aktives Einbeziehen sind keine Interventionen, sondern Anforderungen, die bei fachgerechter Versorgung beachtet werden müssen und entsprechend im Interventionskatalog verankert sind. Grundlage für die Integration der *charakteristischen Anforderungen* an die Leistungserbringung stellen die entsprechenden Beeinträchtigungen dar. Abgebildet werden diese durch die jeweiligen Item-Ausprägungen in den Modulen 2 und 3 des BI. Tritt beispielsweise bei dem*r Pflegebedürftigen „selten“ oder „häufig“ aggressives Verhalten auf (Item 3.3, 3.4 oder 3.5), wird bei allen pflegerischen Interventionen die Anforderung „Beaufsichtigung – Mögliches aggressives Verhalten beachten (*Partielle* Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen)“ aktiviert und diese Anforderung später, während der Datenerhebung, sichtbar in der Erhebungssoftware an-

gezeigt. Tritt dieses Verhalten dagegen „täglich“ auf, ist eine andere Form der Leistungserbringung erforderlich: Nun ändert sich die Anforderung auf „Beaufsichtigung – Mögliches aggressives Verhalten beachten (*Ständige* Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen)“. Diese zusätzlichen Anforderungen an die Intervention können die Datenerhebenden während der Datenerhebung veranlassen, entsprechende Zeitzuschläge zu vergeben. Die Anforderung wird dagegen nicht angezeigt bei Personen, die in dem Modul 3 des BI keine entsprechenden Ausprägungen haben. Darüber hinaus wird je nach Beeinträchtigung eine *Qualifikationsanforderung* an die Person gestellt, die diese Leistung erbringt. Speziell im gerontopsychiatrischen Bereich sind fachliche Kompetenzen erforderlich. Wie die Schwere der Beeinträchtigung des*r Pflegebedürftigen die Anforderung an fachliche Kompetenz bestimmt, wird in Abschnitt 4.1.3 detailliert dargestellt.

In diesem Abschnitt geht es in erster Linie um die Entwicklung und Herleitung der charakteristischen Teilschritte und Anforderungen bei Interventionen für Menschen mit gerontopsychiatrisch bedingten Beeinträchtigungen, die aus den bereits vorgestellten pflegewissenschaftlichen Grundlagen und zusätzlicher Literatur (Wingenfeld & Büscher 2017; DNQP 2018; Deuschl & Maier 2016) entwickelt werden. Aus dem eingangs beschriebenen *psychobiographischen Pflegemodell* nach Erwin Böhm (siehe auch Abschnitt 4.1.1.4) und dem *person-zentrierten Ansatz zum Umgang mit verwirrten Menschen* nach Tom Kitwood (siehe auch Abschnitt 4.1.1.5) lassen sich bereits Kriterien zu den Anforderungen herleiten. Im Modell nach Erwin Böhm (2011) geht es um die Erhaltung und Förderung von kognitiven Fähigkeiten. Dabei geht es um ein möglichst langes selbständiges Denken, Fühlen und Handeln des älteren verwirrten Menschen. Diese Ziele bilden die Kriterien zur Entwicklung von charakteristischen Anforderungen wie der „Hilfe beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen“. Zur Erreichung dieser Ziele sollten den Pflegenden Informationen über Gewohnheiten, Bedürfnisse und Bedarfe der pflegebedürftigen Person vorliegen. Daraus ergibt sich ein Bedarf an Interventionen wie „Biographiearbeit“ und die Informationssammlung im Zuge der „Steuerung des Pflegeprozesses“, die als Interventionen im PeBeM-Interventionskatalog enthalten sind. Nach Tom Kitwood (2018) gelten als positive Interaktionen das Anerkennen (Beachten, Grüßen, Zuhören, Blickkontakt), das Verhandeln (Erfragen von Wünschen, Bedürfnissen, Vorlieben) und das Zusammenarbeiten (mit anderen Personen, Berücksichtigung vorhandener Fähigkeiten und Fertigkeiten). Diese Kriterien wurden in Teilschritten wie „Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen“ und Anforderungen wie „Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)“ integriert.

Theoretische Grundlage zur Erarbeitung des PeBeM-Interventionskataloges bildet neben den Pflegemodellen und Theorien insbesondere der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff (Abschnitt 4.1.1.9). Zur Erarbeitung der Teilschritte, Anforderungen und Interventionen bei gerontopsychiatrisch bedingten Beeinträchtigungen von Pflegebedürftigen für den PeBeM-Interventionskatalog ist unter anderem die Ausarbeitung der *Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs* nach Wingenfeld und Büscher (2017) eingeflossen. Tabelle 16 stellt dar, wie sich aus diesen Aufgabenbeschreibungen Teilschritte, Anforderungen und Interventionen zur Erhaltung und Förderung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten für den PeBeM-Interventionskatalog ableiten lassen.

Tabelle 16: Integration der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten in den PeBeM-Interventionskatalog

Aufgabenbeschreibung nach Wingefeld & Büscher (2017: 19):		
<ul style="list-style-type: none"> • „Hilfen zur besseren Orientierung, Deutungs- und Erinnerungshilfen, beim Gebrauch von Hilfsmitteln zur Unterstützung von Wahrnehmung und Orientierung, bei der Kommunikation mit anderen Personen, Ansprache, Präsenz • Aufklärung, Beratung, Anleitung der pflegenden Angehörigen bei den oben genannten Maßnahmen, der Pflegebedürftigen bei der Nutzung von technischen Mitteln und Hilfsmitteln • Zielgerichtete Ressourcenförderung, Biografieorientierte kognitive Förderung, Gedächtnistraining, Konzentrationsübungen/-spiele“ 		
Teilschritte	Anforderungen	Interventionen
<ul style="list-style-type: none"> • Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen, • Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken), • Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen), • Alle BI-abhängigen Teilschritte (Übernahmeform als Ressourcenförderung). 	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfe beim Erkennen von Personen geben, • Hilfe bei der örtlichen Orientierung geben, • Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben, • Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen geben, • Hilfe beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen geben, • Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung) geben, • Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen geben, • Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren geben, • Mitteilen elementarer Bedürfnisse fördern, • Verstehen von Aufforderungen fördern, • Beteiligen an einem Gespräch fördern, • Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u. a. Bedürfnisse und Befinden erfragen). 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.1 Alltagsgestaltung: Gedächtnistraining, • 2.2 Alltagsgestaltung: Realitätsorientierung, • 2.5 Alltagsgestaltung: Spielen, • 2.12 Biographiearbeit, • 6.8 Beratung: sonstige Themenfelder, • 6.10 Schulung, • 7.3 Steuerung des Pflegeprozesses, • 7.4 Angehörigenarbeit • 7.6 Bewohnergespräch.

Wie eingangs beschrieben, ergeben sich aus den Beeinträchtigungen vor allem Anforderungen, die sowohl an die Durchführung der Intervention als auch Anforderungen, die an die Qualifikation der leistungserbringenden Person geknüpft sind. Während für letztes spezielles Fachwissen erforderlich wird (siehe auch Abschnitt 4.1.3), können letztere vor allem die Zeit und Unterstützungsform der Er-

bringung beeinflussen. Selbstverständlich lassen sich auch einzelne Interventionen diesen Aufgabenbeschreibungen zuordnen, allerdings sind diese nicht ausschließlich für diese Personengruppe anzuwenden, sondern können auch bei der Versorgung von Pflegebedürftigen ohne entsprechende Beeinträchtigungen erforderlich werden.

Ähnlich verhält es sich mit Teilschritten, Anforderungen und Interventionen bei Menschen mit gerontopsychiatrischen Verhaltensauffälligkeiten (Tabelle 17). Hervorzuheben sind ebenfalls vor allem die speziellen Anforderungen, die im Umgang mit dieser Personengruppe in Abhängigkeit der Häufigkeit des Auftretens an jede Leistungserbringung geknüpft werden.

Tabelle 17: Integration der Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen in den PeBeM-Interventionskatalog

Aufgabenbeschreibung nach Wingenfeld & Büscher (2017: 20):		
<ul style="list-style-type: none"> • „Umgebungsbezogene Maßnahmen: Identifizierung und Veränderung von verhaltenswirksamen Umgebungsfaktoren, Schaffung einer sicheren, bedürfnisgerechten Umgebung (Entfernung von Verletzungsquellen, Verfügbarkeit vertrauter Gegenstände usw.) • Unmittelbar verhaltensbezogene Maßnahmen: Verhaltensbezogene Verbalisierungen, Einwirken auf aktuelle Verhaltensweisen, Entlastende Maßnahmen (z. B. Minderung von Ängsten, Motivation zur Verbalisierung negativer Empfindungen) und Kriseninterventionen, Einzelbetreuung • Alltagsgestaltung: Beratung zur Vermeidung von überfordernden Situationen, Einbindung in Beschäftigungsangebote und andere Aktivitäten im Alltag (Musik hören, Bastelangebote, Spaziergehen, sonstige körperliche Betätigung), Hinwirken auf einen regelmäßigen Schlaf-/Wachrythmus, Nutzung von Maßnahmen zur Spannungsreduzierung (Entspannungsübungen), Förderung positiver Emotionen • Aufklärung, Beratung, Anleitung der pflegenden Angehörigen: mit dem Ziel der Entlastung, mit dem Ziel der Kompetenzerweiterung.“ 		
Teilschritte	Anforderungen	Interventionen
<ul style="list-style-type: none"> • Zeit nehmen und Störungen vermeiden, • Alle BI-abhängigen Teilschritte (Übernahmeform als Ressourcenförderung). 	<ul style="list-style-type: none"> • Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten, • Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten, • Mögliche verbale Aggression beachten, • Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen, • Wahnvorstellungen berücksichtigen, • Ängste berücksichtigen, • Auf Antriebslosigkeit eingehen, • Sozial inadäquate Verhaltensweisen beachten, • Interaktion mit Personen im direkten Kontakt beachten, • Nächtliche Unruhe beachten. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.3 Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen, • 2.1-2.9 Alltagsgestaltung, • 2.14 Snoezelen, • 4.8 Hilfe beim Aufstehen, • 4.9 Hilfe beim Zubettgehen, • 6.8 Beratung sonstige Themenfelder, • 7.3 Steuerung des Pflegeprozesses, • 7.4 Angehörigenarbeit, • 7.6 Bewohnergespräch.

Bei der Ausarbeitung des Expertenstandards *Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz* (DNQP 2018) zeigt sich ein ähnliches Bild. Zur Ableitung von Handlungsanweisungen sind hier die Prozesskriterien (P 1 bis P 5) verwendet worden. Im Ergebnis zeigt sich, dass es keine speziellen Interventionen gibt, die bei Menschen mit Demenz erbracht werden. Vielmehr werden auch hier besondere Anforderungen an die Leistungserbringung für Interventionen formuliert, die allerdings bei allen Pflegebedürftigen durchgeführt werden (Tabelle 18).

Tabelle 18: Ableitung von Interventionen aus dem Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ (DNQP 2018)

Prozesskriterien nach Expertenstandard (DNQP 2018)	PeBeM-Interventionskatalog
„P1 Die Pflegefachkraft erfasst zu Beginn des pflegerischen Auftrags sowie anlassbezogen, schrittweise und unter Einbeziehung der Angehörigen bzw. anderer Berufsgruppen kriteriengestützt mit der Demenz einhergehende Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung, deren Auswirkungen auf die Lebens- und Alltagswelt sowie Vorlieben und Kompetenzen des Menschen mit Demenz.“	<ul style="list-style-type: none"> • 7.3 Steuerung des Pflegeprozesses
„P2 Die Pflegefachkraft plant auf Basis einer Verstehenshypothese unter Einbeziehung des Menschen mit Demenz und seiner Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen individuell angepasste beziehungsfördernde und –gestaltende Maßnahmen.“	<ul style="list-style-type: none"> • 7.3 Steuerung des Pflegeprozesses
„P3a Die Pflegefachkraft informiert, leitet an oder berät den Menschen mit Demenz entsprechend seiner Fähigkeiten über beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote.“	<ul style="list-style-type: none"> • 6.8 Beratung: sonstige • Themenfelder • 6.10 Schulung
„P3b Die Pflegefachkraft informiert, leitet an und berät die Angehörigen proaktiv und anlassbezogen über beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen in Alltags- und Ausnahmesituationen.“	<ul style="list-style-type: none"> • 7.4 Angehörigenarbeit
„P4 Die Pflegefachkraft gewährleistet und koordiniert das Angebot sowie die Durchführung von beziehungsfördernden und -gestaltenden Maßnahmen. Gegebenenfalls unterstützt sie andere an der Pflege des Menschen mit Demenz Beteiligte.“	<ul style="list-style-type: none"> • 7.3 Steuerung des Pflegeprozesses
„P5 Die Pflegefachkraft überprüft laufend die Wirksamkeit der beziehungsfördernden und –gestaltenden Maßnahmen. Sie nimmt in Absprache mit dem Menschen mit Demenz, seinen Angehörigen sowie allen an der Pflege Beteiligten gegebenenfalls Änderungen am Maßnahmenplan vor.“	<ul style="list-style-type: none"> • 7.3 Steuerung des Pflegeprozesses • 7.4 Angehörigenarbeit

Darüber hinaus wurde die *S3-Leitlinie „Demenzen“* zur Ableitung von Interventionen bei Menschen mit gerontopsychiatrisch bedingten Beeinträchtigungen einbezogen. Ziel der S3-Leitlinie ist es, den Berufsgruppen und Personen, die mit der Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz vertraut sind, bei der Diagnostik, Therapie, Betreuung und Beratung eine Unterstützung zu bieten (Deuschl & Maier 2016). Abgeleitet werden konnten Interventionen aus dem Bereich der Beratung, der medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapie und der Prävention (Tabelle 19).

Tabelle 19: Ableitung von Interventionen aus der S3-Leitlinie „Demenzen“ (Deuschl & Maier 2016)

Empfehlungen der S3-Leitlinie „Demenzen“ (Deuschl & Maier 2016)	PeBeM-Interventionskatalog
„Die Aufklärung und Beratung durch Ärzte kann ergänzt werden durch Beratungsleistungen anderer Professionen und Beratungsinstitutionen“ (S. 29)	<ul style="list-style-type: none"> • 6.8 Beratung: sonstige Themenfelder
Diagnostische Verfahren (ab S. 30)	<ul style="list-style-type: none"> • 7.5 Berufsgruppenübergreifende Kommunikation (extern) • 5.16 Untersuchungsassistenz
Pharmakologische Therapie und Behandlung (ab S. 48)	<ul style="list-style-type: none"> • 5.12 Medikamentengabe • 5.13 Medikationsmanagement
„Es gibt Evidenz für die Wirksamkeit von kognitiver Stimulation auf die kognitive Leistung bei Patienten mit leichter bis moderater Demenz. Kognitive Stimulation sollte empfohlen werden.“ (S. 87)	<ul style="list-style-type: none"> • 2.1 Alltagsgestaltung: Gedächtnistraining
„Reminiszenzverfahren können in allen Krankheitsstadien aufgrund von Effekten auf die kognitive Leistung, Depression und lebensqualitätsbezogene Faktoren zur Anwendung kommen.“ (S. 87)	<ul style="list-style-type: none"> • 2.1 Alltagsgestaltung: Gedächtnistraining
„Es gibt Evidenz, dass ergotherapeutische, individuell angepasste Maßnahmen bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz unter Einbeziehung der Bezugspersonen zum Erhalt der Alltagsfunktionen beitragen. Der Einsatz sollte angeboten werden.“ (S. 89)	<ul style="list-style-type: none"> • 7.5 Berufsgruppenübergreifende Kommunikation (extern)
„Es gibt Hinweise, dass körperliche Aktivierung positive Wirksamkeit auf kognitive Funktionen, Alltagsfunktionen, psychische und Verhaltenssymptome, Beweglichkeit und Balance hat. Körperliche Aktivität sollte empfohlen werden.“ (S. 90)	<ul style="list-style-type: none"> • 1.1 Bewegungsförderung
„Es gibt Hinweise, dass aktive Musiktherapie günstige Effekte auf psychische und Verhaltenssymptome bei Menschen mit Demenz hat, insbesondere auf Angst. Musiktherapie kann bei psychischen und Verhaltenssymptomen bei Alzheimer-Demenz angeboten werden.“ (S. 91)	<ul style="list-style-type: none"> • 2.4 Alltagsgestaltung: Musik
„Die Anwendung von Aromastoffen kann geringe Effekte auf agitiertes Verhalten und allgemeine Verhaltenssymptome bei Patienten mit mittel- bis schwergradiger Demenz haben. Sie kann empfohlen werden.“ (S. 92)	<ul style="list-style-type: none"> • 2.10 Basale Stimulation • 2.14 Snoezelen
„Es gibt keine ausreichenden Hinweise für einen therapeutischen Effekt von Licht, die eine spezielle Empfehlung in der Anwendung bei Menschen mit Demenz erlauben.“ (S. 93)	<ul style="list-style-type: none"> • 2.10 Basale Stimulation • 2.14 Snoezelen
„Angehörigentraining zum Umgang mit psychischen und Verhaltenssymptomen bei Demenz können geringe Effekte auf diese Symptome beim Erkrankten haben. Sie sollten angeboten werden.“ (S. 93)	<ul style="list-style-type: none"> • 7.4 Angehörigenarbeit • 6.10 Schulung
„Zur Behandlung depressiver Symptome bei Demenzerkrankten sind Edukations- und Unterstützungsprogramme von Pflegenden und Betreuenden wirksam und sollten eingesetzt werden.“ (S. 95)	<ul style="list-style-type: none"> • 7.4 Angehörigenarbeit • 6.10 Schulung
„Familienähnliche Esssituationen, verbale Unterstützung und positive Verstärkung können das Essverhalten von	<ul style="list-style-type: none"> • 4.17 Nahrungsaufnahme:

Menschen mit Demenz verbessern und können empfohlen werden.“ (S. 96)	Durchführung <ul style="list-style-type: none"> • 4.18 Nahrungsaufnahme: Vorbereitung
„Angemessene strukturierte soziale Aktivierung während des Tages kann zu einer Besserung des Tag-Nacht-Schlafverhältnisses führen und sollte eingesetzt werden.“ (S. 97)	<ul style="list-style-type: none"> • 7.3 Steuerung des Pflegeprozesses • 2.1 bis 2.9 Alltagsgestaltung
„Zur Prävention von Erkrankungen, die durch die Pflege und Betreuung hervorgerufen werden, und zur Reduktion von Belastung der pflegenden Angehörigen sollten strukturierte Angebote für Bezugspersonen von Demenzerkrankten vorgesehen werden. Inhaltlich sollten neben der allgemeinen Wissensvermittlung zur Erkrankung das Management in Bezug auf Patientenverhalten, Bewältigungsstrategien und Entlastungsmöglichkeiten für die Angehörigen sowie die Integration in die Behandlung des Demenzkranken im Vordergrund stehen. Hierbei können auch kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren eingesetzt werden.“ (S. 98)	<ul style="list-style-type: none"> • 7.4 Angehörigenarbeit • 6.10 Schulung
„Regelmäßige körperliche Bewegung und ein aktives geistiges und soziales Leben sollten empfohlen werden.“ (S. 109)	<ul style="list-style-type: none"> • 1.1 Bewegungsförderung • 2.1 bis 2.9 Alltagsgestaltung

Auch hier zeigt sich, dass beispielsweise aus einer Empfehlung zur körperlichen Aktivität bei Menschen mit Demenz die Intervention „Bewegungsförderung“ abgeleitet werden kann, die Anforderungen und damit die Ausprägungen der Beeinträchtigungen in den Modulen 2 und 3 des BI allerdings die Besonderheiten des Umgangs mit dieser Personengruppe ausmachen und nicht die Intervention selbst.

4.1.2.10 Festlegung des Interventionskataloges

Alle Interventionen sind mit ihren Beschreibungen im Interventionskatalog hinterlegt. Die Beschreibungen konzentrieren sich auf Definition, Beschreibung im Sinne einer kurzen Erläuterung und der Auflistung der Teilschritte. Der vollständige Interventionskatalog ist dem Anlagenband (A 3.2) zu entnehmen.

Ergänzend zum Interventionskatalog wurde ein *Handbuch zum Interventionskatalog* zusammengestellt. Dieses Handbuch beinhaltet alle Informationen des Interventionskataloges, ergänzt um die Ausprägungen der Teilschritte und deren Verknüpfung mit der Begutachtungskonstellation und die definierten Anforderungen, ergänzt um die Ausprägungen und deren Verknüpfung mit der Begutachtungskonstellation. Das Handbuch zum Interventionskatalog befindet sich im ebenfalls Anlagenband (A 3.3).

Nach der Entwicklung des Interventionskataloges und -handbuches durch das Studienteam wurden diese Instrumente dem Expertengremium vorgelegt und Aufbau sowie Inhalte in der Ersten Konsentierungssitzung vom 08. bis 10. Januar 2018 diskutiert, angepasst (Abschnitt 4.2) und diese Instrumente für die Verwendung in der Studie konsentiert festgelegt.

4.1.3 Festlegung der für die fachgerechte Erbringung der Maßnahmen notwendigen qualifikatorischen Niveaus

Als Grundlage der Datenerhebungen gehörten neben der Definition der Pflegeinterventionen im Interventionskatalog und -handbuch auch die Verknüpfungen der notwendigen qualifikatorischen Ni-

veaus zu den entsprechenden Interventionen. Um die unterschiedlichen pflegerischen Versorgungsanforderungen und Aufgaben in der Langzeitpflege auf der einen Seite mit den Qualifikationen der Beschäftigten, auf der anderen Seite in Zusammenhang bringen zu können, wurde hierzu ein wissenschaftlich fundiertes *Qualifikationsmixmodell (QMM)* für die stationäre Langzeitpflege entwickelt.

Eine wichtige Vorarbeit hierfür stellt der „Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen“ dar (Knigge-Demal et al. 2013). Der Anforderungs- und Qualifikationsrahmen enthält gestufte Beschreibungen der Verantwortungs- und Aufgabenbereiche sowie des jeweils erforderlichen Wissens und Könnens und wurde von den Autorinnen zunächst auf theoretischer Basis entwickelt und anschließend empirisch validiert und überarbeitet. Die Autorinnen gelangen entsprechend des deutschen und europäischen Qualifikationsrahmens zu acht Profilen auf acht Qualifikationsniveaus (QN) (Tabelle 20):

Tabelle 20: Qualifikationsniveaus und Qualifikationsprofile

QN 1	Service im Lebensumfeld
QN 2	Persönliche Assistenz
QN 3	Durchführung von Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses
QN 4	Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen
QN 5	Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen für spezielle Patient*innengruppen
QN 6	Steuerung und Gestaltung von hochkomplexen Pflegeprozessen und die Leitung von Teams
QN 7	Pflegerische Leitung in Einrichtungen
QN 8	Steuerung und Gestaltung pflegewissenschaftlicher Aufgaben

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Knigge-Demal et al. 2013: 18 f.

Der Qualifikationsrahmen erlaubt eine Abgrenzung und Konkretisierung der Verantwortungsbereiche und Aufgaben von unterschiedlichen Qualifikationsniveaus, einschließlich der Differenzierung von klient*innenfernen Aufgaben. Eine Limitation des Qualifikationsrahmens besteht darin, dass das Konkretisierungsniveau noch zu gering ist, um damit im Rahmen einer Beobachtungsstudie arbeiten zu können. Beispielsweise fehlt eine Operationalisierung des Begriffs der „Komplexität“, und es werden keine Kriterien geliefert, anhand derer sich „komplexe“ (QN 4) von (nicht-komplexen) „Pflegeprozessen“ (QN 3) unterscheiden. Gleiches gilt für die Unterscheidung von persönlicher Assistenz (QN 2) und (nicht-komplexen) Pflegeprozessen (QN 3). Eine weitere Limitation ist darin zu sehen, dass keine Zuordnung der Qualifikationsniveaus zu Zertifikaten erfolgt. Ein Qualifikationsmixmodell mit diesen gewünschten Konkretisierungen ist in Deutschland derzeit nicht zu finden.

Die Anlehnung an den DQR (Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen) bzw. EQR (Europäischer Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen) ist außerdem problematisch, weil diese mit den Strukturen der (deutschen) Pflegeausbildung inkompatibel sind. Die beruflichen Abschlüsse Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger und zukünftig Pflegefachfrau / Pflegefachmann werden der Europäischen Berufsanerkennungsrichtlinie zufolge (Richtlinie 2005/36/EG, geändert durch Richtlinie 2013/55/EU) auch in anderen europäischen Ländern, in denen die Pflegeausbildung auf Tertiärniveau und damit auf QN 6 stattfindet, anerkannt. Damit findet eine formale Gleichstellung der deutschen, auf QN 4 verorteten, Pflegeausbildung mit den auf QN 6 befindlichen europäischen Pflegeausbildungen statt. Außerdem wird die Eingruppierung der beruflichen Pflegeausbildung in das QN 4 dem tatsächlichen Anforderungs- und Kompetenzniveau nicht gerecht. Sowohl von Seiten der Fachöffentlichkeit als auch der Politik wird daher gefordert, die Pflegeausbildung auf QN 5 anzusiedeln (GMK 2013). Damit würde sich auch beispielsweise die Einordnung der pflegerischen Fachweiterbildungen verschieben. Im Projekt wurden die Stufen des DQR bzw. EQR sowie die diesen Stufen zugeordneten Zertifikate aufgrund des hohen Bekanntheitsgrads und mangels alternativer

Systematiken für die Konstruktion eines QMM dennoch genutzt, um die verschiedenen Qualifikationsniveaus zu unterscheiden.⁷ Die auf den Stufen jeweils erwarteten Kompetenzen wurden aber neu definiert. Insofern hat auch eine Änderung der Einordnung der Pflegeausbildung in den DQR keine Auswirkungen auf den Algorithmus.

Nachstehend wird zunächst das methodische Vorgehen bei der Entwicklung des QMM beschrieben (Abschnitt 4.1.3.1), anschließend dann die Ergebnisse, die Grundlage für die Feldphase waren (Abschnitt 4.1.3.2).

4.1.3.1 Methodisches Vorgehen

Die internationale Studienlage erlaubt derzeit keine eindeutige Aussage über den Beitrag verschiedener pflegerischer Qualifikationen zur Erbringung von Pflegequalität in der Langzeitpflege (Greß & Stegmüller 2018; Brandenburg & Kricheldorf 2018). Da damit keine empirische Evidenz hinsichtlich der Notwendigkeit bestimmter Qualifikationen zur Durchführung von Aufgaben der Pflege und Betreuung in der Langzeitpflege existiert, wurde ein *theoretisch gestütztes Vorgehen* gewählt, bei dem die aktuell geltenden rechtlichen Bestimmungen in Deutschland und die durch das neue Pflegeberufegesetz ab 2020 geltenden Neuerungen zugrunde gelegt wurden. Das theoretisch erarbeitete Modell wurde im Anschluss anhand von zwei Gruppendiskussionen (Mäder 2013) mit Expert*innen leicht modifiziert und konsentiert.

Die methodische Vorgehensweise gliederte sich in folgende Schritte:

1. Zuordnung der Qualifikationsniveaus zu Zertifikaten (Abschnitt 4.1.3.1.1),
2. Theoretische Begründung des Komplexitätsniveaus von Aufgaben (Abschnitt 4.1.3.1.2),
3. Differenzierung des Schwierigkeitsgrads von Aufgaben, u. a. unter Nutzung des Begutachtungsinstruments und unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Stabilität (Abschnitt 4.1.3.1.3) und
4. zwei Konsentierungsrunden mit Expert*innen zur Validierung des QMM (Abschnitt 4.1.3.1.4)

4.1.3.1.1 Zuordnung der Qualifikationsniveaus zu Zertifikaten

Um eine Zuordnung der Qualifikationsniveaus zu Zertifikaten vornehmen zu können, wurden die Operationalisierungen und Beispiele der *Liste der zugeordneten Qualifikationen* des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR 2017) herangezogen (Tabelle 21). Die Definition der Pflegezertifikate erfolgte unter Bezug auf rechtliche Grundlagen der Pflegebildung (u. a. Ausbildungsgesetze, Sozialgesetzbücher) oder aber in Analogie zu den Beispielen aus dem Deutschen Qualifikationsrahmen. Unter Berücksichtigung der Besonderheiten in der pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung wurden den Qualifikationsniveaus 2 und 5 zwei unterschiedliche Zertifikate zugeordnet, je nachdem, welcher Tätigkeits- bzw. Aufgabenschwerpunkt angesprochen ist.

⁷ Es wurde aber weder auf die Operatoren Bezug genommen, noch ist damit eine Akzeptanz der politischen Entscheidung verbunden, die Pflegeerausbildung auf Stufe 4 zu verorten.

Tabelle 21: Zuordnung von Zertifikaten zu Qualifikationsniveaus

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

4.1.3.1.2 Theoretische Begründung des Komplexitätsniveaus von Aufgaben

Aus den Beschreibungen im Qualifikationsrahmen von Knigge-Demal et al. (2013) wurden zunächst konkrete Arbeitsaufgaben abgeleitet. Um den Komplexitätsgrad von Arbeitsaufgaben konkretisieren zu können, wurden im nächsten Schritt psychologische und sozialwissenschaftliche Kompetenzmodelle genutzt (Anderson et al. 2001; Benner 1994; Habermas 1971; 1974; Krüger & Lersch 1993). Im Wesentlichen wurden für zwei Kompetenzdimensionen Abstufungen entwickelt und der Konkretisierung von Arbeitsaufgaben zu Grunde gelegt, nämlich für die pflegerische Problemlösekompetenz und die Sozial-Kommunikative Kompetenz.

Hinsichtlich der Problemlösekompetenz sind einfache, schwierige bzw. komplizierte und komplexe Aufgaben zu differenzieren. *Einfache (Pflege-)Aufgaben* oder -probleme lassen sich anhand von (explizitem) Wissen über Lösungsregeln bewältigen. Die Lösungen basieren auf linearen Ursache-Wirkungs-Schemata und führen zu einem vorhersagbaren Ergebnis. Bei *schwierigen oder komplizierten Aufgaben* liegen mehrere erschwerende Kontextfaktoren vor. Für die Entwicklung einer Lösung muss das Zusammenwirken dieser Faktoren entworfen und kalkuliert werden, was ggf. eine geringfügige Anpassung von Handlungsschemata erforderlich macht. Das Ergebnis der Aufgabebearbeitung ist aber immer noch vorhersagbar. *Komplexe Aufgaben* sind dagegen dadurch gekennzeichnet, dass vie-

⁸ In der „Liste der zugeordneten Qualifikationen“ (DQR 2017) wird die zweijährige Pflegeassistentenausbildung fälschlicherweise der DQR-Stufe 4 zugeordnet.

le unterschiedliche Einflussfaktoren existieren, dass es zwischen diesen Einflussfaktoren vielfältige Beziehungen gibt und sowohl die Einflussfaktoren als auch deren Wechselwirkungen nicht stabil sind. Die Lösung der Anforderungen kann nicht linear erfolgen, sondern erfordert eine grundlegende Änderung der Schemata bzw. Neukonstruktion von Lösungswegen. Das Ergebnis ist deshalb nur in engen Grenzen (bis gar nicht) vorhersagbar und damit auch nicht planbar (Glouberman & Zimmerman 2004; Anderson et al. 2001; Rauner 1999; Benner 1994).

Sozialwissenschaftlichen Modellen der Ontogenese der sozialen Kompetenz zufolge kann soziale Kompetenz als sukzessiver Aufbau der Fähigkeit zur Perspektiven- und Rollenübernahme hin zur Perspektive des generalisierten Anderen dargestellt werden (Habermas 1971; 1974; Kohlberg 1997; Krüger & Lersch 1993). Im Verlauf der Entwicklung werden immer komplexere normative Erwartungsstrukturen angeeignet. Durch die Tätigkeit in der Pflege ist eine „Ausdifferenzierung des Rollensets und eine Neuinterpretation alter Rollen“ (Krüger & Lersch 1993: 139) erforderlich. Aufgaben können diesem Modell zufolge anhand des Grads an erforderlicher Perspektivenübernahme in ihrem Anforderungsniveau unterschieden werden. Neben der Anzahl an Perspektiven (einzelne Personen oder mehrere Personen in komplexen Systemen, wie Familien) steigt das Anforderungsniveau mit dem Ausmaß an Divergenz der zu übernehmenden Perspektiven (Tabelle 22). Sehr stark divergierende Perspektiven können beispielsweise bei Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten unterstellt werden.

Tabelle 22: Unterscheidung von Aufgaben anhand des Komplexitätsgrads und des Grads an erforderlicher Perspektivenübernahme

Problemlösekompetenz		Soziale/Kommunikative Kompetenz	
Komplexitätsgrad	Anforderungsniveau	Grad der erforderlichen Perspektivenübernahme	Anforderungsniveau
Einfach	Anwendung von Handlungsschemata	Einfach (kaum erforderlich)	anhand von Routinen handeln
Schwierig	Geringfügige Anpassung von Handlungsschemata	Schwierig (beim Vorliegen konvergenter Perspektiven)	Ich-/Du-Differenzierung, Empathie
Komplex	ggf. grundlegende Änderung von Schemata bzw. Neukonstruktion von Lösungswegen	Komplex (beim Vorliegen (stark) divergenter Perspektiven oder bei (vielen) verschiedenen Perspektiven innerhalb sozialer Gruppen)	Frustrationstoleranz, Ambiguitätstoleranz, Selbstreflexion

4.1.3.1.3 Differenzierung des Schwierigkeitsgrads von Aufgaben

Im nächsten Erarbeitungsschritt wurden die Kriterien zur Feststellung der Komplexität von Arbeitsanforderungen bzw. des Grads an erforderlicher Perspektivenübernahme operationalisiert. Von pflegerischen Aufgaben, die z. B. an sich kompliziert oder sogar komplex sind, weil sie vom Ansatz her nicht standardisiert werden können (z. B. Pflegeprozessplanung und -steuerung, Pflegeberatung), lassen sich Aufgaben abheben, deren Anforderungsniveau von den Merkmalen der zu pflegenden Menschen abhängig ist. Ein ausschlaggebendes Kriterium für die Auswahl eines Qualifikationsniveaus besteht bei diesen Interventionen darin, inwiefern die pflegerische oder gesundheitliche Situation eines Menschen Risiken beinhaltet, die einen besonderen Präventionsbedarf begründen und tiefergehende Kenntnisse erfordern, um ggf. Verschlechterungen erkennen zu können. Als Grundlage für die Erfassung der Bewohnermerkmale wurde bei diesen Aufgaben auf das Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der Kran-

kenkassen (MDS 2017) zur Feststellung des *Grades der Pflegebedürftigkeit* zurückgegriffen, das zum 1. Januar 2017 eingeführt wurde. In die Entwicklung des Instruments sind umfangreiche pflegewissenschaftliche Vorarbeiten eingegangen (Wingenfeld et al. 2007). Das Instrument ist deshalb geeignet, um die Aufgabenklasse G „Durchführung körpernaher Pflegeinterventionen, deren Schwierigkeitsgrad abhängig ist vom Grad der Pflegebedürftigkeit und von der Stabilität der gesundheitlichen Situation der zu pflegenden Menschen“ weiter auszudifferenzieren, und wurde auch so genutzt.

Ähnlich der BI-abhängigen Differenzierung von Teilschritten und Anforderungen (Abschnitt 4.1.2.6) wurde auch die Zuordnung der für die fachgerechte Erbringung individuell erforderlichen Qualifikationsanforderungen in Abhängigkeit vom Zustand des Pflegebedürftigen durchgeführt. Methodisch abweichend wurden bei der Zuweisung der Qualifikationsniveaus zu den Interventionen allerdings die Schweregrade der Beeinträchtigung auf Modulebene als auch die Punktschichten mehrerer Items genutzt (Tabelle 23). Da eine klassierte Gesamteinschätzung in Pflegegraden zu grob ist, wurde zur Individualisierung vor allem auf die zwei Module Bezug genommen, die für die Differenzierung der Anforderungsniveaus und der darauf aufbauenden Zuweisung von Qualifikationsniveaus als besonders geeignet angesehen werden können und die auch bei den neuen Qualitätsindikatoren gemäß § 113 Abs. 1a SGB XI zur Risikoadjustierung herangezogen werden. Erstens wurde das Modul 1 „Mobilität“ ausgewählt, da Mobilitätseinschränkungen mit einem erhöhten Risiko von Folgeerkrankungen und Pflegebedürftigkeit assoziiert sind. Sie gehören gemeinsam mit kognitiven Einbußen zu den wichtigsten Gründen für das Eintreten von Pflegebedürftigkeit (Zegelin 2013; 2005; DNQP 2014: 51). Zweitens wurde das Modul 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ verwendet, da herausforderndes Verhalten als Bestandteil des Moduls Verhaltensweisen und psychische Problemlagen leicht zur Überforderung des Pflegepersonals, gelegentlich auch zur Ausübung von Gewalt oder bei medikamentöser Versorgung dieser Verhaltensweisen ggf. zu unerwünschten Nebenwirkungen führt (Bartholomeyczik et al. 2013: 26). Des Weiteren steigt das Risiko von Stürzen und Verletzungen (ebd.).

Die Auswahl der Items und die Festlegung der Grenzwerte für die Zuordnung zu Qualifikationsniveaus erfolgten zunächst von Seiten des Projektteams und wurden dann in den Gruppendiskussionen mit Expert*innen (Abschnitt 4.1.3.1.4) validiert und z. T. geringfügig modifiziert.

Allerdings ist der Grad der Pflegebedürftigkeit allein nicht immer ausreichend, um tatsächlich das Risiko bei den zu pflegenden Menschen abschätzen zu können. Neben der Pflegebedürftigkeit stellt die *gesundheitliche Situation* der zu pflegenden Menschen einen entscheidenden Parameter dar. Situationen der gesundheitlichen Instabilität gehen mit einer besonderen Gefahreneigenschaft einher. Um die damit verbundenen Risiken wirksam vermeiden zu können, ist daher – nicht zuletzt aus rechtlichen Erwägungen – ein vertieftes Fachwissen für die pflegerische Versorgung erforderlich (Bergmann 2011). In ihrer Evaluation des Qualifikationsrahmens kommen Knigge-Demal & Hundenborn (2014: 67) zu dem Schluss, dass insbesondere die Personen der QN 1 und 2 häufig Aufgaben übernehmen, obwohl sie nicht über das dafür erforderliche Wissen und Können verfügen. Daraus resultieren Überforderung auf Seiten der Pflegepersonen und eine potenziell inadäquate Versorgung von Pflegebedürftigen. Anhaltspunkte für gesundheitliche Instabilität können z. B. das Vorliegen eines Dekubitus, einer chronischen Wunde, einer Mangelernährung, instabiler Schmerzen, instabiler Luftnot, einer instabilen Koronaren Herzkrankheit, einer Dysphagie oder einer palliativen Versorgung sein. Ein Verfahren, wie gesundheitliche Instabilität im Rahmen der Erhebung festgestellt werden soll, wurde in der Konsentierungsrunde des Expertengremiums vereinbart (Abschnitt 4.2.1.5).

4.1.3.1.4 Gruppendiskussionen mit Expert*innen

Die zunächst vom Projektteam festgelegten Zuordnungen, Klassen und Grenzwerte wurden im Rahmen von zwei Expertendiskussionen (Mäder 2013) überprüft und im Anschluss geringfügig modifiziert (vgl. Abschnitt 4.2). Die Gruppen bestanden aus unterschiedlichen Stakeholdern aus dem Feld der stationären Langzeitpflege, nämlich die erste Gruppe aus Vertreter*innen des GKV-Spitzenverbands, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), der Gewerkschaft ver.di, der Wohlfahrtsverbände und der kommunalen Sozialverbände sowie aus freien Expert*innen. Die zweite Gruppe setzte sich aus Vertreter*innen der Vertragspartner nach § 113 SGB XI zusammen. Das Modell wurde in den beiden Gruppen anhand eines Vortrags präsentiert und im Anschluss diskutiert. Dabei wurden einige (kleinere) Veränderungen vorgeschlagen, das veränderte Modell wurde in beiden Gruppen abschließend konsentiert. Nachfolgend wird das Modell in der abschließenden Version vorgestellt.

4.1.3.2 Ergebnisse

Das für das Projekt eigens entwickelte Qualifikationsmixmodell (QMM) ermöglicht eine Klassifizierung der Aufgaben nach Schwierigkeitsgrad – teilweise angereichert um eine zusätzliche Unterscheidung nach dem Grad an pflegerischen und gesundheitlichen Risiken – und verknüpft diese mit Qualifikationsniveaus (QN) des Pflegepersonals. Insgesamt werden zehn Klassen unterschieden, wobei die Klassen G und H noch weiter ausdifferenziert werden (Tabelle 23). Die gewählten Buchstaben haben keine weitergehenden Bedeutung, sie sollen nur die Zuordnung der Klassen zu den Pflegeinterventionen erleichtern.

Tabelle 23: Klassifizierung der Interventionen A-J

	Klassifizierung der Interventionen	Beispiele, Erläuterungen	Mindestqualifikationsniveau
A	Managementaufgaben	z. B. Qualitätsentwicklung, Öffentlichkeitsarbeit	QN 5 (Leitung)
	Erläuterung: Diese Klasse orientiert sich an den gesetzlichen Vorgaben für die verantwortliche Pflegefachkraft nach § 71 SGB XI.		
B	Komplexe Pflegeinterventionen für spezielle Gruppen von Bewohner*innen	z. B. Implementation von spezifischen Versorgungskonzepten, kollegiale Beratung und Anleitung hinsichtlich spezieller Bewohnergruppen	QN 5 (Fach)
	Erläuterung: Diese Klasse wurde vom Qualifikationsrahmen von Knigge-Demal et al. (2013: 48 ff.) abgeleitet.		
C	Durchführung komplizierter medizinisch-diagnostischer und medizinisch-therapeutischer Aufgaben	Entsprechend Ärztlicher Anordnung, z. B. Medikamente stellen, i.m. – Injektionen, Absaugen	QN 4
	Erläuterung: Dem Leistungsrecht entsprechend wurden medizinisch-diagnostische und medizinisch-therapeutische Aufgaben (sog. Behandlungspflege ⁹) in einer separaten Klasse zusammengeführt, die nochmal nach Anforderungsniveau in zwei Klassen (komplizierte und einfache Aufgaben) unterteilt wurde (C und F).		

⁹ Die Begriffe „Grundpflege“ und „Behandlungspflege“ spielen nach wie vor eine zentrale Rolle in der Unterscheidung von vermeintlich einfachen und anspruchsvollen pflegerischen Tätigkeiten in den Sozialgesetzen. In der Pflegewissenschaft besteht jedoch die Auffassung, dass der Begriff „Grundpflege“ der Komplexität von körpernahen Aufgaben, die, wenn sie nicht sachgerecht durchgeführt werden, zu erheblichen gesundheitlichen Nachteilen für die zu pflegenden Menschen führen können, nicht gerecht wird. Andererseits impliziert der Begriff der „Behandlungspflege“ fälschlicherweise, dass die medizinisch-diagnostischen und -therapeutischen Aufgaben grundsätzlich mit einem höheren Anspruchsniveau verknüpft sind (Müller 1998; Friesacher 2008: 192f.).

D	Planung, Durchführung und Evaluation komplizierter Pflegeinterventionen	z. B. Beratung, Schulung, Basale Stimulation, Biographiearbeit	QN 4
	Erläuterung: Dieser Klasse wurden Aufgaben zugeordnet, die an sich kompliziert oder sogar komplex sind, weil sie sich vom Ansatz her nicht standardisieren lassen.		
E	(a) Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs; (b) Organisation, Gestaltung und Steuerung von Pflegeprozessen; (c) Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege	Vorbehalte Tätigkeiten lt. PflBRefG 2017	QN 4
	Erläuterung: Dem neuen Pflegeberufegesetz (§ 4 PflBG 2017) folgend wurden für das Qualifikationsniveau der Pflegefachperson die vorbehaltenen Tätigkeiten als separate Klasse ausgewiesen. Zudem lassen sich diese Aufgaben vom Ansatz her nicht standardisieren.		
F	Durchführung einfacher medizinisch-diagnostischer und medizinisch-therapeutischer Aufgaben	Entsprechend Ärztl. Anordnung, z. B. Kompressionsstrümpfe anziehen, s.c.-Injektionen verabreichen	QN 3
	Erläuterung: Einfache Aufgaben sind dadurch gekennzeichnet, dass sie anhand von feststehenden Handlungsalgorithmen durchgeführt werden können und ihre potenzielle Gefährlichkeit eher gering ist. Die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK 2012) legt in einem Eckpunktepapier fest, dass Pflegehelfer*innen und –assistent*innen im Rahmen der Ausbildung zur selbständigen Durchführung dieser Aufgaben unter Anleitung und Überwachung von Pflegefachpersonen befähigt werden sollen.		
G	Durchführung körpernaher Pflegeinterventionen, deren Schwierigkeitsgrad abhängig ist vom Grad der Pflegebedürftigkeit und von der Stabilität der gesundheitlichen Situation der zu pflegenden Menschen	in Abhängigkeit von der Einschränkung der Selbständigkeit (BI) und von der gesundheitlichen Situation der zu pflegenden Menschen (Instabilität)	QN 2-4
	Erläuterung: Eine Ausdifferenzierung dieser Aufgabenklasse ist u. a. deswegen sinnvoll, da ein Großteil des Zeitumfangs an direkten Pflegeleistungen von Pflegefachpersonen und Pflegehelfer*innen zur Unterstützung bei Alltagsverrichtungen aufgewendet wird (Wingenfeld & Schnabel 2002: 119). Eine Operationalisierung von „Komplexität“ wurde anhand der Module 1 und 3 des BI sowie anhand der gesundheitlichen Instabilität vorgenommen.		
H	Betreuung und Aktivierung	z. B. lebensweltliche Gestaltung des Alltags, Aktivierung, Zuwendung	QN 2 oder 4
	Erläuterung: Unter Betreuung werden alltagsunterstützende Aufgaben verstanden, etwa die Unterstützung bei der Herstellung sozialer Kontakte, der Teilhabe oder der Freizeitgestaltung (Lesen, Basteln, kulturelle Veranstaltungen).		
I	(übertragene) Serviceaufgaben	z. B. Mahlzeiten zubereiten und austeilen (Vorbereitung der Nahrungsaufnahme), einfache übertragene hauswirtschaftliche Aufgaben	QN 1
J	Verschiedene Aufgaben	z. B. „normale“ Bewohner*innengespräche, Dienstübergabe, Dienstgang, Dokumentation der erbrachten Leistungen	QN 1 – QN 5

Bei Aufgabenklasse G „Durchführung körpernaher Pflegeinterventionen“ wird die Zuweisung von Qualifikationsniveaus von der Stabilität/Instabilität von gesundheitlichen Situationen und von dem Grad der Pflegebedürftigkeit abhängig gemacht. Hieraus ergeben sich die in Tabelle 24 angegebenen Unterklassen. Für die Differenzierung der Aufgabenklasse G wurden dabei vier Klassen gebildet, die

Klassen G1 und G2 beziehen sich auf einen hohen Risikograd, die Klasse G3 auf einen mittleren und die Klasse G4 auf einen geringen Grad. Das hohe gesundheitliche Risiko ergibt sich bei G1 aus der gesundheitlichen Instabilität, bei G2 aus dem hohen Grad an Pflegebedürftigkeit. Hinsichtlich der Unterscheidung nach Pflegebedürftigkeit wurden die Module 1 und 3 aus dem BI herangezogen, wobei bei Modul 1 der Gesamtwert und bei Modul 3 ausgewählte Items zugrunde gelegt werden (11 von 13). Wenn bei einem der Items aus Modul 3 der Punktwert überschritten wird, führt dies zur Zuständigkeit des nächst höheren QN. Die Auswahl der Items in Modul 3 orientiert sich an dem mit dem Verhalten verknüpften Gefährdungspotenzial.

Tabelle 24: Definition der Unterklassen in der Aufgabenklasse „Durchführung körpernaher Pflegeinterventionen“

	Kriterium	Wird wie festgestellt (Beispiele)	Mindestqualifikationsniveau
G1	Instabile gesundheitliche Situation	z. B. Vorliegen eines Dekubitus, einer chronischen Wunde, instabiler Schmerzen, instabiler Luftnot, palliativer Versorgung, instabiler Kreislauf, Mangelernährung	QN 4
G2	Hoher Grad an Pflegebedürftigkeit und Risiken	BI: alle Ausprägungen	QN 4
G3	Mittelmäßiger Grad an Pflegebedürftigkeit und an Risiken	Mittelmäßiger Grad an Pflegebedürftigkeit Bei Zutreffen mind. einer der Bedingungen: Modul 1: max. schwere Einschränkungen der Selbständigkeit Modul 3: 4.3.3-4.3.13: pro Item max. 3 Punkte	QN 3
G4	Geringer Grad an Pflegebedürftigkeit und an Risiken	Geringer Grad an Pflegebedürftigkeit Bei Zutreffen mind. einer der folgenden Bedingungen: Modul 1: max. erhebliche Einschränkungen der Selbständigkeit Modul 3: 4.3.3-4.3.13: pro Item max. 1 Punkt	QN 2

Bei Aufgabenklasse H wird eine Differenzierung anhand der Komplexität der Anforderungen sowie der mit den Aufgaben verbundenen Verantwortung vorgenommen (Tabelle 25).

Tabelle 25: Klassifizierung der Aufgabenklasse H

	Klassifizierung der Interventionen	Beispiele, Erläuterungen	Mindestqualifikationsniveau
H1	Bedarfsfeststellung, Planung, Gestaltung, Steuerung und Evaluation der Betreuung	z. B. Planung und Steuerung der Betreuung sowie Pflege und Betreuung bei starken Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten	QN 4
H2	Durchführung der Betreuung	z. B. Unterstützung bei und Durchführung von spezifischen körperlichen, kognitiven, sozialen und spirituellen Aktivitäten mit einer Einzelperson oder in der Gruppe; ständige Anwesenheit einer Betreuungskraft bei einer pflegebedürftigen Person in einer kritischen Situation	QN 2
	Erläuterung: QN 2 übernehmen (z. T. als zusätzliche Betreuungskräfte) u. a. die in den Richtlinien nach § 53 c SGB XI definierten Aufgaben (GKV Spitzenverband 2016). Pflegefachpersonen sind gemäß § 5 Abs. 3 PflBRefG u a. dazu befähigt, die „Pflege und Betreuung bei Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten“ selbständig durchzuführen.		

Das QMM wurde im nächsten Schritt mit dem im Projekt entwickelten Interventionskatalog verknüpft. Jeder einzelnen Intervention wurden eine Aufgabenklasse A-J und das damit verbundene fachlich erforderliche Qualifikationsniveau zugeordnet (A 3.4). Tabelle 26 stellt ein Beispiel für eine BI-unabhängige Qualifikationsanforderung aus der Aufgabenklasse C dar. Die Intervention „Medikationsmanagement“ wurde aufgrund des dafür erforderlichen umfangreichen (medizinischen) Fachwissens und der möglichen Risiken bei Fehlern dem Qualifikationsniveau 4 zugeordnet.

Tabelle 26: Darstellung der Qualifikationsanforderung aus dem Katalog der Qualifikationsanforderungen fachgerechter Erbringung zur Intervention *Medikationsmanagement*

5.13 Medikationsmanagement		
Definition	Lagerung, Richten und Entsorgen von Medikamenten.	
	Qualifikationsniveau	Klassifizierung
	QN 4	C

Die Zuordnung der BI-abhängigen Qualifikationsanforderungen der Aufgabenklasse G wird am Beispiel der Intervention *Körperpflege: Waschen am Waschbecken* in Tabelle 27 veranschaulicht. Je nach Schweregrad der Beeinträchtigung in Modul 1 und der Punktebewertung der Items in Modul 3 ergeben sich die Qualifikationsanforderungen für die Durchführung der Intervention.

Tabelle 27: Darstellung der BI-abhängigen Qualifikationsanforderungen aus dem Katalog der Qualifikationsanforderungen fachgerechter Erbringung zur Intervention *Körperpflege: Waschen am Waschbecken*

4.13 Körperpflege: Waschen am Waschbecken		
Definition	Reinigung des gesamten Körpers am Waschbecken zur Förderung des Wohlbefindens.	
	Qualifikationsniveau abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit nach BI (MDS 2017) und von der gesundheitlichen Situation (Pflegeplanung)	Klassifizierung
	QN 2 immer, wenn nicht QN 3 oder höher QN 3 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = <i>schwere ODER</i> wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 1 Punkt und wenn nicht höher QN 4 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = <i>schwerste ODER</i> wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 3 Punkte <i>ODER</i> Instabile gesundheitliche Situation	G

Das im Rahmen des hier vorliegenden Projekts entwickelte QMM wurde ausgehend vom Status Quo des zur Leistungserbringung eingesetzten Personals in Deutschland konzipiert. Es stellt eine Verbindung zwischen den individuellen Zuständen der Pflegebedürftigen, den notwendigen pflegerischen Interventionen und der notwendigen Qualifikation des Personals her. Dabei darf die Vorgehensweise, den Qualifikationsniveaus Aufgabenklassen zuzuordnen, nicht mit einer verrichtungs- und funktionsorientierten Organisation und Gestaltung der Pflege verwechselt werden. Dies ist nicht der Fall, da das QMM in der hier entwickelten Form gerade ermöglicht, dass bei Menschen mit einem höheren Grad an Pflegebedürftigkeit und/oder einem Zustand der gesundheitlichen Instabilität eine entsprechende Anpassung der erforderlichen Qualifikation bis zur kontinuierlichen Versorgung durch

Pflegefachkräfte erfolgen kann. Dementsprechend ist durch das Modell jeweils eine adäquate Zusammenarbeit der Pflegefachpersonen mit den Pflegenden niedrigerer Qualifikationsniveaus abbildbar. Die den Pflegefachpersonen verbindlich zugeordnete Steuerung des Pflegeprozesses bezieht sich dabei nicht allein eine Tätigkeit im Büro, sondern erfordert einen regelmäßigen Kontakt mit den zu pflegenden Menschen, indem die Pflegefachpersonen im Sinne dieser vorbehaltenen Tätigkeiten regelmäßig gemeinsam mit den zu pflegenden Menschen sowie allen an der Durchführung der Pflege beteiligten Mitarbeitern sowohl die Qualität der Pflegedurchführung, als auch die Pflegeerfolge und die sich verändernden Pflegebedarfe erheben und gegebenenfalls Pflegeinterventionen anpassen. Offen ist dabei sowohl in der heutigen Leistungsrealität, als auch in den Planungen zukünftiger Pflegeorganisation, welche Bedeutung in Bezug auf konkrete Interventionserbringungen den Pflegenden höherer Qualifikationsniveaus zugeordnet oder sogar vorbehalten werden wird. Hierdurch konnten die Pflegenden oberhalb des QN 4, insbesondere die akademisch ausgebildeten Pflegekräfte, für die Zwecke der empirisch begründeten Instrumentenentwicklung noch nicht verpflichtend in das QMM integriert werden. Dies negiert jedoch nicht die grundsätzliche Sinnhaftigkeit des Einsatzes hochqualifizierter Pflegekräfte, sondern es zeigt, dass es erforderlich ist, zukünftig Pflegeorganisationsmodelle zu schaffen, die geeignet sind, unter gezielter Beteiligung akademisch ausgebildeter Pflegekräfte die Kontinuität der Versorgung in allen Pflegesituationen zusichern und weiterzuentwickeln. Hierdurch entstehende neue oder zusätzliche Interventionen können jederzeit in das QMM integriert werden.

4.2 Konsentierung der Erhebungsinstrumente

Die entwickelten Erhebungsinstrumente wurden zweifach diskutiert und konsentiert. In der ersten Instanz wurden die Erhebungsinstrumente durch das Expertengremium fachlich diskutiert und konsentiert (Abschnitt 4.2.1) und in der zweiten Instanz durch die Auftraggeber abgenommen (Abschnitt 4.2.2). Zudem wurden im Auftrag der beiden beteiligten Ministerien drei weitere pflegewissenschaftliche Expert*innen als Berater*innen des Forschungsteams hinzugezogen. Es handelt es sich hierbei um

- Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
- Prof. Dr. Ulrike Höhmann,
- Prof. Dr. Frank Weidner.

In mehreren ganztägigen Sitzungen haben diese Berater*innen wertvolle Hinweise zur Weiterentwicklung der Methodik geliefert (siehe hierzu auch die Abschnitte 6.5.1.3, 14.1.8 und 14.1.10 bis 14.1.12).

4.2.1 Erste Konsentierungssitzung des Expertengremiums

Ziel des Konsentierungstreffens vom 08.-10.01.2018 war insbesondere, die drei für die empirische Erhebung und normative Bewertung benötigten Arbeitsunterlagen zu diskutieren und zu konsentieren:

- die Inhalte des Interventionskatalogs zur Erfassung aller Leistungen,
- die Maßstäbe und Kriterien für eine sachlich fachgerechte Erbringung dieser Interventionen und
- die Maßstäbe und Kriterien für eine personell fachgerechte Erbringung dieser Interventionen, also die jeweiligen qualifikatorischen Anforderungen.

Deren Inhalte sollten als *normative Grundlage* dienen, um im empirischen Teil die Erbringungszeiten nicht nur als IST-Werte zu erfassen, sondern diese auch in *SOLL-Werte* umrechnen zu können. Die

Analyse der erhobenen Daten würde dabei nur valide und fachlich tragfähige Ergebnisse erbringen, wenn diese normativen Setzungen vorher auf breiter Basis fachlich diskutiert und abgestimmt sind. Hierzu wurde in der Projektkonzeption ein Konsentierungsprozess unter Einbezug eines fachlichen Expertengremiums und eines Entscheidungsgremiums aufgeführt.

Das *Expertengremium* für die fachliche Konsentierung wurde vom Auftragnehmer mit den folgenden, vom Auftraggeber entsandten Expert*innen einberufen:

- Stefan Dzulko (Vertreter der Berufsverbände),
- Andrea Kaden (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung - MDK-Sachsen),
- Dr. Heidemarie Kelleter (Caritas),
- Jana Klingelhöller (Spitzenverband der Medizinischen Dienste - MDS),
- Stephan von Kroge (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. - BPA),
- Jörg Rabe (Kommunaler Sozialverband Mecklenburg-Vorpommern - KSV),
- Dr. Eckart Schnabel (GKV-Spitzenverband),
- Prof. Dr. Michael Simon (Hochschule Hannover),
- Herbert Weisbrod-Frey (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft - ver.di)

sowie die Mitglieder des Projektteams:

- Prof. Dr. Heinz Rothgang,
- Prof. Dr. Stefan Görres,
- Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann,
- Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck,
- PD Dr. Guido Becke,
- Prof. Dr. Werner Brannath,
- Prof. Dr. Andreas Büscher.

Anwesend waren regelmäßig auch weitere Mitglieder des Bremer Projektteams.

Aufbauend auf der in Abschnitt 4.1.2 beschriebenen Literaturrecherche wurden insgesamt 6 normative Dokumente vorbereitet und den Experten zwei Wochen vor der ersten Sitzung des fachlichen Expertengremiums zur Einsicht zugesandt:

1. Begründung der Qualifikationsanforderungen,
2. Handbuch zum Interventionskatalog,
3. Interventionskatalog,
4. Katalog der Qualifikationsanforderungen,
5. Entwurf des Schulungskonzepts und
6. Wissenschaftliche Konzeption des Unterauftrags für die ambulante Pflege.

Während der dreitägigen Sitzung wurden die Ziele und Inhalte der Studie sowie die zu konsentierenden Dokumente im Detail vorgestellt. Aus der Diskussion der Experten ergaben sich Anpassungen in der Bedienung der Software und Änderungen im Handbuch zum Interventionskatalog sowie im Katalog der Qualifikationsanforderungen.

Die Änderungen im Handbuch zum Interventionskatalog und im Katalog der Qualifikationsanforderungen umfassten Änderungen im Aufbau und der Sortierung (Abschnitt 4.2.1.1), der Interventionskategorien (Abschnitt 4.2.1.2), der Interventionen (Abschnitt 4.2.1.3), inhaltliche Änderungen (Abschnitt 4.2.1.4) und Änderungen in den Zuordnungen der Qualifikationsniveaus (Abschnitt 4.2.1.5).

4.2.1.1 Änderung im Aufbau und der Sortierung

Das Expertengremium vermisste unter Kategorie 2 („Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“) des Interventionskataloges Interventionen, die das Projektteam unter Kategorie 6 („Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“) des Interventionskataloges aufführte. Da eine Differenzierung an dieser Stelle nicht eindeutig möglich war, wurden diese beiden Kategorien zu einer Kategorie („Kognitive und kommunikative Fähigkeiten/Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte“) zusammengeführt und umbenannt.

Während der Datenerfassungen mussten die Datenerhebenden die Möglichkeit haben im Bedarfsfall Interventionen aus dem Interventionskatalog zu holen. Um die Orientierung hier zu vereinfachen, wurden die Interventionen innerhalb der Kategorien grundsätzlich alphabetisch sortiert. Da Kategorie 7 („Pflegeprozess/Kommunikation/Organisation“) inhaltlich aufgebaut ist, wurde an dieser Stelle auf eine alphabetische Sortierung verzichtet.

4.2.1.2 Änderung der Interventionskategorien

Die Änderungen der Interventionskategorien wurden im Rahmen der Diskussion während der Sitzung im Originalkatalog geändert. Ziel war die eindeutiger Benennung der Kategorien, um wenig Interpretationsspielraum bei der Auswahl der Interventionen zu geben.

Bei vier Interventionskategorien wurde die Bezeichnung der Kategorienamen wie folgt geändert:

- „Medizinische/diagnostische Pflege“ in „Krankheits- und therapiebedingte Aufgaben“,
- „Beratung/Anleitung“ in „Beratung und Schulung“,
- „QM-Aufgaben“ in „Qualitätsmanagement“ und
- „Management-Aufgaben“ in „Management“.

4.2.1.3 Änderung der Interventionen

Die Änderungen erfolgten einerseits, um eindeutige Bezeichnungen zu erzielen und den Interpretationsspielraum zu verringern, andererseits um eine angemessenere Bezeichnung der Interventionen oder Interventionskategorien für Pflegeeinrichtungen im Vergleich zur Akutversorgung in Krankenhäusern zu erzielen.

Bei fünf Interventionen erfolgte eine Umbenennung der Interventionstitel wie folgt:

- „Beschäftigung“ in „Alltagsgestaltung“,
- „Beatmung (non-invasiv) / Sauerstoffgabe“ in „Sauerstoffgabe“,
- „Aufnahme“ in „Einzug“,
- „Gesundheitspolitikbeobachtung“ in „Rezeption und Aneignung gesetzlicher und fachlicher Anforderungen“ und
- „Edukation“ in „Schulung“.

Als Ergebnis der Diskussion im Expertengremium wurden zwei weitere Interventionen in den Interventionskatalog aufgenommen: Der Interventionskatalog wurde um die Interventionen „Verhaltens- und umgebungsbezogene Maßnahmen“ sowie „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ erweitert.

Eine weitere Intervention („Beschäftigung: Organisation“) wurde in die zwei Einzelinterventionen „Alltagsgestaltung: Vorbereitung“ und „Alltagsgestaltung: Planung“ aufgeteilt. Die Trennung dieser Interventionen erfolgte aufgrund der unterschiedlichen Anforderungen innerhalb der verschiedenen Qualifikationsniveaus. Ohne eine entsprechende Trennung wäre eine eindeutige Zuordnung der QNs

für die Beobachtungen in der Studie nicht möglich gewesen. Eine Anpassung der Definition und Beschreibung erfolgte ebenfalls.

Weiterhin wurden vier Interventionen zu jeweils zwei Interventionen zusammengeführt:

- „Pflegeplanung“ und „Pflegeassessment“ zu „Steuerung des Pflegeprozesses“ sowie
- „Qualitätscontrolling/Kennzahlen“ und „QM Berichterstattung Management“ zu „Qualitätscontrolling/Kennzahlen/Berichterstattung“.

4.2.1.4 Inhaltliche Änderung

Da im BI in Item 4.4 auch der Grad der Selbständigkeit in Bezug auf das „Haarewaschen“ berücksichtigt wird, wurden die Teilschritte und Anforderungen der betreffenden Interventionen auch im Interventionskatalog mit zuvor fehlenden entsprechenden Verknüpfungen versehen.

Dies betraf zwei Interventionen, und es erfolgte eine Anpassung in den Verknüpfungen der Teilschritte und den Anforderungen:

- In der Intervention „Körperpflege: Waschen am Waschbecken“ wurden die Ausprägungen des Teilschritts „Waschen der Haare, soweit erforderlich/erwünscht“ mit den Ausprägungen des Item 4.4 (Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare) aus dem BI verknüpft.
- In der Intervention „Haarpflege (einschließlich Rasur)“ wurden die Ausprägungen des Teilschritts „Haare waschen, spülen und trocknen“ mit den Ausprägungen des Items 4.4 „Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare“ aus dem BI verknüpft.

In der Beratung durch das Expertengremium wurde vor allem auf eine eindeutige Definition und die Ausdifferenzierung der Beschreibung geachtet, woraus die folgenden Änderungen und Anpassungen resultierten:

- In der Definition der Interventionen „Körperpflege: Waschen am Waschbecken“ und „Körperpflege: Waschen im Bett“ wurde das Wort „gesamt“ ersatzlos gestrichen.
- In der Beschreibung der basalen Stimulation wurde das Wort „Gewürze“ durch „Einsatz von Aromen“ ersetzt.
- In der Beschreibung der „Bettwache“ wurde der Satz „Wenn von der pflegebedürftigen Person gewünscht, werden Rituale (z. B. religiöse Gebräuche) durchgeführt“ ersatzlos gestrichen.
- In der Beschreibung der „Körperpflege: Waschen am Waschbecken“ und „Körperpflege: Waschen im Bett“ wurde das Wort „Ganzkörperpflege“ in „Ganz- oder Teilkörperpflege“ geändert.

4.2.1.5 Veränderungen bei der Zuordnung der Qualifikationsniveaus

Auch im Bereich der Qualifikationsniveaus erfolgten im Rahmen der Konsentierungssitzung verschiedene Anpassungen. Auf Wunsch des Gremiums wurde in der Begründung der Qualifikationsanforderungen in der tabellarischen Übersicht der Qualifikationsniveaus im QN 5 die zugeordnete Pflegequalifikation um den Zusatz „2 Jahre Berufserfahrung innerhalb der letzten 5 Jahre“ ergänzt. In der schriftlichen Ausarbeitung war dieser Absatz schon enthalten, wurde nun aber auch in die Liste zusätzlich aufgenommen.

Um eine eindeutige Zuordnung der Qualifikationsniveaus zu ermöglichen, wurden die Betreuungsaufgaben in der Klassifizierung „H“ in Klasse „H1“ und „H2“ unterteilt. Der Klassifizierung „H1“ wurde das Qualifikationsniveau QN 2 zugeordnet. Der Klassifizierung „H2“ wurde das Qualifikationsniveau QN 4 zugeordnet.

Nach einer beratenden Diskussion im Gremium wurden die BI-Konstellationen im Modul 3 („Verhaltensauffälligkeiten“) definiert, bei deren Vorliegen Anpassungen der Qualifikationsniveaus im Rahmen der Erbringung von Pflegeleistungen resultieren:

Ursprüngliche Verknüpfung:

- QN 4: Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = schwerste ODER
Modul 3 Punktesumme der Items 3.3 bis 3.13 = größer als 9
- QN 3: Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = schwere ODER
Modul 3 Punktesumme der Items 3.3 bis 3.13 = 6 bis 9 Punkte
- QN 2: Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = erhebliche und keine ODER
Modul 3 Punktesumme der Items 3.3 bis 3.13 = 0 bis 5 Punkte

Änderung: Ausgangslage ist QN 2, diese wurde mit „wenn-dann“ Bedingungen angeknüpft, die sich entsprechend an höhere QNs anpassen

- QN 3 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = schwere ODER
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 1 Punkt
- QN 4 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = schwere ODER
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 3 Punkte ODER
instabile gesundheitliche Situation.

In drei weiteren Interventionen wurde das Qualifikationsniveau verändert, in einer die Klassifizierung:

- „Enterale Ernährung“ mit der ursprüngliche Zuordnung QN 5 wurde in der neuen Zuordnung zum QN 4,
- „Bettwache“ mit der ursprüngliche Zuordnung QN 1 wurde in der neuen Zuordnung zum QN 2,
- die „Angehörigenarbeit“ mit der ursprünglichen Klassifizierung „J“ mit QN 1-6 wurde der neue Klasse „D“ mit QN 1-5 zugewiesen.

Nach der beratenden Diskussion mit dem Gremium zu weiteren Interventionen erfolgten die Änderungen einstimmig. Den neu eingefügten Interventionen wurde ein entsprechendes QN wie folgt zugeordnet:

- „Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen“ wurden dem QN 4 zugewiesen,
- die „Alltagsgestaltung: Planung“ dem QN 4.

In einem Fall im Bereich der Klassifizierung der Interventionen hat ein Mitglied des Expertengremiums einer Zuordnung eines Qualifikationsniveaus nicht zugestimmt. Dieser Dissens betraf die Klasse „F“ („Durchführung einfacher medizinisch-diagnostischer und medizinisch-therapeutischer Aufgaben“) mit der Zuordnung des QN 3 zu den folgenden Interventionen:

- Atemwegsmanagement,
- Injektion i.c./s.c.,
- Kompressionsstrümpfe/ -verband,
- Medikamentengabe,
- Temperaturregulation,
- Vitalzeichenkontrolle: Blutdruck und Puls,
- Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker,
- Vitalzeichenkontrolle: Temperatur,
- Wiegen.

Das Mitglied des Gremiums schlug vor, diese Interventionen ebenfalls auf das QN 4 zu setzen. Ein entsprechendes Minderheitenvotum wurde dem Entscheidungsgremium zur Entscheidung übergeben. Dieses beschloss laut den Schreiben der Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege e.V. vom 16.02.2018 und 14.03.2018, den Vorschlag abzulehnen, die Setzung der zugeordneten Qualifikationsniveaus zunächst aber nur vorläufig im Rahmen des Projektes zu verwenden und zu einem späteren Zeitpunkt gegebenenfalls erneut zu beraten.

Alle konsentierten Veränderungen wurden in einem Änderungsprotokoll festgehalten, der Gruppe zur Sichtung und Bestätigung zugesandt und dann – nach Bestätigung im Entscheidungsgremium (Abschnitt 4.2.2) in den Erhebungsinstrumenten umgesetzt. Das betraf den Interventionskatalog (A 3.2), das Handbuch zum Interventionskatalog (A 3.3) und den Katalog und die Begründung der Qualifikationsanforderungen (A 3.4), die jeweils in der überarbeiteten und konsentierten Fassung in der Beobachtungsstudie genutzt wurden.

Zusätzlich war zu klären, wie mit instabilen Pflegesituationen umgegangen werden sollte. Die Einschätzung über den Grad der Pflegebedürftigkeit anhand der einzelnen Itembewertungen in den Modulen des BI reicht nicht aus, wenn akute und individuelle medizinische Veränderungen zu instabilen Pflegesituationen führen. Zu instabilen Pflegesituationen zählen beispielsweise Mangelernährung oder instabile Luftnot. Die fachliche Anforderung hängt somit ebenfalls mit der gesundheitlichen Situation des zu pflegenden Menschen zusammen. Bei unzureichendem pflegfachlichem Wissen bestehen Risikofaktoren, wie die Überforderung der Pflegehilfskräfte bis hin zu möglichen gesundheitlichen und damit pflegerelevanten Komplikationen, wodurch sich die Qualifikationsanforderung an die Erbringung der Pflege erhöht (Knigge-Demal & Hundenborn 2014: 67).

Diese Problematik wurde dem Expertengremium präsentiert und mit Bitte um Vorschläge zum Umgang diskutiert. Es konnte abschließend festgehalten werden, dass diese Fälle nicht standardisierbar sind und für jeden Fall individuell und situationsabhängig Entscheidungen zu den Qualitätsanforderungen getroffen werden müssen. Festgelegt wurde außerdem, dass der Faktor *Instabilität* nur vor Ort vom wissenschaftlichen Studienteam unter Berücksichtigung der Hinweise in der pflegerelevanten Vorgeschichte (Anamnese) und unter Einbezug des gutachterlichen Befundberichts in Zusammenarbeit mit der Bezugspflegekraft ermittelt werden kann. Als planungsrelevante Konsequenz wurde festgehalten, dass auf das Vorliegen einer instabilen Pflegesituation immer durch die manuelle Erhöhung des notwendigen SOLL-Qualifikationsniveaus zu reagieren sei.

Um diese Umstände in der Datenerhebung hinreichend einbeziehen zu können, hat das Studienteam daraufhin folgende Kriterien festgelegt, bei deren Vorliegen eine instabile und komplexe Pflegesituation als gegeben angesehen wurde:

- Chronische Wunden/Dekubitus,
- Mangelernährung,
- instabile Kreislaufsituation,
- instabile Schmerzen,
- instabile Luftnot,
- Dysphagie,
- ausgeprägte Spastiken/Kontrakturen,
- palliative Versorgung,
- weitere schwerwiegende Erkrankungen in akuter oder instabiler Krankheitsphase.

Die Informationen zur Pflegesituation wurden in der Planungswoche durch die (freitextlichen) Inhalte des BIs, der Pflegedokumentation und der Pflegefachkräfte sowie der punktuellen Inaugenscheinnahme der Bewohner*innen bewertet.

Wurde eine instabile Pflegesituation gemäß der vorstehenden Festlegungen bei einem bzw. einer Bewohner*in festgestellt, so ist das Qualifikationsniveau der BI-abhängigen Interventionen der Interventionsgruppe G (Durchführung körpernaher Pflegemaßnahmen, deren Schwierigkeitsgrad abhängig ist vom Grad der Pflegebedürftigkeit und von der Stabilität der gesundheitlichen Situation der zu pflegenden Menschen) und im Sinne der Ganzheitlichkeit auch die der Gruppe F (Durchführung einfacher medizinisch-diagnostischer und medizinisch-therapeutischer Maßnahmen) prinzipiell auf das QN 4 (Pflegefachkraft) gesetzt worden. Die einzige Ausnahme bildete das Kriterium „Dysphagie“. Hier wurde entschieden, nur den direkt im Zusammenhang stehenden Interventionen „Nahrungsaufnahme: Durchführung“ (4.17) und „Medikamentengabe“ (5.12 bei oraler Verabreichung) das Qualifikationsniveau 4 zuzuschreiben. Die manuellen Anpassungen werden sowohl bei den geplanten Interventionen als auch bei den betreffenden Bedarfsinterventionen umgesetzt.

4.2.2 Abnahme durch die Auftraggeber

Die Projektleitung wurde mit einem Schreiben vom 16.02.2018 durch die Geschäftsstelle des Qualitätsausschuss Pflege über die Abnahme der konsentierten Unterlagen in Verbindung mit Maßgaben und auftragsleitenden Hinweisen informiert. Bei Ablehnung des vorstehend beschriebenen Minderheitenvotums wurde der Auftragnehmer gebeten, unter Verwendung der konsentierten Zwischenergebnisse mit der weiteren Ausführung des Auftrags fortzufahren. Maßgaben und Hinweise wurden der Projektleitung am 14.03.2018 übermittelt. Diese wurden geprüft und – abhängig vom Ergebnis der Prüfung – in die weitere Bearbeitung des Auftrages einbezogen.

4.3 Zwischenergebnis I – Konsentierte Erhebungsinstrumente

Nach Abschluss der ersten Projektphase stand durch die Abnahme der Auftraggeber drei Dokumente für die Beobachtungsstudie zur Verfügung:

- Der *Interventionskatalog* definiert und beschreibt anhand pflegefachlicher Standards und auf Grundlage eines einheitlichen Pflegeverständnisses mit 107 Interventionen sämtliche direkte und indirekte Tätigkeiten in der stationären Langzeitpflege. Ohne weitere Abstimmung ergänzt wurden für den Katalog drei weitere Tätigkeiten, die keine Interventionen im eigentlichen Sinne darstellen, aber für den technischen Ablauf der Erhebung erforderlich waren. Es handelt sich hierbei um die Tätigkeiten Wegezeit, Pause und Telefongespräch. Diese wurden genutzt, um die entsprechenden Anteile der Arbeitszeiten kategorisieren zu können, jedoch nur bei direktem Bezug zur Pfl egetätigkeit in die Berechnung der SOLL-Werte einbezogen.
- Das *Handbuch zum Interventionskatalog* enthält nicht nur die Definitionen und Beschreibungen der Interventionen. Vielmehr definiert es auch – zum Teil in Abhängigkeit von den Bewohnermerkmalen –, die für alle bewohnerbezogenen Interventionen zur fachgerechten Erbringung notwendigen allgemeinen und charakteristischen Teilschritte und Anforderungen und integriert die beobachtbaren Aspekte der Interaktionsarbeit.
- Der *Katalog zu Qualifikationsanforderungen* legt für jede Intervention auf Grundlage des Schwierigkeitsgrades der Aufgaben in Abhängigkeit von Bewohnertypen (BI-Ausprägung) die für die fachgerechte Erbringung der Interventionen notwendigen Qualifikationsanforderungen fest.

5 Projektdurchführung II – Datenerhebung

Auf Basis der konsentierten Erhebungsinstrumenten konnte die Datenerhebung vorbereitet werden (Abschnitt 5.1). Nach Abschluss der Vorarbeiten wurden das entwickelte Schulungskonzept, die entwickelten Softwareprogramme und die Datenerfassung in zwei Pretesteinrichtungen erprobt und weiterentwickelt (Abschnitt 5.2), bevor die eigentliche Durchführung der Datenerhebung begann (Abschnitt 5.3). Ergänzend zur Datenerfassung der erforderlichen Pflegeinterventionen nach Art, Menge und Qualifikation wurden die Strukturdaten der Pflegeeinrichtungen (Abschnitt 5.4) sowie Rückmeldungen der Datenerheber*innen erhoben und ausgewertet (Abschnitt 5.5). Als Ergebnis der zweiten Phase der Projektdurchführung steht ein Datensatz zur Verfügung (Abschnitt 5.6), der im weiteren Verlauf für die Datenaufbereitung genutzt werden kann.

5.1 Vorbereitungen

Dieser Abschnitt beschreibt die vorbereitenden Arbeitsschritte und Abstimmungsprozesse zur Durchführung der empirischen Datenerhebungen im Einzelnen. An erste Stelle ist hier die Erstellung des Datenschutzkonzeptes zu nennen, das notwendig ist, da in der Beobachtungsstudie sensible Daten bei einer vulnerablen Personengruppe – den Pflegebedürftigen – erhoben werden (Abschnitt 5.1.1). Die Datenerhebungssoftware ist die technische Grundlage der Datenerfassungen. Sie wurde in enger Zusammenarbeit zwischen dem Projektteam und der Cairful GmbH für die Studie entwickelt (Abschnitt 5.1.2). Dazu erfolgten parallele Abstimmungsprozesse zwischen den verschiedenen an der Studie teilnehmenden Akteuren, insbesondere den begutachtenden Institutionen MDK und Medicproof zur technischen wie auch inhaltlichen Umsetzung der Studie (Abschnitt 5.1.3). Abschnitt 5.1.4 beschreibt dann die Rekrutierung von potenziell zur Teilnahme an der Studie bereiten Einrichtungen und Pflegebedürftigen sowie die resultierende Stichprobe, während sich Abschnitt 5.1.5 der Rekrutierung der Datenerheber widmet, für die – um weiterhin eine einheitliche Vorgehensweise bei allen an der Datenerhebung beteiligten Personen sicherzustellen – eine differenzierte Schulung der Datenerhebenden (Abschnitt 5.1.6) und eine entsprechende Qualifizierung der wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen erfolgte (Abschnitt 5.1.7).

5.1.1 Erstellung des Datenschutzkonzeptes

Unter Berücksichtigung der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) wurde im Projektverlauf in Zusammenarbeit mit den Datenschutzbeauftragten der verschiedenen Einrichtungen sowie deren Mitarbeitervertretungen ein umfassendes Datenschutzkonzept (A 4.1) entwickelt und mit der Rechtsstelle der Universität Bremen rückgekoppelt. Demnach sind alle an dem Forschungsvorhaben beteiligten Mitarbeiter*innen dem Datengeheimnis und der Vertraulichkeit verpflichtet. Diese Verpflichtung wurde vom Projektleiter oder einer von ihm beauftragten Person vorgenommen. Sie wurde aktenkundig gemacht und von den Verpflichtenden durch Unterschrift bestätigt. Die für die Datenerhebung in den Einrichtungen zuständigen Datenerhebenden wurden zusätzlich seitens des SOCIUM über das Datengeheimnis informiert und zur Vertraulichkeit verpflichtet. Die Wege der Datenübermittlung über gesicherte Serververbindungen und die dadurch ermöglichte Wahrung der zugesicherten Datenschutzregelungen können auch Abbildung 29 in Abschnitt 5.3.2 entnommen werden.

5.1.2 Softwareentwicklung

Für die Erstellung der tagesstrukturierten Interventionsplanung und der Datenerfassung wurden zwei Softwareanwendungen entwickelt bzw. genutzt, die in diesem Kapitel näher vorgestellt werden. Es handelt sich zum einen um eine *Planungssoftware*, die zur Erstellung der tagesstrukturierten Inter-

ventionsplanung dient und von den Mitarbeitern*innen der Universität Bremen mit den zuständigen Pflegekräften der Einrichtungen genutzt wurde. Zum anderen wurde eine Erhebungssoftware verwendet, die auf einem Tablett-PC von den Datenerhebenden zur Erfassung und Beurteilung der IST- und SOLL-Zeiten sowie der Qualifikationsniveaus genutzt wurden.

Aufgrund der sehr positiven Erfahrungen aus den vorangegangenen Projekten EVIS und MOPiP wurde der Softwarehersteller Cairful GmbH bereits in die Konzeptentwicklung der Studie einbezogen und war schon bei Angebotseinreichung als Unterauftragnehmer benannt. Die bei Cairful GmbH bestehende Pflegeplanungssoftware konnte von dem Unternehmen schnell auf die Anforderungen des Forschungsprojektes angepasst und um die studienspezifischen Anforderungen ergänzt werden. Dazu übernahm die Cairful GmbH zusätzlich auch die Auswahl und Beschaffung der notwendigen Hardware und die Entwicklung und Anpassung der gerätespezifischen Software.

Die bereits bestehende Basis-Software wurde in der Vorbereitung der Feldphase auf die Studienanforderungen adaptiert. Hierzu fand in persönlichen Terminen in Bremen und in regelmäßigen Telefonkonferenzen ein sehr enger Austausch zwischen den Mitarbeiter*innen der Cairful GmbH und dem wissenschaftlichen Team der Universität Bremen statt, der die Anpassung von Planungs- und Erhebungssoftware im Sinne anwendungsfreundlicher und fehlerfreier Nutzung ermöglichte. Dazu wurden komplexe Schnittstellen zwischen den Einrichtungen, dem KKSb, den begutachtenden Institutionen und der Universität Bremen aufgebaut, die einen sicheren Datentransfer zwischen den verschiedenen Akteuren gewährleisten konnten.

Nachfolgend werden zunächst die projektspezifischen Anforderungen (Abschnitt 5.1.2.1) an die Planungssoftware und die Funktionsweise (Abschnitt 5.1.2.2) dieser beschrieben. Danach folgt eine Beschreibung der speziellen Anforderungen an die Erhebungssoftware (Abschnitt 5.1.2.3) und eine Darstellung der Funktionsweise der Erhebungssoftware (Abschnitt 5.1.2.4). Ergänzt werden die Beschreibungen der Funktionsweisen der beiden Softwareprogramme durch Abbildungen der Planungssoftware auf dem PC und der Erhebungssoftware auf dem Tablet-PC (Screenshots).

5.1.2.1 Anforderungen an die Planungssoftware

Die Planungssoftware dient der Erstellung der tagesstrukturierten Interventionsplanung für die Studienteilnehmer in den teilnehmenden Einrichtungen. Die Kernanforderung an die Planungssoftware besteht darin, die Dynamik der BI-Anpassungen jeder Intervention abzubilden. Zu diesem Zweck wurde in der Planungssoftware die Möglichkeit geschaffen, das BI-Gutachten einzupflegen, wodurch es möglich war, eine Verknüpfung der einzelnen Item-Bewertungen mit den Teilschritten und Anforderungen der Interventionen (zur Bestimmung des Übernahmeniveaus) herzustellen. Zusätzlich muss die Planungssoftware jede einzelne Intervention des Interventionskataloges mit den jeweiligen Teilschritten und Anforderungen und Qualifikationsanforderungen abbilden. In Verbindung mit den BI-Daten können so die zu erbringenden Interventionen sowohl mit dem hinterlegten Interventionskatalog als auch den notwendigen Qualifikationsniveaus pro Intervention in der Planungssoftware verknüpft werden. Somit war es bei der Datenerhebung z. B. möglich zu erfassen, welche vorgesehenen Teilschritte einer Intervention erfolgt sind, welche Form der Übernahme notwendig war und ob diese Intervention oder pflegerische Aufgabe durch eine dafür qualifizierte Pflegekraft erbracht wurde.

Darüber hinaus muss ein Tool in der Informationssammlung zur Darstellung von instabilen und komplexen Pflegesituationen enthalten sein, sodass der besondere Bedarf der Studienteilnehmenden bei komplexen Versorgungssituationen festgehalten und das Qualifikationsniveau entsprechend dem Bedarf in den Interventionen angepasst werden konnte.

5.1.2.2 Funktionsweise der Planungssoftware

Zunächst wurden die bereitgestellten Stammdaten der Studienteilnehmenden sowie die eigens für die Studie erstellten Pflegegutachten in die Software importiert. Für jede teilnehmende Einrichtung wurde dazu ein Listenfeld angelegt, worüber das wissenschaftliche Team durch einen Benutzer*innen-Login auf die einrichtungsbezogene Benutzeroberfläche gelangen konnte, auf der die bewohnerbezogenen Daten, aufgeteilt nach teilnehmenden Wohnbereichen, dargestellt sind (Abbildung 9).

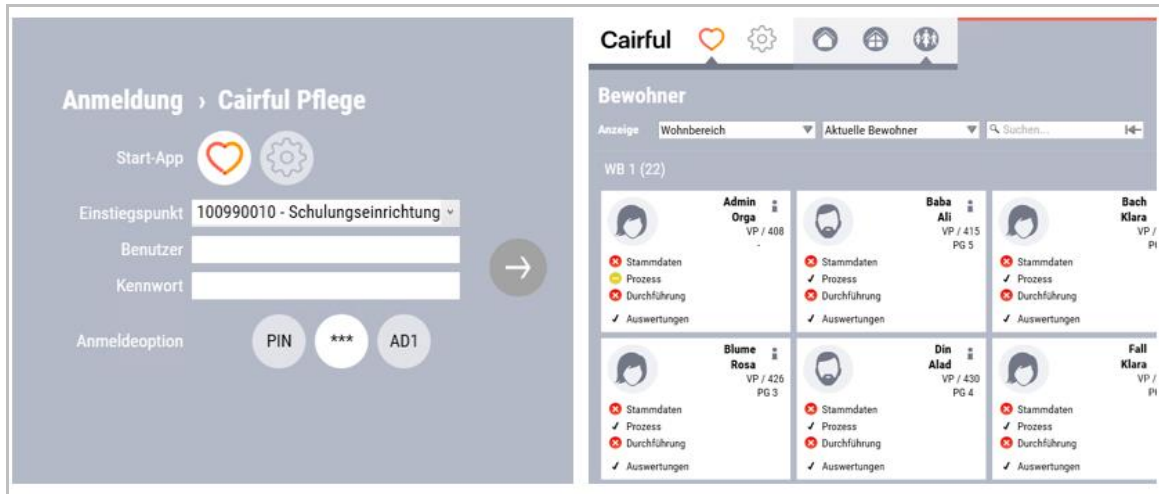


Abbildung 9: Anmeldung und Benutzeroberfläche der Planungssoftware¹⁰

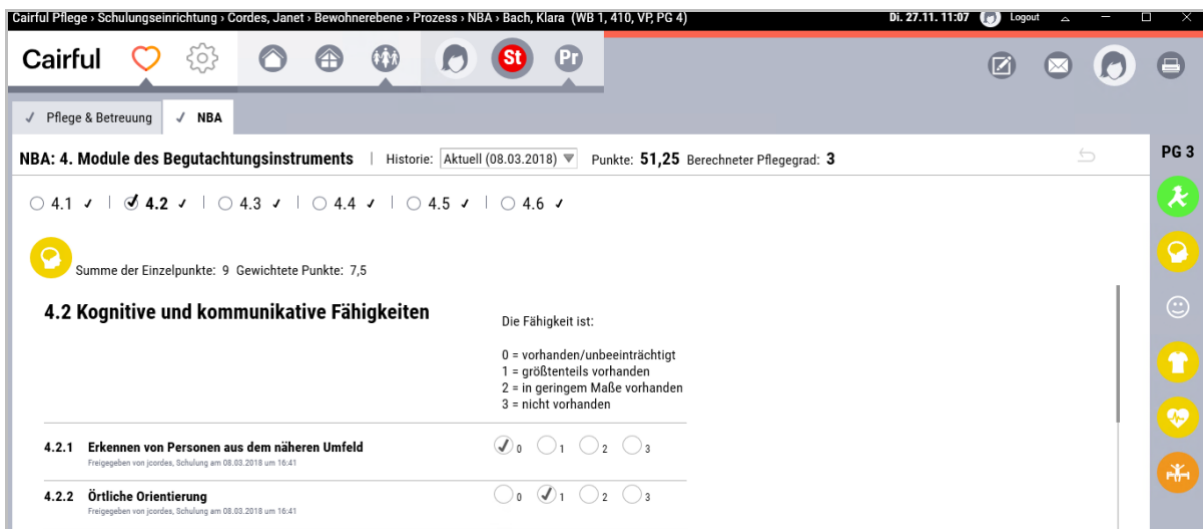


Abbildung 10: Ansicht BI-Gutachten in der Planungssoftware

Über die Auswahl eines Studienteilnehmenden konnte dann über die Registerkarte *NBA* das aktuelle BI-Gutachten mit den entsprechenden Item-Bewertungen eingesehen werden (Abbildung 10), und über die Registerkarte *Pflege und Betreuung* konnte nach Import des BI-Gutachtens im nächsten Schritt die *Interventionsplanung* erstellt werden.

¹⁰ Für die Darstellung wurde die fiktive Einrichtung „Schulungseinrichtung“ gewählt, alle Namen sind frei erfunden.

Anhand der Item-Bewertungen des BI-Gutachtens im Hinblick auf Selbständigkeit und kognitive Fähigkeiten wurden die Anforderungen und Teilschritte entsprechend dem Übernahmeniveau in den einzelnen Interventionen angepasst (vgl. Abschnitt 4.1.2.4). Für die Erstellung der tagesstrukturierten Interventionsplanung konnten alle Interventionen aus dem Interventionskatalog verwendet werden. Zusätzlich konnten besondere Versorgungskonstellationen ausgewählt werden (Abbildung 11).

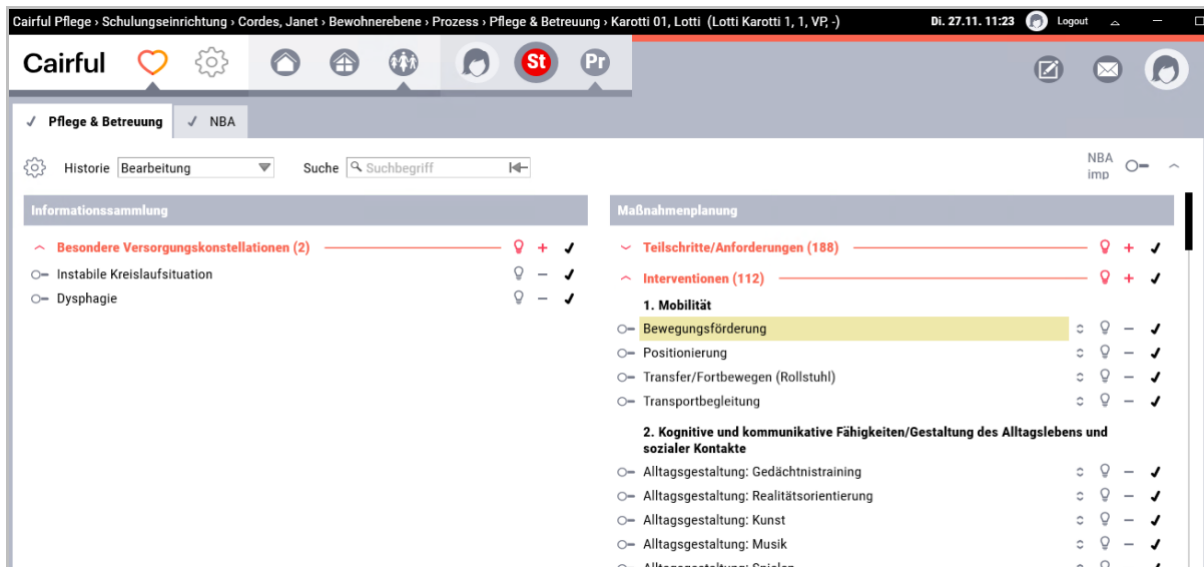


Abbildung 11: Ansicht der Interventionsplanung in der Planungssoftware

Bei Auswahl einer Intervention konnte durch die Freitextfunktion eine Spezifizierung vorgenommen werden, um zu differenzieren, ob beispielsweise eine Körperpflege nur als *kleine Pflege* geplant wurde. Das Qualifikationsniveau konnte im Feld *Personaleinsatz* individuell angepasst werden, wenn aufgrund von instabiler und komplexer Pflegesituation eine zusätzliche Pflegekraft notwendig war.

In allen anderen Fällen galt das im Vorfeld im Interventionskatalog in Abhängigkeit des BI-Gutachten festgelegte Qualifikationsniveau, das direkt aus den importierten Gutachtendaten abgeleitet wurde. Im Feld *Durchführungsregeln* wurde das Zeitintervall für die Durchführung der jeweiligen Interventionen festgelegt werden. Anschließend konnten die einzelnen Teilschritte und Anforderungen der Intervention mit den entsprechenden Übernahmeniveaus eingesehen und kontrolliert werden. Diese Vorgehensweise wurde bei jeder Intervention entsprechend des Pflegebedarfs durchgeführt. So entstand letztlich für jeden Studienteilnehmer und jede Studienteilnehmerin eine strukturierte Interventionsplanung, die den gesamten pflegerischen Betreuungs- und Unterstützungsbedarf pro Wochentag abbildet. Die geplanten Interventionen konnten anschließend in Form einer Tagesstruktur in der Planungs- und Erhebungssoftware abgebildet werden. Dadurch waren die individuell geplanten Interventionen chronologisch im Tagesverlauf sichtbar und konnten bei Bedarf mit den Pflegenden vor Ort abgestimmt werden und bei der folgenden Datenerhebung leichter erfasst werden. Nicht erbrachte Leistungen waren auf diesem Weg einfach zu identifizieren und zusätzliche Interventionen konnten über den Bedarfskatalog angelegt werden (Abbildung 12).

Körperpflege: Waschen am Waschbecken

Formular

Kalender

NBA

Details

Bezeichnung Körperpflege: Waschen am Waschbecken + (optional: 1 bis max. 3 Wörter)

Konkretisierung

Personaleinsatz

Erforderliche Anzahl an Pflegekräften

Pflege (Mindestqualifikation) ⏪ ▼

Bedarf und Zeitkritisch

Bedarf Ja Nein

Zeitkritisch Ja Nein

Durchführungsregeln +

ab dem dauerhaft bis zum -

täglich wöchentlich monatlich jährlich permanent

Jeden/Alle Tag(e)

Jeden Arbeitstag (Mo-Fr)

um ⏪ ⏩ Uhr durchzuführen

Anforderungen +

1. T - Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen -	2. A - Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen), wenn angezeigt -	3. A - Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen), wenn angezeigt -
4. T - Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit) -	5. T - Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzmittel, etc.), wenn angezeigt -	6. T - Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel -
7. T - Wassertemperatur erfragen und vor Beginn nochmals prüfen, ggf. Pflegebedürftige Person die Temperatu... -	8. T - Rasur, auf Wunsch (Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilha... -	9. T - Oberkörper waschen, abtrocknen, ggf. eincremen (Gesicht, Hals, Ohren, Arme, Brust, Bauch) -
10. T - Rücken wachen und abtrocknen -	11. T - Unterkörper waschen, abtrocknen, ggf. eincremen (Beine, Füße) (Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsi... -	12. T - Intimpflege (Genitalien, Gesäß) (Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme v... -
13. T - Waschen der Haare, soweit erforderlich/erwünscht (Aufforderung, partielle Beaufsichtigu... -	14. T - Persönliche Hygiene, soweit erforderlich/erwünscht (Make-up, Eau de Toilette, Haare kämmen und frisieren) -	15. T - An- und Auskleiden (Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme v... -
16. T - Mund- und Zahnpflege (Prothesenreinigung) (Aufforderung, partielle Beaufsichtigu... -	17. T - Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken) -	18. T - Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien -
19. A - Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen,... -	20. A - Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt -	21. A - Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt -
22. A - Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der -	23. A - Rückenschonend arbeiten (z. B. Bett auf rückenchonende Arbeitshöhe -	24. A - Zeit nehmen und Störungen vermeiden -

Abbildung 12: Ansicht der Intervention *Waschen am Waschbecken* in der Planungssoftware

5.1.2.3 Anforderungen an die Erhebungssoftware

Im Rahmen der Erfassung der IST- und SOLL-Werte der erbrachten und ggf. nicht erbrachten Interventionen waren multiple Anforderungen an die in der Studie eingesetzte Erhebungssoftware gestellt.

Zur Erfassung der IST- und SOLL-Werte musste die Erhebungssoftware folgende Vorgehensweisen ermöglichen:

- das Einfügen der von den wissenschaftlichen Mitarbeitern*innen oder Study Nurses erstellten tagesstrukturierten Interventionsplanung mit den jeweiligen Teilschritten und Anforderungen (hinterlegter Interventionskatalog),
- das Einfügen des Interventionskataloges als Bedarfskatalog, um situativ notwendige, aber nicht geplante Pflegeleistungen erfassen zu können,
- die differenzierte Beurteilung der Notwendigkeit der erbrachten oder nicht erbrachten Interventionen, Teilschritte und Anforderungen mittels eines entsprechenden Tools,
- die Erfassung der Erbringungszeiten als IST-Werte mithilfe einer Start-/Stoppfunktion,
- die Unterbrechung dieser Zeiterfassung durch eine Pause-Funktion und die Option, diese ggf. später weiterzuführen,
- die IST- und SOLL-Zeitkorrektur,
- die Angabe von Begründungen für Zeitkorrekturen und die Akzeptanz von Abweichungen der Qualifikationsniveaus von den zuvor geplanten,
- die Erfassung von Anleitungssituationen und
- die farbliche Unterteilung der Interventionen nach Schichten und Tagen.

Die Erhebungssoftware wurde in enger Zusammenarbeit mit dem Projektteam und der Cairful GmbH adaptiert und auch während der Anwendungsphase um weitere Funktionen ergänzt und angepasst.

5.1.2.4 Funktionsweise der Erhebungssoftware

Die Erhebungssoftware wurde jedem Datenerhebenden auf einem Tablet-PC während der Datenerhebungswoche zur Verfügung gestellt. Die jeweilige Einrichtung wurde im Vorfeld durch das Projektteam über einen QR-Code, der in der Planungssoftware für jede Einrichtung hinterlegt war, eingescannt und der Zugang über einen Benutzer*innen-Login gesichert. Jeder bzw. jede Datenerhebende konnte im Vorfeld in der Schulung einen eigenen Pincode wählen, über den er bzw. sie sich mit der Erhebungssoftware verbinden konnte und anschließend auf die einrichtungsbezogene Benutzeroberfläche mit den Studienteilnehmer*innen und ihren individuellen Interventionsplanungen gelangte.

Nach dem Benutzer*innen-Login konnten sich die Datenerhebenden aus der Liste der Studienteilnehmenden durch das Auswählen eines Namens die zuvor durch das Projektteam in der Planungssoftware erstellte tagesstrukturierte Interventionsplanung ansehen. Wurde eine Intervention bei dem bzw. der Pflegebedürftigen begonnen oder vorbereitet, konnte die Intervention über das Start-Symbol gestartet werden und erschien in der rechten Spalte als *laufend*. Die Interventionen wurden farblich nach den Dienstzeiten markiert, um eine versehentliche Fehlerhebung aus einem anderen Dienst oder Tag zu vermeiden (Abbildung 13).



Abbildung 13: Ansicht der Erhebungssoftware auf dem Tablet-PC nach Anmeldung

In dem Listenfeld der *PK* konnte die ausführende Pflegekraft ausgewählt werden. Neben der geplanten Intervention war das zu erbringende Qualifikationsniveau vermerkt. In den Feldern, die mit einem *T* gekennzeichnet waren, konnte die Erbringung der Teilschritte und in dem Feld, die mit einem *A* gekennzeichnet waren, die Erbringung der Anforderungen der zugehörigen Intervention erhoben werden. Der grüne Haken stand dabei für eine fachgerechte Erbringung einer notwendigen Leistung und das rote Kreuz für eine nicht erbrachte, aber notwendige Erbringung. Alle Farbfelder waren auf gelb voreingestellt. Insbesondere das bewusste Setzen auf rot ist für die Auswertung ein belastbarer Hinweis auf das Fehlen von Teilschritten bzw. das Missachten von Anforderungen. Das *A*-Symbol konnte genutzt werden, um eine Anleitungssituation zu kennzeichnen (Abbildung 14).

Nachdem die pflegerische Tätigkeit beendet wurde, konnten die Datenerhebenden die Intervention über das Stopp-Symbol beenden. Anschließend konnten für nicht erbrachte Anforderungen und Teilschritte oder dem Fehlmanagement in der Organisation der Pflegekraft Zu- oder Abschläge in Form der SOLL-Korrektur vorgenommen werden. IST-Korrekturen wurden nur bei zu spätem Starten der Intervention vorgenommen oder wenn Interventionen nacherfasst werden mussten. Soll-Korrekturen markieren den von der datenerhebenden Person angesetzten (zusätzlichen oder überflüssigen) Zeitaufwand der sich als Differenz der IST-Zeiten zu einer fachgerechten Erbringung ergibt.



Abbildung 14: Ansicht einer laufenden Intervention in der Erhebungssoftware

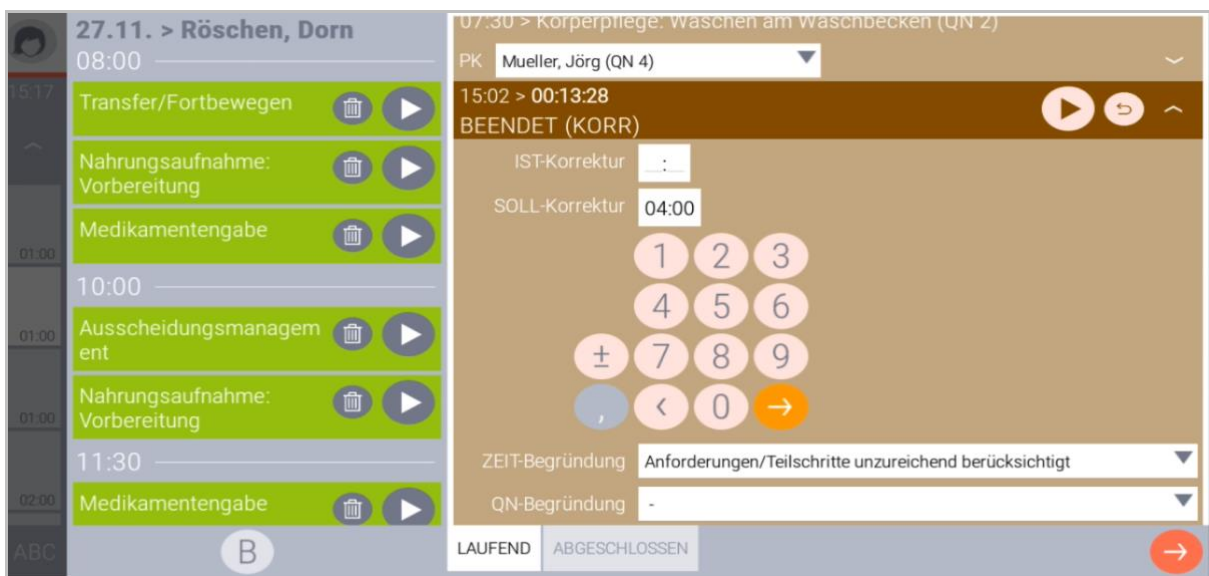


Abbildung 15: Ansicht einer beendeten Intervention mit SOLL- und IST-Korrektur in der Erhebungssoftware

Die entsprechenden Zu- oder Abschläge mussten von den Datenerhebenden im Listenfeld „Zeit-Begründung“ begründet werden. Bei Abweichung zu dem geplanten Qualifikationsniveau musste im Feld QN-Begründung auch dazu Stellung genommen werden (Abbildung 15).

Bei lückenhafter Bearbeitung leuchtete das entsprechende Feld rot auf und die Intervention konnte nicht abschließend beendet werden. Über den Pfeil im rechten Bildschirm konnte die Intervention nach Bearbeitung an den Server geschickt werden. Zusätzlich gab es die Möglichkeit, über ein Pausen-Symbol die Intervention zu pausieren und eine andere Intervention bei dem- oder derselben Pflegebedürftigen oder einem bzw. einer anderen Studienteilnehmenden zu starten. So war es möglich, mehrere Interventionen gleichzeitig offen zu halten, wenn diese im Verlauf des Dienstes beendet oder fortgeführt wurden. Außerdem gab es die Möglichkeit über ein Pfeil-Symbol fälschlicherweise gestartete Interventionen zurückzusetzen.

Bei jedem Studienteilnehmenden war es zusätzlich zu den geplanten Interventionen aus der Tagesstruktur möglich, alle Interventionen des Interventionskataloges als Bedarfsintervention zu erfassen. Dazu konnte das Modul ausgewählt werden und die entsprechende Intervention über das Start-Symbol gestartet werden (Abbildung 16).



Abbildung 16: Ansicht des Bedarfskataloges in der Erhebungssoftware

Weiterführende Inhalte zum Handling des Tablet-PCs, der Erhebungssoftware und Erfassungsregeln sind im Abschnitt über die Schulungen und Qualifizierungen der Datenerhebenden (Abschnitt 5.1.6) beschrieben.

5.1.3 Abstimmung mit den Begutachtungsinstitutionen

Neben der Entwicklung der Software mussten auch Lösungen für den Datentransfer aller erforderlichen Daten und Informationen gefunden werden (vgl. Abschnitt 5.3.2). Zwischen den begutachtenden Institutionen (MDK und Medicproof) und der Universität Bremen mit dem Projektteam des SOCIUM und dem Datenvertrauenscenter im KKSb fanden dazu vor Beginn der Feldphase intensive Abstimmungsprozesse statt.

Zunächst wurde eine Arbeitssitzung mit allen Personen, die auf Seiten der Begutachtungsinstitutionen und der Verbände für das Projekt verantwortlich zeichneten, durchgeführt. Diese fand am 14.01.2018 in Dortmund statt. Neben der Klärung von grundlegenden Abläufen und Zuständigkeiten wurde auch inhaltlich definiert, welche Daten im Rahmen der Datenerhebungen für die konzeptuell verankerte Projektdurchführung erforderlich waren und wie diese durch die Begutachtenden nach dem Muster der regulären BI-Gutachten zu erheben waren. Anschließend erfolgte dazu eine weiterführende Telefonkonferenz zwischen den verschiedenen Akteuren, bei der noch offene inhaltliche Fragen geklärt und die Abläufe der Datenerheber*innen-Rekrutierung und Erhebungsplanung in den Einrichtungen abschließend festgelegt wurden.

Darauf aufbauend fand eine Arbeitssitzung zur technischen Koordination der erforderlichen Datenübermittlungen am 28.2.2018 in den Räumen des MDK Westfalen-Lippe in Münster statt. Zentral wurden hier der sichere Datentransfer (vgl. Abschnitt 5.3.2) und das Schnittstellenmanagement zwischen den Einrichtungen, dem KKSb, dem MDK, Medicproof und dem SOCIUM bearbeitet. Als Ergebnis konnte definiert werden, welche Datengrundlagen nach der Gutachtenerstellung bei den MDK

und Medicproof vorliegen und in welcher Form diese in die Erhebungssoftware übermittelt werden sollten. Unter der Koordination des MDK Westfalen-Lippe wurden danach die erforderlichen Schnittstellen für den Datenexport zwischen den verschiedenen Akteuren festgelegt, so dass diese rechtzeitig für den Studienbetrieb zur Verfügung standen.

5.1.4 Rekrutierung der Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen

Die Vorbereitung der empirischen Datenerhebung, einschließlich der Rekrutierung der Studienakteure, begann noch vor Fertigstellung der Erhebungsinstrumente ab November 2017, also parallel zur fachlichen Konsentierung und zur Abnahme durch die Auftraggeber. Dabei mussten sowohl die Pflegeeinrichtungen als auch die Datenerhebenden rekrutiert werden. Die Rekrutierung erfolgte im Zeitraum von Ende November 2017 bis Mitte Januar 2018. Sie wurde nicht direkt durch das Projektteam der Auftragnehmerin durchgeführt. Die Ansprache erfolgte auf Wunsch der Auftraggeber vollständig über die beteiligten Bundesverbände (Freie Wohlfahrtsverbände, bpa, VDAB).

Das Projektteam der Universität Bremen erarbeitete hierzu ein Informationsschreiben zur Studienteilnahme (A 4.2), welches – nach der Freigabe durch die Vertragsparteien – von den verschiedenen Bundesverbänden zur Rekrutierung eingesetzt wurde. Stationäre und teilstationäre Einrichtungen konnten ihr Interesse zur Teilnahme an der Studie dem jeweiligen Bundesverband bekannt geben. Das Projektteam erhielt daraufhin ab dem 21.12.2017 von den Bundesverbänden Listen mit interessierten Einrichtungen und deren Kontaktdaten. Dieser Vorgang war am 15.01.2018 abgeschlossen. Alle weiteren Interessenbekundungen wurden auf die Warteliste gesetzt.

Nachstehend wird zunächst auf den Auswahlprozess eingegangen (Abschnitt 5.1.4.1). Anschließend erfolgt eine Beschreibung der resultierenden Stichprobe im voll- (Abschnitt 5.1.4.2) und teilstationären Sektor (Abschnitt 5.1.4.3).

5.1.4.1 Auswahlprozess

Insgesamt wurden 218 Interessensbekundungen von 181 vollstationären und 37 teilstationären Einrichtungen an die Universität Bremen übermittelt. Dabei haben 11 Einrichtungen sowohl vollstationäre als auch teilstationäre Bereiche für die Studienteilnahme zur Verfügung gestellt (Abbildung 17). Alle interessierten Einrichtungen erhielten zunächst eine E-Mail mit der Bitte dem Studienteam die Anzahl der teilnehmenden Erhebungseinheiten, die Anzahl der potentiellen Teilnehmenden für die Studie und die Anzahl der Pflegekräfte der teilnehmenden Einheiten mitzuteilen. Aus studienorganisatorischen Gründen und dem hohen Datenerhebungsaufwand pro Pflegeeinrichtung wurden nur Einrichtungen selektiert, die angaben, mindestens 15 Bewohner*innen in die Studien einbringen zu können. Einrichtungen, die hierzu keine Rückmeldung gaben, wurden nicht weiter berücksichtigt, aber für eventuelle spätere Kontakte weiterhin auf der Warteliste geführt. Im Ergebnis verblieben 98 vollstationäre und 21 teilstationäre Einrichtungen. Für die Erhebung im teilstationären Sektor wurden keine weitere Stichprobenauswahl vorgenommen, sondern alle Einrichtungen, in denen die Erhebung organisierbar war, einbezogen. Aus den verbleibenden Einrichtungen des vollstationären Sektors wurde eine quotierte Stichprobe gezogen. Dabei war es das Ziel, in der Stichprobe die bekannten Verteilungen der Gesamtheit in Bezug auf Trägerschaft, Einrichtungsgröße, Bundesland, Agglomerationsraum und – im vollstationären Bereich – Preisniveau soweit wie möglich zu berücksichtigen. Im vollstationären Bereich wurde dabei angestrebt, alle Bundesländer zu berücksichtigen, was mit Ausnahme des Saarlandes auch gelang.

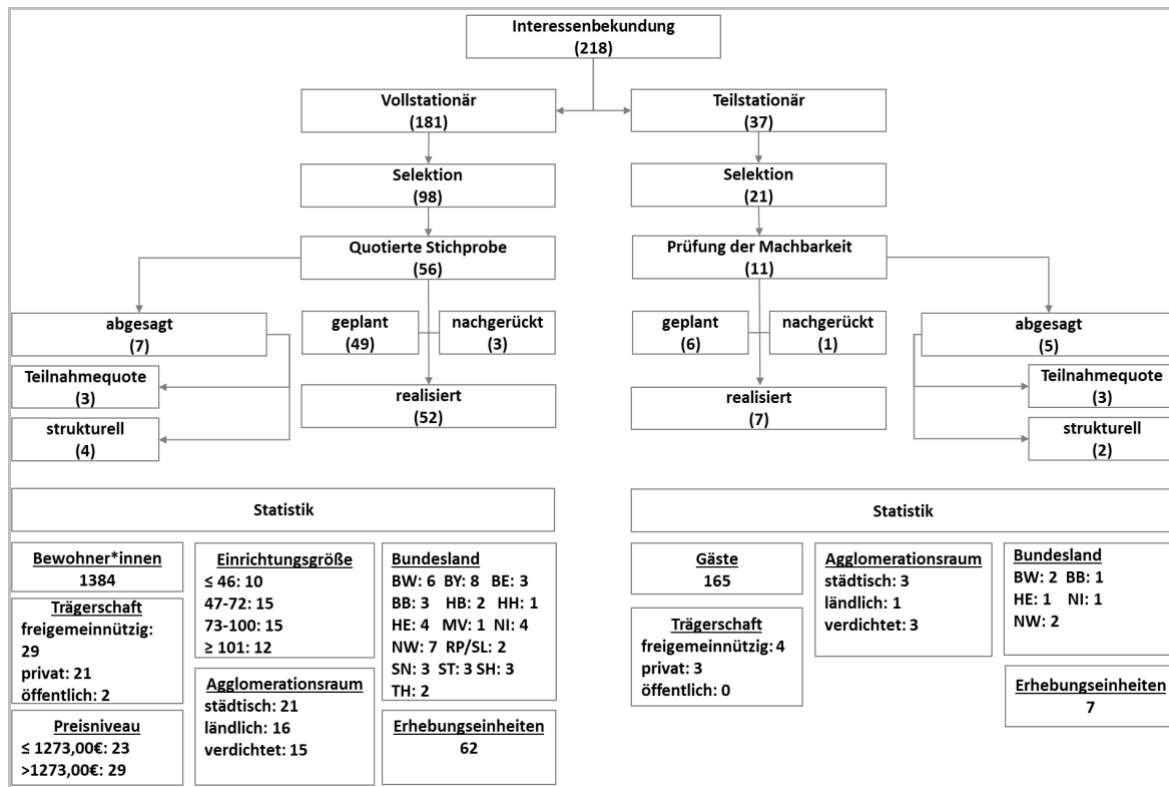


Abbildung 17: Flowchart der teilnehmenden Einrichtungen

Die Rekrutierung der teilnehmenden Pflegebedürftigen erfolgte allein über die Einrichtungen selbst. Dabei gab es keinerlei Ausschlusskriterien, alleiniges Einschlusskriterium war die Einwilligung zur Studienteilnahme.

Die Kontaktaufnahme mit den in die Studie aufgenommenen Einrichtungen erfolgte in zwei Blöcken: Zunächst wurden die ersten 16 Einrichtungen telefonisch über die Teilnahme informiert und direkt über den bevorstehenden Aufwand im Rahmen der Studienteilnahme aufgeklärt und es wurde das Zeitfenster der Datenerhebungen festgelegt. Daraufhin hat eine Einrichtung die Teilnahme zurückgezogen, da die Vorbereitungszeit für die Umsetzung der Studie in dieser Einrichtung zu kurz gewesen wäre. Die übrigen 15 Einrichtungen haben per E-Mail weiterführende Informationsmaterialien zur Studie erhalten (ein Informationsschreiben für die Mitarbeitenden, ein Informationsschreiben für die Bewohner*innen sowie ein Formular zur Einverständniserklärung zur Studienteilnahme, welches durch die Bewohner*innen oder deren Angehörige auszufüllen war). Parallel wurden einrichtungsspezifische Informationen für die Studienplanung ermittelt, d. h. die Anzahl der einzubeziehenden Wohnbereiche mit der Anzahl der Bewohner*innen sowie die Anzahl der zu beschattenden Pflegekräfte pro Schicht und die Schichtzeiten. Für die abgesagte Einrichtung wurde direkt eine Ersatzeinrichtung aus der Warteliste gezogen und im Einsatzplan ans Ende der Datenerhebung gesetzt. Im zweiten Block wurden die restlichen 52 Einrichtungen per E-Mail über die Teilnahme an der Studie und dem entsprechenden Erhebungszeitraum informiert. Im weiteren Verlauf bekamen auch diese Einrichtungen die weiterführenden Informationsmaterialien zur Studie (A 4.3-5).

Im Studienverlauf konnte in mehreren Einrichtungen der vollstationären und teilstationären Versorgung, die zuvor zugestimmt hatten und in den Erhebungsplan aufgenommen worden waren, kurzfristig keine Datenerhebungen realisiert werden. Gründe für den Studienabbruch auf Seiten der Einrichtungen waren u. a.:

- Schwierigkeiten, die Datenerhebung im vorgegebenen Zeitfenster zu realisieren,

- gravierende und im Vorfeld durch die Einrichtung nicht vorhergesehene Probleme, aus denen zusätzliche organisatorische Aufwände entstanden (z. B. größere Umstrukturierungen), die eine Umsetzung der Studie nicht mehr möglich machten,
- Mitarbeiterwechsel bei den für die Studie verantwortlichen Personen (Einrichtungsleitung oder Pflegedienstleitung),
- Beschwerden über das Verhalten der Datenerhebenden in der zuvor erhobenen Tagespflege,
- zu geringer Personalstand, um die Einwilligungserklärungen der Bewohner*innen einzuholen,
- Personalnotstand zum Zeitpunkt der geplanten Erhebungen (BI-Gutachten, Interventionsplanung, Datenerhebung) und damit verbundene Befürchtung der Einrichtung, die Gutachter*innen, Studienmitarbeiter*innen und Datenerhebenden nicht adäquat betreuen zu können.

In einer Einrichtung musste einer der zwei zur Studie angemeldeten Wohnbereiche aufgrund eines Wasserrohrbruchs komplett geräumt werden, wodurch die Möglichkeit zur Studienteilnahme des einen Wohnbereiches nicht mehr gegeben war.

Die Teilnahme an der Studie wurde seitens des Studienteams abgesagt, wenn die Anzahl der gewonnenen Einwilligungserklärungen die angestrebten Studienteilnehmenden um mehr als 50 % unterschritt und kein Anstieg der Studienteilnehmer*innenzahlen mehr zu erwarten war. In zwei Fällen wurde abgesagt, weil der dringende Eindruck entstand, dass die notwendige Sorgfalt zur Projektdurchführung durch fehlendes Projektmanagement in der Einrichtung und die Wahrung des Datenschutzes im Rahmen der Studie nicht gegeben war.

In insgesamt drei Fällen entstanden kurzfristig Bedenken, MDK-Mitarbeitende als Datenerhebende zu akzeptieren. Auch wenn die MDK-Mitarbeitenden nicht in der Funktion eines MDK-Prüfers bzw. einer MDK-Prüfer*in in den Einrichtungen eingesetzt wurden, bestanden Befürchtungen vor potenziellen Sanktionen durch die Personen der Prüfinstanz in ihrer anderen Rolle. Diese konnten jedoch nach intensiven Gesprächen zwischen dem Studienteam und der Einrichtung gemindert und ein Studienabbruch konnte verhindert werden. In einem Fall musste dazu die personelle Besetzung der MDK-Mitarbeitenden kurzfristig entsprechend umgeplant werden.

Durch den langen Informationsprozess in den Einrichtungen, den hohen Zeitbedarf beim Einholen der Einverständniserklärungen sowie die kurzfristig zu koordinierende Einsatzplanung von Gutachtern*innen, Universitätsmitarbeitenden und Datenerhebenden über verschiedene Bundesländer hinweg, war es nur schwer möglich, kurzfristige Absagen durch nachrückende Einrichtungen aus der Warteliste zu kompensieren, da ein realistischer Vorlauf von mindestens 6 Wochen vor der Datenerhebung erforderlich war. Das Nachrücken aus der Warteliste ist dennoch in zwei Fällen gelungen.

Zwar hatten sich hinreichend viele Einrichtungen der *teilstationären* Versorgung zur Studienteilnahme bereiterklärt, Rekrutierungsprobleme ergaben sich jedoch bei den Studienteilnehmenden. Anders als im stationären Bereich entstand der Eindruck, dass weder die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen noch die Pflegeeinrichtungen selbst von der Dringlichkeit eines Personalbemessungsverfahrens überzeugt waren. Mehrfach wurde von Seiten der Einrichtungen zurückgemeldet, dass Angehörige von Pflegebedürftigen deren Teilnahme an der Studie ablehnten, da aus ihrer Sicht eine gute Versorgung bereits sichergestellt war. Hinzu kam, dass viele Pflegebedürftige in Tagespflegeeinrichtungen nicht täglich an der Versorgung teilnehmen. Hierdurch wurde einerseits der Zugang zu und die Information von Pflegebedürftigen und Angehörigen erschwert, andererseits verschob sich auch der Teilnahmeumfang der Pflegebedürftigen. Anders als die Bewohner*innen in vollstationären Einrichtungen nahmen diese im Extremfall nur an einem einzelnen Tag an der Datenerhebung teil.

Die fluktuierende Zusammensetzung der Tagesgäste innerhalb des Erhebungszeitraums von fünf Tagen in den teilstationären Pflegeeinrichtungen erschwerte damit auch die Einsatzplanung für die Datenerhebenden. Im Ergebnis konnten deutlich weniger teilstationäre Einrichtungen mit entsprechenden Studienteilnehmenden rekrutiert werden, als es ursprünglich vorgesehen war. Im Studienverlauf konnte allerdings über die Rekrutierung durch die Verbände noch eine zusätzliche Tagespflegeeinrichtung zur Studienteilnahme gewonnen werden. Für die vergleichsweise wenigen Pflegebedürftigen musste dann eine deutlich höhere Datenerheber*innenanzahl eingesetzt werden als bei Angebotsstellung eingeplant.

5.1.4.2 Beschreibung der Stichprobe für den vollstationären Sektor

Im Rahmen des Angebotsverfahrens wurde eine quantitative Studienplanung erstellt, nach der 40 Einrichtungen der vollstationären Versorgung mit 1.500 Studienteilnehmenden und 15 teilstationären Versorgungseinrichtungen mit 400 Studienteilnehmenden in die Studie aufgenommen werden sollten. Diese Richtwerte basierten auf Erfahrungen mit vorhergehenden Erhebungen, insbesondere im Rahmen der EVIS-Studie. Schon die erste Abfrage der Einrichtungen ergab jedoch, dass deutlich weniger Studienteilnehmende pro Einrichtung zu erwarten waren, als zuvor angenommen. Um somit die Anzahl der Studienteilnehmenden weiterhin erreichen zu können, wurde bereits zu diesem Zeitpunkt eine Erhöhung der Einrichtungsanzahl von 55 auf 67 Einrichtungen inklusive der teilstationären Einrichtungen vorgenommen, um weiterhin die ursprünglich geplante Netto-Stichprobe von 1.900 Studienteilnehmenden (bei einer erwarteten Dropoutrate von 25 % bei den Studienteilnehmenden) erreichen zu können. Im Rahmen dieser Hochrechnung wurden 2.260 Datenerheber*innenschichten erwartet und für die Projektplanung berücksichtigt.

Aus den *vollstationären Einrichtungen* wurde auf Basis der Daten der Pflegestatistik 2017 eine quotierte Stichprobe unter Berücksichtigung der folgenden Merkmale erzeugt:

- Einrichtungen und Anzahl der Bewohner*innen nach Bundesland (mind. 2 Einrichtungen pro Bundesland sowie die Berücksichtigung der Anzahl der Pflegeheime in der Studie im Verhältnis zur Anzahl pro Bundesland, Bundesländer mit höherer Anzahl an Pflegeeinrichtungen wurden stärker berücksichtigt);
- Trägerschaft (Berücksichtigung der Trägerschaft (privat, freigemeinnützig und öffentlich) der Pflegeeinrichtungen analog zur prozentualen Verteilung der Trägerschaften im Bundesdurchschnitt);
- Größe der Einrichtung (Berücksichtigung der Einrichtungsgrößen in vier Klassen (<47, 47-72, 73-100, >100 Bewohner*innen entsprechend den Quartilswerten von mehr als elftausend Pflegeheimen (vgl. Rothgang et al. 2017: Kapitel 1));
- Preisniveau (Aufteilung der Einrichtungen in zwei Gruppen anhand des Medians des durchschnittlichen Preisniveaus (einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE) und Unterkunft und Verpflegung (UuV)) und Berücksichtigung beider Preisniveaus in gleichen Anteilen);
- Agglomerationsraum (Berücksichtigung von Einrichtungen in städtischen, ländlichen sowie verdichteten Regionen).

Einrichtungen und Anzahl der Bewohner*innen nach Bundesland: Gemäß Pflegestatistik gab es am 15.12.2015 insgesamt 11.164 vollstationäre Pflegeheime (Statistisches Bundesamt 2017a: 6). Auf dieser Grundlage wurde zunächst für die Zielvorgabe von 40 Einrichtungen die Häufigkeiten nach Bundesland berechnet. Mehrere Bundesländer wären dabei mit keiner oder nur mit einer Einrichtung vertreten gewesen. Um eine möglichst breite Repräsentanz zu gewährleisten, wurde in Bezug auf das Merkmal Bundesland daher als vorrangiges Ziel definiert, möglichst mindestens zwei Einrichtungen in

jedem Bundesland zu berücksichtigen und die weiteren Einrichtungen dann gemäß der Ländergröße (gemessen in Zahl der Pflegeheime) aufzufüllen. Für den Stadtstaat Hamburg sowie das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern lag jedoch jeweils nur eine Interessenbekundung vor, die direkt berücksichtigt wurde. Aus dem Saarland lagen keine Interessenbekundungen vor. Das Studienteam hat zwar versucht, zusätzlich Einrichtungen telefonisch zu rekrutieren, aber keine Einrichtung zur Studienteilnahme gewinnen können. Daraufhin wurde das Bundesland Saarland mit dem Bundesland Rheinland-Pfalz im Rahmen der Studienplanung zusammengeführt.

Tabelle 28 enthält zunächst die bundesweite Verteilung der Pflegeheime. Als „SOLL“ sind dann die Häufigkeiten ausgewiesen, die unter Berücksichtigung der genannten Setzungen angestrebt wurden und als „IST“ die realisierten. Die realisierte IST-Stichprobe weicht dabei nur geringfügig vom SOLL ab. Im Vergleich zu den tatsächlichen Marktanteilen sind insbesondere die Stadtstaaten überrepräsentiert, während NRW als das Land mit den meisten Einrichtungen unterrepräsentiert ist. Dies ist insbesondere Folge der Entscheidung, möglichst alle Länder einzuschließen und zwar, wenn möglich, mit mindestens zwei Einrichtungen.

Tabelle 28: Vollstationäre Einrichtungen nach Bundesland

Einrichtungen nach Bundesland						
Bundesland	Bundesweit (Pfleigestatistik)		SOLL		IST	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Baden-Württemberg	1.497	13,41	6	10,71	6	11,54
Bayern	1.535	13,75	8	14,29	8	15,38
Berlin	303	2,71	3	5,36	3	5,77
Brandenburg	328	2,94	3	5,36	3	5,77
Bremen	86	0,77	3	5,36	2	3,85
Hamburg	157	1,41	1	1,79	1	1,92
Hessen	770	6,90	5	8,93	4	7,69
Mecklenburg-Vorpommern	247	2,21	1	1,79	1	1,92
Niedersachsen	1.429	12,80	4	7,14	4	7,69
Nordrhein-Westfalen	2.162	19,37	8	14,29	7	13,46
Rheinland-Pfalz/Saarland	601	5,38	3	5,36	2	3,85
Sachsen	652	5,84	3	5,36	3	5,77
Sachsen-Anhalt	448	4,01	3	5,36	3	5,77
Schleswig-Holstein	609	5,46	3	5,36	3	5,77
Thüringen	340	3,05	2	3,57	2	3,85
	11.164	100,00	56	100,00	52	100,00

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung basierend auf Statistisches Bundesamt (2017a: 6)

Abbildung 18 zeigt die Verteilung der teilnehmenden Einrichtungen über die Bundesrepublik in Form einer Karte und unterscheidet dabei nach vollstationären und teilstationären Einrichtungen, Abbildung 19 zeigt die nach Ländern differenzierte Stichprobe im SOLL und IST im Vergleich zur bundesweiten Verteilung gemäß Pflegestatistik für 2015 (Statistisches Bundesamt 2017a: 6) in Bezug auf die Bewohner*innen. Insgesamt wurden 2.089 potentiell teilnehmende Bewohner*innen in die Stichprobe einbezogen. In den meisten Bundesländern folgt der Stichprobenanteil weitgehend dem Anteil in der Gesamtheit. Lediglich Berlin, Brandenburg, Bremen und Thüringen sind – aus den genannten Gründen – deutlich über-, NRW und Niedersachsen dagegen deutlich unterrepräsentiert.

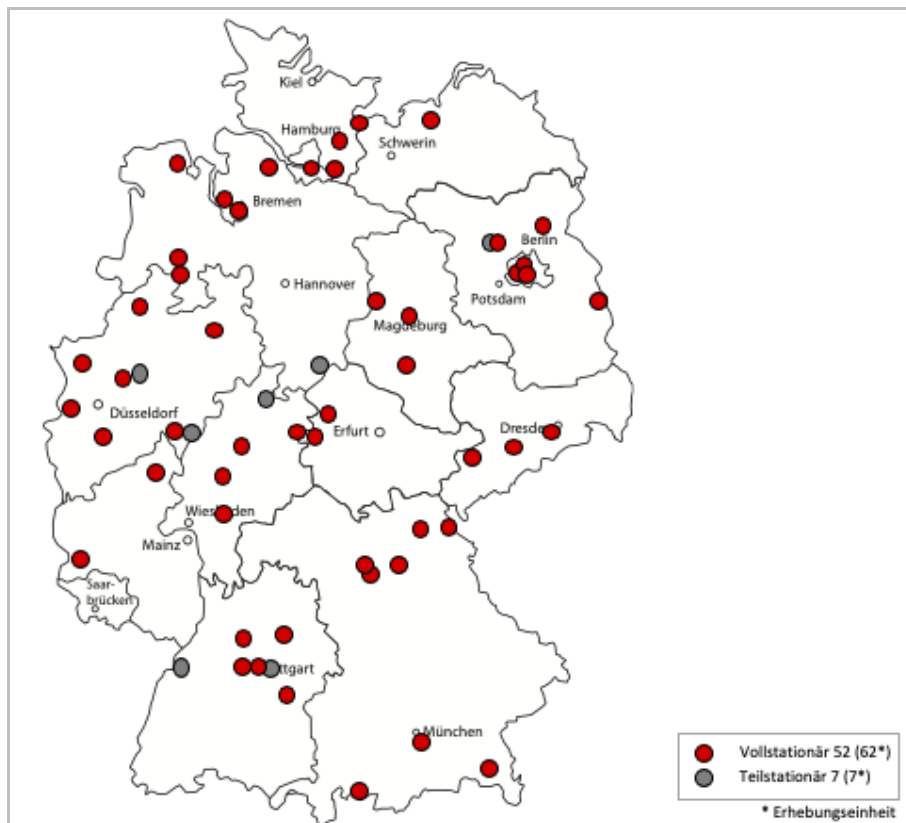


Abbildung 18: Übersicht der teilnehmenden Einrichtungen

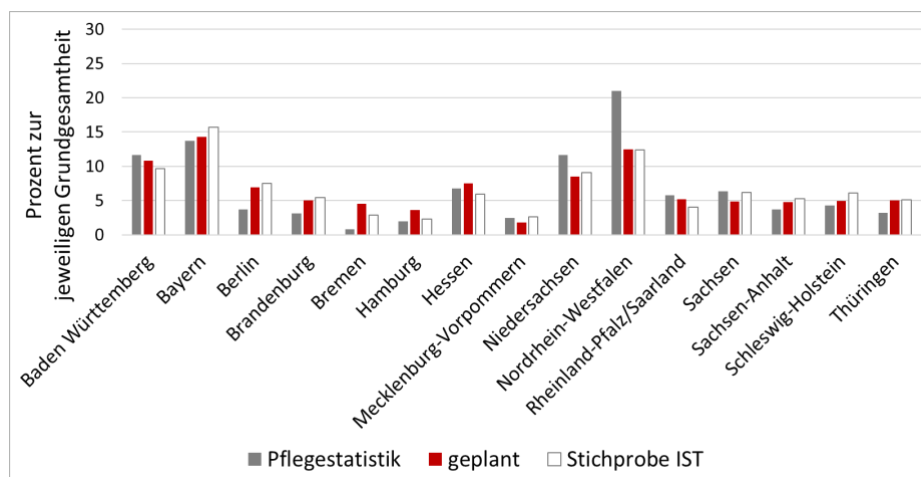


Abbildung 19: Bewohner*innen nach Bundesland basierend auf Statistisches Bundesamt (2017a: 8)

Trägerschaft: Bundesweit gehören 42,2 % der Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege, Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege einem privaten Träger, 53 % einem freigemeinnützigen und 4,8 % einem öffentlichen Träger an (Statistisches Bundesamt 2017a: 6). Diese Verteilung war Zielgröße auch für die Stichprobe. Tatsächlich weist die realisierte (IST-)Stichprobe nur geringfügige Abweichungen zur Pflegestatistik aus (Abbildung 20).

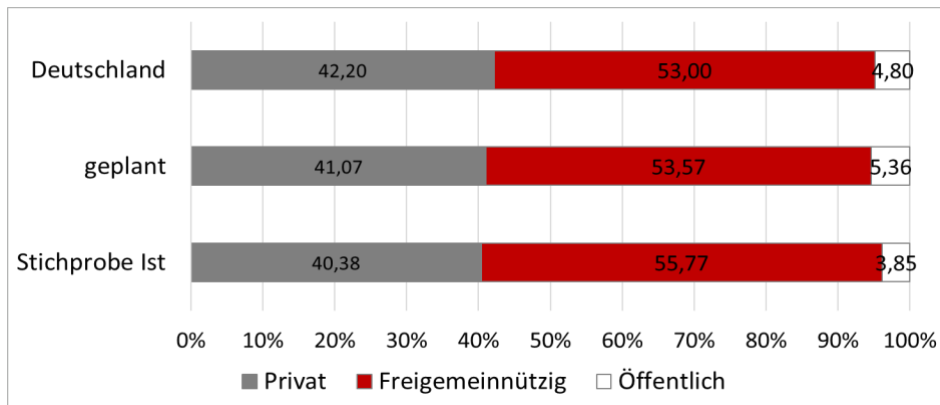


Abbildung 20: Einrichtungen nach Trägerschaft basierend auf Statistisches Bundesamt (2017a: 6)

Einrichtungsgröße: Die Pflegestatistik gibt keine Anhaltspunkte zur Verteilung der Einrichtungen nach Einrichtungsgrößen. Der vdek stellte dem Projektteam einen aktuellen Datensatz zu den Pflegeheimen in Deutschland zur Verfügung. Die im Datensatz berücksichtigte Anzahl der Pflegeheime (11.129) deckt sich annähernd mit denen der Pflegestatistik 2015 (11.164 (Statistisches Bundesamt 2017a: 6)). Auf dieser Datengrundlage wurden entlang der Quartilswerte vier Größenklassen gebildet:

- Größenklasse 1: 1 bis 46 Plätze
- Größenklasse 2: 47 bis 72 Plätze
- Größenklasse 3: 73 bis 100 Plätze
- Größenklasse 4: mindestens 101 Plätze.

Wie Abbildung 21 zeigt, sind die Größenklassen 1 und 4 leicht unter- und die mittleren Größenklassen etwas überrepräsentiert. Derartige Abweichungen sind letztlich unvermeidlich, da bei der Auswahl der Einrichtungen immer alle hier betrachteten Merkmale simultan berücksichtigt werden mussten.

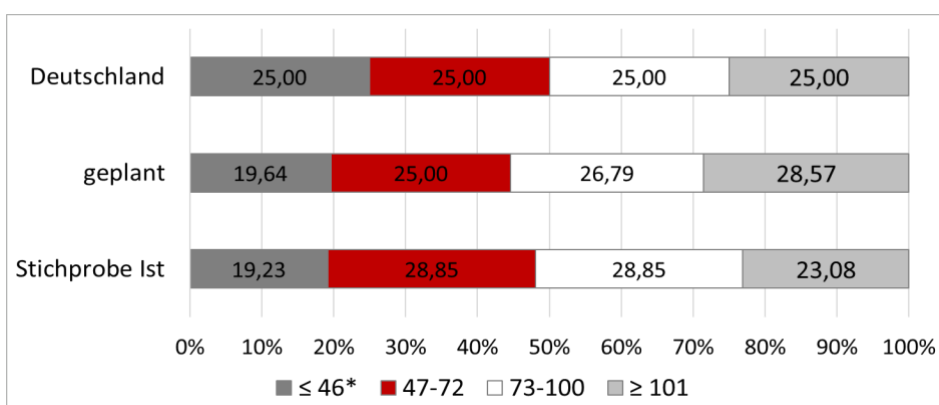


Abbildung 21: Einrichtungen nach Größenklasse

Preisniveau: Die Höhe des Heimentgelts unterliegt starken regionalen Unterschieden. Um sowohl Einrichtungen mit einem hohen als auch solche mit vergleichsweise niedrigem Entgelt zu berücksichtigen, wurden zwei Gruppen unterschieden, die anhand des Medianwertes für die Summe aus dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil und den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung abgegrenzt wurden. Der ermittelte Medianwert (für 2017) liegt bei 1.273 Euro. Definitionsgemäß liegt der

Anteil der Einrichtungen mit einem höheren (niedrigeren) Wert in der Grundgesamtheit bei 50 %. Wie Abbildung 22 zeigt, sind die Einrichtungen mit einem überdurchschnittlichen Preisniveau in der Stichprobe leicht überrepräsentiert.

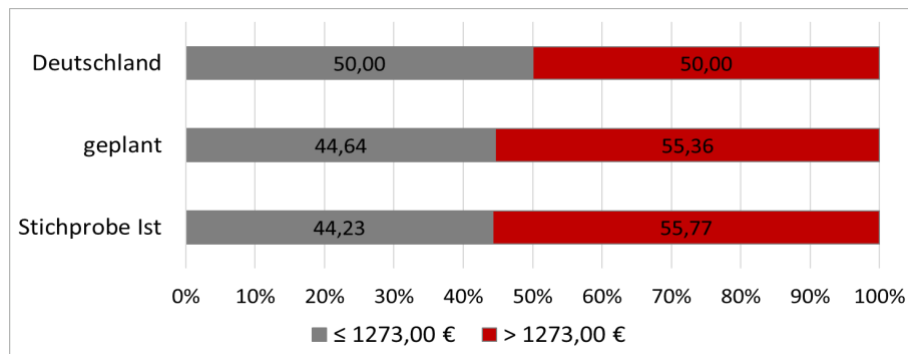


Abbildung 22: Einrichtungen nach Preisniveau

Agglomerationsraum: Laut Rothgang et al. (2015b: 50) gehörten 2012 bundesweit 39 % der Einrichtungen dem städtischen Raum, 25 % dem ländlichen und 36 % dem verdichteten Raum an. Die Einrichtungen wurden dabei anhand der Daten des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR 2018) dem städtischen, ländlichen oder verdichteten Raum zugeteilt. Der Einrichtungsanteil im städtischen Raum wird in der IST-Stichprobe fast punktgenau getroffen. Einrichtungen im ländlichen Raum sind etwas über-, solche im verdichteten Raum etwas unterrepräsentiert.

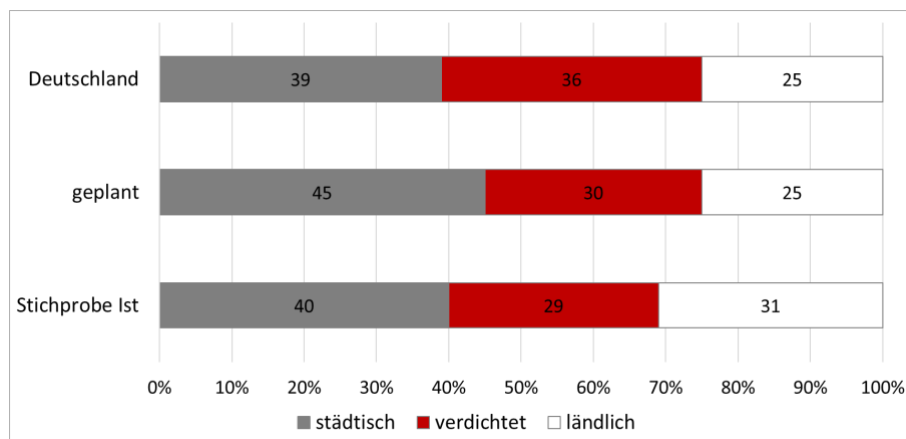


Abbildung 23: Einrichtungen nach Agglomerationsraum, basierend auf Rothgang et al. 2015b: 50.

Insgesamt bildet die realisierte Stichprobe die Grundgesamtheit gut ab. Selbst unter der – nicht erwiesenen – Annahme, dass die betrachteten Merkmale Einfluss auf die notwendige Personalmenge und/oder –struktur nehmen, kann somit nicht von systematischen Verzerrungen ausgegangen werden.

5.1.4.3 Beschreibung der Stichprobe für den teilstationären Sektor

Für den teilstationären Bereich bewarben sich ausschließlich tagespflegerische Einrichtungen, Nachtpflegeeinrichtungen wurden daher nicht untersucht. Aufgrund der geringen Anzahl an Interessenbekundungen konnte keine quotierte Stichprobe gezogen werden. Nach der Selektion lag die Stichprobengröße bei 21 Einrichtungen aus sechs Bundesländern (Abbildung 24). Beim Abgleich der zur Ver-

fügung stehenden Plätze mit der Anzahl der Gäste zeigte sich, dass die Fluktuation sehr unterschiedlich ist. So wurde ein Platz an fünf aufeinanderfolgenden Tagen in einer Einrichtung viermal vom selben Gast genutzt und war einen Tag ungenutzt. Am anderen Ende des Kontinuums wurde ein Platz an fünf Tagen von fünf verschiedenen Gästen genutzt. Eine solch hohe Fluktuation treibt den Erhebungsaufwand unverhältnismäßig nach oben, da für jeden Gast die Stammdaten hätten beschafft, eine Neubegutachtung hätte durchgeführt und eine Pflegeplanung hätte geschrieben werden müssen. Um die Machbarkeit zu gewährleisten, wurden Einrichtungen mit zu hoher Fluktuation (vier oder mehr Gäste pro Platz im 5-Tage-Erhebungszeitraum) von der Erhebung ausgeschlossen. Außerdem wurden zwei Einrichtungen ausgeschlossen, bei denen eine Erhebung an fünf aufeinanderfolgenden Tagen aufgrund der Öffnungszeiten nicht realisiert werden konnte. In die SOLL-Stichprobe wurden so 11 Einrichtungen mit 529 potentiell teilnehmenden Gästen aus sechs Bundesländern aufgenommen. Drei Einrichtungen mussten aufgrund einer zu geringen Teilnehmer*innenzahl absagen, eine aufgrund von strukturellen Problemen. Eine Einrichtung aus Brandenburg konnte nachrekrutiert werden. Insgesamt wurde die Erhebung in sieben teilstationären Einrichtungen mit 163 teilnehmenden Gästen durchgeführt. Dies liegt unter dem angestrebten Ziel von 400 teilnehmenden Pflegebedürftigen, gefährdet allerdings nicht die Auftragsdurchführung, da die empirischen Daten ausreichend sind, um einen Algorithmus für den teilstationären Bereich zu konstruieren. Eine höhere Zahl teilnehmender Gäste hätte die Belastbarkeit der Parametrisierung allerdings erhöht.

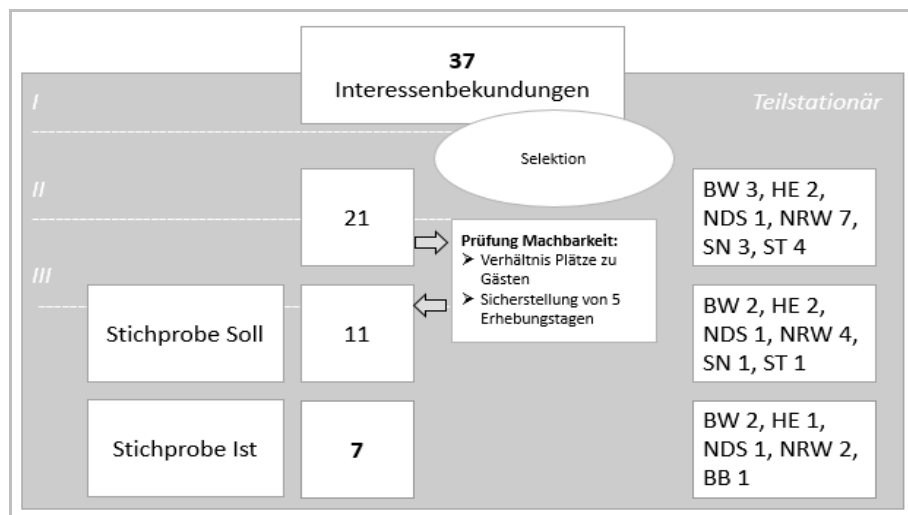


Abbildung 24: Stichprobe teilstationär

5.1.5 Rekrutierung der Datenerhebenden

Die Rekrutierung der Datenerhebenden oblag komplett den jeweiligen Verbänden. Formale Voraussetzung, um als Datenerheber*in eingesetzt zu werden, war der Abschluss einer Berufsausbildung in der Pflege und praktische Berufserfahrungen. Alle Datenerhebenden mussten zudem eine Erklärung unterzeichnen (A 4.6), mit der sie sich verpflichteten, die Rolle des bzw. der Datenerhebenden neutral und unabhängig wahrzunehmen und die Vertraulichkeit der gewonnenen Informationen und Unterlagen zu gewährleisten.

Mit den Auftraggebern war vereinbart, dass 45 % der Datenerheber*innenschichten über den MDK abgedeckt werden sollten, 5 % über die PKV und je 25 % über die freien Wohlfahrtsverbände sowie die Verbände der privaten Träger (VDAB und bpa). Die Zuordnung der Datenerhebenden zu den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen erfolgte in Regie der jeweiligen Verbände. Die genannten

Zielgrößen konnten im Projektverlauf weitgehend umgesetzt werden (Abbildung 25). Demnach wurden 48 % der beobachteten Schichten durch die Mitarbeitenden des MDK beschattet, 19 % durch die der freien Wohlfahrtsverbände, 26 % durch Datenerhebende, die der bpa und der VDAB vermittelt haben, sowie 4 % durch Datenerhebende, die von der PKV vermittelt wurden. Außerdem wurden 3 % der Datenerheber*innenschichten durch die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen der Universität Bremen selbst erbracht, die eingesprungen sind, um Lücken zu schließen. Dies war insbesondere dann notwendig, wenn geplante Datenerhebende nicht zum Dienst erschienen oder eine kurzfristige Dienstplanänderung nicht durch die Verbände bzw. den Springer-Pool abgedeckt werden konnte.

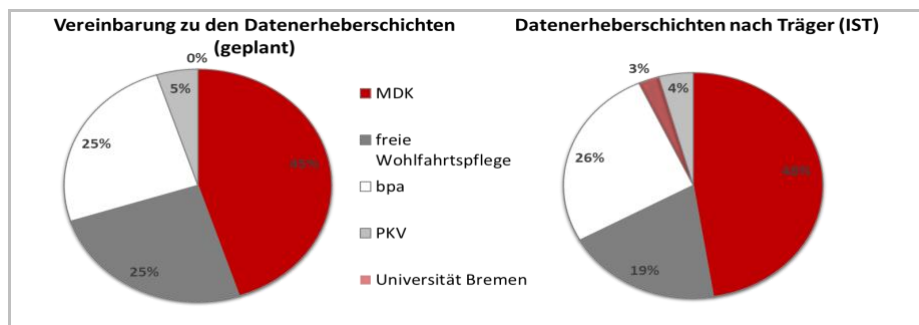


Abbildung 25: Datenerheber*innenschichten im SOLL-IST-Vergleich

5.1.6 Schulungen und Qualifizierung der Datenerhebenden

Ziel der Qualifizierung bzw. Schulungen der Datenerhebenden war es, eine einheitliche Vorgehensweise bei der Datenerhebung (IST-Erhebung und SOLL-Bewertung) sicherzustellen. Im Rahmen des Pretests in der 12. und 13. KW 2018 fand die erste Schulung von sieben Datenerhebenden in Hannover statt. Im Anschluss der Datenerhebung wurde ein Feedback- und Reflexionsgespräch zwischen den wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen und den Datenerhebenden durchgeführt, in dem die Schulungsinhalte kritisch diskutiert wurden. Daraufhin erfolgte eine Anpassung des Schulungsablaufs, der Schulungsmaterialien und der Schulungsinhalte. Das Feedback- und Reflexionsgespräch führte zu folgenden Änderungen:

- Kürzung des theoretischen Hintergrunds und der Vorstellung der Studie, Fokussierung auf den Kontext zur Datenerhebung;
- Klarstellung und Optimierung der Regeln zur Datenerfassung:
 - keine Übernahme von Pflegehandlungen durch die Datenhebenden,
 - konsequente Begleitung der zugeteilten Pflegekraft,
 - Verhaltensweisen in der Einrichtung,
 - Dienstbeginn eine halbe Stunde vor Datenerhebung zur Anleitung durch wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen der Universität Bremen in die Tablets, der kurzen Wiederholung zu den Erfassungsregeln und der Einteilung der zu begleitenden Pflegekraft;
- Erstellung eines Handbuchs zur Datenerhebung mit den Inhalten der Schulung, der Erläuterung der wichtigsten Schritte auf dem Tablet, dem Ablauf der Datenerhebung, den allgemeinen Erfassungsregeln und den Dimensionen der Interaktionsarbeit;
- Fokussierung des zweiten Schulungstages auf das Handling mit den technischen Geräten und intensiven Übungen im Umgang mit der Erhebungssoftware anhand von Fallbeispielen.

Die nachfolgende Darstellung bezieht sich auf die so modifizierte Schulungskonzeption.

Die Datenerhebenden hatten zwei Aufgaben:

- Erstens dokumentierten sie die aktuelle Versorgung, indem sie die erbrachten Leistungen und die *IST-Zeiten* der Leistungserbringung erfassten. Hierfür stand jedem Datenhebenden ein Tablet-PC zur Verfügung, auf dem eine Erhebungssoftware installiert war, mit der die Pflegehandlungen zeitlich erfasst werden konnten.
- Zweitens nahmen die Datenerhebenden eine *Bewertung* der Versorgungssituation vor. Hierbei war von den Datenerhebenden zu bewerten, ob die Intervention notwendig war und ob die gemessenen IST-Zeiten angemessen waren. Wurden die Zeiten für nicht angemessen erachtet, konnten (positive oder negative) Zuschlagszeiten erfasst werden. Die SOLL-Zeiten für die einzelnen Interventionen ergeben sich somit aus der erfassten IST-Zeit zuzüglich der (positiven oder negativen) Zuschlagszeit.

Zur Sicherstellung eines einheitlichen Vorgehens (Interraterreliabilität) in der Datenerhebung mussten alle Datenerhebenden in Bezug auf beide Aufgaben geschult werden. Die Schulungen umfassten dabei einerseits die Projektorganisation und die Durchführung der Datenerhebung im stationären und teilstationären Bereich, zum anderen aber auch die konsentierten fachlichen Erbringungsstandards als Grundlage der Bewertung. Die Schulungen erfolgten vor Beginn der ersten Datenerhebungen und waren regional organisiert. Sie erstreckten sich auf den Zeitraum von Mitte März bis Mitte August 2018 und wurden von Mitgliedern des wissenschaftlichen Teams durchgeführt. Der zeitliche Aufwand betrug dabei für jeden bzw. jeder Datenerhebenden zwei Arbeitstage mit je sechs Stunden. Zur Information wurden das Handbuch zur Datenerhebung und der Interventionskatalog für die Datenerhebenden in Form von Schulungsunterlagen ausgehändigt (A 4.7).

Tabelle 29: Übersicht der Schulungen

Schulungsort	Schulungsdatum	Anzahl der Schulungsteilnehmenden					Gesamt
		MDK	PKV	bpa/VDAB	FW	Uni-WiMis	
Hannover	19.-20.03.2018	7	-	-	-	4	11
Bremen	17.-18.04.2018	13	-	11	9	-	33
Bremen	19.-20.04.2018	14	5	11	8	-	38
Stuttgart	03.-04.05.2018	12	-	-	-	-	12
Köln	07.-08.05.2018	19	-	1	-	-	20
Bremen	26.-27.06.2018	16	-	4	4	2	26
Berlin	28.-29.06.2018	16	-	2	2	-	20
Nürnberg	03.-04.07.2018	21	-	3	1	-	25
Oberursel	05.-06.07.2018	17	-	2	4	-	23
Darmstadt	09.-10.07.2018	7	-	-	5	-	12
Weimar	21.-22.08.2018	21	-	-	4	-	25
Berlin	23.-24.08.2018	9	-	-	-	-	9
Leipzig	28.-29.08.2018	4	-	1	2	-	7
Gesamt		176	5	35	39	6	261

In der Summe wurden zwischen März und August 2018 dreizehn Schulungen für 261 Datenerhebende inklusive der wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen und Study Nurses durchgeführt (Tabelle 29). Die Tabelle beschreibt an dieser Stelle die Personen, die an der Schulung teilgenommen haben, der tatsächliche Einsatz der Datenerhebenden weicht davon ab.

Bevor die Schulungsinhalte vorgestellt werden (Abschnitt 5.1.6.2), wird zunächst kurz auf den Schulungsumfang eingegangen (Abschnitt 5.1.6.1).

5.1.6.1 Schulungsumfang

Die Schulung fand über 1,5 Arbeitstage, aufgeteilt auf zwei Schulungstage statt. Ursprünglich war ein Tag für die gesamte Schulung an einem zentralen Ort vorgesehen. Aufgrund der Komplexität der Inhalte entschied sich das wissenschaftliche Team dann, diese auf zwei Tage aufzuteilen. Neben theoretischen Hintergründen zum Studienverlauf und einer Einführung in die Interaktionsarbeit beinhaltete die Schulung die Vorstellung der entsprechenden Hardware und Übungen zur praktischen Umsetzung der Datenerfassung mit der Datenerhebungssoftware.

Die Schulung umfasste:

1. Schulungstag:

Block 1 – Einführung und Grundkonzept der Studie

Block 2 – Grundsätze der Datenerhebung

Block 3 – Sensibilisierung zur Interaktionsarbeit

2. Schulungstag:

Block 4 - Vorstellung der Hardware und Umgang mit der Erhebungssoftware

Block 5 – Ablauf und Regeln zur Datenerhebung

Block 6 – Übungen zum Handling der Gerätschaften.

Durch die praktischen Übungen an Fallbeispielen am 2. Schulungstag konnten die theoretischen Inhalte vertieft werden. Dabei wurden sowohl klassische als auch komplexe pflegerische Situationen durchgespielt und verinnerlicht bis sich keine Fragen mehr ergeben haben.

Während der Datenerhebung wurden zudem in der halben Stunde vor dem ersten Dienst in jeder Einrichtung die wesentlichen Kriterien zur Datenerfassung abgefragt und erneut erläutert. Die Begleitung der Mitarbeitenden des Projektteams während der Begleittage diente ebenfalls zur Qualitätssicherung der erhobenen Daten. Sie kontrollierten zusätzlich die erfassten und abgearbeiteten Daten und gaben Hilfestellungen beim Handling der Software.

5.1.6.2 Schulungsinhalte

Die Schulungsinhalte wurden nach der Durchführung des Pretests noch einmal angepasst. Darüber hinaus ergaben sich im Verlauf der Datenerhebung weitere technische Änderungen, zu denen die Datenerhebenden nachgeschult werden mussten. Die nachfolgende Darstellung bezieht sich auf diese angepasste Version. Die Schulung fand in insgesamt sechs Blöcken statt.

Block 1 – Einführung und Grundkonzept der Studie

Im ersten Block erfolgte die Einführung in das Studienprojekt und die erste Sensibilisierung der Schulungsteilnehmenden zur Rolle des bzw. der Datenerhebenden. Dazu wurde die Datenerfassung im Kontext der Studie dargestellt. Im ersten Teil wurden die studienbeteiligten Institute und Partner, die Auftraggeber, der Gesetzauftrag und der zeitliche Projektablauf vorgestellt. Um ein Verständnis für die Studieninhalte zu entwickeln, die Zielsetzung und die Rolle der Schulungsteilnehmenden in dem Projekt zu verdeutlichen, wurde das Grundkonzept der Studie anhand der vier Analyseelemente (Abbildung 26) vorgestellt und diskutiert:

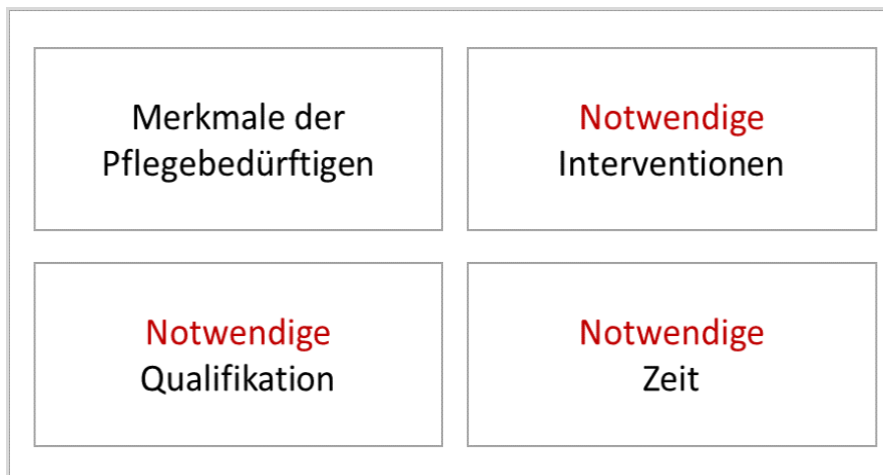


Abbildung 26: Die vier Analyseelemente der Personalbemessung im Schulungskonzept

Zu den *Merkmale der Pflegebedürftigen* wurde die Bedeutung der BI-Begutachtung der Studienteilnehmenden sowie die Bedeutung der BI-Merkmalausprägung in den einzelnen Modulen und die anschließende Verknüpfung zur Beurteilung des Qualifikationsniveaus und des Grads der Übernahme einzelner Teilschritte geschult. Um für jeden teilnehmenden Pflegebedürftigen die nach Art und Anzahl fachlich notwendigen Interventionen zu bestimmen, wurde im Zuge der Präsentation die Beurteilung der *notwendigen Interventionen* als weiteres Analyseelement vorgestellt. Vor diesem Hintergrund bot sich ein erster Blick auf den Interventionskatalog, seinen Aufbau und seine alleinige Funktion als Erhebungsinstrument an. Inhaltliche Einzelheiten zum Aufbau einzelner Interventionen wurden im zweiten Schulungsblock vermittelt. Am dieser Stelle, im ersten Schulungsblock, ging es nur darum, den Schulungsteilnehmenden in einem ersten Schritt zu verdeutlichen, wie der Interventionskatalog entwickelt wurde und wie die Dimensionen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes die einzelnen Interventionen beeinflussten, also wie die individuellen BI-Merkmalausprägungen in den Interventionskatalog eingeflossen sind. Diesbezüglich wurde der Umfang des Kataloges im Hinblick auf die Aufteilung nach den Modulen des BI, die Differenzierung nach Übernahmeniveaus und die Anforderungen, die sich aus der Philosophie des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ergaben, erläutert. Des Weiteren wurde das Ziel der Erstellung der tagesstrukturierten Interventionsplanungen verdeutlicht. Dabei wurde betont, dass die tagesstrukturierte Interventionsplanung zwar alle planbaren notwendigen Interventionen in Anzahl und Qualifikationsniveau enthält, die Datenerhebenden aber selbst bei Abweichungen aufgrund ihrer Fachlichkeit prüfen und beurteilen müssen, inwieweit diese Abweichung zu rechtfertigen ist.

Im Hinblick auf die *Qualifikation*, die für die Erbringung der Intervention notwendig ist, wurden die Schulungsteilnehmenden – nach Vorstellung des Qualifikationsmixmodells – ebenfalls unterrichtet, etwaige Abweichungen vom geplanten Qualifikationsniveau, die von der Software automatisch angezeigt werden, zu bewerten.

Im letzten Analyseschritt wurden die Schulungsteilnehmenden darauf vorbereitet, eine Beurteilung der *notwendigen Zeit* zur pflegfachlich vollständigen Erbringung vorzunehmen. Zunächst wurde dazu die IST-Zeit und die SOLL-Zeit definiert. Bei der IST-Zeit handelt es sich um die im Rahmen einer einfachen Start-Stopp-Messung real gemessene Zeit für die jeweilige erbrachte Intervention. Dieser Wert ist nur zu korrigieren, wenn Datenerhebenden die Intervention zu spät gestartet oder zu früh beendet haben (IST-Zeit-Korrektur). Die SOLL-Zeit ergibt sich dagegen aus der Beurteilung jeder

einzelnen Intervention in Bezug auf vollständige und fachgerechte Erbringung. Abweichungen von dieser Form der Erbringung sollen zu zeitlichen Ab- oder Zuschlägen führen. Die Bestimmung des Umfangs der Zeitzu- bzw. -abschläge für direkte Pflegeinterventionen obliegt dabei der fachlichen Beurteilung der Datenerhebenden in der jeweilig individuellen Pflegesituation. Die festzulegenden Zeitwerte wurden im Verlauf der Schulungen mit den Teilnehmenden diskutiert und in Fallbeispielen geübt. Grundsätzlich gilt dabei, dass alle Teilschritte und Anforderungen in einer Intervention notwendig sind, wenn sie verlorene Fähigkeiten oder Fertigkeiten kompensieren, sie vorhandene Ressourcen der Selbständigkeit fördern oder erhalten, sie Erkrankungen oder Komplikationen vermeiden und/ oder wenn für die medizinisch-therapeutischen Leistungen ärztliche Verordnungen vorliegen. Darüber hinaus hängen die Teilschritte und Anforderungen unmittelbar mit den BI-Merkmale der Pflegebedürftigen zusammen und geben beispielsweise Auskunft über das Übernahmeniveau des jeweiligen Teilschrittes. Sowohl bei Abweichungen des geplanten QN als auch bei Abweichungen der angemessenen Erbringung einer Intervention konnte diese als fachlich begründet oder fachlich nicht begründet bewertet werden und bedurfte einer entsprechenden Begründung der Datenerhebenden. Diese Begründungen waren auch Gegenstand des fünften Schulungsblocks.

Block 2 – Grundsätze der Datenerhebung: Der Interventionskatalog

Zentraler Bestandteil des zweiten Schulungsblockes war die detaillierte Beschäftigung mit dem Interventionskatalog. Dieser wurde in seinem Aufbau nach Definition der Intervention, Beschreibung der Intervention, abzugrenzende und eingeschlossenen Interventionen, den Qualifikationsniveaus und dem Aufbau einzelner Interventionen nach allgemeinen und charakteristischen Teilschritten und Anforderungen umfassend vorgestellt. Die Schulungsteilnehmenden wurden im Nachgang zur Schulung darauf hingewiesen, sich mit dem *Interventionskatalog für Datenerhebende* und seinem Aufbau von Interventionen und den Interventionsgruppen vor der ersten Erhebung ausreichend vertraut zu machen, da dies zu Handlungssicherheit führt und den Zugriff auf Bedarfsinterventionen erleichtert, die teilweise während der Beschattungen in sehr kurzer Zeit in den Erhebungsplan aufgenommen werden mussten.

Block 3 – Sensibilisierung zur Interaktionsarbeit

Im Anschluss an die Vorstellung des Interventionskataloges fand vertiefte Auseinandersetzung mit der Komplexität der einzelnen Teilschritte und Anforderungen einzelner Interventionen vor dem Hintergrund der Grundsätze zur Interaktionsarbeit statt. Die Datenerhebenden wurden hier explizit für die Interaktionsarbeit als ein wesentlicher Bestandteil pflegerischer Tätigkeiten zwischen der Pflegekraft und der pflegebedürftigen Person sensibilisiert. Mit den Datenerhebenden wurde die begrenzte Beobachtbarkeit der Interaktionsarbeit im Rahmen der Datenerhebungen eruiert und die hohe Bedeutung der Interaktionsarbeit in der Pflege hervorgehoben (A 1.2 Kapitel 3.).

Block 4 – Vorstellung der Hardware und Umgang mit der Erhebungssoftware

Der zweite Schulungstag begann mit der Vorstellung der Hardware und der Einführung der wichtigsten Funktionen auf dem Tablet-PC. Die Präsentation wurde durch Screenshots des Tablets ergänzt. Dabei wurde den Schulungsteilnehmern ein *Handbuch zur Datenerhebung* mit allen Screenshots und Erläuterungen zur Verfügung gestellt, verbunden mit der Aufforderung, die Inhalte des *Handbuches zur Datenerhebung* bis zum Beginn der Erhebung zu verinnerlichen. Eine detaillierte Ansicht der Screenshots zu den Funktionen befindet sich im Abschnitt 5.1.2.4 oder im Handbuch zur Datenerhebung (A 4.7).

Zusätzlich wurden die Schulungsteilnehmenden zu dem technischen Equipment, welches in jeder Erhebungseinheit bereitgestellt wurde, unterrichtet. Jeder Wohnbereich war mit einem projekteigenen

W-LAN-Router ausgestattet, der sowohl die Verbindung zu den Tablets als auch zu dem Server herstellte. Zusätzlich wurden Repeater zur Signalverstärkung eingesetzt. Die Schulungsteilnehmenden wurden informiert, dass sie zur jeweils ersten Erhebungsschicht in den Einrichtungen von einem Mitarbeiter oder einer Mitarbeiterin des wissenschaftlichen Teams begleitet werden, damit alles für einen reibungslosen Erhebungsbeginn vorbereitet wird. Für technische Probleme wurden ihnen die Kontaktdaten des wissenschaftlichen Teams bereitgestellt. Sie erhielten somit die Möglichkeit jederzeit einen Ansprechpartner bzw. eine Ansprechpartnerin zu erreichen.

Block 5 – Ablauf und Regeln der Datenerhebung

Im Schulungsblock 5 wurden zum einen allgemeine Informationen zur Rolle der Datenerhebenden im Feld, zu Verhaltensweisen im Umgang mit den Pflegekräften und der Pflegeeinrichtung sowie zum Ablauf der Datenerhebung gegeben. Zum anderen wurde der Vorgang der Datenerfassung anhand der Tablets geübt und das Vorgehen für die Bewertung von Zu- und Abschlüssen geschult.

Zentrale Aufgabe der Datenerhebenden ist die kontinuierliche Begleitung der beschatteten Pflegekraft zur Erfassung und Bewertung jeder einzelnen Intervention und der ständigen Kommunikation zwischen der beschatteten Pflegekraft und dem bzw. der Datenerhebenden in Bezug auf anstehende Tätigkeiten („Was machen Sie als nächstes?“). Diese Form der Begleitung erfordert u. a., dass Pausen gemeinsam genommen werden. Des Weiteren wurden den Schulungsteilnehmenden Verhaltensregeln im Umgang mit den Pflegekräften, den Pflegebedürftigen und der Einrichtungsleitung nahegelegt. Hierzu gehörten unter anderem, nicht das Gefühl der „Kontrolle“ zu vermitteln und keine Bewertungen der Organisations- oder Personalkultur vorzunehmen bzw. Feedbacks zu geben, die nicht die eigene Zusammenarbeit oder den Ablauf bzw. die Organisation der eigenen Zusammenarbeit betreffen.

Darüber hinaus waren Vorgaben zum Ablauf der Datenerhebung Inhalt des fünften Schulungsblocks. Die Schulungsteilnehmenden wurden gebeten, sich in jeder Erhebungswoche eine halbe Stunde vor dem ersten Dienstbeginn in der Einrichtung einzufinden, um eine kurze Einweisung und kurze Auffrischung der Schulungsinhalte und Informationen zur Zuordnung der Datenerhebenden zu den Pflegekräften zu erhalten. Jeder Pflegekraft wurde ein Datenerhebender bzw. eine Datenerhebende zugeordnet. Die Dienstzeiten richteten sich nach den Dienstzeiten der Pflegekräfte.

Inhalte des zweiten Teils des fünften Schulungsblocks waren die ausführliche Darstellung der zeitlichen Erfassung des IST-Wertes einer direkten Pflegeintervention sowie die anschließende Bewertung nach Zeit, Anforderungen und Qualifikation. Bei indirekten Interventionen sollten keine Bewertungen vorgenommen werden (vgl. Abschnitt 4.1.2.3).

Alle Schulungsteilnehmenden erhielten während der Schulung ein Tablet zu Übungszwecken und konnten sich mit Nutzernamen und Passwort anmelden. Diese wurden im Vorfeld vergeben. Anhand einer durch das wissenschaftliche Team vorbereiteten Schulungseinrichtung mit fiktiven Pflegebedürftigen, hatten die Schulungsteilnehmenden erstmals Zugriff auf beispielhafte tagesstrukturierte Interventionsplanungen. In diesem Zuge wurde einige freie Zeit zur Verfügung gestellt, um sich mit der Gerätesoftware und den ersten Schritten, wie der Auswahl der Pflegebedürftigen und der Eingabe der beschatteten Pflegekraft, vertraut zu machen. Durch das gleichzeitige Streamen der Erhebungsoftware an die Projektionswand konnten alle Schulungsteilnehmenden in Echtzeit gemeinsam üben.

Einen Überblick über den Ablauf der Erfassung einer einzelnen Intervention bietet Abbildung 27:

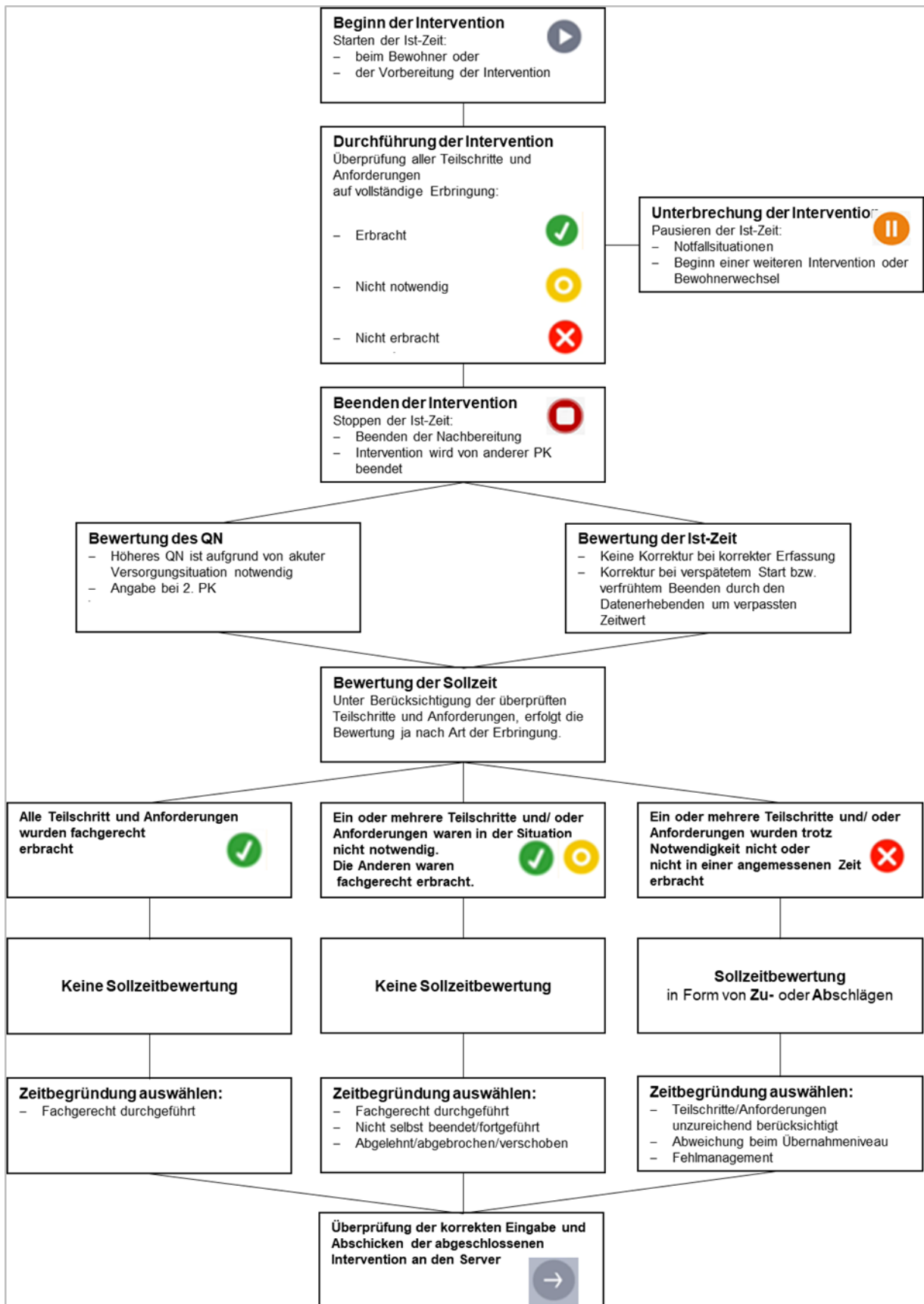


Abbildung 27: Übersicht der IST- und SOLL-Zeiterfassung

Der Ablauf wurde anhand von Fallbeispielen erläutert. Nachfolgend wird das Fallbeispiel: Das „Waschen am Waschbecken“ bei Frau Dorn dargestellt:

Im Vorfeld hat die Pflegekraft Herr Müller Frau Dorn begrüßt und ihr beim Aufstehen aus dem Bett und der Morgentoilette geholfen. Die Intervention „Hilfe beim Aufstehen“ ist bereits abgeschlossen, Frau Dorn befindet sich im Badezimmer.

Die Pflegekraft Hr. Müller beginnt nun mit dem Vorbereiten der Materialien für das Waschen am Waschbecken und legt sich die Kleidungsstücke bereit.

- Ab dem Moment der Vorbereitung startet die Intervention „Waschen am Waschbecken“ durch das Antippen des Play-Symbols.

Anschließend schließt Hr. Müller die Tür des Badezimmers und informiert Fr. Dorn, dass er jetzt mit der Unterstützung bei der Körperpflege beginnen möchte und informiert über den weiteren Ablauf.

- Der bzw. die Datenerhebende kann nun die einzelnen Teilschritte und Anforderungen einsehen und anfangen, diese wie eine Checkliste zu bearbeiten. Der Teilschritt „Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen“ sowie „Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen), wenn angezeigt“ können in diesem Fall auf das grüne Symbol für *erbracht* gesetzt werden (s. Abb. 30). Dies geschieht durch Antippen des entsprechenden Symbols. Bei Beginn der Intervention waren alle Symbole auf „gelb“ für *nicht notwendig* voreingestellt.

Hr. Müller hatte sich bereits nach der Intervention „Hilfe beim Aufstehen“ die Hände desinfiziert.

- Für die Datenerhebenden bedeutet das, dass er bzw. sie das Hände desinfizieren bereits in der vorherigen Intervention zeitlich erfasst hat. Er bzw. Sie muss im Verlauf warten, ob während oder nach der Intervention die Händedesinfektion erfolgt, lässt diesen Punkt dementsprechend noch offen und wartet den Verlauf der Durchführung ab. - Es kann vorkommen, dass eine Händedesinfektion in anderen Interventionen gar nicht notwendig wurde, da sich mehrere Interventionen aneinanderreichten und die Zeit in der Intervention davor oder in der Intervention danach erfasst wurde. Dies war in diesem Fall (Durchführung der Intimpflege während der Körperpflege) allerdings eher unwahrscheinlich.

Fr. Dorn hat ein Einzelzimmer, die Pflegesituation oder Privatsphäre werden nicht gestört.

- Die Anforderung „Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen), wenn angezeigt“ kann der bzw. die Datenerhebende auf „gelb“ gesetzt lassen, da es in dieser Situation nicht notwendig war, einen Sichtschutz aufzustellen.

Hr. Müller beginnt damit Fr. Dorn das Gesicht und den Oberkörper zu waschen.

- Das Tablet zeigt den Teilschritt mit der BI-Verknüpfung von Frau Dorn „Oberkörper waschen, abtrocknen, ggf. eincremen (Gesicht, Hals, Ohr, Arme, Brust, Bauch) (Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen)“. Der bzw. die Datenerhebende wählt in diesem Fall das rote Symbol für *nicht erbracht* aus, da das Übernahmeniveau nicht übereinstimmt und vorhandene Ressourcen der Selbständigkeit nicht gefördert oder erhalten werden.

Während der Intimpflege hat Hr. Müller keine Handschuhe an.

- Der bzw. die Datenerhebenden setzt den Teilschritt „Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.) wenn angezeigt auf „rot“ für *nicht erbracht*.

Hr. Müller führt die Körperpflege durch und sammelt anschließend alle Materialien ein, verabschiedet sich von Frau Dorn, bringt die verschmutzte Wäsche in den Pflegearbeitsraum, desinfiziert sich die Hände und geht in das Pflegezimmer.

- Der bzw. die Datenerhebende beobachtet und hakt alle Teilschritte und Anforderungen, wie bisher geschehen, ab. Er beendet die IST-Zeiterfassung der Intervention nach der Händedesinfektion über das Stop-Symbol und startet die nächste Intervention, in diesem Fall „Wegezeit“.

Nachdem alle Teilschritte und Anforderungen gemeinsam anhand des Fallbeispiels beurteilt wurden, erfolgte die Bewertung der Intervention nach Zeit und Qualifikation. Die erste Möglichkeit einer Zeitkorrektur betrifft die IST-Korrektur. Der Wert wurde immer in Minuten und Sekunden eingegeben (__:__). Unter der Annahme, dass der bzw. die Datenerhebende die Intervention weder zu spät noch zu früh beendet hat, war in diesem Beispiel jedoch keine Zeitwertkorrektur erforderlich.

Grundsätzlich dienen *nicht erbrachte* einzelne Teilschritte und Anforderungen neben der eigenen fachlichen Expertise als Orientierung für die Bewertung von Zu- oder Abschlägen. Wurden, wie in Abbildung 28 veranschaulicht, die notwendigen Schutzmaßnahmen (z. B. An- und Ausziehen der Einmalhandschuhe) während der Körperpflege nicht beachtet, musste der bzw. die Datenerhebende dies anschließend in der Beurteilung der SOLL-Korrektur berücksichtigen. Dazu mussten die Datenerhebenden einen angemessenen Zeitwert bestimmen, der für eine vollständige Erbringung der Intervention bezogen auf diesen bzw. diese Bewohner*in notwendig gewesen wäre. Konkret bedeutete dies in dem Beispiel von Frau Dorn, dass der bzw. die Datenerhebende einen Zeitwert für das An- und Ausziehen der Einmalhandschuhe mit dem Zeitwert, den die Pflegekraft für die Aufforderung und Anleitung bei der Waschung des Oberkörpers benötigt hätte summiert und in das Feld der SOLL-Korrektur einträgt. In dem Beispiel wurden alle weiteren Teilschritte und Anforderungen pflegfachlich korrekt und in einer angemessenen Zeit erbracht. Auch dieser Korrektur-Wert wurde in Minuten und Sekunden (__:__) angegeben.



Abbildung 28: Ansicht der Beurteilung von Teilschritten und Anforderungen auf dem Tablet

Die Schulungsteilnehmenden wurden an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass bei Erhebung einer unorganisierten Pflegesituation oder bei auffallend langsamen Arbeitsabläufen ein *Abschlag* erfolgen muss. Wenn beide Möglichkeiten gleichzeitig auftreten, also unorganisiertes Arbeiten und fehlende oder unzureichend berücksichtigte Teilschritte oder Anforderungen, so waren die Schulungsteilnehmenden aufgefordert, nach ihrer eigenen fachlichen Expertise, die Zeitwerte gegeneinander zu verrechnen.

Anschließend wurden die Schulungsteilnehmenden qualifiziert, für jede Intervention eine Begründung für die erfassten und/oder korrigierten Zeitwerte auszuwählen. In dem Feld *Zeit-Begründung*

konnte anhand einer Drop-Down-Liste eine entsprechende Begründung ausgewählt werden. In der Erhebungssoftware war vorgesehen, dass dieses Feld immer rot aufleuchtete und die Intervention nicht abgeschlossen werden konnte, wenn das Feld nicht bearbeitet wurde. Außerdem konnte jeweils nur eine Zeitbegründung ausgewählt werden. Die Schulungsteilnehmenden wurden dazu angehalten sich in diesem Fall für die Zeitbegründung zu entscheiden, die am höchsten ins Gewicht fällt. In dem Fall von Frau Dorn wurde die Begründung „Abweichung beim Übernahmeniveau“ gewählt, da diese zeitlich höher ins Gewicht fiel, als der nicht berücksichtigte Teilschritt „Schutzmaßnahmen beachten“. Insgesamt gab es die folgenden 11 Zeitbegründungen zur Auswahl:

FACHGERECHT DURCHGEFÜHRT

Diese Begründung ist auszuwählen, wenn ein, mehrere oder alle Teilschritte und Anforderungen in einer angemessenen Zeit erbracht werden und alle übrigen Teilschritte und Anforderungen in der jeweiligen Situation nicht notwendig sind. Es ist keine SOLL-Korrektur vorzunehmen.

ABGELEHNT/ABGEBROCHEN/VERSCHOBEN

Hier sind wesentliche Teilschritte und Anforderungen nicht erbracht worden, weil der oder die Pflegebedürftige dies beispielsweise ablehnte oder der Gesundheitszustand dies nicht zuließ. Es erfolgt keine SOLL-Korrektur, da die Interaktionsarbeit, also das Abstimmen und Aushandeln über das weitere Vorgehen, als eine notwendige Vorbereitung für die Durchführung zu einem eventuell späteren Zeitpunkt gesehen würde.

NICHT NOTWENDIG

Es ist für den Datenerhebenden bzw. die Datenerhebende erkennbar, dass die erbrachte Intervention in dieser Pflegesituation nicht notwendig ist und stattdessen eine ähnliche Intervention erbracht wird. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn statt der geplanten „Körperpflege: am Waschbecken“, die pflegebedürftige Person spontan duschen will. In diesem Fall ist keine Zeit-Korrektur vorzunehmen.

ABWEICHUNG BEIM ÜBERNAHMENIVEAU

Das geplante Übernahmeniveau für einzelnen oder alle Teilschritte wird übergangen. Durch die beispielsweise nicht notwendige „vollständige Übernahme“ werden die Ressourcen und die Aktivierung der Pflegebedürftigen nicht berücksichtigt. Die Pflegekraft hätte für die korrekte Anleitung eventuell mehr oder weniger Zeit gebraucht. Es ist eine SOLL-Korrektur in Form von Zu- oder Abschlägen vorzunehmen.

ANFORDERUNGEN/TEILSCHRITTE WURDEN UNZUREICHEND BERÜCKSICHTIGT

Bei Wegfall von einzelnen Teilschritten und Anforderungen ist ersichtlich, dass die Intervention bei der pflegebedürftigen Person nicht fachgerecht erbracht wurde. Es muss eine SOLL-Korrektur vorgenommen werden.

NICHT SELBST BEENDET/FORTGEFÜHRT

Die Pflegekraft hat eine Intervention begonnen, jedoch nicht zu Ende geführt oder eine Pflegekraft hat eine angefangene Intervention für eine andere Pflegekraft zu Ende geführt. Ein typisches Beispiel hierfür ist die Begleitung von Bewohnern*innen oder Gästen zur Toilette. Hier kann es zu einem Wechsel der Pflegekraft kommen, wenn den Pflegebedürftigen ausreichend Zeit gegeben wird und die Absprache zur Nutzung des Klingelrufs erfolgte. In diesem Fall muss keine Zeit-Korrektur vorgenommen werden.

FEHLMANAGEMENT (PROZESS/STRUKTUR)

Diese Begründung ist für eine Vielzahl von Situationen nutzbar, beispielsweise, wenn die Vorbereitung einer Intervention nur unzureichend war und die Pflegekraft die Pflegesituation verlassen muss, um fehlende Materialien zu holen. Diese Zeiten wären unnötig gewesen, wenn sie direkt an alles gedacht hätte. Es muss eine SOLL-Zeitkorrektur vorgenommen werden.

NOTWENDIGE INTERVENTION NICHT ERBRACHT

Diese Begründung ist vor allem am Ende des Schichtdienstes bei der Reflexionsrunde zwischen Schatten und Pflegekraft zu nutzen, wenn auf Nachfragen zu nicht erbrachten Interventionen deutlich wird, dass diese vergessen wurden oder bewusst nicht erbracht werden konnten (weil beispielsweise die Zeit fehlte) und eindeutig keine Ersatzintervention stattgefunden hat. Da dies über die Mengenkompente berücksichtigt wird, muss keine Zeit-Korrektur vorgenommen werden.

ERBRACHT DURCH WEITERE MITARBEITENDE OHNE BESCHATTUNG

Diese Begründung indiziert die Übernahme einer Intervention durch Pflegekräfte aus einem anderen Wohnbereich oder Betreuungskräfte. Es wird keine Zeit-Korrektur vorgenommen.

ERBRACHT DURCH ANGEHÖRIGE/EHRENAMTLICHE

Diese Begründung ist auszuwählen, wenn die Intervention von Angehörigen, Ehrenamtlichen oder sonstigen Personen, die nicht zu den Beschäftigten der Einrichtung gezählt werden konnten, erbracht wurde. Es wird keine Zeit-Korrektur vorgenommen.

ABWESENHEIT DES PFLEGEBEDÜRFTIGEN

War der bzw. die Pflegebedürftige für einige Zeit außer Haus (z. B. Arztbesuche), ist diese Begründung zu wählen und keine Zeit-Korrektur vorzunehmen.

Die Datenerhebenden wurden außerdem darin geschult, nach Abschluss der Bearbeitung der Teilschritte und Anforderungen, sowie der Zeitkorrektur und Zeitbegründung eine *QN-Begründung* abzugeben. Das Programm erkennt, wenn das IST-QN vom hinterlegten SOLL-QN abweicht und zeigt durch ein rot hinterlegtes Feld den Datenerhebenden, dass hier eine Begründung erforderlich ist. Die Datenerhebenden sollten daraufhin prüfen, ob eine pflegfachliche Begründung für das abweichende Qualifikationsniveau vorliegt. Dabei ist nicht zu berücksichtigen, ob alternativ eine Person mit adäquaten Qualifikationsniveau zur Verfügung gestanden hätte. Insgesamt standen drei Begründungen zur Verfügung:

- Mit der Begründung *2. Pflegekraft*, wird die Abweichung im QN-Niveau damit begründet, dass die beschattete Pflegekraft mit niedrigerem QN als zweite Pflegekraft die Durchführung einer anderen Pflegekraft (meist Pflegefachkraft QN 4) unterstützt. Dies tritt insbesondere dann auf, wenn ungeplante Mobilisierungen notwendig sind und die entsprechende Intervention „Transfer/Fortbewegen“ aus dem Bedarfskatalog gestartet werden musste.
- Ein „-“ wurde gewählt, wenn ein abweichendes QN-Niveau nicht pflegfachlich begründet war.
- Eine Rechtfertigung für ein höheres QN-Niveau kann sich aus einer akuten Verschlechterung des Bewohnerzustandes ergeben. *Höheres QN aufgrund des Bewohnerzustandes* konnte als Begründung aber nicht nur dann gewählt werden, wenn eine Pflegekraft mit höherem QN die Intervention erbrachte, sondern auch wenn offensichtlich eine fachliche Überforderung in der Pflegesituation auftrat und ein höheres QN-Niveau erforderlich gewesen wäre.

In diesem Zusammenhang wurden mehrere Beispiele mit verschiedenen Konstellationen trainiert. Dabei hatten die Schulungsteilnehmenden durchgehend die Möglichkeit, ihre Fragen zu stellen und Antworten oder Hilfestellungen von den wissenschaftlichen Mitarbeitern*innen zu erhalten. Diese Übungen dienten dem einfachen Ablauf und der Erfassung von einzelnen Pflegeinterventionen. Zu den Übungsbeispielen zählten auch Unterbrechungen durch einen Bewohnerwechsel, dem Beginn einer weiteren Intervention oder auch Unterbrechung durch andere Pflegebedürftige, die nicht an der Studie teilnehmen. Folgte eine weitere Intervention bei derselben oder einer anderen Person, konnte diese direkt durch Antippen des Start-Symbols gestartet werden. Die vorherige Intervention wurde dadurch automatisch pausiert.

Durchgeführte Interventionen werden in der Übersicht der Tagesstruktur für den Erhebungstag nicht mehr angezeigt. Das impliziert, dass zum Ende der Schicht alle geplanten Interventionen aus der Tagesstruktur des bzw. der Pflegebedürftigen verschwunden sein sollten. Zum Abschluss des Dienstes konnte es aber vorkommen, dass noch einige Interventionen offen waren. Für diesen Fall wurden die Schulungsteilnehmenden auf zwei Möglichkeiten vorbereitet: Zunächst sollten sie überprüfen, ob die Tablets alle synchronisiert worden sind. Dafür musste zunächst geprüft werden, ob alle abgeschlossenen Interventionen abgeschickt wurden. Dann erfolgte ein Abgleich auf allen Tablets. Dabei fiel schnell auf, ob bei dem Tablet eines bzw. einer Datenerhebenden die Intervention noch in der Tagesstruktur gelistet war, obwohl eine andere bzw. ein anderer Datenerhebende*r die Intervention bereits erfasst hatte. Die Synchronisation konnte durch erneutes Anmelden erzwungen werden. Waren nach Prüfung des Synchronisationsstatus weiterhin geplante Interventionen gelistet, musste im Einzelfall entschieden werden, ob diese *nicht notwendig* war, die *notwendige Intervention nicht erbracht* wurde oder von *Mitarbeitenden ohne Beschattung* oder *Angehörigen/Ehrenamtlichen erbracht* wurde. Dafür war ein Gespräch nach Dienstschluss mit den Pflegekräften vorgesehen, in dem die Datenerhebenden mit den Pflegekräften die offen gebliebenen Interventionen klärten. Eine geplante Intervention konnte beispielsweise dann *nicht notwendig* sein, wenn bei dem oder der Pflegebedürftigen eine akute Verschlechterung des Allgemeinzustandes eingetreten ist und an Stelle des geplanten „Waschens am Waschbecken“ ein „Waschen im Bett“ notwendig wurde. In diesen Fällen wurde die Intervention nicht gestartet, sondern das Papierkorb-Symbol angetippt. Es wurde keine Zeit-Korrektur vorgenommen, die entsprechende Zeitbegründung ausgewählt und die abgeschlossene Intervention gespeichert.

Insgesamt wurden alle Interventionen für die Pflegebedürftigen erfasst, die eindeutig einem einzelnen Bewohner oder einer Bewohnerin zugeordnet werden konnten. Wurde eine individuelle Pflegeplanung erstellt, wurde diese auch dem bzw. der jeweiligen Pflegebedürftigen zugeordnet und erfasst. Bei *indirekten Pflegeleistung*, die den eigentlichen Aufwand der bewohnerbezogenen Erfassung überstiegen, wurde die Intervention mittels des sogenannten *Admin/Orga* erfasst. Der *Admin/Orga* war in der Software als fiktiver Bewohner angelegt. Über ihn wurden also alle Interventionen erfasst, die für mehrere Bewohner*innen oder Gäste gleichzeitig oder die organisationsbedingt stattgefunden haben, wie die Wäscheversorgung („Hauswirtschaftliche Unterstützung“), das Stellen von Medikamenten für alle („Medikationsmanagement“) oder die „Dienstübergabe“.

Zum Umgang mit Abweichungen von der geplanten Tagesstruktur wurde den Schulungsteilnehmenden die Funktion des Bedarfskataloges veranschaulicht. Der Bedarfskatalog konnte für jede*n Pflegebedürftigen oder dem *Admin/Orga* zusätzlich zur Tagesstruktur angezeigt werden. Im Bedarfskatalog befanden sich alle Interventionen des Interventionskataloges, die nach den Interventionsgruppen unterteilt waren und zusätzlich bei beispielweise ungeplanten Toilettengängen aufgerufen und erfasst werden konnten. Die angegebenen Zeiten zur Erbringung der Intervention, die in der Ta-

gesstruktur festgelegt waren, dienten lediglich zur Orientierung und gaben einen ungefähren Zeitraum an, in dem die Durchführung erfolgen sollte.

Block 6 – Umgang mit besonderen Situationen

Es gab darüber hinaus eine Vielzahl von besonderen Situationen, auf die die Schulungsteilnehmenden ebenfalls vorbereitet werden mussten und die Inhalte des letzten Schulungsblocks waren. Diese wurden in speziellen Fallbeispielen geübt und intensiv trainiert. Darunter fiel der Umgang mit:

- der Erfassung von Gruppeninterventionen,
- Eingriffen in den Ablauf,
- Regelungen zur Notfallsituationen und zur Übernahme von pflegerischen Tätigkeiten durch die Datenerhebenden und
- Regelungen zum Umgang mit Fixierungen.

Wie bereits erwähnt, wurde für die Schulung und die Anwendung im praktischen Teil der Datenerhebung ein Handbuch zur Datenerhebung erstellt, in dem der Umgang mit den besonderen Situationen ebenfalls dargestellt wurde (A 4.7: Abschnitt 3.13). Zusätzlich wurde den Schulungsteilnehmenden der Interventionskatalog zur Verfügung gestellt. Das Handbuch zur Datenerhebung beinhaltet darüber hinaus die geschulten Informationen zum Ablauf, zu den Datenerhebungsregeln und zur Geräte-/Softwarenutzung.

5.1.7 Qualifizierung der wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen und Study Nurses zur Erstellung der tagesstrukturierten Interventionsplanung

Die Datenerhebung basiert auf einer Pflegeplanung in Form einer tagesstrukturierten Interventionsplanung, welche aus pflegewissenschaftlicher Sicht die notwendigen Interventionen für jeweils eine pflegebedürftige Person enthielt. Diese Planung wurde von *wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen und Study Nurses* des Projektteams (in Zusammenarbeit mit den zuständigen Pflegefachkräften in der Einrichtung) erarbeitet. Während der zwei Pretests wurden die Inhalte zur einheitlichen Erstellung durch die vier wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen intensiv abgestimmt, reflektiert und differenziert (vgl. Abschnitt 5.3.3.2). Die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen haben zuvor in enger Zusammenarbeit mit der Cairful GmbH die Umsetzung der tagesstrukturierten Interventionsplanung im Planungs- und Erhebungstool erarbeitet und die Softwareanwendungen im Verlauf des Pretests getestet sowie die Schulungsunterlagen für die Datenerhebenden erstellt.

Aufgrund der Erhöhung der Zahl der Erhebungseinheiten während der Projektplanung wurden drei Study Nurses zusätzlich eingesetzt und nachqualifiziert. Dazu nahmen sie jeweils an einem der Schulungstermine der Datenerhebenden teil. Darüber hinaus erhielten sie eine Einarbeitung durch einen wissenschaftlichen Mitarbeiter bzw. eine wissenschaftliche Mitarbeiterin des Projektteams zum Umgang mit den Softwareanwendungen und der Erstellung der Interventionsplanung. Hierzu haben sie bei einem wissenschaftlichen Mitarbeiter bzw. einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin in einer Einrichtung während der Planungswoche und der Begleittage hospitiert. In der Planungswoche wurden sie zunächst zur Erstellung der tagesstrukturierten Interventionsplanung angeleitet und führten anschließend selbständige Planungen unter Überprüfung durch die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen durch.

Während der gesamten Einsätze wurden die Mitarbeitenden vom Projektteam bei Unklarheiten und Problemen begleitet und beraten. Während der Feldphase fand zudem einmal wöchentlich eine Telefonkonferenz statt, die den kontinuierlichen Austausch der Mitarbeitenden unterstützte und in deren Rahmen sich offene Fragen und Probleme klären ließen.

5.2 Pretest

Die Pretestphase erstreckte sich über die Monate März und April 2018. In zwei aufeinanderfolgenden Testphasen mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten, wurden sowohl der erste (Abschnitt 5.2.1) als auch der zweite Pretest (Abschnitt 5.2.2) in zwei vollstationären Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen durchgeführt. Aus der Durchführung ergaben sich wiederum Rückkopplungen, die in die Schulungsunterlagen und die Softwareprogramme integriert wurden (Abschnitt 5.2.3).

5.2.1 Erster Pretest

Dieser Pretest fand in der 10. und 11. KW 2018 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung in Jever statt. Erhoben wurde die Versorgung in einem Wohnbereich mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt von 21 teilnehmenden Bewohnern*innen.

Die Begutachtungen der Bewohner*innen durch die Mitarbeitenden des MDK wurden zunächst durch die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen begleitet. Dabei konnten Fragen zum Umgang mit einigen Bewertungskriterien geklärt werden, deren Beantwortung für die Interventionsplanung hilfreich war.

In der Planungsphase prüften die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen zunächst primär die Funktionsfähigkeit und Belastbarkeit der entwickelten Tools, die bestehenden Verknüpfungen in der Software sowie die Handhabbarkeit der Hardware. In enger Zusammenarbeit mit dem EDV-Dienstleister Cairful GmbH konnten einige notwendige Anpassungen umgesetzt werden.

Außerdem wurde als Ergebnis des Pretests ein Leitfaden zur Erfassung der tagesstrukturierten Interventionsplanung durch das Studienteam erarbeitet, um einen strukturierten und einheitlichen fachlichen Ablauf zu gewährleisten. Dazu mussten auch zusätzliche Optionen mit den Kooperationspartnern abgestimmt werden, wie beispielsweise die Regelung zum Import des gesamten Gutachtens.

Die Beschattung selbst wurde durch die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen durchgeführt. Dadurch wurden vor allem Potentiale zur benutzerfreundlichen und fehlerminimierenden Handhabung des Erhebungsinstruments identifiziert und später mit der Cairful GmbH abgestimmt, sowie Hinweise zu noch festzulegenden Erhebungsrichtlinien gesammelt, die inhaltlich vor allem im Schulungskonzept aufgearbeitet wurden. Beispiele hierfür sind:

- Ermöglichung des Zugriffs auf die Begutachtungsergebnisse (Punkteverteilung) im Planungstool,
- Aktivierung der Bedarfsinterventionen,
- Ermöglichung der mehrfachen Planung einer Intervention,
- Bestimmung von Kriterien instabiler Pflegesituationen und Abbildung über „Besondere Versorgungskonstellation“,
- Definition von Auswirkungen instabiler Pflegesituationen auf hinterlegtes Qualifikationsniveau,
- Definition des Umgangs mit abgebrochenen oder pausierten Interventionen,
- Abbildung von Synergieeffekten bei parallel erbrachten Interventionen,
- Identifizierung falscher Verknüpfungen bei Übernahme- und Qualifikationsniveau,
- Regelung zur Nacherfassung von Tätigkeiten, z. B. Handlungen, die durch andere, nicht beschattete Personen erbracht wurden oder Interventionen, die erst mit verzögerter Zeitmessung erfasst werden konnten,
- Feinjustierung der Interventionserbringungen über die Funktion Admin-Orga,

- Anpassung der Dokumentation von in der Praxis abweichenden Qualifikationsniveaus zu den definierten Qualifikationsniveaus,
- Einfügen der Interventionen „Wegezeit“, „Telefongespräch“ und „Pause“,
- Farbliche Hinterlegung der Interventionen nach Schicht.

Als Ergebnis des ersten Pretests wurde die Funktionsfähigkeit der Hard- und Software als gegeben erachtet.

5.2.2 Zweiter Pretest

Der zweite Pretest erfolgte in der 12. und 13. KW 2018 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung in Hannover. Erhoben wurde in einem Wohnbereich mit 27 teilnehmenden Bewohner*innen.

Bei diesem Test wurden das organisatorische Vorgehen in der Studie geprüft sowie die Anwendung der Hard- und Software und die Schulung der Datenerhebenden evaluiert. In dieser Testphase kamen bereits Mitarbeitende des MDK-Niedersachsen zur Datenerfassung als „Schatten“ zum Einsatz. Diese wurden zuvor im Schulungspretest am 19. und 20. März 2018 geschult. Die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen begleiteten die komplette Datenerhebung und registrierten Probleme und Unklarheiten bei der Datenerfassung. Aus der zweiten Pretestphase ergaben sich Änderungen, die z. B. zu weiteren Anpassungen in der Software und dem Interventionskatalog führten, Auswirkungen auf die Inhalte und Materialien des Schulungskonzeptes sowie die Informationsmaterialien an die Gutachter hatten, und aus denen weiterführende Informationen an die teilnehmenden Einrichtungen resultierten:

- Integration des Kurzberichtes aus dem BI-Gutachten in einem Informationsfeld der Software, Transparenz der noch offenen Interventionen in der Software, Einrichtung eines Bedienfeldes für eine Anleitungssituation,
- Handling mit Abweichungen zwischen der Einschätzung der Gutachter*innen, der erstellten Pflegeplanung und der realen Pflegesituation,
- Umgang mit Wegezeiten zu geplanten bzw. ungeplanten Tätigkeiten mit dem Problem der Zuordnung der Wegezeiten zu bestimmten Bewohnern,
- Differenzierung zwischen kleiner und großer Toilette bzw. Körperpflege,
- Umsortierung der Interventionskategorien in der Softwareansicht nach besserer Bedienbarkeit,
- Überarbeitung der abzugrenzenden und eingeschlossenen Interventionen bzw. deren Teilschritte,
- Neuregelung der geplanten aber in der Praxis nach Situation entsprechend nicht notwendigen Interventionen,
- Vorgehen zur Dokumentation der IST- und SOLL-Korrektur sowie QN-Begründung,
- Handling von Leistungen, die in der Leistungsfolge von verschiedenen Personen mit unterschiedlichem Qualifikationsniveau erbracht werden,
- Regelung zur Erfassung von Interventionen, die die Pflegekräfte außerhalb ihres Dienstes z. B. vor Dienstbeginn oder nach Dienstende erbringen,
- Reflexionsgespräch zwischen Datenerhebenden und Pflegekräften nach Dienstende zu Abweichungen von der geplanten Pflege im Tagesablauf und Optimierungsmöglichkeiten in der Versorgung in Abhängigkeit zu fehlenden Ressourcen,
- Definition der Beschattung bei Studienteilnehmenden, Nicht-Studienteilnehmenden, administrativen Aufgaben und (Raucher-)Pausen,

- Zusätzliche Informationen der Einrichtungen zum Handling mit dem Stammdatenblatt und dem einzuplanenden Zeitaufwand und -organisation für die Betreuung der Pflegeplanenden,
- Entwicklung einer Checkliste für die teilnehmenden Einrichtungen und deren Mitarbeitenden und Bewohner*innen zur Information über die Datenerfassung,
- Zusätzliche persönliche Information der Mitarbeitenden durch die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen während der Planungsphase,
- Darlegung der Begründung notwendiger Interventionen.

5.2.3 Rückkoppelung der Pretests in Schulungsunterlagen und Software

Die Pretests führten zu leichten Änderungen an der Schulungskonzeption. Die Schulungsinhalte wie auch die Schulungsmaterialien wurden entsprechend angepasst.

Die Änderungen an der Software, den Informationsmaterialien und dem Schulungskonzept wurden auf Grundlage der beiden Pretests entsprechend vorgenommen. An der Hardwareausstattung waren keine Änderungen erforderlich, im Studienverlauf ergänzten zusätzliche Repeater die optimierte Datenübertragung. Der geplante Start der Datenerhebungen Ende April 2018 war nach den Erkenntnissen der Pretests realisierbar.

5.3 Durchführung der Datenerhebung

In diesem Abschnitt wird der Verlauf der empirischen Datenerhebungen in der Studie beschrieben. Dies beinhaltet die Projektkoordination zwischen den an den Erhebungen beteiligten Akteuren mit der konkreten Einsatzplanung der Datenerhebenden und wissenschaftlichen Mitarbeitenden (Abschnitt 5.3.1). Diese Planung basiert auf der Anzahl an der Studie teilnehmenden Pflegebedürftigen in den Einrichtungen, die einer Studienteilnahme zustimmten (Abschnitt 5.3.2). Zudem musste in der Umsetzung der Datenerhebungen der sichere Datentransfer zwischen den Pflegeeinrichtungen, den Gutachtern, dem Datenvertrauenscenter (KKSb), dem SOCIUM und dem Softwaredienstleister Cairful GmbH aufgebaut werden. Auf dieser Basis waren dann die empirischen Datenerhebungen in drei aufeinanderfolgenden Erhebungsphasen realisierbar (Abschnitt 5.3.3). Die sich dabei ergebenden Herausforderungen (Abschnitt 5.3.4) führten zu letzten Anpassungen der Erhebungsinstrumente (Abschnitt 5.3.5) im Verlauf der Feldphase, die im Oktober 2018 abgeschlossen werden konnte.

5.3.1 Projektkoordination und Einsatzplanung

Mit den rekrutierten Einrichtungen und den zur Verfügung stehenden Datenerhebenden begann eine komplexe und zeit- sowie arbeitsaufwändige Projektkoordination und Einsatzplanung der Gutachter*innen, wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen zur Erstellung der tagesstrukturierten Interventionsplanungen und der Datenerhebenden. Dabei war die zentrale Herausforderung, die äußerst dynamische Personaleinsatzplanung in den beteiligten Einrichtungen jeweils tagesaktuell zu duplizieren, um die Datenerheber*innenzahl dem jeweiligen Dienstplan anzupassen. Dies führte in Extremfällen zu 3 bis 4 Neuplanungen pro Einrichtung und Tag.

Im ersten Schritt der Einsatzplanung wurden die vier pflegewissenschaftlichen Mitarbeiter*innen auf Datenerhebungsregionen in Deutschland aufgeteilt. Die teilnehmenden Einrichtungen wurden dann den wissenschaftlichen Mitarbeitern*innen zugeordnet und Datenerhebungszeiträume für die einzelnen Einrichtungen festgelegt.

Im Weiteren erhielten die Verbände eine Übersicht über die terminierten voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen mit der von den Einrichtungen erwarteten Anzahl an einzuschließenden Studien-

teilnehmenden und der korrespondierenden Anzahl betreuenden Pflegekräften im jeweiligen Erhebungsbereich. Daraus ergab sich dann direkt die Anzahl der benötigten Datenerhebenden.

Im dritten Schritt koordinierten die Verbände unter Berücksichtigung der beschriebenen Quotierung (25 zu 25 zu 45 zu 5) die Datenerheber*innenschichten. Dazu wurden die Einsätze der Schatten den geplanten Diensten der Pflegenden zugewiesen. Der Einsatz der Datenerhebenden des MDK fand innerhalb der jeweiligen Zuständigkeitsbereiche statt, die Datenerhebenden der freien Wohlfahrtsverbände, des bpa, des VDAB und der PKV agierten bundesweit.

Anschließend übermittelten die Verbände dem Studienteam der Universität Bremen namentlich die Datenerhebenden in Verbindung mit den Dienstsichten in den Einrichtungen. Daraufhin nahm das Studienteam persönlichen Kontakt zu den Datenerhebenden auf und übernahm die Feinabsprachen, wie konkrete Dienstzeiten, in entsprechend paralleler Koordination mit den aktuellen Dienstplanungen und -zeiten in den Pflegeeinrichtungen. Die Kommunikation mit dem MDK erfolgte dabei abweichend ausschließlich über die übergeordnete Projektkoordination der MDK-Gemeinschaft. Analog erfolgten die Absprachen mit der PKV.

Als problematisch erwies sich, dass die Dienstpläne der Pflegenden für die Datenerhebungszeiträume fast durchweg erst sehr spät seitens der teilnehmenden Einrichtungen kommuniziert wurden und diese dann zusätzlich kurzfristigen Änderungen unterlagen. Hierdurch musste ein deutlicher Anteil der Planungen der Datenerhebenden ad hoc erfolgen. Zur zeitnahen Realisierung wurde im Studienverlauf ein Pool an Datenerhebenden, sogenannten Springern, eingerichtet. Häufig änderten sich kurzfristig Dienstpläne und es musste die Koordination der Schatten angepasst werden, oder Datenerhebende wurden kurzfristig krank und Ersatz musste zur Aufrechterhaltung der Datenerhebungen im bundesweiten Raum koordiniert werden. Dies stellte große Herausforderungen dar, die jedoch durch die Mithilfe der MDK und der Verbände sowie dem Pool an „Springern“ nahezu immer gelöst werden konnten. Die Kompensation von technischen Problemen bei den Erhebungen sowie der sehr hohe Beratungs- und Kommunikationsaufwand der Einrichtungen, Mitarbeitervertretungen und ggf. der verschiedenen Datenschutzbeauftragten etc. waren zusätzlich zu koordinieren.

Aus Sicht des Studienteams nahm die reine Organisation der Datenerhebungen einen sehr hohen Arbeits- und Zeitaufwand im Studienverlauf ein. Es waren zwei volle Mitarbeiterstellen erforderlich, um die Koordination der Einrichtungen, Gutachter*innen, wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen/ Study Nurses, Datenerhebenden und Organisation der Studie in den Einrichtungen zu gewährleisten. Dies beinhaltete auch eine nahezu kontinuierlich telefonische Erreichbarkeit des Studienorganisationsteams um Rückfragen von Einrichtungen durchgehend beantworten zu können, aber vor allem um auf Änderungen in der Einsatzplanung zeitnah reagieren zu können.

5.3.2 Studienteilnahme der Pflegebedürftigen und Datentransfer im Projekt

Spätestens eine Woche vor der ersten Begutachtung mussten, die von den Studienteilnehmenden oder deren rechtlichen Vertretungen unterzeichnete Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie bei den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen vorliegen. Um diese zu erlangen, wurden die pflegebedürftigen Personen der teilnehmenden Einheit der Einrichtung und/oder ihre rechtlichen Vertreter*innen zunächst in einem persönlichen Gespräch durch Mitarbeitende der Einrichtung auf Basis des Informationsschreibens um ihre Studienteilnahme gebeten. Dabei sollten sämtliche rechtliche Grundlagen, wie Freiwilligkeit, Recht zum Widerruf und Datenschutz beschrieben und berücksichtigt werden. Das schriftliche Einverständnis nach Aufklärung wurde von dem bzw. der Pflegebedürftigen selbst (oder von den gesetzlichen Betreuern*innen) erbeten („informed consent“). Jeder bzw. jede Pflegebedürftige galt so lange als einwilligungsfähig, solange keine gesetzliche Betreuung geregelt

war oder die aufklärende Person nicht den Eindruck gewann, dass die aufzuklärende Person in der aktuellen Situation nicht in der Lage ist, das Wesentliche des Gesprächs zu begreifen. Im Verlauf der Studie wurde ein „ongoing consent“ beachtet, der ggf. auch nonverbale Äußerungen berücksichtigt.

Nach dem schriftlichen Einverständnis der pflegebedürftigen Person oder ihrer gesetzlichen Betreuer*innen wurden Namen und Zimmernummer dieser Personen in einem Stammdatenblatt über eine gesicherte Serververbindung an das Kompetenzzentrum Klinische Studien Bremen (KKSb) übersandt, welches in der Studie als Vertrauensstelle fungiert. Durch dieses Vorgehen erhielt das Studienteam/KKSb erst nach einer Einwilligung in die Studienteilnahme entsprechende Kontaktdaten der Studienteilnehmenden. Neben den Bewohnerdaten erhielt das Stammdatenblatt auch Informationen zu den Mitarbeitenden und deren Qualifikationsniveaus sowie die Schichtzeiten der unterschiedlichen Dienste. Weiterführend wurde hier der sichere Datentransfer der Stammdaten beschrieben, den die Einrichtungen über eine separate E-Mail erhalten haben. Abschließend erfolgten ergänzende Instruktionen zum Stammdatenimport bzw. -export sowie die Kontaktvermittlung zum Mitarbeiter des KKSb (Abbildung 29). Das KKSb integrierte die übermittelten Daten in die Studiendatenbank in Verknüpfung mit der studieneigenen Software und erzeugte dabei eine eindeutige Studiennummer mit dem Klarnamen der Pflegebedürftigen, entsprechend des Datenschutzkonzeptes. Diese Daten wurden den Gutachtern über eine SFTP (Secure File Transfer Protocol) Datenverbindung des Datenvertrauenscenters des KKSb verschlüsselt zur Verfügung gestellt.

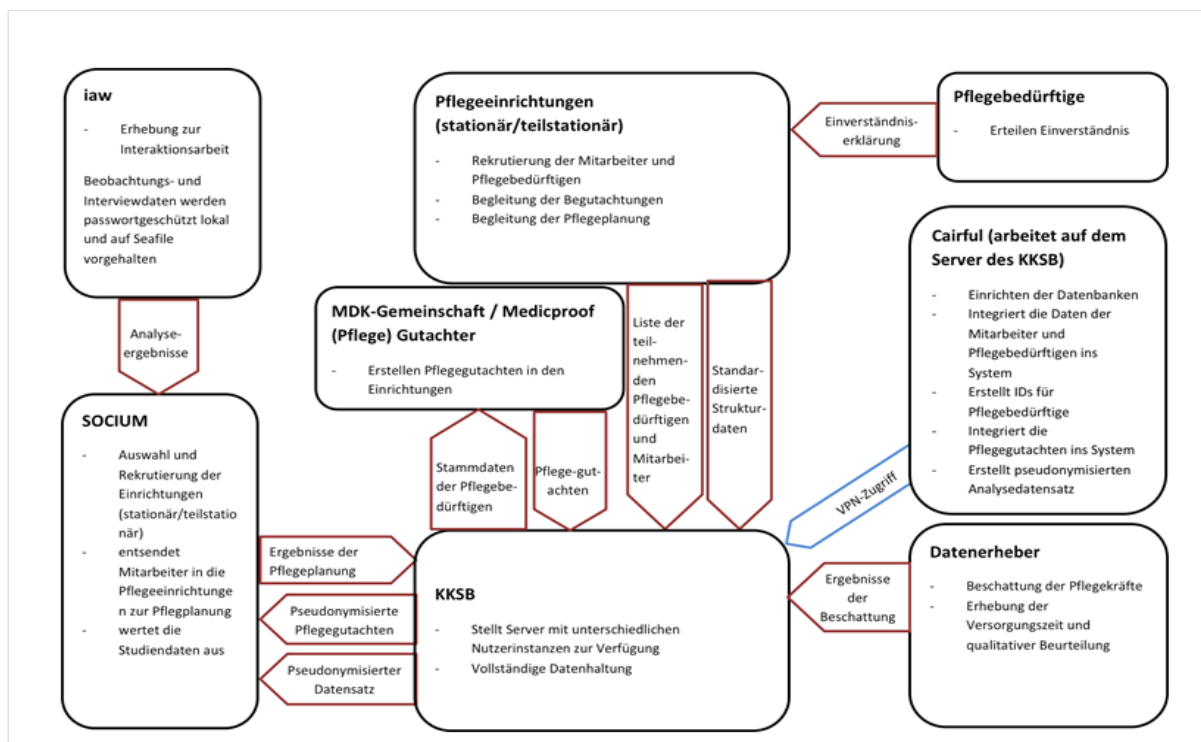


Abbildung 29: Schaubild Datenfluss im Projekt

5.3.3 Individualisierung und Verlauf der Datenerhebung

Die Phase der Datenerhebungen umfasst den Zeitraum vom 26. April 2018 bis 26. Oktober 2018. Ein zentrales Ziel der Datenerhebung bestand darin, für jede als notwendig erachtete Intervention des Interventionskatalogs – in Abhängigkeit von der Bewohnerkonstellation – die Erbringungszeiten (SOLL-Werte) zu ermitteln, die für eine fachgerechte Erbringung notwendig sind. Grundlage waren die erhobenen tatsächlichen Erbringungszeiten (IST-Werte), zu denen von den Datenerhebenden an-

hand der konsentierten „Maßstäbe zur fachgerechten Leistungserbringung“ das *Delta* zu den notwendigen Erbringungszeiten (SOLL-Werte) bestimmt wurde. Das Delta zwischen den IST- und SOLL-Werten konnte sowohl positiv als auch negativ ausfallen.

Der Weg zu den SOLL-Werten in der Datenerhebung führte – wie bereits ausgeführt – über drei Erhebungsphasen:

- Erstellung der Gutachten nach den Begutachtungsrichtlinien (Abschnitt 5.3.3.1),
- Erstellung der tagesstrukturierten Interventionsplanung für Pflege- und Betreuungsleistungen (Abschnitt 5.3.3.2) sowie
- Erhebung und Bewertung der durchgeführten Interventionen, der Qualifikationsniveaus der dabei eingesetzten Mitarbeitenden und der Zeitwerte (Abschnitt 5.3.3.3).

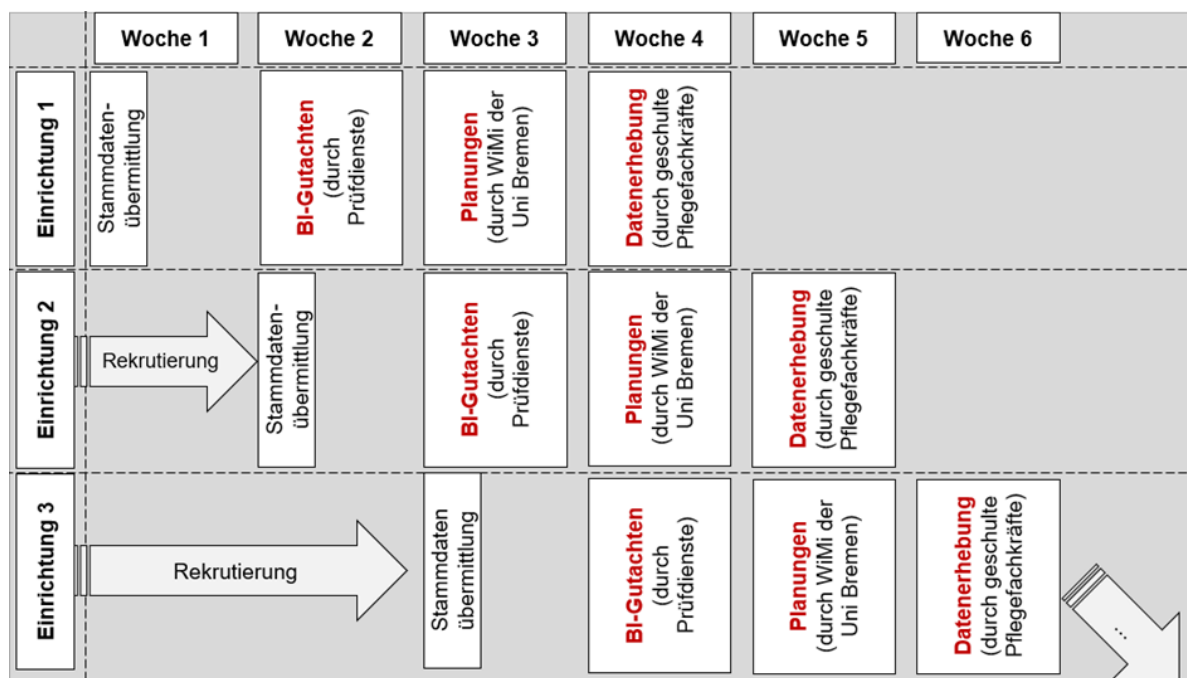


Abbildung 30: Verlauf der Erhebungsphasen

Die Gutachten wurden vom zuständigen MDK bzw. Medicproof erstellt, die Interventionsplanung von den insgesamt vier wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen und drei Study Nurses. Für die Datenerhebung wurden insgesamt 241 Datenerhebende eingesetzt. Der idealtypische Verlauf der Feldstudie ist in Abbildung 30 dargestellt.

5.3.3.1 Phase 1: Erstellung der Gutachten nach den Begutachtungsrichtlinien

In der ersten Phase der Datenerhebung wurden alle teilnehmenden Pflegebedürftigen durch Gutachter*innen der MDK-Gemeinschaft oder der Medicproof GmbH gemäß der Begutachtungsrichtlinie zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit anhand des Begutachtungsinstruments begutachtet. Hierbei wurden die jeweiligen Pflegebedürftigen in Augenschein genommen. Je nach Personalkapazitäten der MDK-Gemeinschaft oder der Medicproof GmbH wurden ein oder mehrere Gutachter*innen eingesetzt und durch Pflegefachkräfte der Einrichtung begleitet. Für die Pflegeeinrichtungen entstand in dieser Phase ein hoher Aufwand, da bei Anwesenheit mehreren Gutachtern*innen auch die entsprechende Anzahl an Pflegefachkräften für die Begleitung eingesetzt werden mussten.

Die entstandenen Studiengutachten hatten dabei keine sozialrechtliche Relevanz und wurden nicht an die Pflegekassen weitergeleitet.

Die Gutachten wurden nach der Fertigstellung über die vorhandene Datenschnittstelle an das KKSBB übermittelt und in eine eigens für diese Studie angepasste Datenbank eingelesen. Die Datensätze bildeten die Grundlage für den nächsten Erhebungsschritt.

5.3.3.2 Phase 2: Erstellung der tagesstrukturierten Interventionsplanungen

Nach der Erstellung der Gutachten zur Pflegebedürftigkeit und der Bereitstellung der entsprechenden Daten wurden die tagesstrukturierte Interventionsplanung für Pflege- und Betreuungsleistungen erarbeitet. Dies erfolgte in der Regel in der 2. Woche und nahm je nach Anzahl der teilnehmenden Pflegebedürftigen 1 bis 2 Wochen in Anspruch. Der Zugang zur Planungssoftware erfolgte über einen passwortgeschützten und verschlüsselten Web-Zugriff, direkt auf die entsprechende Studiendatenbank, die sich auf einem Server des Datenvertrauenscenters KKSBB befand.

Im Rahmen der tagesstrukturierten Interventionsplanung war es aber wichtig, besonders den Fokus der Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes vollständig zu berücksichtigen und damit das grundlegende Pflegeverständnis systematisch einfließen zu lassen (vgl. Abschnitt 4.1.1). Da es keinen wissenschaftlich gestützten Leitfaden zur konkreten Gestaltung der Planungsgespräche gab, wurde ein solcher Leitfaden, mit dessen Hilfe die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen und Study Nurses die Planungsgespräche führen und die bewohnerbezogenen als auch die administrativen und organisatorischen Interventionen planen konnten, im Rahmen des Pretests erarbeitet. Die Planungsgespräche wurden zum einen zu administrativen und organisatorischen Interventionen (Abschnitt 5.3.3.2.1) und zum anderen zur Erarbeitung der tagesstrukturierten Interventionsplanung geführt (Abschnitt 5.3.3.2.2).

5.3.3.2.1 Planungsgespräch zu administrativen und organisatorischen Interventionen

Mittels Einträgen in den *Admin/Orga* wurden alle übergreifenden nicht-bewohnerbezogenen administrativen und organisatorischen Interventionen erfasst. Die Planung aller Interventionen, die täglich zu festen Zeiten stattfanden, dienten lediglich der Erhebungserleichterung. Die betreffenden indirekten Pflegeinterventionen wurden keiner SOLL-Korrektur unterzogen. Das Abbilden der Strukturen zu Beginn der Planungsphase ermöglichte es den wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen, einen Überblick über die Stationsabläufe und die Besonderheiten zu erhalten und die Organisation der bewohnerbezogenen Interventionen im Kontext zu verstehen. Während einer Führung durch die (teil)stationäre Pflegeeinrichtung konnten bereits erste Eindrücke gesammelt und Arbeitsabläufe hinterfragt werden.

Einträge auf den *Admin/Orga* beinhalten insbesondere fest geplante Interventionen wie

- Medikationsmanagement (Stellen/Bereitstellen der Medikamente),
- Dienstübergabe,
- Nahrungsaufnahme: Vorbereitung (Bereitstellung),
- Hauswirtschaftliche Unterstützung (Tische, Wäsche),
- Rundgang/Sicherheit gewährleisten.

5.3.3.2.2 Planungsgespräch zur Erarbeitung der tagesstrukturierten Interventionsplanung

Die Planungen erfolgten einheitlich nach den ersten vier Schritten des Pflegeprozesses von Fiechter und Meier (1998) (Abbildung 31). Unter Einbezug der Gutachten, der bewohnerbezogenen Pflegedokumentation, der Gespräche mit den zuständigen Pflegefachkräften und der punktuellen Inaugen-

scheinahme der Pflegebedürftigen wurden die für die fachgerechte Versorgung erforderlichen Interventionen im Rahmen der Pflege- und Betreuungsplanungen entlang der Tagesstruktur mittels einer für die Studie angepassten unterstützenden Planungssoftware erstellt.

Die Pflegefachkräfte, welche in die Planungen einbezogen worden sind, waren von der Pflege freigestellt und standen den wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen zur Verfügung. Die Gutachten, die hausinternen Pflegeplanungen und die persönliche Sicht der Pflegefachkraft auf „ihre“ Pflegebedürftigen konnten immer kritisch reflektiert werden. Die notwendigen Interventionen wurden gemeinsam festgelegt, unabhängig davon, was tatsächlich im pflegerischen Alltag passierte. Die teilweise offensichtliche Diskrepanz zwischen fachlicher Notwendigkeit und praktischer Erbringung musste am ersten Planungstag häufig erläutert und begründet werden, um bei den eingebundenen Pflegefachkräften das Verständnis zu stärken, dass nicht der Alltag in der Pflege abzubilden war, sondern der notwendige Umfang an Interventionen im pflegebedürftigen Kontext der jeweiligen Bewohner*innen oder Gästen. Bewährt hatte sich, den Prozess mit einem bzw. einer Pflegebedürftigen zu beginnen, deren Versorgung weniger umfangreich und leicht zu planen ist. Dies erleichterte den Einstieg und ermöglichte auch eine strukturiertere Erarbeitung von komplexen Pflegesituationen.

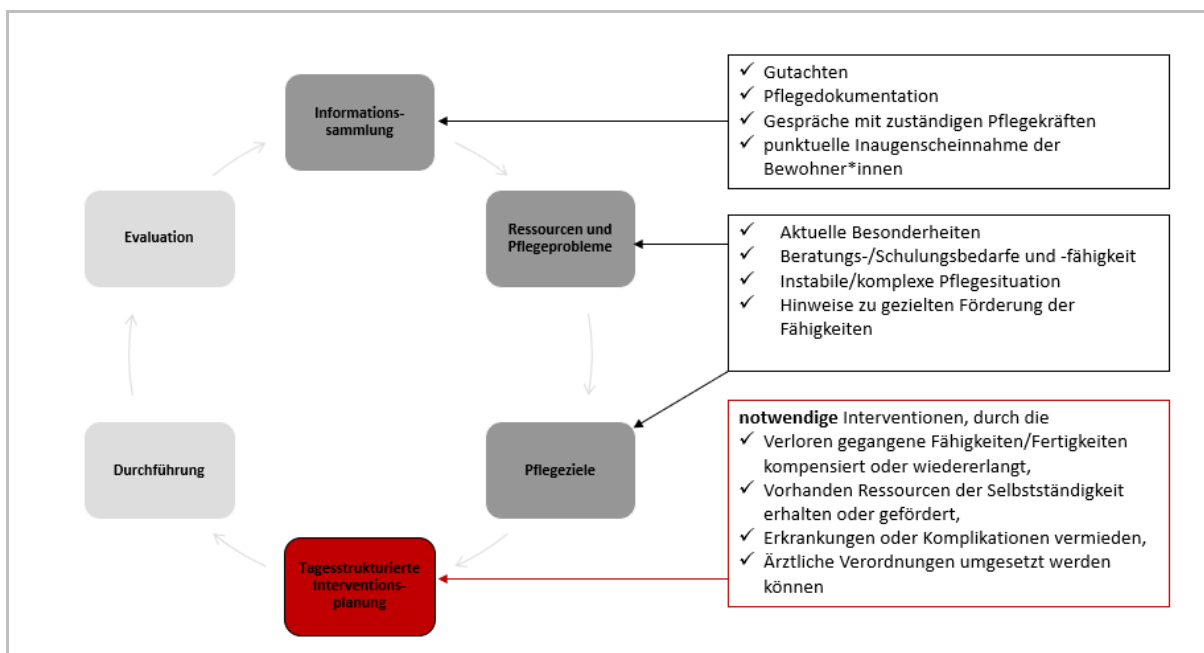


Abbildung 31: Erstellung der tagesstrukturierten Interventionsplanung

Dieses Verfahren kompensierte auch die in einigen Fällen sehr knapp ausgefallenen BI-Gutachten, oder die Abweichungen zwischen den Informationen der vorliegenden Pflegedokumentation und den Gutachten. Die hier entstandenen Diskrepanzen konnte durch das Planungsgespräch und der Inaugenscheinnahme der realen Pflegesituation bei den Pflegebedürftigen durch die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen geklärt werden und beeinträchtigten nicht die Grundlagen für die Datenerfassungen.

Die Informationssammlung

Den wissenschaftlichen Mitarbeitern*innen wurde das vollständige BI-Gutachten zum einen als passwortgeschütztes Dokument und zum anderen im Planungstool zur Verfügung gestellt. Bereits vor dem ersten Planungstag waren diese zur Vorbereitung einsehbar.

Die pflegfachliche Konkretisierung der Module und der Abstufungen der Selbständigkeit (Punkt F 4) wurde durch die mit dem Interventionskatalog erarbeiteten Verknüpfungen, mitsamt den individualisierten Übernahmeniveaus der Teilschritte und Anforderungen, direkt im Planungstool zu den Bewohnern*innen bzw. Gästen hinterlegt.

Alle nicht für die Verknüpfung relevanten Gutachteninformationen konnten durch eine gesonderte passwortgeschützte Datei den wissenschaftlichen Mitarbeitern*innen zur Verfügung gestellt werden. Das BI-Gutachten enthielt folgende Informationen:

- F 1 Pflegerelevante Vorgeschichte und derzeitige Versorgungssituation (Pflegerrelevante Fremdbefunde, pflegerrelevante Vorgeschichte, vorhandene Hilfsmittel, Pflegehilfsmittel und deren Nutzung),
- F 2 Gutachterlicher Befund,
- F 3 Pflegebegründende Diagnose(n),
- F 5 Ergebnis der Begutachtung,
- F 6 Erhebung weiterer versorgungsrelevanter Informationen (außerhäusliche Aktivitäten, Haushaltsführung),
- F 7 Empfehlungen zur Rehabilitation (Möglichkeiten zur Förderung oder zum Erhalt der festgestellten Fähigkeiten, Empfehlungen zu therapeutischen und/oder weiteren Einzelmaßnahmen, Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation),
- F 8 Weitere Empfehlungen und Hinweise für die Pflegekasse (Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, Heilmittel oder sonstige therapeutische Maßnahmen, edukative Maßnahmen / Beratung / Anleitung, Präventive Maßnahmen).

Anhand dieser Informationen erhielten die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen einen ersten Anhaltspunkt zur Situation des bzw. der pflegebedürftigen Person. Zudem wurde die bewohnerbezogene Pflegedokumentation von den Pflegefachkräften bereitgestellt. Der Abgleich fand im Dialog mit der Bezugspflegekraft statt. Bewährt hat sich dabei folgender Gesprächsablauf:

1. Reflektion der biografischen und persönlichen Besonderheiten (Kultur, Verhalten, Vorlieben, Abneigungen, ...)
 - Relevante Vorlieben oder Abneigungen konnten beispielsweise zur Erläuterung einer Intervention im Freitext als Hinweis für die Datenerhebenden hinterlegt werden.
2. Fokussierung akuter Besonderheiten (Frakturen, Infektionen, Verschlechterung des Allgemeinzustands, Verlust von Angehörigen, ...)
 - Durch diese Informationen gewannen die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen beispielsweise einen ersten Eindruck über den aktuellen Beratungs- und Schulungsbedarf der pflegebedürftigen Person oder ihrer Angehörigen;
 - Ferner gaben sie Anhaltspunkte zur Ausgestaltung des Tagesablaufs und zu besonderen Kommunikations- oder Förderbedarfen.
3. Bewertung der Kriterien zum Vorliegen einer instabilen und komplexen Pflegesituation
 - In diesem Schritt erfolgte die manuelle Anpassung des Qualifikationsniveaus der Interventionen (vgl. Abschnitt 4.2.1.5).

Durch einen in der Software hinterlegten Algorithmus wurden auf Basis der Bewertungsergebnisse des BI auf der Item-Ebene die Übernahmeformen bei den relevanten Interventionen automatisch angepasst. Diese automatisierten Zuordnungen wurden noch mal gemeinsam mit der Pflegefachkraft reflektiert.

Ressourcen und Pflegeprobleme

Auf Basis der Verfügung stehenden Informationen wurden in Kooperation mit den Pflegefachkräften die wesentlichen Pflege- und Betreuungsprobleme erörtert und neben den persönlichen Ressourcen auch die mögliche Förderung der Fähigkeiten sowie die Beratungs- und Schulungsfähigkeit und –notwendigkeit diskutiert. Instabile und komplexe Pflegeprobleme wurden vertiefend diskutiert.

Pflegeziele

Entsprechend der Ressourcen, Fähigkeiten und Potenziale der Pflegebedürftigen wurden die erreichbaren Ziele diskutiert und die notwendigen Pflege- und Betreuungsinterventionen festgelegt. Die pflegerischen Ziele wurden nicht explizit dokumentiert.

Dabei wurde – dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff entsprechend – der Grundsatz angewandt, durch gezielte Interventionen die Pflegebedürftigen darin zu unterstützen, „die Auswirkungen gesundheitlicher Probleme in verschiedenen Lebensbereichen zu bewältigen“ (Wingenfeld et al. 2017: 8). Pflegerische Unterstützung bedeutet demnach,

- „bei der Nutzung von Möglichkeiten der Mobilitätsförderung im Lebensalltag und der Integration bewegungsfördernder Alltagshandlungen in den Tagesablauf Hilfe zu leisten,
- kurze Maßnahmen zur Aktivierung kognitiver und emotionaler Prozesse in den Tagesablauf eines Heimbewohners einzubauen,
- einen demenziell Erkrankten darin zu unterstützen, alltäglichen Aktivitäten und Beschäftigungen nachzugehen, indem Möglichkeiten bedürfnisgerechter Beschäftigung identifiziert und im Lebensalltag verankert werden,
- einen pflegebedürftigen Menschen darin zu unterstützen, eine bestehende Inkontinenz zu bewältigen, indem beispielsweise die Selbstpflegekompetenz verbessert, die Entwicklung problematischer Verhaltensweisen (z. B. Reduzierung der Trinkmenge) vermieden und die Teilnahme am sozialen Leben trotz bestehender Beeinträchtigung gefördert wird.“ (Wingenfeld et al. 2017: 8).

Da ausschließlich notwendige Interventionen geplant wurden, musste mit den einbezogenen Pflegefachkräften der Einrichtungen ein gemeinsames Verständnis zur Notwendigkeit von Pflege und Betreuung erarbeitet werden. So kam es vor, dass in einigen Fällen die erarbeiteten tagesstrukturierten Interventionsplanungen von den einrichtungsinternen Pflegeplanungen der Bewohner*innen oder Gästen deutlich abwichen. Gründe hierfür waren in den meisten Fällen sehr knappe Pflegeplanungen der Pflegeeinrichtungen, die nicht die notwendigen Pflege- und Betreuungsleistungen enthielten, sondern die, die mit den jeweilig vorhandenen Personalressourcen tatsächlich geleistet werden konnten.

In einigen wenigen Fällen waren

- die fehlende Bereitschaft und Fachlichkeit, notwendige Interventionen zu realisieren, weil der pflegebedürftigen Person unterstellt wird, dass sie notwendige Leistungen gar nicht möchte (die Diskrepanz wurde durch die persönliche Inaugenscheinnahme der pflegebedürftigen Person aufgedeckt)¹¹ oder

¹¹ Ein verkürzt dargestelltes Beispiel: Es wurde bei einer immobilen Bewohnerin berichtet, dass sie nicht mehr das Bett und auch nicht das Zimmer verlassen möchte, die Angehörigen eine Mobilisation nicht wünschten und der Pflege-rollstuhl nicht mehr zur Verfügung stand. Durch die persönliche Inaugenscheinnahme stellte sich heraus, dass die Bewohnerin sehr gut auf das Pflegepersonal reagierte und sichtlich sehr erfreut war, dass sie Besuch hatte. Die Reaktionen waren nicht nur in Mimik und Gestik zu beobachten, sondern auch im Versuch der Bewohnerin, die Pflegekraft über die angebrachten Bettseitenteile hinaus zu berühren und festzuhalten. Es wurde geplant, dass für die Bewohnerin eine täg-

- fehlende Hilfsmittel, die für die Realisierung der als notwendig geplanten Interventionen als vorhanden vorausgesetzt wurden,

Ursache für Abweichungen von den einrichtungsspezifischen Pflegeplanungen.

In solchen Situationen wurde eine persönliche Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen durch den bzw. die wissenschaftlichen*e Mitarbeiter*in notwendig. Entweder konnte ein direktes Gespräch mit der pflegebedürftigen Person geführt werden oder diese konnten in einer Alltags- oder Pflegesituation beobachtet werden. Die Erkenntnisse wurden direkt zur pflegfachlichen Entscheidung über die Art und Häufigkeit der notwendigen Interventionen herangezogen.

Aus den zusammengetragenen Erfahrungen der wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen waren in der Praxis besonders die Interventionen defizitär geplant, die eine gezielte Förderung der

- Fähigkeiten (Bewegungsförderung zur Verbesserung von Kraft, Balance, Koordination, Beweglichkeit und Ausdauer, Transfer/Fortbewegen, Ausscheidungsmanagement mit dem Ziel Toilettentraining) oder
- Wahrnehmung (Basale Stimulation, Snoezelen, individuelle Alltagsgestaltung) ermöglicht hätten.

Dagegen wurde eine Überversorgung der Pflegebedürftigen sichtbar, wenn Interventionen

- aus organisatorischen Gründen und Routinen festgesetzt waren (Nahrungsaufnahme: Vorbereitung, obwohl Pflegebedürftige selbständig waren, Übernahme des Medikationsmanagements (Stellen der Medikamente), obwohl weder kognitive noch physische Besonderheiten dem entgegenstanden) oder
- durch die selbständige Erbringung der pflegebedürftigen Person Zeit für Motivation in Anspruch genommen hätte (Fortbewegen zum Gemeinschaftsraum mit Rollator statt im Rollstuhl).

In einzelnen Fällen konnte nach Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen auch die fachliche Einschätzung der Pflegefachkräfte vor Ort geteilt werden, die den Informationen aus dem BI-Gutachten widersprachen.

Des Weiteren galt es ein Bewusstsein zur Unterscheidung von notwendiger Betreuung gemäß § 41 Abs. 2 bzw. § 43 Abs. 2 SGB XI und zusätzlicher Betreuung nach § 43b SGB XI zu erarbeiten. Vielen Pflegekräften ist es schwergefallen, diese Leistungen zu unterscheiden. Die notwendigen Betreuungsinterventionen wurden unabhängig von den Leistungen nach § 43b SGB XI entsprechend der individuellen Bedarfslage festgelegt. Als Informationsgrundlage für die Berücksichtigung der bedarfsnotwendigen Betreuung in der Interventionsplanung wurden sowohl die Module 2,3 und 6 des BI als auch die Informationen der zuständigen Pflegekraft einbezogen. Das Modul 2 bildet dabei die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten des Pflegebedürftigen ab, die alle Lebensbereiche betreffen und entsprechend in den einzelnen direkten pflegerischen Interventionen und Qualifikationsanforderungen berücksichtigt wurden. Aus den Informationen dieses Moduls können weiterhin die Bedarfe ermittelt werden, die zur Förderung und zum Erhalt der kognitiven Fähigkeiten oder im Bereich der Beaufsichtigung notwendig werden. Ähnlich verhält es sich mit Modul 3, in dem der Gutachter Verhaltensweisen und psychische Problemlagen nach Häufigkeit des Auftretens festgestellt. Diese Ein-

liche Mobilisation in den (nicht vorhandenen) Pflegerollstuhl durchgeführt wird und sie je nach Verfassung Zeit außerhalb des Bettes bzw. außerhalb des Zimmers verbringen kann, um sie nicht weiter zu isolieren und somit auch eine Teilhabe am Einrichtungsleben zu ermöglichen.

schätzungen wurden ebenfalls bereits bei den direkten pflegerischen Interventionen und den Qualifikationsanforderungen im Interventionskatalog berücksichtigt. Daraus ergeben sich allerdings auch bestimmte Interventionen, die häufiger in Interventionsplanung berücksichtigt werden müssen, wie das Planen von *Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen*. Das Modul 6 bietet dagegen einen guten Überblick über die Beeinträchtigungen bei der Strukturierung des Alltags und der Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten. Lagen entsprechende Beeinträchtigungen vor, wurde in Absprache mit den zuständigen Pflegefachkräften eine notwendige pflegerische Betreuung geplant (vgl. Wingenfeld et al. 2011: 337 ff.).

Tagesstrukturierte Interventionsplanung

Das Ergebnis der Interventionsplanung diene ausschließlich den Datenerhebenden, um das tatsächliche Leistungsgeschehen mit einem SOLL-Standard zu vergleichen. Das tatsächliche Geschehen in der Einrichtung wurde durch die oft abweichenden Planungen nicht beeinflusst.

Geplant wurden alle notwendigen planbaren Pflege- und Betreuungsinterventionen, die für eine fachgerechte Pflege erforderlich sind. Als notwendig galten Interventionen, mittels derer

- verlorengegangene Fähigkeiten oder Fertigkeiten kompensiert oder wiedererlangt,
- vorhandene Ressourcen der Selbständigkeit erhalten oder gefördert,
- die soziale Teilhabe ermöglicht,
- Erkrankungen oder Komplikationen vermieden,
- ärztliche Verordnungen umgesetzt werden können.

Notwendige Interventionen wurden ausgewählt und mit Anzahl und Zeitpunkt der Durchführung hinterlegt. Bei instabilen und komplexen Pflegesituationen sowie der notwendigen Durchführung einer Intervention mit zwei Pflegekräften musste das Qualifikationsniveau jeweils manuell angepasst werden.

Als planbar galten Interventionen, die regelmäßig wiederkehren und keine situationsbezogenen Entscheidungen benötigen, wie beispielsweise „Körperpflege: Waschen im Bett“ und „Nahrungsaufnahme: Durchführung“. Ein regelmäßig wöchentlich stattfindender Duschtage („Körperpflege: Duschen“) konnte ebenfalls in der Planung berücksichtigt werden. War bekannt, dass die pflegebedürftige Person zwar an einem Tag in der Woche Hilfe beim Duschen benötigt, diesen Tag aber unregelmäßig selbst bestimmt, wurde durchgängig die regelmäßig stattfindende Intervention (z. B. „Körperpflege: Waschen am Waschbecken“) geplant. Bei Bedarf konnten die Datenerhebenden die geplante Leistung als „nicht notwendig“ deklarieren und über den Bedarfskatalog die alternativ eingesetzte Intervention (im Beispiel: „Körperpflege: Duschen“) aufrufen.

Nicht planbare Interventionen wie beispielsweise „Bewohnergespräche“, die im Kontext einer Krisenbewältigung geführt wurden oder „Erste Hilfe“ wurden ad hoc im Rahmen der Erhebung über den Bedarfskatalog aufgerufen. Im Vorfeld wurde dabei unterstellt, dass etwa ein Viertel der notwendigen Interventionen auf derartige „Bedarfsinterventionen“ entfallen würde.

Das Beispiel der Intervention „Ausscheidungsmanagement“ zeigt deutlich, wie der Planungsumfang je nach Bewohnersituation gestaltet wurde. Lag bei einem bzw. einer Pflegebedürftigen eine komplette Inkontinenz vor, so wurde die Intervention „Ausscheidungsmanagement“ mehrmals täglich geplant. Wenn der bzw. die Pflegebedürftige nicht fähig war, den notwendigen Unterstützungsbedarf beim Toilettengang zu kommunizieren, wurde die Intervention „Ausscheidungsmanagement“ mit dem Verweis „Toilettentraining“ mehrmals täglich geplant. Hierdurch wurde den Datenerhebenden deutlich gemacht, dass zumindest ein Angebot im zeitlich geplanten Rahmen erfolgen müsste. Stellte

sich im Planungsgespräch hingegen heraus, dass die Pflegebedürftigen zwar Unterstützung beim Toilettengang benötigten, aber der Bedarf adäquat geäußert werden kann, so wurde die Intervention „Ausscheidungsmanagement“ nicht geplant. In diesem Fall haben die Datenerhebenden die Intervention aus dem Bedarfskatalog gestartet.

5.3.3.3 Phase 3: Erhebung durch die Datenerhebenden

Auf Basis der tagesstrukturierten Interventionsplanungen erfolgte, meist ab der 3. Woche, die Erhebung und Bewertung der durchgeführten Interventionen, der Qualifikationsniveaus der die Intervention erbringenden Personen und der Erbringungszeiten während der regelhaften Leistungserbringung im Tagdienst (Früh- und Spätdienst). Hierfür wurden alle pflegerisch tätigen Mitarbeitenden, die während dieser Woche in dem studienteilnehmenden Bereich der Pflegeeinrichtung eingesetzt wurden, während ihrer gesamten Dienstzeit jeweils von einem bzw. einer Datenerheber*in begleitet. Es handelte sich bei dieser Form der Beobachtung um ein sogenanntes Shadowing, also eine 1:1-Zuordnung von Handelndem und Datenerhebendem.

Der Zeitraum der Datenerfassungen erstreckte sich insgesamt über fünf Tage. Erfasst wurden vier Frühdienste, vier Spätdienste und ein Nachtdienst. Gestartet wurde am 1. Erhebungstag im Spätdienst und Nachtdienst (Tabelle 30). Nachtdienste wurden nur einmalig begleitet. Feiertage wurden in die Beschattung miteinbezogen und in jeder fünften Einrichtung wurden auch Wochenenddienste begleitet. Die Datenerhebenden „beschatteten“ das gesamte Leistungsgeschehen der Pflegenden und wurden hierzu während des kompletten Dienstes einer Pflegekraft fest zugeordnet. Ein Wechsel der Pflegekraft konnte vorgenommen werden, wenn die zu begleitende Pflegekraft verkürzt arbeitete und durch eine weitere Pflegekraft abgelöst wurde.

Tabelle 30: Begleitete Dienste während der Erhebung der Zeitwerte

Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5
	Frühdienst	Frühdienst	Frühdienst	Frühdienst
Spätdienst	Spätdienst	Spätdienst	Spätdienst	
Nachtdienst				

Die Datenerhebenden waren gebeten, ihre eigenen Pausen zusammen mit den zu beschattenden Pflegekräften zu verbringen, um auch Pflegehandlungen während der Pausenzeiten, wie Absprachen unten Kollegen o. Ä. aufnehmen zu können. Dienstende der Erhebenden war das Verlassen der Arbeitsstelle der Pflegekräfte. Dabei wurde häufig beobachtet, dass die Pflegenden auch nach ihren formellen Dienstenden noch arbeitsbezogenen Tätigkeiten, wie Aufräumen, oder die Koordination von Absprachen vornahmen oder bereits vor Dienstbeginn diverse Tätigkeiten übernahmen. Die Begleitung wurde deshalb über die gesamte Dienstzeit der jeweiligen Pflegekraft sichergestellt, was auch mögliche Mehrarbeitszeiten nach Schichtende einschloss.

Die zuvor geschulten Erhebenden erfassten und bewerteten während der Beschattung mittels eines Tablets alle von der Pflegekraft erbrachten Interventionen, bezogen auf die Menge der Intervention(-en), den IST- und SOLL-Zeitwert sowie das notwendige Qualifikationsniveau. Wie die Datenerhebenden für diese Aufgabe qualifiziert wurden und wie der detaillierte Ablauf der Datenerfassung einzelner Interventionen aussah, ist in Abschnitt 5.1.6 zur Schulung der Datenerhebenden bereits dargestellt.

Abbildung 32 fasst den analytischen Zugang der drei analytischen Schritte noch einmal in kurzer Form zusammen. In Bezug auf die analytischen Schritte – Bestimmung der Anzahl der Interventionen, der

Qualifikationsniveaus der Interventionen und der Zeiten pro Intervention, jeweils in Abhängigkeit von der BI-Konstellation der Pflegebedürftigen – wurde eine *IST-Erhebung* durchgeführt, deren Ergebnisse anhand der konsentierten Erhebungsinstrumente (Interventionskatalog, Katalog der Qualifikationsanforderungen und Handbuch zum Interventionskatalog) mittels des Planungsprozesses und des geschulten fachlichen Urteils der „Schatten“ in SOLL-Werte überführt wurden.

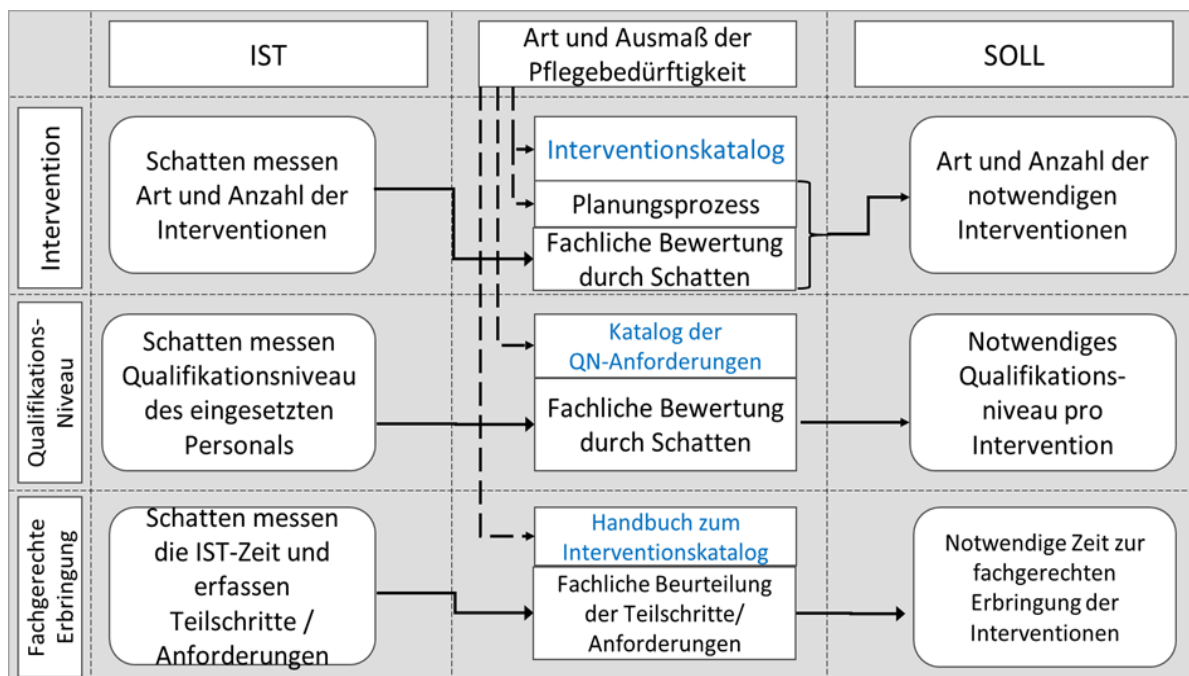


Abbildung 32: Konzept der Datenerfassung auf einen Blick

Die Datenerfassungen im *teilstationären* Bereich erfolgten analog zum oben beschriebenen Verfahren der vollstationären Versorgung an 5 Tagen statt. Aufgrund des Pflegeangebotes der Tagespflege erfolgte hier jedoch üblicherweise keine Differenzierung nach Schichten.

Im Anschluss an die Erhebungen wurden die Datenerhebenden gebeten, ein Feedback zur Organisation der Studie und den Datenerhebungen zu geben (A 4.14-15). Die Ergebnisse dieser Befragung werden in Abschnitt 5.5 zusammengefasst dargestellt.

5.3.4 Herausforderungen im Studienverlauf und deren Kompensation

Teilweise wurde der Zeitabstand zwischen den Schulungen der Datenerhebenden und dem ersten Datenerhebungseinsatz von den Datenerhebenden als lang empfunden, so dass die Datenerhebenden Schwierigkeiten hatten, sich an den in der Schulung vermittelten Ablauf der Datenerhebungen und die Feinheiten der Softwarebedienung zu erinnern. Im Rahmen der Schulungskonzeption erhielten die Datenerhebenden unter anderem deshalb umfassende Schulungsunterlagen zur Auffrischung und Vorbereitung auf die Datenerhebungen (Interventionskatalog, Handbuch zur Datenerhebung mit Beschreibung der Software auf dem Tablett, den Verlauf der Datenerhebungen, allgemeine Erfassungsregeln, sowie den Umgang mit besonderen Situationen). Zudem war das Projektteam bemüht, die Schulungen so anzubieten, dass der Zeitraum bis zur Datenerhebung möglichst gering war. Um eine ordnungsgemäße Datenerhebung sicherzustellen, wurden die Datenerhebenden durch die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen der Universität Bremen bzw. Study Nurses in jeder Einrichtung begleitet (Begleittage). Die Begleitung erfolgte immer im ersten Spätdienst, im Nachdienst und im ersten Frühdienst. Der Dienstbeginn der Datenerhebenden wurde für die jeweils ersten Dienste in

einer Einrichtung auf 30 Minuten vor Dienstbeginn der Pflegenden festgelegt. Die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen übernahmen sodann eine allgemeine Einführung in die Einrichtung mit ihren Besonderheiten, Räumlichkeiten, mögliche Änderungen (z. B. Dienstzeitänderung, Besonderheiten bei den tagesstrukturierten Interventionsplanungen) und die Zuordnung der Datenerhebenden zu den anwesenden Pflegekräften. Besonders bei den jeweils ersten Einsätzen der Datenerhebenden wurde zusätzlich eine Kurzeinführung mit praktischen Tipps zum Umgang mit den Tablets gegeben, wurden die wichtigsten inhaltlichen Aspekte und Erhebungsregeln wiederholt und offene Fragen geklärt. Mit Dienstbeginn der Pflegekraft begann die Datenerhebung, zum Teil auch vor der angesetzten Zeit, da einige Pflegekräfte früher zum Dienst gekommen sind. Die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen begleiteten abwechselnd die Datenerhebenden, so dass auftretende Verständnisfragen geklärt und schwierige Pflegesituationen gemeinsam am Tablet bearbeitet werden konnten. Nach dem ersten begleiteten Dienst setzten die Datenerhebenden die Erhebung selbständig fort. Für mögliche Probleme und Rückfragen stand das Studienteam in Bremen jederzeit telefonisch oder per E-Mail zur Verfügung. Die Anwesenheit der wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen oder Study Nurses zu Beginn der Datenerfassungen hat sich sehr bewährt. Die Mitarbeitenden konnten neben der Begleitung der Datenerhebenden auch bei kurzfristigen Änderungen in den Dienstplänen (z. B. Krankheit) die Zuordnung der Datenerhebenden zu den Pflegenden betreuen und ggf. kurzfristig zusätzliche Erhebende organisieren und die Einrichtung bei der Koordination der Studie vor Ort unterstützen.

Während der Studie erfolgte parallel zu den Datenerhebungen ein Datenclearing sowie ein engmaschiger Austausch der wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen und Study Nurses über Beobachtungen bei den Datenerfassungen. In diesem Zusammenhang erfolgte eine direkte Qualitätssicherung der Datenerhebungen, Unstimmigkeiten in den Daten wurden hier registriert und direkt mit den Datenerhebenden rückgekoppelt. Daraus resultierten verschiedene Anpassungen z. B.

- das Feinsynchronisieren der Einsatzzeiten der Datenerhebenden mit der Arbeitszeit der Pflegekräfte, auch über die reguläre Arbeitszeit in die Überstunden hinaus,
- Beschattung der Pflegekräfte auch in den (Raucher-)Pausenzeiten, um spontane Pflegeaktivitäten oder Absprachen unter Pflegenden zu erfassen,
- das Aufhalten der Datenerhebenden in Sichtweite der Pflegekraft auch während der Betreuung von Bewohnern*innen, die nicht Studienteilnehmer*innen sind, um „kleine“ Pflegeaktivitäten zu registrieren, die ggf. mit den Studienteilnehmenden in Verbindung stehen, oder zu bemerken, wenn die Pflegekraft unangekündigt einen Studienteilnehmer bzw. eine Studienteilnehmerin betreut,
- Klärung (Plausibilitätscheck) sehr kurzer Zeitwerte für bestimmte Interventionen,
- Diskussion von Abweichungen der in der Interventionsplanung geplanten und tatsächlich erbrachten Leistungen zwischen Pflegekräften und Datenerhebenden am Dienstende,
- Feinabsprachen zur Nutzung der Hard- und Software.

5.3.5 Anpassungen der Erhebungsinstrumente im Studienverlauf

Im Verlauf der Studie zeigte sich, dass einige wenige Veränderungen in den Erhebungsinstrumenten erforderlich waren. So konnte bereits im Pretest festgestellt werden, dass mit den konsentierten Interventionen zwar eine vollständige Erfassung der Pflegeaktivitäten gelingen konnte, für eine möglichst nahtlose Erfassung der Arbeitszeiten der Pflegepersonen aber die Aufnahme von insgesamt drei weiteren *technischen Interventionen* in den Interventionskatalog erforderlich war. Ziel war es, die Zeiterfassung in der Schicht nur dann unspezifisch zu unterbrechen, wenn die beschattete Pflegeperson einen Pflegebedürftigen unterstützte, der nicht an der Studie teilnahm. Um weitere Unter-

brechungen dokumentieren zu können, wurde im Sinne einer möglichst nahtlosen Erhebung die Intervention „Pause“ nachträglich in den Interventionskatalog hinzugefügt. Darüber hinaus wurde die Intervention „Wegezeit“ ergänzt, da es viele Wege innerhalb der Einrichtungen gab, die nicht direkt einem pflegebedürftigen Menschen zugeordnet werden konnten. Dies hatte zur Folge, dass in diesen Fällen nicht unterschieden werden konnte, ob der Weg eher einem studienteilnehmenden oder nicht-teilnehmenden Pflegebedürftigen zuzuweisen war oder ob der Weg unabhängig von einer Person zu messen war. Durch die zusätzliche Erfassungseinheit konnte sichergestellt werden, dass keinerlei Wegezeiten unberücksichtigt blieben. Dies galt analog für Telefongespräche bei denen oft nicht unterschieden werden konnte, ob es sich bei dem Gespräch um ein Angehörigengespräch, Arztgespräch oder ähnlichem handelte. Um die Datenerfassung möglichst unkompliziert für die Datenerhebenden zu gestalten, wurde die Intervention „Telefongespräch“ in den Interventionskatalog eingefügt.

Während der Datenerhebung waren auch Auszubildende in der Einrichtung tätig, die von den Datenerhebenden beschattet wurden. Aus technischen Gründen wurden zusätzlich zwei weitere Qualifikationsniveaus in die Erhebungs- und Planungssoftware hinterlegt, sodass eine Zuordnung zu Beginn des Dienstes möglich war. Dabei handelte es sich um die QN -1 und 0. Eine Auszubildende zur Pflegeassistent*in nach QN 3 wurde mit dem QN -1 und eine Auszubildende zur Pflegefachkraft nach QN 4 wurde mit dem QN 0 belegt. Hierbei handelt es sich ebenfalls um technische Zuweisungen, die lediglich einer eindeutigen Zuordnung des Ausbildungs- und Qualifikationsstatus im Rahmen der Erhebung dienen.

Darüber hinaus wurden drei Anpassungen in der Bedienung und Logik der auf den eingesetzten Tablet-Computern verwendeten Erhebungssoftware vorgenommen:

1. Bei der Datenerhebung in den ersten 20 Einrichtungen wurde die Beurteilung der Teilschritte und Anforderungen jeder Intervention mit einem 2-wertigen Farbensystem visualisiert. So waren beim Öffnen einer Intervention alle Teilschritte und Anforderungen standardmäßig als *nicht erbracht* gekennzeichnet, was durch ein rotes Icon symbolisiert wurde. Bei entsprechender Durchführung konnten die Datenerhebenden diese Teilschritte und Anforderungen dann auf den Wert *erbracht* setzen, der durch ein grünes Icon symbolisiert wurde. Im einfachsten Fall konnten somit die dokumentierten roten Bewertungen als Bezugspunkt notwendiger SOLL-Korrekturen interpretiert werden. Allerdings mussten dazu auch Teilschritte und Anforderungen, die *nicht erbracht, aber auch fachlich nicht notwendig* waren aufgrund der zweiwertigen Kodierung vollständig und händisch mit einer grünen Bewertung belegt werden. Die Inaugenscheinnahme der ersten Erhebungsdaten zeigte aber, dass durch dieses System sehr viele Teilschritte und Anforderungen auf dem roten Default-Wert gesetzt blieben, obwohl die Datenerhebenden die Gesamt-Intervention als *fachgerecht erbracht* bewerteten. Dies ließ den Schluss zu, dass es Teilschritte und Anforderungen in der Intervention gab, die in der jeweiligen Situation nicht notwendig waren, weshalb sie von den Erhebenden nicht bewertet wurden und somit fälschlich negativ auf dem roten Default-Wert verblieben. Die erhobenen Zeitwerte der Interventionen war somit zwar durchgehend valide, die Bewertung der Teilschritte war mit zwei Optionen allerdings nicht komplex genug ausgestaltet, um die realen Pflegesituationen valide zu erfassen. Vor allem konnten so einzelne Teilschritte nicht korrekt in komplexen Interventionssequenzen beurteilt werden. Unterstützte eine Pflegeperson beispielsweise einen pflegebedürftigen Menschen beim Anziehen und hat ihn anschließend im Rollstuhl in den Speiseraum gebracht, so war es möglich, dass einzelne Teilschritte wie die Händedesinfektion erst in der nachgelagerten Intervention, in diesem Fall

„Transfer/Fortbewegung“, durchgeführt und als *erbracht* von den Datenerhebenden bewertet wurden, wohingegen sie in der vorgelagerten Intervention durch die Sequenzialität nicht erforderlich gewesen waren. Aus diesem Grund wurde der Software zur Beurteilung der Teilschritte und Anforderungen eine dritte Option, symbolisiert durch ein gelbes Icon, hinzugefügt. Nach der Datenerfassung in 20 Einrichtungen erfolgte somit eine Anpassung der Bewertung auf ein vollständiges Ampelsystem. Die Teilschritte und Anforderungen waren danach beim Öffnen auf Gelb (in der Situation nicht notwendig bzw. neutral) gesetzt und wurden entsprechend der Einschätzung der Datenerhebenden manuell auf Grün (notwendig und erbracht) oder Rot (notwendig und nicht/nicht fachgerecht erbracht) gesetzt. Dadurch, dass alle als Grün oder Rot eingeschätzten Teilschritte und Anforderungen per Hand gesetzt werden mussten, ist von einer Zuverlässigkeit dieser Informationen auszugehen. Für die separate Auswertung der Farbschemata bei den Teilschritten und Anforderungen wurden bei der Datenanalyse nur die Einträge ausgewertet, die nach dieser Anpassung der Erhebungsoftware erfolgten.

2. Die Erhebungsoftware ermöglichte zu jeder dokumentierten Intervention die Angabe eines SOLL-Korrekturwertes. Das entsprechende Eingabefeld war dabei standardmäßig leer und stand zur Eingabe eines Zeitwertes zur Verfügung. Der Einblick in die ersten Studiendaten zeigte, dass es ungünstig war, wenn die Eingabe eines SOLL-Korrekturwertes nur optional erfolgte. Wurde es zugelassen, die Intervention ohne eingegebenen Wert in diesem Eingabefeld abzuschließen, konnte in diesen Fällen nicht unterschieden werden, ob keine SOLL-Korrektur erfolgen musste oder ob dieser Schritt fälschlich übersprungen wurde. Aus diesem Grund wurde eine zwingende Eingabe als Bedingung zum Speichern der abgeschlossenen Intervention eingeführt. Dabei musste nun jede korrekt durchgeführte Intervention mit dem SOLL-Korrekturwert 0 belegt werden. Das Feld zur SOLL-Korrektur war ab dem Zeitpunkt rot hinterlegt und die Intervention konnte erst abgeschlossen werden, wenn es hierzu einen Eintrag gegeben hat. An bisherigen Regelungen zu Zu- oder Abschlägen hatte sich nichts geändert. Nach wie vor war ein positiver SOLL-Wert einzutragen, wenn die Leistung zu schnell und/oder unvollständig erbracht wurde und ein negativer, wenn mehr Zeit aufgewendet wurde als für eine fachgerechte Durchführung notwendig ist.
3. Des Weiteren kam es vor, dass geplante Interventionen zwar erbracht wurden, diese jedoch nicht durch das beschattete Pflegepersonal der Einrichtung erfolgte. In diesen Fällen mussten die geplanten Interventionen spätestens zum Ende der Schicht händisch abgeschlossen werden. Aus diesem Grund wurden die Zeit-Begründungen *erbracht durch Mitarbeiter*innen ohne Beschattung* bzw. *erbracht durch Angehörige/Ehrenamtliche* in die Drop-Down-Liste der Erhebungsoftware hinzugefügt. In diesen Fällen erfolgten keine Zeitmessung und auch keine SOLL- und IST-Korrektur. Wie diese Daten anschließend in der Auswertung berücksichtigt wurden, ist in Abschnitt 6.2 beschrieben.

Über die Veränderungen im Projektverlauf wurden die Datenerhebenden in Form eines Anschreibens im Juli 2018 (A 4.8) informiert und entweder direkt in den Schulungen die zu diesem Zeitpunkt noch stattgefunden haben, oder in den Einarbeitungstagen durch das wissenschaftliche Studententeam geschult und angeleitet.

5.4 Ergänzende Strukturdatenerhebung

Die Erfassung der Strukturdaten der teilnehmenden Einrichtungen ergänzte die Datenerhebung. Dafür wurden standardisierte Erhebungsmasken erarbeitet, welche keine personenbezogenen Daten enthielten. Die ausgefüllten Strukturdaten lieferten unter anderem Informationen zur Größe, Belegung und Konzeption sowie zur Personalsituation. Zusätzlich zu den Strukturdaten dokumentierten die Einrichtungen mittels Selbstaufschrieben unter anderem den Arbeitsaufwand der Leitungskräfte, der nicht in der direkten Pflege entsteht, sondern den notwendigen Organisations- und Koordinationsaufwand einer Pflegeeinrichtung abbildet.

Auch zu diesem Zweck wurde für die Rückübermittlung der Daten an das Vertrauenscenter des KKSBB eine gesicherte SFTP-Verbindung angeboten. Der nahezu vollständige Rücklauf ist bis Ende des Jahres 2018 erfolgt. Die Analyse dieser übermittelten Daten sollte ab Februar 2019 erfolgen. Aufgrund erheblichen Qualitätsmängel der vorgelegten Daten war dies allerdings nicht möglich. Zwar war bereits im Vorfeld klar, dass die Erfassung der Strukturdaten einen erheblichen Aufwand für die Einrichtungen darstellte und somit in den Einrichtungen einer längeren Bearbeitungszeit bedurfte. Diese wurde dementsprechend auch gewährt und die Dateneingabe ferner in vielen individuellen Telefonaten begleitet. Dennoch zeigte bereits die erste Sichtung der Daten so deutliche Qualitätsmängel, dass zuerst eine mehrwöchige händische Korrektur der offensichtlich falschen Angaben erfolgte und danach entschieden wurde, eine zusätzliche Verifizierungs- und Korrekturschleife einzubauen. Daraufhin fand im Februar 2019 eine Nacherhebung der Strukturdaten aller vollstationären Pflegeeinrichtungen statt.

Die verwendeten Dokumente zur Information und Anleitung, die Bögen zur Strukturdaten-, Dienstplanerhebung sowie zu den Selbstaufschrieben, die an die Pflegeeinrichtungen erfolgt sind, befinden sich im Anlagenband (A 4.9-13).

Mittels der so generierten Datenbasis (Abschnitt 5.4.1) werden nachfolgen Angaben zu der Struktur (Abschnitt 5.4.2), der Konzeption und der Organisationsform (Abschnitt 5.4.3) sowie der Personalausstattung und -konzeption (Abschnitt 5.4.4) der teilgenommenen vollstationären Pflegeeinrichtungen gemacht.

5.4.1 Datenbasis

Die Erhebung der Strukturdaten fand im Anschluss an die quantitative Datenerhebung statt. Die Einrichtungen wurden direkt über die angegebene Kontaktperson der vorherigen Erhebungsphase angeschrieben. Teilweise musste aufgrund von Personalwechseln nachrecherchiert werden. Insgesamt beläuft sich die Rücklaufquote aus dem vollstationären Sektor auf 90 % (47 Einrichtungen). Einige Einrichtungen haben unvollständige Daten geliefert, und auch auf Nachfrage hin konnten nicht alle Daten vervollständigt werden. Daher ist in der folgenden Beschreibung der jeweilige Numerus (n) immer mit angegeben.

Folgende Themenblöcke wurden abgefragt:

- Allgemeine Angaben zur gesamten Einrichtung und den teilnehmenden Erhebungseinheiten (Bettenkapazität, Pflegegradverteilung und Überleitung, pflegfachlicher Schwerpunkt, Auslastung),
- Einrichtungskonzept und Ablauforganisation (pro Erhebungseinheit, wie Pflegemodell, Outsourcing, Dokumentation) sowie
- Personalausstattung und -konzept (allgemeine Vertragsbestandteile und interne Regelungen, Personalzu- und -abgänge, Krankheitsausfälle, Pflegepersonalausstattung der gesamten Einrichtung, Berufsgruppen außerhalb der Pflege, Fortbildungsstunden der Pflegenden).

Wenn nicht anders angegeben, galt für die Einrichtungen der jeweils erste Erhebungstag als Stichtag für die Angaben der Strukturdaten.

5.4.2 Strukturen der gesamten Einrichtungen und der teilnehmenden Erhebungseinheiten

Die Struktur der Einrichtung lässt sich mit Rückgriff auf die Größe der Einrichtung und die Zahl ihrer Wohnbereiche, den Anteil der Ein- und Mehrbettzimmer, die Pflegegradverteilung ihrer Bewohnerschaft, etwaige pflegfachliche Schwerpunkte und ihre Auslastung charakterisieren.

Größe der Einrichtung und Zahl der Wohnbereiche: Die durchschnittliche Bettenzahl der teilnehmenden Einrichtungen lag bei 79. Die größte Einrichtung gab eine Anzahl von 236 Betten an, die kleinste 24. Insgesamt gaben die Einrichtungen 127 unterteilte Wohnbereiche/ Wohngruppen/Hausgemeinschaften/Wohneinheiten mit jeweils eigenem Dienstplan an, wovon 57 Wohnbereiche (Erhebungseinheiten) an der quantitativen Erhebung teilnahmen. Zehn dieser Einrichtungen beteiligten sich mit zwei Erhebungseinheiten.

Ein- und Mehrbettzimmer: Der Anteil der Ein- und Mehrbettzimmern kann je nach Alter der Einrichtung und Konzeption unterschiedlich ausfallen. Einzelzimmer bilden mit einem Anteil von 72 % aller verfügbaren Zimmer das vorrangige Angebot. 16 der befragten Einrichtungen (35 %) bieten keine Unterbringung in Mehrbettzimmern an. Lediglich eine Einrichtung besteht ausschließlich aus Mehrbettzimmern.

Pflegegradverteilung und Überleitung: Die Gesamtzahl der Bewohner*innen in den Einrichtungen zum jeweiligen Erhebungsbeginn beläuft sich auf 3.726. Dabei sind mit einem Anteil von jeweils 31 % die meisten Bewohner*innen den Pflegegraden 3 oder 4 zugeordnet (Abbildung 33). 19 % der Bewohner*innen haben zum Erhebungszeitpunkt Pflegegrad 5, 17 % Pflegegrad 2. Pflegegrad 1 und kein Pflegegrad sind sehr selten (jeweils <1 %).

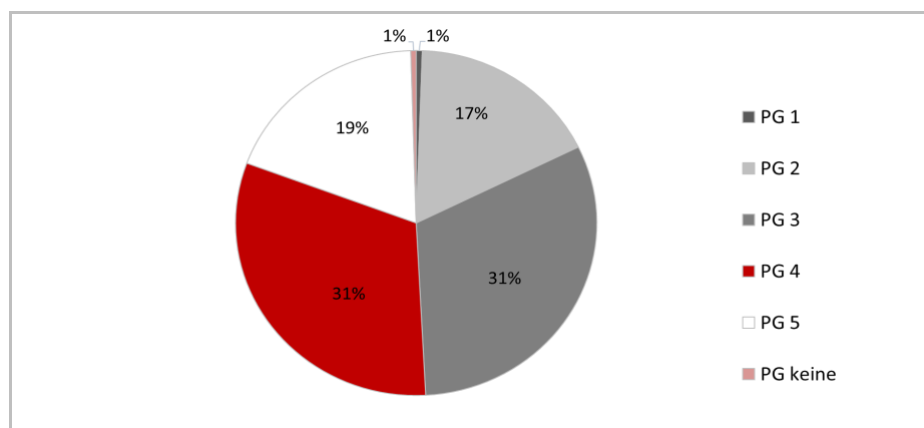


Abbildung 33: Pflegegradverteilung zum jeweiligen Erhebungsbeginn der gesamten Einrichtungen

Sieben Einrichtungen war es nicht möglich den aktuellen Pflegegrad der Bewohner*innen zum Erhebungsbeginn auf die Überleitung bzw. eine neue Begutachtung seit dem 01.01.2018 zurückzuführen.

Abbildung 34 zeigt die Verteilung der Bewohner*innen nach Pflegegraden zum Erhebungsbeginn und die Anzahl derer, die diesen Pflegegrad ohne Neubegutachtung durch die Überleitung zum 01.01.2017 erhalten haben. Demnach beläuft sich der Anteil der übergeleiteten Bewohner*innen auf

knapp zwei Drittel (62 %) während gut ein Drittel (38 % der Bewohner*innen vor Beginn der jeweiligen Datenerhebung bereits einmal durch den MDK oder Medicproof begutachtet worden waren.¹²

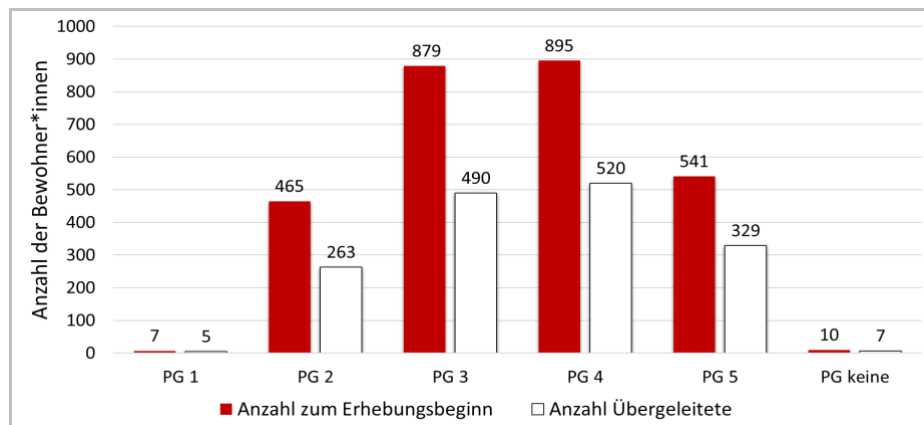


Abbildung 34: Pflegegradverteilung und Überleitung

Pflegefachlicher Schwerpunkt: Die Frage nach einem pflegefachlichen Schwerpunkt der gesamten Einrichtung wurde von 12 teilnehmenden Einrichtungen bejaht. Dabei zeigen sich die folgenden Schwerpunkte:

- Spezielle Pflege und Betreuung von demenzkranken Menschen (4)
- Gerontopsychiatrischer und beschützter Bereich (5)
- Pflege für Jüngere Menschen (1)
- Altenpflege (1)
- Hausgemeinschaften/Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz (2)
- Spezialisierung Ordensschwwestern (1)
- Somatische Schwerstpflge (1)
- Intensiv Pflegestation (Beatmung) (1)
- Wohnbereich für Menschen mit MS (1).

Neun der teilnehmenden Erhebungseinheiten haben einen pflegefachlichen Schwerpunkt, für den auch ein gesonderter Versorgungsvertrag geschlossen wurde.

Auslastung und Kapazitäten: Alle Einrichtungen führen Wartelisten zur Aufnahme neuer Bewohner*innen. 83 % der Einrichtungen gaben für den Zeitraum 01.01.2018-30.09.2018 fehlende Kapazitäten zur Aufnahme neuer Bewohner*innen an. Fünf Einrichtungen gaben einen Aufnahmestopp für denselben Zeitraum aufgrund fehlenden Personals an. Zwei der Einrichtungen mussten daher Wohnbereiche bzw. Teile der Wohnbereiche schließen. Bezüglich der Auslastung der gesamten Einrichtung bei Erhebungsbeginn liegt der Mittelwert bei 96,9 %. Die geringste Auslastung der gesamten Einrichtung liegt bei 70,4 %.

5.4.3 Konzepte und Organisation

Potentiell von Bedeutung für den Personalbedarf und den Berufemix sind Pflegekonzepte und Organisationsformen.

¹² Allerdings sind einige Angaben fehlerhaft. So wurde fünfmal eine Überleitung in Pflegegrad 1 angegeben, was rechtlich unmöglich ist.

Pflegemodell/Pflegetheorie und weitere pflegerische Konzepte: 50 % der Einrichtungen geben an nach der fördernden Prozesspflege nach Krohwinkel zu pflegen und dies in ihrem Einrichtungskonzept verankert zu haben. Weitere bekannte Modelle wie nach Böhm (7 %), Orem (4 %) oder Peplau (2 %) sind deutlich seltener vertreten. Dagegen geben 37 % der Einrichtungen an, eigene Konzepte entworfen zu haben. In der Vorerhebung wurde deutlich, dass das Modell zur Entbürokratisierung und teilweise auch die Strukturierte Informationssammlung (SIS) selbst als Pflegemodell bzw. Pflegetheorie verstanden wurde (15 von 46 antwortenden Einrichtungen (33 %)). Mit einem Hinweis wurde diese Antwortmöglichkeit in der zweiten Erhebungsrunde ausgeschlossen. Allerdings kann nunmehr nicht ausgeschlossen werden, dass sich hinter der Antwort „keins der genannten“ auch das Modell zur Entbürokratisierung verbirgt.

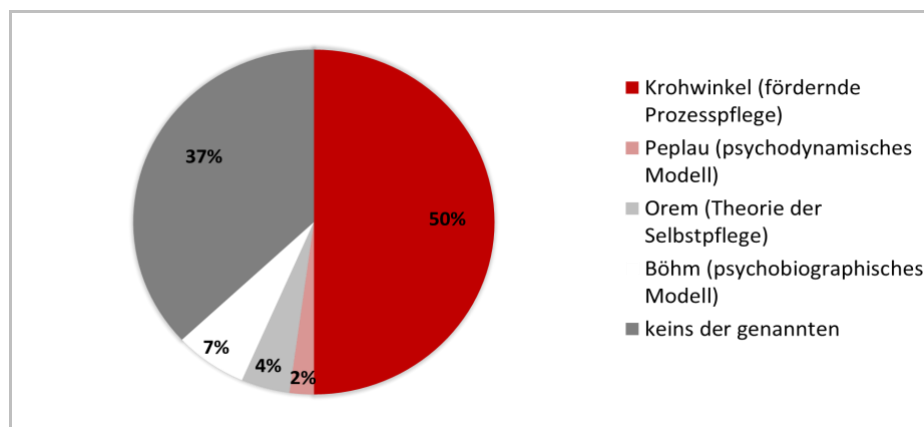


Abbildung 35: Verteilung der konzeptionellen Pflegemodelle

Neben dem konzeptionellen Pflegemodell haben 15 von 43 Einrichtungen ein zusätzliches Konzept zum Umgang mit Menschen mit Demenz implementiert. Freitextlich wurde genannt:

- Personenzentrierter Ansatz nach Tom Kitwood (10),
- Naomi Feil (1),
- Sonstiges (3) (Antworten: Wohnküchenkonzept mit integrativem Ansatz/ Betreuungskonzept orientiert an gemischten Wohnformen/ Methode der integrativen Validation (IVA)/ Alltagsstrukturierung (1), eigenes Konzept (2),
- Keine spezifische Nennung (1).

Weitere im Einrichtungskonzept integrierte pflegerische Konzepte wurden wie folgt angegeben: Bobath (13), Kinästhetik (25), Basale Stimulation (27), Palliativ Care Konzept (3), Marte Meo (1) (n=46).

Ablauforganisation: Die Organisation des Pflegealltags lässt sich im Groben in drei Strukturen charakterisieren: Funktionspflege (3), einfache Bezugspflege (Gruppen-/Bereichspflege) (39) und Primary Nursing (2). Zwei Einrichtungen machten zu dieser Frage keine Antwort (2).

Besonderes Wohnkonzept: 18 Einrichtungen gaben an ein, besonderes Wohnkonzept zu haben. Folgende Antworten wurden gegeben:

- Hausgemeinschaftskonzept (für Menschen mit Demenz oder nicht näher benannt) (3),
- Wohngemeinschaft / Wohnküchenkonzept (1),
- Wohnküchenkonzept (mit integrativem Ansatz oder nicht näher benannt) (2),
- Wohngruppenkonzept (5),
- Wohngemeinschaften (2),

- Pflegeoase (2),
- Selbst entwickelt oder nicht näher benannt (2),
- Bochumer Modell (1).

Kostenfreie Serviceangebote: Unter diesem Punkt konnten die Einrichtungen freitextliche Angaben machen. 35 Einrichtungen haben sich dazu geäußert. Dabei wurden sämtliche Möglichkeiten zur Alltagsgestaltung und Teilhabe aufgezählt, wie Tierbesuche, Bewegung, Musikveranstaltungen und Fest feiern. Vereinzelt wurden auch Leistungen wie Telefon, Getränke, Hygieneprodukte, Optiker, Akustiker, Arztbegleitung benannt.

Outsourcing: Die Zubereitung der Mahlzeiten, das Stellen der Medikamente, die Wäscheversorgung der Bewohner*innen oder die Gebäudereinigung sind typische Aufgaben, die zum Teil bei Fremdfirmen eingekauft werden und sich auf das Arbeitsaufkommen der Pflegekräfte auswirken.

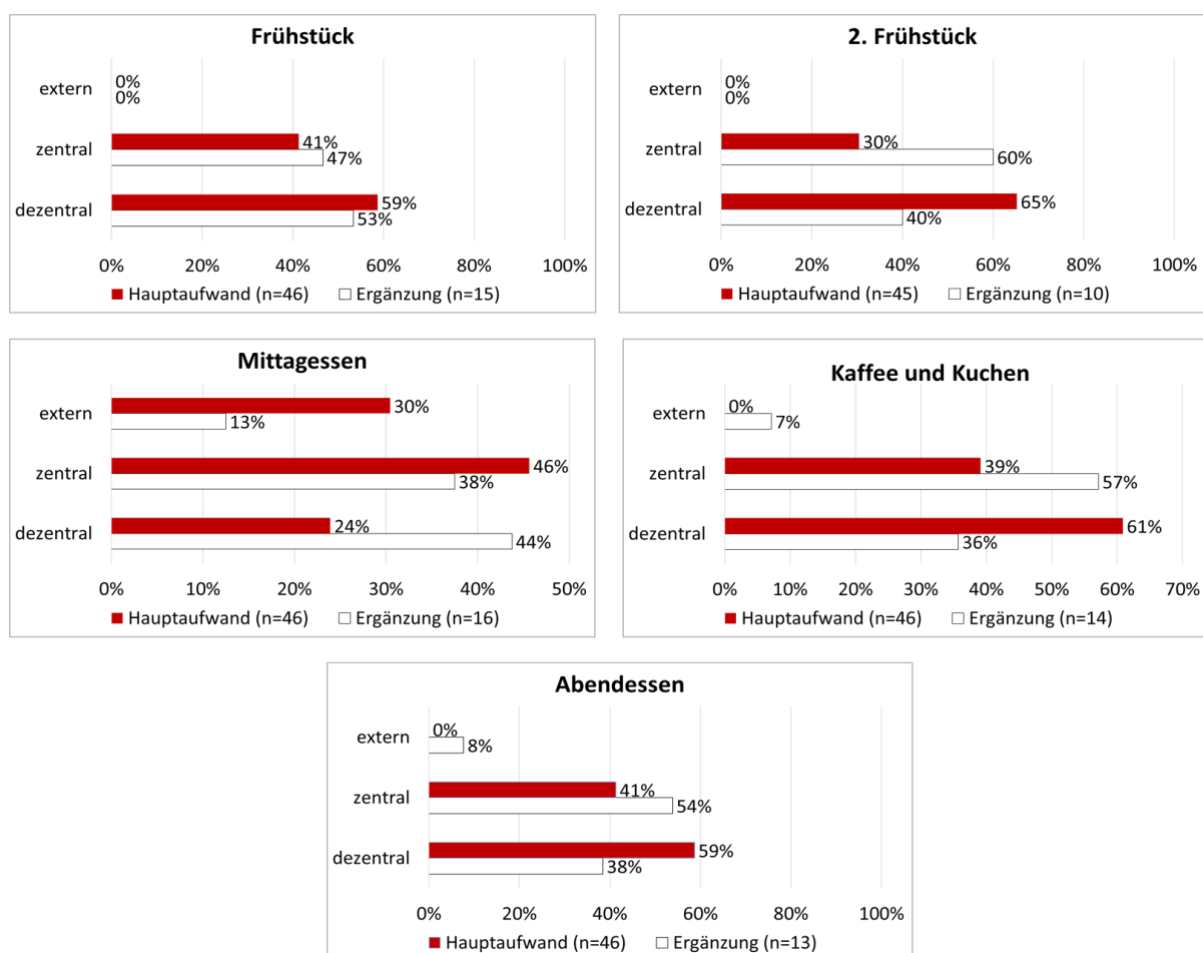


Abbildung 36: Zubereitung der Mahlzeiten nach Organisationsform

Wie Abbildung 36 zeigt, werden Frühstück, 2. Frühstück, Kaffee und Kuchen sowie das Abendessen vorrangig dezentral organisiert und zentral unterstützt. In allen anderen Einrichtungen ist dies also Aufgabe der Pflege- oder Betreuungskräfte vor Ort. Lediglich beim Mittagessen wird der Hauptaufwand bei etwa einem Drittel der Einrichtungen durch einen externen Dienstleister getragen.

Das Stellen der *Medikamente* für die Bewohner*innen erfolgt in 27 von 46 Einrichtungen durch eine Apotheke. Diese Aufgabe bindet pro Woche hohe Fachkraftressourcen.

Bezüglich der *Wäscheversorgung* greifen 37 von 45 Einrichtungen zumindest teilweise auf eine Fremdfirma zurück (Abbildung 36). Trotz Fremdfirma bleibt ein gewisser Aufwand für die eigenen Mitarbeiter*innen bestehen. Angehörige werden für die Wäscheversorgung selten mit einbezogen. Lediglich als Ergänzung wurden diese von einem knapp Drittel der Einrichtungen (31 %) genannt.

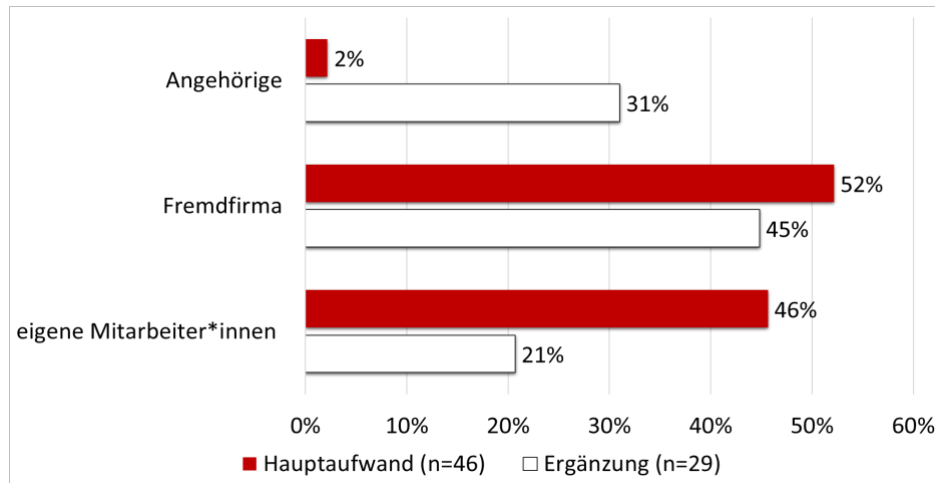


Abbildung 37: Organisation der Wäscheversorgung

Auch die Aufgabe der *Gebäudereinigung* wird ähnlich der Wäscheversorgung oft an eine Fremdfirma abgegeben (60 %).

Dokumentationsform und Verantwortlichkeit: Fast ein Viertel der Einrichtungen (24 % von n=46) dokumentieren derzeit noch ausschließlich oder überwiegend auf Papier. Lediglich 35 % gaben an ausschließlich EDV-basiert zu arbeiten. Zusätzliche Medien wie Smartphone oder Tablet-PC kommen bei sechs von den 35 Einrichtungen mit den Angaben „überwiegend oder ausschließlich EDV-basiert“ zum Einsatz. Bei drei Einrichtungen liegt die Verantwortlichkeit der täglichen Dokumentation bei der Schichtleitung oder Wohnbereichsleitung. Alle anderen Einrichtungen gaben an, dass alle Mitarbeiter*innen dokumentieren. Die Antwortmöglichkeit des Dokumentationsassistenten*innen wurde nicht ausgewählt. Die Mehrheit arbeitet nach dem Strukturmodell (36).

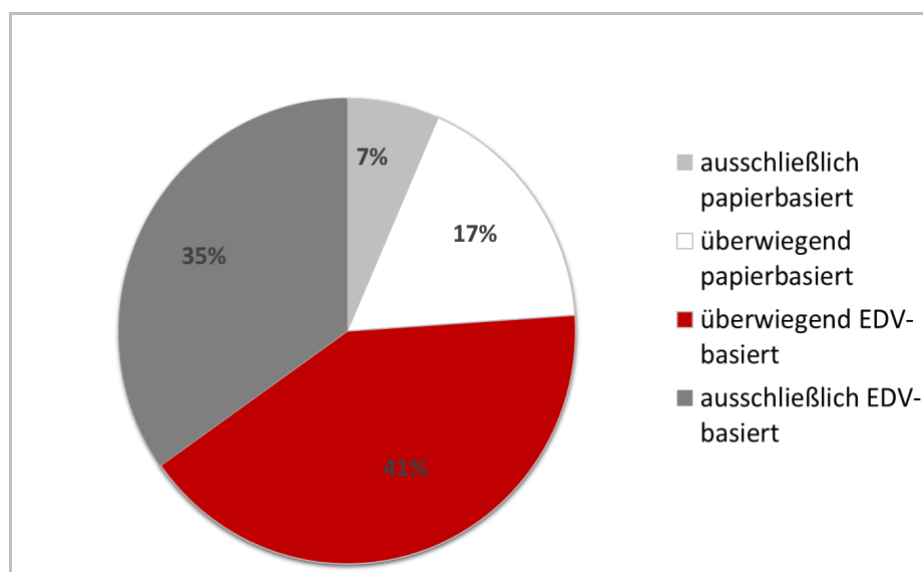


Abbildung 38: Dokumentationsform

5.4.4 Personalausstattung und –konzept

Im Hinblick auf Personalausstattung und –konzept interessieren vor allem allgemeine Angaben zu Vertragsbestandteilen und internen Regelungen, Personalzu- und –abgänge, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Personalausstattung, Tarifbindung, Berufsausstiege und Fortbildungsstunden.

Allgemeine Angaben zu Vertragsbestandteilen und internen Regelungen: Der Vollzeitstundenumfang pro Woche aller Einrichtungen liegt zwischen 38,5 und 40 Stunden pro Woche, wobei die Einrichtungen mit 40 Stunden überwiegen (21 von 45). Neun Einrichtungen liegen mit Ihrem Vollzeitstundenumfang bei 38,5 Stunden, 15 Einrichtungen bei 39 Stunden pro Woche und eine bei 39,5 Stunden pro Woche. Die angegebenen Urlaubstage pro Jahr liegen zwischen 25 und 33 Tagen. Tabelle 31 zeigt die Häufigkeiten pro mögliche Anzahl an Urlaubstagen.

Tabelle 31: Urlaubstage

Urlaubstage	25	26	27	28	29	30	32	33
Anzahl der Einrichtungen	1	1	2	7	6	22	1	6

51 % der Einrichtungen (n=45) geben an, dass entstandene Mehrarbeitsstunden durch einen Freizeitausgleich abgegolten werden. In 21 Einrichtungen werden neben dem Freizeitausgleich Mehrarbeitsstunden auch ausbezahlt. Für den Folgemonat der Datenerhebung wurden insgesamt 787 Stunden ausbezahlt (n=16). Die Summe der ausbezahlten Mehrarbeitsstunden im Jahr 2018 liegt bei 17.576 Stunden (n=17). Pro Einrichtung ergibt diese einen rechnerischen Durchschnitt von 1.034 Stunden.

Personalzu- und -abgänge: Von den 46 Einrichtungen gaben 4 Einrichtungen an, im Jahr 2018 in der gesamten Einrichtung keine Mitarbeiterabgänge gehabt zu haben. Personalwechsel sind mit hohen Kosten verbunden und verursachen aufgrund der Arbeitsmarktsituation für manche Einrichtungen einen enormen Arbeitsaufwand. Zu 40 Einrichtungen liegen Informationen zu Anzahl, Qualifikationsniveau, Stundenumfang, Begründung und Neubesetzung in unterschiedlicher Vollständigkeit vor. Zwei Einrichtungen haben keine weiteren Informationen übermittelt (Tabelle 32).

Tabelle 32: Personalabgänge nach QN

	QN -1	QN 0	QN 1	QN 2	QN 3	QN 4	QN 5	QN 6
Häufigkeit	6	32	21	154	36	104	14	2
Summe Vertragsstunden	228,0	1.341,5	407,8	4.357,0	1.033,0	3.221,6	457,2	58,5
Mittelwert	38,0	39,46	19,4	28,3	28,7	31,0	32,7	29,3
Minimum	32,0	38,5	6,0	6,0	6,5	4,0	6,4	-
1. Quartil	38,5	39	10	20	28,6	28,8	32,8	-
Median	38,8	39,5	19,3	30,0	30,0	35,0	35,0	-
3. Quartil	39,8	40	30	35	31,3	39	37,6	-
Maximum	40,0	40,0	39,0	40,0	40,0	40,0	40,0	-
Kündigung	5	32	19	134	31	93	13	2
Rente	1	0	2	16	2	9	1	0
Neubesetzt	5	14	12	130	29	81	11	1

Die meisten Personalabgänge erfolgten in allen QN-Gruppen aufgrund einer Kündigung, wobei offen bleibt, ob diese aus Arbeitgeber- oder Arbeitnehmerinitiative erfolgte. Personalabgänge aufgrund auslaufender Verträge wurde ebenfalls in diese Kategorie einbezogen. Bei lediglich 8,4 % der Abgänge wurde die Begründung Rente (Altersrente, Erwerbsminderungsrente, Tod) angegeben. Drei Viertel der freigewordenen Stellen (76,7 %) wurden wieder neu besetzt (vgl. Tabelle 33).

Die meisten Personalabgänge betreffen Pflegekräfte mit QN 2. 84 % dieser Stellen wurden neu besetzt. Mitarbeiter*innen mit QN 4 haben verglichen mit den Hilfskräften häufiger Verträge mit einem höheren Stundenumfang. Hier liegt der Median bei 35 Stunden pro Woche. Bei QN 2 und 3 hingegen liegt dieser jeweils bei 30 Stunden pro Woche.

Tabelle 33: Personalzugänge nach QN

Häufigkeit	QN -1	QN 0	QN 1	QN 2	QN 3	QN 4	QN 5	QN 6
Anzahl	11	70	24	143	41	98	13	-
Summe Vertragsstunden	427,5	2.711,5	514,3	4.229,7	1.196,8	3328,0	457,9	-
Mittelwert	38,9	38,7	21,4	29,6	29,2	34,0	35,2	-
Min	38,0	6,5	3,0	6,0	6,5	6,0	6,4	-
Median	38,5	39,0	20,0	30,0	30,0	38,0	38,5	-
Max	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	-

Krankheitsausfälle: Die Krankheitsausfälle der Untersuchungseinrichtungen lag im Jahr 2018 bei 32.422 Tagen mit einem Stundenumfang von 235.723,14 Stunden (n=39). Die Verteilung der Ausfallzeiten nach Qualifikationsniveau in Tagen und Stunden zeigt Abbildung 39.

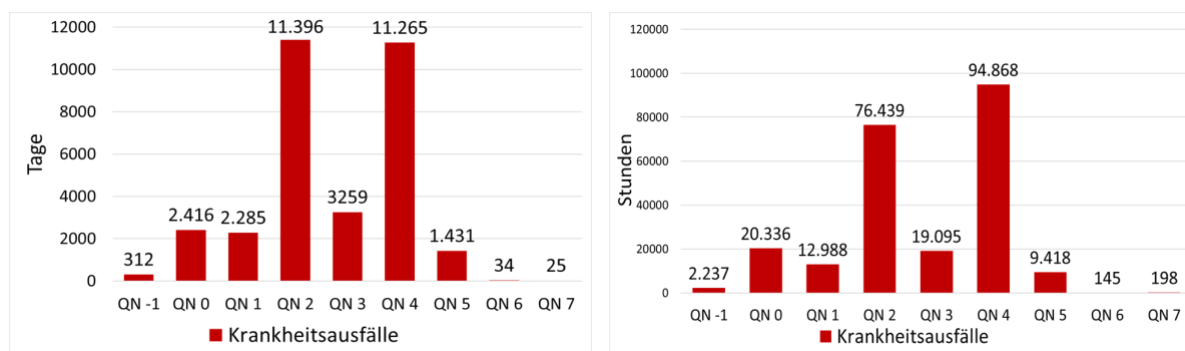


Abbildung 39: Krankheitsausfälle 2018 nach Tagen und Stunden

Personalausstattung: Um einen Überblick über die Personalausstattung zu erhalten, wurden die Einrichtungen gebeten, für den Folgemonat der Datenerhebung Angaben zu dem eingesetzten Personal nach Qualifikationsniveau und Vertragsstunden zu machen. Mitarbeiter*innen in Elternzeit und Langzeitkranke wurden ausdrücklich ausgeschlossen. Tabelle 34 zeigt die Verteilung nach Qualifikationsniveau (n=37). Der Anteil eingesetzten Pflegekräfte mit QN 4 und höher an allen Pflegekräften (ohne die Auszubildenden in QN -1 und QN 0) liegt bei rund 45 %. Auf das Helferniveau entfällt demnach 55 % der eingesetzten Arbeitszeit. Nicht alle Einrichtungen haben Mitarbeitende aller Qualifikationsniveaus beschäftigt. So bilden zwar alle 37 Einrichtungen Pflegefachpersonen aus, aber nur 12 auch Pflegeassistent*innen. Servicekräfte sind in 26 Einrichtungen beschäftigt. Auffallend ist auch, dass nur eine Einrichtung keine Mitarbeitende ohne Ausbildung, aber mit Fortbildung (QN 2) beschäftigt, aber elf Einrichtungen keine Pflegeassistent*innen mit einer 1-2jährigen Ausbildung (QN 3).

Tabelle 34: Personalausstattung nach Qualifikationsniveau und Vertragsstunden

Qualifikationsniveau	QN -1	QN 0	QN 1	QN 2	QN 3	QN 4	QN 5	QN 6	QN 7	QN 8
Anzahl	25	212	120	586	124	538	125	7	2	-
Vertragsstunden pro Monat	5.086	328.811	114.050	689.371	149.431	716.491	184.430	897	303	-

Der Blick auf die tatsächlich geleisteten Stunden im Folgemonat zeigt, dass bei allen QNs Mehrarbeit angefallen ist (Abbildung 40).

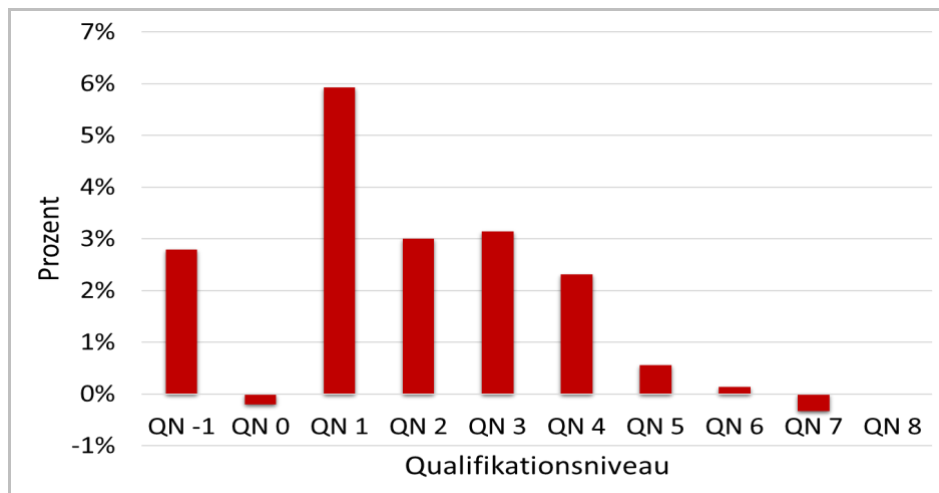


Abbildung 40: Überschuss der IST-Stunden in Relation zum Vertrags-SOLL im Folgemonat

Tarifbindung: Der Anteil der Einrichtungen, deren Vergütung nach einem Tarifvertrag geregelt ist, liegt bei 49 % (n=45). Genannt wurde dabei:

- AVR nicht näher benannt (7); AVR Caritas (3), AVR Ost (1); bpa-AVR (2); AVR DW EKD (1);
- TVÖD (4);
- AWO nicht näher benannt (1); AWO Bayern (1);
- Haustarif (2).

Beschäftigte Berufsgruppen außerhalb der Pflege im Folgemonat der Datenerhebung: Zu 43 Einrichtungen liegen Angaben über die beschäftigten Berufsgruppen der gesamten Einrichtung außerhalb der Pflege im Folgemonat der Datenerhebung vor. Tabelle 35 enthält die durchschnittlichen Vertragsstunden pro Woche für die verschiedenen Berufsgruppen.

Als weitere Berufsgruppen mit folgendem Gesamtstundenumfang pro Woche wurden genannt:

- Verwaltung (232 (n=4)),
- Aushilfen am Wochenende (6),
- Sachbearbeiterin für Pflege (32),
- Seelsorge (29),
- Hauswirtschaftliche Hilfskräfte in Wohnbereichen (20),
- Hausreinigung (68),
- Müllentsorgung/Getränkeliieferung (15).

Tabelle 35: Berufsgruppen außerhalb der Pflege

Berufsgruppe	Vertragsstunden pro Woche (Mittelwerte)
Pflegemanagement	
Einrichtungsleitung	33
Pflegedienstleitung	38
Stellvertretende Pflegedienstleitung	22
Qualitätssicherung hausintern	13
Qualitätssicherung Träger	7
Soziale/therapeutische Betreuung	
Sozialpädagogen*in	11
Sozialarbeiter*in	3
Ergotherapeut*in	19
Physiotherapeut*in/Krankengymnast*in	1
Person mit gerontopsychiatrischer Helferqualifikation	0
Ehrenamt	7
Sonstige Therapeuten*in	7
Hauswirtschaftliche Versorgung	
Hausmeister*in	42
Koch/Köchin	41
Hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jähr. Ausbildung)	49
Hilfskräfte und angelernte Kräfte	134
Weitere:	
Weitere Auszubildende	53
Bundesfreiwilligendienstleistende	18
Freiwillige soziales Jahr	16
Betreuungskräfte nach §43b	142
Betreuungskräfte nicht nach §43b	12
Präsenzkraft	11

Fortbildungsstunden: Die Anzahl der Fortbildungsstunden der Pflegenden für den Zeitraum vom 01.01.2018 bis zum 30.09.2018 beträgt für alle QNs 11.936,76 Stunden. Den größten Anteil daran haben examinierte Pflegekräfte mit und ohne Weiterbildung oder Studium (63 %). Der Anteil bei den Helferniveaus (1-3) liegt mit 37 % deutlich darunter (Abbildung 41).

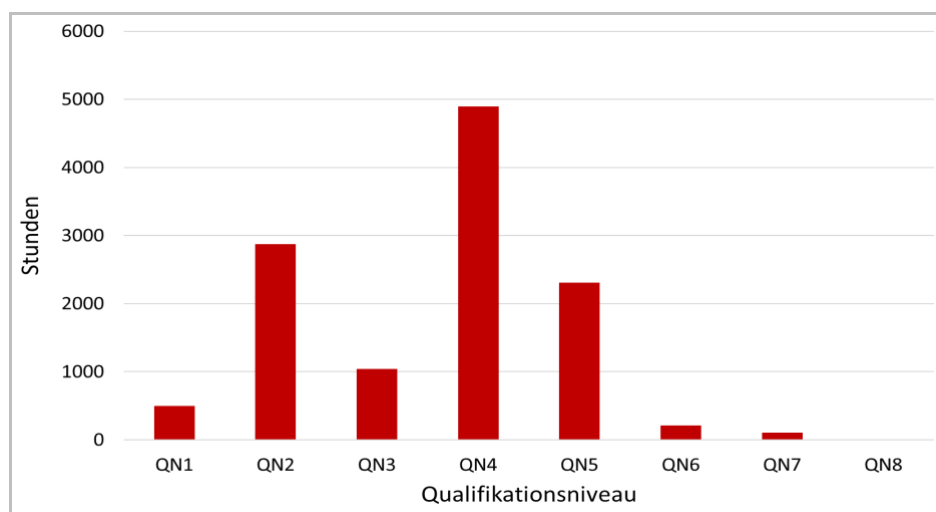


Abbildung 41: Qualifikationsniveau nach Fortbildungsstunden

5.4.5 Strukturdaten vor dem Hintergrund der Personalbemessung

Die Daten der Strukturdatenerhebung verdeutlichen Versorgungsengpässe in der stationären Langzeitpflege, denn alle an der Studie teilnehmenden Einrichtungen führen Wartelisten und sehr häufig kann Pflegebedürftigen nicht direkt ein Versorgungsplatz angeboten werden. Dazu zeigen sich bei den Pflegenden hohe Belastungen, die sich an den geleisteten Überstunden und Krankheitsausfällen bei einer gleichzeitig hohen Fluktuation des Pflegepersonals in den Einrichtungen ablesen lässt. Gerade durch den Verlust von Mitarbeitern und den Aufwand durch eine neue Einarbeitung entstehen den Einrichtungen erhebliche Aufwände. Ein konstanter Mitarbeiterstand, der bei akzeptablen Arbeitsbedingungen in einer Einrichtung und damit im Beruf verbleibt, wäre für die Einrichtungen als Effizienzgewinn zu sehen.

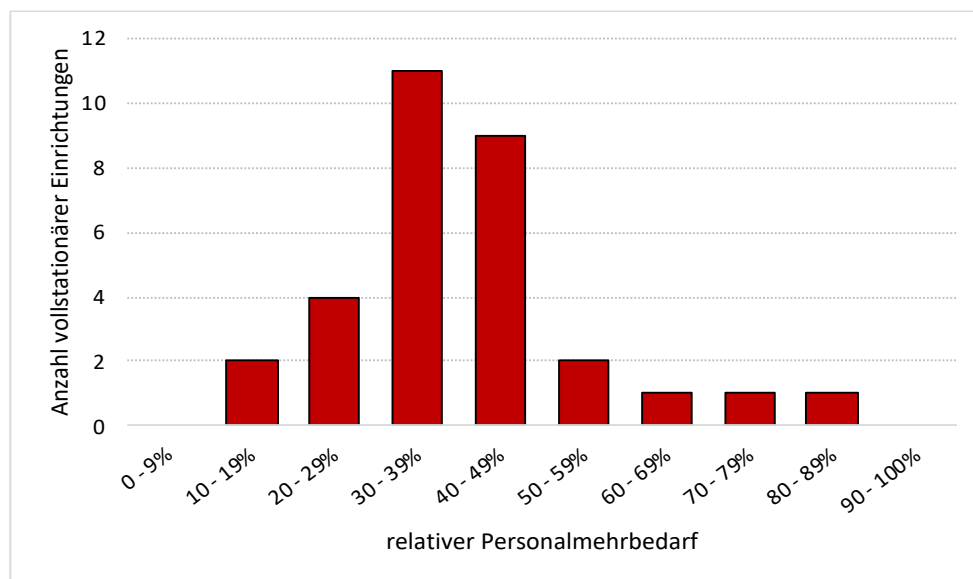


Abbildung 42: Personalmehrbedarf in den Studieneinrichtungen

Dies zeigt sich auch im Hinblick auf die empirisch festgestellten Personalbedarfe der studienteilnehmenden Einrichtungen, die in Relation zu den jeweils vereinbarten individuellen Personalschlüsseln eine Einschätzung der Mehrbedarfe für jede Einrichtung erlauben (Abbildung 42).

Es zeigt sich, dass für die 31 Einrichtungen, welche die notwendigen Strukturdaten zur Berechnung lieferten, eine leicht rechtsschiefe Verteilung um die Klasse 30 bis 39 Prozent entsteht. Während alle Einrichtungen Personalmehrbedarf aufweisen, konzentriert sich dieser auf den Bereich zwischen 30 und 49 Prozent. Nur für einzelne Einrichtungen fällt dieser Wert noch einmal deutlich höher aus.

5.5 Rückmeldungen der Datenerhebenden

Eine weitere Erklärung für Zeitzu- oder -abschläge in den Bewertungen der einzelnen Interventionen können die Auswertungen der Rückmeldungen der Datenerhebenden bieten. Die Datenerhebenden wurden nach Abschluss der Datenerhebung gebeten, in Form eines schriftlichen Fragebogens, der als E-Mail versendet wurde, ihren Gesamteindruck im Hinblick auf die Organisation der Studie, die positiven und negativen Erfahrungen während der Datenerhebung und sonstige Aspekte, die als relevant für eine Personalbemessung erscheinen, zurückzumelden (vgl. Abschnitt 5.3.3).

Aufgrund des begrenzten Rücklaufs von 33 Einzelrückmeldungen sowie der zusammenfassenden Rückmeldung eines MDKs wurden diese Rückläufe qualitativ ausgewertet. Die Ergebnisse haben daher nicht die gleiche Aussagekraft wie die empirisch sehr fundiert erfassten quantitativen Daten, be-

schreiben jedoch eindrucksvoll den Kontext, in dem die Datenerfassungen erfolgten. So bieten sie nicht nur eine weitere Erklärung zu Zeitzu- und -abschlägen, sondern geben auch wichtige Hinweise auf die Qualität der Versorgung, die Arbeitsorganisation und die (Arbeits-) Einstellung des Personals aus Perspektive der Datenerhebenden. Die Auswertung der zuvor anonymisierten Aussagen der Datenerhebenden erfolgte inhaltsanalytisch nach Mayring (2008). In die Auswertung einbezogen wurden alle Rückmeldungen, die Aufschluss über im Kontext der Studie relevante Gegebenheiten in den studienteilnehmenden Pflegeeinrichtungen aufzeigen. Die Aussagen wurden nach Anzahl der Nennung summiert und den Oberkategorien *Organisation der Studie*, *Organisationsstruktur*, *pflegerische Versorgung* und *Personal* zugeordnet. Nachfolgend werden hier die Kernergebnisse der qualitativen Auswertung zusammengefasst. Eine vollständige Darstellung der Ergebnisse ist dem Anlagenband (A 6.4) zu entnehmen.

Zur *Organisation und Durchführung* der Studie haben die Datenerhebenden ein differenziertes Feedback gegeben. Als positiver Erfahrungsgewinn wurde insbesondere die gute Kooperation und Vorbereitung, die Offenheit der Pflegenden gegenüber der Beschattung und die Studienteilnahme hervorgehoben. Als negativ wurden Dienstzeiten, die nicht exakt mit dem eigenen Dienstplan übereinstimmten, und die Nicht-Beschattung von Führungskräften vermerkt. Grundsätzlich sahen sich die Datenerhebenden durch das Studienteam im Rahmen der Schulungen und Praxisbegleitungen für die Datenerhebungen gut vorbereitet.

Im Weiteren zeigen die Rückmeldungen der Datenerhebenden Defizite in der aktuellen Versorgung in deutschen Pflegeeinrichtungen auf. Die Aussagen der Datenerhebenden bestätigen die in Abschnitt 9.3 berichteten Qualitätsdefizite in Bezug auf die Teilschritten und Anforderungen der verschiedenen Interventionen. Am deutlichsten wird dies in der Kategorie *pflegerische Versorgung*. In Beantwortung der offenen Frage nach positiven Aspekten wurden kaum positive Beobachtungen beschrieben. Vielmehr werden nach Angaben der Datenerhebenden bei nahezu allen körpernahen pflegerischen (Körperpflege, Mundpflege, Nahrungsaufnahme, Toilettengänge, Positionswechsel) und einige medizinisch-therapeutischen und -diagnostischen Interventionen (Wundversorgung, Injektion s.c., Medikamentengabe) Leistungserbringungen nicht fachgerecht, nur verspätet oder – trotz bestehender Notwendigkeit – gar nicht erbracht. Dies gilt ebenfalls für die Durchführung von hygienischen Schutzmaßnahmen, von denen berichtet wird, dass sie teilweise unzureichend oder gar nicht durchgeführt wurden. Zudem werden hygienische Defizite sowohl bei der direkten als auch bei der indirekten Versorgung berichtet. Ein Vergleich mit der Auswertung der Zu- und Abschläge auf Interventionsebene der quantitativen Erhebungen (Abschnitt 9.3) bestätigt diese Eindrücke.

Die Aussagen der Datenerhebenden zum *Umgang des Personals mit den Pflegebedürftigen* sind heterogen: So wird das Personal einiger Erhebungseinrichtungen für seinen besonders liebevollen und wertschätzenden Umgang mit den Pflegebedürftigen gelobt, während in anderen Einrichtungen ein „unwürdiger“ und „liebloser“ Umgang mit den Bewohnern beschrieben wird.

Gründe für eine nicht fachgerechte Leistungserbringung können die Defizite in der Strukturqualität sein. Vor allem die geringe Personalausstattung und das hohe Arbeitspensum der Pflegenden wurden in diesem Zusammenhang kausal benannt. Dazu wurden u. a. eine zu geringe Personalausstattung bemängelt, Defizite in der Qualifikation der Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte berichtet, unzureichende Sprachkenntnisse von Pflegenden beobachtet und/oder ein vergleichsweise hoher Krankenstand der Pflegenden sowie eine hohe Frustration der Pflegenden aufgrund hoher Arbeitsbelastungen festgestellt.

Zusätzlich zur Personalstruktur wurden auch Aussagen zur *Arbeitsorganisation und Prozessgestaltung* getroffen, die von den Datenerhebenden teilweise als ineffizient und unstrukturiert bezeichnet wurde. Dabei wird deutlich, dass das Pflegepersonal – sowohl Pflegehilfskräfte als auch Pflegefachkräfte – sehr viel Zeit mit professionsfernen Tätigkeiten beispielsweise im hauswirtschaftlichen Bereich verbracht haben. Zeit- und Personalressourcen, die zur Erbringung von Pflegeleistungen zur Verfügung stehen, werden hier aufgrund von Problemen in der Arbeitsorganisation nicht für die pflegerische Versorgung aufgebracht. In diesem Zusammenhang sind auf Basis der Beobachtung von Datenerhebenden neben einer angemessenen Personalausstattung durch eine bedarfsgerechte Personalbemessung Optimierungsbedarfe in der (Arbeits-) Organisationsentwicklung abzuleiten.

Es kann also nicht sichergestellt werden, dass die genannten Mängel allein durch eine angemessene Personalausstattung kompensiert werden können. Vielmehr muss eine Verbesserung der Personalausstattung durch systematische Personal- und Organisationsentwicklungsprozesse flankiert werden. Eine angemessene Personalausstattung bildet aber eine Grundvoraussetzung für eine fachgerechte pflegerische Versorgung in einem gesundheitsfördernden Arbeitsumfeld.

Nach Einschätzung der Datenerhebenden konnte bei vielen Pflegekräften bereits eine Resignation, Frustration und Unzufriedenheit aufgrund einer geringen Personalausstattung beobachtet werden, die sich negativ auf die Qualität der Leistungserbringung auswirkt. Allerdings wurde in einigen Einrichtungen auch das hohe Engagement von Pflegenden, die angenehme Arbeitsatmosphäre, die gute Zusammenarbeit von Teams und Spaß und Freude der Pflegenden an der Arbeit hervorgehoben. Es gibt demnach in der Praxis auch Konstellationen, die angemessene Arbeitsbedingungen ermöglichen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass nach Einschätzung der Datenerhebenden Qualitätsdefizite in der pflegerischen Versorgung aufgrund einer als zu gering empfundene Personalausstattung zu beobachten sind. Zudem wurden Probleme in der Arbeitsprozessorganisation berichtet. Hier ist Potenzial für Optimierung der pflegerischen Versorgung gegeben. Die Ergebnisse der Rückmeldungen zeigen auch, dass es Einrichtungen gibt, denen eine gute Arbeitsorganisation gelingt. Die Datenerhebenden weisen somit auf die Notwendigkeit einer besseren Personalausstattung in der stationären Pflege und eine systematische Organisations- und Personalentwicklung in den Pflegeeinrichtungen hin.

5.6 Zwischenergebnis II – Empirische Daten

Für den voll- und teilstationären Pflegesektor wurde von April bis Oktober 2018 die vorstehend beschriebene Datenerhebung durchgeführt worden. Es wurden die quantitativen personellen Dimensionen einer fachgerechten pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen beobachtet und bewertet. Hierzu wurden

- die fachlich notwendigen pflegerischen Interventionen geplant,
- die Erbringung der durchgeführten pflegerischen Leistungen erfasst und
- eine mögliche quantitative und qualitative Differenz dieser Erbringung zum fachlichen Erforderlichen festgelegt.

Im Ergebnis lag nun ein Datensatz vor, der Daten enthält, die eine Festlegung der normativ erforderlichen Personalmenge für fachgerechte Pflege ermöglichen. Die größte Herausforderung für die Erarbeitung eines Personalbemessungsverfahrens war es nun, diese große Datenmenge so zu verarbeiten, dass die entstehenden Ergebnisse nachvollziehbar und fachlich angemessen abgeleitet wurden. Für die hier gegenständliche Datenauswertung, die letztlich zu SOLL-Werten in den Zeit- und Men-

genkomponenten der einzelnen Interventionen und BI-Konstellationen führen soll, sind grundsätzlich zwei verschiedene Datenmengen zu unterscheiden: einen *Ausgangsdatensatz*, der alle erhobenen Informationen der Datenerhebung umfasst (Abschnitt 5.6.1) und einen *Rohdatensatz*, der in der Anzahl der Variablen reduziert ist und die (unbearbeiteten) Informationen beinhaltet, die als Grundlage der Datenauswertung erforderlich sind (Abschnitt 5.6.2).

5.6.1 Ausgangsdatensatz

Ausgangspunkt aller weiteren Datenanalysen ist ein Datensatz, der alle Informationen enthält, die von den Datenerhebenden in den Einrichtungen erfasst oder vom Studienteam geplant wurden. Dieser Datensatz ist auf Ebene der Teilschritte und Anforderungen jeder einzelnen erfassten Intervention organisiert. Er enthält somit mehr als *2,2 Mio. Einträge* von erfassten Teilschritten und Anforderungen und Informationen zu den geplanten Interventionen, wenn diese in der Datenerhebung nicht bearbeitet wurden. Dieser Datensatz steht für vertiefende Analysen zur Verfügung. Für die Erarbeitung eines Algorithmus zur Personalbemessung sind jedoch nur Daten auf *Ebene der Interventionen* erforderlich, die im Rohdatensatz enthalten sind.

5.6.2 Rohdatensatz

Der Rohdatensatz, auf den für die weitere Datenauswertung zurückgegriffen wird, besteht aus *154.870 Dateneinträgen*, von denen jeder eine geplante und/oder erfasste Intervention abbildet. Dieser Datensatz wurde im Zuge der Datenaufbereitung auf Plausibilität geprüft und nach konsentierten Regeln korrigiert. Der Gesamtrohdatensatz setzt sich dabei analytisch betrachtet aus drei Teilen zusammen, von denen jeweils die Informationen zur Planung und/oder Erbringung aus dem Ausgangsdatensatz übernommen werden:

Bearbeitete personenbezogene Interventionen: Den größten Anteil der Daten stellen Dokumentationsdaten dar, die während der Erbringung an den Pflegebedürftigen durch Datenerhebende aufgezeichnet worden sind. In diese Kategorie fallen auch Interventionen, die geplant waren und von den Datenerhebenden als *NICHT ERBRACHT* in den Tagesstrukturen bearbeitet wurden. Personenbezogene Interventionen werden fortan auch als Interventionen der *direkten Pflege* bezeichnet.

Bearbeitete nicht-personenbezogene Interventionen: Es handelt sich hierbei um organisatorische Interventionen, die durch die Pflegekräfte erbracht wurden, aber nicht einzelnen Pflegebedürftigen zugeordnet werden können. Um dem in der Datenerhebung Rechnung zu tragen, wurde der Bewohner ADMIN_ORGA eingeführt, dem diese organisationsbezogenen Tätigkeiten zugeordnet wurden. Der Bewohner ADMIN_ORGA wurde auch in der Planung berücksichtigt, damit entsprechende Tätigkeiten von den Datenerhebenden leichter erfasst werden konnten. Allerdings handelt es sich bei diesen Planungen dann – anders als bei den personenbezogenen Interventionen – nicht um normative Vorgaben. Sie werden dementsprechend später auch anders behandelt als die personenbezogenen Interventionen. Technisch wird in jedem Dateneintrag/jeder Intervention eine Variable ADMIN_ORGA eingeführt. Diese wird für alle Einträge auf 0 gesetzt und danach durch die folgenden Schritte für die entsprechenden Interventionen mit dem Wert 1 überschrieben, wenn die Intervention als nicht-personenbezogen identifiziert wird. Hierdurch wird es möglich, Interventionen, die nicht personenbezogen erbracht, sondern irrtümlich einem Bewohner bzw. einer Bewohnerin zugeordnet wurden, händisch als ADMIN_ORGA-Intervention zu kodieren. Nicht-personenbezogene Interventionen werden fortan auch als Interventionen der *indirekten Pflege* bezeichnet.

Geplante und nicht bearbeitete Interventionen: Hierbei handelt es sich um Interventionen, die zwar in der personenbezogenen Planung als notwendige Leistungen geplant und in der tagesstrukturierten

Planung ausgewiesen, von den Datenerhebenden aber nicht bearbeitet und abgeschlossen wurden. Hierunter fallen zwei Gruppen von Interventionen: Der erste Fall wurde durch die Bedienlogik der Planungssoftware erzeugt. Geplant wurden jeweils Interventionen für fünf ganze Tage. Weil in vollstationären Einrichtungen über fünf Tage versetzt aber nur jeweils vier Früh- und Spätschichten sowie eine Nachtschicht beschattet wurden, liegen also Planungsdaten zu vier Nacht- und jeweils einer Früh- und Spätschicht vor, zu denen keine Dokumentationen stattgefunden haben (konnten). Im zweiten Fall handelt es sich um eine Anzahl von 3.585 für den Beschattungszeitraum geplanten Interventionen, die von den Datenerhebenden während der Beschattung überhaupt nicht bearbeitet wurden, weshalb davon auszugehen ist, dass sie nicht erbracht wurden.

Tabelle 36: Variablen des Ausgangsdatensatzes

VARIABLENNAME	Datenformat	Plausible Werte bzw. Wertebereich
Informationen zum Bewohner		
BEWOHNERNUMMER	Numerisch	100990101001-100990223018
GEBURTSJAHR	jjjj	1109-1992
ALTER	Numerisch	26-107
GESCHLECHT	alphanumerisch	W=WEIBLICH, M=MÄNNLICH
MODULWERTE 1-6 FÜR NBA	numerisch	0-54
Informationen zur Planung		
AUFBEDARF	alphanumerisch	JA=BEDARF, NEIN=GEPLANT
PLANNEDEXECUTIONTIME	ddMONjjjj:hh:mm:ss	26APR18:01:00:00 - 27OCT18:09:10:00
PLANUNGSID	numerisch	1-6112
INTERVENTION	alphanumerisch	
QNLEVELINTERVENTION	numerisch	-2, 0, 1, 2, 3, 4, 5
INTERVENTIONSID	Hexadezimalcode	EINDEUTIG FÜR JEDE INTERVENTION
TEILSCHRITTANLEITUNG	alphanumerisch	
TEILSCHRITTID	Hexadezimalcode	EINDEUTIG FÜR JEDEN TEILSCHRITTANLEITUNG
SORTORDER	numerisch	0-37
Informationen zur Dokumentation		
DOCUMENTATIONTIME	ddMONjjjj:hh:mm:ss	26APR18:13:31:17 - 26OCT18:16:06:12
SCHATTENID	numerisch	2-266
PFLEGEKRAFT	numerisch	1-83
QNLEVELPFLEGEKRAFT	numerisch	-1, 0, 1, 2, 3, 4, 5
DAUER	hh:mm:ss	-0:00:20 – 17:10:19
ISTKORREKTUR	hh:mm:ss	-01:20:00 – 01:39:31
SOLLKORREKTUR	hh:mm:ss	-01:28:00 – 01:39:45
ZEITBEGRUENDUNG	alphanumerisch	ABWEICHUNG BEIM ÜBERNAHMENIVEAU ABWESENHEIT DES PFLEGEBEDÜRFTIGEN ANFORDERUNGEN/TEILSCHRITTE UNZUREICHEND BERÜCKSICHTIGT FEHLMANAGEMENT (PROZESS UND STRUKTUR) ABGELEHNT/ABGEBROCHEN/VERSCHOBEN DURCHGEFÜHRT DURCH ANDERE ERBRACHT DURCH ANGEHÖRIGE/EHRENAMTLICHE ERBRACHT DURCH WEITERE MITARBEITER*INNEN OHNE BESCHATTUNG FACHGERECHT DURCHGEFÜHRT NICHT NOTWENDIG NICHT SELBST BEENDET/FORTGEFÜHRT NOTWENDIGE INTERVENTION NICHT ERBRACHT
QNBEGRUENDUNG	alphanumerisch	– 2. PFLEGEKRAFT AKUTE ÄNDERUNG DES BEWOHNERZUSTANDES
TADOCSTATE	alphanumerisch	GRÜN, GELB, ROT
A	alphanumerisch	TRUE, FALSE
B	alphanumerisch	TRUE, FALSE

Insgesamt enthält der Ausgangsdatensatz die in Tabelle 36 angegebenen Rohvariablen im dargestellten Datenformat und mit den dargestellten Ausprägungen bzw. Wertebereichen. Diese wurden im Rahmen der Datenaufbereitung Plausibilitätsprüfungen unterzogen und zur Generierung der weiteren für die Auswertung benötigten Variablen genutzt. Zusätzlich wurden Information aus weiteren Quellen zu den Bewohnern (MDK-Gutachten), Einrichtungen (Bundesland, Träger) und Datenerhebenden (Organisationsform) zugespielt.

6 Projektdurchführung III – Datenaufbereitung

Nachfolgend sind die Datenaufbereitungsschritte bis zur Erzeugung der Auswertungsdatensätze dargestellt sowie die Berechnung der für das Personalbemessungsverfahren notwendigen Ergebnisse erläutert. Nach der Definition von analytischen Konstrukten und verwendeten Variablen (Abschnitt 6.1), der Beschreibung der Datenbereinigung (Abschnitt 6.2), der Operationalisierungen (Abschnitt 6.3), der Rechenvorschriften zur Erzeugung der Auswertungsdatensätze (Abschnitt 6.4) und der Konsentierung der Datenaufbereitungs- und Datenauswertungsschritte (Abschnitt 6.5), werden als Zwischenergebnis die konsentierten Regelungen zur Datenaufbereitung und der resultierende Ausgangsdatensatz präsentiert (Abschnitt 6.6).

Für die Berechnung der erforderlichen Personalmengen sind im Algorithmus in erster Linie die SOLL-Mengen, SOLL-Zeiten und SOLL-Qualifikationsniveaus relevant. Für eine Einordnung der Ergebnisse und die vergleichende Darstellung des studieninternen IST-Zustandes wurden zusätzlich die erbrachten IST-Mengen, IST-Zeiten und IST-Qualifikationsniveaus für Auswertungen aufbereitet. Dadurch ist eine studieninterne Berechnung des Personalmehrbedarfes und die interventionsabhängige Darstellung der veranschlagten Differenzen zwischen IST und SOLL-Erbringung möglich.

6.1 Definition von analytischen Konstrukten und verwendeten Variablen

Der folgende Text entspricht einer textlichen Umsetzung der Aufbereitungs- und Auswertungsroutinen, wie sie zur Auswertung in der Statistik-Software SAS (Version 9.4) programmiert wurden. Auch wenn versucht wurde, diese in einem möglichst flüssig lesbaren Text zu überführen, ist die Verwendung von einigen Begriffen notwendig, die im Kontext der Gesamtstudie definiert werden mussten. Dies bezieht sich insbesondere auf die Bezeichnung der Zeitwerte (Abschnitt 6.1.1), der Rohvariablen, Finalvariablen und Auswertungsvariablen (Abschnitt 6.1.2) sowie der Zeit- und Mengenkomponekte der Personalbemessung und des Qualifikationsmix (Abschnitt 6.1.3). Um weitergehend eine einfachere Zuordnung von im Fließtext verwendeten Variablen und Variablenausprägungen zu ermöglichen, wurde eine spezifische Darstellungsform gewählt: Variablennamen sind in KAPITÄLCHEN gesetzt, Variablenausprägungen in *KURSIVEN KAPITÄLCHEN*.

6.1.1 Bezeichnung der verwendeten Zeitwerte

In der Datenerhebung sind pro erbrachter Intervention jeweils bis zu 3 Zeitwerte erfasst worden:

- die „gestoppte“ Erbringungszeit,
- die *ISTKORREKTUR*, ein von den Datenerhebenden händisch eingetragener Zeitwert, der bei nicht korrekt gestarteter oder nicht korrekt gestoppter Zeitmessung ab- oder aufgeschlagen wird und
- die *SOLLKORREKTUR*, ein von den Datenerhebenden händisch eingetragener Zeitwert, der bei nicht fachgerechter Erbringung ab- oder aufgeschlagen wird.

Die Korrekturwerte wurden genutzt, wenn die Datenerhebenden dies für (fachlich) notwendig erachtet haben. Sie konnten dabei sowohl positive, als auch negative Ausprägungen haben und wurden von den Datenerhebenden manuell in der Erfassungs- und Erbringungssituation entsprechend angegeben.

Innerhalb der Datenaufbereitung und Auswertung wird auf zwei Variablen zurückgegriffen, die aus diesen Roh-Werten erzeugt werden. Es sind die

- *IST-ZEIT*, definiert als Summe aus der „gestoppten“ Erbringungszeit und der *ISTKORREKTUR* und
- *SOLL-ZEIT*, definiert als Summe aus der *IST-ZEIT* und der *SOLLKORREKTUR*.

6.1.2 Rohvariablen, Finalvariablen und Auswertungsvariablen

Zur Auswertung der erfassten und geplanten Interventionen wird auf drei Arten von Variablen zurückgegriffen:

Rohvariablen enthalten die Werte, die in der Datenerfassung erzeugt worden sind. Das sind sowohl die dokumentierten Werte, die von den Datenerhebenden erzeugt worden sind, als auch die Planungsdaten, die von den wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen erzeugt worden sind. Diese beiden Datenmengen werden in einem Ausgangsdatensatz zusammengeführt. Nähere Ausführungen hierzu finden sich in Abschnitt 6.1.4.

Finalvariablen enthalten Werte, die letztlich für die weitere (mathematische) Auswertung verwendet werden. Es handelt sich hierbei um zusätzliche Variablen, die mit den Rohdaten korrespondieren. Beispielhaft wird für jede Intervention die Variable IST_FIN erzeugt und mit einem Wert hinterlegt. Während in den Rohdaten der Wert für die IST-ZEIT in den beiden erfassten Komponenten der „gestoppten“ Zeit und der ISTKORREKTUR vorliegt, enthält die IST_FIN nun den summierten Wert, auf den zusätzlich alle im Folgenden beschriebenen Korrektur- und Aufbereitungsschritte angewendet werden. Für sämtliche Berechnungen werden diese Finalvariablen verwendet.

Auswertungsvariablen: Während die Roh- und Finalvariablen Mess- und Planungswerte enthalten, werden zur Operationalisierung zusätzliche Variablen definiert, die in der Auswertung als Parameter für die Auswertungs-Algorithmen genutzt werden. Beispielsweise kann die Variable NOTWENDIG zur Entscheidung darüber verwendet werden, ob die entsprechende Intervention in die Berechnung der SOLL-Personalmenge aufzunehmen ist oder nicht. Die analytische Kategorie „Notwendigkeit“ wird somit mittels der Finalvariablen operationalisiert.

6.1.3 Zeit- und Mengekomponente sowie Qualifikationsmix

Für die Auswertung sind letztlich drei Komponenten erforderlich, um die notwendige und angemessene Personalmenge innerhalb einer Klassierung wie Pflegegraden oder BI-Konstellationen zu erarbeiten:

Mengekomponente: Für jede Intervention muss festgelegt sein, wie häufig diese Intervention für einen bzw. eine Pflegebedürftige*n der entsprechenden Klassierung fachlich notwendig ist. Diese Menge der notwendigen Interventionen enthält

- die geplanten Interventionen, die erbracht wurden und als notwendig bewertet werden,
- die geplanten Interventionen, die nicht erbracht wurden, aber von den Schatten als notwendig erachtet wurden und
- die zusätzlichen Bedarfsinterventionen, die als notwendig erachtet wurden.

Dieses Mengengerüst, das dann auf den konkreten Erhebungszeitraum bezogen ist, wird in einem späteren Auswertungsschritt auf das erforderliche Mengengerüst einer durchschnittlichen Kalenderwoche hochgerechnet.

Qualifikationsniveau: Für jede geplante Intervention ist ein – nach Bewohnern*innen individualisiertes – Qualifikationsniveau hinterlegt. Dieses ergibt sich in direkter Abhängigkeit der BI-Konstellation jedes bzw. jeder Pflegebedürftigen, konnte aber bei Vorliegen einer besonderen bewohnerbezogenen Bedarfssituation manuell angepasst werden. In der Datenerhebung wurde das tatsächliche Qualifikationsniveau der beschatteten Pflegekraft erfasst, die diese Intervention vornimmt. Weichen tatsächliches und geplantes Qualifikationsniveau voneinander ab, wurde vom Schatten eine Einschätzung darüber abgegeben, ob die Abweichung im Einzelfall gerechtfertigt war oder nicht.

Zeitkomponente: Jede erfasste und geplante Intervention muss mit einem konkreten Zeitwert hinterlegt sein, der für eine fachgerechte Erbringung dieser Intervention beim bzw. bei der jeweiligen Pflegebedürftigen anzusetzen ist. Hierbei handelt es sich entweder um die gemessenen SOLL-Werte der empirischen Datenerhebung oder um *Imputationswerte*. Letztere kommen immer dann zum Einsatz, wenn es sich um eine notwendige Intervention handelt, für die aber keine Messwerte vorliegen, so dass Ersatzwerte auf Basis der empirischen Daten eingesetzt werden. Diese Imputationswerte kommen beispielsweise zum Einsatz, wenn notwendige Interventionen nicht oder von Anderen erbracht wurden. Diese Interventionen gehen in das Mengengerüst ein, benötigen dann aber Zeitwerte, die in gemessener Form für diese Intervention und diesen Bewohner in dieser Situation nicht vorliegen. Auch im Rahmen der Datenaufbereitung können erfasste Zeiten für unplausibel erklärt werden. In diesen Fällen werden auch sie durch Imputationswerte ersetzt. Das Imputationsverfahren ist in Abschnitt 6.4.1 näher beschrieben.

Personalmenge und Personalqualifikationsmix: Aus den Produktsummen der Zeit- und Mengekomponenten lässt sich somit eine Gesamtzeitmenge aller fachlich notwendigen Interventionen für eine bzw. einen Pflegebedürftige*n der entsprechenden Klassierung, aufgeteilt nach den verwendeten Qualifikationsniveaus, berechnen. Im Ergebnis entsteht ein Personalmengenvektor, der für jedes Qualifikationsniveau eine fachlich angemessene Personalmenge enthält.

6.1.4 Erweiterung des Rohdatensatzes zum auswertbaren Datensatz

Die Rohdaten bieten den Ausgangspunkt zur Auswertung. Zur direkten statistischen Auswertung werden allerdings eigene Variablen benötigt, deren Werte durch die in späteren Abschnitten beschriebenen Vorschriften aus den Rohdaten erzeugt werden. Es handelt sich dabei um sogenannte FINAL-VARIABLEN, in denen die korrigierten, plausibilisierten und transformierten Werte der Rohvariablen hinterlegt sind. Da in den folgenden Beschreibungen der Zuordnungsschritte, die letztlich konsentiert wurden, fortlaufend auf diese Variablen Bezug genommen wird, werden diese hier zunächst vollständig aufgezählt und erläutert:

- a. IST_FIN: Die finale IST-ZEIT. Interventionen, die nicht von einer beschatteten Pflegekraft (PK) erbracht wurden, oder deren dokumentierte Erbringungszeit als nicht plausibel identifiziert wird, erhalten eine IST_FIN=MISSING. Durch Imputation wird später allen Interventionen eine IST_FIN zugewiesen.
- b. SOLL_FIN: Die finale SOLL-ZEIT. Interventionen, die nicht von einer beschatteten PK erbracht wurden, oder deren dokumentierte Erbringungszeit als nicht plausibel identifiziert wird, erhalten eine SOLL_FIN= MISSING. Durch Imputation wird später allen Interventionen eine SOLL_FIN zugewiesen.
- c. ZB_FIN: Die Ausprägungen der finalen ZEITBEGRÜNDUNG lauten:
 1. *FACHGERECHT DURCHGEFÜHRT*
 2. *ABWEICHUNG BEIM ÜBERNAHMENIVEAU*
 3. *ANFORDERUNGEN/TEILSCHRITTE UNZUREICHEND BERÜCKSICHTIGT*
 4. *FEHLMANAGEMENT (PROZESS UND STRUKTUR)*
 5. *ABGELEHNT/ABGEBROCHEN/VERSCHOBEN*
 6. *NICHT SELBST BEENDET/FORTGEFÜHRT*
 7. *DURCHGEFÜHRT DURCH ANDERE*
 8. *ERBRACHT DURCH WEITERE MITARBEITER*INNEN OHNE BESCHATTUNG*
 9. *ERBRACHT DURCH ANGEHÖRIGE/EHRENAMTLICHE*
 10. *NOTWENDIGE INTERVENTION NICHT ERBRACHT*
 11. *NICHT NOTWENDIG*

12. ABWESENHEIT DES PFLEGEBEDÜRFTIGEN.

- d. STATUS_ZB_FIN: Innerhalb der 12 Ausprägungen der Variablen ZB_FIN können weiterhin *drei Variablengruppen* definiert werden, die im weiteren Verlauf der Auswertung eingesetzt werden können, um einfacheren Zugriff auf Interventionen zu haben, die in Bezug auf die ZB_FIN gleichbehandelt werden. Es handelt sich hierbei um die Gruppen *ERBRACHT DURCH PK* (für die Ausprägungen: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 11), *ERBRACHT DURCH ANDERE* (für die Ausprägungen: 7, 8, 9) und *NICHT ERBRACHT* (10, 11 und 12). Die Belegung der ZB_FIN=NICHT NOTWENDIG ergibt sich erstens aus erbrachten, aber nicht notwendigen und zweitens aus nicht erbrachten und nicht notwendigen Interventionen.
- e. AUFBEDARF_FIN: Für jede Intervention wird festgelegt, ob sie geplant war oder aus dem Bedarfskatalog stammen (Bedarfsinterventionen). Gegenüber der ursprünglichen Variable AUFBEDARF kann es bei Interventionen zu Umkodierungen kommen, wenn diese aus der Planung eines anderen Tages vorgezogen wurden. Die Ausprägungen lauten 1=Ja oder 0=Nein.
- f. NOTWENDIG: Indikation, ob eine Intervention normativ als notwendig für eine fachgerechte Versorgung betrachtet wird. Diese Zuordnung ist unabhängig davon, ob die Intervention erbracht wurde oder nicht. Hiermit werden alle Interventionen gekennzeichnet, die für die Mengenkompente berücksichtigt werden. Die Ausprägungen lauten 1=Ja oder 0=Nein.
- g. ANGEBOT: Die Datenerhebung zeigte, dass bei einer Reihe von Interventionen regelmäßig keine vollständige Leistungserbringung erfolgte, allerdings ein – dann natürlich zeitlich relevantes – Angebot dieser Intervention erfolgte oder hätte erfolgen müssen. Datenstrukturell handelt es sich in diesen Fällen zwar nicht um inhaltlich zusätzliche Interventionen, allerdings ist es für die Ermittlung von Erbringungszeiten nicht sinnvoll, durchgeführte und angebotene Interventionen gleich zu behandeln, da in diesem Fall die durchschnittlichen Erbringungszeiten unangemessen reduziert würden, was insbesondere problematisch ist, wenn die durchschnittlichen Erbringungszeiten als *Imputationswerte* genutzt werden. Für alle Leistungen wird hier zuerst die Zuordnung ANGEBOT=0 vorgenommen, die aussagt, dass die Leistung erbracht wurde. Interventionen, bei denen dann davon auszugehen ist, dass sie angeboten wurden oder hätten angeboten werden sollen, aber nicht erbracht wurden, erhalten die Variablenausprägung ANGEBOT=1.
- h. ADMIN_ORGA: Zu jeder Intervention wird die Information festgehalten, ob es sich um eine personenbezogene (direkte) Intervention gehandelt hat (Ausprägung 0) oder sie als organisatorische Maßnahme (indirekte Interventionen) dem „virtuellen Bewohner“ Admin/Orga zuzurechnen ist (Ausprägung 1).
- i. MENGENKOMPONENTE: Finale Variable für die Berechnung des Mengengerüsts aus den Variablen AUFBEDARF_FIN, STATUS_ZB_FIN, NOTWENDIG und ZEIT_FÜRAUSWERTUNG. Bei Ausprägung 1 wird die Intervention im SOLL berücksichtigt, bei Ausprägung 0 wird sie nicht berücksichtigt. Diese Variable wird in der Operationalisierung initial gesetzt.
- j. ZEITKOMPONENTE: Finale Variable für die Berechnung der Mittelwerte und Imputationswerte. Bei Ausprägung 1 wird die Intervention berücksichtigt, bei Ausprägung 0 wird sie nicht berücksichtigt. Diese Variable wird in der Operationalisierung initial gesetzt.
- k. ZEIT_FÜRAUSWERTUNG: Hilfsvariable, die erforderlich ist, um über mehrere Prüfungsschritte zu dokumentieren, ob der Wert aus SOLL_FIN in die Ermittlung der durchschnittlichen Erbringungszeiten einbezogen werden soll, oder ein Imputationswert eingefügt wird.
- l. COUNT_INT: Hilfsvariable zur Gewichtung der Mengenkompente. Bei Variablen mit der ZB_FIN erbracht durch Andere ist unklar, ob die Erbringung durch Angehörige oder weitere Mitarbeiter erfolgte. Alle betroffenen Variablen erhalten ein entsprechendes Gewicht, das

die Intervention für verschiedene Vorhaltungsberechnungen anteilig den Angehörigen und/oder Mitarbeitern zuweist.

Der Auswertungsdatensatz liegt wie der Rohdatensatz auf Ebene einzelner Interventionen von individuellen Pflegebedürftigen vor. In ihm sind alle Final-, Auswertungs- und Hilfsvariablen für die Berechnung der Zeiten-, Mengen- und Zeitmengenkomponente enthalten. Aufbauend auf diesem Datensatz können Auswertungen auf verschiedenen Aggregationsstufen vorgenommen werden. Für die Entwicklung des Personalbemessungsinstrumentes sind dafür die Klassierung nach Pflegegrad und BI-Konstellation vorgesehen. Für zusätzliche Auswertungen und empirische Prüfungen ist aber auch die Auswertung auf individueller Bewohnerebene möglich.

6.2 Datenbereinigung

Im Rahmen der Fehlerkorrektur wurden sowohl die im Laufe der Datenerhebung explizit mitgeteilten Datenfehler korrigiert, als auch Inkonsistenzen, die aus der parallelen Existenz von Variablenausprägungen erkennbar wurden, als Fehler identifiziert und korrigiert. Hierbei wurden die Rohdaten nicht verändert, sondern es wurden jeweils sogenannte Final-Variablen erzeugt, welche die jeweiligen korrigierten Werte für die finale IST-ZEIT, die IST- und SOLLKORREKTUR sowie die ZEITBEGRÜNDUNGEN enthalten.

Die Fehlerkorrektur bezog sich zum einen auf Anpassungsbedarfe, die sich aus dem Prozess der Datenerhebung ergaben. Zum anderen handelte es sich um Arbeitsschritte zur Erzeugung des *Auswertungsdatensatzes*. Der Großteil der nun folgenden Bereinigungsschritte wurde mit lediglich kleinen Abweichungen während der Zweiten Sitzung des Expertengremiums konsentiert (siehe auch Abschnitt 6.5.1 und A 5.1). Dabei handelt es sich um für die finalen Ergebnisse relevanten Schritte mit Eingriffen in die Daten, die inhaltlich und fachlich diskutiert werden konnten. Zusätzlich wurden weitere notwendige Programmierungsschritte im Rahmen der weiteren Aufbereitung und Erzeugung des Auswertungsdatensatzes ergänzt. Auf die Berechnung der notwendigen Personalmengen haben diese Schritte inhaltlich keinen entscheidenden Einfluss, wurden aber zu Transparenzzwecken ergänzend aufgeführt. Die Eingriffe in die Daten durch die Datenbereinigung sind in den folgenden Abschnitten in der Reihenfolge der Programmierung dokumentiert und im Detail beschrieben:

- Kontrolle von Variablenausprägungen im Ausgangsdatensatz (Abschnitt 6.2.1),
- Identifikation der Admin-Orga-Bewohner (Abschnitt 6.2.2),
- Einteilung der Interventionen in Schichten (Abschnitt 6.2.3),
- Umgang mit vorgezogenen Interventionen eines späteren Planungstages (Abschnitt 6.2.4),
- Eingrenzen des Datensatzes auf den Erhebungszeitraum (Abschnitt 6.2.5),
- Umverteilung der Interventionen auf echte Bewohner und den Admin-Orga (Abschnitt 6.2.6),
- Korrektur einzelner gemeldeter Fehlbedienungen (Abschnitt 6.2.7),
- Mehrfache Dokumentationen durch denselben Schatten (Abschnitt 6.2.8),
- Korrektur fehlerhafte Eingaben bei ZEITBEGRÜNDUNGEN und Zeitwerten (Abschnitt 6.2.9),
- Umgang mit Interventionen ohne ZEITBEGRÜNDUNGEN (Abschnitt 6.2.10),
- Anwendung von Cut off-Werten (Abschnitt 6.2.11),
- Zuweisung der Variablen ANGEBOT (Abschnitt 6.2.12),
- Ausschluss der ersten 10 Interventionen pro Datenerheber*in (Abschnitt 6.2.13),
- Festlegung des Erbringungsstatus aller Interventionen (Abschnitt 6.2.14),
- Umgang mit der Doppeldokumentation einer geplanten Intervention durch mindestens zwei verschiedene Schatten (Abschnitt 6.2.15),

- Zuweisen der finalen Schicht (Abschnitt 6.2.16),
- Prüfung der Notwendigkeit von Interventionen (Abschnitt 6.2.17),
- Identifikation von Abwesenheiten (Abschnitt 6.2.18),
- Zusammenführung von Gruppeninterventionen (Abschnitt 6.2.19),
- Korrektur von Ausreißern nach oben (Abschnitt 6.2.20),
- Ausschluss bestimmter Datenerheber*innen (Abschnitt 6.2.21),
- Festlegen des IST- und SOLL-Qualifikationsniveaus (Abschnitt 6.2.22),
- Finale Setzung von Zeitwerten (Abschnitt 6.2.23) und
- Aufteilung der durch Andere erbrachten Interventionen (Abschnitt 6.2.24).

6.2.1 Kontrolle von Variablenausprägungen im Ausgangsdatensatz

Nach dem Einlesen der Datensätze aus den einzelnen Einrichtungen wurden alle enthaltenen Variablen auf ihre Ausprägungen hin geprüft. Dabei wurden folgende Unstimmigkeiten festgestellt und aufgelöst:

- In zwei Fällen stimmte die Schreibweise der Schattennamen bei verschiedenen Erhebungseinsätzen nicht überein, obwohl es sich nach Abgleich mit der Einsatzplanung um dieselben Schatten handelte. Da die eindeutige Zuordnung von Dokumentationen durch dieselben Schatten für die weitere Datenaufbereitung essentiell ist, wurden die Namen vereinheitlicht und die Klarnamen der Schatten anschließend durch ein Pseudonym, die SchattenID ersetzt.
- Inhaltliche Plausibilitätsprüfungen ergaben, dass die Qualifikationsniveaus der erbringenden Pflegekräfte in den Datenexporten aus der Erhebungssoftware anders kodiert waren, als nach Tabelle 21 und Abschnitt 5.3.5 vorgesehen. Nach Rücksprache mit den zuständigen Mitarbeitern der Cairful GmbH wurden die Qualifikationsniveaus vor allen weiteren Schritten umkodiert.
- Für 208 Bewohnernummern lagen abgesehen von einer einzelnen Datenzeile mit der Bewohnernummer und in Einzelfällen Gutachtendaten keinerlei weitere Planungs- oder Dokumentationsinformationen vor. Durch den gestaffelten Aufbau der Erhebung mit Erstellung des MDK-Gutachtens, der Planung der Erhebungswoche und der tatsächlichen Erhebung über mehrere Wochen hinweg ist es möglich, dass einzelne Bewohner nach ihrer Teilnahme Einwilligung bis zur eigentlichen Erhebung aus der Studie austraten oder verstorben sind. Die 208 Datenzeilen wurden deshalb aus dem Ausgangsdatensatz entfernt.
- Für 7 weitere Bewohnernummern lagen zwar Planungen, aber keinerlei Dokumentationen vor. Wie im obigen Fall wird davon ausgegangen, dass diese Bewohner im Zeitraum zwischen Planungserstellung durch das Studienteam und eigentlicher Erhebung aus der Studie austraten oder diese beispielsweise aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes verpassten. Alle 9.899 geplanten und nicht dokumentierten Datenzeilen dieser Bewohner wurden aus dem auf Teilschrittebene vorliegendem Ausgangsdatensatz entfernt.
- Letztlich wurden weitere Datenzeilen einer Bewohnernummer identifiziert, für die weder Gutachtendaten noch geplante Informationen vorlagen. Die 40 Datenzeilen der drei für diese Bewohnernummer dokumentierten Bedarfsinterventionen wurden gelöscht. Final reduzierte sich so die Anzahl der Bewohnernummern im Datensatz von 1.852 auf 1.636.

6.2.2 Identifikation der Admin-Orga-Bewohner

Für indirekte, das heißt nicht personenbezogene Interventionen wurde für jede Erhebungseinheit mindestens ein virtueller Bewohner eingerichtet, auf den diese Leistungen dokumentiert werden konnten. Die Bewohnernummern wurden identifiziert und alle auf diese Nummern geplanten oder

erbrachten Leistungen mit der Variable `ADMIN_ORGA=1` gekennzeichnet. Alle tatsächlichen Pflegebedürftigen erhielten die Ausprägung `ADMIN_ORGA=0`. Zur technischen Umsetzung wird für jede Einrichtung ein einziger ADMIN-ORGA erzeugt, dem alle indirekten Interventionen zugeordnet werden. Das bedeutet, dass für jede Einrichtung alle vorhandenen virtuellen Admin-Orga-Bewohner zu einem Admin-Orga-Bewohner fusioniert werden. Die Berechnung des Personalbedarfs für die indirekten Interventionen ist in Abschnitt 6.4.4 beschrieben.

6.2.3 Einteilung der Interventionen in Schichten

Da die Pflegekräfte in jeder Einrichtung gemäß des individuellen Dienstplans beschattet wurden und jeder eingesetzten Pflegekraft über den Tag in der Regel derselbe Schatten zugeordnet war, kann die Schichtzuordnung aus den Dokumentationszeiträumen der Schatten abgeleitet werden. Für das Controlling der Schatteneinsätze, die weitere Datenaufbereitung und die Hochrechnung des Personalbedarfes von einzelnen Schichten auf eine Durchschnittswoche mussten alle geplanten und dokumentierten Interventionen eindeutig einer Schicht (Früh, Spät, Nacht) zugewiesen werden. Dafür wurde für alle Einrichtungen und jeden Erhebungstag der Zeitraum der beschatteten Früh-, Spät- und Nachtschichten ermittelt und mit den Dokumentationszeitpunkten oder Planungsdaten abgeglichen.

1. Auf Schattenebene wurden zunächst für jede Einrichtung und jeden Erhebungstag die Zeiträume der Beschattung, gleichbedeutend mit dem Personaleinsatz der beschatteten Pflegekräfte, aus der ersten und letzten vorgenommenen Dokumentation identifiziert und nach individueller Prüfung in Früh-, Spät- und Nachtschichten eingeteilt.
2. Auf Einrichtungsebene wurden anschließend für jeden Erhebungstag der Beginn und das Ende der Schichttypen Frühschicht, Spätschicht und Nachtschicht über die erste und letzte Dokumentation festgelegt. Diese Dokumentationszeiträume wurden als Schichten der Einrichtungen festgesetzt.

Insgesamt wurden 9 Datenerhebende aufgrund von Krankheits- oder anderen Schattenausfällen am selben Tag in zwei Schichten hintereinander eingesetzt. Diese Schichten wurden anhand der wechselnden beschatteten Pflegekraft händisch identifiziert und in zwei Beschattungsschichten getrennt. Final lagen so für alle *vollstationären* Einrichtungen Beschattungszeiträume für jeweils vier Früh- und Spätschichten sowie eine Nachtschicht vor (in drei vollstationären Einrichtungen (den Einrichtungen 101, 107, 146) wurde kein Nachtdienst beschattet). In den beschatteten *teilstationären* Einrichtungen wurde ausschließlich die Tagespflege an Werktagen beschattet. Hier wurde allen Einsätzen eines Erhebungstages dieselbe Schicht zugewiesen.

Für jede geplante Intervention wurde im Abgleich mit den Einrichtungsschichten eine Planungsschicht und für jede dokumentierte Intervention eine Dokumentationsschicht festgelegt. Geplanten und dokumentierten Interventionen wurden sowohl Planungs- als auch Dokumentationsschichten zugewiesen. Diese Variablen dienen als Grundlage für die weitere Datenaufbereitung und Auswertung.

Aufgrund von Überschneidungen der Dokumentationszeiträume zum Schichtwechsel, liegen die Schichtzeiträume nicht konsekutiv hintereinander vor, was dazu führt, dass einzelne Interventionen in den Zeitraum von zwei Schichten fallen. Für dokumentierte Interventionen stellt dies kein Problem dar, weil sie über den eingesetzten Schatten eindeutig einer Schicht zugeordnet werden können. Bei nicht dokumentierten, geplanten Interventionen ist dies aber nicht der Fall. Die finale Zuordnung erfolgte in diesen Fällen zur zeitlich nächstgelegenen Schicht. Dafür wurden die Mitten der benachbarten Schichten mit der Planungszeit abgeglichen. War beispielsweise die Frühschicht einer Einrichtung am zweiten Erhebungstag von 5:00 bis 12:00 (Schichtmitte 8:30) identifiziert und die Spätschicht von

11:00 bis 19:00 (Schichtmitte 15:00), fielen alle für 11:00 bis 12:00 geplanten Interventionen in beide Schichten. Eine für 11:15 geplante Intervention wurde dann anhand des geringeren Abstandes des Planungszeitpunktes zu der Schichtmitte der Frühschicht (Abstand von 2:45 Stunden im Vergleich zu einem Abstand von 3:45 Stunden zur Mitte der Spätschicht) eben dieser zugeordnet.

6.2.4 Umgang mit vorgezogenen Interventionen eines späteren Planungstages

Als Gerüst für die Datenerhebung wurden tagesstrukturierten Interventionsplanungen für jeden teilnehmenden Pflegebedürftigen EDV-gestützt in der Erhebungssoftware erzeugt. Datenlogisch ist es so, dass die geplanten Interventionen nicht für die einzelnen Tage der Datenerhebung händisch geplant wurden, sondern jede Intervention mit einer Erbringungsregel versehen wird. In ihr werden die Häufigkeit und die zeitlichen Abfolgen definiert, so dass aus dem spezifischen Regelsatz jeder Erhebungstag erzeugt werden kann. Dieses Vorgehen ist im Normalbetrieb dazu geeignet, die Erhebung so zu strukturieren, dass nicht auf Interventionen von Folgetagen zugegriffen werden kann, da diese in der Planung noch nicht erzeugt sind. Für den Studienbetrieb musste jedoch eine Logik gewählt werden, durch die die komplette Erhebungszeit vor Erhebungsbeginn zur Verfügung gestellt wurde. Hieraus ergab sich die Möglichkeit, dass Datenerhebende fälschlicherweise Interventionen aus der Planung eines anderen Tages vorziehen konnten, anstatt diese sachgerecht als Bedarfsinterventionen zusätzlich zu erzeugen. Als Konsequenz stand diese Intervention dann jedoch am Folgetag nicht mehr regulär zur Verfügung, sondern musste dort – sofern sie planungsentsprechend erbracht wurde – als Bedarfsintervention erzeugt werden. Dieser Fall war dabei grundsätzlich unproblematisch. Dies galt jedoch nicht für den umgekehrten Fall, dass eine geplante, bedarfsnotwendige Intervention an ihrem eigentliche geplanten Erbringungstag nicht erbracht wurde, dies jedoch nicht in den Daten abgebildet wurde, da sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt als erbracht gekennzeichnet wurde und den Datenerheber*innen die entsprechende Information dann fehlte.

Um diese potenzielle Unterschätzung zu korrigieren, wurden die vorgezogenen Interventionen als Bedarfsinterventionen gekennzeichnet (AUFBEDARF_FIN=1). Die ursprünglich geplanten Interventionen wurden an ihrem Planungstag erneut erzeugt. Die ZEITBEGRÜNDUNG dieser neu erzeugten Intervention wurde vorläufig auf *NICHT NOTWENDIG* gesetzt. Im Rahmen der Notwendigkeitsprüfung wurde später festgelegt, ob diese Interventionen auch an ihrem Planungstag hätten erbracht werden sollen oder an diesem adäquat ersetzt wurden.

6.2.5 Eingrenzen des Datensatzes auf den Erhebungszeitraum

In den personenbezogenen Planungen wurden durch die Bedienlogik der Planungssoftware Interventionen für fünf ganze Tage erzeugt. Weil in vollstationären Einrichtungen über fünf Tage versetzt nur jeweils vier Früh- und Spätschichten sowie eine Nachtschicht beschattet wurden, liegen also zusätzliche Planungsdaten zu vier Nacht- und jeweils einer Früh- und Spätschicht vor, zu denen keine Dokumentationen stattgefunden haben (konnten). Diese 10.840 Interventionen in über die Beschattung hinausgehenden Zeiträumen werden deshalb aus den weiteren Auswertungen ausgeschlossen, 8.367 der Interventionen waren gar nicht erst bearbeitet. Anhand des Zeitstempels der ersten und letzten vorgenommenen Dokumentation aller eingesetzter Schatten innerhalb einer Einrichtung wurde dafür für jeden Erhebungstag die durch Datenerheber*innen abgedeckte Zeitspanne festgelegt. Geplante Interventionen außerhalb dieser Zeitspanne werden für die weitere Auswertung nicht berücksichtigt.

6.2.6 Umverteilung der Interventionen auf Bewohner und Admin_Orga

Die 110 definierten Interventionen können in die beiden Gruppen „personenbezogen“ und „nicht-personenbezogen“ unterteilt werden. Dabei sind diese beiden Gruppen nicht überschneidungsfrei,

weil einzelne Interventionen sowohl mit, als auch ohne eindeutigen Bewohnerbezug erbracht werden können (z. B. Bewohnergespräche). Andererseits ist es für einzelne Interventionen nicht sinnvoll, außerhalb des virtuellen Bewohners Admin-Orga gebucht zu werden (z. B. Dienstübergabe). Genauso gibt es Interventionen, die immer einem einzelnen Pflegebedürftigen eindeutig zuzuordnen sind (z. B. Ausscheidungsmanagement, Waschen...). Ob Interventionen mit oder ohne Personenbezug erbracht werden können, wurde durch die Pflegewissenschaftler*innen des Studienteams erarbeitet (A 5.1).

Die Datenprüfungen ergaben, dass vereinzelt Interventionen, die nach dieser Einteilung zwingend auf den Admin-Orga hätten gebucht werden sollen, bei tatsächlichen Pflegebedürftigen dokumentiert wurden. Es erfolgte daher eine Korrektur, indem diese Interventionen in den jeweiligen virtuellen Admin-Orga-Bewohner der Einrichtung verschoben wurden. Umgekehrt war es rückwirkend nicht möglich, beim Admin-Orga dokumentierte eigentlich personenbezogene Interventionen dem tatsächlich betroffenen Bewohner zuzuordnen. Aus diesem Grund wurden diese Interventionen im Admin-Orga belassen und bei der Generierung der indirekten pro Kopf-Zeitmengen berücksichtigt.

6.2.7 Korrektur einzelner gemeldeter Fehlbedienungen

In einigen wenigen Fällen meldeten Datenerhebende während oder im Anschluss an die Datenerhebung Fehlbedienungen an das Studienteam. Hierbei handelte es sich um Fehlbedienungen bei einzelnen konkreten Interventionen oder systematische Fehler, etwa die Verwechslung von Sekunden und Minuten bei der Eingabe der Korrektur-Werte. Dies betraf eine niedrige dreistellige Zahl von Interventionen. Sofern die gemeldeten Fehler in den Daten eindeutig identifiziert werden konnten, erfolgte eine händische Korrektur. In Fällen, bei denen eine klare Identifizierung nicht möglich war (z. B. aufgrund von falschen Zeitangaben oder einer unzureichenden Datenlage), erfolgte eine Einzelfallentscheidung durch das Studienteam.

6.2.8 Mehrfache Dokumentationen einer Intervention durch denselben Schatten

In der Datenerhebung sind Situationen aufgetreten, die dazu geführt haben, dass *eine* praktisch durchgeführte Intervention in *mehreren* Datensatzeinträgen erfasst wurde. Dies trat zum Beispiel auf, wenn eine Intervention bereits als beendet betrachtet und abgeschlossen wurde, dann jedoch noch einmal fortgesetzt wurde. Den gleichen Effekt erzeugten Bedienfehler, bei denen eine laufende Intervention fehlerhaft bereits abgeschlossen wurde und die zur vollständigen Dokumentation dann durch eine zusätzliche Bedarfsintervention fortgesetzt werden musste. Das hieraus entstandene Problem ergibt sich aus der Auswertungslogik, die eine getrennte Betrachtung von Mengen- und Zeitkomponente vorsieht. Im beschriebenen Fall war zwar die erfasste Erbringungszeit bei korrekter Erfassung – in ihrer Summe – korrekt, es entstünden jedoch Fehler, wenn die Messungen zur Ermittlung von Imputationswerten herangezogen würde, da durch die Doppelerfassung eine Überschätzung der Mengen und eine Unterschätzung der Durchschnittszeiten resultierte.

Um diesen Fehler auszuschließen, wurde eine Prüfung vorgenommen, ob es sich bei aufeinanderfolgenden Interventionen um eine oder mehrere Leistungen handelte. Hierzu wurde festgelegt, dass die aufeinander folgende Erbringung mehrerer gleicher Interventionen bei dem- bzw. derselben Pflegebedürftigen – durch dieselbe Pflegekraft und dokumentiert durch denselben Schatten – innerhalb einer definierten Zeitspanne als Bedienfehler zu betrachten sei und es sich eigentlich um eine einzige Intervention handle. Als Parameter für die einzusetzende Zeitspanne wurde eine Dauer von 10 Minuten verwendet. Auf dieser Basis wurden 536 mögliche Mehrfachdokumentationen identifiziert. Um die Sensitivität der Ergebnisse in Bezug auf diese Setzung zu testen, wurde der Parameter im Rahmen eines Robustheitstests auf 5 bzw. 30 Minuten gesetzt. Mit diesen Setzungen wurden 407 bzw. 773

mögliche Mehrfachdokumentationen identifiziert. Der Effekt der Setzung auf das Gesamtergebnis ist angesichts des kleinen Anteils an betroffenen Interventionen somit zu vernachlässigen.

Die zusammengehörenden Interventionen wurden nach der Identifikation zu einer Intervention zusammengefasst. Für die ZEITBEGRÜNDUNGEN wurde die zeitlich letzte dokumentierte Eintragung beibehalten und der Gesamtintervention zugewiesen. Die Variable ZEIT_FÜRAUSWERTUNG wurde auf den Wert 0 gesetzt und die erfassten Zeitwerte aus der weiteren Berechnung ausgeschlossen. Stattdessen erfolgte später die Imputation durchschnittlicher Zeitwerte für die spezifische Intervention. Nach der Zusammenfassung durchliefen die vereinigten Interventionen alle nachfolgend beschriebenen Prüfungsschritte.

Diese Vorgehensweise wurde nicht angewandt bei Interventionen, die dem virtuellen Bewohner ADMIN_ORGA zugeordnet wurden, da für diesen lediglich Zeitwerte dokumentiert wurden, jedoch kein Mengengerüst erzeugt werden musste. In diesen Fällen wurde jede beliebige Sequenz von erfassten Interventionen beibehalten, wurden die Zeitwerte aufsummiert und wurde keine Fehlerkorrektur vorgenommen.

6.2.9 Korrektur fehlerhafte Eingaben bei ZeitBegründungen und Zeitwerten

Innerhalb der Datenerhebung wurden einige Eingaben in die Erhebungssoftware von den Schatten systematisch anders durchgeführt, als dies in den Schulungen vermittelt wurde. Dies zeigte sich im Wesentlichen an Kombinationen von Variablenausprägungen der dokumentierten Zeitwerte und der ZEITBEGRÜNDUNG, die bei ordnungsgemäßer Anwendung der Erhebungssoftware nicht möglich gewesen wären. Da es sich hierbei um Fehlbedienungen handelte, konnten diese Inkonsistenzen systematisch behoben werden:

- Interventionen, die entweder nach ihrer ZEITBEGRUENDUNG *DURCH ANDERE ERBRACHT* wurden oder geplant und notwendig waren, aber nicht erbracht wurden, sollten nach den geschulten Bedienregelungen keine Zeitwerte enthalten. Für die Interventionen, bei denen das nicht gegeben war, wurden alle Zeitwerte auf den Wert *MISSING* und korrigiert und die ZEIT_FÜRAUSWERTUNG=0 gesetzt. So war es möglich, diese Interventionen für die Mengenkomponeute zu berücksichtigen und für die Zeitkomponente später gemittelte Werte für die fachgerechte Erbringung durch Pflegepersonal zu imputieren.
- Bei Interventionen, die nach der ZEITBEGRUENDUNG durch eine Pflegekraft erbracht wurden und deren gemessene ZEIT=0, deren IST-ZEIT=0, aber die SOLL-ZEIT größer als 0 war, wurde eine Nachdokumentation falsch durchgeführt. Statt der korrekten IST-Korrektur ist eine SOLL-Korrektur durchgeführt worden. In diesem Fall wurde die SOLLKORREKTUR als SOLL_FIN übernommen und ZEIT_FÜRAUSWERTUNG=1 gesetzt. Für die IST-Zeiten werden Werte imputiert.
- Wenn in den Zeitwerten der einzelnen Interventionen genau gleiche Werte in mehreren Feldern eingegeben wurden, deutete dies auf eine Fehlbedienung hin, bei der irrtümlich Werte mehrfach eingegeben wurden. Für die Fälle, in denen eine von Null verschiedene *IST-Zeit* dokumentiert wurde und gleichzeitig
 - *die ISTKORREKTUR exakt der gemessenen Zeit oder*
 - *die ISTKORREKTUR exakt der SOLLKORREKTUR oder*
 - *die IST-ZEIT exakt der SOLLKORREKTUR*

entsprach, wurden die angegebenen Zeitwerte als unsicher angesehen und gingen nicht in die Berechnung der Zeitkomponente ein. Dementsprechend wurde ZEIT_FÜRAUSWERTUNG=0

gesetzt und diesen Interventionen später eine gemittelte Zeit über die Imputation zugeordnet. Für die Mengenkomponten wurden die notwendigen Interventionen beibehalten.

- Alle Interventionen, die mit einer negativen IST-ZEIT oder negativen SOLL-ZEIT dokumentiert waren, wurden als grundsätzlich fehlerhaft betrachtet und von der Auswertung komplett ausgeschlossen. Hierzu wurde in diesen – insgesamt nur 52 – Fällen die *ZEIT_FÜRAUSWERTUNG* auf 0 gesetzt und die *ZB_FIN=NICHT NOTWENDIG* zugeordnet.
- Bedarfsinterventionen, die erbracht wurden und die mit der Zeitbegründung *NICHT NOTWENDIG* abgeschlossen wurden, wurden für die SOLL-Auswertung aus der Mengenkomponten komplett ausgeschlossen. Hierzu wurde in diesen Fällen die *ZEIT_FÜRAUSWERTUNG* auf 0 gesetzt und die *ZB_FIN=NICHT NOTWENDIG* zugeordnet. Im IST werden diese Interventionen berücksichtigt, wenn sie entsprechend der dokumentierten IST-Zeit (vgl. Abschnitt 6.2.11) als erbracht identifiziert werden.

6.2.10 Zuordnung von Interventionen, die ohne ZEITBEGRÜNDUNG abgeschlossen wurden

Grundsätzlich war die Erhebungssoftware so gestaltet, dass alle Interventionen mit Angabe einer ZEITBEGRÜNDUNG abgeschlossen werden mussten. Ausnahme waren hierbei Interventionen, für die keine IST- und keine SOLLKORREKTUREN eingegeben wurden und die darüber hinaus keine negativen, rot gekennzeichneten Bewertungen bei Teilschritten und Anforderungen enthielten. Diese konnten ohne Angabe einer ZEITBEGRÜNDUNG abgeschlossen werden. Aufgrund dieser Definition ergab sich, dass Interventionen ohne ZEITBEGRÜNDUNG entweder fachgerecht oder gar nicht erbracht wurden, die üblicherweise genutzte Unterscheidung auf Basis der angegebenen Ausprägung der Variablen ZEITBEGRÜNDUNG aber nicht genutzt werden konnte. Um zwischen diesen beiden Möglichkeiten dennoch unterscheiden zu können, wurde auf die IST-ZEITEN abgestellt und auch hier der Cut-Off-Wert als Unterscheidungsmerkmal genutzt:

- (Direkte und indirekte) Interventionen mit einer IST-ZEIT von bis zu 3 Sekunden galten als nicht erbracht. Sie wurden von der Berechnung der Zeit- und Mengenkomponten ausgeschlossen.
- Direkte Interventionen mit einer IST-ZEIT von mehr als 3 Sekunden wurden als erbracht angesehen, jedoch wurden für sie Zeitwerte imputiert und die dokumentierten Werte von der Berechnung der durchschnittlichen Zeiten ausgeschlossen. *ZB_FIN* wurde dementsprechend auf *FACHGERECHT ERBRACHT* gesetzt und *ZEIT_FÜRAUSWERTUNG* wurde gleich 0 gesetzt.
- Indirekte Interventionen mit einer IST-ZEIT von mehr als 3 Sekunden wurden als erbracht angesehen und ihre Zeitwerte für die Auswertung genutzt.

6.2.11 Anwendung von Cut-Off-Werten für Interventionen, die von einer beschatteten Pflegekraft erbracht wurden

In den Datenerhebungen konnten nicht zu allen durchgeführten Interventionen die Erbringungszeiten während der Durchführung erfasst werden. Teilweise waren Nachdokumentationen erforderlich oder die Bedienlogik der Erhebungssoftware führte zu von der Realität abweichenden dokumentierten IST-ZEITEN. Im Wesentlichen bestanden diese Fehler datenlogisch daraus, dass Interventionen mit äußerst geringen dokumentierten Zeitwerten von nur wenigen Sekunden als erbracht im Datensatz vorhanden waren, obwohl tatsächlich keine Intervention erfolgt war. Allein das Dokumentieren der Nicht-Erbringung erzeugte aber fälschlich eine Erbringungszeit von > 0 Sekunden. Für alle Intervention wurde daher ein sogenannter *Cut-Off-Wert* mit einer Länge von 3 Sekunden definiert.

Interventionen, deren dokumentierte Erbringungszeit kleiner oder gleich des Cut-Off-Wertes war und für die keine SOLLKORREKTUR vorlag, galten als Bedienfehler und somit als nicht erbracht. Sie wurden von der Auswertung für Menge- und Zeitkomponente ausgeschlossen.

Bei Interventionen, deren dokumentierte Erbringungszeit kleiner oder gleich des Cut-Off-Wertes war und für die eine positive SOLLKORREKTUR vorlag, wurden die erfassten Daten beibehalten und die Intervention durchlief alle nachfolgend beschriebenen Prüfungsschritte für einen Einbezug in Mengen- und Zeitkomponente. Diese Interventionen wurden jedoch von der Berechnung der durchschnittlichen Delta-Werte ausgeschlossen.

Hierzu wurden alle Interventionen, deren ZEITBEGRÜNDUNG zeigte, dass sie von einer beschatteten Pflegekraft erbracht wurden, auf den Wert des IST-Wertes geprüft. War dieser größer als der Cut-Off-Wert, wurden die Setzungen $IST_FIN=IST-ZEIT$, $SOLL_FIN=IST_FIN+SOLLKORREKTUR$ und $ZEIT_FÜR\ AUSWERTUNG=1$ vorgenommen. War er kleiner als der Cut-Off-Wert, wurden IST_FIN und $SOLL_FIN$ auf 0 gesetzt und die Intervention durch $ZEIT_FÜR\ AUSWERTUNG=0$ von der weiteren Auswertung der Zeitkomponente ausgeschlossen.

6.2.12 Zuweisung der Variablen ANGEBOT

Bei einer Reihe von Interventionen erfolgten regelmäßig nicht nur vollständige Leistungserbringungen, sondern auch *Angebote* dieser Intervention. Sowohl die Leistungserbringung, als auch die Angebote konnten dabei notwendig und daher für die Personalbemessung relevant sein. Datenstrukturell handelte es sich in diesen Fällen zwar nicht um inhaltlich zusätzliche Interventionen, allerdings war es für die Ermittlung von Erbringungszeiten nicht sinnvoll, durchgeführte und angebotene Interventionen gleich zu behandeln, da in diesem Fall die durchschnittlichen Erbringungszeiten unangemessen reduziert würden und Angebote und Erbringungen mit unterschiedlichen Zeitwerten zu hinterlegen wären.

Es wurde deshalb die zusätzliche Variable ANGEBOT erzeugt, die als „Schalter“ fungiert und anzeigt, ob für eine spezifische Intervention die Erbringungszeit oder die Angebotszeit in die Personalbemessung einzubeziehen ist. Standardmäßig wurde diese Variable für alle Interventionen auf den Wert 0 gesetzt, wodurch diese in die Menge der Vollerbringungen eingingen. Dieser Variable wurde für eine Intervention dann die Ausprägung 1 zugewiesen und dieser damit der Angebotsmenge zugeordnet, wenn die ZEITBEGRÜNDUNG der Intervention *ABGEBROCHEN/ABGELEHNT/VERSCHOBEN* lautete. Im weiteren Verlauf der Datenaufbereitung wurden weitere Interventionen den notwendigen SOLL-Angebots-Interventionen zugeordnet (vgl. Abschnitt 6.2.17).

Um für die Auswertungen zwischen IST- und SOLL-Angeboten trennen zu können, wurde eine weitere Variable ANGEBOT_IST erzeugt, mit der alle im IST erbrachten Angebote mit der ZEITBEGRÜNDUNG *ABGEBROCHEN/ABGELEHNT/VERSCHOBEN* markiert wurden.

6.2.13 Ausschluss der ersten 10 Interventionen pro Datenerheber*in

Die Erfahrungen während der Begleitungsstage, in denen die Mitarbeiter*innen der Universität Bremen die Datenerhebenden in jeder Einrichtung noch einmal in die Bedienung der Erhebungshard- und -software einwiesen, zeigte eine steile Lernkurve in Bezug auf das Handling der Tablet-PCs. Bei sehr vielen der Datenerhebenden waren die ersten Stunden des ersten Erhebungstages davon geprägt, sich das sichere Handling erst noch zu erarbeiten. An den Folgetagen sowie bei weiteren Einsätzen in anderen Einrichtungen war dieser Effekt dann nicht mehr zu erkennen. Daher war davon auszugehen, dass ein Teil der Daten des jeweils ersten Erhebungstages eines jeden Datenerhebenden nicht vertrauenswürdig ist. Aus diesem Grund wurden die ersten 10 Interventionen jedes Datenerhe-

benden aus der Auswertung der Zeitwerte ausgeschlossen (*ZEIT_FÜRAUSWERTUNG=0*). Für die jeweiligen Interventionen wurden stattdessen durchschnittliche Zeitwerte imputiert. Die Interventionen wurden ferner für eine Integration in das Mengengerüst (*MENGENKOMPONENTE=1*) beibehalten. Über die endgültige Notwendigkeit der Intervention für das Mengengerüst wurde im Rahmen der später beschriebenen normalen Prüfungsroutinen entschieden.

Nicht angewendet wurden diese Regelungen dann, wenn die ersten Interventionen im Nachtdienst dokumentiert wurden. Hier erfolgte fast durchgängig eine direkte Eins-zu-Eins-Begleitung der neuen Schatten durch den jeweiligen Mitarbeiter der Universität Bremen vor Ort. Daher ist davon auszugehen, dass in diesen Schichten alle Unklarheiten kommunikativ ausgeräumt und die Datenqualität dadurch gesichert werden konnte. Wenn Datenerhebende in Nacht- und Tagdiensten eingesetzt wurden, wurden die ersten 10 Interventionen aus der ersten eigenständigen Früh- oder Spätschicht ausgeschlossen.

6.2.14 Festlegung des Erbringungsstatus aller Interventionen

An dieser Stelle der sequenziellen Datenaufbereitung wurde allen einzubeziehenden Interventionen in der Datenerhebung oder den vorgestellten Aufbereitungsschritten eine *ZEITBEGRÜNDUNG* zugewiesen. In Verwendung dieser Variablen konnten alle Interventionen in Bezug auf die Frage der Erbringung den Kategorien

- *erbracht durch PK* (für die Ausprägungen: *FACHGERECHT DURCHGEFÜHRT, ABWEICHUNG BEIM ÜBERNAHMENIVEAU, ANFORDERUNGEN/TEILSCHRITTE UNZUREICHEND BERÜCKSICHTIGT, FEHLMANAGEMENT (PROZESS UND STRUKTUR), NICHT SELBST BEENDET/FORTGEFÜHRT, ABGELEHNT/ABGEBROCHEN/VERSCHOBEN, NICHT NOTWENDIG*),
- *erbracht durch Andere* (für die Ausprägungen: *DURCHGEFÜHRT DURCH ANDERE, ERBRACHT DURCH ANGEHÖRIGE/EHRENAMTLICHE, ERBRACHT DURCH WEITERE MITARBEITER*INNEN OHNE BESCHATTUNG*) und
- *nicht erbracht* (für die Ausprägungen: *NICHT NOTWENDIG, NOTWENDIGE INTERVENTION NICHT ERBRACHT, ABWESENHEIT DES PFLEGEBEDÜRFTIGEN*)

zugeordnet werden. Die entsprechenden Werte wurden in der Variablen *STATUS_ZB* abgelegt und später zur vereinfachten Auswertung genutzt. Nach Abschluss der Datenaufbereitung wurde der finale Status in der Variable *STATUS_ZB_FIN* gespeichert.

6.2.15 Umgang mit der Doppeldokumentation einer geplanten Intervention durch mindestens zwei verschiedene Schatten

Ebenfalls aufgetreten ist in der Datenerhebung, dass zu einer geplanten Intervention mehrere Datensatzeinträge durch mehrere Datenerhebende dokumentiert wurden. Dies konnte in zwei verschiedenen Fällen auftreten. Es konnte a) ein Synchronisationsfehler innerhalb der Studien-EDV auftreten, der es ermöglichte, dass eine Intervention irrtümlich von zwei oder mehr Datenerhebenden bearbeitet wurde oder es konnte b) die Dokumentation durch mehrere Datenerhebende erfolgen, wenn die Erbringung der Intervention von einer Pflegekraft begonnen, aber von einer anderen Pflegekraft abgeschlossen wurde. Die Prüfung wurde nur für bewohnerbezogene Interventionen vorgenommen.

Synchronisationsfehler wie in Fall a) beschrieben konnten eindeutig identifiziert werden. Es lagen dann in den Daten gleiche Ausprägungen in den Variablen *PLANUNGSID, BEWOHNERNUMMER, INTERVENTION, PLANNEDEXECUTIONTIME, QNLEVELINTERVENTION*, aber verschiedene *INTERVENTIONSIDS* vor. In diesen Fällen wurde angenommen, dass die Intervention gemäß der Planung nur einmal von einer Pflegekraft erbracht wurde und die zusätzliche Dokumentation der Erbringung fehlerhaft war. Um den richtigen Datensatzeintrag zu identifizieren wurden die Einträge der *ZEITBEGRÜNDUNGEN* verglichen:

- Generell galt, dass dabei die ZEITBEGRÜNDUNGEN mit STATUS_ZB *ERBRACHT DURCH PK* die ZEITBEGRÜNDUNGEN mit STATUS_ZB *ERBRACHT DURCH ANDERE* oder *NICHT ERBRACHT* überschreibt.
- Hatten mehrere Interventionen eine ZEITBEGRÜNDUNG, die eine Erbringung durch eine beschattete Pflegekraft zeigt, musste entschieden werden, ob es plausibel ist, dass mehrere Pflegekräfte die Intervention erbrachten oder ob Datenerhebende im Rahmen der Nachbesprechung fehlerhaft die einzige Erbringung einer Pflegekraft doppelt dokumentierten. Da es nahezu unmöglich war, dass eine Intervention zur Erbringung durch eine Pflegeperson geplant wurde, am konkreten Erbringungstag aber zwei Pflegepersonen erforderlich waren und gleichzeitig die entsprechende Dokumentation dieser Situation nicht als Bedarfsleistung erfolgte, war hier davon auszugehen, dass die Erbringung nur von einer Pflegeperson erfolgte und der zweite Dateneintrag fehlerhaft war. Da aus der Datenlage nicht entschieden werden konnte, welcher der verschiedenen Einträge die bessere Abbildung der Erbringungssituation darstellte, musste ein pragmatisches Kriterium bestimmt werden. Es wurde deshalb immer der *zeitlich erste erfolgte Eintrag* als gültig angenommen. Alle weiteren Einträge wurden dementsprechend von der Auswertung ausgeschlossen.

Interventionen, die gemäß b) von einer Pflegekraft begonnen und von einer anderen beendet wurden, sollten – nach Vorgabe der Schulungen – beide mit der Begründung *NICHT SELBST BEENDET/FORTGEFÜHRT* abgeschlossen sein und somit jeweils paarweise vorliegen. In diesen Fällen konnten beide Interventionen fusioniert werden. Praktisch war das aber nur in wenigen Fällen möglich, da der zweite Interventionsteil oft mit einer anderen ZEITBEGRÜNDUNG abgeschlossen wurde oder an dem Tag keine zweite Intervention derselben Bezeichnung dokumentiert wurde. Mit Fall b) wurde wie folgt umgegangen:

- Die sicheren Interventionspaare, bei denen beide Interventionsteile mit der ZEITBEGRÜNDUNG *NICHT SELBST BEENDET/FORTGEFÜHRT* abgeschlossen wurden, konnten identifiziert und fusioniert werden. Hierdurch gingen sie mit summiertem IST_FIN und SOLL_FIN nur einmal ins Mengengerüst ein. Über die endgültige Ausprägung der Variable ZEIT_FÜR AUSWERTUNG wurde nach dem Zusammenfassen in den weiteren Prüfungen entschieden. Als ZB_FIN wurde die Ausprägung *NICHT SELBST BEENDET/FORTGEFÜHRT* zugewiesen.
- In den Fällen, in denen mehr als eine Intervention als „Partner“ infrage kam, wurde die zeitlich zuerst dokumentierte als wahrscheinlichster Partner angenommen.
- Wenn es in einem Zeitraum von 45 Minuten zwei Interventionen mit gleicher Bezeichnung gab, von denen eine als *NICHT SELBST BEENDET/FORTGEFÜHRT*, die andere mit einer abweichenden ZEITBEGRÜNDUNG abgeschlossen wurden, wurden diese als Interventionspaar angesehen und fusioniert.
- Wenn in einem Zeitraum von 45 Minuten nur eine Intervention mit der ZEITBEGRÜNDUNG *NICHT SELBST BEENDET/FORTGEFÜHRT* dokumentiert wurde und keine weitere Intervention mit gleicher Bezeichnung existierte, wurde angenommen, dass die Intervention einmal durchgeführt wurde, aber der zweite Dokumentationsteil fehlte. Aus diesem Grund wurde die Intervention im Mengengerüst als *notwendige Intervention* beibehalten, die unvollständig dokumentierte Erbringungszeit jedoch durch einen imputierten Zeitwert ersetzt. Dazu wurden IST_FIN und SOLL_FIN auf MISSING und ZEIT_FÜR AUSWERTUNG der nicht selbst beendet/fortgeführt-Intervention auf 0 gesetzt. Die Variable ZB_FIN blieb unverändert bei *NICHT SELBST BEENDET/FORTGEFÜHRT*.

Die Setzung des Parameters auf 45 Minuten führt zur Identifikation von 292 Interventionspaaren, die anschließend zusammengefügt werden können. Die Variation des gesetzten Parameters von 45 Mi-

nuten auf 15 oder 75 Minuten resultierte in 192 bzw. 361 identifizierten Paaren. Der Einfluss der Parametersetzung auf das Endergebnis ist also zu vernachlässigen, insbesondere, da Interventionen nur anders zusammengefasst, aber nicht aus der Mengenkomponekte ausgeschlossen werden.

6.2.16 Zuweisen der finalen Schicht

Für die Hochrechnung auf die Durchschnittswoche etc. muss die finale Schicht der Intervention feststehen. Für dokumentierte Interventionen ist dies die Dokumentationsschicht, für nicht erbrachte, geplante Interventionen die Planungsschicht. Die finale Schicht wird in der Finalvariable SCHICHT_FIN festgehalten.

6.2.17 Prüfung der Notwendigkeit von Interventionen

Erbrachte Interventionen waren immer dann in das Mengengerüst zu übernehmen, wenn sie als *notwendige Leistung* eingeschätzt wurden, die zu einer fachgerechten Pflege erbracht werden mussten. Aus diesem Grund war es abschließend erforderlich, eine spezielle *Notwendigkeitsprüfung* für all die Interventionen durchzuführen, die im Datensatz mit der ZEITBEGRÜNDUNG NICHT NOTWENDIG abgeschlossen wurden oder deren ZEITBEGRÜNDUNG in den vorstehenden Bearbeitungsschritten auf diesen Wert gesetzt wurde. Sie wiesen das Potenzial auf, fälschlich aus der Bestimmung des Mengengerüsts ausgeschlossen zu werden. Dabei waren Bedarfsinterventionen und geplante Interventionen getrennt zu behandeln.

- Bei Bedarfsinterventionen wurde davon ausgegangen, dass diese situativ notwendig waren und aus diesem Grund aus dem Bedarfskatalog entnommen wurden. Aus diesem Grund wurde die Variable NOTWENDIG für alle Bedarfsinterventionen zuerst auf den Wert 1 gesetzt, damit wurden alle Bedarfsinterventionen eingeschlossen. Danach wurden Bedarfsinterventionen, die als mit der ZEITBEGRÜNDUNG NICHT NOTWENDIG abgeschlossen wurden, als fehlerhafte Aufrufe von Bedarfsinterventionen interpretiert. Diese wurden aus der Berechnung der SOLL-Zeit- und SOLL-Mengenkomponekten ausgeschlossen. Hierzu wurde den Variablen NOTWENDIG, SOLL_FIN, ZEIT_FÜRAUSWERTUNG und ANGEBOT jeweils der Wert 0 zugeordnet.
- Für alle 19.187 geplanten Interventionen mit der ZB_FIN NICHT NOTWENDIG wurde eine Notwendigkeitsprüfung über die Ersatzinterventionen und möglichen Ersatzzeiträume vorgenommen. Dabei wurde davon ausgegangen, dass in einem wesentlichen Teil dieser Fälle die geplanten Leistungen durch inhaltlich ähnliche, aber dem tagesaktuellen Bedarf der Bewohner*innen adäquatere, Interventionen ersetzt wurden, die sich wiederum in entsprechenden Bedarfsinterventionen fanden. Hierzu wurden solche Ersatzmöglichkeiten inklusive einer entsprechenden Frist, innerhalb der die Ersatzintervention durchgeführt werden musste, erarbeitet. Die entsprechenden Setzungen sind dem Anlagenband (A 5.2) zu entnehmen.
 - Wenn es eine entsprechende Ersatzintervention als Bedarfsleistung im festgelegten Zeitraum gab (n=6.643), wurde die betroffene Intervention als tatsächlich *nicht notwendig* betrachtet. Die Intervention wurde aus der Auswertung ausgeschlossen, indem die Variablen SOLL_FIN und ZEIT_FÜRAUSWERTUNG, NOTWENDIG und ANGEBOT auf den Wert 0 gesetzt wurden und zusätzlich ZB_FIN=NICHT NOTWENDIG übernommen wurde. Die korrespondierende Ersatzintervention wurde auf NOTWENDIG=1 gesetzt und IST_FIN und SOLL_FIN übernommen.
 - Wenn es keine adäquate Ersatzintervention gab, waren zwei Interpretationen möglich: Entweder die geplante Intervention war situativ nicht erforderlich, weil sich die aktuelle Situation anders darstellte als während der Planung. Dann wäre das NICHT NOTWENDIG zu bestätigen gewesen. Oder die Intervention war zwar – z. B. vor dem Hintergrund des

neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – notwendig, entsprechende Verhaltensweisen sind von den Pflegenden und den Datenerhebenden aber noch nicht verinnerlicht. In diesem Fall wäre das *NICHT NOTWENDIG* zu verwerfen. Da diese Fälle nicht unterschieden werden konnten, wurde hier eine pragmatische Lösung gewählt: Die Interventionen wurden zu *Angeboten* erklärt und damit in der Personalbemessung berücksichtigt. SOLL_FIN und ZEIT_FÜRAUSWERTUNG wurden auf 0 gesetzt, NOTWENDIG und ANGEBOT auf 1 und es wurde die ZB_FIN=NOTWENDIGE INTERVENTION NICHT ERBRACHT zugeordnet.

6.2.18 Identifikation von Abwesenheit

Während der Datenaufbereitung zeigte sich, dass für einzelne Pflegebedürftige an einzelnen Tagen keinerlei Dokumentationen von durch beschattete Pflegekräfte oder Andere erbrachte Interventionen vorliegen, die Pflegebedürftigen an diesen Tagen also abwesend waren. Die geplanten Interventionen für diese Abwesenheitstage wurde deshalb in der Variable ZB_FINAL mit der Ausprägung *ABWESENHEIT DES PFLEGEBEDÜRFTIGEN* gekennzeichnet, die einerseits die Nicht-Erbringung verdeutlicht und andererseits den gezielten Einbezug oder Ausschluss dieser Interventionen aus Berechnungen ermöglicht. Die betroffenen Interventionen werden im Fall einer Auswertung aufgrund ihres geplanten Status als voll zu erbringende notwendige Interventionen betrachtet.

6.2.19 Zusammenführung von Gruppeninterventionen

Ein Teil der 110 Interventionen kann nicht nur für einzelne Bewohner, sondern auch in der Gruppe erbracht werden. Dies kann für Interventionen wie *ALLTAGSGESTALTUNG*, *EINKAUFSAHRT* oder *SPIRITUELLE UNTERSTÜTZUNG* der Fall sein. Bei nicht-individueller Erbringung teilen sich die Erbringungs- und SOLL-Zeiten dieser Gruppenaktivitäten also auf verschiedene Pflegebedürftige auf. Die Datenerhebenden wurden darauf geschult, in Gruppen stattfindende Interventionen für alle teilnehmenden Pflegebedürftigen zu erfassen. Dafür sollte die Intervention für einen Bewohner dokumentiert und nach Abschluss der Intervention für alle anderen Bewohner mit identischer Zeit nachdokumentiert werden. Danach liegen die für den Bewohner aufgebrauchten Zeiten aus Bewohnersicht vollständig vor, aus Sicht der Pflegekraft, wird die erbrachte Zeitmenge aber multiplikativ überschätzt. Deshalb muss für die Berechnung des notwendigen Personaleinsatzes die Anzahl der an der Gruppenintervention teilnehmenden Pflegebedürftigen identifiziert und die dokumentierten Zeiten auf diese verteilt werden. So entsteht eine pro Bewohner durch die Pflegekraft aufgewendete Durchschnittszeit, die in der Summe die vollständige SOLL-Zeitmenge der Gruppenintervention abbildet. Um die Gruppeninterventionen zu identifizieren, wurden die genannten Interventionen auf ähnliche SOLL-Zeiten (Parametersetzung: maximal 1 Minute Unterschied) und ähnliche Dokumentationszeitpunkte (Parametersetzung: Dokumentation innerhalb von 30 Minuten) untersucht und zusammengefügt, wenn ihre Erbringung für dieselbe Pflegekraft dokumentiert war. Identifiziert wurden auf diese Weise 689 Interventionen, die zu 193 Gruppenaktivitäten zusammengefasst wurden.

Eine Variation des gesetzten Grenzwertes für ähnliche SOLL-Zeiten von 1 Minute auf 10 Minuten resultiert in 779 identifizierten Gruppeninterventionen für 215 Aktivitäten. Die Setzung des 30 Minuten-Zeitraums auf 60 Minuten ergab 718 identifizierten Interventionen für 195 Aktivitäten. Die gewählte Parametersetzung hat somit nur einen sehr geringen Einfluss auf die Zuordnung.

6.2.20 Korrektur von Ausreißern nach oben

Bei der abschließenden Prüfung der finalen IST- und SOLL-Zeiten zeigte sich, dass aufgrund der Ausreißerkontrolle nach unten mittels des Cut-off-Wert von 3 Sekunden zwar keine negativen Zeiten oder Erbringungen von unter 3 Sekunden vorliegen. Sehr wohl liegen dagegen einzelne Interventio-

nen mit dokumentierten Zeiten von mehreren Stunden vor. Aus der Erhebung war bekannt, dass in einzelnen Einrichtungen durchaus Interventionen von mehreren Stunden Dauer dokumentiert wurden, wenn eine Pflegekraft beispielsweise das Medikationsmanagement für einen längeren Zeitraum vorbereitete. Zunächst wurden deshalb nur konservativ alle Interventionen mit Zeiten von über 8 Stunden, also mit Längen über eine typische Arbeitsschicht hinaus für unplausibel erklärt und mit der Setzung von $ZEIT_FÜRAUSWERTUNG=0$ aus der direkten Berechnung der Zeitkomponente ausgeschlossen. Näheres zum weiteren Umgang mit der Ausreißerkontrolle nach oben findet sich in Abschnitt 6.4.6.

6.2.21 Ausschluss der Dokumentationen bestimmter Datenerheber*innen

Innerhalb der Gesamtstudie sind 261 Personen als Datenerheber*in geschult worden, von denen letztlich 241 auch Daten erhoben haben. Trotz der umfangreichen Schulung und Begleitung, ist es nicht auszuschließen, dass einzelne Datenerhebende – zumindest zeitweise – nicht die erforderliche Sorgfalt in der Datenerhebung aufgewendet haben, um zu durchgängig validen Daten zu gelangen. Vorabinaugenscheinnahmen der Daten zeigen keine umfangreichen Auffälligkeiten. Durch die Plausibilitätsprüfungen und Korrekturen in der vorausgehenden Datenaufbereitung werden die Daten aller Datenerhebenden kontrolliert und notfalls aus der Zeitkomponente ausgeschlossen. Dadurch werden die Zeitwerte der Dokumentationen nicht berücksichtigt und $ZEIT_FÜRAUSWERTUNG=0$ gesetzt. Für die jeweiligen *Mengenkomponenten* werden die notwendigen Interventionen jedoch einbezogen ($MENGENKOMponente=1$). Ein vollständiger Ausschluss von Dokumentationen bestimmter Datenerheber*innen aus der Zeitkomponente war nicht notwendig.

6.2.22 Festlegen des IST- und SOLL-QNs

Als IST-QN wurde bei allen durch beschattete Pflegekräfte erbrachten Interventionen das QN-Level der Pflegekraft als Erbringungs-QN festgelegt. Für nicht oder durch Andere erbrachte Interventionen bleibt die Variable QN_{IST_FIN} auf Missing und kann nicht ausgewertet werden. Für das SOLL-QN sind bewohnerabhängig Informationen in der Planungs- und Erhebungssoftware hinterlegt. Entsprechend wird in der Variable $QNSOLL_FIN$ ein *Soll-Qualifikationsniveau* festgesetzt, das dem geplanten Niveau entspricht oder dem tatsächlichen, wenn dieses vom Schatten im Einzelfall nachvollziehbar als gerechtfertigt begründet wird. Im Detail erhalten die Interventionen, die nicht oder von Anderen erbracht wurden, das geplante QN-Level als SOLL-Qualifikationsniveau. Wurde zur Erbringung der Intervention eine zweite Pflegekraft notwendig und dies von den Datenerhebenden entsprechend gekennzeichnet, wird für die zweite Pflegekraft – unter Berücksichtigung des höheren Qualifikationsniveaus der ersten Pflegekraft, die Anleitung bzw. Überwachung übernimmt – das $QNSOLL_FIN$ 2 festgelegt. Bei Dokumentation einer akuten Änderung des Bewohnerzustandes durch die Datenerhebenden wird für die damit verbunden pflegerisch komplexen Aufgaben das $QNSOLL_FIN$ 4 als SOLL-Qualifikation festgelegt.

6.2.23 Finale Setzung von Zeitwerten

Für alle erbrachten Interventionen, deren SOLL-Zeiten für nicht plausibel erklärt wurden, wurden abschließend die Zeitwerte $SOLL_FIN$ und IST_FIN auf Missing gesetzt. Selbiges gilt für alle von Anderen oder nicht erbrachte Interventionen. Für alle Interventionen mit einem Missing bei $SOLL_FIN$ oder IST_FIN werden im Rahmen der Imputation unabhängig vom Erbringungsstatus die fehlenden Zeiten durch Imputationswerte ersetzt. Dadurch sind detaillierte Auswertungen zu den erbrachten und zu erbringenden IST und SOLL-Zeiten und Zeitmengen möglich.

Erbrachte Angebote wurden über die ZEITBEGRÜNDUNG *ABGELEHNT/ABGEBROCHEN/VERSCHOBEN* identifiziert und mit der Variable ANGEBOT_IST gekennzeichnet. Die Erbringung dieser nicht abgeschlossenen Interventionen erfordert einen anderen Umgang mit fehlenden IST-Zeiten, als Vollerbringungen. Interventionen mit ANGEBOT_IST=1 und ohne gültiges IST_FIN wurde ein IST-Zeitwert von einer Minute zugewiesen. Notwendige Angebote erhalten im SOLL als Default einen SOLL-Zeitwert von einer Minute, dieser kann im Instrument gegen einen beliebigen Zeitwert ausgetauscht werden. SOLL-Angeboten ohne gültiges IST_FIN wird ebenfalls ein IST-Zeitwert von einer Minute zugewiesen.

6.2.24 Aufteilung von „erbracht durch Andere“ zu Angehörigen oder AMA

Bis zur Umstellung der Erhebungssoftware konnten die Datenerheber*innen die von Anderen erbrachten Interventionen nicht eindeutig der verantwortlichen Personengruppe zuweisen. Mit der Umstellung wurde ZEITBEGRÜNDUNG *DURCHGEFÜHRT DURCH ANDERE* auf *ERBRACHT DURCH ANGEHÖRIGE/EHRENAMTLICHE* und *ERBRACHT DURCH WEITERE MITARBEITER*INNEN OHNE BESCHATTUNG* aufgeteilt.

Für die Berechnung des Personalbedarfes der Pflegekräfte muss feststehen, durch welche Personengruppe Interventionen erbracht wurden und künftig erbracht werden sollen. Aus diesem Grund musste allen Interventionen mit der nicht eindeutigen ZB_FINAL *ERBRACHT DURCH ANDERE* nachträglich eine Zuordnung zu den Gruppen der Angehörigen/Ehrenamtlichen und weiteren Mitarbeiter*innen zugewiesen werden. Dies erfolgte durch Berechnung eines Gewichtes, dass die Erbringung zu einem bestimmten Anteil den Angehörigen/Ehrenamtliche und weiteren Mitarbeiter zuordnet. Zur Generierung des Gewichtes wurden die Interventionen ausgewertet, die nach der Umstellung mit der ZB_FINAL durch Angehörige oder weitere Mitarbeiter*innen dokumentiert waren. Anhand der relativen Verteilung der Dokumentationen auf die beiden Gruppen wurde ein Gewichtungsfaktor berechnet und auf die nicht eindeutig definierten Interventionen angewendet. In der Auswertung der Mengenkomponekte fließen die betroffenen Interventionen damit anteilig in beide Personengruppen ein.

Die Generierung des Gewichtungsfaktors basiert auf den nach der Systemumstellung dokumentierten Interventionen. Falls es für eine Intervention nach der Umstellung der ZEITBEGRÜNDUNG von durch Andere auf die beiden neuen ZEITBEGRÜNDUNGEN keine Dokumentation gab, und damit auch keine Quotientenbildung möglich war, wurde die Intervention, die vor der Umstellung mit der Zeitbegründung *DURCHGEFÜHRT DURCH ANDERE* abgeschlossen worden waren, zu 100 % der Kategorie *ERBRACHT DURCH WEITERE MITARBEITER*INNEN OHNE BESCHATTUNG* zugewiesen.

Für die Auswertung standen nach diesem Aufbereitungsschritt die Variablen COUNT_INT, COUNT_INT_MITARBEITER und COUNT_INT_ANGEHOERIGE zur Verfügung, in denen jeweils das einzubeziehende Mengengewicht hinterlegt war. Interventionen, die in der IST-Erbringung eindeutig zugeordnet werden konnten, erhalten das Mengengewicht 1.

6.3 Operationalisierung

„Operationalisierung“ bedeutet im vorliegenden Fall, dass die Rohdaten mit Blick auf die Auswertung klassifizierbar gemacht werden und so nach der Operationalisierung eindeutig ist, ob und wie jede einzelne Intervention in die Mengenkomponekte und die Zeitkomponente (der zugrundeliegenden Klassierungsvariablem und einzelnen Intervention) eingeht. Somit wurde in diesem Schritt festgelegt, welche Interventionen, wie für die Personalbemessung genutzt werden.

Zu beachten war, dass bei der Operationalisierung implizit eine getrennte Betrachtung jeder einzelnen der einbezogenen Interventionen erfolgte. Es wurden hier somit jeweils *spezifische Mengen- und Zeitwerte* festgelegt. Im Zusammenhang mit der früher dargestellten Notwendigkeit zu den Interven-

tionen analytisch jeweils ein korrespondierendes Interventions-Angebot zu definieren, wurde nun auch in den entstehenden Zeit- und Mengengerüsten entsprechend differenziert. Die Operationalisierung kann dabei induktiv von den empirischen Daten ausgehen und dann versuchen, theoretische Konstrukte abzubilden oder umgekehrt deduktiv von analytischen Kategorien ausgehen und versuchen, diese in den Daten abzubilden. Der erste Ansatz birgt die Gefahr, sich in den Daten zu verlieren, der zweite übersieht die in den Daten auftauchenden Probleme, die vorher nicht antizipiert werden konnten. Zur bestmöglichen Kategorisierung war daher eine Kombination beider Vorgehensweisen notwendig. Für den vorliegenden Fall wurde eine induktive Vorarbeit durch die unter Abschnitt 6.2 beschriebenen Datenaufbereitungen gelegt. Nachfolgend (Abschnitt 6.3.1 bis Abschnitt 6.3.4) wurde zur abschließenden Klassierung der deduktive Pfad beschritten.

6.3.1 Grundlagen der analytischen Kategorien

Notwendig zur deduktiven Ableitung der anzuwendenden analytischen Kategorien – sowohl für die Mengen- als auch für die Zeitkomponenten – waren im Rahmen der Studienfrage *drei Informationen*. Diese bezogen sich auf Planungsstatus und Erbringungsstatus sowie auf die Notwendigkeit der Interventionsdurchführung.

- **Planungsstatus:** Der Planungsstatus enthielt die Information, ob die Intervention in den Tagesstrukturen geplant wurde oder ad hoc als Bedarfsleistung erzeugt wurde. Der entsprechende Wert wurde in der Variablen `AUFBEDARF_FIN` abgelegt. Die Ausprägung *0* bedeutete hierbei, dass die Intervention geplant wurde, die Ausprägung *1* bedeutete, dass es sich um eine Bedarfsintervention handelte.
- **Erbringungsstatus:** Der Erbringungsstatus ergab sich für jede Intervention aus den Informationen darüber, ob die Intervention erbracht wurde und wenn ja durch welche Personengruppe. Diese Werte waren in der Variablen `STATUS_ZB_FIN` abgelegt. Diese konnte dabei die Ausprägungen *ERBRACHT DURCH PK*, *ERBRACHT DURCH ANDERE ODER NICHT ERBRACHT* gemäß der bereits erläuterten Definition enthalten.
- **Notwendigkeit:** Die Notwendigkeit der Intervention gab an, ob diese normativ als erforderlich für eine fachgerechte Pflege galt. Der entsprechende Wert war in der Variablen `NOTWENDIG` hinterlegt. Notwendige Interventionen erhielten die Ausprägung *1*, nicht notwendige die Ausprägung *0*.

Tabelle 37: Interventionskategorien

Planungsstatus	Erbringungsstatus	Notwendigkeit
AUFBEDARF_FIN	STATUS_ZB_FIN	NOTWENDIG
0 = geplant 1 = Bedarf	0 = nicht erbracht 1 = erbracht durch PK 2 = erbracht durch Andere	0 = nein 1 = ja
0	0	0
0	0	1
0	0	0
0	0	1
0	1	0
0	1	1
1	1	0
1	1	1
1	2	0
1	2	1
1	2	0
1	2	1

Werden der Planungsstatus, der Erbringungsstatus und die Notwendigkeit in allen Ausprägungen kombiniert, so entsteht eine Matrix von *12 Interventionskategorien*, in der jede der Interventionen eindeutig einer Kategorie zugewiesen ist (Tabelle 37). Für jede dieser Kategorien kann im nächsten Schritt festgelegt werden, inwieweit die gemessenen Zeit- und Mengenkomponenten in die weitere Berechnung der SOLL-Personalbedarfe eingehen.

6.3.2 Analytische Erfassung der Mengenkomponente

Die *Mengenkomponente* bildet ab, wie viele Leistungserbringungen welcher Intervention für eine fachgerechte Pflege innerhalb der zugrundeliegenden Klassierung als erforderlich angesehen werden. Für diese Anzahl an Interventionen kann dann im Personalbemessungsverfahren eine korrespondierende Personalmenge ausgewiesen werden. Die Mengenkomponente, die aus der Auswertung des vorliegenden Datensatzes entstand, gibt somit an, welche der – innerhalb des Projektes konsentierten – Interventionen wie oft erbracht wurden bzw. hätten erbracht werden müssen. Hierzu wurde festgelegt, dass jede Intervention, unabhängig davon, ob sie geplant wurde, und unabhängig davon, ob sie erbracht wurde, *in die Mengenkomponente eingeht, wenn sie als notwendig angesehen wird*.

Tabelle 38: Interventionskategorien erbrachter und geplanter Interventionen

Gruppe	Planungsstatus	Erbringungsstatus		Notwendigkeit	Berücksichtigung	Zahl der Interventionen n
	AUFBEDARF_FIN	ANGEBOT	STATUS_ZB_FIN	NOTWENDIG	MENGEN-KOMPONENTE	
	0 = geplant 1 = Bedarf	0 = Erbringung 1 = Angebot	0 = nicht erbracht 1 = erbracht durch PK 2 = erbracht durch andere	0 = nein 1 = ja	0=nein 1=Erbringung 2=Angebot	n =
1	0	0	0	0	0	5.166
2	0	0	0	1	1	11.790
3	0	0	1	0	0	213
4	0	0	1	1	1	57.743
5	0	0	2	0	0	0
6	0	0	2	1	1	12.369
7	0	1	0	0	0	0
8	0	1	0	1	2	14.908
9	0	1	1	0	0	0
10	0	1	1	1	2	1.124
11	0	1	2	0	0	0
12	0	1	2	1	2	0
13	1	0	0	0	0	125
14	1	0	0	1	1	520
15	1	0	1	0	0	120
16	1	0	1	1	1	35.086
17	1	0	2	0	0	0
18	1	0	2	1	1	472
19	1	1	0	0	0	0
20	1	1	0	1	2	0
21	1	1	1	0	0	0
22	1	1	1	1	2	286
23	1	1	2	0	0	0
24	1	1	2	1	2	0

In Bezug auf die Mengenkomponekte muss zusätzlich beachtet werden, ob die Interventionen jeweils als Erbringung oder lediglich als Angebot notwendig waren. Da für diese beiden Fälle später unterschiedliche Zeitwerte zugeordnet wurden, musste bereits an dieser Stelle eine Differenzierung vorgenommen werden. Genutzt wurde hierzu die Variable ANGEBOT, die für jede Intervention im Datensatz angab, ob diese für das Mengengerüst als Erbringung (Ausprägung 0) oder als Angebot (Ausprägung 1) einbezogen werden sollte. Hierdurch verdoppelte sich die Zeilenzahl in Tabelle 37 und es entstand Tabelle 38 mit insgesamt 24 analytisch definierten Interventionskategorien.

Entscheidend für die Berücksichtigung der Intervention ist dann die Variable MENGENKOMPONENTE, deren drei Ausprägungen direkt abhängig vom Vektor der Ausprägungen in den Variablen zu Planungsstatus, Erbringungsstatus und Notwendigkeit sind. Je nach Ausprägung der Variable MENGENKOMPONENTE geht die jeweilige Intervention für das Mengengerüst der Personalbemessung

- *nicht* (Ausprägung 0, in der Tabelle nicht farblich hinterlegt),
- als *Vollerbringung* (Ausprägung 1, in der Tabelle fett und hellgrau hinterlegt) oder
- als *Angebot* (Ausprägung 2, in der Tabelle nicht fett, aber hellgrau hinterlegt)

ein.

Tabelle 38 enthält die jeweilige Zahl der Interventionen, die in diese drei Kategorie fallen sowie die Angabe darüber, inwieweit sie in der Mengenkomponekte berücksichtigt wurden. Insgesamt gingen somit 117.980 notwendige Interventionen mit dem Status Vollerbringung und 16.318 notwendige Interventionen mit dem Status Angebot in die Mengenkomponekte ein.

6.3.3 Differenzierung der Mengenkomponekte nach Erbringergruppe

Nachdem alle Interventionen bezüglich ihrer Berücksichtigung in die Mengenkomponekte eingeordnet sind, muss für alle weiteren Berechnungen festgelegt werden, *durch wen* die Erbringung erfolgen soll.

Der Erbringungsstatus STATUS_ZB_FIN einer Intervention ermöglicht mittels der Variable ZB_FIN eine eindeutige Zuordnung der Interventionen zu ihrem IST-Erbringer, nämlich

- beschattete Pflegekräfte
- Andere, als
 - Angehörige/Ehrenamtliche
 - weitere Mitarbeiter*innen
 - Externe z. B. Krankenhausmitarbeiter im Fall von Abwesenheit der Pflegebedürftigen
- Niemand, bei Nicht-Erbringung.

Die Auswertungen zum IST-Personaleinsatz beziehen ausschließlich die durch beschattete Pflegekräfte erbrachten Interventionen ein. Grundsätzlich werden notwendige, im IST durch beschattete Pflegekräfte erbrachte Interventionen in der SOLL-Erbringung weiterhin den Pflegekräften der Einrichtungen zugeordnet, genauso wie die notwendigen, im IST nicht erbrachten Interventionen.

Für die Bestimmung des SOLL-Personalbedarfes muss aber für alle anderen Interventionen entschieden werden, durch wen die (hypothetische) Erbringung erfolgen soll.

Wenn Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen beispielsweise an einzelnen Tagen nicht an der Datenerhebung teilnahmen – etwa aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes – waren für diese*n Bewohner*in im IST in der Einrichtung zwar keine erbrachten Interventionen dokumentiert, aber dennoch geplante Leistungen in der Erhebungssoftware hinterlegt. In der Datenerhebung wurde ebenfalls ein Teil der Interventionen durch Personen erbracht, die nicht durch einen Schatten begleitet wurden. Das konnten sowohl andere Einrichtungsmitarbeiter*innen (insbesondere auch zusätz-

liche Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI) oder andere Leistungserbringer, als auch An- und Zugehörige oder Ehrenamtliche sein, die notwendige Leistungen übernehmen. Die Leistungen dieser Personengruppen können für die Datenauswertung nun auf zwei Arten berücksichtigt werden.

Diese Zeitmengen können als Personalmenge betrachtet werden, die

- durch Pflegekräfte vorgehalten werden muss oder
- im SOLL nicht erforderlich ist, weil die Erbringung auch in Zukunft durch Andere gewährleistet ist.¹³

In Abstimmung mit dem Expertengremium wurde in der Konsentierungssitzung beschlossen, die Personalbedarfe für verschiedene Arten der Vorhaltung getrennt auszuweisen. Im Instrument wurden deshalb Parameter eingebaut, mit denen die Vorhaltung der SOLL-Personalmengen für

- a. notwendige, von Pflegekräften (nicht) erbrachte Interventionen
- b. notwendige, von Angehörigen/Ehrenamtlichen erbrachte Interventionen
- c. notwendige, von weiteren Mitarbeiter*innen ohne Beschattung erbrachte Interventionen
- d. notwendige geplante, aufgrund von Abwesenheit nicht erbrachte Interventionen

getrennt ein- und ausgeschaltet werden können. In den Ergebnissen werden nachfolgend nur Auswertungen für das folgende SOLL-Szenario ausgewiesen:

- Pflegekräfte erbringen die im IST von ihnen erbrachten notwendigen Leistungen sowie die bei der IST-Erhebung von niemandem erbrachten Leistungen in den durch die Datenerhebenden SOLL-korrigierten Zeiten.
- Für notwendige Leistungen, die im IST von anderen erbracht werden, erfolgt keine Personalvorhaltung, da unterstellt wird das „Andere“ diese Leistungen auch in Zukunft in gleichem Umfang erbringen.

6.3.4 Analytische Berechnung der Werte der Zeitkomponente

In der Zeitkomponente werden – ebenfalls nach Intervention differenziert – die Zeiten ermittelt, die für die direkte Berechnung der Imputationswerte und Durchschnittszeiten zur *einmaligen* Erbringung der jeweiligen Intervention als Vollauswertung oder Angebot verwendet werden. Hierzu werden die Werte der Variablen IST_FIN und SOLL_FIN verwendet werden, die für die Erbringung einer Intervention erhoben wurden. Für eine fehlerfreie Berechnung des Personalbedarfes müssen für alle Interventionen aus der Mengenkomponeute Imputationswerte für die Zeitkomponente eingefügt werden, wenn für sie kein gültiger Zeitwert vorlag.

Ob die Variable SOLL_FIN direkt in der Zeitkomponente verwendet werden konnte, oder zuerst Durchschnittswerte imputiert werden mussten, lies sich anhand der Variable ZEIT_FÜRAUSWERTUNG festlegen, die für jede Intervention im Datensatz angibt, ob diese für das Zeitgerüst als Zeit einer fachgerechten Vollerbringung (Ausprägung 1) oder nicht (Ausprägung 0) einbezogen werden soll. Nach erfolgter Imputation impliziert eine Berücksichtigung bei der Mengenkomponeute gleichzeitig die Berücksichtigung der Intervention bei der Zeitkomponente für die Berechnung des SOLL-Personalbedarfes.

¹³ In Bezug auf die durch zusätzliche Betreuungskräfte erbrachten Leistungen setzt dies natürlich voraus, dass diese Personalkategorie auch in Zukunft noch in den Einrichtungen in entsprechender Zahl vorhanden ist.

Tabelle 39: Interventionskategorien in Bezug auf die direkte Berücksichtigung der Zeitwerte für die Berechnung der Zeitkomponente

Gruppe	Planungsstatus	Einbezug	Erbringungsstatus	Notwendigkeit	Berücksichtigung	Zahl der Interventionen
	AUFBEDARF_FIN	ZEIT_FÜRAUSWERTUNG	STATUS_ZB	NOTWENDIG	ZEIT-KOMPONENTE	
	0 = geplant 1 = Bedarf	0 = nein 1 = ja	0 = nicht erbracht 1 = erbracht durch PK 2 = erbracht durch andere	0 = nein 1 = ja	0=nein 1=ja	n =
1	0	0	0	0	0	5.166
2	0	0	0	1	0	26.698
3	0	0	1	0	0	213
4	0	0	1	1	0	6.149
5	0	0	2	0	0	0
6	0	0	2	1	0	12.369
7	0	1	0	0	0	0
8	0	1	0	1	0	0
9	0	1	1	0	1	0
10	0	1	1	1	1	52.718
11	0	1	2	0	0	0
12	0	1	2	1	0	0
13	1	0	0	0	0	125
14	1	0	0	1	0	520
15	1	0	1	0	0	120
16	1	0	1	1	0	4.870
17	1	0	2	0	0	0
18	1	0	2	1	0	472
19	1	1	0	0	0	0
20	1	1	0	1	0	0
21	1	1	1	0	1	0
22	1	1	1	1	1	30.502
23	1	1	2	0	0	0
24	1	1	2	1	0	0

Für die somit entstandenen 24 analytischen Gruppen konnte dann in der Variablen ZEITKOMPONENTE das Ergebnis der Operationalisierung abgelegt werden (Tabelle 39). Es gilt, dass die jeweilige Intervention für das Zeitgerüst der Personalbemessung

- die Ausprägung 0 erhielt, wenn für die Intervention keine SOLL-Zeit vorlag, die einer fachgerechten Vollerbringung entsprach, und deshalb der Einbezug in die Berechnung der Durchschnittszeiten erst nach erfolgter Imputation erfolgen konnte.
- die Ausprägung 1 erhielt, wenn die SOLL_FIN-Zeit für die konkrete Intervention gültig war und direkt in die Berechnung der Durchschnittszeiten einging.

Die direkte Berücksichtigung der IST-Zeiten wird über die die Variable STATUS_ZB_FIN=1 und IST_FIN>3 Sekunden definiert. Insgesamt konnten für die Zeitmessung insgesamt 83.220 Interventionen (als Summe der in der Tabelle fett hervorgehobenen Kategorien) berücksichtigt werden.

6.4 Rechenvorschriften zur Erzeugung der Auswertungsdatensätze

Zusätzlich zu den vorstehend beschriebenen Regelungen, nach denen die einzelnen dokumentierten Interventionen in auswertbare Daten überführt wurden, waren Rechenvorschriften erforderlich, mit

denen eine vollständige Berechnung der bedarfsorientierten Zeitmengen möglich war. Abschnitt 6.4.1 beschreibt dazu das eingesetzte Imputationsverfahren, Abschnitt 6.4.2 die Hochrechnung der Mengenkomponten auf eine Durchschnittswoche. Eine Erläuterung der Zeiten- und Mengenberechnung erfolgt in Abschnitt 6.4.3 für die direkte und in Abschnitt 6.4.4 für die indirekte Pflege. Die Zuweisung der Interventionen zu SOLL-Qualifikationsniveaus wird in Abschnitt 6.4.5 beschrieben. Abschließend werden die angewendete Sensitivitätsanalyse in Abschnitt 6.4.6 und die Bildung von Vollzeitäquivalenten in Abschnitt 6.4.7 erörtert.

6.4.1 Imputation

Nach Datenaufbereitung und Operationalisierung lag ein Datensatz auf Bewohner- und Interventionsebene vor, in dem aus verschiedenen Gründen nicht für alle erbrachten und/oder notwendigen Interventionen gültige IST- und SOLL-Zeitwerte enthalten waren. Zum einen konnten Zeitwerte nur für beschattete Interventionen dokumentiert werden, zum anderen wurde ein Teil der dokumentierten Zeitwerte im Zuge der Datenaufbereitung für nicht plausibel erklärt. Für diese Interventionen, die in der Mengenkomponten enthalten sind, für die aber kein Zeitwert vorliegt, wurde eine Imputationsstrategie entwickelt, um ebendiese Missings mit aus vorhandenen und plausiblen Zeitwerten generierten Mittelwerten zu füllen (Hot-Deck-Imputation). Daraus resultiert ein Datensatz, in dem jeder Intervention eindeutige IST- und SOLL-Zeiten zugeordnet sind.

Das Imputationsverfahren wurde entwickelt für alle Interventionen, für die keine Zeitwerte vorliegen, weil sie

- nicht
- oder durch Andere erbracht wurden
- oder ihre Zeiten im Rahmen der Fehlerkorrektur für unplausibel erklärt wurden.

Diesen Interventionen werden neue IST- und SOLL-Zeiten zugewiesen. Dafür wurde der Mittelwert aus vorhandenen und plausiblen IST- und SOLL-Zeiten übertragen. Um die strukturellen Unterschiede zwischen voll- und teilstationären Einrichtungen zu berücksichtigen, wurde die Imputation für die Einrichtungstypen vollstationär und teilstationär getrennt durchgeführt. Zusätzlich wurden die vollstationären Erhebungseinheiten nach Einrichtungen ohne und mit gesondertem Versorgungsvertrag unterschieden (vgl. Abschnitt 7.1.2). Auf Basis welcher Datengrundlage der imputierte Mittelwert berechnet wird, wurde entsprechend der folgenden Imputationshierarchie festgelegt. Sobald eine der Bedingung erfüllt war, wurden alle vorhandenen Zeiten dieser Hierarchieebene für die Generierung der Mittelwerte genutzt. Andernfalls wurde die nachstehende Hierarchieebene beschritten.

Die Imputation der Zeitwerte erfolgte mit allen in dieser Hierarchieebene verfügbaren plausiblen Zeitwerten, wenn

- mindestens 5 plausible Zeiten beim selben Bewohner vorlagen,
- mindestens 5 plausible Zeiten in derselben BI-Konstellation innerhalb des Einrichtungstyps vorlagen,
- mindestens 5 plausible Zeiten im selben Pflegegrad innerhalb des Einrichtungstyps vorlagen,
- mindestens 5 plausible Zeiten über alle Dokumentationen innerhalb des Einrichtungstyps vorlagen,
- mindestens 1 plausible Zeit über alle Dokumentationen innerhalb des Einrichtungstyps vorlagen,
- mindestens 1 plausible Zeit über alle Dokumentationen vorlag.

Nach Durchlauf der Imputationsroutine lagen für 8 einzelne Interventionen noch immer keine SOLL-Zeitwerte vor. Zum einen wurden im vollstationären Bereich zum *BECKENBODENTRAINING*, zur *GESUNDHEITLICHE VERSORGUNGSPLANUNG FÜR DIE LETZTE LEBENSPHASE* und zur *PFLEGEVISITE* keine plausiblen SOLL-Zeiten dokumentiert und konnten auch nicht aus anderen Settings übertragen werden. Zum anderen gab es in der teilstationären Pflege keine SOLL-Zeitwerte für die Aufnahme von Gästen (*EINZUG*). Da sich die Aufnahme von teilstationären Gästen vom Einzug eines Bewohners in eine vollstationäre Einrichtung unterscheidet, wurden in diesem Fall keine SOLL-Zeitwerte aus anderen Settings übertragen. Im Datensatz und Algorithmus wurde bei diesen 8 Interventionen ein Zeitwert von 1 Minute als Platzhalter gesetzt.

Konnten durch das Imputationsverfahren für Interventionen SOLL- aber keine IST-Zeitwerte identifiziert werden, wurden die IST-Zeiten aus den SOLL-Zeiten abgeleitet. Dafür wurde das durchschnittliche SOLL-IST-Verhältnis von Interventionen mit plausiblen Zeitwerten nach Pflegegrad auf die SOLL-Zeiten übertragen und die entsprechende IST-Zeit berechnet.

6.4.2 Hochrechnung der Mengenkomponekte auf eine Durchschnittswoche

Um auf Basis des vorstehenden analytischen Zugangs den Personalbedarf abschließend quantifizieren zu können, musste die Mengenkomponekte auf einen sich wiederholenden Zeitraum bezogen werden (pro Tag/Woche/Monat/Jahr). Im *teilstationären Sektor* stellte dies kein Problem dar, da die sinnvollste Einheit hier ein Tag war und die Daten implizit an Erhebungstagen organisiert waren. Da jeder Pflegebedürftige die entsprechenden Leistungen üblicherweise je Tag in Anspruch nahm, konnte dieser Wert direkt für die Personalbemessung verwendet werden. Im *vollstationären Sektor* lagen die Daten für jeden Pflegebedürftigen für bis zu acht Tagschichten und einen Nachtdienst vor. Teilweise waren Wochenenden und Feiertage darin einbezogen, teilweise nicht.

Als einheitliche Bezugsgröße wurde deshalb für die weiteren vollstationären Auswertungen *eine Woche* gewählt. Diese wurde zusammengesetzt aus 7 Nachtdiensten, 5 Wochentagen und 2 Wochenendtagen. Ein Wochentag setzt sich zusammen aus einer durchschnittlichen Früh- und Spätschicht zwischen Montag und Freitag. Wochenendtage setzen sich zusammen aus einer durchschnittlichen Früh- und Spätschicht von Samstag und Sonntag. Ein Siebtel dieser Woche spiegelt einen Durchschnittstag wider, in den Nächte, Werktag und Wochenenden anteilig eingehen.

Für jeden individuellen Bewohner liegen damit Daten zu einer (potentiell) anderen Konstellation aus beschatteten Schichten an Werktagen und Wochenende vor. Dies impliziert gleichzeitig, dass die Berechnung der vollständigen Durchschnittswoche auf die Aggregationsebenen beschränkt ist, innerhalb derer Informationen zu allen fünf – für die Berechnung der Durchschnittswoche benötigten – Schichttypen vorliegen. *Nach Pflegegraden* kann vollstationär die Durchschnittswoche für alle sechs Ausprägungen (ohne PG, PG 1-5) berechnet werden. Auf *Ebene der BI-Konstellationen* ist ein Zusammensetzen des Durchschnittstages bzw. der Durchschnittswoche nur für die BI-Konstellationen möglich, für die über alle Bewohner dieser Konstellation betrachtet auch alle 5 Schichttypen beschattet wurden. Von den insgesamt 321 im vollstationären Bereich vertretenen BI-Konstellationen ist dies für 90 Konstellationen der Fall. Der Algorithmus für die Personalbemessung kann damit Ergebnisse differenziert nach Pflegegrad und für 90 BI-Konstellationen erzeugen. Für den teilstationären Bereich werden zu diesem Zeitpunkt aufgrund der kleineren Stichprobe ausschließlich Auswertungen nach Pflegegrad durchgeführt.

Um mögliche Einflussfaktoren auf eine abhängige Variable zu analysieren, ist es notwendig, dass diese abhängigen Variable für eine möglichst große Zahl an Beobachtungen (n) und auf individueller Ebene vorliegt, also den einzelnen Pflegebedürftigen. Aufgrund der Beschattung der Einrichtungen in

5-Tages-Fenstern liegen jedoch nicht für jeden Bewohner Daten zu allen fünf Schichttypen der Durchschnittswoche vor. Eine individuelle Zeitmenge pro Durchschnittswoche kann demnach nicht für alle Pflegebedürftigen berechnet werden. Allerdings kann der Bezugszeitraum verkleinert werden, um das n zu vergrößern.

Für die Früh- und Spätschichten an Werktagen liegen für den Großteil der 1.224 vollstationär teilnehmenden Pflegebedürftigen Beschattungsdaten vor. Ausgeschlossen von diesen Auswertungen werden insgesamt 20 Bewohner. Bei ihnen liegen entweder unzureichende Angaben in den Variablen Alter und Geschlecht vor, oder für sie sind aufgrund von Abwesenheiten in einer oder beiden der Schichten weder geplante noch erbrachte Interventionen dokumentiert. Es verbleiben 1.204 Bewohner*innen, für die auf Werktagsebene bewohnerbezogene Auswertungen für den vollstationären Bereich durchgeführt werden können.

6.4.3 Berechnung der Zeiten und Mengen und Zeitmengen der direkten Pflege

Aus den auf Bewohner- und Interventionsebene vorliegenden Daten müssen für die Quantifizierung des Personalbedarfes zunächst die durchschnittlichen Zeiten- und MengenkompONENTEN ermittelt werden. Für die direkte Pflege, also die personenbezogenen Interventionen, erfolgt dies jeweils differenziert nach

- Einrichtungstyp (vollstationär, teilstationär, vollstationäre Spezialeinrichtung),
- Schichttyp (Frühschicht am Werktag, Frühschicht am Wochenende, Spätschicht am Werktag, Spätschicht am Wochenende, Nachtschicht),
- Interventionen (110 Interventionen des Interventionskatalogs),
- SOLL-Qualifikationsniveau (-2, 1, 2, 3, 4) oder IST-Qualifikationsniveau (-1, 0, 1, 2, 3, 4, 5),
- Art der Erbringung (Vollerbringung, Angebot) sowie
- der gewünschten Aggregierungsvariable (Individuum, Pflegegrad, BI-Konstellation)

und kann bei Bedarf mit entsprechender Gewichtung weiter zusammengefasst werden (z. B. Kategorisierung der detaillierten Qualifikationsniveaus zu Assistenz- und Fachkräften).

6.4.3.1 MengenkompONENTE

Die Berechnung der MengenkompONENTE erfolgt zunächst auf Bewohnerebene nach dem folgenden Verfahren:

- a. Wenn Daten für einen Schichttyp vorhanden sind, wird für jede Intervention das gewogene Mittel (über die Anzahl der Messungen des entsprechenden Schichttyps) der Erbringungsmenge errechnet und somit eine „typische“ Menge pro Intervention für diesen Schichttyp konstruiert.
- b. Hierbei wird für jede erbrachte Intervention das QN-Niveau mitgeführt und die Menge differenziert ausgewiesen.
- c. In den Schichttypen nicht erbrachte Interventionen werden mit dem Wert 0 (nicht MISSING) belegt und gehen somit später in alle Mittelwertbildungen über Einrichtungen hinweg ein.
- d. Die für Bewohner nicht beschatteten Schichttypen werden mit dem Wert MISSING belegt und gehen somit später *nicht* in die Mittelwertbildungen über die Aggregierungsvariable hinweg ein.
- e. Danach erfolgt (für die vorhandenen Schichttypen) eine Hochrechnung auf die virtuelle Woche, indem eine entsprechende Multiplikation mit 5 bzw. 2 bzw. 7 erfolgt.

Über die gewünschte Aggregierungsvariable kann die gewichtete, durchschnittliche Mengenkompone-
nte für jeden Schichttyp und die Durchschnittswoche nach beispielsweise Pflegegrad oder BI-Kon-
stellatation ausgewiesen werden.

6.4.3.2 Zeitkomponente

Nach der Imputation lagen für jede Intervention aus der Mengenkompone (bei Nicht-Erbringung
hypothetische) IST- und SOLL-Zeiten vor. Durch Mitteln der Zeiten auf Bewohnerebene innerhalb der
Schichttypen wurden durchschnittliche Zeiten pro Interventionserbringung generiert. Für die Hoch-
rechnung auf die Durchschnittswoche wurden die Zeiten entsprechend der Mengenkompone ge-
wichtet.

Wie die Mengenkompone kann auch die bewohnerbezogene Zeitkomponente für weitere Aus-
wertungen und Darstellungen über Aggregierungsvariablen gewichtet zusammengefasst werden.

6.4.3.3 Zeitmengen

Aus den Produktsummen der Mengen- und Zeitkomponente können die erforderlichen Zeitmengen
berechnet und aus diesen kann der Personalbedarf abgeleitet werden.

6.4.4 Berechnung der Zeitmengen der indirekten Pflege

Neben den direkten Interventionen wurden zusätzlich auch indirekte, nicht-personenbezogene Inter-
ventionen dokumentiert. Bei diesen handelt es sich in der Regel um organisatorische Interventionen
oder Leistungen, die mehrere Pflegebedürftige betreffen. Die indirekten Interventionen (rund 21.000
Interventionen im Datensatz) bilden eine eigene, von den direkten bewohnerbezogenen Interven-
tionen getrennte Menge. Hierzu wurde im Zuge der Datenaufbereitung jeder Intervention die Varia-
ble ADMIN_ORGA mit der Ausprägung *0=nein* oder *1=ja* zugewiesen.

Die auf den Admin-Orga eingetragenen Interventionen werden von Anfang an als eigene Interven-
tionsmenge behandelt. Die Menge der indirekten Interventionen setzt sich aus verschiedenen Teilen
zusammen:

1. Sind enthalten alle Interventionen, deren Erbringung in der Datenerhebung auf einen
„Admin-Orga-Bewohner“ gebucht wurden. Ausnahme ist hierbei die Intervention „Pause“,
die aus der Menge der indirekten Pflegeinterventionen ausgeschlossen wird, da sich die Per-
sonalbemessung nur auf die Nettoarbeitszeit bezieht.
2. In zwei Situationen werden auch Interventionen, die nicht durch beschattete Pflegekräfte er-
bracht wurden, in die Interventionsmenge des Admin-Orga:
 - a. In 79 Fällen (vollstationär 70, teilstationär 9) wurden von den Datenerhebenden in-
direkte Interventionen als notwendig, aber nicht erbracht bewertet. In diesen Fällen
wurden die Interventionen mit imputierten Zeiten belegt und in die Admin-Orga-
Zeitmenge aufgenommen.
 - b. In 177 Fällen (vollstationär 131, teilstationär 46) wurden von den Datenerhebenden
indirekte Interventionen als durch Andere erbracht bewertet. In diesen Fällen wer-
den die Interventionen mit imputierten Zeiten belegt und in die entsprechenden Vor-
haltungsszenarien in die Admin-Orga-Zeitmenge aufgenommen.

In der Studienmethodik ist eine SOLL-Korrektur von Admin-Orga-Zeiten eigentlich nicht vorgesehen.
Für alle Admin-Orga-Interventionen werden deshalb die erbringungsspezifischen IST-Zeiten verwen-
det oder ggf. IST-Zeiten imputiert. In 1.008 Fällen sind Admin-Orga-Interventionen von den Daten-
erheber*innen aber dennoch mit SOLL-Korrekturen belegt worden (66 negative Zeitwerte, 942

positive Zeitwerte). Diese Deltas werden (aufgrund der fehlenden Maßstäbe) nicht beachtet. Vielmehr werden die indirekten Pflegeleistungen grundsätzlich ohne SOLL-Werte gerechnet.

Zur Errechnung der reinen Admin-Orga-pro Kopf-Zeit werden die im IST dokumentierten, notwendigen Zeitmengen auf *alle* in den teilnehmenden Erhebungseinheiten wohnenden (nicht nur auf die studienteilnehmenden) Pflegebedürftigen verteilt. Allen Bewohnern wird in der Summe dieselbe Pro-Kopf-Zeitmenge zugewiesen. Allerdings wird die Verteilung auf die SOLL-Qualifikationsniveaus angepasst.

1. Als Grundvariable wird die Anzahl der Bewohner in den teilnehmenden Wohnbereichen aus der Strukturdatenerhebung übernommen. Gibt es hier keinen Strukturdatenwert, wird auf die Anzahl der Bewohner zurückgegriffen, die bei der ersten Abfrage potenzieller Studieneinrichtungen Ende 2017 angegeben wurden.
2. Aus den vorhandenen Admin-Orga-Interventionen werden analog zur Mengen- und Zeitkomponente der direkten Pflege jeweils Zeitmengen für die fünf Schichttypen konstruiert, aus denen für vollstationäre Einrichtungen eine virtuelle Woche zusammengesetzt werden kann. Hierbei gilt die bekannte Zusammensetzung (Abschnitt 6.4.2).
3. Weil die Einrichtungen nicht einheitlich beschattet wurden, ist für jede Einrichtung zu prüfen, welche der fünf Schichttypen vorhanden sind.
 - a. Wenn Daten für einen Schichttyp vorhanden sind, wird für jede Intervention das gewogene Mittel (über die Anzahl der Messungen des entsprechenden Schichttyps) der Erbringungsmenge errechnet und somit eine „typische“ Menge pro Intervention für diesen Schichttyp konstruiert.
 - b. Hierbei wird für jede erbrachte Intervention das QN-Niveau mitgeführt und durch die Errechnung des gewogenen Mittels zu einem Anteilswert verarbeitet.
 - c. In den Schichttypen nicht erbrachte Leistungen werden mit dem Wert 0 (nicht MISSING) belegt und gehen somit später in alle Mittelwertbildungen über Einrichtungen hinweg ein.
 - d. In den Einrichtungen nicht beschattete Schichttypen werden mit dem Wert MISSING belegt und gehen somit später *nicht* in die Mittelwertbildungen über alle Einrichtungen hinweg ein.
 - e. Die typische Schichtmenge wird pro QN mit der gemittelten Erbringungszeit jeder Intervention hinterlegt und auf die Anzahl der gesamt vorhandenen Bewohner verteilt. So entsteht eine „idealtypische Zeitmenge pro Kopf und Tag“ für den jeweiligen Schichttyp pro Einrichtung.
 - f. Danach erfolgt (für die vorhandenen Schichttypen) eine Hochrechnung auf die virtuelle Woche, indem eine entsprechende Multiplikation mit 5 bzw. 2 bzw. 7 erfolgt.

Die so ermittelten Zeitmengen liegen differenziert für alle Interventionen und alle Qualifikationsniveaus vor. Im QNIST_FIN sind dabei die Qualifikationsniveaus -1 bis 5 besetzt, im QNSOLL_FIN -2 und 1-4.

Im Nachhinein kann nicht identifiziert werden, für welche Bewohner die auf den Admin-Orga gebuchten Zeiten erbracht wurden. Wie sich die Zeitmengen innerhalb der QNs deshalb auf die Pflegegrade oder BI-Konstellation verteilen, muss anderweitig festgelegt werden.

Zu diesem Zweck wurden folgende Setzungen vorgenommen:

1. Jedem einzelnen Pflegebedürftigen wird in der Summe *dieselbe berechnete Admin-Orga-pro Kopf-Zeitmenge* zugewiesen. Dies erfolgt unabhängig von der Aggregierungsvariable.

2. Die Verteilung der Zeitmengen auf die SOLL-Qualifikationsniveaus ist abhängig von der SOLL-QN-Verteilung der direkten Pflege in den Aggregierungsklassen. Dabei gilt:
 - a. Durch QN 4 oder höher zu erbringende Admin-Orga-Zeitmengen werden als fixe Zeitmengen jedem Pflegebedürftigen zugewiesen.
 - b. Admin-Orga-Zeitmengen, die für die Interventionen *HAUSWIRTSCHAFTLICHE UNTERSTÜTZUNG*, *MATERIALMANAGEMENT* oder *NAHRUNGS-AUFNAHME: VORBEREITUNG* in den SOLL-QNs unter 4 berechnet wurden, werden als fixe Zeitmengen jeder pflegebedürftigen Person zugewiesen.
 - c. Die übrigen Zeitmengen werden innerhalb der Klassierungsvariable flexibel auf die Qualifikationsniveaus aufgeteilt. Dafür wird für jeden Pflegegrad bzw. jede BI-Konstellation die Verteilung der Zeitmengen der direkten Pflege auf die SOLL-QNs 1-4 identifiziert und die flexible ADMIN_ORGA-Zeitmenge entsprechend dieser Verteilung zugeordnet.

6.4.5 Zuweisung von Interventionen mit SOLL-Qualifikationsniveau = -2 in der direkten Pflege

Bei der Festlegung der SOLL-Qualifikationsniveaus haben die Interventionen

- *BEWOHNERGESPRÄCH*,
- *DIENSTGANG*,
- *DIENSTÜBERGABE*,
- *DOKUMENTATION*,
- *EMESISMANAGEMENT*,
- *ERSTE HILFE*,
- *MATERIALMANAGEMENT*,
- *MITARBEITERKOMMUNIKATION*,
- *PAUSE*,
- *TELEFONGESPRÄCH*,
- TRANSPORTBEGLEITUNG und
- WEGEZEIT

das SOLL-QN_FIN -2 erhalten. Hierbei handelt es sich um Interventionen, die unabhängig vom QN von jeder Pflegekraft durchgeführt werden. Für die weiteren Auswertungen müssen die Zeitmengen dieser Interventionen aber eindeutig einem SOLL-QN zugewiesen werden. Deshalb wurden für Interventionen mit QNSOLL_FIN =-2 folgende Vorschriften festgelegt:

1. In der indirekten Pflege werden diese Zeitmengen dem auf die SOLL-Qualifikationsniveaus flexibel zu verteilenden Anteil zugeordnet.
2. In der direkten Pflege werden die Zeitmengen anteilig auf alle definierten SOLL-QNs (1, 2, 3, 4) verteilt. Die Aufteilung erfolgt analog zur Verteilung der flexiblen Admin-Orga-Zeitmengen entsprechend der durch Pflegekräfte verschiedener Qualifikationsniveaus zu erbringenden SOLL-Zeitmengen in der direkten Pflege.

6.4.6 Sensitivitätsanalyse statt Ausreißerkontrolle

Eine Ausreißerkontrolle der dokumentierten Zeitwerte nach oben erscheint zum Ausschluss von fehlerhaften Messungen durch den Nicht-Abschluss von Interventionen grundsätzlich sinnvoll, birgt aber gleichzeitig das Risiko, valide, aber außergewöhnlich lange Erbringungszeiten fälschlich auszuschließen und den Mittelwert so zu verzerren. Während die *Identifikation* von Ausreißerwerten durch statistische Methoden erfolgen kann, ist die *Bewertung* dieser Messwerte als valide oder fehlerhaft nur aus dem jeweiligen inhaltlichen Kontext möglich. Ein Ausschluss solcher Werte ist nur

dann zulässig, wenn sie sowohl statistisch identifiziert, als auch inhaltlich – mit hoher Wahrscheinlichkeit – als Fehler bewertet werden können. Damit wird methodisch einer insbesondere an klinische Studien gerichteten Forderung Genüge getan, Ergebnisse nicht durch gezielte Elimination hoher Werte zu verfälschen, wenn diese hohen Werte nicht eindeutig als Datenfehler identifiziert werden können.

Im vorliegenden Fall wurde schon vor der statistischen Prüfung zur nachträglichen Differenzierung in fehlerhafte Ausreißer und reale hohe Werte eine *inhaltliche Bewertung* aller Messwertverteilungen zu allen Interventionen im pflegewissenschaftlichen Studienteam vorgenommen. Hierbei war es in keinem Fall für einen Messwert, der kleiner als 8 Stunden war, möglich, diesen eindeutig als Fehler zu identifizieren. Vielmehr konnte in allen Fällen entweder der konkrete Fall aus der Datenerhebung erinnert werden oder eine mögliche Fallkonstellation erarbeitet werden, in welcher der Messwert plausibel war. Im Zuge der Datenaufbereitung wurden daher lediglich Interventionen mit Dauer von über 8 Stunden aus der direkten Berechnung der Zeitkomponente (Abschnitt 6.2.23) ausgeschlossen, da die Dauer dann den Beschattungszeitraum überstieg und somit mit hoher Wahrscheinlichkeit fehlerhaft ist. Interventionen mit kürzerer Dauer als acht Stunden wurden daher *nicht* aus dem Datensatz ausgeschlossen.

Damit besteht aber die theoretische Möglichkeit einer *Überschätzung*, sollten einzelne einbezogene Messungen doch fälschlicherweise zu hoch ausgefallen sein. Um die Auswirkungen einer solchen potentiellen Überschätzung der Zeitwerte durch Ausreißer einschätzen zu können, wurde stattdessen eine *Sensitivitätsanalyse* mit folgenden Setzungen durchgeführt:

- Die Mengenkomponekte bleibt unverändert.
- Wenn das Gesamt-N einer Intervention kleiner 10 ist, werden keine Zeitwerte ausgeschlossen.
- Wenn das Gesamt-N mindestens 10 beträgt, werden die obersten 1 % der Werte, mindestens aber *ein* Wert eliminiert und im Rahmen der Imputation durch den Imputationswert ersetzt.

Hieraus folgt, dass für Interventionen, für die mindestens 10 Zeitmessungen vorliegen, immer zumindest der größte Wert ersetzt wird. Das Szenario ist – im Sinne eines Robustheitstests – dabei mit Absicht so gewählt, dass tendenziell *zu viele* Messungen gestrichen werden. Das zeigt sich daran, dass bei häufigen Interventionen die 1 % höchsten Werte regelmäßig noch verbundene Werte – somit also keine Ausreißer – sind.

Diese Sensitivitätsrechnung wird getrennt für direkte und indirekte Interventionen durchgeführt. Insgesamt werden durch dieses Vorgehen 845 Zeiten (646 direkte und 199 indirekte) für ungültig erklärt und durch Mittelwerte ersetzt. Im Anlagenband (A 5.3) sind die Verteilungen der gemessenen und für gültig erklärten Zeitwerte aller 81.846 direkten und indirekten Vollerbringungen dargestellt. Alle Interventionen, die durch die Ausreißerkontrolle aus der Zeitkomponente ausgeschlossen werden, sind in rot dargestellt.

In dieser Sensitivitätsanalyse wird implizit unterstellt, dass bei Interventionen, derer Zeiten öfter als N=10 Mal erhoben wurden, die obersten 1 % Werte (und falls zumindest immer auch der größte Wert) fehlerhaft sind und daher imputiert werden müssen. Dabei ist – wie eine visuelle Inspektion der in Anlage A 5.3 enthaltenen Grafiken zeigt – aber anzunehmen, dass die (unbekannten) tatsächlichen Fehlerraten unter 1 % liegen. In diesem Fall *unterschätzt* die beschriebene Sensitivitätsanalyse die Erbringungszeiten, weil einerseits zu viele große Werte ersetzt werden und andererseits die tatsächlich fehlerhaften Werte (die nicht unbedingt innerhalb der obersten 1 % Werte liegen müssen) jedenfalls nicht grösser als die Ersetzten sein können. Es ist daher anzunehmen, dass eine

Bereinigung der tatsächlich falsch erhobenen Zeiten (die leider nicht möglich ist) zu durchschnittlichen Erbringungszeiten führen würde, die zwischen den unbereinigten und den in der Sensitivitätsanalyse berechneten Zeiten liegen. Die Ergebnisse der Sensitivitätsanalyse werden in Abschnitt 9.5 präsentiert.

6.4.7 Umrechnung der Erbringungszeiten auf Vollzeitäquivalente

Alle Zeitberechnungen sind bisher auf reine Erbringungszeit (in Minuten oder Stunden) berechnet worden. Um diese Zeiten in kumulierte Personalwerte pro Pflegeeinrichtung zu überführen, muss eine abschließende Umrechnung in Vollzeitäquivalente (VZÄ) nach Qualifikationsstufen vorgenommen werden. Hierzu wird in den Personalbemessungsalgorithmus ein Parameter für die *Jahresarbeitszeit in Stunden* eingebaut. Übliche Werte in den länderspezifischen Rahmenverträgen und Empfehlungen der Pflegesatzkommissionen liegen zwischen rund 1.560 Stunden (für Hamburg sowie Niedersachsen) und 1.650 Stunden (für Brandenburg). Die ausgewiesenen Differenzen gehen dabei fast ausschließlich auf unterschiedliche tarifliche Wochenarbeitszeiten – entweder 38,5 oder 40 Stunden – zurück. Dabei scheinen die vorstehend genannten Werte unter den Rahmenbedingungen außerordentlich hoher krankheitsbedingter Ausfallzeiten im Pflegedienst bei einer reinen Betrachtung dieser Arbeitnehmergruppe als zu hoch. So weisen Wipp & Sausen (2018: 17) auch unter Annahme einer 40-Stunden-Woche eine Nettojahresarbeitszeit von 1.560 Stunden als Kalkulationsgrundlage aus. Da es zur Produktion von mathematischen Ergebnissen im Algorithmus erforderlich ist, diesen Parameter immer mit *einem* Wert zu hinterlegen, um die Funktionsfähigkeit zu ermöglichen, wurde ein realitätsorientierter Kompromiss gefunden. In den – auf den Bundesdurchschnitt bezogenen – Ergebnisdarstellungen dieses Berichtes erfolgt die Angabe von Vollzeitäquivalenten basierend auf einer Nettojahresarbeitszeit von 1.560 Stunden, der sowohl dem Richtwert für Länder mit einer 38,5-Stunden-Woche entspricht, als auch der Berechnung von Wipp & Sausen für eine 40-Stunden-Woche unter Einbezug der spezifischen Ausfallzeiten. Dieser Parameter ist allerdings als Variable in den Algorithmus eingebaut, so dass auf Landes- oder Einrichtungsebene diesbezügliche Vereinbarungen getroffen und verwendet werden können, die individuelle Regelungen – etwa zu Wochenarbeitszeiten und Urlaubsansprüchen – berücksichtigen. Die Umrechnung in Vollzeitäquivalente kann also vom Nutzer mit individuell gültigen Parametern vollzogen werden.

6.5 Konsentierung der Datenaufbereitungs- und Datenauswertungsschritte

Wie in Abschnitt 3.3.1.3 zur Konsentierung der Zwischenergebnisse beschrieben, wurde an wichtigen Haltepunkten des Projektes Rückkoppelungsschleifen mit den fachlichen und politischen Organen des Auftraggebers durchgeführt. Dies betrifft auch die Schritte der Datenaufbereitung und die Methodik der Ergebniserzeugung. Die Konsentierungen erfolgten in der Konsentierungssitzung des Expertengremiums, in einer Abnahme durch die Auftraggeber und in einer nachgelagerten Konsentierung durch das Entscheidungsgremium. In den folgenden Abschnitten 6.5.1 bis 6.5.3 ist zusammenfassend dargestellt, welche Aufbereitungsschritte und Zwischenergebnisse in welchem Gremium konsentiert wurden. Für eine ausführliche Darstellung der zweiten Konsentierung vom 03. bis 05.12.2018 im Expertengremium wird auf das Protokoll (A 5.1) verwiesen. Für die nachgelagerten Konsentierungen im Entscheidungsgremium vom 19.06.2019 liegt kein Protokoll vor.

6.5.1 Konsentierung der Datenbereinigung und der Prozeduren zur Bildung von SOLL -Werten im Expertengremium

Nach Abschluss der Datenerhebung lag ein Datensatz vor, für den entsprechende Regelungen zu Datenaufbereitung und Datenauswertung festgelegt werden mussten, sodass die entstehenden Ergebnisse nachvollziehbar und fachlich angemessen abgeleitet werden konnten.

Vorausgeschickt werden muss vor allem, dass es per Definition nicht möglich ist, die erhobenen Daten zu konsentieren. Die *Daten*, z. B. gemessene Zeitwerte, liegen faktisch vor und sind als solche nicht veränderbar. Einer Konsentierung zugänglich waren hingegen alle *Prozeduren*, die auf die erhobenen Daten angewendet werden, um schließlich zu Auswertungsergebnissen zu gelangen. Hierbei handelt es sich um Regelungen zur

- Fehlerkorrektur,
- Datenaufbereitung,
- Operationalisierung und
- Auswertung.

Um diesen Arbeitsschritt zu sichern, wurde die zweite Konsentierungssitzung des Expertengremiums durchgeführt. Sie fand vom 03. bis 05. Dezember 2018 statt.

Die Regelungen zur Datenaufbereitung der Abschnitte 6.2.4, 6.2.7 bis 6.2.15, 6.2.17 und 6.2.19 bis 6.2.21 wurden mit wenigen Abweichungen konsentiert. Die Ergebnisse der Konsentierungssitzung sind im Protokoll vollständig beschrieben (Anlage A 5.1).

Darüber hinaus wurde der Umgang mit möglichen Ausreißern und die Notwendigkeit der Imputation von Zeitwerten diskutiert und festgelegt, dass dazu mit den Statistikern des KKSb ein jeweils geeignetes Verfahren entwickelt wird.

Zusätzlich wurden weitere, in das Personalbemessungsinstrument einzubauende Parameter konsentiert und im Rahmen der Diskussion zu ergänzenden Aspekten der Personalbemessung weitere für das Projektteam zu prüfende Aufträge generiert. Zu betonen ist dabei, dass die Ergebnisse des Personalbemessungsverfahrens unabhängig von ordnungsrechtlichen Regelungen – etwa Personalvorgaben aus länderspezifischen Regelungen – entstehen, das Ordnungsrecht aber natürlich in jedem Fall berücksichtigt werden muss. Hierzu wurden Parameter in das Personalbemessungsverfahren so eingebaut, dass eine weitgehende Individualisierung in Bezug auf die jeweils gültigen ordnungsrechtlichen Regelungen erfolgen kann.

Nachfolgend wird zunächst auf die Entscheidungen zu den Parametern für Vorhaltungsleistungen (Abschnitt 6.5.1.1) und die Zeitwerte für Angebote (Abschnitt 6.5.1.2) eingegangen. Anschließend werden die Ergebnisse zu den Prüfaufträgen zusammengefasst (Abschnitt 6.5.1.3).

6.5.1.1 Parameter für Vorhaltungsleistungen

Wie in Abschnitt 6.3.3 beschrieben, wurde ein Teil der Interventionen durch Andere erbracht. Für diese Zeitmengen muss entschieden werden, ob sie im SOLL-Personalbedarf durch Vorhaltung der für diese Leistungen benötigten Pflegekräfte berücksichtigt werden, oder nicht. Ergebnis der Konsentierung war, dass die Beurteilungsvarianten durch entsprechende Parameter in das Personalbemessungsinstrument integriert werden, mit denen die Leistungen einbezogen oder ausgeschlossen und die entstehenden Effekte *getrennt betrachtet* werden können. Dies ist entsprechend umgesetzt worden (siehe Abschnitt 8.3). Auf eine getrennte Analyse der Effekte verschiedener Setzungen zu diesen

Umsetzungsvarianten in diesem Bericht wurde nach Übereinkunft von Auftraggeber und Auftragnehmer aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet.

6.5.1.2 Zeitwerte für Angebote

Zusätzlich zur Vollerbringung der Interventionen muss auch das Angebot von Interventionen als relevant für die Personalbemessung angesehen werden. Im Auswertungsdatensatz wird für diesen Zweck zwischen notwendigen Vollerbringungen und Angeboten differenziert. Für jedes Angebot muss ein korrespondierender Zeitwert als Parameter eingebracht werden. Da im Zuge der Datenaufbereitung (vgl. Abschnitt 6.2.12 und 6.2.17) notwendige Angebote ohne SOLL-Zeiten resultieren, muss dieser Zeitwert gesetzt werden. Entsprechend der Entscheidung aus der Konsentierungssitzung wurde hierzu im Algorithmus ein Parameter eingebaut, der zum Zweck von Sensitivitätsanalysen variiert und der auch von den Anwendern des Personalbemessungsverfahrens auf Landes- oder Einrichtungsebene verändert werden kann. Dieser Parameter ist über ein Tabellenblatt *Variablen* verfügbar. Dieses Tabellenblatt ist im Auslieferungszustand verborgen, da unsachgemäße (und womöglich aus Versehen vorgenommene) Veränderungen dieses Tabellenblatts die Funktionsfähigkeit der Instrumente beeinträchtigen können.

Für die aktuellen Berechnungen wurde als einheitlicher Wert *eine Minute* für ein Angebot verwendet. Die aus dieser Setzung resultierenden Personalmengen können später im Instrument getrennt ausgewiesen werden.

6.5.1.3 Zusätzliche Prüfungen auf fachliche Ergänzungen

Über die konsentierten Regelungen zur Datenaufbereitung und weiteren Parametern für das Personalbemessungsinstrument hinaus ergaben sich Hinweise auf Interventionen, die in der Datenerhebung möglicherweise unzureichend erfasst und/oder erbracht wurden und auf potentiell fachlich unzureichende Interventionszeiten sowie eine fachlich unzureichende Vorhaltung von Pflegefachkräften mit fachspezifischer Weiterbildung. Zu einigen dieser Themen wurden im Expertengremium Regelungen konsentiert, zu anderen wurden spezielle Prüfaufträge erteilt, die vom Projektteam bearbeitet wurden. Die folgenden Abschnitte 6.5.1.3.1 bis 6.5.1.3.4 fassen die konsentierten Regelungen und die Ergebnisse aus den Prüfaufträgen zusammen. Eine vollständige Übersicht über die Prüfaufträge und deren Bearbeitung befindet sich im Anlagenband (A 5.4).

6.5.1.3.1 Prüfung auf Untererfassung und potentielle Unterversorgung

Bereits in der Konsentierungssitzung im Dezember 2017 wurde darauf hingewiesen, dass es notwendig sein kann, die Ergebnisse der empirischen Messung (IST-Werte) und des erhobenen Korrekturbedarfs (Delta), die gemeinsam das ermittelte SOLL ergeben, durch weitere Faktoren zu ergänzen, die solche Aspekte berücksichtigen, die durch den empirisch-analytischen Zugang der Feldstudie nicht (vollständig) berücksichtigt werden können. Gründe für den Bedarf an solchen zusätzlichen Faktoren sind insbesondere:

1. *Teilbarkeitsprobleme*: Im Ergebnis liefert die Feldstudie Personalziffern pro Bewohner. Bei kleinen Einrichtungen kann es dazu kommen, dass sich in bestimmten Personalkategorien Werte von weniger als 1 ergeben und dann von der entsprechenden Personalkategorie nicht immer mindestens eine Person vorhanden ist. Dem kann durch einen *Personalsockel* entgegengewirkt werden.
2. *Potentielle Unterversorgung*: Für die IST-Erhebung ist das seltene Vorkommen bestimmter Interventionen unproblematisch, da die große Fallzahl hier für statistische Ausgleichs sorgt. Anders ist dies bei den SOLL-Ziffern. Interventionen, die seltener als wöchentlich vorkom-

men, können nicht zuverlässig geplant werden. Auch die Datenerhebenden können hier keine Defizite feststellen. Wird eine Intervention in der Erhebungswoche nämlich nicht erbracht, kann der Datenerhebende nicht wissen, ob sie beispielsweise in der Vorwoche durchgeführt wurde und wird daher keine SOLL-Korrektur vornehmen. Eine normative Überprüfung im Rahmen der Feldphase ist so nicht möglich.

3. *Untererfassung*: Eine systematische Untererfassung ist bei Leistungen der Palliativpflege zu erwarten, da Bewohner in der letzten Lebensphase aus ethischen Gründen nicht zur Zielpopulation gehören. Untererfassungen können auch in Bezug auf das mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff implizierte neue Pflegeverständnis und in Bezug auf Anleitungstätigkeiten nicht ausgeschlossen werden. Zwar sind die Datenerheber*innen in den Schulungen auf diese Bereiche hingewiesen worden, inwieweit sich das tatsächlich in ihrem Verhalten niedergeschlagen hat, kann dagegen nur bedingt überprüft werden.

Zum Thema *Untererfassung* und *potentielle Unterversorgung* von Interventionen wurde ein expliziter Prüfauftrag konsentiert. Explizit einzuschließen sind hierbei Ausbildungs- und Anleitungszeiten sowie Koordinierungszeiten von Fachkräften.

In Umsetzung dieses Auftrags prüfte das Projektteam zunächst für alle Interventionen, ob es a) systematische Gründe für eine mögliche Untererfassung gibt und b) eine insgesamt geringe Mengenkompone nte Hinweise auf eine mögliche Unterversorgung liefern. Für die bei dieser Überprüfung auffälligen Interventionen wurde überprüft, ob es in der Literatur belastbare Angaben gibt, die zu eventuellen Korrekturen verwendet werden können.

Als potenziell untererfasste Interventionen konnten eingestuft werden:

- Einzug,
- Steuerung des Pflegeprozesses,
- Postmortale Versorgung,
- Beckenbodentraining,
- Isolation,
- Beratungsleistungen,
- Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase,
- Multidisziplinäre Fallbesprechungen,
- Pflegevisite,
- Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle,
- Gesundheitsförderung/ Arbeitsschutz,
- QN 4: Ausbildungs- und Anleitungszeiten von QN 1-3,
- QN 4: Kooperationsaufgaben von QN 1-3.

Nachdem die empirischen Werte jeder Intervention der Literatur gegenübergestellt wurden, konnten in den meisten Fällen *keine* validen Angaben zu Korrekturen bestimmt werden, sodass diesbezüglich *keine* korrigierenden Regelungen und Empfehlungen abgeleitet wurden (Anlage A 5.4).

Die Interventionen „Einzug“, „postmortale Versorgung“ und zum Teil auch die „Steuerung des Pflegeprozesses“ erscheinen in der Datenerhebung systematisch untererfasst. So konnte die Einzugssituation nicht beobachtet werden, da nur Bewohner beschattet wurden, deren Daten rechtzeitig für die Planung übermittelt wurden – was neu eingezogene Bewohner ausschließt. Ebenso wurden Bewohner*innen in der finalen Lebensphase nur unterproportional in die Studie einbezogen. Dies führt zu einer Untererfassung damit verbundener Aufwände. Ein Korrekturbedarf entsteht daraus aber nicht,

da gleichzeitig beim Versterben einer Bewohnerin oder eines Bewohners bis zum Neueinzug einer anderen Person regelmäßig ein temporärer Leerstand entsteht. Indem hierfür kein Abzug bei den SOLL-Personalmengen angesetzt wird, werden die Mehraufwände kompensiert.

Multidisziplinäre Fallbesprechungen, Pflegevisiten, Beratungsleistungen, Arbeitsschutz, Prävention, Gesundheitsförderung, Ausbildungs-, Anleitungs- und Koordinierungsaufgaben von Pflegehilfskräften bis zu Pflegeassistenten durch eine Pflegefachkraft kommen in der pflegerischen Versorgung selten vor und konnten – sofern sie seltener als einmal pro Woche erforderlich sind – im Rahmen der Beschattungen nicht zuverlässig mit SOLL-Mengen-Zuschlägen abgebildet werden. Anhand der Literatur lassen sich allerdings keine mit der Validität der Studienergebnisse vergleichbaren Daten zu SOLL-Mengen identifizieren. Daten aus anderen Pflege- und Gesundheitssystemen lassen sich nicht auf die sich wandelnden Rahmenbedingungen in der deutschen Langzeitversorgung übertragen und werden deshalb nicht herangezogen. Insgesamt wurden daher auch in Bezug auf diesen Prüfauftrag keine Korrektorempfehlungen ausgesprochen. Im Kontext der modellhaften Einführung, die womöglich auch längere Beobachtungszeiten umfasst, sollte dieser Prüfauftrag allerdings noch einmal aufgerufen werden.

6.5.1.3.2 Personalsockel für Pflegefachkräfte

Auch wenn in bestimmten Zeitfenstern keine Arbeitsaufwände für Pflegefachpersonen anfallen sollten, müssen trotzdem Pflegefachpersonen vorgehalten werden, um Aufgaben der Aufgabenklasse E (vorbehaltene Tätigkeiten, Pflegeprozesssteuerung und Überwachung der Durchführungsqualität, s. u.) durchführen zu können. Außerdem kann es durch unvorhergesehene Ereignisse (Komplikationen oder Verschlechterungen der gesundheitlichen Situation) bei den zu pflegenden Menschen jederzeit zu einem Anwachsen der Komplexität der pflegerischen Handlungsanforderungen kommen. Aufgrund von Teilbarkeitsproblemen kann die Personalmenge hier nicht ausschließlich an der Zahl der Bewohner festgemacht werden. Vielmehr müssen auch *Mindestmengen als Sockel* definiert werden.

Schon aufgrund der Vorbehaltsaufgaben ist es fachlich notwendig, dass immer eine Pflegekraft mit Qualifikationsniveau 4 oder höher in einer Pflegeeinrichtung anwesend ist. Insbesondere in kleineren Einrichtungen können sich auf Basis des Algorithmus Personalziffern für QN 4+ ergeben, die dies nicht erlauben. Schon im Expertengremium wurde daher konsentiert, im Personalbemessungsinstrument eine Sockelpersonalmenge zu hinterlegen, die es erlaubt, in allen Schichten zumindest eine Pflegefachkraft vorzuhalten. Dies wurde im Algorithmus entsprechend umgesetzt (s. Kapitel 8).

6.5.1.3.3 Vorhaltung von Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildungen in Gerontopsychiatrie und Palliativpflege und hochschulischqualifizierte Pflegende

Im Qualifikationsmixmodell (vgl. Abschnitt 4.1.3) wird für keine Intervention ein Qualifikationsniveau oberhalb von QN4 gefordert. Der mit den Daten der Beobachtungsstudie kalibrierte Personalbemessungsalgorithmus weist daher keinen Personalbedarf für QN 5, also Pflegefachkräften mit einer Weiterbildung aus. Daraus kann allerdings nicht geschlossen werden, dass die Vorhaltung einer bestimmten Anzahl von Pflegekräften insbesondere mit gerontopsychiatrischer oder palliativpflegerischer Fachweiterbildung nicht erforderlich ist. Allerdings erlaubt es die methodische Vorgehensweise der Beobachtungsstudie, die von den notwendigen Interventionen an einzelnen Bewohnern auf den gesamten Pflegepersonalbedarf einer Einrichtung schließt, nicht zu bestimmen, ob und in welchem Umfang solche fachweitergebildeten Pflegefachkräfte vorgehalten werden sollen.

Dem Prüfauftrag des Expertengremiums folgend wurde vom Studienteam daher überprüft, ob es möglich ist, auf Basis von Literaturangaben Hinweise auf Vorhaltungsmengen für diese Personengruppen

abzuleiten. Nach Abschluss der Literaturrecherchen und dem Einbezug pflegewissenschaftlicher Expertise konnten *keine* empirisch belastenden Studien zur Quantifizierung eines entsprechenden Bedarfs gefunden werden. Allerdings haben die das Projektteam beratenden drei zusätzlichen pflegewissenschaftlichen Expert*innen darauf verwiesen, dass die Empfehlungen des Expertenstandards *Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz* (DNQP et al. 2018) – wiewohl es sich dabei nicht um einen rechtlich verbindlichen Standard nach § 113a SGB XI handelt – die aktuell bestverfügbare Evidenz abbildet. Ihrem Rat folgend empfiehlt das Studienteam den Ländern daher, die Vorhaltung einer Pflegefachkraft mit gerontopsychiatrischer Fachweiterbildung in Einrichtungen vorzusehen, die eine größere Zahl von Menschen mit Demenz betreuen.

Ähnlich ist die Situation in Bezug auf Pflegefachkräfte mit einer Fachweiterbildung in Palliativpflege. Auch hier sind auf Basis der Beobachtungsstudie *keine Aussagen* über vorzuhaltende Personalmengen möglich, und auch aus der Literatur können keine Quantifizierungen abgeleitet werden. In Anlehnung an die Handlungsempfehlungen aus der *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen* (DGP et al. 2016: 43) hat das Expertengremium empfohlen, dass in jeder Einrichtung mindestens eine Person mit der Fachweiterbildung Palliativpflege beschäftigt sein solle.

Im Algorithmus ist ein Parameter vorgesehen, um länder- bzw. einrichtungsspezifische entsprechend vereinbarte Werte für Fachkräfte mit den beiden genannten Fachweiterbildungen einbeziehen zu können, wenn entsprechende Regelungen auf Landes- oder Bundesebene verabschiedet werden.

Dem Arbeitsmarkt stehen hochschulischqualifizierte Pflegende zur Verfügung, die unter anderem zu einer Evidenzbasierung der Pflegepraxis und einer Optimierung von Steuerungsprozessen beitragen können. Diese Personen werden derzeit aber noch selten eingesetzt. Das Expertengremium hat die Selbstverwaltung deshalb zu einer nachhaltigen Beschäftigung mit dieser Thematik aufgefordert.

6.5.1.3.4 Berücksichtigung der Interaktionsarbeit im Mengen- und Zeitgerüst der Personalbemessung

Schließlich wurde im Expertengremium diskutiert, ob Interaktionsarbeitszeiten im Personalbemessungsinstrument bereits in ausreichendem Umfang berücksichtigt seien. Es bestand die Vermutung, dass diese Zeitaufwände potenziell untererfasst sein könnten.

Diesbezüglich wurden die Ergebnisse der qualitativen Teilstudie zur Interaktionsarbeit im Kontext der Gesamtstudie aus Sicht des PeBeM-Studienteams analysiert und bewertet (Abschnitt 12.6).

6.5.2 Abnahme durch die Auftraggeber

Die Projektleitung wurde mit einem Schreiben vom 08.02.2019 durch die Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege über die Abnahme der konsentierten Unterlagen in Verbindung mit Maßgaben und auftragsleitenden Hinweisen informiert. Maßgaben und Hinweise des Auftraggebers wurden geprüft und – abhängig vom Ergebnis der Prüfung – in die weitere Bearbeitung des Auftrages einbezogen.

6.5.3 Nachgelagerte Konsentierungen im Entscheidungsgremium

Am 17.06.19 tagte in einer Sitzung des Qualitätsausschusses Pflege der Steuerungskreis des Projektes. Bei dieser Sitzung wurde vom Projektteam der Arbeits- und Sachstand des Projektes vorgestellt. Zu diesem Zeitpunkt konnten statistische Auswertungen noch nicht abgeschlossen sein, da bei der Datenauswertung Entscheidungen getroffen werden musste, die einer Konsentierung bedurften. Das statistische Vorgehen bei Datenausreißern (Ausreißerkontrolle), Zeitwerten für nicht gemessene In-

terventionen und die Generierung von Korridoren durch ein Bootstrapping wurden diskutiert. Dabei wurden folgende Entscheidungen einstimmig konsentiert:

1. Da die Trennung von tatsächlichen Fehlbedienungen und fachlich notwendigen, aber ungewöhnlich hohen Zeitwerten durch eine Ausreißerkontrolle über die nach Abschnitt 6.2.20 erfolgte nicht möglich ist, wird stattdessen die in Abschnitt 6.4.6 beschriebene Sensitivitätskontrolle durchgeführt.
2. Sollten nach der Imputationshierarchie aus Abschnitt 6.4.1 weiterhin fehlenden Zeitwerte vorliegen, wird als Platzhalter ein Zeitwert von 1 Minute festgesetzt. Mit verbesserter Evidenzlage sollen die Zeitwerte zukünftig angepasst und dieser Punkt unter den Limitationen des Berichtes aufgegriffen werden.
3. Zur Darstellung der Unsicherheiten für die berechneten mittleren Zeitmengen werden mittels eines Bootstrapping-Verfahrens, Vertrauensintervalle um die Punktschätzer generiert (vgl. hierzu auch die resultierenden Ergebnisse in Abschnitt 7.4.2.4 und die in den Instrumenten ausgewiesenen Intervalle).

6.6 Zwischenergebnis III – Konsentierte Regelungen zur Datenaufbereitung und Auswertungsdatensatz

Das Projektteam wurde während der Projektvorbereitung und -durchführung durch Beratungsgremien begleitet. Sowohl in der vorbereitenden Instrumentenentwicklung als auch im Prozess der Datenaufbereitung und -bereinigung erfolgte die Konsentierung wesentlicher Entscheidungsprozesse in konstruktiven Beratungen und Diskussionen des Projektteams durch die Gremien. Die Konsentierungen bildeten damit einen wichtigen methodischen Baustein, der wesentliche projektbezogene Entscheidungen durch externe und neutrale Gremien methodisch stützte und die Qualität der Konzeption, Datenaufbereitung und -auswertung stärkte.

Am Ende der Datenaufbereitung stand nun ein stabiler und valider Datensatz zur Verfügung, der auf Bewohner- und Interventionsebene alle notwendigen und verfügbaren Informationen für die Berechnung der Zeit-, Mengen- und Zeitmengenkomponente im IST und SOLL in einer hohen Datenqualität enthielt.

7 Ergebnisse I – Datenbasis und entstehende Parameterwerte

Im nachfolgenden Kapitel sind die Projektergebnisse dargestellt. Dabei werden zunächst die teilnehmenden Einrichtungen beschrieben (Abschnitt 7.1) und Informationen zu den teilnehmenden Pflegebedürftigen und Datenerheber*innen deskriptiv dargestellt (Abschnitt 7.2). Abschnitt 7.3 beschreibt die Erzeugung von detaillierten Steckbriefen zu den einzelnen Interventionen des Interventionskatalogs, die in den Anhängen beigefügt sind. Abschnitt 7.4 gibt einen Überblick über die finalen Parameterwerte, auf deren Grundlage das Instrument mit dem Algorithmus 1.0 erzeugt wird.

7.1 Teilnehmende Einrichtungen und Ausweis der Ergebnisse nach Einrichtungstyp

Von April bis Oktober 2018 nahmen 59 verschiedene Einrichtungen in 15 Bundesländern an der Beobachtungsstudie teil. In 10 der Einrichtungen waren dabei zwei Wohnbereiche beteiligt, was zu einer Gesamtzahl von 69 eigenständigen Erhebungseinheiten führte. Bei jeder Erhebung wurde das Pflegepersonal von den Datenerhebenden an fünf konsekutiven Tagen während ihren Schichten begleitet und die Versorgung der teilnehmenden Pflegebedürftigen der Einrichtung dokumentiert. In Abschnitt 7.1.1 sind deskriptive Angaben zu den teilnehmenden Einrichtungen im Detail dargestellt. In Abschnitt 7.1.2 wird beschrieben, wie die beschatteten Einrichtungen in die Auswertung eingehen.

7.1.1 Einrichtungen

In Tabelle 40 sind für die einzelnen Erhebungseinheiten verschiedene Informationen zur Erhebung zusammengefasst. Dargestellt ist unter anderem, wie sich die teilnehmenden 1.543 Pflegebedürftigen auf die Einheiten verteilen und welche der fünf möglichen Schichttypen (Früh- und Spätschichten an Werktagen und Wochenenden, Nachtschichten in vollstationären Einrichtungen) wie oft in den Einrichtungen beschattet wurden. Zusätzlich ist dargestellt, welche Datenerheber*innengruppen in den Einrichtungen zum Einsatz kamen. Insgesamt wurden 509 Schichten beschattet, davon 50 Nachtdienste und 36 Schichten an Wochenenden.

Tabelle 40: Überblick über die beschatteten Einrichtungen

Einrichtung	Erhebungseinheit	Typ	Bundesland	Beschattete Schichten					Pflegergradverteilung						Eingesetzte Schatten							
				Werktag		Wochen-ende		Nacht	gesamt	ohne	1	2	3	4	5	gesamt	FW	MDK	PKV	privat	Uni	gesamt
				früh	spät	früh	spät															
101	101_1	vollstationär	MV	2	3	2	1	0	8	4	5	7	12	4	4	36	3	0	0	5	0	8
102	102_1	vollstationär	SH	4	4	0	0	1	9	0	1	6	14	1	7	29	1	5	0	2	0	8
103	103_1	vollstationär	SH	4	4	0	0	1	9	0	1	13	12	10	3	39	1	6	0	1	0	8
104	104_1	vollstationär	ST	4	4	0	0	1	9	0	0	5	10	9	5	29	1	5	0	1	1	8
105	105_1	vollstationär	BW	2	3	2	1	1	9	1	0	6	4	4	1	16	4	2	0	6	0	12
105	105_2	vollstationär	BW	2	3	2	1	1	9	1	1	2	5	0	0	9	1	2	0	4	0	7
106	106_1	vollstationär	BW	4	4	0	0	1	9	0	2	0	5	3	4	14	1	4	2	1	0	8
107	107_1	vollstationär	BW	4	4	0	0	0	8	0	1	4	9	6	2	22	1	4	1	2	1	9
108	108_1	vollstationär	BW	4	4	0	0	1	9	0	2	8	9	4	6	29	2	9	2	2	0	15
110	110_1	vollstationär	NW	2	2	2	2	1	9	0	0	1	7	5	5	18	1	1	0	4	0	6
112	112_1	vollstationär	NI	4	4	0	0	1	9	0	2	10	8	4	2	26	0	1	0	6	1	8
113	113_1	Spezial-Einrichtung	NW	4	4	0	0	1	9	0	0	3	3	11	17	1	9	0	3	0	13	
114	114_1	Spezial-Einrichtung	NI	3	2	1	2	1	9	0	0	2	6	20	6	34	3	1	0	6	0	10
115	115_1	Spezial-Einrichtung	HH	2	2	2	2	1	9	0	0	0	9	12	11	32	4	2	0	5	1	12
116	116_1	vollstationär	SH	2	2	2	2	1	9	0	0	1	5	2	8	16	2	3	0	3	0	8
117	117_1	vollstationär	ST	2	2	2	2	1	9	1	1	7	2	4	4	19	4	1	0	1	0	6
119	119_1	vollstationär	ST	4	4	0	0	1	9	1	4	4	9	3	4	25	2	8	0	1	0	11
120	120_1	vollstationär	SP	4	4	0	0	1	9	0	1	8	9	6	0	24	1	4	0	1	0	6
121	121_1	vollstationär	BY	4	4	0	0	1	9	0	5	5	8	5	6	29	1	11	0	2	1	15

Einrichtung	Erhebungseinheit	Typ	Bundesland	Beschattete Schichten					Pflegegradverteilung					Eingesetzte Schatten								
				Werktag		Wochen-ende		Nacht	gesamt	ohne	1	2	3	4	5	gesamt	FW	MDK	PKV	privat	Uni	gesamt
				früh	spät	früh	spät															
122	122_1	vollstationär	BY	4	4	0	0	1	9	0	0	3	2	2	1	8	2	6	1	1	0	10
122	122_2	vollstationär	BY	4	4	0	0	1	9	0	0	3	3	4	3	13	1	5	1	0	0	7
123	123_1	Spezial-Einrichtung	BW	4	4	0	0	1	9	0	0	0	1	4	2	7	1	2	1	2	0	6
123	123_2	Spezial-Einrichtung	BW	4	4	0	0	1	9	0	0	2	2	1	11	16	0	4	0	3	1	8
124	124_1	vollstationär	BY	3	4	1	0	1	9	0	0	5	16	14	9	44	5	8	0	7	2	22
126	126_1	vollstationär	NW	4	4	0	0	1	9	0	0	2	11	8	5	26	1	5	0	3	2	11
127	127_1	vollstationär	NW	4	4	0	0	1	9	0	1	5	9	5	4	24	1	4	0	1	0	6
128	128_1	vollstationär	SN	4	4	0	0	1	9	0	0	2	7	12	9	30	1	8	0	2	0	11
129	129_1	vollstationär	BE	4	4	0	0	1	9	0	6	4	9	10	5	34	1	9	0	3	1	14
130	130_1	Spezial-Einrichtung	BE	4	4	0	0	1	9	1	5	21	17	6	0	50	2	8	1	3	1	15
131	131_1	vollstationär	BE	4	4	0	0	1	9	1	6	6	3	4	0	20	0	4	1	2	0	7
134	134_1	vollstationär	HB	4	4	0	0	1	9	0	0	2	3	2	5	12	1	5	1	1	0	8
135	135_1	ambulantisier	NW	5	0	0	0	0	5	0	0	1	4	11	7	23	1	2	1	1	1	6
136	136_1	teilstationär	BW	5	0	0	0	0	5	0	1	5	17	7	3	33	2	5	0	3	0	10
139	139_1	vollstationär	RP	4	4	0	0	1	9	0	6	3	12	7	3	31	1	7	0	2	0	10
140	140_1	vollstationär	HE	4	4	0	0	1	9	0	0	1	5	2	7	15	1	10	1	3	0	15
140	140_2	vollstationär	HE	4	4	0	0	1	9	0	0	1	9	5	15	0	6	1	0	0	0	7
142	142_1	vollstationär	HE	4	4	0	0	1	9	2	0	6	6	6	1	21	1	6	1	1	0	9
143	143_1	vollstationär	HE	4	4	0	0	1	9	0	0	2	3	0	2	7	3	1	0	3	0	7
144	144_1	vollstationär	HE	4	4	0	0	1	9	0	1	2	11	5	5	24	1	5	1	3	0	10
145	145_1	vollstationär	BY	4	4	0	0	1	9	0	2	4	7	1	9	23	3	12	1	4	0	20
145	145_2	vollstationär	BY	4	4	0	0	1	9	1	3	6	8	5	2	25	2	5	0	4	0	11
146	146_1	vollstationär	BY	4	4	0	0	0	8	0	0	1	1	4	4	10	2	4	1	1	0	8
146	146_2	vollstationär	BY	4	4	0	0	0	8	0	0	0	2	7	4	13	2	4	1	1	0	8
147	147_1	vollstationär	BY	2	2	2	2	1	9	0	0	7	3	3	2	15	2	2	0	3	1	8
148	148_1	vollstationär	BY	4	4	0	0	1	9	0	0	1	8	2	2	13	2	1	0	2	0	5
149	149_1	vollstationär	TH	4	4	0	0	1	9	0	2	2	4	4	6	18	1	8	0	2	0	11
150	150_1	vollstationär	BY	4	4	0	0	1	9	0	0	4	9	6	4	23	1	5	1	1	1	9
151	151_1	vollstationär	BW	4	4	0	0	1	9	0	0	2	6	1	0	9	2	7	0	2	0	11
151	151_2	vollstationär	BW	4	4	0	0	1	9	0	0	0	4	2	5	11	0	5	0	1	0	6
152	152_1	teilstationär	NI	5	0	0	0	0	5	2	0	7	1	5	0	15	2	3	0	1	1	7
153	153_1	vollstationär	SN	4	4	0	0	1	9	0	2	3	10	5	3	23	1	6	0	3	1	11
154	154_1	vollstationär	NI	4	4	0	0	1	9	0	0	3	6	7	2	18	1	8	0	2	1	12
154	154_2	vollstationär	NI	4	4	0	0	1	9	0	0	7	2	2	8	19	1	8	0	2	1	12
156	156_1	vollstationär	NW	2	3	2	1	1	9	0	5	4	5	12	4	30	4	1	0	4	0	9
158	158_1	vollstationär	BB	4	4	0	0	1	9	0	2	6	6	4	2	20	1	7	1	1	1	11
159	159_1	vollstationär	BB	2	3	2	1	1	9	0	1	6	10	7	2	26	5	2	0	4	0	11
160	160_1	vollstationär	NW	4	4	0	0	1	9	0	0	3	6	8	5	22	2	5	1	1	1	10
161	161_1	teilstationär	NW	5	0	0	0	0	5	0	0	4	3	0	0	7	1	1	1	0	0	3
162	162_1	vollstationär	SN	4	4	0	0	1	9	0	0	8	13	10	1	32	1	9	0	2	0	12
165	165_1	vollstationär	NW	4	4	0	0	1	9	1	0	1	3	7	4	16	2	8	0	2	0	12
165	165_2	vollstationär	NW	4	4	0	0	1	9	0	4	2	8	2	2	18	1	4	0	2	0	7
167	167_1	vollstationär	TH	4	4	0	0	1	9	0	1	5	11	6	5	28	2	11	0	3	0	16
167	167_2	vollstationär	TH	4	4	0	0	1	9	0	0	0	14	3	7	24	2	8	0	2	0	12
168	168_1	teilstationär	HE	5	0	0	0	0	5	0	4	14	23	6	1	48	2	2	1	1	0	6
169	169_1	teilstationär	BW	5	0	0	0	0	5	0	2	5	3	0	0	10	0	1	0	2	0	3
170	170_1	vollstationär	BB	4	4	0	0	1	9	0	0	3	10	8	8	29	0	7	1	2	1	11
171	171_1	vollstationär	HB	4	4	0	0	1	9	1	2	1	6	8	9	27	4	6	1	1	1	13
172	172_1	teilstationär	BB	5	0	0	0	0	5	2	4	6	9	6	0	27	1	0	0	0	3	4
173	173_1	vollstationär	NI	4	4	0	0	1	9	0	1	2	11	11	3	28	2	6	0	0	1	9
vollstationär			56	171	176	17	12	44	420	14	71	214	402	295	228	1224	36	151	5	33	6	231
teilstationär			6	30	-	-	-	-	30	4	11	41	56	24	4	140	7	12	1	5	3	28
ambulantisier			1	5	-	-	-	-	5	0	0	1	4	11	7	23	1	2	1	1	1	6
Spezial-Einrichtung			6	21	20	3	4	6	54	1	5	25	38	46	41	156	8	25	2	14	2	51
gesamt			69	227	196	20	16	50	509	19	87	281	500	376	280	1543	38	158	5	34	6	241

7.1.2 Verschiedene Einrichtungstypen

Von den insgesamt 69 beschatteten Erhebungseinheiten waren ursprünglich 62 dem vollstationären und 7 dem teilstationären Sektor zugeordnet. Im Laufe der Erhebung stellte sich jedoch heraus, dass die ursprüngliche dichotome Einteilung weiter verfeinert werden muss. Aus der Strukturdatenerhebung ergab sich, dass 6 der vollstationären Einheiten gesonderte Versorgungsverträge abgeschlossen hatten. In diesen Erhebungseinheiten und den dort versorgten 156 Bewohnern sind aufgrund des besonderen Klientels und den damit verbundenen unterschiedlichen Erbringungsanforderungen gegenüber den allgemein vollstationären Einheiten andere Ergebnisse zu erwarten. Bei einer der sieben teilstationären Einrichtungen handelt es sich in Wahrheit um eine ambulantisierete vollstationäre Einrichtung mit Bewohnerzimmern im Haus, einem ambulanten Dienst, der versorgt und einer Tagespflege, die vom gleichen Personal bedient wird. Die Interventionen sind deshalb a) andere als in einer normalen Tagespflege, b) aber vor allem nicht von der ambulanten Vollversorgung abgrenzbar. Diese Einrichtung mit 23 Gästen muss deshalb in den Auswertungen von den übrigen teilstationären Einrichtungen abgegrenzt werden.

Final entstanden so vier Gruppen von Erhebungseinheiten, für die jeweils getrennt die vom Pflegepersonal durchschnittlich erbrachten (IST) und zu erbringenden (SOLL) Zeitmengen berechnet und verglichen wurden. Da in allen vollstationären Einrichtungen mindestens eine Früh- und eine Spätschicht an Werktagen beschattet wurde, können durchschnittliche Zeitmengen für einen solchen Werktag erzeugt und miteinander verglichen werden. In teilstationären Einrichtungen wurde jeweils der Tagesbetrieb beschattet, hier werden deshalb die Zeitmengen eines durchschnittlichen Erhebungstages zwischen den tatsächlich teilstationären und der ambulantisiereten Einrichtung verglichen. Um die unterschiedlichen Belegungsstrukturen zu berücksichtigen, wurden die Ergebnisse nach Pflegegrad stratifiziert. Die Ergebnisse sind in den nachfolgenden Abschnitten 7.1.2.1 bis 7.1.2.4 dargestellt.

7.1.2.1 Vollstationäre Regeleinrichtungen ohne gesonderten Versorgungsvertrag

In Abbildung 43 sind die Zeitmengen der vollstationären Einrichtungen ohne gesonderten Versorgungsvertrag dargestellt, die später für die Konstruktion des Algorithmus für den vollstationären Sektor verwendet werden.

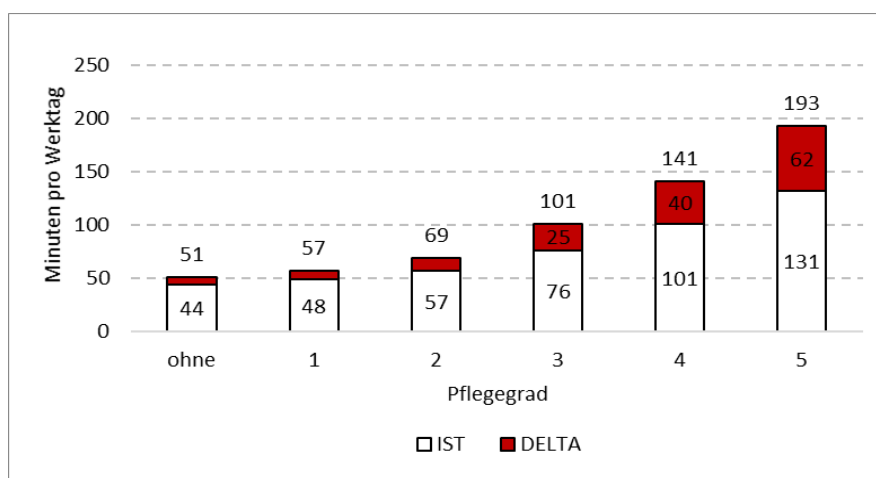


Abbildung 43: Von beschatteten Pflegekräften erbrachte und zu erbringende Minuten pro Werktag in vollstationären Einrichtungen ohne gesonderten Versorgungsvertrag

Die Zeitmengen umfassen die direkten und indirekten Interventionen, die pro Kopf an einem Werktag (Früh- und Spätschicht) durch das beschattete Pflegepersonal erbracht wurden, oder hätten erbracht werden soll. Datengrundlage sind 56 Erhebungseinheiten mit 1.224 Pflegebedürftigen. Sowohl bei den IST-, als auch bei den SOLL-Zeitmengen ist ein Trend zu höheren Zeitmengen mit höherem Pflegegrad ersichtlich. Die durchschnittlichen IST-Zeitmengen pro Kopf und Werktag steigen mit dem Pflegegrad von 44 Minuten auf maximal 131 Minuten an, im SOLL belaufen sich die Zeitmengen auf 51 Minuten bis maximal 193 Minuten.

7.1.2.2 Vollstationäre Spezialeinrichtungen

Komplementär zur Definition der allgemein vollstationären Einrichtungen wurden 6 vollstationäre Erhebungseinheiten einem eigenen Einrichtungstyp zugeordnet, weil für sie in den Strukturdaten ein gesonderter Versorgungsvertrag – üblicherweise für einen gerontopsychiatrischen Schwerpunkt – angegeben wurde.

Von den allgemein vollstationären Einrichtungen abgegrenzt wurden sie aus dem Gedanken heraus, dass sie sich von diesen durch die spezielle Klientel und damit unterschiedlichen Erbringungsanforderungen und -ressourcen unterscheiden (könnten) und deshalb getrennt betrachtet werden müssen. Zusätzlich gelten mit gesonderten Versorgungsverträgen auch gesonderte Vereinbarungen über Pflegesätze oder Personalmenge, die einen strukturellen Unterschied für den Erbringungshintergrund mit sich bringen sollten.

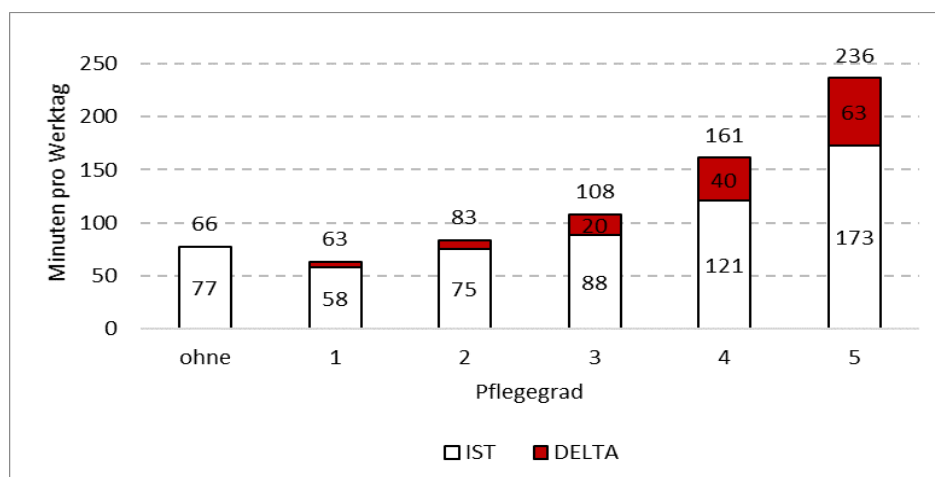


Abbildung 44: Von beschatteten Pflegekräften erbrachte und zu erbringende Minuten pro Werktag in vollstationären Einrichtungen mit gesondertem Versorgungsvertrag

Die Ermittlung des Pflegebedarfs der Bewohner*innen in Minuten bestätigt die Hypothese von Unterschieden zwischen vollstationären Einrichtungen mit und ohne gesonderten Versorgungsvertrag. Die IST-Zeitmengen der Spezial-Einrichtungen liegen zwischen 58 und 173 Minuten, im SOLL zwischen 63 und 236 Minuten (Abbildung 44) und damit durchgängig über denen der Einrichtungen ohne gesonderten Versorgungsvertrag. Auffällig ist, dass die durchschnittlichen Zeitmengen im IST und SOLL bei Pflegebedürftigen ohne Pflegegrad über denen des Pflegegrads 1 liegen, ansonsten aber mit dem Pflegegrad ansteigen. Dies ist sonst in keinem der Einrichtungstypen der Fall und kann auf die schwache Besetzung mit nur fünf Teilnehmer*innen ohne Pflegegrad in den Spezialeinrichtungen zurückgeführt werden.

Im Vergleich der beiden vollstationären Einrichtungstypen zeigen sich über alle Pflegegrade im IST, sowie im SOLL Unterschiede. Die Differenz der Mittelwerte zwischen den Einrichtungstypen *vollstationär* und *Spezialeinrichtung* beträgt 10 – 42 Minuten im IST und 6 – 43 Minuten im SOLL. Dabei liegen die Zeitmengen der vollstationären Spezialeinrichtungen durchweg über denen der vollstationären Regeleinrichtungen. Da sich diese Differenzen nur auf die Früh- und Spätschichten von Werktagen beziehen, kann davon ausgegangen werden, dass die Personalbedarfe zwischen den Einrichtungstypen unter Berücksichtigung der Nachtschichten absolut noch weiter voneinander abweichen.

Um die Differenzen zwischen den beiden vollstationären Einrichtungstypen nicht nur deskriptiv, sondern auch schließend zu überprüfen, wurden t-Tests zum Vergleich der Zeitmengenmittelwerte beziehungsweise Rangsummentests nach Wilcoxon durchgeführt. Dafür wurden – soweit möglich – für jeden einzelnen Bewohner zunächst individuelle durchschnittliche Zeitmengen pro Werktag berechnet und diese zwischen den Einrichtungstypen innerhalb der Pflegegrade auf Normalverteilung (Q-Q-Plots) und Gleichheit der Varianzen (F-Test) überprüft. Bei annähernder Normalverteilung oder im Fall einer Stichprobengröße von mindestens 30 in beiden Einrichtungstypen, ab der Normalverteilung unterstellt werden kann, wurde der t-Test, ansonsten der Wilcoxon-Test berechnet. Bei signifikantem Ergebnis des F-Tests wurde der p-Wert nach Satterthwaite, bei Varianzgleichheit der p-Wert über den gepoolten t-Test berechnet. Die berechneten Mittelwerte, das berücksichtigte *n* und die für das Signifikanzniveau von 5 % resultierenden zweiseitigen t-approximierten p-Werte der Tests sind in Tabelle 41 und Tabelle 42 dargestellt.

Tabelle 41: Mittelwertvergleich der SOLL-Zeitmengen in vollstationären Einrichtungen mit und ohne gesonderten Versorgungsvertrag nach Pflegegrad

SOLL	vollstationär		Spezial-Einrichtungen		t-test	Wilcoxon-Test
	n	MW	n	MW	p-Wert	p-Wert
ohne	9	52,9	1	66,14		
1	70	57	5	63,1		0,1279
2	207	69,12	25	83,3		0,0007
3	401	101	38	108,1	0,2625	
4	295	140,6	46	161,1	0,0036	
5	228	192,9	41	236,4	<0,0001	

p-Wert – signifikant, Signifikanzniveau - alpha=0,05, p-Werte t-approximiert, zweiseitig berechnet

Tabelle 42: Mittelwertvergleich der IST-Zeitmengen in vollstationären Einrichtungen mit und ohne gesonderten Versorgungsvertrag nach Pflegegrad

IST	vollstationär		Spezial-Einrichtungen		t-Test	Wilcoxon-Test
	n	MW	n	MW	p-Wert	p-Wert
ohne	9	44,913	1	77,0549		0,1972
1	70	48,5041	5	58,0362		0,028
2	207	57,15	25	75,3733		<0,0001
3	401	76,1435	38	88,4548	0,007	
4	295	100,7	46	120,8	<0,0001	
5	228	131,3	41	173,2	<0,0001	

p-Wert – signifikant, Signifikanzniveau - alpha=0,05, p-Werte t-approximiert, zweiseitig berechnet

Im Vergleich der vollstationären Regel- und Spezialeinrichtungen zeigen sich bei den mittleren SOLL-Zeitmengen in den Pflegegraden 2, 4 und 5 signifikante Unterschiede. Ein Vergleich der Mittelwerte von Pflegebedürftigen ohne Pflegegrad ist – basierend auf einem einzigen Wert eines bzw. einer Pflegebedürftigen in den Spezialeinrichtungen – nicht möglich. Insgesamt liegen die durchschnittlichen

Zeitmengen pro Werktag in den Spezialeinrichtungen durchweg über denen der vollstationären Einrichtungen ohne gesonderte Versorgungsverträge. Im IST unterscheiden sich zusätzlich die Mittelwerte im Pflegegrad 3 signifikant voneinander.

Aufgrund der aufgezeigten signifikanten Unterschiede zu den vollstationären Regeleinrichtungen werden die Erhebungseinheiten mit gesondertem Versorgungsvertrag für die Kalibrierung des Algorithmus für den vollstationären Bereich ausgeschlossen.

7.1.2.3 Teilstationäre Erhebungseinheiten

Für die Auswertungen des teilstationären Bereichs sind 6 teilstationäre Erhebungseinheiten verwendet worden. Das sind alle teilstationären Einheiten, die als solche in den Strukturdaten benannt werden und die gleichzeitig nicht als Teil eines ambulantisiereten ehemals vollstationären Settings identifiziert wurden. Die durchschnittlichen IST-Zeitmengen pro Beschattungstag liegen zwischen 57 und 122 Minuten, im SOLL zwischen 59 und 150 Minuten. Im Gegensatz zu allen anderen Einrichtungstypen steigen die Zeitmengen mit zunehmendem Pflegegrad nicht stetig an, sondern erreichen im Pflegegrad 4 ihr Maximum, um sich im Pflegegrad 5 knapp unter diesem bei 115 bzw. 139 Minuten einzuordnen.

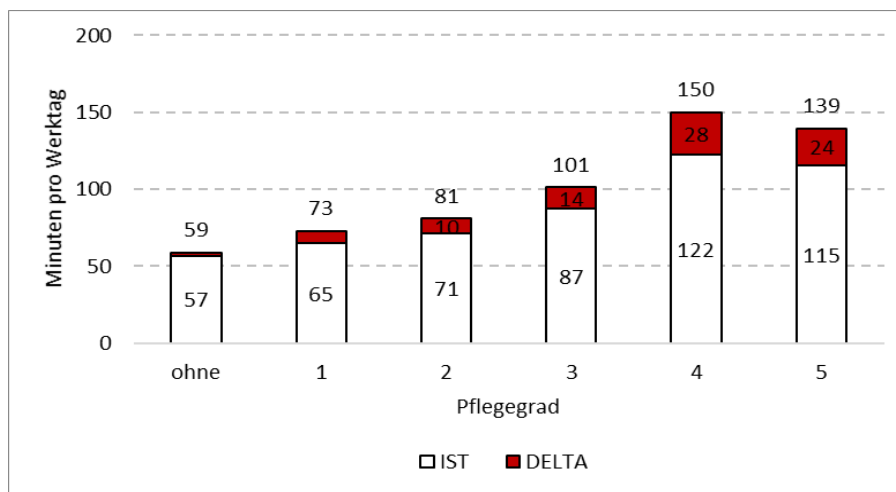


Abbildung 45: Von beschatteten Pflegekräften erbrachte und zu erbringende Minuten pro Werktag in teilstationären Einrichtungen

7.1.2.4 Ambulantisierete ehemals teilstationäre Einrichtung

Für die ambulantisierete Einrichtung, in der neben ambulanter Vollversorgung ebenfalls eine Tagespflege integriert ist, kann der Personaleinsatz für den teilstationären Bereich nicht eindeutig abgegrenzt werden. Daher liegen keine verlässlichen und insbesondere keine mit den übrigen teilstationären Einrichtungen vergleichbaren Daten vor. Im IST wurden für die Pflegebedürftigen dieser Einrichtung durchschnittliche Zeitmengen von 45 bis 157 Minuten dokumentiert, im SOLL Zeitmengen von 45 bis 182 Minuten.

Die Differenz der Mittelwerte zwischen den Einrichtungstypen *teilstationär* und *ambulantisierete* beträgt 8 – 42 Minuten im IST und 20 – 48 Minuten im SOLL. Dabei liegen die Zeitmengen der teilstationären Einrichtung bis einschließlich Pflegegrad 4 über denen der ambulantisiereten Einrichtungen. Im Pflegegrad 5 liegen die Zeitmengen der ambulantisiereten Einrichtung (n=7 Pflegebedürftige) deutlich über denen der übrigen 6 Einheiten (n=4 Pflegebedürftige).

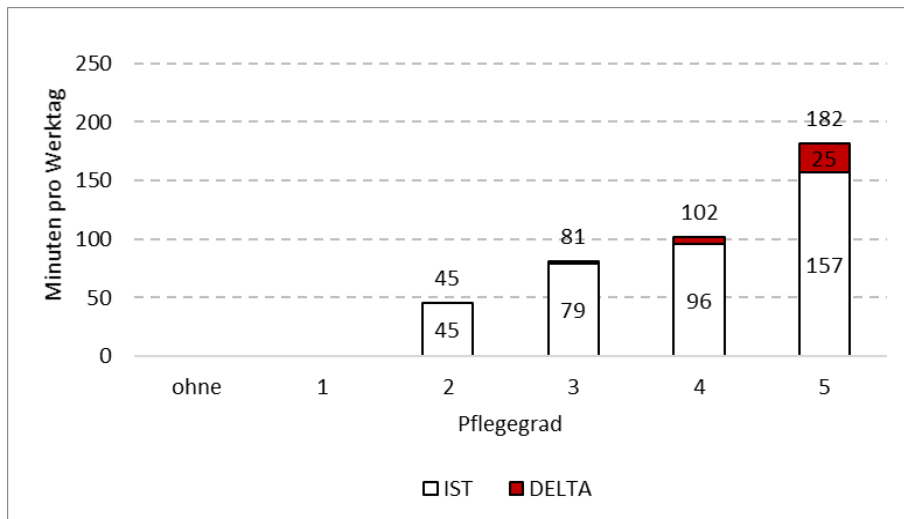


Abbildung 46: Von beschatteten Pflegekräften erbrachte und zu erbringende Minuten pro Werktag in der ambulantiserten Einrichtung

Wie für den vollstationären Bereich können auch teilstationär statistische Vergleiche zwischen den sechs Regeleinrichtungen und der einen ambulantiserten Einrichtung angestellt werden (Tabelle 43 und Tabelle 44).

Tabelle 43: Mittelwertvergleich der SOLL-Zeitmengen in teilstationären und der ambulantiserten Einrichtung nach Pflegegrad

SOLL	teilstationär		Ambulantiserte Einrichtung		t-Test p-Wert	Wilcoxon p-Wert
	n	MW	n	MW		
ohne	4	58,95	0	-	-	-
1	11	72,59	0	-	-	-
2	41	80,85	1	45,29	-	
3	56	101,12	4	81,27		0,606
4	24	149,95	11	101,80		0,0331
5	4	139,37	7	181,90		0,2474

p-Wert – signifikant, Signifikanzniveau - alpha=0,05, p-Werte t-approximiert, zweiseitig berechnet

Tabelle 44: Mittelwertvergleich der IST-Zeitmengen in teilstationären und der ambulantiserten Einrichtung nach Pflegegrad

IST	teilstationär		Ambulantiserte Einrichtung		t-Test p-Wert	Wilcoxon p-Wert
	n	MW	N	MW		
ohne	4	56,95	0	-	-	-
1	11	64,83	0	-	-	-
2	41	71,16	1	45,48	-	0,1683
3	56	87,36	4	79,28		0,9412
4	24	122,40	11	96,05		0,1915
5	4	115,30	7	156,70		0,1868

p-Wert – signifikant, Signifikanzniveau alpha=0,05, p-Werte t-approximiert, zweiseitig berechnet

Aufgrund der geringen Bewohnerzahl in der ambulantiserten Einrichtung von maximal 11 Pflegebedürftigen pro Pflegegrad wurde hierfür durchweg Wilcoxon-Rangsummen-Tests und keine t-Tests verwendet. Aufgrund der unvollständigen Besetzung aller Pflegegrade in der ambulantiserten Einrichtung wurden ausschließlich die Zeitmengen der Pflegegrade 3, 4 und 5 zwischen den Einrich-

tungstypen verglichen. Im SOLL zeigen sich im Pflegegrad 4 signifikante Unterschiede, im IST unterscheiden sich die beiden Einrichtungstypen in keinem Pflegegrad signifikant voneinander.

Aufgrund der nicht sicher zu gewährleistenden Trennung der ambulantiserten von der teilstationären Pflege in der benannten Einrichtung wurden deren Daten aus den weiteren Auswertungen für den teilstationären Bereich ausgeschlossen. Der trotz der geringen Fallzahl signifikante Unterschied in den durchschnittlichen SOLL-Zeitmengen im Pflegegrad 4 unterstützt dieses Vorgehen zusätzlich.

7.2 Deskriptive Darstellung der Ergebnisse

Bereits in Abschnitt 5.1.4 sind die Abläufe zur Auswahl der teilnehmenden Einrichtungen und damit auch implizit der Pflegebedürftigen dargestellt worden. Dabei wurde im Bereich der stationären Langzeitpflege erfolgreich darauf abgezielt, eine möglichst repräsentative Stichprobe der deutschen Pflegeeinrichtungen auszuwählen. Für den teilstationären Bereich war eine solche Auswahl hingegen nicht möglich – da sich die Erhebungsdurchführung als wesentlich komplizierter erwies, als gedacht, konnte hier keine differenzierte Auswahl getroffen werden. Weder die quotierte Stichprobe auf Ebene der stationären Einrichtungen, noch die reine Convenience-Stichprobe der teilstationären Einrichtungen lässt dabei eine Aussage darüber zu, inwiefern nicht nur die institutionelle Landschaft repräsentativ abgebildet werden konnte, sondern darüber hinaus auch die einbezogenen Pflegebedürftigen eine strukturelle Repräsentanz dieser Personengruppe für den Geltungsbereich des SGB XI darstellen. Ergebnisse hierzu werden nachfolgend in den Abschnitten 7.2.1 und 7.2.2 vorgestellt. Zu betonen ist dabei allerdings ausdrücklich, dass aus einer mehr oder weniger gute Passung von Stichprobe und Populationskennzahlen keine Schlussfolgerungen auf die Qualität der Ergebnisse gezogen werden können, da an keiner Stelle Aussagen über die Gesamtpopulation abgeleitet werden, sondern explizit eine den empirischen Bedarfen angemessene Klassifikation als Ergebnis ausgewählt werden soll.

Auch in Bezug auf die eingesetzten Datenerheber*innen war bereits konzeptuell eine gewisse Form der Repräsentativität angestrebt worden. So war schon in der bezuschlagten Konzeption eine Quotierung für den Aufwand der Datenerhebung angestrebt worden. In wieweit dieser Konzeptbestandteil umgesetzt werden konnte, wird in Abschnitt 7.2.3 dargestellt.

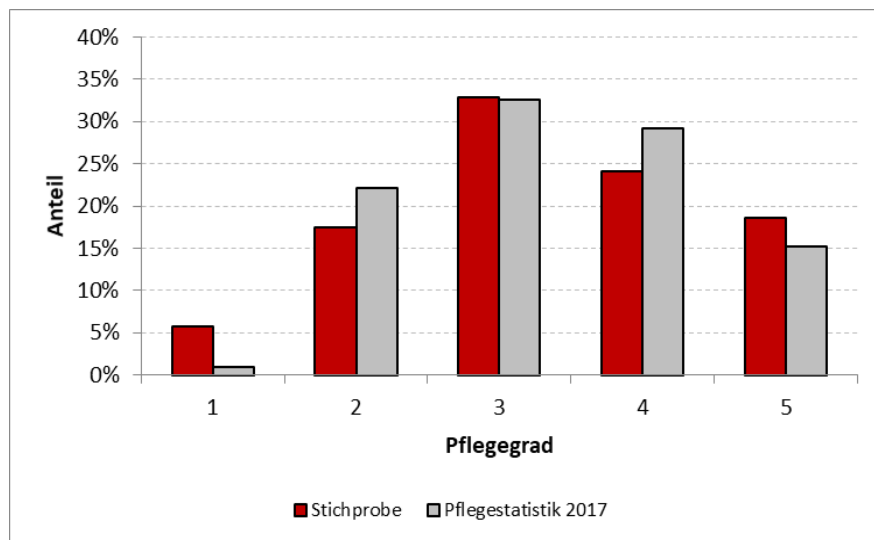
7.2.1 Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen

In den 52 als repräsentativ ausgewählten vollstationären Einrichtungen jeweils eine möglichst große Anzahl an Pflegebedürftigen in den teilnehmenden Erhebungseinheiten einzuschließen, war erklärtes Ziel der Rekrutierung. Dies hatte im Wesentlichen methodische und forschungsökonomische Gründe, da eine Vollerhebung der Erhebungseinheiten einerseits die lückenloseste und somit valideste Datenerhebung ermöglicht hätte, andererseits durch die vollständige Beschattung aller Pflegekräfte der Erhebungsaufwand pro Pflegebedürftigen mit steigender Teilnahmequote stetig reduziert wird. Die völlige Freiwilligkeit der Teilnahme auf Seiten der Pflegebedürftigen führte aber zu einem selbstselektiven Sample, bei dem für das Forschungsteam keine Kontrolle über die Zusammensetzung der Stichprobe möglich war. Wünschenswert war aber natürlich, ein möglichst gutes Abbild der Population aller Pflegebedürftigen zu erreichen, was durch Vergleich ausgewählter Verteilungen der Stichprobe mit den bekannten Verteilungen der Grundgesamtheit zumindest ansatzweise geprüft werden kann.

In vollstationären Einrichtungen konnten 1.380 Pflegebedürftige für die Teilnahme gewonnen werden. Von diesen Personen lebten 1.224 Pflegebedürftige (= 88,7 %) in vollstationären Pflegeeinrich-

tungen, die nicht über einen gesonderten Versorgungsvertrag für eine konzeptionelle Spezialisierung verfügten. Dementsprechend lebten 156 Bewohnern (= 11,3 %) in Einrichtungen, die über gesonderte Versorgungsverträge entweder für den Bereich der Demenzversorgung oder der speziellen Versorgung jüngerer Erwachsener verfügten.

Im direkten Vergleich zwischen der Stichprobenstruktur der Bewohner in vollstationären Einrichtungen ohne gesonderten Versorgungsvertrag und den bundesdeutschen Fallzahlanteilen der Pflegestatistik 2017 (Statistisches Bundesamt 2018a) zeigt sich, dass trotz der beschriebenen Selbstselektion eine sehr gute Passung erreicht werden konnte (Abbildung 47). Während in Pflegegrad 3 keine nennenswerte Differenz der Werte besteht, sind die Pflegegrade 2 und 4 in der Stichprobe im Vergleich zur Grundgesamtheit geringfügig unterrepräsentiert, die Pflegegrade 1 und 5 hingegen minimal überrepräsentiert. Diese Verschiebungen um maximal etwa 5 Prozentpunkte stellen dabei keine Limitierung dar, sondern sind in den oberen vier Pflegegraden zu vernachlässigen. Für den Pflegegrad 1 kann die deutliche Überrepräsentation in Bezug auf die Möglichkeit, eine Auswertung nach BI-Konstellationen vorzunehmen, als eher ergebnisstärkend angesehen werden. Erst durch eine gewisse Anzahl von Fällen kann in dieser durchgängig schwach besetzten Gruppe so viel Varianz erzeugt werden, dass die Ergebnisse überhaupt sinnvoll nach BI-Konstellationen ausweisbar werden und die zusätzlich nötige Abschätzung der mittleren SOLL-Werte auf Ebene des Pflegegrades dennoch valide möglich sind.

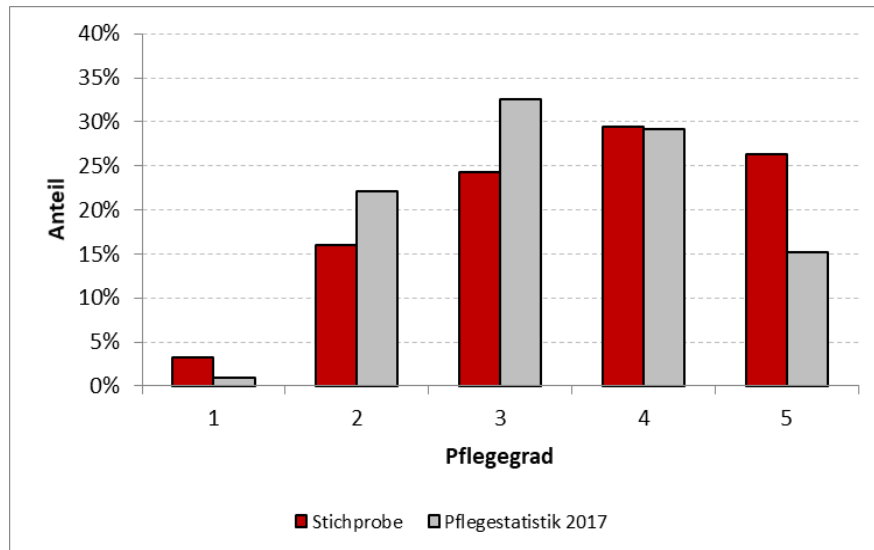


Anmerkung: Die ausgewiesenen Werte wurden von Rothgang & Wagner (2019: 9) für den vollstationären Sektor aus den Angaben des Statistischen Bundesamtes (2018c: 14 f.) für stationäre Einrichtungen errechnet

Abbildung 47: Pflegegradverteilung der Bewohner in vollstationären Einrichtungen ohne gesonderten Versorgungsvertrag

In Bezug auf die Bewohner der Erhebungseinheiten mit besonderen Versorgungsverträgen ist die ausweisbare Passung etwas weniger hoch und die Verteilung der Stichprobe leicht in Richtung der höheren Pflegegrade verschoben (Abbildung 48). Da es sich bei den Vergleichswerten der Pflegestatistik jedoch nicht um Werte handelt, die nach der Art der gesonderten Versorgungsverträge differenziert sind, kann davon ausgegangen werden, dass es sich vor allem bei der Überrepräsentanz der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 5 um einen Effekt der Zusammensetzung der verschiedenen Spezialeinrichtungen handelt. Besonders die einbezogene Spezialeinrichtung der jungen Pflege hat hier zu einem erhöhten Anteil der hohen Pflegegrade geführt, da in dieser Einrichtung ein Anteil von 69 %

der Pflegebedürftigen dieser höchsten Klasse zugeordnet waren. Aufgrund des methodischen Vorgehens, in dessen Zuge diese Spezialeinrichtungen vor der Auswertung von den Daten der anderen Einrichtungen getrennt wurden, entstehen auch hierdurch keine Beeinflussungen der Ergebnisse, die der Parametrisierung der Personalbemessung zugrunde liegen.



Anmerkung: Die ausgewiesenen Werte wurden von Rothgang & Wagner (2019: 9) für den vollstationären Sektor aus den Angaben des Statistischen Bundesamtes (2018c: 14 f.) für stationäre Einrichtungen errechnet

Abbildung 48: Pflegegradverteilung der Bewohner aus vollstationären Einrichtungen mit gesondertem Versorgungsvertrag

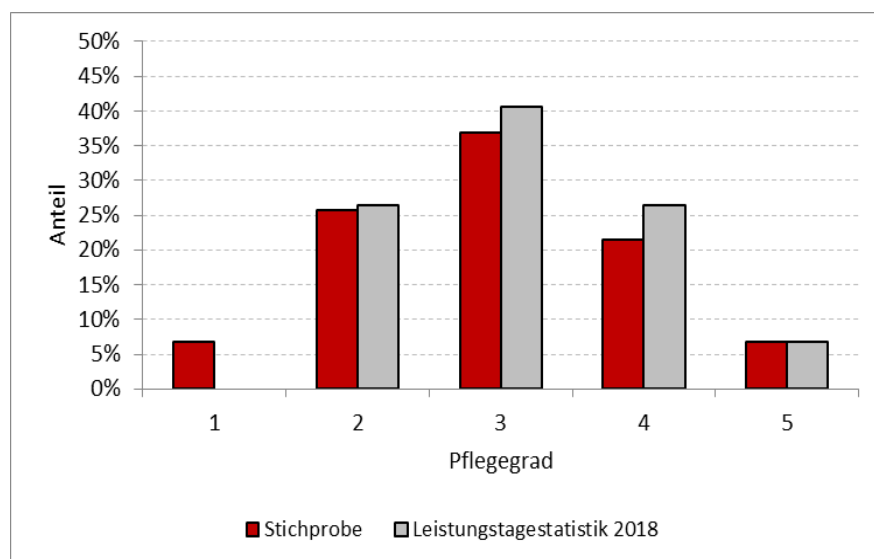
7.2.2 Gäste in teilstationären Pflegeeinrichtungen

Im teilstationären Sektor konnte die konzeptionell festgelegte Stichprobengröße letztlich nicht erreicht werden. Es konnten mit 163 Pflegebedürftigen weniger als die Hälfte der ursprünglich angestrebten 400 Personen einbezogen werden. Grund hierfür war, dass sowohl auf Seiten der Einrichtungen als darauffolgend auch auf Seiten der Pflegebedürftigen eine deutlich geringere Teilnahmebereitschaft zu verzeichnen war, als im vollstationären Sektor. Die Gründe hierfür konnten im Rahmen der Studie nicht endgültig aufgeklärt werden, es wurden vom Studienteam allerdings drei wesentliche mögliche Ursachen beobachtet.

Erstens wurde regelmäßig erkennbar, dass der Nutzen einer Personalbemessung in den teilstationären Einrichtungen wesentlich geringer eingeschätzt wurde. So wurde mehrfach – sowohl von Pflegebedürftigen und Angehörigen als auch von Mitarbeiter*innen – geäußert, dass die teilstationäre Personalausstattung auskömmlich und die Versorgung gut seien. Der offenbar subjektiv geringere Problemdruck sorgte hier für eine ebenfalls geringere Nutzenerwartung, die den zusätzlichen Aufwand einer Studienteilnahme offenbar oft nicht rechtfertigte. Zweitens stellte es sich als praktisches Problem dar, dass die Anwesenheit der Pflegebedürftigen in den Pflegeeinrichtungen unregelmäßig und teilweise nur eingeschränkt planbar war. So war es für eine effiziente Studiendurchführung erforderlich, die Erstellung der Studiengutachten ein bis zwei Wochen vorzuplanen. Dabei konnten natürlich nur Pflegebedürftige begutachtet werden, die an den entsprechenden Tagen auch in den Einrichtungen anwesend waren. Diese beiden Punkte zusammen reduzierten die Anzahl der teilnahmebereiten und -geeigneten Pflegebedürftigen teilweise eklatant. Dies führte dazu, dass in mehreren Einrichtungen die bereits vereinbarte Datenerhebung – entweder veranlasst durch die Einrich-

tung selbst oder durch das Studienteam – nicht durchgeführt werden konnte. Drittens war die Durchführung der Studie in teilstationären Einrichtungen mit – gegenüber dem normalen Betriebsablauf – deutlich höheren Veränderungen verbunden, als in vollstationären Einrichtungen. So ist es weder üblich, dass Begutachtungen der Prüforganisationen in diesen Institutionen erfolgen, noch, dass Planungen in der Intensität der Studie verfasst wurden. Beide Aufgaben waren somit nicht nur in ihrer Häufigkeit zusätzlich zu erbringen, sondern auch inhaltlich nicht im Ablauf vorgesehen. Es ist zu vermuten, dass hierdurch die Teilnahmebereitschaft bereits im Vorfeld reduziert wurde.

Für den teilstationären Sektor eine analoge Einschätzung zur Passung der Pflegegradverteilung zwischen Stichprobe und Population zu geben, ist schwieriger als im vollstationären Bereich. In den Routineauswertungen der Pflegestatistik erfolgt keine Darstellung danach, welche Pflegebedürftigen in welchem Pflegegrade welche Angebote der teilstationären Versorgung wie nutzen, vielmehr sind Pflegebedürftige der teilstationären und ambulanten Versorgung zusammengefasst. Zentral ist dabei, dass diese Inanspruchnahme – anders als im vollstationären Sektor – nicht im Sinne einer vollumfänglichen Dauerversorgung erfolgt, bei der die Anzahl der leistungsbeziehenden Personen sich beispielsweise innerhalb einer Woche nicht unterscheidet. Bei der Inanspruchnahme von Leistungen der teilstationären Versorgung ist vielmehr oft die konkrete Ausgestaltung des individuellen Pflegesettings relevanter als die verschiedenen Ausprägungen eingeschränkter Selbständigkeit. So führen beispielsweise Wünsche nach sozialer Teilhabe oder nur tageweise erforderliche kompensatorische Versorgungsbedarfe – etwa bei Berufstätigkeit der Hauptpflegeperson – zu eher unregelmäßigen Inanspruchnahmen. Für diese ist es jedoch schwer, geeignete Komparatoren zu erzeugen.



Anmerkungen: Datenquelle Leistungsempfänger von Tages- und Nachtpflege im Jahresdurchschnitt 2018 nach Leistungstagestatistik

Abbildung 49: Pflegegradverteilung der Bewohner aus teilstationären Einrichtungen

Für die Darstellung in Abbildung 49 wurden daher als Vergleichsmaßstab nicht die Werte der Pflegestatistik als Referenzen herangezogen, sondern eine Auswertung der Leistungstagestatistik der Sozialen Pflegeversicherung. Der Stichprobe wurden dabei die Leistungsempfänger von Tages- und Nachtpflege im Jahresdurchschnitt 2018 gegenübergestellt (BMG 2019b). Zu erkennen ist hierbei, dass trotz der geringeren als ursprünglich angestrebten Stichprobengröße, die Gruppe der teilstationär versorgten Pflegebedürftigen in Bezug auf die Schwere der Pflegebedürftigkeit sehr gut abgebildet

werden konnte. Ausgehend von diesem Befund erscheint es weiterhin auch möglich, die Daten des teilstationären Bereichs analog der Daten des vollstationären Settings zu behandeln und somit eine Klassierung der Pflegebedürftigen valide vornehmen zu können.

7.2.3 Datenerheber*innen

Bereits in der Konzeptionierung der Studie und in den Verhandlungen über die praktische Umsetzung wurde von allen Seiten betont, dass den Datenerhebenden in dieser Studie eine Schlüsselrolle zukommt. Durch den simultan zur IST-Dokumentation erfolgenden SOLL-Abgleich standen die Studienergebnisse in direkter Abhängigkeit von der Fachlichkeit der datenerhebenden Personen. Um die notwendige Akzeptanz der Ergebnisse ex ante sichern zu können, wurde bereits in der Studienkonzeption (Kapitel 3) festgelegt, dass die Datenerhebenden nicht durch die Universität Bremen auszuwählen seien, sondern anteilig durch die relevanten Institutionen des Versorgungssystems gestellt werden sollten. Als konkrete Verhältnisse, die eine Akzeptanzsicherung ermöglichen sollten, wurde festgeschrieben, dass die Datenerhebung zu 45 % durch Mitarbeiter der MDK-Gemeinschaft, zu 5 % durch Mitarbeiter der Medicproof GmbH und zu 50 % über die Anbieterverbände erfolgen sollte. In nachgehenden Absprachen wurde dann noch zwischen den Anbieterverbänden vereinbart, eine gleich hohe Beteiligung privater und frei-gemeinnützig affilierter Datenerheber*innen anzustreben.

Obwohl die konkrete Einsatzplanung der 2.149 Datenerheber*innenschichten im Studienverlauf stark durch weitere Nebenbedingungen bestimmt wurde – so wurden etwa Mitarbeiter der MDK nur innerhalb der territorialen Zuständigkeit ihres Arbeitgebers und nicht an Wochenenden eingesetzt, bei Datenerhebern anderer Zuordnung wurde dafür auf Einzelschichteinsätze etwa zur Nachtdienst-erhebung verzichtet – zeigt Abbildung 50, dass die vorher abgestimmten Einsatzrelationen fast vollständig erfüllt werden konnten.

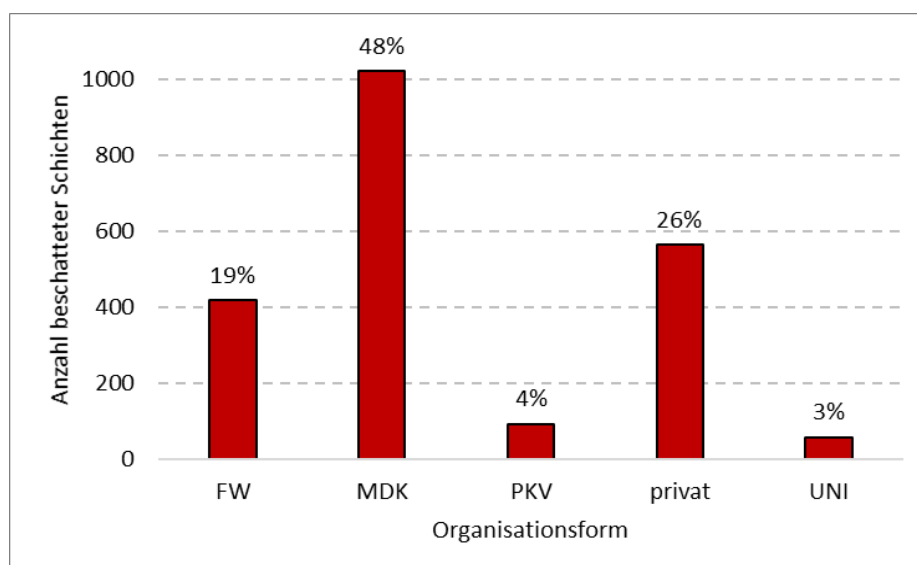


Abbildung 50: Anzahl beschatteter Schichten nach Organisationsform

Der minimal höhere Einsatzanteil der Datenerheber*innen, die über die privaten Anbieterverbände bpa und VDAB rekrutiert wurden, geht dabei auf die größere Flexibilität der entsprechenden Mitarbeiter zurück, die dazu führte, dass besonders diese Datenerheber*innengruppe für kurzfristige Einsätze genutzt wurde, wenn alle anderen Möglichkeiten bereits ausgeschöpft waren. Mitglieder des Studententeams sind nur dann als Datenerhebende eingesprungen, wenn sich die Datenerhebung

durch anderen Schatten nicht sicherstellen ließ. Insgesamt haben sie nur in 3 % der erfassten Schichten die Beschattung übernommen.

Eine andere Verteilung als bei den Datenerheber*inneneinsätzen zeigt sich für die Anzahl der eingesetzten Datenerheber*innen und die Einsatzhäufigkeit pro Person, die allerdings keine Zielparameter waren. Ursprünglich wurde davon ausgegangen, dass jeweils 34 parallel arbeitende Datenerheber*innen in 14 Sequenzen erforderlich waren und diese Kräfte durchschnittlich (mindestens) zwei volle Einsätze im Umfang von jeweils 5 Datenerheber*innenschichten leisten sollten (siehe dazu auch A 2.2: 23 f.). Bei einer solchen gleichverteilten Anzahl beschatteter Schicht pro Datenerheber*in wäre die Verteilung der Abbildung 50 auch für die Kopfzahl der Datenerheber*innen reproduziert worden. Tatsächlich wurden allerdings zwei Drittel der 241 eingesetzten Datenerheber*innen vom MDK vermittelt und weniger als ein Drittel von den Einrichtungsträgern (Abbildung 51). Damit ist der Anteil der vom MDK vermittelten Datenerheber*innen wesentlich größer als der Anteil der von diesen beschatteten Schichten, während es sich insbesondere bei den von den privaten Anbietern vermittelten Datenerheber*innen genau umgekehrt verhält.

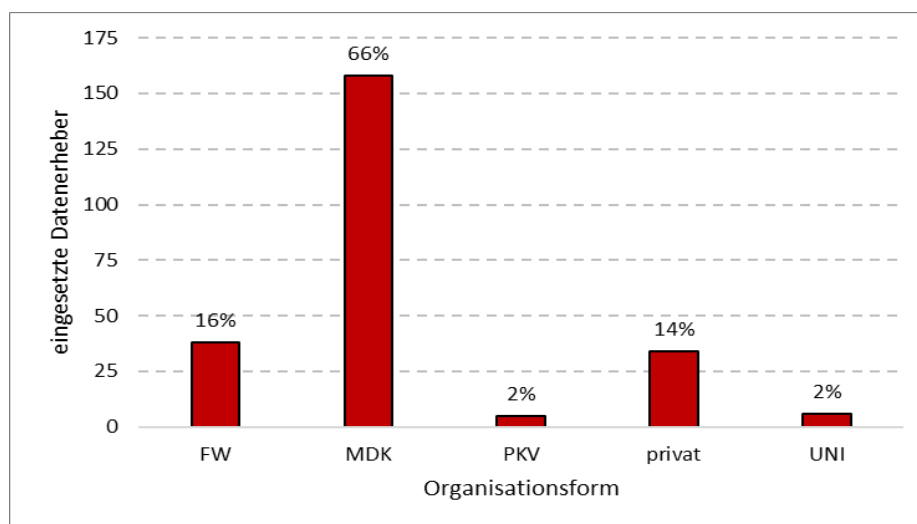


Abbildung 51: Anzahl eingesetzter Datenerheber*innen nach Organisationsform

Dies insbesondere auf die territoriale Bindung der MDK zurückzuführen, also darauf, dass für jeden MDK eigene Datenerheber*innen geschult und eingesetzt wurden und zusätzlich oft ein wohnortnaher Einsatz erforderlich war, um die tarifvertraglichen Arbeitszeitregelungen dieser Personen einhalten zu können. Das hat die Zahl der Einsätze pro MDK-Datenerheber*in begrenzt. Als Ergebnis entstanden Gesamteinsatzmengen für die einzelnen Datenerheber*innen, die für viele Personen hinter den ursprünglich angestrebten Einsatzmengen zurückbleiben mussten. So zeigt Abbildung 52, dass für 92 Datenerheber*innen – und damit 38 % der eingesetzten Schatten – der angestrebte Durchschnittswert von zwei Erheber*innenwochen nicht erreicht werden konnte. Darunter befinden sich allerdings 72 Mitarbeiter der MDK, die – wie bereits beschrieben – in ihren Einsatzmöglichkeiten eingeschränkt waren und bei einer anderen räumlichen Verteilung der studienteilnehmenden Einrichtungen vermutlich zu mehr Einsätzen gekommen wären.

Insbesondere im Hinblick auf die Schulung der Datenerheber*innen wäre es wünschenswert gewesen, wenn die Datenerheber*innen im Durchschnitt mehr Schichten hätten abdecken können, aufgrund der genannten Limitationen war dies aber nicht möglich. Umso mehr muss deshalb allen an

der Datenerhebung Beteiligten an dieser Stelle noch einmal ein großer Dank für die engagierte und lösungsorientierte Realisation der Datenerhebung ausgesprochen werden.

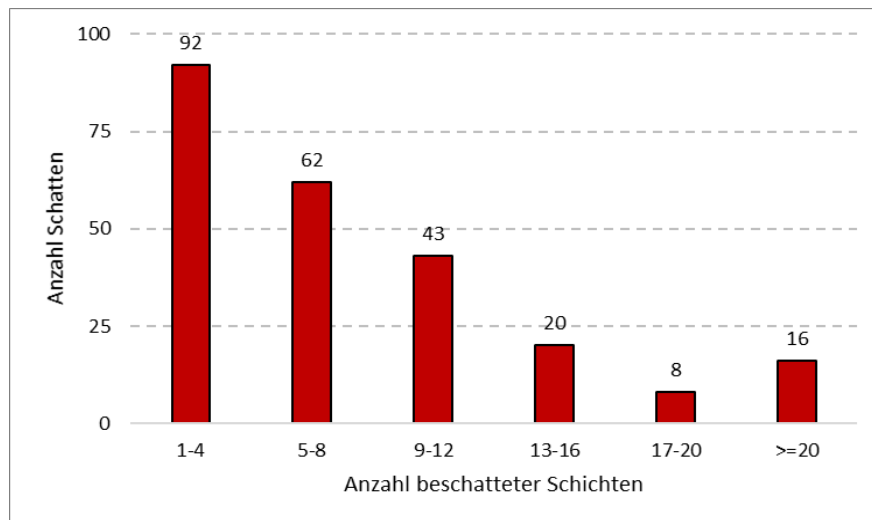


Abbildung 52: Einsatzmengen der Datenerheber*innen

7.3 Ergebnisse auf Ebene der einzelnen Interventionen

Als Grundlage der Berechnung von Personalmengen werden im Algorithmus Zeitmengenwerte für jede in der Erhebung erfasste Intervention hinterlegt. Es wird damit jeweils angegeben, welche Gesamtzeit für einen bestimmten Pflegebedürftigen pro Woche für die bedarfsnotwendigen Erbringungen dieser Intervention mit Personal zu hinterlegen ist. Hierbei handelt es sich allerdings schon um Produktwerte, die aus spezifischen Zeit- und Mengenkomponten je nach Ausprägung der Pflegebedürftigkeit errechnet wurden. Eine Auflösung dieser Parameter in ihre Komponenten ist in dieser Stelle nicht mehr möglich und für das Personalbemessungsverfahren auch nicht erforderlich.

Da die einzelnen Interventionen aber die Grundlage aller Berechnungen bilden, ist es dennoch von großem Interesse, die empirischen Daten auch interventionsspezifisch betrachtet zu können. Hierbei handelt es sich allerdings – in der feinen Granulation, die dafür erforderlich ist – um eine sehr unübersichtliche Datenmenge, bei der die Möglichkeiten einer Zusammenfassung in einzelne Abbildungen enge Grenzen gesetzt sind. Auf einen Ausweis dieser interventionsspezifischen Ergebnisse wurde deshalb aus Gründen der Übersichtlichkeit im Haupttext dieses Berichtes verzichtet.

Für eine vollständige Berichtslegung sind aber dennoch alle Informationen auch interventionsbezogen enthalten und für den vollstationären Bereich (A 6.1) und den teilstationären Bereich (A 6.2) im Anlagenband einsehbar. Dort sind die erhobenen Daten zu jeder einzelnen Intervention in jeweils bis zu 10 Abbildungen als *Steckbrief* dargestellt. Aufgrund der kleineren Stichprobe werden Ergebnisse für die teilstationären Einrichtungen ausschließlich nach Pflegegrad und nicht nach BI-Konstellation dargestellt. Unterschieden wird zusätzlich zwischen den für die direkte und indirekte Pflege erbrachten Interventionen, weil mit letzteren in der Auswertung anders umgegangen wurde (vgl. 6.4.4). Nachfolgend wird die Datendarstellung kurz beschrieben.

7.3.1 Mengen, Zeiten und Zeitmengen

Für jede Intervention der direkten Pflege werden die IST- und SOLL-Werte

- der durchschnittlichen Zeit pro einfacher Erbringung,
- der durchschnittlichen Anzahl der Erbringungen pro Woche und

- der resultierenden durchschnittlichen Zeitmenge pro Woche

ausgewiesen. Dabei werden die IST-Werte als weiße Balken dargestellt, die SOLL-Werte entsprechen jeweils dem Gesamtbalken aus weißem und rotem (DELTA) Anteil. Wenn Zahlenwerte angegeben sind, beziehen sich diese auf den Gesamtbalken und stehen somit für die SOLL-Werte. In den Berechnungen sind ausschließlich Vollerbringungen und keine Angebote berücksichtigt, da die Angebotszeiten die Durchschnittszeiten der Vollerbringungen senken würden. Dieselbe Datengrundlage wurde auch für die Mengen und Zeitmengen beibehalten, sodass das Produkt aus Mengen und Zeiten die Zeitmengen ergeben.

Für alle drei Variablen werden die Ergebnisse für die Klassifikationen nach Pflegegraden und nach BI-Konstellationen abgebildet. Dabei werden alle 90 BI-Konstellationen einbezogen, für die eine vollständige Erbringungswoche mathematisch erzeugt werden kann. Für die grafische Darstellung werden die BI-Konstellationen aufsteigend nach ihren gewichteten Punktschwerpunktwerten sortiert und abgetragen. Da die Anzahl von 90 Punktschwerpunktwerten nicht lesbar auf der Skala abgebildet werden kann, sind als optische Orientierung die Grenzen der Pflegegrade angegeben. In den Darstellungen nach BI-Konstellationen wird in den Abbildungen ferner eine Regressionsgerade dargestellt und die jeweilige Geradengleichung angegeben. Ist in dieser Gleichung die Steigungskonstante – der Wert, der mit x multipliziert wird – positiv, so stellt dies einen positiven Zusammenhang zwischen der nach BI gemessenen und berechneten Pflegebedürftigkeit und der jeweiligen Variablen dar. Der ebenfalls angegebene (rohe) R^2 -Wert kann nur zwischen den einzelnen Interventionen vergleichend betrachtet werden, jedoch an dieser Stelle nicht als absolutes Maß für die Prädiktionsstärke von Pflegegraden oder BI-Konstellationen verwendet werden, da eine Adjustierung nicht durchgeführt wurde und die Trendlinie über die Rangnummern der 90 BI-Konstellationen erzeugt wurde.

7.3.2 Qualifikationsmix im IST und SOLL

Für jede Intervention der direkten Pflege werden die spezifischen Qualifikationsmixe in vereinfachter Form dargestellt, indem die Zeitmengenwerte für Erbringungen durch Fach- und durch Assistenzkräfte in Relation gesetzt werden. Berücksichtigt werden hierbei im Gegensatz zu den Berechnungen in Abschnitt 7.3.1 auch die Interventionsangebote. Die Darstellung erfolgt nach Pflegegrade differenziert und darin jeweils in zwei zusammengehörigen Balken für das gemessene IST und das fachlich festgelegte SOLL. Ist innerhalb eines Pflegegrades der Fachkraftanteil im IST höher als im SOLL, so werden diese Interventionen zu häufig durch eine Fachkraft erbracht, obwohl eine Assistenzkraft dazu in der Lage wäre. Der umgekehrte Zusammenhang gilt natürlich ebenso. Sind die Fachkraftanteile im IST über die Pflegegrade gleich, im SOLL aber ansteigend, so wird die Intervention unabhängig von der Ausprägung der Pflegebedürftigkeit erbracht, wobei eine steigende Pflegebedürftigkeit auch eine steigende Häufigkeit an Fachkrafteinbringungen bedingen müsste.

Für in der indirekten Pflege erbrachte Interventionen wurden die Abbildungen der IST- und SOLL-Zeitmengen und Qualifikationsmixe kombiniert. Da die Admin-Orga-Interventionen im Gegensatz zu den direkten Interventionen mitunter auch in ihrer Summe (durch Pausieren und erneutes Starten auf dem Tablet), und nicht als eigenständige Erbringungen mit individuellen Zeiten und Mengen erfasst wurden, werden die Zeitbedarfe für die indirekte Pflege ausschließlich als Zeitmengen dargestellt. Da die Zeitmengen auf alle Pflegebedürftigen einer Einrichtung verteilt wurden, kann auch keine Darstellung nach Pflegegrad erfolgen, weil jedem Pflegebedürftigen in der Summe identische Zeitmengen zugewiesen werden. Stattdessen werden die IST- und SOLL-Zeitmengen nach ihrem IST- und SOLL-Qualifikationsmix dargestellt. Der IST-Zeitmengenbalken setzt sich zusammen aus von

durch Assistenz- oder durch Fachkräfte erbrachte Teile. Wie in Abschnitt 6.4.4 beschrieben, lassen sich die Admin-Orga-Zeitmengen im SOLL aber in drei Kategorien einteilen:

- qualifikationsunspezifische Zeitmengen, die je nach Klassierung der Pflegebedürftigkeit entsprechend des Qualifikationsmix der direkten Pflege auf die QN 1-4 aufgeteilt werden,
- hilfskraftspezifische Zeitmengen, die fest bei jedem Pflegebedürftigen den QN 1-3 zugewiesen werden (je nach Klassierung der Pflegebedürftigkeit entsprechend des Qualifikationsmix der QN 1-3 in der direkten Pflege) und
- fachkraftspezifische Zeitmengen, die fest bei jedem Pflegebedürftigen dem QN 4 zugewiesen werden.

Dementsprechend sind die Balken der SOLL-Zeitmengen aus drei Teilen aufgebaut.

Um einen Überblick über die Anteile einer Intervention an der gesamten Admin-Orga-Zeitmenge zu geben, wurden für die indirekten Interventionen zusätzlich Kreisdiagramme erstellt. In Tabelle 45 sind dafür die zugrundeliegenden jeweiligen Bezugszeitmengen zusammenfassend aufgelistet.

Tabelle 45: Zeitmengen der indirekten Pflege pro Bewohner / Gast in einer Durchschnittswoche (vollstationär) bzw. in fünf Werktagen (teilstationär)

		Fachkräfte	Assistenzkräfte	Flexibel
vollstationär	IST	136,60	139,80	-
	SOLL	50,52	89,70	135,84
teilstationär	IST	107,09	101,00	-
	SOLL	12,88	104,66	89,51

7.3.3 Kennzahlen zur Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge

Bezogen auf jede einzelne Intervention der direkten Pflege aus vollstationären Einrichtungen werden ebenfalls die Kennzahlen der Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge nach verschiedenen Klassifikationen und Schätzmodellen auf Basis der Daten des BI dargestellt. Dabei geben die aufgeführten R^2 -Werte an, zu welchem Anteil die Unterschiede in den verschiedenen Zeitmengen, die für alle Klassifikationen und Modelle ausgewiesen werden, durch die Unterschiede in den eingehenden Variablen erklärt werden können. Es wird hierdurch somit jeweils ausgedrückt, wie gut die verwendeten Klassifikationen und Modelle zur Abbildung der zeitlichen Pflegebedarfe geeignet sind. Der maximale Wert des R^2 beträgt dabei 1, was einer vollständigen Aufklärung der Varianz der Zeitmengen durch die erklärende(n) Variable(n) entspricht, ein R^2 von 0 impliziert, dass es keinen Zusammenhang gibt. Da das verwendete Bestimmtheitsmaß R^2 dabei sensibel auf große Anzahlen an Regressoren (unabhängige Variablen) reagiert, muss für einen sinnvollen Vergleich zwischen den verschiedenen Modellen eine Adjustierung vorgenommen werden, durch welche die rohen Effekte (weiße Balken) unabhängig von der Klassenzahl normiert werden. Diese sind als adjustiertes R^2 ausgewiesen. Im direkten Vergleich stehen höhere adjustierte R^2 -Werte dabei für eine bessere Varianzaufklärung.

Für jede Intervention werden jeweils die fünf verschiedenen Regressionsmodelle berechnet, die auch in Abschnitt 10.2 in Bezug auf die Gesamtzeitmengen ausgewiesen werden. Im Einzelnen handelt es sich dabei um die Klassifikationen nach

- Pflegegraden (6 Klassen, bezeichnet mit *PG*),
- BI-Konstellationen (319 Klassen, bezeichnet mit *BI*),
- Pflegegraden mit einem modifizierten Gewicht der BI-Module (6 Klassen, durch Regression empirisch abgeleitete Modulgewichte, bezeichnet mit *PG_mod*),

- Items mit den höchsten Diskriminierungskoeffizienten (21 Klassen, empirisch abgeleitet durch die Erstellung von Regressionsbäumen, bezeichnet mit *RTG 21*) und
- BI-Items (empirisch abgeleitet durch eine Regressionssschätzung, bei der die Bedeutung jedes einzelnen BI-Items für die Gesamtzeitmenge ermittelt werden, bezeichnet mit *BI 64*).

Als Datengrundlage für diese Darstellung werden jeweils die 1.204 vollstationären Bewohner verwendet, für die eine vollständige SOLL-Zeitmengen an Werktagen ausgewiesen werden kann. Die Bewertung der Varianzaufklärung bezieht sich also nur auf die Erklärung der Zeitmengen von Interventionen der Tagdienste an Wochentagen bei Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen. Trotz dieser Einschränkung der absoluten Geltungsweite der Kennzahlen können diese für eine vergleichende Beurteilung valide verwendet werden.

7.3.4 Bewertung der Teilschritte und Anforderungen

Für alle Interventionen der direkten Pflege, zu deren genauer Definition Teilschritte und Anforderungen festgelegt wurden, werden zwei Abbildungen zur Auswertung der jeweiligen Bewertungen ausgewiesen. Dabei werden jeweils alle Teilschritte und Anforderungen, die in der spezifischen Intervention zum Einsatz kamen, gesondert danach dargestellt, ob sie von den Datenerheber*innen mit einer gelben, grünen oder roten Bewertung versehen wurden. In der jeweils linken Grafik wird die absolute Anzahl der jeweiligen Teilschritte und Anforderungen in der Erbringung der jeweiligen Intervention angegeben, hier zeigt sich also, ob eine dieser Einheiten von quantitativer Bedeutung für die Gesamtstudie gewesen ist. In der jeweils rechten Grafik wird die anteilige Bewertung nach den Farbcodes angegeben. Hier ist nicht mehr zu sehen, wie groß die quantitative Bedeutung war, dafür aber, welche Teilschritte und Anforderungen – so sie denn zum Einsatz kamen – in welchem Umfang fachgerecht oder nicht fachgerecht durchgeführt wurden. Dabei sind die Farbmarkierungen so zu interpretieren, dass eine gelbe Bewertung zeigt, dass der Teilschritt oder die Anforderung in der konkreten Leistungserbringung nicht erforderlich gewesen ist (oder dieser Teilschritt bzw. diese Anforderung von der datenerhebenden Person nicht bearbeitet wurde), eine grüne Bewertung, dass er oder sie erforderlich war und auch fachgerecht beachtet wurde, eine rote Bewertung, dass ein notwendiges Element nicht oder nicht fachgerecht durchgeführt wurde. Zur Interpretation sollten hier vor allem die grünen und roten Bewertungen herangezogen werden, da diese von den Datenerheber*innen händisch und absichtsvoll festgelegt werden mussten. Damit kann vor allem die Anzahl und der Anteil der roten Bewertungen als Hinweis auf erforderliche Zeitzu- oder -abschläge gedeutet werden, wobei hier quantitativ die Zuschläge deutlich überwiegen.

7.4 Entstehende Parameter-Werte für die Personalbemessungsinstrumente

Die Datenerhebungen und alle Schritte zur Datenauswertung dienten letztlich dazu, den theoretisch erarbeiteten Algorithmus mit Parameterwerten zu hinterlegen und damit für den praktischen Einsatz als Personalbemessungsinstrument nutzbar zu machen. Die Parameterwerte sind somit die wesentlichen Stellschrauben, mit denen einer Bewohnerpopulation die korrespondierende Personalmenge und -struktur zugeordnet wird.

7.4.1 Veränderung der Parameterwerte gegenüber dem ersten Zwischenbericht

Bereits im ersten Zwischenbericht und in seinen Anlagen wurde ausführlich dargestellt und ausgewiesen, welche Parameterwerte damals aus der Anwendung der einzelnen Schritte zur Datenaufbereitung und -auswertung entstanden.

Alle Ergebnistabellen hatten den gleichen Grundaufbau. Die Spalten orientierten sich an den 107 Interventionen des ursprünglichen Interventionskatalogs zuzüglich der drei später ergänzten Interventionen *Pause*, *Wegezeit* und *Telefongespräch*. Die Zeilen enthielten die Klassierungen der Pflegebedürftigkeit in zwei verschiedenen Aggregationen. Auf Ebene der Pflegegrade wurden differenzierte Werte jeweils nach Graden ausgewiesen. Auf Ebene der BI-Konstellationen wurden die Werte differenziert nach den 101 BI-Konstellationen dargestellt, für die Ende 2018 eine Hochrechnung des Mengengerüsts im vollstationären Bereich auf eine Woche möglich war. Dafür mussten mindestens eine Früh- und Spätschicht an Werktagen und am Wochenende, sowie eine Nachtschicht bei einem Pflegebedürftigen der BI-Konstellationsart beschattet worden sein. Für hierin nicht eingeschlossene Pflegebedürftige wurden wiederum pflegegradbezogene Werte angegeben.

Dieser Teil der Parameterstruktur ist im Wesentlichen auch für den Algorithmus 1.0 zum Zeitpunkt der Berichtslegung gültig. Eine genauere Beschreibung erfolgt in Abschnitt 7.4.2.1. Deutlich verändert wurde allerdings die Darstellung der einzelnen erhobenen Komponenten der jeweiligen qualifikationsspezifischen Zeitmengen. Zum Zeitpunkt des ersten Zwischenberichtes wurden die Ergebnistabellen so erzeugt, dass die SOLL-Mengen, die SOLL-Zeitwerte und der spezifische Qualifikationsmix differenziert nach Intervention und Pflegebedürftigkeit jeweils als distinkte Komponenten ausgewiesen wurden. Somit mussten damals 16 Auswertungstabellen benutzt werden, aus denen durch Multiplikation der korrespondierenden Tabellenwerte die Personalmixe entstanden. Die in den Messwerten enthaltene Streuung wurde damals in Bezug auf jede einzelne Intervention ausgewiesen, indem die Zeitwerte in drei Komponenten dargestellt wurden:

- *N* bezeichnete die Anzahl der gemessenen SOLL-Werte, die in der Datenerhebung für die Intervention bei einem Pflegebedürftigen der jeweiligen Klasse beobachtet wurden,
- *MEAN* bezeichnete das arithmetische Mittel der Zeitwerte der Interventionen.
- *STD* bezeichnete die Standardabweichung bezogen auf den Mittelwert.

Diese Streuungswerte hatten dabei nur deskriptiven Charakter und zeigten, welche Zeitwertverteilung in die Mittelwertbildung jeder Klasse eingeflossen war. Sie konnten allerdings nicht genutzt werden, um Streuungswerte für die Gesamtzeitmengen der Pflegebedürftigen oder der einzelnen Klassen auszuweisen, da hierzu alle drei Komponenten multiplikativ verknüpft wurden und somit nur die jeweiligen Mittelwerte genutzt werden konnten.

Alle Ergebnistabellen schlossen dabei nur die Interventionen und Angebote ein, die als direkte Pflegeinterventionen dokumentiert und von den beschatteten Pflegekräften erbracht wurden. Die Interventionen der indirekten Pflege und die Interventionen, die durch andere Personen erbracht wurden, konnten noch nicht ausgewiesen werden.

7.4.2 Finale Parameterwerte des Algorithmus 1.0

Die zum Zeitpunkt der Berichtslegung des Zweiten Zwischenberichtes bereits gültigen Parameterwertetabellen, die als endgültig zur Parametrisierung des Algorithmus 1.0 angesehen werden können, haben gegenüber den vorstehenden Beschreibungen eine andere Form. Diese war erforderlich, da aus den studienbegleitenden Gremien zwei wesentliche zusätzliche Funktionalitäten angeregt wurden. Erstens wurde – nach Beschluss des Expertengremiums im Zuge der zweiten Konsentierung – ein separater Ausweis aller Interventionsmengen in Bezug zu den jeweils Leistungserbringenden Personengruppen implementiert. Zweitens wurde ein anderer Ausweis der Streuung angeregt, der sich nicht mehr nur auf einzelne Interventionserbringungen bezieht, sondern der direkt in Bezug auf die resultierenden Personalmengen ausgewiesen werden kann. Drittens wurden – dies war zum Zeitpunkt der ersten Berichtslegung aus methodischen Gründen noch nicht möglich gewesen – die indi-

rekten Pflegeinterventionen dynamisch mit den einrichtungsspezifischen Personalmixen verknüpft und in die Berechnung des Gesamtpersonalmixes integriert.

7.4.2.1 Abhängigkeit der Parameterwerte von den Klassifikationen der Pflegebedürftigkeit

Im vollstationären Instrument sind die beiden Parametersätze enthalten, die für eine Personalbemessung nach Pflegegraden und für eine Personalbemessung nach BI-Konstellationen erforderlich sind. Für das teilstationäre Instrument sind aufgrund der zu geringen Fallzahl innerhalb der BI-Konstellationen ausschließlich Daten nach Pflegegraden hinterlegt.

Alle Parameterwerte sind spezifisch auf eine Klassifikation der Pflegebedürftigkeit bezogen. So findet die Aggregation der Individualwerte der Pflegebedürftigen jeweils unterschiedlich statt, je nachdem, welche Art der Klassifikation gewählt wird. In der Konzeption des Auftrages vorgesehen und im aktuell erarbeiteten Instrument sind die beiden Klassifikationen nach Pflegegraden und nach BI-Konstellationen hinterlegt.

Zur Parametrisierung der Klassifikation „Pflegegrade“ werden dabei alle SOLL-Zeiten und SOLL-Mengen für die Pflegebedürftigen in jedem Pflegegrad mathematisch zu einem Wert verdichtet – es entstehen somit sechs Gesamtzeitmengen, eine für jeden Pflegegrad. Jedem Pflegebedürftigen kann bei Anwendung des Algorithmus dann genau ein Wert – bezogen auf seinen Pflegegrad – direkt zugeordnet werden.

Bei der Anwendung der Klassifikationen nach BI-Konstellationen ist dieses Vorgehen etwas komplexer. So werden – analog dem Vorgehen in Bezug auf die Pflegegrade – alle Messwerte innerhalb einer BI-Konstellation mathematisch zusammengefasst. Das ist grundsätzlich methodisch auch für jeden Pflegebedürftigen in jeder BI-Konstellation anwendbar. Bereits in der Konzeption der Studie wurde allerdings berücksichtigt, dass dies in Bezug auf die BI-Konstellationen nur eingeschränkt sinnvoll ist. Der Grund hierfür ist, dass schon vor Studienbeginn klar war, dass empirisch nur wenige der theoretisch 3.125 möglichen BI-Konstellationen regelmäßig zur Anwendung kommen. Festgelegt wurde bereits damals, dass im Rahmen der Studie nur die 100 Konstellationen mit den höchsten Fallzahlen auf dieser Ebene einbezogen werden sollten. Alle darüber hinaus gehenden Zuordnungen von Personalmengen sollten dann wiederum über die stärker zusammengefasste Zeitmenge nach Pflegegraden erfolgen. Nach den konsentierten Regelungen der Datenauswertung und im Anschluss an die weiteren zur Auswertung erforderlichen prozeduralen Setzungen konnten für die Klassifikation nach BI-Konstellationen insgesamt 90 Klassen in die Parametrisierung einbezogen werden. Für die übrigen über 200 in der vollstationären Stichprobe vertretenen Konstellationen kann die Hochrechnung auf die Durchschnittswoche basierend auf allen fünf Schichttypen nicht erfolgen. Werden zur Berechnung der Gesamtpersonalmenge einer Einrichtung also Pflegebedürftige einbezogen, für deren BI-Konstellation ein Wert hinterlegt ist, so wird für diese Personen der BI-konstellationspezifische Wert zur Berechnung genutzt. Bei allen Pflegebedürftigen, deren individuelle BI-Konstellation nicht enthalten ist, werden wiederum pflegegradspezifische Werte verwendet.

7.4.2.2 Ausweis nach Qualifikationsniveaus

Alle im Instrument hinterlegten Datentabellen sind nach SOLL-Qualifikationsniveau differenziert. Damit können sowohl für die Berechnung nach Pflegegraden als auch nach BI-Konstellation Personalmengen für die Qualifikationsniveaus 1 bis 4 ausgewiesen werden.

7.4.2.3 Einbezug von nach erbringenden Personen differenzierten Interventionsmengen

Um der Entscheidung des Expertengremiums in der Zweiten Konsentierungssitzung nachzukommen wurden die Interventionsmengen nach den leistungserbringenden Personengruppen differenziert. Insgesamt können anhand der Variable ZB_FINAL in Bezug auf die IST-Leistungserbringenden fünf Fallgruppen definiert werden:

- Leistungserbringung durch beschattete Pflegekräfte,
- Leistungserbringung durch andere Mitarbeiter*innen ohne Beschattung,
- Leistungserbringung durch andere, nicht in der Einrichtung beschäftigte Personen,
- keine Leistungserbringung aufgrund von Abwesenheit der pflegebedürftigen Person und
- keine Erbringung von notwendigen Interventionen.

Mittels dieser Trennung ist es möglich, die SOLL-Zeitmengen im Instrument getrennt auszuweisen. Den beschatteten Pflegekräften werden dabei die Zeitmengen der notwendigen, nicht erbrachten Interventionen zugeordnet. Darauf aufbauend können im Instrument verschiedene Szenarien der Übernahme von Leistungen durch andere Erbringer oder von Personalvorhaltung für bisher von Anderen erbrachten Leistungen erzeugt werden. Ergebnisse werden lediglich zu dem (Referenz-)Szenario dargestellt, das in der Berechnung des Personalbedarfs zwar alle notwendigen und bisher von Pflegekräften erbrachten sowie die notwendigen nicht erbrachten Leistungen enthält, aber keine durch Andere erbrachten Leistungen.

7.4.2.4 Generierung und Ausweis von Vertrauensintervallen für die Parameterwerte in der Klassifikation nach Pflegegraden

Bei den durch den Algorithmus 1.0 errechneten Personalmengen handelt es sich grundsätzlich um Punktschätzer, also um konkrete Einzelwerte und nicht um Korridore. Diese Punktschätzer errechnen sich für die Gesamtpersonalmenge einer Einrichtung aus der Summe der Zeitmengen der einzelnen Pflegebedürftigen nach ihren Klassenzuordnungen. Es wird also für jeden Pflegebedürftigen eine mittlere Zeitmenge in seiner ausgewiesenen Klasse zugeordnet – beispielsweise wird jeder Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 in einer Berechnung nach Pflegegraden mit einer mittleren Zeitmenge für den Pflegegrad 4 belegt.

Für die Einrichtungen kann es allerdings sein, dass die Binnenvarianz der Klassen – die Streuung des Pflegezeitbedarfs innerhalb der Pflegegrade – relevanten Einfluss auf die bedarfsadäquate Personalmenge hat. Wenn beispielsweise eine größere Anzahl von Pflegebedürftigen innerhalb der Pflegegrade einen randnahen Zeitmengenwert benötigt, kann es hier zu Unter- und Überschätzungen der Personalbedarfe kommen, da die Bewohnerschaft der Einrichtung zufällig von der mittleren Bewohnerschaft abweicht. Diese Unsicherheit kann aufgrund der verwendeten Imputationen, die die Streuung reduzieren, nicht allein durch die in den Studiendaten enthaltene Streuung innerhalb der Pflegegrade abgebildet werden. Sie wird vielmehr mathematisch durch ein Bootstrappingverfahren abgeschätzt werden, durch das die Korridore innerhalb einer gleich klassierten Bewohnerschaft ausgewiesen werden. Das Verfahren wurde für das vollstationäre Instrument umgesetzt.

Das angewendete Bootstrap-Verfahren basiert auf 1.000 strukturgleichen Stichproben mit jeweils 1.224 Probanden, die aus den studienteilnehmenden Pflegebedürftigen gezogen wurden. Bei den zur Auswahl stehenden 1.224 Pflegebedürftigen handelt es sich um alle teilnehmenden Pflegebedürftigen der vollstationären Einrichtungen. Gegliedert nach Pflegegrade wurden für jede dieser Stichproben $n_0 = 14$ Bewohner in Pflegegrad 0, $n_1 = 71$ Bewohner in Pflegegrad 1, $n_2 = 214$ Bewohner in Pflegegrad 2, $n_3 = 402$ Bewohner in Pflegegrad 3, $n_4 = 295$ Bewohner in Pflegegrad 4 und $n_5 = 228$ Bewohner in Pflegegrad 5 ausgewählt. Die Auswahl erfolgte dabei „mit Zurücklegen“ – die Pflegebe-

dürftigen konnten somit in jede Stichprobe mehrfach einbezogen werden, wodurch die auszuweisende Varianz erst entsteht.

Bei jeder Stichprobe kann dann ein durchschnittlicher SOLL-Zeitmengenwert für jeden Pflegegrad i ermittelt werden. Dafür wird die Auswertungsroutine samt vorgeschalteter Imputation für jede Stichprobe einzeln durchgeführt. Für die Variable x_i mit

x_i = notwendige Zeitmenge für einen Bewohner in Pflegegrad i

ergibt sich dann eine empirische Verteilung über alle 1.000 Stichproben, die durch den Mittelwert und die Varianz gekennzeichnet werden kann. Für die Stichprobe gilt:

$$\bar{x}_i = \frac{1}{n_i} * \sum_j x_{ij} = \text{durchschnittliche SOLL-Zeitmenge für einen Bewohner des Pflegegrad } i \text{ und}$$

$$s_i^2 = \frac{1}{n_i} * \sum_j (x_{ij} - \bar{x}_i)^2 = \text{Varianz der SOLL-Zeitmengen für einen Bewohner des Pflegegrad } i$$

wobei der Laufindex j die Bewohner bezeichnet.

Hieraus lassen sich im nächsten Schritt Mittelwerte und Varianzen errechnen. Bezeichnet X_i eine Zufallsvariable für die notwendige Zeitmenge für einen Bewohner in Pflegegrad i in deutschen Pflegeheimen (Grundgesamtheit), so können Mittelwert und Varianz dieser Zufallsvariable durch die entsprechenden Parameter der Stichprobe geschätzt werden.

$$\mu_{X_i} = \bar{x}_i = \frac{1}{n_i} * \sum_j x_{ij} \quad (1)$$

und

$$\sigma_{X_i}^2 = s_{X_i}^2 = \frac{1}{n_i} * \sum_j (x_{ij} - \bar{x}_i)^2 \quad (2).$$

Bezeichnet Z_i eine Zufallsvariable für die notwendige Zeitmenge für alle Bewohner in Pflegegrad i in deutschen Pflegeheimen (Grundgesamtheit), so ergeben sich Mittelwert und Standardabweichung als Summe der Mittelwerte und Varianzen pro Bewohner multipliziert mit der Bewohnerzahl. Für die Mittelwerte gilt dies ohne weitere Annahmen, für die Varianzen setzt der Varianzsummensatz

$$V\{X + Y\} = V\{X\} + V\{Y\}$$

die stochastische Unabhängigkeit der Variablen voraus. Da beim Bootstrapping „mit Zurücklegen“ stratifiziert nach Pflegegraden gezogen wurde, ist diese Annahme gegeben. Mittelwert und Varianz von Z_i ergeben sich somit als

$$\mu_{Z_i} = n_i * \bar{x}_i = \sum_j x_{ij} \quad (3)$$

und

$$\sigma_{Z_i}^2 = s_{Z_i}^2 = n_i * s_{X_i}^2 = \sum_j (x_{ij} - \bar{x}_i)^2 \quad (4).$$

Die erforderliche Gesamtzeitmenge für ein Heim ist die Summe der Zeitmengen für die fünf Pflegegrade:

$$Z = \sum_i Z_i.$$

Entsprechend ergeben sich Mittelwert und Varianz als Summe der Mittelwerte und Varianzen über die fünf Pflegegrade:

$$\mu_Z = \sum_i \mu_{Z_i} = \sum_i n_i * \bar{x}_i = \sum_i \sum_j x_{ij} \quad (5)$$

und

$$\sigma_Z^2 = \sum_i \sigma_{Z_i}^2 = \sum_i s_{Z_i}^2 = \sum_i n_i * s_{\bar{x}_i}^2 = \sum_i \sum_j (x_{ij} - \bar{x}_i)^2 \quad (6).$$

Für die notwendigen Zeitmengen auf Heimebene ergeben sich somit die in Tabelle 46 enthaltenen Formeln:

Tabelle 46: Mittelwerte und Varianzen

Notwendige Zeitmenge ...	Mittelwert	Varianz
für einen Pflegebedürftigen im Pflegegrad i (X_i)	$\mu_{x_i} = \bar{x}_i = \frac{1}{n_i} * \sum_j x_{ij}$	$\sigma_{\bar{x}_i}^2 = s_i^2 = \frac{1}{n_i} * \sum_i (x_i - \bar{x}_i)^2$
für alle Pflegebedürftigen im Pflegegrad i in einem Heim (Z_i)	$\mu_{Z_i} = n_i * \bar{x}_i = \sum_j x_{ij}$	$\sigma_{Z_i}^2 = n_i * s_{\bar{x}_i}^2 = \sum_j (x_{ij} - \bar{x}_i)^2$
für alle Pflegebedürftigen in einem Heim (Z)	$\mu_Z = \sum_i \mu_{Z_i} = \sum_i n_i * \bar{x}_i$ $= \sum_i \sum_j x_{ij}$	$\sigma_Z^2 = \sum_i \sigma_{Z_i}^2 = \sum_i n_i * s_{\bar{x}_i}^2$ $= \sum_i \sum_j (x_{ij} - \bar{x}_i)^2$

Die hiermit ausgewiesenen Varianzen können dann genutzt werden, um die oben beschriebenen Vertrauensintervalle zu konstruieren. Dabei erfolgt die Bestimmung der Vertrauensintervalle zu $\alpha = 5\%$ durch Berechnung der Untergrenze ($U_{0,025}$) und Obergrenze ($O_{0,975}$) gemäß Formel (7) und (8):

$$U_{0,025} = \bar{x} - z_u * s_x \quad (7)$$

und

$$O_{0,975} = \bar{x} + z_o * s_x \quad (8).$$

Dabei bezeichnen \bar{x} und s_x den Mittelwert und die Standardabweichung der jeweiligen Variablen wie sie aus Tabelle 42 entnommen werden können, z_u und z_o markieren die z-Werte an den Stellen 2,5 % und 97,5 %.

Hierbei kann durch die Größe der Stichproben von Normalverteilung ausgegangen werden, wodurch die z-Werte der Standardnormalverteilung unterstellt werden können, und es ergibt sich:

$$U_{0,95} = \bar{x} - 1,96 * s_x \quad (9)$$

und

$$O_{0,95} = \bar{x} + 1,96 * s_x \quad (10).$$

Damit ergeben sich durch Einsetzen der Formeln aus Tabelle 47 in die Gleichungen (9) und (10) die in Tabelle 47 angegebenen Vertrauensintervalle.

Tabelle 47: Vertrauensintervalle auf Basis der Beobachtungswerte ($\alpha = 0,05$)

Vertrauensintervalle ...	Untergrenze	Obergrenze
für einen Pflegebedürftigen im Pflegegrad i (X_i) X_i	$u_{x_i} = \frac{1}{n_i} * \sum_j x_{ij}$ $- 1,96 * \sqrt{\frac{1}{n_i} * \sum_i (x_i - \bar{x}_i)^2}$	$o_{x_i} = \frac{1}{n_i} * \sum_j x_{ij}$ $+ 1,96 * \sqrt{\frac{1}{n_i} * \sum_i (x_i - \bar{x}_i)^2}$
für alle Pflegebedürftigen im Pflegegrad i in einem Heim (Z_i)	$u_{z_i} = \sum_j x_{ij}$ $- 1,96 * \sqrt{\sum_i (x_i - \bar{x}_i)^2}$	$u_{z_i} = \sum_j x_{ij}$ $+ 1,96 * \sqrt{\sum_i (x_i - \bar{x}_i)^2}$
für alle Pflegebedürftigen in einem Heim (Z)	$u_z = \sum_i \sum_j x_{ij}$ $- 1,96 * \sqrt{\sum_i \sum_j (x_{ij} - \bar{x}_i)^2}$	$o_z = \sum_i \sum_j x_{ij}$ $+ 1,96 * \sqrt{\sum_i \sum_j (x_{ij} - \bar{x}_i)^2}$

Für die Programmierung im Algorithmus wird – aufgrund der mathematisch leichteren Umsetzbarkeit – direkt auf die Mittelwerte und Varianzen der Stichprobe abgestellt. Tabelle 48 enthält die entsprechenden Formeln, die lediglich die Mittelwerte (\bar{x}_i) und Standardabweichungen (s_{x_i}), die aus den dargestellten Bootstraps entstehen, sowie die Fallzahlen (n_i), die für die konkrete Einrichtung gültig sind, berücksichtigen.

Tabelle 48: Vertrauensintervalle auf Basis der Stichprobenmittelwerte und –varianzen ($\alpha = 0,05$)

Vertrauensintervalle ...	Untergrenze	Obergrenze
für einen Pflegebedürftigen im Pflegegrad i (X_i)	$u_{x_i} = \bar{x}_i - 1,96 * s_{x_i}$	$o_{x_i} = \bar{x}_i + 1,96 * s_{x_i}$
für alle Pflegebedürftigen im Pflegegrad i in einem Heim (Z_i)	$u_{z_i} = n_i * \bar{x}_i - 1,96 * \sqrt{n_i} * s_{x_i}$	$o_{z_i} = n_i * \bar{x}_i + 1,96 * \sqrt{n_i} * s_{x_i}$
für alle Pflegebedürftigen in einem Heim (Z)	$u_z = \sum_i n_i * \bar{x}_i$ $- 1,96 * \sqrt{\sum_i (n_i * s_{x_i})^2}$	$o_z = \sum_i n_i * \bar{x}_i$ $+ 1,96 * \sqrt{\sum_i (n_i * s_{x_i})^2}$

7.4.3 Resultierende Parametertabellen

Die Tabellen der Daten der 1.000 Stichproben werden nicht extra ausgewiesen, sondern sind im Instrument hinterlegt. Sie sind dort nur ausgeblendet, somit also einsehbar. Sie sind nach einheitlichem Schema in einer Matrix aus Klassierungsvariablen (Pflegegrad oder BI-Konstellation) und Interventionen aufgebaut: In den Spalten sind die berechneten Zeitmengen aller im Interventionskatalog benannten 110 Interventionen aufgereiht. Dabei sind in jeweils fünf zusammengehörenden Spalten die Zeitmengen der Qualifikationsniveaus 1-4, sowie des qualifikationsunspezifischen QN -2 abgebildet, das in der Berechnung auf die QN 1 bis QN 4 aufgeteilt wird (Abschnitt 6.4.5). In den Zeilen werden die Parameterwerte getrennt für die Pflegegrade beziehungsweise BI-Konstellationen dargestellt. Datengrundlage für die Berechnung nach Pflegegrad sind dabei die Interventionen aller Pflegebedürftigen des jeweiligen Einrichtungstyps (voll- oder teilstationär).

Die Berechnung nach BI-Konstellation für den vollstationären Bereich gestaltete sich insofern komplizierter, als dass nicht für alle BI-Konstellationen die Hochrechnung auf die Durchschnittswoche aus allen Schichttypen möglich ist. Deshalb wurde die Berechnung auf die 90 Konstellationen beschränkt, für die die durchschnittlichen Zeitmengen des Durchschnittstages – bestehend aus einem Siebtel der Durchschnittswoche – ausgewiesen werden können. Für die Berechnung der Personalmengen von Pflegebedürftigen mit anderen BI-Konstellationen musste demnach eine andere Art der Klassierung gewählt werden, innerhalb derer Zeitmengen für den Durchschnittstag dargestellt werden können. Im Instrument sind deshalb derzeit aus den Daten der Pflegebedürftigen der restlichen BI-Konstellationen Parameterwerte klassiert *nach Pflegegrad* berechnet. Um mit diesen Daten vollständige Durchschnittswochen auswerten zu können, wurden folgende Anpassungen vorgenommen:

- Aufgrund der geringen Besetzung mit Pflegebedürftigen ohne Pflegegrad wurden diese mit den Pflegebedürftigen des Pflegegrads 1 zusammengefasst und im Instrument identische Parameterwerte für beide Klassen hinterlegt.
- Im Pflegegrad 4 liegen unter den restlichen Pflegebedürftigen keine beschatteten Wochenendspätschichten vor. Aus diesem Grund werden in die Berechnungen für diesen Schichttyp die Daten von Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 einbezogen, deren Daten bereits für die Berechnung der Parameterwerte der 90 BI-Konstellation verwendet wurde.

In den Parametertabellen nach BI-Konstellation sind unter den Wertetabellen der 90 BIs die Ergebnisse der Berechnung nach Pflegegrad dargestellt.

8 Ergebnisse II – Personalbemessungsinstrumente

Wie zuvor bereits erläutert handelt es sich bei den hier vorgestellten Personalbemessungsinstrumenten um Werkzeuge, die zu einer eingegebenen Anzahl und Struktur von Pflegebedürftigen eine korrespondierende Personalmenge errechnen. Die Instrumente sind dabei nach den Sektoren voll- und teilstationär getrennt und folgen auch unterschiedlichen mathematischen Modellen. Jedes Instrument besteht dabei aus drei Teilen: einem Algorithmus, den empirisch erarbeiteten und in ihrer Entstehung konsentierten Parameterwerten und einer Benutzeroberfläche.

Der *Algorithmus* ist ein mathematisches Verfahren, in dem die schon in der Projektkonzeption implizit angelegten Rechenregeln umgesetzt werden. Das Verfahren bietet somit die Möglichkeit, zu einer als Inputvariablen eingegebene Anzahl und Struktur von Pflegebedürftigen die als Outputvariablen entstehende korrespondierende Personalmenge zu errechnen. Die hier zugrunde liegenden Rechenvorschriften sind in Abschnitt 8.1 dargestellt.

Um dieses Verfahren nun allerdings praktisch anwenden zu können, ist es erforderlich, die Rechenvorschriften mit konkreten Werten zu hinterlegen. Diese *Parametrisierung* erfolgt, indem die Ergebnisse der empirischen Studie (Abschnitt 7.4) in das Verfahren integriert werden. Wie dies erfolgt und welche Auswirkungen hiermit verbunden sind, ist dem Abschnitt 8.2 zu entnehmen.

Abschließend wird noch in Abschnitt 8.3 erläutert, wie das Verfahren technisch so umgesetzt worden ist, dass es mittels einer einfachen *Benutzeroberfläche* bedient werden kann. Es handelt sich bei diesem Abschnitt also um eine Art Bedienungsanleitung, die den Benutzer instruiert und ihm die Berechnung von Personalmengen ermöglicht.

8.1 Algorithmus zur Berechnung der SOLL-Personalmenge für eine Pflegeeinrichtung

Um aufzuzeigen, wie die vorstehend schon hergeleiteten und beschriebenen konsentierten Parameterwerten zur Personalbemessung genutzt werden können, wird nachfolgend der dahinterliegende mathematische Ansatz dargestellt. Zu beachten ist, dass diese Rechenvorschriften die grundlegende Idee der Berechnung in eine nachvollziehbare mathematische Form bringen, dass es sich hierbei aber noch nicht um ein nutzbares Personalbemessungsinstrument handelt. Um die Lesbarkeit zu erleichtern, sind dabei die in den Formeln verwendeten Bezeichnungen auf den vollstationären Sektor bezogen. Die Anwendbarkeit ist dabei sektorenunabhängig gewährleistet und das Modell ist sowohl für den voll- als auch für den teilstationären Sektor einsetzbar.

Die nachfolgenden Formeln zur Berechnung der Pflegepersonalmenge weisen zunächst die bedarfsorientiert erforderliche Pflegezeit in Stunden aus. Wird diese Stundenzahl durch einen Wert für die in Stunden gemessene Netto-Jahresarbeitszeit einer Pflegekraft dividiert, ergibt sich hieraus direkt die Personalmenge in Vollzeitäquivalenten. Es handelt sich also innerhalb des mathematischen Modells um eine lineare Beziehung, bei der eine gegebene – lediglich durch den Case-Mix bestimmte – Arbeitszeitmenge je nach eingesetzter Netto-Jahresarbeitszeit zu unterschiedlichen Personalmengen in Vollzeitäquivalenten führt. Entsprechende Jahresarbeitszeiten werden in der Regel in Pflegesatzverhandlungen festgelegt und bewegen sich meist in einem Bereich von etwa 1.500 bis 1.650 Stunden.

Der im Personalbemessungsverfahren berechnete Pflegepersonalbedarf für eine Pflegeeinrichtung ergibt sich aus der entsprechenden Personalmenge für jede Personalkategorie. Als Personalkate-

gorien einbezogen sind hierbei die Qualifikationsniveaus QN 1 bis QN 4, die in Abschnitt 4.1.3 erläutert wurden. Nachfolgend wird in der Darstellung der Einfachheit halber nur *eine* Personalkategorie beispielhaft betrachtet. Die Berechnungsmethode wird allerdings für *alle* Personalkategorien angewendet.

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:

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

mit

P_h = Pflegekräftepersonalbedarf für die Pflegeeinrichtung H

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

Da konzeptionell angenommen werden muss, dass die Berechnung auf Ebene jedes einzelnen individuellen Bewohners und jeder Bewohnerin nicht möglich ist, müssen diese klassiert werden. Es wird dabei unterstellt, dass Bewohner*innen hierzu sinnvoll zusammengefasst werden können. Für die hier gegenständlichen Personalbemessungsverfahren werden Klassierungen in Pflegegrade und einer Mischung aus Pflegegraden und BI-Konstellationen hinterlegt. Wie später begründet wird, wird für die Einführung eine Klassierung nach Pflegegraden empfohlen (Abschnitte 10 und 18.3.1).¹⁴ Für eine Einrichtung lässt sich die Zahl der Bewohnenden (N_h) daher darstellen als

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

und 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 *direkte* Pflegeleistungen (P_d) und *indirekte* Pflegeleistungen (P_{in}) sowie *sonstige*, ergänzende Zuschlagsfaktoren (P_s), sofern solche zu berücksichtigen sind:

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

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

$$P_h = \sum N_i * (P_{id} + P_{in} + P_{is}) \quad (5).$$

¹⁴ Bei Wahl einer anderen Klassierung, etwa nach BI-Konstellationen, verändert sich das grundlegende mathematische Modell nicht. Ein alternativ geprüfter direkten Schätzansatz (Abschnitt 10.2.3) würde hingegen zu einem anderen mathematischen Modell führen, auf dessen Darstellung hier allerdings verzichtet wird, da ihm keine Relevanz für den letztlichen praktischen Einsatz zugemessen wird.

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:

$$P_{id} = \sum_j \sum_k m_{ijk} * t_{ij} \quad (6)$$

mit

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

Vollständig dargestellt, müsste die vorstehende Definition der SOLL-Menge zusätzlich einen zeitlichen Bezug enthalten, da es sich hierbei immer um eine bedarfsorientierte Anzahl von Erbringungen in Relation zu einem abgegrenzten Zeitraum handelt. Als Bezugszeitraum bietet es sich hierbei an, die kleinste sich regelmäßig wiederholende Zeiteinheit zu verwenden. An dieser Stelle wurde auf eine Festlegung verzichtet, da die Berechnungen sich sektorenspezifisch unterscheiden. Im *teilstationären Setting* wird als kleinste sich wiederholende Einheit der (durchschnittliche) Anwesenheitstag des Pflegebedürftigen als Bezugspunkt verwendet. Dies ist hier möglich, da keine regelmäßigen Nacht- und Wochenenddienste einzubeziehen sind. Im vollstationären Sektor hingegen müssen diese beiden Dienstarten regelmäßig mit einbezogen werden, so dass als Bezugszeitraum eine vollständige siebentägige Woche verwendet werden muss. Letztere kann dann allerdings mathematisch in einen gemittelten Norm-Tag überführt werden, der jeweils ein Siebtel der Mengen pro Woche umfasst.

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

$$P_{hd} = \sum_i N_i * \sum_j \sum_k m_{ijk} * t_{ij} \quad (7)$$

mit

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

Indirekte Pflegeleistungen lassen sich nicht den einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern zurechnen. Um die erhobene Zeitmenge für indirekte Pflegeleistungen zu berücksichtigen, wird daher die gesamte SOLL-Zeitmenge für Interventionen in indirekter Pflege nach Qualifikationsniveaus differenziert und in einen klassenunabhängigen Durchschnittswert überführt. Dieser kann danach wieder auf die Anzahl der Pflegebedürftigen in der Pflegeeinrichtung bezogen werden.

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 pflegebedürftiger 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

$$P_h = \sum_i N_i * [\sum_j \sum_k m_{ijk} * t_{ij}] + N_h * P_{iin} \quad (9).$$

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 Personalkategorie der Fachkräfte auf QN 4 dann errechnet als

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

8.2 Parametrisierung mit den konsentierten Parameterwerten (Algorithmus 1.0)

Der vorgestellte Algorithmus ist in der beschriebenen Form ein mathematisches Modell, das die Berechnung von Personalmengen ermöglicht. Er ist in dieser theoretischen Form jedoch noch nicht einsetzbar. Dies begründet sich darin, dass der definitorische Verweis auf die Variablen

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

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

bisher noch nicht mit Zahlen hinterlegt ist, also noch keine SOLL-Mengen, SOLL-Zeiten und SOLL-Qualifikationsniveaus hinterlegt sind. Zu diesem als *Parametrisierung* bezeichneten Zweck wurden nun die in Abschnitt 7.4 ausführlich beschriebenen Ergebnisse der empirischen Studie verwendet. Die Kombination aus mathematischem Modell mit empirisch ermittelten und konsentiert erarbeiteten Parameterwerten führt zu einem einsetzbaren Instrument, das im Kontext der Studie als *Algorithmus 1.0* bezeichnet wird. Diese Nomenklatur weist schon an dieser Stelle darauf hin, dass eine zukünftige und/oder regelmäßige Überprüfung und Anpassung der Parameterwerte des Instrumentes möglich ist, ohne das mathematische Modell verändern zu müssen. Beabsichtigte Veränderungen des Leistungsgeschehens, die auf neu definierte Qualitätsansprüche, sich entwickelnde Personaleinsatzstrukturen oder modernisierte Einrichtungsstrukturen zurückgeführt werden sollen, können also mittels einer Neuparametrisierung des Algorithmus eingepflegt werden.

Zur Vollständigkeit sei an dieser Stelle erwähnt, dass eine Neuparametrisierung ohne Veränderung des Instrumentes nur unter Beibehaltung der Klassierung der Pflegebedürftigen möglich ist. Aktuell ist der Algorithmus 1.0 für den vollstationären Sektor so aufgebaut, dass sowohl die Parameterwerte nach Pflegegraden, als auch nach BI-Konstellationen integriert sind und mathematisch verarbeitet werden können. Hierzu müssen aber die theoretischen Aussagen aus Abschnitt 8.1 im Instrument doppelt angelegt werden, da jede unterschiedliche Anzahl möglicher Klassen eine andere Parameterstruktur erfordert. Die Festlegung auf ein Klassifikationssystem kann dann zu einer Vereinfachung führen.

8.3 Personalbemessungsinstrumente unter Verwendung des Algorithmus 1.0

Um den Algorithmus 1.0 als Personalbemessungsinstrument für einen praktischen Einsatz zur Verfügung zu stellen, wurde dieser sektorenspezifisch jeweils in Form einer Microsoft Excel-Datei umgesetzt und zusammen mit diesem Abschlussbericht an die Auftraggeber übermittelt. Diese Dateien stellen somit die Benutzeroberfläche des Algorithmus 1.0 dar, in der Einstellungen vorgenommen, Eingaben gemacht und die Resultate abgelesen werden können. Im Folgenden wird zuerst der Aufbau der beiden Dateien erläutert. Dabei werden auch Informationen über den Hintergrundaufbau gegeben werden, die nicht zur direkten Bedienung erforderlich sind (Abschnitt 8.3.1). Im Anschluss hieran werden dann kurze Bedienungsanleitungen zur Benutzung des Instrumentes für den vollstationären Sektor (Abschnitt 8.3.2) und den teilstationären Sektor (Abschnitt 8.3.3) gegeben, die den Leser dazu befähigen, die Personalbemessungsinstrumente selbständig anzuwenden.

8.3.1 Aufbau der Instrumenten-Dateien

Die Instrumente zur Berechnung des Personalbedarfs sind technisch in zwei Excel-Dateien umgesetzt. Sie sind bezeichnet mit den selbsterklärenden Namen *Instrument_Vollstationär_final.xlsx* und *Instrument_Teilstationär_final.xlsx*. In beiden Dateien ist ein Teil der enthaltenen Tabellenblätter ausgeblendet, um die Datei übersichtlicher zu gestalten. Alle diese Tabellen können eingeblendet werden und sind somit vollständig einsehbar.

Beide Dateien enthalten drei Arten von Tabellenblättern. Es handelt sich dabei um die eigentlichen Eingabe- und Ergebnistabellen, technische Hilfstabellen und die Parametertabellen, die die aufbereiteten empirischen Daten enthalten. Die Eingabe- und Ergebnistabellen sind im Auslieferungszustand eingeblendet, alle anderen Tabellen sind ausgeblendet.

Das *Instrument für den vollstationären Sektor* umfasst 20 Tabellenblätter von denen in der Voreinstellung nur die vier Eingabe- und Ergebnistabellen eingeblendet sind. Die 10 Datentabellen für die interventionsbezogenen Zeitmengen nach Pflegegraden und BI-Konstellationen für die fünf Erbringungsarten *Erbringung durch beschattete Pflegekräfte*, *Erbringung durch andere Mitarbeiter*, *Erbringung durch andere Personen innerhalb der Einrichtung*, *Erbringung durch andere Personen bei Abwesenheit des Pflegebedürftigen* und *Angebote* sind ausgeblendet. Letzteres gilt auch für 6 Hilfstabellen, die zur eigentlichen Berechnung der Personalmengen nach Pflegegraden oder BI-Konstellationen, zur Berechnung der Vertrauensintervalle, zur Erzeugung von Abbildungen und zur Verwaltung der internen Variablen genutzt werden.

Das *Instrument für den teilstationären Sektor* umfasst 11 Tabellenblätter von denen die drei Frontend-Tabellen eingeblendet sind. Die 5 Datentabellen für die interventionsbezogenen Zeitmengen nach Pflegegraden für die fünf Erbringungsarten *Erbringung durch beschattete Pflegekräfte*, *Erbringung durch andere Mitarbeiter*, *Erbringung durch andere Personen innerhalb der Einrichtung*,

Erbringung durch andere Personen bei Abwesenheit des Pflegebedürftigen und *Angebote* sind ausgeblendet. Letzteres gilt auch für 3 Hilfstabellen, die zur eigentlichen Berechnung der Personalmengen nach Pflegegraden, zur Erzeugung von Abbildungen und zur Verwaltung der internen Variablen genutzt werden.

Alle Tabellenblätter in beiden Dateien sind mit einem Blattschutz versehen, der eine versehentliche Veränderung der enthaltenen Programmierungen verhindert und nur Eingaben in dafür vorgesehene Felder zulässt. Der Blattschutz ist nicht mit einem Passwortschutz versehen, so dass er aufgehoben werden kann und alle Programmierungen eingesehen werden können.

In allen Tabellen, die im Auslieferungszustand eingeblendet sind, wird über ein einheitliches Farbschema angezeigt, in welche Felder Eingaben erfolgen können. Diese sind in einem rötlichen Farbton gefüllt. Eine hellgraue Füllung zeigt, dass diese Felder Berechnungsergebnisse oder übernommene Werte aus anderen Tabellen enthalten und deshalb nicht verändert werden können. Dunkelgrau gefüllte Felder zeigen an, dass diese Funktionen im Algorithmus angelegt sind, aber mangels empirischer Werte nicht in die Berechnung einbezogen werden können. Ein Teil der Eingabefelder ist mit Eingabeprüfungen belegt. So kann in Feldern, die als An-/Aus-Schalter fungieren, nur der Wert 0 oder 1 eingegeben werden. In diesen Feldern wird ein entsprechendes Drop-Down-Auswahlfeld angeboten. Bei der Eingabe von Modulwerten für die Grade der Einschränkung der Selbständigkeit sind nur ganzzahlige Werte von 0 bis einschließlich 4 zugelassen.

8.3.2 Bedienungsanleitung zum Instrument für den vollstationären Sektor

Im Auslieferungszustand sind im Instrument für den vollstationären Sektor vier Tabellenblätter eingeblendet, die nachfolgend beschrieben werden. Es handelt sich um ein Tabellenblatt zur Festlegung von Einstellungen (Abschnitt 8.3.2.1), ein Tabellenblatt für Eingaben zu den Inputvariablen des Case-Mixes (Abschnitt 8.3.2.2) und zwei Blätter zur Ergebnisdarstellung nach Pflegegraden (Abschnitt 8.3.2.3) und BI-Konstellationen (Abschnitt 8.3.2.4).

8.3.2.1 Tabellenblatt *Einstellungen*

Das Tabellenblatt *Einstellungen* dient zur *Steuerung* der Berechnungsoptionen. Im Abschnitt *Einbezogene Interventionen* (Zeilen 4 bis 9) können in den Feldern H5 bis H9 jeweils die Interventionsmengen der dort bezeichneten Personengruppen für die Personalbedarfsberechnung aktiviert werden. Werden die Inhalte dieser Zellen auf den Wert 1 gesetzt, so wird die jeweilige Interventionsmenge in die Berechnung einbezogen. Als Standardeinstellung sind bei Auslieferung die Interventionsmengen *Erbringung durch Pflegekräfte* (Zeile 5) und *Angebot* (Zeile 9) einbezogen. Dies entspricht den Einstellungen, unter deren Anwendung die in Kapitel 9 Ergebnisse generiert wurden. Diese Einstellungen haben eine hohe Plausibilität, solange sich an den Rahmenbedingungen, etwa der Existenz der zusätzlichen Betreuungskräfte gemäß § 43b SGBXI nichts ändert. Mittels dieser Einstellungen können aber auch verschiedene andere Szenarien erzeugt werden, in denen je nach spezifischer Setzung, unterschiedliche Personengruppen in die pflegerische Versorgung eingebunden werden.

Im Abschnitt *Ergänzende Parameter* (Zeilen 11 bis 16) können zwei Einstellungen für die Anwendung eines Fachkraftsockels und für den Einbezug einer zusätzlichen absoluten disponiblen Interaktionszeit (vgl. Kapitel 12) getätigt werden. Die drei dunkelgrau gefüllten Zeilen können mangels empirischer Werte nicht eingesetzt werden. Der fachliche Hintergrund für diesen Sockel ist, dass der Algorithmus bei sehr kleinen Einrichtungen und einer niedrigen Pflegegradstruktur Personalziffern errechnen kann, die es nicht ermöglichen, in jeder Schicht mindestens eine Fachkraft vorzuhalten. Dies wird verhindert, wenn der Schalterwert in Zelle H12 auf 1 gesetzt und so der Einbezug des

Fachkraftsockels eingeschaltet wird. Dieser stellt sicher, dass in die Ergebnisberechnung statt des berechneten Wertes der Sockelwert übernommen wird, wenn dieser größer ist als der errechnete Wert. In Zelle H16 kann ein Minutenwert angegeben werden, der dann jedem errechneten Vollzeit-äquivalent als zusätzliche tägliche Zeit für Interaktionsarbeit zugeschlagen wird. Für die Ergebnisdarstellung in Kapitel 9 spielt der Sockelwert keine Rolle, da er nur bei kleinen Einrichtungen Veränderungen herbeiführt, dort aber mit einer Einrichtung mit 100 Bewohnern argumentiert wird. Die zusätzliche absolute disponible Interaktionszeit ist in den Berechnungen in Kapitel 9 auf null gesetzt.

Im Abschnitt *Nettojahresarbeitszeit* (Zeilen 18 bis 36) kann der zur Umrechnung der reinen erforderlichen Arbeitszeitmenge in Vollzeitäquivalente eingesetzte Faktor angepasst werden. Dieser kann dabei in seinen einzelnen Komponenten variiert werden. Alle Eingaben erfolgen hier als numerische Werte in Dezimalzahlen, so dass auch kalkulatorische, nicht-ganzzahlige Werte zulässig sind. Die Werte in den Zellen H20 bis H23 zur Anpassung an ein konkretes Jahr können vor allem dann sinnvoll verändert werden, wenn die Personalbemessung nur für einen Teil eines Jahres genutzt werden soll, und – was regelmäßig der Fall sein wird – wenn eine landesspezifische Anpassung der jeweiligen Feiertagsanzahl (Zelle H23) erfolgen soll. Hieraus ergibt sich eine Anzahl von kalkulatorischen Brutto-Arbeitstagen (Zelle H24). Hiervon abzuziehen sind dann Krankheitstage (Zelle H26), reguläre Urlaubstage (Zelle H27) und weitere Urlaubs- und Befreiungszeiten (Zelle H28). Werden diese Ausfälle von den Brutto-Arbeitstagen abgezogen, ergeben sich die Netto-Arbeitstage (Zelle H30), die der Arbeitsmenge in Tagen pro Jahr einer Vollzeitkraft entspricht. Diese kann unter Bezug auf die vereinbarte Wochenarbeitszeit (Zelle H32) und das Arbeitszeitmodell (Zelle H33) in den finalen Umrechnungsfaktor überführt werden, der dann in der gängigen Einheit für Netto-Jahresarbeitszeit in Stunden pro Jahr (Zelle H36) angegeben ist. Im Auslieferungszustand, bei dessen Nutzung das Referenzszenario erzeugt wird, ist die Netto-Jahresarbeitszeit mit 1.560,2 Stunden/Jahr hinterlegt.

8.3.2.2 Tabellenblatt *Eingaben*

Das Tabellenblatt *Eingaben* nimmt die Inputwerte auf, durch die der einrichtungsspezifische Case-Mix abgebildet wird. Hierzu sind zwei parallele Eingabemöglichkeiten vorhanden. Auf der linken Seite können die Pflegebedürftigen nach ihren Pflegegradeinstufungen eingegeben werden (Zellen B9 bis G9). Hierzu werden in die Zellen jeweils die Anzahl der Bewohner in den einzelnen Pflegegraden eingetragen. Diese Eingaben werden zur Berechnung des Personalbedarfs über die Klassierung in Pflegegraden (Abschnitt 8.3.2.3) verwendet. Im Auslieferungszustand ist hier die bundesdurchschnittliche Bewohnerstruktur einer stationären Einrichtung mit 100 Plätzen hinterlegt, die in Abschnitt 9.1.1 näher erläutert wird. Dieser Case-Mix wird im Folgenden auch jeweils als Komparator zur Folgenabschätzung verwendet.

Auf der rechten Seite können in den Zellen J13 bis O112 die jeweiligen Grade der Beeinträchtigung in den sechs einstufigsrelevanten Modulen des BI bewohnerbezogen hinterlegt werden. Die Daten eines Bewohners bzw. einer Bewohnerin werden dabei in den Spalten J bis O jeweils innerhalb einer Zeile eingegeben. Diese Werte werden zur Berechnung des Personalbedarfs über die Klassierung der BI-Konstellationen (Abschnitt 8.3.2.4) verwendet. Aus den Eingabewerten wird – der zu Kontrollzwecken nutzbare – Case-Mix nach Pflegegraden in den Zellen J9 bis O9 ausgewiesen. Zum gegenwärtigen Entwicklungsstand ist die Eingabe von BI-Konstellationen auf die Daten von maximal 100 Bewohnern beschränkt. Diese Anzahl kann später beliebig erweitert werden, wenn eine endgültige Entscheidung über die zu verwendende Klassierung getroffen worden ist. Im Auslieferungszustand ist hier eine geschichtete Zufallsstichprobe aus den studienteilnehmenden Pflegebedürftigen hinterlegt,

die der ganzzahlig gerundeten bundesdurchschnittlichen Bewohnerstruktur einer stationären Einrichtung mit 100 Bewohner*innen – wie vorstehend erläutert – entspricht.

8.3.2.3 Tabellenblatt *Ergebnisse_PG*

Im Tabellenblatt *Ergebnisse_PG* erfolgen keine Eingaben, vielmehr werden die *Ergebnisse* einer Berechnung mit der Klassierung in Pflegegraden ausgewiesen. Im oberen Teil des Tabellenblattes (Zeilen 4 bis 20) werden die Berechnungsergebnisse für den Personalbedarf numerisch und grafisch dargestellt. Die Werte im Tabellenteil C6 bis F12 weisen jeweils nach Qualifikationsniveaus differenzierte Personalmengen in den QN 1 bis QN 4 aus, die mit dem pflegegraddifferenzierten Case-Mix in den Zellen B7 bis B12 korrespondieren. Dabei sind die errechneten Zeitmengen in Minuten pro Tag angegeben und enthalten die im Einstellungsblatt (Zellen H5 bis H9) zum Einbezug aktivierten Interventionen. In den Zellen G7 bis G12 wird zusätzlich die Summe des Personalbedarfs innerhalb der Pflegegrade, in den Zellen C14 bis F14 die Summe innerhalb der einzelnen Qualifikationsgrade ausgewiesen. Zeile 15 enthält bei Bedarf die Zeitmengen für ergänzende Parameter, die im Einstellungsblatt festgelegt wurden. Zeile 17 enthält dann den gesamten Personalbedarf, der mit dem Case-Mix der Einrichtung korrespondiert, in Minuten pro Tag. Diese Werte werden in Zeile 19 in Vollzeitäquivalente umgerechnet, die sowohl spezifisch nach Qualifikationsniveaus (Zellen C19 bis F19), als auch summarisch als Gesamtpersonalmenge (Zelle G19) dargestellt werden. Die Zelle G20 gibt ergänzend noch den Fachkraftanteil aus, der mit den Werten in Zeile 19 korrespondiert. Die beiden Diagramme zeigen zusätzlich noch einmal grafisch auf, wie viele Vollzeitäquivalente welchen Qualifikationsniveaus für die fachgerechte pflegerische Versorgung ausgewiesen werden (Diagramm links *VZÄ nach QN*) und wie viele Vollzeitäquivalente davon auf die Bewohner welchen Pflegegrades entfallen (Diagramm rechts *VZÄ nach Pflegegrad*).

Im unteren Teil des Tabellenblattes (Zeilen 23 bis 35) werden die Berechnungsergebnisse zum Ausweis von Vertrauensintervallen numerisch und grafisch dargestellt. Spalte B wiederholt noch einmal den Case-Mix, Spalte C stellt nach Pflegegraden differenziert (Zellen C26 bis C31) und summiert (Zelle C33) den Personalbedarf als Punktschätzer in Vollzeitäquivalenten dar. Diese Werte entsprechen den Summenwerten aus den Zellen G7 bis G12 und sind hier nur in der Einheit VZÄ abgelegt – sie sind das konkrete Berechnungsergebnis des Algorithmus 1.0 nach Pflegegraden. Dieses Berechnungsergebnis enthält eine Unsicherheit, die daraus entsteht, dass die repräsentativ gezogene Studienstichprobe nur eine Teilmenge aller Pflegebedürftigen der Grundgesamtheit enthält. Bei erneuter Durchführung der Studie wäre eine ebenso repräsentative Stichprobe jedoch mit anderen Pflegebedürftigen besetzt, es könnten daher minimal abweichende Parameterwerte aus der Berechnung resultieren. Diese Unsicherheit kann über geeignete Schätzverfahren erfasst und dargestellt werden. Für die berechneten Personalmengen wurden deshalb mittels eines Bootstrapping-Verfahrens Vertrauensintervalle konstruiert (Abschnitt 7.4.2.4). Sie weisen aus, innerhalb welcher Intervallgrenzen die bedarfsgerechte Personalmenge mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % ausgewiesen wird. In Zeile 33 werden die summierten Ergebnisse abgebildet. Zelle C33 enthält den Wert des Punktschätzers in Vollzeitäquivalenten, die Zellen D33 die untere Intervallgrenze, die Zelle F33 die obere Intervallgrenze, wobei die Grenzen symmetrisch um den Mittelwert in Zelle E33 liegen. In den Zeilen 26 bis 31 werden diese Werte ebenfalls nach Pflegegraden differenziert ausgegeben. Hierzu erfolgt ebenfalls eine grafische Auswertung (Diagramm links *Anzahl der VZÄ mit Vertrauensintervallen*), bei der die errechneten Werte des Punktschätzers pflegegraddifferenziert als Säulendiagramm dargestellt werden und zu jeder Säule das entsprechende Vertrauensintervall als schwarze Linien enthalten ist. Eine analoge Darstellung für den Gesamtpersonalbedarf der Einrichtung findet sich in der zweiten Abbildung (Diagramm rechts *Anzahl der VZÄ mit Vertrauensintervall für die gesamte Einrichtung*). Zu

beachten ist hierbei, dass für eine bessere Skalierung des Vertrauensintervalls die Abszisse dynamisch beschnitten ist und nicht bei einem festen Nullpunkt beginnt.

8.3.2.4 Tabellenblatt *Ergebnisse_BI*

In diesem Tabellenblatt erfolgen keine Eingaben, sondern es werden die Ergebnisse einer Berechnung mit der Klassierung in BI-Konstellationen ausgewiesen. Die Berechnung erfolgt dabei innerhalb der 90 BI-Konstellationen, für die ein vollständiger Wochenwert konstruiert werden konnte, über die spezifischen Werte innerhalb dieser BI-Konstellationen. Für alle Pflegebedürftigen des Case-Mixes, deren BI-Konstellation nicht enthalten ist, werden die bedarfsnotwendigen Zeitmengen über die jeweiligen Pflegegrade bestimmt.

Für das Tabellenblatt *Ergebnisse_BI* wurde der Aufbau aus dem oberen Teil des Tabellenblattes *Ergebnisse_PG* (Zeilen 4 bis 20), der in Abschnitt 8.3.2.3 detailliert beschrieben ist, übernommen. Auf eine erneute Erläuterung kann aus diesem Grund verzichtet werden. Die Entscheidung für die analoge Darstellung, bei der die Zeitmengenwerte zwar nach BI-Konstellationen berechnet, aber nach Pflegegraden aufgeführt werden, ist dabei aus zwei Gründen getroffen worden: Erstens ist eine übersichtliche Darstellung bei der Berechnung nach insgesamt 96 Klassen nicht mehr sinnvoll möglich. Eine Tabelle müsste dann auch über 96 Datenzeilen verfügen, von denen aber eine größere Anzahl unbenutzt bleiben würden. Zweitens ist durch diese Darstellung ein einfacher Vergleich der Detailergebnisse für die beiden unterschiedlichen Klassierungen möglich.

8.3.3 Bedienungsanleitung zum Instrument für den teilstationären Sektor

Das Instrument für den teilstationären Sektor ist grundsätzlich mit dem pflegegradbezogenen Instrumententeil für den vollstationären Teil identisch. Um auf unnötige Dopplungen zu verzichten, wird deshalb nachfolgend in den Abschnitten 8.3.3.1 bis 8.3.3.3 immer auf die Ausführungen des Abschnitts 8.3.2 aufgebaut und es werden nur die jeweiligen Differenzen textlich erläutert.

Im Auslieferungszustand sind im Instrument für den teilstationären Sektor drei Tabellenblätter eingebundet, die folgend beschrieben werden. Verwendet werden ein Tabellenblatt zur Festlegung von Einstellungen (Abschnitt 8.3.3.1), ein Tabellenblatt für Eingaben zu den Inputvariablen des Case-Mixes (Abschnitt 8.3.3.2) und ein Tabellenblatt zur Ergebnisdarstellung (Abschnitt 8.3.3.3).

8.3.3.1 Tabellenblatt *Einstellungen*

Das Tabellenblatt *Einstellungen* entspricht bis auf eine Veränderung dem gleichnamigen Blatt im Instrument für den vollstationären Sektor und ist auch identisch zu bedienen. Ergänzt ist hier lediglich die Zeile 13, in der in Zelle H13 die Möglichkeit gegeben ist, die durchschnittliche tägliche Öffnungszeit der Einrichtung zu hinterlegen. Dies ist für den teilstationären Sektor zur adäquaten Berechnung des Fachkraftsockels erforderlich. Während vollstationär diese Berechnung einfach auf Basis einer notwendigen 24/7-Anwesenheit einer Pflegekraft erfolgen kann, ist teilstationär natürlich nur eine Fachkraftanwesenheit innerhalb der Öffnungszeiten berechnungsrelevant. Der Wert in Zelle H13 gibt somit in Stunden pro Tag an, welcher Zeitraum für die dauerhafte Anwesenheit einer Pflegefachkraft einzubeziehen ist. Wird demnach der Schalter in Zelle H12 aktiviert, erfolgt der Einbezug der dargestellten Sockelberechnung auf dieser Basis.

8.3.3.2 Tabellenblatt *Eingaben*

Das Tabellenblatt *Eingaben* nimmt auch teilstationär die Inputwerte auf, durch die der einrichtungsspezifische Case-Mix abgebildet wird. Anders als im vollstationären Sektor können hier jedoch eine Eingabe und Berechnung anhand der BI-Konstellationen *nicht* durchgeführt werden, da die einzelnen

BI-Konstellationen zu schwach besetzt sind Die Eingabemöglichkeiten beschränken sich folgerichtig auf die Ein- und Ausgabe von Werten differenziert nach Pflegegrad.

Während im vollstationären Sektor die Eingabe der Bewohner einfach über die dauerhaft und täglich vorhandenen Kopffzahlen erfolgen kann, müssen im teilstationären Sektor hierzu kalkulatorische Werte verwendet werden. Erforderlich ist dies, da nur auf Basis der nicht dauerhaften, tagesspezifischen und anteiligen Anwesenheit der verschiedenen Pflegebedürftigen eine durchschnittliche Personalmengenkalkulation erfolgen kann. Grundsätzlich gibt es hier zwei theoretische Zugänge, die zur Produktion von Anwesenheitszeiten genutzt werden können: Entweder erfolgt eine direkte personenbezogene Eingabe, welche die gewöhnlichen Anwesenheitszeiten jedes einzelnen Pflegebedürftigen nach Wochentagen erfasst. Alternativ können über die vertraglich vereinbarten Anwesenheitszeiten durchschnittliche Belegungszahlen konstruiert werden. Für die Eingabe ist in der Entwicklung des Instrumentes der letztgenannte Weg verfolgt worden. Als Eingabewerte sind also die *durchschnittlichen Anzahlen der Pflegebedürftigen* nach Pflegegraden an einem Werktag erforderlich. Wir schlagen vor, diese Anzahl über die pflegegradbezogenen Summen der vertraglich vereinbarten Anwesenheitsmengen zu berechnen. Es gilt dabei, dass die Summe der durchschnittlichen Anzahl der Pflegebedürftigen aller Pflegegrade die Anzahl der Plätze der Einrichtung regelmäßig nicht überschreiten soll. Im Auslieferungszustand ist beispielhaft die durchschnittliche Anzahl an Leistungsempfängern des Jahres 2018 hinterlegt. Diese ist wiederum auf eine theoretische 100-Personen-Einrichtung normiert, um wiederum gleiche Dimensionen für einen Vergleich – diesmal zwischen den Sektoren – zu schaffen, wohlwissend, dass es sich bei dieser Dimension der Einrichtungsgröße nicht um einen realen Wert handelt.

8.3.3.3 Tabellenblatt *Ergebnisse*

Das Tabellenblatt *Ergebnisse* entspricht in seinem Aufbau vollständig dem Blatt *Ergebnisse_PG* des Instrumentes für den vollstationären Sektor (Abschnitt 8.3.2.3). Eine Funktionserläuterung ist deshalb nicht erforderlich, jedoch müssen einige ergänzende Informationen zur Interpretation der Ergebnisse gegeben werden.

Während die Ergebnisse für den vollstationären Sektor aufgrund fixer Rahmenbedingungen – Vollversorgung über volle 24 Stunden pro Tag – einfach pro Tag ausgewiesen werden können, müssen für den teilstationären Sektor wiederum die individuellen und somit heterogenen Anwesenheitszeiten der Pflegebedürftigen als Bezugspunkt gewählt werden. Aus diesem Grund beziehen sich die im Tabellenblatt *Ergebnisse* auf die bedarfsnotwendigen Leistungszeitmengen in Minuten pro durchschnittlichem Anwesenheitstag. Ein Anwesenheitstag ist dabei an dieser Stelle definiert als die Zeitspanne, die zwischen der ersten und der letzten dokumentierten Interventionserbringung an einem Tag liegt. Gemittelt über alle Studienteilnehmer*innen lag die empirisch ermittelte Länge des Anwesenheitstages bei 394 Minuten, somit also bei rund 6,5 Stunden. Die nach Pflegegraden differenzierten Werte sind Tabelle 49 zu entnehmen. Bei diesen zeigt sich eine recht hohe Homogenität zwischen den Pflegegraden, bei der die Anwesenheitsdauer in Pflegegrad 4 um rund 40 Minuten nach oben und die Anwesenheitsdauer in Pflegegrad 5 um rund 80 Minuten nach unten vom Mittelwert von 394 Minuten abweichen.

Tabelle 49: Länge der durchschnittlichen Anwesenheitstage

Pflegegrad	Länge des Anwesenheitstages in Minuten
ohne	398
PG 1	347
PG 2	386
PG 3	393
PG 4	437
PG 5	313

Dabei handelt es sich in allen Fällen um Minimalwerte und es ist möglich, dass die tatsächliche Anwesenheitszeit darüber liegt, wenn der Pflegebedürftige sich vor der ersten Interventionserbringung und/oder nach der letzten Interventionserbringung noch in der Einrichtung befunden hat. Diese etwaigen Abweichungen haben aber keine Auswirkungen, die bei der Berechnung der zur Interventionserbringung bedarfsnotwendigen Personalmenge zu beachten sind. Dies resultiert aus der Tatsache, dass sich kürzere Anwesenheitszeiten direkt in den empirisch ermittelten Parametern widerspiegeln, indem dann geringere SOLL-Mengen erfasst wurden. Beim Einbezug von Sockelregelungen, kann hieraus allerdings ein Einfluss auf Anwesenheitsregelungen entstehen, wie er schon in Abschnitt 8.3.3.1 erläutert wurde.

9 Ergebnisse III – Analysen zum Algorithmus 1.0

In Abschnitt 9.1 sind für den voll- und teilstationären Bereich die eigentlichen Ergebnisse dargestellt. Alle Ergebnisse sind – wenn nicht anders ausgewiesen – für die notwendigen Leistungen dargestellt, die im IST durch beschattete Pflegekräfte oder von niemandem erbracht wurden. Personalkapazitäten für die derzeit von Anderen erbrachten Leistungen sind hier nicht ausgewiesen.

Zur Einordnung der Ergebnisse werden die SOLL-Werte sowohl den IST-Werten der an der Studie beteiligten Einrichtungen gegenübergestellt als auch mit berechneten Personalschlüsseln auf Bundesebene verglichen (Abschnitt 9.1). Im Abschnitt 9.2 werden die studienleitenden Grundannahmen überprüft. Nach der Analyse des Ampelsystems in Abschnitt 9.3 werden im Abschnitt 9.4 die Folgen von Veränderungen der Netto-Jahresarbeitszeit, AU-Tage und Teilzeitquote hinsichtlich des Personalmehrbedarfes ausgewiesen. In Abschnitt 9.5 werden die Ergebnisse der in Abschnitt 6.4.6 angesprochenen Sensitivitätsanalyse zu den Extremwerten dargestellt.

9.1 Folgenabschätzung Personalbemessungsinstrumente

Unter Anwendung der beschriebenen Personalbemessungsinstrumente, also unter Einsatz der mathematischen Methoden und der konsentierten Parameter, ergeben sich für die Bemessung des Personals die nachfolgend für den vollstationären (Abschnitt 9.1.1) und den teilstationären Sektor (Abschnitt 9.1.2) dargestellten Ergebnisse.

9.1.1 Vollstationärer Sektor

Für den allgemein vollstationären Einrichtungstyp konnten die in Abschnitt 8.2 vorgestellten Parameterwerte aus Informationen von 56 Erhebungseinheiten berechnet werden. Damit können nunmehr Personalbedarfe in Form von Minutenwerten – und unter Berücksichtigung der Netto-Jahresarbeitszeit – auch die Stellenschlüssel berechnet werden (Abschnitt 9.1.1.1). Um diese Ergebnisse zu interpretieren, ist ein Komparator hilfreich. In Abschnitt 9.1.1.2 werden die SOLL-Werte der Untersuchungseinrichtungen dazu mit den IST-Werten der Studieneinrichtungen verglichen, in Abschnitt 9.1.1.3 dienen die aktuellen Pflegeschlüssel als Vergleichmaßstab. Dabei wird eine bundesdurchschnittliche Pflegegradverteilung angesetzt. Da die im Algorithmus 1.0 resultierenden Personalstrukturen von der Pflegegradverteilung abhängen, die Vergleichswerte dagegen nicht, unterscheiden sich die Personalmehrbedarfe nach der Zahl der Bewohner und nach der Bewohnerstruktur. Unterschiedliche Effekte ergeben sich gleichfalls in Abhängigkeit von der Größe der Einrichtungen aufgrund der Anwendung der Personalsockel für Pflegefachkräfte (siehe Abschnitt 6.5.1.3.2 und 8.1). Die Auswirkungen bei Variation der Pflegegradstruktur und der Einrichtungsgröße sind im Rahmen der modellhaften Einführung genauer zu betrachten.

9.1.1.1 SOLL-Personalbedarfe in vollstationären Pflegeheimen

Die SOLL-Zeitmengen setzen sich aus Bedarfen für *direkte und indirekte Pflege* zusammen. Da die indirekten Pflegeleistungen definitionsgemäß den Heimbewohner*innen nicht individuell zugeordnet werden können, wird dies Zeitmenge pro Kopf verteilt. Wie Tabelle 50 zeigt, konnte für das vollstationäre Setting etwa die Hälfte der indirekten Pflegezeit entweder den Assistenzkräften (12,8 von 38,4 Minuten = 32,5 %) oder den Fachkräften (7,2 von 39,4 Minuten = 18 %) zugewiesen werden. Für die restlichen Zeiten für indirekte Pflege lässt sich kein zugehöriges Qualifikationsniveau bestimmen, da diese Leistungen von Beschäftigten aller Qualifikationsniveaus erbracht werden können. Daher wurden diese Zeiten entsprechend der Fach- bzw. Assistenzkraftquote in der direkten Pflege verteilt.

Tabelle 50: SOLL-Zeitmengen für die indirekte Pflege nach Qualifikationsniveau der Pflegekraft

Zeitmengen für indirekte Pflege	Nur durch Assistenzkräfte	Nur durch Fachkräfte	Flexible Aufteilung	Summe
	Zeitmengen in Minuten pro Woche			
Summe pro Woche	89,7	50,52	135,84	276,04
Summe pro Tag	12,81	7,22	19,40	39,44

Auf welche Interventionen sich die Zeitmengen für indirekte Pflege verteilen, ist in Tabelle 51 dargestellt.

Tabelle 51: Zeitmengen für indirekte Interventionen in Minuten pro Pflegebedürftigem pro Woche

Intervention	Nur durch Assistenzkräfte	Nur durch Fachkräfte	Flexible Aufteilung
	Zeitmengen in Minuten pro Woche		
Alltagsgestaltung: Musik	0	0	0,03
Alltagsgestaltung: Vorbereitung	0	0	0,16
Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder	0	0	0,26
Angehörigenarbeit	0	1,09	0
Anleitung/Einarbeitung/Ausbildung	0	0,31	0,01
Berufsgruppenübergreifende Kommunikation	0	2,32	0,03
Betriebswirtschaft/Finanzierung	0	0,01	0
Bewegungsförderung	0	0,14	0
Bewohnerbefragung	0	0,03	0
Bewohnergespräch	0	0	6,79
Dienstgang	0	0	0,59
Dienstübergabe	0	0,21	28,84
Dokumentation	0	0	45,65
Einzug	0	1	0,03
Fortbildung	0	1,44	0
Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle	0	0,08	0
Gesundheitsförderung/Arbeitsschutz	0	0,05	0
Hauswirtschaftliche Unterstützung	76,83	0	0
Kommunikation und Information	0	0,73	0
Materialmanagement	3,75	0	0
Medikamentengabe	0	0	1,77
Medikationsmanagement	0	23,16	0,02
Mitarbeiterkommunikation	0	0	13,78
Multidisziplinäre Fallbesprechung	0	0,08	0
Nahrungsaufnahme: Vorbereitung	9,12	0	0
Personal: Entwicklung	0	0,15	0
Personal: Organisation/Verwaltung	0	0,64	0
Pflegevisite	0	0,05	0
Planung Aufenthaltswechsel	0	0,05	0
Qualitätscontrolling/Kennzahlen/Berichterstattung	0	0,05	0
Qualitätsdokumentation/-handbuch	0	0,15	0
Qualitätszirkel	0	0,02	0
Risiko- und Fehlermanagement	0	0,03	0
Rundgang/Sicherheit gewährleisten	0	17,13	0,29
Schulung	0	0,05	0
Steuerung des Pflegeprozesses	0	1,09	0
Teamentwicklung	0	0,41	0
Telefongespräch	0	0	3,35
Wegezeit	0	0	34,23
Öffentlichkeitsarbeit/Marketing	0	0,04	0

Anmerkungen: Nähere Informationen zu der Aufteilung der Zeitmengen der indirekten Pflege finden sich in Abschnitt 6.4.4

Weitere Informationen zu den Zeitmengen einzelner Interventionen der indirekten Pflege können den Interventionssteckbriefen der Anlagen A 6.1 und A 6.2 entnommen werden. Insgesamt machen die indirekten Interventionen in den einzelnen Pflegegraden zwischen 17,6 % und 65,3 % des Gesamt-SOLLs aus, beim Durchschnittsbewohner sind das knapp 28 %.

Insgesamt ergeben sich so die in Abbildung 53 dargestellten ausgewiesenen zeitlichen Pflegepersonalbedarfe und die zugehörigen Anteile direkter und indirekter Pflegezeit in den Pflegegraden.

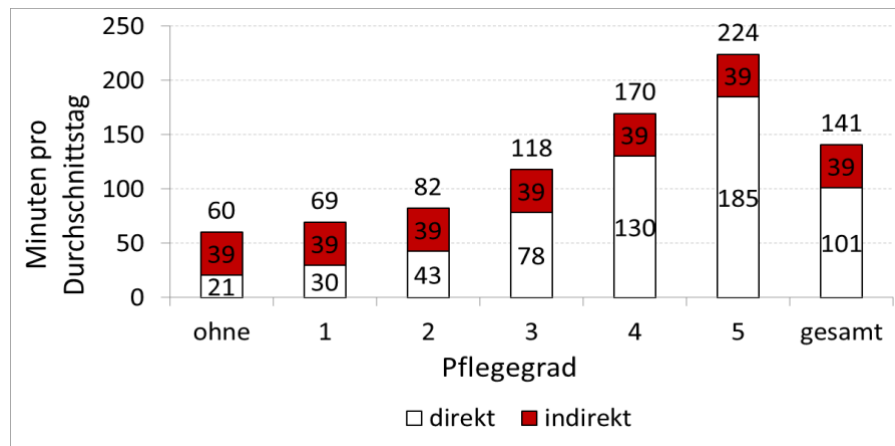


Abbildung 53: Verteilung der SOLL-Zeitmenge pro Durchschnittstag auf direkte und indirekte Interventionen

Zur Ermittlung der Zeitwerte für eine(n) „Durchschnittsbewohner*in“ gehen die Pflegegrade dabei mit folgenden Gewichten ein, die sich an der Pflegestatistik 2017 orientieren:

- PG 1 mit einem Gewicht von 0,95 %,
- PG 2 mit einem Gewicht von 22,11 %,
- PG 3 mit einem Gewicht von 32,55 %,
- PG 4 mit einem Gewicht von 29,15 % und
- PG 5 mit einem Gewicht von 15,24 %.

Die Minutenwerte sind dabei die auf Basis der Beobachtungsstudie ermittelten Punktschätzer. Um die mit der Schätzung verbundene Unsicherheit abzubilden, sind in Abbildung 54 95 % Vertrauensintervalle angegeben (vgl. hierzu auch Abschnitt 7.4.2.4).

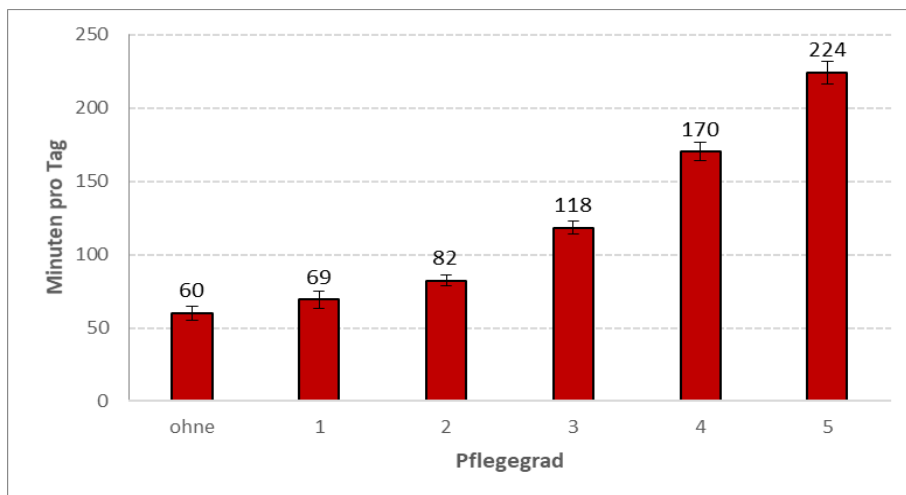


Abbildung 54: Bedarfsnotwendige Zeitmengen pro Bewohner nach Pflegegrad mit 95 %-Vertrauensintervall

Das Intervall reicht dabei von $\pm 3,7$ Minuten in Pflegegrad 2 bis zu $\pm 7,5$ Minuten in Pflegegrad 5. Diese Intervalle sind vergleichsweise klein, da der Punktschätzer angesichts der beachtlichen Fallzahl bereits sehr zuverlässig ist.

Unter Zugrundelegung einer Netto-Jahresarbeitszeit von 1.560 Stunden (vgl. Abschnitt 6.4.7) können die Minutenwerte in den in Abbildung 55 angegebenen Pflegepersonalbedarf pro Bewohner*in Vollzeitäquivalenten umgerechnet werden. Für eine(n) Durchschnittsbewohner*in besteht demnach ein Pflegepersonalbedarf im Umfang von 0,55 Vollzeitäquivalenten.

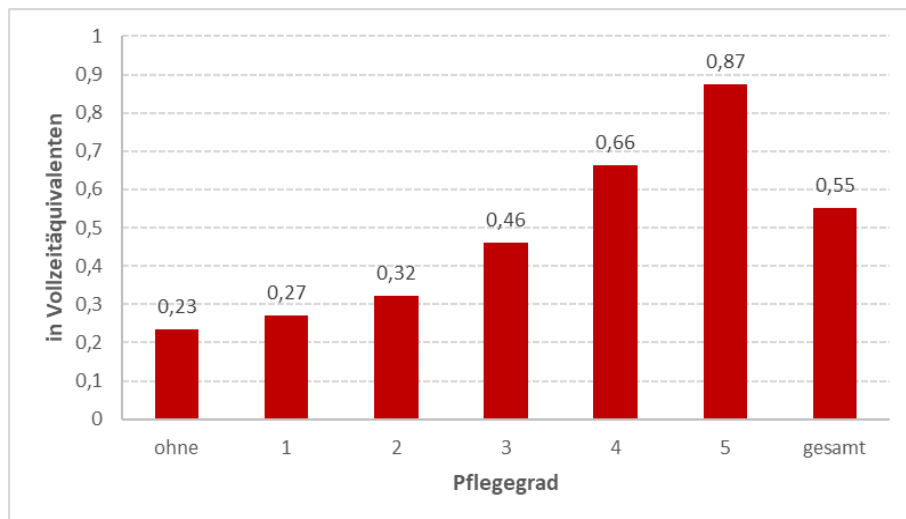


Abbildung 55: Pflegepersonalbedarf pro Heimbewohner*in in Vollzeitäquivalenten nach Pflegegraden

In Tabelle 52 sind diese Werte in der in Landesrahmenverträgen üblichen Form dargestellt. In den Vektoren ist jeweils angegeben, wie viele pflegebedürftige Personen von einer Pflegekraft versorgt werden müssen. Dabei erfolgt neben der Differenzierung nach Pflegegraden eine weitere Differenzierung nach den Qualifikationsniveaus der Pflegekräfte. Der rechte Spaltenvektor gibt somit an, wie viele Pflegebedürftige in den einzelnen Pflegegraden im SOLL von einer Pflegekraft versorgt werden. Der Wert für „gesamt“ für eine(n) Durchschnittsbewohner*in ergibt sich dabei wieder gemäß der bundesdurchschnittlichen Pflegegradverteilung im Dezember 2017.

Tabelle 52: SOLL-Personalschlüssel als Ergebnis des Algorithmus 1.0

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

Zwischen den Pflegegraden variiert der Schlüssel von 1 : 3,7 (Pflegegrad 1) und 1 : 1,1 (Pflegegrad 5), zwischen den Qualifikationsniveaus variieren die Schlüssel für den/die Durchschnittsbewohner*in zwischen 1 : 47,6 (QN 1) und 1 : 4,8 (QN 4). Insgesamt ergibt sich beruhend auf der bundesweiten Pflegegradverteilung nach Pflegestatistik Dezember 2017 ein Schlüssel von 1 : 1,8 pro Durchschnittsbewohner*in.

Die in Abbildung 54 angegebenen Vertrauensintervalle sind bereits sehr klein. Dabei verkleinert sich das Vertrauensintervall in Relation zum Mittelwert aufgrund des Gesetzes der großen Zahlen, wenn die Zahl der Beobachtungen steigt. Abbildung 56 zeigt dies anhand eines Pflegeheims mit 100 Bewohner*innen, deren Pflegegrade gemäß dem Bundesdurchschnitt verteilt sind.

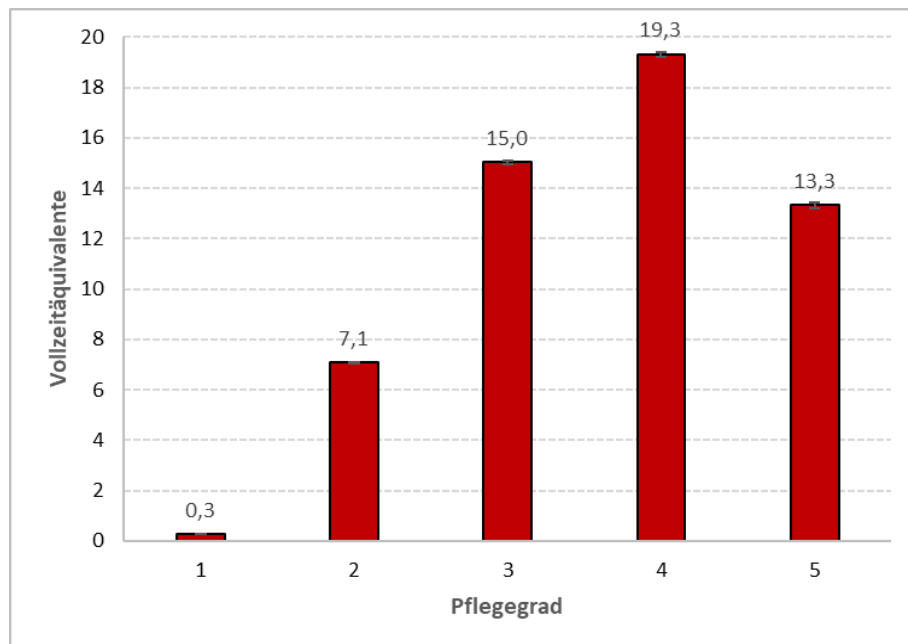


Abbildung 56: Bedarfsnotwendige Personalausstattung für ein Pflegeheim mit 100 Bewohnern und bundesdurchschnittlicher Pflegegradverteilung nach Pflegegraden

Das Vertrauensintervall ist nun so klein, dass es kaum noch erkennbar ist. Für die Gesamtpflegepersonalmenge gerechnet in Vollzeitäquivalenten liegt der Punktschätzer des Bootstrappings bei 55,02 VZÄ. Das 95 %-Vertrauensintervall hat eine Untergrenze von 54,81 und eine Obergrenze von 55,23. Der Intervallschätzer weicht also um lediglich 0,21 VZÄ, also um 0,38 % des Punktschätzers nach oben und unten von diesem ab.

Aufgrund der großen Stichprobe ist die Unsicherheit somit so gering, dass im Folgenden auf eine weitere Angabe der Intervallschätzer verzichtet und ausschließlich auf die Punktschätzer abgestellt wird. Im Algorithmus 1.0 können die Intervallschätzer für die Klassifikation der Pflegebedürftigen nach Pflegegraden aber abgerufen werden.

9.1.1.2 SOLL-Personalbedarfe im Vergleich zum IST in den Untersuchungseinrichtungen

Um die resultierenden SOLL-Personalbedarfe einzuordnen, können sie zunächst mit den IST-Werten der in die Auswertung einbezogenen Pflegeeinrichtungen verglichen werden. Dabei kann zugleich überprüft werden, welchen Einfluss der Grad der Pflegebedürftigkeit auf die Personalmehrbedarfe hat (Abschnitt 9.1.1.2.1), wie sich diese auf Zeit- und Mengenkomponente auf der einen und verschiedene Erbringergruppen auf der anderen Seite verteilen (Abschnitt 9.1.1.2.2) und welche Veränderungen sich im zahlenmäßigen Verhältnis von Fach- und Assistenzkräften ergeben (Abschnitt 9.1.1.2.3).

9.1.1.2.1 Einfluss des Grades der Pflegebedürftigkeit auf Personalmehrbedarfe

Aus den Daten der vollstationären Erhebungseinheiten kann der durchschnittliche Pflegebedarf des konstruierten Durchschnittstages pro Pflegebedürftiger Person nach Pflegegrad und für die benannten 90 BI-Konstellationen berechnet werden. In Abbildung 57 sind dafür die Zeitmengen im IST und SOLL gegenübergestellt. Die Differenz beider Balken zeigt den Unterschied zwischen der durchschnittlich aufgewendeten Zeitmenge beschatteter professionell Pflegenden und der zur fachgerechten Versorgung erforderlichen Zeitmenge pro Durchschnittstag. In der Berechnung des SOLLs sind alle Interventionen, die in der Erhebung durch beschattete Pflegekräfte erbracht wurden und die nicht erbrachten notwendigen Interventionen, die im IST nicht enthalten sind, mit ihren durchschnittlichen SOLL-Zeiten berücksichtigt. Das ist aus den von beschatteten Pflegekräften erbrachten Interventionen mit den jeweiligen IST-Zeiten berechnet.

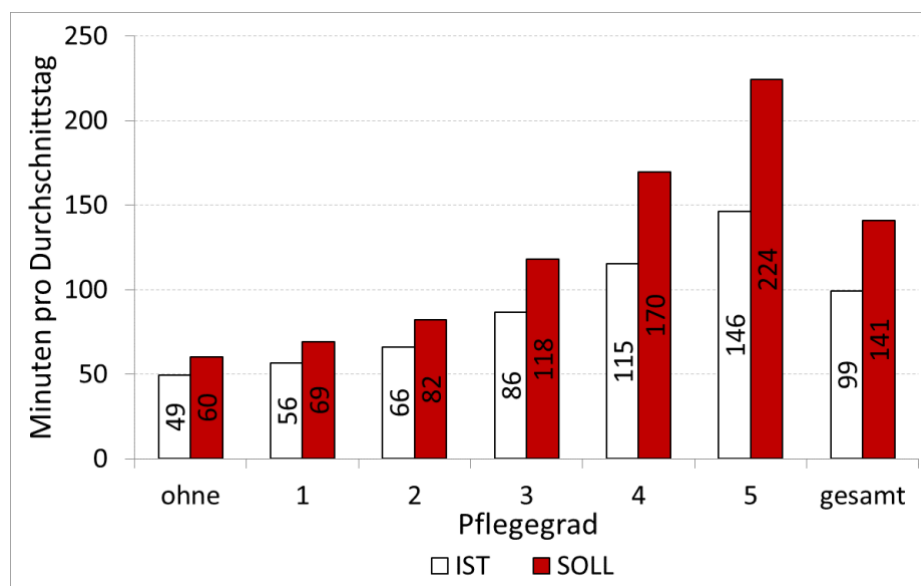
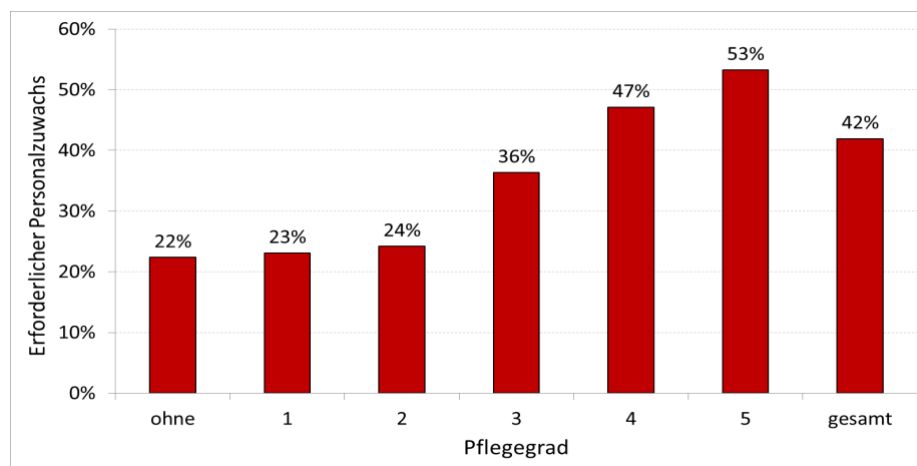


Abbildung 57: Gegenüberstellung Pflegebedarf IST zu SOLL nach Pflegegrad in den vollstationären Erhebungseinheiten

Deutlich erkennbar ist der Anstieg der IST- und SOLL-Zeitmengen mit zunehmender Pflegebedürftigkeit. Auch die Differenz zwischen IST und SOLL nimmt mit dem Pflegegrad zu und zwar sowohl absolut als auch relativ. *Nach Pflegegrad* ergeben sich pro anteilig aus Werktagen, Wochenenden und

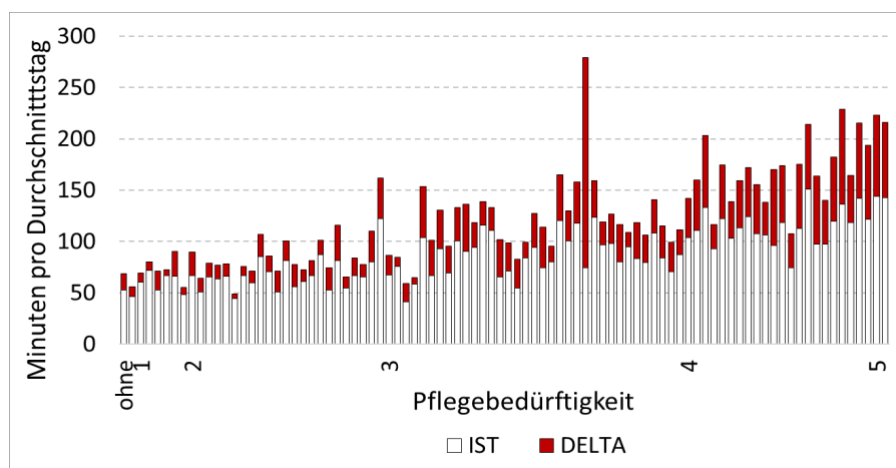
Nächten berechnetem Durchschnittstag erforderliche SOLL-Zeitmengen von 60 bis 224 Minuten. Für den Durchschnittsbewohner und die Durchschnittsbewohnerin liegt das SOLL bei 141 Minuten pro Tag. Aus dem beobachteten IST der in die Berechnungen eingehenden Studieneinrichtungen wurden Durchschnittswerte von 49 bis 146 erbrachten Minuten pro Tag ermittelt, beim Durchschnittsbewohner resultiert dies in 99 Minuten erbrachter Leistungen durch beschattete Pflegekräfte.

Der *Personalmehrbedarf* nimmt von Pflegebedürftigen ohne Pflegegrad bis zu den Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 5 zu, wobei der Anstieg in den unteren drei Kategorien nur marginal ist. Ab Pflegegrad 3 ist hingegen ein annähernd linearer Anstieg von 36 % auf 53 % im Pflegegrad 5 zu beobachten (Abbildung 58). Für die durchschnittliche pflegebedürftige Person resultiert aus dem studieninternen Vergleich der SOLL- und IST-Zeitmengen ein Personalmehrbedarf von 42 %.



Anmerkung: Referenz ist das Personaleinsatz-IST der Erhebungseinrichtungen

Abbildung 58: Personalmehrbedarf in den vollstationären Erhebungseinrichtungen nach Pflegegrad



Anmerkung: Die dargestellten 90 BI-Konstellationen sind innerhalb der Pflegegrade aufsteigend nach der Summe des gewichteten BI-Einzelpunkte sortiert

Abbildung 59: Gegenüberstellung des Pflegebedarfs im IST zu SOLL nach BI-Konstellation in den vollstationären Erhebungseinheiten

Entsprechende Ergebnisse zeigen sich auch, wenn die Pflegebedürftigen *entsprechend ihrer BI-Konstellationen* klassiert werden. Die BI-Konstellationen sind dabei in Abbildung 59 innerhalb der

Pflegegrade nach der Summe der gewichteten BI-Einzelpunkte sortiert. Abweichungen vom aufsteigenden Trend in einzelnen BI-Konstellationen können durch eine geringe Besetzung oder aber auch durch die besonderen Bedarfe innerhalb einer Konstellation verursacht sein. Da die Bewohner*innen der Erhebungseinheiten hierbei nur nach einem anderen Klassifikationssystem aufgeteilt werden, beeinflusst dies die durchschnittliche Personalmengensteigerung nicht.

9.1.1.2.2 *Personalmehrbedarfe nach Mengen- und Zeitkomponente sowie Erbringergruppen*

Sowohl die IST- als auch die SOLL-Zeiten speisen sich aus *Mengen- und Zeitkomponenten*. Die *Mengenkomponente* gibt an, wie häufig eine Intervention durchschnittlich durchgeführt wurde oder durchgeführt werden soll. Die *Zeitkomponente* gibt an, wie lange die Erbringung jeweils durchschnittlich gedauert hat oder hätte dauern sollen. Zusätzlich kann über das Qualifikationsniveau unterschieden werden, *von wem* die Intervention erbracht wurde beziehungsweise zukünftig erbracht werden soll. Neben den beschatteten Pflegekräften kann nämlich auch Angehörigen, Ehrenamtlichen und weiteren Mitarbeitern diese Rolle zufallen.

Der Aufteilung des DELTA in Zeit- und Mengenkomponente liegt die Gleichung

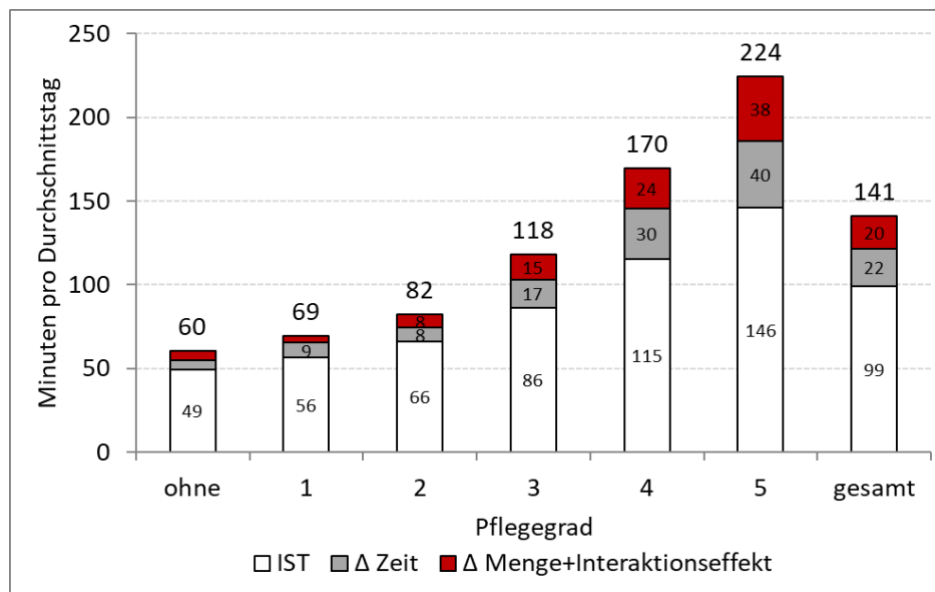
$$\text{SOLL-Zeitmenge} = \text{IST-Zeitmenge} + \Delta \text{ Zeit} + \Delta \text{ Menge} + \text{Interaktionseffekt}$$

zugrunde. Ausgehend von der IST-Zeitmenge (Produktsumme aus der Anzahl erbrachter Interventionen mit ihrer Erbringungszeit) müssen dieser bis zur finalen SOLL-Zeitmenge drei weitere Komponenten hinzugefügt werden:

- Erstens werden mit dem Zeit-DELTA ($\Delta \text{ Zeit}$) auf die erbrachten Interventionen die SOLL-Zu- und Abschlüsse aufgeschlagen, die von den Datenerhebenden dokumentiert wurden.
- Zweitens werden mit dem Mengen-DELTA ($\Delta \text{ Menge}$) die notwendigen, nicht erbrachten Interventionen – belegt mit IST-Zeiten – zugefügt.
- Drittens werden mit dem *Interaktionseffekt* noch die SOLL-Zu- und Abschlüsse auf die Zeitmenge der Interventionen des Mengen-DELTA aufgeschlagen.

Insgesamt ergeben sich so in der Summe die finalen SOLL-Zeitmengen.

Die differenziertere Analyse der IST- und SOLL-Werte in Abbildung 60 zeigt, wie sich die in Abbildung 57 dargestellten SOLL-IST-Differenzen *innerhalb der Pflegegrade* zusammensetzen. Dabei entspricht der weiße Balken dem IST und zeigt die Menge der aufgewendeten Pflegezeit von beschatteten professionellen Pflegekräften. Der graue Teil des Balkens ($\Delta \text{ Zeit}$) zeigt, wieviel Pflegezeit durch SOLL-Zeitkorrekturen auf die erbrachten Interventionen aufgeschlagen wird. Der rote Teil des Balkens ($\Delta \text{ Menge} + \text{Interaktionseffekt}$) zeigt an, welche zusätzliche Zeitmengen für nicht erbrachte, aber notwendige, Interventionen mit veranschlagten SOLL-Zeiten erforderlich sind.



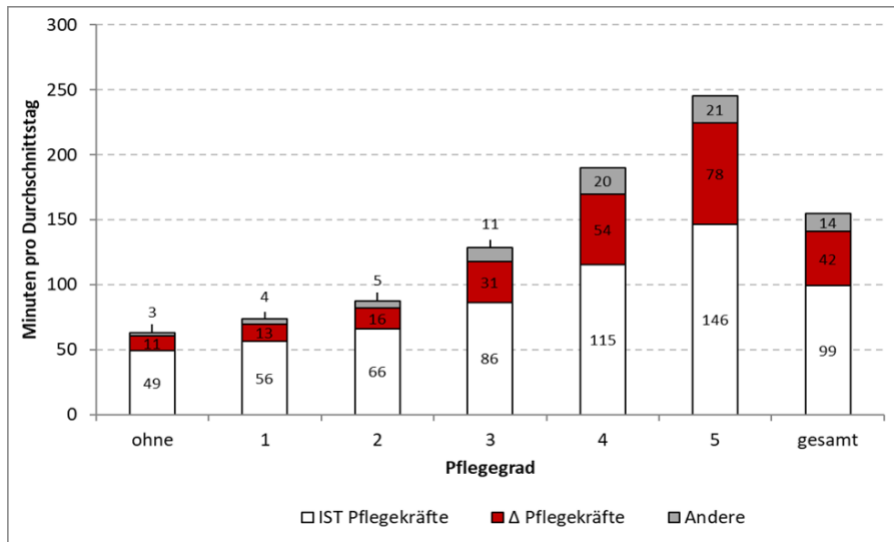
Anmerkung: Δ Zeit entspricht den SOLL-Zeitzuschlägen auf die im IST erbrachten Interventionen. Δ Menge+Interaktionseffekt entspricht den Zeitmengen für notwendige, im IST nicht erbrachte und mit SOLL-Zeiten bewerteten Interventionen

Abbildung 60: Durchschnittliche IST-Zeitmengen und DELTAs

Über alle Pflegegrade hinweg teilt sich das gesamte DELTA etwa zur Hälfte in Zeitzuschläge auf erbrachte (Δ Zeit) und Zeitmengenzuschläge für nicht erbrachte Interventionen (Δ Menge + Interaktionseffekt) auf. Die errechnete Personalmengensteigerung speist sich also zu gleichen Teilen aus bislang nicht erbrachten, aber notwendigen Leistungen und einem höheren notwendigen Zeitaufwand pro erbrachter Leistung.

Im Erhebungszeitraum wurden Leistungen nicht nur von den beschatteten Pflegekräften, sondern auch von *anderen Personen* erbracht. Dies wurde von den Schatten über die ZEITBEGRÜNDUNG entsprechend dokumentiert. In Abbildung 61 sind zusätzlich zu dem von den beschatteten Pflegekräften beschatteten IST und den in Abbildung 60 differenzierten Zeit- und Mengenaufschlägen die SOLL-Zeitmengen für diese *durch Andere* erbrachten Interventionen dargestellt. Die roten und grauen Balken aus Abbildung 60 wurden dafür zu dem roten Balken Δ Pflegekräfte zusammengefasst und umfassen das Zeit- und Mengen-DELTA sowie den Interaktionseffekt für alle notwendigen von Pflegekräften erbrachten bzw. gar nicht erbrachten Interventionen. Diese SOLL-Zeitmengen bilden die von den beschatteten Pflegekräften erbrachten und zu erbringenden Leistungen ab. In grau sind nunmehr die Interventionen dargestellt, die während der Erhebung von Anderen erbracht wurden. Auf die berechneten Durchschnittsmengen wurden die imputierten SOLL-Zeiten angewendet.

Mit steigendem Pflegegrad nehmen auch die absoluten SOLL-Zeitmengen von Leistungen zu, die *durch Andere* erbracht wurden. Vom Gesamt-SOLL (ohne Berücksichtigung der Leistungserbringung durch andere) machen diese Zeitmengen bei Pflegebedürftigen ohne Pflegegrad mit 2,5 von insgesamt 60 Minuten lediglich 4,0 %, bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 mit 20 von insgesamt 169 Minuten jedoch 12 % der Zeimenge aus. Bezogen auf die Gesamtzeitmenge (ausschließlich der durch andere erbrachten Leistungen) von 141 Minuten für eine durchschnittliche Bewohnerin bzw. einen durchschnittlichen Bewohner entspricht die durch andere erbrachte Zeitmenge von 14 Minuten einem Anteil von knapp 10 %.



Anmerkung: Durchschnittliche SOLL-Zeitmengen pro Durchschnittstag. Δ Pflegekräfte beinhaltet die SOLL-IST-Differenz von durch beschattete Pflegekräfte erbrachten und zu erbringenden Leistungen als Zeitmengen, *Andere* die SOLL-Zeitmengen für von Anderen erbrachten Interventionen.

Abbildung 61: Erbrachte (IST) und zusätzlich erforderliche Zeitmengen pro Durchschnittstag

Die kombinierte Differenzierung nach Zuschlägen auf das IST (Δ Zeit, Δ Menge, Interaktionseffekt) und nach Leistungserbringer (Pflegekräfte und Andere) ist in Abbildung 62 dargestellt.

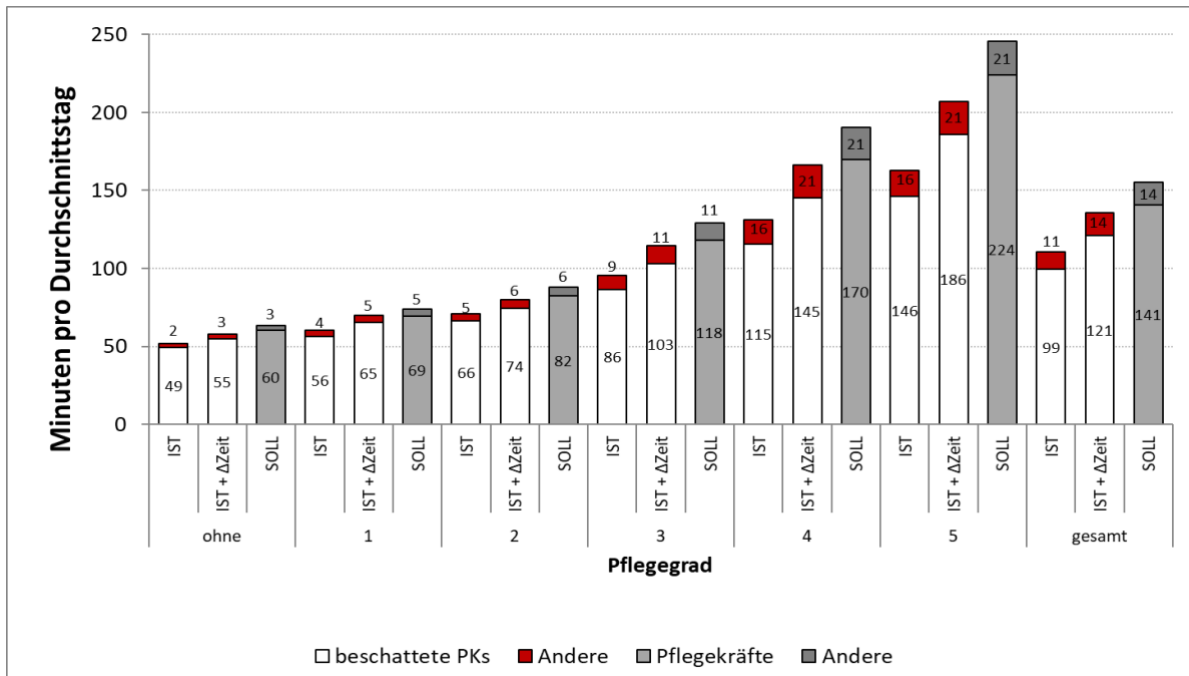


Abbildung 62: Pflegebedarf differenziert nach Pflegegrad und Leistungserbringer

Für alle Pflegegrade ist in drei Säulen das IST, das IST mit SOLL-Zeitzuschlägen und das SOLL inklusive der nicht erbrachten aber notwendigen Interventionen (Δ Menge + Interaktionseffekt) abgebildet. Die weißen und hellgrauen Balken beziehen sich jeweils auf die beschatteten Pflegekräfte, die roten

und dunkelgrauen auf die Erbringung der *Anderen*. Aus der Abbildung lassen sich die Zu- und Abschläge sowie die nicht erbrachten Zeitmengen ablesen.

9.1.1.2.3 Veränderungen im zahlenmäßigen Verhältnis von Fach- und Assistenzkräften

Veränderungen zeigen sich im Verhältnis von SOLL zu IST auch im Fachkraftanteil. In Abbildung 63 sind Fachkraftanteile der IST-Ergebnisse differenziert nach den Pflegegraden dargestellt. Die von Pflegefachkräften (definiert als Qualifikationsniveau 4 oder höher) erbrachten Zeitmengen machen zwischen 46 % und 54 % der Gesamtzeitmengen aus und unterscheiden sich in den Pflegegraden 2-5 praktisch nicht. Beim Durchschnittsbewohner führt dies zu einem Fachkraftanteil von 46 %. Für Bewohner*innen ohne Pflegegrad und in Pflegegrad 1 sind die Fachkraftanteile sogar überdurchschnittlich hoch.

Im Vergleich dazu liegen die SOLL-Fachkraftanteile (Abbildung 64) in den unteren Pflegegraden deutlich niedriger und steigen mit zunehmendem Pflegegrad an. Berechnet wurden die Anteile anhand des für jede Intervention und jeden Bewohner individuell festgelegten SOLL-Qualifikationsniveaus, das bei Bedarf durch die Datenerhebenden an die jeweilige Erbringungssituation angepasst werden konnte. Die Fachkraftanteile liegen hier zwischen minimal durchschnittlichen 17 % im Pflegegrad 2 und 64 % im Pflegegrad 5, beim Durchschnittsbewohner ergibt sich ein Anteil von 38 %. Dass die ausgewiesenen Fachkraftanteile bei Bewohner*innen ohne Pflegegrad und in Pflegegrad 1 höher sind als bei Bewohner*innen in den anderen Pflegegraden ist ein statistisches Artefakt und insbesondere darauf zurückzuführen, dass hier niedrige Zeiten für direkte Pflege eingehen und die relative Bedeutung der indirekten Pflege dadurch wächst. Da in der indirekten Pflege aber ein Fachkraftanteil von 43 % für alle Bewohner*innen zugrunde gelegt wird (vgl. Tabelle 50), wird so der Fachkraftanteil für diese beiden Gruppen nach oben gezogen.

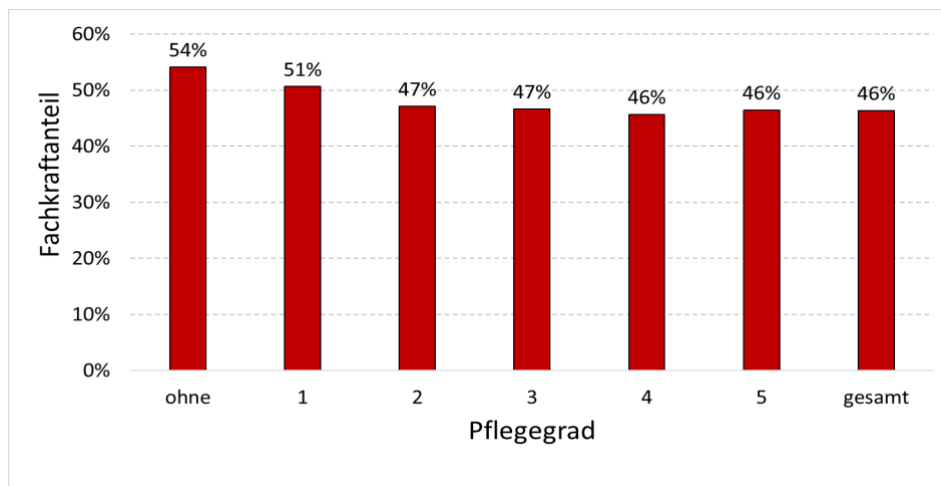


Abbildung 63: IST-Fachkraftanteil in den vollstationären Erhebungseinrichtungen

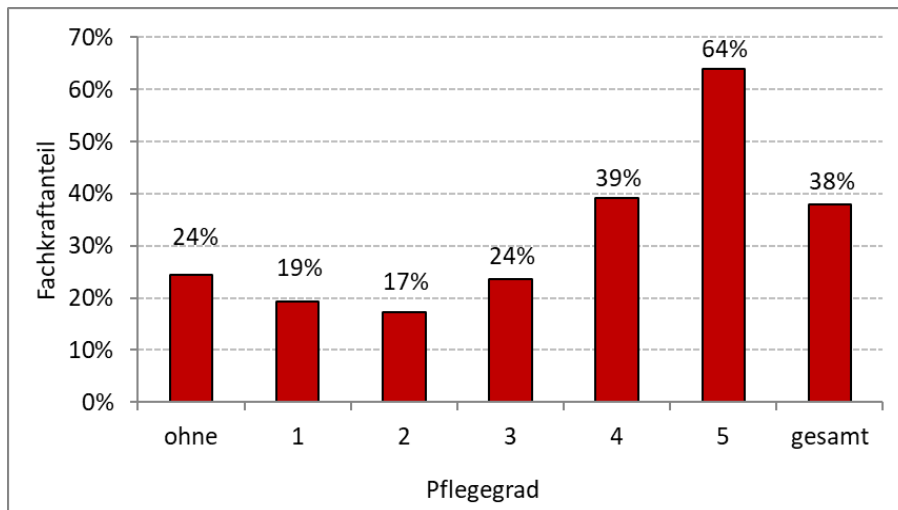


Abbildung 64: SOLL-Fachkraftanteil in den vollstationären Erhebungseinrichtungen nach Pflegegrad

Beim Vergleich der Abbildung 63 und Abbildung 64 zeigen sich ganz unterschiedliche Muster: Während sich der Fachkraftanteil in den Pflegegraden 2 bis 5 im IST nicht unterscheidet, steigt er im SOLL mit dem Pflegegrad – und zwar in erheblichem Ausmaß. Dies ist Ausdruck der derzeitigen Praxis, Pflegeleistungen von den Pflegepersonen erbringen zu lassen, die in diesem Moment zur Verfügung stehen, während das Soll eine kompetenzorientierte Pflege abbildet. An dieser Stelle wird ein erheblicher Bedarf an Organisationsreformen erkennbar, dessen Bearbeitung mit der Einführung des Personalbemessungsverfahrens einhergehen muss.

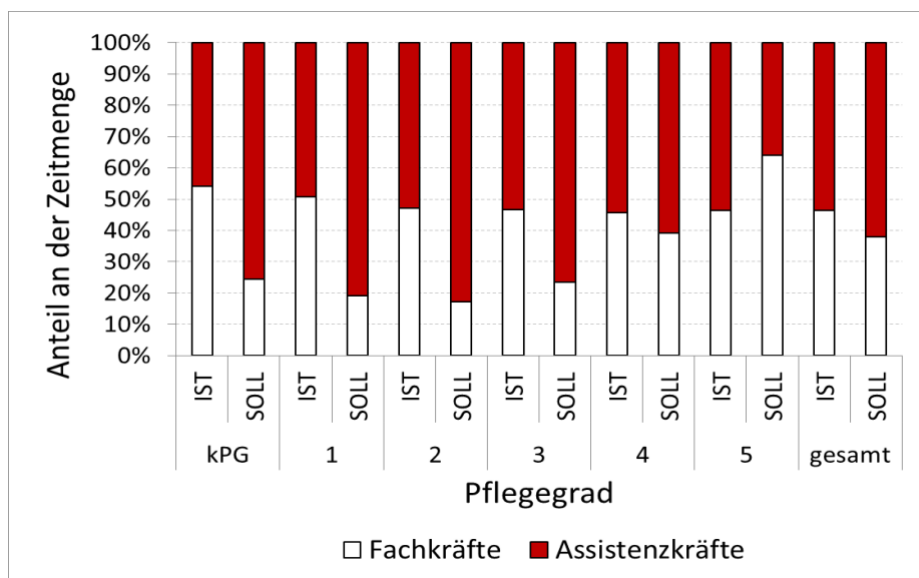


Abbildung 65: IST und SOLL-Fachkraftanteil in den vollstationären Erhebungseinrichtungen

Um die Unterschiede noch einmal zu verdeutlichen, sind in Abbildung 65 die IST- und SOLL-Fachkraftanteile in den Projekteinrichtungen gegenübergestellt. Während die IST-Fachkraftanteil den SOLL-Fachkraftanteil in den Pflegegraden 1 bis 3 (und bei Personen ohne Pflegegrad) deutlich übersteigt, ist er in Pflegegrad 5 niedriger als der SOLL-Wert. Insgesamt liegt der mittels der bundesdurch-

schnittlichen Pflegegradverteilung gewogene Fachkraftanteil des Durchschnittsbewohners im SOLL mit 38,0 % unter dem des IST mit 46,4 %.

Abbildung 66 und Abbildung 67 fassen die Ergebnisse des Vergleichs von IST und SOLL bei den vollstationären Einrichtungen ohne besonderen Versorgungsvertrag noch einmal zusammen. Dargestellt sind die im IST erbrachten und im SOLL zu erbringenden Pflegeminuten für den Durchschnittsbewohner bzw. die Durchschnittsbewohnerin. Bezüglich des Qualifikationsniveaus wurde dichotom in Assistenz- und Fachkräfte unterteilt.

In Abbildung 66 sind die Ergebnisse des IST dargestellt, die Zeitmengen der Assistenz- und Fachkräfte addieren sich insgesamt auf die 99 Minuten IST-Zeitmenge aus den früheren Darstellungen auf. Im weißen Balken sind die Zeitmengen abgebildet, die vom beschatteten Pflegepersonal für notwendige Interventionen aufgewendet wurden und die zugleich auch das SOLL-Qualifikationsniveau von Assistenzkräften zugewiesen bekommen haben. Diese Zeitmengen wurden also im richtigen Qualifikationsniveau erbracht. In dunkelrot sind all die Zeitmengen dargestellt, die von den Assistenz- bzw. Fachkräften zwar erbracht wurden, aber eigentlich von der Personengruppe des anderen Qualifikationsniveaus hätten erbracht werden sollen. In hellrot sind die Zeitmengen von erbrachten, nicht notwendigen Interventionen dargestellt, aufgrund der geringeren Prävalenz sind diese als Balken nahezu unsichtbar.

Auffällig ist insbesondere, dass fast die Hälfte der von Fachkräften erbrachten Leistungen gemäß dem Qualifikationsmixmodell auch von Assistenzkräften hätten erbracht werden können. Bei den Assistenzkräften ist es ein gutes Viertel der Leistungen, für die sie gemäß dem Qualifikationsmixmodell nicht hinreichend qualifiziert sind. Hinsichtlich der Arbeitsverteilung besteht hier also Optimierungspotential.

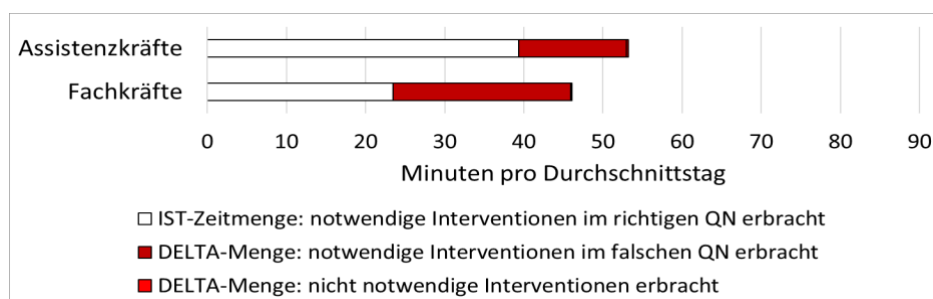
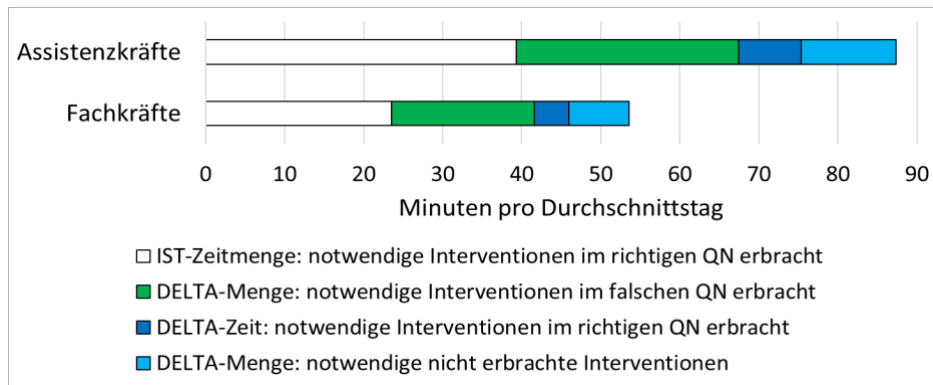


Abbildung 66: IST-Personaleinsatz der beschatteten Pflegekräfte in der direkten und indirekten Pflege in Minuten pro Durchschnittstag für einen Durchschnittsbewohner

Auch die SOLL-Zeitmengen des Durchschnittsbewohners könne nach Assistenz- und Fachkräften dargestellt und nach Erbringungsstatus weiter differenziert werden. In der Summe ergeben die Balken die Gesamtzeitmenge von 141 Minuten. In weiß sind in Abbildung 67 die zu Abbildung 66 äquivalenten im richtigen QN erbrachten IST-Zeitmengen dargestellt. Die dunkelblauen Balken stellen die zu diesen Zeitmengen korrespondierenden Zeit-DELTA (Zu- und Abschläge) dar. Die grünen Balken entsprechen den dunkelroten Balken der Abbildung 66, sind im SOLL aber inklusive der Zeit-DELTA und bei der richtigen Personalgruppe ausgewiesen. Die von den Fachkräften im falschen QN erbrachten IST-Zeitmengen von 22,4 Minuten sind im SOLL also den Assistenzkräften zugeordnet und erhöhen sich inklusive der Zu- und Abschläge auf 28,1 Minuten. In hellblau sind im SOLL zusätzlich die Zeitmengen der mit SOLL-Zeiten belegten nicht erbrachten, notwendigen Interventionen abgebildet.

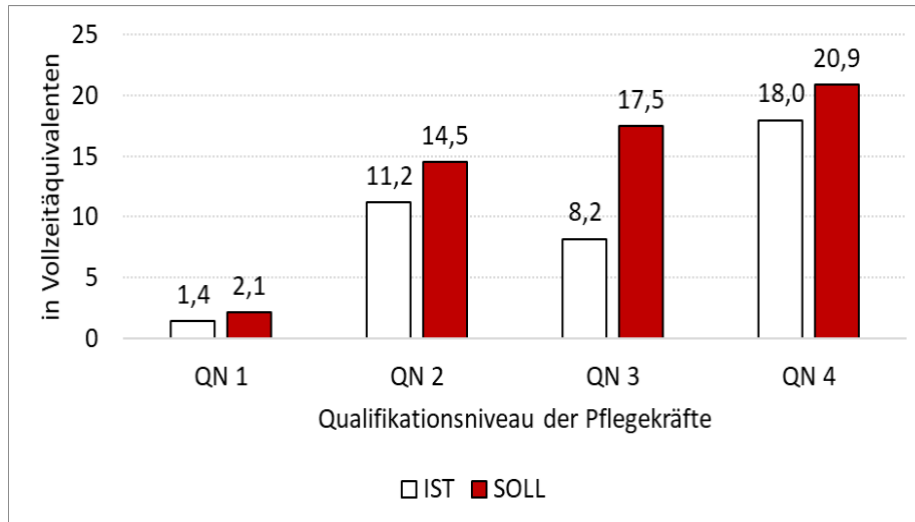


Anmerkung: Die IST-Personalmengen ergeben sich aus dem tatsächlichen Personaleinsatz der Erhebungseinrichtungen während der Datenerhebung. Um die Darstellung von der Größe der Einrichtung unabhängig zu machen wurde an dieser Stelle eine hypothetische 100-Bewohner-Einrichtung mit bundesdurchschnittlichem Case-Mix und dem Personaleinsatz der Studieneinrichtungen konstruiert. Hierdurch werden die absoluten Personalmengen größenstandardisiert. Ein direkter Vergleich auf Landes- oder Bundesebene ist hier nicht möglich, da keine nach QN differenzierten Aussagen zum Personaleinsatz vorliegen

Abbildung 67: SOLL-Personaleinsatz in der direkten und indirekten Pflege in Minuten pro Durchschnittstag für einen Durchschnittsbewohner

In der differenzierten Analyse der Veränderungen zwischen heutigem Leistungsgeschehen (Abbildung 66) und dem durch das Personalbemessungsverfahren beabsichtigten Personaleinsatz (Abbildung 70) lassen sich nun drei wesentliche Effekte erkennen. *Erstens* erhöht sich die die Personalzeit, die für die Verorgung eines durchschnittlichen Bewohners zur Verfügung steht erheblich. Dies ist ohne weitere Erklärungen direkt aus der Länge der dargestellten Zeit-Balken ersichtlich. *Zweitens* wird die zusätzlich zur Verfügung stehende Personalzeit überwiegend durch einen höheren Personaleinsatz bei den Assistenzkräften realisiert, wobei sich auch der Balken für die Fachkraftzeit vom IST zum SOLL vergrößert. *Drittens* – und dies soll im Kontext der Diskussionen um die resultierenden Personalmixe noch einmal betont werden – führt der personelle Mehreinsatz bei den Assistenzkräften zu einer deutlichen Vergrößerung der Zeitmenge, die von Fachkräften für Fachkraftaufgaben eingesetzt werden kann. Zusätzliche Assistenzkräfte entlasten die Fachkräfte, so dass die Zeitmenge für fachgerechte Erbringung von Fachkraftaufgaben von rund 23 Minuten im IST auf mehr als 53 Minuten im SOLL gesteigert wird.

Im Personalbemessungsinstrument bestimmt die Struktur der Bewohnerschaft den erforderlichen Qualifikationsmix. Differenziert nach den Qualifikationsniveaus 1 bis 4 impliziert das für die Erhebungseinrichtungen einen Personalmehrbedarf in allen Qualifikationsniveaus (Abbildung 68). Derzeit ist im Ordnungsrecht nur eine Fachkraftquote von 50 % festgeschrieben. Welche QN-Verteilung dagegen unterhalb des 50 %igen Fachkraftniveau anzusetzen ist, ist nach aktuellem Recht nicht festgelegt. So ist im IST eine sehr geringe Anzahl an Personen mit QN 3 in den Erhebungseinrichtungen beschäftigt. Bei Umsetzung des Qualifikationsmixmodells und einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung ergibt sich dagegen ein deutlich höherer Bedarf an 1- bis 2-jährig ausgebildeten Pflegeassistenzkräften nach Landesrecht (QN 3). Diese waren zum Zeitpunkt der Erhebung im IST mit durchschnittliche 8,2 VZÄ in den Erhebungseinrichtungen beschäftigt. Im SOLL ergibt sich für diese Beschäftigtengruppe in einer Einrichtung mit 100-Bewohner*innen und bundesdurchschnittlicher Pflegegradverteilung ein Personalbedarf von 17,5 VZÄ. Demnach müsste sich der Personaleinsatz von Beschäftigten in dieser Gruppe bei Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens mehr als verdoppeln.



Anmerkung: Die IST-Personalmengen ergeben sich aus dem tatsächlichen Personaleinsatz der Erhebungseinrichtungen während der Datenerhebung. Um die Darstellung von der Größe der Einrichtung unabhängig zu machen wurde an dieser Stelle eine hypothetische 100-Bewohner-Einrichtung mit bundesdurchschnittlichem Case-Mix und dem Personaleinsatz der Studieneinrichtungen konstruiert. Hierdurch werden die absoluten Personalmengen größenstandardisiert. Ein direkter Vergleich auf Landes- oder Bundesebene ist hier nicht möglich, da keine nach QN differenzierten Aussagen zum Personaleinsatz vorliegen.

Abbildung 68: IST- und SOLL-Personalmengen differenziert nach Qualifikationsniveaus

Wie sich die SOLL-Zeitmengen durchschnittlich in Abhängigkeit von den Pflegegraden auf die Qualifikationsniveaus 1 bis 4 verteilen, ist in Abbildung 69 dargestellt.

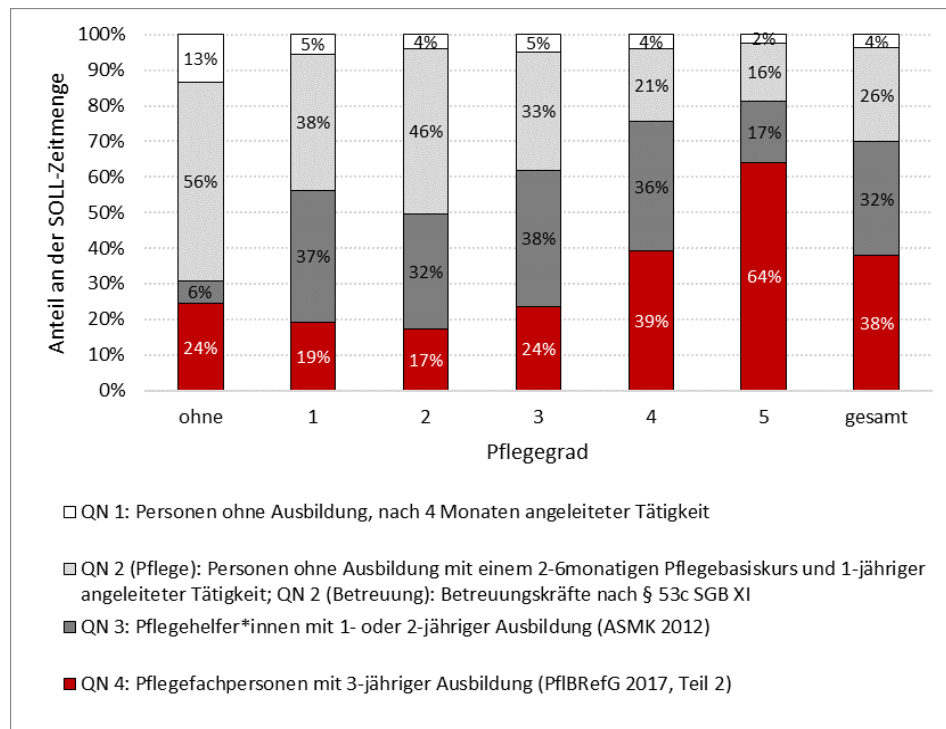


Abbildung 69: Verteilung der SOLL-Zeitmengen auf die QN 1-4 nach Pflegegrad

Hier zeigt sich in der Gesamtschau – für den Pflegegrad 1 muss hier wieder von einem statistischen Artefakt aufgrund der hohen Bedeutung der indirekten Pflege ausgegangen werden – deutlich, die Bedeutung der ausgebildeten Pflegekräfte in QN 3 und QN 4.

So steigt für die Pflegegrade 2 bis 5 nicht nur der Anteil der Personalzeit, die durch Fachkräfte erbracht werden muss, sondern auch der Gesamtanteil für ausgebildete Kräfte in QN 3 und QN 4. Bereits in Pflegegrad 2 ist hier schon die Hälfte der Gesamtzeit von ausgebildeten Assistenz- und Fachkräften zu leisten und steigt bis zum Pflegegrad 5 auf über 80 Prozent. Dies zeigt, bereits an dieser Stelle, dass – unabhängig von der SOLL-Menge der Pflegekräfte – auch das SOLL-Qualifikationsniveau innerhalb der Gruppe der Assistenzkräfte deutlich über dem heutigen Niveau liegt.

9.1.1.3 SOLL-Personalbedarfe im Vergleich zu den geltenden Pflegeschlüsseln

Neben den projektinternen Vergleichen der IST- und SOLL-Ergebnisse, können Analysen auch im *externen Vergleich* auf Basis von Pflegeschlüsseln erfolgen. Für die Darstellung wird nachfolgend auf eine Einrichtung mit 100 Bewohnern als Referenzeinrichtung abgestellt, deren Pflegegradstruktur der durchschnittlichen Pflegegradstruktur der Pflegestatistik für Dezember 2017 (Statistisches Bundesamt 2018a) entspricht.

Für eine solche Referenzeinrichtung resultierte im Mai 2018 bundesdurchschnittlich ein Stellenschlüssel von 40,33 Vollzeitäquivalenten, der nachfolgend zu jeweils 50 % auf Assistenz- und Fachkräfte aufgeteilt wird. Dieser Wert ergibt sich, wenn – zur besseren Vergleichbarkeit – aus den Angaben von Rothgang & Wagner (2019: 19) die Sonderschlüssel für PDL, Betreuung und Qualitätsbeauftragte abgezogen werden. Durch diese Modifikation wurde sichergestellt, dass in den für den projektexternen Vergleich berechneten bundesdurchschnittlichen Stellenschlüsseln ausschließlich die im Projekt erfasste Personengruppe der in der Pflege eingesetzten Pflegekräfte ohne Betreuungspersonal und Pflegedienstleitungen berücksichtigt sind, im IST und SOLL also die gleiche personelle Basis der in der Pflege eingesetzten Kräfte abgebildet werden. Zusätzlich wurden die 13.000 Stellen, die gemäß PpSG zusätzlich besetzt und aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden können, hinzuaddiert.

Der Algorithmus 1.0 des Personalbedarfsbemessungsinstruments generiert für diese Einrichtung einen Wert von insgesamt 54,93 Vollzeitäquivalenten. Im Vergleich zu den – wie vorstehend beschrieben errechneten – bundesdurchschnittlichen 40,33 VZÄ einer Referenzeinrichtung mit 100 Bewohner*innen resultiert daraus ein erforderlicher Personalzuwachs von insgesamt 36 % (Abbildung 70). Wird dieser erforderliche Personalzuwachs nach Qualifikationsniveau differenziert, besteht ein Mehrbedarf von 69 % bei den Assistenzkräften und von 3,5 % bei den Fachkräften. Der bereits berichtete SOLL-Fachkraftanteil von 38,0 % (Abbildung 64) bleibt aufgrund seiner Unabhängigkeit vom IST-Personal unverändert bestehen (Abbildung 71).

In Abbildung 72 sind die IST- und SOLL-Fachkraftanteile für den externen Vergleich nach Pflegegrad dargestellt. Für das IST wurde von einem Fachkraftanteil von 50 % über alle Pflegegrade ausgegangen, die SOLL-Anteile entsprechen den Werten aus Abbildung 64. Abbildung 72 bestätigt den aus dem Vergleich von IST und SOLL in den Erhebungseinrichtungen gewonnenen Befund der Abbildung 65: Während der Fachkraftanteil in den niedrigen Pflegegraden (und bei Menschen ohne Pflegegrad) im IST über dem SOLL-Wert liegt, ist es nur in Pflegegrad 5 umgekehrt.

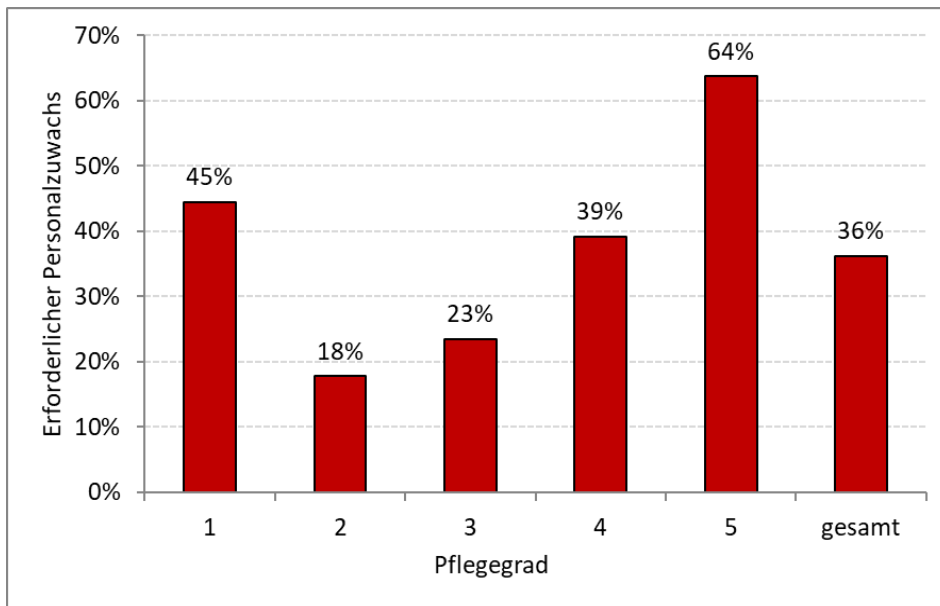
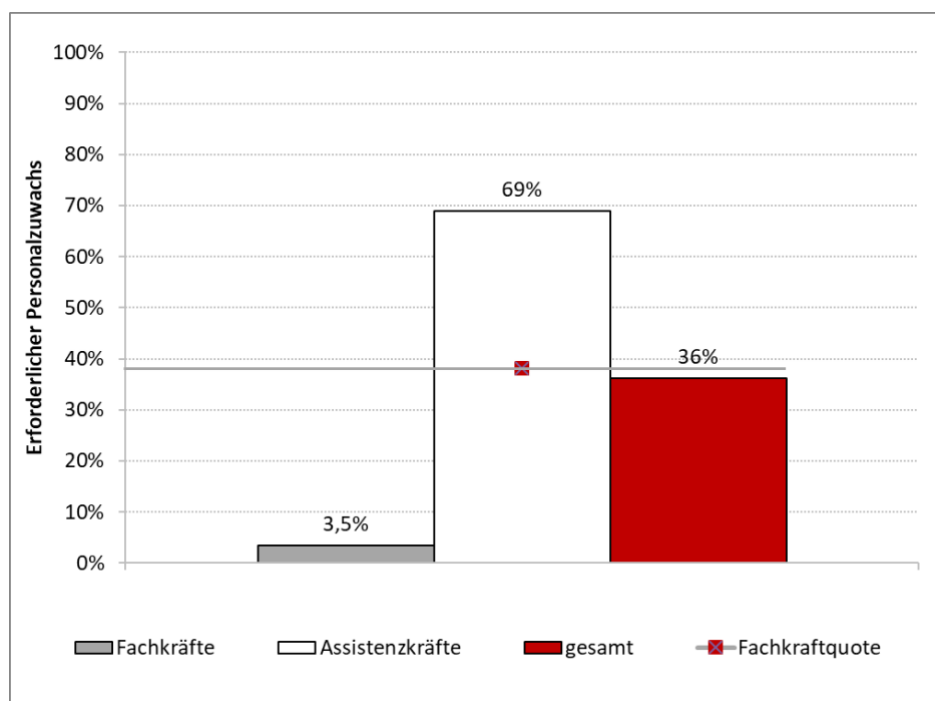
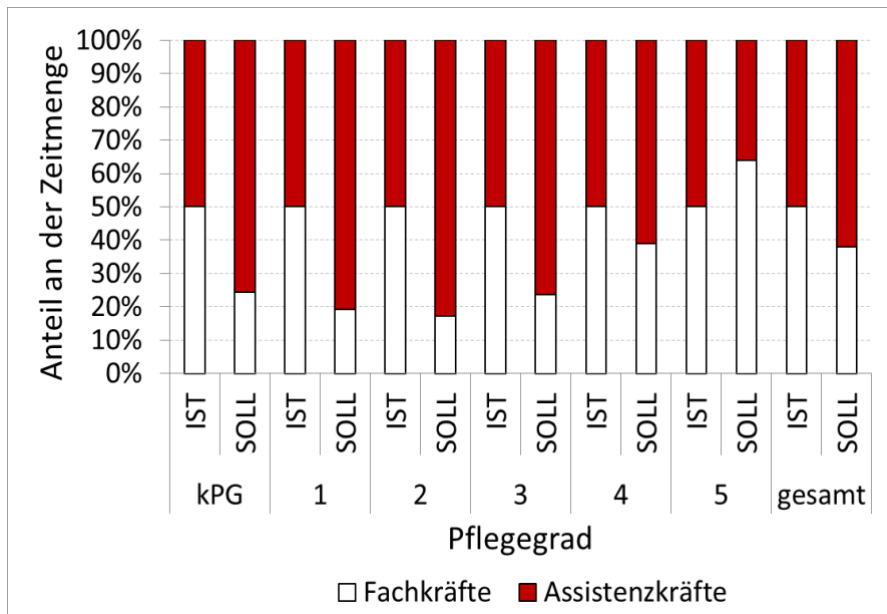


Abbildung 70: Verbesserung der Personalausstattung nach Pflegegraden im Vergleich zum Status quo in einer Referenzeinrichtung mit 100 Bewohner*innen und bundesdurchschnittlicher Pflegegradverteilung



Anmerkung: Referenz sind die modifizierten Pflegeschlüssel nach Rothgang & Wagner 2019 (siehe dazu auch Abschnitt 9.1.1.3, 2. Absatz).

Abbildung 71: Personalmehrbedarf insgesamt und innerhalb der Fach- und Assistenzkräfte und der daraus resultierende Fachkraftanteil



Anmerkung: Referenz sind die modifizierten Pflegeschlüssel nach Rothgang & Wagner 2019 (siehe dazu auch Abschnitt 9.1.1.3, 2. Absatz).

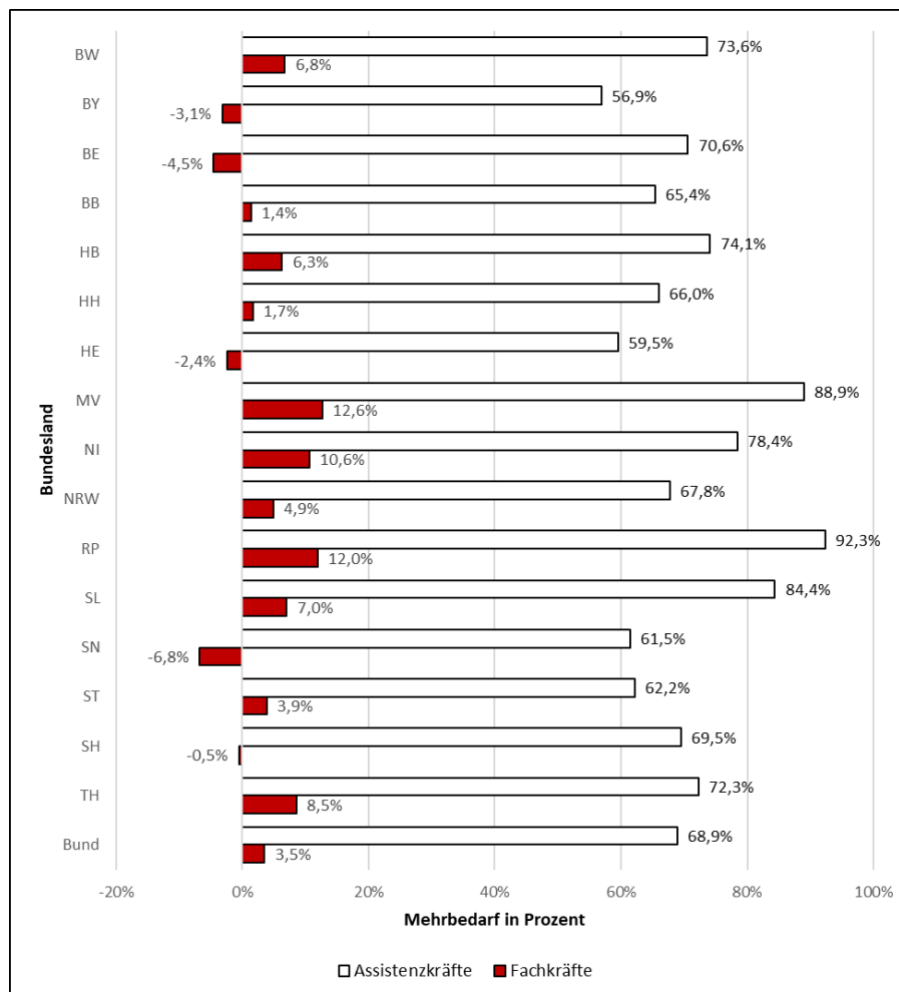
Abbildung 72: QN-Verteilung innerhalb der Pflegegrade

In einer Zusammenschau von Abbildung 71 und Abbildung 72 zeigt sich, dass die unterschiedlich starken Steigerungen von Fach- und Assistenzkräften wesentlich aus verschiedenen Anforderungen an kompetenzorientiert eingesetztes Personal entstehen. Unter den Rahmenbedingungen deutlich erhöhter Pflegepersonalmenge erfordern die Pflegegrade mit komplexen Versorgungssituationen zusätzlich einen höheren Anteil an Fachkraftzeiten. Komplementär hierzu sind die bedarfsorientierten Fachkraftanteile in den niedrigeren Pflegegraden aufgrund der geringeren pflegerischen Komplexität kleiner, allerdings bei insgesamt deutlich erhöhten Personalmenge. Auf Basis der Ergebnisse des Algorithmus 1.0 können die Personalmehrbedarfe auch auf Länderebene berechnet werden. Zugrunde gelegt werden dafür die nach Rothgang & Wagner (2019) berechneten IST-Personalschlüssel, auf deren Grundlage auch das durchschnittliche bundesweite IST von 40,33 VZÄ errechnet wurde. Wie bei der Berechnung der bundesweiten 40,33 VZÄ wurden die länderspezifischen IST-Personalschlüssel hinsichtlich der einbezogenen Sonderschlüssel an die Setzungen des Projekts angepasst und ausschließlich die Schlüssel für direkt in der Pflege eingesetztes Personal berücksichtigt. Schlüssel für beispielsweise Betreuung, Qualitätsmanagement und Pflegedienstleitungen wurden nicht in die Berechnungen eingeschlossen. Zudem wurden jedem Durchschnittsheim im IST anteilig die 13.000 Stellen nach dem PpSG zugerechnet. Hierbei ist zu beachten, dass vielfach Korridore vereinbart sind, die in dieser Berechnung durch die Korridormittelwerte abgebildet sind, was nicht zwingend der im Durchschnitt verhandelten Realität in diesen Ländern entsprechen muss.

Um die Effekte nach Fach- und Assistenzkräften differenzieren zu können, muss eine Fachkraftquote berücksichtigt werden, die hier auf 50 % gesetzt wurde. Im IST ergeben sich unter Zugrundelegung bundesländerspezifischer Pflegegradverteilungen gemäß Pflegestatistik für Dezember 2017 daraus Personalschlüssel im Umfang zwischen 35,18 und 42,9 VZÄ für eine Einrichtung mit 100 Bewohner*innen bzw. zwischen 17,59 und 21,45 VZÄ jeweils für Fach- und Assistenzkräfte. Für die Berechnung der SOLL-Personalschlüssel wurden die landesspezifischen Pflegegradverteilungen in den Algorithmus übertragen. Für eine 100-Bewohnereinrichtung resultieren SOLL-VZÄ zwischen 18,83 und 22,23 für Fach- und zwischen 33,51 und 34,70 für Assistenzkräfte.

Betont werden soll an dieser Stelle daher ausdrücklich, dass es sich bei den folgend dargestellten Effekten auf Landesebene nicht um Mehr- oder Mindermengen handelt, die sich für *jede* einzelne Einrichtung pauschal ergeben. Vielmehr wird ausgewiesen, wie der Personalmix einer jeweils landes-*durchschnittlich* belegten und mit Personal besetzten Einrichtung durch das einheitliche Personalbemessungsverfahren beeinflusst werden würde. Da die Case- und Care-Mixe jedoch in jeder Einrichtung durch die individuellen Strukturen aufeinander bezogen sind, kommt es auch in jeder Einrichtung zu individuellen Auswirkungen, die sich deutlich von den durchschnittlichen unterscheiden können.

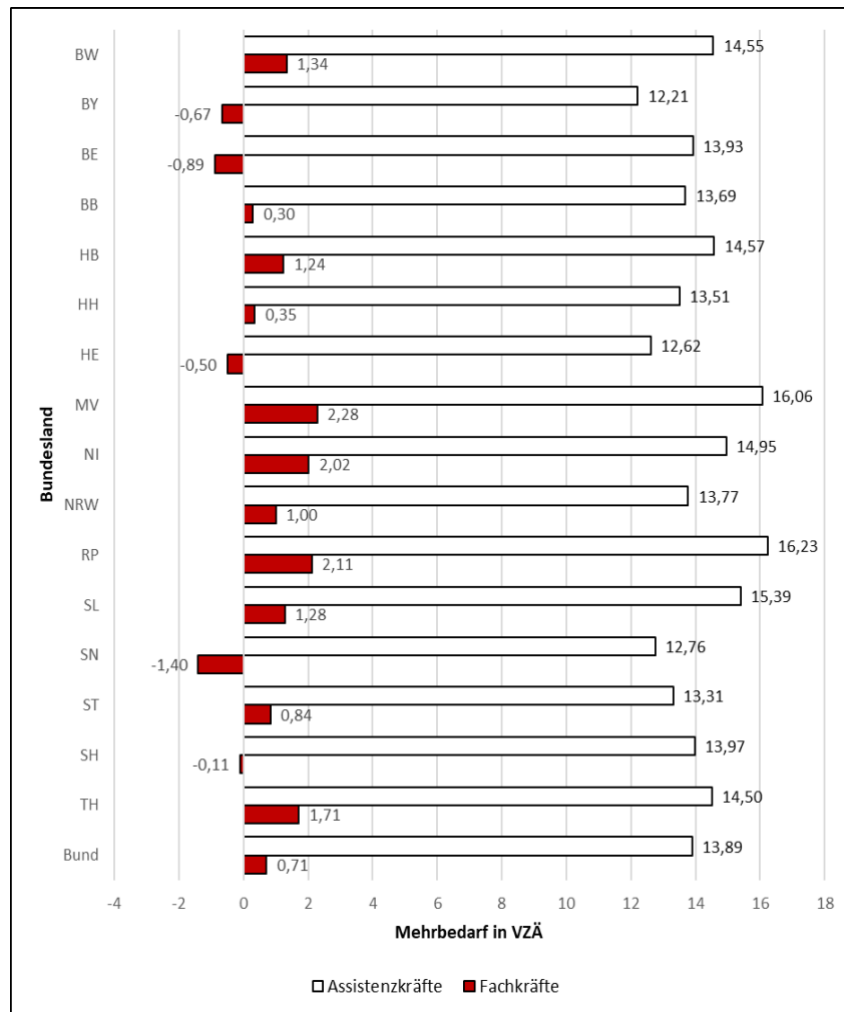
In Abbildung 73 sind die resultierenden länderspezifischen durchschnittlichen relativen Mehrbedarfe für Fach- und Assistenzkräfte dargestellt. Sie schwanken auf für Fachkräfte zwischen -6,8 % und 12,6 % sowie zwischen 56,9 % und 92,3 % für Assistenzkräfte.



Anmerkung: Referenz sind die modifizierten Pflegeschlüssel nach Rothgang & Wagner 2019 (siehe dazu auch Abschnitt 9.1.1.3, 2. Absatz).

Abbildung 73: Durchschnittlicher Mehrbedarf an Fach- und Assistenzkräften auf Länderebene in Prozent

Abbildung 74 weist diese Mehrbedarfe in VZÄ aus. Während die Effekte für Fachkräfte in einem Bereich von -1,4 bis +2,3 Stellen angesiedelt und damit vergleichsweise begrenzt sind, zeigen sich in allen Bundesländern für Assistenzkräfte für die Referenzeinrichtung mit 100 Bewohner*innen Mehrbedarfe von mindestens 12 Vollzeitäquivalenten.



Anmerkung: Referenz sind die modifizierten Pflegeschlüssel nach Rothgang & Wagner 2019 (siehe dazu auch Abschnitt 9.1.1.3, 2. Absatz).

Abbildung 74: Durchschnittlicher Mehrbedarf an Fach- und Assistenzkräften auf Länderebene in Vollzeitäquivalenten pro 100-Bewohnereinrichtung

9.1.2 Teilstationärer Sektor

In die Auswertungen des teilstationären Einrichtungstyps fließen Daten aus sechs Erhebungseinheiten und von 140 Pflegebedürftigen ein. Aufgrund der kleineren Stichprobengröße werden hier ausschließlich Ergebnisse auf der Klassierungsebene der Pflegegrade berichtet. Weiterhin ist aufgrund fehlender Berechnungen bundesdurchschnittlicher Personalschlüssel ein Vergleich mit derartigen Schlüsseln nicht möglich. Stattdessen werden lediglich die IST- und die SOLL-Werte in den sechs Erhebungseinrichtungen verglichen. Insoweit aus den Werten für die einzelnen Pflegegrade Aussagen über Durchschnittswerte abgeleitet werden, wird für den teilstationären Bereich ein „Durchschnittsgast“ über die Pflegegradverteilung der Leistungsempfänger von Tages- und Nachtpflege im Jahresdurchschnitt 2018 nach Leistungstagestatistik (BMG 2019b) erzeugt. Hierbei gehen die Ergebnisse

- des PG 2 mit Gewichtung von 26,43 %,
- des PG 3 mit Gewichtung von 40,53 %,
- des PG 4 mit Gewichtung von 26,35 % und
- des PG 5 mit Gewichtung von 6,69 %

in die Berechnung des Durchschnitts ein.

Wie Abbildung 75 zeigt wurden für einen Gast pro durchschnittlichem Anwesenheitstag von den beschatteten Pflegekräften Leistungen im Umfang von durchschnittlich 57 Minuten (für Personen ohne Pflegegrad) bis 122 Minuten (für Personen in Pflegegrad 5) erbracht. Die SOLL-Zeitmengen belaufen sich in auf durchschnittlich 59 Minuten (für Personen ohne Pflegegrad) bis maximal 150 Minuten (für Personen in Pflegegrad 5). Bis zum Pflegegrad 4 nehmen dabei die durchschnittlichen Zeitmengen im IST und SOLL zu, im Pflegegrad 5 sinken sie ab auf einen Wert unterhalb des Wertes für Pflegegrad 4. Im Gegensatz zur Situation in den vollstationären Einrichtungen sind die teilstationären Gäste nicht durchgängig in den Einrichtungen anwesend, sondern haben individuelle Anwesenheitszeiten, die nicht zwangsläufig die gesamte Öffnungszeit der Einrichtung abdecken. Die durchschnittliche Anwesenheitsdauer von Gästen der verschiedenen Pflegegrade ist in Tabelle 45 auf Seite 240 dargestellt. Die Überprüfung der täglichen Anwesenheitsdauer hat aufgezeigt, dass für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 im Durchschnitt über einen kürzeren Zeitraum Leistungserbringungen dokumentiert wurden, als für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4. Der Rückgang der IST- und SOLL-Zeitmengen im Pflegegrad 5 könnte also der kürzeren durchschnittlichen Anwesenheitsdauer geschuldet sein.

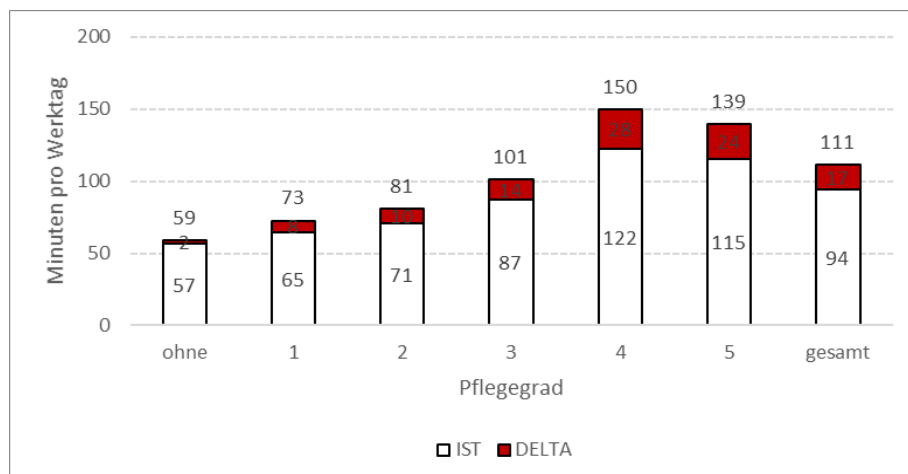
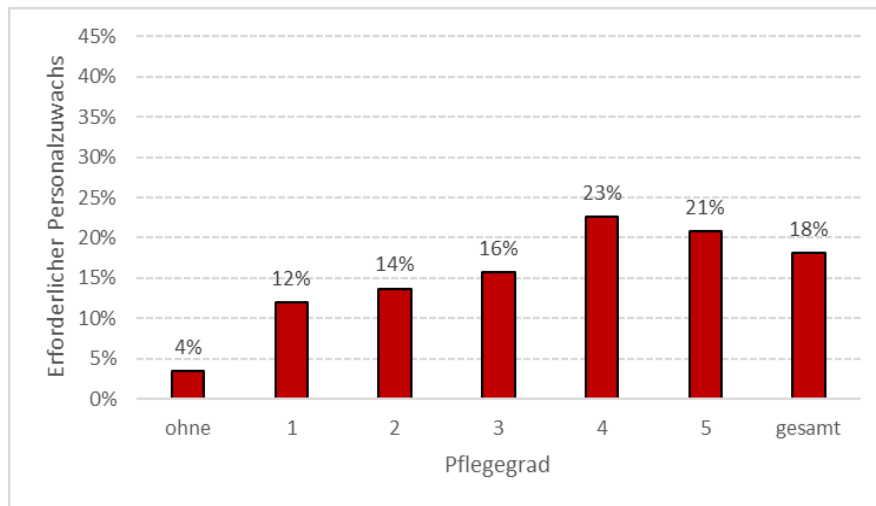


Abbildung 75: IST- und DELTA-Zeitmengen pro Werktag

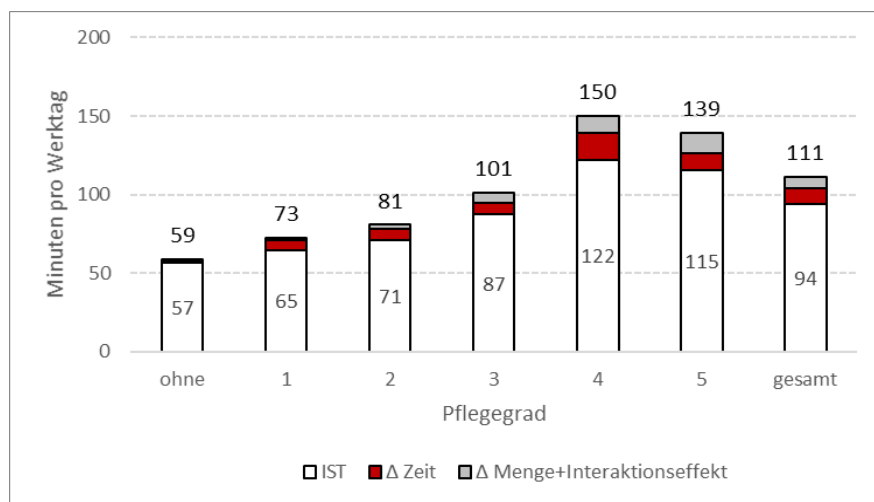
Der Vergleich der IST- und SOLL-Zeitmengen in den sechs hier ausgewerteten Einrichtungen ergibt einen Personalmehrbedarf von 18 % für den Durchschnittsgast (Abbildung 76). In den einzelnen Pflegegraden variiert der Mehrbedarf zwischen 4 % und 23 % und liegt damit durchgängig deutlich niedriger als im vollstationären Bereich. Der Mehrbedarf nimmt analog zu den IST- und SOLL-Zeitmengen für Gäste bis zum Pflegegrad 4 zu und rangiert im Pflegegrad 5 knapp darunter.

Werden die Zeitmengen-DELTA in Zeit-Zu- und Abschläge auf erbrachte Interventionen (Δ Zeit) und Zeitmengen für nicht erbrachte Interventionen (Δ Menge + Interaktionseffekt) differenziert, zeigt sich, dass die Differenz aus IST- und SOLL-Zeitmengen in den unteren Pflegegraden insbesondere durch das Δ Zeit entsteht (Abbildung 77). Erst ab Pflegegrad 3 zeigen sich auch ein Δ Zeit durch nicht erbrachte Interventionen. Insgesamt ist die Zeitkomponente im teilstationären Bereich also im höheren Maße für Personalmehrbedarfe verantwortlich als die Mengenkompente.



Anmerkung: Referenz ist das IST der Erhebungseinheiten.

Abbildung 76: Personalmehrbedarf innerhalb der teilstationären Erhebungseinheiten nach Pflegegrad



Anmerkung: Δ Zeit entspricht den SOLL-Zuschlägen auf im IST erbrachte Interventionen. Δ Menge entspricht notwendigen, im IST nicht erbrachten Interventionen.

Abbildung 77: Personalmehrbedarf in teilstationären Einrichtungen nach Pflegegrad

Wie im vollstationären Bereich zeigt sich auch teilstationär ein deutlicher Unterschied zwischen den *Fachkraftanteilen* im IST und im SOLL. Der IST-Fachkraftanteil liegt für den Durchschnittsgast bei 39 %. Dabei zeigen sich bei niedrigen Pflegegraden bis einschließlich Pflegegrad 2 überdurchschnittliche, bei Pflegegrad 3 bis 5 dagegen unterdurchschnittliche Anteilswerte. Insgesamt bewegt sich der Fachkraftanteil aber im Bereich von 34 % (für Pflegegrad 5) bis 47 % für Pflegegrad 1 und 2) und damit noch in einer begrenzten Spannweite (Abbildung 78).

Dies stellt sich im SOLL anders dar. Hier reicht die Spannweite des Fachkräfteanteils von 5 % (in Pflegegrad 1 bis zu 43 % in Pflegegrad 5 und steigt monoton mit den Pflegegraden. Wie im vollstationären Bereich zeigt sich eine positive Korrelation zwischen Fachkraftanteil und Ausmaß der Pflegebedürftigkeit nur im SOLL, nicht aber im IST. Wie im vollstationären Bereich ist der durchschnittliche Fachkräfteanteil gemittelt über alle Pflegegrade zudem im SOLL niedriger als im IST. Tatsächlich ist

der SOLL-Fachkräfteanteil im teilstationären Bereich nicht einmal halb so groß wie der IST-Fachkräfteanteil.

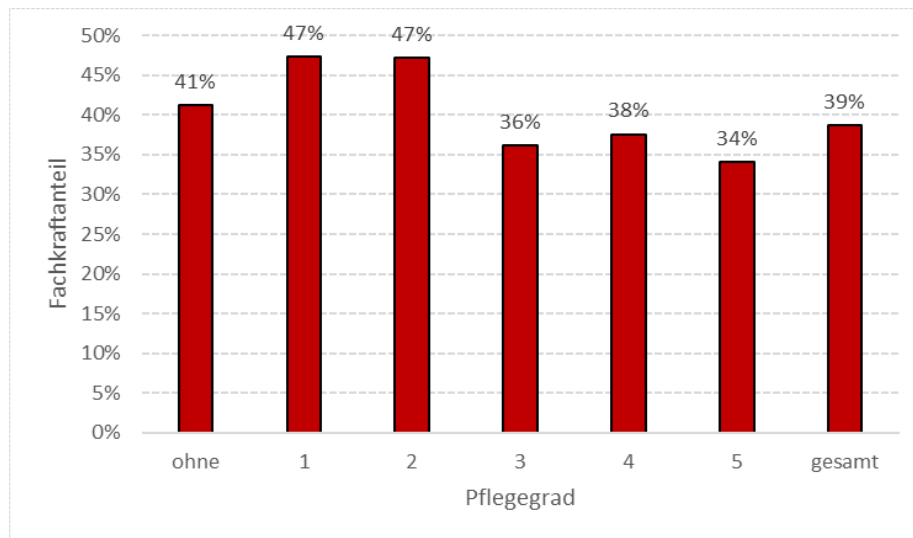


Abbildung 78: IST-Fachkraftanteil der teilstationären Einrichtungen

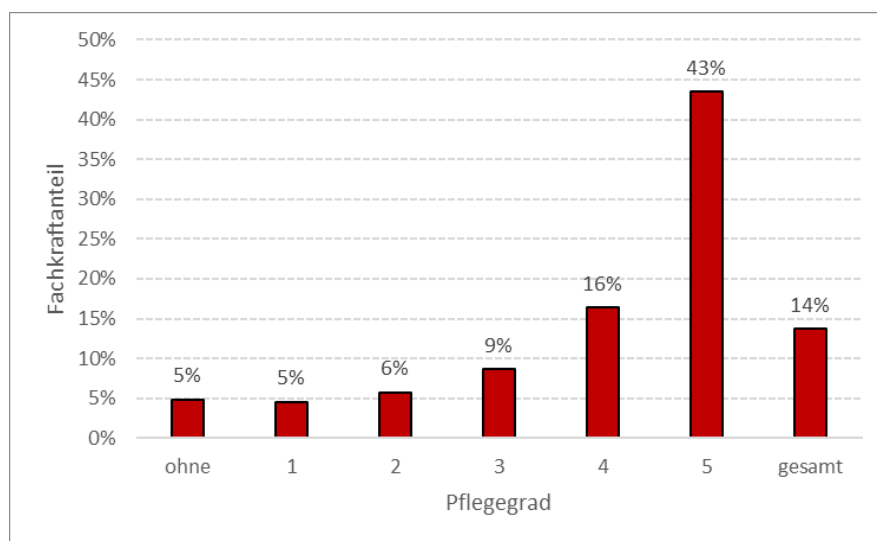


Abbildung 79: SOLL-Fachkraftanteil in den teilstationären Einrichtungen

9.2 Überprüfung der studienleitenden Grundannahmen

Der Studienkonzeption liegen drei wesentliche Annahmen zu Grunde, die zum Zeitpunkt der Konzeption nicht überprüfbar waren, auf Basis der Studiendaten nunmehr aber geprüft werden können (Abschnitte 9.2.1 bis 9.2.3):

1. Der Personalbedarf unterscheidet sich in Menge und Erbringungszeiten je nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit.
2. Die SOLL-Zeiten unterschieden sich nicht nach eingesetzter Personalmenge.
3. Die Datenerhebenden legen die SOLL-Werte auf Basis ihrer Fachlichkeit, nicht in Abhängigkeit ihrer Zugehörigkeit zu einem Arbeitgeber fest.

9.2.1 Abhängigkeit der Mengen und Erbringungszeiten von Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit

Die erste Grundannahme besagt, dass sich der Personalbedarf je nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit unterscheidet. Für die Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens ist es folglich notwendig, eine Klassierung der Pflegebedürftigen vorzunehmen, nach der ihre individuellen korrespondierenden Personalmengen die größtmögliche Berücksichtigung finden. Aus diesem Grund wurde die Projektkonzeption auf die Klassierung nach Pflegegraden und die feinere Klassierung nach BI-Konstellation ausgelegt. Sollte sich diese Annahme nicht bestätigen, ist eine Differenzierung der Heimbewohner*innen gemäß der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit im Personalbemessungsverfahren nicht notwendig.

Eine Überprüfung der ersten Grundannahme kann auf verschiedenen Wegen erfolgen. Die einfachste Möglichkeit ist der Vergleich der pro Zeiteinheit (z. B. Normwoche) erforderlichen Zeitmengen zwischen den Klassierungskategorien über alle Leistungen hinweg. Bei diesem Vergleich der Gesamtzeitmengen zeigt sich in den beiden Klassierungen Pflegegrad und BI-Konstellation, dass diese sowohl im IST, als auch im SOLL mit steigender Pflegebedürftigkeit zunehmen (Abbildung 57 und Abbildung 59). Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit korrelieren also mit dem als Zeitmenge dargestellten Gesamtpflegebedarf. Damit kann die Annahme bereits im globalen Sinn als bestätigt gelten.

Da die Projektkonzeption auf die Erfassung der (SOLL-)Erbringungsdauer und -anzahl von Interventionen ausgelegt war, ist aber auch eine *detailliertere Auswertung* der Mengen und Zeiten einzelner Interventionen möglich. So kann nachvollzogen werden, inwiefern der Zeit- und Mengenbedarf an verschiedenen Interventionen je nach Pflegebedürftigkeit variiert. Sollten sich Unterschiede innerhalb der Interventionen und Klassierungen aufzeigen, sind diese ein weiteres Indiz für die Notwendigkeit der Projektkonzeption mit einer differenzierten Ermittlung des Personalbedarfs für verschiedene Klassierungen der Pflegebedürftigkeit.

Im Rahmen der Grundannahmenprüfung wurden deshalb die SOLL-Zeiten, SOLL-Mengen und SOLL-Zeitmengen der einzelnen 110 Interventionen des Interventionskataloges auf ihre Korrelation mit der Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit überprüft. Datengrundlage sind dafür die dokumentierten Erbringungen, auf deren Grundlage ebenfalls die Abbildungen nach BI-Konstellationen im Anlagenband (A 6.1) erzeugt wurden. In diesen sind für jede Intervention die durchschnittlichen Zeiten pro Vollerbringung und die durchschnittliche Anzahl an Vollerbringungen pro Werktag für 90 BI-Konstellationen sortiert nach Pflegebedürftigkeit dargestellt. Für jede dieser Abbildungen wurde eine Trendlinie $y = mx + b$ über die SOLL-Werte berechnet, von deren Faktor m die Steigung der Geraden abgelesen werden kann. Ein positiver Faktor impliziert eine Steigung der Geraden und damit eine positive Korrelation zwischen der y-Variable und der x-Variablen, also eine Zunahme der durchschnittlichen Mengen oder Erbringungszeiten bei Zunahme der Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit. Ein negativer Faktor impliziert indessen eine Abhängigkeit in die andere Richtung, nämlich eine Abnahme der notwendigen Mengen oder Erbringungszeiten mit zunehmender Pflegebedürftigkeit. Eine Steigung von 0 impliziert einen konstanten Verlauf der Geraden und damit die Unabhängigkeit von bedarfsadäquater Personalmenge und Schwere der Pflegebedürftigkeit. Zur Berechnung der Trendlinie wurde den 90-BI-Konstellationen eine Rangnummer zugewiesen und diese als erklärende Variable verwendet. Die Auswertung beschränkt sich auf die 85 Interventionen, die im Zuge der Erhebung für die direkte Pflege dokumentiert wurden. Nur für diese mit Bewohnerbezug dokumentierten Interventionen können der Grad und die Schwere der Pflegebedürftigkeit der leistungsempfangenden Pflegebedürftigen über die BI-Konstellation identifiziert und durchschnittliche Zeiten und Mengen eindeutig dieser Klassierung zugewiesen werden.

Bei den Mengen und Zeitmengen werden Durchschnittswerte von allen 90 abgebildeten BI-Konstellationen in die Auswertung einbezogen, um die fehlende Notwendigkeit dieser Interventionen in den betroffenen BI-Konstellationen abzubilden (n=90). Bei den pro Vollerbringung erforderlichen Zeiten ist dieses Vorgehen nicht sinnvoll, da einer nicht erforderlichen Intervention kein gültiger Zeitwert zugewiesen werden kann und die Setzung auf 0 das Ergebnis verfälscht. Folglich wurden bei den Auswertungen der Zeiten ausschließlich die BI-Konstellationen berücksichtigt, für die gültige SOLL-Zeiten vorlagen. Dadurch verringert sich das *n* bei jeder Intervention auf die Anzahl der betrachteten BI-Konstellationen. Da Trendlinien ausschließlich für die Interventionen ermittelt werden können, für die in mindestens zwei der 90 dargestellten BI-Konstellationen Werte vorliegen, wurden alle Interventionen, die die Bedingung von $n \geq 2$ nicht erfüllen, aus der Prüfung der Grundannahme ausgeschlossen. Selbiges gilt, wenn aufgrund der vorgenommenen Imputation ausschließlich identische Zeitwerte über verschiedene BI zugeordnet wurden und sich deshalb eine Regressionsgerade ohne Steigung ergibt. Dieser Fall tritt beispielsweise bei der Intervention Einkaufsfahrt ein (A 6.1). Für die durchschnittlichen Mengen und Zeitmengen wurden deshalb 85 Interventionen und für die Durchschnittszeiten 70 Interventionen in die Auswertung einbezogen.

Die aus den Berechnungen resultierenden und in den Abbildungen im Anlagenband dargestellten Steigungen der Trendlinien wurden für die Überprüfung der ersten Grundannahme anhand ihrer Vorzeichen kategorisiert und ausgezählt. Zusätzlich wurde die Signifikanz der erklärenden Variablen auf dem Signifikanzniveau von 5 % überprüft.

In Tabelle 53 sind die Ergebnisse der Prüfung über alle in die Auswertung eingeschlossenen Interventionen zusammenfassend dargestellt. Für die Auswertungen der SOLL-Zeiten, -Mengen und -Zeitmengen wird berichtet, wie viele der Trendlinien positive und negative Steigungen aufweisen und in wie vielen Fällen die erklärende Variable einen signifikanten p-Wert von $\alpha < 0,05$ aufweist. Die Steigungen und rohen R-Quadrat-Werte zu den nicht im Detail dargestellten Interventionen können den Abbildungen im Anlagenband entnommen werden.

Tabelle 53: Zu- und Abnahme der durchschnittlichen SOLL-Zeiten, -Mengen und -Zeitmengen mit zunehmender Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit.

	Zeit	Menge	Zeitmenge
einbezogene Interventionen, <i>n</i>	70	85	85
Interventionen mit steigendem Bedarf, <i>n</i> (%)	41 (58,6)	61 (71,8)	59 (69,4)
davon signifikant, <i>n</i> (%)	14 (34,1)	23 (37,7)	21 (35,6)
Interventionen mit sinkendem Bedarf, <i>n</i> (%)	29 (41,4)	24 (28,2)	26 (30,6)
davon signifikant, <i>n</i> (%)	2 (6,9)	0 (0,0)	0 (0,0)

Anmerkung: Signifikanzniveau $\alpha=0,05$

In Bezug auf die durchschnittlichen SOLL-Zeiten zeigt sich im Fall von 58,6 % der Interventionen eine positive Korrelation der Zeit mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit. Bei den SOLL-Mengen und SOLL-Zeitmengen liegt der Anteil bei 71,8 % und 69,6 %. Über ein Drittel der bivariaten Regressionsrechnungen mit positiver Steigung haben einen signifikanten Regressionskoeffizienten. Bei den übrigen Interventionen liegen negative Korrelationen zwischen den y- und x-Variablen vor, signifikant sind allerdings nur 2 von 29 Regressionskoeffizienten bei Auswertungen der Durchschnittszeiten.

Tabelle 54 enthält eine detailliertere Darstellung der Ergebnisse für 20 einzelne Interventionen, in der zusätzlich die p-Werte, rohen R-Quadrat-Werte und Steigungen *m* der Berechnungen dargestellt sind. Bei den dargestellten 20 Interventionen handelt es sich um die am häufigsten dokumentierten

Interventionen. Sie machen knapp 92 % aller 81.652 im aufbereiteten Datensatz dokumentierten Interventionen der direkten Pflege aus vollstationären Einrichtungen aus.

Tabelle 54: Ergebnisse der bivariaten linearen Regressionsmodelle zur Prüfung der ersten Grundannahme

Intervention	erklärende Variable Pflegebedürftigkeit			Regressionsmodell
	Vorzeichen	Koeffizient	p-Wert	rohes R-Quadrat
Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder	+	0.0744	0.0012	0.1631
Ausscheidungsmanagement	+	0.0287	0.1139	0.0309
Bewegungsförderung	-	-0.0129	0.4912	0.0084
Bewohnergespräch	-	-0.0214	0.0198	0.0732
Hauswirtschaftliche Unterstützung	+	0.0129	0.0037	0.1081
Hilfe beim Aufstehen	+	0.0225	0.0165	0.0715
Hilfe beim Zubettgehen	+	0.0167	0.2427	0.0175
Injektion i.c./s.c.	+	0.0008	0.9085	0.0004
Kompressionsstrümpfe/-verband	-	-0.0154	0.1930	0.0318
Körperpflege: Duschen	+	0.0731	0.0214	0.0744
Körperpflege: Waschen am Waschbecken	+	0.0245	0.0561	0.0449
Körperpflege: Waschen im Bett	+	0.0952	0.0111	0.1505
Medikamentengabe	+	0.0067	0.0141	0.0681
Mund- und Zahnpflege	-	-0.0129	0.1522	0.0414
Nahrungsaufnahme: Durchführung	+	0.0818	0.0177	0.1429
Nahrungsaufnahme: Vorbereitung	+	0.0116	0.0061	0.0923
Positionierung	-	-0.0151	0.6089	0.0064
Transfer/Fortbewegen	+	0.0148	0.0085	0.0962
Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker	+	0.0012	0.8439	0.0009
Wundpflege	+	0.0190	0.3881	0.0214
Anteil positiv	75%			
Anteil signifikant			50%	

Anmerkung: fettgedruckte p-Wert bezeichnen Signifikanz zum Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$

Bei den Durchschnittszeiten haben 75 % der 20 erzeugten Trendlinien eine positive Steigung bzw. die erklärende Variable einen positiven Regressionskoeffizienten, in 9 Fällen sind diese zusätzlich signifikant. Lediglich bei der Intervention „Bewohnergespräch“ liegt die Signifikanz bei negativer Steigung der Trendlinie vor. Die rohen R-Quadrat-Werte der Regressionsmodelle liegen auf Ebene der einzelnen Interventionen bei maximal 16,3 %.

Bei den Durchschnittsmengen weisen 70 % der 20 erzeugten Trendlinien eine positive Steigung bzw. die erklärende Variable einen positiven Regressionskoeffizienten auf. In allen Fällen sind diese zusätzlich signifikant. Die rohen R-Quadrat-Werte der Regressionsmodelle liegen auf Ebene der einzelnen Interventionen bei maximal 46,2 % (Tabelle 55).

Tabelle 55: Ergebnisse der bivariaten linearen Regressionsmodelle zur Prüfung der Korrelation der durchschnittliche SOLL-Mengen mit der Pflegebedürftigkeit für 20 Interventionen

Intervention	erklärende Variable Pflegebedürftigkeit			Regressionsmodell
	Vorzeichen	Koeffizient	p-Wert	rohes R-Quadrat
Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder	+	0.0508	<.0001	0.2320
Ausscheidungsmanagement	+	0.2100	<.0001	0.2501
Bewegungsförderung	+	0.0205	0.0098	0.0734
Bewohnergespräch	-	-0.0123	0.2461	0.0153
Hauswirtschaftliche Unterstützung	-	-0.0033	0.7027	0.0017
Hilfe beim Aufstehen	+	0.0768	<.0001	0.2303
Hilfe beim Zubettgehen	+	0.0951	<.0001	0.3178
Injektion i.c./s.c.	-	-0.0007	0.9694	0.0000
Kompressionsstrümpfe/-verband	-	-0.0211	0.1990	0.0187
Körperpflege: Duschen	-	-0.0030	0.2793	0.0133
Körperpflege: Waschen am Waschbecken	+	0.0471	0.0019	0.1044
Körperpflege: Waschen im Bett	+	0.0733	<.0001	0.2303
Medikamentengabe	+	0.1076	0.0019	0.1047
Mund- und Zahnpflege	+	0.0171	0.0165	0.0635
Nahrungsaufnahme: Durchführung	+	0.1487	<.0001	0.4623
Nahrungsaufnahme: Vorbereitung	+	0.0932	<.0001	0.2636
Positionierung	+	0.1965	<.0001	0.2699
Transfer/Fortbewegen	+	0.2221	<.0001	0.3845
Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker	-	-0.0131	0.4882	0.0055
Wundpflege	+	0.0140	0.0156	0.0646
Anteil positiv	70%			
Anteil signifikant			70%	

Anmerkung: fettgedruckte p-Wert bezeichnen Signifikanz zum Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$

Tabelle 56: Ergebnisse der bivariaten linearen Regressionsmodelle zur Prüfung der Korrelation der durchschnittliche SOLL-Zeitmengen mit der Pflegebedürftigkeit für 20 Interventionen

Intervention	erklärende Variable Pflegebedürftigkeit			Regressionsmodell
	Vorzeichen	Koeffizient	p-Wert	rohes R-Quadrat
Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder	+	0.5668	<.0001	0.4230
Ausscheidungsmanagement	+	1.5952	0.0057	0.0838
Bewegungsförderung	+	0.0749	0.0118	0.0699
Bewohnergespräch	-	-0.0837	0.0516	0.0424
Hauswirtschaftliche Unterstützung	+	0.0136	0.6038	0.0031
Hilfe beim Aufstehen	+	0.5376	<.0001	0.2481
Hilfe beim Zubettgehen	+	0.7509	<.0001	0.2375
Injektion i.c./s.c.	+	0.0296	0.6387	0.0025
Kompressionsstrümpfe/-verband	-	-0.1312	0.0684	0.0372
Körperpflege: Duschen	-	-0.0301	0.6250	0.0027
Körperpflege: Waschen am Waschbecken	+	0.8058	0.0012	0.1136
Körperpflege: Waschen im Bett	+	1.3129	<.0001	0.2384
Medikamentengabe	+	0.3014	0.0002	0.1511
Mund- und Zahnpflege	+	0.0376	0.2677	0.0139
Nahrungsaufnahme: Durchführung	+	1.3708	<.0001	0.3767
Nahrungsaufnahme: Vorbereitung	+	0.2945	<.0001	0.2525
Positionierung	+	0.9172	<.0001	0.2152
Transfer/Fortbewegen	+	0.7610	<.0001	0.3083
Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker	-	-0.0075	0.9315	0.0001
Wundpflege	+	0.1289	0.0339	0.0501
Anteil positiv	80%			
Anteil signifikant			65%	

Anmerkung: fettgedruckte p-Wert bezeichnen Signifikanz zum Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$

Bei den durchschnittlichen Zeitmengen, die sich als Produkt der erhobenen Zeiten und Mengen ergeben, weisen schließlich 80 % der 20 erzeugten Trendlinien eine positive Steigung bzw. die erklärende Variable einen positiven Regressionskoeffizienten auf. Von diesen sind 13 (65 %) zusätzlich signifikant. Die rohen R-Quadrat-Werte der Regressionsmodelle liegen auf Ebene der signifikanten Interventionen zwischen 5 % und 42 % (Tabelle 56).

Insgesamt zeigen die Auswertungen, dass sich die durchschnittlichen Zeiten, Mengen und Zeitmengen je nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit – hier dargestellt nach BI-Konstellationen – unterscheiden. Insbesondere die Mengen und Zeitmengen weisen in über zwei Drittel der betrachteten Interventionen eine tendenzielle Zunahme mit steigender Pflegebedürftigkeit auf. Dabei zeigen sich innerhalb der einzelnen Interventionen neben den positiven Tendenzen, vereinzelt auch negative, wobei aber nahezu ausschließlich die positiven Korrelationen signifikant sind.

Die erste Grundannahme kann damit bestätigt werden: der Personalbedarf unterscheidet sich in SOLL-Menge und SOLL-Erbringungszeiten je nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit. Dementsprechend ist eine Klassierung der Pflegebedürftigen nach ihrer Pflegebedürftigkeit für die Berechnung des Personalbemessungsinstrumentes zwingend erforderlich.

9.2.2 Unabhängigkeit der SOLL-Zeiten von der eingesetzten Personalmenge

Die zweite studienleitende Grundannahme geht davon aus, dass die von den Datenerhebenden vorgenommene Bestimmung der SOLL-Werte unabhängig von der eingesetzten Personalmenge erfolgt sind. Dies impliziert, dass die Bewertung und Korrektur der erbrachten Leistungen mit SOLL-Zu- und Abschlägen und Bewertung der Notwendigkeit (nicht) erbrachter Interventionen durch die Datenerhebenden ausschließlich fachlich begründet ist und nicht an die eingesetzte, zum Erhebungszeitpunkt verfügbare, Personalmenge angepasst wurde.

Die nachträgliche Prüfung der Unabhängigkeit der SOLL-Wert-Bestimmung durch die Datenerheber*innen ist schwierig. Als Datengrundlage können ausschließlich plausibel dokumentierte, durch beschattete Pflegekräfte erbrachte Interventionen herangezogen werden. Da neben der eingesetzten Personalmenge noch weitere einrichtungsspezifische Faktoren wie die Bewohnerstruktur der Einrichtung die Festlegung der bewohnerspezifischen SOLL-Werte beeinflussen können, müssen diese so gut wie möglich in der Auswertung kontrolliert werden.

Zur Prüfung der zweiten Grundannahme müssen demnach eine Kennzahl für die erhobenen SOLL-Werte und eine Kennzahl für den Personaleinsatz gegenübergestellt und auf (Un)-Abhängigkeit geprüft werden. Dafür eignet sich grundsätzlich eine Regressionsanalyse, bei der der Personaleinsatz als erklärende Variable eingesetzt wird.

Da sich die eingesetzte Personalmenge sowohl auf die Erbringungszeiten einer einzelnen Leistung, als auch auf die Anzahl der in einer Zeiteinheit erbrachten Interventionen auswirken kann, wurden zur Prüfung der zweiten Grundannahme die IST-Zeitmengen, SOLL-Zeitmengen und Zeitmengen-DELTA als Kennzahlen für die SOLL-Werte festgelegt. In den Zeitmengen sind Erbringungszeiten und –mengen kombiniert. Die genannten Kennzahlen wurden auf Bewohnerebene für einzelne Interventionen berechnet. Um mögliche Schicht- und Tageseffekte in einzelnen Einrichtungen auszuschließen, wurden ausschließlich die Zeitmengen aus Früh- und Spätschichten an Werktagen ausgewertet. Zudem wurden ausschließlich Vollerbringungen der direkten Pflege einbezogen. Die resultierenden durchschnittlichen Zeitmengen pro Bewohner (IST, SOLL, DELTAs) für Vollerbringungen an fünf Werktagen (Früh- und Spätschichten) wurden als abhängige Variablen in drei Regressionsmodellen der Kennzahl für die eingesetzte Personalmenge gegenübergestellt. Die Modelle wurden für die 20

am häufigsten dokumentierten Interventionen berechnet, für die auch bereits die erste Grundannahme geprüft und bestätigt wurde. Zusätzlich wurde die individuelle Pflegebedürftigkeit der einbezogenen Bewohner mit der Variable Pflegegrad kontrolliert.

Die Ermittlung der Kennzahl zum Personaleinsatz der Erhebungseinrichtungen muss unter Kontrolle von sich zwischen den teilnehmenden Einrichtungen unterscheidenden Faktoren geschehen. Da sich diese u. a. in ihrer Belegungsstruktur unterscheiden, ist die eingesetzte Personalmenge zwischen den teilnehmenden Einrichtungen ohne Kontrolle dieser Faktoren nicht vergleichbar. Aus diesem Grund wurde aus den aus der Erhebung verfügbaren Daten der Personaleinsatz der beschatteten Pflegekräfte der Einrichtungen abgeschätzt und über die Einrichtungen standardisiert. Dafür wurden zunächst für alle Erhebungsschichten (Früh- und Spätschichten an Werktagen) und jede beschattete Pflegekraft die IST-Personaleinsatzzeit individuell abgeschätzt. Anhand der ersten und letzten vorgenommenen Dokumentation für eine durch diese beschattete Pflegekraft erbrachte Leistung wurden die individuellen Einsatzzeiten ermittelt. Aus der Summe der Einsatzminuten aller Pflegekräfte einer Erhebungsschicht wurden die insgesamt eingesetzten Personaleinsatzzeiten einer Einrichtung pro Schicht berechnet. Für jede Einrichtung wurde anschließend der Mittelwert pro Werktagsfrüh- und Werktagsspätschicht gebildet und zu den durchschnittlichen Personaleinsatzzeiten pro Werktag aufsummiert. Damit lag für jede Einrichtung eine Kennzahl für den IST-Personaleinsatz vor.

Da die Kennzahl des IST-Personaleinsatzes von der Belegungsstruktur und Größe der Einrichtungen abhängt, wurde des Weiteren für jede Einrichtung eine Kennzahl für das SOLL-Personal berechnet, in der die individuelle Bewohnerstruktur der Einrichtungen berücksichtigt wurde. Dafür wurde für alle Bewohner der teilnehmenden Erhebungseinheiten einer Einrichtung (Studienteilnehmer*innen und – nichtteilnehmer*innen) die nach Pflegegrad durchschnittlich notwendigen SOLL-Zeitmengen pro Werktag (Früh- und Spätschicht) angerechnet.

Die Summe der SOLL-Zeitmengen über alle Bewohner ergab eine – an die individuelle Belegungsstruktur angepasste – Kennzahl für den SOLL-Personaleinsatz für jede Einrichtung in Minuten.

Der Quotient aus den so ermittelten Kennzahlen für IST- und SOLL-Personaleinsatz dient als erklärende Variable in den durchgeführten Regressionsmodellen. Sie wurde allen Bewohnern einer Einrichtung zugewiesen. In der Kennzahl ist abgebildet, wie viele Prozente des berechneten SOLL-Personaleinsatzes durch den ermittelten IST-Personaleinsatz abgedeckt sind. Eine Verteilung der Kennzahl ist in Abbildung 80 dargestellt. Alle Bewohner einer Einrichtung mit unplausibler Kennzahl von größer 1 wurden aus der Grundannahmenprüfung ausgeschlossen. Mit dieser Einschränkung liegen für die Prüfung der zweiten Grundannahme Durchschnittsdaten für n=993 Bewohnern aus 39 vollstationären Einrichtungen vor.

In den Tabelle 57 und Tabelle 58 sind die Ergebnisse der multiplen linearen Regressionen für die durchschnittlichen IST- und SOLL-Zeitmengen dargestellt.

Bei den *Regressionen gegen die durchschnittlichen IST-Zeitmengen* hat die Kennzahl für den Personaleinsatz bei 11 der 20 untersuchten Interventionen einen signifikanten Einfluss. Die signifikanten Regressionskoeffizienten liegen zwischen 0,0537 und 0,1824. Eine um 10 Prozentpunkte höhere Kennzahl für Personaleinsatz resultiert damit in einer durch beschattete Pflegekräfte erbrachten höheren durchschnittlichen IST-Zeitmenge der Interventionen von 0,537 bis 1,824 Minuten in fünf Werktagen. Die adjustierten R-Quadrat-Werte der Regressionsmodelle mit signifikanter Kennzahl liegen bei maximal 36,41 % (für die Intervention *NAHRUNGSAUFNAHME: VORBEREITUNG*). Insgesamt kann also tendenziell davon ausgegangen werden, dass ein höherer Personalbestand zu einer höheren IST-Zeitmenge führt.

Tabelle 57: Ergebnisse der Regressionen gegen durchschnittliche IST-Zeiten pro Vollerbringung in vollstationären Einrichtungen

Intervention	Kennzahl für Personaleinsatz		Gesamtmodell
	Regressionskoeffizient	p-Wert	adjustiertes R ²
Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder	0,1699	<,0001	0,0349
Ausscheidungsmanagement	0,1257	<,0001	0,1077
Bewegungsförderung	0,0121	0,7040	0,0032
Bewohnergespräch	0,1121	0,0003	0,0391
Hauswirtschaftliche Unterstützung	0,0897	0,0047	0,0104
Hilfe beim Aufstehen	0,0226	0,4536	0,1010
Hilfe beim Zubettgehen	0,0092	0,7537	0,1535
Injektion i.c./s.c.	-0,0114	0,7208	-0,0025
Kompressionsstrümpfe/-verband	-0,0372	0,2389	0,0139
Körperpflege: Duschen	0,0478	0,1320	0,0069
Körperpflege: Waschen am Waschbecken	0,1454	<,0001	0,1425
Körperpflege: Waschen im Bett	0,0537	0,0354	0,3574
Medikamentengabe	-0,0069	0,8155	0,1358
Mund- und Zahnpflege	0,0523	0,0904	0,0585
Nahrungsaufnahme: Durchführung	0,0684	0,0072	0,3641
Nahrungsaufnahme: Vorbereitung	0,1824	<,0001	0,0988
Positionierung	0,0721	0,0110	0,2098
Transfer/Fortbewegen	0,1494	<,0001	0,1989
Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker	-0,0519	0,1037	-0,0013
Wundpflege	0,0627	0,0453	0,0342

Anmerkung: fettgedruckte p-Wert bezeichnen Signifikanz zum Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$

Tabelle 58: Ergebnisse der Regressionen gegen durchschnittliche SOLL-Zeitmengen von Vollerbringungen in vollstationären Einrichtungen.

Intervention	Kennzahl für Personaleinsatz		Gesamtmodell
	Regressionskoeffizient	p-Wert	adjustiertes R ²
Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder	0.0285	0.3416	0.1113
Ausscheidungsmanagement	0.0724	0.0141	0.1434
Bewegungsförderung	-0.0568	0.0673	0.0489
Bewohnergespräch	0.0693	0.0275	0.0259
Hauswirtschaftliche Unterstützung	0.1065	0.0008	0.0146
Hilfe beim Aufstehen	-0.0093	0.7575	0.1029
Hilfe beim Zubettgehen	-0.0218	0.4554	0.1592
Injektion i.c./s.c.	-0.0252	0.4292	-0.0026
Kompressionsstrümpfe/-verband	-0.0578	0.0673	0.0145
Körperpflege: Duschen	0.0363	0.2517	0.0083
Körperpflege: Waschen am Waschbecken	0.0896	0.0025	0.1388
Körperpflege: Waschen im Bett	0.0333	0.1966	0.3442
Medikamentengabe	0.0019	0.9501	0.1320
Mund- und Zahnpflege	0.0182	0.5520	0.0728
Nahrungsaufnahme: Durchführung	0.0389	0.1185	0.3890
Nahrungsaufnahme: Vorbereitung	0.1565	<.0001	0.0868
Positionierung	0.0372	0.1899	0.2038
Transfer/Fortbewegen	0.0852	0.0028	0.2035
Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker	-0.0505	0.1131	-0.0018
Wundpflege	0.0509	0.1042	0.0331

Anmerkung: fettgedruckte p-Wert bezeichnen Signifikanz zum Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$

Tabelle 59: Ergebnisse der Regressionen über durchschnittliche Zeitmengen-DELTA von Vollerbringungen in vollstationären Einrichtungen.

Intervention	Kennzahl für Personaleinsatz		Gesamtmodell
	Regressionskoeffizient	p-Wert	adjustiertes R ²
Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder	-0,1151	0,0761	0,1478
Ausscheidungsmanagement	-0,0520	0,4408	0,0990
Bewegungsförderung	-0,0657	0,0193	0,0567
Bewohnergespräch	-0,0042	0,7452	0,0084
Hauswirtschaftliche Unterstützung	0,0203	0,0012	0,0363
Hilfe beim Aufstehen	-0,0725	0,0532	0,0597
Hilfe beim Zubettgehen	-0,1113	0,0297	0,0759
Injektion i.c./s.c.	-0,0251	0,2914	-0,0018
Kompressionsstrümpfe/-verband	-0,0420	0,0194	0,0081
Körperpflege: Duschen	-0,0122	0,6090	0,0035
Körperpflege: Waschen am Waschbecken	-0,0719	0,3729	0,0527
Körperpflege: Waschen im Bett	-0,0148	0,8700	0,1938
Medikamentengabe	0,0124	0,7313	0,0558
Mund- und Zahnpflege	-0,0077	0,6252	0,0505
Nahrungsaufnahme: Durchführung	-0,1105	0,2114	0,2122
Nahrungsaufnahme: Vorbereitung	0,0468	0,0283	0,0326
Positionierung	0,0045	0,9540	0,1402
Transfer/Fortbewegen	-0,0756	0,1068	0,0947
Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker	-0,0304	0,1819	-0,0000
Wundpflege	0,0048	0,7529	0,0136

Anmerkung: fettgedruckte p-Wert bezeichnen Signifikanz zum Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$

Tabelle 60: Standardisierter Regressionskoeffizient der Kennzahl für Personaleinsatz in den Regressionsmodellen

Intervention	Standardisierter Regressionskoeffizient		
	SOLL-Zeitmengen-Modell	IST-Zeitmengen-Modell	Zeitmengen-DELTA-Modell
Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder	0,0285	0,1699	-0,0521
Ausscheidungsmanagement	0,0724	0,1257	-0,0233
Bewegungsförderung	-0,0568	0,0121	-0,0724
Bewohnergespräch	0,0693	0,1121	-0,0103
Hauswirtschaftliche Unterstützung	0,1065	0,0897	0,1014
Hilfe beim Aufstehen	-0,0093	0,0226	-0,0597
Hilfe beim Zubettgehen	-0,0218	0,0092	-0,0666
Injektion i.c./s.c.	-0,0252	-0,0114	-0,0336
Kompressionsstrümpfe/-verband	-0,0578	-0,0372	-0,0742
Körperpflege: Duschen	0,0363	0,0478	-0,0162
Körperpflege: Waschen am Waschbecken	0,0896	0,1454	-0,0276
Körperpflege: Waschen im Bett	0,0333	0,0537	-0,0047
Medikamentengabe	0,0019	-0,0069	0,0106
Mund- und Zahnpflege	0,0182	0,0523	-0,0151
Nahrungsaufnahme: Durchführung	0,0389	0,0684	-0,0353
Nahrungsaufnahme: Vorbereitung	0,1565	0,1824	0,0687
Positionierung	0,0372	0,0721	0,0017
Transfer/Fortbewegen	0,0852	0,1494	-0,0489
Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker	-0,0505	-0,0519	-0,0425
Wundpflege	0,0509	0,0627	0,0010

Anmerkung: fett gedruckte Regressionskoeffizienten bezeichnen Signifikanz zum Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$

Bei den *Regressionen gegen die durchschnittlichen SOLL-Zeitmengen* hat die Kennzahl für den Personaleinsatz dagegen bei nur 6 der 20 untersuchten Interventionen einen signifikanten Effekt. Die signifikanten Regressionskoeffizienten sind niedrig und liegen zwischen 0,0693 und 0,1565. Eine um 10 Prozentpunkte höhere Kennzahl für Personaleinsatz resultiert damit in einer durch beschattete Pflegekräfte erbrachten höheren durchschnittlichen SOLL-Zeitmenge von 0,693 bis 1,565 Minuten in fünf Werktagen. Die adjustierten R-Quadrate der Regressionsmodelle mit signifikanter Kennzahl liegen bei maximal 20,35 % für die Intervention *TRANSFER/FORTBEWEGEN*. Insgesamt ist also allenfalls ein schwacher Einfluss der Personalausstattung auf die SOLL-Zeitmenge festzustellen.

In Tabelle 59 und Tabelle 60 sind die Ergebnisse der *Regressionsmodelle gegen die Zeitmengen-DELTA*s dargestellt. Die DELTAs geben die Differenz des beobachteten IST und des von den Schatten als erforderlich dokumentierten SOLLs wieder. Ein kleines DELTA in den Zeitmengen eines Bewohners impliziert eine geringe Abweichung des erbrachten IST vom fachlich festgelegten SOLL im Sinne des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Ein großes DELTA bedeutet stattdessen eine große Lücke zwischen der IST- und SOLL-Erbringungszeit. Bei größerem Personaleinsatz innerhalb einer Einrichtung wäre dementsprechend von einem kleineren resultierenden DELTA auszugehen.

Von den 20 untersuchten Interventionen weisen 15 einen Regressionskoeffizienten mit negativem Vorzeichen auf, tendenziell geht also ein höherer Personaleinsatz mit einer Abnahme des DELTAs einher. Von den 15 negativen Regressionskoeffizienten sind drei signifikant. Die Interventionen *HAUSWIRTSCHAFTLICHE UNTERSTÜTZUNG* und *NAHRUNGS-AUFNAHME: VORBEREITUNG* – Interventionen, die je nach Einrichtungskonzept auf Pflegekräfte, Hauswirtschaftskräfte oder bei Auslagerung auf Externe entfallen, sind Interventionen mit signifikanter Kennzahl und positivem Koeffizienten.

Tendenziell hat der Personaleinsatz bei Vergleich der Ergebnisse für die IST- und SOLL-Zeitmengen also eher signifikanten Einfluss auf die durchschnittlichen IST-, als auf die SOLL-Zeitmengen der einzelnen Bewohner. Für einen Vergleich der Effektstärke der Kennzahl auf die Durchschnittszeiten zwischen den IST- und SOLL-Zeit-Modellen wurden zusätzlich die standardisierten Beta-Koeffizienten berechnet (Tabelle 60). Die Standardisierung erlaubt den Vergleich der Koeffizienten zwischen den – bis auf die abhängige Variable – identischen Regressionsmodellen. Bei 16 von 20 Interventionen liegt der standardisierte Koeffizient aus den IST-Zeitmengen-Modellen über denen der SOLL-Zeitmengen-Modelle, was für eine größere Abhängigkeit der IST-Durchschnittszeiten vom Personaleinsatz spricht.

Insgesamt zeigt sich damit, dass die von den Datenerhebenden dokumentierten und korrigierten SOLL-Zeitmengen im Vergleich zu den IST-Zeitmengen und Zeitmengen-DELTA-s weitgehend unabhängig von der eingesetzten Personalmenge der Einrichtungen sind. Die Erhebung erfolgte durch die Datenerhebenden fachlich begründet, sodass auch die zweite studienleitende Grundannahme bestätigt werden kann.

9.2.3 Unabhängigkeit der SOLL-Zeiten und ZEITBEGRÜNDUNGEN von den Datenerhebenden

Die dritte Grundannahme geht davon aus, dass der Arbeitgeber der Datenerhebenden keinen Einfluss auf die Erhebung hat und die Datenerhebenden die in den Schulungen vermittelten fachlichen Standards einheitlich anwenden. Wie beschrieben fungierten für die Erhebung Mitarbeitende der MDK-Gemeinschaft, des PKV-Verbandes und Pflegekräfte der privaten Anbieterverbände als Datenerhebende. Zu prüfen war, ob systematische Unterschiede zwischen den verschiedenen Erheber*innengruppen bestehen. Um die Pflegekräfte nicht mehr als notwendig in ihrem Arbeitsalltag einzuschränken, wurden keine gleichzeitigen Mehrfachbeschattungen derselben Pflegekraft durch mehrere Schatten durchgeführt. Deshalb können keine echten Interraterreliabilitätsprüfungen durchgeführt werden. Stattdessen wurden a) die dokumentierten ZEITBEGRÜNDUNGEN sowie b) die pro

Interventionsdurchführung durchschnittlich erhobenen SOLL-Zeiten für die Datenerhebenden der verschiedenen Organisationen gegenübergestellt.

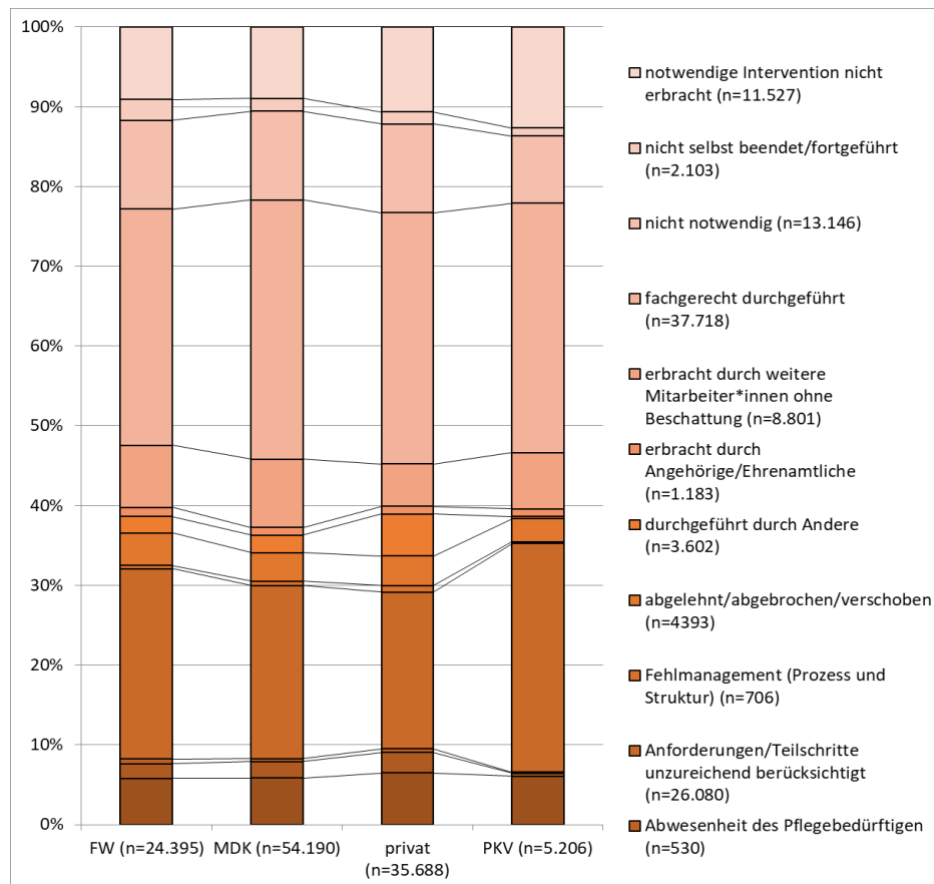


Abbildung 80: Verteilung der dokumentierten ZEITBEGRÜNDUNGEN zwischen den Datenerhebenden im Rohdatensatz

Die Auswertungen zur Dokumentation der ZEITBEGRÜNDUNGEN wurde für den Rohdatensatz, also die Interventionen vor den Dateneingriffen durch die Aufbereitung vorgenommen. Insgesamt fließen 119.479 dokumentierte Interventionen der direkten Pflege aus voll- und teilstationären Einrichtungen in die Auswertung ein, die von den externen Datenerhebenden des MDK, der FW, dem PKV-Verband oder privaten Anbietern gestellt wurden. Jeder geplanten oder erbrachten Intervention wurde bei der Dokumentation eine ZEITBEGRÜNDUNG zugeordnet, anhand derer der Erbringungsstatus der Intervention identifiziert werden kann. Inwiefern die Datenerhebenden den Erbringungsstatus der Interventionen bei der Erfassung bewerten, wurde graphisch in Abbildung 80 dargestellt, und die zugehörigen Anteilswerte finden sich in Tabelle 61. Die Ausprägungen der ZEITBEGRÜNDUNG sind zwischen allen Datenerheber*innengruppen ähnlich verteilt. Das gilt insbesondere für die zentralen Begründungen *NOTWENDIGE INTERVENTION NICHT ERBRACHT*, *NICHT NOTWENDIG* und *FACHGERECHT DURCHFÜHRT*. Abweichungen können auf die Individualität jeder Erhebungssituation zurückgeführt werden, da jeder Datenerhebende in Beschattungssituationen mit anderen Pflegebedürftigen war. Eine Überprüfung der Unabhängigkeit der vorgenommenen Bewertungen der ZEITBEGRÜNDUNGEN kann statistisch über Chi-Quadrat-Tests erfolgen. Mithilfe dieser werden die Häufigkeiten der ZEITBEGRÜNDUNGEN zwischen den Datenerheber*innengruppen verglichen. Dafür wurden für jede ZEITBEGRÜNDUNG die absoluten Häufigkeiten der ZEITBEGRÜNDUNG und der restlich dokumentierten ZeitBegründungen gegenübergestellt. Im Ergebnis zeigt sich, dass die Chi-Quadrat-Tests bei 12 der 13 betrachteten

ZEITBEGRÜNDUNGEN signifikante Unterschiede zwischen den vier Datenerheber*innengruppen ausweisen. Nur bei der ZEITBEGRÜNDUNG *ERBRACHT DURCH ANGEHÖRIGE* werden statistisch keine Unterschiede zwischen den Datenerhebenden ermittelt. Aufgrund des großen *n* mit insgesamt fast 120.000 einbezogenen Interventionen kann dieses Ergebnisse nicht überraschen. Deshalb sollte an dieser Stelle nicht nur auf die Signifikanz, sondern auch auf die Relevanz der Unterschiede geachtet werden. Bei näherer Betrachtung der Anteilswerte zeigt sich auf deskriptiver Ebene nämlich, dass die Erheber*innengruppen bei diesen nur in geringem Ausmaß variieren.

Tabelle 61: Anteilswerte an dokumentierten ZEITBEGRÜNDUNGEN im Rohdatensatz nach Datenerheber*innengruppe

ZEITBEGRÜNDUNG	Anteile innerhalb der Organisationsform in %				
	FW	MDK	PKV	privat	Summe
Missing	5,80	5,84	6,05	6,50	6,04
ABWEICHUNG BEIM ÜBERNAHMENIVEAU	1,84	2,04	0,40	2,52	2,07
ABWESENHEIT DES PFLEGE BEDÜRFTIGEN	0,60	0,37	0,10	0,50	0,44
ANFORDERUNGEN/TEILSCHRITTE UNZUREICHEND BERÜCKSICHTIGT	23,83	21,71	28,66	19,64	21,83
FEHLMANAGEMENT (PROZESS UND STRUKTUR)	0,42	0,54	0,23	0,83	0,59
ABGELEHNT/ABGEBROCHEN/VERSCHOBEN	4,10	3,57	2,90	3,67	3,68
DURCHGEFÜHRT DURCH ANDERE	2,05	2,22	0,27	5,28	3,01
ERBRACHT DURCH ANGEHÖRIGE/EHRENAMTLICHE	1,12	0,94	0,96	0,98	0,99
ERBRACHT DURCH WEITERE MITARBEITER*INNEN OHNE BESCHATTUNG	7,82	8,54	7,07	5,31	7,37
FACHGERECHT DURCHGEFÜHRT	29,62	32,54	31,25	31,47	31,57
NICHT NOTWENDIG	11,09	11,12	8,43	11,14	11,00
NICHT SELBST BEENDET/FORTGEFÜHRT	2,64	1,61	1,02	1,50	1,76
NOTWENDIGE INTERVENTION NICHT ERBRACHT	9,08	8,95	12,66	10,66	9,65
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Zusätzlich sind deshalb in Abbildung 81 die absoluten Abweichungen der Anteilswerte vom Anteil über alle Erheber*innengruppen in Prozentpunkten dargestellt. Die Abweichung der ZEITBEGRÜNDUNG *NOTWENDIGE INTERVENTION NICHT ERBRACHT* berechnet sich beispielsweise aus der Differenz der Datenerheber*innengruppen-Anteile (8,95 % bis 12,66 %) vom übergreifenden Anteilswert 9,65 %. Insgesamt beträgt die Abweichung nur in einem einzigen Fall mehr als 5 Prozentpunkte bei der ZEITBEGRÜNDUNG *ANFORDERUNGEN/TEILSCHRITTE UNZUREICHEND BERÜCKSICHTIGT*. In weiteren 11 Fällen liegt sie bei über 1 Prozentpunkt und in den übrigen 40 Fällen bei unter einem Prozentpunkt.

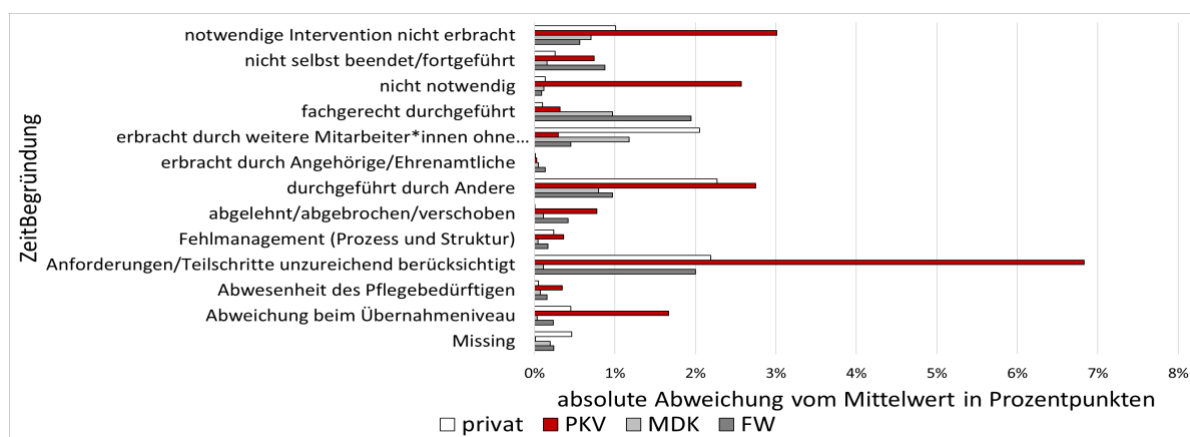


Abbildung 81: Absolute Abweichung der Anteilswerte der ZEITBEGRÜNDUNGEN der Datenerheber*innengruppen vom Durchschnittswert

Insgesamt haben die Datenerhebenden das in der Schulung angeeignete Handling der Dokumentation und den Gebrauch der verfügbaren ZEITBEGRÜNDUNGEN einheitlich umgesetzt und alle ZEITBEGRÜNDUNGEN bei der Dokumentation verwendet. Die Signifikanz der statistischen Tests kann mit dem großen zugrundeliegenden n erklärt werden, die Relevanz der Unterschiede ist für die Grundannahme auch hinsichtlich der individuellen Erhebungssituationen jedes Datenerhebenden zu vernachlässigen.

Neben dem Vergleich der vorgenommenen ZEITBEGRÜNDUNGEN wurden auch die SOLL-Zeiten auf Auffälligkeiten und Unterschiede zwischen allen eingesetzten Datenerheber*innengruppen untersucht. Die individuellen SOLL-Erbringungszeiten von Interventionen hängen stark von der Erbringungssituation ab (Zustand und Pflegebedürftigkeit des Pflegebedürftigen, vorhergehende Interventionen, Tagesstruktur). Ein Vergleich muss deshalb soweit wie möglich für diese Faktoren kontrolliert werden. Zusätzlich können Auswertungen zur Unabhängigkeit der Zeiten zwischen mehreren Gruppen nur dann erfolgen, wenn ausreichend Daten, d.h. plausibel dokumentierte SOLL-Zeiten für mindestens zwei der fünf Datenerheber*innengruppen vorliegen. Aus diesen Gründen wurden die Mittelwerte der SOLL-Zeiten von an Werktagen plausibel dokumentierten Vollerbringungen der direkten Pflege für die eingesetzten Datenerheber*innengruppen gebildet und ihre Konfidenzintervalle bestimmt. Dies erfolgte stratifiziert nach Intervention und Pflegegrad, sowie unterteilt nach Früh- und Spätschicht und getrennt für alle vollstationären Erhebungseinheiten (56 Einheiten in 47 Einrichtungen). Diese starke Stratifizierung erfolgte, um die durchschnittlichen SOLL-Zeiten auf Basis derselben Bewohnerschaft möglichst vergleichbar zu machen. Insgesamt wurden für die Spätschichten auf diese Weise SOLL-Zeiten der Datenerheber*innengruppen für 2.661 verschiedene Kombinationen aus Erhebungseinheit, Interventionen und Pflegegrad ermittelt und ausgewertet. Bei den Frühschichten beläuft sich die Anzahl auf 2.390.

Zur Prüfung der Grundannahme wurde schließlich geprüft, ob sich die Konfidenzintervalle der Zeiten zwischen allen berücksichtigten Datenerheber*innengruppen in mindestens einem Punkt überschneiden, oder ob im Gegenschluss einer der ermittelten SOLL-Zeit-Mittelwerte einer Gruppe signifikant von denen der anderen abweicht. Diese signifikanten Fälle wurden anschließend ausgezählt und den nicht signifikanten Fällen gegenübergestellt. Die Ergebnisse der Auswertung sind in den Tabelle 62 und Tabelle 63 dargestellt, für Tabelle 62 werden die Ergebnisse beispielhaft interpretiert.

Tabelle 62: Signifikanzprüfung der Konfidenzintervalle von durchschnittlichen SOLL-Zeiten aus Werktags-Spätendiensten in den Datenerheber*innengruppen

Werktag, Spätdienst					
Anzahl beteiligte Datenerheber*innengruppen	0	1	2	3	Summe
Anzahl Interventionen ohne signifikant anderen MW	588	1.270	630	76	2.564
Anzahl Interventionen mit signifikant anderem MW	0	0	74	23	97
Summe	588	1.270	704	99	2.661
Anteil der Interventionen ohne signifikante Unterschiede zwischen den Datenerheber*innengruppen			87,9%		96,4%

Anmerkung: Signifikanzniveau $\alpha=0,05$

Tabelle 63: Signifikanzprüfung der Konfidenzintervalle von durchschnittlichen SOLL-Zeiten aus Werktags-Frühschichten in den Datenerheber*innengruppen

Werktag, Frühdienst					
Anzahl beteiligte Datenerheber*innengruppen	0	1	2	3	Summe
Anzahl Interventionen ohne signifikant anderen MW	551	1.065	533	129	2.285
Anzahl Interventionen mit signifikant anderem MW	0	0	72	32	105
Summe	551	1.065	605	161	2.390
Anteil der Interventionen ohne signifikante Unterschiede zwischen den Datenerheber*innengruppen			86,4%		95,6%

Anmerkung: Signifikanzniveau $\alpha=0,05$

In Werktagsspätschichten konnten für 588 von 2.661 Fälle kein und in 1.270 Fällen nur ein Konfidenzintervall aus mindestens 2 Dokumentationen berechnet werden. Dadurch ist dort kein Vergleich von mindestens zwei Konfidenzintervallen, sprich zwei Datenerheber*innengruppen, möglich. Grund hierfür können die seltene bzw. einmalige Durchführung von einzelnen Interventionen innerhalb einer Erhebungseinheit oder eines Pflegegrades sein. In 704 Fällen können aber zwei und in 99 Fällen sogar drei Konfidenzintervalle für die Überprüfung der Grundannahme miteinander verglichen werden. Von diesen betrachteten Fällen weisen 87,9 % eine Überschneidung der betrachteten Konfidenzintervalle auf, die dokumentierten SOLL-Zeiten der Datenerheber*innengruppen unterscheiden sich im Durchschnitt nicht signifikant. Über alle Dokumentationen betreffen die signifikanten 97 Abweichungen nur 3,7 % der untersuchten Interventionsgruppen. Nach gleichem Muster ist die Tabelle 59 zu den Frühschichten zu lesen, die Übereinstimmung der Konfidenzintervalle liegt hier bei 86,4 % unter den auswertbaren Fällen bzw. 95,6 % insgesamt.

Gründe für die signifikanten Abweichungen der Konfidenzintervalle können die bereits angesprochenen individuellen Erhebungsbedingungen sein, sowie das mitunter kleine n der ausgewerteten Dokumentationen. Eine Begrenzung des n wurde in den Auswertungen nicht vorgenommen, sobald die Bildung eines Konfidenzintervalls möglich war ($n \geq 2$) wurde dieses erzeugt. Eine Erhöhung des n durch eine Verringerung der Stratifizierung löst damit aber gleichzeitig die Kontrolle der Pflegegradstrukturen in den verschiedenen Erhebungseinrichtungen auf.

Insgesamt konnte mit der vorgenommenen Prüfung aufgezeigt werden, dass die durchschnittlichen SOLL-Zeiten bei mehr als 85 % der prüfbaren Fälle zwischen den Datenerheber*innengruppen nicht signifikant abweichen. Auch die dritte Grundannahme kann damit belegt werden: die Datenerhebenden legen die SOLL-Werte und ZEITBEGRÜNDUNGEN auf Basis ihrer Fachlichkeit und nicht in Abhängigkeit ihrer Zugehörigkeit zu einem Arbeitgeber fest.

9.3 Analyse der Zeitu- und -abschläge anhand der Bewertung der Teilschritte und Anforderungen

Das Kernelement der Studienkonzeption ist die Ermittlung bedarfsorientierter Interventionserbringungszeiten, die durch die Erfassung der IST-Zeit mit Prüfung auf Vollständigkeit der Intervention - durch die Bewertung der erforderlichen Teilschritte und Anforderungen anhand der SOLL-Zeit in Form von Zu- oder Abschlägen ermittelt wurden. Die Bewertungen der Teilschritte und Anforderungen erfolgte durch ein Ampelsystem. Hierzu wurde auf dem Tablet-PC für jede bewohnerbezogene Intervention, die im *Handbuch zum Interventionskatalog* erarbeiteten Teilschritte und Anforderungen entsprechend der Bewohnermerkmale aufgelistet. Beim Öffnen der jeweiligen Intervention waren die Teilschritte und Anforderungen auf gelb gestellt. Anschließend konnten die Erhebenden

den jeweiligen Teilschritt oder die Anforderung entweder bei Notwendigkeit und fachgerechter Erbringung auf grün oder bei Notwendigkeit, aber nicht bzw. nicht fachgerechter Erbringung auf rot setzen. In Situationen, in denen keine Notwendigkeit der Erbringung vorlag, sollten sie den Teilschritt oder die Anforderung auf der Grundeinstellung gelb belassen. Diese Einschätzungen nutzten die Erhebenden zur Orientierung für die Erteilung von entsprechenden Zeitwerten, die sie auf den IST-Wert zu- oder abschlugen. Auf diese Aufgabe wurden die Datenerhebenden in den Schulungen umfassend qualifiziert und sensibilisiert, indem u. a. mehrere Fallbeispiele durchgespielt wurden. Durch die bewusste und manuelle Setzung der Teilschritte und Anforderungen durch die Datenerhebenden entsprechend auf grün (fachgerechte Erbringung) oder rot (keine fachgerechte Erbringung), sind diese Daten zur fachlichen Erbringung als zuverlässig und aussagekräftig zu interpretieren.

Der Großteil der Teilschritte und Anforderungen wurde von den Datenerhebenden auf grün gesetzt und ist somit als fachgerecht erbracht anzunehmen. Diese fachgerecht erbrachten Anforderungen und Teilschritte flossen entsprechend nicht in die Erklärung von Zeitzu- und -abschlägen ein, da dafür nur die Werte der Teilschritte und Anforderungen, die nicht oder nicht fachgerecht erbracht wurden, relevant sind, und nur diese für die weitere Analyse genutzt wurden. Als Datengrundlage wurden alle direkten, vollständig erbrachten, beschatteten Interventionen in den vollstationären Einrichtungen mit mindestens 3 Sekunden Dokumentation nach der Umstellung von grün/rot auf die grün/gelb/rot-Bewertung verwendet (A 6.3).

Für die Darstellung der Ergebnisse werden zunächst die Teilschritte betrachtet, bei denen die Datenerhebenden häufig Defizite in der Leistungserbringung feststellten. Dies betrifft Teilschritte aus dem Bereich der Hygiene, der pflegerischen und der medizinisch-therapeutische Versorgung. Im nächsten Schritt folgt eine Auswertung der Anforderungen. Dargestellt sind die Anforderungen, bei denen ebenfalls auffallend häufig eine unzureichende Versorgung beobachtet wurde. Davon sind vor allem Anforderungen im Umgang mit Pflegebedürftigen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung betroffen, aber auch Anforderungen aus dem Bereich der Aktivierung und des Arbeitsschutzes wurden vermehrt als „nicht oder nicht fachgerecht durchgeführt“ bewertet. Auffallend häufig wurden Hygienedefizite festgestellt (Abbildung 82)

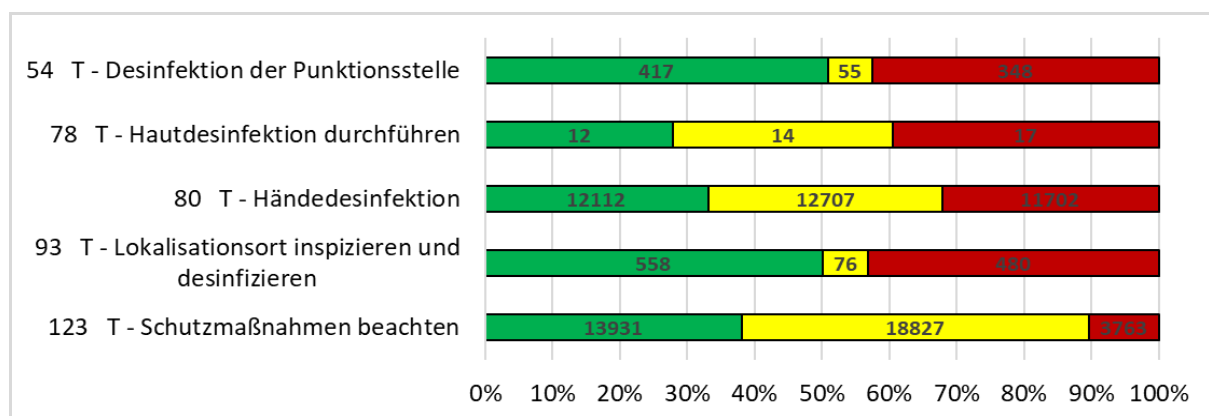


Abbildung 82: Bewertung der Teilschritte aus dem Bereich Hygiene¹⁵

¹⁵ Dargestellt sind interventionsunabhängig die Anzahl der allgemeinen oder charakteristischen Teilschritte nach der Umstellung auf das Ampelsystem. Der grüne Balken weist die notwendige und erbrachte Erbringung, der rote die notwendige und nicht oder nicht fachgerechte Erbringung aus. Die Werte im gelben Balken stehen für Teilschritte, die in der

Die Desinfektion wurde in der Hälfte der Fälle nicht oder nicht fachgerecht durchgeführt. Allein die Betrachtung der Händedesinfektion verdeutlicht, wie selten diese Hygienemaßnahme (fachgerecht) durchgeführt wurden. Bei 23.814 Interventionen wurde eine Händedesinfektion von den Datenerhebenden als notwendig erachtet, lediglich in etwas über der Hälfte der Fälle (12.112 Mal) wurde diese auch (fachgerecht) durchgeführt. Die Beachtung von notwendigen Schutzmaßnahmen wurde weniger oft (in 3.763 von 17.694 Fällen) nicht (fachgerecht) durchgeführt.

Bei der Betrachtung der Bewertung der pflegerischen Teilschritte fallen vor allem die in Abbildung 83 dargestellten Teilschritte auf, die entsprechende Defizite aufzeigen. Dabei wird der Teilschritt *Hände der pflegebedürftigen Person gründlich waschen* wird in fast der Hälfte der Fälle nicht (fachgerecht) ausgeführt.

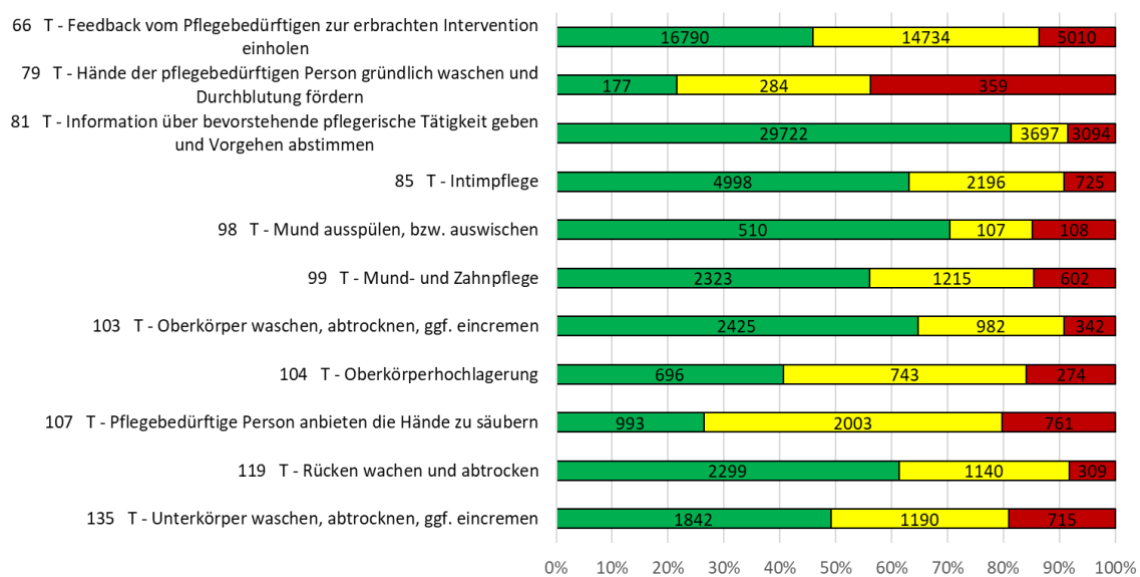


Abbildung 83: Bewertung der körperpflegespezifischen Teilschritte

Zusätzlich wurden Mängel bei der Erbringung medizinisch-therapeutische Interventionen registriert. Abbildung 84 zeigt die Teilschritte, bei denen besonders häufig Defizite festgestellt wurden. Hierbei handelt es sich ebenfalls um hygienische und fachliche Defizite wie das *Absaugen unter aseptischen Bedingungen*, welches in 32 von 60 Fällen, die *Reinigung der Wunde entsprechend der Wundart, ggf. Spülen*, welche in 37 von 322 Fällen, das *Spülen der Sonde*, welches in 67 von 249 Fällen sowie die Kontrolle der Sonde, die in 81 von 181 Fällen nicht oder nicht fachgerecht durchgeführt wurde.

Bei der Betrachtung der Bewertung von Anforderungen fallen insbesondere die Anforderungen zum Umgang mit Pflegebedürftigen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung auf. Hier stellten die Datenerhebenden in den Fällen, in denen eine Notwendigkeit der Erbringung vorlag, besonders häufig Defizite fest (Abbildung 85).

pflegerischen Situation nicht notwendig waren. Diese werden für die Auswertung der Teilschritte nicht weiter genutzt, da sie für die Erklärung von Zu- und Abschlügen keine Rolle spielen.

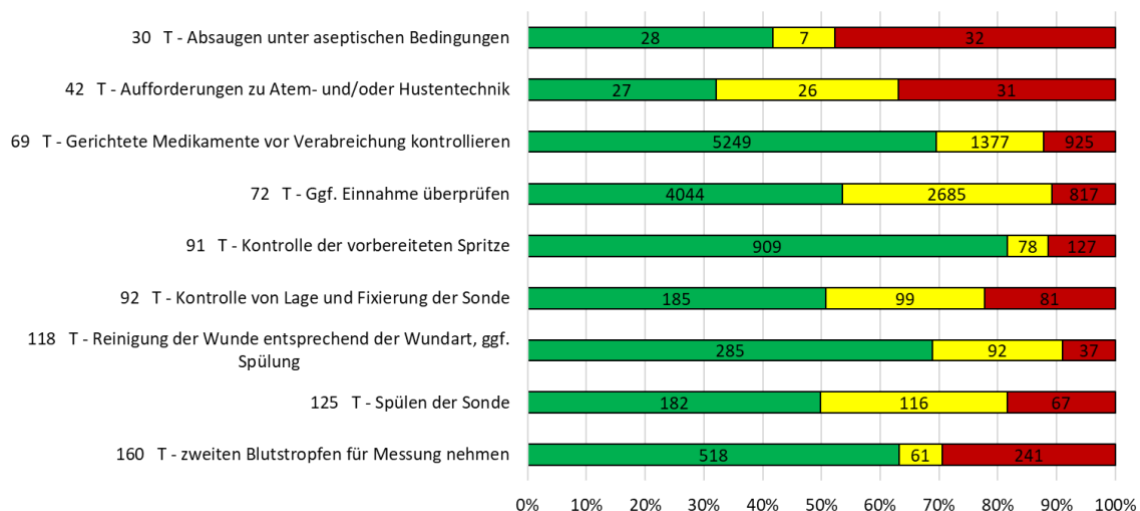


Abbildung 84: Bewertung der medizinisch-therapeutischen Teilschritte

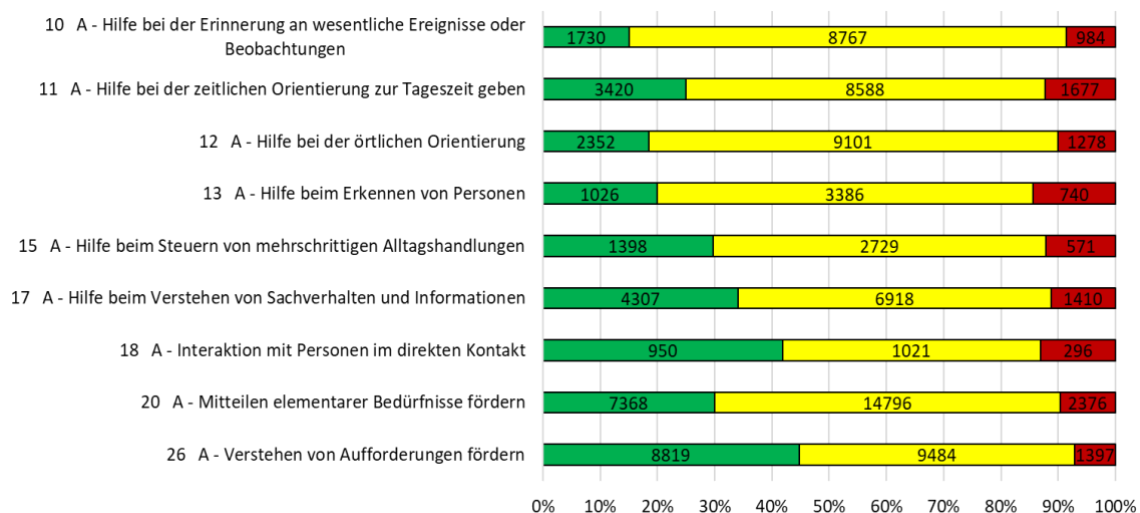


Abbildung 85: Bewertung der Anforderungen bei Pflegebedürftigen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung¹⁶

So wurde beim Erinnern von wesentlichen Ereignissen in 36 %, bei der zeitlichen und örtlichen Orientierung in 33 % bzw. in 35 % der Fälle, beim Erkennen von Personen in 42 %, beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen in 29 % und beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen in 24 % der erforderlichen Durchführungen der Anforderungen keine oder lediglich eine unzureichende Hilfe geleistet. Die *Interaktion mit Personen aus dem direkten Umfeld* wurde in 296, das Mitteilen elementarer Bedürfnisse in 2.376 und das Verstehen von Aufforderungen in 1.297 Fällen nicht oder nicht ausreichend unterstützt bzw. gefördert.

¹⁶ Dargestellt ist interventionsunabhängig die Anzahl der allgemeinen oder charakteristischen Anforderungen nach der Umstellung auf das Ampelsystem. Der grüne Balken weist die notwendige und erbrachte Erbringung, der rote die notwendige und nicht oder nicht fachgerechte Erbringung aus. Die Werte im gelben Balken stehen für Anforderungen, die in der pflegerischen Situation nicht notwendig waren. Diese werden für die Auswertung der Anforderungen nicht weiter genutzt, da sie für die Erklärung von Zu- und Abschlägen keine Rolle spielen.

Defizite sind auch bei der Aktivierung, bei der Kommunikation und beim Arbeitsschutz erkennbar (Abbildung 86).

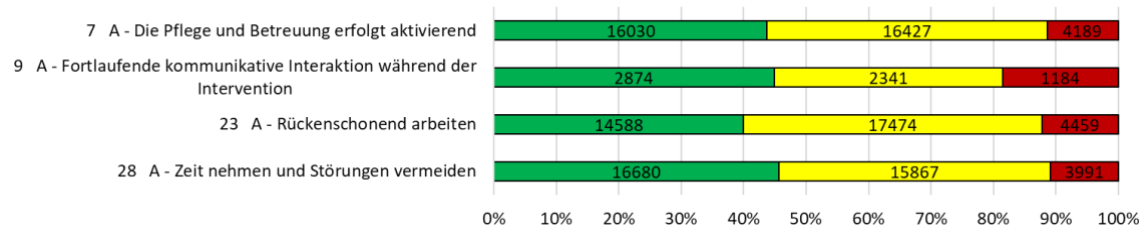


Abbildung 86: Bewertung der Anforderungen aus dem Bereich Interaktionsarbeit und Arbeitsschutz

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass vor allem Teilschritte wie das hygienische Arbeiten, beispielsweise das Desinfizieren der Hände und der Punktionsstelle unzureichend erbracht wurden. Weiter wurde bei den Datenerhebungen eine unzureichende körperpflegerische Versorgung des Ober- und Unterkörpers, des Intimbereichs und der Mund- und Zahnhygiene sowie eine defizitäre medizinisch-therapeutische Versorgung vor allem bei Sondenernährung oder der Durchführung und Verabreichung von Medikamenten erfasst und diese entsprechend mit Zeitzu- oder -abschlägen versehen. Wenn nahezu einem Drittel der Anforderungen an einen fachgerechten Umgang Pflegebedürftiger mit gerontopsychiatrischer Erkrankung nicht oder nicht fachgerecht nachgekommen wird, deutet dies darauf hin, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und damit ein neues Pflegeverständnis bisher – ob nun aus unzureichenden zeitlichen Kapazitäten oder anderen Gründen – nicht vollständig in der Pflegepraxis angekommen ist.

Es spiegeln sich hier aber auch vor allem die zu Beginn des Berichtes genannten Ergebnisse nach Isfort et al. (2018) wider, nach denen etwa die Hälfte der Befragten angaben, kompensatorisch Abstriche bei der Qualität der Dienstleistung zu machen, um ihr enormes Arbeitspensum bewältigen zu können (Isfort et al. 2018: 3). Auch wenn die Ergebnisqualität nicht systematisch erfasst wurde, sind dennoch viele Anforderungen und Teilschritte nicht bzw. nicht fachgerecht erbracht und damit als Qualitätsdefizite in der Versorgung von Pflegebedürftigen in der vollstationären Langzeitpflege zu werten, die sich in Form von SOLL-Korrekturen in Zeit und Menge bei der Berechnung des Personalbedarfs im Instrument niederschlagen.

Die Bedeutung des Eigenschutzes spielte bei der Bewertung von Zeitzu- und -abschlägen ebenfalls eine Rolle. Die zum Teil unzureichenden Schutz- und Hygienemaßnahmen und das in zahlreichen Fällen nicht rückschonende und gestresste Arbeiten haben ebenfalls Zeitzu- oder -abschläge verursacht.

9.4 Veränderung des Personalmehrbedarfs durch veränderte Netto-Jahresarbeitszeit und Teilzeitbeschäftigung

Ausgehend von der für den vollstationären Bereich durchgehend verwendeten durchschnittlichen Belegungsstruktur nach der Pflegestatistik für 2017 (vgl. Abschnitt 9.1.1) und basierend auf den Berechnungen des Algorithmus 1.0 ergeben sich für die beschatteten Pflegekräfte der verschiedenen Qualifikationen Pflegezeitmengen von in der Summe 85.691,54 Stunden pro Jahr für eine vollstationäre Einrichtung mit 100 Bewohnern. Wie vielen Stellen dies entspricht, hängt von der zugrunde gelegten Jahres-Nettoarbeitszeit ab. Zu den veränderlichen Determinanten der Netto-Jahresarbeitszeit zählen beispielsweise die wöchentliche Netto-Arbeitszeit, sowie die AU-Tage.

In Abschnitt 9.1.1 wurden die Pflegeaufwände durchweg mit einer Nettojahresarbeitszeit von 1.560 Stunden in Vollzeitäquivalente umgerechnet. Diese resultieren aus einer wöchentlichen Netto-Arbeitszeit von 38,5 Stunden bei angenommenen 202,6 Netto-Arbeitstagen. Neben 28 Tagen Erholungsurlaub und 5,4 Tagen Sonderurlaub sind darin auch 15 AU-Tage veranschlagt.

Um aufzuzeigen, wie eine Variationen der im Instrument frei wählbaren Parameter „Netto-Wochenarbeitszeit“ und „AU-Tage“ die resultierenden VZÄ bei konstanten Pflegestunden verändern, wurden basierend auf den 85.691,54 Pflegestunden der Durchschnittseinrichtung vier verschiedene Szenarien definiert und berechnet (Tabelle 64). Das erste Szenario entspricht den Vorgaben, anhand derer die Ergebnisse zu VZÄ in Abschnitt 9.1.1 berechnet wurden und gilt als Referenzszenario. In Szenario 2 und 3 wurde jeweils einer der beiden Parameter variiert. Im letzten Szenario wurden sowohl die Wochenarbeitszeit, als auch die AU-Tage gegenüber den Einstellungen des Ausgangsszenarios verändert. Zur Erzeugung der Ergebnisse wurden die Parameter im vollstationären Instrument im Tabellenblatt *Einstellungen* verändert. In Tabelle 64 sind die Szenarien mit ihren Einstellungen und resultierenden Netto-Jahresarbeitszeiten dargestellt. Es ergeben sich Arbeitszeiten von 1.560 bis 1.661 Stunden pro Jahr.

Tabelle 64: Definition der Szenarien zur Variation von Wochenarbeitszeit und AU-Tagen

Szenario	Netto-Arbeitszeit in Stunden pro Woche	AU-Tage pro Jahr	Netto-Arbeitszeit in Stunden pro Jahr
1	38,5	15	1.560,02
2	38,5	10	1.598,52
3	40,0	15	1.620,80
4	40,0	10	1.660,80

In den Abbildung 87 und Abbildung 89 sind einerseits die resultierenden Vollzeitäquivalente insgesamt und differenziert nach QN dargestellt, zusätzlich wird in Abbildung 88 der – bezogen auf die bundesdurchschnittlichen 40,33 IST-VZÄ - entstehende Personalmehrbedarf in Prozent ausgegeben.

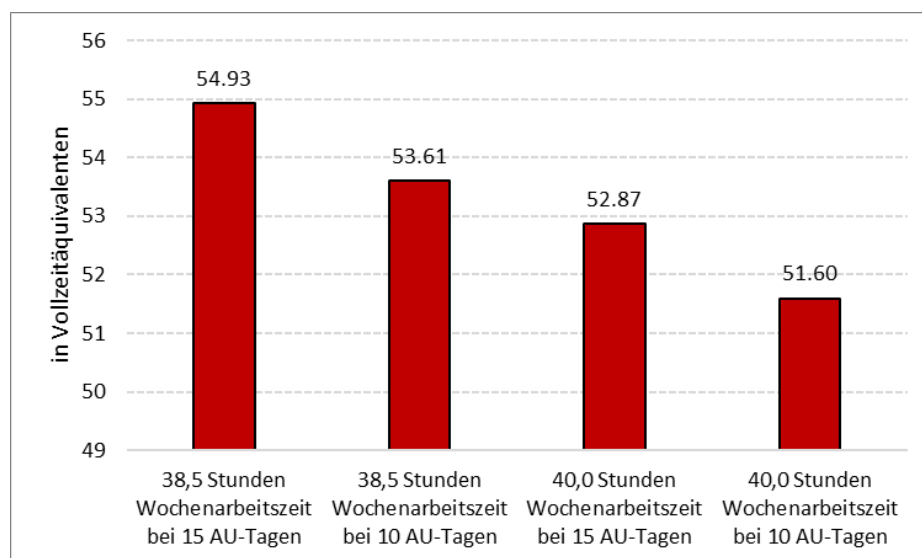


Abbildung 87: Erforderliche Vollzeitäquivalente der Durchschnittseinrichtung bei Variation der Parameter Wochenarbeitszeit und AU-Tage

Das Absenken der AU-Tage von 15 auf 10 Tage pro Jahr führt zu einer Reduktion der VZÄ in der Durchschnittseinrichtung von weniger als 2 % von absolut 54,93 auf 53,61 VZÄ. Die Erhöhung der

Wochenarbeitszeit resultiert bei konstanten 15 AU-Tagen in 52,87 erforderlichen VZÄ. Kombiniert werden die VZÄ durch Veränderung der Wochenarbeitszeit und AU-Tage auf 40,0 Stunden bzw. 10 Tage um 6 % auf 51,60 VZÄ abgesenkt (Abbildung 87). Bezogen auf den relativen Mehrbedarf gegenüber den aus den angepassten bundesdurchschnittlichen Personalschlüsseln resultierenden 40,33 VZÄ, führt die Variation der Parameter zu den folgenden Ergebnissen. Bei Steigerung der Wochenarbeitszeit auf 40,0 Stunden und gleichzeitiger Reduktion der AU-Tage auf 10 pro Jahr sinkt der Mehrbedarf im Durchschnittsheim von 36 % auf 28 % (Abbildung 88).

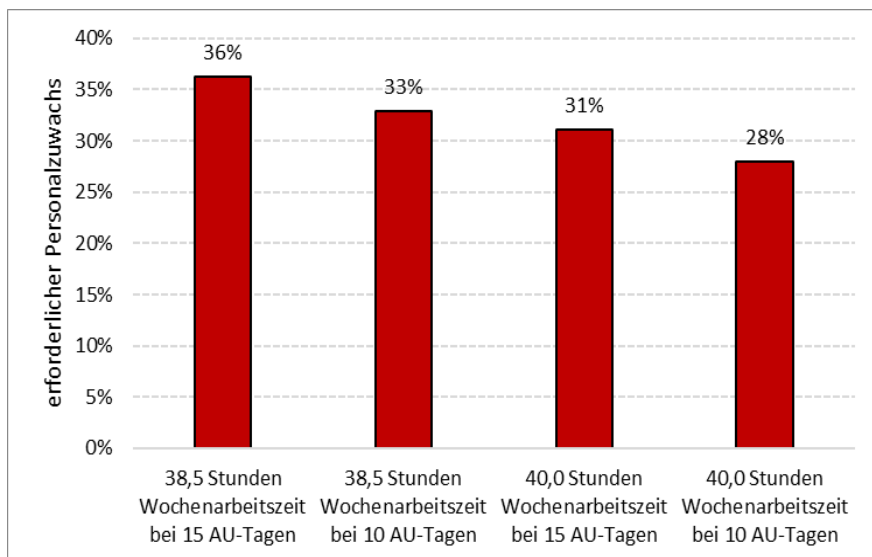


Abbildung 88: Erforderlicher Personalzuwachs der Durchschnittseinrichtung bei Variation der Parameter Wochenarbeitszeit und AU-Tage

In Abbildung 89 sind die erforderlichen Vollzeitäquivalente zur Erbringung der Pflegestunden des Durchschnittsheimes für die vier Szenarien nach Qualifikationsniveau dargestellt. Kollektive Veränderungen der Parameter wirken sich auf alle Qualifikationsniveaus gleichermaßen aus.

Neben der Umrechnung der Pflegestunden in Vollzeitäquivalente ist auch eine Darstellung des benötigten Personals der Durchschnittseinrichtung *in Köpfen* möglich. Dabei muss die Teilzeitquote des Pflegepersonals berücksichtigt werden. In der Pflegestatistik 2017 wurden die Vollzeitäquivalente des Personals aus Pflegeheimen nach Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich abgeschätzt. Für Dezember 2017 ergeben sich daraus für überwiegend in der körperbezogenen Pflege eingesetztes Personal 352.123 Vollzeitäquivalente. Stellt man diese Zahl den in diesem Tätigkeitsbereich absoluten Personalzahlen von 469.584 gegenüber, so erhält man als Ergebnis die durchschnittliche pro Kopf-Arbeitszeit von 0,75 VZÄ. Daraus ergeben sich die in Abbildung 90 dargestellten Personalbedarfe für die vier Szenarien in Köpfen. In der Durchschnittseinrichtung werden je nach Szenario für die Erfüllung der VZÄ 68,81 bis 73,25 Mitarbeiter*innen benötigt (Abbildung 90).

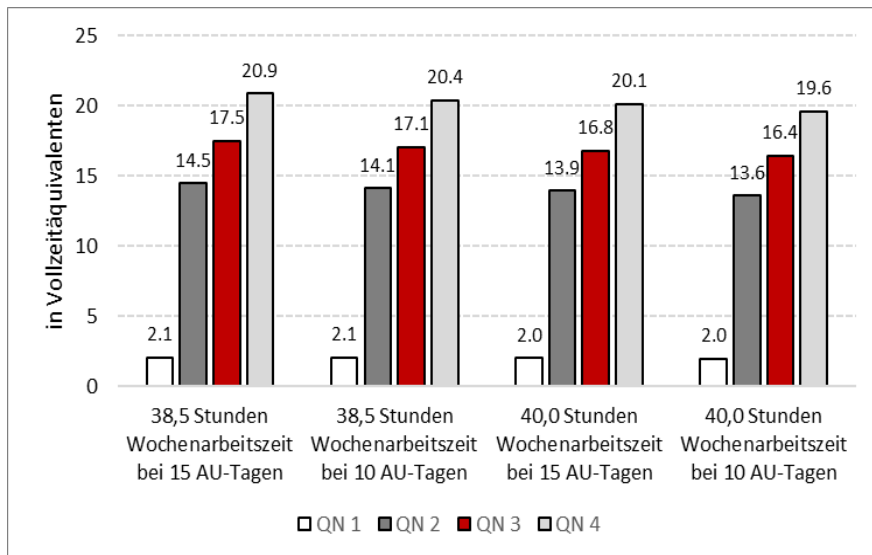


Abbildung 89: Erforderliche Vollzeitäquivalente der Durchschnittseinrichtung bei Variation der Parameter Wochenarbeitszeit und AU-Tage nach Qualifikationsniveau

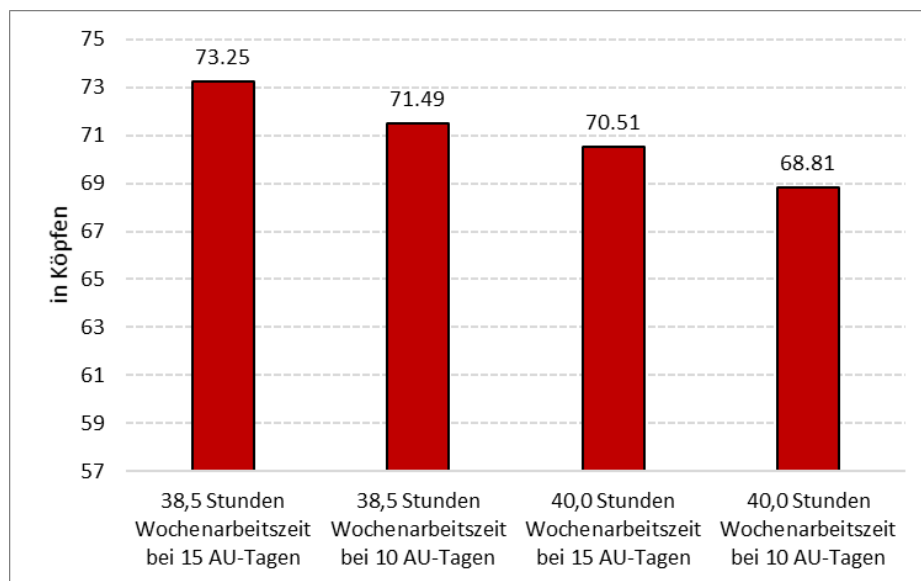


Abbildung 90: Erforderlicher Personalbedarf der Durchschnittseinrichtung in Köpfen bei durchschnittlicher pro-Kopf-Arbeitszeit von 0,75 VZÄ

Das Absenken der Teilzeitquote von Pflegepersonal durch Aufstockung oder Ausweitung zur Vollzeitbeschäftigung verringert den Personalbedarf in Köpfen. In Abbildung 91 sind die resultierenden Personalköpfe für eine theoretische durchschnittliche Arbeitszeit von 0,875 VZÄ pro Pflegekraft dargestellt. Die 0,875 sind Ergebnis einer 50 %igen Lückenschließung der nach Pflegestatistik 2017 geschätzten 0,75 VZÄ zu einem Szenario, in dem jeder Mitarbeiter in Vollzeit beschäftigt ist. Durch das Absenken der Teilzeitquote verringert sich der Bedarf an Mitarbeiterköpfen auf 58,97 bis 62,78 in den vier Szenarien.

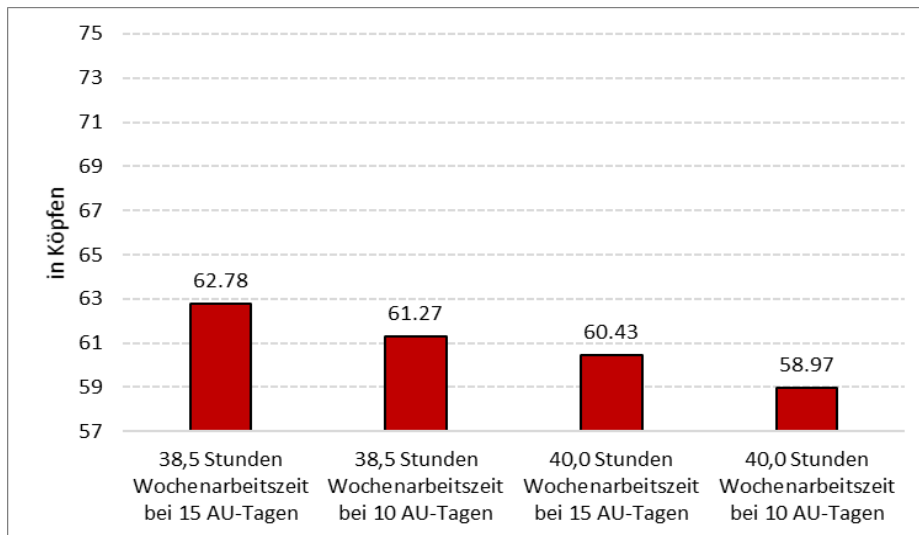


Abbildung 91: Erforderlicher Personalbedarf der Durchschnittseinrichtung in Köpfen bei durchschnittlicher pro-Kopf-Arbeitszeit von 0,875 VZÄ

9.5 Sensitivitätsanalyse zu den höchsten Zeitwerten

Im Rahmen der Zweiten Konsentierungssitzung mit dem Expertengremium wurde beschlossen, dass eine Routine zur Ausreißerkontrolle der oberen Zeitwerte in Absprache mit dem KKS entwickelt wird. Wie sich herausstellte, blieben nach Ausschluss der offensichtlichen Messfehler von Zeiten von mehr als 8 Stunden Dauer noch immer einige auffällig hohe Zeitwerte übrig. Diese konnten auf fachlicher Ebene nicht mit Gewissheit für unplausibel erklärt werden, ohne gegebenenfalls außergewöhnlich hohe, aber richtige Zeitwerte fälschlicherweise auszuschließen. Stattdessen wurde in einer Sitzung des Steuerungskreises des Projektes im Qualitätsausschuss Pflege das in Abschnitt 6.4.6 beschriebene alternative Vorgehen beschlossen, auf Basis dessen die für die Ergebnisse in Abschnitt 9.1.1 durchgeführten Analysen mit dem Datensatz ohne Ausreißer erneut durchgeführt wurden. Anstatt die wahren Messfehler im Nachhinein händisch zu identifizieren, was angesichts der Individualität jeder Pflegesituation nahezu unmöglich ist, wurde ein statistisches Vorgehen gewählt. Dabei wurden von Interventionen mit einem n von mindestens 10 die oberen 1 % der Daten, mindestens aber *ein* Zeitwert für unplausibel erklärt und auf Missing gesetzt. In der nachfolgend durchgeführten Imputationsstrategie wurden die fehlenden Werte dann mit Mittelwerten der gültigen Zeiten ersetzt. Mit Ausschluss der oberen 1 % bzw. des obersten Zeitwertes werden absichtlich mehr Zeitwerte aus der Berechnung der Zeitkomponente ausgeschlossen, als dass es bei einer händischen Prüfung jeder einzelnen Intervention und Dokumentation der Fall gewesen wäre. Bei den Ergebnissen der Sensitivitätsanalyse kann also davon ausgegangen werden, dass mehr als nur tatsächliche falsche Dokumentationen, ausgeschlossen werden. Der wahre Effekt von messfehlerbedingten zu hohen Zeitdokumentationen würde deutlich geringer ausfallen, als die Ergebnisse der Sensitivitätsanalyse. Die relevanten Ergebnisse der Sensitivitätsanalyse sind in Abbildung 92 dargestellt.

Für Pflegekräfte ergibt sich insgesamt ein Personalmehrbedarf von 30 % statt 36 % erforderlichem Personalzuwachs, die erforderlichen Vollzeitäquivalente für eine 100-Bewohner-Durchschnittseinrichtung sinken von 54,93 auf 52,29 gleichbleibendem IST von bundesdurchschnittlichen 40,33 VZÄ. Der erforderliche Zuwachs bei den Fachkräften sinkt von 3,5 % auf -1,3 %. Bei den Assistenzkräften verringert sich der Mehrbedarf von 69 % auf 61 %.

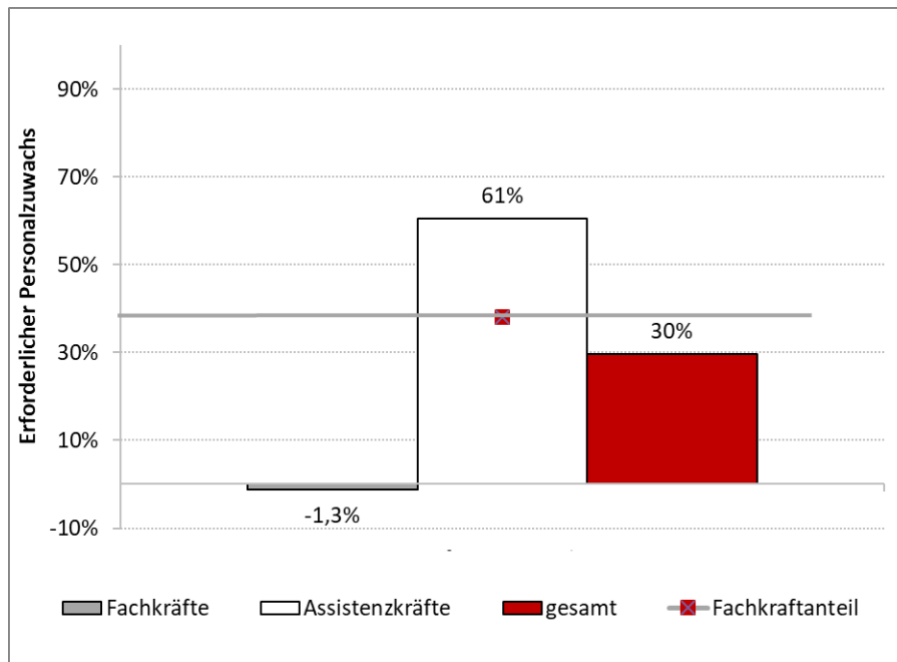


Abbildung 92: Personalauswuchs nach der Sensitivitätsanalyse

Wie in Abschnitt 6.4.6 bereits erläutert, handelt es sich bei diesen Werten nicht um Ergebnisalternativen, sondern um eine robuste Abschätzung, welche Effekte auf die Personalmengen unter der Annahme einer großen Menge von Fehlbedienungen möglich wären. Dabei sind die Parameter dieser Abschätzung mit Absicht so gewählt, dass für deutlich *mehr* Messungen eine Fehlerhaftigkeit unterstellt wird, als dies regelmäßig in den Daten zu beobachten ist – nämlich, dass zumindest jeder höchste Messwert als falsch angenommen wird. Hierdurch unterschätzt die beschriebene Sensitivitätsanalyse die Erbringungszeiten, indem absichtlich zu viele Werte zu stark korrigiert werden, um eine Abschätzung des maximalen Fehlers zu erreichen. Es ist daher anzunehmen, dass die Bereinigung *genau aller* tatsächlich falsch erhobenen Zeitwerte – die jedoch methodisch nicht möglich ist –, zu durchschnittlichen Erbringungszeiten führen würde, die zwischen den unbereinigten und den in der Sensitivitätsanalyse berechneten Zeiten liegen würden.

10 Ergebnisse IV – Beurteilung verschiedener Klassierungen der Pflegebedürftigkeit

Die Personalbemessungsinstrumente für den voll- und teilstationären Sektor basieren auf den Daten einzelner Pflegebedürftiger. Es ist somit möglich, für jedes Individuum eine Relation zwischen seiner Pflegebedürftigkeit, seinem Pflegebedarf und den für eine fachgerechte Leistungserbringung notwendigen Personalmixe herzustellen. Anspruch an ein – allgemein nutzbares – Personalbemessungsinstrument ist es allerdings, auch allen Pflegebedürftigen, die nicht an der empirischen Erhebung teilgenommen haben, eine – im Durchschnitt – bedarfsorientierte Personalmenge zuzuordnen. Hierzu ist ein mathematisches Modell erforderlich, das es erlaubt, von den Ergebnissen studienteilnehmender Pflegebedürftiger auf die Bedarfe strukturähnlicher nicht-studienteilnehmender Pflegebedürftiger zu schließen. Hierzu ist es erforderlich, eine Klassierung zu finden, die in Bezug auf die unabhängige Variable – die Pflegebedürftigkeit – möglichst homogene Gruppen bildet, so dass allen Mitgliedern der Gruppe eine einheitliche Personalmenge zugeordnet werden kann. Diese Zuordnung ist im Einzelfall zwar leicht unscharf, in Bezug auf die Gesamtheit der Pflegebedürftigen aber angemessen.

Zur Anwendung sind nun verschiedene Klassierungen denkbar, die mathematisch und praktisch unterschiedlich umgesetzt werden. Dabei ist zu betonen, dass die verschiedenen Klassifikationen *keinen Einfluss* auf die Gesamteffekte für die Gesamtmenge der Pflegeeinrichtungen haben, da es sich hierbei nur um unterschiedliche Aufteilungen einer bedarfsnotwendigen Personalmenge handelt. Relevant ist die Klassifikation jedoch für die einzelne Einrichtung, deren Personalbudget sich durchaus in Abhängigkeit verschiedener Klassifikationen unterscheiden kann.

Nachfolgend werden daher zuerst drei Kriterien skizziert, die geeignet sind, eine empirisch fundierte Beurteilung der Klassierungen vornehmen zu können (Abschnitt 10.1). Danach wird eine Übersicht der fünf Klassierungen gegeben, die in ihrer Eignung für den Einsatz im Personalbemessungsinstrument geprüft wurden (Abschnitt 10.2) und über die Prüfungsergebnisse berichtet (Abschnitt 10.3). Abschließend erfolgt eine Diskussion der Ergebnisse aus der eine Empfehlung abgeleitet wird (Abschnitt 10.4).

10.1 Beurteilungskriterien

Um zu einer wissenschaftlich abgeleiteten Empfehlung zu kommen, ist es erforderlich, zuerst Kriterien zu definieren, anhand derer ein Vergleich der verschiedenen Klassierungen möglich wird. Dabei ist die Auswahl der Kriterien danach durchzuführen, in welchem Zweck die Beurteilung erfolgen soll. Im vorliegenden Fall wurden dabei die Varianzerklärung in Bezug auf die Abhängigkeit von Pflegebedürftigkeit und Personalbedarf (Abschnitt 10.1.1), die Praktikabilität für die erwarteten Einsatzbereiche (Abschnitt 10.1.2) und die statistische Robustheit der Klassifikationen (Abschnitt 10.1.3) ausgewählt.

10.1.1 Varianzerklärung

Erstes relevantes Kriterium zum Vergleich der Klassierungen ist die Varianzerklärung. Sie beschreibt statistisch, wie groß der Anteil der Varianz in den Werten ist, der durch die erklärende Variable verursacht wird. Im vorliegenden Fall beschreibt dieses r^2 , welcher Anteil der SOLL-Zeitmenge eines Pflegebedürftigen durch die Art und Ausprägung seiner Pflegebedürftigkeit verursacht wird. Ein größerer Wert gibt dabei eine höhere Prädiktionskraft an, sagt also die bedarfsorientierte Personalmenge besser voraus. Dabei ist die Prädiktionsstärke nicht nur durch die empirischen Ausgangsdaten, sondern

auch durch die Anzahl der Klassen einer Klassierung beeinflusst. Leicht nachvollziehbar ist dies an einem Beispiel: Wenn die Anzahl der Klassen so groß gewählt wird, dass für jeden Meßwert auf der unabhängigen Seite eine eigene Klasse entsteht, läuft der Vorhersagefehler gegen Null – allerdings auch der Grad der Zusammenfassung, der eigentlich durch die Klassierung erreicht werden soll. Als Maßstab zur Beurteilung verschiedener Klassifikationsmöglichkeiten mit unterschiedlichen Klassenanzahlen muss daher die *adjustierte Varianzerklärung* herangezogen werden. Das bedeutet, dass die Güte einer Klassifikation sich darüber bestimmt, welcher Anteil der Varianz in Abhängigkeit von der Anzahl der zur Verfügung stehenden Klassen durch diese Klassifikation erklärt werden kann.

Zur Bestimmung der Varianzerklärung wurden lineare Regressionsrechnungen durchgeführt. In die Regressionen wurden individuelle SOLL-Zeitmengen (Bedarf an Werktagen) von 1.204 vollstationären Bewohnern als abhängige Variable und Dummy-Variablen der BI-Konstellation bzw. Pflegegrad als unabhängige und kategoriale Variable einbezogen. In beiden Modellen wurde zusätzlich für Alter und Geschlecht kontrolliert. Die Einschränkung auf die an Werktagen erbrachten und zu erbringenden Zeitmengen erfolgte aufgrund der unterschiedlichen Erhebungszeiträume in den Einrichtungen. Da nicht für alle Bewohner Daten zu Wochenenden und Nachtschichten vorliegen, wurde die Auswertung auf die am stärksten besetzte Zeiteinheit eingegrenzt. Die individuellen SOLL-Zeitmengen für einen Werktag (Früh- und Spätschicht) können für fast alle teilnehmenden vollstationären Bewohner berechnet werden.

Je mehr unabhängige Variablen in einem Regressionsmodell enthalten sind, desto höher ist das resultierende rohe R-Quadrat. Mit den individuellen BI-Konstellationen der 1.204 Bewohner als Dummies fließt eine Anzahl von 318 Regressoren in das Modell ein. Um für die Anzahl der unabhängigen Variablen zu korrigieren, wurde das rohe R-Quadrat über die Formel

$$R_{adj} = 1 - \left(\frac{(1 - R^2) * (n - 1)}{n - k - 1} \right)$$

adjustiert. Zusätzlich wurden die Ergebnisse Kreuzvalidiert. Dafür wurden die Daten 1.000 Mal zufällig im Verhältnis 50:50 und 80:20 auf sich gegenseitig ausschließende Mengen, die Trainings- und Validierungsdatensätze verteilt. Anhand der Trainingsdatensätze wurden die Regressionsmodelle berechnet und mit den Validierungsdatensätzen überprüft.

Die resultierenden adjustierten Bestimmtheitsmaße aus den je 1.000 Durchläufe wurden anschließend gemittelt. Die rohen, adjustierten und Kreuzvalidierten Bestimmtheitsmaße können in Abbildung 93 auf der Ordinate abgelesen werden. Die Bestimmtheitsmaße geben an, welcher Anteil der Varianz innerhalb der SOLL-Zeitmengen durch die Variablen BI-Konstellationen und Pflegegrade erklärt wird. Die Bestimmtheitsmaße können dabei maximal einen Wert von 1, also eine Erklärungskraft von 100 % erreichen.

10.1.2 Praktikabilität

Abgesehen von der reinen statistischen Güte der Klassierungen ist in die Bewertung einzubeziehen, dass es sich beim hier gegenständlichen Instrument letztlich um ein Berechnungsmodell handelt, das zukünftig in einen Praxiseinsatz überführt werden soll. Aus diesem Grund ist auch die Anwendbarkeit auf verschiedenen institutionellen Ebenen – die genauen Einsatzgebiete werden erst durch die Gesetzgebung letztgültig festgelegt werden – und der damit verbundene Aufwand als Beurteilungskriterium einzubeziehen. Dabei werden diejenigen Klassierungen als praktikabler angesehen, zu deren Anwendung keine zusätzlichen Daten der Pflegebedürftigen zu erheben, zu erfassen oder zu verarbeiten sind. Nach diesem Kriterium ist eine Klassierung dann als besonders praktikabel anzu-

sehen, wenn in sie jeder Pflegebedürftige auf Basis der heute bereits regelmäßig in den Einrichtungen vorliegenden Daten eindeutig eingeordnet werden kann. Als weniger praktikabel wird eine Klassierung dann bewertet, wenn zu einer eindeutigen Zuordnung weitere Daten der Pflegebedürftigen vom Pflegepersonal oder den Prüfungsorganisationen erhoben werden müssen.

10.1.3 Statistische Robustheit

Letztlich wird zusätzlich zu den beiden vorstehenden Kriterien, die als unerlässlich aufgefasst werden, ein weiteres Kriterium vorgeschlagen, dass die statistische Robustheit der Klassierungen betrachtet. Hier geht es im Kern darum, inwiefern die geprüften Klassierungen sicher als übertragbar und valide für (alle) andere(n) Stichproben gelten können. Insbesondere wird an dieser Stelle einbezogen, welche Auswirkungen entstehen, wenn die Verteilung von Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit schief und inhomogen ist – und somit eine gewisse Anzahl unbesetzter Klassen entstehen kann.

10.2 Geprüfte Klassierungen

Bereits in der Konzeption des Gesamtprojektes wurden die Effekte einer feinen oder groben Klassierung der Pflegebedürftigkeit thematisiert. Die Argumentation schloss an vorhergehende Erkenntnisse an, die zeigten, dass eine Klassierung nach Pflegegraden eine hohe Binnenvarianz der Klassen aufweist (Rothgang et al. 2015a) und die Pflegegrade daher bei der Verwendung von IST-Daten der Leistungserbringung eine sehr begrenzte Prognosekraft aufweisen (Brühl & Planer 2013; 2019). Die konzeptionellen Ableitungen aus diesen Vorarbeiten führten dazu, dass schon vor Beginn des Projektes eine feinere Klassifikation der Pflegebedürftigkeit als erforderlich angesehen wurde, und diese in Form der sogenannten BI-Konstellationen (Abschnitt 3.3.2.1) theoretische erarbeitet und in das Projektangebot integriert wurden. Darüber hinaus konnte die große empirische Basis der Studientaten auch zur explorativen Generierung empirisch abgeleiteter Klassifikationen genutzt werden. Als einzige limitierende Vorbedingung wurde hierbei festgelegt, dass zur Beschreibung der Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit keine Daten erforderlich sein sollten, die nicht durch das BI bereits heute im Regelbetrieb erhoben werden – auch wenn die bereits erhobenen Daten nicht in allen Fällen auch bereits *in den Einrichtungen* vorliegen oder dort verarbeitet werden.

Insgesamt wurden 5 Klassierungen der Pflegebedürftigkeit in die Prüfung einbezogen. Es handelt sich hierbei um die zwei bereits konzeptionell verankerten Klassierungen nach den heute gültigen Pflegegraden (Abschnitt 10.2.1) und nach den bereits früher eingeführten sogenannten BI-Konstellationen (Abschnitt 10.2.2). Zusätzlich wurden drei weitere Klassifikationen auf Basis der vorliegenden Daten ausgearbeitet und überprüft, einmal eine einfache lineare Regression unter Einsatz aller Rohdaten des BI (Abschnitt 10.2.3), eine Klassifikation nach modifizierten Pflegegraden (Abschnitt 10.2.4) und eine induktive Klassifikation durch den Einsatz von Regression Trees (Abschnitt 10.2.5).

10.2.1 Pflegegrade

Zur Klassierung nach Pflegegraden wurde die Pflegebedürftigkeit in sechs Stufen – den fünf Pflegegraden und einer zusätzlichen Kategorie, die der Zuordnung von keinem Pflegegrad entspricht – unterteilt. Bei ihrer Bildung wurden die aktuellen sozialrechtlich gültigen Regelungen zur Begutachtung (MDS/GKV-Spitzenverband 2017) angewendet. Hierbei werden also die Rohdaten aus 64 Items, die in der Begutachtung mittels des BI erhoben werden, mit den entsprechenden Aggregations- und Klassierungsregelungen *innerhalb* der Begutachtung zu einem einzelnen – somit fachlich modellierten – Wert verdichtet. Die Pflegegrade stellen dabei aufgrund ihrer Verbreitung und ihres intuitiven Sche-

mas eine sehr einfach anschlussfähige Klassierung dar, die allerdings einen hohen Informationsverlust in Bezug auf den Einzelfall methodisch einbezieht.

10.2.2 BI-Konstellationen

Als ebenfalls strukturell einfache, aber in der Anwendung deutlich feinere Klassifikation wurde bereits im Angebot eine Klassierung nach sogenannten BI-Konstellationen angeboten. Diese Klassifikation bezieht sich ebenfalls direkt auf die gültigen Regelungen zur Begutachtung (MDS/GKV-Spitzenverband 2017), verzichtet allerdings auf die beiden letzten Schritte, Gewichtung von Einschränkungen auf Modulebene und die abschließende Aggregation zu einem eindimensionalen Pflegegrad. Hierdurch wird die Pflegebedürftigkeit jedes Individuums in dieser Klassierung durch einen 5 (6) dimensionalen Vektor beschrieben. Als seine Komponenten fungieren die Grade der Einschränkung, die durch das BI in jedem einzelnen Modul erhoben werden. Da jede Komponente für ein einstufigsrelevantes Modul steht und die Grade der Beeinträchtigung jeweils die Werte 0 bis 4 annehmen können, entsteht auf Ebene der BI-Konstellationen eine Klassifikation mit 3.125 Klassen. Wesentlicher Vorteil dieser Klassifikation gegenüber den Pflegegraden ist, dass nicht nur die (gewichtete) Menge der Einschränkungen als Indikator der Pflegebedürftigkeit verwendet wird, sondern unterschiedlich intensive Einschränkungen der Selbständigkeit qualitativ unterschieden werden können. So kann beispielsweise auf Ebene der Pflegegrade eine je mittlere Einschränkung der kognitiven und körperlichen Selbständigkeit quantitativ nicht von einer entsprechend stärkeren körperlichen Einschränkung bei moderaten kognitiven Einschränkungen unterschieden werden, wenn beide Kombinationen in den selben Pflegegrad münden. Demgegenüber kann auf Ebene der BI-Konstellationen auch eine entsprechende qualitative Unterscheidung dargestellt werden.

Aufgrund der schon im Vorfeld des Projektes angenommenen unterschiedlichen Zellbesetzungen – einige der 3.125 Klassen sind nur theoretische Konstrukte, kommen aber in der Beurteilungspraxis nach pflegewissenschaftlichen Maßstäben nicht vor - wurde bereits ex ante vorgesehen, die hier beschriebene Klassierung auf die 100 häufigsten BI-Konstellationen zu begrenzen und die restlichen Personen über den Pflegegrad abzubilden. Im Projektverlauf bestätigte sich diese Vermutung, so dass für die BI-Konstellationen eine Reduktion auf diejenigen 90 Konstellationen erfolgen musste, für die ausreichende Daten vorlagen, um eine durchschnittliche Woche berechnen zu können.

10.2.3 Einfache lineare Regression als Algorithmus

Die einfachste Form, um aus den Daten des BI auf die Personalmengenbedarfe zu schließen, liegt in der Anwendung einer linearen Regression, die alle im BI erhobenen Items einbezieht. Sie kann insofern auch als vollständiger Verzicht auf eine Klassierung der Pflegebedürftigen betrachtet werden, da direkt von den individuellen BI-Werten eine Schätzung der bedarfsorientierten Personalmenge erfolgt. Dies bedeutet, dass auch für seltene oder bisher nicht beobachtete Ausprägungen der Pflegebedürftigkeit ein spezifischer Wert erzeugt werden kann. Mithilfe der Studiendaten konnte somit eine einfache lineare Regression der 64 Items des BI auf die SOLL-Zeitmengen geschätzt werden. Mittels der entstehenden Regressionsgleichung – die in diesem Fall die Klassierung ersetzt – kann dann für jeden Pflegebedürftigen durch Eingabe seiner BI-Werte der Personalbedarf individuell berechnet werden.

10.2.4 Modifizierter Pflegegrad (*PG_mod*)

Wie in Abschnitt 10.2.1 beschrieben, bezieht sich die Klassifikation der Pflegegrade auf die aktuelle Bewertungssystematik (MDK/GKV-Spitzenverband 2017). Der Pflegegrad ergibt sich dabei aus den Punktsummen der in sechs Modulen erfassten 64 Einzel-Items des BI. Die Punktwerte der Module

werden dabei gewichtet, sodass die Module nicht gleichwertig in die Bestimmung des Pflegegrades einfließen. Das Modul 4 – Selbstversorgung erhält dabei mit 40 % das höchste Gewicht, die übrigen Module sind mit Gewichten von 10 % bis 20 % belegt. Diese Gewichte sind dabei zwar auf Basis pflegewissenschaftlicher Expertise begründet, jedoch nicht direkt aus empirischen Werten abgeleitet. Da nun aus den empirischen Studiendaten eine Abschätzung der angemessensten Modulgewichte – natürlich bezogen auf die verwendete Stichprobe und somit fast ausschließlich auf Pflegebedürftige in stationärer Versorgung – durchgeführt werden konnte, wurde eine zusätzliche Klassierung modifizierter Pflegegrade, kurz *PG_mod*, erstellt und überprüft.

Für die Berechnung des *PG_mod* wurden dafür im Detail die folgenden Schritte unternommen:

- a) In einer linearen Regression wurden die Beeinträchtigungsgrade der sechs einzelnen BI-Module (Ausprägungen 0 bis 4) als erklärende Variablen den individuellen SOLL-Zeitmengen der 1.204 vollstationären Pflegebedürftigen unter Kontrolle von Alter und Geschlecht gegenübergestellt.
- b) Die resultierenden standardisierten Regressionskoeffizienten bilden dann ab, welchen Einfluss die sechs Module auf die SOLL-Zeitmengen der Pflegebedürftigen haben. Die Koeffizienten des Modells wurden abschließend in neue Gewichtungsfaktoren für die Module umgerechnet.
- c) Diese neuen Modulgewichte wurden anschließend in der bestehenden Bewertungssystematik verwendet und so jedem der 1.204 Pflegebedürftigen ein neuer, modifizierter Pflegegrad zugeteilt.

Die sozialrechtlich gültigen Gewichtungsfaktoren des BI (MDS/GKV-Spitzenverband 2017) und der modifizierten Berechnung auf Grundlage der Studienstichprobe sind in Tabelle 65 dargestellt. Insbesondere die Gewichtung des Moduls 1 der regulären Berechnung des Pflegegrades und des modifizierten *PG_mod* weichen dabei deutlich voneinander ab: In der empirisch begründeten, modifizierten Version werden insgesamt 35 Prozentpunkte an Gewichtsanteilen von den Modulen 2, 3, 4, 5 auf das Modul 1 übertragen, dem damit ein Gewicht von 45 % zukommt.

Tabelle 65: Modulgewichte zur Berechnung der BI-Gesamtpunkte zur Bestimmung von Pflegegrad und modifiziertem Pflegegrad

Modul	Modulgewichte	
	nach Wingefeld	modifiziert
1 – Mobilität	10 %	45 %
2 – kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	5 %
3 – Verhaltensweise und psychische Problemlagen	15 %	5 %
4 – Selbstversorgung	40 %	30 %
5 – Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	4 %
6 – Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	16 %

10.2.5 Regression Trees

Eine weitere Klassifizierung wurde anhand von Regression Trees rein statistisch abgeleitet. Bei diesem Verfahren wird die Stichprobe hierarchisch in der Struktur eines Entscheidungsbaumes mit sich gegenseitig ausschließenden Untergruppen aufgeteilt, bis keine weitere Verzweigung mehr möglich ist. Die Aufteilung in die Untergruppen erfolgt dabei über Ausprägung der im Modell einbezogenen Variablen. Die resultierenden Gruppen sind in sich dabei möglichst homogen. Maximal resultieren am Ende so viele Gruppen der Größe $n=1$, wie Fälle in das Modell einbezogen wurden. Ziel des

Verfahrens war es, eine handhabbare Anzahl an Items des BI zu identifizieren, anhand deren Ausprägungen der individuelle Pflegebedarf möglichst gut erklärt werden kann. Um dabei die maximale Anzahl an resultierenden Klassen einzuschränken, wurde für die Erstellung der Regression Trees eine maximale Baum-Tiefe von 5 Ebenen und eine minimale Gruppengröße von 30 festgelegt. Auf Ebene 5 konnten so maximal $2^5=32$ Gruppen resultieren. Wesentliche statistische Besonderheit ist dabei, dass die Auswahl der zur Gruppentrennung optimal geeigneten Items selber durch die einbezogenen Daten bestimmt wird und somit unterschiedliche Stichproben zu unterschiedlichen Baumstrukturen führen.

Im vorliegenden Fall wurden zur Erstellung der Regression Trees 100 Durchläufe von Regression Trees mit den SOLL-Zeitmengen der 1.204 vollstationäre Pflegebedürftigen und allen 64 BI-Items als möglichen Split-Variablen berechnet. Mittels statistischer Berechnung wurden aus dieser Auswahl der Reihen nach die Variablen selektiert, aus denen die homogensten eigenständigen Gruppen resultieren. Für jeden der 100 erstellten Regression Trees wurden die ausgewählten Items dokumentiert. Die im Baum zuerst gewählten Items stellen hierbei die relevantesten Items dar. Im Anschluss wurde über alle 100 Durchläufe bestimmt, in wie vielen Bäumen die verschiedenen Items berücksichtigt wurden. Die absoluten Häufigkeiten aller 64 Items des BI sind in Tabelle 66 dargestellt. Von den 64 Items des BI wurden lediglich 22 mindestens ein Mal in den 100 Durchläufen der Regression Trees als Split-Variable ausgewählt. 11 der Items waren in mindestens 32, also nahezu jedem dritten Durchlauf vertreten. Ein deutlicher Sprung in der Häufigkeit ist dabei zwischen den Rangplätzen 6 und 7 aufgetreten. Zwischen dem am sechst- und siebthäufigsten berücksichtigtem Item sank die Anzahl von 97 auf 58 in den 100 erstellten Bäumen. Folgerichtig wurde an dieser Stelle pragmatisch ein Schnitt angesetzt und es wurden die ersten sechs Items der Liste als die für die Klassierung relevantesten Items selektiert. Bei diesen handelt es sich um die Modul-Items

- Halten einer stabilen Sitzposition
- Benutzen einer Toilette/eines Toilettenstuhls
- Essen
- Umsetzen
- Fortbewegen innerhalb eines Wohnbereichs
- Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen

Tabelle 66: Ergebnisse der wiederholten Regressionsbaumanalysen zur Bestimmung der wichtigsten BI-Items zur Klassierung der Pflegebedürftigkeit

	Anzahl	BI-Item		Anzahl	BI-Item		Anzahl	BI-Item		Anzahl	BI-Item
1	100	1.2	17	32	6.5	33	0	3.4	49	0	5.1
2	100	4.10	18	15	4.1	34	0	3.5	50	0	5.3
3	99	4.8	19	5	2.4	35	0	3.6	51	0	5.4
4	97	1.3	20	5	3.2	36	0	3.7	52	0	5.5
5	97	1.4	21	1	2.5	37	0	3.8	53	0	5.7
6	97	6.4	22	1	3.11	38	0	3.10	54	0	5.8
7	58	3.9	23	0	1.1	39	0	3.12	55	0	5.9
8	38	2.1	24	0	1.5	40	0	3.13	56	0	5.10
9	38	2.6	25	0	1.6	41	0	4.2	57	0	5.11
10	38	4.11	26	0	2.3	42	0	4.3	58	0	5.12
11	38	5.2	27	0	2.7	43	0	4.4	59	0	5.13
12	38	5.6	28	0	2.9	44	0	4.5	60	0	5.14
13	32	2.2	29	0	2.10	45	0	4.6	61	0	5.15
14	32	2.8	30	0	2.11	46	0	4.7	62	0	6.1
15	32	4.9	31	0	3.1	47	0	4.12	63	0	6.3
16	32	6.2	32	0	3.3	48	0	4.13	64	0	6.6

Mit diesen sechs ausgewählten Items als erklärenden Variablen der SOLL-Zeitmengen wurde nun erneut ein Regressionsbaum berechnet, um die Pfade der Klasseneinteilungen festzulegen. Im Ergebnis entstand ein Baum mit 21 Klassen, in die die gesamte Stichprobe von 1.204 Pflegebedürftigen anhand ihrer Ausprägungen in den sechs letztendlich noch einbezogenen Items eingeteilt wurden. Über die Pfade wurden alle 1.204 Pflegebedürftigen einer der 21 Gruppen zugeordnet und die so erzeugte Klassierungsvariable für die Prüfung der Prädiktionsstärke in (kruzvalidierten) Regressionsmodellen weiterverwendet.

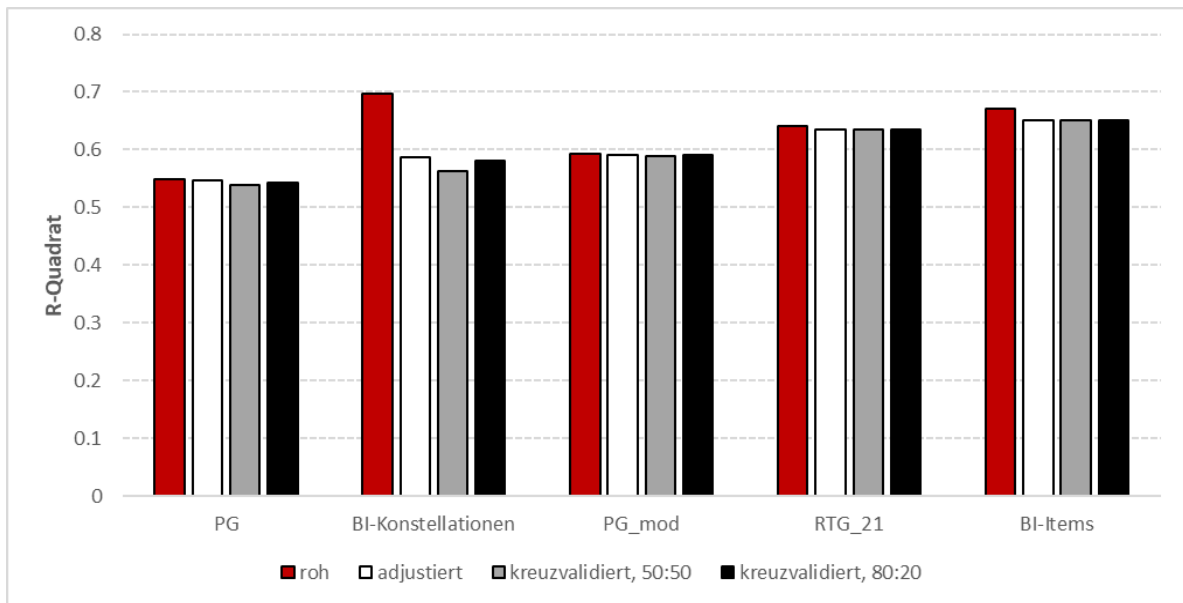
10.3 Ergebnisse

Die fünf vorgestellten Klassierungen wurden schließlich in Bezug auf die drei ausgewählten Beurteilungskriterien geprüft und getrennt voneinander bewertet. Die entsprechenden Prüfungsergebnisse zur Varianzerklärung (Abschnitt 10.3.1), Praktikabilität (Abschnitt 10.3.2) und Statistischen Robustheit (Abschnitt 10.3.3) werden folgend dargestellt und im dann folgenden Abschnitt 10.4 diskutiert und zu einer abschließenden Empfehlung zusammengeführt.

10.3.1 Varianzerklärung

Als Datengrundlage dienten zur Prüfung der verschiedenen Klassierungen aus Abschnitt 10.2.1 bis 10.2.5 jeweils alle 1.204 vollstationären Pflegebedürftigen, für die individuellen Zeitmengen für einen Werktag berechnet werden konnten und für die plausible Angaben zu Alter und Geschlecht als Kontrollvariablen vorlagen. Die Prädiktionsstärke der Klassierungen hinsichtlich der individuellen SOLL-Zeitmenge wurde über das Bestimmtheitsmaß R-Quadrat abgebildet. Da die Ermittlung der neuen Klassierungen optimal auf die Studienstichprobe der 1.204 vollstationären Pflegebedürftigen angepasst ist, muss für den fairen Vergleich der Prädiktionsstärken ein anderes Verfahren als die einfache lineare Regression über die gesamte Studienstichprobe entwickelt werden. Mittels Kreuzvalidierung wird der Effekt des Overfittings der Modelle auf die Studienstichprobe kontrolliert. Insgesamt wurden dafür jeweils 1.000 Kreuzvalidierungen im Verhältnis 50 : 50 und 80 : 20 der Trainings- und Validierungsdatensätze durchgeführt. Die resultierenden adjustierten Bestimmtheitsmaße wurden gemittelt.

In Abbildung 93 sind die berechneten Prädiktionswerte der fünf Klassierungen dargestellt. Für alle fünf verwendeten Klassierungen sind die rohen und adjustierten Bestimmtheitsmaße der einmalig durchgeführten Regressionsmodelle über die vollständige Stichprobe ($n=1.204$) dargestellt. Aufgrund der stark unterschiedlichen Anzahlen von Klassen innerhalb der jeweiligen Klassierungssysteme muss zu einer sinnvollen Beurteilung der Varianzerklärung hierbei das adjustierte Bestimmtheitsmaß betrachtet werden, dessen Ergebniswerte über die Anzahl der einbezogenen Klassen normiert ist. Zusätzlich wurden alle fünf Modelle mit zwei Varianten in je 1.000 Durchläufen kruzvalidiert.



Anmerkung: PG – Pflegegrad, PG_mod – modifizierter Pflegegrad mit neuer Gewichtung der Module, RTG_21 – Klassierung nach Regression Tree Analyse, BI-Items – Berechnung für alle 64 BI-Items

Abbildung 93: Varianzerklärung der SOLL-Zeitmenge für fünf Klassierungen der Pflegebedürftigkeit

Für alle Klassierungen resultieren Bestimmtheitsmaße von über 50 %. Gegenüber den rohen R-Quadraten fallen die adjustierten und kreuzvalidierten Bestimmtheitsmaße erwartungsgemäß geringer aus. Bis auf die Klassierung nach BI-Konstellationen sind die Ergebnisse über die adjustierten und kreuzvalidierten R-Quadrate innerhalb der anderen vier Klassierungen nahezu konstant. Durch die hohe Anzahl an Regressoren liegt das rohe Bestimmtheitsmaß bei den BI-Konstellationen bei etwa 70 %, reduziert sich durch die Adjustierungen aber auf unter 60 %. Für die drei neu entwickelten Klassierungen PG_mod, der Gruppierung nach dem Regressionsbaum (RTG_21) und den 64 BI-Items sind im Vergleich mit dem Pflegegrad und den BI-Konstellationen leichte Vorteile in der Prädiktionsstärke zu verzeichnen. Die Bestimmtheitsmaße der drei neu konstruierten Klassierungen liegen mit Werten zwischen 0,59 und 0,65 nah beieinander.

Eine intensivere Gegenüberstellung wurde darüber hinausgehend noch für die beiden Klassierungen durchgeführt, die als Teil des Angebotskonzeptes schon ex ante zur Auswahl innerhalb der Bemessungsinstrumente benannt worden waren. Sowohl die BI-Konstellationen als auch die Pflegegrade erklären dabei mehr als 50 % der Zeitvarianz innerhalb der Modelle. Das R-Quadrat der Pflegegrade rangiert zwischen 0,539 und 0,549, das der BI-Konstellationen sinkt durch die Adjustierung und Kreuzvalidierung von 0,697 auf minimal 0,563. Die Bestimmtheitsmaße der adjustierten und kreuzvalidierten BI-Konstellationen liegen damit 2,4 bis 4,1 Prozentpunkte über denen der Pflegegrade und erklären die Werktags-Zeitmengen der einbezogenen Bewohner*innen minimal besser.

Für das Instrument können auf BI-Ebene aber lediglich Zeitmengen für 90 BI-Konstellationen für die Durchschnittswoche berechnet werden. Für die anderen BI-Konstellationen fehlen für die Hochrechnung Informationen aus beispielsweise Nacht- oder Wochenendschichten. In den vorausgegangenen Regressionsanalysen wurden alle 319 BI-Konstellationen der 1.204 Bewohner berücksichtigt. Wird die Stichprobe auf die 707 Bewohner mit den im Instrument darstellbaren 90 BI-Konstellationen reduziert und die Regressionsmodelle nach gleicher Methodik erneut berechnet, gleichen sich die Bestimmtheitsmaße auf 0,545 bis 0,554 für Pflegegrade und 0,555 bis 0,628 für die BI-Konstellationen an. Die absoluten Abweichungen der adjustierten und kreuzvalidierten R-Quadrate liegen bei nur noch 0,9 bis 2,3 Prozentpunkten.

Nach Betrachtung der Ergebnisse zeigt sich *kein deutlicher Vorteil der Gruppierung nach BI-Konstellationen über eine Gruppierung nach Pflegegraden*. Zusätzlich sind viele der BI-Konstellationen in der Erhebungsstichprobe nur schwach besetzt (Tabelle 67), nur in 17 der 90 Konstellationen basieren die Ergebnisse auf 10 oder mehr Pflegebedürftigen. Im Gegensatz dazu liegt das *n* in den Pflegegraden 2 bis 5 bei über 200.

Tabelle 67: Verteilung der vollstationären Stichprobe auf die im Instrument berücksichtigten BI-Konstellationen

	BI-Konstellation	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Häufigkeit	Kumulierte Prozent
1	44424	176	24,62	176	24,62
2	44414	29	4,06	205	28,67
3	34324	25	3,5	230	32,17
4	14324	22	3,08	252	35,24
5	24324	19	2,66	271	37,9
6	34424	19	2,66	290	40,56
7	44434	19	2,66	309	43,22
8	13223	18	2,52	327	45,73
9	33323	16	2,24	343	47,97
10	31222	15	2,1	358	50,07
11	34323	14	1,96	372	52,03
12	12222	13	1,82	385	53,85
13	13323	13	1,82	398	55,66
14	13213	11	1,54	409	57,2
15	43323	11	1,54	420	58,74
16	03213	10	1,4	430	60,14
17	44324	10	1,4	440	61,54
18	10120	9	1,26	449	62,8
19	10221	9	1,26	458	64,06
20	20221	9	1,26	467	65,31
21	24323	9	1,26	476	66,57
22	30321	9	1,26	485	67,83
23	34314	9	1,26	494	69,09
24	04223	8	1,12	502	70,21
25	04314	7	0,98	509	71,19
26	11221	7	0,98	516	72,17
27	23323	7	0,98	523	73,15
28	31323	7	0,98	530	74,13
29	11222	6	0,84	536	74,97
30	20211	6	0,84	542	75,8
31	22323	6	0,84	548	76,64
32	33313	6	0,84	554	77,48
33	00021	5	0,7	559	78,18
34	04424	5	0,7	564	78,88
35	10020	5	0,7	569	79,58
36	10210	5	0,7	574	80,28
37	10220	5	0,7	579	80,98
38	11121	5	0,7	584	81,68
39	11212	5	0,7	589	82,38
40	12212	5	0,7	594	83,08
41	21322	5	0,7	599	83,78
42	23223	5	0,7	604	84,48
43	02223	4	0,56	608	85,03
44	03212	4	0,56	612	85,59

45	04323	4	0,56	616	86,15
46	10211	4	0,56	620	86,71
47	11101	4	0,56	624	87,27
48	13222	4	0,56	628	87,83
49	14223	4	0,56	632	88,39
50	20201	4	0,56	636	88,95
51	22322	4	0,56	640	89,51
52	24223	4	0,56	644	90,07
53	30221	4	0,56	648	90,63
54	32222	4	0,56	652	91,19
55	44323	4	0,56	656	91,75
56	00010	3	0,42	659	92,17
57	10000	3	0,42	662	92,59
58	12221	3	0,42	665	93,01
59	14313	3	0,42	668	93,43
60	21211	3	0,42	671	93,85
61	24314	3	0,42	674	94,27
62	04102	2	0,28	676	94,55
63	10100	2	0,28	678	94,83
64	12111	2	0,28	680	95,1
65	23221	2	0,28	682	95,38
66	30323	2	0,28	684	95,66
67	31221	2	0,28	686	95,94
68	31312	2	0,28	688	96,22
69	34423	2	0,28	690	96,5
70	41322	2	0,28	692	96,78
71	41424	2	0,28	694	97,06
72	44314	2	0,28	696	97,34
73	44404	2	0,28	698	97,62
74	03333	1	0,14	699	97,76
75	04303	1	0,14	700	97,9
76	10212	1	0,14	701	98,04
77	11022	1	0,14	702	98,18
78	13112	1	0,14	703	98,32
79	13221	1	0,14	704	98,46
80	14303	1	0,14	705	98,6
81	14334	1	0,14	706	98,74
82	20222	1	0,14	707	98,88
83	20322	1	0,14	708	99,02
84	22212	1	0,14	709	99,16
85	24414	1	0,14	710	99,3
86	30332	1	0,14	711	99,44
87	30333	1	0,14	712	99,58
88	32311	1	0,14	713	99,72
89	41333	1	0,14	714	99,86
90	41342	1	0,14	715	100

Die Pflegegrade allein können mehr als die Hälfte der Varianz im Zeitbedarf von Heimbewohnern erklären. Damit ist deren Prognosekraft deutlich höher als beispielsweise in der PiBaWü-Studie von Brühl und Planer (2019) und in einem akzeptablen Bereich. Die Varianzaufklärung der BI-Konstellationen ist zwar geringfügig höher, gleichzeitig sind die Zellbesetzungen in den meisten der BI-Konstellationen so gering, dass die Stichprobe zu klein ist, um eine valide Übertragbarkeit auf Bewohner außerhalb der Studie zu garantieren. Von den beiden schon vorhandenen und geprüften

Varianten kann demnach zum jetzigen Zeitpunkt *nur die Klassifikation nach Pflegegraden* zum Einsatz empfohlen werden.

Festzuhalten ist, dass die Anwendung von Pflegegraden mit einer Varianzaufklärung von rund 55 % deutlich besser ist, als die empirischen Ergebnisse vorangegangener Studien (Brühl & Planer 2013 und 2019) zur Personalbemessung dies haben vermuten lassen.

10.3.2 Praktikabilität

Für die Anwendung in der Praxis müssen die Klassierungen auch Anforderungen hinsichtlich ihrer Praktikabilität erfüllen. Dabei gilt es, neben der Anschlussfähigkeit an das bestehende System auch eine einfache praktische Umsetzung für die Einrichtungen zu gewährleisten und den Aufwand für die mehr oder weniger häufige Nachjustierung der Berechnungen einzubeziehen.

Aktuell wird innerhalb des Pflegesystems auf fast allen Ebenen Pflegebedürftigkeit nur über die Pflegegrade abgebildet. Dies gilt für alle gesetzlichen und vertraglichen Regelungen ebenso wie – ganz praktisch – für die Verwaltungsroutinen in Einrichtungen oder die verwendeten Softwareprodukte. Aus dieser Perspektive ist es unbestritten so, dass eine Klassifikation auch der Personalbemessung nach Pflegegraden die höchste Praktikabilität aufweist. Der dahinterliegende Grund ist jedoch wesentlich weniger in der Selbstevidenz des bestehenden Systems zu sehen als vielmehr in der Tatsache, dass die vielen Informationen, die das BI erhebt, bisher weitgehend ungenutzt geblieben sind. Das bedeutet allerdings auch, dass nicht nur inhaltlichen Potenziale verschenkt werden, sondern auch, dass Einrichtungen nicht darauf eingerichtet sind, auf einer tieferen Ebene die Begutachtungsdaten in ihre Abläufe zu integrieren. Für jeden Pflegebedürftigen einen kompletten Satz von 64 Items aus dem BI zu verwalten scheint im Moment eine große Herausforderung zu sein, der man ohne technische Hilfen schwerlich wird begegnen können. Allerdings stellt sich auch dann die Frage, ob ein Personalbemessungsinstrument, in das für jeden Pflegebedürftigen einer Einrichtung 64 Werte des BI einzeln eingetragen werden müssen, vom Aufwand her vertretbar und mit den Gegebenheiten vor Ort flächendeckend umsetzbar ist.

Neben den schon früher erwähnten Nachteilen im Hinblick auf Informationsverluste, die durch jede Form der Klassierung erzeugt werden, entsteht an gleicher Stelle aber auch ein Effekt, der in Bezug auf die Praktikabilität der Anwendung positiv wirkt: Je gröber die Klassierung, desto träger reagiert sie auf Veränderungen in einzelnen Items. Im vorliegenden Fall bedeutet dies, dass mit einer gröberen Klassierung einzelne Veränderungen im Zustand der Pflegebedürftigen weniger schnell zu einer veränderten Einstufung führen. Die Veränderungen müssen – auch wenn sie etwa auf einem Item des BI erfasst werden – so ausschlaggebend sein, dass innerhalb der Aggregationsregeln ein anderes Gesamtergebnis erzeugt wird. Praktisch bedeutet dies zwar, dass nicht jede Zustandsveränderung auch zu einer Veränderung der zugeordneten Personalmenge führt, gleichzeitig sinkt aber auch der Anreiz und die Notwendigkeit, jede (kleine) Veränderung bei jedem Pflegebedürftigen durch eine Nachbegutachtung erfassen zu lassen. Bei Verwendung einer Klassierung mit vielen Gruppen wie den BI-Konstellationen (im Instrument 90), BI-Items (64) oder der Regression-Tree-Klassierung (21) ist die Wahrscheinlichkeit für einen Wechsel von Pflegebedürftigen in einem Zeitraum zwischen den Gruppen größer, als beispielsweise bei der Klassierung nach Pflegegraden. Das bedeutet, dass alle Klassierungen, die eine feinere Granularität als die Pflegegrade aufweisen, für Einrichtungen und Begutachtungsinstitutionen einen deutlich höheren Aufwand für eine jeweils angemessene Beurteilung der Pflegebedürftigen erwarten lassen.

10.3.3 Statistische Robustheit

Letztlich müssen die Klassierungen von statistischer Seite kritisch hinsichtlich ihrer Belastbarkeit hinterfragt werden. Bei der Bildung der neuen Klassierungen besteht die Gefahr eines Overfittings, das eine Klassierung zwar gut geeignet für die zugrundeliegende Stichprobe, nicht aber für die Anwendung auf andere Daten macht. Zusätzlich unterliegen Berechnungen auf Grundlage eines kleinen n der Gefahr eines Stichprobenfehlers.

Die Belastbarkeit der Ergebnisse der Klassierung nach BI-Konstellation wird durch die schiefe Verteilung der Pflegebedürftigen auf die BI-Konstellationen eingeschränkt. Die in die Berechnungen einbezogenen 1.204 Bewohnern weisen 319 verschiedene BI-Konstellationen auf. Allein auf die sieben häufigsten BI-Konstellationen entfallen aber über 25% der Pflegebedürftigen. 275 BI-Konstellationen sind von fünf oder weniger Pflegebedürftigen besetzt, was die Gefahr von zufälligen Ausreißern in der Stichprobe erhöht.

Die Bildung der modifizierten Pflegegrade, Regression Trees und die Regressionsmodelle nach den 64-BI-Items erfolgten auf Grundlage der Stichprobe und beinhalten deshalb die Gefahr des Overfitting. Dadurch besteht die Gefahr, dass die Modelle so gut an die Stichprobe angepasst sind, dass die Übertragung der Klassierungen auf die Grundgesamtheit der Pflegebedürftigen oder einzelne Einrichtungen außerhalb der Stichprobe zu weniger verlässlichen Ergebnissen führen würde. Zwar wurden die Bestimmtheitsmaße durch die Methode der Kreuzvalidierung für verschiedene Stichprobenkonstellationen berechnet. Trotzdem kann die Nutzung von vielen erklärenden Variablen in den Regressionsmodellen, wie es bei den 64 BI-Items oder den 21-Regression Tree-Gruppen der Fall ist, die Aussagekraft der Prädiktionswerte weiter verringern.

10.4 Diskussion und Empfehlung

Nicht unbedingt im Vorfeld zu erwarten war, dass die Varianzerklärung aller getesteten Klassifikationen stabil oberhalb von 50 % und damit auf einem außergewöhnlich hohen Niveau liegt. Besonders ist dabei zu betonen, dass schon die einfachste Klassierung, die Pflegegrade im heutigen Zuschnitt, mit einer Varianzerklärung von rund 55 % deutlich besser sind, als die empirischen Ergebnisse vorangegangener Studien zur Personalbemessung dies haben vermuten lassen. Die Einteilung nach BI und die drei neu konstruierten Klassierungen zeigen dazu im Vergleich zwar eine leicht erhöhte Prädiktionskraft, sie sind aber gerade hinsichtlich der zugrundeliegenden statistischen Belastbarkeit und ihrer Praktikabilität bezüglich Anschlussfähigkeit und Aufwand gegenüber den Pflegegraden unterlegen. Der Einsatz von modifizierten Pflegegraden würde zwar zu leichten Verbesserungen der Prädiktionskraft führen, dafür jedoch einen verhältnismäßig starken Eingriff in die Bewertungssystematik des BI erfordern, den man jedoch nur auf Basis von Daten der Teilgruppe stationär versorgter Pflegebedürftiger nicht abgesichert für das gesamte BI durchführen kann. Insgesamt sprechen sich die Auftragnehmer deshalb für die Verwendung der bestehenden Pflegegrade zur Klassierung des Personalbemessungsverfahrens aus.

11 Ergebnisse V – Zusammenhang von Personalausstattung und Pflegequalität

Gemäß der bereits in Kapitel 2 angesprochenen Grundkonzeption von Donabedian beeinflusst die Strukturqualität auch die Prozess- und Ergebnisqualität von Pflege. Pflegequalität ist dabei ein mehrdimensionaler Gegenstand, der bis heute nur unvollständig in seiner ganzen Komplexität gefasst und abgebildet werden konnte. Dementsprechend konnten zwar innerhalb der Entwicklungsstudie des Personalbemessungsinstrumentes einzelne Teilaspekte der Pflegequalität – namentlich die Erbringung fachgerechter Pflegeinterventionen in Art und Menge – betrachtet werden, diese können jedoch nicht umfassend als Kenngrößen für Ergebnisqualität interpretiert werden. Vielmehr zeigen keine oder nur geringe Abweichungen von der fachgerechten Versorgung, im Rahmen der Studie als Zeitmengen-Deltas operationalisiert – eine gute Qualität des Prozessendpunktes in der Erbringung der jeweiligen Intervention, nicht jedoch, inwieweit die Ergebnisse dieser Pflegeinterventionen wirksam in Bezug auf objektive Ergebnisqualitätsindikatoren oder die subjektive Lebensqualität der Pflegebedürftigen sind. Das Ziel des Personalbemessungsverfahrens ist es, eine bedarfsadäquate Personalmenge und -struktur zu definieren, die dann auch zu einer höheren Pflegequalität führt, indem sie die Strukturqualität verbessert, entsprechend bessere Prozessqualität ermöglicht und damit die Wahrscheinlichkeit besserer Ergebnisqualität erhöht. Wenn nachfolgend also die Pflegequalität in Abhängigkeit der Personalausstattung betrachtet wird, beziehen sich die generierten Erkenntnisse darauf, inwieweit eine unterschiedliche Strukturqualität – operationalisiert durch Personaleinsatz – zu unterschiedlicher Prozessendpunktqualität – operationalisiert durch die Abweichungen von einer fachgerechten Versorgung – führt und damit gute Ergebnisqualität mehr oder weniger wahrscheinlich fördert bzw. hemmt. Die Überprüfung dieser Grundannahme war dabei *nicht* primärer Gegenstand dieser Studie, deren Konzeption daher auf andere Ziele optimiert war. Folglich ist eine strikte Überprüfung dieses Zusammenhangs nicht möglich. Ebenso wenig ist es möglich abzuleiten, welche Einflüsse ein Einsatz der deutlich höheren Personalmengen, die sich als Ergebnis der Anwendung des Algorithmus 1.0 ergeben, auf die Pflegequalität zukünftig haben kann, da in der Beobachtungsstudie *keine* Einrichtungen eine den Werten des Algorithmus 1.0 auch nur annähernd entsprechende Personalmenge eingesetzt hat. Allerdings ist eine merkbliche Varianz in der eingesetzten Personalmenge auch unter den Erhebungseinrichtungen vorhanden, so dass es möglich war, post hoc zumindest belastbare empirische Hinweise auf den Zusammenhang von Personalausstattung und Pflegequalität zu ermitteln. Dazu muss ein Maß für die Personalausstattung gefunden werden, das die Bewohnerzahl und -struktur berücksichtigt und Einrichtungen so vergleichbar macht, sowie eine weitere Kennzahl für die Pflegequalität, die dann mit der ersten Kennzahl korreliert werden kann. Nachfolgend wird daher zunächst eine Konzeption für die beiden gesuchten Kennzahlen entwickelt (Abschnitt 11.1). Diese Konzeptionen werden anschließend operationalisiert (Abschnitt 11.2), bezüglich ihres Zusammenhangs statistisch analysiert (Abschnitt 11.3) und abschließend zusammenfassend diskutiert (Abschnitt 11.4).

11.1 Konzeption der Kennzahlen für Pflegequalität und Personaleinsatz

Da die Messung von Pflegequalität kein primäres Ziel des Projektes PeBeM war, wurden im Rahmen der Datenerhebung diesbezüglich *keine Indikatoren zur Ergebnisqualität* erhoben. Jedoch ist es möglich, auf Ebene der einzelnen Erhebungseinrichtungen den Einfluss von Personaleinsatz auf den Umfang der fachgerechten Pflege zu überprüfen. Um diesen Aspekt der Pflegequalität abbilden zu können, muss deshalb eine Kennzahl als abhängige Variable aus den vorliegenden Daten entwickelt

werden (Abschnitt 11.1.1). Ebenso muss eine Kennzahl entwickelt werden, die den Personaleinsatz des Pflegepersonals als unabhängige Variable abbildet (Abschnitt 11.1.2).

11.1.1 Entwicklung der Kennzahl Pflegequalität

Um Pflegequalität abzubilden, werden häufig objektive Kennzahlen der Ergebnisqualität wie das Auftreten bzw. Fehlen von negativen Ereignissen bei Pflegebedürftigen etwa die Häufigkeit des Auftretens von Druckgeschwüren oder Stürzen (vgl. Horn et al. 2005) erhoben. Diese werden dann auf kollektiver Ebene der Pflegeeinrichtungen – unter Berücksichtigung mehr oder weniger elaborierter Verfahren der Risikoadjustierung – als Ausdrücke der Pflegequalität verwendet. Dabei wird das komplexe Konstrukt Pflegequalität auf einzelne Ergebnisindikatoren reduziert. Diesem Ansatz kann hier nicht gefolgt werden, da entsprechende Daten nicht erhoben wurden. Allerdings kann aus den Prozessdaten ein Indikator für die Abweichungen der Prozesse von einer fachgerechten Versorgung gebildet werden. Hierzu wird das Verhältnis von SOLL-Zeitmengen zu IST-Zeitmengen als Proxy für die Pflegequalität herangezogen, durch welches beschrieben werden kann, welchem Anteil einer fachgerechten Versorgung die gesamten erbrachten Pflegeleistungen entsprechen. Gleichen sich IST- und SOLL-Zustand, kann davon ausgegangen werden, dass eine fachgerechte Versorgung vorliegt. Je weiter IST- und SOLL-Zustand voneinander abweichen, desto weniger kann von einer fachgerechten Versorgung ausgegangen werden. Aus der Relation zwischen IST- und SOLL-Zustand lässt sich somit eine Kennzahl für Pflegequalität ermitteln.

11.1.2 Entwicklung der Kennzahl Personaleinsatz

Die Kennzahl für den Personaleinsatz beschreibt die Menge des eingesetzten Personals in den Einrichtungen. Um zwischen den Einrichtungen divergierende Teilzeitquoten auszugleichen, wird der Personaleinsatz nachfolgend über Zeitmengen abgebildet, die aber mittels einer Nettojahresarbeitszeit problemlos in Vollzeitäquivalente umgerechnet werden könnten. Da der Personaleinsatz von der Anzahl der in der Einrichtung versorgten Bewohner*innen, und deren Pflegegradstruktur abhängen, wird, um die Vergleichbarkeit der Einrichtungen zu gewährleisten, die zur Versorgung der Bewohner eingesetzte Zeit des Pflegepersonals in Relation zum Case-Mix der konkreten Einrichtung gesetzt.

11.2 Operationalisierung

Zur Umsetzung der theoretischen Konzeption zur Ermittlung von Kennzahlen für Personaleinsatz und Pflegequalität können verschiedene Wege eingeschlagen werden, deren Vor- und Nachteile in den Abschnitten 11.2.1 und 11.2.2 diskutiert werden, um am Ende eine Methode auszuwählen. Der zugrunde liegende Strukturdatensatz enthält für einige Einrichtungen nur unvollständige Daten einiger Einrichtungen (vgl. Abschnitt 5.4.1). Einige Berechnungen sind daher nur für eine geringere Anzahl an Einrichtungen möglich. Nachfolgend wird deshalb jeweils der Numerus (n) mitangegeben, um deutlich abzubilden, auf welche Anzahl an Einrichtungen sich die Aussagen beziehen. Berücksichtigt werden dabei grundsätzlich alle vollstationären Einrichtungen. Die Ergebnisse für spezialisierte Einrichtungen werden dabei gesondert ausgewiesen. Für die Ermittlung der Personalmengen werden nur die Pflegekräfte der Qualifikationsniveaus 1-5 berücksichtigt. Andere Personalkategorien werden ebenso wie ehrenamtlich Tätige nicht einbezogen.

11.2.1 Operationalisierung Personaleinsatz

Für die Operationalisierung und spätere Berechnung der Personaleinsatzkennziffer müssen die IST-Personaleinsatzzeiten berechnet (Abschnitt 11.2.1.1), und diese in Relation zur Bewohnerschaft

gesetzt werden (Abschnitt 11.2.1.2). Nach diesen Vorarbeiten kann die Personaleinsatzkennzahl für jede berücksichtigte Einrichtung berechnet werden (Abschnitt 11.2.1.3).

11.2.1.1 Personaleinsatzzeit

Um die Personaleinsatzzeit in den untersuchten Pflegeeinrichtungen während des Erhebungszeitraums abzubilden, kann auf unterschiedliche Daten zurückgegriffen werden: Zum einen auf den *Dienstplan* der Erhebungstage, zum anderen auf die *Zeitdifferenz* zwischen Beginn der ersten und Ende der letzten Intervention, die durch die Pflegekräfte an jedem beschatteten Tag durchgeführt wurden. Beide Datenquellen weisen jedoch Ungenauigkeiten auf: In den Dienstplänen bleibt unklar, ob Überstunden und Minusstunden des Pflegepersonals abgebildet werden. Daraus können Unter- und Übererfassungen der tatsächlichen Personaleinsatzzeit resultieren. Außerdem werden neben den beschatteten Pflegekräften auch weitere Mitarbeiter*innen (z. B. Einrichtungsleitungen und Betreuungskräfte) aufgeführt. Aus den vorliegenden Dienstplänen lässt sich zudem nicht immer eindeutig schließen, welche Personen tatsächlich beschattet wurden und welche nicht.

In Abbildung 94 wird die Summe der Arbeitszeit aller beschatteten Pflegekräfte der Tagschichten an Werktagen nach Einrichtungen auf Grundlage des jeweiligen *Dienstplanes* abgebildet. Es wird deutlich, dass sich die Personaleinsatzzeiten zwischen den Einrichtungen stark unterscheiden. Dies hängt zum einen von der Anzahl der beschatteten Schichten, zum anderen von der Anzahl der Bewohner*innen und der Pflegegradstruktur der Einrichtungen ab. Eine Abschätzung der Unter- oder Übererfassungen kann auf Grundlage dieser Daten nicht erfolgen.

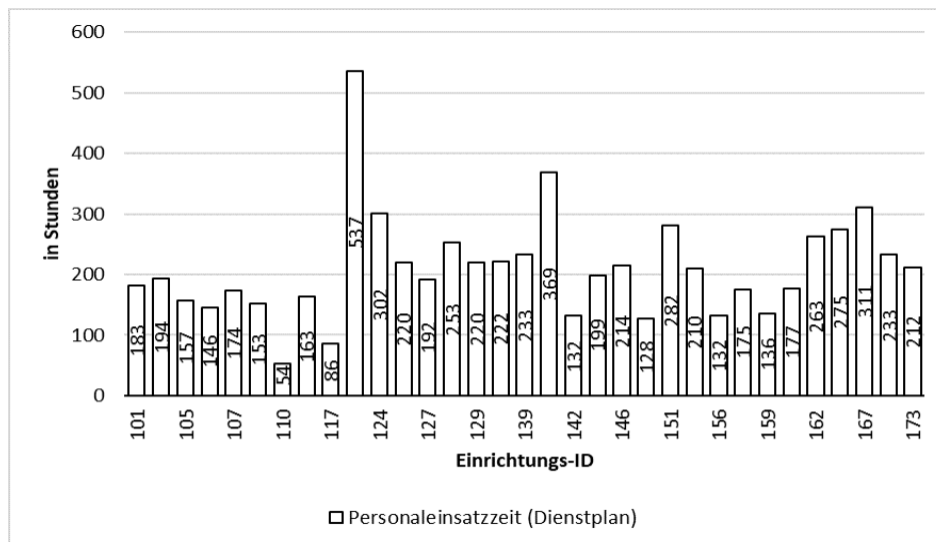


Abbildung 94: Personaleinsatzzeit aller beschatteten Tagdienste an Werktagen anhand des Dienstplans

In Hinblick auf die *Zeitdifferenz der Beschattungen* stellt sich dagegen folgendes Problem: Der Start der Messung der ersten Intervention sowie das Ende der letzten Intervention wurde bei beschatteten Bewohner*innen, also bei Studienteilnehmer*innen, durchgeführt. Wurden vor Durchführung der ersten beschatteten Intervention oder nach Durchführung der letzten beschatteten Intervention Bewohner*innen versorgt, die keine Studienteilnehmer*innen waren, wurden diese Zeiten nicht erfasst, und es kann zu Untererfassungen der tatsächlichen Einsatzzeit des Pflegepersonals kommen. In Abbildung 95 ist die Summe der Arbeitszeit aller beschatteten Pflegekräfte der Tagschichten an Werktagen nach Einrichtungen auf Grundlage der Zeitdifferenz abgebildet. Außerdem sind die An-

teile der beschatteten Bewohner*innen der Einrichtungen an allen Bewohner*innen angegeben (Abbildung 96). Dabei sind deutliche Unterschiede zwischen den Einrichtungen ersichtlich. Anzunehmen ist, dass mit steigendem Anteil der beschatteten Bewohner*innen die Wahrscheinlichkeit zunimmt, dass die erste und letzte durchgeführte Intervention bei einer Studienteilnehmerin bzw. einem Studienteilnehmer stattgefunden hat und es so zu weniger Untererfassungen der Personaleinsatzzeiten kommt. Dies ist relevant für den folgenden Vergleich der beiden Messmethoden Dienstplan bzw. Zeitdifferenz.

Ein Vergleich der Personaleinsatzzeiten – ermittelt auf Grundlage des Dienstplans bzw. der Zeitdifferenz der Beschattung – zeigt, dass sich die erhobenen Einsatzzeiten in einigen Einrichtungen je nach Messmethode stark voneinander unterscheiden (Abbildung 95). In den meisten Fällen (n = 26 bzw. 79 %) ist die Personaleinsatzzeit anhand der Dienstpläne höher als die Einsatzzeit anhand der Zeitdifferenz der Beschattung. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass es bei der Personaleinsatzzeit anhand der Zeitdifferenz, wie zuvor angenommen, systematisch zu Untererfassungen kommt. Im Durchschnitt liegen die Personaleinsatzzeiten, abgebildet durch die Dienstpläne, um rund 2,6 Stunden pro Schicht (Summe der Arbeitszeit aller Pflegekräfte der Schicht) über den Personaleinsatzzeiten anhand der Zeitdifferenz der Beschattung. Werden nur die Einrichtungen betrachtet, in denen die Dienstpläne höhere Personaleinsatzzeiten als die Zeitdifferenz abbildet, beträgt der Unterschied pro Schicht sogar rund 5,5 Stunden.

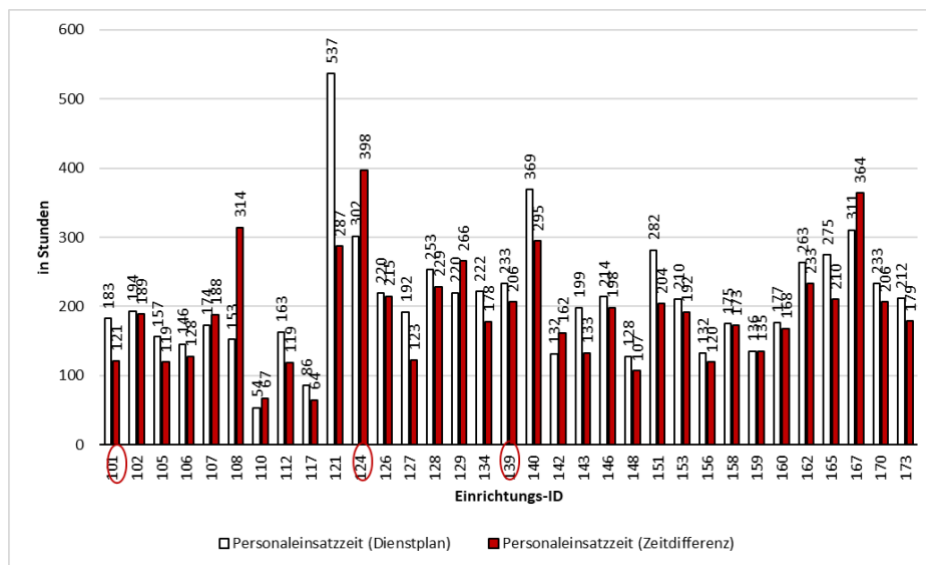


Abbildung 95: Personaleinsatzzeit aller beschatteten Tagdienste an Werktagen anhand der Zeitdifferenz

Werden die Anteile der beschatteten Bewohner*innen (Abbildung 96) hinzugezogen, kann geschlossen werden, dass die Untererfassung durch die Zeitdifferenz ein nicht singular ausschlaggebender Faktor für die Differenzen zwischen beiden Methoden ist. Zu Verdeutlichung: In der Einrichtung mit der ID 139 waren alle Bewohner*innen auch Studienteilnehmer*innen – es wurden somit alle Bewohner*innen beschattet. Demnach entfällt die zuvor genannte Quelle der Untererfassung der Personaleinsatzzeit. Trotzdem bildet der Dienstplan über den gesamten Zeitraum der Erhebung eine Differenz von rund 27 Stunden gegenüber der Personaleinsatzzeit anhand der Zeitdifferenz der Beschattungen ab. Dies entspricht einer Übererfassung von 13 %. In den Einrichtungen mit den IDs 101 und 124 wurden mit 97 % bzw. 96 % ebenfalls nahezu alle Bewohner*innen in die Studie ein-

geschlossen und somit beschattet. Eine Untererfassung der beschriebenen Art ist demnach unwahrscheinlich. Im Vergleich der Personaleinsatzzeiten der beiden Einrichtungen zeigt sich, dass der Dienstplan in der Einrichtung mit der ID 101 eine höhere Personaleinsatzzeit (61 Stunden) abbildet und somit rund 50 % höhere Einsatzzeiten erfasst als die Zeitdifferenz. In der Einrichtung mit der ID 124 zeigt sich ein gegensätzliches Bild: der Dienstplan erfasst 96 Stunden weniger als die Zeitdifferenz, dies entspricht 24 %. Trotz der beschriebenen Abweichungen zeigt sich ein starker positiver Zusammenhang zwischen beiden Methoden ($r = 0,708$; $p < 0,01$; $r^2 = 0,501$) (Abbildung 97 und Tabelle 68). Dies bestätigt die Validität beider Methoden.

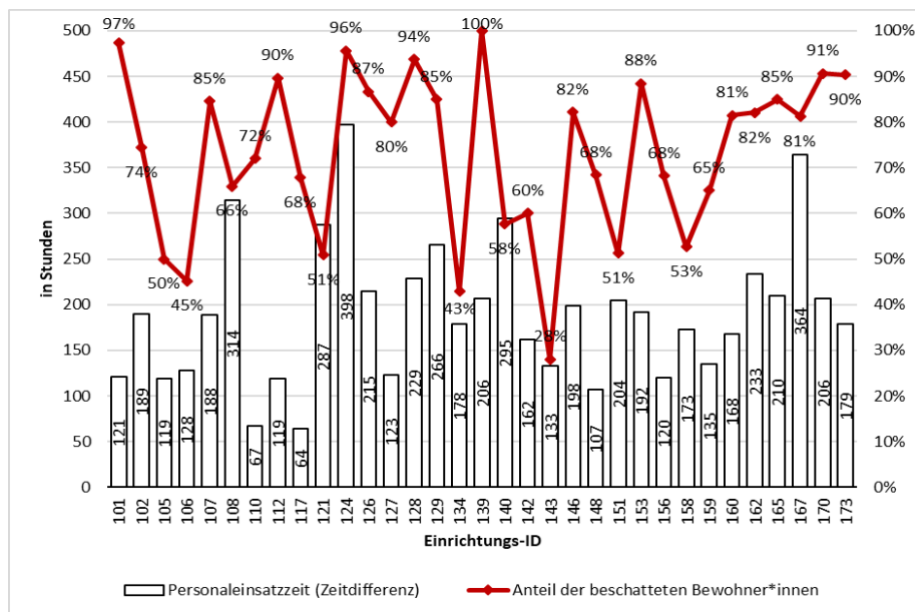


Abbildung 96: Vergleich der Personaleinsatzzeiten anhand des Dienstplans bzw. der Zeitdifferenz

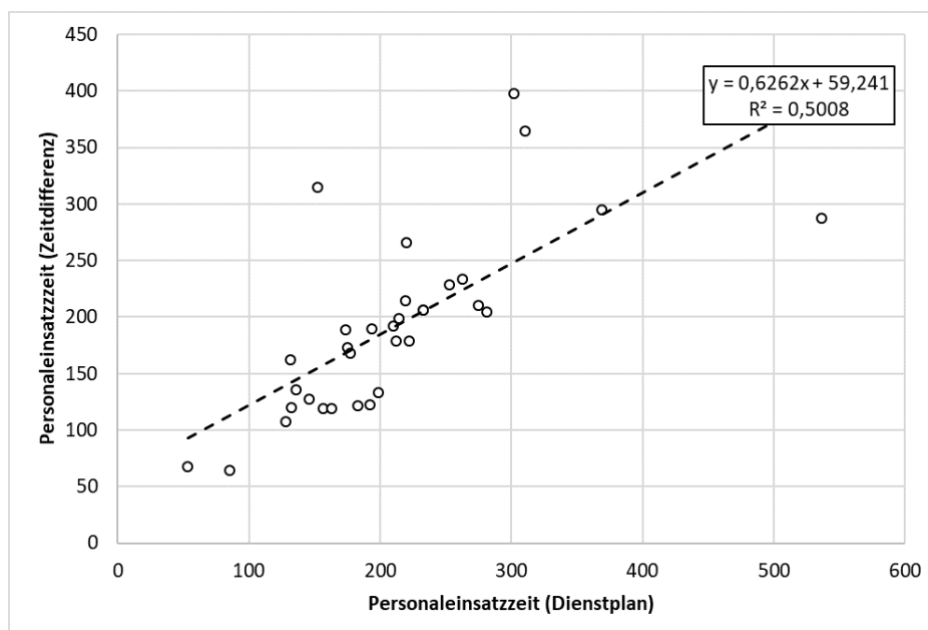


Abbildung 97: Streudiagramm Personaleinsatzzeit

Tabelle 68: Korrelationsmatrix (nach Bravais-Pearson) für zwei Methoden zur Erhebung der Personaleinsatzzeit (n=33)

	Dienstplan	Zeitdifferenz Beschattung
Dienstplan	1,000	0,708**
Zeitdifferenz Beschattung	0,708**	1,000

Anmerkung: ** Die Korrelation ist auf dem Niveau von $\alpha = 0,001$ (zweiseitig) signifikant.

Zusammenfassend konnten Hinweise für die angenommenen systematischen Untererfassungen anhand der Zeitdifferenz und die unsystematischen Unter- bzw. Übererfassungen durch die Dienstpläne gefunden werden. Da die Verzerrungen unter Betrachtung des Dienstplanes unsystematisch sind und außerdem große Schwankungen zwischen den Einrichtungen aufweisen, wird von der Erfassung der Personaleinsatzzeit auf Grundlage der Dienstpläne im weiteren Vorgehen abgesehen. Die im weiteren Verlauf verwendeten Personaleinsatzzeiten werden stets auf *Grundlage der Zeitdifferenz der Beschattungen* gebildet.

Da die Höhe der Personaleinsatzzeit je Einrichtung abhängig von der Anzahl der beschatteten Dienste ist, werden für jede Einrichtung durchschnittliche Personaleinsatzzeiten für einen Werktag gebildet. Dazu werden zunächst die Einsatzzeiten der beschatteten Frühschichten und der beschatteten Spätschichten gemittelt. Anschließend wird daraus durch Addition auf die durchschnittliche Personaleinsatzzeit für einen Werktag geschlossen.

11.2.1.2 Ermittlung des Einrichtungssolls

Um den Personaleinsatz zwischen den Einrichtungen vergleichen zu können, müssen die Zeiten in Relation zur Pflegegradstruktur der Heime standardisiert werden. Dies erfolgt durch eine Gewichtung der Bewohner*innen der Einrichtungen anhand ihrer Pflegegrade. Als Gewichtungsfaktoren werden SOLL-Zeitwerte für die einzelnen Pflegegrade genutzt, um so eine SOLL-Zeit für die gesamte Einrichtung zu ermitteln (*Einrichtungssoll*).

Dazu werden verschiedene Methoden geprüft: Zum einen werden die in der Empirie ermittelten durchschnittlichen *SOLL-Zeitmengen* nach Pflegegraden (Abschnitt 7.1.2.1) als Referenzwerte genutzt, zum anderen werden SOLL-Zeitwerte auf Grundlage von *Personalschlüsseln* nach § 85 SGB XI verwendet. Nachfolgend werden beide Methoden gegenübergestellt, um so eine Entscheidung zu ermöglichen.

Die durchschnittlichen SOLL-Zeitmengen beschreiben nach Pflegegraden differenzierte Zeitwerte, die für eine fachgerechte Versorgung für Bewohner*innen zur Verfügung stehen müssten. Um diese Zeitwerte mit Personalschlüsseln vergleichbar zu machen, müssen die Personalschlüssel ebenfalls in SOLL-Zeitwerte umgerechnet werden. Dazu werden die Relationen von einer Pflegekraft zur Anzahl der Bewohner*innen anhand einer Nettojahresarbeitszeit von 1.560 Stunden in SOLL-Zeitwerte pro Tag umgerechnet. Das Vorgehen wird am Beispiel der Pflegeschlüssel für Mai 2018 auf Bundesebene erläutert (Tabelle 69). Der Personalschlüssel für Pflegegrad 1 beträgt 6,90. Dies bedeutet, dass eine Vollzeitstelle einer Pflegekraft 6,90 Bewohner*innen des Pflegegrad 1 versorgt. Das entspricht 37,3 Minuten pro Bewohner*in mit Pflegegrad 1 pro Tag bei einer Nettojahresarbeitszeit von 1.560 Stunden (1.560 Stunden / 52 Wochen / 7 Tage / 6,90*60 Minuten). Entsprechend können die SOLL-Zeitwerte pro Tag für Bewohner*innen in anderen Pflegegraden ermittelt werden.

Tabelle 69: Ermittlung von SOLL-Zeiten pro Tag nach Pflegegrad aus bundesweiten (durchschnittlichen) Pflegeschlüsseln

Pflegegrade	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Personalschlüssel	6,90	4,14	2,91	2,24	1,99
Soll-Zeit pro Tag	37,3	62,1	88,4	114,8	129,2

Quelle: eigene Berechnung nach Rothgang & Wagner 2019: 11

Als weitere Referenzwerte werden die Personalschlüssel verschiedener Einrichtungen betrachtet. Die Einrichtung mit der ID 129 weist bei einer standardisierten Bewohnerschaft (laut Pflegegradstruktur in Pflegeheimen für Deutschland im Jahr 2017) die größte Personalmenge in Relation zu 100 Bewohner*innen auf. Außerdem werden aus den teilnehmenden Einrichtungen jeweils für alle Pflegegrade die kleinsten Personalschlüssel, die größten Personalschlüssel und die mittleren Personalschlüssel ermittelt. Daraus werden fiktive Einrichtungen mit minimaler, maximaler und durchschnittlicher Personalbesetzung konstruiert. In Tabelle 70 werden diese Personalschlüssel denen der Einrichtung 129 gegenübergestellt.

Tabelle 70: Vergleich der Referenzpersonalschlüssel

Referenzeinrichtung	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
ID 129	7,25	3,9	2,7	2,2	1,0
minimal	13,4	8,0	5,0	3,31	2,76
Mittelwert	6,41	4,12	2,89	2,17	1,88
maximal	3,17	2,47	1,82	1,142	1,0

In Tabelle 71 werden die SOLL-Zeitwerte der unterschiedlichen Methoden (SOLL-Zeitmengen und Personalschlüssel) für die einzelnen Pflegegrade gegenübergestellt. Neben den absoluten Zeitwerten werden auch Anteile ausgewiesen. Zur Ermittlung der Anteile wird die Summe der Zeitwerte für jeden Pflegegrad herangezogen. Dies entspricht den SOLL-Zeitwerten für fünf Bewohner*innen, die jeweils einem der fünf Pflegegrade zugeordnet sind. Im Vergleich wird deutlich, dass sich bei unterschiedlichem Niveau der SOLL-Zeitwerte die anteiligen Werte zwischen den Methoden kaum unterscheiden. Dies trifft vor allem für die *SOLL-Zeitmengen* und die fiktiven Personalschlüssel (Minimum, Mittelwert und Maximum) zu. Die empirisch ermittelten SOLL-Zeitmengen lassen sich demnach in den durchschnittlichen Personalschlüsseln aller Einrichtungen abbilden.

Tabelle 71: Vergleich Referenzwerte

Pflegegrade	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	Gesamtzeit
durchschnittliche SOLL-Zeitmengen in Minuten	57	69	101	141	193	560
Anteil an Gesamtzeit in %	10,2	12,3	18,0	25,1	34,5	100
Personalschlüssel (ID 129) in Minuten	35	66	95	117	257	571
Anteil an Gesamtzeit in %	6,2	11,6	16,7	20,5	45,1	100
Personalschlüssel (min) in Minuten	19	32	51	78	93	274
Anteil an Gesamtzeit in %	7,0	11,7	18,8	28,4	34,1	100
Personalschlüssel (MW) in Minuten	40	62	89	119	136	447
Anteil an Gesamtzeit in %	9,0	14,0	19,9	26,5	30,6	100
Personalschlüssel (max) in Minuten	81	104	141	225	257	809
Anteil an Gesamtzeit in %	10,0	12,9	17,5	27,8	31,8	100

Für die weitere Berechnung der Personaleinsatzkennzahl werden auf Grundlage dieser Erkenntnis die *durchschnittlichen SOLL-Zeitmengen* verwendet. Für dieses Vorgehen spricht auch, dass diese SOLL-Zeitmengen für Bewohner*innen ohne Pflegegrad abbilden und diese somit berücksichtigt werden können. Dies ist bei Personalschlüsseln nicht der Fall.

Zur Ermittlung des Einrichtungssolls werden die SOLL-Zeitmengen nach Pflegegrad auf die Anzahl aller Bewohner*innen mit entsprechendem Pflegegrad bezogen. Dabei werden alle Bewohner*innen der Einrichtung, also auch Nicht-Studienteilnehmer*innen, einbezogen. Das resultierende Einrichtungssoll beschreibt für jede Einrichtung die Soll-Personaleinsatzzeit bei durchschnittlichen SOLL-Zeitmengen pro Pflegegrad für alle Bewohner*innen.

11.2.1.3 Berechnung der Personaleinsatzkennzahl für die Erhebungseinrichtungen

Aus den Personaleinsatzzeiten und Einrichtungssolls kann eine *Personaleinsatzkennzahl* ermittelt werden. Dazu wird die Personaleinsatzzeit in Relation zum Einrichtungssoll gesetzt. Daraus ergibt sich für jede Einrichtung ein Wert, der den Anteil der Personaleinsatzzeit am Einrichtungssoll angibt. Da das Einrichtungssoll abhängig von der Anzahl und der Pflegegradstruktur der Bewohner*innen einer jeden Einrichtung ist, ermöglicht die Kennzahl einen unabhängigen Vergleich des Personaleinsatzes zwischen den Einrichtungen; zwei Einrichtungen für die das gleiche Einrichtungssoll ermittelt wird, unterscheiden sich nur noch durch die Personaleinsatzzeit. Dieser Unterschied wird in der Personaleinsatzkennzahl abgebildet. Somit eignet sich diese Kennzahl als Regressor für die Prüfung des Einflusses von Personaleinsatz auf Pflegequalität.

Da nicht für alle untersuchten Pflegeeinrichtungen Daten aus Beschattungen für Wochenend- und Nachtdienste vorliegen, werden zur Vereinheitlichung ausschließlich Tagdienste (Früh- und Spätdienste) an Werktagen betrachtet.

11.2.2 Operationalisierung der Kennzahl für Pflegequalität

Als Kennzahl für die Pflegequalität wird die Relation von SOLL- zu IST-Zeitmengen auf Einrichtungsebene genutzt. Dazu liegen für jede Bewohnerin und jeden Bewohner drei Wertepaare vor: IST- und SOLL-Zeiten, IST- und SOLL-Mengen sowie IST- und SOLL-Zeitmengen (vgl. Abschnitt 6.4.3). Als Kennzahl für Pflegequalität wird nachfolgend – bezogen nur auf die direkte Pflege – der Quotient von IST-Zeitmenge zu SOLL-Zeitmenge verwendet. Ein Wert von 1 entspricht einer fachgerechten Versorgungssituation, Werte unter 1 beschreiben eine quantitative Unterversorgung, Werte über 1 eine quantitative Überversorgung. Qualitativ kann es auch bei einem Wert von 1 zu Fehlversorgungen kommen, da Zeitmengen überversorgter Interventionen, Zeitmengen unterversorgter Interventionen ausgleichen könnten. Dies ist aber empirisch nicht in nennenswertem Maße aufzufinden. Da die Pflegequalitätskennzahl zunächst auf Bewohner*innenebene vorliegt, muss eine Aggregation der Daten auf Einrichtungsebene erfolgen, um zu der gesuchten Kennzahl zu gelangen.

11.3 Ergebnisse

Bevor die beiden so definierten und operationalisierten Kennzahlen zunächst einzeln beschrieben (Abschnitt 11.3.2) und dann aufeinander bezogen werden (11.3.3), soll zunächst kurz auf die zugrunde liegende Stichprobe eingegangen werden.

11.3.1 Zugrundeliegende Stichprobe

Wie in Abschnitt 7.1 beschrieben, liegen Daten aus $n = 69$ Einrichtungen von $n = 1.543$ beschatteten Bewohner*innen vor. Da die zugrundeliegende Fragestellung auf die vollstationäre Versorgung ab-

zielt, werden teilstationäre sowie die ambulantierte Einrichtung für die Auswertung *nicht* berücksichtigt. Die Stichprobe umfasst demnach n = 62 Einrichtungen mit n = 1380 beschatteten Bewohner*innen. Davon sind n = 6 Einrichtungen mit n = 156 Bewohner*innen spezialisierte Einrichtungen mit gesondertem Pflegesatzvertrag abzuziehen. Die Gesamtzahl der beschatteten Bewohner*innen reduziert sich um weitere n = 14 Bewohner*innen, für die keine IST-Zeiten oder -Mengen erfasst wurden, da diese Bewohner*innen zum Zeitpunkt der Beschattung nicht in der Einrichtung anwesend waren.

11.3.2 Beschreibung der Kennzahlen für Personaleinsatz und Pflegequalität

Nachfolgend werden die beiden Kennzahlen für Personaleinsatz (Abschnitt 11.3.2.1) und Pflegequalität (Abschnitt 11.3.2.2) auf Basis der erhobenen Daten dargestellt.

11.3.2.1 Personaleinsatzkennzahl

Es zeigt sich, dass die Personaleinsatzzeit in vollstationären Einrichtungen zwischen 20 und 114 Stunden sowie zwischen 27 und 74 Stunden in spezialisierten Einrichtungen pro Werktag schwankt. Im Durchschnitt liegt die Personaleinsatzzeit in vollstationären Einrichtungen bei 44 und in spezialisierten Einrichtungen bei 54 Stunden pro Werktag (Tabelle 72).

Tabelle 72: Vergleich Personaleinsatzzeit und Einrichtungssoll in Stunden pro Werktag nach Einrichtungstyp

		vollstationäre Einrichtungen		spezialisierte Einrichtungen	
		Personaleinsatzzeit	Einrichtungssoll	Personaleinsatzzeit	Einrichtungssoll
N	Gültig	50	50	6	6
	Fehlend	6	6	0	0
Mittelwert		43,8814	63,4743	53,6820	86,1329
Median		43,6693	64,2884	56,4607	91,5290
Std.-Abweichung		16,43544	19,73534	18,13465	32,51698
Minimum		20,00	28,13	27,29	38,88
Maximum		114,21	114,56	73,67	126,99
Perzentile	25	31,6380	48,1870	35,1612	54,5887
	50	43,6693	64,2884	56,4607	91,5290
	75	51,5795	75,6478	71,2349	112,7830

Das Einrichtungssoll liegt im Vergleich dazu sowohl in vollstationären als auch spezialisierten Einrichtungen deutlich höher. Außerdem fällt in beiden Einrichtungstypen eine größere Spannweite und Varianz im Vergleich zur Personaleinsatzzeit auf (Abbildung 98).

Die aus der Personaleinsatzzeit und dem Einrichtungssoll resultierende Personaleinsatzkennzahl liegt in den vollstationären Einrichtungen ohne spezialisiertem Versorgungsvertrag im Mittel (arithmetisches Mittel ebenso wie Median) über dem der spezialisierten Einrichtungen (Tabelle 73).

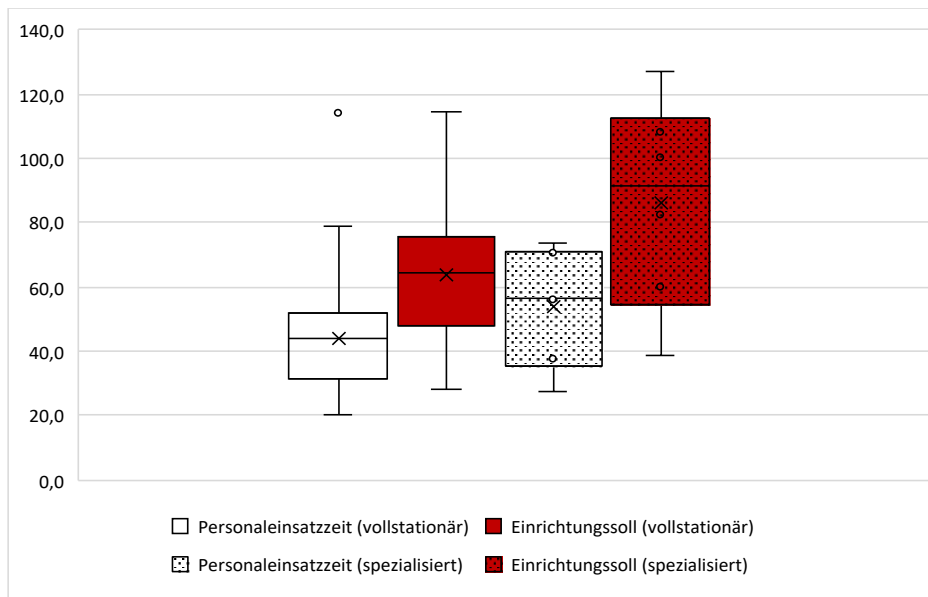


Abbildung 98: Personaleinsatzzeit und Einrichtungssoll in Stunden pro Werktag nach Einrichtungstyp¹⁷

Tabelle 73: Lageparameter Personaleinsatzkennzahl nach Einrichtungstyp

		vollstationäre Einrichtungen	spezialisierte Einrichtungen
N	Gültig	50	6
	Fehlend	6	0
Mittelwert		0,6990	0,6597
Median		0,6724	0,5589
Std.-Abweichung		0,15145	0,21505
Minimum		0,46	0,46
Maximum		1,13	0,97
Perzentile	25	0,5898	0,5057
	50	0,6724	0,5589
	75	0,7846	0,9106

Gemessen an der Standardabweichung und dem Interquartilsabstand ist die Streuung in den spezialisierten Einrichtungen größer (Abbildung 99).

¹⁷ Die Whisker in diesem und den nachfolgenden Box-Plots beschreiben den Wertebereich des 1,5-fachen Interquartilsabstands. Alle Werte, die mit einem Kreis markiert sind, liegen außerhalb dieses Bereiches, mit Sternchen gekennzeichnete Werte, sind mehr als das 2,5-fache des Interquartilsabstandes von der Box entfernt.

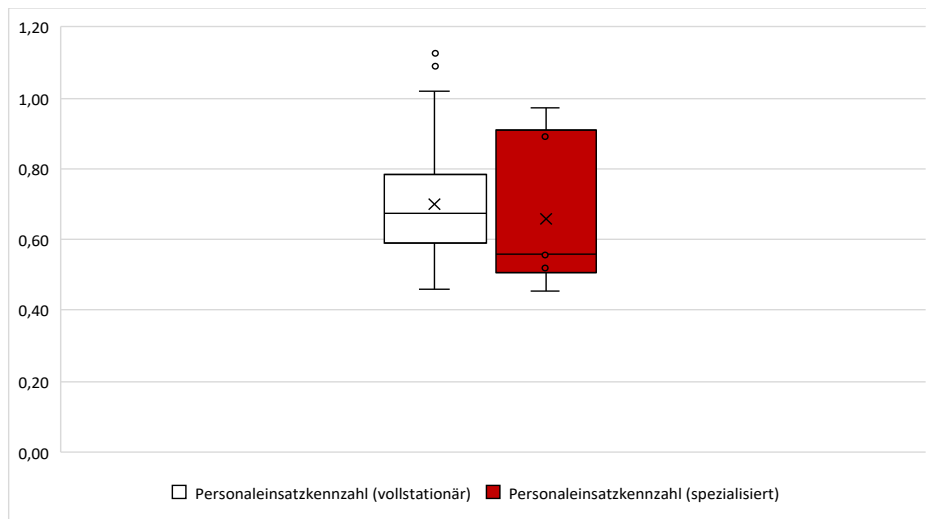


Abbildung 99: Personaleinsatzkennzahl nach Einrichtungstyp

11.3.2.2 Pflegequalität

Die durchschnittliche IST-Zeitmenge aller einbezogenen Bewohner*innen liegt bei 54,7 Minuten pro Tag. Dabei fällt eine große Spannweite zwischen 0 und 270 Minuten auf (Tabelle 74). Die mittleren 50 % der IST-Zeitmengen liegt zwischen 23 und 80 Minuten (1. und 3. Quartilswert). Die durchschnittliche SOLL-Zeitmenge liegt mit 87,3 Minuten deutlich über der durchschnittlichen IST-Zeitmenge. Ebenso liegen die Quartilswerte der SOLL-Zeitmengen deutlich über denen der IST-Zeitmengen (Abbildung 100).

Tabelle 74: Lageparameter Ist- und Soll-Zeitmengen

		Ist-Zeitmenge	Soll-Zeitmenge
N	Gültig	1366	1364
	Fehlend	0	2
Mittelwert		54,7063	87,3188
Median		48,9606	76,5757
Std.-Abweichung		39,93887	61,42394
Minimum		0,00	0,83
Maximum		270,32	403,00
Perzentile	25	22,7236	38,9595
	50	48,9606	76,5757
	75	79,5665	122,0548

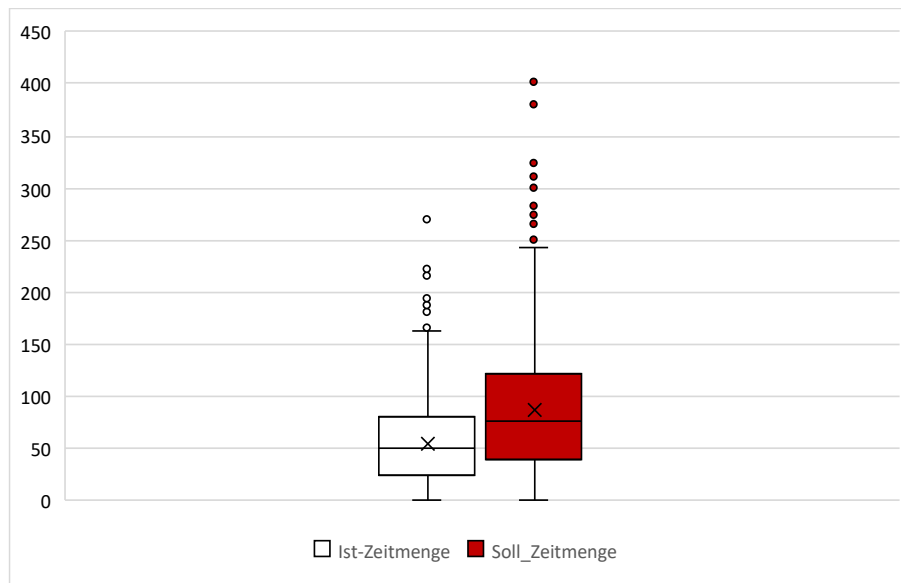


Abbildung 100: IST- und SOLL-Zeitmengen von n = 1.366 Bewohner*innen in Minuten pro Werktag

Ein Vergleich der IST- und SOLL-Zeitmengen nach Einrichtungstyp zeigt, dass das Niveau der aller Zeitmengen in spezialisierten Einrichtungen höher liegt und die Streuung in spezialisierten Einrichtungen größer ist (Tabelle 75 und Abbildung 101).

Tabelle 75: Lageparameter von IST- und SOLL-Zeitmengen der Bewohner*innen nach Einrichtungstyp

		vollstationäre Einrichtungen		spezialisierte Einrichtungen	
		Ist-Zeitmenge	Soll-Zeitmenge	Ist-Zeitmenge	Soll-Zeitmenge
N	Gültig	1210	1208	156	156
	Fehlend	0	2	0	0
Mittelwert		53,0271	85,3597	67,7310	102,4898
Median		48,1955	74,1497	56,2411	89,5727
Std.-Abweichung		37,94099	59,43016	51,24742	73,56655
Minimum		0,00	0,83	0,00	2,83
Maximum		224,24	403,00	270,32	380,76
Perzentile	25	22,3897	38,5169	26,3067	41,6327
	50	48,1955	74,1497	56,2411	89,5727
	75	77,1106	118,5664	98,8829	150,3471

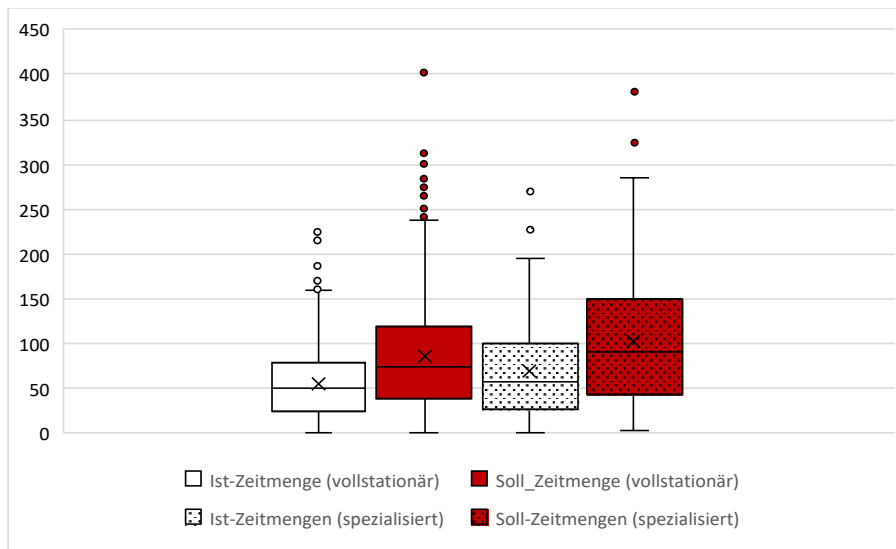


Abbildung 101: IST- und SOLL-Zeitmengen nach Einrichtungstyp

Tabelle 76 und Abbildung 102 enthalten abschließend einen Überblick über die Verteilung der Pflegequalitätskennzahl von n = 1.364 Bewohner*innen (n = 2 fehlende Werte). Die Anzahl der quantitativ übertersorgten Bewohner*innen liegt bei n = 9 (0,7 %), n = 1 Person (0,1 %) wird bedarfsgerecht versorgt und n = 1.354 Bewohner*innen (99,3 %) sind quantitativ unterversorgt.

Tabelle 76: Lageparameter der Pflegequalitätskennzahl von n = 1.366 Bewohner*innen

Pflegequalitätskennzahl		
N	Gültig	1364
	Fehlend	2
Mittelwert		0,6255
Median		0,6425
Std.-Abweichung		0,18545
Minimum		0,00
Maximum		1,64
Perzentile	25	0,5209
	50	0,6425
	75	0,7555

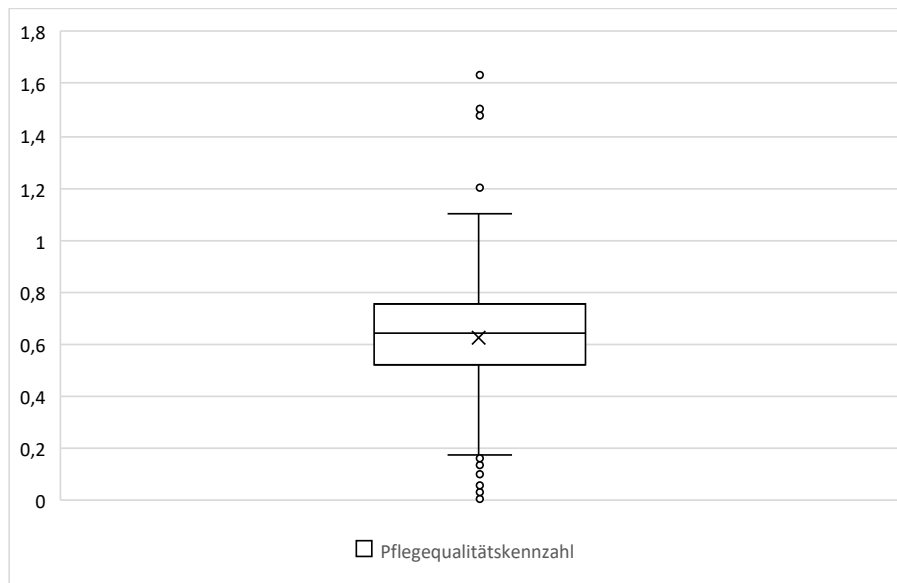


Abbildung 102: Pflegequalitätskennzahl von n = 1.364 Bewohner*innen

Da die Pflegequalitätskennzahl bisher auf Bewohnerebene vorliegt und der Personaleinsatz auf Einrichtungsebene, muss die Pflegequalitätskennzahl auf Einrichtungsebene gemittelt werden. Da es denkbar ist, dass sich die Pflegequalität nach Pflegegraden unterscheidet, muss dies zuvor geprüft werden. Abbildung 103 gibt einen Überblick über die Verteilung der Pflegequalität aller Bewohner*innen nach Pflegegraden. Es fällt auf, dass die Varianz der Pflegequalität mit steigendem Pflegegrad (Ausnahme ohne Pflegegrad) abnimmt. Dies bestätigt sich auch in Tabelle 77. Augenscheinlich unterscheiden sich die Mediane der Pflegequalitätskennzahlen zwischen den Pflegegraden aber nur minimal. Ebenso liegen die Mittelwerte sehr nah beieinander.

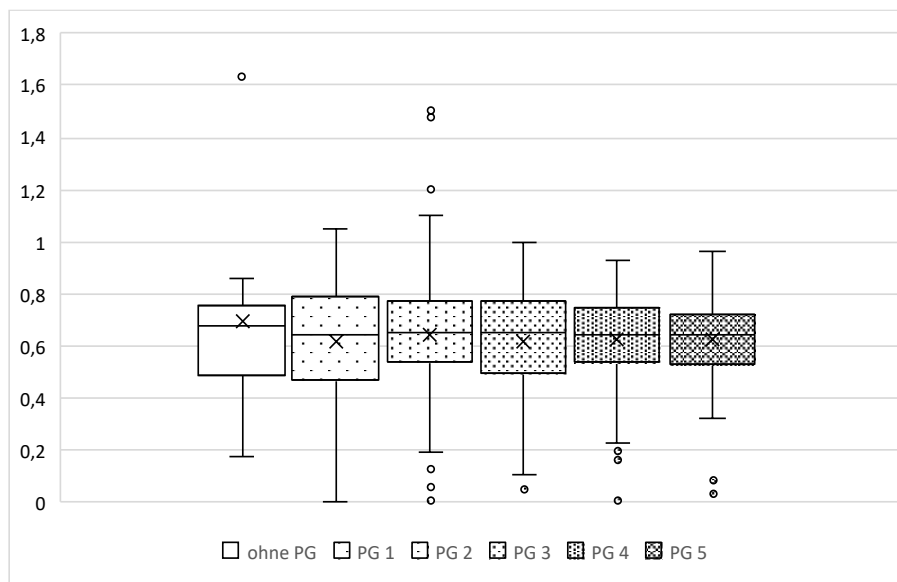


Abbildung 103: Boxplot Pflegequalitätskennzahl nach Pflegegraden

Tabelle 77: Vergleich der Mittelwerte der Pflegequalitätskennzahl nach PG

	N	Mittelwert	Std.- Abweichung	Std.-Fehler	95 %-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
ohne PG	10	0,6934	0,38909	0,12304	0,4151	0,9718	0,17	1,64
PG 1	75	0,6117	0,22167	0,02560	0,5607	0,6627	0,00	1,05
PG 2	230	0,6405	0,21367	0,01409	0,6127	0,6682	0,00	1,51
PG 3	439	0,6180	0,19798	0,00945	0,5995	0,6366	0,05	1,00
PG 4	341	0,6257	0,16110	0,00872	0,6085	0,6429	0,00	0,93
PG 5	269	0,6260	0,14056	0,00857	0,6092	0,6429	0,03	0,96
Gesamt	1364	0,6255	0,18545	0,00502	0,6157	0,6354	0,00	1,64

Um zu prüfen, ob sich die Mittelwerte der Pflegequalitätskennzahl nach Pflegegraden signifikant voneinander unterscheiden, muss zunächst geprüft werden, ob die Varianzen signifikant voneinander abweichen. Diese Prüfung kann mittels Levene-Test durchgeführt werden, der bei signifikantem Ergebnis Unterschiede der Varianzen zwischen den Pflegegraden bestätigt. In der vorliegenden Untersuchung ist dies der Fall (Tabelle 78).

Tabelle 78: Test der Homogenität der Varianzen

Pflegequalitätskennzahl	Levene- Statistik	df1	df2	Signifikanz
Basiert auf dem Mittelwert	11,196	5	1358	0,000
Basiert auf dem Median	10,411	5	1358	0,000
Basierend auf dem Median und mit angepassten df	10,411	5	1027,981	0,000
Basiert auf dem getrimmten Mittel	10,851	5	1358	0,000

Folglich muss zur Prüfung der Unterschiede der Mittelwerte die Welch-ANOVA (einfaktorielle Varianzanalyse für mehr als zwei unabhängige Stichproben mit heterogenen Varianzen) genutzt werden. Das Ergebnis der Welch-ANOVA zeigt, dass sich die Mittelwerte der Pflegequalitätskennzahl zwischen den Pflegegraden aller Bewohner*innen *nicht* unterscheiden (Tabelle 79).

Tabelle 79: Welch-ANOVA Pflegequalitätskennzahl nach Pflegegraden

Welch-Test	Statistik ^a	df1	df2	Sig.
	0,455	5	88,811	0,808
^a asymptotisch F-verteilt				

Ein weiterer Unterschied in Bezug auf die Pflegequalität ist hinsichtlich des *Einrichtungstyps* denkbar. In Abbildung 104 und Tabelle 80 zeigt sich jedoch eine sehr ähnliche Verteilung der Pflegequalität auf ähnlichem Niveau in beiden Einrichtungstypen, die sich auch statistisch bestätigen lässt.

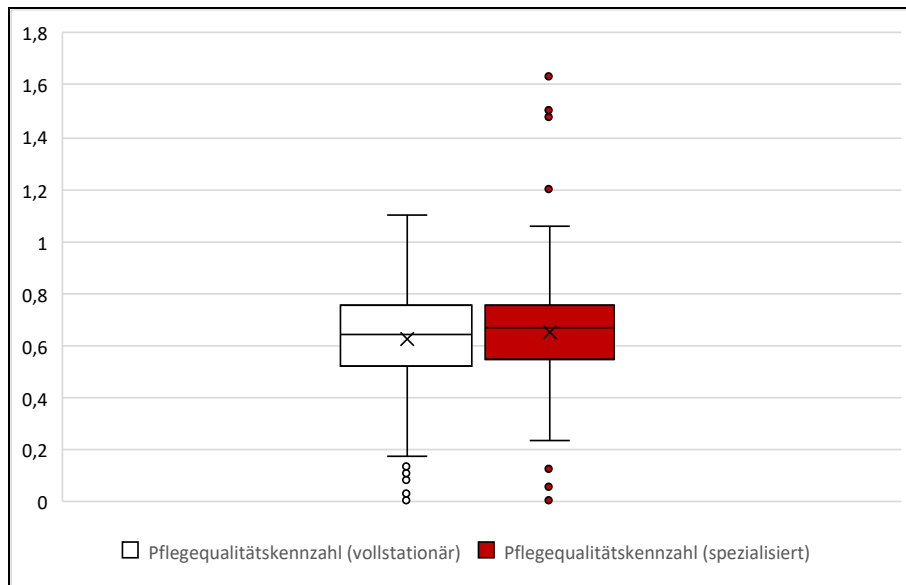


Abbildung 104: Vergleich der Pflegequalität von n = 1.364 Bewohner*innen nach Einrichtungstyp

Tabelle 80: Vergleich der Mittelwerte der Pflegequalitätskennzahl nach Einrichtungstyp

Einrichtungstyp	N	Mittelwert	Standard-Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
vollstationäre Einrichtung	1208	0,6220	0,17992	0,00518
spezialisierte Einrichtung	156	0,6526	0,22252	0,01782

Bei gleichen Varianzen (Levene-Test) liegen *keine signifikanten Unterschiede der Mittelwerte* der Pflegequalitätskennzahlen von Bewohner*innen in vollstationären und spezialisierten Einrichtungen vor (Tabelle 81).

Tabelle 81: t-Test für Mittelwerte der Pflegequalitätskennzahl nach Einrichtungstyp

Pflegequalitätskennzahl	Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit						
	F	Signifikanz	t	df	Signifikanz (2-seitig)	Mittlere Differenz z	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
								Untere	Obere
Varianzen sind gleich	2,196	0,139	-1,941	1362	0,052	0,03060	0,01576	0,06152	0,00032
Varianzen sind nicht gleich			-1,649	182,111	0,101	0,03060	0,01855	0,06721	0,00600

Da sich die Pflegequalität zwischen den Pflegegraden nicht unterscheidet und keine Unterschiede hinsichtlich der beiden Einrichtungstypen vollstationär und spezialisiert bestehen, kann die Pflegequalitätskennzahl der Bewohner*innen auf Einrichtungsebene gemittelt werden, ohne dass die Pflegegradverteilung oder der Typ der Einrichtung einen Einfluss auf die Pflegequalitätskennzahl hat.

In Abbildung 105 wird die Verteilung Pflegequalitätskennzahl auf Einrichtungsebene mittels eines Boxplot dargestellt. Der Mittelwert der Pflegequalitätskennzahl aller Einrichtungen liegt bei 0,62 (Tabelle 82).

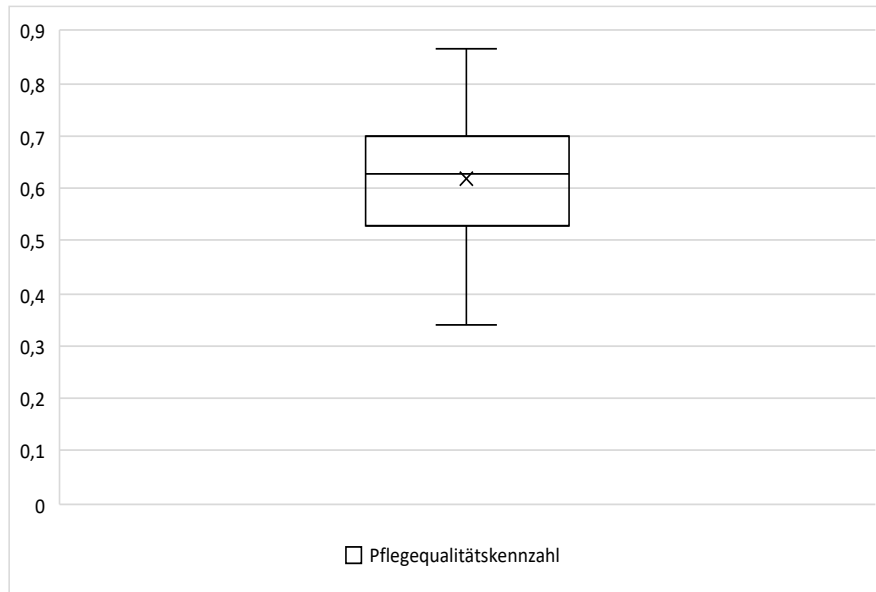


Abbildung 105: Pflegequalitätskennzahl von n = 62 Einrichtungen

Tabelle 82: Lageparameter der Pflegequalitätskennzahl auf Einrichtungsebene

N	Gültig	62
	Fehlend	0
Mittelwert		0,6199
Median		0,6271
Std.-Abweichung		0,10682
Minimum		0,34
Maximum		0,86
Perzentile	25	0,5296
	50	,6271
	75	,6974

11.3.3 Statistischer Zusammenhang zwischen Pflegepersonaleinsatz und Pflegequalität

Nachdem Kennzahlen für Personaleinsatz und Pflegequalität begründet entwickelt werden konnten und deren Verteilung beschrieben ist, werden nachfolgend *Zusammenhänge zwischen beiden Variablen* geprüft. Der Einfachheit halber wird dabei von Personaleinsatz und Pflegequalität gesprochen, wohl wissend, dass die hier vorgenommene Operationalisierung diese Konstrukte nur zum Teil abdeckt.

Tabelle 83: Korrelation (nach Bravais-Pearson) zwischen Personaleinsatz und Pflegequalität (n=56)

	Personaleinsatz	Pflegequalität
Personaleinsatz	1,000	0,416**
Pflegequalität	0,416**	1,000

Anmerkung: ** Die Korrelation ist auf dem Niveau von $\alpha = 0,001$ (einseitig) signifikant

Wie in Tabelle 83 deutlich wird, korreliert der Personaleinsatz signifikant positiv mit der Pflegequalität der beschatteten Bewohner*innen in den Einrichtungen ($r = 0,416$; $p < 0,01$): In Einrichtungen mit höherem Personaleinsatz ist die Pflegequalität demnach signifikant größer. Das Streudiagramm

in Abbildung 106 lässt den linearen Zusammenhang zwischen den Variablen erkennen. Der Korrelationskoeffizient von $r=0,416$ weist aber – ebenso wie das Streudiagramm selbst – auch darauf hin, dass weitere Einflussfaktoren vorhanden sein müssen.

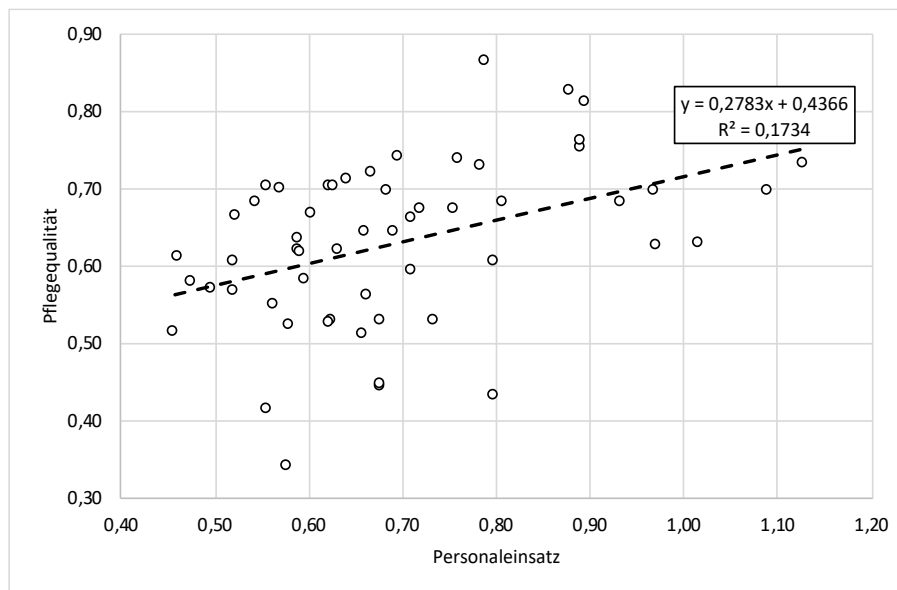


Abbildung 106: Streudiagramm Personaleinsatz und Pflegequalität

Da die Kriterien für eine lineare Regression (vgl. Bortz & Schuster 2010) erfüllt sind, kann diese sinnvoll durchgeführt werden. Tabelle 84 zeigt die beiden resultierenden Regressionskoeffizienten und deren Signifikanz (t-Test, $t = 7,416$; $p < 0,01$ und $t = 3,366$; $p < 0,01$). Dementsprechend ergibt sich folgendes Regressionsmodell: $\text{Pflegequalität} = 0,437 + 0,278 * \text{Personaleinsatz}$. Die Erhöhung der Personaleinsatzziffer um einen Punkt erhöht gemäß den Ergebnissen des Regressionsmodells die Pflegequalitätskennziffer um 0,278 Punkte.

Tabelle 84: Signifikanz der Regressionskoeffizienten

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler			
1	(Konstante)	0,437	0,059		7,416	0,000
	Personaleinsatz	0,278	0,083	0,416	3,366	0,001

^a abhängige Variable: Pflegequalität

Zur Prüfung der Signifikanz des entwickelten Regressionsmodells wird ein F-Test durchgeführt. In Tabelle 85 werden die Ergebnisse dieser Testung dargestellt. Diese belegt, dass das vorliegende Modell insgesamt signifikant ist und somit der Regressor (Personaleinsatz) einen signifikanten positiven Einfluss auf den Regressand (Pflegequalität) hat ($p < 0,01$).

Anhand des Determinationskoeffizienten (R-Quadrat) kann die Modellgüte geschätzt werden. In diesem Fall werden rund 17 % der Gesamtstreuung der Pflegequalität durch den Personaleinsatz (Tabelle 86). Nach Cohen (1988: 79 ff.) handelt es sich dabei um einen Effekt mittlerer Größe.

Tabelle 85: Signifikanz des Regressionsmodells

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	
1	Regression	0,106	1	0,106	11,328	0,001 ^b
	Nicht standardisierte Residuen	0,503	54	0,009		
	Gesamt	0,609	55			
^a abhängige Variable: Pflegequalität						
^b Einflussvariable: (Konstante), Personaleinsatz						

Tabelle 86: Modellgüte

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	0,416 ^a	0,173	0,158	0,09655
^a Einflussvariable: (Konstante), Personaleinsatz				
^b abhängige Variable: Pflegequalität				

11.4 Interpretationen und Schlussfolgerung

Anhand der vorliegenden Daten konnte ein *signifikanter positiver Zusammenhang* zwischen Personaleinsatz und den im Rahmen dieser Studie erfassten Aspekten der Pflegequalität abgebildet werden. Personalmehreinsatz führt tendenziell zu einer Erhöhung der Pflegequalität. Allerdings weist der begrenzte Korrelationskoeffizient auch darauf hin, dass dieser Zusammenhang offensichtlich von Drittvariablen erheblich beeinflusst wird. Hierbei ist insbesondere an die Pflegeprozessgestaltung zu denken. Personalmehrungen erhöhen somit die Chancen auf Qualitätsverbesserungen, können sie allein aber nicht garantieren und benötigen einer Flankierung durch Organisationsentwicklung um zu einem möglichst großem Qualitätsgewinn zu führen.

Zu berücksichtigen ist auch, dass die Studie nicht dafür konzipiert wurde, den Zusammenhang zwischen Pflegepersonalmengeneinsatz und Ergebnisqualität nachzuweisen und die hier vorgenommenen Berechnungen insofern Limitationen unterliegen: Da keine Ergebnisindikatoren für Pflegequalität gemessen wurden, konnten diese nicht in die Prüfung des Zusammenhangs einbezogen werden. Stattdessen wurde ein anderer Ansatz verwendet, Pflegequalität zu operationalisieren, der aber weitere Limitationen unterliegt. Zunächst kann die ermittelte Pflegequalität nur für den kurzen Zeitraum der Beschattungen betrachtet bzw. angenommen werden. Des Weiteren zeigen sich Ungenauigkeiten bei der Erfassung der Variable „Personaleinsatz“. Entsprechend vorsichtig sollten die Ergebnisse in Hinblick auf eine Verallgemeinerung insbesondere in Bezug auf die quantitativen Ergebnisse betrachtet werden. Hieraus ergibt sich die Empfehlung, die Zusammenhänge zwischen Personaleinsatz und Pflegequalität weiter und dann gezielt quantitativ zu untersuchen, um zusätzliche belastbare Erkenntnisse auch auf nationaler Ebene zu erhalten. Dabei sollten auch geeignete Qualitätsindikatoren zur Messung der Pflegeergebnisqualität genutzt werden, die einen qualitativen Vergleich auch zu internationalen Studien zulassen.

12 Zusammenfassende Darstellung der qualitativen Teilstudie zu Interaktionsarbeit als Querschnittsdimension

Im Abschlussbericht „Das Teilvorhaben Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege“ (A 1.2) des iaw werden die Ergebnisse der qualitativen Teilstudie umfassend präsentiert. Die hohe Belastung der Pflegenden durch die knappe zur Verfügung stehende Zeit für direkte Pfl egetätigkeiten, aber insbesondere auch für die Interaktionsarbeit wird sehr deutlich im Zusammenhang mit den bestehenden Rahmenbedingungen beschrieben. Aufgrund des hohen Umfangs des qualitativen Forschungsberichtes wird an dieser Stelle eine Zusammenfassung dieser Teilstudie integriert. Darin werden der Problemhintergrund angesprochen (Abschnitt 12.1), die verwendete Methodik und der theoretische Hintergrund umrissen (Abschnitt 12.2) und die Ergebnisse (Abschnitt 12.3) sowie die daraus abgeleiteten Ergebnisse des iaw (12.4) präsentiert. Nach einer Diskussion der Limitationen dieser Teilstudie (Abschnitt 12.5) erfolgt vor dem Hintergrund des Gesamtprojektes abschließend eine Bewertung des vorgeschlagenen Umgangs mit dem Zeitbedarf für Interaktionsarbeit durch das SOCIUM-Team (Abschnitt 12.6).

Als Zitate gekennzeichnete Textstellen beziehen sich in der folgenden zusammenfassenden Darstellung auf den Endbericht von Schwerdt und Becke (2019) des iaw als Primärquelle.

12.1 Problemhintergrund

„In einer Gruppendiskussion wurde betont, dass die Wohnbereichsleitung ebenso wie die Pflegekräfte des Wohnbereichs 80 – 90 % ihrer Arbeitszeit als Zeit für *Interaktionsarbeit* sehen. Interaktionsarbeit ist aus Sicht der Pflegekräfte von zentraler zeitlicher wie inhaltlicher Relevanz für ihre Arbeit.“ (Schwerdt & Becke 2019: 80). Diese Einschätzung von Pflegekräften steht im Kontrast zu der bisher weitgehend fehlenden Berücksichtigung von Interaktionsarbeit im Rahmen der bisherigen Personalbemessung für die stationäre Langzeitpflege. Interaktionsarbeit als Arbeit der Pflegekräfte mit und an den pflegebedürftigen Personen lässt sich aufgrund ihrer Komplexität und ihrer unsichtbaren Tätigkeitselemente – etwa der emotionalen Selbstregulation der Pflegekräfte – nur begrenzt quantitativ erfassen und abbilden. Vor diesem Hintergrund wurde die qualitative Teilstudie durch das iaw der Universität Bremen ergänzend zur quantitativen Hauptstudie durchgeführt.

12.2 Methodik und theoretischer Hintergrund

Zu Beginn der Studie erfolgte eine ausführliche Literaturrecherche, deren Erkenntnisse im Rahmen der engen Zusammenarbeit zwischen dem iaw und dem SOCIUM bereits in die Instrumentenentwicklung des Interventionskataloges und in die Schulung der Datenerhebenden eingeflossen sind. Die Mitarbeiterin des iaw hat dabei die Datenerhebenden mit Blick auf die bevorstehenden quantitativen Erhebungen für die pflegebezogene Interaktionsarbeit sensibilisiert, diesbezüglich am Schulungskonzept für die Datenerhebungen mitgewirkt, vier Schulungen mit durchgeführt und den Pretest begleitet.

Die Datengrundlage der qualitativen Teilstudie bilden drei verschiedene Datenmengen, die jeweils durch eigene Erhebungsverfahren generiert wurden:

1. Zu Beginn erfolgten drei Fokusgruppeninterviews mit insgesamt 10 Expert*innen aus Arbeitswissenschaft und Pflegepraxis (November 2017 – Januar 2018).
2. Als nächstes wurden in den vier ausgewählten Pflegeeinrichtungen insgesamt vier leitfadengestützte Interviews mit Pflegedienstleitungen bzw. Wohnbereichsleitungen geführt und 16

teilnehmende Beobachtungen mit anschließenden Kurzinterviews der begleiteten Pflegekräfte (Juni – September 2018) durchgeführt.

3. Abschließend wurden die Erhebungen durch eine validierende Gruppendiskussion mit Pflegekräften unterschiedlicher Qualifikationsniveaus je ausgewählter Einrichtung (Oktober – November 2018) ergänzt (Schwerdt & Becke 2019, Abschnitt 3.1 und 3.4.2).

Die Stichprobe der vier ausgewählten vollstationären Einrichtungen wurde aus den Einrichtungen gezogen, die auch an der quantitativen Studie teilnahmen. Bei der Auswahl der Einrichtungen wurde die deutschlandweite Verteilung nach Nord-Süd und Ost-West sowie die Größe der Pflegeeinrichtungen als auch die Trägerschaft der Einrichtungen kontrastierend berücksichtigt (Schwerdt & Becke 2019, Abschnitt 3.4.1).

Die qualitative Datenauswertung erfolgte nach Transkription der Interviews und Gruppendiskussionen in Anlehnung an Mayring mit der Datenauswertungssoftware *f4 Analyse* (Schwerdt & Becke 2019, Kapitel 3).

Theoretischer Hintergrund bei allen Erhebungen ist das integrative Konzept der Interaktionsarbeit im Anschluss an Böhle et al. (2015). Die Interaktionsarbeit wird hier als komplexes Gefüge von Kooperationsarbeit (Herstellen und Aufrechterhalten einer sozialen Beziehung zwischen Pflegekraft und pflegebedürftiger Person), Gefühlsarbeit (aufgabenbezogene Beeinflussung der Gefühle der pflegebedürftigen Person durch die Pflegekraft), subjektivierendem Arbeitshandeln (Umgang mit Unwägbarkeiten bzw. ungeplanten Arbeitssituationen durch die Pflegekraft) und Emotionsarbeit (Arbeit der Pflegekräfte an ihren eigenen Gefühlen) definiert. Die Ergebnisse im Verlauf des Berichtes sind anhand dieser vier Teildimensionen gegliedert (Schwerdt & Becke 2019, Abschnitt 3.3).

12.3 Ergebnisse

Zunächst werden die Rahmenbedingungen der vier Einrichtungen hinsichtlich der Personal- und Bewohner*innen-Struktur sowie in Bezug auf die Interaktionsarbeit der Pflegenden aus Sicht der Führungskräfte eruiert. Die gebildeten Kategorien beziehen sich dabei beispielhaft auf die Einstellungskriterien von Leitungen, die Arbeitsbelastung der Pflegenden, auf Maßnahmen zum Belastungsabbau bei Pflegenden und auf die gelebte Fehlerkultur der Einrichtung. Daran anschließend erfolgt zum Gegenstand der Interaktionsarbeit in der vollstationären Pflege eine arbeitswissenschaftliche Einordnung der genannten vier Dimensionen nach Böhle et al. (2015) (Schwerdt & Becke 2019, Abschnitt 4.1).

Dabei zeigt sich, dass der Zeitbedarf für Interaktionsarbeit personenspezifisch variiert, es bezüglich einer Abhängigkeit vom Pflegegrad der pflegebedürftigen Person oder dem Qualifikationsniveau der Pflegekräfte aber „(...) nicht möglich [ist] einen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Zeitintensität von Interaktionsarbeit und den Pflegegraden der Bewohner*innen herzustellen“ (Schwerdt & Becke 2019: 56). Auch im Hinblick auf eine differenzierte Betrachtung zur Interaktionsarbeitszeit von Pflegenden der unterschiedlichen Qualifikationsniveaus können keine eindeutigen Aussagen getroffen werden (Schwerdt & Becke 2019, Abschnitt 4.2.5). Allerdings zeigte sich, dass Pflegehilfskräfte tendenziell mehr Zeit für Interaktionsarbeit mit den Bewohner*innen aufwenden als Pflegefachkräfte. Dies begründet sich in ihren Aufgabenbereichen, die bei Hilfskräften weniger indirekte Pflegehandlungen umfassen als bei Pflegefachkräften, die z. B. auch koordinierende und übergreifende Aufgaben in ihrer Arbeitszeit wahrnehmen und daher auch Interaktionsarbeit mit Dritten, wie Angehörigen, leisten.

Als Kernergebnis der qualitativen Studie wird herausgearbeitet, dass „(...) aus Sicht der Pflegekräfte für Interaktionsarbeit zu wenig Zeit vorhanden ist, und zwar mit Blick auf die Interaktion mit Bewohner*innen, emotionale Selbstregulation der Pflegekräfte sowie für die Reflexion emotionaler Arbeitsanforderungen im Pflegealltag (...)“ (Schwerdt & Becke 2019: 59). Allerdings konnten auf keine konkreten erfahrungsbasierten Zeitwerte für ausschließliche Interaktionsarbeit geschlossen werden: Zum einen fiel es den Befragten schwer, solche Zeitwerte abzuschätzen, da Interaktionsarbeit eng bis untrennbar in die pflegerischen Interventionen eingewoben ist. Zum anderen wiesen die – von einem Teil der Pflegekräfte dennoch – benannten Zeitwerte für Interaktionsarbeit eine sehr breite Streuung auf, so dass sich auf dieser Basis keine validen Schätzwerte ableiten ließen. Daran zeigte sich, wie situations- und personenabhängig Interaktionsarbeit geleistet wird und wie untrennbar diese Zeit mit den pflegerischen Tätigkeiten verbunden ist. Dies führt zu dem Schluss, dass Zeiten für Interaktionsarbeit letztlich nicht standardisierbar sind. In diesem Zusammenhang wird anhand der qualitativen Daten umfassend auf den Zeitdruck im Rahmen der alltäglichen Pflege hingewiesen (Schwerdt & Becke 2019, Abschnitt 5.1): Die interviewten Pflegekräfte nehmen den Zeitdruck bei der Arbeit nicht nur als psychische Arbeitsbelastung wahr, sondern erleben diesen auch als Belastungsprobe für das Ethos fürsorglicher Praxis (Schwerdt & Becke 2019, Abschnitt 5.2). Die im Bericht beschriebenen Praktiken der Pflegekräfte im Umgang mit dem Zeitdruck bei der Arbeit beeinträchtigen tendenziell die eigene Erholungsfähigkeit (Schwerdt & Becke 2019, Abschnitt 5.3). Die Pflegekräfte benötigen daher flexible Zeiten, die vor allem für Kooperationsarbeit bzw. Gespräche mit Bewohner*innen und die Bewältigung unvorhersehbarer Situationen (subjektivierendes Arbeitshandeln) (Schwerdt & Becke 2019: 80 ff.) eingesetzt werden können.

Differenziert nach den vier genannten Dimensionen von Böhle et al. (2015) zeigen sich divergierende Ergebnisse.

Nach Einschätzung der Pflegenden bedarf es in Bezug zur heutigen Pflegepraxis mehr Zeit für *Kooperationsarbeit* sowohl mit den Bewohner*innen als auch mit Angehörigen und Dritten wie Ärzten und der Apotheke. Kooperationsarbeit bezieht sich in der qualitativen Teilstudie auf die Herstellung und Aufrechterhaltung einer vertrauensbasierten Beziehung zwischen Pflegekräften und Bewohner*innen. Die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte mit Dritten bildete keinen Untersuchungsgegenstand dieser Teilstudie. „In allen vier Gruppendiskussionen waren sich die Pflegekräfte einig, dass sie sich für Kooperationsarbeit deutlich mehr Zeit wünschten. Die bisher vorhandene Zeit für Kooperationsarbeit bewerteten sie unisono als zu gering, gleichzeitig betonten Pflegekräfte in drei der vier Gruppendiskussionen, dass sie für Kooperationsarbeit deutlich mehr Zeit benötigen würden.“ (Schwerdt & Becke 2019: 80). Vor allem würde „(...) mehr Zeit für den Beziehungsaufbau, insbesondere beim Einzug der Bewohner*innen“ benötigt (Schwerdt & Becke 2019: 81).

In Bezug auf die *Gefühlsarbeit*, d. h. die aufgabenbezogene Beeinflussung der Gefühle und Stimmungen der Pflegebedürftigen durch die Pflegekräfte, zeigte sich in drei von vier Gruppendiskussionen, dass sich die Pflegekräfte mehr Zeit für die Arbeit mit und an den Gefühlen der Bewohner*innen wünschten, um ihre Pflegeaufgaben bearbeiten zu können (Schwerdt & Becke 2019: 83). Zugleich wurde in den Gruppendiskussionen eine breite Spanne der Einschätzungen des zeitlichen Mehrbedarfs für Gefühlsarbeit deutlich: „Tendenziell konnte in den Gruppendiskussionen ein sehr divergierendes Bild zur zeitlichen Relevanz von Gefühlsarbeit herausgearbeitet werden. Einige Pflegekräfte wünschten sich deutlich mehr Zeit als sie aktuell haben, andere bewerteten die vorhandene Zeit für Gefühlsarbeit bereits als ausreichend. Tendenziell konnte jedoch auch in drei von vier Gruppendiskussionen festgehalten werden, dass für die Arbeit mit und an den Gefühlen der Pflegebedürftigen mehr Zeit nötig wäre“ (Schwerdt & Becke 2019: 83).

Hinsichtlich der Dimension *subjektivierendes Arbeitshandeln*, d.h. des Umgangs der Pflegekräfte mit unvorhersehbaren bzw. ungeplanten Situationen (z. B. Umherwandern von pflegebedürftigen Personen), „...zeigte sich ein sehr unterschiedliches Bild der zeitlichen Einschätzungen der Pflegekräfte in den Gruppendiskussionen. So ist nicht nur unterschiedlich, wie viel mehr Zeit sie sich im Vergleich zur aktuellen Situation hierfür wünschten, sondern auch die Spannbreite, wie viel mehr Zeit für den Umgang mit Unwägbarkeiten in der Pflege nötig sei (...). In einer Gruppendiskussion (GD 3) hingegen zeigte sich das recht konsistente Bild, dass für Unwägbarkeiten nicht mehr Zeit einzuplanen sei, da diese Zeit im Falle eines Zwischenfalls genommen werden müsste“ (Schwerdt & Becke 2019: 84). Grundsätzlich wird dies jedoch in der Praxis zulasten des normalen Arbeitsalltags geleistet. Die als notwendig geplanten Maßnahmen fallen demnach hinter die akut auftretenden Bedarfe zurück. Tendenziell sehen die Pflegenden den Bedarf an zusätzlicher Zeit für Interaktionsarbeit für neue, unvorhersehbare Situationen in der Pflege (Unwägbarkeiten).

Die *Emotionsarbeit* der Pflegekräfte richtet sich auf die intrapsychische Herstellung eines Gefühlsausdrucks gegenüber Bewohner*innen, der den Gefühlsregeln innerhalb einer Einrichtung entspricht (z. B. Freundlichkeit im Umgang mit Bewohner*innen ausdrücken) und hierbei die eigenen authentischen Gefühle ggf. zu unterdrücken bzw. zu verbergen vermag. Emotionsarbeit umfasst überdies die emotionale Selbstregulation der Pflegekräfte, z. B. im Umgang mit aggressivem Verhalten von Bewohner*innen). Es bestehen „...divergente Haltungen und Umgangsweisen der Pflegekräfte mit der Regulation eigener Gefühle und Befindlichkeiten bei der Arbeit (...), teils wurde hierfür ein zusätzlicher Zeitbedarf gesehen, teils wurde die emotionale Selbstregulation in den Privatbereich verlagert“ (Schwerdt & Becke: 94). Pflegekräfte, die den Privatbereich als zentralen Bereich zur Bewältigung emotionaler Arbeitsanforderungen betrachten oder die Anforderungen zulasten ihrer eigenen Gesundheit gar nicht bewältigen, sind tendenziell der Ansicht, dass die aktuell verfügbare Zeit für Emotionsarbeit ausreicht. Gleichzeitig klagen sie über gesundheitliche Probleme, wie Schlafstörungen und Erholungsunfähigkeit. Hingegen sprechen sich Pflegekräfte, die sich mehr Raum für die Bewältigung emotionaler Anforderungen in der Arbeitszeit wünschen, dafür aus, mehr Zeit für Emotionsarbeit zur Verfügung zu haben. Dementsprechend gab „es ein breiteres Spektrum an Einschätzungen, denn einige Pflegekräfte verwiesen darauf, dass aktuell deutlich zu wenig Zeit für Emotionsarbeit verfügbar sei und sie sich daher mehr Zeit wünschten“ (Schwerdt & Becke 2019: 85), andere hielten die Zeiten für Emotionsarbeit für ausreichend. Hinsichtlich der Emotionsarbeit wünschen sich einige Pflegekräfte beispielsweise mehr Zeit für die Regulation ihrer eigenen Gefühle, wenn von ihnen betreute Bewohner*innen verstürben (Schwerdt & Becke 2019: 93 und 104 ff.).

Unabhängig von der benötigten Zeit für die Interaktionsarbeit ist ein allgemeiner Zeitbedarf zu benennen, damit die Pflegenden ihrem Berufsethos einer fürsorglichen Pflege überhaupt nachkommen können sowie aufgrund der Arbeitsbedingungen gesund bleiben und weiterhin im Beruf verbleiben (vgl. Schwerdt & Becke 2019: 89, 92 und 109).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass allgemein ein höherer Zeitbedarf für Interaktionsarbeit zur angemessenen Versorgung der Pflegebedürftigen durch die Pflegenden benannt wird. Entlang der vier Dimensionen nach Böhle et al. (2015) divergieren die Zeitbedarfe nach Angaben der Pflegenden. Konkret werden mehr Zeitbedarfe für die Kooperations- und Emotionsarbeit gesehen. Im Detail werden dazu zusätzliche Zeitbedarfe für die Begleitung von Pflegebedürftigen in der Einzugsphase in die Einrichtungen, in der Sterbephase und für den Umgang mit Unwägbarkeiten benannt. Die professionell Pflegenden benötigen darüber hinaus eine Entlastung durch mehr Zeit bei der Arbeit, um den Beruf weiterhin ausüben zu können.

12.4 Empfehlungen des iaw

Auf Basis der rein qualitativen Studienergebnisse und des beobachteten Status quo in der Pflege wird empfohlen, über den auf Basis des Algorithmus ermittelten zusätzlichen Zeitbedarf für Pflegeinterventionen hinaus einen Zuschlag von 5-10 % der Arbeitszeit für Interaktionsarbeit in Form von disponiblen Interaktions- und Reflexionszeiten vorzusehen. Die Hälfte dieses Zeitzuschlags sollen Pflegekräfte flexibel und bedarfsorientiert für Interaktionsarbeit verwenden. Der Zeitzuschlag bezieht sich hierbei auf Aspekte der Interaktionsarbeit, die im Rahmen der quantitativen Erhebung aus unterschiedlichen Gründen nur begrenzt erfasst werden konnten. Die andere Hälfte soll für Reflexionszeiten der Pflegekräfte genutzt werden, die dazu dienen, gemeinsam ihre Arbeitsbedingungen einschließlich der Interaktionsarbeit mit den Bewohnern*innen zu reflektieren und hierzu bedarfsorientiert Problemlösungen zu entwickeln. Das iaw schlägt hierzu unterschiedliche und sich ergänzende Formate im Sinne von Reflexionsräumen vor, die für solche Reflexionszeiten verwendet werden können: Kollegiale Fallberatungen, Teamsupervisionen und betriebliche Gesundheitszirkel (Schwerdt & Becke 2019: 120 ff.). Diese Formate weisen Bezüge zu Prozessen und Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung in stationären Pflegeeinrichtungen auf.

Daraus würde eine komplementäre Wirkung für eine bessere Versorgung der Pflegebedürftigen, aber auch für die Gesundheit der Pflegekräfte resultieren.

12.5 Limitationen der Studien

Innerhalb der qualitativen Untersuchung wird die Bedeutung der Interaktionsarbeit für den Berufsalltag in der Pflege vor dem Hintergrund des Status quo sehr deutlich. Anhand der qualitativen Untersuchung ergeben sich daraus im Verhältnis zur aktuellen Situation entsprechende zusätzliche Zeitbedarfe. Jedoch lassen sich keine konkreten zusätzlichen Zeitwerte ableiten (Schwerdt & Becke 2019: 97 ff.). So können die befragten Pflegenden die Zeitbedarfe z. T. schwer benennen, die Bedarfe beruhen auf erfahrungsbasierten Schätzungen der Pflegenden und haben eine hohe Varianz (5-30min pro Bewohner täglich) (Schwerdt & Becke 2019: 79). Die qualitative Studie kommt insgesamt zu dem Ergebnis, dass für die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte mit Bewohnern*innen ein prozentualer zeitlicher Zuschlag vorzusehen ist. Auf der Basis eines Abgleichs der qualitativen mit den quantitativen Ergebnissen ist zu prüfen, inwieweit zusätzliche Parameter in die Personalbemessung bzw. dessen Algorithmus eingehen müssen oder die in der qualitativen Teilstudie ausgewiesenen zeitlichen Mehrbedarfe für Interaktionsarbeit doch bereits zu einem Gutteil in den quantitativen Datenerhebungen erfasst werden können.

12.6 Bewertung des vorgeschlagenen Umgangs mit Zeitbedarf für Interaktionsarbeit im Kontext der Gesamtstudie aus Sicht des PeBeM-Studententeams im SOCIUM

Damit Pflegenden einerseits ihrem Berufsethos fürsorglicher Pflege dauerhaft nachkommen können und dabei andererseits selber im Rahmen der Arbeitsbedingungen gesund bleiben, hat die Schaffung flexibel einsetzbarer zeitlicher Kapazitäten zur Interaktionsarbeit somit eine doppelte Bedeutung: Sie bilden einerseits die Grundlage einer fachgerechten ganzheitlichen Pflege; andererseits bilden diese Zeitkapazitäten eine Basis für notwendige Räume zur gesundheitsförderlichen Reflexion der Arbeitsbedingungen und Selbstpflege der Beschäftigten. An der Notwendigkeit einer stärkeren Berücksichtigung von Interaktionszeit bei der Personalbemessung besteht daher grundsätzlich kein Zweifel.

Allerdings resultiert aus einer Umsetzung der Ergebnisse der quantitativen Hauptstudie bereits eine im Vergleich zu heute deutlich verbesserte Personalausstattung in vollstationären Einrichtungen, in deren Rahmen dann auch mehr Zeit für Interaktionsarbeit zur Verfügung steht.

Im Zuge der Beschattung konnten sowohl IST- als auch SOLL-Werte der Mengen- und Zeitkomponente der erbrachten sowie der zu erbringenden Pflegeinterventionen empirisch umfassend erhoben werden. Dabei wurden die Erhebungsinstrumente von Anfang an, unter Beteiligung des iaw entwickelt und somit war die ansatzweise Integration von Interaktionsarbeit in die Teilschritte und Anforderungen im Interventionskatalog gewährleistet. Ferner wurde in den Schulungen der Datenerheber*innen eine Sensibilisierung für die Dimensionen und Inhalte der Interaktionsarbeit verfolgt und damit eine Integration auch in die Erhebungspraxis erreicht (Schwerdt & Becke 2019: 95 ff.). Dies gilt insbesondere für die Dimensionen der Kooperations- und Gefühlsarbeit sowie teilweise für das subjektivierende Arbeitshandeln. Emotionsarbeit konnte im Rahmen der quantitativen Erhebungen methodisch nicht erfasst werden, allerdings sind hierfür auch auf Grundlage der qualitativen Untersuchung – wie beschrieben – keine eindeutigen Zeitaufwände abzuleiten. Zu bewerten gilt es nun noch, inwieweit die in der Pflege erbrachte Interaktionsarbeit über die bereits hierfür erhobenen Zeitzuschläge hinaus einer externen pauschalen Zuschlagsmenge bedarf. Die Beurteilung kann hierbei jedoch nicht unter Rückgriff auf die heutige – unzweifelhaft als personell unterbesetzt anerkannte – Pflegepraxis erfolgen, sondern muss als Basis eine zukünftige, nach den Studienergebnissen gestaltete Pflegepraxis bemühen, die ihrerseits die in der Studie als Teilschritte und Anforderungen einbezogenen Ansprüche an die Interaktionsarbeit im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten umgesetzt hat. Allerdings ist aus Gründen der gewählten Methodik in der quantitativen Erhebung eine Untererfassung der Aufwände während des Einzugs und im Rahmen einer palliativen Versorgung bzw. Sterbebegleitung möglich. Dies war bereits Gegenstand der Diskussion in der zweiten Konsentierungssitzung des Expertengremiums und nachfolgender Prüfungen (vgl. Abschnitt 6.5.1.3.1). Nach der Analyse im Rahmen der Prüfaufträge (Anlage A 5.4) kann zwar davon ausgegangen werden, dass diese Interventionen systematisch untererfasst sind, jedoch stehen dem die Leerstände zwischen Versterben und Neueinzug von Bewohner*innen entgegen. Ein distinkter zeitlicher Zuschlag außerhalb der quantitativen Zusatzprüfungen ist daher im Algorithmus aktuell nicht vorgesehen. Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang allerdings, dass gerade die genannten untererfassten Interventionen zu einem wesentlichen Teil Elemente der Interaktionsarbeit beinhalten, die an dieser Stelle womöglich nicht ausreichend berücksichtigt ist.

Die Datenauswertung zeigt weiterhin, dass im Beobachtungszeitraum insgesamt 143.756 erbrachte Interventionen von den Datenerhebenden dokumentiert wurden, wovon es sich bei 37.190 Interventionen (26 %) um Bedarfsinterventionen handelte. Diese waren also nicht geplant und stellten als solches jeweils Unwägbarkeiten in Bezug auf eine vorbereitete Tagesstruktur dar. Der reine Anteil der somit zusätzlichen Bedarfsinterventionen spiegelt dabei die quantitative Dimension von *Unwägbarkeiten* in der Pflege ansatzweise realistisch wider und kann als Hinweis auf die kognitiven Ansprüche an die Pflegenden in unwägbar Situationen betrachtet werden. Diese unwägbar Situationen – bis hin zu Notfallsituationen – sind in der quantitativen Erhebung weitgehend erfasst worden und – über die reine IST-Dokumentation hinaus – von den Datenerheber*innen in Bezug auf die fachgerechte Erbringung, die auch Zeiten der Arbeitsorganisation und der diesbezüglichen Kommunikation miteinschließt, bewertet worden. Im Ergebnis ist somit davon auszugehen, dass ein Großteil des Zeitaufwandes der im Rahmen des subjektivierenden Arbeitshandelns entsteht, mit den quantitativen Erhebungen als positive Zeit-Zuschläge erfasst wurden, und an dieser Stelle kein zusätzlicher Zeitaufschlag im Algorithmus Berücksichtigung finden muss.

Ein Abgleich der Daten zeigte schließlich, dass die Datenerhebenden für die Interaktionsarbeit entsprechende Zeitaufschläge gaben (Schwerdt & Becke 2019: 97). Diese Zuschläge ergeben in der Summe mit allen anderen SOLL-Zuschlägen einen Personalmehrbedarf von rund 36 % (vgl. Abschnitt 9.1.1). In der qualitativen Teilstudie wird vorgeschlagen, über den im Algorithmus ermittelten Zeitbedarf für Pflegeinterventionen hinaus einen prozentualen Zuschlag von 5 % - 10 % der Arbeitszeit für Interaktionsarbeit und darauf bezogene Reflexionszeiten vorzusehen. Es kann davon ausgegangen werden, dass der in der qualitativen Studie vorgeschlagene zusätzliche Mehraufwand mit der quantitativen Erhebung an dieser Stelle bereits zum großen Teil abgegolten ist. Inwiefern diese Zuschläge ausreichen, kann heute nicht abschließend beurteilt werden.

Daraus folgt aus Sicht des SOCIUM, dass die mit der qualitativen Teilstudie identifizierten Bedarfe an Interaktionsarbeit mit den umfassenden Zuschlägen der quantitativen Erhebungen als weitgehend erfasst gelten und sich der Bedarf an Interaktionsarbeit im Gesamtdelta des ermittelten Personalaufwandes weitgehend wiederfindet. Die im Anlagenband hinterlegte Auswertung der Anforderungen und Teilschritte zeigen deutlich, in welchen Bereichen die Datenerhebenden Zeitzuschläge für Interaktionsarbeit vornahmen und, dass diese im Rahmen der quantitativen Studie abgedeckt wurden (A 6.3). Ein zusätzlicher Aufschlag für Interaktionsarbeit innerhalb der Leistungserbringung ist danach nach dem derzeitigen Kenntnisstand nicht angezeigt. Gemessen wurde im aktuellen IST-Zustand der Versorgungspraxis (Status quo). Es ist davon auszugehen, dass bei einem Personaleinsatz nach der neuen Personalbemessung auf der empirischen Grundlage des Projektes generell die zur Verfügung stehende Gesamtzeit auch für die Interaktionsarbeit aufgewendet werden kann. Diese zusätzlichen Zeiten, kommen – wie vom iaw vorgeschlagen – den Pflegenden dann auch disponibel zu Gute.

In diesen Überlegungen noch nicht enthalten sind die im zweiten Baustein empfohlenen Reflexionsräume für Interaktionsarbeit, die von den Einrichtungen strukturiert angeboten werden sollen. Es handelt sich dabei um Reflexionsräume zur kollegialen Fallberatung, Teamsupervision und einrichtungsbezogene Gesundheitszirkel. Sie können substantiell dazu dienen, die oben beschriebene Praxis fürsorglichen Handels und die Selbstpflege in Bezug auf die Aufrechterhaltung der eigenen Arbeitsfähigkeit zu ermöglichen, um die Arbeitsfähigkeit der Pflegenden dauerhaft zu sichern und aufrecht zu erhalten. Hierzu ist jedoch zu vermuten, dass ein rein pauschaler Zuschlag an Personalzeit keinerlei Anreize setzen kann, diese Angebote auch umzusetzen. Es wird dementsprechend empfohlen, den Einrichtungen zur nachhaltigen Etablierung dieser Angebote, Konzepte und Prozesse ein zusätzliches Budget zur Verfügung zu stellen, das zur Rückerstattung tatsächlich durchgeführter Maßnahmen verwendet werden kann. Die vom iaw hierzu etwa vorgeschlagenen Instrumente für systematisierte Reflexionszeiten in den Einrichtungen fließen deshalb in das folgende Konzept zur Kompensation des Fachkraftmangels mit ein und sollten auch Bestandteil der dort beschriebenen modellhaften Einführung sein. Sie haben das Potenzial, dort im Zusammenspiel mit der koordinierten Umsetzung der neuen Personalbemessung bei flankierender Personal- und Organisationsentwicklungsprozessen sowie forciertem betrieblichen Gesundheitsmanagement eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Interaktionsarbeit zu ermöglichen, die Pflegekräfte dabei unterstützt, ihr berufliches Ethos fürsorglicher Praxis zu realisieren und ihre Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit nachhaltig zu erhalten.

13 Zusammenfassung der Ergebnisse des Unterauftrags zu Empfehlungen zur Entwicklung von personellen Vorgaben für ambulante Pflegeeinrichtungen

Der Auftrag nach § 113c SGB XI zur Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben war nicht auf die pflegerische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen begrenzt, sondern umfasste auch Fragen des Personalbedarfs in der ambulanten Pflege. Die Universität Bremen hat die Erarbeitung von Empfehlungen zur Entwicklung von personellen Vorgaben für ambulante Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Unterauftrags an die Hochschule Osnabrück vergeben. Der Zeitraum für die Bearbeitung des Unterauftrags erstreckte sich von Mai 2018 bis August 2019. Ein ausführlicher Abschlussbericht zu diesem Unterauftrag ist als Anhang 1.1 in diesem Zwischenbericht enthalten. In diesem Kapitel erfolgt eine zusammenfassende Darstellung der Erkenntnisse aus dem Unterauftrag.

13.1 Grundsätzliche einführende Überlegungen

Bereits in der Konzeptionsphase des Projekts zur ambulanten Pflege wurde darauf hingewiesen, dass trotz einer engen Zusammenarbeit zwischen der Universität Bremen und der Hochschule Osnabrück nicht mit der Entwicklung eines gleichartigen Personalbemessungsverfahrens für die ambulante und stationäre Pflege gerechnet werden kann. Diese Einschätzung hat sich im Projektverlauf weiter bestätigt. Ausschlaggebend dafür sind die folgenden Aspekte:

- Ambulante Pflegedienste werden in der Regel ergänzend zur Unterstützung informeller, oftmals familialer Hilfen in Anspruch genommen. Art und Ausmaß der Hilfen richten sich daher vor allem danach, welche Hilfen in einem Pflegehaushalt für wichtig und relevant erachtet werden, nicht notwendigerweise nach einem objektiv feststellbaren Bedarf. Zudem erstreckt sich der Versorgungsauftrag der ambulanten Dienste in der Regel nicht auf den gesamten Tagesverlauf, sondern umfasst lediglich einen kleinen Ausschnitt davon.
- Ambulante Pflegedienste sind sehr viel stärker als stationäre Pflegeeinrichtungen von einer nur bedingt zu kalkulierenden Nachfrage betroffen, da sowohl die Anzahl der betreuten pflegebedürftigen Menschen als auch der Umfang der nachgefragten Hilfen stark variieren kann.
- Das Leistungsgeschehen in der ambulanten Pflege orientiert sich an den zwischen dem pflegebedürftigen Menschen und dem Pflegedienst vertraglich vereinbarten Leistungen. Diese Vereinbarungen können sich trotz gleicher Pflegegrade und vergleichbarer objektiver Parameter eines Pflegearrangements aufgrund subjektiver Präferenzen sehr unterschiedlich darstellen. Zudem gibt es Unterschiede in den Rahmenvereinbarungen zu den Leistungen der ambulanten Pflege zwischen den einzelnen Bundesländern, durch die Inhalt und Ausmaß der zu vereinbarenden Leistungen deutlich voneinander abweichen können.
- Da die meisten ambulanten Pflegedienste nicht nur Leistungen im Rahmen der Sozialen Pflegeversicherung, sondern auch der Häuslichen Krankenpflege im SGB V – oftmals zeitgleich während eines Einsatzes in einem Haushalt – erbringen, spielen auch in diesem Zusammenhang unterschiedliche vertragliche Rahmenbedingungen bei der Personalbemessung eine Rolle.

Als Zielsetzung des Unterauftrags wurde daher in erster Linie die Systematisierung möglicher Ansätze zur Personalbemessung in der ambulanten Pflege festgehalten, auf deren Basis Empfehlungen für personelle Vorgaben erarbeitet werden sollen. Im Einzelnen bestanden die Ziele in:

- der Erarbeitung eines fachlich begründeten Verständnisses pflegerischen Handelns in der ambulanten Pflege, welches sich orientiert an den im Gesamtprojekt erarbeiteten Maßnahmenkatalogen sowie an der „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ (Wingenfeld & Büscher 2017), die im Beirat nach § 18c SGB XI zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verabschiedet wurden,
- der Ermittlung von Hinweisen zum notwendigen Qualifikationsniveau für die Erbringung dieser Maßnahmen,
- der Generierung von Erkenntnissen über Zeitaufwände für die Durchführung der Maßnahmen und Aufgaben auf der Basis explorativer empirischer Datenerhebungen,
- der Erarbeitung von Empfehlungen für personelle Vorgaben oder Anhaltswerte sowie
- der Erarbeitung von Hinweisen zu einer größer angelegten Erprobung dieser Vorgaben.

Zur Erreichung dieser Zielsetzungen umfasste die Konzeption des Unterauftrags drei sich teils überlappende Arbeitsschritte:

- eine Literatur- und Materialrecherche zu internationalen Ansätzen zur Bestimmung von Personalaufwänden, Personalbemessung und Personalvorhaltung in der ambulanten Pflege, mit der im Juli 2018 begonnen und die während des gesamten Projektverlaufs fortgeführt und aktualisiert wurde
- eine Befragung von 30 Expertinnen und Experten zu derzeit bestehenden Ansätzen zur Bestimmung von Personalstärken und Personalmix in ambulanten Pflegediensten in Deutschland, die zwischen Oktober 2018 und Februar 2019 durchgeführt wurde und
- die empirische Erhebung von Zeitaufwänden in 129 Pflegehaushalten, die zwischen März und Mai 2019 realisiert werden konnte.

Im Gegensatz zu Diskussionen um Fragen der Personalbemessung in der stationären Pflege oder im Krankenhaus, für die auf mehrjährige Diskussionsprozesse zurückgeblickt werden kann, finden sich in der pflegepolitischen Debatte so gut wie keine Ansatzpunkte für Fragen der Personalausstattung ambulanter Pflegedienste. Wie in der weiteren Darstellung deutlich werden wird, ist das kein auf Deutschland begrenztes Phänomen, sondern auch international wird die Diskussion um Personalbemessung in der ambulanten Pflege sehr zurückhaltend geführt. Vor diesem Hintergrund hat die vorliegende Untersuchung einen explorativen Charakter und es kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei den Ergebnissen dieses Projekts um eine erstmalig in diesem Umfang veröffentlichte Arbeit zu Fragen der Personalausstattung in der ambulanten Pflege handelt. Wird weiter in Betracht gezogen, dass die für den Unterauftrag im Rahmen des pflegepolitischen Prozesses zur Verfügung gestellten Ressourcen entsprechend der unterschiedlichen Ausgangslage nur einen geringeren Teil der für die Entwicklung des Verfahrens im stationären Bereich verfügbaren Mittel ausmachten, sollten die Ergebnisse eher als Beginn einer dringend notwendigen intensiveren Beschäftigung und Diskussion um die ambulante Pflege denn als Endpunkt angesehen werden.

13.2 Erkenntnisse aus der Material- und Literaturrecherche

Im Rahmen der Material- und Literaturrecherche erfolgte eine Auseinandersetzung mit den Entwicklungen in der ambulanten Pflege in den letzten Jahren sowie verfügbaren Ansätzen zur Personalbemessung beziehungsweise Personaleinsatzplanung.

Die Auswertungen der Pflegestatistiken von 1999 bis 2017 unterstreichen die kontinuierlich steigende Bedeutung des ambulanten Sektors in der pflegerischen Versorgung. Trotz des seit langem vorhergesagten Rückgangs des familiären Pflegepotenzials, ist der Anteil der in ihrem häuslichen Umfeld versorgten pflegebedürftigen Menschen kontinuierlich gestiegen. Nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist der Anteil der häuslich versorgten pflegebedürftigen Menschen in Relation zu stationär versorgten Pflegebedürftigen noch einmal größer geworden. So ist zwischen 2015 und 2017 die Anzahl der Pflegegeldempfänger*innen um fast 30 Prozent gestiegen, die Anzahl der Empfänger*innen von Sach- und Kombileistungen hat sich um 20 Prozent und die Anzahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen um 4,5 Prozent erhöht (Statistisches Bundesamt 2017a, 2018a).

Entsprechend der gestiegenen Bedeutung der ambulanten Pflege ist sowohl die Anzahl ambulanter Pflegedienste, die Anzahl der Beschäftigten dieser Dienste und die Anzahl der Vollzeitäquivalente in Relation zur Anzahl pflegebedürftiger Menschen gestiegen. Bezüglich der Pflegedienste hat es deutliche Veränderungen im Verhältnis privater und freigemeinnütziger Pflegedienste dahingehend gegeben, dass die Anzahl privater Pflegedienste deutlich gestiegen ist. Bezogen auf die Anzahl der durch die unterschiedlichen Dienste versorgten Pflegebedürftigen steht das Verhältnis zwischen privaten und freigemeinnützigen Diensten in etwa in einer Balance, aber auch dabei hat die Bedeutung privater Dienste zugenommen. Die Entwicklungen auf dem Pflegemarkt hinsichtlich der Trägerschaft ambulanter Pflegedienste verlaufen in den einzelnen Bundesländern sehr heterogen.

Als heterogen ist auch die Situation der Beschäftigten ambulanter Pflegedienste zu bezeichnen. Grundsätzlich nimmt die Anzahl der Beschäftigten zu. Es zeigt sich im Bundesdurchschnitt, dass der Anteil der Teilzeitkräfte steigt und der Anteil der Vollzeitbeschäftigten sinkt, wobei sich der Umfang der Teilzeitbeschäftigung erhöht hat. Auch hier zeigen sich Unterschiede zwischen den Bundesländern. Die größten Unterschiede der Vollzeitbeschäftigten liegen zwischen Berlin mit 37,5 Prozent und Bremen mit 18,0 Prozent. Insgesamt weisen die ostdeutschen Bundesländer einen höheren Anteil an Vollzeitbeschäftigten auf als die westdeutschen Bundesländer (Statistisches Bundesamt 2018b).

Auch die Kapazität des ambulanten Sektors, gemessen anhand der Relation zwischen Vollzeitäquivalenten und Pflegebedürftigen, hat von 1999 bis 2017 zugenommen und zeigt deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Demnach besteht eine hohe Anzahl vollzeitäquivalent Beschäftigter je 100 Pflegebedürftige in den Stadtstaaten Berlin (12,2), Hamburg (11,5) und Bremen (10,0) und in Brandenburg (10,2), die deutlich über dem Bundesdurchschnitt mit 7,6 VZÄ liegen. Der geringste Anteil besteht mit 5,1 VZÄ auf 100 Pflegebedürftige in Baden-Württemberg. Die Spannweite der Zu- bzw. Abnahmen der VZÄ reicht von -1,1 in Hamburg bis +3,9 in Mecklenburg-Vorpommern, sodass 2017 nicht in allen Bundesländern wie noch im Jahr 2015 eine Zunahme der VZÄ je 100 Pflegebedürftige zu verzeichnen ist (Statistisches Bundesamt 2001, 2017b, 2018b).

Das Personal ambulanter Pflegedienste ist überwiegend weiblich und zwischen 40 und 60 Jahren alt. Das Qualifikationsspektrum des Personals hat sich zwischen 1999 und 2017 verändert: der Anteil der Altenpfleger*innen steigt um den gleichen Prozentanteil, wie der Anteil der Gesundheits- und Krankenpfleger*innen sinkt (Statistisches Bundesamt 2001, 2018b).

Neben den Entwicklungen im Bereich der Pflegeversicherung zeigen die ansteigenden Ausgaben und Fallzahlen der häuslichen Krankenpflege im SGB V ebenfalls einen deutlichen Bedeutungsanstieg, der einen weiteren Personalbedarf bei ambulanten Pflegediensten begründet. Insgesamt zeigt der Blick in die Pflegestatistik eine sich verändernde Situation im Feld der ambulanten Pflege mit erheblichen Unterschieden zwischen den einzelnen Bundesländern. Für eine genauere Analyse wäre ein Blick auf die Ebene der Kreise und kreisfreien Städte hilfreich, allerdings reichen die verfügbaren Daten für eine vergleichende Betrachtung nicht aus.

13.3 Ansätze zur Personalbedarfsplanung und Personalbemessung in der ambulanten Pflege

Die Literaturrecherche identifizierte größtenteils Studien aus Großbritannien, Kanada und den USA, insgesamt zeigte sich jedoch eine schmale Literaturlage zum Themenbereich der Personalbedarfsplanung in der ambulanten Pflege. Die Suche nach Verfahren zur Bestimmung des Personalbedarfs kann entsprechend als internationales Phänomen betrachtet werden, weil es bislang kaum tragfähige Instrumente gibt.

Der inhaltliche Schwerpunkt der identifizierten Studien liegt primär auf der Darstellung der Personalbelastung und -planung in den Bereichen Community und District Nursing. Neben Studien, in denen einzelne Tools sowie deren Entwicklung und methodische Testung beschrieben werden, liegen auch einige Übersichtsarbeiten zu verschiedenen Instrumenten vor, welche vorrangig verschiedene Systematiken und Strategien zur Workload-/Caseloadbemessung beschreiben.

Einigkeit besteht in der Wichtigkeit von Fragen der Personalausstattung für den ambulanten Bereich. Auch wenn keine genauen Angaben über eine als „ausreichend“ beschriebene Personalausstattung vorliegen, wird von mehreren Autor*innen (Royal College of Nursing 2010; Hurst 2006; Buchan & Seccombe 2012; Smith und Jack 2012; Francis 2013) auf die möglichen Auswirkungen einer unzureichenden Personalbedarfsplanung hingewiesen. Zu diesen Auswirkungen können unter anderem die Steigerung von Stress, die Reduzierung des Wohlbefindens und die daraus resultierende steigende Krankheitsrate der Beschäftigten gehören (Royal College of Nursing 2010; Hurst 2006). Vor diesem Hintergrund weist das Royal College of Nursing (2010) darauf hin, dass eine größer werdende Evidenz in Bezug auf den Zusammenhang zwischen der Personalausstattung und den Patienten-outcomes (u. a. Mortalität) vor allem für den Krankenhaussektor vorliegt, für den ambulanten Bereich jedoch bislang nicht ausreichend wissenschaftlich untersucht wurde.

Hurst (2006) prognostiziert eine steigende Komplexität in der Personalplanung und -entwicklung, da die Variablen, die sie beeinflussen, zunehmen werden. Die entscheidende Frage ist, wie man die Pflegekräfte in Zeiten des Wandels positiv und progressiv unterstützt und weiterbildet, um der Nachfrage gerecht zu werden, da die Bevölkerung insgesamt älter wird, länger lebt und immer komplexere Komorbiditäten aufweist (Jackson et al. 2015a).

Bei Betrachtung der verschiedenen Tools zur Personalbedarfsmessung in der ambulanten Pflege konnten Jackson et al. (2015b) neben dem festgestellten Mangel an entsprechenden Instrumenten verdeutlichen, dass diese sehr unterschiedlich in Bezug auf die Einbindung der Mitarbeitenden sowie die Qualität und Konsistenz der erhobenen Daten sind. Die Grundannahme der bestehenden Methoden, Pflege als lineare Reihenfolge von Aufgaben zu betrachten, führe dazu, dass die pflegerischen Tätigkeiten vereinfacht und als Aktivitätsanalyse erfasst werden. Die Komplexität der ambulanten Pflege vor dem Hintergrund von Angebot und Nachfrage werde so nicht ausreichend diffe-

renziert abgebildet. Laut Jackson et al. (2015b) zeige die Messung der Arbeitsbelastung anhand der alleinigen Zählung der Patientenkontakte nicht eindeutig die volle Arbeitsbelastung Pflegenden. Der größte Teil der Arbeit bleibe dabei „unsichtbar“.

Grundsätzlich wird unter Personalbemessung nach Bokranz und Kasten (2003) ein Verfahren verstanden, durch das der quantitative Personalbedarf bei vorgegebener Qualifikation zu einem bestimmten Zeitpunkt in bestimmten Organisationseinheiten ermittelt wird. Es stehen dafür verschiedene summarische und analytische Verfahren zur Auswahl. Bei der analytischen Personalbemessung wird der Personalbedarf anhand der Arbeitsmenge und der Zeit ermittelt. Dafür wird zunächst eine Aufgabenverteilung vorgenommen und im Anschluss den Organisationseinheiten zu allen Aufgaben, die sie zu erfüllen haben, Mengen und Zeiten zugeordnet. Zu den summarischen Verfahren zählen Schätzverfahren, bei denen eine Expert*innenbefragung durchgeführt wird, Zeitreihenverfahren, bei denen der Personalbedarf mittels Regressionsanalysen aus Vergangenheitswerten prognostiziert wird oder Stellenplan-Verfahren, bei denen der Personalplan unabhängig von der Arbeitsmenge auf Basis eines vorliegenden Stellenplans bestimmt wird. Unter den sogenannten Kennzahlenverfahren werden alle Verfahren zusammengefasst, die den Personalbedarf in Abhängigkeit einer Bezugsgröße (z. B. einer direkten Arbeitsmenge oder einer Wertgröße) ermitteln (Bokranz & Kasten 2003). Darüber hinaus gibt es die monetären Verfahren, bei denen der Personalbedarf anhand der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel bestimmt wird (Bröckermann 2016). Vorrangig Letzteren sind die derzeit in der ambulanten Pflege angewandten Verfahren zuzuordnen.

Trotz der großen Heterogenität und Vielzahl an möglichen Einflussfaktoren der verschiedenen Ansätze zur Ermittlung von Personalvorgaben lassen sich auf einer übergeordneten Ebene zwei grundlegende, sich möglicherweise ergänzende, aber nicht notwendigerweise zusammengehörige Vorgehensweisen identifizieren: zum einen der Ansatz, über die Ermittlung von Durchschnittswerten der erbrachten Leistungen und zusätzlicher Aufwände Rückschlüsse auf den notwendigen Personalbestand zu ziehen und zum anderen die Orientierung an Bedarfslagen der zu versorgenden pflegebedürftigen Menschen oder der Pflegehaushalte und daraus abzuleitender Notwendigkeiten. Beide Ansätze wären eher den summarischen Verfahren zuzuordnen, wobei die Zuordnung keineswegs eindeutig ist.

Hinsichtlich der Übertragbarkeit der internationalen Systeme auf die Situation in Deutschland sind die großen Unterschiede der Organisationsstrukturen und Akteure zu beachten. Dennoch ist die Mehrzahl der Einflussgrößen, die in den identifizierten Studien zur Workloadbemessung verwendet wurden, auch hierzulande von Relevanz. Am häufigsten wurden direkte und indirekte Pflegetätigkeiten sowie Wege- und Organisationszeiten bedacht. Im Folgenden sind alle im Rahmen der Recherche identifizierten Faktoren zusammengefasst:

- Netto-Pflegezeit (Art und Umfang / zu erwartende Menge der Pflegeleistungen), beeinflusst durch:
 - Anzahl an zu betreuenden Klienten, Pflegesituation (Alter, Geschlecht, Beschwerden, Krankheiten, Behinderungen, Ausmaß an Hilfe-/Pflegebedürftigkeit, Pflegeprobleme, Anforderungen an die körperliche Pflege, psychologische Bedürfnisse, Beratungsbedarf, Fallmanagement; Komplexität),
 - Häusliches Umfeld (soziale Wohnsituation, häusliche Arbeitsbedingungen – räumliche Verhältnisse, Wohnungsausstattung, Ausstattung mit Pflegeinventar),
 - Mitwirkung weiterer Arbeitspersonen (Angehörige) bei der Leistungserbringung, Einsatz technischer Hilfsmittel,
 - Einkommenslage, Art der Selbst-/Fremdversorgung,

- Maßnahmen der klientenbezogenen Qualitätsentwicklung und -sicherung;
- Organisationszeiten / Indirekte Pfl egetätigkeiten, z. B.
 - Dienstbesprechung, Übergabe, Qualitätsentwicklung und -sicherung, Verwaltungsarbeiten, Administration, Dokumentation, Fortbildung, Verordnungsmanagement, Telefonate und Koordination, Auto waschen, tanken);
- Fahrt-/Wegezeit;
- Interne Determinanten des Pflegedienstes, z. B.
 - Betriebliche Determinanten wie Betriebsgröße, Dienstleistungsspektrum, Trägerschaft, Rechtsform, Organisationsstrukturen, vorhandene personelle Ausstattung, Sachmittelausstattung, Unternehmensziele,
 - Personelle Determinanten wie Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft / Arbeitsverhalten der Mitarbeiter, Interessen/Bedürfnisse der Mitarbeiter, Qualifikation / Skill Mix (Bedarf an Pflegefachpersonal, Pflegehilfspersonal, sonstigem Personal), fachliche und persönliche Kompetenz, Erfahrung der Mitarbeiter, Beschäftigungsumfang, Fehlzeitenquote, Fluktuation,
 - Wöchentlich verfügbare Arbeitszeit (Urlaub, Krankheit, Feiertage, Fortbildungstage, sonstiges),
 - Anzahl Neuaufnahmen, Entlassungen in bestimmten Zeiträumen;
- Externe Determinanten, z.B.
 - Gesetzliche und finanzielle Rahmenbedingungen,
 - Bevölkerungsstruktur im Einzugsgebiet,
 - Geografische Lage, örtliche Ausdehnung, Straßenverhältnisse,
 - Infrastruktur gesundheitlicher und pflegerischer Angebote und Einrichtungen.

Die Nutzung von Klassifikationssystemen zur Bestimmung von Abhängigkeiten, funktionellen Beeinträchtigungen oder anderen Aspekten, die einen Hilfebedarf nach sich ziehen, ist eine Möglichkeit, den Arbeitsaufwand in der ambulanten Pflege zu quantifizieren und auf dieser Basis den Personalbedarf zu bestimmen. In diesem Zusammenhang wurden in der Literaturübersicht Patientenklassifikationssysteme vorgestellt, wenn die Autor*innen diese im größeren Zusammenhang der Personalplanung oder Workload- / Caseloadbemessung in der ambulanten pflegerischen Versorgung thematisiert haben. Für den deutschen Kontext empfiehlt sich zunächst eine Orientierung am neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit. Fachlich integriert der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit verschiedene pflegewissenschaftliche Systematisierungsansätze (s. Wingenfeld et al. 2007; 2008). Die Orientierung am gesetzlich festgeschriebenen Begriff der Pflegebedürftigkeit bietet zudem den nicht zu unterschätzenden Vorteil, ein weitgehend einheitliches Verständnis der individuellen Beeinträchtigung der Selbständigkeit bundesweit zu gewährleisten. Somit lassen sich auf breiter Ebene Parallelen und Unterschiede in den Bedarfslagen und darin erforderlichen und vereinbarten pflegerischen Handlungen herausarbeiten.

13.4 Zusammenfassende Betrachtung der Erkenntnisse der Expert*inneninterviews

Als Expert*innen wurden im Rahmen des vorliegenden Projektes Personen angesprochen, die in einzelnen Pflegediensten, bei den freigemeinnützigen oder privaten Verbänden der Leistungserbringer oder als Unternehmensberater*innen mit Fragen des Personalmanagements in der ambulanten Pflege befasst sind. Ergänzend wurden Personen befragt, die über eine Expertise zu Fragen des Personalmanagements in anderen Bereichen verfügen. Sie wurden insbesondere zu Aspekten der Übertragbarkeit von Personalbemessungs-, Personaleinsatz- und Personalgewinnungsstrategien aus anderen

Wirtschaftsbereichen befragt. Von den 30 interviewten Expert*innen machten mit 21 Personen die Pflegedienstleiter*innen und Mitglieder von Verbänden die größte Gruppe aus. Sechs Personen waren der Gruppe der Berater*innen und drei der Gruppe der Expert*innen im Personalmanagement zuzuordnen.

Die Befragung hat eine Vielzahl von vertiefenden Einsichten zu verschiedenen Fragen des Personalmanagements in der ambulanten Pflege hervorgebracht. Im Vordergrund stand jedoch die nahezu von allen Expert*innen zum Ausdruck gebrachte Gefährdung der Versorgungssicherheit. Diese konkretisiert sich in weit verbreiteten Aufnahmestopps neuer Pflegehaushalte, weil die Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste dafür nicht mehr ausreichen. Die gefährdete Versorgungssicherheit konkretisiert sich darüber hinaus in Verkleinerungstendenzen der ambulanten Pflegedienste hinsichtlich ihres Einzugsgebiets. Einige Dienste verkleinern ihren Radius, andere fahren einzelne Stadtteile in Großstädten oder bestimmte Dörfer in ländlichen Regionen nicht mehr an. Als dritter Indikator einer gefährdeten Versorgungssicherheit wurde die Kündigung bestehender Verträge mit Pflegehaushalten genannt. Letztere kann aufgrund der Interviews nicht als flächendeckendes Phänomen bezeichnet werden, kommt aber offensichtlich nicht nur in Einzelfällen vor.

Vor dem Hintergrund dieser grundsätzlichen Einschätzung zur Situation in der ambulanten Pflege beurteilten viele der Expert*innen die Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens als nicht möglich, zum Teil als nicht sinnvoll. Zur Begründung wurde angeführt, dass zum einen die Personalgewinnung, nicht die Personalbemessung das zentrale Thema sei, zum anderen, dass die Steuerung des Personaleinsatzes immer vor dem Hintergrund der jeweils geltenden Rahmen- und Refinanzierungsbedingungen erfolgt, die in Deutschland sehr heterogen sind. Möglichkeiten zu weiteren Effizienzsteigerungen werden kritisch gesehen, da diese in den letzten Jahren bis an den Rand der Möglichkeiten der Beschäftigten bereits ausgeschöpft wurden. Im Falle einer noch größeren Verdichtung der Arbeit in der ambulanten Pflege wird die Gefahr einer weiteren Verschärfung der ohnehin bereits als angespannt bezeichneten Personalsituation befürchtet.

Viele der in der Literatur genannten Aspekte, wie z. B. die Vielzahl an Einflussfaktoren auf die Personalbedarfsplanung im ambulanten Bereich wurden auch von den Expert*innen aufgegriffen. Insbesondere wurde betont, dass eine Personalbedarfsplanung nicht stattfindet, sondern vielmehr eine Planung, wie viele Personen mit dem vorhandenen Personal versorgt werden können. Die Nachfrage nach Pflegeleistungen wurde als deutlich größer als das Angebot geschildert und so wird in nahezu allen Pflegediensten jede verfügbare, geeignete Arbeitskraft eingestellt. Hinsichtlich der Planung beschreiben einige Expert*innen ein erlösorientiertes Vorgehen, was sich im Detail folgendermaßen darstellt: Es wird die produktive Zeit, also die effektiv am Patienten verbrachte Pflegezeit bestimmt. Diese entspricht der gesamten Arbeitszeit abzüglich der Nichtpflegezeiten wie z.B. Urlaub oder Koordinations- und Organisationszeiten. Hierbei wurde wie in der Literatur darauf hingewiesen, dass sich die produktive Arbeitszeit je nach Qualifikation und Aufgabenbereich zwischen den Mitarbeitenden unterscheidet und am besten individuell berechnet wird. Anhand der Informationen über die produktive Arbeitszeit lässt sich dann ein Stundenumsatz bestimmen, der an effektiver Pflege geleistet werden muss, um alle Kosten eines Dienstes abzudecken. Mit dem Stundenumsatz oder der entsprechenden Anzahl an Punkten, die man erhält, wenn der Stundenumsatz durch den Punktwert geteilt wird, kann dann kalkuliert werden. Wichtig ist zudem, dass teils ein Spannungsfeld zwischen der wirtschaftlichen Planung und der Planung nach dem Bedarf besteht, mit dem jeder Pflegedienst anders umgeht. Möglichkeiten, um bei unveränderten Preisen wirtschaftlicher zu werden, sind beispielsweise eine niedrigere Qualifikation anzusetzen oder die Versorgungszeiten zu kürzen. In der Praxis besteht eine sehr enge Verbindung zwischen der Personalbedarfsplanung und der Touren-

planung, da dort festgelegt wird, welcher Mitarbeitende, mit welcher Qualifikation wann und wie lange zu welchem pflegebedürftigen Menschen fährt. Diese Vorgehensweise entspricht der in der Literatur als monetäre Steuerung bezeichneten Vorgehensweise.

Nicht zu vergessen sind in diesem Zusammenhang die sehr heterogenen Vergütungsvereinbarungen für die ambulante Pflege in Deutschland. Heiber und Nett (2018a; 2018b) können aufzeigen, dass es erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Preise für gleiche Leistungen, der Wegepauschalen und anderer Aspekte gibt. Sie legen dar, dass zum Teil 28 unterschiedliche Preise für gleiche Leistungen in Deutschland bestehen. Angesichts eines bundesgesetzlich vorgesehenen Sachleistungsspektrums nach § 36 SGB XI ist diese Variabilität weder nachvollziehbar noch zu rechtfertigen (Heiber & Nett 2018a, 2018b).

Darüber hinaus erhalten die Feststellungen jedoch vor dem Hintergrund der Aussagen in den Expert*inneninterviews zusätzliche Brisanz. Da offensichtlich die verfügbaren Vergütungen in hohem Maße entscheidend für Personalfragen in der ambulanten Pflege sind, produzieren die unterschiedlichen Vergütungssätze in hohem Maße Ungleichheiten in der pflegerischen Versorgung. Für die Bevölkerung besteht das Risiko, dass bundesweit vorgesehene Leistungen von unterschiedlichen Personen mit unterschiedlichen Qualifikationen und ggf. unterschiedlichen Zeitressourcen erbracht werden. Der Wohnort hat somit vermutlich einen Einfluss auf den Umfang und die Qualität der Leistung. Hinzu kommt der Aspekt, dass ggf. manche Leistungen in einigen Regionen zu unterschiedlich hohen Preisen erbracht werden.

Insgesamt wurde zu der Thematik der Personalbedarfsplanung angebracht, dass diese in der Praxis häufig weniger geplant erfolgt, sondern aus Rahmenbedingungen wie Vorgaben der Bundesländer zu Personalmindestmengen und erforderlichen Qualifikationen sowie dem verfügbaren Personal resultiert. Die Entwicklung eines Personalbemessungsinstruments sehen einige Expert*innen vor dem Hintergrund der großen Heterogenität und geringen Vorausplanungsmöglichkeiten als problematisch an.

13.5 Zusammenfassende Betrachtung der Erkenntnisse aus der Zeiterfassung

Die Intention der Zeiterfassung bestand darin, Informationen über realistische und notwendige Zeiten zu gewinnen, die für pflegerische Aufgaben erforderlich sind, die der Intention des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit entsprechen. Die durch die Zeiterfassung gewonnenen Informationen sollten entsprechend Hinweise auf zukünftige Weiterentwicklungen geben. Zum Zeitpunkt der Erstellung der wissenschaftlichen Konzeption dieses Projekts war jedoch noch nicht abzusehen, wie sich die Verhandlungen der Vertragsparteien auf Landesebene zu den Rahmenverträgen für das Leistungsgeschehen in der ambulanten Pflege entwickeln würden und ob es überhaupt zu einer Vereinbarung kommen würde.

Für die Zeiterfassung in der ambulanten Pflege, die sich auf den neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit beziehen sollte, bestand somit die Herausforderung, Annahmen treffen zu müssen, wie sich bestimmte Aspekte der pflegerischen Versorgung entwickeln und auf dieser Basis Entscheidungen für empirische Erhebungen zu treffen. In diesem Projekt wurden die folgenden Festlegungen getroffen:

- Als Grundlage für ein fachlich begründetes Leistungsgeschehen in der ambulanten Pflege, das dem Inhalt und der Intention des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs entspricht, wurde auf der Grundlage der BMG-Expertise zur „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben (...)“ (Wingenfeld & Büscher 2017) eine Leistungsbeschreibung vorgenommen, die den an der Zeiterfassung beteiligten ambulanten Pflegediensten im Vorfeld übersandt wurde

(enthalten als Anlage E im Abschlussbericht zum Projekt zur ambulanten Pflege in Anhang 1.1).

- Die zu beteiligenden Pflegedienste benötigten eine verlässliche und bestehende Grundlage für die Leistungserbringung. Entsprechend wurde entschieden, aus pragmatischen Gründen mit Pflegediensten zusammenzuarbeiten, die bereits die Möglichkeit einer Zeitvergütung mit den Pflegekassen vereinbart hatten. Die Zeitvergütung bietet die Möglichkeit einer flexibleren Vereinbarung von Leistungen mit dem Pflegehaushalt, die sich nicht allein auf verrichtungsorientierte Tätigkeiten, wie sie in den bestehenden Rahmenvereinbarungen vorrangig beschrieben sind, beziehen, sondern die auch eine Vereinbarung von Leistungen im Sinne der Aufgaben aus der BMG-Expertise ermöglichen.
- Die Möglichkeit zur Nutzung der Modellklausel nach § 113c Abs. 1 Satz 6 SGB XI hätte ebenso eine tragfähige Grundlage für die Datenerhebung geboten. Allerdings wäre es dazu erforderlich gewesen, eine entsprechende Vereinbarung, die im Projekt tatsächlich lediglich dem Zweck dienen sollte, Grundlage für eine Datenerhebung zu sein, abzuschließen. Neben der nicht einfach zu entscheidenden Frage, wer für welchen Bereich eine solche Vereinbarung hätte abschließen können, war die weitaus komplexere Herausforderung, eine solche Vereinbarung inhaltlich auszugestalten. Aus den Erfahrungen um die Diskussionen zu möglichen zukünftigen pflegerischen Leistungen im Rahmen der Entwicklung des neuen Verfahrens zur Qualitätsprüfung sowie des Diskussionsprozesses in verschiedenen Bundesländern um neue Rahmenvereinbarungen ist den Unterauftragnehmern bekannt, dass es sich um komplexe Verhandlungsprozesse mit einem erheblichen Verständigungs- und Klärungsbedarf handelt, die im Rahmen eines sechzehnmonatigen Projekts nicht zu leisten waren.

Entsprechend der theoretischen Überlegungen wurden für die Erhebung von Zeitaufwänden ambulante Pflegedienste gesucht, die über die Möglichkeit der Zeitvergütung verfügen. Diese Möglichkeit besteht in den Bundesländern Bayern, Bremen, Hamburg und in Niedersachsen sowie für einzelne Pflegedienste in Nordrhein-Westfalen. Insgesamt wurden 18 Pflegedienste hinsichtlich einer Beteiligung angeschrieben. Die Auswahl erfolgte über Hinweise aus der Expert*innenbefragung sowie über Hinweise der privaten und freigemeinnützigen Leistungserbringerverbände. Insgesamt nahmen 14 ambulante Pflegedienste an der Erhebung teil - einer aus Bayern, 5 aus Niedersachsen, 3 aus Bremen, 2 aus Hamburg und 3 aus Nordrhein-Westfalen.

Die Erhebung von Zeitaufwänden wurde bei 129 pflegebedürftigen Menschen durchgeführt. Bei 89 Personen (69 %) der Pflegehaushalte war mit dem Pflegedienst eine Zeitvergütung oder eine Kombination aus Zeitvergütung und Leistungskomplexen/SGB V Leistungen vereinbart. 23 Personen (17,8 %) erhielten ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V und bei 17 Personen (13,2 %) erfolgte die Vergütung nach Leistungskomplexen. Die Vielfalt der Konstellationen erklärt sich dadurch, dass bei der Organisation der Zeiterhebung eine Zuordnung der Mitarbeiterinnen der Hochschule Osnabrück zu festen Touren des ambulanten Pflegedienstes erfolgte. Im Rahmen dieser Touren wurden Zeiterhebungen in allen Haushalten durchgeführt, die der Erhebung zugestimmt hatten, unabhängig davon, ob Zeitvergütung oder eine andere Vergütungsform vereinbart war.

69 Prozent der Proband*innen waren weiblich und das Durchschnittsalter lag bei 79 Jahren. Hinsichtlich der Pflegegrade entsprach die Stichprobe in etwa der Verteilung, die auch in der Pflegestatistik ausgewiesen wird. 56,6 Prozent der pflegebedürftigen Menschen wurden durch Angehörige bei der Versorgung unterstützt. Für 42,6 Prozent der Proband*innen konnte eine Zeiterfassung an

zwei aufeinanderfolgenden Tagen realisiert werden. Die restlichen pflegebedürftigen Menschen wurden lediglich an einem Tag begleitet.

Auswertung der pflegerischen Zeitaufwände

Entsprechend der vorgenommenen Leistungsbeschreibungen standen im Fokus der Zeiterfassungen die folgenden pflegerischen Aufgaben:

- Bereichsübergreifende pflegerische Aufgaben:
 - Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses
 - Beobachtung spezifischer Aspekte der Pflegesituation
 - Abwehr von gesundheitlichen Risiken
 - Kommunikation im Sinne von Absprachen und Aushandlungen
- Aufgaben im Zusammenhang mit den Aktivitäten und Lebensbereichen, die für die Bestimmung der Pflegebedürftigkeit maßgebend sind
 - Hilfen, Aufklärung, Beratung und Anleitung sowie zielgerichtete Ressourcenförderung bei beeinträchtigter Mobilität
 - Hilfen, Aufklärung, Beratung und Anleitung sowie zielgerichtete Ressourcenförderung hinsichtlich kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten
 - Umgebungsbezogene Maßnahmen, unmittelbar verhaltensbezogene Maßnahmen und Alltagsgestaltung bei psychischen Problemlagen und Verhaltensweisen sowie die Aufklärung, Beratung und Anleitung von Angehörigen in diesem Zusammenhang
 - Hilfen, Aufklärung, Beratung und Anleitung sowie zielgerichtete Ressourcenförderung im Bereich der Selbstversorgung bei der Ernährung, Körperpflege, Ausscheidung und des Sich-Kleidens
 - Unterstützung im Bereich des Umgangs mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (darunter fallen Maßnahmen zur Unterstützung des Selbstmanagements ebenso wie viele verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege)
 - Hilfen sowie Aufklärung, Beratung und Anleitung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
 - Hilfen sowie Aufklärung, Beratung und Anleitung bei der Haushaltsführung
- Unterstützung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz und Reduzierung pflegebedingter Belastungen
- Indirekte Leistungen.

In Bezug auf die durchschnittlichen Zeitwerte der einzelnen Leistungsbereiche zeigte sich eine große Spannweite, die die hohe Individualität der benötigten Versorgung unterstreicht. Beispielsweise variierte die Kommunikation zwischen einer Dauer von 17 Sekunden und 53 Minuten, die Unterstützung bei der Selbstversorgung reichte ebenfalls von wenigen Sekunden bis zu 44 Minuten. Die gesamte Dauer der Besuche betrug im Mittel 28 Minuten und lag zwischen 4 Minuten und einer Stunde und 19 Minuten. Hinsichtlich der benötigten Dauer zeigte sich keine eindeutige Abstufung nach Pflegegraden. Teils ist die Tendenz erkennbar, dass die Zeiten bei den pflegebedürftigen Menschen mit höheren Pflegegraden über denen der Teilnehmenden mit einer niedrigen Einstufung liegen, die Streuung der Werte war jedoch sehr hoch.

Die Pflegezeiten der 17 pflegebedürftigen Menschen, mit denen ausschließlich Leistungskomplexe vereinbart waren, wurden gesondert ausgewertet. Ähnlich wie bei der Zeitvergütung zeigten sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der gemessenen Zeit bei gleichen Leistungen. Beispielsweise variierte die beobachtete Dauer der Unterstützung bei der Selbstversorgung zwischen ca. 5 und 32

Minuten. Der gesamte Zeitaufwand lag zwischen ca. 10 und 44 Minuten und betrug im Durchschnitt 24 Minuten.

Einige Leistungsbereiche kamen in der Erfassung nicht oder lediglich vereinzelt vor. In diesen Fällen handelte es sich teils um Leistungen, die vorwiegend gesondert von den normalen Besuchen durchgeführt werden, wie Maßnahmen der Pflegeplanung und -evaluation. Auch wurden Maßnahmen, die im Rahmen der Betreuung stattfinden, unterrepräsentiert erhoben, da der Großteil der begleiteten Besuche körperliche Pflegemaßnahmen umfasste.

Für 45 Personen lagen auswertbare Informationen für zwei aufeinanderfolgende Tage vor. Die durchschnittliche Abweichung zwischen Tag 1 und Tag 2 betrug 3 Minuten und 46 Sekunden. Diese Ergebnisse zeigen, dass sich die Besuche selbst bei der gleichen Person intraindividuell unterscheiden und schwer exakt im Voraus planbar sind. In den verschiedenen Leistungsbereichen lag die durchschnittliche Abweichung zwischen 15 Sekunden und 4 Minuten und 2 Sekunden.

Als weiterer Bestandteil der Erhebung wurden auch indirekte Leistungen erfasst. Ein besonderer Fokus lag dabei auf den Fahrtzeiten. Hier zeigte sich eine durchschnittliche Dauer von 55 Minuten und 34 Sekunden an Tag 1 und 58 Minuten und 47 Sekunden an Tag 2 mit einer Spannweite/ Variationsbreite zwischen den Pflegediensten von 18 Minuten bis 2 Stunden und 12 Minuten. Das Verhältnis der Dauer von Fahrtzeit zur Pflegezeit betrug 1:3.

Bei allen während der Erhebung erfassten pflegebedürftigen Menschen wurden über beide Datenerhebungstage 157 Leistungen der häuslichen Krankenpflege (SGB V) mit einer Durchschnittsdauer von 3 Minuten und 52 Sekunden erbracht. Die häufigsten Leistungen fanden im Bereich Medikamente und Verbände, der auch die Versorgung mit Kompressionsstrümpfen umfasst, statt. Neben den verordneten Maßnahmen wurden durch die Pflegekräfte teils noch weitere Unterstützung bei krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen, wie beispielsweise Schmerzen, geleistet. Die Dauer dieser weiteren Unterstützungsmaßnahmen lag am ersten Erhebungstag zwischen 15 Sekunden und 4 Minuten, 5 Sekunden. Bei den 23 pflegebedürftigen Menschen, die ausschließlich SGB V Leistungen erhielten, wurde zudem deutlich, dass neben den verordneten Leistungen auch Leistungen anderer Bereiche erbracht werden. So betrug die mittlere Dauer der verordneten Maßnahmen 4 Minuten und 28 Sekunden, während der gesamte Besuch doppelt so viel Zeit in Anspruch nahm.

Zusammenfassend ist bei der Betrachtung der Ergebnisse zu beachten, dass einige der Leistungen gleichzeitig stattfanden und eine separate Zeiterfassung dadurch nicht möglich ist. Beispiele sind die Unterstützung bei der Körperpflege und die Beobachtung des Hautzustandes, die Kommunikation oder auch hauswirtschaftliche Leistungen, wie das Aufbacken von Brötchen. Die Gesamtzeit entspricht demnach nicht der Summe der einzelnen gemessenen Leistungsbereiche, sondern der Zeit des gesamten Einsatzes. Zudem gibt es einige Maßnahmen, die nur in dem Moment sichtbar und zeitlich messbar sind, in dem die Pflegekraft aktiv Äußerungen zu deren Durchführung trifft, wie beispielsweise eine Hautbeobachtung. Diese findet vor dem Hintergrund bisheriger Beobachtungen und Feststellungen des Hautzustandes statt. Solange keine explizite Äußerung dazu erfolgt, ist eine Zeiterfassung nicht möglich. Die messbaren Zeiten bewegen sich daher häufig in einem Rahmen von nur wenigen Sekunden, während davon auszugehen ist, dass die eigentliche Handlung länger, aber zeitgleich zu anderen Aktivitäten wie der Körperpflege erfolgt.

Einflussfaktoren auf die Pflegezeit und weitere Beobachtungen

Bei 10 pflegebedürftigen Menschen (8,9 %) gaben die Pflegekräfte auf Nachfrage an, dass mehr Zeit für die Pflege benötigt würde. Gründe waren mehr Zeit für Pflegetätigkeiten, die Kommunikation/Ab-

sprachen mit Angehörigen und Pflegebedürftigen, die Motivation und Beruhigung psychisch erkrankter Personen, die Mobilitätsförderung oder der Verbandwechsel. Teils besteht auch die Situation, dass aus Sicht der Pflegeperson mehr Betreuung oder auch eine Entlastung der Angehörigen erforderlich wäre, diese das aber – häufig aufgrund mangelnder verfügbarer finanzieller Mittel – ablehnen, sodass Leistungen möglichst begrenzt gehalten werden bzw. gehalten werden müssen.

Weiterhin wurde benannt, dass auch teils ein höherer Zeitaufwand erforderlich wäre, um die Pflegebedürftigen im Sinne des Erhalts und der Förderung der Selbständigkeit mehr anzuleiten und zur selbständigen Ausführung anzuregen. Aus Zeitmangel werden Tätigkeiten, wie das Waschen, stattdessen vollständig durch die Pflegekraft übernommen. Weiterhin wurde häufig angegeben, dass sich die benötigte Zeit je nach Allgemeinzustand der Kund*innen ändern kann. Insbesondere bei demenziell, an Parkinson oder psychisch erkrankten Menschen kann sich die Situation täglich ändern und es werden je nach Tagesform mehr oder weniger Zeit oder auch ganz andere pflegerische Maßnahmen benötigt. Akute Situationen wie Notfälle können den Zeitbedarf ebenfalls beeinflussen. Teils kommt es auch zur Ablehnung von Leistungen durch den pflegebedürftigen Menschen. In diesem Fall konnte der Besuch im Rahmen der Zeitvergütung teils genutzt werden, um sich anderen Dingen zu widmen oder auf akute Probleme einzugehen.

Qualifikation der Pflegekräfte

Für die Erhebung gab es keine Vorgaben hinsichtlich der Qualifikationen von Seiten des Projektteams. Die Pflegekräfte, die während der Erhebung im Einsatz waren, wiesen eine große Bandbreite an Qualifikationen auf: Am häufigsten waren examinierte Altenpflegekräfte (n=5) und Gesundheits- und Krankenpfleger*innen (n=4) vertreten. Jeweils einmal waren eine Altenpflegerin mit Weiterbildung zur Palliativfachkraft, eine Arzthelferin und eine Pflegehelferin im Einsatz.

Vergütung der Pflegezeit

Von den 14 ambulanten Pflegediensten, die an der Erhebung teilgenommen haben, haben 5 Pflegedienste ihre Vergütungssätze zur Verfügung gestellt. Die Einsicht in die Vergütungssätze zeigte deutliche Differenzen: Bei der Grundpflege nach Zeit variierte die Vergütung von 39 € bis 44,40 € pro Stunde. Bei der Betreuung nach Zeit ist die Differenz mit 8,40 € pro Stunde noch höher bei einer Spannweite von 25,80€ – 34,20 € pro Stunde. Die größten Unterschiede bei der Vergütung sind jedoch bei der Hauswirtschaft zu finden. Umgerechnet liegen die Werte bei der Vergütung zwischen 21 € und 34,20 € pro Stunde. Bei den Wegepauschalen ließen sich ebenfalls Vergütungsunterschiede aufzeigen (3,60€ - 3,98€).

Zusammenhänge zwischen der Höhe der Vergütung und der Dauer der Leistungen konnten anhand der vorliegenden Daten nicht berechnet werden. Neben der geringen Anzahl an verfügbaren Preisen, war ein Vergleich insbesondere aufgrund der Heterogenität des Klientels und der vereinbarten Leistungen (meistens Kombination aus Zeitleistungen und Leistungskomplexen und/oder SGB V Leistungen) nicht möglich.

13.6 Integration der Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Jeder der Projektteile hat für sich besondere Erkenntnisse hervorgebracht, die auf den vorstehenden Seiten zusammengefasst sind. In der Gesamtbetrachtung der drei Projektteile lassen sich die folgenden Schlussfolgerungen ziehen:

- Die Bedeutung der ambulanten Pflege ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen und es steht zu erwarten, dass dieser Trend sich fortsetzen wird. Weder der Bedeutungszuwachs der ambulanten Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung noch die Bedeutung der konti-

nuerlich steigenden Ausgaben für die häusliche Krankenpflege haben bislang ausreichende Aufmerksamkeit erfahren, sondern wurden im Gegenteil weitgehend ignoriert.

- Fragen des Personaleinsatzes in der ambulanten Pflege werden auch international diskutiert. Bislang lässt sich kein Verfahren oder Instrument identifizieren, das über spezifische lokale Bedingungen hinaus für die Personalbemessung Anwendung gefunden hätte. Fragen der Personalbedarfsplanung werden insbesondere in Großbritannien unter dem Aspekt der Arbeitsbelastung diskutiert, die für eine angemessene und Qualitätsansprüchen genügende Pflege als angemessen erachtet wird.
- Kaum Berücksichtigung gefunden haben Veränderungen auf Seiten der Empfänger*innen pflegerischer Leistungen, seien es die Veränderungen des Krankheitspektrums und die gestiegene Bedeutung chronischer Erkrankungen, die besonderen Bedarfslagen neuer Nutzer*innengruppen wie Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen in Pflegearrangements im Rahmen neuer Familienkonstellationen und einer Reihe anderer möglicher Bedarfslagen. Die Diskussion fokussiert sich im Wesentlichen auf einheitlich beschreibbare Leistungen ohne den Gedanken der notwendigen Anpassungen und Aushandlungen, die von den Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste täglich zu erbringen sind, zu berücksichtigen.
- Der Einsatz von Personal in der ambulanten Pflege in Deutschland erfolgt vorrangig durch eine monetäre Steuerung. Das bedeutet, dass die ambulanten Pflegedienste im Rahmen der verfügbaren Ressourcen, die sich aus den für sie geltenden vertraglichen Grundlagen ergeben, und vor dem Hintergrund der regionalen Bedingungen in ihrem Einsatzbereich ermitteln, wie viel und welches Personal sie einsetzen können, um insgesamt wirtschaftlich arbeiten zu können. Die sehr kleinteiligen Leistungsbeschreibungen in den Rahmenvereinbarungen und die Vorgaben der jeweils geltenden Verträge über die Erbringung von Leistungen im SGB V erhöhen die Komplexität der Personalplanung erheblich und stellen eine sehr große Herausforderung im Management ambulanter Pflegedienste dar.
- Der Entwicklung eines „Personalbemessungsverfahrens“ für die ambulante Pflege wurde aus unterschiedlichen Perspektiven sehr kritisch begegnet. Die genannte monetäre Steuerung wurde als Hauptargument dafür genannt, dass ein Personalbemessungsverfahren als nicht sinnvoll, als nicht realisierbar oder als überflüssig bezeichnet wurde. Erforderlich sei demgegenüber eine Vorstellung der erwünschten pflegerischen Maßnahmen zur Unterstützung der häuslichen Pflege und der dafür auskömmlichen Vergütungen.
- Sowohl im Rahmen der Expert*innenbefragung wie auch in Ansätzen während der Zeiterfassung wurde sehr deutlich, dass derzeit die Gewinnung und der Verbleib von Pflegepersonal die größte Aufmerksamkeit der ambulanten Pflegedienste verlangen. Das Ausmaß des Personalmangels hat Formen angenommen, die die Versorgungssicherheit mit ambulanter Pflege insgesamt als stark gefährdet erscheinen lassen. Verkleinerungstendenzen bei den ambulanten Pflegediensten, Ablehnungen von Anfragen weiterer und neuer Pflegehaushalte sowie die Kündigung bestehender Pflegeverträge sind Ausdrucksformen dieser Gefährdung.
- In Verbindung mit der regional unterschiedlichen Verfügbarkeit von Pflegefachkräften in der ambulanten Pflege stellen sich die Gefährdungstendenzen sicherlich in ihrem Ausmaß regional unterschiedlich dar, im Rahmen der Expert*innenbefragung wurde jedoch deutlich, dass es sich um ein nicht auf einzelne Regionen begrenztes Problem handelt.
- Die Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste sind sich der zeitlichen Dimensionen und Begrenzungen ihrer Arbeit bewusst. Die Touren sind sehr genau geplant. Größere Abweichungen können sich problematisch auswirken.

- Die Variabilität der Zeiten für unterschiedliche pflegerische Handlungen verdeutlicht die Schwierigkeit, verlässliche Durchschnittswerte für die Personaleinsatzplanung zu bilden. Die Variabilität zeigte sich in der durchgeführten Erhebung sowohl im Rahmen der Zeitvergütung wie auch der Leistungskomplexvergütung. Sie ist Ausdruck dafür, dass einzelne pflegerische Tätigkeiten immer im Zusammenhang mit der individuellen Situation des pflegebedürftigen Menschen gesehen werden müssen und daher eine hohe Variabilität aufweisen. Auch die Ergebnisse der Expert*inneninterviews bestätigen diese hohe Variabilität und verdeutlichen die Herausforderung ambulanter Pflegedienste hinsichtlich der geringen Planbarkeit des Einsatzes der Mitarbeitenden entsprechend ihrer Qualifikationen mit dem Ziel, die pflegerische Versorgung der Klient*innen sicherzustellen.
- Die Zeiterhebungen innerhalb dieses Projekts müssen als Ist-Erhebungen des aktuellen Pflegegeschehens angesehen werden. Sie haben verdeutlicht, dass es innerhalb eines sehr eng gesteckten Zeitraums trotz vorliegender Leistungsbeschreibungen für ein erweitertes und dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff entsprechendes Pflegeverständnis kaum möglich ist, eine bestehende Praxis zu verändern, die seit Jahren als eng getaktete Realität besteht. Das angestrebte Ziel, die Zeiterhebungen auch im Sinne von Soll-Erhebungen verwenden zu können, konnte somit nicht erreicht werden. Festgestellt werden muss in diesem Zusammenhang jedoch, dass es dazu eines umfassenderen und deutlich aufwändigeren Ansatzes bedarf. Anhaltspunkte dazu sind in der abschließenden Diskussion ausgeführt.

Hinsichtlich der eingangs dargestellten Zielsetzungen des Projekts ist zu konstatieren, dass

- bereits durch die Literaturrecherche Systematisierungen zu Fragen der Personalplanung in der ambulanten Pflege vorgenommen werden konnten;
- ein Entwurf für ein fachlich begründetes Verständnis pflegerischen Handelns in der ambulanten Pflege auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Sinne von Leistungsbeschreibungen entwickelt werden konnte. Dieses Verständnis orientiert sich an der „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“;
- hinsichtlich der Ermittlung von Hinweisen zum notwendigen Qualifikationsniveau für die Erbringung dieser Maßnahmen sowie zur Generierung von Zeitaufwänden im Rahmen der vorliegenden Untersuchungen lediglich Ist-Erhebungen vorgenommen werden konnten, die vor dem Hintergrund der sehr heterogenen vertraglichen und regionalen Bedingungen der beteiligten ambulanten Pflegedienste zu sehen sind. Besonders die Anforderungen an die Qualifikationen werden vertraglich vorgegeben und weisen eine hohe Heterogenität zwischen den Regionen auf. Die Frage, welches Personal mit welcher Qualifikation bei welchem Pflegebedürftigen eingesetzt wird, kann von den Pflegediensten vor dem Hintergrund dieser Heterogenität nur unterschiedlich beantwortet werden, da sie an die vertraglichen Rahmenbedingungen gebunden sind. Auch ein Ansatz wie er im Projekt zur Personalbemessung in der stationären Pflege durch die Schatten gewählt wurde, wäre nicht hilfreich gewesen, da sich in der Praxis der ambulanten Pflege das Verhältnis aus verfügbaren Ressourcen, die möglichst sinnvoll im Sinne des pflegebedürftigen Menschen eingesetzt werden sollen, und einem engen Zeitkorridor als in hohem Maße realitätsbildend erwiesen hat. Es hat sich im Projektverlauf sehr deutlich gezeigt, dass eine Veränderung der bestehenden Praxis in einem extrem kurzen Zeitraum nicht möglich war;
- dass sich hinsichtlich der Erarbeitung von Empfehlungen für personelle Vorgaben oder Anhaltswerte in Deutschland die monetäre Steuerung weitestgehend durchgesetzt hat. Be-

darfsgesichtspunkte werden dabei nur zurückhaltend berücksichtigt und die große Heterogenität der geltenden Verträge der Leistungserbringung gepaart mit den überaus heterogenen Strukturen und regionalen Bedingungen ambulanter Pflegedienste lassen die Entwicklung von personellen Vorgaben oder eines Personalbemessungsverfahrens derzeit nicht als prioritäre Aufgabe erscheinen. Entsprechend enthält der Empfehlungsteil (s. Kapitel 18) auch keine Hinweise für eine größer angelegte Erprobung, sondern unterbreitet einen Vorschlag, wie die bestehenden Probleme der ambulanten Pflege in Zukunft bearbeitet werden sollten.

13.7 Diskussion und Schlussfolgerungen

Ein zentrales Ergebnis des Projekts zur ambulanten Pflege waren die Hinweise auf eine zunehmende Gefährdung der Versorgungssicherheit in der ambulanten pflegerischen Versorgung. Die im Rahmen des Projekts befragten Personen waren sich darin einig, dass die vorhandenen Kapazitäten durch eine erhebliche Verdichtung des Leistungsgeschehens einerseits und die demografisch, aber auch durch das erweiterte Verständnis von Pflegebedürftigkeit bedingte Steigerung des Bedarfs andererseits weitgehend ausgeschöpft, zum Teil bereits übererschöpft sind. Es bedarf, sofern man der Präferenz der meisten pflegebedürftigen Menschen für eine Versorgung in der eigenen häuslichen Umgebung entsprechen will, erheblicher Aufmerksamkeit und Anstrengung hinsichtlich der ambulanten pflegerischen Versorgung. Fragen der Ausbildung, Weiterbildung, Gewinnung und Wiedergewinnung von Pflegenden für eine Tätigkeit in der ambulanten Pflege gehören ebenso dazu wie die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den gegebenen Bedingungen und ihren Konsequenzen sowie die wissenschaftlich gestützte Entwicklung neuer Versorgungskonzepte.

Die Durchführung des Projekts zu Empfehlungen zur Entwicklung von personellen Vorgaben für ambulante Pflegeeinrichtungen hat gezeigt – wie in der Konzeption des Unterauftrags bereits angedeutet –, dass die Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens, wie es für die stationäre Pflege entwickelt wurde, in dieser Form nicht möglich ist. Die Gründe dafür liegen zum einen in den unterschiedlichen Ausgangsbedingungen für die ambulante und stationäre Pflege hinsichtlich des zeitlichen Umfangs der zu erbringenden Pflegeleistungen und des damit verbundenen Versorgungsauftrags. Dieser richtet sich in der ambulanten Pflege nach den Präferenzen pflegebedürftiger Menschen und ggf. ihrer Angehörigen zum Umfang der pflegerischen Unterstützung sowie ihrer Fähigkeit und Bereitschaft, selbst einen Teil der Pflege zu übernehmen oder die entsprechende Unterstützung in Anspruch zu nehmen und zu bezahlen. Zum anderen erfolgen Überlegungen zur Personalausstattung in der ambulanten Pflege vor dem Hintergrund einer mittlerweile über zwei Jahrzehnte gewachsenen Vertragsrealität, in der ausgehandelte Punktwerte für Leistungskomplexe, Zeitvergütungen und Rahmenvereinbarungen für Maßnahmen der Häuslichen Krankenpflege monetär und anderweitig verfügbare Zeiten für pflegerisches Handeln bestimmen. Die Vielzahl der insgesamt getroffenen Regelungen ist nur schwer überschaubar. Da die ausgehandelten Vergütungen und vertraglichen Bedingungen für gleiche und/oder ähnliche Leistungen in der bundesweiten Betrachtung zwischen den Bundesländern und zum Teil auch zwischen Trägerverbänden und sogar einzelnen ambulanten Pflegediensten erheblich voneinander abweichen, stößt die empirisch gestützte Ermittlung von notwendigen, wünschenswerten oder angemessenen Zeitwerten und Personalausstattungsmerkmalen an Grenzen.

Angesichts der Tatsache, dass auch fast drei Jahre nach der Einführung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit und der damit einhergehenden Änderung von § 36 SGB XI, eine Veränderung der Rahmenverträge zur ambulanten Pflege in fast allen Bundesländern noch aussteht, wäre es an der

Zeit, den für das Vorhaben in der stationären Pflege gewählten Ansatz der Ermittlung von Soll-Zeiten - eingebettet in ein Projekt, in dem der Personalmix und die Frage der Arbeitsorganisation sowie die Entlastung der Pflegekräfte und die Sicherstellung der Versorgung im Vordergrund stehen – auch in der ambulanten Pflege aufzugreifen. Allerdings würde die Konkretisierung weniger durch die für einzelne Bewohner*innen ermittelten Soll-Zeiten erfolgen, sondern würde sich auf die Ermittlung von notwendigen Soll- bzw. Zeitwerten für zentrale Aufgaben und Tätigkeiten in der ambulanten Pflege konzentrieren. Dazu müsste zunächst eine Verständigung auf ein § 36 SGB XI entsprechendes Leistungsspektrum erfolgen. Die im Projekt erarbeiteten Leistungsbeschreibungen, die zurückgehen auf die BMG-Expertise zur „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ (Wingenfeld/Büscher 2017), bieten dazu eine gute Basis. Erforderlich wäre vor diesem Hintergrund die theoretisch-konzeptionell gestützte Festlegung von pflegerischen Aufgaben und Leistungen einschließlich begründeter Einschätzungen der dafür erforderlichen zeitlichen und qualifikatorischen Ressourcen für die ambulante Pflege und die anschließende empirische Validierung und Überprüfung dieser Festlegungen. Im Vorfeld sollten darüber hinaus Überlegungen angestellt werden, pflegebedürftige Menschen und Pflegehaushalte in Bezug auf Pflegegrade, die im Projekt zur stationären Pflege verwendeten NBI-Konstellationen und weitere charakteristischer Merkmale für die ambulante Pflege (wie die Haushaltsgröße und die im Haushalt verfügbaren Unterstützungsleistungen) in vergleichbare Gruppen einzuteilen, um typische Versorgungsverläufe und -konstellationen beschreiben und Aufwände damit in Verbindung bringen zu können. Dabei sind im Wege einer weitergehenden Analyse und modellhaften Einführung Ansätze für eine veränderte Leistungserbringung (auch im Sinne einer Arbeits- und Organisationsentwicklung in ambulanten Pflegeeinrichtungen und unter Berücksichtigung eines zielgerichteten Technikeinsatzes) zu überprüfen. Im Fokus steht dabei die Frage, mit welchem Personalmix und welcher Art und Weise der Arbeitsorganisation zukünftig eine qualitäts- und zugleich mitarbeiterorientierte Versorgung sichergestellt werden kann. Dabei sollen die verschiedenen in der KAP hierzu vereinbarten Ansätze (z. B. Prüfung eines verstärkten Einsatzes von Pflegekräften zu Beginn der Pflegebedürftigkeit, Konzepte für eine bessere Zusammenarbeit von beruflich und informell Pflegenden, Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses) mit einbezogen werden.

Eine solche Erhebung würde eines längeren Vorlaufs und umfangreicherer Ressourcen bedürfen als sie im durchgeführten Projekt zur Verfügung standen. Für die zu beteiligenden Pflegedienste müssten verlässliche Bedingungen zur Beteiligung geschaffen werden, die den erarbeiteten Leistungsbeschreibungen und den dafür kalkulierten Aufwänden entsprechen. Sie müssten sich zudem zu einer Orientierung an diesen Leistungsbeschreibungen verpflichten. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der beteiligten ambulanten Pflegedienste müssten intensiv darauf vorbereitet werden (z. B. im Rahmen von Schulungen), die vorgesehenen Maßnahmen in der beschriebenen Form durchzuführen und es bedarf der Klärung und Vereinbarung mit einer ausreichenden Anzahl an Pflegehaushalten, an einem solchen Projekt mitzuwirken.

Auch die nicht direkt im Haushalt pflegebedürftiger Menschen erfolgenden Aktivitäten und indirekten Leistungen wären in einem solchen Projekt einzubeziehen. Im abgeschlossenen Projekt ergab sich in der Zusammenschau der Literaturstudie, der Expert*innenbefragung und der durchgeführten Zeiterfassung der interessante Befund, dass der Anteil der Wegezeit ähnlich umfangreich eingeschätzt wird (Expert*innenbefragung: 20-25 %; Literatur: 30 %; Zeiterfassung: etwa ein Drittel). Dieser Aspekt ist insbesondere für Fragen der Versorgungssicherheit von Bedeutung. Aber auch für andere wichtige Aspekte, die den indirekten Leistungen zuzuordnen wären (z. B. Ausbildung, be-

stimmte Maßnahmen der Qualitätsentwicklung und -sicherung u. a.), wäre die Verfügbarkeit weiterer Anhaltswerte sinnvoll.

Es ist daneben dringend notwendig, sich analytisch der bestehenden Rahmenvereinbarungen für die ambulante Pflege im SGB XI, aber auch derjenigen für die Durchführung von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V auf Basis der HKP-Richtlinie zuzuwenden. Für den Bereich des SGB XI zeigen die Arbeiten von Heiber und Nett (2018a; 2018b) die große Heterogenität bestehender Vereinbarungen zu gleichen und gleichartigen Leistungen auf, die nur schwerlich mit regionalen Unterschieden erklärt werden können, die aber stattdessen zu unnötig produzierten und nicht begründbaren Ungleichheiten in der pflegerischen Versorgung führen. So produzieren die Vergütungsregelungen strukturell eine ungleiche Bezahlung von Pflegekräften. Auch die in den einzelnen Bundesländern beziehungsweise auf der Ebene einzelner Verbände oder gar einzelner ambulanter Dienste abgeschlossenen Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V zur Erbringung häuslicher Krankenpflege legen sehr unterschiedliche Bedingungen für die Pflegedienste fest. Diese Bedingungen beziehen sich auf die Anzahl zu beschäftigender Pflegefachkräfte, Fortbildungsverpflichtungen und die Frage, welche Personen mit welcher Qualifikation welche Leistungen erbringen dürfen. Zwischen den Verträgen bestehen zum Teil gegensätzliche Festlegungen, die sich nach Auffassung des Auftragnehmers einer inhaltlich begründeten Logik entziehen. Es erscheint insbesondere nicht nachvollziehbar, dass Vereinbarungen über die Leistungserbringung (z. B. durch Hilfskräfte) in einem Bundesland als vollkommen legal gelten, während sie in anderen zu Regressforderungen aufgrund von Abrechnungsbetrug führen können. Für die Empfänger*innen von Leistungen der häuslichen Krankenpflege wäre es überaus wünschenswert und unabdingbar, dass nicht nur monetäre Erwägungen und in der Regel von fachfremden Personen getroffene Vereinbarungen darüber entscheiden, wer welche Leistungen zu welchen Bedingungen erbringen darf. Auch der Gemeinsame Bundesausschuss wird sich den verschiedenen Problemstellungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege auf Dauer nicht verschließen können. Anzuraten ist daher eine eingehende Analyse bestehender vertraglicher Rahmenbedingungen im SGB V und SGB XI mit dem Ziel, bestehende Ungleichheiten in der pflegerischen Versorgung aufgrund heterogener Verträge zu identifizieren und Vorschläge zu ihrer Überwindung für die zuständigen Vertragspartner zu entwickeln.

14 Diskussion und Einordnung der Ergebnisse

Nachstehend werden zunächst die Stärken und Grenzen der verwendeten Methodik diskutiert und die Konsequenzen für eine anschließende Einordnung der Resultate benannt (Abschnitt 14.1). Anschließend werden die resultierenden Ergebnisse des Algorithmus 1.0 mit bisher vorliegenden Studien verglichen (Abschnitt 14.2).

14.1 Methodische Stärken und Limitationen

Wie jede Studie weist auch die vorliegende Arbeit methodische Stärken und Limitationen auf. Nachstehend wird zunächst auf einzelne Aspekte eingegangen (Abschnitte 14.1.1 bis 14.1.13), um anschließend ein Resümee zu ziehen (Abschnitt 14.1.14).

14.1.1 Konsequenzen methodischer Grundentscheidungen und studienleitender Grundannahmen

Mit einer vollständigen Echtzeiterfassung durch beschattende Datenerheber*innen und einem simultanen IST-SOLL-Abgleich wurde der methodisch mit Abstand aufwändigste, aber auch valideste Ansatz zur Datenerhebung gewählt. Aus forschungsökonomischen Erwägungen und aufgrund der Schwierigkeiten, beschattende Datenerheber*innen auch für die Nacht- und Wochenendschichten zu gewinnen, wurde allerdings auf eine Vollerhebung in den Nachtdiensten und am Wochenende verzichtet. Pro vollstationärer Erhebungseinheit erfolgte stattdessen nahezu durchgängig eine vollständige Beschattung in jeweils einem Nachtdienst. Datenerhebungen an den Wochenenden in Früh- und Spätdiensten erfolgten *nur für einen Teil der Erhebungseinheiten*. Die hieraus entstandenen Daten wurden entsprechend kombiniert und hochgerechnet, so dass der Gesamtaufwand pro Bewohner*in und Woche konstruiert werden konnte. Diese Erhebungslösung für die Nacht- und Wochenenddienste ist einer Vollerhebung zwar grundsätzlich unterlegen, verzichtet dafür allerdings auf eine Anpassung der Erfassungsmethodik, bei der – wie in anderen Studien – nachts und am Wochenende gar keine Datenerhebungen oder die Erfassung lediglich durch Selbstaufschriebe, die als weniger valide betrachtet werden müssen, stattgefunden hätte. Da hierdurch jedoch nicht für alle Bewohner vollständige Informationen über eine ganze Woche vorliegen, mussten entsprechende Angaben hochgerechnet werden. Dadurch reduziert sich allerdings die Streuung innerhalb der Daten künstlich. Für die Angabe von Vertrauensintervallen wurden daher bootstrap-Verfahren angewendet (vgl. Abschnitt 7.4.2.4), die sicherstellen, dass die Streuung angemessen ausgewiesen werden kann.

Auch wenn die Datenerhebungen konzeptionell auf *Vollerhebungen in den teilnehmenden Erhebungseinheiten* abzielten, war dies nur in wenigen Fällen vollständig möglich. Ausschlaggebend hierfür war die Freiwilligkeit der Teilnahme seitens jedes Pflegebedürftigen. In den einzelnen Erhebungseinheiten war somit die Leistungserfassung der Pflegeinterventionen nur bei Bewohner*innen möglich, die einer Studienteilnahme im Vorfeld zustimmten. Entsprechend konnten für alle Pflegebedürftigen, die kein Einverständnis zur Studienteilnahme gaben, die durch das ohnehin beschattete Personal erbrachten direkten Pflegeinterventionen nicht erfasst werden. Dies schränkt zwar nicht die Qualität der erhobenen Daten ein, da die Leistungserbringung bei studienteilnehmenden Pflegebedürftigen lückenlos erfolgte, führt forschungspraktisch allerdings zu einer gewissen Ineffizienz der Datenerhebung. Theoretisch kann sich durch die Selbstselektion der Studienteilnehmer*innen an dieser Stelle eine systematische Verzerrung in Bezug auf einzelne Merkmale der Bewohner*innen ergeben. Ein Vergleich der Bewohnercharakteristika mit amtlichen Statistiken (vgl. Abschnitt 7.2.1) deutet jedoch darauf hin, dass eine solche systematische Verzerrung hier *nicht* vorzufinden ist. Unkritisch ist dieser Punkt dagegen für die indirekten Pflegeleistungen wie Dienstübergabe oder

Medikamentenmanagement, die bewohnerunabhängig erfasst und später anteilig auf die Studienteilnehmenden heruntergerechnet wurden.

Die konzeptionelle Entscheidung, über eine reine IST-Erfassung der heutigen Leistungsrealität hinauszugehen und eine simultane Bewertung der jeweiligen Interventionen vorzunehmen, setzte voraus, die Datenerhebenden nicht nur als passive Zeitnehmer einzusetzen, sondern ihnen darüber hinaus auf Basis ihrer Fachlichkeit die Beurteilung der zeitlich angemessenen fachgerechten Erbringung zu überlassen. Hier war ein grundsätzliches *Moment der Subjektivität* nicht zu umgehen. Methodisch wichtig war dabei jedoch, die Regeln für dieses subjektive Moment so klar zu definieren, dass intersubjektiv konsistente Entscheidungen durch die Datenerhebenden getroffen werden konnten. Entgegen anderer Studien, bei denen oft fachfremdes Studienpersonal eingesetzt wird, erfolgte in dieser Studie der Einsatz von Fachpersonal. Diese Datenerhebenden erhielten vor den Datenerfassungen eine umfassende theoretische und praktische Schulung, in der die pflegfachlichen Standards der Datenerhebung erläutert und in ihrer praktischen situativen Anwendung geschult wurden. Es lag hierzu der konsentierten Interventionskatalog vor, der in der Erhebungssystematik der Studiensoftware in einen Tablet-PC zur Datenerfassung hinterlegt wurde. In den Erhebungseinheiten wurden die Datenerhebenden zu Beginn jeder Erhebungsphase individuell vom Team des wissenschaftlichen Personals der Universität Bremen begleitet, das bei Fragen und Schwierigkeiten immer wieder die Konsistenz in der Anwendung der Erhebungsregeln gewährleisten konnte. Die interventionsspezifisch und in Hinblick auf die Charakteristik der jeweiligen pflegebedürftigen Person definierten Teilschritte und Anforderungen gaben den Datenerhebenden dabei eine wichtige Orientierung zur Beurteilung der erbrachten Leistungen. Zwar können interindividuelle Inkonsistenzen bei den Datenerfassungen auch nach diesem Vorgehen nicht völlig ausgeschlossen werden, jedoch wurde insbesondere das Setzen von zeitlichen Zu- oder Abschlägen intensiv geschult und damit subjektive Einflüsse weitgehend kontrolliert. Zusätzlich führt das Gesetz der großen Zahlen dazu, dass sich etwaige *zufällige* Fehleinschätzungen im Mittel ausgleichen. Weiterhin wurden Extremwerte, die als Fehler identifiziert wurden, im Rahmen der Ausreißerkontrolle eliminiert (vgl. die Abschnitte 6.2.11 und 6.2.20), während für hohe Werte, die nicht als Fehler identifiziert werden konnten, eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt wurde (Abschnitt 6.4.6 und Abschnitt 9.5).

14.1.2 Konzeptunabhängige SOLL-Werte bei direkten Pflegeleistungen

Durch die elektronische Echtzeiterfassung mit systematischer Erhebungslogik basierend auf einem konsentierten Interventionskatalog wird eine präzise IST-Messung ermöglicht. Um einen tatsächlichen Personalbedarf ermitteln zu können, ist die Darstellung von einfachen IST-Zeiten, wie es in anderen Studien (z. B. Brühl & Planer 2013 und 2019, Glaser & Seubert 2018, Wingenfeld 2010) üblich war, jedoch nicht ausreichend. Mit der pflegewissenschaftlichen Definition der Pflegebedarfe und der interventionsbezogenen *SOLL-Korrektur* in den Dimensionen SOLL-Zeit, SOLL-Menge und SOLL-Qualifikation sind in dieser Studie innovative Elemente implementiert, die über die Erfassung des *aktuellen Leistungsgeschehens* hinausgehen und es ermöglichen, den *tatsächlichen Bedarf* zu erheben. Erst diese Daten ermöglichen nach Berücksichtigung des erforderlichen Qualifikationsniveaus der verschiedenen Pflegekräfte die Entwicklung eines bedarfsorientierten und präzisen Personalbemessungsinstruments, das den Anforderungen des § 113c SGB XI und des abgeleiteten Projektauftrags entspricht.

Bei Messungen in einem hoch komplexen Setting wie die Beurteilung eines Leistungsgeschehens bei einer hochvulnerablen Gruppe unter Berücksichtigung der Qualifikationsniveaus der Leistungserbringer stellt sich die Frage nach den *Einflüssen der Rahmenbedingungen*. Alle empirischen Werte

sind dabei vor dem Hintergrund der im Jahr 2018 bestehenden Einrichtungsstrukturen und Pflegekonzepte entstanden. Um diesem relevanten und im Vorfeld bekannten Umstand Rechnung zu tragen, wurde zur Ermittlung der SOLL-Zeiten eine Methodik entwickelt, die in der direkten Leistungserbringung *unabhängig von den Strukturen und Konzepten* der Einrichtung Personalbedarf valide messen kann. Die Messungen beruhen auf den Ergebnissen des BI, die unabhängig von der Einrichtungskonzeption sind, den bedarfsnotwendigen Mengen an Pflegeinterventionen, die ebenfalls unabhängig von der Einrichtungskonzeption geplant und von den Schatten bewertet wurden, sowie den bedarfsnotwendigen Erbringungszeiten, für die ausschließlich die konsentierten Teilschritte und Anforderungen und deren Bewertung durch die Schatten ausschlaggebend sind – wiederum ohne Berücksichtigung der Einrichtungskonzeption. Für die in der *direkten Pflege* gemessenen SOLL-Zeiten haben externe Faktoren somit *keinen* Einfluss auf die Ergebnisse. Die Erhebungsmethodologie schließt einen Einfluss der Einrichtungskonzeption auf die Parametrisierung des Personalbemessungsinstrumentes für direkte Pflegeinterventionen vielmehr weitestgehend aus.

Bei den Datenerhebungen wurden keine Personen in der Erbringung zusätzlicher Betreuungsleistungen nach § 43b SGB XI beschattet. Nach Rechtslage sind in diesem Zusammenhang *zusätzliche* Leistungen zu erbringen, die nicht im Zusammenhang mit einem Versorgungsauftrag nach SGB XI stehen. Nach Verständnis der Studienkonzeption wären diese zusätzlichen und ergänzenden Leistungen prinzipiell nicht notwendig und wurden deshalb nicht in die tagesstrukturierende Interventionsplanung integriert. In der Praxis kommt es jedoch vor, dass die über § 43b SGB XI beschäftigten Personen zum Teil auch erforderliche Pflegeleistungen erbringen. Diese tatsächlich erforderlichen Leistungen waren dann in der Planung der wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen oder Study Nurses enthalten und wurden, wenn sie von 43b-Kräften erbracht wurden über die Option *erbracht durch Andere* erfasst und sind damit im Datensatz enthalten.

14.1.3 Strukturelle Ineffizienz bei indirekter Pflege

Anders ist dies bei Interventionen der *indirekten Pflege*, also bei allen Maßnahmen, die nicht (immer) direkt dem persönlichen Bedarf eines Pflegebedürftigen zugeordnet werden können. Die Erbringung dieser Interventionen wurden zwar ebenfalls von den Schatten mit IST-Zeiten dokumentiert, jedoch waren in der konsentierten Studienkonzeption normative Vorgaben in Form von Teilschritten und Anforderungen für diese Interventionen nicht vorgesehen. Aus diesem Grund wurde von den Datenerhebenden ein systematischer und auf intersubjektiven Kriterien beruhender SOLL-IST-Abgleich *nicht* vorgenommen. Vielmehr wurden im Bereich der indirekten Pflege die gemessenen IST-Zeiten und IST-Mengen direkt in die Parameterberechnung für den Algorithmus 1.0 verwendet. Diese Parameterwerte stehen somit – im Gegensatz zu den Parametern der direkten Pflege – in Abhängigkeit von den *Einrichtungsstrukturen des Jahres 2018*. Sollten diese Rahmenbedingungen regelmäßige Ineffizienzen in der indirekten Leistungserbringung enthalten, besteht die Chance, dass diese *Ineffizienzen im Bereich der indirekten Pflege* bei einer unmittelbaren Umsetzung des Instrumentes reproduziert werden könnten. Hinweise darauf, dass Potenziale zu mehr Effizienz durch Organisations- und Personalentwicklungsprozesse existieren, zeigen sich in dieser Studie besonders in den Feedbacks der Datenerhebenden (Abschnitt 5.5) und wurden auch in anderen Kontexten sichtbar (Wingenfeld 2010: 45 f.).

Andererseits kann nicht ausgeschlossen werden, dass gerade im Bereich von Planung und Evaluation kompensatorische Minderleistungen auftreten, die in der empirischen Erfassung zu IST-Leistungsmengen und -zeiten führen, die – gemessen an einem normativen SOLL – zu gering sind. Im Bereich der indirekten Pflege kann die im Erhebungskonzept erfolgte Gleichsetzung von SOLL und IST somit

sowohl zu Über- als auch zu Unterschätzungen führen. Um auch hier zu SOLL-Werten zu gelangen, ist ein Studiendesign notwendig, bei dem nicht nur für die pflegerische Leistungserbringung, sondern auch für Arbeits- und Organisationsprozesse ein normativer Beurteilungsmaßstab konsentiert werden muss, anhand dessen ein IST-SOLL-Abgleich in einer Beobachtungsstudie durchgeführt werden kann. Dies ist eine Aufgabe des kommenden Einführungsschrittes der modellhafte Einführung (vgl. Abschnitt 18.3.2.2), in deren Rahmen auch Veränderungen im Berufsfeld der Pflege, die aus der praktischen Umsetzung politischer Reformen (Weiterentwicklung des Pflegeverständnisses auf Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Pflegeberufereformgesetz, andere gesundheits- und pflegepolitische Veränderungen) entstehen, einbezogen werden können.

14.1.4 Unsicherheiten durch vorgenommene Setzungen

Interventionen, deren Erbringung geplant wurde, galten ex ante als bedarfsnotwendig. Wurden diese situativ nicht durchgeführt, gingen sie dennoch in die Mengenkompente ein, wenn die Datenerhebenden diese für notwendig – und somit *fehlerhaft nicht erbracht* – erachtet haben. In Fällen, in denen die Schatten die Notwendigkeit situativ nicht bestätigt haben, wurde geschlussfolgert, dass ein völliges Auslassen der geplanten Intervention nicht gerechtfertigt gewesen ist, sondern zumindest ein entsprechendes *Angebot* zur Interventionsdurchführung hätte gemacht werden müssen. Im Instrument musste für diese *Angebote* – damit sie zeitlich wirksam werden konnten – ein Zeitwert hinterlegt werden. Hierfür wurde ein Wert von 1 Minute im SOLL gesetzt. Dieser Wert ist nicht empirisch gestützt und fungiert als default-Regelung. Er kann somit jederzeit durch andere, empirisch begründete Werte ersetzt werden. Wie Kontrollrechnungen zeigen, ist der Effekt dieser Setzung aber gering, da die entsprechenden Fallzahlen niedrig sind.

14.1.5 Positivselektion der teilnehmenden Einrichtungen

Generell besteht bei der Durchführung von Studien, die auf einer freiwilligen Studienteilnahme basieren, immer die Gefahr der *Positivselektion einer Stichprobe*. Gemäß dieser These bewerben sich überproportional gute Einrichtungen, die ausreichend freie Kapazitäten in Form von personellen und finanziellen Ressourcen für die Durchführung einer Studie mitbringen, oder auf einem höheren fachlichen Niveau agieren und einen aktiven Beitrag in der Weiterentwicklung ihrer Fachdisziplin durch eine Studienteilnahme leisten möchten. Tatsächlich erweist sich die Stichprobe aber in Bezug auf die untersuchten Randverteilungen der Pflegebedürftigen als unauffällig (vgl. Abschnitt 7.2) und auch bei der Personalausstattung zeigen sich keine systematisch höheren Werte. Selbst wenn es eine Selektionsverzerrung geben sollte, ist die für die Ermittlung der SOLL-Werte aber weitgehend *unerheblich*. Eine überdurchschnittliche Personalausstattung könnte zwar zu höheren IST-Werten führen, die dann aber durch niedrigere Deltas in gleich hohe SOLL-Werte transponiert werden wie bei einer Einrichtung mit geringeren Personalressourcen (vgl. Abschnitt 9.2.2).

14.1.6 Begrenzte Aussagefähigkeit zur Pflegequalität

Bedarfsgerechter Personalmengen und -qualifikationsmixe – als zentrales Element der Strukturqualität – fördern durch die Ermöglichung einer höheren Pflegeprozessqualität auch die *Ergebnisqualität*. Entsprechend konnten in der Auswertung der Studiendaten belastbare Hinweise auf einen positiven Zusammenhang zwischen der eingesetzten Personalmenge und geringeren Einschränkungen der fachgerechten Leistungserbringung gewonnen werden (Kapitel 11). Eine bessere strukturelle (hier: personelle) Ausstattung führt also zu einer besseren Prozess(endpunkt)qualität. Wenn weiterhin angenommen wird, dass Ergebnisqualität zentral von den Pflegeprozessen abhängt, ist auch eine positive Wirkung höherer Personaleinsatzmengen auf die Ergebnisqualität plausibel – ohne dass dieser Zusammenhang allerdings im Rahmen dieser Studie nachgewiesen werden konnte. Zudem ist ein aus-

reichender Personaleinsatz zwar für die Pflegequalität förderlich, jedoch *keine hinreichende Bedingung*, aus deren Erfüllung zufriedenstellende Ergebnisqualität deterministisch resultiert. Fragen nach möglichen direkten Auswirkungen einer Personalbemessung auf pflegerische Ergebnisqualität können deshalb erst nach einer Evaluation, beispielsweise im Rahmen einer modellhaften Einführung angemessen adressiert werden.

Allerdings können – auch wenn die *Ergebnisqualität kein direkter Gegenstand* der vorliegenden Untersuchung gewesen ist und nur indirekt in Aspekten der Beurteilungsmaßstäbe einbezogen wurden – erste Einschätzungen zur Wirkung nicht ausreichender Personalmengen gegeben werden. Im Ergebnis- und im Analyseteil wird – in den Abschnitten 7.3.4, 9.4 und 11 – dargestellt, welche Hinweise durch die Auswertung der Zeitmengendeltas und der Bewertungen von Teilschritten und Anforderungen hinsichtlich einer eingeschränkten Qualität der Leistungserbringung und auch in Bezug auf Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und zum Arbeitsschutz der Pflegenden abgeleitet werden können. Im Rahmen der Beschattungen wurden diese Mängel als Ausgangspunkt für Zeitkorrekturen genutzt. Damit sind durch die Berücksichtigung der notwendigen Zeitressourcen im Algorithmus die Voraussetzungen geschaffen, eine bedarfsorientierte Strukturqualität zu erzeugen. Mit der gegebenen *bedarfsorientierten Strukturqualität* kann in Verbindung mit entsprechenden prozessoralen Rahmenbedingungen in den Einrichtungen sowohl eine angemessene Ergebnisqualität in der Versorgung Pflegebedürftiger als auch eine gesundheitsförderliche Arbeitspraxis ermöglicht werden. Die Betrachtung des Personalbemessungsverfahrens als förderliche, aber nicht hinreichende Bedingung zur Verbesserung der pflegerischen Ergebnisqualität beinhaltet somit ihrerseits Forderungen an die kommenden Einführungsschritte: Parallel zur Einführung der Personalbemessung sollte begleitend geprüft werden, unter *welchen Rahmenbedingungen* die im Personalbemessungsverfahren ermittelten Personalmengen und -strukturen tatsächlich zu guter Ergebnisqualität führen können. Dabei ist neben der bewohnerspezifischen Pflegequalität auch die Arbeitszufriedenheit als *Mitarbeitendenperspektive* der Ergebnisqualität einzubeziehen. Erst nach empirischer Prüfung dieser zwei wesentlichen Kriterien in einer modellhaften Einführung kann im Zusammenhang mit der Wirksamkeit eines Personalbemessungsinstrumentes abschließend über eine konkrete Bewertung der Ergebnisqualität gesprochen werden.

14.1.7 Fehlzurechnungen bei gleichzeitiger Über- und Unterschätzung von Erbringungszeiten

In der Regel führt eine Pflegeperson einzelne Interventionen oder Komplexleistungen nacheinander durch, und es stellt kein Problem dar, diese abzugrenzen und aufeinander folgend zu erfassen. Manchmal werden Leistungen aber auch parallel oder im untrennbaren Zusammenhang erbracht, was zu einer Über- und Unterschätzung von einzelnen Interventionserbringungszeiten führen kann, wenn Erbringungszeiten aufgrund von Abgrenzungsproblemen einer falschen Intervention zugeordnet werden. Es handelt sich somit hierbei um Fehlzurechnungen, bei denen – auf die Gesamtzeitmenge bezogen – die Überschätzung der einen Interventionserbringung durch die Unterschätzung der anderen Interventionserbringung ausgeglichen wird. Dieser Effekt ist somit in Bezug auf die reinen SOLL-Zeitmengen neutral. Um diese Unschärfe dennoch methodisch weitest möglich zu vermeiden, wurden für Fälle, in denen Pflegepersonen regelmäßig parallel mehrere Interventionen bei einer pflegebedürftigen Person durchführten, Interventionseinheiten definiert (Kapitel 4.1.2.5), die mehrere Einzelinterventionen in eine Einheit zusammenschlossen und es ermöglichten, auch fließende Übergänge sachgerecht zu erfassen. In diesem Fall ist dann nicht mehr von einer Unschärfe in den Werten auszugehen. Dieses Vorgehen, löst auch das bei Brühl und Planer (2013: 16) beschriebene Problem der Aufsummierung von parallel verlaufenden Einzelinterventionen, die dann in der Summe einen zu hohen Zeitwert ergeben.

In Fällen, in denen die Pflegeperson parallel Tätigkeiten bei einer weiteren pflegebedürftigen Person durchführt, gab es entweder die Möglichkeit, die Intervention zu wechseln und je nach Notwendigkeit die IST-Zeit entsprechend des Versäumnisses bei beiden Interventionen anzupassen. Alternativ konnte – und das tritt vor allem bei sehr kurzen Tätigkeiten wie kurzen Anweisungen oder Ansprachen auf – die Zeitmessung der umschließenden Intervention nicht unterbrochen werden, sondern die Erfassung durchgehend fortgesetzt werden. Lediglich in letzterem Fall muss dann wiederum von einer – summarisch neutralen – Fehlzuordnung kleiner Zeiteinheiten durch parallele Über- und Unterschätzung der Interventionserbringungszeiten ausgegangen war. Letztlich sind diese Effekte jedoch Ausdruck von Synergieeffekten und lassen sich methodisch vermutlich nicht vollständig vermeiden. Umso wichtiger war es, die Datenerhebenden bereits im Vorfeld zum Umgang mit Interventionseinheiten und Synergieeffekten zu sensibilisieren und so unnötige Zuordnungen falscher Erbringungszeiten zu vermeiden. Für das Gesamtergebnis ist jedoch auch in Bezug auf den einzelnen Pflegebedürftigen davon auszugehen, dass sich diese kurzen zeitlichen Sequenzen in der Summe der erfassten Interventionen ausgleichen.

Die Gefahr der Unschärfe in der Trennung von Interventionserbringungszeiten konnte somit in der vorliegenden Studie zwar nicht vollständig behoben werden. Allerdings erscheint die verwendete Erfassung von Interventionseinheiten mit der Möglichkeit einer Korrektur des IST-Zeitwertes bei parallel stattfindenden Interventionen vor dem Hintergrund der Tatsache, dass es sich in den meisten Fällen um sehr kurze Fehlzuordnungen handelt, die sich zudem über die Gesamtheit der Datenerfassung ausgleichen, als praktikabelste und realitätsnaheste Methodik zur Abbildung von Interventionserbringungszeiten.

14.1.8 Mögliche Untererfassung seltener Interventionen

Da die Erhebungsmethodik eine Datenerhebung an fünf aufeinander folgenden Tagen beinhaltet, kann es zu einer *Untererfassung selten vorkommender Interventionen* kommen. Hierunter werden alle Interventionen gefasst, die regelmäßig seltener als wöchentlich erbracht werden. Diese Interventionen liegen insbesondere im Bereich von Prozesssteuerung und Qualitätsmanagement (z. B. Pflegevisite, Beratungsleistungen, Einzug und Versterben eines Bewohners, Steuerung des Pflegeprozesses, Multidisziplinäre Fallbesprechung, Gesundheitsförderung/Arbeitsschutz) und adressieren vor allem Pflegefachkräfte mit QN 4 und höher. In diesen Interventionen kann eine abschließende Bewertung der Bedarfsangemessenheit der Interventionsmengen nicht erfolgen und es besteht die Möglichkeit, dass diese Interventionen in den Zeitmengen unterrepräsentiert sind. Dabei handelt es sich nicht um einen Erhebungsfehler, sondern um eine grundsätzliche Limitation des gewählten Studiendesigns. Zwar wurden auch diese Leistungen in dem Maße erfasst und bewertet, in dem sie erbracht wurden, der erforderliche systematische SOLL-Abgleich der Interventionsmengen ist aber nicht möglich: Wird eine Intervention in der Erhebungswoche *nicht geplant* – weil eine Leistungserbringung in einem längeren Rhythmus als potenziell bedarfsgerecht einzuschätzen ist –, entsteht hierdurch auch kein Korrekturbedarf, weil auch die Erbringung außerhalb des Erhebungszeitraumes fachgerecht wäre. Analog hierzu können die Datenerheber*innen aber auch bei *geplanten und nicht durchgeführten* Interventionen ein Defizit nicht sicher feststellen, weil auch eine Leistungserbringung außerhalb des Erhebungszeitraums fachgerecht wäre. Im Ergebnis kann das dazu führen, dass die SOLL-Mengen einzelner seltener Interventionen unterschätzt wurden. Von Seiten der beratenden Experten wurde hierzu empfohlen, *keine* theoriegeleiteten Korrekturen der SOLL-Mengen vorzunehmen, sondern hierzu im Rahmen einer modellhaften Einführung in den begleiteten Einrichtungen weitere Empirie zu generieren und gegebenenfalls in die Parametrisierung des Algorithmus zu übernehmen.

14.1.9 Mögliche Unterschätzung von Bedarfen bei demenziell erkrankten Heimbewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten

Mit dem Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde im PSG II eine weitgehende Gleichstellung von somatisch, psychisch und kognitiv bedingten Einschränkungen der Selbständigkeit oder von Fähigkeiten in den Zugangsvoraussetzungen für SGB XI-Leistungen erreicht. Das Begutachtungsinstrument bildet alle drei Bereiche ab. Die Bedarfe bei demenziell erkrankten Heimbewohner*innen mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten sind daher, soweit sie durch das Begutachtungsinstrument erfasst werden, in den Basisdaten der Personalbemessung enthalten. Auf spezifische Bedarfe, die vor allem aus einer außergewöhnlichen Häufigkeit von Verhaltensweisen entstehen, aber durch die Skalierung des Instrumentes nur begrenzt erfasst werden, trifft dies womöglich aber nicht vollumfänglich zu. Um hieraus entstehende Fehleinschätzungen methodisch zu vermeiden, wurde in der Ausarbeitung der tagesstrukturierten Interventionsplanungen, die als Erhebungsraster dienten, auf eine automatisierte Ableitung der Häufigkeit von Interventionen verzichtet. Diese wurden stattdessen jeweils händisch unter Beteiligung einer Bezugsfachkraft in den Einrichtungen festgelegt und umfassen somit auch die Informationen, die im BI womöglich nicht vollständig aufgenommen sind.

Wie eingangs dargestellt, wurden für diese Bewohner*innengruppe keine expliziten Interventionen im PeBeM-Interventionskatalog berücksichtigt, da durch Beeinträchtigungen im Modul 2 und 3 des BI spezielle Anforderungen an das *gesamte* pflegerische Leistungsgeschehen bestehen und die Interventionen in ihrer Erbringung verändern (Abschnitt 4.1.2.9). Somit ergeben sich nicht nur Anforderungen an jede einzelne Leistungserbringung, die die Art, Unterstützungsform und zeitliche Dauer beeinflussen, sondern auch qualifikatorische Anforderungen, die eine fachliche Kompetenz bei der Erbringung dieser Leistungen voraussetzen (Abschnitt 4.1.3). Diese Anforderungen wurden ebenfalls bei der Erstellung der individuellen tagesstrukturierten Interventionsplanung und letztlich bei Datenerhebung berücksichtigt und sind somit in den quantitativen Daten enthalten. Bei der Qualifikationsanforderung zur pflegerischen Versorgung von Menschen mit schweren und schwersten Beeinträchtigungen bei Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen wurde das Modul 3 des BI genutzt, um die Interventionsklasse G (Durchführung körpernaher Interventionen) auszudifferenzieren. Die Durchführung von körpernahen Interventionen bei Menschen mit psychischen Verhaltensweisen soll dem QMM zufolge durch Pflegefachpersonen (QN 4) erfolgen, so dass die problemlösenden und sozialen Kompetenzen und das Fachwissen vorliegen, um die Menschen gut pflegerisch versorgen zu können. Eine solche Differenzierung wurde allerdings nicht in der Interventionsklasse Durchführung der Betreuung (H2) vorgenommen. Für die Festlegung des QN für diese Interventionsklasse (QN 2) waren die geltenden rechtlichen Grundlagen ausschlaggebend (GKV 2016). Zu Recht wird gefordert, dass diese an die Komplexität der Anforderungen der zu betreuenden Menschen mit schweren und schwersten psychischen Problemlagen anzupassen sind, um Teilhabe und den Erhalt der Selbstbestimmung unter Berücksichtigung vorhandener Evidenzen fördern zu können (Wingenfeld 2019: 76 ff.).

Ob und inwiefern sich mögliche Unterschätzungen von Bedarfen bei demenziell erkrankten Heimbewohner*innen mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten auch quantitativ in den Ergebnissen der Personalbemessung abbildet, kann mit den Studiendaten abgeschätzt werden.

Um die Personengruppe der demenziell erkrankten Heimbewohner*innen mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten zu identifizieren, wurde den Ausführungen von Wingenfeld (2019: 74) gefolgt. Demnach sind *drei Varianten* zur Klassifizierung von Menschen mit gerontopsychiatrischen Verhaltensauffälligkeiten für die Personalbemessung nutzbar:

- In Variante 1 entsteht die Zuordnung dann, wenn mindestens eine der Verhaltensweisen aus Modul 3 (selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, sozial inadäquate Verhaltensweisen und Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen) mindestens viermal täglich vorkommt. Ausgangspunkt der Klassifikation ist somit das tatsächliche Vorliegen bestimmter Verhaltensweisen. Hierzu liegen jedoch keine Prozessdaten aus der Datenerhebung zur Personalbemessung vor, so dass eine Anwendung der Variante 1 nicht möglich ist.
- Variante 2 setzt für die Zuordnung der Gruppenbildung lediglich voraus, dass eine der Verhaltensweisen (selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, sozial inadäquate Verhaltensweisen sowie Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen) mindestens einmal täglich vorkommt. Diese Daten liegen aus der Begutachtung für alle Pflegebedürftigen, die an der Studie teilgenommen haben vor, so dass Variante 2 angewendet werden konnte.
- Variante 3 stellt eine verschärfte Version der Variante 2 dar: Bewohner*innen, die selbstschädigendes, physisch aggressives oder sozial inadäquates Verhalten täglich zeigen, werden grundsätzlich in die Gruppenbildung aufgenommen. Allerdings werden Bewohner*innen, die täglich Abwehrverhalten gegenüber notwendigen Hilfeleistungen zeigen, nur noch dann berücksichtigt, wenn mindestens zwei weitere Verhaltensweisen täglich auftreten. Diese Daten liegen aus der Begutachtung für alle Pflegebedürftigen, die an der Studie teilgenommen haben vor, so dass auch Variante 3 angewendet werden konnte. Im Ergebnis werden damit weniger Personen eingeschlossen als in Variante 2.

Für die Varianten 2 und 3 wurde jeweils ermittelt, welche Pflegebedürftigen aus welchen Pflegegraden als ausgeprägt verhaltensauffällig gelten und inwiefern sich die empirisch ermittelten SOLL-Personalzeiten zwischen den jeweiligen Gruppen unterscheiden. Tabelle 87 stellt zunächst den Anteil der Bewohner*innen mit und ohne ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten (Variante 2 nach Wingenfild 2019) für die PeBeM-Stichprobe in absoluten und relativen Zahlen dar.

Tabelle 87: Bewohner*innen mit und ohne ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten (Variante 2 nach Wingenfild 2019)

Pflegegrad	nein	ja	gesamt	Anteil mit Auffälligkeiten
ohne	9	0	9	0,0%
1	70	0	70	0,0%
2	202	5	207	2,4%
3	382	19	401	4,7%
4	270	25	295	8,5%
5	193	35	228	15,4%
gesamt	1126	84	1210	6,9%

Während der Anteil Pflegebedürftiger mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten nach Variante 2 in der Bezugsstudie (Wingenfild 2019) 25 % der Stichprobe ausmachte, sind es in der PeBeM-Stichprobe insgesamt lediglich 6,9 %. Dieser zunächst erstaunliche Unterschied ist darauf zurückzuführen, dass die Pflegebedürftigen mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten in der Stichprobe von Wingenfild überrepräsentiert sind. Wingenfild (2019: 58) weist daher selbst darauf hin, dass bei einer repräsentativen Stichprobe ein Anteilswert von unter 10 % zu erwarten sei. Mit dieser Annahme

stimmt die PeBeM-Stichprobe überein. Zudem zeigt sich – wie auch in der Untersuchung von Wingefeld – mit steigendem Pflegebedarf ein höherer Anteil an Pflegebedürftigen mit entsprechenden psychischen Problemlagen.

Zur Prüfung der Annahme, dass die Personen der identifizierten Gruppe in Bezug auf ihren individuellen Personalbedarf unterschätzt werden könnten, wird ein Vergleich der Mittelwerte der SOLL-Zeitmengen pro Werktag für Bewohner*innen mit und ohne ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten vorgenommen. Von einer Unterschätzung kann dann ausgegangen werden, wenn innerhalb der Pflegegrade die Subgruppe der ausgeprägt Verhaltensauffälligen systematisch einen höheren Pflegebedarf aufweist als diejenigen ohne ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten. In diesem Fall würde das Personalbemessungsinstrument für Einrichtungen mit einem überproportionalen Anteil an Personen mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten einen zu geringen Personalbedarf ausweisen.

Tabelle 88: Mittelwertvergleich der Bewohner*innen mit und ohne ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten (Variante 2 nach Wingefeld 2019)

Pflegegrad	Keine ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten					Ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten					p-Wert des t-Tests
	n	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum	n	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum	
ohne											-
1											-
2	202	35,2	25,2	0	120,6	5	15,3	14,9	3,0	39,2	0,0795
3	382	67,6	37,8	2,6	221,7	19	46,7	26,9	10,2	95,5	*0,0177
4	270	105,8	44,0	8,6	288,2	25	111,0	41,7	40,9	180,3	0,5698
5	193	160,6	55,3	28,1	403,0	35	147,4	44,5	75,0	251,5	0,1826

Tabelle 88 zeigt, dass eine solche Unterschätzung durch eine Zusammenfassung auf Pflegegradenebene *nicht* vorhanden ist. Vielmehr weisen in den Pflegegraden 2, 3 und 5 die verhaltensauffälligen Pflegebedürftigen sogar *niedrigere* SOLL-Werte aus als die Vergleichsgruppe. Dieser Effekt ist in Pflegegrad 3, in dem die Fallzahlen am höchsten sind, sogar signifikant. Lediglich in Pflegegrad 4 ist der Zeitbedarf bei Personen mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten – allerdings nur in einem sehr geringen Umfang – höher. Der Effekt ist nicht signifikant.

Ganz ähnliche und analoge Ergebnisse werden erzielt, wenn statt der Variante 2 die Variante 3 zur Definition der beiden Vergleichsgruppen herangezogen wird. Die entsprechenden Ergebnisse werden in Tabelle 89 und Tabelle 90 abgebildet.

Da das Einschlusskriterium hier enger ist, ist die Zahl der Personen, die in die Kategorie „ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten“ fällt, geringer. In der Wingefeld-Stichprobe beträgt der Anteil der Pflegebedürftigen mit komplexer Verhaltensproblematik rund 22 % der Heimbewohner*innen (Wingefeld 2019: 74). In der PeBeM-Stichprobe beläuft sich der Anteil dieser Bewohner*innen auf 4,4 %. Auch hier zeigt sich ein steigender Anteil von Bewohner*innen mit psychischen Problemlagen mit steigendem Pflegebedarf. Während in Pflegegrad 2 lediglich 1,4 % der PeBeM-Stichprobe entsprechendes Verhalten aufweisen, sind es in Pflegegrad 5 schon 9,6 %.

Tabelle 89: Bewohner*innen mit und ohne ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten (Variante 3 nach Wingenfeld 2019)

Pflegegrad	nein	ja	gesamt	Anteil mit Auffälligkeiten
ohne	9	0	9	0,0%
1	70	0	70	0,0%
2	204	3	207	1,4%
3	390	11	401	2,7%
4	278	17	295	5,8%
5	206	22	228	9,6%
gesamt	1157	53	1210	4,4%

Tabelle 90: Mittelwertvergleich der Bewohner*innen mit und ohne ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten (Variante 3 nach Wingenfeld 2019)

Pfle- ge- grad	Keine ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten					Ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten					p-Wert des t-Tests
	n	Mittelwert	Standard- abweichung	Minimum	Maximum	n	Mittelwert	Standard- abweichung	Minimum	Maximum	
ohne											-
1											-
2	204	35,2	25,1	0,0	120,6	3	5,7	2,7	3,0	8,3	*0,0435
3	390	67,0	37,8	2,6	221,7	11	52,3	27,4	19,1	95,5	0,2005
4	278	105,9	43,9	8,6	288,2	17	112,5	40,8	44,7	180,3	0,542
5	206	160,6	54,5	28,1	403,0	22	139,2	44,5	75,0	251,5	0,077

Wie auch in Variante 2 sind die durchschnittlichen SOLL-Zeitmengen bei den Personen, die als verhaltensauffällig gelten, in den Pflegegraden 2, 3 und 5 pro Werktag *geringer*, als die der Gruppe ohne entsprechende Verhaltensproblematiken. Aufgrund der geringen Fallzahlen ist dieser Unterschied allerdings nur in Pflegegrad 2 signifikant. Für Pflegegrad 4 ist wiederum ein geringer und nicht signifikanter Mehrbedarf bei Personen mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten zu beobachten.

Insgesamt lässt sich in der PeBeM-Stichprobe für die Bewohner*innengruppe, die psychische Verhaltensauffälligkeiten nach Variante 2 und nach Variante 3 zeigen, ein geringerer Anteil festhalten als in der Vergleichsstudie. Dies war allerdings zu erwarten, da nach Wingenfeld (2019: 58) seine Stichprobe durch einen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt hohen Anteil an kognitiv beeinträchtigten und psychisch auffälligen Bewohner*innen gekennzeichnet ist. Aus diesem Grund ist in einer durchschnittlichen vollstationären Einrichtung von einem eher geringeren Anteil von Pflegebedürftigen, die als ausgeprägt verhaltensauffällig gelten, auszugehen. Ein Vergleich der durchschnittlichen Zeitmengen pro Werktag der Personen mit und ohne komplexer Verhaltenssymptomatik zeigt außerdem, dass, bis auf den Pflegegrad 4, geringere SOLL-Werte bei den Personen mit, als bei Personen ohne ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten vorliegen. Das impliziert, dass den in dieser Studie einbezogenen ausgeprägt verhaltensauffälligen Pflegebedürftigen (in Standard-Einrichtungen) durch die aktuelle Parametrisierung des Algorithmus und seine Ausrichtung auf Pflegegrade sogar eine leicht höhere Zeitmenge zugeordnet wird, als dies auf empirischer Basis bei individueller Betrachtung bedarfs-

orientiert wäre. Eine Benachteiligung der Einrichtungen mit einem hohen Anteil an Personen mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten kann also nicht festgestellt werden.

Für Einrichtungen mit einer durchschnittlich gemischten Bewohnerschaft kann davon ausgegangen werden, dass keine negativen Effekte durch die Personalbemessung für verhaltensauffällige Bewohner*innen entstehen. In Bezug auf spezialisierte Einrichtungen können bisher nur einzelne anekdotische Einschätzungen durch Leitungskräfte berichtet werden. So wurde bei der Anwendung des Personalbemessungsinstrumentes auf spezialisierte Einrichtungen für demenziell erkrankte Personen zurückgemeldet, dass auch in diesen Einrichtungen die Personalmengen nach PeBeM oberhalb der durch Sonderschlüssel vereinbarten aktuellen Personalmengen liegen.

14.1.10 Berücksichtigung von Teilschritten und Anforderungen aus den Themenbereichen Arbeitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung

Im Abschlussbericht der KAP wird der Bedarf an Arbeitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung für Pflegende besonders hervorgehoben und werden entsprechende fördernde Maßnahmen festgehalten. Diese wichtigen Inhalte bildeten in der hier gegenständlichen Studie keinen *separaten* Themenbereich. Vielmehr sind sie im konsentierten Interventionskatalog bereits in entsprechenden Teilschritten und Anforderungen integriert und berücksichtigt worden. Dies zeigt sich auch in der entsprechenden Einschätzung seitens der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), mit der ein – zeitlich der Entwicklung der Erhebungsinstrumente nachgelagerter – Beratungsauftrag erfüllt wurde. Eine Prüfung des Interventionskatalogs seitens der BGW ergab hinsichtlich der Berücksichtigung des Arbeitsschutzes, der Prävention und Gesundheitsförderung, dass ein großer Teil der zu berücksichtigenden Maßnahmen im studienleitenden Interventionskatalog in den Teilschritten und Anforderungen bereits enthalten war und nur an einigen Stellen fachliche Ergänzungen vorgeschlagen wurden. Die dem Projektteam hierzu übermittelten ergänzenden Änderungsvorschläge (A 8.1), können dazu genutzt werden, den Interventionskatalog für eine mögliche nachfolgende Erhebung im Rahmen einer modellhaften Einführung weiterzuentwickeln.

14.1.11 Durchdringungsgrad des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Bisher kommen Pflegefachpersonen mit Weiterbildungen in der Gerontopsychiatrie und der Palliativpflege sowie hochschulisch qualifiziertes Pflegefachpersonal nur selten regelhaft in vollstationären Pflegeeinrichtungen vor. Da empirisch nur gemessen werden konnte, was der gesetzlichen strukturellen Realität entspricht – außer in Bayern bestehen dabei keine landesrechtlichen Vorgaben zu Vorhaltemengen von Pflegefachpersonen mit der Fachweiterbildung Gerontopsychiatrie (§ 15 Abs. 3 AVPfleWoqG) – sind fachweitergebildete und hochschulisch ausgebildete Pflegefachkräfte kaum in den erhobenen Studiendaten erfasst. Dies entspricht zwar den tatsächlichen Personalstrukturen der Einrichtung und ermöglicht auch die Erbringung und Erfassung aller definierten Pflegeinterventionen, zeigt aber, dass die Anforderungen, die sich aus dem und im Anschluss an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ergeben, noch nicht flächendeckend in der Leistungsrealität angekommen sind. Diesbezüglich ist zu diskutieren, inwieweit Setzungen, die derzeit noch keine gesetzliche Entsprechung haben, aber zunehmend an fachlicher Relevanz gewinnen, im Personalbemessungsinstrument Berücksichtigung finden sollten. In der fachlichen Konsentierung wurde in diesen Punkten auf die Verantwortung der Selbstverwaltung verwiesen. Dem entgegen ergab die Diskussion mit den drei beratenden Pflegewissenschaftler*innen, dass dazu mindestens auf Grundlage der im Expertenstandard *Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz* des DNQP (2018) für die Pflegefachpersonen mit der Fachweiterbildung Gerontopsychiatrie publizierten Evidenz normative Setzungen im Algorithmus Berücksichtigung finden sollten. Hier entstehen dann allerdings Friktionen

zwischen der *fachlichen Ausgestaltung* eines neuen Pflegeverständnisses in einem einheitlichen Personalbemessungsverfahren und den landesrechtlichen Rahmen. Um das Instrument zukunftsfähig aufzubauen, wurde daher empfohlen für diese Bereiche (hochschulisch ausgebildete Pflegenden und Palliativ Care) die Möglichkeit von Ergänzungen vorzusehen, um entsprechend der noch zu generierenden Evidenzlage Anpassungen vornehmen zu können. Diese Möglichkeit ist in den *Ergänzenden Parametern* der Instrumente (Abschnitte 8.3.2.1 und 8.3.3.1) enthalten, im aktuellen Entwicklungsstand der Instrumente aber noch nicht mit Funktion belegt. Es wurde weiterhin empfohlen, diese fachlich ergänzenden Faktoren im Rahmen der modellhaften Einführung zu prüfen, und normative Setzungen zu konsentieren, die dann im Algorithmus 2.0 zu integrieren sind. Es muss dabei allerdings in den Einzelfällen entschieden werden, inwieweit diese *Ergänzenden Parameter* additiv oder subsumierend angelegt werden.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist zwar gesetzlich vollzogen, welche Folgen sich hieraus für den Pflegealltag ergeben, ist aber bisher noch nicht *abschließend* erkennbar. Dennoch mussten diese Auswirkungen zur Umsetzung der Studie bereits antizipiert werden, um ein neues Pflegeverständnis in der Erhebung bereits modellieren zu können. Hierzu wurden auf Basis des von Wingenfeld und Büscher (2017) erstellten Grundlagenpapiers die Anforderungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Handbuch zum Interventionskatalog als normative Vorgabe niedergelegt, so dass die Datenerhebenden hieran anschließend entsprechend geschult werden konnten. Gerade die langjährige Berufspraxis der Datenerhebenden kann aber dazu geführt haben, dass diese Vorgaben nicht immer vollständig umgesetzt wurden, wenn die Trennung zwischen aktueller Leistungsrealität und der studienleitenden Vorwegnahme eines neuen Pflegeverständnisses Probleme erzeugte. Vorausgesetzt werden musste an dieser Stelle ein sehr großes Abstraktionsvermögen der Datenerheber*innen, das zudem eine Distanzierung zu Teilen des professionellen Selbstverständnisses bezüglich der pflegerischen Handlungsrahmen erforderte. Dazu kann allerdings die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes in der Leistungserbringung der Pflegenden als auch in der Ausbildung der Pflegenden noch nicht tief genug durchdrungen sein.

14.1.12 Zukünftige Aufgaben und Arbeitsfelder der Pflegefachkräfte

Nach den Ergebnissen der hier vorliegenden Studie besteht vor allem ein hoher Bedarf an Pflegehilfskräften bzw. -assistenten (Abschnitt 9.1). In Deutschland unterliegt die Ausbildung der Pflegenden unterhalb des QN 4 den Ausgestaltungen der Länder und ist nicht bundeseinheitlich geregelt, was in den konkreten Ausbildungsgängen zu Heterogenität in Dauer und Inhalten führt. Diese kann sowohl zu unterschiedlichen Fähigkeiten mit resultierenden Auswirkungen auf die Pflegequalität führen, als auch die regionalen Einsatzmöglichkeiten der Pflegehilfskräfte einschränken. Bei der hohen Bedeutung der Pflegehilfskräfte für die Versorgung von Pflegebedürftigen in der stationären Langzeitpflege nach dem vorliegenden Personalbemessungsinstrument ist es daher angezeigt, analog zum Pflegeberufegesetz, länderübergreifende Maßstäbe auch in der Pflegehelferausbildung anzustreben (vgl. hierzu auch die Beschlüsse der Konzierten Aktion Pflege).

Die flächendeckende Einführung des Personalbemessungsinstrumentes wird zu einem Anstieg der beschäftigten Assistenzkräfte führen. Hierdurch fallen unter Umständen zukünftig für die Pflegefachpersonen weitere Zeitaufwände – insbesondere für Anleitung und Überwachung – an, die heute noch nicht existieren und daher noch keine Berücksichtigung finden konnten. Mit der Implementierung eines bedarfsorientierten Qualifikationsmixes ergeben sich aber für alle Pflegenden notwendige Umstrukturierungen ihrer Aufgabenfelder. So wird ein Umbau der betrieblichen Aufgabenverteilung in der pflegerischen Langzeitversorgung notwendig, dessen Zielperspektive durch eine klar festgeleg-

te Aufgabenverteilung zwischen den beruflich Pflegenden der unterschiedlichen Qualifikationsniveaus auf Grundlage der im Pflegeberufgesetz festgelegten Kompetenzen gekennzeichnet ist. Dabei sollten sich die Pflegefachkräfte zukünftig vorrangig auf Vorbehaltsaufgaben und die Koordination und Supervision von Hilfskräften fokussieren, während die Erbringung von Aufgaben, die keine Fachkräfte erfordern, gezielt durch Hilfskräfte erfolgen sollte. Ziel ist ein kompetenzorientierter Arbeitseinsatz sowie ein zukünftig verbesserter und gezielter Einsatz von Pflegeakademikern der QN 6 und QN 7 in der Umgestaltung innerbetrieblicher Prozesse durch Personal- und Organisationsentwicklung. Zu berücksichtigen ist hierbei ein im Status quo noch unbekannter Aufwand dieser Koordinationsarbeit für Pflegenden der QN 6 und QN 7. Die Umgestaltung der Prozesse ist jedoch zwingend erforderlich, wenn der bedarfsorientierte Personalmix mit deutlich mehr Hilfskräften zukünftig auch zu einer entsprechenden Verbesserung der Pflegequalität führen sollen.

Nach Empfehlungen der drei zusätzlichen beratenden Pflegeexpert*innen muss kontrolliert und gesteuert werden, dass Pflegende der QN 1 bis QN 3 als Unterstützung der Pflegefachkräfte mit QN 4 eingesetzt werden. Hierdurch übernehmen die Pflegenden aller Qualifikationsniveaus in der Praxis gemeinsam die Versorgung von Pflegebedürftigen, wobei sich die Pflegefachkräfte auf die komplexen Fälle, die Übernahme von Vorbehaltsaufgaben und die Anleitung und Überwachung der Hilfskräfte fokussieren können. Pflegende mit QN 6 und QN 7 müssen dann die Gestaltung und Steuerung dieser Aufgaben und Prozesse übernehmen. Der Aufgabenbereich der Pflegefachperson wird hierdurch und nicht zuletzt durch die umfassende Reform des Pflegeberufes in Bezug auf vorbehaltenen Tätigkeiten neu definiert. Die dadurch entstehenden zukünftigen Aufwände konnten im Status quo dieser Studie nicht gemessen werden, sind in ihren Besonderheiten nicht aus der Literatur abzuleiten und konnten im Algorithmus 1.0 daher nicht berücksichtigt werden. Bei der modellhaften Einführung muss deshalb auf diese Aufwände für die Koordination der Zusammenarbeit zwischen den Pflegenden aller Qualifikationsniveaus, die ihrerseits erst in der modellhaften Einführung durch die Integration zusätzlicher Pflegekräfte entstehen, ein besonderes Augenmerk gelegt werden, so dass die korrespondierenden SOLL-Zeitmengen in einem Algorithmus 2.0 Berücksichtigung finden.

14.1.13 Limitationen bei der Entwicklung des Algorithmus für teilstationäre Einrichtungen

Während die angestrebten Fallzahlen im vollstationären Bereich erreicht werden konnten, wurden im teilstationären Bereich deutlich niedrigere Fallzahlen erreicht als angestrebt. Wie in Abschnitt 7.2.2 ausgeführt, ist das darauf zurückzuführen, dass der Nutzen eines Personalbemessungsinstrumentes seitens der Beteiligten in teilstationären Einrichtungen niedriger eingeschätzt wurde als im vollstationären Bereich, der Aufwand für die Einrichtungen aber gleichzeitig ungleich höher war, so dass sich eine deutlich reduzierte Teilnahmebereitschaft ergab, und die unregelmäßige Anwesenheit der Gäste die Effizienz der Datenerhebung zudem erheblich verringert hat. Im Ergebnis liegen hinreichend viele Beobachtungen vor, um auch für den teilstationären Sektor einen Algorithmus zu parametrisieren und damit entsprechende Analysen durchzuführen (Abschnitt 9.1.2). Dennoch bleibt festzuhalten, dass die Parametrisierung auf einer weniger umfangreichen Datenbasis als angestrebt und einer deutlich geringeren Datenbasis als im vollstationären Sektor stattgefunden hat, so dass die Reliabilität des Algorithmus für den teilstationären Bereich eingeschränkt ist und eine Adjustierung der Parametrisierung des Algorithmus mit zusätzlichen Daten angezeigt erscheint, bevor dieser flächendeckend eingesetzt wird.

14.1.14 Resümee

Wie die Argumentationen der Abschnitte 14.1.1 bis 14.1.13 zeigen, ist auch für die hier gegenständliche Studie eine Anzahl methodischer Stärken und Limitationen zu benennen, deren Explikation es möglich macht, die Entstehung der Studienergebnisse einzuordnen.

In Bezug auf die methodischen Grundentscheidungen der Studie kann aufgezeigt werden, dass sich das extrem aufwändige Studienkonzept der vollständigen Beschattung in den Tagdiensten ausgezeichnet bewährt hat. Ergänzt um eine reduzierte Erhebung im Nachtdienst konnte hierdurch ein Datensatz erarbeitet werden, der einerseits schon einen sehr guten Ausweis der bedarfsorientierten Zeitmengen für fachgerechte Pflege bietet und es deshalb andererseits auch ermöglicht, valide Parameterwerte für die Personalbemessung abzuleiten. Gesichert wird dies durch Prozeduren, die es ermöglichen, vollständige Leistungswochen zu konstruieren und dabei nicht nur – wie in anderen Studien – IST-Zeitmengen, sondern fachlich festgelegte SOLL-Zeitmengen als Ausgangswerte zu verwenden. Dabei gehen diese SOLL-Zeitmengen über alle bisher wissenschaftlich vorgelegten Aussagen zum konkreten Personalbedarf für eine bestimmte, als fachgerecht anerkannte Leistungserbringung hinaus. Das hierzu unvermeidlich erforderliche Instrument der subjektiven Bewertung wird dabei durch den Einsatz hochqualifizierter Pflegefachkräfte und einer spezifischen Schulung soweit kontrolliert, dass von einer hohen Interraterreliabilität auszugehen ist.

Die erhobenen Daten sind dabei nicht völlig vom Zeitpunkt ihrer Erhebung zu entkoppeln. So wurde einerseits für die Einschätzung der Bedarfsnotwendigkeit als Grundlage der Interventionsplanung der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff als Referenzpunkt genutzt. Hier erfolgt somit ein Vorgriff auf eine noch nicht umgesetzte, aber fachlich angestrebte Leistungsrealität. Andererseits erfolgt die konkrete Erbringung in den institutionellen Strukturen des Jahres 2018. Für die direkte Pflege ist diese Diskrepanz von geringer Bedeutung. Hier wurde durch die kleinschrittige Formulierung von Teilschritten und Anforderungen die angestrebte fachgerechte Leistungsrealität als Beurteilungsmaßstab expliziert und zur Festlegung der SOLL-Werte angewendet. Die Werte der direkten Pflege sind somit unabhängig von institutionellen Strukturen und damit sehr valide. Für Interventionen der indirekten Pflege gilt das nur mit Einschränkungen. Da in diesem Bereich ein SOLL-IST-Abgleich über Teilschritte und Anforderungen nicht realisiert werden konnte. Hier können – falls strukturelle Ineffizienzen in den Einrichtungen vorliegen – Überschätzungen der Zeitmengen auftreten.

Auf eine empirische Überprüfung dieser Möglichkeit sollte daher in der modellhaften Einführung besonders fokussiert werden, gerade da es erforderlich sein wird, die Einrichtungsstrukturen umfangreich den neuen Qualifikationsmischen anzupassen. Hierbei können auch die weiteren leichten Unsicherheiten zu eventuell untererfassten seltenen Interventionen empirisch geklärt und die für diese Studie nicht auftragsgegenständliche Überprüfung der Auswirkungen von Personalmehrungen auf Ergebnisqualität abschließend bearbeitet werden. Als eine Grundlage hierzu kann dann der angepasste Interventionskatalog dienen, in den zuvor die geringen von der BGW vorgeschlagenen Änderungen im Themenbereich Arbeitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung aufgenommen wurden. Als wesentlichster Bezugspunkt, der in der vorliegenden Studie noch nicht betrachtet werden konnte, werden dabei die erst durch die Einführung des Personalbemessungsinstrumentes entstehenden Entwicklungspotenziale der Einrichtung dienen. Sie eröffnen innerhalb der Einrichtungen Spielräume, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auch in die Leistungserbringung diffundieren zu lassen, den daraus entstehenden qualitativen Anforderungen an das Personal gestaltend zu begegnen und somit letztlich eine bedarfsorientierte und fachgerechte Leistungserbringung gewährleisten zu können.

Abschließend kann also festgestellt werden, dass es im Rahmen der hier vorliegenden Studie gelungen ist, ein Instrumentarium konsentiert zu entwickeln und anzuwenden, das geeignet war, die für die Erfüllung des Projektauftrages erforderlichen Daten valide zu produzieren. Dabei sind die verwendeten SOLL-Zeitmengen einzigartig und besser als jeder andere bisher erzeugte Datensatz zur Parametrisierung von Personalbemessungsinstrumenten geeignet. Nur an wenigen Stellen dezidiert benannten Stellen treten methodische Einschränkungen auf, die jedoch von geringer quantitativer Bedeutung sind. Der aufgezeigte Bedarf zur Nachsteuerung und eventuellen Neuparametrisierung ergibt sich somit nicht aus der Qualität der Studie oder ihrer Ergebnisse. Er resultiert vielmehr aus der Tatsache, dass durch den Einsatz von bedarfsorientierten Personalmengen der Rahmen der Leistungsrealität zukünftig verändert werden soll, und diese geänderten Rahmen wiederum rekursiv zu sich verändernden Personalbedarfen – vor allem in der indirekten Pflege – führen werden.

14.2 Vergleich mit früheren Studien zu Personalbedarf und Personalbemessung

Zur Einordnung der Studienergebnisse der PeBeM-Studie werden diese im folgenden Abschnitt zu Vorgängerstudien, die ebenfalls Pflegezeitmessungen in der stationären Langzeitpflege vorgenommen haben, in Bezug gesetzt. Zur Einordnung der Ergebnisse wird dabei insbesondere das methodische Vorgehen dieser Studien betrachtet und mit der vorliegenden verglichen. Dazu wird zuerst ergänzend zu den Forschungsprojekten die sich direkt auf das deutsche Pflegesystem beziehen (Abschnitte 14.2.2 bis 14.2.5) eine Studie aus Österreich mit ähnlicher Ausgangslage (Abschnitt 14.2.1) in einem vergleichbaren Gesundheits- und Pflegesystem betrachtet. Daran schließt sich eine vergleichende Einordnung der Ergebnisse der Studien mit der hier vorliegenden Arbeit (Abschnitt 14.2.6) an.

14.2.1 Analyse pflegerischer Leistungen für eine Personalbemessung (in Österreich, 2018)

An der Universität Innsbruck wurde bis Ende 2018 eine arbeitswissenschaftliche Analyse und Bewertung pflegerischer Humandienstleistungstätigkeiten in der stationären Langzeitpflege als Basis für eine leistungsgerechte Personalbemessung im Auftrag der Bundesarbeiterkammer Österreich und der Landesarbeiterkammern durchgeführt. Ziel der Studie war es, einen Überblick über die Vielfalt der täglich anfallenden Aufgaben und Herausforderungen in Alten- und Pflegeheimen zu erhalten und darauf aufbauend eine Expertise zur Bewertung von Pflege- und Betreuungsleistungen in der stationären Langzeitpflege zu erstellen, aus der eine evidenzbasierte Argumentationshilfe für Fragen der Personalbemessung generierbar ist (Glaser & Seubert 2018: 3). Ausgangspunkt waren dabei – ähnlich wie in Deutschland – heterogene Personalschlüssel, die auch in Österreich zwischen den Bundesländern variieren und durch die eine Angabe von bundesweiten Mindestpersonalschlüsseln nicht erfolgt.

Neben qualitativen Interviews erfolgten quantitative Datenerhebungen in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen (n=18) und Teilschichtbeobachtungen (n=81). Dazu wurden in 16 Alten- und Pflegeheimen an zwei bis drei Tagen jeweils ein bis zwei Vertreter*innen der verschiedenen Pflege- und Betreuungsberufsgruppen über 1 bis 10 Stunden im Pflegealltag beobachtet und die IST-Zeiten der Leistungserbringung erfasst (Glaser & Seubert 2018: 4 ff.). Als Grundlage der Datenerhebungen diente dabei eine Tätigkeitsliste, die sich am Gesundheits- und Krankenpflegegesetz Österreichs orientierte, pflegerische Interventionen definiert, aber z. B. keine Teilschritte und Anforderungen an die Erbringung knüpft (Glaser & Seubert 2018: 92 ff.). Aus der Empirie der Erhebungen ist kein Personalbemessungsinstrument abzuleiten. Es wird jedoch festgestellt, dass Betreuungsleistungen in der Praxis unterrepräsentiert sind, die österreichischen Pflegestufen den Pflege- und Betreuungs-

aufwand nicht gut abbilden, die Versorgung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen stärker in die Leistungserbringung und -vergütung integriert sein sollte und der Aufwand für die Pflegedokumentation reflektiert werden muss (Glaser & Seubert 2018: 75). Diese Problemlage ähnelt im Prinzip auch der deutschen Situation in der stationären Langzeitpflege, nur ist im deutschen Kontext davon auszugehen, dass durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und durch die sozialrechtlich verankerten Möglichkeiten im Bereich der Betreuung diesbezüglich ein deutlicher Entwicklungsvorsprung gegeben ist. Interessant sind die im Anhang präsentierten Häufigkeiten und Zeitwerte der beobachteten Teiltätigkeiten in der österreichischen Studie. Da die Zeitmessungen in der Studie jedoch nur auf IST-Zeiten einer kleineren Stichprobe bezogen sind und die Definition und Systematik der Interventionen zusätzlich deutlich von den in der PeBeM-Studie verwendeten Instrumenten abweicht (Glaser & Seubert 2018: 97), ist zur Validierung der Datensätze ein Vergleich der Zeitwerte nicht möglich.

14.2.2 Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen (2002)

Das Forschungsprojekt *Pflegebedarf und Leistungsstruktur in der vollstationären Pflege* resultierte aus einer Initiative des Landesausschusses des nordrhein-westfälischen Ministeriums für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie. Es wurde in einem Gemeinschaftsprojekt vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld und dem Institut für Gerontologie der Universität Dortmund durchgeführt. Ziel des Projektes war die Darstellung pflegerischer Problemlagen in Verbindung mit erbrachten Pflegeleistungen und der Reichweite des Leistungsgeschehens innerhalb der Pflegeversicherung sowie eine Prüfung der Qualifikationsanforderungen in der Pflege (Wingenfeld & Schnabel 2002: 2).

In der Untersuchung erstreckten sich die Datenerhebungen in 27 vollstationären Pflegeeinrichtungen auf je einen Wohnbereich und schlossen rund 730 Bewohner ein. Bei diesen wurden die Merkmale der Pflegebedürftigkeit erfasst und der Umfang und die Struktur des Leistungsgeschehens per Selbstaufschrieb von Ist-Zeiten der Pflegenden über drei Wochen erfasst. Zusätzlich erfolgte eine Nachtdiensterhebung bei einer reduzierten Stichprobe mittels teilnehmender Beobachtungen. Die Erhebungen fokussierten dabei auf die Hilfen bei der Alltagsverrichtung, auf die Behandlungspflege, die psychosoziale Betreuung und die indirekten Pflegeleistungen entlang einer Liste von 33 katalogisierten Pflegemaßnahmen. Die Dokumentation der erbrachten Leistungen beinhaltete dabei auch die Erfassung der Qualifikationsniveaus der leistungserbringenden Pflegekräfte (ebd.: 3 und 12 ff.). Mit der Studie konnten somit Erbringungszeiten und Qualifikationsniveaus den Pflegeleistungen zugeordnet werden. Hierbei handelt es sich allerdings lediglich um IST-Werte. Da somit ein SOLL-Wert als Referenzpunkt fehlt, war weder quantifizierbar, wie sehr die Leistungserbringung den fachlichen Notwendigkeiten entsprach noch wie stark Pflegenden ihre Tätigkeiten entlang ihrer Qualifikationen erbrachten oder inwiefern Fachkräfte Hilfskraftaufgaben übernahmen und umgekehrt. Qualitativ konnte allerdings auch hier schon festgestellt werden, dass ein qualifikationsorientierter Einsatz von Pflegenden nur in begrenztem Maße stattfand (ebd.: 126).

Im Ergebnis umfassen die erbrachten bewohnerbezogenen Leistungen pro Tag im Mittel 82,7 Minuten und 21,9 Maßnahmen, wobei sich eine erhebliche interindividuelle Spannweite zwischen den einzelnen Bewohnern zeigte (ebd.: 61 f.). Differenziert nach den Pflegestufen ergaben sich als mittlere Zeitaufwände für die unmittelbaren bewohnerbezogenen Leistungen (Hilfen bei Alltagsverrichtungen, Behandlungspflege und psychosozialer Betreuung) in Pflegestufe I 55,3 Minuten pro Tag, in Pflegestufe II 87,2 Minuten pro Tag und in Pflegestufe III 107,7 Minuten pro Tag. Dabei zeigte sich eine mittelstark ausgeprägte Korrelation zwischen Zeitaufwand und Pflegestufen (ebd.: 70 f.). In der

Diskussion der Ergebnisse gehen die Autoren aufgrund der überdurchschnittlichen Personalausstattung in den teilnehmenden Einrichtungen von einem korrespondierenden überdurchschnittlich ermittelten Leistungsvolumen aus (ebd.: 83), können aber mangels eines normativen Bezugspunktes hier nicht von Über- oder Unterversorgung sprechen. Die ausgewiesenen Zeitwerte beinhalten keine indirekten Leistungen und sind mit der Systematik der heutigen Pflegegraden nicht direkt vergleichbar.

14.2.3 Referenzmodelle (2010)

In der vom GKV-Spitzenverband in Auftrag gegebenen Studie Entwicklung und Erprobung von Grundlagen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf der Basis des Bedarfsklassifikationssystems der „Referenzmodelle“ (Wingefeld 2010) wurde in sechs Pflegeeinrichtungen in einer Vollerhebung bei 591 Bewohner*innen die Daten einer Kurzversion des Begutachtungsinstrumentes durch ausgewählte und geschulte Pflegenden der Einrichtungen erfasst (ebd.: 15 f.). Ziel war es zu prüfen, ob die Systematik des neuen Begutachtungsinstrumentes geeignet war, Pflegebedarf so in Klassen abzubilden, dass sie zur Hinterlegung von Leistungen herangezogen werden konnten. Nach Einschätzung des Auftraggebers liefert das Projekt wichtige Erkenntnisse zu den Potenzialen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und den daraus abzuleitenden Pflegeaufwandskonstellationen. Dennoch wurde konstatiert, dass aufgrund der verwendeten veralteten Datenbasis, einer vergleichsweise kleinen und nicht repräsentativen Stichprobe und weiterer methodischer Schwierigkeiten bei der zeitbezogenen Modellierung der Bedarfsgrade so deutliche Limitationen der Ergebnisse festzustellen seien, dass eine rationale Personalbemessung mit den Ergebnissen dieser Studie nicht ermöglicht werden könne (GKV-Spitzenverband 2010: II f.). Aus den Empfehlungen der Studie waren jedoch umfassende Hinweise zu entnehmen, die auch in die Entwicklung und Konzeption dieser Studie eingeflossen sind.

Im Vergleich der erfassten *IST-Zeitmengen für direkte Pflegeleistungen* mit den aktuellen Werten der hier berichtsgegenständlichen Studie zeigt sich über alle Pflegegrade eine ähnlich lineare Entwicklung (Abbildung 107). So erhalten die Pflegebedürftigen mit steigenden Einschränkungen der Selbständigkeit in höherem Maße Pflegezeit durch das Personal der Einrichtungen. Dabei sind die absoluten Werte der Studie von Wingefeld (2010) höher als sie bei der aktuellen Studie ausgewiesen werden. Als Erklärung für diese Niveauunterschiede sind eine Reihe von Gründen zu vermuten, die einerseits in der unterschiedlichen Methodik der Studien begründet sind, andererseits aber auch auf die unterschiedlichen Zeitpunkte der Studiendurchführung zurückzuführen sind.

Als ein wesentlicher Unterschied der hier verglichenen Ergebnisse muss in der abweichenden Bedeutung für das Gesamtprojekt gesehen werden. Während die IST-Werte bei Wingefeld (2010) den Endpunkt der Erhebung darstellen, waren sie in PeBeM nur ein Zwischenschritt, der methodisch erforderlich war, um über die Festlegung von Delta-Werten zu SOLL-Werten zu gelangen. Auch wenn dies noch kein direkter Hinweis auf unterschiedliche Messmethoden liegt, kann doch vermutet werden, dass ein eventuell vorhandener Anreiz der Datenerhebenden zur Ausweitung der dargestellten Zeitmengen hier wirksam würde. Dies gilt umso mehr als Erfahrungen aus Studien mit Selbstaufschrieben zeigen, dass hier häufig eine Überschätzung von Einzelzeitwerten erfolgt. In Anbetracht der Tatsache, dass die Daten bei Wingefeld (2010) durch Pflegenden der Einrichtungen erfasst wurden, sind diese Zeiterfassungen unter anderen Voraussetzungen entstanden, als dies im Rahmen der sehr aufwändigen PeBeM-Methodik erfolgte. Zu vermuten ist hierbei, dass die Zeiterfassung in Beschattung durch zusätzliche Datenerheber*innen in Bezug auf die erfassten Werte methodisch überlegen war.

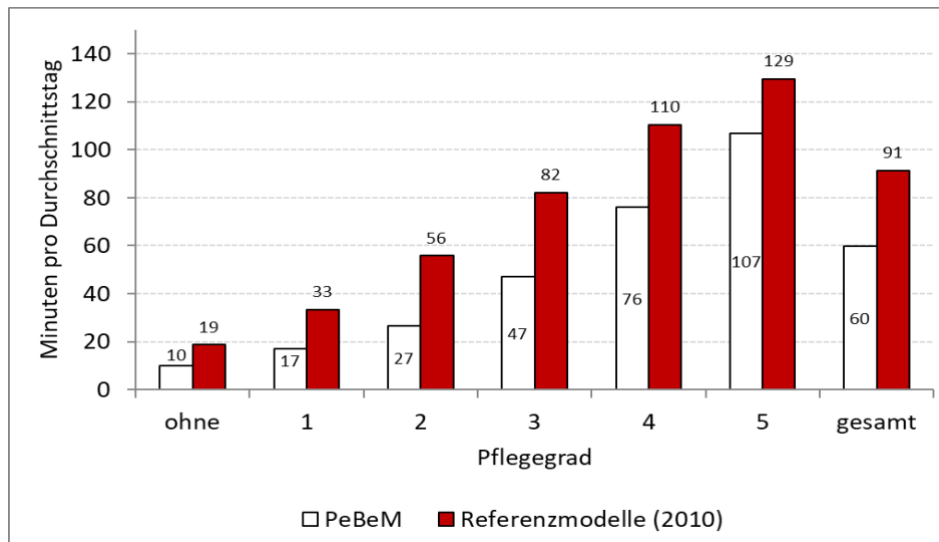


Abbildung 107: IST-Zeitmengen der direkten Pflege im Vergleich zu den Ergebnissen der Studie basierend auf den Referenzmodellen

Nicht klar beurteilt werden kann, inwiefern die Abgrenzung von direkten und indirekten Pflegeleistungen in beiden Studien ähnlich war und somit die erfassten Werte auch die gleichen Tätigkeiten enthalten. Verstärkt wird dies durch die Tatsache, dass Wingenfeld (2010) in seiner Studie in der Lage war, eine Vollerhebung durchzuführen. Während hier also jede Pflegekraft lückenlos selber dokumentierte, welche Interventionen für welchen Bewohner erfolgten, konnte eine solche Zuordnung aufgrund der fast immer nur teilweisen Studienteilnahme der Bewohnerschaft der Erhebungseinheiten in PeBeM nicht so direkt umgesetzt werden. Als Effekt ist zu erwarten, dass bei Wingenfeld (2010) auch Leistungen direkt einzelnen Bewohnern zugeordnet wurden, die in PeBeM der indirekten Pflege zugeordnet wurden. Welches Vorgehen im einzelnen Fall als sachgerechter im Rahmen der Studiendefinitionen gelten kann, ist hier nicht zu beurteilen, das Vorgehen deutet aber schon methodisch auf niedrigere Zeitmengen für direkte Pflege in PeBeM hin. Abschließend muss für den Vergleich noch betont werden, dass die rund 10 Jahre, die zwischen den beiden Studien liegen, mit wiederholten und gravierenden Umbrüchen im ganze Pflegesystem verbunden waren, die eine direkte Vergleichbarkeit der Werte unwahrscheinlich erscheinen lassen. Exemplarisch sei hier nur auf zwei Aspekte hingewiesen: So ist zum einen die Anwendung des BI und auch speziell seine Bewertungssystematik in den letzten Jahren deutlich weiterentwickelt worden, so dass schon die Zuordnungsgrundlagen unterschiedliche Ergebnisse produzieren müssen. Zum anderen hat sich die Personal- und Leistungsrealität in den Einrichtungen etwa durch den verstärkten Einbezug von zusätzlichen Betreuungskräften deutlich verändert. So ist zu erwarten, dass bei PeBeM eine deutlich bessere Abgrenzung zwischen bedarfsnotwendigen und darüberhinausgehenden Leistungen erfolgen konnte als 2010 – schon alleine dadurch, dass ein Großteil der zusätzlichen Leistungen auch durch zusätzliches Personal erbracht wird.

14.2.4 EViS (2015)

Die Studie *Evaluation des NBA – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS)* wurde durch den GKV-Spitzenverband und das Bundesministerium für Gesundheit als Modellprojekt zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI beauftragt. Die Durchführung des Projektes oblag unter Leitung von Prof. Heinz Rothgang dem Zentrum für Sozialpolitik (heute SOCIUM) der Universität Bremen und Prof. Martina Hasseler der Ostfalia Hochschule.

Ziel des im März 2015 abgeschlossenen Projektes war die Erfassung der stationären Leistungsaufwände auf Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Dazu wurde in 7 verschiedenen Bundesländern, in 39 stationären Pflegeeinrichtungen bei insgesamt 1.724 Pflegebedürftigen ermittelt, welche pflegerischen, gesundheitlichen und betreuenden Leistungen (Art) in welchem Umfang (Anzahl) und Ausmaß (Zeit) in stationären Pflegeeinrichtungen im Kontext der jeweiligen Pflegegrade erbracht werden. Die Datenerfassungen erfolgten in diesem Projekt über einen Zeitraum von einer Woche als elektronische Selbstdokumentation durch die Pflegenden per Smartphone. Parallel wurden die Pflegegrade der Bewohner durch geschulte MDK-Mitarbeiter*innen festgestellt (Rothgang et al. 2015a: 19). Zentrale Ergebnissen der Studie waren u. a., dass

- beachtliche Streuungen der Versorgungszeiten in den Pflegestufen bestehen, die aber auch in einer unterschiedlichen Personalausstattung der Einrichtungen begründet sein können (ebd.: 104),
- die Streuung der Aufwände in den Pflegegraden nicht wesentlich kleiner ist als in den Pflegestufen (ebd.: 108),
- die Überschneidungsanteile bei den Pflegegraden höher sind als bei den Pflegestufen, was allerdings auf die feinere Klassierung durch die fünf Pflegegrade im Vergleich zu den drei Pflegestufen zurückzuführen sein kann (ebd.: 124),
- die Pflegegrade mit der Höhe der Versorgungsaufwände korrespondieren, denn mit steigendem Pflegeaufwand steigt auch der Pflegegrad, wobei ein linearer Anstieg des Pflege- und Betreuungsaufwandes von Pflegegrad 1 bis 4 nachweisbar ist (ebd.: 123),
- innerhalb der Pflegegrade erhebliche Heterogenität existiert, die aber als Pflegephänomen der Pflegebedürftigkeit selbst immanent ist und somit bei einer Klassenbildung unvermeidlich ist (ebd.: 124),
- die erfassten Daten nur den Status quo beschreiben und zukünftige Änderungen z. B. durch veränderte Leistungen im Zuge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes noch nicht umfassend darstellbar sind (ebd.: 124).

Die Ergebnisse zeigen generell die bessere Klassifizierung der Pflege- und Betreuungsaufwände des BI im Vergleich zu den Pflegestufen. Deutlich wird aber auch die Abhängigkeit der IST-Pflege- und IST-Betreuungsaufwände von der Personalausstattung der Einrichtungen, die im EVIS-Projekt nicht in Relation zueinander darzustellen waren. Eine zum Ausweis von SOLL-Werten erforderlicher normativ geleiteter Abgleich konnte *nicht* durchgeführt werden. Darüber hinaus entstand auch bei EVIS die Datenbasis aus Selbstaufschrieben durch die leistungserbringenden Pflegekräfte. Hatten diese während ihrer Leistungserbringung nicht ausreichend Zeit, um eine simultane Dokumentation direkt nach den jeweiligen Pflegetätigkeiten durchzuführen, waren sie gezwungen, die Dokumentation zeitversetzt nach Schichtende nachzuholen. Dabei kann sicher davon ausgegangen werden, dass erinnerte Leistungsdokumentationen einer Echtzeiterfassung durch zusätzliche Datenerheber*innen unterlegen sind.

Der Vergleich der Daten aus beiden Projekten zeigt wiederum eine ähnliche Verteilung der IST-Zeitmengen pro Tag. Auch hier ist allerdings ein Niveauunterschied zu erkennen (Abbildung 108), der wiederum insbesondere auf die unterschiedliche Datenerhebungsmethodik zurückgeführt werden kann. Auch bei EVIS haben die Pflegebedürftigen ihre erbrachten Leistungen und Zeiten in Selbstaufschrieben dokumentiert. Dies führt nicht nur zu einer höheren Datenunsicherheit, sondern tendenziell – wie auch bei Wingefeld (2010) – zu höheren Werten, insbesondere da die Daten in der EVIS-Studie auch nach Dienstende, dann aber auch dem Gedächtnis, ergänzt werden konnten.

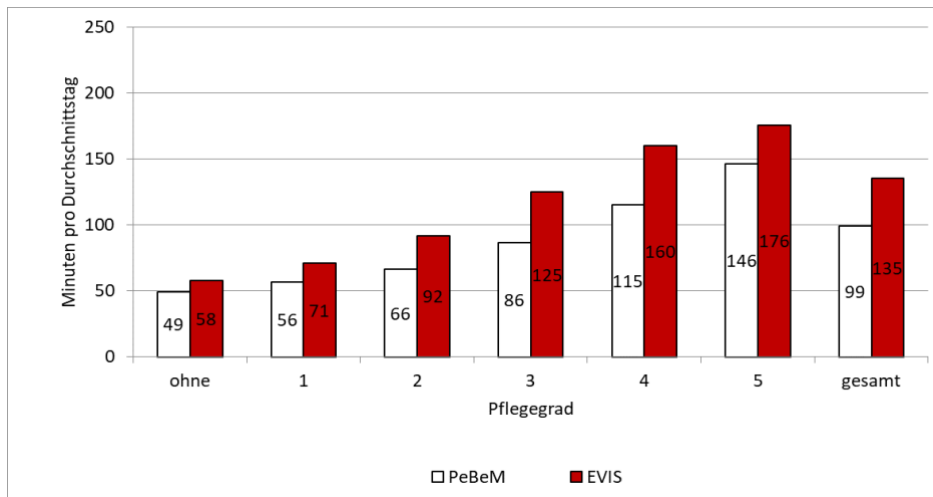


Abbildung 108: IST-Zeitmengen der direkten Pflege in PeBeM im Vergleich zu EViS

Insgesamt ist den Fremdaufschrieben durch die Schatten, wie sie in PeBeM praktiziert werden, eine höhere Validität zuzuschreiben als den Selbstaufschrieben, die sowohl im Projekt zu den Referenzmodellen als auch in der EViS-Studie zu höheren Zeitwerten geführt haben als in der PeBeM-Studie.

Unabhängig vom quantitativen Niveau der ermittelten Zeitmengen, die wie beschrieben aufgrund der unterschiedlichen methodischen Ansätze zwischen den beiden Studien differieren müssen, kann allerdings ein aufschlussreicher Vergleich der relativen Personalmengen in den einzelnen Pflegegrade vorgenommen werden. Hierzu wurden die pflegegradbezogenen Bedarfsgewichte der EViS-Studie den durchschnittlichen vereinbarten Personalschlüsseln (Rothgang & Wagner 2019) sowie den SOLL-Werten von PeBeM gegenübergestellt (Abbildung 109).

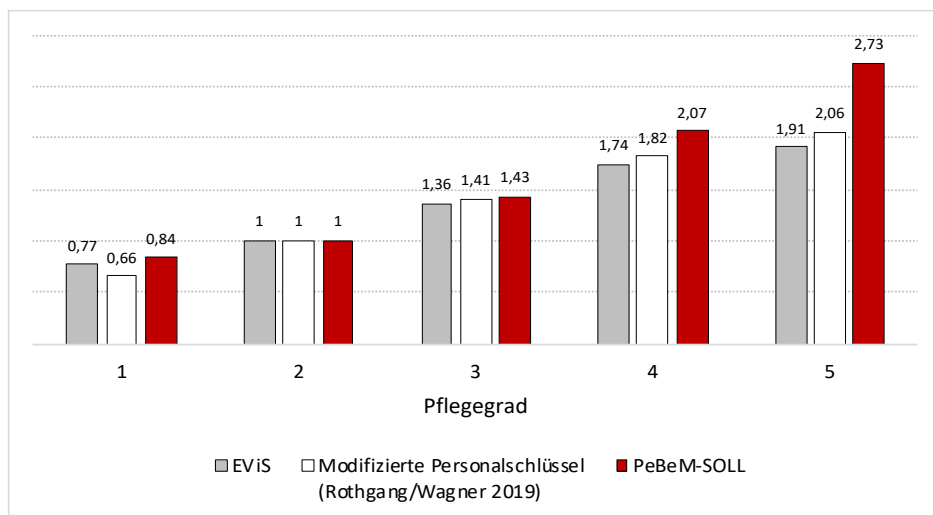


Abbildung 109: Bedarfsgewichte nach Pflegegraden

Die Abbildung bildet die unterschiedlichen Spreizungen zwischen den Pflegegraden in den drei gegenübergestellten Klassifikationen ab. Um die Vergleichbarkeit zu erzeugen, wurden alle Basiswerte innerhalb ihrer Klassifikation auf den Wert des Pflegegrades 2 normiert. Innerhalb jeder Klassifikation wird dadurch angegeben, wie hoch die zugewiesenen Personalmengen jeweils im Verhältnis zuei-

inander sind. Der Vergleich zwischen den drei Modellen zeigt dann, ob und inwiefern die Spreizung der einzelnen Pflegegrade unterschiedliche relative Bedarfe ausweist.

Dabei zeigt sich, dass die Unterschiede zwischen den empirisch ermittelten Bedarfsgewichten und den modifizierten Personalschlüsseln (Rothgang/Wagner 2019) sehr gering ausfallen und es nur durchgehend eine minimal größere Spreizung in den Personalschlüsseln gibt. Dies bedeutet, dass durch die verhandelten Personalschlüssel weitgehend die bekannten empirischen Ergebnisse der EViS-Studie auch normativ in die Versorgungspraxis übertragen wurden. Davon weicht die Spreizung in den PeBeM-Ergebnissen deutlich ab. Vor allem in den Pflegegraden 4 und 5 liegen die Bedarfsrelationen erheblich über den Vergleichswerten. Hierin zeigt sich, dass unter der Perspektive einer quantitativ und qualitativ bedarfsorientierten Leistungserbringung, die in den SOLL-Werte der PeBeM-Studie abgebildet sind, für die höheren Pflegegrade ein stark steigendes Bedarfsgewicht entsteht. Dies impliziert einerseits, dass von einer gegebenen Personalmenge – unabhängig von deren Umfang – deutlich mehr Pflegezeit auf die Pflegegrade 4 und 5 entfällt, als dies in den Personalschlüsseln vereinbart ist. In der Differenzbetrachtung dieser beiden Klassifikationen bedeutet dies weiterhin, dass die ausgewiesenen Personalmehrbedarfe pflegegradbezogen stärker in den höheren Pflegegraden wirken. Empirisch belegt erfordert somit die fachgerechte pflegerische Versorgung in höheren Pflegegraden einen größeren Anteil der Gesamtpersonalmenge als dies bisher durch die Personalschlüssel abgebildet wird.

14.2.5 PiSaar (2013) und PiBaWü (2019)

Mit den 2013 und 2019 von Brühl und Planer publizierten Studien *Pflegebedarf im Saarland* (PiSaar) (gefördert von der Saarländischen Pflegegesellschaft) und *Pflege in Baden-Württemberg* (PiBaWü) (gefördert vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg) liefern die Autor*innen bedeutende Ergebnisse zur Bewertung der Pflegestufen und Pflegegrade nach neuem Pflegebedürftigkeitsbegriff als Grundlage für eine Personalbemessung.

In der *PiSaar*-Studie wurden unter anderem bewohnerbezogene Merkmale in Verbindung mit den erbrachten Leistungszeiten und Organisationsmerkmale der Einrichtungen als Einflussfaktor auf die bewohnerbezogene Leistungserbringung betrachtet (Brühl & Planer 2013: 2). Die Datenbasis bildeten in den Tagdiensten Erhebungen durch Fremdaufschriebe und in den Nachtdiensten durch Selbstaufschriebe. Erfasst wurden dabei über einen Zeitraum von 48 Stunden die direkten Pflegeleistungen in 62 Einrichtungen (ebd.: 24 ff.). Zur Sicherstellung der Reliabilität wurde ein Manual zur Datenerhebung erstellt (ebd.: 25). Als zentrales Ergebnis wird herausgearbeitet, dass die Pflegestufen nur 29 % des Gesamtzeitaufwandes für die Pflege erklären können und demnach keine ausreichende Grundlage für ein Personalbemessungsinstrument bilden. Zusätzlich werden trotz landeseinheitlicher Personalanzahlzahlen im Saarland stark divergierende und vom tatsächlichen Pflegebedarf weitgehend unabhängige personelle Ausstattungen in den Pflegeheimen registriert. Die Autoren können daher aus ihren Daten direkt kein valides Personalbemessungsinstrument ableiten, leiten jedoch wertvolle Empfehlungen ab, die bei der Entwicklung eines Personalbemessungsinstrumentes Beachtung finden sollten und in der Konzeption dieser Studie Berücksichtigung fanden (siehe Abschnitt 3.2).

PiBaWü untersucht den Zusammenhang zwischen der Klassifikation von Bewohner*innen in Pflegegraden, Indikatoren für Pflegequalität, Organisations- und Personalvariablen und den Potenzialen der Personalbemessung. Hierzu erfolgten Datenerfassungen zu Bewohner- und Organisationsvariablen in 58 Einrichtungen bei 2.420 Bewohner*innen durch 600 datenerhebende Auszubildende. Die Erhebungen erfolgten als Vollerhebungen der Pflege- und Betreuungszeiten der Pflegenden über einen Zeitraum von 48 Stunden. Handlungsleitend für diese Erhebungen war ein innerhalb der Projekt-

gruppe und mit Projektpartnern entwickeltes Handbuch (Brühl & Planer 2019: 41). Die Organisation und Durchführung der Datenerhebungen in der beschriebenen Form erfolgte für die Tagdienste in Eigenregie der Einrichtungen, wobei Wochenenden, Feiertage und Urlaubszeiten ausgelassen wurden. In der Nacht wurden wiederum Selbstaufschriebe eingesetzt (ebd.: 12 und 35 ff.). Es wurden zwar Zeiten für direkte Pflegeleistungen erfasst, diese konnten jedoch nicht konkreten Einzelleistungen oder Interventionskomplexen zugeordnet werden. Grund hierfür war, dass die Datenerhebenden während den Erhebungen nicht im Raum der Leistungserbringung anwesend waren, sondern sich vor den Bewohnerzimmern aufhielten (ebd.: 12 und 44). Auf theoretischer Ebene setzen sich die Autor*innen der Studie intensiv mit dem neuen Begutachtungsinstrument auseinander und beleuchten das BI aufgrund seines Entwicklungsprozesses sowie hinsichtlich der Validität des Instrumentes kritisch. Damit korrespondiert das zentrale quantitative Ergebnis der Studie, nach dem die Pflegegrade nur 23 % der Varianz von Pflege- und Betreuungszeit erklären und damit eine noch höhere Heterogenität aufweisen als dies die Pflegestufen in der PiSaar-Studie. Darüber hinaus sind die Schwankungen in der Personalausstattung der teilnehmenden Einrichtungen so groß, dass sich keine Einflüsse der Organisationsvariablen auf die Pflege- und Betreuungszeiten nachweisen lassen. Brühl und Planer vertiefen in dieser Studie noch einmal die Anwendung statistischer Auswertungsmethoden im Feld der Personalbemessung anhand von Daten Pflegebedürftiger und führen eine zur Theoriebildung anregende Diskussion (ebd.: 12).

Mit einem begründeten kritischen Blick auf die eigenen und gegebenen Datenstrukturen können die Autoren auch in dieser Studie kein eigentliches Verfahren zur Bildung eines Personalbemessungsinstrumentes ableiten, das den dargestellten Ansprüchen an eine valide Zuordnung von Pflegebedürftigkeit und Personalmenge genügt.

14.2.6 Einordnung von PeBeM im Vergleich zu den anderen Studien zur Personalbemessung

Wie dargestellt ist eine Vergleichbarkeit der behandelten Forschungsprojekte mit der vorliegenden Studie nur in begrenzten Maße möglich. Ausschlaggebend hierfür ist, dass sich einerseits das *methodische Vorgehen* in den Datenerhebungen (Selbstaufschriebe versus Beschattungen, Integration von Betreuungsleistungen und indirekten Pflegeleistungen vs. Konzentration auf direkte Pflege) deutlich unterscheidet, andererseits aber vor allem ein *anderer Endpunkt* der Datenerhebung verfolgt wurde. Während alle anderen Studien die Leistungserbringung im IST betrachten und somit die Frage nach der vorhandenen Personalmenge bearbeiten, fokussiert die PeBeM-Studie das fachlich notwendige SOLL der Leistungserbringungen und bearbeitet somit die Frage nach der bedarfsorientiert notwendigen Personalmenge. Sie ist somit die einzige Studie, die über die erforderliche Datenstruktur zur Ausarbeitung eines Personalbemessungsverfahrens verfügt, dessen Algorithmus auf Basis empirischer Daten parametrisiert werden soll und kann.

Zur Generierung dieser Daten war in PeBeM allerdings eine *deutlich aufwändigere Erhebungsmethodik und ein größerer Durchführungsaufwand* erforderlich als dies in anderen Studien realisiert wurde. Daher kann im Vergleich mit der Methodik anderer Studien eine deutliche Überlegenheit der PeBeM-Studie hervorgehoben werden, diese wurde jedoch über die Ressourcen zur Umsetzung eines erheblichen Studienaufwandes erst ermöglicht. Wesentliche relevante und differenzierende Merkmale der Methodik sind dabei

- das Vorliegen aktueller BI-Ergebnisse für alle studienteilnehmenden Pflegebedürftigen,
- die Bestimmung der Notwendigkeit von Pflegeleistungen durch Pflegewissenschaftler*innen im Rahmen einer tagesstrukturierenden Interventionsplanung,

- eine strukturierte Datenerfassung, die auf einem systematisch entwickelten und konsentierten Interventionskatalog mit definierten Teilschritten und Anforderungen beruht,
- die Erhebung sowohl direkter als auch indirekter Pflegeleistungen und vor allem
- die Durchführung als Echtzeiterfassung durch hochqualifizierte Datenerhebende, die simultan eine Beurteilung auf die fachgerechte Erbringung durchführen konnten.

Im Ergebnis verfügt keine andere der beschriebenen Studien über eine vergleichbare und valide Datenbasis. Dabei zeigt sich – unter Einbezug der jeweils unterschiedlichen Operationalisierungen von Personalbedarf – zwischen den Studien im IST ein erstaunlich konsistentes Zeitmengengerüst, bei dem alle konkreten Zeitwerte relativ dicht beieinanderliegen. Dass die IST-Werte auf Basis der Referenzmodelle und in der EVIS-Studie höher sind als in der PeBeM-Studie dürfte insbesondere darauf zurückzuführen sein, dass die beiden erstgenannten Studien auf Selbstaufschriebe zurückgreifen (müssen), die – bei EVIS – zum Teil nicht in Echtzeit erfolgen. Im Ergebnis sind die grundsätzlich vergleichbaren IST-Daten der PeBeM-Studie im Bezug zu anderer Empirie als valide einzustufen.

Bemerkenswert ist allerdings, dass die von Brühl und Planer wiederholt nachgewiesene geringe Prädiktionskraft der Pflegegrade und Pflegestufen auf Basis der PeBeM-Daten nicht nachvollzogen werden kann. Eine Diskussion der diesbezüglich divergierenden Ergebnisse zwischen den Studienteams war geplant und ist aus terminlichen Gründen bisher nicht zu Stande gekommen und wird weiterverfolgt.

Im PeBeM-Projekt wurde eine Datenbasis geschaffen, die aufgrund der verwendeten Methodik und des damit verbundenen Aufwands hinsichtlich der Validität der Daten deutlich über andere Studien hinausgeht. Auf dieser Datengrundlage kann ein valider Pflegepersonalbedarf in Abhängigkeit der Bewohnerstruktur und der notwendigen Qualifikationsniveaus beschrieben werden – was bislang keine andere Datengrundlage in vergleichbarer Validität ermöglicht hat. Der offen konstruierte Algorithmus erlaubt zudem eine Nachjustierung durch weitere Erhebungen, so dass das Personalbemessungssystem eine Berücksichtigung von Weiterentwicklungen in der Pflege zulässt.

15 Auswirkungen einer Umsetzung des Algorithmus 1.0 vor dem Hintergrund des demographischen Wandels

Im Ergebnis resultiert aus Algorithmus 1.0 eine Personalausstattung, die deutlich oberhalb der derzeitigen Personalausstattung der Pflegeheime liegt (Abschnitt 9.1.1). Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der derzeitigen Situation auf dem Arbeitsmarkt für Pflegekräfte ergeben sich daraus erhebliche Herausforderungen. Um diese Auswirkungen einer Umsetzung des Algorithmus einordnen zu können, wird nachfolgend eine Modellrechnung zum zukünftigen Angebot und Bedarf an Pflegekräften für stationäre Pflegeeinrichtungen vorgelegt. Der ambulante Bereich wird dabei nicht berücksichtigt. Da die Nachfrage im ambulanten Bereich durch die Pflegebedürftigen und ihre Familien aufgrund von haushaltsökonomischen Entscheidungen erfolgt, bei denen immer zwischen informeller und formeller Pflege abgewogen wird, und nicht aufgrund von Bedarfsnotwendigkeiten, ist eine Vorausberechnung der Nachfrage ohne weitere Zusatzannahmen nicht möglich und bleibt hoch unsicher. Im Unterauftrag zum ambulanten Bereich wird folgerichtig auch kein Algorithmus entwickelt, der eine bedarfsnotwendige Personalmenge bestimmt. Eine Quantifizierung von „Personallücken“ ist daher nicht möglich. Hieraus darf allerdings nicht geschlossen werden, dass für die ambulante Versorgung keine Personalproblematik besteht. Im Gegenteil weist die Studie für den ambulanten Bereich durchaus darauf hin, dass auch hier Personalmangel virulent ist (vgl. Kapitel 13 sowie A 1.1). Auch auf eine Modellierung des teilstationären Sektors wurde an dieser Stelle verzichtet, weil auch für diesen Bereich die Nachfrage nicht Bedarfs Gesichtspunkten folgt, sondern den Nachfrageentscheidungen der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen und daher nicht ohne Weiteres quantifiziert werden kann.

Nachfolgend wird zunächst auf die Methodik der Vorausberechnung eingegangen (15.1) bevor die Ergebnisse dieser Modellrechnungen dargelegt werden (Abschnitt 15.2).

15.1 Daten und Methoden

Eine Modellrechnung zu den Auswirkungen der Umsetzung des Personalbemessungsinstrumentes in der vollstationären Pflege auf den Arbeitsmarkt für Pflegekräfte war im Angebot des Auftragnehmers *nicht* enthalten. Diese Modellrechnung wurde vielmehr auf Wunsch der Auftraggeber kurzfristig noch aufgenommen. Es handelt sich auch aus diesem Grunde um eine *einfache* Projektionsrechnung, bei der derzeitige Verhaltensweise für die Zukunft fortgeschrieben werden und die Dynamik der Entwicklung daher lediglich durch die Demographie vorangetrieben wird. Die Modellrechnung schreibt das Angebot an Pflegekräften (Abschnitt 15.1.1) und den Bedarf an Pflegekräften (Abschnitt 15.1.2) für den stationären Sektor getrennt fort und ermittelt die Personallücke als Differenz von Bedarf und Angebot unter Hinzurechnung bereits bestehender Personallücken zum Ausgangszeitpunkt (Abschnitt 15.1.3).

15.1.1 Angebot an Pflegekräften

Zur Vorausberechnung des Angebots an Pflegekräften wurden zunächst die altersspezifischen Anteile der Pflegekräfte in vollstationärer Pflege – differenziert nach Qualifikationsniveau – für die jeweiligen Altersgruppen (relative Häufigkeiten) aus der Pflegestatistik und der Kassenstatistik ermittelt. Tabelle 91 enthält die entsprechenden Prävalenzen, die für die weitere Berechnung konstant gehalten werden. Beträgt der *Anteil* der 30-39-Jährigen, die in der vollstationären Pflege arbeiten, derzeit X %, wird also angenommen, dass dieser Anteil auch in allen Folgejahren bis ins Jahr 2030 X % beträgt. Diese Prävalenzen werden dann mit der Personenzahl in den jeweiligen Altersgruppen multipliziert,

um eine Gesamtangebotszahl zu ermitteln. Es wird also an dieser Stelle die unterschiedliche Stärke verschiedener Geburtsjahrgänge im Zeitverlauf als Berechnungsgrundlage genutzt und die daraus entstehende Reduzierung der Anzahl von Personen im erwerbstätigen Alter einbezogen. Für die Bevölkerungsentwicklung wird dabei die 14. *Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung* des Statistischen Bundesamtes in der Variante 2 (G2L2W2) (Statistisches Bundesamt 2019a) zugrunde gelegt. Bei dieser Vorgehensweise werden sowohl die Altersabhängigkeit der Prävalenz als auch die unterschiedlichen Kohortenstärken berücksichtigt. Indem auf die Prävalenzen nur für die Heimpflege abgestellt wurde, wurden Substitutionseffekte zwischen ambulanter und stationärer Pflege ausgeschlossen. Da der Pflegemarkt derzeit ein Arbeitnehmermarkt ist, können sich die Pflegekräfte aussuchen, in welchem Sektor sie beschäftigt sein wollen. Gemäß des generellen *ceteris paribus*-Ansatzes dieser Modellrechnung wird daher davon ausgegangen, dass die Arbeitnehmerentscheidungen nicht von der Nachfrage beeinflusst werden. Da die Prävalenzen durch Kombination mehrere Statistiken ermittelt werden mussten und daher Unsicherheit aufweisen, wurde das Ergebnis auf den aktuellen Stand der Beschäftigten in der Heimpflege kalibriert. Die Prävalenzen und folglich dann auch die resultierende Angebotszahl bezieht sich auf Vollzeitäquivalente.

Tabelle 91: Altersgruppenspezifische Prävalenzen von Pflegekräften in vollstationärer Pflege

	Altersgruppe				
	19-29	30-39	40-49	50-59	60-64
QN-Level 1-2 (Assistenzkräfte ohne Ausbildung)	0,00267	0,00169	0,00220	0,00228	0,00176
QN-Level 3 (Assistenzkräfte mit 1-2-jähriger Ausbildung)	0,00124	0,00079	0,00102	0,00106	0,00082
QN-Level 4 (Fachkräfte mit mind. 3-jähriger Ausbildung)	0,00340	0,00332	0,00346	0,00317	0,00190
Pflegekräfte insgesamt	0,00670	0,00646	0,00713	0,00496	0,00709

Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf BA 2019; Statistisches Bundesamt 2018c.

15.1.2 Bedarf an Pflegekräften

Der Bedarf an Pflegekräften lässt sich ermitteln, in dem ein Personalschlüssel (Pflegekräfte pro Bewohner*in) mit der Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege multipliziert wird. Als Personalschlüssel werden hierbei zum einen die derzeit gültigen bundesdurchschnittlichen Personalschlüssel verwendet wie sie schon in Abschnitt 9.1.1 definiert wurden, und zum anderen die Personalschlüssel, die sich bei Umsetzung des Algorithmus 1.0 ergeben (Tabelle 92).

Als Startwert für 2019 wird von 785.846 Heimbewohnern ausgegangen, deren Pflegegradstruktur der der Pflegestatistik im Dezember 2017 entspricht. Für den Status quo ergibt sich hieraus ein Gesamtpflegepersonalbedarf von 321.912 Vollzeitäquivalenten.

Zur Vorausberechnung der Zahl der Pflegebedürftigen wird in der Regel ein Verfahren verwendet, bei dem die aktuellen alters- und geschlechtsspezifische Pflegehäufigkeiten als über die Zeit konstant unterstellt werden und dann mit einer Bevölkerungsvorausberechnung verknüpft werden (vgl. z. B. Rothgang 1997 oder Rothgang 2002 für eine Einführung in diese Methodik). Zur Abschätzung von Unsicherheiten können dabei einzelne kritische Parameter im Sinne von Sensitivitätsanalyse variiert werden (ebd.). Die simultane Erfassung von Unsicherheiten kann durch Kombination der in Bezug auf die resultierenden Projektionsergebnisse jeweils „höchsten“ und „niedrigsten“ Werte ermittelt werden oder durch eine probabilistische Modellierung (vgl. Bowles 2015), die z. B. auf bootstrapping-Verfahren zurückgreift wie sie auch in Abschnitt 7.4.2.4 verwendet wurden.

Tabelle 92: Verwendete Stellenschlüssel für die Vorausberechnung des Bedarfs

	Pflegeschlüssel: Pflegekraft pro Bewohner				
	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
	Status quo				
QN-Level 1-2 (Assistenzkräfte ohne Ausbildung)	0,06630844	0,09300737	0,12467792	0,16321235	0,18457027
QN-Level 3 (Assistenzkräfte mit 1-2-jähriger Ausbildung)	0,02730671	0,04303132	0,06154819	0,07472733	0,0824805
QN-Level 4 (Fachkräfte mit mind. 3-jähriger Ausbildung)	0,09361515	0,13603869	0,1862261	0,23793968	0,26705077
Pflegekräfte insgesamt	0,18723029	0,27207738	0,37245221	0,47587936	0,53410154
	Algorithmus 1.0				
QN-Level 1-2 (Assistenzkräfte ohne Ausbildung)	0,11864871	0,16108353	0,17522211	0,16199059	0,16265138
QN-Level 3 (Assistenzkräfte mit 1-2-jähriger Ausbildung)	0,09992923	0,10409951	0,17611995	0,24118549	0,15188704
QN-Level 4 (Fachkräfte mit mind. 3-jähriger Ausbildung)	0,05201332	0,05523959	0,10835817	0,25878736	0,55995844
Pflegekräfte insgesamt	0,27059126	0,32042262	0,45970023	0,66196345	0,87449687

Quelle: Rothgang & Wagner 2019.

Für die hier vorliegende Vorausberechnung wurde bewusst ein möglichst einfacher Ansatz gewählt: Anhand der altersspezifischen Pflegeprävalenz für vollstationäre Pflege für Dezember 2017 und der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung haben Rothgang & Domhoff (2019) die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege vorausberechnet: Hierzu wurde die Entwicklung der Bevölkerung entsprechend der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes für die Jahre 2017 bis 2060 (Variante „Kontinuität bei schwacher Zuwanderung“, G1L1W1) verwendet (Statistisches Bundesamt 2019b). Auf diese Bevölkerungsstruktur wurden über Zeit konstante Pflegeprävalenzen differenziert nach Alter, Geschlecht und Pflegegrad sowie über Zeit konstante Inanspruchnahmequoten einzelner Leistungen des SGB XI angewendet. Als Datengrundlage für diese Prävalenzen und Quoten wurden die vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlichten Angaben der Kassenstatistiken zur Zahl der Versicherten in der SPV nach Alter und Geschlecht (BMG 2019e), zur Prävalenz der Pflegegrade nach Alter und Geschlecht in der SPV (BMG 2019c) und zu den Leistungsempfängern in der SPV nach Alter, Geschlecht und Leistungsart (BMG 2019d) verwendet.

Werden die dort errechneten Fallzahlen mit den Stellenschlüsseln der Tabelle 66 multipliziert, ergibt sich der Pflegepersonalbedarf für vollstationärer Pflege in Vollzeitäquivalenten, und zwar für die Pflegekräfte insgesamt, aber auch differenziert nach Qualifikationsniveaus. Diese Zahlen werden für den Status quo ebenso wie für den Algorithmus 1.0 berechnet.

In der Vergangenheit waren in der Pflegestatistik und der Kassenstatistik ausgewiesenen altersspezifischen Pflegeprävalenzen tatsächlich über längere Zeiträume konstant, so dass die Modellrechnungen diesbezüglich vergleichsweise verlässlich waren. Durch die Reformen der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008, Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2013 und die Pflegestärkungsgesetze 2015 und 2017) sind die altersspezifischen Pflegeprävalenzen dann aber im Zeitverlauf gestiegen (Rothgang et al. 2013: 75 ff. und 2015: 76 ff.). Insofern führt die Verwendung der Prävalenzen für 2017 womöglich zu einer Unterschätzung der Zahl der Pflegebedürftigen. Das zeigt sich auch bereits im Vergleich zu den tatsächlichen Fallzahlen für 2018. Allerdings beziehen sich diese Unterschiede insbesondere auf den Pflegegrad 1 (Rothgang & Domhoff 2019: 44), der für die hier behandelte Fragestellung von untergeordneter Bedeutung ist.

15.1.3 Pflegepersonallücke

Die Pflegepersonallücke ergibt sich grundsätzlich als Differenz von Bedarf und Angebot. Für den Startzeitpunkt ist diese Lücke im Status quo definitorisch zunächst auf null gesetzt. Dies widerspricht bei den Fachkräften aber der aktuellen Situation. Bei Fachkräften gibt es nämlich derzeit bereits eine erhebliche Personallücke, die in Anlehnung an den Bericht der Bundesagentur für Arbeit vom Mai 2019 (BA 2019b) für vollstationäre Pflege mit 20.000 Vollzeitäquivalenten angesetzt wurde. Für Pflegefachkräfte wird die Personallücke daher als Summe der Lücke zum Startzeitpunkt und der Differenz von Bedarf und Angebot definiert, die sich demographisch bedingt ergibt.

„Bei Altenpflegehelfern zeigt sich hingegen kein Engpass. Arbeitslose Altenpflegehelfer gibt es deutlich mehr als gemeldete Stellen“ (BA 2019b: 14). Demnach suchten „neun von zehn Arbeitslosen mit Zielberuf Altenpflege [...] eine Tätigkeit auf Helferniveau (27.700 Personen). Dieser Anteil war in den letzten Jahren gleichbleibend hoch“ (BA 2019b: 10). Für die Qualifikationsniveaus 1-2 wird daher für 2019 *keine* Personallücke unterstellt. Auch für die Folgejahre liegt die Vermutung nahe, dass Pflegekräfte ohne Ausbildung in hinreichender Zahl zur Verfügung stehen bzw. entsprechend geschult und eingestellt werden können. Dies ist anders bei Pflegehelfern mit ein- oder zweijähriger Ausbildung: „Bezieht man in die Engpassbetrachtung jedoch ausschließlich Helfer mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung mit ein [...], zeigt sich ein anderes Bild. Hier war das Verhältnis von Arbeitslosen zu Stellen zuletzt nahezu ausgeglichen: auf 100 Helferstellen in der Altenpflege kommen 113 Arbeitslose mit der entsprechenden Qualifikation. Damit lassen sich auch für Altenpflegehelfer mit Berufsausbildung Anzeichen für einen Engpass feststellen“ (BA 2019b: 14 f.). Für diese Personalkategorie wird daher unterstellt, dass es im Status quo 2019 keine Lücke gibt, sich demographisch bedingt jedoch ab 2020 die Schere zwischen Bedarf und Angebot öffnet und eine Personallücke produziert. Im Algorithmus 1.0 zeigt sich auch schon im Jahr 2019 eine Lücke, die dem Mehrbedarf dieses Algorithmus im Vergleich zum Status quo entspricht.

Die Gesamtpersonallücke ergibt sich als Summe der (nicht-negativen) Lücken für die QN 1 und 2; QN 3 sowie QN 4. Implizit wird dabei – recht restriktiv – unterstellt, dass eine Personallücke in einer Personalkategorie nicht durch einen etwaigen Überschuss in einer anderen kompensiert werden kann.

15.2 Ergebnisse der Vorausberechnung

Abbildung 110 und Abbildung 111 zeigen die sich ergebenden Personallücken für die Gesamtheit aller Pflegekräfte und zwar sowohl bei Anwendung der derzeitigen Pflegepersonalschlüssel (Abbildung 110) als auch bei Anwendung des Algorithmus 1.0 (Abbildung 111).

Zur besseren Einordnung dieser Ergebnisse ist es notwendig, diese Personallücke nach dem *Qualifikationsniveau der Pflegekräfte* zu differenzieren. Für *Pflegekräfte ohne Ausbildung* wird unterstellt, dass diese im erforderlichen Ausmaß eingestellt werden können. Anders ist dies bei den Assistenzkräften mit ein- oder zweijähriger Ausbildung nach Landesrecht. Derzeit übersteigt die Zahl der Arbeitssuchenden die der offenen Stellen noch um 13 % (BA 2019b: 15). Da die Zahl der offenen Stellen aber nur einen Bruchteil der besetzten Stellen ausmacht und auch bei ausgeglichenem Arbeitsmarkt immer offene Stellen vorhanden sind (Friktionsarbeitslosigkeit) wird unterstellt, dass die steigende Nachfrage bei sinkendem Angebot auch im Status quo zu einer Personallücke führen wird, die – basierend auf der demographischen Entwicklung – bis ins Jahre 2030 auf 12 Tsd. Vollzeitäquivalente ansteigt (Abbildung 112). Wird das Personalbemessungsinstrument umgesetzt, steigt diese Personallücke um rund 100 Tsd. Vollzeitäquivalente. Damit zeigt sich der für den Arbeitsmarkt für Pflege-

kräfte relevanteste Effekt: Zusätzlich benötigt werden insbesondere Pflegekräfte mit ein- oder zweijähriger Ausbildung nach Landesrecht, die in der bisherigen Diskussion über einen Pflegefachkräftemangel bisher noch nicht im Mittelpunkt gestanden haben.

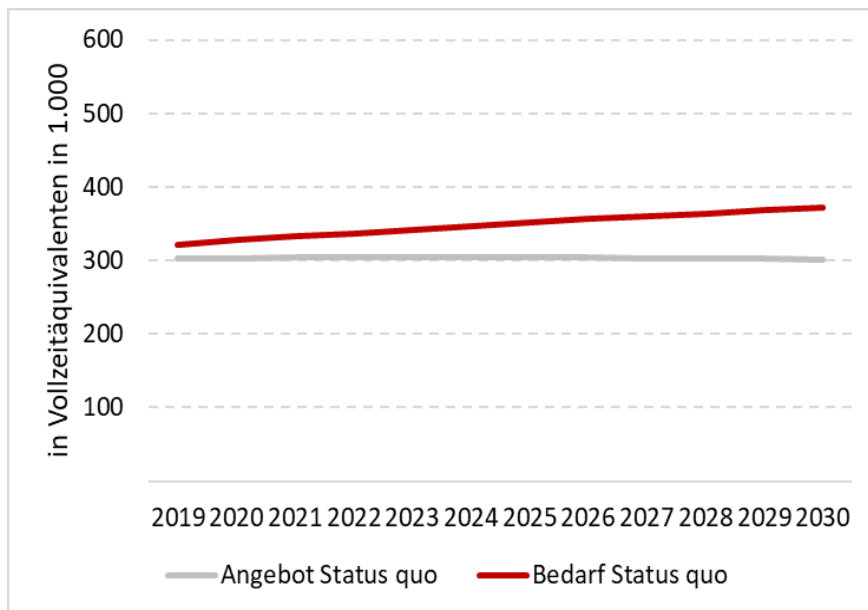


Abbildung 110: Angebot, Bedarf und Versorgungslücke im Status quo (alle Qualifikationsniveaus)

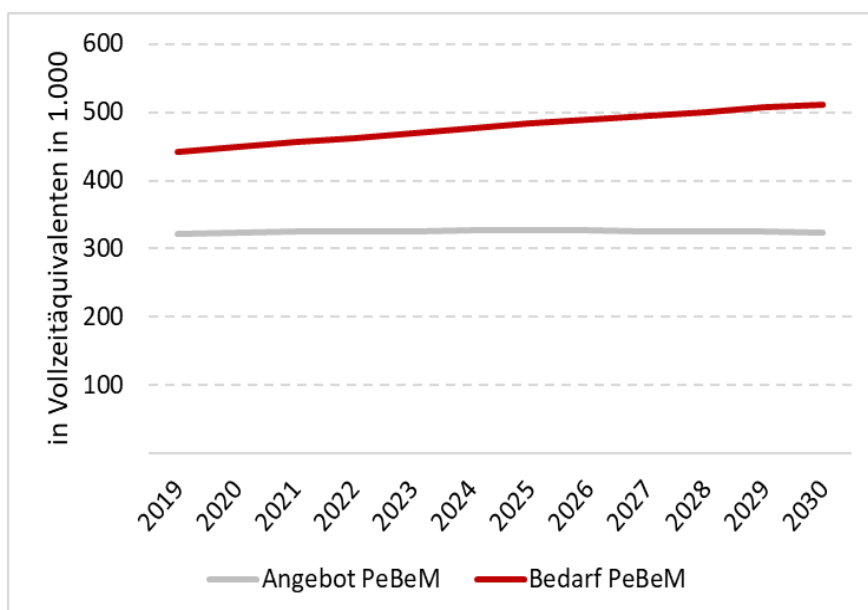


Abbildung 111: Angebot, Bedarf und Versorgungslücke nach Umsetzung des Personalbemessungsinstruments (alle Qualifikationsniveaus)

Im Status quo geht das Pflegepersonalangebot – demographisch bedingt – von 2019 bis 2030 nur in geringem Maße, nämlich um 6,1 % zurück. Gleichzeitig steigt der Bedarf aber – ebenfalls rein demographisch bedingt – um rund 15,5 %. Zusammen mit der im Ausgangspunkt bereits bestehenden Personallücke (für Pflegefachkräfte) von 20 Tsd. Vollzeitäquivalenten resultiert aus diesen beiden Entwicklungen eine Gesamtpersonallücke (Differenz der beiden Kurven) von 71 Tsd. Vollzeitäquiva-

lenten im Jahr 2030 (Abbildung 110). Die Anwendung des Algorithmus 1.0 ändert an den Wachstumsraten für Angebot und Bedarf wenig. Die absolute Personallücke (Differenz der beiden Kurven) liegt dagegen schon 2019 bei 119 Tsd. und steigt bis 2030 auf 186 Tsd. Vollzeitäquivalente (Abbildung 111).

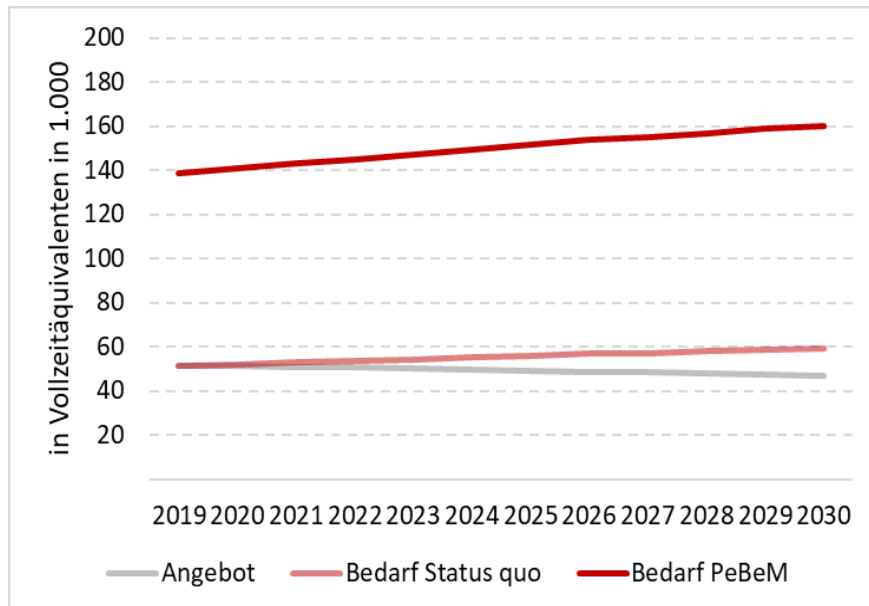


Abbildung 112: Angebot, Bedarf und Personallücke an Assistenzkräften mit ein- oder zweijähriger Ausbildung (QN 3) in Pflegeheimen im Status quo und bei Umsetzung des Personalbemessungsinstruments

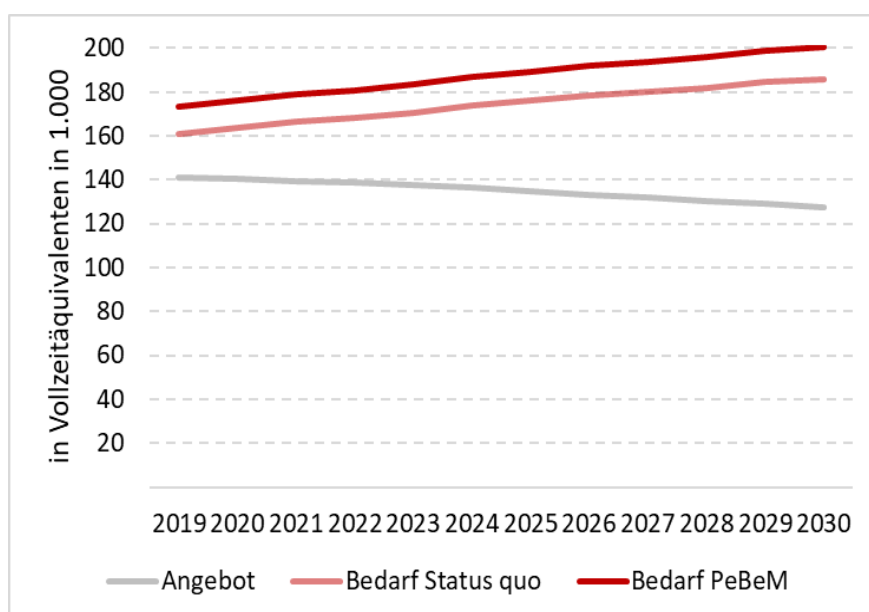


Abbildung 113: Angebot, Bedarf und Personallücke an Pflegefachkräften (QN 4) in Pflegeheimen im Status quo und bei Umsetzung des Personalbemessungsinstruments

Bei den *Pflegefachkräften* verhält es sich dagegen genau umgekehrt: Auch ohne Umsetzung des Personalbemessungsinstruments wächst die Fachkräftelücke – ceteris paribus – von rund 20 Tsd. Vollzeitäquivalenten im Jahr 2019 auf mehr als 59 Tsd. im Jahr 2030 (Abbildung 113, Differenz zwischen

der hellroten und der grauen Linie). Die Umsetzung des Personalbemessungsinstruments erhöht diese Lücke dann lediglich um weniger als 15 Tsd. Rund 80 % der für das Jahr 2030 zu erwartenden Personallücke sind damit auf die demographische Entwicklung und nicht auf die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens zurückzuführen.

Alle Ergebnisse der Projektion sind zur besseren Übersicht in Tabelle 93 noch einmal zusammengefasst. Bei allen ausgewiesenen Werten handelt es sich nicht um die insgesamt zur Versorgung benötigten Personalmengen, sondern um die jeweiligen *Personallücken*, also die Differenz aus Personalbedarf und Personalangebot.

Tabelle 93: Personallücke in VZÄ 2019 und 2030 nach Qualifikationsniveaus

	Pflege- fachkräfte (QN 4)	Ausgebildete Assistenzkräf- te (QN 3)	Assistenz- kräfte (QN 1-2)	Insgesamt
Bestehende Personallücke 2019	20.000	0	0	20.000
Zusätzliche Personallücke 2030, demographisch bedingt	39.000	12.000	0	51.000
Zusätzliche Personallücke 2030, bei vollständiger Umsetzung PeBeM	15.000	100.000	0	115.000
Insgesamt 2030	74.000	112.000	0	186.000

Quelle: eigene Berechnungen.

Die Brisanz dieser Entwicklung ist von der Politik inzwischen erkannt worden, und die Konzertierte Aktion Pflege hat eine Reihe von Vorschlägen entwickelt, wie dieser Entwicklung entgegengetreten werden kann. Die Politik hat sich damit bislang – vollkommen zu Recht – auf die Pflegefachkräfte-lücke konzentriert und Maßnahmen dagegen eingeleitet. Die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens verschärft diese Problemlage nicht entscheidend. Diese Umsetzung erzeugt aber ein *neues Problem* auf dem Arbeitsmarkt für Pflegekräfte, das bisher nicht im Zentrum der Überlegungen gestanden hat: Die Bereitstellung einer hinreichenden Zahl an Pflegeassistentenkräften mit ein- oder zweijähriger Ausbildung nach Landesrecht. Zusätzlich – und nicht substitutiv – zu den bisher eingeleiteten Maßnahmen müssen daher Anstrengungen unternommen werden, auch hier das Arbeitsangebot mittelfristig zu erhöhen.

16 Konzeptionelle Erprobung der Instrumente

Der Gesetzauftrag des § 113c SGB XI bezieht sich nicht nur auf die Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens, sondern auch auf dessen Erprobung. Nähere Ausführungen dazu, wie dieser Erprobungsauftrag umzusetzen ist, sind im Gesetzestext sinnvollerweise nicht enthalten, da sich ein Erprobungsgegenstand und seine angemessene Erprobungsmethode oft gegenseitig bedingen. Zu vermuten ist, dass beim Verfassen des Gesetzestextes davon ausgegangen wurde, dass das Personalbemessungsinstrument stärker theoretisch und literaturgestützt entwickelt würde, so dass eine angemessene Erprobung in Form eines Art Funktionstests erforderlich gewesen wäre. Die starke empirische Fundierung und die mehrfachen Konsentierungen während des Entwicklungsprozesses haben letztlich jedoch dazu geführt, dass in Bezug auf die Funktionsfähigkeit und Anwendbarkeit des Algorithmus 1.0 kein Erprobungsbedarf ersichtlich wurde.

Sinnvoller Inhalt einer Erprobung war nach Sicht des Auftragnehmers deshalb vielmehr eine Erforschung der Bedingungen, Anforderungen und Vorbereitungen, die für eine flächendeckende Einführung des Instrumentes nötig sein würden und das Einholen eines Feedbacks zu den ersten Ergebnissen des Personalbemessungsinstrumentes aus der Praxis. Dieser Prozessschritt wurde deshalb als *konzeptionelle Erprobung* benannt und in Form einer qualitativen Interviewstudie umgesetzt. Betont werden muss dieses methodische Vorgehen, um schon an dieser Stelle eine Einordnung der später vorgestellten Ergebnisse zu ermöglichen. So handelt es sich bei den Aussagen der verschiedenen einbezogenen Experten um deren jeweilige individuelle Perspektiven und Schwerpunkte. Diese sind dabei immer von den Vorerfahrungen, Reflexionsebenen und fachlichen Blicken auf den Gegenstand geprägt. Alle Aussagen sind dabei als wohlbegründete Hypothesen über die Erfordernisse und Wirkzusammenhänge des Pflegesektors zu verstehen und erheben keinen Anspruch auf vollständige Kohärenz. Vielmehr ergibt die Zusammenschau der unterschiedlichen Perspektiven und auch der teilweise gegensätzlichen Einschätzungen erst das intendierte Gesamtbild, das seinerseits als Ausgangspunkt einer modellhaften und flächendeckenden Einführung genutzt werden kann. Friktionen zwischen den Aussagen der verschiedenen Experten sind somit geeigneter Ausgangspunkt einer multiperspektivischen Einführung.

Die konzeptionelle Erprobung des Personalbemessungsverfahrens wurde als Auftragsweiterung mit angepassten Handlungsschritten ab September 2019 bis zum Mai 2020 erarbeitet (Abschnitt 3.4). Dazu wurde das Arbeitspaket erstens um die beschriebene *Interviewstudie* erweitert, deren Ergebnisse Gegenstand dieses Kapitels sind. Im zweiten Handlungsschritt wird ab 30.04.2020 eine modellhafte Einführung des Instrumentes auf Grundlage dieser Erkenntnisse vorbereitet. Nachstehend werden die Ziele der konzeptionellen Instrumentenerprobung und die methodische Vorgehensweise aufgezeigt (Abschnitt 16.1 und 16.2) bevor eine Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse präsentiert (Abschnitt 16.3) und im Anschluss ein Fazit gezogen werden, in dem Empfehlungen für das weitere Vorgehen gegeben werden (Abschnitt 16.4).

16.1 Hintergrund

Im Zweiten Zwischenbericht des Projektes PeBeM wurden in Abschnitt 15.2.2.2 Herausforderungen genannt, die mit einer flächendeckenden Einführung des Instrumentes vor allem für die Einrichtungen der stationären Langzeitpflege verbunden sind. Diese Herausforderungen wurden als Ausgangspunkte der Konzeptionellen Erprobung genutzt. So sollten durch Expertenbefragungen Erkenntnisse über hemmende und fördernde Rahmenbedingungen auf Ebenen der Personal- und Organisationsentwicklung und weiteren potentiell einflussnehmenden Kernbereichen wie der Digitalisierung, dem

Arbeitsschutz sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung generiert und auch unter pflegewissenschaftlichen Gesichtspunkten diskutiert werden. An erster Stelle stand somit die Beurteilung der Anwendbarkeit des Instrumentes in Bezug auf den erforderlichen Einführungsprozess, die durch Expertenwissen geleitete Antizipation seiner Voraussetzungen und Effekte. Im weiteren Verlauf können die gewonnenen Erkenntnisse somit direkt als Grundlage für die Vorbereitung der modellhaften Einführung genutzt werden.

16.2 Projektdurchführung

Da die Konzeptionelle Erprobung als Interviewstudie angelegt war, wurde ein qualitatives Forschungsdesign mit dem Fokus auf der Umsetzung und Auswertung von Experteninterviews gewählt. Um hiermit eine multiperspektivische Einschätzung der Einführungsanforderungen erhalten zu können, wurden für die Einzelinterviews und Gruppendiskussion Einrichtungsleitungen und Verbandsvertreter auf der Anbieterseite sowie Fachpersonen aus den Bereichen Pflegewissenschaft, Personal- und Organisationsentwicklung, Digitalisierung, Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung einbezogen. Zur Vorbereitung auf die Interviews war es erforderlich, die Interviewteilnehmer*innen schon vor der mittlerweile erfolgten Publikation des Zweiten Zwischenberichtes über dessen quantitative Kernerkenntnisse und den Prozessstand des Gesamtverfahrens zu informieren. Hierzu wurden den Interviewpartnern diese Ergebnisse als Gesprächsgrundlage nach Verpflichtung zur Verschwiegenheit (A 4.1) in Form des Entwurfes der Kurzversion des Zweiten Zwischenberichtes zur Verfügung gestellt. Im Erhebungszeitraum von Mitte November 2019 bis einschließlich Januar 2020 konnten insgesamt 26 Personen im telefonischen oder persönlichen Kontakt befragt werden. Zur Realisierung des Vorhabens wurde zunächst das Datenschutzkonzept erweitert (Abschnitt 16.2.1) und ein Interviewleitfaden in Absprache mit dem Auftraggeber entwickelt (Abschnitt 16.2.2). Anschließend wurde die Interviewstudie bei einer unter festgelegten Kriterien ausgewählten Stichprobe durchgeführt und ausgewertet (Abschnitt 16.2.3).

16.2.1 Datenschutzkonzept

Das vorhandene Datenschutzkonzept wurde um die Prozesse, Anforderungen und Dokumente der qualitativen Erhebung ergänzt (A 4.1). Nach Information und Einwilligung der Teilnehmer in das Interview und die Gruppendiskussion konnten diese aufgezeichnet und für die anschließende Auswertung auf dem Server der Universität Bremen gespeichert werden. Zur Pseudonymisierung der Daten wurde vom Studienteam eine ID-Liste erstellt und die Speicherung der Audiodateien ausschließlich unter der jeweiligen Experten-ID durchgeführt. Aufgrund der angestrebten Auswertungstiefe konnte auf eine – zur hermeneutischen Rekonstruktion unerlässliche – vollständige Transkription der Interviewdaten verzichtet werden. Vielmehr wurden die Audiodateien vom Studienteam direkt ausgewertet und in Form von Exzerpten ebenfalls pseudonymisiert gespeichert.

16.2.2 Erhebungsinstrument

Zur Durchführung der Einzelinterviews und der Gruppendiskussion wurde ein – zuvor mit den Auftraggebern abgestimmter – Interviewleitfaden genutzt, der je Themenkomplex und Befragungsgruppe standardisierte Erzählstimuli in Frageform beinhaltete (A 7.1). Der Interviewleitfaden umfasst dabei Fragestellungen zu Organisations- und Personalentwicklungsprozessen, zur demographisch verändernden Situation auf dem Arbeitsmarkt, zur flächendeckenden Übertragbarkeit der Instrumente sowie zu Potenzialen zur Effizienzsteigerung pflegerischer Tätigkeiten im Bereich von Digitalisierung sowie Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung.

Innerhalb dieser inhaltlichen Fragenkomplexe wurden jeweils 4 bis 7 standardisierte Erzählstimuli in Fragenform ausgearbeitet, die allerdings in ihrer Reihenfolge flexibel angewendet wurden. In Abhängigkeit von der Expertise des jeweiligen Interviewpartners wurden während des konkreten Interviews (siehe hierzu auch den nachfolgenden Punkt *Auswahl und Beschreibung der Stichprobe*) nur die Erzählstimuli eingesetzt, die in der konkreten Gesprächssituation fachlich angemessen waren. Jedoch konnte diese Struktur innerhalb des Interviews immer durch tiefergehende Nachfragen und Explikationswünsche erweitert werden, so dass in den Erzählungen der Befragten nur Antworten und Positionen erwartet wurden, die sich aus dem eigenen Erfahrungshintergrund unter Einbezug der von außen an sie herangetragenen Informationen geben lassen.

16.2.3 Auswahl und Beschreibung der Stichprobe

Analog den Themenfeldern des Interviewleitfadens wurden zuerst mögliche Zielgruppen zur Interviewdurchführung und – sofern möglich – schon konkrete Experten*innen als Interviewpartner recherchiert und identifiziert. Im Ergebnis wurden die folgenden sechs Zielgruppen zum Einbezug in die Studie ausgewählt:

- Einrichtungsleitungen und geschäftsführende Personen,
- Verbandsorganisation,
- Wissenschaftliche Experten*innen,
- Consulting,
- Digitalisierung,
- Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung.

Die Teilnehmer*innen aus der Gruppe der *Einrichtungsleitungen und geschäftsführenden Personen* wurde zum Großteil aus dem Pool der teilnehmenden Einrichtungen aus der quantitativen Erhebung nach den Merkmalen von zugehöriger Trägerschaft und Bundesland gezogen. Dabei sollten zehn Teilnehmer*innen einbezogen werden. Auf Wunsch des Auftraggebers wurde die Auswahl ergänzt. An der Gruppendiskussion nahmen zwei geschäftsführende Personen aus Baden-Württemberg und Bayern teil (Tabelle 94).

Tabelle 94: Einrichtungsleitungen und geschäftsführende Personen nach Merkmalen

Einrichtungsleitungen und geschäftsführende Personen	Bundesland	Trägerschaft	Erhebungsdetails
	BB (1)	FW (7)	10 Einzelinterviews
	BY (2)	P (4)	1 Gruppendiskussion
	BW (2)	Ö (1)	
	HB (1)		
	HE (1)		
	MV (1)		
	NI (1)		
	NRW (1)		
	RP (1)		
	SN (1)		

Zur Erhebung der Perspektiven der übergeordneten Verbandsorganisationen konnten drei Interviews durchgeführt werden. Hierbei waren die Verbände der freigemeinnützigen und die privaten Träger auf Bundesebene sowie die öffentlichen Träger jeweils mit einem Interview vertreten.

Zur *pflgewissenschaftlichen* Einschätzung waren Einzelinterviews angestrebt, bei denen drei professorale Fachwissenschaftler*innen einbezogen werden sollten. Dazu wurde jeweils eine Person re-

krutiert, die an der Umsetzung des Projektes direkt beteiligt war, eine, die in die projektbegleitende Gremienstruktur einbezogen war, und eine, die in zusätzlicher beratender Form eingebunden war. Ergänzt wurde dies während der Durchführung der Interviewstudie durch eine vierte pflegfachliche Person, die zuvor noch in keiner Beziehung zum Projekt PeBeM aktiv geworden war.

Zu Fragestellungen aus dem Bereich *Consulting* waren zwei Einzelinterviews vorgesehen. Realisiert wurden hier drei Interviews, davon zwei mit geschäftsführenden Personen deutscher Consulting-Unternehmen und – zur Erweiterung der Perspektive um einen internationalen Blickwinkel – mit einer Beraterin einer Unternehmensberatung aus Österreich.

Zu Fragen der *Digitalisierung* wurden zwei Einzelinterviews durchgeführt. Dabei wurde jeweils eine geschäftsführende Person aus dem Dienstleistungsbereich der Soft- und Hardware in Altenpflegeeinrichtungen und aus dem Bereich von Forschung und Praxistransfer einbezogen.

Zu Fragestellungen aus dem Bereich *Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung* fand je ein Interview mit einem Mitarbeiter der BGW und einem Experten aus dem Bereich Arbeitsmedizin statt.

Die Einzelinterviews wurden akustisch aufgezeichnet, die Gruppendiskussion in Form eines Diskussionsprotokolls konserviert. Die akustischen Aufzeichnungen wurden nicht transkribiert, sondern direkt ausgewertet. Zu jeder Interviewaufzeichnung wurde von der interviewführenden Person ein Exzerpt (A 7.2) verfasst, das bereits die inhaltlich als wichtig bewerteten Aussagen herausarbeitet. Mit dem Ziel, Erkenntnisse für die modellhafte Einführung zu gewinnen, wurden die Interviews mittels der F4-Analyse-Software inhaltsanalytisch und thematisch gegliedert zusammengeführt.

In den folgenden Ergebnisdarstellungen wird an vielen Stellen auf besonders charakteristische Ankeraussagen oder auch auf abweichende Einzelaussagen Bezug genommen. Aus Gründen der Anonymitätswahrung wurde zwar auf direkte Zitate weitgehend verzichtet, den Ergebnisaussagen sind jedoch die IDs der befragten Personen zugeordnet. Zusätzlich konnte den numerischen IDs in vielen Fällen auch unter Wahrung der Anonymität die vorstehend beschriebene Gruppenzuordnung hinzugefügt werden. Dabei werden Personen aus der Gruppe der Einrichtungsleitungen/Geschäftsführungen mit dem Buchstaben *E* markiert, Verbandsvertreter*innen mit dem Buchstaben *V*, Wissenschaftler*innen mit dem Buchstaben *W* und Consultants mit dem Buchstaben *C*.

16.3 Ergebnisse

Als Ergebnis der konzeptionellen Erprobung der Personalbemessungsinstrumente konnten Erkenntnisse gewonnen werden, die zur Vorbereitung der *modellhaften Einführung* einen entscheidenden Handlungsrahmen erzeugen (Abschnitt 16.3.1). Zur längerfristigen Einschätzung liegen ebenfalls zahlreiche Einschätzungen zu den Notwendigkeiten einer *flächendeckenden Implementierung des Personalbemessungsinstrumentes* vor (Abschnitt 16.3.2). Beide Einführungsschritte werden dabei in Verbindung mit allgemeinen und auch verbindlichen Kriterien und gesetzlichen Vorgaben gesetzt, die als Voraussetzung bei einer Einführung auf der Ebene der *Rahmenbedingungen* berücksichtigt werden sollten (Abschnitt 16.3.3). Die daraus zu erwarteten *Effekten und Folgen einer Umsetzung des Personalbemessungsinstrumentes* sind in Abschnitt 16.3.4 dargestellt. Einzelne Interviewpartner*innen nahmen außerdem die quantitativen *Ergebnisse* gesondert in den Blick und bewerteten diese (Abschnitt 16.3.5).

16.3.1 Modellhafte Einführung

Die meisten Aussagen der Einzelinterviews und Gruppendiskussion wurden zur Vorbereitung und Durchführung einer modellhaften Einführung des Personalbemessungsinstrumentes getätigt. Sie beziehen sich also direkt auf eine zeitnah beginnende Modellphase, wie sie bereits in den Empfehlungen des Zweiten Zwischenberichtes skizziert wurde. Die dort kurz angerissenen Rahmenüberlegungen strukturieren entsprechend auch die Aussagen, die zur Modellhaften Einführung evoziert wurden. Diese Aussagen wiederum konnten den Kategorien *Organisationsentwicklung* (Abschnitt 16.3.1.1), *Personalentwicklung* (Abschnitt 16.3.1.2), *Digitalisierung* (Abschnitt 16.3.1.3), *Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung* (Abschnitt 16.3.1.4), *Modelleinrichtungen* (Abschnitt 16.3.1.5), *Evaluation* (Abschnitt 16.3.1.6) und der Kategorie *Zeitplan für eine modellhafte Einführung* (Abschnitt 16.3.1.7) zugeordnet werden.

16.3.1.1 Organisationsentwicklung

Die Interviewpartner*innen stimmen allgemein der Annahme zu, dass in stationären Einrichtungen bei Umsetzung der ausgearbeiteten Personalbemessung durch den entstehenden Einsatz von Mehrpersonal in größerem Umfang *Organisationsentwicklungsprozesse* nötig sein werden. Diese sind primär erforderlich, um Ineffizienzen in den Arbeitsabläufen identifizieren zu können, die Arbeitsprozesse entsprechend zu optimieren und das Mehrpersonal dadurch strukturiert einsetzen zu können. Ergänzend betonen die Expert*innen ID 114W und ID 119C dabei, dass solche Prozesse aber auch ganz unabhängig von den Ergebnissen der Studie zur Personalbemessung erforderlich seien.

Zur Vorbereitung und konkreten Ausgestaltung der Organisationsentwicklungsprozesse ist die Entwicklung von Konzepten erforderlich, die aus Sicht der Expert*innen definierte *Zielkriterien* zum Ausgang haben sollen. Die Zielkriterien werden dabei auf der Ebene abstrakter Ansprüche gesehen, etwa der Qualitätssteigerung, der Mitarbeiterentlastung und -zufriedenheit oder der Optimierung der Arbeitsprozess (ID 111V; ID 113W). Ihre Auswahl soll auf allgemeinen pflegfachlichen Erkenntnissen und den Implikationen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Speziellen beruhen. Dabei seien Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft als eng miteinander verbundene Bereiche ganzheitlich zu behandeln. Gefordert wird somit ein kriteriengeleitetes Rahmenkonzept, das dann individualisiert auf die Einrichtungen zugeschnitten angewendet werden kann. Als wesentliche Anwendungsvoraussetzung wird dabei festgehalten, dass die Umsetzung der Zielkriterien in den Konzepten anhand der individuellen Spezifika der Einrichtungen erfolgen müssen (z. B. ID 102E; ID 103E; ID 107EE; ID 109EE; ID 113W). Geschlossene und einheitliche Konzepte, die eine Standardisierung der Organisationsprozesse vorsehen, werden somit nicht als zielführend angesehen. Die Organisationsentwicklung soll im Sinne einer Prozessbegleitung mit individuellem Handlungsspielraum erfolgen, konzeptionelle Impulse setzen, um entsprechende Strukturen einzuführen und dabei lediglich rechtliche Normen als verpflichtend enthalten.

Als zentrale zu beachtende Einrichtungsspezifika werden vor allem die Einrichtungsgröße, die bestehenden Organisationsstrukturen und die konzeptionell verankerten Pflegekonzepte benannt. Bei der Einschätzung, wie, welche Spezifika in den unterschiedlichen Ausgestaltungen der Organisationsentwicklung zu berücksichtigen seien und welche Aufwände hierdurch verursacht werden, ergibt sich kein kohärentes Bild. So sind sich die Experten bei der Beachtung der Einrichtungsgröße uneins, ob in größeren oder kleineren Einrichtungen ein höherer Aufwand in der Organisationsentwicklung erwartet wird (ID 102E; ID 103E). Bei den Organisationsstrukturen sind besonders die bestehenden Personaleinsatzkonzepte, etwa ein wohnbereichsübergreifender oder in Wohngruppen organisierter Personaleinsatz, und die unterschiedlichen Pflegekonzepte einzubeziehen (ID 109E; ID 116W). Betont

wird dabei, dass im Rahmenkonzept konzeptionell hinterlegt sein müsse, dass auch ganzheitliche Pflegekonzepte wie Primary Nursing umgesetzt werden können. Es wird gefordert, an dieser Stelle die Möglichkeit zu nutzen, auch bereits entwickelte innovative Konzepte für einen kompetenzorientierten Einsatz, die bisher unter anderem wegen ordnungsrechtlicher Vorgaben nicht umfassend umgesetzt und erprobt werden konnten, einzubeziehen. Gestützt wird diese Perspektive eines zu individualisierenden Rahmenkonzepts insbesondere durch eine Einrichtungsleitung, die expliziert, dass ein Organisationsentwicklungskonzept aus ihrer Sicht *nur* unter Einbezug der Pflegepraxis und auch der Mitarbeiter*innen vor Ort in den Einrichtungen entwickelt werden könne (ID 109E). Die kontraproduktive Überfrachtung mit externen konzeptionellen Inhalten sollte nach Expert*innenmeinung (ID 116W) vermieden werden.

Die Expert*innen geben zum Teil sehr detailliert an, wie die Konzepte *inhaltlich* ausgestaltet werden könnten. Demnach seien konzeptionelle Instrumente erforderlich, die die Einrichtungen als roten Faden nutzen können, die aber gleichzeitig einen Handlungsspielraum zur einrichtungsindividuellen Ausgestaltung bieten (z. B. ID 116W; ID 120C; ID132; ID 133E). Dafür werde unter anderem ein Instrument zur *Bedarfsanalyse* benötigt, welches beispielsweise Ablaufstrukturen, Arbeitsverteilungen und Steuerungsprozesse in den Blick nehme und dadurch ineffiziente Arbeitsabläufe aufdecken könne (ID 113W; ID 116W; ID 125; ID 119C). Anhand dieser Ergebnisse könnten dann individuell entsprechend dem Bedarf die Maßnahmen erarbeitet werden. Im Konzept sollte demnach ein *Katalog an Maßnahmen* unter anderem zur Arbeitsorganisation, der Umsetzung differenzierter Pflegekonzepte, eines kompetenzorientierten Personalmixes, zu flexiblen Arbeitszeitgestaltung und -modellen, zur Dienstplangestaltung und dem Controlling enthalten sein. Um die Mitarbeiter*innen in den Pflegeeinrichtungen entsprechend vorzubereiten und zu qualifizieren, seien darüber hinaus Maßnahmen zur Personalentwicklung notwendig. Organisationsentwicklung und Personalentwicklung seien nicht voneinander trennbar (ID 114W, siehe auch Abschnitt 16.3.1.2).

Zur Vermeidung von Ineffizienzen sehen die Expert*innen neben Potenzialen in der Digitalisierung (siehe auch Abschnitt 16.3.1.3), vor allem Potenziale bei der Dokumentation, der Zuordnung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten in den Funktionsbereich Hauswirtschaft und einer kompetenzorientierten Aufgabenteilung zwischen allen beteiligten Mitarbeiter*innen (ID 102E; ID 109E; ID 114W). Eine Expertenmeinung sieht die entsprechende Schnittstellendefinition auf Ebene des Leitungsteams, in dem die drei Perspektiven der ganzheitlichen Versorgung aus Pflege (Pflegedienstleitung), Hauswirtschaft (Hauswirtschaftsleitung) und Teilhabe (Einrichtungsleitung) zusammengebracht werden (ID 112V). Dies umzusetzen ist allerdings an die Bedingung geknüpft, *Tätigkeitsprofile* der einzelnen Pflegepersonen zu definieren (ID 104E). Dazu brauche es Aufgabenbeschreibungen der einzelnen Qualifikationen. Eine strenge Aufsplitterung der einzelnen Tätigkeiten sei allerdings zu vermeiden (ID 116W; ID 114W). Es seien Beschreibungen erforderlich, die kritisch reflektieren, welche Aufgaben beispielsweise derzeit von Pflegefachkräften übernommen würden, zukünftig allerdings dem Tätigkeitsprofil einer Assistentkraft zugeordnet werden müssten und welche Tätigkeiten dagegen nun im Fokus der Pflegefachkraft stehen. Bei der Erarbeitung von Stellenausschreibungen sehen es zwei Expert*innen (ID 131; ID 132E) als notwendig an, eine genaue Zuordnung der Bereiche Pflege/Betreuung, Hauswirtschaft und Verwaltung vorzunehmen und zu fragen, wie mit Personen umzugehen sei, die nicht in der Vergütungssystematik einbezogen werden können, die aber zukünftig vermehrt eine Rolle einnehmen. Dazu gehören beispielsweise Fachkräfte mit EDV-Kenntnissen. Bei allem müssen pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung gleichberechtigt ineinandergreifen (ID 112V).

Es liegen zudem Aussagen vor, die die zukünftigen Tätigkeitsprofile des Managements, der Pflegefachkraft und der Pflegeassistentkraft beschreiben. *Das Management* sehe sich nach Angabe der In-

interviewpartner*innen neben den bisherigen Tätigkeiten verstärkt mit Aufgaben der Koordination und Steuerung des (Mehr-) Personals, der Stärkung und Motivation des (Mehr-) Personals, der Förderung von innovativen Ideen, des Controllings der Prozesse wie die Durchführung von regelmäßigen Teambesprechungen und Zufriedenheitsabfragen der Mitarbeiter sowie der Steuerung von Qualitätsentwicklungsprozessen konfrontiert (ID 101E; ID 114W). Ein*e Experte*in (ID 118C) äußert außerdem, dass die Aufgaben der Wohnbereichsleitung im bisherigen Zuschnitt nicht mehr erfüllt werden können, wenn diese gleichzeitig die Steuerung, Organisation und Durchführung der Pflege auf Wohnbereichsebene übernehme. Diesbezüglich wird eine Splittung der Aufgaben vorgeschlagen, so dass die jeweiligen Anteile vom Pflegeprozessmanagement und der Pflegeorganisation übernommen werden: Der Pflegeprozessmanager bzw. die Prozessmanagerin übernehme dann die Steuerung des Pflegeprozesses und das Qualitätsmanagement. Der Pflegeorganisationscoach sei dagegen für alle Aufgaben zur operativen Steuerung des Personals zuständig. Das seien z. B. Dienstleistungsplanung, Qualifizierung in Organisation, Organisationskonzepte, Organisation von Fortbildungen.

Die zukünftige *Rolle der Pflegefachkraft* wird vor allem im Kontext der bekannten quantitativen Ergebnisse intensiver diskutiert. Die Expert*innen benennen unter anderem Aufgaben wie die Übernahme der Vorbehaltsaufgaben, die Steuerung und Koordination des Pflegeprozesses, Mitarbeiterführung, Anleitung und Überprüfung der Hilfskräfte, die Durchführung von Pflegevisiten und Schulungen der Assistenzkräfte zu speziellen Themen wie Hautbeobachtung oder gerontopsychiatrische Anforderungen (ID 110V; ID 102E; ID 103E; ID 106E). Oft wird dabei betont, dass die Pflegefachkräfte nach wie vor die Durchführung der komplexen pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen übernehmen sollen, die ihren fachlichen Kompetenzen entsprechen, sie allerdings Aufgaben wie hauswirtschaftliche Tätigkeiten, die sie bisher zum Teil aufgrund von fehlenden Assistenzkräften übernommen haben, zukünftig nicht mehr durchführen sollten (ID 114W; ID 116W). Dabei werden Zweifel geäußert, ob und in welchem Umfang die heutigen Pflegefachkräfte sowohl ihrer Ausbildung nach, als auch persönlich, diesen Aufgaben gewachsen seien.

Ein*e Experte*in identifiziert zwei Kompetenzbereiche zukünftiger pflegefachlicher Tätigkeit: die Prozesssteuerung und die Übernahme fachlich anspruchsvolle Pflegeaufgaben mit teilweise sehr spezialisierten Anforderungen, z. B. Palliativversorgung, Wundversorgung, Behandlungspflege. Die Rolle der Fachkraft müsse neu definiert werden und das dürfe nicht in einer so hochgradigen Arbeitsteilung münden, wie es jetzt in den Einrichtungen vorzufinden sei:

In der ganzen Fachkräftediskussion muss man jetzt immer, auch wenn man jetzt so über neuen Aufgabenteilung oder Funktionszuordnung von Fachkräften diskutiert, da muss man dann auch immer, sagen wir mal zwei verschiedenen Bereiche im Blick haben. Das eine ist wirklich das Thema Versorgungskoordination und Prozesssteuerung und das andere sind aber dann nochmal die fachlich, besonders, oder sagen wir mal fachlich anspruchsvollen Aufgaben. [...] Und auch da muss man, muss man sagen, wenn man über neue Versorgungskonzepte spricht, da muss man sich wirklich Gedanken darüber machen, wie sieht denn eben dieser Aufgabenmix der Fachkräfte aus? Weil ich kenne auch Einrichtungen, die haben eben eine sehr, sehr strikte Arbeitsteilung, eingeführt. [...] So, so kann das Profil nicht aussehen. Da muss man aufpassen. Deshalb sprechen wir eben auch immer gerne davon, dass wir die Rolle der Fachkräfte neu definieren und jetzt nicht einfach nur `ne neue Aufgabenteilung, sondern die Rolle der Fachkräfte muss eigentlich präzisiert werden und das darf eben nicht in einer so hochgradigen

*Arbeitsteilung münden, wie wir es jetzt in den Einrichtungen teilweise vorfinden.
(ID 114W)*

Ein*e weitere*r Experte*in unterbreitet dazu folgenden Vorschlag:

Wenn Sie nach einem Konzept fragen, würde ich sagen, das Ganze funktioniert, wenn die Pflegekräfte, die ja geringer werden als Fachkräfteanteil, besser qualifiziert sind, vor allen Dingen besser, nicht nur im medizinischen Bereich, sondern auch im organisationsbezogenen dispositiven Bereich. Die müssen Innovationsfähigkeiten haben, die müssen Schnittstellenmanagement können, die müssen Mitarbeiterführung können. Solche Sachen. Also das heißt, wenn Sie, wenn man da differenziert im Hinblick auf die wenigen Fachkräfte die einerseits solche Sachen erheblich besser und viel weniger regelorientiert, sondern situationsangemessener können und denjenigen die sozusagen klinische Pflegeexperten sind, dann kommen Sie mit den Hilfskräften klar. (ID 115W)

Um die Pflegefachkräfte somit entsprechend für ihre zukünftig zu übernehmenden Tätigkeiten zu qualifizieren sind unter anderem *Personalentwicklungsprozesse* notwendig, die zuerst eine Analyse der individuellen Kompetenzprofile des Pflegepersonals vornehmen und dann die Mitarbeiter*innen entsprechend den Bedarfen schulen (ID 120C; ID 113W) (siehe auch Abschnitt 16.3.1.2).

Bei der Entwicklung von verbindlichen Tätigkeitsprofilen für die *ausgebildeten Pflegeassistenzkräfte* wird von den Expert*innen eine einheitliche Definition des Berufsabschlusses der Pflegeassistenzkraft gefordert (ID 104E; ID 113W; ID 120C). Dazu sei eine Analyse der landesrechtlichen Vorgaben notwendig und es sei ein Tätigkeitsprofil zu entwickeln, welches neben den zu übernehmenden Tätigkeiten auch haftungsrechtliche Fragen klären müsse. Besonders in den Fokus genommen werden müssen in diesem Sinne delegierbare einfache behandlungspflegerische Tätigkeiten, die von den ausgebildeten Pflegeassistenzkräften übernommen werden (sollen). Weiterhin sei im Sinne des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes eine Trennung von Betreuung und Pflege zu vermeiden. Aus diesem Grund wird von einigen Expert*innen gefordert, die Betreuung ebenfalls durch Pflegeassistenzkräfte erbringen zu lassen und entsprechend die Betreuungskräfte um pflegerische Kompetenzen weiterzuqualifizieren (ID 112V; ID 116W). Die zukünftige Rolle von Betreuungskräften und zusätzlichen Betreuungskräften nach § 43b SGB XI bedarf dabei einer grundsätzlichen Klärung, bei der auch eine Definition der Betreuung vorzunehmen sei (ID 113W; ID 116W). Durch die Einführung der zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI seien Spaltungen im Betreuungsbereich vorgenommen worden, die eigentlich dem pflegerischen Assistenzkraftbereich zuzuordnen seien.

Neben der Erstellung von Tätigkeitsprofilen des Managements, der Pflegefachkräfte und der Assistenzkräfte werden weitere *zusätzliche Kompetenzen* diskutiert. So wurden die Expert*innen zu ihren Einschätzungen zu zusätzlich erforderlichen Fachkompetenzen befragt. Dabei können drei Arten zusätzlicher Kompetenzprofile unterschieden werden: die *akademisch ausgebildeten Pflegekräfte*, *zusätzliches Personal aus anderen Fachdisziplinen* und *Pflegefachkräfte mit Fachweiterbildung*.

Zur Notwendigkeit des Einsatzes von *akademisch qualifiziertem Personal* in stationären Pflegeeinrichtungen stellen sieben Expert*innen (ID 103E; ID 109E; ID 110V; ID 116W; ID 118C; ID 114W; ID 132E) einen Bedarf fest und benennen Aufgaben sowohl im fachlichen Bereich (Wissenstransfer pflegetheoretischer Erkenntnisse in die Praxis oder der Durchführung des Qualitätsmanagements) als auch im administrativen Bereich (Führen von Angehörigengesprächen aufgrund der ausgeprägten fachlichen und kommunikativen Fähigkeiten oder die Koordination der Pflegefachkräfte). Zwei Ex-

pert*innen (ID 102E; ID 107E) beurteilten den Bedarf zurückhaltend und in Abhängigkeit vom Einsatzort. So sieht eine*r dieser Expert*innen in ihrer eigenen Einrichtung keinen Bedarf, gibt aber an, dass der Bedarf in größeren Einrichtungen gegeben sein könne.

Eine*e Expert*in warnt weitergehend sogar explizit vor zu hohen Erwartungen an die kurz- oder mittelfristigen Wirkungen akademisch ausgebildeten Personals, und mahnt dazu, die vorhandenen Kräfte gezielt zu stärken:

Also, man wird das Pflegepersonal ernst nehmen müssen. [...] Also ich nehme zunehmend wahr, auch von der Wissenschaft, dass wir immer nur die Hoffnung auf die jungen, neuen Akademisierten setzen und das ist fatal. Erstens sind das viel zu wenige und zweitens kenne ich keinen gesellschaftlichen Bereich, in dem die Veränderung, die man unmittelbar braucht durch eins der schwächsten Glieder der Kette kommt, nämlich die, die neu reinkommen. Das kann eigentlich nicht funktionieren. Sondern wir haben 'ne Million Menschen, die in diesem Sektor arbeiten und die müssen wir stärken, die müssen wir ernst nehmen. (ID 116W)

Zusätzliches Fachpersonal aus anderen Bezugsdisziplinen wird von den Expert*innen als Möglichkeit gesehen, möglichst viel spezialisiertes Fachwissen über die Pflege hinaus in die Versorgung einzubringen. Dies kann sowohl die Qualität der Versorgung stärken, als auch für Entlastung des Pflegepersonals sorgen. Genannt werden in diesem Zusammenhang Fachpersonen wie Ergotherapeut*innen, Heilerziehungspflegekräfte, Logopäd*innen, Physiotherapeut*innen, Hauswirtschaftkräfte, aber auch einfache Unterstützung in Form eines „Stationskümmerers“, der auf einem Wohnbereich einfache Tätigkeiten wie die Verteilung der Inkontinenzmaterialien übernehme (ID 115W; ID 110V; ID 112V). In der Gruppendiskussion schlugen die Expert*innen (ID 132E; ID 133E) einen Personalpool bzw. entsprechende Substitutionsregelungen vor, die den Einrichtungen die Freiheit geben, diverse Berufsqualifikationen für den Bereich Pflege und Betreuung einsetzen zu können, bis hin zu IT-Fachkräften. Entsprechende Regelungen sollten ebenfalls in der modellhaften Einführung erprobt werden.

Als letztes zusätzliches Kompetenzprofil werden die *Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildungen* aus dem Bereich Gerontopsychiatrie und Palliative Care genannt. Fünf der befragten Expert*innen (ID 107E; ID 110V; ID 114W; ID 116W; ID 120C) äußerten einen Bedarf an speziellem Fachwissen bei den Pflegefachkräften, der jedoch bisher nicht zur Zuordnung exklusiver Interventionen geführt hat. Der Bedarf bestehe daher eher durch die konzeptionelle Ausrichtung, wenn entsprechende fachliche Schwerpunkte in den Einrichtungen gesetzt sind (ID 116W). Fachpersonal als Konsiliardienst, der nicht in jedem Wohnbereich zur Verfügung stehen, allerdings auf Einrichtungsebene vorgehalten werde müsse, sei beispielsweise vorstellbar (ID 120C). Ein*e Experte*in (ID 107E) benennt eine teilweise Freistellung von Fachpersonen zur freien Einteilung von fachspezifischen Aufgaben als wünschenswerte Option.

16.3.1.2 Personalentwicklung

Wie schon zuvor beschrieben sind die Expert*innen der Ansicht, eine Organisationsentwicklung sei nicht ohne eine Personalentwicklung durchzuführen, da beide Prozesse stark ineinander verwoben seien. Zur Umsetzung von Organisationsentwicklungsprozessen sei das Personal in den Einrichtungen entsprechend vorzubereiten, zu motivieren aber auch entsprechend der kommenden Einrichtungsstrukturen zu stärken. Dazu seien *Personalentwicklungsmaßnahmen* erforderlich (ID 103E; ID 107E; ID 110V), welche an der Schnittstelle der beiden größten *Herausforderungen* im Personalbereich ansetzen: Zunächst ist es allgemein schwierig, geeignetes Personal zu rekrutieren. Bei der *Personalge-*

winnung wird vor allem die demographische Entwicklung verwiesen, die eine Rekrutierung von Personal nahezu unmöglich mache (ID 102E; ID 103E; ID 106E; ID109; ID 101E). Zudem betonen zwei Expert*innen (ID 110V; ID 102E) starke regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit von Personal. Der Prozess des Bewerbungs- und Anstellungsverfahrens sei somit sehr aufwendig, so dass für alle Einführungsschritte, die mit einer zusätzlichen Qualifizierung verbunden sind, eine externe Unterstützung oder ein eigenes Projekt des BMG gewünscht wird. Dennoch sei eine Bereitstellung des Personals ohne Auswahl durch die Einrichtungen dabei dringend zu vermeiden, so zwei Expert*innen (ID 132E; ID 133E).

Eine weitere große Herausforderung sehen die Expert*innen in der *Eignung des bestehenden Personals* in Bezug auf die künftigen Aufgabenzuweisungen. Besonders die Pflegefachkräfte seien mit heutigem Ausbildungsstand weitgehend nicht dazu geeignet, die zukünftig von ihnen geforderten Aufgaben zu übernehmen. So seien die Pflegefachkräfte ohne weitere Qualifikation zu wenig auf diese Aufgaben vorbereitet, hätten diese Inhalte entweder in der theoretischen Ausbildung nicht erlernt oder hätten sie spätestens in der Praxis wieder verlernt (ID 114W; ID 116W; ID 110V). Hieran anschließend wird unter anderem eine entsprechende Anpassung der Ausbildungsinhalte gefordert. Gleiches wird auch für die Assistenzkräfte konstatiert, die vor allem durch die Diversität der Ausbildungsabschlüsse in den Ländern nicht als ausreichend qualifiziert gelten können. Hier müssten die Rahmenbedingungen angepasst und vereinheitlicht werden, was allerdings den Arbeitsauftrag einer modellhaften Einführung des Personalbemessungsinstrumentes überstiege (ID 132E; siehe auch Abschnitt 16.3.3).

Nach Analyse aller Aussagen der Expert*innen lässt sich festhalten, dass zur Umsetzung der hier gegenständlichen Personalentwicklungsprozesse drei Elemente als erforderlich angesehen werden: Erstens ist ein *Instrumentenkoffer* zur Analyse der Bedarfe an Personalentwicklung erforderlich, zweitens ein *Schulungskonzept* zur Qualifizierung des Personals entsprechend der festgestellten Bedarfe in Bezug auf die im Organisationsprozess festgelegten strategischen Ziele und drittens eine Strategie zur *Begleitung* der Einrichtungen.

Der *Instrumentenkoffer* sollte Werkzeuge enthalten, die zum einen die spezifischen Bedarfe der Mitarbeiterschaft für Personalentwicklungsprozessen erhebe, zum anderem die vorhandenen Kompetenzen und Potenziale des Personals analysiere. Zwei Expert*innen (ID 113W; ID 120C) schlagen dazu unterschiedliche Instrumente vor, mit denen die individuellen Fähigkeiten der einzelnen Mitarbeiter*innen bewertet werden können. So lägen die Kompetenzen einiger Pflegefachkräfte eher im administrativen Bereich, in der Anleitung von Pflegeassistentenkräften oder der Koordination des Personals, andere fühlen sich dagegen im pflegerischen Bereich wohler und sollten dann eher die pflegerische Versorgung von komplexen Fällen übernehmen. Es sei Ziel der Personalentwicklung die besonderen Talente der Mitarbeitenden zu erkennen und diese dann in den entsprechenden Bereichen einzusetzen und zu stärken. Daraus ließe sich auch ein Bedarf an Schulungsinhalten ableiten.

Darüber hinaus werde ein *Schulungskonzept* benötigt. Die Expert*innen schlagen dazu ein Konzept vor, welches anhand der Erkenntnisse aus der Bedarfsanalyse an Personalentwicklungsprozessen einrichtungsspezifisch die entsprechenden Schulungsmaterialien zur Verfügung stelle. Im Schulungsmaterial sollte die Möglichkeit zu Setzung von individuellen Schwerpunkten bestehen. Themen könnten beispielsweise die zu verändernden Organisationsstrukturen und deren Zielsetzungen sowie die Stärkung des Pflegepersonals im Rahmen der einrichtungsspezifischen Tätigkeitsprofile sein. Denkbar wären sowohl gemeinsame Schulungen aller Mitarbeiter, als auch Schulungen, die getrennt nach Qualifikationsniveaus durchgeführt werden und so zielgruppenspezifischere Inhalte vermitteln können. Als relevant zur Schulung der Pflegefachkräfte werden mit Perspektive auf die zukünftigen Qualifika-

tionsmixe der Einrichtungen besonders die Themen Mitarbeiterführung, Anleitung von Pflegeassistenzkräften, Steuerung des Pflegeprozesses oder eher fachlich Bezüge zur Aneignung und Weitergabe von fachspezifischem Wissen gesehen. Bei der Schulung der Pflegeassistenzkräfte sollte der Fokus dagegen stärker auf der Identifikation mit dem Tätigkeitsprofil der Assistenzkraft liegen. Gemeinsame Schulungen sind zu den Themen Umsetzung der neuen Strukturen oder des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, aber auch zur Teamentwicklung wie etwa der Schulung von Techniken der Mitarbeiterkommunikation in Konfliktsituationen vorstellbar. Die Expert*innen (ID 125; ID 131) thematisieren in diesem Zusammenhang auch die Möglichkeit von aufkommenden Spannungen zwischen den neuen Rollen. Wenn Pflegefachkräfte zukünftig keine Aufgaben mehr aus dem Assistenzkraftbereich, dafür vermehrt die Anleitung und Prozesssteuerung übernehmen, seien Hierarchie-Konflikte innerhalb des Teams möglich, die wiederum in Supervisionen aufgedeckt und bearbeitet werden müssten. Gerade im Hinblick auf eine spätere flächendeckende Implementierung des Personalbemessungsverfahrens sollte schon früh die Form der Schulungen in den Blick genommen werden. Eine interviewte Person (ID 120C) regt dazu die Entwicklung eines universellen Blended-Learning-Konzeptes und die zusätzliche Errichtung einer Hotline zur Begleitung der Einrichtung an.

Zusätzlich wurden die Expert*innen dazu befragt, wer diese Prozesse steuern solle und welche Maßnahmen zur Begleitung intern und extern erforderlich seien. Als Ausgangspunkt zur Entwicklung einer *Strategie zur Begleitung* der Einrichtungen wird zunächst ebenfalls eine *Bedarfsanalyse* vorgeschlagen (ID 104E; ID 125; ID 106E), da die notwendige Form der Begleitung natürlich stark von den Voraussetzungen in den Einrichtungen abhängt und daher sehr unterschiedlich aussehen könne. Als größte Herausforderung werden in diesem Zusammenhang die Überzeugung und die Motivation der Mitarbeiter*innen genannt. Zwei Expert*innen (ID 110V; ID 113W) bezeichnen das Pflegepersonal „reformmüde“ und zudem durch die Anforderungen der Qualitätsindikatoren und der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verunsichert und überfordert. Es brauche daher Strukturen zur *internen Begleitung*, die als Voraussetzung einer Veränderung in den Einrichtungen gegeben sein müssten. Daher wäre zu klären, ob Personen vor Ort zu Verfügung stehen, die die Rolle eines internen Projektmanagers oder einer internen Projektmanagerin übernehmen können und ob die erforderlichen räumlichen Ressourcen gegeben sind. Es brauche dazu gefestigte Einrichtungsleitungen, die den Strukturwandel unterstützen, diesen mit den Mitarbeiter*innen mitgehen möchten und in der Lage seien, das Personal vom erwarteten Mehrwert der Umsetzung des Personalbemessungsinstrumentes und von Organisations- und Entwicklungsprozessen zu überzeugen. Letztlich seine Veränderungsprozesse nur unter Zustimmung der Belegschaft erfolgsversprechend. Dafür seien die Mitarbeiter*innen bereits im Vorfeld einer modellhaften Einführung durch Mitarbeiterversammlungen über das Vorhaben zu informieren und einzubeziehen.

Dazu werde der Aufbau entsprechender interner Strukturen erforderlich. Die Expert*innen nennen hier sogenannte Multiplikatoren, Projektbeauftragte oder Projektleiter*innen. Es brauche eine Person, die intern die Prozesse in der Einrichtung leite, als Schnittstelle und Ansprechpartner*in zwischen dem Personal und dem externen Projektteam fungiere und die Koordination und Steuerung innerhalb der Einrichtung übernehme. Einzunehmen sei diese Rolle beispielsweise durch Qualitätsmanagementbeauftragte, Praxisanleiter*innen, Pflegedienstleitung, akademische Pflegefachkräfte oder einer bereits erfahrenen Pflegefachkraft, die sich besondere durch Erfahrung und Fachkompetenz und vor allem durch ein gutes Standing innerhalb des Pflegeteams auszeichne (ID 102E; ID 104E; ID 106E; ID 107E; ID 116W; ID 125; ID 132E). Darüber hinaus sind weitere interne Strukturen aufzubauen. So können regelmäßige Teamsitzungen, mit allen (Pflege einschließlich Betreuung, Verwaltung und Hauswirtschaft) oder ausgewählten Bereichen (z.B. nur mit der Pflege und Betreuung), in denen

über die aktuellen Entwicklungen gesprochen und auch Verbesserungsvorschläge benannt werden können, nicht nur einen positiven Effekt auf die Mitarbeiterzufriedenheit und eine Stärkung der Berufsgruppen bewirken, sondern auch zu einer Wertschätzung der Mitarbeiter*innen führen, indem Ängste und Sorgen ernst genommen werden. Gleichzeitig werde den Mitarbeiter*innen die Möglichkeiten gegeben, eigene Ideen in den Prozess einzubringen und diesen aktiv mitzugestalten. Auch um positive Veränderungen hervorzuheben und die eigene und organisationale Entwicklung zu reflektieren, seien zeitliche Reflexionsräume erforderlich (ID 102E; ID 107E; ID 116W). Weitere Maßnahmen zur internen Begleitung seien unter anderem die Durchführung von Supervisionen, kollegialer Beratung, Fallbesprechungen, Pflegevisiten, Praxisanleitungen oder die Entwicklung einer Zukunftswerkstatt, in der geschaut wird, welche Wünsche und Vorstellungen die Pflegenden in Bezug auf ihre Arbeit haben und Fragen wie der eigenen Vorstellung von einer guten Pflegeeinrichtung geklärt würden (ID 109E; ID 111V; ID 115W; ID 120C; ID 125). Zugleich sind Maßnahmen zur Teamentwicklung vor allem zur Vermeidung von anfänglich beschriebenen Hierarchiekonflikten bei dem Aufbau von internen Strukturen zur Begleitung der Einrichtung bei der modellhaften Einführung zu berücksichtigen (ID 125; ID 131).

Über die interne Begleitung hinaus werde in der modellhaften Einführung des Personalbemessungsinstrumentes eine *externe Begleitung* relevant, die die erforderlichen Instrumente entwickle, aber auch die Umsetzung in den Einrichtungen vorbereite und von außen steuernd umsetze und evaluiere. Eine interne Begleitung sei dazu zu störanfällig, da das Alltagsgeschäft diese Prozesse zu sehr beeinflusse.

Das Projektteam solle dabei eine steuernde und koordinierende Funktion übernehmen, welches zum einen die Entwicklung von Konzepten und Schulungsmaterialien organisiere und zum anderen die Vernetzung und Koordination der verschiedenen Akteure unterstütze (ID 102E; ID 104E; ID 107E; ID 109E). Darüber hinaus soll auf Ebene des Projektteams die Moderation und Organisation von regionalen Konferenzen mit den Projektleiter*innen der Modelleinrichtungen übernommen werden. Diese dienen dem Ziel einen Austausch zwischen den Projektbeteiligten zu ermöglichen und bieten den Modelleinrichtungen die Chance aktiv am Prozess mitzuwirken, indem Rückmeldungen zum Ablauf, der Konzeption und der Durchführung gegeben werden könnten (ID 102E; ID 116W). Ob die Personalressourcen auf Seiten der Einrichtungen ausreichen, um Regionalkonferenzen durchführen zu können, wird von einem*r Experte*in bezweifelt (ID 125). Nach Möglichkeit sollten regionale Konferenzen auch für die flächendeckende Implementierung in Betracht gezogen werden. Während die Sitzungen in der modellhaften Einführung der Entwicklung von Konzepten dienen und damit als nachhaltiger und intensiver beschrieben werden, sollten regionale Konferenzen im Konzept für die flächendeckende Einführung zum Austausch genutzt werden, wenn keine externe Begleitung durch das Projektteam erfolgen könne. Dazu könnten die Erfahrungen aus der Entbürokratisierung und der modellhaften Einführung der Expertenstandards genutzt werden (ID 116W; siehe auch Abschnitt 16.3.2).

Zusätzlich werden weitere Akteure diskutiert, die in den Prozess der externen Begleitung einzubeziehen seien. Das seien unter anderem Organisationsberatungsfirmen, die das entsprechende Know-Hows für Organisation- und Personalentwicklung besitzen oder IT-Firmen zum Einsatz von Digitalisierung und Technik. Eine befragte Person (ID 111V) hebt hervor, dass bei einem Einsatz von Organisationsentwickler*innen auch darauf zu achten sei, dass diese einen pflegerischen Hintergrund aufweisen. Eine reine Prozessbegleitung sei nicht geeignet. Es werde ebenfalls eine inhaltliche Begleitung benötigt.

16.3.1.3 Digitalisierung

In der konzeptionellen Erprobung des Personalbemessungsinstrumentes war ebenfalls zu prüfen, wie und inwieweit Digitalisierungsprozesse und der Einsatz von Technik zur Optimierung von Arbeitsprozessen als nutzbar angesehen werden. Dazu wurden zunächst von den Expert*innen die *Herausforderungen* und *Voraussetzungen* benannt, die mit einer umfassenden Digitalisierungsstrategie verbunden sind. Genannt wurden dabei an erster Stelle die (Hardware-) Erfordernisse, die zum Betrieb von digitalisierten Systemen unerlässlich sind. Dies betrifft zum einen den bisher nicht erfolgten *flächendeckenden Netzausbau*, der besonders in strukturschwachen Regionen eine Einsatzhürde darstellt, zur Umsetzung aber Grundvoraussetzung ist. Zum anderen wird die unklare *Finanzierung* einer flächendeckenden Hard- und Softwareausstattung in den stationären Pflegeeinrichtungen als Hinderungsgrund genannt, die auch die nicht gegebene Refinanzierbarkeit der mit dem Betrieb von IT-Infrastrukturen verbundenen Personalkosten umfasst (ID 101E; ID 102E; ID 103E; ID 133E). Um Verwaltungsstrukturen zu vermeiden, die nur innerhalb der Einrichtungen als Insellösungen wirken, halten die Expert*innen eine umfassende *Schnittstellenoptimierung* im Bereich der Telematik für erforderlich. Das beinhalte vor allem die sichere und einsetzbare Datenübermittlung zum Krankenhaus, zu Arztpraxen, zu Apotheken und das Abrechnungsverfahren mit den Kassen. Dabei handele es sich bei diesen Rahmenthemen um Entscheidungen, die durch unterschiedliche Akteure überregional zu klären seien (z. B. ID 103E; ID 106E; ID 109E; ID 110V; ID 130).

Für die Entwicklung einer konkreten Digitalisierungsstrategie sei dann der *Einbezug der Pflege* dringend zu empfehlen. Es gebe bereits zahlreiche Anbieter von Software- oder Digitalisierungsleistungen auf dem Markt, die jedoch bisher eine umfassende Problemlösung mit Einbezug der interprofessionellen Kommunikation zu wenig in den Blick nehmen. Als Ausgangspunkt einer umsetzbaren Strategie wäre zuerst eine Definition der Digitalisierung erforderlich, die kläre, welche Prozesse von der Robotik bis zur Dokumentation gemeint seien (ID 113W; ID 116W). Die gelegentlich geäußerte Erwartungshaltung von einigen Beteiligten, einen nahtlosen Übergang von veralteter Technik zu modernster Technik umzusetzen, sei unrealistisch (ID 130). Vielmehr müsse die einrichtungsbezogene schrittweise Optimierung der Arbeitsprozesse das Ziel sein, die ihrerseits nicht zu zusätzlicher Belastung führen dürfe (ID 106E). Trotz anfänglichem zusätzlichem Arbeitsaufwand sollte eine nachhaltige entlastende Wirkung immer erkennbar sein und kommuniziert werden. Hierzu sei auch in diesem Arbeitsschritt eine *Bedarfsanalyse* durchzuführen. Jede Einrichtung verfüge über eine unterschiedliche technische Ausstattung. Auf einer Checkliste sollten unter anderem die Anzahl der Patienten-Lifter oder die Hardwareausstattung abgefragt werden. Auch sollte im Vorfeld definiert werden, welche Softwareprogramme und technischen Geräte aktuell auf dem Markt zur Verfügung stehen und welche Prozesse in welchem Zeitraum realistisch umsetzbar seien (ID 116W; ID 118C; ID 131).

Als zentral für die Umsetzung der Digitalisierung wird die Schnittstelle zur Personalentwicklung angesehen. Die *IT-Kompetenz* sei auch nicht überall in den Einrichtungen gegeben, weswegen auf diesem Gebiet Schulungsbedarf bestehe. Es gebe sowohl Mitarbeiter*innen, die Ängste im Umgang mit neuen Techniken zeigen, als auch Mitarbeiter*innen, die mit hoher Motivation die neuen Geräte einsetzen und eigene Ideen einbringen wollen. Die Schulungen müsse beide Gruppen berücksichtigen (ID 103E; ID 107E; ID 125).

In Bezug auf mögliche Kernelemente einer umfassenden Digitalisierungsstrategie äußern die Expert*innen eine Reihe von Elementen, die jedoch auf verschiedenen Abstraktionsebenen liegen. Ein*e Experte*in (ID 123) nennt als wesentlichen Ansatzpunkt einer umfassenden Digitalisierung die *Pflegeprozessessteuerung als Kernelement*. Die Prozessteuerung müsse das Zentrum bei der Entwicklung von Softwareprogrammen bilden, um das alle Einzelprozesse aufgebaut würden. Wenn alle

Bereiche zentral über eine Software gesteuert würden, könnten Arbeitsprozesse genauer positioniert und etwa Doppelerfassungen in Verwaltung und Pflege vermieden werden. Ein*e Experte*in (ID 130) schlägt vor, Digitalisierung über ein Softwareprogramm mit offenen Schnittstellen zu organisieren und in Kern- und Subprozesse zu unterteilen. Kernprozess sei die Prozesssteuerung mit integrierten Tools, wie der Steuerung des Pflegeprozesses und des Pflegegradmanagements. Optionale Subprozesse, wie sensorische Assistenzsysteme, sollen kompatibel mit dem Kernprozess ausgestaltet werden, so dass auch bereits entwickelte Programme oder Systeme an den Kernprozess anzuschließen sind.

Bezüglich der als sinnvoll angesehenen Einzelprozesse benennen die anderen Expert*innen zahlreiche Tools, die in der Software direkt integriert oder mit der Software kompatibel sein sollten. Dazu gehörten Werkzeuge zur Steuerung des Pflegeprozesses, zur Erstellung der Pflegeplanung oder der systematischen Informationssammlung (SIS), zum Qualitätsmanagement, zur Integration des Abrechnungsverfahrens, zur Verwaltung der Stammdaten der Pflegebedürftigen, zum Pflegegradmanagement, zur Kommunikation mit externen Berufsgruppen, zur Dienstplangestaltung gekoppelt an Einsatzplanung und Belegung, zur Tourenplanung oder auch Übersetzungsprogramme für ausländische Pflegekräfte oder Pflegepersonal mit Migrationshintergrund (z. B. ID 104E; ID 130; ID 114W; ID 132E). Dabei sollte die Software so konzipiert sein, dass hardwareseitig Verknüpfungen mit mobilen Endgeräten und weiteren technischer Assistenzsystemen möglich sind, so dass etwa durch eine sprachgesteuerte App eine automatisierte Dokumentation in der Software generiert würde (ID 120C).

Großes Potenzial bestehe nach Ansicht der Expert*innen (z. B. ID 106E; ID 115W; ID 130) im Bereich der *Telemedizin* und der externen *Schnittstellenkommunikation*. Die Möglichkeit, Arztvisiten oder Beratungsgespräche mit Haus- und Fachärzten über technische Geräte durchzuführen, sei inhaltlich gegeben, die technischen Voraussetzungen fehlen aber oftmals. Durch Telemedizin könnten nicht nur Wege eingespart werden, es bestehe zudem ein besserer Zugang zu Angeboten von Spezialisten, die vor allem im ländlichen Raum aufgrund der Entfernung nur schwer zu erreichen seien. Auch die Kommunikation mit externen Akteuren biete solche Verbesserungspotenziale, wenn sie hinreichend technisch optimiert würde. Die sichere Datenübermittlung von Gesundheitsdaten, Pflege- und Krankenhausberichten, Wunddokumentationen, die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte oder die Optimierung der Abrechnungssystematik werden hierbei als geeignet angesehen, Schnittstellenprobleme durch Digitalisierung zu lösen. Erkenntnisse aus Projekten aus dem Bereich Schnittstellenkommunikation wie dem „Digitalen Gesundheitsnetzwerk“ der AOK seien ebenfalls einzubeziehen. Betont wird von den Expert*innen, dass hier vor allem die rechtlichen Rahmenbedingungen, die Diversität der Interessenslagen der Akteure und datenschutzrechtliche Fragen bearbeitet werden müssen.

Neben der Entwicklung einer Software zur Prozesssteuerung und dem Einsatz von Telemedizin werden weitere Systeme, wie der Einsatz von Technik, Robotik, Sensorik oder Telemedizin diskutiert. Das Potenzial wird dabei vorrangig in der *Optimierung von indirekten Leistungen* gesehen. In der direkten Versorgung sei ein Technikeinsatz eher als Ergänzung oder Unterstützung von Tätigkeiten vorstellbar. Je nach Hintergrund der einzelnen Expert*innen wird konstatiert, dass ein enormes Potenzial besteht, alle Bereiche außerhalb der direkten pflegerischen Versorgung zu digitalisieren oder durch Technik zu unterstützend und in Einzelfällen zu ersetzen.

Technische Unterstützung für die Pflegenden böten vor allem mobile Endgeräte wie Smartphones oder Tablet-PCs. Eine interviewte Person (ID 107E) berichtet von positiven Erfahrungen im Umgang mit Tablet-PCs. Es erfolge eine direktere Dokumentation und effizientere Informationsweitergabe.

Durch eine nahtlose Einbindung in den arbeitsorganisatorischen Versorgungsprozess, erleichtere der Einsatz von mobilen Endgeräten zusätzlich den Einsatz von externem Pflegepersonal. Bereits vorhandene technische Geräte zur Unterstützung beim Heben und Tragen wie der Patientenlifter oder automatisch fahrende Pflegewagen werden von den Expert*innen als Unterstützungen benannt (ID 131; 104; ID 116W; ID 123), die neben der gesundheitlichen Prävention auch für eine Optimierung von Arbeitsprozessen ermöglichen. Als weiteres Beispiel für solchermaßen bekannte technische Unterstützung werden Rufsysteme angegeben, die eine direkte Kommunikation mit den Bewohner*innen ermöglichen. Auf Seiten der Bewohner*innen wird der Einsatz von Smart Home Elementen als geeignet angesehen, die Leitbilder von Teilhabe und Förderung der Selbständigkeit zu verfolgen (ID 112V).

Zur grundsätzlichen Einsatzfähigkeit und Effektivität von *Robotik* liegen unterschiedliche Sichtweisen vor. Ein*e Experte*in (ID 103E) positioniert sich deutlich gegen einen Einsatz von Robotik in der Betreuung, dagegen sind zwei weitere Expert*innen (ID 130; ID 104E) der Ansicht, der Einsatz von Robotern wie der Therapierobbe Paro sei zumindest in die Diskussion einzubeziehen. Darüber hinaus werden zwar weitere KI-Systeme oder Robotiken (wie KI-basierte Mobilitäts- und Sturzanalysen, Exoskelette oder Roboter zur Verteilung von Produkten, zur Erinnerung an Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, zur Erinnerung an Veranstaltungen oder zur Übernahme von niederschweligen Assistenzaufgaben) als grundsätzlich bekannt aufgezählt, jedoch in Bezug auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis und die Marktreife für die nähere Zukunft als nicht einsatzbereit angesehen.

Größeres kurzfristiges Potenzial wird dem Nutzen und den Einsatzmöglichkeiten von *Sensoriksystemen* zugemessen. Der Einsatzbereich von sensorischen Assistenzsystemen sei beispielsweise speziell bei der Versorgung von Menschen mit Demenz gut vorstellbar. Warnsysteme zur Indikation beim Aufstehen oder beim Verlassen des Gebäudes können zu einer Arbeitsentlastung führen (ID 131; ID 130). Gleichzeitig könne hierdurch eine Minimierung der vorsorglichen Maßnahmen erreicht werden. Auch in anderen Bereichen der pflegerischen Versorgung bestehen entsprechende Potenziale zur Arbeitsentlastung und Optimierung von Arbeitsprozessen, beispielsweise bei der vernetzten Messung von Vitalzeichen, von physischen Druckverhältnisse, bei der Überwachung des Inkontinenzmaterials oder bei der Echtzeiterkennung von Stürzen. Solche Systeme seien zusätzlich geeignet, die Arbeitsorganisation im Nachtdienst zu verändern und Kontrollgänge mit ihren Störungen des Schlaf-Nacht-Rhythmus der Pflegebedürftigen zu vermeiden.

Für alle hier genannten Maßnahmen, speziell aber für sensorische Assistenzsysteme oder Smart Home Ausstattung, stellt die ungeklärte Finanzierungsfrage eine Umsetzungshürde dar. Sowohl die Erstanschaffung, als auch die sächlichen wie personellen Kosten des Unterhalts müssen in einem Gesamtfinanzierungskonzept abgebildet werden (ID 133E).

16.3.1.4 Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung

Auf die Fragen, welche Maßnahmen zum Arbeitsschutz und zur betrieblichen Gesundheitsförderung bei einer modellhaften Einführung berücksichtigt werden sollten und wie Effekte gemessen werden können, liegen nur wenige Aussagen von den Expert*innen vor. Das liegt daran, dass aufgrund der Erhebungsmethodik des Experteninterviews nicht alle Personen zu diesem Themenbereich befragt wurden, beziehungsweise die Befragten zu diesem Themenbereich nur wenige Aussagen machten. Vier Expert*innen (ID 102; ID 103E; ID 109E; ID 116W) sehen explizit keinen Zusammenhang zwischen Maßnahmen des Arbeitsschutzes, der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Personalbemessung. Der Arbeitsschutz umfasse gesetzliche Vorgaben, die umgesetzt werden müssen, daran könne nichts verändert werden. Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung seien

zwar wünschenswert und notwendig, dort bestünde bisher aber keine gesetzliche Verpflichtung. Es wird daher infrage gestellt, ob diese Maßnahmen in einem Projekt zur modellhaften Einführung des Personalbemessungsinstrumentes berücksichtigt werden sollten oder zu einer Überfrachtung mit neuen Anforderungen führen.¹⁸

Zum Einbezug von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung solle zunächst eine *Bedarfsanalyse* in den Einrichtungen durchgeführt werden (ID 131; ID 125). Eingangs seien die einrichtungsspezifischen Ressourcen und Bedarfe zu identifizieren, anhand derer Verbesserungspotenziale ermittelt werden können (ID 125). Befragt werden sollten demnach mithilfe eines einheitlichen Erhebungsinstrumentes Einrichtungsleitungen, Mitarbeitervertretungen aber auch die Pflegekräfte, um verdeckte Bedarfe und Defizite zu ermitteln. In dem Erhebungsinstrument sollte z. B. abgefragt werden, ob Gefahrenbeurteilungen durchgeführt würden oder ob ein Schulungsbedarf bestehe und wenn ja, zu welchen Themen. Die Methode der Pflegevisite eigne sich, um zu prüfen, ob die Pflegearbeit unter den Aspekten der Pflegequalität, Einhaltung von Standards zum Arbeitsschutz oder des gesundheitsförderlichen Arbeitens stattfindet. Gleichzeitig sollte die Ursache für eine unzureichende Einhaltung des Arbeitsschutzes geprüft werden. Möglicherweise wären bestimmte Aspekte nicht bekannt oder den Pflegenden fehlte die Zeit zur Ausführung. Je nach Ergebnis bestehe demnach ein Schulungs- oder ein zusätzlicher Zeitbedarf.

Ein*e Experte*in (ID 131) benennt betriebsbezogene und mitarbeiterbezogene Zeitbedarfe, die sich aus Maßnahmen des *Arbeitsschutzes* ergäben. Die betriebsbezogenen Zeitbedarfe beinhalten demzufolge unter anderem die Gefährdungsbeurteilung, die Durchführung von Maßnahmen zum Brandschutz, zur Elektroprüfung oder zum Umgang mit Gefahrenstoffen. Während sich diese Zeiten pro Einrichtung ergeben und kein Unterschied zwischen der Einrichtungsgröße bestehe, müssten mitarbeiterbezogenen Zeitaufwände pro Kopf ermittelt werden. Dabei handele es sich um Maßnahmen zur Unterweisung oder arbeitsmedizinischen Vorsorge. Diese Zeiten stünden zurzeit nicht zur Verfügung und sollten bei einer modellhaften Einführung des Personalbemessungsinstrumentes ermittelt werden. Schätzungen aus einem anderen Projekt ergäben 6 bis 7 Stunden pro Mitarbeiter*in pro Jahr für Maßnahmen des Arbeitsschutzes. Weiterführende Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung seien dabei noch nicht berücksichtigt, da dazu – wie eingangs erwähnt – keine gesetzliche Grundlage und somit kein normativer Bezugspunkt zur Zeitermittlung besteht. Weiterhin wird empfohlen, Teilschritte für Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in der Pflegeplanung zu berücksichtigen und etwa die „Bereitstellung des Lifters“ zur rückschonenden Arbeitsweise aufzunehmen.

Jenseits gesetzlicher Verpflichtungen sind sich zwei Expert*innen (ID 125; ID 131) darin einig, dass Maßnahmen zur *betrieblichen Gesundheitsförderung* ebenfalls angeboten werden sollten. Werden sie angeboten, etwa Angebote zur Rauchentwöhnung oder die Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio, erfolgt eine Teilnahme der Pflegenden laut eines*r Experten*in (ID 127E) nur sehr eingeschränkt. Unklar ist dabei, ob die Pflegenden diese Angebote nicht in Anspruch nehmen wollen oder eine Verbindung zu schichtbezogenen Arbeitszeitmodellen besteht. Im zweiten Fall sollten die Angebote an den Bedarf der Pflegenden und die entsprechenden Arbeitszeitmodelle angepasst werden. Inhaltlich seien dabei sowohl Angebote zur Förderung der physischen als auch der psychischen

¹⁸ Die BGW hat bereits eine Analyse des PeBeM-Interventionskataloges durchgeführt und eine Ausarbeitung zu Bedarfen an Maßnahmen zum Arbeitsschutz und der betrieblichen Gesundheitsförderung herausgearbeitet, die zusätzlich zu den Ergebnissen der quantitativen Erhebung berücksichtigt werden sollen (A 8.1).

Gesundheit erforderlich, betont eine interviewte Person (ID 125). Konkret sollte schon bei der Einarbeitung auf eine rückschonende Arbeitsweise geachtet werden und die Beachtung von Essenszeiten und -gewohnheiten der Pflegenden in der Arbeitsorganisation verstärkt werden. Angebote zur psychischen Gesundheit seien beispielsweise die Vorbereitung durch Schulung und Informationen zur Verhaltensprävention und Gewaltprävention zu den Themen Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen oder gerontopsychiatrischen Verhaltensweisen oder Notfallpläne zur Verhaltensweise in bestimmten Notfallsituationen z. B. der Umgang mit Todesfällen. Ferner seien Angebote wie Supervisionen, Coaching-Angebote oder Beratungsleistungen bei besonderen Belastungen, Maßnahmen, die die psychische Gesundheit fördere. Das Gefühl von Sicherheit und Verständnis bewirke eine Entlastung, schaffe Ressourcen und insgesamt eine Verbesserung der Stimmung und des Zusammenhalts, so der/ die Experte*in (ID 125).

Konkrete Aktionen wie Bonusprogramme für raucherfreie Einrichtungen oder ähnliche Angebote wurden als grundsätzlich sinnvoll betrachtet (ID 132E). Dabei betont eine*e Experte*in (ID 110V) allerdings, dass der GKV-Leitfaden Prävention unvollständig sei und somit bestimmte Bereiche ausgrenze, was zu Schwierigkeiten in der Praxis führe. Dennoch sei betriebliche Gesundheitsförderung eines der Basiselemente, durch dessen Ausbau Ressourcen freigelegt, sowie die Mitarbeiterzufriedenheit und die Versorgung verbessert werden können. Dazu müssten jedoch Ressourcen im Personalpool vorgehalten werden, was durch die Umsetzung der Personalbemessung potenziell gelingen könne. Ein*e Experte*in (ID 106E) ist sich diesbezüglich allerdings sicher, dass der Arbeitsschutz von Mehrpersonal profitieren werde, weil die Arbeitsverdichtung abnehme, das Personal qualifizierter sei und die Überforderung dadurch abnehme.

Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung ließen sich sowohl durch subjektive (Empfinden von Zeitnot, psychischen oder physischen Belastungen oder Schlafproblemen) als auch durch objektive Faktoren (Anzahl der Krankentage oder der Übergriffe) evaluieren. Vorhandene Instrumente zur Arbeitszufriedenheit und -belastung sollten dazu in der Evaluation der modellhaften Einführung berücksichtigt werden (ID 125; ID 131).

16.3.1.5 Modelleinrichtungen

Bei der Auswahl von Einrichtungen für eine modellhafte Einführung des Personalbemessungsinstrumentes benennen zwei Expert*innen (ID 132E; ID 133E) *Stratifizierungsmerkmale* und bringen diese in folgende Reihenfolge: 1. Einrichtungsgröße, 2. Agglomerationsraum, 3. Trägerstruktur, 4. Bundesland. Die Einrichtungsgröße sei ein wichtiger Faktor bei der Erstellung von Organisations- und Personalentwicklungskonzepten, da unterschiedliche Anforderungen in kleinen und größeren Einrichtungen nicht allein bei der Personalausstattung bestünden, sondern auch bei der Betrachtung des Case-Mixes und der Pflegeplatzkapazitäten. An zweiter Stelle ist der Agglomerationsraum benannt. Dieser sei in erster Linie in Bezug auf die Möglichkeiten zur Personalgewinnung zu berücksichtigen. Es wird unterstellt, dass Pflegeassistenzkräfte eher im ländlichen als im städtischen Raum zu akquirieren seien. Auf Trägerebene sei es wichtig sowohl Einrichtungen einzubeziehen, die in großen Trägerverbund eingeschlossen seien, als auch einzelne Einrichtungen, die für sich alleine stünden. Beide Einrichtungstypen weisen dadurch andere Voraussetzungen auf, wenn das Qualitätsmanagement beispielsweise zentral gesteuert werde oder ein eigenes Konzept in der einzelnen Einrichtung bestehe. Die Verbandszugehörigkeit sei dabei eher irrelevant, da sie jenseits der politischen Bedeutung im Kern ähnlich aufgestellt seien. Solche Kriterien seien für die Auswahl der Einrichtungen aber häufig legitimatorisch und nicht wissenschaftlich. Auch eine Auswahl von Einrichtungen aus verschiedenen Bundesländern sei eher nachrangig, da das Ziel die Einführung eines *einheitlichen* Personal-

bemessungsinstrumentes sei und konsequenterweise das Heimrecht ebenfalls wieder auf Bundesebene anzusiedeln sei. Für ein*e andere*n Experte*in (ID 115W) sind kirchliche Träger, aufgrund der streng getrennten Zuständigkeiten von wirtschaftlichen und versorgenden Bereichen, jedoch eine limitierende Struktur.

Darüber hinaus skizzieren die Expert*innen *weitere Kriterien*, die bei der Auswahl von Modelleinrichtungen berücksichtigt werden sollten. Das sind zum einen der Einbezug sowohl von vermeintlich „guten“ als auch „schlechten“ Einrichtungen. Ein Ausschlusskriterium sollte dabei eine zu hohe Fluktuationsrate (größer 30 % p.a.) und ein häufiger Führungswechsel sein, da eine grundlegende Stabilität der Mitarbeiterschaft als projektnotwendig angesehen wird (ID 118C). Zum anderen wird eine umfassende Zustimmung zu den geplanten Veränderungsprozessen Teilnahmebedingung sein. Dies umfasst sowohl die schriftliche Einwilligung der Träger zur Neuorganisation von Rollen, Aufgaben und Qualifikationserfordernissen und zur eigenen Beteiligung als auch ein belastbares Einverständnis des gesamten Personals auf allen Hierarchieebenen (ID 115W). Darüber hinaus sollten Einrichtungen einbezogen werden, die den maximalen Personalschlüssel der jeweiligen Länder vorhalten, da es um das zusätzliche Personal gehe, so ein*e Experte*in (ID 132E). Die Herausforderung der Personalgewinnung (siehe auch Abschnitt 16.3.1.2) können so bei der Auswahl der Einrichtungen berücksichtigt werden. Pflegeeinrichtungen mit angeschlossener Pflegeschule böten dabei das Potenzial leicht auf einen großen zusätzlichen Personalpool zugreifen zu können (ID 120C). Als alternativen Umgang mit dieser Problematik wurde in der Gruppendiskussion thematisiert, ob für den Kontext der modellhaften Einführung auch die Reduktion von Pflegeplätzen unter Beibehaltung des Personals möglich sein könnte.

Bereits als Vorbedingung einer Bewerbung um die Teilnahme an der modellhaften Einführung wird es als wichtig erachtet, den Einrichtungen die *Grundlagen und Voraussetzungen* der Teilnahme sehr transparent zu machen. Grundsätzlich müssen die Einrichtungen bereit sein, eine Reorientierung auf die Arbeit an den Bewohner*innen vorzunehmen und dazu konkrete (indirekte) Handlungen, die den Pflegebedürftigen fördern, wie die Durchführung von Fallbesprechungen, zu stärken. Es muss zudem ein*e interne*r Ansprechpartner*in mit eigenem Stellenanteil vorhanden sein, die/der für alle externen und internen Absprachen zuständig sei. Die Einrichtungen sollten darüber hinaus Angstfreiheit und Motivation besitzen, diese umfangreichen Veränderungen in ihrer Einrichtung vorzunehmen. Das Vertrauen in die Kompetenzen der Mitarbeiter*innen aber auch in die externen Projektpartner*innen müsse gegeben sein. Zusätzlich wird von einem*r Experten*in (ID 132E) in Frage gestellt, ob eine Einrichtung ohne EDV-basierte Dokumentation an der Erprobung teilnehmen könne. Auch Fragen zur rechtlichen und finanziellen Ausgestaltung des Projektes müssen vorab gesetzlich geregelt und transparent kommuniziert werden (siehe auch Abschnitt 16.3.3).

Eine interviewte Person (ID 120C) schlägt zudem einen *Einstiegscheck zum Organisationstyp* vor, den die Einrichtungen zunächst in einem Selbsttest durchführen und welcher dann durch einen Fremdbefund durch externe Projektbeteiligte analysiert werde. Dadurch ließen sich auch die ersten Handlungsfelder entwickeln. Dieser Check sei als Kontrollmechanismus notwendig, um das Potenzial für Veränderungsprozesse zu ermitteln.

Zudem sollte eine lokale *Stakeholderanalyse* (Krankenkassen, Heimaufsicht, Ärzt*innen) mit anschließender Beurteilung der Kooperationsfähigkeit durchgeführt werden, da die Einbindung und Beteiligung dieser Akteure ebenfalls für den Projektverlauf erforderlich sei (ID 118C).

16.3.1.6 Evaluation

Bei Umsetzung einer modellhaften Einführung des Personalbemessungsinstrumentes wird sowohl eine *Prozess-* als auch eine *Ergebnisevaluation* als erforderlich angesehen. Zur Erfassung der *Prozessqualität* wird das Verfahren des Monitorings bevorzugt. Im Monitoring sollen Veränderungen im Bereich von Schnittstellenmanagements, der Organisationstruktur, der Rolle der Pflegefachkraft oder der Beziehungsgestaltung kleinschrittig dokumentiert und gesteuert werden. Als konkrete Instrumente werden die Auditinstrumente des DNQP benannt.

Dennoch wird eine *Ergebnisevaluation* insbesondere von zwei Expert*innen (ID 113W; ID 115W) kritisch gesehen. Eine befragte Person (ID 113W) warnt vor einer Überfrachtung, wenn eine neue Personalbemessung direkt mit der Frage der veränderten Versorgungsqualität kombiniert werde. So sei in der Praxis zunächst ein Lernprozess erforderlich, der den Umgang mit den Instrumenten erfordere. Die Implementierung sei als Aufgabe bereits sehr komplex und nachhaltige Qualitätserfolge erst in der Verstetigungsphase, frühestens zwei Jahre nach Implementierung, messbar. Ihrer Auffassung nach seien zur Qualitätserfassung dabei die ohnehin verpflichtenden Qualitätsindikatoren ausreichend. Wichtiger sei eine Betrachtung der entstehenden Prozesse, da vor allem in der Altenpflege die Prozesse zur täglichen Lebensgestaltung über Lebensqualität entscheiden. Um dies zu evaluieren müsse vor allem im Vorfeld auch dieser Teil von Qualität definiert werden (ID 115W).

Ebenso ist es erforderlich – unter der Zielperspektive einer Qualitätssteigerung durch Mehrpersonal – Qualitätsveränderungen in Einrichtungen differenziert nach den unterschiedlichen Rahmen auf Bewohner*innen- und auf Mitarbeiter*innenebene bundeslandspezifisch zu vergleichen. Konkurrierende Qualitätsanforderung von Bewohner*innen und Pflegewissenschaftler*innen, arbeitsmarktpolitische Veränderungen und die Veränderung der Quantität und Qualität der Versorgung seien hierzu in den Blick zu nehmen (ID 111V). Dies schließt an wissenschaftliche Daten an, die zeigen, dass Versorgungsqualität nicht in einem linearen Zusammenhang zu Personalausstattung betrachtet werden kann (ID 114W) und zahlreiche Studien gezeigt hätten, dass der größte Einfluss der individuell wahrgenommenen Qualität das Wohnsetting/Pflegekonzept sei und nicht die Personalausstattung (ID 119C).

Zur Ergebnisevaluation wird von den Expert*innen eine multimethodische Studie aus Befragungen, IST-SOLL-Zeitmessung und der standardisierten Erfassung von Qualitätsindikatoren vorgeschlagen. Hierzu werden neben Bewohner*innen und Mitarbeiter*innenbefragungen auch Befragungen von Angehörigen und externen Berufsgruppen wie Ärzten empfohlen. Die Mitarbeiterbefragungen sollten subjektive und objektive Kriterien zur Zufriedenheit und Arbeitsbelastung enthalten (siehe auch Abschnitt 16.3.1.4). Die Erfassung sollten die Items der Qualitätsindikatoren eine Erweiterung erfahren, die geeignet sind, die Qualitätsindikatoren um herausforderndes Verhalten oder eine ausdifferenziertere Betrachtung der Lebensqualität (z. B. verlässlicher Alltag, Beziehungsqualität, Leistungssicherheit, Fehlermanagement, selbstlernende Systeme, Autonomie, Gestaltungsmöglichkeiten für die Bewohner*innen) zu ergänzen. Darüber hinaus benennen die Expert*innen Kennzahlen aus der Dienstplanung, der Pflegeprozesssteuerung, der Anzahl an Pflegevisiten und Fallbesprechungen, von internen Audits oder die Anzahl der Bezugskräfte pro Bewohner als Indikatoren zur Ergebnisevaluation. Ein*e Experte*in (ID 116W) schlägt dabei zur Prozessgestaltung vor, die Ergänzung der Qualitätsindikatoren zusammen mit den Einrichtungen in Form individueller Kriterien oder Zielvereinbarungen zu entwickeln. Dieser Vorschlag schließt an die Idee einer Zukunftswerkstatt mit den Pflegenden an, in der diese ihre Idealvorstellung von Pflege beschreiben und daraus Entwicklungsschritte und Indikatoren der Zielerreichung ableiten können. Daraus ließen sich ebenfalls eigene Kriterien zur Ergebnisevaluation ableiten (ID 120C).

16.3.1.7 Zeitplan

Bezüglich des zeitlichen Ablauf für eine Umsetzung all der genannten Prozesse in einer modellhaften Einführung des Personalbemessungsinstrumentes sind sich die Expert*innen einig, dass ein so umfassender Struktur- und Wertewandel in den Einrichtungen angemessene Zeit erfordere (z. B. ID 114W; ID 120C; ID 113W). Die Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen seien als Vorarbeiten erforderlich, so müssten beispielsweise die Tätigkeitsprofile haftungsrechtlich abgesichert werden und die Finanzierung für das Mehrpersonal gesichert sein (siehe auch Abschnitt 16.3.3).

Die direkten Interventionen in den Einrichtungen, die Entwicklung von Konzepten und Instrumenten, die Implementierung und auch die Verstetigung, die Veränderungen und das Gelernte umzusetzen und zu leben sei ein langwieriger Prozess. Hier einen zu kurzen Zeitrahmen zu wählen, sei unrealistisch. Alleine der Aufbau von digitalen Infrastrukturen und die Implementation sei nach eigener Erfahrung nicht innerhalb eines Jahres umsetzbar, so ein*e Experte*in (ID 101E).

Von zwei Expert*innen (ID 120C; ID 118C) wird eine *Gesamtprojektdauer* für die praktische Durchführung einer modellhaften Einführung konkret benannt. Sie belaufen sich auf eineinhalb Jahren für die eigentliche Intervention bzw. auf drei Jahren, die in eine *Vorphase*, eine *Implementationsphase* und eine *Evaluationsphase* gegliedert sind. Die Vorphase benötige nach Ansicht der Expert*innen 3 bis 12 Monate. In diesem Zeitraum müssen Instrumente entwickelt werden und die Einrichtungen entsprechend rekrutiert und vorbereitet werden. Die Schulungen und vorbereitenden Begleitungen in den Einrichtungen sollten ebenfalls vor der eigentlichen Umsetzung in den Einrichtungen durchgeführt werden. Dazu werde ein Zeitrahmen von bis zu sechs Monaten benötigt (ID 120C). Ein Jahr wird als Minimum für die Implementationsphase eingeplant, in der die Einrichtungen die Strukturen umsetzen und danach arbeiten können. Der Zeitraum für anschließende Evaluationsphase wird mit drei bis zwölf Monaten angegeben, in der parallel die Instrumente evaluiert und ein Roll-Out-Konzept für eine flächendeckende Implementierung erarbeitet werde.

Für eine interviewte Person (ID 110V) sind weitere Vorarbeiten für eine modellhafte Einführung notwendig. So sollte eine erste Projektphase akute Maßnahmen beinhalten, bevor eine Einführung des Personalbemessungsinstrumentes erfolgen könne. Als Beispiele werden die Aufstockung des Betreuungspersonals, der Einsatz von Personen, die einfache Bürotätigkeiten übernehmen, die Förderung von betrieblicher Gesundheitsförderung oder die Anhebung der 450 Eurogrenze bei geringfügiger Beschäftigung benannt, um die Einrichtungen vorab zu stabilisieren und die Pflegepraxis zu entlasten. Wenn diese Schritte zuerst geschaltet würden, bevor eine Einführung modellhaft erprobt werde, seien fünf Jahre für den Gesamtprozess vermutlich nicht ausreichend.

16.3.2 Flächendeckende Implementierung

Eine interviewte Person (ID 113W) betont, dass eine erfolgreiche modellhafte Einführung als Voraussetzung der flächendeckenden Einführung vorangehen müsse, um diese erfolgreich zu gestalten. Die Anforderungen an eine flächendeckende Einführung schließen bezüglich der benötigten Instrumente zu den dargestellten Organisations- und Personalentwicklungsprozessen für die modellhafte Einführung an. Aus diesem Grund wird von den Expert*innen die zeitliche Dimension einer flächendeckenden erfolgreichen Umsetzung betont.

Um die benötigte Anzahl an Pflegepersonal aufzubauen und die erforderlichen innerbetrieblichen Neuordnungen konzeptionell vorzubereiten und umzusetzen, wird für eine flächendeckende Einführung eine stufenweise Implementierung empfohlen. Befürwortet wird dieses Vorgehen von den Expert*innen (ID 103E; ID 110V; ID 118C; ID 132E), da die vollumfängliche Verfügbarkeit des Mehrpersonals zu einem Stichtag praktisch nicht möglich sei und so einer größeren Anzahl von Einrich-

tungen die Möglichkeit geboten werden könne, den Einführungsprozess mitzugehen. Ob dann in den einzelnen Einrichtungen selbst auch eine stufenweise Einführung des Mehrpersonals sinnvoll ist, wird dagegen unterschiedlich bewertet. Eine Idee dabei ist, das Mehrpersonal halbjährlich um 10% zu erhöhen (ID 107E). Eine weitere während der ersten Legislaturperiode nur das Modell zu entwickeln und dann in der folgenden Legislaturperiode sukzessive das Mehrpersonal in den Einrichtungen aufzubauen. Ein dritter Vorschlag sieht vor, einen fünfstufigen Personalaufbau vorzusehen, die Stufen dabei in zwei Jahresabständen zu planen und so für eine Entschleunigung zu sorgen (ID 110V). Dabei bewegen sich die geäußerten zeitlichen Rahmen zwischen vier bis fünf und zehn Jahren. Andere Expert*innen (ID 107E; ID 116W) äußern hingegen, dass es schwer zu beurteilen sei, ob die stufenweise Einführung des Mehrpersonals sinnvoll und praktikabel sei. So plädiert ein*e Experte*in (ID 116W) dafür zunächst eine konzeptionelle Stufe einzubauen, um den Bedarf und die Aufgabengebiete zu definieren. Danach solle versucht werden direkt das gesamte Mehrpersonal einzustellen zu können, um nicht erst mit weniger arbeiten zu müssen.

Einige der Expert*innen sprechen sich in diesem Zusammenhang für eine Vorphase der Personalerhöhung aus. Sie schlagen vor, bestimmte vom wissenschaftlichen Team definierte Mindestanforderungen als Etappenziele von Organisations- und Personalentwicklungsprozessen zu verlangen bevor die Einrichtungen berechtigt sind, refinanziertes Mehrpersonal einzustellen. Welche Anforderungen und Prozesse hier genau gemeint sind, bleibt dabei aber offen.

Als sicher wird angesehen, dass die Einrichtungen zur flächendeckenden und effizienten Integration von Mehrpersonal Unterstützung brauchen werden und damit eine Form der externen Begleitung erforderlich wird. Neben regelmäßigen Reflexionsterminen vor Ort wird vor allem ein*e direkte*r Ansprechpartner*in bei Problemen als notwendig betrachtet (ID 107E; ID 132E). Ein Begleitgremium für die Einrichtungen als Anlaufstelle wird zusätzlich empfohlen. Vorbild könne hier als erfolgreiches bundesweites Projekt die Umsetzung der Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (EinSTEP) dienen. Inwieweit eine inhaltliche Modifikation des bereits bestehenden Konzepts auf das Vorhaben einer flächendeckenden Einführung des Personalbemessungsverfahrens möglich ist, sehen die Expert*innen unterschiedlich. Nach Aussage eines*r Experten*in (ID 114W) sei eine analoge „Ausrollaktion“ aufgrund der viel komplexeren Ressourcenlage nicht zielführend, die eine stärkere Beachtung der zeitlichen Komponenten erfordere. Auch sei zu beachten, dass zentrale Strategien wahrscheinlich von den Einrichtungen nicht akzeptiert werden und die Möglichkeit durch Beratung und Begleitung flächendeckend auf die Versorgungsstrukturen der Einrichtungen einzuwirken begrenzt seien. Man könne diese Vielzahl an Begleitungen nur durch konzeptionelle Impulse von außen anstoßen und die Leute netzwerken lassen (ID 107E; ID 116W). Abgesehen von diesen Einwänden, wird die Arbeit der von Multiplikatoren in der Praxis mehrheitlich als besonders hilfreich wahrgenommen (ID 103E; ID 106E; ID 131; ID 118C). Durch die eigenen Erfahrungen der Multiplikatoren hätte eine hohe Akzeptanz von Seiten der Einrichtungen erreicht werden können. Dafür müsse es in jeder Einrichtung ein bis zwei Multiplikatoren geben. Als Alternative zum einrichtungsbezogenen Multiplikatorenkonzept wurde die Einrichtung eines regionalen Pools vorgeschlagen, der durch Bündnisse mehrerer Einrichtungen entstehe, und aus dem die Einrichtungen Personen buchen könnten. Somit würden Ressourcen gespart. (ID 110V). Die Ausbildung von Multiplikatoren solle dabei standardisiert werden (ID 119C). Dass die Schulungen im Falle von EinSTEP später auf die Verbände übertragen wurde, wird im Hinblick auf das uneinheitliche Qualitätsniveau kritisch gesehen. Von diesem Weg wird abgeraten (ID 120C). Vorgeschlagen wird außerdem die Einführung an eine Change-Manager-Stelle zu binden und gegebenenfalls sogar einen entsprechenden

Studiengang aufzubauen. Denkbar sei auch die Übertragung dieser Aufgabe an eine Firma, die dann in die Betriebe gehe (ID 132E).

16.3.3 Rahmenbedingungen

Wie bereits vorstehend beschrieben legen die Expert*innen nahe, dass vor einer Umsetzung eines Projektes zur modellhaften Einführung des Personalbemessungsinstrumentes spätestens bei flächendeckender Einführung bestimmte gesetzliche Rahmenbedingungen (weiter-) entwickelt werden müssen, um den Einrichtungen Sicherheit zu geben, aber auch um das Vorhaben überhaupt realisieren zu können. Das betrifft die Themen *gesetzliche und vertragliche Regelungen, Finanzierung, Ausbildungsstrukturen* und der *Umgang mit dem (Mehr-)Personalbedarf*.

Zur Realisierung des Vorhabens einer modellhaften Einführung des Personalbemessungsinstrumentes ist es erforderlich das bestimmte (ordnungs-)rechtliche Normen auf Landesebene für die Modelleinrichtungen ausgesetzt werden (ID 132E) und dass *gesetzliche und vertragliche Regelungen* zu den Voraussetzungen und Strukturen für den Einsatz von Mehrpersonal geschaffen werden. Kernpunkt ist dabei, dass durch die Umsetzung des Qualifikationsmixmodells eine Flexibilisierung des Fachkraftanteils implementiert wird (ID 102E; ID 110V; ID 111V; ID 114W; ID 132E; ID 133E). Eine Befreiung von den geltenden Nachweispflichten gegenüber den Ordnungsbehörden und in den Pflegesatzverhandlungen und eine Gewährleistung der Beschäftigung des zusätzlichen Personals über das Projekt hinaus ist daher sicherzustellen (ID 110V; ID 132E). Die Stellenbeschreibungen der Pflegekräfte bedürfe zudem einer haftungsrechtlichen Absicherung (ID 113W; ID 127E). Die Heimaufsicht, der MDK und weitere Institutionen seien dabei konzeptionell einzubeziehen (ID 113W). Zusätzlich sei eine frühzeitige gesetzliche Ausgestaltung über die modellhafte Einführung hinaus für eine flächendeckende Einführung zu entwickeln, damit der Prozessverlauf auch über Legislaturperioden hinaus gewährleistet seien (ID 110V).

Zudem befürchten die Expert*innen insbesondere finanzielle und wirtschaftliche Nachteile durch die Teilnahme an einer modellhaften Einführung. Eine Sicherstellung der *Wirtschaftlichkeit* und der *Finanzierung* des Mehrpersonals sei den Einrichtungen vor der Teilnahme zu garantieren (ID 106E; ID 101E) und gleichzeitig müsse die Finanzierung über die Eigenanteile der Pflegebedürftigen vermieden werden (ID 110V; ID 104E). Dazu müssen auch die Pflegesatzverhandlungen in den Blick genommen werden (ID 110V). Die Erprobung von Finanzierungsoptionen durch die Abschaffung der Sektoren und eine Prüfung der Schnittstellen zum SGB-V-Bereich wird nahegelegt (ID 123). Eine Finanzierung durch die Kostenträger, wie sie bei den 13.000 Stellen nach PpSG erfolgte, sollte aufgrund der Schnittstellenproblematik vermieden werden. So wird ein eigener Finanzierungstopf zum einrichtungsindividuellen Einsatz des Mehrpersonals im Sinne des bereits beschriebenen Personalpools vorgeschlagen (ID 132E; ID 133E) (siehe auch Abschnitt 16.3.1.2). Zusätzlich sei die Refinanzierung der IT-Infrastruktur (ID 101E) und eine Förderfinanzierung für externe Begleitungen bei einer flächendeckenden Einführung in den Blick zu nehmen (ID 110V).

Im Bereich der *Ausbildungsstrukturen* sehen die Expert*innen den grundsätzlichen Bedarf die Ausbildungsstrukturen an die zukünftigen Tätigkeitsprofile anzupassen (z. B. 113; ID 127E; ID 110V). Auf *Pflegefachkraftniveau* würden die Auszubildenden aktuell nicht ausreichend auf die zentralen Aufgaben wie die Übernahme von steuernden und koordinierenden sowie fachpflegerischen Aufgaben vorbereitet. Außerdem bestehe bei der generalistischen Ausbildung eine hohe Konkurrenz zum Krankenhaus (ID 106E). Das Angebot einer berufsbegleitenden generalistischen Ausbildung sei nicht flächendeckend, so eine interviewte Person (ID 102E). Im Bereich der *Ausbildung zur Pflegeassistentkraft* führe die Heterogenität der Berufsabschlüsse in den einzelnen Ländern zu unterschiedlichen Voraus-

setzungen, wodurch zurzeit eigentlich keine einheitliche Umsetzung der Personalbemessung möglich sei (ID 110V; ID 109E). Zur Problemlösung werden unterschiedliche Herangehensweisen vorgeschlagen. Primär wird aber eine Konsolidierung und Erweiterung der Inhalte der Pflegeassistentenausbildung mit Analyse der jeweiligen Berufsabschlüsse nach Landesrecht, eine Modularisierung der Ausbildungsinhalte zur Qualifizierung einzelner Tätigkeiten und somit eine einheitliche Berufsausbildung gefordert (ID 110V; ID 123). Strukturell wird in diesem Zusammenhang beklagt, dass durch die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung die Ausbildungskapazitäten im Bereich der Assistentkraft reduziert worden seien (ID 107E). Auch eine Förderung von Sprachkursen sei in diesem Zusammenhang vorstellbar (ID 123). Komplementär brauche es außerdem für einen ganzheitlichen Professionen- oder Personalmix eine eigene Aus- oder Weiterbildung zur Hauswirtschaftler*in in Pflegeeinrichtungen, bei der die Besonderheiten der Klienten an Hauswirtschaftskräfte oder Hotelfachkräfte o.ä. weitergegeben werden können (ID 112V). Entsprechende Strukturen liegen bereits vor oder befinden sich gerade in Erarbeitung.

Bei Einführung des Personalbemessungsinstrumentes besteht die Problematik, dass ein Mehrbedarf an Personal entsteht, das dem Markt aktuell nicht zur Verfügung steht. Gegensteuernde Maßnahmen der Konzertierte Aktion greifen je nach Zeitplan der Einführung eventuell erst später. Aus diesem Grund sei zum einen eine stufenweise Einführung des Instrumentes vorzusehen (siehe auch Abschnitt 16.3.2). Zum anderen seien weitere Maßnahmen zu Rückkehr, Neueinstieg und Verbleib von Pflegekräften in der Altenpflege umzusetzen. Die Expert*innen benennen die *Bewältigung des Umgangs mit dem (Mehr-) Personalbedarf* als gesamtgesellschaftliche Aufgabe (ID 103E; ID 106E). So könnten bereits die Kinder in der Schule an den Beruf herangeführt werden (ID 106E). Grundsätzlich sei eine Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes zu erreichen, wenn die Arbeitsbedingungen – unter anderem durch finanzielle Anreize – verbessert würden. In diesem Zusammenhang fordern die Expert*innen eine angemessene Entlohnung, aber auch steuerliche Vorteile, Reduzierung der Sozialabgaben, staatliche Subvention der Rente oder Erstattung des öffentlichen Nahverkehrs oder der Kinderbetreuung seien vorstellbar (ID 106E; ID 102E; ID 107E; ID 110V; ID 116W).

Zum Einsatz von ausländischen Pflegekräften liegen uneinheitliche Einschätzungen vor. Zum einen sei der internationale Bewerbermarkt in die Gedanken zur Umsetzung der Personalbemessung einzubeziehen und die Qualifizierung internationaler Pflegekräfte daher angemessen anzuerkennen (ID 118C; ID 102E). Zum anderen ist ein* Experte*in (ID 106E) dagegen eher skeptisch bezüglich der kulturellen Unterschiede und Sozialisation ausländischer Pflegekräfte. Zusätzlich werden weitere internationale Kooperationen vorgeschlagen, um die Ausbildung von Pflegekräften im Ausland zu fördern. Ein europaweites Curriculum zur Assistenzausbildung sei bereits in einem Projekt erprobt, die aktuellen regionalen Unterschiede der Ausbildungen verhindern allerdings eine flexible Mobilität der Pflegekräfte (ID 118C). Insbesondere auf Assistentkraftniveau könnten die benannten Möglichkeiten, wie eine einheitliche Ausbildung und eine Modularisierung der Tätigkeiten zur Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes beitragen, wodurch letztlich dem Markt eine höhere Anzahl an Pflegekräften zur Verfügung stünde, die aufgrund der quantitativen Ergebnisse der Studie in einem besonderen Maß benötigt würden. Vor diesem Hintergrund seien Bemühungen seitens der Politik in Form einer Ausbildungs-offensive auch für Assistentkräfte zu treffen (ID 110V). Aber auch am oberen Ende der Qualifikationsskala werden klare Aufgabenzuordnungen als attraktivitätssteigernd angesehen. So wird die Definition der Tätigkeitsbeschreibungen für akademisierte Pflegefachkräfte empfohlen, die zu einer Aufwertung des Berufes führe, da letztlich bisher kaum Einsatzgebiete für diese Berufsgruppe definiert seien (ID 115W). Ergänzend sollten dann auch niedrigschwellige Angebote wie ein vermehrter Einbezug der Zivilgesellschaft in pflegerische Betreuung oder Versorgung ausgebaut werden.

Dazu seien auch kommunale Angebote zu prüfen. Angeregt wird, eine Recherche durchzuführen, wie in der Vergangenheit und im Ausland mit demographischen Krisen umgegangen wurde (ID 110V).

Schließlich trage aber auch die Einführung des Personalbemessungsinstrumentes selber zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen bei. Durch den Einsatz von Mehrpersonal, die konzeptionellen Entwicklungen im Bereich der Organisations- und Personalentwicklung sowie einer Digitalisierungsstrategie sei eine Attraktivitätssteigerung des Berufes zu erwarten, die letztlich auch zu einer Rückgewinnung von Pflegekräften führen könne. Die Umsetzung eines Qualifikationsmixmodells in neuen Personalkonzepten werde unter anderem die Rolle der Pflegefachkraft neu definieren, was schließlich zu einer Steigerung der Wertigkeit des Berufes führe und die Rekrutierung von qualifizierterem Personal ermögliche (ID 118C; ID 116W).

Die Politik sei angehalten auch die Forschung und Wissenschaft der Langzeitpflege zu fördern. Es werden Vergleiche zum Innovationsfonds nach § 92 a SGB V gezogen (ID 116W).

Eine Flexibilisierung der Sektorengrenzen und damit der flexible Einsatz der Pflegekräfte und die Förderung von innovativen Ideen führen ebenfalls zu Attraktivitätssteigerungen (ID 118C). Ebenso führe eine Anpassung des Leistungsrechts und somit eine leistungsorientierte Abrechnung ähnlich der ambulanten Abrechnungen zu einer Entlastung der Pflegekräfte (ID 111V).

16.3.4 Abschätzung der Folgen und Effekte aus Expertensicht

Mit der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens werden ganz unterschiedliche Erwartungen verbunden. Grundlegend wird von einer*m Experten*in (ID 103E) festgehalten, dass der Mangel an Arbeitskräften in der Pflege sich durch die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens noch verstärken werde. Folglich würde sich das auf die Anzahl der Pflegeplätze auswirken, die demnach reduziert werden müsste betont ein*e Experte*in (ID 101E).

Die Aussagen zu den erwarteten Effekten betreffend der Personalsituation und Arbeitszufriedenheit sind durchweg positiv, wenngleich diese nicht ausschließlich mit der Einführung des Mehrpersonals in Verbindung gebracht wird. Auch erwarten nicht alle Expert*innen einen sich kurzfristig einstellenden Erfolg, sondern gehen davon aus, dass sich mittel- bis langfristig die Arbeitssituation der Pflegenden verbessere. Durch ein Aufbrechen der starken Reglementierung im Personal würde mehr Innovationskraft und Gestaltungsmöglichkeit für die Träger entstehen (ID 133E).

Im Mittelpunkt stehe dabei die objektiv und subjektiv wahrgenommene Reduktion der Arbeitsbelastungen (ID 116W; ID 125; ID 114W), die sich einerseits durch einen Rückgang des Krankenstandes im Allgemeinen und des Langzeitkrankenstandes im höheren Alter ausdrücken werde (ID 103E; ID 102E; ID 109E). Durch das Mehr an Zeit und damit das Gefühl den Menschen wieder gerecht werden zu können, steigere sich andererseits die Motivation und Zufriedenheit auf Seiten der Pflegenden sowie bei den Bewohner*innen und Angehörigen (ID 102E; ID 107E; ID 104E). Dadurch würde es zu einer hohen Akzeptanz der Veränderung kommen, wenn sich der Gegenstand der intrinsischen Motivation der Berufswahl dabei nicht verändere (ID 125). Infolgedessen können auch wieder mehr Menschen für die Pflege begeistert werden. Entscheidend sei laut mehreren Expert*innen jedoch, wie die Organisationsformen in der Einrichtung angepasst werden (ID 101E). Alleine sei der Mehrpersonaleffekt vergleichbar mit dem Gehaltseffekt, nämlich lediglich kurzfristig und nicht mit nachhaltiger Zufriedenheit verbunden (ID 133E). Zwei der Expert*innen (ID 132E; ID 133E) sind sich einig, dass der Einsatz von Mehrpersonal in den heutigen Strukturen nur einen Mehrwert habe, wenn das Personal anders eingesetzt werden könne und das Personal durch Organisations- und Personalentwicklungsprozesse befähigt werde die Arbeit zu reflektieren und qualitativ zu verändern.

Mit einer Aussage wird darauf hingewiesen, dass in der Anfangszeit auf Seiten der Pflegeassistenzkräfte nicht unbedingt eine Entlastung zu erwarten sei, weil statt der Unterstützung bei der Grundpflege die Pflegefachkräfte nun steuernde Funktionen übernehmen würden (ID 102E). Hier sei mit kritischen Situationen zu rechnen. Wenn allerdings die Chance entsteht, einen verlässlichen Dienstplan und flexible Arbeitszeitmodelle einführen zu können, bringen diese einen großen Effekt bei der Steigerung der Attraktivität des Berufsbildes (ID 109E). Dies könne dann wiederum mit einer geringeren Fluktuation und weniger Zeitarbeit einhergehen (ID 132E).

Drei Expert*innen erwarten einen höheren Bedarf an Stellen im Pflegemanagement, da der Aufwand für pflegerische Administration und Teamentwicklungsprozesse sich verändern werde (ID 103E; ID 110V; ID 102E), wobei höherer interner Schulungsaufwand im Personalschlüssel abbildbar sein müsse (ID 133E). Ein*e Experte*in sieht außerdem die Chance in der zusätzlichen Schaffung von Arbeitsplätzen für weniger qualifizierte Menschen. Diese könnten einer sinnerfüllenden und dauerhaften Arbeit nachgehen (ID 103E).

Die Auswirkungen auf die Arbeitsprozesse werden unterschiedlich gewertet, wobei hier kurz- und langfristige Effekte unterschieden werden müssten. Alleine durch die Steigerung des Personals werde sich eine veränderte Arbeitsweise einstellen, die damit vorhandene Arbeitsprobleme löse, so die Aussage eines*r Experten*in (ID 103E). Die Steigerung der Anzahl an Assistenzkräften wird dabei auch als Unterstützung der Fachkräfte gesehen, die ihren qualifikationsbezogenen Aufgaben stärker nachkommen können (ID 107E). Hingegen verweisen andere Expert*innen (ID 114W; ID 103E) darauf, dass zuerst mehr Probleme bei den Arbeitsprozessen entstehen werden, weil ein höherer Organisationsaufwand auf Seiten der Fachkräfte entstehe. Dieser sei außerdem stark an die erwarteten Outcomes gebunden und dürfe nicht darauf hinauslaufen, dass Pflegefachkräfte ausschließlich übergeordnete Tätigkeiten übernehmen (müssen) (ID 103E).

Der Kommunikation, Anleitung, Überwachung und Pflegeprozesssteuerung wird eine große Bedeutung zugeschrieben (ID 110V). Gerade mehr Zeit für Übergaben und eine verbesserte Informationsweitergabe könnten das Miteinander wieder stärken. Weiter wird aufgeführt, dass durch häufigere Mitarbeitergespräche, Dienstplanorganisation und Teamentwicklungsarbeit eine Entlastung der Arbeitsverdichtung erwartet werde. Durch aktivierende Pflege, Kommunikation mit den Bewohner*innen und Anleitung sei die Steuerung des Pflegeprozesses besser abbildbar. Die Anzahl der zu koordinierenden Mitarbeiter*innen könne aber auch dazu führen, dass gerade bei der Steuerung des Pflegeprozesses erhebliche Probleme auftreten könnten (ID 114W) und administrative Tätigkeiten umfangreicher werden (ID 102E). Zwei Expert*innen sehen die Chance auf eine kontinuierliche Einarbeitung und Umsetzung des Expertenwissens (ID 109E; ID 131).

Mit der Versorgungsqualität und Bewohnerzufriedenheit werden weitere zentrale Erwartungen aufgegriffen. Auch hierzu gibt es kein einheitliches Meinungsbild. Mehrfach wird betont, dass es keinen linearen Zusammenhang mit der Personalausstattung gebe. Demnach hätten auch die Ergebnisse dieser Studie einen Unterschied der Qualität und Leistung zwischen Bayern und Mecklenburg-Vorpommern ergeben müssen, so ein*e Experte*in (ID 110V). Es müssten zusätzliche Voraussetzungen erfüllt werden. Dazu gehören ein entsprechendes Konzept und die Umsetzung eines Strukturwandels (ID 106E; ID 118C; ID 111V; ID 114W; ID 116W). Wenn Pflegenden mal mehr Zeit haben, werde leider nicht mehr Leistung erbracht, so die Erfahrung eines*r Experten*in (ID 127E). So wird beim vorhandenen Personal die Kompetenz zur Steuerung des Pflegeprozesses in Frage gestellt und die Gefahr gesehen, dass die Ganzheitlichkeit durch die Zerlegung von Aufgaben in Einzelteile abhandekomme (ID 114W; ID 109E; ID 116W). Während sich eine interviewte Person (ID 109E) skeptisch

äußert, ob pflegerische Konzepte wie Primary Nursing zukünftig umsetzbar seien, sind andere Expert*innen (ID 107E; ID 116W) zuversichtlicher und sehen hier sogar das besondere Potenzial innovative Konzepte zukünftig umsetzen zu können, so auch den Ausbau der Bezugspflege bis hin zu Primary Nursing.

Auch andere Expert*innen äußern positivere Erwartungen bezüglich der Versorgungsqualität. Bei dem heutigen Niveau der Versorgungsqualität habe Mehrpersonal grundsätzlich ein Potenzial zu einer Qualitätsverbesserung stellt ein*e Experte*in fest (ID 110V). Betont wird, dass die Zeit in die Versorgung der Bewohner*innen investiert werden müsse, wodurch eine ruhigere Atmosphäre und bessere Krankenbeobachtung möglich sei. Dies führe zu einer höheren Zufriedenheit bei den Bewohner*innen (ID 110V; ID 113W).

Desweiteren wird davon ausgegangen, dass sich die Strukturen in den Einrichtungen verändern werden. So könnten in größeren Häusern kleinere Einheiten geschaffen werden (ID 102E).

Bei *Umsetzung von Digitalisierungsprozessen und einem Einsatz von technischen Geräten und sensorischen Systemen* erwarten die Expert*innen überwiegend positive Effekte bezüglich des Arbeitsaufwandes, der Attraktivität des Berufsfeldes und der Arbeitsorganisation und Dokumentation. Durch die Digitalisierung der Dokumentation bestünde mehr Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit. Das biete ein enormes Sicherheitspotenzial, da Eingaben nicht verfälscht werden können und es eine sichere Ablage gebe für Fallbesprechungen oder ähnliche Protokolle und Berichte (ID 102E). Auch die Auswertung und Evaluation der Prozesse sei übersichtlicher und die Qualität der Berichte verbessere sich. Durch eine Spracherkennung in der Dokumentation wird eine Arbeitserleichterung und Zeiterparnis erwartet, die wiederum dem/der Pflegebedürftigen zu Gute komme (ID 103E). Durch den Einsatz von mobilen Endgeräten zur direkten digitalen Dokumentation und Einsicht der geplanten Tätigkeiten könne ebenfalls der indirekte Arbeitsaufwand minimiert und effizienter gestaltet werden (ID 107E). Insbesondere jüngere Pflegekräfte sähen z. B. die Arbeitsorganisation über das Smartphone oder Kommunikation mit dem Arzt über eine Cloud positiv, wodurch die Attraktivität des Berufes steige (ID 130). Digitalisierungsprozesse münden aber auch oft in einer Veränderung der Zuständigkeiten, die auf eine Zentralisierung von Steuerungsverantwortung in der Einrichtung und damit zu einer Dequalifizierung des Tätigkeitsbereichs von Fachkräften hinausliefen. Diese Tendenz sei zu vermeiden (ID 114W).

Die Expert*innen geben an, dass sie bei einer Implementierung solcher Prozesse zunächst einen Mehraufwand erwarten. Nachhaltig werde dann eine Minimierung des Aufwandes bestimmter Prozesse in der indirekten Pflege erwartet, jedoch kämen auch Tätigkeiten hinzu, die zuvor keine Zeit in Anspruch genommen hätten und bei der bisher auch keine Fachkompetenz vorzuhalten war. Dazu gehöre die Wartung der Hard- und Software, die Schulung der Mitarbeiter*innen oder zusätzliche Dokumentation zur Absicherungen durch weitere rechtliche Vorgaben (z. B. zum Datenschutz). Diese Zeiten müssten ebenfalls in der modellhaften Einführung geprüft und berücksichtigt werden (ID 114W; ID 132E; ID 111V). Ein*e Experte*in (ID 130) erwartet nach eigenen Berechnungen und bei Umsetzung aller Möglichkeiten, insbesondere in der indirekten pflegerischen Versorgung und durch Assistenzsysteme, langfristig eine Ersparnis von 10 % der gesamten Personalmenge.

16.3.5 Bewertung und Einordnung der Ergebnisse der Entwicklungsphase

Der Fokus der Konzeptionellen Erprobung lag auf den Bedingungen, Prozessen und Ergebnissen, die mit der Umsetzung einer modellhaften und flächendeckenden Einführung des Personalbemessungsinstrumentes, wie sie im zweiten Zwischenbericht empfohlen wurde, verbunden sind. Eine explizite Bewertung der Ergebnisse wurde von den Expert*innen im Rahmen der Interviewstudie daher nicht

gefordert, sondern die Ergebnisse der Entwicklungsphase als Ausgangspunkt der Interviews genutzt und somit als gegeben angesehen. Daher wurde lediglich eine Einordnung des Projektes und seiner Ergebnisse erbeten und hieran auch die Frage nach der Plausibilität der dargestellten quantitativen Folgen angeschlossen. Grundsätzlich hält die Mehrheit der Expert*innen die Ergebnisse für plausibel. Da allgemeiner Konsens darüber bestehe, dass mehr Personal erforderlich sei, können die Ergebnisse weder qualitativ noch quantitativ überraschen (ID 112V). Eingeschränkt wird die Geltungsweite dieser Aussage aber auch durch die Rückbindung an die Methodik. So seien die Ergebnisse quantitativ zwar plausibel, allerdings in Verbindung zu einem stark taylorisierten Modell der Interventionserbringung entstanden (ID 115W). Überwiegend wird allerdings das quantitativ gemessene Mehrpersonal als Möglichkeit gesehen, zu einer nachhaltigen Entlastung des Pflegepersonals zu führen und dadurch auch die Versorgungsqualität zu verbessern. Auf Basis der den Expert*innen bekannten Ergebnisse, ihrer teilweise schon sehr detaillierte Vorstellungen von einer Umsetzung des Personalbemessungsinstrumentes und den angeschlossenen Ratschlägen und Voraussetzungen, kann auch ohne explizite Abfrage einer Einschätzung davon ausgegangen werden, dass mehrheitlich eine Einführung des Personalbemessungsinstrumentes als möglich und zielführend zur Verbesserung von Arbeitsbedingungen und Pflegequalität angesehen wird.

Ergänzend zu den in den vorangegangenen Abschnitten dargestellten umsetzungsbezogenen Aussagen thematisieren insgesamt fünf der Expert*innen zur Einordnung der Zwischenergebnisse Grenzen, die die Methodik bisher nicht in den Blick genommen habe und deren weitere Forschung erforderlich mache (ID 114W; ID 111V) oder äußerten Kritik an der Methodik selbst (ID 113W; ID 101E; ID 115W).

Ein*e Interviewter stellt die Studie selber und daran anschließend den Interviewleitfaden infrage, da beide nicht die relevanten Fragen aus Sicht des Interviewten abdecken. Methodisch sei es schwierig, einen Personalmehrbedarf zu benennen, ohne zuvor auch die Ist-Prozessqualität zu hinterfragen. Bei bestehenden Produktivitätseffekten müssen vielmehr die Rahmenbedingungen betrachtet werden, da ein Sensorik-Shop in Einrichtungen hilfreicher sein könne, als eine Personalentwicklung von 20 zusätzlichen ungelernten Kräften. Da es das ausgewiesene Mehrpersonal sowieso nie geben werde, müsse die Kernfrage der Einführung vielmehr sein, wie die Entwicklung der Prozessqualität den Personalmehrbedarf verhindern könne, da dieser sonst maßgeblichen Einfluss auf die Anzahl der Pflegeplätze in Deutschland haben werde (ID 101E).

Eine ähnliche Folgenabschätzung benennt auch der/die Interviewte*r ID 111V. Da keine Qualitätsunterschiede entsprechend der vorhandenen Personalausstattungen der Länder erkennbar sind, sei die Einführung von Mehrpersonal eine schwer zu rechtfertigende Maßnahme. Dies gelte verstärkt, da die erforderlichen Personalmengen nicht verfügbar seien und die Einführung des Personalbemessungsinstrumentes auch zum Abbau von Versorgungskapazitäten führen werde (ID 111V).

Kritisch eingeordnet werden die Projektergebnisse in Bezug auf die zugrunde gelegten Qualifikationszuordnungen und die dementsprechend resultierenden Personalmixe. Dabei sei die Struktur der Ergebnisse durch fachliche und methodische Setzungen prädisponiert (ID 114W), deren Gültigkeit – namentlich die Zusammenhänge zwischen Begutachtungsergebnissen und Qualifikationsanforderungen im Qualifikationsmixmodell – fraglich sei (ID 113W). Die empirischen Ergebnisse, namentlich die zwar seltenen aber existenten Überkapazitäten bei den Pflegefachkräften, seien mit der aktuellen Wahrnehmung in den Einrichtungen und anderen wissenschaftlichen Ergebnissen nicht vereinbar. Dem aktuellen Mangel an Fachkompetenz in den Einrichtungen müsse durch einen Ausbau hochqualifizierten Personal erfolgen, nicht jedoch durch einen empirisch ermittelten Bedarf an ausgebildeten Assistenzkräften nach Landesrecht (QN 3). Für diese gebe es in den Einrichtungen keinen

Bedarf, da der erforderliche Kompetenzzuwachs über die Qualifizierung von Fachkräften erfolgen müsse. Dabei wird besonders in Hinblick auf Spezialeinrichtungen die Transparenz über die Geltungswerte des Personalbemessungsinstrumentes vermisst und eine empirische Überprüfung der zu benennenden Grenzen gefordert (ID 114W).

16.4 Fazit und Schlussfolgerungen

Mit den Ergebnissen aus der Interviewstudie lassen sich zusammenfassend Kriterien zur Vorbereitung einer modellhaften sowie einer flächendeckenden Einführung des Personalbemessungsinstrumentes ableiten. Die Expert*innen teilen in ihrer großen Mehrheit die Auffassung des Projektteams hinsichtlich der erforderlichen *Organisations- und Personalentwicklungsprozesse* zum effektiven Einsatz von Mehrpersonal. Für die Organisationsentwicklung benennen sie – je nach Organisationszugehörigkeit unterschiedliche und sich ergänzende – Voraussetzungen, die für eine konzeptionelle Entwicklung zu beachten sind. Beispielsweise wird die Entwicklung eines Instrumentenkoffers mit Instrumenten zur Bedarfsanalyse von Organisationsentwicklungsprozessen, ein Katalog mit Maßnahmen zur Entwicklung von einrichtungsindividuellen Konzepten und die Entwicklung von Tätigkeitsprofilen für die Aufgabenbereiche des Managements, der Pflegefachkraft und der Assistenzkraft empfohlen. Verschiedentlich wird betont, dass zusätzliche Kompetenzen wie die der akademischen Pflegekräfte, von *Fachkräften anderer Bezugsdisziplinen* wie z. B. Ergotherapeut*innen, Heilerziehungskräfte oder Hauswirtschaftskräfte und Pflegefachkräften mit Fachweiterbildung bei einer Organisationsentwicklung unter dem Aspekt eines ganzheitlichen Professionenmixes konzeptionell berücksichtigt werden sollen. Diese Forderungen schließen dabei an die beschriebenen Limitationen und Konsequenzen der quantitativen Studie (Abschnitt 14.1) an, wonach aufgrund der in der Praxis fehlenden Vorbehaltstätigkeiten für akademisiertes Pflegefachpersonal und Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildung eine empirische Bearbeitung der Personalbedarfe für diese Personengruppen bisher nicht möglich war. Es wird daher auf Basis der Experteneinschätzungen empfohlen, im Rahmen einer modellhaften Einführung auch den Bedarf für diese Personengruppen zu ermitteln und ihren Einsatz zu ermöglichen. Zudem wird von den Interviewpartner*innen mehrheitlich bestätigt, dass Organisations- und Personalentwicklung in der Langzeitpflege interdependent und somit nicht voneinander zu trennen sind.

Als größte Herausforderungen im Bereich der Personalentwicklung, die durch eine Einführung des Personalbemessungsinstrumentes entsteht, betrachtet die Mehrheit der Experten über die Organisationszugehörigkeiten hinweg die *Gewinnung und Qualifikation geeigneten Personals*. Hierzu werden von einigen Experten Instrumente zur Bedarfs- und Kompetenzanalyse und ein Schulungskonzept gefordert. Zusätzlich sei eine Strategie zur internen und externen Begleitung zu entwickeln mit der etwaige Modelleinrichtungen engmaschig gesteuert werden können. In *Digitalisierungsprozessen und dem Einsatz von Technik* werden mehrheitlich Potenziale gesehen, die Arbeitsorganisation zu optimieren, die Effizienz der indirekten Pflege zu erhöhen und die Attraktivität des Berufes zu steigern. Dafür wird allerdings auch ein signifikanter Mehraufwand – kurzfristig durch Hardwareinvestitionen und Schulungen sowie langfristig durch Wartung und Instandhaltung der Infrastruktur – erwartet. Es wird daher schlussfolgernd empfohlen, sowohl die Digitalisierung als auch die analoge Organisationsentwicklung parallel zu nutzen, um die Prozessqualität in den Einrichtungen zu reflektieren und als wichtiges Bindeglied zwischen Struktur und Ergebnis zu stärken.

Während Maßnahmen des Arbeitsschutzes gesetzlich verpflichtend sind, aber nach Ansicht der Expert*innen aus dem Expert*innengremium bisher im Bereich betriebsbezogener und mitarbeiterbe-

zogenen Zeitbedarfe unzureichend berücksichtigt sind, wird es von einigen Expert*innen weiterhin als wünschenswert benannt, in einer modellhaften Einführung weitergehende Maßnahmen der *betrieblichen Gesundheitsförderung* anzureizen und verpflichtend zu implementieren. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen aus dem Studienteil zur Interaktionsarbeit (Schwerdt & Becke 2019) werden zusätzliche Bedarfe im Bereich der psychischen und physischen Gesundheitsförderung der Pflegekräfte benannt und für eine modellhafte Einführung eingefordert.

Zur *Auswahl der Modelleinrichtungen* werden verschiedene Stratifizierungsmerkmale genannt und begründet, sowie mehrheitlich die große Bedeutung eines umfassenden Commitments des Personals betont. Dazu wird von den Expert*innen gefordert, den Modelleinrichtungen im Vorfeld ausführlich und möglichst persönlich zu kommunizieren, welche Anforderungen und Voraussetzungen bei einer Umsetzung bestehen sollten. Von einer befragten Person ist in diesem Zusammenhang die Entwicklung eines Organisationschecks als Zugangsvoraussetzung vorgeschlagen worden. Zentral für die Steuerung der Entwicklungs- und Einführungsprozesse wird ein engmaschiges Monitoring im Rahmen einer durchgehenden Prozessevaluation gesehen. Für eine *Ergebnisevaluation* werden verschiedene Vorschläge gemacht. So soll im Nachgang der Interventionsphase und nach Verstetigung durch eine Kombination aus Befragungen, Zeitmessungen und Messung von Qualitätsindikatoren erfolgen. Für die Interventionsdauer der modellhaften Einführung wird von den Expert*innen ein Zeitraum von eineinhalb bis drei Jahren angegeben.

Zur Umsetzung einer vollständigen flächendeckenden Einführung ist nach mehrheitlicher Meinung eine abgeschlossene *modellhafte Einführung* erforderlich, in der Instrumente und Schulungsmaterialien für eine Implementierung in komprimierter Form ausgearbeitet werden. Die Mehrheit der Expert*innen schlägt für die flächendeckende Einführung ein stufenweises Vorgehen ähnlich der Empfehlungen des Projektteams vor (siehe auch Abschnitt 15.2.2 des Zweiten Zwischenberichtes) und gibt verschiedene Beispiele zur Ausgestaltung der Stufen. Zudem werden konkretere Maßnahmen zur anschließenden Begleitung der Einrichtungen benannt.

Zur Realisierung des Vorhabens einer modellhaften und anschließend flächendeckenden Einführung des Personalbemessungsinstrumentes betonen einige Expert*innen, dass *externe Rahmenbedingungen* in einem Maße festzulegen und anzupassen sind, das nicht innerhalb eines Projektes möglich ist. Vielmehr betonen sie, dass bereits vor Projektbeginn gesetzliche und vertragliche Regelungen zu bestimmen seien, die die Bereiche Leistungsrecht, Haftungsrecht und Ordnungsrecht öffnen oder anpassen. Expert*innen aus allen Gruppen weisen zudem auf die Notwendigkeit der expliziten Gewährleistung der *wirtschaftlichen Sicherung* der Modelleinrichtungen hin, auf eine Finanzierung des Mehrpersonals und der Maßnahmen aus Organisationsentwicklungs-, Personalentwicklungs- und Digitalisierungsprozessen unter Beachtung des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Im Hinblick auf die zukünftigen Anforderungen an die *Rollen der Pflegefachkraft und Assistenzkraft* wird es von den Expert*innen mehrheitlich als notwendig betont, Ausbildungsstrukturen und Inhalte anzupassen. Insbesondere eine einheitliche Ausbildung der Assistenzkraft und politische Bemühungen zur Förderung der Pflegeassistenzkräfte werden aufgeführt, um den quantitativen Mehrbedarf an Pflegeassistenzkräften mit ein- bis zweijähriger Ausbildung nach Landesrecht Rechnung zu tragen. Es wird jedoch auch in Einzelmeinungen betont, dass unabhängig von den Projektergebnisse die Konzentration auf einen höheren Fachkräfteeinsatz gegenüber dem Ausbau der Beschäftigung und Ausbildung von Assistenzkräften zu bevorzugen sei. Mehrheitlich wird aber gruppenübergreifend eine weitere wissenschaftliche Beschäftigung mit den Zusammenhängen von Interventionen, Vorbehalts-

aufgaben und Qualifikationen gefordert, um *eine höhere Fachlichkeit durch die stärkere Differenzierung von allen Qualifikationsstufen* inklusive der hochqualifizierten Pflegekräften zu stärken.

Die Einschätzungen der Expert*innen zu Effekten der Einführung einer Personalbemessung zeigen mehrheitlich, dass nachhaltig positive Effekte bei erfolgreicher Einführung im Bereich der Arbeitszufriedenheit und –belastung, der Attraktivität des Berufes sowie der Arbeitsorganisation erwartet werden können. Es wird allerdings in einer Einzelmeinungen betont, dass es in Folge einer Personalbemessung zu einem Abbau von Pflegeplätzen kommen werde – insbesondere wenn dem nicht gezielt entgegengesteuert wird.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die konzeptionelle Erprobung die Erwartungen, Grenzen und Voraussetzungen einer Einführungsphase multiperspektivisch erfassen konnte. Dabei hat sich in den wesentlichen Fragen auch über die Expert*innengruppen hinweg meist eine vorherrschende Auffassung gezeigt. Das zeigte sich insbesondere in einem Punkt: Zur Umsetzung von Organisations- und Personalentwicklungsprozessen im Zuge einer Einführung des Personalbemessungsinstrumentes bedarf es eines *Strukturwandels*, den sowohl die Träger als auch die Einrichtungen und die Pflegekräfte mittragen und entwickeln müssen. Es wird als Grundvoraussetzung betrachtet, dass eine *Neuorganisation gewünscht und auch begleitet* wird. Dazu müssen zum Teil starre Strukturen aufgebrochen werden, um einen Raum für innovative Ideen und eine optimierte und effiziente Arbeitsweise auf hohem fachlichen Niveau zu ermöglichen.

17 Konzept zum Umgang mit dem Fachkräftemangel und Fachkräftebedarf

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und seiner in Abschnitt 15 beschriebenen Auswirkungen sowohl auf den Bedarf an Pflegekräften als auch auf die verfügbaren Personalmengen ist die derzeitige wie zukünftige Sicherstellung der pflegerischen Versorgung eine der wesentlichen Herausforderungen der aktuellen gesundheits- und pflegepolitischen Bemühungen. In diesem Zusammenhang wurden gerade in den letzten Jahren umfassende Reformpakete verabschiedet und diese Problematik in Forschung und Wissenschaft aufgegriffen. So konnte in den Jahren 2014 bis 2018 ein Zuwachs von 93.400 sozialversicherungspflichtiger Beschäftigter in der Altenpflege verzeichnet werden (BA 2019: 18), womit sowohl die *Entwicklung* der Beschäftigtenzahlen stärker positiv ist als in jeder anderen Branche, als auch die absolute *Zahl* der Fachkräfte höher als jemals zuvor.

Dennoch ist die Problematik fehlender Fachkräfte in der Pflege vor dem Hintergrund des demografischen Wandels – nicht nur in Deutschland – bekannt (Lehmann et al. 2019). Vor diesem Hintergrund war es im Rahmen dieses Projektes nicht Ziel, ein neues Konzept zur Kompensation des Fachkräftemangels vorzulegen, da sich andere politische und wissenschaftliche Instanzen mit mehr Ressourcen umfassender mit den Problemlösungen auseinandersetzen, als es innerhalb dieses Projektes und in einem Kapitel dieses Berichtes möglich ist. Das hier skizzierte Konzept ist vielmehr eine Verzahnung der in der vorliegenden Literatur bereits beschriebenen Erkenntnisse und Ansatzpunkte zu Ursachen des Fachkräftemangels in der stationären Langzeitpflege (Abschnitt 17.1) und zum Umgang mit diesem (Abschnitt 17.2) mit den Ergebnissen des hier gegenständlichen Projektes vor dem Hintergrund der aktuellen und gesundheits- und pflegepolitischen Entwicklungen (Abschnitt 17.3).

Hierbei rückt neben dem allgemeinen Versorgungsauftrag besonders die Qualität der zukünftigen pflegerischen Versorgung in den Fokus. Es bedarf vor allem eines gesamtgesellschaftlichen Umdenkens mit entsprechend nachhaltigen Reformen und daraus folgend einer konsequenten und nachhaltigen Fachkraftgewinnung und -bindung sowie einer höheren Attraktivität des Pflegeberufes z. B. durch Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege. Nur so kann langfristig eine ausreichende Personalmenge an professionell Pflegenden und informellen Hilfen gesichert werden und damit eine pflegefachlich angemessene Versorgung von Pflegebedürftigen gewahrt bleiben.

17.1 Ursachen des Fachkräftemangels

Der Fachkräftemangel in der Altenpflege hat vielfältige Ursachen. Kern bilden hier die hohen physischen und psychischen Arbeitsbelastungen, die hohe Arbeitsverdichtung (vgl. Anlage A 1.2: Kapitel 4 und 5), eine schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie ein schlechtes Image des Pflegeberufes. Daraus resultiert eine geringe Attraktivität des Berufes, die einerseits potenzielle Einsteiger abschreckt und andererseits Berufsausstiege fördert. Nachstehend werden zentrale Punkte skizziert.

In einer Befragung des Institutes des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) äußerten mehr als zwei Drittel der Beschäftigten in der Altenpflege, dass sie nicht glauben, den Beruf in der derzeitigen Form bis zur Rente ausüben zu können (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018: 22). Der Anteil der Pflegekräfte in der Altenpflege, der sich „sehr häufig“ oder „oft“ gehetzt fühlen oder unter Zeitdruck stehen, beträgt zusammen 69 % (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018: 7) und ist damit deutlich höher als in anderen Berufen. Die körperlichen Belastungen werden von den Pflegenden als immens wahrgenommen. Beispielsweise meinen 78 % der Befragten, dass sie „sehr häufig“ oder „oft“ körperlich

schwer arbeiten (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018: 9). Auch das aktuelle „Pflegethermometer“ zeigt die gestiegenen Anforderungen: Im Vergleich mit 2016 äußerten 2017 jeweils über 50 % der Befragten gestiegene Belastungen durch „Bewohner mit herausfordernden Verhaltensweisen“, „grund- und pflegende pflegerische Bewohneranforderungen“ und „aufwendige Angehörigenarbeit/Konflikte mit Angehörigen“ (Isfort et al. 2018: 68). Diese Belastungen bleiben nicht folgenlos. Auf 100 AOK-Mitglieder, die in der Altenpflege arbeiten, kamen im Jahr 2017, 2.726,7 Tage der Arbeitsunfähigkeit, also durchschnittlich 27,3 Tage pro Person und Jahr (Meyer et al. 2018: 454). Sie sind damit deutlich stärker von Krankheitsausfällen betroffen als ein durchschnittliches AOK-Mitglied mit 19,4 Kalendertagen (Meyer et al. 2018: 331). Eine psychische Krankheit war bei Beschäftigten in der Altenpflege in 16,2 % der Fälle der Grund für die Arbeitsunfähigkeit (Meyer et al. 2018: 459). Die Arbeitsbedingungen in der Altenpflege sind folglich belastend und verringern die Attraktivität des Berufes.

Neben den Arbeitsbelastungen hat auch die finanzielle Vergütung einen Einfluss auf die Attraktivität eines Berufes. Die Berufsgruppe „Berufe in der Altenpflege (ohne Spezialisierung) – fachlich ausgerichtete Tätigkeiten“, zu der unter anderem der Beruf „Altenpfleger/Altenpflegerin“ gehört, erhalten im Median einen Verdienst von brutto 2.744 Euro (BA 2019a). In der Berufsgruppe „Berufe in der Altenpflege (ohne Spezialisierung) – Helfer-/Anlernertätigkeiten“, zu der unter anderem der Beruf „Altenpflegehelfer/Altenpflegehelferin“ gehört, beträgt der Verdienst im Median 1.944 Euro Brutto (BA 2019a). Damit besteht eine deutliche Diskrepanz zu einem interprofessionellen Beruf: Der Bruttomedianlohn für „Berufe in der Gesundheits- & Krankenpflege (ohne Spezialisierung) – fachlich ausgerichtete Tätigkeiten“ zu der unter anderem der Beruf „Krankenpfleger/Krankenschwester“ gehört, liegt bei 3.337 Euro (BA 2019a). Damit liegen die Bruttolöhne in der Altenpflege nicht nur deutlich unter dem Median der Bruttolöhne der Berufsgruppe „Gesundheit- und Krankenpflege“, sondern auch unter dem Median aller Bruttolöhne von 3.209 Euro (BA 2019a). Es gibt also eine hohe interprofessionelle Divergenz, die die Attraktivität der Altenpflege für Pflegenden schwächt. Zusätzlich variieren die Löhne stark zwischen einzelnen Regionen, wobei insbesondere ein Ost- und Westgefälle zu erkennen ist (Hackmann et al. 2016: 41). Dass die Gehälter eine Auswirkung auf die Zufriedenheit mit dem Beruf haben, spiegelt die Befragung des DGB wider: Nur 22 % der Befragten geben an, dass sie ihr Einkommen „in sehr hohem Maße“ oder in „hohem Maße“ für angemessen erachten (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018: 6). Wenngleich dies nur ein Aspekt ist, resultiert aus der Entlohnung von Pflegekräften auch eine Ursache für eine geringe Attraktivität des Berufes, verschärft durch ein schlechtes Berufsimago und einer geringen gesellschaftlichen Wertschätzung.

Die in der Pflege vorherrschenden Beschäftigungsformen und konkreten Arbeitszeiten intensivieren diese Problematik: 63 % der Beschäftigten in der Altenpflege arbeiteten 2017 in Teilzeit (Statistisches Bundesamt 2018a: 14). Dies spiegelt nur selten die Präferenz der Beschäftigten wider: „Knapp vier von fünf arbeitslosen Altenpflegekräften suchen eine Vollzeitstelle. Dem gegenüber ist nur jede fünfte gemeldete Arbeitsstelle [...] als reine Vollzeitstelle ausgeschrieben“ (BA 2019b: 12). Gleichzeitig möchte ein Großteil der in der Altenpflege tätigen Pflegenden aufgrund der hohen Arbeitsbelastungen keine Vollzeitstelle ausüben. Aus der massiven Teilzeitbeschäftigung der Pflegenden resultiert eine hohe Gefahr für Altersarmut von Pflegenden. Doch nicht nur die Teilzeitbeschäftigung an sich, sondern auch die Arbeitszeiten können das Ansehen eines Berufes beeinträchtigen. Schicht- und Wochenenddienste behindern die regelmäßige Partizipation der Beschäftigten am sozialen Leben. Aus langen Dienstphasen ohne freie Tage resultieren zusätzliche Arbeitsbelastungen bis zum Burnout. Hinzukommen Unsicherheiten für längerfristige Planungen: monatlich neue Dienstpläne, sich kurzfristig ändernde Dienstpläne und das spontane Einspringen für kranke Kolleg*innen. Diese arbeits-

zeitbasierten Probleme behindern maßgeblich die Vereinbarkeit von Familie und Beruf – in einem Beruf, der zu 84 % von Frauen ausgeübt wird (Statistisches Bundesamt 2018a: 14).

Ebenso scheint die Altenpflege als vergleichsweise unattraktiv, da sie aktuell geringe Karriereperspektiven bietet weniger berufliche Entwicklungs- und Aufstiegsmöglichkeiten bietet als beispielsweise in der Gesundheits- und Krankenpflege von den Pflegenden wahrgenommen werden (Szepan & Wagner 2018: 35; Robert Bosch Stiftung 2018) – auch weil neben einer fehlenden Auswirkung auf die Vergütung kaum Strukturen gelebt werden, die es den Pflegekräften ermöglichen ihre Spezialisierung auch im Arbeitsalltag einzubringen.

Hieran angeknüpft führt die stark ausgeprägte Arbeitsteilung, die dem ursprünglich ganzheitlichen Anspruch der Pflege entgegensteht und die oft unzureichende interdisziplinäre Verzahnung zu einem hohen Diskrepanzerleben der Pflegenden (Hackmann & Sulzer 2018: 58). Die hohe Verantwortung der Pflegenden stößt damit an Grenzen, und die ursprüngliche Motivation, diesen Beruf zu lernen und auszuüben, bleibt durch bestehende Rahmenbedingungen auf der Strecke.

Insgesamt ist die Altenpflege ein anspruchsvoller und belastender Beruf, mit hohen Krankenständen, der vergleichsweise gering vergütet wird. Hohe Teilzeitquoten, familienunfreundliche Arbeitszeiten und geringe berufliche Entwicklungsmöglichkeiten beeinflussen die Attraktivität des Berufes zusätzlich negativ. Deshalb muss auch die Lösung des Problems an vielen Stellen ansetzen, allerdings in einem abgestimmten Prozess.

17.2 Umgang mit dem bestehenden Personalmangel und dem zukünftigen Personalbedarf in der Pflege

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Ursachen des Fachkräftemangels in der Pflege müssen auch die entsprechenden Maßnahmen zur Bewältigung des Fachkräftedefizites betrachtet werden. Klar ist dabei, dass es für eine nachhaltige Kompensation des Fachkraftmangels nicht einer Maßnahme bedarf, sondern einer Vielzahl an parallel verlaufenden Strategien. Die nachfolgend angesprochenen Handlungsfelder tragen nach dem Stand der Forschung zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der gesellschaftlichen und berufseigenen Anerkennung bei und implizieren so einen Rückgang des Fachkräftemangels auf der *Angebotsseite*:

1. **Angleichung der Vergütung:** Einheitliche und transparente Vergütung der Pflegeberufe. Gerade im Hinblick auf die generalistische Ausbildung ist andernfalls mit einem noch höheren Defizit in der Altenpflege zu rechnen. Dies gilt auch für die Ausbildungsvergütung (Ehrentraut et al. 2015: 27; Hackmann & Sulzer 2018: 58; Szepan & Wagner 2018: 35).
2. **Einheitliche Personalbemessung:** Faire bundesweite Personalausstattung anhand einer Personalberechnung auf Grundlage der Bewohnermerkmale.
3. **Entwicklung von Qualifikationsanforderungen, Ausbildung und Fachkräften:** Weiterentwicklung der Curricula, klare Definition von Aufgaben und rechtliche Grundlagen für den Einsatz akademischer Pflegekräfte sowohl in der Pflege selbst als auch auf Leitungsebene und in Stabstellen, Sicherstellung der Anleitung von Schülern*innen, bundeseinheitliche Weiterbildungen und Anerkennung durch entsprechende Vergütung (Hackmann & Sulzer 2018: 58). Weiterentwicklung von horizontalen und vertikalen Karrierewegen von Pflegenden und verbesserte Durchlässigkeit zwischen den Karrierestufen (Lehmann et al. 2019: 3 ff., Robert Bosch Stiftung 2018; Rieder-Hinze 2018: 72; Szepan & Wagner 2018: 49 f.).

4. **Erhöhung von Ausbildungszahlen und Rückgewinnung von Berufsaussteigern:** Erhöhung der Ausbildungsplätze, verstärkte Angebote zur Umschulung in der Altenpflege, Angebote für Berufsrückkehrer (Hackmann et al. 2016: 58 ff.; Görres et al. 2015: 152 ff.).
5. **Innovationen im Personalmanagement:** Weiterentwicklung im Bereich der Personalentwicklung der Einrichtungen z. B. in der Einführung alternativer Arbeitszeitmodelle und Nutzung der Gestaltungsräume zur Personalbindung von Pflegenden auch im Hinblick auf die Gewinnung und Haltung von leistungsstarken Mitarbeiter*innen in der Pflege und im Management unter Berücksichtigung einer besseren Qualifizierung der Mitarbeiter*innen im mittleren und höheren Management (Bettig et al. 2012: 259 ff.; Hackmann et al. 2016: 58; Szepan & Wagner 2018: 45 ff.; Buchan 2018: 8ff.).
6. **Ausweitung der Teilzeit- zu Vollzeitbeschäftigung:** Ein Großteil der Beschäftigten in der Pflege befinden sich in Teilzeitbeschäftigung, in der Erhöhung der Wochenarbeitszahl besteht ein Potenzial in der Reduktion des Fachkräftemangels (vgl. Szepan & Wagner 2018: 49).
7. **Verbesserungen der Arbeitsprozesse und -bedingungen:** Optimierung von Arbeitsprozessen unter anderem durch Organisationsentwicklung in den Einrichtungen, so dass Pflegefachkräfte vor allem professionsspezifische Arbeiten erbringen und die Unterstützung der Hilfskräfte koordinieren (Hackmann & Sulzer 2018: 28).
8. **Vereinbarkeit von Familie und Beruf:** Sicherstellung der Kinderbetreuung der Beschäftigten nach Möglichkeit durch hauseigene KiTas und/oder Notfallbetreuungsangebote der Einrichtung, Gestaltung flexibler familienfreundlichere Arbeits- und Dienstzeiten (Ehrentraut et al. 2015: 27; Szepan & Wagner 2018: 36). Besondere Aufmerksamkeit erfordern diese Maßnahmen mit Hinblick auf die zwingenden Rahmenbedingungen im Langzeitpflegebereich: Gerade durch den nicht zu vermeidenden Schichtdienst und die daraus resultierenden besonderen Belastungen für die Pflegenden und ihre Familien, scheint es geboten, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf von Pflegekräften mit verstärkten Bemühungen zu bearbeiten.
9. **Ermöglichen von innovativen und gesundheitsfördernden Arbeitsorganisationen:** Implementierung nachhaltiger Konzepte der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention, Lebensphasenorientierte Personalpolitik, Partizipation der Pflegekräfte, verlässliche Dienstplangestaltung, Reduzierung der Arbeitsverdichtung (Hackmann & Sulzer 2018: 58; Szepan & Wagner 2018: 27).
10. **Externe Zuwanderung:** Es darf nicht Ziel sein, zur Kompensation des hiesigen Fachkraftproblems, gezielt Fachkräfte anderer Ländern abzuwerben und in der Folge in den Herkunftsländern einen Fachkraftmangel auszulösen. Es sollten aber bei fachlicher, sozialer und persönlicher Befähigung entsprechender Personen auf dem Arbeitsmarkt fundierte und evaluierte Angebote vorgehalten werden, potenzielle Arbeitnehmer*innen in Deutschland mit Migrationshintergrund für die Pflege zu befähigen (Hackmann et al. 2016: 60). Arbeitgeber benötigen Hilfestellung bei der Einarbeitung und Anleitung von Pflegenden aller Qualifikationsniveaus mit Migrationshintergrund unter Berücksichtigung sozialer und kulturelle Barrieren, anderer Pflegeverständnisse etc.
11. **Weitere Verbesserung des Berufsbildes durch Imagekampagnen:** Stärkung des Berufsbildes in der Pflege in der Öffentlichkeit als auch intern in den Einrichtungen, Stützung der pflegerischen Fachlichkeit und einer damit verbundenen Erhöhung der Attraktivität des Berufes (Hackmann et al. 2016: 61; Szepan & Wagner 2018: 20 ff.).
12. **Ausbau der Digitalisierung in der Pflege:** Etablierung digitaler Hard- und Software, die zu Arbeitsentlastung von Pflegenden beiträgt sowie zur Prozesssteuerung und Qualitätsentwicklung genutzt werden kann (Hackmann & Sulzer 2018: 37 ff.).

13. **Ausweitung des zivilgesellschaftlichen Engagements:** Entlastung von Fachkräften durch die Ausweitung ehrenamtlich Tätiger, Maßnahmen um in der Gesellschaft ein stärkeres zivilgesellschaftliches Engagement zu erreichen und dieses entsprechend honorieren (Szepan & Wagner 2018: 58; Hackmann et al. 2016: 59).

Um andererseits den allgemeinen Bedarf an professioneller Pflege zu reduzieren, müssen die vorangehenden Strukturen gestärkt und neu gedacht werden. Folgende Handlungsfelder beeinflussen die *Nachfrageseite* (vgl. Ehrentraut et al. 2015: 22; Rothgang 2012: 66):

1. **„Pflegemix der Zukunft“ gestalten:** Professionsmix neu aushandeln, Aufgabenverteilung, Netzwerk und Kooperation, Entlastung durch delegationsfähige Tätigkeiten im stationären und ambulanten Sektor durch stärkere Einbeziehung und Aufbau des zivilgesellschaftlichen Engagements (Szepan & Wagner 2018: 22 ff., BMG 2019a, Rieder-Hinze 2018: 71 ff.; Robert Bosch Stiftung 2018).
2. **Sozialraumentwicklung:** Kommunale Pflegestrukturplanung wie Quartierskonzepte, qualifizierte Beratungsstellen (z. B. Pflegestützpunkte), Care und Case Management zur Effizienzsteigerung), Wohnraumgestaltung und Sicherstellung der alltäglichen Versorgung (Büscher 2013: 50 ff.; Hackmann et al. 2016: 55).

Es braucht demnach verschiedene Ansätze und Strategien in unterschiedlich Handlungsfeldern, wie Ausbildung, Vergütung, Personal- und Organisationsentwicklung, aber auch eine Neugestaltung des Berufsfeldes im Case- und Care-Mix, sowie veränderter Strukturen in der kommunalen Entwicklung. Alle beschriebenen Maßnahmen wirken jedoch vor allem langfristig, und es werden zudem Maßnahmen benötigt, die auch einen kurzzeitigen Effekt auf die Lösung der Fachkraftproblematik haben. Entscheidend ist zusätzlich, dass sich insbesondere die Arbeitsbedingungen der Pflege nachhaltig verbessern müssen, um die Attraktivität des Berufes zu erhöhen, Pflegende an den Beruf zu binden und Neu- und Quereinsteiger für eine Tätigkeit in der Pflege zu interessieren. Reine Imagekampagnen und die Erhöhung der Ausbildungszahlen können auch langfristig keine nachhaltige Wirkung zur Lösung des Fachkraftmangels erzielen. Maßnahmen zur Weiterentwicklung und Attraktivitätssteigerung der Pflege nützen nicht alleinig den Berufsangehörigen, sie wirken sich auch auf die Qualität und Sicherheit der Versorgung aus. Dazu braucht es klare und verlässliche politische Rahmensetzungen, die Orientierung bietet, aber auch Kreativität in der Gestaltung durch alle Akteure erlaubt. Kurz-, mittel- und langfristige Strategien in der Modernisierung müssen miteinander geprüft und in ein Gesamtkonzept integriert werden, und das Gesamtgefüge der Gesundheitsprofessionen muss neu justiert werden. Neue Handlungs- und Verantwortungsspielräume der unterschiedlichen Professionen müssen ausgehandelt und festgehalten werden (Lehmann et al. 2019: 8). Mit diesen Themenfeldern zur Förderung der Pflegepersonalgewinnung und -erhaltung beschäftigten sich u. a. in der *Konzertierten Aktion Pflege* (BMG 2019a) die fünf einzelnen Arbeitsgruppen und bieten dazu umfassende Lösungsstrategien an, die z. T. bereits umgesetzt oder in naher Zukunft umgesetzt werden sollen.

17.3 Aktuelle gesundheits- und pflegepolitische Entwicklungen

In den Jahren von 2014 bis 2018 konnte ein Zuwachs von 93.400 sozialversicherungspflichtiger Beschäftigter in der Altenpflege verzeichnet werden (BA 2019: 18). Damit ist sowohl die *Entwicklung* der Beschäftigtenzahlen stärker positiv als in jeder anderen Branche, als auch die absolute *Zahl* der Fachkräfte höher als jemals zuvor. Dennoch ist die Problematik fehlender Fachkräfte in der Pflege vor dem Hintergrund des demographischen Wandels – nicht nur in Deutschland – bekannt (Lehmann et

al. 2019). Auch die Pflegepolitik hat bereits begonnen, durch vielfältige Gegenmaßnahmen dem Fachkraftmangel entgegenzuwirken. In den letzten sechs Jahren wurden verschiedene Reformpakete im Bereich der Pflege verabschiedet, die sich direkt, wie indirekt auf die Lösung der Fachkraftproblematik auswirken:

- das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG), in Kraft getreten im Januar 2013,
- das Erste Pflegestärkungsgesetz, in Kraft getreten im Januar 2015,
- das Zweite Pflegestärkungsgesetz, in den zentralen Punkten in Kraft getreten im Januar 2017,
- das Dritte Pflegestärkungsgesetz, in Kraft getreten Januar 2017,
- das Pflegeberufegesetz (PflBG), stufenweise in Kraft getreten ab Juli 2017,
- die neue Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe (PflAPrV 2018), in Kraft getreten ab Januar 2020 und
- das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) in Krafttreten Januar 2019

An dieser Stelle wird ein kurzer Überblick der Gesetzgebungen gegeben und das Potenzial im Zusammenhang mit der Lösung der Fachkraftproblematik eruiert.

Das 2013 in Kraft getretene *Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG)* etablierte unter anderem zusätzliche Betreuungskräfte für die Betreuung von Menschen mit Demenz, was neben der besseren Versorgung von demenziell Erkrankten auch einen Beitrag zur Entlastung der Pflegenden leistet.

Die drei Reformen der Pflege durch die *Pflegestärkungsgesetze (PSG I bis III)* unter Hermann Gröhe, haben als Kernelement der Reformen einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, mit dem neben den körperlichen Beeinträchtigungen auch psychische und kommunikative Einschränkungen berücksichtigt und der Grad der Selbständigkeit des Pflegebedürftigen als Grundlage der pflegerischen Versorgung in den Vordergrund gestellt werden. In diesem Zusammenhang wurden die drei Pflegestufen abgeschafft durch fünf Pflegegrade ersetzt, in die die Pflegebedürftigen mithilfe des neuen Begutachtungsinstrument eingestuft werden. Darüber hinaus folgten aus den Reformen erweiterte Leistungsansprüche der Pflegebedürftigen und die Ausweitung der Unterstützungsangebote für pflegende Angehörigen. Es erfolgte eine Anhebung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung und eine Dynamisierung der Leistungen. Mit dem PSG III wird die Verantwortung der Kommunen zur Sicherstellung der Versorgung und Verbesserung der kommunalen Versorgungslandschaft verstärkt, das Recht der Hilfe zur Pflege nach SGB XII gestützt und die finanzielle Unterstützung Pflegebedürftiger ausgeweitet, die nicht über ausreichende private Mittel zur Finanzierung der Pflege verfügen. Für die Pflegenden erfolgte eine Anhebung des Tarifniveaus.

Für die Pflege bzw. Pflegenden sollte aus der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstrumentes eine bessere Abbildung des tatsächlichen Pflegeaufwandes erreicht werden und eine realistischere Bemessung des Personals möglich sein.

Mit Einführung des neuen *Pflegeberufegesetzes (PflBG 2017)* und der *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe (PflAPrV 2018)* werden erstmals die bisher separat geführten Berufsausbildungen der Gesundheits- und Krankenpflege, der Altenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in eine generalistische Pflegeausbildung zusammengeführt. Ab dem Jahr 2020 tragen Absolventen nach erfolgreichem Abschluss der generalistischen Ausbildung den Titel Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann. Alternativ zur 3-jährigen generalistischen Pflegeausbildung kann nach zwei Dritteln der Ausbildung ein gesonderter Abschluss im Bereich der Altenpflege oder Gesundheits- und Krankenpflege mit anschließender Berufsbezeichnung der Altenpfleger*in oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in absolviert werden. Der Gesetzgeber reagiert damit auf die steigenden Herausforderungen in den verschiedenen Versorgungssettings. Durch den wachsenden Anteil an

multimorbiden chronisch erkrankten Pflegebedürftigen mit komplexen Versorgungsbedarfen sind beispielsweise vertiefte medizinisch-therapeutische Kompetenzen im Bereich der Altenpflege mittlerweile unverzichtbar. So ist ebenfalls der Anteil hochbetagter, gerontopsychiatrisch erkrankter Patienten in den Krankenhäusern gestiegen und erfordert spezielle Kompetenzen. Gleichzeitig soll durch die Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung der Pflegeberuf an Attraktivität gewinnen und dem Fachkraftmangel entgegengewirkt werden. Im Einzelnen werden folgende zentrale Veränderungen vorgenommen:

- Zusammenschluss der bisherigen Berufsausbildungen (Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) hin zur 3-jährigen generalistischen Pflegeausbildung mit dem Berufsabschluss Pflegefachmann bzw. Pflegefachfrau.
- Nach zwei Dritteln der Ausbildungszeit besteht die Möglichkeit, einen generalistischen Abschluss oder einen gesonderten Abschluss im Bereich der Altenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu wählen.
- Die Zugangsvoraussetzungen entsprechen mindestens einem erweiterten Hauptschulabschluss oder einem Hauptschulabschluss und einem Abschluss in einer anderen, mindestens zweijährigen Berufsausbildung oder einem Hauptschulabschluss und einem Abschluss in der Krankenpflegehilfe oder Altenpflegehilfe.
- Die generalistische Pflegeausbildung wird über die EU-Richtlinie 2005/36/EG zur Anerkennung von Berufsqualifikationen in den EU-Mitgliedsstaaten automatisch anerkannt.
- Vorbehaltene Tätigkeiten, wie die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses und die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege wurden definiert.
- Das Schulgeld wird bundeseinheitlich abgeschafft und eine angemessene Ausbildungsvergütung gezahlt.
- Die Möglichkeit zur 3-jährigen Umschulungsförderung durch die Bundesagentur für Arbeit (BA) und die Jobcenter wird dauerhaft verankert.
- Das primärqualifizierende Pflegestudium wird eingeführt. Absolventen tragen zukünftig die Berufsbezeichnung Pflegefachmann bzw. Pflegefachfrau mit dem Zusatz des akademischen Grades Bachelor.

Die Generalistik ist damit eine Antwort auf die Forderungen, die Pflegeausbildung auf internationales Niveau zu heben und die Reaktion auf die steigenden Qualifikationsanforderungen, wodurch letztendlich auch das Image des Pflegeberufes verbessert werden soll. Die Definition der vorbehaltenden Tätigkeiten, die Einführung eines Pflegestudiums, die dauerhafte Verankerung der Umschulungsförderung sowie die Abschaffung des Schulgeldes und die angemessene Ausbildungsvergütung sind nur einige der Reformen, die den Weg der Professionalisierung in der Pflege voranbringen sollen und dabei an die bereits beschriebenen Stellschrauben und Ansätze anknüpfen.

Inwieweit allerdings ein gesonderter Abschluss im Bereich der Altenpflege tatsächlich dem Fachkraftmangel entgegenwirkt oder die entsprechenden Vereinbarungen die Kluft zwischen der Gesundheits- und Krankenpflege und der Altenpflege verstärken und somit dem Image nachhaltig sogar schaden können, oder ob die angehenden Auszubildenden die Form eines gesonderten Abschlusses überhaupt wählen, wird sich unter anderem im Dezember 2025 zeigen, wenn die Evaluationen der entsprechenden Wahlmöglichkeiten vorliegen werden. Betrachtet man jedoch die Ergebnisse aus Studien, die sich mit den Berufswahlkriterien der Schulabgänger befassen, wird deutlich, dass Pflegeberufe, insbesondere im Bereich der Altenpflege von den Schulabgängern nur in sehr geringem Maße in Frage kommen (Görres et al. 2010: 5; Eggert et al. 2019: 14). Demnach sind es sowohl gute Rah-

menbedingungen, wie freie Wochenenden, eine gute Bezahlung, gesunde Arbeitsbedingungen sowie genügend Freizeit (Eggert et al. 2019: 18), als auch Eigenschaften, die den Berufsinhaber*innen zugeschrieben werden, wie „intelligent“, „ehrgeizig“, „gebildet“ und „reich“, die die Wahl und das Ansehen des Berufes beeinflussen (Eberhard et al. 2009: 11). In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe (PflAPrV) heißt es unter anderem: „Allgemein ist sicherzustellen, dass das Niveau der Pflegeausbildung mit dem Niveau des Schulabschlusses korrespondiert, der den Zugang zur Ausbildung eröffnet“ (Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV: 1582). Gleichzeitig steigen dagegen die Qualifikations- und Kompetenzanforderungen, die an den Beruf in der Altenpflege gestellt werden. Bereits heute können sich Schulabgänger höherer Schulabschlüsse nur in geringem Maße vorstellen, in einem Pflegeberuf zu arbeiten (Eberhard et al. 2009: 16). Es bleibt daher fraglich, wie eine Herabsetzung des Zugangsniveaus die Attraktivität erhöhen und dem Fachkräftemangel entgegenwirken soll.

Des Weiteren entsprechen die gesonderten Abschlüsse nicht der EU-Richtlinie 2005/36/EG zur Anerkennung von Berufsqualifikationen, sondern unterliegen wie bisher einer Einzelfallprüfung, wodurch sie sich ebenfalls deutlich unter dem Niveau des Pflegefachmannes bzw. der Pflegefachfrau befinden werden, was wiederum eine Verstärkung der Kluft zwischen den einzelnen Berufen und des negativen Images vermuten lässt. Um den Absolventen der generalistischen Pflegeausbildung einen Anreiz zu liefern, sich für den Tätigkeitsbereich in der stationären Langzeitpflege zu entscheiden, wird es vermutlich nicht ausreichen, die Ausbildungssituation zu verbessern. Auch die Gehaltslücken und Rahmenbedingungen müssen geschlossen werden, um das Berufsfeld der Altenpflege attraktiver zu gestalten. Dafür wurden in der Konzertierte Aktion Pflege bereits die Voraussetzungen bis hin zu konkreten Maßnahmen geschaffen.

Die Studierenden des primärqualifizierenden Pflegestudienganges können keine Spezialisierung wählen und streben direkt den generalistischen Abschluss an. Über die allgemeinen Ausbildungsziele hinaus sind spezielle Ausbildungsziele formuliert worden, die zur Steuerung von hochkomplexen Pflegeprozessen und zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung qualifizieren. Boguth und Knoch (2018: 12) bemängeln allerdings die fehlende Trennschärfe zwischen dem hochschulischen und berufsfachschulischen Abschluss und fordern ein gestuftes Kompetenzmodell, welches die Verantwortlichkeiten und Tätigkeitsbereiche klar definiert.

Letztendlich leistet die Reform einen wichtigen Beitrag, um den Pflegeberuf besser an die neuen Anforderungen anzupassen und den Pflegeberuf attraktiver zu machen (Szepan und Wagner 2018: 10). Mit der Generalistik kann einerseits eine stärkere Professionalität durch die alters- und generationenübergreifende Betreuung der Pflegebedürftigen erreicht werden. Andererseits besteht durch die Herabsetzung des Bildungsniveaus als Zugangsvoraussetzung die Gefahr einer dringend zu vermeidenden Deprofessionalisierung. Diese kann zusätzlich kontraproduktiv wirken sofern die Kluft (Vergütung und Berufsimagen) zwischen dem Tätigkeitsfeld der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege nicht geschlossen wird. Gerade vor dem Hintergrund der Projektergebnisse und einem danach vermehrten Einsatz von Pflegehilfskräften, die durch Pflegefachkräfte angeleitet und koordiniert werden müssen, ist zu prüfen, inwieweit die generalistisch ausgebildeten Pflegenden mit angepasstem Bildungsniveau diesen Aufgaben entsprechen können oder eine Gegensteuerung in der Ausbildungspolitik erforderlich ist.

Mit dem *Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)* soll erstmals ein Gesetz konkret eine Unterstützung und Entlastung der Berufsgruppe der Pflegenden bewirken. Aus dem stufenweise eintretenden Gesetz sollen gezielt in der stationären Pflege durch bessere Personalausstattung und Arbeitsbe-

dingungen spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte resultieren und die Attraktivität des Pflegeberufes erhöht werden. Es werden im Kern:

- 13.000 zusätzliche Stellen oder aufgestockte Stellen im Zusammenhang mit medizinischer Behandlungspflege, gestaffelt nach Größe der Einrichtungen durch die Krankenkassen finanziert,
- bis zu 12.000 € bei der Investition in Digitalisierung bezuschusst, die zu einer Entlastung der Pflegenden führen soll,
- finanzielle Unterstützung bei Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Pflegenden gewährt und
- 70 Mio. € für betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegenden in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sowie nationale Präventionsstrategie zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit der Pflegenden in Alten- und Krankenpflege durch die Krankenkassen finanziert.

Die Gesetzgebung bietet Potenzial zu Entlastungen und Gesundheitsförderung von Pflegenden. Allerdings ergibt sich aus der Reform bei deutschlandweit 14.480 Pflegeheimen im Jahr 2017 (Statistisches Bundesamt 2018c) durchschnittlich nur knapp eine zusätzliche Stelle pro Heim. Inwieweit diese zusätzlichen Stellen bei dem derzeitigen und beschriebenen Mangel an Fachkräften überhaupt besetzt werden können, bleibt abzuwarten. Ob die Einrichtungen die Unterstützungsangebote aufgreifen und konkrete Maßnahmen hinsichtlich familienfreundlicheren Arbeitszeitmodellen oder Betreuungsangeboten für Kinder der Beschäftigten anbieten werden, wird sich zeigen, so auch die Nachhaltigkeit der Aktionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Neben den beschriebenen Gesetzesreformen sind ergänzend die von den Bundesministerien initiierte und geförderte Initiativen „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ und die „Konzertierte Aktion Pflege“ zu nennen.

Die *Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege* (2012-2015) des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hatte zum Ziel mehr Fachkräften durch Akquise und Qualifizierung zu gewinnen, die Arbeitssituation der Pflegenden zu verbessern und in der Gesellschaft eine höhere Anerkennung und Wertschätzung des Berufes zu erreichen.

Angestrebt wurde dazu, dass die Zahl der Auszubildenden zur Altenpflegerin/zum Altenpfleger ausgehend von den Eintritten im Schuljahr 2010/2011 in den Schuljahren 2012/2013, 2013/2014 und 2014/2015 stufenweise um jährlich 10 % gesteigert werden sollte (BMFSFJ 2015: 10). Die soll beispielsweise erreicht werden durch:

- die Vollfinanzierung von dreijährigen Umschulungen in der Altenpflege durch die Bundesagentur für Arbeit (BMFSFJ 2015: 11f.),
- Schulgeldfreiheit auch in privaten Pflegeschulen (BMFSFJ 2015: 11),
- gezielte Nachqualifizierung von Helfer*innen in der Altenpflege zu examinierten Fachkräften mit Bezuschussung der Einrichtungen durch die Bundesagentur für Arbeit bei Freistellung der Mitarbeiter für die Ausbildung (BMFSFJ 2015: 12),
- Umlageverfahren mit dem alle Pflegeeinrichtungen an den Kosten der Ausbildungsvergütung beteiligt werden und somit mehr Ausbildungsplätze geschaffen werden (BMFSFJ 2015: 12f.),
- Einrichtung von Beratungsteams des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben zur systematischen Information von interessierten Schüler*innen zu Altenpflegeausbildung und Unterstützung von Altenpflegeschulen im Ausbau von Ausbildungsplätzen (BMFSFJ 2015: 13.),

- Angebote zur Teilzeitausbildung (BMFSFJ 2015: 13.).

Ein weiterer Schwerpunkt bildet die Verbesserung der Attraktivität des Pflegeberufes insbesondere durch:

- die Entwicklung familienfreundlicher und verlässliche Arbeitszeitmodelle, sowie einrichtungsbezogener punktueller, situationsbezogener oder regelmäßiger Betreuungsangebote für Kinder der Beschäftigten (BMFSFJ 2015: 14),
- Entwicklung von altersgerechten Arbeitszeitmodellen aller Altersgruppen (ältere Arbeitnehmer*innen, Arbeitnehmer*innen direkt nach Berufsabschluss und für Arbeitnehmer*innen in Familienphase) (BMFSFJ 2015: 15),
- Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen zur Reduktion der physischen und psychischen Belastungen von Pflegenden (BMFSFJ 2015: 15),
- Verbesserungen der Prozesse in den Einrichtungen durch Empfehlung von Instrumenten zur Selbstbewertung von Personalorganisation und Angebote zu Lösungsoptionen (BMFSFJ 2015: 15f.).

Mit verschiedenen Initiativen wie „Vom Fach – Für Menschen“, „Young Professionals Pflege“, „Soziale Berufe kann nicht jeder“ soll zu einem positiveren Image des Pflegeberufes und zu einer höheren Wertschätzung der Altenpflege insgesamt beigetragen werden. In diesem Zusammenhang können Altenpfleger*innen beispielsweise als verantwortliche Pflegefachkraft die Leitung eines von Krankenkassen zugelassenen Pflegedienstes übernehmen und sollen damit eine Aufwertung des Berufes erfahren. Es ist angestrebt, den gesellschaftlichen Dialog zur Pflege für ein positives Bild der Pflgetätigkeit weiterfortzusetzen (BMFSFJ 2015).

Nach Angaben des Statistischem Bundesamtes (2018) ist die Zahl der Ausbildungsanfänger*innen im Pflegebereich von 2006 bis 2016 zwar um 43 % gestiegen, dabei liegt der jährliche Anstieg der Ausbildungszahlen in den Pflegeberufen aktuell jedoch deutlich unter dem angestrebten 10 %-Ziel. Die Steigerungsrate im Schuljahr 2016 in der Altenpflege beträgt lediglich 2,2 % zum Vorjahr. In der Gesundheits- und Krankenpflege sind es 1,0 %. Die Ausbildungszahlen in der Altenpflegehilfe, Krankenpflegehilfe bzw. Pflegeassistenz sind im Vergleich zum Vorjahr insgesamt um 3,4 % gestiegen (BMBF 2018: 86 f.). Die Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive allein konnte damit kurzfristig keine nachhaltige Wirkung in Bezug auf einen Beitrag zur Reduktion des Fachkraftbedarfes durch den Ausbau der Ausbildung leisten.

Aktuell hat die Bundesregierung in Kooperation der drei Bundesministerien Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales mit der *Konzertierten Aktion Pflege* gemeinsam Maßnahmen beschrieben, die die Arbeitsbedingungen von Pflegenden durch Entlastungen der Pflegekräfte und Stärkung der Pflegeausbildung nachhaltig verbessern und somit auch zu einer Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes beitragen sollen. In fünf Arbeitsgruppen bestehend aus den Akteuren der Pflege- und Gesundheitspolitik und -versorgung wurden dazu konkrete Maßnahmen erarbeitet und verbindlich festgehalten. Diese Maßnahmen behandeln neben den genannten Reformpaketen bereits zahlreiche der in Abschnitt 14.2 genannten Themenfelder zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege und der Gewinnung und Erhaltung von Pflegepersonal. Die zentralen Inhalte der einzelnen Arbeitsgruppen werden nachfolgend zusammengefasst dargestellt.

Die Arbeitsgruppen teilen sich wie folgt auf:

- Arbeitsgruppe 1 „Ausbildung und Qualifizierung“,
- Arbeitsgruppe 2 „Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung“,

- Arbeitsgruppe 3 „Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung“,
- Arbeitsgruppe 4 „Pflegerkräfte aus dem Ausland“,
- Arbeitsgruppe 5 „Entlohnungsbedingungen in der Pflege“.

Die Arbeitsgruppe 1 hat bereits im Januar 2019 mit der „Ausbildungsoffensive Pflege (2019-2023)“ ihr Maßnahmenpaket veröffentlicht. Darin werden zahlreiche und umfassende Maßnahmen in den drei Handlungsfeldern „Die Reform der Pflegeberufe erfolgreich umsetzen“, „Für eine Ausbildung in der Pflege werben“ und die „Ausbildung und Qualifizierung stärken“ beschrieben.

Es sollen beispielsweise mehr Auszubildende für den Pflegeberuf gewonnen, mehr Ausbildungsplätze in der Pflege bereitgestellt, Umschulungen im Bereich der Pflege gefördert, mehr Pflegefachpersonen auf akademischer Ebene ausgebildet, die Ausbildungsqualität und der Ausbildungserfolg gesichert und neue Bildungskarrieren in der Pflege eröffnet werden (BMG 2019a: 13ff.).

Die Arbeitsgruppe 2 „Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung“ hat ihr Maßnahmenpaket in acht Handlungsfelder unterteilt. Direkt zu Beginn fordert die Arbeitsgruppe in Handlungsfeld I eine verbindliche Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens nach § 113 c SGB XI, denn *„zu den Rahmenbedingungen einer guten und motivierten Pflege gehören eine ausreichende Personalausstattung“* (BMG 2019a: 44). Die weiteren Handlungsfelder beschreiben zudem wie das Pflegepersonal gehalten oder gewonnen und der Wiedereinstieg gefördert, wie der Arbeitsschutz erhöht und die Gesundheit der Pflegenden geschützt und gefördert, wie Leiharbeit reduziert und die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf verbessert werden sollen. Zur Zielerreichung werden konkrete Maßnahmen benannt. So werden z. B. die Pflegeeinrichtungen dazu aufgefordert, die Vereinbarungen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes umzusetzen und die Beschäftigten in der Pflege dazu zu motivieren, ihre Teilzeit aufzustocken oder in Vollzeit zurückzukehren. Zeiten für Wiedereinstiege und Einarbeitung sollen zukünftig in Pflegesatzverhandlungen berücksichtigt werden. Darüber hinaus sollen sachgrundlose Befristungen durch Erarbeitung einer Gesetzesgrundlage reduziert werden (BMG 2019a: 41ff.).

Mit „Innovativen Versorgungsansätzen und Digitalisierung“ beschäftigte sich dagegen die Arbeitsgruppe 3. Diese fordern eine Gestaltung attraktiver Aufgaben- und Verantwortungsbereiche sowie eine Förderung der Kompetenzentwicklung, indem u. a. die Qualifikationsniveaus der Pflegeberufe im Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) neu zugeordnet werden und ein Mustervorschlag für ein rechtssicheres Delegationskonzept entwickelt wird. Zusätzlich soll die Digitalisierung in der Pflege und Leistungserbringung z. B. durch Vernetzung der Leistungserbringer in der Telematikinfrastruktur oder die Standardisierung der elektronischen Dokumentation integriert werden (BMG 2019a: 91 ff.). Zu den Ergebnissen der Konzierten Aktion Pflege zählen auch die Gewinnung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland. Mit dieser Thematik hat sich die Arbeitsgruppe 4 beschäftigt. Dort wird in sieben Handlungsfeldern beschrieben, welche Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit im Ausland, zum Anerkennungsverfahren der Länder, zu Verwaltungsverfahren im In- und Ausland in Zusammenhang mit der Erteilung von Visa, zur Sprachförderung, zu einer nachhaltigen und guten Integration, zur Ausbildung in Deutschland und den Herkunftsländern gefordert sind. Dazu beitragen sollen z. B. konkrete Maßnahmen wie die Einführung eines Gütesiegels für private Vermittler, die Einrichtung einer „Zentralen Servicestelle Anerkennung“ sowie die Einführung eines Fachkräfteeinwanderungsgesetzes (BMG 2019a: 113 ff.).

Die letzte Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit den „Entlohnungsbedingungen in der Pflege“. Sie beschreibt die vorherrschenden Rahmenbedingungen und zeigt Wege auf, wie eine Verbesserung der Entlohnungssituation in der Altenpflege umgesetzt werden kann. Eine gesetzliche Änderung, die eine

Erstreckung eines bundesweiten Tarifvertrags erlaubt, sowie Änderungen im Verfahren der Pflegekommission werden dabei thematisiert (BMG 2019a: 157 ff.).

Im Einzelnen ist es in der KAP gelungen, dass alle wesentlichen Akteure der Pflege- und Gesundheitsszene zu den Kernproblemen gemeinsame konkrete Selbstverpflichtungen vereinbart haben. Die geplanten Maßnahmen könnten einen Beitrag zur Bewältigung des Fachkräftemangels leisten. In welchem Maße die vereinbarten Maßnahmen zu mehr Auszubildenden und Fachkräften führen werden, kann gegenwärtig jedoch noch nicht quantifiziert werden. Angesichts des großen Problemdrucks und des vom BMG angekündigten, engmaschigen Monitorings der Umsetzung kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die unterschiedlichen Akteure ihre Maßnahmen mehrheitlich schnell und verbindlich in die Tat umsetzen, so dass die Hoffnung berechtigt ist, dass die angestrebten Verbesserungen und Entlastungen für die Pflegenden zügig zu greifen beginnen. Ein wesentlicher Faktor für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte wird dabei die in der KAP vereinbarte Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen sein.

18 Empfehlungen

Dem gesetzlichen Auftrag nach § 113c SGB XI folgend wurde – wie vorstehend ausführlich beschrieben – die Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben umgesetzt. Hierzu wurde von den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI im März 2017 zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens die Universität Bremen als fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung beauftragt. Mit dem vorliegenden Abschlussbericht werden die Ergebnisse der abgeschlossenen Entwicklungs- und Erprobungsphase dieses Vorhabens vorgelegt. Als letzter Schritt, der zur Wissenschaftlichkeit des Gesamtverfahrens geboten ist, folgt nun abschließend ein kurzer Empfehlungsteil. Dieser schließt an die dargestellten Ergebnisse der einzelnen Projektteile an und zeigt Maßnahmen auf, die dazu geeignet sind, die vorstehend beschriebenen Erkenntnisse und Verfahren für den ambulanten Sektor (Abschnitt 18.1), den teilstationären Sektor (Abschnitt 18.2) und den vollstationären Sektoren (Abschnitt 18.3) für die Leistungserbringung nutzbar zu machen.

Die nachfolgenden Ausführungen stellen die Einschätzung der Auftragnehmer dar, die nicht zwingend vollumfänglich mit der Sichtweise der Auftraggeber übereinstimmen müssen. Insofern handelt sich nicht um einen Ausblick auf zukünftige Prozesse und Ereignisse, sondern um einen Ausblick auf solche zukünftige Prozesse und Ereignisse, die von den Auftragnehmern empfohlen werden. Die empfohlene Vorgehensweise ist dabei die nach Ansicht der Auftragnehmer geeignetste Möglichkeit, die Ergebnisse des Projektes für den praktischen Einsatz zu nutzen.

18.1 Empfehlungen für den Sektor der ambulanten pflegerischen Versorgung

Im Projekt „Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI“ stellt der Auftragnehmer im „Unterauftrag zu Empfehlungen zur Entwicklung von personellen Vorgaben für ambulante Pflegeeinrichtungen“ zusammenfassend fest:

- Die Entwicklung eines mit dem für den stationären Bereich methodisch vergleichbaren Personalbemessungsverfahrens für ambulante Pflegeeinrichtungen ist in dieser Form nicht möglich, da sich Art und Ausmaß der Hilfen vor allem danach richten, welche Hilfen in einem Pflegehaushalt von diesem für wichtig und relevant erachtet werden, nicht notwendigerweise nach einem objektiv feststellbaren Bedarf.
- Die größten Herausforderungen für die ambulante Pflege bestehen zum einen in der Schwierigkeit, genügend Fachkräfte zu rekrutieren, um die steigende Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen zu decken, und zum anderen in der verstärkten Arbeitsverdichtung und den dadurch gestiegenen Belastungen der Pflegekräfte.
- Es besteht daher aus Sicht des Unterauftragnehmers kurz- und mittelfristiger weitergehender Prüfbedarf, mit welchen spezifischen Maßnahmen die ambulante Versorgung sichergestellt werden kann und der Verbleib sowie die Gewinnung von Pflegekräften auch im Vergleich zum stationären Langzeitpflegebereich und zum Krankenhausbereich erhalten bleibt bzw. hergestellt wird. Dabei sollten auch die Erkenntnisse aus dem ambulanten Unterauftrag zu den bestehenden rechtlichen, vertraglichen und tatsächlichen Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege berücksichtigt werden.
- Einen Baustein für eine Entlastung der ambulanten Pflege und eine Stärkung der Attraktivität und Konkurrenzfähigkeit sollen die umfangreichen Maßnahmen der Konzierten Aktion Pflege (KAP) darstellen, die gegenwärtig umgesetzt werden und zum Teil spezifisch für die

ambulanten Pflegeeinrichtungen gelten. Bei der Umsetzung sollen die Erkenntnisse aus dem Unterauftrag berücksichtigt werden.

- Darüber hinaus sind im Wege einer weitergehenden Analyse und modellhaften Einführung Ansätze für eine veränderte Leistungserbringung (auch im Sinne einer Arbeits- und Organisationsentwicklung in ambulanten Pflegeeinrichtungen und unter Berücksichtigung eines zielgerichteten Technikeinsatzes) zu überprüfen. Im Fokus steht dabei die Frage, mit welchem Personalmix und welcher Art und Weise der Arbeitsorganisation zukünftig eine qualitäts- und zugleich mitarbeiterorientierte Versorgung sichergestellt werden kann. Dabei sollten die verschiedenen in der KAP hierzu vereinbarten Ansätze (z. B. Prüfung eines verstärkten Einsatzes von Pflegekräften zu Beginn der Pflegebedürftigkeit, Konzepte für die bessere Zusammenarbeit von beruflich und informell Pflegenden, Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses) mit einbezogen werden.
- Zur weiteren Sicherstellung der Versorgung durch ambulante Pflegedienste sind die durch das Leistungserbringerrecht des SGB XI und SGB V gesetzten Rahmenbedingungen zu überprüfen. Insbesondere ist dabei auf die Konkurrenzfähigkeit mit anderen Sektoren zu achten sowie eine weitere Arbeitsverdichtung zu verhindern.

18.2 Empfehlungen für den Sektor der teilstationären Pflege

Entsprechend des Gesamtauftrags wurde für den Sektor der teilstationären Pflege ein Personalbemessungsinstrument ausgearbeitet (siehe hierzu auch Abschnitt 8.3.3). Es errechnet auf Basis der Anzahl und Struktur der versorgten Pflegebedürftigen eine nach Qualifikationsniveaus differenzierte Personalstruktur. Die quantitativen Auswertungen zeigen, dass die im Vergleich zum vollstationären Sektor deutlich kleinere Stichprobengröße eine ausreichende Datenbasis zur Parametrisierung des Bemessungsinstrumentes darstellt, solange den Empfehlungen zur Auswahl einer Klassierung (Abschnitt 10) auch im teilstationären Sektor gefolgt wird. Allerdings ist die Reliabilität geringer als im vollstationären Sektor (Abschnitt 14.1.13). Die folgenden Empfehlungen für das weitere Vorgehen in Bezug auf die Einführung der Personalbemessung müssen neben der Funktionsfähigkeit und Bedarfsorientierung zudem auch die zu erwartenden Folgen für die Einrichtungen und den Gesamtsektor einbeziehen.

Für den teilstationären Sektor wird in der Folgenabschätzung ein Bedarf für Mehrpersonal im kalkulatorischen Umfang von gesamten 18 % ausgewiesen (Abschnitt 9.1.2). Dieser Wert muss allerdings kontextualisiert werden. Während in den – vielfach relativ großen – vollstationären Einrichtungen eine Aufgliederung des Personals zwischen einzelnen Leistungsbereichen oft schon dem Dienstplan entnommen werden kann, ist die Arbeitsorganisation in teilstationären Einrichtungen oftmals weniger klar. Hierdurch kann ohne weitere Empirie nicht sicher prognostiziert werden, welche Effekte bei anderen Personalgruppen mit der vorgenannten Personalmengensteigerung beim pflegerischen Personal einhergehen sollten. Gerade der empirisch ermittelte geringe Anteil von pflegerischen Fachkraftaufgaben im Umfang von nur 14 % wird mit der Notwendigkeit der dauerhaften Anwesenheit einer Pflegefachkraft vor allem für kleinere Einrichtungen ohne umfangreiche Sondervereinbarungen nur schwer realisierbar sein.

Das dahinterliegende Problem ist – ähnlich wie im Fall des ambulanten Sektors – in der Leistungsdefinition und -abgrenzung zu sehen. Während das vollversorgungsorientierte Leistungsgeschehen des stationären Sektors keine Leistungsgrenzen benötigt und das ambulante Leistungsgeschehen eine kleinschrittige, aber präzise Leistungsabgrenzung vorsieht, verfügt der teilstationäre Sektor über

ein dynamisches Leistungsgeschehen. Dieses erfordert einerseits, für den Aufenthalt in der teilstationären Einrichtung einen Vollversorgungsanspruch zu erfüllen, gleichzeitig aber die Schnittstellen des Leistungsgeschehens zur ambulanten Versorgung individuell zu definieren. Es ist bekannt, dass hierdurch Verwerfungen mit anderen, kombinierbaren Leistungsbereichen entstehen können, etwa wenn die Pflegebedürftigen für bestimmte Pflegetätigkeiten aus der Tagespflege in das angeschlossene betreute Wohnen gehen, um dort wiederum von einem ambulanten Pflegedienst versorgt zu werden. Es ist evident, dass in solchen Konstruktionen eine sektoreinheitliche Personalbemessung nicht adäquat einsetzbar ist.

Aus diesem Grund wird vom Studienteam empfohlen, die Einführung eines einheitlichen Personalbemessungsinstrumentes für den teilstationären Sektor zurückzustellen bis auch in diesem Sektor ein entsprechend einheitliches Leistungsgeschehen definiert ist und somit die Schnittstellen zu anderen Leistungsbereichen geklärt sind.

18.3 Empfehlungen für den Sektor der stationären Langzeitpflege

Für den Bereich der stationären Pflege sind zwei wesentliche Schritte zu einem flächendeckenden Einsatz der Personalbemessungsinstrumente erforderlich. So muss zuerst eine Entscheidung über die Auswahl eines Klassierungssystems erfolgen, nach der das Personalbemessungsinstrument abschließend ausgestaltet werden soll (Abschnitt 18.3.1). Danach sollte in einer zeitlich gestaffelten Einführung (Abschnitt 18.3.2) gleichzeitig die Personalmenge erhöht werden und die Auswirkung dieser Maßnahmen evaluiert werden.

18.3.1 Auswahl eines Klassierungssystems für Pflegebedürftige

In Abschnitt 10 wurden insgesamt fünf Klassierungsverfahren für Pflegebedürftige ausführlich diskutiert und bewertet. Dabei wurde neben der Varianzaufklärung der einzelnen Systeme auch die statistische Robustheit und die Praktikabilität als Bewertungsmaßstäbe diskutiert. Alle Klassierungssysteme weisen überraschend hohe Werte der Varianzaufklärung auf und erweisen sich dadurch als grundsätzlich für eine valide Anwendung als geeignet.

Die Anwendung von Pflegegraden zur Klassierung ist mit einer Varianzaufklärung von rund 55 % deutlich besser, als die empirischen Ergebnisse vorangegangener Studien zur Personalbemessung dies haben vermuten lassen. Die Einteilung nach BI und die drei neu konstruierten Klassierungen zeigen dazu im Vergleich zwar eine leicht erhöhte Prädiktionskraft, sind den Pflegegraden aber hinsichtlich der zugrundeliegenden statistischen Belastbarkeit und ihrer Praktikabilität bezüglich Anschlussfähigkeit und Aufwand unterlegen. Insgesamt sprechen sich die Auftragnehmer deshalb für die Verwendung der Pflegegrade zur Klassierung des Personalbemessungsverfahrens aus.

18.3.2 Vorschlag für eine Roadmap zur Einführung des Personalbemessungsverfahrens in der stationären Langzeitpflege

Mit dem hier vorliegenden Abschlussbericht ist der Projektauftrag zur *Entwicklung und Erprobung* eines Personalbemessungsinstrumentes abgeschlossen. Als nächster Handlungsschritt ist nun zu klären, wie und unter welchen Rahmenbedingungen die Ergebnisse der Instrumente in der Praxis umgesetzt werden und wie eine Einführung in die flächendeckende praktische Anwendung erfolgen sollten. Hierzu wird nachfolgend ein Vorschlag gemacht.

Die zeitlich gestaffelte Einführung des Personalbemessungsverfahrens sollte *vier wesentliche Schritte* beinhalten. Ausgehend vom empirisch nachgewiesenen Personalbedarf wird empfohlen, gleichzeitig

für alle Einrichtungen mit dem Aufbau von Mehrpersonal zu beginnen (flächendeckende Einführung) und in einer Reihe von Modelleinrichtungen die notwendigen Organisations- und Personalentwicklungsmaßnahmen durchzuführen und so die Auswirkungen der vollständigen Umsetzung des Personalbemessungsinstrumentes zu erforschen und sein Ausrollen in die Fläche vorzubereiten (modellhafte Einführung). Konkret wird vorgeschlagen, die Einführung zeitnah und flächendeckend mit dem ersten Schritt einer definierten stufenweisen Erhöhung der Personalmengen in allen Einrichtungen zu beginnen (Abschnitt 18.3.2.1). Gleichzeitig sollten – als weiterer paralleler Einführungsschritt – die Anforderungen, die durch Mehrpersonal an die Einrichtungsstrukturen gestellt werden, modellhaft in einigen Modelleinrichtungen umgesetzt werden, um die sich hieraus ergebenden Auswirkungen auf Leistungsrealität und Pflegequalität erfassen zu können (Abschnitt 18.3.2.2). Hierdurch im Zeitverlauf nachweisbare Veränderungen der Rahmenbedingungen und der Leistungsrealität können dann zu einer Neuparametrisierung des Algorithmus genutzt werden (Abschnitt 18.3.2.3) und gleichzeitig begleitend eine Veränderung des Berufsbilds der Pflege vorantreiben (Abschnitt 18.3.2.4).

18.3.2.1 Beginn einer stufenweisen Umsetzung der bedarfsnotwendigen Personalmenge

Da alle Ergebnisse der Studie konsistent einen Personalmangel in der Langzeitpflege ausweisen, sollte auf diesen Umstand umgehend reagiert werden. Es wird daher empfohlen, die Einführung der Personalbemessungsinstrumente *nach dem Abschluss der Erprobung entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen zu beginnen*. Dazu wird eine *stufenweise Einführung* empfohlen, da höhere Stellenschlüssel nur über Zeit und durch Personaleinstellungen umgesetzt werden können, wenn auch die Ausbildungskapazitäten erhöht und mehr Pflegekräfte ausgebildet und die geplanten Maßnahmen der KAP umgesetzt werden, die u. a. eine Verringerung der Teilzeitquote, einer Verlängerung der Lebensarbeitszeit in der Pflege, eine höhere Rückkehrquote in den Beruf nach einer Kinderphase und eine verbesserte Integration ausländischer Pflegekräfte zum Ziel haben. Es wird empfohlen, die erste Stufe der Personalmehrung *flächendeckend für alle Einrichtungen umzusetzen* und auf *Qualifikationsniveaus unterhalb des Fachkraftniveaus* zu konzentrieren.

Da alle vorgenannten Maßnahmen bisher vorrangig für den Bereich der Pflegefachkräfte thematisiert wurden, lassen die dargestellten Ergebnisse des Personalbemessungsverfahrens erwarten, dass die Fachkräfteproblematik zwar weiterhin aufgrund der demographischen Entwicklung virulent bleibt, durch das Personalbemessungsverfahren aber kaum verschärft wird. Entsprechend derselben Berechnung, die einen hohen Bedarf an ausgebildeten Pflegeassistenzkräften ausweisen, muss vielmehr kurzfristig eine gezielte Stärkung des Einsatzes und der Ausbildung von qualifizierten Pflegehelfer*innen angegangen werden. Da derzeit die Ausbildung der Pflegeassistenzberufe in den jeweiligen Bundesländern sehr unterschiedlich geregelt ist, sind hier homogenisierende Maßnahmen anzuregen, um vermehrt Pflegeassistenzkräfte anzuwerben und auszubilden und somit über Zeit eine Befriedigung der ausgewiesenen Personalbedarfe realisieren zu können. Notwendig hierfür scheint auch für die Qualifikationsniveaus QN 1 bis QN 3 die Schaffung von Bildungsangeboten für eine Höherqualifizierung innerhalb der pflegerischen Assistenzberufen. Im Resultat entsteht hierdurch die Möglichkeit, durch gezielte Weiterqualifikationen die bereits heute in den Einrichtungen tätigen Pflegeassistenzkräfte, qualifikatorisch den bedarfsgerechten Personalmengen anzupassen und so den Personalstamm der Einrichtungen beizubehalten und entsprechend zu ergänzen. Langfristig sollte versucht werden, in Orientierung am Pflegeberufegesetz auch die Regelungen zur Pflegeassistent*innenausbildung länderübergreifend zu homogenisieren, um einheitliche Qualitätsstandards in der Ausbildung zu erreichen. Inhaltlich sollten dazu vor dem Hintergrund der Projektergebnisse die Curricula der Ausbildungen entsprechend der neuen Aufgaben und Kompetenzanforderungen ausgerichtet werden. Noch stärker als im Bereich der Fachkräfte sollte zusätzlich zu Bemühungen,

passives Arbeitskraftpotenzial zu aktivieren, Wert auf die (Nach)Qualifikation gelegt werden. Welche Rolle die zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 43 b SGB XI zukünftig einnehmen werden, ist ebenfalls durch die Gesetzgebung zu klären. Die in diesem Bericht ausgewiesenen Personalmengen können als ausreichend für eine bedarfsorientierte Versorgung gelten, soweit die bedarfsnotwendigen Interventionen, die in der empirischen Erhebung durch zusätzliche Betreuungskräfte übernommen wurden, auch weiterhin von dieser *zusätzlich* erbracht werden.

Bei der ermittelten Personalmenge durch das neue Personalbemessungsinstrument sind alle bedarfsnotwendigen Leistungen zur Förderung der Alltagsstrukturierung und Betreuung im Sinne des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs enthalten. Bei der Erstellung der Interventionsplanung hat sich außerdem gezeigt, dass es den Einrichtungen nach wie vor schwerfällt, zusätzliche und soziale Betreuung voneinander abzugrenzen und zu definieren (Abschnitt 5.3.3.2). Dadurch sollte der Bedarf an qualifizierten Betreuungskräften gemäß § 43 b SGB XI zwar nicht in Frage gestellt werden, allerdings ist zu klären, inwieweit diese zusätzliche Form der Betreuung zukünftig notwendig ist, wenn die bedarfsnotwendige Betreuung bereits durch das Personalbemessungsinstrument umfassend gegeben ist. Es besteht die Möglichkeit, diese Beschäftigtengruppe dem zukünftigen Personalmehrbedarf von Pflegehilfskräften anzurechnen, eventuell sogar auf ein höheres Niveau zur pflegerischen Versorgung weiter zu qualifizieren.

Wie in der KAP beschrieben, müssen neben den Möglichkeiten der Neu- oder Weiterqualifikation von Pflegenden in allen Qualifikationsniveaus, die Kapazitäten der bereits ausgebildeten Pflegenden stärker genutzt werden. Dies betrifft vor allem forcierte Angebote für Berufsrückkehrer und die Aufstockung von Teilzeit- auf Vollzeitbeschäftigung. Darüber hinaus könnten flexiblere Arbeitszeitmodelle ausgebaut werden, die geeignet sind, durch familienfreundliche Arbeitszeitregelungen die Gruppe der jungen Eltern besser, vor allem aber früher in den Arbeitsmarkt zurückführt. Bessere Arbeitsbedingungen – unter anderem durch eine fachlich angemessene Personalausstattung – ebnen dabei zusätzlich den Weg für qualifizierte Berufsrückkehrer und ermöglichen Stellenaufstockungen bei denjenigen, die arbeitsbelastungsbedingt in unfreiwillige Teilzeitbeschäftigung gezwungen waren.

Gleichzeitig müssen Einrichtungen die erforderlichen innerbetrieblichen Neuordnungen konzeptionell vorbereiten und umsetzen. Entsprechende Maßnahmen greifen aber erst nach einer gewissen Zeit. Der zügige Beginn des *Stufenplans nach Abschluss der Erprobung mit einem definierten Ausbauziel* würde dabei die Attraktivität des Berufs erhöhen und die Rekrutierung von Pflegekräften unmittelbar erleichtern, ohne die Einrichtungen zu überfordern.

Empfohlen wird daher, die Personalbemessungsinstrumente in mehreren zeitlich versetzten Schritten einzuführen. Die Dimensionierung der einzelnen Stufen kann dabei gleichmäßig erfolgen, wie es in Abbildung 114 schematisch dargestellt ist, jedoch muss spätestens ab der zweiten Stufe die Ausgangslage der Einrichtungen als Basis der Stufenausgestaltung dienen. So kann gewährleistet werden, dass Einrichtungen, die heute nur eine geringe personelle Unterdeckung aufweisen insgesamt weniger Mehrpersonal erhalten, als heute weniger gut ausgestattete Einrichtungen. Möglich wäre dazu, die einzelnen Stufen jeweils über einen festen Anteil der bestehenden Personallücke für jede Einrichtung individuell zu dimensionieren. So könnten *beispielsweise* fünf Stufen zu jeweils 20 Prozent der Personallücke als Gesamtstrategie definiert und über Zeit umgesetzt werden. Für den ersten flächendeckenden Einführungsschritt wird abweichend ein weniger komplexes Verfahren vorgeschlagen, um diesen Schritt zeitnah und flächendeckend für alle Einrichtungen nutzbar zu machen. Realisiert werden sollte eine spürbare Personalverbesserung im Bereich der Pflegehilfskräfte, die entsprechend der empirischen Ergebnisse an den Case-Mix der jeweiligen Einrichtung gebunden wird.

Dabei sollte angestrebt werden, die Erhöhung zumindest des ersten Schrittes lediglich als *Refinanzierungsoption* (Kann-Regelungen) umzusetzen, die länderseitig nicht mit einer ordnungsrechtlichen Vorgabe verbunden ist. Erst mit einer späteren Stufe, durch die die Ergebnisse der modellhaften Einführung in die Fläche gebracht werden, sollte länderseitig auch eine ordnungsrechtliche Bindung implementiert werden. Eine Erhöhung der Zahl der Pflegeassistenzkräfte bei unveränderter Zahl der Pflegefachkräfte führt rechnerisch zu einer Reduktion der Pflegefachkraftquote, die – ceteris paribus – für die Einrichtungen ordnungsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen würde. Es muss daher durch Anpassung oder entsprechende Auslegung des Ordnungsrechts sichergestellt werden, dass zusätzliche Pflegeassistenzkräfte nicht landesrechtlich negativ sanktioniert werden.

18.3.2.2 Modellhafte Einführung

Ein sich wie vorstehend beschrieben quantitativ und qualitativ verändernder Personalmix wird dazu führen, dass die Rollen von Fach- und Assistenzkräften in Einrichtungen weiterentwickelt werden müssen. Fachkräfte müssen deutlich stärker in Planung, Koordination und Anleitung eingesetzt werden, während andere pflegerische Aufgaben stärker an Assistenzkräfte, die gezielt weiterzubilden sind, übertragen werden müssen. Dementsprechend sollte die Einführung des Personalbemessungsverfahrens durch eine *Personal- und Organisationsentwicklung* flankiert werden, da nur so sichergestellt werden kann, dass resultierende Personalmehrungen sinnvoll zur Steigerung der Pflegequalität und Reduktion der Arbeitsbelastung in der Pflege verwendet werden können. Kerngedanke ist hierbei, dass die Pflegenden auf die hohen Arbeitsbelastungen und die resultierende immense Arbeitsverdichtung in den letzten Jahren bei akuter Notwendigkeit nicht nur mit einem kompensatorischen Arbeitsstil reagieren, sondern diesen bereits in die Professionskultur übernommen haben. Daher ist zu erwarten, dass die Pflegenden nur eingeschränkt in der Lage sein werden, ohne konkrete Anleitung in kürzester Zeit mit den neu zur Verfügung stehenden Kapazitäten eine fachgerechtere Pflege zu erbringen (vgl. Brühl & Planer 2019: 109). So werden die vor Jahren in der Ausbildung erlernten und durch den Zeitdruck nie einsetzbaren Kompetenzen nicht plötzlich aktiviert, wenn die Professionskultur weiterhin von den aufgezeigten hohen Arbeitsbelastungen und einer immanenten Zeitnot als Rahmen professionellen pflegerischen Handelns ausgeht. Welche Prozesse hier zu einer kulturellen Veränderung erforderlich und geeignet sind und welche Auswirkungen der Mehreinsatz von Personal auf die Prozesse und Ergebnisqualität sowie die Organisationseffizienz hat, ist allerdings im Vorfeld unbekannt und sollte – parallel zum flächendeckenden Aufbau des Pflegepersonals – begleitend erforscht werden.

Empfohlen wird deshalb, als weiteren Einführungsschritt, eine *modellhafte Einführung* des Personalbemessungsinstrumentes im vollstationären Sektor durchzuführen, bei der für eine niedrige zweistellige Zahl teilnahmebereiter Einrichtungen eine deutlich erhöhte Personalmenge vorgesehen wird und diese Einrichtungen gleichzeitig mit einem integrierten, mindestens einjährigen Personal- und Organisationsentwicklungsprozess begleitet werden. Dabei ist eine Personalstruktur knapp unterhalb der Ergebnisse des Algorithmus 1.0 einzusetzen und es ist zu testen, mit welchen organisatorischen Entwicklungen erreicht werden kann, dass die quantitative Personalveränderung auch zu einer qualitativen Verbesserung der Pflegepraxis führt. In diesem Rahmen kann auch geprüft werden, ob diese organisatorischen Weiterentwicklungen – verknüpft mit einem zunehmenden Einsatz geeigneter digitaler Anwendungen – auch schon vor Erreichen der letzten Ausbaustufe der Personalmehrung zu einer auskömmlichen Personalsituation führen. In Abbildung 114 wird dieser Übergang von Algorithmus 1.0 zu Algorithmus 2.0 durch die geschwungene Linie verdeutlicht.

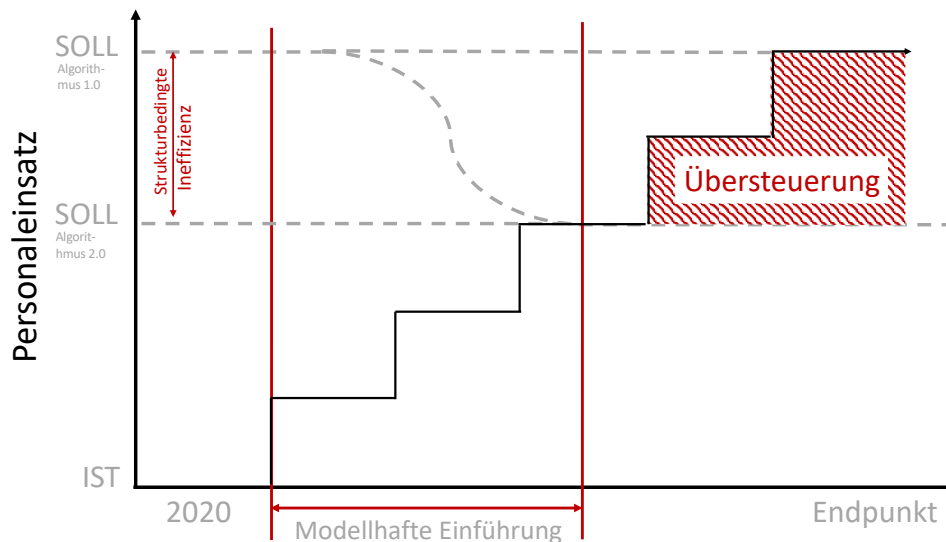


Abbildung 114: Roadmap zur Einführung der Personalbemessungsinstrumente

Die Hypothese hinter diesem modellhaften Einführungsansatz ist, dass eine Personalmehrung nur dann zu einer optimalen Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität führt, wenn zugleich Prozesse etabliert und eingeübt werden, mit denen dieses Mehrpersonal sinnvoll eingesetzt wird. Dazu müssen in Abhängigkeit vom jeweiligen Case-Mix die Versorgungsprozesse nach Kompetenzprofilen der einzelnen Pflegekräfte innerhalb des Qualifikationsmixes des Pflgeteams neu definiert werden. Die Aufgabenbereiche der Pflegefachkräfte müssen sich dabei an den im § 4 Pflegeberufegesetz beschriebenen vorbehaltenen Tätigkeiten ausrichten. Vor diesem Hintergrund müssen die Pflegefachkräfte verantwortlich die Steuerung der Versorgungsprozesse im interdisziplinären Team übernehmen und zusätzlich gezielt die Tätigkeiten der Pflegeassistentenkräfte koordinieren, anleiten und überwachen. Dies erfordert ein Aufbrechen der etablierten und oftmals wenig kompetenzorientierten Arbeits- und Organisationsprozesse in den Einrichtungen sowie eine Festigung der neuen Aufgabenteilung im Kontext des spezifischen Qualifikationsmixes durch gezielte Personalentwicklungsprozesse.

Ziel der modellhaften Einführung muss es daher zum einen sein, einen *Personal- und Organisationsentwicklungsprozess in teilnahmebereiten Einrichtungen* durchzuführen und dabei ein Modell zu entwickeln, wie dieser Prozess auch in der Fläche umgesetzt werden kann. Vorbild für einen derartigen Prozess kann die Einführung des Strukturmodells sein. Zum zweiten muss nicht nur evaluiert werden, wie sich die Prozess- und Ergebnisqualität verändert, sondern auch, welche Effekte sich für die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte zeigen, da eine gesteigerte Arbeitszufriedenheit ein zentraler Faktor für eine Erhöhung des Pflegepersonalkräfteangebots ist.

Es ist zu erwarten, dass sich die bedarfsgerechte Personalbemessung durch eine nachhaltige Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege langfristig positiv auf die Berufsverweildauer der Beschäftigten auswirkt und Berufsausstieger den Weg zurück in die Pflege finden. Durch eine Reduktion der Arbeitsbelastungen wird es Pflegenden, die aus Gründen zu hoher Belastung unfreiwillig Teilzeitanstellungen wählen, wieder vermehrt möglich sein, Vollzeitstellen anzutreten – sofern ihnen der Arbeitsmarkt diese bietet. Auch hier besteht durch die Arbeitszeiten von Pflegenden ein beachtliches Fachkraftpotenzial.

Aus verbesserten Arbeits- und Versorgungsprozessen, optimierten Arbeits- und Rahmenbedingungen in der Pflege und einer höheren Arbeitszufriedenheit der Pflegenden resultiert dann eine Pflege- und Versorgungsqualität, die besser ist, als sie aktuell mit der vorhandenen Personalausstattung realisierbar ist (Schmucker 2019: 53 f.; Bundesministerium für Gesundheit 2019: 44; Vereinte Nationen 2018: 7; DGB 2018: 16 f.; Greß & Stegmüller 2016: 18). Feedbacks der Datenerhebenden in dieser Studie haben noch einmal deutlich die hohen Arbeitsbelastungen der Pflegenden und eine daraus resultierende schlechtere Versorgungsqualität beschrieben, aber auch deutliche Potenziale durch Lösung von strukturellen Ineffizienzen aufgezeigt.

18.3.2.3 Neuparametrisierung des Algorithmus

Die empfohlene mindestens einjährige parallele Weiterentwicklung von Heimstrukturen und qualifikationsabhängigem Personaleinsatz kann dabei zeigen, inwieweit der durch den Stellenaufwuchs, insbesondere der Assistenzkräfte, entstehende neue Personalmix vor Erreichen der letzten Stufe des Personalaufbaus bereits zu gewünschten qualitativen und quantitativen Ergebnissen führt.

Wird dies in der Evaluation der modellhaften Einführung nachgewiesen, so kann das Personalbemessungsinstrument *nachjustiert* werden. Die Auftragnehmer empfehlen dabei zum Zwecke der Evaluation am Ende der modellhaften Einführung eine erneute Datenerhebung vor dem Hintergrund des zu diesem Zeitpunkt eingerichteten Erbringungsrahmens durchzuführen. Die dabei erhobenen Daten könnten dann doppelt genutzt werden und sowohl der Evaluation dienen als auch analog des in Abschnitt 7.4 beschriebenen Vorgehens in neue Parameterwerte überführt werden. Hierdurch entsteht aus dem Algorithmus 1.0, der mit diesem Bericht vorgelegt wird und der die bedarfsgerechte Personalmenge im Erbringungsrahmen des Jahres 2018 abbildet, durch Neuparametrisierung ein weiterentwickelter Algorithmus 2.0, der die bedarfsnotwendige Personalmenge und -struktur unter zukünftigen optimierten Erbringungsstrukturen und unter Einbezug der Synergieeffekte durch einen bereits erfolgenden Personalmehreinsatz abbildet.

Nach Ablauf einer mehrjährigen Einführungsphase wäre so eine Personalbemessung eingeführt, die fachgerechte Pflege unter zukünftigen Rahmenbedingungen ermöglicht. Individuelle Anpassungen der rechnerisch resultierenden Personalmengen aufgrund spezifischer Einrichtungskonzeptionen können und sollen im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen weiterhin vereinbart werden.

18.3.2.4 Veränderungen des Berufsbildes „Pflege“ und Entwicklung der Rolle akademisch ausgebildeter Pflegenden

Bei Einführung des Personalbemessungsinstruments wird sich das Verhältnis von Pflegefachkraft zu Pflegeassistenzkraft in den Pflegeeinrichtungen verändern müssen. Diese Veränderung ist jedoch nicht in einem starren tayloristischen System zu betrachten. Vielmehr werden Strukturen geschaffen, die eine kompetenzorientierte Aufgabenverteilung zulassen. Ziel des Personalbemessungsverfahrens ist es demnach nicht, eine verrichtungsbezogene pflegerische Versorgung zu definieren, sondern erforderliche Personalmengen anhand der Bewohnerstruktur nach Qualifikationen zu ermitteln, mit denen in Verbindung mit Organisationsentwicklungs- und Personalentwicklungsprozessen eine kompetenzorientierte Pflege gestaltet werden kann. Der Einsatz und die Koordination des Personals obliegen nach wie vor dem Aufgabenbereich der jeweiligen Einrichtung. Konzepte wie Primary Nursing können und sollen weiterhin in einem angemessenen Qualifikationsmix umgesetzt werden. Die Pflegefachkräfte können demnach weiterhin im Rahmen einer Bezugspflege die Verantwortung und Pflegeprozessesteuerung für bestimmte Pflegebedürftige übernehmen. Dabei sind Rollenprofile, Aufgabenbeschreibungen, Verantwortungsbereiche usw. konzeptionell und einrichtungsspezifisch zu ent-

wickeln, die auf Grundlage einer vorher bestimmten Personalmenge durch das Personalbemessungsinstrument umgesetzt und im Hinblick auf eine Modellhafte Einführung erprobt werden können. Pflegefachkräfte müssen also auch im Kontext des veränderten Qualifikationsmixes gezielt und stärker zur Anleitung und Koordination pflegerischer Hilfskräfte befähigt werden. Pflegende mit QN 4 und höher sind hier durch ihre fachliche Verantwortung für die Versorgung der Bewohner*innen gefordert, die Organisation des Pflegealltags zu reflektieren und anzupassen.

Für diese weitreichenden und flächendeckenden Veränderungsprozesse bedarf es neben Pflegefachkräften und -assistenzkräften, die den Pflegeprozess steuern, durchführen und evaluieren, auch akademisch ausgebildeter Pflegenden (QN 6 und höher), die die Einrichtungen durch diese Veränderungsprozesse führen, so dass die eingesetzten Ressourcen zu einer besseren Versorgung führen können. Die durch die Gesetzgebung verstärkt entstehenden und bereits bestehenden Pflegestudiengänge sind hier aufgefordert, Absolvent*innen zu befähigen, die erforderlichen Organisations- und Personalentwicklungsprozesse ausarbeiten und in ihrer Umsetzung steuern zu können. Ein elementarer Teil der resultierenden veränderten Arbeitsprozesse wird sein, die pflegerische Versorgung im bedarfsgerechten Qualifikationsmix am jeweiligen Case-Mix auszurichten. Pflegerische Hilfskräfte (QN 1 bis QN 3) müssen durch Fachkräfte stärker in der Erbringung der Pflegeleistungen koordiniert und angeleitet werden. Zusätzlich muss die Qualität der Leistungserbringung überwacht werden.

Mit Lehmann et al. (2019: 2 und 210) und auch anhand der empirischen Ergebnisse dieser Studie ist festzustellen, dass in Deutschland vielfach von Pflegefachkräften Tätigkeiten übernommen werden, die in anderen Ländern explizit durch pflegerische Hilfskräfte oder andere Assistenzberufe erbracht werden. In der Folge ist es den Pflegefachkräften aktuell nicht angemessen möglich, die entsprechenden Pflegemaßnahmen fachgerecht zu erbringen und ihren Vorbehaltsaufgaben nachzukommen, weil delegierbare Tätigkeiten nicht an die noch nicht in ausreichendem Maße vorhandenen Assistenzkräfte weitergegeben werden können. Entgegen der also im Status quo üblichen Übernahme von pflegefernen Tätigkeiten müssen Pflegende mit QN 4 und höher entsprechend ihrer Pflegefachlichkeit zukünftig auch entlang der Vorbehaltsaufgaben eingesetzt werden. Hierzu gehört auch, durch geeignete Maßnahmen wie etwa durch kontinuierliches Durchführen von Fallbesprechungen, Pflegevisiten, Teamsupervisionen etc. (vgl. Schwerdt & Becke 2019: 120 f.) sowie durch Steuerung einer forcierten interprofessionellen Zusammenarbeit eine hohe Versorgungsqualität in der Pflege sicherzustellen. Unter anderem zu diesem Zweck werden international verbindliche Kompetenzprofile innerhalb des Qualifikationsmixes der Pflegenden sowie Karrieremodelle entwickelt und aufeinander abgestimmt, um so Rollen- und Aufgabenprofile zu definieren. Zudem werden in anderen Ländern – stärker als in Deutschland üblich – verbindliche Aufgaben- und Verantwortungsrahmen (Scope of Practice) festgeschrieben, um die entsprechenden Befugnisse gegenüber anderen Berufsgruppen rechtlich abzusichern (Lehmann et al. 2019: 3).

Darüber hinaus wird in Deutschland auf Ebene der Führungskräfte ein konstruktiver Umgang mit Innovationen benötigt, mit denen die Pflege selbst und ihre Arbeitsorganisation nachhaltig gesichert werden kann (Höhmann et al. 2018: 13). Die Kompetenzaktivierung und -entwicklung ist dabei eine wichtige Stellschraube. Die Veränderungsprozesse müssen dabei parallel von einem betrieblichen Gesundheitsmanagement (vgl. Schwerdt & Becke 2019: 120 f.) gerahmt werden, um der Gesundheit einer Berufsgruppe mit vergleichsweise hoher Ausfallzeit besondere Beachtung zu schenken.

Diese notwendigen Veränderungsprozesse sind vorrangig von Pflegenden mit QN 6 und höher zu übernehmen. Etwa 2.000 Absolventen der Pflegestudiengänge stehen aktuell jährlich dem Arbeitsmarkt zur Verfügung, werden aber bisher meist noch nicht gemäß ihrer hochschulischen Qualifi-

zierung in Steuerungsaufgaben in der Praxis eingestellt und entsprechend vergütet. Die Einrichtungen sind damit dringend gefordert, Stellen für hochschulisch qualifizierte Pflegenden zu schaffen und zu finanzieren (vgl. Rieder-Hinze 2018: 77 f.; Robert Bosch Stiftung 2018; Hackmann et al. 2016). Deutschland hat hochschulisch ausgebildete Pflegenden im internationalen Vergleich bisher noch nicht nennenswert im Berufsfeld der Pflege (unter einem Prozent) etabliert und ist somit von der vom Wissenschaftsrat empfohlenen Durchdringung von 10-20 % von akademisch ausgebildeten Pflegenden noch sehr weit entfernt (Lehmann et al. 2019: 210; Ewers et al. 2019: 179 ff., Darmann-Fink et al. 2018: 167). Auch wenn im Rahmen der KAP genau an dieser Stelle bereits Beschlüsse zur Integration hochschulisch qualifizierter Pflegenden getroffen wurden, wird die Notwendigkeit einer Umsetzung durch die beschriebenen Veränderungen von Personalmenge und -struktur noch verstärkt. Die Potenziale hochschulisch ausgebildeter Pflegekräfte nach § 37 PfIBG in der Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse, in der Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung auf Basis von vertieftem Wissen über Grundlagen der Pflegewissenschaft und die Übertragung forschungsgestützter Problemlösungen, die Entwicklung und Implementation wissenschaftsbasierter innovativer Lösungsansätze sowie die Mitwirkung an Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards müssen demnach gerade im Zusammenhang mit der Umgestaltung der Pflegepraxis durch das neue Personalbemessungsinstrument gezielt aktiviert und genutzt werden. Letztendlich können nur diese hochschulisch ausgebildeten Pflegenden die Konzepte umsetzen und Prozesse steuern, die erst in Zukunft entwickelt werden (Szepan & Wagner 2018).

19 Literatur

- Anderson, Lorin W.; Krathwohl, David R.; Airasian, Peter W. (Hg.) (2001): A taxonomy for learning, teaching, and assessing. A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. Complete ed. New York: Longman.
- Ascher, Gisela; Höhmann, Ulrike (2004): Realzeitmessung in einer stationären Altenpflegeeinrichtung in Hessen. Hessisches Institut für Pflegeforschung (Hg.). Frankfurt am Main. Online verfügbar unter: <https://www.hessip.de/projekte/abgeschlossene-projekte/8-realzeitmessungen-in-einer-station%C3%A4ren-altenpflegeeinrichtung/>, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- BA [= Bundesagentur für Arbeit] (Hg.) (2019): Entgeltatlas. Nürnberg. Online verfügbar unter: https://entgeltatlas.arbeitsagentur.de/entgeltatlas/faces/index.jspx?_afLoop=16603146959598749&_afWindowMode=0&_afWindowId=null&_adf.ctrl-state=15c4cmk6h1_34, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- BA [= Bundesagentur für Arbeit] (Hg.) (2019): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung. Online verfügbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf>, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Backhaus, Ramona; Verbeek, Hilde; van Rossum, Erik; Capezuti, Elizabeth; Hamers, Jan P. H. (2014): Nurse staffing impact on quality of care in nursing homes: a systematic review of longitudinal studies. In: Journal of the American Medical Directors Association 15 (6), S. 383–393.
- Badura, Bernhard; Ducki, Antje; Schröder, Helmut (2018): Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft (Fehlzeiten-Report). Berlin: Springer.
- Bartholomeyczik, Sabine; Holle, Daniela; Halek, Margareta (2013): Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz verstehen. Die Verbesserung der Versorgung Demenzkranker durch Qualitätsinstrumente; von der Arbeit beim Leuchtturmprojekt Demenz des Bundesgesundheitsministeriums. (Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz). Weinheim: Beltz Juventa.
- Bartholomeyczik, Sabine; Hunstein, Dirk (2000): Erforderliche Pflege – zu den Grundlagen einer Personalbemessung. In: Pflege und Gesellschaft 5 (4), S. 105–109.
- Bartoszek, Gabriele; Drude, Carsten (Hg.) (2015): Pflegen. Grundlagen und Interventionen. 1. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag Elsevier.
- Baumgärtel, Friederike; Al-Abtah, Jallal; Eißing, Eva; Fleischmann, Gabi; Kramer, Gunda; Oestreich, Jens et al. (2015): Pflege. I care. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Baumgartner, Luitgard; Kirstein, Reinhard; Möllmann, Rainer (Hg.) (2003): Häusliche Pflege heute. München: Urban & Fischer Verlag Elsevier.
- BBSR [= Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung] (Hg.) (2018): Laufende Raum-beobachtung (Interaktive Karte). Online verfügbar unter: <http://138.201.94.69/raumbeobachtung/>, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Becker, Ursula (Hg.) (2017): Altenpflege heute. Lernbereiche I bis IV. 3. Auflage. München: Urban-&-Fischer-Verlag Elsevier.

- Benner, Patricia E. (1994): Stufen zur Pflegekompetenz. From novice to expert. Bern: Hans Huber Verlag.
- Bergmann, Karl-Otto (2011): Haftungsrechtliche Aspekte der Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes. In: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e. V. (Hrsg.): 25 Jahre Arbeitsgemeinschaft – 25 Jahre Arzthaftung. Berlin: Springer, S. 11–20.
- Bettig, Uwe; Arend, Stefan; Schmidt, Roland (Hg.) (2012): Fachkräftemangel in der Pflege. Konzepte, Strategien, Lösungen. (Gesundheitswesen in der Praxis). Heidelberg: Medhochzwei-Verlag.
- BMBF [= Bundesministerium für Bildung und Forschung] (Hg.) (2018): Berufsbildungsbericht 2018. Referat Grundsatzfragen der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Bonn. Online verfügbar unter: https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/Berufsbildungsbericht_2018.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- BMFSFJ [= Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend] (Hg.) (2015): Zwischenbericht zur Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege (2012-2015). Kurzfassung. Berlin. Online verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/zwischenbericht-zur-ausbildungs--und-qualifizierungsoffensive-altenpflege--2012-2015-/77260>, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- BMFSFJ/BMG [= Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/Bundesministerium für Gesundheit] (Hg.) (2018): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Online verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/iump/93450/charta-der-rechte-hilfe-und-pflegebeduerftiger-menschen-data.pdf>, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (Hg.) (2013): Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin.
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (Hg.) (2019a): Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungstext der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Unter Mitarbeit von Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Berlin. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstexte_AG_1-5.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (Hg.) (2019b): Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegegraden im Jahresdurchschnitt 2018. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/Leistungsempfaenger-nach-Leistungsarten-und-Pflegegraden.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2019c): Soziale Pflegeversicherung Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden am 31.12.2017. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/Leistungsarten-und-Pflegegraden_2017.xls
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Versicherte/Versicherte_2018.xls, zuletzt geprüft am 30.01.2020.
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2019d): Soziale Pflegeversicherung Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegegraden im Jahresdurchschnitt 2017. Online verfügbar unter:

- https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/Leistungsarten-und-Pflegegraden_2017.xls, zuletzt geprüft am 30.01.2020.
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2019e): Versicherte der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) nach Altersgruppen und Geschlecht am 1.7.2017. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Versicherte/Versicherte_2017.xls, zuletzt geprüft am 30.01.2020.
- Boguth, Katja; Knoch, Tina (2018): Anforderungen, Perspektiven und Chancen des neuen Pflegeberufgesetzes. In: Public Health Forum 26 (1), S. 10–13.
- Böhle, Fritz; Stöger, Ursula; Wehrich, Margit (2015). Interaktionsarbeit gestalten. Vorschläge und Perspektiven für humane Dienstleistungen. Hans-Böckler-Stiftung (Hg.). Berlin: edition sigma.
- Böhm, Erwin (2011): Verwirrt nicht die Verwirrten. Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege. 12. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bokranz, Rainer; Kasten, Lars (2003): Organisations-Management in Dienstleistung und Verwaltung. Gestaltungsfelder, Instrumente und Konzepte. 4., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Gabler Verlag. Online verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-322-90377-8>, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Bortz, Jürgen; Schuster Christof (2010): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. 7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Springer-Verlag.
- Bostick, Jane E.; Rantz, Marilyn J.; Flesner, Marcia K.; Riggs, C. Jo (2006): Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes. In: Journal of the American Medical Directors Association 7 (6), S. 366–376.
- Bowles, David (2015): Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Beiträge zum Gesundheitsmanagement 40. Baden-Baden: Nomos.
- Brandenburg, Hermann; Kircheldorff, Cornelia (2018): Multiprofessioneller Personalmix in der Langzeitpflege (PERLE). Abschlussbericht. Freiburg/Vallendar: Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar; Katholische Hochschule Freiburg.
- Bröckermann, Reiner (2016): Personalwirtschaft. Lehr- und Übungsbuch für Human Resource Management. 7., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Brühl, Albert; Planer, Katarina (2019): PiBaWü. Zur Interaktion von Pflegebedürftigkeit, Pflegequalität und Personalbedarf. Freiburg: Lambertus.
- Brühl, Albert; Planer, Katarina (2013): PiSaar. Pflege im Saarland. Abschlussbericht. Vallendar: Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar. Online verfügbar unter: https://kidoks.bsz-bw.de/files/85/PiSaar_Abschlussbericht_2013.pdf, zuletzt geprüft am 20.09.2019.
- Buchan, James (2018): Policy Brief: Nursing Retention. Strategiepapier: Mitarbeiterbindung in der Pflege. ICNM (International Centre on Nursing Migration). Philadelphia, USA. Online verfügbar unter: https://www.dbfk.de/media/docs/download/Internationales/ICNM-Nurse-retention_deutsch_2018.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Buchan, James; Seccombe, Ian (2012): RCN Labour Market Review: Overstretched. Under-resourced. The UK nursing labour market review 2012. RCN. London. Online verfügbar unter:

<https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-004332>, zuletzt geprüft am 04.01.2020.

Bulechek, Gloria M.; Butcher, Howard K.; Dochterman, Joanne McCloskey; Wagner, Cheryl M.; Widmer, Rudolf; Georg, Jürgen (Hg.) (2016): Pflegeinterventionsklassifikation (NIC). Unter Mitarbeit von Michael Hermann. Bern: Hogrefe.

Burstedde, Alexander; Kolev, Galina; Matthes, Jürgen (2018): Wachstumsbremse Fachkraftengpässe. IW-Kurzbericht 2017/2018. Institut der Deutschen Wirtschaft (Hg.). Köln. Online verfügbar unter: https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Kurzberichte/PDF/2018/IW-Kurzbericht_2018_27_Wachstumsbremse_Fachkraefteengaesse.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.

Büscher, Andreas (2013): Veränderungen in der Versorgungspraxis und ihre Auswirkungen auf die Gesundheitsberufe. Regionalisierung und Gesundheitsberufe. In: Mark Dominik Alscher (Hg.): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven - eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung, S. 50–62.

Chen, Min M.; Grabowski, David C. (2015): Intended and unintended consequences of minimum staffing standards for nursing homes. In: Health economics 24 (7), S. 822–839.

Charlier, Siegfried; Meyer, Nicole (Hg.) (2013): ABC der Pflegedienstleitung. Das Nachschlagewerk fürs Management. Hannover: Schlüter.

Cohen, Jacob (1988): Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2. Auflage. New York: Lawrence Erlbaum Associates.

Conzen, Christel; Freund, Jutta; Overlander, Gabriele; Birkenfeld, Ralf; Bock von Wülfigen, Christiane; Düvel, Friedrich et al. (Hg.) (2016): Pflegemanagement heute. Unter Mitarbeit von Ralf Freund, Helen Kohlen, Therese Krützen, Dirk Potz und Thorsten Siefarth. 2. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag/Elvesier.

Darmann-Finck, Ingrid; Reuschenbach, Bernd (2018): Qualität und Qualifikation: Schwerpunkt Akademisierung der Pflege. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): Qualität in der Pflege. Mit 24 Tabellen und 43 Abbildungen. (Pflege-Report, 2018). Berlin: Springer Open, S. 163–170. Online verfügbar unter: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-56822-4_15.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.

Darmann-Finck, Ingrid; Baumeister, Andreas (2017): Qualifikationsmix in der stationären Krankenpflege. Einsatzpotenziale für Pflegehelferberufe. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (BWP) (1), S. 16–19.

Deuschl, Günther; Maier, Wolfgang (2016): S3-Leitlinie Demenzen. In: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online verfügbar unter: https://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2016/PDFs_Download/038013_LL_Demenzen_2_016.pdf, zuletzt geprüft am 22.05.2020.

DGP/DHPV/Bundesärztekammer [= Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.; Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V.] (Hg.) (2016): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie. Online verfügbar unter: <https://www.charta-zur-betreuung->

sterbender.de/files/bilder/neu2%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.

DNQP [= Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege] (2014): Expertenstandard nach § 113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Abschlussbericht. Unter Mitarbeit von Andreas Büscher, Petra Blumenberg, Anna Möller, Martin Moers, Doris Schiemann und Heiko Stehling. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: Hochschule Osnabrück.

DNQP [= Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege] (2017): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Unter Mitarbeit von Andreas Büscher, Petra Blumenberg, Moritz Krebs, Martin Moers, Anna Möller, Doris Schiemann und Heiko Stehling. 2. Aktualisierung. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: Hochschule Osnabrück.

DNQP [= Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege] (2018): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Sonderdruck. Unter der Mitarbeit von Andreas Büscher, Petra Blumenberg, Moritz Krebs, Martin Moers, Anna Möller, Doris Schiemann und Heiko Stehling. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: Hochschule Osnabrück.

Donabedian, Avedis (1966): Evaluation the quality of medical care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly 44 (3), S. 166–203.

DQR [= Bund-Länder-Koordinierungsstelle „Deutscher Qualifikationsrahmen“] (2017): Liste der zugeordneten Qualifikationen 2017. Online verfügbar unter: https://www.dqr.de/media/content/Liste%20der%20zugeordneten%20Qualifikationen_01082017.pdf, zuletzt geprüft am 06.01.2020.

DIMR [= Deutsches Institut für Menschenrechte] (2017): Submission to the UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR) for the List of Issues on the occasion of the examination of the 6th German State Report. Berlin. Online verfügbar unter: <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/menschenrechtsinstrumente/vereinte-nationen/menschenrechtsabkommen/sozialpakt-icescr/staatenberichtsverfahren-zu-deutschland/>, zuletzt geprüft am 13.02.2020.

Drupp, Michael; Meyer, Markus (2019): Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher? Berlin: Springer, S. 23–46. Online verfügbar unter: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58935-9_2, zuletzt geprüft am 04.01.2020.

Eberhard, Verena; Scholz, Selina; Ulrich, Joachim (2009): Image als Berufswahlkriterium. Bedeutung für Berufe mit Nachwuchsmangel. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis – BWP (3). Bonn, S. 9-13.

Eggert, Simone; Schnapp, Patrick; Sulmann, Daniela (2019): Schülerbefragung Pflege: Eigene Erfahrungen und Interessen an Pflegeberufen. ZQP-Analyse. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hg.). Berlin.

- Ehrentraut, Oliver; Hackmann, Tobias; Krämer, Lisa; Schmutz, Sabrina (Hg.) (2015): Zukunft der Pflegepolitik. Perspektiven, Handlungsoptionen und Politikempfehlungen. Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.). (Gute Gesellschaft - soziale Demokratie #2017plus). Bonn. Online verfügbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12140.pdf>, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Europäisches Parlament (20.11.2013): Richtlinie 2013/55/EU des europäischen Parlaments und des Rates zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt Informationssystems. IMI-Verordnung, vom Artikel 31. In: Amtsblatt der Europäischen Union. Online verfügbar unter: http://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/ZAB/Richtlinien_der_EU/Aenderung_RL_2005_36_EG_2013_11_20_RL_2013_55EU.pdf, zuletzt geprüft am 06.01.2020..
- Ewers, Michael; Lehmann, Yvonne (2019): Hochschulisch qualifizierte Pflegende in der Langzeitversorgung. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher? Berlin: Springer, S. 167–177. Online verfügbar unter: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58935-9_13, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Francis, Rohin (2013): Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry – Executive Summary. London. Online verfügbar unter: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/279124/0947.pdf, zuletzt geprüft am 06.01.2020.
- Friesacher, Heiner (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Zugl.: Osnabrück, Univ., Diss., 2006. (Pflegewissenschaft und Pflegebildung, 2). Göttingen: V & R Unipress Univ.-Verl. Osnabrück.
- Fröse, Sonja (2014): Was Qualitätsbeauftragte in der Pflege wissen müssen. 3. Auflage. Hannover: Schlütersche.
- GKV-Spitzenverband: Richtlinie nach § 53c SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RL) vom 19. August 2008 in der Fassung vom 23. November 2016. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/betreuungskraefte/2016_11_23_Pflege_Betreuungskraefte-RL_53c_SGB_XI.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- GMK [= Gesundheitsministerkonferenz] (2013): Beschlüsse der 86. GMK. TOP: 7.2 Deutscher Qualifikationsrahmen – Einordnung Pflege- und Gesundheitsfachberufe. Online verfügbar unter: <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=11&jahr=2013>, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Glaser, Jürgen; Seubert, Christian (2018): Arbeitswissenschaftliche Analyse und Bewertung pflegerischer Humandienstleistungstätigkeiten in der stationären Langzeitpflege als Basis für eine leistungsgerechte Personalbemessung. Universität Innsbruck: Institut für Psychologie (Hg.). Innsbruck. Online verfügbar unter: https://wien.arbeiterkammer.at/service/studien/Sozialpolitik/Arbeit_in_der_Langzeitpflege.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.

- Glouberman, Sholom; Zimmerman, Brenda (2004): Complicated and Complex Systems. What Would Successful Reform of Medicare look like? In: Changing health care in Canada. (Romanow papers, v. 2). Toronto Ont.: University of Toronto Press.
- Görres, Stefan; Bomball, Jaqueline; Schanke, Aylin; Stöver, Martina; Schmitt, Svenja (2010): Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten“ - Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen „Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Ergreifung Grundlage empirisch gesicherter Daten“ – Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes – Ergebnisbericht. Universität Bremen (Hg.). Bremen. Online verfügbar unter: http://www.ipp.uni-bremen.de/uploads/IPP_Schriften/ipp_schriften05.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Görres, Stefan; Stöver, Martina; Bomball, Jaqueline; Adrian, Christin (2015): Imagekampagnen für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten. In: Peter Zängl (Hg.): Zukunft der Pflege. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 147–157.
- Gress, Stefan; Stegmüller, Klaus (2018): Personalausstattung, Personalbemessung und Qualität in der stationären Langzeitpflege. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): Qualität in der Pflege. Mit 24 Tabellen und 43 Abbildungen (Pflege-Report 2018). Berlin: Springer Open S. 155–162. Online verfügbar unter: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-56822-4_14.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Greß, Stefan; Stegmüller, Klaus (2016): Gesetzliche Personalbemessung in der stationären Altenpflege. Gutachterliche Stellungnahme für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di). pg-papers (Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda) Nr. 01/2016. Online verfügbar unter: https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/files/368/pgp_2016_01_gress_stegmueller.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Habermas, Jürgen (1971): Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz. In: Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie - Was leistet die Systemforschung? Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Habermas, Jürgen (1974): Notizen zur Entwicklung der Interaktionskompetenz. In: Vorstudien und Ergänzungen zur Theorie des kommunikativen Handelns (1981). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hackmann, Tobias; Sulzer, Laura (2018): Strategien gegen den Fachkräftemangel in der Altenpflege. Probleme und Herausforderungen. Bertelsmann Stiftung (Hg.). Basel, Berlin, Bremen, Brüssel, Düsseldorf, Freiburg, München, Stuttgart, Gütersloh. Online verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/44_Pflege_vor_Ort/VV_Endbericht_Fachkraeftemangel_Pflege_Prognos.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Hackmann, Tobias; Klein, Ronny; Schneidenbach, Tina; Anders, Markus; Vollmer, Janko (2016): Pflegeinfrastruktur. Die pflegerische Versorgung im Regionalvergleich. Bertelsmann Stiftung (Hg.). Gütersloh.
- Harrington, Charlene.; Zimmerman, David.; Karon, Sarita. L.; Robinson, James.; Beutel, Patricia. (2000): Nursing home staffing and its relationship to deficiencies. In: The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences 55 (5), S. 278-87.

- Hasselhorn, Hans-Martin; Müller, Bernd Hans; Tackenberg, Peter (2005): Die Untersuchung des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf in Europa – die europäische NEXT-Studie. In: Hans-Martin Hasselhorn, Bernd Hans Müller, Peter Tackenberg, Angelika Kümmerling und Michael Simon (Hg.): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag, S. 11-20.
- Heiber, Andreas; Nett, Gerd (2018a): Chaos statt System. Die Vergütung in den einzelnen Bundesländern. Teil 2 des Beitrages. In: Häusliche Pflege 09/2018, S. 40–45. Online verfügbar unter: https://www.syspra.de/fileadmin/veroeffentlichungen/haeusliche_pfleger/hp_09_2018.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Heiber, Andreas; Nett, Gerd (2018b): Föderales Stückwerk. Die Vergütung in den einzelnen Bundesländern. In: Häusliche Pflege 08/2018, S. 18–24. Online verfügbar unter: https://www.syspra.de/fileadmin/veroeffentlichungen/haeusliche_pfleger/hp_08_2018.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Helmbold, Anke (2012): European Nursing care Pathways. In: Pia Wieteck (Hg.): Praxisleitlinien Altenpflege. Planen, formulieren, dokumentieren mit ENP-Pflegediagnosen. 4., vollständige. Überarbeitete. und erweiterte. Auflage. Kassel: RECOM, S. 54–81.
- Höhmann, Ulrike; Bartholomeyczik, Sabine (2013): Komplexe Wirkungszusammenhänge in der Pflege erforschen: Konzepte statt Rezepte. In: Pflege & Gesellschaft. 18. Jg. S. 293-312.
- Höhmann, Ulrike; Lauxen, Oliver; Schwarz, Laura (Hrsg.) (2018): Gestaltungskompetenzen im Pflegealltag stärken. Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzentwicklung in der Pflege. Frankfurt: Mabuse-Verlag.
- Horn, Susan D.; Buerhaus, Peter; Bergstrom, Nancy; Smout, Randall J. (2005): RN staffing time and outcomes of long-stay nursing home residents: pressure ulcers and other adverse outcomes are less likely as RNs spend more time on direct patient care. In: The American journal of nursing, 105 (11), S. 58-70.
- Hurst, Keith (2006): Primary and community care workforce planning and development. In: Journal of advanced nursing 55 (6), S. 757–769. Online verfügbar unter: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03966.x>, zuletzt geprüft am 06.01.2020.
- Hyer, Kathryn; Thomas, Kali S.; Branch, Laurence G.; Harman, Jeffrey S.; Johnson, Christopher E.; Weech-Maldonado, Robert (2011): The influence of nurse staffing levels on quality of care in nursing homes. In: The Gerontologist 51 (5), S. 610–616.
- ICN [= International Council of Nurses] (2010): ICN-Ethikkodex für Pflegenden. International Council of Nurses (ICN), Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) und Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (Hg.). Berlin. Online verfügbar unter: <https://deutscher-pflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/ICN-Ethik-E04kl-web.pdf>, zuletzt geprüft am 06.01.2020.
- ICN [= International Council of Nurses] (Hg.) (2017): Nursing Definitions. Online verfügbar unter: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>, zuletzt geprüft am 04.01.2020.

- Institut DGB-Index Gute Arbeit/ ver.di (= Institut Deutscher Gewerkschaftsbund-Index Gute Arbeit/ Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft) (Hg.): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfrage zum DGB-Index Gute Arbeit. Berlin. Online verfügbar unter: <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++df07ee92-b1ba-11e8-b392-52540088cada>, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Isfort, Michael; Rottländer, Ruth; Weidner, Frank; Gehlen, Danny; Hyalla, Jonas.; Tucman, Daniel (2018): Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der teil-/vollstationären Pflege. Deutsches Institut für angewandter Pflegeforschung e.V. (dip). Köln. Online verfügbar unter: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2018.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Jackson, Carolyn; Leadbetter, Tricia; Martin, Anne; Wright, Toni; Manley, Kim (2015a): Making the complexity of community nursing visible: the Cassandra project. In: British journal of community nursing 20 (3), 126, 128-33. Online verfügbar unter: <http://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.3.126>, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Jackson, Carolyn; Leary, Alison; Wright, Toni; Leadbetter, Tricia; Martin, Anne; Manley, Kim (2015b): The Cassandra Project. Recognising the multidimensional complexity of community nursing for workforce development. [Canterbury]: England Centre for Practice Development, Canterbury Christ Church University.
- Kampen van, Norbert (1998): Theoriebildung in der Pflege. Eine kritische Rezeption amerikanischer Pflegemodelle. Zugl.: Bielefeld, Univ., Diplomarbeit, 1996. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag Wissenschaft, 39.
- KDA [= KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH] (2002): Qualitative und quantitative Erfassung des erforderlichen Pflegezeit- und Personalbedarfs in deutschen Altenpflegeheimen. Erprobung des Verfahrens PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt. Abschlussbericht der KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH, verfasst von Rolf Gennrich unter Mitarbeit von Susanne Bösel. (Band 225 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- KDA [= KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH] (2003): Analyse und Transfer des Verfahrens PLAISIR®. Vorbereitung und Dokumentation der Überprüfungsprozesse des Verfahrens PLAISIR® zur Anwendung auf Landesebene. Köln: KDA
- Kirschnick, Olaf; Kirschnick, Doris (2016): Pflorgetechniken von A - Z. 5. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Kitwood, Tom M.; Herrmann, Michael; Müller-Hergl, Christian (Hg.) (2008): Demenz. Der personzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 5., ergänzte Auflage (Pflegepraxis, Altenpflege). Bern: Huber.
- Knigge-Demal, Barbara; Eylmann, Constanze; Hundenborn, Gertrud (2013): Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlicher Assistenz älterer Menschen. im Rahmen des Projektes "Erprobung des Entwurfs eines Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen". Fach-

- hochschule Bielefeld und Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V. (Hg.). Bielefeld, Köln. Online verfügbar unter: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/01Anforderungs_und_Qualifikationsrahmen_09_2013.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Knigge-Demal, Barbara; Hundenborn, Gertrud (2014): Abschlussbericht im Rahmen des Projektes "Erprobung des Entwurfs eines Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen". Online verfügbar unter: www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Abschlussbericht_Erprobung_QR.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Kohlberg, Lawrence; Althof, Wolfgang; Noam, Gil (Hg.) (1997): Die Psychologie der Moralentwicklung. 2. Auflage (Beiträge zur Soziogenese der Handlungsfähigkeit, 1232) Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Köpke, Sascha; Meyer, Gabriele (2015): Evidenzbasierte Praxisleitlinie. Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Unter Mitarbeit von Jens Abraham, Ralph Möhler, A. Henkel und Ramona Kupfer. Universität zu Lübeck; Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; Universität Witten/Herdecke; Universität Hamburg. Online verfügbar unter: http://www.leitlinie-fem.de/download/LL_FEM_2015_Auflage-2.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Kreis Unna – Der Landrat: Freiheitsentziehende Massnahmen. Rechtliche Grundlagen und Hinweise für stationäre Betreuungseinrichtungen. Online verfügbar unter: https://www.kreis-unna.de/fileadmin/user_upload/Kreishaus/51/pdf/Freiheitsentziehende_Massnahmen.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Krohwinkel, Monika (2013): Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, Theorie und Praxis. Bern: Verlag Hans Huber.
- Krüger, Heinz-Hermann; Lersch, Rainer (1993): Lernen und Erfahrung. Perspektiven einer Theorie schulischen Handelns. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Opladen: Leske + Budrich.
- Kurz, Andrea (Hg.) (2017): Pflegetechniken. Von Absaugen bis ZVK. Unter Mitarbeit von Andreas Gärtner, Anke Kany, Anja Messall, Gabriele Schmidl und Anna Scholl. 3. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag Elsevier.
- Lehmann, Yvonne Marianne; Schaepe, Christiane; Wulff, Ines (2019): Pflege in anderen Ländern. Vom Ausland lernen? Heidelberg: medhochzwei-Verlag.
- Loffing, Christian (2010): Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und stationären Altenpflege. 2. Auflage Stephanie Geise (Hg.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Mamerow, Ruth (2013): Praxisanleitung in der Pflege. 4., aktualisierte Auflage. Berlin: Springer.
- Mayring, Philipp (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10., neu ausgestattete Auflage. Weinheim: Beltz.
- MDK Oberbayern [= Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Bezirk Oberbayern] (2011): Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen. Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht der Regierung von Oberbayern (Hg.). Online verfügbar unter: <https://www.muenchen.de/rathaus/dam/jcr:824f7ce8-ac8e-4ad5-8a8f-ddf77c03a0ac/empfehlung%20freiheitsentzug%202011.pdf>, zuletzt geprüft am 04.01.2020.

- MDS/GKV-Spitzenverband [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.] (Hg.) (2017): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Online verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/19-11-12_BRI_Pflege.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020..
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen] 2017: Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 5. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Online verfügbar unter: [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/MDS-Qualitaetsberichte/ 5. PflegeQualitaetsbericht des MDS Lesezeichen.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/MDS-Qualitaetsberichte/5_PflegeQualitaetsbericht_des_MDS_Lesezeichen.pdf), zuletzt geprüft am 04.01.2020..
- Menche, Nicole (Hg.) (2007): Pflege heute. München: Urban & Fischer Verlag Elsevier.
- Meyer, Markus; Wenzel, Jenny; Schenkel, Antje (2018): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2017. In: Bernhard Badura, Antje Ducki und Helmut Schröder (Hg.): Sinn erleben - Arbeit und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft (Fehlzeiten-Report). Berlin Heidelberg: Springer.
- Moldenhauer, Meinolf; Fink, Gabriele (1997): Standard-Pflegesätze für die vollstationäre Pflege. In: Die Betriebskrankenkasse, Heft 3: 124-132.
- Müller Staub, Maria; Rappold, Elisabeth (2017): Klassifikationen/Systeme - Beurteilung anhand von Studien. Unter Mitarbeit von Christine Boldt. In: Maria Müller Staub, Kurt Schalek und Peter König (Hg.): Pflegeklassifikationen. Anwendung in Praxis, Bildung und elektronischer Pflegedokumentation. Bern: Hogrefe, S. 261–305.
- Müller, Elke (1998): Grundpflege und Behandlung. Historische Wurzeln eines reformbedürftigen Pflegebegriffs. In: Pflege & Gesellschaft (3), S. 1–6. Online verfügbar unter: <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/06/PG-2-1998-Mueller.pdf>, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Neumann-Ponesch, Silvia (2017): Modelle und Theorien in der Pflege. 4., aktualisierte und ergänzte Auflage. Wien: Facultas.
- Niehues-Pröbsting, Agnes (2011): Juristischer Leitfaden für Verfahrenspfleger im Verfahren zur Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen gem. § 1906 BGB. Online verfügbar unter: http://www.leitlinie-fem.de/download/WW_Juristische_Schulung_fuer_Verfahrenspfleger.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- NURSING data (2004a): Klassifikation der Pflegeinterventionen. Anhang 3. Hierarchie Definition Einschliessungen. NURSING data c/o SBK-Geschäftsstelle (Hg.). Bern. Online verfügbar unter: http://www.sbk-asi.ch/nursingdata/de/dokumente/test02_manuel_0409_interventions_v01_d.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020..
- NURSING data (2004b): Kodierungshandbuch. Hg. v. NURSING data c/o SBK-Geschäftsstelle. Bern. Online verfügbar unter: http://www.sbk-asi.ch/nursingdata/de/dokumente/test02_manuel_0409_d.pdf, zuletzt geprüft am 11.08.2017.

- Orem, Dorothea E. (1997): Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Deutsche Ausgabe. (Pflegetheorie). Berlin: Ullstein Mosby
- Peplau, Hildegard E. (Hg.) (1995): Interpersonale Beziehungen in der Pflege. Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege. Basel: Recom-Verlag.
- Rauner, Felix (1999): Entwicklungslogisch strukturierte berufliche Curricula. Vom Neuling zur reflektierten Meisterschaft. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik (3), S. 424–446.
- Reuschenbach, Bernd (2008): Einfluss von Expertise auf Problemlösen und Planen im komplexen Handlungsfeld Pflege. Berlin: Logos-Verlag.
- Rieder-Hintze, Stephanie (2018): Projekt "360* Pflege - Qualifikationsmix für den Patienten". In: Die Schwester Der Pfleger 57 (11), S. 70–74.
- Robert-Bosch-Stiftung (Hg.) (2018): 360° Pflege - Qualifikationsmix für den Patienten. Stuttgart. Online verfügbar unter: www.qualifikationsmix-pflege.de, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Roth, Günter; Rothgang, Heinz (2000): „Angleichung nach oben“: Die Entwicklung der Heimentgelte nach Einführung der Pflegeversicherung. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Heft 3, 85-90.
- Roth, Günter; Rothgang, Heinz (1999): Die Auswirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes auf die Entwicklung der Heimentgelte. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften (Journal of Public Health); Nr. 4/99, S. 306-334.
- Rothgang, Heinz (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung: eine ökonomische Analyse. Schriften des Zentrums für Sozialpolitik; Band 7. Frankfurt/Main, New York: Campus.
- Rothgang, Heinz (2002): Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte. In: Enquete Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestags (Hg.): Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an die einzelnen und die Politik. Studienprogramm. Heidelberg: R. V. Decker.
- Rothgang, Heinz; Domhoff, Dominik (2019): Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung. Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. Working Paper Forschungsförderung Nummer 150, September 2019. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. Online verfügbar unter: http://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_150_2019.pdf, zuletzt geprüft am 05.01.2020.
- Rothgang, Heinz; Fünfstück, Mathias; Neubert, Lydia; Czwikla, Jonas; Hasseler, Martina (2015a): Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen. GKV-Spitzenverband (Hg.) (Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 13. Berlin). Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV_Schriftenreihe_Pflege_Band_13.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas; Müller, Rolf; Runte, Rebecca; Unger, Rainer (2015): BARMER GEK Pflegereport 2015. Schwerpunktthema: Pflegen zu Hause. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse 36. Siegburg: Asgard. Online verfügbar unter: <https://www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=8979ddb356.pdf&filename=BARMER-GEK-Pflegereport-2015.pdf>, zuletzt geprüft am 31.01.2020

- Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas; Unger, Rainer; Amsbeck, Hannah (2016): Pflege in Deutschland im Jahr 2030 – regionale Verteilung und Herausforderungen. Analysen und Kozepte. Bertelsmann Stiftung (Hg.) (LebensWerte Kommune, 4) Gütersloh. Online verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Policy_LebensWK_4_2016_final.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2013): BARMER GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse 23. Siegburg: Asgard. Online verfügbar unter: <https://www.barmer.de/blob/37306/897643940585a399cc44ef781ffb3f02/data/pdf-pflegereport-2013.pdf>, zuletzt geprüft am 31.01.2020.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Runte, Rebecca; Unger, Rainer (2017): BARMER Pflegereport 2017. Online verfügbar unter: https://www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=b2e6c118e0.pdf&filename=171109_Barmer_Pflegereport.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Rothgang, Heinz; Sünderkamp, Susanne; Weiß, Christian (2015b): Die Rolle der privaten Anbieter in der Pflegeversorgung in Deutschland, Expertise für den bpa, S. 50–51. Online verfügbar unter: https://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/BUND/Studien/BU_Studie_0012.pdf zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2012): Themenreport "Pflege 2030". Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Bertelsmann Stiftung (Hg.). Gütersloh. Online verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Rothgang Heinz, Wagner Christian (2019): Quantifizierung der Personalverbesserungen in der stationären Pflege im Zusammenhang mit der Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Quantifizierung_der_Personalverbesserungen.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Royal Collage of Nursing (2013): District nursing – harnessing the potential sets out the RCN's position on district nursing. London: RCN.
- Royal College of Nursing (2010): Guidance on safe nurse staffing levels in the UK. London: RCN.
- Saba, Virginia K. (2010): Pflegepraxisklassifikation (CCC). Manual zur Pflegedokumentation (Pflegeklassifikationen). Bern: Huber
- Schäfer, Wolfgang; Jacobs, Peter (2011): Praxisleitfaden Stationsleitung. Handbuch für die stationäre und ambulante Pflege. 4., aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Schalek, Kurt; Stefan, Harald (2017): PraxisOrientierte Pflegediagnostik (POP) – Ressourcenorientierung in der Pflegediagnostik. In: Maria Müller Staub, Kurt Schalek und Peter König (Hg.): Pflegeklassifikationen. Anwendung in Praxis, Bildung und elektronischer Pflegedokumentation. Bern: Hogrefe, S. 117–135.

- Schmucker, Rolf (2019): Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmei, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): Pflege Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin: Springer, S. 49–59. Online verfügbar unter: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58935-9_3, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Schwerdt, Cora; Becke, Guido (2019): Das Projekt zur „Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“, Das Teilvorhaben *Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege*. Institut Arbeit und Wissenschaft, Universität Bremen.
- Schwinger, Antje; Klauber, Jürgen; Tsiasioti, Chrysanthi (2019): Pflegepersonal heute und morgen. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmei, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher? Berlin: Springer, S. 3–21. Online verfügbar unter: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58935-9_1, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Schwinger, Antje; Jürchott, Kathrin; Tsiasioti, Chrysanthi (2017): Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmei, Stefan Greß, Antje Schwinger und Jürgen Klauber (Hg.): Pflege-Report, 2017. Schwerpunkt. Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer S. 255–303. Online verfügbar unter: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Pflegereport/2017/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido_pr2017_kap21.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Simon, Michael (2018): Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung. Eine kritische Analyse der aktuellen Reformpläne für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorstellung zweier Alternativmodelle. Working Paper Forschungsförderung Nummer 096. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. Online verfügbar unter: http://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_096_2018.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Spilsbury, Karen; Hewitt, Catherine; Stirk, Lisa; Bowman, Clive (2011): The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. In: International journal of nursing studies 48 (6), S. 732–750.
- Smith, Anne; Jack, Kirsten (2012): Development of community nursing in the context of changing times. In: Sue Chilton, Karen Melling und Ann Clarridge (Hg.): A Textbook of Community Nursing. London: Hodder Education, S. 286–299.
- Statistisches Bundesamt (2001): 3. Bericht: Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich: ambulante Pflegedienste. Zweigstelle Bonn. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00012311/5224101999004.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Statistisches Bundesamt (2003): 3. Bericht: Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich: Ambulante Pflegedienste. Zweigstelle Bonn. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00012312/52241019004.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.

- Statistisches Bundesamt (2005): 3. Bericht: Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich: Ambulante Pflegedienste. Zweigstelle Bonn. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00012313/5224101039004.pdf, zuletzt geprüft am 25.10.2018.
- Statistisches Bundesamt (2007): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 3. Bericht: Ländervergleich – ambulante Pflegedienste. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00012314/5224101059004.pdf, zuletzt geprüft am 06.01.2020.
- Statistisches Bundesamt (2008): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 3. Bericht: Ländervergleich – ambulante Pflegedienste. Wiesbaden. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00012315/5224101079004.pdf, zuletzt geprüft am 06.01.2020.
- Statistisches Bundesamt (2011): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 3. Bericht: Ländervergleich – ambulante Pflegedienste. Wiesbaden. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00012316/5224101099004.pdf, zuletzt geprüft am 06.01.2020.
- Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00012317/5224101119004.pdf, zuletzt geprüft am 06.01.2020.
- Statistisches Bundesamt (2016): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00042874/5224101139004.pdf, zuletzt geprüft am 28.10.2018.
- Statistisches Bundesamt (2017a): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich – Pflegeheime. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00042878/5224102159004.pdf, zuletzt geprüft am 06.01.2020.
- Statistisches Bundesamt (2017b): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00042875/5224101159004.pdf, zuletzt geprüft am 06.01.2020.
- Statistisches Bundesamt (2018a): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.pdf>, zuletzt geprüft am 06.01.2020.
- Statistisches Bundesamt (2018b): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00042883/5224101179004.pdf, zuletzt geprüft am 06.01.2020.

- Statistisches Bundesamt (2018c): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden. Online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/laender-pflegeheime-5224102179004.pdf>, zuletzt geprüft am 06.01.2020.
- Statistisches Bundesamt (2019a): 14. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland. Variante 2: Moderate Entwicklung der Geburtenhäufigkeit, Lebenserwartung und Wanderung (G2L2W2). Online unter: <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/#!v2>, zuletzt geprüft am 06.01.2020.
- Statistisches Bundesamt (2019b): Vorausberechneter Bevölkerungsstand. Tabelle 12421-0002. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter: https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/%20data;sid=AD4395BA0B94B7F4005DE29F201BE481.GO_2_1?operation=abruftabelleAbrufen&selectionname=12421-0002&levelindex=1&levelid=1563125857934&index=2, zuletzt geprüft am 30.01.2020.
- Stemmer, Renate; Böhme, Hans (2008): Aufgabenverteilung im Krankenhaus der Zukunft. Einige Aussagen eines Gutachtens für das Sozialministerium Rheinland-Pfalz. Abschlussbericht, S. 197–214. Online verfügbar unter: <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/06/PG-3-2008-Stemmer.pdf>, zuletzt geprüft am 06.01.2020.
- Strünck, Christoph (2000): Pflegeversicherung - Barmherzigkeit mit beschränkter Haftung. Institutioneller Wandel, Machtbeziehungen und organisatorische Anpassungsprozesse. Zugl.: Bochum, Univ., Diss, 1998. Opladen: Leske + Budrich (Forschung Politikwissenschaft, 68).
- Szepan, Nadine-Michèle; Wagner, Franz (Hg.) (2018): Agenda Pflege 2021. Grundlagen für den fachpolitischen Diskurs. Berlin: KomPart.
- Vereinte Nationen (2018): Economic and Social Council. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Concluding observations on the sixth periodic report of Germany. Online verfügbar unter: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4sIQ6QSmlBEDzFEovLCuWx2r5QgrDoHhDa4HdzLZSD2zbo%2fzew8fG%2f%2fJWzgalqrI%2fpQdKVEU%2beWBy15OCs%2f%2bnkU3s6ayod026StGVH8b0gDad0d4wZZ5%2fvp6F1W5k%2bv>, zuletzt geprüft am 06.01.2020.
- Wingefeld, Klaus (2019): Bedarfskonstellationen und Pflegegrade bei demenziell erkrankten Heimbewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) P19-156. Online verfügbar unter: [https://www.uni-bielefeld.de/\(de\)/gesundhw/ag6/downloads/ipw_156.pdf](https://www.uni-bielefeld.de/(de)/gesundhw/ag6/downloads/ipw_156.pdf), zuletzt geprüft am 21.05.2020.
- Wingefeld, Klaus; Büscher, Andreas (2017): Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Universität Bielefeld (Hg.). Bielefeld/Osnabrück. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf, zuletzt geprüft am 06.01.2020.
- Wingefeld, Klaus; Büscher, Andreas; Gansweid, Barbara (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8, Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Bielefeld. Online verfügbar unter: <https://www.aok->

- gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/pflege/mediathek/pflege_begutacht_bericht.pdf, zuletzt geprüft am 06.01.2020.
- Wingenfeld, Klaus; Büscher, Andreas; Gansweid, Barbara (2011): Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. (Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Bd. 2). Hürth: CW Haarfeld. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pflege_Band_2_18962.pdf, zuletzt geprüft am 06.01.2020.
- Wingenfeld K, Ammann A, Ostendorf A (2010) Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprojekt: „Entwicklung und Erprobung von Grundlagen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf der Basis des Bedarfsklassifikationssystems der Referenzmodelle“. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/entwicklung_1/8_Endbericht_Personalbemessung_und_Bewertung_des_Beirates_17371.pdf, zuletzt geprüft am 06.01.2020.
- Wingenfeld, Klaus; Büscher, Andreas; Schaeffer, Doris (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Online verfügbar unter: https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw_bericht_20070323.pdf, zuletzt geprüft am 06.01.2020.
- Wingenfeld, Klaus; Schnabel, Eckart (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bremen (IPW) und Forschungsgesellschaft für Gerontologie, Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund (FFG).
- Winkler, Thomas (2000): Leistungsgerechte Pflegesätze im Bereich „Stationäre Altenhilfe“ nach dem Pflegeversicherungsgesetz – Eine kritische Auseinandersetzung mit dem Standard-Pflegesatz-Modell“. Pflege & Gesellschaft 5(4):9500. Online verfügbar unter: <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/06/PG-4-2000-Winkler.pdf>, zuletzt geprüft am 04.01.2020.
- Wipp, Michael; Sausen, Peter (2018): Regelkreis der Einsatzplanung. Dienstpläne sicher und effizient gestalten. 3., überarbeitete Auflage. Hannover: Vincentz.
- Zegelin, Angelika (2005): "Festgenagelt sein". Der Prozess des Bettlägerigwerdens. (Reihe Pflegewissenschaft). Bern: Verlag Hans Huber.
- Zegelin, Angelika (2013): «Festgenagelt sein». Der Prozess des Bettlägerigwerdens. 2. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.
- Zimber, Andreas (1998): Beanspruchung und Streß in der Altenpflege: Forschungsstand und Forschungsperspektiven. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Vol. 31, S. 417–425.

Gesetze

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

PflAPrV [= Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung] (02.10.2018): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe. Bundesgesetzblatt (34), S. 1572–1621.

PflBRefG [= Pflegeberufereformgesetz] (17.07.2017): Gesetz zur Reform der Pflegeberufe. Bundesgesetzblatt (49), S. 2581–2614.

PNG [= Pflege-Neuausrichtung-Gesetz] (23.10.2012): Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung. Bundesgesetzblatt 51 (1), S. 2246–2264.

PpSG [= Pflegepersonal-Stärkungsgesetz] (11.12.2018): Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals. Bundesgesetzblatt (45), S. 2394–2422.

PSG I [= Erstes Pflegestärkungsgesetz] (17.12.2014): Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften. Bundesgesetzblatt (61), S. 2222–2230.

PSG II [= Zweites Pflegestärkungsgesetz] (21.12.2015): Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften. Bundesgesetzblatt (54), S. 2424–2463.

PSG III [= Drittes Pflegestärkungsgesetz] (2016): Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften. Bundesgesetzblatt (65), S. 3191–3220.