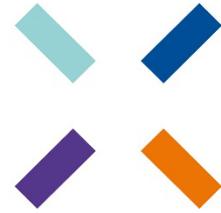


Pflegekammer NRW



Positionspapier zur Pflegepersonalbemessung in der vollstationären Langzeitpflege NRW

Dieses Positionspapier wurde von der Kammerversammlung der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen am 21. September 2023 beschlossen.

Pflegekammer Nordrhein-Westfalen

Nach zweijähriger Aufbauarbeit durch den vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen berufenen Errichtungsausschuss, trat die gewählte Kammerversammlung mit insgesamt 60 Vertreter*innen am 16. Dezember 2022 zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammen. Mit bis heute bereits über 100.000 vollständig registrierten und geschätzt insgesamt mehr als 200.000 Pflegefachpersonen in NRW ist die Pflegekammer Nordrhein-Westfalen die mitgliederstärkste Heilberufskammer Deutschlands.

1. Hintergrund

Die Profession Pflege ist, dies hat zuletzt die Covid-19-Pandemie unterstrichen, systemrelevant und elementar für das deutsche Gesundheitswesen (Lämmel, Riedlinger & Reiber, 2021). Trotz ihres Status als größter Berufsgruppe sowie der wichtigen Rolle als erster und meistgenutzter Kontakt findet sich ein ausgeprägter Fachkräftemangel (Flaubert, Le Menestrel, Wakefield & Williams, 2021). Zudem sind bei zunehmendem und komplexeren Morbiditätsraten steigende Pflegebedarfe sowie desolaten berufsständische Rahmenbedingungen feststellbar (Hämel & Schaeffer, 2013). Gerade der demografische Wandel führt zu einer zunehmenden Herausforderung v.a. für den Langzeitpflegebereich (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe [DBfK Bundesverband e. V.], 2018). In Zusammenschau dieser aktuellen Bedingungen ist eine professionelle Pflegeethik häufig nicht mehr umsetzbar und führt bei vielen Pflegefachpersonen zu moralischen Dilemmata zwischen Realität und pflegerischen Anspruch ihrer professionellen Tätigkeit (Wöhlke & Riedel, 2023). Die Folge sind häufig Unzufriedenheit und die Beendigung der Tätigkeit im Rahmen der Profession, wodurch sich der Fachkräftemangel weiter verstärkt (Wöhlke & Riedel, 2023). Schon lange besteht somit ein Teufelskreislauf.

Mit der gesetzlichen Operationalisierung der Pflegepersonalbemessung basierend auf den Arbeiten von Rothgang und Kollegen (2020) wurde ein erster, wichtiger Schritt hin zu einer wissenschaftlich basierten Personalbemessung und Steigerung der Versorgungsqualität innerhalb der stationären Langzeitpflege durch flexiblere, an den Bedarfen der Bewohner*innen orientierten Personalbemessungen getroffen (Koch, 2023a). Hieraus lassen sich jedoch keine Rückschlüsse für die aktuelle oder zu erwartende Versorgungsqualität nach Umsetzung der Personalbemessungsvorgaben ableiten. Die zudem daraus resultierte, politische Abschaffung der Fachkraftquote in Mecklenburg-Vorpommern führt insofern zudem aktuell aufgrund fehlender holistischer Umsetzungsstrategien und Etablierung von Funktionspflege unter Umständen zur fehlenden Vorhaltung von Fachpersonal im Bedarfsfall (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, DBfK Nordost e.V., 2023). Die pflegerische Versorgungsqualität der Bevölkerung ist damit bedroht. Ähnliche Bestrebungen werden jedoch trotz dieser Vorbehalte auch in NRW erwartet.

Unklare Regelungen und verschiedenste Auslegungen der Pflegepersonalbemessungsregelungen haben innerhalb der Profession zu Ängsten und Verunsicherungen über zukünftige Beschäftigungsverhältnisse und pflegerische Aufgaben sowie Kernkompetenzen der Profession geführt (Trux, 2023). Verschiedenste Modelle der Umsetzung der gesetzlichen Regelungen führen aus Sicht der Pflegekammer nach entsprechenden Gesprächen mit den Pflegefachpersonen zur Zersplitterung und Deprofessionalisierung der Berufsgruppe. Maximalgrenzen lassen den Eindruck eines Überflusses an Fachkräften vermuten und es wird der weitere Abbau von Pflegefachstellen im Langzeitpflegesektor zugunsten der gesteigerten Wirtschaftlichkeit vermutet. Hier bedarf es dringend der (politischen) Klärung, Stellungnahme und Unterstützung.

2. Bewertung bisheriger Entwicklungen

Im Folgenden soll zu den aktuellen, praxisnahen Entwicklungen vor dem geschilderten Hintergrund detailliert Stellung bezogen werden.

2.1 Dringend notwendige (gesetzliche) Rahmenbedingungen für die praxisnahe Operationalisierung der Pflegepersonalbemessung

Grundsätzlich wird die Etablierung eines pflegewissenschaftlich entwickelten Instrumentes zur Pflegepersonalbemessung begrüßt. Die alleinige Umsetzung dieser Regelungen nach dem aktuellen gesetzlichen Stand entsprechend §113c SGB XI scheint aber nach derzeitigen Erkenntnissen und nach Rücksprache mit der pflegerischen Praxis nicht zielführend, um eine hohe pflegerische Versorgungsqualität bei zukünftig steigenden Bedarfen zu sichern. Es fehlen aktuell Informationen zu den Konsequenzen der Instrumentennutzung auf Organisations-, Personal-, und Bewohnerebene, die erst durch die praktische, alltagsnahe Modellvorhaben u.ä. zukünftig abgeleitet werden müssen (Rothgang, 2020).

Trotz der Umsetzung der Personalbemessung zum 01.07.2023 fehlen u.a. in NRW weiterhin grundlegende gesetzliche Rahmenbedingungen, wie die Änderungen von Landesrahmenverträgen, z.B. für das Qualitätsniveau 2, und Personalanhaltszahlen (Koch, 2023b).

Insgesamt wird aktuell die elementar wichtige pflegerische Beteiligung von Fachexpert*innen bei wesentlichen Verhandlungs- und Entscheidungsprozessen im Zusammenhang mit der Pflegepersonalbemessung vermisst, infolge dessen ökonomische, gewinnorientierte Ziele fokussiert werden und nicht die Versorgungsqualität der Bewohner*innen.

Pflegesatzverhandlungen müssen angemessen neu debattiert werden, damit aktuelle ökonomische Priorisierungen zukünftig zugunsten einer erhöhten Versorgungsqualität durch eine Aufwertung der Pflege und deren Rahmenbedingungen verändert werden können.

2.2 Umsetzung der gesetzlichen Regelungen nach §113 c SGB XI im Sinne einer bewohner*innen- sowie kompetenzorientierten Pflege gemäß dem Pflegeprozess

Im Rahmen der einrichtungsbezogenen Umsetzungsplanung der gesetzlichen Regelungen nach §113c SGB XI kam es in der Vergangenheit zu verschiedensten Auslegungen und Operationalisierungen. Häufig wird nach Rücksprache mit diversen Praxisvertreter*innen und lt. der Literatur der Ansatz der Funktionspflege im Sinne von aufgabenorientierten Tourenplanungen fokussiert (Büscher, Jendrzej, Krautz & Weiß, 2023; Koch, 2023a). Pflegefachpersonen erhalten bspw. zu Beginn ihres Dienstes eine Tour durch die Einrichtung, die sie mittels Rucksacks o.ä. fokussiert auf diese Aufgabe für Aufgabe isoliert abarbeiten. Es kommt zur Umsetzung von z.T. digital generierten, nicht individuell und an den tatsächlichen, tagesaktuellen Bedarfen der Bewohner*innen geplanten Interventionskatalogen. Dies kann nicht im Sinne eines ganzheitlichen Pflegeverständnisses im Rahmen der Vorbehaltsaufgaben des Pflegeprozesses gemäß §4 PflBG sein (Koch, 2023a). Tourenplanungen o.ä. untergraben jede Art einer bewohner*innen- sowie lebensweltorientierten Versorgung und legen das Selbstverständnis der Eigenständigkeit der Profession ad acta. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse Rothgangs zeigen die Chancen kompetenzorientierter Personalplanung auf (Rothgang, 2020). Die Delegation pflegerischer Tätigkeiten und die Wichtigkeit der möglicherweise nicht vorgenommenen Delegation in spezifischen Situationen bezieht sich genau auf diese Kompetenzorientierung professioneller Pflegefachpersonen, die nicht nur starre Regelungen, (digital) generierten Vorgaben sowie Personalregelungen eingegrenzt werden darf.

2.3 Übergangsweise Aufrechterhaltung der gesetzlichen Mindestpersonalausstattung

Eine Abschaffung von landesspezifischen, gesetzlich fixierten Mindestpersonalausstattungen entsprechend des Verlaufes in Mecklenburg-Vorpommern wird insofern kategorisch abgelehnt (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, DBfK Nordost e.V., 2023). Flexible und sich ständig verändernde sowie zukünftig immer weiter steigende Pflegegrade können mittels einer im Alltag aktuell immer noch vorherrschenden starren Personalpolitik und aufgrund des eklatanten Fachkräftemangels v.a. im Bereich der (Alten-)Pflege nicht ausreichend zeitnah beantwortet werden. Personal kann nicht wie Lagerware zurück- und bei Bedarf zeitnah angestellt werden. Die gesetzlichen Forderungen nach flexiblen Personalplanungen kann im pflegerischen Alltag folglich noch nicht ausreichend Rechnung getragen werden. Besonders in Notfall- und Krisensituationen, die unabhängig der Pflegegrade der Bewohner*innen auftreten, benötigt es die ständige Ansprech- und Verfügbarkeit von Pflegefachpersonen mit dem entsprechenden Fachwissen (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, DBfK Nordost e.V., 2023). Mit einer fehlenden gesetzlich fixierten Mindestquote kann das ggf. je nach Planung nicht ausreichend sichergestellt und muss erst durch bspw. die Feststellung besonderer Personalbedarfe nachverhandelt werden. Damit kann z.B. der Aufgabe der Pflege zur Begleitung Sterbender im Bedarfsfall ad hoc nicht nachgekommen werden. Zudem könnten ggf. in Notfallsituationen entscheidende pflegerische Expert*innen nicht vor Ort sein. Dies kann nicht im Sinne der zu betreuenden Individuen, gesamtgesellschaftlichen sowie politischen Interessen sein. Darüber hinaus verkennen diese Regelungen Bedarfe von Pflegefachpersonen zu Ausbildungszwecken. Auch hierfür muss eine ausreichende Fachkraftquote gewährleistet sein (DBfK Bundesverband e. V., 2018). Strikte Personalregelungen alleine sichern jedoch auch keine Versorgungsqualität (Backhaus, 2023; DBfK Bundesverband e. V., 2018). Es benötigt zukünftig Evaluationen pflegesensibler Ergebniskriterien sowie Endpunkten zur Personalbelastung (Backhaus, 2023; DBfK Bundesverband e. V., 2018). Daneben bedarf es der konsequenten Umsetzung von Modellprojekten, wie z.B. des Primary Nursing, in der Langzeitpflege (Fichtinger & Rabl, 2014) und der Vorhaltung von Fachpersonal hierfür sowie für wichtige pflegerische Aufgaben, wie den Kriseninterventionen, der Praxisanleitung, der Angehörigenberatung, usw.

Fachkraftquoten müssen folglich als verwaltungsrechtliche Übergangslösung gesetzlich erhalten bleiben bis pflegewissenschaftlich erforscht werden konnte, welche umfassenden Konsequenzen die neu entwickelte Personalbemessung für die Bewohner*innen, das Personal sowie die Organisation hat. Für die Bewohner*innenebene benötigt es hierzu die Auswertung adäquater Ergebnisparameter, wie z.B. Krankenhauseinweisungsraten, Delirprävalenz, Sturzraten, etc. Darüber hinaus müssen wiederum Personalentwicklungen bezogen Arbeitszufriedenheit, Fehlzeiten, Fluktuation usw. systematisch erfasst und evaluiert werden. Es muss eruiert werden, welche Auswirkung die vermehrte Anstellung von Hilfspersonal für die Organisation im Hinblick auf Verwaltung, Entwicklung von Standards, Handreichungen, Konzepten und Finanzen hat, da hier entsprechend Anpassungen v.a. in Bezug auf Anleitung und Begleitung des Hilfspersonals vorgenommen werden müssen.

Zudem müssen bis zur Abschaffung der gesetzlichen Mindestregelungen, um den flexiblen Pflegebedarfen der Bewohner*innen zukünftig zeitnah adäquat gerecht zu werden und Personalausfälle zu kompensieren, die im Pflegeunterstützungs- und entlastungsgesetz (PUEG) geforderten, regelhaft finanzierten Springerpools dringend sukzessive aufgebaut und etabliert werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2023).

2.4 Ablehnung von Höchstregelungen in Bezug auf den Personaleinsatz

Insgesamt wird die Maximalregelung des Gesetzgebers in §113c SGB XI hinsichtlich der Personalregelung scharf kritisiert. Während Mindestregelungen häufig als Versorgungsstandard und nicht als Gefahrgrenze verstanden werden (Jahn, 2020), kann die Höchstregelung wiederum nur als weiterer Aspekt der Deprofessionalisierung des Pflegeberufs und als möglicher Anreiz zum Abbau von Pflegefachpersonal angesehen werden. Beide Grenzen sichern keine Versorgungsqualität (Backhaus, 2023). Vielmehr müssen Pflegefachpersonen in der Lage sein zeitnah flexibel und individuell auf Bedarfe der Bewohner*innen zu reagieren (Hasseler, 2019). Insofern es Arbeitgeber schaffen ausreichend Fachpersonal für sich zu gewinnen und zu binden, können Bewohner*innen auch von höheren Fachpersonalquote profitieren. Einrichtungen sollten in diesem Fall nicht erst sachlich begründen müssen, warum ein Personalmehraufwand nötig ist. Insgesamt muss jedoch hier wiederholt werden, dass reine Quoten keine Versorgungsqualität sicherstellen können. Hier bedarf es zukünftig anderen zu fokussierenden Endpunkten, die aus der Profession nach internationalem Vorbild selbst wissenschaftlich erarbeitet werden müssen (z.B. die Messung an pflegesensitiver Qualitätsindikatoren) (Deutscher Pflegerat e.V., 2014).

2.5 Arbeitsumstrukturierung im Sinne der Kompetenzorientierung

Grundsätzlich wird die konsequente Abwendung von einer Ressourcenverschwendung durch fehlende Strukturierung durch die gesetzlichen Regelungen befürwortet (Koch, 2023a). Pflegerische Vorbehaltsaufgaben müssen dringend in den Fokus der täglichen Arbeit gerückt und Umstrukturierungen im Sinne einer Koordination auf der konkreten stationären Einrichtungsebene mit den vorhandenen Ressourcen zur Steigerung der Versorgungsqualität angestrebt werden. Wirtschaftlichkeit darf nicht der Hauptfokus pflegerischer Bemühungen sein. Die strikten, gesetzlichen Personalregelungen können dies jedoch nicht ausreichend sichern, sondern führen durch die Formulierung der „Höchstgrenzen“ eher zu engen, straffen Rahmen, die nicht Voraussetzung für Versorgungsqualitäten sein können. Wichtig sind hier die Fokussierung und Ausschöpfung von pflegefachlichen Kompetenzen und Expertisen im Sinne der eigenständigen sowie selbstständigen Handlungsmöglichkeiten. Hierfür müssen Zeitkorridore und Entlastungen geschaffen werden. Reine Fokussierungen auf Personalgrenzen konnten jedoch wissenschaftlich keine Pflegequalität sichern (Backhaus, 2023).

2.6 Förderung und Haltung von Personal des Qualitätsniveaus 1 bis 3

Bisherige Mitarbeiter*innen im Bereich der Unterstützungstätigkeiten der Fachpersonen sind durch die strikten Regelungen verunsichert und fürchten ihre Anstellungen infolgedessen zu verlieren. Dies kann nicht im Sinne einer Personalgewinnung und -haltung im Rahmen des aktuell herrschenden Fachkräftemangels sein. Bei zukünftig deutlichen Steigerung der anzustellenden, ausgebildeten Pflegehelfer*innen, bedarf es auch hier der hochqualifizierten Ausbildung, um die Professionalisierung weiter voran zu treiben (Koch, 2023a, 2023b). Hier darf nicht die reine quantitative Einstellung von Köpfen im Fokus stehen, sondern die Personalentwicklung muss der Organisationsentwicklung durch individuelle Förderungsstrukturen vorgeschaltet sein. Zudem bedarf es massiver Personalgewinnungs-Strategien, um diese Qualifikationsniveaus vorhalten zu können. Momentan fehlt es an Kolleg*innen der unteren Qualifikationsniveaus und ausreichend Ausbildungsmöglichkeiten für diese, v.a. für Qualitätsniveau 3, um den gesetzlichen Bedarfen gerecht zu werden (Koch, 2023a, 2023b). Ein möglicher Lösungsansatz könnte die Aufnahme des Abschlusses der Pflegehelfer*innen in die generalistische Ausbildung in NRW sein.

2.7 Umstrukturierungen des einrichtungsbezogenen Managements hinzu kompetenzorientierten Führungsstile

Bezüglich der Führungsstrukturen sollte keine Fixierung auf die reinen, strikten Qualifikationsniveaus, sondern auf die erworbenen Kompetenzen der jeweiligen in der Pflege angestellten Mitarbeiter*innen erfolgen. Im Rahmen der Steigerung der Versorgungsqualität müssen individuelle Personalentwicklungen mit den bereits etablierten, aber auch neu angeworbenen Kolleg*innen jeden Qualifikationsniveaus das Ziel der Managementstrukturen sein. Hierbei sind gemäß des Evidence Based Nursing (Behrens, Langer & Bartoszek, 2022) und der Kompetenzstufen nach Benner (Benner, 2017) nicht nur reine Abschlüsse zu berücksichtigen, sondern auch die Berufserfahrungen und Kompetenzen der jeweiligen Mitarbeiter*innen in Analysen systematisch zu erfassen und zu operationalisieren (Bräutigam & Zimmermann, 2022). Diese Stärken müssen identifiziert, herausgearbeitet und gefördert werden, um eine qualitativ hochwertige, ganzheitliche Versorgung sicherzustellen (Bräutigam & Zimmermann, 2022). Im Sinne des Team-Buildings müssen diese Kompetenzen auch in den Teams kommuniziert, gestärkt und gefördert werden (Bräutigam & Zimmermann, 2022). Im Rahmen der Umstrukturierung sollten die Teams auch in der neuen Rollenfindung unterstützt werden.

Mittelfristig wird hierzu gemäß des DQR Niveaus mind. eine Qualifizierung auf Masterniveau durch die Leitungsebene der stationären Langzeitpflegeeinrichtungen zur Sicherung der notwendigen Management-Kompetenz unvermeidlich sein (Bundesministerium für Bildung und Forschung, o.J.).

2.8 Unterstützende Prozesse zur erfolgreichen Umsetzung des Personalbemessungsinstrumentes

Für die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen empfehlen wir ein konsequentes Projektmanagement sowie die Unterstützung durch Externe nach Prüfung dieser im Sinne der Auslegung der wissenschaftlichen Erkenntnisse hin zu einer ganzheitlichen, qualitativ hochwertigen Versorgung (BOHLICH, 2021). Veränderungen müssen durch ein angemessenes Changemanagement begleitet werden (Grol, 2013) und unter Berücksichtigung sowie aktiver Partizipation des gesamten betroffenen Teams erfolgen. Für das Gelingen werden eine offene Fehlerkultur sowie die individuelle Veränderung hin zu einer kompetenzorientierten pflegerischen Versorgung durch die Initiativen der Pflegefachpersonen sowie Hilfskräfte als elementar angesehen. Veränderungen, die aus den Teams heraus, unter dem Coaching durch Führungskräfte selbstgesteuert initiiert und umgesetzt werden, werden als nachhaltiger vermutet und vollumfänglich unterstützt.

Zur Unterstützung des gelingenden Projektmanagements aber auch im Rahmen der Bemühungen hin zur Digitalisierungen erscheint die Nutzung digitaler Dokumentationssysteme zur Arbeitserleichterung sinnvoll (Koch, 2023a).

2.9 Systematischer, regelhafter Einsatz akademisierter Pflegefachpersonen in der stationären Langzeitpflege

International sind akademisierte Pflegefachpersonen zur Steigerung der pflegerischen Versorgung bereits fest etabliert (Bensch, 2020; Zúñiga, Jenni, Wiesli & Schwendimann, 2010). Auch in Deutschland wird im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung eine Umsetzung dieser Karrierewege, auch zur Steigerung der Attraktivität des Berufes, als sinnvoll erachtet (Bensch, 2020). Während Rothgang (2020) grundsätzlich diese Ausbildung mit den Qualitätsniveaus sechs bis acht berücksichtigt hat, wurde es in den gesetzlichen Regelungen sowie im konkreten Interventionskatalog (SOCIUM Forschungszentrum

Ungleichheit und Sozialpolitik Institut für Public Health und Pflegeforschung [IPP], Institut für Arbeit und Wirtschaft [iaw], Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen [KKSb] & s, 2020) verpasst diese Expertise abzubilden und in das System von Beginn an zu integrieren (Koch, 2023a), sodass dies spätestens jetzt aus der Profession selbst heraus erfolgen muss. Advanced Practice Nurse Rollen im Sinne der Community Health Nurses können in der Langzeitversorgung die Bemühungen hin zu einer ganzheitliche, bewohner*innen- und lebensweltorientierten positiv beeinflussen (Bensch, 2020; Rothgang, 2020). Im Sinne der Ambulantisierung können zudem Versorgungsdefizite erkannt, z.T. durch die Profession selbst gelöst und vermeidbare Krankenhausaufenthalte durch pflegerische Fachexpertise verhindert werden (Bensch, 2020).

2.10 Forcierung bundeseinheitlicher Lösungskonzepte

Insgesamt unterstützen wir alle Bemühungen, die länderübergreifende Lösungen fokussieren, um einen Flickenteppich in der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung zu vermeiden. Die entsprechende Arbeitsgruppe der Pflegekammer NRW beteiligt sich auf Anfrage an diesen Bemühungen.

2.11 Etablierung eines bedarfsgerechten Qualifikationsmixes

Abschließend wird nochmals die Wichtigkeit eines adäquaten Qualifikationsmixes zur Beantwortung der zukünftig zunehmenden und immer komplexeren Herausforderungen der Langzeitpflege deutlich (DBfK Bundesverband e. V., 2018). Die Aufstockung der niedrigeren Qualifikationsniveaus wird zwar als Unterstützung der Pflegefachpersonen hin zu einer Fokussierung auf ihre Kernkompetenzen verstanden, muss aber ebenfalls mit einem Ausbau der oberen Qualifikationsniveaus sowie Operationalisierung der Eigenständigkeit der Profession einhergehen. Interventionskataloge und Checklisten können den individuellen pflegerischen Bedarfen der Bewohner*innen nicht gerecht werden und dürfen unter keinen Umständen in den Fokus der Umsetzung der gesetzlichen Regelungen in den einzelnen Einrichtungen rücken.

3. Zusammenfassende Forderungen der Pflegekammer NRW

1. Wir fordern die dringende Nacherarbeitung gesetzlicher Begleitprozesse der Personalbemessung unter Berücksichtigung pflegerischer Fachexpert*innen, wie der Änderungen des Landesrahmenvertrages (z.B. für Qualitätsniveau 2) oder der Anpassung der Personalanzahlzahlen.
2. Pflegerische Fachexpert*innen müssen konsequent bei allen Verhandlungen rund um die Personalbemessung von Anfang an einbezogen werden.
3. Es muss eine Neugestaltung der Pflegesatzverhandlungen geben, v.a. für NRW, aber auch in allen anderen Bundesländern.
4. Grundlage der Umsetzung der gesetzlichen fixierten Qualitätsniveaus anhand der jeweiligen Bewohner*innen-Pflegegrade muss ein ganzheitliches Pflegeverständnis sein. Funktionspflege im Pflegeprozess wird abgelehnt. Pflegefachpersonen sollen sich im Rahmen dieser Personalumstrukturierung vor allem als Lots*innen im Pflegeprozess verstehen: Sie sind für die Steuerung des Gesamtprozesses des Assessments, der Durchführung sowie der Evaluation aller pflegerischen Bemühungen und die mögliche Delegation entsprechender Tätigkeiten an die weiteren Qualifikationsniveaus zuständig. Sie sollten im Rahmen dieses umfassenden, komplexen Prozesses durch akademisierten Pflegefachpersonen, wie z.B. APN's/CHN's, unterstützt werden.
5. Wir fordern grundsätzlich eine individuelle, bedarfsinterne Umsetzung der pflegerischen Vorbehaltspflichten.

6. Wir fordern die übergangsweise Beibehaltung der gesetzlich fixierten Fachpersonalquoten von mind. 50% um den pflegerischen Versorgungsauftrag der Bevölkerung zu allen Zeitpunkten in den stationären Langzeitpflegeeinrichtungen sicherstellen zu können.
7. Wir fordern die Umsetzung von Springerpools nach Grundlage des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG).
8. Personalregelungen müssen hinsichtlich pflegesensibler sowie organisationsbezogener Ergebniskriterien evaluiert und zukünftig entsprechend umgestellt werden.
9. Wir fordern die Umsetzung von Modellprojekten abseits strikter Personalbemessungen zur Steigerung der Versorgungsqualität (z.B. Primary Nursing).
10. Eine Übernahme aller bisher beschäftigten Assistenzmitarbeiter*innen muss je nach Qualifikationsniveau gesichert werden.
11. Zum Personalausbau der unteren Qualitätsniveaus bedarf es qualitativ hochwertiger Ausbildungsstrukturen, die dringend weiter ausgebaut werden müssen, v.a. im Q3-Bereich, um den steigenden Bedarfen in Folge der gesetzlichen Regelungen gerecht zu werden.
12. Wir fordern die individuellen Umstrukturierungen auf Einrichtungsebene und nicht die Umsetzung von Rahmenprojektplänen, die den individuellen Ressourcen nicht gerecht werden. Personelle Entwicklungskonzepte müssen im Fokus der Bemühungen stehen und nicht Organisationsveränderungen im Sinne erhöhter Wirtschaftlichkeit.
13. Zur Umsetzung der einrichtungsindividuellen Personalbemessung wird ein wissenschaftlich geleitetes Projektmanagement inklusive Assessment, Planung, Implementierung und Evaluation dringend empfohlen. Der Veränderungsprozess muss durch ein strukturiertes Changemanagement begleitet werden. Dabei sollen offene Fehlerkulturen und die aktive Partizipation aller Mitarbeiter*innen in den Veränderungsprozess integriert werden.
14. Zur Unterstützung der Umstrukturierungsprozesse sowie zur Steigerung der Effektivität und Effizienz der pflegerischen Bemühungen wird die Implementierung digitaler Dokumentationssystemen in allen Einrichtungen als notwendig gesehen.
15. Unterstützung der einrichtungsbezogenen personellen Umstrukturierung durch Externe Beratungen werden grundsätzlich befürwortet, bedürfen aber einer genauen Prüfung, ob diese die Umsetzung nach den oben genannten Prinzipien entsprechen. Die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens darf nicht im Fokus der Bemühungen stehen, sondern die Umgestaltung hin zu einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung unter Nutzung und Ausbau der bisherigen personellen Ressourcen und Gegebenheiten.
16. Wir fordern die Entwicklung, Implementierung und Evaluationen von akademisierten Pflegefachpersonen im Bereich der vollstationären Pflegeeinrichtungen im Sinne außerklinischer APN bzw. Community Health Care Nurse Rollen zur Unterstützung einer ganzheitlichen, umfänglichen, bewohner*innenorientierten Versorgung.
17. Wir fordern die Unterstützung eines bedarfsgerechten Qualifikationsmixes mit Aufstockung und Ausbau aller Qualifikationsniveaus.
18. Wir fordern die Tarif-Parteien auf bessere Entlohnungen zur Anerkennung der zunehmenden komplexeren Anforderungen an die Profession Pflege zu verhandeln. Die Rahmenbedingungen müssen dringend eine Änderung erfahren, um zukünftig hoch qualifiziertes Personal aller Niveaus in der stationären Langzeitpflege einstellen und halten zu können.
19. Alle zukünftigen Bemühungen müssen bundeseinheitliche Regelungen zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege forcieren.

20. Wir fordern alle betreffenden Pflegefachpersonen, Pflegehilfskräfte sowie die Managementstrukturen auf die oben dargestellten Implikationen für ihre Einrichtungen individuell zu prüfen und aktiv einzufordern. Pflege als Profession darf nicht handlungsunfähig zu schauen, sondern muss als Profession aktiv für die eigenen Kompetenzen und deren Stärken abseits jeglicher, nicht zielführender Personalgrenzen eintreten! Dies fordern wir auf politischer, kommunaler aber auch auf der Mikroebene der Einrichtungen.

Literaturverzeichnis

- Backhaus, R. (2023). Mehr Flexibilität zulassen. Personalbemessung in der Langzeitpflege. *Die Schwester Der Pfleger*, 62(5), 20–21. Verfügbar unter: https://www.bibliomed-pflege.de/fileadmin/user_upload/BibPflege/Dokumente/Geschuetzt/sp/2023/05/SP_2023_05_20-21_Backhaus.pdf
- Behrens, J., Langer, G. & Bartoszek, G. (2022). *Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* (5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Hogrefe AG.
- Benner, P. (2017). *Stufen zur Pflegekompetenz* (Hans Huber Programmbereich Pflege, 3., unveränderte Auflage). Bern: Huber.
- Bensch, S. (2020). Gut beraten: Pflegespezialisten im Heim. *Pflegezeitschrift*, 73(6), 18–21. <https://doi.org/10.1007/s41906-020-0707-x>
- BOHLICH, S. (2021). *Pojektmanagement im Gesundheitswesen. Ein praxisorientierter leitfaden*. [S.l.]: GABLER.
- Bräutigam, C. & Zimmermann, H. (2022). Führungspersonen zeitgemäß qualifizieren. Forschungsprojekt "Weiterbildung von Führungskräften (füKo)". *Die Schwester Der Pfleger*, 61(12), 68–71. Verfügbar unter: https://www.bibliomed-pflege.de/fileadmin/user_upload/BibPflege/Dokumente/Geschuetzt/sp/2022/12/SP_2022_12_68-71_Braeutigam.pdf
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). (o.J.). *DQR-Niveau*. Verfügbar unter: <https://www.dqr.de/dqr/de/der-dqr/dqr-niveaus/deutscher-qualifikationsrahmen-dqr-niveaus.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2023). *Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG)*. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-lp/pueg.html>
- Büscher, A., Jendrzej, B., Krautz, B. & Weiß, T. (2023). Verantwortung übernehmen. Vorbehaltsaufgaben in der Praxis. *Die Schwester Der Pfleger*, 62(8), 20–24. Verfügbar unter: https://www.bibliomed-pflege.de/fileadmin/user_upload/BibPflege/Dokumente/Geschuetzt/sp/2023/08/SP_2023_08_20-24_Buescher.pdf
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.). (2018). *Erhalt der Pflegefachkraftquote im SGB XI Bereich. Positionspapier*. Verfügbar unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier-Erhalt-der-aktuell-geltenden-Pflegefachkraftquote-im-SGB-XI-Bereich.pdf>
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, DBfK Nordost e.V. (Hrsg.). (2023). *Ohne Fachkräfte keine Pflege*. Verfügbar unter: https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2023/Fachkraftquote_MV.php
- Deutscher Pflegerat e.V. (Hrsg.). (2014). *Im Fokus: Patientensicherheit*. Verfügbar unter: https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2020/02/focus-dpr_patientensicherheit-020912.pdf
- Fichtinger, C. & Rabl, R. (2014). Primary Nursing in der Hauskrankenpflege – ein innovativer Ansatz in der individuellen Betreuung. In C. Fichtinger & R. Rabl (Hrsg.), *Arbeitsumfeld Hauskrankenpflege* (S. 103–107). Vienna: Springer Vienna. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1595-4_10
- Flaubert, J. L., Le Menestrel, S., Wakefield, M. K. & Williams, D. R. (2021). *The future of nursing 2020-2030. Charting a path to achieve health equity* (Consensus study report). Washington, DC: The National Academies Press.

- Grol, R. (Hrsg.). (2013). *Improving patient care. The implementation of change in health care* (2. ed.). Chichester, West Sussex: Wiley Blackwell.
- Hämel, K. & Schaeffer, D. (2013). Who cares? Fachkräftemangel in der Pflege. *Zeitschrift für Sozialreform*, 59(4), 413–432. <https://doi.org/10.1515/zsr-2013-0401>
- Hasseler, M. (2019). Empirische Erkenntnisse zu „Qualität in der Pflege“. In M. Hasseler (Hrsg.), *Qualitätsmessung in der Pflege* (S. 49–67). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58022-6_3
- Jahn, P. (2020). Untergrenzen oder Personalbemessung in der Pflege. *Der Onkologe : Organ der Deutschen Krebsgesellschaft e.V* [Red lines or staffing definition in nursing], 26(11), 1040–1046. <https://doi.org/10.1007/s00761-020-00838-y>
- Koch, P. (2023a). Eine große Chance für die Langzeitpflege. Personalbemessung in stationären Pflegeeinrichtungen. *Die Schwester Der Pfleger*, 62(5), 14–19. Verfügbar unter: https://www.bibliomed-pflege.de/fileadmin/user_upload/BibPflege/Dokumente/Geschuetzt/sp/2023/05/SP_2023_05_14_19_Koch.pdf
- Koch, P. (2023b). Selbstverwaltung bremst Personalbemessung aus. *Die Schwester Der Pfleger*, 62(8), 38–39. Verfügbar unter: https://www.bibliomed-pflege.de/fileadmin/user_upload/BibPflege/Dokumente/Geschuetzt/sp/2023/08/SP_2023_08_38-39_Koch.pdf
- Lämmel, N., Riedlinger, I. & Reiber, K. (2021). Interessenvertretung in der Pflege - zu komplex um Arbeitsbedingungen mitzugestalten? In B. Blättle-Mink (Hrsg.), *Gesellschaft unter Spannung. Verhandlungen des 40. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie 2020*. Zugriff am 02.07.2023. Verfügbar unter: https://publikationen.soziologie.de/index.php/kongressband_2020/article/view/1453/1544
- Rothgang, H. (SOCIMUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Institut für Arbeit und Wirtschaft (iaw) & Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSB), Hrsg.). (2020). *Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Abschlussbericht*. Verfügbar unter: https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf
- SOCIMUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik Institut für Public Health und Pflegeforschung, Institut für Arbeit und Wirtschaft, Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen & s (Hrsg.). (2020). *Anlagenband zum 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)*. Verfügbar unter: https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Anlagenband_Abschlussbericht_PeBeM.pdf#%5B%7B%22num%22%3A2321%2C%22gen%22%3A0%7D%2C%7B%22name%22%3A%22FitR%22%7D%2C-143%2C349%2C738%2C873%5D
- Trux, M.-J. (2023). Fahrt ins Ungewisse. *CNE Pflegemanagement*, 10(03), 12–13. <https://doi.org/10.1055/a-2065-3463>
- Wöhlke, S. & Riedel, A. (2023). Pflegeethik und der Auftrag der Pflege – Gegenwärtige Grenzen am Beispiel der stationären Altenpflege. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* [Nursing ethics and the mandate of care-current limits using the example of inpatient care for the elderly], 66(5), 508–514. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03696-2>

Zúñiga, F., Jenni, G., Wiesli, U. & Schwendimann, R. (2010). Entwicklung der Rolle der Advanced Practice Nurse in der stationären Langzeitpflege älterer Menschen in der Schweiz. *Pflege* [Development of the role of an Advanced Practice Nurse in the long-term care of elderly people in Switzerland], 23(6), 375–383. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000076>

Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das zuletzt durch Artikel Artikel 9a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist

§113 c SGB XI