

Zweitveröffentlichung/ Secondary Publication



Staats- und
Universitätsbibliothek
Bremen

<https://media.suub.uni-bremen.de>

Ingrid Darmann-Finck

Entwicklung eines Qualifikationsmixmodells (QMM) für die stationäre Langzeitpflege als Grundlage für Personalbemessungsinstrumente

Journal Article as: peer-reviewed accepted version (Postprint)

DOI of this document* (secondary publication): <https://doi.org/10.26092/elib/3279>

Publication date of this document: 06/09/2024

* for better findability or for reliable citation

Recommended Citation (primary publication/Version of Record) incl. DOI:

Ingrid Darmann-Finck. Entwicklung eines Qualifikationsmixmodells (QMM) für die stationäre Langzeitpflege als Grundlage für Personalbemessungsinstrumente, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Volume 164, 2021, Pages 61-69, ISSN 1865-9217, <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.05.005>.

Please note that the version of this document may differ from the final published version (Version of Record/primary publication) in terms of copy-editing, pagination, publication date and DOI. Please cite the version that you actually used. Before citing, you are also advised to check the publisher's website for any subsequent corrections or retractions (see also <https://retractionwatch.com/>).

This document is made available with all rights reserved.

Take down policy

If you believe that this document or any material on this site infringes copyright, please contact publizieren@suub.uni-bremen.de with full details and we will remove access to the material.

Entwicklung eines Qualifikationsmixmodells (QMM) für die stationäre Langzeitpflege als Grundlage für Personalbemessungsinstrumente

Development of a qualification mix model (QMM) for inpatient long-term care as a basis for personnel assessment instruments

Ingrid Darmann-Finck*

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Bremen, Deutschland

Z U S A M M E N F A S S U N G

Die derzeitige Personalausstattung zur pflegerischen Versorgung in der Langzeitpflege ist zu gering. Es fehlen Zahlen zum quantitativen und qualitativen Bedarf an zusätzlichem Personal.

Um ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren entwickeln zu können, das in der Lage ist, ausgehend von einer einrichtungsspezifischen Bewohnerstruktur die Menge und Qualifikation des zur pflegerischen Versorgung erforderlichen Pflegepersonals zu ermitteln, ist ein Qualifikationsmixmodell (QMM) notwendig, das angibt, welches Qualifikationsniveau zur fachgerechten Erbringung von Pflegeinterventionen mindestens vorliegen muss. Ein solches Modell lag bisher nicht vor.

Aufgrund fehlender normativer oder empirisch fundierter Zuordnung von Interventionen und Qualifikationsniveaus, wurde für die Konzeption des QMM ein theoretischer Zugang unter Nutzung vorhandener Qualifikationsrahmen, Kompetenzmodelle, rechtlicher Festlegungen, des neuen Begutachtungsinstrumente und pflegewissenschaftlicher Studien gewählt.

Durch Unterscheidung der Komplexität der Arbeitsanforderungen wurden insgesamt 10 Interventionsklassen - zum Teil mit Unterklassen - gebildet, die jeweils mit einem von fünf Qualifikationsniveaus verknüpft wurden. Das so entstandene QMM ermöglicht die Zuordnung von Qualifikationen zu pflegerelevanten Interventionen als normative Grundlage für die Messung des Personalbedarfs und bietet außerdem eine Orientierung für eine stärker kompetenzorientierte Arbeits- und Verantwortungsverteilung in der stationären Langzeitpflege. Da es strukturkonservativ angelegt ist und sich auf die zum Erarbeitungszeitpunkt aktuellen rechtlichen Festlegungen stützt, handelt es sich um einen Mindeststandard.

Schlüsselwörter:

Kompetenz
Qualifikationsmixmodell
Stationäre Langzeitpflege
Personalausstattung
Pflegebedürftigkeit

A B S T R A C T

The current staffing levels for nursing care in long-term care are too low. There are no empirically verified figures with regard to the exact quantitative and qualitative need for additional staff.

In order to develop a scientifically based method that is able to determine the number and qualifications of the nursing staff required for nursing care based on a facility-specific resident structure, a qualification mix model (QMM) was needed that indicates the minimum level of qualification available for the professional provision of nursing interventions. Such a model has not yet existed.

Due to a lack of normative or empirically based assignment of interventions and qualification levels, a theoretical approach was chosen for the conception of the QMM using existing qualification frameworks, competence models, legal stipulations, the new assessment tool and nursing studies.

By differentiating the complexity of work requirements, a total of 10 intervention classes—some with sub-classes—were formed, each of which was linked to one of five qualification levels. The resulting QMM enables qualifications to be assigned to care-relevant interventions as a normative basis of measuring staffing requirements, and also provides orientation for a more competence-oriented distribution of work and responsibility in inpatient long-term care. Since the model is structurally conservative and based on current (i. ie at the time of development) legal stipulations, it is a minimum standard.

Keywords:

Competence
Qualification mix model
Long-term care
Staffing
Care dependency

* Korrespondenzadresse. Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck. Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Grazer Str. 4, 28359 Bremen, Deutschland.
E-mail: darmann@uni-bremen.de

Hintergrund

Internationale und nationale Studien geben Hinweise darauf, dass mit der Menge und der Qualifikation des Pflegepersonals in der stationären Langzeitpflege die Qualität der erbrachten Pflege steigt und das Auftreten unerwünschter Ereignisse abnimmt [1,2]. Wie genau eine bedarfsgerechte Personalausstattung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland aussehen muss, dazu fehlen aber bislang empirische Daten. Vorliegende empirische Befunde sprechen dafür, dass die Personalausstattung derzeit zu gering ist [3–5]. Laut diesen Studien stellen Pflegenden eine zunehmende Arbeitsverdichtung fest. Die Arbeitsverdichtung führt auf der einen Seite zu Abstrichen bei Pflegeleistungen sowie bei der Pflegequalität und auf der anderen Seite zu Beeinträchtigungen des gesundheitlichen Wohlbefindens von Pflegenden und in der Folge zu einem erhöhten Krankenstand bis hin zu einem vorzeitigen Berufsausstieg [3–6]. Dadurch sinkt die Attraktivität des Pflegeberufs beträchtlich, was der Gewinnung von jungen Menschen für einen Pflegeberuf nicht zuträglich ist. Mit dem Zweiten Personalstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber daher die Vertragspartner der Gemeinsamen Selbstverwaltung in der Pflege nach § 113 SGB XI beauftragt, bis Juni 2020 ein „wissenschaftlich fundierte(s) Verfahren zur einheitlichen Messung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach quantitativen und qualitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“ zu entwickeln und zu erproben. Ein Projektteam an der Universität Bremen unter Leitung von Prof. Rothgang hat den Zuschlag für die Entwicklung und Erprobung eines solchen Verfahrens erhalten. Ziel des mit dem Akronym PeBeM bezeichneten Projekts war es, auf empirischem Wege ein Instrument zu erarbeiten, das in der Lage ist, auf Basis der Anzahl der versorgten pflegebedürftigen Menschen und des Ausmaßes ihrer durch die Begutachtung gemessenen Pflegebedürftigkeit, nach Qualifikationsstufen differenzierte (Qualität) Personalmengen (Quantität) zu errechnen. Dieses Instrument soll zukünftig als Grundlage für bundes- und landesspezifische Regelungen und einrichtungsspezifische Verhandlungen zur Verfügung stehen. Methodisch stützte sich die Studie auf einen empirischen und zugleich analytischen Ansatz, indem der IST-Zustand der Leistungserbringung des Jahres 2018 bei zu pflegenden Menschen erhoben wurde und simultan geprüft wurde, welche Zu- und Abschläge hinsichtlich der *Art und Menge* an Interventionen und des für diese Interventionen erforderlichen *zeitlichen Aufwands* sowie des *Qualifikationsniveaus* der durchführenden Pflegeperson erforderlich waren. Aus diesem Ergebnis wurde der SOLL-Wert an Personalausstattung in qualitativer und quantitativer Hinsicht errechnet. Die Gesamtkonzeption des Projekts kann an anderer Stelle nachgelesen werden [7]. Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit einer für die Studie zentralen Arbeitsgrundlage, nämlich dem Qualifikationsmixmodell (QMM) für die stationäre Langzeitpflege. Um für die Studie nutzbar zu sein, musste das QMM – wie aus dem oben dargestellten Forschungsansatz ersichtlich – auf Interventionsebene operationalisiert werden. Die bei einem zu pflegenden Menschen mit einem bestimmten Grad an Pflegebedürftigkeit erforderlichen Interventionen mussten individuumspezifisch und eindeutig einem bestimmten Qualifikationsniveau zugewiesen werden können. Vorgestellt werden die Methoden und theoretischen Grundlagen der Entwicklung des Modells sowie das Modell selbst. Abschließend werden Limitationen diskutiert und einige Schlussfolgerungen für die Praxis und die Ausbildung gezogen.

Methoden und theoretische Grundlagen des Modells

Für die Entwicklung des QMM wurden zunächst auf der Basis theoretischer Arbeiten Analyse Kriterien abgeleitet. Diese Kriterien wurden genutzt, um eine Inhaltsanalyse eines zuvor erstellten

Tabelle 1

Qualifikationsniveaus und Qualifikationsprofile nach Knigge-Demal et al. (2013).

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 Patientengruppen.
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.

Interventionskatalogs durchzuführen. Die Ergebnisse dieser Analyse führten zu einem Entwurf des QMM. Der Entwurf wurde von einem Expertengremium, dessen Mitglieder von den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung vorgeschlagen wurden, diskutiert, leicht modifiziert sowie konsentiert und schließlich von den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung abgenommen.

Im Verlauf der Entwicklung des Modells wurde zu unterschiedlichen thematischen Aspekten Literatur benötigt, beispielsweise zu vorhandenen Qualifikationsmixmodellen, zu Kompetenzmodellen, zu Kriterien für die Bestimmung von Komplexität, zur Zuordnung von Zertifikaten zu Qualifikationsniveaus oder zu den mit verschiedenen Interventionen oder mit der pflegerischen oder gesundheitlichen Situation eines Menschen verbundenen Risiken. Zu diesen Themen wurden jeweils Recherchen mit der Suchmaschine Google Scholar oder mit unterschiedlichen Fachdatenbanken (FIS Bildung, Pubmed und Cinahl) durchgeführt.

Mittels einer Literaturrecherche mit den Begriffen „Qualifikationsmix“, „Skill Mix“, „Kompetenzniveau“ und „Langzeitpflege“ oder „Altenpflege“ wurden zunächst in Deutschland vorhandene Qualifikationsmixmodelle und Qualifikationsrahmen ermittelt. Eingeschlossen wurden solche Publikationen, die eine differenzierte Konzeption eines Qualifikationsmix für die Langzeitpflege intendierten. Dabei wurden zwei potenziell anwendbare Modelle identifiziert, nämlich der „Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen“ von Knigge-Demal/Eylmann/Hundenborn (2014) [8] und das Konzept „360° Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten“ der Robert Bosch Stiftung, speziell das der Arbeitsgruppe Stationäre Langzeitpflege (2017) [9]. Letzteres erwies sich aber als unbrauchbar. In dem Papier werden zwar für verschiedene Pflegeaufgaben dafür erforderliche Kompetenzen auf unterschiedlichen Qualifikationsniveaus (QN) beschrieben, allerdings fehlen sowohl genaue Aufgabenbeschreibungen für die einzelnen QN als auch Begründungen für die Festlegungen.

Der spezifische Anforderungs- und Qualifikationsrahmen von Knigge-Demal et al. enthält gestufte Beschreibungen der Verantwortungs- und Aufgabenbereiche sowie des jeweils erforderlichen Wissens und Könnens von Pflegenden auf den acht Qualifikationsniveaus des Deutschen und Europäischen Qualifikationsrahmens [8] (vgl. Tab. 1).

Der Qualifikationsrahmen erlaubt eine grobe Abgrenzung der Verantwortungsbereiche und Aufgaben von unterschiedlichen QN einschließlich der Differenzierung von kundenfernen Aufgaben. Für das Projekt PeBeM war das Konkretisierungsniveau allerdings noch zu gering. Beispielsweise fehlt eine Operationalisierung des Begriffs der „Komplexität“. Es werden keine Kriterien geliefert, anhand derer sich komplexe Pflegeprozesse (QN 4) von (nicht-komplexen) Pflegeprozessen (QN 3) unterscheiden, auch werden keine konkreten Interventionen benannt, die sich diesen Begriffen zuordnen lassen. Gleiches gilt für die Unterscheidung von persönlicher Assistenz (QN 2) und (nicht-komplexen) Pflegeprozessen (QN 3). Des Weiteren fehlt die Angabe, welche Zertifikate oder

Berufsabschlüsse mit den unterschiedlichen QN verbunden werden. Auch wenn das Konkretisierungsniveau des Qualifikationsrahmens für das Projekt zur Personalbemessung nicht ausreichend war, so gab er aber bereits eine grobe Orientierung.

Ein QMM mit den gewünschten Konkretisierungen konnte weder in Deutschland, noch durch eine internationale Recherche ermittelt werden. Zwar liegen einige Studien vor, die belegen, dass in der Langzeitpflege ein höheres QN mit besseren Pflegeergebnissen assoziiert ist [1,2,10], letztlich gibt es aber keine empirischen Befunde dazu, welche Intervention in der stationären Langzeitpflege mindestens welches QN voraussetzt.

Abb. 1 stellt die Schritte der Entwicklung des QMM im Überblick dar. Mittels (I) einer Systematisierung von drei Kompetenzstufen wurden Kriterien abgeleitet, anhand derer (II) die in der Langzeitpflege zu erbringenden Interventionen nach Komplexität systematisiert werden können. Des Weiteren (III) erfolgte eine Zuordnung von Zertifikaten (bzw. Berufsabschlüssen) zu Qualifikationsniveaus und (IV) die Entwicklung des QMM durch Zuordnung der Zertifikate bzw. Qualifikationsniveaus zu den unterschiedlich komplexen Interventionen. Im Anschluss erfolgte eine Konsentierung des QMM durch ein Expertengremium. Die Schritte I-IV werden in den folgenden Kapiteln „Systematisierung von Kompetenzniveaus und Ableitung von Kriterien für komplexe Arbeitsanforderungen“, „Analyse der Interventionen nach Komplexität der Arbeitsanforderungen“, „Zuordnung von Zertifikaten zu Qualifikationsniveaus“ und „Entwicklung des QMM durch Verknüpfung der gebildeten Systematiken“ beschrieben, die Durchführung des Expertengremiums in dem dann folgenden Kapitel.

Systematisierung von Kompetenzniveaus und Ableitung von Kriterien für komplexe Arbeitsanforderungen

Zunächst wurden ausgehend von unterschiedlichen psychologischen und sozialwissenschaftlichen Kompetenzmodellen [11–15] drei Kompetenzstufen für QN 2 (Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

ohne Ausbildung, aber mit einem Pflegebasiskurs), QN 3 (Pflegehelfer*innen bzw. -assistent*innen mit einer ein- oder zweijährigen Ausbildung) und QN 4 (Pflegefachpersonen) definiert (vgl. Tab. 2). Im Vordergrund standen damit die QN, die in der stationären Langzeitpflege dem geltenden Recht entsprechend vornehmlich für die direkte Versorgung zuständig sind. Pflegekompetenz kann mit Bezug auf Definitionen in der Berufs- und Wirtschaftspädagogik als Fähigkeit und Bereitschaft verstanden werden, selbstgesteuert die Anforderungen vielfältiger Pflege- und anderer beruflicher Situationen angemessen bewältigen zu können [11]. Die Komplexität bzw. die Vielschichtigkeit der situativen Arbeitsanforderungen (linke Spalte Tab. 2) lässt sich u.a. anhand von Kriterien, wie der Anzahl der für die Bewältigung der Situation relevanten Faktoren, dem Ausmaß der zwischen diesen Faktoren bestehenden Wechselwirkungen, der Dynamik oder Stabilität einer Situation sowie der damit verbundenen Übersichtlichkeit oder Intransparenz und des Vorhandenseins von sich widersprechenden Zielen kennzeichnen [16]. Die sozialen Anforderungen können nach Grad der Schwierigkeit der Perspektivenübernahme differenziert werden: je stärker die sozialen Perspektiven differieren, je unklarer die Ziele und je mehr Personen mit divergierenden Sichtweisen beteiligt sind, desto höher die Anforderung [13–15].

Analyse der Interventionen nach Komplexität der Arbeitsanforderungen

Mittels der gefundenen Systematik erfolgte im nächsten Schritt eine qualitativ orientierte kategoriengeleitete Inhaltsanalyse [17] und Ordnung des im Rahmen des Projekts bereits erarbeiteten Interventionskatalogs. Dieser Katalog umfasste alle in einer stationären Einrichtung zu erbringenden Leistungen und berücksichtigte auch die Anforderungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs [18]. Für die Analyse der Interventionen wurden die in Kapitel „Systematisierung von Kompetenzniveaus und Ableitung von Kriterien für komplexe Arbeitsanforderungen“ genannten

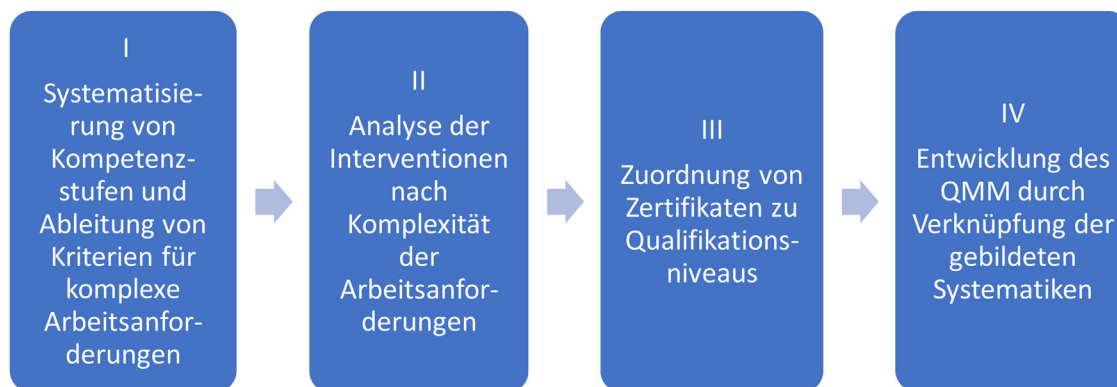


Abbildung 1. Methodisches Vorgehen bei der Entwicklung des QMM.

Tabelle 2
Systematik von Kompetenzniveaus und der Komplexität von Arbeitsanforderungen [11–15].

Komplexitätsniveaus von Arbeitsanforderungen	Problemlösende Kompetenzen	Sozial-kommunikative Kompetenzen
Einfache Arbeitsanforderungen mit wenigen berücksichtigungswerten Kontextfaktoren	Anwendung von Handlungsschemata	Anwendung einfacher Kommunikationsregeln
Komplizierte Arbeitsanforderungen mit einem mittleren Ausmaß an berücksichtigungswerten Kontextfaktoren	Geringfügige bis mittlere Anpassung von Handlungsschemata	Perspektivenübernahme bei konvergenten und mittelmäßig divergierenden Perspektiven
Komplexe Arbeitsanforderungen mit mehreren berücksichtigungswerten Kontextfaktoren, die sich wechselseitig beeinflussen	ggf. grundlegende Änderung von Schemata bzw. Neukonstruktion von Lösungswegen	Perspektivenübernahme bei (stark) divergierenden Perspektiven sowie sozialen Gruppen und Netzwerken mit jeweils unterschiedlichen Sichtweisen der Mitglieder und bei unklaren Zielen / Werten

Kriterien für die Unterscheidung der Arbeitsanforderungen nach Komplexität operationalisiert. Folgende operationalisierte Kriterien kamen zur Anwendung:

- Umfang des für die Intervention erforderlichen spezialisierten Fachwissens, z. B. für bestimmte Zielgruppen zu pflegender Menschen bzw. für bestimmte Aufgaben, orientiert an vorhandenen Qualifikationsrahmen [8]
- Grad an Standardisierbarkeit einer Intervention, gemessen an der Einschätzung der Autorin
- Umfang des für die Intervention erforderlichen vertieften Fachwissens, gemessen an der Einschätzung der Autorin
- Grad des Gefahrenpotenzials einer Intervention [19], gemessen an den lt. Lehrbuch möglichen Komplikationen einer Intervention
- Grad an Pflegebedürftigkeit der zu pflegenden Menschen, gemessen anhand der Bewertungen in den Modulen 1 und 3 des Begutachtungsinstruments des MDS [20]
- Grad an Divergenz in der Betrachtung von sozialen Situationen, gemessen anhand der Bewertung in Modul 3 des Begutachtungsinstruments des MDS [20]
- Grad an Stabilität / Instabilität der gesundheitlichen Situation und das damit verbundene Risiko einer Verschlechterung, gemessen an verschiedenen medizinischen Diagnosen

Die Interventionen des Interventionskatalogs wurden anhand dieser Kriterien deduktiv analysiert und Interventionen, die gemeinsame Merkmale aufweisen, zu Interventionsklassen zusammengefasst. Jede Klasse enthält jeweils Interventionen, die sich anhand von bestimmten Merkmalen von denen anderer Interventionsklassen unterscheiden lassen.

Zuordnung von Zertifikaten zu Qualifikationsniveaus

In einem nächsten Schritt wurden anhand der Liste der zugeordneten Qualifikationen des Deutschen Qualifikationsrahmens [21] die Zertifikate und Berufsabschlüsse definiert, die zu den unterschiedlichen QN in der Pflege führen.

Dem Deutschen bzw. Europäischen Qualifikationsrahmen (DQR / EQR) entsprechend wurden acht QN unterschieden. Jedem der QN wurde mindestens ein Zertifikat bzw. Berufsabschluss zugeordnet (vgl. Tab. 3). Die Definition der Zertifikate erfolgte unter Bezug auf rechtliche Grundlagen der Pflegebildung (u.a. Ausbildungsgesetze, Sozialgesetzbücher) oder aber in Analogie zu den Beispielen aus der „Liste der zugeordneten Qualifikationen“ des Deutschen Qualifikationsrahmens [21]. Unter Berücksichtigung der Besonderheiten in der pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung wurden den QN 2 und 5 jeweils zwei unterschiedliche Zertifikate zugeordnet.

Weil die deutschen Abschlüsse in der Pflege bildungssystematische Besonderheiten aufweisen, die darin nicht berücksichtigt werden, ist die hier vorgenommene Anlehnung an den DQR/EQR nicht unproblematisch [22]. Mit dieser Anlehnung ist auch keine Akzeptanz der vom DQR gefundenen Zuordnungen der Pflegeabschlüsse zu QN verbunden. Dennoch wurde im Projekt auf die Systematik der QN zurückgegriffen, da diese als allgemein bekannt vorausgesetzt werden kann. Die vom DQR hinterlegten Operatoren wurden aber für das Projekt nicht verwendet, stattdessen wurden die Anforderungen neu definiert. Abweichend von der „Liste der zugeordneten Qualifikationen“ [21] wurde außerdem die ein- bzw. zweijährige Pflegeassistenten- oder Pflegehilfesausbildung dem QN 3 zugeordnet.

Entwicklung des QMM durch Verknüpfung der gebildeten Systematiken

Das QMM (vgl. Tab. 4) wurde schließlich durch Verknüpfung der gebildeten Systematiken entwickelt (vgl. Abb. 2). Die nach

Tabelle 3

Zuordnung von Zertifikaten zu Qualifikationsniveaus auf der Basis der Liste der zugeordneten Qualifikationen [21].

Qualifikationsniveaus (QN)	Zugeordnete Pflegezertifikate
QN1	Mitarbeiter*innen ohne Ausbildung, nach vier Monaten angeleiteter Tätigkeit
QN 2 (Pflege)	Mitarbeiter*innen ohne Ausbildung mit einem 2-6monatigen Pflegebasiskurs (mind. 200h lt. GB-A) ¹ und insgesamt 1-jähriger angeleiteter Tätigkeit
QN 2 (Betreuung)	Betreuungskräfte nach §§ 43b und 53c SGB XI: 160h Unterr. und 3 Wo Praktikum [22]
QN 3	Pflegehelfer*innen mit ein- oder zweijähriger Ausbildung (23)
QN 4	Pflegefachperson mit beruflicher Ausbildung (3 Jahre Vollzeit) (PflBRefG 2017, Teil 2)
QN 5 (Fach)	Pflegefachperson m. mind. 2. J. Berufserf. und Fortbildung im Umfang von ≥ 200 Std. theoret. Unterr. (Palliativpflege, Gerontopsychiatrie, Intensivpflege) entsprechend der länderspezifischen Weiterbildungsordnungen
QN 5 (Leitung)	Pflegefachperson mit mind. zwei Jahre Berufserfahrung innerhalb der letzten 5 Jahre und Weiterbildung für Leitungsaufgaben (mind. 460 Stunden theoretischer Unterricht) (SGB XI, § 71)
QN 6	Pflegefachperson mit Bachelorabschluss (primärqualifizierendes Studium, Managementstudium o.ä.) (PflBG 2017, Teil 3)
QN 7	Pflegefachperson mit Masterabschluss
QN 8	Pflegefachperson mit Promotion

¹ Diese Mindestgrenze wurde mit Blick auf die Regelungen zum Qualitätsbereich der Krankenhäuser vom GB-A getroffen, in denen Pflegehelferinnen und -helfer (ohne Ausbildung) mindestens einen 200-stündigen Pflegebasiskurs aufweisen müssen.

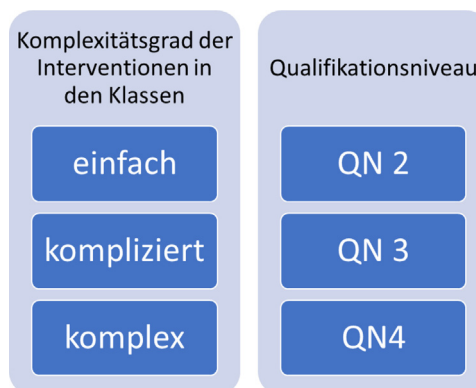


Abbildung 2. Verknüpfung der gebildeten Systematiken.

Komplexitätsgrad systematisierten Interventionsklassen wurden den QN 2-5 zugeordnet. Das QN 1 ist nicht-pflegerischen Tätigkeiten vorbehalten.

Von Mitarbeiter*innen ohne Ausbildung mit einem 2-6-monatigem Pflegebasiskurs und insgesamt 1-jähriger angeleiteter Tätigkeit wird demnach erwartet, einfache Arbeitsanforderungen, die z. B. anhand eines geringen Grads an Pflegebedürftigkeit oder an Divergenz in der Betrachtung von sozialen Situationen gekennzeichnet werden können, mittels einfacher Handlungsschemata und Kommunikationsregeln zu bewältigen. Pflegehelfer*innen bzw. -assistent*innen mit einer ein- oder zweijährigen Ausbildung [23] wird die Kompetenz zugeschrieben, Schemata geringfügig anpassen und komplizierte Arbeitsaufgaben erfüllen zu können. Bei komplizierten Arbeitsaufgaben wirken zwar mehrere verkomplizierende Faktoren in einer Pflegesituation zusammen (z. B. mittlerer Grad an Pflegebedürftigkeit, mittlerer Grad an Divergenz in der Betrachtung von sozialen Situationen), die Bearbeitung der Aufgaben führt aber im Unterschied zu komplexen

Tabelle 4
Qualifikationsmixmodell.

Interventionsklassen	Bezeichnung der Interventionsklassen	Beispiele aus dem Interventionskatalog	Mindestqualifikationsniveau
A	Managementaufgaben	Qualitätsentwicklung, Öffentlichkeitsarbeit	QN 5 (Leitung)
B	Komplexe Pflegeinterventionen für spezielle Gruppen von Bewohnerinnen und Bewohnern	Anleitung von Kolleg*innen hinsichtlich spezieller Bewohnergruppen	QN 5 (Fach)
C	Durchführung komplizierter medizinisch-diagnostischer und medizinisch-therapeutischer Aufgaben	Medikamente stellen, i.m. – Injektionen verabreichen, Absaugen	QN 4
D	Planung, Durchführung und Evaluation komplizierter Pflegeinterventionen	Beratung, Schulung, Basale Stimulation, Biographiearbeit	QN 4
E	(a) Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs; (b) Organisation, Gestaltung und Steuerung von Pflegeprozessen; (c) Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege		QN 4
F	Durchführung einfacher medizinisch-diagnostischer und medizinisch-therapeutischer Aufgaben	Kompressionsstrümpfe anziehen, s.c.-Injektionen verabreichen	QN 3
G	Durchführung körpernaher Pflegeinterventionen, deren Schwierigkeitsgrad abhängig ist vom Grad der Pflegebedürftigkeit und von der Stabilität der gesundheitlichen Situation der zu pflegenden Menschen	Körperpflege, Anreichen von Nahrung und Flüssigkeit, Unterstützung bei Ausscheidungen, Unterstützung bei der Mobilität	QN 2-4
G1	Instabile gesundheitliche Situation	z. B. Vorliegen eines Dekubit, einer chronischen Wunde, instabiler Schmerzen, instabiler Luftnot, palliativer Versorgung, instabiler KHK, Mangelernährung	QN 4
G2	Hoher Grad an Pflegebedürftigkeit und an Gefahrenpotenzial	BI alle Ausprägungen	QN 4
G3	Mittelmäßiger Grad an Pflegebedürftigkeit und an Gefahrenpotenzial	Mittelmäßiger Grad an Pflegebedürftigkeit Bei Zutreffen mind. einer der folgenden Bedingungen: • Modul 1: max. schwere Einschränkungen der Selbstständigkeit • Modul 3: 4.3.3-4.3.13: pro Item max. 3 Punkte ¹	QN 3
G 4	Geringer Grad an Pflegebedürftigkeit und an Gefahrenpotenzial	Geringer Grad an Pflegebedürftigkeit Bei Zutreffen mind. einer der folgenden Bedingungen: • Modul 1: max. erhebliche Einschränkungen der Selbstständigkeit • Modul 3: 4.3.3-4.3.13: pro Item max. 1 Punkt	QN 2
H	Betreuung und Aktivierung		QN 4 oder QN 2
H 1	Bedarfsfeststellung, Planung, Gestaltung, Steuerung und Evaluation der Betreuung		QN 4
H 2	Durchführung der Betreuung	z. B. lebensweltliche Gestaltung des Alltags, Aktivierung, Zuwendung, Unterstützung bei der Herstellung sozialer Kontakte, der Teilhabe oder der Freizeitgestaltung (Lesen, Basteln, kulturelle Veranstaltungen).	QN 2
I	(übertragene) Serviceaufgaben	Mahlzeiten zubereiten und austeilen (Vorbereitung der Nahrungsaufnahme), einfache übertragene hauswirtschaftliche Aufgaben	QN 1
J	Verschiedene Aufgaben	„normale“ Bewohnergespräche, Dienstübergabe, Dienstgang, Dokumentation der erbrachten Leistungen	QN 1 – QN 5

¹ Bei keinem der genannten Items darf der Punktwert überschritten werden.

Aufgabenstellungen immer noch zu einem weitgehend vorher-sagbaren Ergebnis. Die Ausbildung von Pflegefachpersonen zielt demgegenüber auf die Kompetenz, angepasst an die individuelle Situation zu pflegenden Menschen auch mit einem hohen Grad an Pflegebedürftigkeit und/oder gesundheitlicher Instabilität Schemata grundlegend ändern und damit komplexe, unübersichtliche Pflegesituationen gestalten zu können, für die es mehrere Lösungsoptionen und kein sicher vorhersagbares Ergebnis gibt. Das QN 5 hebt sich von QN 4 noch durch die Zuständigkeit für spezielle Aufgaben der direkten und indirekten Pflege ab.

Durchführung eines Expertengremiums zur Konsentierung des QMM

Das Expertengremium bestand aus sechzehn Personen, darunter die sieben projektbeteiligten Hochschullehrer*innen des Auftragnehmers und neun Fachpersonen, die vom Auftraggeber vorgeschlagen und daraufhin vom Auftragnehmer in das

Gremium berufen wurden. Es handelte sich bei der zweiten Gruppe um Vertreter*innen unterschiedlicher Verbände und Institutionen der Selbstverwaltung in der Pflege nach § 113 SGB XI, nämlich des GKV Spitzenverbands, des Spitzenverbands der Medizinischen Dienste, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, eines Wohlfahrtsverbands, eines kommunalen Sozialverbands, der Gewerkschaft ver:di, des bpa und der Berufsverbände, des Weiteren war ein professoraler Kollege aus der Pflegewissenschaft vertreten [24]. Das Vorgehen der Konsentierungssitzung lässt sich mit Fokusgruppen vergleichen [25]. Dem Gremium wurden im Vorfeld der Konsentierungssitzung schriftliche Ausführungen zum QMM zur Verfügung gestellt, des Weiteren wurde das QMM mündlich erläutert. Im Anschluss wurden die Expert*innen um Rückmeldungen gebeten. Die Rückmeldungen wurden protokolliert. Im Verlauf der Diskussion wurden zwei wesentliche Änderungen im QMM im Vergleich zur vorgelegten Version vorgeschlagen, nämlich die Unterscheidung von H1 und H2 in der Interventionsklasse H „Betreuung und Aktivierung“ und

eine unmissverständlichere Festlegung der Konstellationen in den Modulen 1 und 3 des Begutachtungsinstruments des MDS [20] als Grundlage für die Differenzierung der Interventionsklasse G „Durchführung körpernaher Pflegeinterventionen, deren Schwierigkeitsgrad abhängig ist vom Grad der Pflegebedürftigkeit und von der Stabilität der gesundheitlichen Situation der zu pflegenden Menschen“. Ein Mitglied des Expertengremiums sprach sich in Form eines Einzelvotums gegen eine Zuordnung der Interventionsklasse F „Durchführung einfacher medizinisch-diagnostischer und medizinisch-therapeutischer Aufgaben“ zu QN 3 aus. Mit diesen Veränderungen und der einen Ausnahme stimmten alle Mitglieder der Expert*innengruppe dem QMM zu. Das QMM wurde unverändert vom projektsteuernden Entscheidungsgremium des Qualitätsausschuss Pflege bestätigt.

Ergebnisse

Das QMM besteht aus 10 Interventionsklassen, von denen zwei Klassen in vier (Klasse G) bzw. zwei (Klasse H) Unterklassen differenziert werden (vgl. Tab. 4). Die Klassen A und B werden dem QN 5, die Klassen C, D, E, G 1, G 2 sowie H 1 dem QN 4, die Klassen F und G 3 dem QN 3, die Klasse G 4 und H 2 dem QN 2 und die Klasse I dem QN 1 zugeordnet. Die Klasse J betrifft alle QN gleichermaßen. Von den Interventionen, die an sich mehr oder weniger komplex sind (3.1), lassen sich Interventionen abheben, deren Anforderungsniveau von den Merkmalen der zu pflegenden Menschen abhängig ist (3.2).

Interventionen, die an sich mehr oder weniger komplex sind

Die Interventionsklassen A und B sowie D, E und H1 haben gemeinsam, dass die Interventionen nicht standardisierbar sind, weil sie auf die selbstständige Planung und Bearbeitung von Pflegesituationen abheben, die individuell und dynamisch sind. Mit den Klassen A und B „Managementaufgaben“ und „Komplexe Interventionen für spezielle Bewohnergruppen“ werden Interventionen zusammengefasst, die nicht nur komplex sind, sondern darüber hinaus noch eine Spezialisierung für bestimmte Aufgaben bzw. Zielgruppen zu pflegender Menschen aufweisen. Aufgrund dieser besonderen Spezialisierung ist für diese Interventionsklassen das QN 5 erforderlich.

Die Interventionsklassen D, E und H 1 werden für das QN 4 vorgesehen. Pflegeinterventionen, die in einem hohen Grad individualisiert werden müssen und vertieftes Wissen (aber keine Spezialisierung) verlangen, sind der Interventionsklasse D zugeordnet (Planung, Durchführung und Evaluation komplizierter Pflegeinterventionen, wie z. B. Beratung, Schulung, Basale Stimulation, Biographiearbeit). Für die Vorbehaltenen Tätigkeiten lt. § 4 Pflegeberufgesetz (PflBG 2017), a.) Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, b.) Organisation, Gestaltung und Steuerung von Pflegeprozessen, c.) Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege wird aufgrund der gesetzlichen Regelung eine eigene Interventionsklasse (Interventionsklasse E) gebildet. Auf Planungsprozesse hebt auch die Interventionsklasse H 1 „Bedarfsfeststellung, Planung, Gestaltung, Steuerung und Evaluation der Betreuung“ ab.

Für die Festlegung der Interventionsklasse C (Durchführung komplizierter medizinisch-diagnostischer und medizinisch-therapeutischer Aufgaben) kommt das Kriterium des Gefahrenpotenzials zur Anwendung. Bei der Verabreichung von i.m.-Injektionen oder dem nasalen bzw. endotrachealen Absaugen beispielsweise können Komplikationen mit gravierenden gesundheitlichen Folgen auftreten. Bei diesen Interventionen ist folglich vertieftes Wissen notwendig, um die Gefahren abschätzen und Komplikationen erkennen zu können, weshalb dafür

das QN 4 angesetzt wurde. Ein geringeres Gefahrenpotenzial ist mit den in Interventionsklasse F „Durchführung einfacher medizinisch-diagnostischer und medizinisch-therapeutischer Aufgaben“ zusammengefassten Interventionen, wie dem Anziehen von Kompressionsstrümpfen oder der Verabreichung von s.c.-Injektionen, verbunden, weshalb diese Interventionsklasse dem QN 3 zugeordnet wird. Die Differenzierung ergibt sich außerdem daraus, dass Pflegehelfer*innen oder -assistent*innen mit einer ein- oder zweijährigen Ausbildung einem Beschluss der ASMK (2012) zufolge für diese Aufgaben qualifiziert werden [23].

Als weniger komplex wird die „Durchführung der Betreuung“ (Interventionsklasse H 2) eingestuft, weshalb sie von der Interventionsklasse H 1 abgegrenzt und mit dem QN 2 verbunden wird. Diese Verknüpfung hat nicht zuletzt auch rechtliche Gründe, da der sog. Betreuungs-Richtlinie zufolge für die (zusätzliche) Betreuung eine Qualifikation auf diesem Niveau vorgesehen ist [26].

Die Interventionsklasse „übertragene Serviceaufgaben“ ist für nicht spezifisch pflegerische Tätigkeiten und damit für das QN 1 vorgesehen. Die Klasse „Verschiedene Aufgaben“ beinhaltet die „Restaufgaben“, die von Beschäftigten und Pflegenden aller Qualifikationsniveaus gleichermaßen durchgeführt werden, wie z. B. Bewohnergespräche ohne spezifische Intention, die Dienstübergabe oder die Dokumentation der erbrachten Leistungen.

Interventionen, deren Schwierigkeitsgrad von den Merkmalen der zu pflegenden Menschen abhängig ist

Die Interventionsklasse G „Durchführung körpernaher Pflegeinterventionen“ beinhaltet Interventionen, deren Komplexität von der Pflegebedürftigkeit und dem Gesundheitszustand der zu pflegenden Menschen abhängig ist. Für diese Interventionsklasse wird ein Großteil des Zeitumfangs an direkten Pflegeleistungen von Pflegefachpersonen sowie Pflegehelfer*innen bzw. -assistent*innen aufgewendet [27]. Als Kriterium für die Differenzierung der Komplexität der Anforderungen wird das mit der pflegerischen oder gesundheitlichen Situation eines Menschen verbundene Gefahrenpotenzial zugrunde gelegt. Ein hohes Gefahrenpotenzial erfordert nicht zuletzt auch aus rechtlichen Erwägungen einen besonderen Präventionsbedarf und tiefgehende Kenntnisse, um ggf. Verschlechterungen erkennen zu können [19]. Für die Operationalisierung des Gefahrenpotenzials werden die Ergebnisse ausgewählter Items des Begutachtungsinstruments (BI) zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen [20] sowie die Einschätzung des Ausmaßes an gesundheitlicher Instabilität einer zu pflegenden Person herangezogen. In die Entwicklung des BI sind umfangreiche pflegewissenschaftliche Vorarbeiten eingegangen [28]. Da eine Gesamteinschätzung auf der Basis des BI zu grob ist, werden vor allem zwei Module ausgewählt, die für die Zuweisung von QN als besonders relevant angesehen werden können, nämlich die Module 1 „Mobilität“ und 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“. Mobilitätseinschränkungen sind mit einem erhöhten Risiko von Folgeerkrankungen und Pflegebedürftigkeit assoziiert, sie gehören gemeinsam mit kognitiven Einbußen zu den wichtigsten Gründen für das Eintreten von Pflegebedürftigkeit [29,30]. Herausfordernde Verhaltensweisen als Bestandteil des Moduls Verhaltensweisen und psychische Problemlagen führen leicht zur Überforderung des Pflegepersonals, gelegentlich auch zur Ausübung von Gewalt oder bei medikamentöser Versorgung dieser Verhaltensweisen ggf. zu unerwünschten Nebenwirkungen [31]. Des Weiteren steigt das Risiko von Stürzen und Verletzungen (ebd.). Bei Modul 1 wird der Gesamtwert und bei Modul 3 werden ausgewählte Items zugrunde gelegt (11 von 13). Die Auswahl der Items in Modul 3 orientiert sich ebenfalls an dem mit dem Verhalten verknüpften Gefahrenpotenzial. Auf der Grundlage der so

gemessenen Pflegebedürftigkeit werden drei Interventionsklassen gebildet. Die Interventionsklasse G 2 bezieht sich auf die Durchführung körpernaher Pflegeinterventionen mit Menschen mit einem hohen Grad an Pflegebedürftigkeit (QN 4), die Interventionsklasse G 3 auf einen mittleren Grad an Pflegebedürftigkeit (QN 3) und die Interventionsklasse G 4 auf einen geringen Grad an Pflegebedürftigkeit (QN 2).

Die Interventionsklasse G 1 umfasst körpernahe Pflegeinterventionen in Pflegesituationen mit gesundheitlicher Instabilität. Als Anhaltspunkte für gesundheitliche Instabilität werden z. B. das Vorliegen eines Dekubitus, einer chronischen Wunde, einer Mangelernährung, „instabiler“ Schmerzen [32], instabiler Luftnot, einer instabilen Koronaren Herzkrankheit, einer Dysphagie oder einer palliativen Versorgung definiert. Da die meisten dieser Anhaltspunkte situative Zustandseinschätzungen erfordern und nicht in den Begutachtungsergebnissen enthalten sind, wird festgelegt, dass sie ergänzend durch eine tagesaktuelle Vor-Ort-Einschätzung der Pflegefachpersonen im Rahmen der Pflegeplanung gewonnen werden müssen.

Diskussion

Mittels des vorgestellten QMM konnte im Projekt PeBeM das jeweils erforderliche QN der beruflichen Pflegepersonen für die Durchführung einer Intervention festgelegt werden. Diese Zuordnung bestimmt sich dabei eindeutig für jeden zu pflegenden Menschen aus dem Zusammenwirken der Intervention mit einem bestimmten Grad an Pflegebedürftigkeit und an gesundheitlicher Stabilität. Es kann z. B. untersucht werden, ob Pflegefachpersonen Aufgaben übernehmen, für die sie überqualifiziert sind oder umgekehrt, ob Pflegehilfskräfte Aufgaben durchführen, für die sie unterqualifiziert sind und nicht über das erforderliche Wissen und Können verfügen [33]. Das QMM bietet eine Grundlage für eine kompetenzorientierte Zuweisung von beruflichen Arbeitsaufgaben und dies nicht nur im Rahmen des Projekts, sondern auch im Kontext von Organisationsentwicklungsprozessen in Pflegeunternehmen.

Das QMM ist bewusst strukturkonservativ angelegt, d. h. es stützt sich auf rechtliche Festlegungen des Jahres 2018 hinsichtlich der QN für bestimmte Pflegeaufgaben. Es ist demzufolge als Mindeststandard zu verstehen. Dieser Ansatz wurde gewählt, um die Akzeptanz des QMM und damit auch des PeBeM-Projekts möglichst sicherzustellen. Gleichwohl können die rechtlichen Festlegungen zum Teil auch als unzureichend kritisiert werden, beispielweise das QN 5 für Managementaufgaben (anstelle QN 6) oder das QN 2 für die Durchführung der Betreuung (anstelle einer Differenzierung nach unterschiedlichen Anforderungen der zu pflegenden Menschen bezogen auf „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“). Für die QN 5 (Fach) und 6 (Bachelorabschluss Pflegewissenschaft) wurden bislang noch keine rechtlichen Festlegungen getroffen, obwohl etwa im Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ [34] und in der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen [35] das Verhalten von Pflegefachpersonen mit einer gerontopsychiatrischen Fachweiterbildung bzw. einer Fachweiterbildung Palliativpflege empfohlen wird. Diese genannten Lücken müssen in den Modellprojekten zur Einführung des Personalbemessungsverfahrens und bei landesspezifischen Regelungen oder einrichtungsspezifischen Verhandlungen gefüllt werden.

Die Vorgehensweise, den QN Interventionsklassen zuzuordnen, könnte dahingehend missverstanden werden, dass damit eine verrichtungs- und funktionsorientierte Organisation und Gestaltung der Pflege nahegelegt werden soll [36]. Dieses Risiko wurde im Projekt frühzeitig bedacht und es wurden – auch

im Rahmen des QMM – bewusst Entscheidungen getroffen, um eine am Subjekt der Bewohnerin und des Bewohners orientierte Pflege zu ermöglichen. So beinhalten die Interventionen nicht einzelne Verrichtungen, sondern stets einen vollständigen Handlungskomplex einschließlich der dafür erforderlichen Kommunikation. Die Interventionsklasse G der körpernahen Interventionen wurde für das QMM nicht weiter ausdifferenziert, die darin enthaltenen Interventionen, die einen Großteil der direkten Versorgung ausmachen, werden durchgängig von einem QN durchgeführt. Das QMM stellt außerdem bei Menschen, die einen hohen Grad an Pflegebedürftigkeit und/oder einen Zustand der gesundheitlichen Instabilität aufweisen, eine weitgehende Versorgung durch Pflegefachpersonen sicher. Menschen mit einem niedrigeren Grad an Pflegebedürftigkeit werden dem Modell zufolge in Zusammenarbeit von Pflegefachpersonen und Pflegenden niedrigerer QN versorgt. Pflegefachpersonen übernehmen dabei die Prozessverantwortung. Prozessverantwortung bedeutet, dass Pflegefachpersonen regelmäßig gemeinsam mit den zu pflegenden Menschen und ggf. Pflegenden niedrigerer QN sowohl die Qualität der Durchführung der Pflege als auch den Erfolg der Pflege sowie die daraus resultierenden Pflegebedarfe überprüfen und ggf. Schlussfolgerungen hinsichtlich einer erforderlichen Beratung und Unterstützung der Kolleg*innen mit QN 2-3 ziehen oder Pflegeleistungen anpassen. Die für die Pflegeprozessverantwortung erforderlichen Tätigkeiten sind als Interventionsklasse E im QMM integriert. Durch die besondere Bedeutung der Prozessverantwortung aufseiten der Pflegefachpersonen liegen Pflegeorganisationsmodelle mit Fallverantwortung nahe.

Limitationen ergeben sich hinsichtlich des methodischen Vorgehens. Die Zuweisung von Interventionen zu Qualifikationsniveaus erfolgte auf der Basis von theoretisch gewonnenen Kriterien. Ob die für eine Interventionsklasse getroffenen Zuordnungen angemessen sind und ob z. B. Personen mit entsprechendem Qualifikationsniveau die zugehörigen Interventionen tatsächlich fachlich korrekt durchführen können oder ob nicht auch ein niedrigeres QN zu einer genauso hohen Interventionsqualität führen würde, müsste letztlich noch empirisch überprüft werden. Die Inhaltsanalyse der Interventionen anhand der zuvor festgelegten Kriterien erfolgte zunächst durch die Autorin und wurde im Anschluss im PeBeM-Team kommunikativ validiert. Eine Limitation könnte darin gesehen werden, dass die Mitglieder des Expert*innengremium durch den Auftraggeber ausgewählt wurden und daher den Projektergebnissen möglicherweise eher wohlwollend gegenüberstanden.

Schlussfolgerungen für die Praxis

Das vorgestellte QMM kann als Grundlage für Forschungsprojekte zur Erfassung des für die pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit einem definierten Pflegebedarf in der stationären Langzeitpflege notwendigen Pflegepersonals sowie für eine kompetenzorientierte Verteilung von Arbeitsaufgaben und Verantwortung genutzt werden. Durch die kompetenzorientierte Aufgabenverteilung kann die Fachkompetenz von Pflegefachpersonen gezielt für die Aufgaben eingesetzt werden, für die sie zwingend benötigt wird. Anders als bisher in der Praxis üblich werden mit dem QMM die Kompetenzen unterschiedlich qualifizierter Pflegehelfer*innen bzw. Mitarbeiter*innen ohne Ausbildung differenziert. Bei einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung können dadurch die Kompetenzen von Pflegehelfer*innen bzw. -assistent*innen mit einer ein- oder zweijährigen Ausbildung besser ausgeschöpft werden, indem sie zukünftig beispielsweise einfache medizinisch-diagnostische und -therapeutische Aufgaben übernehmen, die gegenwärtig meistens von Pflegefachpersonen durchgeführt werden und diese dadurch entlasten.

Soll das QMM zukünftig als Grundlage für eine kompetenzorientierte Aufgabenverteilung in der Versorgungspraxis genutzt werden, müssen zunächst die dafür erforderlichen qualifikatorischen Voraussetzungen im Sinne eines Skill- und Grade-Mix geschaffen werden. Die Ausbildung der ein- oder zweijährig qualifizierten Pflegehelfer*innen bzw. -assistent*innen ist in den unterschiedlichen Bundesländern aufgrund der Länderzuständigkeit sehr unterschiedlich geregelt. Zukünftig sollten zwischen den Ländern Vereinbarungen getroffen werden, um das Niveau länderübergreifend zu sichern, beispielsweise durch die Festlegung eines länderübergreifenden Kompetenzkatalogs. Die Ausbildung von Pflegefachpersonen wurde im Rahmen des neuen Pflegeberufgesetzes und der generalistischen Pflegeausbildung an die gestiegenen Versorgungsanforderungen auch in der Langzeitpflege angepasst. Der spezifische Abschluss „Altenpflege“ wurde dagegen mit einem niedrigeren Kompetenzniveau verknüpft und wird daher paradoxerweise insbesondere den gestiegenen Anforderungen an Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege, die sich u.a. auch durch Veränderungen im Qualifikationsmix ergeben, nicht vollständig gerecht. Um diejenigen weiter zu qualifizieren, die bereits über eine Ausbildung verfügen, sind außerdem bedarfsorientierte Fort- und Weiterbildungsangebote erforderlich. Beispielsweise müssen Pflegefachpersonen befähigt werden, stärker als bisher Führungsaufgaben zu übernehmen sowie Pflegeprozesse zu steuern und zu evaluieren.

Förderung

Die Entwicklung des QMM erfolgte durch die Autorin im Kontext des durch die Vertragsparteien der Pflegeselbstverwaltung nach § 113 SGB XI geförderten Projekts PeBeM.

Danksagung

Ich danke Prof. Dr. Heinz Rothgang und dem PeBeM-Team für die gute Zusammenarbeit. Thomas Kalwitzki danke ich für wertvolle konkretisierende Hinweise bei der Abfassung des Beitrags.

Interessenkonflikt

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Autorenschaft

Die Konzeption, die Entwicklung des methodischen Vorgehens und des Modells sowie das Verfassen des Beitrags erfolgten durch Ingrid Darmann-Finck.

Literatur

- [1] Brandenburg H, Kricheldorf C. Multiprofessioneller Personalmix in der Langzeitpflege (PERLE). Abschlussbericht 2018. Online: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Inno-programm-Pflege_Abschluss.PERLE.2018.pdf, 2018 (13.10.2020).
- [2] Greß S, Stegmüller K. Personalausstattung Personalbemessung und Qualität in der stationären Langzeitpflege. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A, editors. Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege. Berlin: Springer; 2018. p. 155–62.
- [3] Drupp M, Meyer M. Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A, editors. Pflegereport 2019 – Mehr Pflegepersonal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin: Springer; 2019. p. S.23–46.
- [4] Isfort M, Rottländer R, Weidner F, Gehlen D, Tucman D, Hylla J. Pflegeheime „am Limit“. In: Die Schwester/Der Pfleger 2018;57(5):12–9.
- [5] Schmucker R. Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A, editors. Pflegereport 2019 – Mehr

- Pflegepersonal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin: Springer; 2019. p. S. 49–59.
- [6] Schwinger A, Behrendt S, Tsiasioti C, Stieglitz K, Breitzkreuz T, Grobe T, Klauber J. Qualitätsmessung mit Routinedaten in deutschen Pflegeheimen: Eine erste Standortbestimmung. In: Jacobs A, Kuhlmei S, Greß J, Klauber A, Schwinger, editors. Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege. Berlin: Springer; 2018. p. 98–125.
- [7] Rothgang H, et al. Abschlussbericht im Projekt Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß §113c SGB XI (PeBeM) 2020. Online: https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf (26.09.2020).
- [8] Knigge-Demal B, Eylmann C, Hundenborn G. Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen 2013. Online: https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf. (13.10.2020).
- [9] Robert Bosch Stiftung /AG Stationäre Langzeitpflege, „360° Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten“. Aufgabenbeschreibung und interprofessionelle Kooperation, 2013. Online: file:///C:/Users/darma/Downloads/360%C2%B020Pflege%20-%20Station%C3%A4r_Aufgabe1.pdf. (13.10.2020).
- [10] Rothgang H, et al. Abschlussbericht im Projekt Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß §113c SGB XI (PeBeM) 2020:S.31ff. Online: https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf (26.09.2020).
- [11] Brand W, Hofmeister W, Tramm T. Auf dem Weg zu einem Kompetenzstufenmodell für die berufliche Bildung – Erfahrungen aus dem Projekt ULME. In: bwp (Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online) Ausgabe Nr. 8 2005. Online: https://www.bwpat.de/ausgabe8/brand_et_al.bwpat8.shtml, 2005 (12.09.2020).
- [12] Benner P. P. From novice to Expert. Bern u. a., Huber 1994.
- [13] Habermas J. Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz. In: Habermas J, Luhmann N, editors. Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie – Was leistet die Systemforschung? (101-141). Suhrkamp: Frankfurt/Main; 1971.
- [14] Habermas J. Notizen zur Entwicklung der Interaktionskompetenz. In: Ders., Vorstudien und Ergänzungen zur Theorie des kommunikativen Handelns (187-225). Frankfurt/Main, Suhrkamp 1974.
- [15] Krüger H-H, Lersch R. Lernen und Erfahrung. Opladen. Leske + Budrich 1993.
- [16] Funke J. Complex problem solving: a case for complex cognition? Cognitive Processing. In: Cogn Process 2010;11:133–42, <http://dx.doi.org/10.1007/s10339-009-0345-0>.
- [17] Mayring P, Fenzl T. Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur und N, Blasius J, editors. Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer; 2019. p. S.633–48, http://dx.doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42.
- [18] Rothgang H. Abschlussbericht im Projekt Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß §113c SGB XI (PeBeM) 2020:S.62ff. Online: https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf (26.09.2020).
- [19] Bergmann K-O. Haftungsrechtliche Aspekte der Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes. In: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e V, editor. 25 Jahre Arbeitsgemeinschaft – 25 Jahre Arzthaftung. Berlin: Springer; 2011. p. S11–20.
- [20] Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. 2., aktualisierte Auflage 2017. Online: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/17-07-17_BRi_Pflege.pdf, 2017. (13.10.2020).
- [21] DQR Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Liste der zu-geordneten Qualifikationen. Aktualisierter Stand 2017. Online: https://www.dqr.de/media/content/Liste%20der%20zugeordneten%20Qualifikationen_01082017.pdf, 2017 (13.10.2020).
- [22] GMK Gesundheitsministerkonferenz. Beschlüsse TOP 7.2 Deutscher Qualifikationsrahmen Pflege- und Gesundheitsfachberufe 2013. Online: <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?jahr=2013> (13.10.2020).
- [23] ASMK (Arbeits- und Sozialministerkonferenz). Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege. In: ASMK (2012): Ergebnisprotokoll der 89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder 2012:S.78ff. Online: https://asmkintern.rlp.de/fileadmin/asmkintern/Beschluesse/Aeltere_Beschluesse/ergebnisprotokoll.89_asmk.pdf (13.10.2020).
- [24] Rothgang H, et al. Abschlussbericht im Projekt Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß §113c SGB XI (PeBeM) 2020:S.100. Online: https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf (26.09.2020).

- [25] M. Schulz, B. Mack, O. Renn (Hrsg.). Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [26] GKV Spitzenverband. Richtlinien 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: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/betreuungskraefte/2016_11_23_Pflege-Betreuungskraefte-RL_53b_SGB_XI.pdf, 2016.(13.10.2020).
- [27] Wingenfeld K, Schnabel unter Mitarbeit von E, Getta M, Lademann J, Naplava T. Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Einrichtungen Hrsg. vom Landespflegeausschuss Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf, Bielefeld und Dortmund 2002. Online: http://www.exzellenzstudien.de/gesundhw/ag6/downloads/Pflegebedarf_und_Leistungsstruktur.pdf, 2002. (13.10.2020).
- [28] K. Wingenfeld, A. Büscher, A., Schaeffer, D. Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Abschlussbericht. Online: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pflege_Band_1_18961.pdf, 2007. (13.10.2020).
- [29] Zegelin A. „Festgenagelt sein“. *Der Prozess des Bettlägerig-Werdens*. Bern, Huber, 2. Auflage 2013.
- [30] DNQP Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) Expertenstandard nach § 113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Abschlussbericht. Online: https://www.researchgate.net/profile/Frank_Nieder/publication/270575564_Deutsches_Netzwerk_fur_Qualitaetsentwicklung_in_der_Pflege_DNQP-Expertenstandard_nach_113a_SGB_XI_Erhaltung_und_Foerderung_der_Mobilitaet_in_der_Pflege/links/54ae5a050cf2828b29fcd54/Deutsches-Netzwerk-fuer-Qualitaetsentwicklung-in-der-Pflege-DNQP-Expertenstandard-nach-113a-SGB-XI-Erhaltung-und-Foerderung-der-Mobilitaet-in-der-Pflege.pdf, 2014.(13.10.2020).
- [31] Bartholomeyczik S, Holle D, Halek M. Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz verstehen. Weinheim und Basel, Beltz Juventa 2013.
- [32] Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.), Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Aktualisierung 2020 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück.
- [33] Knigge-Demal B, Hundenborn G. Abschlussbericht im Rahmen des Projektes „Erprobung des Entwurfs eines Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege. Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“ 2014. Online: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Abschlussbericht_Erprobung_QR.pdf, 2014. (13.10.2020).
- [34] Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.). Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Osnabrück 2018.
- [35] Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland 2016. Online: <https://www.dgpalliativmedizin.de/projekte/charta.html>, 2016. (15.09.2020).
- [36] Stemmer R, Böhme H. Aufgabenverteilung im Krankenhaus der Zukunft Einige Aussagen eines Gutachtens für das Sozialministerium Rheinland-Pfalz. In: *Pflege und Gesellschaft* 2008;13(2):197–221.