

Fachkraftquote in der Pflege

Argumente aus Sicht der Pflegewissenschaft

**Bremen
November 2017**

Prof. Dr. Stefan Görres

unter Mitarbeit von Lisa Schumski

Universität Bremen

Agenda

1. Ausgangsüberlegungen

2. Handlungs- und Forschungsbedarf

3. Stand der Forschung

3.1 Pflegenotstand als zentrale Strukturvariable

3.2 Zusammenhang Personalbesetzung und
Versorgungsqualität I

3.3 Zusammenhang Personalbesetzung und
Versorgungsqualität II

3.4 Versorgungsqualität in Pflegeheimen in
Verbindung mit Care-Mix Parametern

4. Schlußfolgerungen

1. Ausgangsüberlegungen

- Die **Fachkraftquote** der Heimpersonalverordnung gibt seit **Anfang der 90er Jahre** vor, dass die Mindestpersonalbesetzung zu **50% aus Fachkräften** bestehen soll.
- **Keineswegs ist diese Quote** aber **wissenschaftlich** als Garant für Qualität **belegt**.
- Vielmehr war dies in der 90er Jahren **ein als Untergrenze gegriffener Wert** und zu diesem Zeitpunkt ein wichtiges Signal für bessere Pflege.
- Angesichts der derzeitigen Situation in der Pflege und auch langfristig betrachtet ist diese **Quote kaum realisierbar** für viele Heime.
- Kein Grund, dies zu akzeptieren, **aber Grund, nach neuen Lösungen zu suchen**.

2. Handlungs- und Forschungsbedarf

- **Frage nach der Wirkung der Quote auf die Qualität ist offen.** Wieso wird gerade dieser Weg als der richtige angenommen, wenn es darum geht, gute Qualität zu erzeugen. Und: gibt es auch andere – möglichst bessere – Lösungen als eine starre Quote?
- **Recherchen** in öffentlichen Datenbanken zu diesen Fragestellungen **ergeben keine schlüssigen Ergebnisse.**
- Und: Selbst in dem gesetzlichen Beschluss der Heimpersonalverordnung ist die **Fachkraftquote Auslegungssache.**
- In §5 Absatz 2 wird sogar darauf verwiesen, dass durchaus **von den Vorgaben einer ausgebildeten Fachkraft abgewichen werden darf.**
- Zusätzlich wurde vom Gesetzgeber darauf hingewiesen, dass die **Fachkraftquote Ländersache** sei. Daher haben einige Bundesländer wie Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Bremen und Hamburg schon den Weg in eine Flexibilisierung der starren Quote eingeschlagen. In den einzelnen Ländern sind verschieden ausgestaltete Fachkraftquoten in den unterschiedlichen Einrichtungen vorzufinden.
- **Es besteht also Handlungs- und wie ich meine - auch Forschungsbedarf.**

3. Stand der Forschung

3.1 Pflegenotstand als zentrale Strukturvariable

Beispiel: Prognosen Baden-Württemberg

2020: Personalmehrbedarf 22.500 Personen (plus 27%; nur stationär)

2030: Personalmehrbedarf 45.000 Personen (plus 54%; nur stationär)

- Fachkräftemangel (Studie PwC) von 8,4 auf 26,5 % in 2020.
- Bundesweit bis zum Jahr 2030 zusätzlicher Pflegekräftebedarf in Höhe von 44 bis 64 %, bzw. 500.000 Pflegekräfte (Rheinisch-Westfälisches Institut/Bertelsmann-Stiftung)
- Diese Entwicklung verweist auf einen gesicherten und **sich verschärfenden Mangel an Fachkräften** in den Pflegeberufen in den nächsten drei Jahren
- Sie macht die Ausbildung und Einarbeitung nicht-spezialisierter Personen als **Substitut oder Unterstützung der Pflegefachkräfte mittlerweile unumgänglich.**

3.2 Zusammenhang Personalbesetzung und Versorgungsqualität I

- Die bislang umfassendste Übersichtsarbeit wurde von Spilsbury et al. (2011) durchgeführt. **Die Autoren schlussfolgern, dass es nicht möglich ist, verbindliche Aussagen zum Zusammenhang zwischen Pflegepersonalbesetzung und Versorgungsqualität auf Grundlage der verfügbaren Evidenz zu treffen.**
- Werden die Ergebnisse für die Kategorie der Hilfskräfte zusammen betrachtet, **ist es für Pflegehilfskräfte wahrscheinlicher, mit einer verbesserten als mit einer verschlechterten Versorgungsqualität assoziiert zu werden.**
- Die Autoren weisen darauf hin, **dass vorangegangene Untersuchungen sich überwiegend darauf konzentrieren, Qualität in Verbindung mit der Anzahl von Pflegenden zu messen.**
- **Andere Faktoren** wie der Einsatz von Leih- oder Zeitarbeit, Fluktuation, Ausbildung und Erfahrung individueller Personen oder die Art und Weise des Managements und die Organisation der pflegerischen Arbeit **können darüber hinaus ebenso die geleistete Versorgungsqualität beeinflussen.**

3.3 Zusammenhang Personalbesetzung und Versorgungsqualität II

- Der Beitrag von Backhaus et al. (2014) ist derzeit die jüngste Publikation zum Thema. Ausgehend von ihrer Kritik an Querschnittsdesigns untersuchten ihre Längsschnittstudien, die **Zusammensetzung des Pflegepersonals und Outcomes der Versorgungsqualität in Pflegeheimen**.
- **Zusammenfassend ließ sich kein Hinweis auf einen positiven Zusammenhang zwischen den Levels der Personalbesetzung in der Pflege und der Versorgungsqualität festhalten.** Die identifizierten Studien und Ergebnisse weisen **gemischte Ergebnisse für einen höheren Anteil des gesamten Pflegepersonals und Outcomeindikatoren auf, wobei sowohl positive als auch negative Ergebnisse** (wie bspw. für den Einsatz freiheitseinschränkender Maßnahmen und Katheterisierung) auf. Qualifizierungsniveaus schienen keinen Unterschied bei der Entstehung von Druckgeschwüren zu machen.
- **Lediglich eine Zunahme an Personal insgesamt führte zu einer Verbesserung der Outcomes unabhängig von der Qualifikation des Personals** Die Autoren weisen darauf hin, dass der Einschluss von Längsschnittsdesigns besonderer Beachtung bei der Interpretation der Ergebnisse bedarf, da Querschnittsdesigns dazu tendieren, häufiger positive Ergebnisse zu erzielen.

3.4 Versorgungsqualität in Pflegeheimen in Verbindung mit Care-Mix Parametern

- **Care- oder Skill-Mix ist nach Buchan & Dal Poz (2002, S. 575) als die Mischung unterschiedlicher Professionen, Funktionen oder Qualifikationsniveaus innerhalb einer Einrichtung aber auch als die Kombination der Aktivitäten oder Kompetenzen, die für bestimmte Positionen innerhalb der Einrichtung benötigt werden, anzusehen.** Butler et al. (2011, S. 6) beziehen sich direkt auf die Mischung des Pflegepersonals und weisen darauf hin, dass Skill-Mix sowohl die Mischung zwischen lizenziertem und nicht-lizenziertem Personal in den USA als auch der Mix zwischen registriertem und nicht-registriertem Personal in Irland, Australien und England als auch der Anteil unterschiedlicher Ausbildungsgrade, Qualifikationsniveaus, Expertise und Erfahrungen des Pflegepersonals beinhaltet.
- **Mittlerweile kann für eine akademische Grundausbildung Pflegenden zumindest im akutklinischen setting von einem positiven Einfluss auf Patientenoutcomes ausgegangen werden** (Aiken et al. 2014; Darmann-Finck 2012). Der Einsatz registrierter Pflegenden (RNs) führt nachgewiesenermaßen zu sinkenden Mortalitäts- und Infektionsraten und reduziert nachstationäre Folgebesuche in klinischen Notfallambulanzen – begünstigt also die Versorgungsqualität in Krankenhäusern (Lerner 2013).
- **Im Bereich der stationären Langzeitpflege ist der Einfluss von Qualifikationsniveaus und Care-Mix Parametern auf Bewohneroutcomes bislang nur unzureichend untersucht, gewinnt aber zunehmende internationale Aufmerksamkeit in der Forschung** (Castle & Engberg 2007). Die Ergebnisse vorliegender Studien weisen darauf hin, dass Einrichtungen mit den niedrigsten Anteilen lizenzierten und unlicenzierten Personals disproportional schlechtere Bewohnerinnenoutcomes aufweisen (Clarke & Donaldson 2008). **Jedoch fehlen für Deutschland bis heute signifikante Daten zum Einfluss pflegerischer Qualifikationen auf Bewohneroutcomes.**

4. Schlußfolgerungen

- Es wird deutlich, **dass nicht von einer konsistent positiven Assoziation für unterschiedliche Qualifizierungsniveaus des Pflegepersonals in Bezug auf Bewohneroutcomes in der stationären Langzeitversorgung ausgegangen werden kann.**
- Nichtsdestotrotz weisen vorangegangene Forschungsergebnisse auf einen Zusammenhang zwischen Personalbesetzung (**im Sinne von Anzahl und Qualifizierung**) und versorgungsqualitätsbezogenen Outcomes hin.
- Weiter sollten, neben Parametern des Care-Mixes, andere Einflussgrößen wie **Organisationscharakteristika, der Case-Mix einer Einrichtung und Management-Charakteristika** bei der Untersuchung der Versorgungsqualität in der stationären Langzeitpflege Berücksichtigung finden.
- **Ich schlage dazu die wissenschaftliche Erprobung eines so genannten Care-Mix Models vor, das auf eine gemischte Zusammensetzung unterschiedlich qualifizierten Personals in differenzierten Anforderungssituationen aufbaut, ohne dass es dabei zu Qualitätseinbußen kommt.**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. Stefan Görres

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Universität Bremen

sgoerres@uni-bremen.de

www.public-health.uni-bremen.de