



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION

Handreichung zur Umsetzung der „neuen“ Landespersonalverordnung

Version 1.0 / Stand: 30. Oktober 2023

1	Vorbemerkung:.....	2
2	Das neue Personalbemessungsverfahren in § 113c SGB XI	3
2.1	PeBeM	3
2.2	Die Personalanhaltswerte nach § 113c Abs. 1 SGB XI	4
2.3	Mindestausstattung vs. Höchstausstattung nach § 113c SGB XI.....	5
3	Kompetenzorientierte Aufgabenwahrnehmung oder „Wer macht was?“	7
3.1	Vorbehaltsaufgaben	7
3.2	Maßnahmen der Behandlungspflege	8
3.2.1	Nicht delegationsfähige Maßnahmen der Behandlungspflege.....	9
3.2.2	Delegationsfähige Maßnahmen der Behandlungspflege	9
3.3	Körperbezogene Pflegemaßnahmen und soziale Betreuung	10
4	Heimrecht.....	12
4.1	Pflegefachkraftausstattung.....	12
4.1.1	Übergangsphase	13
4.1.2	Pflegefachkraft-Mindestausstattung gemäß Rahmenvertrag.....	14
4.1.3	Wer kann als Pflegefachkraft berücksichtigt werden?	15
4.1.4	Kompetenzorientierter Personaleinsatz	17
4.1.4.1	Prüfung auf Einrichtungsebene	18
4.1.4.2	Bewohnerbezogene Prüfung anhand der Dokumentation.....	19
4.2	Pflegehilfskraftausstattung	20
4.3	Nachtdienst	20

1 Vorbemerkung:

Zum 1. Juli 2023 ist nach langem Vorlauf mit § 113c Abs. 1 SGB XI ein neues Personalbemessungsverfahren in der vollstationären Langzeitpflege in Kraft getreten. Damit einher geht ein Paradigmenwechsel: Die Personalbemessung orientiert sich künftig an der Bewohnerstruktur einer Pflegeeinrichtung nach Pflegegraden. Auch die Aufgabenwahrnehmung wird neu geordnet: Pflegerische Aufgaben werden nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff kompetenz- und qualifikationsorientiert dem Pflege- und Betreuungspersonal zugeordnet.

Die Länder haben sich in der Konzertierten Aktion Pflege (KAP)¹ verpflichtet, für den Zweck der Einführung des neuen Personalbemessungsverfahrens nach § 113c SGB XI die landesrechtlichen Vorgaben zur Personalausstattung der Pflegeeinrichtungen und insbesondere die Fachkraftquoten zu flexibilisieren. Dieser Selbstverpflichtung ist Baden-Württemberg gefolgt und hat das Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG) sowie die Landespersonalverordnung (LPersVO) entsprechend mit den bundesrechtlichen Regelungen harmonisiert. Hierdurch ist sichergestellt, dass es zu keinen Widersprüchen zwischen bundes- und landesrechtlichen Personalvorgaben kommt und die (Re-)Finanzierung der heimrechtlich geforderten Personalausstattung gewährleistet ist. Die damit verbundenen Rechtsänderungen und Konsequenzen für die heimrechtliche Prüfung nach dem WTPG werden in dieser Handreichung eingehend dargestellt.

Das neue Personalbemessungsverfahren in § 113c SGB XI und die heimrechtlichen Personalvorgaben knüpfen unmittelbar an weitere Rechtsgebiete wie beispielsweise das Berufsrecht an. So kommt insbesondere den Vorbehaltsaufgaben in § 4 Pflegeberufgesetz (PfIBG) eine zentrale Bedeutung in der Personalbemessung und Personaleinsatzplanung zu. Ebenso wird die Aufgabenwahrnehmung in der Pflege wesentlich durch haftungsrechtliche und/oder sozialrechtliche Aspekte bestimmt. Das Verständnis für diese wechselseitigen Beziehungen ist wesentlich für den Umgang mit den heimrechtlichen Personalvorgaben. Auf sie wird in dieser Handreichung daher ein besonderer Fokus gelegt.

Die Handreichung ist an die Heimaufsichtsbehörden, die Prüfungen nach § 17 WTPG durchführen, adressiert. Sie richtet sich ebenfalls an die Pflegeeinrichtungen und stellt für alle Beteiligten eine Orientierung zur LPersVO dar. Die Handreichung ist als „living paper“ konzipiert, das aufgrund von Nachfragen, Anregungen und aktuellen Entwicklungen regelmäßig aktualisiert werden kann.

¹ Abrufbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html>.

2 Das neue Personalbemessungsverfahren in § 113c SGB XI

Das neue Personalbemessungsverfahren ist in § 113c SGB XI im Elften Kapitel „Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen“ des SGB XI geregelt. Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) hat der Bundesgesetzgeber in § 113c SGB XI mit dem Ziel einer besseren Personalausstattung für Pflegeeinrichtungen bundeseinheitliche Stellenschlüssel als sog. **Personalanhaltswerte** für die Ausstattung vollstationärer Pflegeeinrichtungen mit Pflege- und Betreuungspersonal festgelegt. Die Grundlage dieser Festlegungen resultiert aus den Ergebnissen des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)²“

2.1 PeBeM

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurde bereits 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff definiert und eingeführt. Darüber hinaus haben die Vertragspartner der gemeinsamen Selbstverwaltung in der Pflege den gesetzlich vorgesehenen Auftrag an die Universität Bremen erteilt, ein Verfahren für die einheitliche Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen zu entwickeln und zu erproben. Der Auftrag wurde bis zum 30. Juni 2020 ausgeführt und ist unter dem Projektnamen „**PeBeM**“ bekannt geworden. Ziel war es, mit wissenschaftlichen Methoden zu ermitteln, welche Personalausstattung zukünftig für eine Pflege nötig ist, die den damals noch neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff umsetzen kann. So sollte der Grundstein für eine weitere Verbesserung der Pflegequalität gelegt und zugleich attraktivere Arbeitsbedingungen für Pflegende ermöglicht werden.

Im Abschlussbericht des Projekts wurde ein Personalbemessungsverfahren vorgeschlagen, das sich an der Bewohnerstruktur einer Pflegeeinrichtung nach Pflegegraden orientiert und das **Personal-SOLL** über einen „**Algorithmus 1.0**“ berechnet werden kann. Dabei werden die pflegerischen Aufgaben nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff kompetenz- und qualifikationsorientiert dem Pflege- und Betreuungspersonal zugeordnet.



Wie wurden die Personalmengen in PeBeM ermittelt?

- In einem ersten analytischen Schritt wurde ein Interventionskatalog mit 107 Interventionen erarbeitet, der sämtliche direkten und indirekten pflegerischen Leistungen in neun Kategorien wie bspw. Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Selbstversorgung und krankheits- und therapiebedingte Aufgaben umfasst.
- In einem zweiten ebenfalls analytischen Schritt wurde die fachlich angemessene Zahl der Interventionen pro pflegebedürftiger Person, die fachlich angemessene Zeit pro

² Abrufbar unter: https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf.

Interventionserbringung und das fachlich angemessene Qualifikationsniveau der leistungserbringenden Person für diese Intervention bestimmt.

- In einem dritten empirischen Schritt wurde schließlich im Wege der „Beschattung“ von Pflegekräften in Pflegeeinrichtungen jeweils interventionsbezogen das IST gemessen und simultan geprüft, inwieweit für eine fachlich angemessene Versorgung auf Grundlage des Pflegeverständnisses des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hierbei Zu- oder Abschläge (bei Mengen, Zeit und/oder Qualifikationsniveau) notwendig sind.
- Die Zu- und Abschläge wurden dazu verwendet, durch Addition mit den gemessenen IST-Werten die SOLL-Werte einer fachlich angemessenen Versorgung zu konstruieren.

Die Erhebungsinstrumente wurden von einem Expertengremium konsentiert, dem neben Vertretern aus der (Pflege-)Wissenschaft u.a. auch Vertreter der Leistungserbringer angehörten. In zweiter Instanz wurden die Instrumente vom Auftraggeber abgenommen.

Wesentliche Erkenntnisse aus PeBeM ist insbesondere, dass mehr Personal erforderlich ist, um eine fachgerechte Pflege entsprechend der Ansprüche des aktuellen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des zugrundeliegenden Pflegeverständnisses zu leisten. Insgesamt wurde ein bundesdurchschnittlicher Personalmehrbedarf von 36 Prozent nachgewiesen, der sich unterschiedlich auf die einzelnen Qualifikationsniveaus verteilt. Bei Pflegefachkräften liegt der Personalmehrbedarf nach PeBeM bei nur 3,5 Prozent, bei Pflegehilfskräften dagegen bei insgesamt 69 Prozent. Zum anderen wurde in PeBeM belegt, dass für die Versorgung von Pflegebedürftigen mit steigendem Pflegegrad nicht nur mehr Arbeitszeit benötigt wird, sondern auch ein mit dem Pflegegrad steigender Anteil an Fachkraftzeit.

2.2 Die Personalanhaltswerte nach § 113c Abs. 1 SGB XI

§ 113c SGB XI folgt dem in PeBeM vorgeschlagenen Ansatz und orientiert die Personalbemessung in der vollstationären Langzeitpflege an der **Bewohnerstruktur einer Pflegeeinrichtung nach Pflegegraden**. Dem Ziel einer fachlich besseren Aufgabenverteilung in der Pflege folgend differenziert § 113c SGB XI die Personalbemessung ferner nach dem Qualifikationsniveau der Beschäftigten. Die wesentlichste Veränderung gegenüber dem Status quo ist dabei der Übergang in die Systematik des sog. **Qualifikationsmix**. Darunter ist zu verstehen, dass im Gegensatz zur bisherigen „binären“ Arbeitsaufteilung im Pflegealltag zwischen Pflegefach- und Hilfskräften künftig eine Dreiteilung erfolgt:

- Hilfskraftpersonal ohne Ausbildung (§ 113c Abs. 1 Nummer 1 SGB XI)
- Nach Landesrecht ausgebildete ein- oder zweijährige ausgebildete qualifizierte Pflegehilfskräfte (§ 113c Abs. 1 Nummer 2 SGB XI)
- (Pflege-)Fachkräfte (§ 113c Abs. 1 Nummer 3 SGB XI).

Für jedes Qualifikationsniveau legt § 113c Absatz 1 SGB XI **bundeseinheitliche Stellenschlüssel** (VZÄ je Pflegebedürftigen) als sog. **Personalanhaltswerte** für die Ausstattung vollstationärer Pflegeeinrichtungen mit Pflege- und Betreuungspersonal als Ausdruck einer fachlich angemessenen Personalausstattung fest:

Pflegegrad	Hilfskraftpersonal ohne Ausbildung (QN 1 und 2)	Ein- oder zweijährig ausgebildete Hilfskräfte (QN 3)	(Pflege-)Fachkräfte (QN 4)
PG 1	0,0872	0,0564	0,0770
PG 2	0,1202	0,0675	0,1037
PG 3	0,1449	0,1074	0,1551
PG 4	0,1627	0,1413	0,2463
PG 5	0,1758	0,1102	0,3842

Abb. 1: Personalanhaltswerte § 113c Abs. 1 SGB XI

Die Personalanhaltswerte in § 113c Absatz 1 SGB XI berücksichtigen den personellen Mehrbedarf, der sich nach dem „Algorithmus 1.0“ ergibt, lediglich in Höhe von 40 Prozent gegenüber den bereinigten, bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüsseln.³ Sie stellen m.a.W. lediglich einen Teil der in PeBeM ermittelten und als fachlich erforderlich angesehenen Personalmenge dar. Eine Überprüfung und ggf. Anpassung der Personalanhaltswerte ist für das Jahr 2025 vorgesehen, vgl. § 113c Abs. 7 SGB XI.

2.3 Mindestausstattung vs. Höchstausrüstung nach § 113c SGB XI

Nach § 113c Abs. 1 SGB XI können vollstationäre Pflegeeinrichtungen in den Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 SGB XI eine personelle Ausstattung vereinbaren, die die in § 113c Abs. 1 Nummern 1 bis 3 SGB XI genannten Werte nicht überschreitet. Die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 stellen somit **Höchstwerte** dar.⁴ Die **mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung** soll nach hingegen nach § 113c Abs. 5 SGB XI in den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 1 SGB XI festgelegt werden. Innerhalb dieses Korridors aus **rahmenvertraglich festgelegter Mindestausstattung** und **bundeseinheitlichen Höchstwerten** soll sich die Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen schrittweise in Richtung der Personalanhaltswerte des § 113c Abs. 1 SGB XI angleichen (sog. **Konvergenzphase**). Der Bundesgesetzgeber geht also davon aus, dass die Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Konvergenzphase von der Möglichkeit Gebrauch machen, eine Personalausstattung zu vereinbaren, die über die rahmenvertraglich festgelegte

³ Vgl. BT-Drs. 19/30560 S. 75).

⁴ Eine höhere personelle Ausstattung kann im Sinne des Bestandsschutzes unter den Voraussetzungen des § 113c Abs. 2 SGB XI vereinbart werden, der somit eine Ausnahmeregelung darstellt.

Mindestausstattung hinausgeht und auf diesem Wege die Personalausstattung insgesamt ansteigt.

Dass der Bundesgesetzgeber den Weg über eine Konvergenzphase anstelle der unmittelbar verbindlichen Festschreibung der Personalanhaltswerte des § 113c Abs. 1 SGB XI gewählt hat, hat zwei Gründe: Zum einen ist die Personalausgangssituation in den Bundesländern sehr unterschiedlich. Die Wegstrecke hin zu den Personalanhaltswerten des § 113c Abs. 1 SGB XI ist bildlich gesprochen in den Ländern unterschiedlich lang. Zum anderen stehen insbesondere einjährig qualifizierte Pflegehilfskräfte im QN3 noch nicht in der Menge zur Verfügung, wie sich aus § 113c Abs. 1 Nummer 2 SGB XI ergibt. Gleichwohl darf die Aufforderung an die Rahmenvertragspartner, die Mindestausstattung in den Landesrahmenverträgen festzulegen, nicht dahingehend missverstanden werden, dass der Bundesgesetzgeber sich (dauerhaft) mit einer unterhalb der Personalanhaltswerte des § 113c Abs. 1 SGB XI liegenden Personalausstattung bescheiden würde. Die in § 113c Abs. 1 SGB XI als (Zwischen-)Ziel definierten Personalanhaltswerte sollen innerhalb der Konvergenzphase von allen Einrichtungen in Deutschland erreicht werden.⁵

⁵ Da es sich bei der Pflegeversicherung um eine bundesweite Sozialversicherung handelt und auch die Einstufung der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner nach bundeseinheitlichen Maßstäben erfolgt, lässt sich pflegfachlich nicht begründen, warum sich die Personalmengen zwischen den Ländern derart unterscheiden (PeBeM, S. 37).

3 Kompetenzorientierte Aufgabenwahrnehmung oder „Wer macht was?“

Pflege in stationären Einrichtungen erfolgt im interdisziplinären und arbeitsteiligen Zusammenwirken unterschiedlicher Berufsgruppen mit unterschiedlichen Qualifikationen und Verantwortungsbereichen. Die Abgrenzung der Kompetenzbereiche – also die Frage, welche Pflegeaufgaben von welcher Berufsgruppe wahrgenommen werden können bzw. dürfen – wird nicht positiv durch § 113c SGB XI (oder das Heimrecht) bestimmt. § 113c SGB XI knüpft vielmehr an Bestimmungen an, die sich aus dem Beruferecht (PfIBG) sowie allgemeinen haftungsrechtlichen Grundsätzen sowie ggf. sozialrechtlichen Vereinbarungen (z.B. Rahmenverträge nach § 75 SGB XI) ergeben. Zusammenfassend lassen sich im Bereich Pflege und Betreuung drei Aufgabenbereiche unterscheiden.

3.1 Vorbehaltsaufgaben

Im Pflegeberufegesetz sind in § 4 Abs. 2 PfIBG **Vorbehaltsaufgaben** benannt, die ausschließlich von Pflegefachpersonen ausgeübt werden dürfen. § 4 PfIBG definiert einen **absoluten Vorbehalt**; d.h. niemand anderes als Pflegefachpersonen darf die Aufgaben wahrnehmen. Über den Vorbehalt soll die Pflegequalität allgemein sichergestellt und auf Pflege angewiesene Menschen vor unsachgemäßer Pflege geschützt werden. Kern der Vorbehaltsaufgaben ist der Pflegeprozess in seiner Gesamtheit, für den ausschließlich Pflegefachpersonen die Verantwortung tragen und der nicht an andere Berufsgruppen übertragen werden kann.

Die Vorbehaltsaufgaben sind in § 4 Abs. 2 PfIBG benannt:

- Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs: Der erste Schritt im vierstufigen Pflegeprozess, der die „klassische“ Pflegeanamnese umfasst, auch noch weitere Informations- und Datensammlungen beinhalten kann und den individuellen Versorgungsbedarf beschreibt.
- Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses: Damit ist die Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess gemeint; beinhaltet auch Aspekte der Delegation von Tätigkeiten, der Dokumentation und Koordination mit medizinischen und therapeutischen Maßnahmen.
- Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege: Bezieht sich nur auf die Steuerung der Qualität der Pflege im Einzelfall, heißt also Bewertung der Wirksamkeit von Maßnahmen und eventuelle Anpassungen der Planung oder Interventionen für die konkrete Pflegesituation.

Die **Durchführung** der geplanten Pflege steht **nicht unter Vorbehalt**, damit auch weiterhin eine qualifikationsbezogene sinnvolle Arbeitsteilung möglich ist.

Die Vorbehaltsaufgaben gelten ausschließlich für ausgebildetes Pflegefachpersonal, das bedeutet für alle nach dem PflIBG ausgebildeten Pflegefachfrauen und -männer, egal ob sie die berufliche Ausbildung oder ein Studium absolviert haben. Pflegefachkräfte mit „alten“ Berufsabschlüssen nach dem Kranken- oder Altenpflegegesetz haben einen Bestandsschutz.

Der Einrichtungsträger hat im Rahmen seiner **Organisationsverantwortung** sicherzustellen, dass Vorbehaltsaufgaben ausschließlich durch Pflegefachpersonen wahrgenommen werden. Die Gewährleistung der kompetenzgerechten Wahrnehmung der Vorbehaltsaufgaben kann durch organisatorische Maßnahmen wie Stellen- oder Aufgabenbeschreibungen sowie Prozess- oder Verfahrensstandards erfolgen. Hierüber weist der Arbeitgeber den Pflegefachpersonen aktiv und verbindlich die Wahrnehmung der Vorbehaltsaufgaben zu. Umgekehrt besteht auch ein Duldungsverbot der nicht qualifikationsgerechten Ausübung der Vorbehaltsaufgabe; der Verstoß hiergegen stellt eine bußgeldbewehrte Ordnungswidrigkeit dar.⁶ Daraus entsteht die Verpflichtung für den Arbeitgeber, die Wahrnehmung von Vorbehaltsaufgaben durch Nicht-Pflegefachpersonen durch geeignete organisatorische Maßnahmen zu verhindern. Hieraus erwächst insbesondere für die direkten Vorgesetzten eine unmittelbare Sicherstellungsverantwortung.

3.2 Maßnahmen der Behandlungspflege

Was unter (medizinischer) Behandlungspflege zu verstehen ist, ist gesetzlich nicht definiert. Als Behandlungspflege sind diejenigen Maßnahmen zu qualifizieren, die durch bestimmte Erkrankungen erforderlich werden und auf deren Behandlung ausgerichtet sind. **Behandlungspflege** ist somit im Kern eine **medizinische Aufgabe** und Teil des ärztlichen Behandlungsplans. Behandlungspflegerische Maßnahmen bedürfen grundsätzlich der ärztlichen **Verordnung**.

Für die Wahrnehmung von Maßnahmen der Behandlungspflege gibt es weder gesetzliche noch rahmenvertragliche Qualifikationsanforderungen, aufgrund derer einzelne Maßnahmen der Behandlungspflege verbindlich einem bestimmten Qualifikationsniveau zugeordnet werden können. **Behandlungspflege ist keine Vorbehaltsaufgabe**. Umgekehrt folgt daraus nicht, dass Maßnahmen der Behandlungspflege losgelöst von Qualifikationsgesichtspunkten von allen Berufsgruppen wahrgenommen werden könnten. Der Einrichtungsträger hat aus **haftungsrechtlichen Gründen** im Rahmen seiner (aus § 831 BGB folgenden) **Organisationsverantwortung** dafür Sorge zu tragen, dass die ärztlich verordneten Maßnahmen der Behandlungspflege nur von Personen durchgeführt werden, die über die erforderliche fachliche Qualifikation verfügen, welche entweder über eine

⁶ § 57 Abs. 1 Nummer 3 PflIBG.

Formalqualifikation (Ausbildung) oder aber über eine **materielle Qualifikation** (Befähigungsnachweis) nachgewiesen wird.

Pflegefachpersonen i.S.v. § 1 Abs. 1 PflBG dürfen Maßnahmen der Behandlungspflege erbringen; sie gelten durch ihre Ausbildung als **formal qualifiziert**. Selbstverständlich müssen Pflegefachpersonen auch materiell qualifiziert sein, d.h. über die tatsächlichen Kompetenzen zur Aufgabenwahrnehmung verfügen, die ihnen aufgrund ihres Qualifikationsniveaus zugeschrieben werden.

Maßnahmen der Behandlungspflege können aber auch durch **Nicht-Pflegefachkräfte** erbracht werden, wenn sie durch eine Unterweisung in die Maßnahme **materiell qualifiziert** sind. Diese Unterweisungen sind in jedem Einzelfall nachzuweisen. Ob und in welchen Intervallen diese Qualifizierungen zu aktualisieren sind, ist durch die Einrichtung im Rahmen ihres QM-Systems festzulegen. Maßgeblich für die Frage, welche Maßnahmen der Behandlungspflege ausschließlich durch Pflegefachkräfte zu erbringen sind und welche Maßnahmen auch durch Nicht-Pflegefachkräfte erbracht werden können, ist das unterschiedliche **Gefährdungsrisiko der Maßnahmen**. Es gilt der Grundsatz: Je höher das Risiko, desto qualifizierter muss die Pflegekraft sein. Diesem Grundsatz folgend hat sich in der (Rechts-)Praxis ein Katalog an Maßnahmen der Behandlungspflege etabliert, die aufgrund ihres Gefährdungsrisikos nicht an Pflegehilfskräfte (weiter-)delegiert werden können.

3.2.1 Nicht delegationsfähige Maßnahmen der Behandlungspflege

Welche Maßnahmen der Behandlungspflege grundsätzlich nicht an Pflegehilfskräfte delegiert werden können, kann der **Anlage 2 zur Landespersonalverordnung** entnommen werden. Die dort aufgeführten Maßnahmen dürfen nur durch Pflegefachpersonen i.S.v. § 1 Abs. 1 PflBG wahrgenommen werden. Es handelt sich hierbei um Maßnahmen, die aufgrund ihres jeweiligen Gefährdungsrisikos nach dem aktuellen fachlichen Konsens unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten nur von Pflegefachpersonen wahrgenommen werden dürfen.

3.2.2 Delegationsfähige Maßnahmen der Behandlungspflege

Andere als die in Anlage 2 zur LPersVO aufgeführten Maßnahmen der Behandlungspflege können bei entsprechender materieller Qualifikation an Nicht-Pflegefachkräfte delegiert werden. Bei der Durchführung von Behandlungspflege durch formal nicht qualifizierte Pflegekräfte bleibt die – auch haftungsrechtliche – Verantwortung bei der verantwortlichen Pflegefachkraft (Delegationsverantwortung). Vor der Delegation muss sie die Eignung der Pflegekraft (Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten) überprüfen, erforderliche Kenntnisse

und Fähigkeiten anleiten sowie bei der Leistungserbringung in angemessenen Zeitintervallen regelmäßig kontrollieren. Die Person, die die Maßnahme durchführt, trägt die Verantwortung für die Übernahme der Aufgabe unter Berücksichtigung der eigenen Kompetenz und Fähigkeit (Durchführungsverantwortung). Sie muss die Durchführung der Behandlungspflege verweigern (dürfen), wenn sie selbst sich dazu nicht in der Lage sieht.



Praxisbeispiele:

- Die *Blutzuckermessung* kann an (materiell qualifizierte) Pflegehilfskräfte delegiert werden, die *Bewertung* der Blutzuckerwerte und die daraus abzuleitenden Maßnahmen sind nicht delegierbar.
- *Subkutane* Injektionen können auch von (materiell qualifizierten) Pflegehilfskräften vorgenommen werden, *intramuskuläre* Injektionen müssen hingegen von Pflegefachpersonen vorgenommen werden.
- Das Richten von Medikamenten ist Aufgabe der Pflegefachkräfte, die Verabreichung der Medikamente kann an entsprechend qualifizierte Hilfskräfte delegiert werden.

Weitere Beispiele und einen guten Überblick gibt beispielhaft die *Leitlinie zur Durchführung von behandlungspflegerischen Maßnahmen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe* des Regierungspräsidiums Gießen.⁷

3.3 Körperbezogene Pflegemaßnahmen und soziale Betreuung

Diese Aufgabenkategorie umfasst alle solche Hilfestellungen, welche der Erfüllung der Grundbedürfnisse dienen und daher wiederkehrende Tätigkeiten betreffen und nicht medizinischer Natur sind. Hierunter fallen körpernahe Pflegeinterventionen (bspw. Bewegungsförderung, Positionierung, An- und Auskleiden, Ausscheidungsmanagement, Betreuung und Aktivierung (alltagsunterstützende Aufgaben wie bspw. die Herstellung sozialer Kontakte, Teilhabe oder Freizeitgestaltung) und Aktivierung sowie Serviceaufgaben.

Für die Frage, ob die hier genannten Leistungen von Pflegefachkräften oder Pflegehilfskräften erbracht werden können, bietet der „**Katalog der Qualifikationsanforderungen**“⁸ aus PeBeM **Orientierung**. Dort wird das erforderliche Qualifikationsniveau in einzelnen Aufgabenklassen anhand der Stabilität/Instabilität von gesundheitlichen Situationen und dem Grad der Pflegebedürftigkeit bzw. anhand der Komplexität der Anforderungen sowie der mit den Aufgaben verbundenen Verantwortung vorgenommen.

⁷ Abrufbar unter: https://hlfgp.hessen.de/sites/hlfgp.hessen.de/files/2023-01/leitlinie_behandlungspflege_ba.pdf.

⁸ 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), Anlage 3.4 – Qualifikationsanforderungen für die fachgerechte Erbringung der Interventionen; abrufbar unter https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Anlagenband_Abschlussbericht_PeBeM.pdf.



Die Intervention „Positionierung“ (Wechsel zu einer neuen Körperhaltung mittels Mikro- oder Makrobewegung) wird im Katalog der Qualifikationsanforderungen grundsätzlich QN 2 zugewiesen und kann damit von nicht ausgebildeten Pflegehilfskräften wahrgenommen werden. Bei einer instabilen gesundheitlichen Situation (z.B. bei Vorliegen eines Dekubitus, einer chronischen Wunde, instabilem Kreislauf o.ä.) wird die Intervention QN 4 zugewiesen und setzt damit Pflegefachkraft-Niveau voraus.

Der „Katalog der Qualifikationsanforderungen“ stellt keine rechtlich verbindlichen Qualifikationszuordnungen auf. Im Rahmen von PeBeM wurden der Interventionskatalog und der Katalog der Qualifikationsanforderungen lediglich als Erhebungsinstrument konzipiert. Der Katalog der Qualifikationsanforderungen bietet aber fachliche Orientierung bei der Zuordnung von Qualifikationsniveaus zu einzelnen pflegerischen Interventionen.



Zum „Zusammenspiel“ der unterschiedlichen Rechtsgebiete:

Dass Vorbehaltsaufgaben nur von Pflegefachpersonen wahrgenommen werden dürfen, ergibt sich (nur) aus § 4 PfIBG (und nicht aus § 113c SGB XI oder der LPersVO). Werden Vorbehaltsaufgaben von Nicht-Pflegefachpersonen wahrgenommen, entspricht dies aber nicht dem „allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse“ i.S.v. § 10 Abs. 2 Nummer 1 WTPG und § 11 Abs. 1 Satz 1 SGB XI. Verstöße gegen das Pflegeberufegesetz werden auf diese Weise heimrechtlich und sozialrechtlich relevant. Zugleich kann ein Verstoß auch der Organisationsverantwortung des Trägers widersprechen und damit zivilrechtliche Haftungsansprüche auslösen.

Werden nicht delegationsfähige Maßnahmen der Behandlungspflege von Nicht-Pflegefachpersonen wahrgenommen, stellt dies noch keinen unmittelbaren Gesetzesverstoß dar (anders als im Fall der Wahrnehmung von Vorbehaltsaufgaben). Heimrechtlich und sozialrechtlich relevant wird dies indes, wenn die Aufgabenwahrnehmung dem allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse widerspricht.

4 Heimrecht

Die Länder haben sich in der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) verpflichtet, für den Zweck der Einführung des neuen Personalbemessungsverfahrens nach § 113c SGB XI die landesrechtlichen Vorgaben zur Personalausstattung der Pflegeeinrichtungen und insbesondere die Fachkraftquoten zu flexibilisieren. Dieser Selbstverpflichtung folgend werden die Personalvorgaben in der Landespersonalverordnung stufenweise an das neue Personalbemessungsverfahren angepasst. Die **Pflegefachkraftquote** gilt grundsätzlich während einer **Übergangsphase** vorübergehend weiter, bis ein **neuer Landesrahmenvertrag** nach § 75 SGB XI vereinbart ist, der nach § 113c Abs. 5 SGB XI die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung (im Folgenden „neuer Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI“) regelt. Für die Prüfung der quantitativen Pflegefachkraftausstattung wird dann allein die im Rahmenvertrag vereinbarte Mindest-Pflegefachkraftausstattung maßgeblich. Ebenso gibt die LPersVO keine starre Bewohner-Pflegefachkraft-Relation im Tagdienst mehr vor. Damit einher geht eine Akzentverschiebung in der aufsichtlichen Prüfung: Neben der Prüfung der Einhaltung der quantitativen Personalvorgaben liegt der Fokus der Prüfung auf dem qualifikationsorientierten Einsatz der Pflegekräfte. Für die Personalausstattung mit Pflegehilfskräften ist ebenfalls weiterhin die in der Pflegesatzvereinbarung vereinbarte Personalausstattung maßgeblich, bis einer neuer Landesrahmenvertrag die personelle Mindestausstattung mit Pflegehilfskräften nach § 113c Abs. 1 Nummer 1 und 2 SGB XI festlegt.

4.1 Pflegefachkraftausstattung

Nach § 8 Abs. 1 Satz 1 LPersVO wird die Vorgabe des § 10 Absatz 3 Nummer 3 WTPG (ausreichende Zahl und persönliche/fachliche Eignung der Beschäftigten) in Verbindung mit Nummer 4 Satz 1 Halbsatz 1 (pflegende und sozial betreuende Tätigkeiten nur durch Fachkräfte oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften) erfüllt, wenn mindestens 50 Prozent der Beschäftigten für Pflege- und Betreuungsleistungen der stationären Einrichtungen Pflegefachkräfte nach § 7 Absatz 2 sind. Maßgebend für die Berechnung der Quote nach Satz 1 ist die zum 31. Oktober 2023 in der Pflegesatzvereinbarung nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 SGB XI vereinbarte Personalausstattung (**Übergangsphase**). Für Einrichtungen, die ab dem 1. Juli 2023 den Betrieb neu aufgenommen haben, ist die im Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 SGB XI vereinbarte Personalmindestausstattung maßgebend. Mit Inkrafttreten des neuen Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI ist die Vorgabe des § 10 Absatz 3 Nummer 3 in Verbindung mit Nummer 4 Satz 1 Halbsatz 1 WTPG erfüllt, wenn die Personalausstattung der im neuen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 SGB XI geregelten Personalmindestausstattung entspricht (**Pflegefachkraftausstattung gemäß Rahmenvertrag**).

4.1.1 Übergangsphase

Bis zum Inkrafttreten eines neuen Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI gilt die 50-Prozent-**Pflegefachkraftquote** fort. Maßgebend für die Berechnung der Pflegefachkraftquote ist die zum 31. Oktober 2023 in der Pflegesatzvereinbarung nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 SGB XI vereinbarte Personalausstattung. D.h. 50 Prozent der in der Pflegesatzvereinbarung für Pflege und soziale Betreuung vereinbarten Personalmenge müssen Pflegefachkräfte i.S.v. § 7 Abs. 2 LPersVO sein. Die Einrichtungen sind m.a.W. heimrechtlich solange an ihre bestehende Pflegesatzvereinbarung gebunden, bis ein neuer Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI abgeschlossen wurde.



Praxisbeispiel:

Eine Einrichtung hat in der Pflegesatzvereinbarung eine Personalausstattung von insgesamt 10 VZÄ für Pflege und Betreuung vereinbart. Die Einrichtung muss dementsprechend 5 VZÄ Pflegefachkräfte vorhalten. Vereinbart die Einrichtung nach dem 31. Oktober 2023 eine neue Pflegesatzvereinbarung, in der lediglich 4 VZÄ Pflegefachkräfte vereinbart sind, verstößt dies gegen § 8 Abs. 1 Satz 1 LPersVO.

Heimrechtlich kann von den Einrichtungen keine höhere Pflegefachkraftausstattung gefordert werden, als sich aus der Anwendung der **Personalanhaltswerte in § 113c Abs. 1 Nummer 3 SGB XI als Höchstwerte** ergibt. Folgt aus der Anwendung der Pflegefachkraftquote auf die in der Pflegesatzvereinbarung vereinbarte Personalmenge also eine Pflegefachkraftausstattung, die über den Personalanhaltswerten in § 113c Abs. 1 Nummer 3 SGB XI liegt, ist anstelle der 50-Prozent-Pflegefachkraftquote die sich aus den Personalanhaltswerten in § 113c Abs. 1 Nummer 3 SGB XI maximal ergebende Pflegefachkraftausstattung relevant. Es gilt der Grundsatz, dass heimrechtlich keine Pflegefachkraftausstattung gefordert wird, die über die vom Gesetzgeber als Höchstwerte definierten Personalanhaltswerte in § 113c Abs. 1 Nummer 3 SGB XI hinausgeht.



Praxisbeispiel:

Eine Einrichtung hat in der Pflegesatzvereinbarung eine Personalausstattung von insgesamt 10 VZÄ für Pflege und Betreuung vereinbart. Die Einrichtung muss dementsprechend 5 VZÄ Pflegefachkräfte vorhalten. Aus § 113c Abs. 1 Nummer 3 SGB XI ergäbe sich dagegen eine Höchstausstattung von lediglich 4 VZÄ Pflegefachkraftausstattung. Die Einrichtung liegt mit ihrer Pflegefachkraftausstattung m.a.W. über den Höchstwerten, die sich aus § 113c Abs. 1 Nummer 3 SGB XI ergeben (möglich über den Bestandschutz nach § 113c Abs. 2 SGB XI).

Heimrechtlich maßgeblich ist in diesem Fall nicht die höhere Pflegefachkraftausstattung (5 VZÄ), die sich aus der Pflegesatzvereinbarung ergibt, sondern die niedrigere Pflegefachkraftausstattung (4 VZÄ), die sich aus den Personalanhaltswerten in § 113c Abs. 1

Nummer 3 SGB XI ergibt. Unerheblich ist, wenn dadurch die Pflegefachkraftquote unter 50 Prozent sinkt.

Für eine über die nach den o.g. Maßgaben berechnete **Mindestausstattung hinausgehende Personalausstattung** gilt die Pflegefachkraftquote nicht. Dadurch können die Einrichtungen u.a. zusätzliche Pflegehilfskräfte einstellen, ohne dass dies mit der Pflegefachkraftquote kollidiert.



Praxisbeispiel:

In der zum 31. Oktober 2023 geltenden Pflegesatzvereinbarung ist eine Personalausstattung von 10 VZÄ für Pflege und Betreuung vereinbart. Dementsprechend muss die Einrichtung 5 VZÄ Pflegefachkräfte vorhalten. Hält die Einrichtung dementsprechend 5 VZÄ Pflegefachkräfte vor und darüber hinaus 6 oder mehr Pflegehilfskräfte, ist dies unerheblich, auch wenn dadurch die Pflegefachkraftquote bezogen auf die Gesamtpersonalmenge unter 50 Prozent sinkt. Maßstab für die Berechnung der Pflegefachkraftquote ist allein die sich aus der zum 31. Oktober 2023 geltenden Pflegesatzvereinbarung ergebende Personalmenge.

Einrichtungen, die am 31. Oktober 2023 nach dem sog. „**9er-Modell**“ (§ 9 LPersVO a.F.) organisiert waren, erhalten bis zum Inkrafttreten des neuen Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI Bestandschutz. Das „9er-Modell“ ist weder anzeigepflichtig noch bedarf es der Zustimmung durch die Heimaufsichtsbehörde. Zur Inanspruchnahme des Bestandsschutzes muss die Einrichtung im Prüfungsfall aber in geeigneter Form (z.B. durch Verfahrensanleitungen, Organisationspläne etc.) nachweisen können, dass sie im „9er-Modell“ arbeitet.

Für Einrichtungen, die ab dem 1. Juli 2023 den **Betrieb neu aufgenommen** haben oder neu aufnehmen, ist die im Landesrahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 SGB XI vereinbarte Personalmindestausstattung (unterer Korridorwert) maßgeblich.

4.1.2 Pflegefachkraft-Mindestausstattung gemäß Rahmenvertrag

Ab Inkrafttreten des neuen Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI⁹ wird die heimrechtlich nach § 8 Abs. 1 Satz 3 LPersVO maßgebliche Personalausstattung durch die im Rahmenvertrag geregelte Mindestausstattung definiert. Bei der heimrechtlichen Prüfung nach § 17 WTPG legen die Heimaufsichtsbehörden mithin die rahmenvertraglich vereinbarte Personalmindestausstattung zu Grunde. Der im neuen Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI festgelegten Personalmindestausstattung mit Pflegefachkräften liegt die Vermutung zu Grunde, dass die Personalausstattung quantitativ ausreichend ist, um jedenfalls dem Pflegefachkraft-Vorbehalt in § 4 PflBG und den unter 3.2.1 beschriebenen haftungsrechtlichen

⁹ Derzeit in Verhandlung, Inkrafttreten voraussichtlich Mitte 2024.

Gesichtspunkten Rechnung zu tragen und eine fachlich vertretbare Pflege zu gewährleisten. Eine über die rahmenvertraglich vereinbarte Mindestpersonalausstattung hinausgehende Pflegefachkraftausstattung ist heimrechtlich unbeachtlich. Dies trägt der Systematik des § 113c Absatz 1 SGB XI Rechnung, wonach die Einrichtungen eine personelle Ausstattung für das Pflege- und Betreuungspersonal vereinbaren können, die sich an den in § 113c Absatz 1 SGB XI dargestellten bundeseinheitlichen Personalanhaltswerten ausrichtet (Höchstgrenze) und mindestens den in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI geltenden Vorgaben zur personellen Ausstattung für das Pflege- und Betreuungspersonal entspricht (Untergrenze).

4.1.3 Wer kann als Pflegefachkraft berücksichtigt werden?

Pflegefachkraft ist nach § 7 Absatz 2 LPersVO, wer berechtigt ist, eine Berufsbezeichnung zu führen, die in Nummer 1 der Anlage 1 aufgenommen ist. Dazu zählen

- Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
- Altenpflegerinnen und Altenpfleger
- Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Personen mit einer **hochschulischen Ausbildung** nach Teil 3 PfIBG führen gemäß § 1 Satz 2 PfIBG die Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ mit dem akademischen Grad. Sie zählen mithin zu den Pflegefachkräften i.S.v. § 7 Absatz 2 LPersVO.

Nach § 8 Abs. 2 LPersVO können von der nach § 8 Absatz 1 Satz 1 und 3 LPersVO vorzuhaltenden Personalausstattung mit Pflegefachkräften nach § 7 Absatz 2 in einem Umfang von bis zu 10 Prozent **andere Fachkräfte** im Sinne von § 7 Absatz 3 entsprechend ihrer beruflichen Qualifizierung anstelle von Pflegefachkräften vorgehalten werden. Die Regelung knüpft an § 113c Abs. 5 Satz 1 Nummer 3 SGB XI und trägt der Vorgabe des Bundesgesetzgebers Rechnung, dass – abweichend von den Vorschlägen des Abschlussberichts zu PeBeM – neben Pflegefachkräften auch andere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich vorgehalten werden sollen.¹⁰

Andere Fachkräfte im Sinne von § 7 Absatz 3 LPersVO können Pflegefachkräfte nur (sehr) begrenzt ersetzen. Die Wahrnehmung von Vorbehaltsaufgaben und nicht delegationsfähigen Maßnahmen der Behandlungspflege bzw. Pflegeinterventionen in komplexen Pflegesituationen durch andere Fachkräfte ist nicht möglich.

¹⁰ BT-Drs. 19/30560, 78

Mit Blick u.a. auf die Wahrnehmung von Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PfIBG sowie komplexe pflegerische Interventionen, die Pflegefachkraftniveau voraussetzen, wird die Substitutionsmöglichkeit in § 8 Abs. 2 LPersVO daher auf maximal 10 Prozent begrenzt. Somit können in einem Umfang von maximal 10 Prozent der Pflegefachkraft-Mindestausstattung andere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich vorgehalten werden. Die Substitution von Pflegefachkräften durch andere Fachkräfte ist dabei kein Instrument, um zur Vermeidung (heim-)rechtlicher Konsequenzen fehlende Pflegefachkräfte zu kompensieren; andere Fachkräfte sollten nur eingesetzt werden, wenn ihre fachlichen Kompetenzen eine sinnvolle Ergänzung im konzeptionellen Schwerpunkt des Trägers darstellen.

Die 10-Prozent-Quote bezieht sich auf die vorzuhaltende Mindestausstattung mit Pflegefachkräften. Werden darüber hinaus andere Fachkräfte beschäftigt, ist dies unbeachtlich.



Praxisbeispiel:

Eine Einrichtung muss nach § 8 Abs. 1 Satz 1 bzw. Satz 3 LPersVO 10 Pflegefachkräfte vorhalten. Nach § 8 Abs. 2 LPersVO kann eine Pflegefachkraft (= 10 Prozent) durch eine andere Fachkraft i.S.d. § 7 Abs. 3 LPersVO substituiert werden, so dass die Pflegefachkraft-Vorgaben durch 9 Pflegefachkräfte und 1 andere Fachkraft erfüllt werden. Hält die Einrichtung darüber hinaus weitere Fachkräfte i.S.d. § 7 Abs. 3 LPersVO vor, ist dies unerheblich; diese substituieren nicht die vorzuhaltenden Pflegefachkräfte.

Die Heimaufsichtsbehörden können nach § 7 Absatz 3 Satz 2 LPersVO auf Antrag **weitere Personen als Fachkräfte** anerkennen, wenn diese Berufsbezeichnungen führen, die mit den in Nummer 2 der Anlage 1 aufgeführten Berufsbezeichnungen vergleichbar sind. Die Anerkennung nach Satz 2 bedarf der Zustimmung des Sozialministeriums als oberste Aufsichtsbehörde. Hierfür richtet die Heimaufsichtsbehörde entsprechend der bisher praktizierten Verfahrensweise eine entsprechende Anfrage an das Sozialministerium mit der Bitte um Einschätzung der Anerkennungsfähigkeit und ggf. Zustimmung zur Anerkennung. Das Sozialministerium setzt die übrigen Heimaufsichtsbehörden von der Entscheidung in Kenntnis, sofern davon auszugehen ist, dass sich die Anerkennungsfrage dort gleichermaßen stellen kann. In gleichgelagerten Fällen ist dann eine Zustimmung des Sozialministeriums nicht mehr erforderlich.

Die **Pflegedienstleitung** ist nur mit dem Anteil, zu dem sie pflegerische Aufgaben wahrnimmt (Vorbehaltsaufgaben, Maßnahmen der Behandlungspflege, körperbezogene Pflegemaßnahmen und soziale Betreuung) in die Pflegefachkraftausstattung einzubeziehen. Verwaltungstätigkeiten, die über einen entsprechenden besonderen Personalbedarf in der Pflegesatzvereinbarung abgebildet werden, sind nicht in die Berechnung der Personalanhaltswerte in § 113c Abs. 1 Nummer 3 SGB XI eingeflossen. Dementsprechend erfolgt

keine Berücksichtigung in dem Umfang, in dem sie in der Pflegesatzvereinbarung als besonderer Personalbedarf vereinbart ist.



Verwaltungstätigkeiten sind nicht zu verwechseln mit der Wahrnehmung von Vorbehaltsaufgaben wie der Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und der Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses. Diese Tätigkeiten, die nicht notwendigerweise „am Bett“ stattfinden, stellen den Kern der Pflege dar und sind insoweit selbstverständlich in den Personalanhaltswerten nach § 113c Abs. 1 Nummer 3 SGB XI berücksichtigt.

Auszubildende können bei der Prüfung der Pflegefachkraftausstattung nicht (mehr) berücksichtigt werden. Nach § 12 LPersVO a.F. konnten bislang Schülerinnen und Schüler, die sich im dritten Ausbildungsjahr zur Pflegefachkraft oder Fachkraft befanden, mit einem Anteil von 0,2 Vollzeitäquivalenten auf die Fachkraftausstattung angerechnet werden. Diese Regelung ist mit dem neuen Personalbemessungsverfahren nach § 113c SGB XI nicht vereinbar. Nach § 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) SGB XI können Auszubildende, die eine Ausbildung nach Teil 2, Teil 3 oder Teil 5 des PfIBG (oder Personen, die an einem Anpassungslehrgang nach § 40 Absatz 3 oder § 41 Absatz 2, Absatz 3, Absatz 4, Absatz 6 oder Absatz 7 PfIBG teilnehmen) nicht auf die Personalmindestausstattung nach § 113c Absatz 5 Nummer 1 SGB XI angerechnet werden. Im Zuge der Harmonisierung der LPersVO mit dem Personalbemessungsverfahren nach § 113c SGB XI wurde § 12 LPersVO daher aufgehoben. Es greift kein Bestandsschutz; die Zahl der Auszubildenden im dritten Ausbildungsjahr ist bezogen auf die Gesamtpersonalausstattung regelmäßig so gering, dass ihre Nicht-Mehr-Berücksichtigung in der Praxis keine Auswirkungen hat.

4.1.4 Kompetenzorientierter Personaleinsatz

Die Einhaltung der quantitativen Personalvorgaben ist eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung guter Pflege. Sie ist insbesondere kein Garant für einen **qualifikations- und kompetenzorientierten Personaleinsatz**. Im Rahmen von PeBeM wurde erhoben, dass fast die Hälfte der von (Pflege-)Fachkräften erbrachten Leistungen gemäß dem Qualifikationsmodell auch von Assistenzkräften hätte erbracht werden können. Umgekehrt waren Assistenzkräfte für gut ein Viertel der von ihnen erbrachten Leistungen nicht hinreichend qualifiziert.¹¹

Die bisher in § 8 Abs. 2 LPersVO a.F. geregelte **Pflegefachkraft-Bewohner-Relation von 1:30** war nicht zur Prüfung geeignet, ob und inwiefern Pflegefachkräfte die ihnen vorbehaltenen Aufgaben wahrnehmen (bzw. umgekehrt solche Aufgaben von nicht hinreichend

¹¹ Abschlussbericht PeBeM, S. 254.

qualifizierten Assistenzkräften wahrgenommen werden). Im Übrigen können starre Pflegefachkraft-Bewohner-Relationen nicht den individuellen bewohnerbezogenen und pflegegradabhängigen Pflege- und Betreuungsbedarf berücksichtigen und entsprechen damit nicht dem mit dem neuen Personalbemessungsverfahren nach § 113c SGB XI verfolgten Ziel eines am individuellen Pflege- und Betreuungsbedarf orientierten Personaleinsatzes. Daher sieht die Landespersonalverordnung keine feste Bewohner-Pflegefachkraft-Relation mehr vor. Vielmehr wird die heimrechtliche Prüfung auf die qualifikations- und kompetenzorientierte Aufgabenwahrnehmung fokussiert. Maßgeblich ist anstelle der bisherigen Bewohner-Pflegefachkraft-Relation künftig vor allem, dass insbesondere Vorbehaltsaufgaben und nicht delegierbare Aufgaben der Behandlungspflege von Pflegefachkräften wahrgenommen werden (**qualitativer Prüfungsansatz**). Die Prüfung kann auf der Ebene der Einrichtung als auch bewohnerbezogen stattfinden.

4.1.4.1 Prüfung auf Einrichtungsebene

Die Prüfung auf der Einrichtungsebene knüpft an die Prinzipien des sog. „Immer-so-Beweises“ an. Danach müssen die Durchführung regelmäßig wiederkehrender Maßnahmen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Zwischenschritte und Selbstverständlichkeiten nicht mittels Einzelleistungsnachweis dokumentiert werden, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:¹²

- Es liegen schriftliche Verfahrensanleitungen (auch Leitlinien, Standards etc. genannt) für die wichtigsten wiederkehrenden Handlungen in der Pflege und Betreuung vor, in denen das übliche Vorgehen der regelmäßig wiederkehrenden Maßnahmen kurz beschrieben wird. Diese Leistungsbeschreibungen dienen der Gewährleistung einer einheitlichen Vorgehensweise in der Pflegeeinrichtung sowie der Sicherstellung einer gleichbleibenden Qualität der Versorgung pflegebedürftiger Personen. Für die Durchführung dieser Leistungen sind Qualifikationsvoraussetzungen in Stellen- oder Funktionsbeschreibungen festgelegt.
- Im Qualitätsmanagement-Handbuch (QM-Handbuch) ist geregelt, wie die Verfahrensanleitungen den Mitarbeitenden bekannt gemacht werden. Neben der Berücksichtigung im Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeitende ist ein schriftlicher Nachweis zu führen. Hier bestätigen die Mitarbeitenden, dass sie die Verfahrensanleitungen gelesen und zur Kenntnis genommen haben.
- Es besteht ein geeignetes und übersichtliches Dokumentationssystem zur Steuerung des Pflegeprozesses im Rahmen der individuellen Versorgung.¹³

¹² Vertiefend hierzu: Hinweise zur Umsetzung des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation im Zusammenhang mit Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen nach den Qualitätsprüfungsrichtlinien – QPR, S. 17f.; abrufbar unter: https://www.ein-step.de/fileadmin/content/documents/191113_Hinweise_Strukturmodell.pdf.

¹³ Einzelleistungsnachweise in der Pflegedokumentation sind im stationären Bereich weiterhin erforderlich für angeordnete Maßnahmen der Behandlungspflege, für Lagerungs- und Bewegungsprotokolle bei Dekubitusrisiko und ggf. bei individuell festgelegten Maßnahmen im Rahmen des Risikomanagements.

Verfügt die zu prüfende Einrichtung dem folgend über ein QM-Handbuch mit Verfahrensanleitungen (Leitlinien, Standards, Leistungsbeschreibungen etc.) für die relevanten pflegerischen Interventionen und sind in Stellen- und Funktionsbeschreibungen die Qualifikationsvoraussetzungen für die jeweiligen Interventionen festgelegt, kann die Heimaufsichtsbehörde davon ausgehen, dass Pflegefachkraft-Aufgaben von Pflegefachkräften wahrgenommen werden (widerlegliche Vermutung). Das QM-Handbuch ist nicht an bestimmte Vorgaben gebunden. Neben „Ampel-Systemen“ oder der Verwendung des Interventionskatalogs mit Qualifikationsanforderungen aus PeBeM sind alle geeigneten Planungstools verwendbar, aus denen sich der qualifikationsorientierte Einsatz der Pflegekräfte nachvollziehbar ergibt.

4.1.4.2 Bewohnerbezogene Prüfung anhand der Dokumentation

Die Prüfung, ob die von Pflegefachkräften wahrzunehmenden Aufgaben ausschließlich von Pflegefachkräften wahrgenommen werden, kann zum anderen anhand der bewohnerbezogenen Dokumentation wie folgt geprüft werden:

- Wahrnehmung von Vorbehaltsaufgaben durch Pflegefachkräfte

Die Strukturierte Informationssammlung (SIS[®]) mit der Ersteinschätzung von Risiken und Phänomenen (sog. Initialassessment, Element 1) sowie der Maßnahmenplan (Element 2) und die Evaluation zur Prozesssteuerung (Element 4) sind ausschließlich durch eine hierin geschulte Pflegefachkraft durchzuführen (Vorbehaltsaufgaben i.S.v. § 4 PflBG). Die SIS[®] ist von der Pflegefachkraft abzuzeichnen.

- Durchführung nicht-delegierbarer Aufgaben der Behandlungspflege durch PFK

Für Maßnahmen der Behandlungspflege sind weiterhin Einzelleistungsnachweise in der Pflegedokumentation erforderlich. Anhand dieser kann nachvollzogen werden, wer die Maßnahmen erbracht hat.

Verfügt die zu prüfende Einrichtung über die heimrechtlich geforderte Pflegefachkraft-Ausstattung und greift die Tatsachenvermutung nach Ziff. 4.1.2, kann im Sinne der Reduktion des Prüfungsumfangs auf eine weitergehende bewohnerbezogene Prüfung der Dokumentation regelmäßig verzichtet werden.

4.2 Pflegehilfskraftausstattung

Entsprechend der bisherigen Regelungssystematik enthält sich die LPersVO quantitativer Vorgaben zur Personalausstattung mit Beschäftigten unterhalb der Pflegefachkräfteebene (vgl. § 113c Absatz 1 Nummer 1 und 2 SGB XI). Die Prüfung kann sich in der Übergangsphase bis zum Abschluss eines neuen Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI an der in der Pflegesatzvereinbarung vereinbarten Personalmenge orientieren. D.h. die Einrichtungen müssen grundsätzlich im Umfang von 50 Prozent der in der Pflegesatzvereinbarung vereinbarten Personalmenge Pflegehilfskräfte vorhalten. Eine Differenzierung zwischen qualifizierten und nicht-qualifizierten Pflegehilfskräften findet während der Übergangsphase nicht statt.

Mit Inkrafttreten des neuen Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI ist die dort festgelegte Personalmindestausstattung mit Pflegehilfskräften maßgeblich.

4.3 Nachtdienst

Nach § 10 Absatz 1 Satz 3 LPersVO a.F. musste bislang mindestens die Hälfte der im Nachtdienst eingesetzten Beschäftigten eine Pflegefachkraft sein. Diese Vorgabe ist mit dem nach Pflegegraden differenzierten Personalbemessungsverfahren in § 113c SGB XI sowie § 4 PfIBG nicht mehr vereinbar. Die Pflegefachkraftquote für den Nachtdienst wird daher aufgehoben. Unberührt bleibt die Vorgabe, dass im Nachtdienst ständig eine Pflegefachkraft eingesetzt und anwesend sein muss. Ebenso müssen für eine ausreichende Personalbesetzung im Nachtdienst weiterhin mindestens pro 45 Bewohnerinnen und Bewohner je eine Beschäftigte oder ein Beschäftigter eingesetzt werden.