



Personalbemessung –  
Modellprogramm nach  
§ 8 Abs. 3b SGB XI

ERSTE HINWEISE ZUR UMSETZUNG

# Qualifikations- und kompetenzorientierte Arbeitsorganisation in der vollstationären Langzeitpflege

---

## Impressum

### **Herausgeber:**

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

### Verantwortlich:

Universität Bremen

Bibliothekstraße 1

28359 Bremen

Hochschule Bremen

Neustadtswall 30

28199 Bremen

contec GmbH

Gesundheitscampus Süd 29

44801 Bochum

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217 a SGB V.  
Er ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.



# Präambel des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Im Jahr 2020 wurde der 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)“ veröffentlicht. Ziel des Projekts war es, mit wissenschaftlichen Methoden zu ermitteln, welche Personalausstattung zukünftig in der Langzeitpflege aus fachlicher Sicht nötig ist, auch um das Pflegeverständnis nach dem seit dem 1. Januar 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff umzusetzen. Im Projekt wurde ein Personalbemessungsinstrument entwickelt, mit dem für vollstationäre Pflegeeinrichtungen die fachlich erforderliche Personalmenge berechnet werden kann (im Folgenden: Algorithmus 1.0).

Seit dem 1. Juli 2023 gelten neue, bundeseinheitliche Personalanhaltswerte in der Langzeitpflege. Damit wird die Vergütung von rd. 40% des auf Grundlage des Algorithmus 1.0 ermittelten Personalmehrbedarfs ermöglicht. Zu häufigen Fragen zu den neuen Personalanhaltswerten hat das Bundesministerium für Gesundheit Antworten („FAQ“) veröffentlicht.<sup>1</sup>

Zugleich wird seit Dezember 2022 (bis 2025) im Rahmen eines Modellprojekts beim GKV-Spitzenverband (§ 8 Abs. 3b SGB XI) die mit dem Algorithmus 1.0 ermittelte Personalmenge und -aufgabenverteilung in der Praxis der teilnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtungen erprobt und evaluiert.<sup>2</sup> Dabei wird auch die im Projekt PeBeM entwickelte qualifikationsorientierte Aufgabenverteilung in der Langzeitpflege unter Berücksichtigung von Maßnahmen der Digitalisierung und des Technikeinsatzes erprobt. Die Umsetzung der veränderten Aufgabenverteilung erfordert Maßnahmen zur Organisations- und Personalentwicklung. Daher sind die Entwicklung und Erprobung dieser Maßnahmen ebenfalls Gegenstand des aktuellen Modellprojekts. Damit im Anschluss an das Modellprojekt die erprobten Konzepte flächendeckend umgesetzt werden können, wird zudem eine Implementationsstrategie entwickelt.

<sup>1</sup> Veröffentlicht unter: <https://pflegenetzwerk-deutschland.de/faq-das-neue-personalbemessungsverfahren-in-der-langzeitpflege>

<sup>2</sup> Weiterführende Informationen unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprogramm\\_\\_8\\_abs\\_3b\\_sgb\\_xi/modellprogramm\\_8\\_abs\\_3b.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprogramm__8_abs_3b_sgb_xi/modellprogramm_8_abs_3b.jsp)

Die Entwicklung und Erprobung von Maßnahmen zur Organisations- und Personalentwicklung im Rahmen des Modellprojekts nach § 8 Abs. 3b SGB XI steht im Zusammenhang mit der in § 113c Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 SGB XI verankerten gesetzlichen Verpflichtung zur Durchführung solcher Maßnahmen<sup>3</sup>. Die Verpflichtung gilt grundsätzlich für alle vollstationären Pflegeeinrichtungen, die ab dem 1. Juli 2023 eine personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart haben, die über die mindestens im jeweiligen Land zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgeht. Eine Verpflichtung zur Anwendung besteht allerdings nur für solche Maßnahmen der Organisations- und Personalentwicklung, die bereits nach § 8 Absatz 3b SGB XI entwickelt **und – erfolgreich - erprobt** wurden. **Entsprechend erprobte Maßnahmen werden erst zum Abschluss des Modellprojekts im Jahr 2025 vorliegen.** Sie werden insbesondere auch daraufhin bewertet werden, ob sie die Vielfalt der Einrichtungen hinreichend abbilden. **Bis dahin ist die Umsetzung von Maßnahmen zur Organisations- und Personalentwicklung durch vollstationäre Pflegeeinrichtungen freiwillig.**

Das vorliegende **Vorbereitungskonzept** ist daher noch keine (erprobte) Maßnahme der Organisations- und Personalentwicklung im Sinne des Modellprojekts oder des Gesetzes. Vielmehr soll es – so auch der Name – denjenigen interessierten Pflegeeinrichtungen, die bereits vor dem Abschluss des Modellprojekts Schritte in Richtung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung gehen möchten, eine Hilfestellung geben, wie sie die Umsetzung solcher Maßnahmen strukturiert, in ihrem eigenen Tempo, aber gleichwohl im Sinne der Ziele und Struktur des neuen Personalbemessungsverfahrens vorbereiten können. **Die Anwendung dieses Vorbereitungskonzepts ist freiwillig.**

Bei der Anwendung des Vorbereitungskonzepts sollten interessierte Pflegeeinrichtungen und Beratungsunternehmen folgendes beachten: Der im Rahmen der PeBeM-Studie entwickelte Interventionskatalog dient im Zusammenwirken mit dem Qualifikationsmixmodell zwar als fachliche und insbesondere methodische Grundlage für die Erprobung und Weiterentwicklung des Personalbemessungsinstruments in der vollstationären Langzeitpflege. **Der Interventionskatalog und das Qualifikationsmixmodell stellen jedoch keine isolierte, schematisch anzuwendende Grundlage für eine Interventions- oder Maßnahmenplanung oder eine Personaleinsatzplanung dar weder analog noch digital mit Hilfe entsprechender Software.**

Zu beachten ist darüber hinaus, dass das **Vorbereitungskonzept im Rahmen des Modellprojektes begleitend evaluiert** wird. **Es ist daher weder geeignet für die Durchführung ordnungsrechtlicher Maßnahmen noch für die Einbeziehung in Prüfungen zur Qualität der Pflege oder für Abrechnungsprüfungen.**

<sup>3</sup> „Sofern ab dem 1. Juli 2023 eine personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart wird, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung im Sinne von Absatz 5 Nummer 1 hinausgeht, soll die Pflegeeinrichtung Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden [...]“

Pflege nach dem neuen Pflegeverständnis ist ein fachlich anspruchsvoller, ganzheitlicher und komplexer Prozess. Die Umsetzung dieses neuen Verständnisses auch im Rahmen der Interventions-, Maßnahmen- oder Personal(einsatz)planung erfordert weitergehende konzeptionelle Schritte, die mit diesem Vorbereitungs-konzept eingeleitet werden sollen. Eine schematische Verwendung des Interventionskatalogs und Qualifikationsmodells ohne Berücksichtigung moderner Pflegeansätze könnte dem gegenüber dazu führen, dass die Errungenschaften einer von vielen Pflegeeinrichtungen in den letzten Jahren umgesetzten, entbürokratisierten Pflegedokumentation, beeinträchtigt werden. Die Umsetzung einer neuen, qualifikationsorientierten Aufgabenverteilung unter Berücksichtigung der Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachpersonen nach § 4 Pflegeberufegesetz im Zusammenwirken mit höheren Personalanhaltswerten ist ein Prozess, den die Pflegeeinrichtungen – parallel zum Modellprogramm – schrittweise über mehrere Jahre gehen werden. Nur so können veränderte Rollen und Abläufe nachhaltig in den Pflegeeinrichtungen verankert werden. Das Vorbereitungs-konzept und die Ergebnisse des Modellprogramms werden die Pflegeeinrichtungen dabei Schritt für Schritt unterstützen.

Berlin, im Juli 2024



**Dr. Martin Schölkopf**

Leiter der Abteilung 4 - Pflegeversicherung und -stärkung  
Bundesministerium für Gesundheit



**Andreas Schulze**

Leiter der Abteilung 3 - Demographischer Wandel, ältere Menschen,  
Wohlfahrtspflege  
Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend



#### ERSTE HINWEISE ZUR UMSETZUNG

# Qualifikations- und kompetenzorientierte Arbeitsorganisation in der vollstationären Langzeitpflege

---

In Bezug auf gendersensible Sprache folgt der nachfolgende Text den Vorgaben des GKV-Spitzenverbands, die sich von den ansonsten von den beteiligten Institutionen verwendeten Praktiken unterscheiden können.

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>Präambel des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend</b>	<b>3</b>
<b>Vorbemerkung zu zentralen Begriffen</b>	<b>9</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>10</b>
<b>2 Qualifikations- und kompetenzorientierte Bezugspflege als Zielvision</b>	<b>13</b>
<b>3 Vier Schritte der Personal- und Organisationsentwicklung</b>	<b>16</b>
<b>3.1 IST-Analyse der Kompetenzen der Pflegekräfte</b>	<b>16</b>
3.1.1 Zuordnungsmatrix der Qualifikationsniveaus	17
3.1.2 Kompetenzerhebung, -analyse und Personalentwicklungsgespräche	19
3.1.3 Bildungsangebote	19
<b>3.2 IST-Analyse der Arbeitsorganisation</b>	<b>20</b>
<b>3.3 Einrichtungsindividuelle SOLL-Vision</b>	<b>21</b>
<b>3.4 Change-Prozess vom IST zum SOLL</b>	<b>24</b>
<b>4 Fazit</b>	<b>25</b>
<b>Glossar</b>	<b>26</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>28</b>



# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf des kompetenzbasierten Personalmanagement	17
Abbildung 2: Modell des bedarfsorientierten Pflegehandelns	22
Abbildung 3: Kompetenzorientierter Personaleinsatzplanungsprozess aufbauend auf dem Pflegeprozess	24

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Personal- und Organisationsentwicklung in vier Schritten	15
Tabelle 2: Pflegezertifikate zugeordnet nach Qualifikationsniveau (Darmann-Finck 2021)	18

# Verzeichnis der Übersichten

Übersicht 1: Qualifikationsmixmodell	10
Übersicht 2: Kompetenzorientierte Bezugspflege	14

# Vorbemerkung zu zentralen Begriffen

In § 113c SGB XI sind Obergrenzen für Personal in drei Personalkategorien festgelegt. Diese Aufteilung liegt allen nachfolgenden, konzeptionellen Maßnahmen zugrunde.

Es wird im Gesetzestext zwischen

- Hilfskraftpersonal ohne Ausbildung,
- Hilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr und
- Fachkraftpersonal

unterschieden.

Um die Lesbarkeit zu verbessern, werden diese drei Personalkategorien in diesem Konzept wie folgt bezeichnet:

- Hilfskraftpersonal ohne Ausbildung wird mit den Qualifikationsniveaus QN 1 und QN 2 oder als *Hilfskräfte* oder *Hilfskraftpersonal* bezeichnet.
- Hilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr wird mit dem Qualifikationsniveau QN 3 oder als *Assistenzkräfte* oder *Assistenzkraftpersonal* bezeichnet.
- Fachkraftpersonal wird – je nach Ausbildungsgrad – mit dem Qualifikationsniveau QN 4, QN 5 und QN 6 oder – zusammenfassend für diese drei Qualifikationsniveaus – als QN 4+ bezeichnet. Synonym wird auch der Begriff *Fachkräfte* verwendet.

Die *Qualifikationsniveaus* beziehen sich dabei auf die im Europäischen und im Deutschen Qualifikationsrahmen unterschiedenen acht Qualifikationsstufen.

Der Begriff *Intervention* bezeichnet im folgenden Text abgegrenzte pflegerische Handlungen. Er entspricht damit im Wesentlichen den Begriffen *Pflegemaßnahmen*, *pflegerische Maßnahmen* oder *Aufgaben*, wie sie in anderen Klassifikationssystemen genutzt werden.

Zentrale Begriffe werden zudem im Glossar definiert, das als Nachschlagewerk am Ende dieses Textes steht.

# 1 Einleitung

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurde 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 wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben zu entwickeln und zu erproben. Dieser Auftrag wurde bis zum 30. Juni 2020 ausgeführt und ist unter dem Projektnamen PeBeM bekannt geworden.

## Übersicht 1: Qualifikationsmixmodell

Im PeBeM-Projekt wurde das sogenannte *Qualifikationsmixmodell* (QMM) entwickelt und eingesetzt, das anschließend an den deutschen und europäischen Qualifikationsrahmen acht Niveaus der pflegerischen Qualifikation beinhaltet. Anhand dieses QMM wird für jede in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu erbringende pflegerische Intervention festgelegt, durch welche Pflegekräfte mit welchem Qualifikationsniveau diese fachgerecht erbracht werden kann. Das Qualifikationsmixmodell verknüpft also die bei den Pflegenden vorliegenden Qualifikationen vor dem Hintergrund der im Rahmen der Qualifizierung erworbenen Kompetenzen mit bestimmten Interventionen.

Ausgehend von den in den vollstationären Pflegeeinrichtungen erforderlichen Interventionen wurde ein System unterschiedlicher *Interventionsklassen* gebildet (z. B. einfach medizinisch-diagnostische und -therapeutische Maßnahmen). Um die Interventionsklassen mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus verknüpfen zu können, sind in jeder Interventionsklasse Interventionen mit einem einheitlichen Schwierigkeitsgrad enthalten.

Für jede Interventionsklasse konnten so die Qualifikationsniveaus zugeordnet werden, für die im Rahmen der Qualifizierung die entsprechenden Kompetenzen erlernt werden. Bei einigen Interventionsklassen ist aber nicht die Intervention selbst mehr oder weniger schwierig, sondern der Schwierigkeitsgrad ergibt sich vielmehr aus der *Komplexität der Pflegesituation*. Bei diesen Interventionen unterscheidet sich das erforderliche Qualifikationsniveau abhängig von der vorliegenden Pflegesituation des Pflegebedürftigen. Für die Komplexität der Pflegesituation wurden vier Stufen entwickelt (einfach – schwierig – komplex – hochkomplex).

Im Rahmen des PeBeM-Projekts wurde das QMM genutzt, um die Qualifikationsniveaus für den in diesem Projekt entwickelten Interventionskatalog zuzuordnen. Analoge Zuordnungen unter Nutzung des QMM können auch für andere Maßnahmenkataloge durchgeführt werden.

Das PeBeM-Projekt hat im Kern drei wesentliche Ergebnisse hervorgebracht (vgl. Rothgang et al. 2020):

**Erstens** wurde erstmalig das nachgewiesen, was von vielen in der Pflege Beschäftigten schon lange vermutet wurde: Es ist mehr Personal erforderlich, um eine fachgerechte Pflege entsprechend der Ansprüche des aktuellen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des zugrundeliegenden

Pflegeverständnisses zu leisten. Dabei kam das Projekt zu dem Schluss, dass insgesamt bundesdurchschnittlich 36 % mehr Personal benötigt wird. Mithilfe des Qualifikationsmixmodells konnte weiterhin abgeleitet werden, wie groß der Personalmehrbedarf in Abhängigkeit von den Qualifikationsniveaus ist. Bei Fachkräften in QN 4 liegt der ermittelte Personalmehrbedarf bei 3,5 %, bei Pflegehilfs- und Assistenzkräften in QN 1-3 dagegen bei insgesamt 69 %. Das bei der Ermittlung dieses Ergebnisses eingesetzte mathematische Modell wird als *Algorithmus 1.0* bezeichnet. Schon diese Bezeichnung deutet darauf hin, dass das Modell weiterentwickelt werden kann und soll, sobald aus der Erprobung in der Praxis neue Daten verfügbar sind. Da Personalmehrbedarfe sowohl von der Zusammensetzung der Bewohnerschaft als auch von der bestehenden Personalausstattung abhängen, sind diese Personalmehrbedarfe je nach Einrichtung unterschiedlich hoch.

**Zweitens** wurde empirisch belegt, dass für die Versorgung von Pflegebedürftigen mit steigendem Pflegegrad nicht nur mehr Arbeitszeit benötigt wird, sondern auch ein höherer Anteil an Fachkraftzeit.

**Drittens** wurde gezeigt, dass die Arbeitsorganisation in stationären Pflegeeinrichtungen bisher nicht entlang der Qualifikationen der Pflegekräfte erfolgte. Pflegefachkräfte nutzten nur die Hälfte ihrer Arbeitszeit für Interventionen, die eine Pflegefachkraft erforderten. Gleichzeitig erbrachten Hilfs- und Assistenzkräfte in einem Fünftel ihrer Arbeitszeit Interventionen, für die sie nicht ausreichend qualifiziert waren. Hieraus war darauf zu schließen, dass die Qualifikationen der Mitarbeitenden und ihre individuellen Kompetenzen nicht deckungsgleich waren, so dass regelmäßig Effekte der Überforderung bei Hilfs- und Assistenzkräften und der Unterforderungen bei den Fachkräften auftreten.

**Viertens** wurde aus dem Projekt deutlich, dass für einen effektiven Einsatz des zusätzlichen Personals umfassende Maßnahmen der Organisations- und Personalentwicklung notwendig sind. Auf Grundlage des Algorithmus 1.0 soll Mehrpersonal in allen Qualifikationsniveaus, insbesondere aber sollen mehr Assistenz- und Hilfskräfte eingesetzt werden. Damit verschiebt sich auch die Aufgabenverteilung. Die zusätzlichen Pflegekräfte sollten bei einer derartigen Verschiebung in der Qualifikationsstruktur so eingesetzt werden, dass sich die Qualität der Pflege und die Arbeitsbedingungen aller Pflegekräfte gleichermaßen verbessern.

In zwei Gesetzen, dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) vom 29. Dezember 2020 und dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 19. Juli 2021, wurden erste Schritte zur Einführung des Personalbemessungsverfahrens unternommen. Seit dem 1. Juli 2023 gilt die im GVWG eingeführte (und durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz [PUEG] nochmals geänderte) Fassung des § 113c SGB XI, in dem die *Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen* geregelt ist. Dieser Paragraph enthält nun bundeseinheitliche *Obergrenzen* für über die Pflegevergütungen finanzierbares Pflegepersonal. Danach können viele Einrichtungen zusätzliches Pflegepersonal vereinbaren und einstellen – insbesondere mehr Pflegeassistentenkräfte. Hiermit sollen die Pflegequalität und die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte weiter verbessert werden. Mit einer zunehmenden Zahl an Beschäftigten, insbesondere einer Zunahme des Anteils der Pflegeassistentenkräfte, entsteht in den Einrichtungen in der Regel ein veränderter Qualifikationsmix und somit eine andere personelle Zusammensetzung der Pflegeteams. Um mit diesen die gewünschte Qualität der Versorgung sowie die Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu erreichen, soll die Pflege verstärkt qualifikations- und kompetenzorientiert organisiert werden.

Um die dafür erforderlichen Personal- und Organisationsentwicklungsprozesse zu entwickeln und zu erproben, hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3b SGB XI ein Modellprojekt vergeben, dessen Ziele in der Präambel bereits beschrieben wurden. Dieses Modellprojekt wird seit dem 1. Dezember 2022 bis zum 30. September 2025 von der Universität Bremen, der Hochschule Bremen, der contec GmbH und dem aQua-Institut durchgeführt.

Bei der Entwicklung und Erprobung des Konzepts für einen qualifikations- und kompetenzorientierten Personaleinsatz soll die *Organisationsentwicklung* gewährleisten, dass die Pflegehandlungen von Personen mit den entsprechenden Qualifikationen vorgenommen werden, soweit dies im Rahmen der Bezugspflege möglich ist. Die *Personalentwicklung* soll die Kompetenzen der Pflegenden zunächst so erweitern, dass sie die Aufgaben, die mit einer Qualifikation verbunden sind, auch tatsächlich in den entsprechenden Prozessen übernehmen können. Darüber hinaus sollen die Pflegenden im Rahmen der Personalentwicklung auch dabei unterstützt werden, sich für den Erwerb einer höheren Qualifikation zu entscheiden. Dies gilt insbesondere aber nicht ausschließlich für die Weiterqualifikation von Pflegehilfskräften zu Assistenzkräften. Die Ergebnisse des Modellprogramms werden allen vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Abschluss des Modellprogramms im Jahr 2025 zur Verfügung gestellt.

Der nachfolgende Text ist eine erste Arbeitshilfe, die – bereits vor Abschluss des Modellprogramms - den Einführungsprozess einer solchen qualifikations- und kompetenzorientierten Arbeitsorganisation für vollstationäre Pflegeeinrichtungen vorbereiten und erste konkrete Handlungsschritte ermöglichen soll.

Hierzu wird in *Kapitel 2* zunächst die Zielvision einer qualifikations- und kompetenzorientierten Bezugspflege skizziert, die mit einer erhöhten Zahl an Pflegekräften und einem anderen Qualifikationsmix ermöglicht werden kann. Auf dem Weg zu dieser Zielvision sind vier aufeinander aufbauende Schritte für Einrichtungen erforderlich: eine IST-Analyse der Personalkompetenzen (*Kapitel 3.1*), eine IST-Analyse der Arbeitsorganisation (*Kapitel 3.2*), die Erarbeitung einer einrichtungsindividuellen SOLL-Vision (*Kapitel 3.3*) und der Change-Prozess (*Kapitel 3.4*), der den Übergang vom IST zum SOLL beschreibt.

Als konkrete Orientierung für eine IST-Analyse der individuellen Personalkompetenzen werden in *Kapitel 3.1* Instrumente eines Kompetenzmanagements skizziert. Ein zweiter zentraler Gegenstand der IST-Analyse ist die Beantwortung der Frage, wer aktuell welche pflegerischen Aufgaben übernimmt (IST-Situation) und inwiefern diese Zuordnung qualifikations- und kompetenzorientiert erfolgt (*Kapitel 3.2*). *Kapitel 3.3* enthält einige Vorschläge, welche Elemente bei der Erarbeitung der einrichtungsindividuellen Zukunftsvision (SOLL) eingesetzt werden können. Da diese Elemente noch nicht erprobt sind, dienen sie lediglich als Beispiele für mögliche Weiterentwicklungen – ohne jegliche Verbindlichkeit. Der Change-Prozess selbst wird in *Kapitel 3.4* thematisiert.

Konkrete Arbeitshilfen und Instrumente für die vier dargestellten Schritte können erst zu einem späteren Zeitpunkt nach ihrer Entwicklung und der Erprobung in den Modelleinrichtungen veröffentlicht werden.

## 2 Qualifikations- und kompetenzorientierte Bezugspflege als Zielvision

Im Modellprojekt werden in den zehn Modelleinrichtungen Organisations- und Arbeitsstrukturen geschaffen, die eine qualifikations- und kompetenzorientierte Pflege ermöglichen. Allerdings darf die Qualifikations- und Kompetenzorientierung nicht dazu führen, wichtige fachliche Entwicklungsschritte wie die Entfernung von Verrichtungsbezug und Funktionspflege negativ zu beeinflussen. Vielmehr muss gleichzeitig an dem Konzept der Bezugspflege weiter festgehalten werden bzw. müssen derartige Konzepte eingeführt werden, sofern dies noch nicht erfolgt ist. Um zum Ausdruck zu bringen, dass Kompetenzorientierung und Bezugspflege gleichermaßen die Zielvision prägen, werden diese Konzepte im Begriff der „kompetenzorientierten Bezugspflege“ zusammengefügt.

Der Begriff kompetenzorientiert sagt dabei aus, dass die Aufgabenverteilung unter Berücksichtigung der bei den Mitarbeitenden eines bestimmten Qualifikationsniveaus tatsächlich vorhandenen Kompetenzen erfolgt. Dabei unterscheidet sich die kompetenzorientierte Bezugspflege grundsätzlich von der Funktionspflege. Bei der Funktionspflege wird die Auswahl der durchzuführenden Interventionen funktional begründet und orientiert sich an der Organisation der betrieblichen Abläufe. Das Ziel dabei ist eine möglichst effiziente Arbeitsorganisation – wobei Effizienz hier auf einen möglichst geringen Ressourceneinsatz abzielt. Dazu erfüllen die Pflegekräfte arbeitsteilig Funktionen, die aber von den konkreten Bewohnenden unabhängig sind. Die Arbeitsorganisation steht damit am Anfang des Organisationsprozesses, die Bewohnenden und ihre Bedarfe und Bedürfnisse hingegen am Ende. Sie werden als Objekt der Pflege zu passiven Leistungsempfangenden.

In der kompetenzorientierten Bezugspflege werden die durchzuführenden Interventionen dagegen bedarfs- und bedürfnisorientiert ausgewählt und den Pflegepersonen primär zugeordnet, die in einer dauerhaften Beziehung mit der zu pflegenden Person stehen. Das Ziel ist es, alle individuell erforderlichen Interventionen für jede pflegebedürftige Person zu ermitteln und person-zentriert zu erbringen. Die arbeitsteilige Zusammenarbeit der Pflegekräfte entsteht so aus dem festgestellten bedarfsorientierten Versorgungsumfang und aus den situativen und beziehungsorientierten Bedürfnissen des Bewohnenden für die Erbringung der erforderlichen Interventionen. Der Arbeitsorganisationsprozess nimmt seinen Ausgangspunkt dementsprechend bei den pflegebedürftigen Personen und ihren Bedarfen und Bedürfnissen. Im Gegensatz zur Funktionspflege werden die pflegebedürftigen Personen hierbei zu aktiv Mitgestaltenden der Pflege.

Einrichtungen müssen mit dem Pflegeprozess arbeiten, damit eine erfolgreiche kompetenzorientierte Bezugspflege umgesetzt werden kann. Dabei kann dieser in 4, 5 oder 6 Schritten erfolgen. Hier ist jede Einrichtung frei, ihre Pflegeprozessmethode zu wählen bzw. an etablierten Modellen festzuhalten. Im Folgenden wird das Strukturmodell als das verbreitetste Pflegeprozessmodell beispielhaft aufgegriffen und zu einem kompetenzorientierten Personaleinsatzplanungsprozess weiterentwickelt, indem eine kompetenzorientierte Arbeitsorganisation integriert wird.

## Übersicht 2: Kompetenzorientierte Bezugspflege

Der Begriff der *Kompetenzorientierung* zielt darauf ab, dass pflegerische Interventionen von den jeweils formal qualifizierten und auch fachlich geeigneten Pflegekräften durchgeführt werden.

In einem ersten Schritt wird bestimmt, welches formale *Qualifikationsniveau* eine Pflegekraft für eine bestimmte Intervention benötigt. Hierzu werden pflegerische Interventionen einer Interventionsklasse zugeordnet. Für die meisten Interventionsklassen ist im Qualifikationsmixmodell bereits das passende Qualifikationsniveau hinterlegt. Für einige Interventionen muss zusätzlich aber – anhand der Items des Begutachtungsinstrumentes und der Einschätzung der Stabilität der gesundheitlichen Lage – die Komplexität der Pflegesituation bestimmt werden. Unter Hinzuziehung dieser Information ist das SOLL-Qualifikationsniveau für jede Intervention festgelegt. Im PeBeM-Interventionskatalog sind diese Zuordnungen bereits hinterlegt, für alle anderen Kataloge können analoge Zuordnungen vorgenommen werden.

In einem zweiten Schritt wird dann auf die individuell vorhandenen Kompetenzen abgestellt. Durch das Vorliegen eines spezifischen Qualifikationsniveaus werden jeder Pflegekraft entsprechende Kompetenzen zugeschrieben, ohne dass im Einzelfall klar ist, ob dies zutrifft. In einer Kompetenzanalyse ist daher zu prüfen, ob die gemäß dem vorliegenden Qualifikationsniveau zugeschriebenen Kompetenzen tatsächlich individuell vorhanden sind. Sofern das nicht der Fall ist, werden entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen angeboten. Ziel ist, dass nach den Qualifizierungsmaßnahmen die Kompetenzen dem Qualifikationsniveau entsprechen. Bei den meisten Pflegekräften kann davon ausgegangen werden, dass dies möglich ist. Bei Pflegekräften, die auch nach den Qualifizierungsmaßnahmen nur teilweise über die Kompetenzen verfügen, die auf Grund ihrer Qualifikation zu erwarten sind, richtet sich die Einsatzplanung dann nach den tatsächlich vorhandenen Kompetenzen. Dabei werden individuelle Stärken und Schwächen sowie auch Präferenzen der Mitarbeitenden berücksichtigt, damit Interventionen – so weit möglich – von den Pflegekräften durchgeführt werden, die tatsächlich über die entsprechenden Kompetenzen verfügen und diese motiviert einsetzen, um eine Unter- oder Überforderung der Mitarbeitenden zu vermeiden.

Eine einseitige Orientierung am Ziel reiner Kompetenzorientierung würde aber womöglich dazu führen, dass Arbeitsabläufe in kleinteilige Arbeitsschritte zergliedert und so auf Pflegekräfte verteilt werden, dass eine große Anzahl an Pflegekräften an der Versorgung einer pflegebedürftigen Person beteiligt ist. In der Folge könnte Bezugspflege dadurch erschwert bzw. sogar unmöglich gemacht werden. In der *kompetenzorientierten Bezugspflege* begrenzt das Konzept der Bezugspflege als zweites Ziel daher die Kompetenzorientierung, während die Kompetenzorientierung ihrerseits zu Anpassungen im Konzept der Bezugspflege führen kann.

Aufgabe jeder Einrichtung ist es, die für sie ideale Balance zwischen den beiden Zieldimensionen Kompetenzorientierung und Bezugspflege zu finden, um so kompetenzorientierte Bezugspflege zu gewährleisten.

Die Umsetzung kompetenzorientierter Bezugspflege in Einrichtungen erfordert das Durchlaufen von vier Schritten: (1) der IST-Analyse des Status quo der Kompetenzen des Personals, (2) der IST-Analyse der Arbeitsorganisation, (3) der Entwicklung einer einrichtungsindividuellen Zielvision kompetenzorientierter

Bezugspflege (SOLL-Vision) und (4) des Veränderungsprozesses vom IST zum SOLL. Tabelle 1 bildet diese Schritte ab und zeigt, welche Fragen für die Umsetzung kompetenzorientierter Bezugspflege jeweils zu beantworten sind. Während der erste Schritt die Personalentwicklung betrifft, beziehen sich die darauffolgenden Schritte zwei bis vier auf die Organisationsentwicklung. Sowohl für die Personal- als auch für die Organisationsentwicklung werden anwendbare Instrumente nach erfolgreicher Erprobung im Modellprogramm vorliegen.

**Tabelle 1: Personal- und Organisationsentwicklung in vier Schritten**

1. Schritt	<p><i>IST-Analyse der vorhandenen Qualifikationsniveaus, Kompetenzen und Potentiale:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welches Qualifikationsniveau haben die Pflegenden?</li> <li>• Welche Kompetenzen liegen bei den Pflegenden vor?</li> <li>• Entsprechen die persönlichen Kompetenzen dem jeweiligen Qualifikationsniveau der Pflegenden?</li> <li>• Welche Pflegenden können ihre Kompetenzen ggf. durch Aus-, Fort- oder Weiterbildung weiterentwickeln oder über eine Ausbildung oder sonstige durch den Gesetzgeber in § 113c SGB XI geregelte Verfahren ein neues Qualifikationsniveau erreichen?</li> </ul>	Personalentwicklung
2. Schritt	<p><i>IST-Analyse der Arbeitsorganisation:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch welches Qualifikationsniveau werden derzeit welche Interventionen erbracht?</li> <li>• Wie erfolgt die Zuordnung von Interventionen für individuelle Heimbewohnende und Qualifikationsniveaus der Pflegekräfte?</li> <li>• Wie wird die Bezugspflege umgesetzt?</li> </ul>	Organisationsentwicklung
3. Schritt	<p><i>Entwicklung einer SOLL-Vision:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wer soll in Zukunft welche Interventionen erbringen?</li> <li>• Wie soll die Zuordnung von Interventionen für individuelle Heimbewohnende und Qualifikationsniveaus der Pflegekräfte in Zukunft erfolgen?</li> <li>• Wie soll die Bezugspflege in Zukunft umgesetzt werden?</li> <li>• Wie soll die Arbeit in den Wohnbereichen zukünftig geplant werden?</li> </ul>	
4. Schritt	<p><i>Der Weg vom IST zum SOLL:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie kann die heimindividuelle Zielvision erreicht werden und welche Veränderungen sind dazu notwendig?</li> <li>• Wodurch kann die kompetenzorientierte Bezugspflege fest in die Handlungsabläufe der Pflege etabliert werden?</li> </ul>	



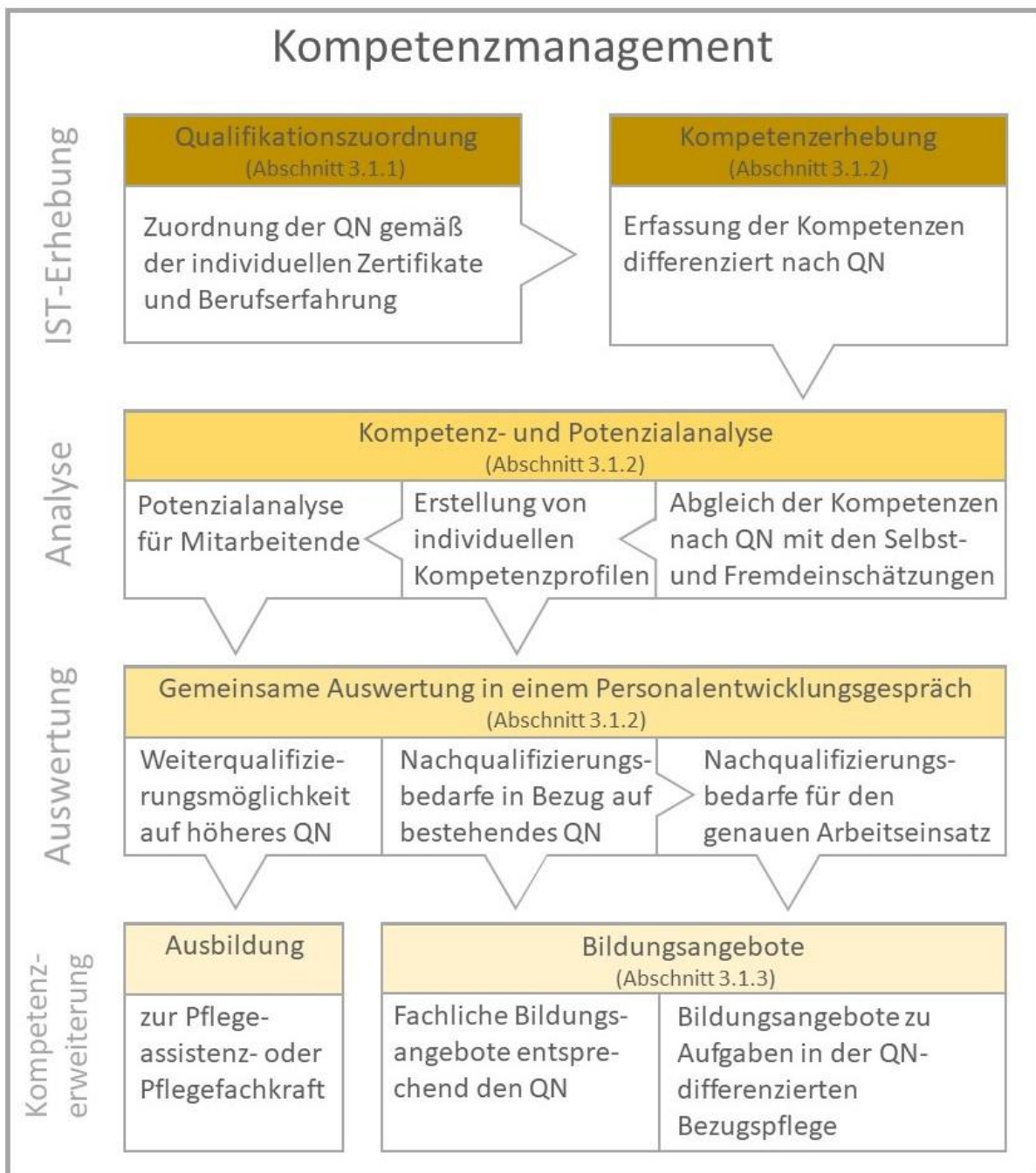
## 3 Vier Schritte der Personal- und Organisationsentwicklung

Die in Tabelle 1 genannten vier Schritte sollen nachfolgend (Abschnitt 3.1 bis 3.4) näher erläutert werden. Zum Einstieg wird eine Orientierung zur Systematik der Kompetenzanalyse gegeben und dieser Schritt in größerer Ausführlichkeit dargestellt.

### **3.1 IST-Analyse der Kompetenzen der Pflegekräfte**

Um die Pflegekräfte der unterschiedlichen Qualifikationsniveaus entsprechend ihrer Qualifikation einsetzen zu können, wird ein kompetenzbasiertes Personalmanagement benötigt (Abbildung 1).

Im Rahmen des Kompetenzmanagements soll sichergestellt werden, dass alle Pflegenden die Kompetenzen aufweisen, die ihrer formalen Qualifikation entsprechen. Andernfalls werden die Pflegenden beim Erwerb der fehlenden Kompetenzen unterstützt oder aber es werden gemeinsam Vereinbarungen zu einer Anpassung des Verantwortungs- und Aufgabenbereichs getroffen. Im Einzelnen geht es hierbei um die Bestimmung des Qualifikationsniveaus jedes einzelnen Mitarbeitenden (Abschnitt 3.1.1), die Durchführung von Kompetenzanalysen und auf den Ergebnissen dieser Analyse aufbauende Personalentwicklungsgespräche (Abschnitt 3.1.2) sowie zugehörige Bildungsangebote (Abschnitt 3.1.3).

**Abbildung 1: Ablauf des kompetenzbasierten Personalmanagement**

Quelle: Universität Bremen, eigene Darstellung

### 3.1.1 Zuordnungsmatrix der Qualifikationsniveaus

Bei der Zuordnungsmatrix handelt es sich um eine bereits vorliegende Arbeitshilfe für die Einrichtungen. Mit ihrer Hilfe kann allen Pflegenden, die Pflegemaßnahmen in der direkten Versorgung erbringen oder erbringen könnten, ihr individuelles Qualifikationsniveau zugeordnet werden. Ausgangspunkt sind rechtliche Regelungen auf Ebene des Bundes und der Länder. Die Zuordnung des bestehenden Personals zu den Qualifikationsniveaus orientiert sich an den vorhandenen Pflegezertifikaten, wie beispielsweise der

Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung. Als Arbeitshilfe für einen ersten Überblick über die Qualifikationsniveaus der Pflegenden kann Tabelle 2 genutzt werden.

**Tabelle 2: Pflegezertifikate zugeordnet nach Qualifikationsniveau (Darmann-Finck 2021)**

Qualifikationsniveau (QN)	Zugeordnete Pflegezertifikate
QN 1	Mitarbeitende ohne Ausbildung, nach vier Monaten angeleiteter Tätigkeit
QN 2	Pflegende ohne Ausbildung mit einem Nachweis von mindestens 150 Stunden theoretischem und praktischem Pflegeunterricht und insgesamt mindestens einjähriger angeleiteter Tätigkeit
QN 3	Pflegeassistentenkräfte mit ein- oder zweijähriger Ausbildung (nach landesspezifischen Ausbildungsregelungen)
QN 4	Pflegefachkräfte mit beruflicher Ausbildung von min. 3 Jahren in Vollzeit
QN 5 (Fach)	Pflegefachkräfte mit mindestens 2 Jahren Berufserfahrung und-Fortbildung im Umfang von $\geq 160$ Stunden theoretischem Unterricht (z. B. Palliativpflege, Gerontopsychiatrie, Wundmanagement) entsprechend der länderspezifischen Weiterbildungsordnungen
QN 6 (Fach)	Pflegefachkräfte mit einem klinischen Bachelorabschluss (z. B. primärqualifizierendes Studium, Studium der Pflegewissenschaft o. ä.)

In der Zuordnungsmatrix sind die zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 43c SGB XI (ebenso wie einige weitere Personengruppen, für die es landesrechtlich Sonderschlüssel gibt) nicht enthalten. Sie sind ebenso nicht in den Personalziffern des § 113c SGB XI enthalten. Mitarbeitende ohne Ausbildung mit weniger als vier Monaten angeleiteter Tätigkeit haben zwar formal das Qualifikationsniveau 1 nicht erreicht, werden aber trotzdem in den Einrichtungen eingesetzt. Mit der im PUEG erfolgten Neufassung des § 113c Abs. 3 Satz 1 Nummer 2 SGB XI können Pflegehilfskräfte ohne Berufsausbildung, die sich berufsbegleitend zur Pflegeassistentenkraft weiterqualifizieren, bereits während der berufsbegleitenden Ausbildung beim Stellenschlüssel für den angestrebten Berufsabschluss berücksichtigt werden.

Ergänzend steht ein Erklärvideo *Qualifikationsniveaus in der Pflege* zum Download über den nach diesem Abschnitt folgenden QR-Code zur Verfügung. Die Zuordnung richtet sich nach erworbenen Qualifikationen (Berufsabschlüssen), Zertifikaten und der Dauer der Anleitung. Auf Grundlage der formalen Qualifikationen werden den Pflegekräften im nächsten Schritt berufsbezogene Kompetenzen zugesprochen, die für die Umsetzung des kompetenzorientierten Personaleinsatzes vorausgesetzt werden. Dieser Arbeitsschritt legt damit zugleich das individuelle SOLL der Kompetenzen einer Pflegekraft fest, dessen ebenso individuelle Erfüllung für den kompetenzorientierten Personaleinsatz erforderlich ist.



Modellprogramm Personalbemessung

### **3.1.2 Kompetenzerhebung, -analyse und Personalentwicklungsgespräche**

In der Kompetenzerhebung werden Informationen zu den aktuellen Verantwortungs- und Aufgabenbereichen sowie zum Können und Wissen von Pflegenden gesammelt. Die Verantwortungs- und Aufgabenbereiche als Erhebungsstruktur sollen sich dabei an den bewohnendenzentrierten Interventionen und Aufgabenbereichen orientieren, die im Rahmen der Qualifikations- und Kompetenzorientierung durch unterschiedliche Qualifikationsniveaus übernommen werden. Die Kompetenzerhebung schafft damit eine Kommunikationsgrundlage für die Beurteilung der aktuell zur Verfügung stehenden Kompetenzen und damit auch für zukünftige berufliche Entwicklung der Pflegenden im Rahmen der Personalentwicklung. Gleichzeitig kann sie als Planungsgrundlage dienen, um im Rahmen der Organisationsentwicklung auch Verantwortungs- und Aufgabenbereich der Pflegenden passend zuzuschneiden.

Auf Grundlage der Kompetenzerhebungen sollen strukturierte Personalentwicklungsgespräche durchgeführt werden. Bei diesen Gesprächen werden die Selbst- und die Fremdeinschätzung der Kompetenzen der Mitarbeitenden verglichen, indem unterschiedliche Einschätzungen abgeglichen und zusammengeführt werden. Fehlen den Mitarbeitenden Kompetenzen zur Übernahme von Interventionen, die eigentlich ihrem Qualifikationsniveau entsprechen, werden konkrete Maßnahmen der Personalentwicklung (z. B. eine Teilnahme an individuellen Fortbildungsangeboten) vereinbart, um diese Kompetenzen zu erwerben. Erweist sich dies als nicht möglich, muss in Absprache mit den Mitarbeitenden geklärt werden, ob ggf. im Rahmen der Organisationsentwicklung eine Anpassung des Verantwortungs- und Aufgabenbereichs erfolgen soll und kann.

Möglicherweise stellt sich bei der Kompetenzanalyse auch heraus, dass die Mitarbeitenden bereits Kompetenzen aus dem nächst höheren Qualifikationsniveau aufweisen. In diesem Fall kann besprochen werden, ob die Mitarbeitenden Interesse am Erwerb eines höherwertigen Berufsabschlusses haben und wie dieser erreicht werden kann.

Im Modellprojekt wurde zu Kompetenzanalyse und Personalentwicklungsgesprächen ein spezifisches Instrument entwickelt, das eine Selbsteinschätzung der Pflegenden und eine Fremdeinschätzung durch eine Leitungsperson kombiniert. Es befindet sich derzeit noch in der Erprobung und soll nach seiner Fertigstellung veröffentlicht werden. Bis dahin können sich Einrichtungen, die bereits Erfahrungen mit Kompetenzanalysen generieren wollen, an bekannten Instrumenten zur Kompetenzerfassung orientieren oder anhand der SOLL-Vision in der Einrichtung selbst entwickelte Instrumente nutzen.

### **3.1.3 Bildungsangebote**

Der Einsatz von Kompetenzanalysen im Rahmen der individuellen Personalentwicklung kann bei zielgerichteter Anwendung geeignet sein, regelmäßig bestehende (Weiter)Bildungsbedarfe aufzuzeigen. Im

Modellprojekt werden daher standardisierte Bildungsangebote erarbeitet, die Einrichtungen beim Einstieg in einen qualifikations- und kompetenzorientierten Personaleinsatz (s. Kapitel 3.4) unterstützen. Diese konzentrieren sich zunächst auf die fachlichen Kompetenzen der Pflegenden und schließen an die Ergebnisse der Kompetenzanalysen und die Vereinbarungen in den Personalentwicklungsgesprächen an. Im Rahmen des Modellprojekts werden Erklärvideos, Videotutorials sowie schriftliche Unterlagen erstellt und erprobt, die mit der Zeit zur kostenfreien Nutzung veröffentlicht werden sollen.

Ein Erklärvideo mit Basisinformationen zu den Qualifikationsniveaus kann bereits auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes abgerufen werden. Die fachlichen Themen der Bildungsangebote unterscheiden sich für die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus. Es ist geplant Bildungsangebote für Pflegeassistenzkräfte zu folgenden Themen nach Erprobung im Modellprojekt auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes bereitzustellen:

- subkutane Injektionen,
- Blutzuckermessung und Insulintherapie.

Fachlich werden Pflegeassistenzkräfte während ihrer ein- bis zweijährigen Ausbildung für diese Inhalte qualifiziert. Allerdings werden ihnen die entsprechenden Aufgaben in vielen Einrichtungen derzeit nur in begrenztem Umfang übertragen, so dass nicht flächendeckend von einer Nutzung und Aufrechterhaltung der entsprechenden Kompetenzen ausgegangen werden kann. Da im Rahmen einer qualifikations- und kompetenzorientierten Pflegeorganisation unter Einsatz des QMM die Übertragung dieser Tätigkeiten jedoch regelmäßig eingeplant ist, kann ein häufiger Nachqualifizierungsbedarf angenommen werden. Zum Ende des Modellprojekts werden weitere Bildungsangebote vorliegen, die den dann erprobten Veränderungsprozess zur Einrichtung eines qualifikations- und kompetenzorientierten Arbeitseinsatzes erläutern. Die genauen Inhalte dieser Bildungsmaßnahmen können jedoch heute noch nicht benannt werden, da sie von den Evaluationsergebnissen in den Modelleinrichtungen abhängen.

### **3.2 IST-Analyse der Arbeitsorganisation**

Bei der *IST-Analyse der Arbeitsorganisation* (2. Schritt in Tabelle 1) muss festgestellt werden, *wer im Status quo welche Interventionen erbringt*, da die Umstellung auf eine kompetenzorientierte Bezugspflege ansonsten nicht möglich ist. Derzeit dokumentieren manche Einrichtungen aber ganze geplante Tätigkeitsbereiche als „erledigt“, wenn sich gegenüber der Planung keine wesentlichen Änderungen ergeben haben. Dadurch können die Einrichtungen den Überblick darüber verlieren, welche Pflegekraft mit welchem Qualifikationsniveau welche Interventionen erbringt. Sofern diese Informationen nicht vorliegen, müssen sie zu Beginn der Organisationsentwicklung systematisch erhoben werden. Das kann entweder mithilfe von spezifischer Software erfolgen oder auch durch punktuelle Beobachtungen in den Einrichtungen. Sofern das Qualifikationsniveau bereits in der Planung berücksichtigt wurde, können auch diese Daten ausgewertet werden. Durch Abgleich mit den für die Pflegeinterventionen vorgesehenen Qualifikationsniveaus kann so ermittelt werden, bei welchen Interventionen Leistungserbringungen erfolgen, für die die Pflegekräfte deutlich über- oder unterqualifiziert sind. Diese Interventionen sind anschließend im Change-Prozess vorrangig zu adressieren. Diese IST-Analyse kann mit unterschiedlichen Instrumenten umgesetzt werden und führt in den Modelleinrichtungen auch zu verschiedenen Einsatzszenarien, sodass bereits im Projektverlauf Hinweise auf gute Praxis-Modelle zur Verfügung gestellt werden können.

### 3.3 Einrichtungsindividuelle SOLL-Vision

Kompetenzorientierte Bezugspflege beinhaltet, dass die Aufgaben, die ausgehend von den Bedarfen und Bedürfnissen der zu pflegenden Menschen definiert werden, qualifikations- und kompetenzgerecht auf die vorhandenen Pflegenden verteilt werden. Je höher die Qualifikation der Pflegenden, desto anspruchsvoller sind auch die Aufgaben, für die sie zuständig sind. In Hinblick auf die Zielvision einer kompetenzorientierten Bezugspflege lassen sich die Zuständigkeiten folgendermaßen zusammenfassen:

*Pflegefachkräfte* mit QN 4 und höher mit den entsprechenden Kompetenzen tragen die fachliche Verantwortung für die Planung und Steuerung des Pflegeprozesses (vorbehaltene Tätigkeiten). Sie übernehmen außerdem die Durchführung von an sich komplexen Pflegeinterventionen, von delegierten komplizierten medizinisch-diagnostischen und -therapeutischen Aufgaben sowie von körpernahen Pflegeinterventionen in „komplexen Pflegesituationen“. In komplexen Pflegesituationen befinden sich zu pflegende Menschen, die sich nicht selbstständig bewegen können, sodass sie umfassende Unterstützung seitens der Pflegepersonen benötigen. In komplexen Pflegesituationen sind darüber hinaus auch diejenigen Pflegebedürftigen, bei denen besondere psychische Verhaltensweisen und Problemlagen (z. B. verbale Aggressionen, Antriebslosigkeit) täglich auftreten oder die z. B. eine der folgenden Diagnosen aufweisen: Dekubitus, chronische Wunde, instabile Schmerzen, instabile Luftnot, instabile koronare Herzkrankheit, Mangelernährung, instabile neuro-psychiatrische Situation. Außerdem sind Pflegefachkräfte für einige indirekte Pflegeinterventionen zuständig, wie beispielsweise die Schulung und Anleitung der Pflegeassistenten- und Hilfskräfte.

Die *Pflegeassistentenkräfte* (QN 3) übernehmen (unter der fachlichen Koordination und Überwachung der Fachkräfte) die Durchführung von einfachen delegierten medizinisch-diagnostischen und -therapeutischen Aufgaben sowie körpernahe Pflegeinterventionen bei gesundheitlich stabilen Pflegebedürftigen in „komplizierten Pflegesituationen“. In komplizierten Pflegesituationen befinden sich zu pflegende Menschen, die erhebliche Einschränkungen in ihrer Bewegungsfähigkeit aufweisen, aber durchaus noch über Ressourcen verfügen (z. B. wenige Schritte gehen oder sich im Rollstuhl wenige Meter fortbewegen), sodass sie sich an Pflegehandlungen beteiligen können. In komplizierten Pflegesituationen befinden sich auch Pflegebedürftige, bei denen besondere psychische Verhaltensweisen und Problemlagen (z. B. verbale Aggressionen, Antriebslosigkeit) maximal zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich auftreten.

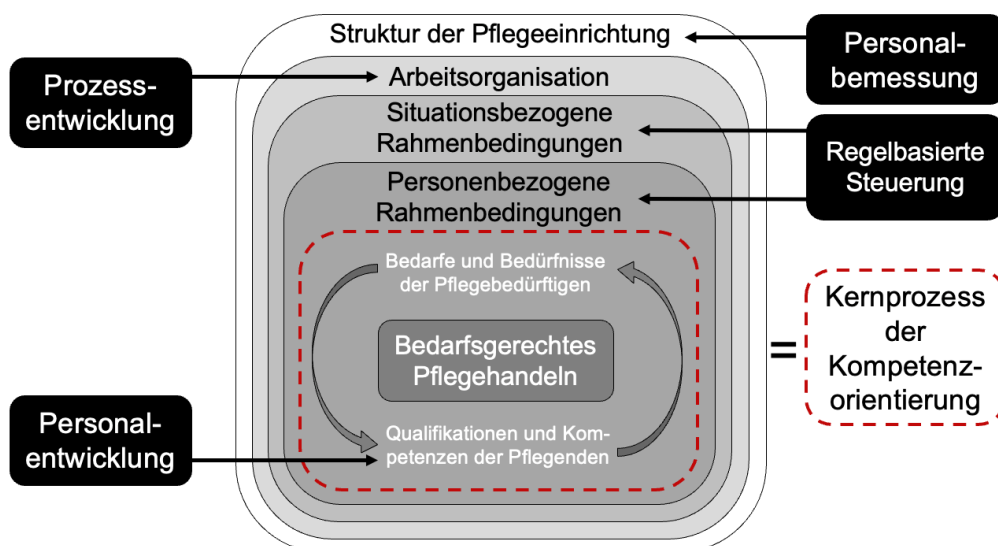
Die *Pflegehilfskräfte* mit einem absolvierten Pflegebasiskurs (QN 2) führen körpernahe Pflegeinterventionen bei „einfachen Pflegesituationen“ durch. In einfachen Pflegesituationen befinden sich zu pflegende Menschen, die sich noch überwiegend selbstständig bewegen können und dabei nur wenig Unterstützung seitens der Pflegeperson benötigen. In einfachen Pflegesituationen befinden sich Pflegebedürftige, wenn bei ihnen besondere psychische Verhaltensweisen und Problemlagen (z. B. verbale Aggressionen, Antriebslosigkeit) maximal ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen auftreten.

Zwar gilt die Zielvision der kompetenzorientierten Bezugspflege für alle Einrichtungen, allerdings weisen diese je verschiedene Ausgangssituationen auf. Die gemeinsame Zielvision muss daher *einrichtungsindividuell* ausgestaltet werden. Auch im Ergebnis dürften sich zwischen verschiedenen Typen von Einrichtungen Unterschiede ergeben. Daher muss jede Einrichtung – unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Einrichtungskonzeption – eine konkrete SOLL-Vision partizipativ entwickeln. Die Einrichtungen des Modellprojekts durchlaufen diesen Prozess derzeit. Hinweise darauf, welche Einrichtungsbesonderheiten welche spezifischen Zielkonzepte erfordern, können aber frühestens 2025

vorgelegt werden. Allerdings können Elemente der SOLL-Vision, die in den zehn Modelleinrichtungen erprobt werden, benannt werden. Hierbei handelt es sich um fachlich fundierte Angebote, die jedoch noch nicht wissenschaftlich erprobt sind und sich daher im Verlaufe des Modellprojekts noch weiterentwickeln können.

Zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung hin zu bedarfsorientiertem, person-zentriertem Pflegehandeln sind quantitative Veränderungen der *Personalmengen* zwar notwendig, aber allein nicht ausreichend. Personalmehrung ändert zunächst die *Struktur einer Pflegeeinrichtung* (Abbildung 2). Im Rahmen dieser Struktur wird in der *Arbeitsorganisation* das Pflegehandeln festgelegt, also *wie* die zur Verfügung stehenden Ressourcen eingesetzt werden. Dabei sind die *situativen* und *personenbezogenen* Rahmenbedingungen zu beachten. Der Kernprozess der Kompetenzorientierung in den Pflegehandlungen soll sicherstellen, dass die *Qualifikationen* und *Kompetenzen der Pflegenden* bei möglichst jeder Intervention passend sind, um die *Bedarfe und Bedürfnisse des jeweiligen Pflegebedürftigen* befriedigen zu können, sodass ein *bedarfsorientiertes Pflegehandeln* entsteht.

**Abbildung 2: Modell des bedarfsorientierten Pflegehandelns**



Quelle: Universität Bremen, eigene Darstellung

Die Umstellung auf eine kompetenzorientierte Bezugspflege erfordert nun Veränderungen auf den verschiedenen Ebenen. Während die neuen Personalanzahlzahlen des § 113c SGB XI für die meisten Einrichtungen eine *Personalbemessung* oberhalb der bisherigen Personalausstattung erlauben, sind gleichzeitig Maßnahmen der Personal- und der Organisationsentwicklung notwendig. In Bezug auf die *Personalentwicklung* müssen zunächst *Kompetenzanalysen* durchgeführt werden (s. Abschnitt 3.1).

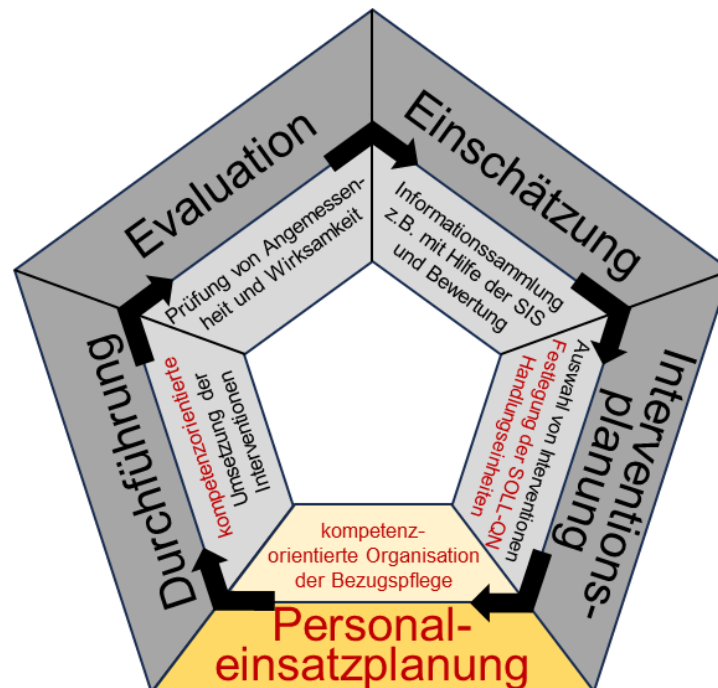
Der *Kernprozess der Kompetenzorientierung* beinhaltet den permanenten Abgleich zwischen den Qualifikations- und Kompetenzanforderungen an die Pflegenden, die aus den Bedarfen und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen entstehen, und ihren tatsächlichen Qualifikationen und Kompetenzen (Abbildung 2). Seine Organisation muss zentraler Inhalt der einrichtungsindividuellen SOLL-Vision sein. Der Kernprozess ist aber eingebettet in die Arbeitsorganisation, die gleichfalls weiterentwickelt werden muss. In der *Organisationsentwicklung* steht die Optimierung durch *regelbasierte Steuerung* unter Berücksichtigung der situations- und personenbezogenen Rahmenbedingungen im Mittelpunkt. Dabei erhalten die Daten und

Informationen der *Pflegedokumentation* eine noch zentralere Bedeutung: Die Pflegedokumentation wird nicht (mehr) vorrangig als Nachweisinstrument genutzt. Vielmehr ermöglicht sie eine bessere und schnellere Kommunikation im Pflgeteam und wird produktiv als Datengrundlage für die Steuerung des *kompetenzorientierten Personaleinsatzplanungsprozesses* genutzt. Dieser erleichtert durch eine regelbasierte Steuerung den Pflegealltag. Im Rahmen der Pflegeprozesssteuerung wird die Dokumentation durch die – nun auch arbeitsorganisatorisch verankerte – fortlaufende Weiterentwicklung der Pflegeinterventionsplanungen zur lebendigen, mitwachsenden und ganzheitlichen Datensammlung. Sie enthält für die Gestaltung des qualifikations- und kompetenzorientierten Personaleinsatzes alle erforderlichen Informationen zum Pflegezustand aller pflegebedürftigen Personen, zu den geplanten und bedarfsnotwendigen Interventionen, den individuellen Qualifikationsanforderungen sowie zu den eigentlichen Interventionsdurchführungen im Qualifikationsmix des Pflgeteams.

Ausgangspunkt für die Organisation der kompetenzorientierten Bezugspflege ist der *Pflegeprozess*. Er beschreibt Pflege als einen dynamischen Problemlösungs- und Bezugspflegeprozess. Im Pflegeprozess werden gemeinsam mit der zu pflegenden Person und ausgehend von ihren Bedürfnissen und Bedarfen implizit oder explizit Ziele festgelegt und die erforderlichen Interventionen geplant, durchgeführt und evaluiert (Brobst 1999, Iyer et al. 1995). Trotz seiner Omnipräsenz ist der Pflegeprozess in der Fachliteratur bis heute nicht einheitlich definiert und wird in verschiedenen Modellen mit vier bis sechs Schritten beschrieben (Fafflock et al. 2003), wobei die Terminologie der einzelnen Schritte variiert (MDS 2005). Welche Form des Pflegeprozesses die Einrichtungen anwenden, kann dabei ihnen überlassen bleiben – von zentraler Bedeutung ist aber, *dass* sie eine Form des Pflegeprozesses verwenden. Nachstehend wird von einem vierschrittigen Prozess ausgegangen, wie er im Strukturmodell verwendet wird.



**Abbildung 3: Kompetenzorientierter Personaleinsatzplanungsprozess aufbauend auf dem Pflegeprozess**



Quelle: Universität Bremen, angelehnt an: Yura, H.; Walsh, M.B.: The Nursing Process. Assessing, Planning, Implementing, Evaluating. 5. Aufl. Norwalk 1988

Abbildung 3 bildet den *kompetenzorientierten Personaleinsatzplanungsprozess* ab, der aus dem vierschriftigen Pflegeprozess des Strukturmodells erwächst. Die vier Schritte des Pflegeprozesses – Einschätzung, Interventionsplanung, Durchführung und Evaluation – werden dabei um einen fünften Schritt ergänzt, nämlich um den der Personaleinsatzplanung. Die Interventionsplanung und die Durchführung werden lediglich um einen Aspekt angereichert, nämlich die Festlegung der SOLL-Qualifikationsniveaus für die geplanten Interventionen. Die kompetenzorientierte Organisation der Bezugspflege stellt hingegen einen neuen Schritt dar. Der auf die Bedarfe und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person ausgerichtete Pflegeprozess wird so um eine *arbeitsorganisatorische* Ebene ergänzt, die notwendig ist, um kompetenzorientierte Bezugspflege durchführen zu können.

### 3.4 Change-Prozess vom IST zum SOLL

Auch für die Umstellung von der aktuellen Arbeitsorganisation auf eine kompetenzorientierte Bezugspflege (Change-Prozess) gilt, dass es kein einzelnes, universell zu jeder Einrichtung passendes Konzept gibt. Erfahrungen in anderen Bereichen zeigen vielmehr, dass nachhaltige Veränderungsprozesse am ehesten erfolgreich sind, wenn die Mitarbeitenden unter aktiver Beteiligung in die Umstellungsprozesse eingebunden sind. Die Beteiligung der Mitarbeitenden ist entscheidend, um Akzeptanz für die Veränderung zu schaffen und sicherzustellen, dass die Umstellungsmaßnahmen auf

breite Unterstützung der Pflegenden stoßen. Dabei können Einrichtungen eine Förderung dieses Prozesses aus Mitteln des § 8 Abs. 7 SGB XI beantragen.<sup>4</sup>

Im Rahmen der IST-Analyse der Arbeitsorganisation (Abschnitt 3.2) zeigt sich für jede Einrichtung, bei welchen Maßnahmen über- bzw. unterqualifikatorische Leistungserbringung am häufigsten zu beobachten ist. Dies sind dann die Bereiche, an denen die Umstellung der Arbeitsorganisation zunächst ansetzen sollte. Um hier Erfolge zu sehen, ist ein kontinuierliches Monitoring, also eine Selbstbeobachtung in regelmäßigen Abständen, notwendig, um die Effektivität der ergriffenen Maßnahmen beurteilen und diese anpassen zu können.

Im Rahmen des Modellprojekts werden Hinweise darauf erwartet, welche Maßnahmen im Rahmen von Veränderungsprozessen unter welchen Bedingungen besonders effektiv sind, um erfolgreich auf eine kompetenzorientierte Bezugspflege umzustellen. Konkrete Arbeitshilfen werden allerdings erst nach deren Erprobung in den Modelleinrichtungen vorliegen.

## 4 Fazit

Vollstationäre Einrichtungen der Langzeitpflege, die bereits jetzt mit der Umstellung auf eine kompetenzorientierte Bezugspflege beginnen wollen, können sich an dem oben erläuterten vierschrittigen Vorgehen orientieren:

- Für den ersten Schritt, die *Kompetenzanalyse*, ist ein Vorgehen skizziert worden, zu welchem Zweck Kompetenzanalysen eingesetzt werden sollen. Zentral steht hierbei die Kombination als Selbst- und Fremdeinschätzung und die daran anschließenden konkreten Vereinbarungen zur Sicherung und Erweiterung individueller Kompetenzen im Fokus.
- Für die *IST-Analyse der Arbeitsorganisation* muss jede Einrichtung eine Selbstbeobachtung durchführen. Initial ist dabei zu erheben, wer welche Tätigkeiten derzeit durchführt.
- Die einrichtungsindividuelle *SOLL-Vision* und der *Change-Prozess* sollten dabei die spezifischen Gegebenheiten und Bedürfnisse der Einrichtungen und ihrer Mitarbeitenden berücksichtigen, um maßgeschneiderte Lösungen zu entwickeln.
- Der *Umstellungsprozess* von der aktuellen Arbeitsorganisation auf eine kompetenzorientierte Bezugspflege kann nur gelingen, wenn die Mitarbeitenden auf allen Arbeitsebenen aktiv in die Umgestaltungsprozesse eingebunden sind. Dabei ist im Rahmen eines Monitorings regelmäßig zu erheben, welche Interventionen wie häufig qualifikations- und kompetenzgerecht erbracht werden, um ihren Anteil Schritt für Schritt anzuheben.

<sup>4</sup> Denkbar ist auch eine Förderung im Rahmen des Projektes „Gute Arbeitsbedingungen in der Pflege zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf“ (GAP). Angestrebt ist in diesem Projekt bis Ende des Jahres 2024 der Einbezug von bundesweit mindestens 750 ambulanten und stationären Langzeitpflegeeinrichtungen (<https://www.gap-pflege.de/hintergrund-und-ziele/hintergrund/>).

# Glossar

**Algorithmus 1.0:** Im Personalbemessungsinstrument wird die Berechnung der Personalmengen durch ein mathematisches Modell übernommen. Dieses errechnet aus den mehreren Zehntausend einzelnen Messdaten, wieviel Personalzeit für die Pflege einer zu pflegenden Person erforderlich ist. Dieses Modell ist anpassbar, wenn in der Zukunft neue Messdaten entstehen. Diese können dann in das mathematische Modell eingebaut werden und einen Algorithmus 2.0 entstehen lassen.

**Fähigkeit:** Fähigkeiten umfassen das Wissen und Können von Personen und sind als solche Bestandteile von Kompetenz. Beispiel: Kommunikationsfähigkeit – eine Person hat das Wissen und Können in Beratungssituationen adressatengerecht zu kommunizieren.

**Intervention:** Abgegrenzte pflegerische Handlung. In anderen Klassifikationssystemen werden hierfür auch die Begriffe *Pflegemaßnahmen* oder *pflegerische Maßnahmen* genutzt.

**Kompetenz:** Kompetenz umfasst die Fähigkeiten sowie die Bereitschaft einer Person unterschiedlich schwierige berufliche Anforderungen und Situationen zu bewältigen.

**Kompetenzorientierte Arbeitsorganisation:** Bei einer kompetenzorientierten Arbeitsorganisation werden die Arbeitsaufgaben der Mitarbeitenden weitgehend anhand ihrer Kompetenzen zugeordnet. Ausgehend vom Qualifikationsniveau werde dabei auch die tatsächlich vorhandenen und nicht nur die nach dem Qualifikationsniveau unterstellten individuellen Kompetenzen zugrunde gelegt.

**PeBeM:** Kurzname des Forschungsprojektes zur Entwicklung und Erprobung eines Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen. Der Auftrag hierfür wurde von der Universität Bremen ausgeführt. Ziel war es, mit wissenschaftlichen Methoden zu ermitteln, welche Personalausstattung zukünftig für eine Pflege nötig ist, die den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff umsetzt. Grundgedanke ist es dabei, dass für verschiedene Interventionen und in Abhängigkeit vom Zustand der pflegebedürftigen Personen unterschiedliche Personalgruppen erforderlich sind.

**Pflegesituation, einfache:** In einer „einfachen Pflegesituation“ befinden sich zu pflegende Menschen, die sich noch überwiegend selbstständig bewegen können und dabei nur wenig Unterstützung seitens der Pflegeperson benötigen und bei denen besondere psychische Verhaltensweisen und Problemlagen (z. B. verbale Aggressionen, Antriebslosigkeit) maximal ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen auftreten.

**Pflegesituation, hochkomplexe:** Eine „hochkomplexen Pflegesituation“ liegt vor, wenn eine Pflegesituation sich in mindestens zwei Bereichen zunehmend verschlechtert (z. B. Dekubitus, Immobilität, instabile akute oder chronische Schmerzen, sich verschlechternde chronische Wunden, sich verschlechternde Ernährungssituation bzw. Mangelernährung, sich verschlechternde neuro-psychiatrische Situation). Damit verbunden ist eine erhöhte Notwendigkeit von intensivem berufsübergreifenden Handeln (insbesondere Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten) und einer damit verbundenen erhöhten Notwendigkeit von intensivem interprofessionellem Handeln vor.

**Pflegesituation, komplexe:** In einer „komplexen Pflegesituation“ befinden sich zu pflegende Menschen, die sich nicht selbstständig bewegen können, so dass sie umfassende Unterstützung seitens der

Pflegepersonen benötigen und /oder bei denen besondere psychische Verhaltensweisen und Problemlagen (z. B. verbale Aggressionen, Antriebslosigkeit) täglich auftreten können. Unabhängig von Mobilität und psychischen Verhaltensweisen und Problemlagen sind auch diejenigen zu pflegenden Menschen in komplexen Pflegesituationen, die sich in einer instabilen gesundheitlichen Situation befinden und z. B. eine der folgenden Diagnosen aufweisen: Dekubitus, chronische Wunde, instabile Schmerzen, instabile Luftnot, instabile Koronare Herzkrankheit, Mangelernährung, palliative Situation. Die Bestimmung der Instabilität der gesundheitlichen Situation obliegt der fachlichen Einschätzung durch eine Pflegefachperson.

**Pflegesituation, komplizierte:** In einer „komplizierten Pflegesituation“ befinden sich zu pflegende Menschen, die erhebliche Einschränkungen in ihrer Bewegungsfähigkeit aufweisen, aber durchaus noch über Ressourcen verfügen (z. B. wenige Schritte gehen oder sich im Rollstuhl wenige Meter fortbewegen), so dass sie sich noch in einem geringen Umfang an Pflegehandlungen beteiligen können und / oder bei denen besondere psychische Verhaltensweisen und Problemlagen (z. B. verbale Aggressionen, Antriebslosigkeit) maximal zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich auftreten.

**Pflegeteam:** Gruppe aller Pflegenden, die in der jeweiligen Schicht für die Pflege zur Verfügung steht. Das Pflegeteam ist somit keine zeitlich stabile Konstellation und umfasst auch Pflegepersonen, die keine spezielle bezugspflegerische Rolle übernehmen.

**Qualifikation:** Unter einer Qualifikation wird ein beruflicher Abschluss verstanden, den Mitarbeitende erworben haben. In der Regel werden Qualifikationen anhand von Zertifikaten dokumentiert. Mit dem Vorliegen einer Qualifikation wird in der Regel davon ausgegangen, dass die jeweilige Person über die spezifische fachliche Kompetenz des jeweiligen Zertifikats verfügt.

**Qualifikationsniveau:** In Deutschland und europaweit werden acht Stufen von Qualifikationen unterschieden. Ein Qualifikationsniveau entspricht einer dieser acht Stufen.

**Qualifikationsorientierung:** Bei einer qualifikationsorientierten Arbeitsorganisation werden die Arbeitsaufgaben der Mitarbeitenden weitgehend anhand ihrer Qualifikationen bzw. Qualifikationsniveaus und der im Rahmen dieser Abschlüsse erworbenen individuellen Kompetenzen zugeordnet.

# Literaturverzeichnis

- Brobst, R.A.** (1999): Der Pflegeprozeß in der Praxis. Bern: Huber.
- Darmann-Finck, I.** (2021): Entwicklung eines Qualifikationsmixmodells (QMM) für die stationäre Langzeitpflege als Grundlage für Personalbemessungsinstrumente. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen, Vol. 164, S. 61-69, <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.05.005>
- Fafflock, H.; Güttler, K.; Lehmann, A.; Bruhns, T.; Wicha, I.** (2003): Pflegeprozessesstandardisierung und Qualität in der Pflege. Aachen: Verlag Mainz.
- Iyer, P.W.; Taptich, B.J.; Bernocchi-Losey, D.** (1995): Nursing process and nursing diagnosis. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Knigge-Demal, B.; Eylmann, C.; Hundenborn, G.** (2013): Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlicher Assistenz älterer Menschen. im Rahmen des Projektes "Erprobung des Entwurfs eines Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen". Fachhochschule Bielefeld und Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V. (Hg.). Bielefeld, Köln.  
[https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte\\_DIP-Institut/01Anforderungs\\_und\\_Qualifikationsrahmen\\_09\\_2013.pdf](https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte_DIP-Institut/01Anforderungs_und_Qualifikationsrahmen_09_2013.pdf) (Stand 09.08.2024)
- MDS** [=Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.] (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege.  
[https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/SPV/Grundsatzstellungnahmen/30\\_Pflegeprozess\\_Dok\\_2005.pdf](https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/SPV/Grundsatzstellungnahmen/30_Pflegeprozess_Dok_2005.pdf) (Stand 09.08.2024)
- Rothgang, H.; Görres, S.; Darmann-Finck, I.; Wolf-Ostermann, K.; Becke, G.; Brannath, W.; Cordes, J.; Fünfstück, M.; Heinze, F.; Kalwitzki, T.; Stolle, C.; Kloep, S.; Krempa, A.; Matzner, L.; Zenz, C.; Sticht, S.** (2020): 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). Bremen.  
<https://doi.org/10.26092/elib/294>