

Abschlussbericht

im Projekt

Entwicklung und Erprobung eines Konzepts zum qualifikations- und kompetenzorientierten Personaleinsatz gemäß § 8 Abs. 3b SGB XI

Los 1: Konzeptentwicklung, Konzepterprobung und
Strategieentwicklung

Universität Bremen
Hochschule Bremen
contec – Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH

Bremen und Bochum, Dezember 2025

Projektleitung, Projektpartner und Projektteam

Projektleitung:

Universität Bremen

SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Mary-Somerville-Straße 5, 28359 Bremen

Tel.: 0421 218-58557, E-Mail: rothgang@uni-bremen.de

Projektpartner:

Universität Bremen

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Hochschule Bremen (HSB)

Zentrum für Pflegeforschung und Beratung

Prof. Dr. Claudia Stolle-Wahl

Prof. Dr. Matthias Zündel

contec – Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH

Geschäftsbereich Pflegewirtschaft

Tino Wiefel

Wissenschaftliches Projektteam:

Corinna Burfeindt (SOCIUM), Detlef Friedrich (contec), Heidi Hehlmann (HSB), Diana Herrmann (contec), Thomas Kalwitzki (SOCIUM), Katrin Küppers (contec), Eva Lettenmeier (contec), Juliane Mosenhauer (SOCIUM), Katharina Scherf (SOCIUM), Annika Schmidt (HSB), Miriam Steens (HSB), Kevin Tuchczynski (SOCIUM), Patrick Weiss (contec), Evelyn Wiencek (IPP), Alexander Wilker (contec)

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	1
Tabellenverzeichnis	2
Vorbemerkung zu zentralen Begriffen	3
Zusammenfassung.....	5
1 Einleitung.....	7
1.1 Vorausgegangene Entwicklungen zur Personalbemessung in der Langzeitpflege	7
1.2 Zielsetzung des Gesamtprojektes.....	8
1.3 Grundlegende Vorüberlegungen zu den Leistungsinhalten in Los 1 und 2.....	9
1.4 Gliederung des Abschlussberichts	10
2 Konzeptentwicklung.....	12
2.1 Konzeptionelle Begründungen der kompetenz- und bewohnendenorientierten Pflege...	12
2.2 Theoretische Grundlagen der qualifikations- und kompetenzorientierten Pflege.....	16
2.2.1 Qualifikationsmixmodell (QMM)	16
2.2.1.1 Qualifikationsniveaus	18
2.2.1.2 Interventionsklassen	18
2.2.1.3 Komplexitätsgrade von Pflegesituationen	19
2.2.2 Interventionskatalog	22
2.3 Kompetenzorientierung – qualifikations- und kompetenzorientierter Personaleinsatz ...	24
2.3.1 Zuordnung der Qualifikationsniveaus der Mitarbeitenden	25
2.3.2 Kompetenzerhebung und -analyse	27
2.3.3 Personalentwicklungsgespräche	28
2.3.4 Bildungsangebote	28
2.4 Bewohnendenorientierung – Bezugspflegesystem	29
2.4.1 Bezugspflege tandem – die steuernde Einheit	32
2.4.2 Bezugspflegeteams – die bezugspflegerische Einheit	33
2.4.3 Pflege team	33
2.4.4 Kommunikation in der kompetenz- und bewohnendenorientierten Pflege	33
2.5 Arbeitsorganisation – IST-Analyse und SOLL-Vision	35
2.5.1 IST-Analyse Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der Mitarbeitenden	36
2.5.2 IST-Analyse Organisationsstruktur und -kultur	37
2.5.3 SOLL-Vision für den kompetenz- und bewohnendenorientierten Personaleinsatz	39

2.6	Change-Prozess vom IST zum SOLL.....	40
2.6.1	Ebenen im Change-Prozess	41
2.6.2	Phasen des Change-Prozesses	43
2.6.2.1	Vorbereitungsphase	45
2.6.2.2	Planungsphase.....	45
2.6.2.3	Interventionsphase	46
2.6.2.4	Nachhaltigkeitsphase	47
2.7	Formative Evaluation der Personal- und Organisationsentwicklungsprozesse	47
2.7.1	Forschungstagebuch	49
2.7.2	Experteninterviews	49
2.7.3	Fokusgruppendifkussionen	50
3	Konzepterprobung	51
3.1	Auswahl der Modelleinrichtungen und Beschreibung der Stichprobe.....	51
3.1.1	Vorgaben zum Auswahlprozess	51
3.1.2	Durchföhrung des Auswahlprozesses	52
3.1.3	Stichprobe	54
3.2	Dimensionierung der Mehrpersonalisierung	56
3.2.1	Aufgabenstellung und grundsätzliche Herangehensweise	58
3.2.2	Abschätzung der Effizienzreserve auf Basis der Ergebnisse des Projektes PeBeM 1	59
3.2.3	Abschätzung der Effizienzreserve auf Basis der Befragung von Expertinnen und Experten in Fokusgruppen	62
3.2.3.1	Methodisches Vorgehen in der Datenerhebung durch Fokusgruppen	62
3.2.3.2	Analyseergebnisse	63
3.2.3.2.1	Bewertung der Existenz einer Effizienzreserve	64
3.2.3.2.2	Informierte Abschätzung zum Umfang der Effizienzreserve	65
3.2.3.2.3	Einflussfaktoren auf die Höhe der Effizienzreserve	66
3.2.4	Begründeter Vorschlag für die Höhe der Effizienzreserve	67
3.3	Praktische Umsetzung des Konzeptes	68
3.3.1	Kompetenzmanagement	68
3.3.1.1	Workshop Kompetenzerhebung	68
3.3.1.2	Workshop Personalentwicklungsgespräche	70
3.3.2	Bezugspflege	72
3.3.2.1	Fortbildung Qualifikationsorientierter Pflegeprozess – Teil 1	73
3.3.2.2	Fortbildung Qualifikationsorientierter Pflegeprozess – Teil 2	75

3.3.2.3	Fortbildung zu Pflegeprozessessteuerungs- und Kommunikationsinstrumenten	77
3.3.2.4	Begleitung der Pflegenden auf dem Fokuswohnbereich	79
3.3.2.5	Online Beratung Bezugspflegeetandem	84
3.3.3	Arbeitsorganisation	87
3.3.3.1	Kick-off Steuerungsgruppe	87
3.3.3.2	Schulung zur Analyse des Status quo	89
3.3.3.3	Schulung zur IST-Analyse der Arbeitsabläufe und ihre Durchführung	91
3.3.3.4	Workshop zur SOLL-Planung der Arbeitsablauforganisation	93
3.3.3.5	Workshop zur Dienstplanung	96
3.3.3.6	Vorbereitung und Begleitung der Pilotwochen	98
3.3.3.7	Begleitung der Nachhaltigkeitsphase	99
3.3.3.8	Reflexionsworkshops	101
3.3.4	Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit	103
3.3.4.1	Workshop zu Grundlagen des Change-Managements	103
3.3.4.2	Workshop zu Kommunikation im Change	105
3.3.4.3	Workshop zu den Organisationseinheiten	107
3.4	Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der formativen Evaluation	108
3.4.1	Erkenntnisse und Anpassungen aufgrund einrichtungsindividueller Gegebenheiten und Rahmenbedingungen	109
3.4.1.1	Fehlende niedrigschwellige Qualifizierungsangebote zum QN 3	109
3.4.1.2	Abweichender Qualifikationsmix im Dienst	109
3.4.1.3	Erwartungen und Widerstände der Mitarbeitenden gegenüber der KubA-Umsetzung	111
3.4.1.4	SOLL-Qualifikationsniveau der Interventionen <i>Ausscheidungsmanagement und Ernährungs- und Trinkmanagement</i> in (hoch)komplexen Pflegesituationen	112
3.4.1.5	Auswirkungen von Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit der Leitungsebene	113
3.4.1.6	Auswirkung von Trägerbeteiligung in der Konzepterprobung	114
3.4.1.7	Frühzeitige und aktive Auseinandersetzung mit Projekthinhalten und Auswirkungen	114
3.4.1.8	Akzeptanz der erweiterten Bezugspflege	115
3.4.1.9	Einbindung aller Pflegefachkräfte in die Pflegeprozessessteuerung	116
3.4.1.10	Technische Unterstützung der Umsetzung der KubA	117
3.4.2	Ergebnisse mit Anpassungen auf Systemebene	118

3.4.2.1	Anpassung Kompetenzmanagement	118
3.4.2.2	Kompetenzprofile für nicht-pflegerische Berufe	119
3.4.2.3	Notwendiger Stundenumfang für das Pflegezertifikat QN 2	120
3.4.2.4	Einbeziehung von Mitarbeitenden des QN 2 in Bezugspflege Tandems in einfachen Pflegesituationen	120
3.4.2.5	Anpassung der Methodik zur Einschätzung der Komplexität der Pflegesituation	121
3.4.2.5.1	Herausnahme des Items Treppensteigen aus der Einschätzung der Komplexitätsgrade	121
3.4.2.5.2	Herausnahme des Modul 1 aus der Einschätzung der Komplexitätsgrade für die Interventionen <i>Ernährungsmanagement: Durchführung</i> sowie für die Intervention <i>Trinkmanagement: Durchführung</i>	121
3.4.2.6	Anpassungen der Intervention Rundgang / Sicherheit gewährleisten	122
3.4.3	Evaluation der Bildungsangebote	123
3.4.3.1	Ergebnisse und Anpassungen in Bezug auf die Bildungsformate	123
3.4.3.2	Ergebnisse und Anpassungen bezogen auf die Zielgruppen	124
3.4.3.3	Ergebnisse zur Erweiterung des Bildungsangebots	125
3.4.3.3.1	Komplexitätsgrade von Pflegesituationen	125
3.4.3.3.2	Ernährungs- und Trinkmanagement	126
3.4.3.3.3	Medikamentengabe	126
3.4.4	Konsequenzen für die Implementationsstrategie der KubA	127
3.4.4.1	Definition von Mindestvoraussetzungen	127
3.4.4.2	Überprüfung und Veränderung der Methode zur Feststellung der Komplexität einer Pflegesituation	127
3.4.4.3	Personalausstattung und schrittweise Umstellung der Arbeitsorganisation	129
3.4.4.4	Entwicklung von zwei Umsetzungspfaden	130
3.4.4.5	Weiterentwicklung des Kompetenzmanagements	130
3.4.4.6	Erwartungsmanagement	130
3.4.4.7	Tiefenintegration der Bezugspflege	131
3.4.4.8	Ermöglichung umfassender digitaler Unterstützung	131
3.4.4.9	Strategische Ausrichtung und Verantwortlichkeiten für Change-Prozess und Regelbetrieb	131
3.4.4.10	Weiterentwicklung der Bildungsangebote	132

4	Potenziale des Einsatzes von Technologie und hochqualifizierter Pflegefachkräfte im Rahmen einer KubA.....	133
4.1	Potenziale digitaler und analoger Technologien	133
4.1.1	Erhebung der Digitalisierung und des Technikeinsatzes in den Modelleinrichtungen	134
4.1.1.1	Hardware und technische Voraussetzungen	135
4.1.1.2	Hard- und Softwarenutzung	136
4.1.1.3	Externe Kommunikation.....	137
4.1.1.4	Priorität und Informiertheit	138
4.1.2	Potenzial während der Projektdurchführung eingeführter digitaler und nicht-digitaler Techniken	139
4.1.3	Potenzial noch nicht eingesetzter digitaler und nicht-digitaler Techniken im Kontext der KubA	140
4.1.3.1	Digitalisierung von Dokumentationen, von Organisationsprozessen und der Kommunikation mit externen (z.B. medizinischen) Versorgern. ...	140
4.1.3.2	Assistive Technologien, KI und Robotik	141
4.1.3.3	Benannte Grenzen und Risiken	141
4.1.4	Resümee	142
4.2	Potenziale weitergebildeter und akademisch ausgebildeter Pflegefachkräfte	142
5	Zusammenfassung der Ergebnisse der summativen Evaluation	144
5.1	Dimensionen der Evaluation	144
5.2	Veränderungen der ursprünglich konzeptionierten Evaluation	145
5.3	Evaluationsergebnisse	146
5.3.1	Qualität der pflegerischen Versorgung	146
5.3.2	Potenzielle und belegbare Effizienzeffekte	148
5.3.3	Mitarbeitendenzufriedenheit	149
5.3.4	Gesamtbewertung der beteiligten Einrichtungen	150
6	Implementationsstrategie	150
6.1	Organisationale Ebene	150
6.1.1	Geschäftsstelle auf Bundesebene	151
6.1.1.1	Informations-, Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit	151
6.1.1.2	Weiterentwicklung von Implementationskonzept und -handbuch.....	152
6.1.2	Umsetzung in der Fläche durch die Qualifikation von KubA-Coaches	152
6.2	Konzeptionelle Ebene.....	153
6.2.1	Implementationskonzept und -handbuch	153

6.2.2 Curriculum und Schulungsmaterialien zur Qualifikation von KubA-Coaches	155
7 Diskussion.....	156
Glossar.....	159
Literatur.....	162
Anhang 1: Curriculum zur Qualifizierung zum KubA-Coach.....	166
Anhang 2: Beispielhafte Workshopplanung – KubA-Coach Qualifizierung.....	179

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Modell des bedarfsgerechten Pflegehandelns.....	8
Abbildung 2:	Grundlegende Zusammenhänge zwischen Erprobung, Entwicklung und Implementation	10
Abbildung 3:	Modell des kompetenz- und bewohnendenorientierten Pflegehandelns.....	14
Abbildung 4:	Übersicht zum Qualifikationsmixmodell (QMM)	17
Abbildung 5:	Unterscheidung von einfacher, komplizierter und komplexer Pflegesituation bei stabiler gesundheitlicher Situation	21
Abbildung 6:	Ablauf des Kompetenzmanagements	25
Abbildung 7:	Aufbau des Erhebungsbogens zur Organisationsstruktur und -kultur und Analyseprozess	37
Abbildung 8:	Kompetenzorientierter Personaleinsatzplanungsprozess aufbauend auf dem Pflegeprozess.....	40
Abbildung 9:	Definition der Effizienzreserve innerhalb der Fokusgruppen	63
Abbildung 10:	Modellhafte Darstellung der Transformation vom IST zum SOLL.....	153
Abbildung 11:	Fachliche Optimierung der Pflege und dazu benötigte Mehrpersonalisierung	158

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Personal- und Organisationsentwicklung in vier Schritten	15
Tabelle 2:	Interventionsklassen	19
Tabelle 3:	Unterklassen für körpernahe Pflegeinterventionen	21
Tabelle 4:	Veränderung von Bezeichnungen im Interventionskatalog.....	24
Tabelle 5:	Zuordnungsmatrix von Pflegezertifikaten zu Qualifikationsniveaus	26
Tabelle 6:	Kommunikations- und Pflegeprozessessteuerungsinstrumente in der KubA	35
Tabelle 7:	Geplante Phasen und Prozessschritte des Change-Prozesses	44
Tabelle 8:	Personalbestand in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)	55
Tabelle 9:	Eigenschaften der teilnehmenden Interventions- und Kontrolleinrichtungen	55
Tabelle 10:	Veränderung der Mehrpersonalisierung in Prozent der Werte des Algorithmus 1.0 (in %)	61
Tabelle 11:	Interventionen zur Umsetzung der kompetenz- und qualifikationsorientierten Bezugspflege nach Projektphase.....	73
Tabelle 12:	Zeitplan der Einrichtungsbegleitung	81
Tabelle 13:	Termine Online Beratung Bezugspflege Tandem	85
Tabelle 14:	Übersicht Bildungsbedarfe Kompetenzeinschätzungen	119
Tabelle 15:	Zahl der Pflegebedürftigen nach Komplexität bei Komplexitätsbestimmung über Pflegegrade	129

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.¹

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.

Ebenfalls zur Steigerung der Lesbarkeit werden im gesamten Text Abkürzungen für das hier gegenständliche Projekt und seine beiden Vorgängerprojekte verwendet. Da es zwischen ihnen eine logische und zeitliche Abfolge gibt, werden folgende Akronyme verwendet:

- PeBeM 1 bezeichnet das Projekt *Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI*, das von 2016 bis 2019 im Auftrag des Qualitätsausschuss Pflege umgesetzt wurde.

¹ Während der Begriff des Pflegefachkraftpersonals in § 113c Abs 1 SGB XI beibehalten wurde, hat der Gesetzgeber im SGB XI an anderer Stelle inzwischen den Begriff der Pflegefachkräfte durch den der Pflegefachpersonen ersetzt. Diese Änderung ist in weder in der amtlichen Statistik noch in den landesrechtlichen Regelungen bisher so übernommen worden. Da die geschlechtsspezifischen Bezeichnungen von „Pflegefachpersonen“, nämlich „Pflegefachmann“ und „Pflegefachfrau“ zudem für generalistisch ausgebildete Personen nach dem Pflegeberufegesetz vorgesehen sind und sich viele nach älterem Recht ausgebildete Krankenschwestern, Krankenpfleger, Altenpfleger und Altenpflegerinnen mit diesen Begriffen nicht angesprochen fühlen, wurde in diesem Bericht an dem alten, bekannten und unmissverständlichen Begriff der „Pflegefachkraft“ festgehalten, der auch systematisch mit den Begriffen „Pflegehilfskraft“ und „Pflegeassistentkraft“ korrespondiert.

- PeBeM 2 bezeichnet das als Auftragserweiterung vergebene Projekt *Konzeptionelle Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI*, das von 2019 bis 2020 im Auftrag des Qualitätsausschuss Pflege umgesetzt wurde.
- PeBeM 3 bezeichnet das hier berichtsgegenständliche Projekt Entwicklung und Erprobung eines Konzepts zum qualifikations- und kompetenzorientierten Personaleinsatz gemäß § 8 Abs. 3b SGB XI, das im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes umgesetzt wurde.

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

Zusammenfassung

Das Projekt zur *Entwicklung und Erprobung eines Konzepts zum qualifikations- und kompetenzorientierten Personaleinsatz gemäß § 8 Abs. 3b SGB XI* wurde in zwei Losen ausgeschrieben und beauftragt. Der vorliegende Bericht umfasst die Inhalte des Los 1: Konzeptentwicklung, Konzepterprobung und Strategieentwicklung.

Die Konzeptentwicklung umfasste zwei Ebenen, die parallel zueinander bearbeitet wurden:

Erstens wurde auf Basis der bereits bestehenden Grundlagen des Vorgängerprojektes eine inhaltliche Konzeption für einen Kompetenz- und bewohnendenorientierten Arbeitseinsatz (KubA) ausgearbeitet. Diese beinhaltet als fachlichen Kern ein Qualifikationsmixmodell (QMM) in dem normativ festgelegt wurde, welche Intervention in welchen Pflegesituationen durch Pflegekräfte welchen Qualifikationsniveaus erbracht werden sollten. Diese Zuordnungen bildeten den Rahmen für die später erfolgenden Planungen des Arbeitseinsatzes, der darauf ausgerichtet war, in möglichst vielen pflegerischen Situationen eine Passung zwischen Qualifikationsanforderungen und dem jeweiligen Qualifikationsniveau der erbringenden Pflegekraft zu organisieren. Um trotz dieser regelgeleiteten Organisationsstruktur die Bewohnenden in den Mittelpunkt zu stellen wurde konzeptionell ein Schwerpunkt auf die gleichzeitige Einrichtung eines umfassenden Bezugspflegesystems gelegt. Dieses ist so ausgestaltet, dass es mehrere Pflegekräfte unterschiedlicher Qualifikationsniveaus als Bezugspflegekräfte jeder bewohnenden Person ermöglicht und darüber eine direkte Ausrichtung der Pflegeprozessessteuerung an den Bedarfen und Bedürfnissen der pflegebedürftigen Personen anleitet. Als dritter Strang wurde als Erweiterung der reinen Qualifikationsorientierung ein Baustein zur Kompetenzorientierung in das Gesamtkonzept integriert durch den sichergestellt wurde, dass in der Arbeitsorganisation nicht nur dafür gesorgt wurde, dass Pflegekräfte die Interventionen übernahmen, die sie in ihren Ausbildungen erlernt haben sollten, sondern dass vielmehr die Organisation auch anhand der wirklich vorhandenen individuellen Kompetenzen erfolgen sollte.

Zweitens wurde eine Umsetzungskonzeption erarbeitet mit der die fachlichen Inhalte zunächst in den Modelleinrichtungen eingeführt und umgesetzt werden konnten. Hierzu wurde ein Change-Prozess gestaltet, der in vier Phasen insgesamt 18 Schulungen, Workshops und begleitete Umsetzungsschritte enthielt.

Zur *Konzepterprobung* wurden 10 Einrichtungen als Modelleinrichtungen ausgewählt, denen anschließend die Möglichkeit zur projektfinanzierten Einstellung von zusätzlichem Personal gegeben wurde. Der Umfang des Mehrpersonals war dabei so dimensioniert, dass die maximale Personalmenge aus pflegesatzfinanziertem Stammpersonal und zusätzlich finanziertem Studienpersonal 95 % der Personalmenge betrug, die im Jahre 2020 Ergebnis des Personalbemessungsprojektes war. Daran anschließend wurde der entwickelte Change-Prozess über rund 18 Monate in den Modelleinrichtungen durchgeführt und dort jeweils eine KubA installiert. Begleitet wurde die Erprobung durch eine umfassende formative Evaluation mit der die Umsetzbarkeit des Konzeptes fortlaufend hinterfragt wurde. Es zeigte sich dabei eine Reihe von Verbesserungsbedarfen, die bereits während der Konzepterprobung zu Anpassungen der konzeptionellen Grundlagen führten. Die formative Evaluation ergab aber auch eine kleine Anzahl von Hinweisen auf Veränderungen, die zum Zwecke einer Flächenimplementation, die von Einrichtungen dann selbständig umgesetzt werden soll, erforderlich waren. Zusammenfassend zeigte die formative Evaluation aber, dass die Umsetzung des Konzepts mit leichten Anpassungen in den Modelleinrichtungen erfolgreich möglich war. Dass hierbei auch die angestrebten Ziele, eine Verbesserung der pflegerischen Qualität, der Lebensqualität und der Arbeitszufriedenheit,

durchgängig erreicht wurden, zeigen die Ergebnisse der summativen Evaluation, die ausführlich im Abschlussbericht zu Los 2 dargestellt werden.

An die Erprobung anschließend wurde letztlich eine *Strategieentwicklung* durchgeführt. Die dabei entstehende Implementationsstrategie soll dazu dienen, ein Ausrollen der KubA in möglichst vielen Einrichtungen vorzubereiten und strukturell zu unterstützen und enthält drei wesentliche Elemente.

Erstens wurde ein Implementationskonzept ausgearbeitet, das auf dem Interventionskonzept der Modelldurchführung basiert und entsprechend der Erfahrungen aus der Erprobung für eine Selbstanwendung durch die Einrichtungen weiterentwickelt wurde. Als Anlage zum Interventionskonzept wurde ein (Arbeits)Handbuch erstellt, das zwei Umsetzungspfade enthält und diese Pfade über jeweils 19 separat und individuell auswählbare Module kleinschrittig anleitet. Innerhalb der Module werden alle erforderlichen Arbeitsmaterialien zur Verfügung gestellt. Im Modellprojekt haben die Einrichtungen mit Personalmengen gearbeitet, die die Obergrenzen nach § 113c SGB XI übersteigen. Das Implementationskonzept sowie das begleitende Handbuch leitet die Implementation der kompetenz- und bewohnendenorientierten Arbeitsorganisation dagegen unabhängig von der Personalausstattung einer Einrichtung an. Interessierte Einrichtungen können mit jeder Personalmenge und jedem Qualifikationsmix mit der Umsetzung der KubA beginnen.

Zweitens wurde zur personellen Sicherung der Durchführung der angestrebten Veränderungsprozesse die Qualifikation eines KubA-Coaches (28 Stunden) ausgearbeitet. Innerhalb dieser Schulung sollen einzelne Mitarbeitende der jeweiligen Pflegeeinrichtungen als KubA-Coaches zur Anwendung des (Arbeits)Handbuchs befähigt werden, damit die darin enthaltenen Arbeitsschritte weitgehend standardisiert umgesetzt werden können. Strukturell wurde zur Durchführung der Qualifikation ein Curriculum erstellt und mit einem umfassenden Schulungsmanual hinterlegt, das die vollständigen Inhalte der erforderlichen Schulung enthält.

Drittens wurden zur organisationellen Sicherung der Implementation Empfehlungen für die Aufgaben einer Geschäftsstelle formuliert. Dazu gehören insbesondere die Informations-, Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit, mit der die KubA, ihre systematische Implementation sowie die Möglichkeit der Qualifikation von KubA-Coaches an Träger und Einrichtungen herangetragen werden soll. Die im Modellprojekt entwickelten Materialien stehen Trägern und Einrichtung bereits jetzt zur Selbstanwendung in eigener Verantwortung zur Verfügung. Eine kontinuierliche Weiterentwicklung der KubA und ihrer Implementationsdokumente durch die Geschäftsstelle zur Sicherstellung der Aktualität des Konzeptes wird begrüßt. Selbstverständlich spricht nichts dagegen, mit den Personal- und Organisationsentwicklungsprozessen bereits zu beginnen, bevor die Geschäftsstelle ihre Arbeit aufgenommen hat.

1 Einleitung

In Umsetzung des Gesetzesauftrags in § 8 Abs. 3b SGB XI hat der GKV-Spitzenverband ein Modellprojekt ausgeschrieben, „zur Entwicklung und Erprobung eines Konzepts zum qualifikationsorientierten Personaleinsatz unter Anwendung des neuen wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in vollstationären Pflegeeinrichtungen und dessen Weiterentwicklung“ (Leistungsbeschreibung). Dieser Auftrag wurde in zwei Losen vergeben. Ein Konsortium bestehend aus der Universität Bremen (Konsortialführer), der Hochschule Bremen und der contec GmbH hat in diesem Verfahren den Zuschlag für das Los 1 erhalten, das die Entwicklung eines Konzepts zur Umsetzung der im Projekt PeBeM entwickelten qualifikationsorientierten Aufgabenverteilung durch Maßnahmen zur Organisations- und Personalentwicklung, die Erprobung dieses Konzepts in einer begrenzten Anzahl vollstationärer Pflegeeinrichtungen, deren Personalausstattung entsprechend erhöht werden sollte und die Entwicklung einer Strategie für die flächendeckende Implementation des entwickelten und erprobten Konzeptes beinhaltet. Nachstehend wird der Abschlussbericht für dieses Los 1 vorgelegt.

Um eine bessere Einordnung der nachfolgenden Ausführungen zu ermöglichen, wird zunächst kurz auf die vorausgegangenen Entwicklungen zur Personalbemessung in der Langzeitpflege (Abschnitt 1.1), die Zielsetzung des Los 1 und Los 2 umfassenden Gesamtprojekts (Abschnitt 1.2), die grundlegenden Vorüberlegungen zu den Leistungsinhalten dieser beiden Lose (Abschnitt 1.3) sowie Inhalt und Struktur des Abschlussberichts (Abschnitt 1.4) eingegangen.

1.1 Vorausgegangene Entwicklungen zur Personalbemessung in der Langzeitpflege

Im Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurde nicht nur ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff definiert, vielmehr wurden die Vertragspartner der gemeinsamen Selbstverwaltung in der Pflege beauftragte, ein Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen zu entwickeln und zu erproben (§ 113c SGB XI idF des PSG II). Dieser Auftrag war notwendig, um mit wissenschaftlichen Methoden zu ermitteln, welche Personalausstattung für eine bedarfsorientierte und dem Pflegeverständnis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff entsprechende Pflege nötig ist, und somit zugleich den Grundstein für bessere und attraktivere Arbeitsbedingungen für Pflegenden zu legen. Als Ergebnis dieses Auftrags wurde von der Universität Bremen bis zum 30.06.2020 ein Instrument entwickelt und konzeptionell erprobt, welches eine wissenschaftlich fundierte Berechnung von case-mix-abhängigen, qualifikationsdifferenzierten Personalmengen ermöglicht (Rothgang et al. 2020). Das in diesem Instrument eingesetzte mathematische Modell wird als *Algorithmus 1.0* bezeichnet und wurde parametrisierungsoffen gestaltet, so dass jederzeit eine Evaluation und Weiterentwicklung sowohl der Modellparameter, als auch des mathematischen Modells an sich erfolgen können.

Die Entwicklung eines solchen Instrumentes kann als erster Schritt für eine flächendeckende Mehrpersonalisierung verstanden werden, die allerdings Anpassungen des Leistungserbringungsrechts und des länderspezifischen Ordnungsrechts erfordert, die eine Finanzierung des Mehrpersonals ermöglichen. Im Zuge des Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) und des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) wurden bereits erste entsprechende leistungserbringungsrechtliche Regelungen zur Refinanzierung eingeführt und wurde damit eine Erhöhung der Personalmengen ermöglicht. Auf Landesebene wurden in vielen Ländern bereits entsprechende Anpassungen des Ordnungsrechts und

notwendige Weiterentwicklungen des Ausbildungssystems vorgenommen. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber mit der Verabschiedung des Pflegefachassistenzgesetzes im Oktober 2025 die Grundlage für eine bundeseinheitliche und generalistische Pflegefachassistenzausbildung geschaffen.

1.2 Zielsetzung des Gesamtprojektes

Allerdings sind diese quantitativen Veränderungen der Personalmengen zwar notwendig, aber nicht ausreichend, um eine zielorientierte Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung hin zu bedarfsgerechtem Pflegehandeln zu gewährleisten. Vielmehr erfolgt das jeweilige Pflegehandeln innerhalb eines komplexen Handlungsrahmens, in dem die *Struktur einer Pflegeeinrichtung*, die durch Mehrpersonalisierung quantitativ verändert werden kann, nur *eine* Modellebene bildet, auf der festgelegt wird, *welche* Ressourcen(menge) für pflegerisches Handeln zur Verfügung steht (Abbildung 1). Innerhalb des hierdurch entstehenden Strukturrahmens wird auf Ebene der *Organisation des Pflegehandelns* durch die Prozessorganisation der Einrichtung festgelegt, *wie* diese strukturell zur Verfügung stehenden Ressourcen eingesetzt werden sollen. Hierdurch werden für jede Pflegehandlung – moderiert durch *situative* Rahmenbedingungen – *personenbezogene* Rahmenbedingungen geschaffen, innerhalb derer die konkreten *Bedarfe einer pflegebedürftigen Person* und die konkreten *Kompetenzen einer pflegenden Person* zur pflegerischen Handlungssituation zusammenkommen. Dabei kann *bedarfsgerechtes Pflegehandeln* situationsübergreifend nur dann entstehen, wenn die Struktur der Pflegeeinrichtungen hinreichende Personalmengen zur Verfügung stellt und das Pflegehandeln situativ so organisiert wird, dass Personen mit den passenden Kompetenzen die Bedarfe von einzelnen Pflegebedürftigen befriedigen (Abbildung 1).

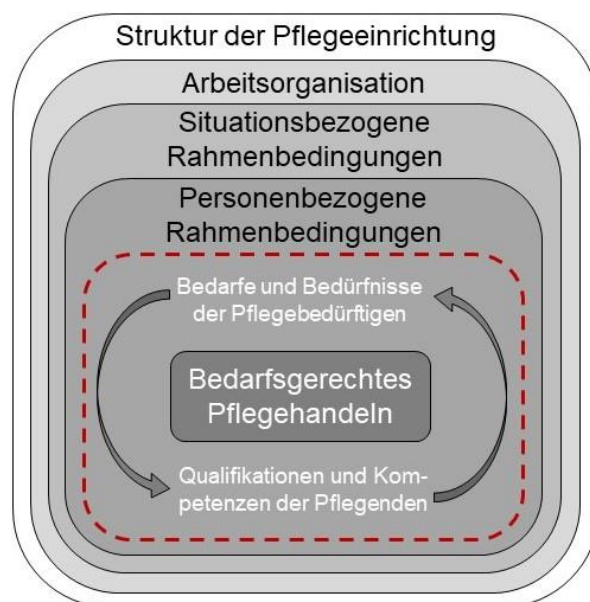


Abbildung 1: Modell des bedarfsgerechten Pflegehandelns

Vor den Hintergrund dieses Modells wurde von Rothgang et al. (2020: 419 ff.) empfohlen, zur Sicherstellung des bedarfsgerechten Pflegehandelns, die quantitative Mehrpersonalisierung (Strukturkomponente) mit Organisations- und Personalentwicklung (Prozesskomponente) zu flankieren. Dabei soll die *Organisationsentwicklung* gewährleisten, dass die Pflegehandlungen jeweils

von Personen mit den „richtigen“ Kompetenzen vorgenommen werden, während die *Personalentwicklung* die Qualifikationen und Kompetenzen der Mitarbeitenden so erweitert, dass sie zu den entstehenden Prozessstrukturen kompatibel sind. Die Organisationsentwicklung muss dabei auf die jeweils vorhandenen Personalressourcen und die vorhandene Führungsorganisation abstellen, während sich die Personalentwicklung umgekehrt auf die Anforderungen der entstehenden Organisationsstrukturen bezieht, so dass sich beide Prozesse interdependent entwickeln. Die Mehrpersonalisierung benötigt daher angepasste Führungs- und Organisationsmodelle, um eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung zu bewirken.

1.3 Grundlegende Vorüberlegungen zu den Leistungsinhalten in Los 1 und 2

Bei der ausgeschriebenen Umgestaltung der Pflegeeinrichtungen durch Mehrpersonalisierung bei *gleichzeitiger und interdependenter* Personal- und Organisationsentwicklung im Rahmen einer in Teilen weitergehend digitalisierten Struktur handelt es sich um eine *komplexe Intervention* (vgl. z. B. Richards/Hallberg 2015; Petticrew 2011; Craig et al. 2008; Campbell et al. 2007).

Bei komplexen Interventionen, die aus mehreren Interventionselementen bestehen, die aufeinander bezogen und zeitgleich eingesetzt werden, ist es nicht möglich, die Effekte eines einzelnen Interventionselements isoliert zu evaluieren, da die Effekte der einzelnen Maßnahmen miteinander interagieren. Eine differenzielle Analyse der Effekte einzelner Reformbestandteile, beispielsweise der alleinigen Auswirkung von Mehrpersonalisierung, würde die Konstanzhaltung aller anderen Umstände, also auch der Ablauforganisation und des Digitalisierungsgrades, und damit eine umfassende mehrarmige Studie erfordern. Eine solche Evaluation wäre aber sinnlos, da eine Mehrpersonalisierung nur im oben beschriebenen Zusammenspiel mit einer Anpassung der Arbeitsprozesse sinnvoll umgesetzt werden kann, die isolierten Auswirkungen einzelner Elemente daher nicht von Belang sind. Die Evaluation in Los 2 kann deshalb nur für die gesamte komplexe Intervention durchgeführt werden.

Für den sachlogischen Zusammenhang zwischen Los 1 und Los 2 ist zudem hervorzuheben, dass in Los 2 nur Effekte derjenigen Konzeptelemente auf Basis empirischer Daten evaluiert werden können, die im Los 1 erprobt wurden. So kann beispielsweise die im Punkt IV.2.2 der Leistungsbeschreibung geforderte „begründete Empfehlung“ bezüglich der „Vorschläge zur möglichen Einbeziehung insbesondere hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen [...] sowie weiterer Berufsgruppen“ nur dann empirisch gestützt erfolgen, wenn das entsprechende Personal zuvor auch in den veränderten Organisationsstrukturen enthalten und eingesetzt wurde. Das war tatsächlich nicht der Fall.

Weiterhin hat die (gesundheits)wissenschaftliche Forschung gezeigt, dass die Effektivität komplexer Interventionen steigt, wenn diese gemeinsam mit den Nutzenden *partizipativ* entwickelt, umgesetzt und weiterentwickelt wird (Hudson et al. 2020; Yardley et al. 2020). Letzteres hat für die hier ins Auge gefasste Intervention gravierende Konsequenzen: Eine aus analytischer Perspektive zunächst bestechende Zweiteilung des Prozesses in eine theoretische konzeptionelle Phase (Entwicklung), und eine empirisch Umsetzungsphase (Erprobung), in der das Forschungsteam das entwickelte Konzept dann nur noch eins-zu-eins in Einrichtungen umsetzen wird, ist unterkomplex und wird der Herausforderung des Auftrags nicht gerecht. Vielmehr sollten Forschende stattdessen einen konzeptionellen Ausgangspunkt formulieren, der dann im Prozess der Umsetzung kontinuierlich in mehreren Feedbackschleifen weiterentwickelt wird.

Notwendig war daher eine mehrschrittige, wechselseitig verschränkte Vorgehensweise für das Gesamtprojekt:

1. In Los 1 wurde vom Forschungsteam zunächst ein theoriebasiertes Umsetzungskonzept entwickelt.
2. Dieses Umsetzungskonzept wurde dann in Bezug auf die Gegebenheiten der Einrichtung (Pflege- und Betreuungskonzeption, bauliche Gegebenheiten, technische Ausstattung, Kompetenzprofile der Mitarbeitenden etc.) durch Arbeitsgremien der jeweiligen Einrichtung und des Auftragnehmers überprüft und dann partizipativ auf die jeweiligen Einrichtungen angepasst.
3. Dieses einrichtungsspezifische Umsetzungskonzept wurde in Los 1 mittels entsprechender Maßnahmen umgesetzt, erprobt und dabei im Rahmen einer *formativen Evaluation* permanent weiterentwickelt. Parallel dazu wurden die Entwicklung der Mitarbeitendenzufriedenheit, der Lebensqualität der Bewohnenden, der Pflegequalität und des bedarfsgerechten Personaleinsatzes in Los 2 erfasst und als Datengrundlage der Gesamtevaluation aufbereitet.
4. In der letzten Interventionsphase wurde das Erreichte eingeübt und gefestigt sowie in Los 2 abschließend in Bezug auf die Projektziele summativ evaluiert, bewertet und in Empfehlungen für einen erweiterten und neu parametrisierten Algorithmus 2.0 überführt.
5. Im Ergebnis liegen einrichtungsspezifische, empirisch erprobte Konzepte für eine optimierte Versorgung auf Basis einer Mehrpersonalisierung vor, die hinsichtlich möglicher Umsetzungspfade typisiert werden konnten. Auf dieser Basis wurden im Rahmen der parallel entwickelten Implementationsstrategie konkrete Implementationskonzepte erarbeitet, die die in der Leistungsbeschreibung angesprochene flächendeckende Implementation ermöglichen.

Der Teil der vorgenannten Inhalte, der auf das hier angebotsgegenständliche Los 1 entfällt, ist in Abbildung 2 zusammenfassend grafisch dargestellt.

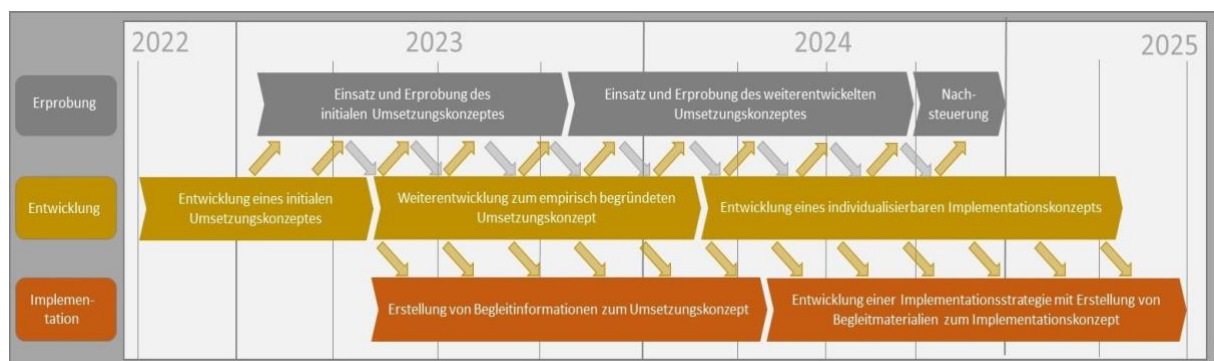


Abbildung 2: Grundlegende Zusammenhänge zwischen Erprobung, Entwicklung und Implementation

1.4 Gliederung des Abschlussberichts

Die Gliederung des Abschlussberichts ergibt sich weitgehend aus dem Untersuchungsauftrag, der die Konzeptentwicklung (Kapitel 2), dessen Erprobung (Kapitel 3), die Abschätzung der Potenziale (digitaler) Technologien und des Einsatzes akademisch ausgebildeter Pflegekräfte (Kapitel 4) „eine evaluative Bewertung (Kapitel 5) sowie die Entwicklung einer Implementationsstrategie (Kapitel 0) vorsieht. Letzteres bezieht sich auf der strategischen Ebene auf die Schaffung struktureller Voraussetzungen für einen Transfer der Projektergebnisse sowie auf operativer Ebene auf eine Handreichung für Einrichtungen, um diesen die Implementation einer kompetenz- und

qualifikationsorientierten Arbeitsorganisation zu erleichtern. In der abschließenden Diskussion (Kapitel 7) werden der Projektverlauf und die Ergebnisse rekapituliert und in den aktuellen Wissensstand eingeordnet.

2 Konzeptentwicklung

Ausgangspunkt des Modellprojektes war die Annahme, dass eine Mehrpersonalisierung allein nicht zur einer höheren Arbeitszufriedenheit und zu höherer Pflegequalität führt, sondern diese Effekte nur auftreten, wenn dieses Personal kompetenz- und qualifikationsorientiert eingesetzt wird. Die Begründung für diese Annahme wird in Abschnitt 2.1 gegeben. Die theoretischen Grundlagen der qualifikations- und kompetenzorientierten Pflege werden in Abschnitt 2.2 dargestellt, während Abschnitt 2.3 die konkreten Schritte aufzeigt, die im Kompetenzmanagement notwendig sind, um einen qualifikations- und kompetenzorientierten Arbeitseinsatz zu ermöglichen. Um zu verhindern, dass eine solche Qualifikations- und Kompetenzorientierung zu einer Taylorisierung des Pflegehandelns führt, muss sie in ein Bezugspflegekonzept eingebunden werden. Das Verständnis von Bezugspflege, das für die Erprobung leitend war, einschließlich der dafür erforderlichen Strukturen, wird in Abschnitt 2.4 dargelegt. Der Abschnitt 2.5 beschäftigt sich mit der bestehenden Arbeitsorganisation (IST) als Ausgangspunkt der Entwicklung zu einer kompetenz- und bewohnendenorientierten Arbeitsorganisation (SOLL-Vision). Der Weg vom IST zum SOLL wird im Abschnitt 2.6 skizziert. Von Anfang an war klar, dass im Projektverlauf Anpassungen der ursprünglichen Konzeption nötig sein würden. Die diesbezüglichen Bedarfe wurden im Rahmen der formativen Evaluation erhoben, auf deren Instrumente in Abschnitt 2.7 eingegangen wird.

2.1 Konzeptionelle Begründungen der kompetenz- und bewohnendenorientierten Pflege

Das Konzept für eine neue Arbeitsorganisation muss zwei Anforderungen verbinden, die nicht spannungsfrei sind: Auf der einen Seite sollten die Pflegenden entsprechend ihrer formalen Qualifikationen und – besser noch – in diesem Rahmen entsprechend ihrer tatsächlich vorliegenden Kompetenzen eingesetzt werden. Hierzu mussten die erforderlichen Kompetenzen entsprechend der Komplexität der erforderlichen Interventionen berücksichtigt werden. Auf der anderen Seite sollten die individuellen Bedürfnisse und Bedarfslagen Ausgangspunkt der Pflegeorganisation sein. Um zum Ausdruck zu bringen, dass Kompetenzorientierung und Bewohnendenorientierung gleichermaßen die Zukunftsvision prägen, wurde diese zu Beginn des Projekts im Begriff der *kompetenzorientierten Bezugspflege* zusammengefügt. Der Begriff *kompetenzorientiert* besagt dabei, dass die Aufgabenverteilung unter Berücksichtigung der bei den Mitarbeitenden eines bestimmten Qualifikationsniveaus tatsächlich vorhandenen Kompetenzen erfolgt. Gleichzeitig soll aber Beziehungspflege ermöglicht werden. Zentral hierfür ist das Konzept der Bezugspflege, das sicherstellt, dass für jede pflegebedürftige Person eine verantwortliche Pflegekraft bestimmt ist, die den Pflegeprozess verantwortet. Zudem sollten die individuellen Bedürfnisse der Bewohnenden so weit wie möglich berücksichtigt werden. Um die zentrale Bedeutung der Bewohnendenorientierung in der Pflegekonzeption zu unterstreichen, wurde der zu Beginn eingeführt Begriff der *kompetenzorientierten Bezugspflege*, auf den Begriff der *kompetenz- und bewohnendenorientierten Pflege* erweitert. Die Bewohnendenorientierung zielt dabei sowohl auf die Ermöglichung der Beziehungspflege im Rahmen von Bezugspflegekonzepten als auch auf die Berücksichtigung der Bedarfe und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Heimbewohnenden als Ausgangspunkt der Arbeitsorganisation ab.

Die *kompetenz- und bewohnendenorientierte Pflege* unterscheidet sich grundlegend von der Funktionspflege. Bei der Funktionspflege wird die Auswahl der durchzuführenden Interventionen *funktional* begründet und orientiert sich an der Organisation der betrieblichen Abläufe. Ziel dabei ist eine möglichst effiziente Arbeitsorganisation – wobei Effizienz hier auf einen möglichst geringen Ressourceneinsatz zur Erledigung der notwendigen Intervention abzielt, nicht zwingend auf das

Wohlbefinden der Bewohnenden. Dazu erfüllen die Pflegekräfte arbeitsteilig Funktionen, die unabhängig von den konkreten Bewohnenden sind. Die Arbeitsorganisation steht damit am Anfang des Organisationsprozesses, die Bedürfnisse und Bedarfe der Bewohnenden hingegen am Ende. Damit entsteht die Tendenz, die Bewohnenden primär als passive Leistungsempfänger und weniger als Subjekte mit individuellen Bedürfnissen zu betrachten.

Bei der *kompetenz- und bewohnendenorientierten Pflege* werden die pflegerischen Interventionen im Gegensatz dazu *bedarfs- und bedürfnisorientiert* ausgewählt und je nach Schwierigkeitsgrad den Pflegenden unterschiedlicher Qualifikationsniveaus zugeordnet. Die Arbeitsorganisation wird somit *nachgehend* an den Bedarfen und Bedürfnissen der pflegebedürftigen Personen ausgerichtet. Ziel ist es dabei nicht nur, für jede pflegebedürftige Person die individuell erforderlichen Interventionen zu ermitteln und zu planen, sondern darüber hinaus auch die durchführende Pflegekraft dem Schwierigkeitsgrad der jeweiligen Interventionen entsprechend auszuwählen und damit die Pflege für alle Bewohnenden individuell qualifikations- und kompetenzorientiert zu organisieren. Der Pflegeprozess nimmt seinen Ausgangspunkt bei den pflegebedürftigen Personen und ihren Bedarfen; die Arbeitsorganisation dient dazu, diese Bedarfe zu befriedigen. Im Gegensatz zur Funktionspflege werden die pflegebedürftigen Personen zu aktiv Mitgestaltenden der Pflege.

Bereits die wissenschaftliche Konzeption im Angebots enthielt eine Skizze des später ausgearbeiteten Interventionskonzeptes und sah zur Umsetzung dieser Zukunftsvision vor, in den Modelleinrichtungen Prozesse der Personal- und Organisationsentwicklung (Prozesskomponente) durchzuführen, um gemeinsam mit der quantitativen Mehrpersonalisierung (Strukturkomponente) eine *kompetenz- und bewohnendenorientierte Arbeitsorganisation* (KubA) einzurichten, die gleichermaßen zu einer Erhöhung der Lebensqualität der Pflegebedürftigen und der Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte beitragen soll. Die Organisationsentwicklung musste dabei je nach Ausgangspunkt der Modelleinrichtung auf die jeweils vorhandenen Personalressourcen und die vorhandene Führungsorganisation abstellen, während die Personalentwicklung umgekehrt auf die Anforderungen der entstehenden Organisationsstrukturen bezogen werden musste, sodass sich beide Prozesse parallel und aufeinander bezogen entwickeln konnten.

Ein zentrales Ergebnis des PeBeM 1-Projektes war, dass eine Mehrpersonalisierung insbesondere im Bereich der Assistenzkraftstellen notwendig und sinnvoll ist. Die Umsetzung der *kompetenz- und bewohnendenorientierten Arbeitsorganisation* (KubA) setzt eine Mehrpersonalisierung im Umfang des Algorithmus 1.0 aber nicht voraus, da auch bei einer Personalausstattung in Höhe der gesetzlichen Mindestausstattungen oder in Höhe der Personalanhaltswerte des § 113c Abs. 1 SGB XI Potenziale zur Verbesserung der Qualifikationspassung in beide Richtungen, also sowohl von Fachkräften auf Hilfs- und Assistenzkräfte als auch umgekehrt von Hilfs- und Assistenzkräften auf Fachkräfte erkennbar sind. Eine Personalmehrung allein ist umgekehrt nicht ausreichend, um die gewünschten Outcome-Verbesserungen zu erzielen. Eine Personalmehrung ändert nämlich zunächst nur die *Struktur einer Pflegeeinrichtung*. Im Rahmen dieser Struktur wird aber 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, so dass ein *kompetenz- und bewohnendenorientiertes Pflegehandeln* entsteht (Abbildung 3).

Dieser *Kernprozess* der Kompetenzorientierung beinhaltet den permanenten Abgleich zwischen den Qualifikations- und *Kompetenzanforderungen*, die aus den Bedarfen und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen resultieren, und den tatsächlichen vorliegenden Qualifikationen und Kompetenzen

der Pflegenden. Er ist eingebettet in die Arbeitsorganisation einer Einrichtung, die ihrerseits gleichfalls weiterentwickelt werden musste. In der *Organisationsentwicklung* wurde die Optimierung durch *regelbasierte Steuerung* des Arbeitseinsatzes unter Berücksichtigung der situations- und personenbezogenen Rahmenbedingungen in den Mittelpunkt gestellt. Dabei erhielten die Daten und Informationen der *Pflegedokumentation* eine noch zentralere Bedeutung: Es ist anzunehmen, dass die Pflegedokumentation zwar in vielen Einrichtungen über lange Zeit vorrangig als Nachweisinstrument im Rahmen von Qualitätsprüfungen betrachtet wurde, aber bereits durch die Entwicklungsprozesse zur Umsetzung des mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbundenen neuen Pflegeverständnisses stärker für eine aktive und dynamische Pflegeprozessplanung genutzt werden. Hieran anknüpfend sollen in der kompetenz- und bewohnenden orientierten Arbeitsorganisation Informationen, die für die Pflegeprozessplanung genutzt werden, nunmehr auch für die Steuerung der praktischen Arbeitsorganisation verwendet werden. Diese Nutzung der Pflegedokumentation und Pflegeprozessplanung ermöglicht eine bessere und schnellere Kommunikation im Pflgeteam und dient als Datengrundlage für die Steuerung der *kompetenzorientierten Personaleinsatzplanung*, die auf dem bezugspflegerisch orientierten Pflegeprozess aufbaut.

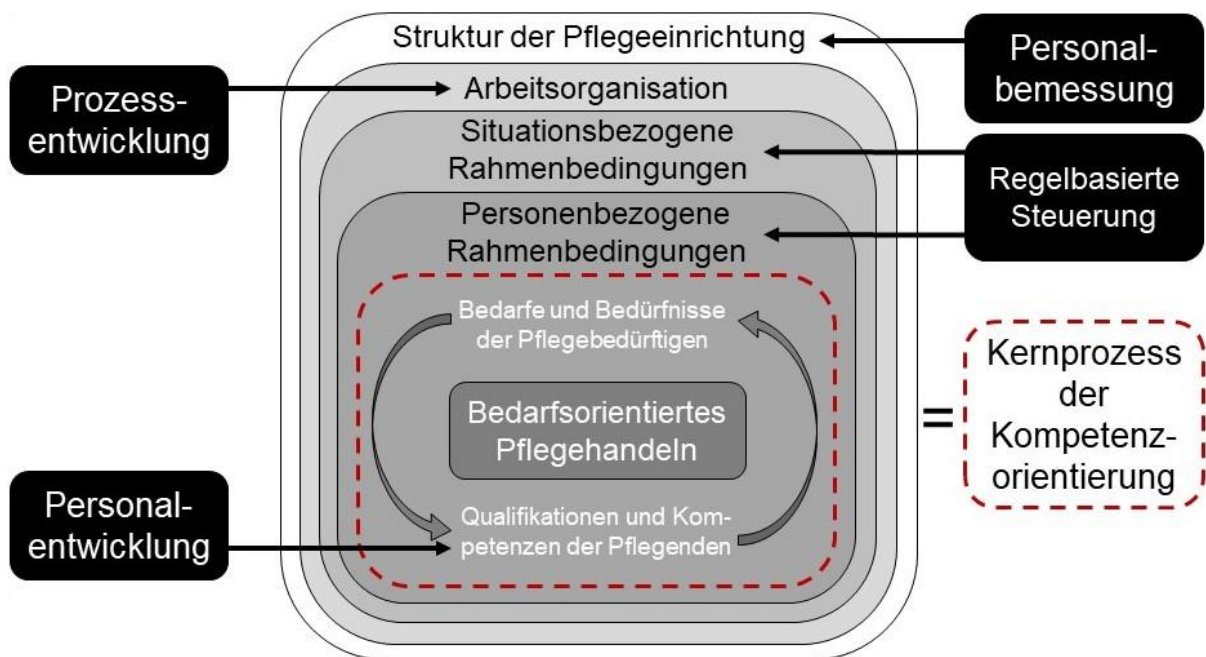


Abbildung 3: Modell des kompetenz- und bewohnendenorientierten Pflegehandelns

In der Grundkonzeption des Modellprojekts wurde davon ausgegangen, dass für die Einrichtung und den späteren Betrieb einer *kompetenz- und bewohnendenorientierten Arbeitsorganisation* (KubA) das Durchlaufen von vier Schritten erforderlich ist:

- (1) der IST-Analyse der vorhandenen Kompetenzen des Personals,
- (2) der IST-Analyse der bisherigen Arbeitsorganisation,
- (3) der Entwicklung einer einrichtungsindividuellen SOLL-Vision für eine kompetenz- und bewohnendenorientierte Arbeitsorganisation (KubA) und
- (4) des Veränderungsprozesses vom IST zum SOLL.

Tabelle 1 bildet diese Schritte ab und zeigt, welche Fragen für die Einführung und Umsetzung einer *kompetenz- und bewohnendenorientierten Arbeitsorganisation* (KubA) jeweils zu beantworten sind.

Während der erste Schritt die Personalentwicklung betrifft, beziehen sich die Schritte zwei bis vier auf die Organisationsentwicklung. Weitere Ausführungen zu diesen Schritten finden sich insbesondere in den Abschnitten 2.3 (Kompetenzanalysen, IST-Analyse der Qualifikationsniveaus), 2.4 (Bezugspflege), 2.5 (Soll-Vision) und 2.6 (Change-Prozess).

Tabelle 1: Personal- und Organisationsentwicklung in vier Schritten

1. Schritt:	<i>IST-Analyse des vorhandenen Personals nach Qualifikationsniveaus, Kompetenzen und Potenzialen:</i> • Welches Qualifikationsniveau haben die Pflegenden? • Welche Kompetenzen liegen bei den Pflegenden vor? • Entsprechen die persönlichen Kompetenzen dem jeweiligen Qualifikationsniveau der Pflegenden? • Welche Pflegenden können ihre Kompetenzen ggf. durch Aus-, Fort- oder Weiterbildung weiterentwickeln oder über eine Ausbildung bzw. sonstige durch den Gesetzgeber in § 113c SGB XI geregelte Verfahren ein neues Qualifikationsniveau erreichen?	Personal- entwicklung
2. Schritt	<i>IST-Analyse der Arbeitsorganisation:</i> • Auf welchem Qualifikationsniveau werden derzeit welche Interventionen bei welchen Bewohnenden erbracht? • Wie erfolgt die Zuordnung von Interventionen bei individuellen Heimbewohnenden und den Qualifikationsniveaus der erbringenden Pflegekräfte? • Wie wird die Bezugspflege umgesetzt?	Organisations- entwicklung
3. Schritt	<i>Entwicklung einer SOLL-Vision:</i> • Wer soll entsprechend des Qualifikationsmixmodells in Zukunft welche Interventionen des einrichtungsspezifischen Interventionsangebots bei welchen Bewohnenden erbringen? • Wie soll die Zuordnung von Maßnahmen für individuelle Heimbewohnende und Qualifikationsniveaus bzw. Kompetenzen der Pflegekräfte in Zukunft erfolgen? • Wie soll die Bezugspflege in Zukunft umgesetzt werden? • Wie soll die Arbeit in den Wohnbereichen zukünftig geplant werden?	
4. Schritt	<i>Der Weg vom IST zum SOLL:</i> • Wie kann die heimindividuelle Zielvision erreicht werden, und welche Veränderungen sind dazu notwendig (Change-Prozess)? • Wodurch kann die kompetenzorientierte und bewohnendenorientierte Bezugspflege fest in die Handlungsabläufe der Einrichtung etabliert werden?	

2.2 Theoretische Grundlagen der qualifikations- und kompetenzorientierten Pflege

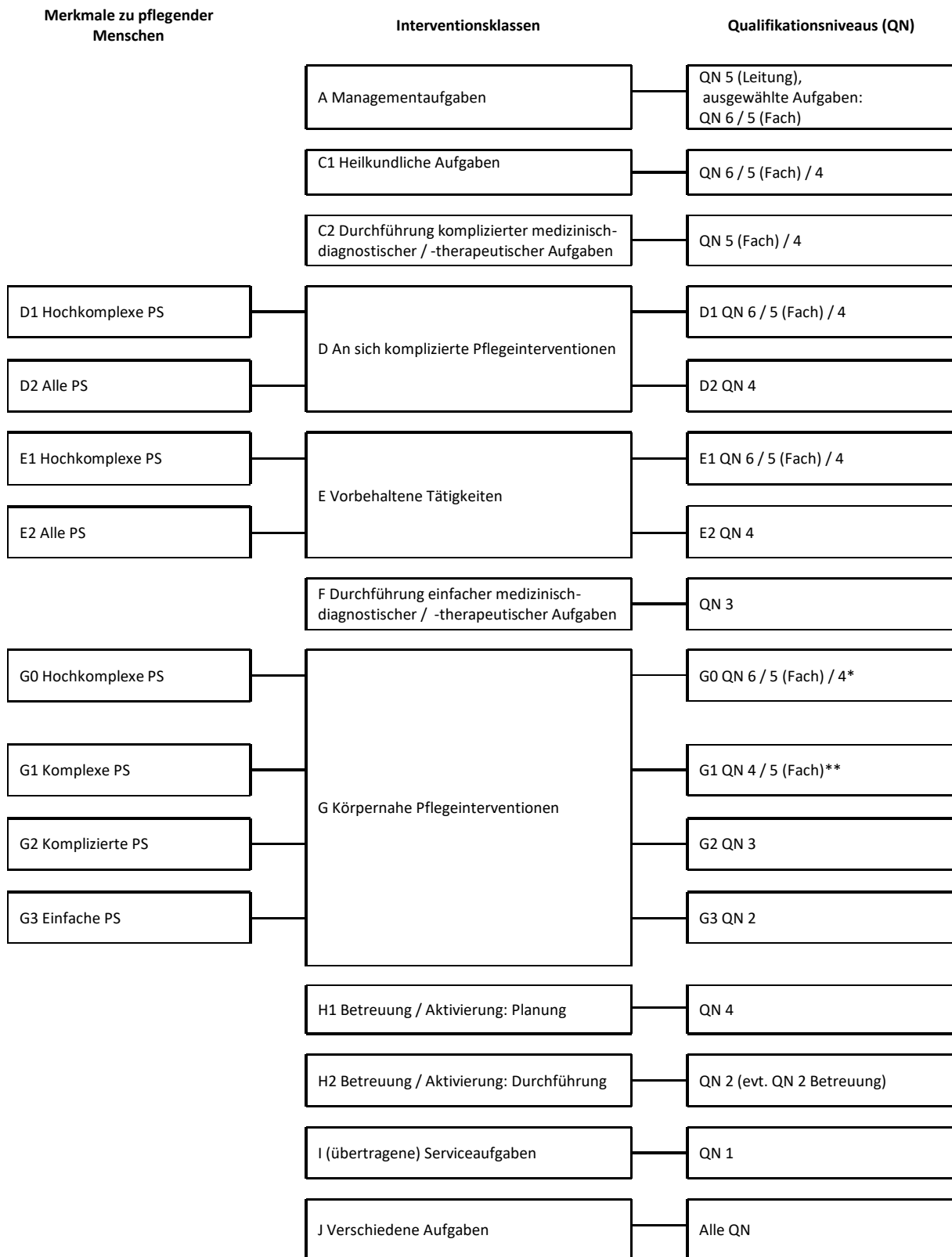
Die wesentlichen Elemente der theoretischen Grundlagen einer kompetenz- und bewohnendenorientierten Arbeitsorganisation, insbesondere das Qualifikationsmixmodell (einschließlich der Definition der Qualifikationsniveaus, der Interventionsklassen und der Komplexitätsgrade der Pflegesituation) (Abschnitt 2.2.1) und der Interventionskatalog (Abschnitt 2.2.2) wurden bereits im Projekt „Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“ (PeBeM 1) entwickelt (Rothgang et al. 2020: 62-105) und als Grundlage der konzeptionellen und praktischen Arbeiten im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3b SGB XI (PeBeM 3) genutzt. Dafür wurden die Ergebnisse aus PeBeM 1 auf ihre Aktualität und Nutzbarkeit überprüft und soweit erforderlich angepasst und weiterentwickelt.

2.2.1 Qualifikationsmixmodell (QMM)

Bereits im Projekt „Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“ (PeBeM 1) wurde ein *Qualifikationsmixmodell* entwickelt und eingesetzt, mit dessen Hilfe festgelegt wird, wie die in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu erbringenden pflegerischen Aufgaben auf Pflegekräfte unterschiedlicher Qualifikationsniveaus verteilt werden können (Darmann-Finck 2021).

In diesem bereits 2017 erarbeiteten QMM wurden bereits alle pflegerischen Interventionsklassen aufgenommen, es konnte zum damaligen Zeitpunkt aber noch kein Einbezug hochschulisch qualifizierter Pflegefachkräfte vorgenommen werden, da die entsprechenden Ausbildungsrahmen noch nicht definiert waren. Als wesentliche Modernisierung des QMM wurden diese Lücken nun geschlossen und hochschulisch qualifizierte Pflegefachkräfte in das QMM integriert werden (Abbildung 4). Die dort enthaltenen QN-Zuordnungen mit Schrägstrich weisen dabei darauf hin, dass die entsprechenden Aufgaben *am besten* von Pflegekräften mit QN 5 bzw. QN 6 durchgeführt würden, aber auch von Fachkräften ohne Fachweiterbildung (QN 4) übernommen werden können. Dies trägt insbesondere dem Umstand Rechnung, dass Pflegekräfte mit QN 5 und QN 6 nicht in allen Einrichtungen in hinreichender Zahl zur Verfügung stehen, um diese Aufgaben vollständig zu übernehmen.

Das Qualifikationsmixmodell verknüpft strukturell die bei den Pflegenden erforderliche Qualifikationen einschließlich der aufgrund der Qualifikation erwartbaren Kompetenzen mit bestimmten Interventionen und der Komplexität der Pflegesituation einer pflegebedürftigen Person. Es werden hierbei also drei Klassifikationen in Bezug gesetzt (Abbildung 4). Es handelt sich dabei um die Komplexität der Pflegesituation (Abschnitt 2.2.1.3), Interventionsklassen (Abschnitt 2.2.1.2) und die zugeordneten Qualifikationsniveaus (Abschnitt 2.2.1.1).



* Hochschulqualifizierte Pflegefachkräfte (QN 6) übernehmen im Rahmen der Pflegeprozesssteuerung nur die Aufgabe „Körperpflege im Bett“ der Interventionsklasse G (körpernahe Pflegeinterventionen) bei hochkomplexen Pflegesituationen.

** Pflegefachkräfte mit einer fachbezogenen Weiterbildung (QN 5 Fach) übernehmen Aufgaben der Interventionsklasse G (körpernahe Pflegeinterventionen) bei besonderen Bedarfslagen, ihrer Spezialisierung entsprechend.

Abbildung 4: Übersicht zum Qualifikationsmixmapmodell (QMM)

2.2.1.1 Qualifikationsniveaus

In der Pflege werden gemäß dem Europäischem und Deutschem Qualifikationsrahmen acht Qualifikationsniveaus unterschieden (Rothgang et al. 2020: 90), beginnend von Mitarbeitenden ohne Ausbildung (QN 1), über Pflegehilfskräfte mit einem Pflegebasiskurs (QN 2), Pflegeassistentenkräfte mit einer ein- bis zweijährigen Ausbildung nach Landesrecht (QN 3), Pflegefachkräfte mit einer dreijährigen Ausbildung (QN 4) und Pflegefachkräfte mit einer zusätzlichen Fachweiterbildung (QN 5). Auf den Qualifikationsniveaus QN 6 bis QN 8 befinden sich Pflegende mit einem hochschulischen Abschluss, d. h. Pflegende mit einem Bachelor- (QN 6) oder Masterabschluss (QN 7) oder mit Promotion (QN 8) (Darmann-Finck 2021).

Mit dem vorliegenden Qualifikationsmixmodell können die bei einem zu pflegenden Menschen erforderlichen Interventionen bewohnendenspezifisch und eindeutig einem bestimmten Qualifikationsniveau (QN) zugeordnet werden. Dieses Qualifikationsniveau gibt dann als *SOLL-QN* vor, von Pflegekräften mit welcher Qualifikation eine fachlich korrekte Durchführung der entsprechenden Intervention aufgrund der nachgewiesenen Ausbildungsinhalte und Berufserfahrung zu erwarten ist.

Im hier berichtsgegenständlichen Modellprojekt wurde das QMM des Vorprojektes zu Beginn weiterentwickelt, indem auch die Qualifikationsniveaus QN 5 (Fachweitergebildete Pflegefachpersonen, z. B. in Gerontopsychiatrie oder Palliativpflege) und QN 6 (Pflegefachpersonen mit einem pflegewissenschaftlichen Bachelorabschluss) systematisch integriert und mit Interventionen verknüpft wurden. Dies entspricht auf theoretischer Ebene normativen Vorschlägen einer Integration dieser hochqualifizierten Pflegefachkräfte in das praktische Pflegegeschehen. Diese sind allerdings bisher nicht mit empirischen Erkenntnissen über die wirklich eintretende Wirksamkeit zu belegen, da hierzu bisher keinen umfassenden Forschungsarbeiten existieren, die eine gezielte Beobachtung dieser Personengruppe umsetzen und dabei einen kontrollierten Vergleich mit schulisch ausgebildeten Pflegefachkräften umsetzen.

2.2.1.2 Interventionsklassen

Ausgehend von den in der vollstationären Pflegeeinrichtungen erforderlichen Interventionen wurde durch Analyse auf Gemeinsamkeiten ein System unterschiedlicher *Interventionsklassen* gebildet. Um die Interventionsklassen mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus verknüpfen zu können, enthalten diese Interventionsklassen jeweils Interventionen mit einem ähnlichen Schwierigkeitsniveau. Jedem Qualifikationsniveau konnten schließlich die Interventionsklassen zugeordnet werden, für die im Rahmen der Qualifizierung die entsprechenden Kompetenzen erworben werden. Bei der Interventionsklasse G „Körpernahe Pflegeinterventionen“ (z. B. die Unterstützung bei der Körperpflege) ist aber nicht die Intervention selbst mehr oder weniger schwierig, der Schwierigkeitsgrad ergibt sich vielmehr durch die Komplexität der Pflegesituation.

Kriterien für die Zuordnung einzelner Interventionen in Interventionsklassen sind beispielsweise der Umfang des für die Intervention erforderlichen spezialisierten Fachwissens, der Grad an Standardisierbarkeit einer Intervention, der Umfang des für eine Intervention erforderlichen vertieften Fachwissens oder das mit einer Intervention verbundene Gefahrenpotenzial. Tabelle 2 zeigt die verwendeten Interventionsklassen und gibt Beispiele für die jeweils zugeordneten Aufgaben an.

Tabelle 2: Interventionsklassen

Interventionsklassen	Beispiele für zugeordnete Aufgaben
A Managementaufgaben	z. B. Qualitätsentwicklung, Öffentlichkeitsarbeit, Pflegekonsil, Anleitung/Einarbeitung/Ausbildung, Mikropflegevisite
C1 Durchführung erweiterter heilkundlicher Aufgaben	z. B. Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellage
C2 Durchführung komplizierter delegierter medizinischer Aufgaben	z. B. i.m. – Injektionen, Absaugen, Kompressionsverband
D an sich komplexe Pflegeinterventionen	z. B. Beratung, Schulung, Basale Stimulation, Biographiearbeit
E Vorbehaltene Tätigkeiten	z. B. Steuerung des Pflegeprozesses, Einzug, Berufsgruppenübergreifende Kommunikation
F Durchführung einfacher delegierter medizinischer Aufgaben	z. B. Kompressionsstrümpfe, s.c.-Injektionen
G körpernahe Pflegeinterventionen	z. B. Körperpflege: Waschen am Waschbecken, Positionierung
H1 Betreuung / Aktivierung: Planung	z. B. Alltagsgestaltung: Planung
H2 Betreuung / Aktivierung: Durchführung	z. B. Alltagsgestaltung: Vorbereitung und Durchführung
I (Übertragene) Serviceaufgaben	z. B. Ernährungs- / Trinkmanagement: Vorbereitung
J verschiedene Aufgaben	z. B. Dienstübergabe, Dienstgang, Dokumentation, Bewohnendengespräch

2.2.1.3 Komplexitätsgrade von Pflegesituationen

Für die Umsetzung des neuen Ansatzes der Personalbemessung gemäß § 113c Abs. 1 SGB XI wurden vier Komplexitätsniveaus von Pflegesituationen definiert: einfach, kompliziert, komplex und hochkomplex (s.u.).

Bei den körpernahen Pflegeinterventionen der interventionsklasse G ist der Schwierigkeitsgrad der Pflegeintervention abhängig von der Komplexität der Pflegesituation und muss für jede pflegebedürftige Person individuell festgelegt werden. Die Kennzeichnung der Komplexität wurde im Modellprojekt angepasst, um Missverständnisse mit den (sozialrechtlichen) Pflegegraden zu vermeiden. Außerdem wurden die Komplexitätsgrade um „hochkomplexe Pflegesituationen“ erweitert.

Zur Messung der Komplexität von Pflegesituationen werden weitgehend die den Einrichtungen vorliegenden Informationen aus der Pflegebegutachtung genutzt, um weitere Datenerhebungen auf ein Minimum zu beschränken. Abgestellt wird abgestellt auf

- a. die Stabilität der gesundheitlichen Situation,
- b. das Ausmaß der Selbständigkeit in Bezug auf die Mobilität wie sie in Modul 1 des Begutachtungsinstruments erfasst wird sowie
- c. die Häufigkeit des Auftretens von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen, wie sie in Modul 3 des Begutachtungsinstruments erfasst werden.

Lediglich die Stabilität der gesundheitlichen Situation muss neu erhoben werden. Im Falle einer instabilen gesundheitlichen Situation, die bei der Existenz von z. B. Dekubitus, chronischen Wunden, instabilen Schmerzen, instabiler Luftnot, einer instabilen Koronaren Herzkrankheit, bei Mangelernährung oder in einer palliativen Situation vorliegt, wird automatisch eine mindestens komplexe Pflegesituation unterstellt. Bei einer stabilen gesundheitlichen Situation ergibt sich die Komplexität der Pflegesituation aus dem Ausmaß der Selbständigkeit in Bezug auf die Mobilität und der Häufigkeit des Auftretens von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen. Als für die Einstufung ausschlaggebend wird stets das Merkmal herangezogen, das auf eine höhere Komplexität verweist. In diesen Fällen ist die Komplexität der Pflegesituation über Zeit relativ stabil und muss regelmäßig und anlassbezogen evaluiert, nicht aber tagesaktuell überprüft werden. Für die Komplexität ergeben sich die folgenden Unterscheidungen:

- *Einfache Pflegesituation:* In einfachen Pflegesituationen 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 Mal innerhalb von zwei Wochen auftreten.
- *Komplizierte Pflegesituation:* 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), 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) zwei- bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich auftreten.
- *Komplexe Pflegesituation:* In komplexen Pflegesituationen befinden sich zu pflegende Menschen, die sich nicht selbstständig bewegen können, so dass sie umfassende Unterstützung seitens der Pflegepersonen benötigen und/oder bei denen psychische Verhaltensweisen und Problemlagen (z. B. verbale Aggressionen, Antriebslosigkeit) täglich auftreten. Unabhängig von der Mobilität und den psychischen Verhaltensweisen und Problemlagen sind auch die pflegebedürftigen Menschen in komplexen Pflegesituationen, die sich in einer *instabilen gesundheitlichen Situation* (IGS) befinden und z. B. eine der folgenden Diagnosen aufweisen: Dekubitus, chronische Wunde, instabile Schmerzen, instabile Luftnot, instabile Koronare Herzkrankheit, Mangelernährung, palliative Situation. Die Einschätzung der IGS erfolgt jeweils aktuell auf der Basis der fachlichen Expertise einer Pflegefachkraft.
- *Hochkomplexe Pflegesituation:* Hochkomplexe Pflegesituationen zeichnen sich durch eine hohe Dynamik mit Verschlechterung der gesundheitlichen und pflegerischen Situation aus. Eine hochkomplexe 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 berufsübergreifendem Handeln (insbesondere Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten). und einer damit verbundenen erhöhten Notwendigkeit von intensivem interprofessionellem Handeln

Abbildung 5 fasst die Unterscheidung von einfacher, komplizierter und komplexer Pflegesituation bei stabiler gesundheitlicher Situation noch einmal übersichtlich zusammen.

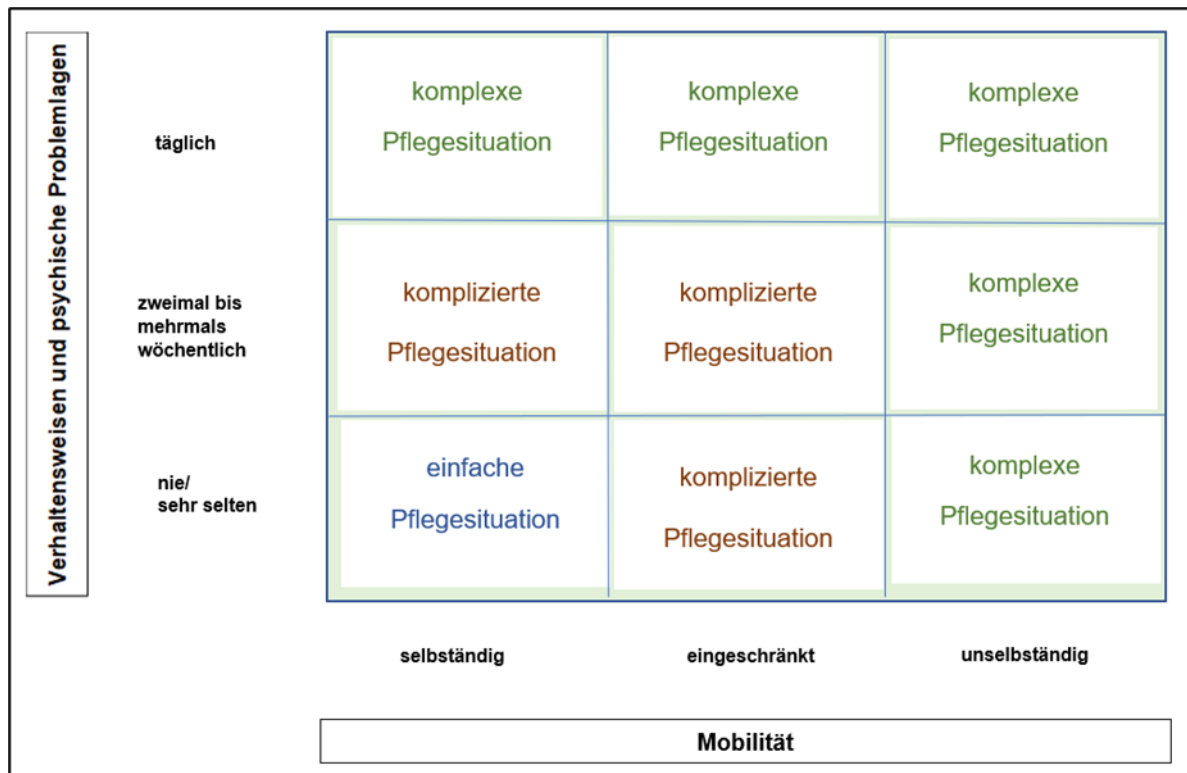


Abbildung 5: Unterscheidung von einfacher, komplizierter und komplexer Pflegesituation bei stabiler gesundheitlicher Situation

Der Komplexitätsgrad von Pflegesituationen wurde genutzt, um in den Interventionsklassen G, D und E Unterklassen zu bilden. Bei den Interventionsklassen D „an sich komplexe Pflegeinterventionen“ und E „Vorbehaltene Tätigkeiten“ wurden jeweils zwei Unterklassen gebildet, nämlich für hochkomplexe Pflegesituationen oder für Pflegesituationen mit „spezielle Gruppen von Bewohnenden“ einerseits (QN 4 / QN 5 / QN 6) und für alle anderen Pflegesituationen andererseits (QN 4).

Bei der Interventionsklasse G „Körpernahe Pflegeinterventionen“ ergeben sich die in Tabelle 3 angegebenen vier Unterklassen mit den zugehörigen Zuordnungen der Qualifikationsniveaus.

Tabelle 3: Unterklassen für körpernahe Pflegeinterventionen

Unterklassen	Komplexität der Pflegesituation	QN
G3	Einfache Pflegesituation	QN 2
G2	Komplizierte Pflegesituation	QN 3
G1	Komplexe Pflegesituation	QN 4 / QN 5
G0	Hochkomplexe Pflegesituation	QN 4 / QN 5 / QN 6

Bei allen QN-Zuordnungen, die auch Pflegefachkräfte oberhalb des QN 4 einschließen, wird angenommen, dass die betreffenden Interventionen fachgerecht von Pflegefachkräften des QN 4 erbracht werden können, dass aber aufgrund der umfangreicheren Kompetenzen eine Erbringung durch die Fachkräfte des QN 5 oder QN 6 potenziell qualitativ besser erfolgen kann. Für die Arbeitsorganisation bedeutet dies, eine zusätzliche Option: Sofern QN 6 oder QN 5 in den Einrichtungen vorhanden sind, sollten diese hochqualifizierten Pflegefachkräfte arbeitsorganisatorisch prioritär zur Erbringung der betreffenden Interventionen eingesetzt werden. Sind diese nicht vorhanden, sollten die Interventionen von einer Pflegefachkraft des QN 4 erbracht werden, von der eine fachgerechte Durchführung der Interventionen zu erwarten ist.

2.2.2 Interventionskatalog

Auf der Basis von umfassenden Recherchen wurde im Projekt PeBeM 1 ein Interventionskatalog erstellt (Rothgang et al. 2020: 62ff.). Dieser bildet das gesamte Spektrum der direkten und indirekten Interventionen in der pflegerischen Versorgung in der Langzeitpflege ab. Er beinhaltet jeweils Interventionen oder Interventionskomplexe als vollständige Handlung einschließlich der erforderlichen Teilschritte und der Anforderungen zur fachgerechten Erbringung. Eine entscheidende Grundlage für seine Nutzbarkeit innerhalb des Qualifikationsmixmodell bildet die Systematisierung der Interventionen nach *Interventionsklassen*.

Im Projekt PeBeM 1 wurde der Interventionskatalog als Erhebungsinstrument konzipiert und es wurden 10 Interventionsklassen, z. T. mit Unterklassen unterschieden. In PeBeM 3 wurde seine Funktion erweitert. Neben der Funktion als Erhebungsinstrument wurde er als Instrument der Pflegeprozessplanung und -steuerung verwendet. Nicht zuletzt aufgrund dieser erweiterten Funktion war eine Weiterentwicklung des Interventionskatalogs notwendig. Dazu wurden einzelne Interventionen ergänzt oder Klassen in Unterklassen ausdifferenziert (s. o.). So wurden einige indirekte Interventionen ergänzt (z. B. Pflegevisite und Anleitung/Einarbeitung/ Ausbildung) und die Interventionen Ernährungs- und Trinkmanagement in Vorbereitung und Durchführung aufgeteilt. Des Weiteren wurde aufgrund eines bereits laufenden Modellvorhabens gemäß § 64d SGB V zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten in der Interventionsklasse C und der im Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung enthaltenen Regelungen zwei Unterklassen gebildet. Die Klasse C 1 (erweiterte heilkundliche Aufgaben) schließt dabei an die Inhalte des Modellvorhabens an, und enthält Interventionen, deren Erbringung nur für Pflegefachkräfte nach Absolvierung einer spezifischen Zusatzqualifikation zulässig ist. Die Klasse C 2 (Delegierte komplizierte medizinische Aufgaben) umfasst die bereits nach bisheriger Rechtslage auf Pflegefachkräfte übertragbare Interventionen. Eine Anpassung des Interventionskatalogs wurde auch durch die Einarbeitung der Qualifikationsniveaus QN 5 und QN 6 erforderlich. Die Interventionsklasse B „Komplexe Interventionen für spezielle Bewohnendengruppen“, in der Interventionen zusammengefasst waren, die komplex sind und außerdem eine Spezialisierung für bestimmte Aufgaben oder Zielgruppen zu pflegender Menschen aufweisen, und die eigentlich für das QN 5 vorgesehen war, wurde aufgelöst, weil sich eine andere Struktur als sinnvoller erwies.

Damit wurden für das Modellprojekt *neun übergeordnete Interventionsklassen* zugrunde gelegt, die mit den Buchstaben A, C, D, E, F, G, H, I und J bezeichnet werden (Tabelle 2). Die Anforderungen von „spezifischen Gruppen von Bewohnenden“ wie z. B. Bewohnenden in palliativen Pflegesituationen oder gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohnenden wurden jetzt in die Interventionsklassen D (An sich komplizierte Pflegeinterventionen) und E (Vorbehaltene Tätigkeiten) eingearbeitet. Pflegende

des QN 5 sollen diese Interventionen bei Bewohnenden mit diesen besonderen Bedarfslagen nach Möglichkeit durchführen – sofern diese in den Einrichtungen vorhanden sind.

Ähnlich wurden auch die *Aufgaben für Pflegende des QN 6* definiert. Sofern entsprechende Mitarbeitende in den Einrichtungen tätig sind, sollen diese die Aufgaben der Interventionsklassen E und D insbesondere bei Bewohnenden in hochkomplexen Pflegesituationen übernehmen (Definition hochkomplexe Pflegesituationen in Abschnitt 2.2.1.3). Außerdem erhalten sie Aufgaben der neu gebildeten Interventionsklasse C1 „Erweiterte heilkundliche Aufgaben“. Sind in den Einrichtungen keine Mitarbeitenden der QN 5 und QN 6 vorhanden, werden die beschriebenen Aufgaben von Mitarbeitenden des QN 4 übernommen. Bei der Interventionsklasse C1 muss grundsätzlich geprüft werden, ob die Mitarbeitenden diese erweiterten Kompetenzen im Rahmen des Studiums oder der Ausbildung erworben haben.

Entsprechende Differenzierungen wurden auch für *indirekte Pflegeinterventionen* erarbeitet. Beispielsweise wurde die Intervention Anleitung/Einarbeitung/Ausbildung dahingehend ausdifferenziert, dass Pflegende des QN 5 für die Konzeption und Durchführung von Fortbildungen oder auch von Pflegekonsilen für „spezielle Gruppen von Bewohnenden“ wie z. B. Bewohnende mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen zuständig sind. Auch Pflegende des QN 6 können die Konzeption und Durchführung von fokussierten Fortbildungen und Pflegekonsilen übernehmen, aber nicht für „spezielle Gruppen von Bewohnenden“, sondern unter Berücksichtigung eines vertieften pflege- und bezugswissenschaftlichen Wissens, z. B. zu aktuellen Forschungsergebnissen zu einem pflegerelevanten Thema.

Neben strukturellen Erweiterungen und Änderungen im Interventionskatalog wurden *inhaltliche Anpassungen* bei einzelnen Interventionen vorgenommen wie beispielsweise Definitionen erweitert, Teilschritte ergänzt und Beschreibungen geändert. Ein zentraler Grund war die erweiterte Funktion, des in PeBeM 1 entwickelten Interventionskatalogs, als Planungs- und Steuerungsinstrument und die damit verbundene Anwendbarkeit in der pflegerischen Praxis. Es sollten Unklarheiten in der Anwendung vorgebeugt werden. So war die Intervention *Alltagsgestaltung* in sieben verschiedene Interventionen, je nach Beschäftigungsart, unterteilt. Die Notwendigkeit einer solchen Differenzierung lässt sich nach heutigem Wissenstand nicht mehr begründen und hatte zur Folge, dass die einzelnen Beschäftigungsarten in der Beschreibung der Intervention ergänzt wurden. Die Interventionen *Hilfe beim Aufstehen* und *Hilfe beim Zubettgehen* wurden durch den Zusatz „vor bzw. nach einer Ruhe- oder Schlafphase“ erweitert, um somit bereits in der Bezeichnung der Intervention eine Abgrenzung zur Intervention *Transfer/Fortbewegen* herzustellen. Eine weitere Ausdifferenzierung erfolgt bei der Intervention *Pflegevisite*. Ursprünglich als Managementaufgabe der Interventionsklasse A zugeordnet, erhielt diese Intervention im Rahmen der Konzeption des Bezugspflegesystems als zentrales Instrument zur Steuerung des Pflegeprozesses in einem qualifikationsdifferenzierten Bezugspflegestandem (s. Abschnitt 2.4) eine andere Bedeutung. Daraus erfolgt eine neue Intervention *Mikropflegevisite* (Interventionsklasse E). Die ursprüngliche *Pflegevisite* erhielt die Bezeichnung *Makropflegevisite*. Die Intervention *Kompressionsstrümpfe/-verband* wurde in zwei einzelne Interventionen mit verschiedenen Klassifizierungen aufgeteilt: *Kompressionsstrümpfe* (in Interventionsklasse F) und *Kompressionsverband* (in Interventionsklasse C2) um die unterschiedlichen Schwierigkeitsgrade und Gefahrenpotenziale deutlich zu machen. Weiterhin erfolgte eine Änderung der Klassifizierung bei den in Tabelle 4 angegebenen Interventionen.

Tabelle 4: Veränderung von Bezeichnungen im Interventionskatalog

Bezeichnung der Intervention im PeBeM Interventionskatalog	Wechsel der Interventionsklasse von PeBeM 1 zum Modellprojekt
Beckenbodentraining	D -> C2
Enterale Ernährung	F - > C2
Ehrenamt	D -> A

In der Bearbeitung der Interventionskataloge der Modelleinrichtungen und der Erarbeitung der kompetenz- und bewohnendenorientierten Ablauforganisation konnten in dem bisherigen PeBeM 1 Interventionskatalog keine Interventionen identifiziert werden, welche die Interventionen *Medikationsmanagement und -gabe BtM* sowie *Ausscheidungsmanagement mit Ableitungssystem* subsumiert haben. Um das gesamte Spektrum der pflegerischen Leistung abzubilden, wurde der PeBeM Interventionskatalog um die beiden genannten Interventionen erweitert.

2.3 Kompetenzorientierung – qualifikations- und kompetenzorientierter Personaleinsatz

Um einen qualifikations- und kompetenzorientierten Personaleinsatz im Projektverlauf organisieren zu können, wurde ein *kompetenzbasiertes Personalmanagement* benötigt mit dem sichergestellt wird, dass die Pflegenden regelmäßig nur für Interventionen eingesetzt wurden, die ihren faktisch vorhandenen Kompetenzen entsprachen. Das Kompetenzmanagement beinhaltet vier einzelne Teile: die Bestimmung des Qualifikationsniveaus jeder mitarbeitenden Person (Abschnitt 2.3.1), die Durchführung von Kompetenzanalysen (Abschnitt 2.3.2), Personalentwicklungsgespräche, in denen die Kompetenzanalysen ausgewertet und aus den Ergebnissen ggf. Schlussfolgerungen gezogen werden (Abschnitt 2.3.3), sowie Bildungsangebote zur Weiterentwicklung der Kompetenzen (Abschnitt 2.3.4). Abbildung 6 zeigt den mit diesem Prozess verbundenen Ablauf schematisch.



Abbildung 6: Ablauf des Kompetenzmanagements

2.3.1 Zuordnung der Qualifikationsniveaus der Mitarbeitenden

Um den Einrichtungen die Zuordnung der Mitarbeitenden zu Qualifikationsniveaus zu erleichtern, wurde eine bereits im Projekt PeBeM 1 erarbeitete Tabelle bzw. *QN-Zuordnungsmatrix* genutzt, in der die Zertifikate, Abschlüsse und Berufserfahrung beschrieben werden, die mit dem jeweiligen Qualifikationsniveau assoziiert sind (Tabelle 5). Dabei ist zu beachten, dass hier nur auf die pflegerischen Qualifikationen Bezug genommen wird und Berufsabschlüsse außerhalb der Pflege hier nicht berücksichtigt werden.

Tabelle 5: Zuordnungsmatrix von Pflegezertifikaten zu Qualifikationsniveaus

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 1-jähriger angeleiteter Tätigkeit
QN 2 (Betreuung)	Betreuungskräfte nach §§ 43b und 53c SGB XI mit Nachweis von mindestens 160 Stunden Unterricht und 3 Wochen Praktikum
QN 3	Pflegeassistentenkräfte mit ein- oder zweijähriger Ausbildung (nach landesspezifischen Ausbildungsregelungen, perspektivisch nach dem Pflegefachassistentengesetz)
QN 4	Pflegefachkräfte mit beruflicher Ausbildung von mindestens 3 Jahren in Vollzeit
QN 5 (Fach)	Pflegefachkräfte des QN 4 mit mindestens 2 Jahren Berufserfahrung und-Fortbildung im Umfang von ≥ 160 Stunden theoretischem Unterricht (z. B. Palliativpflege, Gerontopsychiatrie, Wundmanagement) entsprechend der länderspezifischen Weiterbildungsordnungen
QN 5 (Leitung)	Pflegefachkräfte des QN 4 mit Weiterbildung für Leitungsaufgaben (mindestens 460 Stunden theoretischer Unterricht)
QN 6 (Fach)	Pflegefachkräfte mit einem klinischen Bachelorabschluss (z. B. primärqualifizierendes Studium o.ä.)
QN 6 (Management)	Pflegefachkräfte mit einem Bachelorabschluss (Management)
QN 7	Pflegefachkräfte mit Masterabschluss
QN 8	Pflegefachkräfte mit Promotion

Anmerkung: Die zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 43c SGB XI sind (ebenso wie einige weitere Personengruppen, für die es landesrechtlich Sonderschlüssel gibt) nicht in den Personalziffern des § 113c SGB XI enthalten. Mitarbeitende ohne Ausbildung mit weniger als vier Monaten angeleiteter Tätigkeit haben das Qualifikationsniveau 1 nicht erreicht, werden aber trotzdem in den Einrichtungen eingesetzt.

Quelle: Darmann-Finck 2021 sowie Weiterentwicklungen im Projekt.

Jedem der QN wird in Tabelle 5 mindestens ein Zertifikat bzw. Berufsabschluss zugeordnet. Die Definition der Zertifikate erfolgte mit Bezug zu rechtlichen Grundlagen der Pflegebildung (u.a. Ausbildungsgesetze, Sozialgesetzbücher) oder aber in Analogie zu den Beispielen aus der „Liste der zugeordneten Qualifikationen“ des Deutschen Qualifikationsrahmens (2024). Unter Berücksichtigung der Besonderheiten in der pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung wurden den QN 2 und QN 5 jeweils zwei unterschiedliche Zertifikate zugeordnet. Außerdem erfolgten bei diesen beiden Qualifikationsniveaus Anpassungen des angesetzten Mindeststundenumfangs im Vergleich zu PeBeM 1. Für das QN 2 wurde zunächst ein Pflegebasiskurs mit einem Stundenumfang von 200 Stunden vorgesehen. Diese Mindestgrenze erfolgte in Anlehnung an die Regelungen des G-BA zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, um Parallelen zur Akutpflege zu etablieren und Mobilität der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer zu ermöglichen. Da im Rahmen des Modellprojekts zurückgemeldet wurde, dass in einigen Bundesländern ein 150 Stunden umfassender Pflegebasiskurs bereits existiert, wurde der Umfang auf 150 Stunden angepasst. Ähnlich war auch der Mindeststundenumfang für das QN 5 (Fach) zunächst auf 200 Stunden festgelegt und wurde dann

auf 160 Stunden reduziert, um auch beispielsweise Weiterbildungen in der Palliativpflege zu inkludieren.

Mit den Qualifikationen sind jeweils spezifische Kompetenzerwartungen verbunden. Der Arbeitsschritt der Zuordnung zu einem Qualifikationsniveau legt damit das individuelle SOLL der Kompetenzen einer Pflegekraft fest, dessen ebenso individuelle Erfüllung für den kompetenzorientierten Personaleinsatz erforderlich ist.

Im Rahmen des Modellprojekts erfolgte eine Äquivalenzprüfung einzelner Abschlüsse (z. B. Haus- und Familienpflegerin) die landesrechtlich geregelt sind und zum Teil nur in einzelnen Bundesländern angeboten werden. Ziel dieser Prüfung war es eine eindeutige QN-Zuordnung aller Mitarbeitenden vornehmen zu können.

2.3.2 Kompetenzerhebung und -analyse

Mit der Kompetenzerhebung und -analyse wurden vor allem zwei Zielsetzungen verfolgt: die Überprüfung der bei den Mitarbeitenden der unterschiedlichen Qualifikationsniveaus vorhandenen Kompetenzen und die Schaffung einer Datengrundlage für eine gezielte Unterstützung der Personal- bzw. Kompetenzentwicklung der einzelnen Mitarbeitenden. Mittels der Kompetenzerhebung und -analyse sowie daran anschließender Vereinbarungen im Personalentwicklungsgespräch konnten die Voraussetzungen für einen kompetenz- und qualifikationsgerechten Personaleinsatz der Mitarbeitenden sichergestellt werden.

Für die Kompetenzanalyse wurden im Modellprojekt für die Qualifikationsniveaus 1 bis 5(Fach) Erhebungsinstrumente verwendet, die eine *Selbsteinschätzung* der Pflegenden mit *einer Fremdeinschätzung* durch eine Leitungsperson kombinieren. Sofern Pflegehilfskräfte des QN 1, also Pflegehilfskräfte, die keinen oder kaum theoretischen und praktischen pflegebezogenen Unterricht erhalten haben, pflegerische Aufgaben übernehmen, wurden im Modellprojekt für die Kompetenzanalyse die Kompetenzerhebungsbögen des QN 2 verwendet.

Die im Modellprojekt zunächst entwickelten Kompetenzanalysebögen basierten auf den *Fragebögen zur individuellen Kompetenzerhebung zur Vorbereitung auf ein Personalentwicklungsgespräch* von Knigge-Demal et al. (2013), die im Rahmen eines vom BMFSFJ geförderten Projektes (2011-2013) entwickelt und evaluiert wurden. Um den qualifikations- und kompetenzorientierten Personaleinsatz zu ermöglichen, wurden sie zu Beginn des Modellprojekts weiterentwickelt. Folgende Veränderungen wurden vorgenommen:

- Ergänzung spezifischer für die das Qualifikationsmixmodell relevanter Kompetenzen, z. B. einfacher delegierter medizinischer Aufgaben bei QN 3, Konkretisierung der Pflegeprozessgestaltung und -steuerung bei QN 4 und höher,
- Auflösung der Aufteilung nach Verantwortungsbereichen einerseits und Wissen und Können andererseits,
- Bildung von Schwerpunkten mit Orientierung an den Interventionsklassen (Pflegeprozessgestaltung und -steuerung, Körpernahe Pflegeinterventionen in einfachen/komplizierten Pflegesituationen, an sich komplexe Interventionen, einfache/komplizierte delegierte medizinische Interventionen, Aktivierung und Betreuung, teaminterne (und berufsübergreifende) Kommunikation, Anleitung/Einarbeitung/Ausbildung),
- Einarbeitung der Komplexität der Pflegesituationen, in denen pflegerischen Aufgaben übernommen werden anhand der im QMM definierten Kriterien (BI-Module 1 und 3 sowie der Instabilität der gesundheitlichen Situation),

- Einfügen einer vierstufigen Likert-Skala (trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, trifft eher zu, trifft vollständig zu) anstelle einer dreistufigen Likert-Skala.

Des Weiteren wurde eine Exceltabelle programmiert, in der die Ergebnisse des Kompetenzabgleichs im Personalentwicklungsgespräch abgebildet werden konnten.

Den verantwortlichen Leitungspersonen stand ein Durchführungsmanual zur Kompetenzerhebung und -analyse zur Verfügung. Mit diesen Informationen konnten die Leitungspersonen ihre Mitarbeitenden bei der Durchführung der individuellen Kompetenzerhebung unterstützen und anleiten. Für die Anleitung der Mitarbeitenden konnten die Leitungspersonen zudem auf ein Videotutorial zurückgreifen. Die Kompetenzerhebungsbögen wurde von den Pflegenden und den Leitungspersonen vor dem sich anschließenden Personalentwicklungsgespräch ausgefüllt und dann gemeinsam besprochen.

2.3.3 Personalentwicklungsgespräche

Auf Grundlage der Selbst- und Fremdeinschätzungen konnten strukturierte Personalentwicklungsgespräche durchgeführt werden. Bei diesen Gesprächen wurden die Selbst- und die Fremdeinschätzung der Kompetenzen der Mitarbeitenden abgeglichen, zusammengeführt und in eine Exceltabelle eingetragen. Nach Beantwortung aller Fragen wurde eine graphische Abbildung (Kompetenzprofil) der Ergebnisse angezeigt. Durch die graphische Darstellung erhielten die Mitarbeitenden und die Leitungskräfte einen schnellen Abgleich zwischen dem SOLL an Kompetenzen eines bestimmten Qualifikationsniveaus und den individuell tatsächlich vorhandenen Kompetenzen (IST) der Pflegenden. Nach der formativen Evaluation fand eine Weiterentwicklung der Kompetenzanalysebögen statt, die sowohl die erforderlichen inhaltlichen Verbesserungen als auch eine Reduzierung des Zeitbedarfs für die Durchführung der Kompetenzanalysen fokussierten (Abschnitt 3.4.2.1).

Das Durchführungsmanual zur Kompetenzerhebung und -analyse gab Hinweise zu möglichen Schlussfolgerungen bei unterschiedlichen Ergebnissen der Kompetenzanalyse. Waren die zu erwartenden Kompetenzen vorhanden, dann waren die Voraussetzungen für den vollumfänglichen kompetenzorientierten Personaleinsatz gegeben. Wurde festgestellt, dass den Mitarbeitenden Kompetenzen zur Übernahme von Aufgaben fehlten, die eigentlich bei ihrem Qualifikationsniveau zu erwarten gewesen wären, wurde eine Teilnahme an individuellen Fortbildungsangeboten empfohlen, um diese Kompetenzen nachträglich zu erwerben oder wieder zu aktivieren. War der weitere Kompetenzerwerb nicht möglich, sollte in Absprache mit den Mitarbeitenden geklärt werden, ob eine individuelle Anpassung des Verantwortungs- und Aufgabenbereichs erfolgen sollte.

Falls Mitarbeitenden bereits Kompetenzen aus dem nächsthöheren Qualifikationsniveau aufwiesen, sollte besprochen werden, ob die Mitarbeitenden Interesse am Erwerb eines höherwertigen Berufsabschlusses haben (z. B. einer Pflegefachassistentenausbildung oder einer Fachkraftausbildung).

Der Prozess der gemeinsamen Auswertung der Kompetenzerhebung wurde im Handlungsleitfaden für Personalentwicklungsgespräche detailliert beschrieben. Dieser enthielt auch ein Gesprächsprotokoll zur Dokumentation von Vereinbarungen.

2.3.4 Bildungsangebote

Da davon auszugehen war, dass die Kompetenzanalysen in einigen Fällen (Weiter)Bildungsbedarfe aufzeigen würden, wurde im Modellprojekt eine Reihe von Bildungsangeboten erarbeitet, die Einrichtungen beim Einstieg in einen qualifikations- und kompetenzorientierten Personaleinsatz unterstützen.

Im Modellprojekt wurden erstens fachliche Bildungsangebote entwickelt, mit denen Kompetenzlücken zur Durchführung von Interventionen aller Interventionsklassen adressiert werden können. Zweitens wurden den Interventionseinrichtungen Bildungsangebote zur Umsetzung der kompetenzorientierten Arbeitsorganisation auf einer für das Modellprojekt entwickelten Homepage bereitgestellt.

Für die QN 4 bis 6 wurde beispielsweise eine Präsenzfortbildung zur Planung, Organisation und Evaluation des Pflegeprozesses entwickelt und in allen Interventionseinrichtungen durchgeführt. Außerdem konnten die Pflegefachkräfte und zum Teil auch die Pflegekräfte anderer Qualifikationsniveaus an digitalen und analogen Fortbildungen zu Kommunikations- und Pflegeprozesssteuerungsinstrumenten in der Pflege teilnehmen. Dabei handelte es sich um Fortbildungen zu *Mikropflegevisite* für eine regelmäßige Informationssammlung zur pflegerischen Situation der Bewohnenden, um *standardisierte Dienstübergaben* zur Sicherstellung des täglichen Informationsflusses im Bezugspflegeteam und um *Fallbesprechungen* unter Einbezug der pflegebedürftigen Person, des Bezugspflegeteams, weiterer beteiligter Professionen und der (rechtlich) Zugehörigen zur ethischen Reflexion und Weiterentwicklung der Pflegeprozessplanung (Abschnitt 2.4.4).

Für Pflegeassistentenkräfte des QN 3 wurden beispielsweise Videotutorials zum Selbstlernen für die Durchführung von Subkutan-Injektionen und die Blutzucker-Messung (einschließlich einer eventuellen Insulintherapie) produziert. Die Videotutorials wurden ergänzt mit einem digitalen Quiz zur Überprüfung des erworbenen Wissens. Des Weiteren wurde ein Anleitungsmaterial zur Verfügung gestellt, um Pflegefachkräfte bei der Anleitung von Pflegeassistentenkräften zu diesen Interventionen zu unterstützen. Fachlich werden Pflegeassistentenkräfte zwar während ihrer ein- bis zweijährigen Ausbildung für diese Subkutan-Injektionen und die Blutzuckermessung qualifiziert, allerdings werden ihnen diese Aufgaben in vielen Einrichtungen nicht oder nur selten übertragen. Durch diese mangelnde Anwendungspraxis werden die ursprünglich vorhandenen Kompetenzen im Zeitverlauf nicht mehr abrufbar. Sie müssen durch Nachschulungen reaktiviert werden, damit Pflegeassistentenkräften des QN 3 die entsprechenden Leistungen im Rahmen einer qualifikations- und kompetenzorientierten Pflegeorganisation zuverlässig erbringen können

Speziell für Pflegehilfskräfte des QN 2 wurde ein Erklärvideo zum Thema Ernährungsmanagement entwickelt. In ihm werden spezielle Beobachtungskriterien zur Prophylaxe von Mangelernährung an einem Fallbeispiel beschrieben.

Bei den Bildungsangeboten zur Umsetzung der kompetenz- und bewohnendenorientierten Arbeitsorganisation standen den Pflegekräften qualifikationsunabhängig Erklärvideos zum QMM und zu den Interventionsklassen zur Verfügung. Weiter (pflegefachliche) Bildungsangebote wurden im Verlauf des Modellprojekts entwickelt und erprobt (s. Kapitel 3 für Details).

2.4 Bewohnendenorientierung – Bezugspflegesystem

Bewohnendenorientierte Pflege benötigt ein dazu passendes Pflegesystem.

Pflegeorganisationssysteme lassen sich grundlegend in zwei Hauptkategorien differenzieren: Erstens wird in die funktionell orientierte Pflegeform (Funktionspflege) unterschieden, bei der die einzelnen Tätigkeiten an Pflegenden zugeteilt werden, die diese bei allen Pflegebedürftigen erledigen, beispielsweise das Messen der Körpertemperatur oder das Beziehen von Betten. Dadurch erfahren Bewohnende einerseits viel Unruhe, da Einzelmaßnahmen durch verschiedene Pflegenden durchgeführt werden. Pflegenden agieren Weisungsgebunden, eine Fallorientierung steht nicht im Vordergrund und Erlerntes wird durch fehlende fallsteuernde Verantwortung teils nicht angewendet,

wodurch (fachliche) Unterforderung entstehen kann. Leitungspersonen hingegen werden in der Funktionspflege ein Höchstmaß an organisatorischen Kompetenzen abverlangt (Schlettig und van Heide 1995). Zweitens existieren patientinnen- und patienten- bzw. bewohnendenorientierte Pflegeformen, wie etwa die Zimmer-, Gruppen-, Bereichs- und Bezugspflege oder das Primary Nursing (Leonie-Scheiber 2004), die in der Langzeitpflege häufig und in zunehmendem Maße angewendet werden. Bereits in älteren Quellen (Schneekloth und Wahl 2009) wird für 57 % der stationären Pflegeeinrichtungen angegeben, dass diese ihre Pflege nach dem Bezugspflegekonzept organisieren und weitere 39 % Mischformen aus Bezugs- und Funktionspflege anwenden. Nach Schlettig und van Heide (1995) zeigen sich Mischformen in allen patienten- und patientinnen- bzw. bewohnerorientierten Pflegekonzepten, da auch in diesen Organisationsformen eine Tendenz besteht, bestimmte Arbeitsabläufe funktional zu gestalten. Insbesondere in arbeitsintensiven Phasen oder bei Personalknappheit – etwa an Wochenenden – kommt es häufig zu funktionellen Arbeitswiesen, bei den einzelnen, vor allem behandlungspflegerischen Tätigkeiten (z. B. die Kontrolle der Vitalzeichen) aus Gründen der Zeitersparnis von einer Pflegenden bei allen Bewohnenden übernommen werden. Görres et al. (2020) konnten eine ähnliche Verteilung der in der Langzeitpflege durchgeführten Pflegesysteme finden: In 45 % der untersuchten Einrichtungen wurde alleinige Bezugs- (oder Milieu)pflge durchgeführt und in 21 % alleinige Gruppen- oder Bereichspflege. In 26 % der Einrichtungen wurden Mischformen – aus Bezugs-, Bereich und Gruppenpflege zusammengesetzt – durchgeführt. Die Funktionspflege nimmt in der stationären Pflege anteilig einen geringen Anteil an (Görres et al. 2020).

Obwohl das häufig umgesetzte Konzept der Bezugspflege bereits auf eine langjährige Tradition in der Pflege zurückblicken kann, ist in den vergangenen Jahren ein wachsendes Bewusstsein für dessen Bedeutung in der professionellen Pflegepraxis zu beobachten. Angestrebt wird mit einer stärkeren Bezugsorientierung die patienten- und patientinnenbezogenen Ergebnisse zu verbessern (Ebrahimi et al. 2021). Auch wenn derzeit insgesamt „nur vereinzelte Untersuchungen über die Umsetzung von Pflegesystemen“ (Wessel und Manthey 2024) vorliegen, konnte eine Wirksamkeit hinsichtlich einer Verbesserung von Pflegeoutcomes und der Lebensqualität von zu Pflegenden mit einer demenziellen Erkrankung bereits mit umfassenden Meta-Analysen gezeigt werden (Kim et al. 2017). Problematisch werden differenzierte Untersuchungen vor allem, weil es sehr unterschiedliche Definitionen und beschriebene Elemente des personen- bzw. bewohnendenorientierten Pflegesystems gibt, die zwar untereinander Gemeinsamkeiten aufweisen, einen absoluten Konsens über die wesentlichen Komponenten jedoch vermissen lassen (Ebrahimi et al. 2021).

Definitiv sollen daher im Folgenden die *für das hier gegenständliche Projekt* relevanten Elemente der Bezugspflege aufgeführt werden: Die Bezugspflege ist ein personen- bzw. bewohnendenorientiertes Pflegesystem, bei dem jeder pflegebedürftigen Person übersituativ – im Idealfall von der Aufnahme bis zur Entlassung – eine hauptverantwortliche Pflegekraft (Bezugspflegeperson) zugeordnet wird. Ziel ist es, eine stabile, kontinuierliche und transparente Pflegebeziehung aufzubauen. Ein Wechsel der Bezugsperson soll vermieden werden und darf nur aus fachlichen oder persönlichen Gründen erfolgen (Rixe und Steffen 2023). Gerade für Menschen mit Demenz im mittelschweren Stadium ist die kontinuierliche Betreuung im Rahmen der Bezugs- oder Gruppenpflege bedeutend und das Fehlen personeller und struktureller Kontinuität kann mit erheblichen psychischen Belastungen und Überforderungsreaktionen sowohl bei den Betroffenen als auch beim Pflegepersonal einhergehen (Schneekloth und Wahl 2009). Da über 60 % der Bewohnenden in der stationären Langzeitpflege von Demenz betroffen sind (Weyerer 2009) und integrative Versorgungssysteme vorherrschend sind (Schneekloth und Wahl 2009), haben sich die bewohnendenorientierten Pflegeformen zum Leitbild einer modernen Langzeitpflege entwickelt.

Konzeptionell erhebt die Bezugspflegeperson den Pflegebedarf, plant gemeinsam mit der betreuten Person den Pflegeprozess und übernimmt in Anwesenheitszeiten die pflegerischen Maßnahmen selbst. In Abwesenheitszeiten wird die Pflege durch das Team gemäß der vorab dokumentierten Pflegeplanung fortgeführt. Optional kann eine festgelegte Stellvertretung mit klar definierten, begrenzten Entscheidungsbefugnissen benannt werden, wobei die Hauptverantwortung stets bei einer Person verbleiben muss. Wesentlich sind die kontinuierliche Reflexion und Evaluation des Pflegeprozesses sowie die Anpassung pflegerischer Maßnahmen. Die Bezugspflege erfordert zudem eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie eine systematische Einbindung des sozialen Umfelds des bzw. der Pflegebedürftigen (Rixe und Steffen 2023). Die Orientierung an den Bedürfnissen und Lebenslagen der Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnenden bildet das zentrale Element der Bezugspflege. Dieses personenorientierte Pflegeverständnis basiert auf drei grundlegenden Prinzipien: Verantwortung, Kommunikation und Kontinuität (Rixe und Steffen 2023).

Sahm et al. (2021) fassen die Merkmale der Bezugspflege wie folgend zusammen: Die verantwortliche Pflegefachperson wird zum Zeitpunkt der Aufnahme der pflegebedürftigen Person verbindlich bestimmt, sie wird – bei Bedarf – durch weitere Pflegende unterstützt. Die Zuständigkeit dieser Pflegefachperson ist allen Beteiligten bekannt und nachvollziehbar. Die pflegerische Beziehung ist durch eine regelmäßige, strukturierte Kommunikation zwischen der Pflegefachperson und der betreuten Person gekennzeichnet, wobei auch die Anliegen relevanter Bezugspersonen Berücksichtigung finden. Die Organisation stellt sicher, dass die Entscheidungen der verantwortlichen Pflegefachperson transparent sind und in die Versorgungspraxis integriert werden. Zudem wird die Umsetzung der Bezugspflege durch gezielte Strategien institutionell gefördert, z. B. durch Unterstützungssysteme für Pflegekräfte und begleitendes Controlling. In der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit trägt die verantwortliche Pflegefachperson wesentlich zur Sicherstellung von Kontinuität und Personenorientierung in der Pflege bei (Sahm et al. 2021).2021).

Die vorstehende theoretische Konzeption ist zwar – wie vorstehend beschrieben – in verschiedenen Detailausprägungen bereits in den meisten Einrichtungen der Langzeitpflege implementiert, allerdings müssen sich alle Umsetzungen für einen Alltagsbetrieb an den geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen orientieren. Diese beinhalten nicht zuletzt enge Vorgaben für den möglichen Personaleinsatz, der sich zwischen ordnungsrechtlich erforderlichen Mindestvorgaben und betriebswirtschaftlich möglichen maximalen Personalmengen bewegt – und auf den bisherige Bezugspflegekonzepte zugeschnitten sind.

Durch die Personalbemessung in Anlehnung an Algorithmus 1.0 kommt es innerhalb des Modellprojektes nun aber zu einer Veränderung von Personalmenge und Personalmix. Eine größere Zahl von Assistenzkräften kann eine weitgehend gleichbleibende Zahl von Pflegefachkräften von Aufgaben entlasten, die – kompetenzgerecht – von einer Assistenzkraft übernommen werden können. Dies erfordert arbeitsorganisatorische Abläufe neu zu strukturieren, um das Personal so einzusetzen, dass die bewohnendenindividuellen Pflegebedarfe kompetenzorientiert befriedigt werden. Im Projekt bildete das in den Interventionseinrichtungen jeweilig vorhandene Bezugspflegekonzept den Ausgangspunkt und wurde bei Bedarf weiterentwickelt. Bei Interventionseinrichtungen, die noch keine Bezugspflegekonzeption nutzten oder sich offen für Veränderungen zeigten, wurde direkt ein Bezugspflegesystem vorgeschlagen, das der größeren Rolle der Pflegeassistentenkräften angemessene Rechnung trägt. In diesem Bezugspflegesystem wurde der gesamte Pflegeprozess eines zu pflegenden Menschen durch ein Bezugspflegeteam (Abschnitt 2.4.1) gesteuert und durch ein Bezugspflegeteam (Abschnitt 2.4.2) und das Pflegeteam (Abschnitt 2.4.3) umgesetzt. Im *Bezugspflegeteam* wird die Steuerung des Pflegeprozesses organisiert und die primäre Versorgung und praktische Betreuung übernommen. Das *Bezugspflegeteam* führt alle

geplanten Interventionen des Pflegeprozesses durch, sofern die Mitglieder des Bezugspflege Tandems nicht im Dienst sind. Das *Pflegeteam* übernimmt ungeplante Interventionen, die nicht vom Bezugspflegeteam umgesetzt werden können, und geplante Interventionen, wenn keine Pflegenden des Bezugspflege Tandems oder -teams im Dienst sein sollten. So wurde durch die verschiedenen einbezogenen Qualifikationsniveaus ein Bezugspflegesystem realisiert, das sowohl eine dauerhafte Beziehung als auch einen qualifikations- bzw. kompetenzorientierten Arbeitseinsatz ermöglicht. Koordiniert wird dieser Arbeitseinsatz und speziell die Pflegeprozesssteuerung durch angepasste Kommunikationsformate und -strukturen (Abschnitt 2.4.4).

2.4.1 Bezugspflege Tandem – die steuernde Einheit

Bei einer Personalbemessung in Anlehnung an Algorithmus 1.0 des Personalbemessungsinstrumentes nimmt die Bedeutung der Pflegeassistenzkräfte in der pflegerischen Versorgung quantitativ und qualitativ zu. Sie haben im pflegerischen Alltag häufiger Kontakt zu den zu Pflegenden und nehmen dabei umfangreich deren Gesundheits- und Versorgungszustand sowie mögliche Veränderungen wahr. Dieses Wissen kann als wichtige Informationsquelle der Pflegeprozesssteuerung dienen. Das Konzept des Bezugspflege Tandems sieht daher vor, dass jeder zur pflegenden Person ein *Bezugspflege Tandem* fest zugeordnet wird, welches ursprünglich aus einer Pflegefachkraft (QN 4) und einer ausgebildeten Pflegeassistenzkraft (QN 3) bestehen sollte. Da Pflegebedürftige in einfachen Pflegesituationen aber überwiegend von Hilfskräften (QN 2) versorgt werden, wurden im Projektverlauf Anpassungen vorgenommen, die auch eine regelgeleitete Integration von Pflegenden des QN 2 in ein Bezugspflege Tandem zuließen. Durch den Einbezug der Hilfs- und Assistenzkräfte in das Pflege Tandem wird die Kontinuität der pflegerischen Versorgung als ein Kernaspekt der Bezugspflege gestärkt. Dieses Tandem soll nach Möglichkeit über die gesamte Aufenthaltsdauer der pflegebedürftigen Person in der Einrichtung unverändert bestehen.

Zwischen den beiden Pflegekräften des Bezugspflege Tandems erfolgt *eine qualifikationsorientierte Aufgabenteilung* in Bezug auf die Prozesssteuerung und – sofern beide im Dienst sind – die Interventionserbringung. Die Bezugspflegefachkraft führt als Vorbehaltsaufgaben folgende Pflegeprozessschritte verantwortlich durch: *Informationssammlung und Bewertung, Bestimmung der Pflegeprobleme und Erhebung der Ressourcen, Festlegung der Pflegeziele, die Interventionsplanung inklusive der Festlegung der erforderlichen Qualifikationen (SOLL-QN), das Überführen der Pflegeinterventionen in eine tagesstrukturierte Interventionsplanung sowie die Evaluation der Wirksamkeit der geplanten und durchgeführten Pflege*. Die Bezugspflegeassistenz- oder -hilfskraft assistiert ihr dabei, indem sie in allen Prozessschritten ihr – oft umfangreiches - Erfahrungswissen aus dem persönlichen Umgang und der pflegerischen Versorgung der betreffenden Bezugspflegebewohnerin oder des Bezugspflegebewohners einbringt. Dieses Erfahrungswissen kann von der Bezugspflegefachkraft aufgrund ihrer Kompetenzen systematisiert und damit neben der Informationssammlung durch die Pflegefachkraft zu einer weiteren wichtigen Informationsquelle im Pflegeprozess werden.

Im Modellprojekt sollte das Bezugspflege Tandem auch in der Leistungserbringung arbeitsteilig tätig werden: Die beiden Pflegekräfte sollten in ihrem Dienst prioritär die ihnen bezugspflegerisch zugeordneten Bewohnenden entsprechend ihrer Kompetenzen betreuen. Die Kombination dieser beiden Qualifikationsniveaus sollte zu einer stabileren und umfassenderen Bezugspflege beitragen und nicht zuletzt auch die direkte Kommunikation mit der zu pflegenden Person und deren An- und Zugehörigen sowie mit weiteren Beteiligten verbessern.

Nicht alle Pflegeassistenz- und -fachkräfte sollen allerdings automatisch nur aufgrund ihres formalen Qualifikationsniveaus Teil eines Bezugspflege Tandems werden. Das gilt insbesondere für

Pflegefachkräfte, die bisher nicht an der Steuerung des Pflegeprozesses beteiligt waren, die es aufgrund ihrer eigenen Präferenzen nicht sein wollen oder es aufgrund ihrer individuellen Kompetenzen nicht sein können. Obwohl Pflegefachkräfte generell gemäß ihrer formalen Qualifikation zur Übernahme der Vorbehaltsaufgaben berechtigt sind, sollen individuelle Kompetenzdefizite oder auch persönliche Vorbehalte gegenüber bestimmten Tätigkeiten im Rahmen arbeitsorganisatorischer Überlegungen bzw. im Personalentwicklungsgespräch berücksichtigt werden. Pflegefach- und -assistentenkräfte, die auf Grundlage dieser Einschätzungen nicht in ein Bezugspflegemandem eingebunden waren, agierten im Pflege- bzw. Bezugspflegesystem ohne individuelle bezugspflegerische Verantwortlichkeit als Teil des Pflegeteams.

2.4.2 Bezugspflegeteams – die bezugspflegerische Einheit

Um Bezugspflege auch über das Bezugspflegemandem hinaus kontinuierlich sicherstellen zu können, werden den Bewohnenden weitere Pflegekräfte als Mitglieder eines individuellen *Bezugspflegeteams* zugeordnet. Sie sollen die pflegerischen Interventionen vor allem dann übernehmen, wenn das Bezugspflegemandem nicht im Dienst ist. Das Bezugspflegeteam stellt dabei eine begrenzte Personalauswahl aus dem gesamten Pflegeteam dar und beinhaltet auch Pflegehilfskräfte der QN 1 und QN 2, die bewohnendenbezogen für eine qualifikations- und kompetenzorientierte Interventionserbringung eingeplant wurden.

Die Bezugspflegeteams sollten – wie die Bezugspflegemandems – nach Möglichkeit über den gesamten Aufenthaltszeitraum einer pflegebedürftigen Person fest bestehen. Sie sollten in der jeweiligen Schicht die praktische Betreuung und Versorgung der zu Pflegenden gemäß dem Pflegeprozess, den das Bezugspflegemandem plant, übernehmen. Dabei ist die Zuteilung der Mitglieder in die jeweiligen Bezugspflegeteams so zu organisieren, dass alle erforderlichen Qualifikationsniveaus vertreten sind, die für die Umsetzung der geplanten qualifikationsorientierten Interventionsplanung erforderlich sind. Die Pflegekräfte des Bezugspflegemandems sind zu ihren jeweiligen Dienstzeiten auch Mitglieder der Bezugspflegeteams und sollen im jeweiligen Dienst prioritär die ihnen bezugspflegerisch zugeordneten Bewohnenden kompetenzorientiert pflegen und betreuen.

2.4.3 Pflegeteam

Als dritte Einheit fungiert im hier vorgestellten Bezugspflegesystem das (gesamte) Pflegeteam. Es stellt die Gesamtheit aller pflegerischen Mitarbeitenden je Schicht dar und enthält somit sowohl Mitglieder der Bezugspflegemandems und -teams aller Bewohnenden als auch Pflegekräfte, die nicht in Bezugspflegezuordnungen bestimmter Bewohnender eingesetzt sind. Die Pflegeteams sind in ihrer Konstellation demnach nicht fest, sondern entlang der geplanten tagesstrukturierten Interventionsplanungen der Bewohnenden sowie des Dienstplanes flexibel. Sind z. B. bei außerplanmäßigen Interventionen bei einem Bewohner oder einer Bewohnerin keine Pflegenden des Bezugspflegeteams verfügbar, sollen Pflegenden des Pflegeteams für die Leistungserbringung ad hoc und soweit möglich qualifikations- bzw. kompetenzorientiert einspringen.

2.4.4 Kommunikation in der kompetenz- und bewohnendenorientierten Pflege

Im koordinierten Austausch des Bezugspflegemandems, für den spezielle Kommunikationsinstrumente eingeführt werden, sollen die Beobachtungen und Informationen der Pflegeassistenten und -hilfskräfte über die Bewohnenden zur Steuerung und Umsetzung der Pflegeplanung nutzbar gemacht werden. Mit dem Ziel einer Steuerung des Pflegeprozesses im interprofessionellen Kontext nehmen die Pflegenden eine Schnittstellenfunktion in der Koordination

der anderen an der Versorgung beteiligte Berufsgruppen ein. Die Pflegenden haben durch eine kontinuierliche Pflege und Betreuung einen Überblick über die akut oder regelmäßig einzubindenden Professionen und berücksichtigen diese im Rahmen des Pflegeprozesses, um eine bestmögliche und bedarfsorientierte Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner professionsübergreifend (z. B. in Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten oder Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern) zu gewährleisten. Damit die Interventionen aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen innerhalb des Pflegeprozesses übereinstimmen, müssen Ziele und Interventionen in Verantwortung der Pflegefachkräfte aufeinander abgestimmt und koordiniert werden. Kommunikation und Kooperation unter den beteiligten Professionen ist dafür zentral. Wichtig ist „vonseiten der Pflegefachperson, dass die eigenen Überlegungen zur Gestaltung des Pflegeprozesses, insbesondere die Zielsetzung und Intention, transparent gemacht (...) und begründet werden können“ (Büscher et al. 2023: 21).

Um diese vielen internen und externen Koordinationsanforderungen zuverlässig erfüllen zu können, können verschiedene Instrumente genutzt werden.

- Mikro- und Makropflegevisiten für eine regelmäßige Informationssammlung zur pflegerischen Situation der Bewohnenden,
- standardisierte *Dienstübergaben* zur Sicherstellung des täglichen Informationsflusses im Bezugspflegeteam und
- mindestens jährliche *Fallbesprechungen* unter Einbezug der pflegebedürftigen Person, des Bezugspflegeteams, weiterer beteiligter Professionen und der (rechtlich) Zugehörigen zur ethischen Reflexion und Weiterentwicklung der Pflegeprozessplanung.

Die als Teil eines Bezugspflegeteams agierenden Pflegefachkräfte des QN 5 (fachqualifiziert) und QN 6 sollen insbesondere bei zu pflegenden Menschen mit speziellen Versorgungsbedarfen oder in hochkomplexen Pflegesituationen in der direkten Versorgung eingesetzt werden. Darüber hinaus sollen Pflegefachkräfte des QN 5 (fachqualifiziert) und des QN 6 den Bezugspflegeteams als beratende Pflegefachkräfte anlassbezogen im Rahmen eines Pflegekonsils mit ihrer spezialisierten fachbezogenen und wissenschaftsbasierten Expertise zur Verfügung stehen und hinzugezogen werden können. Zu diesen Kommunikations- und Prozesssteuerungsinstrumenten sollten Fortbildungen konzipiert werden, um die Mitarbeitenden zu befähigen, die kompetenz- und bewohnendenorientierte Pflege umzusetzen. Tabelle 6 stellt die Instrumente und ihre Inhalte noch einmal zusammenfassend den Zielen gegenüber.

Tabelle 6: Kommunikations- und Pflegeprozesssteuerungsinstrumente in der KubA

Zieldimensionen	Geeignete Instrumente und deren Inhalt
Pflegevisite	
Kommunikationssicherung, Bewohnendenzentrierung, Partizipation, Planung und Organisation der Versorgung	Evaluierung und Steuerung des Pflegeprozesses durch anlassbezogene und regelmäßige Erfassung von u. a. Informationen zum Gesundheitszustand, zu körperlichen Funktionen, zum geistigen Zustand und zum allgemeinen Wohlbefinden der Bewohnenden sowie ein Abgleich der Planung mit individuellen Bewohnendenwünschen <i>Mikropflegevisite</i> • Teilnehmende: Bezugspflegebetandem und -bewohnende • Häufigkeit: regelmäßig alle zwei Wochen, in individuellen Zeitintervalle je nach Bewohnendenzustand und anlassbezogen in sich verändernden Situationen, z. B. bei einer instabilen Gesundheitssituation oder nach einem Krankenhausaufenthalt <i>Makropflegevisite</i> • Teilnehmende: Bezugspflegebetandem, QN 5 (Fach), Bezugspflegebewohnende, ggf. An- und Zugehörige • Häufigkeit: alle sechs Monate
Übergabe: Dienstübergabe	
Planung und Organisation der Versorgung, Qualitätssicherung, Kommunikationssicherung	Schichteinleitende Übergaben der zuvor tätigen verantwortlichen Pflegekräfte zur Ableitung tagesaktueller Änderungen von Pflegebedarfen • Teilnehmende: Pflegende der abgebenden und der übernehmenden Schicht, bei Bedarf unter Beteiligung der Bewohnenden • Häufigkeit: zu jedem Schichtwechsel
Fallbesprechungen	
Kommunikationssicherung, Bewohnendenzentrierung, Partizipation, Planung und Organisation der Versorgung	Regelmäßig oder anlassbezogen durchgeführte Reflexion und Weiterentwicklung der Pflegeprozessplanung unter Einbezug des multiprofessionellen Teams und damit Integration der unterschiedlichen Berufsgruppen sowie unter Einbezug von (rechtlichen) Zugehörigen • Teilnehmende: multiprofessionelle Team sowie auch unter Einbezug von (rechtlichen) Zugehörigen • Häufigkeit: bei Aufnahme und einmal jährlich zur Information über langfristige Bewohnendenziele und zur regelmäßigen Evaluation des Pflegeprozesses sowie in Problemsituationen (anlassbezogen)

2.5 Arbeitsorganisation – IST-Analyse und SOLL-Vision

Am Anfang in den Prozess, der zur Einrichtung der kompetenz- und bewohnendenorientierten Arbeitsorganisation führen soll, steht eine Bestandsaufnahme, die notwendig ist, da das Konzept auf

die *Umgestaltung* der bereits bestehende Arbeitsorganisation abzielt und nicht nur für neu entstehende Langzeitpflegeeinrichtungen anwendbar sein sollte. In Bezug auf die Kompetenzen der Mitarbeitenden sind. Die IST-Analyse der Arbeitsorganisation umfasst zwei Elemente: auf der Mikroebene die Erhebung der Informationen dazu, wer welche Maßnahmen im Status quo durchführt (Abschnitt 2.5.1) und auf der Mesoebene die Erfassung der strukturellen und organisationskulturellen Rahmenbedingungen der Einrichtungen (Abschnitt 2.5.2). Darüber hinaus erfolgt Darstellung der SOLL-Vision (Abschnitt 2.5.3).

2.5.1 IST-Analyse Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der Mitarbeitenden

Bei der IST-Analyse muss festgestellt werden, *wer im Status quo welche Interventionen erbringt*, da die Umstellung auf eine kompetenz- und bewohnendenorientierten Bezugspflege an vorhandenen Organisationsprinzip ansetzen muss. Dabei ist vor allem die Art, wie dieser Status quo in den Einrichtungen vorliegt und zugänglich ist, für den Einstieg relevant. Derzeit dokumentieren manche Einrichtungen ganze geplante Tätigkeitsbereiche als „erledigt“, wenn sich gegenüber der Planung keine wesentlichen Änderungen ergeben haben. Dadurch hat die Einrichtungen jedoch keinen Einblick, welche Pflegekraft mit welchem Qualifikationsniveau welche Interventionen tatsächlich erbringt. In allen Einrichtungen, die eine kompetenz- und bewohnendenorientierte Arbeitsorganisation umsetzen wollen, müssen daher zumindest zeitweise Informationen darüber erhoben werden, wer welche Intervention erbringt, um ausgehend von diesem IST im Zeitverlauf eine Veränderung zum SOLL anleiten zu können.

In den Interventionseinrichtungen wurde eine *erste Bestandsaufnahme* im Rahmen der Baseline-Datenerhebung (Rothgang et al. 2025: Abschnitte 3.1 und 4.2), die letztlich von November 2023 bis Januar 2024 in allen Interventionseinrichtungen durchgeführt. Während dieser Erhebung konnten unter anderem Daten aus begleitenden Beobachtungen des Pflegealltags, sogenannten Beschattungen, gewonnen werden. Sie zeigten für jede Einrichtung eine vollständige Darstellung über 5 bis 7 Arbeitstage, in welchem Qualifikationsniveau jede einzelne Pflegeleistungen erbracht wurden. Durch einen Vergleich dieser IST-Qualifikationsniveaus mit den SOLL-Qualifikationsniveaus, die unter Anwendung des Qualifikationsmixmodells und des PeBeM-Interventionskatalogs vorliegen, zeigen sich Passungsgrade und Abweichungen, die im Rahmen des Change-Prozesses (Abschnitt 2.6) als Grundlage der Organisationsentwicklung verwendet wurden.

Zusätzlich zu dieser ersten Bestandsaufnahme der Arbeitsorganisation war auch eine fortlaufende Analyse der sich verändernden Qualifikationspassungen vorgesehen, um diese Informationen wiederum zur Steuerung der konkreten Veränderungsschritte zu nutzen.

Zur fortlaufenden Analyse der Arbeitsorganisation sollte ein Monitoring in allen Interventionseinrichtungen durchgeführt werden. Den Interventionseinrichtungen wurden dazu verschiedene Erhebungsmöglichkeiten angeboten:

1. Für Interventionseinrichtungen, die ihre Planung mit dem PeBeM-Interventionskatalog vornahmen und die Leistungserbringung auch mittels dieses Katalogs dokumentierten, wurde die Möglichkeit geschaffen, die Daten direkt in das sogenannte *Cairful-PeBeM-Tool*² zur Analyse der Qualifikationspassung zu übernehmen und dort auszuwerten.

² Mithilfe des Cairful-PeBeM-Tools wurde auf Grundlage von Bewohnenden- und Mitarbeitendendaten ein Monitoring der Qualifikationspassung auf Interventionsebene durchgeführt (<https://www.cairful.com/produkte/cairful-pebem> (zuletzt aufgerufen am 30.10.2025)).

2. Für Einrichtungen, in denen eine Dokumentationssoftware eingesetzt wurde, die ähnlich der Funktionalität des *Cairful-PeBeM-Tools* ein direktes Monitoring der Leistungserbringung ermöglicht, konnte diese Funktionalität genutzt werden. Dafür sollten die einrichtungsspezifischen Interventionskataloge verwendet werden, aus denen durch eine Verknüpfung mit den Komplexitätsgraden der Pflegesituationen bewohnendenspezifische SOLL-QN generiert werden können.
3. Für alle anderen Dokumentationssysteme wurde angeboten, durch das Projektteam eine händische Zuordnung der jeweiligen Interventionen der einrichtungsspezifischen Kataloge zu den Interventionsklassen des Qualifikationsmixmodells vornehmen zu lassen. Um das Qualifikationsniveau für die körpernahen Pflegeinterventionen bestimmen zu können, wurden die vorliegenden Informationen zu den relevanten Items des Begutachtungsinstruments ausgewertet und die Komplexität der Pflegesituation abgeleitet. Damit ist es möglich, auch für andere Maßnahmenkataloge die SOLL-Qualifikationsniveaus für die einzelnen bei Bewohnende geplanten Maßnahmen zu generieren, auch wenn diese dann nicht automatisch Eingang in das Dokumentationssystem und die Pflegesituation finden.

2.5.2 IST-Analyse Organisationsstruktur und -kultur

Als Ausgangspunkt und Hintergrund aller organisationalen Veränderungen werden die bestehenden Organisationsstrukturen und die Organisationskultur der Interventionseinrichtungen genutzt. Zur Erfassung des Status quo wurde ein umfassender Erhebungsbogen zur Organisationsstruktur und -kultur erarbeitet, der ausgehend vom *7S-Modell* von Pascale et al. (1982) und Peters et al. (2015) geeignet ist, eine vollumfängliche systematische Bestandsaufnahme einer Pflegeeinrichtung zu ermöglichen. Der Erhebungsbogen diente im Rahmen des Modellprojekts insbesondere den Beratenden dazu, innerhalb kurzer Zeit einen fundierten Überblick über die jeweilige Interventionseinrichtung für die Planung, Priorisierung und Steuerung von Veränderungsprozessen zu gewinnen.

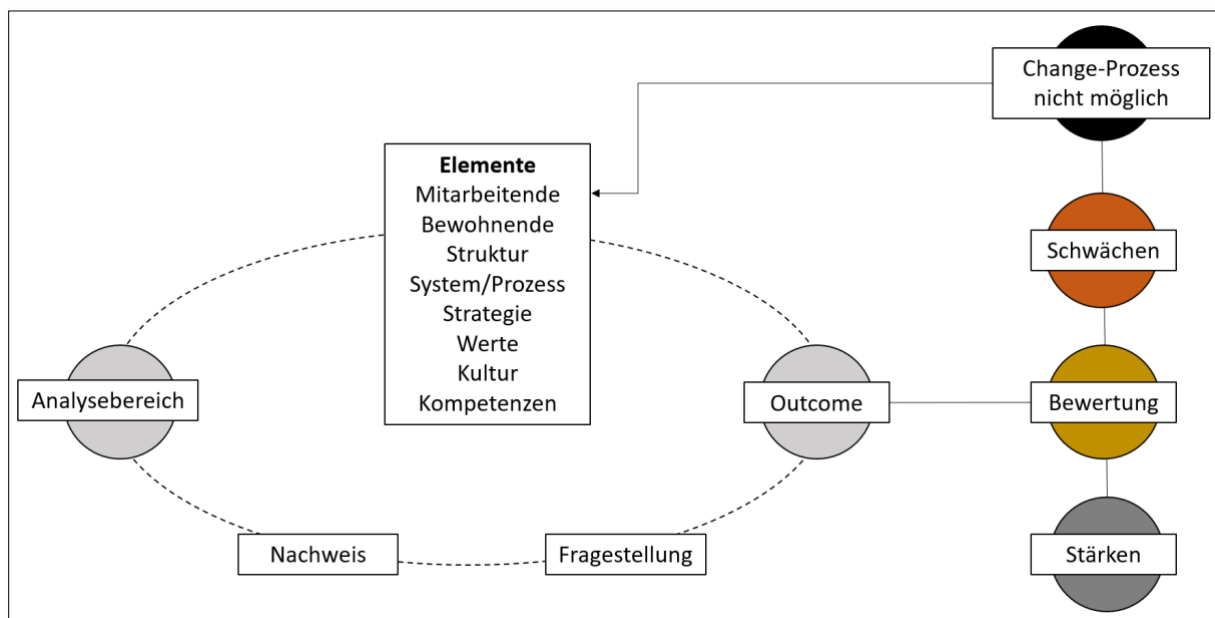


Abbildung 7: Aufbau des Erhebungsbogens zur Organisationsstruktur und -kultur und Analyseprozess

Nach dem 7S-Modell kann die Analyse einer Organisation, die eine Veränderung durchführen oder ihre internen Dynamiken analysieren möchte, durch die Erhebung von sieben miteinander verbundenen Elementen erfolgen: Mitarbeitende, Struktur, System/Prozess, Strategie, Werte, Kultur und Kompetenzen. Für den Zweck der Studie und somit der Anpassung auf den konkreten Anwendungskontext von stationären Pflegeeinrichtungen wurde das 7S-Modell um die *Bewohnenden* als achttes Element erweitert (Abbildung 7).

- Im Element *Mitarbeitende* können Daten zu allen Mitarbeitenden aus dem Bereich der Pflege, einer Langzeitpflegeeinrichtung erfasst werden. Dies beinhaltet neben der deskriptiven Beschreibung von Personalmengen und Qualifikationszuordnungen auch Informationen zur Personalplanung, -entwicklung und -bindung.
- Das Element *Struktur* bezieht sich auf die organisatorische Gestaltung der Langzeitpflegeeinrichtung. Es umfasst Informationen dazu, wie die verschiedenen Akteure einer Langzeitpflegeeinrichtung zusammenarbeiten und wie Ressourcen zugeteilt werden. Erhoben werden dazu vor allem die Aufteilungen der Verantwortlichkeiten, die einrichtungsbezogenen Hierarchien und Koordinationsmechanismen. Darüber hinaus wird im Element Struktur auch der Stand der Digitalisierung näher betrachtet.
- Innerhalb des Elementes *System und Prozess* werden alle relevanten Prozesse, Standards und Verfahren, die in der Langzeitpflegeeinrichtung implementiert sind, erhoben. Insbesondere Aspekte wie das Qualitätssicherungssystem, Pflege- und Betreuungskonzepte sowie das einrichtungsspezifische Risikomanagement können in diesem Element berücksichtigt werden.
- Das Element *Strategie* konzentriert sich auf die strategische Ausrichtung der Langzeitpflegeeinrichtung. Es beinhaltet Aussagen über die allgemeine Unternehmensstrategie, Projekte und die Entwicklung einer klaren Vision, sowie die aktuellen Setzungen von Prioritäten und strategischen Entscheidungen.
- Das Element *Werte* bezieht sich auf grundlegende Überzeugungen und Prinzipien. Diese wiederum lenken das Verhalten und die Entscheidungsfindung innerhalb der Langzeitpflegeeinrichtung. Führungskodex, Visionen im Umgang mit Bewohnenden und Mitarbeitenden. In dem Zusammenhang wurden auch die ethischen Grundsätze näher betrachtet.
- Das Element *Kultur* erfasst die Führungspraktiken und Kultur in der Langzeitpflegeeinrichtung und umfasst den Führungsstil der Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger, die Unternehmenskultur, den Umgang mit Veränderungen und die Fehlerkultur.
- Das Element *Kompetenzen* beinhaltet im Unterschied zu den umfassenden Kompetenzeinschätzungen und -analysen, die im Projektverlauf entwickelt wurden (Abschnitt 2.3), eine überindividuelle Erhebung. Sie konzentriert sich auf die Kompetenzen und Fertigkeiten der Mitarbeitenden im Allgemeinen. Es werden also nicht die Kompetenzen einzelner Personen betrachtet, sondern vielmehr das Pflegebasiswissen und die Vermittlung dessen an die Mitarbeitenden, die Personalentwicklungsplanung und die Change-Kompetenzen der Führungskräfte und Mitarbeitenden.
- Das Element *Bewohnende* wurde dem Erhebungsbogen zur Organisationsstruktur und -kultur zugrundeliegenden Struktur des 7S-Modells hinzugefügt, da zur Vorbereitung und Umsetzung einer kompetenz- und bewohnendenorientierten Arbeitsorganisation auch die Vorgaben durch die Bewohnenden und ihre individuellen Pflegesituationen Berücksichtigung finden soll. Aspekte wie Pflegegradmanagement, Pflege- und Dokumentationsvisiten, Pflegequalität und die Evaluation der geplanten Pflege sind in dem Element berücksichtigt.

Den acht aufgeführten Elementen waren für das Projekt relevante Analysebereiche zugeordnet, aus denen jeweils mehrere Items abgeleitet wurden. Die Erhebung aller Daten zur Einrichtungsstruktur erfolgt durch die Führungskräfte und Stabsstellen der Einrichtungen, nachdem sie von den Beratenden der contec eine Einführung in den Erhebungsbogen zur Organisationsstruktur und -kultur erhalten haben. Zusätzlich enthält der Erhebungsbogen Hinweise, die ein korrektes Ausfüllen unterstützen sollen. Die einzelnen Items aus den Analysebereichen werden anhand eines Punktesystems (0 bis 3 Punkte) bewertet. Die Ergebnisse aus allen Analysebereichen fließen anschließend in eine Gesamtübersicht ein, in der die erzielten Punkte in eine prozentuale Darstellung übersetzt werden. So wird sichtbar, zu welchem Anteil die Einrichtung in den jeweiligen Analysebereichen die höchstmögliche Punktzahl erreicht hat und welcher Gesamtwert für die Einschätzung des Veränderungspotenzials dadurch entsteht.

Die Ergebniseinordnung erfolgt dann anhand der nachstehenden Abstufungen, bei der innerhalb eines Reifegradmanagements fünf Reifestufen unterschieden werden, die jeweils eine qualitative Gesamteinschätzung der Veränderungsfähigkeit der Einrichtung ermöglichen:

- < 50 %: Geplante Veränderung ist derzeit nicht zielführend umsetzbar, da grundlegende Voraussetzungen nicht erfüllt sind.
- 50 % – 74 %: Geplante Veränderung ist nur schwer zielführend umsetzbar. Grundlegende Voraussetzungen sind rudimentär erfüllt.
- 75 % – 84 %: Geplante Veränderung ist mit enger Begleitung grundsätzlich umsetzbar. Grundlegende Voraussetzungen sind teilweise erfüllt.
- 85 % – 95 %: Geplante Veränderung ist gut umsetzbar. Grundlegende Voraussetzungen sind überwiegend erfüllt.
- >95 %: Geplante Veränderung ist sehr gut umsetzbar. Grundlegende Voraussetzungen sind vollständig erfüllt.

Die angewendeten Schwellenwerte stellen dabei keine statistisch abgeleiteten Grenzen dar, sondern eine praxisbasierte Entscheidungsunterstützung, die aus der Erfahrung zahlreicher Beratungsprojekte abgeleitet wurde. Sie dient der Fokussierung von Ressourcen, der Erhöhung der Umsetzungswahrscheinlichkeit und der klaren Kommunikation über Handlungsbedarfe im Veränderungsprozess.

Bei der gemeinsamen mit den Führungskräften durchgeführten Bewertungen der Befragungsergebnisse kann ermittelt werden, in welchen Elementen organisationale Weiterentwicklungen angestoßen werden sollten, um eine kompetenz- und bewohnendenorientierte Arbeitsorganisation zu ermöglichen. Der Erhebungsbogen zur Organisationsstruktur und -kultur bietet den Einrichtungen eine detaillierte Übersicht zu Handlungs- und Entwicklungsbedarfen. Auf Basis der erarbeitenden Entwicklungserfordernisse können im nächsten Schritt einrichtungsspezifisch dezidierte Change-Prozesspläne erstellt werden. Diese beinhalten sowohl alle Veränderungsschritte, die als Voraussetzung der kompetenz- und bewohnendenorientierten Arbeitsorganisation angesehen werden, als auch – darauf aufbauend – die an die konkreten Situationen angepassten Veränderungsschritte, die im Abschnitt 2.6 ausführlich beschrieben werden.

2.5.3 SOLL-Vision für den kompetenz- und bewohnendenorientierte Personaleinsatz

Ausgangspunkt für die Organisation der kompetenz- und bewohnendenorientierten Pflege ist der *Pflegeprozess*. Er beschreibt Pflege als einen dynamischen Problemlösungs- und Bezugspflegeprozess und dient der Planung und Steuerung der pflegerischen Versorgung. Im Pflegeprozess werden

gemeinsam mit der zu pflegenden Person und ausgehend von deren Bedürfnissen und Bedarfen 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 der jeweiligen Einrichtung überlassen bleiben – von zentraler Bedeutung ist aber, dass eine Form des Pflegeprozesses verwendet wird. In der Projektkonzeption wurde von einem vierschrittigen Prozess ausgegangen, wie er auch im Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation verwendet wird (EinStep 2025).

Abbildung 8 bildet den *kompetenzorientierten Personaleinsatzplanungsprozess* ab, der aus dem vierschrittigen 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 kompetenz- und bewohnendenorientierte Pflege durchführen zu können.

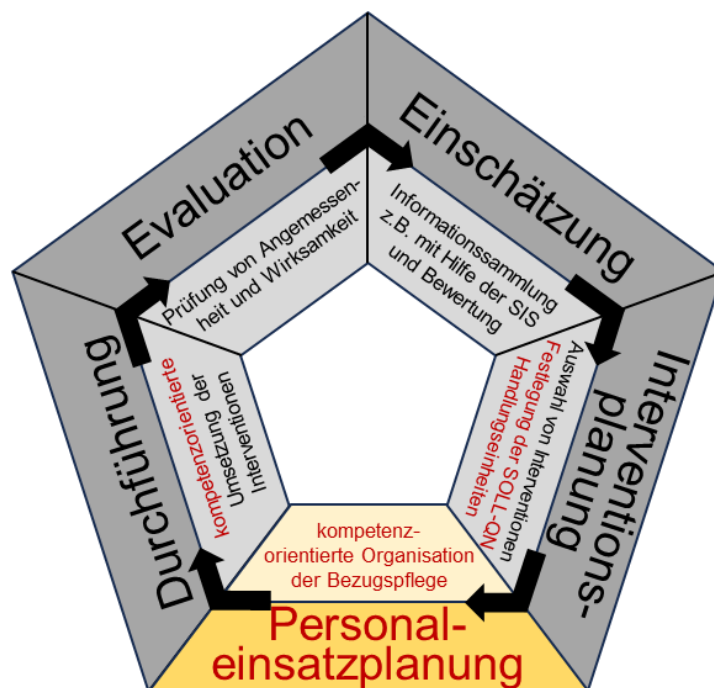


Abbildung 8: Kompetenzorientierter Personaleinsatzplanungsprozess aufbauend auf dem Pflegeprozess

2.6 Change-Prozess vom IST zum SOLL

Stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen können aus organisationssoziologischer Perspektive als lebendige Systeme (Büscher & Krebs 2022) betrachtet werden, die in soziale Strukturen und Prozesse eingebettet sind. Sie sind komplexe soziale Gebilde, in denen verschiedene Akteure wie Pflegekräfte, Bewohnerinnen und Bewohner und deren An- und Zugehörige interagieren und miteinander in

Beziehung stehen (Schwerdt & Becke 2020). Diese miteinander interagierenden Elemente finden daher – analog zum Modell eines bedarfsgerechten Pflegehandelns (Abbildung 1) – in der Konzeption der Veränderung ihre eigene spezifische Berücksichtigung (Abschnitt 2.6.1). Für den eigentlichen Change-Prozess in den Interventionseinrichtungen waren in insgesamt vier Phasen vorgesehen, die eine systematische und strukturierte Vorgehensweise ermöglichen (Abschnitt 2.6.2).

2.6.1 Ebenen im Change-Prozess

Im Mittelpunkt des Versorgungskonzepts müssen die Bedarfe und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Heimbewohnenden stehen. Die erste Ebene, auf der Veränderung und die Auswirkung von Veränderung zu betrachten sind, ist daher die *Ebene der Bewohnenden*. Direkt im Kontakt mit den Bewohnenden stehen zweitens die *Pflegepersonen* der Einrichtung, insbesondere also die Mitarbeitenden in der direkten pflegerischen Versorgung. Strukturell ist das Pflegepersonal dabei Organisationseinheiten zugeordnet. *Organisationseinheiten* bilden einen physischen und sozialen Rahmen für die Arbeitssituation der Mitarbeitenden. Die Zusammenstellung der Organisationseinheiten in einem strukturellen Überbau bildet die Ebene der gesamten vollstationären *Einrichtung*. In jedem dieser Bereiche finden Veränderungen statt. Zudem kommt es aber zu Wechselwirkungen der Veränderungen auf diesen vier Ebenen. Wichtig für eine Begleitung des Change-Prozesses ist daher die Kenntnis über das Verhalten der verschiedenen Gruppen und die wechselseitigen Beeinflussungen zwischen den Ebenen.

Ebene der Bewohnenden

Eine klare und einheitliche Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden, den Bewohnenden und ihren An- und Zugehörigen wird als entscheidend dafür angesehen, eine Vertrauensbasis aufzubauen und die Bewohnenden in ihrer Anpassung an die Veränderungen zu unterstützen (Ellebracht 2015). Für einen gelingenden Change-Prozess ist es daher erforderlich, Workshops zum Thema *Kommunikation im Change* zu konzipieren und in den Einrichtungen anzubieten, damit diese effektive Kommunikationsstrategien erlernen und anwenden konnten. Diese Schulungen sollen auch die Bedeutung der Einbeziehung nahestehender Personen der Bewohnenden hervorheben. So sollen ferner Informationsveranstaltungen in den Interventionseinrichtungen für Bewohnende und deren Angehörige organisiert werden, bei denen umfassende Informationen zum Projekt vermittelt und darüber eine hohe Zustimmung zum Projekt erzeugt werden sollte. Darüber hinaus wurde der Bewohnendenbeirat der Interventionseinrichtungen als Kernakteur für die Akzeptanz der anstehenden Veränderungen auf Bewohnendenseite identifiziert. Daher sollten von der Einrichtungsleitung regelmäßig Statusinformationen über den aktuellen Projektstand an die Bewohnendenbeiräte gegeben werden. Bezogen auf den individuellen Bedarf und insbesondere dann, wenn die Bewohnenden unmittelbar von Veränderungen betroffen waren, waren prozessbegleitend darüber hinaus gelegentlich Einzelgespräche vorgesehen, um Bewohnende bei der Bewältigung der Veränderungen zu unterstützen und mit einzubeziehen. Die Bewohnenden können so – trotz teilweise eingeschränkter individueller Zustände – in die partizipative Gestaltung der Veränderung eingebunden werden. Dies gilt auch für die Einbeziehung der Bewohnenden nahestehender und vertrauter Personen.

Ebene der Pflegepersonen

Der konzeptionierte Veränderungsprozess sieht als grundlegendes Prinzip vor, dass Pflegepersonen die Möglichkeit erhalten sollten, sich aktiv an der Veränderung ihres eigenen Arbeitsumfeldes zu beteiligen. Hierzu wird als Arbeitsgremium für den gesamten Change-Prozess eine Steuerungsgruppe

konzipiert, die neben den Leitungskräften auch Teile des Pflegepersonals der Einrichtung umfasst. In diesem Gremium sollte – unter Anleitung und eng am Konzept entlanggeführt – die partizipative Gestaltung und Umsetzung des Change-Prozesses durchgeführt werden. In verschiedenen Workshops der Steuerungsgruppe werden daher gemeinsam bestehende Prozesse und Strukturen analysiert, partizipativ umgestaltet und neu organisiert. Dabei wird die einrichtungsspezifische SOLL-Vision als Leitbild genutzt, um über den Zeitraum des Modellprojektes hinweg neue Verantwortungsbereiche und Organisationsstrukturen einzurichten. Vor allem die konsequente Bewohnendenorientierung, die als Ausgangspunkt der Versorgungsplanung etabliert und damit auf Ebene der Pflegekräfte als Determinante der *Arbeitsorganisation* nutzbar gemacht werden sollte, setzt voraus, stabilere Beziehungen zu den Bewohnenden aufzubauen und das Pflegehandeln stärker an die spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse jedes Einzelnen anzupassen.

Ebene der Organisationseinheiten

Jede Organisationseinheit ist ein Bereich, der seine eigene Dynamik und Herausforderungen hat, aber gleichzeitig in das Gesamtkonzept der Pflegeeinrichtung integriert ist. Organisationseinheiten in vollstationären Pflegeeinrichtungen sind dabei mehr als nur Wohnräume für die Bewohnenden. Sie spielen eine wichtige Rolle für die Lebensqualität der Bewohnenden, da sie eine familiäre und vertraute Umgebung bieten und eine individuelle Betreuung ermöglichen können. Sie sollen dazu beitragen, dass sich die Bewohnenden in ihrer neuen, oft unfreiwilligen Wohnsituation wohlfühlen und eine ganzheitliche und bedürfnisorientierte Pflege erhalten können. Gleichzeitig sind die Organisationseinheiten als relativ abgeschlossene eigenständige Bereiche innerhalb der Pflegeeinrichtung oft mit einer hohen persönlichen Identifikation der beteiligten Bewohnenden und Pflegenden verbunden. Entsprechend kann eine Veränderung vor allem dann erschwert werden, wenn nicht darauf geachtet wird, dass das gesamte System der Organisationseinheiten in die Veränderungsgestaltung einbezogen wird. Die Wohnbereiche der Interventionseinrichtungen wurden konzeptionell als Organisationseinheiten gefasst, um so die Bedeutung einer professionellen und strukturierten Arbeitsorganisation in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen zu unterstreichen. Da während der späteren Konzepterprobung aus Kapazitätsgründen in fast allen Einrichtungen nur ein Wohnbereich – der sogenannte Fokuswohnbereich – vom hier beschriebenen Change Prozess betroffen war, trat die Ebene der Organisationseinheiten in den Hintergrund.

Ebene der Einrichtung

Über die Pflege hinaus müssen auf der Ebene der Einrichtung sämtliche in der Einrichtung Beschäftigten berücksichtigt werden, aber auch politische, gesetzliche und weitere äußere Einflüsse. Dabei kommt den Leitungskräften der mittleren Managementebene eine besondere Rolle zu: Dazu zählen Einrichtungs-, Pflegedienst- und Wohnbereichsleitungen sowie ggf. deren Stellvertretungen und möglicherweise eine vorhandene Projektleitung des Trägers. Sie sind verantwortlich für die strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Organisation und schaffen damit den Rahmen, in dem die Organisationseinheiten und Pflegepersonen unter den Bedingungen der Bewohnendenorientierung und den damit einhergehenden Anforderungen agieren können.

Innerhalb der Steuerungsgruppe sollen Personen – beispielsweise die Einrichtungsleitung oder andere Personen mit Projektleitungserfahrung – bestimmt werden, die die Projektleitung übernehmen. Ihre Aufgabe besteht vor allem darin, den Projektfortschritt vor Ort im Blick zu behalten – z. B. durch die Fortschreibung und Durchführungskontrolle des Change-Prozessplans. Weiterhin soll die Projektleitung die Situation auf den einbezogenen Wohnbereichen und für die Gesamteinrichtung im Blick behalten und daraus Risiken und Hürden für das Projekt identifizieren. Zudem sollte die Kommunikation mit externen Ansprechpersonen (z. B. Softwareanbieter, Träger) zu

ihren Aufgaben gehören, damit die Außenkommunikation direkt zu schnellen Entscheidungen führen könnte. Im Innenverhältnis sollten besonders Wohnbereichs- und Pflegedienstleitung die organisationalen Veränderungen umsetzen, da sie üblicherweise für den Dienstplan verantwortlich sind und somit die Zusammensetzung der eingesetzten Mitarbeitenden hinsichtlich ihrer Qualifikationen und Kompetenzen auf den Wohnbereichen steuern können. Darüber hinaus sollte stellenweise die/der Qualitätsmanagementbeauftragte hinzugezogen werden. Dies kann insbesondere hinsichtlich einer optimierten Ablauf- und Pflegeplanung in Vorbereitung auf die KubA hilfreich sein oder auch mit Blick auf die Kompetenzerhebung der Mitarbeitenden. Die Mitarbeitendenvertretungen sind in das Projekt regelhaft einzubinden.

2.6.2 Phasen des Change-Prozesses

Die jeweiligen Rahmenbedingungen der Interventionseinrichtungen sind konzeptionell als Ausgangspunkt für den Veränderungsprozess gesetzt und sollten in Hinblick auf die einrichtungsindividuelle SOLL-Vision (Abschnitt 2.5.3) mit einrichtungsindividuellen Change-Prozessen hinterlegt werden, die wiederum in vier grobe Prozessphasen eingeteilt werden können. Die genauen Zeiträume können dabei je nach Einrichtung vom nachfolgenden Schema (Tabelle 7) abweichen. Die vier aufgeführten Prozessschritte wurden durch die Beratenden der contec GmbH begleitet. Parallel dazu erfolgten Schulungen durch die Universität Bremen und die Hochschule Bremen, die jedoch nicht auf die direkte Umsetzung der Organisationsveränderung abzielten, sondern auf pflegfachliche und pflegeorganisatorische Themen.

Tabelle 7: Geplante Phasen und Prozessschritte des Change-Prozesses

Phase	Zeitraum	Prozessschritt
Vorbereitungsphase	ca. 16 Wochen	1. Treffen Steuerungsgruppe (Kick-off) - Projektauftritt mit Vorstellung von PeBeM, Projekt- und Zeitplan, sowie Fort- und Weiterbildungsplanung - Schulung „Change & Change-Management“ - Digitale Schulung: Personalentwicklungsgespräche führen - Fortbildungen zum qualifikationsorientierten Pflegeprozess (online und in Präsenz) - Fortbildung zur Pflegeprozessessteuerung und Kommunikation - Digitale Schulung: Anwendung der Erhebungsbögen („Bauliche Gegebenheiten“, „Organisationsstruktur & -kultur“) - Durchführung: - Analyse der Organisationsstruktur & -kultur - Erhebung zu Tätigkeitsprofilen und Qualifikationsniveaus - Kompetenzanalyse des Pflegepersonals - Analyse der baulichen Gegebenheiten 2. Treffen Steuerungsgruppe - Schulung „Kommunikation im Change“ - Workshop zur Erstellung einer Kommunikationsmatrix
Planungsphase	ca. 16 Wochen	3. Treffen Steuerungsgruppe - Workshop zur Erstellung des Change-Prozessplans - Durchführung aller vorbereitenden Maßnahmen - Workshop Organisationseinheiten - Workshop zur Dienstplanung - Workshops zur Entwicklung der neuen Arbeitsablauforganisation (QubA & KubA): - IST-Darstellung - Soll-Darstellung - Erstellung von Alternativszenarien - Vorbereitung der Pilotwochen
Implementierungsphase	ca. 9 Wochen	- Kick-off Pilotwochen - Pilotwochen (6 Wochen) - Implementation der neuen Arbeitsablauforganisation im Frühdienst, Spätdienst - Arbeiten in der neuen Arbeitsorganisation (3 Wochen) - Begleitung der Pflegenden auf dem Fokuswohnbereich
Nachhaltigkeitsphase	ca. 7 Wochen	- Reflexionsworkshop - Beratung und Optimierung der Arbeitsorganisation durch Reflexion der Bezugspflege - Kontinuierliche Begleitung der Umsetzungsmaßnahmen

2.6.2.1 Vorbereitungsphase

Zum Auftakt des Change-Prozesses ist eine Vorbereitungsphase vorgesehen, die vorrangig der Information aller Beteiligten und der Selbstanalyse als Einstieg in den Veränderungsprozess dienen sollte. Sie umfasste eine Kick-off-Veranstaltung für ausgewähltes (Leitungs-)Personal der jeweiligen Interventionseinrichtung. Zu den Verantwortlichen können unter anderem die Einrichtungsleitung, die Pflegedienstleitung (verantwortliche Pflegefachkraft), die Wohnbereichsleitung und/oder Qualitätsbeauftragte gehören. Ein zentrales Ziel der Kick-off-Veranstaltung ist die Gründung der *Steuerungsgruppe* in der Einrichtung, wobei die Einrichtungsverantwortlichen eigenständig entscheiden, welche Personen in der Steuerungsgruppe mitwirken sollten. Die Steuerungsgruppe stellt das zentrale Gremium dar, dem die Gesamtverantwortung für den Change-Prozess obliegt. Ihre Aufgabe besteht darin, den Prozess einrichtungsspezifisch zu planen, zu steuern und zu koordinieren. In Zusammenarbeit mit den Beratern der contec GmbH und den weiteren Projektbeteiligten sollte die Steuerungsgruppe Entscheidungen treffen, den Fortschritt analysieren und die (Zwischen)Ergebnisse evaluieren.

Im Rahmen der Kick-off-Veranstaltung erhält die Steuerungsgruppe eine Schulung zum Thema „Change und Change-Management“. Neben grundlegenden Begriffserklärungen wird ein direkter Bezug zum Thema Change im Kontext von PeBeM hergestellt. In der Schulung werden zudem die Ziele und Aufgaben des Change-Prozesses im Projektkontext definiert.

Die Berater der contec GmbH stellen darüber hinaus das konkrete Vorgehen innerhalb der Einrichtung – inklusive Zeitplan – vor, beantworten offene Fragen, klären Zuständigkeiten sowie Ansprechpersonen und kommunizieren die ersten anstehenden Aufgaben. Dazu zählt insbesondere der Erhebungsbogen zur Organisationsstruktur und -kultur (vgl. Abschnitt 2.5.2) inklusive Durchführungsmanual sowie der von der contec GmbH bereitgestellten Arbeitshilfen. Die Erhebung der organisationsbezogenen Daten in allen acht Dimensionen erfolgte durch die Einrichtungen selbstständig und sollte innerhalb von drei Wochen nach dem Kick-off abgeschlossen sein. Darüber hinaus wird in der Vorbereitungsphase die Kompetenzanalyse durchgeführt sowie die daran anschließenden Personalentwicklungsgespräche geplant und umgesetzt (Abschnitt 2.3).

Ein weiteres Treffen der Steuerungsgruppen findet in der Vorbereitungsphase statt und beinhaltet eine Schulung zum Thema *Kommunikation im Change*. Ziel ist es dabei, eine Kommunikationsmatrix zu erarbeiten. Gemeinsam sollen untereinander die Regeln für eine erfolgreiche Kommunikation gesetzt werden. In der Kommunikationsmatrix wurden u. a. der Turnus für Termine zum projektbezogenen Austausch zwischen der Einrichtung und der contec GmbH festgelegt.

2.6.2.2 Planungsphase

Die Planungsphase umfasst alle Arbeitsschritte, die erforderlich sind, um aus den Daten der Selbstanalyse einen einrichtungsindividuellen Change-Prozess abzuleiten und alle für den Einsatz der KubA erforderlichen vorbereitenden Arbeiten durchzuführen. Sie sollte mit der Ableitung der wichtigsten Entwicklungsfelder aus den Ergebnissen des Erhebungsbogens zur Organisationsstruktur und -kultur beginnen. Die festgestellten Ergebnisse sollten dann gemeinsam mit der Steuerungsgruppe besprochen werden, um die identifizierten Entwicklungsschritte mit Blick auf die Relevanz für den Veränderungsprozess hin zu einer kompetenz- und bewohnendenorientierten Arbeitsorganisation zu priorisieren. Die wichtigsten Entwicklungsschritte sollten dann zusammen mit Terminen und Meilensteinen des einrichtungsindividuellen Projektplans in einem Change-Prozessplan zusammengeführt werden, der sowohl *einrichtungsspezifische* Veränderungsschritte zur Schaffung individueller Voraussetzungen beinhaltet als auch *einrichtungsübergreifenden*

Veränderungsschritte zur Vorbereitung und Implementation der KubA berücksichtigt – und somit eine vollständige Abbildung des Weges vom IST zum SOLL.

Die Reorganisation der Arbeitsabläufe hin zu einer kompetenz- und bewohnendenorientierten Ablauforganisation (KubA) soll im Rahmen von drei ganztägigen Workshops erfolgen:

Der erste Workshop war geplant, um die Erhebung des *IST-Zustandes* durch die Steuerungsgruppe mithilfe einiger Vertreterinnen oder Vertreter des Fokuswohnbereichs durchzuführen. Dabei sollten zunächst die bislang üblichen Arbeitsabläufe und Interventionen auf Bewohnendenebene und für alle Mitarbeitenden in jedem Dienst visualisiert werden. Zusätzlich sollten für die abgebildeten Interventionen die bisher durchführenden QN (IST-QN) hinterlegt werden. Als nächster Schritt war vorgesehen, allen anderen am Pflegeprozess beteiligten Akteuren die Möglichkeit zu geben, die erarbeitete Darstellung des IST-Zustands zu kommentieren, um mögliche Abweichungen zum tatsächlichen Arbeitsablauf kennzeichnen zu können. Dies zielte darauf ab, dass die Beteiligten gewohnte Abläufe neu betrachten können und Optimierungspotenziale - insbesondere mit Blick auf Abweichungen zwischen IST- und SOLL-QN - sichtbar werden.

Im zweiten Workshop sollte die Erarbeitung eines SOLL-Prozesses angeschlossen werden. In diesem war es Aufgabe für die Steuerungsgruppe, die Reorganisation der bisherigen Arbeitsabläufe auszuarbeiten. Dabei stellen die zuvor erarbeiteten Optimierungspotenziale mit Blick auf einen qualifikations- und kompetenzorientierte Personaleinsatz die Grundlage für notwendige Anpassungen dar. Insgesamt war eine Durchsicht der vorab dargestellten IST-Zustände für alle Intervention durch jeden Mitarbeitenden und für alle Bewohnenden durchzuführen. Bei fehlender Passung von SOLL- und IST-Qualifikationsniveaus sollten alternative Arbeitsabläufe erarbeitet werden, um eine Passung herzustellen. Eine geplante unterqualifizierte Versorgung soll in jedem Fall vermieden werden. Die von der Steuerungsgruppe geplanten Veränderungen der Arbeitsabläufe ist ebenfalls an alle am Pflegeprozess beteiligten Akteure zu kommunizieren und von diesen wiederum auf Sinnhaftigkeit und Umsetzbarkeit zu prüfen, um ggf. Anpassungen vornehmen zu können.

Im dritten Workshop werden verschiedene Ausfallszenarien durchgespielt und reaktive Vorgehensweisen erarbeitet. Dazu gehört insbesondere, wie krankheitsbedingte Ausfälle oder anderweitig begründete personelle Engpässe gehandhabt werden sollen und wie auch unter solchen Umständen eine möglichst weitgehende KubA aufrechterhalten werden kann. Nach einer erneuten Rückkopplung der erarbeiteten Szenarien werden alle Mitarbeitenden über den Abschluss des Planungsprozesses und gleichzeitig über den Beginn sowie den Ablauf der Pilotwochen informiert.

2.6.2.3 Interventionsphase

Die Interventionsphase ist dafür vorgesehen, die zuvor ausgearbeiteten kompetenz- und bewohnendenorientierten Arbeitspläne im Alltag einzusetzen, zu erproben, gegebenenfalls zu optimieren und damit eine KubA in die Durchführung zu bringen.

Den Auftakt bildet eine Kick-off Veranstaltung aller Mitarbeitenden der Organisationseinheiten mit dem Ziel, diese über die bevorstehenden Pilotwochen zu informieren und Fragen zu beantworten. Die Bewohnerinnen und Bewohner sollen im Anschluss wiederum durch die Mitarbeitenden des Fokuswohnbereichs über die anstehenden Prozessveränderungen informiert werden.

Die Mitarbeitenden beginnen im Frühdienst, Zwischendienst, Spätdienst und Nachtdienst mit ihrer Arbeit nach den neuen Arbeitsabläufen. In den ersten Wochen der Interventionsphase stehen die Beratenden der contec GmbH täglich im Austausch mit den Einrichtungen, um die Stimmung auf den Wohnbereichen sowie mögliche Anpassungsbedarfe zu identifizieren. Mindestens wöchentlich gibt es einen ausführlichen Jour Fixe mit mehreren Vertreterinnen und Vertretern der Einrichtungen und

allen Projektbeteiligten. In diesem Rahmen werden auch die notwendigen Erweiterungen der Pflegeplanung thematisiert. Anhand eines Interviewleitfadens wird innerhalb dieser Termine der Verlauf der Pilotwochen dokumentiert. Ferner können dabei Handlungs- und Weiterentwicklungsbedarfe aufgedeckt werden. Mitarbeiterinnen der Hochschule Bremen sind zudem an mehreren Tagen während der Pilotphase in den Einrichtungen, um Fragen und Probleme direkt vor Ort diskutieren und lösen zu können.

2.6.2.4 Nachhaltigkeitsphase

Nachdem eine kompetenz- und bewohnendenorientierte Ablauforganisation in den Pilotwochen initial umgesetzt wurde, ist der Übergang in eine Nachhaltigkeitsphase vorgesehen, in der gezielt eine Optimierung der Bezugspflege auf Basis der erarbeiteten Eckpunkte (s. Abschnitt 2.4) durchgeführt werden soll.

Die Nachhaltigkeitsphase beinhaltet weiterhin einen Reflexionsworkshop für die Change-Agents und Vertreterinnen und Vertreter der Organisationseinheiten. Ziel dieses Workshops ist es, dass sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kritisch mit den erlebten Erfahrungen in Bezug auf die Umstellung in der Pflegeeinrichtung auseinandersetzen. Auf diese Weise sollen nützliche Erkenntnisse zusammengefasst werden. Zusätzlich werden in diesem Workshop die zu Projektbeginn identifizierten Entwicklungspotenziale aus dem Erhebungsbogen zur Organisationsstruktur und -kultur noch einmal thematisiert. Es sollen gemeinsam Rückschlüsse gezogen werden, ob die durchgeführten Maßnahmen einen positiven Einfluss auf die identifizierten Entwicklungsbereiche hatten. Des Weiteren wird innerhalb des Workshops mit den Teilnehmenden erarbeitet, wie die eingeführten Veränderungen auch zukünftig Bestand haben können bzw. wie mit noch nicht bearbeiteten Entwicklungsbereichen verfahren werden kann.

2.7 Formative Evaluation der Personal- und Organisationsentwicklungsprozesse

Mit dem Ziel einer laufenden Verbesserung und Optimierung des Konzepts zum kompetenz- und bewohnendenorientierten Personaleinsatzes wird während der gesamten Planungs- und Interventionsphase im Rahmen einer formativen Evaluation geprüft, ob die erarbeiteten Konzeptbausteine in der Praxis sowohl umsetzbar als auch in Hinblick auf die Projektziele effektiv sind. Es gilt dabei sowohl konkrete und umsetzbare Verbesserungsvorschläge zu identifizieren und in das Konzept zu übernehmen als auch Entscheidungen zur Weiterführung von Konzeptbestandteilen zu fällen sowie die Entwicklung verschiedener prototypischer Einrichtungskonzepte zu unterstützen. Die jeweiligen Interventionseinrichtungen werden durch regelmäßige *Experteninterviews* (Abschnitt 2.7.2) partizipativ in diesen Prozess eingebunden. Bei der formativen Evaluation wird ein systemischer Evaluationsansatz verfolgt, der den kompetenz- und bewohnendenorientierten Personaleinsatz in Anlehnung an die Implementierung von Outcomes nach Proctor et al. (2009) in Bezug auf *Effektivität, Akzeptanz, Eignung/ Umsetzbarkeit, Nachhaltigkeit* überprüft und dabei auch den *Aufwand* berücksichtigt.

Geleitet wird die formative Evaluation von den folgenden übergeordneten Evaluationsfragen und den sie spezifizierenden Detailfragen:

1. Inwiefern eignen sich die Inhalte des Umsetzungskonzepts, seine einzelnen praktischen Umsetzungsteile und die individuellen Anpassungen in den einzelnen Einrichtungen für den praktischen Einsatz?
 - a. Welche zeitlichen Ressourcen werden aufgewendet? (*Aufwand*)

- i. Wie häufig und in welcher Art erfolgen die Kontakte zwischen dem Projektteam und den jeweiligen Interventionseinrichtungen?
 - ii. Wie hoch ist der zeitliche Aufwand für die Interventionseinrichtungen und inwiefern variiert dieser Aufwand zwischen den Einrichtungen?
 - b. Wie und auf welche Weise gestaltet und verändert sich die Akzeptanz der Interventionsbestandteile in den Einrichtungen im Projektverlauf? (*Akzeptanz*)
 - c. Welche Rolle haben die Schulungen für die Umsetzung des Vorhabens? (*Effektivität*)
 - d. Welche Rolle haben BeraterInnen-Kontakte für die Umsetzung des Vorhabens? (*Effektivität*)
 - e. Inwiefern lässt sich das Konzept und seine Umsetzungsteile in die einrichtungsspezifischen Abläufe integrieren? (*Eignung/ Umsetzbarkeit*)
 - i. Wo erfolgen einrichtungsspezifische Änderungen an diesem Konstrukt?
 - ii. Aus welchen Gründen werden diese Änderungen vorgenommen?
 - f. Welche förderlichen und hemmenden Faktoren zeigen sich im Implementationsprozess (u. a. Herausforderungen der Mehrpersonalisierung und des qualifikations- / kompetenzorientierten Einsatz) und wie begegnen die Interventionseinrichtungen diesen? (*Eignung/ Umsetzbarkeit*)
 - g. Inwiefern und auf welche Weise stellen die Interventionseinrichtungen eine nachhaltige Umsetzung über das Projektende hinaus sicher? (*Nachhaltigkeit*)
- 2. Welche Modifizierungen lassen sich für das empirisch weiterentwickelte Konzept, den Rollout und die prototypischen Umsetzungskonzepte ableiten? (*Nachhaltigkeit*)
 - a. Inwiefern lassen sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Modelleinrichtungen feststellen, die Verbesserungen und Anpassungen für die Weiterentwicklung des Konzeptes und dessen Implementation erfordern? (*Eignung/ Umsetzbarkeit*)
 - i. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede lassen sich auf der Handlungsebene feststellen die Verbesserungen und Anpassungen erfordern?
 - ii. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede lassen sich auf der konzeptionellen Ebene feststellen, die Verbesserungen und Anpassungen erfordern?
 - b. Welche Modifizierungen lassen sich während der Implementation in den Modelleinrichtungen für eine Implementationsstrategie des Rollouts ableiten? (*Eignung/Umsetzbarkeit*).

Die Beantwortung dieser Fragen erfolgt mittels einer iterativen und fortlaufenden *Methodentriangulation*, bei der Daten unter Einsatz von drei Erhebungsinstrumenten generiert werden: *Forschungstagebuch* zur laufenden Dokumentation aller Kontakte und Ereignisse mit den Interventionseinrichtungen (Abschnitt 2.7.1), *Experteninterviews* zur regelmäßigen Abfrage von individuellen Erfahrungen der Interventionseinrichtungen (Abschnitt 2.7.2) und *Fokusgruppens Diskussionen* zur Integration einzelner Erfahrungen auf Konzeptebene (2.7.3).

Durch die Methodentriangulation werden die Interventionseinrichtungen, sowie alle beteiligten Projektpartner partizipativ in die formative Evaluation eingebunden und die jeweils gewonnen Informationen und Erkenntnisse zu einrichtungsindividuellen und konzeptionellen Ergebnissen bezogen auf die Implementation, aber auch in Hinblick auf das Rollout verdichtet.

Ausgehend von den Leitfragen zur formativen Evaluation wurde für jede eingesetzte Methode passende Leitfragen entwickelt und festgelegt, wer für welche Erhebung von konkreten Daten verantwortlich ist. Die Vorbereitung der Ausgestaltung der Methoden erfolgte unter der Leitung des SOCIUM in einem Arbeitskreis zur formativen Evaluation. Der Arbeitskreis bestand aus jeweils

mindestens einem Mitglied der verschiedenen Projektpartner (SOCIUM, HSB, IPP, aQua-Institut und contec GmbH). Gemeinsam wurden Materialien (Fragebögen, Interviewleitfäden, etc.) zu den drei Methoden erstellt. Die Datenanalyse mit anschließender moderierter Reflexion der Evaluationsergebnisse im Projektteam erfolgt fortlaufend und wurde durch das SOCIUM über die gesamte Dauer der Interventionsphase übernommen.

2.7.1 Forschungstagebuch

Das *Forschungstagebuch* ist der erste Schritt dieser Methodentriangulation und dient der systematischen Erfassung und Klassifizierung von Beobachtungsergebnissen und informellen Interaktionen aus allen zehn Interventionseinrichtungen. Es fungiert als eine Informationsquelle zur Vorbereitung der Experteninterviews sowie der daran anschließenden Fokusgruppendifkussionen. Geführt wurde das Forschungstagebuch *laufend* von allen Personen mit direktem Kontakt zu den Einrichtungen und schließt damit die Institutionen HSB, SOCIUM, IPP, das aQua-Institut und die contec GmbH ein. Dabei war angestrebt, zur Vollständigkeit der Informationen und zur internen Transparenz jede Interaktion mit den Einrichtungen zu dokumentieren. Zur Erfassung aller wesentlichen Ergebnisse, Erfahrungen und Informationen der Projektmitglieder wurde das Forschungstagebuch als Online-Survey mit überwiegend qualitativen Beobachtungsfragen geführt. Der Survey wurde inhaltlich durch das SOCIUM entwickelt und danach durch das Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb) in eine digitale Form überführt, die auf dem KKSb-eigenen RedCap-Server gehostet wurde. Das Forschungstagebuch diente sowohl als Nachschlagewerk, um einen Überblick über die Entwicklungen in allen Einrichtungen zu behalten, als auch als Ausgangspunkt tiefergehender Informationssammlung. Hierzu wurde das Forschungstagebuch in zweiwöchigen Intervallen ausgewertet und als Vorbereitung für die Experteninterviews und Fokusgruppendifkussionen aufbereitet. Die Analyse prüfte die Entwicklung der Effektivität, Akzeptanz, Eignung/Umsetzbarkeit und Nachhaltigkeit des Konzepts zum kompetenz- und bewohnendenorientierten Personaleinsatz über den Interventionszeitraum.

2.7.2 Experteninterviews

Zweiter Bestandteil der Methodentriangulation der formativen Evaluation sind die auf dem Forschungstagebuch aufbauenden regelmäßigen *Experteninterviews*, die mit allen zehn Interventionseinrichtungen in zweiwöchentlichen Intervallen geführt wurden. Hierzu bestimmten die Einrichtungen feste Interviewpartner, welche als Experten oder Expertinnen einen Überblick über das Projekt haben und aktuelle Situationen selbstkritisch reflektieren können. Die Interviewpartner sollen zur einrichtungsinternen Steuerungsgruppe gehören und intensiv an der praktischen Umsetzung des Projekts in der Einrichtung beteiligt sein. Die leitfadengestützten Experteninterviews wurden durch das SOCIUM und die HSB per Videokonferenz geführt und für die spätere Auswertung protokolliert. Der Interviewleitfaden beinhaltete sowohl offene als auch geschlossene Fragen und wurde ereignisbezogen durch individuelle, aktuelle Fragen ergänzt, die sich jeweils aus den Zwischenergebnissen der Auswertungen des Forschungstagebuches und aus konkret vorliegenden Unklarheiten ergaben. Durch die Besprechung der Forschungstagebucheinträge mit den jeweiligen Einrichtungen erfolgte eine erste Validierung dieser Einträge auf Einrichtungsebene anhand des Abgleichs der Fremdeinschätzung durch Projektmitgliedern (z. B. Einträge aus dem Forschungstagebuch) und der Selbsteinschätzung der Expertinnen und Experten aus der jeweiligen Einrichtung, bezogen auf das Erlebte. Nach Abschluss aller zehn Interviews einer jeden Interviewsequenz wurden die so gewonnenen Informationen in einem zweistündigen Termin von allen interviewführenden Personen von HSB und SOCIUM diskutiert und ausgewertet. Dabei wurden die aktuellen Erkenntnisse danach analysiert, ob Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den

zehn Einrichtungen bestehen und auf welche Konzeptbestandteile und welche Implementationsschritte sie zurückgeführt werden konnten. Abschließend wurde die verdichteten Erkenntnisse zu einem Briefing für alle projektbeteiligten Personen zusammengefasst und zur Vorbereitung auf die Fokusgruppendifkussion zur Verfügung gestellt. Das Briefing stellt die Grundlage für die anschließenden Fokusgruppendifkussionen dar und enthält eine oder mehrere Diskussionsfragen für diese.

2.7.3 Fokusgruppendifkussionen

Die *Fokusgruppendifkussion* des Projektteams stellt den dritten Bestandteil der Methodentriangulation der formativen Evaluation dar und dient der Entwicklung von Empfehlungen der Konzeptoptimierung. Die Fokusgruppendifkussion schließt Personen ein, die zu den Institutionen HSB, SOCIUM, IPP oder contec GmbH gehören und direkten Kontakt mit der Einrichtung haben. In zweiwöchigen Intervallen wurden diese Fokusgruppendifkussionen des Projektteams geführt, wobei die zentralen Ergebnisse des Forschungstagebuchs und der Experteninterviews besprochen und analysiert wurden. Zusätzlich zu diesen im Briefing zusammengefassten Ergebnissen wurden die folgenden Fragen unterstützend hinzugezogen:

- Wie gestaltet sich inzwischen die Akzeptanz der aktuellen Arbeitsschritte in den jeweiligen Einrichtungen?
 - Wo bestehen Anpassungen, größere Anpassungsbedarfe und Abweichungen in der Umsetzung hinsichtlich des Umsetzungskonzeptes?
- Worin bestehen die größten Herausforderungen in der Umsetzung?
 - Wie wird diesen begegnet?
 - Was gestaltet sich komplexer/ schwerer als gedacht?
 - Was leichter?
- Welche förderlichen und hemmenden Faktoren zeigen sich im Implementationsprozess (u. a. mit Blick auf die Mehrpersonalisierung und den qualifikations-/ kompetenzorientierten Einsatz?)
- Inwiefern können und müssen die Erkenntnisse in der weiteren Umsetzung einrichtungsbezogen berücksichtigt werden?
- Inwiefern können und müssen die Erkenntnisse in der weiteren Umsetzung einrichtungsübergreifend oder konzeptverändernd berücksichtigt werden?
- Was ist noch unklar (z. B. bezogen auf Interventionsbestandteile, Herausforderungen ohne bisherige Lösungsstrategie) für die Einrichtungen oder für die Projektmitglieder?

Die Fokusgruppendifkussionen wurden ebenfalls protokolliert und hinsichtlich Effektivität, Akzeptanz, Eignung/ Umsetzbarkeit und Nachhaltigkeit des Konzepts zum kompetenz- und bewohnendenorientierten Personaleinsatz über den Interventionszeitraum in allen Interventionseinrichtungen ausgewertet. Beschlossene Verbesserungen und Anpassungen wurden an alle Projektbeteiligten kommuniziert.

Nach Abschluss der Interventionsphase wurden die so gewonnenen Ergebnisse unter Berücksichtigung anderer situativer Ergebnisindikator, wie beispielsweise das Qualifikationspassungsmonitoring oder die Evaluation der einzelnen Bildungsangebote und Workshops, zur Entwicklung des Implementationskonzepts (Kapitel 0) genutzt.

3 Konzepterprobung

Bei der vorliegenden Studie „Evaluation und Anpassung des Personalbemessungsinstruments“ handelt es sich um eine prospektive, nicht-randomisierte, kontrollierte, multizentrische Interventionsstudie im Längsschnittdesign mit zwei Messzeitpunkten. Das Ziel der Evaluation, die komplexe Intervention in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, die sowohl strukturelle Veränderungen (v. a. Mehrpersonal) als auch Veränderungen von Prozessen (u. a. der Arbeitsorganisation) umfasst, in ihren Wirkungen zu bewerten. Die Studie ist im Deutschen Register klinischer Studien registriert (DRKS00031773)³, das Studienprotokoll ist publiziert (Burfeindt et al. 2024), und es wurde vorab ein Ethikvotum bei der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. eingeholt (Antrag Nr. 23-013). Weiterführende Informationen können dem Kapitel 2 in Rothgang et al. (2025) entnommen werden.

Die Erprobung erfolgte in einem Kontrollgruppendesign. Durch seinen Einsatz war es möglich, nicht nur Entwicklungen über Zeit zu erfassen, die auf die Intervention zurückzuführen waren, sondern auch eine Kontrolle durchzuführen, welche Veränderungen sich – u. a. durch Umsetzung des GVG seit Juli 2023 und die Entwicklungen nach der Corona-Pandemie – in Einrichtungen ergeben, ohne dass dort weitere Interventionen durchgeführt wurden. So wurde gewährleistet, dass bewertet werden konnte, inwieweit Unterschiede im Prä-Post-Vergleich der Interventionseinrichtungen kausal auf die Intervention selbst zurückgeführt werden konnten.

Zu dessen Umsetzung wurden 10 Einrichtungen als Interventionseinrichtungen und 10 weitere Einrichtungen als Kontrolleinrichtungen ausgewählt (Abschnitt 3.1). Für die Interventionseinrichtungen war dann festzulegen, in welchem Umfang bei ihnen eine Mehrpersonalisierung vorgesehen werden sollte (Abschnitt 3.2). Die praktische Durchführung der Intervention wird in Abschnitt 3.3 beschrieben, während die Ergebnisse der formativen Evaluation in Abschnitt 3.4 dargelegt werden.

3.1 Auswahl der Modelleinrichtungen und Beschreibung der Stichprobe

Um eine Erprobung des Konzeptes zur kompetenz- und bewohnendenorientierten Arbeitsorganisation durchführen zu können, war es erforderlich, potenzielle Modelleinrichtungen zu rekrutieren und daraus eine geeignete Auswahl für die schließlich einbezogenen Einrichtungen zu treffen.

3.1.1 Vorgaben zum Auswahlprozess

In der Leistungsbeschreibung des Projektes waren in Bezug auf die Einrichtungsauswahl schon konkrete Vorgaben gemacht: Es war gefordert, dass dem GKV-Spitzenverband vom Auftragnehmer 20 bis 30 geeignete vollstationäre Einrichtungen vorzuschlagen waren, durch die unterschiedliche Rahmenbedingungen der Länder, unterschiedliche Einrichtungsgrößen und unterschiedliche Trägerarten repräsentiert werden sollten. Für jede potenzielle Modelleinrichtung war als Zugangsvoraussetzung nachzuweisen, dass sie als Pflegeeinrichtung im Sinne des § 71 SGB XI zugelassen war und dass sie die jeweils mit den Landesverbänden der Pflegekassen vereinbarte Personalausstattung zum Zeitpunkt der Auswahl vorhielt. Darüber hinaus waren noch einige weitere

³ <https://drks.de/search/de/trial/DRKS00031773/details>

Strukturdaten der Einrichtungen vorzulegen. Vom Auftragnehmer als geeignet angesehene Einrichtungen wurden dann aufgefordert, einen Antrag auf Förderung von Studienpersonal für das Modellprojekt beim GKV-Spitzenverband einzureichen. Auf der Basis dieser Anträge und der bereits zuvor gesammelten Strukturdaten sollte der GKV-Spitzenverband dann im Einvernehmen mit dem BMG und dem BMFSFJ eine kriteriengeleitete Auswahl der Einrichtungen treffen.

3.1.2 Durchführung des Auswahlprozesses

Bereits während der Durchführung der Vorgängerstudie PeBeM 1, vor allem aber zwischen ihrem Abschluss und der Vergabe des Nachfolgeprojektes, war die Universität Bremen mit vielen Kontaktaufnahmen von Einrichtungen konfrontiert. Meist ohne vorherigen Erstkontakt oder im Anschluss an Vorträge meldeten sich in dieser Zeit mehrere hundert Einrichtungs- und Trägervertretende mangels einer offiziellen Anlaufstelle bei den ehemaligen Auftragnehmern des PeBeM 1-Projektes, um ihr Interesse für eine Teilnahme an Nachfolgestudien zu bekunden. In der Annahme, dass ein solches Nachfolgeprojekt zu einem späteren Zeitpunkt eventuell vergeben werden könnte, wurden schon ab 2020 alle Interessensbekundungen gesammelt und es wurde den Einrichtungen versichert, gegebenenfalls wieder auf sie zuzukommen. Bis zur Auftragsvergabe PeBeM3 lagen auf diesem Weg Kontaktadressen von rund 400 Einrichtungen vor.

Nach der Auftragsvergabe war es daher nicht erforderlich, einen weiteren Rekrutierungsaufwurf zu starten, sondern es konnte direkt auf die vorliegenden Kontakte zurückgegriffen werden. Alle Einrichtungen und Träger, von denen ausreichende Kontaktinformationen vorlagen, wurden im Herbst 2022 per E-Mail kontaktiert. In einer ersten Stufe des Kontaktes wurde geklärt, ob weiterhin ein Interesse an einer Studienteilnahme bestand und ob das grundsätzliche Format der Studie – als Interventionsstudie mit einem großen Anteil an Organisationsentwicklung – akzeptiert werden würde. Einrichtungen, die daraufhin weiterhin ihren Teilnahmewillen signalisierten, wurden zu einem Eintrag in eine eigens mittels des Umfragetools LimeSurvey erstellte Online-Interessentendatenbank aufgefordert. In dieser wurden neben den schon in Abschnitt 3.1.1 benannten Differenzierungsmerkmalen umfangreiche Informationen über die bauliche und organisatorische Einrichtungsstruktur, die Bewohnendenstruktur und die Personalausstattung abgefragt. Neben grundlegenden Adress- und Kontaktdaten der Einrichtungen wurden auch

- Angaben zur Trägerschaft, wie Art und Name der Trägerorganisation, die Anzahl der Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege des Trägers,
- Strukturdaten der Einrichtung, wie die Anzahl der Plätze getrennt nach Dauer- und Kurzzeitpflege, die Anzahl der Wohnbereiche, das Vorhandensein von Wohnbereichen mit fachlichen Schwerpunkten mit gesondertem Versorgungsvertrag und eventuellen personellen und organisatorischen Überschneidungen, die Anzahl der Bewohnenden in Dauerpflege getrennt nach Pflegegrad, die Anzahl akademisch qualifizierter Fachkräfte, die Anzahl der Mitarbeitenden sowohl in absoluten Zahlen als auch in Vollzeitäquivalenten getrennt nach Berufsgruppe und Qualifikationsniveau, die Höhe der Heimkosten der Bewohnenden nach Einzelposten (Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten und Ausbildungskosten), sowie
- Angaben zur digitalen und technischen Ausstattung, wie die WLAN-Abdeckung innerhalb der Einrichtung, das Vorhandensein des Anschlusses an die Telematikinfrastruktur, die Nutzung eines digitalen Pflegedokumentationssystems und ggf. der Name der Softwarelösung, das Vorhandensein sowie die Anzahl digitaler Arbeitsplätze für die Pflegedokumentation und weitere Angaben zur digitalen und technischen Ausstattung mittels Freitextfeld

über LimeSurvey abgefragt.

Die Eintragung der Daten war bis Februar 2023 möglich. Bis zu diesem Zeitpunkt haben insgesamt 291 Einrichtungen mit Einreichung des Bogens ihr ernsthaftes Interesse an der Projektteilnahme bekundet. Die Einrichtungen sind mit unterschiedlichen Schwerpunkten über alle 16 Bundesländer hinweg verteilt. Aus Nordrhein-Westfalen (81 Einrichtungen), Niedersachsen (38 Einrichtungen) und Baden-Württemberg (27 Einrichtungen) sind die meisten Datenbögen beim Projektteam eingegangen. 51 Prozent der Einrichtungen, die in diesem Bereich Angaben getätigt haben, befinden sich in freigemeinnütziger Trägerschaft, während 41 Prozent privat geführt werden. Mit acht Prozent ist der Anteil an Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft am geringsten. In Bezug auf die Größe sind ebenfalls deutliche Unterschiede vorhanden. Die kleinste Einrichtung bietet 19 Dauerpflegeplätze, während in der größten 363 vorhanden sind.

Die Angaben der 291 Einrichtungen wurde eingehend ausgewertet, um den in Abschnitt 3.1.1 aufgeführten Vorgaben des Auswahlprozesses gerecht zu werden. Hierbei war vor allem entscheidend, eine über möglichst viele Bundesländer verteilte, kleine und große Einrichtungen in verschiedener Trägerschaft umfassende Vorauswahl zu treffen, bei der alle notwendigen Zustimmungen und Kontaktdaten vorhanden waren. Auch wenn sicherlich (deutlich) mehr Einrichtungen potenziell infrage gekommen wären, hat sich das Projektteam für eine Vorauswahl von 33 Einrichtungen verteilt über 15 Bundesländer entschieden. Bei 31 davon konnte ein Vor-Ort-Termin vereinbart und realisiert werden, bei dem mit Verantwortlichen des Trägers sowie den Leitungspersonen und weiteren Mitarbeitenden der Einrichtungen über die Projektteilnahme und deren Auswirkungen gesprochen wurde. Diese Besuche haben im Zeitraum zwischen dem 06.02.2023 und dem 30.03.2023 mit je mindestens zwei Mitgliedern des Projektteams verschiedener Konsortialpartner stattgefunden. Da die Besuche nicht nur den Einrichtungen das Projekt näherbringen, sondern gleichzeitig auch einer Einschätzung für das Projektteam dienen sollten, ob eine Projektteilnahme realistisch scheint, wurde vorab ein Analyseinstrument zur Einrichtungsauswahl erstellt. Dieses diente der kriteriengeleiteten Informationssammlung während der Besuche, die im Anschluss einen Vergleich der Einrichtungen und somit eine begründete Vorauswahl ermöglicht hat. Das Analyseinstrument umfasst auf der Managementebene die Themenbereiche Personal, Bewohnende, Prozessanalyse und Strukturanalyse. Auf der Personalebene gibt es zusätzlich weitere Fragen zur Prozessanalyse. Am Ende des Bogens beschreiben die Projektmitglieder zusätzlich ihre subjektiven Wahrnehmungen beim Besuch.

Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse hat das Projektteam eine Übersicht nach den Bereichen (1.) Bewertung der besuchenden Projektmitglieder, (2.) Entscheidung der Einrichtung über die eigene Teilnahme, (3.) Einschätzung der Einrichtung, ob eine entsprechende Mehrpersonalisierung im dritten Quartal 2023 zu realisieren ist und (4.) Gesamtbewertung erstellt und dem Auftraggeber am 02.04.2023 zur Verfügung gestellt. Basierend auf diesen Angaben enthielt die Übersicht zusätzlich eine Shortlist mit 21 der 33 besuchten Einrichtungen, denen empfohlen wurde, den für die Projektteilnahme nötigen Antrag zwischen dem 03.04.2023 und dem 19.04.2023 beim GKV-Spitzenverband einzureichen.

Anhand dieser Shortlist und basierend auf den von den Einrichtungen eingereichten Anträgen zur Teilnahme am Projekt hat der GKV-Spitzenverband die zehn Interventionseinrichtungen festgelegt. Orientiert an deren Struktur wurden anschließend zehn weitere Einrichtungen als Kontrolleinrichtungen ausgewählt und angefragt. Zu jeder Interventionseinrichtung sollte es so eine möglichst ähnliche Spiegeleinrichtung geben, die eine bessere Einordnung der Projektergebnisse ermöglicht, da hier keine Intervention stattgefunden hat. Bei der Auswahl zu beachten war vor allem,

dass es zu jeder Interventions- auch eine Kontrolleinrichtung im gleichen Bundesland gibt, die sich in gleicher Trägerschaftsart befindet und vergleichbar groß ist.

Eine Besonderheit im Auswahlprozess der Interventionseinrichtungen stellt ein kurzfristiger Wechsel einer Einrichtung im laufenden Projekt dar. Diese hat dem Projektteam im September 2023 nur wenige Tage vor geplantem Start der Baseline-Erhebung mitgeteilt, dass ein neuer Träger die Einrichtung in wenigen Monaten übernehmen wird. Da dieser Träger nicht an einer Weiterführung des Projektes interessiert war, ist die Einrichtung aus dem laufenden Projekt ausgeschieden und musste ersetzt werden. Zum 01.12.2023 ist daher in Rücksprache mit dem GKV-Spitzenverband eine neue Einrichtung im gleichen Bundesland, mit gleicher Trägerschaftsart und ähnlicher Größe in das laufende Projekt eingestiegen. Aufgrund der ähnlichen Struktur hatte dieser Wechsel keinen Effekt auf die Auswahl der zugehörigen Kontrolleinrichtung. In den folgenden Teilen ist die Einrichtung, die das Projekt verlassen hat, nicht mit aufgeführt, vielmehr werden lediglich die zehn Interventionseinrichtungen berücksichtigt, in denen ab dem Jahr 2024 eine Intervention stattgefunden hat.

3.1.3 Stichprobe

Die zehn Interventionseinrichtungen verteilen sich auf die Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein, Sachsen und Sachsen-Anhalt. Sie haben zwischen 30 und 116 Dauerpflegeplätze, die sich auf ein bis vier Wohnbereiche verteilen. Zu Projektbeginn waren in den Interventionseinrichtungen zwischen 30 und 180 Mitarbeitende angestellt. Sechs Interventionseinrichtungen befinden sich in freigemeinnütziger Trägerschaft, drei in privater Trägerschaft und eine in kommunaler Trägerschaft.

Mit dem GKV-Spitzenverband wurden Fördervereinbarungen abgeschlossen, um die für das Projekt benötigte Mehrpersonalisierung realisieren zu können. Diese Vereinbarungen basieren auf dem in der jeweiligen Einrichtung vorhandenen Personal zu Projektbeginn. Personal, das darüber hinaus bis zu einer an Algorithmus 1.0 orientierten Höhe eingestellt worden ist, ist bis zum Interventionsende über den GKV-Spitzenverband finanziert worden. Dafür sind in den jeweiligen Fördervereinbarungen Zielwerte ausgewiesen worden. Einrichtungen, die bereits zu Abschluss der Fördervereinbarungen in einem Qualifikationsniveau mehr Personal als durch den Zielwert vorgegeben beschäftigt haben, mussten dieses Personal nicht abbauen (Bestandsschutz).

Tabelle 8: Personalbestand in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)

Einrichtung	Personalbestand in VZÄ		
	Vorgesehen laut Fördervereinbarung	Personalbestand bei Abschlusserhebung	Differenz
Sachsen	46,68	44,68	-2,00
Sachsen-Anhalt	16,50	17,58	1,08
Hamburg	59,04	61,90	2,86
Schleswig-Holstein	33,13	30,58	-2,55
Bayern	35,75	36,26	0,51
Baden-Württemberg	22,61	20,22	-2,39
Berlin	30,87	25,59	-5,28
Mecklenburg-Vorpommern	45,74	-	-
Nordrhein-Westfalen	54,18	50,29	-3,89
Niedersachsen	45,30	43,67	-1,63

In Tabelle 8 ist die in den Fördervereinbarungen vorgesehene der tatsächlich erreichten Personalmenge in Vollzeitäquivalenten gegenübergestellt. Da die Projektergebnisse in einer Einrichtung nicht über die vorgesehenen Erhebungen evaluiert wurden, kann der Personalbestand bei der Abschlusserhebung für diese nicht angegeben werden. Die Werte zeigen, dass die Mehrpersonalisierung in sechs der neun betrachteten Fälle – trotz großem Engagements seitens der Einrichtungen zur Personalgewinnung – nicht erreicht werden konnte. Allerdings war die Mehrpersonalisierung ausreichend, um in jeder Einrichtung einen Fokuswohnbereich (annähernd) entsprechend der Zielvorgaben auszustatten (siehe hierzu Abschnitt 4.1 in Rothgang et al. 2025 für Details).

Tabelle 9: Eigenschaften der teilnehmenden Interventions- und Kontrolleinrichtungen

Eigenschaft	Interventionseinrichtungen	Kontrolleinrichtungen
Trägerschaft		
Freigemeinnützig	6	7
Privat	3	3
Kommunal	1	0
Platzzahl Min - Max	30 - 116	40 - 104
Mitarbeitendenzahl zu Projektbeginn Min - Max	30 - 180	20 - 100
eher städtisch	6	4
eher ländlich	4	6

Zu jeder dieser 10 Interventionseinrichtungen wurde anschließend aus dem oben beschriebenen Pool der Pflegeeinrichtungen eine passende (Bundesland, Größe, Trägerschaft) Kontrolleinrichtung gesucht und für die Teilnahme an der Studie als Kontrolleinrichtung rekrutiert. Tabelle 9 stellt die Eigenschaften der Interventions- und Kontrolleinrichtungen vergleichend gegenüber.

Die Kontrolleinrichtungen haben keine separate Intervention oder zusätzliche Maßnahme erhalten. Vielmehr sollten die Kontrolleinrichtungen die reguläre Versorgung fortsetzen (Regelversorgung bzw. treatment as usual). Dabei war es den Kontrolleinrichtungen nicht untersagt, im Interventionszeitraum (arbeits-)organisatorische Veränderungen vorzunehmen oder die gesetzlichen Möglichkeiten der Mehrpersonalisierung zu nutzen (z. B. Personal nach § 113c SGB XI). Tatsächlich wurden teilweise Maßnahmen der Organisationsentwicklung durchgeführt, die grundsätzlich geeignet waren, ähnliche fachliche Ziele wie das Modellprojekt zu verfolgen. So setzten einige Kontrolleinrichtungen ihr eigenes Verständnis von PeBeM um und führten Tourenpläne ein, deren Aufgabenverteilung jedoch nicht strengstens an den Vorgaben des QMM und den dort definierten SOLL-Qualifikationsniveaus orientiert war. Ebenso wurde in mehreren Einrichtungen die Qualifizierung von Pflegehilfskräften zu Pflegeassistenzkräften angestrebt, um die Bedarfe bei ausgebildetem Pflegepersonal befriedigen zu können. Für die Umsetzung einzelner Veränderungen griffen mehrere Einrichtungen dabei ebenfalls auf die Unterstützung externer Beratungsunternehmen zurück. Dieser Überblick verdeutlicht, dass auch in den Kontrolleinrichtungen Prozesse der Organisationsentwicklung initiiert wurden. Diese konnten natürlich nur innerhalb der in der Fläche vorhandenen Gestaltungsspielräume ablaufen, wobei die Entwicklungsprozesse in ihrer Ausrichtung und Systematik von den fachlichen Zielen des Modellprojektes nur wenig abwichen. Zusammenfassend überrascht der Umfang der Entwicklungen, die in den Kontrolleinrichtungen zu beobachten waren. Zu vermuten ist, dass auch bei diesen Einrichtungen eher eine Positivselektion vorliegen könnte, dass sich also auch eher interessierte und motivierte Häuser als Kontrolleinrichtungen zur Verfügung gestellt haben. Unter dieser Annahme ist dann abzuleiten, dass die nachweisbaren Effektstärken, die in der Evaluation zwischen Interventions- und Kontrolleinrichtungen nachgewiesen werden konnten, gegenüber durchschnittlichen Einrichtungen eher unterschätzt sein sollten.

3.2 Dimensionierung der Mehrpersonalisierung

Bei der Entwicklung des Personalbemessungsverfahrens für stationäre Pflegeeinrichtungen (PeBeM 1) wurde ein mathematisches Instrument erarbeitet, das mittels der Daten einer breiten empirischen Erhebung aus dem Jahre 2018 parametrisiert wurde. Dieses Instrument (im Folgenden „Algorithmus 1.0“) ordnet einer spezifischen Bewohnerschaft die qualifikationsdifferenzierte Personalmengen zu, die für eine bedarfsorientierte pflegerische Versorgung entsprechend eines umfassenden Pflegebegriffs, der an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff anschließt, bedarfsnotwendig ist.

Dabei sind diese Personalmengen allerdings nicht von den Organisationsstrukturen, in denen sie bemessen wurden, unabhängig und können sich bei Veränderungen der Organisationsstrukturen ändern: Eine Veränderung des Qualifikationsmixes der Pflegekräfte bedingt veränderte Organisationsabläufe, die ihrerseits wiederum die bedarfserforderlichen Personalmengen verändern können. Prozesse der Organisationsentwicklung wie sie Kern des hier gegenständlichen Projektes sind, können also Struktur und Umfang der bedarfsnotwendigen Personalmengen beeinflussen.

Zur Erprobung einer neuen und umfassend veränderten Arbeitsorganisation, wie sie im Modellprojekt beauftragt wurde, war es daher erforderlich, den ausgewählten Modelleinrichtungen die Möglichkeit zu einer Mehrpersonalisierung zu geben, nach der die Personalressourcen der Einrichtung zu den neuen Arbeitsstrukturen passen würden. Solchermaßen veränderte Personalbedarfe aufgrund einer vor Projektbeginn unbekannten veränderten Ablauforganisationen sind im Projekt PeBeM 1 nicht empirisch betrachtet worden.

Zur Festlegung des Umfangs der möglichen und erforderlichen Mehrpersonalisierung konnte daher nicht auf bestehende empirische Ergebnisse zurückgegriffen werden, sondern es musste vielmehr ex ante ein Umfang der Personalausstattung abgeschätzt werden, der für den Betrieb der konzeptionalisierten KubA passend und bedarfsorientiert sein würde. In der Leistungsbeschreibung des hier gegenständlichen Projektes wurde diese Abschätzung von Veränderungen als die *Festlegung von Effizienzeffekten* bezeichnet.

Notwendige Personalmengenerhöhungen aufgrund erweiterter Koordinationsaufwände und mögliche Reduktionen der Mehrpersonalisierung aufgrund effizienterer Arbeitsstrukturen werden aber bereits im Abschlussbericht von PeBeM 1 (Rothgang et al. 2020) diskutiert. Hier wurden *vier Faktoren* genannt, die einen steigernden oder reduzierenden Einfluss auf den Personalbedarf haben können:

1. Im Vergleich zu 2018 ist bereits vor Beginn des hier gegenständlichen Modellprojekts von einem höheren Digitalisierungsstand der Einrichtungen auszugehen. Dieser könnte dazu führen, dass die bedarfsnotwendige Personalmenge *niedriger* ist als die im Algorithmus 1.0 ausgewiesene Personalmenge.
2. Eine Verbesserung der Arbeitsorganisation in Organisationsentwicklungsprozessen – wie etwa bei der Einrichtung eines qualifikationsorientierten Personaleinsatz – kann ebenfalls zu einer *Reduktion* der bedarfsnotwendigen Personalmenge führen.
3. Gleichzeitig entstehen durch die Mehrpersonalisierung und den sich verändernden Personalmix aber auch *Personalmehrbedarfe* durch aufwändigere Personalsteuerung und allgemein höhere Koordinationsaufwände.
4. In Bezug auf die indirekte Pflege konnten – im Gegensatz zum aufwändigen Abgleich in der direkten Pflege – bei der Entwicklung des Algorithmus 1.0 nur IST-Werte erhoben werden, die keiner SOLL-Korrektur unterzogen werden konnten. Es kann jedoch vermutet werden, dass die Einrichtungen im Jahr 2018 verglichen mit dem modernen Pflegeverständnis, wie es im Modellprojekt umgesetzt werden sollte, in Bezug auf Pflegeassessment, Pflegeplanung und Evaluationsprozesse defizitär gearbeitet haben. Hierdurch ergäbe sich im SOLL eine *Steigerung* der Personalmenge für indirekte Pflege im Vergleich zu den IST-Messwerten des Jahres 2018.

Zusammenfassend wurde im Abschlussbericht zu PeBeM 1 (Rothgang et al. 2020: 344 f.) daher darauf hingewiesen, dass effizientere Organisationsstrukturen zu einer Reduktion des Gesamtpersonalbedarf führen können, die Korrektur bislang unzureichender indirekter Pflegeleistungen aber auch Personalmehrbedarfe aufdecken kann. Der Begriff der *Effizienzreserve* als Ausdruck dieser Unsicherheit kann per Saldo damit grundsätzlich positive oder negative Werte aufweisen.

Für die Entwicklung und Erprobung eines Konzepts zum qualifikationsorientierten Personaleinsatz, also dem Kern des hier gegenständlichen Projektes, entstand hieraus ein strategisches Dilemma: Ein veränderter Personaleinsatz kann nur insoweit erprobt werden, wie er auch in den Modelleinrichtungen ermöglicht wird. Der Personaleinsatz muss also – unter Ansatz einer Effizienzreserve – ex ante festgelegt werden und formt dann sekundär die entstehenden Organisationsstrukturen. Da Richtung und Umfang der Personalbedarfsveränderungen durch die Strukturveränderungen allerdings – wie beschrieben – unbekannt, für die Erprobungsergebnisse aber mitentscheidend war, waren bei der Festlegung der Effizienzreserve zwei Risiken gegeneinander

abzuwägen: Wäre die Effizienzreserve zu niedrig angesetzt worden, hätte sich das Risiko ergeben, dass die in der Projektarbeit entstehenden Organisationsstrukturen auf eine zu hohe Personalmenge ausgerichtet worden wäre. Dieses Risiko einer Überschätzung war jedoch dadurch begrenzt, dass bei der Ergebnisevaluation auf die bewährte Beschattungsmethodik zurückgegriffen wurde, die auch die Möglichkeit von zeitlichen Abschlügen bei ineffizientem Pflegehandeln vorsah. Wäre die Effizienzreserve dagegen positiv und zu hoch angesetzt worden, hätten sich keine Erfahrungswerte in Bezug auf eine optimale Organisationsstruktur finden lassen, da sich die projektgegenständliche Organisationsentwicklung dann auf zu niedrige Personalmengen bezogen hat. Wichtig für die Setzung der Effizienzreserve war daher, für wie bedeutsam diese beiden Risiken eingeschätzt werden.

Die Analyse der vier zuvor identifizierten Faktoren zeigt, dass die vermuteten reduzierenden Einflüsse auf den Personalbedarf in den Modelleinrichtungen nicht zum Tragen kamen. Ein möglicher reduzierender Effekt der Digitalisierung auf den Personalbedarf konnte nicht festgestellt werden, da die Modelleinrichtungen keinen höheren Digitalisierungsstand im Vergleich zu 2018 aufwiesen. Zwar konnte im Rahmen der Organisationsentwicklungsprozesse eine höhere Qualifikationspassung des Personals erreicht werden, die erforderlichen Pflegehandlungen blieben jedoch unverändert. Dies bedeutet, dass durch die Verbesserung der Arbeitsorganisation zwar eine Steigerung der Pflegequalität erzielt wurde, die bedarfsnotwendige Personalmenge jedoch nicht reduziert werden konnten. Durch die Einführung neuer Interventionen, wie etwa der Mikropflegevisite, sowie höherer Koordinationsaufwände kam es zudem zu Personalmehrbedarfen. Weiterhin bestätigten sich die Vermutungen hinsichtlich der indirekten Pflege: Im Vergleich zu den IST-Werten aus 2018 ergab sich im SOLL-Bereich eine Steigerung der Personalmenge, bedingt durch ein moderneres Pflegeverständnis sowie umfassendere Pflegeassessment-, Planungs- und Evaluationsprozesse. Insgesamt zeigt sich, dass die Faktoren, die eine Reduktion des Personalbedarfs hätten bewirken können, nicht wirksam wurden, während die Faktoren, die zu einem höheren Personalbedarf führen, zum Tragen kamen.

3.2.1 Aufgabenstellung und grundsätzliche Herangehensweise

Um nun den im Rahmen des Modellprogramms gemäß § 8 Abs. 3b SGB XI (PeBeM 3) vergebenen Auftrag umsetzen zu können, war es also erforderlich, eine *informierte Abschätzung* der – wie in der Leistungsbeschreibung des Modellprogramms formuliert – „*angemessene[n] Effizienzreserven*“ vorzunehmen und diese bei der Bestimmung der umgesetzten Mehrpersonalisierung zu berücksichtigen. Hierbei konnte einerseits auf die vor dem Hintergrund der im Projektteam vorhandenen Expertise reflektierten Erfahrungen aus PeBeM 1 zurückgegriffen werden und darüber hinaus auf die Daten einer Expertinnen- und Expertenbefragung in Fokusgruppen.

Aufgabenstellung war im ersten Projektschritt daher, für die Mehrpersonalisierung der Interventionseinrichtungen *einen begründeten Vorschlag* zur Höhe der „*angemessenen Effizienzreserven*“ und damit nachgehend der einzusetzenden Personalmenge auszuarbeiten, unter dessen Berücksichtigung *der Auftraggeber* dann eine Setzung vornehmen konnte.

Im Rahmen des ersten Zugangs wurde der Versuch unternommen, die in Rothgang et al. (2020) und im Angebot für PeBeM 3 genannten zu erwartenden einzelnen Effekten auf die Personalmengen zu quantifizieren (Abschnitt 3.2.2). Hierbei handelt es sich um „educated guesses“, d.h. Schätzungen auf Basis von Vorwissen und Vorerfahrungen, nicht aber um harte empirische Evidenz. Zweitens wurde ein Datenerhebungsprozess durchgeführt, in dem die möglichen Effizienzreserven in *Fokusgruppens Diskussionen* mit Expertinnen und Experten aus der Pflegeselbstverwaltung und der Wissenschaft diskutiert, bewertet und abgeschätzt wurden (Abschnitt 3.2.3). Auch die Aussagen der

Expertinnen und Experten unterliegen einer entsprechenden Unsicherheit. Aufbauend auf einer synoptischen Diskussion der beiden Zugänge wurde daher abschließend ein Vorschlag vorgelegt und begründet, der dann die Entscheidung des GKV-Spitzenverband informiert hat (Abschnitt 3.2.4).

3.2.2 Abschätzung der Effizienzreserve auf Basis der Ergebnisse des Projektes PeBeM 1

Wie ausgeführt, mussten in Bezug auf die Quantifizierung einer Effizienzreserve (mindestens) vier Faktoren mit gegenläufigen Wirkungsrichtungen berücksichtigt werden. Da für keinen dieser Effekte belastbare empirische Daten vorlagen muss für die separate Abschätzung der Einzeleffekte auf theoretisch begründete Übertragungen und informierte Schätzungen zurückgegriffen werden. Im Ergebnis entstand aus dem Zusammenwirken der vier Effekte dann ein Punktschätzer für eine plausible Setzung der Effizienzreserve bzw. – insofern die genannten Faktoren selbst ein Intervall bilden – ein Intervallschätzer. Zur Berücksichtigung von Unsicherheit wurde zudem ein zweites, weiteres Intervall angegeben, das entstand, indem entweder die beiden positiven oder die beiden negativen Faktoren jeweils nur zur Hälfte berücksichtigt wurden. Zunächst war aber auf die genannten vier Faktoren im Einzelnen einzugehen. Hinzu kam dann noch ein fünfter Faktor, der sich auf einen Sekundäreffekt der Mehrpersonalisierung bezog.

1. Allgemein konnte zum Zeitpunkt der Durchführung dieser Arbeiten im Frühjahr 2023 im Vergleich zu 2018 von einem höheren Digitalisierungsstand der Einrichtungen ausgegangen werden, da sowohl die Umstellung der Pflegedokumentation und Kommunikation auf elektronische Systeme als auch der solitäre und punktuelle Einsatz von Sensortechnik und pflegenahen Softwarelösungen zugenommen hatte. Allerdings war die Wirkung dieser verschiedenen Elemente digitaler Technik auf den bedarfsorientierten Personalbedarf – ebenso wie die Effekte anderer digitaler Techniken in der Pflege – noch nahezu nicht wissenschaftlich belastbar evaluiert worden (Krick et al. 2019; Huter et al. 2020; Krick et al. 2023). Betont wurde aber in nicht quantifizierenden Analysen regelmäßig der J-förmige Verlauf der Entlastungswirkung, bei dem Technikimplementation selbst bei sinnvoller und wirksamer Technik zunächst einen Mehraufwand verursacht, der sich erst in einer Festigungsphase abbaut. Erst danach und langfristig kann sich eine entlastende Wirkung entfalten. Ein Vergleich des Digitalisierungsstand in Pflegeheimen der Jahre 2023 und 2018 zeigte flächendeckend lediglich im Bereich der digitalisierten Pflegedokumentation Veränderungen. Allerdings wurden die digital erhobenen Daten noch kaum in Planungsprozessen genutzt – wie es für die Prozesssteuerung einer qualifikations- und kompetenzorientierten Pflege jedoch notwendig ist. Insofern standen die Digitalisierungsprozesse auch an dieser Stelle noch am Anfang, so dass im Vergleich zu 2018 potenziell mögliche Einsparungen hierdurch wieder kompensiert werden dürften. Um den langfristig – im Sinne des J-Kurven-Effekts – dennoch möglichen Einsparungen Rechnung zu tragen, wurde auf lange Sicht eine – empirisch nicht belegte – Reduktion der bedarfsnotwendigen Personalmenge für indirekte Pflege in Höhe von 5-10 % der Zeit für indirekte Pflege als möglich unterstellt. Bezogen auf den in PeBeM 1 empirisch ermittelten Anteil direkter zu indirekter Pflege von 101,5 zu 39,5 Minuten pro Tag bzw. dem daraus folgenden Anteil der indirekten Pflege an der Gesamtpflegezeit von 28 % ergab sich hieraus eine *potentielle Effizienzreserve von 1,4 % bis 2,8 % des Gesamtpersonalbedarfs*.
2. Erkennbare Ineffizienzen *innerhalb* der Interventionsdurchführungen wurden bereits bei der Ermittlung des Algorithmus 1.0 in PeBeM 1 durch Abschläge an den gemessenen Zeiten berücksichtigt. Da die Umstellung auf qualifikations- und kompetenzorientierte Pflege vor allem die Zuordnung von Interventionsanforderungen und den Qualifikationsniveaus der Beschäftigten

verbessern sollte, war zwar davon auszugehen, dass über- und unterqualifizierte Leistungserbringung reduziert werden würden. Dies führt aber nicht per se zu Zeiteinsparungen innerhalb der Interventionsdurchführungen. *Zwischen* den einzelnen Pflegehandlungen und durch ihre verbesserte Einsatzorganisation waren jedoch – nach Verfestigung der entsprechenden Arbeitsorganisation – Effizienzgewinne denkbar, für deren Umfang bis zu 5 % der gesamten Arbeitszeit angesetzt wurden.

3. Gleichzeitig entstehen durch die Mehrpersonalisierung und den sich verändernden Personalmix aber auch *Personalmehrbedarfe* durch aufwändigere Personalsteuerung und allgemein höhere Koordinationsaufwände. Beispielhaft können hierfür die Anleitung von Assistenzkräften, häufigere Supervision und Fallbesprechungen sowie die Notwendigkeit von regelmäßigen Pflegevisiten durch Pflegefachkräfte genannt werden. Insgesamt wurde daher ein Personalmehrbedarf bei den Fachkräften von 5-10 % angesetzt, wobei unterstellt wurde, dass sich ein zunächst höherer Mehraufwand im Lauf der Zeit auf dieses Niveau abschwächen würde. Da die Fachkräfte im Algorithmus 1.0 im Durchschnitt 38 % des Pflegepersonals ausmachen, ergab sich ein *potentieller Pflegepersonalmehrbedarf von 1,9 % bis 3,8 %*.
4. In Bezug auf die indirekte Pflege konnten – im Gegensatz zum aufwändigen Abgleich in der direkten Pflege – bei der Entwicklung des Algorithmus 1.0 nur IST-Werte ausgewertet werden, die keiner SOLL-Korrektur unterzogen werden konnten. Es kann jedoch vermutet werden, dass die Einrichtungen im Jahr 2018 verglichen mit dem modernen Pflegeverständnis, wie es im Modellprojekt umgesetzt werden sollte, in Bezug auf Pflegeassessment, Pflegeplanung und Evaluationsprozesse defizitär gearbeitet haben. Hierdurch konnte im SOLL eine Steigerung der Personalmenge für indirekte Pflege im Vergleich zu den IST-Messwerten des Jahres 2018 angenommen werden. Unter der Setzung, die durchschnittliche SOLL-Korrektur in der indirekten Pflege halb so hoch zu schätzen wie der Korrekturbedarf in der direkten Pflege bemessen wurde, ergab sich hieraus ein *zusätzlicher potentieller Personalmehrbedarf von 7 %*.⁴
5. Bei den vier oben ausgeführten Faktoren handelte es sich um *Primäreffekte*, die direkt aus der Einführung und Erprobung des qualifikationsorientierten Personaleinsatz in den Modelleinrichtungen entstehen können und sich auf die notwendige Zeitmenge beziehen. Die gemeinsame Berücksichtigung dieser vier Faktoren führt zu einer geschätzten rechnerischen Effizienzreserve, die direkt in Zeiteinheiten bemessen werden kann. Bereits im Abschlussbericht von PeBeM 1 wurde allerdings auch ein *sekundärer Effekt* als angestrebte Folge benannt: Ausgehend von der Tatsache, dass Altenpflegekräfte einen nahezu doppelt so hohen Krankheitsausfall aufweisen wie die übrigen Beschäftigten⁵, besteht die Hoffnung, dass durch Mehrpersonalisierung und damit verbundenen Abbau von Arbeitsstress eine Reduktion der

⁴ Der in PeBeM 1 gemessene Anteil des Zeitaufwands für indirekte Pflege beträgt 28 %. Der berechnete Gesamtpflegepersonalmehraufwand liegt bei insgesamt 36 %. Dieser Gesamtmehraufwand ergibt sich aber aus dem zeitlichen Mehraufwand nur für die direkte Pflege, der 72 % des Gesamtzeitaufwands ausmacht. Bezogen auf die direkte Pflege wurde somit ein zeitlicher Mehraufwand von 50 % ermittelt (36 % von 72 %). Wird die Hälfte dieses Faktors, also 25 %, auf die indirekte Pflege angewendet, die ihrerseits 28 % der Gesamtpflegezeit umfasst, ergibt sich der ausgewiesene Wert von 7 %.

⁵ Gemäß des TK-Gesundheitsreports der Technikerkrankenkasse 2021 lag der Krankenstand der Altenpflegekräfte bei 25,8 Tagen, der Krankenstand der Gesamtbevölkerung dagegen bei nur 13,9 Tagen (<https://www.tk.de/presse/themen/praevention/gesundheitsstudien/pflegekraefte-haeufiger-krank-als-andere-berufsgruppen-2128344>).

Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage erreichbar wäre. Dieser Effekt bildet sich nicht beim in Zeiteinheiten gemessenen Personalbedarf, sondern bei der Nettojahresarbeitszeit ab. Er verringert so aber den *in Vollzeitstellen* gemessenen Personalbedarf. Zur Abschätzung dieses Effekts wurde unterstellt, dass sich die Differenz in den Arbeitsunfähigkeitstagen zwischen Altenpflegekräften und der gesamten Arbeitnehmerschaft halbieren könnte, woraus eine rechnerische Reduktion der – bei gleichen Zeitmengen – notwendigen Stellenzahl von rund 2,8 % erfolgen könnte.

Tabelle 10: Veränderung der Mehrpersonalisierung in Prozent der Werte des Algorithmus 1.0 (in %)

Faktor	(1) Untergrenze	(2) Obergrenze	(3) = ((1) + (2)) / 2 Punktschätzer
1: Digitalisierung	-2,8	-1,9	-2,35
2: Effizienzsteigerung	-5,0	-5,0	-5,0
3: Koordinierungsaufwände	+1,9	+3,8	+2,85
4. Soll-Korrektur indirekte Pflege	+7,0	+7,0	+7,0
5. AU-Zeiten	-2,8	-2,8	-2,8
Gesamteffekt	-2,1	0,6	-0,8
Bei halber Höhe der positiven / negativen Effekte	-6,2	5,8	-0,2

Tabelle 10 fasst die geschätzten Werte für die genannten fünf Faktoren zusammen. Allerdings konnten diese Faktoren zur Ermittlung des Gesamteffekts nicht einfach addiert werden, da sie sich auch auf die Mehr-/Minderaufwände bezogen, die aus den jeweils anderen Faktoren resultierten. Zur Berücksichtigung dieser Interaktionseffekte war eine multiplikative Verknüpfung der Faktoren notwendig.⁶ Dabei ergab sich ein Punktschätzer von -0,8 %, also ein Wert nahe bei null. Dadurch dass für die Faktoren 1 und 3 jeweils ein Intervall angegeben wurde, ergab sich für den Gesamteffekt ein Intervall, das von -2,1, % bis +0,6 % reicht (jeweils gefettete Werte in der vorletzten Zeile).

Allerdings handelte es sich bei allen Werten um *grobe Schätzungen*. Zur Berücksichtigung der Unsicherheit ist in der letzten Zeile der Tabelle daher ein „worst“ und ein „best“ case Szenario gebildet worden. Dazu wurden jeweils entweder die positiven oder die negativen Faktoren nur zur Hälfte berücksichtigt, während umgekehrt die negativen bzw. positiven Faktoren voll in die Berechnung eingingen. Wie die Tabelle zeigt, ergab sich dann ein Intervall, das von insgesamt -6,2 % bis +5,8 % reicht.

⁶ So ergab sich beispielsweise der die Untergrenze als $(1 - 2,8\%) * (1 - 5,0\%) * (1 + 1,9\%) * (1 + 7,0\%) * (1 - 2,8\%) = 0,97862002 = 1 - 0,021379898$. Der Gesamteffekt der Effizienzreserve beläuft sich also bei der Untergrenze auf rund -2,1%.

3.2.3 Abschätzung der Effizienzreserve auf Basis der Befragung von Expertinnen und Experten in Fokusgruppen

Neben der Bedeutung, die eine Abschätzung der Effizienzreserve für die Projektdurchführung hatte, ist die *Legitimation* der erforderlichen Setzungen ebenfalls von zentraler Bedeutung für die spätere Akzeptanz der Projektergebnisse. Im Angebot vorgeschlagen und dann bezuschlagt wurde daher auch, einen Konsentierungsprozess zu initialisieren und die erforderlichen Setzungen in *Fokusgruppendifkussionen* mit Expertinnen und Experten aus der Pflegeselbstverwaltung und der Wissenschaft zu erarbeiten. Dabei wurde dieser zweite Abschätzungszugang unabhängig von den in Abschnitt 3.2.2 dargestellten quantifizierenden Überlegungen durchgeführt. Die entsprechenden numerischen Aussagen waren den an den Fokusgruppen Teilnehmenden nicht bekannt.

3.2.3.1 Methodisches Vorgehen in der Datenerhebung durch Fokusgruppen

Durchgeführt wurden vier Fokusgruppen mit insgesamt elf Teilnehmenden. Zusätzlich wurden mit zwei weiteren Experten Einzelinterviews durchgeführt. In einem Fall geschah dies aus terminlichen Gründen, in einem zweiten Fall auf Wunsch der interviewten Person. Somit konnten informierte Einschätzungen von insgesamt 13 Expertinnen und Experten aus den Berufs-, Arbeitnehmenden- und Trägerverbänden, von Pflegekassen sowie der Wissenschaft erhoben werden.

Als Fokusgruppendifkussionen bzw. -interviews werden strukturierte, moderierte Gruppengespräche bezeichnet, die sich mit einem vorher definierten und abgegrenzten Themenfeld befassen. Eine Gruppe besteht hierbei mindestens aus zwei Personen, die maximale Anzahl von Teilnehmenden ist meistens an den zu bewältigenden Protokollierungsaufwand gebunden, da die Konservierung der Gesprächsinhalte – speziell bei Wortprotokollen – sehr aufwändig sein kann.

Fokusgruppendifkussionen werden mithilfe von Leitfäden strukturiert und bei Bedarf mit weiteren Arbeitsmaterialien unterstützt. Ziel dieser Methode ist es, aus der Interaktion der Teilnehmenden neue Hypothesen zu generieren und kausale Zusammenhänge zu formulieren. Dabei ist die Interaktion im Gegensatz zu Einzelinterviews in Fokusgruppendifkussionen explizit gewünscht und es ist als wesentlicher methodischer Vorteil anzusehen, dass durch die Interaktion zwischen den Teilnehmenden ein zusätzlicher Erkenntnisgewinn entstehen kann. Der wechselseitige Austausch von Wissen, Erfahrungen, Meinungen und Abgrenzungen ermöglicht Aussagen, die aus der individuellen Subjektperspektive nicht existent oder nicht sagbar sind. Dabei wurde im vorliegenden Fall bei der Zusammensetzung der Gruppen eher auf eine Homogenität der erwarteten Teilnehmendenperspektiven geachtet, um die Wahrscheinlichkeit konvergierender Abschätzungen innerhalb der Gruppen zu erhöhen, gleichzeitig aber einen maximalen Unterschied zwischen den Gruppen zu erreichen (Fitzpatrick & Mayer 2020).

Fokusgruppendifkussionen werden im methodischen Ideal möglichst bis zur Sättigung durchgeführt. Das bedeutet hier, die Interviewsitzung so lange durchzuführen, bis keine neuen Erkenntnisse bzw. Inhalte mehr aufkommen und in der Fokusgruppe besprochen werden. Im Rahmen der hier vorliegenden Datenerhebung für PeBeM 3 mussten die vier Termine in ihrer Dauer vorab auf jeweils 60 Minuten begrenzt werden, um eine ausreichende Zahl an Teilnehmenden gewinnen zu können. Nach der Durchführung zeigte sich, dass die Gruppendiskussionen jeweils zwischen 50-60 Minuten andauerten.

Die Fokusgruppen wurden durch ein oder zwei moderierende Personen und zusätzlich ein bis zwei Personen, die protokolliert haben, begleitet. Die Fokusgruppendifkussionen wurden zeitlich in drei Teile gegliedert: (1) Begrüßung, Vorstellung der Teilnehmenden, Einführung in die Thematik, Verständnisfragen und Aufgabenstellung, (2) Gruppendiskussion und Statements der einzelnen

Teilnehmenden, (3) Ergebniszusammenfassung und Verabschiedung. Hierbei wurde dem zweiten Teil 30-40 Minuten Zeit eingeräumt. Die Teilnehmenden wurden im Vorfeld über die Anonymisierung ihrer Aussagen sowie der Art der Datenerfassung aufgeklärt. Zur Datenerhebung wurden für jede Gruppendiskussion sowie für die Einzelinterviews Protokolle angefertigt, die im Nachgang an die Teilnehmenden versandt wurden und editiert werden konnten.

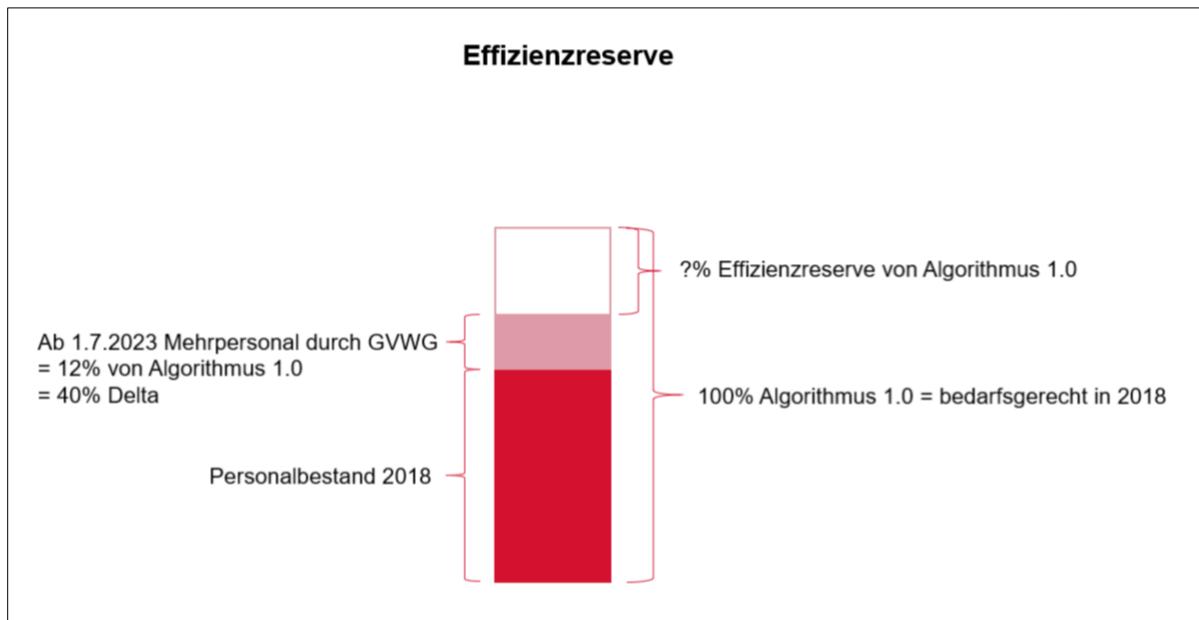


Abbildung 9: Definition der Effizienzreserve innerhalb der Fokusgruppen

Damit alle Teilnehmenden auf einem möglichst ähnlichen Kenntnisstand waren, wurde im ersten Teil der Fokusgruppeninterviews ein einheitlicher Orientierungsrahmen gesetzt (Abbildung 9). Hierzu wurde das Verhältnis von empirischen Erkenntnissen, bereits erfolgter Mehrpersonalisierung und dem Umfang einer möglichen Effizienzreserve nach dem Algorithmus 1.0 ausgeführt und die potenziellen Faktoren, die eine Effizienzreserve bilden können, dargestellt. Insbesondere wurde auf die unterschiedliche Berechnungslogik einer Effizienzreserve mit Bezug auf a) das Gesamtergebnis des Algorithmus 1.0 und b) die Mehrpersonalisierung eingegangen, damit alle Aussagen im Folgenden eindeutig in ihrer quantitativen Dimension verstanden werden konnten.

Im Anschluss in diesen vorbereitenden Input wurde dann folgender Arbeitsauftrag an die Fokusgruppen gerichtet:

Geben Sie eine Einschätzung zur Höhe der erforderlichen Mehrpersonalisierung in der stationären Langzeitpflege und der Effizienzreserve bezogen auf das Delta und die Gesamtpersonalmenge ab.

3.2.3.2 Analyseergebnisse

Im Anschluss der Datenerhebung und Editierung durch die Teilnehmenden wurden die Protokollinhalte anhand von drei Themen – Existenz einer Effizienzreserve, Umfang der Effizienzreserve, (weitere) Einflussfaktoren auf die Höhe der Effizienzreserve – kategorisiert. Diese Dreiteilung war eine Erweiterung des eigentlichen Arbeitsauftrag. Sie war aber notwendig, da sie die Argumentationsstruktur der Expertinnen und Experten abbildet: Da es diesen nicht möglich war, die

Frage nach der Höhe einer Effizienzreserve quantitativ zu beantworten, wurde eine grundlegende Positionierung zur Existenz einer Effizienzreserve vorgeschaltet. Es handelte sich bei der Dreiteilung also um eine analytische Struktur, die aus den Äußerungen der Expertinnen und Experten herauskristallisiert wurde und nicht um einen dreigeteilten Gesprächsstimulus, mit dem im ersten Teil die Effizienzreserve per se in Frage gestellt worden wäre. Die drei genannten Themen werden in den folgenden Abschnitten 3.2.3.2.1, 3.2.3.2.2 und 3.2.3.2.3 zur Gliederung der Ergebnisse nochmals aufgegriffen.

3.2.3.2.1 Bewertung der Existenz einer Effizienzreserve

Bei der Auswertung der Daten wurde deutlich, dass die Existenzfrage vorweggenommen werden musste, bevor im zweiten Schritt eine Einschätzung der Höhe bzw. des Umfangs der Effizienzreserve dargestellt werden konnte, da durch die befragten Expertinnen und Experten bereits die Existenz einer Effizienzreserve in Frage gestellt wurde:

„Ich bezweifle, dass es eine Effizienzreserve gibt.“ (I4.1)⁷

In der Diskussion über eine Reserve ging es den Teilnehmenden vor allem um die Frage, was sich in Bezug auf den Einsatz von Mehrpersonal und der Einführung einer qualifikationsorientierten Arbeitsorganisation in den Einrichtungen verändert. Mit Blick auf die aktuelle Situation in der Pflege dürfe es keine Reduktion des Mehrpersonals durch eine Reserve geben, da bestehendes Personal entlastet werden müsse (I2.2). Begründet war dies in der Feststellung, dass in den Einrichtungen „Feuerwehr“ betrieben werde, bei der nicht alles effizient abläuft, da es viele Situationen gäbe, die schnelles Handeln erfordern (I3.1). Grundsätzlich benötige Qualität in der Pflege aber hinreichende Ressourcen (I3.3). Durch Mehrpersonal können diese Ressourcen in Richtungen gelenkt werden, die – aufgrund von Ressourcenknappheit – ansonsten nicht erreichbar sein können (I3.1). Eine teilnehmende Person beschrieb die damals aktuelle Situation wie folgt:

„Alles was irgendwo an Effizienz rauszuholen ist, wird sofort wieder aufgefressen. Wenn es ein auskömmliches Pflegesystem gäbe, ja dann könnte es eine Effizienzreserve geben. Stünde das System nicht so an der Wand, könnte man sich vorstellen, dass es eine Effizienzreserve gibt.“ (I3.3)

Lenkte man die Betrachtung des Ressourceneinsatzes auf die modellhafte Einführung des Instruments wurde aus den Fokusgruppendifkussionen deutlich, dass der Veränderungsprozess Ressourcen benötigt und verbrauchen würde (I1.3). Mögliche Einflussmöglichkeiten, die Ineffizienzen in den Einrichtungen reduzieren könnten, benötigten ihrerseits nämlich zunächst zusätzliche Ressourcen zur Realisierung (z. B. Organisationsentwicklung, Integration von internationalem Pflegepersonal, Digitalisierung) (I3.1). Auch die durch eine erfolgreiche Einführung von PeBeM freigesetzten Ressourcen würden dabei für neu hinzugekommene Aufgaben benötigt (z. B. Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriff und verstärkte Anleitung von Pflegehilfskräften (QN 3)) (I1.1, I1.3, I4.2). Hierbei können sich eine mögliche Reserve und ein Mehrbedarf ausgleichen (I3.1).

„Diskussion über Effizienzreserve ergibt keinen Sinn. Wenn einer suchen möchte, kann er das gerne tun, ich denke, das bringt uns aber nicht weiter,

⁷ Die folgend geklammerten Ziffern mit vorangestelltem Buchstaben I referenzieren in diesem Kapitel nicht auf andere Abschnitte, sondern bezeichnen jeweils den internen pseudonymisierten Code einer interviewten Person.

denn auf der anderen Seite der Waage werden die Ressourcen benötigt.“
(I3.1)

Die Individualität der Einrichtungen würde nach Meinung der Expertinnen und Experten durch eine auf Bundesebene festgesetzte einheitliche Effizienzreserve nicht berücksichtigt. Die Berücksichtigung dieser Unterschiede zwischen den Einrichtungen sei aber notwendig, da die Einrichtungsstrukturen (z. B. bauliche Gegebenheiten und Digitalisierungsstand) voneinander abweichen (I1.3, I1.4, I3.1). Im Modellprojekt sollten daher möglichst verschiedene Modelleinrichtungen einbezogen werden, um unterschiedliche Effizienzreserven im Modell erarbeiten zu können und den stationären Einrichtungen zu ermöglichen, sich an diesen Modellen zu orientieren (I1.4).

In Bezug auf die Außendarstellung des Vorhabens wurde die Diskussion über eine Effizienzreserve als ein falsches Signal an die Basis der Pflegenden bewertet (I1.4). Es wurde sogar prognostiziert, dass Politik und das Modellprogramm als solches durch die Festsetzung einer Effizienzreserve ein Glaubwürdigkeitsproblem bekommen würden (I1.2).

3.2.3.2.2 Informierte Abschätzung zum Umfang der Effizienzreserve

Die Auswertung der Daten zeigte ein sehr konsistentes Bild durch alle Fokusgruppen und Einzelinterviews hinweg: Eine Einschätzung der Effizienzreserve war nach Angaben der Teilnehmenden zum damaligen Zeitpunkt nicht möglich und daher auch nicht sinnvoll (I1.2, I1.3, I1.4, I2.2). Besonders sollten Einschätzungen vor Beginn des Modellprogramms nicht abgegeben werden, da damit Ergebnisse vor der Empirie des Modellprojektes vorweggenommen werden (I1.3). Eine seriöse Bezifferung der Effizienzreserve sei damit nicht möglich (I1.1, I4.2).

Quantifizierend wurde gefordert, dass zu Beginn des Modellprogramms die Effizienzreserve bei null liegen sollte, da dies den bestehenden empirischen Ergebnissen entspräche (I1.1, I3.3) und dass PeBeM 3 mit einer vollständigen Umsetzung des Algorithmus 1.0 im Modellprogramm umgesetzt werden müsse (I1.1, I2.1). Ineffizienzen in der Pflege zu suchen sei zwar wichtig, diese jedoch vorab zu suchen sei „aus der Luft gegriffen“ (I3.2).

*„Wir gehen von keiner Effizienzreserve aus und sagen, wir gehen mit 0 rein.
Das ist sonst Kaffeesatzleserei.“* (I6.1)

Lediglich eine teilnehmende Persona sah sich in der Lage, eine positive Effizienzreserve als Abweichung vom Delta zu definieren. Zwar sollten die 36 % Mehrpersonalisierung grundsätzlich nicht infrage gestellt werden, da sie empirische Realität seien. Zurzeit sei aber noch unklar, ob das die richtige Zahl sei, um das Ziel zu erreichen. Mit einer pauschalen Effizienzreserve von 10 % vom Mehrbedarf, mithin etwa 3,5 % des Wertes von Algorithmus 1.0, in das Modellprogramm zu gehen, sei daher vertretbar. Im Nachgang könne man dann sehen, ob die Einschätzung stimmt. Es könnte dann durchaus auch herauskommen, dass ein zusätzlicher Bedarf von 10 % (der Mehrpersonalisierung) vorhanden ist. Das sei aktuell noch nicht klar. Dieser Weg der Diskussion sollte jetzt aber auch eröffnet werden (I5.1).

Die Forderung der Durchführung mit einer 100prozentigen Umsetzung des Algorithmus 1.0, um dann nach Projektende auf Grundlage der dann gewonnenen Empirie eine Einschätzung zur Höhe der Effizienzreserve geben zu können, wurde durch die Fokusgruppe der Wissenschaft bekräftigt: Derzeit eine wissenschaftlich begründete Effizienzreserve festzulegen, sei nicht möglich. Dafür brauche es eine bessere Studienlage, bevor man zu einer quantifizierbaren Einschätzung kommen könne (I4.2). Zurzeit gäbe es daher auch keinen Grund vom Algorithmus 1.0 abzuweichen (I4.1, I4.2). Vielmehr müsse diskutiert werden, ob nicht eine negative Effizienzreserve wahrscheinlicher sei, da in den

Einrichtungen während der Umsetzungsphase ein Mehrbedarf entstehen würde. In diesem Fall müsste die Mehrpersonalisierung im Modellprogramm eher *oberhalb* des Algorithmus 1.0 realisiert werden (I4.1, I4.2).

Aus der Praxis wurde eine Verunsicherung über die mögliche Rückkehr zur Funktionspflege wahrgenommen. Der Interventionskatalog diene lediglich der empirischen Methode und dürfe nicht zu einer tayloristischen Arbeitsweise in den Einrichtungen führen. Das sei einerseits sehr gefährlich (Pflegequalität) und andererseits würde diese Entwicklung teuer werden. Aus dieser Gefahr entwickelte sich die Forderung, bei der Umstrukturierung entlang des Personalmixes den Einrichtungen die Freiheit zu geben, fachliche Konzepte (z. B. Bezugspflege) angesichts der Bewohnendenstruktur zu entwickeln (I4.1). Durch die Einführung von PeBeM 3 könne es in den Einrichtungen zu Reibungsverlusten kommen. Daraus könne geschlossen werden, dass es keine Effizienzreserve geben könne (I4.1). Ein möglicher zusätzlicher Mehrbedarf oberhalb der Ergebnisse des Algorithmus 1.0 wurde für die Übergangsphase damit begründet, dass die Modelleinrichtungen keine langjährige Routine im qualifikationsorientierten Personaleinsatz hätten. Hierbei wurde als Beispiel unter anderem die Kommunikation mit der Vielzahl an neuen Assistenzkräften angeführt (I4.2).

Letztendlich müsse der Auftraggeber die Setzung der Effizienzreserve selbst übernehmen, da eine wissenschaftlich begründete Effizienzreserve zum jetzigen Zeitpunkt – vor der Durchführung des Modellprojektes – nicht existieren könne (I4.1).

3.2.3.2.3 Einflussfaktoren auf die Höhe der Effizienzreserve

Neben der Diskussion um die Existenz einer Effizienzreserve und der quantitativen Abschätzung einer für alle Einrichtungen gleichermaßen umsetzbaren Effizienzreserve konnte in der Datenanalyse auch eine Reihe von Faktoren gefunden werden, die aus der jeweiligen Perspektive der Expertinnen und Experten Auswirkungen auf die Höhe der Effizienzreserve habe oder haben sollte. Die wesentlichen benannten Faktoren werden nachfolgend dargestellt.

Digitalisierung: Der individuelle Grad der Digitalisierung müsse berücksichtigt werden. Informationen für die Basis seien unterschiedlich zugänglich, je nachdem ob digital oder analog dokumentiert werde (I1.3).

Seltene Interventionen: Betriebliche Gesundheitsförderung, Nachtpflege und Sterbebegleitung seien extrem personalbindende Faktoren, die bisher in PeBeM 1 fehlten. Diese Aspekte sollten in PeBeM 3 gezielter berücksichtigt werden, auch wenn sie zusätzliches Personal benötigten (I2.1).

Indirekte Pflege: Die Frage der Effizienzreserve greife viel zu kurz. Es müsse vielmehr untersucht werden, welche indirekten pflegerischen Maßnahmen wirklich in welchem Umfang notwendig seien. Daraus solle nachgehend geschlossen werden, welche Personalbedarfe daraus entstünden (I3.1).

Kompetenzorientierter Einsatz: Die Effizienzreserve liege im System. Hier stelle sich die Frage, wie die neuen Synergien (Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen und Qualifikationen) im Vorfeld beurteilt werden könnten und wie weitere Professionen in die Pflegearbeit eingebunden werden könnten (I2.2, I3.3). Es bestand die Sorge, dass der kompetenzorientierte Personaleinsatz weitere Effizienzpotenziale begründen könnte, die zu einer Absenkung des Fachkraftanteils führen würden (I2.1). Andererseits solle berücksichtigt werden, welcher Aufwand Einrichtungen dadurch entstehe, wenn Personal kompetenzorientiert eingesetzt würde. Möglicherweise läge eine Effizienzreserve auch in der Vereinfachung des kompetenzorientierten Personaleinsatzes (I2.1).

Länderdifferenzierte Effizienzreserve: Eine Reserve sei schwer zu beziffern, da bundesweit große Unterschiede in der Personalisierung vorlägen. Eine Effizienzreserve als Anteil des Mehrpersonalbedarfs bedeute von Bundesland zu Bundesland Unterschiedliches und könne daher nicht verwendet werden. Dieser Aspekt solle in der Bemessung der Effizienzreserve berücksichtigt werden (I2.2). Es bestand die Sorge, dass die Fachkraftquote reduziert werden könne und der Bestandschutz nicht langfristig gelten würde. „Die Einrichtungen sehen die Alarmglocken läuten bei Effizienz“ (I4.1).

Bemessung der Effizienzreserve: Es müsse der konkrete Mitteleinsatz empirisch erhoben werden. Damit könne anschließend konkretisiert werden, welches Ergebnis erreicht werden solle. Wichtige Kriterien sind Konzeptrealisierung und Betreuungsmöglichkeiten. Hierbei brauche es Kriterien, welche konsentiert werden müssten. Zum Zeitpunkt des Gesprächs sei die Festsetzung einer Effizienzreserve fachlich und methodisch nicht zu verantworten (I4.2).

3.2.4 Begründeter Vorschlag für die Höhe der Effizienzreserve

Die Analyse der Daten aus vier Fokusgruppendifkussionen und zwei Einzelinterviews (Abschnitt 3.2.3.2) zeigte, dass die einbezogenen Expertinnen und Experten – mit einer Ausnahme – die Definition einer Effizienzreserve im Vorfeld des Modellprojektes ablehnten. Begründet war dies im Wesentlichen damit, dass eine solche Festlegung vor der Modellerprobung auf keiner wissenschaftlichen Grundlage fußen konnte. Vielmehr wurde es als erforderlich angesehen, das Modellprogramm unter Ansatz der empirisch ermittelten Personalmengen des Algorithmus 1.0 durchzuführen. Die spätere Festlegung einer Effizienzreserve auf Basis der Modellergebnisse wurde als möglich angesehen, sei jedoch erst nach Beendigung des Modellprojekts und der daran anschließenden Evaluation vertretbar. Weiterhin wurde die Befürchtung geäußert, bereits die Diskussion um eine Effizienzreserve führe zu der Besorgnis, die Ergebnisse von PeBeM 1 würden verwässert und das Personalbemessungsverfahren nicht vollständig umgesetzt. Vor dem Hintergrund einer angespannten Situation in der Pflege (u. a. durch andauernden Personalmangel und Erschöpfung durch die Covid-19 Pandemie) könnte dies zu einer zusätzlichen Enttäuschung und zu einer reduzierten Akzeptanz der Modellergebnisse führen. *Aus den Fokusgruppendifkussionen konnte daher begründet nur der Vorschlag abgeleitet werden, die Effizienzreserve bei der Mehrpersonalisierung im Modellprogramm mit null anzusetzen.*

Aus dem Versuch, die in Abschnitt 3.2.2 genannten fünf Faktoren für eine (positive oder negative) Effizienzreserve zu quantifizieren, ergab sich als *Punktschätzer ebenfalls ein Wert von annähernd null*. Allerdings war diese Abschätzung mit großen Unsicherheiten behaftet. Daher wurden einmal nur die positiven und einmal nur die negativen Faktoren jeweils hälftig berücksichtigt und führten zu einem Intervall von [-6,22 % bis +5,76 %] für die Effizienzreserve. Die Prozentwerte bezeichneten dabei globale und somit für alle Einrichtungen gleichermaßen geltende Ab- bzw. Zuschläge auf das Ergebnis des Algorithmus 1.0.

Bei Betrachtung beider Zugänge, *konnte sich für die Effizienzreserve der Wert von null am besten als angemessen begründen lassen*. Die Einrichtungen im Modellprogramm wären dann mit einer Personalmenge gemäß des Algorithmus 1.0 ausgestattet worden. Allerdings war klar, dass Abschätzungen der beiden Zugänge mit großer Unsicherheit behaftet waren wodurch *Abschläge von der sich aus Algorithmus 1.0 ergebenden Personalmenge von bis zu 6,2 % und Zuschläge von bis zu 5,8 % noch vertretbar erschienen*.

Vor diesem Hintergrund wurde den Modelleinrichtungen im Rahmen des Modellprogramms Fördergelder in einem Umfang zur Verfügung gestellt, die insgesamt eine Personalausstattung *in Höhe von 95 % des Ergebnis nach Algorithmus 1.0* entsprach. Es wurde somit vom Auftraggeber eine *Effizienzreserve von 5 %* als sachgerecht angesehen und für die Konzepterprobung zur Festlegung der maximalen Personalressourcen genutzt.

3.3 Praktische Umsetzung des Konzeptes

Die praktische Umsetzung des Konzeptes, das in Kapitel 2 erläutert wurde, fand zwischen dem 4. Quartal 2023 und dem 1. Quartal 2025 in den 10 ausgewählten Modelleinrichtungen statt. In den Einrichtungen wurden die einzelnen Arbeitsschritte der Konzeptumsetzung dabei sukzessive begonnen und somit auch zeitversetzt durchgeführt. Im Folgenden werden die wesentlichen praktischen Tätigkeiten, die entlang der Umsetzungskonzeption (siehe hierzu auch Abschnitt 2.6.2) vom Projektteam in den Einrichtungen angeleitet und durchgeführt wurden, inhaltlich beschrieben. Dabei folgt die Darstellung den vier inhaltlichen Oberkategorien in denen Veränderungen angestrebt wurden. In Abschnitt 3.3.1 werden die Maßnahmen des Kompetenzmanagements beschrieben, im Abschnitt 0 die Arbeitsschritte zur Bezugspflege und in Abschnitt 3.3.3 zur Arbeitsorganisation. Ergänzend werden in Abschnitt 3.3.4 die Maßnahmen zur Stärkung der Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit dargestellt. Die Form der Darstellung orientiert sich dabei am Gedanken, die grundsätzlichen Abläufe, Sequenzen und Arbeitsfortschritte der Konzeptumsetzung nachvollziehen zu können. Auf die Beschreibung der Durchführung in einzelnen Einrichtungen und auf damit verbundene Herausforderungen und Anpassungen wird hier verzichtet, um eine möglichst große Übersichtlichkeit und gleichzeitig die Anonymität der Einrichtungen zu wahren. Zusammenfassende Reflexionen und Erkenntnisse aus der Konzeptumsetzung können – aggregiert und somit anonym – den Ergebnissen der formativen Evaluation (Abschnitt 3.4) entnommen werden.

3.3.1 Kompetenzmanagement

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege, ist es nicht ausreichend, Pflegekräfte lediglich unreflektiert aufgrund ihrer erworbenen Qualifikationsniveaus einzusetzen. Vielmehr wurde im hier gegenständlichen Projekt schon konzeptionell verankert, dass über die Qualifikationen hinaus auch die persönlichen Kompetenzen innerhalb der Arbeitsorganisation Berücksichtigung finden müssen. In Abschnitt 3.3.1.1 wird der grundlegende Workshop dargestellt, mit dem eine Kompetenzerhebung für alle Pflegenden angeleitet wurde. Der folgende Abschnitt 0 vermittelt die erforderlichen Informationen zur Durchführung von Personalentwicklungsgesprächen, die auf die Kompetenzerhebungen folgten.

3.3.1.1 Workshop Kompetenzerhebung

Der Workshop vermittelte das Konzept des qualifikations- und kompetenzorientierten Kompetenzmanagements im Rahmen des Modellprojekts und richtete sich an Führungskräfte der Interventionseinrichtungen. Sie sollten in die Lage versetzt werden, eigenständig Kompetenzanalysen mittels Selbst- und Fremdeinschätzung vorzunehmen. Der Fokus lag auf der Befähigung zur Anwendung der Instrumente zum Kompetenzmanagement sowie zur systematischen Ableitung individueller Entwicklungsmaßnahmen.

Zielsetzung

Ziel des Workshops war die Befähigung von Leitungspersonen, zur Durchführung kompetenzorientierter Personalentwicklungsprozesse auf Grundlage von standardisierten Erhebungsinstrumente (Fragebögen zur Selbst- und Fremdeinschätzung). Die Teilnehmenden lernten aus den Ergebnissen der Kompetenzerhebung systematisch Entwicklungsbedarfe zu identifizieren, Kompetenzprofile zu erstellen und daraus individuell abgestimmte Maßnahmen abzuleiten. Die Schulung zielte zugleich auf die Förderung einer personenzentrierten Kommunikationspraxis, die sowohl Entwicklungschancen aufzeigt als auch strukturelle Anforderungen des qualifikationsgerechten Personaleinsatzes aufgriff.

Zielgruppe

Zielgruppe der Schulung waren Führungskräfte der Modelleinrichtungen, die Personalentwicklungsgespräche durchführten oder durchführen sollten. Dies waren meist die Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen. Sie tragen die Schlüsselverantwortung für eine strukturierte und personenzentrierte Personalentwicklung.

Inhalt der Maßnahme

Zunächst wurden die Grundprinzipien des Kompetenzmanagements erläutert, gefolgt von der Einführung in die Fragebögen für die unterschiedliche Qualifikationsniveaus QN 2 bis QN 5 und einer Anleitung zur Anwendung in der Selbst- und Fremdeinschätzung. Anschließend erfolgte die Demonstration der Auswertung mithilfe einer Excel-basierten Auswertungstabelle, in der das resultierende Kompetenzprofil grafisch dargestellt wurde. In weiteren Übungssequenzen wurden Gesprächssituationen simuliert, wobei besonderer Fokus auf die Vorbereitung, Gesprächsführung und Nachsorge gelegt wurde. Zusätzliche Inputs zu Sozial- und Selbstkompetenz ergänzten den inhaltlichen Rahmen, um die kommunikativen und reflexiven Fähigkeiten der Führungskräfte im Kontext personenzentrierter Entwicklungsgespräche zu stärken.

Ablauf der Einführung

Zwischen Anfang und Mitte November 2023 wurden der Zielgruppe drei verschiedene Online-Termine angeboten, von denen einer wahrgenommen werden sollte. Die Schulung zum Kompetenzmanagement wurde zusammen mit dem Workshop *Personalentwicklungsgespräche führen* durchgeführt, wodurch die Terminierung und die Planung für die Einrichtungen erleichtert wurde.

Begleitmaterialien

Ergänzend zur Online-Schulung erhielten die teilnehmenden Führungskräfte einen Handlungsleitfaden sowie ein Durchführungsmanual. Beide Dokumente dienten in der Vorbereitung und Durchführung der Kompetenzerhebung und der Personalentwicklungsgesprächen als Unterstützung.

Verantwortlichkeiten

Die Planung und Durchführung der Schulung erfolgte in einer Kooperation zwischen der Universität Bremen und der contec GmbH. Während Teammitglieder der Universität Bremen die Ziele und Grundlagen des Kompetenzmanagements vermittelten und die Instrumente der Selbst- und Fremdanalyse vorstellten, erarbeiteten die Beratenden der contec GmbH mit den Teilnehmenden die

Vorbereitung und praktische Durchführung von Personalentwicklungsgesprächen sowie Maßnahmen zur Stärkung von Sozial- und Selbstkompetenz.

Hemmende und fördernde Faktoren

Der Grundgedanke eines Kompetenzmanagements, das regelhaft in die Prozesse der Mitarbeitendenführung und -entwicklung eingebunden wurde, fand in den Modelleinrichtungen große Akzeptanz. Es wurde von den durchführenden Führungskräften regelmäßig genutzt, um auch langjährigen Mitarbeitenden eine Einschätzung ihrer jeweiligen Kompetenzen vermitteln zu können. Entscheidend dafür war nach Aussage der Führungskräfte, dass es ihnen eine große Hilfe sei, überhaupt ein Schema zur Beurteilung vorliegen zu haben, dass Kompetenzerwartungen formuliert.

Als hemmend erwiesen sich die in weiten Teilen sehr abstrakten Formulierungen, die in den Einschätzungsbögen verwendet wurden. Sie erforderten eher langwieriges Überlegen und Auslegung der Fragen als eine spontane Einschätzung der zu beurteilenden Kompetenzen. In einigen Fällen führte dies dazu, dass die Kompetenzeinschätzung eher als Wissenstest oder -prüfung wahrgenommen wurde, was allerdings auch an im Vorfeld bereits geäußerte Vorbehalte anschloss, dass eine Beurteilung der Kompetenzen eher für Sanktionen als zur Definition von Weiterentwicklungsmöglichkeiten genutzt werden könnte.

Iterative Anpassung und Schlussfolgerung

Bezüglich der Durchführung der Kompetenzerhebungen wurden im Projektverlauf keine Anpassungen vorgenommen. Für den Einsatz im Rahmen der geplanten Implementation wurden allerdings umfangreiche Weiterentwicklungsbedarfe bei den Erhebungsinstrumenten festgestellt und es wurden entsprechende Überarbeitungen vorgenommen.

Empfehlungen

Für die Implementation empfiehlt sich, die Kompetenzerhebung stärker in bestehende Personalentwicklungsprozesse zu integrieren, die Schulung durch praxisnahe Beispiele und Übungen zu ergänzen und Rückmeldeschleifen einzubauen, um die Instrumente kontinuierlich weiterentwickeln zu können.

3.3.1.2 Workshop Personalentwicklungsgespräche

Der Workshop diente der Vermittlung von Grundlagenwissen zur Durchführung von Personalentwicklungsgesprächen, welche ein zentrales Element des qualifikationsorientierten Kompetenzmanagements im Rahmen des Modellprojekts war. Im Mittelpunkt standen die methodische und kommunikative Vorbereitung, der strukturierte Ablauf sowie die Nachbereitung von Personalentwicklungsgesprächen. Die Teilnehmenden wurden durch theoretische Inputs, praktische Übungen und Leitfäden darin unterstützt, Entwicklungspotenziale von Mitarbeitenden systematisch zu erfassen, individuelle Zielvereinbarungen zu treffen und daraus abgeleitete Maßnahmen im Arbeitskontext umzusetzen.

Zielsetzung

Ziel des Workshops war es, Leitungspersonen zur zielgerichteten und personenzentrierten Durchführung von Personalentwicklungsgesprächen zu befähigen. Dies umfasste insbesondere die

Nutzung der Ergebnisse aus der zuvor durchgeführten Kompetenzanalyse zur Definition eines qualifikationsgerechten Aufgaben- und Verantwortungsbereichs. Darüber hinaus sollte der Workshop die Teilnehmenden in die Lage versetzen, Bildungsbedarfe zu identifizieren, individuelle Entwicklungsziele gemeinsam mit den Mitarbeitenden zu erarbeiten und daraus konkrete, individuelle Maßnahmen der Personalentwicklung abzuleiten. Dabei wurde die Bedeutsamkeit eines nachhaltigen Kommunikationsrahmens hervorgehoben, der Vertrauen und Partizipation fördert.

Zielgruppe

Der Workshop richtete sich an Leitungspersonen aus stationären Pflegeeinrichtungen, die im Rahmen des Modellprojekts mit der Durchführung von Kompetenzanalysen und Entwicklungsgesprächen betraut waren.

Inhalt der Maßnahme

Nach einer Einführung in das Kompetenzmanagement und die Zielsetzung der Personalentwicklungsgespräche wurden die wesentlichen Gesprächsphasen – Vorbereitung, Durchführung, Nachsorge – detailliert vorgestellt und mit praxisnahen Beispielen hinterlegt. Im Rahmen interaktiver Übungen erprobten die Teilnehmenden die Gesprächsführung auf Basis der Kompetenzprofile und nutzten dazu strukturierende Hilfsmittel wie Gesprächsleitfäden, Protokollvorlagen und Auswertungstabellen. Besondere Aufmerksamkeit galt der Auswertung von Selbst- und Fremdeinschätzungen sowie der Definition realistischer Entwicklungsziele unter Berücksichtigung der Einrichtungsziele und Qualifikationsniveaus der Mitarbeitenden.

Ablauf der Einführung

Zwischen Anfang und Mitte November 2023 wurden der Zielgruppe drei verschiedene Online-Termine angeboten, von denen einer wahrgenommen werden sollte. Die Schulung zum *Personalentwicklungsgespräche führen* wurde zusammen mit dem Workshop zum *Kompetenzmanagement* durchgeführt, wodurch die Terminierung und die Planung für die Einrichtungen erleichtert wurde.

Begleitmaterialien

Ergänzend zu der gezeigten Präsentation erhielten die Teilnehmenden einen Handlungsleitfaden sowie ein Durchführungsmanual. Beide Dokumente dienten in der Vorbereitung und Durchführung der Kompetenzerhebung und der Personalentwicklungsgesprächen als Unterstützung.

Verantwortlichkeiten

Die Planung und Durchführung der Schulung erfolgte in einer Kooperation zwischen der Universität Bremen und der contec GmbH. Während Mitarbeitende der Universität Bremen die Ziele und Grundlagen des Kompetenzmanagements vermittelten und die Instrumente der Selbst- und Fremdanalyse vorstellten, erarbeiteten die Beratenden der contec GmbH mit den Teilnehmenden die Vorbereitung und praktische Durchführung von Personalentwicklungsgesprächen sowie Maßnahmen zur Stärkung von Sozial- und Selbstkompetenz.

Hemmende und fördernde Faktoren

In nicht wenigen Einrichtungen fanden Personalentwicklungsgespräche erstmals in dieser Form statt, sodass nicht nur das spezifische methodische Vorgehen neu war, sondern vielfach auch das Format

als solches einen grundlegenden Entwicklungsschritt darstellte. So waren institutionalisierte Strukturen oder Programme zur systematischen Vorbereitung von Führungskräften auf ihre Rolle als Gesprächsführende und Personalentwickelnde kaum vorhanden. Dadurch fehlen aber vielfach die grundlegenden Kompetenzen im Bereich der professionellen Gesprächsführung sowie eine strategische Verankerung der Personalentwicklung als Führungsaufgabe.

Im Rahmen der Einführung äußerten einige der Beteiligten ein Gefühl von Unsicherheit. Dies betraf insbesondere die Herausforderung, nicht vorhandene oder unzureichende Kompetenzen im Rahmen der Gespräche offen zu thematisieren. Die fehlende Übung in Durchführung von Personalentwicklungsgesprächen wurde durch ein teilweise fehlendes kollegiales Sparring vor Ort zusätzlich verstärkt.

Hinzu kam, dass die Umsetzung der Gespräche aufgrund der Projektdauer in sehr komprimierten Zeiträumen erfolgen musste, wodurch die eigentlich erforderlichen Zeiträume zum Erwerb der Gesprächsführungskompetenz nicht ausreichend vorhanden waren. Zusätzlich war die Lastverteilung in den Einrichtungen stark unterschiedlich. In einigen Fällen führten Pflegedienst- oder Einrichtungsleitungen allein die Gespräche durch, in anderen waren auch Wohnbereichsleitungen eingebunden.

Die im Rahmen der Online-Schulung thematisierten Aspekte wurden den Teilnehmenden als Leitfaden mit weiteren ergänzenden Informationen zur Verfügung gestellt und stellten eine Arbeitshilfe zur Orientierung da. So konnten auch nach Rückmeldung aus den Einrichtungen Unsicherheiten und fehlende Erfahrung hinsichtlich der Durchführung von Personalentwicklungsgesprächen gut adressiert werden.

Iterative Anpassung und Schlussfolgerung

Bezüglich der Durchführung von Personalentwicklungsgesprächen wurden im Projektverlauf keine Anpassungen vorgenommen.

Empfehlungen

Personalentwicklungsgespräche sind als zentrale Führungsaufgabe zu verstehen und entsprechend in die systematische Entwicklung von Führungskräften als fester Bestandteil zu integrieren. Dabei kann es sinnvoll sein, die Verantwortung für die Durchführung dieser Gespräche nicht isoliert auf eine einzelne Person zu konzentrieren, sondern sie institutionell im Führungshandeln zu verankern.

Die praktische Umsetzung der Personalentwicklungsgespräche erfordert Übung und professionelle Gesprächsführungskompetenz. Darüber hinaus braucht es zeitliche Ressourcen für die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung. Aus diesem Grund empfiehlt sich eine frühzeitige und über das Kalenderjahr verteilte Planung.

3.3.2 Bezugspflege

Mit dem Ziel der Umsetzung der kompetenz- und qualifikationsorientierten Bezugspflege in den Modelleinrichtungen hat der Projektpartner HSB verschiedene Interventionen entwickelt und durchgeführt. In Tabelle 11 sind die Interventionen – je nach Zeitpunkt der Durchführung – aufgelistet, anschließend werden sie näher beschrieben.

Tabelle 11: Interventionen zur Umsetzung der kompetenz- und qualifikationsorientierten Bezugspflege nach Projektphase

Vorbereitungsphase <i>4. Quartal 2023 bis 2. Quartal 2024</i>	Planungsphase <i>2. Quartal 2024</i>	Implementierungsphase <i>2. Quartal 2024 bis 4. Quartal 2024</i>	Nachhaltigkeitsphase <i>3. Quartal 2024 bis 1. Quartal 2025</i>
Fortbildung qualifikationsorientiert er Pflegeprozess Teil 1 <i>Q4-23 bis Q1-24</i>	Inputs im Workshop <i>Dienst- plangestaltung</i> von contec zur Bildung von Bezugspflege- tandems und der Prüfung gebildeter Tandems	Begleitung der Pflegerinnen auf dem Fokuswohnbereich	Online-Beratung Bezugspflege-tandem Begleitung der Pflegerinnen auf dem Fokuswohnbereich
Fortbildung qualifikationsorientiert er Pflegeprozess Teil 2 <i>Q4-23 bis Q1-24</i>			
Fortbildung zu Pflege- prozessensteuerungs- und Kommunikations- instrumenten <i>Q1-24 bis Q2-24</i>			

3.3.2.1 Fortbildung Qualifikationsorientierter Pflegeprozess – Teil 1

Die Fortbildung verfolgte das Ziel, den Teilnehmenden ein fundiertes Verständnis für die Bedeutung des Pflegeprozesses im Rahmen einer qualifikationsorientierten Arbeitsorganisation zu vermitteln. Dabei sollen die Teilnehmenden in die Lage versetzt werden, ihre neuen Rollen im Bezugspflegesystem sicher und reflektiert wahrzunehmen. Darüber hinaus wird angestrebt, dass sie sich – entsprechend ihres jeweiligen Qualifikationsniveaus – aktiv und kompetent an der Gestaltung und Umsetzung des Pflegeprozesses beteiligen können.

Zielgruppe der Intervention

Alle Pflegeassistenten- und -fachkräfte, die während des Modellprojekts auf dem Fokuswohnbereich arbeiteten.

Inhalt der Intervention

Es wurde der Pflegeprozess als Grundlage für das pflegerische Handeln, die Relevanz des Pflegeprozesses im Modellprojekt sowie der Pflegeprozess als Grundlage des Strukturmodells erläutert. Die Umsetzung erfolgte anhand von Fallbeispielen („Fall Herr Bauer“ und „Fall Frau Rossi“) und Anwendungsbeispielen aus der Praxis.

Ablauf der Intervention

Die Fortbildung wurde als Online-Fortbildung konzipiert. In fünf der Modelleinrichtungen wurde die Fortbildung, wie sie konzipiert wurde, durchgeführt. Bei der Terminvereinbarung und den ersten Durchführungen wurde allerdings deutlich, dass manche Modelleinrichtungen vor allem technisch zu schlecht ausgestattet waren, um die Fortbildung rein digital durchführen und den vollen Lerneffekt erzielen zu können. In zwei weiteren Einrichtungen wurde daher die Fortbildung in Präsenz

durchgeführt, zwei andere Einrichtungen fanden es organisatorischer einfacher, einen ganztägigen Fortbildungstag für die Pflegenden einzuplanen, sodass diese Fortbildung gemeinsam mit dem zweiten Fortbildungsteil als ganztägige Veranstaltung in Präsenz durchgeführt wurde. In einer Modelleinrichtung haben die Einrichtungsleitung und die Qualitätsmanagementbeauftragte auf eigenen Wunsch diese Fortbildung selbstständig auf Basis der zur Verfügung gestellten Materialien durchgeführt.

Häufigkeit der Durchführung

Die Fortbildung wurde für eine einmalige Durchführung in jeder Modelleinrichtung konzipiert. Eine Einrichtung forderte darüberhinausgehend bei der initialen Terminabstimmung einen zweiten Termin ein, damit möglichst alle Pflegenden des Fokuswohnbereichs an der Fortbildung teilnehmen konnten. Weiter Modelleinrichtungen forderten im Verlauf des Projektes einen erneuten Input zum Pflegeprozess ein. Daher wurde in diesen genannten Einrichtungen die Fortbildung mit individueller Schwerpunktsetzung durch die jeweilige Modelleinrichtung durchgeführt.

Begleitmaterialien

Den Leitungspersonen wurde die durch die Fortbildung leitende PowerPoint-Präsentation zur Verfügung gestellt, damit diese das Material an ihre Pflegenden weitergeben und selbstständig Pflegenden fortbilden konnten, die nicht an der durch die HSB durchgeführte Fortbildung teilgenommen haben. Die Fortbildung endete mit einem Arbeitsauftrag für die Teilnehmenden, den sie bis zur Fortbildung zum qualifikationsorientierten Pflegeprozess Teil 2 bearbeiten sollen. Dieser Arbeitsauftrag wurde den Leitungspersonen gesondert zur Verfügung gestellt.

Verantwortlichkeiten

Die Terminkoordination für die Fortbildung erfolgte mit den Leitungspersonen der Modelleinrichtung (in der Regel PDL oder EL). Für die Durchführung der Intervention waren die Mitarbeitenden der HSB verantwortlich.

Hemmende und fördernde Faktoren

Die durchgeführten Fortbildungen haben in vielen Modelleinrichtungen zur Stärkung vorhandener Kompetenzen, zur Reflexion der eigenen Praxis und zur Klärung von Rollen im Pflegeprozess beigetragen. Gleichzeitig konnten wertvolle Rückmeldungen zur methodischen und inhaltlichen Weiterentwicklung der Fortbildung gewonnen werden. Insbesondere interaktive Formate, ein praxisnaher Bezug sowie eine bewusste Zielgruppenansprache sind dabei als zentrale Erfolgsfaktoren zu betrachten.

Iterative Anpassung

Als Reaktion auf die Rückmeldungen der Einrichtungen, in denen diese Fortbildung zuerst durchgeführt wurde, und die dort gesammelten Erfahrungen wurde eine Durchführung in Präsenz angeboten – auch in Kombination mit der Fortbildung zum qualifikationsorientierten Pflegeprozess Teil 2.

Empfehlungen

Die Erkenntnis, dass in einigen Modelleinrichtungen die Fortbildung zur Stärkung der Pflegeprozesssteuerungskompetenzen geführt hat, andere Modelleinrichtungen jedoch keinen Erkenntnisgewinn durch diese Fortbildungen verzeichnen konnten, lässt wesentliche Rückschlüsse auf die weitere Implementation zu. Für ein Implementationskonzept sollte diese Fortbildung daher unter Berücksichtigung der Ausgangslage der Einrichtungen durchgeführt werden, indem eine gezielte IST-Analyse der in den jeweiligen Einrichtungen vorhandenen Pflegeprozesssteuerungskompetenzen der Pflegefachkräfte vorausgeschaltet wird. Dies ermöglicht bei geringen oder nur selten vorhandenen Kompetenzen und Erfahrungen mit der Steuerung des Pflegeprozesses einen basaleren Einstieg, als dies in Einrichtungen sinnvoll ist, in denen bereits alle Pflegefachkräfte an der Prozesssteuerung beteiligt sind.

3.3.2.2 Fortbildung Qualifikationsorientierter Pflegeprozess – Teil 2

In Rahmen dieser Fortbildung wurden die teilnehmenden Pflegenden befähigt, ihre Rolle im Bezugspflegesystem sicher einzunehmen und den qualifikationsorientierten Pflegeprozess entsprechend ihres Qualifikationsniveaus aktiv mitzugestalten. Zudem wurde ein gemeinsames Verständnis für das Konzept *Bezugspflege – neu gedacht* vermittelt, in dessen Fokus die Steuerung des Pflegeprozesses im Bezugspflege Tandem und die Umsetzung eines qualifikationsorientierten Pflegeprozesses stand.

Zielsetzung der Intervention

Ziel der Fortbildung war es, dass die Teilnehmenden die Bedeutung des Pflegeprozesses in der qualifikationsorientierten Arbeitsorganisation kennen, ihre neue Rolle im Bezugspflegesystem sicher einnehmen lernen sowie sich entsprechend ihres Qualifikationsniveaus an der Gestaltung und Durchführung des Pflegeprozesses beteiligen können. Ziel des Fortbildungsblocks war es weiterhin, ein gemeinsames Verständnis für das Konzept *Bezugspflege – neu gedacht* im Rahmen des Modellprojekts zu entwickeln. Die Teilnehmenden sollten die Struktur und Funktion von Bezugspflege Tandems sowie Bezugspflege- und Pflege Teams verstehen und deren Bedeutung für eine qualifikationsorientierte Steuerung des Pflegeprozesses erfassen. Im Mittelpunkt stand die Befähigung der Teilnehmenden, den Pflegeprozess im Bezugspflege Tandem aktiv zu gestalten und im Sinne eines ressourcen- und kompetenzgeleiteten Vorgehens umzusetzen. Dabei wurde besonderer Wert auf die Umsetzung eines qualifikationsorientierten Pflegeprozesses im Kontext der PeBeM-Konzeption gelegt.

Zielgruppe der Intervention

Alle Pflegeassistenten- und Fachkräfte, die während des Modellprojekts auf dem Fokuswohnbereich arbeiteten.

Inhalt der Intervention

Zunächst wurde den Teilnehmenden ein Feedback zur *Aufgabe für die Praxis* gegeben, die sie als Auftrag aus dem ersten Fortbildungsteil bearbeiten sollten. Thematisch wurden zuerst allgemeine Grundlagen des Konzeptes Bezugspflege und dann speziell die Bezugspflege wie sie im Modellprojekt interpretiert wurde, vermittelt. Die Erläuterung des Konzepts *Bezugspflege Tandem*, *Bezugspflege Team*, *Pflege Team* (sowie im Folgenden die Steuerung des Pflegeprozesses im

Bezugspflege tandem) wurden vorgenommen. Mit der Erläuterung des qualifikationsorientierten Pflegeprozesses in PeBeM und einer Übung endet die Fortbildung.

Ablauf der Intervention

Die Fortbildung wurde als Präsenzfortbildung konzipiert. In sieben Modelleinrichtungen wurde diese wie geplant durchgeführt. In zwei weiteren Modelleinrichtungen fand die Fortbildung als ganztägige Veranstaltung in Präsenz in Kombination mit der Fortbildung zum *Qualifikationsorientierten Pflegeprozess Teil 1* statt. Eine Modelleinrichtung führte auf eigenen Wunsch auch den zweiten Teil der Fortbildung selbstständig durch.

Häufigkeit der Durchführung

In jeder Modelleinrichtung wurde die Fortbildung mindestens einmalig durchgeführt.

Begleitmaterialien

Die durch die Fortbildung leitende PowerPoint-Präsentation wurde den Leitungspersonen zur Verfügung gestellt, damit diese das Material an ihre Pflegenden weitergeben können und selbstständig Pflegende fortbilden können, die nicht an der durch die HSB durchgeführte Fortbildung teilgenommen haben.

Im Rahmen der Fortbildung wurde den Teilnehmenden die Broschüre *Wer macht was?* ausgehändigt, in der vor allem die neuen Aufgabenzuschnitte für alle Qualifikationsniveaus kurz und prägnant skizziert sind. Den anwesenden Leitungspersonen wurden in der Fortbildung die Broschüre *Bezugspflege* ausgehändigt. In dieser wurden neben einer Zusammenfassung der vermittelten Inhalte zur neu gedachten Bezugspflege auch Empfehlungen für die praktische Bildung der Bezugspflege tandems ausgesprochen.

Verantwortlichkeiten

Die Terminkoordination für die Fortbildung erfolgte mit den Leitungspersonen der Modelleinrichtung (in der Regel PDL oder EL). Für die Durchführung der Intervention waren die Mitarbeitenden der HSB verantwortlich.

Hemmende und fördernde Faktoren

Die Fortbildungsreihe vermittelte Inhalte zum qualifikationsorientierten Pflegeprozess und zum Konzept der Bezugspflege im Rahmen einer kompetenz- und bewohnendenorientierten Arbeitsorganisation. Insgesamt nahmen unterschiedliche Qualifikationsniveaus (QN1 bis QN5+) teil. Die Reaktionen der Teilnehmenden waren gemischt: Während Inhalte als informativ und praxisrelevant bewertet wurden, traten zugleich Herausforderungen in der Umsetzung auf – insbesondere im Hinblick auf die Rollenverteilung, QN-Zuordnung und Komplexitätsgradbewertung. Kritisch diskutiert wurde zudem das Spannungsverhältnis zwischen tatsächlicher Kompetenz und formaler Qualifikation. Die Präsenzformate wurden als deutlich geeigneter für Austausch und Reflexion wahrgenommen als das Online-Format. Positiv hervorgehoben wurden insbesondere praktische Übungen und Fallbeispiele, die zur Klärung der neuen Rollen beitrugen.

Iterative Anpassung

Auf Rückmeldungen der Modelleinrichtungen, dass auch Pflegende des QN 2 wichtige Informationen zur Pflegeprozesssteuerung in Erfahrung bringen und insbesondere Pflegekräfte des QN 2 in einfachen Pflegesituationen den Großteil der anfallenden Interventionen erbringen *sollen*, wurden das Konzept der Bezugspflege tandems um Pflegekräfte des QN 2 erweitert.

Empfehlungen

Die Fortbildungsinhalte erwiesen sich als zentral, um den Pflegenden die neu gedachte Bezugspflege und die Aufgaben im qualifikationsorientierten Pflegeprozess in der neuen Arbeitsorganisation zu vermitteln. Daher ist für das Roll-Out ein solches Bildungsangebot ausdrücklich zu empfehlen.

Eine wichtige Erkenntnis war, dass diese Fortbildung entscheidend für das Verständnis der Pflegenden über die im Projekt zu erstrebenden Veränderungen war. Die Broschüre *Wer macht was?* hat während der Fortbildung bei den Teilnehmenden zu großen Diskussionen über die Aufgaben- und Verantwortungsbereichen im QMM geführt. Diese Diskussionen können im Rahmen dieser Fortbildung mit dieser thematischen Ausrichtung nicht gänzlich abgefangen werden. Für eine zukünftige Implementationsstrategie ist zu empfehlen, die Pflegenden an die Aufgaben- und Verantwortungsbereiche im QMM vor der Durchführung dieser Fortbildung heranzuführen. Zudem muss in einer zukünftigen Implementation die Zielgruppe dieser Fortbildung durch die Konzeptanpassung um Pflegende des QN 2 erweitert werden.

3.3.2.3 Fortbildung zu Pflegeprozesssteuerungs- und Kommunikationsinstrumenten

Im Rahmen dieser Fortbildung wurden Instrumente zur Steuerung des Pflegeprozesses und zur dafür erforderlichen strukturierten Kommunikation in den Einrichtungen vorgestellt. Diese Fortbildung wurde in zwei Teile geteilt. Im ersten Fortbildungsteil wurden Instrumente zur Steuerung des Pflegeprozesses und zur strukturierten Kommunikation innerhalb der Bezugspflege praxisnah vermittelt und die Inhalte mit den Teilnehmenden reflektiert. Schwerpunkte bildeten dabei das Pflegeprozessverständnis im Kontext der KubA sowie die Einübung der Anwendung von Pflegeprozesssteuerungs- und Kommunikationsinstrumenten wie zum Beispiel der Mikropflegevisite. Im zweiten Teil wurde das Instrument der Dienstübergabe zur Informationsweitergabe im gesamten Pflegeteam thematisiert, bestehende Übergabestrukturen kritisch reflektiert und mögliche Weiterentwicklungen abgeleitet.

Zielsetzung der Intervention

Ziel dieser Intervention war es, den Mitarbeitenden die Zusammenhänge innerhalb des qualifikationsorientierten Pflegeprozesses zu vermitteln, sie für die Einschätzung der Komplexität von Pflegesituationen zu schulen und kompetenz- und bewohnendenorientierte Arbeitsorganisation des Modellprojektes vorzustellen. Ein weiteres Ziel war es, dass die Teilnehmenden die Pflegevisite als zentrales und die Fallbesprechung als multidisziplinäres Instrument zur Pflegeprozesssteuerung verstanden und dass sie in der Lage gebracht wurden, diese adäquat anwenden zu können.

Zielgruppe der Intervention

Alle Pflegeassistenten- und Fachkräfte, die während des Modellprojekts auf dem Fokuswohnbereich arbeiteten und somit potenziell als Mitglieder von Bezugspflege-Teams in die Pflegeprozesssteuerung eingebunden waren.

Inhalt der Intervention

Im ersten Teil der Intervention wurde zunächst eine IST-Erhebung zu den folgenden Aspekten vorgenommen:

- Qualifikationsorientierter Pflegeprozess in PeBeM,
- Einschätzung der Komplexität der Pflegesituation,
- Arbeitsorganisation in der Pflege,
- potentielle Bedeutung des Veränderungsprozesses für einzelne Personen und
- Ziel des Veränderungsprozesses.

Ausgehend von diesem Status quo wurden dann die Grundvoraussetzungen für die qualifikationsorientierte Pflegeprozesssteuerung bestimmt und dabei besonders die Bedeutung der spezifischen Kommunikationsanforderungen in diesem Kontext erläutert. Nachfolgend wurde die Umsetzung mit Hilfe von neuen und zusätzlich einzuführenden Kommunikations- und Pflegeprozesssteuerungsinstrumenten thematisiert.

Im Teil 2 der Fortbildung wurden folgende Inhalte vermittelt:

- Arbeitsphase zur bisherigen Umsetzung der Dienstübergabe,
- Grundlagen der Arbeitsorganisation in einer KubA,
- Ziele einer Dienstübergabe in Verbindung mit der KubA,
- Struktur und Kommunikation einer Dienstübergabe sowie
- positive und negative Beispiele.

Ablauf der Intervention

Die Fortbildung wurde als Präsenzfortbildung konzipiert. In allen zehn Einrichtungen wurde diese wie geplant durchgeführt. Eine Modelleinrichtung führte die Fortbildung wieder auf eigenen Wunsch hin selbstständig durch.

Häufigkeit der Durchführung

Die Intervention wurde in jeder Einrichtung einmalig durchgeführt.

Begleitmaterialien

Die durch die Fortbildung leitende PowerPoint-Präsentation wurde den Leitungspersonen zur Verfügung gestellt, damit diese das Material an ihre Pflegenden weitergeben und selbstständig Pflegenden fortbilden konnten, die nicht an der durch die HSB durchgeführte Fortbildung teilnahmen. Die Fortbildung endete mit einem Arbeitsauftrag für die Teilnehmenden, den sie bis zu einem mit einer Leitungsperson abgestimmten Termin zur Evaluation bearbeiten sollen. Dieser Arbeitsauftrag

wurde den Leitungspersonen gesondert zur Verfügung gestellt. Weiter fand etwa zwei Wochen nach dieser Fortbildung ein einrichtungsübergreifender Austausch zur Evaluation der Lernaufgabe statt.

Verantwortlichkeiten

Die Terminkoordination für die Fortbildung erfolgte mit den Leitungspersonen der Modelleinrichtung (in der Regel PDL oder EL). Für die Durchführung der Intervention waren die Mitarbeitenden der HSB verantwortlich.

Hemmende und fördernde Faktoren

Die Fortbildung wurden von Pflegekräften der QN 1 bis QN 5 sowie von Steuerungsgruppenmitgliedern besucht. Herausforderungen waren unter anderem sehr unterschiedliche Vorkenntnisse, eine teilweise fehlende interne Vermittlung von Projekthinhalten, eine eher zurückhaltende Beteiligung und teilweise Demotivation, besonders bei neu eingestellten oder weniger erfahrenen Pflegenden, sowie Verständnisprobleme und Skepsis gegenüber den neuen Qualifikations- und Aufgabenverteilungen. Positiv wurden der Erfahrungsaustausch, die Vermittlung von Projektzielen und die Bewusstseinsbildung zu Verantwortlichkeiten wahrgenommen.

Iterative Anpassung

Auf Rückmeldungen der Modelleinrichtungen, dass auch Pflegende des QN 2 wichtige Informationsträger in der Pflegeprozesssteuerung seien, da sie – insbesondere in einfachen Pflegesituationen – den zeitlich größten Anteil der anfallenden körpernahen Interventionen erbringen sollten, wurden das Konzept der Bezugspflege Tandems um Pflegekräfte des QN 2 erweitert (s.o.).

Empfehlungen

Die Fortbildungsinhalte erwiesen sich als zentral, um die Zusammenarbeit im Bezugspflege Tandem zu stärken. Daher ist für eine Implementation ein solches Bildungsangebot ausdrücklich zu empfehlen. Im Implementationskonzept ist dabei die Zielgruppe dieser Fortbildung durch eine Konzeptanpassung um Pflegende des QN 2 zu erweitern. Daher kann auf die Unterteilung dieser Fortbildung in zwei Teile verzichtet werden. Weiter hat sich gezeigt, dass trotz der Fortbildung bei vielen Pflegenden Unklarheit über die praktische Durchführung der Mikropflegevisite herrscht. Um dem entgegenzuwirken, muss die Durchführung der Mikropflegevisite stärker praktisch eingeübt und tiefer in die Einrichtungsabläufe integriert werden. Es ist zu empfehlen, eine Pocketcard für die Pflegenden zur Durchführung der Mikropflegevisite zu Verfügung zu stellen.

3.3.2.4 Begleitung der Pflegenden auf dem Fokuswohnbereich

Diese Intervention umfasste die Begleitung der Pflegenden des Fokuswohnbereichs vor Ort in jeder Modelleinrichtung. Sie entstand vor allem aus der im Prozess gewonnenen Erkenntnis, dass die Modelleinrichtungen und ihre Mitarbeitenden im Vorfeld nur wenig Erfahrung mit virtueller Kommunikation hatten und daher der persönliche Kontakt und Austausch gegenüber Online-Formaten bevorzugt wurde. Inhaltlich umfasste die Intervention vor allem Gespräche zum Umsetzungsstand mit einer für das Projekt zuständigen Leitungsperson. Zudem wurde jeder Modelleinrichtung durch das begleitende Projektteam eine individuelle Rückmeldung auf Grundlage der erfolgten Beobachtungen gegeben und es wurden Handlungsempfehlungen ausgesprochen.

Zielsetzung der Intervention

Ziel der Begleitung war die Erfassung des Umsetzungsstandes des Konzeptes in jeder Modelleinrichtung, um in der Folge ggf. Anpassung vornehmen zu können. Konkret war beabsichtigt, mit den Pflegenden ins Gespräch zu kommen, die aktiv die Umsetzung der KubA erlebten, um Schwierigkeiten in der Umsetzung zu erfassen und Hilfestellungen für eine gelingende weitere Umsetzung des Konzeptes zu geben.

Zielgruppe der Intervention

Alle Pflegekräfte, die während der Begleitung auf dem Fokuswohnbereich arbeiteten sowie eine für das Projekt zuständige Leitungsperson (in der Regel PDL, bei Urlaub oder Abwesenheit auch EL).

Inhalt der Intervention

Die Intervention war primär als prozessorientierte Begleitung konzipiert und nicht als inhaltlich festgelegte Maßnahme, die neue Inhalte in die Einrichtungen bringen sollte. Sie folgte einem stark partizipativen Ansatz, bei dem Fragestellungen und Gesprächsinhalte in Abhängigkeit des erreichten Umsetzungsgrades des Konzeptes im Dialog mit den Beteiligten entstanden.

Ablauf der Intervention

Die Intervention umfasste zu zwei Zeitpunkten pro Einrichtung die Begleitung von jeweils zwei Arbeitsschichten, eines Spätdienstes am ersten Tag der Begleitung und eines Frühdienstes am Folgetag. Die methodische Umsetzung erfolgte partizipativ und dialogisch. Die Ergebnisse wurden dokumentiert und anschließend mit dem Projektteam bewertet.

Häufigkeit der Durchführung

Die Begleitung war pro Einrichtung jeweils einmal während der Implementierungsphase sowie einmal in der anschließenden Nachhaltigkeitsphase vorgesehen und wurde entsprechend in allen Modelleinrichtungen umgesetzt. Eine Ausnahme bildete eine Modelleinrichtung, die eine zusätzliche Begleitung anfragte. Als Begründung wurde eine Überlastung der Pflegefachkräfte genannt, weshalb die Modelleinrichtung gezielt um weitere Unterstützung durch das Projektteam bat. Im Zuge des partizipativen Ansatzes wurde dem nachgekommen.

Die erste Begleitung wurde zu Beginn der Implementierungsphase in den ersten zwei Wochen der Pilotwochen durchgeführt. Die zweite Begleitung fand in der Nachhaltigkeitsphase im Herbst 2024 bzw. für eine Modelleinrichtung im Winter 2025 statt (Tabelle 12).

Tabelle 12: Zeitplan der Einrichtungsbegleitung

Einrichtung	Erste Begleitung	Zweite Begleitung
Schleswig-Holstein	2. Quartal 2024	4. Quartal 2024
Berlin	2. Quartal 2024	3. Quartal 2024
Sachsen-Anhalt	2. Quartal 2024	4. Quartal 2024
Bayern	2. Quartal 2024	3. Quartal 2024
Sachsen	2. Quartal 2024	4. Quartal 2024
Baden-Württemberg	2. Quartal 2024	3. Quartal 2024
Hamburg	2. Quartal 2024	4. Quartal 2024
Nordrhein-Westfalen	2. Quartal 2024	4. Quartal 2024
Mecklenburg-Vorpommern	2. Quartal 2024	4. Quartal 2024
Niedersachsen	4. Quartal 2024	1. Quartal 2025

Begleitmaterialien

Für die Begleitung wurden keine spezifischen Begleitmaterialien entwickelt. Es wurde jedoch während der Begleitungen darauf aufmerksam gemacht, dass auf der PeBeM-Website sowohl pflegfachliche als auch veränderungsbezogene Bildungsangebote sowie weitere PeBeM-spezifische Inhalte bereitgestellt waren.

Seitens der HSB wurde ein Leitfaden für die Begleitung entwickelt und dieser für jede Modelleinrichtung je Besuch ausgefüllt. Die so erhobenen Daten dienten einerseits der Qualitätssicherung sowie andererseits der Ableitung fundierter Rückmeldungen und ermöglichten eine Weiterentwicklung des Implementationsprozesses. Die protokollierten Ergebnisse bildeten aber auch die Grundlage für ein einrichtungsspezifisches Feedback.

Der Leitfaden umfasste ein breites Spektrum an umsetzungsbezogenen Leitfragen:

- **Wie wird der Pflegeprozess „gelebt“ und „gesteuert“?**
 - Ist die Pflegefachkraft innerhalb des Bezugspflege tandems für die Planung und Prozesssteuerung/-gestaltung verantwortlich?
 - Bilden die aktuellen Planungen eine SOLL-Planung im Sinne der KubA ab?
 - Die Ausführungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs umfassen das Ziel „den pflegebedürftigen Menschen mit seinen individuellen Bedürfnissen und Bedarfen zu unterstützen um ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu führen“. Findet sich dieses Ziel in der Umsetzung des Pflegeprozesses wieder?
 - Ist eine individuelle Pflegeplanung berücksichtigt? Werden z. B. Interventionen der Interventionsklasse D wie Beratung oder Angehörigenarbeit mitberücksichtigt?
 - Ist in der KubA Zeit für die Evaluation des Pflegeprozesses eingeplant? Wenn ja, wie viel Zeit wurde eingeplant? Ist dies ausreichend? Wenn nicht aus welchen Gründen?

- **Komplexitätsgrade und SOLL-QN**

- Können die Pflegefachkräfte die Komplexitätsgrade einschätzen und setzen sie dieses in der Praxis um?
- Ist in der Pflegeplanung das SOLL-QN entsprechend der Komplexitätsgrade für alle Bewohnenden individuell zugeordnet?
- Gibt es Anpassungen in der KubA, wenn sich der Komplexitätsgrad der Bewohnenden verändert? Wer ist dafür verantwortlich? Nach welchem Schema gehen Sie vor?

- **Bezugspflegetandem**

- Bei wie vielen Bewohnenden ist eine Pflegefachkraft für die Pflegeprozessesteuerung zuständig? Ist diese Anzahl angemessen oder ist dies unter- bzw. überfordernd? Wenn sie sich überfordert fühlt, welche Unterstützung würde sie sich wünschen?
- Erbringen Pflegefachkräfte regelmäßig Tätigkeiten, für die sie überqualifiziert sind und welche davon könnten stattdessen delegiert werden?
- Sind die Pflegehilfskräfte tatsächlich in Bezugspflegetandems von Bewohnenden mit einfachen Pflegesituationen eingesetzt?
- Für wie viele Bewohnende sind Mitarbeitende des QN 3 oder QN 2 im Bezugspflegetandem tätig? Ist diese Anzahl angemessen oder ist dies unter- bzw. überfordernd? Wenn sie sich überfordert fühlen, welche Unterstützung würde sie sich wünschen?
- Wissen die Pflegehilfskräfte und die Pflegeassistenten innerhalb eines Bezugspflegetandems, welche Informationen die jeweiligen Pflegefachkräfte für die Pflegeprozessesteuerung benötigen?
- Nach welchen Regeln zur Bezugspflegetandembildung sind Sie vorgegangen? Welche standen im Vordergrund?
- Welche Herausforderungen ergeben sich in der Dienstplangestaltung der Bezugspflegetandems?
- Wie oft arbeitet das Bezugspflegetandem zeitgleich? Ist das zufällig oder wurde die Zusammenarbeit bewusst geplant? Ergeben sich daraus Probleme?
- Wird Bezugspflege auch in der täglichen Betreuung gezielt umgesetzt? Werden Bewohnende mehr vom Bezugspflegetandem versorgt oder vom Bezugspflegeteam?
- Ist in der KubA Zeit für den Austausch des Bezugspflegetandems im Rahmen einer Mikropflegevisite eingeplant? Wenn ja, wie viel Zeit wurde eingeplant? Ist dies ausreichend? Wenn nicht aus welchen Gründen?

- **Kommunikationsinstrumente**

- Werden Mikropflegevisiten für alle Bewohnenden durch ihr Bezugspflegetandem durchgeführt? Wie häufig werden diese durchgeführt?
- Werden Fallbesprechungen für alle Bewohnenden durch ihr Bezugspflegetandem durchgeführt? Wie häufig werden diese durchgeführt?
- Nach welcher Struktur werden diese durchgeführt?

- Wie werden diese dokumentiert?
- Werden Bewohnende in die Kommunikationsinstrumente *Mikropflegevisite* und *Fallbesprechungen* mit eingebunden?
- Wird die Dienstübergabe mit Hilfe des I-PASS Schemas strukturiert oder wird eine andere Struktur verwendet?
- Wie bekommen die Mitarbeitenden, die aufgrund von unterschiedlichen Anfangszeiten nicht an der Dienstübergabe teilnehmen können, relevante Informationen?

Verantwortlichkeiten

Die Terminkoordination für die Fortbildung erfolgte mit den Leitungspersonen der Modelleinrichtung (in der Regel PDL oder EL). Für die Durchführung der Intervention waren die Mitarbeitenden der HSB verantwortlich.

Hemmende und fördernde Faktoren

Grundsätzlich wurden die Begleitungen als ein sehr niedrigschwelliges Angebot positiv wahrgenommen, das dabei vor allem alltagtauglich war. Durch den persönlichen und gestaltbaren Kontakt fühlten sich die Pflegenden gesehen und in Umsetzung des Modellprojekts partizipativ eingebunden. Die Intervention sorgte für zusätzliche Transparenz zum Fortschreiten der organisationalen Veränderungen und für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den Pflegekräften der Modelleinrichtungen und dem Projektteam. Einer mangelnden Rückkopplung aufgrund dysfunktionaler digitaler Kommunikation wurde damit entgegengewirkt.

Iterative Anpassung

Eine wiederkehrende Erkenntnis im Rahmen der Begleitungen war die zentrale Bedeutung der Komplexitätsgradeinschätzung für die wahrgenommene Arbeitsbelastung der Pflegenden sowie für den Erfolg der Konzeptumsetzung insgesamt.

In den Pilotwochen lag der primäre Fokus der Modelleinrichtungen auf der Implementation der qualifikationsorientierten Arbeitsorganisation, während die Umsetzung der Bezugspflege zunächst weniger priorisiert wurde. Als Reaktion darauf wurde ein zusätzliches digitales Beratungsformat für Bezugspflege Tandems entwickelt, um die Bezugspflege gezielt zu stärken und eine praxisnahe Unterstützung bei ihrer Implementation zu bieten.

Empfehlungen

Die persönliche Begleitung der Pflegenden im Fokuswohnbereich erwies sich als wirkungsvolles Instrument, um im Pflegealltag in einen dialogischen Austausch über die Konzeptumsetzung zu treten und gleichzeitig den Stand der Implementation praxisnah zu erfassen. Für eine Implementation ist ein solches Vorgehen ausdrücklich zu empfehlen, da es eine kontinuierliche Rückmeldung zur Umsetzung ermöglicht. Besonders die zweimalige Durchführung dieser Begleitungen erlaubte eine differenzierte Betrachtung von Entwicklungsverläufen und schaffte eine valide Grundlage für vergleichende Analysen der Konzeptverankerung in der Praxis.

3.3.2.5 Online Beratung Bezugspflege tandem

In einem etwa 30-minütigen Online-Termin, an dem mindestens ein Bezugspflege tandem teilnahm, wurden die aktuellen Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der beteiligten Pflegekräfte systematisch erfasst. Anschließend erfolgte eine strukturierte Darstellung der konzeptuell vorgesehenen Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der Bezugspflege tandems auf Grundlage eines standardisierten Factsheets.

Ergänzend wurde das Instrument der *Mikropflegevisite* als zentrales Element zur Steuerung des Pflegeprozesses sowie zur Gestaltung professionsbezogener Kommunikationsstrukturen im Sinne der PeBeM-Konzeption erläutert und in den organisationalen Kontext eingeordnet.

Zielsetzung

In der ersten Begleitung der Pflegenden hatte sich gezeigt, dass über alle Einrichtungen hinweg die Umsetzung der neuen qualifikationsorientierten Bezugspflege schleppend verlief. Es wurden zwar in den meisten Einrichtungen Bezugspflege tandems entsprechend der Konzeption gebildet, allerdings existierte eine solche Zuordnung oft nur auf dem Papier und wurde nicht umgesetzt. Um dem entgegenzuwirken, wurde in diesem Online-Beratungsformat gezielt auf die Umsetzung der qualifikationsorientierten Bezugspflege sowie die Mikropflegevisite eingegangen. Dadurch sollte sich das Verständnis für die Bezugspflege tandems und die Mikropflegevisite verbessern und zur gelingenden Umsetzung beitragen. Ziel des angestrebten Online-Formates war es, eine flexible, ressourcenschonende Kommunikationsform bereitzustellen.

Zielgruppe

Für dieses Online-Format wurden bereits gebildete Bezugspflege tandems eingeladen. Daher richtete sich das Angebot an alle Bezugspflegekräfte ab dem QN 2.

Inhalt der Maßnahme

In diesem Online-Format wurde ein Austausch über die bestehenden Bezugspflege tandems sowie die zugeordneten Aufgaben- und Verantwortungsbereiche ermöglicht. Zur kompakten Auffrischung der Konzeptinhalte wurde ein Factsheet erstellt, welches den Leitungspersonen im Anschluss an das Format per E-Mail zur Verfügung gestellt wurde, um es ausgedruckt auf dem Fokuswohnbereich auszuhängen.

Zur strukturierten Erhebung und Reflexion konzeptbezogener Umsetzungserfahrungen wurde ein leitfadenorientiertes Gruppengespräch durchgeführt. Die Gesprächsführung erfolgte auf Grundlage vorab entwickelter Leitfragen, die thematisch an die zentralen Aspekte der Konzeptimplementation anknüpften. Die Leitfragen dienten dabei der thematischen Fokussierung, war aber auch offen für individuelle Schwerpunktsetzungen seitens der Teilnehmenden:

- Wie viele Bewohnende betreuen Sie als Bezugspflege tandem?
 - Bilden Sie auch ein Bezugspflege tandem mit anderen Kolleginnen und Kollegen?
 - Haben Sie mehrere Tandempartnerinnen und -partner?
 - Ist diese Anzahl für Sie als Pflegefachkraft angemessen oder fühlen Sie sich in der Pflegeprozesssteuerung unter- bzw. überfordert? Woran liegt das? Welche Unterstützung wünschen Sie sich gegebenenfalls?

- Sind sie in der pflegerischen Versorgung gemäß der KubA bei Ihren Bezugspflegebewohnenden eingesetzt?
 - Welche Aufgaben übernehmen Sie für Ihre Bezugspflegebewohnenden?
 - Übernehmen Sie als Pflegefachkraft die Pflegeprozesssteuerung Ihrer Bezugspflegebewohnenden?
- Wenn sie als Hilfs- oder Assistenzkraft in ein Bezugspflege tandem eingebunden sind, welche Erfahrungen haben Sie gemacht?
 - Inwiefern tragen Sie als Pflegeassistentkraft bzw. Pflegehilfskraft zur Pflegeprozesssteuerung der Bezugspflegebewohnenden bei? Wie werden Sie eingebunden?
 - Sind für Ihre Abstimmung Zeitslots in der KubA vorgesehen?
- Werden Mikropflegevisiten durchgeführt?

Die Ergebnisse des Gesprächs wurden dokumentiert und anschließend inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ablauf der Einführung

Termine für das Format wurde im August 2024 zunächst mit den Einrichtungen vereinbart, die die Pilotwochen abgeschlossen hatten und dadurch eine gewisse Stabilität in der Umsetzung der KubA aufwiesen (Tabelle 13). Per E-Mail wurde den Leitungspersonen der Modelleinrichtungen das Angebot angekündigt und wurden die Termine vereinbart. Das Format fand mit fünf Modelleinrichtungen statt, in denen bereits Bezugspflege tandems gebildet wurden.

Tabelle 13: Termine Online Beratung Bezugspflege tandem

Einrichtung	Datum Online-Beratung	Teilnehmende
Sachsen	07.08.2024	Ein Bezugspflege tandem (QN 3/QN 5) + EL und PDL
	12.08.2024	Ein Bezugspflege tandem (WBL/Auszubildende 1. Ausbildungsjahr)
Hamburg	16.08.2024	Ein Bezugspflege tandem (WBL/QN 3) + EL
Baden-Württemberg	19.08.2024	Kein „vollständiges“ Bezugspflege tandem, jeweils aber Pflegekräfte, die Teil in einem Bezugspflege tandem waren: drei Pflegenden des QN 4, eine Pflegende des QN 3 + EL und PDL
Sachsen-Anhalt	21.08.2024	Ein Bezugspflege tandem (WBL/QN 3) + PDL
Bayern	30.08.2024	Zwei Bezugspflege tandems + WBL und PDL

Es zeigte sich schnell, dass die Pflegenden durch das Online-Format schlecht erreicht werden konnten. Sie fühlten sich unsicher in der Nutzung des Videokonferenzsystems und wirkten dadurch gehemmt, während des Formats in den Austausch zu kommen. Mit weiteren Einrichtungen wurden Termine verabredet, diese aber mit verschiedenen Begründungen kurzfristig wieder abgesagt. Entweder waren die Bezugspflege tandems erkrankt, die Dienste hatten sich aufgrund von Krankheit geändert, so dass das Bezugspflege tandem nicht mehr gemeinsam an dem Format teilnehmen konnte oder es war aufgrund von Personalausfällen nicht möglich, Zeit für die Online-Beratung

einzuplanen. Erneute Terminabsprachen kamen nicht zustande. Aufgrund dieser geringen Teilnahmebereitschaft wurde das Format mit den übrigen fünf Modelleinrichtungen nicht durchgeführt. Stattdessen wurde die Beratung der weiteren Bezugspflegeandems verschoben und die Bezugspflege während der Begleitung in der Nachhaltigkeitsphase mit den Pflegenden direkt thematisiert.

Häufigkeit der Durchführung

Dieses Format sollte mindestens einmal in jeder Modelleinrichtung mit mindestens einem Bezugspflegeandem erfolgen. Mit den beschriebenen Einrichtungen fand das Format einmalig pro Einrichtung statt. In einer Modelleinrichtung wurde es auf Wunsch der Einrichtung zwei Mal durchgeführt.

Begleitmaterialien

Das oben beschriebene Factsheet wurde begleitend zur beschriebenen Intervention eingesetzt.

Verantwortlichkeiten

Die Intervention wurde jeweils von einer Mitarbeiterin der HSB mit den Pflegekräften der Bezugspflegeandems und ggf. Leitungspersonen wie PDL oder WBL durchgeführt.

Hemmende und fördernde Faktoren

Das Durchführen der Beratung über die Onlineplattform Zoom stellte einen hemmenden Faktor dar, der auch zur Einstellung dieses Formats geführt hat. Insbesondere die wiederholt stattfindenden Änderungen in der Dienstplanung z. B. durch Personalausfälle erschwerten die Terminierung und Durchführung der Online-Beratung.

Iterative Anpassung und Schlussfolgerung:

Das Format wurde wie beschrieben in dieser Form nicht fortgeführt, sondern zugunsten der persönlichen Begleitung der Pflegenden vor Ort eingestellt.

Empfehlungen

Auch im Rahmen der Implementation sollte die Wiederaufnahme eines solchen digitalen Beratungsformats nicht vorgesehen werden. Stattdessen sollte in den Konzeptsdokumenten zur Implementation bereits für die Vorbereitungsphase die Ausbildung eines gemeinsamen Verständnisses von Bezugspflege vorgesehen werden. Hierzu dient insbesondere eine gezielte Fortbildungsmaßnahme, die zentrale Konzepte und Strukturen qualifikationsorientierter Bezugspflege vermittelt.

Ergänzend dazu wird die Bereitstellung von unterstützenden Materialien – wie etwa Pocketcards zu Aufgaben- und Verantwortungsbereichen sowie zur praktischen Umsetzung der Mikropflegevisite – angestrebt. Diese sollen sowohl zur Verstetigung zentraler Elemente der KubA-Konzeption als auch zur Orientierung im Alltag beitragen und damit Fehlinterpretationen und Unsicherheiten präventiv entgegenwirken.

3.3.3 Arbeitsorganisation

Mit dem Ziel die Veränderung der Arbeitsorganisation anzuleiten und damit die Implementation der kompetenz- und qualifikationsorientierten Bezugspflege in den Modelleinrichtungen praktisch durchzuführen wurden von der contec GmbH verschiedene Interventionen entwickelt und durchgeführt.

3.3.3.1 Kick-off Steuerungsgruppe

Die Kick-off-Veranstaltung mit der Steuerungsgruppe stellte in den Einrichtungen den Auftakt für den Implementationsprozess dar, der alle zuvor ausgearbeiteten Konzeptbestandteile in den Modelleinrichtungen in die Umsetzung bringen sollte. Dieser Termin wurde mit einem Workshop zu *Grundlagen des Change-Managements* kombiniert. In einem ganztägigen Workshop wurden dazu die Steuerungsgruppe sowie ggf. weitere zentrale Personen der jeweiligen Einrichtung zusammengebracht.

Zielsetzung

Die Veranstaltung zielte darauf ab, die Beteiligten inhaltlich und emotional auf die anstehenden Veränderungen im Rahmen des Modellprojekts vorzubereiten, Befürchtungen abzubauen und eine positive Grundhaltung gegenüber dem anstehenden Wandel zu fördern. Zudem wurde mit den Teilnehmenden jeweils ihre zukünftige Rolle im Veränderungsprozess reflektiert und es wurden erste gemeinsame Zielbilder formuliert.

Zielgruppe

Dieser Termin richtete sich an Mitglieder der Steuerungsgruppe der jeweiligen Einrichtung. Die Zielgruppe umfasste somit sowohl Führungskräfte als auch operative Schlüsselpersonen, die im Projektverlauf als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wirken sollten. Ihre gezielte Ansprache diente der Sicherstellung eines möglichst breiten Commitments auf Leitungsebene sowie der frühzeitigen Rollenverteilung in Vorbereitung der anstehenden Aufgaben im Veränderungsmanagement.

Inhalt der Maßnahme

Im Rahmen des Workshops stellten sich zunächst die anwesenden Beratenden vor und skizzierten die Ziele des Workshops. Es folgte eine aktivierende Vorstellungsrunde, die erste Erwartungen an den Workshop und das Gesamtprojekt thematisierte. Einleitend diente eine Projektvorstellung der Vermittlung von zentralen Hintergründen zu PeBeM, seiner historischen Entwicklung sowie zu den daraus abgeleiteten Anforderungen an die Einrichtung. Für eine strukturierte Zusammenarbeit wurden zudem Rollen- und Aufgabenverteilung zwischen der Steuerungsgruppe und den Beratenden thematisiert, zeitliche Abläufe skizziert und Regeln für die Zusammenarbeit definiert.

Ablauf der Einführung

Die Kick-off-Veranstaltungen erfolgten im dritten und vierten Quartal 2023 in Form von einmaligen ganztägigen Workshops in jeder der teilnehmenden Modelleinrichtungen. Teilnehmende waren alle Mitglieder der einrichtungsindividuell zusammengestellten Steuerungsgruppe (4 bis 8 Personen).

Begleitmaterialien

Für die Durchführung der Schulung wurde auf eine kurze Power-Point-Präsentation zurückgegriffen. Innerhalb des Termins wurde auf einen Beamer und eine Flipchart und/ oder Metaplanwand zurückgegriffen, um Nennungen innerhalb des Workshops zu den verschiedenen Tagesordnungspunkten strukturiert zu visualisieren. Im Nachgang wurde den Teilnehmenden die Präsentation samt dem Protokoll über einen gemeinsamen Datenaustauschordner zur Verfügung gestellt. Ergänzt wurde dies um eine Aufstellung des Projektteams sowie um einen ersten einrichtungsindividuell ausgearbeiteten Projekt- und Workshop-Plan.

Verantwortlichkeiten

Die Planung und Durchführung der Veranstaltung oblag den Beratenden der contec GmbH. Sie koordinierten in Rücksprache mit den Ansprechpersonen aus der Einrichtung die Terminfindung, übernahmen Vorbereitung und Umsetzung sowie die anschließende Protokollierung des Termins.

Hemmende und fördernde Faktoren

Die Beratenden brachten sowohl methodisches Know-how als auch inhaltliche Expertise ein und ermöglichten durch praxisnahe Beispiele eine direkte Anbindung an konkrete Umsetzungssituationen. Die Präsenz und Zugänglichkeit der Beratenden gab den Teilnehmenden die Möglichkeit, Vertrauen, Sicherheit und Orientierung zu erlangen, was insbesondere in der frühen Projektphase von hoher Bedeutung war, da viele Details der Projektumsetzung zu diesem frühen Projektzeitpunkt noch nicht ausgearbeitet waren und daher nicht vollständig beschrieben werden konnten.

Zudem wurde deutlich, dass das angestrebte hohe Maß an Selbstorganisation für die Steuerungsgruppen häufig eine Herausforderung darstellte, da neben den projektbezogen-strategischen Aufgaben bereits eine hohe Arbeitsbelastung durch operative Aufgaben bestand. Dies bezog auch und in einem zuvor unterschätzten Ausmaß tägliche Herausforderungen der Dienstabdeckung mit ein. Als förderlich erwies es sich hier von Anfang an, wenn es eine verantwortlichen Projektleitung mit fundierter Steuerungserfahrung gab, um Prozesse zu koordinieren und strukturell zu sichern.

Im Hinblick auf das Erwartungsmanagement, hätten die notwendigen zeitlichen und organisatorischen Aufwände der Umsetzung des Change-Prozesses anfangs klarer benannt werden sollen. In der Folge war nicht in allen Einrichtungen deutlich, dass über die reine Teilnahme an Schulungen und Workshops hinaus noch Ressourcen zur Steuerung der Umsetzung, zur Umsetzung selber und zum letztendlichen dauerhaften Einsatz der neuen Arbeitsstrukturen erforderlich waren.

Iterative Anpassung und Schlussfolgerung

Im Verlauf des Projektes wurden keine Anpassungen vorgenommen.

Empfehlungen

Es ist empfehlenswert, die Größe der Steuerungsgruppe zu begrenzen und eine Person als Sprecherin oder Sprecher zu benennen. Diese Rolle wird im Konzept als *prozessverantwortliche Person* explizit vorgesehen und ist essenziell, um Verantwortung klar zuzuordnen und Entscheidungsprozesse zu strukturieren. Ebenso ist darauf zu achten, dass alle relevanten Personen – etwa aus Leitung, Pflege und Verwaltung – in die Steuerungsgruppe einbezogen werden, um eine ganzheitliche Perspektive zu gewährleisten. Regelmäßige Treffen der Steuerungsgruppe sind erforderlich, um Informationsfluss, Abstimmung und Partizipation kontinuierlich sicherzustellen.

3.3.3.2 Schulung zur Analyse des Status quo

Die Schulung diente der Einführung und Erläuterung von drei spezifischen Erhebungsbögen, die eingesetzt wurden, um den Status quo in den Modelleinrichtung zu erfassen. Dazu wurde neben einem allgemeinen Erhebungsbogen auch ein Bogen zu den baulichen Gegebenheiten sowie zu Tätigkeitsprofilen und Qualifikationsniveaus zur Verfügung gestellt. Die Schulung beinhaltete sowohl theoretische Erläuterungen zu Aufbau, Zielsetzung und Auswertungslogik der Bögen als auch interaktive Übungseinheiten zur eigenständigen Anwendung. Ergänzt wurde das Programm durch Feedback-Phasen, in denen die Teilnehmenden ihre Fragen einbringen konnten.

Zielsetzung

Primäres Ziel der Schulung war es, die Einrichtungen methodisch und inhaltlich auf die eigenständige Anwendung der Erhebungsbögen vorzubereiten. Dies beinhaltete sowohl eine Sensibilisierung für die Bedeutung der Analysebereiche als auch die Befähigung zur sachgerechten Bewertung und Auswertung. Zudem wurden die Einrichtungen so individuell auf die anstehenden Veränderungen im Modellprojekt vorbereitet und es wurde ermöglicht, eine Datenlage zu schaffen, die als Ausgangspunkt zur Ableitung individueller Entwicklungsbedarfe und -pfade geeignet war.

Zielgruppe

Die Zielgruppe der Schulung waren die Steuerungsgruppen der jeweiligen Modelleinrichtung, insbesondere also die Führungs- und Fachkräfte sowie Stabsstellen, die im Rahmen des Projekts für die Durchführung und Auswertung der Erhebungen verantwortlich waren.

Inhalt der Maßnahme

Die Schulung gliederte sich in mehrere, aufeinander aufbauende Teile. Nach einer kurzen Begrüßung und Vorstellung der Beratenden sowie der Teilnehmenden wurde der Ablauf der Schulung vorgestellt. Im Anschluss wurden die drei Erhebungsbögen jeweils separat behandelt. Für jeden Bogen erfolgte zunächst eine Darstellung der Zielsetzung und des strukturellen Aufbaus, gefolgt von einer Erläuterung der Bearbeitungssystematik inklusive Bewertungsskala und Zuständigkeiten. In verschiedenen praktischen Teilen wurden die Bögen beispielhaft gemeinsam bearbeitet. Ergänzt wurden diese durch individuelle Bearbeitungsphasen, in denen die Teilnehmenden erste Erfahrungen mit dem Instrument sammelten. Abschließend wurden Rückmeldungen zum Schulungsablauf, zur Verständlichkeit der Inhalte sowie zur Anwendbarkeit der Bögen eingeholt. Zudem wurden konkrete nächste Schritte sowie Zuständigkeiten in Bezug auf die Durchführung der Erhebungen festgelegt und dokumentiert.

Ablauf der Einführung

Die Schulung wurde zweimal im digitalen Format via Microsoft Teams durchgeführt – einmal Ende Oktober 2023 und einmal Anfang November 2023. Die Dauer umfasste etwa 3 Stunden.

Begleitmaterialien

Mit Abschluss der Schulung wurden die Erhebungsbögen den Teilnehmenden über die vorab eingerichteten Datenaustauschordner zur Verfügung gestellt. Diese beinhalteten zusätzlich jeweils noch einmal eine detaillierte Anleitung zur Handhabung.

Verantwortlichkeiten

Die Planung und Durchführung der Veranstaltung oblag den Beratenden der contec GmbH. Sie koordinierten in Rücksprache mit den Ansprechpersonen aus der Einrichtung die Terminfindung, übernahmen Vorbereitung und Umsetzung sowie die anschließende Protokollierung des Termins.

Hemmende und fördernde Faktoren

Die Datenerhebungen zum Status Quo wurden durch detaillierte Anleitungen und die Online-Schulung vorbereitet, was dem korrekten Ausfüllen der Bögen zuträglich war. Dennoch war das Befüllen der Bögen aufgrund ihres Umfangs und der Detailtiefe für viele Anwender eine Herausforderung, weshalb es zusätzlicher Unterstützung durch die jeweiligen Beratenden bedurfte. Gleiches gilt für die Interpretation der erzielten Ergebnisse und den daraus abzuleitenden Handlungsbedarfen, da viele Analysebereiche zwar zur Bewertung der Gesamtorganisation geeignet waren, jedoch weit über die Erfordernisse des Modellprojektes hinausgingen. Hierdurch wurden in einigen Fällen strukturelle oder kommunikative Problemlagen sichtbar, die über den Rahmen des Modellprojektes hinausgingen. Sie zeigten dann zwar langfristige Veränderungsbedarfe auf, diese standen aber nicht im Zusammenhang mit den Projektarbeiten und hätten nicht in die Change-Prozesspläne aufgenommen werden müssen.

Für die Beratenden bot das Instrument jedoch eine wertvolle Übersicht, um in kürzester Zeit einen umfassenden Eindruck über die Verteilung von Kompetenzen und potenziellen Entwicklungsbedarfen in der Einrichtung zu erhalten.

Iterative Anpassung und Schlussfolgerung

Im Verlauf des Projektes wurden keine Anpassungen vorgenommen.

Empfehlungen

Der eingesetzte Erhebungsbogen wird inhaltlich als fundiert und thematisch passend bewertet, erweist sich jedoch in seiner Gesamtheit als zu umfangreich und nicht angemessen für den angedachten Verwendungsrahmen. Die erfassten Inhalte bieten insbesondere für beratende Personen mit entsprechender Projekterfahrung einen Mehrwert, da sie die erhobenen Daten in ihrer Tiefe interpretieren und für die Prozesssteuerung nutzbar machen können. Für fachfremde oder weniger erfahrene Personen hingegen bleiben viele Zusammenhänge unklar oder schwer erschließbar.

Basierend auf diesen Erfahrungen wird für das Implementationskonzept eine deutlich kompaktere Analyse erarbeitet, die sich vor allem auf Veränderungsbereitschaft und Veränderungsfähigkeit als übergeordnete relevante Zielgrößen konzentriert.

3.3.3.3 Schulung zur IST-Analyse der Arbeitsabläufe und ihre Durchführung

Die Schulung verfolgte das Ziel, Mitarbeitende der Modelleinrichtungen in der systematischen Erfassung und Analyse ihrer bisherigen Arbeitsabläufe anzuleiten. Die Schulung umfasste sowohl Präsenzveranstaltungen als auch digitale Begleittermine und beinhaltete neben einer kurzen theoretischen Einbettung vor allem praktische Elemente für die Erstellung von Stecktafeln zur Visualisierung des IST-Zustandes der Arbeitsabläufe.

Zielsetzung

Zentrales Ziel war es, in Vorbereitung auf eine qualifikations- und kompetenzorientierte Arbeitsablaufplanung einen detaillierten Überblick über alle anfallenden Tätigkeiten, Abläufe und den damit verbundenen Zeitbedarf zu erhalten. Durch die Visualisierung und der Austausch der Teilnehmenden wurde zudem während des Prozesses bereits die aktive, kritische Auseinandersetzung mit den bestehenden Abläufen gefördert.

Zielgruppe

Der Workshop richtete sich an Mitarbeitende aus den Modelleinrichtungen, die überwiegend auf dem vorab ausgewählten Fokuswohnbereich tätig waren und daher über detailliertes Wissen zu den Bedarfen der Bewohnenden und den täglichen Arbeitsabläufen verfügten. Dabei wurde gezielt darauf geachtet, dass neben Personen mit Leitungsverantwortung Pflegekräfte aller Qualifikationsniveaus in dem Workshop vertreten waren, um alle notwendigen Interventionen in der IST-Analyse erfassen zu können.

Inhalt der Maßnahme

Nach einer Einstimmung und Erwartungsabfrage erfolgte gemeinsam der Einstieg in die IST-Analyse, bei der die Teilnehmenden mithilfe von Post-its und/oder analogen Stecktafeln die aktuelle pflegerische Ablauforganisation für jede Person im Dienst visualisierten – vom Frühdienst über den Spätdienst bis hin zum Wochenend- und ggf. Nachtdienst.

Ablauf der Einführung

Die IST-Darstellung der Arbeitsablauforganisation erfolgte einrichtungsindividuell zwischen April und Mai 2024. Der Auftakt für die Erstellung erfolgte mit den Beratenden der contec in einem

Tagesworkshop vor Ort. Dabei waren meist vier bis acht Mitarbeitende aktiv an der Erstellung beteiligt. Die Fertigstellung der IST-Darstellung wurde von den Workshopteilnehmenden im Nachgang eigenverantwortlich bis zum Folgeworkshop fortgeführt. Die Beratenden der contec standen in diesem Zeitraum digital in regelmäßigen Austauschterminen zur Verfügung.

Begleitmaterialien

Den Teilnehmenden wurde nach dem Workshop eine Fotodokumentation zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus gab es keine weiteren Begleitmaterialien.

Verantwortlichkeiten

Die Planung und Durchführung der Veranstaltung oblag den Beratenden der contec GmbH. Sie koordinierten in Rücksprache mit den Ansprechpersonen aus der Einrichtung die Terminfindung, übernahmen Vorbereitung und Umsetzung sowie die anschließende Protokollierung des Termins.

Hemmende und fördernde Faktoren

Die Durchführung der IST-Analyse gestaltete sich für die Einrichtungen insgesamt als sehr zeitaufwändig und ressourcenintensiv. Das zentrale Hemmnis war dabei, dass zum Durchführungszeitpunkt keine spezifischen digitalen Lösungen zur Planung verschiedener Arbeitsabläufe zur Verfügung standen, die den methodischen und funktionalen Anforderungen dieses Arbeitsschrittes entsprochen hätten und die damit die IST-Analyse vereinfacht hätten. Auch allgemein einsetzbare digitale Instrumente wie gängige Office-Programme konnten für diese komplexe Aufgabenstellung nur eingeschränkt genutzt werden. Bei ihnen erschwerten die häufig nicht ausreichenden Digitalkompetenzen der Zielgruppe die digitalgestützte Erarbeitung neuer Arbeitsabläufe, weshalb bewusst zumeist ein analoges Vorgehen gewählt wurde. Dieses analoge Vorgehen erwies sich rückblickend als didaktisch sinnvoll: Es förderte das Verständnis der Mitarbeitenden für die Inhalte und Ziele der IST-Analyse, diente dem gemeinsamen fachlichen Austausch und erleichterte ein partizipatives Vorgehen. Indem alle anwesenden Mitarbeitenden aktiv in die Erarbeitung der Analyse einbezogen wurden, entstand ein geteiltes Verständnis der bestehenden Abläufe – teilweise zum ersten Mal mit einer qualifikationsdifferenzierten Perspektive – und ein höheres Verständnis für den analytischen Prozess.

Iterative Anpassung und Schlussfolgerung

Im Verlauf des Projektes wurden keine Anpassungen vorgenommen.

Empfehlungen

Bei der IST-Analyse sollte eine differenzierte Betrachtung der Rollen der Teilnehmenden berücksichtigt werden. Für die Gestaltungen des Prozesses empfiehlt es sich zu Beginn weiterhin ein analoges Vorgehen, da es den Austausch erleichtert, die aktive Beteiligung fördert und das gemeinsame Verständnis über Arbeitsprozesse stärkt. In einem nachfolgenden Schritt kann – aufbauend auf den gemeinsam erarbeiteten Ergebnissen – eine Übertragung hin zu einer digitalen Darstellung sinnvoll sein. Hier bleibt im Blick zu behalten, inwiefern und wann Softwareanbieter die Anforderungen an eine Einführung und an den Betrieb der KubA aufgreifen und umsetzen.

3.3.3.4 Workshop zur SOLL-Planung der Arbeitsablauforganisation

Im Rahmen eines zweitägigen Workshops wurden systematisch qualifikations- bzw. kompetenz- sowie bewohnendenorientierten Arbeitsabläufe erarbeitet sowie verschiedene Ausfallszenarien durchdacht. Als Grundlage dienten die vorab zumeist analog visualisierten Arbeitsabläufe und Prozesse der IST-Analyse. Der Workshop war methodisch stark praxisorientiert, beinhaltete aber auch analytische und strukturierende Elemente, die im Abgleich mit dem Qualifikationsmixmodell (QMM) reflektiert wurden.

Zielsetzung

Primäres Ziel war es, auf Grundlage der vorab erarbeiteten IST-Darstellung eine fundierte SOLL-Planung in Form von Touren zu entwickeln, die eine qualifikations- und kompetenzgerechte Zuordnung pflegerischer Interventionen erlaubte und gleichzeitig die Anforderungen der Bezugspflege berücksichtigte. Dabei wurde sowohl die personelle Situation (vorhandene VZÄ je Qualifikationsniveau) als auch die fachlich begründete SOLL-Verteilung pflegerischer Interventionen nach dem QMM berücksichtigt.

Zielgruppe

Die Schulung richtete sich, wie der Workshop zur IST-Analyse, an Mitarbeitende der Interventionseinrichtungen mit fundierter Kenntnis hinsichtlich der Abläufe im Fokuswohnbereich sowie der Bedarfe und Bedürfnisse der Bewohnenden. Dabei wurden explizit Pflegekräfte aller Qualifikationsniveaus mit einbezogen. Diese Zusammensetzung der Teilnehmenden trug dazu bei, die fachliche Perspektive und die organisationalen Rahmenbedingungen bestmöglich in Einklang zu bringen.

Inhalt der Maßnahme

Die Grundlage des Workshops zur SOLL-Planung der Arbeitsablauforganisation bildete die im Vorfeld vollständig erarbeitete IST-Darstellung. Der Workshop begann mit einem Rückblick auf die bisherigen Arbeitsergebnisse. Anschließend wurde die IST-Darstellung gemeinsam mit den anwesenden Pflegekräften kritisch reflektiert, auf mögliche Lücken geprüft und bei Bedarf ergänzt.

Anschließend wurde die Komplexität der Pflegesituation der einzelnen Bewohnenden ermittelt. Die gewählte Herangehensweise variierte je nach eingesetzter Softwarelösung in den Einrichtungen. Während einige Einrichtungen die Komplexität direkt in ihren vorhandenen Systemen bestimmten und daraus die SOLL-Qualifikationsniveaus ableiteten, nutzte der Großteil der Modelleinrichtungen die von der Universität Bremen bereitgestellte digitale Arbeitshilfe zur Komplexitätszuordnung. Auf Basis der händisch oder via Export/Import eingepflegten BI-Werte konnte mithilfe dieser Arbeitshilfe die Komplexität der Pflegesituation der Bewohnenden ermittelt werden. Durch die Verknüpfung der Komplexitätsgradermittlung mit den Interventionskatalogen der Einrichtungen ließ sich für jede pflegerische Maßnahme bei jeder Bewohnerin und jedem Bewohner ein individuelles SOLL-Qualifikationsniveau ableiten und gezielt in die Pflegeplanung integrieren.

In der IST-Darstellung wurden die entsprechenden SOLL-Qualifikationsniveaus mithilfe farblicher Markierungen gekennzeichnet. Dabei wurde jedem Qualifikationsniveau eine feste Farbe zugeordnet. Zudem wurde geprüft, ob die im ersten Workshop erfasste personelle IST-Besetzung pro Qualifikationsniveau dem vereinbarten SOLL mit Blick auf eine nettobasierte Personalberechnung entsprach. Auf Grundlage des tatsächlich zur Verfügung stehenden Personals wurde anschließend

anhand der farblichen Markierungen der IST-Darstellung entsprechende Verschiebungen der erfassten Interventionen vorgenommen, bis eine größtmögliche Passung zwischen SOLL-Qualifikationsniveau und durchführendem Qualifikationsniveau erzielt wurden. So wurden sukzessive SOLL-qualifikationshomogene Arbeitsabläufe oder Touren erstellt, die zusammengefasst als Set von Touren alle erforderlichen Interventionen des ganzen Wohnbereichs enthielten. Für den Umstellungsprozesses galten dabei die Bewohnendenorientierung sowie die Qualifikationspassung als Zielwerte. Für die praktische Umsetzung wurde dabei betont, dass interventionsbezogen eine möglichst häufige Passung zwischen SOLL-Qualifikationsniveau und durchführendem Qualifikationsniveau angestrebt wird, dass aber eine vollständige Übereinstimmung organisatorisch nicht möglich ist. Dies begründet sich in einem Zusammenspiel von den Anforderungen einer person-zentrierten Pflege und den rechtlichen und persönlichen Rahmenbedingungen, die bei der Planung des Arbeitseinsatzes zwingend zu beachten sind. So verlangt die Umsetzung person-zentrierter Pflege, auch regelmäßig im Sinne der Bewohnenden von Qualifikationsvorgaben abzuweichen, beispielsweise um größere Handlungszusammenhänge in der Pflege zu realisieren. Gleichzeitig können Dienstpläne nicht durchgehend so ausgearbeitet werden, dass die qualifikationsbezogenen Einsatzzeiten optimal mit den Arbeitsanforderungen korrespondieren. So kann beispielsweise nur eine begrenzte Orientierung an pflegerischen Stoßzeiten erfolgen, da dies zu einer umfassenden Zergliederung der Dienstzeiten in Blöcke von lediglich 2 oder 3 Stunden ergeben würde. Somit wird, auch wenn über den Tag verteilt eine präzise Steuerung der eingesetzten Arbeitszeiten pro Qualifikationsniveau erfolgen kann, nicht zu jedem Zeitpunkt des Tages auch genau diese Arbeitszeitmenge qualifikationspassend eingesetzt werden, wodurch die mögliche Qualifikationspassung reduziert wird.

In Zusammenarbeit mit den teilnehmenden Pflegekräften wurden gezielt Interventionen identifiziert, an denen Abweichungen von der Qualifikationspassung fachlich begründet und notwendig erschienen. In der Regel wurde dabei eine überqualifizierte Erbringung gegenüber der unterqualifizierten bevorzugt. Ergänzend wurden in den Touren Pufferzeiten für Bedarfsinterventionen eingeplant, um flexibel auf sich ändernde Bedarfe und Bedürfnisse der Bewohnenden reagieren zu können.

Diese erste SOLL-Planung stellte auch die Grundlage für die Erarbeitung weiterer Szenarien für andere und abweichende Personalbesetzungen dar. In Eigenarbeit und gleichzeitig engem Austausch mit den Beratenden erarbeiteten die Einrichtungen dafür weitere Touren, die ihnen beispielsweise in Wochenenddiensten oder im Falle eines krankheitsbedingtes Ausfalls Orientierung boten und die Umsetzung der KubA sicherstellen sollten.

Ablauf der Einführung

Die Erarbeitung der SOLL-Planung erfolgte zwei bis drei Wochen nach der IST-Analyse der Arbeitsabläufe mit einem Tagesworkshop in den Einrichtungen. Nach einem Rückblick und einer Reflexion des Erarbeitungsprozesses der IST-Darstellung wurde den Teilnehmenden durch die Beratenden der contec noch einmal der Grundgedanke der nun zu berücksichtigenden Planungsgrundsätze wie etwa das QMM oder die Bewohnendenorientierung in Erinnerung gerufen sowie final erfragt, ob alle notwendigen vorbereitenden Schritte innerhalb der jeweiligen Einrichtung erfolgreich abgeschlossen wurden.

Begleitmaterialien

Nach den Workshops wurden Fotoprotokolle angefertigt, die den Einrichtungen zur Verfügung gestellt wurden.

Verantwortlichkeiten

Die Planung und Durchführung der Veranstaltung oblag den Beratenden der contec GmbH. Sie koordinierten in Rücksprache mit den Ansprechpersonen aus der Einrichtung die Terminfindung, übernahmen Vorbereitung und Umsetzung sowie die anschließende Protokollierung der Termine.

Hemmende und fördernde Faktoren (Hürden in Umsetzung/Verstehen)

Die SOLL-Planung stellte für viele Einrichtungen die anspruchsvollste Phase im Projektverlauf dar. Insbesondere das Denken unabhängig von bekannten Strukturen – also die Entwicklung idealtypischer Abläufe ohne Rückgriff auf bestehende Routinen und bekannte Standardbesetzungen – fiel den Beteiligten häufig schwer. Immer wieder erfolgte ein unbewusster Rückbezug auf die Limitationen des gewohnten Arbeitsalltags, wodurch die notwendige Reflexion bestehender Prozesse erschwert wurde. Zudem erwies sich die Erarbeitung der SOLL-Strukturen als zeitaufwendig, da sie ein hohes Maß an Differenzierungsleistung und Abstraktion erforderte. Die Planung erwies sich insgesamt als komplex, da eine Vielzahl an Faktoren zu berücksichtigen war – darunter der Abgleich mit den Qualifikationsniveaus, die Berücksichtigung des Komplexitäts- und Pflegegrads der Bewohnenden sowie die Anwendung von zum Teil neuen Interventionskatalogen.

Positiv hervorzuheben ist der systematische Einbezug aller QN in die Planung sowie die Beteiligung des gesamten Teams im Rahmen strukturierter Feedbackprozesse zu den entwickelten Touren. Durch diesen partizipativen Ansatz konnte die Akzeptanz erhöht werden und die Anschlussfähigkeit an den Arbeitsalltag gesichert werden. Die eingesetzte Methode – insbesondere der haptische Zugang über analoge Planungsmedien – unterstützte das gemeinsame Verständnis und förderte die Zusammenarbeit im Team. In einigen Einrichtungen zeigte sich jedoch, dass die zunächst sehr eng gesetzte und spezifisch definierte Zeitstruktur der Touren einer Anpassung bedurfte, weshalb in der Folge verstärkt mit Zeitkorridoren gearbeitet wurde.

Iterative Anpassung und Schlussfolgerung

Im Verlauf des Projektes wurden keine Anpassungen vorgenommen.

Empfehlungen

Im Rahmen der SOLL-Planung sollten gezielte Fragen zur Reflexion aufgegriffen werden, um die Teilnehmenden dazu anzuregen, bestehende Routinen zu hinterfragen und neue Gestaltungsspielräume zu erschließen. Dabei kann insbesondere der Gedanke der Iteration und der späteren Möglichkeit für Anpassungen Betonung finden, um eine offene Haltung gegenüber Ideen und Veränderungen zu fördern. Um die Wirksamkeit des Workshops zu erhöhen, wird zudem empfohlen, relevantes Grundlagenwissen – beispielsweise zu Qualifikationsniveaus, Interventionskatalogen oder Pflegegraden – vorab aufzufrischen, sodass alle Beteiligten mit einem gemeinsamen Verständnis in die Planungsarbeit starten können.

Die Erarbeitung der SOLL-Strukturen erfolgt methodisch bestenfalls gestützt durch haptische Materialien, die eine visuelle und zugleich interaktive Auseinandersetzung mit den Inhalten ermöglichen. Diese Vorgehensweise erleichtert nicht nur den Zugang zu komplexen Zusammenhängen, sondern fördert zugleich die Zusammenarbeit und Verständigung im Team. Die entwickelten Touren und Abläufe müssen abschließend visuell verständlich und ansprechend aufbereitet werden, um Transparenz zu schaffen und die spätere Umsetzung zu erleichtern. Die Überführung der Ergebnisse in die Praxis sollte möglichst zeitnah nach dem Workshop erfolgen, um das erarbeitete Wissen unmittelbar wirksam werden zu lassen und die Selbstwirksamkeitsgefühl der Teams zu stärken.

3.3.3.5 Workshop zur Dienstplanung

Der Workshop diente der Auseinandersetzung mit den neuen Anforderungen, die aus der KubA für eine bedarfs- und qualifikationsgerechte Dienstplanung entstanden. Im Zentrum stand die Reflexion des bestehenden Dienstplanungsprozesses sowie die Erarbeitung von möglichen konzeptionellen und praktischen Ansätzen zur Anpassung der Dienstpläne an die Anforderungen der KubAK.

Zielsetzung

Ziel des Workshops war eine angeleitete Reflexion bestehender Dienstplanungsprozesse, um Optimierungspotenziale im Hinblick auf eine qualifikations- und kompetenzadäquate Aufgabenverteilung zu identifizieren. Die Grundlage bildeten dabei die einrichtungsindividuellen personellen Ressourcen und die strukturellen Voraussetzungen.

Zielgruppe

Die Zielgruppe umfasste Mitarbeitende der Interventionseinrichtungen mit Verantwortung für die Dienstplangestaltung, insbesondere Wohnbereichsleitungen (WBL) und Pflegedienstleitungen (PDL).

Inhalt der Maßnahme

Der Workshop gliederte sich in vier Teile: Einstieg und Erwartungskklärung, Analyse der aktuellen Dienstplanung, Input zu relevanten Begriffsdefinitionen, Regelwerken und zu neuen Anforderungen an Software und Planungsverantwortliche sowie eine vertiefende Arbeitsphase zur Entwicklung einer ersten Überarbeitung der bestehenden Prozesse. In der praktischen Anwendung wurden Wochenendgruppen und Tandems visualisiert, Zeitstrahlen erstellt und arbeitsintensive Phasen im Tagesablauf identifiziert. Aufbauend darauf erfolgte eine Soll-Abbildung im Sinne eines Abgleichs zwischen personellem Angebot und zeitlich geordnetem pflegerischem Bedarf, einschließlich der Überprüfung zur Anpassung bestehender Dienstzeiten und des daraus resultierenden

Personaleinsatzes. Den Abschluss bildeten eine Feedbackrunde und die Vereinbarung von Umsetzungsschritten.

Ablauf der Einführung

Der Workshop zur Dienstplanung fand als eintägige Veranstaltung zwei bis vier Wochen nach dem ersten Workshop zur SOLL-Planung jeweils in den Interventionseinrichtungen statt. Die Terminierung erfolgte individuell in Rücksprache zwischen den Beratenden der contec GmbH und den Ansprechpersonen in den Einrichtungen.

Begleitmaterialien

Zu diesem Workshop wurden neben der verwendeten Präsentation keine weiteren Begleitmaterialien zur Verfügung gestellt.

Verantwortlichkeiten

Die Verantwortung für diesen Workshop lag bei den Beratenden der contec GmbH. Die Durchführung des Workshops erfolgte in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden der HSB. So konnte sichergestellt werden, dass auch die Aspekte zur Bezugspflege im Rahmen der Dienstplangestaltung adressiert werden konnten.

Hemmende und fördernde Faktoren

Didaktisch war der Workshop primär als Vortragsformat konzipiert. In diesem Kontext wurde der Workshop vor allem als fachliche Ergänzung und als Impuls zur individuellen Weiterentwicklung bestehender Dienstplanlogiken wahrgenommen.

Der Workshop zur Dienstplanung wurde insgesamt zurückhaltend rezipiert, da eine Umstellung der bestehenden Dienstpläne in den Einrichtungen grundsätzlich als zu aufwendig und folgenreich bewertet wurde. Insbesondere wurde seitens der Einrichtungen darauf verwiesen, dass Änderungen im Dienstplan unmittelbare Auswirkungen auf alle Wohnbereiche hätten und somit ein erhöhter Koordinations- und Kommunikationsaufwand entstünde und gegebenenfalls lange Verhandlungsprozesse mit den Mitarbeitendenvertretungen erforderlich seien. Die Umstellungen der Dienstplanungen erschien den meisten Teilnehmenden im Rahmen des Modellprojekts mit einem zeitlich begrenzten Rahmen nicht gerechtfertigt oder generell als unmöglich.

Bestehende Strukturen konnten in dem Workshop daher zwar kritisch reflektiert werden und die Darstellung sowie Organisation der Dienstpläne teilweise neugeordnet werden. Letzteres wurde aber vor allem von jenen Einrichtungen wahrgenommen, die ohnehin aufgrund bestehender Dienstplanprobleme bereits mit Optimierungsvorhaben befasst waren und entsprach keiner direkten Reaktion auf die veränderten Anforderungen durch die KubA.

Iterative Anpassung und Schlussfolgerung

Im Verlauf des Projektes wurden keine inhaltlichen Anpassungen vorgenommen. Jedoch wurde die zeitliche Verortung des Workshops angepasst, wodurch die Inhalte schon stärker begleitend zur SOLL-Planerstellung genutzt werden konnten.

Empfehlungen

Anpassungen der Dienstplanung sollten sinnvollerweise direkt mit der SOLL-Planung erfolgen, denn erst durch eine konsolidierte Planung zukünftiger Abläufe und des damit verbundenen Personalbedarfs wird eine routinierte Umsetzung der KubA möglich. So wird sichergestellt, dass dienstplanerische Veränderungen nicht isoliert vorgenommen werden, sondern gezielt die Umsetzung der qualifikations- und kompetenzorientierten Personaleinsatzplanung ermöglichen.

Vor diesem Hintergrund erwies sich der feste Dienstplan-Workshop als nur gering wirksam. Stattdessen wurde eine punktuelle, bedarfsorientierte Auseinandersetzung mit dienstplanerischen Fragen parallel zur Erstellung der SOLL-Planung als zielführender eingeschätzt.

3.3.3.6 Vorbereitung und Begleitung der Pilotwochen

In Vorbereitung auf die praktische Erprobung der KubA wurde in mehreren individuell vereinbarten digitalen Terminen gemeinsam mit den Teilnehmenden der vorangegangenen Workshops zur Arbeitsorganisation sichergestellt, dass alle Touren vollständig vorlagen und der resultierende Personaleinsatz mit dem aktuellen Case-Mix der Fokuswohnbereiche zu realisieren war. Zudem wurden Abläufe und Zuständigkeiten für den Auftakt der Erprobung abgestimmt.

Zielsetzung

Durch eine gemeinsame Planung sollte eine reibungslose Erprobung der KubA sichergestellt werden. Dies wurde dadurch forciert, dass die Beratenden der contec GmbH gemeinsam mit verantwortlichen Schlüsselpersonen die erstellten Planungen noch einmal abschließend überprüft und Abläufe für die Erprobung der KubA festgelegt haben. Dazu zählten beispielsweise Festlegungen dazu, wer für die tägliche Anpassung der Touren verantwortlich war, wie nach jeder Schicht Feedback von den Mitarbeitenden eingeholt wurde und wie neue Bewohnenden in die Touren eingeplant wurden.

Zielgruppe

Die Vorbereitung der Pilotwochen oblag denjenigen Personen in den Modelleinrichtungen, die später auch die Arbeitsabläufe konkret planen und monitoren sollten. Zumeist waren dies Pflegedienst- und Wohnbereichsleitung des Fokuswohnbereichs. In einigen Fällen kamen die Einrichtungsleitung und/oder eine externe Projektleitung sowie Qualitätsmanagementbeauftragte hinzu.

Inhalt der Maßnahme

Die regelmäßig stattfindenden digitalen Austauschterminen wurde zur Planung und Vorbereitung der Pilotwochen genutzt. Dabei wurde thematisiert, wie die Mitarbeitenden des Fokuswohnbereichs auf die Pilotwochen vorbereitet werden konnten, wie der Kick-off der Pilotwochen gestaltet werden sollte und welche Personen für die laufende Aktualisierung der Touren verantwortlich sein würde.

Über die Pilotwochen hinweg bestand anfangs ein täglicher, später ein wöchentlicher oder zweiwöchentlicher digitaler Kontakt zwischen Verantwortlichen der jeweiligen Einrichtung und dem Projektteam. Im Rahmen dieser Austausche wurden jeweils die Erfahrungen der laufenden Pilotwochen reflektiert, die aktuelle Umsetzung der KubA bewertet und individuell der Umgang mit aufkommenden Herausforderungen abgestimmt.

Ablauf der Einführung

Die Pilotwochen dauerten zwischen 6 und 8 Wochen und fanden überwiegend im zweiten Quartal 2024 statt.

Begleitmaterialien

Es wurden keine spezifischen Begleitmaterialien zur Verfügung gestellt.

Verantwortlichkeiten

Die Verantwortung für die Begleitung lag bei den Beratenden der contec GmbH. Die Durchführung erfolgte in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden der Universität Bremen und HSB.

Hemmende und fördernde Faktoren

Die Pilotphase war insbesondere zu Beginn durch eine hohe Dynamik und fortlaufende Anpassungen der zu erprobenden Arbeitsabläufe gekennzeichnet. In der praktischen Erprobung zeigte sich, dass die ex ante konzipierten SOLL-Touren in vielen Fällen bereits eine gute Grundlage für den Pflegealltag darstellten, dass jedoch fortlaufende Überarbeitung notwendig war, um tagesaktuell der Versorgungssituation sowie den personellen Rahmenbedingungen vor Ort gerecht zu werden.

Die vorab festgelegten Verantwortlichkeiten und eine Vertrautheit mit dem Erarbeitungsprozess erwiesen sich hier als positiv. Zudem stellte der enge Austausch mit den Beratenden eine gute Reflexionsmöglichkeit dar und vermittelte den verantwortlichen Personen in den Einrichtungen Sicherheit. Die hohe Kontaktdichte ermöglichte nicht nur eine zeitnahe fachliche Rückkopplung, sondern auch eine bedarfsgerechte Anpassung der Beratungsformate hinsichtlich Frequenz und Kommunikationswegen in Abhängigkeit von der Situation in den jeweiligen Einrichtungen. Durch ein regelmäßiges Monitoring der QN-Passung konnten Anpassungsbedarfe der Touren fortlaufend empirisch identifiziert und Abweichungen rückblickend diskutiert werden.

Iterative Anpassung und Schlussfolgerung

In der Art und Weise der Begleitung während der Pilotphase gab es keine Anpassungen. Jedoch wurde aufgrund der individuellen Situation in einigen Einrichtungen die Kontakthäufigkeit und -form verändert, um den akuten Bedarfen durch einen weiteren Einrichtungsbesuch oder zusätzliche digitale Austauschtermine zu entsprechen.

Empfehlungen

Es empfiehlt sich, die Terminierung der Pilotzeit mit Bedacht zu wählen, um die Implementation nicht durch Urlaubszeit oder Krankheitswelle zu erschweren. Durch die Verfügbarkeit von Checklisten kann die Planung und der Ablauf von Pilotwochen für Einrichtungen besser strukturiert werden.

3.3.3.7 Begleitung der Nachhaltigkeitsphase

Diese Phase diene insbesondere der Reflexion der bisherigen Entwicklungen, der Überprüfung von Verstetigungsprozessen sowie der weiteren fachlichen Unterstützung bei der Integration der Projektinhalte in den Regelbetrieb.

Zielsetzung

Das Ziel der Nachhaltigkeitsphase bestand darin, die im Projektverlauf entwickelten und in der Pilotphase implementierten und veränderten Strukturen und Prozesse in einen dauerhaften Regelbetrieb zu überführen. Diese Phase diente also der systematischen Verfestigung der neuen Arbeitsweisen sowie der Befähigung der Einrichtungen, angestoßene Veränderungen fortzuführen. Gleichzeitig sollten die Einrichtungen in dieser Phase anhand des Vorgehens auf den Pilotbereichen die eigenständige Übertragung der neuen Arbeitsabläufe auf die verbleibenden Wohnbereiche beginnen.

Zielgruppe

Die im Rahmen der Nachhaltigkeitsphase stattfindenden Austauschtermine richteten sich an die Leitungskräfte der Einrichtungen sowie ggf. an die projektverantwortliche Person in der jeweiligen Einrichtung.

Inhalt der Maßnahme

Die Begleitung der Nachhaltigkeitsphase umfasste regelmäßige, digital durchgeführte Austauschformate zwischen dem Projektteam und den Leitungskräften der Einrichtungen. Diese dienten der Reflexion bisheriger Umsetzungsschritte, der Identifikation von Herausforderungen sowie dem Austausch über Gelingensbedingungen für die Verstetigung der entwickelten Strukturen und Prozesse. Im Rahmen der Termine wurden individuelle Fragestellungen aufgegriffen, Umsetzungserfahrungen diskutiert und praxisnahe Hinweise zur weiteren Integration der Projekteinhalte in den Regelbetrieb gegeben. Darüber hinaus wurde mithilfe eines Monitorings der Qualifikationspassung der Stand der KubA in den Einrichtungen erfasst und gemeinsam reflektiert. Hierbei stand die Sicherung der langfristigen Nachhaltigkeit der im Projektverlauf angestoßenen Veränderungen im Vordergrund.

Ablauf der Einführung

Nach Beendigung der Pilotwochen erfolgten bis zum Beginn der Beschattungen noch mindestens monatliche digitale Austauschtermine, in denen das Projektteam von Verantwortlichen der Einrichtung über den Verlauf der Veränderungen sowie zum Stand der Ausweitung informiert wurde und beratend für Rückfragen zur Verfügung stand.

Begleitmaterialien

Es wurden keine spezifischen Begleitmaterialien zur Verfügung gestellt.

Verantwortlichkeiten

Die Verantwortung für die Begleitung lag bei den Beratenden der contec GmbH. Die Durchführung erfolgte in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden der Universität Bremen und HSB.

Hemmende und fördernde Faktoren

Die Fortführung eines regelmäßigen Austauschs mit den Einrichtungen in größer werdenden Abständen erwies sich als guter Ankerpunkt für die Festigung implementierter Prozesse auf dem Weg in die Routine. Die Kontinuität der Begleitung wurde von den Einrichtungen überwiegend positiv bewertet, da sie Verlässlichkeit vermittelte und Raum für individuelle Fragestellungen bot.

Die im Rahmen des Modellprojekts erbrachten Arbeitsaufwände in den Einrichtungen wurden von einigen Beteiligten als außerordentlich umfangreich bewertet, was die Bereitschaft zur Weiterführung oder Ausweitung der entwickelten Maßnahmen teilweise einschränkte. Die über zwölf Monate hinweg erforderliche hohe Agilität und Flexibilität führte bei zu einer starken Projektmüdigkeit. Diese äußerte sich unter anderem in einer verringerten Beteiligungsintensität und einem begrenzten Engagement bei der Überführung der Ergebnisse in dauerhafte Strukturen.

Ein weiterer limitierender Faktor war der Mangel an personellen Ressourcen für die konsequente Anwendung des QMM sowie die nachhaltige Umsetzung der KubA. So waren während des Projekts in vielen Einrichtungen Mitarbeitende temporär aus anderen Wohnbereichen abgezogen worden, um eine adäquate Projektbeteiligung zu ermöglichen. Nach Abschluss Projektes standen diese Ressourcen dann jedoch nicht mehr zur Verfügung, sodass die dauerhafte Umsetzung der entwickelten Konzepte unter Alltagsbedingungen erschwert war. In der Folge konnten zentrale Elemente der KubA nicht in dem Maße fortgeführt bzw. ausgeweitet werden, wie es aus konzeptioneller Sicht notwendig gewesen wäre.

Iterative Anpassungen

Im Verlauf des Projektes wurden keine Anpassungen vorgenommen.

Empfehlungen

Es empfiehlt es sich, bereits frühzeitig Schulungs- und Qualifizierungsbedarfe auf struktureller wie individueller Ebene systematisch zu identifizieren und gezielt zu verfolgen. Nur eine vorausschauende Personalentwicklung stellt sicher, dass die im Modellprojekt entwickelten Konzepte praktisch umgesetzt werden können.

Zugleich stellt eine KubA selbst dann einen relevanten Mehrwert dar, wenn ihre Umsetzung aufgrund struktureller oder personeller Einschränkungen zunächst nur in reduzierter oder modifizierter Form gelingt. Dieser Umstand sollte kommunikativ stärker vermittelt werden und betont werden, dass die zur Umsetzung benötigten Zeiträume auch von den personellen Ressourcen der Einrichtungen abhängig gemacht werden sollte. Bewusst geplante Arbeitsabläufe, orientiert an vorhandenen Qualifikationen stellen ein deutliches Fortschrittsmoment gegenüber dem meist vorherrschenden Status quo dar, weshalb es sich in jedem Fall lohnt, entsprechende Prozesse anzustoßen.

3.3.3.8 Reflexionsworkshops

Dieser Workshop diente der systematischen Rückschau auf den bisherigen Verlauf der Projektumsetzung. Im Mittelpunkt stand die Reflexion verschiedener Inhalte der Vorbereitungsphase (Workshops u. a. zu den Grundlagen von Veränderungsmanagement, Personalentwicklungsgespräche oder Tourenplanung) sowie der Pilotwochen. Der Workshop ermöglichte es den Teilnehmenden, Erfahrungen aus verschiedenen Projektetappen zu teilen, den Transfer in die Nachhaltigkeitsphase zu reflektieren und Empfehlungen für zukünftige Implementationen zu formulieren. Die methodische Gestaltung war dialogorientiert und umfasste sowohl individuelle Reflexionen als auch Gruppen- und Plenumsphasen.

Zielsetzung

Ziel des Workshops war es, den Projektverlauf aus Sicht der beteiligten Mitarbeitenden der Fokuswohnbereiche strukturiert aufzuarbeiten, zentrale Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Prozesse zu identifizieren und Ansätze für die Verfestigung der Maßnahmen im Arbeitsalltag zu erarbeiten. Dabei sollten nicht nur förderliche und hinderliche Faktoren systematisch erfasst, sondern auch konkrete Anpassungsbedarfe sowie nachhaltige Erfolgsfaktoren für eine wirksame Umsetzung von PeBeM in der Praxis herausgearbeitet werden. Die gemeinsame Reflexion sollte zudem als Grundlage für organisationsinterne Lernprozesse dienen.

Zielgruppe

Die Teilnehmenden umfassten Mitglieder der Steuerungsgruppe sowie ein bis zwei Mitarbeitende des Fokuswohnbereichs mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus. Diese Zusammensetzung sollte sicherstellen, dass sowohl die strategische als auch die operative Perspektive in die Reflexion einfließen konnte. Die Teilnehmenden verfügten über umfassende Erfahrungen in der Projektumsetzung und waren während der Projektarbeiten in die verschiedenen Teilmaßnahmen – wie Schulungen, Erprobungsphasen und Tourenplanungsprozesse – aktiv eingebunden.

Inhalt der Maßnahme

Der Workshop gliederte sich in fünf Arbeitsphasen. Nach einer Einstiegsrunde und der gemeinsamen Visualisierung des bisherigen Projektverlaufs wurde in der ersten Arbeitsphase die Vorbereitungszeit und die einzelnen Workshops inhaltlich evaluiert. Die zweite Phase widmete sich der Reflexion der KubA-Workshops und der Pilotwochen. Anschließend wurden in einer dritten Phase die Herausforderungen und Bewältigungsstrategien entlang des Projektverlaufs analysiert. Die vierte Arbeitsphase fokussierte sich auf die Nachhaltigkeitsphase, in der Veränderungen, Chancen und Änderungswünsche thematisiert wurden. Der Workshop schloss einer Feedbackrunde und einem Ausblick auf die weitere Zusammenarbeit.

Ablauf der Einführung

Die Reflexionsworkshops wurden im 4. Quartal 2024 als ganztägige Präsenzworkshops in den Interventionseinrichtungen durchgeführt. Die Terminierung erfolgte individuell und in Rücksprache mit den Verantwortlichen aus den Einrichtungen.

Begleitmaterialien

Die Ergebnisse des Workshops wurden den Einrichtungen im Nachgang jeweils als Fotoprotokoll zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus gab es kein weiteres Begleitmaterial.

Verantwortlichkeiten

Der Reflexionsworkshop wurde durch Mitarbeitende der contec GmbH geplant und durchgeführt.

Hemmende und fördernde Faktoren

Besonders förderlich wirkte sich aus, dass die Workshops in ihrer methodischen Gestaltung alltagsnah konzipiert waren und somit auch von Mitarbeitenden mit geringer Projekterfahrung oder begrenzter zeitlicher Verfügbarkeit gut angenommen werden konnten.

Als besonders hilfreich wurden sie im Hinblick auf zwei Zielrichtungen eingeschätzt: Erstens boten sie dem Projektteam wesentliche Impulse für die zielgerichtete Entwicklung der Implementationsstrategie. Zweitens stellten sie für die beteiligten Mitarbeitenden einen wertvollen Abschluss des Projektgeschehens dar, in dem individuelle Beiträge und kollektive Entwicklungen gleichermaßen gewürdigt und bilanziert werden konnten.

Gleichzeitig zeigte sich auch ein hemmender Faktor in der zeitlichen Ausgestaltung des Gesamtprojekts: Aufgrund des Aufbaus lag zwischen den initialen Maßnahmen und der Reflexion im Rahmen der Nachhaltigkeitsphase ein Zeitraum von etwa fünf bis sechs Quartalen. Dies erschwerte in einigen Fällen die retrospektive Einordnung der Erfahrungen, da spezifische Details nicht mehr erinnert werden konnten.

Iterative Anpassung und Schlussfolgerung

Im Verlauf des Projektes wurden keine Anpassungen vorgenommen.

Empfehlungen

Es empfiehlt sich, Vorbereitung und Umsetzung zeitlich enger miteinander zu verzahnen. Eine geringere Zeitspanne zwischen den vorbereitenden Projektmaßnahmen und der anschließenden Umsetzung und Reflexion würde es den Teilnehmenden ermöglichen, ihre Erfahrungen präziser, kontextnäher und mit größerer inhaltlicher Tiefe einzubringen. Dadurch hätten sowohl Erkenntnisse als auch Handlungsbedarfe differenzierter herausgearbeitet und unmittelbar für Transfer- oder Verstetigungsprozesse nutzbar gemacht werden können. Eine engere Taktung unterstützt zudem die Kontinuität im Projektgeschehen, stärkt die persönliche Anschlussfähigkeit der Teilnehmenden und fördert die Wirksamkeit reflexiver Formate im Sinne einer lernenden Organisation.

3.3.4 Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit

Zur Förderung der Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit wurden drei Workshops durchgeführt, die nachfolgend beschrieben werden. Abschnitt 3.3.4.1 beschreibt den Workshop zu Grundlagen des Change-Managements, Abschnitt 3.3.4.2 den Workshop zur Kommunikation in Change-Prozessen und Abschnitt 3.3.4.3 widmet sich einem Workshop zu den bestehenden Organisationseinheiten und Veränderungsmöglichkeiten.

3.3.4.1 Workshop zu Grundlagen des Change-Managements

Der Workshop diente als methodischer Einstieg in die systematische Begleitung und Steuerung von Veränderungsprozessen allgemein und spezifisch zur Einführung der KubA. Eine Kombination aus theoretischem Input mit praxisbezogenen Reflexionsphasen zielte darauf ab, das Verständnis der Teilnehmenden für dynamische Veränderungsprozesse zu stärken sowie Rollen, Herausforderungen und Erfolgsfaktoren gelingenden Change-Managements zu vermitteln.

Zielsetzung

Ziel des Workshops war es, die Mitglieder der Steuerungsgruppe für die zentralen Prinzipien und Anforderungen des Change-Managements zu sensibilisieren und sie in ihrer Funktion als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie als Organisationsgestaltende zu stärken. Im Fokus stand die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses für die Notwendigkeit und Tragweite der

bevorstehenden Veränderungsprozesse, die Förderung der Veränderungsbereitschaft sowie die Fähigkeit, emotionale Reaktionen im Veränderungsgeschehen professionell zu begleiten. Zudem sollte ein Fundament für ein strukturiertes und partizipatives Veränderungsmanagement gelegt werden.

Zielgruppe

Die Zielgruppe des Workshops war die gesamte Steuerungsgruppen. Diese umfasste in der Regel vier bis acht Personen, darunter Leitungskräfte sowie Mitarbeitende mit strategischer und operativer Verantwortung für die Umsetzung der Projektziele. Die Teilnehmenden verfügten über vertiefte Kenntnisse der organisationsspezifischen Abläufe und sollten innerhalb ihrer Einrichtungen den Transformationsprozess proaktiv mitgestalten.

Inhalt der Maßnahme

Der Workshop folgte einem mehrphasigen Ablauf mit gezielten Aktivierungs- und Reflexionseinheiten. Nach einem Warm-up erfolgte eine Bestandsaufnahme zum bisherigen Umgang mit Veränderungsprozessen sowie eine individuelle Positionsbestimmung. Darauf aufbauend wurde theoretisches Wissen zum Change-Management vermittelt – u. a. zu Erfolgsfaktoren, Widerstandsdynamiken und kommunikativen Anforderungen. Darüber hinaus analysierten die Teilnehmenden Rollen und Verantwortlichkeiten (z. B. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Organisationsgestaltende) und reflektierten ihre eigene Rolle im Veränderungsgeschehen. Abschließend wurden Sorgen und Befürchtungen adressiert, offene Fragen diskutiert und nächste Umsetzungsschritte vereinbart.

Ablauf der Einführung

Die Workshops zum Change-Management wurden mit dem Kick-off der Steuerungsgruppe kombiniert und wurden im dritten und vierten Quartal 2023 als jeweils eintägige Workshops in den beteiligten Einrichtungen durchgeführt. Teilnehmend waren sämtliche Mitglieder der jeweils einrichtungsspezifisch zusammengesetzten Steuerungsgruppe (4 bis 8 Personen).

Begleitmaterialien

Zu diesem Workshop wurden neben der verwendeten Präsentation auch ein Fotoprotokoll zur Verfügung gestellt.

Verantwortlichkeiten

Die Planung und Durchführung der Veranstaltung oblag den Beratenden der contec GmbH. Sie koordinierten in Rücksprache mit den Ansprechpersonen aus der Einrichtung die Terminfindung, übernahmen Vorbereitung und Umsetzung sowie die anschließende Protokollierung des Termins.

Hemmende und fördernde Faktoren

Während die vermittelten Konzepte und Modelle von Veränderungsprozessen als inhaltlich fundiert und nachvollziehbar wahrgenommen wurden, fiel es den Teilnehmenden stellenweise schwer, diese auf ihre konkreten Praxissituationen zu übertragen.

Gleichzeitig wurde von den Teilnehmenden zurückgemeldet, dass viele der behandelten Inhalte ihnen bereits aus früheren Fort- oder Weiterbildungen bekannt waren. Dennoch wurde die

Wiederholung nicht als redundant, sondern als wertvolle Auffrischung des eigenen Wissensstandes wahrgenommen. Insbesondere vor dem Hintergrund der vielfältigen Anforderungen im Projektverlauf bot der Workshop eine strukturierende Orientierung und schuf ein gemeinsames Verständnis für zentrale Aspekte des Veränderungsmanagements. Dieser Effekt wurde von den Teilnehmenden als förderlich für die Reflexion der eigenen Rolle und für die zukünftige Gestaltung interner Veränderungsprozesse gewertet.

Iterative Anpassung und Schlussfolgerung

Im Verlauf des Projektes wurden keine Anpassungen vorgenommen.

Empfehlungen

Für die nachhaltige Umsetzung der Inhalte des Workshops zum Change-Management empfiehlt es sich, das vermittelte Wissen konsequent mit praxisnahen Anwendungssituationen zu verknüpfen. Die Erfahrung zeigt, dass das Verständnis zentraler Konzepte und Modelle zwar eine notwendige Grundlage bildet, deren erfolgreiche Umsetzung in der Organisation jedoch gezielte Übung und einen kontinuierlichen Transfer in den beruflichen Alltag erfordert. Das heißt, dass theoretisches Wissen nicht isoliert vermittelt, sondern in konkreten Handlungskontexten zeitnah eingeübt wird, was bei der Planung zukünftiger Vorhaben stärker bedacht werden sollte.

3.3.4.2 Workshop zu Kommunikation im Change

Der Workshop thematisierte die Gestaltung kommunikativer Prozesse im Kontext organisationaler Veränderungsvorhaben mit Blick auf das Modellprojekt. Dabei war die Auseinandersetzung mit dem Konzept agiler Kommunikation als Instrument zur Bewältigung von Unsicherheit, Komplexität und Veränderungsdynamik zentrales Thema. Durch Inputs, Arbeitsphasen und Gruppenarbeiten wurden die Teilnehmenden befähigt, Kommunikationsprioritäten zu identifizieren, eine auf ihre Einrichtung abgestimmte Kommunikationsmatrix zu entwickeln und verbindliche Kommunikationsregeln zu formulieren.

Zielsetzung

Das primäre Ziel des Workshops lag darin, die Kommunikationsstrukturen in den Interventionseinrichtungen im Hinblick auf Transparenz, Wirksamkeit und Beteiligung partizipativ zu analysieren und Anregungen zur Weiterentwicklung zu erarbeiten. Dabei wurde besonderes Augenmerk auf die Kommunikationsbedarfe innerhalb von Veränderungsprozessen gelegt, und es wurden auf dieser Basis praxistaugliche Instrumente zur Steuerung interner Kommunikationswege diskutiert. Darüber hinaus zielte der Workshop darauf ab, ein gemeinsames Verständnis über Werte und Prinzipien gelingender Kommunikation zu erlangen.

Zielgruppe

Der Workshop richtete sich an die Mitglieder der Steuerungsgruppe in den Einrichtungen, die Verantwortung für die Kommunikation von Veränderungen trugen oder daran maßgeblich beteiligt waren. Somit waren sowohl operativ als auch strategisch tätige Personen in diesem Workshop vertreten.

Inhalt der Maßnahme

Nach einer Einführung in das Konzept agiler Kommunikation folgte eine Arbeitsphase zur Identifikation von Kommunikationsadressatinnen und -adressaten, zur Reflexion aktueller Herausforderungen und zur Ableitung individueller Kommunikationsprämissen. Dabei brachten die Teilnehmenden praktische Erfahrungen aus bisherigen Veränderungsprozessen mit und konnten die spezifischen kommunikativen Herausforderungen ihrer Einrichtung aktiv in die Workshop-Arbeit einbringen. In einer weiteren Arbeitsphase wurde mit den Teilnehmenden auf dieser Grundlage eine einrichtungsindividuelle Kommunikationsmatrix entwickelt und durch verbindliche Kommunikationsregeln ergänzt. Die Teilnehmenden nutzten Visualisierungstechniken, Gruppendiskussionen und Clustermethoden, um konsensbasierte Ergebnisse zu erzielen. Der Workshop endete mit einem strukturierten Feedback und der Festlegung konkreter Umsetzungsschritte.

Ablauf der Einführung

Der Workshop zur Kommunikation in der Veränderungsprozessen fand in der Vorbereitungsphase in Q4-2023 statt. Durch eine frühzeitige Platzierung der Inhalte sollte einerseits das Projektteam auf die intensive Projektarbeit vorbereitet und sollten insbesondere Mitarbeitende in Schlüsselpositionen Werkzeug für die Kommunikation mit Mitarbeitenden mitgegeben werden.

Begleitmaterialien

Zu diesem Workshop wurden neben der verwendeten Präsentation auch ein Fotoprotokoll sowie die Vorlage einer Kommunikationsmatrix zur Verfügung gestellt.

Verantwortlichkeiten

Die Planung und Durchführung der Veranstaltung oblag den Beratenden der contec GmbH. Sie koordinierten in Rücksprache mit den Ansprechpersonen aus der Einrichtung die Terminfindung, übernahmen Vorbereitung und Umsetzung sowie die anschließende Protokollierung des Termins.

Hemmende und fördernde Faktoren (Hürden in Umsetzung/Verstehen)

Die Teilnehmenden äußerten, dass ihnen Inhalte des Workshops überwiegend aus vorangegangenen Fort- und Weiterbildungsformaten vertraut waren. Die Wiederholung sei jedoch als Auffrischung des vorhandenen Wissens hilfreich gewesen.

Iterative Anpassung und Schlussfolgerung

Im Verlauf des Projektes wurden keine Anpassungen vorgenommen.

Empfehlungen

Für eine gute Übung und Umsetzung der Workshopinhalte im praktischen Handeln wird empfohlen, die Erprobung unmittelbar nach dem Workshop zu ermöglichen und den Projektaufbau entsprechend zu gestalten. Zudem könnte ein kollegiales Sparring vor Ort hilfreich sein, um beispielsweise nach erfolgten Gesprächen oder Informationsveranstaltungen zielgerichtet Feedback einzuholen.

3.3.4.3 Workshop zu den Organisationseinheiten

Der Workshop *Organisationseinheiten* widmete sich der strukturierten Weiterentwicklung der Aufbauorganisation in den Interventionseinrichtungen. Es wurden bestehende Organisationseinheiten analysiert und diese hinsichtlich ihrer Eignung für die Umsetzung der Kuba sowie die Erarbeitung eines zukunftsgerichteten Organigramms bewertet. Der Workshop verband theoretische Grundlagen mit praktischen Arbeitsphasen, in denen die Teilnehmenden durch Analyse von Erhebungsdaten und strukturierte Diskussion ein auf ihre Einrichtung zugeschnittenes Organigramm entwickelten.

Zielsetzung

Ziel des Workshops war es, die Organisationseinheiten einer Pflegeeinrichtung systematisch zu durchdenken, ihre strukturelle Passung zur geplanten Bezugspflegeorganisation zu evaluieren und Anpassungserfordernisse für eine effektive Personal- und Versorgungssteuerung abzuleiten. Auf Grundlage der Erkenntnisse aus den Erhebungsbögen und der IST-Erhebung sollte ein tragfähiges Organisationsmodell entwickelt werden, das klare Zuständigkeiten, stabile Kommunikationswege und eine transparente Aufgabenverteilung sicherstellt. Dabei stand insbesondere die Implementation der Bezugspflegedandems als tragende Organisationsstruktur im Fokus.

Zielgruppe

Die Zielgruppe des Workshops waren die Steuerungsgruppen in den Einrichtungen – insbesondere Einrichtungsleitungen, Pflegedienstleitungen, Qualitätsbeauftragte sowie Wohnbereichsleitungen.

Inhalt der Maßnahme

In einem einleitenden theoretischen Input wurden zentrale Begriffe und Modelle der Aufbauorganisation sowie das Prinzip der Bezugspflege und der Tandemstruktur vermittelt. Daran anschließend erfolgte eine gemeinsame Analyse der aktuellen Organisationseinheiten mit Berücksichtigung der vorausgegangenen Datenerhebungen. Ausgehend von diesen Daten analysierten die Teilnehmenden die funktionale Zuordnung der Mitarbeitenden und entwickelten auf dieser Grundlage ein organigrammgestütztes Strukturmodell. Die Ergebnisse wurden abschließend hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit im bestehenden Change-Prozess reflektiert.

Ablauf der Einführung

Die Workshops wurden einmalig in Q1-2024 als eintägiger Präsenzworkshop in den Einrichtungen durchgeführt. Die Terminierung erfolgte in Rücksprache mit der Steuerungsgruppe.

Begleitmaterialien

Zu diesem Workshop wurden neben der verwendeten Präsentation auch ein Fotoprotokoll zur Verfügung gestellt.

Verantwortlichkeiten

Die Planung und Durchführung der Veranstaltung oblag den Beratenden der contec GmbH. Sie koordinierten in Rücksprache mit den Ansprechpersonen aus der Einrichtung die Terminfindung, übernahmen Vorbereitung und Umsetzung sowie die anschließende Protokollierung des Termins.

Hemmende und fördernde Faktoren

Diese Möglichkeit zur bewussten Auseinandersetzung mit den eigenen Strukturen wurde von den Beteiligten als förderlich für ein tieferes Verständnis interner Prozesse und existierende Entwicklungsbedarfe wahrgenommen. Insbesondere auf der Ebene des jeweils betrachteten Wohnbereichs konnten Potenziale für Optimierungen identifiziert und erste Impulse für eine gezieltere Aufgaben- und Rollenverteilung ausgearbeitet werden.

Die Tatsache, dass der Workshop auf die Betrachtung gesamtorganisationaler Strukturen ausgerichtet war, die Umsetzung sich jedoch zunächst nur auf einen Wohnbereich fokussierte, stellte zum Teil eine Schwierigkeit dar. Strukturelle Wechselwirkungen zwischen Bereichen oder die Notwendigkeit übergreifender Anpassungen blieben somit weitgehend unberücksichtigt. Darüber hinaus stellte die Komplexität der mit strukturellen Veränderungen verbundenen Prozesse – etwa in Bezug auf Zuständigkeiten, Schnittstellen oder Kommunikationswege – eine weitere Herausforderung dar. Diese Faktoren erschwerten es, konkrete Umsetzungsschritte in die Wege zu leiten und erforderten weiterführende strategische Klärungsprozesse auf Leitungs- bzw. Trägerebene.

Iterative Anpassung und Schlussfolgerung

Im Verlauf des Projektes wurden keine Anpassungen vorgenommen.

Daraus abzuleitende Empfehlungen

In vielen Fällen zeigte sich, dass die Fähigkeit zum aktiven Change-Management innerhalb der Einrichtungen – etwa im Sinne von systematischer Prozesssteuerung, Beteiligungskultur und struktureller Anpassungsfähigkeit – nur eingeschränkt vorhanden war. Eine tiefgreifende Reorganisation organisationaler Strukturen erfordert darüber hinaus nicht nur ein hohes Maß an Veränderungskompetenz, sondern auch umfangreiche zeitliche, personelle und methodische Ressourcen, die in der späteren Projektdurchführung nicht ausreichend vorhanden waren.

Da die Implementation der KubA bereits mit einer Vielzahl an Veränderungen verbunden war, hätte die zusätzliche Initiierung eines umfassenden Restrukturierungsprozesses in den meisten Einrichtungen situativ zur Überforderung geführt. Ein „Zuviel an Change“ innerhalb eines begrenzten Zeitraums birgt das Risiko, bestehende Entwicklungen zu destabilisieren, Widerstände zu verstärken und die Akzeptanz der Projektinhalte zu gefährden. Aus diesen Gründen finden sich Aspekte zu solch umfänglichen Umstrukturierung nicht mehr explizit im Implementationskonzept wieder.

3.4 Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der formativen Evaluation

Im Verlauf der Konzepterprobung wurden in den beteiligten Modelleinrichtungen unterschiedliche Problemlagen identifiziert, die sich teilweise nur auf einzelnen Einrichtungen bezogen haben, teilweise aber darüber hinausgingen. Nachfolgend wird dargestellt, welche Problemstellungen während der Konzepterprobung zwischen Oktober 2023 und März 2025 identifiziert wurden, wie damit umgegangen wurde und welche Schlussfolgerungen sich daraus ableiten lassen. Dabei wird unterschieden zwischen Erkenntnissen und erfolgten Anpassungen aufgrund einrichtungsindividueller Gegebenheiten und Rahmenbedingungen (Abschnitt 3.4.1), Erkenntnissen, die auf Ebene des gesamten Konzeptes während der Erprobung zu systematischen Anpassungen geführt haben (Abschnitt 3.4.2), den Ergebnissen und Veränderung, die speziell für Bildungsangebote

erkannt wurden (Abschnitt 3.4.3), und Konsequenzen, die aus den Erfahrungen der Erprobung für die Implementationsstrategie entstanden (Abschnitt 3.4.4).

3.4.1 Erkenntnisse und Anpassungen aufgrund einrichtungsindividueller Gegebenheiten und Rahmenbedingungen

Nachfolgend werden in den Abschnitten 3.4.1.1 bis 3.4.1.10 die zentralen Erkenntnisse dargestellt, die auf Entwicklungen in den Modelleinrichtungen zurückzuführen sind, die nicht den Projektzielen entsprachen oder die aufgrund von Rahmenbedingungen entstanden, die das Projektteam nicht oder nur eingeschränkt beeinflussen konnte, die jedoch Einfluss auf die Umsetzbarkeit und Akzeptanz des Modellprojektes hatten. Sie führten entweder dazu, dass aus fachlichen oder projektbezogenen Gründen gar keine Anpassungen erfolgten oder einrichtungsindividuelle Lösungen erarbeitet wurden.

3.4.1.1 Fehlende niedrigschwellige Qualifizierungsangebote zum QN 3

Ein übergreifender externer Hemmfaktor während der Konzepterprobung waren die nicht vorhandenen oder unbekannten Qualifizierungsmöglichkeiten zur Pflegeassistentkraft (QN 3). In den meisten Bundesländern standen lange Zeit keine externen Prüfungen zur Verfügung, über die erfahrene Pflegehilfskräfte des QN 2 niedrigschwellig einen auf ihrer langjährigen Berufserfahrung basierenden Abschluss als Pflegeassistentkraft erwerben konnten. Dies erschwerte den Zugang zu Weiterbildungen, die im Projektzeitraum jedoch zur Erreichung des erforderlichen Qualifikationsmixes hätten beitragen können. In den betreffenden Bundesländern der Modelleinrichtungen gelang es dadurch nicht, das erforderliche Personal im Bereich des QN 3 zeitgerecht aufzubauen. Eine mögliche Ausweitung der Qualifizierungsangebote dürfte langfristig zu einer steigenden Zahl von Pflegeassistentkräften führen.

Für den Kontext des Modellprojektes wurde den Modelleinrichtungen das Angebot unterbreitet, vorhandene Fortbildungsnachweise und Nachweise zur Berufserfahrung von Mitarbeitenden des QN 2 als QN 3 vorzulegen, damit die entsprechenden Personen für den Projektkontext entsprechend dieser Qualifizierungen eingestuft werden konnten. Dieses Angebot wurde jedoch nur sehr selten in Anspruch genommen, vermutlich da die entsprechende Anerkennung nur innerhalb des Projektkontextes gültig gewesen wäre und so lediglich eine temporäre Verschiebung zwischen den verschiedenen Qualifikationsniveaus bedeutet hätte. Diese Erkenntnisse weisen allerdings deutlich auf den flächendeckenden Bedarf an zielgruppengerechten Ausbildungsstrukturen für Pflegende zum QN 3 hin, welche auch niedrigschwellige, zuverlässige und einfachere Qualifizierungswege für langjährig erfahrene und kompetente Pflegehilfskräfte beinhalten.

Insgesamt zeigt sich an dieser Stelle ein bundesweiter Bedarf an niedrigschwelligen, praxistauglichen und rechtlich abgesicherten Qualifizierungswegen für erfahrene Pflegehilfskräfte hin zum QN 3, um so langfristig eine differenzierte Personalstruktur aufbauen zu können, die eine kompetenzkompetenz- und bewohnendenorientierte Arbeitsorganisation ermöglicht.

3.4.1.2 Abweichender Qualifikationsmix im Dienst

Einige Modelleinrichtungen stellten zwar in großem Umfang das Mehrpersonal ein, konnte dieses jedoch nur unzuverlässig in der pflegerischen Versorgung einsetzen. Grund hierfür waren häufig auftretende, langanhaltende oder immer wiederkehrende Personalausfälle, überwiegend durch Krankheit und Kündigungen – auch wenn diese nicht unbedingt auf den Fokuswohnbereichen aufgetreten sind, da personelle Engpässe in anderen Wohnbereichen dann durch Personal des –

besser ausgestatteten – Fokuswohnbereichs bekämpft wurden. Dadurch hatten die betroffenen Modelleinrichtungen, vor allem in der Nachhaltigkeitsphase, Probleme eine Routine in der Umsetzung der KubA zu entwickeln. Zwar konnte meist auf vordefinierte Ausfallszenarien zurückgegriffen werden, die halfen die tägliche Pflege qualifikations- und kompetenzorientiert zu organisieren, jedoch nur soweit dies mit einem zu geringen Personaleinsatz möglich war. Einrichtungen, die solche Ausfallszenarien entwickelt hatten, konnten zumindest in Abstufungen die Qualifikationspassung aufrecht erhalten und mehr Handlungssicherheit schaffen – auch wenn die dafür erforderlichen häufigen Wechsel zwischen den KubA-Szenarien ein hohes Maß an Flexibilität der Mitarbeitenden verlangten. Zudem erwies es sich als förderlich, wenn neben den Ausfallszenarien auch Neueinzugs- und Wiederaufnahmeszenarien mitgeplant wurden. Einrichtungen, die keine Alternativszenarien vorhielten oder diese aufgrund einer zu geringen Anzahl einsatzfähiger Pflegekräfte nicht umsetzen konnten, sind regelmäßig oder situativ in die zuvor übliche Arbeitsorganisation zurückgefallen, wobei Qualifikationspassung dann als nachrangiges Ziel betrachtet wurde. Wenn in solchen Fällen eines unpassenden Qualifikationsmixes im Dienst der Anleitung des Modellprojektes gefolgt wurde, die vorsah, Interventionen aus Gründen der Qualitätssicherung eher über- als unterqualifiziert zu organisieren, verlagerten sich Interventionen regelmäßig auf die Pflegekräfte der höheren Qualifikationsniveaus. Dies führte dazu, dass in solchen Fällen Pflegefachkräfte vor allem im Frühstadium des Projektes eine situativ steigende Belastung wahrnahmen.

Bei der Reflexion dieser Problematik konnte *innerhalb des Projektkontextes* nur in eingeschränktem Umfang eine praxisorientierte Regelstruktur geschaffen werden, durch die eine flexiblere Lastverteilung zwischen allen Pflegekräften im Dienst möglich geworden wäre. Hintergrund dieser Einschränkung waren die konzeptionellen Vorgaben der Projektumsetzung, die es vorsahen, keine Regelungen zu schaffen, die eine unterqualifizierte Interventionserbringung angeleitet hätten. Zur Aufbereitung des Konzeptes für eine Flächenimplementation, also zur Anwendung *außerhalb des Projektkontextes*, wurden angepasste Regelungen für Situationen größerer Personalknappheit ergänzt, die zu einer gleichmäßigeren Lastverteilung zwischen den im Dienst befindlichen Pflegekräften aller Qualifikationsniveaus angewendet werden können.

Denkbar ist, dass während der Projektdurchführung auch die Anpassungen der Dienstzeiten zu einem passenderen Qualifikationsmix im Dienst hätten beitragen können, wenn diese mehr an den Arbeitsspitzen einer konsequent an Bewohnendenbedarfen orientierte Arbeitsorganisation orientiert worden wäre. Trotz Anregung durch das Projektteam nahm aber keine Einrichtung solch umfassende Anpassungen der Dienstzeiten vor. Minimale Änderungen bezogen sich auf Anpassungen des Dienstbeginns oder geänderte Dienstzeiten eines einzelnen Dienstes entlang der zur Verfügung stehenden Mitarbeitendenressourcen. Allgemein war den Modelleinrichtungen der Aufwand für Dienstzeitenänderungen aufgrund von erforderlichen Abstimmungen mit der Mitarbeitendenvertretung, größeren Änderungen in der Dienstplansoftware und den teilweise erforderlichen arbeitsvertraglichen Änderungen für die limitierte Projektlaufzeit zu hoch.

Obwohl es den Modelleinrichtungen im Allgemeinen also gelang, zusätzliche Mitarbeitende einzustellen, konnte die KubA in der Praxis nicht immer stabil umgesetzt werden, da häufige und teils langanhaltende Personalausfälle die Einsatzfähigkeit des Personals insgesamt stark einschränkten. Daraus ergibt sich, dass die alleinige personelle Aufstockung nicht ausreichend ist, wenn nicht gleichzeitig Maßnahmen zur Personalbindung und zur Reduktion von Ausfällen getroffen werden. Das Vorhandensein standardisierter Ausfallszenarien erhöht die Resilienz bei personellen Engpässen und fördert die Handlungs- und Entscheidungssicherheit der Mitarbeitenden und kann dazu

beitragen, dass die KubA auch in Krisensituationen genutzt wird. Die bislang rigide Gestaltung von Dienstzeiten und -plänen sollte im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung flexibilisiert und an den individuellen Versorgungsbedarf der Bewohnenden angepasst werden. Dabei ist jedoch auch insbesondere der erforderliche Qualifikationsmix der Mitarbeitenden zu berücksichtigen, um Überlastungen entgegenzuwirken. Digitale Technologien können unterstützend eingesetzt werden, um die Planung und Koordination der Dienste entsprechend zu optimieren.

3.4.1.3 Erwartungen und Widerstände der Mitarbeitenden gegenüber der KubA-Umsetzung

Im Verlauf der Interventionsphase kam aus allen Modelleinrichtungen die Rückmeldung, dass sie nicht erwartet hätten, dass Pflegefachkräfte durch die Umsetzung der Qualifikations- und Kompetenzorientierung mehr als zuvor in die pflegerische Versorgung involviert sein würden. Da die Fachkräfte in der körpernahen Versorgung weit überwiegend die Pflege von Personen in komplexen Pflegesituationen übernehmen sollen, diese aber zuvor teils von Hilfs- oder Assistenzkräften versorgt wurden, wurde die Arbeitsbelastung der Fachkräfte sowohl körperlich als auch psychisch als erhöht eingeschätzt. Diese insbesondere, da gleichzeitig die entlastende Abgabe von einfachen delegierten medizinischen Tätigkeiten, wie beispielsweise der Medikamentengabe, an Pflegeassistentenkräfte von den Fachkräften selbst oftmals entweder negativ bewertet oder direkt abgelehnt wurden.

Pflegeassistentenkräfte hatten im Vorfeld die Erwartungshaltung, dass sie durch die Umsetzung des Projektes keine neuen Aufgaben übernehmen würden. Damit war die Erwartung dieser Gruppe von Pflegekräften eher entlang ihrer bisherigen – sehr heterogenen – Tätigkeitsprofile, nicht aber entlang der Ausbildungsinhalte und zu erwartenden Kompetenzen des QN 3 organisiert. An dieser Stelle zeigten sich während der Umsetzung in einigen Modelleinrichtungen auch Kompetenzlücken bei den Pflegeassistentenkräften, die aus einem langjährigen Praxiseinsatz ohne vollständige Anwendung ihrer Kenntnisse resultierten. So hatten diese Mitarbeitenden in ihren Ausbildungen zwar die Durchführung von einfachen delegierten medizinischen Tätigkeiten erlernt, dieses Wissen aber bis zum Beginn des Modellprojektes nicht angewendet – und damit praktisch deaktiviert. Einrichtungen, die sich gleich zu Beginn im Rahmen der Kompetenzeinschätzungen und SOLL-QN-Zuweisung mit den Projektinhalten beschäftigt hatten, schulten ihre Pflegeassistentenkräfte entsprechend nach. Eine Reaktivierung dieser Kompetenzen wurde aber nicht von allen Modelleinrichtungen als möglich angesehen. Daraus ergab sich in der praktischen Umsetzung der Arbeitsorganisation, dass die entsprechenden Aufgaben in diesen Einrichtungen gemessen an den Regelungen des QMM weiterhin regelmäßig überqualifiziert erbracht wurden – mit der Konsequenz, dass den Fachkräften eine systematisch angelegte Entlastung vorenthalten wurde und es so zu einer Überlastung der Pflegefachkräfte kam.

Die Pflegehilfskräfte nahmen zu Projektbeginn ebenfalls an, dass sich ihr Aufgaben- und Verantwortungsbereich nicht verändern würde, da das ihnen kommunizierte Projektziel primär in der Entlastung der Pflegefachkräfte liegen sollte. Hieraus entstand die Annahme, dass die Fachkräfte weniger körpernahe pflegerische Interventionen übernehmen sollten und diese Interventionen vollständig auf die Pflegeassistentenkräfte übertragen werden sollten. Da ein Großteil des Arbeitsaufkommens der Pflegehilfskräfte des QN 2 vor der Konzepterprobung zwar auf die körpernahe Versorgung konzentriert war, dies aber gänzlich unabhängig der Komplexität der Pflegesituation erfolgte, waren die Veränderungen hier größer als erwartet. Zu Beginn der Planungsphase kamen dementsprechende Rückmeldungen auch aus den Modelleinrichtungen, die sich frühzeitig mit den Projektinhalten befassten. So berichteten diese Modelleinrichtungen über Widerstände bei der Umsetzung, weil sich Pflegehilfskräfte durch die zukünftige Arbeitsorganisation entwertet und zurückgesetzt fühlten. Dies resultierte daraus, dass sie nicht mehr wie gewohnt „ihre“

Bewohnenden versorgen konnten, da sich ein Teil dieser Bewohnenden in komplizierten und komplexen Pflegesituationen befanden und nun vielfach grundpflegerische Interventionen arbeitsorganisatorisch auf Mitarbeitenden höherer Qualifikationsniveaus übertragen wurden. Eine entsprechende Kommunikation erwies sich als problematisch, da die neu definierten Verantwortungs- und Aufgabenbereiche für die Mitarbeitenden des QN 2 nicht explizit eingeführt worden waren. Die Einrichtungen äußerten daher den Wunsch nach einer frühzeitigen und adressatengerechten Vermittlung der notwendigen Informationen, worauf eine speziell an Pflegehilfskräfte des QN 2 gerichtete Fortbildung entwickelt und die Zielgruppen für bestehende Bildungsangebote in allen Modelleinrichtungen erweitert wurde. Zudem wurden die Einrichtungen darin bestärkt, potenzielle Qualifizierungsmaßnahmen für kompetente Mitarbeitende des QN 2 in Betracht zu ziehen. Auch die Unterstützung der Pflegefachkräfte bei der praktischen pflegerischen Versorgung von Bewohnenden in komplexen oder hochkomplexen Pflegesituationen durch das Hinzuziehen einer Pflegehilfskraft stellte eine Möglichkeit zur umfassenderen Einbindung der Mitarbeitenden des QN 2 dar. Zudem konnte dadurch auch der Überlastung der Fachkräfte entgegenwirkt werden. Viele der Modelleinrichtungen planten daraufhin entsprechende Unterstützungszeiten aktiv in die KubA ein, in denen Fach- und Hilfskräfte gemeinsam die Pflege von Personen mit höheren Komplexitätsgraden durchführen konnten.

In Bezug auf die zu erarbeitende Implementationsstrategie wurde die Bedeutung einer frühzeitigen und umfangreichen Einbindung der Mitarbeitenden in den Umsetzungsprozess deutlich. Neben Informationsveranstaltungen und der Erarbeitung einer einrichtungsindividuellen Zielvision müssen auch die Mitarbeitendengespräche zielgerichtet geführt werden.

Die größten Widerstände entstanden dort, wo Erwartungen enttäuscht und Rollenveränderungen nicht transparent oder zu spät kommuniziert wurden: Die nicht deckungsgleichen Erwartungshaltungen zwischen Projektzielen und individueller Wahrnehmung der Mitarbeitenden führten zu Widerständen, Verunsicherung und teils auch zu Ablehnung der neuen Arbeitsorganisation. Eine teils nicht gelungene kommunikative Vorbereitung erzeugte Missverständnisse, Ablehnung und ein Gefühl von Wertverlust – insbesondere bei Pflegekräften mit niedrigerem Qualifikationsniveau. Eine Chance zur Umsetzung der KubA kann die gemeinsame pflegerische Leistungserbringung bieten.

Hieraus ergeben sich zwei Schlussfolgerungen: Erstens kann eine kooperative Arbeitsweise Überlastung und dem Gefühl der Abgrenzung entgegenwirken, sofern sie strukturell geplant und personell ermöglicht wird. Sie kann dazu beitragen, dass sich die neuen Rollen der verschiedenen QN innerhalb des Teams umfassend integrieren und diese gegenseitige Anerkennung finden. Zweitens ist eine frühzeitige, differenzierte und qualifikationsgerechte Kommunikation und Fortbildung zu den verschiedenen Projektinhalten förderlich, um Widerstände abzubauen und die Ziele nachhaltig zu verankern.

3.4.1.4 SOLL-Qualifikationsniveau der Interventionen *Ausscheidungsmanagement* und *Ernährungs- und Trinkmanagement* in (hoch)komplexen Pflegesituationen

In der Erprobung und Anpassung der KubA wurde von verschiedenen Modelleinrichtungen Kritik an den festgelegten SOLL-Qualifikationsniveaus insbesondere in Bezug auf die Erbringung von zwei Interventionen geäußert, die beide gemäß dem Qualifikations-Mix-Modell (QMM) in (hoch)komplexen Pflegesituationen regelhaft durch eine Pflegefachkraft erbracht werden sollten. Es handelt sich dabei um die Interventionen *Ausscheidungsmanagement* sowie die *Durchführung des Ernährungs- und Trinkmanagements*. Nach Ansicht einiger Einrichtungen können diese

Interventionen auch fachgerecht von Pflegeassistentenkräften erbracht werden. Pflegeassistentenkräften erbracht. Bezüglich des Ernährungs- und Trinkmanagements konnte den Einwänden der Einrichtungen entsprochen werden und das SOLL-QN reduziert werden. Lediglich beim Vorliegen einer Dysphagie wurde aufgrund des Risikos für Folgeschäden durch eine Aspiration mit dem Risiko der Pneumonie weiterhin eine Fachkraft für die Leistungserbringung vorgesehen.

Weitergehenden Veränderungswünschen der Modelleinrichtungen, die Zuordnung der SOLL-QN bei der Intervention *Ausscheidungsmanagement* aus der Logik der Komplexitätsgrade zu lösen, konnte aus pflegewissenschaftlicher Sicht nicht entsprochen werden. Die Unterstützung bei der Ausscheidung in komplexen Pflegesituationen, und damit in der Regel bei einer erheblichen Einschränkung in der Mobilität, stellt einen komplexen Handlungsablauf dar, der das Qualifikationsniveau einer Pflegefachkraft für eine fachgerechte Durchführung erfordert. Höhere Komplexität erfordert mehr Fachwissen, klinische Entscheidungs- und Reflexionsfähigkeit – typische Merkmale qualifizierter Pflegefachkräfte. Die Fachlichkeit, als zentrales Kriterium in der Zuordnung von pflegerischen Interventionen, muss erhalten bleiben und kann nicht zu Gunsten einer vermeintlich ausgewogenen Arbeitsverteilung angepasst werden.

3.4.1.5 Auswirkungen von Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit der Leitungsebene

Grundsätzlich zeigten die Modelleinrichtungen, die eine stabile Leitungsebene oder eine kontinuierlich feste Ansprechperson über die Dauer des Modellprojektes vorhielten, eine erhöhte Verlässlichkeit und Termintreue innerhalb der Steuerungsgruppe, aber auch den Mitarbeitenden gegenüber. Gleiches gilt für die Beteiligung einer Person der Trägerebene als Mitglied der Steuerungsgruppe. Beides wurde als hilfreich und förderlich für die Konzepterprobung sowohl innerhalb der jeweiligen Einrichtungen als auch in der Zusammenarbeit mit dem Projektteam erlebt. Erforderlich für eine dauerhafte Wirkung einer solchen zentralen Ansprechperson war allerdings, dass sie auch über die zum Change erforderlichen Durchgriffsrechte bis auf die Arbeitsebene des Wohnbereiches verfügte oder einen entsprechenden Rückhalt bei den Mitgliedern der Steuerungsgruppe mit ihren verteilten Verantwortlichkeiten verfügte.

Innerhalb der Steuerungsgruppen war es für die Entwicklung einer gemeinsamen Zielvision wichtig, dass die Projekthinhalte nicht nur inhaltlich verstanden wurden, sondern auch zu den ex ante vorhandenen – sehr unterschiedlichen – Erwartungshaltungen aller Steuerungsgruppenmitglieder passten und sich damit über die gesamte Dauer des Projektes eine Akzeptanz der Projekthinhalte aufrechterhalten ließ und gleichzeitig Offenheit gegenüber der Veränderung entstand. Fehlte dies, mangelte es an Vertrauen mit Hilfe des Projektteams praktikable Lösungen entwickeln zu können, um sich damit aus alten Strukturen und Prozessen zu lösen.

Ein wesentliches Erfolgskriterium zur umfassenden Implementation der KubA-Prozesselemente war die erfolgreiche partizipative Einbindung der Mitarbeitenden in den Veränderungs- und Umsetzungsprozess, sowie ein Transfer der Projekthinhalte aus der Steuerungsgruppe in die gemeinsame praktische Umsetzung mit den Mitarbeitenden. Dies gelang in den Modelleinrichtungen sehr unterschiedlich und war abhängig von den vorhandenen Kompetenzen zur Moderation eines solch umfassenden Change-Prozesses auf der Leitungsebene, aber auch von den zeitlichen Ressourcen die zur Verfügung gestellt wurden oder werden konnten.

Modelleinrichtungen mit konstanter und entscheidungskompetenter Ansprechbarkeit sowohl durch eine stabile Leitungsperson und/oder durch aktive Trägerbeteiligung zeigten eine insgesamt wirksamere Zusammenarbeit innerhalb des Projekts sowie eine größere Konzeptumsetzung. Die Benennung einer festen, durchsetzungsfähigen Ansprechperson für Projekte (idealerweise mit

Leitungs- und Change-Kompetenz sowie Entscheidungsvollmacht), die verbindliche Einbindung der Trägerebene in die Steuerungsgruppe, z. B. durch Teilnahme an Steuerungssitzungen oder monatliche Lenkungsgespräche sowie die Sicherstellung der Kontinuität durch Vertretungsregelungen können zur erfolgreichen Umsetzung von Projekten, die mit weitreichenden Veränderungen in der Arbeitsorganisation einhergehen, beitragen. Die Planung einer projektverantwortlichen Person mit eigens dafür zu Verfügung gestellten Ressourcen erscheint sinnvoll. Weiter hing der Projekterfolg maßgeblich davon ab, ob und wie gut es gelang, die Inhalte aus der Steuerungsgruppe in die Praxis zu überführen – die partizipative Einbindung der Mitarbeitenden kann als zentrales Erfolgskriterium angesehen werden.

3.4.1.6 Auswirkung von Trägerbeteiligung in der Konzepterprobung

In einer Modelleinrichtung zeigte sich die starke inhaltliche Auseinandersetzung mit den Projekthaltungen durch den Träger zwar als sehr hilfreich und unterstützend. Die gleichzeitige Implementation einer neuen Software von Trägerseite war jedoch problematisch und überlastend für die Einrichtung, zumal die Implementationsprozesse wenig mit dem Modellprojekt verzahnt wurden. In anderen Modelleinrichtung hingegen zeigte sich die Unterstützung und die eingenommene Rolle auf Trägerseite als überwiegend förderlich. Die Träger haben sich mit personellen Ressourcen in den Steuerungsgruppen eingebracht und unterstützten die Modelleinrichtungen damit mit ihrem Fachwissen, beim Theorie-Praxis-Transfer sowie bei der Entwicklung und Umsetzung neuer Prozesse und Strukturen. Neben der personellen Einbindung von Mitarbeitenden der Trägerorganisationen in die Steuerungsgruppe konnten auch weitere Formen der Trägerbeteiligung beobachtet werden. Der Träger einer Modelleinrichtung hat beispielsweise das zentrale Qualitätsmanagement, welches als Bindeglied und Koordination zwischen allen Prozessen und Abteilungen angesehen werden kann, zeitweise in die Modelleinrichtung entsandt, um mit seiner Expertise und Kompetenz gezielt zu unterstützen. In einer weiteren Modelleinrichtung bestand seitens des Trägers hingegen gar keine Unterstützung, die für die Umsetzung des Modellprojekts allerdings erforderlich gewesen wäre. In zwei Modelleinrichtungen wirkte sich die Zusammenarbeit und die Rolle des Trägers über weite Strecken der Konzepterprobung als hemmend für die Umsetzung aus. Ausschlaggebend war hierbei, dass notwendige Anpassungen im Change-Prozess entweder nicht schnell genug erfolgen konnten, ohne Absprachen mit dem Träger nicht umsetzbar waren oder dass unterschiedliche Entscheidungen und Haltungen von operativer Ebene und Geschäftsführung den Change-Prozess gänzlich blockierten.

Versteht der Träger das Projekt als Teil seiner strategischen Ausrichtung, kann sich dies positiv auf dessen Akzeptanz und Priorisierung in der Pflegeeinrichtung sowie auf die Bereitstellung von personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen im Alltag auswirken. Wird das Projektvorhaben durch den Träger organisatorisch in bestehende Strukturen, Prozesse und Entscheidungswege verankert und steht nicht isoliert, erhöht dies ebenfalls die Chance auf Gelingen – dies kann zum Beispiel durch eine gemeinsame Zielklärung mit bzw. zwischen der Träger- und Einrichtungsleitung zu Beginn eines Projektvorhabens unterstützt werden.

3.4.1.7 Frühzeitige und aktive Auseinandersetzung mit Projekthaltungen und Auswirkungen

Zwar war allen Modelleinrichtungen bereits in der Anwerbungsphase kommuniziert worden, welche Veränderungen in der Erprobung des Konzeptes intendiert waren und umgesetzt werden sollten, diese Informationen haben jedoch in den jeweiligen Einrichtungen zu sehr unterschiedlichen Interpretationen und Erwartungen geführt. So erkannten einige Einrichtungen bereits in der Vorbereitungs- und Planungsphase durch die Schulungen zum Pflegeprozess, bei der Auseinandersetzung mit den Kompetenzeinschätzungen oder bei der Erarbeitung eines eigenen

Interventionskatalogs, welche konkreten Veränderungen sich auf der Arbeitsebene durch die Projektinhalte ergeben würden. In der Konsequenz informierten diese Einrichtungen ihre Mitarbeitenden frühzeitig und umfassend. Dadurch waren diese Modelleinrichtungen auch in der Lage, den Bedürfnissen ihrer Mitarbeitenden entsprechende Maßnahmen wie Schulungen oder Anleitungen im Arbeitsalltag zu planen und durchzuführen. Damit wurde die Projektumsetzung wesentlich unterstützt. Einrichtungen, die diese Erkenntnisse erst deutlich später – etwa bei der Erarbeitung der Tourenpläne – hatten, waren in der Regel auch mit größeren Widerständen und Unsicherheiten durch die Mitarbeitenden konfrontiert. Besonders in der Kombination mit einem eher abwartenden und passiven Verhalten bei der Umsetzung erkannten diese Einrichtungen konkrete Zusammenhänge und Auswirkungen auf die Arbeitsorganisation erst spät und waren dann gezwungen, ohne die notwendige Vorbereitung und unter Zeitdruck zu reagieren. Dies erforderte dann gerade kurz vor dem Start in die Pilotwochen der Implementierungsphase – also erst zu dem Zeitpunkt, an dem die Veränderungen der Arbeitsorganisation nicht mehr zu umgehen waren – intensivere Unterstützung durch das Projektteam. Teilweise trug dieser Umstand aber sogar dazu bei, dass der Start der Pilotwochen verschoben werden musste.

Zu beachten ist jedoch, dass eine reine Informationsweitergabe zum Beispiel an die Mitarbeitenden im laufenden Prozess allein nicht ausreichend sein kann. Ein moderierter Prozess zur gemeinsamen Klärung von Bedarfen, Zielen und Auswirkungen – angepasst an den Einrichtungskontext – kann dagegen sehr unterstützen. Projektverantwortliche Personen sollten dabei frühzeitig und verbindlich in die Steuerung eingebunden werden. Projektverantwortliche Personen mit ausgeprägter Veränderungskompetenz sind dabei hilfreich; die Durchführung mit klaren Verantwortlichkeiten, entlang Zeitplänen und Monitoring-Instrumenten stärken das Vorhaben ebenso.

3.4.1.8 Akzeptanz der erweiterten Bezugspflege

Generell ist festzustellen, dass alle Modelleinrichtungen schon bei Projektbeginn davon ausgingen, bereits nach einem Konzept der Bezugspflege zu arbeiten, wobei die Interpretation des Gegenstandes *Bezugspflege* und der jeweilige Umsetzungsgrad in den Modelleinrichtungen sehr heterogen war. Dass in Bezug auf die bezugspflegerische Organisation im Rahmen der Konzepterprobung größere Veränderungen vorgenommen werden mussten, war für manche Modelleinrichtungen daher überraschend.

Vielfach schätzten die Einrichtungen dabei ihre bereits vorhandene bezugspflegerische Organisation als ausreichend oder sogar besser als die entsprechenden Strukturen der KubA ein. Entsprechend langwierig war es, die hierauf bezogenen Organisationsentwicklungsprozesse anzustoßen. In einer Modelleinrichtung wurde die bestehende Bezugspflege beispielsweise als zielführend erlebt und die Mitarbeitenden sahen durchgehend keinen Mehrwert in einer Veränderung, wohingegen das Projektteam durchaus Potenziale beispielsweise zur Stärkung der Kommunikation im Pflgeteam erkannte. Andere Modelleinrichtungen hatten auf der Leitungsebene eine grundlegend andere Vorstellung der Zusammensetzung ihrer Bezugspflegeteams und auch der Aufgaben, die durch diese übernommen werden sollten.

Häufiger war aber, dass die *neu gedachte* Bezugspflege von der Steuerungsgruppe und den direkten Leitungspersonen auf dem Wohnbereich verstanden und für gut befunden wurden, sich der Transfer in die Praxis aber als schwierig erwies. Zwei Modelleinrichtungen hatten eine Bezugspflege, die sich an der räumlichen Zuordnung orientierte, in beiden Fällen wurde eine andere, personenbezogene Zuordnung als weniger praktikabel eingeschätzt. Modelleinrichtungen, die die Bezugspflege in der KubA und im Dienstplan berücksichtigten sowie ihre Mitarbeitenden bei der Umstellung inhaltlich

begleiteten, gelang eine Veränderung und sie nahmen einen Mehrwert für sich wahr. Die Bezugspflege wurde letztendlich nur in zwei Modelleinrichtungen weitgehend vollständig entlang der Vorgaben des Umsetzungskonzeptes eingerichtet. Der sehr unterschiedliche Unterstützungsbedarf der Modelleinrichtungen wurde in der Planungsphase erkannt und es wurde darauf mit einer erweiterten und engeren Begleitung seitens der HSB entsprechend reagiert. So wurden zusätzliche Schulungen entwickelt, vor Ort mehrfache Wiederholungen von Schulungen ermöglicht und die praktische Begleitung der Pflegenden im Projektverlauf für jede Modelleinrichtung angeboten.

Die Selbsteinschätzung der Modelleinrichtungen im Hinblick auf die Bezugspflege überschätzt größtenteils, wie sehr das vorliegende Pflegesystem bereits Kernelemente der Bezugspflege (siehe hierzu Abschnitt 2.4) beinhaltet. Eine strukturierte und kritische Bestandsaufnahme der Ist-Situation des tatsächlichen Umsetzungsgrades der Bezugspflege zu Beginn eines Veränderungsprozesses hin zur KubA erscheint daher notwendig, um „blinde Flecken“ zu identifizieren und Veränderungsnotwendigkeiten zu erkennen. In einigen Modelleinrichtungen wurde die bestehende Bezugspflegeorganisation als funktional oder überlegen gegenüber dem neuen Konzept bewertet und dort, wo kein klarer Vorteil erkennbar war, blieb die Veränderungsbereitschaft gering – selbst wenn das Projektteam Potenziale erkannte. Relevante Veränderungen könnten jedoch auf der Ebene der Mitarbeitenden z. B. durch an den Umsetzungsstand angepasste Fortbildungsangebote, Dienstplananpassungen, kompetenzgeleitete Bezugspflegेतandembildung mit Partizipation des Pflegeteams sowie begleitende Reflexion und Praxisbegleitung erreicht werden.

3.4.1.9 Einbindung aller Pflegefachkräfte in die Pflegeprozessesteuerung

Für die Organisation der Pflegeprozessesteuerung zeigte sich in den Modelleinrichtungen – ähnlich wie bei der Erweiterung der Bezugspflege, dass die bestehenden Regelungen zur Pflegeprozessesteuerung bereits als Optimum der möglichen Umsetzung angesehen werden. Fachlich ist dabei allerdings festzustellen, dass der Pflegeprozess in seiner Bedeutung als gesetzlich definierte Vorbehaltsaufgabe und als umfassendes qualifikationsorientiertes Pflegeorganisationsinstrument, das zwingend von Pflegefachkräften verantwortet werden muss, noch kaum in den Modelleinrichtungen angekommen war. Häufig lag die Pflegeprozessesteuerung in den Modelleinrichtungen bei der Wohnbereichsleitung oder nur bei ausgewählten Pflegefachkräften, denen die fachgerechte Bearbeitung dieser Aufgabe in einem zügigen Arbeitstempo zugetraut wurde. In der Terminologie des Projektes lag hier also bereits eine Form der Kompetenzorientierung vor, die ihrerseits allerdings mit den programmatischen Ansprüchen an eine umfassende Bezugspflege nicht vereinbar war. In der Folge strebten verschiedene Modelleinrichtungen an, weitere Mitarbeitende durch Anleitung und Beratung an die Pflegeprozessesteuerung heranzuführen. Der Erfolg war jedoch stark davon abhängig, ob die anleitenden Personen eine kollegial beratende und unterstützende Rolle einnahmen und ob die zeitlichen Möglichkeiten für diese zusätzlichen Tätigkeiten im Arbeitsalltag eingeplant werden konnten. Häufig fielen diese zusätzlichen Tätigkeiten aufgrund von Personalausfällen und damit verbundenen Priorisierungen der zu erledigenden Aufgaben aus.

Obwohl Pflegefachkräfte generell gemäß ihrer formalen Qualifikation zur Übernahme der Vorbehaltsaufgaben berechtigt sind, war die Pflegeprozessesteuerung in den Modelleinrichtungen fachlich und strukturell unzureichend etabliert. Eine strukturierte und kritische Bestandsaufnahme der Ist-Situation der tatsächlichen Pflegeprozessesteuerung sowie der individuellen Pflegeprozessesteuerungskompetenzen der Pflegefachpersonen zu Beginn eines Veränderungsprozesses hin zur KubA erscheint notwendig, um Veränderungsnotwendigkeiten zu erkennen. Durch gezielte und kompetenzorientierte Fortbildungen und Kommunikationsmaßnahmen sollte der Pflegeprozess als gesetzlich verankerte Vorbehaltsaufgabe (wieder) ins fachliche

Selbstverständnis möglichst aller Pflegefachkräfte integriert werden. Zudem sollten für die Etablierung der Pflegeprozesssteuerung als Regelaufgabe aller Pflegefachkräfte für ihre jeweiligen Bezugspflegebewohnenden verbindliche Zeitkontingente, in denen die Steuerung des Pflegeprozesses systematisch erfolgen kann, geplant werden.

3.4.1.10 Technische Unterstützung der Umsetzung der KubA

Die praktische Umsetzung der KubA in Form von Arbeitsablaufplänen erfolgte in den meisten Modelleinrichtungen über eine Exceltabelle, da keine umfassenden Funktionalitäten innerhalb der jeweilig verwendeten Softwaresysteme vorhanden waren, um die Planung darüber vorzunehmen. Kurzfristige Produkt(weiter)entwicklungen wurden zwar bereits in der Planungsphase mit allen beteiligten Softwareanbietern (Vivendi, Medifox DAN, Senso, Sinfonie, Cairful) diskutiert, erwiesen sich allerdings als nicht realisierbar. Sowohl die erforderliche Anpassung der vorhandenen Datenstruktur der Software-Produkte, als auch die für das Projekt erforderlichen regelhaften Updates verzögerten sich oder wurden gar nicht umgesetzt. Dies galt besonders für die älteren Softwareprodukte, die am Ende ihres Produktzyklus nicht mehr weiterentwickelt werden.

Auf Seiten der Modelleinrichtungen führte diese – als unzureichend bewertete – Unterstützung der Softwareanbieter zu einem hohen nicht-automatisierten Aufwand in der Planung der Arbeitsorganisation und damit einhergehend zu einer andauernden Unzufriedenheit. Bei einzelnen Modelleinrichtungen verstärkte der Umstand, dass die Software keine bzw. erst im späteren Verlauf Unterstützung bot, möglicherweise die geringere Umsetzung und Aktualisierung der KubA während der Konzepterprobung. Beobachtet werden konnte zudem, dass die Implementation einer oder mehrerer neuer Technologien oder Programme parallel zum Modellprojekt sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die Modellerprobung hatte. In einer Modelleinrichtung zeigte sich der Implementationsprozess der neuen Pflegesoftware als fest integrierter Bestandteil des Veränderungsprozesses, der von der Modelleinrichtung in jedem Schritt der Struktur- und Prozessanpassung mitgedacht und eingebettet wurde. In einer anderen Modelleinrichtung erfolgte die Implementation eines zusätzlichen Tourenplanungsprogramms, welches auch die Handhabung der neuen Hardware erfordert, eher als Parallelprozess zum Modellprojekt. Es bestand zwar eine inhaltliche Rückbindung auf die Grundidee des Modellprojektes, die Anforderungen an die Mitarbeitenden waren aber so vielschichtig, dass es zu einem deutlichen Mehraufwand mit entsprechender Frustration kam.

Die praktischen Erfahrungen in den Modelleinrichtungen zeigen, dass fehlende oder nur verzögert bereitgestellte Softwarefunktionen einen erheblichen Mehraufwand in der Planung und Aktualisierung der KubA verursachten. Konnte dadurch die Veränderung der KubA nicht zeitnah erfolgen, führte dies regelmäßig zu Unzufriedenheit der Mitarbeitenden, die eigentlich nach der KubA arbeiten wollten.

Die im Vorfeld des Modellprojektes unterschätzten Entwicklungsvorläufe der Softwareanbieter erschwerten die digitale Abbildung und Fortschreibung von Pflegeprozessen erheblich. Gleichzeitig wurde deutlich, dass eine gezielte, frühzeitig geplante und eng mit dem Veränderungsprozess verzahnte Einführung neuer Technologien positiv auf die Projektumsetzung wirken kann.

In der letzten Projektphase wurde daher seitens des Projektteams ein „runder Tisch“ mit dem Branchenverband FinSoz initiiert, in dessen Rahmen zum Zeitpunkt der Berichtslegung darüber diskutiert wird, wie die Software weiterentwickelt werden kann, um die Umstellung auf eine kompetenz- und bewohnendenorientierte Arbeitsorganisation zu erleichtern.

3.4.2 Ergebnisse mit Anpassungen auf Systemebene

Neben den individuellen Anpassungen in den einzelnen Modelleinrichtungen fand eine Rückkopplung der im Rahmen der formativen Evaluation gewonnenen Erkenntnisse auch in Bezug auf das Umsetzungskonzept statt. Hierbei handelte es sich um die in den Abschnitten 3.4.2.1 bis 3.4.2.6 beschriebenen Anpassungen, die direkt während der Erprobung zu einer Veränderung in den Konzeptgrundlagen geführt haben und die dann ab dem Moment der Anpassung für alle Modelleinrichtungen wirksam wurden.

3.4.2.1 Anpassung Kompetenzmanagement

Das zu Beginn des Modellprojektes eingesetzte Instrument zur Erfassung der Kompetenzen der Mitarbeitenden war noch nicht auf die konkreten Inhalte des Modellprojektes abgestimmt. Dies lag insbesondere an der Tatsache, dass sich das Konzept noch in der Entwicklung befand, als die Einschätzungsbögen bereits fertig vorliegen mussten, damit die Einrichtungen mit ihren Arbeiten beginnen konnten. Im Verlauf der formativen Evaluation gab es viele Rückmeldungen aus den Modelleinrichtungen zu den Kompetenzeinschätzungen. Die meisten Modelleinrichtungen fanden das eingesetzte Instrument insgesamt hilfreich und förderlich für die Personalentwicklung.

Kritische Rückmeldungen aus den Modelleinrichtungen bezogen sich gerade bei den niedrigen Qualifikationsniveaus auf die Notwendigkeit von sprachlichen Vereinfachungen der Bögen. Vielfach brauchte es die Unterstützung von Leitungspersonen, um die Fragen zu verstehen. Zudem wurden die Kompetenzeinschätzungsbögen und der gesamte Prozess damit als zu zeitintensiv empfunden. Der Onlinefragebogen für die Mitarbeitenden stellte sich eher als Barriere dar, da hier teilweise die Leitungspersonen bei der Anwendung unterstützen mussten.

Direkt zu Beginn der Kompetenzeinschätzungen gab eine Modelleinrichtung an, dass in ihrer Einrichtung nur Mitarbeitende des QN 1, aber keine QN 2-Kräfte eingesetzt waren, da es in dem Bundesland, in dem sich die Modelleinrichtung befand, keine entsprechenden Qualifizierungskurse im geforderten Stundenumfang gab. Wenn sich Mitarbeitende weiterqualifizierten, dann erfolgte direkt eine Qualifizierung zur Pflegeassistentkraft (QN 3), auch da dies für die Mitarbeitenden finanziell wesentlich lukrativer sei. Aktuell würden QN 1-Mitarbeitende keine Kompetenzeinschätzung und kein Personalentwicklungsgespräch erhalten. Vor diesem Hintergrund hat das Projektteam beschlossen, die bestehenden Kompetenzeinschätzungsbögen für das QN 2 auch als Potenzialabschätzung des QN 1 einzusetzen und allen Modelleinrichtungen zur Verfügung zu stellen.

Je nachdem wie aktiv sich die Einrichtungen inhaltlich mit den Kompetenzen in Hinblick auf die Arbeitsorganisation auseinandergesetzt hatten, erfolgten auch systematische Qualifizierungs- und Schulungsmaßnahmen. Tabelle 14 zeigt eine zusammenfassende Übersicht der von den Modelleinrichtungen zurückgemeldeten Bildungsbedarfe aus den Kompetenzeinschätzungen.

Tabelle 14: Übersicht Bildungsbedarfe Kompetenzeinschätzungen

Pflegehilfskräfte (QN 1 und 2)	Pflegeassistentenkräfte (QN 3)	Pflegefachkräfte (QN 4 und 5)
Prophylaxen Positionierung Transfer Kommunikation (insbesondere bei Demenz)	Medikamentengabe Prophylaxen Positionierung Kommunikation (insbesondere Pflegeprozess)	Pflegevisite Medikamentenmanagement Pflegeprozess
Versorgung von Personen in palliativen Situationen		

Das Kompetenzanalyseinstrument sollte niedrigschwellig und zielgruppengerecht gestaltet sein, um die Akzeptanz der Anwendenden zu erzielen sowie die Anwendbarkeit und damit die erwünschte Wirkung in der Praxis sicherzustellen. Es sollte eine vereinfachte, zeiteffiziente und niedrigschwellige Durchführungsform entwickelt werden (z. B. mobile Anwendung mit einfacher Benutzeroberfläche oder eine papierbasierte (Kurz)Version mit Selbst- und Fremdeinschätzungsoption). Das weiterentwickelte Kompetenzanalyseinstrument (s. Abschnitt 3.4.4.5), das letztendlich für die Flächenimplementation (s. Kapitel 6.2.1) bereitgestellt wird, sollte zudem in Hinblick auf die projektbezogenen Anforderungen angepasst werden, um die Anschlussfähigkeit an die Projektziele zu sichern. Bedeutend ist vor allem, dass der Prozess der Kompetenzanalyse immer als Austausch zwischen der einschätzenden und der einzuschätzenden Person verstanden und dahingehend gestaltet wird und der Kompetenzeinschätzungsbogen nicht als bloßes Erhebungsinstrument genutzt wird.

3.4.2.2 Kompetenzprofile für nicht-pflegerische Berufe

Die Tätigkeiten von Personen mit dreijährigen, nichtpflegerischen Ausbildungen warf die Frage nach einer adäquaten Einschätzung des *pflegerischen* Qualifikationsniveaus dieser Personen auf. So meldeten beispielsweise zwei Modelleinrichtungen zurück, dass in ihren Einrichtungen über den Pflegesatz verhandelte Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen tätig seien und sie diese in die KubA zu integrieren beabsichtigten. Während die Ergotherapeuten und -therapeutinnen der einen Modelleinrichtung gemäß der Pflegsatzverhandlungen als Mitarbeitende des Qualifikationsniveaus 3 galten, wurden sie in der anderen Modelleinrichtung als Mitarbeitende des Qualifikationsniveaus 4 geführt. Aus einer weiteren Modelleinrichtung wurde von Medizinischen Fachangestellten berichtet, die in der Pflege tätig seien. Diese Rückmeldungen aus den Modelleinrichtungen machte die Notwendigkeit einer fachlichen Abgrenzung zwischen dem *pflegerischen Qualifikationsniveau*, auf das alle Regelungen im Kontext der Personalbemessung bezogen sind, und den individuellen nicht-pflegerischen Qualifikationsniveaus deutlich, die allerdings in den unterschiedlichen Rechtsbereichen uneinheitlich behandelt werden. So werden die schon beispielhaft angeführten Ergotherapeuten bezüglich ihrer Fachausbildung entweder als QN 4 oder QN 6 geführt, können dabei aber interventionsbezogen einem pflegerischen QN 2, QN 3 oder QN 4 zugeordnet werden. In Bezug auf ihre Finanzierung werden sie landesspezifisch entweder nicht, als QN 3 oder als QN 4 angerechnet. Ordnungsrechtlich werden sie ebenfalls landesspezifisch entweder nicht erwähnt oder als Fachkräfte des QN 4 behandelt, wobei sich der ordnungsrechtlich angewendete Fachkraftbegriff dann auf alle Fachkräfte bezieht und über die pflegerischen Fachkräfte hinausgeht.

Hierzu wurde den Modelleinrichtungen noch einmal deutlich kommuniziert, dass im Kontext der Arbeitsorganisation von pflegerischen Interventionen grundsätzlich das pflegerische

Qualifikationsniveau als ausschlaggebend zu betrachten sei. Dabei zeigten sich besondere Fälle, in denen nicht-pflegerische Berufsausbildungen spezifische Kenntnisse und Kompetenzen enthalten, die auch Teile des pflegerischen Leistungsgeschehens umfassen. Hier wurde deutlich, dass für die Erstellung der Touren im Rahmen der KubA ausbildungsspezifische Kompetenzprofile für nicht-pflegerische Berufe erforderlich waren. Hierzu wurden auf Grundlage der in den Ausbildungen erworbenen Kompetenzen Profile für verschiedene in den Einrichtungen tätige, nicht-pflegerische Berufsgruppen erstellt. Diese Kompetenzprofile wurden allen Einrichtungen im Rahmen eines Vernetzungstreffens präsentiert und zur Verfügung gestellt. Gleichzeitig wurden die Modelleinrichtungen aufgefordert, bei Bedarf weitere Berufsgruppen an das Projektteam zurückzumelden, um gegebenenfalls weitere Kompetenzprofile erstellen zu können. Diesbezüglich erfolgten allerdings keine weiteren Anfragen seitens der Einrichtungen.

Die Erfahrungen aus den Modelleinrichtungen verdeutlichen, dass eine systematische Prüfung und fachliche Einordnung nicht-pflegerischer Ausbildungsberufe im Kontext der Tourenplanung erforderlich sind. Zwar wurden erste Schritte durch die Erstellung kompetenzbasierter Profile für bestimmte Berufsgruppen unternommen, jedoch bleibt die Notwendigkeit bestehen, weitere nicht-pflegerische Qualifikationen differenziert zu analysieren – insbesondere im Hinblick auf ihre Einsetzbarkeit in der pflegerischen Arbeitsorganisation gemäß den Anforderungen der KubA. Es erscheint sinnvoll, die Profile nicht-pflegerischer Berufsgruppen im Rahmen der Tourenplanung weiterhin zu prüfen und transparent einzuordnen. Nur durch eine Differenzierung kann gewährleistet werden, dass die KubA sachgerecht umgesetzt wird und rechtlichen und qualitätsbezogenen Anforderungen genügt.

3.4.2.3 Notwendiger Stundenumfang für das Pflegezertifikat QN 2

Die im QMM angesetzte Stundenanzahl für die Anerkennung des QN 2 wurde als Reaktion auf die Rückmeldung aus einer Modelleinrichtung zum HiP-Kurs (Helfer in der Pflege) für das Modellprojekt von 200 h auf 150 h heruntergesetzt, sodass für die Einrichtungen die Anerkennung als QN 2-Pflegende in größerem Umfang möglich war.

3.4.2.4 Einbeziehung von Mitarbeitenden des QN 2 in Bezugspflege tandems in einfachen Pflegesituationen

Ursprünglich war das Bezugspflege tandem stark auf der Pflegeprozesssteuerungsebene verortet und aufgrund der daraus entstehenden Anforderungen waren Mitarbeitende des QN 2 nicht als Tandemmitglieder vorgesehen. In der Planungsphase kamen jedoch bei der Zusammensetzung der Tandems Fragen aus den verschiedenen Modelleinrichtungen auf, warum die Pflegehilfskräfte des QN 2 nicht in den Tandems berücksichtigt würden, da diese zwar nicht umfassend qualifiziert, aber sehr stark in die praktische Versorgung eingebunden seien. In der Erstellung der Tourenpläne der Modelleinrichtungen zeigte sich immer mehr, dass in einfachen Situationen die Pflegehilfskräfte des QN 2 quantitativ den überwiegenden Anteil der pflegerischen Versorgung bestritten. Hieraus entstand die Anregung, diese Mitarbeitenden bei Pflegebedürftigen in einfachen Pflegesituationen in die Bezugspflege tandems zu integrieren, da sie viele Informationen zu diesen Bewohnenden aus der täglichen Versorgung hatten. Die Frage der erweiterten Einbeziehung in die Bezugspflege tandems wurde zunächst im Projektteam und dann in einer projektinternen Expertengruppe diskutiert. Diese hat entschieden, diesen Vorschlag in das Konzept aufzunehmen. Die Anpassung erfolgte durch eine Überarbeitung des Umsetzungskonzeptes. Im Rahmen eines Vernetzungstreffens erhielten alle Modelleinrichtungen eine Übersicht über die aktuellsten Anpassungen sowie eine Schulung zur praktischen Anwendung in der Bezugspflegeorganisation. Die Modelleinrichtungen begrüßten die

Anpassung der Bezugspflegeetandems. Mit dieser Änderung sollte als zusätzlicher Nebeneffekt die Rolle der Pflegehilfskräfte in QN 2 in der neuen Arbeitsorganisation stärker als bisher vom Konzept vorgesehen sichtbar werden.

3.4.2.5 Anpassung der Methodik zur Einschätzung der Komplexität der Pflegesituation

Kernpunkt der Mechanik zur Festlegung von individuellen SOLL-QN für die Interventionserbringung ist die personenbezogene Feststellung der Komplexität der Pflegesituation jeder pflegebedürftigen Person. Während der Konzepterprobung war es von besonderer Wichtigkeit, die Bedeutung dieser Einschätzung und die Umsetzung an die Pflegemitarbeitenden der Einrichtungen zu vermitteln. Mit zunehmendem Verständnis für das Konzept und seine Auswirkungen entstand eine inhaltliche Diskussion zwischen den Modelleinrichtungen und dem Projektteam. Hieraus folgten nach den erforderlichen Prüfungs- und Freigabeschleifen schließlich zwei substantielle Veränderung in der Mechanik der Komplexitätseinschätzung.

3.4.2.5.1 Herausnahme des Items Treppensteigen aus der Einschätzung der Komplexitätsgrade

Eine Modelleinrichtung äußerte bereits zu einem frühen Projektzeitpunkt, dass die Berücksichtigung des Items 1.5 *Treppensteigen* im Modul 1 (Mobilität) des Begutachtungsinstruments für die Ermittlung der Komplexitätsgrade zu einer Verzerrung in Richtung komplexer Pflegesituationen führe. Das Item beschreibt, ob eine Person in der Lage ist, ohne personelle Unterstützung Treppen zwischen zwei Etagen zu überwinden. Laut Berichten der Modelleinrichtung wären die Bewohnenden in der Regel so stark eingeschränkt, dass sie in diesem Modul die höchsten zu vergebenen Punkte erzielen würden. Das Treppensteigen spiele gleichzeitig jedoch im Kontext einer stationären Pflegeeinrichtung keine Rolle für die Komplexität der Versorgung der Bewohnenden, da für alle Etagenwechsel ein Aufzug benutzt werden könne. Ein Versuch der Einrichtung, dieses Item in der Komplexitätsgradeinschätzung nicht zu berücksichtigen, habe ein aus ihrer Sicht realistischeres Bild ergeben. Diese Berichte wurden zunächst durch das Projektteam überprüft und der Umgang mit dieser Rückmeldung anschließend als Frage in die folgenden Experteninterviews mit den übrigen Einrichtungen aufgenommen. Diese bestätigten die Einschätzung der Modelleinrichtung, woraufhin die fachliche Angemessenheit und die Auswirkungen eines Ausschlusses dieses Items aus der Komplexitätsgradeinschätzung intensiv im Projektteam diskutiert wurde. Eine projektinterne Expertengruppe entschied schließlich, dass ohne dieses Item die Komplexitätsgrade im Sinne des Projektes realistischer abgebildet werden können, weil keine Relevanz dieses Items für die Art der Durchführung körpernaher Pflegeinterventionen besteht. Die systematische Anpassung sah vor, das Item *Treppensteigen* nicht mehr bei der Ermittlung der Gesamtsumme im Modul 1 einzubeziehen. Da gleichzeitig die Schwellenwerte für die jeweiligen Komplexitätsgrade beibehalten werden sollten, zeigte die Folgenabschätzung für alle einbezogenen Pflegebedürftigen eine als fachlich angemessener bewertete, durchschnittlich *niedrigere* Komplexitätseinschätzung. In einem nächsten Schritt wurde diese Überlegung mit dem Auftraggeber abgestimmt, bevor sie final an die Einrichtungen kommuniziert wurde. Die Modelleinrichtungen führten daraufhin eine Neueinschätzung der Komplexitätsgrade durch und passten die Arbeitsablaufpläne entsprechend an.

3.4.2.5.2 Herausnahme des Modul 1 aus der Einschätzung der Komplexitätsgrade für die Interventionen *Ernährungsmanagement: Durchführung* sowie für die Intervention *Trinkmanagement: Durchführung*

Aus den Modelleinrichtungen gab es kritische Rückmeldungen zur Zuweisung der SOLL-QN bei den Interventionen *Ernährungsmanagement: Durchführung* sowie *Trinkmanagement: Durchführung*. Die

ursprüngliche Zuweisung basierte auf der allgemeinen Logik für körpernahe Pflegeinterventionen (Interventionsklasse G) bei der gleichermaßen die Einschätzungen zur Beeinträchtigung in der Mobilität (Modul 1) und den Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen (Modul 3) einfließen. Diese Systematik führte jedoch dazu, dass in Situationen mit eingeschränkter Mobilität nahezu alle Aufgaben im Bereich der Nahrungs- und Getränkeversorgung von Fachkräften hätten übernommen werden sollen – unabhängig vom tatsächlichen Unterstützungsbedarf im konkreten Fall. Die Einrichtungen wiesen darauf hin, dass diese pauschale Zuordnung nicht den realen pflegerischen Anforderungen entspräche, da das Management von Ernährung und Flüssigkeitszufuhr oft auch bei eingeschränkter Mobilität durch Assistenzkräfte durchgeführt werden könne – sofern keine weiteren komplexitätssteigernden Faktoren vorliegen.

Vor diesem Hintergrund wurde im Austausch mit den Einrichtungen und im Projektteam entschieden, die bisherige Komplexitätslogik für diese beiden Interventionen grundsätzlich anzupassen. Konkret wurde das Modul 1 (Mobilität) aus der Komplexitätsgradermittlung für *Ernährungsmanagement: Durchführung* sowie *Trinkmanagement: Durchführung* herausgenommen. Gleichzeitig wurde als neuer zentraler Komplexitätsfaktor das Vorliegen einer Dysphagie berücksichtigt. Damit wurde für diese beiden Interventionen die allgemeine Zuweisungslogik für G-Interventionen explizit außer Kraft gesetzt. Die Modelleinrichtungen führten daraufhin eine Neueinschätzung der Komplexitätsgrade für diese Interventionen durch und passten ihre Arbeitsablaufpläne entsprechend an.

Auch dieser Fall verdeutlicht exemplarisch, dass die iterative Umsetzung des ursprünglichen Konzepts sinnvoll ist. So führten die Rückmeldungen der Modelleinrichtungen auch hier zur Überprüfung und Anpassung der Systematik, da analysiert wurde, dass Mobilität allein kein hinreichender Indikator für die Komplexität der pflegerischen Leistung in diesem Bereich ist.

3.4.2.6 Anpassungen der Intervention Rundgang / Sicherheit gewährleisten

Bei der Intervention *Rundgang/Sicherheit gewährleisten* zeigte sich in der Pflegepraxis ein uneinheitliches Bild der Interpretation dieser Intervention. In der ursprünglichen Zuordnung war diese Intervention als eine den Pflegefachkräften vorbehaltende Tätigkeit klassifiziert. Sie war als Bestandteil der Pflegeprozessessteuerung und der Verantwortung der Pflegefachperson gegenüber allen Bewohnenden konzipiert und sollte dazu dienen, sich täglich einen fachlichen Eindruck von den Bewohnenden zu verschaffen, indem mindestens ein kurzer persönlicher Kontakt mit den Bewohnenden erfolgt. Einige Modelleinrichtungen verstanden unter dieser Intervention jedoch reine Rundgänge zur Sichtkontrolle in Bezug auf Gefahrensituationen und ähnliches. Diese Modelleinrichtungen zeigten sich dann irritiert über das vorgegebene SOLL-QN 4, da Rundgänge zur Sichtkontrolle von jedem Qualifikationsniveau in den Modelleinrichtungen durchgeführt wurden und auch durchgeführt werden konnten. Aufgrund der pflegepraktisch anderen Interpretation der Intervention und der Abbildbarkeit der Leistung der Pflegekräfte unterhalb des Fachkraftniveaus wurde die Intervention *Rundgang/Sicherheit gewährleisten* in zwei Interventionen aufgeteilt. Die neue Intervention *Sicherheit gewährleisten* wird weiterhin als Bestandteil der Pflegeprozessessteuerung mit dem SOLL-QN 4 in der Interventionsklasse E geführt, während die ebenfalls neue Intervention *Kontrollgang/Sichtkontrolle* der G-Interventionsklasse angehört und abhängig vom Komplexitätsgrad von dem jeweils passenden Qualifikationsniveau erbracht werden kann.

Anhand der Intervention „Rundgang/Sicherheit gewährleisten“ wurde deutlich, dass unklare oder mehrdeutig interpretierbare Interventionen in der pflegerischen Praxis zu Missverständnissen und

Abweichungen hinsichtlich der Qualifikationsanforderungen führen können. Die daraufhin vorgenommene konzeptionelle Trennung in zwei Interventionen – „Sicherheit gewährleisten“ als Bestandteil der Pflegeprozesssteuerung und „Kontrollgang/Sichtkontrolle“ als delegierbare Maßnahme – verdeutlicht die Notwendigkeit praxisnaher Anpassungen.

3.4.3 Evaluation der Bildungsangebote

Im Rahmen des Modellprojekts sind unterschiedliche Bildungsformate entwickelt worden und zum Einsatz gekommen: Präsenzfortbildungen, digital synchrone und digital asynchrone Fortbildungen. Im Verlauf der formativen Evaluation ergaben sich Erkenntnisse zur Anpassung der Bildungsformate (Abschnitt 3.4.3.1), zu den Zielgruppen für die Bildungsangebote (Abschnitt 3.4.3.2) und zur allgemeinen Notwendigkeit der Erweiterung von Bildungsangeboten (Abschnitt 3.4.3.3).

3.4.3.1 Ergebnisse und Anpassungen in Bezug auf die Bildungsformate

Bei den eingesetzten Bildungsformaten zeigte sich, dass die Mitarbeitenden qualifikationsunabhängig Fortbildungsformate in Präsenz präferieren. Der eingeschränkte Zugang zu digitalen Bildungsformaten (z. B. zu Erklärvideos, kleinen Wissenstests) und die dadurch bedingte geringe Erfahrung im Umgang mit und in der Anwendung von solchen Formaten, führten zu Unsicherheiten bei der Zielgruppe. Darüber hinaus betonten die Teilnehmenden die Bedeutung des direkten Austausches in Kleingruppen entlang konkreter Fallbeispiele aus ihrer eigenen Berufspraxis und dem Face-to-Face-Dialog mit den Fortbildungsmoderatorinnen und den Fortbildungsmoderatoren. Um den Bedarfen und Bedürfnissen der spezifischen Zielgruppe gerecht zu werden und dadurch eine Steigerung der Bildungsaspiration zu erreichen, empfiehlt es sich daher, die Fortbildungsangebote in Präsenz anzubieten.

Im Allgemeinen konnten nur wenige informelle Lern- und Bildungsaktivitäten in den Modelleinrichtungen identifiziert werden. Die zur Verfügung gestellten Lernangebote auf der PeBeM-Website wiesen – gemessen anhand der Klickzahl – nur eine sehr geringe Nachfrage auf. Als hemmende Faktoren konnten zum einen keine bzw. nur eingeschränkte Zugangsmöglichkeiten der Mitarbeitenden (digitale Ausstattung) und zum anderen das Fehlen zeitlicher Lernräume identifiziert werden. Auch fehlende Informationen über die Existenz und Nutzbarkeit der PeBeM-Website stellten in einigen Modelleinrichtungen eine Zugangsbarriere dar.

Auf Grundlage dieser Erkenntnisse im Projektverlauf wurde das Bildungsangebot der *Reflexionsschleifen im Veränderungsprozess* entwickelt, mit dem Ziel die bestehenden einrichtungsspezifischen Lern- und Bildungsbedarfe zu ermitteln und den Mitarbeitenden im Prozess der Arbeit Möglichkeitsräume zur Nutzung von Lern- und Bildungsprozessen zu erschließen. Hierfür wurden die Wohnbereichsleitungen befähigt, eine Moderationsrolle einzunehmen, um Lern- und Veränderungsbedarfe im Team zu reflektieren und zu kommunizieren. Mit Hilfe eines als „Notizzettel“ nutzbaren Posters sollte in den Modelleinrichtungen der gezielte Austausch im Team über notwendige und gewünschte Veränderungen im Arbeitsalltag visualisiert, verbalisiert und reflektiert werden. Für den Austausch wurde die Dienstbesprechung empfohlen, damit alle Teammitglieder anwesend sein konnten und keine zusätzlichen Zeitressourcen zur Verfügung gestellt werden mussten. Für zukünftige Organisationsentwicklungsprozesse in anderen Einrichtungen empfiehlt es sich, dieses Bildungsangebot bereits zu Beginn des Veränderungsprozesses einzuführen und als dauerhaftes Instrument zu implementieren.

3.4.3.2 Ergebnisse und Anpassungen bezogen auf die Zielgruppen

Die Bildungsangebote sind entsprechend der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche des zugrundeliegenden theoretischen Rahmenmodells sowohl qualifikationsspezifisch als auch qualifikationsübergreifend konzipiert worden.

Die steuernden Pflegefachkräfte sowie die unterstützenden Pflegeassistentenkräfte waren zunächst eingeladen, an den Fortbildungen zum allgemeinen und qualifikationsorientierten Pflegeprozess teilzunehmen. In diesen Fortbildungen wurden neben allgemeinen Inhalten zur Pflegeprozessessteuerung und der speziellen Rollen von Pflegehilfs- und Pflegeassistentenkräften auch die neu gedachten Bezugspflegerischen Inhalte vermittelt. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um die drei Elemente feste Zuordnung von Bewohnenden und Pflegenden, die qualifikationsorientierte Leistungserbringung sowie die Sicherstellung des Informationsflusses durch Kommunikationsinstrumente. Damit der Pflegeprozess personenzentriert gestaltet werden kann, muss die gesamte Lebenslage der Bewohnenden betrachtet werden. Erreicht werden kann dies durch die Umsetzung des ganzheitlich orientierten Pflegesystems Bezugspflege, das dem aktuellen Pflegebedürftigkeitsbegriff vollumfänglich entspricht. Bei der Bezugspflege sind Bewohnende und Pflegenden in einer direkten Zuordnung miteinander verbunden: Jede und jeder Bewohnende wird einer zuständigen Pflegefachkraft zugeordnet. Diese Pflegefachkraft ist von der Aufnahme bis zum Ausscheiden der pflegebedürftigen Person aus der Langzeitpflegeeinrichtung für deren Versorgung zuständig und trägt, die Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess und versorgt qualifikationsorientiert die zugeordneten Bewohnenden selbst, wenn sie im Dienst ist. Durch diese möglichst dauerhafte und beständige Beziehung ist – bei korrekter Umsetzung – gewährleistet, dass Bezugspfleger ihre Bezugspflegebewohnenden sehr gut kennen und somit in der Lage sind, deren gesamte Lebenslage einzuschätzen, um in Konsequenz dessen den Pflegeprozess personenzentriert zu gestalten. Da aber bei Pflegebedürftigen in einfachen und komplizierten Pflegesituationen auch Pflegehilfs- bzw. -assistentenkräfte in einem hohen zeitlichen Umfang in die pflegerische Versorgung eingebunden sind und im Pflegealltag intensiven Kontakt zu Bewohnenden haben und deren jeweiligen Gesundheits- und Versorgungszustand wahrnehmen, wurde zur Umsetzung einer kontinuierlichen, verantwortlichen und bewohnendenorientierten Bezugspflege das Konzept der Bezugspflege durch die Etablierung von Bezugspflege Tandems weiterentwickelt. In diesem Tandem fallen alle Aufgaben der Pflegeprozessessteuerung (Vorbehaltstätigkeit) der Pflegefachkraft zu. Die im Bezugspflege Tandem eingebundenen Hilfs- und Assistentenkräfte erbringen qualifikationsorientiert Leistungen in der direkten Versorgung der Bewohnenden und bringen in alle Pflegeprozessschritte ihre Beobachtungen und ihr Wissen aus dem persönlichen Umgang, dem Alltag und der pflegerischen Versorgung der Bezugspflegebewohnerin bzw. des Bezugspflegebewohners ein. Zum Einsatz kommen hierfür Pflegeprozessessteuerungs- sowie Kommunikationsinstrumente (z. B. Mikropflegevisiten). Das Konzept „Bezugspflege – neu gedacht“ umfasst somit die Befähigung, den Pflegeprozess durch den Einsatz eines Bezugspflege Tandems aktiv unter Berücksichtigung der verschiedenen Qualifikationsniveaus in der Pflege zu gestalten und im Sinne eines ressourcen- und kompetenzgeleiteten Vorgehens umzusetzen. Alle Qualifikationsniveaus der Pflege haben qualifikationsbezogen eine Rolle in der Gestaltung des Pflegeprozesses und in der qualifikationsorientierten Erbringung der Pflegeleistungen. Sie verständigen sich dabei qualifikationsübergreifend über Kommunikationsinstrumente engmaschig zu den individuellen und sich wandelnden Pflegesituationen.

Durch ihre Einbindung in die Bezugspflege Tandems entstand auch ein direkter Bildungsbedarf für die Pflegehilfskräfte des QN 2 zum Thema der qualifikationsorientierten Informationsweitergabe für die Pflegeprozesssteuerung. Die bereits vorliegenden Fortbildungsteile wurden dahingehend angepasst, dass der erste Teil der Fortbildung zum allgemeinen Pflegeprozess sich explizit an Pflegefachkräfte mit fehlenden Pflegeprozesssteuerungskompetenzen richtet und eine zusätzliche Fortbildung für Pflegehilfs- und -assistenzkräfte zur qualifikationsorientierten Informationsweitergabe für die Pflegeprozesssteuerung und der Rolle als Bezugspflegekraft konzipiert wurde.

Für den zweiten Teil der Fortbildung zum Thema qualifikationsorientierter Pflegeprozess war durch die Integration der Pflegehilfskräfte in die Bezugspflege Tandems eine Erweiterung der Zielgruppe um Pflegehilfskräfte des QN 2 erforderlich. Entsprechende Empfehlungen zur zielgruppenspezifischen Durchführung wurden im Artikulationsschema ergänzt. Für diese Teilfortbildung galt von Beginn an, dass eine qualifikationsunabhängige Durchführung empfohlen wurde, um die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Qualifikationsniveaus zu stärken. Außerdem wurde eine Fortbildung zum Thema Einschätzung der Komplexitätsgrade von Pflegesituationen für die Pflegefachkräfte empfohlen.

Der dritte Teil der Fortbildungsreihe zum Thema *Instrumente zur Pflegeprozesssteuerung* wurde durch die Teilnehmenden als wichtig für neue Impulse in der Zusammenarbeit beurteilt. Die Stärkung der Mitarbeitenden unterhalb des Fachkraftniveaus in ihrer Funktion als wichtige Informationsquelle für den Pflegeprozess hat dazu beigetragen, dass die neuen Aufgaben- und Verantwortungsbereiche verstanden und mehr akzeptiert werden konnten. Der Transfer in Form einer Arbeits- und Übungsaufgabe gestaltete sich schwierig. Im einrichtungsübergreifenden Austausch wurden fehlende zeitliche Ressourcen als zentrale Herausforderung genannt, weshalb nicht alle Modelleinrichtungen die Arbeits- und Übungsaufgaben umsetzten.

3.4.3.3 Ergebnisse zur Erweiterung des Bildungsangebots

Aus dem Prozess der formativen Evaluation entstanden ebenfalls informelle Bedarfsbekundungen seitens der Modelleinrichtungen. Dazu zählen Bildungsangebote zu den Themen Komplexität der Pflegesituationen (Abschnitt 3.4.3.3.1), Ernährungs- und Trinkmanagement (Abschnitt 3.4.3.3.2) und Medikamentengabe (Abschnitt 3.4.3.3.3).

3.4.3.3.1 Komplexitätsgrade von Pflegesituationen

Die Komplexitätsgrade und die dahinterliegende Logik wurden im Verlauf des Projektes vielfach durch die Einrichtungen thematisiert. So zeigte sich insbesondere in Bezug auf das Modul 3 *Verhaltensweisen und psychische Problemlagen*, dass hohe Einschätzungen der Items 3.10 *Ängste* und 3.11 *Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage* zu einer Verzerrung der Komplexitätsgradeinschätzung führen. Hierzu erfolgte ein intensiver Austausch mit den Einrichtungen, um die Gründe für die Einschätzungen zu ermitteln. Dabei wurden Unsicherheiten in der Handhabung des Begutachtungsinstruments deutlich.

Die Pflegefachkräfte hatten zum Teil Schwierigkeiten in der praktischen Einschätzung und Abgrenzung zwischen Modul 2 *Kognitive und kommunikative Fähigkeiten* und Modul 3 *Verhaltensweisen und psychische Problemlagen* des Begutachtungsinstruments. Um mehr Sicherheit in der Einschätzung der Pflegefachkräfte zu ermöglichen, wurde das bereits bestehende Bildungsangebot zur Komplexitätsgradeinschätzung um zusätzliche Materialien erweitert. Es wurde ein Erklärvideo zu Modul 3 mit dem Schwerpunkt der Abgrenzung zum Modul 2 produziert und Lern- und Übungsaufgaben mit Fallbeispielen inklusive Musterlösungen ausgearbeitet, um den Transfer in die praktische Anwendung zu fördern. Die Fallbeispiele wurden anhand von Beispielen aus den

Modelleinrichtungen entwickelt. Zudem wurden den Einrichtungen ein Berechnungstool zur Verfügung gestellt, in das die Zahl der Pflegebedürftigen im entsprechenden Bereich differenziert nach den Pflegegraden eingegeben werden kann. Das Tool produziert dann die zu erwartende Verteilung der Komplexitätsgrade. Für die Programmierung dieses Tools wurden die Werte der Studiengutachten des MD für die Bewohner der Fokuswohnbereiche als Inputdaten verwendet. Den Einrichtungen wurde nahegelegt, ihre eigenen Einschätzungen noch einmal zu überprüfen, falls diese sich deutlich von der zu erwartenden Verteilung unterschied.

Dennoch wurden die Komplexitätsgrade in den Einrichtungen regelmäßig „zu hoch“ eingeschätzt. In den Modelleinrichtungen konnte das nur in intensiven Einzelgesprächen von Mitgliedern des Projektteams mit den zuständigen Einrichtungsmitarbeitenden korrigiert werden. Es bestehen aber erhebliche Zweifel, ob Einrichtungen in einem Umsetzungsprozess ohne eine entsprechende Begleitung angemessene Bewertungen vornehmen, da jeweils angenommen wird, dass die Pflegesituation der eigenen Bewohnerschaft besonders komplex ist.

In diesem Zusammenhang wurde in den Gesprächen mit den Einrichtungen auch deutlich, dass der Zusammenhang von Komplexitäts- und Pflegegraden in den Einrichtungen oftmals nicht nachvollzogen werden konnte. So wurde beispielsweise von einigen Einrichtungen argumentiert, dass sie aufgrund einer Vielzahl von (hoch-)komplexen Pflegesituationen deutlich mehr Pflegefachkräfte benötigen würden als ursprünglich angenommen. Hierzu wurden intensive Gespräche mit den Einrichtungen geführt. Diese fanden zum Teil online als auch in Präsenz in den Einrichtungen statt. Dabei wurden die Einschätzungen konkreter Bewohnenden besprochen und es wurde gezielt geschaut, inwiefern der Komplexitätsgrad realistisch eingeschätzt wurde. Zusätzlich erfolgte eine umfangreiche Präsentation des Zusammenhangs von Komplexitäts- und Pflegegraden im Rahmen eines Vernetzungstreffens, um zu verdeutlichen, dass die Personalbemessung ausschließlich von der Pflegegradverteilung abhängig ist, die Personaleinsatzplanung dagegen von der Komplexitätsgradverteilung. Die zur Verfügung gestellte Personalmenge ist daher nur dann passend, wenn die Komplexitätsgradverteilung zur Pflegegradverteilung passt. Dies war in der PeBeM 1-Studie gegeben und auch in der PeBeM 3-Studie korrelieren Pflegegrad und Komplexitätsgrad hoch – aber nur, wenn die Einschätzungen der MD-Gutachten zugrunde gelegt werden, nicht aber, wenn auf die Einschätzungen der Einrichtungen zurückgegriffen wird. Dass Personalbemessung und Personaleinsatz auf unterschiedlichen Konstrukten beruhen, ist eine Sollbruchstelle für die Umsetzung der qualifikationsorientierten Arbeitsorganisation und sollte daher überdacht werden.

3.4.3.3.2 Ernährungs- und Trinkmanagement

Um Mitarbeitende des QN 1 anzusprechen und die Bedeutung der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche dieses Qualifikationsniveaus zu verdeutlichen, wurde ein Erklärvideo zum Thema *Beobachtungskriterien bei der Nahrungsaufnahme* entwickelt.

3.4.3.3.3 Medikamentengabe

Die Intervention *Medikamentengabe* wurde in den Modelleinrichtungen aufgrund von Unsicherheiten der Pflegeassistentenkräfte im Umgang mit Medikamenten und/oder fehlenden Kompetenzzuschreibungen durch die Vorgesetzten nur selten von den Assistentenkräften übernommen. Um die Medikamentengabe stärker durch Pflegeassistentenkräfte durchführen zu können, müssen diese entsprechend weiterqualifiziert werden.

3.4.4 Konsequenzen für die Implementationsstrategie der KubA

Die wichtigsten Erkenntnisgewinne der formativen Evaluationen sowie die daraus abgeleiteten Konsequenzen für die Weiterentwicklung des Implementationskonzept werden in den nachfolgenden Abschnitten 3.4.4.1 bis 3.4.4.10 noch einmal zusammengefasst.

3.4.4.1 Definition von Mindestvoraussetzungen

Die ursprüngliche Idee, Prototypen auf Basis der Modelleinrichtungen zu entwickeln, die Cluster von Einrichtungen mit vergleichbaren Strukturen und Prozessen abbilden, wurde aufgrund der hohen Heterogenität der Modelleinrichtungen im Projektverlauf aufgegeben. Im Zentrum der Implementationsstrategie (s. Kapitel 0) steht nun ein individualisierbarer Umsetzungsprozess, der auf definierten Voraussetzungen zu den Themen Veränderungsbereitschaft und Veränderungsfähigkeit basiert. Der grundlegende Gedanke hierbei ist, dass den Pflegeheimen zuerst die Möglichkeit gegeben wird, Grundvoraussetzungen für die KubA-Implementation zu erfüllen, um danach einen stark individualisierbaren, aber in seinen Grundzügen vorgegebenen Implementationsprozess zu durchlaufen. Durch diesen Ansatz wird prinzipiell *allen* Einrichtungen die Möglichkeit geboten, sich mit der Einführung einer qualifikations- und kompetenzorientierten Arbeitsorganisation zu befassen und in ihrem eigenen Tempo den Umsetzungsprozess zu gestalten.

Die notwendige Überprüfung der Mindestvoraussetzungen kann mithilfe von Selbsteinschätzungsinstrumenten erfolgen, die im Modellprojekt entwickelt und eingesetzt wurden, aber auf Basis der gemachten Erfahrungen fortwährend weiterentwickelt werden können.

3.4.4.2 Überprüfung und Veränderung der Methode zur Feststellung der Komplexität einer Pflegesituation

Die Komplexitätsgrade und die dahinterliegende Logik zur Feststellung der personenbezogenen Ausprägung führten im Projektverlauf zu dauerhaften Problemen. So zeigte sich insbesondere in Bezug auf das Modul 3 *Verhaltensweisen und psychische Problemlagen*, dass hohe Einschätzungen der Items 3.10 *Ängste* und 3.11 *Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage* zu einer Verzerrung der Komplexitätsgradeinschätzung führen. Der Hintergrund hierfür lag daran, dass die einschätzenden Pflegekräfte vor allem diese beiden Items anders bewerteten, als dies geschulte Pflegegutachtenden der MD-Gemeinschaft und der Careproof GmbH tun würden. Während die Pflegekräfte etwa bewerteten, ob eine Person überhaupt das Vorhandensein von Ängsten thematisiert, ist für Gutachtende ausschlaggebend, wie oft die Person Ängste aufweist, die einer gezielte fachpflegerische Intervention erfordern. Diese vordergründig kleine Diskrepanz führte praktisch dazu, dass die Komplexitätsgrade von Pflegesituationen in den Einrichtungen regelmäßig überschätzt wurden – mit der Konsequenz einer zumindest vorübergehend hohen Belastung der Pflegefachkräfte bei Umsetzung einer qualifikationsorientierten Arbeitsorganisation.

Um diesem systematischen Problem zu begegnen, wurde im Hinblick der geplanten Bereitstellung der KubA für alle stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland eine Anpassung der Methode zur Feststellung der Komplexitätsgrade erforderlich. Diese wird hier folgend ausführlich erläutert.

Die Erfassung der *Komplexitätsgrade der Pflegesituation* nach der in Abschnitt 2.2.1.3 ausgewiesenen Methodik hat sich im Modellprojekt in dreifacher Hinsicht als problematisch erwiesen: Erstens ist sie aufwändig, da die Einrichtungen die Ausprägungen der Items der Module 1 und 3 des Begutachtungsinstruments, die zur Ermittlung des Komplexitätsgrads benötigt wurden, nicht immer aktuell im Zugriff hatten, so dass diese für eine korrekte Komplexitätseinschätzung neu erhoben werden müssen. Zweitens hatten bei dieser Erhebung aber alle Modelleinrichtungen Probleme

damit, einzelne Items fachlich so zu bewerten, wie dies für die Bestimmung der Komplexitätsgrade gedacht war und damit im Ergebnis auch Probleme damit, die Komplexitätsgrade zutreffend zu bestimmen. Da eine Grundtendenz vorhanden ist, die eigenen Fälle jeweils für besonders komplex zu halten, resultierten daraus „zu hohe“ Komplexitätsgradverteilungen. In den Modelleinrichtungen konnte dies durch Mitglieder des Studienteams, die vor Ort jeden einzelnen Fall mit den Pflegekräften diskutiert haben, korrigiert werden. Ohne eine solche Begleitung besteht aber die Gefahr, dass unrealistische Komplexitätseinstufungen die Umsetzung der KubA unmöglich machen. Drittens beruhen Personalbemessung und Personaleinsatz auf unterschiedlichen Größen, nämlich den Pflegegraden und den Komplexitätsgraden. Solange beides korreliert – wie dies bei den Modelleinrichtungen in PeBeM 1 und jetzt (nach entsprechendem Eingreifen) bei PeBeM 3 gegeben war, ist dies kein Problem. Sobald diese Korrelation aber nicht mehr gegeben ist und die Komplexitätsgrade „zu hoch“ eingestuft werden, sind die vorhandenen Fachkräfte im Rahmen der Personaleinsatzplanung in der Einrichtung nicht mehr in ausreichendem Umfang im Dienst, um alle (hoch)komplexen Fälle zu versorgen, so dass die Umsetzung einer Pflege gemäß den KubA-Strukturen erschwert wird. Von den Modelleinrichtungen haben daher einige gefragt, wie denn höhere Fachkraftanteile verhandelt werden können, da die vorhandenen Fachkräfte nicht ausreichen, um die KubA umzusetzen – was eben auf die fehlerhafte Komplexitätsgradeinstufung zurückzuführen war.

Diese Problematik hat dazu geführt, dass für die Flächenimplementation geprüft wurde, ob die *Pflegegrade* als alternative Operationalisierung der Komplexität der Pflegesituation geeignet sind. Tatsächlich wurde bei der Komplexitätsgradbestimmung wie sie im Modellprojekt durchgeführt wurde, auf einen Teil der Items des Begutachtungsmoduls zurückgegriffen, nämlich auf Items der Module 1 und 3. Bei der Bestimmung der Pflegegrade gehen dagegen auch Items der Module 4, 5 und 6 und womöglich des Moduls 2, also insgesamt mehr Informationen, ein. Dennoch ist zu erwarten, dass beide Einstufungen – die Pflegegrad- und die Komplexitätsgradeinstufung – hoch miteinander korrelieren. Bei der Bestimmung der Komplexität der Pflegesituation wurden zudem noch zwei weitere Kriterien herangezogen, die die Einstufung anhand der Items des Begutachtungsinstruments überschreiben: die instabile gesundheitliche Lage und die hochkomplexe Pflegesituation (Abschnitt 2.2.1.3). Beides sind pflegefachliche Kriterien, die situativ subjektiv bewertet werden und eine kurzfristige, gegebenenfalls auch vorübergehende Anpassung der Komplexitätseinschätzung ermöglichen. An der Rolle dieser Kriterien soll daher festgehalten werden. Für den Teil der Einstufung der auf den Items des Begutachtungsinstruments beruht, werden in Tabelle 15 dagegen zwei Operationalisierungen für die Komplexität der Pflegesituation gegenübergestellt, erstens die Erfassung der Komplexität über die Komplexitätsgrade gemäß den Regelungen des Abschnitts 2.2.1.3 und zweitens über die Pflegegrade. Bei Letzterem wird bei Pflegegrad 2 und 3 zunächst von einer einfachen, bei Pflegegrad 4 von einer komplizierten und bei Pflegegrad 5 von einer komplexen Pflegesituation ausgegangen. Die beiden subjektiven Kriterien (instabile gesundheitliche Lage und hochkomplexe Pflegesituation) gehen in beiden Varianten unverändert in die Bewertung ein.

Tabelle 15: Zahl der Pflegebedürftigen nach Komplexität bei Komplexitätsbestimmung über ...

		Pflegegrade				
		einfach	kompliziert	komplex	hochkomplex	Summe
Komplexitäts- grade	einfach	92	19	0	0	111
	kompliziert	19	24	8	0	51
	komplex	1	7	37	0	45
	hochkomplex	0	0	0	2	2
	Summe	112	50	45	2	209

Wie die Tabelle zeigt, führen beiden Varianten für 155 von den 209 in die Studie einbezogenen Pflegebedürftigen (=74,2 %) zur gleichen Einstufung (rot markierte Hauptdiagonale). Jeweils 27 Bewohnende (=12,9% der Stichprobe) liegen oberhalb bzw. unterhalb der Hauptdiagonalen. Die Randverteilungen, also die Zahl der Menschen in einfachen, komplizierten, komplexen und hochkomplexe Pflegesituationen bleiben bis auf eine Person in beiden Operationalisierungen der Komplexität gleich.

Vor diesem Hintergrund der annähernd gleichen entstehenden Verteilung der Komplexität der Pflegesituationen kann die Operationalisierung der Komplexität über Pflegegrade, die ebenso wie die Operationalisierung über Komplexitätsgrade auf den Items des Begutachtungsinstrument beruht, als vergleichbare und einfacher anzuwendende Alternative angesehen werden. Für die selbstanwendbaren Materialien, die im Rahmen der Implementationsstrategie allen Einrichtungen eine Umsetzung der KubA ermöglichen sollen, wird daher die hier diskutierte Einschätzung der Komplexität der Pflegesituation über die Pflegegrade der Bewohnenden verwendet.

3.4.4.3 Personalausstattung und schrittweise Umstellung der Arbeitsorganisation

Zu Beginn des Modellprojektes war geplant, die gesamten Modelleinrichtungen vollständig auf die KubA umzustellen. Schon in der Vorbereitungs- und Planungsphase zeigte Planungsphase sich jedoch, dass es trotz teilweise umfangreicher Maßnahmen nicht gelingen würdewürde, das verhandelte Mehrpersonal vollumfänglich zu rekrutieren, so dass mehrere Einrichtungen den Wunsch äußerten, nur einen Wohnbereich umzustellen. Dies diskutierte das Projektteam zunächst in den Fokusgruppen und später mit den Projektleitungen, sowie dem GKV-Spitzenverband. Der schnell gefundene Konsens in diesen Runden war, dass die Modelleinrichtungen das Projekt anfangs nur auf einem Fokuswohnbereich durchführen sollten, wenn das erforderliche Personal für eine vollständige Mehrpersonalisierung nicht zur Verfügung stünde. Sie sollten jedoch im Projektverlauf mit zunehmendem Personalaufbau einen Rollout auf die anderen Wohnbereiche anstreben.

Damit die Modelleinrichtungen wussten, wie viel Personal in welchem Qualifikationsmix sie auf dem Fokuswohnbereich zur Erfüllung der Mehrpersonalisierung einsetzen müssten, wurden ihnen individuell ihre Personalziffern für den Wohnbereich berechnet, zunächst als Vollzeitäquivalente, später zur einfacheren Personaleinsatzplanung auf einer wöchentlichen Arbeitsstundenbasis.

Beide Maßnahmen – der Beginn der Konzeptumsetzung in einem Wohnbereich und die Operationalisierung der einzusetzenden Arbeitszeitmenge in Stunden – vereinfachten die operative Change-Umsetzung und das interne Projektcontrolling für die Einrichtungen.

Aus diesem Grund werden beide Maßnahmen auch für das weiterentwickelte Implementationskonzept aufgegriffen und entsprechend in Arbeitsschritte überführt.

3.4.4.4 Entwicklung von zwei Umsetzungspfaden

In der Modellerprobung wurde deutlich, dass nicht alle Einrichtungen in der Lage sein werden, den vollständigen Prozess der KubA-Einführung in einem einzigen fortlaufenden Prozess bewältigen zu können. Hintergrund hiervon sind die vielfältigen Arbeitsschritte, die nur im vollständigen Zusammenspiel zu einer KubA im definitorischen Sinne führen. Diese Konzeption ohne funktionierende „Zwischenziele“ birgt aber für weniger gut aufgestellte Einrichtungen eventuell ein Frustrations- und Abbruchpotenzial. Um auch diesen Einrichtungen einen Zugang zur Einrichtung der KubA zu ermöglichen, wurde in der Entwicklung der Implementationsstrategie neben dem einschrittigen Umsetzungspfad „direkt zur KubA“ auch ein zweischrittiger Pfad „über die QubA zur KubA“ erarbeitet. QubA steht dabei für eine Qualifikations- und bewohnendenorientierte Arbeitsorganisation, die eine Vorstufe der KubA bildet, bei der bereits alle Veränderungen in der Arbeitsorganisation qualifikationsorientiert umgesetzt werden, das Kompetenzmanagement und seine Integration in den Gesamtprozess aber erst zeitlich nachgelagert umgesetzt werden. Beide Pfade sind im Arbeitshandbuch zum Implementationskonzept kleinschrittig angeleitet.

3.4.4.5 Weiterentwicklung des Kompetenzmanagements

Das gesamte Verfahren des Kompetenzmanagements ist erst innerhalb der Konzepterprobung ausgearbeitet worden, konnte somit nicht im Vorfeld erprobt werden, was wiederum zu Überarbeitungsbedarfen führte. Insbesondere waren die Ergebnisse der Kompetenzeinschätzungen in den Modelleinrichtungen durchgängig positiv verzerrt und somit nur eingeschränkt leitend für die anschließenden Personalentwicklungsgespräche. Im Erprobungsprozess zeigte sich diesbezüglich, dass vor allem eine konkretere und nachvollziehbarere Adressierung von Aufgabenverteilung und Kompetenzen erforderlich ist. Eine entsprechende Überarbeitung der Kompetenzeinschätzungsinstrumente und der erforderlichen Begleitmaterialien zur besseren Anwendbarkeit der Instrumente innerhalb der Implementation erfolgte. Insbesondere wurden Items auf das Wesentlichste für die Umsetzung der KubA reduziert und die Einschätzungsbögen abhängig vom jeweiligen Qualifikationsniveau sprachlich vereinfacht.

Für den Kompetenzerwerb wurden neben den weiterentwickelten Bildungsangeboten auch für Einzelfälle Handlungsempfehlungen entwickelt, bei denen Pflegekräfte unterhalb des Fachkraftniveaus durch spezifische Fortbildungen materiell zur Übernahme der Intervention *Ausscheidungsmanagement* befähigt werden können. Dazu wurde eine entsprechende Handlungsempfehlung IPP für die Implementationsstrategie erarbeitet.

3.4.4.6 Erwartungsmanagement

Die Erwartungen an die Veränderungen seitens der Mitarbeitenden deckten sich in der Konzepterprobung nur wenig mit den Intentionen der KubA. Dies kann zwar aus einem unterschiedlichen Pflegeverständnis und einer abweichenden Bewertung der Pflegefachlichkeit hervorgegangen sein, verweist aber darüber hinaus auf ein grundlegendes Kommunikationsproblem: Innerhalb der vergangenen Jahre, die seit der Novellierung des § 113c SGB XI verstrichen sind, entstanden unterschiedlichste Annahmen rund um PeBeM, die Personalobergrenzen des § 113c SGB XI und die daraus abgeleiteten Verpflichtungen, ohne dass diese bereits in gesetzlichen oder untergesetzlichen Normen festgelegt waren. In der Folge sind fast alle Pflege- und Leitungspersonen davon überzeugt, dass sie verstanden haben, welche Entwicklungsschritte zwingend durch § 113c SGB XI vorgeschrieben sind. Dass hierbei allerdings vielfach falsche Erwartungen entstanden sind, führte zum zuvor skizzierten Frustrationserleben vieler Pflegekräfte.

Hieran anschließend hatten die Modelleinrichtungen Schwierigkeiten die durch die Mehrpersonalisierung gewonnene Pflege- und Arbeitszeit mit zielgerichteten Pflegetätigkeiten zu füllen. Eine pflegefachliche Beratung durch das Projektteam unterstützte in der Konzepterprobung, das bereits vorhandene Pflegerepertoire der Pflegenden entlang der Bewohnendenbedarfe auszuweiten, jedoch lag bisher noch keine umfassende Strategie vor, diese Ausweitung der Pflegetätigkeiten auch für eine reine Selbstanwendung anzuleiten. Diese Anforderungen sind mit in das weiterentwickelte Implementationskonzept eingeflossen.

3.4.4.7 Tiefenintegration der Bezugspflege

Die Ergebnisse der formativen Evaluation zeigen, dass eine Erweiterung der Bezugspflege, wie sie im Projektkonzept angelegt ist, erhebliche Anforderungen mit sich bringt. Dies gilt sowohl für die Anforderungen an die Leitungspersonen bezüglich der Gestaltung von Dienstplan- und Kommunikationsregelungen, die praktischen Steuerungsanforderungen an die Pflegefachkräfte als auch für die Beobachtungs- und Kommunikationsanforderungen an alle Pflegekräfte. Für die Implementation werden vor allem zwei Themenaufgegriffen: Erstens wird die Kompetenz zur Beratung und Anleitung zwischen den Pflege(fach)kräften und die damit verbundenen Kommunikationsstruktur aufgegriffen. Zweitens wird auch die tiefgehende Verbindung zwischen einer bezugspflegerischen Pflegeorganisation, einer dies ermöglichenden Dienstplanung und entsprechend ausgestalteten Kommunikationsprozessen thematisiert.

3.4.4.8 Ermöglichung umfassender digitaler Unterstützung

Einrichtungen, in denen eine teilweise Unterstützung der KubA-Umsetzung durch ihre Pflegesoftware-Produkte möglich war, zeigten sich mit zunehmendem Unterstützungsgrad entlastet. Allerdings war auch bei diesen Produkten der Funktionsumfang und die Integrationstiefe so gering, dass deutliche Entwicklungsperspektiven für die Weiterentwicklung zu vollintegrierten Pflegeorganisationssystemen aufgezeigt werden konnten. Besonders offensichtlich zeigte sich dies für die Einschätzung der Komplexitätsgrade, für die bereits alle erforderlichen Daten in den Pflegeverwaltungssystemen hinterlegt sind, aber eine entsprechende Bereitstellung der Auswertung aktuell kaum möglich ist. Lediglich in einer Modelleinrichtung gab es diese direkte Verknüpfung, dort wurden die Komplexitätsgrade weniger stark als in anderen Einrichtungen in Frage gestellt. Auch die Möglichkeit einrichtungsspezifische Interventionskataloge einzurichten und diese mit den erforderlichen Interventionsklassen zu versehen, ist bisher noch nicht gegeben.

3.4.4.9 Strategische Ausrichtung und Verantwortlichkeiten für Change-Prozess und Regelbetrieb

Das Gelingen der für die Einführung der KubA erforderlichen umfassenden Neustrukturierungen kann durch ein umfassendes Commitment aller Hierarchieebenen unterstützt werden. Definiert und präsentiert der Träger ein solches Projekt als Teil seiner strategischen Ausrichtung, kann sich dies positiv auf dessen Akzeptanz und Priorisierung in der Pflegeeinrichtung auswirken. Auch kann die erforderliche Bereitstellung von personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen im Alltag zuverlässiger erfolgen. Wird das Projektvorhaben durch den Träger direkt organisatorisch in bestehende Strukturen, Prozesse und Entscheidungswege verankert und steht nicht isoliert, erhöht dies ebenfalls die Chance auf Gelingen – dies kann zum Beispiel durch eine gemeinsame Zielklärung mit bzw. zwischen der Träger- und Einrichtungsleitung zu Beginn eines Projektvorhabens unterstützt werden.

Auf operativer Ebene hatten in der Modelldurchführung die Zusammensetzung der Projektgruppe und die Befugnisse der projektsteuernden Personen wesentlichen Einfluss auf die Qualität der

Konzeptumsetzung. Da der Change-Prozess in einem Flächen-Rollout ohne externe Begleitung und auch ohne ein entsprechend übergeordnetes Projektcontrolling umgesetzt werden muss, wurden weitere Ausführungen zur Sicherstellung von Verantwortlichkeiten für den Change-Prozess in die Implementationsstrategie aufgenommen und dort im Vorbereitungsmodul zur Change-Fähigkeit integriert. Darüber hinaus wurde zur Sicherung einer nachhaltigen Organisationsveränderung ein zusätzlicher Prozessschritt ausgearbeitet, der wiederum den fortlaufenden Betriebsprozess der KubA und die dafür erforderliche Datenpflege anleitet sowie die erforderlichen Verantwortlichkeiten benennt.

3.4.4.10 Weiterentwicklung der Bildungsangebote

Die Erkenntnisse in Abschnitt 3.4.3 zeigen, dass es für die Nutzung der Bildungsangebote essentiell ist, dass diese nicht nur digital durchgeführt werden können. Rein digitale Selbstlernangebote stellen für die Breite der Mitarbeitenden eine zu hohe Einstiegshürde dar. Die Fortbildungen wurden für die Implementation dahingehend modifiziert, dass alle Fortbildungsteile zum Thema Pflegeprozess sowohl in Präsenz als auch digital durchgeführt werden können, gleichzeitig aber eine deutliche Empfehlung für eine analoge Durchführung ausgesprochen wird.

Auf Grundlage dieser im Projektverlauf gewonnenen Erkenntnisse wurde bereits das Bildungsangebot der *Reflexionsschleifen im Veränderungsprozess* entwickelt, mit dem Ziel, die Führungskräfte zu befähigen, die bestehenden einrichtungsspezifischen Lern- und Bildungsbedarfe zu ermitteln und den Mitarbeitenden im Prozess der Arbeit entsprechende Möglichkeitsräume zur Nutzung von Lern- und Bildungsprozessen bereitzustellen. Für die Implementation wird dieses Bildungsangebot so eingebunden, dass es bereits zu Beginn des Veränderungsprozesses eingeführt wird und dann als dauerhaftes Instrument genutzt wird.

Aus dem Prozess der formativen Evaluation entstanden ebenfalls informelle Bedarfsbekundungen seitens der Modelleinrichtungen. Dazu zählen Wünsche nach Bildungsangeboten zu den Themen Komplexität der Pflegesituationen, Ernährungs- und Trinkmanagement und Medikamentengabe.

4 Potenziale des Einsatzes von Technologie und hochqualifizierter Pflegefachkräfte im Rahmen einer KubA

Die Arbeitsorganisation der KubA zielt darauf ab, vorhandene Arbeitszeit möglichst qualifikations- und kompetenzpassend für Pflegeinterventionen einzusetzen. Um dabei eine möglichst hohe Anschlussfähigkeit an das bestehende Leistungsgeschehen zu gewährleisten und damit die praktische Einführung einer KubA zu vereinfachen, nimmt das in diesem Bericht diskutierte Konzept die jeweils aktuell vorhandenen Einrichtungsstrukturen zum Ausgangspunkt der erforderlichen Organisationsentwicklung. Dieses voraussetzungsarme Vorgehen beinhaltet allerdings ein Risiko, das Potenzial von Innovationen nicht gezielt zu aktivieren, da auch ohne Innovationen die Funktion der KubA wirksam hergestellt werden kann. Im folgenden Kapitel soll daher multiperspektivisch betrachtet werden, welche Potenziale in der Anwendung digitaler und analoger Technologien (Abschnitt 4.1) und in der gezielten Integration weitergebildeter (QN 5) und akademisch qualifizierter (QN 6) Pflegekräfte in die pflegerische Versorgung (Abschnitt 4.2) im Kontext einer dauerhaften Anwendung der KubA bestehen können.

4.1 Potenziale digitaler und analoger Technologien

Wie das Projekt zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens in der vollstationären Pflege gezeigt hat, erfordert eine bedarfsgerechte Pflege eine Mehrpersonalisierung der Heime (Rothgang et al. 2020). Dabei stellt sich die Frage, ob dieser Mehrbedarf durch *Effizienzsteigerungen* reduziert werden kann. Allerdings wurde eine ineffiziente Leistungserbringung in der direkten Pflege im PeBeM 1-Projekt bei der Ermittlung der Personalziffern bereits dadurch berücksichtigt, dass die datenerhebenden Schatten bei der Bestimmung der SOLL-Zeiten entsprechende Abschläge für ineffiziente Leistungserbringung vorgenommen haben. Eine vielversprechendere theoretische Möglichkeit ist dagegen ein gesteigerter Technikeinsatz und insbesondere die Digitalisierung der Arbeitsabläufe.

Tatsächlich postulieren Entwickelnde und Anbietende von digitalen Lösungen, dass bei Einsatz ihrer Produkte Zeitersparnisse in erheblicher Höhe möglich sind. Allerdings zeigt sich bei näherer Betrachtung, dass die angegebenen Zeiten lediglich sehr grob geschätzt und auch nicht ansatzweise evidenzbasiert sind. Die vorliegende Evidenz ist dagegen begrenzt. Effektivitätsstudien beziehen sich insbesondere auf Informations- und Kommunikationstechnologien, Robotik, Sensorik und elektronische Patientenakten (Krick et al. 2019) und damit nur zu kleinen Teilen auf arbeitssparende Technologien. Viele Studien haben zudem nur einen geringen Evidenzgrad, wobei experimentelle Studien in der Regel nur kleine Fallzahlen einschließen, ohne Kontrollgruppen und häufig im Laborsetting durchgeführt werden (ebd.). Ein Scoping Review zur Effektivität kommt daher zu dem Ergebnis, dass lediglich in Bezug auf die Pflegerobbe „Paro“ belastbare Evidenz zur Wirksamkeit vorliegt (Huter et al. 2020).

Neuere, auch durch die Corona-Pandemie motivierte Studien zeigen, dass digitale Technik dazu genutzt werden kann, die gesellschaftliche Teilhabe Pflegebedürftiger zu steigern (Domhoff et al. 2021; Hoel et al. 2022; Wolf-Ostermann/Rothgang 2022). Der verstärkte Einsatz digitaler Technologien kann damit zwar die Lebensqualität Pflegebedürftiger steigern – aber ohne dadurch die Pflegepersonalbedarfe zu reduzieren. Die Akzeptanz der Pflegekräfte für digitale Technologien ist dabei größer als gemeinhin erwartet – aber nur, insofern die eingesetzte Technologie mit den Pflegekräften entsprechend derer Bedarfslage ausgewählt und partizipativ implementiert wird (Seibert et al. 2020).

Digitalisierungsprozesse können sich auch auf die Zusammenarbeit mit medizinischen Anbietern beziehen. Tatsächlich ist die medizinische Versorgung von Pflegebedürftigen schlechter als von Menschen gleichen Alters und Geschlechts ohne Pflegebedarf (Czwikla et al. 2022; Schulz et al. 2021, 2020a und b). Auch eine Gesetzeskaskade, mit der Kooperationsverträge von Pflegeheimen mit Ärztinnen und Ärzten ermöglicht, gewünscht und schließlich vorgeschrieben wurde, hat an der unbefriedigenden Situation nur wenig geändert (Rothgang 2017). Durch gesteigerte Nutzung von Telematik sind hier zwar Verbesserungen vorstellbar, diese Nutzung scheitert derzeit aber immer noch zu oft an den fehlenden Voraussetzungen im Gesundheitssystem und kann durch Einzelschritte von Pflegeheimen allein nicht erreicht werden.

Während nun im Modellprojekt Veränderungen durch eine Weiterentwicklung der Arbeitsorganisation direkter Inhalt der in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen komplexen Intervention sind, handelt es sich beim Themenbereich digitaler und analoger Technologien um einen Querschnittsbereich, der zwar den Hintergrund der Intervention bildete, selber aber nicht verändert werden konnte. Da weder die Anschaffung digitaler oder analoger Techniken, noch die gezielte Integration neuer oder vorhandener Techniken während der Interventionsumsetzung Teil des Projektauftrages waren, konnten in diesen Themenbereichen keine kontrollierten Maßnahmen geplant und umgesetzt werden. In der Folge konnte keine Evaluation durchgeführter Maßnahmen zum Einsatz digitaler oder analoger Techniken in den Interventionseinrichtungen erfolgen, die eine direkte Aussage in Bezug auf Effizienz oder Effizienzsteigerung ermöglicht hätte.

In der Folge können Technologien innerhalb dieses Projektes nur als Hintergrunddimension *aller* direkten und indirekten Pflegeleistungen betrachtet werden, die allerdings in allen Modelleinrichtungen potenziell unterschiedlich ausgeprägt sein konnte. Umsetzbar erschien daher die Sammlung und Aufbereitung verschiedener Erfahrungen, Effekte und Erwartungen, die innerhalb der Projektdurchführung aus der Praxis entstanden und/oder durch gezielte Datenerhebung generiert werden konnten.

Konkret wurden drei methodische Schritte kombiniert, um Hinweise über die Potenziale digitaler und analoger Technologien zu generieren: Zunächst wurde eine umfassende Erhebung der Digitalisierung und des Technikeinsatzes vor und im Laufe der Intervention (Abschnitt 4.1.1) durchgeführt. Diese dient dazu, Techniken zu identifizieren, die zwischen der ersten und zweiten Beschattung in einer Einrichtung eingeführt wurden und die direkt in der Erbringung einzelner Interventionen beobachtbar waren (Abschnitt 4.1.2). Ergänzt wurde dies durch die Darstellung von Befragungsdaten (Abschnitt 4.1.3), mit denen Techniken identifiziert werden sollten, die aus Sicht der Interventionseinrichtung Potenziale aufweisen, zukünftig im speziellen Kontext der KubA eingesetzt werden zu können. Zusammenfassend bewertet werden die vorgestellten Erkenntnisse zu den Potenzialen digitaler und analoger Technologien abschließend um Abschnitt 4.1.4.

4.1.1 Erhebung der Digitalisierung und des Technikeinsatzes in den Modelleinrichtungen

Um empirische Hinweise auf die Potenziale von Digitalisierung und Technikeinsatz im Kontext der KubA ableiten zu können, war es erforderlich, die unterschiedlichen Ausstattungen der zehn teilnehmenden Interventionseinrichtungen umfassend zu erheben. Dabei ist auch die zeitliche Dimension von Interesse, um zu erfassen, welche Maßnahmen bereits vor der Intervention in den Einrichtungen im Einsatz waren und somit bereits arbeitsorganisatorisch eingebunden waren und welche Maßnahmen erst während der Interventionsphase eingeführt wurden.

Bereits zu Beginn des Projektes wurde der Digitalisierungsgrad aller Einrichtungen in Bezug auf digitale Hilfsmittel der Arbeitsorganisation durch die contec GmbH erhoben. Eine weitere Abfrage wurde zum Ende des Projektes durchgeführt, wodurch einrichtungsbezogen analysiert werden konnte, welche Veränderungen in Digitalisierung und Technikeinsatz der Arbeitsorganisation während der Projektlaufzeit erfolgt sind. Hier war die Erwartung, dass besonders Weiterentwicklungen der Dokumentations- und Dienstplanungssoftware erfolgen, ebenso wie der Einsatz der digitalen Hilfsmittel, die direkt projektspezifisch eingeführt wurden. Es kann festgehalten werden, dass der ursprünglich erwartete Anschluss der Einrichtungen an die Telematikinfrastruktur in keiner Interventionseinrichtung während der Projektlaufzeit erfolgt ist. Entsprechende empirische Erkenntnisse sind somit nicht vorhanden.

Um zusätzlich über die reine arbeitsorganisatorische Ebene hinaus einen direkteren Zugang zu den in der direkten und indirekten Pflege potenziell wirksamen digitalen und nicht-digitalen Techniken zu erhalten, wurde ein ergänzendes Erhebungsinstrument ausgearbeitet. Es basiert auf dem Digital Radar Pflege (DigitalAgentur Brandenburg 2023), der wiederum eine Weiterentwicklung aus dem Krankenhausbereich (DigitalRadar Krankenhaus Konsortium 2021) darstellt. Angepasst wurden für den Kontext der hier gegenständlichen Studie – neben notwendigen Aktualisierungen in Bezug auf die Covid-19-Pandemie – insbesondere spezielle Fragen zur Menge der vorhandenen Techniken und zur Häufigkeit ihrer jeweiligen Nutzung. Diese Erweiterungen ermöglichten nicht nur die Strukturdimension – *Ist eine spezielle Technik im Haus vorhanden?* – zu betrachten, sondern auch auf der Prozessdimension Aussagen über die Einbindung in den Arbeitsalltag – *Bei wie vielen Bewohnenden ist die Technik vorhanden und wie häufig wird sie genutzt?* – zu machen. Die Erhebung der Daten der Modelleinrichtungen erfolgte im Zeitraum zwischen Dezember 2024 und Februar 2025 in Form eines Online-Surveys, der über die Anwendung REDCap bereitgestellt wurde. Der Fragebogen richtet sich an die jeweils projektverantwortliche Leitungsperson. Er war in acht Teile aufgeteilt und umfasste insgesamt maximal 150 Fragen, die teilweise nur in Abhängigkeit von zuvor gegebenen Antworten erschienen. Die zur Beantwortung aller Fragen veranschlagte Zeit betrug, sofern keine weiteren Informationen eingeholt werden müssen, etwas 40 Minuten. Die Ergebnisse werden im Folgenden in die Bereiche Hardware und technische Voraussetzungen (Abschnitt 4.1.1.1), Hard- und Softwarenutzung (Abschnitt 4.1.1.2), externe Kommunikation (Abschnitt 4.1.1.3) sowie Priorität und Informiertheit (Abschnitt 4.1.1.4) aufgeteilt und beschrieben.

4.1.1.1 Hardware und technische Voraussetzungen

In allen zehn Interventionseinrichtungen standen den Pflegekräften PC-Arbeitsplätze sowohl generell als auch direkt auf den einzelnen Wohnbereichen zur Verfügung. Die Anzahl der PC-Arbeitsplätze auf den Wohnbereichen variierte unter den teilnehmenden Einrichtungen zwischen zwei und sieben. Die Hälfte der Befragten gibt an, dass die Pflegekräfte auch auf mindestens einen Computer Zugriff haben, der über Mikrofon, Lautsprecher und Kamera verfügt. In allen Einrichtungen sind grundsätzlich auch Videokonferenzanwendungen vorhanden, die allerdings nur in vier Fällen durch die gesamte Belegschaft genutzt werden konnten. In zwei Fällen wurde angegeben, dass hierauf ausschließlich Leitungskräfte Zugriff haben. Vier geben an, dass für die Mitarbeitenden eine gesonderte Freischaltung benötigt wird, um Videokonferenzen durchführen zu können.

Fünf der zehn Interventionseinrichtungen bewerten, dass die Internetverbindung immer ein störungsfreies Arbeiten ermöglicht. Die weiteren fünf schätzen die Verbindung als meistens störungsfrei ein, drei davon allerdings als nicht leistungsfähig. Die WLAN-Abdeckung ist in fünf Einrichtungen so gut ausgebaut, dass im gesamten Innenbereich Empfang herrscht. Eine weitere gibt an, dass zumindest in jedem Bewohnendenzimmer Konnektivität besteht. In drei Fällen ist die

Situation so, dass im Innenbereich vorwiegend eine WLAN-Verbindung möglich ist. Dass nicht in allen Bewohnendenzimmern Empfang besteht, gibt eine Einrichtung an. Im Außenbereich sind in drei der zehn Einrichtungen die Empfangsverhältnisse so, dass auch im freien drahtlos eine Verbindung zum Internet hergestellt werden kann.

Technische Lösungen, die die Pflegenden in ihrer Arbeit und die Bewohnenden in ihrem Alltag unterstützen, sind sehr unterschiedlich vorhanden. Einzig bei elektrischen Pflegebetten geben alle Einrichtungen an, dass alle Bewohnenden diese haben und sehr regelmäßig nutzen. Mobilisierungs- und Aufstehbetten stehen in zwei Einrichtungen allen Bewohnenden zur Verfügung. Weitere zwei Einrichtungen nutzen diese bei einzelnen Bewohnenden. Bei den restlichen Einrichtungen sind Mobilisierungs- und Aufstehbetten nicht im Einsatz, wobei vier davon die Anschaffung künftig in Erwägung ziehen. Intelligente (Sensor-)Matratzen oder Lagerungsmatratzen sind in drei Einrichtungen vorhanden. In einer stehen sie für den überwiegenden Teil der Bewohnenden zur Verfügung und in den beiden restlichen für einzelne Bewohnende.

Personenlifter bzw. Aufstieghilfen sind in allen Einrichtungen – teilweise pro Wohnbereich und teilweise pro Etage – vorhanden und werden genutzt. Über elektrisch höhenverstellbare Möbel verfügt keine der Einrichtungen. Drei halten diese für nicht erforderlich bzw. nicht sinnvoll. Sechs können sich die Verwendung elektrisch höhenverstellbarer Möbel zukünftig grundsätzlich vorstellen.

Sensorsysteme zur Aktivitätserkennung werden in sieben der zehn Interventionseinrichtungen eingesetzt. Sechs davon geben an, diese bei zwischen acht und zehn Prozent der Bewohnenden oder bei Bedarf zu nutzen. Bei einer der Einrichtungen liegt die Nutzung von Sensorsystemen zur Aktivitätserkennung mit selbst eingeschätzten 70 Prozent der Bewohnenden deutlich über der der anderen. Ortungssystemen für Personen mit Hinlaufftendenz sind etwas seltener vorhanden. Vier der zehn Einrichtungen geben an, diese zu verwenden. Drei von diesen bei einzelnen Betroffenen. Die Einrichtung, die bereits bei der Ausstattung mit Sensorsystemen zur Aktivitätserkennung einen deutlich höheren Ausstattungsgrad aufwies, sticht auch mit der Nutzung der Ortungssysteme hervor: Alle Bewohnenden mit Hinlaufftendenz verfügen über ein solches System. Auch bei der Ausstattung mit einem automatischen Lichtsystem, das den Tag-Nacht-Rhythmus der Bewohnenden unterstützt, besitzt die Einrichtung ein Alleinstellungsmerkmal. Sie ist die Einzige, die überhaupt angibt, dieses System zu nutzen – und das gleich in jedem Bewohnendenzimmer. Vier der Einrichtungen können sich die Nutzung künftig vorstellen, während weitere vier automatische Lichtsysteme für nicht erforderlich oder sinnvoll halten.

4.1.1.2 Hard- und Softwarenutzung

Wenig überraschend ist, dass alle zehn Interventionseinrichtungen eine tägliche Computernutzung angeben. Bei Notebooks sind es noch drei, die eine tägliche Nutzung und eine, die eine wöchentliche Nutzung anführen. Tablets werden in einer Einrichtung täglich und in dreien wöchentlich genutzt. Eine Verwendung von Smartphones findet in vier Einrichtungen täglich statt. Eine davon gibt an, dass diese nur von der Pflegedienst- und der Einrichtungsleitung verwendet werden.

Um zu erfahren, ob in den Einrichtungen eher digitale Anwendungen oder eher die Papierform genutzt wird, bildet ein Teil des Fragebogens diesen Themenbereich ab. Erwähnenswert ist, dass in den Bereichen Verwaltung der Bewohnendendaten, Pflegedokumentation, Wunddokumentation, Pflegegradmanagement, Qualitätsmanagement, Leistungsabrechnungen mit Pflegekassen, Dienstplanung, Personalwesen sowie Einkauf und Materialwirtschaft alle Einrichtungen ausschließlich die Antwortoptionen „komplett digital“ oder „mehrheitlich digital“ gewählt haben. Im Bereich Tourenplanung hingegen geben zwei Einrichtungen an, dass diese „mehrheitlich in

Papierform“ bzw. „komplett in Papierform“ organisiert wird. Daneben gestaltet sich auch der Bereich der Leistungsabrechnungen mit Gesundheitsdienstleistern auffällig analog. Acht der zehn Interventionseinrichtungen geben an, dass die Abrechnung „mehrheitlich in Papierform“ oder „komplett in Papierform“ stattfindet. Im Bereich der Leistungsabrechnung zeigt sich somit ein hoher Kontrast in Sachen Digitalisierung: Während alle Einrichtungen die Leistungen mit Pflegekassen digital abrechnen, geschieht dies bei der Leistungsabrechnung mit Gesundheitsdienstleistern nur in zwei Fällen.

In den genannten Bereichen wird dort, wo die Einrichtung angegeben hat, eine digitale Anwendung zu nutzen, auch nach der konkreten Softwarelösung und der Zufriedenheit mit dieser gefragt. Festzuhalten ist, dass die einzelnen Einrichtungen fast alle auf unterschiedliche Softwareanbieter zurückgreifen, die Softwarelösung innerhalb der Einrichtungen dann aber für mehrere Bereiche genutzt wird. Beispielsweise greift eine der Einrichtungen in acht der elf abgefragten Gebiete auf die Lösung des gleichen Softwareanbieters zurück. Die Befragungsergebnisse deuten darauf hin, dass allumfassende Softwarelösungen gegenüber spezialisierten favorisiert werden. Vermutet wird, dass die Fokussierung auf meist einen Softwareanbieter sich durch eine einheitliche Bedienoberfläche und vergleichsweise geringere Kosten begründen lässt.

In Sachen Zufriedenheit gibt es keine Auffälligkeiten, die darauf hindeuten, dass die Software eines bestimmten Anbieters besonders häufig positiv oder negativ bewertet wird. Insgesamt fällt die Bewertung der Softwarelösungen vor allem in den Bereichen der Pflegedokumentation (neun von zehn), der Wunddokumentation (zehn von zehn), dem Pflegegradmanagement (zehn von zehn) sowie dem Qualitätsmanagement (zehn von zehn) fast durchweg positiv aus. Am schlechtesten schneidet der Bereich Tourenplanung ab, bei dem fünf Einrichtungen angeben, dass die verwendete Software die Ansprüche an diese nicht erfüllt. Zwei Einrichtungen haben keine Angabe zur Zufriedenheit in diesem Bereich gemacht und lediglich drei Einrichtungen geben an, dass die verwendete Software den Ansprüchen der Einrichtung bei der Tourenplanung entspricht. Dieses Ergebnis bestätigt die während der Umstellung der Arbeitsorganisation und in der formativen Evaluation gewonnen Erkenntnisse, dass sich die KubA über die verwendeten Softwarelösungen nicht oder nur bedingt abbilden lässt. Aus diesem Grund wurde der Runde Tisch Digitalisierung durch die Projektpartner initiiert, bei dem Lösungsmöglichkeiten für die durch das Projekt entstandenen Ansprüche an eine Softwareanwendung diskutiert werden.

4.1.1.3 Externe Kommunikation

Wie in Abschnitt 4.1.1 bereits ausgeführt, ist keine der Interventionseinrichtungen bis zum Zeitpunkt der Abschlusserhebungen zwischen Februar und März 2025 an die Telematikinfrastruktur angeschlossen gewesen. Ein Anschluss zwischen Baseline- und Abschlusserhebung hätte den großen Vorteil gehabt, eventuelle Effizienzgewinne in den Befragungen und der Beschattung miterfassen und identifizieren zu können. Drei der Einrichtungen können zum Zeitpunkt der Befragung zu Digitalisierung und Technikeinsatz nicht angeben, wann der Anschluss an die Telematikinfrastruktur bei ihnen stattfindet. Die sieben weiteren Einrichtungen geben einen Zeitraum zwischen Anfang und Mitte des Jahres 2025 an.

Drei Einrichtungen befinden sich bereits regelmäßig im digitalen Austausch mit Ärztinnen und Ärzten. Dabei besteht vor allem beidseitiger digitaler Zugriff auf die Dokumentation und die Befundung. Sieben Einrichtungen geben an, dass kein regelmäßiger digitaler Austausch mit Ärztinnen und Ärzten stattfindet. Drei dieser Einrichtungen führen als Begründung auf, dass die technische Ausstattung

fehlt, zwei weitere sehen die Gründe für den nicht vorhandenen digitalen Austausch in fehlendem Interesse seitens des ärztlichen Personals.

Ähnlich verhält es sich bei der Kommunikation mit externen Leistungserbringenden. Eine Einrichtung, die angibt, sich digital über Dokumentation und Befundung mit ärztlichem Personal auszutauschen, macht dies auch bei der Frage zum Austausch mit externen Leistungserbringenden. Zusätzlich geben dies zwei weitere Einrichtungen an, sodass auch bei dieser Frage ein mit drei von zehn Einrichtungen eher geringer Anteil angibt, bereits digitale Lösungen zu nutzen. Als Hauptgründe für die fehlende digitale Kommunikation werden erneut eine fehlende technische Ausstattung (vier von sieben) und ein fehlendes Interesse seitens der externen Leistungserbringenden angeführt (drei von sieben). Sechs Einrichtungen geben allerdings an, sich künftig eine digitale Kommunikation in diesem Bereich vorstellen zu können. Zwei sehen dies als nicht erforderlich bzw. sinnvoll an.

Die Angehörigenkommunikation findet auf digitalem Wege fast ausschließlich per E-Mail statt. Neun Einrichtungen führen an, dieses Kommunikationsmittel regelmäßig zu nutzen. Darüber hinaus nutzen zwei Einrichtungen zusätzlich eine spezifische Branchenlösung. In einer Einrichtung wird neben E-Mail-Kontakt auch per SMS oder einem Messenger mit Angehörigen kommuniziert.

4.1.1.4 Priorität und Informiertheit

Bei der Frage, ob es den Befragten wichtig ist, die Digitalisierung auch zukünftig zu fördern, geben sieben Einrichtungen an, dass es ihnen sehr wichtig ist, zwei, dass es ihnen wichtig ist und eine, dass die zukünftige Förderung ein relativ wichtiges Anliegen dort ist. Somit scheint der Wille zu einem stärkeren Einsatz digitaler Techniken grundsätzlich vorhanden zu sein. Allerdings gibt es auch einige Hemmnisse und Barrieren, die dieser Entwicklung aus Sicht der Befragten entgegenstehen. Zuvorderst werden hier finanzielle Aspekte genannt, aber auch datenschutzrechtliche Bedenken, Sorgen vor einer fehlenden Akzeptanz bei den Mitarbeitenden oder starre Konzernvorgaben werden als Gründe angeführt.

Bei der Abfrage, in welchen Bereichen die Einrichtungen den Ausbau oder die Anschaffung digitaler und technischer Ausrüstung planen, variieren die Antworten besonders stark. Ein Schwerpunkt kann im Vorhaben der Digitalisierung der Verwaltung, Abrechnungen, Pflegeplanung und -dokumentation ausgemacht werden. Bei diesen Themen geben sechs der Einrichtungen an, dort vorhandene digitale Lösungen ausbauen oder neue anschaffen zu wollen. Ebenfalls sechs der Einrichtungen möchten die Vernetzung und den Datenaustausch mit anderen Leistungserbringenden über die Telematikinfrastruktur vorantreiben. Auch im Bereich der Bewohnenden geben die Befragten an, weiter modernisieren zu wollen. Die Hälfte der Einrichtungen möchte im Bereich der Unterhaltung bzw. Freizeitgestaltung und/oder im Bereich der Bewohnendensicherheit (Alarmsysteme, Ortungssysteme, Aktivitätserkennung) zukünftig aufstocken. Für eine Einrichtung ist nicht einschätzbar, welche digitale und technische Ausrüstung zukünftig ausgebaut oder angeschafft werden soll. Da in dieser Einrichtung auch die Vorgaben des Trägers als Hemmnis und Barriere gesehen werden, könnte dies darauf hindeuten, dass eine zu hierarchische Herangehensweise die einrichtungsindividuellen Entwicklungen im Bereich der Digitalisierung und des Technikeinsatzes stark einschränken.

Die Verantwortlichen schätzen sich über verschiedene Themenbereiche im Gebiet Digitalisierung und Technikeinsatz als sehr gut bis gut informiert ein. Abgefragt wurde, ob sich die Befragten zur technischen Ausstattung der Einrichtung, der digitalen Prozess- und Arbeitsgestaltung, der Techniknutzung durch das Personal und der Bewohnenden, den ethischen und rechtlichen Aspekten der Digitalisierung sowie der Techniknutzung zur externen Kommunikation gut informiert fühlen. In

acht der zehn Einrichtungen wird den einzelnen Aussagen voll oder eher zugestimmt. In lediglich zwei der Einrichtungen überwiegt die Antwort, dass den Aussagen eher nicht zugestimmt wird.

Insgesamt zeigen die Befragungsergebnisse, dass das nötige Wissen zu Digitalisierung und Technikeinsatz in den Einrichtungen größtenteils vorhanden ist. Allerdings hat sich der Einsatz zumindest im Rahmen der Projektdauer nicht wesentlich und durch die Erhebungen abbildbar verändert. Die durch die Erhebung der Digitalisierung und des Technikeinsatzes über den beschriebenen Fragebogen gewonnenen Erkenntnisse wurden in den Fokusgruppen mit den Einrichtungen im Rahmen der Abschlusserhebung noch einmal vertieft (siehe hierzu Abschnitt 4.1.3. sowie Rothgang et al. 2025: Abschnitt 4.7)).

4.1.2 Potenzial während der Projektdurchführung eingeführter digitaler und nicht-digitaler Techniken

Wie bereits angesprochen war die Einführung digitaler oder nicht-digitaler Techniken im Modellprojekt nicht konzeptionell vorgesehen. Die ursprünglich angedachte Veränderung der digitalen Ausstattung in den Modelleinrichtungen war selber also nicht Teil der komplexen Intervention. Dennoch war es den Einrichtungen nicht untersagt, parallel zu den Modellmaßnahmen eigene Prozesse zu initiieren, um technische Innovationen einzuführen. In der Projektkonzeption war es für diesen Fälle vorgesehen, nach Möglichkeit eine evaluative Abschätzung der Wirkung der neuen Techniken vorzunehmen. Möglich war dies, wenn die Techniken gezielt auf die Durchführung einer spezifischen Intervention auswirksam werden sollten und somit durch einen Vergleich der Beschattungsdaten zu den beiden Erhebungszeitpunkten evaluiert werden konnten.

Im Verlaufe des Modellprojektes konnte allerdings nur eine einzige Maßnahme identifiziert werden, die im vorstehenden Sinne einer Evaluation grundsätzlich zugänglich war. So wurde in zwei Einrichtungen während der Projektlaufzeit jeweils eine digitale Anwendung eingeführt, die durch Spracherkennung textliche Eingaben in die Pflegesoftware ermöglichte. Es handelte sich dabei um zwei verschiedene Spracheingabe-Produkte, die auch jeweils zur Dateneingabe in unterschiedliche Software-Systeme genutzt wurde.

Die Erfahrungen mit der Einführung und der anschließenden Akzeptanz und Nutzung waren dabei in beiden Einrichtungen sehr unterschiedlich. In einer Einrichtung war eine durchweg positive Reaktion zu verzeichnen, die auch darin begründet waren, dass das eingesetzte Spracherfassungssystem über eine Tiefenintegration in die Pflegesoftware verfügte, was komplizierte oder mehrschrittige Workflows vermeiden konnte. Die Leitungskräfte berichteten davon, dass die Pflegekräfte begeistert von den neuen Möglichkeiten seien, dass die zur Eingabe vorhandenen Mobilgeräte ständig genutzt würden und dass Wegezeiten häufig genutzt würden, um zwischen zwei Interventionen bereits notwendige Eintragungen in die Dokumentation vornehmen zu können. Das System wurde als äußerst funktional bewertet und durch seine gleichzeitige einfache Handhabung schnell akzeptiert. In der zweiten Einrichtung wurde ein System eingesetzt, das eher als zusätzliche App eingesetzt werden musste mit der zwar auch Eintragungen in das Dokumentationssystem möglich waren, hierfür musste jedoch ein zusätzlicher Anmeldeprozess ausgeführt werden, der bei jeder Eintragung zusätzlichen Aufwand verursachte. Zusätzlich war die Stabilität des Dienstes nicht dauerhaft gegeben, so dass die Mitarbeitenden regelmäßig nicht sicher waren, ob die von ihnen getätigten Eintragungen auch wirklich in der Dokumentation Niederschlag gefunden hatten. Diese drei kritischen Punkte führten dazu, dass die Akzeptanz des Gesamtsystems dauerhaft gering blieb und die Einrichtung das Spracheingabesystem auch nicht in den Dauerbetrieb übernahm.

Letztlich konnte auch die ursprünglich geplante Evaluation der Intervention *Dokumentation*, die ja direkt durch den Einsatz der Spracheingabe beeinflusst wurde, nicht mit validen Ergebnissen durchgeführt werden. In beiden Einrichtungen konnten während der zweiten Beschattung keine Daten generiert werden, die eindeutig unter Einsatz der jeweiligen Spracheingabesoftware entstanden sind. Die erste Einrichtung, die über einen bedeutenden Teil des Modellprojekts hinweg die Spracheingabe umfangreich einsetzte, war in der Zeit vor der Beschattung von einem umfassenden Cyber-Angriff betroffen, der mehrmonatige Einschränkungen aller digitalen Dienste nach sich zog. Auch als die Einschränkungen zumindest weitgehend wieder behoben waren, hatten die Pflegekräfte den Automatismus, die Spracheingabe zu nutzen, wieder nahezu vollständig verloren. Eintragungen wurden weit überwiegend wieder über einen Arbeitsplatz mit Tastatur vorgenommen. In der zweiten Einrichtung ist davon auszugehen, dass auch schon zum Zeitpunkt der zweiten Beschattung die Spracheingabesoftware sowie die Eingabegeräte nahezu nicht mehr zum Einsatz kamen. In beiden Fällen ist damit weder ein valider Vergleich mit/ohne Sprachsteuerung innerhalb der Einrichtung möglich, noch kann ein valider Außenvergleich mit den anderen Einrichtungen angestellt werden und eventuelle Unterschiede ursächlich auf den Technikeinsatz zurückgeführt werden.

4.1.3 Potenzial noch nicht eingesetzter digitaler und nicht-digitaler Techniken im Kontext der KubA

In allen Fokusgruppen, die im Rahmen der Evaluation durchgeführt wurden (für Details Rothgang et al. 2025: Kapitel 4.7) wurde das Thema Digitalisierung und Technikeinsatz adressiert, um potenzielle Effizienzeffekte in der pflegerischen Versorgung zu identifizieren. Da sich sowohl in allen Interviews, als auch in der Bestandsaufnahme des Abschnitts 4.1.1 zeigte, dass in den Interventionseinrichtungen keine über das gängige Maß hinausgehenden Technologien oder Softwareprodukte oder andere digitale Tools eingesetzt wurden, stützen sich alle Einschätzungen auf individuelle Einschätzungen, die nur gering erfahrungsbasiert sind. Aus den Diskussionsbeiträgen der Teilnehmenden lassen sich zwei Themenbereiche unterscheiden, in denen Potenziale im Rahmen der KubA gesehen wurden.

4.1.3.1 Digitalisierung von Dokumentationen, von Organisationsprozessen und der Kommunikation mit externen (z.B. medizinischen) Versorgern.

Alle Teilnehmenden nutzten für die Pflegedokumentation eine spezifische Pflegedokumentationssoftware. Eine Möglichkeit die Effizienz dieser Dokumentation zu steigern, sah ein Teil der Teilnehmenden in der sprachgesteuerten Eingabe in die Pflegedokumentation – mithin die einzige Technologie, zu der auch in der praktischen Anwendung Erfahrungen aus zwei Einrichtungen vorlagen (siehe dazu auch Abschnitt 4.1.2). Der Einsatz einer sprachgesteuerten und potenziell auch KI-unterstützten Pflegedokumentation wurde als ein wesentlicher potenzieller Faktor der Arbeitserleichterung genannt. Die Befragten sahen in einer solchen sprachgesteuerten Dokumentation sowohl ein Potenzial die Zeit, die von Pflegenden für die Dokumentation im Alltag aufgebracht werden muss, zu reduzieren, als auch das Potenzial, die Qualität der Pflegedokumentation zu verbessern. Dies wird insbesondere für Mitarbeitende gesehen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, und die bei der Dokumentation durch eine Spracheingabe mit integrierter Übersetzungsfunktion unterstützt werden können. Da sprachgesteuerte Dokumentation meist über mobile Endgeräte (Smartphone, Tablet) erfolgt, kann ein zeitnahe bzw. unmittelbares Dokumentieren direkt beim Bewohnenden ermöglicht werden und bietet Potenzial zu einer zuverlässigeren Pflegedokumentation.

In der Potenzialabschätzung wird von den Befragten mehrfach auf den Einsatz von KI verwiesen, ohne dass hiermit bereits eine konkrete technische Anwendung beschrieben wurde. Vielmehr werden von den Befragten die allgemein entlastenden Potenziale von KI als Visionen formuliert. Inhaltlich wird erwartet, dass KI in der Lage sein könnte, bewohnendenbezogene Informationen so zusammenzufassen, dass Pflegenden – auch nach längeren Abwesenheiten – einen umfassenden Statusbericht über den aktuellen Zustand der Bewohnenden erhalten könnte – ohne sich direkt mit der Pflegedokumentation zu beschäftigen. Organisatorisch gehen die Befragten davon aus, dass Pflege- und Versorgungsprozesse, besonders aber auch Dienst- und Tourenpläne durch digitale bzw. KI-unterstützte Lösungen effizienter geplant und gestaltet werden könnten. Dies wird vor allem im Zusammenhang mit (über)komplexen Planungsanforderungen wie z.B. Teilzeitkräften, unterschiedlichen Qualifikationsniveaus, Laufwegen und der Zeitplanung geäußert.

Als drittes Potenzial wurde die Vereinfachung der Kommunikation mit externen Versorgern, insbesondere mit Ärztinnen und Ärzten hervorgehoben. Mit der intensiveren Nutzung der Telematik-Infrastruktur oder auch durch das e-Rezept könnte die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten vereinfacht und beschleunigt werden. Hierzu lagen den Teilnehmenden aber noch keine umfangreichen Erfahrungen vor.

4.1.3.2 Assistive Technologien, KI und Robotik

Gezielt nach den Potenzialen Assistiver Technologien und Robotik befragt, wurden von den Befragten zahlreiche technische Assistenzsysteme genannt, die hauptsächlich die Bewohnendensicherheit erhöhen oder die pflegerischen Tätigkeiten bzw. Betreuung der Bewohnenden unterstützen. In Bezug auf die Bewohnendensicherheit wurden digitale Unterstützungssysteme genannt, die geeignet sind, potenzielle Gefahrensituationen (z.B. Sturzgefahren, Dekubitus) für Bewohnende zu erkennen und zu „melden“ (Lichtschranken, Sensorikmatten, Notrufsysteme mit Gegensprechanlage usw.). Beim zweitgenannten Aspekt wurden beispielsweise „digitale Betten“ genannt, die sich automatisch einstellen lassen und die Bewohnenden beim Aufsetzen unterstützen sowie auch „selbstlagernde Betten“. Beides entlastet letztlich das Personal und fördert rückschonendes Arbeiten, sei aber gleichzeitig stark abhängig von der Akzeptanz der Bewohnenden. Als potenziell hilfreich wurden weitere technische Assistenzsysteme wie beispielsweise Inkontinenzmaterial mit Sensor oder umfassendere Unterstützungssysteme zur Sturz- und Dekubitusprävention genannt. Abgesehen von Sensormatten seien aber keine der technischen Assistenzsysteme in den Einrichtungen regulär verfügbar, sodass mögliche Effizienzeffekte nicht abgeschätzt werden können.

4.1.3.3 Benannte Grenzen und Risiken

Fokusgruppenübergreifend bestand der Konsens, dass mangelnde Digitalisierung effiziente Prozesse erschwert und zu zusätzlichem manuellen Aufwand führt. Deshalb besteht insgesamt ein großer Wunsch nach (mehr) Digitalisierung zur Erleichterung der Pflegeprozessesteuerung und diesbezüglichen bundeseinheitlichen Vorgaben. Neben diesen Hoffnungen wurden aber in allen Fokusgruppen auch kritische Sichtweisen und Herausforderungen in Bezug auf Digitalisierungsaspekte genannt. Betont wurde zuerst die Usability als wesentlicher Akzeptanzfaktor. Nur wenn jegliche Nutzung von Digitalisierung oder technischen Assistenzsystemen zuverlässig und anwenderfreundlich ist, besteht überhaupt die Möglichkeit, Potenziale im Alltagsbetrieb auch zu heben. Als Negativbeispiele berichten Teilnehmende von Situationen in denen Technik immer wieder nicht funktionieren oder es zu „Fehlalarmen“ o.ä. käme, wodurch Mehraufwand entstehe. Deswegen seien auch vereinzelt assistive Technologien wieder abgeschafft bzw. nicht weiter genutzt worden. In Reflexion auf eine Tiefenintegration von Technologien in Arbeitsabläufe muss in diesem

Zusammenhang die erfahrene und/oder erwartete Unzuverlässigkeit digitaler Systeme nicht nur als Unannehmlichkeit, sondern vielmehr als potenzielles Qualitätsrisiko verstanden werden. Ein ähnliches Risiko wird aber auch dann gesehen, wenn zuverlässige Technik zu einer direkten Reduktion von persönlichen Kontakten führt. Als Beispiel Risiko wurde hier angeführt, dass eine selbstlagernde Matratze dazu verleitet, die entsprechenden Bewohnenden seltener aufzusuchen, aber auch Gefahrenmeldesysteme, die dazu verleiten können, Kontrollgänge zu reduzieren und die Bewohnenden nur noch in Gefährdungslagen aufzusuchen, die durch diese Systeme gemeldet werden.

4.1.4 Resümee

Im Rahmen des Modellprojektes konnte digitaler und nicht-digitaler Technikeinsatz nur als Hintergrund der komplexen Intervention beobachtet werden. Als solcher stellt der Technikeinsatz für einzelne pflegerische Interventionen einen relevanten Rahmen dar, der die Art der Leistungserbringung und auch den dafür erforderlichen Personaleinsatz beeinflussen kann. Bisher liegen allerdings noch keine belastbaren evaluativen Nachweise vor, die nahe legen, dass Technologien existieren, die per se zu höherer Qualität oder geringerem Personaleinsatz führen. Aus diesem Grund können die Potenziale für Technikeinsatz nur innerhalb der konkreten Kontexte der jeweiligen Modelleinrichtungen betrachtet werden. Die Erhebung des Digitalisierungsgrades bei den 10 beteiligten Modelleinrichtungen zeigte, dass nur eine dieser Einrichtungen über eine außergewöhnlich umfangreiche Ausstattung mit digitaler Technik verfügte. In allen anderen Fällen nahmen Technologien auch in der Selbstbewertung keinen nennenswerten Einfluss auf die Interventionserbringungen. Lediglich in zwei Fällen konnte die Einführung neuer Technologien während der Projektlaufzeit beobachtet werden. Obwohl in einem Fall die eingeführte Sprachdokumentation als wesentliche Verbesserung wahrgenommen und über längere Zeit genutzt wurde, zeigen beide Fälle letztlich die Fallstricke der Tiefenintegration von sinn- und wirkungsvoller Technik in den Kern von Arbeitsprozessen: Wenn eine eingeschränkte Usability oder eine unzureichende Zuverlässigkeit eintreten, werden Techniken in kurzer Zeit wieder aus den Arbeitsabläufen entfernt. In diesen Fällen stehen teils hohe finanzielle und personelle Investitionen einer ausbleibenden Arbeitserleichterung gegenüber. Unabhängig dieser beiden eher gescheiterten Technikprojekte, stehen die Mitarbeitenden der Modelleinrichtungen dem Einsatz von Technik erstaunlich offen gegenüber. Über eine reine Akzeptanz hinaus sehen sie zumindest zukünftig Potenziale für Arbeitserleichterungen und einen reduzierten Personaleinsatz. Durchgehend wurde hierbei die Sprachdokumentation als Technologie mit dem größten angenommenen Potenzial benannt.

4.2 Potenziale weitergebildeter und akademisch ausgebildeter Pflegefachkräfte

Die Veränderungen des Personalmixes in stationären Pflegeeinrichtungen beschränkt sich nicht auf den in den letzten Jahren hauptsächlich diskutierten stärkeren Einsatz von Pflegeassistentenkräften. Vielmehr werden auch in zunehmendem Maße die Potenziale hochqualifizierter Pflegefachkräfte – im vorliegenden Fall sind dies weitergebildete Pflegefachkräfte des QN 5 und akademisch qualifizierte Pflegekräfte des QN 6 - für die Langzeitpflege diskutiert. Bisher gibt es allerdings für diese Personalgruppen weder verbindlich definierte Aufgabengebiete, noch empirische Erkenntnisse darüber, welche Wirkungen durch ihren Einsatz erzielt werden können.

Um auch die hochqualifizierten Pflegefachkräfte in die Arbeitsorganisation der hier gegenständlichen Studie einbeziehen zu können, mussten diesen zumindest für den Studienkontext genau definierte Aufgaben zugeordnet werden. Diese Zuordnung wurde durch eine Erweiterung des QMM umgesetzt (Abschnitt 2.2.1) nach der auch für die Personen des QN 5 und des QN 6 spezielle Interventionsklassen zugeordnet wurden. Es handelt sich hierbei vor allem um steuernde Aufgaben und um die Versorgung von Personen in (hoch)komplexen Pflegesituationen, bei denen regelmäßig die Einbindung der höchstqualifizierten zur Verfügung stehenden Pflegefachkraft angezeigt ist. Implizit wurden also durch die Erweiterung des QMM umfangreiche Vorschläge für einen qualifikationsorientierten Arbeitseinsatz der hochqualifizierten Pflegekräfte unterbreitet. Dass – bei genauer Betrachtung – auch in den Regelungen des aktualisierten QMM keine Interventionen und Pflegesituationen definiert wurden, die nur von Personen des QN 5 oder des QN 6 qualifikationspassend erbracht werden können, hat dabei einen praktischen Grund: Da diese hochqualifizierten Pflegefachkräfte nicht nur in sehr geringer Anzahl auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, sondern auch in den Personalschlüsseln der Einrichtungen weder vorgeschrieben noch vergütet sind, kann nicht davon ausgegangen werden, dass in jeder Einrichtung hochqualifizierte Pflegefachkräfte beschäftigt sind. Bei einer strengen Zuordnung würde das aber bedeuten, dass diese Einrichtungen gar nicht in der Lage wären die Anforderungen des QMM zu erfüllen. Aus diesem Grund sind die hinterlegten Regelungen so zu verstehen, dass in allen Fällen eine Intervention von Pflegefachkräften des QN 4 fachgerecht erbracht werden kann, dass aber unter bestimmten Umständen und für bestimmte Interventionen davon auszugehen ist, dass hochqualifizierte Pflegefachkräfte ein darüber hinaus gehendes Qualitätslevel erreichen könnten.

Empirische Belege für diese Annahme der höheren Qualität in genau definierten Situationen besteht bisher nicht und konnte auch im Modellprojekt nicht generiert werden. Konzeptionell war das Erhebungsinstrument nicht darauf ausgelegt, eine vergleichende Qualitätsbetrachtung zu ermöglichen. Praktisch war darüber hinaus nur in einem einzigen Fall eine Person des QN 6 in der direkten Pflege eingesetzt, so dass auch mit einer dafür speziell angepassten Methodik nur eine minimale Datenmenge hätte generiert werden können.

Dennoch ist trotz dieser Limitationen des empirischen Zugangs mit den zur Evaluation erhobenen Daten zumindest eine Potenzialabschätzung möglich, in welchem Umfang der Einsatz von Pflegefachkräften des QN 5 und des QN 6 auf Basis im Rahmen der normativen Setzungen des QMM fachgerecht möglich wäre. Ausgewertet wurden zu diesem Zweck die Daten der zweiten Beschattung aus dem Jahre 2025. Mit diesen wurde berechnet, welche Zeitmengen pro Bewohnenden und Tag durchschnittlich von Pflegefachkräften des QN 5 und des QN 6 hätten qualifikationsgerecht erbracht werden können.

Im Ergebnis konnte gezeigt werden, dass in den 9 in die Beschattung einbezogenen Modelleinrichtungen weitergebildete Pflegefachkräfte des QN 5 insgesamt bis zu 17,4 Minuten pro Bewohnendem und Tag qualifikationspassend in der pflegerischen Versorgung hätten eingesetzt werden können. Dies entspricht bei einem durchschnittlichen Wohnbereich mit 26 Bewohnenden einem Personaleinsatz von rund 7,5 Stunde pro Tag. Für akademisch qualifizierte Pflegekräfte des QN 6 ergeben sich bei der gleichen Methodik leicht niedrigere Werte. So könnten sie für 11,1 Minute pro Bewohnendem und Tag qualifikationsgerecht eingesetzt werden. Dies entspricht wiederum bezogen auf einen Wohnbereich mit 26 Bewohnenden einem Personaleinsatz von rund 4,8 Stunden pro Tag (Rothgang et al. 2025: Abschnitt 4.2.3).

5 Zusammenfassung der Ergebnisse der summativen Evaluation

Im Rahmen des am 1. Januar 2021 in Kraft getretenen Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetzes hat der GKV-Spitzenverband vom Gesetzgeber den Auftrag erhalten, die wissenschaftlich gestützte Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des von der Universität Bremen entwickelten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu veranlassen. Die Umsetzung des Auftrags zur Konzeption, Erprobung und Evaluation eines qualifikationsorientierten Personaleinsatzes in der stationären Langzeitpflege sowie der begleitenden Maßnahmen der Mehrpersonalisierung und der Organisations- und Personalentwicklung, erfolgt als Modellprogramm gemäß § 8 Absatz 3b SGB XI. Diese Ausschreibung erfolgte in zwei Losen. Mit Zuschlag vom 28. November 2022 wurde die Universität Bremen und das Göttinger aQua-Institut mit der *Evaluation des Konzeptes, der Evaluation seiner Erprobung* sowie der *Neukalibrierung des Algorithmus zur Personalbemessung* beauftragt (Los 2).

Das hier vorliegende Kapitel stellt eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse der summativen Evaluation dar, die das Bindeglied zwischen Konzeptentwicklung und -erprobung (Kapitel 2 und 3) und Implementationsstrategie und -konzept (Kapitel 0) auf der anderen Seite bildet. Es enthält die wesentlichen Informationen, die erforderlich sind, um die Wirksamkeit der Intervention zu bewerten. Diese Bewertung ist Voraussetzung für eine Implementationsstrategie. Ein Rollout in die Fläche ist nämlich nur dann anzustreben, wenn die hier gegenständliche komplexe Intervention positive Effekte in Bezug auf die adressierten Ziele hat.

Die summative Evaluation der Intervention ist in einer prospektiven, nicht-randomisierten, kontrollierten, multizentrischen Interventionsstudie im Längsschnittdesign mit zwei Messzeitpunkten erfolgt. An der Evaluationsstudie waren 20 Pflegeeinrichtungen beteiligt, jeweils zehn Kontrolleinrichtungen, bei denen keine Intervention stattfand, und zehn Modell- bzw. Interventionseinrichtungen, bei denen eine Mehrpersonalisierung in Anlehnung an den Algorithmus 1.0 umgesetzt und durch Organisations- und Personalentwicklung begleitet wurde.

Nachstehend werden zunächst die Dimensionen der Evaluation (Abschnitt 5.1) und Veränderungen in der Evaluationskonzeption (Abschnitt 5.2) benannt, bevor dann die Ergebnisse berichtet werden (Abschnitt 5.3).

5.1 Dimensionen der Evaluation

Gemäß dem Auftrag zielte die Evaluation darauf ab, die Wirkungen der Intervention auf „Qualität der pflegerischen Versorgung“ sowie „empirisch belegbare und potenzielle Effizienzeffekte“ und „Mitarbeitendenzufriedenheit“ zu untersuchen. Um die Wirkungen auf die genannten Dimensionen erfassen zu können, wurden sowohl vor Umsetzung des Konzeptes (t_0) als auch etwa ein Jahr nach Beginn der Intervention (t_1) verschiedene Endpunkte in den drei Dimensionen erhoben.

Zur Erfassung der Wirkung auf die *Qualität der pflegerischen Versorgung* wurden jeweils vor Umsetzung der Intervention und etwa ein Jahr später die Bewohnenden der Interventions- und Kontrolleinrichtungen mit einem Fragebogen zu ihrer Lebensqualität befragt. Für Bewohnende, die aufgrund eingeschränkter kognitiver Fähigkeiten nicht mehr in der Lage waren, den Fragebogen auszufüllen, erfolgte eine Einschätzung des Wohlbefindens durch eine vertraute Pflegekraft anhand des QUALIDEM-Instruments. Als weitere Facette der Qualität der pflegerischen Versorgung wurden die Ergebnisse der gesetzlichen Qualitätssicherung (externe Qualitätsprüfung sowie

indikatorengestützte Verfahren) vor und etwa ein Jahr nach Umsetzung des Konzeptes verglichen. Als Datengrundlage für die Neukalibrierung des Algorithmus wurde in den Interventionseinrichtungen Beobachtungen („Beschattung“) durchgeführt. Die dabei erhobenen Daten wurden genutzt, um im Sinne einer hochwertigen pflegerischen Versorgung zu überprüfen, ob alle für die Bewohnenden bedarfsnotwendigen Maßnahmen durchgeführt wurden und ob die dafür bedarfsnotwendige Zeit zur Verfügung stand. Das Bild zur Qualität der pflegerischen Versorgung wurde durch eine Befragung der Personen, die die Beobachtungen in den Interventionseinrichtungen durchführten, abgerundet. Nachdem diese die Beobachtung einer Einrichtung abgeschlossen hatten, wurden ihre Eindrücke u. a. zur Fachlichkeit der Versorgung zur Arbeitsorganisation sowie zum Umgang der Mitarbeitenden mit den Bewohnenden erfragt.

Für die Erhebung der *Effizienzeffekte*, die sich durch die Intervention ergeben, wurden primär die Beobachtungsdaten herangezogen. Da Digitalisierung und Technikeinsatz nur im Rahmen der gegenwärtig gängigen Möglichkeiten erfolgte (z. B. Sensorik, sprachgestützte Dokumentation, tragbare Endgeräte zur Dokumentation), wurden zusätzlich potenzielle Effizienzeffekte im Zuge von Fokusgruppen mit Mitarbeitenden und Leitungspersonen ausgewählter Interventionseinrichtungen erörtert.

Die *Mitarbeitendenzufriedenheit* wurde sowohl bei den Mitarbeitenden der Interventions- als auch Kontrolleinrichtungen vor (t_0) und etwa ein Jahr nach Umsetzung des Konzeptes (t_1) über eine Online-Befragung erfasst. Der Fragebogen bezog neben spezifisch auf das Konzept ausgerichtete Fragen auch Fragen bzw. Subskalen aus den beiden standardisierten Instrumenten Employee Experience Questionnaire und StressBarometer mit ein. Zum zweiten Befragungszeitpunkt (t_1) wurde der Fragebogen um Fragen zur direkten Veränderungsmessung ergänzt. Ergänzend zur Mitarbeitendenbefragung wurden die Leitungspersonen zur Zufriedenheit mit der Implementation befragt.

In der letzten Projektphase wurden insgesamt vier Fokusgruppen mit Interventionsbeteiligten im Sinne einer *partizipativen Evaluation* durchgeführt. Drei Fokusgruppen waren einrichtungsindividuell und jeweils professions- und hierarchieübergreifend besetzt. Die vierte Fokusgruppen war einrichtungsübergreifend angelegt und es waren ausschließlich Führungskräfte involviert. Gemeinsames Ziel aller Fokusgruppen war: die Klärung, ob positive oder negative Qualitäts- und Zufriedenheitsentwicklungen in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Neu- und Umgestaltung der Einrichtungsstrukturen und insbesondere der Arbeitsprozesse stehen, welche Faktoren hierbei von prioritärer Relevanz sind und ob es praktikable Ansätze oder Erfahrungen gibt, die bei der Neukalibrierung des Algorithmus berücksichtigt werden können. Darüber hinaus wurden auch Aspekte der Digitalisierung und der daraus resultierenden potenziellen Effizienzeffekte diskutiert.

5.2 Veränderungen der ursprünglich konzeptionierten Evaluation

Aufgrund von Schwierigkeiten in allen Interventionseinrichtungen, das vorgesehene Mehrpersonal für die Interventionseinrichtungen zu gewinnen, musste vom ursprünglichen Plan einer vollständigen Mehrpersonalisierung der gesamten Einrichtung abgewichen werden. Stattdessen wurde in den Interventionseinrichtungen zunächst nur ein (Wohn-)Bereich (=Fokuswohnbereich, FWB) mehrpersonalisiert und dessen Arbeitsorganisation umgestaltet. Manche Einrichtungen setzten einzelne Komponenten des Konzeptes gegen Ende des Interventionszeitraumes auch in anderen (Wohn-)Bereichen um. In einer Interventionseinrichtung konnte das Konzept nur für wenige Tage umgesetzt werden. Für die geplante Evaluation haben sich daraus zwei wesentliche Änderungen ergeben:

1. Die Interventionseinrichtung, der es nur für wenige Tage gelungen ist, das Konzept umzusetzen und die nicht an der zweiten Befragung teilgenommen hat, wurde aus dem zuvor beschriebenen methodischen Vorgehen nachträglich ausgeschlossen. Vielmehr erfolgte für diese Einrichtung ein gesonderter Austausch mittels Fokusgruppen.
2. Aus der Umsetzung der Intervention in ausschließlich einem (Wohn-)Bereich (anstelle der gesamten Einrichtung) folgte, dass mit den (Wohn-)bereichen, in denen das Konzept nicht umgesetzt werden konnte, eine weitere Kontrollgruppe, neben den Kontrolleinrichtungen, vorlag, gegen die mögliche Effekte der Intervention kontrolliert werden konnten.

5.3 Evaluationsergebnisse

Die Evaluation zeigt Ergebnisse für die Qualität der pflegerischen Versorgung (Abschnitt 5.3.1), die Effizienz der Versorgung (Abschnitt 5.3.2) und die Mitarbeitendenzufriedenheit (Abschnitt 5.3.3), die zu einem schlüssigen Gesamtbild zusammengefasst werden können (Abschnitt 5.3.4). Details dieser Ergebnisse finden sich im Abschlussbericht zu Los 2 (Rothgang et al. 2025).

5.3.1 Qualität der pflegerischen Versorgung

In Bezug auf die Qualität der pflegerischen Versorgung konnte gezeigt werden, dass Bewohnende der Fokuswohnbereiche mit mehr als 12 Monaten Wohndauer retrospektiv signifikant häufiger angaben, dass die Pflegekräfte nun *mehr Zeit* für sie hätten, um ihre Bedürfnisse zu befriedigen, als vor der Intervention im Vergleich zu den Bewohnenden der Nicht-Fokuswohnbereiche und der Kontrolleinrichtungen. Sie gaben zudem häufiger als Bewohnende der Nicht-Fokuswohnbereiche an, dass ihr *Kontakt zu einer vertrauten Pflegekraft* besser geworden sei. Der Vorher-Nachher-Vergleich zeigt, dass von Bewohnenden der Fokuswohnbereiche und auch der Nicht-Fokuswohnbereiche zur zweiten Erhebung seltener als zur ersten Erhebung angegeben wurde, dass die Pflegekräfte unter *Zeitdruck* stünden. Bewohnende der Fokuswohnbereiche (FWB) gaben in der zweiten Erhebung zudem ein größeres *Gefühl der Sicherheit* an als die Befragten zum ersten Befragungszeitpunkt. Darüber hinaus ist die Zufriedenheit mit „Aktivität und Beschäftigung“ in den Fokuswohnbereichen im Vergleich der beiden Erhebungszeitpunkte signifikant gestiegen (Rothgang et al. 2025: Abschnitt 4.4).

Diese Ergebnisse zeigen, dass Bewohnende die im Projekt angestrebten positiven Veränderungen in ihrer Einrichtung auch wahrnehmen. In den Interventionseinrichtungen gaben die Bewohnenden zu t_1 seltener als zu t_0 an, dass sie von mindestens einer Pflegekraft betreut werden, zu der sie eine vertrauensvolle Beziehung haben, der Unterschied ist aber nur in den Nicht-Fokuswohnbereichen signifikant. Die Intervention hat für einige Bewohnenden Unruhe und Veränderungen bezüglich ihrer früheren und nun neuer Bezugspflegepersonen mit sich gebracht. Dies sollte nicht mehr der Fall sein, wenn eine Zuordnung von Bezugspflegekräften bereits bei Einzug qualifikationsorientiert vorgenommen wird. Neben der passenden Qualifikation der Pflegekräfte sollte jedoch auch berücksichtigt werden, welche Bewohnenden zu welcher Pflegekraft eine vertrauensvolle Beziehung haben.

Auch für *Bewohnende mit kognitiven Einschränkungen* hatte die Intervention, insbesondere die Mehrpersonalisierung, nach Einschätzung der Pflegekräfte positive Auswirkungen: Bewohnende erführen nun mehr Zeit und Zuwendung, was sich positiv auf deren Befinden, Verhalten und Gesundheit auswirke. Die Ergebnisse der Einschätzungen mit dem QUALIDEM I-Bogen zeigen in den

FWB Verbesserungen zwischen t_0 und t_1 für die Subskalen „Pflegerbeziehung“, „Ruheloses, angespanntes Verhalten“, „Sich zuhause fühlen“, sowie im Gesamtscore.

Die Auswertung der Daten der *gesetzlichen Qualitätssicherung* (externe Qualitätsprüfung, indikatorenbezogenes Verfahren) zeigten keine nennenswerten Veränderungen, wobei hier lediglich Daten auf Einrichtungsebene vorlagen und in den Interventionseinrichtungen nicht nach FWB und Nicht-FWB unterschieden werden konnte (Rothgang et al. 2025: Abschnitt 4.3).

Vergleicht man die *Einschätzungen der Schatten* in den Interventionseinrichtungen vor und nach der Intervention, berichteten die Schatten in verschiedenen Bereichen Verbesserungen, jedoch wird auch weiterhin Verbesserungspotenzial deutlich. Signifikante Verbesserungen wurden bei der Betreuungsqualität beobachtet. Zu t_1 haben die Schatten signifikant häufiger beobachtet, dass die Mitarbeitenden mehr Zeit für die Bewohnenden haben und sich die Bewohnenden auch wohler in der Einrichtung zu fühlen scheinen. Die Pflege scheint jedoch häufig noch nicht individuell auf die Bedürfnisse der Bewohnenden abgestimmt zu sein, was zu beiden Erhebungszeitpunkten zu beobachten war. Es zeigen sich ebenfalls signifikante Verbesserungen bei der Organisation der Wohnbereiche: Die Mitarbeitenden mussten weniger bewohnerferne Aufgaben übernehmen, standen weniger unter Zeitdruck und waren kaum noch für zu viele Bewohnende zuständig (Rothgang et al. 2025: Abschnitt 4.6).

Positive (nicht signifikante) Tendenzen waren bei der *Kommunikation und Zusammenarbeit* der Mitarbeitenden untereinander und beim Umgang und der Kommunikation mit den Bewohnenden erkennbar. Größere Verbesserungspotenziale auch nach der Intervention blieben bei der klaren Regelung von Verantwortlichkeiten sowie bei der Kommunikation der Mitarbeitenden mit den Bewohnenden.

Im Rahmen der *IST-Erhebung* wurden dokumentierte Interventionen hinsichtlich ihrer Anzahl (IST-Mengen), ihrer durchschnittlichen Dauer (IST-Zeiten) sowie der daraus resultierenden Gesamtzeitmengen (IST-Zeitmengen) ausgewertet. Die reinen Mengenauswertungen erlauben Rückschlüsse auf die Arbeitsorganisation, zeigen jedoch nur begrenzt, wie Versorgung tatsächlich bei den Bewohnenden ankommt. Die Zeitmengen hingegen bilden die erbrachte Leistung differenzierter ab. Aus dieser Analyse ergeben sich drei zentrale Befunde: Erstens übernehmen Hauswirtschaftskräfte nahezu ausschließlich Tätigkeiten ihres originären Aufgabenbereichs. Ein systematischer Einsatz von Hauswirtschaftskräften für pflegerische Leistungen konnte nicht beobachtet werden. Zweitens ist die tatsächlich von Pflegekräften aufgewendete Zeit für Pflegeinterventionen über alle Pflegegrade hinweg gestiegen. Trotz eines leichten Rückgangs dokumentierter Einzelleistungen infolge einer methodischen Umstellung auf Handlungskomplexe nahmen die modellierten IST-Zeitmengen zwischen t_0 und t_1 um 12 % zu – ein Hinweis auf eine verbesserte Versorgungssituation und ein Effekt der Mehrpersonalisierung. Drittens zeigt sich, dass Pflegekräfte nach wie vor in relevantem Umfang hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernehmen (Rothgang et al. 2025: Abschnitt 4.2.2).

Im Rahmen der *SOLL-Erhebung* wurden pflegefachlich erforderliche Interventionen hinsichtlich ihrer Anzahl (SOLL-Mengen), ihrer durchschnittlichen Dauer (SOLL-Zeiten) sowie der daraus resultierenden Gesamtzeitmengen (SOLL-Zeitmengen) analysiert. Insgesamt belegen die SOLL-Zeitmengen eine stabile Einschätzung des Pflegebedarfs, die als verlässliche Größe für die Schätzung des bedarfsnotwendigen Pflegeaufwandes dient. Die Analyse der *SOLL-Zeitmengen* zeigt, dass der pflegefachlich erforderliche Versorgungsaufwand über die beiden Erhebungszeitpunkte hinweg im gewichteten Mittel stabil geblieben ist. Die berechneten Zeitmengen orientieren sich am

individuellen Pflegegrad und bestätigen ein konstant hohes Anforderungsniveau in der stationären Pflege. Unterschiede zwischen den Pflegegraden bestehen weiterhin, insbesondere im Pflegegrad 5, in dem ein leicht erhöhter Bedarf verzeichnet wurde (Rothgang et al. 2025: Abschnitt 4.2.3).

Der *Vergleich zwischen IST- und SOLL-Werten* zeigt über alle drei Analyseebenen – Mengen, Teilschritte und Zeitmengen – eine deutliche Annäherung an den pflegefachlich definierten Bedarf. So konnte die Ausfallrate notwendiger Interventionen zwischen t_0 und t_1 in zentralen pflegerischen Bereichen signifikant reduziert werden, etwa bei der Positionierung, der Bewegungsförderung oder der Kompressionstherapie. Auch die *Analyse der Teilschritte* weist auf eine qualitative Verbesserung hin: Der Anteil fachgerecht durchgeführter Teilschritte stieg von 82 % auf 86 %, während kritische Bewertungen sanken. Besonders aussagekräftig ist jedoch das *Zeitmengendelta*, das den Unterschied zwischen gemessener IST-Zeit und fachlich begründeter SOLL-Zeit beschreibt. Dieses Delta konnte über alle Pflegegrade hinweg deutlich reduziert werden. Im Durchschnitt über alle Pflegegrade sank es von 43 auf 32 Minuten pro pflegebedürftige Person und Tag. Damit lässt sich die Studienintervention als wirkungsvoll im Hinblick auf eine fachlich angemessenere und vollständigere Leistungserbringung interpretieren (Rothgang et al. 2025: Abschnitt 4.2.4).

Die Analyse der *Qualifikationspassung* zeigt, dass sich der Anteil unterqualifiziert erbrachter Leistungen nach der Intervention deutlich verringert hat. Sowohl mengen- als auch zeitmengenbezogen halbierte sich dieser Anteil von rund 28 % auf 15 % (Mengen) bzw. 14 % (Zeitmengen). Besonders ausgeprägt war der Rückgang bei Pflegekräften mit niedrigem Qualifikationsniveau (QN 1), deren Einsatzumfang insgesamt stark reduziert wurde. Gleichzeitig wurde höher qualifiziertes Personal – insbesondere Pflegekräfte mit QN 3 und QN 4+ – häufiger und gezielter für fachlich angemessene Interventionen eingesetzt. Während die unterqualifizierte Leistungserbringung also deutlich zurückging, stieg die qualifikationsgerechte Passung im Vergleich nur moderat an. Dieser Befund unterstreicht, dass vor allem eine Vermeidung von Fehlallokationen erreicht wurde. Die Verlagerung zeitintensiver Leistungen auf höher qualifizierte Pflegekräfte verweist auf eine verbesserte Aufgabensteuerung und Organisationsstruktur. Insgesamt deuten die Ergebnisse auf eine qualifikationsadäquatere Versorgung hin, die das Potenzial einer differenzierten Personalsteuerung im Rahmen einer reformierten Arbeitsorganisation sichtbar macht (Rothgang et al. 2025: Abschnitt 4.2.5).

5.3.2 Potenzielle und belegbare Effizienzeffekte

Insgesamt führt die Intervention somit zu höheren Ausgaben (für Mehrpersonalisierung), die dann zu verbesserten Outcomes (Mitarbeitendenzufriedenheit, Lebensqualität der Bewohnenden, Qualität der Pflege) führen. Eine Effizienzsteigerung in dem Sinne, dass eine Outcomeverbesserung bei gleichem Input (Maximierungsvariante der Effizienzsteigerung) oder eine Inputreduktion bei gleichem Outcome (Minimierungsvariante der Effizienzsteigerung) erzielt wird, kann *nicht* konstatiert werden. Ob die Intervention als kosteneffektiv wahrgenommen wird, hängt von der Zahlungsbereitschaft für die erzielten Outcome-Verbesserungen ab, die in dieser Studie nicht erhoben wurde. Allerdings lässt sich eine bessere QN-Passung bei der Erbringung der pflegerischen Interventionen als Effizienzsteigerung deuten, da die vorhandenen Personalressourcen damit konzeptionell besser genutzt werden (siehe hierzu Rothgang et al. 2025: Abschnitt 2.4).

Aus den Erhebungen zu Digitalisierung und Technikeinsatz ergaben sich potenzielle zeitliche, aber auch qualitative Verbesserungen. Insbesondere sprachgestützte Pflegedokumentation und mobile Endgeräte zur Dokumentation hätten das Potenzial, dass Pflegekräfte mehr Zeit für Bewohnende aufbringen könnten – bei gleichzeitiger Verbesserung der Pflegedokumentation. Die qualitative

Vorgehensweise lässt aber keine Aussage zum Umfang der möglichen zusätzlichen Zeit zu. Weitere digitale Lösungen (z. B. Liftersysteme, Sensormatten) würden eher zur Entlastung der Mitarbeitenden sowie zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung beitragen.

5.3.3 Mitarbeitendenzufriedenheit

Positive Wirkungen der Intervention ließen sich ebenfalls bei der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden feststellen. Im Vorher-Nachher-Vergleich zeigten sich signifikant mehr wahrgenommene Verbesserungen der Personalsituation innerhalb der letzten 12 Monate bei den Mitarbeitenden der FWB zu t_1 als bei den Mitarbeitenden der Interventionseinrichtungen zu t_0 sowie den Mitarbeitenden der Nicht-FWB und denen der Kontrolleinrichtungen. Signifikant mehr Mitarbeitende der FWB berichteten verbesserte pflegerelevante Abläufe, verglichen mit allen Mitarbeitenden der Interventionseinrichtungen zu t_0 . Die Mitarbeitende der FWB haben zu t_1 höhere Arbeitszufriedenheitswerte und bessere Werte beim organisationalen Commitment als die Mitarbeitenden der Nicht-Fokuswohnbereiche, jedoch ist der Unterschied nicht signifikant (Rothgang et al. 2025: Abschnitt 4.5.3).

Signifikante Verbesserungen zeigen sich hinsichtlich der Organisation und des Zeitmanagements bei den Mitarbeitenden der FWB zu t_1 im Vergleich zu den Mitarbeitenden der Nicht-FWB. Die tatsächliche Arbeitszeit betrug nun seltener mehr als die vereinbarte tägliche und wöchentliche Arbeitszeit. Zudem gibt es Verbesserungen in der kollegialen Kommunikation und Austausch. Bei Mitarbeitenden der FWB treten zu t_1 im Vergleich zu den Mitarbeitenden der Nicht-FWB signifikant seltener Konflikte im Team auf, was jedoch auch auf die ungleiche Verteilung des Mehrpersonals zwischen den Wohnbereichen zurückzuführen sein kann.

In den FWB sind zu t_1 signifikant weniger Mitarbeitende als zu t_0 für zu viele Bewohnende zuständig und haben auch weniger Zeitdruck verglichen mit den Mitarbeitenden der Nicht-FWB bzw. allen Mitarbeitenden der Interventionseinrichtungen zu t_0 . Unterstrichen wird diese Wirkung zusätzlich dadurch, dass die Mitarbeitenden der FWB signifikant häufiger als die Mitarbeitenden der Nicht-FWB angegeben haben, nun mehr Zeit für die Versorgung der Bewohnenden zu haben und nun Dinge im Pflegealltag tun zu können, die vorher nicht möglich waren. Der Vergleich mit den Kontrolleinrichtungen zu beiden Befragungszeitpunkten zeigt ebenfalls einen signifikant geringeren Anteil an Pflegekräften, die für zu viele Bewohnende zuständig sind, was darauf zurückzuführen sein könnte, dass auch einige Kontrolleinrichtungen sich auf den Weg gemacht haben, ihre Arbeitsorganisation anzupassen.

Im Rahmen der direkten Veränderungsmessung zu t_1 zeigen sich in allen Bereichen signifikant mehr Verbesserungen innerhalb der letzten Monate bei den Mitarbeitenden der Fokuswohnbereiche verglichen mit den Mitarbeitenden der Nicht-Fokuswohnbereiche. Hervorzuheben sind hier die signifikanten Verbesserungen im Bereich der Qualität der Versorgung der Bewohnenden und die Verbesserung der Arbeitsabläufe in den letzten Monaten (Rothgang et al. 2025: Abschnitte 4.2 und 4.44). Weitere Verbesserungen betreffen die Abstimmung und Zusammenarbeit im Team, die Arbeitsbedingungen, die Arbeitszufriedenheit im Team sowie die eigene Arbeitszufriedenheit und die Sicherheit in den eigenen Tätigkeiten.

Die Wahrnehmung der Interventionsumsetzung durch die *Leitungskräfte* der Interventionseinrichtungen ist überwiegend positiv dahingehend, dass der langfristige Nutzen den organisatorischen Aufwand überwiegt und die Mehrpersonalisierung positive Aspekte hervorgebracht hat. Trotz einigen Problemen bei der Umsetzung der kompetenz- und

bewohnendenorientierten Arbeitsorganisation (KubA) möchten diese ein Großteil der Einrichtungen nach Interventionsende fortsetzen. Zudem wurden fördernde und hemmende Faktoren bei der Implementation identifiziert, die bei der weiteren Umsetzung berücksichtigt werden sollten (Rothgang et al. 2025: Abschnitt 4.5.3.8).

5.3.4 Gesamtbewertung der beteiligten Einrichtungen

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in den Wohnbereichen, in denen Mehrpersonal eingesetzt und die KubA implementiert wurde (FWB), in allen drei Dimensionen, wenn auch nicht in allen betrachteten Aspekten, Verbesserungen nachgewiesen werden konnten. Ebenso hervorzuheben ist, dass keine Verschlechterungen beobachtet wurden. In den Fokusgruppen konnte bestätigt werden, dass die beobachteten Effekte nicht auf andere Veränderungen zurückzuführen sind. Vielmehr lässt die zum Teil nur eingeschränkte Umsetzung des Konzeptes in den FWB sowie unzureichende Softwareunterstützung der Konzeptumsetzung den Schluss zu, dass die Effekte noch deutlicher sein werden, wenn es gelingt, diese Defizite zu beheben.

6 Implementationsstrategie

In der Studie „Entwicklung und Erprobung eines Konzepts zum qualifikationsorientierten Personaleinsatz unter Anwendung des neuen wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs“ wurden die Grundlagen für eine kompetenzorientierte Arbeitsorganisation unter der Bedingung von Mehrpersonalisierung, insbesondere bei Pflegeassistenzkräften, entwickelt und erprobt. Im Rahmen einer formativen Evaluation wurde diese Organisation dabei im Projektverlauf kontinuierlich weiterentwickelt. Die als „kompetenz- und bewohnendenorientierte Ablauforganisation (KubA)“ bezeichnete optimierte Arbeitsorganisation wurde in 10 Modelleinrichtungen implementiert und summativ evaluiert. Der Prä-Post-Vergleich zeigt dabei, dass die Mehrpersonalisierung dazu führt, dass die Zeit, die Pflegekräfte zur Versorgung der Pflegebedürftigen aufwenden, zugenommen und der Umfang der Versorgungsleistungen, die notwendig, aber nicht erbracht wurden, deutlich abgenommen hat. Zudem werden signifikant mehr Pflegeleistungen im passenden Qualifikationsniveau erbracht. Das Ergebnis der Evaluation im Kontrollgruppendesign ergibt zudem, dass sich die Interventionseinrichtungen in allen relevanten Endpunkten, sowohl in Bezug auf die Arbeitssituation der Pflegekräfte als auch auf die Lebenssituation der Pflegebedürftigen signifikant (stärker) verbessert haben als die Kontrolleinrichtungen. Die komplexe Intervention, bei der die verbesserte Personalausstattung mit einer veränderten Arbeitsorganisation verknüpft wird, wirkt also bezüglich aller erfassten Endpunkte in die gewünschte Richtung. Damit ist die wesentliche Voraussetzung erfüllt, die es erlaubt, über das Modellprojekt hinaus einen Transfer der KubA in die Fläche zu ermöglichen. Dieses Vorhaben wird nachfolgend in eine konsistente Implementationsstrategie überführt. Dabei werden zwei Ebenen der Implementation unterschieden, die organisationale Ebene (Abschnitt 6.1) und die konzeptionellen Ebene (Abschnitt 6.2).

6.1 Organisationale Ebene

Bisher gibt es für die koordinierte Umsetzung bundesweit in die Organisationsstrukturen wirkender Neuausrichtungen wenig Erfahrungen, die als Schema für die hier gegenständliche Implementation genutzt werden können. Zurückgegriffen werden kann lediglich auf den Prozess, der zur Einführung des Strukturmodells eingesetzt wurde. Schon mit diesem Prozess wurde auf die Erkenntnis reagiert, dass neue fachlich begründete Strukturen ohne koordiniertes Wissensmanagement auf dem Weg in die Einrichtungen vielfältigen unkontrollierbaren Interpretationen unterliegen. Das gilt für die jetzt

anstehende Implementation der KubA umso stärker, da die ausgelösten praktischen und organisatorischen Veränderungen in den Einrichtungen ungleich umfangreicher sein werden, als dies durch das Strukturmodell erfolgt ist. Es ist – auch auf Basis der vielfältigen Umsetzungsschwierigkeiten innerhalb des Modellprojektes – zu befürchten, dass viele Einrichtungen den Anforderungen von Organisationsentwicklung im erwarteten Umfang ohne eine Unterstützungsstruktur nicht entsprechen können. Es ist daher eine organisationale Verankerung auf Bundesebene notwendig, um eine solch umfassende organisatorische Innovation in die Fläche zu bringen. Die Aufgaben einer hierfür vorgeschlagenen Geschäftsstelle werden in Abschnitt 6.1.1 beschrieben. Die Geschäftsstelle kann eine Implementation in der Fläche zu gewährleisten, indem sie Multiplikatoren auf regionaler Ebene schult, die insbesondere dazu befähigt werden, die Implementation praktisch anzuleiten. Hierauf wird in Abschnitt 6.1.2 eingegangen.

6.1.1 Geschäftsstelle auf Bundesebene

Für den notwendigen Akteur auf Bundesebene sind grundsätzlich verschiedene Organisationsmodelle denkbar. Im Entwurf des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege hat der Bundesgesetzgeber hierfür im neuen § 113d SGB XI die Einrichtung einer unabhängigen qualifizierten Geschäftsstelle vorgesehen, die die Pflegeeinrichtungen unter anderem „bei der Umsetzung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage der wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c SGB XI sowie bei der Entwicklung und Umsetzung von Führungs- und Delegationskonzepten“ unterstützen soll und zwar insbesondere auch durch „die Entwicklung und Durchführung von Schulungsmaßnahmen und die Schulung von Multiplikatoren“. Nachfolgend wird daher von dieser Konstruktion ausgegangen und empfohlen, dass diese Geschäftsstelle die Flächenimplementation zentral ermöglichen und über Multiplikatoren – z.B. bei den Verbänden der Einrichtungsträger – alle Einrichtung in die Lage versetzen soll, die KubA erfolgreich implementieren und dann fortlaufend einzusetzen zu können.

Die Geschäftsstelle sollte längerfristig zur Ermöglichung der intendierten Flächenimplementation zwei wesentliche Aufgaben übernehmen. Dazu zählt erstens eine koordinierte Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit (Abschnitt 6.1.1.1), durch die die Hintergründe, das Konzept und der Grundgedanke der KubA in der Fläche implementiert werden. Zweitens sollte die Geschäftsstelle auch für eine kontinuierliche inhaltliche Weiterentwicklung und Anpassung des Implementationskonzeptes und des dazu gehörigen Handbuchs sorgen (Abschnitt 6.1.1.2). Die Erfüllung dieser Aufgaben durch die Geschäftsstelle kann dabei helfen, eine Innovationskultur aufzubauen, in deren Rahmen Pflegeeinrichtungen Organisationsentwicklung als eine ihrer Kernaufgaben ansehen

6.1.1.1 Informations-, Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit

Um der Heterogenität der Einrichtungen und der Vielschichtigkeit des Change-Prozesses Rechnung zu tragen und so das Gelingen der Umsetzung der qualifikations- und kompetenzorientierten Arbeitsorganisation zu ermöglichen, sollte den Einrichtungen durch die Geschäftsstelle eine dauerhafte Anlaufstelle zur Verfügung gestellt werden, die ihnen Informations- und Schulungsmaterialien bereitstellt und sie bei Fragen rund um die Umsetzung begleitet (Informations- und Beratungsarbeit). Zur flächendeckenden Information über die KubA und den Prozess ihrer Implementation kann durch eine mobile Präsentationstour (*Roadshow*) befördert werden, die bundesweit an verschiedenen Standorten und zu verschiedenen Anlässen auftritt. Zu den Anlässen zählen beispielsweise Kongresse, Messen, Regionalkonferenzen oder andere regionale Veranstaltungen, die von Mitarbeitenden von Langzeitpflegeeinrichtungen frequentiert werden.

Auch für Besuche bei verschiedenen Trägern und Verbänden kann dieses Format im Rahmen der zur Verfügung stehenden Ressourcen grundsätzlich genutzt werden. Die Präsenz auf den genannten Veranstaltungen können auf einer Homepage der Geschäftsstelle dargestellt werden. Zudem können über die Homepage direkte Anmeldungen oder Terminvereinbarungen darüber ermöglicht werden.

6.1.1.2 Weiterentwicklung von Implementationskonzept und -handbuch

In Abschnitt 6.26.1.2 und den dazugehörigen Anlagen werden standardisierte und sehr umfassende Unterlagen vorgestellt, die dazu geeignet sind, die Einführung einer KubA in Einrichtungen anzuleiten. Dabei werden alle erforderlichen Prozesse Schritt für Schritt beschrieben und somit trotz ihrer Komplexität einer Selbstanwendung zugänglich gemacht. Die enthaltenen Arbeitsschritte sind dabei in Art und Inhalt die Ergebnisse der Konzepterprobung, die auf Basis der im Sommer 2025 vorliegenden Erkenntnisse, fachlichen Rahmen und gesetzlichen Regelungen als zielführend und umsetzbar bewertet wurden. Diese Rahmenbedingungen sind aber ständigen Veränderungen unterworfen, so dass eine fortlaufende Überprüfung und Weiterentwicklung des Implementationskonzepts und des zugehörigen Implementationshandbuchs erforderlich sein werden. Zudem ist davon auszugehen, dass im Rahmen einer breitflächigen Implementation neue Erfahrungen gemacht werden, die bei einer Weiterentwicklung zu berücksichtigen sind. Schließlich ist die Umsetzung des im Rahmen dieses Projektes erarbeiteten Konzeptes nicht obligatorisch. Es ist daher zu erwarten, dass auch andere Konzepte einer Organisationsentwicklung zum Einsatz kommen. Auch die in diesem Rahmen gemachten Erfahrungen sollten bei der Weiterentwicklung berücksichtigt werden. Die Durchführung oder Organisation dieser Aufgabe sollte – gerade im Zusammenhang mit dem breiten Aufgabenspektrum des geplanten § 113d SGB XI – der Geschäftsstelle verbindlich zugeordnet werden, da so die höchste Wahrscheinlichkeit dafür besteht, dass auch eine Verbindung mit anderen Strukturentwicklungsprozessen frühzeitig hergestellt werden kann.

6.1.2 Umsetzung in der Fläche durch die Qualifikation von KubA-Coaches

Zur Herstellung von personellen Möglichkeiten, die die Implementation der KubA erfolgreich umsetzen können, ist es erforderlich, dass eine Struktur geschaffen wird, durch die alle Inhalte des Implementationskonzepten und darüber hinaus die zur Umsetzung erforderlichen persönlichen Kompetenzen an sogenannte KubA-Coaches, weitergegeben werden kann. Die Aufgaben der Geschäftsstelle sollte an dieser Stelle darin liegen, diese Qualifizierung von Multiplikatoren bei Trägerverbänden anhand der im Anhang beigefügten Schulungsunterlagen zu unterstützen, sodass die Trägerverbände eigenständig Multiplikatoren weiterbilden können.

Das Curriculum (Abschnitt 6.2.2 und Anhang 1) enthält einen Überblick über die zentralen Lernziele und -inhalte, die in einer Qualifikation zum KubA-Coach abgedeckt werden müssen. Eine beispielhafte Workshopplanung (Anhang 2) enthält ein zeitliches Raster, wie die Schulung der erforderlichen Inhalte über vier Tage verteilt erfolgen kann. Zusätzlich wird in dem als digitaler Anhang beigefügten Schulungsmanual eine vollständige Sammlung von Lernmaterialien zur Verfügung gestellt, die zur Qualifikation der KubA-Coaches eingesetzt werden können.

Organisiert werden kann die Ausbildung von KubA-Coaches auch direkt über Trägerverbände, denen die vorstehend genannten Unterlagen als zu nutzende Lehrmaterialien zur Verfügung gestellt werden – ohne Zwischenschaltung der Geschäftsstelle. Nach erfolgreicher Absolvierung einer solcher Schulungen erhalten die Teilnehmenden ein Zertifikat, das ihre Befähigung zum KubA-Coach nachweist.

Die Geschäftsstelle könnte dabei in koordinierender Rolle in Erscheinung treten und darüber auch eine Qualitätskontrolle einrichten. Dieses Vorgehen bietet mehrere Vorteile: zum einen ermöglicht es Regionalität und damit eine schnelle Verbreitung der Inhalte sowie verschiedene methodische Ansätze bei gleichzeitiger Sicherstellung von einheitlichen Lernzielen.

6.2 Konzeptionelle Ebene

Neben den organisationalen Voraussetzungen benötigt eine erfolgreiche Flächenimplementation auch konzeptionelle Voraussetzungen, namentlich ein Implementationskonzept (Abschnitt 6.2.1), das detailliert beinhaltet, welche Schritte die Einrichtungen in welcher Reihenfolge gehen sollen, um die KubA einzuführen, und ein Curriculum mit entsprechenden vollständigen Schulungsmaterialien, anhand derer die KubA-Coaches ausgebildet werden können (Abschnitt 6.2.2).

6.2.1 Implementationskonzept und -handbuch

Ziel der Implementation ist es, ausgehend von der *IST-Situation* in einer Einrichtung die entsprechenden *Veränderungsprozesse* durchzuführen, um schließlich zu einer kompetenz- und bewohnendenorientierten Arbeitsorganisation (KubA) als *SOLL-Vision* zu gelangen. Bereits um diese Veränderungsprozesse initiieren zu können, müssen aber in einer Vorbereitungsphase zunächst die *Veränderungsfähigkeit* und die *Veränderungsbereitschaft* sichergestellt sein (Abbildung 10).

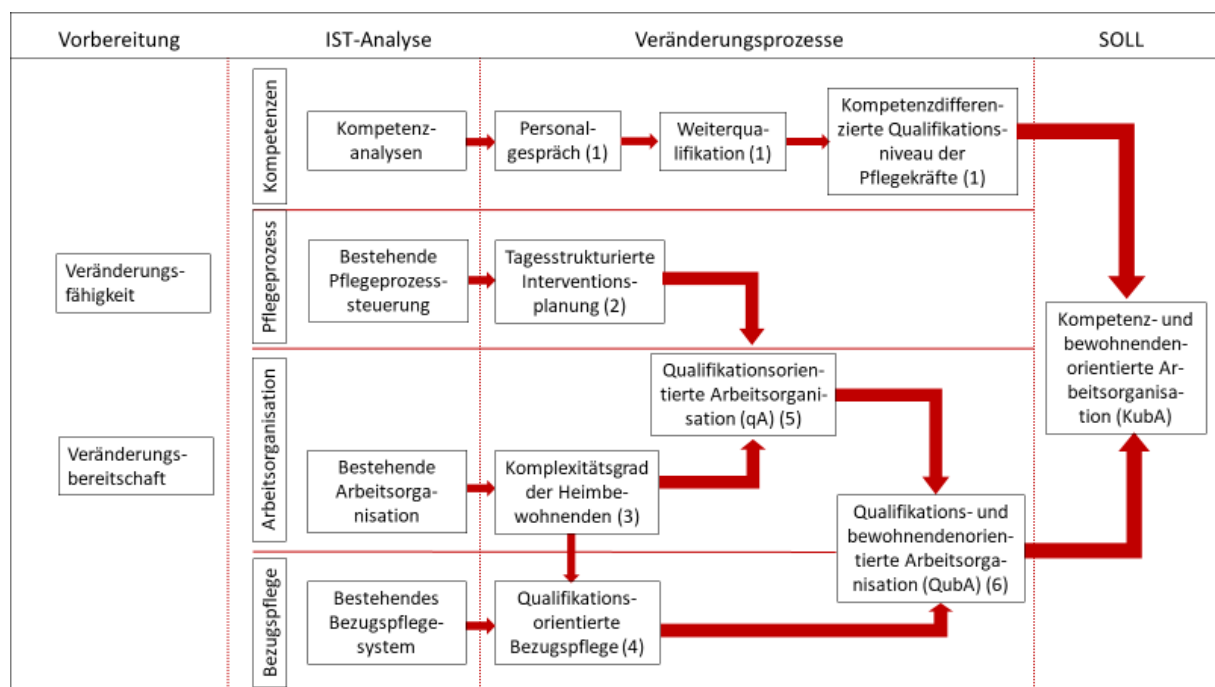


Abbildung 10: Modellhafte Darstellung der Transformation vom IST zum SOLL

IST-Analyse und Veränderungsprozesse beziehen sich dabei auf vier Prozessstränge: Kompetenzen, Pflegeprozess, Arbeitsorganisation und Bezugspflege. Abbildung 10 zeigt die stilisierten Zusammenhänge zwischen diesen Strängen und ihren jeweiligen Elementen. Die mit Ziffern markierten Elemente beziehen sich auf die Elemente des Veränderungsprozesses, während die Elemente ohne Ziffern den Ausgangs- und Zielzustand markieren. Der Status quo muss in allen Strängen bekannt sein, da er die Ausgangssituation für die jeweiligen Veränderungen darstellt.

Im Kompetenzstrang wird die IST-Situation mittels eines eigens entwickelten Tools erhoben, da die diesbezüglichen Informationen bislang in der Regel nicht vorliegen. Auf Basis dieser Kompetenzanalyse, können Personalgespräche geführt werden, als deren Ergebnis es zur Weiterqualifikation kommen kann. Auch für das Führen von Personalgesprächen stehen im Modellprojekt entwickelte Hilfen zur Verfügung. Anschließend steht dann fest, über welche Kompetenzen die Pflegekräfte im jeweiligen Qualifikationsniveau tatsächlich verfügen. Da diese Elemente ineinandergreifende Glieder einer Kette sind, sind sie durchgängig mit (1) bezeichnet. Die gewonnenen Informationen können genutzt werden, um eine qualifikations- und bewohnenden orientierte Arbeitsorganisation (QubA) in eine kompetenz- und bewohnendenorientierte Arbeitsorganisation (KubA) zu erweitern. Deutlich wird in Abbildung 10 auch dass der Kompetenzstrang vergleichsweise unabhängig von den anderen Strängen verläuft.

Dies ist anders bei den Strängen Pflegeprozess, Arbeitsorganisation und Bezugspflege, die enger interagieren. Im Strang Pflegeprozess gilt es zunächst, aus der bestehenden Pflegeplanung eine tagesstrukturierte Interventionsplanung (2) zu entwickeln. Dies ist in manchen Einrichtungen bereits Standard, in anderen nicht. Zugleich muss im Strang Arbeitsorganisation der Komplexitätsgrad der Pflegesituation für jeden Heimbewohnenden ermittelt werden (3). Auch hierzu wurden im Modellprojekt Tools entwickelt, die den Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden können. Mithilfe der empirisch bestimmten Komplexitätsgrade und anhand des Qualifikationsmixmodells (QMM) kann die tagesstrukturierte Interventionsplanung in eine qualifikationsorientierte Arbeitsplanung transformiert werden (5). Hierbei ist noch nicht berücksichtigt, dass diese Arbeitsorganisation in ein Bezugspflegesystem eingebunden werden muss. Im Strang Bezugspflege wird daher das bestehende Bezugspflegesystem in ein qualifikationsorientiertes Bezugspflegesystem überführt (4), bei dem mittels Bezugspflegेतандems und Bezugspflegетеам eine Bezugspflege sichergestellt wird, die zugleich die Qualifikationsorientierung berücksichtigt. Hierzu wird aber der Komplexitätsgrad der pflegebedürftigen Person benötigt, der im Strang Arbeitsorganisation ermittelt wurde. Werden die qualifikationsorientierte Arbeitsorganisation und die qualifikationsorientierter Bezugspflege kombiniert, entsteht die qualifikations- und bewohnenden orientierte Arbeitsorganisation (QubA) (5), die die Transformationsprozesse in den Strängen Bezugspflege und Arbeitsorganisation zusammenbringt und dabei auch schon die tagesstrukturierte Interventionsplanung aus dem Strang Pflegeprozess integriert (6). Die QubA berücksichtigt dabei noch nicht, dass sich die Kompetenzen der Pflegekräfte innerhalb ihres jeweiligen Qualifikationsniveaus auch nach Weiterqualifikation unterscheiden können und dass die Pflegekräfte unterschiedliche Präferenzen bezüglich ihrer Tätigkeiten haben können. Wird das im Kompetenzstrang erhobene kompetenzdifferenzierte Qualifikationsniveau der Pflegekräfte einbezogen, wird die QubA zur KubA weiterentwickelt.

Das Modell zeigt damit die 6 Elemente auf, die notwendig sind, um das IST zum SOLL weiterzuentwickeln und wie diese Elemente zusammenwirken. In der Praxis beinhaltet jedes dieser Elemente mehreren Schritten. Im *Implementationskonzept* werden diese Schritte im Einzelnen vorgestellt und detailliert beschrieben. Die dazu entwickelten Hilfen und Instrumente sind in einem *Handbuch zur Implementation* zusammengestellt. Im Implementationskonzept werden dazu auch zwei Umsetzungspfade unterschieden, je nachdem zu welchem Zeitpunkt der Kompetenzstrang mit den anderen Strängen interagiert und so über die QubA zur KubA führt oder ob der Kompetenzstrang in der zeitlichen Abfolge früher integriert wird. Das vorstehende Modell stellt nämlich den logischen Zusammenhang zwischen den verschiedenen Elementen dar. Im Implementationskonzept wird dieser in zeitlicher Abfolge dargestellt. Das Implementationskonzept beinhaltet dabei alle

erforderlichen Personal- und Organisationsentwicklungsprozesse. Diese werden zwar inhaltlich getrennt betrachtet, aber in der strategischen Ausrichtung immer gemeinsam gedacht. Das Konzept ist an den zwingend erforderlichen Inhalten konkret handlungsleitend, dabei aber so offen gestaltet, dass jedes Pflegeheim die Inhalte auf seine individuellen Gegebenheiten adaptieren kann.

Vorausgesetzt wird dabei, dass die Einrichtungen die Personalobergrenzen des § 113c SGB XI in seiner jeweiligen Fassung soweit ausschöpfen, dass Pflegeassistenzkräfte in hinreichender Anzahl vorhanden sind, um damit einen stabilen und qualifikationsdifferenzierten Personalmix zu ermöglichen. Dabei ist die Umsetzung der kompetenz- und bewohnendenorientierten Arbeitsorganisation (KubA) als grundlegende *Arbeitsstruktur* explizit so flexibel, dass sie sowohl mit einer Personalausstattung in Höhe der gesetzlichen Mindestausstattungen, in Höhe der Personalanhaltswerte des § 113c Abs. 1 SGB XI oder einer darüber hinausgehenden Personalausstattung durchgeführt werden kann, wobei die quantitativen Potenziale zur Verbesserung der Qualifikationspassung immer vom konkreten täglichen Personaleinsatz abhängig sind.

6.2.2 Curriculum und Schulungsmaterialien zur Qualifikation von KubA-Coaches

Die Umstellung hin zu einer qualifikations- und kompetenzorientierten Arbeitsorganisation, wie sie im Rahmen des Modellprojekts erprobt wurde, ist ein tiefgreifender und grundlegender Einschnitt, der die verschiedensten Aspekte einer Einrichtung betrifft: Verhaltensmuster, Teamstrukturen, Rollenverständnisse, Weiterentwicklung der Fähigkeiten von Mitarbeitenden, Führungskompetenzen und nicht zuletzt alles, was Betriebsklima oder Organisationskultur umfasst. Eine nachhaltige und wirkungsvolle Umsetzung der Kernanliegen des kompetenzorientierten Personaleinsatzes und der damit verbundenen Prozesse der Personal- und Organisationsentwicklung ist nur denkbar, wenn alle genannten Aspekte mitbedacht und im Change-Prozess richtig adressiert werden.

Hierfür bedarf es personeller Kompetenzen in jeder veränderungswilligen Einrichtung, die sowohl die Kenntnis aller inhaltlich erforderlichen Implementationsschritte umfassen als auch die Fähigkeiten, diese im Rahmen eines solch umfassenden Change-Prozesses anzuleiten und zu steuern. Da in der Konzepterprobung allerdings sehr deutlich wurde, dass die vorhandenen Kompetenzen, um Veränderungsbereitschaft herzustellen und Veränderungsprozesse zu gestalten, in Pflegeeinrichtungen nicht hinreichend stark ausgeprägt sind, ist es ein wesentlicher Schritt der Implementationsstrategie, diese fachlichen und persönlichen Kompetenzen im Rahmen eines eigenständigen Personalentwicklungsprozesses zu stärken und damit in die Einrichtungen zu bringen. Hierzu ist es notwendig, dass sich in jeder Einrichtung, die sich dem Prozess der Organisationsentwicklung ernsthaft stellt, zum einen eine Steuerungsgruppe etabliert wird, die die mittlere Leitungsebene (Pflegedienstleitung, Wohnbereichsleitung) umfasst und zum anderen speziell als KubA-Coaches qualifizierte Personen diesen Prozess anleiten und durchführen. Hierzu sollen die in Abschnitt 6.1.2 angesprochenen Bildungsträger entsprechende Bildungsangebote bereitstellen, die sich auf das diesem Bericht anliegende Curriculum zur Qualifizierung zum KubA-Coach beziehen und mindestens die im Anhang verfügbaren umfassenden Inhalte des Schulungsmanuals enthalten.

7 Diskussion

Wie die Ergebnisse der formativen Evaluation gezeigt haben, ist die *Umsetzung der KubA in den Modelleinrichtungen nicht vollständig gelungen*. Erstens konnte die Mehrpersonalisierung nicht vollumfänglich erreicht werden. Dem wurde zwar dadurch begegnet, dass die zusätzlichen Pflegekräfte in einem Fokuswohnbereich konzentriert wurden. Bei Personalknappheit in den anderen Wohnbereichen mussten diese aber dort immer wieder aushelfen, so dass die neue Arbeitsorganisation im Fokuswohnbereich nicht stabil und im gewünschten Umfang eingeübt werden konnte. Zweitens hat sich empirisch bestätigt, dass das ursprünglich vom Auftraggeber ausgeschriebene Konzept einer *qualifikationsorientierten Arbeitsorganisation* zu kurz greift. Es zeigte sich, dass bei den Pflegekräften keineswegs davon ausgegangen werden kann, dass individuell exakt die ihrem Qualifikationsniveau entsprechenden Kompetenzen vorhanden sind. Vielmehr wurde deutlich, dass sowohl Personen mit latent vorhandenen, aber nicht akut abrufbaren, Kompetenzen als auch solche mit einer Kompetenzausstattung, die ihr jeweiliges formales Qualifikationsniveau übersteigt, in den Modelleinrichtungen angetroffen wurden. Dem wurde im Modellprojekt zum einen durch Bildungsangebote zur Kompetenzaktivierung für die Pflegekräfte begegnet, die aber nur zum Teil angenommen wurden, und zum anderen durch eine konzeptionelle Weiterentwicklung der qualifikationsorientierten zur kompetenzorientierten Arbeitsorganisation, bei der neben den formalen Qualifikationen auch die tatsächlichen Kompetenzen für den Personaleinsatz berücksichtigt werden. Drittens hat sich gezeigt, dass die Umstellung auf eine kompetenz- und bewohnendenorientierte Arbeitsorganisation einen tiefen Eingriff in die Organisationsstruktur darstellt, der – auch bei einer Flächenimplementation – als längerer Prozess gedacht werden muss. Aus den genannten Gründen konnte die Phase der verfestigten und routinierten Anwendung der neuen Arbeitsorganisation in den Modelleinrichtungen nur teilweise erreicht werden.

Trotz dieser Einschränkung hat die komplexe Intervention aus Mehrpersonalisierung und veränderter Arbeitsorganisation *positive Effekte auf alle Zielgrößen* gezeigt. Der Prä-Post-Vergleich im Rahmen der summativen Evaluation zeigt, dass die Mehrpersonalisierung dazu führt, dass die Zeit, die Pflegekräfte zur Versorgung der Pflegebedürftigen aufwenden, zugenommen und der Umfang der Versorgungsleistungen, die notwendig waren, aber nicht erbracht wurden, deutlich abgenommen hat. Zudem werden signifikant mehr Pflegeleistungen im passenden Qualifikationsniveau erbracht (Rothgang et al. 2025: Abschnitt 4.2.5). Das Ergebnis der difference-in-difference-Analyse im Kontrollgruppendesign ergibt zudem, dass sich die Interventionseinrichtungen in *allen* relevanten Endpunkten, sowohl in Bezug auf die Arbeitssituation der Pflegekräfte als auch auf die Lebenssituation der Pflegebedürftigen signifikant (stärker) verbessert haben als die Kontrolleinrichtungen (ebd.). Die komplexe Intervention, bei der die verbesserte Personalausstattung mit einer veränderten Arbeitsorganisation verknüpft wird, wirkt also bezüglich aller erfassten Endpunkte und zeitigt Effekte in die gewünschte Richtung.

Bei einer vollständigen Umsetzung und Einübung der neuen Arbeitsorganisation in der gesamten Einrichtung ist sogar damit zu rechnen, dass diese Effekte noch deutlicher sind. Basierend auf diesen Ergebnissen der summativen Evaluation kann eine *Flächenimplementation der KubA daher fachlich empfohlen* werden. Mit dem Implementationskonzept und dem dazu gehörigen Handbuch liegt zudem eine tragfähige Grundlage vor, die mit sofort nutzbaren Materialien zur Selbstanwendung für einen solchen Prozess in eigener Verantwortung der Einrichtungen, d. h. ohne Begleitung durch eine Unternehmensberatung, in die Umsetzung gehen kann. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, Mitarbeitende im Rahmen einer 28-stündigen Qualifikation zu KubA-Coaches weiterzubilden, um den Implementationsprozess in den jeweiligen Einrichtungen zusätzlich zu unterstützen.

Wie jede Studie weist auch diese *Limitationen* auf. Die begrenzte Zahl der an der Studie beteiligten Einrichtungen erwies sich als weniger problematisch als zunächst vermutet, da bereits in diesem begrenzten Rahmen zahlreiche relevante Probleme sichtbar wurden und hinsichtlich der qualitativen Bewertung des Einführungsprozesses eine gewisse theoretische Sättigung erreicht war, sodass eine höhere Zahl an beteiligten Einrichtungen nicht zwingend zu zusätzlichen Erkenntnissen geführt hätte. Für *quantitative* Analysen wie Regressionsanalysen, mit deren Hilfe ergründet werden könnte, welche Elemente der komplexen Intervention besonders ausschlaggebend für positive Ergebnisse sind, oder entsprechende Analysen, die den positiven Effekt der Mehrpersonalisierung in Abhängigkeit von ihrem Ausmaß untersuchen, ist die Stichprobe allerdings zu klein. Im Gegensatz zu einer „klassischen“ Interventionsstudie erschwerte der partizipative und iterative Ansatz die summative Evaluation, da einige Elemente der Intervention erst im Laufe der Zeit entwickelt werden konnten oder verändert werden mussten und sich die Intervention so als „moving target“ darstellte. Dies war aber letztlich unvermeidlich, da nur die partizipative Entwicklung und Erprobung des Umsetzungskonzeptes die notwendige Mitwirkung aller Beteiligten in den Einrichtungen gewährleisten kann.

Die Modelleinrichtungen waren in doppelter Weise privilegiert: Zum einen hatten sie eine Finanzierungszusage des GKV-Spitzenverbandes zur Mehrpersonalisierung in Anlehnung an den Algorithmus 1.0 der PeBeM 1-Studie, also deutlich über die Obergrenzen des § 113c Abs. 1 SGB XI in der geltenden Fassung hinaus. Zweitens wurden sie vom Projektteam intensiv begleitet. Beides ist nicht gegeben, wenn andere Einrichtungen sich auf den Weg machen, eine qualifikations- und kompetenzorientierte Arbeitsorganisation zu entwickeln und umzusetzen. Mit dem *Implementationskonzept* und dem dazugehörigen *Handbuch* stehen ihnen aber umfassende Materialien zur Verfügung, die darauf abzielen, die Personal- und Organisationsentwicklung in Eigenregie ohne Hilfe durch eine Unternehmensberatung durchzuführen. In Bezug auf die Mehrpersonalisierung bieten die Personalanhaltswerte des § 113c Abs. 1 SGB XI für viele Einrichtungen die Möglichkeit, über den bisherigen Personalbestand und die leistungserbringungs- und ordnungsrechtlich festgelegte Personalmindestmengen hinauszugehen. Sobald Pflegeassistenzkräfte in nennenswertem Umfang vorhanden sind, lohnt sich für diese Einrichtungen der Einstieg in eine neue Arbeitsorganisation.

Wie aber kann eine Umstellung erfolgen, wenn die Mehrpersonalisierung – anders als im Modellprojekt – unterhalb des Algorithmus 1.0, etwa in Höhe der Obergrenzen des § 113c SGB XI erfolgt? Der Algorithmus ist so berechnet, dass Personalmengen in den Qualifikationsniveaus zur Verfügung gestellt werden, die für die fachgerechte Erbringung der bedarfsorientierten Leistungsmengen benötigt werden. Um zu zeigen, wie die Arbeitsorganisation auch mit geringeren Personalmengen und anderem Qualifikationsmix verbessert werden kann, sind drei Aspekte zu unterscheiden (Abbildung 11): Die notwendige Mehrpersonalisierung wurde in PeBeM 1 dadurch ermittelt, dass zu den beobachteten IST-Zeitmengen zwei Arten von Zuschlägen addiert wurden: Dies sind zum einen *Zeitzuschläge*, um zu berücksichtigen, dass bei der beobachteten Leistungserbringung fachlich angezeigte Teilschritten – auch aus Zeitgründen – weggefallen sind. Die Zeitzuschläge sollten die Möglichkeiten zur fachgerechten Erbringung der Interventionen sicherstellen (Punkt C). Zudem wurden *Mengenzuschläge* berücksichtigt, die der Beobachtung Rechnung tragen, dass fachlich sinnvolle Interventionen teilweise gar nicht erst geplant und erbracht wurden, weil dies bei der gegebenen Personalausstattung nicht möglich ist (Punkt B). Um die Zahl der erbringbaren Leistungen und auch die für eine einzelne Leistungserbringung benötigte Zeit zu erhöhen, ist eine Mehrpersonalisierung über den Status quo ante hinaus erforderlich. Die Obergrenzen des § 113c

Abs. 1 SGB XI ermöglichen diese Mehrpersonalisierung teilweise. Je höher die verhandelte Personalausstattung ist, desto stärker kann an diesen beiden Stellschrauben gedreht werden. Eine Optimierung der Arbeitsorganisation hin zu einer stärker qualifikations- und kompetenzorientierten Pflege (Punkt A) kann dagegen bei *jeder Personalmenge* angestrebt werden, da im Status quo in allen Einrichtungen – im Vergleich zu den Vorgaben des QMM – sowohl über- als auch unterqualifikatorische Leistungserbringung erfolgt. Natürlich ist eine eins-zu-eins-Umsetzung der KubA nicht möglich, wenn beispielsweise die Assistenzkraftzahl deutlicher hinter dem Algorithmus 1.0 zurückbleibt als die Fachkräfteanzahl. Hier muss die jeweilige Einrichtung dann selbst priorisieren, an welchen Stellen sie zunächst in die Überqualifizierung geht. Da das Implementationskonzept aber grundsätzlich vom einrichtungsindividuellen Status quo ausgeht, ist eine Weiterentwicklung bei allen Personalmengen möglich.

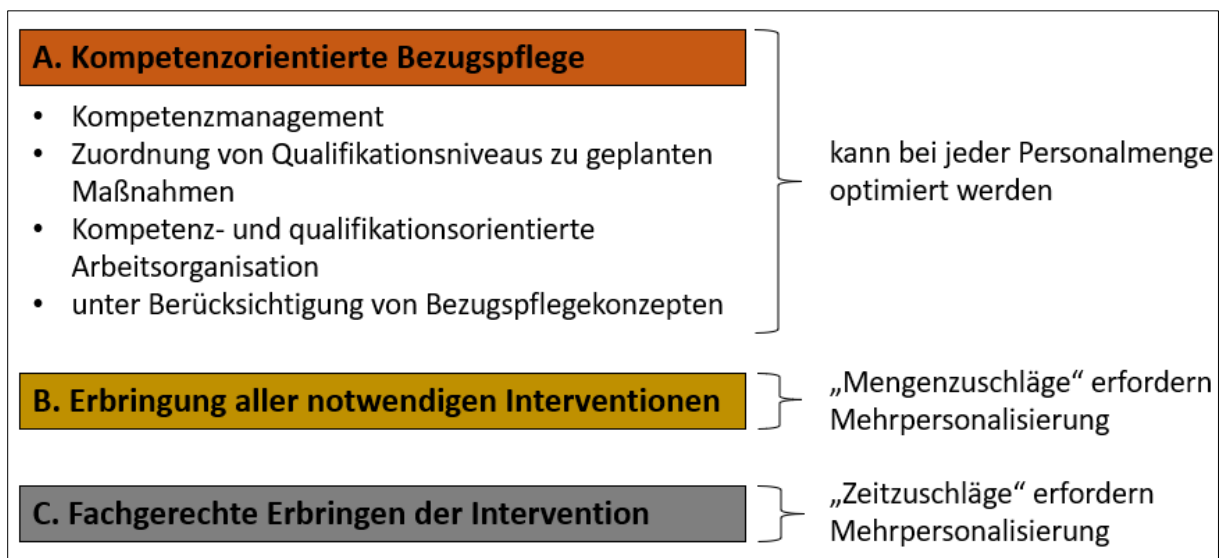


Abbildung 11: Fachliche Optimierung der Pflege und dazu benötigte Mehrpersonalisierung

Die Erfahrungen in den Modelleinrichtungen legen es dabei nahe, dass die Umstellung *gleichzeitig in allen Wohnbereichen* beginnen soll. Zum einen wird so sichergestellt, dass nicht regelmäßig Personal aus dem priorisierten Wohnbereich abgezogen wird, wenn in schlechter ausgestatteten Wohnbereichen Probleme auftreten. Und zum andere wird so vermieden, dass zwei parallele Arbeitsorganisationen in einer Einrichtung genutzt werden, was zu Problemen führen kann.

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 können zur Weiterentwicklung des Algorithmus genutzt werden (Algorithmus 2.0).

Bezugspflegsysteem: Ganzheitlich orientiertes Pflegesystem, in welchem Bewohnende und Pflegende in einer direkten Zuordnung miteinander verbunden sind. Klassischerweise wird dabei jeder Bewohnende bzw. jedem Bewohnenden einer zuständigen Pflegefachkraft persönlich zugeordnet. Diese Pflegefachkraft ist von Aufnahme bis zum Ausscheiden der pflegebedürftigen Person aus der Pflegeeinrichtung für ihre Versorgung zuständig und trägt die Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess, wodurch eine kontinuierliche Betreuung gewährleistet werden soll. Ziel des Bezugspflegesystems ist es, über die möglichst dauerhafte Beziehung eine hohe Pflegequalität sowie eine möglichst hohe Zufriedenheit der Bewohnenden sowie der Pflegenden zu erreichen. Denkbar ist es aber auch, mehrere Pflegepersonen in die Bezugspflege einzubeziehen (s.u.).

Bezugspflegetandem: Erweiterung der Beziehungseinheit des klassischen Bezugspflegesystems um eine ausgebildete Pflegeassistentkraft (QN 3), so dass jede pflegebedürftige Person dauerhaft mit zwei Pflegenden verbunden ist. Durch diese feste Konstellation wird die Kontinuität der bewohnendenzentrierten, pflegerischen Versorgung erhöht. Der Aufgabenbereich des Bezugspflegetandems umfasst sowohl alle Aufgaben der Prozesssteuerung, als auch einen möglichst großen Anteil der direkten pflegerischen Versorgung. Die Pflegeprozessverantwortung und -steuerung liegt auch im Bezugspflegetandem bei der Pflegefachkraft (QN4+).

Bezugspflegeteam: Gruppe von Pflegenden, denen in der jeweiligen Schicht die praktische Betreuung und Versorgung der zu Pflegenden gemäß des vom Bezugspflegetandem geplanten Pflegeprozesses primär obliegt. Sind die Mitglieder eines Bezugspflegetandems im Dienst, so sind sie auch Teil des Bezugspflegeteams.

Fähigkeit: Fähigkeiten umfassen das Wissen und Können von Personen und sind als solche Bestandteile von Kompetenz. Beispiel: Kommunikations*fähigkeit* – 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.

Kommunikation- und Pflegeprozesssteuerungsinstrumente: Zur standardisierten Durchführung des Pflegeprozesses eingesetzte Steuerungsinstrumente, die der Sicherstellung einer fachgerechten Pflege, der kontinuierlichen Bearbeitung und Kontrolle der Pflegeplanung, der Feststellung weiteren Hilfebedarfs und damit letztlich der Qualitätssicherung dienen. Zu den eingesetzten Instrumenten zählen Pflegevisiten, Dienstbesprechungen, Dienstübergaben und Fallbesprechungen.

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 Qualifikationsniveaus werde dabei auch die tatsächlich vorhandenen und nicht nur die nach dem Qualifikationsniveau unterstellten individuellen Kompetenzen zugrunde gelegt.

KubA: KubA bezeichnet die kompetenz- und bewohnendenorientierte Arbeitsorganisation, in der pflegerische Aufgaben systematisch an den Kompetenzen der Mitarbeitenden sowie an den Bedarfen und Bedürfnissen der Bewohnenden ausgerichtet werden. Die KubA ist das Ziel der PeBeM-Umsetzung.

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 neuropsychiatrische Situation). Damit verbunden ist eine erhöhte Notwendigkeit von intensivem berufsübergreifendem 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.

QubA: QubA stellt eine Vorstufe der KubA dar. Neben den Bedarfen und Bedürfnissen der Bewohnenden basiert die QubA auf den Qualifikationen der Mitarbeitenden. Sie dient als Zwischenschritt auf dem Weg zu einer differenzierten Kompetenznutzung im Rahmen der KubA.

Tagesstrukturierte Interventionsplanung: Besondere Form der Pflegeplanung, die sowohl die interventionsspezifisch erforderlichen Qualifikationsniveaus als auch ihre geplante Sequenzierung über den Tagesverlauf beinhaltet.

Verantwortliche Pflegefachkraft: Die verantwortliche Pflegekraft ist die in der stationären Pflegeeinrichtung verantwortliche Leitungskraft nach § 71 SGB XI (z. B. die Pflegedienstleitung).

Literatur

- Brobst, R.A. (1999):** Der Pflegeprozeß in der Praxis. Bern: Huber.
- Büscher, A.; Jendrzzej, B.; Krautz, B.; Weiß, T. (2023):** Pflegeprozesse selbstbewusst verantworten. In: Die Schwester Der Pfleger. 4. Ausgabe. 18-24.
- Büscher, A. & Krebs, M. (2022):** Qualität in der Pflege: Mit Online-Aufgaben. Pflege studieren. Ernst Reinhardt Verlag; UTB. <https://doi.org/10.36198/9783838555898>
- Burfeindt, C.; Darmann-Finck, I.; Stammann, C.; Stegbauer, C.; Stolle-Wahl, C.; Zündel, M.; Rothgang, H. (2024):** Study protocol for the development, trial, and evaluation of a strategy for the implementation of qualification-oriented work organization in nursing homes. *BMC Nursing*, 23(1), 201. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01883-3>.
- Campbell, N.C.; Murray, E.; Darbyshire, J.; Darbyshire, J.; Emery, J.; Farmer, A.; Griffiths, F.; Guthrie, B.; Lester, H.; Wilson, P.; Kinmonth, A.L. (2007):** Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *BMJ* 334: 455–459.
- Craig, P.; Dieppe, P.; Macintyre, S.; Michie, S.; Nazareth, I.; Petticrew, M. (2008):** Developing and evaluating complex interventions: new guidance. <http://www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance>
- Czwikla, J.; Schmidt, A.; Schulz, M.; Gerhardus, A.; Schmiemann, G.; Gand, D.; Friedrich, A.-C.; Hoffmann, F.; Rothgang, H. (2022):** Contacts to general practitioners, dentists, and medical specialists among nursing home residents: Cross-sectional study in 44 German nursing homes, in: *BMC Health Services Research*; <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07429-6>, open access.
- 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, DOI: 10.1016/j.zefq.2021.05.005.
- Domhoff, D.; Seibert, K.; Rothgang, H.; Wolf-Ostermann, K. (2021):** Die Nutzung von digitalen Kommunikationstechnologien in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen während der Covid-19-Pandemie, In: Frommelt, D.; Scorna, U.; Haug, S.; Weber, K. (Hrsg.): Gute Technik für ein gutes Leben im Alter? Akzeptanz, Chancen und Herausforderungen altersgerechter Assistenzsysteme. Bielefeld: transcript: 65-86; <https://www.transcript-verlag.de/978-3-8376-5469-1/gute-technik-fuer-ein-gutes-leben-im-alter/>.
- Ebrahimi, Z.; Patel, H.; Wijk, H.; Ekman, I.; Olaya-Contreras, P. (2021):** A systematic review on implementation of person-centered care interventions for older people in out-of-hospital settings, *Geriatric Nursing* 42 (1). S. 213-224. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.08.004>.
- EinStep (2025):** Informations- und Schulungsunterlagen zur Pflegedokumentation mit dem Strukturmodell in der ambulanten, vollstationären und teilstationären Langzeitpflege sowie der Kurzzeitpflege (SGB XI). [https://cdn.prod.website-files.com/66867cfecea6f93a2305684f/683ec81382cad24dce9eda82_EinSTEP%203.0\(2\)_Mai%202025\(FIN\)-2.pdf](https://cdn.prod.website-files.com/66867cfecea6f93a2305684f/683ec81382cad24dce9eda82_EinSTEP%203.0(2)_Mai%202025(FIN)-2.pdf)

- Ellebracht, H. (2015):** Systemische Organisations- und Unternehmensberatung: Praxishandbuch für Berater und Führungskräfte (4th ed.). Gabler Verlag.
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=3110058>
- Fafflock, H.; Güttler, K.; Lehmann, A.; Bruhns, T.; Wicha, I. (2003):** Pflegeprozessesstandardisierung und Qualität in der Pflege. Aachen: Verlag Mainz.
- Fitzpatrick, J. & Mayer, S. J. (2020):** Fokusgruppen. In Borucki, I. et al. (Hrsg.), Handbuch Politische Kommunikation. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Görres, S., Brannath, W. (2020):** Stabilität und Variation des Care-Mix in Pflegeheimen unter Berücksichtigung von Case-Mix, Outcome und Organisationscharakteristika (StaVaCare 2.0). Abschlussbericht. Online unter:
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/stavacare/StaVaCare_2.0_Endversion_Abschlussbericht.pdf
- Hoel, V.; Seibert, K.; Domhoff, D.; Preuß, B.; Heinze, F.; Rothgang, H.; Wolf-Ostermann, K. (2022):** Social Health among German Nursing Home Residents with Dementia during the CPID-19 Pandemic, and the Role of technology to Promote Social Participation, in: International Journal of Environmental Research and Public Health, <https://doi.org/10.3390/ijerph19041956>.
- Hudson, J.L.; Moon, Z.; Hughes, L.D.; Moss-Morris, R. (2020):** Engagement of Stakeholders in the Design, Evaluation and Implementation of Complex Interventions, In: Hagger, M.S.; Cameron, L.D.; Hamilton, K.; Hankonen, N.; Lintunen, T. (Hrsg.): The Handbook of behaviour Change. Cambridge (UK), New York, Melbourne, New Delhi, Singapore: Cambridge University Press: 349-360.
- Huter, K.; Krick, T.; Domoff, D.; Seibert, K.; Wolf-Ostermann, K.; Rothgang, H. (2020):** Effectiveness of digital technologies to support nursing care: results of a scoping review in: Journal of Multidisciplinary Healthcare, Vol.3 1905–1926,
https://www.dovepress.com/articles.php?article_id=60180.
- Kim, S.; Park, M. (2017):** Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis, Clin Interv Aging 17 (12). 381-397. DOI: 10.2147/CIA.S117637.
- Knigge-Demal, B. & Hundenborn, G. (2013):** Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen.
https://www.hsbi.de/multimedia/Fachbereiche/Gesundheit/Bereich+Pflege+und+Gesundheit+ORIGINAL/Forschung+und+Entwicklung/InBVG/Projekte/Anforderungs_und+Qualifikationsrahme n-0-p-105604.pdf-2150.pdfswirtschaft+berufsbegleitend+Version+17-p-76606.pdf#page=72
- Krick, T.; Huter, K.; Domhof, D.; Schmidt, A.; Rothgang, H.; Wolf-Ostermann, K. (2019):** Digital technology and nursing care: a scoping review on acceptance, effectiveness and efficiency studies of informal and formal care technologies, in: BMC Health Services Research, 19: 400; <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4238-3>.
- Krick, T.; Zerth, J.; Rothgang, H.; Klawunn, R.; Walzer, S.; Kley, T. (Hrsg.) (2023):** Pflegeinnovationen in der Praxis. Erfahrungen und Empfehlungen aus dem „Cluster Zukunft der Pflege“. Berlin: Springer Gabler.

Leoni-Scheiber, C. (2004): Der angewandte Pflegeprozess, Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

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/Publikationen/SPV/Grundsatzstellungnahmen/30_Pflegeprozess_Dok_2005.pdf.

Pascale, R. T. & Athos, A. G. (1982): The art of Japanese management: Applications for American executives (1. Aufl.). Warner books. Warner.

Peters, T. J. & Waterman, R. H. (2015): In search of excellence: Lessons from America's best-run companies. Profile Books.

Petticrew, M. (2011): When are complex interventions 'complex'? When are simple interventions 'simple'? In: European Journal of Public Health, Vol. 21, No. 4, 397–399, doi:10.1093/eurpub/ckr084.

Richards, D.A.; Hallberg, I.R. (2015): Complex Interventions in Health. An overview of research methods. London, New York: Routledge.

Proctor, E. K.; Landsverk, J.; Aarons, G.; Chambers, D.; Glisson, C.; Mittman, B. (2009):

Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. In: *Administration and policy in mental health* 36 (1), 24–34. DOI: 10.1007/s10488-008-0197-4.

Rixe, J.; Steffen, H.-T. (2023): Personen-/fallorientiertes Vorgehen. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I, Wolff, S. (Hrsg.): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe.

Rothgang, H. (2017): Sicherung und Koordination der (zahn)ärztlichen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit, In: Jacobs, K.; Kuhlmeier, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer, 95-106, open access.

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

Rothgang, H. und das PeBeM 3-Team (2025): Entwicklung und Erprobung eines Konzepts zum qualifikations- und kompetenzorientierten Personaleinsatz gemäß § 8 Abs. 3b SGB XI. LOS 2: Evaluation und Anpassung des Personalbemessungsinstrumentes. Abschlussbericht.

Sahm, D., von dem Berge, U., Mayer, M., Sauter, D. & Rixe, J. (2021): Primary Nursing/Bezugspflege. Positionspapier der DFPP. Verfügbar unter <https://dfpp.de/presseempfehlungen/praxisempfehlungen/>

Schneekloth, U.; Wahl, H.-W. (2009) (Hrsg.): Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für "Good Practice". Stuttgart: Kohlhammer

Schlettig, H.-J.; van Heide, U. (1995): Bezugspflege. Berlin: Springer.

Schulz, M.; Czwikla, J.; Tsiasioti, C.; Schwinger, A.; Gand, D.; Schmiemann, G.; Schmidt, A.; Wolf-Ostermann, K.; Kloep, S.; Heinze, F.; Rothgang, H. (2020a): Differences in medical specialist utilization among older people in need of long-term care – results from German health claims data, in: International Journal for Equity in Health (IJEH), <https://doi.org/10.1186/s12939-020-1130-z>, open access.

Schulz, M.; Schmidt, A.; Czwikla, J.; Wolf-Ostermann, K.; Gerhardus, A.; Schmiemann, G.; Rothgang, H. (2021): Fachärztliche Unterversorgung bei Heimbewohnern – Prävalenzstudie und Hochrechnung, in: Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie, <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01865-z>, open access.

Schulz, M.; Tsiasioti, C.; Czwikla, J.; Schwinger, A.; Gand, D.; Schmidt, A.; Schmiemann, G.; Wolf-Ostermann, K.; Rothgang, H. (2020b): Claims data analysis of medical specialist utilization among nursing home residents and community-dwelling older people, in: BMC Health Services Research, 20: 690, <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05548-0><https://doi.org/10.1186/s12913-020-05548-0>, open access.

Schwerdt, C. & Becke, G. (2020): Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege (Teilvorhaben). In H. Rothgang (Hrsg.), Anlagenband zum Abschlussbericht. Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI. (Anlage A1.2). SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP); Institut für Arbeit und Wirtschaft (iaw); Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb).

Seibert, K.; Domhoff, D.; Huter, K.; Krick, T.; Rothgang, H.; Wolf-Ostermann, K. (2020): Application of digital technologies in nursing practice – results of a mixed methods study on nurses' experiences, needs and perspectives, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.10.010><https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.10.010>, open access.

Wessel, S.; Manthey, M. (2024): Primary Nursing – Primary Nursing. Bern: Hogrefe.

Weyerer, S. (2009): Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 28. Robert Koch Institut (Hrsg.). Online unter: https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3179/22wKC7IPbmP4M_43.pdf

Wolf-Ostermann, K.; Rothgang, H. (2022): Digitalisierung im Pflegeheim – wem nützt was? In: Fachzeitschrift für Palliative Geriatrie, Heft 1/22: 21-24.

Yardley, L.; Morrison, L.; Muller, I.; Bradbury, K. (2020): Maximizing User Engagement with behaviour Change interventions, In: Hagger, M.S.; Cameron, L.D.; Hamilton, K.; Hankonen, N.; Lintunen, T. (Hrsg.): The Handbook of behaviour Change. Cambridge (UK), New York, Melbourne, New Delhi, Singapore: Cambridge University Press: 361-371.

Anhang 1: Curriculum zur Qualifizierung zum KubA-Coach

Die Schulung unterstützt dabei, ein tiefergehendes Verständnis des Implementierungskonzepts zu erhalten, welches im Zuge des Modellprojekts entwickelt wurde. Sie vermittelt grundlegendes Wissen zu den Themen Projekt- und Veränderungsmanagement. Teilnehmende werden so befähigt, Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung mithilfe des Implementierungskonzepts zu initiieren, zu planen und den Umsetzungsprozess zu begleiten. Somit kann eine strukturierte Weiterentwicklung von Langzeitpflegeeinrichtungen vor Ort und individuell zur gelebten Praxis werden. Die Schulung zum KubA-Coach bietet den Teilnehmenden die Möglichkeit, sich persönlich und beruflich innerhalb der Langzeitpflege weiterzuentwickeln. Sie agieren in den Einrichtungen – unterstützt durch Führungskräfte – als Treiber für notwendige Veränderungsprozesse im Bereich der Personal- und Organisationsentwicklung.

Zielgruppe:

Die Schulung richtet sich an

- pflegerisch ausgebildete Personen
 - mit mindestens 2-jähriger Führungserfahrung oder
 - Weiterbildung im Qualitätsmanagement oder
 - Weiterbildung „Leitungsaufgaben in der Pflege“ (min. QN5) oder
- Personen mit Studienabschluss oder dreijähriger Ausbildung und mindestens 2-jähriger Erfahrung in der Pflegebranche in einer eigenverantwortlichen Position.

Lernziele der Qualifizierung:

1. Die Teilnehmenden können die Rolle des KubA-Coaches und deren Bedeutung für die Umsetzung des Implementierungskonzepts nachvollziehen.
Fokus: Aufgaben und Bedeutung der Schlüsselrolle bei der Umsetzung
2. Die Teilnehmenden können die Hintergründe und die Grundlogik des Implementierungskonzepts erklären.
Fokus: Gesamtverständnis, Kontext, Zielsetzung des Konzepts
3. Die Teilnehmenden können die zentralen Bestandteile des Implementierungskonzepts und deren Funktionen im Zusammenhang beschreiben und auf eine einfache Praxissituation anwenden.
Fokus: Struktur, Zusammenspiel der Elemente, praktische Anwendung
4. Die Teilnehmenden kennen die grundlegenden Schritte zur Initiierung und Planung von Projekten sowie typische Herausforderungen.
Fokus: Projektmanagement-Basics, Planung, Problemerkennung
5. Die Teilnehmenden kennen grundlegende Schritte von Veränderungsprozessen und können diese im Kontext des Implementierungskonzepts anwenden.
Fokus: Change-Management, Prozessgestaltung, Umsetzung
6. Die Teilnehmenden können die Bedeutung von Reflexionsräumen auf persönlicher Ebene und bezogen auf ihre Rolle nachvollziehen.
Fokus: Selbstreflexion, Rollenbewusstsein, persönliche Entwicklung

Bausteine und ihre Inhalte:

- **Baustein 1: Der KubA-Coach (2 Unterrichtseinheiten)**
 - Einführung: Die Notwendigkeit und Zielsetzung der Rolle des KubA-Coaches
 - Rollenverständnis im Kontext der konkreten Tätigkeiten
 - Verbindung von Haltung und Handeln
 - Konkrete Aufgabenfelder und Rollenklarheit
 - Typische Herausforderungen in der Umsetzung
- **Baustein 2: Das Implementierungskonzept (9 Unterrichtseinheiten)**
 - Hintergrund und Grundlagen zu PeBeM und zum Implementierungskonzept
 - Inhalt und Relevanz der vorbereitenden Schritte
 - Grundlagen Personal- und Kompetenzmanagement
 - Grundlagen Bezugspflege und Pflegeprozesssteuerung
 - Grundlagen qualifikations-/ kompetenz- und bewohnendenorientierte Arbeitsorganisation
 - Nachhaltigkeit sichern: Integration KubA-Coaches
- **Baustein 3: Projektmanagement (4 Unterrichtseinheiten)**
 - Anwendung der Instrumente des Implementierungskonzepts in simulierten Settings
 - Benennen der Zieldefinition und Projektauftrag, Analyse der Ausgangssituation, Klären der Struktur und Ablaufplanung (Zeit, Ressourcen, Risiken)
 - Stakeholder-Identifikation und Formen der Einbindung
 - Klärung und Wahrnehmen der Rollen und Verantwortlichkeiten im Projekt, Reflexion der eigenen Wirkung
 - Rollenklarheit im Umgang mit Herausforderungen (z. B. Widerstände, strukturelle Umstellungen)
 - Umgang mit typischen Situationen im Kontext der Veränderungsbegleitung
 - Förderung von kommunikativer Sicherheit und Handlungsfähigkeit
 - Umgang mit Abweichungen
 - Abschluss und Evaluation des Projekts
- **Baustein 4: Changemanagement (6 Unterrichtseinheiten)**
 - Basisprozesse im Change erkennen und anwenden
 - Eisbergmodell und Widerstandslinie verstehen und nutzen
 - Umgang mit Polaritäten kennen
 - Kommunikationsmodell praktisch anwenden
 - Change-Narrative kennen und einsetzen

- Baustein 5: Praxisbeispiel (2 Unterrichtseinheiten)
 - Anwendung der Instrumente aus dem Implementierungskonzept in simulierten Settings
 - Rollenklarheit im Umgang mit Herausforderungen (z. B. Widerstände, strukturelle Umstellungen)
 - Umgang mit typischen Situationen im Kontext der Veränderungsbegleitung
 - Förderung von kommunikativer Sicherheit und Handlungsfähigkeit
 - Reflexion der eigenen Wirkung als KubA-Coach im Hinblick auf Umsetzungskompetenz und Kommunikationsfähigkeit

- Baustein 6: Selbstlerneinheit (6 Unterrichtseinheiten)
 - Eigenständige Auseinandersetzung mit dem Implementierungskonzept
 - Wahrnehmung der Rahmenbedingungen der eigenen Einrichtung vor dem Hintergrund des Implementierungskonzepts
 - Erarbeitung eines konkreten einrichtungsindividuellen Projekt- und Veränderungsplans

- Baustein 7: Kollegiales Feedback und Reflexion (4 Unterrichtseinheiten)
 - Austausch zu erstellten Projekt- und Veränderungsplänen
 - Vertiefende Reflexion zur persönlichen Rolle als KubA-Coach und Entwicklungsbedarf
 - Förderung von Selbstwirksamkeit und Perspektivwechsel
 - Vorgehen der Kollegialen Rückmeldung /Beratung

Methoden:

Impulsvorträge – Einzel-, Gruppenarbeit und Diskussionen – Fallstudien und Praxissimulation – Feedbackrunden – Lernaufgaben – Lernen im Alltag

Didaktisches Konzept:

Das Konzept kombiniert erfahrungsbasiertes sowie praxisorientiertes Lernen mit einem konsequenten Transfer aus und in den Arbeitsalltag. Dabei wird stets der Bezug zum Implementierungskonzept und zu den darin enthaltenen Instrumenten und Videos hergestellt. In einer Selbstlernphase erarbeiten die Teilnehmenden Inhalte eigenständig, unterstützt durch modulspezifische Lernaufgaben zur Sicherung und Vertiefung des Gelernten sowie zur Selbstüberprüfung des Wissensstands. Den Abschluss bildet eine Online-Präsenzphase, in dem Raum für kollegiale Rückmeldung, Austausch und Lernbegleitung geschaffen wird.

Dauer / Umfang:

Insgesamt 33 UE / Sieben Bausteine.

Leistungsnachweis:

Präsentation einer Projektplanung, Zertifizierung

Baustein 1: Der KubA-Coach: Rollenverständnis, Haltung und zentrale Tätigkeiten im Rahmen der Implementierung

Umfang: Zwei Unterrichtseinheiten in Präsenz

Modulbeschreibung

In diesem Einführungsbaustein lernen die Teilnehmenden im Überblick zunächst die Notwendigkeit und die Zielsetzung der Rolle des KubA-Coaches kennen. Darauf aufbauend können die Teilnehmenden Erfahrungen mit bisherigen tiefgreifenden Veränderungen in ihren Einrichtungen einbringen. Wie haben sie es als Beteiligte wahrgenommen?

Im Anschluss setzen sich die Teilnehmenden mit den verschiedenen Facetten des Rollen- und Tätigkeitsprofil des KubA-Coaches auseinander. Sie klären ihre Funktion im Kontext des Implementierungsvorhabens und entwickeln die für die Rolle notwendige Haltung. Sie verorten die Funktion im Veränderungsprozess, lernen zwischen fachlicher Begleitung und operativer Umsetzung zu unterscheiden. Sie erfahren, wie persönliche Kompetenzen sowie institutionelle Rahmenbedingungen ihre Rollenausübung beeinflussen. Methodisch können die Teilnehmenden ihre individuellen Perspektiven einbringen und weiterentwickeln, wodurch Rollenklarheit, Selbstreflexion und Handlungssicherheit gezielt gefördert werden.

Lernziele

Die Teilnehmenden

- können das eigene Rollenverständnis als KubA-Coach eindeutig beschreiben und von anderen Rollen in der Pflegeeinrichtung abgrenzen.
- kennen die zentralen Aufgaben und Verantwortungsbereiche ihrer Funktion (Umsetzung des Implementierungskonzepts, Projektmanagement, Change-Begleitung) und können diese bewusst einnehmen.
- reflektieren und benennen die für die Rolle erforderlichen Haltungen und Werte und setzen diese in Bezug zu ihrem eigenen beruflichen Selbstverständnis.
- erkennen typische Herausforderungen und Rollenkonflikte, die sich aus der Kombination von den unterschiedlichen Tätigkeiten und Haltung ergeben, und entwickeln erste Strategien zum konstruktiven Umgang damit.
- sind in der Lage, ihre Rolle im Team und im Gesamtprozess der Implementierung aktiv und reflektiert einzunehmen und zu kommunizieren.

Inhalte

1. Einführung: Die Notwendigkeit und Zielsetzung der Rolle des KubA-Coaches
2. Rollenverständnis im Kontext der konkreten Tätigkeiten
 - Was bedeutet es, als KubA-Coach ggf. das Projektmanagement, die Umsetzung des Implementierungskonzepts und den Change-Prozess zu verantworten?
 - Wie prägen diese Aufgaben das Selbstverständnis und die Außenwirkung der Rolle?
3. Verbindung von Haltung und Handeln

- Reflexion: Wie beeinflusst meine Haltung als KubA-Coach (z. B. Bewohnendenorientierung, Wertschätzung, Empowerment) meine konkreten Handlungen im Alltag?
4. Konkrete Aufgabenfelder und Rollenklarheit
- Detaillierte Beschreibung der drei Haupttätigkeiten:
 - Projektmanagement zur Implementierung aufsetzen und begleiten
 - Umsetzung des Implementierungskonzepts sicherstellen
 - Change-Prozess mit Mitarbeitenden steuern
 - Abgrenzung zu anderen Rollen und Schnittstellen im Haus
5. Typische Herausforderungen in der Umsetzung
- Wo entstehen Zielkonflikte zwischen den Tätigkeiten? Wie kann ich als KubA-Coach damit umgehen?
 - Reflexion: Welche Kompetenzen brauche ich für die jeweiligen Tätigkeitsfelder?

Methodische Gestaltung

- Erfahrungsbasierter Einstieg: Austausch zu unterschiedlichen Rollenerfahrungen und institutionellen Ausgangslagen
- Kleingruppenarbeit zur Reflexion der eigenen Rolle im Kontext der Einrichtung

Lernaufgabe zum Baustein (zur Wissensaufrischung und -vertiefung in der Selbstlernphase)

Beschreiben Sie in wenigen Sätzen Ihre Rolle als KubA-Coach bei der KubA-Implementierung.

- Welche Aufgaben übernehmen Sie?
- Welche Haltung ist Ihnen dabei besonders wichtig?
- Nennen Sie eine Herausforderung, die Sie bei der Implementierung in Ihrer Einrichtung erwarten, und wie Sie damit umgehen würden.

Besprechen Sie Ihre Antworten anschließend mit einer Kollegin oder einem Kollegen sowie einer Person aus dem Kurs.

Literatur / Materialien

Implementierungskonzept

Cawsey, T. F., Deszca, G., & Ingols, C. (2016). *Organizational Change: An Action-Oriented Toolkit* (3rd ed.). Sage.

Das Change Management Workbook (2020). München: Hanser.

Gerwing, C. (2016). Meaning of Change Agents within Organizational Change. *International Journal of Business and Management*, 11(2), 1–13.

Baustein 2: Grundlagen der Umsetzung des Implementierungskonzepts und Systemverständnis

Umfang: Neun Unterrichtseinheiten in Präsenz

Modulbeschreibung

In diesem Baustein erwerben die Teilnehmenden ein grundlegendes Verständnis für das Implementierungskonzept, dessen Systematik und die zentralen Instrumente. Durch methodische Verbindung von Lehrvorträgen, Gruppenarbeit und Rollenspielen werden die Inhalte praxisnah vermittelt und (be-) greifbar.

Lernziele

Die Teilnehmenden

- kennen die Hintergründe und Zielsetzung des Implementierungskonzepts,
- verstehen Aufbau und Struktur des Implementierungskonzepts und kennen die zentralen Inhalte,
- verstehen die einzelnen Prozessbestandteile und deren Zusammenhänge (Kompetenzmanagement, Pflegeprozessessteuerung, Bezugspflege, Arbeitsablaufplanung, KubAK),
- verfügen über ein grundlegendes Verständnis der strukturellen und fachlichen Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung des Implementierungskonzepts (QMM, Interventionskatalog),
- reflektieren die Voraussetzungen und Anforderungen mit Blick auf ihre Organisation,
- können die Instrumente des Implementierungskonzepts kontextbezogen auf ihre Einrichtung anwenden.

Inhalte

1. Grundprinzipien und Voraussetzungen für die Umsetzung des Implementierungskonzepts (vorbereitende Schritte)
 - Standortbestimmung (Selbstanalyse; Veränderungsbereitschaft/-fähigkeit)
 - Qualifikationsmixmodell (QMM)
 - Interventionskatalog (Systematisierung nach Komplexitätsgrad)
2. Einführung in das Implementationskonzept und seine Systematik
3. Überblick über die Prozessarchitektur
 - Kompetenzanalyse und Personalentwicklungsgespräche
 - Pflegeprozessessteuerung und Bezugspflege
 - Qualifikationsorientierte Arbeitsablaufplanung

- Integration in eine qualifikations-/ kompetenz- und bewohnendenorientierten Arbeitsorganisation

4. Klären von offenen Fragen und Unklarheiten

Methodische Gestaltung

- Kurze Lehrvorträge zur Systematik des Implementierungskonzepts, vorbereitenden Schritten sowie zu einzelnen Prozessschritten
- Strukturierte Rollenspiele und Gruppenarbeiten zu den einzelnen inhaltlichen Bausteinen

Lernaufgabe zum Baustein (zur Wissensauffrischung und -vertiefung in der Selbstlernphase)

Erstellen Sie eine erste kurze stichworthafte Übersicht, wie Sie das Implementierungskonzept Ihrer Einrichtung umsetzen würden:

- Welche drei wichtigsten Schritte planen Sie?
- Wer ist betroffen?
- Wie kann die Beteiligung gestaltet werden?

Literatur / Materialien

Implementierungskonzept

Baustein 3: Projektmanagement

Umfang: Vier Unterrichtseinheiten in Präsenz

Modulbeschreibung

Dieser Baustein vermittelt grundlegende Kenntnisse des Projektmanagements. Die Teilnehmenden lernen, ein Projektziel zu definieren sowie Teilziele und -phasen zu formulieren, verschiedene Planungsansätze zu bewerten und eine strukturierte Zeit- und Meilensteinplanung zu entwickeln. Das methodische Vorgehen kombiniert theoretischen Input mit praktischer Anwendung.

Damit wird ein aktives Einfinden in die Planung der Implementierung einer KubA und die Entwicklung der konkreter Aufgabenplanung in der eigenen Einrichtung ermöglicht.

Die gemeinsame Reflexion im Plenum fördert das Verständnis für eine belastbare Planung.

Lernziele

Die Teilnehmenden

- können ein übergeordnetes Projektziel, sowie Unterziele und Phasen definieren.
- kennen verschiedene Ansätze zur Planung eines Projekts.
- wissen um Vor- und Nachteile verschiedener Vorgehensweisen beim Implementierungsprozess.
- lernen einen strukturierten und begründeten Projektplan zur Umsetzung eines Veränderungsvorhabens in ihrer Einrichtung zu erstellen.
- reflektieren ihre Rolle der Begleitungs- und Durchführungsverantwortung im Projektkontext.

Inhalte

- Anwendung der Instrumente des Implementierungskonzepts in simulierten Settings
- Benennen der Zieldefinition und Projektauftrag, Analyse der Ausgangssituation, Klären der Struktur und Ablaufplanung (Zeit, Ressourcen, Risiken)
- Stakeholder-Identifikation und Formen der Einbindung
- Klärung und Wahrnehmen der Rollen und Verantwortlichkeiten im Projekt, Reflexion der eigenen Wirkung
- Umgang mit typischen Situationen im Kontext in Projekten und Veränderungsprozessen und die Bedeutung für das Projektmanagement
- Förderung von kommunikativer Sicherheit und Handlungsfähigkeit

Methodische Gestaltung

- Lehrvortrag
- Eigen- und Kleingruppenarbeit
- Diskussion im Plenum

Lernaufgabe zum Baustein (zur Wissensauffrischung und -vertiefung in der Selbstlernphase)

Nennen Sie drei wichtige Schritte, die Sie bei der Planung eines Projekts beachten würden, und begründen Sie kurz, warum diese wichtig sind.

Literatur / Materialien

Implementierungskonzept

Hölzle, K., & Gemuenden, H. G. (2022). Projektmanagement im Gesundheitswesen: Methoden, Werkzeuge, Praxisbeispiele. Wiesbaden: Springer Gabler.

Kuster, J., Huber, E., Lippmann, R., & Schmid, A. (2021). Projektmanagement im Gesundheitswesen: Grundlagen, Methoden und Werkzeuge. Wiesbaden: Springer Gabler.

Portny, S. E. (2021). Projektmanagement für Dummies. VCH.

Schröder, W., & Kraneburg, F. (2019). Projekte erfolgreich managen: Ein Leitfaden für das Gesundheits- und Sozialwesen. Freiburg: Haufe.

Baustein 4: Changemanagement

Umfang: Sechs Unterrichtseinheiten in Präsenz

Modulbeschreibung

Der Baustein vermittelt grundlegendes Wissen über die zu berücksichtigenden Basisprozesse in Veränderungen in Organisationen.

Im Fokus stehen zentrale Erfolgsfaktoren wie eine wirkungsvolle Kommunikation und das Erkennen sowie der konstruktive Umgang mit Widerständen. Diese Inhalte sind entscheidend, da KubA-Coaches in der Lage sein müssen, Veränderungsprozesse gezielt zu steuern, Menschen zu motivieren und die Dynamik von Widerständen zu verstehen und zu nutzen. Mit einer Kombination aus theoretischem Input und praxisnahen Elementen wie Gruppenarbeit, Rollenspielen und Fallanalysen soll den Teilnehmenden der Transfer theoretischen Wissens in praktisches Handeln erleichtert werden. Durch eine interaktive Gestaltung wird die Anwendungsorientierung für das reale Veränderungsgeschehen gefördert.

Lernziele

Die Teilnehmenden

- lernen die zu berücksichtigten Basisprozesse bei Veränderungen kennen und können sie beispielhaft in Maßnahmen umsetzen
- lernen das Eisbergmodell in Bezug auf Widerstand und das Modell der Widerstandslinie kennen und in ihrer Arbeit zu nutzen
- kennen verschiedene Erzählweisen, die im Veränderungsmanagement genutzt werden können

Inhalte

- Basisprozesse im Change erkennen und anwenden
- Eisbergmodell und Widerstandslinie verstehen und nutzen
- Umgang mit Widerständen ~~und Eskalationen~~
- Change-Narrative kennen und einsetzen

Methodische Gestaltung

- Theoretischer Input
- Kleingruppenarbeit und Fallbeispiele zu spezifischen Situationen bei Veränderungen (z. B. Kommunikationsstrategien und Umgang mit Widerständen)
- Präsentation und Diskussion der erarbeiteten Instrumente im Plenum
- Fallorientierte Anwendung auf eigene Praxissituationen

Lernaufgabe zum Baustein (zur Wissensaufrischung und -vertiefung in der Selbstlernphase)

Beschreiben Sie eine typische Reaktion von Mitarbeitenden auf Veränderungen und überlegen Sie, wie Sie als KubA-Coach darauf eingehen könnten.

Literatur / Materialien

Implementierungskonzept

Doppler, K., & Lauterburg, C. (2014). Change Management: Den Unternehmenswandel gestalten (14. Aufl.). Frankfurt: Campus.

Ferrari, E. (2011). Führung im Raum der Werte. Das GPA-Schema nach SySt®. Ferrari Media.

Fröhlich, C. (2016). Deep Democracy in der Organisationsentwicklung: Treiber für den Wandel - Spannungsfelder und Störungen positiv nutzen. Schäffer-Poeschel.

GKV-Spitzenverband: Hinweise zur Umsetzung einer qualifikations- und kompetenzorientierten Arbeitsorganisation

Glasl, P. D. F., Kalcher, T., & Piber, H. (2020). Professionelle Prozessberatung: Das Trigon-Modell der sieben OE-Basisprozesse.

Kotter, J.P. (1996): Leading Change

Lewin, K. (1947): Frontiers in Group Dynamics

Lauer, H. (2019). Change Management: Grundlagen und Erfolgsfaktoren. Haufe.

Praxisratgeber zu Rollenprofilen, Aufgaben und institutionellen Rahmenbedingungen im Change Management.

Organisationshandbuch – Change Management (2023). Bundesministerium des Innern und für Heimat.

von Kibéd, M. V., & Sparrer, I. (2010). Klare Sicht im Blindflug: Schriften zur Systemischen Strukturaufstellung (1. Aufl.). Carl-Auer Verlag.

Schmidt, S. (2022). Change Management für Dummies (3. Aufl.). Weinheim: Wiley-VCH.

Baustein 5: Praktische Übung

Umfang: Zwei Unterrichtseinheiten in Präsenz

Modulbeschreibung

Dieser Baustein konzentriert sich auf die praktische Umsetzung des Implementationskonzepts. Die Teilnehmenden erproben ihre Rolle als KubA-Coach in simulierten Szenarien und reflektieren ihre Handlungsfähigkeit im beruflichen Alltag. Hier wird die Theorie mit der Praxis verbunden. Typische Herausforderungen werden bei der Implementierung aufgegriffen. Durch Rollenspiele mit praxisnahen Situationen, kollegialem Feedback und strukturierter Reflexion bietet dieses Vorgehen einen hohen Lerntransfer. Es stärkt die kommunikative Sicherheit, fördert Rollenklarheit und befähigt die Teilnehmenden, im realen Veränderungsprozess souverän und wirkungsvoll zu agieren.

Lernziele

Die Teilnehmenden

- setzen ihr theoretisches Wissen gezielt in konkreten Umsetzungssituationen ein und erkennen, woran der Erfolg gemessen werden kann,
- beurteilen schwierige Situationen bei der Implementierung und finden passende Lösungswege,
- nutzen wichtige Werkzeuge des Veränderungsmanagements sicher in der praktischen Anwendung,
- überlegen, wie sie das Gelernte in ihren Arbeitsalltag übertragen können und erkennen, wo sie selbst noch Unterstützungsbedarf haben.

Inhalte

- Anwendung der Instrumente aus dem Implementierungskonzept in simulierten Settings
- Rollenklarheit im Umgang mit Herausforderungen (z. B. Widerstände, strukturelle Umstellungen)
- Umgang mit typischen Situationen im Kontext der Veränderungsbegleitung
- Förderung von kommunikativer Sicherheit und Handlungsfähigkeit
- Reflexion der eigenen Wirkung als KubA-Coach im Hinblick auf Umsetzungskompetenz und Kommunikationsfähigkeit

Methodische Gestaltung

- Durchführung von Rollenspielen anhand praxisnaher Szenarien (z. B. Gespräche zur Aufgabenverteilung, Umgang mit Widerstand, Veranstaltung eines Kick-off-Termins für Mitarbeitende, ...)
- Kollegiales und fachliches Feedback durch Teilnehmende und Schulungsleitung
- Plenumsreflexion zu Erfahrungen, Herausforderungen und Erkenntnissen
- Selbstreflexion zu den eigenen Kompetenzen und Sicherheiten

Lernaufgabe zum Baustein (zur Wissensauffrischung und -vertiefung in der Selbstlernphase)

Beobachten Sie in Ihrer täglichen Arbeit eine Situation, in der Veränderung oder Umstellung stattfindet.

- Beschreiben Sie kurz die Situation.
- Überlegen Sie, welche Herausforderungen dabei auftreten.
- Notieren Sie, wie Sie oder andere Beteiligte darauf reagieren.
- Reflektieren Sie, welche Methoden oder Strategien hilfreicher gewesen wären, um die Situation besser zu gestalten.
- Überlegen Sie, was Sie selbst für Ihre Rolle daraus lernen und im Alltag verbessern möchten.

Literatur / Materialien

Implementierungskonzept

Materialien aus den vorherigen Bausteinen (z. B. zu Kommunikation, Projektplanung,

Anhang 2: Beispielhafte Workshopplanung – KubA-Coach Qualifizierung

Tag 1 – Rollenverständnis, Implementierungskonzept & Selbstanalyse

Zeit	Inhalt	Format / Methode
09:00 – 09:30	Begrüßung, Check-in, Erwartungen der Teilnehmenden	Vorstellungsrunde, Erwartungsabfrage, Einstieg in KubA-Coach-Rolle
09:30 – 10:30	Einführung in die Rolle als KubA-Coach	Impulsvortrag, Flipchart, Unterrichtsgespräche
10:30 – 10:45	Pause	
10:45 – 11:15	Haltung & Selbstverständnis als Coach – Verbindung von Haltung & Handeln	Gruppenarbeit, Reflexionsfragen, Diskussion
11:15 – 12:00	Hintergrund und Grundlagen zu PeBeM	Lehrvortrag
12:00 – 13:00	Mittagspause	
13:00 – 14:30	Überblick: Struktur & Logik des Implementierungskonzepts (PeBeM, KubA, Bausteine)	Lehrvortrag mit PPT, Arbeitsblatt „Systemverständnis“
14:30 – 14:45	Pause	
14:45 – 16:00	Selbstanalyse & Veränderungsfähigkeit der eigenen Organisation	Ggf. Einzelarbeit mit Reflexionsbögen + moderierter Austausch
16:00 – 17:00	Reflexion & Tagesabschluss: Haltung & Herausforderungen im Alltag	Plenumsgespräch, Kartenabfrage „Mein Aha-Moment“

Tag 2 – Kompetenzentwicklung, Bezugspflege, Projektmanagement

Zeit	Inhalt	Format / Methode
09:00 – 09:15	Einstieg & Blitzlicht zu Tag 1	Skalierungsfrage Energielevel
09:15 – 10:30	Personal- & Kompetenzmanagement: Grundlagen & Instrumente	Kurzinput, Übungen mit Kompetenzprofilen, Rollenspiel PE-Gespräch
10:30 – 10:45	Pause	
10:45 – 12:00	Bezugspflege & Pflegeprozesssteuerung: Tandemprinzip,	Lehrvortrag und Unterrichtsgespräch

	Mikropflegevisite, Kommunikation	
12:00 – 13:00	Mittagspause	
13:00 – 14:30	Grundlagen Projektmanagement: Ziele, Meilensteine, Stakeholderanalyse	Lehrinput, Übung Projektstrukturplan, Diskussion
14:30 – 14:45	Pause	
14:45 – 16:30	Umsetzung planen	Einzelarbeit mit Feedback der anderen Teilnehmenden
16:30 – 17:00	Ausblick: Transfer in die eigene Organisation, Tagesabschluss	Reflexion, offene Fragen sammeln

Tag 3 – Changemanagement, Kommunikation, Widerstände & Vision

Zeit	Inhalt	Format / Methode
09:00 – 09:15	Einstieg: „Meine persönliche Wetterlage – was bewegt mich?“	Check-in mit Symbolkarten
09:15 – 10:30	Changeprozesse verstehen: Modelle nach Kotter & Kübler-Ross, Widerstandslinie	Impuls, Gruppenarbeit, Anwendung auf KubA
10:30 – 10:45	Pause	
10:45 – 12:00	Kommunikationsstrategien im Change: Dialog, Change- Narrative, Beteiligung	Rollenspiel + Feedback, Arbeit an Kommunikationsmatrix
12:00 – 13:00	Mittagspause	
13:00 – 14:30	Visionsarbeit: Zielbilder entwerfen, Emotion & Sinn verbinden	Kreativarbeit auf Flipcharts, Plenumspräsentation (Pitch)
14:30 – 16:00	Erläuterung der Lernaufgaben, Feedback und Abschluss	

Tag 4 (online) – Überprüfung der Lernaufgaben

Zeit	Inhalt	Format / Methode
09:00 – 09:30	Check-In: Das beschäftigt mich gerade ... Vorstellen der Agenda/ des Ablaufs	

09:30 – 10:30	Austausch über Erfahrungen als KubA-Coach in den letzten Wochen Reflexion der Lernaufgaben; Teilen einzelner Ergebnisse/ Schwierigkeiten	Unterrichtsgespräch
10:30 – 10:45	Pause	
10:45 – 12:00	Pitches zu Change- und Projektplanung I	Plenum mit Feedbackrunden
12:00 – 12:30	Mittagspause	
12:30 – 13:15	Pitches zu Change- und Projektplanung II; ggf. formale Lernzielüberprüfung	Plenum mit Feedbackrunden
13:15 – 14:00	Abschluss & Feedback	Abschlussrunde