

Personalkonzepte der Zukunft in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Impulse für eine innovative Diskussion

**Diakonie für ältere
Menschen**

Handlungsbedarf für
stationäre Einrichtungen

September 2017

Inhalt

3 **Vorwort**

5 **1. Einleitung**

6 **2. Ausgangssituation und Perspektiven der stationären Altenhilfe**

6 2.1 Fachkräftesicherung

7 2.2 Veränderung der Bewohnerstruktur sowie der pflegerischen Anforderungen

8 2.3 Bedürfnisse und Bedarf – Herausforderungen durch veränderte Anforderungsprofile

9 2.4 Handlungsbedarf für stationäre Einrichtungen

9 2.5 Bedingungsfaktoren für eine einrichtungsbezogene Personalstrategie

10 **3. Bedarf an Pflegefachpersonen**

11 3.1 Die Rolle der Pflegefachpersonen

12 3.2 Professionelle Pflegeprozesssteuerung

13 **4. Personalkonzepte der Zukunft**

13 4.1 Systeme der Arbeitsorganisation in der beruflichen Pflege

16 4.2 Qualifikationsorientierte Arbeitsteilung mit Praxisbeispiel

18 4.3 Kompetenzorientierung mit Praxisbeispiel

21 4.4 Konzepte/Organisation stationärer Pflegeeinrichtungen

25 **5. Bewertung und Ausblick**

26 **Mitglieder der Projektgruppe**

27 **Impressum**

Vorwort

„Und er ging zu ihm, goss Öl und Wein auf seine Wunden und verband sie ihm, hob ihn auf sein Tier und brachte ihn in eine Herberge und pflegte ihn.“ (Lk. 10, 34)

Helfen ist ein zutiefst menschlicher Impuls. In der Erzählung vom barmherzigen Samariter (Lk. 10, 25–37) ist der Impuls des Helfens zentral. Der Samariter hilft einem Mann, der überfallen wurde. Er versorgt die Wunden und verbindet sie. Pflege erschöpft sich dennoch nicht in der medizinischen Versorgung. Der Zuwendung zum Nächsten ordnet der Samariter seine eigenen Pläne unter und nimmt sich die Zeit, die erste Nacht mit in der Herberge zu bleiben und ihn zu pflegen. Erst nachdem der Hilfebedürftige stabil ist, gibt er die Verantwortung für die Pflege an den Wirt ab. Der ambulanten Erstversorgung folgt die stationäre Unterbringung. Die Professionen ergänzen sich. Der Wirt steht stellvertretend für die stationären Versorgungsstrukturen, der Samariter für die Nothilfe und ambulante Pflege.

Doch die Erzählung weist auch darauf hin, dass es Pflege nicht umsonst gibt. Der Samariter bezahlt den Wirt für die Versorgung, bis der Überfallene wieder gesund ist. Damit stehen die Fragen nach den heutigen Herausforderungen der stationären Altenpflege im Raum. Wer Adressat der Nächstenliebe sein soll, beantwortet das jesuanische Gleichnis. In welchen Strukturen die Versorgung gesichert werden sollte, lässt es offen.

Die stationären Altenpflegeeinrichtungen der Diakonie bieten Pflege, Versorgung und Betreuung älterer Menschen auf qualitativ hohem Niveau an. Qualifizierte, engagierte und motivierte Pflegefachkräfte sorgen neben anderen Berufsgruppen für soziale Teilhabe und eine gute Lebensqualität der Bewohnerinnen¹. Dabei setzt die Pflegeversicherung den stationären Einrichtungen einen engen Rahmen mit begrenzten Ressourcen.

Etwa 17 Prozent aller stationären Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland sind Mitgliedseinrichtungen der Diakonie. Bezogen auf das Versorgungsangebot gehören die beiden christlichen Wohlfahrtsverbände Caritas und Diakonie zu den großen Trägern stationärer Altenpflegeeinrichtungen. Im pluralistischen Angebot der stationären Altenpflege, das neben den gemeinnützigen Anbietern der Wohlfahrtspflege auch durch zahlreiche gewerbliche Anbieter geprägt ist, ist die Diakonie zusammen mit der Caritas ein an der christlichen Ethik ausgerichteter Anbieter mit einem hohen qualitativen Anspruch.

Ambulante und stationäre Altenpflege sind einem ständigen Veränderungsprozess unterworfen, weil sie Teile eines dynamischen und vielfältigen Versorgungssystems für ältere Menschen mit Pflegebedarf sind und die soziale Pflegeversicherung als strukturierendes Element durch den Gesetzgeber fortlaufend weiterentwickelt wird. Der gegenwärtige und zukünftige Fachkräftemangel in der Pflege stellt die Dienste und Einrichtungen der Altenpflege vor zunehmende Herausforderungen und erschwert ein hochwertiges Versorgungsangebot.

Die vorliegende Handreichung greift die sich verändernden Bedingungen in der stationären Altenhilfe auf und leistet vor diesem Hintergrund einen Beitrag zur Diskussion innovativer Personalkonzepte in den stationären Einrichtungen. Sie will Impulse in die Diskussion zur Weiterentwicklung der Personalkonzepte in stationäre Einrichtungen einbringen.

Das Leitbild der Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband vermittelt diakonischen Trägern eine auf die persönliche Kompetenzentwicklung der Mitarbeitenden ausgerichtete Orientierung. Unter der Überschrift „Wir sind eine Dienstgemeinschaft von Frauen und Männern im Haupt- und Ehrenamt“ heißt es:

¹ Es sind stets Personen weiblichen und männlichen Geschlechts gleichermaßen gemeint, aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird im Folgenden überwiegend die weibliche Form verwendet.

„Als diakonische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind wir bereit, dem Nächsten zu dienen. Als diakonische Arbeitgeber schaffen wir den Rahmen, in dem Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Haupt- und Ehrenamt ihre individuellen Begabungen und fachlichen Fähigkeiten entfalten und weiterentwickeln und einander ergänzen können.“²

Die Entwicklung der persönlichen Fähigkeiten und Kompetenzen ist elementares Gestaltungsziel von Personalentwicklung und -verantwortung diakonischer Träger. Die Diskussion

zu den Personalkonzepten der Zukunft in der stationären Altenhilfe ist diesem Leitbild verpflichtet.



Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik Diakonie Deutschland

1. Einleitung

Der Bundesgesetzgeber hat in der zurückliegenden 18. Legislaturperiode die rechtlichen Rahmenbedingungen der stationären Altenhilfe durch diverse Gesetzesinitiativen weitreichend verändert, so dass man durchaus von einer Umbruchphase sprechen kann. Das Pflegestärkungsgesetz II mit neuen Landesrahmenverträgen, das Pflegestärkungsgesetz III und § 132g SGB V seien hier nur als Stichworte genannt. Alle diese gesetzlichen Veränderungen haben einen Bezug zu den Personalkonzepten stationärer Pflegeeinrichtungen. Diese gesellschaftlichen und rechtlichen Änderungen erfordern von den stationären Altenhilfeeinrichtungen und ihren Trägern einen Neuausrichtungsprozess. Die diakonischen Träger der stationären Altenpflegeeinrichtungen müssen sich auf tatsächliche, bereits sichtbare oder vorhersehbare Veränderungen frühzeitig konzeptionell einstellen, um auch in Zukunft den älteren Menschen Angebote zu machen, die ihren Wünschen und Bedürfnissen und den gesetzlichen Qualitätsanforderungen entsprechen.

Auch die steigenden Erwartungen an die fachlichen Qualifikationen der pflegenden Mitarbeitenden und der zunehmende Wettbewerb um die Gewinnung qualifizierter Fachpersonen bei gleichzeitig begrenzten Ressourcen stellen die stationären Altenpflege Träger vor große Herausforderungen.

Diese Entwicklungen erfordern ein konzeptionelles Umdenken in der stationären Altenpflege, vor allem in den Bereichen personeller Ausstattung und Aufbau- und Ablauforganisation.

Die Handreichung geht von einem umfassenden Pflegeverständnis aus, das die (soziale) Betreuung der pflegebedürftigen Menschen mit einschließt.

Wesentlicher Maßstab für die Bewertung verschiedener Personalkonzepte ist die Pflegequalität, die von den Bewohnerinnen erfahren wird. Leider fehlt es immer noch an konsentierten Konzepten, wie Pflegequalität im Sinne von pflegerischer Ergebnisqualität zu bewerten ist und wie sie verglichen werden kann. Auch wenn die Erhaltung oder Steigerung der Pflegequalität erklärtes Ziel von Personalkonzepten ist, ist es methodisch kaum möglich, die Ergebnisqualität verschiedener Personalkonzepte im Rahmen dieser Handreichung auf der Grundlage valider Daten vergleichend zu bewerten, so dass in diesem Zusammenhang nur Merkmale der Strukturqualität als Bewertungsmaßstab zur Verfügung stehen.

Wie diese Handreichung zeigen wird, werden die Angebote der Altenpflege für pflegebedürftige Menschen vielfältiger. Die Zeiten eines einheitlichen stationären Versorgungskonzepts für alle älteren Menschen sind vorbei. Diese Handreichung kann und will kein Rezept als Antwort auf die zukünftigen Herausforderungen geben, die durch die Veränderungen auf die Einrichtungen zukommen. Für die Personalkonzepte der Zukunft kann es keine standardisierte Lösung geben. Diese Handreichung versteht sich als unterstützender Diskussionsbeitrag für eine Entwicklung, die in den Einrichtungen begonnen hat und die weitergeführt werden sollte.

2. Ausgangssituation und Perspektiven der stationären Altenhilfe

Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen verändern sich kontinuierlich. Eine wichtige Einflussgröße ist der Prozess der demographischen Veränderung. Gesellschaftliche Veränderungsprozesse schlagen sich aber auch in einer veränderten Erwartungs- und Bedürfnislage der Bewohnerinnen nieder und nehmen Einfluss auf die Ressourcen und das Leistungsprofil der stationären Einrichtungen.

2.1 Fachkräftesicherung

Die Menschen in Deutschland leben heute länger und werden gesünder älter. Nach heutigem Wissensstand wird sich diese Entwicklung in den kommenden Jahren fortsetzen. Damit verbunden ist eine steigende Zahl älterer Menschen mit weitreichendem Unterstützungs- und Hilfebedarf bei der Bewältigung ihres Alltags. Das macht eine Weiterentwicklung und den bedarfsgerechten Ausbau der pflegerischen und medizinischen Infrastruktur notwendig.

Nach Angaben des Statistik-Portals Statista³ hat die Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten und in stationären Altenhilfeeinrichtungen zwischen 2001 und 2014 um 46 Prozent zugenommen. Allein im Jahr 2013 ist die Zahl der Beschäftigten in Berufen der Altenpflege um 4 Prozent oder 21.000 Beschäftigte gestiegen.⁴ Allerdings führt die Zunahme der Beschäftigung in der Altenpflege nicht zu einer Deckung des pflegerischen Bedarfs in den Diensten und Einrichtungen.

Einrichtungen gelingt es nur sehr schwer, freie Stellen wieder zu besetzen. Stellenangebote für examinierte Altenpflege-

fachkräfte sind im Bundesdurchschnitt jeweils 138 Tage vakant (+ 2 Prozent gegenüber dem Durchschnitt aller Berufe).⁵

Laut Bundesministerium für Gesundheit wird sich der Mangel an qualifizierten Fachpersonen⁶ in den nächsten Jahren verstärken. „Unter der Annahme, dass die Pflegefallwahrscheinlichkeiten und der Personalbedarf für Pflegebedürftige unverändert bleiben und nur von der demographischen Entwicklung abhängen, könnte allein der demographische Wandel dazu führen, dass der Bedarf an Pflegevollkräften (sowohl Fachkräfte als auch Pflegehelfer) bis 2025 um rund 27 Prozent gegenüber 2005 ansteigt. Dies könnte bei konstanter Fortschreibung der Beschäftigungsstruktur zu einer Lücke von rund 200.000 ausgebildeten Pflegekräften im Jahre 2025 führen (Studie des Statistischen Bundesamts und des Bundesinstituts für Berufsbildung, Afentakis/Maier 2010).“⁷ Gleichzeitig nimmt die Zahl der Schulabgängerinnen ab, so dass die Schere immer weiter auseinandergeht. Für Altenhilfeträger bedeutet das, dass der Wettbewerb um Pflegefachpersonen intensiver wird und dass es nicht allen Trägern gelingen wird, ausreichend Pflegefachpersonen für ihre Einrichtungen zu gewinnen.

Die Attraktivität des Pflegeberufs wird ein zentrales Thema für Politik und Träger stationärer Altenhilfeeinrichtungen in den nächsten Jahren sein. Allerdings ist dies nicht Thema dieser Handreichung. Auf die chronisch problematische Personalsituation müssen sich Träger einstellen und mit einer konzeptionellen Anpassung ihrer Personalkonzepte und Pflegeprozesse reagieren.

3 <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/36565/umfrage/personal-in-der-stationaeren-und-ambulanten-pflege/> – aufgerufen am 20. Dezember 2016.

4 [Pressemitteilung Nr. 026 vom 27.01.2016](#) des Statistischen Bundesamtes, Wiesbaden – aufgerufen am 20. Dezember 2016.

5 www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegekraefte/pflegefachkraefte-mangel.html – aufgerufen am 20. Dezember 2016.

6 Mit Fachpersonen sind im Folgenden die in § 71 Abs. 3 SGB XI genannten Qualifikationen gemeint.

7 www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegekraefte/pflegefachkraefte-mangel.html – aufgerufen am 20. Dezember 2016.

2.2 Veränderung der Bewohnerstruktur sowie der pflegerischen Anforderungen

Die Erhaltung der Selbstständigkeit und der sozialen Teilhabe auch im hohen Alter sowie der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit bis zum Lebensende zählen unbestreitbar zu den Wunschvorstellungen der überwiegenden Mehrheit der deutschen Bevölkerung. Sie haben den fachlichen und wissenschaftlichen Diskurs sowie die Gesetzgebung der zurückliegenden Jahrzehnte nachhaltig geprägt. 2015 wurden etwa 73 Prozent⁸ der Menschen mit Pflegebedarf im Sinne der Pflegeversicherung in der eigenen Häuslichkeit betreut. Pflegebedürftige Menschen ziehen in der Regel erst dann in eine stationäre Pflegeeinrichtung, wenn eine ausreichende Betreuung zu Hause trotz aller Anstrengungen nicht mehr sichergestellt werden kann. Die kontinuierliche abnehmende Verweildauer in den Krankenhäusern⁹, die Stärkung der ambulanten pflegerischen Versorgung und die Zielsetzungen des Pflege-stärkungsgesetzes II bewirken, dass Menschen mit niedrigeren Pflegegraden¹⁰ zunehmend ambulant versorgt werden. In der Folge erhöht sich der Anteil der schwer- bis schwerstpflegebedürftigen Menschen in den stationären Pflegeeinrichtungen und es kommt zu einer Zunahme des Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege in der ambulanten und stationären Versorgung. Das höhere Einzugsalter führt außerdem zu einer Zunahme dementiell erkrankter Menschen im stationären Setting. Die Träger stationärer Pflegeeinrichtungen werden sich mit ihren Personalkonzepten auf diese veränderten Pflegeanforderungen einstellen müssen.

Unterschiedliche Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Verweildauer der Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Altenhilfeeinrichtungen kontinuierlich abnimmt. So hat eine umfangreiche Längsschnittstudie im Evangelischen Johanneswerk in Bielefeld ergeben, dass 25 Prozent der Bewohner in den ersten drei Monaten und zwischen 36 Prozent und 38 Prozent innerhalb der ersten zwölf Monate nach

ihrem Einzug verstarben.¹¹ Die palliative Versorgung mit ihren komplexen pflegerischen, medizinischen und betruerischen Anforderungen nimmt an Bedeutung für das Leistungsgeschehen zu.

Ambulante Pflegedienste und stationäre Altenpflegeeinrichtungen sind darüber hinaus zunehmend in die Nachsorge nach einer akuten Krankenhausbehandlung eingebunden. Der Gesetzgeber hat auf die zunehmende Verkürzung der Krankenhausverweildauer reagiert, indem er durch das Pflege-stärkungsgesetz II den § 39c ins SGB V eingefügt hat. Paragraph 39c SGB V sieht erstmals eine Krankenkassenfinanzierung von Leistungen in einer stationären Kurzzeitpflegeeinrichtung (§ 42 SGB XI) für Menschen ohne Pflegegrad im Sinne des SGB XI im Anschluss an eine ambulante oder stationäre Akutbehandlung vor. Die frühen Entlassungen aus der Akutbehandlung des Krankenhauses führen zu einer stärkeren Verzahnung akutmedizinischer Behandlung und pflegerischer Versorgung. Regional wird über einen großen Bedarf der Krankenhäuser nach entsprechenden Angeboten berichtet. Allerdings fehlen zu einer geregelten Umsetzung des § 39c SGB V eine angemessene Finanzierung der Leistungen und ein etabliertes Abrechnungsverfahren.

Die Versorgungsstrukturen beim Pflegebedarf älterer Menschen haben sich in den letzten Jahren weiter ausdifferenziert. Neben der zunehmenden Bedeutung von Tagespflegeeinrichtungen sind ambulant betreute Wohngemeinschaften und stationär ausgerichtete Hausgemeinschaften als Versorgungsangebot hinzugekommen.

Die traditionellen Grenzen zwischen ambulanten und stationären Versorgungsformen verlieren zunehmend an Trennschärfe. Diese Entwicklung steht erst am Anfang. Quartierskonzepte mit innovativen Wohnformen (Wohn-Pflege-Gemeinschaften), Tagespflege und ambulante Pflege sowie niedrigschwellige Betreuungsangebote und die Förderung des zivilgesellschaft-

8 Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Bundesministerium für Gesundheit, Seite 241 f. Am 14. Dezember 2016 vom Kabinett beschlossen.

9 Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus lag 1992 bei 13,3 Tagen, 2015 bei 7,4 Tagen
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2604/umfrage/durchschnittliche-verweildauer-im-krankenhaus-seit-1992/> – aufgerufen am 21.02.2017.

10 Das Pflege-stärkungsgesetz II hat festgelegt, dass seit 2017 die drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade ersetzt werden.

11 Techtmann, G. (2015). Die Verweildauern sinken. Statistische Analysen zur zeitlichen Entwicklung der Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen. Online verfügbar unter <http://www.alters-institut.de>. auch Gero Techtmann, Theorie und Praxis der sozialen Arbeit Vol. 61, No. 5, p. 346-353 (2010).

lichen Engagements werden sich weiterentwickeln. Diese Ausdifferenzierung der pflegerischen Versorgung erfordert unterschiedliche Personalkonzepte mit unterschiedlichen Qualifikationsanforderungen. Trotz aller strukturellen Veränderungsprozesse und innovativer Weiterentwicklungen werden vollstationäre Altenpflegeeinrichtungen weiterhin ein unverzichtbares Element der pflegerischen Versorgungsstruktur pflegebedürftiger Menschen in Deutschland bleiben.

2.3 Bedürfnisse und Bedarf – Herausforderungen durch veränderte Anforderungsprofile

Neben den fachlichen Anforderungen, die mit einer neuen Begriffsdefinition zur Pflegebedürftigkeit zu klären sind, ist den veränderten Erwartungshaltungen Pflegebedürftiger und deren Angehöriger ebenfalls Rechnung zu tragen. Demnach ist zwischen Bedarfen und Bedürfnissen grundsätzlich zu unterscheiden. Während das Bedürfnis auf der individuellen Ebene anzusiedeln und je nach Sozialisation und gesellschaftlichem Kontext zu bewerten ist, unterliegen Bedarfe, hier insbesondere der Pflegebedarf, einer politischen Bewertung und Entscheidung und finden sich in leistungsrechtlichen Bestimmungen¹² wieder. Handlungsrelevant für stationäre Altenpflegeeinrichtungen sind neben den Qualitätsanforderungen sowohl die Bedarfe als auch die Bedürfnisse der Bewohnerinnen.

Das Befriedigen eines Bedürfnisses hat unmittelbare Auswirkungen auf die Zufriedenheit eines Menschen. Dabei ist die Zufriedenheit eine individuelle und dynamische Größe, die von der Biografie und von gesellschaftlichen, sozialen und kulturellen Zusammenhängen abhängig ist. Das individuelle Verhältnis von subjektiver Zufriedenheit und den objektiven Lebensbedingungen wird dabei in Verbindung gesetzt und ist Ausdruck der individuellen Lebensqualität.

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind für die Bewohnerinnen der zentrale Bezugspunkt ihres oft eingeschränkten Lebensumfelds. Die persönlichen Erwartungen und Wünsche konzentrieren sich auf die Lebenssituation in der Einrichtung und die zur Verfügung gestellten Wohn- und Lebensbedingungen. Im Unterschied zu anderen Sozialversicherungskonzepten (zum Beispiel Krankenversicherung) löst die in der Pflegever-

sicherung vorgesehene Eigenbeteiligung an der Finanzierung hohe Erwartungen an die Qualität der Leistungen aus. Im Sinne von: Wenn ich schon so viel bezahlen muss, dann möchte ich auch einen entsprechenden Service erhalten.

Dies steht oft im Widerspruch mit den teilfinanzierten Leistungen aus der Pflegeversicherung. Denn bei der Frage des Pflegebedarfs und des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist die Bedarfs- oder Ausgabenorientierung im Leistungsrecht der Pflegeversicherung ein wichtiger konzeptioneller Orientierungspunkt. Im europäischen Ländervergleich fällt die öffentliche Finanzierung im deutschen Pflegesystem eher niedrig aus. Ein servicebasiertes Pflegesystem, wie es zum Beispiel in den Niederlanden besteht, beinhaltet deutlich mehr professionelle Pflegeleistung, deren Finanzierung durch öffentliche Mittel sichergestellt ist. Der Leistungsumfang der Pflegeversicherung in Deutschland orientiert sich dagegen primär an einem familiär ausgerichteten und informellen Pflegesystem.¹³ Demnach werden so viel finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt, wie die Ausgabensituation der Kostenträger dies ermöglicht. Der finanzielle Eigenanteil für professionelle Unterstützung ist relativ hoch. Diese Art der Leistungsgestaltung der Pflegeversicherung hat sich auch im zweiten Pflegestärkungsgesetz weitestgehend bestätigt. Eine deutliche bedarfsorientierte Verbesserung ist allerdings bei den sogenannten Einstiegsleistungen (Betreuungs- und Ergänzungsleistungen)¹⁴ zu verzeichnen.

Personalkonzepte der Zukunft müssen einer veränderten Bedarfs- und Bedürfnislage gerecht werden können. Den quantitativen und qualitativen Anforderungen steht bisher keine entsprechende Anpassung der Personalressourcen gegenüber und die Möglichkeiten zur Kompensation der Arbeitsverdichtung sind heute ausgereizt. Neben einer angemessenen Personalbemessung ist eine adäquate Pflegebildungspolitik zur Weiterqualifizierung von Mitarbeiterinnen zu fordern.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass zukünftig im stationären Setting neben hohen Graden der Pflegebedürftigkeit auch der Service- und Zufriedenheitsaspekt bei der Auswahl einer stationären Einrichtung und deren Bewertung durch pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen eine noch größere Rolle spielen wird.

¹² Vergleich Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem, Cornelia Heintze, FES Wiso Diskurs 2015, Seite 14.

¹³ ebd., Seite 16.

¹⁴ SGB XI, §§ 45ff.

2.4 Handlungsbedarf für stationäre Einrichtungen

Die signifikanten Veränderungen der Bewohnerstruktur und des Leistungsgeschehens in stationären Einrichtungen fordern von den stationären Trägern eine Auseinandersetzung mit ihren Konzepten zur Personalentwicklung, Personalgewinnung und -erhaltung. Im Hinblick auf die sich verändernden Bedarfe und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und die Qualitätsansprüche der Pflegepersonen sollten die Personal-konzepte mehr denn je einer ständigen internen Prüfung und Evaluation unterliegen.

Vor diesem Hintergrund stellen sich zentrale Fragen:

- Wie können Pflegeprozesse besser konzipiert, gesteuert und evaluiert werden?
- Wie können Mitarbeitende für die zukünftigen Aufgaben befähigt und ihre Kompetenzen weiterentwickelt werden?
- Wie können für Mitarbeitende Freiräume für Fort- und Weiterbildungen geschaffen und wie können Mitarbeitende dabei ausreichend motiviert und unterstützt werden?
- Wie kann in der Pflegeausbildung das Pflegeverständnis der diakonischen Einrichtungen besser vermittelt werden?

Die Pflegeversicherung regelt die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung in der stationären Altenpflege. Die Einrichtungen sind an ein detailliertes Regelwerk zur Festlegung der Pflegesätze gebunden, so dass die Träger bei der Höhe der Pflegesätze und damit auch zur Personalausstattung einen geringen eigenständigen Gestaltungsspielraum haben.

Die Höhe des Pflegeentgelts einer Einrichtung hat maßgeblichen Einfluss auf die Auswahlentscheidung von Bewohnern. Neben dem reglementierten Aushandlungsprozess müssen sich die Pflegesätze in das lokale Preisgefüge einpassen, weil sonst eine unzureichende Auslastung für die Einrichtung mit erheblichen wirtschaftlichen Folgen droht. Auch dies schränkt die Gestaltungsspielräume der Pflegesätze und damit auch die Gestaltung der Personalausstattung ein.

Zukünftige Personalkonzepte müssen sich unter Beachtung nur begrenzt beeinflussbarer Personalressourcen an den dynamischen fachlichen und qualitativen Anforderungen ausrichten.

2.5 Bedingungsfaktoren für eine einrichtungsbezogene Personalstrategie

Die Gestaltung der Rahmenbedingungen für die Ausstattung der stationären Pflegeeinrichtungen mit Personal- und Sachmitteln hat der Bundesgesetzgeber den Vertragsparteien (Leistungsträger und Leistungserbringer) in den Bundesländern zugeordnet. Dies führt aktuell dazu, dass die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen in den Bundesländern sehr unterschiedlich ist.¹⁵ Diese Differenzen lassen sich aus einer pflegfachlichen Perspektive nicht erklären. In der Tendenz ist die Personalausstattung der stationären Einrichtungen in den „neuen“ Bundesländern deutlich schlechter als die Personalausstattung in den „alten“ Ländern. Nur der Personalschlüssel in Schleswig-Holstein liegt auf einem ähnlich niedrigen Niveau wie die Pflegeschlüssel in den „neuen“ Bundesländern. So liegt beispielsweise die Personalausstattung in Mecklenburg-Vorpommern um rund 25 bis 40 Prozent niedriger als in Baden-Württemberg oder Bayern¹⁶.

Personalbemessung in stationären Altenpflegeeinrichtungen orientiert sich gegenwärtig vor allem an wirtschaftlichen Überlegungen und Potentialen der Leistungsträger und nicht am pflegerischen Unterstützungsbedarf der älteren Menschen.

Das Pflegestärkungsgesetz II hat festgelegt, dass ab Juli 2020 ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in stationären Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben zur Verfügung stehen soll (§ 113c Absatz 1 SGB XI). Allerdings hat sich der Gesetzgeber nicht zur Verbindlichkeit des zukünftigen Personalbemessungsverfahrens für die Bundesländer und für die Kostenträger geäußert. Die Entscheidungskompetenz zur Personalausstattung in stationären Pflegeeinrichtungen liegt nach gegenwärtiger Rechtslage unverändert in den Ländern (§ 75 Absatz 3 SGB XI), so dass dem Bund eine verbindliche Regelungskompetenz zu den Personalrichtwerten fehlt.

¹⁵ Übersicht zu Landespersonalrichtwerten: <http://www.michael-wipp.de/fachbeitraege/pflegekennzahlen/> – aufgerufen am 15.05.2017.

¹⁶ Da in vielen Bundesländern die Personalrichtwerte in Korridoren angegeben werden, innerhalb derer sich die Einrichtungen entscheiden können, ist eine genaue Bestimmung der Differenz nicht möglich.

3. Bedarf an Pflegefachpersonen

Der qualitative und quantitative Personalbedarf ergibt sich aus den pflegerischen und behandlungspflegerischen Leistungen, die auf der Grundlage des individuellen Hilfebedarfs und des Pflegegrades durch die Mitarbeitenden der stationären Pflegeeinrichtung erbracht werden.

Einflussfaktor für die Personalkonzepte der Zukunft ist auch die sogenannte Fachkraftquote, die in allen Landesheimgesetzen für stationäre Pflegeeinrichtungen festgelegt ist. Auch wenn heute bei einigen Heimaufsichtsbehörden eine flexiblere Auslegung der Fachkraftquote üblich ist, ist die Fachkraftquote ein eindimensionales System, das die unterschiedlichen Prozessabläufe der Einrichtungen und das breite Spektrum der Qualifikationen nur unzureichend berücksichtigt. Perspektivisch ist eine Fachkraftquote anstrebenswert, die

- die Anerkennung einer Qualifikation als Fachkraft in Relation zur auszuübenden Tätigkeit und dem Ablauf der Pflegeprozesse stellt,
- die Qualifikation des Personals als Qualitätsmerkmal anerkennt und
- die erforderliche Fachkraftquote in Beziehung zum Qualifikationsmix der Einrichtung setzt.

So stellt sich beispielsweise der Bedarf an Fachpersonen in einer Wohngemeinschaft anders dar als der in einer traditionellen stationären Einrichtung.

Die Pflegeversicherung verpflichtet stationäre Altenpflegeeinrichtungen, auch Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zu erbringen.¹⁷ Näheres wird in den Landesrahmenver-

trägen nach § 75 Absatz 2 SGB XI geregelt. Im SGB XI selbst findet sich allerdings keine konkrete Beschreibung der Leistungen, die zur medizinischen Behandlungspflege zählen. In den Landesheimgesetzen sind Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen beschrieben, die teilweise auch über die medizinische Behandlungspflege hinausgehen.

Medizinische Behandlungspflege wird nach wie vor von Ärzten verordnet. Einzelne behandlungspflegerische Tätigkeiten können aber unter bestimmten Voraussetzungen von den Ärzten an Pflegepersonen delegiert werden.¹⁸ In der aktuellen Fachdiskussion um eine Erweiterung der heilkundlichen Kompetenzen pflegerischer Fachpersonen wird von Berufsverbänden immer wieder eine eigenständige Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen (Substitution¹⁹) mit der Option einer Verordnungskompetenz von Heilmitteln gefordert. Eine solche Kompetenzerweiterung würde die Aufgabenteilung zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten neu ordnen und damit die Aufgaben einer Pflegefachperson in einer stationären Pflegeeinrichtung verändern.

Angaben zur Art und zum zeitlichen Anteil der behandlungspflegerischen Maßnahmen am gesamten pflegerischen Aufwand gehen weit auseinander. Wissenschaftlich fundierte Untersuchungen dazu sind nicht bekannt. Von Trägern und Einrichtungen werden Zahlen von bis zu 20 Prozent Anteil an den pflegerischen Leistungen genannt. Aufgrund der Veränderungen der Bewohnerstruktur und der zu erwartenden Auswirkungen des Pflegestärkungsgesetzes II ist eine Zunahme der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege wahrscheinlich (vergleiche Seite 7). Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege werden in stationären Einrichtungen ausschließlich von Pflegefachpersonen durchgeführt, so dass

¹⁷ § 43 Absatz 1 und § 84 Absatz 1 SGB XI.

¹⁸ Definition Substitution ärztlicher Aufgaben: Übertragung sowohl der Durchführungsverantwortung, als auch der Entscheidung über das „ob“. Zusätzlich zum „wie“ obliegt der Pflegekraft auch noch das „ob“ (Entscheidung und Verantwortung). Vgl.: Pfeifer, H.W. – Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Angehörige der Pflegeberufe die Sicht der GKV – aufgerufen am 16. Juni 2017.

¹⁹ Vgl. www.pflegekammer-jetzt.de/index.php?option=com_fsf&view=faq&catid=1&tmpl=component&faqid=6 – aufgerufen am 20.04.2017.

ständig mindestens eine Pflegefachperson anwesend sein muss. Die Anwesenheitspflicht mindestens einer Pflegefachperson ist in vielen Landesheimgesetzen vorgeschrieben. Daraus ergeben sich Anforderungen an die Gestaltung der von der Einrichtung zu erstellenden Dienstpläne.

3.1 Die Rolle der Pflegefachpersonen

Für die Personalkonzepte stationärer Pflegeeinrichtungen sind die „Vorbehaltsaufgaben der Pflegekraft“ von Bedeutung. Vor allem die Steuerung des individuellen Pflegeprozesses rückt als eigenständige pflegerische Tätigkeit in den Vordergrund. Bei berufsrechtlich geregelten Vorbehaltsaufgaben handelt es sich um Tätigkeiten, die aufgrund gesetzlicher Vorgaben nur durch Personen mit einer bestimmten beruflichen Qualifikation ausgeführt werden dürfen und deren Delegation an Mitarbeitende mit anderer Berufsqualifikation nicht zulässig ist. Nach modernem Verständnis macht sich Professionalität in der Pflege vor allem an der Pflegeprozesssteuerung fest und nicht – wie zuvor oft diskutiert – an der Übernahme medizinischer Verrichtungen durch die Pflegefachperson.²⁰ Die medizinische Behandlungspflege, die häufig im Mittelpunkt der Diskussion um die Kompetenzen von Pflegefachkräften steht, ist nur ungenau rechtlich definiert und wird in ihrer Bedeutung für die Qualität pflegerischer Leistungen oft überbewertet. In § 4 des Gesetzentwurfs zum Pflegeberufsgesetz,²¹ das zukünftig die generalistische Pflegeausbildung regeln soll und als Kabinettsentwurf vorliegt, werden erstmalig pflegerische Tätigkeiten genannt, die ausschließlich von Personen ausgeführt werden dürfen, die nach dem Pflegeberufegesetz berechtigt sind, die Berufsbezeichnung Pflegefachfrau oder Pflegefachmann zu führen.

Zu den Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern gehören laut Gesetzentwurf

1. Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs

2. Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses
3. Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität.

In ihrer Stellungnahme zum Entwurf des Pflegeberufsgesetzes hat die Diakonie Deutschland die Festlegung von Vorbehaltsaufgaben nachdrücklich positiv bewertet. Die Definition von vorbehaltenen Tätigkeiten bedeutet gegenüber der bisherigen Gesetzeslage eine deutliche Aufwertung des Pflegeberufs, denn es werden eigene spezifische Handlungskompetenzen zugeteilt.

Gegenwärtig ist nicht absehbar, ob und in welcher Form eine Reform der Pflegeausbildung durch den Gesetzgeber beschlossen wird. Die Diakonie Deutschland spricht sich seit langer Zeit für eine generalistische Pflegeausbildung aus und hält die gesetzliche Regelung von Vorbehaltsaufgaben für einen wichtigen Bestandteil des Reformgesetzes.

Vor dem Hintergrund des akuten Fachkräftemangels achten Einrichtungen bei der Personalauswahl oft vor allem auf den Nachweis eines Abschlusses der Ausbildung zur Pflegefachperson, ohne weiter zu differenzieren. Die pflegerische Fachperson ist nach Einschätzung Personalverantwortlicher generell für alle pflegerischen Tätigkeiten in der stationären Altenhilfe ausreichend qualifiziert. In diesem Sinne weisen Pflegefachpersonen ein homogenes Kompetenzprofil auf. Unzureichende Qualifikationen für bestimmte Aufgaben werden möglichst durch interne und externe Fortbildungen ergänzt. Allerdings schränken die Personalressourcen der stationären Altenpflegeeinrichtungen eine Freistellung der Mitarbeitenden für Fort- und Weiterbildungen wesentlich ein. In den dichotomen Personalkonzepten vieler stationärer Pflegeeinrichtungen steht hauptsächlich die formale Qualifikation als Pflegefachperson im Vordergrund. Das hat seine Entsprechung in der sogenannten Fachkraftquote der Landesheimgesetze, die erst langsam von der plakativen Zweiteilung Pflegefachperson oder Nicht-Pflegefachperson abweichen.²²

20 vgl. § 4 Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Pflegeberufegesetz Deutscher Bundestag 18. Wahlperiode Drucksache 18/7823, Seite 13.

21 Für Leitungsfunktionen im Pflegebereich werden Weiterbildungen angeboten, die in der Regel mindestens 460 Stunden umfassen und sich an verantwortliche Pflegefachkräfte im Sinne des § 71 SGB XI richten, aber für Wohnbereichsleitungen nicht verpflichtend sind. Fachliche Weiterbildungen werden – solange sie nicht mit einer Leitungsfunktion verbunden sind – durch den Arbeitgeber in der Regel nicht finanziert. Sieht man von Fortbildungen für Leitungspersonen ab, führen die sehr knappen personellen Ressourcen und die fehlenden Anreize dazu, dass Pflegepersonen eher selten an mehrtägigen Fachfortbildungen teilnehmen oder gar eine spezifische Fachweiterbildung absolvieren.

22 Neu übersetzt und auf Deutsch veröffentlicht: Nightingale, Florence (2005): „Bemerkungen zur Krankenpflege“ (2005). Frankfurt am Main; Mabuse.

Ein Pflegekonzept, das den Herausforderungen der veränderten Versorgungsstrukturen gerecht wird, sollte zum einen ein klar definiertes Profil einer für einen Bereich verantwortlichen Pflegefachkraft umschreiben und ebenso die Steuerung der Pflegeprozesse nach fachlichen und qualitativen Kriterien regeln.

Pflegefachpersonen benötigen eine umfassende Qualifizierung, die zu einer größeren Flexibilität und zu erweiterten Kompetenzen befähigt.

Erforderlich ist eine umfassende Handlungskompetenz, die

- zur Deutung sozialer Realitäten,
- zur Handhabung von spezifischen Methoden,
- zum komplexen Fallverstehen,
- zur Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen und nicht zuletzt
- zur Reflektion ethischer und spiritueller Zusammenhänge

befähigt.

Die Pflegeprozesssteuerung, so wie sie im § 4 des Entwurfs zum Pflegeberufsgesetz beschrieben ist, ist für die Qualität der Pflege und die Zufriedenheit der Pflegepersonen von großer Bedeutung. Sie ist Grundlage für eine gleichberechtigte Kommunikation mit anderen Gesundheitsberufen.

3.2 Professionelle Pflegeprozesssteuerung

Pflege in einer stationären Altenpflegeeinrichtung erfordert eine ausgeprägte Teamarbeit aller Pflegepersonen. Der Personalmix unterschiedlicher Professionen und Qualifikationen in den stationären Einrichtungen nimmt zu. Die Steuerung des Pflegeprozesses und die Führungsaufgaben in einem heterogenen Team erfordern hohe Leitungskompetenz. Gleichzeitig ermöglichen die unterschiedlichen Qualifikationen ein breites Kompetenzspektrum, das den unterschiedlichen Bewohnerbedürfnissen gerecht werden kann.

Die Steuerung des individuellen Pflegeprozesses ist mit der Einbeziehung und gegebenenfalls Moderation zahlreicher Einflussfaktoren verbunden. Dazu gehören beispielsweise

- die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und deren Angehörigen,
- der effiziente Einsatz vorhandener Personalressourcen,
- Anleitung und fachliche Begleitung von Mitarbeitenden mit einer Pflegeassistenzqualifikation,
- die Beschreibung von Qualitätsanforderungen für bestimmte Aufgaben,
- die Beobachtung und Bewertung von Symptomen,
- die Erhebung der medizinischen und pflegerischen Erfordernisse im Rahmen der Pflegeplanung,
- die Kooperation mit weiteren ärztlichen und therapeutischen Fachpersonen.

Die Steuerung des Pflegeprozesses ist in den traditionellen Organisationsstrukturen der stationären Altenhilfe der Wohnbereichsleitung zugeordnet. In anderen europäischen Ländern ist diese Funktion oft an eine akademische Pflegeausbildung gebunden. In Deutschland arbeiten Pflegefachpersonen mit akademischer Zusatzqualifikation in der Regel nicht in der direkten Pflege, so dass sie nur in Ausnahmen in der Pflegeprozesssteuerung zu finden sind.

In Wohnbereichen, die heute nicht selten über 30 Bewohnerinnen und Bewohner umfassen, ist ein Aufgabenspektrum, das Leitungsfunktion und Pflegeprozesssteuerung umfasst, durch eine Wohnbereichsleitung zeitlich kaum zu bewältigen. Außerdem sind für beide Funktionen unterschiedliche Kompetenzen erforderlich. Während für die Steuerung der Pflegeprozesse vor allem umfangreiche pflegefachliche Kenntnisse erforderlich sind, sind im Management eines Wohnbereichs eher organisatorische Fähigkeiten und Leitungskompetenzen gefragt. Die gegenwärtige Diskussion um innovative Personal-konzepte bezieht häufig die Frage mit ein, ob es nicht sinnvoll wäre, die Funktionen Wohnbereichsleitung und die Steuerung des Pflegeprozesses personell zu entkoppeln.

4. Personalkonzepte der Zukunft

Moderne Personalkonzepte in Einrichtungen der stationären Altenpflege umfassen neben der Sicherung und Gewinnung von Mitarbeitenden Maßnahmen zur Qualifizierung, ein Gesundheitsmanagement und nicht zuletzt auch die Personalentwicklung. Die vorliegende Handreichung behandelt das Thema vorrangig unter der Fragestellung der Organisationsstruktur und des Personaleinsatzes. Personalkonzepte stehen in enger Wechselbeziehung zu den strukturellen und organisatorischen Bedingungen der Pflegeeinrichtung, die sich aus der konzeptionellen Gestaltung des Pflegeprozesses und den pflegerischen Anforderungen ergeben.

Personalkonzepte in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe sollen auch einen Beitrag zur Attraktivitätssteigerung des Arbeitsplatzes leisten und so die Gewinnung von Pflegefachpersonen und pflegerischen Assistenzkräften verbessern.

4.1 Systeme der Arbeitsorganisation in der beruflichen Pflege

Florence Nightingale, die Begründerin der modernen Krankenpflege und der Pflegewissenschaft, hat sich bereits in ihrem 1860 veröffentlichten Werk „Notes on Nursing“²³ mit der „Organisation im Alltag“ auseinandergesetzt. Sie befasst sich vor allem mit dem Thema Verantwortung und beschäftigt sich mit den Fragen „Wie kann ich dafür sorgen, dass das Richtige immer getan wird?“ und „Wie kann ich dafür sorgen, dass nichts Falsches geschieht, weil ich abwesend bin?“²⁴

Diese fast 160 Jahre alten Fragestellungen sind von erstaunlicher Aktualität. Das Thema, wer welche Verantwortung übertragen bekommt und übernimmt, ist bis in die heutige Zeit ein

Unterscheidungsmerkmal von Organisationsmodellen pflegerischer Arbeit. Zur Unterscheidung der Organisationsformen benennt Person²⁵ vier „Schlüsselemente“:

- Element I : Pflegeperson – Patient – Beziehung und Entscheidungsfindung
- Element II: Aufgabenzuweisung und/oder Patientenzuweisung
- Element III: Kommunikation zwischen den Mitgliedern des Gesundheitsteams
- Element IV: Management der Station oder der Pflegeumgebung

In Abhängigkeit von der Gestaltung dieser Elemente ergeben sich die unterschiedlichen Formen der Arbeitsorganisation pflegerischer Arbeit, die in Pflegemanagement und -wissenschaft mit dem aus dem amerikanischen Englisch stammenden Begriff Pflegesystem²⁶ bezeichnet werden.²⁷

Je nach Autor finden sich unterschiedliche Beschreibungen und Benennungen von Pflegesystemen. Die folgende Darstellung basiert auf der in Deutschland üblichen Einteilung nach Mischo-Kelling. Die Pflegesysteme wurden überwiegend unter den Bedingungen der Krankenhausversorgung entwickelt und umgesetzt. Alle Pflegesysteme beziehen sich auf die Strukturierung der Pflegeorganisation einer Station beziehungsweise eines Wohnbereichs.

Die Funktionspflege wurde in den 20er Jahren des vorigen Jahrhunderts auf Grundlage des Scientific Managements

23 ebd., Seite 73.

24 Person, Colleen (2011): Organisationsformen der Patientenversorgung; Seite 137. In: Mary Koloroutis (Hrsg.): Beziehungsbasierte Pflege. Ein Modell zur Veränderung der Pflegepraxis. Bern; Verlag Hans Huber, Seite 135–153.

25 Ursprünglich nursing care delivery systems, verkürzt zu nursing systems.

26 Mischo-Kelling, Maria; Schütz-Pazzini, Petra (Hrsg.) (2007): Primäre Pflege in Theorie und Praxis. Herausforderungen und Chancen. Bern: Huber. Seite 24.

27 ebd., Seite 45.

entwickelt.²⁸ Bei dieser tayloristischen Arbeitsweise übernimmt jede Pflegekraft eine Tätigkeit (zum Beispiel das Messen des Blutdrucks, das Verabreichen von Medikamenten, die Körperpflege) und führt diese bei allen Patienten einer Station durch. Große Bedeutung hat in dieser Arbeitsform die Stationschwester, die alle Arbeiten anordnet, den Teammitgliedern zuordnet und die Ausführung überwacht. Sie ist auch für die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen (vielfach auch den Ärzten) zuständig. Die Stationschwester trägt die Gesamtverantwortung für die Pflegeaufgaben, ist dabei jedoch auf die Rückmeldungen ihrer Kolleginnen und Kollegen angewiesen, da sie die Patientinnen in der Regel nicht pflegt und manchmal nur bei der ärztlichen Visite sieht.

Die Funktionspflege wurde schon Mitte des letzten Jahrhunderts wegen der Fragmentierung des Pflegeprozesses kritisiert. Durch diese Aufspaltung der Pflege eines Patienten auf mehrere Pflegekräfte entstanden häufig Versorgungslücken, da nicht klar war, wer welche Tätigkeiten bereits durchgeführt hatte, beziehungsweise welche Aufgaben nicht durchgeführt wurden.

In den 50er Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts wurde das System der Gruppenpflege entwickelt. Im deutschen Sprachraum wird auch von Zimmer- oder Bereichspflege gesprochen. Hier werden mehrere Patientinnen von einer Gruppe unterschiedlich qualifizierter Pflegekräfte versorgt. Die Gruppenleitung ist für die Einteilung der Pflegekräfte und der Hilfskräfte sowie für deren Zuordnung zu den Patientinnen zuständig. Die Gruppenzusammensetzung wechselt je nach Anwesenheit der Gruppenmitglieder unter Umständen täglich und auch die Zuordnung der Patientinnen auf die Gruppen beziehungsweise innerhalb der Gruppen auf die Pflegekräfte kann sich täglich ändern. Die Kommunikation läuft zum Teil direkt, teilweise auch über die Stationsleitung (zum Beispiel mit dem ärztlichen Dienst). Nach Mischo-Kelling war die Ent-

wicklung dieses Systems die Antwort auf die Kritik an der Funktionspflege. Eine kontinuierliche Pflegebeziehung kann aufgrund des ständigen Wechsels der Pflegepersonen mit diesem System jedoch ebenfalls nicht gewährleistet werden.²⁹

Das Pflegesystem Primary Nursing wurde Ende der 60er Jahre von der US-amerikanischen Krankenschwester und Pflegewissenschaftlerin Marie Manthey entwickelt. Manthey³⁰ beschreibt vier zentrale Elemente dieses Systems. Das grundlegende Merkmal ist die Übertragung der Verantwortung für pflegerelevante Entscheidungen an eine für die Patientin zuständige Pflegekraft (Primary Nurse). Die Zuständigkeit beruht auf einer festen Zuordnung einer Patientin oder einer Bewohnerin zu einer Pflegeperson nach der Fallmethode. Die Primary Nurse ist für die Planung und Umsetzung der Pflegemaßnahmen über den gesamten Zeitraum der Pflegebeziehung hinweg zuständig. Ziel ist der Aufbau einer kontinuierlichen Beziehung zwischen Primary Nurse und Pflegeempfänger für die Zeit des Aufenthalts in der Pflegeeinrichtung. In den Zeiten, in denen die Primary Nurse nicht im Dienst ist, wird der von ihr aufgestellte Pflegeplan von zugeordneten Pflegekräften (Associate Nurses) umgesetzt. Die Kommunikation verläuft immer direkt zwischen den Beteiligten und nicht über Vorgesetzte. Das gilt selbstverständlich für die Kommunikation zwischen Primary Nurse und Pflegeempfänger, aber auch für die Kommunikation zwischen Primary Nurse und behandelndem Arzt oder mit den Angehörigen. Insgesamt trägt die Primary Nurse damit die Verantwortung für die erbrachte Pflegequalität während des gesamten Aufenthalts.

Bei der Umstellung auf Primary Nursing findet aus Perspektive der Personalentwicklung sowohl ein Job Enlargement,³¹ als auch ein Job Enrichment³² statt.³³ Job Enlargement bedeutet hier, dass zum Beispiel im Vergleich zur Funktionspflege den Primary Nurses alle in der Pflege der Bewohnerinnen zu erledigenden Teilaufgaben übertragen werden.³⁴ Job Enrich-

28 ebd., Seite 46.

29 Manthey, Marie (2011): Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. 3. Aufl. Bern; Huber.

30 Arbeitserweiterung.

31 Anreicherung, Bereicherung.

32 Wilms, Wolfgang J. (2008): Job Enlargement und Job Enrichment. In: Reiner Bröckermann und Michael Müller-Vorbrüggen (Hrsg.): Handbuch Personalentwicklung. Die Praxis der Personalbildung, Personalförderung und Arbeitsstrukturierung. Stuttgart; Schäffer-Poeschel, Seite 501–512.

33 Gmür, Markus; Thommen, Jean-Paul (2011): Human Resource Management. Strategien und Instrumente für Führungskräfte und das Personalmanagement in 13 Bausteinen. Zürich; Versus. Seite 346f.

34 Referenzmodelle Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege – Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts; Korte-Pötters, U. (IPW), Wingenfeld, K. (IPW), Heitmann, D. (IPW); Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) Teil A 3. Pflegeprozesssteuerung und Versorgungskoordination Seite 3.

ment meint eine Anreicherung der Tätigkeit nicht nur durch eine zahlenmäßige Erweiterung der Aufgaben der Primary Nurse, sondern auch durch Übertragung größerer Verantwortung im gesamten Pflegeprozess. Das Pflegesystem Primary Nursing wurde in verschiedenen Varianten umgesetzt und weiterentwickelt.

4.1.1 Das Modell einer zuständigen Pflegefachkraft

Die Vorlage für das Konzept einer zuständigen Pflegefachkraft liefert das nordrhein-westfälische „Referenzkonzept“, das in dem „Projekt Referenzmodelle“ (2004-2006) vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld unter Federführung von Dr. Klaus Wingenfeld in Nordrhein-Westfalen (NRW) durchgeführt wurde. Im Modellprojekt wurde das Referenzkonzept praxisnah und im engen Kontakt mit 20 stationären Einrichtungen entwickelt und erprobt.

Im Referenzkonzept kommt der Pflegeprozess- und Versorgungssteuerung eine zentrale Rolle zu. Die Idee: Eine sogenannte „Zuständige Pflegefachkraft – ZPFK“ steuert verantwortlich die pflegerische Versorgung von rund zehn Bewohnerinnen.

Das Projekt Referenzmodelle definiert die Aufgaben einer zuständigen Pflegefachkraft wie folgt:

„Die Verantwortung für die Gestaltung der individuellen Versorgung (Pflegeprozess), die Durchführung von Abstimmungsprozessen, die Informationsweitergabe und andere Kommunikationsaufgaben werden von einer Person übernommen. Sie ist dauerhaft zuständig für einen bestimmten Bewohnerkreis. Sie trifft mit den Bewohnerinnen und gegebenenfalls mit Angehörigen, Ärzten, dem Sozialen Dienst und anderen Berufsgruppen Absprachen über die Ausgestaltung der Versorgung und überwacht deren Qualität. Es muss sich dabei um eine Pflegefachkraft handeln, die über die hierzu notwendigen Qualifikationen verfügt. Ihr müssen aber auch die Entscheidungskompetenzen und zeitlichen Spielräume gewährt werden, um diese Verantwortung wahrnehmen zu können.“³⁵

Im Einzelnen sind im Referenzmodell folgende Aufgaben der zuständigen Pflegefachkraft aufgeführt:³⁶

1. Regelmäßige Durchführung des pflegerischen Assessments (Informationssammlung und Einschätzung von Pflegeproblemen und Ressourcen) unter Einbeziehung biografischer Informationen.
2. Formulierung von Pflegezielen.
3. Erstellung einer auf den Pflegezielen aufbauenden Maßnahmenplanung, einschließlich Entwicklung einer geeigneten Tagesstrukturierung und Herstellung des Zugangs zu ressourcenfördernden Einzel-/Gruppenaktivitäten und zu Beschäftigungsangeboten (entsprechend der individuellen Möglichkeiten und Interessen der Bewohnerin/des Bewohners).
4. Anleitung und Beratung anderer Mitarbeitender im Hinblick auf die Durchführung der Pflege nach den Vorgaben der jeweiligen Pflegeplanung (einschließlich Wahrnehmung von Fachaufsichtsfunktionen).
5. Information, Anleitung und Beratung von Angehörigen und freiwilligen Helfern, die in die Betreuung der Bewohnerin oder des Bewohners einbezogen sind.
6. Regelmäßige Überprüfung der Maßnahmenplanung und ihrer Umsetzung, Aktualisierung der Pflegeplanung.
7. Regelmäßige Prüfung der Qualität und Vollständigkeit der Pflegedokumentation, im Bedarfsfall Anleitung/Beratung der Mitarbeitenden.
8. Prozesssteuerung und Koordination im Zusammenhang mit dem Heimeinzugs- und der Eingewöhnungsphase, der Zusammenarbeit mit Angehörigen, der Zusammenarbeit mit Ärzten, der Sterbebegleitung und des Überleitungsverfahrens bei Krankenhausaufenthalten.

Das Referenzmodell spricht sich für eine personelle Trennung der jetzigen Aufgaben einer Wohnbereichsleitung in die Aufgabenbereiche einer zuständigen Pflegefachkraft mit dem Schwerpunkt in der pflegerischen Versorgung und der Wohnbereichsleitung, deren Schwerpunkt in der Organisation des Wohnbereichs und in Leitungsaufgaben liegt.

35 A.a.O. Seite 4.

36 Aktualisierung von Thomas Kreutz.

4.2 Qualifikationsorientierte Arbeitsteilung mit Praxisbeispiel

Die sich verändernden Versorgungsanforderungen und der zunehmende Fachkräftemangel erfordern eine Neujustierung der Personalkonzepte in den stationären Altenhilfeeinrichtungen. Für die Steuerungsaufgaben und die Zuteilung unterschiedlicher Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses ist eine „qualifikationsorientierte Arbeitsteilung“ handlungsleitend. Sie bietet die Möglichkeit, verschiedenes und spezialisiertes Wissen und Können zielgerichteter einzusetzen. Damit widerspricht sie einer Fachkraftquote, die von gleichem Wissen und Können und einem entsprechend homogenen Leistungsspektrum „der“ Fachkraft ausgeht.

Im Referenzkonzept NRW wurde das Prinzip der qualifikationsorientierten Arbeitsteilung umgesetzt. Es sieht den Einsatz von dafür besonders qualifizierten und spezialisierten Mitarbeiterinnen in der Pflegeprozess- und Versorgungssteuerung vor (siehe Kapitel 3.2 vergleiche Seite 15) sowie in wesentlichen Kernbereichen der Versorgung wie beispielsweise der Pflege von Menschen mit Demenz oder der Sterbebegleitung und Palliativpflege.

Viele Einrichtungen haben bereits mit und ohne Theoriegerüst begonnen, ihre Personalkonzepte im Sinne einer qualifikationsorientierten Arbeitsteilung neu auszurichten und die Arbeitsprozesse entsprechend zu gestalten. Ein Beispiel dafür ist das Pflegekoordinatorenmodell im Stiftungsbereich Altenhilfe Bethel.

Praxisbeispiel

Qualifikationsorientierte Arbeitsteilung in der Praxis: Das Pflegekoordinatorenmodell im Stiftungsbereich Altenhilfe Bethel

Beitrag von Maria Mevenkamp³⁷

Konzeptionsentwicklung und Aufgabenprofil

Die Funktion der Pflegekordinatorin wurde im Stiftungsbereich Altenhilfe Bethel im Zusammenhang mit einer Reorganisation der Leitungsstruktur mit dem Ziel eingeführt, durch verbindliche Zuständigkeiten in den individuellen Pflegeprozessen eine hohe Pflegequalität zu gewährleisten.

³⁷ aus der Stellenbeschreibung Pflegefachkraft mit dem Aufgabenschwerpunkt Koordination und Gestaltung des Pflegeprozesses im Stiftungsbereich Altenhilfe Bethel

Die Pflegekordinatorin ist Pflegefachkraft mit dem Aufgabenschwerpunkt Koordination und Gestaltung des Pflegeprozesses. „Sie zeigt sich in Absprache mit der Pflegedienstleitung maßgeblich verantwortlich für:

- die Koordination, Zusammenfassung und Wertung der Informationssammlung, Festlegen des Maßnahmenplans,
- die regelmäßige persönliche Inaugenscheinnahme von Bewohnerinnen in besonderen Pflegesituationen,
- die Einbeziehung der Bewohnerin in die Planungsprozesse,
- die Koordination der im Planungsprozess festgelegten Maßnahmen,
- die Einbeziehung und Koordination aller im Pflegeprozess Beteiligten (Angehörige, gesetzliche Betreuer, Sozialdienst, Ärzte, et cetera),
- die Dokumentation des Pflegeplans unter Berücksichtigung der Begutachtungs- und Qualitätsprüfungsrichtlinien des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung,
- die Sicherstellung der Kommunikation der Pflegeplanung im Team sowie Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Pflegefallgesprächen.

Sie ist verantwortlich für die Sicherstellung der Dokumentation der erbrachten Leistungen nach den vereinbarten Vorgaben.“³⁸

Ihr Auftrag ist es „richtiges Handeln nachvollziehbar zu machen“. Dieser Auftrag betrifft alle Lebensbereiche/Pflegethemen der Klientinnen und beinhaltet neben der unmittelbaren Pflegetätigkeit auch die dazu gehörigen Beratungs-, Anleitungs- und Koordinationsaufgaben.

Dabei führt die Koordinatorin nicht alle Aufgaben persönlich durch. Insbesondere müssen zeitlich gebundene Aktivitäten (feste Termine in der Tagesstruktur, Notfallinterventionen, Arzttermine et cetera) von den dienstplanmäßig anwesenden Pflegekräften erledigt werden. Die Koordinatorin bleibt aber die federführend verantwortliche Ansprechpartnerin.

³⁸ Pflegeprozessverantwortliche sind nur gegenüber Pflegehilfskräften, Auszubildenden, Betreuungskräften fachlich weisungsbefugt. Sie haben eine fachliche Weisungsbefugnis gegenüber Pflegefachpersonen.

Struktureller Rahmen

In den elf stationären Einrichtungen im Stiftungsbereich Altenhilfe Bethel sind zurzeit 44 Pflegekoordinatorinnen beschäftigt, das entspricht bei 667 Plätzen einer durchschnittlichen Anhaltzahl von 1:15 (Koordinatorin/Bewohnerin). Im Referenzkonzept wurde von einer Größe von 1:10 ausgegangen. Diese Zielgröße ist für uns im Stiftungsbe- reich aus personellen Gründen nicht umsetzbar. Je umfangreicher die Zuständigkeit, desto mehr Freiräume sind für die Umsetzung der anfallenden prozessbezogenen Auf- gaben erforderlich.

Die Funktion der Wohnbereichsleitung wurde nach Ein- führung des Koordinatorenmodells abgeschafft. Deren Aufgaben werden von den Pflegekoordinatorinnen³⁹ oder der Pflegedienstleitung⁴⁰ wahrgenommen. Die Pflegekoordinatorin ist für die Steuerung des Pflegeprozesses verantwortlich. Sie hat keine Leitungsfunktion. Fachlich weisungsbefugt ist sie nur gegenüber Pflegehilfskräften, Auszubildenden, Betreuungskräften ... Sie hat keine fachliche Weisungsbe- fugnis gegenüber den Fachkräften. Die Pflegedienstleitung überprüft die Umsetzung des Pflegeprozesses im Rahmen ihrer Dienst- und Fachaufsicht.

Auswahlverfahren/Qualifikation

Die Besetzung der Stellen geschieht im Rahmen der gere- gelten Personalentwicklung. Die Mitarbeitenden kommen alle aus den eigenen Reihen, es gab bis heute keine Neu- einstellungen für diese Funktion. Die Fluktuation ist gering, so dass die meisten Pflegedienstleitungen heute gezielt ihren Nachwuchs für eventuelle Vakanzen fördern.

Alle Koordinatorinnen sind Pflegefachkräfte. Das Anforde- rungsprofil basiert auf den im Referenzkonzept⁴¹ beschrie- benen Kompetenzen. Zu diesen Kompetenzen gehören fachliche und methodische Kompetenz (Expertenwissen, -erfahrung), kommunikative/integrative Kompetenz, Bera- tungs- und Anleitungskompetenz, Steuerungs-, Beurtei- lungs-, Entscheidungskompetenz, sprachliche Kompetenz

sowie die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen, Lernbereitschaft, Neugier und Experimentierfreude.⁴²

Beschäftigungsumfang

Der Beschäftigungsumfang aller unserer Koordinator/innen liegt bei mindestens 75 Prozent. Bei gleichmäßiger Vertei- lung der Wochenarbeitszeit sind auch Stellenanteile bis 50 Prozent möglich. Die Zuständigkeit erstreckt sich dann auf einen kleineren Bewohnerkreis.

Bei einer vollen Stelle erhalten die Koordinator/innen eine Funktionszulage von 100 Euro pro Monat.

Erfahrungen und Perspektiven

Zwei Jahre nach Projektstart zeigte sich in einer syste- matischen Evaluation eine hohe Akzeptanz des Modells bei durchweg konstruktivem Umgang mit verschiedenen Schwierigkeiten und Hindernissen, die nach und nach auf- tauchten.

Folgende positive Effekte sind zu benennen:

- Bewohnerinnen, Angehörige erleben personelle Kontinuität und Verlässlichkeit.
- Koordinatorinnen erfahren Wertschätzung in ihrer Tätigkeit.
- Pflegedienstleitungen erleben Entlastung in ihren Aufgaben.
- Im Rahmen der Personalentwicklung ist die Übernahme der Koordinatorenrolle ein wichtiger Schritt in der Karriereplanung.
- Koordinatorinnen übernehmen eine Motorfunktion, bei- spielsweise bei der Einführung neuer Verfahrensweisen.
- und nicht zuletzt: Pflegeprozesse sind „richtiger und nachvollziehbarer“.

39 Dienst- und Fachaufsicht.

40 www.mgepa.nrw.de/pflege/Ratgeber/ambulante___stationaere_pflege/referenzmodelle/index.php – aufgerufen am 20.04.2017.

41 Vergleich: Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicher- ten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege 2004 – 2006, a.a.O.

42 www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Mod_06_Entwurf-Qua- lifikationsrahmen.pdf – aufgerufen: am 26. September 2016.

Mehrfachbelastung

Eine Schwierigkeit, bei der wir im Moment keine Alternative sehen, ist das Thema Doppel- bis Mehrfach-Rolle der Koordinatorinnen angesichts des Mangels an geeigneten Fachkräften. Die Koordinatorinnen sind neben ihrem Aufgabenschwerpunkt mehrheitlich Praxisanleiterinnen und Spezialistinnen für besondere Pflegesituationen (DCM, Palliativ, Wundversorgung ...) und gleichzeitig „normale“ Fachkraft und als solche nicht selten alleine im Dienst.

Zwar wird ein Großteil der Schwerpunkt-Tätigkeit auch während des normalen Dienstes erledigt: im direkten Bewohnerkontakt, im Kontakt mit Angehörigen, mit Ärztinnen und anderen; die Kunst liegt dann darin, diese Zeit bezüglich der je spezifischen Fragestellungen, Wahrnehmungen, Pflegehandlungen und so weiter gezielt, bewusst und präsent im Sinne des richtigen und nachvollziehbaren Pflegeprozesses zu nutzen – dies muss geübt und reflektiert werden.

Darüber hinaus bleiben aber Aufgaben, die zusätzliche Zeit erfordern. Dieses sind unter anderem alle über den täglichen Verlauf hinausgehenden Dokumentationsaufgaben. Dazu werden inzwischen in allen Einrichtungen gesonderte Zeiten fest im Dienstplan vorgesehen.

Pflegeprozesssteuerung als Meistertätigkeit

Ein häufig diskutierter Punkt: „Pflegeplanung lernt man doch in der Ausbildung, warum sollen das die Ausgebildeten dann nicht machen ...“

Die Unterscheidung von Geselle und Meister in anderen Berufen hat ihren guten Sinn. In der Autowerkstatt nimmt in der Regel ein Meister den Wagen in Empfang und macht Diagnostik und Arbeitsplan – anderes würde uns wohl zumindest wundern – und es ist schwer nachvollziehbar, warum das in einer so komplexen und anspruchsvollen Situation wie der Pflege anders sein soll. Unsere Erfahrung zeigt jedenfalls, dass für die an diesen Aufgabenschwerpunkt gestellten Anforderungen eine besondere Qualifikation unverzichtbar ist.

Für diese Qualifizierung, die bislang im Rahmen von Inhouse-Schulungen stattfindet, ist perspektivisch eine trägerübergreifende anerkannte Weiterbildung „Pflegeprozesssteuerung und -koordination“ anzustreben.

Fazit

Das Pflegekoordinatoren-Modell ist neben anderen eine bewährte Möglichkeit zur Sicherstellung einer guten Pflegequalität unserer Bewohner/Klienten in Zeiten zunehmend prekärer werdender Personalbesetzungen. Gute und gangbare Lösungen müssen im Einzelnen von den individuellen Gegebenheiten abgeleitet und gegebenenfalls immer wieder neu justiert werden. So unterschiedlich die Organisationsformen sein können – von Bezugspflegesystem bis Primary Nursing et cetera – der unserer Einschätzung nach unverzichtbare Kern ist jedoch die kompetente, verbindliche Zuständigkeit einer Pflegeperson für den individuellen Pflegeprozess. Das dafür geforderte Niveau an Kompetenz, persönlicher Verantwortung und Professionalität wird eine ständige Herausforderung sein.

4.3 Kompetenzorientierung mit Praxisbeispiel

Im Prozess der Reorganisation von Arbeitsprozessen im Sinne qualifikationsorientierter Arbeitsteilung müssen Anforderungs- und Qualifikationsprofile für unterschiedlich komplexe Pflege-, Unterstützungs- und Betreuungsleistungen definiert werden. Formale Berufs- und Fortbildungsprofile und -abschlüsse vermögen hierfür erste Anhaltspunkte zu geben. Sie geben jedoch keine abschließenden Auskünfte über die informellen Qualifikationen, die zusammen mit den formalen Qualifikationen das persönliche Kompetenzprofil ausmachen. Eine solche kompetenzbasierte Definition von Anforderungs- und Qualifikationsprofilen für pflegerische Tätigkeiten und Aufgaben stellt der von der Fachhochschule Bielefeld und dem Deutschen Institut für Pflegeforschung (dip) unter Federführung von Prof. Dr. Barbara Knigge-Demal und Prof. Gertrud Hundenborn entwickelte „Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen“⁴⁴³ zur Verfügung.

Der Anforderungs- und Qualifikationsrahmen beschreibt acht Qualifikationsniveaus pflegerischer Tätigkeiten:

- Qualifikationsniveau 1
ist ausgerichtet auf Service im Lebensumfeld.

43 Müller, Margret; Seidl, Norbert (2003): Lebenswelt für Demenzkranke. Frankfurt am Main; Fachhochschulverl., Seite 23f.

- **Qualifikationsniveau 2**
ist ausgerichtet auf die persönliche Assistenz.
- **Qualifikationsniveau 3**
ist ausgerichtet auf die Durchführung von Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses.
- **Qualifikationsniveau 4**
ist ausgerichtet auf die Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen.
- **Qualifikationsniveau 5**
ist ausgerichtet auf die Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen für spezielle Klientengruppen.
- **Qualifikationsniveau 6**
ist ausgerichtet auf die Steuerung und Gestaltung von hochkomplexen Pflegeprozessen und die Leitung von Teams.
- **Qualifikationsniveau 7**
ist ausgerichtet auf die pflegerische Leitung in Einrichtungen.
- **Qualifikationsniveau 8**
ist ausgerichtet auf die Steuerung und Gestaltung pflegewissenschaftlicher Aufgaben.

Zu jedem Qualifikationsniveau werden einleitend die zentralen Merkmale des Niveaus beschrieben. Anschließend werden die jeweiligen fachlichen Anforderungen als Verantwortungsbereiche mit beispielhaften Aufgaben erläutert. Danach werden das Wissen und die Fertigkeiten aufgeführt, die zur Bewältigung der Anforderungen erforderlich sind.

Darüber hinaus werden Instrumente für die Personal- und Teamentwicklung zur Verfügung gestellt:

- Leitfaden zum Personalentwicklungsgespräch für pflegerische Leitungspersonen
- Fragebogen zur Vorbereitung auf ein Personalentwicklungsgespräch für Vorgesetzte und Mitarbeitende
- Leitfaden zum Teamgespräch.

Wie der Anforderungs- und Qualifikationsrahmen und seine Instrumente gewinnbringend im Personalmanagement eingesetzt werden können, hat das Diakonische Werk Gladbeck-Bottrop-Dorsten erprobt.

Praxisbeispiel

Der Qualifikationsrahmen – erprobte Umsetzung im Diakonischen Werk Gladbeck-Bottrop-Dorsten

Beitrag von Kerstin Schönlau

Die Seniorenhilfe gemeinnützige GmbH ist unter dem Dach des Diakonischen Werks Gladbeck-Bottrop-Dorsten Anbieter von stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten in den drei Städten. In dieser Gesellschaft sind 540 Mitarbeitende beschäftigt und Themen rund um die Kompetenzorientierung werden seit Jahren verfolgt.

In den Projekten zum Qualifikationsrahmen wurde sowohl die Entwicklung als Beiratsmitglied als auch die Erprobung als Praxiseinrichtung begleitet. Die im Projekt entwickelten Instrumente der Personal- und Organisationsentwicklung werden in Variationen im Alltag genutzt und hier kurz vorgestellt.

Instrument „Teamcheck“ – Kooperationen im Pflegealltag als Chance

In den Arbeitsbereichen der Pflege, findet ein zeitgleiches Miteinander von verschiedenen Berufsgruppen und Qualifikationsstufen mit unterschiedlichen Stellenanteilen statt. Das gilt sowohl für den Bereich der Pflege, Hauswirtschaft und des Sozialdienstes.

Beispiel: Pflege – verschiedene Qualifikationsniveaus

Für unsere multiprofessionellen Teams sind Aufgaben- und Verantwortungsbereiche formal durch Stellenbeschreibungen, dokumentierte Verfahrensabläufe et cetera geklärt.

Aber: Im Alltag verschwimmen die eigenständige Übernahme und Verantwortlichkeit der Professionen, abhängig von

- Wissen und Können des Einzelnen
- Mut des Einzelnen
- und Teamkultur.

DARUM: der Teamcheck wird als Methode zur Klärung der Situation genutzt.

Die Moderationsmethode beinhaltet, dass möglichst alle Teammitglieder für circa 2 Stunden anwesend sind (zumindest sollte jede Berufsgruppe vertreten sein), Moderationsmaterial genutzt wird und alle sich gleichberechtigt beteiligen. Der vorliegende Leitfaden ist eine strukturierte Arbeitshilfe.

Es wird zunächst nach typischen Aufgaben im Team gefragt, und nach deren Häufigkeit. Anschließend wird sortiert nach: bewohnerbezogenen Tätigkeiten, teambezogenen Tätigkeiten und einrichtungsbezogenen Tätigkeiten.

Themen, die nach mehrfacher Nutzung der Methode identifiziert werden:

- Überschneidungen und Dopplungen in der Ausführung von Tätigkeiten werden aufgedeckt
- Erkennen, welche Abläufe eine Prozessbeschreibung benötigen, damit auch Teilzeitkräfte wissen, was zu tun ist
- Klärung des Aufgabenbereichs für Pflegehelfer muss erfolgen
- Beobachtungen zum Pflegebedarf werden aus verschiedenen Blickwinkeln zusammengetragen
- Individuelle Fähigkeiten und Talente einzelner Mitarbeitender werden entdeckt
- Komplexe Aufgaben können in Eigenverantwortung übergeben werden
- Ein „Wir Gefühl“ für die gemeinsame Aufgabe wird entwickelt: die Bewohnerinnen sollen eine hohe Lebensqualität in ihrem Lebens- und Wohnumfeld erleben.

Die Methode wird gezielt eingesetzt zur Teamentwicklung, bei neuen Leitungskräften oder bei Konflikten in den Teams.

Instrument: Personalentwicklungsgespräche für Mitarbeitende in Leitungsfunktionen

Diese Arbeitshilfe wird zusätzlich zu bestehenden Jahresgesprächen in ausgewählten Situationen eingesetzt. Das gesellschaftsübergreifende Jahresgespräch ist als Entwicklungsgespräch angelegt, enthält aber keine aufgabenbezogene Spezifizierung.

Die bisher genutzten Situationen waren:

- Entscheidung für einen Karriereweg innerhalb des Werks (von der Fachkraft zur Wohnbereichsleitung)
- Klärung der Eignung im Rahmen der Probezeit bei einer stellvertretenden Pflegedienstleiterin
- Entscheidungsfindung nach einer Interimsbesetzung einer Pflegedienstleiterin.

Das Instrument besteht aus einem Vorbereitungsbogen für Mitarbeitende (Selbsteinschätzung) und Vorgesetzte (Fremdeinschätzung) und einem Dokument zur Zielvereinbarung. Im ersten Teil des Fragebogens geht es um konkrete Verantwortungs- und Aufgabenbereiche der Leitung und im zweiten Teil um die Einschätzung von Wissen und Können, das zur Verfügung steht.

Die Erfahrungen sind:

Perspektive Vorgesetzte:

- Die Komplexität des Aufgaben- und Verantwortungsbereichs wird durch den Fragebogen gut abgebildet.
- Die Einschätzung von Wissen und Können ermöglicht eine begründete Positionierung zu Stärken und Entwicklungsbedarfen der Mitarbeiterin.
- Die Zielvereinbarung konkretisiert das weitere Vorgehen und bildet eine Klammer zum Jahresgespräch.

Perspektive Mitarbeitende:

- Eine gute Möglichkeit, um die eigene Befähigung für den gewünschten Aufgaben- und Verantwortungsbereich zu überprüfen.
- Eine Chance, sich des eigenen Wissens und Könnens im Sinne der Selbststärkung bewusst zu werden.
- Erlebte Partizipation und Transparenz in der Planung des weiteren Vorgehens sowie Umsetzung des Mitarbeiterorientierten Führungsstils.

Somit ist dieses Instrument eine gute Möglichkeit zur Klärung, ob die Mitarbeitende für den Aufgabenbereich mit ihrem Wissen und Können geeignet ist.

Es stärkt die Beziehungsebene zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitenden, da beide sich der Komplexität des Aufgabengebiets bewusst werden. Ebenfalls sichert es die Verfolgung der Zielerreichung.

Fazit – Nutzung des Qualifikationsrahmens:

- Er ist ein validiertes Instrument zur Kompetenzeinschätzung.
- Er kann Orientierung bieten für Bewerberauswahlgespräche: Abgleich des Anforderungsprofils der Stelle mit dem Kenntnisstand der Bewerberin.
- Er bietet Anhaltspunkte für Stellenbeschreibungen der Organisation.
- Er kann Richtlinie sein für die Einschätzung der individuellen Arbeitsqualität.
- Er ist Orientierungsrahmen für die Konzeption des Niveaus von Bildungsangeboten/Modulen (bereits erprobt national und in einem EU-Projekt).

Die entwickelten Instrumente:

- Können Grundlage sein für Entwicklungsgespräche zur Entscheidungsfindung und um individuelle Qualifizierungsbedarfe zu identifizieren.
- Können für den Prozess der Teamentwicklung genutzt werden.

4.4 Konzepte/Organisation stationärer Pflegeeinrichtungen

Die nachfolgend beschriebenen unterschiedlichen Konzepte zur Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen stellen spezifische Anforderungen an die Pflegepersonen. Wesentliches Kriterium für die Entscheidung des Trägers für eines der pflegerischen Versorgungskonzepte ist die Versorgungsqualität für die Bewohnerinnen.

Die Versorgungskonzepte stehen im engen Zusammenhang zu den Anforderungen und der Qualifikation der Pflegepersonen.

4.4.1 Neue Wohnformen in der stationären Altenpflege

Personalkonzepte der Pflege sind abhängig von der internen Organisation und Steuerung von Prozessen oder von der Aufbauorganisation einer Pflegeeinrichtung. Seit den achtziger Jahren haben sich die Versorgungsangebote für Menschen mit intensivem Pflegebedarf ausdifferenziert. Motiv für diese Entwicklung war eine verbreitete kritische Bewertung großer stationärer Pflegeeinrichtungen, denen man unterstellte, sie würden die Arbeitsabläufe an den arbeitsökonomischen Erfordernissen der Organisation und nicht an den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen der Bewohnerinnen ausrichten. Entsprechend wurde nach wirtschaftlichen Versorgungsformen im Rahmen kleiner Wohn- und Pflegeeinheiten gesucht.

Unter der Bezeichnung ‚Neue Wohnformen‘ wird eine Reihe von Konzepten zusammengefasst, die seit den 1980er Jahren zunächst außerhalb Deutschlands entwickelt wurden.⁴⁴ In Deutschland wurde sie vor allem von Altenhilfeträgern aufgegriffen und praktisch erprobt. Die Mehrzahl dieser Konzepte konzentriert sich auf die Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Eine einheitliche Verwendung der Begrifflichkeiten und genaue definitorische Abgrenzung der unterschiedlichen Konzepte existiert nicht. Abhängig von der länderspezifischen Heimgesetzgebung gibt es unterschiedliche Ausgestaltungen. Über die exemplarische Beschreibung einzelner Konzepte und Einzelfallstudien hinaus gibt es keine systematischen Forschungsergebnisse zur zahlenmäßigen Verbreitung, Finanzierung oder zur Qualität (im Sinne von Messung der Pflege- und Lebensqualität) der neuen Wohnformen.⁴⁵ Durch die Einführung dieser neuen Konzepte haben sich die Anforderungen an die Kompetenzen und Qualifikationen der Mitarbeitenden in den jeweiligen Einrichtungen verändert.

Das verbindende Element dieser neuen Wohnformen ist, dass es sich um kleinere Einheiten mit einem entsprechend kleineren Personaltableau handelt. Das erfordert tendenziell eine erhöhte Aufgabenflexibilität, die aber von den Mitarbeitenden nicht unbedingt als Nachteil erlebt wird.

⁴⁴ Für die Schweiz wurden im Rahmen des Projekts Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP) Zahlen erhoben; <https://shurp.unibas.ch/>; Zugriff am 12.02.2016.

⁴⁵ Michell-Auli, Peter; Sowinski, Christine (2013): Die 5. Generation: KDA-Quartiershäuser. Köln; KDA, S. 21.

4.4.2 Hausgemeinschaften

Hausgemeinschaften werden als die Vierte Generation des Altenwohnbaus bezeichnet.⁴⁶ Vorbild hierfür waren niederländische und französische Einrichtungen.⁴⁷ Ab Mitte der 1990er Jahre wurden in ersten Modellversuchen Hausgemeinschaften von deutschen Altenhilfeträgern angeboten beziehungsweise bestehende Wohnbereiche in stationären Pflegeeinrichtungen in Anlehnung an das Hausgemeinschaftskonzept umgebaut und umstrukturiert. Hausgemeinschaften waren als „kleine, überschaubare und wohnortnahe Wohnstrukturen für pflegebedürftige ältere Menschen“ gedacht, in denen jeweils acht bis zwölf Personen leben sollen.⁴⁸ Das Konzept der Hausgemeinschaften wurde in den 90er Jahren vom Kuratorium Deutsche Altershilfe mit großem Engagement publiziert und beworben.

Kerngedanke des Konzepts sind das Normalitätsprinzip, die Selbstbestimmung und eine möglichst große Unabhängigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner sowie eine Familienorientierung.⁴⁹ Dabei war insbesondere an mobile demenzkranke Menschen gedacht, deren erhaltene Fähigkeiten durch die Einbeziehung in gewohnte hauswirtschaftliche Tätigkeiten zur Selbstversorgung gefördert werden sollten. Das Zentrum der Hausgemeinschaft ist in der Regel die Wohnküche als Ort der Begegnung, in der die Bewohner den größten Teil des Tages verbringen sollen. Für die Tagesbetreuung ist eine Präsenzmitarbeiterin oder Alltagsbegleiterin zuständig, die vor allem durch die hauswirtschaftliche Versorgung die Tagesstruktur vorgibt und deren Aufgabe es auch ist „in allen Situationen der Bewohnerin unterstützend zur Seite [zu] stehen“.⁵⁰

Personalorganisation in Hausgemeinschaften

Ein wesentliches Gestaltungselement der Hausgemeinschaften ist die Verlagerung der Speisen- und Wäscheversorgung aus der zentralen Versorgung in die Hausgemeinschaft. Dies trägt zu einer sinnvollen Tagesstrukturierung für die Bewohnerinnen bei und verlagert Personalressourcen in die Hausgemeinschaft. Dadurch wird eine kontinuierliche Personalpräsenz auch in kleinen Einheiten möglich.

46 ebd., Seite 25.

47 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2004): Planungshilfe Alltagsbegleitung und Präsenz in Hausgemeinschaften. Köln; Kuratorium Deutsche Altershilfe.

48 Planer, Katharina (2010): Haus- und Wohngemeinschaften. Bern; Huber. Seite 22f.

49 Arend, Stefan (2005): Vom Modellversuch zur Regelversorgung. Hannover; Vincentz Network. Seite 81.

50 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.), a.a.O., Seite 41.

In einer Hausgemeinschaft arbeiten Präsenzmitarbeiterinnen und examinierte Pflegefachpersonen zusammen in der Betreuung und Pflege der Bewohnerinnen. Für die Aufgabenaufteilung existieren unterschiedliche Konzepte. Teilweise übernehmen beide Berufsgruppen fast die gleichen Aufgaben, lediglich Pflegeplanung und behandlungspflegerische Maßnahmen sind den Pflegefachkräften vorbehalten. In anderen Modellen sind Pflege und Hauswirtschaft deutlich voneinander getrennt. Ein Teil der Aufgaben wird von den zusätzlichen Betreuungskräften nach § 87b Absatz 3 SGB XI übernommen. Eine häufig umgesetzte Variante ist die Organisation der Pflegetätigkeiten über einen internen Pflegedienst, der die Bewohnerinnen in mehreren Hausgemeinschaften im Rahmen einer Tourenplanung analog einem ambulanten Pflegedienst versorgt.⁵¹

Personalqualifikation in Hausgemeinschaften

Ein wichtiger Schritt vor der Einführung einer Hausgemeinschaft in einer stationären Einrichtung ist die Auswahl der geeigneten Mitarbeitenden. Dies gilt für die Leitung genauso wie für die beteiligten Berufsgruppen Pflege und Hauswirtschaft. Dabei sind fachliche Kompetenzen wichtig, eine mindestens genauso große Bedeutung haben Einstellungen und Werthaltungen der Mitarbeitenden sowie Schlüsselkompetenzen wie Kommunikations- und Empathiefähigkeit oder Kooperationsbereitschaft. Bei der Auswahl sollten die Schritte der Festlegung von Soll-Kompetenzen, Definition der Kompetenzen, Erstellen von Interviewleitfaden und Bewertungsmatrix sowie die Erfassung des Ist-Kompetenzprofils durchlaufen werden.⁵²

Die auf Alltagsnormalität ausgerichtete Arbeit in einer Hausgemeinschaft erfordert eine „generalistische Kompetenz“⁵³ im Umgang mit den Bewohnerinnen. Daraus ergibt sich auch die Notwendigkeit einer engen Kooperation zwischen den Präsenzkraften und den Pflegefachkräften. In Evaluationsstudien wurde festgehalten, dass die Abgrenzung der Aufgabebereiche nicht immer leicht, für die Mitarbeitenden aber von hoher Bedeutung ist.⁵⁴

51 Ausführlich dazu Dettbarn-Reggentin, Jürgen (2010): Personal – Auswahl, Einsatz und Qualifikation. In: Dettbarn-Reggentin, Jürgen; Reggentin, Heike; Risse, Thomas (2010): Alternative Wohnformen für Menschen mit demenziellen, geistigen und körperlichen Einschränkungen. Merching; Forum GesundheitsMedien. Kapitel 5.3.

52 Müller, Margret; Seidl, Norbert a.a.O., Seite 87ff.

53 Tschainer, Sabine (o.J.): Begleitstudie zum Betriebsbeginn des Seniorenzentrums Marie-Anne Clauss. Institut aufschwungalt, München.

54 Krauß, Matthias; Howe, Jürgen; Schröder, Johannes (2015) Potenziale der stationär pflegerischen Betreuung Schwerstdemenzkranker. HeilberufeScience, November 2014, 5. Jg., Ausgabe 4, 94-107.

In einer Expertenbefragung zur Qualität in der Betreuung von Menschen mit Demenz⁵⁵ wurde als wichtigste Handlungsempfehlung genannt: „Personelle Fortbildungen, die dem Betreuungskonzept angepasst sind“. Besonders bei der Eröffnung einer Hausgemeinschaft ist es wichtig, dass auch eine gemeinsame Qualifizierung der dort arbeitenden Mitarbeiterinnen erfolgt.

Für die Fortbildung von Präsenzkraften existiert eine Reihe von Curricula mit einem unterschiedlichen Stundenumfang.⁵⁶ Ziel ist es, soziale, organisatorische und fachliche Kompetenzen zu vermitteln, die in der Arbeit mit Menschen mit demenzieller Erkrankung von besonderer Bedeutung sind. Während es für Präsenzkraften in der Regel keine Vorgaben hinsichtlich der Qualifizierung gibt, gibt es für die Betreuungskräfte Richtlinien, in denen beispielsweise der Stundenumfang und die Gliederung der Qualifizierungsmaßnahme festgelegt sind.⁵⁷

Hausgemeinschaften werden sowohl in einem ambulanten als auch in einem stationären Setting angeboten. Im ambulanten Setting werden behandlungspflegerische Maßnahmen durch die Fachkräfte eines kooperierenden ambulanten Pflegedienstes durchgeführt. Im stationären Setting sind oft mehrere Hausgemeinschaften in einem Gebäude zusammengefasst. Die behandlungspflegerischen Maßnahmen werden in der Regel analog zum ambulanten Setting durch einen zentral im Gebäude angesiedelten Dienst durchgeführt, der allerdings kein zugelassener ambulanter Pflegedienst ist.

4.4.3 Demenzwohngruppe

Demenzwohngruppen sind in der konzeptionellen Ausrichtung den Hausgemeinschaften sehr ähnlich. Es handelt sich hierbei um stationäre Wohngruppen für circa 12 Personen mit einer mittleren bis schweren demenziellen Erkrankung. Das Betreuungskonzept ist an den Ressourcen der Bewohnerinnen ausgerichtet und zielt darauf ab, dass diese das bestmögliche Wohlbefinden für sich erreichen können. Die Bedürfnisse der Bewohnerinnen sind auch der Ausgangspunkt für die milieuthapeutische Gestaltung des räumlichen, organisatorischen und sozialen Umfelds. Dazu gehört auch die verbindlich festgelegte Tagesstruktur, die jedoch so flexibel

gehandhabt wird, dass sie an die individuellen und aktuellen Bedürfnisse angepasst werden kann.⁵⁸ Im Unterschied zu den Hausgemeinschaften liegt bei den Demenzwohngruppen der Fokus weniger stark auf der Hauswirtschaft und auch das Personalkonzept unterscheidet sich.

Personalorganisation in Demenzwohngruppen

Um personenzentriert und milieutherapeutisch arbeiten zu können, ist es erforderlich, quantitative und qualitative Mindeststandards einzuhalten. In Modellprojekten hat sich bei einer Gruppengröße von 12–14 Bewohnerinnen eine Personalbesetzung von mindestens zwei Mitarbeitenden in Früh- und Spätschicht bewährt. Während des Frühstücks war eine zusätzliche hauswirtschaftliche Mitarbeiterin sehr hilfreich. In der Summe ergibt sich daraus ein Personalschlüssel von 1:1,8.⁵⁹

Personalqualifikation in Demenzwohngruppen

Die Demenzwohngruppen unterliegen als stationäres Angebot den durch SGB XI und Landesrahmenverträge vorgegebenen Rahmenbedingungen. Eine zusätzliche Qualifizierung aller Mitarbeitenden für die Arbeit mit demenzkranken Menschen ist für die Einführung des Konzepts in einer Einrichtung unerlässlich. In der Qualifizierung sollten neben der Vermittlung von gerontopsychiatrischem Basiswissen auch Themen wie Validation, Biografiearbeit, basale Stimulation oder Kinästhetik angesprochen werden. Die Leitung einer Demenzwohngruppe sollte über eine gerontopsychiatrische Zusatzqualifikation verfügen.⁶⁰

4.4.4 Pflegeoase

Zentrales Anliegen des Konzepts ‚Pflegeoase‘ ist der Erhalt des personen-zentrierten Ansatzes auch bei Menschen mit schwerster Demenz. Zu einer Pflegeoase gehört ein größerer Mehrpersonenraum, in dem ein gemeinsamer Lebensraum geschaffen wird. Ziel ist es dabei explizit nicht, in einem Mehrbettzimmer Funktionspflege durchzuführen. Das Konzept Pflegeoase wird von den Befürwortern als Weiterentwicklung des Wohngruppenkonzepts verstanden. Es werden unterschiedliche Varianten beschrieben:

55 Vergleich Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2004): Planungshilfe Alltagsbegleitung und Präsenz in Hausgemeinschaften. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln. Anlage 3.

56 Richtlinien nach § 87b Absatz 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RI) in der Fassung vom 29. Dezember 2014.

57 Kuhn, Christina; Radzey Beate (2005): Demenzwohngruppen einführen: ein Praxisleitfaden für die Konzeption, Planung und Umsetzung. Demenz-Support Stuttgart gGmbH, Stuttgart, Seite 19.

58 a.a.O., Seite 52. Im europäischen Ausland gibt es in ähnlichen Projekten deutlich höhere Personalschlüssel.

59 ebd.; die Veröffentlichung enthält einen Teil mit Materialien für die Basisqualifizierung von Mitarbeitenden.

60 Dettbarn-Reggentin, Jürgen (2011): Die Pflegeoase: Zwischen Nischenprodukt und Regelversorgung. ISGOS-Berlin; www.isgos.de/cms/images/stories/PDFs/dettbarn-reggentin%20vortrag%20die%20pflegeoase%20forschungsergebnisse.pdf; abgerufen am 16.02.2016.

1. Pflegeoase auf Dauer:

Den Bewohnerinnen wird ein eigener individueller Raum in einem Gemeinschaftsraum mit vier bis acht schwerstpflegebedürftigen Bewohner/innen geschaffen. Die Bewohner/innen haben kein eigenes individuelles Zimmer.

2. Pflegeoase auf Zeit („Kurzzeit-Pflegeoase“)

Die Pflegeoase wird über mehrere Tage von Bewohner/innen genutzt und dann im Wechsel von anderen Bewohner/innen belegt. Das individuelle Zimmer wird beibehalten.

3. Pflegeoase auf Zeit („Tagesoase“)

Die Bewohner/innen behalten ihr eigenes Zimmer, in dem sie die Nacht verbringen. Während des Tages werden mehrere Bewohner/innen in einer Art interner Tagespflege in einem Raum nach dem Grundprinzip einer Pflegeoase versorgt.⁶¹

Personalorganisation in Pflegeoasen

Für Pflegeoasen gilt in der Regel die heimrechtliche Fachkraftquote. Diese bezieht sich auf die organisatorische Ein-

heit Pflegeoase in Verbindung mit dem organisatorisch zugeordneten Wohnbereich. Die Zusammensetzung des Teams erfolgt in Verbindung mit dem organisatorisch zugeordneten Wohnbereich beispielsweise als festes Team in der Pflegeoase unter einer gemeinsamen Leitung, die stundenweise in der Pflegeoase präsent ist oder als rotierendes Team.⁶² Ein besonders wichtiges Qualitätskriterium ist die Sicherstellung einer dauerhaften Tagespräsenz mit einer ausreichend qualifizierten Mitarbeiterin in der Pflegeoase (mindestens 14 Stunden täglich).⁶³

Personalqualifikation in Pflegeoasen

Neben den in den anderen Wohnformen bereits genannten Qualifikationen sind bei der Pflege schwerstdeementer Menschen Handlungskompetenzen im Schmerz- und Ernährungsmanagement, in der Verhaltensbeobachtung und -interpretation sowie in Palliative Care besonders wichtig. Zusätzlich kommt der Kommunikations- und Beratungskompetenz im Umgang mit den Angehörigen eine hohe Bedeutung zu.⁶⁴

61 Berner, Renate; Rutenkröger, Anja; Kuhn, Christina (2013): Fragen zu „Pflegeoasen“ im Überblick. Demenz-support, Stuttgart. http://www.demenz-support.de/Repository/Pflegeoase_Antworten_Fachtag_2013.pdf; Zugriff am 18. Februar 2016.

62 Brandenburg, Hermann; Adam-Paffrath, Renate (Hrsg.) (2013): Pflegeoasen in Deutschland: forschungs- und handlungsrelevante Perspektiven zu einem Wohn- und Pflegekonzept für Menschen mit schwerer Demenz. Hannover: Schlütersche, Seite 305.

63 Brandenburg, Hermann; Adam-Paffrath, Renate; Brühl, Albert; Burbaum, Jörg (2011) Pflegeoasen: (K)Ein Lebensraum für Menschen im Alter mit schwerer Demenz!? Vallendar, Seite 129.

64 Vergleich.: [http://www.pflegewiki.de/wiki/Stellenbeschreibung_für_eine_WBL_\(Muster\)](http://www.pflegewiki.de/wiki/Stellenbeschreibung_für_eine_WBL_(Muster)) abgerufen am 16. Dezember 2016.

5. Bewertung und Ausblick

Die Träger und Einrichtungen der Altenpflege sind vor die Herausforderung gestellt, Antworten auf die sich verändernde Bewohnerstruktur und eine schwieriger werdende Personalsituation zu finden. Die Sicherung des Fachkräftebedarfs mit seiner grundlegenden Bedeutung für die Leistungserbringung in der stationären Altenpflege steht nicht im Vordergrund dieser Handreichung weil sie ein eigenständiges wichtiges Thema ist.

In der vorliegenden Handreichung haben zwei Aspekte besondere Beachtung gefunden:

1. Verantwortung für Steuerung des individuellen Pflegeprozesses
(3.2 Professionelle Pflegeprozesssteuerung, vgl. Seite 12 ff)
und
2. Differenzierterer Blick auf die persönlichen Kompetenzen der Mitarbeitenden
(4.2 Qualifikationsorientierte Arbeitsteilung, vgl. Seite 16 ff)

Beide Aspekte sind einer Gestaltung durch die Einrichtung umfassend zugänglich.

Die Steuerung des Pflegeprozesses ist ein Thema der Ablauforganisation in der gesamten Einrichtung, die insbesondere die pflegerische Aufgabenzuordnung innerhalb des Wohnbereichs als auch den Verantwortungsbereich der Pflegedienstleitung berührt.

Der Blick auf die persönlichen Kompetenzen der Mitarbeitenden ist vor allem ein individualistischer Ansatz. In beiden Konzepten werden die Veränderungsprozesse von der Leitungsebene angestoßen und gesteuert, weil eventuell die Konsequenzen für die anderen Leistungsbereiche des Hauses mit gedacht werden müssen. Bekanntlich sind solche Top-down Prozesse nur gemeinsam mit den Mitarbeitenden erfolgreich.

Die verantwortliche Steuerung des Pflegeprozesses

Nach modernem Verständnis hat eine professionelle Steuerung des immer komplexer werdenden Pflegeprozesses entscheidenden Einfluss auf die Qualitätsbewertung und die Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner. In der Regel erfolgt die Steuerung des individuellen Pflegeprozesses im direkten Kontakt mit der Bewohnerin und ist traditionell Aufgabe der Wohnbereichsleitung. In großen Wohnbereichen stellen allerdings die umfangreichen organisatorischen und fachlichen Aufgaben sehr komplexe und zeitintensive Anforderungen an die Wohnbereichsleitung.⁶⁵ Aufs Jahr gesehen ist eine vollzeitbeschäftigte Wohnbereichsleitung durchschnittlich nur etwa ein Fünftel der gesamten Pflegezeit eines Wohnbereichs mit „Rund-um-die-Uhr-Versorgung“ im Wohnbereich präsent. Bei Abwesenheit der Leitung übernimmt die anwesende Pflegefachperson in der Regel temporäre Leitungsaufgaben.

Die Handreichung geht der Frage nach, wie die Pflegeprozesssteuerung in die Aufgabenverteilung und die Arbeitsprozesse des Wohnbereichs sinnvoll und effizient eingebunden werden kann. Die Pflegewissenschaft hat sich in der Vergangenheit mit dieser Frage unter den Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung auseinandergesetzt und verschiedene Modelle entwickelt, die teilweise für die stationäre Langzeitpflege adaptiert worden sind. Das Konzept der verantwortlichen Pflegefachkraft ist ein in der stationären Altenpflege entwickeltes und erprobtes Modell, das die Pflegeprozesssteuerung personell aufwertet und auf mehrere Personen eines Wohnbereichs verteilt, die sich untereinander vertreten können.

In dem vorgestellten Modell aus Bielefeld wurde die klassische Funktion der Wohnbereichsleitung abgeschafft und deren Aufgaben auf fortgebildete Pflegefachpersonen und die Pflegedienstleitung übertragen.

⁶⁵ Vergleich.: [http://www.pflegewiki.de/wiki/Stellenbeschreibung_für_eine_WBL_\(Muster\)](http://www.pflegewiki.de/wiki/Stellenbeschreibung_für_eine_WBL_(Muster)) abgerufen am 16. Dezember 2016.

Differenzierterer Blick auf die Kompetenzen der Mitarbeitenden

Die Kompetenzen der Mitarbeitenden zu fördern und weiterzuentwickeln gehört heute, unter dem Schlagwort Personalentwicklung, zum gängigen Repertoire stationärer Altenpflegeeinrichtungen. Die gegenwärtige Praxis der Stellenbeschreibungen orientiert sich oft an der formalen pflegerischen Qualifikation und reduziert die Aufgabenzuschreibung auf den Parameter pflegerische Fachperson oder Nicht-Fachperson. Die Nicht-Fachpersonen stellen in der Regel einen sehr breit gefächerten Qualifikationsmix verschiedener Professionen dar.

Die Veröffentlichung von Prof. Dr. Barbara Knigge-Demal und Prof. Gertrud Hundenborn (siehe Seite 23) überträgt die acht Kompetenzniveaus des deutschen Qualifikationsrahmens auf die stationäre Altenpflege. Mit Hilfe des Qualifikationsrahmens ist die betriebliche Personalentwicklung derart zu gestalten, dass Qualifikationsmixe entstehen, die an den Pflege-, Unter-

stützungs- und Betreuungsbedarfen älterer Menschen ausgerichtet sind und dem jeweiligen Angebotsprofil der Einrichtung entsprechen. Stellenbeschreibungen, Personalauswahl, Assessmentverfahren sowie Personalentwicklung können vor dem Hintergrund der vorgenommenen Stufungen einheitlicher und transparenter durchgeführt werden. Damit wird der Deutsche Qualifikationsrahmen zu einem Instrument des Personalmanagements.

Die stationäre Altenpflege muss auf die veränderten Rahmenbedingungen konzeptionelle Antworten geben. Die Diskussion dazu steht noch am Anfang und die vorliegende Handreichung gibt Denkanstöße.

Die vorliegende Handreichung hat einzelne Bausteine zu einer Diskussion zu Personalkonzepten der Zukunft in Einrichtungen der stationären Altenhilfe vorgestellt. Die Diskussion muss auf Trägerebene und in den Einrichtungen stattfinden und es kann nur Weiterentwicklungen geben, die auf der konkreten Situation aufbauen.

Mitglieder der Projektgruppe:

Manfred Carrier

Diakonie Deutschland, Berlin (Projektleitung)

Michael Görk

Diakonie in Nordhausen/Stiftung „Maria im Elende“ gGmbH
Geschäftsführer

Stefan Hof

Diakonie Hessen – Diakonisches Werk in Hessen-Nassau und Kurhessen-Waldeck e. V., Frankfurt a. M.
Stabsstellenleitung Personalentwicklung

Katrin Kell

Diakonisches Werk Hamburg
Fachbereichsleitung

Judith Klett-Schmidt

Diakonisches Werk Württemberg, Stuttgart
Referentin für stationäre Altenhilfe

Rudolf Michel-Fabian

Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe
Geschäftsfeldleitung Pflege, Alter und Behinderung, Münster

Sabine Sickau

Stephanus Wohnen und Pflege gGmbH, Berlin
Geschäftsführerin

Axel Stellmann

Diakonisches Werk der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg
Leitung Geschäftsbereich Altenhilfe

Claudia Ott

Theodor Fliedner Stiftung, Mülheim an der Ruhr
Fachvorstand

Wilfried Wesemann

Evangelisches Johannesstift, Berlin
Geschäftsführer

Auszug Diakonie Texte 2014/2015/2016

- 03.2017 Diakonie-Charta für ein Soziales Europa
 01.2017 Sektorenübergreifende Versorgung für multimorbide alte Menschen
 07.2016 HILFE! Zwischen den Stühlen – Junge Menschen mit psychischen- oder Suchterkrankungen ohne Wohnung
 Analysen, Forderungen und Empfehlungen.
 06.2016 Pflegestatistik zum 15. 12. 2013
 05.2016 Kirche und Diakonie in der Nachbarschaft – Neue Allianzen im ländlichen Raum
 04.2016 Soziales Unternehmertum und aktuelle Tendenzen am Sozialmarkt – Ein Diskussionspapier für die Diakonie in Deutschland
 03.2016 Verlässlicher Ganztag – Ein Plädoyer für ganzheitliche Bildung und Erziehung
 02.2016 Medizinische Rehabilitation von chronisch psychisch erkrankten Menschen – Diakonische Positionen zur medizinisch-rehabilitativen Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie
 01.2016 Junge Menschen (18 bis 27 Jahre) zwischen den Hilfesystemen – psychisch krank, suchtkrank, wohnungslos
 Vorschläge zu einer umfassenden Unterstützung, Begleitung und Behandlung
 06.2015 Einrichtungsstatistik – Regional zum 1. Januar 2014 05.2015 Zehn Jahre Hartz IV – zehn Thesen der Diakonie
 Menschenwürde und soziale Teilhabe in der Grundsicherung verwirklichen
 04.2015 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2014
 03.2015 Strategie im Vergabeverfahren
 Handreichung für Diakonische Träger
 02.2015 Gerechte Teilhabe durch Arbeit
 01.2015 Diakonische Positionen zu einem Präventionsgesetz
 11.2014 Arbeitsmigration und Pflege – Strategiepapier und Handreichung für Einrichtungsträger
 10.2014 Wie sehen Sie sich selbst? Die Akteure für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Diakonie
 09.2014 Fragen und Antworten zu den rechtlichen Handlungsspielräumen der Schuldnerberatung
 08.2014 Finanzierung palliativ kompetenter Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Liebe Leserinnen und Leser,

wir hoffen, dass wir Ihnen mit der vorliegenden Ausgabe des Diakonie Textes Informationen und inhaltliche Anregungen geben können. Wir sind an Rückmeldungen interessiert, um unsere Arbeit zu optimieren. Wir freuen uns deshalb, wenn Sie uns

1. Kommentare und Anregungen zum Inhalt des Textes zukommen lassen,
2. informieren, welchen Nutzen Sie durch diesen Text für Ihre Arbeit erfahren haben und
3. mitteilen, wie Sie auf die vorliegende Ausgabe der Diakonie Texte aufmerksam geworden sind und ob oder wie Sie diese weitergeben werden.

Ihre Rückmeldungen senden Sie bitte an die verantwortliche Projektleitung (siehe Impressum unter Kontakt).

Herzlichen Dank!
 Diakonie Deutschland

Impressum

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vielfältig werden. Diakonie Texte finden Sie unter www.diakonie.de/Texte. Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt beim Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

Bestellungen:
 Zentraler Vertrieb des Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung e.V.
 Karlsruher Straße 11
 70771 Leinfelden-Echterdingen
 Telefon: +49 711 21 59-777
 Telefax: +49 711 797 75 02
Vertrieb@diakonie.de

Benutzer des Diakonie Wissensportals können über die Portalsuche nicht nur nach Stichworten in den Textdateien recherchieren, sondern auch auf weitere verwandte Informationen und Veröffentlichungen aus der gesamten Diakonie zugreifen. Voraussetzung ist die Freischaltung nach der Registrierung auf www.diakonie-wissen.de

www.diakonie.de

Diakonie Deutschland –
 Evangelischer Bundesverband
 Evangelisches Werk für
 Diakonie und Entwicklung e.V.
 Caroline-Michaelis-Straße 1
 10115 Berlin

Verantwortlich für die Reihe:
 Dr. Thomas Schiller
 Zentrum Kommunikation
redaktion@diakonie.de
www.diakonie.de

Redaktion:
 Barbara-Maria Vahl
 Zentrum Kommunikation
 Telefon: +49 30 652 11-1116
redaktion@diakonie.de

Kontakt:
 Manfred Carrier
 Arbeitsfeld Stationäre und
 teilstationäre Altenhilfe und
 Pflege
 Telefon: +49 30 652 11-1671
 Telefax: +49 30 652 11-3671
manfred.carrier@diakonie.de

Layout: A. Stiefel

Druck: Zentraler Vertrieb des
 Evangelischen Werkes für
 Diakonie und Entwicklung e.V.
 Karlsruher Straße 11
 70771 Leinfelden-Echterdingen

© September 2017 – 1. Auflage
 ISBN-Nr. 978-3-946840-08-4
 Art.-Nr. 613003027

**Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie und
Entwicklung e.V.**

Caroline-Michaelis-Straße 1

10115 Berlin

Telefon: +49 30 652 11-0

Telefax: +49 30 652 11-3333

diakonie@diakonie.de

www.diakonie.de