

Tach auch!
Schön, dass Sie da sind!

Neue Personalbemessung – PeBeM

Ein Impuls für die Organisationsentwicklung

Thomas Koß-Merrettig

- Krankenpfleger
- Pflegedienst- und Einrichtungsleiter
- Lehrer für Pflegeberufe
- Interner Auditor
- langjährige Erfahrung als Geschäftsführer

Schwerpunkte

- Organisationsentwicklung
- Werteorientierte Qualitätsentwicklung
- Teambuilding, -entwicklung
- Mindful Leadership
- Umsetzung von PeBeM
- Interimsmanagement



Übersicht der Themen

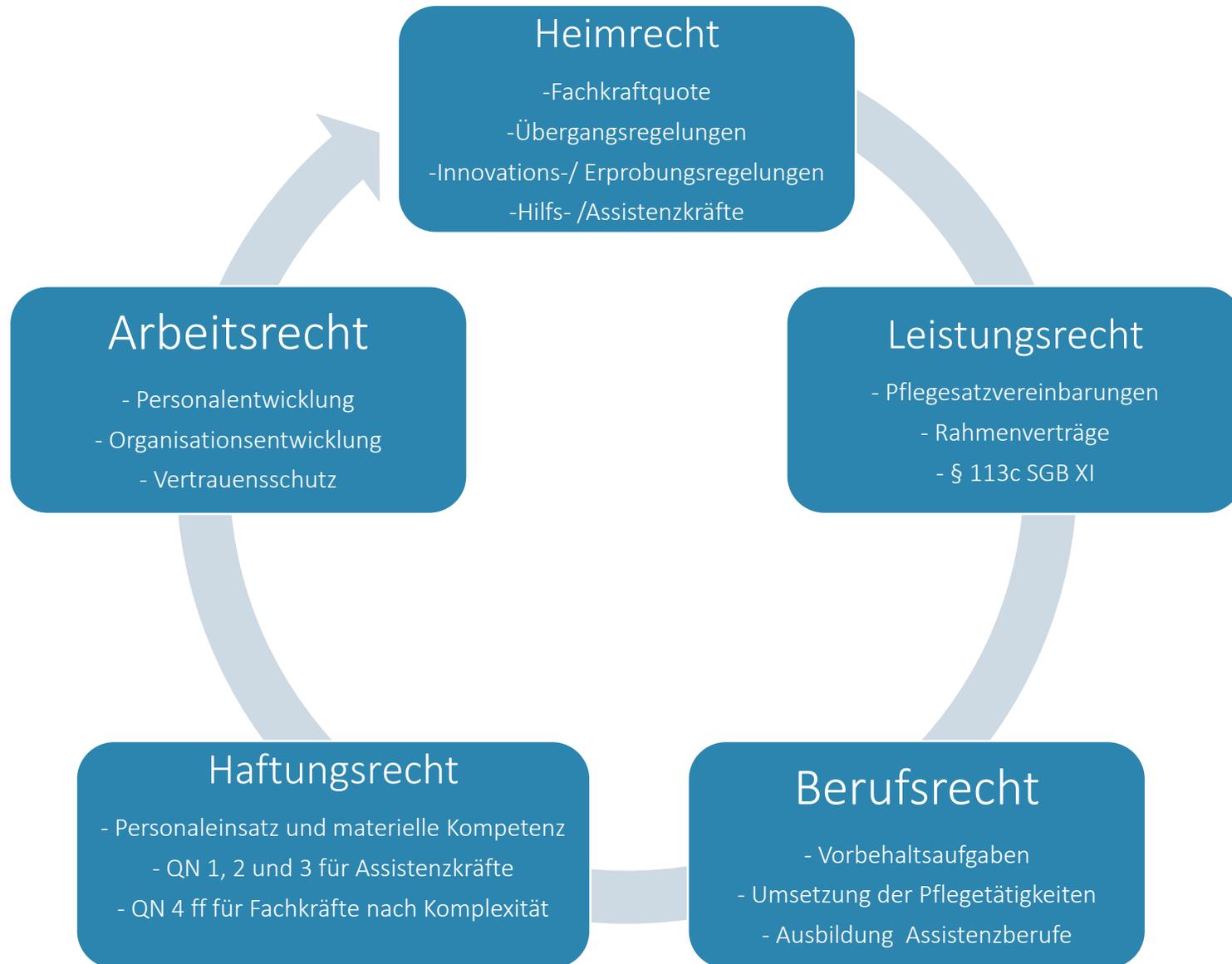
- Rechtliche Grundlagen /
Gemengelage
- Vorbehaltsaufgaben in der
Pflege
- Impuls zur
Organisationsentwicklung



Rechtliche Grundlagen



Rechtliche Gemengelage



PeBeM

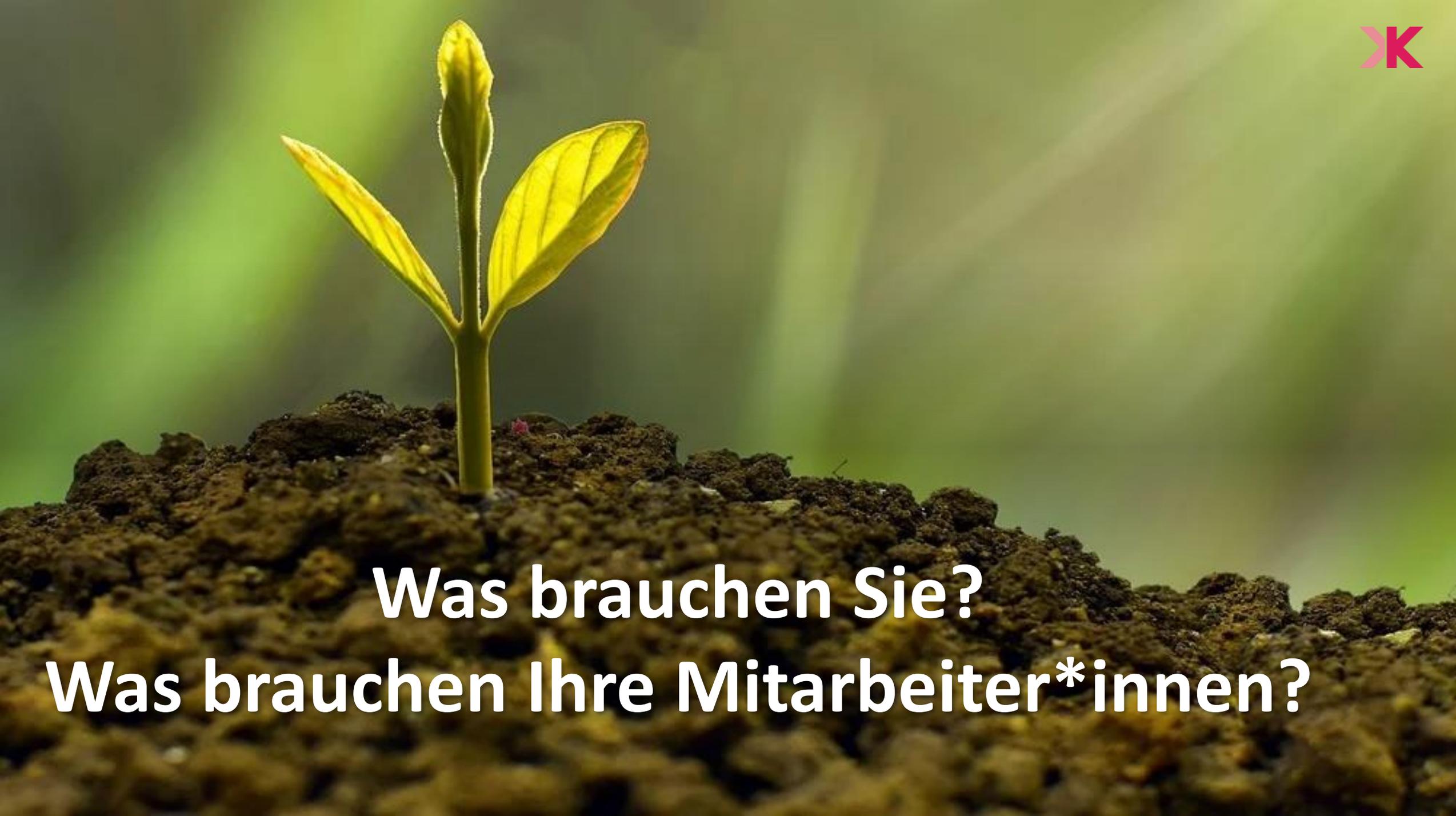
Wozu?



Zielsetzung der PeBeM

- Angemessene Versorgung der pflegebedürftigen Menschen
- Bessere Arbeitsbedingungen für alle professionell Pflegenden
- Zeitgemäße Teamarbeit
- Keine Bürokratie





Was brauchen Sie?

Was brauchen Ihre Mitarbeiter*innen?



Sinnvoll arbeiten im Team

Es geht um einen gelingenden, gut geplanten und neu gestalteten Prozess.



Der Mensch
steht im
Mittelpunkt



PeBeM

Wie geht sie vor?



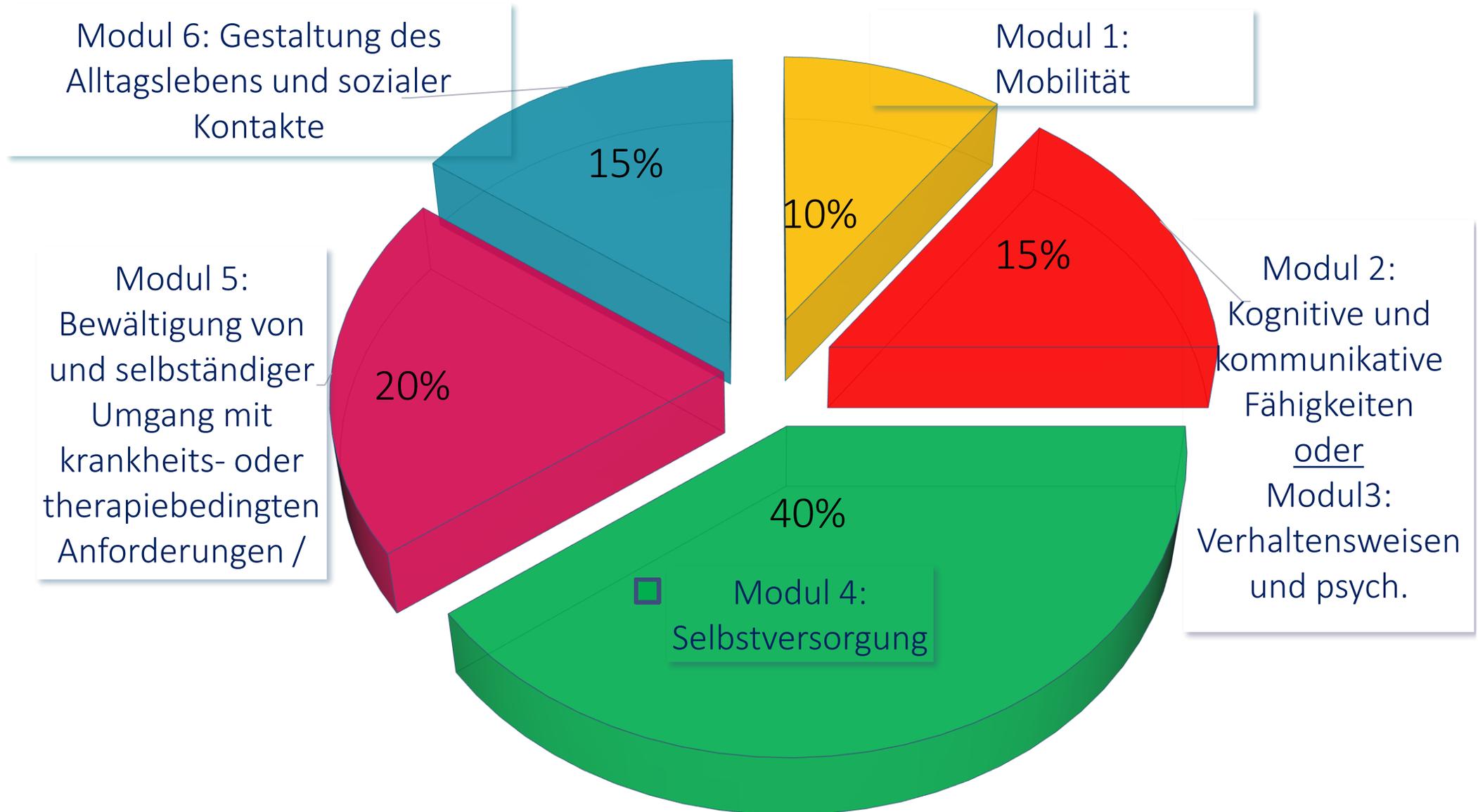


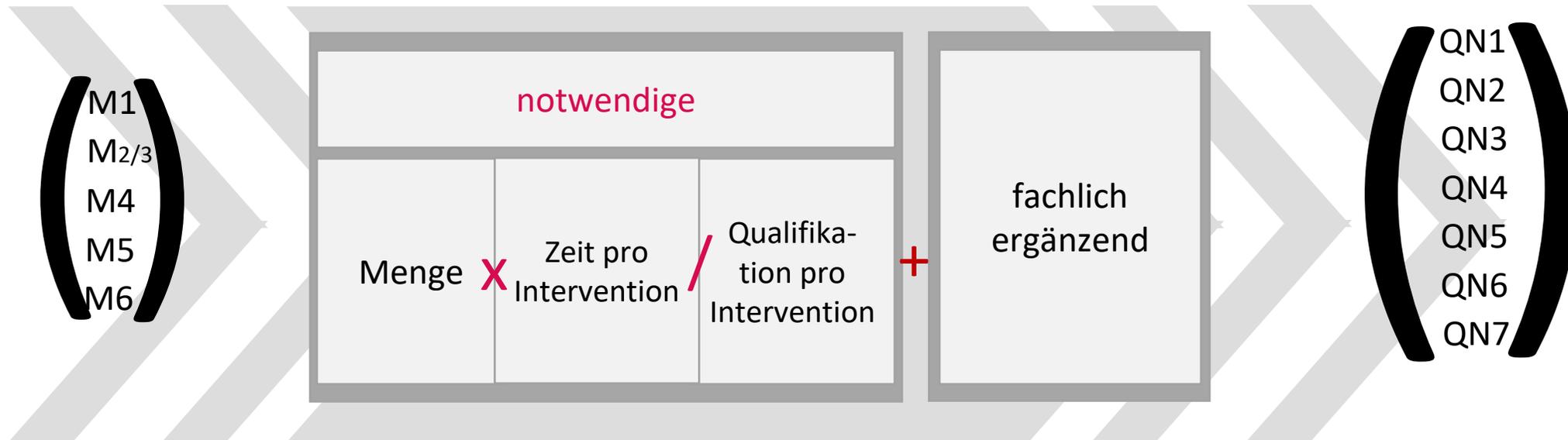
1.Schritt: Bemessung der Pflegesituationen Bedarfe an Zeit und Fachlichkeit

Individueller Unterstützungsbedarf in der Selbständigkeit (Bi) als Ausgangspunkt



Gewichtung der BI Module



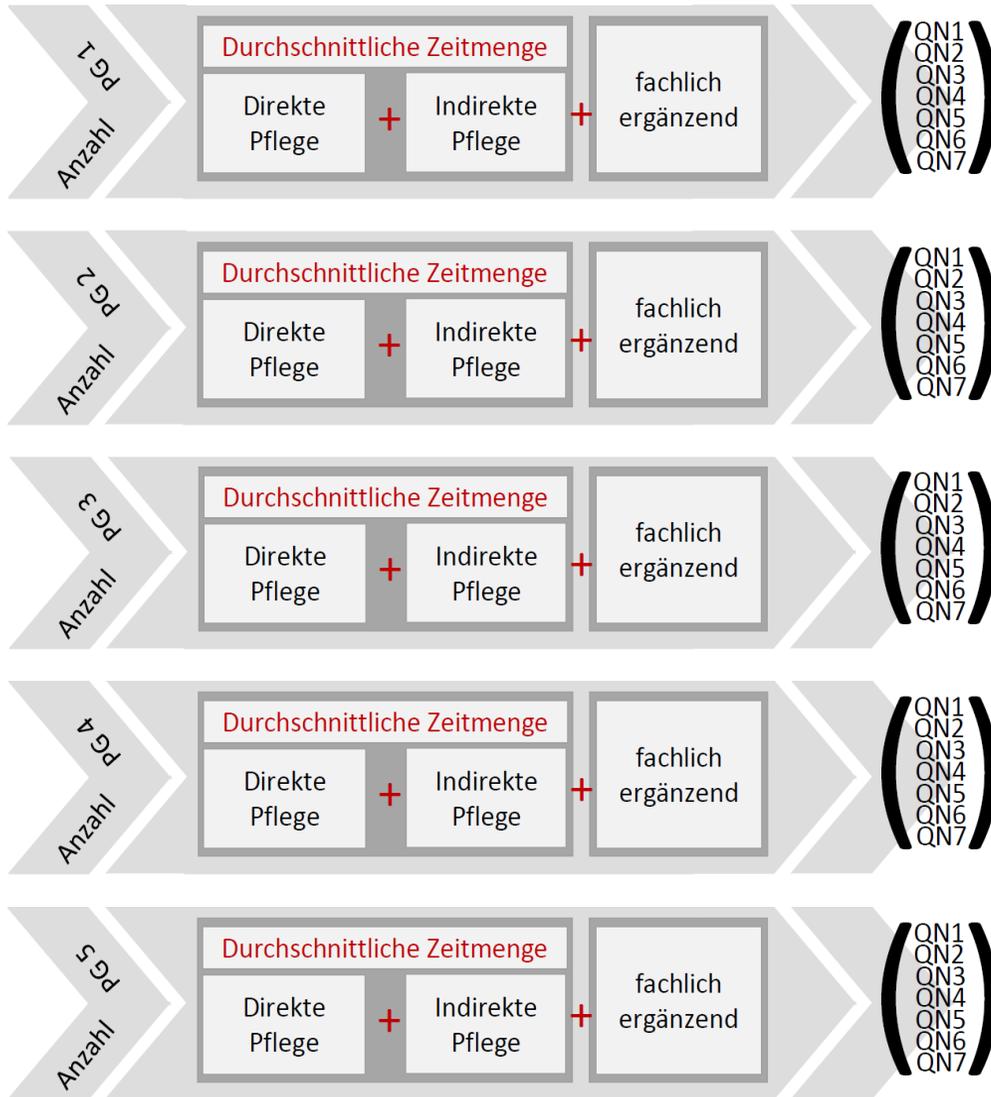


2. Schritt: Addition der durchschnittlichen Ist-Zeit für indirekte Pflege
3. Schritt: Zusammenfassung zu Pflegegraden
4. Schritt: Berechnung des Durchschnittswertes

Personalebemessungsverfahren

Vgl. Abschlussbericht Abb.5

Bewohnerzahl und Case-Mix



+ 5. Schritt: Addition der Zeitbedarfe über alle Erfordernisse hinweg

+ 6. Schritt: Umwandlung der Zeitwerte in Stellenzahlen mittels Nettojahresarbeitszeit.

Qualifikationsmix

Weg

- Insgesamt Personalmenge steigern
- Pflegefachkräfte konzentrieren sich auf Kernkompetenzen
- Verantwortliche Verschiebung von Tätigkeiten auf Assistenzkräfte

Basis

- Personalmenge in Nettoarbeitszeit, im Verhältnis zu erforderlicher Pflege

Methode

- Personalmixmodell

Merkmale

- Direkte Pflege QN-Level 1 - 4

Abweichung in Rahmenverträgen ab 1.7.2023

- Fachkraftanteil bleibt Ländersache
- Personalbedarf für Leitung, QM und Praxisanleiter soll geregelt werden
- Neben Pflegefachkräften sollen auch andere Fachkräfte aus dem Gesundheitsbereich vorgehalten werden (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäd:innen, Sozialarbeiter:innen, etc.)

Kristallisationspunkte der Qualifikationsniveaus 1 bis 8

I
s
t
a
u
s
g
e
r
i
c
h
t
e
t

QN 1

... auf Service im
Lebensumfeld

QN 2

... auf die
persönliche
Assistenz

QN 3

... auf die
Durchführung von
Aufgaben im
Rahmen des
Pflegeprozesses

QN 4

... auf die Steuerung
und Gestaltung von
komplexen
Pflegeprozessen

QN 5

... auf die Steuerung
und Gestaltung von
komplexen
Pflegeprozessen für
spezielle
Klientengruppen

QN 6

... auf die Steuerung
und Gestaltung von
hochkomplexen
Pflegeprozessen
und die Leitung von
Teams

QN 7

... auf die
pflegerische
Leitung in
Einrichtungen

QN 8

... auf die Steuerung
und Gestaltung
pflegewissenschaft-
licher Aufgaben



Zuordnung der Qualifikationsniveaus zu den Interventionen

Tabelle 17: Zuordnung von Zertifikaten zu Qualifikationsniveaus

Qualifikationsniveaus	Beispiele im DQR (2017)	Zugeordnete Pflegezertifikate
QN 1	z. B. nach vier Monaten der Teilnahme an einer berufsvorbereitenden Maßnahme	Mitarbeiter*innen ohne Ausbildung, nach vier Monaten angeleiteter Tätigkeit
QN 2 (Pflege)	Qualifizierungsbausteine mind. 420 h, Einstiegsqualifizierung 6-12 Monate	Mitarbeiter*innen ohne Ausbildung mit einem 2-6monatigen Pflegebasiskurs (mind. 200h laut GB-A) und insgesamt 1-jähriger angeleiteter Tätigkeit
QN 2 (Betreuung)	s.o.	Betreuungskräfte nach §§ 43b und 53c SGB XI: 160h Unterricht und 3 Wochen Praktikum (GKV 2016)
QN 3	Duale Berufsausbildung (2 Jahre)	Pflegehelfer*innen mit ein- oder zweijähriger Ausbildung ⁸ (ASMK 2012)
QN 4	Duale Berufsausbildung (3 oder 3,5 Jahre)	Pflegefachperson mit beruflicher Ausbildung (3 Jahre Vollzeit) (PflBG 2017, Teil 2)
QN 5 (Fach)	Berufliche Fort- und Weiterbildungen	Pflegefachperson mit mindestens 2-jähriger Berufserfahrung und Fortbildung im Umfang von ≥ 200 Stunden theoretischem Unterricht (Palliativpflege, Gerontopsychiatrie, Intensivpflege) entsprechend der länderspezifischen Weiterbildungsordnungen
QN 5 (Leitung)	Berufliche Fort- und Weiterbildungen	Pflegefachperson mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung innerhalb der letzten 5 Jahre und Weiterbildung für Leitungsaufgaben (mindestens 460 Stunden theoretischer Unterricht) (§ 71 SGB XI)
QN 6	Bachelor, Meister	Pflegefachperson mit Bachelorabschluss (primärqualifizierendes Studium, Managementstudium o.ä.) (PflBG 2017, Teil 3)
QN 7	Master	Pflegefachperson mit Masterabschluss
QN 8	Promotion	Pflegefachperson mit Promotion

Chancen der PeBeM

Bedarfsgerechte Personalausstattung

Bedarfsgerecht für Nutzer*innen

Bedarfsgerecht für Mitarbeiter*innen

→ Verantwortliche, beziehungsbasierte
und potenzialorientierte
Arbeitsgestaltung



Umstrukturierung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten

Kompetenzorientierte Zuordnung der Intervention zu den Qualifikationsniveaus



Verschiebung der Tätigkeiten

Implementierung eines bedarfsorientierten Qualifikationsmixes



Für alle Pflegenden notwendige Umstrukturierungen ihrer Aufgabenfelder

Pflegefachkräfte müssen sich zukünftig vorrangig auf Fachkraftaufgaben konzentrieren!

Erbringung von Aufgaben, die keine Fachkräfte erfordern, erfolgen gezielt durch Hilfskräfte.



Veränderungen Beispiel GVWVG § 113c



Bsp. § 113c SGB XI maximale Personalzahl

Vollzeitäquivalenzen nach PeBeM					Brandenburg		
	Fachkräfte	1 Jäh. Pflege- assistentinnen	Pflege- assistentinnen	Mittelwert	Stellenschlüssel Bundesland oder Einrichtung	Umrechnung VZ Äquivalenz	Personal- zuwachs pro Bewohner
Pflegegrad 1	0,0770	0,0564	0,0872	0,074	4,21	0,24	-0,164
Pflegegrad 2	0,1037	0,0675	0,1202	0,291	3,28	0,30	-0,013
Pflegegrad 3	0,1551	0,1074	0,1449	0,407	2,89	0,35	0,061
Pflegegrad 4	0,2463	0,1413	0,1627	0,550	2,25	0,44	0,106
Pflegegrad 5	0,3842	0,1102	0,1758	0,670	1,76	0,57	0,102
Beispiel 80 Bettenhaus					Brandenburg		
	Bewohner	PeBeM Mittelwert	Aktuell	Fachkräfte	1 Jäh. Pflege- assistentinnen	Pflege- assistentinnen	
Pflegegrad 1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Pflegegrad 2	25	7,29	7,62	2,59	1,69	3,01	
Pflegegrad 3	30	12,22	10,38	4,65	3,22	4,35	
Pflegegrad 4	30	16,51	13,33	7,39	4,24	4,88	
Pflegegrad 5	15	10,05	8,52	5,76	1,65	2,64	
	100	46,07	39,86	20,40	10,80	14,87	46,07
		Zuwachs	6,21			6,21	
		FKQ 50%	19,93	FKQ PeBeM	44,3%		



PeBeM

Trifft auf herausfordernde Praxis



Identifikation. Arbeitsdruck. Ängste. Überforderung.

- Viele Mitarbeitende sind top engagiert
- Viele Einrichtungen sind auf einem Weg zur Personzentrierung
- Corona hat viele Rückschritte und große Überforderung ausgelöst
- Im Fokus: „Wegarbeiten“ von Tätigkeiten
- Halt: Gutes Team = „Alle machen alles“



Wunsch nach Überblick

„Köpfe-Denken“ statt anforderungsgeleitetes Arbeiten

An den Mitarbeiter*innen orientierte Ablaufpräferenzen

Routinen:

„Linke Seite- rechte Seite“

„Wir teilen uns morgens auf“



Tradierte Glaubenssätze & Handlungsmuster

„Erst kommt die Körperpflege“

„Um 8.00 Uhr alle beim Frühstück“



Stolpersteine der Zukunft

- Arbeitsdichte zwischen 6 und 9 Uhr, zw. 11:30 und 13 Uhr und 17:00 und 19:00 Uhr, dazwischen „kurz durchatmen“.
- Jeder WB hat eine WBL, ggf. noch eine Schichtleitung
- Arbeitsverteilung in Fluren, statt Bewohnernotwendigkeit zu sehen
- 3 Schichten, seit 70 Jahren
- Übergaben, in denen gesagt wird was in der Doku stehen sollte (oft aber nicht tut)
- 3 - 4 mal stündlich lagern
- 3 Rundgänge in der Nacht
- 2 - 3 mal Toilettengang pro Schicht
- In Köpfen denken: „*Wir müssen morgens zu viert sein*“



Wurzel „Totale Institution“

Der Soziologe Erving Goffman beschreibt mit diesem Begriff eine Institution ohne Schlupflöcher für Individualität, Autonomie und Selbstbestimmung, in der überall gleiche Regeln gelten, ohne Wahl zwischen verschiedenen Welten oder Handlungsmöglichkeiten

Erving Goffman

* 11.Juni 1922 in Mannville, Kanada;

† 19.November 1982 in Philadelphia, Pennsylvania



Lebendigkeit entfesseln

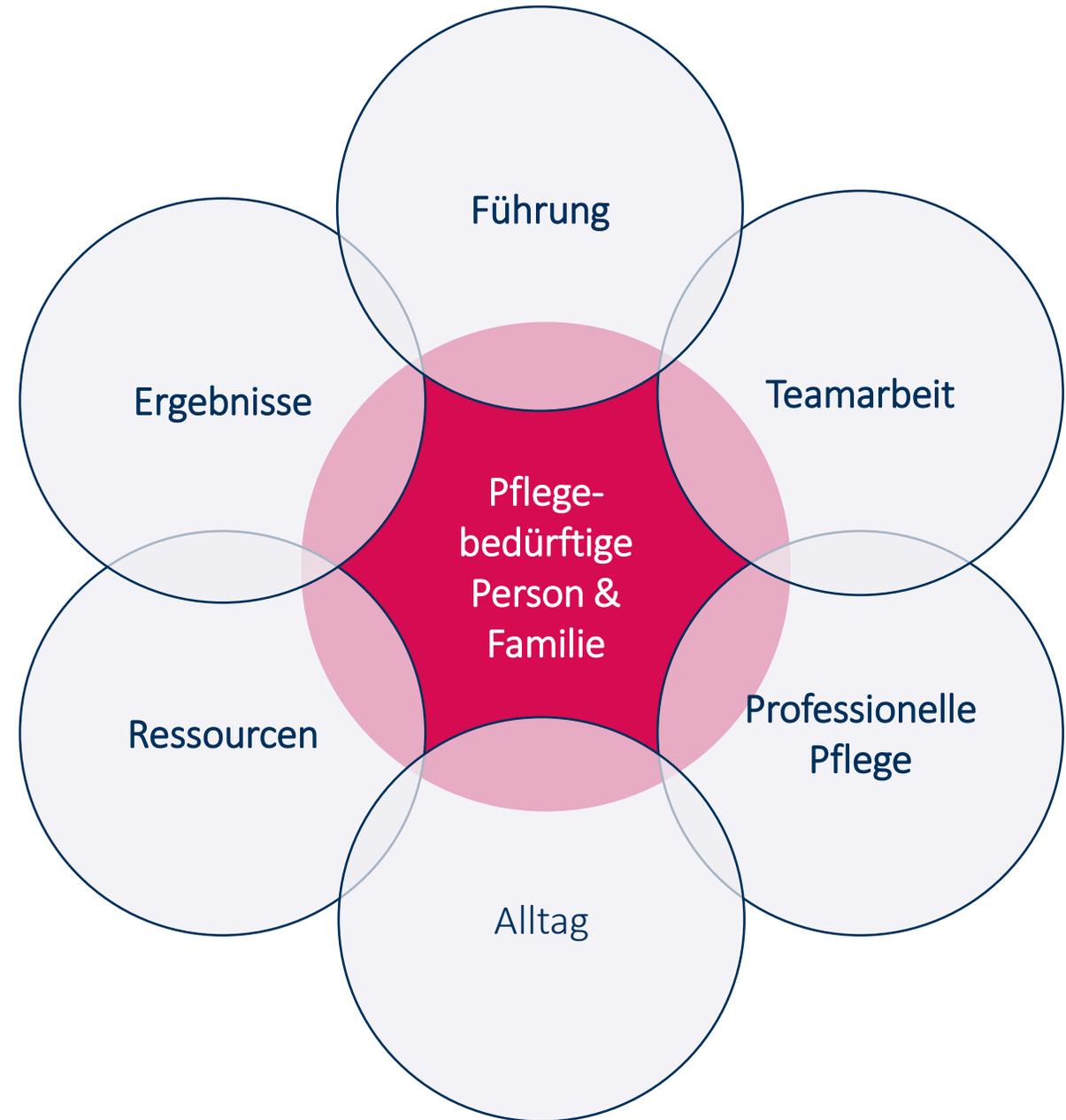
Immer festere Knoten
Immer weniger Gestaltungsraum



Enge
Angst
Not

Jetzt gegensteuern – Mut tut gut!

Ziel:
Beziehungs-
basierte
Pflege
+
Potenzial-
orientierte
Organisation





Wie sieht Ihr
Verständniß von
Pflege aus?

und

Was ist Ihr Bild eines
gelungenen Alltags in
Pflegebedürftigkeit?

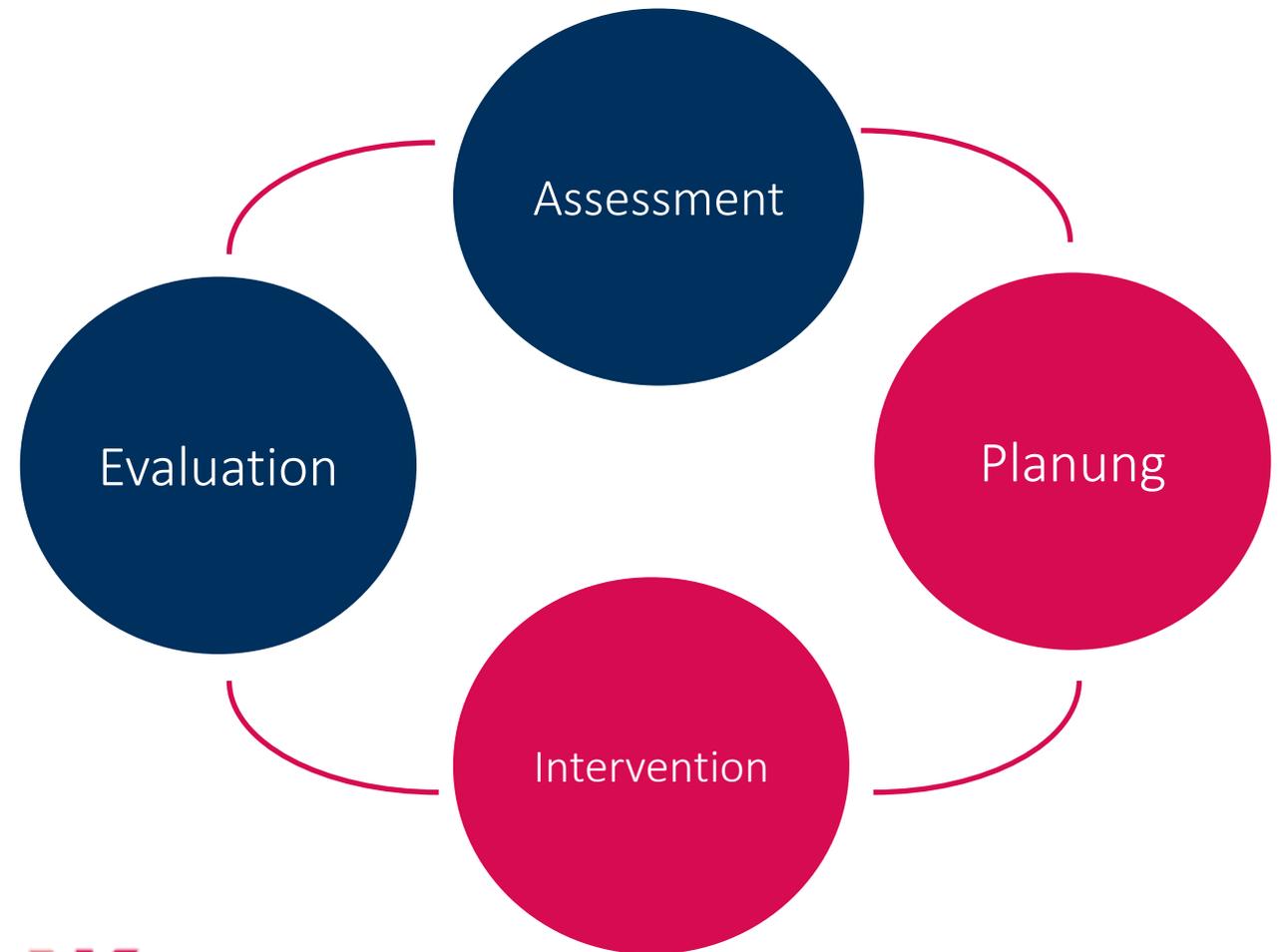
Vorbehaltsaufgaben in der Pflege

gem. Pflegeberufegesetz (§ 4 PfIBG)



Ausgangspunkt: Pflegeprozessmodell der WHO

- ✓ Gegenstand der Vorbehaltsaufgaben ist die Verantwortung für den Pflegeprozess
- ✓ „Assessment“ und „Evaluation“ sind lt. § 4 Abs. 2 PfIBG eindeutige Vorbehaltsaufgaben
- ✓ Die „Durchführung der Pflegeinterventionen“ steht nicht unter Vorbehalt
 - Durchführung der Pflege ist delegierbar
 - Gesamtverantwortung bleibt bei der Pflegefachkraft





Methoden der Bedarfsermittlung:

1. **Das Gespräch** mit dem Pflegebedürftigen, sowie Dritten (Angehörigen, Ärzt:innen, Therapeut:innen, etc.
2. **Berichte**, z.B. aufgrund von Beobachtungen
3. **Inaugenscheinnahme / Begutachtung**
4. **Erhebung** “bedarfsgerechter Versorgung”



Einige Leitfragen zu Bedarf sowie Bedürfnis

- Werden die Wünsche des Pflegebedürftigen erfragt/ermittelt und angemessen berücksichtigt?
- Welche Pflegeinterventionen (Angebote) passen zu dem individuellen Pflegedbedarf?
- Welche fachgerechte Pflegeintervention erwächst aus der individuellen Risikosituation?
- Welche Angebote im Rahmen der Alltagsgestaltung sind bezogen auf die individuellen Bedürfnisse als auch Beeinträchtigungen, unter Berücksichtigung der entsprechenden Lebenswelt, geeignet?
- Wie kann der individuelle Pflegebedarf mit der am Bedürfnis orientierten Betreuung (fachgerechte Pflegeintervention) zusammengeführt werden?

Planung der Pflegeinterventionen



Planung individueller Pflegeinterventionen (Interventionskatalog),
unter Berücksichtigung von

- ✓ Risikosituationen
- ✓ Bedarf
- ✓ Bedürfnis
- ✓ Angemessenheit
- ✓ Lebenswelt des Betreffenden

Kompetenzorientierte Zuordnung der Pflegeinterventionen zu den
Qualifikationsniveaus

- ✓ Wer macht was, wann, wozu und mit welchem Hilfsmittel?

Qualifikationsniveaus- und Zeitfaktoren im Blick

- ✓ kompetenz- und ablauforientiert
- ✓ tagesaktuelle Anpassung, auf Grund wesentlicher Veränderungen
(bei Pflegebedürftigen, beim Personal)

Neu: Aufgaben und Verantwortlichkeiten neu zuordnen



Zuordnung der Qualifikationsniveaus zu den Interventionen

Klassifizierung der Interventionen A-J

	Klassifizierung der Interventionen	Beispiele, Erläuterungen	Mindestqualifikationsniveau
A	Managementaufgaben	z. B. Qualitätsentwicklung, Öffentlichkeitsarbeit	QN 5 (Leitung)
	Erläuterung: Diese Klasse orientiert sich an den gesetzlichen Vorgaben für die verantwortliche Pflegefachkraft nach § 71 SGB XI.		
B	Komplexe Pflegeinterventionen für spezielle Gruppen von Bewohner*innen	z. B. Implementation von spezifischen Versorgungskonzepten, kollegiale Beratung und Anleitung hinsichtlich spezieller Bewohnergruppen	QN 5 (Fach)
	Erläuterung: Diese Klasse wurde vom Qualifikationsrahmen von Knigge-Demal et al. (2013: 48 ff.) abgeleitet.		
C	Durchführung komplizierter medizinisch-diagnostischer und medizinisch-therapeutischer Aufgaben	Entsprechend Ärztlicher Anordnung, z. B. Medikamente stellen, i.m. – Injektionen, Absaugen	QN 4
	Erläuterung: Dem Leistungsrecht entsprechend wurden medizinisch-diagnostische und medizinisch-therapeutische Aufgaben (sog. Behandlungspflege ⁹) in einer separaten Klasse zusammengeführt, die nochmal nach Anforderungsniveau in zwei Klassen (komplizierte und einfache Aufgaben) unterteilt wurde (C und F).		

**Qualifikationsmix
-modell (QMM)
in 10 Klassen A - J**

**Zuordnung der
Interventionen
vom
Anforderungsgrad
zu den relevanten
Mindest-
qualifikationsniveaus**

Zuordnung der Qualifikationsniveaus zu den Interventionen

	Klassifizierung der Interventionen	Beispiele, Erläuterungen	Mindestqualifikationsniveau
D	Planung, Durchführung und Evaluation komplizierter Pflegeinterventionen	z. B. Beratung, Schulung, Basale Stimulation, Biographiearbeit	QN 4
	Erläuterung: Dieser Klasse wurden Aufgaben zugeordnet, die an sich kompliziert oder sogar komplex sind, weil sie sich vom Ansatz her nicht standardisieren lassen.		
E	(a) Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs; (b) Organisation, Gestaltung und Steuerung von Pflegeprozessen; (c) Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege	Vorbehalte Tätigkeiten lt. PflBRefG 2017	QN 4
	Erläuterung: Dem neuen Pflegeberufegesetz (§ 4 PflBG 2017) folgend wurden für das Qualifikationsniveau der Pflegefachperson die vorbehaltenen Tätigkeiten als separate Klasse ausgewiesen. Zudem lassen sich diese Aufgaben vom Ansatz her nicht standardisieren.		
F	Durchführung einfacher medizinisch-diagnostischer und medizinisch-therapeutischer Aufgaben	Entsprechend Ärztl. Anordnung, z. B. Kompressionsstrümpfe anziehen, s.c.-Injektionen verabreichen	QN 3
	Erläuterung: Einfache Aufgaben sind dadurch gekennzeichnet, dass sie anhand von feststehenden Handlungsalgorithmen durchgeführt werden können und ihre potenzielle Gefährlichkeit eher gering ist. Die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK 2012) legt in einem Eckpunktepapier fest, dass Pflegehelfer*innen und –assistent*innen im Rahmen der Ausbildung zur selbstständigen Durchführung dieser Aufgaben unter Anleitung und Überwachung von Pflegefachpersonen befähigt werden sollen.		



Die Qualifikationsniveaus finden sich in den Aufgaben- und Stellenbeschreibungen/ Kompetenzprofilen



Zuordnung der Qualifikationsniveaus zu den Interventionen



	Klassifizierung der Interventionen	Beispiele, Erläuterungen	Mindestqualifikationsniveau
G	Durchführung körpernaher Pflegeinterventionen, deren Schwierigkeitsgrad abhängig ist vom Grad der Pflegebedürftigkeit und von der Stabilität der gesundheitlichen Situation der zu pflegenden Menschen	in Abhängigkeit von der Einschränkung der Selbstständigkeit (BI) und von der gesundheitlichen Situation der zu pflegenden Menschen (Instabilität)	QN 2-4
	Erläuterung: Eine Ausdifferenzierung dieser Aufgabenklasse ist u. a. deswegen sinnvoll, da ein Großteil des Zeitumfangs an direkten Pflegeleistungen von Pflegefachpersonen und Pflegehelfer*innen zur Unterstützung bei Alltagsverrichtungen aufgewendet wird (Wingenfeld & Schnabel 2002: 119). Eine Operationalisierung von „Komplexität“ wurde anhand der Module 1 und 3 des BI sowie anhand der gesundheitlichen Instabilität vorgenommen.		
H	Betreuung und Aktivierung	z. B. lebensweltliche Gestaltung des Alltags, Aktivierung, Zuwendung	QN 2 oder 4
	Erläuterung: Unter Betreuung werden alltagsunterstützende Aufgaben verstanden, etwa die Unterstützung bei der Herstellung sozialer Kontakte, der Teilhabe oder der Freizeitgestaltung (Lesen, Basteln, kulturelle Veranstaltungen).		
I	(übertragene) Serviceaufgaben	z. B. Mahlzeiten zubereiten und austei-len (Vorbereitung der Nahrungsaufnahme), einfache übertragene hauswirtschaftliche Aufgaben	QN 1
J	Verschiedene Aufgaben	z. B. „normale“ Bewohner*innenge-spräche, Dienstübergabe, Dienstgang, Dokumentation der erbrachten Leistungen	QN 1 – QN 5

Risiken und instabile Pflegesituation berücksichtigen



Aufgabenklasse G „Durchführung körpernaher Pflegeinterventionen“:

	Kriterium	Wird wie festgestellt (Beispiele)	Mindestqualifikationsniveau
G1	Instabile gesundheitliche Situation	z. B. Vorliegen eines Dekubitus, einer chronischen Wunde, instabiler Schmerzen, instabiler Luftnot, palliativer Versorgung, instabiler Kreislauf, Mangelernährung	QN 4
G2	Hoher Grad an Pflegebedürftigkeit und an Risiken	BI: alle Ausprägungen	QN 4
G3	Mittelmäßiger Grad an Pflegebedürftigkeit und an Risiken	Mittelmäßiger Grad an Pflegebedürftigkeit Bei Zutreffen mind. einer der folgenden Bedingungen: Modul 1: max. schwere Einschränkungen der Selbstständigkeit Modul 3: 4.3.3-4.3.13: pro Item max. 3 Punkte	QN 3
G4	Geringer Grad an Pflegebedürftigkeit und an Risiken	Geringer Grad an Pflegebedürftigkeit Bei Zutreffen mind. einer der folgenden Bedingungen: Modul 1: max. erhebliche Einschränkungen der Selbstständigkeit Modul 3: 4.3.3-4.3.13: pro Item max. 1 Punkt	QN 2



Beispiel aus
2. Zwischenbericht

Klassen



Klassen (Risikoklassen) bestimmen das Mindestqualifikationsniveau

Beispiel:

Körpernahe Pflegeinterventionen

G1 bis G4

Beispiel:

Bereuung und Aktivierung

H1 und H2

Zuweisung des Qualifikationsniveaus wird von der Stabilität/Instabilität der gesundheitlichen Situation und dem Grad der Pflegebedürftigkeit abhängig gemacht.

Im Ergebnis folgen daraus **4 Risikoklassen**

G 1 (gesundheitliche Instabilität) und

G 2 (hoher Grad an Pflegebedürftigkeit)

} **hoher Risikograd**

G 3 mittlerer Risikograd

G 4 geringer Risikograd

Planung wird zu Organisation und Gestaltung



Durchführung der Pflegeinterventionen



- Qualifikationsanforderung für die fachgerechte Erbringung der Interventionen (A 3.4)
- Grundlage und Verantwortung zur Delegation liegt bei der Pflegefachkraft (Berufsrecht)
- Einhaltung fachlicher Standards
 - Nationale Expertenstandards
 - Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse
 - Medizinische Behandlungsstandards (Stand heutigen Wissens)

Fünf relevante Begriffe zur Delegation

1 Delegationsnotwendigkeit

Ist es nötig, dass ich diese Maßnahme delegiere, oder könnte ich diese selbst übernehmen?

2 Delegationsfähigkeit

Wer delegiert muss sich von den Fähigkeiten des Einzelnen überzeugen, kann die Person das, was ich von ihr verlange und weiß sie auch, was sie tut?

3 Delegationsverbot

Zum Beispiel für ärztliche Maßnahmen und Gesetzesverstöße.

4 Delegationszwang

Die Arbeit muss freiwillig durchgeführt werden, kein Druck und Zwang oder gar Drohung darf dahinter stehen.

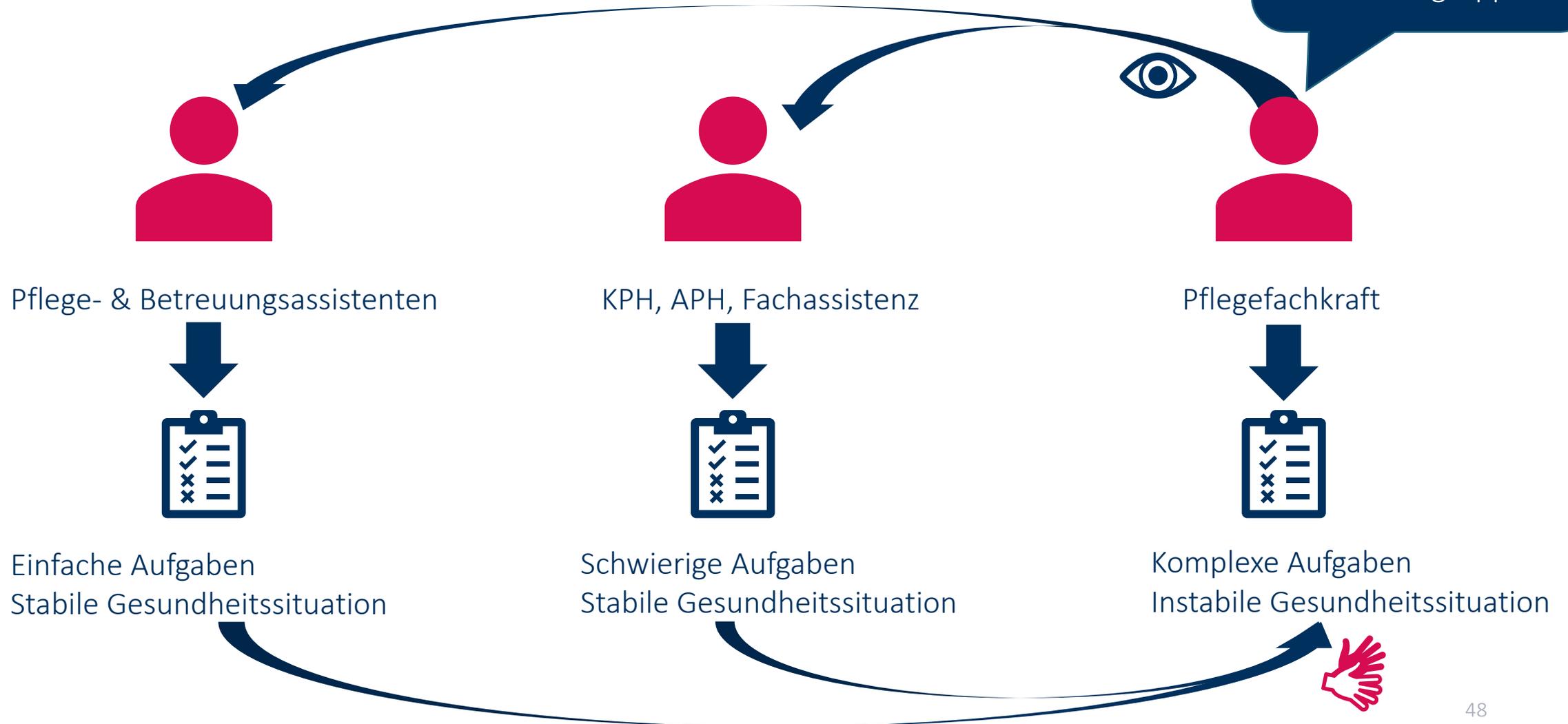
5 Delegationszulässigkeit

Nur Fachvorgesetzte dürfen delegieren, Arbeitsaufteilung unter gleichrangigen Kolleg:innen ist keine Delegation.

Aufgaben nach Komplexität und Kompetenz

(n. Jurgschat-Geer, Heike:2022)

Zieht Fachexperten hinzu
Arbeitet vernetzt mit
allen Berufsgruppen



Zuordnung der Qualifikationsniveaus zu den Interventionen

Ausschlaggebendes Kriterium für die Auswahl eines Qualifikationsniveaus:

- Inwiefern die pflegerische oder gesundheitliche Situation eines Menschen Risiken beinhaltet, die einen besonderen Präventionsbedarf begründen und tiefergehende Kenntnisse erfordern, um ggf. Verschlechterungen erkennen zu können.
- (2. Zwischenbericht, Seite 82)

Das Qualifikationsniveau basiert auf den Leistungsbeschreibungen des Interventionskatalogs und legt fest, welche **Mindestqualifikation zu der jeweiligen Intervention/Leistung erforderlich ist.**



A.3.4 Handbuch der Qualifikationsanforderungen

Beispiel: 1. Mobilität

1.2 Positionierung

Definition Wechsel zu einer neuen Körperhaltung mittels Mikro- und/oder Makrobewegung.

Qualifikationsniveau abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit nach BI (MDS 2017) und von der gesundheitlichen Situation (Pflegeplanung) **Klassifizierung**

QN 2

G

QN 3 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = *schwere ODER*
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 1 Punkt

QN 4 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = *schwerste ODER*
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 3 Punkte *ODER*

Instabile gesundheitliche Situation

Grundlegende Überlegungen im neuen Personalbemessungsverfahren

Welche Anforderungen stellt die Aufgabe

(n.Jurgschat-Geer, Heike:2022)

an die Problemlösekompetenz?

einfach	Handeln nach Regel
schwierig	Anpassungen notwendig
komplex	Individuelle Lösung notwendig

an die soziale/ kommunikative Kompetenz?

Kaum Perspektivwechsel nötig

Ich-Du- Perspektiven → Empathie nötig

Viele/ divergierende Perspektivübernahmen nötig → Umgang mit Frustration, Ambiguität. Selbstreflexion

Welche Anforderungen stellt die Pflegesituation an die Aufgabe?

Pflegebedürftigkeit

einfach	mobil (< 5 P.); Psyche selten (1 P.)
schwierig	Nicht mobil (< 9 P.); Psyche häufig (3 P.)
komplex	Immobil (> 10 P.); Psyche tgl. (5 P.)

Gesundheitliche Stabilität

stabil

stabil

instabil

- Chronische Wunde
- Instabiler Schmerz
- Instabiler Kreislauf
- Instabile Luftnot
- Mangelernährung
- Palliativ

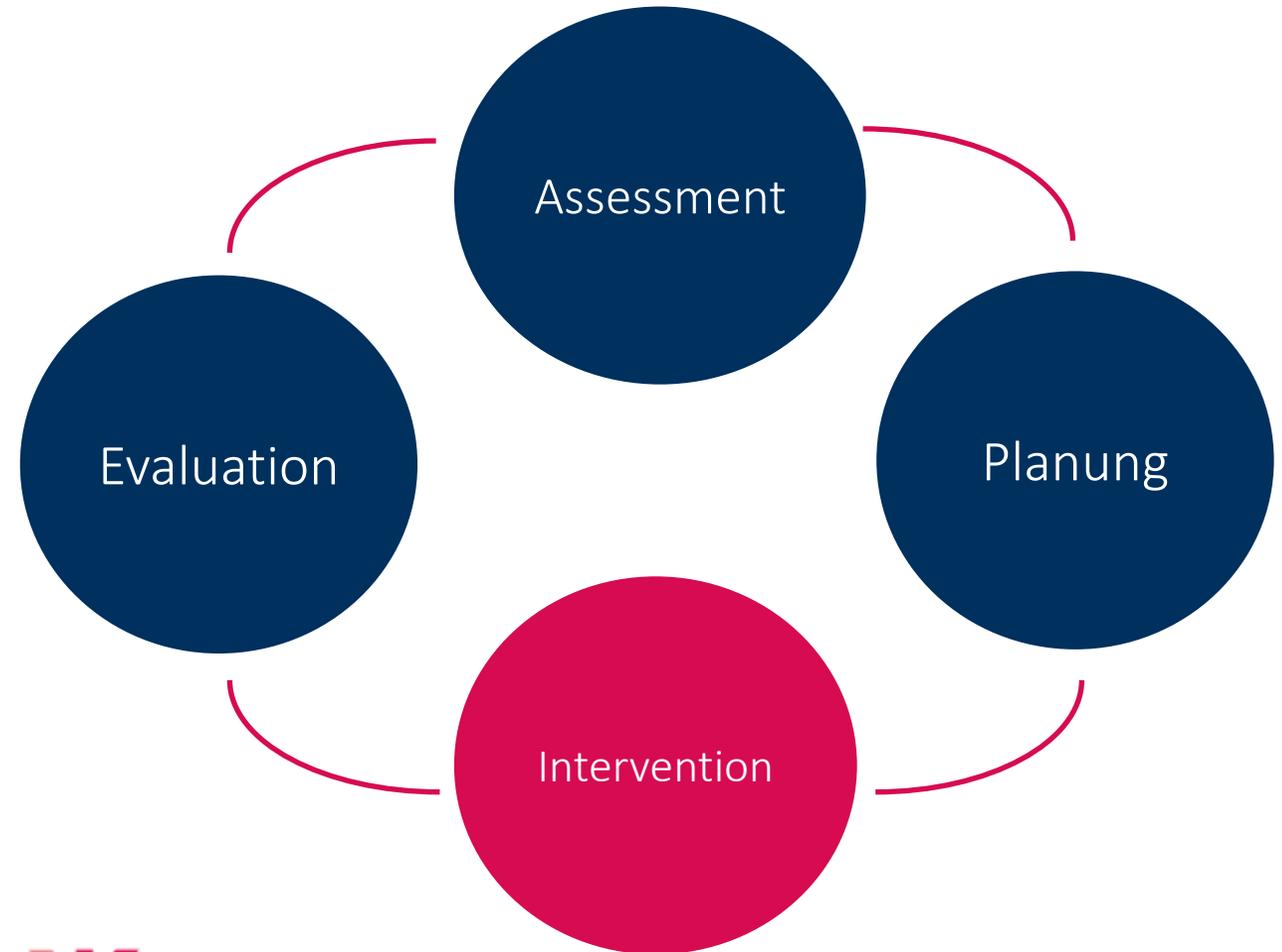
Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität



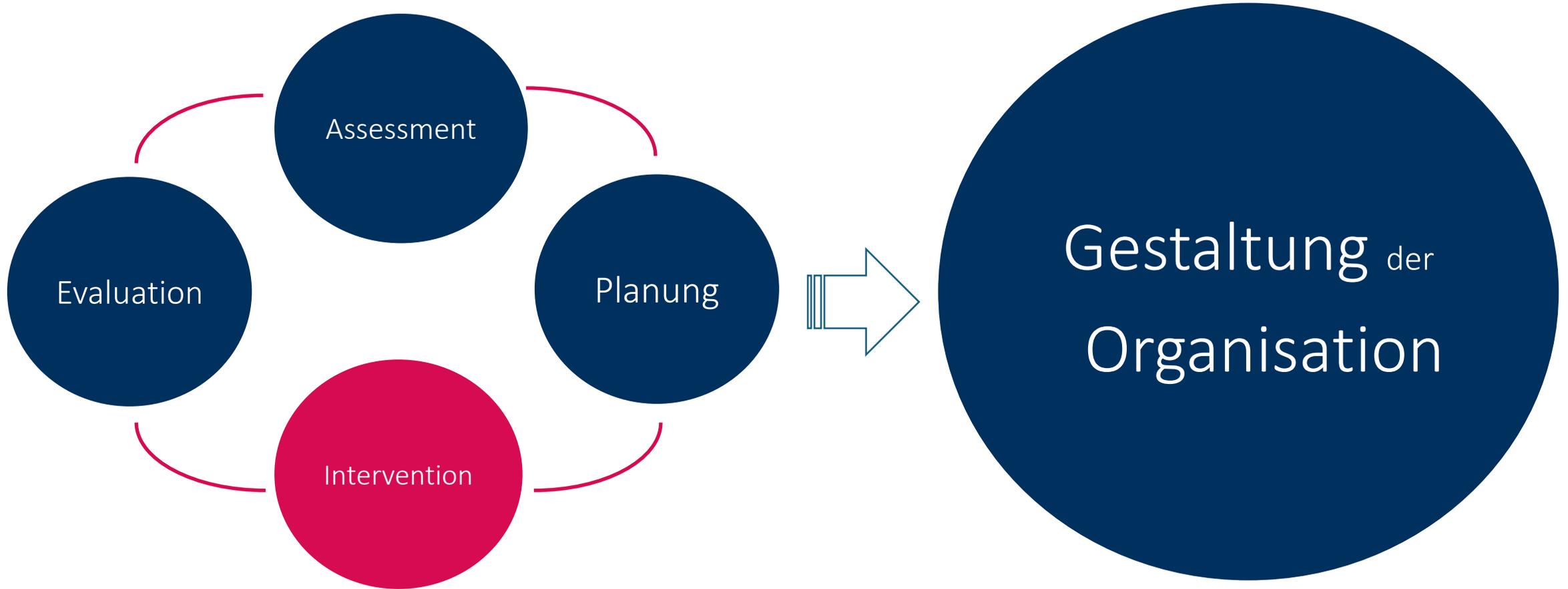
- Prozessreflexion
- BI-Prüfung/Abgleich
- Fallbesprechung
- Pflegevisite
- Übernahme der Fachaufsicht
 - Controlling-Maßnahmen bei Risikobewohner:innen (z. B. Dekubitus, Kontraktur, Sturz, Dehydrierung, Mangelernährung, Dekubitalulcera, Kontrakturen)
 - Fachliche Überprüfung der Tätigkeiten der Pflegehelfer:innen
 - Überwachung der Dokumentation (Verlaufsberichte) im Tageslauf und Anpassung der daraus abgeleiteten Veränderungen

Ausgangspunkt: Pflegeprozessmodell der WHO

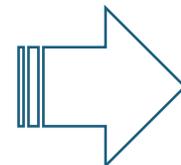
- ✓ Gegenstand der Vorbehaltsaufgaben ist die Verantwortung für den Pflegeprozess
- ✓ „Assessment“ und „Evaluation“ sind lt. § 4 Abs. 2 PflBG eindeutige Vorbehaltsaufgaben
- ✓ Planung der Pflegeinterventionen gilt als kompliziert oder sogar komplex und ist somit vom Ansatz her einer Pflegefachkraft vorbehaltende Aufgabe
- ✓ Die „Durchführung der Pflegeinterventionen“ steht nicht unter Vorbehalt
 - ist somit, unter Bedingungen, delegierbar
 - Gesamtverantwortung bleibt bei der Pflegefachkraft



Steuerung des Pflegeprozesses als Organisationsentwicklung



Kompetenzorientierte Ablauforganisation



Lebensweltorientierte Arbeitszeit

PeBeM – Neue Arbeitswelt

Rollen in Veränderung



Neue Zeit = Arbeit neu denken



- Neue Steuerung
- Abflachen der Hierarchie
- Moderneres Arbeitsumfeld mit interessanter und vielschichtiger Tätigkeit
- Klienten in den Mittelpunkt
- Angebote für flexible Arbeitszeit und damit für die eigene Lebenswelt geeignet, ggf. mehr Freizeit

Auf Potenziale aufbauen

Idee:

In Fachbereichen und Kompetenzen statt in Etagen denken

Potenziale der Fach- und Führungspersonen nutzen:

- Wer führt gut das Team?
- Wer beherrscht Abläufe und Struktur?
- Wer ist der Pflege-Prozess-Manager?

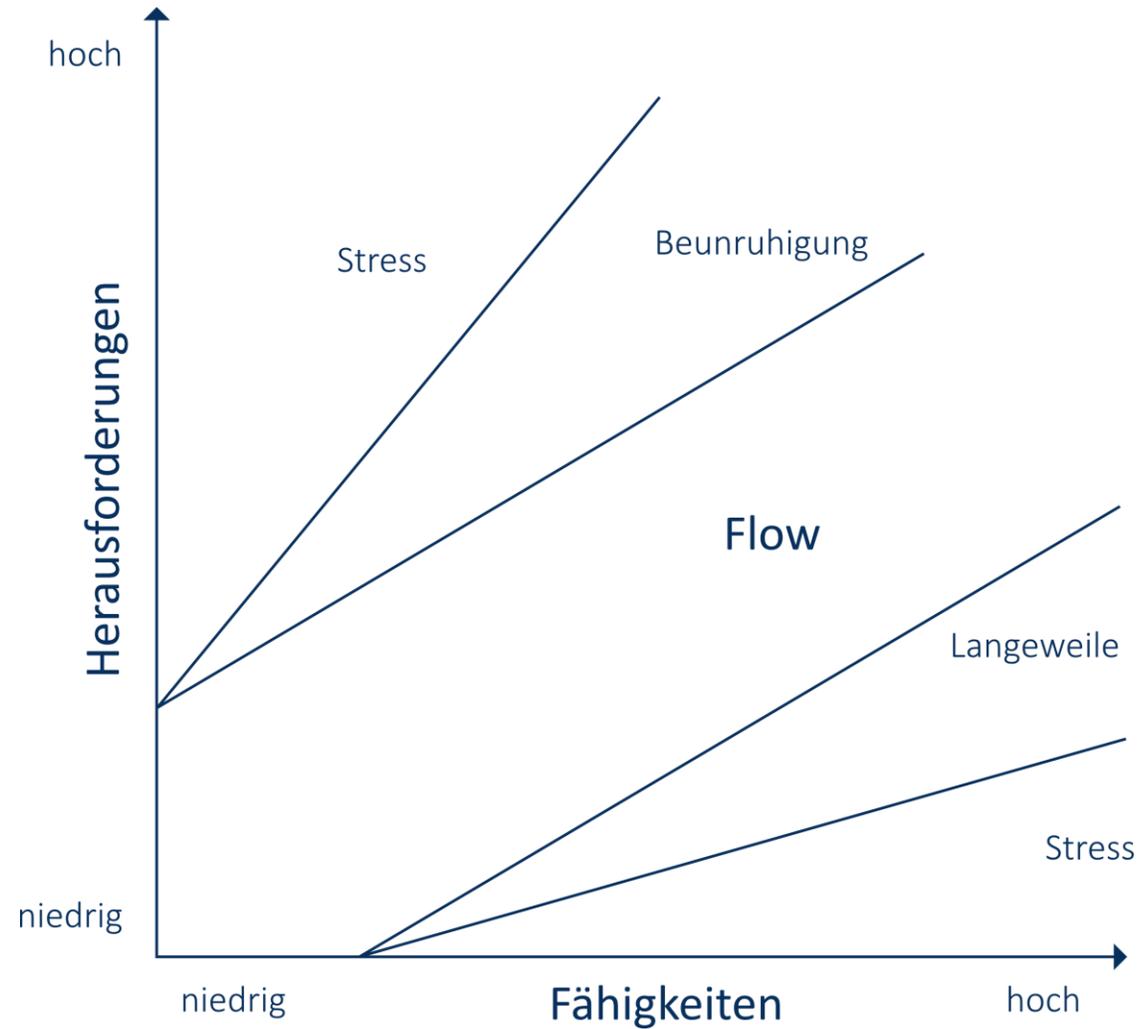


Potenziale erkennen, Kompetenzen nutzen

Schatzsuche



Kompetenz: Flow Modell nach Rosenstiel



Qualifikationsniveaus Kompetenzgespräche



12 Leitfragen zur Überprüfung der Zeit- und Qualitätsfaktoren

1
Bewohner-
orientierung

2
Potenzial-
orientierung

3
Verlässlichkeit der
Leistungserbringung

4
Routineabbau

5
Fachaufsicht

6
Vorbehaltsaufgaben
und Behandlungs-
pflege

7
Psychosoziale
Begleitung

8
Fachl. Umgang mit
heraus-forderndem
Verhalten

9
Arbeitszeiten

10
Arbeitsverteilung

11
Informations-
weitergabe

12
Allgemeine
Bereichsorganisation

1

Bewohner-orientierung

- Findet das pflegerische Angebot zu einer Zeit statt, die die pflegebedürftige Person gewohnt ist bzw. wünscht (s. SIS-Blatt in der Pflegedokumentation)?
- Wird der in der Tagesstruktur beschriebene Prozess von allen umgesetzt?
- Ist z. B. der Zeitpunkt der Körperpflege bewohnerorientiert? Wird die Biografie berücksichtigt?
- Erhält jede*r Bewohner*in die vertraglich vereinbarten Leistungen?

2

Potenzial-orientierung

- Werden bewohnerspezifische Ressourcen und stützende individuelle Rituale bei der Gestaltung berücksichtigt?

3

Verlässlichkeit der Leistungserbringung

- Benötigt jede*r Mitarbeitende eine ähnliche Zeitmenge?
- Ergeben sich ggf. auftretende zeitliche Unterschiede aus dem wechselnden Hilfebedarf der Bewohnerin/des Bewohners oder aus anderen Gründen?

4

Routineabbau

- **Dekubitusprophylaxe:** Sind die Bewegungspläne/Positionierungsintervalle bewohnerspezifisch auf Basis der Gewebetoleranzüberprüfung/Risikosituation per Fingertest festgelegt?
- **Angemessene Inkontinenzversorgung:** Ist die Notwendigkeit des Materialwechsels bewohnerspezifisch und produktbezogen überprüft und sind entsprechende Intervalle geplant?

4

Routineabbau

- Vermeidung unnötiger **Trinkprotokolle**: Ablauf gem. Expertenstandard? Das heißt: Sind bei den Risikopersonen die Trinkmengen über 3 Tage ermittelt? Wurde das Vorgehen festgelegt und geplant, es in regelmäßigen und bewohnersituationsbezogenen Abständen zu überwachen?
- **Bewohnerorientierte Nachtgestaltung**: Wird die Nachtruhe der Bewohner abgesichert, keine Routinedurchgänge? Gibt es personbezogene geplante, bedarfs- und bedürfnisgerechte fachliche Angebotsplanung gem. Risikosituation, angemessene Planung von Leistungen zur Vorbeugung / zum Umgang mit nächtlichen Verwirrtheitszuständen?

5

Fachaufsicht

- Zu welchen Zeiten finden Controlling-Maßnahmen bei Risikobewohner*innen (z. B. Dekubitus, Kontraktur, Sturz, Dehydrierung, Mangelernährung, Dekubitalulcera, Kontrakturen) statt?
- Wie und wann werden die Tätigkeiten der Pflegehelfer*innen fachlich überprüft?
- Wer nimmt die Qualität der Dokumentation (Verlaufsberichte) im Tageslauf in den Blick? Wann und in welcher Zuverlässigkeit?

6

Vorbehaltsaufgaben und Behandlungspflege

- Zu welchen Zeiten und von wem mit welcher Qualifikation wird die Behandlungspflege durchgeführt?
- Wird sie in andere Pflegehandlungen integriert? Sind die zeitlichen Absprachen klar getroffen?
- Wer kümmert sich wann um Arztkontakte / Apotheke / externe Therapeuten und trifft Absprachen mit Sanitätshäusern?
- Wer kümmert sich in welcher Verantwortung um die Verknüpfung von Beobachtungen, aktuellem Zustand, Assessmentergebnissen, Arztverordnung und Reaktion in der direkten Pflege und Begleitung?

7

Psychosoziale Begleitung

- Ist erkennbar, welcher/welche Bewohner*in zu welchem Zeitpunkt einen erhöhten psychosozialen Betreuungsaufwand hat?
- Wie wird darauf reagiert?
- Zu welchen Zeiten finden Beschäftigungsangebote statt? Welche?
- Wer führt durch und wer nimmt teil? Finden auch nachmittags Angebote statt? Was wird angeboten? Ist das Vorgehen wirkungsvoll?

8

Fachl. Umgang mit herausforderndem Verhalten

- Entsteht im Tageslauf herausforderndes Verhalten? Bei wem, wann, nach welchen Situationen?
- Wie wird darauf reagiert? Werden freiheitsentziehende Maßnahmen vermieden bzw. kritisch reflektiert? Ist das Vorgehen wirkungsvoll?
- Wer interveniert, wer berät, unterstützt, ist fachlicher Ansprechpartner?

9

Arbeitszeiten

- Entsprechen die Arbeitszeiten, z. B. Arbeitsbeginn und -ende, dem Betreuungs- bzw. Hilfebedarf der Bewohner*innen?
- Werden die tagesgenauen Nettozeiten eingehalten?
- Entstehen Überstunden? Wodurch entstehen sie?

10

Arbeitsverteilung

- Ist die Arbeitsverteilung kompetenzorientiert?
- Wo entstehen Arbeitsspitzen/
Arbeitsverdichtungen?
- Entstehen diese durch veränderbare Abläufe,
spezielle Bewohnerwünsche oder Schnittstellen?

11

Informations- weitergabe

- Gibt es ein klar gegliedertes Informationsdokument an den nächsten Dienst?
- Wie wird die Informationsweitergabe gestaltet?
Wie wird vermieden, dass schriftlich niedergelegte Informationen nochmals mündlich erörtert werden?
- Wer nimmt an den Informationsweitergaben teil und warum?
- Wie viel Zeit wird benötigt?

12

Allgemeine Bereichs- organisation

- Sind die zusätzlichen Aspekte berücksichtigt, z. B. Telefonate, Postbearbeitung, Prüflisten, Absprachen mit Dienstleistern, Reinigungsintervalle, Hilfsmittel und Geräte, Ordnung, Auffüll- und Aufräumarbeiten (Bewohnerzimmer, Wohnräume, Nebenräume), festgelegte Zeitkorridore für Prozessplanung, Evaluation und Dokumentation, Bestellungen?

Ist-Situation

Welche Leistung fällt an? (direkte und indirekte Pflege)

Wo fällt diese an? (direkte und indirekte Pflege)?

Wann fällt diese Leistung an und zu welchen Tageszeiten?

Zu welchen Tätigkeiten werden wie viele Mitarbeiter benötigt?

Welche Qualifikation werden hierfür benötigt?

Fazit: Erst Arbeit definieren, dann Talente suchen, die diese Arbeit leisten!

Arbeit neu definieren

Arbeitsverteilung nach QN





Priorisierung der Aufgabenschwerpunkte nach Verantwortung



Variante: Kompetenzorientierter Arbeitsablauf Post-Its



Den Change gestalten

Führung anpassen



Personal
entwickeln

Organisation
neu aufbauen

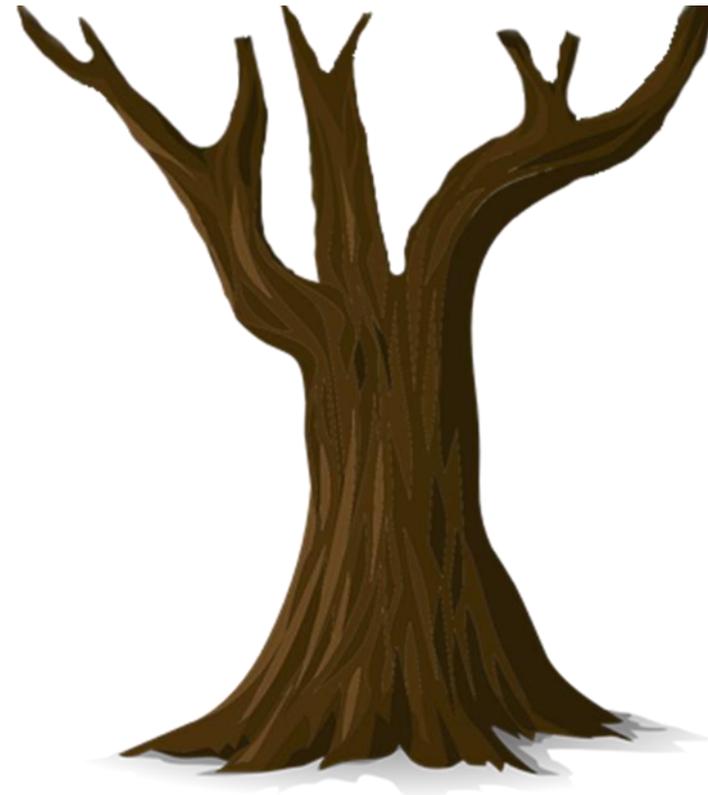
Führung neu
denken



Transaktionales Führen = Stabilität/Struktur

„Baumstamm“ steht für ...

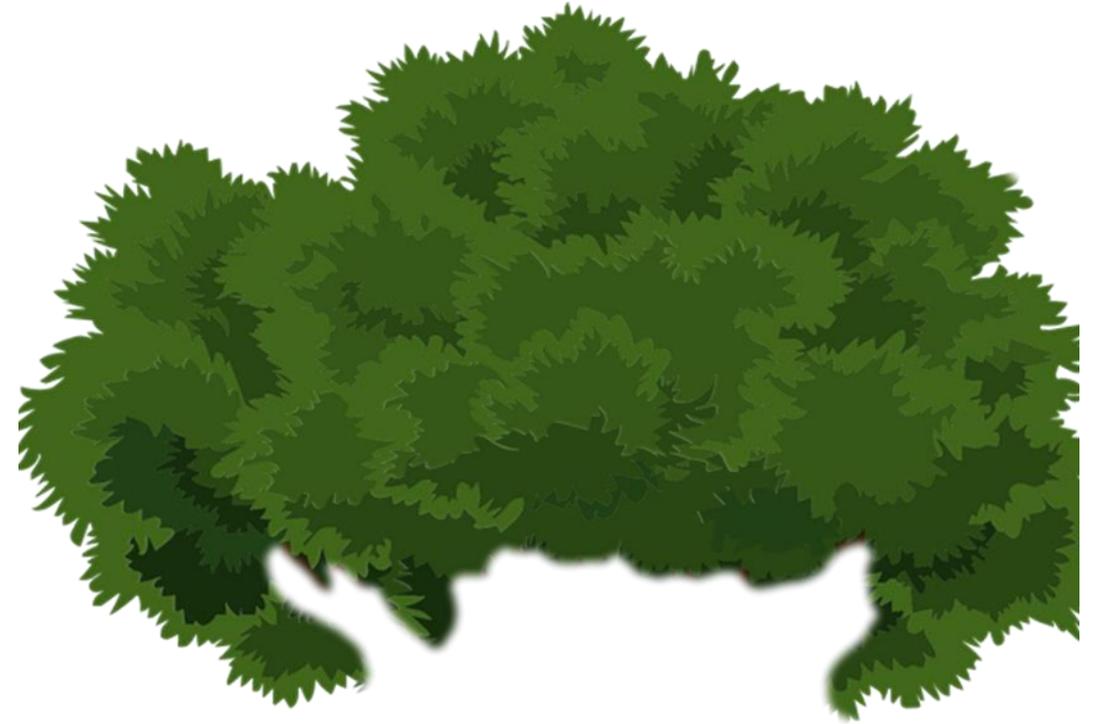
- Ziele klären/vereinbaren
- Informieren
- Delegieren
- Kontrollieren
- Feedback geben



Transformationales Führen = Auf Entwicklung hin

„Baumkrone“ steht für ...

- Anregung von Eigenverantwortung
- Motivation durch begeisternde Visionen
- Individuelle Berücksichtigung und Förderung
- Einfluss durch Vorbildlichkeit und Glaubwürdigkeit



Und so „passt“ es zusammen!

Kein **Stamm** ohne **Krone**

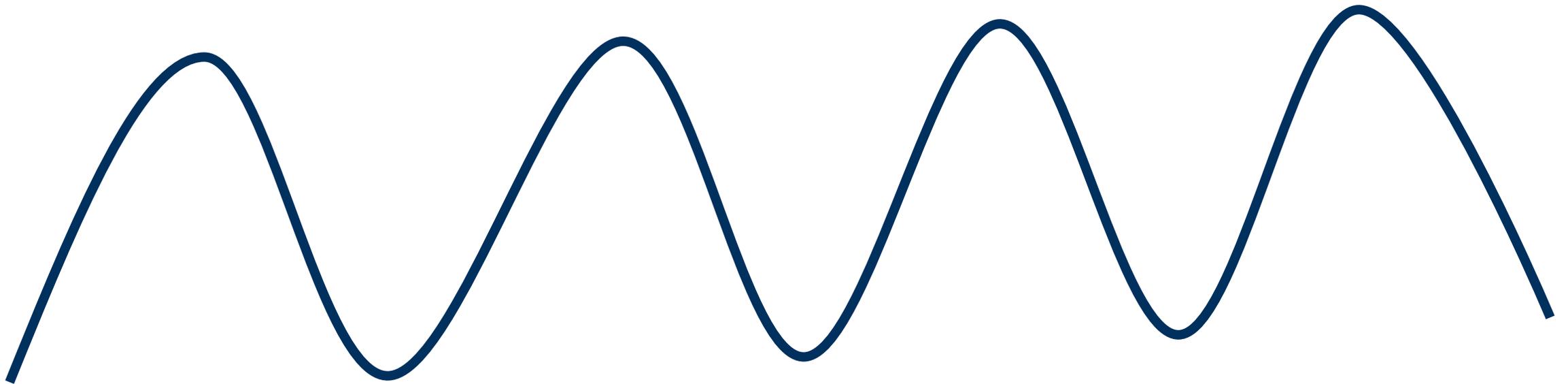
Keine **Krone** ohne **Stamm**



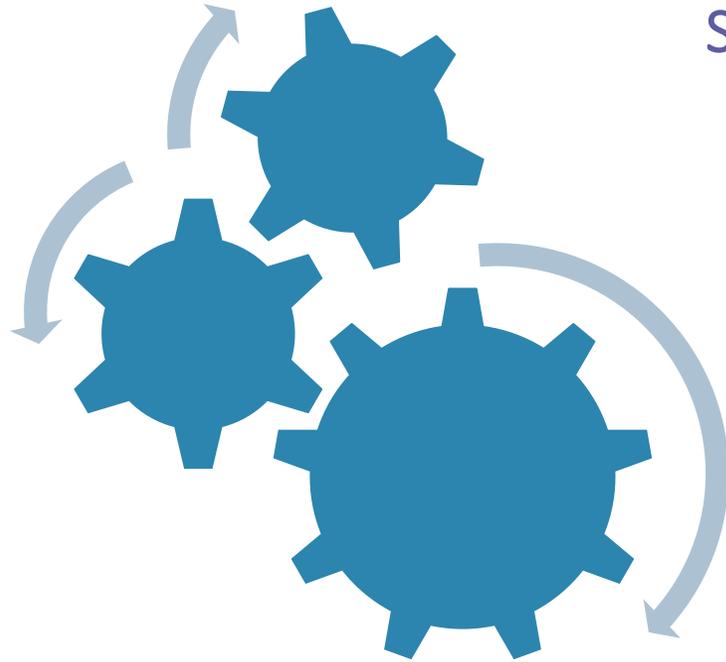
Agiles Lernen mit der PeBeM



Soziale Systeme lassen
sich nicht beherrschen



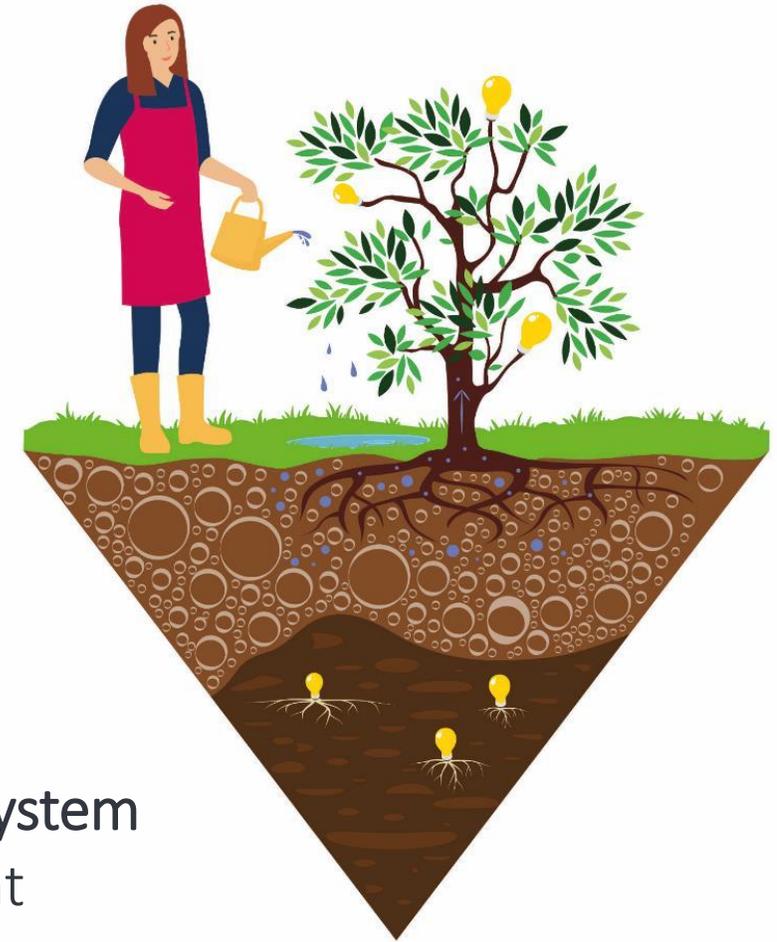
man kann nur Impulse setzen



Eine Maschine

- Beherrschen und kontrollieren
- Ziele
- Pläne

Man kann ein lebendes System nie steuern – man kann es nur stören.



Lebendes System

- Kreativität
- Erneuerung
- Austausch

Welches Bild passt zu Unternehmen, in denen Menschen wirken?

- Das Bild eines Biotops, in dem etwas wachsen soll, ist hilfreicher, als das Bild einer Maschine, die nach mechanischen Gesichtspunkten funktioniert und gesteuert werden kann.
- Die Dinge brauchen Zeit zum Wachsen und man kann das Wachsen nicht direkt steuern, sondern nur gute Rahmenbedingungen schaffen.
- Wachsen müssen Mitarbeiter:innen und die Lösungen selber!



Vision und Sinn!

Eine Veränderung funktioniert nur mit einer



und einem **Sinn!**



Mit dem Team im Flow sein

- Vision wird lebendig mit der Frage „Wofür?“
- Wofür genau möchte ich mich engagieren?
- Was treibt mich an?

- Zu was möchte ich im Unternehmen - und zu was für einer Welt möchte ich beitragen?

Vielen Dank

