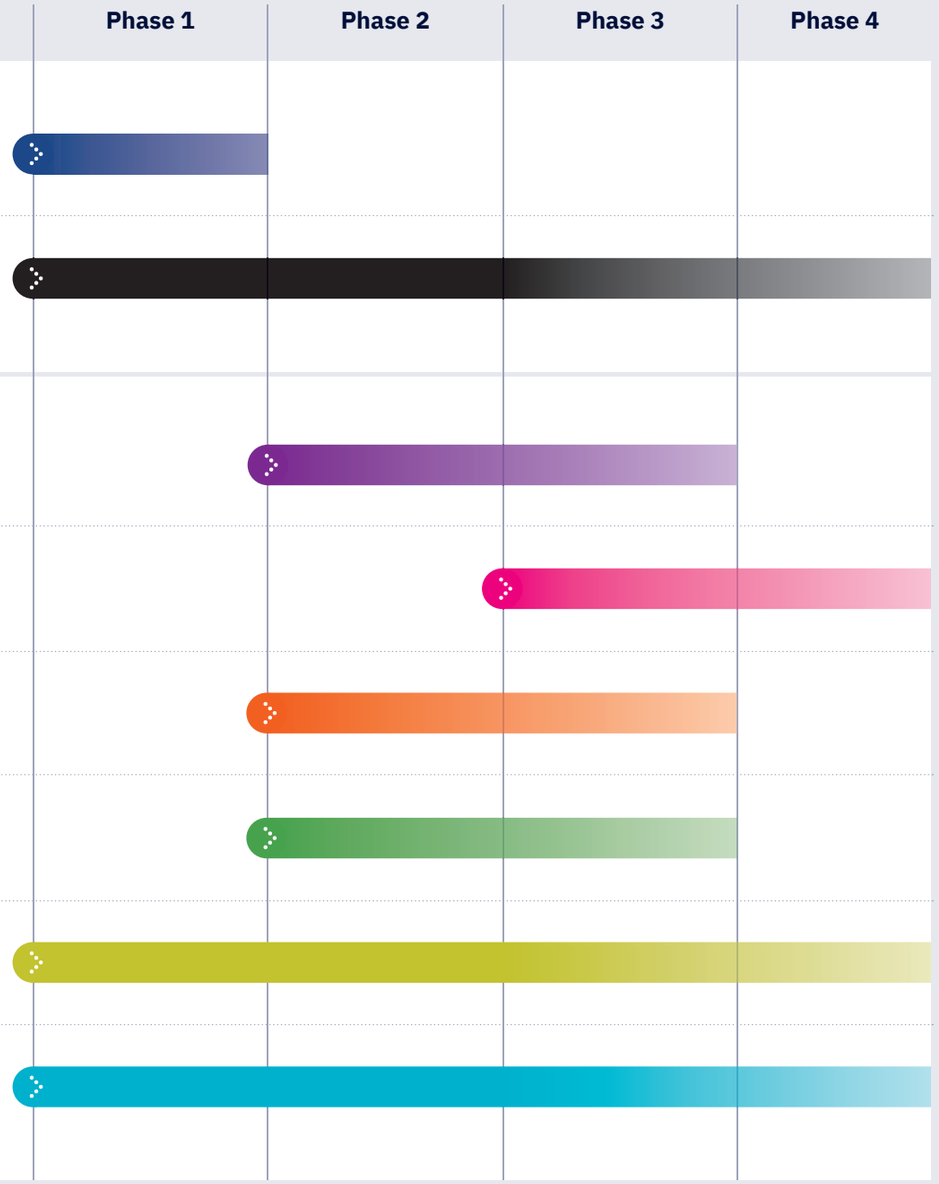
# DEVAP Impulspapier zur Aufgabenverteilung und Qualifikation in der Pflege

für ambulante und stationäre Träger sowie Pflegeschulen

# Roadmap für die Pflege

Politische Maßnahmen, um gleichwertige Lebensverhältnisse zu entwickeln




**Finanzreform**

- Festschreibung der Eigenanteile mit Überführung der Behandlungskosten in das SGB V / Investitionskosten
- *Korrespondierend zu jeder **Strukturreform** muss passend die **Finanzierung** gesetzlich gesichert werden*

**Strukturreform**

- Sektorengrenzen abbauen
- Pflegende Angehörige und Zivilgesellschaft stärken
- Kommunen stärken: Pflegerische Infrastruktur und Förderung des Gemeinwesens als kommunale Pflichtaufgabe
- Weiterentwicklung der Investitionskosten als Beitrag zu einheitlichen Lebensbedingungen
- Einheitliches Personalaufbaukonzept entwickeln: Ausreichend Personal und professionalisierte Mitarbeitende
- Chancen der Digitalisierung nutzen

*Als Dauer einer Phase werden 12 Monate unterstellt.*

# Ein „Weiter so“ ist nicht zielführend – die Pflege ist gefordert jetzt Veränderungsprozesse anzustoßen und den Personaleinsatz anhand der Kompetenzen neu zu strukturieren. Eine qualitativ hochwertige Versorgung in allen Bereichen der Pflege muss erklärtes Ziel aller sein!

**Mai 2022**

*Der Vorstand des Deutschen Evangelischen Verbandes für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP)*

# Inhalt

**Einführung** 04

**1. Ausgangssituation / Umfeldanalyse** 06

Personalmarkt, Personalbedarf und Studienlage 06
Normative Bedingungen und deren Folgen 07
Veränderungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff 07
Herausforderungen für die Langzeitpflege 08
Qualifikationsmix 09

**2. Aufgabenspektrum von Pflegefachpersonen** 10

Module zur Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten 10
Stand auf Bundesebene 12

**3. Aufgabenspektrum Pflegeassistenzebene und qualifikatorische Anforderungen** 14

Kompetenzen und Aufgaben der generalistischen Pflegeassistenten 15

**4. Aufgabenspektrum von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen** 16

Community Health Nurse 17

**5. Organisation der ambulanten und stationären Pflege** 18

**6. Best Practice: Kompetenzorientierte Neuverteilung des Personals am Beispiel 360° Pflege – Qualifikationsmix** **20**

**7. Forderungen an Politik auf Bundes- und Landesebene** **22**

Forderungen zu den ambulanten und stationären Vergütungssystematiken 24

**8. Handlungspräferenzen und Empfehlungen** **26**

Aspekte des Change Managements 26
Einführung der kompetenzorientierten Aufgabenzuordnung: Erhebung IST-Zustand 26
Impulse für eine erfolgreiche Neustrukturierung 29

**Fazit** **30**

Anlage 1
**Glossar** **32**

Anlage 2
**Einführung der kompetenzorientierten Aufgabenzuordnung: Erhebung des IST-Zustandes** **34**

Anlage 3
**Anstoßen von Veränderungsprozessen: Checkliste für eine erfolgreiche Neustrukturierung** **36**

Anlage 4
**Übersicht vorhandenes Pflegepersonal** **38**

# Einführung

**Der DEVAP hat im Oktober 2020 sein „Strategiepapier DEVAP Altenarbeit und Pflege 2021 bis 2025“ veröffentlicht. Darin fordert der Verband, gleichwertige Lebensverhältnisse für hilfs- und pflegebedürftige Menschen zu schaffen und schlägt in einer Roadmap sieben konkrete Forderungen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vor.**

Eine dieser Forderungen lautet **„Einheitliches Personalaufbaukonzept entwickeln: Ausreichend Personal und professionalisierte Mitarbeitende“**: Unabdingbar für einen attraktiven Pflegeberuf sind bessere Arbeitsbedingungen; bundesweit einheitliche ethische, fachliche und vor allem bedarfsorientierte Standards für den Einsatz von Fachpersonen; eine angemessene tarifliche Entlohnung, die auch vollständig refinanziert wird; eine bundesweit einheitliche Pflegeassistenzausbildung und multiprofessionelle, multikulturelle und flexible Teams.

Ein bundeseinheitliches Verfahren zur bedarfsgerechten Pflegepersonalbemessung in der Langzeitpflege muss umgesetzt werden; begleitet durch Maßnahmen zur Personalentwicklung, zum Personaleinsatz und zur Personalqualifizierung sowie zur Organisationsentwicklung. Auszubildende sollten hierbei nicht auf etwaige Personalschlüssel angerechnet werden, da während der gesamten Ausbildung kein Wertschöpfungsanteil entsteht.

Zu den Themen Aufgabenumverteilung und Qualifizierung in der Pflege hat eine DEVAP-Arbeitsgruppe bestehend aus Expert:innen aus der Praxis im Januar 2022 ein Forderungspapier[1] veröffentlicht und das vorliegende Impulspapier erarbeitet, um die DEVAP-Mitglieder bei der Personalorganisation und -ausbildung zu unterstützen.

*Hinweis: Es handelt sich hierbei um einen ersten Überblick zum Thema und ein dynamisches Papier für ambulante und stationäre Träger sowie Pflegeschulen, in welches kontinuierlich die neuen Erkenntnisse aus Forschung und Modellprojekten aufgenommen und die Empfehlungen entsprechend angepasst werden.*

[1] https://www.devap.de/fileadmin/Mediathek/02_Unsere_Positionen/pdf/2022-01_DEVAP-Forderungspapier_zur_Aufgabenumverteilung_im_Gesundheitswesen.pdf

01

# Ausgangssituation/ Umfeldanalyse

## Personalmarkt, Personalbedarf und Studienlage

Die demografischen Entwicklungen lassen zwei zentrale Schlussfolgerungen zu: Die Nachfrage nach Pflegeleistungen wird aufgrund steigender Zahlen pflegebedürftiger Menschen zunehmen, die Leistungskapazitäten von Pflegeeinrichtungen werden aufgrund sinkender Zahlen professionell pflegender Menschen abnehmen.

Meilensteine zur Neuordnung des professionellen Miteinanders

Die Personalgewinnung im Pflege- und Gesundheitswesen ist äußerst angespannt, Stellenbesetzungen für Pflegefachpersonen und auch Pflegeassistenzpersonen sind schwierig.

Im „Rotgang-Gutachten“[2] von August 2020 wird die von allen Expert:innen zum Ausdruck gebrachte schon heute bestehende Gefährdung der Versorgungssicherheit im ambulanten Bereich formuliert (ebenda, S. 332).

Vorhandene ambulante Leistungskapazitäten sind „durch eine erhebliche Verdichtung des Leistungsgeschehens einerseits, aber auch durch das erweiterte Verständnis von Pflegebedürftigkeit bedingte Steigerung des Bedarfs andererseits weitgehend ausgeschöpft, teilweise bereits übererschöpft“. In der Konsequenz sollten lt. Gutachten Fragen der Ausbildung, Weiterbildung, Gewinnung und Wiedergewinnung von Pflegenden für eine Tätigkeit in der ambulanten Pflege ebenso wie die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den gegebenen Bedingungen und ihren Konsequenzen sowie die wissenschaftlich gestützte Entwicklung neuer Versorgungskonzepte geklärt werden (ebenda, S. 339).

© Grafik: istockphoto.com / olaser – Bearbeitung: Viol

Für den stationären Pflegebereich gibt es lt. Rothgang bei Pflegefachpersonen schon jetzt eine erhebliche Personallücke, die in Anlehnung an den Bericht der Bundesagentur für Arbeit vom Mai 2019 für vollstationäre Pflege mit 20.000 Vollzeitäquivalenten angesetzt wurde (ebenda, S. 368). Auch für Pflegeassistent:innen mit ein- oder zweijähriger Ausbildung ergibt sich demographisch bedingt seit 2020 eine Personallücke; Bedarf und Angebot sind nicht mehr kongruent.

Lediglich für Pflegehilfspersonen ohne formale Berufsausbildung wurde keine aktuelle und perspektivische Personallücke festgestellt (ebenda, S. 368).

## Normative Bedingungen und deren Folgen

Die Feststellung des Pflegebedarfs sowie die Steuerung und Evaluation des Pflegeprozesses sind Pflegefachpersonen vorbehalten (vgl. § 4 PflBG). Darüber hinaus werden perspektivisch auch ärztlich delegierbare sowie Substitutionsaufgaben (vgl. § 14 PflBG; § 63 (3c) SGB V) von Pflegefachpersonen übernommen, so dass es zu einer Aufgabenerweiterung der Pflegefachpersonen kommt bzw. bereits gekommen ist. Leistungsinhaltlich geben die §§ 27 und 37 SGB V, §§ 14 und 36 SGB XI sowie daran anknüpfende gesetzliche und untergesetzliche Normen und rahmenvertragliche Regelungen zum Leistungsrecht Orientierung.

Im Bereich der Pflege hat in den letzten Jahren eine erhebliche Entwicklung stattgefunden, sowohl im akutklinischen als auch im Bereich der stationären und ambulanten Langzeitpflege: Bedarfe pflegebedürftiger Menschen sind deutlich komplexer, umfangreicher und anspruchsvoller geworden, wie bspw. auch der aktuelle Pflegebedürftigkeitsbegriff zeigt.

## Veränderungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

Mit dem Pflegestärkungsgesetz II wurde der Pflegebedürftigkeitsbegriff (§ 14 SGB XI) neu formuliert und trat 2017 in Kraft. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff definiert einerseits die Zugangsberechtigung zu den Leistungen der Pflegeversicherung. Andererseits wurde mit dessen Neuformulierung ein Paradigmenwechsel in der Pflege eingeleitet: Grundlage der Einstufung der Pflegebedürftigkeit ist seither der Grad der Selbstständigkeit und nicht mehr die v.a. an Defiziten orientierte Dauer der von Pflegepersonen durchgeführten Verrichtungen. Laut Wingenfeld[3] sollte „dem erweiterten Verständnis von Pflegebedürftigkeit ein erweitertes Verständnis von Pflege folgen“.

Pflege ist mehr als Hilfe bei Verrichtungen. Dieses Verständnis von Pflege prägt alle Pflegebereiche: Von Leistungsinhalten über die Pflegedokumentation bis hin zum Qualitätsverständnis. Eine umfassende Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes im Sinne der Förderung bzw. der Erhaltung von Selbstständigkeit ist bspw. die Umsetzung gezielter edukativer oder präventiver Maßnahmen, mit dem Ziel, einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit möglichst lange entgegenzuwirken oder den Umgang mit Pflegebedürftigkeit zu erleichtern.

[2] https://www.gs-qsa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pd

[3] Vortrag Dr. Klaus Wingenfeld: „Was bedeutet der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff für die Praxis der pflegerischen Versorgung?“ (Präsentation). Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff als Wegweiser für eine gute pflegerische Versorgung, Berlin, 31. August 2016

Im Kontext der zu erhaltenden und zu fördernden Selbständigkeit der Pflegebedürftigen sollte das Aufgabenspektrum sowohl im stationären als auch ambulanten Leistungsbereich neu gedacht werden. Bspw. ist Betreuung mehr als Beschäftigung oder Beaufsichtigung, hier geht es oftmals auch um Unterstützung bei der Krisenbewältigung. Ein wesentliches Ziel des Case Managements im Kontext der Pflege ist es, Menschen in ihrem Lebensalltag zu befähigen, mit durch Pflegebedarf entstehenden und krankheitsbedingten Einschränkungen zurechtzukommen. Dies geschieht auf Wunsch der Betroffenen auch unter Einbezug der an- und zugehörigen Menschen und des sozialen Umfelds, als Teil der Gesundheitsförderung und als solcher auch als Teil des Pflegeprozesses. Durch das Case Management kann ein essenzieller Beitrag zur Stärkung der individuellen Versorgung der Menschen mit pflegerischem Versorgungs- und Hilfebedarf geleistet werden. Die Finanzierung dieser Aspekte ist in der bisherigen Systematik unzureichend berücksichtigt.

## Herausforderungen für die Langzeitpflege

In der Quintessenz bedeuten die Veränderungen in der Pflegelandschaft sowohl für den ambulanten als auch stationären Leistungsbereich der Pflege:

- **Kompetenzen** müssen zukünftig die Basis für die Verantwortungs- und Aufgabenverteilung in der interprofessionellen Pflege sein (Siehe Anlage 4).

- **Weiterbildungsstrukturen** müssen sich entsprechend an den aktuellen und perspektivischen Bedingungen des Wandels orientieren. Verschiedene Qualifizierungsniveaus in der Pflege müssen interagieren und sich verzahnen.

- **Vorbehaltsaufgaben** sind inhaltlich auszugestalten und müssen in rahmenvertragliche Grundlagen einfließen. Im Pflegebereich wurden zudem schon immer ärztlich delegierte Aufgaben übernommen. Perspektivisch werden Pflegefachpersonen vermehrt auch **Substitutionsaufgaben** ausführen, d.h. nach ärztlicher Diagnose heilkundliche Tätigkeiten selbständig und ohne ärztliche Veranlassung übernehmen.

- **Pflegefachpersonen** sollen, neben der Verantwortung in komplexen und kritischen Pflegesettings, künftig mehr managende, edukative und substituierende Tätigkeiten übernehmen. Gleichzeitig verschiebt sich das quantitative Verhältnis im Qualifikationsmix hin zu einem geringeren Anteil der Pflegefachpersonen.
  **Pflegeassistenzpersonen** übernehmen entsprechend Tätigkeiten der direkten Pflege auf einem höheren Niveau. Folglich werden unter quantitativer Perspektive künftig zum einen generalistisch qualifizierte Pflegefachpersonen benötigt und zusätzlich insbesondere Pflegepersonen mit (möglicherweise differenzierter) formaler Helfer-/ Assistenzausbildung.

- Langfristig kann qualitätsvolle Pflege jedoch nur sichergestellt werden, wenn auf Bundesebene eine einheitliche Lösung für die Pflegeassistenzausbildung gefunden wird: eine bundesweit einheitliche, zweijährige **generalistische Pflegeassistenzausbildung** muss etabliert werden[4].

- Die formal qualifizierte Helfer- bzw.- Assistenzebene muss zudem ein Qualifikations-

niveau erreichen, welches eine handlungssichere und souveräne Umsetzung neu zu definierender Assistenzleistungen ermöglicht – im Idealfall **DQR 3 Niveau**.

→ Auf Einrichtungsebene sind im Hinblick auf einen neuen **kompetenzbezogenen Care-Mix** differenzierte Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie systematische Organisations- und Personalentwicklungsmaßnahmen notwendig.

→ Untergesetzliche und rahmenvertragliche **Regelungen zum Aufgabenspektrum** von Pflegefach- und assistenzpersonen sind entsprechend inhaltlich und strukturell anzupassen.

→ Auch **berufspolitische Aspekte** sollten in den Diskussionen und Veränderungsprozessen bedacht werden.

## Qualifikationsmix

Der Qualifikationsmix hat große Relevanz für alle Versorgungssektoren, da Pflegende mit unterschiedlichen Berufs- und Studienabschlüssen gemeinsam bedarfsgerecht die Menschen mit Pflegebedarf versorgen. Die professionelle Pflege kennt schon heute die verschiedenen Qualifikationen und Qualifikationsniveaus. Den sich nun verändernden Anforderungen kann mit einem angepassten Qualifikationsmix begegnet werden.

„Qualifikationsmix in der Pflege bedeutet, dass in einem Pflegeteam systematisch Pflege(fach)- und Betreuungspersonen mit verschiedenen qualifizierenden Abschlüssen, die zum Pflegeberuf befähigen, zusammen, bedarfsgerecht und effizient in der Versorgung eingesetzt werden. Außerdem sollten in der Zusammenstellung der Teams Aspekte wie Berufserfahrung und Spezialisierung einzelner Personen Berücksichtigung finden.“[5]

Neben dem steigenden pflegerischen Bedarf wird aufgrund der Ergebnisse der Rothgang-Studie ein weiterer Mehrbedarf an Pflegepersonen ermittelt. Der in der Studie beschriebene „Algorithmus“ bestimmt auf Einrichtungsebene aus der nach Pflegegrad differenzierten Zahl der Bewohner:innen ein nach Qualifikationsniveau differenziertes bedarfsgerechtes Pflegepersonalvolumen. Der bedarfsgerechte Qualifikationsmix der Pflegepersonen ersetzt zukünftig die aktuell gültige starre Fachkraftquote.

Eine Aufstockung der Beschäftigtenzahlen allein führt aber nicht automatisch zu den erwünschten Verbesserungen der Pflegequalität und der Arbeitsbedingungen der Pflegenden. Vielmehr sind Organisations- und Personalentwicklungsprozesse erforderlich, in deren Rahmen eine kompetenzorientierte Neudefinition der Rollen von Fach- und Assistenzpersonen erfolgen muss.

Ein an den Kompetenzen und Fähigkeiten orientierter Qualifikationsmix unterstützt die Personalgewinnung und -bindung und führt zudem dazu, den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten und individuelle berufliche Perspektiven anzubieten.

[4] https://www.devap.de/fileadmin/Mediathek/03_Unsere_Aktivitaeten/pdf/devap_strategiepapier_2025_content_web_final.pdf
[5] https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2018-02/485_17-2018-02-07_RBS_Broschuere_360%C2%B0_Pflege_A4_WEB_ES.pdf

02

# Aufgabenspektrum von Pflegefachpersonen

Durch das Berufsbild „Pflegefachfrau/Pflegefachmann“ wurden die Berufe der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege seit dem 01.01.2020 in einer generalistischen Ausbildung zusammengeführt. Die Auszubildenden werden befähigt, Menschen aller Altersstufen zu pflegen. Ausgebildete Pflegefachpersonen übernehmen fachlich anspruchsvolle pflegerische Aufgaben, die als Vorbehaltstätigkeiten ausschließlich von ihnen zu erfüllen sind. Hierzu zählen bspw. die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs der zu pflegenden Menschen, die Organisation des Pflegeprozesses und die Qualitätssicherung der Pflege.

Ziel ist es, die Ausbildungen zu modernisieren, attraktiver zu machen und so den Berufsbereich der Pflege insgesamt aufzuwerten. Zudem wird so den insgesamt komplexeren Versorgungssituationen Rechnung getragen und mit hoher Qualität begegnet. Für Altausbildungen gilt ein Bestandsschutz.

## Module zur Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten

Darüber hinaus ist in § 14 Abs. 4 PflBG die Schaffung von Ausbildungsangeboten für über § 5 PflBG hinausgehende Kompetenzen für Pflegefachpersonen im Sinne der Heilkundeübertragung ärztlicher Leistungen vorgesehen. Die Fachkommission nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) hat auf Initiative der Ausbildungsoffensive Pflege/Handlungsfeld III[6] den Auftrag für die Entwicklung standardisierter Heilkundemodule im letzten Drittel der Pflegeausbildung beginnend erhalten.

Die ersten erforderlichen gesetzlichen Neuregelungen zwischen ärztlichen und pflegerischen Berufen werden im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.05.2008 mit befristeten Ausbildungsangeboten im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V zur Übertragung bestimmter ärztlicher Tätigkeiten in der Pflege genannt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Jahr 2012 die zu übertragenen heilkundlichen Tätigkeiten im Rahmen einer Richtlinie von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB als Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf die Pflege festgelegt. Die Möglichkeit von zu erprobenden Modellversuchen wurde bisher jedoch kaum genutzt.

Die Fachkommission nach dem PflBG hat von November 2019 bis Juni 2021 ein Grundlagenmodul und acht Wahlmodule mit theoretischer Begründung als selbstständige und eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde im Sinne der Substitution entwickelt.[7]

Diese erweiterten heilkundlichen Kompetenzen können im dritten Jahr der Ausbildung zur/zum Pflegefachfrau/-mann durch zusätzlichen Unterricht erworben werden und führen je nach Wahl der Module zu einer Verlängerung der Ausbildung über das dritte Ausbildungsjahr hinaus.

Die erweiterten heilkundlichen Kompetenzen bauen auf den curricularen Einheiten (CES) und den in Anlage 2 PflBG genannten Kompetenzen der Erstausbildung auf.

Die acht Wahlmodule sind einerseits aus der G-BA-Richtlinie abgeleitet, andererseits durch die Fachkommission weiter- und neuentwickelt worden. Die Pflege- und Therapieprozessverantwortung auf Grundlage des § 4 PflBG mit der Erhebung, Organisation, Steuerung und Analyse des Pflegebedarfs sind dabei um die Legitimation für die Pflege- und Therapieprozessverantwortung durch heilkundlich Pflegende erweitert worden.

Die Module sind in der nachfolgenden Übersicht dargestellt:

[5] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/191129_KAP_Gesamttext__Stand_11.2019_3._Auflage.pdf
[5] https://www.bibb.de/de/139520.php

**Grundlagenmodule**

| | | |
|---|---|---|
| **G1** | Ein professionelles Berufs- und Rollenverständnis mit erweiterter heilkundlicher Verantwortung entwickeln | 160 h |

**Wahlmodule**
*jeweils einschl. Psychosoziale Versorgung und Patientenmanagement, Case Management, Überleitungsmanagement*

| | | |
|---|---|---|
| **W1** | Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellage | 400 h |
| **W2** | Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von chronischen Wunden betroffen sind | 300 h |
| **W3** | Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse von Menschen mit Demenz | 400 h |
| **W4** | Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von Hypertonus betroffen sind | 200 h |
| **W5** | Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von Schmerzen betroffen sind | 120 h |
| **W6** | Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von spezifischen Ernährungs- oder Ausscheidungsproblemen betroffen sind | 360 h |
| **W7** | Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse im Zusammenhang mit der pflegerischen Unterstützung mit zu pflegenden Menschen mit einem Tracheostoma | 200 h |
| **W8** | Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse für Menschen aller Altersstufen, die von akuter oder chronischer Beeinträchtigung der Atmung betroffen sind | 360 h |

Aus den acht Modulen und den Vorbehaltsaufgaben gemäß PflBG lassen sich künftig bspw. die folgenden Aufgaben und Tätigkeiten für heilkundlich Pflegende und Handlungsoptionen für Träger ableiten[8]:

- Einsatz im Rahmen edukativer Aufgaben
- Selbstverantwortliche Tätigkeit im Rahmen eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)
- Management chronischer Erkrankungen
- Einrichtungsübergreifende Kooperationsmodelle; auch mit niedergelassenen Haus- und Fachärzt:innen

**Zudem sind neue Versorgungsformen in der Praxis möglich, wie beispielsweise:**

- Gesundheitszentren/ Gesundheitskiosk im Stadtteil mit Beratungs- und Versorgungsangeboten
- ambulante Pflegedienste zur Primär- und pflegerischen Langzeitversorgung für Menschen aller Altersstufen, Kinder, ältere und chronisch erkrankter Menschen
- selbstständig tätige Pflegefachperson mit entsprechender Zusatzqualifikation

Medizinische, pflegerische, soziale und soziokulturelle Angebote können so sinnvoll gebündelt und Menschen aller Altersstufen in allen Versorgungsbereichen von erweitert heilkundlich Pflegenden versorgt werden. Hier ist auch an die stationäre Langzeitversorgung und an die häusliche Versorgung im ländlich-kommunalen Raum zu denken, die bereits heute schon medizinische Versorgungslücken aufweisen.

Es müssen zudem künftig Lösungen gefunden werden um spezialisierte Pflegefachpersonen (z.B. Pain Nurse, Wundmanager, SAPV-Fachpersonen u.v.m.) einrichtungsübergreifend und sogar trägerübergreifend einsetzen zu können. Vorteil ist hier ein effektiver Einsatz von Ressourcen sowie die erhöhte Planungssicherheit und letztlich eine hohe fachliche Versorgungsqualität. Rechtssicherheit und eine gesicherte Refinanzierung ist dabei für Träger und entsprechende Mitarbeitende unabdingbar (Kooperationsverträge, Leistungsvergütung, etc.). Eine damit einhergehende Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs (hohe fachliche Kompetenz, Einsatzmöglichkeit akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen, Flexibilität in der Arbeitszeitgestaltung, etc.) ist erwünschter Nebeneffekt.

## Stand auf Bundesebene

Der Deutsche Bundestag hat am 11.06.2021 das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) beschlossen. Hierzu gehört u.a. die Kompetenzerweiterung für Pflegefachpersonen. Im neuen § 64d SGB V wurde die Verpflichtung zur Durchführung von Modellvorhaben in jedem Bundesland zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten aufgenommen. Damit hat der Gesetzgeber aus dem Scheitern der 2012 in Kraft getretenen Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V des G-BA Verbesserungen abgeleitet. Spätestens zum 1. Januar 2023 sollen die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen mit den Modellvorhaben starten. Zuvor werden in einem Rahmenvertrag die Einzelheiten festgelegt werden.

[8] Ayerle G., Langer G., Meyer G. (2020) Selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Pflegekräfte. In: Jacobs K., Kuhlmey A., Greß S., Klauber J., Schwinger A. (eds) Pflege-Report 2019. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_14

03

# Aufgabenspektrum Pflegeassistenzebene und qualifikatorische Anforderungen

Folgt man dem Gutachten von Prof. Dr. Rothgang zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege, gibt es einen enormen Mehrbedarf an Pflegeassistenzpersonen in der Pflege. Vor diesem Hintergrund muss zur Erhaltung der Qualität in der ambulanten und stationären Versorgung das Personal unterhalb der dreijährigen Ausbildung qualitativ und quantitativ aus- sowie weitergebildet und ein eigenständiges Berufsverständnis etabliert werden.

In Deutschland herrscht nach föderalen Grundsätzen aktuell eine Vielfalt von nach Landesrecht anerkannten Pflegeassistenzausbildungen, die sich inhaltlich und strukturell erheblich unterscheiden und hinsichtlich des Qualifikationsniveaus nur schwer vergleichbar sind. Es existieren normative Grundlagen für Altenpflegehilfe, Krankenpflegehilfe und Pflegeassistenz, in 12 Bundesländern 1 bis 1,5-jährige Ausbildungsprogramme, in vier Bundesländern 2-jährige Assistenzausbildungsprogramme.

Im DEVAP-Strategiepapier[9] von Oktober 2020 heißt es: „Notwendig ist eine bundesweit einheitliche Regelung für die Pflegehelfer- und -assistenzausbildungen der Länder zu einer zweijährigen generalistischen Ausbildung. Nur durch eine Gleichwertigkeit und Vergleichbarkeit der Abschlüsse über Landesgrenzen hinweg, kann der Beruf aufgewertet und dem Personalmangel entgegengewirkt werden.“

Die Diakonie Deutschland hat, unter Einbindung der Fachverbände DEVAP e.V. und DEKV e.V., im August 2021 eine „Diakonische Positionierung zur Pflegeassistenzausbildung“[10] veröffentlicht. Hier heißt es, dass Assistenzpersonal vor allem in stabilen Pflegesituationen unabdingbar ist und Tätigkeiten im Rahmen der Pflegeplanung und -evaluation selbstständig übernimmt.

Grundvoraussetzung sollte in allen Ländern sein, dass die generalistische Pflegeassistenz als eigenständige, rechtlich geregelte Berufsqualifikation mit professioneller Identität zu verstehen ist.

Die Anschlussfähigkeit an die 3-jährige Pflegeausbildung nach dem PflBG ist grundsätzlich zu gewährleisten. Zudem sollte die Pflegeassistenzausbildung dem DQR Niveau 3 zugeordnet werden (2-jährige Ausbildung).[11]

## Kompetenzen und Aufgaben der generalistischen Pflegeassistenten

Die Kompetenzen müssen sich perspektivisch bei allen Pflegefachpersonen steigern, um künftig den komplexen Anforderungen in der Versorgung adäquat begegnen zu können. Ein Vakuum unterhalb der 3-jährigen Ausbildung besteht bereits heute. Um dies zu füllen können bspw. Pflegeassistenten eingesetzt werden. Eine kompetenzbezogene, klare Abgrenzung zwischen Pflegeassistenzpersonen, Pflegefachperson und akademisierten Pflegefachpersonen ist entsprechend sinnvoll.

Für die Pflegeassistenzpersonen können hierbei die Kompetenzen der Anlage 1 der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV) als Orientierung herangezogen werden[12]. Hier werden die Kompetenzen aufgeführt, die in der Zwischenprüfung nach § 7 PflAPrV zur Ermittlung des Ausbildungsstandes zum Ende des zweiten Ausbildungsdrittels geprüft werden.

In der ambulanten und stationären Pflege sollten diese Pflegeassistenten eigenständig und gemäß ihrer Kompetenzen gezielt eingesetzt werden:

- Grundsätzlich übernehmen diese die grundpflegerische Versorgung und einfache behandlungspflegerische Tätigkeiten[13] von kranken oder pflegebedürftigen Menschen oder Menschen mit Behinderung. Ihre Aufgaben liegen damit in der **Umsetzung der Pflegeplanung bei Menschen in stabilen Pflegesituationen**.

- Auch die **hauswirtschaftliche und soziale Betreuung** dieser pflegebedürftigen Menschen und deren Familienangehörigen gehört zu ihren Aufgaben.

[9] https://www.devap.de/fileadmin/Mediathek/03_Unsere_Aktivitaeten/pdf/devap_strategiepapier_2025_content_web_final.pdf
[10] https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/Diakonie/PDFs/Themenschwerpunkt_PDF/Positionierung_Pflegeassistenzausbildung_fin.pdf
[11] Auch, damit Menschen aus dem Ausland, die eine Pflegeassistenzausbildung in Deutschland abgeschlossen haben, ein Bleiberecht und eine Arbeitserlaubnis erhalten.
DEVAP-Pressemitteilung, 28.03.2022: https://www.devap.de/fileadmin/Mediathek/02_Unsere_Positionen/pdf/22-03-28_DEVAP_PM_Anerkennung_und_Bleiberecht_fuer_internationale_Pflegepersonen_muss_bundesweit_angepasst_werden.pdf
[12] https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl118s1572.pdf#bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s1572.pdf%27%5D__1637068619882
[13] https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/2020_05_07_B_03_KR_04_19_R.html; https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2778/HKP-RL_2021-11-19_iK-2022-03-26.pdf

04

# Aufgabenspektrum von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen

Der Wissenschaftsrat hat 2012 in seinem Gutachten gefordert, dass etwa zehn bis zwanzig Prozent der in der Pflege Beschäftigten einen akademischen Abschluss haben sollen. Begründet hat er dies mit der zunehmenden Komplexität von Pflege, mit veränderten Rahmenbedingungen der Versorgungslandschaft und der damit verbundenen notwendigen Ausrichtung in multidisziplinären Teams. Dieser Forderung einer stärkeren Akademisierung in der Pflege trägt das PflBG dadurch Rechnung, dass es neben der beruflichen Ausbildung ebenso ein generalistisch ausgerichtetes primärqualifizierendes Bachelorstudium vorsieht. Der Unterschied zur fachschulischen Ausbildung ist in der Vermittlung erweiterter Kompetenzen zu sehen, um komplexe Pflegesituationen auf wissenschaftlicher Grundlage gestalten und durchführen zu können.

Das primärqualifizierende Pflegestudium an Hochschulen befähigt gemäß § 37 Absätze 1 und 3 PflBG zur unmittelbaren Tätigkeit an zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und verfolgt gegenüber der beruflichen Pflegeausbildung ein erweitertes Ausbildungsziel, insbesondere

**1.** die Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschaftsbasierter oder wissenschaftsorientierter Entscheidungen,

**2.** ein vertieftes Wissen über Grundlagen der Pflegewissenschaft, des gesellschaftlich institutionellen Rahmens des pflegerischen Handelns sowie des normativ-institutionellen Systems der Versorgung,

**3.** die Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung dadurch maßgeblich mitzugestalten,

**4.** sich Forschungsgebiete der professionellen Pflege auf dem neuesten Stand der gesicherten Erkenntnisse zu erschließen,

**5.** forschungsgestützte Problemlösungen wie auch neue Technologien in das berufliche Handeln übertragen zu können,

**6.** berufsbezogene Fort- und Weiterbildungsbedarfe zu erkennen,

**7.** sich kritisch-reflexiv und analytisch sowohl mit theoretischem als auch praktischem Wissen auseinanderzusetzen,

**8.** wissenschaftsbasiert innovative Lösungsansätze zur Verbesserung im eigenen beruflichen Handlungsfeld entwickeln und implementieren zu können und

**9.** an der Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards mitzuwirken.

Bei der Integration und Aufgabenverteilung akademisierter Pflegefachpersonen gilt es sich auf die Pflegeprozesse zurückzubesinnen, um anhand dessen zu eruieren, welche Kompetenzen wo und für wen gebraucht werden. Der Deutsche Pflegerat (DPR) und die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) haben bereits 2014 die Hinweise und Empfehlungen zur Organisationsentwicklung formuliert, um grundständig akademisch qualifizierte Pflegende in die bestehenden Strukturen stationärer und ambulanter Akut- und Langzeitversorgung zu integrieren[14].

Die acht Module (Siehe Kapitel 2) sollten verpflichtender Bestandteil in allen Pflegestudiengängen sein. Damit würde die Attraktivität des Studiums deutlich erhöht werden, weil die Arbeitsfelder klar definiert sind und der Studiengang damit auch für Interessierte an einem Medizinstudium wählbar wird.[15]

## Community Health Nurse

Die akademisierten Pflegefachpersonen können nach dem Abschluss als „Community Health Nurse“ eingesetzt werden. Es sind zumeist Advanced Practice Nurses (APN) oder Nurse Practitioner (NP), die im Community Health Nursing eingesetzt werden. Es handelt sich hierbei um hochspezialisierte Pflegefachpersonen, die in der Primärversorgung erste Ansprechpartner für gesundheits- und krankheitsbezogene Fragen sind. Verortet und institutionell angebunden sind die Community Health Nurses in kommunalen Zentren für primäre Gesundheitsversorgung.[16] Im Koalitionsvertrag 2021 – 2025 wird den Community Health Nurses eine besondere Bedeutung in der künftigen Pflegeversorgung zugeschrieben.[17]

[15] Siehe Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen - Deutscher Pflegerat (deutscher-pflegerat.de)

[15] Der Studiengang Angewandte Pflegewissenschaft der dualen Hochschule Baden-Württemberg bietet hierzu erste Ansätze. In einem berufsintegrierten Kontaktstudium wird im Modulsystem bspw. folgendes angeboten: Berufspädagogik, Palliative Care, Gesundheitsmanagement, Gerontologie & Geriatrie, Schutzkonzepte für vulnerable Gruppen in der Pflege und Gesundheitsversorgung. siehe auch: https://www.dhbw-stuttgart.de/studium/bachelor-studienangebot/gesundheit/angewandte-pflegewissenschaft/

[16] https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/Broschuere-Community-Health-Nursing-09-2019.pdf

[17] https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1 (Seite 84)

05

# Organisation der ambulanten und stationären Pflege

Soziale und kulturelle gesellschaftliche Prägungen wirken sich u.a. auf das Selbstbild, die Haltung, das Verhalten und die Erwartungen von Menschen aus. Das Alter ist heterogen und vielfältig, bspw. hinsichtlich der Selbstbestimmungs- und Mitbestimmungsbedürfnisse, der technischen Affinität oder der Informationsbedürfnisse. Auch die Aspekte der sexuellen Diversität, der kulturellen Vielfalt, letztlich der differenten Altersbilder müssen Berücksichtigung finden. Dies hat Konsequenzen, auch in Zeiten von Unterstützungsbedarf: Leistungsangebote, bspw. Wohn- und Unterstützungsformen, müssen entsprechend reformiert und angepasst werden.

Eine **Organisationsentwicklung und Neuausrichtung der Pflegesysteme** erfordern zunächst eine Analyse der vorherrschenden Prozesse, Strukturen und der Abläufe. Dabei müssen Aufgaben identifiziert werden, die in der Leistungserbringung nicht durch entsprechend ausreichend qualifizierte bzw. überqualifizierte Pflegepersonen erbracht werden. Dies erfolgt meist aus Gründen, die in der aktuellen Personalsituation liegen. Der Bedarf an komplexer pflegerischer Versorgung, verbunden mit den unterschiedlichsten Bedarfen an komplexer Behandlungspflege oder kognitiven Beeinträchtigungen, wird zunehmend divergent und braucht eine klare Zuordnung der zu erbringenden Leistungen zu entsprechend qualifizierten Pflegepersonen (Siehe Anlage 4).

Der Begriff „Pflege“ in Deutschland wird spätestens seit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung oft mit der **stationären Langzeitversorgung** (engl. long-term care) gleichgesetzt. Überwiegend Menschen, die aufgrund alters- oder krankheitsbedingter Funktionseinschränkungen auf umfangreiche alltagsnahe Hilfen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens und auf hauswirtschaftliche Unterstützung angewiesen sind, nehmen diese Versorgungsart in Anspruch. Dabei ist der Anteil der multimorbiden, kognitiv eingeschränkten und an Demenz erkrankten Menschen hoch. Die Bewohnenden sind mehrheitlich schwer pflegebedürftig und über 80 Jahre alt. Aufgrund der weiteren Alterung der Gesellschaft, ist von einem deutlichen Zuwachs an zu versorgenden Menschen in der stationären Langzeitpflege auszugehen.[18]

Das stationäre Pflegesystem ist von einem personenzentrierten Pflegeverständnis geprägt und stellt idealerweise den pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt aller Handlungen. In der deutschsprachigen Literatur wird das vorherrschende System in den Pflegeeinrichtungen unter den Begriffen „Bezugspflege“ und „Primary Nursing“ subsumiert und synonym verwendet[19].

In den Einrichtungen werden Pflegesysteme angewandt, in denen durch die Bezugspflege die Pflege kontinuierlich von einer Pflegefachperson verantwortet wird. Sowohl eine Orientierung an den einzelnen Arbeitsschichten (mehrere Pflegepersonen sind für Pflegeentscheidungen und -handlungen für eine bestimmte Gruppe pflegebedürftiger Menschen verantwortlich) als auch die Verantwortlichkeit einer Pflegeperson für den gesamten Pflegeprozess (Planung, Durchführung, Dokumentation, Evaluation) (vgl. Bücker 2006, S. 43f) [20] ist zu finden. Auch Pflegesysteme, bei denen Pflegepersonen bei der Versorgung der Bewohnenden täglich wechseln, sind anzutreffen. Ein möglicher Beziehungsaufbau wird durch Kontinuität der Bezugsperson ermöglicht, dies wird allseitig als Qualitätsaspekt in der Versorgung bewertet (vgl. Schlettig/von der Heide 1995, S. 10, 92)[21].

Mit dem Impulspapier **„Wohnen 6.0 Mehr Demokratie in der (institutionellen) Langzeitpflege"**[22] stößt das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) einen gesellschaftlichen Diskurs zu demokratischen Prozessen in der Sorgearbeit an, die über die Schaffung von Teilhabestrukturen und -angeboten weit hinausgehen. Die Initiative für mehr Demokratie in der Altenhilfe zielt darauf ab, die Rolle, die Akzeptanz und Integration alternder Menschen weiterzuentwickeln. Dabei gilt es, bspw. beim Thema Wohnen, die Einflussnahme von Bewohnenden in allen Lebenslagen, von An- und Zugehörigen sowie Pflegenden (sog. „caring communities") auf Wohnen und Leben im Alter. Durch Mitentscheidung, Mitgestaltung und Selbstverantwortung wird dieser Aspekt gestärkt, eine echte Beteiligungskultur kann entwickelt werden.

Die **ambulante Pflege** hat in den letzten Jahren kontinuierlich an Bedeutung gewonnen. Diesem Bedeutungszuwachs in der pflegerischen Versorgungslandschaft, der sich auch in den steigenden Ausgaben der Pflege- und Krankenkassen bemerkbar macht, wurde bislang strukturell wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

Zum jetzigen Zeitpunkt erfolgt der Einsatz von Personal in der ambulanten Pflege in Deutschland vorrangig durch eine monetäre Steuerung. Das bedeutet, dass die ambulanten Pflegedienste im Rahmen der verfügbaren Ressourcen, die sich aus den für sie geltenden vertraglichen Grundlagen ergeben, und vor dem Hintergrund der regionalen Bedingungen in ihrem Einsatzbereich ermitteln, wie viel und welches Personal sie einsetzen können, um insgesamt wirtschaftlich arbeiten zu können (Rothgang Gutachten, Seite 338).

Mit der 2015 eingeführten Möglichkeit für Kunde:innen und Pflegedienste, die erbrachten Leistungen nicht mehr nur nach verrichtungsbezogenen Leistungskomplexen, sondern **nach Zeitaufwand zu erfassen und zu vergüten**, ist ein wichtiger Schritt getan worden. Die Möglichkeit, die Versorgung der Kund:innen individuell und bedarfsgerecht gemäß der Neuausrichtung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch Zeitleistung darzustellen, ist jedoch bislang in kaum einem Bundesland in den Rahmenverträgen umgesetzt worden.

Ambulante Pflegeleistungen orientieren sich inhaltlich und wirtschaftlich daher nach wie vor an einschränkenden vertragsrechtlichen Bedingungen. Eine damit einhergehende berufsbild- und arbeitgeberbezogene Attraktivitätssteigerung ist so jedoch nicht möglich.

[18] Vgl.: Jacobs, K.; Kuhlmey, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A.: Pflege-Report 2019, Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?

[19] http://www.kabeg.at/fileadmin/user_upload/kabegmanagement/Bildungszentrum/Abschlussarbeiten/Weiterbildungslehrgang_Fuehrungsaufgaben/rossbacher_michaela.pdf

[20] Bücker T.: Teamorganisation mit Primary Nursing: Ein systemischer Organisationsentwicklungsansatz im Krankenhaus, Schültersche Verlagsgesellschaft mbH & Co KG, Hannover 2006.

[21] Schlettig J., von der Heide U.: Bezugspflege, 2., korrigierte Auflage, Berlin; Heidelberg; New York; London; Paris; Tokyo; Hong Kong; Barcelona; Budapest, Springer Verlag 1995

[22] https://kda.de/wp-content/uploads/2021/11/KDA_Wohnen_6.0.pdf

06

# Best Practice: Kompetenzorientierte Neuverteilung des Personals am Beispiel 360° Pflege – Qualifikationsmix

Im Rahmen des Projektes „360° Pflege - Qualifikationsmix für den Patienten“ fördert die Robert Bosch Stiftung[23] seit Herbst 2019 die Umsetzung des Qualifikationsmix in die Pflegepraxis unter Einbindung von akademischen Pflegefachpersonen. Über einen Zeitraum von zwei Jahren erproben sieben Projekte in unterschiedlichen Versorgungsbereichen das 360° Pflegemodell mit standortspezifischen Schwerpunkten. In einem partizipativen Vorgehen wurden u.a. konkrete Handlungsfelder und Verantwortlichkeiten für in den Wohnbereichen tätige akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen identifiziert und beschrieben. Dazu gehören u.a.:

- initiale Informationssammlung, pflegerische Diagnosestellung und Risikobewertung zu Beginn des pflegerischen Auftrags
- Evaluation des Pflegeprozesses
- Pflegevisiten bei komplexen Pflegesituationen
- gutachterliche Visitationen (bspw. vom Medizinischen Dienst) vorbereiten und begleiten
- edukative Angebote für pflegebedürftige Personen und deren An-/ Zugehörige
- ethische Fallgespräche mit interprofessioneller Zusammensetzung führen
- Verantwortung für die Koordination der praktischen Ausbildung in den Einrichtungen
- Gesprächsbegleitung zur Umsetzung des § 132g SGB V nach den internationalen Standards des Advance Care Planning

Projekte wie das Programm 360° Pflege tragen dazu bei, Erkenntnisse über die Umsetzung von Qualifikationsmix in der Pflege zu sammeln. Ziel ist es, die Versorgungsqualität von Pflegebedürftigen durch eine bessere Zusammenarbeit innerhalb eines Pflegeteams und die Einbindung akademischer Pflegefachpersonen auszubauen sowie die zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen optimal zu nutzen. Nicht gemeint ist hiermit die Rückkehr zur Funktionspflege, sondern die Entwicklung einer Arbeitsorganisation und Zusammenarbeit der unterschiedlichen Qualifikationsniveaus in einem Team.

Langfristig kann dieser Systemwechsel auch eine bessere Arbeitszufriedenheit bewirken. Eigenverantwortung und eine wertschätzende und ausbildungsgerechtere Arbeitsteilung, mit überschneidenden und sinnvoll einander ergänzenden Einsatzgebieten und Tätigkeiten kann für alle in der Pflege Beschäftigten entwickelt werden.

Die Ergebnisse wurden am 02.06.2022 auf einer Abschlussveranstaltung veröffentlicht.

[23] https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/360deg-pflege-qualifikationsmix-fuer-patientinnen-der-praxis

07

# Forderungen an Politik auf Bundes- und Landesebene

Was muss von Seiten der Politik auf Bundes- und Landesebene für den stationären und ambulanten Bereich geschehen, damit der Personaleinsatz kompetenzorientiert und refinanziert anhand der Bedarfe im Pflegeprozess möglich wird:

**1.** Die Pflegeversicherung muss so weiterentwickelt werden, dass diese eine **vollständige Übernahme der Kosten für den pflegebedingten Aufwand garantiert und zugleich mit einer Festschreibung des pflegebedingten finanziellen Eigenanteils** weitreichende Planungssicherheit für alle Betroffenen ermöglicht: Derzeit werden die Kosten für die Pflege nur bis zu einer bestimmten Höchstgrenze von der Pflegeversicherung übernommen. Alle darüber hinausgehenden Kosten müssen privat finanziert werden. Dieses Prinzip muss umgedreht werden: die Pflegebedürftigen zahlen monatlich einen festen finanziellen Eigenanteil für die pflegerischen Leistungen; die darüber hinausgehenden Kosten werden von der Pflegeversicherung getragen.[24]

**2. Anpassung und Flexibilisierung der Pflegefachkraftquote in stationären Einrichtungen:** Das bisherige System zur Personalbemessung mit teils gravierenden unterschiedlichen Personalausstattungen in den Bundesländern muss durch ein bundeseinheitliches Verfahren ersetzt werden, das eine wissenschaftlich fundierte und bedarfsgerechte Bemessung des Personals auf der Basis valider Verfahren und Instrumente ermöglicht.

**3.** Die Verbesserung der beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten durch die **Vereinfachung und Beschleunigung von Modellen zur Übertragung ärztlicher Aufgaben** auf Pflegefachpersonen und damit eine Aufwertung des Berufsbildes der Pflegefachpersonen, durch Übertragung von mehr Verantwortung und Selbstständigkeit bei Entscheidungen in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen.

**4. Neugestaltung eines „Pflegemix der Zukunft“:** Der Professionsmix muss neu ausgehandelt und gesetzliche auch ermöglicht werden. Netzwerkbildung und Kooperation müssen gefördert und die Entlastung durch delegationsfähige Tätigkeiten im ambulanten und stationären Bereich durch stärkere Einbeziehung und Aufbau des zivilgesellschaftlichen Engagements unterstützt werden.[25]

**5. Sozialraumentwicklung:** Kommunale Pflegestrukturplanung wie Quartierskonzepte, qualifizierte Beratungsstellen (z. B. Pflegestützpunkte), Care und Case Management zur Effizienzsteigerung, Wohnraumgestaltung und Sicherstellung der alltäglichen Versorgung müssen von allen Akteuren auf Landes- und kommunaler Ebene unterstützt werden. (Büscher 2013: 50 ff.; Hackmann et al. 2016: 55)

**6. Leistungserbringung:** Überprüfung und zügige Revision des Leistungserbringerrechts nach SGB V und SGB XI. Adäquate Leistungsvergütung und konsequente Umsetzung der Leistungserbringung nach Zeitaufwand gemäß des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gemäß § 36 SGB XI.

**7. Ansätze der KAP umsetzen:** Prüfung eines verstärkten Einsatzes von Pflegepersonen zu Beginn der Pflegebedürftigkeit, Berücksichtigung dynamischer Entwicklungsphasen beim Personaleinsatz, Konzepte für die bessere Zusammenarbeit von beruflich und informell Pflegenden und Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses.

**8. Ausbildung:** Die Pflegeassistenzausbildung muss bundesweit vereinheitlicht und aus staatlichen Mitteln (Steuerfinanzierung) sowie ohne Schulgeld finanziert werden.

[24] https://www.devap.de/fileadmin/Mediathek/03_Unsere_Aktivitaeten/pdf/devap_strategiepapier_2025_content_web_final.pdf
[25] Szepan & Wagner 2018: 22 ff., BMG 2019a, Rieder-Hinze 2018: 71 ff.; Robert Bosch Stiftung 2018

## Forderungen zu den ambulanten und stationären Vergütungssystematiken

**Leistungen gemäß SGB XI in der ambulanten Versorgung:** Die effektive Umsetzung ambulanter Leistungsansprüche und Wünsche der Klienten (vgl. Spektrum § 28 SGB XI) kann nur im Kontext einer zeitbezogenen Vergütung von pflegefachlich begründeten Leistungen gelingen. Jede Zeitvergütung muss kostenbezogen auskömmlich sein, tarifrechtliche Bedingungen anerkannt und einbezogen werden. Ein Zeitbezug erfolgt idealerweise unmittelbar (d.h. €/h) und sollte nicht im Zusammenhang von Pauschalpreisen stehen (bspw. €/Leistung). Pauschalpreise bergen das Risiko einer nicht bedarfsdeckenden Leistungserbringung, d.h. Leistungslimitierung. Dem Risiko einer im Zeitverlauf unzureichenden Kostendeckung sollte mit kurzen Vertragslaufzeiten begegnet werden.

**Leistungen gemäß SGB V in der ambulanten Versorgung:** Das Leistungsspektrum der häuslichen Krankenpflege (vgl. RL HKP) muss auf rahmenvertraglicher Ebene in den Bundesländern (§ 132a SGB V) inhaltlich aktualisiert sein, um Leistungsansprüche der Versicherten umzusetzen. Rahmenvertragliche Leistungsausschlüsse dürfen nicht zugelassen sein (bspw. „nur alleinige Medikamentengabe abrechenbar“). Leistungspreise / Leistungspauschalen müssen eine fachlich sachgerechte Leistungserbringung ermöglichen. Zur Preisfindung muss die pflegewissenschaftliche und pflegeökonomische Expertise herangezogen werden; Leistungspreise dürfen nicht kassenseitig diktiert werden.

Die Leistungspreise müssen ebenso wie im SGB XI Bereich in Bezug auf die Leistung/Zeit finanziert werden.

Um als **stationäre Pflegeeinrichtung** mit Personalkosten, die aus einem sich wandelnden Personalmix resultieren, langfristig wirtschaftlich solide planen zu können, bleibt als Möglichkeit nur die Verhandlung auskömmlicher Pflegesätze.

Die prospektiven Gestehungskosten sind im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen im Hinblick auf sich verändernde Personalkosten durch den Einsatz von Pflegeexperten respektive von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen plausibel und nachvollziehbar mit den sich von den weiteren im Bereich der Pflege und Betreuung Beschäftigten unterschiedlichen Aufgaben differenziert abzugrenzen und darzulegen (siehe Kapitel 4. Aufgabenspektrum von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen). Die akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen haben gemäß Eingruppierungskatalog der angewendeten Arbeitsvertragsrichtlinie/des maßgeblichen Tarifvertrages in der Regel andere Tätigkeitsmerkmale und sind somit höher als ausschließlich dreijährig qualifizierte Pflegefachkräfte einzugruppieren. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich die Kostenkalkulation im externen regionalen Vergleich nicht mehr im unteren Drittel befindet. Zusätzlich sollte ein kalkulatorischer Risikozuschlag/Gewinnzuschlag verhandelt werden. Dieser gewährleistet einen gewissen Handlungsspielraum, der im Rahmen eines sich wandelnden Personalmixes in der Einrichtung von Nutzen sein kann.

*© Photo: istockphoto.com – Montage: Viol*

08

# Handlungspräferenzen und Empfehlungen

## Aspekte des Change Managements

Veränderungen werden durch die Beteiligten unterschiedlich bewertet und angenommen. Mitarbeitende können sich ihrer bestehenden Kompetenzen beraubt fühlen, müssen ggf. liebgewonnene Aufgaben abgeben oder sind nicht mehr weisungsbefugt. Dies kann schnell in Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen oder auch Teamkonflikten enden. Dem gilt es rechtzeitig durch eine kontinuierliche Kommunikation, Partizipation, Wertschätzung und ggf. weiteren Maßnahmen zu begegnen.

Hinzu kommt, dass engagierten Pflegefachfrauen und -männern weiterhin Wege für Aufstiegsmöglichkeiten offen gehalten werden müssen, auch wenn akademisierte Pflegefachpersonen eingesetzt werden. Dies gilt darüber hinaus für alle Mitarbeitenden in der Pflege und Betreuung im Sinne des lebenslangen Lernens.

## Einführung der kompetenzorientierten Aufgabenzuordnung: Erhebung IST-Zustand

Die Einführung des Qualifikationsmixes sollte im Rahmen eines umsichtigen Organisationsentwicklungs- und Changeprozesses erfolgen, da der bedarfsorientierte Qualifikationsmix Veränderungsprozesse anstoßen wird. Dies betrifft die Mitarbeitenden, das Team, die Abteilung, die Führungskräfte sowie die gesamte Organisation.

Eine intensive analytische Auseinandersetzung mit der eigenen Unternehmenskultur, den jeweiligen Kompetenzen innerhalb der verschiedenen Hierarchieebenen sowie eine Analyse der individuellen Arbeitsabläufe ist zwingend damit verbunden. Dies kann bspw. unter folgender Fragestellung erfolgen (Siehe Anlage 2):

- Welche Auswirkungen hat der Qualifikationsmix auf die Zusammenarbeit im Pflegeteam?
- Wie muss eine Organisation gestaltet sein, damit das qualifikationsgemixte Pflegeteam seine Aufgaben gut erfüllen kann?
- Welche Rahmenbedingungen müssen gegeben sein, um den Versorgungsprozess durch ein qualifikationsgemixtes Pflegeteam zu unterstützen und den Qualifikationsmix in der Pflege zu sichern?

## Darüber hinaus sollten vorab folgende Fragen zu den einzelnen Aspekten vom Träger beantwortet werden:

**1. Strategische Entscheidungen**

→ Wie ist das Selbstverständnis der Einrichtung in Bezug auf das Leistungsangebot?

→ Welches leistungsrechtliche Profil wird angeboten und was bedeutet dies für die Stellenbesetzung?

→ In welche Richtung will sich die Einrichtung entwickeln?

→ Welche Besonderheiten/Spezialisierungen kann die Einrichtung anbieten und wie sind diese erkennbar?

**2. Stellen- und Aufgabenbeschreibungen**

→ Wer ist für welche Aufgaben zuständig? Hierbei sind insbesondere auch die Führungsebenen zu berücksichtigen.

→ Darüber hinaus nehmen die Wohnbereichsleitungen welche Führungsrolle und welche Aufgaben in diesem Rahmen wahr?

→ Sind alle Mitarbeitenden ausreichend qualifiziert; auch die Führungsebenen?

→ Neben den Zuständigkeiten, gilt es zu klären, welche Tätigkeiten wo anfallen?

→ Was ist zwischen den Arbeitsbereichen (Pflege, Hauswirtschaft, Soziale Betreuung, etc.) sinnvoll und praktikabel?

→ Sind die Aufgaben angemessen auf die einzelnen Schichten und Mitarbeitenden verteilt? (Menge, Anforderungen)

**3. Personal**

→ Wieviel Stellen stehen insgesamt zur Verfügung?

→ Welche Mitarbeitenden sind mit welchem Ausbildungs- und Kompetenzstand vorhanden, z.B. Wundexpert:innen etc.?

→ Welche weiteren Qualifikationen werden benötigt?

→ Wo, wie und von welchen Mitarbeitenden können diese Qualifikationen erreicht werden?

→ Wer ist wo mit welcher Anforderung und welchen Kompetenzen auf der Grundlage der Analyse der Arbeitsabläufe einzusetzen? Auch das Umlernen bisheriger Routinen muss ermöglicht und bedacht werden.

**4. Dienstpläne**

→ Sind die Schichten anhand von Mitarbeiterbedürfnissen sowie Bewohnerbedürfnissen, verbunden mit dem jeweiligen Qualifikationsmix, geplant?

→ Liegen Rahmendienstpläne vor?

→ Wurden Urlaubsregelungen bedacht?

→ Unterstützen die Arbeitszeitmodelle die Mitarbeiterwünsche (5 Tage Woche)?

→ Welche organisatorischen Veränderungen gehen damit einher?

Innerhalb des Organisationsentwicklungsprozesses können auch Möglichkeiten für veränderte Abläufe der Versorgungskette erprobt werden. Es kann sinnvoll sein, Bewohnende und Aufgaben, Pflegetouren zuzuordnen, die jeweilige Schichtbesetzungen berücksichtigen. Dieser Ansatz der stationären Tourenplanung hat zum Ziel, dass die richtige Pflegeperson zur richtigen Zeit am richtigen Ort ist, um dort eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung zu erbringen. Inwieweit die Aufteilung in Wohnbereiche Bestand hat, sollten Einrichtungen in diesem Zusammenhang kritisch hinterfragen – alternativ denkbar sind z. B. am Versorgungsbedarf orientierte Bewohner:innengruppen.

**5. Pflegequalität**

- Wie wirkt sich der Qualifikationsmix auf die tatsächliche Pflegequalität aus?
- Besteht ein funktionierendes Pflegecontrolling?
- Sind die Bewohnenden zufrieden/zufriedener? Hierfür werden gute Controlling- und Assessementsysteme im Unternehmen benötigt.

## Impulse für eine erfolgreiche Neustrukturierung

Um zukünftig den Pflegefachpersonen, die im Rahmen der Generalistik und der Pflegestudiengänge an den Hochschulen ausgebildet werden, eine berufliche Perspektive bieten zu können, bedarf es der Betrachtung der eigenen Organisations- und Ablaufstruktur. Ebenso bedarf es eines Klärungsprozesses, wie die Versorgung der Pflegebedürftigen auch in Zukunft qualitätsgesichert erbracht werden kann.

Dazu gehören Aspekte wie (Siehe Anlage 3):

- Stärkung der Beratungskompetenz der Mitarbeitenden und der Institution durch Qualifizierung und Geschäftsfeldentwicklung.
- Abstimmung zwischen leistungsnotwendigem Kompetenzprofil und personellen Ressourcen mit entsprechendem Personaleinsatz.
- Schaffung einer innerbetrieblichen Organisationsstruktur, die die Gleichwertigkeit und Bedeutung der einzelnen Leistungen berücksichtigt. In der Konsequenz bedeutet dies die Auflösung des “Bauchladens” hin zu strukturierten Abteilungen mit eigenständigen und verantwortlichen Leitungen.
- Ausbau der Digitalisierung in der Pflege: Etablierung digitaler Hard- und Software, die zu Arbeitsentlastung und größerer Eigenständigkeit von Pflegenden beiträgt, sowie zur Prozesssteuerung und Qualitätsentwicklung vollumfänglich genutzt werden kann. (Hackmann & Sulzer 2018: 37 ff.).
- Durchführung eines Organisationsentwicklungsprozess in den Einrichtungen, die Pflegefachpersonen professionsspezifische Arbeiten zuordnen, insbesondere die Steuerung von hochkomplexen Pflegeprozessen und die Anleitung und Aufsicht von Pflegeassistenzpersonen.
- In selbstorganisierten und verantwortlichen Teams/Kleingruppen übernehmen Pflegefachpersonen die Leitung und Aufsichtsfunktion.

- Neben der Regelversorgung findet Spezialisierung bspw. in den Bereichen Palliative Care, Wundversorgung, Beratung, Demenz, Diabetes etc. statt. Dies erhöht die Attraktivität des Trägers als Arbeitgeber und ermöglicht die konsequente Ausweitung des Versorgungsgebietes.

- Konsequente qualitativ hochwertige Ausbildung Beförderung und Implementierung von Teilhabe- und Partizipationsprozessen, Aufbau von Quartiersangeboten, Förderung der „Caring Community“

- Nutzung aller Möglichkeiten der Dienstplanoptimierung durch Einführung verlässlicher Dienstplanung, Abschaffung geteilter Dienste, Förderung der Teilzeitmöglichkeiten, Etablierung der Aspekte zur Vereinbarung Familie und Beruf.

# Fazit

© Fotos: iStock

Die ambulante und stationäre Langzeitpflege steht vor großen Herausforderungen und Entwicklungen. Diese müssen zeitnah und zwingend eingeleitet werden. Dabei sind verschiedene Faktoren ursächlich: Die Einführung der generalisierten Ausbildung, die neuen Vorbehaltsaufgaben, die Akademisierung in der Pflege und auch die Einführung der Personalbemessung nach § 113c SGB XI. Dies sind Umbrüche, die eine veränderte Gewichtung im Personaleinsatz zwischen Pflegefach-, Pflegeassistenz- sowie Pflegehilfspersonen (Siehe Anlage 4) und damit eine Neuordnung des professionellen Miteinanders mit sich bringen.

Die o.g. Aspekte sind hilfreich, um Veränderungsprozesse anzustoßen. Eine Umsetzung der Bausteine in die Praxis ist elementar. Hier sind Politik und Praxis gleichermaßen in der Pflicht. **Ein „Weiter so“ ist nicht zielführend**, vor allem auch die ambulante Pflege ist hier als präferierte Versorgungsform gefordert Veränderungsprozesse anzustoßen und den Personaleinsatz anhand der Kompetenzen neu zu strukturieren. **Eine qualitativ hochwertige Versorgung in allen Bereichen der Pflege muss erklärtes Ziel aller sein!**

Der DEVAP e.V. wird das Thema auch weiterhin begleiten und das vorliegende Impulspapier entsprechend anpassen.

# Glossar

| | |
|---|---|
| **Akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen** | Personen mit Studienabschlüssen als Master oder Bachelor mit dem Schwerpunkt Pflege. |
| **Caring Community** | Caring bedeutet, sich um andere Menschen zu sorgen, sich mit Wertschätzung auf jemanden einzulassen. Es geht um Engagement, Mitgefühl und Vertrauen und um den menschlichen Beistand in der Pflege.<br><br>Eine Caring Community ist eine Gemeinschaft, in der Menschen füreinander sorgen und sich gegenseitig unterstützen. |
| **Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR)**<br>**Qualifikationsniveaus (QN)** | Der Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR) beschreibt acht Kompetenz- bzw. Qualifikationsniveaus (QN), denen sich die Qualifikationen des deutschen Bildungssystems zuordnen lassen. |

| | |
|---|---|
| **Kompetenzorientierung** | Kompetenz wird im PflBG und in der PflAPrV als „Fähigkeit und Bereitschaft“ verstanden, „in komplexen Pflege- und Berufssituationen professionell zu handeln und sich für die persönliche und fachliche Weiterentwicklung einzusetzen.“ Durch ihre mehrfache Ausrichtung auf den Menschen sind Pflege- und Berufssituationen stets komplex und erfordern Kompetenzen aus unterschiedlichen Kompetenzdimensionen. Das Gesetzt unterscheidet im Ausbildungsziel verschiedene Kompetenzdimensionen: fachliche und personale Kompetenzen, soziale, kommunikative und interkulturelle Kompetenzen, ethische Kompetenzen sowie Lernkompetenz und die Fähigkeit zum Wissenstransfer und zur Selbstreflexion als entscheidende Voraussetzungen für die Weiterentwicklung von Kompetenzen im Berufsleben. |
| **Pflegeassistenzpersonen** | Personen mit ein- oder zweijähriger Ausbildung in der Pflege, je nach landesrechtlichen Regelungen. |
| **Pflegefachpersonen** | Personen mit dreijähriger Ausbildung nach altem und neuem Recht. |
| **Pflegehilfspersonen** | Ungelernte, in der Pflege tätige Personen. |

# Einführung der kompetenzorientierten Aufgabenzuordnung: Erhebung des IST-Zustandes

Die Einführung des Qualifikationsmixes sollte im Rahmen eines umsichtigen Organisationsentwicklungs- und Changeprozesses erfolgen, da der bedarfsorientierte Qualifikationsmix Veränderungsprozesse anstoßen wird. Dies betrifft die Mitarbeitenden, das Team, die Abteilung, die Führungskräfte sowie die gesamte Organisation.

Eine intensive analytische Auseinandersetzung mit der eigenen Unternehmenskultur, den jeweiligen Kompetenzen innerhalb der verschiedenen Hierarchieebenen sowie eine Analyse der individuellen Arbeitsabläufe ist zwingend damit verbunden.

- Welche Auswirkungen hat der Qualifikationsmix auf die Zusammenarbeit im Pflegeteam?
- Wie muss eine Organisation gestaltet sein, damit das qualifikationsgemixte Pflegeteam seine Aufgaben gut erfüllen kann?
- Welche Rahmenbedingungen müssen gegeben sein, um den Versorgungsprozess durch ein qualifikationsgemixtes Pflegeteam zu unterstützen und den Qualifikationsmix in der Pflege zu sichern?

Darüber hinaus sollten vorab folgende Fragen zu den einzelnen Aspekten vom Träger beantwortet werden:

## 1. Strategische Entscheidungen

- Wie ist das Selbstverständnis der Einrichtung in Bezug auf das Leistungsangebot?
- Welches leistungsrechtliche Profil wird angeboten und was bedeutet dies für die Stellenbesetzung?
- In welche Richtung will sich die Einrichtung entwickeln?
- Welche Besonderheiten/Spezialisierungen kann die Einrichtung anbieten und wie sind diese erkennbar?

## 2. Stellen- und Aufgabenbeschreibungen

→ Wer ist für welche Aufgaben zuständig? Hierbei sind insbesondere auch die Führungsebenen zu berücksichtigen.

→ Darüber hinaus nehmen die Wohnbereichsleitungen welche Führungsrolle und welche Aufgaben in diesem Rahmen wahr?

→ Sind alle Mitarbeitenden ausreichend qualifiziert, auch die Führungsebenen?

→ Neben den Zuständigkeiten, gilt es zu klären, welche Tätigkeiten fallen wo an?

→ Was ist zwischen den Arbeitsbereichen (Pflege, Hauswirtschaft, Soziale Betreuung, etc.) sinnvoll und praktikabel?

→ Sind die Aufgaben angemessen auf die einzelnen Schichten und Mitarbeitenden verteilt? (Menge, Anforderungen)

## 3. Personal

→ Wieviel Stellen stehen insgesamt zur Verfü gung?

→ Welche Mitarbeitenden sind mit welchem Ausbildungs- und Kompetenzstand vorhanden, z.B. Wundexpert:innen etc.?

→ Welche weiteren Qualifikationen werden benötigt?

→ Wo, wie und von welchen Mitarbeitenden können diese Qualifikationen erreicht werden?

→ Wer ist wo mit welcher Anforderung und welchen Kompetenzen auf der Grundlage der Analyse der Arbeitsabläufe einzusetzen? Auch das Umlernen bisheriger Routinen muss ermöglicht und bedacht werden.

## 4. Dienstpläne

→ Sind die Schichten anhand von Mitarbeiterbedürfnissen sowie Bewohnerbedürfnissen, verbunden mit dem jeweiligen Qualifikationsmix, geplant?

→ Liegen Rahmendienstpläne vor?

→ Wurden Urlaubsregelungen bedacht?

→ Unterstützen die Arbeitszeitmodelle die Mitarbeiterwünsche (5 Tage Woche)?

→ Welche organisatorischen Veränderungen gehen damit einher?

## 5. Pflegequalität

→ Wie wirkt sich der Qualifikationsmix auf die tatsächliche Pflegequalität aus?

→ Besteht ein funktionierendes Pflegecontrolling?

→ Sind die Bewohnenden zufrieden/zufriedener? Hierfür werden gute Controlling- und Assessementsysteme im Unternehmen benötigt.

# Anstoßen von Veränderungsprozessen: Checkliste für eine erfolgreiche Neustrukturierung

Um zukünftig den Pflegefachpersonen, die im Rahmen der Generalistik und der Pflegestudiengänge an den Hochschulen ausgebildet werden, eine berufliche Perspektive bieten zu können, bedarf es der Betrachtung der eigenen Organisations- und Ablaufstruktur.

Ebenso bedarf es eines Klärungsprozesses, wie die Versorgung der Pflegebedürftigen auch in Zukunft qualitätsgesichert erbracht werden kann.

**Dazu gehören Aspekte wie:**

- Stärkung der **Beratungskompetenz** der Mitarbeitenden und der Institution durch Qualifizierung) und Geschäftsfeldentwicklung.
- **Abstimmung** zwischen leistungsnotwendigem Kompetenzprofil und personellen Ressourcen mit entsprechendem Personaleinsatz.
- Schaffung einer **innerbetrieblichen Organisationsstruktur**, die die Gleichwertigkeit und Bedeutung der einzelnen Leistungen berücksichtigt. In der Konsequenz bedeutet dies die Auflösung des "Bauchladens" hin zu strukturierten Abteilungen mit eigenständigen und verantwortlichen Leitungen.
- **Ausbau der Digitalisierung** in der Pflege: Etablierung digitaler Hard- und Software, die zu Arbeitsentlastung und größerer Eigenständigkeit von Pflegenden beiträgt, sowie zur Prozesssteuerung und Qualitätsentwicklung vollumfänglich genutzt werden kann.
- Durchführung eines **Organisationsentwicklungsprozess** in den Einrichtungen, die Pflegefachpersonen professionsspezifische Arbeiten zuordnen, insbesondere die Steuerung von hochkomplexen Pflegeprozessen und die Anleitung und Aufsicht von Pflegeassistenzpersonen.
- In **selbstorganisierten und verantwortlichen Teams/Kleingruppen** übernehmen Pflegefachpersonen die Leitung und Aufsichtsfunktion.
- Neben der Regelversorgung findet **Spezialisierung** bspw. in den Bereichen Palliative Care, Wundversorgung, Beratung, Demenz, Diabetes etc. statt. Dies erhöht die Attraktivität des Trägers als Arbeitgeber und ermöglicht die konsequente Ausweitung des Versorgungsgebietes.
- Konsequente qualitativ **hochwertige Ausbildung**, Beförderung und Implementierung von Teilhabe- und Partizipationsprozessen, Aufbau von Quartiersangeboten, Förderung der „Caring Community"
- Nutzung aller Möglichkeiten der **Dienstplanoptimierung durch Einführung** verlässlicher Dienstplanung, Abschaffung geteilter Dienste, Förderung der Teilzeitmöglichkeiten, Etablierung der Aspekte zur Vereinbarung Familie und Beruf.

# Übersicht vorhandenes Pflegepersonal

| | **Akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen** | **Pflegefachpersonen** |
|---|---|---|
| Qualifizierung | Personen mit Studienabschlüssen als Master oder Bachelor mit dem Schwerpunkt Pflege | Personen mit dreijähriger Ausbildung (Vollzeit) nach altem und neuem Recht |
| Qualifizierungs-niveau / DQR | QN 6<br>DQR 6 | QN 4<br>DQR 4 |
| Vorbehalts-aufgaben | | gem. § 4 PflBG: pflegerische Bedarfs-erfassung, Pflegeprozesssteuerung, Sicherung der Qualität |
| Pflegerische Intervention (beispielhaft) | – initiale Informationssammlung, pflegerische Diagnosestellung und Risikobewertung<br>– Eingewöhnungsphase auswerten<br>– Pflegevisiten bei komplexen Pflegesituationen<br>– gutachterliche Visitationen vorbereiten und begleiten<br>– edukative Angebote für Pflegebedürftige und An-/Zugehörige<br>– ethische Fallgespräche mit inter-professioneller Zusammensetzung führen<br>– Verantwortung für die Koordination der praktischen Ausbildung<br>– Gesprächsbegleitung zur Umsetzung des § 132g SGB V | – Einsatz i.R. edukativer Aufgaben<br>– selbstverantwortliche Tätigkeit i.R. eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)<br>– Management von chronischen Erkrankungen<br>– Einrichtungsübergreifende Koopera-tionsmodelle; auch mit Haus- und Fachärzten<br>**Neue Versorgungsformen in der Praxis möglich, wie beispielsweise:**<br>– Gesundheitszentren/ Gesundheitskiosk im Stadtteil<br>– ambulante Pflegedienste zur Primär- und pflegerischen Langzeitversorgung für Menschen aller Altersstufen, Kinder, ältere und chronisch erkrankter Menschen<br>– selbstständig tätige Pflegefachpersonen mit entsprechender Zusatzqualifikation |

| | **Pflegeassistenzpersonen** | **Pflegehilfspersonen** |
|---|---|---|
| | Personen mit ein- oder zweijähriger Ausbildung in der Pflege, je nach landesrechtlichen Regelungen | Personen ohne Ausbildung mit Pflegebasiskurs oder Betreuungskräfte nach § 43b und § 53c SGB XI |
| | QN 3<br>DQR 3 | QN 2<br>DQR 2 |
| | Unterstützung in der Pflegeprozesssteuerung und Dokumentation der Delegation | |
| | – Umsetzung pflegerischer Interventionen: Leistungen gem. SGB XI im Schwerpunkt von Bewohner:innen in PG 3+4 und in stabilen Pflegesituationen<br><br>– Einbindung in eigenverantwortliche Pflegeabläufe (damit einher geht eine erhöhte Fachlichkeit) | Umsetzung pflegerischer Interventionen Leistungen SGB XI in Pflege und Hauswirtschaft und Reinigung |

*Kontakt*

**Anna Leonhardi**
Geschäftsführerin DEVAP e.V.
info@devap.de

**Sonja Schneider-Koch**
Projektleitung
sonja.schneider-koch@elbdiakonie.de

Deutscher Evangelischer Verband
für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP)
Invalidenstraße 29
10115 Berlin
030/83 001-277
info@devap.de
www.devap.de

Der Deutsche Evangelische Verband für Altenarbeit und Pflege (DEVAP) setzt sich seit über 80 Jahren für die Belange der Altenhilfe in Deutschland ein. Als Bundesfachverband im Verbund der Diakonie vertritt der DEVAP unmittelbar und mittelbar ca. 1.950 stationäre Einrichtungen der Altenhilfe mit 176.000 Plätzen sowie über 1.400 ambulante gesundheits- und sozialpflegerische Dienste. Darüber hinaus sind zahlreiche Pflegeschulen und Einrichtungen der gemeinwesenorientierten Altenarbeit im Verband organisiert.

www.devap.de