



*Komp*AQT

Etablierung resilienter Strukturen durch kompetenzorientierte
Aufgabenverteilung in qualifikationsheterogenen Teams
der stationären Altenpflege

-

Handlungshilfe zur Umsetzung kompetenzorientierter
Aufgabenverteilung auf Teamebene

Das Projekt KompAQT: Etablierung resilienter Strukturen durch kompetenzorientierte Aufgabenverteilung in qualifikationsheterogenen Teams der stationären Altenpflege“ wird im Rahmen des Programms „Wandel der Arbeit sozialpartnerschaftlich gestalten: weiter bilden und Gleichstellung fördern“ durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und die Europäische Union über den Europäischen Sozialfonds Plus (ESF Plus) gefördert.

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales



Kofinanziert von der
Europäischen Union

Liebe Interessierte,

wir freuen uns, Ihnen die Ergebnisse des Projekts „KompAQT: Etablierung resilienter Strukturen durch kompetenzorientierte Aufgabenverteilung in qualifikationsheterogenen Teams der stationären Altenpflege“ in Form dieser Handlungshilfe vorstellen zu können.

Während der Projektlaufzeit von drei Jahren wurden im Rahmen des Projekts vier Träger der stationären Langzeitpflege, darunter ein Wohlfahrtsverband sowie drei kommunale Eigenbetriebe, bei der Überleitung in eine kompetenzorientierte Aufgabenverteilung auf Teamebene begleitet. Auslöser für die Entscheidung zur kompetenzorientierten Aufgabenverteilung war bei allen Trägern die Einführung des Gesetzes zur neuen Personalbemessung. Der Anspruch war, die im Gesetz enthaltenen Vorgaben nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ umzusetzen, um sowohl für die Mitarbeitenden als auch für die Bewohnenden einen Mehrwert zu schaffen.

In dieser Handlungshilfe finden Sie Hinweise zum konkreten Vorgehen des Projekts sowie alle notwendigen Informationen, Tipps und Anleitungen zu den eingesetzten Methoden. An vielen Stellen gibt es zudem Hinweise auf ergänzende Literaturempfehlungen oder Erfahrungsberichte aus der direkten Praxis.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre und wertvolle Impulse für Ihre Einrichtung.

Ihr Projektteam KompAQT

Inhaltsverzeichnis

1	Erläuterungen zur Studie von Prof. Dr. Rothgang	4
1.1	Qualifikationsniveaus	4
1.2	Interventionskatalog	5
2	Gesetzliche Grundlagen	8
2.1	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)	8
2.2	Pflegeberufegesetz (PflBG)	10
2.3	Gesetz über die Einführung der bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung (PflFAssG)	11
2.4	Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP)	12
3	Vorbehaltsaufgaben und Delegation	14
3.1	Sonderfall: Delegation von Maßnahmen der Behandlungspflege	17
3.2	Komplexität von Aufgaben und Exkurs zum Thema "Selbstständig und eigenständig"	19
4	Hinweise zum konkreten Vorgehen im Projekt	23
4.1	Level 1: Kick-off Workshops	24
4.2	Level 2: Themenfokus Kompetenzen	27
4.3	Level 3: Themenfokus Prozesse	32
4.4	Level 4: Qualifizierungsbedarfe ermitteln und abdecken	36
4.5	Level 5: Umsetzungsbegleitung	38
4.6	Austausch und Vernetzung	41
5	Anhang	42
5.1	Erfassen der Ist-Situation mithilfe der SWOT-Analyse	42
5.2	Vorlage zum Erstellen eines Rollen-Canvas	43
5.3	Leitfaden für Potenzialentwicklungsgespräche	44
5.4	Ausfüllhilfe Potentialgespräch	46
5.5	Checklisten Fremd- und Selbsteinschätzung für Potentialgespräche (Beispiel)	47
5.6	Anleitung zum Service-Blueprint zur Prozessanalyse	49

1 Erläuterungen zur Studie von Prof. Dr. Rothgang

Die Ergebnisse der Studie zur „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)“, von Prof. Dr. Heinz Rothgang, wurden im August 2020 veröffentlicht. An dieser Stelle sollen einige Begrifflichkeiten erläutert werden, die im Zusammenhang mit der Personalbemessung immer wieder auftauchen.

1.1 Qualifikationsniveaus

Um zwischen den Berufsgruppen der Pflege fachlich angemessen und auf wissenschaftlichen Kriterien begründet unterscheiden zu können, werden diese unterschiedlichen Qualifikationsniveaus zugeordnet:

Qualifikationsniveaus	Beschreibung	Berufsgruppe
QN 1	Service im Lebensumfeld	Ungelernte Hilfskräfte
QN 2	Persönliche Assistenz	Ungelernte Hilfskräfte (ggf. Basis-kurs, Berufserfahrung etc.) sowie Betreuungskräfte
QN 3	Durchführung von Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses	Hilfskraftpersonal mit landes-rechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung
QN 4	Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen	Pflegefachperson (PFP) mit 3-jähriger Ausbildung
QN 5	Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen für spezielle Patient:innengruppen	Pflegefachperson (PFP) mit Zusatzqualifikation (fachlich oder mit Führungsaufgaben)
QN 6	Steuerung und Gestaltung von hoch-komplexen Pflegeprozessen und die Leitung von Teams	Akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen mit Bachelor
QN 7	Pflegerische Leitung in Einrichtungen	Akademisch ausgebildete Pflege-fachpersonen mit Master
QN 8	Steuerung und Gestaltung pflegewissenschaftlicher Aufgaben	Akademisch ausgebildete Pflege-fachpersonen mit Master und Promotion

Tabelle 1: Zuordnung Qualifikationsniveaus zu Berufsgruppen

1.2 Interventionskatalog

Neben dieser Zuordnung von Berufsgruppen zu Qualifikationsniveaus, werden in der Studie auch die von dem Pflegepersonal erbrachten Leistungen in Kategorien unterteilt. Diese Unterteilung diente im Rahmen der Studie dazu, die Erhebung der Daten in den Pflegeeinrichtungen überhaupt möglich zu machen. Entstanden sind dabei sehr umfangreiche, detaillierte Prozessbeschreibungen, die sowohl die direkten als auch die indirekten Pflegetätigkeiten beinhaltet. Die von den Pflegenden erbrachten Leistungen werden in diesem Zusammenhang Interventionen genannt und sind im Anhang der Studie als Interventionskatalog enthalten. Dieser Katalog kann besonders für das Qualitätsmanagement eine gute Grundlage sein, um Prozesse oder Tätigkeiten zu beschreiben.

Die Maßnahmen werden im Interventionskatalog nicht nur aufgelistet und beschrieben, sondern auch den Qualifikationsniveaus, also den unterschiedlichen Berufsgruppen, zugeordnet. Es gibt im Rahmen des Katalogs somit eine eindeutige Zuordnung von pflegerischen Leistungen zu Berufsgruppen bzw. Qualifikationsniveaus. Dies ist auch für die Versorgung der Bewohner:innen der Fall. Das bedeutet, je nach Komplexität der individuellen Pflegesituation, werden die Tätigkeiten den einzelnen Berufsgruppen zugeordnet. Diese Zuordnung diente innerhalb der Studie dazu, die benötigten Daten zu erheben und zu beurteilen, ob die Leistungen von der qualifikatorisch „richtigen“ Berufsgruppe durchgeführt wurden.

Wichtig an dieser Stelle: Es gibt keine rechtlich verbindliche Grundlage, die vorgibt, dass die Aufgaben so wie in dem Katalog beschrieben, den Berufsgruppen zugeordnet werden müssen oder sollen. Aus Sicht der Autorinnen ist eine solche Zuordnung im Sinne von Arbeitsorganisation und Bezugspflege auch nicht zielführend. Allerdings lassen sich im Interventionskatalog Hinweise dazu finden, welche Aufgaben ggf. eher von einer bestimmten Berufsgruppe übernommen werden sollten. Die letztendliche Entscheidung zur Steuerung der Pflegeprozesse und damit auch zu Verteilung der Aufgaben, hängt von der individuellen Pflegesituation ab und obliegt der Pflegefachperson. Sie schätzt die Komplexität und Stabilität der Pflegesituation ein und entscheidet dann, welche Aufgaben sie selbst übernimmt und welche Aufgaben sie an andere Berufsgruppen delegieren kann.

Die Zuordnung der Interventionen zu den Qualifikationsniveaus lässt sich aus folgender Tabelle ablesen:

	Klassifizierung der Intervention	Mindestqualifikationsniveau
A	Managementaufgaben	QN 5 (Leitung)
B	Komplexe Pflegeinterventionen für spezielle Gruppen von Bewohner:innen	QN 5 (Fach)
C	Durchführung komplizierter medizinisch-diagnostischer und medizinisch-therapeutischer Aufgaben	QN 4
D	Planung, Durchführung und Evaluation komplizierter Pflegeinterventionen	QN 4
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	QN 4
F	Durchführung einfacher medizinisch-diagnostischer und medizinisch-therapeutischer Aufgaben	QN 3
G	Durchführung körpernaher Pflegeinterventionen, deren Schwierigkeitsgrad abhängig ist vom Grad der Pflegebedürftigkeit und von der Stabilität der gesundheitlichen Situation der zu pflegenden Menschen	QN 2 bis 4
H	Betreuung und Aktivierung	QN 2 oder QN 4
I	(übertragene) Serviceaufgaben	QN 1
J	Verschiedene Aufgaben	QN 1 bis QN 5

Tabelle 2: Zuordnung Interventionen zu Qualifikationsniveaus

Die Durchführung der Pflege liegt, bis auf wenige Ausnahmen, in der Verantwortung der Qualifikationsniveaus 2 bis 4. Wobei die Regel gilt: je höher der Pflegegrad, desto mehr Interventionen finden in der Regel durch die Fachperson statt. Die Bedeutung der steuernden Aufgaben (Vorbehaltsaufgaben nach Pflegeberufegesetz) durch die Pflegefachperson wird in Zukunft stark zunehmen. Die Durchführung der Pflege, insbesondere bei Bewohner:innen mit niedrigem Pflegegrad und stabiler, nicht komplexer gesundheitlicher Situation, liegt in der Regel bei den Pflegehilfs- und -assistenzpersonen, bei den Pflegehilfskräften stets unter Aufsicht einer Pflegefachperson. Wobei Aufsicht hier nicht die ständige physische Anwesenheit der Pflegefachperson meint, sondern die regelmäßige Kontrolle der delegierten Tätigkeiten.

Inhaltlich sind die Interventionen, in Anlehnung an Strukturmodell und Begutachtungsinstrument, in folgende Bereiche gegliedert:

- Direkte pflegerische Interventionsmaßnahmen
 - Mobilität
 - Kognitive und kommunikative Fähigkeiten/Gestaltung des Alltagslebens
 - Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
 - Selbstversorgung
 - Krankheits- und therapiebedingte Aufgaben
- Sicherung der Organisation und Qualitätssicherung
 - Beratung und Schulung
 - Pflegeprozess – Kommunikation – Organisation
 - Qualitätsmanagementaufgaben
 - Management

Insgesamt umfasst der Katalog 107 direkte sowie indirekte pflegerische Interventionen.

2 Gesetzliche Grundlagen

2.1 Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)

Im Juli 2021 wurde das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz verabschiedet. Im § 113c des SGB XI lassen sich seitdem die Personalanhaltswerte ablesen, die benötigt werden, um den Personalbedarf von vollstationären Pflegeeinrichtungen nach dem Verfahren der neuen Personalbemessung zu berechnen. Die Werte sind durch die oben erwähnte Studie von Prof. Rothgang begründet, allerdings liegen die dort berechneten Werte deutlich über den im Gesetz festgeschriebenen Zahlen zur Berechnung des Personalbedarfs. Das Gesetz stellt daher einen ersten Schritt zur Umsetzung der Aufstockung des Personals in der stationären Langzeitpflege dar.

Ein weiterer Unterschied zwischen gesetzlicher Grundlage und der Studie von Prof. Rothgang liegt darin, dass im Gesetz die Qualifikationsniveaus nicht mehr namentlich erwähnt werden und eine Unterscheidung zwischen den Qualifikationsniveaus eins und zwei nicht stattfindet. Im §113c SGB XI ist von „Hilfskraftpersonal ohne Ausbildung“ die Rede, es wird hier nicht weiter differenziert.



KOMPAQT-TIPP:

Alle bisher geregelten Sonderfälle und weitere Informationen sind im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz nachzulesen:

<https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/113c.html>

Hier finden sich auch Hinweise zu den Landesrahmenverträgen im Zusammenhang mit der Personalbemessung.

Personalanhaltswerte nach § 113c SGB XI Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz
GVWG:

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Hilfskraftpersonal ohne Ausbildung (Abs. 1 Nr. 1)	0,0872	0,1202	0,1449	0,1627	0,1758
Hilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenten- ausbildung (Abs. 1 Nr. 2)	0,0564	0,0675	0,1074	0,1413	0,1102
Fachkraftpersonal (Abs. 1 Nr. 3)	0,077	0,1037	0,1551	0,2463	0,3852

Tabelle 3: Personalanhaltswerte nach SGB XI § 113c Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz

Bisher sieht das Gesetz kein Datum vor, zu dem die Umsetzung der neuen Personalanhaltswerte in den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege erfolgt sein muss.

2.2 Pflegeberufegesetz (PflBG)

Neben den oben erwähnten Gesetzen hat sich schon zu Beginn des Projekts KompAQT abgezeichnet, dass das Pflegeberufegesetz von 2017 und hier besonders die darin festgeschriebenen vorbehaltenen Tätigkeiten (in Kraft seit 1. Januar 2020), bei der Umsetzung des neuen Verfahrens zu Personalbemessung eine erhebliche Rolle spielen. Im Paragraf 4 sind die vorbehaltenen Tätigkeiten wie folgt beschrieben:

(1) Pflegerische Aufgaben nach Absatz 2 dürfen beruflich nur von Personen mit einer Erlaubnis nach §1 durchgeführt werden. Ruht die Erlaubnis nach §3 Absatz 3 Satz 1, dürfen pflegerische Aufgaben nach Absatz 2 nicht durchgeführt werden.

(2) Die pflegerischen Aufgaben im Sinne des Absatzes 1 umfassen

1. die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs nach §5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a
2. die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses §5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe b sowie
3. die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege nach §5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe d

(3) Wer als Arbeitgeber Personen ohne eine Erlaubnis nach §1 oder Personen, deren Erlaubnis nach §3 Absatz 3 Satz 1 ruht, in der Pflege beschäftigt, darf diesen Personen Aufgaben nach Absatz 2 weder übertragen noch die Durchführung von Aufgaben nach Absatz 2 durch diese Personen dulden.

Die vorbehaltenen Tätigkeiten der Pflegefachpersonen spielen bei der Arbeitsorganisation und damit der qualitativen Umsetzung des neuen Verfahrens zur Personalbemessung eine entscheidende Rolle. Die Pflegefachpersonen zu befähigen, ihre Vorbehaltsaufgaben wahrzunehmen und zu erfüllen, ist der Schlüssel für alle weiteren Schritte der Organisations- und Personalentwicklung im Rahmen der Personalbemessung. Neben der Befähigung der Pflegefachpersonen ist es von besonderer Bedeutung, dass diesen ausreichend Zeit zur Verfügung steht, die vorbehaltenen Tätigkeiten ausführen zu können. Hier spielt die korrekte Delegation pflegerischer Aufgaben an Pflegefachassistenten und ungelernten Pflegepersonen eine wichtige Rolle. Nur wenn diese Berufsgruppen die Pflegefachperson entlasten, kann die kompetenzorientierte Aufgabenverteilung im Sinne aller Beschäftigten umgesetzt werden.

2.3 Gesetz über die Einführung der bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung (PflFAssG)

Das Pflegefachassistenteneinführungsgesetz schafft ab Januar 2027 ein eigenständiges, bundesweit einheitliches Berufsprofil für die Pflegefachassistentenz. Damit können künftig Personen mit dieser Qualifikation leichter in andere Bundesländer wechseln. Die neue Ausbildung ersetzt die bisherigen 27 landesrechtlich geregelten Pflegehilfe- und Pflegeassistentenausbildungen, zudem wird auch die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse erleichtert. Die Ausbildung dauert in der Regel 18 Monate, wobei ein Absolvieren in Teilzeit sowie Verkürzungen möglich sind, besonders bei einschlägiger Berufserfahrung. Es sind Pflichteinsätze in den zentralen Versorgungsbereichen der stationären Langzeitpflege, der ambulanten Langzeitpflege, sowie der stationären Akutpflege vorgesehen. Damit ist die Ausbildung ebenfalls generalistisch ausgerichtet.

„Die zukünftige Pflegefachassistentenausbildung vermittelt die unter Beachtung der Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen [...] erforderlichen Kompetenzen zur selbstständigen Durchführung von Pflegemaßnahmen in nicht komplexen Pflegesituationen sowie für die Mitwirkung an Pflegemaßnahmen in komplexen Pflegesituationen für Menschen aller Altersstufen.“

Die Pflegefachassistentenz darf damit auch Entscheidungen zu medizinischen Maßnahmen treffen, muss aber zunächst beurteilen, ob sie selbst hierzu kompetent ist oder umgehend die Hilfe von Pflegefachpersonen hinzuzuziehen ist. Darüber hinaus hat sie im Rahmen der Beobachtung und Dokumentation die Pflicht zur fachlich begründeten und reflektierten Informationsweitergabe.

Wie in der Studie von Prof. Rothgang beschrieben wurde, ist der Einsatz der Pflegefachassistenten von großer Bedeutung, um die Fachpersonen in der stationären Langzeitpflege zu entlasten. Dass durch das vorliegende Gesetz ein bundeseinheitliches Berufsprofil mit weitreichenden Kompetenzen geschaffen wird, wertet das Berufsbild zusätzlich noch einmal auf. Die Einführung dieser „neuen“ Berufsgruppe in der stationären Langzeitpflege bedeutet Veränderungen für die Teams, neue Überlegungen zur kompetenzorientierten Aufgabenteilung und damit auch für die Delegation von Aufgaben durch die Pflegefachpersonen. Besondere Beachtung verlangt sicher eine Anpassung der Aufgabenteilung zwischen ungelernten Pflegepersonen und Pflegefachassistenten.

2.4 Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP)

Der Entwurf zum „Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege“ wurde Ende 2025 verabschiedet und ist am 1. Januar 2026 in weiten Teilen in Kraft getreten. Dieses Gesetz sieht weitreichende Befugnisse für Pflegefachpersonen zur eigenverantwortlichen Heilkundenausübung für bestimmte Leistungen vor. Innerhalb eines klar definierten Rahmens können sie Leistungen erbringen, die bislang ausschließlich Ärzt:innen vorbehalten waren. Grundlage für diese Befugnisse sind heilkundliche Qualifikationen, die Pflegefachpersonen bereits im Rahmen ihrer dreijährigen Ausbildung oder eines primärqualifizierenden Pflegestudiums erworben haben. Seit 2025 werden zudem vertiefte heilkundliche Kompetenzen in den Bereichen Diabetes, Wundmanagement und Demenz systematisch in der hochschulischen Pflegeausbildung vermittelt. Ergänzend dazu sollen entsprechende Kenntnisse durch bundeseinheitliche, staatlich anerkannte Weiterbildungen erlangt werden können. Sowohl der Beruf der Pflegefachperson, als auch der der Pflegefachassistenz, gelten nun als eigenständiger Heilkundeberuf.

Darüber hinaus sind umfangreiche Maßnahmen zum Bürokratieabbau in der Pflege geplant.

Auch zum §113c SGB XI sind einige Änderungen im Gesetz vorgesehen (Auszüge):

- „Es kann eine höhere personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden, wenn die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe für die Überschreitung der personellen Ausstattung [...] darlegen kann. Als sachlicher Grund [...] gilt unter anderem die Vereinbarung einer personellen Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal, das die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach §1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes hat und überwiegend Leistungen in der unmittelbar bewohnerbezogenen Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt.“ Hier sind akademisch ausgebildete Pflegepersonen gemeint.
- „Sofern [...] eine personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart wird, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung [...] hinausgeht,
- Soll die Pflegeeinrichtung geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die einen personenzentrierten und kompetenzorientierten Personaleinsatz im Sinne der Ziele dieser Vorschrift gewährleisten.“ Diese Maßnahmen sollen sich an den fachlichen Zielen und Ergebnissen des Modellprojekts von Prof. Rothgang orientieren. Zur Unterstützung der Einrichtungen wird in §113d eine „Geschäftsstelle zur Begleitung

und Unterstützung der fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen“ eingeführt. Diese soll bis zum 31.12. 2026 beauftragt werden und besonders Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der fachgerechten Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung, bei der Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten, bei der Umsetzung von personenzentrierten und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen, bei der Entwicklung und Umsetzung von Führungs- und Delegationskonzepten und bei der Umsetzung eines ganzheitlichen, personenzentrierten Pflegeverständnisses unterstützen. Dazu sollen Multiplikator:innen ausgebildet werden und Assessmentinstrumente und Konzepte für die Pflegefachpersonen und Führungskräfte zur Verfügung gestellt werden.

- Außerdem wird in Absatz 3 Nummer 2 geregelt, welches Personal bis zum 31.12.2026 von den Pflegeeinrichtungen für die Stellenanteile der personellen Ausstattung nach Absatz 1 Nummer 2 (Pflegefachassistenz), das über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgeht, vereinbart werden kann. Hier kann auch Personal vorgehalten werden, dass über eine mindestens einjährige medizinische, soziale, hauswirtschaftliche, kaufmännische oder betriebswirtschaftliche Qualifikation verfügt und entsprechend der Qualifikation administrative oder pflegerische Aufgaben zur Entlastung des Fachkraftpersonals übernimmt. Die Stellenanteile, die bis zum 31.12.2026 mit diesem Personal besetzt wurden, können ab dem 01.01.2027 zusätzlich zu den verhandelten Stellenanteilen der Pflegefachassistenz vereinbart werden.
- In Absatz 3 Nummer 3 wird zusätzlich beschrieben, welches Pflegehilfskraftpersonal die Pflegeeinrichtung für Stellenanteile der personellen Ausstattung, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgeht, vorhalten kann. Hier geht es insbesondere um Pflegepersonen ohne formalen Abschluss, die sich in Ausbildung befinden oder bis zum 31.12.2028 eine Berufsausbildung beginnen werden.
- Die Empfehlungen zu den Landesrahmenverträgen sollen auch Empfehlungen zu den Aufgabenbereichen der akademisch ausgebildeten Pflegepersonen beinhalten.

3 Vorbehaltsaufgaben und Delegation

Die im Pflegeberufegesetz (s.o.) verankerten Vorbehaltsaufgaben führen dazu, dass die Pflegefachperson mit Dienstantritt die Verantwortung für diese Aufgaben übernimmt. Sie trägt die Verantwortung für die Pflegeprozesssteuerung, der ihr übertragenen Pflegeprozesse (in der Regel im Rahmen von Bezugspflege). In letzter Instanz ist somit nicht die Pflegedienstleitung verantwortlich, falls Fehler passieren sollten, sondern jede einzelne Pflegefachperson. Die Verantwortung für die einzelnen Berufsgruppen in der stationären Langzeitpflege stellt sich daher wie folgt dar:

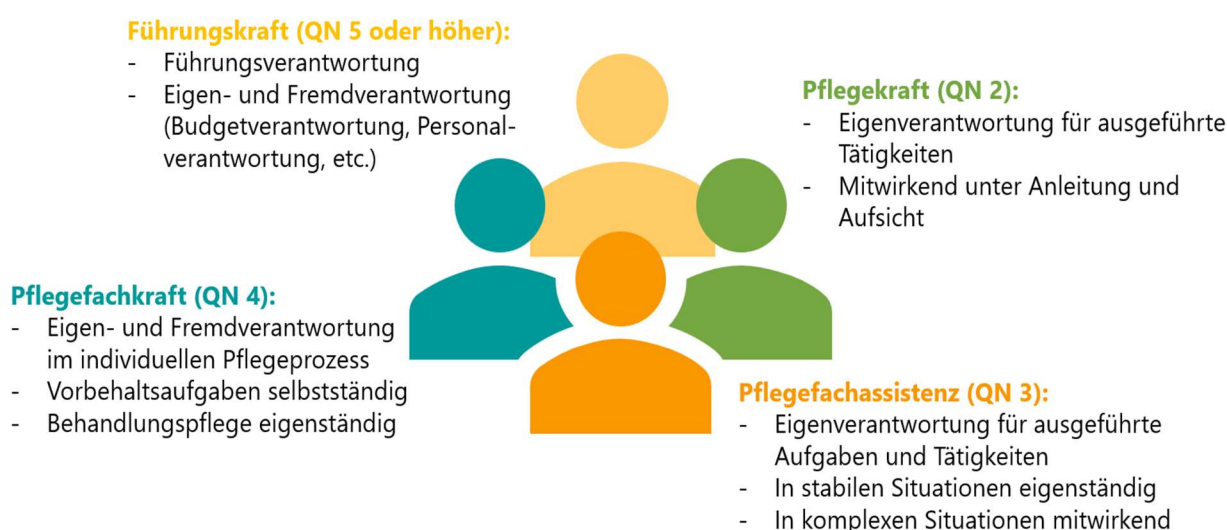


Abbildung 1: Verantwortlichkeiten im qualifikationsheterogenen Pflegeteam

Entscheidend ist, dass Pflegefachpersonen sich ihrer Vorbehaltsaufgaben und der damit einhergehenden Verantwortung bewusst sind und lernen diese tatsächlich zu übernehmen. Dazu benötigen sie auf der einen Seite ausreichend zeitliche Ressourcen, auf der anderen Seite liegt es in ihrer Verantwortung dafür zu sorgen, dass sie diese Zeit bekommen. Ohne sinnvolles Delegationskonzept wird dies nicht gelingen. Hierbei ist wichtig zu beachten, welche Aufgaben delegiert werden dürfen bzw. sollen und welche Verantwortung, trotz Delegation, bei der Pflegefachperson verbleibt.

Die Fachperson kann die Durchführung pflegerischer Maßnahmen und die Dokumentation der angewendeten Maßnahmen delegieren. Dabei bleibt sie für folgende Dinge verantwortlich:

- Die richtige Auswahl der Person, an die sie Aufgaben delegiert. Die Person muss persönlich und fachlich für die Übernahme der Aufgabe geeignet sein.
- Die korrekte Delegation an die ausführende Person. Es muss eine zutreffende Handlungsanweisung vorliegen (aktueller Maßnahmenplan), auf die sich die Person, an die delegiert wird, verlassen kann. Maßnahmenpläne, die Wochen oder Monate alt sind und nicht überprüft wurden, sind hier nicht geeignet. Falls die Person, an die eine Aufgabe delegiert wird, sich nicht in der Lage fühlt die Aufgabe zu übernehmen, muss ggfs. eine Belehrung erfolgen.
- Die korrekte Durchführung der Maßnahme durch die ausführende Person
- Überwachung der ausführenden Person (wobei Überwachung in diesem Zusammenhang nicht bedeutet, dass die Pflegefachperson neben der ausführenden Person steht, aber sie muss sich regelmäßig davon überzeugen, dass die delegierten Aufgaben korrekt durchgeführt wurden).

Da die Assistenzkräfte (sowohl mit, als auch ohne Ausbildung) die Durchführungsverantwortung für ihr Handeln tragen, müssen diese sich vor der Übernahme einer an sie delegierten Aufgabe fragen, ob sie diese (fachlich) durchführen können und dürfen. Sind beide Fragen mit „Ja“ zu beantworten, sollte die angewiesene Maßnahme sach- und fachgerecht umgesetzt werden, wobei die Durchführungsverantwortung in diesem Fall bei der Assistenzkraft verbleibt. Falls sie eine der Fragen mit „Nein“ beantwortet, muss zwingend eine Rückmeldung an die Pflegefachperson erfolgen. In diesem Fall kann die Fachperson dann eine Anleitung oder Neuverteilung der Aufgabe vornehmen. Falls eine Umsetzung der Aufgaben nicht möglich ist oder die Pflegefachperson nicht auf die Rückmeldung reagiert, stehen der Assistenzkraft das Stellen einer Überlastungsanzeige oder der Gebrauch ihrer Remonstrationspflicht zur Verfügung (s. Abb.2).

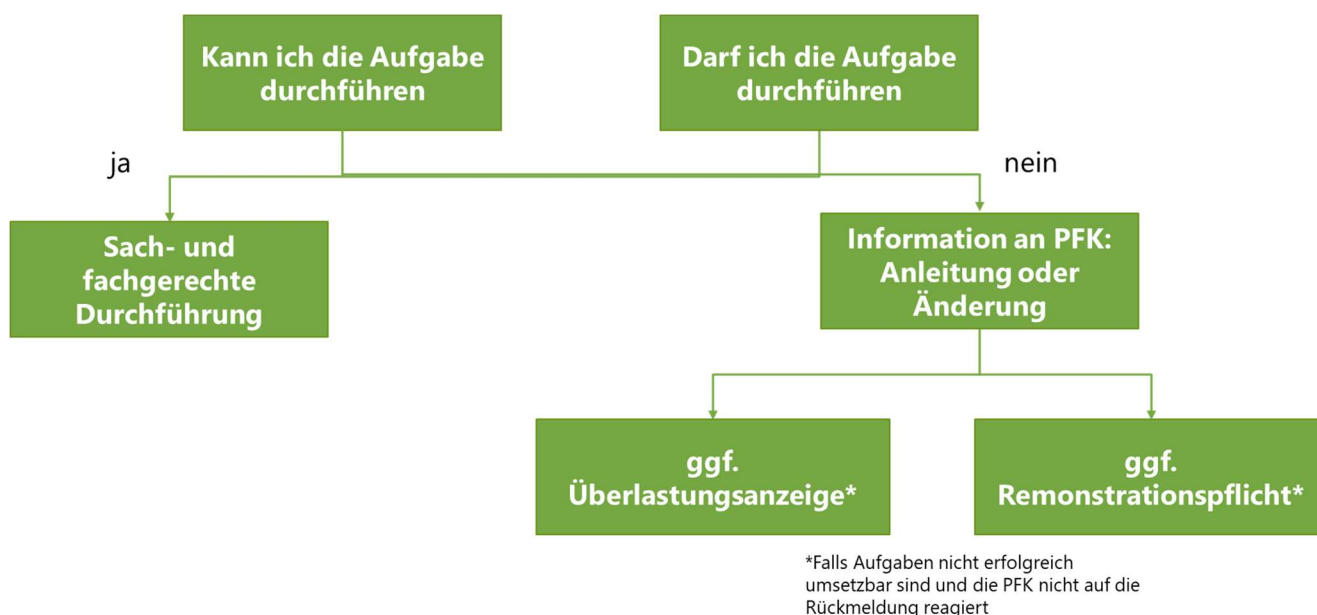


Abbildung 2: Durchführungsverantwortung der Assistenzkräfte

Wichtig: die Maßnahmenplanung ist die Handlungsanordnung für die Assistenzkräfte. Diese müssen sich an die Planung halten und dürfen sich nicht eigenmächtig über diese hinwegsetzen. Voraussetzung ist dabei natürlich, dass die Maßnahmenplanung stets auf dem aktuellen Stand ist. Dies sicherzustellen ist Vorbehaltsaufgabe der Pflegefachperson.

3.1 Sonderfall: Delegation von Maßnahmen der Behandlungspflege

Für die Durchführung von Maßnahmen der Behandlungspflege bestehen weder gesetzliche, noch rahmenvertragliche Vorgaben, die eine verbindliche Zuordnung einzelner Maßnahmen zu bestimmten Qualifikationsniveaus vorschreiben. Die Behandlungspflege selber stellt keine Vorbehaltsaufgabe dar. Daraus ergibt sich jedoch nicht, dass jede Berufsgruppe diese Maßnahmen unabhängig von ihrer Qualifikation übernehmen darf.

Vielmehr ist der Einrichtungsträger im Rahmen seiner Organisationsverantwortung gemäß §831 BGB aus haftungsrechtlichen Gründen verpflichtet, sicherzustellen, dass ärztlich verordnete Maßnahmen der **Behandlungspflege** nur von Personen ausgeführt werden, die über die dafür notwendige fachliche Qualifikation verfügen. Diese Qualifikation kann entweder durch eine entsprechende formale Ausbildung oder durch einen geeigneten Befähigungsnachweis belegt werden.

Pflegefachpersonen gelten durch ihre Ausbildung als formal qualifiziert und dürfen daher Maßnahmen der Behandlungspflege erbringen. Natürlich müssen auch sie materiell qualifiziert sein, d.h. sie müssen tatsächlich über die ihnen durch den Berufsabschluss zugeschriebenen Kompetenzen verfügen. Dasselbe gilt für Pflegefachassistentenkräfte, die im Rahmen ihrer Ausbildung die Durchführung bestimmter behandlungspflegerischer Maßnahmen gelernt und einen formalen Abschluss in diesen Bereichen erworben haben.

Bestimmte Interventionen der Behandlungspflege dürfen auch von Nicht-Pflegefachpersonen durchgeführt werden, sofern diese durch eine gezielte Unterweisung in der jeweiligen Maßnahme über die erforderliche materielle Qualifikation verfügen. Diese muss im Einzelfall nachvollziehbar dokumentiert werden. Ob und in welchen Abständen eine Auffrischung oder Aktualisierung der Qualifikation erforderlich ist, legt die Einrichtung im Rahmen ihres Qualitätsmanagementsystems fest. Entscheidend dafür, ob eine Maßnahme der Behandlungspflege ausschließlich durch Pflegefachpersonen oder auch durch Nicht-Fachkräfte erbracht werden darf, ist das jeweils damit verbundene Gefährdungsrisiko. Hier gilt der Grundsatz: Je höher das Risiko, desto höher muss auch die Qualifikation der ausführenden Person sein.

Wird eine Maßnahme der Behandlungspflege an eine formal nicht qualifizierte Pflegekraft delegiert, verbleibt die Verantwortung –auch im haftungsrechtlichen Sinne– bei der delegierenden Pflegefachperson (Delegationsverantwortung). Wie schon oben dargelegt, hat die Fachperson im Vorfeld der Delegation die Pflicht, die Eignung der betreffenden Person hinsichtlich ihrer Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten sorgfältig zu prüfen. Sie

muss notwendige Inhalte ggf. anleiten sowie die Durchführung der Maßnahme in angemessenen Abständen regelmäßig kontrollieren.

Die ausführende Person trägt im Rahmen ihrer Durchführungsverantwortung die Verantwortung für die ordnungsgemäße Ausführung der übertragenen Aufgabe, unter Berücksichtigung ihrer eigenen Kompetenzen und Fähigkeiten. Ist sie der Auffassung, die Maßnahme nicht sicher durchführen zu können, steht ihr das Recht zu, die Durchführung abzulehnen.

3.2 Komplexität von Aufgaben und Exkurs zum Thema "Selbstständig und eigenständig"

Nach §5 Pflegeberufegesetz, darf die **Pflegefachperson** folgende Aufgaben *selbstständig* durchführen:

- Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege,
- Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses,
- Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen (kann auch delegiert werden)
- Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege
- Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen

Eigenständig darf sie

- ärztliche Maßnahmen durchführen, insbesondere Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation (wobei einzelne Teilschritte delegiert werden können, s.o.)

Die **Pflegefachassistenz in NRW** darf nach §3 PflfachassAPrV folgende Aufgaben *eigenständig* durchführen:

- Pflege und Begleitung von Menschen aller Altersstufen in *stabilen Pflegesituationen* auf der Grundlage der individuellen Pflegeplanung von Pflegefachpersonen
- im Pflegeprozess bei der Erstellung der Biografie und Pflegeplanung unterstützend mitwirken, den Pflegebericht fortschreiben und selbst durchgeführte Tätigkeiten dokumentieren
- Kontakte mit zu pflegenden Menschen herstellen, mit ihnen einen respektvollen Umgang pflegen und sie unter Beachtung wesentlicher Vorbeugungsmaßnahmen bei der Grundversorgung unterstützen, Ressourcen erkennen und aktivierend in die Pflegehandlung einbeziehen
- individuelle, geschlechter- und kultursensible Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der eigenständigen Lebensführung sowie der Erhaltung und Förderung

sozialer Kontakte, unter Einbeziehung von Angehörigen bzw. nahestehenden Bezugspersonen

- Beobachtung der Gesundheit und Erhebung sowie Weitergabe medizinischer Messwerte
- Erkennen akuter Gefährdungssituationen und Einleitung erforderlicher Sofortmaßnahmen
- bei der Unterstützung und Begleitung von Menschen mit pflegerischem Unterstützungsbedarf interdisziplinär mit anderen Institutionen und Berufsgruppen zusammenarbeiten und
- Kommunikation und Beziehungsgestaltung mit allen am Prozess beteiligten Personen und Berufsgruppen

Die folgenden Aufgaben darf die **Pflegefachassistenz in NRW** unter *Anleitung und Aufsicht von Pflegefachpersonen* durchführen:

- Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Rehabilitation
- Pflege und Begleitung von Menschen aller Altersstufen in *komplexen Pflegesituationen* auf der Grundlage der individuellen Pflegeplanung *gemeinsam* mit Pflegefachpersonen, einschließlich der Pflege und Begleitung von Menschen in der Endphase des Lebens
- einfache physikalische Maßnahmen und
- bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachsorge ärztlich veranlasster diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen *mitwirken*

Im Pflegefachassistenzeinführungsgesetz (s.o.) ist eine nochmalige Erweiterung der Befugnisse der Pflegefachassistenz, dann auf bundesweiter Ebene vorgesehen:

„Die zukünftige Pflegefachassistentenausbildung vermittelt die unter Beachtung der Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen [...] erforderlichen Kompetenzen zur *selbstständigen* Durchführung von Pflegemaßnahmen in *nicht komplexen Pflegesituationen* sowie für die *Mitwirkung* an Pflegemaßnahmen in *komplexen Pflegesituationen* für Menschen aller Altersstufen.“

Die Befugnisse der Pflegefachassistenz und auch die der ungelernten Pflegekraft hängen damit von der Komplexität der Pflegesituation ab. Da es in Deutschland derzeit keine

einheitliche Definition des Begriffs „Komplexität“ in diesem Zusammenhang gibt, hat man sich bei der Zuordnung von Aufgaben zu Qualifikationsniveaus im Rahmen der Studie zum neuen Verfahren der Personalbemessung dem Thema wie folgt genähert:

Zum einen sind die Anforderungen relevant, die eine Aufgabe beinhaltet. Diese können von einfach über schwierig bis komplex variieren. Dabei beziehen sie sich sowohl auf die Problemlösekompetenz, als auch auf die soziale und kommunikative Kompetenz.

Problemlösekompetenz		Soziale/Kommunikative Kompetenz	
Komplexitätsgrad	Anforderungsniveau	Komplexitätsgrad	Anforderungsniveau
<i>Einfach</i>	Anwendung von Handlungsschemata	<i>Einfach</i>	Anhand von Routinen handeln
<i>Schwierig</i>	Geringe Anpassung der Schemata notwendig	<i>Schwierig</i>	Ich-Du Differenzierung, Empathie
<i>Komplex</i>	Ggf. grundlegende Änderung der Schemata notwendig, individuelle Lösungen	<i>Komplex</i>	Viele Perspektivübernahmen nötig, erfordert Frustrationstoleranz, Selbstreflexion etc.

Tabelle 4: Anforderung der Aufgaben und Maßnahmen an die Problemlösekompetenz und die soziale/kommunikative Kompetenz (in Anlehnung an Rothgang 2020)

Zum anderen stellt die Pflegesituation an sich Anforderungen an die Aufgaben. Die Differenzierung erfolgt hier anhand geringem, mittlerem und hohem Risikograd, zur Definition werden der Pflegebedürftigkeitsbegriff und die Einschätzung der gesundheitlichen Situation herangezogen.

Risikograd	Pflegebedürftigkeit
<i>gering</i>	Geringer Grad an Pflegebedürftigkeit: BI: Modul 1: max. erhebliche Einschränkungen der Selbstständigkeit <5 Punkte und/oder Modul 3 pro Item max. 1 Punkt
<i>mittel</i>	Mittelmäßiger Grad an Pflegebedürftigkeit: BI: Modul 1: max. schwere Einschränkungen der Selbstständigkeit <9 Punkte und/oder Modul 3 pro Item max. 3 Punkte
<i>hoch</i>	Hoher Grad an Pflegebedürftigkeit: BI: alle Ausprägungen (Modul 1: > 10 Punkte, immobil und/oder Modul 3: tgl. 5 Punkte)
<i>Zusätzlich liegt immer dann ein hoher Risikograd vor, wenn eine instabile gesundheitliche Situation gegeben ist, z.B. bei Vorliegen eines Dekubitus, einer chronischen Wunde, instabiler Schmerzsituation, instabiler Luftnot, palliativer Versorgung, instabiler Kreislauf, Mangelernährung, ...</i>	

Tabelle 5: Anforderung der Pflegesituation (in Anlehnung an Rothgang 2020)

Je komplexer die Anforderungen der Aufgabe sind und je höher der Risikograd der Pflegesituation eingeschätzt wird, umso eher sollte eine Fachperson die mit der Pflegesituation verbundenen Aufgaben übernehmen.

4 Hinweise zum konkreten Vorgehen im Projekt

Die Hinweise in diesem Kapitel beschreiben das partizipative Vorgehen, wie es im Projekt KompAQT konzipiert, erprobt und evaluiert wurde. Sie zeigen die einzelnen Projektschritte, die die vier Kooperationsunternehmen über die Gesamtlaufzeit von drei Jahren durchlaufen haben und bieten Vorschläge, wie der Transformationsprozess hin zur Implementierung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung in der stationären Langzeitpflege gestaltet werden kann. Ergänzt werden diese durch praxisnahe, beteiligungsorientierte Arbeitsmaterialien im Anhang. Fokus der Strukturveränderungen sollte dabei ein personen-zentriertes Pflegeverständnis sein, bei dem Aufgaben entsprechend der Kompetenzen innerhalb der qualifikationsheterogenen Teams verteilt werden.

Die folgenden Kapitel führen entlang des Projektplans durch die einzelnen Teilschritte.

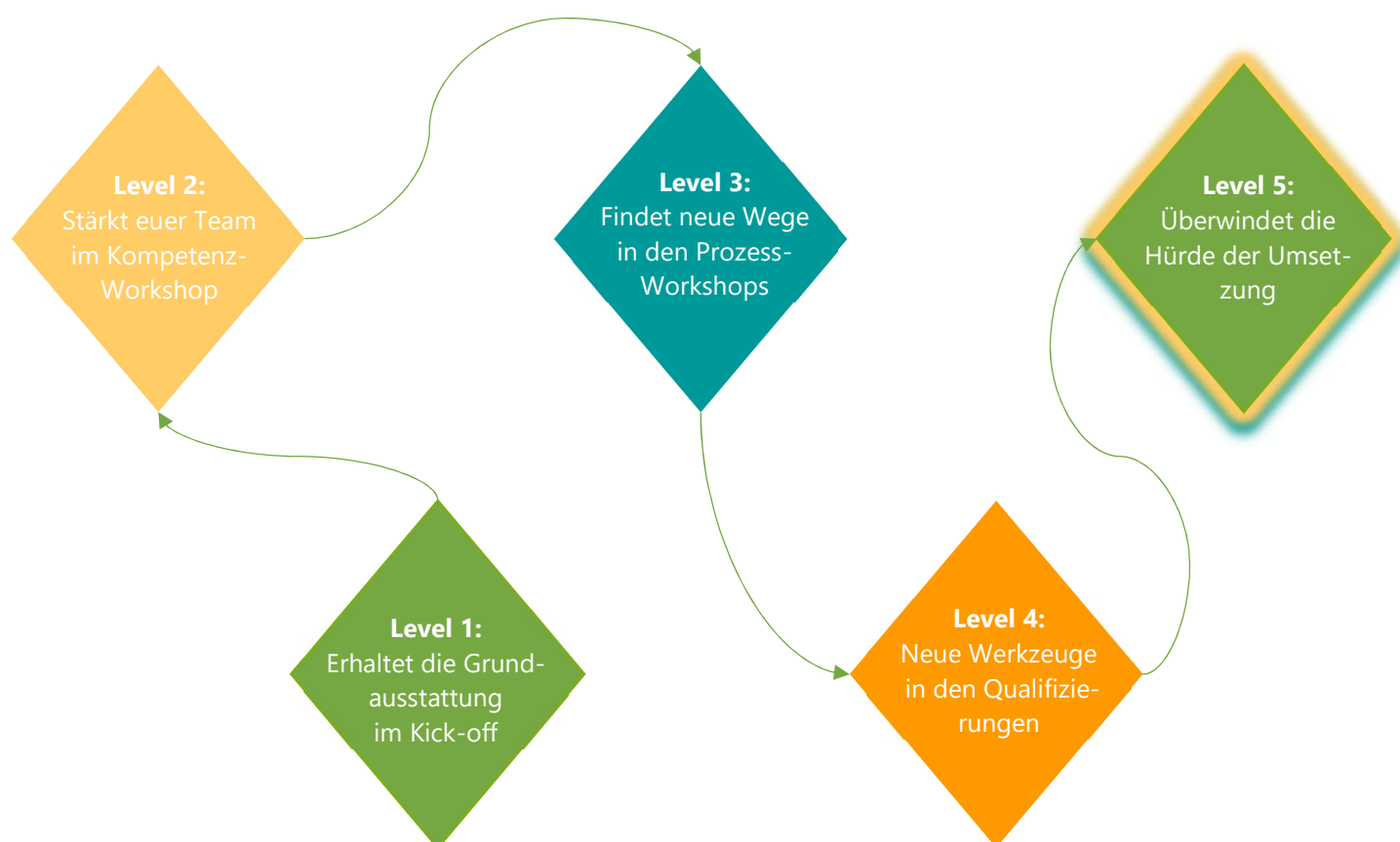


Abbildung 3: Vereinfachter Projektplan „KompAQT“

4.1 Level 1: Kick-off Workshops

Noch bevor der Veränderungsprozess operativ begonnen wird, sollte zunächst auf Leitungsebene eine Vorbereitungsphase mit strategischen Überlegungen vorgeschaltet sein. Hierzu wurden im Projekt, gemeinsam mit Geschäftsführung, Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen, Leitungs-Kick-offs durchgeführt, in denen u.a. folgende Fragestellungen diskutiert wurden:

- Sollen die Veränderungen zur kompetenzorientierten Aufgabenverteilung zunächst in einem Wohnbereich oder einer Einrichtung pilotiert werden?
- Gibt es während der Umsetzung eine Projektgruppe? Wer sollte hier zwingend einbezogen werden?
- Wie kann gegenüber den Mitarbeitenden von Beginn an größtmögliche Transparenz und Partizipation gewährleistet werden?
- Welche Bedeutung haben individuelle Besonderheiten der (Pilot-)Einrichtung? Gibt es z.B. bauliche Besonderheiten, die berücksichtigt werden müssen?
- Gibt es in den Teams möglicherweise derzeit noch andere Herausforderungen, die eine Konzentration auf den Veränderungsprozess erschweren (z.B. eine Softwareumstellung)?

KOMPAQT-TIPP:

Die Umstrukturierung von Zuständigkeiten und gewohnten Arbeitsabläufen stellen eine tiefgreifende Veränderung dar.

Achten Sie unbedingt auf eine beteiligungsorientierte Kommunikation von Prozessbeginn an!



Sofern der Veränderungsprozess nicht durch externe Unterstützung begleitet wird, sind Überlegungen zu einer internen Projektgruppe sinnvoll, um Zuständigkeiten innerhalb des Prozesses verbindlich zu definieren. Hier hat es sich als besonders konstruktiv erwiesen, diese Gruppe möglichst heterogen über alle Berufsgruppen sowie Hierarchieebenen hinweg zu besetzen. Darüber hinaus sollten in der Vorbereitungsphase weitere Maßnahmen des Projekt- bzw. Changemanagements mitgedacht werden. Hierzu zählen insbesondere die Entwicklung einer gemeinsamen Vision, eines detaillierten Meilensteinplans sowie eines Kommunikationsplans zur Sicherstellung der Beteiligung der Beschäftigten.

Im Anschluss an die Leitungs-Kick-offs, wurden innerhalb des Projekts Auftaktveranstaltungen unter Einbeziehung aller Berufsgruppen der Piloteinrichtungen durchgeführt. Neben den Mitarbeitenden aus den Pflegeberufen, wurden hier die weiteren Funktionsbereiche der Einrichtungen ebenfalls einbezogen, bspw. sozialer Dienst oder Hauswirtschaft. Auch wenn diese nicht unmittelbar vom neuen Personalbemessungsverfahren betroffen sind, ist es wichtig diese Beschäftigten in den Veränderungsprozess einzubeziehen und ebenfalls zu informieren.

Ergänzend zu den strategischen Fragestellungen aus dem Kick-off mit den Führungskräften, wurden in den partizipativen Auftaktveranstaltungen mit den Teams Analysen des Ist-Zustands der ausgewählten (Pilot-)Einrichtungen vorgenommen, um ein gemeinsames Verständnis von der Ausgangslage im Hinblick auf die kompetenzorientierte Aufgabenverteilung zu schaffen. Ein entscheidender Erfolgsfaktor bereits zu Projektstart ist hier die Fokussierung auf Stärken und Potentiale auf Einrichtungs- bzw. Teamebene, um ein negatives Framing des Vorhabens direkt zu vermeiden. Eine mögliche Methode hierzu stellt die SWOT-Analyse dar, da alle relevanten Faktoren der Ist-Analyse in einem ausgewogenen, realistischen Verhältnis visualisiert werden können (s. Abb. 4).

Nachdem in den Kick-off Workshops ein Kennenlernen der am Projekt beteiligten Personen stattgefunden hat und erste Einblicke in die Struktur und Voraussetzungen der Einrichtungen offensichtlich wurden, wurde im nächsten Schritt ein niederschwelliger Projektplan entwickelt. Darüber hinaus wurden einrichtungsspezifische Zielvorstellungen konkretisiert sowie individuelle Maßnahmen vereinbart.

Der leicht zugängliche Projektplan (s. Abb.3) spielt eine zentrale Rolle während des Veränderungsprozesses. Er gibt den Mitarbeitenden der Einrichtungen eine Orientierung darüber, welche Themen und Schwerpunkte im Laufe der Projektjahre behandelt werden sollen und wo der Prozess derzeit steht. Neben der vorgegebenen Struktur, lässt der Plan aber genug Freiräume für weitere Themen, Bedarfe und Ideen der Mitarbeitenden und Teams.

Stärken	Schwächen
- Motivierte Mitarbeiter:innen - Guter Teamzusammenhalt - Wenig Schnittstellen - ...	- Zu wenig Personal - Überlastete Führungskräfte - Keine Veränderungsbereitschaft - ...
Chancen	Risiken
- Mehr Personal - Neue Strukturen - Neue Karrierechancen für MA - ...	- Verlust von Personal - QN3 fehlt - PFP mit neuen Aufgaben überfordert

Abbildung 4: Beispiel SWOT-Analyse

KOMPAQT-TIPP:

Um in der Bestandaufnahme ein möglichst umfangreiches Ergebnis zu erzielen, sollte die Gruppe der Teilnehmenden beim Kick-off möglichst heterogen sein.

Hier sind neben den Perspektiven aus der Pflege, auch die Einschätzungen z.B. aus Küche oder sozialer Betreuung oftmals ein Erkenntnisgewinn!



4.2 Level 2: Themenfokus Kompetenzen

Mit Blick auf die Zielsetzung des Projekts KompAQT, die Etablierung einer kompetenzbasierten Aufgabenverteilung zwischen den unterschiedlichen Qualifikationsniveaus auf Teamebene, wurde zunächst der Bereich der Personal- bzw. Kompetenzentwicklung in den Fokus genommen.

Dabei war das Teilziel für diesen Projektabschnitt bei den Mitarbeitenden eine Veränderung ihrer inneren Haltung anzustoßen. Ausgangspunkt bildete dabei ein Paradigmenwechsel im Teamverständnis: Weg von der verbreiteten Haltung, wonach ein gutes Team dadurch gekennzeichnet sei, dass alle Mitarbeitenden bereit sind jede anfallende Aufgabe zu übernehmen, hin zu einem professionsorientierten Selbstverständnis, das die Qualität von Teamarbeit gerade darin begründet sieht, dass jede Berufsgruppe entsprechend ihrer Ausbildung und ihres spezifischen Kompetenzprofils eingesetzt wird.

Um ein solches Umdenken erreichen zu können, war es zunächst notwendig einen Reflexionsraum zu schaffen, um den Beschäftigten Raum dafür zu geben, ihre aktuelle Arbeitsorganisation und Teamkultur abseits des belasteten Arbeitsalltags diskutieren zu können. Im Anschluss wurde für jede Berufsgruppe ein sogenannter Rollen-Canvas ausgearbeitet. Dieser definiert verbindlich und transparent, welche Aufgaben- sowie Verantwortungsbereiche den jeweiligen Qualifikationsniveaus zugeordnet sind. Darüber hinaus bilden sie prospektiv ab, wie sich die berufsgruppenspezifischen Zuständigkeiten im Zuge der geplanten Einführung der generalistischen Pflegefachassistenz künftig verschieben und neu strukturieren werden.

Die Erarbeitung der Rollen-Canvases erfolgte dabei in einem kollaborativen Prozess. Zunächst entwickelten die Pflegeteams, bestehend aus Pflegefachpersonen, Pflegeassistenzkräften und ungelernten Pflegekräften, gemeinsam mit den zuständigen Leitungskräften einen ersten Entwurf pro Berufsgruppe. Dieser partizipative Ansatz zielte darauf ab, das vorhandene Praxiswissen der Mitarbeitenden systematisch einzubeziehen und die Akzeptanz der neu entstehenden Strukturen von Beginn an zu fördern. In einem zweiten Schritt wurde der erarbeitete Entwurf durch das Qualitätsmanagement sowie das Projektteam einer fachlichen Prüfung unterzogen und bei Bedarf inhaltlich ergänzt. Die so überarbeitete Fassung wurde anschließend mit den Interessenvertretungen sowie Leitungskräften des gesamten Unternehmens abgestimmt und in einem konsensbasierten Verfahren finalisiert. Alle Zwischenergebnisse sowie die finalisierten Fassungen wurden dabei immer wieder in die Teams zurückgespiegelt, sodass diese jederzeit in den Prozess eingebunden waren.

Qualifikationsniveau 4: Pflegefachperson

Eigene Erwartungen

- Akzeptanz der fachkraftspezifischen Tätigkeiten (z.B. Vorbehaltsaufgaben)
- Unterstützung durch WBL
- ...

Erwartungen des Teams

- Unterstützt durch Anleitung, Beratung und klare Handlungsanweisungen
- ...

Aufgaben und Zuständigkeiten

- Fachgerechte Organisation und Koordination des Pflegeprozesses
- Delegiert Aufgaben fach-/sachgerecht sowie kompetenzorientiert
- ...

Befugnisse und Richtlinien

- Anordnungsverantwortung bei Delegation
- Selbstständige Entscheidungen im Rahmen der Vorbehaltsaufgaben nach PflBG
- ...

Schnittstellen und Kommunikation

- Einrichtungsinterne Schnittstellen zu Funktionsbereichen (Sozialer Dienst, Hauswirtschaft, etc.)
- Informationsweitergabe an... / Informationen einholen von...
- ...

Abbildung 5: Beispiel Rollen-Canvas für QN4 / Pflegefachperson

Einsatz von Kompetenzentwicklungsgesprächen

Aufbauend auf den mit allen Akteur:innen abgestimmten Rollen-Canvases, wurden Instrumente für eine kompetenzbasierte Personalentwicklung entwickelt. Dazu wurden, ganz konkret durch die Wohnbereichs- und Pflegedienstleitungen Checklisten für individuelle „Potenzialgespräche“ konzipiert. Im Rahmen eines Workshops wurden qualifikationsniveaubezogen jeweils zwei Checklisten erarbeitet. Eine dient den Mitarbeitenden zur Selbsteinschätzung der eigenen Kompetenzen, Stärken und Entwicklungsbedarfe und soll sie in die Lage versetzen, sich gezielt sowie reflektiert auf das Gespräch vorzubereiten. Die zweite Checkliste ermöglicht den Leitungskräften eine systematische Fremdeinschätzung auf Basis des definierten Rollen-Canvas. So lässt sich eine transparente und vergleichbare Grundlage für die Potenzialgespräche schaffen.

Ziel dieses Instruments ist die Durchführung geplanter sowie strukturiert vorbereiteter Personal- bzw. Potenzialgespräche, die über den Charakter einer routinemäßigen Beurteilung hinausgehen und stattdessen als Entwicklungsgespräche verstanden werden. Im Mittelpunkt steht dabei die gemeinsame Erarbeitung individueller beruflicher Perspektiven: Mitarbeitende sollen in die Lage versetzt werden, ihre Stärken gezielt einzubringen und Entwicklungspfade aktiv mitzugestalten. Gleichzeitig ermöglicht das strukturierte Gesprächsformat eine systematische Ermittlung und Dokumentation von Qualifizierungsbedarfen, die als Grundlage für bedarfsorientierte Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen dienen können (s. Kap. 4.4: Level 4: Qualifizierungsbedarfe ermitteln und abdecken). Um diese Gespräche von allen Seiten bestmöglich vorbereiten zu können, wurde mit den Leitungskräften noch weiteres Material zur Unterstützung ausgearbeitet. Darunter ein Leitfaden zur Gesprächsführung für die Wohnbereichsleitungen sowie ein Anschreiben und eine Ausfüllhilfe, welche der Checkliste zur Selbsteinschätzung der Beschäftigten beigelegt werden können (s. Anhang). Darüber hinaus wurden die Leitungskräfte nochmals für die Relevanz einer strukturierten Gesprächsvorbereitung anhand verschiedener Dimensionen sensibilisiert (s. Abb. 6).

	1. Appell • Was ist mein Gesprächsziel? • Was will ich minimal/maximal erreichen? • Welche Wünsche und Forderungen habe ich?	
2. Sachinhalt • Welche Themen will ich ansprechen? In welcher Reihenfolge? • Wie ist der Sachverhalt? • Welche Argumente und Beispiele habe ich?		4. Beziehung • Wie kann ich ein positives Klima schaffen? • Wie sieht der andere die Situation? • Wie kann ich das Gespräch positiv abschließen?
	3. Selbstaussage • Wie erlebe ich die Situation? • Was sind meine Gefühle und Bedürfnisse? • Was davon möchte ich -wie- mitteilen?	

Abbildung 6: Dimensionen der Gesprächsvorbereitung

Neben den konkreten Dokumenten spielt auch bei den Potenzialgesprächen die Kommunikation dieses Prozessschrittes eine zentrale Rolle. Da die Fremdeinschätzung ggf. als Beurteilung wahrgenommen werden kann, empfiehlt es sich die Gremien der Interessenvertretungen frühzeitig in diesen Schritt einzubeziehen. Ebenso sollte berücksichtigt werden, dass dieses Vorhaben auf Seiten der Beschäftigten Unsicherheiten auslösen kann. Hier ist eine frühzeitige, umfassende Kommunikation entscheidend.

Auf diese Weise leistet das Instrument der kompetenzbasierten Potenzialgespräche einen wichtigen Beitrag zur nachhaltigen Personalentwicklung, langfristigen Bindung qualifizierter Mitarbeitender an die Einrichtung bzw. das Unternehmen und nicht zuletzt einen wichtigen Schritt auf dem Weg zur kompetenzorientierten Arbeitsorganisation. Ein Beispiel für die im Projekt erstellten Checklisten finden Sie im Anhang. Einen Ausschnitt liefert Ihnen Abb. 7.

Kompetenzanalyse Fremdeinschätzung Pflegefachkraft (QN4)				
Name Mitarbeiter:in:				
Fachkompetenz	Kategorien			
Der/die Mitarbeitende:	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
kann den individuellen Pflegebedarf erheben und feststellen				
kann den Pflegeprozess fachlich korrekt organisieren, gestalten + steuern				
kann den Pflegeprozess und die Pflegeplanung fachlich korrekt dokumentieren				
kann professionell in Wort und Schrift kommunizieren (Ärzte, Therapeuten, Angehörige etc.)				
beherrscht die komplexe Behandlungspflege				
kennt die eigenen Vorbahlsaufgaben und kann diese eigenständig durchführen				
....				

Abbildung 7: Ausschnitt Checkliste Potentialgespräche QN4

4.3 Level 3: Themenfokus Prozesse

Die zweite zentrale inhaltliche Säule des Projekts KompAQT, bestand in der Fokussierung der Organisationsentwicklung. Analog zur Reflexion der Aufgabenverteilung und Zuständigkeiten in Level 2 (Kap. 4.2), ging es in diesem Themenfeld um eine kritische Auseinandersetzung mit bestehenden Prozessen sowie der Fragestellung, wie Prozesse sich entlang der neu definierten Verantwortlichkeiten verändern sollen.

Ein erstes Ziel war es dabei ein tiefergehendes Verständnis der tatsächlich gelebten Abläufe zu entwickeln, implizite Routinen und gewachsene Strukturen sichtbar zu machen, um auf dieser Grundlage gezielte Optimierungsmaßnahmen zu identifizieren. Die Bereitschaft zur ehrlichen Bestandsaufnahme, sowohl bei Führungskräften als auch auf Ebene der Beschäftigten, bildete dabei die notwendige Voraussetzung für einen konstruktiven Veränderungsprozess.

Grundsätzlich können Prozesse mittels verschiedener Methoden erfasst und analysiert werden. Um ein möglichst ganzheitliches, realistisches Bild der bestehenden Abläufe zu erhalten, wurden im Projekt KompAQT unterschiedliche Instrumente parallel eingesetzt:

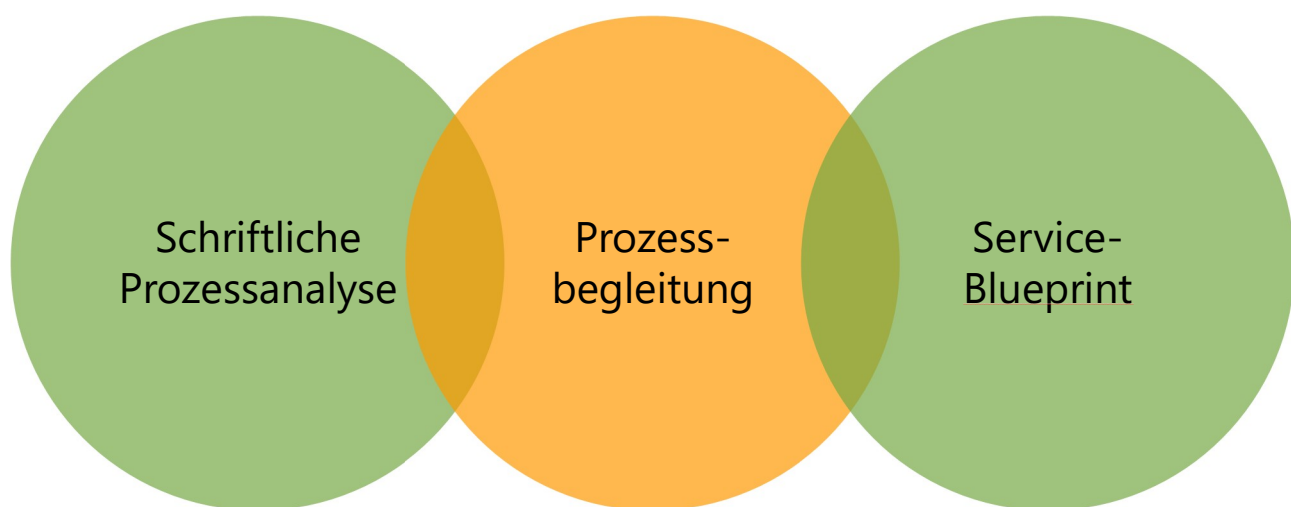


Abbildung 8: Eingesetzte Instrumente zur Prozessanalyse im Projekt KompAQT

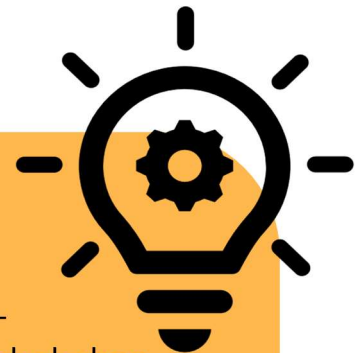
Zunächst wurden im Rahmen von partizipativen Team-Workshops sogenannte Prozesslandkarten entwickelt, die eine umfassende Visualisierung der Schnittstellen der Pflegeteams zu weiteren Funktionsbereichen innerhalb der Einrichtung, des Unternehmens sowie nach Extern ermöglichen. Ergänzt wurden diese Landkarten anschließend um die jeweils relevanten Arbeitsprozesse, sowohl innerhalb der Pflege als auch an den Schnittstellen zu angrenzenden Bereichen außerhalb der Pflege. Somit wurde eine transparente und für alle Beteiligten nachvollziehbare Grundlage für die weitere Prozessanalyse geschaffen.

Die visuelle Aufbereitung der Prozesse erwies sich dabei als besonders wertvoll, da sie es ermöglichte, Zusammenhänge und Abhängigkeiten zwischen verschiedenen Arbeitsbereichen auf einen Blick erkennbar zu machen und ein gemeinsames Prozessverständnis innerhalb der Teams zu fördern. Auf Basis der Prozesslandkarten konnten im nächsten Schritt diejenigen Prozesse und Schnittstellen identifiziert werden, die sich als problematisch erwiesen und zu Reibungsverlusten im Arbeitsalltag führten.

Die als kritisch identifizierten Prozesse wurden anschließend einer detaillierten Analyse unterzogen. Je nach Art und Komplexität des jeweiligen Prozesses kamen dabei ergänzende Methoden zum Einsatz, darunter etwa das Service-Blueprint-Verfahren, das eine differenzierte Darstellung von Leistungsprozessen entlang verschiedener Handlungsebenen bzw. Akteur:innen ermöglicht und so verborgene Schwachstellen sowie unklare Zuständigkeiten sichtbar machen kann. Der Einsatz solcher strukturierten Analysemethoden gewährleistete, dass die Ursachen von Prozessdefiziten nicht lediglich auf symptomatischer Ebene behandelt, sondern in ihrer Tiefe erfasst und verstanden wurden. Eine ausführliche Anleitung zu dieser Methode finden Sie im Anhang.

Darüber hinaus wurden in den teilnehmenden Pilot-Einrichtungen Prozessbegleitungen vom Projektteam durchgeführt. Dazu wurden die gemischten Teams eines Wohnbereichs während ihrer Arbeit begleitet, wobei jedoch nicht die pflegfachliche Bewertung der Aufgaben, sondern eine Einschätzung der Arbeitsorganisation im Fokus stand. Ziel dieser Methode war es, die Perspektiven der Mitarbeitenden um eine externe Beobachtung außerhalb des Workshop-Settings zu ergänzen. Der Einsatz dieser Methode sollte jedoch mit notwendiger Sensibilität vorbereitet und in jedem Fall mit den betreffenden Interessenvertretungen abgestimmt werden.

Nach einer umfangreichen Beobachtungs- und Analysephase, wurden im nächsten Schritt Prozesse identifiziert, die einerseits im Sinne der kompetenzorientierten Aufgabenverteilung bzw. der neu definierten Rollen-Canvases angepasst werden sollten. Andererseits wurden aber auch Prozesse in den Blick genommen, die unabhängig vom Projektziel im Arbeitsalltag als problembehaftet wahrgenommen wurden. Dies betraf trägerübergreifend insbesondere Arbeitsprozesse mit Schnittstellen von der Pflege zu anderen Funktionsbereichen der Einrichtungen.



KOMPAQT-TIPP:

Die Methode der Prozessbegleitung bringt einen sehr hohen Erkenntnisgewinn, sollte aber mit Vorsicht eingesetzt werden.

Entscheidend ist eine Balance zwischen Vertrauen und professioneller Distanz zwischen begleitender Person und Team.

Die Erarbeitung von Lösungsansätzen erfolgte anschließend im Rahmen partizipativer Workshops, in denen die Mitarbeitenden als Expertinnen und Experten ihrer eigenen Arbeit aktiv einbezogen wurden. Ihre Bedenken, Erfahrungen und Verbesserungsvorschläge wurden dabei nicht nur gehört, sondern als Fundament für die Entwicklung und vor allem Verstetigung praxistauglicher Lösungen anerkannt. Diesem Ansatz liegt die Überzeugung zugrunde, dass nachhaltige Veränderungen nur dann gelingen können, wenn diejenigen, die täglich in den betreffenden Prozessen arbeiten, maßgeblich an deren Neugestaltung beteiligt sind. Lösungen, die gemeinsam entwickelt wurden, zeichnen sich erfahrungsgemäß durch eine höhere Passgenauigkeit für den konkreten Arbeitsalltag aus und stoßen bei den Beteiligten auf eine deutlich größere Akzeptanz als top-down angestoßene Veränderungen.

Ein besonderes Augenmerk wurde zudem daraufgelegt, geschützte Räume für das Erproben neuer Arbeitsabläufe zu schaffen. Dieser experimentelle Ansatz verfolgt das Ziel, Vorbehalte gegenüber Veränderungen schrittweise abzubauen und eine Fehlerkultur zu fördern, in der Neues ausprobiert, aber auch wieder zurückgenommen werden kann. Die Möglichkeit,

Veränderungen zunächst im kleineren Rahmen zu erproben, senkt die Hemmschwelle zur Beteiligung und schafft Vertrauen in den Veränderungsprozess als solchen.

Eng damit verbunden ist die Frage der Entscheidungsautonomie auf Leitungsebene: Damit Veränderungsvorschläge zeitnah und wirkungsvoll umgesetzt werden können, ist es unabdingbar, dass Leitungskräfte über den notwendigen Handlungsspielraum verfügen, um eigenständig Entscheidungen zu treffen. Eine übermäßige Abhängigkeit von übergeordneten Freigabeprozessen birgt das Risiko, den Veränderungsimpuls zu verzögern, die Dynamik des Prozesses zu bremsen und die Motivation der Beteiligten nachhaltig zu beeinträchtigen. Die Stärkung der Entscheidungskompetenz auf Leitungsebene ist daher nicht nur eine organisatorische Notwendigkeit, sondern auch ein wesentlicher Faktor für die nachhaltige Verankerung einer veränderungsoffenen Organisationskultur.

4.4 Level 4: Qualifizierungsbedarfe ermitteln und abdecken

Aufbauend auf den Ergebnissen der Potenzialgespräche aus Level 2 sowie den im Rahmen der Prozessanalyse gewonnenen Erkenntnissen aus Level 3, bildete die systematische Ermittlung und gezielte Deckung von Qualifizierungsbedarfen den nächsten zentralen Schritt im Projektverlauf. Dieser Projektabschnitt verfolgte das Ziel, die in den vorangegangenen Phasen identifizierten Entwicklungspotenziale in konkrete PE-Maßnahmen überführen.

Grundlage für die Bedarfsermittlung bildeten die in den Potenzialgesprächen dokumentierten Ergebnisse aus Selbst- und Fremdeinschätzungen der Mitarbeitenden. Diese wurden auf Einrichtungsebene systematisch ausgewertet sowie anschließend trägerübergreifend verdichtet. Auf diese Weise wurde sichtbar, in welchen Kompetenzbereichen und bei welchen Berufsgruppen die größten Bedarfe lagen; sowohl mit Blick auf die Wahrnehmung der Vorbehaltsaufgaben durch die Pflegefachpersonen als auch hinsichtlich des Arbeitsfähigkeitserhalts in der Gruppe der Pflegefachassistenten- und Hilfskräfte.

Ein besonderer Fokus innerhalb der Ergebnisse zur Qualifizierungsbedarfsanalyse, lag auf einer zielgruppenspezifischen Sensibilisierung für die Bedeutung der Vorbehaltsaufgaben im Kontext einer ganzheitlichen Pflegeprozessessteuerung. Schwerpunkte waren hier Delegations- sowie Steuerungskompetenzen, sowohl für Pflegefachpersonen, als auch Fachassistentenkräfte, die in nicht komplexen Pflegesituationen zunehmend eigenständig tätig werden sollen. Ein besonders praxisrelevantes Ergebnis war dabei das Potenzial, welches sich in nahezu allen Einrichtungen in der Gruppe der Pflegehilfskräfte, die bisher nicht über einen formalen Ausbildungsabschluss verfügten, zeigt. Im Rahmen des Projekts ist es gelungen eine Reihe dieser Beschäftigten für die Aufnahme der einjährigen Ausbildung zur Pflegefachassistentin zu gewinnen. Dies kann als Erfolg der in KompAQT geschaffenen Entwicklungskultur gewertet werden. Erst durch die wertschätzende, ressourcenorientierte Auseinandersetzung mit den individuellen Kompetenzen und Entwicklungsmöglichkeiten der Mitarbeitenden in den Potenzialgesprächen, wurde bei einem Teil der Beschäftigten der Anstoß gegeben, den eigenen beruflichen Werdegang aktiv weiterzudenken. Die Entscheidung zur Ausbildungsaufnahme stellt dabei nicht nur einen Gewinn für die betreffenden Mitarbeitenden dar, sondern leistet gleichzeitig einen konkreten Beitrag zur strukturellen Weiterentwicklung der Teams in Richtung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung.

Darüber hinaus zeigten sich eine Vielzahl individueller Entwicklungswünsche auf Seiten der Mitarbeitenden, u.a. zum Einsatz digitaler Instrumente, zum persönlichen Umgang mit psychischen Belastungen oder teambezogene Bedarfe, wie etwa das Zusammenarbeiten in generationsgemischten Gruppen.

Die identifizierten Bedarfe wurden anschließend in enger Abstimmung mit Leitungskräften, Interessenvertretungen und Projektteam in konkrete Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen übersetzt. Dabei wurde bewusst auf ein breites Spektrum an Qualifizierungsformaten gesetzt, beispielsweise trägerübergreifende Online-Angebote, Inhouse-Workshops oder auch externe Weiterbildungsangebote, deren Realisation aufgrund der Förderrichtlinie innerhalb des Projekts nicht möglich war. Ziel war es, die Qualifizierungsmaßnahmen möglichst niedrigschwellig, arbeitsplatznah und damit nachhaltig wirksam zu gestalten.

**KOMPAQT-TIPP:**

Qualifizierungsbedarfsanalysen und Potenzialgespräche sind nicht als einmalige Aufgaben zu verstehen.

Beide Instrumente sollten als kontinuierliche Aufgaben dauerhaft in einer strukturierten Personalentwicklung verankert werden.

4.5 Level 5: Umsetzungsbegleitung

Die in den vorangegangenen Projektphasen erarbeiteten Strukturen, Instrumente und Vereinbarungen entfalten ihre Wirkung erst dann vollständig, wenn sie dauerhaft in den Einrichtungsalltag überführt und von den Beschäftigten gelebt werden. Level 5 widmete sich daher der konkreten Begleitung der Umsetzung und zielte darauf ab, die erarbeiteten Veränderungen schrittweise in die gelebte Arbeitsorganisation zu integrieren und dauerhaft zu verankern.

Ein zentrales Element dieser Phase war der Einsatz sogenannter Projektlots:innen. Als interne Multiplikator:innen übernahmen sie in dieser Phase eine zentrale Funktion: Sie begleiteten die Teams bei der praktischen Umsetzung der angestoßenen Veränderungen, sorgten für den kontinuierlichen Wissenstransfer innerhalb der Einrichtung und standen als erste Ansprechpersonen bei Unsicherheiten zur Verfügung. Ihre Nähe zum Arbeitsalltag ermöglichte es, Umsetzungshemmnisse frühzeitig zu erkennen und gemeinsam mit dem Projektteam geeignete Lösungen zu entwickeln. Ergänzend hierzu wurde eine trägerübergreifende Steuerungsgruppe aus allen Lots:innen eingerichtet, welche regelmäßig virtuell zusammenkam, um genau solche Herausforderungen zu thematisieren und im Rahmen einer Art der kollegialen Beratung voneinander zu lernen.

Begleitend dazu fanden regelmäßige Reflexionsschleifen mit den Führungskräften und Interessenvertretungen statt, in denen der Stand der Umsetzung gemeinsam bewertet, aufgetretene Schwierigkeiten besprochen und zum Teil Nachjustierungen vorgenommen wurden. Dieser iterative Ansatz war bewusst gewählt, um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass Transformation in der Praxis selten linear verläuft und eine kontinuierliche Anpassung erfordert. Die Bereitschaft, einmal Entwickeltes auch zu überarbeiten und weiterzudenken, wurde dabei als Teil einer sich neu entwickelnden Fehlerkultur innerhalb der Einrichtungen verstanden. Ein weiterer Schwerpunkt der Umsetzungsbegleitung lag auf der Stabilisierung der neu eingeführten Strukturen. Insbesondere die veränderte Aufgabenverteilung entlang der Qualifikationsniveaus sowie die damit einhergehenden neuen Rollen und Verantwortlichkeiten erforderten Zeit, um von allen Beteiligten verinnerlicht und als selbstverständlicher Teil des Arbeitsalltags akzeptiert zu werden. Regelmäßige Reflexion, z.B. im Rahmen von Teambesprechungen, erwiesen sich hierbei als besonders wirkungsvoll.

Nicht zuletzt wurde in dieser Phase auch der Blick auf die langfristige Implementierung der erzielten Veränderungen gelenkt. Ziel war es, sicherzustellen, dass die entwickelten Abläufe und Strukturen dauerhaft in die Steuerungs- und Entwicklungsprozesse der Einrichtungen integriert werden. Hierzu wurden gemeinsam mit den Führungskräften Verantwortlichkeiten

und Routinen definiert, die eine kontinuierliche Weiterentwicklung der kompetenzorientierten Arbeitsorganisation auch nach Projektabschluss gewährleisten sollen.

Exkurs: Einsatz von Projektlots:innen

Zur Unterstützung der Zielerreichung sowie zur nachhaltigen Implementierung der Ergebnisse in die Unternehmens- und Teamstrukturen, wurden in KompAQT bei den Kooperationspartnern sogenannte Projektlots:innen eingesetzt. Dabei handelt es sich um Mitarbeitende, die durch ihren Einsatz vor Ort und ihre enge Zusammenarbeit mit dem Projektteam eine zentrale Schnittstelle im Vorhaben einnehmen. Die Lots:innen sind dabei einerseits Ansprechpersonen für Projektkoordination und organisatorische Fragen, andererseits aber auch interne Multiplikator:innen zur Gewährleistung des Wissenstransfers.

Ihre Aufgaben umfassen im Wesentlichen:

- Projektkoordination im Sinne von Information und Organisation
- Multiplikator:innenfunktion zur Sicherstellung des Wissenstransfers
- Motivation und Stärkung der Mitarbeitenden durch Mentor:innenrolle
- Schnittstelle zu allen beteiligten Projektakteur:innen

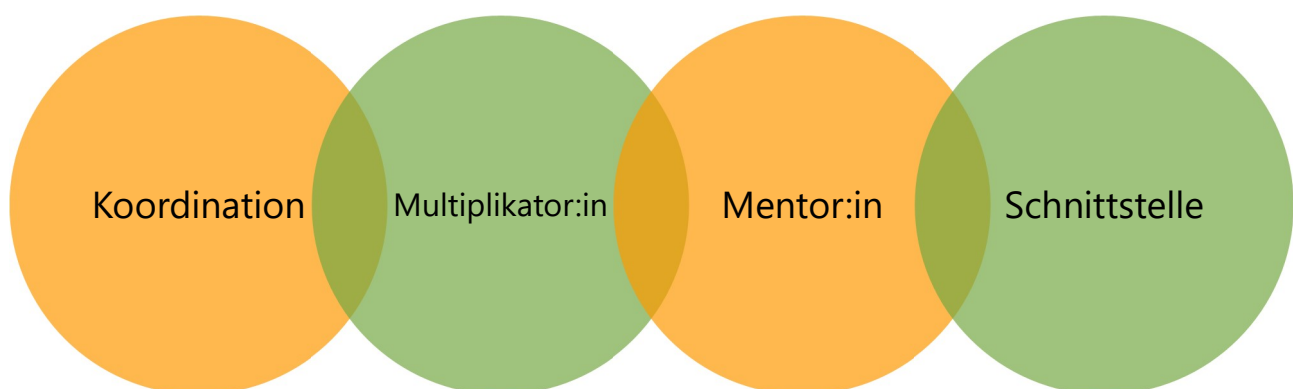


Abbildung 9: Rollen der Projektlots:innen in KompAQT

Um diese anspruchsvolle Rolle ausfüllen zu können, wurden die Lots:innen zu Beginn ihrer Tätigkeit gezielt geschult und während der gesamten Laufzeit durch das Projektteam begleitet. Dabei hat sich gezeigt, dass es zielführend ist, pro Einrichtung mindestens zwei Personen für diese Funktion zu gewinnen. Dies gewährleistet zum einen eine gegenseitige Entlastung und kollegiale Unterstützung, zum anderen wird die Kontinuität der Lots:innenarbeit auch dann sichergestellt, wenn eine Person zeitweise ausfällt oder die Einrichtung verlässt. Idealerweise werden Mitarbeitende aus unterschiedlichen Berufsgruppen oder Hierarchieebenen für diese Rolle gewonnen, um eine möglichst breite Verankerung im Team zu erreichen. Dabei ist jedoch wichtig, neben der persönlichen Motivation der Lots:innen zu beachten, dass diese Funktion von Beschäftigten übernommen wird, die über einen gewissen Handlungsspielraum innerhalb der Einrichtungen verfügen. In KompAQT waren so überwiegend Wohnbereichs- und Pflegedienstleitungen, aber auch Mitarbeiterinnen aus dem Qualitätsmanagement in dieser Rolle eingesetzt.

Die Qualifizierung der Projektlots:innen erfolgte zu Beginn ihrer Tätigkeit im Rahmen von vier Online-Schulungen im Umfang von jeweils drei Stunden. Die Schulungen deckten dabei ein bewusst breit angelegtes Themenspektrum ab; neben den Rahmenbedingungen von Drittmittelprojekten und dem pflegepolitischen Hintergrund des Vorhabens, wurden die Lots:innen auch in der Kommunikation von Veränderungen sowie in den Grundlagen der Kompetenzerfassung bzw. Prozessanalyse qualifiziert. Damit wurden sie gezielt auf die vielfältigen Anforderungen ihrer Schnittstellenrolle vorbereitet.

Ergänzend zum Qualifizierungsangebot, wurde eine trägerübergreifende Steuerungsgruppe der Projektlots:innen implementiert, die sich regelmäßig zum virtuellen Austausch getroffen hat. Dieser war zunächst nur für vier Termine im Projektverlauf geplant, aufgrund der positiven Resonanz und des von den Lots:innen geäußerten Bedarfs nach regelmäßigem Austausch, fanden die Treffen anschließend quartalsweise statt. Zur dauerhaften Unterstützung ihrer Arbeit wurde darüber hinaus ein eigens entwickeltes Handbuch für Projektlots:innen erstellt, das als praxisnahe Orientierungshilfe für alle zentralen Aufgaben und Situationen im Projektalltag diene.

4.6 Austausch und Vernetzung

Ein nachhaltiger Transformationsprozess, wie er im Rahmen von KompAQT innerhalb der Pilot-Einrichtungen angestrebt wurde, benötigt flankierende Strukturen der unternehmens- bzw. projektinternen, aber auch externen Vernetzung.

Auf trägerinterner Ebene wurde zu diesem Zweck der Teilnehmendenkreis bei einzelnen Projektaktivitäten, wie Workshops, immer wieder unterschiedlich zusammengesetzt. Dabei gab es einen festen Kreis, u.a. bestehend aus den Projektlots:innen, Interessenvertretungen sowie einzelnen Teammitgliedern. Der erweiterte Personenkreis wurde hingegen regelmäßig variiert. Dies diente einerseits dem Zweck möglichst vielen Beschäftigten Partizipation am Projekt zu ermöglichen. Andererseits konnten so interner Wissenstransfer und Akzeptanz der Ergebnisse gesteigert werden. Die regelmäßige Einbindung von Führungskräften aus anderen Häusern der Träger oder auch aus zentralen Unternehmensebenen, wie dem Qualitätsmanagement, erwies sich insbesondere zur strukturierten Rückkopplung von Projektergebnissen in die Gesamtorganisation als hilfreich und stellte sicher, dass die in der Piloteinrichtung gewonnenen Erkenntnisse systematisch für andere Einrichtungen nutzbar gemacht werden konnten. An dieser Stelle sei noch einmal erwähnt, dass die frühzeitige Einbindung der Interessenvertretungen nicht nur aus mitbestimmungsrechtlichen Gründen bedeutsam ist, sondern sich auch als wichtiger Faktor für die Akzeptanz des Veränderungsprozesses auf Seiten der Belegschaft erwies.

Ergänzend zur unternehmensinternen Vernetzung wurde im Projektverlauf auch die Zusammenarbeit mit externen Akteur:innen aktiv gefördert. Dies erfolgte auf zwei Ebenen; zunächst im Rahmen der unternehmensübergreifenden Steuerungsgruppe der Projektlots:innen. Aber auch über den begleitenden Projektbeirat, welcher sich aus Expert:innen, u.a. der Sozialpartner, Hochschulen, Gesundheitsregionen und weiterer relevante Organisationen zusammensetzte. Vertreter:innen der am Projekt beteiligten Unternehmen waren zu den jährlichen Beiratssitzungen ebenfalls eingeladen, sodass Kontakte geknüpft und Austauschmöglichkeiten geschaffen werden konnten, die über den unmittelbaren Projektkontext hinausgehen. Diese übergreifende Vernetzung verfolgte das Ziel, voneinander zu lernen, bewährte Ansätze weiterzugeben und gemeinsam an der Weiterentwicklung einer kompetenzorientierten Pflegepraxis zu arbeiten. Gerade vor dem Hintergrund der bundesweiten Relevanz der neuen Personalbemessung und der Einführung der Pflegefachassistentenausbildung erscheint ein solcher sektoraler Austausch nicht nur sinnvoll, sondern notwendig. Denn die Herausforderungen, mit denen die Einrichtungen konfrontiert sind, sind struktureller Natur und lassen sich am wirkungsvollsten durch gemeinsames Handeln bewältigen.

5 Anhang

5.1 Erfassen der Ist-Situation mithilfe der SWOT-Analyse

Stärken	Schwächen
Chancen	Risiken

- Ziel der Methode: strukturierte Bestandsaufnahme zu einem Thema aus unterschiedlichen Perspektiven
- Leitfragen der Felder:
 - Stärken (Strengths): Was funktioniert bereits gut? Worauf können wir aufbauen?
 - Schwächen (Weaknesses): Wo gibt es Verbesserungsbedarf?
 - Chancen (Opportunities): Welche Möglichkeiten ergeben sich in Zukunft?
 - Risiken (Threats): Welche Herausforderungen könnten entstehen?
 - Stärken/Schwächen beziehen sich auf die Gegenwart, Chancen/Risiken auf mögliche zukünftige Entwicklungen

5.2 Vorlage zum Erstellen eines Rollen-Canvas

Qualifikationsniveau:	
Eigene Erwartungen	Erwartungen des Teams
Aufgaben und Zuständigkeiten	
Befugnisse und Richtlinien	
Schnittstellen und Kommunikation	

5.3 Leitfaden für Potenzialentwicklungsgespräche

Gesprächsleitfaden für Führungskräfte: Potenzialgespräch

1. Eröffnung des Gesprächs

Datum:

Name Mitarbeiter:in:

Position:

Ziel des Gesprächs: Herausfinden und Abstimmen, wo die Stärken der Mitarbeitenden liegen und wie diese in der Zukunft, insbesondere bei der Umorganisation durch die Personalbemessung, noch stärker berücksichtigt werden können. Bevor wir die Details besprechen, wie schätzen sie ihre Situation bei der Arbeit im Moment ein, wie zufrieden sind aktuell?

(Wichtig: positive Atmosphäre schaffen, Beziehung aufbauen)

Notizen:

2. Selbst- und Fremdeinschätzung

Mitarbeiter:in auffordern selber kurz die im Vorfeld ausgefüllten Fragebögen vorzustellen (Wichtig: Es geht nicht darum Schwächen aufzudecken, sondern Stärken bewusst zu machen und Unterstützung anzubieten; Mitarbeiter:in aussprechen lassen und zunächst nicht kommentieren; Besprechung erst im Anschluss)

Notizen:

Eigene Einschätzung der Kompetenzen vorstellen. (Wichtig: Wertschätzung vermitteln und anerkennend formulieren)

Notizen:

3. Ausblick

Mit der/dem Mitarbeiter:in besprechen:

Welche Stärken möchte er/sie weiter ausbauen? An welchen Kompetenzen soll gearbeitet werden? Welche Stärken möchte er/sie ggf. mehr einbringen?

Notizen:

4. Ziele festlegen

Maßnahmen zur Umsetzung festlegen, dabei beachten: Ziele sollten spezifisch, messbar, ausführbar, realistisch und terminiert sein.

Notizen:

5. Abschluss des Gesprächs

Für das Gespräch bedanken, nach offenen Punkten fragen, diese klären, Feedback einholen und zulassen.

Notizen:

5.4 Ausfüllhilfe Potentialgespräch

Selbsteinschätzung der eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen

Die folgenden Fragen dienen der Selbsteinschätzung Ihrer Fähigkeiten und Stärken. Ziel ist es, herauszufinden, wo Sie Ihre Kompetenzen sehen, um Ihnen die Möglichkeit zu geben, diese in Zukunft noch besser einbringen zu können. Wir bitten Sie, die Fragen offen und ehrlich zu beantworten, auch wenn Sie eventuell noch Entwicklungspotenzial in dem ein oder anderen abgefragten Bereich sehen. Niemand kann oder muss alles können!

Allgemeine Fragen:

1. Welche Abschlüsse, Fähigkeiten und Kompetenzen habe ich bisher in meinem beruflichen Werdegang erworben?
2. Wo liegen meine besonderen Stärken? Was macht mich aus?
3. Was ist mir wichtig und was möchte ich weiterentwickeln?
4. Wo soll es für mich beruflich hingehen und welche nächsten Schritte sind aus meiner Sicht dazu sinnvoll?

5.5 Checklisten Fremd- und Selbsteinschätzung für Potentialgespräche (Beispiel)

Kompetenzanalyse Fremdeinschätzung Pflegefachkraft (QN4)				
Name Mitarbeiter:in:				
Fachkompetenz	Kategorien			
<i>Der/die Mitarbeitende:</i>	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
kann den individuellen Pflegebedarf erheben und feststellen				
kann den Pflegeprozess fachlich korrekt organisieren, gestalten + steuern				
kann den Pflegeprozess und die Pflegeplanung fachlich korrekt dokumentieren				
kann professionell in Wort und Schrift kommunizieren (Ärzte, Therapeuten, Angehörige etc.)				
beherrscht die komplexe Behandlungspflege				
kennt die eigenen Vorbahltsaufgaben und kann diese eigenständig durchführen				
....				
Interaktionskompetenz im Team	Kategorien			
<i>Der/die Mitarbeitende:</i>	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
kann Aufgaben fachlich korrekt und respektvoll an die geeignete Person delegieren				
kann mit körperlichen und psychischen Belastungen umgehen				
kann Kolleg:innen einarbeiten und anleiten				
geht mit Problemen und Kritik professionell um				
...				
Methodische und digitale Kompetenz	Kategorien			
<i>Der/die Mitarbeitende:</i>	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
ist in der Lage, die Tourenplanungsabläufe festzulegen				
ist sicher im Umgang mit den hausinternen PC-Systemen				
...				
Soziale Kompetenz	Kategorien			
<i>Der/die Mitarbeitende:</i>	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
ist sich seiner/ihrer Anordnungsverantwortung bewusst und bereit diese zu übernehmen				
ist empathisch				
pfl egt einen wertschätzenden Umgang und einen offenen Kommunikationsstil				
verfügt über den "Rund-um-Blick" der PFK (MA, BW, Angehörige etc.)				
...				

Kompetenzanalyse Selbsteinschätzung Pflegefachkraft (QN4)				
Name Mitarbeiter:in:				
Fachkompetenz	Kategorien			
<i>Ich:</i>	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
kann den individuellen Pflegebedarf erheben und feststellen				
kann den Pflegeprozess fachlich korrekt organisieren, gestalten + steuern				
kann den Pflegeprozess und die Pflegeplanung fachlich korrekt dokumentieren				
kann professionell in Wort und Schrift kommunizieren (Ärzte, Therapeuten, Angehörige etc.)				
beherrsche die komplexe Behandlungspflege				
kenne die eigenen Vorbahltsaufgaben und kann diese eigenständig durchführen				
...				
Interaktionskompetenz im Team	Kategorien			
<i>Ich:</i>	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
kann Aufgaben fachlich korrekt und respektvoll an die geeignete Person delegieren				
kann mit körperlichen und psychischen Belastungen umgehen				
kann Kolleg:innen einarbeiten und anleiten				
gehe mit Problemen und Kritik professionell um				
...				
Methodische und digitale Kompetenz	Kategorien			
<i>Ich:</i>	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
bin in der Lage, die Tourenplanungsabläufe festzulegen				
bin sicher im Umgang mit den hausinternen PC-Systemen				
Soziale Kompetenz	Kategorien			
<i>Ich:</i>	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
bin mir meiner Anordnungsverantwortung bewusst und bereit diese zu übernehmen				
bin empathisch				
pflege einen wertschätzenden Umgang und einen offenen Kommunikationsstil				
verfüge über den "Rund-um-Blick" der PFK (MA,BW, Angehörige etc.)				
...				

5.6 Anleitung zum Service-Blueprint zur Prozessanalyse

Vor dem Workshop:

- Vorbereiten (Karten, Kleber, Stifte, Papier zum Aufkleben der Karten etc.)
- Einen Prozess auswählen (Schmerz, Alltagsgestaltung, Medikamentenmanagement, ggf. weitere Prozesse)
- Ggf. weitere Moderator:in (WBL aus anderen Wohnbereichen) einladen/Termin abstimmen
- Gruppe, die Prozess analysieren soll, festlegen: 3 - 4 Mitarbeitende unterschiedlicher Berufsgruppen (besonders wichtig um keinen Blickwinkel zu vergessen)

Während des Workshops:

- Ziel des Treffens deutlich machen: Warum sind wir hier?
- Zeitrahmen festlegen: Wie lange dauert das Treffen (ca. eine Stunde)?
- Spielregeln festlegen (Aussprechen lassen, Zuhören...)
- Vorgehensweise erklären (Service Blue-Print, s. nächste Seite)
- Erste Frage: mit welcher Aktivität startet der Prozess? Wer führt die Aktivität durch?
- Fragen zu den einzelnen Aktivitäten stellen: was ist der nächste Schritt? Was kommt dann?
- Bei Unklarheiten nachfragen
- Wichtig: die Aussagen nicht bewerten, sondern versuchen zu verstehen, mit eigenen Worten umschreiben, Rückfrage ob Formulierung ok ist
- Stichwörter oder Halbsätze für alle sichtbar aufschreiben
- Bei Aktivitäten der Mitarbeitenden festhalten, wer die Aktivität durchführt (PFP, PFA, BTK...)

Nach dem Workshop:

- Ergebnisse festhalten (Fotografieren)

Allgemein:

Moderator:in hält sich zurück und verhält sich neutral.

Symbole Service-Blueprint

Aktivität Mitarbeiter:in

Immer auf der Karte notieren, wer die Aktivität ausführt: PFP, PFA, BTK, ...

Aktivität Bewohner:in

Hier können auch Aktivitäten von Angehörigen erfasst werden.

Schwachstelle

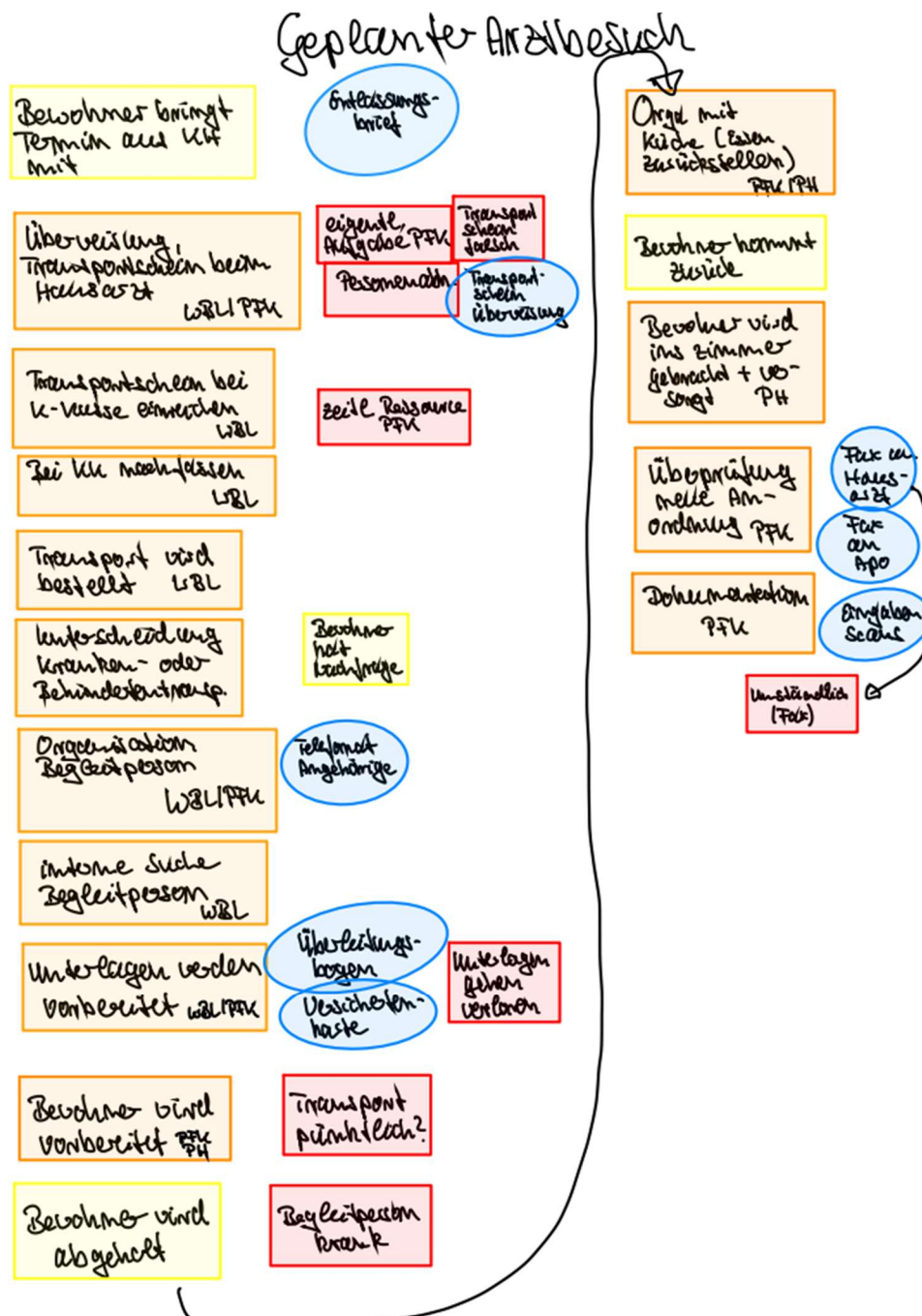
Wenn es Diskussionen über Schwachstellen gibt, bei Bedarf extra notieren und in der nächsten Teamsitzung besprechen.

Entscheidung
ja/nein

Dokument
analog
oder digital

Dokumentationen oder Bewohnerakten sollten hier auftauchen, aber auch Mails, Fax, Versicherungskarte etc.

Beispiel Service-Blueprint



Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit: Pflegeberufegesetz, 2017

<https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/>

Letzter Zugriff 10.04.2026

Bundesministerium für Gesundheit: Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz, 2021

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl121s2754.pdf#/text/bgbl121s2754.pdf?ts=1775811074594

Letzter Zugriff 10.04.2026

Bundesministerium für Gesundheit: Gesetz über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung, 2025

<https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2025/259/VO.html>

Letzter Zugriff 10.04.2026

Bundesministerium für Gesundheit: Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege, 2025

<https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2025/371/VO.html>

Letzter Zugriff 10.04.2026

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) §831 Haftung für den Verrichtungsgehilfen

https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_831.html

Letzter Zugriff 10.04.2026

GKV Spitzenverband: Unterstützung für die Praxis: Konzept zur Einführung und Umsetzung einer kompetenz- und bewohnendenorientierten Arbeitsorganisation (KubA) in der Pflege, 2025

https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprogramm_8_abs_3b_sgb_xi/8_abs_3b_materialien/implementationskonzept_und_materialien.jsp

Letzter Zugriff 10.04.2026

Land Baden-Württemberg, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration: Handreichung zur Umsetzung der „neuen“ Landespersonalverordnung, 2023

https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/231030_Handreichung_LPersVO-v1.0.pdf

Letzter Zugriff 10.04.2026

Land NRW, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales: § 3 PflfachassAPrV Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der generalistisch ausgebildeten Pflegefachassistentin und des generalistisch ausgebildeten Pflegefachassistenten, 2020

<https://recht.nrw.de/lrgv/rechtsverordnung/01012021-ausbildungs-und-pruefungsverordnung-fuer-den-beruf-der/>

Letzter Zugriff 10.04.2026

Rothgang, Heinz (Hrsg): Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß §113c SGB XI (PeBeM), 2020.

<https://media.suub.uni-bremen.de/entities/publication/bc1572f2-4d7e-4261-83f1-93f36c36fe34>

Letzter Zugriff 10.04.2026

Universität Bremen, Hochschule Bremen, contec – Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH: Konzept zur Implementation der kompetenz- und bewohnendenorientierten Arbeitsorganisation (KubA), 2025

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/implementation_projekte_8_abs_3b/Implementationskonzept_8_Abs_3b_SGB_XI.pdf

Letzter Zugriff 10.04.2026

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verantwortlichkeiten im qualifikationsheterogenen Pflorgeteam.....	14
Abbildung 2: Durchführungsverantwortung der Assistenzkräfte.....	16
Abbildung 3: Vereinfachter Projektplan „KompAQT“	23
Abbildung 4: Beispiel SWOT-Analyse	26
Abbildung 5: Beispiel Rollen-Canvas für QN4 / Pflegefachperson.....	28
Abbildung 6: Dimensionen der Gesprächsvorbereitung	30
Abbildung 7: Ausschnitt Checkliste Potentialgespräche QN4.....	31
Abbildung 8: Eingesetzte Instrumente zur Prozessanalyse im Projekt KompAQT	32
Abbildung 9: Rollen der Projektlots:innen in KompAQT	39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zuordnung Qualifikationsniveaus zu Berufsgruppen.....	4
Tabelle 2: Zuordnung Interventionen zu Qualifikationsniveaus	6
Tabelle 3: Personalanhaltswerte nach SGB XI § 113c Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz	9
Tabelle 4: Anforderung der Aufgaben und Maßnahmen an die Problemlösekompetenz und die soziale/kommunikative Kompetenz (in Anlehnung an Rothgang 2020)	21
Tabelle 5: Anforderung der Pflegesituation (in Anlehnung an Rothgang 2020)	21

Kontakt

maxQ. im bfw – Unternehmen für Bildung

Berufsfortbildungswerk Gemeinnützige Bildungseinrichtung des DGB GmbH (bfw)

Stabsbereich für Drittmittelprojekte

Leitung: Kyra Lauber

Herner Str. 299

44809 Bochum

www.maxq.net/maxq/forschung-und-projekte

Förderung

Das Projekt KompAQT: Etablierung resilienter Strukturen durch kompetenzorientierte Aufgabenverteilung in qualifikationsheterogenen Teams der stationären Altenpflege“ wird im Rahmen des Programms „Wandel der Arbeit sozialpartnerschaftlich gestalten: weiter bilden und Gleichstellung fördern“ durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und die Europäische Union über den Europäischen Sozialfonds Plus (ESF Plus) gefördert.

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales



Kofinanziert von der
Europäischen Union

Stand: 19.05.2026, alle Angaben ohne Gewähr

© 2026 by maxQ. im bfw – Unternehmen für Bildung; Lauber, Kyra; Peters, Ute