FFP Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik

CURACON
SICHERHEIT GEBEN. LÖSUNGEN BIETEN.

Projekt zur Umsetzung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege

Abschlussbericht
für den Pflegebevollmächtigten
der Bundesregierung

Auftraggeber:
Bevollmächtigter der Bundesregierung für Pflege
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

7. November 2019

CURACON GmbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Dr. Jan Appel
Am Mittelhafen 14
48155 Münster
E-Mail: Jan.Appel@curacon.de
Tel.: +49 251 92208-253

Forschungszentrum
Familienbewusste Personalpolitik

M.A. Corinna Schein
Roggenmarkt 15
48143 Münster
E-Mail: Corinna.Schein@ffp.de
Tel.: +49 251 83-28446

Inhaltsverzeichnis

1. Kurzzusammenfassung 6
2. Einleitung 11
2.1. Hintergrund und Ziel des Projekts 11
2.1.1. Hintergrund 11
2.1.2. Ziele 12
2.2. Inhalt des Abschlussberichts 14
3. Forschungsstand 16
3.1. Ausgangslage 16
3.2. Zentrale Belastungsfaktoren in der Pflege 17
3.3. Entlastende Faktoren und bewährte Instrumente 20
3.4. Fazit 24
4. Austausch mit Verbänden der Altenhilfe 28
4.1. Befragung der Verbände 28
4.1.1. Input der Verbände zu Handlungsbedarfen und Problemfeldern 28
4.1.2. Input der Verbände zu möglichen Instrumenten 30
4.2. Workshop mit den Verbandsvertreterinnen und -vertretern 31
5. Instrumentenkoffer 34
5.1. Scoring-Methode und Durchführung des Scorings 34
5.1.1. Scoring-Dimensionen 34
5.1.2. Durchführung des Scorings 39
5.2. Aufbereitung der ausgewählten Instrumente 39
6. Vorbereitung des Pilots 40
6.1. Akquise und Auswahl der Pflegeeinrichtungen 40
6.1.1. Ansprache potenzieller Teilnehmender 40
6.1.2. Verteilung der Interessenten bzgl. relevanter Merkmale 41
6.1.3. Auswahl der 25 Pflegeeinrichtungen 43
6.1.4. Verteilung der 25 Pflegeeinrichtungen bzgl. relevanter Merkmale 45
6.2. Implementationsstrategie 47
6.2.1. Bedarfsanalyse 47
6.2.2. Schulungen 47
6.2.3. Umsetzungsbegleitung 48
6.2.4. Weitere Unterstützung 48
7. Bedarfsanalyse 49
7.1. Strukturbefragung 49
7.1.1. Allgemeine Merkmale der Einrichtung/des Pflegedienstes 50
7.1.2. Externe Dienstleistungen 52
7.1.3. Arbeitsbedingungen 52
7.1.4. Arbeitsorganisation 55
7.1.5. Mitarbeitendenakquise 58
7.2. Mitarbeitendenbefragung 59
7.2.1. Arbeitsumgebung 60
7.2.2. Arbeitsbedingungen 61
7.2.3. Arbeitsorganisation 64
7.2.4. Dienstplan 64

7.2.5. Arbeitszeit 66
7.2.6. Störungen 67
7.2.7. Zusammenarbeit im Team....68
7.2.8. Übergabe 69
7.2.9. PDL Führungsaufgaben 70
7.2.10. Direkte Vorgesetzte/direkter Vorgesetzter 71
7.2.11. Antworten der Leitungskräfte....71
7.2.12. Arbeitsbelastungen 72
7.2.13. Arbeitszufriedenheit 74
7.2.14. Zur Person 76
7.3. Interviews mit Führungskräften 78
7.4. Ableitung der Leitfadenempfehlung 81
7.5. Fazit der Bedarfsanalyse mit Blick auf den bundesweiten Rollout 91
8. Schulungen 93
8.1. Ablauf....93
8.2. Ergebnisse der SWOT-Analyse....94
8.3. Fazit zu den Schulungen mit Blick auf den bundesweiten Rollout 96
9. Umsetzungsbegleitung 97
9.1. Beratung vor Ort....99
9.1.1. Eingesetzte Beratungsmethoden....99
9.1.2. Exemplarischer Ablaufplan der drei Beratungstage en bloc....103
9.1.3. Exemplarischer Ablaufplan der drei Beratungstage mit verteilten Terminen 104
9.2. Beratungsgespräche am Telefon....104
9.3. Selbständige Umsetzung durch die Leitungskräfte 106
9.4. Fazit zur Umsetzungsbegleitung mit Blick auf den bundesweiten Rollout....107
10. Restriktionen und Limitationen des Projekts 109
10.1. Limitationen der Ausführenden....110
10.2. Limitationen durch Restriktionen aufgrund der Einrichtungssituation....110
10.3. Limitationen durch den Projektrahmen 112
10.4. Mögliche nicht berücksichtigte Maßnahmen....113
11. Erkenntnisse und abgeleitete Änderungen in den Leitfäden 117
11.1. Erkenntnisse aus dem Projekt....117
11.2. Abgeleitete Änderungen in den Leitfäden....117
11.3. Fazit mit Blick auf den bundesweiten Rollout 118
12. Vorschlag für einen bundeweiten Rollout 119
12.1. Konzept für einen bundesweiten Rollout 119
12.1.1. Zentrale Organisations- und Informationseinheit 119
12.1.2. Train-the-Trainer Schulungen....120
12.1.3. Einbindung (über)regionaler Strukturen....124
12.1.4. Ablauf des Projekts mit Blick auf die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen 125
12.2. Finanzierung und Einbettung laufender Fördermöglichkeiten 128
12.3. Kommunikationsstrategie mit den Verbänden 133
12.4. Diskussion der Chancen und Risiken 135
13. Schluss 138
13.1. Kritische Diskussion 138

13.2. Fazit 142
14. Literaturverzeichnis 143
15. Abbildungsverzeichnis 146

1. Kurzzusammenfassung

Mit dem Projekt zur Umsetzung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege sollen nach dem Prinzip der Sensibilisierung und Befähigung zur Selbsthilfe, durch die von den Pflegeeinrichtungen umgesetzten Maßnahmen die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege in Deutschland nachhaltig verbessert werden. Im durchgeführten Pilotprojekt wurden dazu auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse, der gängigen Beratungspraxis, dem Input von Verbänden und Angaben befragter Pflegeeinrichtungen, die wesentlichen Handlungsfelder identifiziert und geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen abgeleitet. Es wurde ein Implementierungskonzept bestehend aus Bedarfsanalyse, Schulung und Vor-Ort-Beratung entwickelt und zusammen mit 25 Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Auf Grundlage der gemachten Erfahrungen wurde ein Konzept für ein bundesweites Rollout entwickelt. Die Wirksamkeit der entwickelten und angewendeten Instrumente sowie das Vorgehen im Projekt insgesamt wurden und werden noch durch ein unabhängiges Institut (BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit) wissenschaftlich begleitet und evaluiert.

In der ersten Phase des Projekts wurde zunächst der Forschungsstand zu den Arbeitsbedingungen in der Pflege aufgearbeitet. Dabei wurde die Ausgangslage beschrieben, zentrale Belastungsfaktoren herausgearbeitet und entlastende Faktoren und bewährte Instrumente analysiert. Zeitdruck im Arbeits- und Privatleben, physische und psychische Belastungen, schlechte Führung und mangelnde Wertschätzung, sowie fehlende Weiterentwicklungsmöglichkeiten wurden als zentrale Faktoren, die Arbeitsbedingungen in der Pflege negativ beeinflussen, identifiziert. Insgesamt wurden auf dieser Basis acht Handlungsfelder (Arbeitszeit, Arbeitsort, Arbeitsorganisation, Führungskompetenz, geldwerte Leistung, Information und Kommunikation, Personalmanagement und Service) definiert, die im Rahmen des Pilotprojektes adressiert wurden.

Zur frühzeitigen Einbindung und Qualitätssicherung des Projekts hat Curacon über 30 relevante Bundesverbände zum Austausch eingeladen. Der so entstandene Austausch in der ersten Projektphase umfasste zwei zentrale Elemente: Eine Online-Befragung zu Problemfeldern bei den Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege sowie bewährten Maßnahmen und einen gemeinsamen Workshop im März 2019 in dem die Instrumentensammlung weiterentwickelt und das Projektvorgehen diskutiert wurden. Der Input der Verbände hat gezeigt, dass die identifizierten Handlungsfelder und Instrumente sich mit den Erfahrungen der Verbandsvertreterinnen und -vertretern decken. Darüber hinaus haben die Verbände zahlreiche Handlungsfelder und sinnvolle Maßnahmen politischer und gesamtgesellschaftlicher Natur aufgezeigt, die eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen bewirken würden, aber aufgrund des Formats und beschränkter Ressourcen nicht im Rahmen des Projekts angegangen werden können.

Auf Basis des Forschungsstandes, des Austauschs mit den Verbänden und den Rückmeldungen der Einrichtungen, die sich für eine Projektteilnahme beworben haben sowie aus Erkenntnissen der Beratungspraxis wurde eine Sammlung geeigneter Instrumente zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege erstellt. Anschließend wurden die Instrumente in die acht identifizierten Handlungsfelder eingeordnet und in strukturierten Workshops unter Beteiligung des Forschungszentrums Familienbewusste Personalpolitik (FFP) und mehrerer erfahrener

Beraterinnen und Berater der Altenhilfe einer Analyse unterzogen. Die Bewertung geschah unter Anwendung eines für dieses Projekt entwickelten Scoring-Verfahrens.

Das Scoring-Verfahren verfolgte drei Ziele. Erstens strukturierte es den Diskussionsprozess und stellte sicher, dass jedes in die finale Sammlung aufgenommene Instrument hinsichtlich aller relevanten Dimensionen analysiert wurde. Zweitens ermöglichte es eine objektivierte Priorisierung und Abwägung der einzelnen Instrumente und identifizierte drittens Instrumente, die nicht im Rahmen des Pilotprojekts umgesetzt werden konnten. Die elf Bewertungsdimensionen umfassten Akzeptanz, Erfolgswahrscheinlichkeit, Generalisierbarkeit, Umsetzbarkeit, Koffertauglichkeit, Kostenneutralität, Nachhaltigkeit, Relevanz, Wirksamkeit, Zeit, und Zufriedenheit. Aus der so entstanden Sammlung von Instrumenten konnten bedarfsgerechte und einrichtungsindividuelle Instrumentenkoffer zusammengestellt werden. Ziel dieser Instrumentenkoffer war es, in Pflegeeinrichtungen leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein Instrumentarium an die Hand zu geben, mit dem sie eigenständig die Arbeitsbedingungen in ihrer Einrichtung verbessern können.

Im Pilotprojekt fand der entwickelte Instrumentenkoffer Anwendung in 25 Pflegeeinrichtungen, die zunächst für die Teilnahme gewonnen werden mussten. Die teilnehmenden Einrichtungen wurden vorab in einem bundesweiten Bewerbungsverfahren möglichst heterogen gewählt und variierten in Versorgungsform, Trägerart und Region. Insbesondere war aus jedem Bundesland mindestens eine Pflegeeinrichtung unter den Teilnehmenden vertreten. Die Ansprache interessierter Pflegeeinrichtungen ist über vier Wege erfolgt: Über die Kontakte und Informationsaktivitäten der Geschäftsstelle des Pflegebevollmächtigten, über Einladungen der unterstützenden Bundesverbände der Altenhilfe an ihre Mitglieder, über eine Vielzahl medialer Kanäle und den Curacon Newsletter „Sozialwesen“ mit über 2.500 Empfängerinnen und Empfängern. In den Einladungen und auf einer umfassenden Informationsseite im Internet wurde auf eine Bewerbungsplattform verlinkt. Neben Strukturmerkmalen (Rechtsform, Trägerart, Anzahl betreuter Klientinnen und Klienten, Mitarbeitendenzahl u. ä.) und den Kontaktdaten wurden bei der Bewerbung selbst wahrgenommene Handlungsbedarfe und Erwartungen an das Projekt abgefragt. Darüber hinaus wurde bereits im Bewerbungsprozess von den Geschäftsführungen bzw. Einrichtungsleitungen in Form eines kurzen vorformulierten Letter of Intents die Bereitschaft zugesichert, die Bedarfsanalyse, die Schulungen, die Umsetzung der vorgeschlagenen Instrumente, die Vor-Ort-Beratung und die Evaluation durch das BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit zu unterstützen bzw. zu ermöglichen.

In der Bedarfsanalyse wurde jede Einrichtung hinsichtlich der individuellen Bedürfnisse und Gegebenheiten untersucht und die passenden Instrumente für die jeweilige Einrichtung abgeleitet. Dabei lagen drei Informationsquellen für eine IST-/SOLL-Analyse vor, die sowohl die subjektive Wahrnehmung der einzelnen Mitarbeitenden und Führungskräfte widerspiegelt, als auch Strukturinformationen über die Pflegeeinrichtung berücksichtigt. Über einen Onlinefragebogen, der von der Einrichtungsleitung bzw. der für das Projekt verantwortlichen Person ausgefüllt wurde, wurden sachliche Informationen über die Pflegeeinrichtung gesammelt. In leitfadengestützten Interviews mit leitenden Mitarbeitenden und ggf. der Geschäftsführung, Einrichtungsleitung oder Pflegedienstleitung wurden aktuelle Problemfelder und Handlungsbedarfe identifiziert.

Diese Wahrnehmung wurde mit den Ergebnissen einer papierbasierten Mitarbeitendenbefragung abgeglichen und ergänzt. Die Strukturerhebungen und Mitarbeitendenbefragung wurden mit dem BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit abgestimmt und enthielten neben den für die Bedarfsanalyse relevanten Fragen auch alle für die T0-Befragung der Evaluation relevanten Fragen. Ein gemeinsames Vorgehen hat dabei zur Reduktion des bei den Einrichtungen auftretenden Aufwands im Rahmen des Projekts und einer erhöhten Bereitschaft zu Beantwortung bzw. einer erhöhten Rücklaufquote geführt. Beide Befragungen wurden mit passenden Informationsmails und Begleitschreiben versendet. Insbesondere auf die Anonymität und den Zweck der Befragung wurde im Detail eingegangen.

An die Bedarfsanalyse schlossen sich die Schulungen an. In den Schulungen wurden neben allgemeinen Erklärungen zum Projektverlauf und der Sensibilisierung für die Thematik typische Problemstellungen und deren Auswirkungen erläutert. Den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen wurden alle Instrumente in Kürze vorgestellt. Anhand von Fallbeispielen wurden die Teilnehmenden im Umgang mit dem Instrumentenkoffer geschult. Die Schulungen fanden mit durchschnittlich vier bis fünf Unternehmen einer Region zentral in dieser Region statt. Im Pilotprojekt waren die Schulungsorte Hannover, Ratingen, Darmstadt, Berlin, Leipzig und Nürnberg. Die An- und Abreise zum nächstgelegenen Schulungsort war für die meisten Einrichtungen am selben Tag möglich und die Schulung mit einem vertretbaren Aufwand verbunden. Jede Einrichtung entsendete in der Regel zwei Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren aus der Geschäftsführung, Pflegedienstleitung oder Leitung des ambulanten Dienstes. In den Schulungen wurden den Einrichtungen ihre individuellen Instrumentenkoffer mit den für sie abgeleiteten Maßnahmen übergeben. Am häufigsten, also in jeweils zehn oder mehr Pflegeeinrichtungen wurden die fünf Leitfäden „Dienstplanerstellung“, „Entwicklung und Qualifizierung“, „Erfolgskommunikation“, „Kommunikation mit Beschäftigten und Angehörigen“ und „Personalgewinnung“ empfohlen. Den Einrichtungen wurden überdies auch alle weiteren Leitfäden zur Verfügung gestellt, um die Betrachtung und Umsetzung angrenzender Themen- bzw. Problemfelder zu ermöglichen.

An die Schulungen schlossen sich die individuelle Begleitung, Anleitung und Unterstützung der teilnehmenden Unternehmen bei der Umsetzung der Maßnahmen an. Hierzu hat eine erfahrene Beraterin bzw. ein erfahrener Berater drei Tage vor Ort in der Einrichtung die Veränderungsprozesse unterstützt und die nachhaltige Implementierung der Maßnahmen gesichert. Die drei Tage fanden in der Regel im Abstand von ca. einem Monat statt. In ausgewählten Einrichtungen und in Abstimmung mit der Einrichtung selbst fanden einige Beratungen auch intensiv „en bloc“ statt.

Grundlage der Umsetzungsbegleitung in den einzelnen Einrichtungen war der systemische Ansatz. Ein Thema bzw. eine oder mehrere Maßnahmen mit definierter Zielsetzung wurden nicht isoliert für sich betrachtet, sondern immer im Kontext des gesamten Systems. In der Beratung vor Ort wurde anhand der individuellen Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe auf eine Vielzahl an Beratungs- und Coachingmethoden zurückgegriffen, die die ausführenden Beraterinnen bzw. Berater selbst in vergleichbaren Projekten nutzen konnten. Durch die Lösungsorientierung der Beratung wurde die Umsetzung und Reflexion der individualisierten Maßnahmenpläne unterstützt. Die teilnehmenden Einrichtungen konnten in den Monaten

des Pilotprojekts viele Instrumente implementieren und haben kommuniziert die Umsetzung der bereits angefangenen Maßnahmen auch in den nächsten Monaten fortzuführen. Überdies planen einige Einrichtungen weitere Maßnahmen aus der Instrumentensammlung in Zukunft anzugehen.

Die im Projekt entwickelten Leitfäden und damit beschriebenen Instrumente setzten den Rahmen für die angestoßenen Veränderungsprozesse in den Betrieben. Aufgrund der durch den Projektrahmen vorgegebenen Restriktionen konnte nur eine spezifische Auswahl der prinzipiell sinnvollen Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege zur Anwendung kommen. Der Umsetzungserfolg der empfohlenen Maßnahmen hing dabei in hohem Maße von den (zeitlichen) Ressourcen und der Qualifikation der ausführenden Personen in den Einrichtungen ab.

Mit Blick auf den bundesweiten Rollout ergibt sich aus den praktischen Erfahrungen in der Umsetzungsphase eine wesentliche Erkenntnis: Die teilnehmenden Einrichtungen benötigen eine professionelle Unterstützung bei der Anwendung der Instrumente. Dabei ist wichtig, dass die Beraterin bzw. der Berater einerseits fachliche und methodische Voraussetzungen für die Beratung in den abgebildeten Handlungsfeldern mitbringt und andererseits praktische Erfahrung bei der Umsetzung der Maßnahmen hat. Im Projekt wurde die Beratung ausschließlich durch Personen durchgeführt, die selbst gelernte Pflegefachpersonen sind und bereits als leitende Mitarbeitende in Pflegeeinrichtungen tätig waren. Nur so ließ sich eine adressatengerechte Sprache und authentische Glaubwürdigkeit sicherstellen. Diese war notwendig, um die Veränderungsbereitschaft und den Einsatzwillen bei den umsetzenden Mitarbeitenden zu steigern. Expertise und Berufserfahrung im Coaching und der Prozess- und Organisationsberatung im Bereich der Pflege können als notwendig angesehen werden. Diese haben im Projekt den Erfolg der Vor-Ort-Beratung gesichert. Als weiteres Qualifikationselement hat sich ein tiefes Verständnis für die Leitfäden, sowie eine professionelle Kenntnis der eingesetzten Beratungs- und Coachingmethoden herausgestellt. Letzteres kann für einen bundesweiten Rollout durch ein passendes Train-the-Trainer-Konzept mit anschließender Zertifizierung sichergestellt werden.

Das durchgeführte Projekt dient als Pilot für ein bundesweites Rollout. Die einzelnen Elemente sind prinzipiell skalierbar entwickelt worden und können eins zu eins in großer Anzahl umgesetzt werden. Dennoch gibt es in Bezug auf einen bundesweiten Rollout Punkte, die in Abweichung zum Pilot bedacht werden müssen. Zum einen sind eine koordinierende zentrale Organisationsstelle, die Ausbildung der teilnehmenden Beraterinnen und Berater sowie Änderungen aufgrund der gemachten Erfahrungen zu diskutieren. Zum anderen müssen die Finanzierung des bundesweiten Rollouts und die Kommunikation mit möglichen Stakeholdern beleuchtet werden.

Der Konzeptentwurf des bundesweiten Rollouts ist eng an das Konzept des Pilots gebunden, um die evaluierte Wirksamkeit der Maßnahmen zu erhalten. Änderungen des Ablaufs in Bedarfsanalyse, Beratung und Umsetzung wurden nur an solchen Stellen vorgeschlagen, wo die Erfahrung im Pilot Verbesserungspotenziale aufgezeigt haben. Bei diesen ist davon auszugehen ist, dass sie die Wirksamkeit nicht in eine negative Richtung beeinflussen. Ergänzende

Elemente des Konzeptentwurfs zum bundesweiten Rollout umfassen sowohl die Ausbildung der Beratenden in einem sogenannten Train-the-Trainer-Ansatz als auch den Vorschlag einer zentralen Organisations- und Informationsplattform im Internet.

Eine abschließende Beurteilung des Pilotprojekts und des Konzeptentwurfs zum bundesweiten Rollout sollte sich in hohem Maße auf die Ergebnisse der Evaluation des BQS Instituts für Qualität & Patientensicherheit stützen. Auf Grundlage der Erfahrungen im Projekt und den Rückmeldungen von Verbänden und teilnehmenden Einrichtungen lässt sich aber bereits feststellen, dass auch wenn es im Gesamtkontext „Arbeitsbedingungen in der Pflege“ noch großen Handlungsbedarf gibt, das Pilotprojekt deutlich gemacht hat, dass eine signifikante Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch eine geeignete Unterstützung der Führungskräfte mit dem modularen Instrumentenkoffer und der individuellen Vor-Ort-Beratung möglich ist.

Innerhalb weniger Monate haben 25 Pflegeeinrichtungen erste Maßnahmen vollständig umgesetzt und weitere Verbesserungsmaßnahmen auf einen erfolgreichen, nachhaltigen Weg gebracht. Der modulare Aufbau des Instrumentenkoffers und die einrichtungsindividuelle Auswahl der Leitfäden auf Grundlage der Bedarfsanalyse haben sich als zielführender Ansatz herausgestellt. Die integrierten Schulungs- und Beratungsanteile im Projekt trafen auf einen entsprechenden Bedarf und motivierte Führungskräfte. Die dem Konzept inhärente Idee der Befähigung zur Selbsthilfe konnte sich durch die adressatengerechten Leitfäden und den autodidaktischen Bemühungen der umsetzenden Leitungskräfte vielerorts entfalten.

Die Erfahrungen im Pilotprojekt haben Schwächen in der zeitlichen Ausgestaltung des Projekts gezeigt. Im Konzeptentwurf zum bundesweiten Rollout wurde diesem Rechnung getragen, indem die Projektlaufzeit und die Anzahl der Vor-Ort-Beratungstage erhöht wurden. Weitere Detailänderungen, wie die Ergänzung einer Einrichtungsbegehung im ersten Interviewtermin, folgen den Erfahrungen des Pilotprojekts und lassen für den bundesweiten Rollout eine deutlich stärkere Wirkung des Projekts erwarten. Insgesamt wurden die Einrichtungsleitungen, Führungskräfte und Mitarbeitenden der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen für die verschiedenen Handlungsfelder sensibilisiert und es ist davon auszugehen, dass in den 25 Einrichtungen der Veränderungsprozess für bessere Arbeitsbedingungen in seinen verschiedenen Facetten noch viele Monate fortgesetzt wird. Das Pilotprojekt hat die Machbarkeit des Ansatzes und das Interesse aller Beteiligten aufgezeigt. Mit dem Konzeptentwurf für einen bundesweiten Rollout liegt nun eine Blaupause vor, die auf effiziente Art und Weise einen Beitrag zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege in Deutschland leisten kann.

2. Einleitung

Ziel des Durchführungsauftrags des Projekts zur Umsetzung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege an die Curacon GmbH in Zusammenarbeit mit dem Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik (FFP) ist es, „die Anwendung bereits entwickelter und bewährter Instrumente für gute Arbeitsbedingungen in der Pflege nachhaltig in der Praxis zu implementieren“ (vgl. Anlage A Leistungsbeschreibung Los1 S. 2 der Ausschreibungsunterlagen).

Der vorliegende Abschlussbericht erläutert das Vorgehen und die Ergebnisse des Projekts. Dabei wird zunächst auf die Hintergründe in Form einer Einleitung und Zusammenfassung des Forschungsstandes eingegangen, anschließend auf die einzelnen Elemente der ersten und zweiten Phase des Pilotprojekts und abschließend die Limitationen des Projekts diskutiert, ein Konzept für den bundesweiten Rollout beschrieben und ein Gesamtfazit gezogen.

2.1. Hintergrund und Ziel des Projekts

2.1.1. Hintergrund

Zwei gegenläufige Entwicklungen stellen das Gesundheits- und Sozialwesen und insbesondere die Pflegebranche aktuell und in Zukunft vor massive Herausforderungen: Der demografische Wandel und der Fachkräftemangel. Aufgrund des demografischen Wandels nimmt die Zahl der Pflegebedürftigen stark zu, gleichzeitig stehen dieser Gruppe aufgrund des Fachkräftemangels vergleichsweise immer weniger professionell Pflegende entgegen (Statistisches Bundesamt 2017). Diese Entwicklungen verstärken die sich ohnehin bereits vollziehende Arbeitsverdichtung und führen zu einer noch höheren Arbeitsbelastung. Dies führt bei den Beschäftigten zu einer gesteigerten Unzufriedenheit sowie psychischen und physischen Belastungen (Helmrich, et al. 2016). Viele Pflegende begegnen dem Druck mit der Entscheidung für dauerhafte Teilzeit oder einen Berufswechsel.

Eine bedarfsgerechte Veränderung der Organisation, der Prozesse und des Personalmanagements in den Pflegeeinrichtungen vor Ort kann nachhaltige Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und damit eine Steigerung der Zufriedenheit der Beschäftigten erzielen.

In der Literatur finden sich zahlreiche in der Praxis erprobte Instrumente, die den Ursachen der Unzufriedenheit und des hohen Arbeitsdrucks entgegenwirken können. Klie et al. identifizieren beispielsweise in der vom BMG geförderten Arbeitshilfe „Schlüsselfaktoren für eine erfolgreiche Personalarbeit in der Langzeitpflege“ vierzehn Aspekte zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege (Das Demographie-Netzwerk und AGP Sozialforschung 2017). Zahlreiche weitere Beiträge aus Wissenschaft und Praxis schlagen Instrumente zur Adressierung der vorgenannten Probleme vor. Typische Ansatzpunkte sind dabei die Dienstplanung, die Stärkung der Eigenverantwortung der einzelnen Mitarbeitenden sowie motivierende Entlohnungssysteme.

Diese Instrumente werden jedoch nicht flächendeckend von den Unternehmen umgesetzt. Vor allem kleinen und mittelständischen Unternehmen fehlen dazu oftmals die personellen und finanziellen Ressourcen.

2.1.2. Ziele

Ziel des „Projekts zur Umsetzung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege“ ist es daher, geeignete Maßnahmen durch eine maßgeschneiderte Organisationsberatung und Umsetzungsbegleitung in kleinen und mittelgroßen Pflegeeinrichtungen zu implementieren. Dazu ist die Entwicklung eines Instrumentenkoffers mit praxisorientierten Leitfäden zentrales Element der ersten Phase des Projekts. Die Leitfäden richten sich dabei an die Führungskräfte, welche als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bzw. Anwendende des Instrumentenkoffers auftreten, aber auch im Hinblick auf die Vereinbarkeitssituation von Beruf und Familie und Gesundheit der Mitarbeitenden eine Schlüsselposition einnehmen.

Innerhalb des Projekts sollte die Arbeitszufriedenheit und die allgemeinen Arbeitsbedingungen in kleinen und mittelständischen Pflegediensten mit bis zu 80 Klientinnen und Klienten, bzw. stationären Pflegeeinrichtungen mit bis zu 60 Mitarbeitenden signifikant erhöht bzw. verbessert werden. Dies erfolgte über die bedarfsgerechte Schulung von zwei leitenden Mitarbeitenden (aus Geschäftsführung, Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung, Stellvertretung) sowie die Begleitung der Anwendung geeigneter Instrumente. Hierbei wurden die speziellen Bedürfnisse der kleineren Einrichtungen berücksichtigt, denen es häufig nicht gelingt, bekannte Instrumente auf Eignung für ihr Unternehmen zu prüfen und erfolgreich zu implementieren.

Dabei unterteilt sich das Projekt in zwei Phasen. Die erste Phase umfasst eine Literaturrecherche, die die aktuellen Erkenntnisse zu den Arbeitsbedingungen in der Pflege und geeignete Instrumente zu deren Verbesserung aufarbeitet, die Konzeption einer Schulung und die Entwicklung des Instrumentenkoffers (Arbeitspaket 1). Des Weiteren fallen die Entwicklung einer Implementierungsstrategie und die Rekrutierung von teilnehmenden Pflegeeinrichtungen (Arbeitspaket 2) in diese Phase. Die zweite Phase besteht aus Bedarfsanalysen und Schulungsveranstaltungen mit den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen (Arbeitspaket 3) sowie einer Umsetzungsbegleitung der teilnehmenden Einrichtungen in der Anwendung des Instrumentenkoffers (Arbeitspaket 4).

Arbeitspaket 1

Innerhalb der Literaturrecherche wurden aktuelle Erkenntnisse zu guten Arbeitsbedingungen in der Pflege aufgearbeitet und systematisiert. Dieser Schritt zielt darauf ab, bereits entwickelte und bewährte Instrumente für gute Arbeitsbedingungen in der Pflege zu identifizieren. Dabei wurden neben Broschüren, Leitfäden und Beispielen guter Praxis auch wissenschaftliche Publikationen zum Thema einbezogen.

Um die im Rahmen des Projekts am besten geeigneten Instrumente auszuwählen, wurde eine eigene Scoring-Methode entwickelt. Die auf dieser Basis ausgewählten Instrumente wurden innerhalb eines Workshops mit Vertreterinnen und Vertretern der Bundesverbände der Altenhilfe diskutiert, Vorschläge für neue Instrumente wurden berücksichtigt.

Die ausgewählten Instrumente für den Bereich der Pflege wurden innerhalb eines Instrumentenkoffers so aufbereitet, dass sie von den kleinen und mittleren Unternehmen nachhaltig in die Praxis umgesetzt werden können. Ziel war es, den Projektteilnehmenden ein Instrumentarium an die Hand zu geben, mit dem sie eigenständig ihre Arbeitsbedingungen verbessern konnten. Die einzelnen Bestandteile des Koffers wurden modular als Leitfäden konzipiert. So konnte gewährleistet werden, dass das Instrumentarium individuell sowohl an die Art der Pflege als auch an den Einrichtungskontext und die Ergebnisse der Bedarfserhebung angepasst waren.

Weiterhin gehört zu Arbeitspaket 1 die Entwicklung des Schulungskonzepts. Ziel der Schulung ist es, Führungskräfte der Einrichtungen zu befähigen, bedarfsgerechte Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in ihrer Einrichtung mithilfe des entwickelten Instrumentenkoffers umzusetzen.

Arbeitspaket 2

Die Konzeption der Implementierungsstrategie gehört zu Arbeitspaket 2. Diese enthält insbesondere die Rekrutierung und Auswahl der Unternehmen sowie die Konzeption der Bedarfserhebung. Ziel war es, eine möglichst heterogene Teilnehmendengruppe von 25 interessierten Pflegeeinrichtungen zu erhalten. Dabei wurde insbesondere auf die regionale Verteilung, die Unterscheidung städtisches/ländliches Umfeld, die Trägerart, sowie die angebotenen Leistungen (ambulant/stationär) geachtet. Sonderformen wie solitäre Kurzeitpflege, Tagespflege, anbieterverantwortete Wohngemeinschaften und eine ambulante Kinderpflege wurden berücksichtigt, um die Anwendbarkeit der Instrumente in verschiedenen Settings überprüfen zu können. Die Unterstützung der Einrichtungen und Geschäftsführung wurde durch einen „Letter of Intent“ im Bewerbungsprozess sichergestellt.

Die Entwicklung des Bedarfsanalysekonzepts zielte darauf ab, in der Bedarfsanalyse die Maßnahmen für jede Pflegeeinrichtung modular bedarfsorientiert zusammenstellen zu können. Dieses beinhaltet a) eine Befragung aller Beschäftigter sowie b) eine leitfadengestützte Befragung von Führungskräften und c) eine Strukturerhebung durch die Projektverantwortlichen in der Einrichtung. Da sich die Sicht der Mitarbeitenden und die Sicht der Unternehmensleitung ggf. voneinander unterscheiden, wurden beide Perspektiven im Rahmen von Befragungen erhoben.

Arbeitspaket 3

Arbeitspaket 3 enthielt die Bedarfsanalyse der teilnehmenden Einrichtungen, die Ableitung der Leitfadenempfehlungen sowie die Durchführung der Schulungen. Die Durchführung der Bedarfsanalyse erfolgte sowohl in offener Interviewform als auch durch strukturierte Befragungen

(Mitarbeitendenbefragung und Strukturbefragung). Die Strukturbefragung wurde in Form einer Onlinebefragung durch die umsetzende Kontaktperson ausgefüllt. Die Mitarbeitendenbefragung fand mit Hilfe eines Papierfragebogens statt. Die Pflegekräfte der teilnehmenden Unternehmen wurden vom Unternehmen selbst angesprochen und über die Ziele der Befragung informiert. Dabei wurde dargelegt, dass die Informationen der Verbesserung der Arbeitssituation dienen und die Angaben völlig anonym sind. Entsprechende Informationen fanden sich ebenfalls zu Beginn der Fragebögen. Die Verteilung der Links bzw. Papierfragebögen erfolgte über das BQS-Institut für Qualität & Patientensicherheit. Nach Ende der Feldphase wurden die Fragebögen bereinigt und einrichtungsspezifisch ausgewertet. Die Bedarfsanalyse wurde um die Erkenntnisse aus den leitfadengestützten Interviews mit Führungskräften ergänzt.

Auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse in der Bedarfsanalyse wurden einrichtungsindividuelle Instrumentenkoffer erstellt. Diese wurden im Rahmen von regionalen Schulungen zum Umgang mit dem Koffer übergeben. In Gruppen von maximal fünf Einrichtungen wurden in diesen Eintagesschulungen neben dem Umgang mit dem Koffer die Möglichkeiten und Grenzen des Projekts reflektiert.

Arbeitspaket 4

Das Arbeitspaket 4 umfasste die individuelle Begleitung, Anleitung und Unterstützung der teilnehmenden Unternehmen bei der Umsetzung der im Instrumentenkoffer empfohlenen Maßnahmen. Hierzu haben eine erfahrenere Beraterin oder Berater drei Tage vor Ort in der Einrichtung die Veränderungsprozesse unterstützt und die nachhaltige Implementierung der Maßnahmen gesichert. Teilweise fanden diese Tage intensiv „en bloc“ satt, meistens aber in einer Taktung von circa sechs Wochen in eintägigen Terminen.

Dabei wurde auf eine Vielzahl von Beratungs- und Coachingmethoden zurückgegriffen und in jeder Einrichtung individuell entschieden, welche Methoden zum Einsatz kamen und wo inhaltliche Beratungsschwerpunkte gesetzt wurden.

Nach und zwischen den Vor-Ort-Terminen war jeder Einrichtung der Beratende als fester Ansprechpartner zugewiesen, der über die gesamte Projektlaufzeit telefonisch erreichbar war und bei Problemen oder Beratungsbedarf Hinweise und Ratschläge gab. Spätestens acht Wochen nach dem letzten Vor-Ort-Termin gab es in jedem Fall ein Rückgespräch zur überwachten Umsetzung.

2.2. Inhalt des Abschlussberichts

Der vorliegende Abschlussbericht stellt die durchgeführten Projektschritte der ersten beiden Phasen und deren Ergebnisse im Detail dar. Die Gliederung des Berichts orientiert sich dabei nicht an den beschriebenen Arbeitspaketen, sondern ist inhaltlich strukturiert. Das dritte Kapitel „Forschungsstand“ arbeitet dabei die in der Literatur dargestellten Erkenntnisse zur aktuellen Situation der Arbeitsbedingungen in der Pflege, die Belastungsfaktoren für professionell Pflegende sowie die entlastenden Faktoren und bewährten Instrumente auf.

Von Beginn des Projekts an wurden die Bundesverbände der Altenhilfe durch einen gezielten Austausch in das Projekt eingebunden. Wie dieser Austausch gestaltet wurde und welche Ergebnisse hieraus entstanden sind, wird im vierten Kapitel „Austausch mit Verbänden der Altenhilfe“ erläutert. Hierzu wird insbesondere auf die strukturierte Befragung der Verbände als auch auf den Workshop mit Vertretern interessierter Verbände am 20. März 2019 in Münster eingegangen.

Zentrales Element des Projekts ist der Instrumentenkoffer, der in der ersten Phase des Projekts entwickelt wurde. Die Methodik bei der Entwicklung und konkrete Aufbereitung werden im fünften Kapitel „Instrumentenkoffer“ vorgestellt.

In Kapitel sechs wird die Vorbereitung des in Phase II des Projekts durchzuführenden Pilots erläutert. Es umfasst insbesondere das Vorgehen bei der Teilnehmendenakquise, eine Beschreibung des Bewerberfeldes, des Auswahlverfahrens und der Teilnehmendenzusammensetzung sowie der Implementationsstrategie.

Letztere sieht als notwendiges erstes Element die Bedarfsanalyse in den Pflegeeinrichtungen vor. Das Vorgehen und die Ergebnisse dieser Analyse werden in Kapitel sieben vorgestellt.

Kapitel acht erläutert die durchgeführten Schulungen, Kapitel neun die Phase der Umsetzungsbegleitung. Hierbei werden Ablaufpläne und eingesetzte Methoden vorgestellt und sowie ein Fazit mit Blick auf den bundesweiten Rollout gezogen

In Kapitel zehn werden anschließend die Restriktionen und Limitationen des Projekts diskutiert und dabei insbesondere Maßnahmen benannt die im Rahmen des Projekts nicht angewandt werden konnten. Es folgen in Kapitel elf Erläuterungen zu vereinzelten Änderungen in den entworfenen Leitfäden.

Das Konzept zum bundesweiten Rollout wird in Kapitel zwölf vorgestellt. Es umfasst die Beschreibung der zentralen Elemente des Projekts als auch eine Diskussion möglicher Finanzierungsmodalitäten und den Vorschlag für eine begleitende Kommunikationsstrategie.

Der Bericht schließt mit einer kritischen Diskussion des Projekts und einer bewertenden Zusammenfassung.

3. Forschungsstand

Im Folgenden wird der Forschungsstand zu den Arbeitsbedingungen in der Pflege aufgearbeitet. Zunächst wird hierbei die **Ausgangslage** geschildert, also welche Ursachen für die ungünstigen Arbeitsbedingungen festgestellt werden können. Danach geht es um die **zentralen Belastungsfaktoren** für professionell Pflegende im Arbeitsalltag. Wie diese vermindert werden können, ist Bestandteil des dritten Unterkapitels. Hier geht es um die **entlastenden Faktoren und bewährten Instrumente,** die auf die zentralen Belastungen einwirken können. Zur besseren Übersichtlichkeit werden die Ergebnisse abschließend noch einmal zusammengefasst.

3.1. Ausgangslage

Bedingt durch den demografischen Wandel steigt die Zahl der Pflegebedürftigen stark an und liegt heute bereits bei ca. 3,4 Millionen Menschen (Statistisches Bundesamt 2018). Dem steigenden Pflegebedarf stehen immer weniger Pflegekräfte gegenüber. Für das Jahr 2030 wird in der Langzeitpflege je nach Szenario ein Personalbedarf von 260.000 – 490.000 Vollzeitkräften prognostiziert (Rothgang et al. 2012, 10f.). Der DIW erwartet bis zum Jahr 2050 einen Pflegefachkräftebedarf von ca. 850.000 (Deutscher Bundestag 2016, S. 24).

Dabei ist der Bedarf an Pflegekräften im stationären Bereich etwa viermal so hoch wie im ambulanten Bereich (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege BGW 2017). Aktuelle Zahlen verweisen bereits heute auf 17.000 offene Stellen in der teil- und vollstationären Pflege (Isfort et al. 2018, S. 2). Eine Vielzahl von Gründen wie bspw. veränderte partnerschaftliche Lebensformen, eine längere Lebensarbeitszeit, die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen und die größeren Wohnentfernungen zwischen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen erhöhen dabei die Bedeutung von stationärer Pflege – insbesondere auf dem Land (Robert Koch Institut RKI 2015, S. 445).

Ausschlaggebend für den Mangel an Fachkräften sind unter anderem die **ungünstigen Arbeitsbedingungen in der Pflege,** auf die beispielsweise 60 Prozent der Befragten im aktuellen CARE Klima-Index verweisen (Pysma Group AG 2018). Aspekte wie hohe physische und psychische Belastungen, Schichtdienste, Überstunden, mangelnde Wertschätzung machen das Bild des Pflegeberufes zudem wenig attraktiv für Nachwuchskräfte (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2016, S. 2). Für junge Menschen sind zudem eine gute Bezahlung, freie Wochenenden sowie Anerkennung wichtig bei der Berufswahl – Eigenschaften, die für die Pflege untypisch sind (Zentrum für Qualität in der Pflege 2019, S. 8). Aufgrund fehlender Bewerberinnen und Bewerber konnten daher häufig die Finanzmittel des PSG II zur Schaffung zusätzlicher Personalstellen nicht eingesetzt werden (Isfort et al. 2018, S. 2). Pflegedienstleitungen geben an, dass höchstens jede dritte Pflegeeinrichtung die Personalausstattung 2018 erhöhen konnte (Vincentz Network 2018).

Die Verweildauer im Beruf der Altenpflege liegt laut Deutschem Berufsverband für Pflegeberufe (DBFK) deutlich unter dem anderer Berufe (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

(DBfK) und Bundesverband e. V. 2019). Die Gründe für den Ausstieg sind die hohen körperlichen und psychischen Arbeitsbelastungen, der Zeitdruck und die mangelnde Zeit für die zu Pflegenden, der Anstieg der Bürokratie und Dokumentation, die Unterbezahlung sowie die mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Unter der Voraussetzung verbesserter Arbeitsbedingungen können sich jedoch fast 50 Prozent der Pflegekräfte, die aus dem Beruf ausgestiegen sind, eine Rückkehr in die Pflege vorstellen (Hartmann 2018).

Festzustellen ist zudem eine Abnahme von Vollzeitarbeit in der Pflege: Von 1990 bis 2015 ist der Anteil der Vollzeitkräfte von 48 Prozent auf 29 Prozent gefallen. Auch hierfür wird unter anderem die hohe Arbeitsbelastung als Grund genannt: So empfinden 41 Prozent der Pflegekräfte eine Vollzeitbeschäftigung als zu belastend, 34 Prozent benötigen mehr Zeit zum Ausgleich und 12 Prozent können aufgrund von gesundheitlichen Problemen ihre Stelle nicht aufstocken (Becka et al. 2016, S. 12). Insbesondere die Vereinbarkeit von Beruf und familiären oder anderen privaten Verpflichtungen spielt bei der Arbeitszeitreduzierung eine wichtige Rolle. Einer Befragung des Instituts für Arbeit und Wirtschaft (2014) zufolge existiert in der Pflegebranche kein systematisches Angebot in Bezug auf eine bessere Vereinbarkeit von Familie, Privatleben und Beruf – Teilzeitarbeit ist oftmals das einzige angebotene Instrument (Benedix und Medjedović 2014).

Eine Ursache für die zunehmende Arbeitsverdichtung liegt auch in der veränderten Struktur der Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen und dem damit verbundenen höheren Pflegeaufwand. So weisen aus der Sicht der Pflegekräfte immer mehr Bewohnerinnen und Bewohner starke kognitive Beeinträchtigungen sowie spezifische und mehrfache Erkrankungen (Multimorbidität) auf (Vincentz Network 2018, S. 15). Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels dürfte die bereits heute starke Arbeitsverdichtung aufgrund des vorliegenden Fachkräftemangels in den Pflegeeinrichtungen in der Pflege weiter zunehmen.

3.2. Zentrale Belastungsfaktoren in der Pflege

Die identifizierten Hauptbelastungen in der Pflege reichen von **Zeitdruck im Arbeits- und Privatleben, physischen und psychischen Belastungen, mangelnde Führung und unzureichende Wertschätzung** bis hin zum Bereich **fehlende Weiterentwicklungsmöglichkeiten.** Dabei zeigt eine Studie zur Gesundheit am Arbeitsplatz, dass die Arbeitsbedingungen einen größeren Einfluss auf die wahrgenommene Belastung ausüben, als der Arbeitsinhalt an sich (Cichocki et al. 2015, S. 207).

Die Gründe für den **Zeitdruck im Arbeit- und Privatleben** liegen vor allem in der Schichtarbeit, dem Arbeitsvolumen und in der Arbeitsorganisation (Breinbauer et al. 2019, S. 47–49; Vincentz Network 2018). Die Arbeit in Schichten gehört zum Pflegeberuf dazu, bedeutet aber dennoch eine Einschränkung des Soziallebens und der Erholungsmöglichkeiten (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2012). Wenn die Arbeit schlecht organisiert und der Arbeitsanfall zu hoch ist, reduzieren sich insbesondere bei Schichtarbeit Frei- und Erholungszeit deutlich – Konflikte zwischen Arbeits- und Privatleben treten dann häufiger auf (Höhmann et al. 2016).

Festzustellen ist außerdem ein hohes Arbeitsvolumen und ein damit einhergehender Zeitdruck (Breinbauer et al. 2019, S. 42). So fehlt den Pflegekräften oftmals auch die Zeit, sich adäquat mit den zu Pflegenden zu beschäftigen (Vincentz Network 2018). Der Zeitmangel zeigt sich ferner darin, dass kaum Pausen gemacht werden können und Überstunden oft an der Tagesordnung sind (Vincentz Network 2018). Zwei Drittel der Befragten einer Studie des DBfK geben an, dass sie nur dann eine Pause machen, wenn der Arbeitsanfall dies zulässt. Immerhin 23 Prozent können mehrmals pro Woche ungestörte Pausen einlegen, bei ebenso vielen kann die gesetzlich vorgeschriebene Zeit von 30 Minuten eingehalten werden (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) 2016, S. 43).

Häufige Krankheitsausfälle und Bereitschaftsdienste rufen bei den Beschäftigten zudem das Gefühl der ständigen Erreichbarkeit hervor (Bleses/Jahns 2016, 134–137). Die Hälfte der Pflegenden muss ein bis zweimal pro Monat kurzfristig eine Schicht übernehmen, einem Drittel passiert dies fast einmal wöchentlich (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) 2016, S. 41). Obwohl das Einspringen an der Tagesordnung ist, geben fast 75 Prozent der Befragten an, dass es in ihrer Einrichtung keine Vertretungsregelungen gibt (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) 2016, S. 42). Während die kurzfristige Übernahme von Schichten für einen kleinen Teil der Mitarbeitenden vorteilhaft ist, geben zwei Drittel der Befragten an, dass diese für sie eine deutliche Belastung bedeutet: 67 Prozent geben an, dass damit ihr Privatleben unplanbar wird, 63 Prozent müssen auf Freizeit verzichten und 68 Prozent auf Erholung (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) 2016, S. 42).

Wenig verwundert es daher, dass 90 Prozent der Pflegefachkräfte der Meinung sind, der stressige und anstrengende Arbeitsalltag in der Pflege habe negative Auswirkungen auf das Familien- und Privatleben. Drei Viertel der Befragten fordern neben einer besseren Bezahlung auch bessere Rahmenbedingungen, etwa im Bereich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Vincentz Network 2018).

Die Arbeit in der Pflege bringt **physische und psychische Belastungen** mit sich. Insbesondere das Arbeiten im Stehen, das Heben und Tragen schwerer Lasten sowie das Arbeiten in Zwangshaltung sind häufiger als in anderen Berufen (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2012). Allein aufgrund starker Rückenprobleme werden 15 Prozent der Pflegekräfte arbeitsunfähig (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege BGW 2006, S. 7). Die Fehlzeiten liegen in der Pflege insgesamt über dem Durchschnitt aller Branchen (Clustermanagement Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg – HealthCapital 2017, S. 12).

Zu den körperlichen kommen häufig emotionale und psychische Belastungen sowie psychosomatische Beschwerden (Höhmann et al. 2016). Zu den gravierendsten psychischen Belastungsformen gehört u. a. der Zeitdruck und die hohe Arbeitsbelastung unter dem die Beschäftigten stehen (Büssing et al. 2004, S. 174; Wieteck 2018, S. 204). Weiterhin verspüren viele Beschäftigte psychischen Druck, weil sie nicht genügend Zeit haben sich ausreichend mit den zu Pflegeden zu beschäftigen (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018, S. 10).

Neben dem Termin- und Leistungsdruck spielen Faktoren wie Störungen und Unterbrechungen der Arbeit (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2012) sowie eine lückenhafte Weitergabe von arbeitsrelevanten Informationen eine Rolle. Mehr als ein Drittel der Beschäftigten in der Pflege geben an, häufig nicht alle Informationen zu erhalten, um ihre Arbeit gut zu erledigen. Über eine Störung des Arbeitsablaufs hinaus kann hierdurch auch das Verhältnis zu Kolleginnen und Kollegen und Vorgesetzten belastet werden (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018, S. 8).

Insgesamt kommt es im Pflegebereich nicht selten zu Überlastungen (Wieteck 2018, S. 204), durch die ein Gefühl des Kontrollverlustes und der Überforderung entsteht. In der Folge kann es zu psychischen Erkrankungen wie Burnout kommen (Breinbauer et al. 2019, S. 42). So weisen Beschäftigte in der Altenpflege doppelt so viele Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen auf wie der Durchschnitt (Clustermanagement Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg – HealthCapital 2017, S. 12). Dabei sind stationäre Pflegekräfte im Vergleich zu Beschäftigten im ambulanten Bereich im Schnitt höheren quantitativen und emotionalen Anforderungen ausgesetzt und weisen häufiger Burnout- und Stresssymptome auf (Wirth et al. 2017). In der ambulanten Pflege besteht zudem die Herausforderung, dass nicht immer ausreichende Möglichkeiten für die Beschäftigten bestehen über die beruflichen Belastungen zu sprechen (Bleses/Jahns 2016, 137).

Nicht zuletzt können zudem Faktoren wie begrenzte Aufstiegsmöglichkeiten, geringe gesellschaftliche Anerkennung und schlechte Bezahlung gesundheitsgefährdend wirken (Wieteck 2018, 204). Das Burnout-Risiko bspw. wird erhöht durch eine geringe Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit sowie das Gefühl, die belastende Arbeitssituation nicht selbst verändern zu können (Breinbauer et al. 2019, 19).

Auswirkungen auf Gesundheit und Zufriedenheit der Beschäftigten haben demnach auch die Bereiche **Führung und Wertschätzung.** Den Beschäftigten fehlen oftmals Lob und Anerkennung sowie konstruktives Feedback zur eigenen Arbeit und Entwicklung von Seiten ihrer Vorgesetzten und der Unternehmensleitung (Das Demographie-Netzwerk und AGP Sozialforschung 2017, S. 28). Auch Führungskräfte auf der mittleren Führungsebene erfahren teilweise zu wenig Anerkennung für ihre Leistungen, sowohl von Seiten der Unternehmensführung als auch der Beschäftigten (Bleses und Jahns 2016, S. 136). Dabei sind insbesondere Führungskräfte und Unternehmensleitungen zunehmend durch die steigenden Anforderungen an die Pflege und deren Organisation überlastet (Bleses und Jahns 2016, S. 129). In der stationären Pflege empfinden Pflegekräfte neben dem Zeitdruck und der Arbeitsverdichtung Konflikte und fehlende Wertschätzung der Arbeit als besonders belastend (Breinbauer et al. 2019, S. 47–49).

Auch eine angemessene Bezahlung spielt eine wichtige Rolle bei der empfundenen Wertschätzung der Arbeit. Zwar bewerten die Beschäftigten in der Altenpflege den gesellschaftlichen Nutzen ihrer Arbeit sehr hoch, aber 78 Prozent sind der Meinung, nicht leistungsgerecht entlohnt zu werden (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018, S. 4). Altenpflegerinnen und Altenpfleger verdienen im Schnitt weniger als andere Beschäftigte aus den Pflegeberufen (Fachinger und Blum 2016, S. 310). Während vollzeitbeschäftigte Fachkräfte in der Krankenpflege

2017 im Median 3.030 Euro (Ostdeutschland) bzw. 3.419 Euro (Westdeutschland) verdienen, liegt das Bruttoentgelt in der Altenpflege bei 2.356 Euro (Ost) bzw. 2.855 Euro (West) – das sind im Schnitt 22 bzw. 17 Prozent weniger (Seibert et al- 2018, S. 4). Einer Evaluationsstudie des BMG nach erfolgt die Entlohnung bei 37 Prozent der stationären Einrichtungen und bei 59 Prozent der ambulanten Pflegedienste ohne (haus)tarifliche Bindung bzw. entsprechende kirchliche Arbeitsrechtsregelungen (Deutscher Bundestag 2016, S. 63–64).

Häufig wird in der Literatur zudem auf **fehlende Weiterentwicklungsmöglichkeiten** hingewiesen. So können Pflegekräfte aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen seltener qualitätssichernde Weiterbildungen und Qualifikationen wahrnehmen, was zu Unsicherheiten im Arbeitsalltag führt (Benedix und Medjedović 2014). Auch die damit einhergehenden fehlenden Karriereperspektiven belasten die Beschäftigten, wenn auch etwas weniger als die fehlende Wertschätzung und der Zeitdruck (Breinbauer et al. 2019, S. 48–49; Gregersen 2005, S. 197). Laut DGB-Index Gute Arbeit gibt es in der Pflege im Vergleich zu anderen Branchen jedoch bessere Weiterbildungsmöglichkeiten (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018, S. 18). Inwieweit diese auch tatsächlich in Anspruch genommen werden können, wird dabei jedoch nicht berücksichtigt.

3.3. Entlastende Faktoren und bewährte Instrumente

Eine zentrale Stellschraube bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege ist eine bessere **Arbeitsorganisation.** Diese hat direkten Einfluss auf die „Anforderungen, Stressoren und Ressourcen in der täglichen Arbeit der Mitarbeiter“ (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) 2012, S. 32). Die richtige Organisation bedeutet mehr Zeit für die Pflege sowie den Umgang mit den Menschen und damit auch die Möglichkeit, den eigenen Ansprüchen gerecht zu werden – ein wichtiger Faktor für die Zufriedenheit der Beschäftigten (Gregersen 2005, S. 196).

Im Mittelpunkt steht bei der Arbeitsorganisation die verlässliche **Dienstplanung.** Als erstes sollte immer eine Überprüfung der Arbeitsabläufe und Tätigkeiten vorgenommen werden, um dann die Neugestaltung der Arbeitsabläufe und der Dienstpläne vorzunehmen (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Brandenburg 2018, S. 24–27). Als wichtige Tools in der Dienstplanung wird die Einführung von Stecktafeln bzw. elektronische Tourenplanung empfohlen. Grundlage für eine verlässliche und gesunde Dienstplanung sind die Planung nach Nettoarbeitszeiten, eine gleichmäßige Arbeitsbelastung über die Woche hinweg sowie eine regelmäßige Überprüfung des Dienstplans (Das Demographie-Netzwerk und AGP Sozialforschung 2017, S. 10). Auch im Bereich des Ausfallmanagements und der Vertretungsregeln muss vielerorts nachgebessert werden. Die Planung nach Nettoarbeitszeiten ist hier Voraussetzung, darüber hinaus können aber auch Pool- oder Jokerlösungen eingesetzt werden (Bleses und Jahns 2016, S. 140; Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Brandenburg 2018, S. 35). Außerdem ist es wichtig, die Mitarbeitenden in die Dienstplanung einzubeziehen, bspw. über Wunschbücher (Das Demographie-Netzwerk und AGP Sozialforschung 2017, S. 10).

Zudem kann eine Abkehr vom in der Pflege üblichen Drei-Schicht-Modell mit acht Arbeitsstunden hilfreich sein. So sind auch Zwei-Schicht-Modelle mit Zehn-Stunden-Schichten oder individuelle Schichtzeiten möglich. Bei der Planung sind neben den gesetzlichen Bestimmungen ferner Aspekte wie ein Vorwärtswechsel der Schichten, jedes zweite Wochenende frei sowie Planungssicherheit und die Garantie von freien Tagen Voraussetzung für eine gute Dienstplanung (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Brandenburg 2018, S. 32–33). Empfohlen werden auch eine Veränderung der Arbeitszeiten, z. B. die Einführung gestaffelter Dienstzeiten und die Reduzierung der Wochenarbeitstage, z. B. von einer 5,5-Tage-Woche auf eine 5-Tage-Woche (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege BGW 2006, S. 25).

Die Organisation von Arbeit spielt hinsichtlich der **Vereinbarkeit von Familie, bzw. Privatleben und Beruf** eine wichtige Rolle. Insbesondere das 3-Schicht-System stellt große Anforderungen an die Beschäftigten bei der Vereinbarkeit. Um den Bedarf der Belegschaft zu erfassen, sollte zunächst eine Mitarbeitendenbefragung zum Thema Vereinbarkeit von Familie, bzw. Privatleben und Beruf erfolgen (Das Demographie-Netzwerk und AGP Sozialforschung 2017, S. 8). Neben den Instrumenten, die für alle Beschäftigten gelten, kann eine familienbewusste Personalpolitik zusätzlich Maßnahmen enthalten wie die betrieblich unterstützte Kinderbetreuung inklusive Notfall-, Randzeiten- und Ferienbetreuung oder Aus- und Wiedereinstiegsprogramme (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2014, S. 20–29). Im Zusammenhang mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird auch das Thema mobiles Arbeiten für Pflegekräfte diskutiert. So zeigen Beispiele, dass z. B. die Touren- oder Dienstplanungen außerhalb der Einrichtung erledigt werden können (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2017, S. 44).

Zu einer guten Organisation der Arbeit tragen weiterhin Optimierungen im Bereich **Informationsaustausch** und **Dokumentation** bei. Für die Neugestaltung der Übergabe werden bspw. Checklisten und Übergabebögen empfohlen (Bleses und Jahns 2016, S. 138–139). Im Bereich der Dokumentation wird eine Überprüfung und Verschlankung empfohlen. Hilfreich kann dabei die Einführung des „Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ (SIS) sein, mit dem die Pflegedokumentation auf das Wesentliche reduziert werden kann (Das Demographie-Netzwerk und AGP Sozialforschung 2017, S. 20).

Voraussetzung für eine gute Organisation der Arbeit ist jedoch, dass ausreichend Beschäftigte zur Verfügung stehen, um den Arbeitsanfall bewältigen zu können. Daher müssen auch bei der **Personalgewinnung** neue Wege gegangen werden. Neben Stellenanzeigen wird bspw. die Werbung an Schulen und Hochschulen empfohlen sowie der Aufbau von Kooperationen in regionalen Netzwerken (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) 2012, S. 9).

Positiv für die Zufriedenheit der Beschäftigten in der Pflege sind hohe fachliche Kompetenzen (Bleses und Jahns 2016, S. 133–134). Der Bereich **Weiterentwicklung und Qualifizierung** sollte daher systematisch in das Personalmanagement integriert werden (Das Demographie-Netzwerk und AGP Sozialforschung 2017, S. 14). In regelmäßigen Abständen muss ein Abgleich zwischen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnissen mit den beruflichen Anforderungen

der Mitarbeitenden erfolgen (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) 2012, S. 17). Empfohlene Instrumente sind hierfür bspw. Mitarbeitendengespräche oder die Anforderungs-Qualifikations-Matrix (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) 2012, S. 17). Neben der regelmäßigen fachlichen Qualifizierung müssen die Mitarbeitenden jedoch auch mit persönlichen Ressourcen ausgestattet werden, um die Arbeitsbelastung zu bewältigen (Bleses und Jahns 2016, S. 137–138). Hier bieten sich Supervision und Fortbildungen an, um mit der psychischen Belastung besser umgehen zu können (Gregersen 2005, S. 198–200). Die Beschäftigten sollen so ihre Bewältigungskompetenzen entwickeln und stärken, wie z. B. im Bereich Selbstreflexion oder dem Umgang mit negativen Gefühlen und Stress (Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) 2017, S. 18).

Diese Fortbildungsangebote können eingebettet werden in den Bereich der **Gesundheitsförderung und -Prävention.** Hier sollten zunächst die körperlichen und psychischen Belastungen über Mitarbeitendenbefragungen erhoben werden (Gregersen 2005, S. 198–200), um dann passende Maßnahmen zu ergreifen. Dies können beispielweise Angebote zu Bewegung, Ernährung und Stressmanagement sein (Das Demographie-Netzwerk und AGP Sozialforschung 2017, S. 28). Auch die Einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Pausen ist wichtig. Im Dienstplan vorgesehene Kurzpausen und die Etablierung einer Pausenkultur können dabei unterstützen (Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) 2017, S. 18–22). Weitere Entlastung kann beispielsweise über die Ausgliederung pflegefremder Tätigkeiten oder den Einsatz von Hol- und Bringdiensten (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege BGW 2006, S. 26), das gemeinsame Heben schwerer Patientinnen und Patienten oder den Einsatz technischer Hilfsmittel erfolgen (Gregersen 2005, S. 198–200).

Zentral für die Arbeitszufriedenheit sind weiterhin die Bereiche **Führung** und **Unternehmenskultur** (Bleses und Jahns 2016, S. 133–134). Die Pflegekräfte wünschen sich von ihren Vorgesetzten mehr Wertschätzung (Das Demographie-Netzwerk und AGP Sozialforschung 2017, S. 18) und Feedback (Bleses und Jahns 2016, S. 137–138). Die Branchenbefragung Pflege für Schleswig-Holstein zeigt, dass der regelmäßige Austausch zwischen Beschäftigten und Führungskräften die Zufriedenheit steigert (Christensen und Steglich 2018, S. 9). Als regelmäßige und systematische Feedbackinstrumente werden Mitarbeitendengespräche, Pflegevisiten (Bleses und Jahns 2016, S. 136), Erfolgsbesprechungen (Rottländer et al. 2012, S. 29) oder ein Rückmeldemanagement für Kundinnen bzw. Kunden und Angehörige genannt (Fuchs et al. 2012, S. 19). Dabei sind insbesondere die Mitarbeitendengespräche hervorzuheben, die zwar einen großen Zeitaufwand bedeuten, aber eine Querschnittlösung für viele Bereiche darstellen.

Ebenfalls zufriedenheitssteigernd wirkt sich eine Führungskultur aus, die den Pflegekräften mehr Eigenverantwortung und einen Entscheidungsrahmen lässt (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) 2014; Das Demographie-Netzwerk und AGP Sozialforschung 2017, S. 18, Gregersen 2005, S. 196). Sind diese Freiräume nicht gegeben, kann das langfristig zur Demotivation und Abwertung der Beschäftigten führen (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) 2012, S. 32). Die Aufgabenfelder müssen sich dabei nach den individuellen Kompetenzen der Beschäftigten richten, die bspw. in Potenzial-

analysen, Zielvereinbarungsgesprächen und individuellen Laufbahnplanungen ermittelt werden können (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) 2014, S. 36).

Insgesamt sollten Unternehmensleitung und Führungskräfte in einen Dialog mit den Beschäftigten treten und diese in unternehmensinterne Prozesse einbeziehen. So erwiesen sich bspw. die Einbindung der Belegschaft in die Gestaltung der Arbeitsorganisation (Bleses und Jahns 2016, S. 137–138) sowie in die Personalsuche als zufriedenheitssteigernd, wie auch die Branchenbefragung Pflege für Schleswig-Holstein zeigt (Christensen und Steglich 2018, S. 9). Zur internen Kommunikation sollten geeignete Formate entwickelt werden, z. B. eine Mitarbeitendenzeitung, ein Schwarzes Brett oder Teamsitzungen (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2016, S. 30).

Damit die Führungskräfte diesen vielfältigen Aufgaben gerecht werden können, müssen sie nicht nur auf fachlicher Ebene ausgebildet werden, sondern auch hinsichtlich ihrer „Fähigkeit, Bereitschaft und Kompetenz, die Bedürfnisse und situativen Belastungen der Mitarbeitenden zu sehen und zu kommunizieren, Teams in ihrer Selbstorganisation zu unterstützen, Verantwortung zu übertragen und Formen der Beteiligung zu implementieren (Das Demographie-Netzwerk und AGP Sozialforschung 2017, S. 18)“. Hierzu müssen innerhalb der Einrichtung die notwendigen Führungskompetenzen festgelegt und die Führungskräfte dementsprechend geschult werden, bspw. in Coachings und Seminaren (Das Demographie-Netzwerk und AGP Sozialforschung 2017, S. 19). In entsprechenden Seminaren müssen die Führungskräfte zudem lernen, Überforderungen zu erkennen und adäquat auf diese zu reagieren (Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) 2017, S. 17–18).

Viele der genannten Maßnahmen werden aktuell aufgrund von Zeitmangel eher selten durchgeführt (Bleses und Jahns 2016, S. 136). Wichtig ist daher, mehr Zeit für Dialoge und die Ausübung der Führungsaufgaben in den Arbeitsalltag einzuplanen (Das Demographie-Netzwerk und AGP Sozialforschung 2017, S. 18). Die Wichtigkeit aller Maßnahmen muss sich in der **Unternehmenskultur** widerspiegeln. Entsprechende gemeinsam entwickelte Leitbilder können hierbei helfen – aber nur, wenn sie tatsächlich gelebt werden. Die Führungskräfte sind dabei diejenigen, die entsprechende Werte wie Wertschätzung, Fairness und Eigenverantwortung vorleben müssen (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) 2012, S. 45).

Nicht zuletzt bleibt auch die **Vergütung** ein Thema. Eine existenzsichernde und attraktive Vergütung ist Voraussetzung für die Zukunft des Pflegeberufs und spiegelt dessen gesellschaftliche Anerkennung wider (Das Demographie-Netzwerk und AGP Sozialforschung 2017, S. 22). Ein als adäquat empfundener Lohn kann die Zufriedenheit der Beschäftigten steigern (Fachinger und Blum 2016, S. 308). Empfohlen wird für alle Einrichtungen, die nicht tarifgebunden sind, eine Orientierung am TVöD (Das Demographie-Netzwerk und AGP Sozialforschung 2017, S. 23). Auch Einrichtungen in privater Trägerschaft können kollektive oder Haustarifverträge anwenden (Bellmann et al. 2013). Zusätzlich können Zusatzqualifikationen monetär gewürdigt und motivierende Entlohnungssysteme wie Leistungsprämien oder Teamboni eingeführt werden (Das Demographie-Netzwerk und AGP Sozialforschung 2017, S. 22).

Trotz der Vielzahl an Maßnahmen und Beispielen guter Praxis werden diese **nicht flächendeckend umgesetzt.** Oftmals fehlt es den Einrichtungen aufgrund der dünnen Personaldecke an zeitlichen und personellen Ressourcen, um die Strategien zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen umzusetzen (Bleses und Jahns 2016, S. 136; Benedix und Medjedović 2014, S. 61). Dabei ist der Spielraum in kleineren Organisationseinheiten häufig noch geringer (Benedix und Medjedović 2014, 52). Zudem lassen sich nicht alle Maßnahmen auf jedes Unternehmen übertragen, sondern es sind dem Kontext entsprechend passgenaue Lösungen erforderlich (Höhmann et al. 2016, S. 84). Nicht zuletzt stehen insbesondere kleine und mittelständische Unternehmen den Kosten, die mit der Einführung beispielsweise familienbewusster Maßnahmen einhergehen, mit Unsicherheiten und Vorbehalten entgegen – auch wenn sie sich deren Notwendigkeit bewusst sind (Schein und Schneider 2017, S. 165).

Zahlreiche Beispiele guter Praxis zeigen jedoch, dass entsprechende Maßnahmen auch in der Pflege gewinnbringend umgesetzt werden können. Eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie beispielsweise führt Instrumente und Lösungsansätze speziell für die Pflege auf, die in über 150 Modellprojekten erfolgreich implementiert wurden (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) 2012). Wichtig ist dabei, die Instrumente nicht als „Patentlösungen“ zu verstehen, sondern diese gemeinsam mit der Belegschaft zu prüfen und weiterzuentwickeln (ebd., S. 5). Insbesondere KMU haben hier einen Vorteil, da eine größere Nähe zu den Beschäftigten besteht, die Kommunikationswege kurz sind und Veränderungsprozesse direkt mit der Belegschaft gestaltet und schneller umgesetzt werden können (Deutscher Industrie- und Handelskammertag e. V 2015, S. 32). Mit passgenauen Lösungen und einer geeigneten Unterstützung der KMU bei deren Umsetzung kann somit eine deutliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege vorangetrieben werden.

3.4. Fazit

Die **zentralen Faktoren,** die gute Arbeitsbedingungen in der Pflege negativ beeinflussen, sind Zeitdruck im Arbeits- und Privatleben, physische und psychische Belastungen, schlechte Führung und mangelnde Wertschätzung sowie fehlende Weiterentwicklungsmöglichkeiten. An diesen Punkten muss demnach angesetzt werden, wenn es um eine Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs und mehr Zufriedenheit bei den Beschäftigten geht.

Eine hohe Belastung der Beschäftigten entsteht durch das hohe **Arbeitsvolumen** und den oftmals als permanent empfundenen **Zeitdruck.** Im Arbeitsalltag fehlt häufig die Zeit für regelmäßige Pausen und den Umgang mit den zu Pflegenden. Auch das ständige kurzfristige Einspringen aus dem Frei stellt eine große Belastung dar. Mit diesen Arbeitsbedingungen gehen häufig **psychische und physische Belastungen** einher. Die Arbeit in der Pflege an sich ist bereits körperlich anstrengend, durch den Zeit- und Leistungsdruck werden die Belastungen jedoch noch verstärkt. Dies kann zu Stress, Überforderung und Überlastung führen, was nicht selten in physischen und psychischen Erkrankungen mündet. Eine entsprechende **Führungskultur,** die hier gegensteuert, ist oftmals nicht vorhanden. Den Beschäftigten fehlt es an Wertschätzung, sowohl von Seiten der Führungskräfte als auch in Bezug auf ihre **Entlohnung.** Die

Pflegekräfte sind sich der gesellschaftlichen Relevanz ihrer Arbeit bewusst und empfinden ihren Lohn als nicht leistungsgerecht. Unzufriedenheit und Unsicherheit kommen auch aus dem Bereich der **Weiterentwicklung,** denn aufgrund fehlender zeitlicher Freiräume können Beschäftigte seltener Weiterbildungen und Qualifikationen wahrnehmen. Damit einhergehende fehlende Karrierechancen sind ein weiterer Grund für Unzufriedenheit der Beschäftigten. Um zu guten Arbeitsbedingungen in der Pflege beizutragen, muss an diesen Punkten angesetzt werden. In der Literatur finden sich viele Beispiele für entsprechende Maßnahmen. Oftmals werden diese jedoch nicht umgesetzt, was häufig den **zeitlichen und personellen Restriktionen** geschuldet ist. Dennoch zeigen zahlreiche Beispiele guter Praxis, dass die Implementierung von Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen auch in kleinen und mittelständischen Pflegeunternehmen erfolgreich sein kann.

Angelehnt an eine familienbewusste und lebensphasenorientierte Personalpolitik können die identifizierten Instrumente und Maßnahmen in die drei Dimensionen **Leistung, Dialog** und **Kultur** eingeteilt werden. Denn neben den konkreten Maßnahmen, die ein Unternehmen anbietet (Leistung), sind auch die Kommunikation innerhalb des Unternehmens und die Unternehmenskultur zentral für eine zeitgemäße Personalpolitik (Schein und Schneider 2017, 165–169). Den drei Dimensionen können sodann acht Handlungsfelder zugeordnet werden: Arbeitszeit, Arbeitsort, Arbeitsorganisation, Service, geldwerte Leistung (Leistung), Information und Kommunikation (Dialog), Personalmanagement und Führungskompetenz (Kultur).

Leistung

Im Handlungsfeld **Arbeitszeit** werden laut Literatur folgende Instrumente empfohlen:

- individuelle Schichtmodelle
- Veränderung der Arbeitszeiten

Im Handlungsfeld **Arbeitsort** werden laut Literatur folgende Instrumente empfohlen:

- mobiles Arbeiten

Im Handlungsfeld **Arbeitsorganisation** werden laut Literatur folgende Instrumente empfohlen:

- Überprüfung der Arbeitsabläufe
- Stecktafeln bzw. elektronische Tourenplanung
- Planung nach Nettoarbeitszeit
- Regeln für gute Dienstplanung beachten
- regelmäßige Überprüfung des Dienstplans
- Ausfallmanagement, Vertretungsregelungen, Pool- oder Jokerlösungen
- Einbezug der Mitarbeitenden in die Dienstplanung (z. B. über Wunschbücher)
- Neugestaltung der Übergabe (Checklisten, Übergabebögen)
- Überprüfung und Verschlankung der Dokumentation
- regelmäßige Pausen garantieren
- Ausgliederung pflegefremder Tätigkeiten
- Hol- und Bringdienste

Im Handlungsfeld **Service** werden laut Literatur folgende Instrumente empfohlen:

- betrieblich unterstützte Kinderbetreuung
- betriebliche Gesundheitsförderung

Im Handlungsfeld **geldwerte Leistung** werden laut Literatur folgende Instrumente empfohlen:

- Leistungsprämien
- Teamboni
- Kollektive oder Haustarifverträge anwenden
- Orientierung am TVöD

Dialog

Im Handlungsfeld **Information und Kommunikation** werden laut Literatur folgende Instrumente empfohlen:

- Mitarbeitendenbefragung
- Mitarbeitendengespräche
- Pflegevisiten
- Erfolgsbesprechungen
- Rückmeldemanagement

- Information und Einbezug der Beschäftigten in Unternehmensprozesse
- Entwicklung geeigneter Kommunikationsformate

Kultur

Im Handlungsfeld **Personalmanagement** werden laut Literatur folgende Instrumente empfohlen:

- systematisches Weiterentwicklungs- und Qualifizierungsmanagement
- Ausweitung der Beschäftigtenakquise (Werbung an Schulen und Hochschulen, Aufbau von Kooperationen in regionalen Netzwerken)
- Potenzialanalyse
- Zielvereinbarungsgespräche
- individuelle Laufbahnplanung
- Anforderungs-Qualifikations-Matrix
- persönliche Ressourcen der Beschäftigten stärken (Supervision, Fortbildung)
- Aus- und Wiedereinstiegsproramme

Im Handlungsfeld **Führungskompetenz** werden laut Literatur folgende Instrumente empfohlen:

- Coachings und Seminare für Führungskräfte (wertschätzende Führung, gesunde Führung, Feedbackkultur, Eigenverantwortung stärken)
- Führungsleitbild entwickeln und umsetzen
- Unternehmenskultur weiterentwickeln

4. Austausch mit Verbänden der Altenhilfe

Zur Förderung der Akzeptanz des Projekts und als Einladung zur Unterstützung hat Curacon über 30 relevante Bundesverbände frühzeitig zum Austausch eingeladen. Diese umfassen u. a. den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW), den Deutschen Evangelischen Verband für Altenarbeit und Pflege (DEVAP), den Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland (VKAD) sowie den Deutschen Pflegerat (DPR).

Der so entstandene Austausch in der ersten Projektphase umfasste zwei zentrale Elemente: Eine Online-Befragung und einen Workshop. Mit der Kontaktaufnahme per E-Mail am 22.01.2019 haben alle Verbände eine Projektskizze sowie ein Einladungsschreiben zum Austausch erhalten. Die Einladung beinhaltete einen Link zu einer Onlinebefragung und einer Anmeldungsmaske für die Workshop-Teilnahme sowie die Einladung, sich darüber hinaus informell zum Thema auszutauschen.

4.1. Befragung der Verbände

Die Verbände wurden zunächst eingeladen, an einer Online-Befragung teilzunehmen. Hiermit sollte den Einrichtungen frühzeitig die Möglichkeit gegeben werden, ihre Erfahrungen und Themen einbringen zu können. Außerdem sollte die Befragung sicherstellen, dass im Rahmen der Literaturrecherche keine relevanten Handlungsfelder und Instrumente übersehen wurden.

Den Verbänden wurden zwei Fragen gestellt, die jeweils in die Unterkategorien „Personalmanagement“, „Organisationsmanagement“, „Führung“ und „Kommunikation“ unterteilt waren. Zuerst wurde nach den im Rahmen des Projekts adressierbaren Handlungsbedarfen bzw. typischen Problemfeldern (die Arbeitsbedingungen betreffend) gefragt. Die zweite Frage lautete „Welche (durch die Einrichtung selbst anwendbaren) Instrumente können Ihrer Erfahrung/Einschätzung nach die Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen verbessern?“

Die Antworten waren als Freitexte zu formulieren. Ein Verband hat die Fragen im Rahmen seiner Verbandssitzung diskutiert und das Protokoll separat an Curacon gesendet. Die restlichen Antworten wurden per Online-Plattform abgegeben. Ergänzt wurden diese Informationen durch mit Verbandsvertreterinnen und -vertretern informell geführte Gespräche in dieser Phase. Die Ergebnisse lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

4.1.1. Input der Verbände zu Handlungsbedarfen und Problemfeldern

Personalmanagement

Im Bereich des Personalmanagements entwickeln sich die Problemfelder aus einer Kombination von Mangel an Personal, Zeit und Qualifikation. Am häufigsten wurden Themen im Bereich

Personalplanung und Akquise angesprochen. Es bestehen Schwierigkeiten, qualifiziertes Personal zu gewinnen und vorhandenes zu entwickeln. Nicht immer sind die notwendigen Kenntnisse in den Einrichtungen vorhandenen, diese Probleme professionell anzugehen.

Ein nicht adäquater Umgang mit den lebensphasenbezogenen Bedürfnissen der Mitarbeitenden wurde in verschiedenen Ausprägungen beschrieben. Sowohl Infrastruktur und Arbeitszeiten für Mütter, als auch die Berücksichtigung älterer Mitarbeitender stellen Handlungsbedarfe dar.

Weitere genannte Punkte umfassen Sprachhemmnisse bei ausländischen Fachkräften und Auszubildenden, zu wenig Zeit und Refinanzierung für Qualifizierung und Praxisanleitung, sowie der Wunsch, die Behandlungspflege einfacher Art (z.B. Medikamentengabe, subkutane Injektion, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen) auch durch Pflegehilfskräfte abdecken zu dürfen.

Organisationsmanagement

Im Bereich des Organisationsmanagements sehen die Verbände eine erhöhte Arbeitsdichte und Komplexität. Starre Regelungen und hohe Teilzeitquoten stehen den Bedürfnissen verlässlicher Planung und Familienfreundlichkeit entgegen. Die Verbände wünschen sich Dienstplanmodelle und innovative Arbeitszeitkonzepte die es erlauben, die ungleichmäßig über den Tag verteilten Bedarfe abzudecken und gleichzeitig eine erhöhte Vollzeitquote zu gewährleisten.

Aus der Schwierigkeit qualifiziertes Personal zu finden, resultieren teilweise hohe Quoten von Zeit- und Leiharbeit. In Kombination mit einer großen Anzahl an Teilzeitkräften fällt es schwer, alle Mitarbeitenden gleich zu behandeln und adäquate Regeln für Urlaub, Dienstzeiten etc. aufzustellen. Insbesondere der „Ruf aus dem Frei“ wurde als omnipräsentes Problem geschildert. „Verlässliche Dienstpläne“ scheinen für viele Pflegende eine Utopie zu sein. Ihre Abwesenheit bedeutet psychischen und physischen Stress für alle Beteiligten.

Zeitmangel und Stress im Arbeitsalltag führen zu einer unzureichenden Schichtübergabe und einer unvollständigen Dokumentation. Hier wurde der Wunsch nach „mehr Entlastung bei der Dokumentation“ sowie den Möglichkeiten der Digitalisierung in diesem Bereich geäußert. Auch eine technikunterstützte Tourenplanung wurde genannt.

Führung

Im Bereich der Führung führen die Verbände oft ein Qualifikationsproblem an. Es fehlen regelmäßig Kenntnisse und Ressourcen für Fortbildungen im Bereich Personalpflege, Prinzipien der guten Führung, Supervision, Coaching, Problemlösungskompetenzen als auch ein gesamtbetriebswirtschaftliches Verständnis

Kommunikation

Aus dem Mangel an Zeit ergeben sich aus Sicht der Verbände auch Probleme im Bereich der Kommunikation, die sich negativ auf die Arbeitsbedingungen der Pflegenden auswirken. So fehlt es Pflegenden sowohl an Zeit für die notwendige Kommunikation untereinander, als auch für die Kommunikation zu den Pflegebedürftigen. Diese kommt in der Wahrnehmung der Pflegenden zu kurz und führt zu Unzufriedenheit bzw. sozial-emotionalen Belastungen der professionell Pflegenden.

Auch im Rahmen der Kommunikation wird der Mangel an Digitalisierung angeführt.

4.1.2. Input der Verbände zu möglichen Instrumenten

Personalmanagement

Als Instrumente im Bereich des Personalmanagements werden eine stetige Fort- und Weiterbildung und der Austausch mit anderen Einrichtungen angebracht. Weitere Ideen umfassen die Durchführung von Mitarbeitendengesprächen, die Etablierung einer Anerkennungskultur sowie die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Organisationsmanagement

Im Bereich Organisationsmanagement empfehlen die Verbände klare Regeln für alle Mitarbeitenden und Kooperationspartnerinnen bzw. -partner, sowie eine transparente Kommunikation und Bereitstellung von notwendigen Kontakten und Ansprechpersonen. Weitere genannte Instrumente umfassen die Durchführung von Audits, Balance Score Cards und Projekte mit Hochschulen.

Als ergänzende Instrumente werden eine lückenlose Dokumentation, klar definierte Prozesse und Strukturen sowie die Einführung geeigneter digitaler Lösungen gesehen.

Führung

Im Bereich der Führung wurde ein hoher Bedarf an Coaching, Teamcoaching und Weiterbildung kommuniziert. Der Austausch mit anderen Führungskräften sowie die Stärkung der Verbindung zu den Mitarbeitenden durch Teamevents und eine gelungene Regelkommunikation wurden überdies als geeignete Instrumente angebracht.

Kommunikation

Kommunikation sehen die Verbände auch als Qualifizierungsthema der Führungskräfte. Des Weiteren wurden die Entwicklung einer Feedback-Kultur und Netzwerkarbeit in dieser Kategorie angebracht.

4.2. Workshop mit den Verbandsvertreterinnen und -vertretern

Der Workshop mit interessierten Verbandsvertreterinnen und -vertretern fand am 20. März 2019 in der Niederlassung der Curacon GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft in Münster statt. Die Agenda und eine Liste der zum Austausch eingeladenen Verbände finden sich in Anhang A.

Primärziel der Workshops war es, die zu diesem Zeitpunkt vorliegende Instrumentensammlung hinsichtlich aller geeigneten und bewährten Instrumente zur Verbesserung der Arbeitssituation professionell Pflegender in Deutschland zu komplettieren. Hierbei meint „geeignet“ als im Rahmen des Projekts mitsamt aller Nebenbedingungen als Instrument umsetzbar. „Bewährt“ bedeutet, dass aus der Literatur oder der Erfahrung von Praktikerinnen und Praktikern, Beraterinnen und Beratern oder Verbandsvertreterinnen und -vertretern die positive Wirkung des Instruments auf die Arbeitsbedingungen bzw. die Arbeitszufriedenheit bekannt ist.

Die Sekundärziele des Workshops bestanden darin, Verständnis und Unterstützung für das Projekt bei den Verbänden einzuwerben, die Vorgehensweise bei der Konzeption des Instrumentenkoffers zu erläutern und Hinweise und Feedback zu allen relevanten Bereichen des Projekts aufzunehmen, insbesondere zur Implementierungsphase.

Um das Vorgehen bei der Erstellung des Instrumentenkoffers und den vorgegebenen Rahmen der Möglichkeiten im Projekt deutlich zu machen, stellte die Erarbeitungs- und Bewertungsphase zusätzlicher Instrumente den zentralen Tagespunkt des Workshops dar.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der vier wesentlichen Elemente des Workshops, nämlich „Vorstellung des Projekts und der bisherigen Arbeitsergebnisse“, „Sammlung weiterer Instrumente“, „Entwicklung, Scoring und Diskussion ergänzter Instrumente“, „Endbewertung durch die Workshopteilnehmerinnen und -teilnehmer“ und „Abschlussdiskussion“ dargestellt.

Vorstellung des Projekts und der bisherigen Arbeitsergebnisse

Die Vorstellung des Projekts konnte komprimiert erfolgen, da sich die teilnehmenden Verbandsvertretungen im Vorfeld mit den zur Verfügung gestellten Informationen gründlich auseinandergesetzt hatten. Dies wurde aus den informellen Begrüßungsgesprächen deutlich. Die Vorstellung der Instrumente und deren Aufteilung auf die Handlungsfelder trafen auf breite Zustimmung. Die Instrumente waren den Verbänden in der Regel bekannt und wurden nicht in Frage gestellt. Es gab Anmerkungen und Nachfragen zu auf den ersten Blick nicht berücksichtigten Instrumenten oder Instrumentenkategorien. Im weiteren Verlauf zeigte sich jedoch, dass diese ggf. unter anderen Begrifflichkeiten bereits aufgenommen waren.

Sammlung weiterer Instrumente

Um die Sammlung möglicher Instrumente zu vervollständigen, wurden mit den Workshopteilnehmenden mithilfe einer Kartenabfrage weitere Instrumente gesammelt. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurde hierzu Zeit gelassen, zunächst individuell Ideen zu sammeln und

anschließend in der Gruppe vorzustellen. Alle genannten Ideen wurden gesammelt und Handlungsfeldern zugeordnet. Die vorgeschlagenen Instrumente sind in Anhang A aufgeführt.

Alle thematisierten Symptome und Instrumente wurden in den Entwicklungsprozess des Instrumentenkoffers aufgenommen. Vorwiegend wurden jedoch abstrakte Handlungsbedarfe und Symptome beschrieben. Teilweise eignen sich die im Workshop ergänzten Themen nicht für einen Instrumentenkoffer, wie er im Projekt entwickelt wird – wichtige Themen wie die Akademisierung der Pflege oder eine veränderte Ausbildungsstruktur sind hierfür ungeeignet, da sie nicht im Rahmen des Projekts und dessen Zeitraum umgesetzt werden können.

Entwicklung, Scoring und Diskussion ergänzter Instrumente

Am Nachmittag haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in vier Kleingruppen je zwei der neu vorgeschlagenen Instrumente zunächst konkreter ausgearbeitet bzw. weiterentwickelt und in der Gruppe vorgestellt. Anschließend haben die Kleingruppen gegenseitig ein Scoring der so vorgestellten Instrumente vorgenommen und abschließend im Plenum diskutiert. Im Rahmen der teilweise kontroversen Bewertung und Diskussion wurde deutlich, dass viele der vorgeschlagenen Maßnahmen nicht im Rahmen des Projekts umsetzbar sind. Hierzu gehören die Digitalisierung von Arbeitsprozessen und Organisation (E-Learning, digitale Dienstbesprechungen, digitale Dokumentation, etc.), das Angebot kostenloser ÖPNV-Angebote und die Bereitstellung von Parkplätzen in der Stadt, die Durchführung von Weiterbildungen für Führungskräfte (z. B. Kommunikations-, Edukations- und Beobachtungsfähigkeit), die Nutzung neuer Medien zum Aufbau einer Kommunikationsplattform (Übergaben, Dienstplanung/Tourenplanung, Wunschzettel, Dokumentation, …), Verbesserung des gesellschaftlichen Ansehens des Pflegeberufs, Umsetzung von Quartierskonzepten oder die Selbstorganisation als Personalkonzept („Modell Buurtzorg“).

Instrumente, die aus dem Workshop hervorgegangen sind und im Instrumentenkoffer Berücksichtigung gefunden haben, umfassen die Erfolgskommunikation, die Optimierung der Pflegeplanung und die Partizipation der Mitarbeitenden bei der Entwicklung von Qualitätszielen.

Endbewertung durch die Workshopteilnehmerinnen und -teilnehmer

Alle Teilnehmenden des Workshops hatten die Möglichkeit, in einer anonymen Live-Abstimmung ihre Bewertung der bisherigen Projektergebnisse auf einer Fünf-Punkte-Skala abzugeben. Hinsichtlich der fünf vorgegebenen Dimensionen ergab sich folgendes Bild:

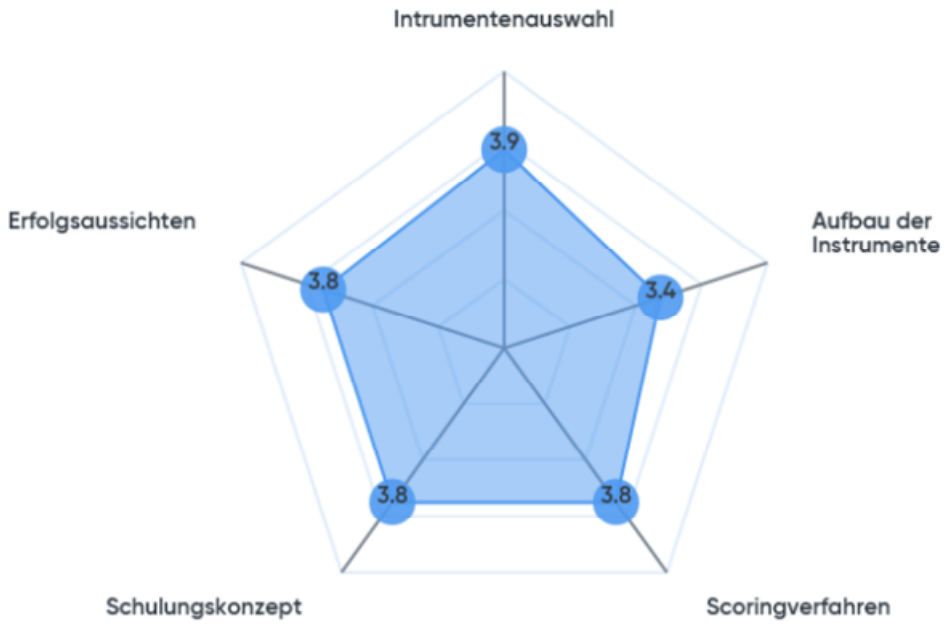

Abbildung 1: Bewertung des Projekts durch die Teilnehmenden des Workshops am 20. März 2019 in Münster

Im Nachgang des Workshops hatten alle Teilnehmenden die Möglichkeit, über eine Online-Plattform zu allen vorgestellten und ergänzten Instrumenten Kommentare und Bewertungen zu hinterlassen. Hiervon wurde kein Gebrauch gemacht.

Abschlussdiskussion

Der Input der Verbände hat gezeigt, dass die identifizierten Handlungsfelder und Instrumente deren Zustimmung finden. Allerdings bestehen zwischen der Wahrnehmung der Einrichtungen, die sich beworben haben, den Erkenntnissen aus Literatur und Beratungspraxis und der Sicht der Verbände Unterschiede bezüglich der Handlungsbedarfe. Die Einrichtungen und die Beratungspraxis orientieren sich in der Tendenz deutlich pragmatischer und fokussieren Handlungsbedarfe, die durch „koffertaugliche“ Instrumente adressiert werden können. Diese wurden von Verbandsvertreterinnen und -vertretern teilweise als „konventionell“ bezeichnet. Die Verbände haben politische und gesellschaftliche Makrobewegungen im Fokus und sind vielmehr auf die Gesamtentwicklungen der Pflege als auf die bereits bekannten Lösungsstrategien für einzelne Einrichtungen fokussiert.

5. Instrumentenkoffer

Auf Basis der Literaturrecherche, der Rückmeldungen der Verbände und der Einrichtungen, die sich beworben haben sowie aus der Beratungspraxis wurde im Rahmen von Phase I des Projekts eine Sammlung geeigneter Instrumente zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege erstellt. Diese Instrumente wurden in die identifizierten Handlungsfelder (Arbeitszeit, Arbeitsorganisation, Arbeitsort, Service, geldwerte Leistungen, Information und Kommunikation, Personalmanagement und Führungskompetenz) eingeordnet. Dabei wurde darauf geachtet, dass alle Handlungsfelder abgedeckt sind.

Anschließend wurden die Instrumente der Vorauswahl in strukturierten Workshops unter Beteiligung des FFPs und mehrerer erfahrener Beraterinnen und Berater der Altenhilfe einer Analyse unterzogen und mit einem für dieses Projekt entwickelten Scoring-Verfahren bewertet. Auf Grundlage dieser Bewertung wurde die finale Auswahl der Instrumente getroffen. Aus diesen können bedarfsgerechte und einrichtungsindividuelle Instrumentenkoffer zusammengestellt werden. Ziel dieser Instrumentenkoffer ist es, den Pflegeeinrichtungen bzw. leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein Instrumentarium an die Hand zu geben, mit dem sie eigenständig die Arbeitsbedingungen in ihrer Einrichtung verbessern können.

5.1. Scoring-Methode und Durchführung des Scorings

Das Scoring-Verfahren verfolgt drei Ziele. Erstens strukturiert es den Diskussionsprozess und stellt sicher, dass jedes in die finale Sammlung aufgenommene Instrument hinsichtlich aller relevanten Dimensionen analysiert wurde. Zweitens ermöglicht es eine objektivierte Priorisierung und Abwägung der einzelnen Instrumente und identifiziert drittens Instrumente, die nicht im Rahmen des Projekts umgesetzt werden können.

Das Scoring setzt sich aus elf Bewertungsdimensionen zusammen. Diese spiegeln die Eigenschaften wider, die ein geeignetes Instrument aufweisen muss, um dem Projektziel dienlich zu sein. Jedes diskutierte Instrument wurde von einer Expertengruppe aus mehreren erfahrenen Beraterinnen und Beratern von CURACON, sowie Mitarbeitenden des FFP hinsichtlich dieser Dimensionen auf einer fünfstufigen Skala bewertet. Nur Instrumente mit einem Mindestscore von 3 Punkten in jeder Bewertungsdimension wurden in die finale Instrumentensammlung aufgenommen. Ausnahmen bilden ergänzende Teilinstrumente, die einem ausreichend gut bewerteten Instrument aus inhaltlichen Gründen zugeordnet wurden. Um die einzelnen Instrumente innerhalb eines Handlungsfeldes gegeneinander abzuwägen, wurden die elf Scoringwerte zu einer Zahl verdichtet. Dabei gingen die Bewertungen zur „Koffertauglichkeit“, „Kostenneutralität“, „Relevanz“, „Wirksamkeit“ und „Zufriedenheit“ mit doppelter Gewichtung ein. Alle anderen Dimensionen wurden einfach gewichtet.

5.1.1. Scoring-Dimensionen

Im Folgenden werden die einzelnen Bewertungsdimensionen vorgestellt und die Bedeutung der Punkte-Skala anhand der minimalen, mittleren und maximalen Bewertung (ein, drei und fünf Punkte) erläutert.

Akzeptanz

Dieser Score bewertet die antizipierte Wahrnehmung bzw. Skepsis gegenüber dem Instrument bei Mitarbeitenden und Führung. Das Projekt dient als Pilot für einen bundesweiten Rollout. Die Wirksamkeit der einzelnen Instrumente wird im Rahmen der Evaluation in Phase III des Projekts untersucht. Dies ist nur möglich, wenn die vorgeschlagenen Instrumente überhaupt zu Anwendung kommen. Die Akzeptanz der Personen, die diese anwenden, ist dabei ein notwendiger Faktor.

Eine minimale Bewertung korrespondiert zur Aussage, dass die Wirkung und der Sinn des Instrumentes nur schwer zu vermitteln sind. Eine Bewertung von drei Punkten ist angebracht, wenn nach einer Erläuterung der Funktionsweise und Ziele des Instruments davon ausgegangen werden kann, dass die an der Umsetzung des Instruments beteiligten Personen dem Instrument offen gegenüberstehen. Eine Bewertung mit fünf Punkten bedeutet, dass der Nutzen des Instruments für Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter und Führungskräfte als offensichtlich eingeschätzt wird und mit einer hohen Akzeptanz bei der Umsetzung zu rechnen ist.

Erfolgswahrscheinlichkeit

Dieser Score fasst die Wahrscheinlichkeit zusammen, dass das Instrument bei Vorschlag im Instrumentenkoffer angenommen, erfolgreich umgesetzt und arbeitsbedingungsverbessernd wahrgenommen wird. Aufgrund der geringen Anzahl von 25 Pflegeeinrichtungen und einer hohen Anzahl möglicher Instrumente werden einzelne Instrumente ggf. nur in wenigen Einrichtungen als Ergebnis der Bedarfsanalyse vorgeschlagen. Eine hinreichende Erfolgswahrscheinlichkeit ist notwendig, um von der Umsetzung des zu bewertenden Instruments im Rahmen des Projekts ausgehen zu können.

Die Punkte-Skala übersetzt sich abschnittsweise linear auf geschätzte Erfolgswahrscheinlichkeiten. Ein Punkt korrespondiert zu 25 % geschätzter Erfolgswahrscheinlichkeit oder weniger. Eine mittlere Bewertung korrespondiert zu 70 %, die maximale Bewertung setzt eine geschätzte Erfolgsquote von über 90 % voraus.

Generalisierbarkeit

Die Grundidee der Instrumente ist, dass diese prinzipiell auf jede stationäre Einrichtung bzw. jeden ambulanten Dienst anwendbar sind, unabhängig von regionalen und unternehmensspezifischen Eigenschaften. Instrumente, die individuell zugeschnitten werden müssen, eignen sich für dieses Projekt somit nicht. Der Score gibt an, inwiefern das Instrument eine Allgemeingültigkeit für alle Einrichtungen mit passenden Bedarfen hat. Eine Spezialisierung auf ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen ist dabei zugelassen und wird in diesem Score nicht berücksichtigt.

Die Bewertung mit einem Punkt bedeutet bei dieser Dimension, dass es schwer möglich ist, die notwendigen individuellen Anpassungen bei Anwendung des Instruments in einem allge-

meingültigen Instrumentenkoffer abzubilden. Eine mittlere Bewertung bedeutet, dass eine individuelle Anpassung des Instruments zwar nötig ist, diese aber durch eine geschickte Gestaltung des Instruments (Freiheiten, generische Formulierungen) allgemein abbildbar ist. Die maximale Bepunktung erlangen Instrumente, die in der Regel ohne Anpassung für jede Pflegeeinrichtung anwendbar sind.

Umsetzbarkeit

Die teilnehmenden Einrichtungen bzw. umsetzenden leitenden Mitarbeitenden sind in ihren Handlungsmöglichkeiten und -fähigkeiten eingeschränkt. Die erfolgreiche Umsetzung hängt maßgeblich von den umsetzenden Personen ab. Dieser Score bewertet, wie realistisch eine Umsetzung mit den Handlungsmöglichkeiten einer Führungskraft einer kleinen oder mittelgroßen Pflegeeinrichtung ist.

Ist es den umsetzenden Mitarbeitenden im Rahmen des typischen Handlungsspielraums nicht möglich dieses Instrument umzusetzen, wird es mit einem Punkt bewertet. Eine Bepunktung mit drei Punkten bedeutet, dass die Umsetzung des Instruments für die Einrichtungsleitung prinzipiell möglich ist, diese aber vor große Herausforderungen stellt. Ist das Instrument für eine typische Führungskraft einer Pflegeeinrichtung gut verständlich und die Umsetzung liegt im Rahmen ihres üblichen Gestaltungsspielraums, wird das Instrument mit fünf Punkten bewertet.

Koffertauglichkeit

Dieser Score bewertet, wie gut sich das Instrument als ein autodidaktisch erschließbares Element des Instrumentenkoffers aufbereiten lässt. Ziel des Instrumentenkoffers ist, es die leitenden Mitarbeitenden zu befähigen, möglichst selbstständig die vorgeschlagenen Maßnahmen umzusetzen. Dazu ist es notwendig, dass diese in Form eines gedruckten Leitfadens adäquat aufbereitet werden können.

Nicht ausreichend und zur niedrigsten Bepunktung korrespondierend sind Instrumente, welche einer umfangreichen Erläuterung und individuellen Anpassung sowie einer mehrtägigen Begleitung durch eine erfahrene Beraterin bzw. einen erfahrenen Berater bedürfen. Eine mittlere Bepunktung kommt Instrumenten zu, die zwar auf die Einrichtung angepasst werden müssen und bei denen einige Erläuterungen bzw. Unterstützung durch eine Beraterin bzw. einen Berater ratsam sind, die sich aber prinzipiell auch in einem Leitfaden geeignet darstellen lassen. Optimal und mit einer Bewertung von fünf Punkten versehen werden Instrumente, die sich auf einfache Weise durch gedrucktes Material darstellen und erschließen lassen.

Kostenneutralität

Insbesondere aus den zahlreichen Telefonaten mit interessierten Pflegeeinrichtungen ist deutlich geworden, dass obwohl der Bedarf und die Bereitschaft zur Teilnahme sehr groß sind, der Einsatz finanzieller Mittel stark eingeschränkt ist. Instrumente, die bei der Umsetzung signifi-

kante, finanzielle Kosten verursachen, haben kaum Aussichten auf eine Umsetzung im Rahmen dieses Projekts und wurden deswegen von vornherein ausgeschlossen. Der Score „Kostenneutralität“ bewertet die Mehrkosten, die der Einrichtung durch die Einführung des Instruments entstehen.

Auszuschließen und mit einem Punkt zu bewerten sind Instrumente, für deren Anwendung die Einrichtung neben personellen Ressourcen auch signifikante finanzielle Ressourcen bereitstellen muss. Eine mittlere Bewertung mit drei Punkten ist für Instrumente vorgesehen, die zwar (punktuell) zusätzliche personelle Ressourcen beansprucht, aber nur wenige finanzielle Ressourcen. Fünf Punkte korrespondieren zu Instrumenten, die nur unwesentlich finanzielle und personelle Ressourcen in Anspruch nehmen.

Nachhaltigkeit

Die Nachhaltigkeit als Kriterium versteht sich als Qualitätsanspruch an die Instrumente. Kurzzeitig wirkende Maßnahmen mögen zwar zu einer positiven Evaluation am Ende der Projektumsetzung führen, stehen aber im Widerspruch zum angezielten Nutzen des Projekts und müssen ausgeschlossen werden. Der Score „Nachhaltigkeit“ bewertet, wie langfristig eine erwartete Veränderung wirkt, falls das Instrument erfolgreich umgesetzt wird.

Ein Punkt korrespondiert zu der Erwartung, dass ein Jahr nach Umsetzung des Instruments kein Effekt mehr wahrgenommen werden kann. Eine mittlere Bepunktung setzt voraus, dass das Instrument prinzipiell auf eine dauerhafte Verbesserung der Arbeitsbedingungen abzielt. Eine Abschwächung dieses Effekts über die Zeit ist allerdings nicht auszuschließen. Optimal und mit fünf Punkten zu versehen sind Instrumente, die bei erfolgreicher Implementierung die Arbeitsbedingungen dauerhaft verbessern.

Relevanz

Unter der Vielzahl möglicher Instrumente gibt es einige (kleinere) Maßnahmen, welche für sich genommen die meisten Gütekriterien erfüllen, aber in ihrer Bedeutung für die Mitarbeitenden von Pflegeeinrichtungen einen zu vernachlässigenden Effekt haben. Da in einigen Handlungsfeldern eine hohe Anzahl von Instrumenten zur Adressierung der gleichen Symptomatik bestehen, muss hier eine Abwägung der Instrumente gegeneinander vorgenommen werden. Weniger relevante Instrumente sollen schon durch das Scoring niedriger bewertet werden, als solche mit hoher Relevanz für die Mitarbeitenden von Pflegeeinrichtungen. Der Score „Relevanz“ bewertet, welchen Stellenwert das Instrument bzw. das hintergründige Symptom für die Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen hat.

Ein Punkt in dieser Dimension bedeutet, dass das adressierte Problem in der Regel weder von den Mitarbeitenden noch von leitenden Angestellten wahrgenommen wird. Eine mittlere Bewertung korrespondiert dazu, dass der zugrundeliegende Handlungsbedarf von den Einrichtungen, Berufsverbänden oder der Literatur als relevant geschildert wird. Die maximale Punktzahl erhalten Instrumente, bei denen das Problem, welches durch das Instrument gelöst wird

zu den am häufigsten geäußerten Problemen im Bereich der Arbeitsbedingungen in der Pflege gehört.

Wirksamkeit

Im Rahmen der Evaluation in Phase III des Projekts soll überprüft werden, ob eine Wirksamkeit der Instrumente nachgewiesen werden kann. Diese ist Voraussetzung für einen bundesweiten Rollout. Im Umkehrschluss ist es sinnvoll, nur Instrumente im Projekt einzusetzen, von denen prinzipiell eine positive Wirkung auf die Arbeitsbedingungen bzw. die wahrgenommene Arbeitszufriedenheit erwartet werden kann. Der zugehörige Score bewertet, inwiefern das vorgeschlagene Instrument als wirksam wahrgenommen wird.

Eine minimale Bewertung bedeutet, dass es sowohl in der Literatur als auch in der Beratungspraxis keine Anhaltspunkte oder positive Erfahrungen für die Wirksamkeit des Instruments gibt. Eine mittlere Bewertung wird Instrumenten beigemessen, von denen in der Literatur oder aus der Beratungspraxis erfolgreiche Umsetzungen bekannt sind. Mit fünf Punkten bewertet werden Instrumente, für die zahlreiche positive Wirkerfahrungen aus Beratungspraxis oder Forschung bekannt sind.

Zeit

Nur Instrumente, die im Rahmen von wenigen Monaten umgesetzt werden können und ihre Wirkung entfalten, können im Projekt positiv evaluiert werden und so zu einem Erkenntnisgewinn und einem bundesweiten Rollout positiv beitragen. Der Score „Zeit“ bewertet, wie realistisch eine Umsetzung im zeitlichen Rahmen des Projekts ist.

Einen Punkt erhalten Instrumente, deren Umsetzung mindestens einen Zeitraum von einem Jahr in Anspruch nehmen, bevor eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen wahrnehmbar ist. Mit drei Punkten sind Instrumente zu bewerten, deren typischer Umsetzungszeitraum und Eintritt der Wirkung bei unter einem halben Jahr liegt. Fünf Punkte korrespondieren zu Instrumenten die sich binnen weniger Tage anwenden lassen und ihre Wirkung zeitnah nach der Einführung entfalten.

Zufriedenheit

Im Zentrum des Projekts steht die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege. Hiermit korrespondiert die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden. Der Score „Zufriedenheitseffekt“ bewertet, wie hoch der antizipierte Effekt auf die Mitarbeitendenzufriedenheit bei erfolgreicher Umsetzung des Instruments ist.

Bei Instrumenten mit einer Bewertung von einem Punkt ist die Auswirkung auf die Zufriedenheit der Mitarbeitenden unklar oder negativ. Eine mittlere Bewertung wird Instrumenten zugesprochen, bei denen eine Steigerung der Mitarbeitendenzufriedenheit zu erwarten ist. Eine deutliche Steigerung der Mitarbeitendenzufriedenheit ist bei Instrumenten so gut wie sicher, die eine Bewertung von fünf erhalten haben.

5.1.2. Durchführung des Scorings

In vier Workshops und nachgelagerten Telefonaten zu den später ergänzten Instrumenten mit Mitarbeitenden des FFP und Altenhilfeexpertinnen und -experten von Curacon wurden alle gesammelten Instrumente diskutiert und bewertet. Dabei wurde zunächst ein gemeinsames Verständnis für eine mögliche Aufbereitung und Umsetzung des Instruments geschaffen und dann entlang der oben genannten Bewertungsdimensionen analysiert, ob das Instrument für das Projekt geeignet ist.

Eine Liste aller final zusammengestellten und bewerteten Instrumente, deren Aufteilung auf Leitfäden, Handlungsfelder und Dimensionen findet sich in Anhang B.

5.2. Aufbereitung der ausgewählten Instrumente

Die Instrumente sind in Form von Leitfäden aufgearbeitet. In der Regel erläutert ein Leitfaden ein Instrument. Ausnahmen bilden die Leitfäden „Kommunikation mit Beschäftigten und Angehörigen“, „Entwicklung und Qualifizierung“ sowie „Personalgewinnung“ in denen jeweils mehrere verwandte Instrumente zusammengefasst erläutert werden.

Die Formulierung und der Aufbau der Leitfäden sind so gestaltet, dass es den umsetzenden leitenden Beschäftigten einen schnellen und verständlichen Einblick in das Instrument und dessen Anwendung gibt. Auf eine akademische Fachsprache wurde bewusst verzichtet, Anleitungen und Tipps sind auf die wesentlichen Punkte beschränkt.

Die Leitfäden beginnen in der Regel mit einer motivierenden Zusammenfassung, worum es bei den empfohlenen Maßnahmen geht. Um die Motivation der Einrichtungsleitungen zur nachhaltigen Implementation der Maßnahmen zu erhöhen, werden hierbei auch die möglichen betriebswirtschaftlichen Effekte für die Unternehmen aufgezeigt. Anschließend wird in praktischen Schritten und ggf. Beispielen erläutert, wie das Instrument angewendet werden kann. Typischerweise enden die Leitfäden mit Hinweisen auf relevante Rechtsbereiche, weitergehende Informationen oder themenverwandte Leitfäden. Wo sinnvoll, schließt der Leitfaden mit einer Checkliste ab.

Alle Leitfäden wurden vom FFP erstellt und von Beraterinnen bzw. Beratern der Curacon GmbH, sowie einer Fachanwältin für Arbeitsrecht der Curacon Rechtsanwaltsgesellschaft überarbeitet. Anschließend wurden die Instrumente grafisch aufgearbeitet und entlang der Handlungsfelder mit einer Farblogik versehen. Leitfäden des gleichen Handlungsfeldes sind anhand der gleichen Farbe und des gleichen Umschlagbildes zu erkennen.

Den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen werden die für sie vorgeschlagenen Instrumente in einer Fächermappe mitsamt einer kurzen Begründung für die Auswahl zur Verfügung gestellt. Sie bekommen überdies alle weiteren Leitfäden in physischer und in digitaler Form als PDF-Dateien auf einem USB-Stick übergeben. Ein Foto der Fächermappe ist in Anhang E zu finden.

6. Vorbereitung des Pilots

Die zweite Phase des Projekts dient als Pilot für einen bundesweiten Rollout und umfasst die Schulung und Umsetzungsbegleitung der 25 teilnehmenden Unternehmen bei der Anwendung der Instrumente. Die Konzeption des Pilots ist Teil der Phase I. Im Folgenden wird zunächst der Prozess und das Ergebnis der Teilnehmendenakquise dargestellt, anschließend wird die Implementationsstrategie inklusive der Konzepte für Bedarfserhebung, Schulung und Umsetzungsbegleitung vorgestellt.

6.1. Akquise und Auswahl der Pflegeeinrichtungen

Ziel der Teilnehmendenakquise war es, eine möglichst heterogene Gruppe von interessierten Pflegeeinrichtungen für das Projekt zu gewinnen. Diese sollen bei sich einen Bedarf bzgl. der Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen sehen und bereit sein, diesen mithilfe vorgeschlagener Instrumente zu adressieren.

6.1.1. Ansprache potenzieller Teilnehmender

Die Ansprache interessierter Pflegeeinrichtungen ist über vier Wege erfolgt. Als erster Kanal sind die Kontakte und Informationsaktivitäten der Geschäftsstelle des Pflegebevollmächtigten zu nennen. Hier hatten sich bereits im Vorfeld interessierte Pflegeeinrichtungen gemeldet, deren Kontakte weitergeleitet wurden. Überdies wurde über die Internetpräsenz und eine Informationsveranstaltung des Pflegebevollmächtigten für das Projekt geworben.

Als zweites wurden mehr als 30 Bundesverbände im Rahmen des Austausches zum Projekt aufgerufen, ihre Mitglieder und Kontakte über das Projekt zu informieren und geeigneten Einrichtungen das adressatengerechte Anschreiben mitsamt Projektskizze zukommen zu lassen. Der dritte Weg umfasste eine Vielzahl medialer Kanälen. Neben einer Pressemitteilung, die in verschiedenen Fachmedien aufgegriffen wurde, wurde der Curacon Newsletter „Sozialwesen“ (über 2.500 Empfängerinnen und Empfänger) genutzt, um die Einladung einer großen Gruppe möglicher Kandidatinnen und Kandidaten zuzustellen. Als weiteres Element wurde eine umfassende Informationsseite auf der Curacon Homepage eingerichtet, um alle Interessierte mit Hintergrundinformationen zu versorgen. Durch den Bereich „häufig gestellte Fragen“ konnte zudem auf eingehende Fragen effizient reagiert werden.

In den Einladungen und auf der Informationsseite wurde auf eine Bewerbungsplattform verlinkt. Neben Strukturmerkmalen (Rechtsform, Trägerart, Anzahl betreuter Klientinnen und Klienten, Mitarbeitendenzahl u. ä.) und den Kontaktdaten wurden bei der Bewerbung selbstwahrgenommene Handlungsbedarfe und Erwartungen an das Projekt abgefragt. Darüber hinaus wurde bereits im Bewerbungsprozess von den Geschäftsführungen bzw. Einrichtungsleitungen in Form eines kurzen vorformulierten Letter of Intent die Bereitschaft zugesichert, die Bedarfsanalyse, die Schulungen, die Umsetzung der vorgeschlagenen Instrumente, die Vor-Ort-Beratung und die Evaluation durch das BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit zu unterstützen bzw. zu ermöglichen.

6.1.2. Verteilung der Interessenten bzgl. relevanter Merkmale

In Summe haben sich 176 Unternehmen für eine Teilnahme am Projekt beworben. Darunter sind Einrichtungen verschiedener Trägerart, Versorgungsart, Rechtsform und Größe aus allen Bundesländern. Darüber hinaus haben sich viele Einrichtungen telefonisch gemeldet, die die Teilnahmekriterien nicht erfüllen und sich erkundigt, ob es eine andere Möglichkeit zur Teilnahme am Projekt oder einem möglichen Nachfolger gibt.

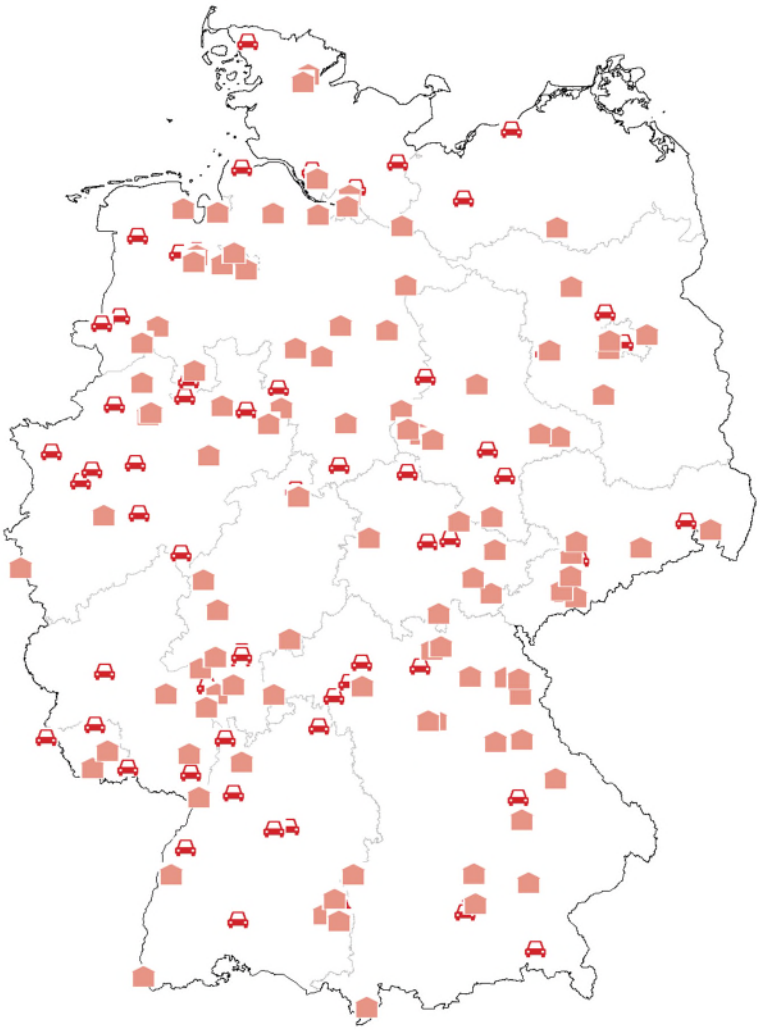

Abbildung 2: Geografische Verteilung der Bewerberinnen und Bewerber zur Teilnahme am Projekt. Autos stellen ambulante Dienste dar, Häuser stationäre Einrichtungen. Verschiebungen im Vergleich zu den 25 teilnehmenden Einrichtungen ergeben sich aus Korrekturen der Kontaktdaten (bspw. weil Verwaltungssitz und Einrichtungsadresse unterschiedlich sind).

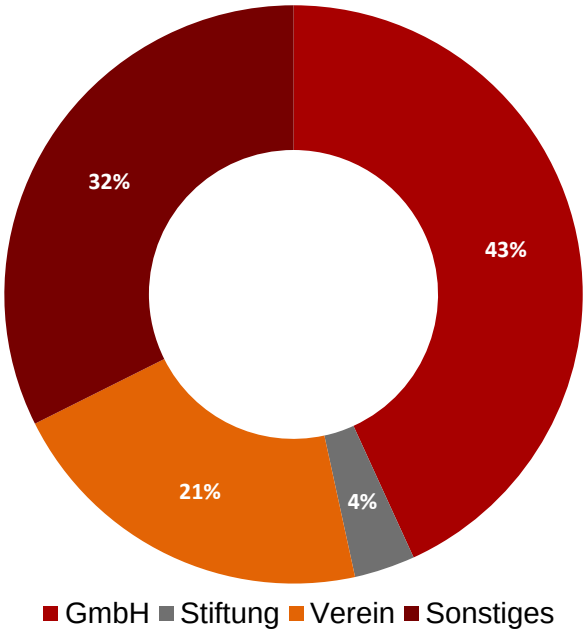

Abbildung 3: Verteilung der Bewerberinnen bzw. Bewerber nach angegebener Rechtsform

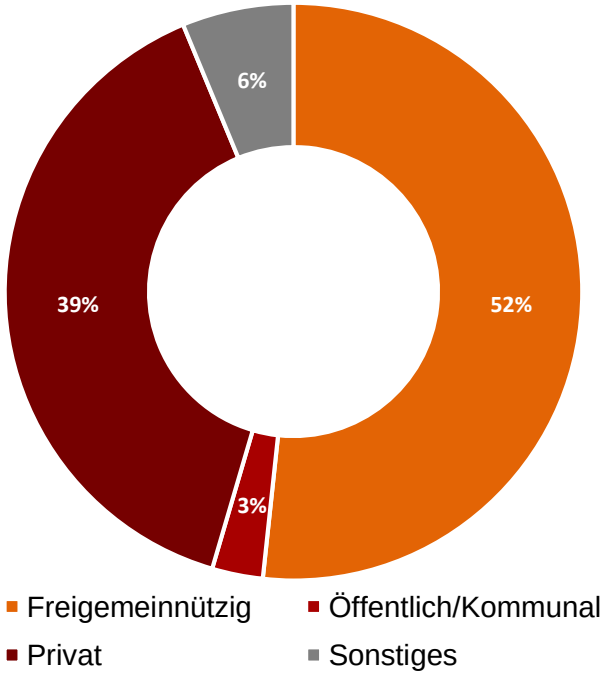

Abbildung 4: Verteilung der Bewerberinnen bzw. Bewerber nach angegebener Trägerart

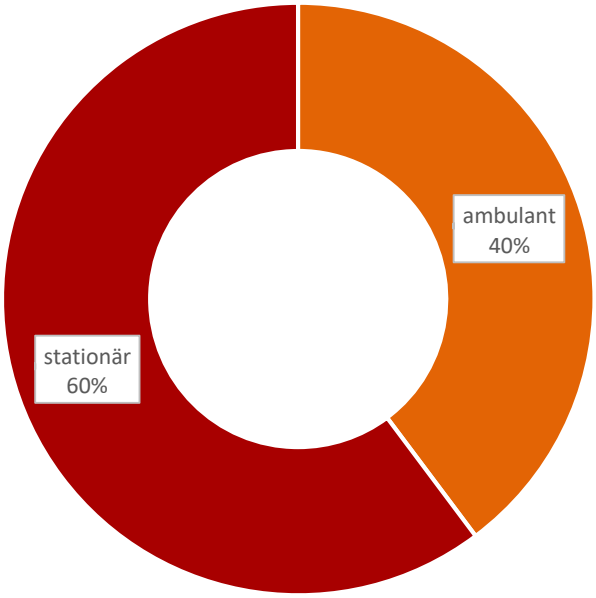

Abbildung 5: Verteilung der Bewerberinnen und Bewerber nach angegebener Versorgungsart

Die meisten Einrichtungen aus dem Bewerberfeld sind als GmbH oder Einzelunternehmen (in Sonstiges enthalten) konstituiert oder in der Trägerschaft eines Vereins.

Die Mehrheit der Bewerberinnen bzw. Bewerber sind in freigemeinnütziger Trägerschaft, 40 % der Einrichtungen befinden sich in privater Trägerschaft, lediglich 3 % in öffentlicher Hand.

Das Verhältnis von stationären zu ambulanten Pflegeeinrichtungen im Bewerberfeld beträgt 3 zu 2.

6.1.3. Auswahl der 25 Pflegeeinrichtungen

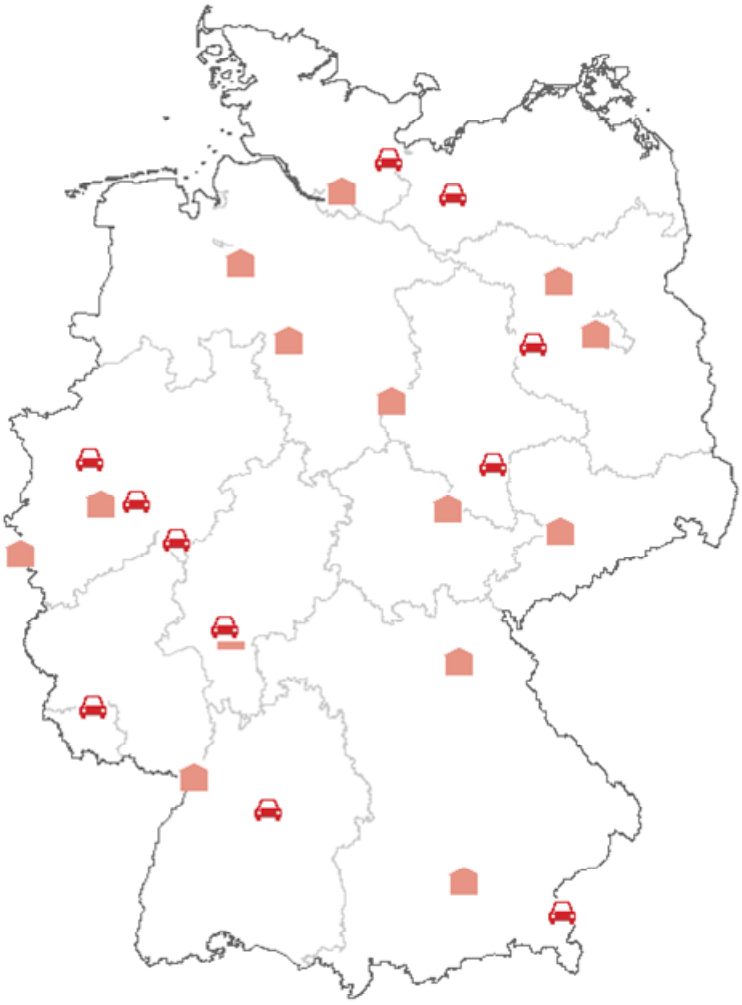

Abbildung 6: Geografische Verteilung der 25 teilnehmenden Pflegeeinrichtungen am Projekt. Autos stellen ambulante Dienste dar, Häuser stationäre Einrichtungen.

Die Auswahl der 25 Pflegeeinrichtungen aus der Gesamtheit der 176 Bewerberinnen und Bewerber wurde so gestaltet, dass eine hohe Heterogenität in vorgegebenen Strukturmerkmalen

sichergestellt wurde. Hierfür wurden für die Verteilung der Merkmale Trägerart, Grad der Verstädterung, Bundesland und Versorgungsart Korridore definiert, die als notwendige Bedingung für eine mögliche Auswahl gesetzt waren. So wurde insbesondere festgelegt, dass aus jedem Bundesland mindestens eine teilnehmende Einrichtung kommen muss oder, dass es mindestens 10 Einrichtungen in privater, 10 in freigemeinnütziger Trägerschaft und eine Einrichtung der öffentlichen Hand es in die Auswahl schaffen müssen. Die Auswahl geschah mit einem sogenannten „Las Vegas"-Algorithmus, der so lange 25 Einrichtungen aus der Gesamtmenge gezogen hat, bis eine Kriterien-erfüllende Auswahl erstellt wurde. Einrichtungen mit besonderem Status wie solitäre Kurzzeitpflege oder anbieterverantwortete Wohngemeinschaften, die im Vorfeld mit der Geschäftsstelle des Pflegebevollmächtigten abgestimmt wurden und als besonders interessant identifiziert wurden, wurden vorab gesetzt.

Die so entstandene Auswahl wurde nachträglich angepasst, da fünf Einrichtungen nach der Zusage von ihrer Bewerbung aus Krankheitsgründen, Verstoß gegen die Größenbeschränkungen oder persönlichen Gründen zurückgetreten sind. Bei der Ersetzung dieser Einrichtungen wurde versucht, möglichst eigenschaftstreu zu ersetzten. Hierbei wurde die Heterogenität in der Verteilung über die Bundesländer am höchsten priorisiert.

Nach der Zusage zur Teilnahme am Projekt wurden alle Pflegeeinrichtungen gebeten, einen „Letter of Intent" und eine „Vereinbarung über Geheimhaltung und den Schutz personenbezogener Daten" zu unterschreiben. In diesem Rahmen wurde offensichtlich, dass einzelne Einrichtungen zumeist in freigemeinnütziger Trägerschaft zwar organisatorisch eigenständig sind, aber rechtlich zu einem Träger gehören, der die formalen Größenbeschränkungen nicht erfüllt. Da die organisatorische Unabhängigkeit dem Gedanken des Projektziels zugrunde liegt, wurde in Abstimmung mit der Geschäftsstelle des Pflegebevollmächtigten für diese Fälle eine Abweichung der Größenbeschränkung gewährt. Um eine Unterstützung der überliegenden Gesellschaft, bzw. deren Geschäftsführung zu gewährleisten, wurde ein erweiterter Letter of Intent erstellt. Die in diesem Abschnitt genannten Dokumente sind dem Abschlussbericht als Anhang C beigefügt.

6.1.4. Verteilung der 25 Pflegeeinrichtungen bzgl. relevanter Merkmale

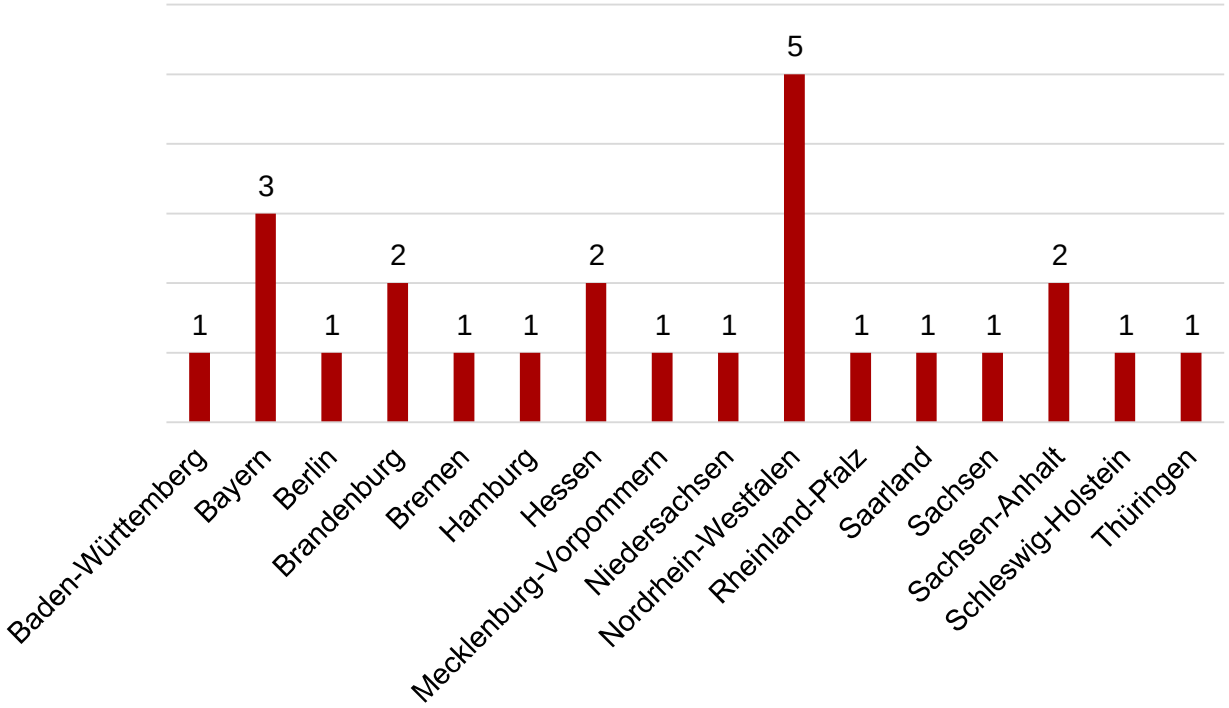

Abbildung 7: Verteilung der 25 teilnehmenden Einrichtungen auf die Bundesländer

Durch das oben beschriebene Verfahren sichergestellt und durch die Absagen nur vernachlässigbar verändert, zeichnet sich die Gesamtheit der 25 ausgewählten Einrichtungen durch eine hohe Heterogenität in den vorgegebenen Strukturmerkmalen aus. Alle Bundesländer sind vertreten, wobei aus den zwei bevölkerungsreichsten Bundesländern mehr Einrichtungen kommen. Über die restlichen Bundesländer ist die Zahl der teilnehmenden Einrichtungen relativ gleichmäßig verteilt. Einer proportionalen Verteilung anhand der Bevölkerung wurde zugunsten eines Vorkommens von Einrichtungen aus jedem Bundesland verzichtet.

Mit Blick auf die Verteilung nach Grad der Verstädterung gibt es eine Überproportionalität der städtischen Pflegeeinrichtungen. Konkret teilt sich die Auswahl auf 9 Einrichtungen im ländlichen Raum (davon 3 ambulant und 6 stationär) und 16 Einrichtungen im städtischen Raum (davon 8 ambulant und 8 stationär) auf. In Summe nehmen 11 ambulante Dienste und 14 stationäre Einrichtungen teil.

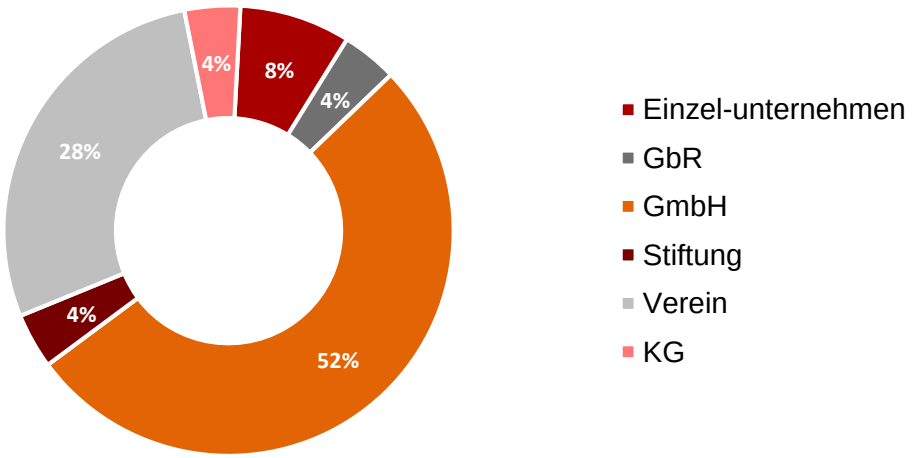

Abbildung 8: Verteilung der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen nach angegebener Rechtsform

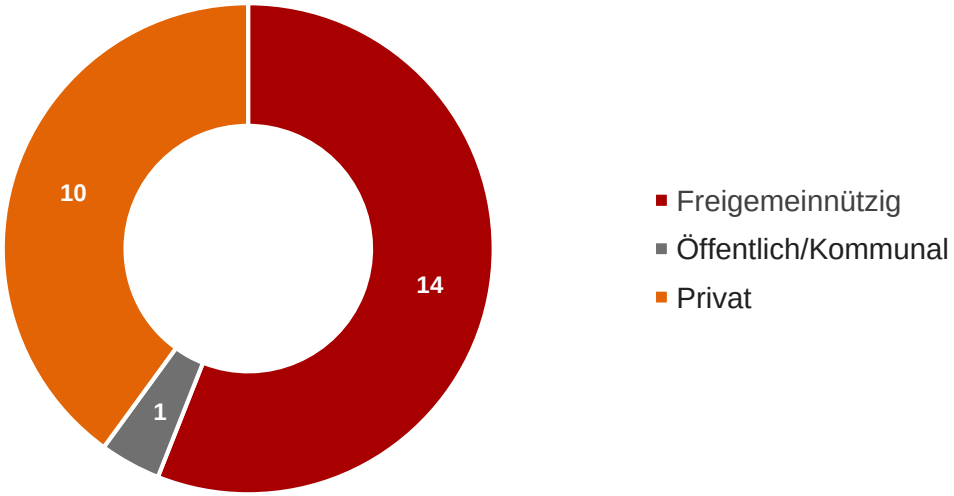

Abbildung 9: Verteilung der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen nach angegebener Trägerart

6.2. Implementationsstrategie

Die Implementation besteht aus vier Schritten: Bedarfsanalyse, Schulung, begleitete Umsetzung und Monitoring.

6.2.1. Bedarfsanalyse

In der Bedarfsanalyse wird jede Einrichtung hinsichtlich der individuellen Bedürfnisse und Gegebenheiten untersucht und die passenden Instrumente für die jeweilige Einrichtung abgeleitet. Dabei liegen drei Informationsquellen für eine IST-/SOLL-Analyse vor, die sowohl die subjektive Wahrnehmung der einzelnen Mitarbeitenden und Führungskräfte widerspiegelt, als auch Strukturinformationen über die Pflegeeinrichtung berücksichtigt.

Über einen Onlinefragebogen, der von der Einrichtungsleitung bzw. der für das Projekt verantwortlichen Person ausgefüllt wird, werden sachliche Informationen über die Pflegeeinrichtung gesammelt. In leitfadengestützten Interviews mit leitenden Mitarbeitenden und ggf. der Geschäftsführung, Einrichtungsleitung oder Pflegedienstleitung werden aktuelle Problemfelder und Handlungsbedarfe identifiziert. Diese Wahrnehmung wird mit den Ergebnissen einer papierbasierten Mitarbeitendenbefragung abgeglichen und ergänzt. Die Fragen der Strukturerhebung, den Interviewleitfaden sowie den Fragebogen der Mitarbeitendenbefragung finden sich in Anhang D.

Die Strukturerhebungen und Mitarbeitendenbefragung wurden dabei mit dem BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit abgestimmt und enthalten neben den für die Bedarfsanalyse relevanten Fragen auch alle für die T0-Befragung der Evaluation relevanten Fragen. Ein gemeinsames Vorgehen sollte dabei zur Reduktion des bei den Einrichtungen auftretenden Aufwands im Rahmen des Projekts und einer erhöhten Bereitschaft zu Beantwortung bzw. einer erhöhten Rücklaufquote führen. Beide Befragungen wurden mit passenden Informationsmails und Begleitschreiben versendet. Insbesondere auf die Anonymität und den Sinn der Befragung wurde im Detail eingegangen.

6.2.2. Schulungen

An die Bedarfsanalyse schließen sich die Schulungen an. In den Schulungen werden neben allgemeinen Erklärungen zum Projektverlauf und der Sensibilisierung für die Thematik typische Problemstellungen und deren Auswirkungen erläutert. Den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen werden alle Instrumente in Kürze vorgestellt. Anhand von Fallbeispielen werden die Teilnehmenden im Umgang mit dem Instrumentenkoffer geschult.

Die Schulungen fanden mit durchschnittlich vier bis fünf Unternehmen einer Region zentral in dieser Region statt. Im Pilotprojekt waren die Schulungsorte Hannover, Ratingen, Darmstadt, Berlin, Leipzig und Nürnberg. Die An- und Abreise zum nächstgelegenen Schulungsort war für die meisten Einrichtungen am selben Tag möglich und die Schulung mit einem vertretbaren Aufwand verbunden. Jede Einrichtung entsendet in der Regel zwei Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren aus der Geschäftsführung, Pflegedienstleitung oder Leitung des ambulanten

Dienstes. Teil der Schulung ist ebenfalls, einen nachhaltigen Austausch zwischen den beteiligten Einrichtungen einer Region anzuregen.

In den Schulungen werden den Einrichtungen ihre individuellen Instrumentenkoffer mit den für sie abgeleiteten Maßnahmen übergeben. Den Einrichtungen werden überdies auch alle weiteren Leitfäden zur Verfügung gestellt, um die Betrachtung und Umsetzung angrenzender Themen- bzw. Problemfelder zu ermöglichen. Der Erfolg der einzelnen Maßnahmen hängt in hohem Maße von der intrinsischen Motivation der Umsetzenden ab. Im Zweifel wird von der Instrumentenempfehlung abgewichen, wenn sich herausstellt, dass die umsetzenden Mitarbeitenden vom Erfolg anderer Instrumente stärker überzeugt sind.

6.2.3. Umsetzungsbegleitung

An die Schulungen schließen sich die individuelle Begleitung, Anleitung und Unterstützung der teilnehmenden Unternehmen bei der Umsetzung der Maßnahmen an. Hierzu wird eine erfahrene Beraterin bzw. ein erfahrener Berater drei Tage vor Ort in der Einrichtung die Veränderungsprozesse unterstützen und die nachhaltige Implementierung der Maßnahmen sichern. Diese drei Tage finden in der Regel im Abstand von ca. einem Monat statt. In ausgewählten Einrichtungen und in Abstimmung mit der Einrichtung selbst finden diese intensiv „en bloc“ statt.

Grundlage der Umsetzungsbegleitung in den einzelnen Einrichtungen ist der systemische Ansatz. Ein Thema bzw. eine oder mehrere Maßnahmen mit definierter Zielsetzung werden nicht isoliert für sich betrachtet, sondern immer im Kontext des gesamten Systems. In der Beratung vor Ort wird anhand der individuellen Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe vor allem auf Erfolgsmodelle zurückgegriffen, die die ausführenden Beraterinnen bzw. Berater selbst in vergleichbaren Projekten nutzen konnten bzw. aus Beratungseinsätzen generiert haben.

Fester Bestandteil ist dabei zunächst ein „Kick-Off-Gespräch“ mit den Projektverantwortlichen vor Ort. Eine Umgestaltung kann nur aus dem Unternehmen selbst aus einer intrinsischen Motivation heraus gelingen. Durch die Lösungsorientierung der Beratung wird die Umsetzung und Reflexion der individualisierten Maßnahmenpläne unterstützt und so die Umgestaltung bewirkt. Weiterhin geben die Beraterinnen bzw. Berater bei Bedarf Hilfestellung durch verschiedene Beratungs- und Coachingmethoden, die sich in ihrer berufspraktischen Erfahrung bereits als erfolgreich herausgestellt haben.

6.2.4. Weitere Unterstützung

Jeder Einrichtung ist eine feste Ansprechperson zugewiesen, bei der es sich um die Beraterin bzw. den Berater aus den Vor-Ort-Terminen handelt. Um einen engen Kontakt zu gewährleisten, sind diese für die gesamte Projektlaufzeit telefonisch erreichbar und stehen als „Patinnen und Paten“ zwischen und nach den Vor-Ort-Terminen zur Verfügung. Die Patinnen und Paten geben bei Problemen und Beratungsbedarf Hilfestellung. Spätestens acht Wochen nach dem letzten Vor-Ort-Termin findet ein Rückgespräch zur überwachten Umsetzung statt. Das Projekt

und die Betreuung durch die Beraterinnen bzw. Berater endete, mit der Ausnahme einer Einrichtung bei der es zu einer nicht vermeidbaren Terminverschiebung des letzten Beratungstermins kam, mit der Fertigstellung des Abschlussberichts am 7. November 2019

7. Bedarfsanalyse

Die im Projekt durchgeführten Bedarfsanalysen basieren auf drei Elementen: Der Strukturbefragung, der Mitarbeitendenbefragung und den Interviews von Führungskräften. Dieser dreigliedrige Ansatz erlaubte es, die faktischen Gegebenheiten, die subjektive Wahrnehmung der Führungskräfte und die Sicht der Mitarbeitenden zu differenzieren.

Die Umsetzung der drei Elemente und zusammenfassende Ergebnisse werden in den folgenden drei Unterkapiteln dargestellt. In den Grafiken, welche die Verteilung der Antworten darstellen, sind Antwortkategorien im Originalwortlaut angegeben. Aus Gründen der Lesbarkeit wurde dort auf eine genderkonforme Formulierung verzichtet.

Anschließend wird erklärt, wie im Projekt aus den Ergebnissen Handlungsempfehlungen in Form von Leitfadenvorschlägen abgeleitet wurden. Das Kapitel schließt mit einem Fazit zur Bedarfserhebung.

7.1. Strukturbefragung

Ziel der Strukturbefragung war es, die wesentlichen faktischen Eigenschaften der Einrichtungen zu erfassen, die Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen haben können und Aufschlüsse über den Gesamtkontext der Einrichtung liefern. Die Fragen in der Strukturerhebung wurden in enger Abstimmung mit dem BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit entwickelt und umfassen neben den Fragen für die eigentliche Bedarfserhebung auch alle für die Evaluation des Pilots notwendigen Strukturfragen. Die Befragung wurde online vom 09.05. bis zum 21.05.2019 durchgeführt und beinhaltet die fünf Themenbereiche „Allgemeine Merkmale der Einrichtung/des Pflegedienstes“, „Externe Dienstleistungen“, „Arbeitsbedingungen“, „Arbeitsorganisation“ und „Mitarbeitendenakquise“ mit rund 90 abgefragten Einzelmerkmalen. Der gesamte Fragebogen, der je Versorgungsart differenziert wurde, findet sich in Anhang D. Die Strukturbefragung wurde durch die Hauptansprechperson der Einrichtung (zumeist die Einrichtungsleitung oder Pflegedienstleitung) online ausgefüllt. In den folgenden Unterkapiteln werden die Ergebnisse der Strukturbefragung über alle Einrichtungen aggregiert vorgestellt.

7.1.1. Allgemeine Merkmale der Einrichtung/des Pflegedienstes

Der Pflegegradmix und die sich daraus ableitende Pflegeintensität geben Aufschluss über die Arbeitsintensität und erste Hinweise auf einen geeigneten Qualifikationsmix. Schieflagen führen dabei häufig zu angespannten Arbeitsbedingungen.

Nach Trägerart geclustert entspricht die Verteilung der Pflegegrade in etwa dem Bundesdurchschnitt. Im ambulanten Bereich sind einzig die Pflegegrade eins und fünf leicht überrepräsentiert.

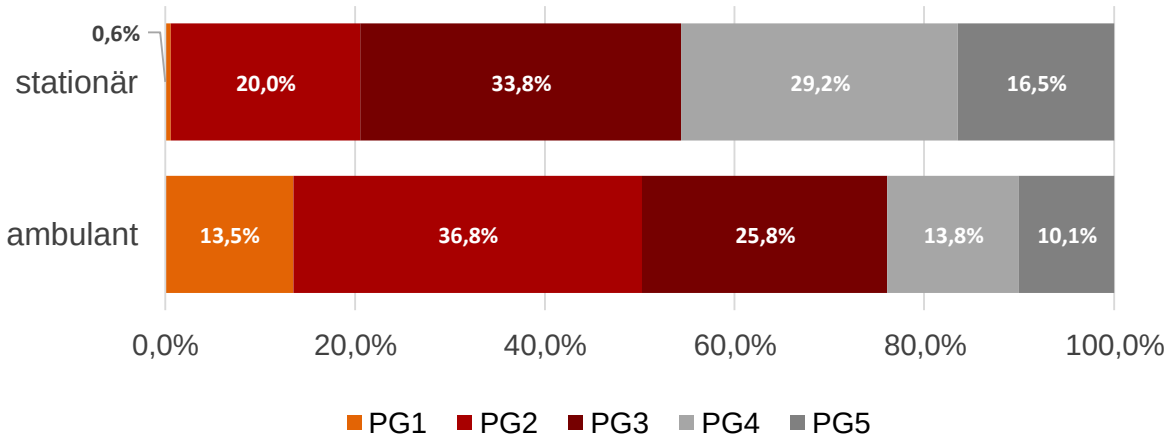

Abbildung 10: Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Merkmale der Einrichtung

Die durchschnittlichen Anteile der Qualifiktion bzw. Funktionen in den Einrichtungen finden sich in der nachfolgenden Grafik. Die Verteilung spiegelt dabei nicht unbedingt die wahre Verteilung wider, da zu vermuten ist, dass die Wahrscheinlichkeit für eine Teilnahme an der Befragung von der Funktion in der Pflegeeinrichtung abhängig ist.

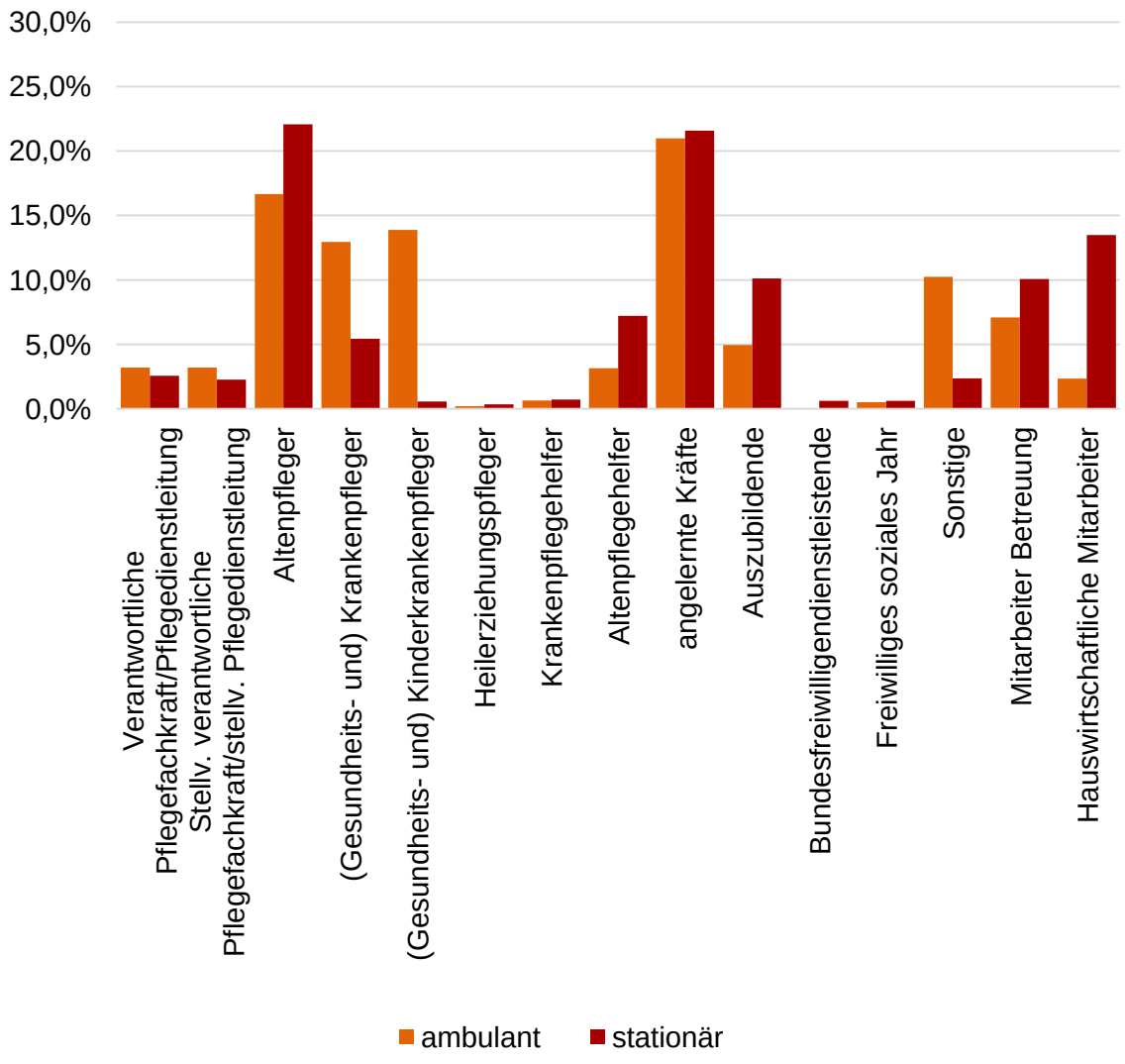

Abbildung 11: Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Funktion der Mitarbeitenden

7.1.2. Externe Dienstleistungen

Ein Weg der Entlastung bei Personalengpässen oder Überforderung in einzelnen Bereichen ist es, Aufgaben an externe Dienstleister abzugeben. Um einen Eindruck davon zu erhalten, welche Bereiche bereits „outgesourct“ sind, wurde die Frage der Auslagerung in die Strukturbefragung integriert. Die teilnehmenden Einrichtungen haben hiervon hauptsächlich in den Bereichen der Wäscheversorgung, der IT und Hausreinigung Gebrauch gemacht. Körperbezogene Pflegemaßnahmen hat kein Teilnehmender an externe Dienstleister ausgelagert.

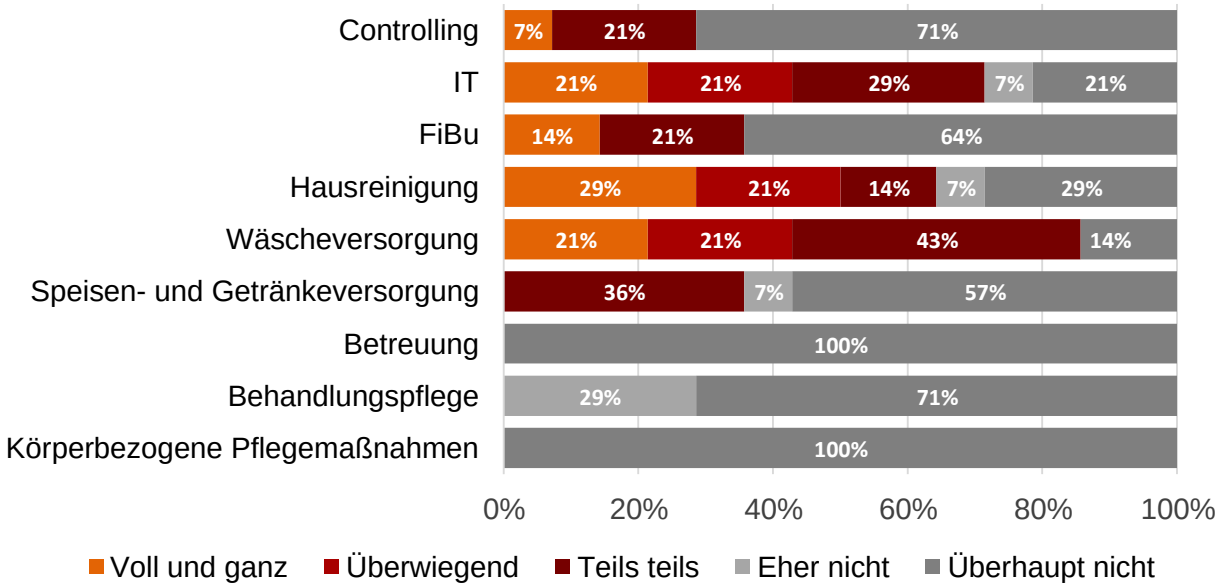

Abbildung 12: Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Externe Dienstleistungen

7.1.3. Arbeitsbedingungen

Neben indirekten Faktoren gibt es Merkmale, die einen direkten Einfluss auf die Arbeitsbedingungen haben. Diese umfassen u. a. den Umgang mit Vergütung, Kommunikation sowie Fort- und Weiterbildung.

Im Bereich der Regelkommunikation ist die Teambesprechung weitgehend implementiert. Gezielte Teamtrainings führen hingegen weniger als die Hälfte der teilnehmenden Einrichtungen durch.

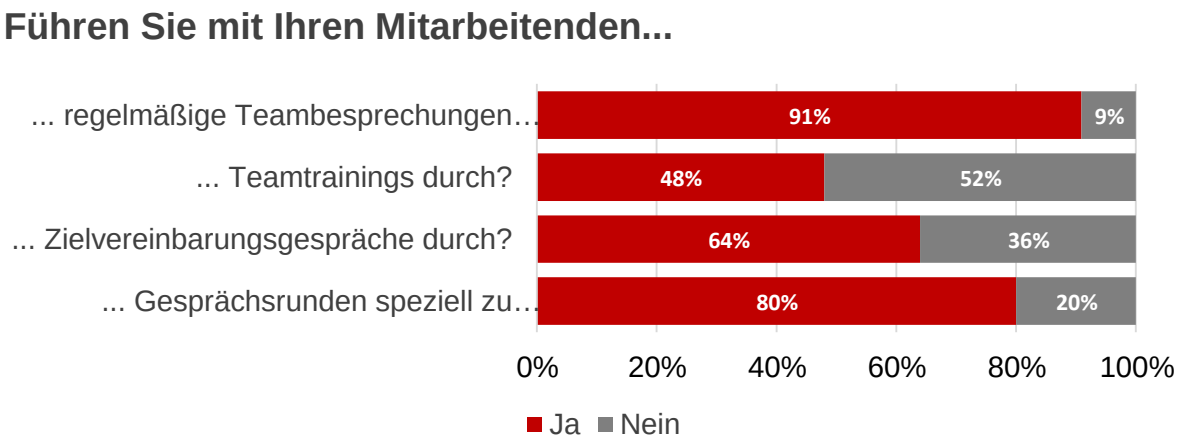

Abbildung 13: Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Arbeitsbedingungen I

Bei den Antworten zur Vergütung ist auffällig, dass nur wenige Einrichtungen leistungsorientierte Entlohnungsmodelle anwenden und auch die (zusätzliche) Vergütung von Rufbereitschaft und die direkte Vergütung von Überstunden zurückhaltender angewendet werden.

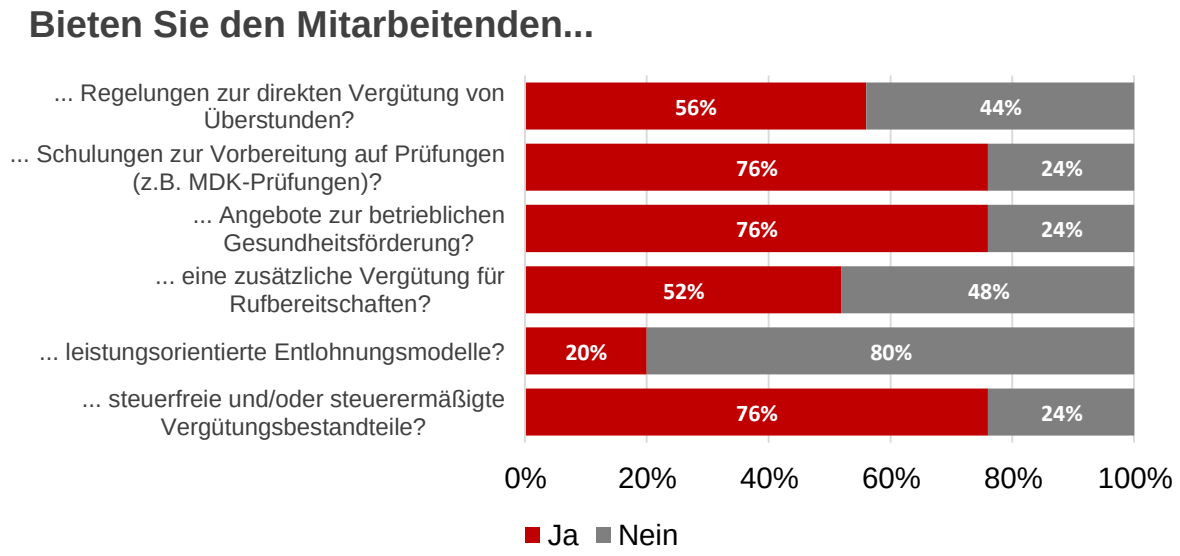

Abbildung 14: Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Arbeitsbedingungen II

Die Personalentwicklung ist ein wichtiger Faktor für die Mitarbeitendenzufriedenheit, da eine Weiterentwicklungsperspektive bei vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einen hohen Stellenwert hat. Die teilnehmenden Einrichtungen bieten überwiegend ein Portfolio von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen an. Selten umfasst dieses das berufsbegleitende Studium. Das

prinzipielle Vorhandensein von Angeboten stellt aber weder sicher, dass diese auch in Anspruch genommen werden noch, dass diese in ausreichender Frequenz stattfinden und ihre positive Wirkungschance entfalten können.

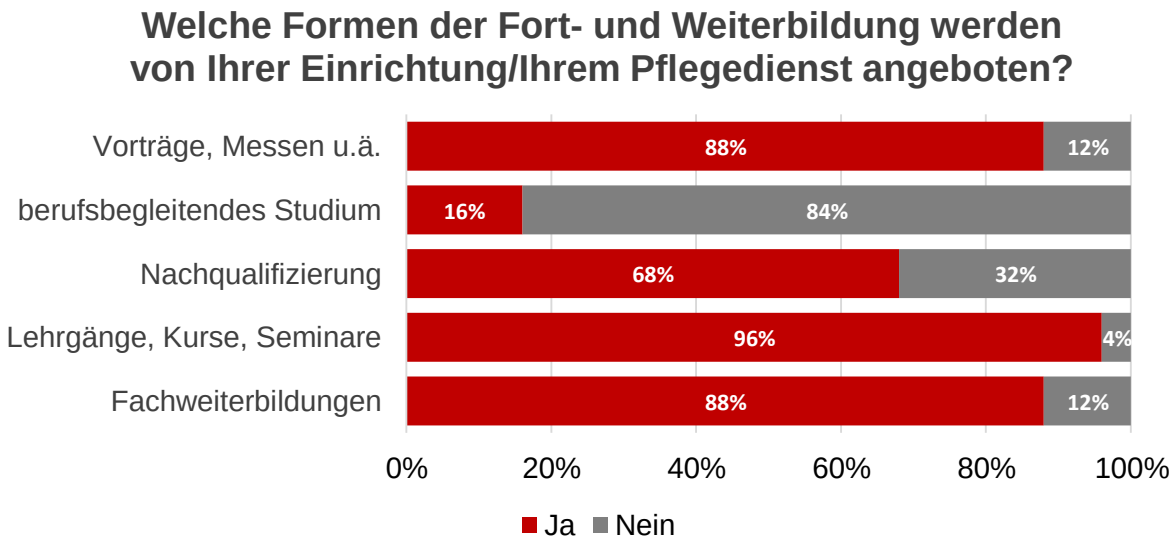

Abbildung 15: Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Arbeitsbedingungen III

Zwei zentrale Elemente der Kommunikation zwischen Führungskraft und Mitarbeitenden, die als Grundlage für gute Führung gesehen werden können, sind das Mitarbeitendengespräch und die Mitarbeitendenbefragung.

Mitarbeitendengespräche finden in einem Großteil der teilnehmenden Einrichtungen regelmäßig statt. Mitarbeiterbefragungen hingegen werden in 80 % der Einrichtungen nur unregelmäßig oder gar nicht durchgeführt.

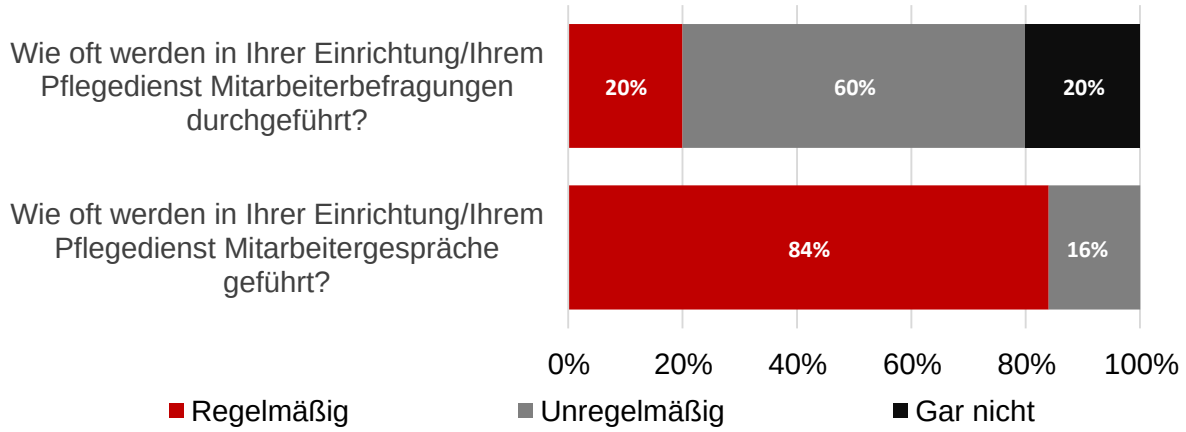

Abbildung 16: Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Arbeitsbedingungen IV

Der hohe Zeitdruck und die psychische Belastung in der Pflege erhöhen die Bedeutung von sinnvoll gestalteten Pausen. Ein separater Pausenraum ist ein zentraler Schritt bei der Implementierung einer förderlichen Pausenkultur.

Unter den teilnehmenden Einrichtungen stellen rund zwei Drittel ihren Mitarbeitenden einen separaten Pausenraum zur Verfügung. Dabei gibt es kaum Unterschiede zwischen den ambulanten (36 % zu 64 %) und stationären (31 % zu 69 %) Versorgungsformen.

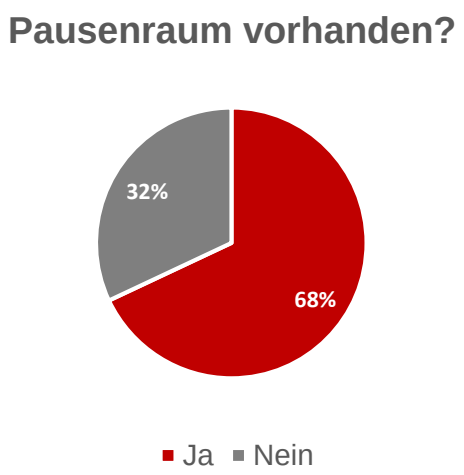

Abbildung 17: Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Arbeitsorganisation I

7.1.4. Arbeitsorganisation

Die Strukturbefragung umfasste im Themenfeld Arbeitsorganisation die Aspekte des Vorhandenseins formaler Regelungen, konkreter Steuerungen, sowie das Angebot passender Schulungen.

Defizite in der Arbeitsorganisation führen häufig zu einer unmittelbaren Verschlechterung der Arbeitsbedingungen. Ihre Auflösung stellt eine direkte und meist kostensenkende Maßnahme zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen dar.

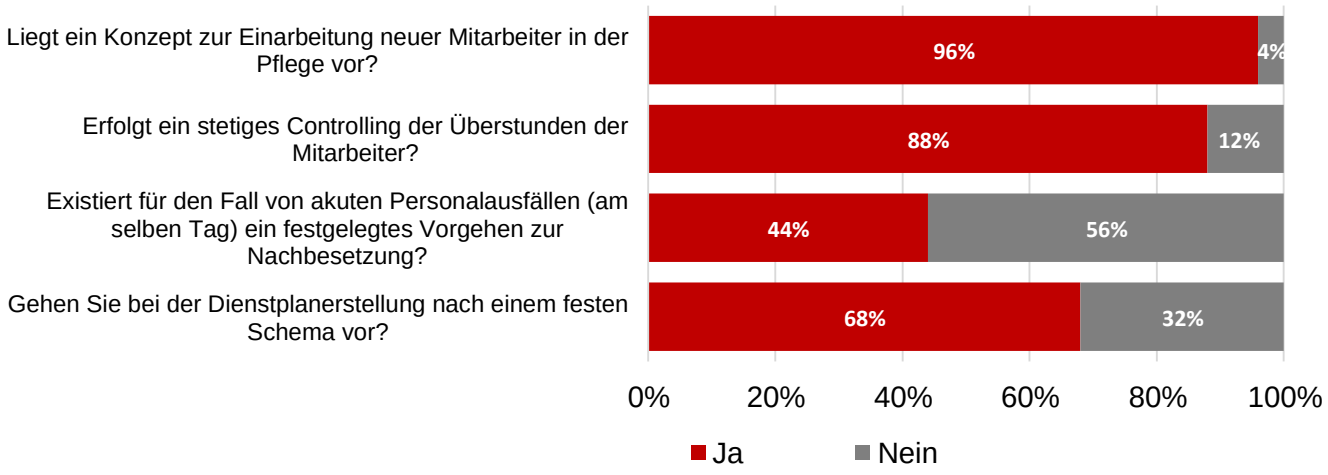

Abbildung 18: Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Arbeitsorganisation II

Alle Teilnehmenden können ein Konzept zur Einarbeitung neuer Pflegekräfte vorweisen, ein Notfallschema bei akuten Personalausfällen ist allerdings nur bei weniger als der Hälfte der Einrichtungen vorhanden. Im Bereich der Dienstplanerstellung geben 68 % an, nach einem festen Schema vorzugehen, aber nur 24 % greifen dabei auf eine Stecktafel zurück. Ein stetiges Überstundencontrolling wenden 88 % der Einrichtungen an.

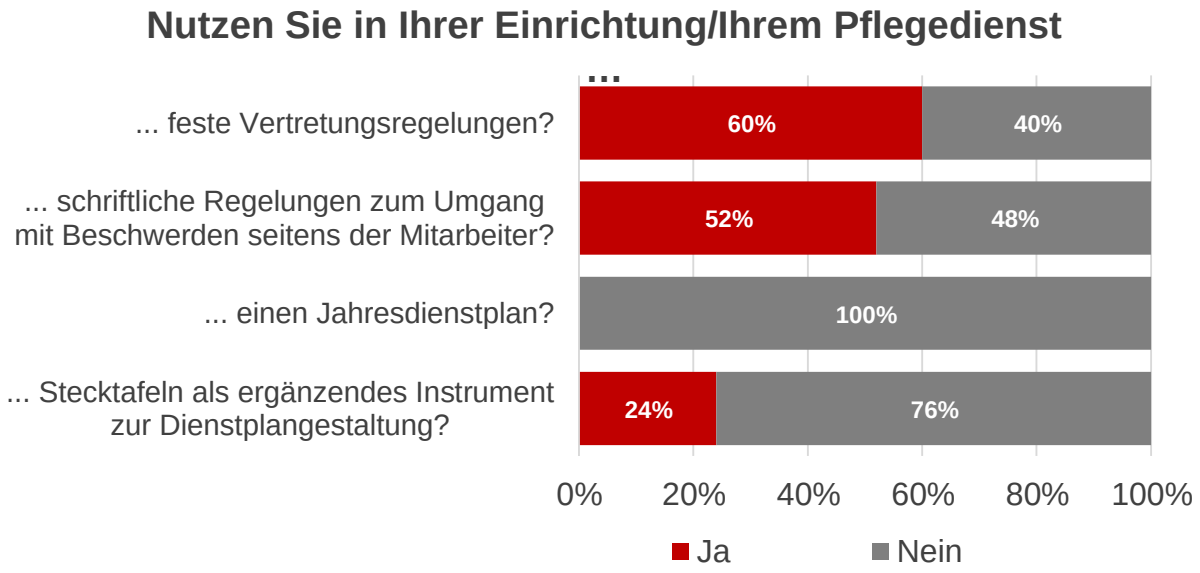

Abbildung 19: Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Arbeitsorganisation III

Bei den Vertretungsregelungen und dem Umgang mit Beschwerden seitens der Mitarbeiter ergibt sich ein zweigeteiltes Bild. Der Einsatz eines Jahresdienstplans hat sich hingegen nirgendwo etabliert.

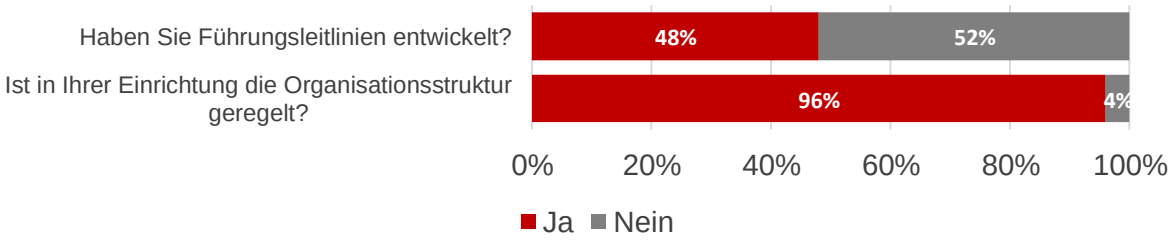

Abbildung 20: Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Arbeitsorganisation IV

Formal haben fast alle Einrichtungen ihre Organisationsstruktur z. B. in Form eines Organigramms geregelt. Im Bereich der Führung hat nur die Hälfte Leitlinien entwickelt.

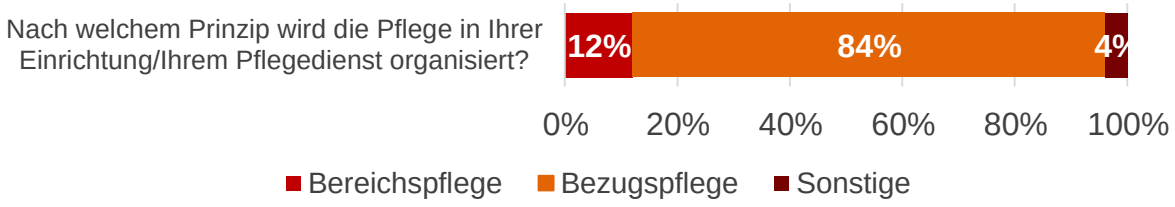

Abbildung 21: Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Arbeitsorganisation V

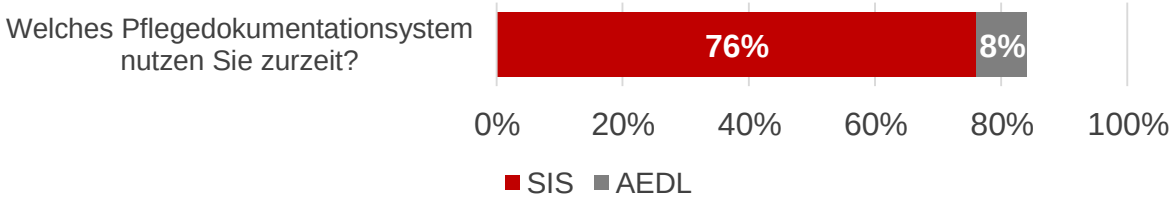

Abbildung 22: Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Arbeitsorganisation VI

Die Pflege wird in 84 % der Einrichtungen in Form der Bezugspflege organisiert, in 12 % als Bereichspflege und 4 % benutzen einen sonstigen Ansatz.
Beim Pflegedokumentationssystem haben bereits über 75 % auf die strukturierte Informationssammlung (SIS) umgestellt.

Bei den Inhalten von Fort- und Weiterbildung sind vor allem die Abrechnung, Registrierung von Klientinnen und Klienten sowie Pflegedokumentation weit verbreitet. Die Bedienung altersgerechter Assistenzsysteme wird von fast keiner Einrichtung geschult.

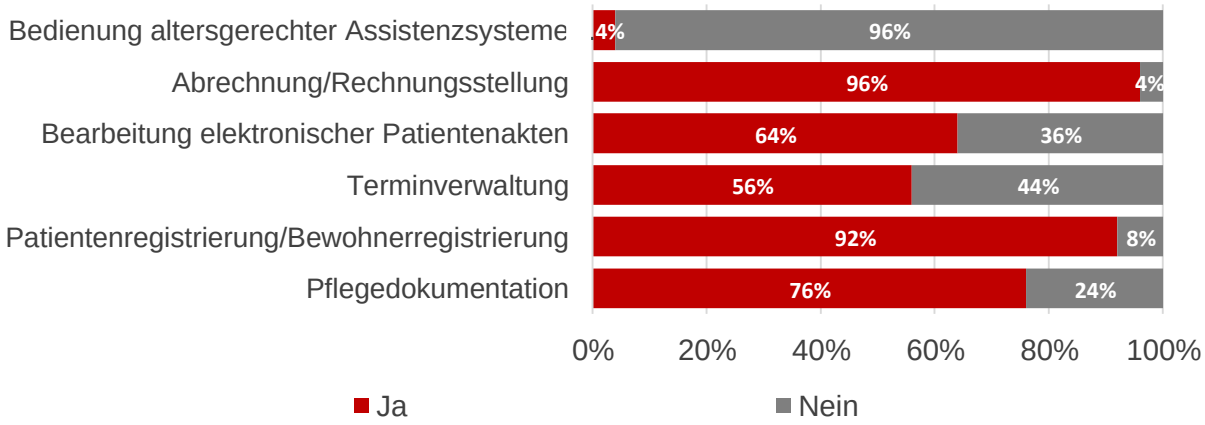

Abbildung 23: Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Arbeitsorganisation VII

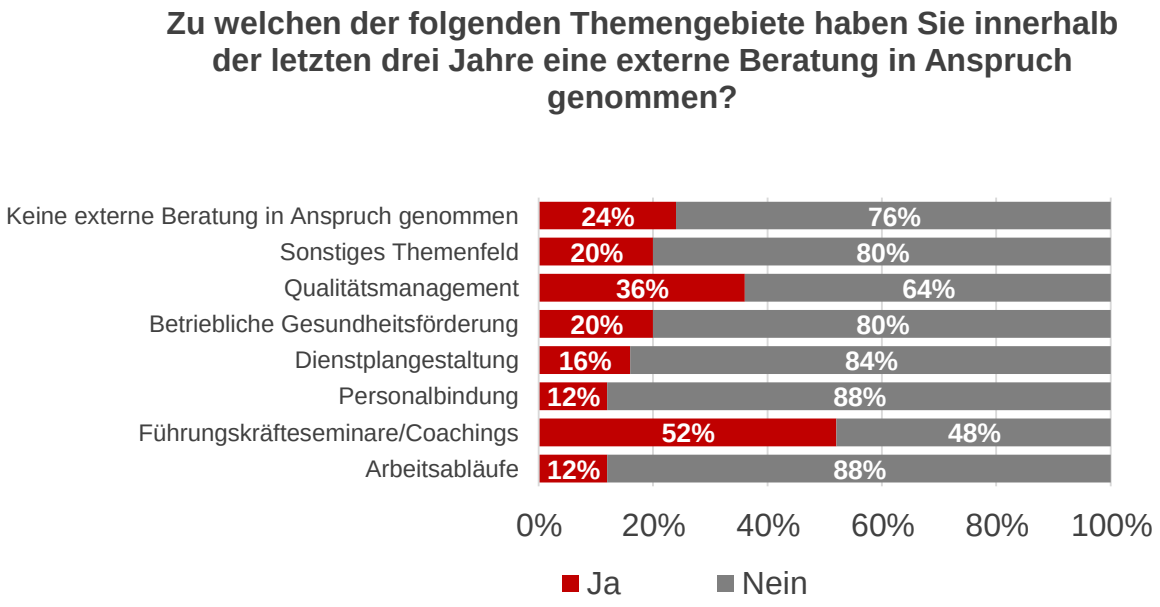

Abbildung 24: Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Arbeitsorganisation VIII

Externe Beratung wird hauptsächlich für Themen der Führung und des Qualitätsmanagements in Anspruch genommen.

7.1.5. Mitarbeitendenakquise

Ein zentrales Problem der Einrichtungen ist der Personalmangel.

Unter den Projektteilnehmenden setzen die meisten beim Thema Personalgewinnung auf das Internet. Digitale Stellenanzeigen und die Kommunikation über soziale Netzwerke sind die häufigsten Kanäle.

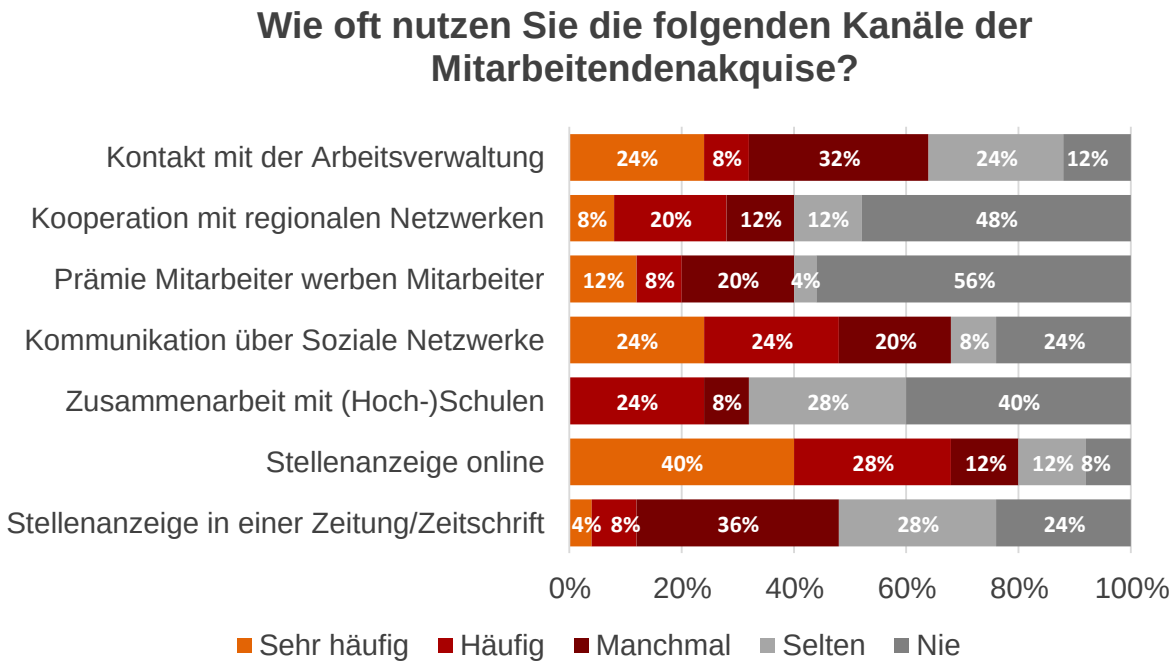

Abbildung 25: Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Mitarbeitendenakquise

7.2. Mitarbeitendenbefragung

Die Mitarbeitendenbefragung basiert auf der in Arbeitspaket 1 durchgeführten Literaturanalyse und bildet die wesentlichen, abfragbaren Wahrnehmungen zu den Arbeitsbedingungen und ihren verursachenden Faktoren ab, die im Rahmen des Projekts verbessert werden konnten. Die Fragen wurden in Abstimmung mit dem BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit erstellt und umfassen zudem alle wesentlichen Merkmale, die für die Vorher-Nachher-Analyse der Evaluation benötigt werden.

Um eine hohe Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung unter den Mitarbeitenden der teilnehmenden Einrichtungen zu erreichen wurde darauf geachtet, den Fragebogen nicht zu lang zu gestalten. Jede potenzielle Frage wurde auf ihren Mehrwert für die Analyse hin untersucht und nur aufgenommen, wenn dieser deutlich erkennbar war. Der Fragebogen wurde den Einrichtungen in Papierform zur Verfügung gestellt, da viele Mitarbeitenden keinen Zugang zu einem PC-Arbeitsplatz haben. Die Einrichtungen wurden frühzeitig informiert und gebeten, die Arbeitnehmendenvertretung bzw. den Betriebsrat (wenn vorhanden) in den Prozess einzubinden. Darüber hinaus wurden die Ansprechpersonen in den Einrichtungen gebeten herauszustellen, dass die Befragung der Verbesserung der Arbeitsbedingungen dient und völlig anonym durchgeführt wird. Entsprechende Informationen finden sich ebenfalls zu Beginn der Fragebögen. Die Verteilung der Papierfragebögen erfolgte ebenfalls über das Unternehmen. Eine Rücksendung war individuell und anonym möglich.

Die Befragung wurde auf Einrichtungsebene ausgewertet, die Ergebnisse wurden zusätzlich zur Nutzung für die Bedarfsanalyse auch den Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Die Verteilung der Antworten aller teilnehmenden Einrichtungen zusammengefasst gibt einen Einblick über die Gesamtwahrnehmung der teilnehmenden Mitarbeitenden und wird im Folgenden in Auszügen nach den Themenfeldern des Fragebogens dargestellt. Die Prozentangaben in den Grafiken addieren sich dabei nicht notwendigerweise zu 100 %. Die Differenz ergibt sich aus den Mitarbeitenden, welche die entsprechende Frage nicht beantwortet, aber einen Fragebogen ausgefüllt haben. Der Fragebogen findet sich in Anhang D.

7.2.1. Arbeitsumgebung

Die Personalentwicklung ist ein wichtiger Faktor für die Mitarbeitendenzufriedenheit. Fortbildungsmaßnahmen sollen zudem zu einer bestmöglichen Pflegequalität führen, die kontinuierliche Personalentwicklung sicherstellen und die Mitarbeitenden in die Lage versetzen, das einrichtungsinterne Pflegekonzept umzusetzen.

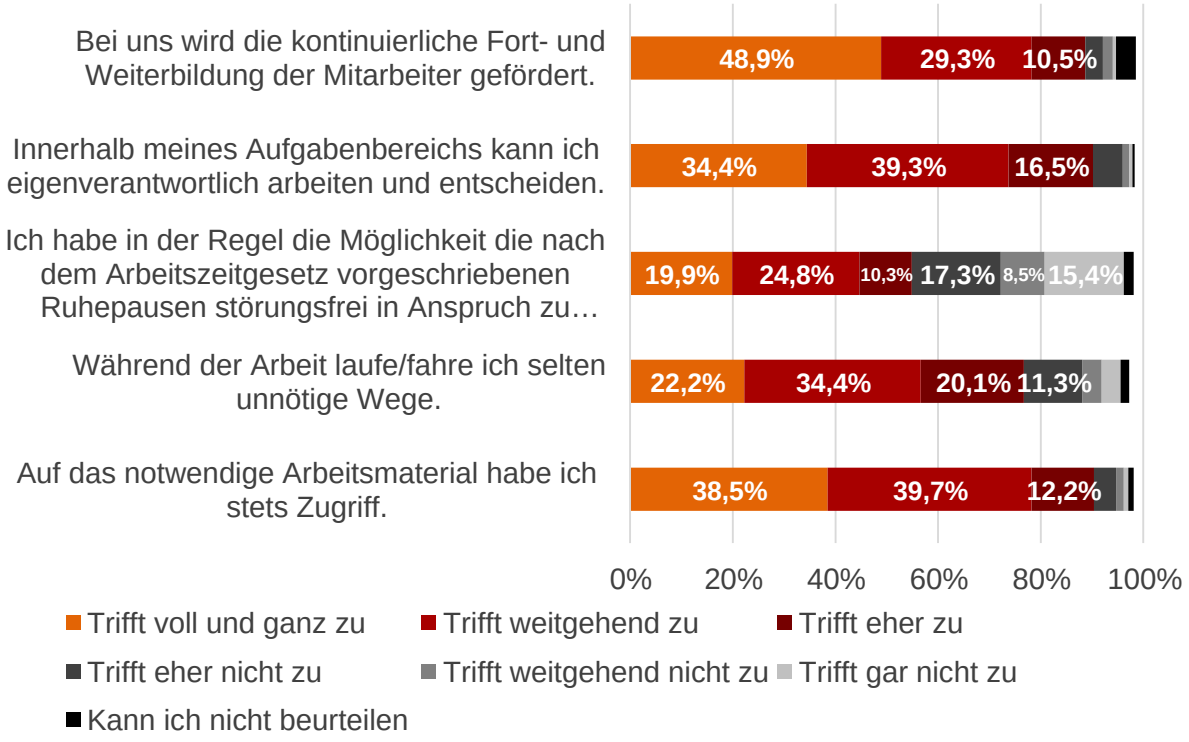

Abbildung 26: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Arbeitsumgebung I

Der Zugriff auf das nötige Arbeitsmaterial, effiziente Prozessabläufe und die Möglichkeit, verlässlich und in einer erholsamen Atmosphäre eine Pause zu machen, sind fundamentale Bedingungen für gute Arbeitsbedingungen in der Pflege.

Die durchschnittliche Mitarbeiterin bzw. der durchschnittliche Mitarbeiter der teilnehmenden Einrichtung nimmt seine Arbeitsumgebung hinsichtlich der meisten dieser Eigenschaften als positiv wahr. Lediglich im Bereich der gesetzlichen Ruhepausen werden hier Mängel deutlich. Die Zufriedenheit mit den verschiedenen Aspekten variiert deutlich zwischen den Einrichtungen und korrespondiert nicht notwendigerweise mit den tatsächlichen Gegebenheiten oder der Wahrnehmung der Führungskräfte.

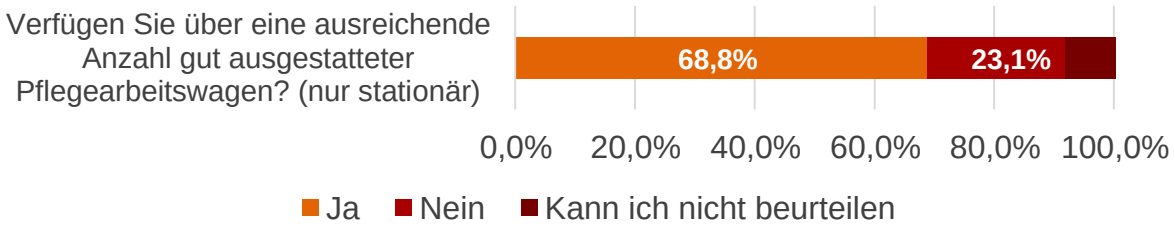

Abbildung 27: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Arbeitsumgebung II

In den stationären Einrichtungen spielt der Pflegearbeitswagen eine zentrale Rolle bei der effizienten Gestaltung des Pflegealltags. Neben der obenstehenden Frage zur ausreichenden Anzahl an Pflegearbeitswagen wurde nach der Bestückungsfrequenz gefragt. Die Antworten wiesen dabei eine Heterogenität innerhalb der Einrichtungen auf.

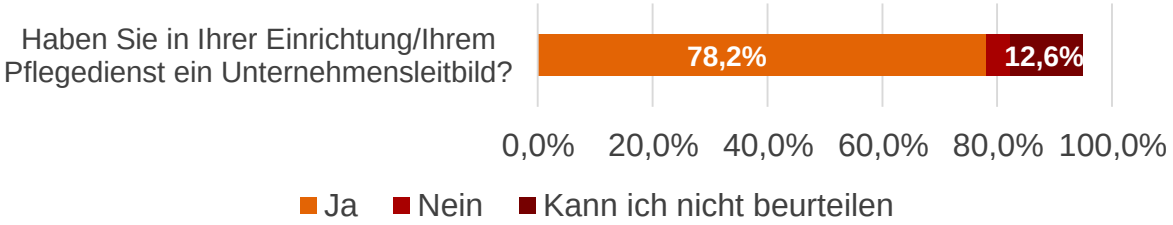

Abbildung 28: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Arbeitsumgebung III

Ein Unternehmensleitbild hat der Großteil der teilnehmenden Einrichtungen etabliert. Rund 13 % der befragten Mitarbeitenden wussten allerdings nicht, ob ein solches Leitbild existiert.

7.2.2. Arbeitsbedingungen

Im Teil Arbeitsbedingungen wurden die Mitarbeitenden sowohl nach der zeitlichen Ausgestaltung ihres Arbeitsalltags, ergänzenden Angeboten, der Neubesetzung von Stellen und dem Stellenwert diverser Maßnahmen zur Verbesserung von Arbeitsbedingungen gefragt. Insbesondere letztere sind im Abgleich mit vorhandenen Angeboten und der Wahrnehmung der Führungskräfte starke Indikatoren für zu adressierende Handlungsfelder.

Die durchschnittliche Mitarbeiterin bzw. der durchschnittliche Mitarbeiter der teilnehmenden Einrichtungen arbeitet 25 bis 35 Stunden, verbringt davon bis zu 30 % mit Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben und leistet 4 bis 10 Überstunden im Monat.

Kinderbetreuungsangebote von Arbeitgebenden werden von knapp 5 % der Mitarbeitenden genutzt, rund die Hälfte der Einrichtungen bietet eine Unterstützung an.

Probleme bei der Personalsuche sind der Normalfall.

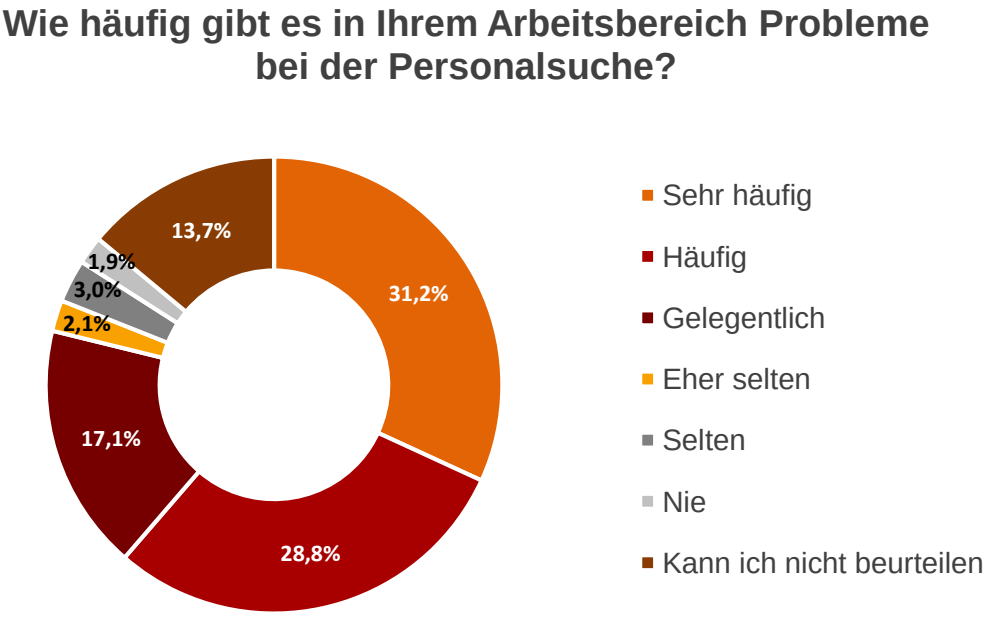

Abbildung 29: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Arbeitsbedingungen I

Die etablierten Elemente zur Umsetzung guter Arbeitsbedingungen werden von den meisten Mitarbeitenden als wichtig oder sehr wichtig wahrgenommen. Allein das mobile Arbeiten spielt für viele Mitarbeitenden eine eher untergeordnete Rolle. Verbesserungspotentiale finden sich bei vielen Einrichtungen durch die Einführung von individuellen Karriereplänen und gezielten Prüfungsvorbereitungen für Mitarbeitende.

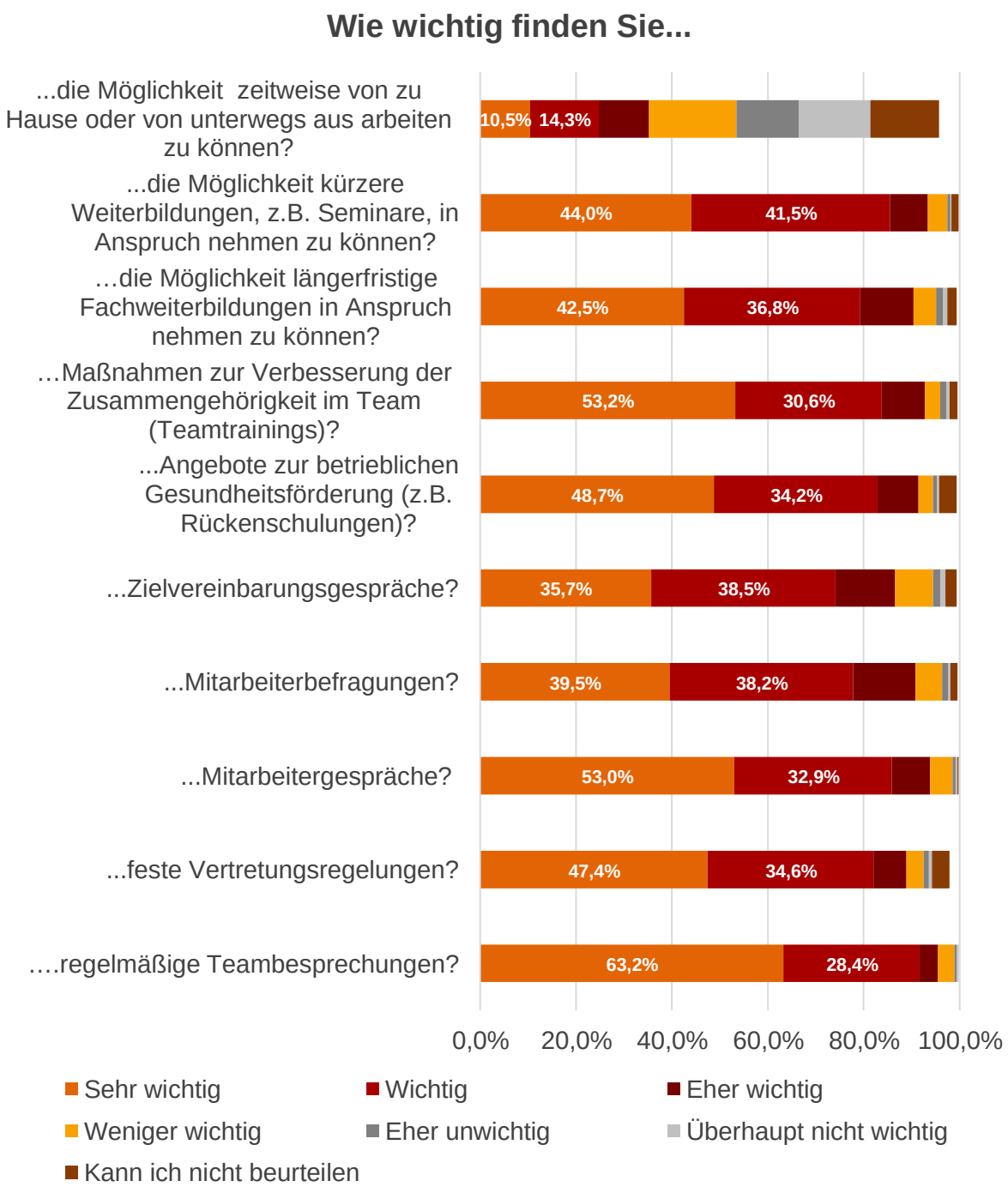

Abbildung 30: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Arbeitsbedingungen II

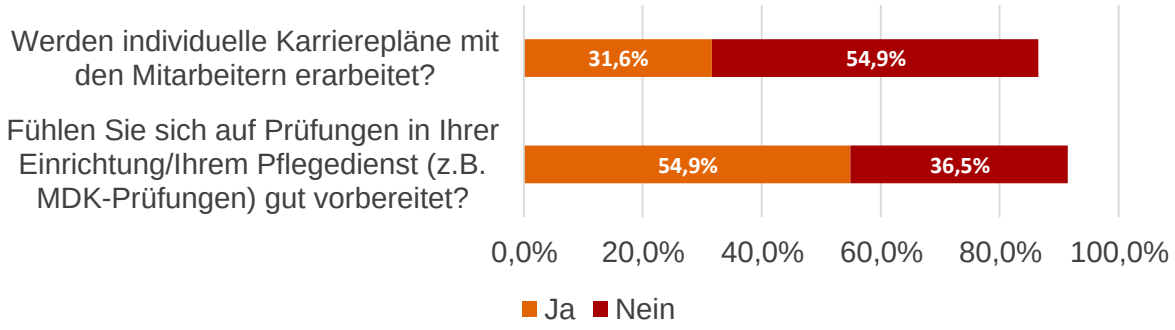

Abbildung 31: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Arbeitsbedingungen IV

7.2.3. Arbeitsorganisation

Im Bereich der Pflegeprozessplanung sehen sich viele Mitarbeitenden gut aufgestellt. Dennoch ist der Anteil der Personen, die hierfür übermäßig viel Zeit aufwenden, hoch. Mit dem Dienstplan sind im Gesamtschnitt knapp ein Fünftel der Mitarbeitenden „voll und ganz“ zufrieden.

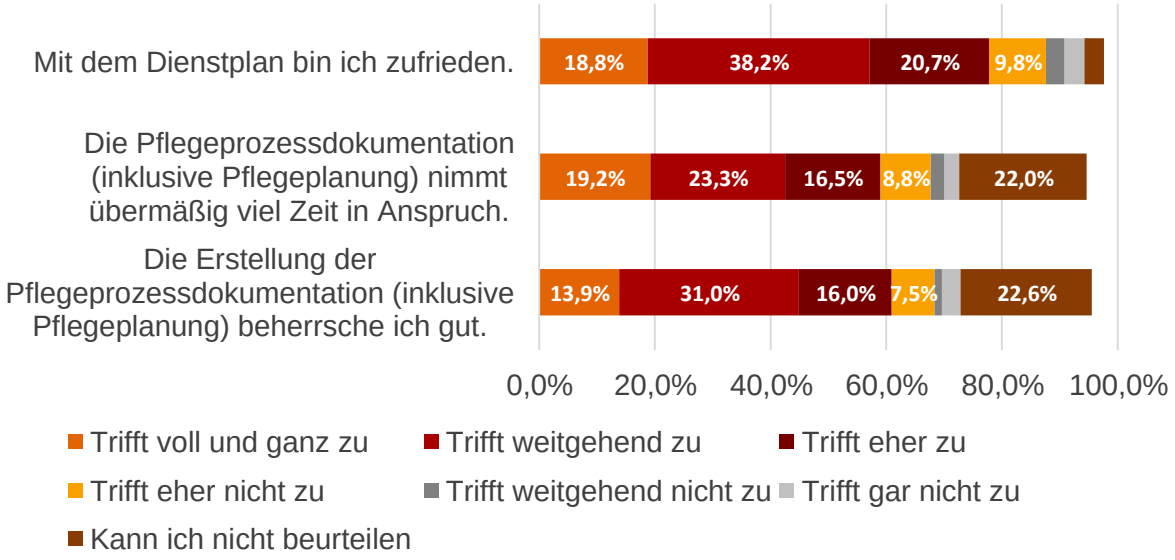

Abbildung 32: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Arbeitsorganisation

7.2.4. Dienstplan

Obwohl in der Literatur, in der Befragung der Verbände und der sich bewerbenden Betriebe häufig angebracht, sehen die Mitarbeitenden größtenteils wichtige Eigenschaften in der

Dienstplanung als erfüllt an. Im Befragungsergebnis wird die Kommunikation zum Dienstplan durch die Leitungskräfte nicht abgebildet. In der Beratung vor Ort ist aufgefallen, dass zwar überwiegend die Eigenschaften eines Dienstplans erfüllt werden, bei den Mitarbeitenden jedoch häufig viele Fragen zu den Überstunden, zu noch vorhandenen Urlaubstagen, zum Einspringen oder zu sich veränderten Diensten/Dienstzeiten offenbleiben, die in der Regel bei der Führungsperson mündlich nachgefragt werden müssen.

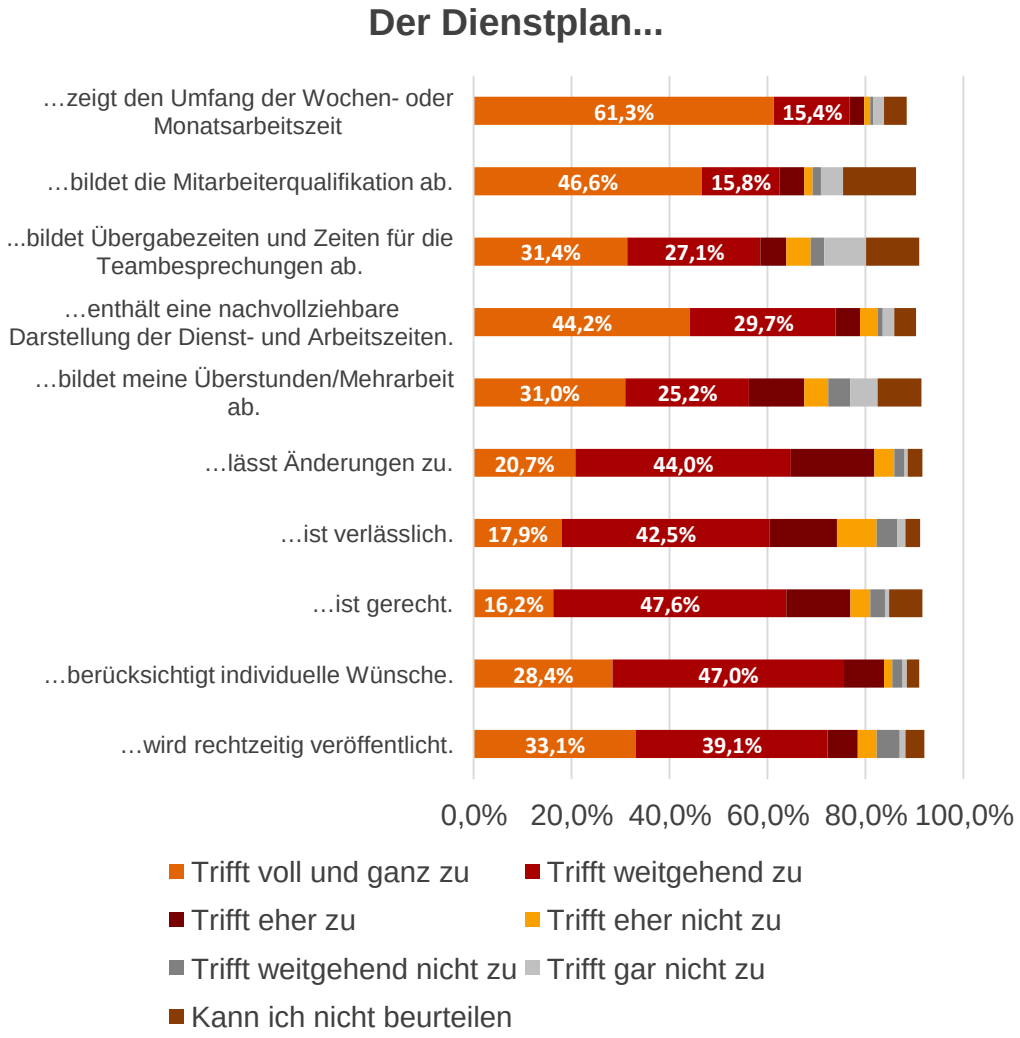

Abbildung 33: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Dienstplan

7.2.5. Arbeitszeit

Im Themenfeld Arbeitszeit ergibt sich ein gemischtes Bild mit einer Tendenz zu einer positiven Wahrnehmung. Insbesondere geben rund 57 % der Befragten an, normalerweise während der regulären Arbeitszeit ihre Aufgaben bewältigen zu können.

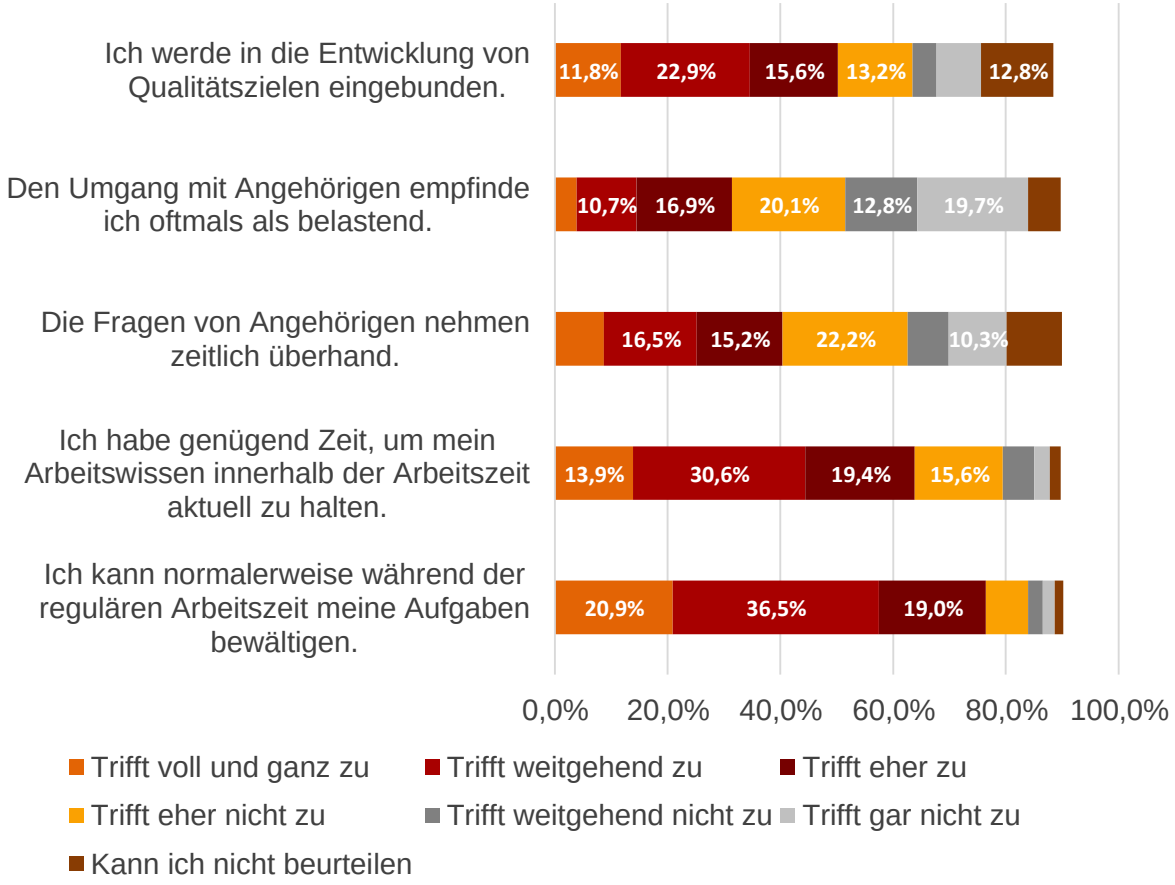

Abbildung 34: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Arbeitszeit

7.2.6. Störungen

Eine Störung des geplanten Tagesablaufs kommt beim Großteil der befragten Mitarbeitenden nur gelegentlich oder selten vor. Auffällig ist, dass fast 40 % angeben, andere Mitarbeitende häufig oder sehr häufig vertreten zu müssen.

Abbildung 35: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Störungen

7.2.7. Zusammenarbeit im Team

Der kollegiale Zusammenhalt und Austausch stellt sich für die meisten Mitarbeitenden weitgehend positiv dar. Im Vergleich etwas schlechter wird die Beteiligung an Entscheidungen und Prozessen durch die Belegschaft wahrgenommen. Auffällig ist, dass nicht alle Mitarbeitenden über die Teambesprechung die notwendigen Informationen erhalten, die sie für ihre Arbeit benötigen.

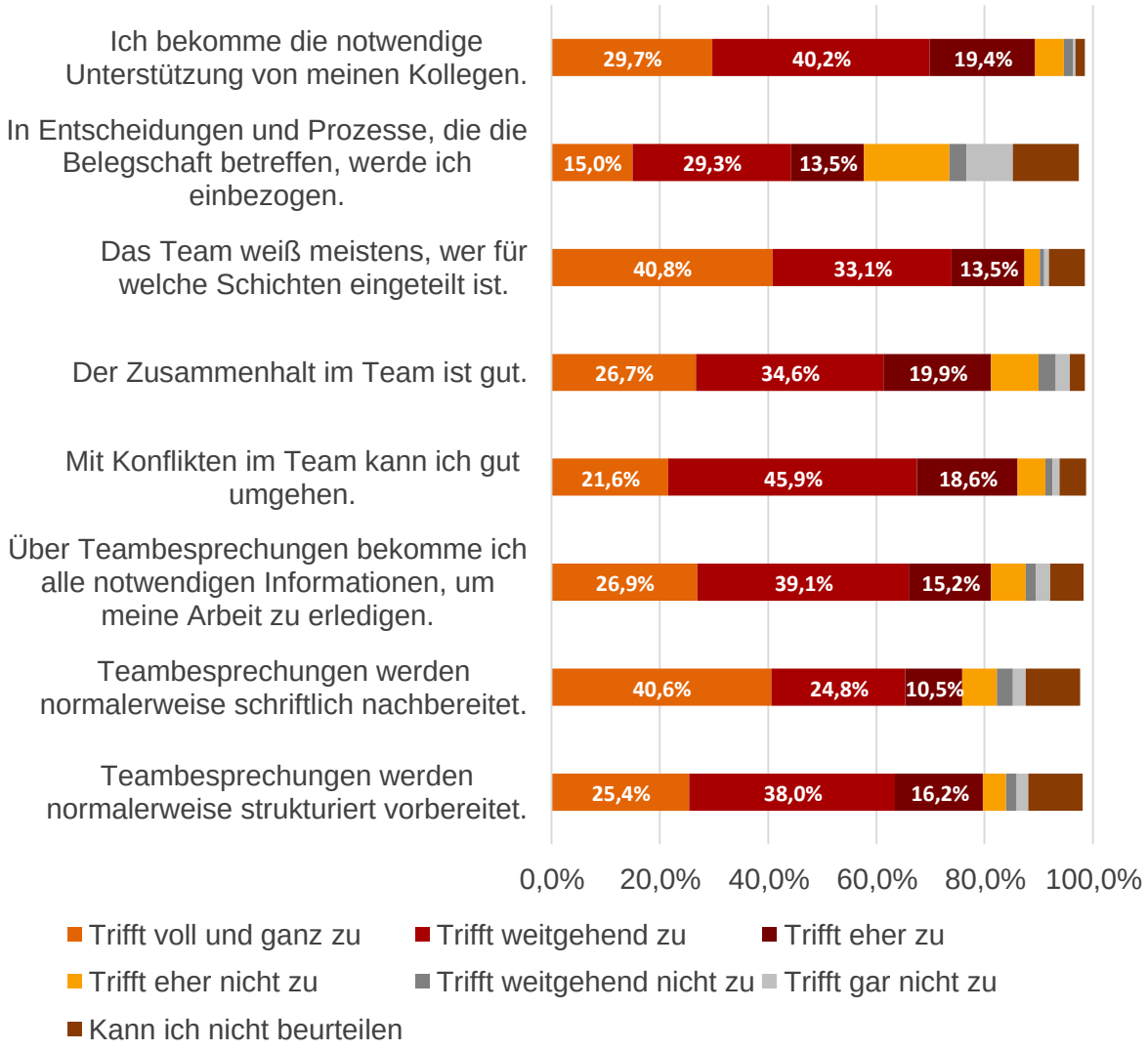

Abbildung 36: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Zusammenarbeit im Team

7.2.8. Übergabe

Nur die Hälfte der Befragten hat sich zur Übergabe geäußert. Von ihnen sieht ein Viertel bis ein Drittel Probleme bei der Organisation der Übergabe. Die zwei Antwortmöglichkeiten lassen eine differenziertere Wahrnehmung der Übergabe an dieser Stelle nicht zu. Bei der Frage „Nimmt die Übergabe übermäßig viel Zeit in Anspruch“ kann die Rückmeldung der Beschäftigten möglicherweise auch darauf hinweisen, dass die eigentlich geplante Übergabezeit nicht vollständig genutzt wird. Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Berufsgruppen (auch Hilfskräfte), die für die Übergabe nicht relevant sind, stellt sich zusätzlich die Frage, inwieweit notwendige Informationen insbesondere für die Fachkräfte in auskömmlicher Art und Weise in den Übergaben zur Verfügung gestellt werden.

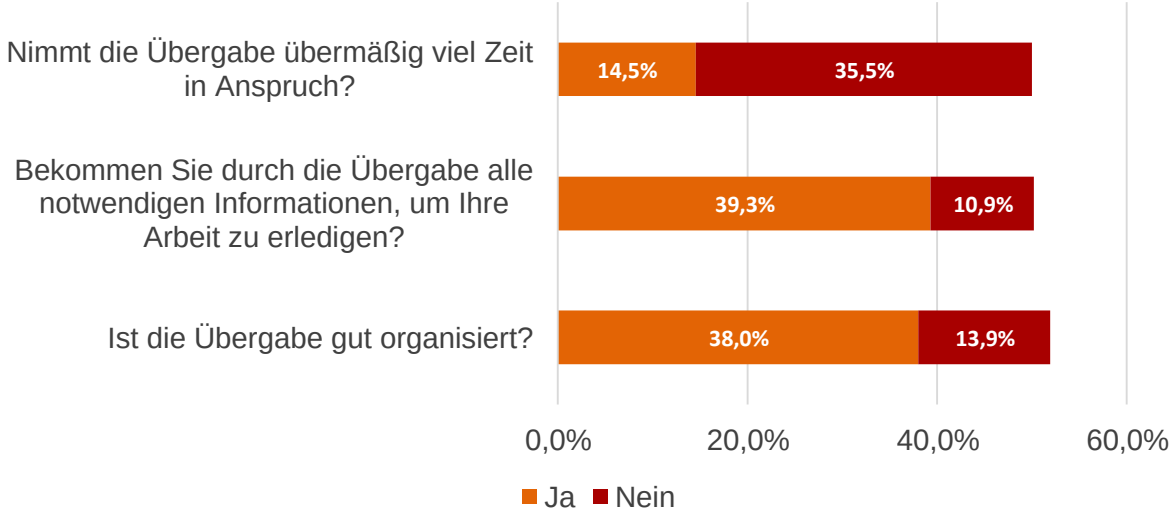

Abbildung 37: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Übergabe

7.2.9. PDL Führungsaufgaben

Die Wahrnehmung der von der Pflegedienstleitung übernommenen Aufgaben ist breit gefächert. Erstaunlich ist, dass bei den einzelnen Aufgabengebieten jeweils 10 % bis 17 % nicht beurteilen können, ob diese von der Pflegedienstleitung übernommen werden. Hinzu kommen die fehlenden Angaben in Höhe von ca. 10 % bis 15 %.

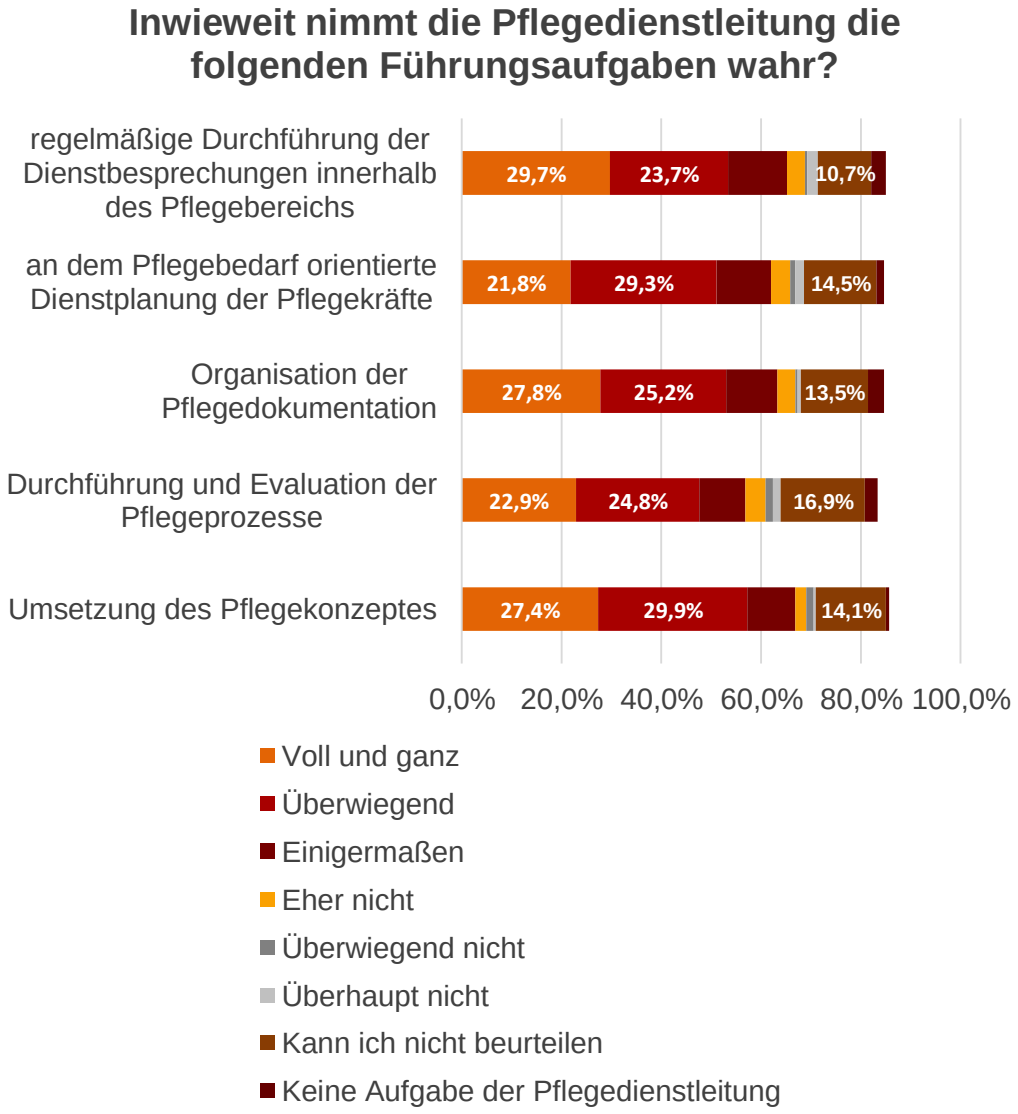

Abbildung 38: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – PDL Führungsaufgaben

7.2.10. Direkte Vorgesetzte/direkter Vorgesetzter

Die Zufriedenheit mit der bzw. dem direkten Vorgesetzten ist im Gesamtdurchschnitt überwiegend positiv angegeben. Fraglich ist hierbei, wie stark die Abstufung zwischen „Voll und ganz“ zu „Überwiegend“ den Alltag darstellt.

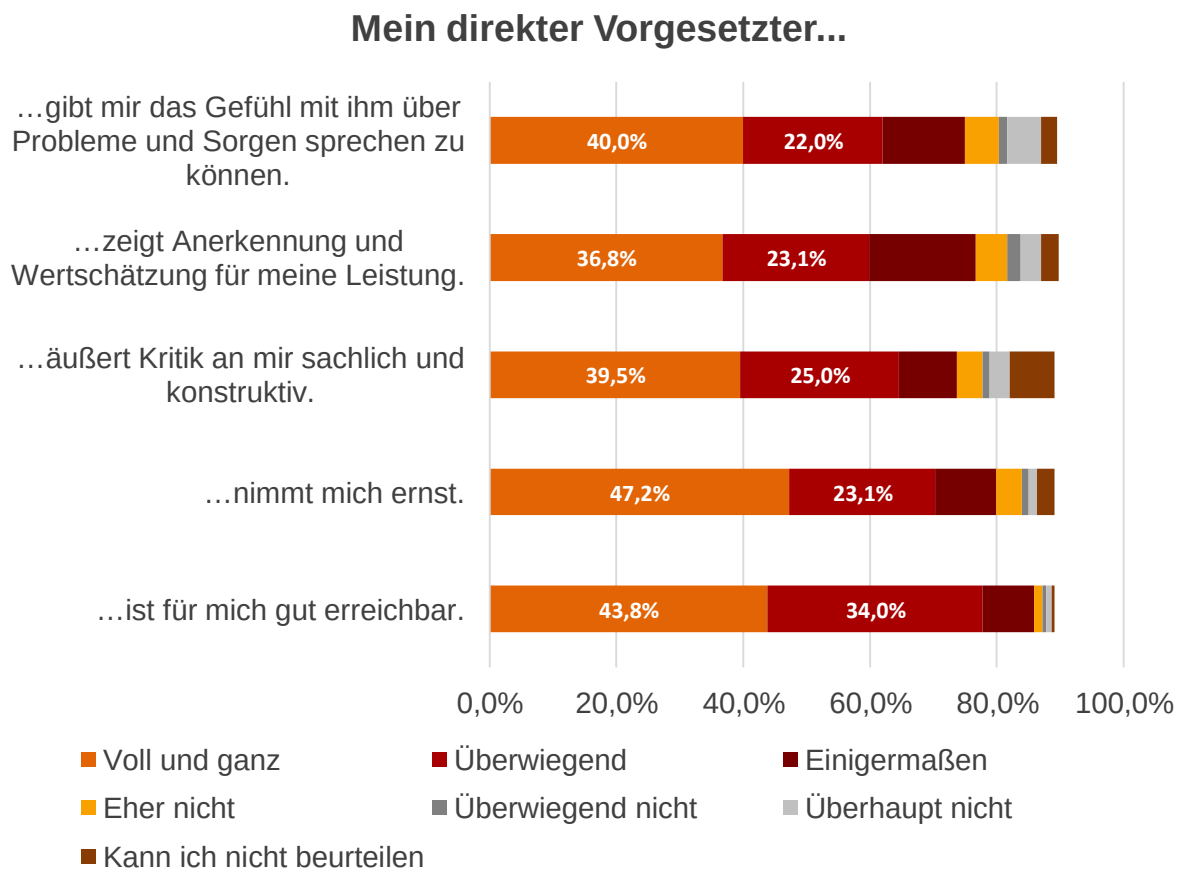

Abbildung 39: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Direkter Vorgesetzter/direkte Vorgesetzte

7.2.11. Antworten der Leitungskräfte

Die folgenden drei Fragen wurden nur von Leitungskräften beantwortet. Bei ihren Antworten wird deutlich, dass zum einen die Zuteilung von Mitarbeitenden zu Arbeitsbereichen sich nur selten voll und ganz an den persönlichen Stärken orientiert. Zum anderen unterstreicht das Befragungsergebnis – auch durch die hohe Anzahl an Enthaltungen bei dieser Frage – dass die Leitungskräfte ihr Führungsverhalten nicht mit den Mitarbeitenden reflektieren.

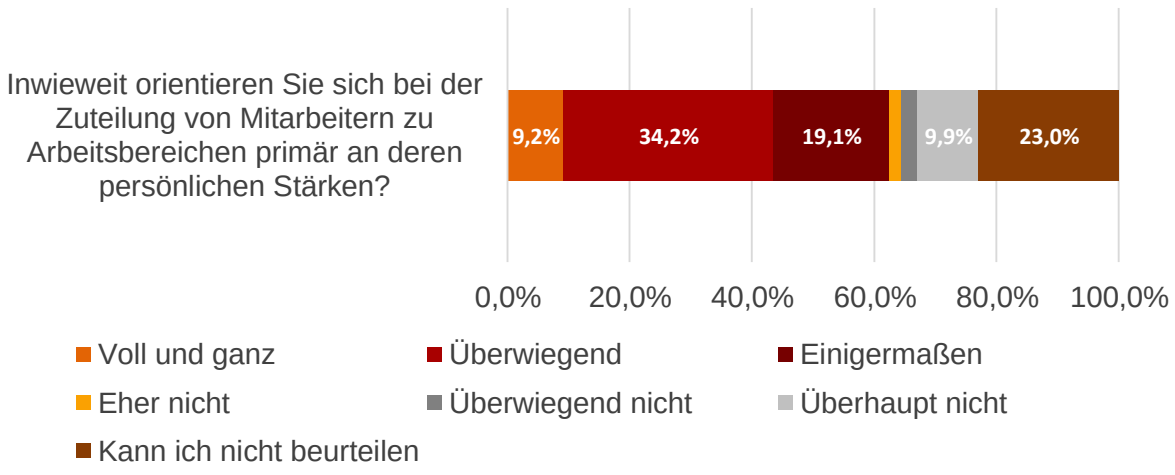

Abbildung 40: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Leitungskräfte I

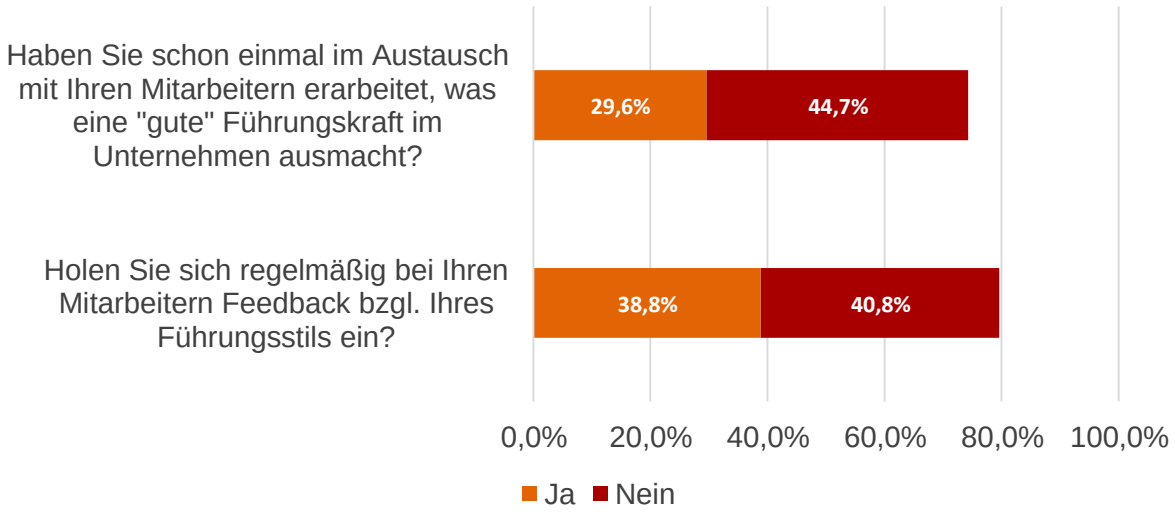

Abbildung 41: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Leitungskräfte II

7.2.12. Arbeitsbelastungen

Bei den Fragen zur Arbeitsbelastung tendieren die Mitarbeitenden zu den moderaten Antworten. Lediglich im Bereich der Springerfunktion durch Personalausfälle gibt mehr als ein Viertel an, durch die Kompensation belastet zu sein („Trift voll und ganz zu“ oder „Trifft weitgehend zu“).

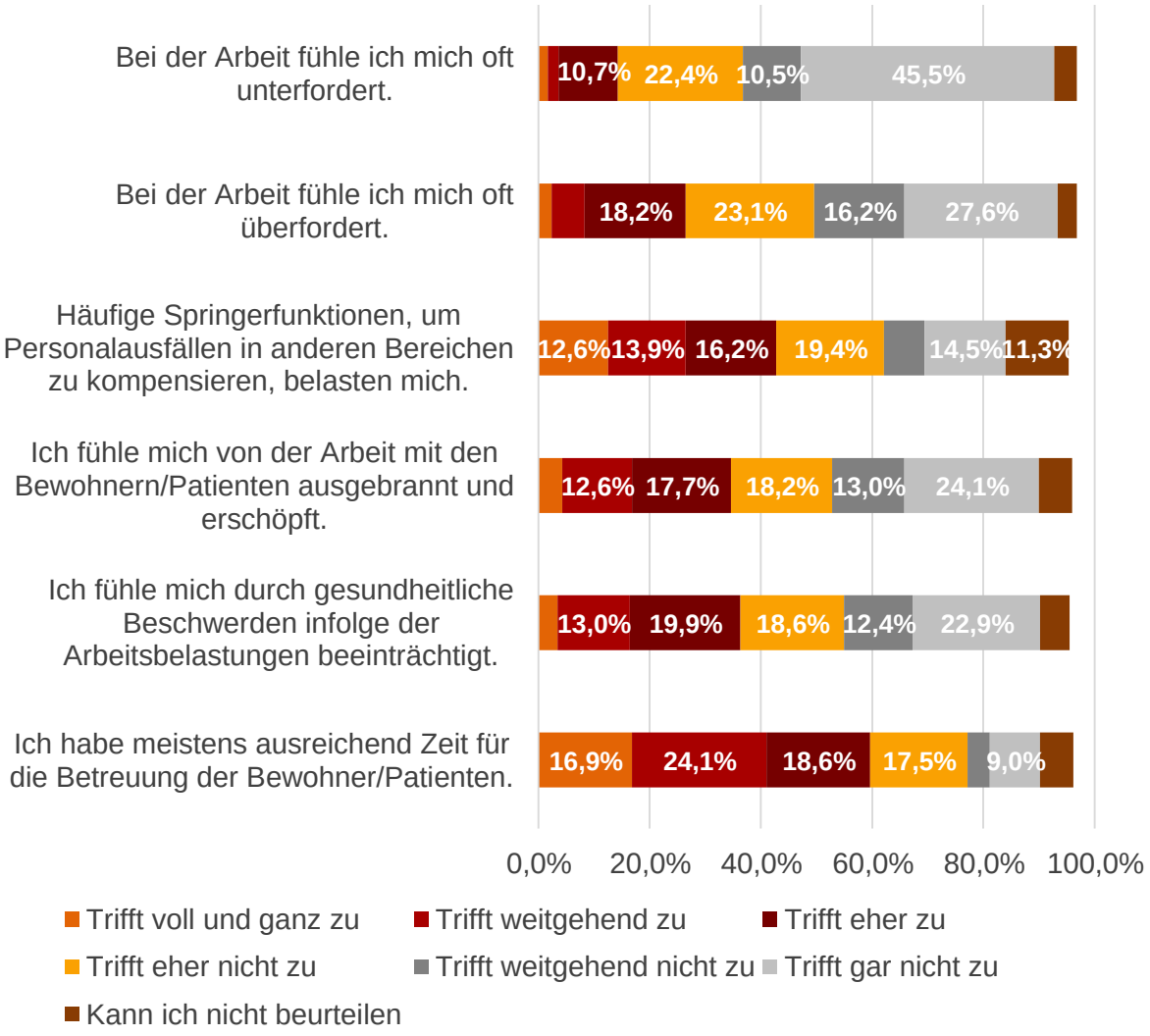

Abbildung 42: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Arbeitsbelastungen

7.2.13. Arbeitszufriedenheit

Für die Arbeitsmotivation und Zufriedenheit der Beschäftigten spielen diverse Faktoren eine Rolle. Auch die Anerkennung der Leistung in materieller Form sollte dabei berücksichtigt werden.

Die Mehrheit der Befragten gibt zwar an, dass ihre Arbeit in den letzten zwei Jahren anstrengender geworden ist, aber im Durchschnitt sind sie mit den meisten Aspekten ihrer Arbeit überwiegend zufrieden. Im Vergleich zeigen sich die befragten Mitarbeitenden am wenigsten mit ihrem Gehalt zufrieden. Hier äußert sich ein Drittel unzufrieden.

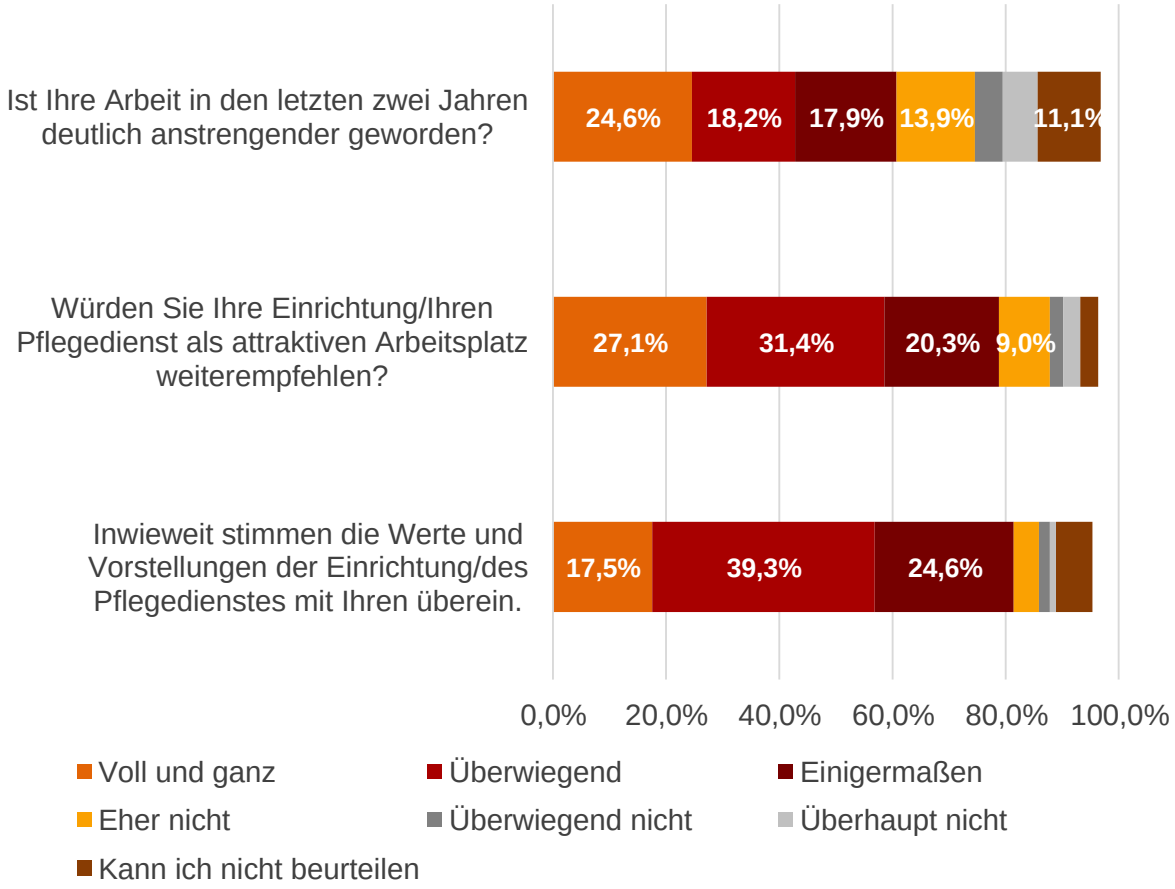

Abbildung 43: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Arbeitszufriedenheit I

Abbildung 44: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Arbeitszufriedenheit II

7.2.14. Zur Person

Die befragten Mitarbeitenden sind überwiegend weiblich und kommen aus allen Altersgruppen. Auffällig ist der deutliche Unterschied zwischen der Verteilung der Berufserfahrung und den Dienstjahren in der befragten Einrichtung. Über 40 % der Mitarbeitenden arbeiten seit einem bis fünf Jahren bei ihrem aktuellen Arbeitgeber, rund 20 % sogar seit weniger als einem Jahr. Dem gegenüber stehen weniger als 20 % der Mitarbeitenden die kürzer als 5 Jahre im Pflegebereich tätig sind, was auf eine hohe Fluktuationsrate hinweist.

Weiterhin betreut fast ein Drittel der Befragten aktuell Kinder und 17 % betreuen regelmäßig pflegebedürftige Angehörige. Die Hälfte der Befragten ist in Teilzeit beschäftigt.

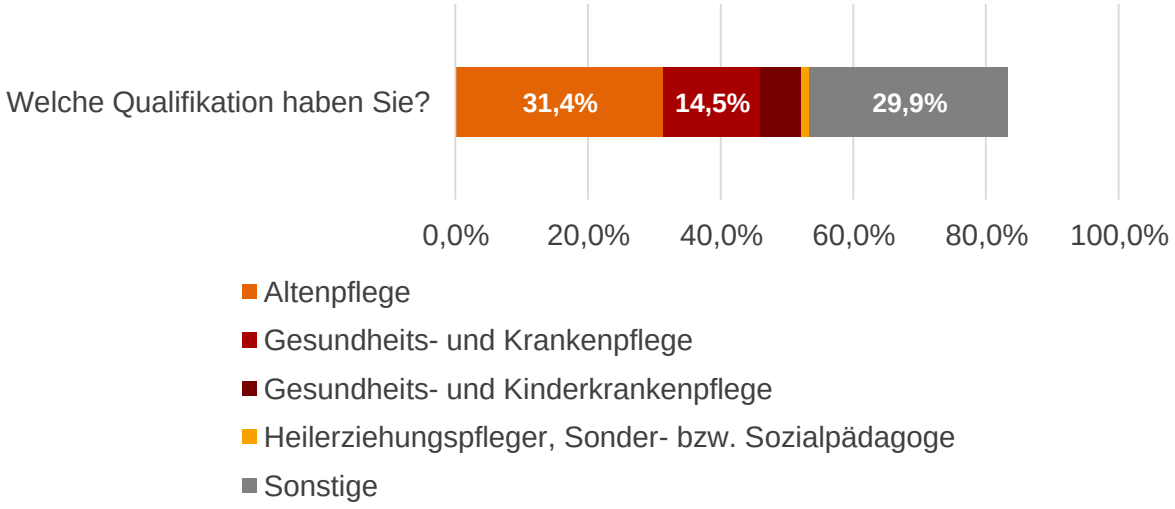

Abbildung 45: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Persönliche Angaben I

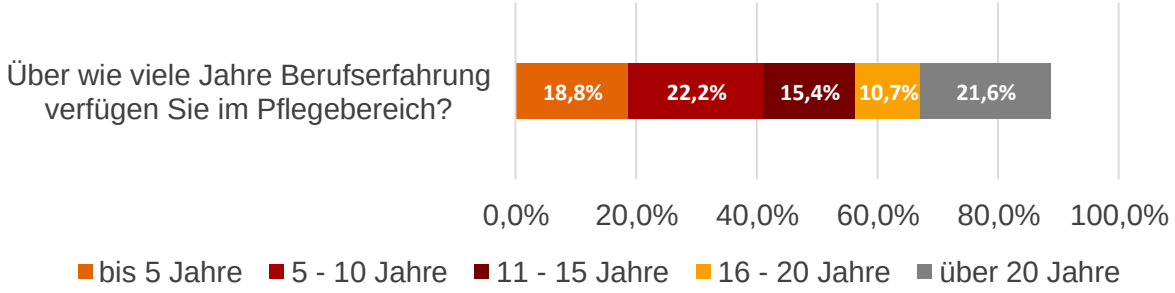

Abbildung 46: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Persönliche Angaben II

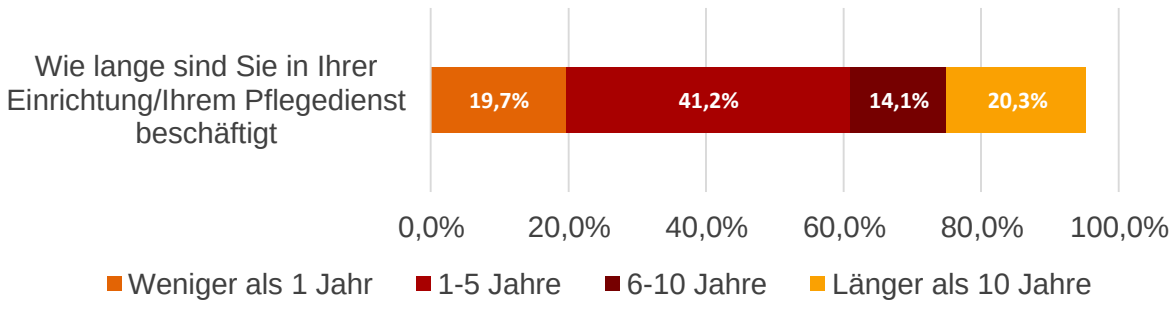

Abbildung 47: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Persönliche Angaben III

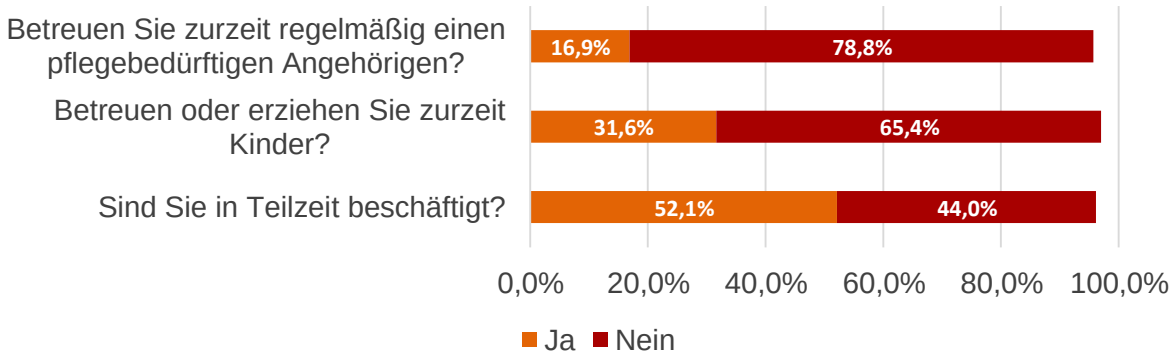

Abbildung 48: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Persönliche Angaben IV

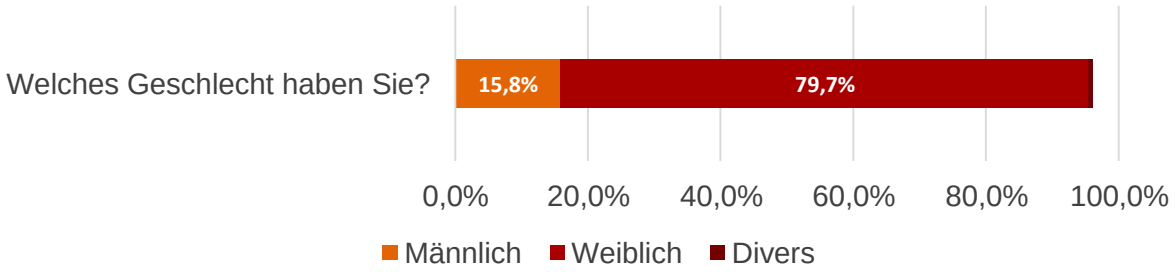

Abbildung 49: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Persönliche Angaben V

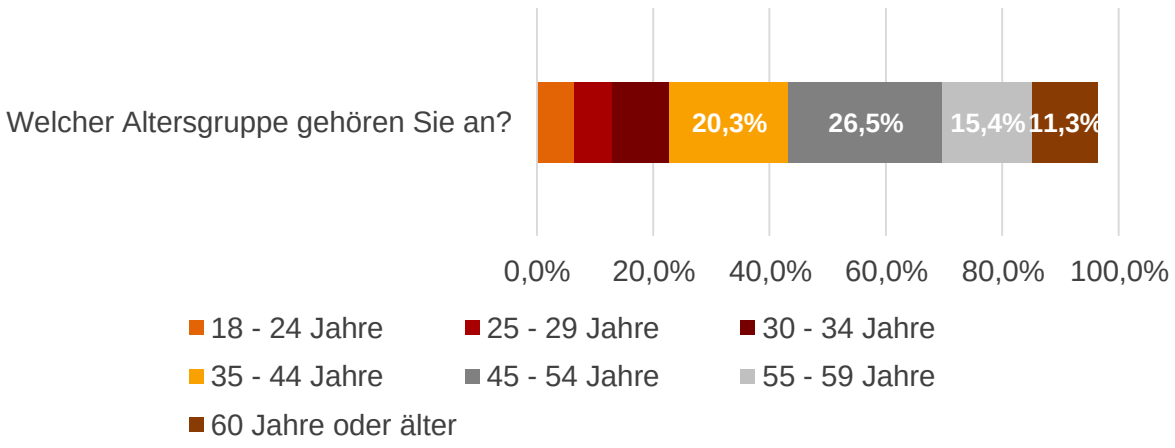

Abbildung 50: Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Persönliche Angaben VI

7.3. Interviews mit Führungskräften

Für die qualitative Befragung der Führungskräfte wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, der die wesentlichen Themenaspekte bzgl. der Arbeitsbedingungen des Unternehmens aus Sicht der Führungskräfte und der Unternehmensleitung berücksichtigt. Er umfasst dabei die folgenden Leitfragen und ist ebenfalls in Anhang D zu finden.

1. Wie würden Sie persönlich die allgemeinen Arbeitsbedingungen in Ihrer Einrichtung und die Zufriedenheit Ihrer Mitarbeitenden einschätzen? (Einstiegsfrage)
2. Wenn Sie an Ihren Arbeitsalltag als Führungskraft denken: In welchen Bereichen treten am häufigsten Herausforderungen oder Spannungen bei den Beschäftigten auf?
3. Gibt es dabei Unterschiede zwischen Berufsgruppen oder Hierarchieebenen?
4. Welches sind aus Ihrer Sicht die derzeit größten Herausforderungen?
5. Wie versuchen Sie, auf die Herausforderungen in diesen Bereichen zu reagieren?
6. Was gelingt dabei gut? Was gelingt weniger gut?
7. In welchen Bereichen wünschen Sie sich konkreten Beratungsbedarf?
8. Gibt es von Ihrer Seite aus noch weitere wichtige Aspekte, die Sie gerne erwähnen möchten?

Bei den Interviews wurde den Teilnehmenden viel Freiraum gegeben, die für sie wichtigen Themen zu priorisieren und ausführlicher darzustellen. Dies war umso wichtiger, da im Rahmen des Projekts nur einzelne Fokusthemen bearbeitet werden konnten.

Aus Gründen des Umfangs und der Anonymität der Interviewpartnerinnen und -partner können innerhalb des Berichts nicht alle Interviewinhalte aufgearbeitet werden. In der folgenden Tabelle wird daher für jedes Themenfeld, das innerhalb des Instrumentenkoffers aufgearbeitet wurde, ein Beispiel aus den geführten Interviews aufgegriffen.

Adressierter Leitfaden	Beschreibung (Beispiele aus den Interviews)
Aufbau betriebl. Gesundheitsförderung	Die Führungskraft berichtet, dass sich die Mitarbeitenden einen Ausbau des betrieblichen Gesundheitsmanagement wünschen.
Beschäftigtenbefragung	Die Führungskraft erzählt, dass bis jetzt noch nie eine Befragung der Mitarbeitenden stattgefunden hat.
Besprechungen optimieren	Die Führungskraft berichtet von Schwierigkeiten, neue Entwicklungen in der Organisation mit den Beschäftigten zu kommunizieren. Kommunikationsstrukturen sind sehr zentral veranlagt. Häufig wissen die Mitarbeitenden über grundlegende Sachverhalte und Entwicklungen nicht Bescheid.
Dienstplanerstellung	Die Führungskraft berichtet von großen Schwierigkeiten bei der Erstellung des Dienstplanes. Insbesondere die Berücksichtigung der unterschiedlichen Mitarbeitendenbedürfnisse und Gewohnheiten fallen ihr schwer. Die Führungskraft erzählt von Dienstplanbedingten Konflikten und Neid zwischen den Mitarbeitenden.
Entwicklung und Qualifizierung	Die Führungskraft sieht Schulungsbedarf vor allem im Bereich der Verwaltung. Probleme bereitet den Mitarbeitenden die aktuelle Software zur Pflegeplanung und Dokumentation. Unkenntnis über die Verwendung führt zu Frustration bei den Mitarbeitenden. Die Führungskraft wünscht sich überdies Methoden, die sie den Mitarbeitenden zur Arbeitserleichterung an die Hand geben kann.
Erfolgskommunikation	In der Wahrnehmung der Führungskraft sind neue Mitarbeitende häufig zunächst begeistert von der Arbeitssituation in der Einrichtung. Die Stimmung kippt aber vielfach bereits nach kurzer Zeit. Viele Mitarbeitenden haben sich in der Vergangenheit abwerben lassen. Die Führungskraft tut sich sehr schwer, die Vorteile der eigenen Organisation zu kommunizieren.
Führungskompetenzen	Die Führungskraft berichtet, dass Mitarbeitende vom Arbeitsplatz fernbleiben und/oder sich krankschreiben lassen, wenn ihnen der Dienstplan nicht gefällt. Die Mitarbeitenden vernachlässigen ihnen zugeteilte Aufgaben, da sie keine Konsequenzen zu erwarten haben.
Führungsleitbild	Die Führungskraft äußert, dass keine einheitliche Führungskultur besteht. Sie macht dies beispielhaft an der heterogenen "Duz-Kultur" fest, die ein Teil der Führungskräfte umsetzt.
Kinderbetreuung	An die Führungskraft wurde häufiger der Wunsch nach einer Kinderbetreuung herangetragen. Kindergärten im Ort sind aufgrund des Personalmangels bereits ausgelastet. Es ist eine Kita in Planung, diese wird allerdings erst im kommenden Jahr umgesetzt.

Adressierter Leitfaden	Beschreibung (Beispiele aus den Interviews)
Kommunikation mit Beschäftigten und Angehörigen	Die Kommunikation mit Angehörigen empfindet die Führungskraft als sehr schwierig. Es kommen viele Beschwerden von Seiten der Angehörigen (z. B. über das Essen). In der Konsequenz kommt es zu verstärktem Mailkontakt und der Zunahme von Informationsabenden.
Leistungsorientierte Lohnmodelle	Die Führungskraft möchte Mitarbeitende belohnen, die häufig kurzfristig einspringen.
Mitarbeitergespräch	Die Führungskraft nimmt die Mitarbeitenden als frustriert und überfordert wahr. Ihrer Ansicht nach leidet die Arbeitsmoral und Arbeitgeberloyalität.
Notfallschema	Die Führungskraft berichtet, dass aufgrund des Personalmangels häufig Engpässe bei der Patientenversorgung auftreten.
Optimierung Pflegeplanung	Die Pflegedokumentation beansprucht viel Zeit. Zudem sind die Mitarbeitenden teilweise aufgrund sprachlicher Hürden unsicher bei der Dokumentation. Als Resultat sieht die Führungskraft unzureichende und fehlende Dokumentationen durch die Beschäftigten. Dieses Verhalten wirkt sich wiederum negativ auf die Motivation der Mitarbeitenden und die Pflegequalität aus.
Partizipation Qualitätsziele	Bei der letzten MDK-Prüfung wurden eklatante Mängel in allen Bereichen festgestellt. Die Mitarbeitenden kommen ihren Pflichten vor allem bei der Pflegedokumentation nicht ausreichend nach.
Pausen	Die Führungskraft berichtet, dass abgesehen von den Raucherinnen und Rauchern, die Mitarbeitenden keine bis wenig Pausen machen.
Personalgewinnung	Personal wird aufgrund der aktuellen Lage ohne Bewerbungsprozess eingestellt. Es fehlen zudem finanzielle Ressourcen für die Mitarbeitendenakquise.
Pflegearbeitswagen	*Der Pflegearbeitswagen wurde in keinem Interview mit den Führungskräften thematisiert.*
Prioritätenschema	Die Pflegedokumentation erfolgt handschriftlich und beansprucht viel Zeit. Dies wirkt sich negativ auf die Motivation der Mitarbeitenden aus und führt zu Unverständnis.
Qualifikationsmix optimieren	Viele Mitarbeitende sind mit ihren Aufgaben überfordert. Ist keine Bereichsleitung oder PDL anwesend, werden die Aufgaben unzureichend oder gar nicht erledigt.
Stecktafel	Die existierenden Stecktafeln sind nicht verbindlich und stoßen bei der Belegschaft auf Widerstand.
steuerfreie Lohnbestandteile	Es bestehen zur Zeit keine betrieblichen Benefits für Mitarbeitende. Die Führungskraft sieht in Zusatzleistungen aber die Chance, Mitarbeitende länger zu binden.
Übergabe	Die Führungskraft berichtet, dass Übergaben hinsichtlich der Qualität und Struktur nicht funktionieren. Ihrer Ansicht nach sind die Mitarbeitenden nicht ausreichend über das Verfahren der Übergabe informiert.

Adressierter Leitfaden	Beschreibung (Beispiele aus den Interviews)
Überstundencontrolling	Die Führungskraft berichtet, dass einige Mitarbeitende sehr viele Überstunden leisten, andere nicht.
Vertretungsregelung	Die Mitarbeitenden sind nicht bereit, freiwillig für andere Kolleginnen und Kollegen einzuspringen. Häufig springt dann die PDL persönlich ein (bis zu viermal wöchentlich).

Abbildung 51: Leitfäden und exemplarische Interviewinhalte

7.4. Ableitung der Leitfadenempfehlung

Auf Basis der erhobenen Daten wurde die Ist-Situation der teilnehmenden Unternehmen inklusive der Wahrnehmung von Mitarbeitenden und Führungskräften analysiert. Die meisten Fragen korrespondierten dabei direkt zu einem oder mehreren Leitfäden. Eine Zuordnung der betreffenden Leitfäden für die Fragen der Struktur- und Mitarbeitendenbefragungen findet sich in den folgenden Matrizen.

	Aufbau b. Gesundheitsförderung	Beschäftigtenbefragung	Besprechungen optimieren	Dienstplanerstellung	Entwicklung und Qualifizierung	Erfolgskommunikation	Führungskompetenzen	Führungsleitbild	Kinderbetreuung	Kommunikation mit B. & A.	Leistungsorientierte Lohnmodelle	Mitarbeitergespräch	Notfallschema	Optimierung Pflegeplanung	Partizipation Qualitätsziele	Pausen	Personalgewinnung	Pflegearbeitswagen	Prioritätenschema	Qualifikationsmix optimieren	Stecktafel	steuerfreie Lohnbestandteile	Übergabe	Überstundencontrolling	Vertretungsregelung
Haben Sie in Ihrer Einrichtung/Ihrem Pflegedienst ein Unternehmensleitbild?								X		X															
Auf das notwendige Arbeitsmaterial habe ich stets Zugriff.																		X							
Während der Arbeit laufe/fahre ich selten unnötige Wege.																		X			X				
Ich habe in der Regel die Möglichkeit, die nach dem Arbeitszeitgesetz vorgeschriebenen Ruhepausen störungsfrei in Anspruch zu nehmen.																X									
Innerhalb meines Aufgabenbereichs kann ich eigenverantwortlich arbeiten und entscheiden.					X		X								X										
Bei uns wird die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter gefördert.					X																				
Verfügen Sie über eine ausreichende Anzahl gut ausgestatteter Pflegearbeitswagen?																		X							
Wie häufig nutzen Sie normalerweise den Pflegearbeitswagen?																		X							
Wie häufig werden die Pflegearbeitswagen in Ihrem Arbeitsbereich aufgefüllt?																		X							
Wie viele Stunden arbeiten Sie regelhaft pro Woche?													X											X	X
Wie viele Mehr- und Überstunden leisten Sie durchschnittlich pro MONAT?													X											X	X
Wie viel Arbeitszeit verbringen Sie in der Woche mit administrativen Tätigkeiten, wie Dokumentations- und Verwaltungstätigkeiten?			X	X	X									X											
Über welche Kommunikationsformen werden Sie über aktuelle Ereignisse in Ihrer Einrichtung/Ihrem Pflegedienst informiert?			X							X															
Wie wichtig finden Sie Mitarbeiterbefragungen?		X																							
Wie wichtig finden Sie Zielvereinbarungsgespräche?												X													
Wie wichtig finden Sie Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung (z.B. Rückenschulungen)?	X																								
Wie wichtig finden Sie Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammengehörigkeit im Team?							X	X		X															
Wie wichtig finden Sie die Möglichkeit längerfristige Fachweiterbildungen in Anspruch nehmen zu können?					X																				

	Aufbau b. Gesundheitsförderung	Beschäftigtenbefragung	Besprechungen optimieren	Dienstplanerstellung	Entwicklung und Qualifizierung	Erfolgskommunikation	Führungskompetenzen	Führungsleitbild	Kinderbetreuung	Kommunikation mit B. & A.	Leistungsorientierte Lohnmodelle	Mitarbeitergespräch	Notfallschema	Optimierung Pflegeplanung	Partizipation Qualitätsziele	Pausen	Personalgewinnung	Pflegearbeitswagen	Prioritätenschema	Qualifikationsmix optimieren	Stecktafel	steuerfreie Lohnbestandteile	Übergabe	Überstundencontrolling	Vertretungsregelung
Wie wichtig finden Sie die Möglichkeit kürzere Weiterbildungen, z.B. Seminare, in Anspruch nehmen zu können?					X																				
Wie wichtig finden Sie die Möglichkeit zeitweise von zu Hause oder von unterwegs aus arbeiten zu können?																									
Fühlen Sie sich auf Prüfungen in Ihrer Einrichtung/Ihrem Pflegedienst (z.B. MDK-Prüfungen) gut vorbereitet?					X																				
Werden individuelle Karrierepläne mit den Mitarbeitern erarbeitet?							X					X													
Nutzen Sie Kinderbetreuungsangebote, die von Ihrer Einrichtung/Ihrem Pflegedienst unterstützt werden?									X																
Wie häufig gibt es in Ihrem Arbeitsbereich Probleme bei der Personalsuche?																	X								
Wie lange bleiben offene Stellen in der Regel in Ihrem Arbeitsbereich unbesetzt?																	X								
Welche Hindernisse sehen Sie bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Ihrer Einrichtung/Ihrem Pflegedienst?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Was begünstigt die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Ihrer Einrichtung/Ihrem Pflegedienst?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Die Erstellung der Pflegeprozessdokumentation (inklusive Pflegeplanung) beherrsche ich gut.														X											
Die Pflegeprozessdokumentation (inklusive Pflegeplanung) nimmt übermäßig viel Zeit in Anspruch.														X											
Mit dem Dienstplan bin ich zufrieden.				X																					
Der Dienstplan ...				X																					
Ich kann normalerweise während der regulären Arbeitszeit meine Aufgaben bewältigen.					X																X		X	X	X
Ich habe genügend Zeit, um mein Arbeitswissen innerhalb der Arbeitszeit aktuell zu halten.					X																X		X	X	X
Die Fragen von Angehörigen nehmen zeitlich überhand.										X															
Den Umgang mit Angehörigen empfinde ich oftmals als belastend.										X															
Ich werde in die Entwicklung von Qualitätszielen eingebunden.															X										

	Aufbau b. Gesundheitsförderung	Beschäftigtenbefragung	Besprechungen optimieren	Dienstplanerstellung	Entwicklung und Qualifizierung	Erfolgskommunikation	Führungskompetenzen	Führungsleitbild	Kinderbetreuung	Kommunikation mit B. & A.	Leistungsorientierte Lohnmodelle	Mitarbeitergespräch	Notfallschema	Optimierung Pflegeplanung	Partizipation Qualitätsziele	Pausen	Personalgewinnung	Pflegearbeitswagen	Prioritätenschema	Qualifikationsmix optimieren	Stecktafel	steuerfreie Lohnbestandteile	Übergabe	Überstundencontrolling	Vertretungsregelung
Wie häufig müssen Sie andere Mitarbeiter vertreten, z.B. wegen Krankheit, Urlaub?													X				X						X	X	X
Wie häufig kommt es bei Ihrer Arbeit vor, dass Sie Tätigkeiten übernehmen müssen, die außerhalb Ihres Kompetenzbereichs liegen?					X		X										X			X					
Wie häufig kommt es bei Ihrer Arbeit vor, dass Sie pflegefremde Aufgaben übernehmen müssen?				X			X										X				X				X
Wie häufig werden Sie bei Ihrer eigentlichen Arbeit gestört oder unterbrochen?			X							X									X	X	X		X		
Wie häufig gibt es Probleme bei der Kommunikation mit anderen Mitarbeitern?		X	X			X				X															
Teambesprechungen werden normalerweise strukturiert vorbereitet.			X							X															
Teambesprechungen werden normalerweise schriftlich nachbereitet.			X							X															
Über Teambesprechungen bekomme ich alle notwendigen Informationen, um meine Arbeit zu erledigen.			X							X															
Mit Konflikten im Team kann ich gut umgehen.			X							X															
Der Zusammenhalt im Team ist gut.			X							X															
Das Team weiß meistens, wer für welche Schichten eingeteilt ist.			X							X											X		X		X
In Entscheidungen und Prozesse, die die Belegschaft betreffen, werde ich einbezogen.															X										
Ich bekomme die notwendige Unterstützung von meinen Kollegen.			X			X				X															
Wie erfolgt in Ihrer Einrichtung die Übergabe von Pflegekräften (Schichtwechsel)?																							X		
Ist die Übergabe gut organisiert?																							X		
Bekommen Sie durch die Übergabe alle notwendigen Informationen, um Ihre Arbeit zu erledigen?																							X		
Nimmt die Übergabe übermäßig viel Zeit in Anspruch?																							X		
Umsetzung des Pflegekonzeptes																									
Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse														X	X										
Organisation der Pflegedokumentation														X											

	Aufbau b. Gesundheitsförderung	Beschäftigtenbefragung	Besprechungen optimieren	Dienstplanerstellung	Entwicklung und Qualifizierung	Erfolgskommunikation	Führungskompetenzen	Führungsleitbild	Kinderbetreuung	Kommunikation mit B. & A.	Leistungsorientierte Lohnmodelle	Mitarbeitergespräch	Notfallschema	Optimierung Pflegeplanung	Partizipation Qualitätsziele	Pausen	Personalgewinnung	Pflegearbeitswagen	Prioritätenschema	Qualifikationsmix optimieren	Stecktafel	steuerfreie Lohnbestandteile	Übergabe	Überstundencontrolling	Vertretungsregelung
Inwieweit nimmt die Pflegedienstleitung die folgenden Führungsaufgaben wahr? - Umsetzung des Pflegekonzeptes							X	X																	
Inwieweit nimmt die Pflegedienstleitung die folgenden Führungsaufgaben wahr? - Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse							X	X																	
Inwieweit nimmt die Pflegedienstleitung die folgenden Führungsaufgaben wahr? - Organisation der Pflegedokumentation							X	X						X											
Inwieweit nimmt die Pflegedienstleitung die folgenden Führungsaufgaben wahr? - an dem Pflegebedarf orientierte Dienstplanung der Pflegekräfte				X			X	X																	
Inwieweit nimmt die Pflegedienstleitung die folgenden Führungsaufgaben wahr? - regelmäßige Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegebereichs			X				X	X		X															
Inwieweit orientieren Sie sich bei der Zuteilung von Mitarbeitern zu Arbeitsbereichen hauptsächlich an deren persönlichen Stärken?				X																X	X				
Holen Sie sich regelmäßig Feedback bei Ihren Mitarbeitern bezüglich Ihres Führungsstils ein?		X					X	X				X													
Haben Sie schon einmal im Austausch mit Ihren Mitarbeitern erarbeitet, was eine gute Führungskraft im Unternehmen ausmacht?							X	X																	
Zu welchen Themen haben Sie innerhalb der letzten drei Jahre an einem Führungskräftetraining teilgenommen?							X																		
Ich habe meistens ausreichend Zeit für die Betreuung der Bewohner/Patienten.				X	X					X									X				X	X	X
Ich fühle mich durch gesundheitliche Beschwerden infolge der Arbeitsbelastungen beeinträchtigt.	X			X	X		X			X		X		X				X		X	X		X	X	X
Ich fühle mich von der Arbeit mit den Bewohnern/Patienten ausgebrannt und erschöpft.				X	X					X		X		X						X	X		X	X	X
Häufige Springerfunktionen, um Personalausfälle in anderen Bereichen zu kompensieren, belasten mich.				X									X											X	X

	Aufbau b. Gesundheitsförderung	Beschäftigtenbefragung	Besprechungen optimieren	Dienstplanerstellung	Entwicklung und Qualifizierung	Erfolgskommunikation	Führungskompetenzen	Führungsleitbild	Kinderbetreuung	Kommunikation mit B. & A.	Leistungsorientierte Lohnmodelle	Mitarbeitergespräch	Notfallschema	Optimierung Pflegeplanung	Partizipation Qualitätsziele	Pausen	Personalgewinnung	Pflegearbeitswagen	Prioritätenschema	Qualifikationsmix optimieren	Stecktafel	steuerfreie Lohnbestandteile	Übergabe	Überstundencontrolling	Vertretungsregelung
Bei der Arbeit fühle ich mich oft überfordert.				X	X							X								X	X				
Bei der Arbeit fühle ich mich oft unterfordert.				X	X							X			X					X	X				
Wie häufig denken Sie aktuell darüber nach, die Einrichtung/den Pflegedienst zu verlassen?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Wie häufig ist es vorgekommen, dass Sie mit einem flauen Gefühl an Ihre berufliche Zukunft gedacht haben?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Inwieweit stimmen die Werte und Vorstellungen der Einrichtung/des Pflegedienstes mit Ihren überein.		X	X		X	X	X	X	X	X		X				X	X								
Würden Sie Ihre Einrichtung/Ihren Pflegedienst als attraktiven Arbeitsplatz weiterempfehlen?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ist Ihre Arbeit in den letzten zwei Jahren deutlich anstrengender geworden?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit den Arbeitsbedingungen an Ihrem Arbeitsplatz?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gehalt?											X														
Wie zufrieden sind Sie mit der Ausstattung Ihrer Einrichtung/Ihres Pflegedienstes und/oder den Hilfsmitteln, die Ihnen im Arbeitsalltag zur Verfügung stehen?																		X							
Fehlt Ihnen etwas bei der Ausstattung Ihrer Einrichtung/Ihres Pflegedienstes und/oder den Hilfsmitteln?																		X							
Was wünschen Sie sich für mehr Arbeitszufriedenheit?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Welche Qualifikation haben Sie?					X															X	X				
Was sind Ihre Aufgaben?					X															X	X				
Über wie viele Jahre Berufserfahrung verfügen Sie im Pflegebereich?																									
Wie lange sind Sie in Ihrer Einrichtung/Ihrem Pflegedienst beschäftigt?																									
Sind Sie in Teilzeit beschäftigt?				X																	X				
Betreuen oder erziehen Sie zurzeit Kinder?									X																
Betreuen Sie zurzeit regelmäßig einen pflegebedürftigen Angehörigen?																									X
Welche der folgenden Zusatzqualifikationen haben Sie erworben?					X															X					
Welcher Altersgruppe gehören Sie an?																									

	Aufbau b. Gesundheitsförderung	Beschäftigtenbefragung	Besprechungen optimieren	Dienstplanerstellung	Entwicklung und Qualifizierung	Erfolgskommunikation	Führungskompetenzen	Führungsleitbild	Kinderbetreuung	Kommunikation mit B. & A.	Leistungsorientierte Lohnmodelle	Mitarbeitergespräch	Notfallschema	Optimierung Pflegeplanung	Partizipation Qualitätsziele	Pausen	Personalgewinnung	Pflegearbeitswagen	Prioritätenschema	Qualifikationsmix optimieren	Stecktafel	steuerfreie Lohnbestandteile	Übergabe	Überstundencontrolling	Vertretungsregelung
Wie hoch ist die aktuelle Anzahl der von Ihrer Einrichtung/Ihrem Pflegedienst versorgten Bewohner/ Patienten nach Pflegegrad?																	X		X		X				
Bitte nennen Sie die Anzahl der Mitarbeiter nach Vollzeitäquivalenten (VZÄ)				X						X			X				X			X	X			X	X
Inwieweit haben Sie in den folgenden Bereichen Leistungen an externe Anbieter ausgelagert?																									
Ist in Ihrer Einrichtung/Ihrem Pflegedienst ein separater Pausenraum für die Mitarbeiter vorhanden?																X									
Wie viele Mitarbeiter arbeiten aktuell zeitweise von zu Hause oder von unterwegs aus (Mobiles Arbeiten)?									X								X								
Bieten Sie den Mitarbeitern steuerfreie und/oder steuerermäßigte Vergütungsbestandteile?																					X				
Bieten Sie den Mitarbeitern leistungsorientierte Entlohnungsmodelle?											X														
Bieten Sie den Mitarbeitern eine zusätzliche Vergütung für Rufbereitschaften?											X														
Bieten Sie den Mitarbeitern Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung?	X																								
Bieten Sie den Mitarbeitern Schulungen zur Vorbereitung auf Prüfungen (z.B. MDK-Prüfungen)?					X																				
Bieten Sie den Mitarbeitern Regelungen zur direkten Vergütung von Überstunden?											X						X								
Führen Sie mit Ihren Mitarbeitern Gesprächsrunden speziell zu positiven Ereignissen durch?						X																			
Führen Sie mit Ihren Mitarbeitern Zielvereinbarungsgespräche durch?										X		X													
Führen Sie mit Ihren Mitarbeitern Teamtrainings durch?							X			X															
Welche Formen der Fort- und Weiterbildung werden von Ihrer Einrichtung/Ihrem Pflegedienst angeboten?					X																				
Wie oft werden in Ihrer Einrichtung/Ihrem Pflegedienst Mitarbeitergespräche geführt?												X													

	Aufbau b. Gesundheitsförderung	Beschäftigtenbefragung	Besprechungen optimieren	Dienstplanerstellung	Entwicklung und Qualifizierung	Erfolgskommunikation	Führungskompetenzen	Führungsleitbild	Kinderbetreuung	Kommunikation mit B. & A.	Leistungsorientierte Lohnmodelle	Mitarbeitergespräch	Notfallschema	Optimierung Pflegeplanung	Partizipation Qualitätsziele	Pausen	Personalgewinnung	Pflegearbeitswagen	Prioritätenschema	Qualifikationsmix optimieren	Stecktafel	steuerfreie Lohnbestandteile	Übergabe	Überstundencontrolling	Vertretungsregelung
Wie oft werden in Ihrer Einrichtung/Ihrem Pflegedienst Mitarbeiterbefragungen durchgeführt?		X																							
Ist in Ihrer Einrichtung/Ihrem Pflegedienst die Organisationsstruktur z. B. in Form eines Organigramms geregelt?																									
Haben Sie Führungsleitlinien entwickelt?							X	X																	
Nach welchem Prinzip wird die Pflege in Ihrer Einrichtung/Ihrem Pflegedienst organisiert?																									
Welches Pflegedokumentationsystem nutzen Sie zurzeit?														X											
Für welche der folgenden Tätigkeiten verwenden Sie in der Regel elektronische Systeme?																									
Welche der folgenden Kommunikationsformen nutzen Sie, um Angehörige zu häufig gestellten Fragen zu informieren?										X															
Zu welchen der folgenden Themengebiete haben Sie innerhalb der letzten drei Jahre eine externe Beratung in Anspruch genommen?																									
Gehen Sie bei der Dienstplanerstellung nach einem festen Schema vor?				X																					
Existiert für den Fall von akuten Personalausfällen (am selben Tag) ein festgelegtes Vorgehen zur Nachbesetzung?													X											X	X
Erfolgt ein stetiges Controlling der Überstunden der Mitarbeiter?																								X	
Liegt ein Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege vor?					X																				
Nutzen Sie in Ihrer Einrichtung/Ihrem Pflegedienst Stecktafeln als ergänzendes Instrument zur Dienstplangestaltung?																					X				
Nutzen Sie in Ihrer Einrichtung/Ihrem Pflegedienst einen Jahresdienstplan?				X																					
Nutzen Sie in Ihrer Einrichtung/Ihrem Pflegedienst schriftliche Regelungen zum Umgang mit Beschwerden seitens der Mitarbeiter?							X			X															
Nutzen Sie in Ihrer Einrichtung/Ihrem Pflegedienst feste Vertretungsregelungen?																									X
Wie oft nutzen Sie die folgenden Kanäle der Mitarbeiterakquise?																	X								

Abbildung 52: Zusammenhangsmatrix Fragen der Bedarfsanalyse und Leitfäden

Zur Ableitung der Leitfadenempfehlung wurden die verschiedenen Perspektiven zusammengeführt. Höchste Priorität hatten Instrumente, die Probleme adressieren, die sich aus den faktischen Zuständen (Strukturerhebung) und der Wahrnehmung von Führung und Mitarbeitenden ergeben. Bei abweichender Wahrnehmung von Führung und Mitarbeitenden wurden die Handlungsfelder priorisiert, bei denen die Wahrnehmung der Mitarbeitenden schlechter war.

Zweitrangig wurden Instrumente gewählt, die weder in Strukturerhebung noch in der Mitarbeitendenbefragung zu Tage getreten sind. Ausnahmen bilden Handlungsfelder, die nur durch die Führungskraft selbst erkannt und beschrieben werden können oder als notwendige Vorarbeit zu anderen Maßnahmen gesehen werden können. Insgesamt wurden je Einrichtung nur so viele Leitfäden empfohlen, wie bezüglich einer Umsetzung im zeitlichen Rahmen des Projekts realistisch erschien.

Eine mathematische Zuweisung oder ein Entscheidungsbaum, der jedem möglichen Antwortsetting eine Empfehlung an Leitfäden zuordnet, war nicht möglich. Schon im Auswahlprozess der Leitfäden mussten die Neben- und Rahmenbedingungen der Einrichtungen sowie die persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen der Umsetzenden berücksichtigt werden. Subtile Unterschiede und die subjektive Einschätzung des Beratenden gingen in die finale Empfehlung der Leitfäden ein.

Konkret wurden im Pilotprojekt in einem mehrstufigen Verfahren zunächst alle relevanten Aussagen der Interviews, sowie die Ergebnisse der Struktur- und Mitarbeitendenbefragung, den einzelnen Leitfäden zugeordnet. Anschließend wurde im Team der Beratenden entschieden welche Leitfäden zu empfehlen seien. Um ein Höchstmaß an intrinsischer Motivation bei den Führungskräften zu erreichen, wurden im Zweifel auch Leitfadenwechsel nach Beginn der Umsetzungsphase zugelassen.

Die Ergebnisse der Bedarfsanalyse wurden den Teilnehmenden im Rahmen der Schulungen mitsamt einer in einfacher Sprache formulierten Kurzerklärung übergeben. Hierbei wurde insbesondere darauf geachtet Problemfelder pointiert zu formulieren, um die Motivation zu Veränderungen zu stärken. Da keine der vorgeschlagenen Maßnahmen ohne die volle Unterstützung und den Umsetzungswillen der leitenden Mitarbeitenden eine Chance auf Wirkung hat, wurde allen Teilnehmenden freigestellt, begründet von den Leitfadenempfehlungen abzuweichen.

Die folgende Matrix zeigt die Empfehlungen, wie sie den Einrichtungen ausgesprochen wurden. In Anhang D findet sich beispielhaft das Empfehlungsschreiben von Einrichtung 3.

	Einrichtung																								
Leitfaden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Aufbau betriebl. Gesundheitsförderung													X	X		X									
Beschäftigtenbefragung																	X								
Besprechungen optimieren					X		X						X						X		X		X		
Dienstplanerstellung		X	X	X		X	X		X	X		X		X	X	X	X			X	X	X	X	X	
Entwicklung und Qualifizierung	X				X	X			X	X	X				X		X		X		X				
Erfolgskommunikation		X		X	X	X	X			X			X		X	X				X	X	X			
Führungskompetenzen	X							X			X											X			
Führungsleitbild													X											X	
Kinderbetreuung					X				X					X								X			
Komm. mit Beschäftigten und Angeh.	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X			X	X	X				X		X	X		X
Leistungsorientierte Lohnmodelle			X					X		X															
Mitarbeitendengespräch			X		X								X												
Notfallschema	X									X		X		X						X				X	
Optimierung Pflegeplanung																									
Partizipation Qualitätsziele											X														X
Pausen													X		X			X	X	X					X
Personalgewinnung		X			X			X			X	X				X	X	X			X			X	X
Pflegearbeitswagen														X				X	X						
Prioritätenschema Pflegeprozessdoku.	X	X	X					X					X				X		X					X	X
Qualifikationsmix optimieren																			X						
Stecktafel												X		X				X			X		X	X	
steuerfreie Lohnbestandteile			X	X			X	X	X	X					X										
Übergabe											X												X		
Überstundencontrolling				X																					
Vertretungsregelung												X	X	X				X		X		X			

Abbildung 53: Matrix der empfohlenen Leitfäden, (teil-)stationär grau hinterlegt, ambulant weiß

Zwei Leitfäden wurden besonders häufig auf Grundlage der Bedarfsanalyse empfohlen. Im Bereich der Kommunikation mit Beschäftigen und Angehörigen ließen sich bei vielen Einrichtungen noch Verbesserungspotenziale erkennen. Im Bereich der Dienstplanung fiel die Beurteilung in der Mitarbeitendenbefragung häufig relativ positiv aus. Aus den Interviews mit den leitenden Mitarbeitenden wurden aber nicht selten Lücken zu einem optimalen Vorgehen und damit Verbesserungspotenziale an einer zentralen Stelle der Arbeitsbedingungen offensichtlich. Weitere Handlungsfelder mit erhöhter Empfehlungsrate sind die Entwicklung und Qualifizierung der Mitarbeitenden, die Erfolgskommunikation, die Personalgewinnung sowie das Prioritätenschema.

Anzahl der Empfehlungen	Leitfaden
17	Dienstplanerstellung
17	Kommunikation mit Beschäftigten und Angehörigen
12	Erfolgskommunikation
11	Personalgewinnung
10	Entwicklung und Qualifizierung

Abbildung 54: Die fünf am häufigsten empfohlenen Leitfäden.

Keine geeignete Einrichtung fand sich für den Leitfaden Optimierung der Pflegeplanung. Die Leitfäden „Überstundencontrolling“, „Übergabe“, „Qualifikationsmix optimieren“, „Partizipation Qualitätsziele“ und „Beschäftigtenbefragung“ kamen nur vereinzelt zur Anwendung.

7.5. Fazit der Bedarfsanalyse mit Blick auf den bundesweiten Rollout

Der dreigliedrige Aufbau der Bedarfsanalyse hat sich als zielführend erwiesen, um ein ganzheitliches Bild der verschiedenen Perspektiven bzw. Wahrnehmungen zu bekommen. Auf keines der Elemente kann verzichtet werden.

Die Strukturbefragung ist notwendig, um objektive Gegebenheiten strukturiert zu erfassen. Die Abwicklung über eine Onlinebefragung hat sich als pragmatischer und effizienter Ansatz herausgestellt. Gegebenenfalls könnten zukünftig Fragen zu Doppelfunktionen der Führungskräfte, zur Refinanzierungssituation (verhandelte vs. tatsächliche Personalausstattung) sowie zur Auslastung ergänzt werden. Im Projekt gab es Führungskräfte, die mehrere Funktionen in Personalunion übernommen haben, was mit erheblichen Auswirkungen auf die verfügbaren Kapazitäten, das tatsächliche Aufgabenspektrum und die vorliegenden Problemstellungen einherging. Indem Vakanzen und Auslastung betrachtet werden, kann der Fokus auf diese zentralen Probleme gelegt werden, die im Zweifel vor dem Beginn tiefergehender Veränderungsprozesse gelöst werden müssen.

Die Mitarbeitendenbefragung gibt Aufschluss darüber, wie die Arbeitsbedingungen wahrgenommen werden und in welchen Handlungsfeldern die größten Verbesserungspotenziale bezüglich der Mitarbeitendenzufriedenheit zu erwarten sind. Die Mitarbeitendenbefragung hat bei vielen Einrichtungen Wahrnehmungen der Mitarbeitenden aufgezeigt, die den Führungskräften nicht bekannt waren oder sogar den erwarteten Antworten diametral gegenüberstanden.

Die Interviews mit den Führungskräften als Umsetzungsverantwortliche sind ebenfalls essentiell. Ihre Bedürfnisse, Wünsche und Probleme müssen zunächst verstanden werden, um gemeinsame Lösungen zu erarbeiten, die sowohl deren individuelle Problemlagen adressieren als auch die Arbeitsbedingungen allgemein verbessern. Die Umsetzungsbereitschaft und der persönliche Einsatz sind entscheidend für den Erfolg der Veränderungsmaßnahmen. Die Interviews tragen dazu bei, diesen Personen konkrete und individuell passende Leitfäden zu empfehlen.

Unter den verschiedenen Elementen der Bedarfsanalyse wurden die Führungskräfteinterviews priorisiert, da eine Umsetzung von Instrumenten entgegen der Fähigkeiten oder der Motivation der Verantwortlichen wenig erfolgversprechend ist. Insbesondere wenn Handlungsfelder adressiert werden sollen, die nicht im Interview besprochen wurden, ist ein (telefonisches) Vorgespräch notwendig. In diesem können die umsetzenden Personen für das Thema sensibilisiert und fachlich befähigt werden, die vorgeschlagenen Maßnahmen umzusetzen.

Aus zwei zentralen Erkenntnissen bezüglich des Erstkontakts für das Interview und den Rückläufen der Mitarbeitendenbefragung lassen sich Empfehlungen für ein verändertes Vorgehen beim bundesweiten Rollout ableiten. Diese werden im Konzept (Kapitel 11) entsprechend aufgegriffen.

Die Interviewtermine dienen nicht nur der Durchführung des konkreten Interviews, sondern sind auch der erste Kontakt mit der Einrichtung bzw. den leitenden Mitarbeitenden. Das Interview bildet zum einen die Chance, durch Erläuterungen zur Vorgehensweise und das Aufzeigen von Verbesserungspotenzialen die Motivation für das Projekt zu steigern. Zum anderen erhalten die Beraterinnen und Berater bei der Begehung der Einrichtung und den ersten Gesprächen mit Mitarbeitenden einen hilfreichen Einblick in die Probleme der Einrichtung.

Dies ist besonders hilfreich bei Handlungsfeldern, die nur schwer durch Mitarbeitende und Führungskräfte erkannt werden können, da sie die Alternativen ggf. nicht kennen. Der Kontakt vor Ort ist einer erweiterten Strukturerhebung vorzuziehen, da die Beratenden so mehr Eindrücke erfassen können, als durch einen Fragebogen abgefragt werden kann. Überdies sind Körperhaltung, Umgangston, Zustand von Räumen und Arbeitsmaterialien oft durch Externe objektiver beurteilbar.

Zudem hat sich herausgestellt, dass ein Interviewtermin vor Beginn der Struktur- und Mitarbeitendenbefragung zu einem besseren Verständnis und einer höheren Teilnahmebereitschaft führt. Für einen bundesweiten Rollout ist deswegen zu empfehlen, Interviews und Organisationsbegehung vor den Befragungen anzusiedeln und dem Erstkontakt einen halben oder ganzen Tag einzuräumen. In Anbetracht möglicher Anfahrtswege und dem Verhältnis von Fahrt- zu Beratungszeit der Beratenden ist dies zudem ökologisch sinnvoller.

Die zweite Erkenntnis betrifft die zeitliche Ausgestaltung. Im vorgegebenen Befragungszeitraum haben die wenigsten Einrichtungen eine vollständige Rücklieferung der Fragebögen erreichen können. Einzelne Mitarbeitende haben auch noch mehrere Wochen nach Ende des Befragungszeitraums Fragebögen eingesendet. Diese wurden in die Ergebnisse der Mitarbeitendenbefragung integriert, konnten aber nicht in der initialen Bedarfsanalyse und Leitfadenempfehlung berücksichtigt werden. Für einen bundesweiten Rollout sollte ein Befragungszeitraum von mindestens 6 Wochen eingeplant werden, um insbesondere auch alle Mitarbeitenden zu erreichen, die im Befragungszeitraum erkrankt oder im Urlaub sind.

8. Schulungen

8.1. Ablauf

Die Schulungen fanden an sechs Orten (Berlin, Darmstadt, Hannover, Leipzig, Nürnberg und Ratingen) in verschiedenen Teilen des Bundesgebiets statt. Dabei hatten alle Einrichtungen die Möglichkeit, den nächstgelegenen Veranstaltungsort zu wählen, den sie schon bei der Bewerbung zugesagt hatten. Viele Einrichtungen mussten aus terminlichen Gründen kurzfristig umdisponieren, sodass die Gruppen häufig nicht nach regionaler Nähe zusammengesetzt waren. Die Schulungen waren als eintägige Veranstaltungen konzipiert und folgten nachstehendem Ablaufplan:

Uhrzeit	Inhalte
09:00 – 10:00	Ankunft der Teilnehmenden
10:00 – 11:45	**Block 1** Einstieg in das Schulungskonzept/Präsentation des Instrumentenkoffers und Erläuterung seiner Anwendung
11:45 – 12:00	Pause
12:00 – 13:00	**Block 2** Die Funktionsweise der Instrumente: „Wie mit Instrumenten aus dem Koffer aus Hindernissen Lösungen werden.“
13:00 – 14:30	Mittagspause
14:30 – 16:00	**Block 3** Gruppenarbeit: Arbeit mit den Instrumenten anhand von Fallbeispielen
16:00 – 16:15	Pause
16:15 – 17:15	**Block 4** Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick auf die Beratertage vor Ort
17:15 – 17:30	Ende der Veranstaltung

Abbildung 55: Schulungsablauf im Pilotprojekt

Der erste Block startete mit einem kurzen strukturierten Kennenlernen, der Erläuterung der Tages- sowie Projektziele und des Ablaufs. Anschließend wurde das Konzept der Handlungsfelder und die einzelnen Instrumente vorgestellt.

Im zweiten Block wurde der Umgang mit dem Instrumentenkoffer geschult. Zunächst wurde der Aufbau erläutert sowie Hinweise zu Wahlmöglichkeiten und dem Hintergrund der Bedarfsanalyse gegeben. Danach wurde anhand von Beispielleitfäden und mit Hilfe von Gruppendiskussionen der Umgang mit den Koffern geübt.

Im Anschluss haben die Schulungsteilnehmenden in Block 3 Fallbeispiele bearbeitet. Die Gruppen wurden üblicherweise nach Versorgungsart gebildet, um einen homogenen Hintergrund sicherzustellen und eine Diskussion zu ermöglichen. Die Ergebnisse der Gruppenarbeiten wurden von den Gruppen anhand von Flipcharts präsentiert und mit dem Plenum diskutiert.

Die Schulung schloss mit einer gemeinschaftlich erstellten SWOT-Analyse (vgl. nächstes Unterkapitel), einem Ausblick auf die bevorstehenden Beratertage sowie der Übergabe der individualisierten Instrumentenkoffer.

8.2. Ergebnisse der SWOT-Analyse

Bestandteil aller Schulungen war eine SWOT-Analyse, die von der gesamten Gruppe gemeinsam erstellt und diskutiert wurde. Ziel dieses Elements ist es, die Teilnehmenden für den Projektrahmen und insbesondere für Hemmnisse, Limitationen und Chancen zu sensibilisieren. Überhöhte Erwartungen konnten so gemindert, die Motivation gesteigert und eine realistische Zielvorstellung erreicht werden.

Die SWOT-Analyse hat ihren Namen aus dem Englischen und setzt sich zusammen aus den vier Elementen **S**trengths (Stärken), **W**eaknesses (Schwächen), **O**pportunities (Chancen) und **T**hreats (Risiken).

Als **Risiken** für den Projekterfolg sehen die Schulungsteilnehmenden drei wesentliche Faktoren: Erstens den eingeschränkten Rahmen des Projektes, sowohl inhaltlich als auch zeitlich, zweitens ungewollte Sekundäreffekte und drittens die Reaktion bzw. fehlende Unterstützung durch die Mitarbeitenden.

Der zeitliche Rahmen für die initiale Umsetzung wurde von vielen Teilnehmenden als ambitioniert eingeschätzt. Gleichzeitig befürchteten sie, dass nach Ende des Projekts die begonnenen Maßnahmen abflauen könnten. Auch eine fehlende regelmäßige Aktualisierung über den Projektzeitraum hinaus wurde kritisch angemerkt. Der inhaltliche Fokus des Projekts auf eine Auswahl von Themen und Maßnahmen kann außerdem dazu führen, dass andere wichtige Themen aus dem Blick geraten und die Kreativität der Führungskräfte eingeschränkt wird. Die meisten Maßnahmen sind zu dem auf Verständnis und Unterstützung seitens der Mitarbeitenden angewiesen. Gerade unter älteren Mitarbeitenden wurde jedoch Widerstand befürchtet.

Zusätzlich birgt die durch das Projekt entstehende Erwartungshaltung die Gefahr der Enttäuschung. Weitere befürchtete Sekundäreffekte umfassen die eigene Trägheit, Konflikte aufgrund erhöhter Transparenz sowie langfristig erhöhter Ressourcenverbrauch.

Die diskutierten **Chancen** werden durch die Wahrnehmung des Instrumentenkoffers als konkrete Hilfe dominiert. Von den Teilnehmenden genannte Punkte umfassen:

- „Orientierungshilfe für den Führungsalltag“,
- „Denkanstöße“, „Impulsgeber für den Alltag“, „Möglichkeit, alles zu überdenken, über den Tellerrand gucken, Veränderung der Arbeitskultur“, „Struktur aufbrechen, neue Impulse“,
- „Selbstüberprüfung wird ermöglicht“, „Bestätigung für die eigenen Maßnahmen“,
- „Motivation der unterstellten Führungskräfte“,
- „Stillstand wird vermieden/stetige Verbesserung“, „beugt Stagnation vor“,
- „Selbstwertgefühl steigt bei Mitarbeitenden/Teams“,
- „Fachliche und methodische Weiterentwicklung der Mitarbeitenden“,
- „Erfolgserlebnisse werden möglich“, „Schnelle Effekte in kurzer Zeit“,
- „den „richtigen“ Weg gehen“,
- „Hilfe zur Standardisierung“,
- „Entzieht Nörglern die Grundlage“,
- „Einfache, schlanke Darstellung macht die Leitfäden „lesbar““,
- „Verbesserung von Strukturen“,
- „Breite Auswahl an Methoden“.

Es wurde mehrfach hervorgehoben, dass der Koffer individuelle Lösungen ermöglicht, gute Aussichten auf einen schnellen aber andauernden Effekt hat und schließlich als Anstoß für Innovationen und weitere Veränderungen dienen kann.

Als **Schwächen** des Konzepts haben die Teilnehmenden Punkte in zwei Bereichen identifiziert. Zum einen bei den Leitfäden, zum anderen bei den Einrichtungen selbst. Für eine erfolgreiche Umsetzung ist es notwendig, dass die Einrichtungen Strukturen aufweisen, die eine Anwendung der Instrumente möglich machen und dass die Führungskräfte mit den nötigen Fähigkeiten und Kapazitäten ausgestattet sind. Vorbereitung und Umsetzung erzeugen bei den Einrichtungen (Personal-)Kosten. Inhaltliche Schwächen wurden vor allem in der Abstraktion sowie Theorie- und Textlastigkeit der Leitfäden gesehen. Einigen Teilnehmenden sind die Maßnahmenpakete inhaltlich wie zeitlich zu eng angesetzt und vereinzelt wurde die optische Aufbereitung und der fehlende Einbezug von Führungskräften im Sinne des Arbeitnehmer-Begriffs geäußert.

Die **Stärken** des Projekts werden in der sinnvollen und übersichtlichen Struktur der Leitfäden, der praxisnahen und impulsgebenden Aufbereitung, dem autodidaktischen Konzept sowie der (kostenlosen) Unterstützung durch qualifizierte und berufserfahrene Beraterinnen und Berater gesehen. Die gesammelten Ergebnisse der SWOT-Analyse umfassten in diesem Quadranten u. a.:

- „Guter Aufbau: immer gleiche Aufteilung“, „Klare Struktur“, „Übersicht der Handlungsfelder/Aufteilung/didaktischer Aufbau“,
- „Man hat etwas in der Hand (Nachschlagewerk)“, „Handlungssicherheit“, „Sicheres Fundament“, „Autodidaktik“,
- „Erprobte Wirkung“, „Instrumente sind valide/erprobt -> schnelle Wirksamkeit“
- „Leitfäden bieten komprimierte Infos“, „Bedienungsanleitung“,
- „Handlungsanleitung, MA können reinschauen (einfache Vermittlung an MA)“, „Klare Schemata: inhaltliche Transparenz für MA“
- „Checkliste, um Schritte zu überprüfen“, roter Faden inkl. Checkliste“,
- „Kurz & knapp, keine langen Texte, Farben bieten guten Überblick“, „verständliche Leitfäden“, „übersichtlich/verständlich“,
- „Struktur/Lösungen“,
- „Benchmarking“,
- „generelle Denkanregung“, „Vorstufe zu Konzeptentwicklung“, „Anreiz für Neues: in Aktion kommen“
- „einfache Umsetzung“, „Ermöglicht schrittweise Umsetzung“, „Handlungsleitend“, „bedarfsorientiert“, „anpassbar“,
- „nachvollziehbare Praxisbeispiele“
- „Zielgruppengerechte Sprache“,
- „Abdeckung der Themen“, „Verschiedene Möglichkeiten, das Rad wieder neu zu erfinden“,
- „Kostenneutrale Unternehmensberatung“.

8.3. Fazit zu den Schulungen mit Blick auf den bundesweiten Rollout

Die Schulungen wurden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sehr positiv wahrgenommen. Die geplanten Inhalte konnten im Rahmen der Veranstaltung vermittelt bzw. diskutiert werden. Mit Hilfe der SWOT-Analyse hat sich bei den meisten teilnehmenden Einrichtungen ein differenziertes und realistisches Bild vom bevorstehenden Veränderungsprozess eingestellt. Die Gruppengröße und Zusammensetzung erschien passend. Insbesondere die Mischung von Anbietern der ambulanten und stationären Altenhilfe hat die Diskussionen bereichert. Durch die Möglichkeit, in den Gruppenarbeitsphasen nach diesem Kriterium aufzuteilen, kam es aber dennoch zu einer realitätsnahen Erarbeitung der Beispielleitfäden.

Zwei Verbesserungspotenziale für den bundesweiten Rollout ergeben sich bzgl. der Übergabe der individuellen Instrumentenkoffer und der Funktion der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops. Bezüglich der Handlungs- und Leitfadenempfehlung hat sich gezeigt, dass bei vielen Einrichtungen ein direkter Redebedarf besteht. Häufig waren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von den Ergebnissen der Mitarbeitendenbefragung oder den Analyseergebnissen im Allgemeinen überrascht und haben sich eine Zeit der gemeinsamen Reflexion gewünscht. Im Projekt wurde dies durch die telefonische Ansprechbarkeit gelöst, sodass in den Tagen nach den Schulungen mit vielen teilnehmenden Einrichtungen ein „Einordnungs- und Reflexionsgespräch“ zu den Leitfadenempfehlungen geführt werden konnte. Für den bundesweiten Rollout, könnte dies proaktiv durch individuelle Sprechstunden am Tag der Schulung erfolgen.

Die zweite Anpassung im Konzept ergibt sich im Bereich der Funktion der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Es hat sich gezeigt, dass das Fernbleiben der Einrichtungsleitung bei den Schulungen zu einer deutlich geringen Änderungsbereitschaft im anschließenden Umsetzungsprozess führt. In einem bundesweiten Rollout sollten die Einrichtungsleitungen obligatorisch dazu verpflichtet werden, an der Schulung teilzunehmen. So können das nötige Verständnis und die Motivation bei der Einrichtungsleitung geschaffen werden.

9. Umsetzungsbegleitung

An die Schulungen Mitte Juni hat sich die Phase der Umsetzung und Umsetzungsbegleitung angeschlossen. Sie umfasst die individuelle Begleitung, Anleitung und Unterstützung der teilnehmenden Einrichtungen bei der Umsetzung von Maßnahmen auf Basis des individuellen Instrumentenkoffers. Qualifizierte und erfahrene Berater haben jeweils drei Tage vor Ort in der Einrichtung die Veränderungsprozesse unterstützt und die nachhaltige Implementierung der Maßnahmen durch Hinweise und bei Bedarf telefonische Beratung gesichert.

In Person handelte es sich hierbei um Annemarie Fajardo und Birger Schlürmann. Um den Erfahrung und Expertise der beiden Beratenden deutlich zu machen, werden wesentliche Punkte ihres Lebenslaufes im Folgenden kurz skizziert.
Frau Fajardo ist examinierte Altenpflegerin, weitergebildete Wohnbereichsleitung und Pflegedienstleitung für stationäre Altenhilfeeinrichtungen. Sie absolvierte berufsbegleitend von 2009 bis 2013 an der Hamburger Fern-Hochschule ein Studium im Fach Pflegemanagement mit dem Schwerpunkt Stationäre Altenhilfe/ Stationäre Krankenhilfe. Von 2016 bis 2018 absolvierte Frau Fajardo ein berufsbegleitendes Master-Studium im Fach Wirtschaftspsychologie mit dem Schwerpunkt Arbeits- und Organisationspsychologie an der Hochschule für Ökonomie und Management Essen. Seit über 15 Jahren ist Frau Fajardo in der Alten- und Krankenhilfebranche tätig und sammelte operative Führungserfahrung im Mittleren und Höheren Management sowie strategische und wirtschaftliche Erfahrungen als Regionalleitung für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen mit den Schwerpunkten Reorganisation und Personalentwicklung.
Seit über 25 Jahren ist Birger Schlürmann in der Altenhilfe in sämtlichen Positionen tätig. Angefangen als examinierter Altenpfleger, Praxisanleiter und stellvertretende Wohnbereichsleitung, arbeitete er anschließend 15 Jahre freiberuflich als Berater. Seine Schwerpunkte lagen in der betriebswirtschaftlichen Beratung, Gründung und Aufbau neuer Versorgungsformen, Qualitätsmanagement, Begleitung und Nachbereitung von MDK-Prüfungen sowie Führungskräfte-Coachings. Nach seiner Zeit als Freiberufler war Birger Schlürmann als Leiter des Pflege- und Qualitätsmanagements in einer bundesweit agierenden Altenheimkette und als Geschäftsführer eines ambulanten Dienstes tätig. Seit 2018 ist er als Manager bei Curacon in der Unternehmensberatung tätig. Neben dieser Tätigkeit ist er seit 15 Jahren Redakteur von verschiedenen Fachinformationsdiensten sowie Autor von Fachbüchern und Lehrbriefen.

Ob die drei Beratungstage intensiv „en bloc“ oder in einer Taktung von ca. 6 Wochen in eintägigen Terminen stattfanden, wurde nach Wunsch der Einrichtung entschieden. Grundlage jeder Implementierungsstrategie in den einzelnen Einrichtungen war immer ein systemischer Ansatz. Ein Thema bzw. eine oder mehrere Maßnahmen mit definierter Zielsetzung wurden

nicht isoliert für sich betrachtet, sondern im Kontext des gesamten Systems. In der Beratung vor Ort wurde anhand der individuellen Schwierigkeiten und Unterstützungsbedarfe vor allem auf Erfolgsmodelle zurückgegriffen, die die ausführenden Beratenden selber in vergleichbaren Projekten nutzen konnten bzw. aus Beratungseinsätzen generiert haben. Die genutzten Beratungsmethoden sind in Abschnitt 9.1.1 erläutert. Dabei kann das Vorgehen grob in fünf Phasen eingeteilt werden, von denen jede Phase eine Art notwendige Bedingung für die nächste darstellt. Die Phasen sind in Abbildung 56 dargestellt.

Abbildung 56: Vorgehenspyramide der Vor-Ort-Beratung

Zunächst wurden die umsetzenden Führungskräfte in den sie betreffenden Handlungsfeldern sensibilisiert und ggf. inhaltlich-fachlich informiert. Dies ist im Idealfall schon im Rahmen der Schulung geschehen. Aufbauend auf dem Verständnis und der Akzeptanz für die eigenen Problemfelder, konnte anschließend eine gemeinsame Vision bzw. ein konkretes Zielbild erarbeitet werden. Mit Hilfe der Leitfäden wurden dann konkrete Maßnahmen und ein Vorgehensplan entwickelt. Die letzte und wichtigste Phase stellt die konkrete Umsetzung und die begleitende Umsetzungskontrolle dar. Die einzelnen Einrichtungen sind unterschiedlich schnell in der letzten Phase angekommen. Die teilweise großen Unterschiede hingen in hohem Maße von dem fachlichen Hintergrund und der Erfahrung der Führungskräfte, der Unterstützung der Geschäftsführung, der aktuellen wirtschaftlichen Lage sowie der Personalsituation ab. Der Fokus zu Beginn der Vor-Ort-Beratung war daher immer die Schaffung eines Zustandes, der einen Veränderungsprozess erlaubt bzw. die Umsetzenden in den Einrichtungen dazu befähigt. Im Weiteren wird die Umsetzungsphase entlang der Elemente „Beratung vor Ort“, „Beratungsgespräche am Telefon“ und „Selbstständige Umsetzung durch die Leitungskräfte“ beschrieben. Das Kapitel endet mit einem Fazit hinsichtlich möglicher Implikationen für den bundesweiten Rollout.

9.1. Beratung vor Ort

Die Variante der Vor-Ort-Beratung „en bloc“ sollte in Absprache mit der Geschäftsstelle des Pflegebevollmächtigten reduziert als Probesetting angewendet werden. Insgesamt wurden im Rahmen des Projekts drei Einrichtungen „en bloc“ beraten, welche die Bereitschaft hierzu bereits in der Bewerbung angegeben hatten.

Neben klassischen Einrichtungen der Langzeitpflege, haben am Pilotprojekt auch Einrichtungen angrenzender Versorgungsformen wie der solitären Kurzzeitpflege, der Kinderkrankenpflege oder der anbieterverantworteten Wohngemeinschaft teilgenommen. In der Wahrnehmung der Beratenden gab es bei den Schulungen und in der Beratung vor Ort keine wesentlichen Unterschiede bei der Anwendung der Leitfäden. Die nötige Individualisierung der Maßnahmen auf die einzelnen Einrichtungen, war im gleichen Maße nötig, wie in den anderen Pflegeeinrichtungen auch. Unterschiede ergaben sich in der Regel aus strukturellen Unterschieden, etwa bei der solitären Kurzzeitpflege; mit sehr wenigen Mitarbeitenden waren Kommunikationswege kurz und für Veränderungsprozesse vorteilhaft, aber fehlende Ressourcen aufgrund der kleinen Größe nachteilhaft. Diese Auffälligkeiten lagen allerdings nicht in der Versorgungsform begründet, sondern vielmehr in den strukturellen und personellen Unterschieden wie sie auch zwischen den anderen „klassischen“ Pflegeeinrichtungen im Pilotprojekt zu beobachten waren.

Im nächsten Unterkapitel werden zunächst die genutzten Beratungsmethoden im Einzelnen und danach die typischen Abläufe der Beratungstage vor Ort vorgestellt.

9.1.1. Eingesetzte Beratungsmethoden

Kick-Off-Gespräch

Jede Beratung beginnt mit einem Start-Gespräch. In diesem klären die Kontaktpersonen und die Beratenden wesentliche Punkte der Zusammenarbeit sowie die Erwartungen und Ziele. Gemeinsam wird die IST-Situation betrachtet und ein Überblick über die bisherigen Projektschritte und Ergebnisse gegeben. Die Führungskräfte berichten über erste Umsetzungsschritte und die empfohlenen Leitfäden werden betrachtet. Gemeinsam wird geprüft, ob die Leitfäden zur Ist-Situation der Einrichtung passen oder ob weitere bzw. andere Leitfäden genutzt werden sollten. Abschließend wird eine grobe Planung der weiteren Beratungstage abgestimmt. Teile dieses Gespräches werden häufig schon vor dem ersten Vor-Ort-Termin in telefonischer Form durchgeführt. Im Projekt wurde dieses Element mit den meisten Teilnehmenden durchgeführt.

Organisationsbegehung

Ziel der Organisationsbegehung ist es, die tatsächliche (Problem-)Situation im Arbeitsalltag zu erkunden und fachlich zu bewerten. Sie findet problemzentriert statt und ist in der Regel einer Reflexion und anschließenden Maßnahmenableitung vorgeschaltet. Dieses Instrument fand in vielen Einrichtungen Anwendung.

Erarbeitungsgespräch

Diese konventionelle Methode stellt ein zentrales Element der ersten Beratertage dar. Im Erarbeitungsgespräch werden die einzelnen Punkte der empfohlenen Leitfäden gemeinsam erarbeitet. Bei Bedarf werden inhaltlich-fachliche Hintergründe erläutert und ein tiefes Verständnis für die Thematik erweckt. Daraus werden das konkrete Vorgehen bei der Umsetzung und die Priorisierung von Maßnahmen abgeleitet. Diese Methode kann an beliebigen Stellen im Projekt eingesetzt werden und einen Coachingcharakter gewinnen. Auch nach Beginn und bis zur vollständigen Umsetzung ist es sinnvoll, zusammen mit der umsetzenden Führungskraft in den Leitfaden zu schauen, die weiteren Maßnahmen nachzuschärfen und erste Teilziele zu validieren. Dieses Element wurde im Projekt sehr häufig angewendet.

Prozess- und Kommunikationsanalyse

In der Prozess- und Kommunikationsanalyse begleitet die Beraterin bzw. der Berater die (leitenden) Mitarbeitenden bei ausgewählten Prozessen (z. B. Übergabe) oder Sitzungen (Team-Meeting). Die Überprüfung dient dem Abgleich zwischen Praxis und den abgestimmten Leitfäden. Die IST-Situation wird im Anschluss einer SOLL-Situation gegenübergestellt und es werden mögliche Verbesserungsmaßnahmen mit Hilfe der Leitfäden erarbeitet. Im Projekt wurde diese Methode regelmäßig genutzt.

Interviews

Häufig bildet die Mitarbeitendenbefragung tieferliegende Konfliktfelder und Probleme ab. Zu deren Lösung müssen die Funktionsweise und das Zusammenspiel der beteiligten Personen tiefer analysiert werden. Dabei empfiehlt es sich, mit den beteiligten Personen berufsgruppenübergreifend, vertraulich und offen, aber zielführend und strukturiert zu sprechen. Dieses Instrument kam in vielen Einrichtungen zur Anwendung.

Reflexionsgespräch

Im Reflexionsgespräch wird einer Person Raum und gleichzeitig eine leitende Struktur gegeben, über einen für sie wichtigen Sachverhalt oder Problemfelder nachzudenken. Die Beraterin bzw. der Berater setzt dabei Impulse und gibt ggf. fachliche Hintergrundinformationen oder beantwortet Verständnisfragen. Inhaltlich gibt es eine große Bandbreite an Themen, die sinnvollerweise im Rahmen des Projekts reflektiert werden können. Ziel des Reflexionsgespräches ist es, die ersten zwei Stufen der in Abbildung 56 dargestellten Pyramide zu überwinden. Im Projekt waren vor allem die Ergebnisse der Mitarbeitendenbefragung und die Rolle der Führungskraft/Einrichtungsleitung/Pflegedienstleitung Fokus der Reflexionsgespräche. Den Reflexionsgesprächen kam im Rahmen des Projekts eine große Bedeutung zu.

Supervision

Die Supervision ist dem Reflexionsgespräch ähnlich und hat seinen Ursprung in der psychotherapeutischen Beratung. Sie kann mit einzelnen Mitarbeitenden sowie mit homogenen oder

heterogenen Gruppen durchgeführt werden. Im Zentrum steht dabei die Selbstreflexion des eigenen professionellen Handelns. Ziel ist es, dieses zu prüfen und zu verbessern. In der Regel werden die Ergebnisse der Supervision in einem Erarbeitungsgespräch aufgegriffen und zur Grundlage von Maßnahmeplänen gemacht. In einzelnen Einrichtungen wurden auch Organisationssupervisionen mit Einrichtungsleitung und Pflegedienstleitung durchgeführt, bei denen der Fokus auf den Wirkzusammenhängen innerhalb bzw. bei Bedarf auch außerhalb der eigenen Organisation liegt. Im Projekt wurde die Supervision als Methode regelmäßig eingesetzt.

Umsetzungsanalyse

Als eins der häufigsten Problemfelder hat sich in der Bedarfsanalyse die Dienstplangestaltung herausgestellt. Aber auch Stellenbeschreibungen und -ausschreibungen verunsichern viele Führungskräfte. Die Sichtung und das Nachvollziehen der aktuellen Umsetzung durch die Beraterin bzw. den Berater ist eine notwendige Bedingung, um Verbesserungsprozesse in Gang zu setzen. Diese Methode kann je nach Fokus der Organisationsbegehung oder auch der Prozess- und Kommunikationsanalyse zugeordnet werden. Aufgrund des hohen Stellenwerts und teilweise individuellen Vorgehens im Projekt wird sie hier separat aufgeführt. Nach den Erarbeitungsgesprächen, ist dies eine der Methoden mit der höchsten Anwendungsquote im Projekt.

Personaldiagnostik

Die leitenden Mitarbeitenden der Einrichtungen sind im Projekt umsetzungsverantwortlich und Hauptansprechpersonen der Beratenden. Teilweise werden den Beratenden Mitarbeitenden-/ Teamkonflikte zurückgemeldet, deren Ursache in einer Fehlbesetzung vermutet wird. Um ein objektives Verständnis und eine adäquate Lösung für diese Konflikte zu finden, eignet sich die Personaldiagnostik, welche eine Mitarbeitendenbeurteilung nach Dimensionen wie Motivation, Leistung, Bildung, Erfahrung oder Potenzial darstellt. Diese wird durch die Beraterin bzw. den Berater in Form von Interviewgesprächen oder Verhaltensbeobachtungen in bestimmten Situationen umgesetzt. Diese Methode wurde im Projekt vereinzelt angewandt.

Umsetzungsplanung

Die Umsetzungsplanung kann Teil des Erarbeitungsgesprächs sein. Gerade bei aufwändigeren Maßnahmen, die einen Projektcharakter haben (z. B. Einführung einer Stecktafel) sollte die Umsetzungsplanung aber separat gestaltet werden und alle Merkmale einer guten Projektplanung haben. Sie umfasst u. a. die Definition von Maßnahmen, Meilensteinen, Verantwortlichen und des Zielbildes. Diese Methode wurde im Projekt häufig angewandt (vgl. Erarbeitungsgespräch).

Coaching im Umgang mit Mitarbeitenden

Das Thema „gute Führung“, insbesondere der Umgang und die richtige Kommunikation mit Mitarbeitenden, hat bei den umsetzenden Leitungskräften großes Interesse geweckt. Als

Schnittstellen- und Befähigungsthema spielte es regelmäßig eine Rolle in der Vor-Ort-Beratung. Im Coaching wird der eigene Umgang mit den Mitarbeitenden reflektiert, es werden Maßnahmen abgeleitet und durch passende Übungen oder Rollenspiele das eigene Verhalten verbessert. Diese Methode wurde im Projekt vereinzelt angewandt.

Workshop mit Mitarbeitenden

Viele Veränderungsmaßnahmen beziehen von Anfang an die Mitarbeitenden mit ein. Um eine gelungene Kommunikation oder Schulung sicherzustellen, ist es sinnvoll, zentrale Team-Meetings und Workshops durch die Beraterin bzw. den Berater planen und moderieren zu lassen. Häufig wurde dieses Element im Rahmen der Stecktafeleinführung oder der Lösung von Teamkonflikten genutzt. Aber auch bei der Änderung von Dienstplanregelungen, Übergabeprozessen, Pausengestaltung oder der Einführung eines Notfallschemas hat sich ein durch die Beraterin bzw. den Berater gestalteter Workshop als sinnvoll erwiesen.

9.1.2. Exemplarischer Ablaufplan der drei Beratungstage en bloc

Tag 1

Uhrzeit	Inhalte
09:00 – 11:00	Kick-Off-Gespräch: Erhebung des Ist-Stands
11:00 – 13:00	Prozessbeobachtung: Stecktafel und Pflegearbeitswagen
13:00 – 13:30	Pause
13:30 – 14:30	Prozessbeobachtung: Übergabe
14:30 – 15:30	Nachbesprechung Prozessbeobachtung
15:30 – 16:00	Pause
16:00 – 17:00	Umsetzungsplanung

Tag 2

Uhrzeit	Inhalte
09:00 – 10:00	Erarbeitungsgespräch: Stellenplanprüfung
10:00 – 11:00	Erarbeitungsgespräch: Geldwerte Leistungen/Stecktafel/Pflegearbeitswagen
11:00 – 12:30	Umsetzungsanalyse: Stellenprofile
12:30 – 13:00	Pause
13:00 – 15:30	Reflexionsgespräch (Gruppe): Stellenprofile
15:30 – 16:00	Pause
16:00 – 17:00	Erarbeitungsgespräch Stecktafel

Tag 3

Uhrzeit	Inhalte
09:00 – 10:00	Reflexionsgespräch (Gruppe): Umsetzung der Instrumente
10:00 – 12:00	Organisationsbegehung: Pflegearbeitswagen
12:00 – 13:00	Pause
13:00 – 14:00	Coaching im Umgang mit Mitarbeitenden: Mitarbeitendengespräch
14:00 – 15:30	Pause
15:30 – 16:00	Erarbeitungsgespräch Vertretungsregelung
16:00 – 17:00	Erarbeitungsgespräch Arbeitsorganisation

Abbildung 57: Ablaufplan „en-bloc“ Vor-Ort-Beratung im Pilotprojekt (exemplarisch)

9.1.3. Exemplarischer Ablaufplan der drei Beratungstage mit verteilten Terminen

Tag 1

Uhrzeit	Inhalte
09:00 – 10:00	Kick-Off-Gespräch
10:00 – 11:30	Workshop mit Mitarbeitenden (Pflegehelferinnen und Pflegehelfer): Dokumentation
11:30 – 12:15	Pause
12:15 – 13:00	Einzelcoaching Wohnbereichsleitung
13:15 – 14:30	Teamcoaching Wohnbereichsleitungen
14:30 – 15:00	Reflexionsgespräch
15:00 – 16:30	Supervision Pflegedienstleitung und Einrichtungsleitung

Tag 2

Uhrzeit	Inhalte
09:00 – 11:30	Coaching Einrichtungsleitung
11:30 – 12:30	Umsetzungsanalyse
12:30 – 13:00	Pause
13:00 – 14:30	Workshop AG Wohnbereichsleitungen
14:30 – 16:30	Coaching Pflegedienstleitung

Tag 3

Uhrzeit	Inhalte
09:00 – 10:00	Reflexionsgespräch
10:00 – 11:30	Erarbeitungsgespräch
11:30 – 12:30	Umsetzungsanalyse
12:30 – 13:00	Pause
13:00 – 14:30	Workshop AG Wohnbereichsleitung
14:30 – 16:30	Coaching Pflegedienst- und Einrichtungsleitung

Abbildung 58: Ablaufplan verteilte Vor-Ort-Beratung im Pilotprojekt (exemplarisch)

9.2. Beratungsgespräche am Telefon

Den teilnehmenden Einrichtungen stand über den Projektzeitraum hinweg mit der Beraterin bzw. dem Berater eine feste Ansprechperson zur Verfügung. Während dieser Zeit konnte telefonisch Kontakt aufgenommen werden, um projektbezogene Fragen zu klären oder Beratungsleistungen in Anspruch zu nehmen. So konnte den Einrichtungen ein kontinuierliches Arbeiten am Veränderungsprozess ermöglicht und Verzögerungen aufgrund fehlenden fachlichen Inputs verhindert werden.

Abgesehen von organisatorischen Nachfragen haben die Teilnehmenden von dieser Möglichkeit nur sehr zurückhaltend Gebrauch gemacht. Insgesamt wurden rund 30 Stunden telefonische Beratung im Projekt umgesetzt.

Die Vorgespräche zu den Beratertagen wurden häufig in Anspruch genommen und v. a. dazu genutzt, diese gemeinsam zu planen. Dabei wurde meist deutlich, dass bestimmte Fragen zu den Leitfadenempfehlungen und den Ergebnissen der Mitarbeitendenbefragung vorab geklärt und für den Beratertag als Gesprächsgrundlage genutzt werden konnten.

Je nachdem, wie gut eine Pflegeeinrichtung mit Führungsinstrumenten vertraut war und welche Maßnahmen bereits in der Einrichtung installiert worden sind, konnten Führungskräfte die Tagesagenda für die Beratertage entweder gänzlich oder nur in Ansätzen mitgestalten. Dabei spielte auch die eigene Beratungserfahrung von Führungskräften eine wesentliche Rolle.

Häufig kam von Seiten der Führungskräfte die Rückmeldung, dass sie die Ergebnisse der Mitarbeitendenbefragung nicht nachvollziehen können. Insbesondere bei der Dienstplangestaltung gab es oft eine große Wahrnehmungsdifferenz: Während die Mitarbeitenden die Dienstplangestaltung als wenig gerecht empfanden, meldeten die Führungskräfte zurück, auf jeden Wunsch der Mitarbeitenden einzugehen. In diesen Fällen wurde das Vorgespräch regelmäßig dazu genutzt, mit den Führungskräften die Auswertung der Mitarbeitendenbefragung durchzusprechen und auf der Systemebene zu reflektieren, um die Sichtweisen der Mitarbeitenden nachvollziehen zu können.

Im Rahmen des Abschlussgespräches wurden mit den teilnehmenden Einrichtungen offene Fragen geklärt und ein abschließendes Reflexionsgespräch mitsamt Feedback seitens der Einrichtung geführt. In den Gesprächen wurde insbesondere gefragt welche Leitfäden als erfolgreich umgesetzt angesehen werden, welche Maßnahmen nicht funktionierten, welchen Instrumente in Zukunft noch umgesetzt werden und was die Einrichtungen für Empfehlungen für einen bundesweiten Rollout hätten.

Als abschließend erfolgreich umgesetzt wurden vor allem Maßnahmen angesehen, deren Einführung und Etablierung nur wenig Zeit in Anspruch genommen hat. Die Leitfäden aus dem Handlungsfeld Information und Kommunikation wurden hier häufig genannt. In Einrichtungen mit Fokussierung auf wenige Leitfäden und in solchen mit hohem Einsatz der umsetzenden Leitungskräfte wurden auch Leitfäden wie Dienstplangestaltung, Personalgewinnung und die Einführung der Stecktafel als vollständig umgesetzt angesehen.

In anderen Einrichtungen in denen diese Bedingungen nicht vorlagen, kam es gehäuft zu Problemen bei der Anwendung des Leitfadens Dienstplanerstellung. Im Zusammenspiel zwischen Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung und Mitarbeitenden kam es dort zu Konflikten, die im Rahmen der drei Beratungstage nicht gelöst werden konnten. Weitere Gründe für das Scheitern einzelner Maßnahmen wurden mit fehlenden zeitlichen und finanziellen Kapazitäten oder mangelnder Unterstützung durch die Einrichtungsleitung, Geschäftsführung oder den Träger begründet.

Insgesamt übersteigt die Anzahl der Leitfäden mit denen die Einrichtungen in Zukunft noch weiterarbeiten möchten, die Anzahl der Maßnahmen, welche die Teilnehmenden als abschließend implementiert ansehen. Der Großteil der Einrichtungen hat eine Vielzahl an Instrumenten angegeben, die sie in den nächsten Monaten umsetzen werden. Dabei umfasst die Auswahl nicht selten Leitfäden, die ursprünglich gar nicht empfohlen wurden.

Einem bundesweiten Rollout stehen die meisten teilnehmenden Einrichtungen positiv gegenüber. Als Erkenntnisse bzw. abgeleitete Empfehlungen, nannten die Einrichtungen unter anderem die Wichtigkeit der Regionalität und Individualität, den Wunsch nach mehr Zeit zur Implementierung und Evaluation, den Vorschlag einer verpflichtenden Projektgruppe in den Einrichtungen, den Ausbau der Beratungsanteile, aufgrund der zentralen Rolle des Beratenden als „Implementierungs-Partner“, Impuls- und Sicherheitsgeber sowie den Wunsch nach der Stärkung und Beleuchtung des Pflegemanagements.

9.3. Selbständige Umsetzung durch die Leitungskräfte

Vor, zwischen und nach den Beratertagen haben die teilnehmenden Einrichtungen im Rahmen ihrer Möglichkeiten die Umsetzung der empfohlenen und häufig gemeinsam erarbeiteten Verbesserungsmaßnahmen vorangetrieben. Die Intensität dieser Bearbeitung hing von vielen Faktoren ab. Zentral erschienen dabei die zeitlichen Kapazitäten der umsetzenden Führungskräfte, die Unterstützung der Geschäftsführung und die fachliche Eignung bzw. Erfahrung der umsetzenden Personen.

Zeitliche Einschränkungen der Leitungskräfte kamen aus verschiedenen Gründen (z. B. geplanter Urlaub im Projektzeitraum, Krankheit, nicht besetzte Stelle mangels Bewerberinnen oder Bewerbern etc.) zustande. Hinzu kamen fehlende Freistellungen für Führungsaufgaben, um den Implementierungsprozess innerhalb des Projektes anzustoßen. In der Folge waren die zuständigen Führungskräfte in hohem Maße entweder in der direkten Bewohner-/Patientenversorgung oder durch die Organisation des Ausfallmanagements gebunden, so dass eine Implementierung bzw. Umsetzung der empfohlenen Instrumente verlangsamt wurde.

Die Geschäftsführung bzw. die Einrichtungsleitungen nahmen nur teilweise an den Schulungs-/Beratungstagen teil. Entsprechend variierte sowohl die Ausprägung des Interesses am Projekt als auch das Angebot von (notwendiger) Unterstützung durch die Geschäftsführenden zwischen den einzelnen Einrichtungen deutlich.

Der Einsatz der Leitungskräfte hing zum einem davon ab, inwiefern Leitungspositionen durch den Träger extern oder durch Personen besetzt wurden, die zuvor in der Einrichtung tätig waren und zum anderen, inwiefern die Relevanz der Beratung im Zusammenhang mit diesem Projekt wahrgenommen wurde. Extern besetzte und erfahrene Leitungskräfte konnten häufig Maßnahmen und Kenntnisse aus früheren Beschäftigungen adaptieren und waren in der Tendenz etwas reflektierter, wohingegen Leitungskräfte, die eine passende Entwicklung innerhalb des Unternehmens genommen haben, in der Tendenz eine höhere Identifikation mit der Einrichtung und eine bessere persönliche Vernetzung aufweisen konnten.

Im Bereich von Themen der Refinanzierung und Nachbesetzung von (vakant gewordenen) Pflegestellen, Stellen von Betreuungskräften und Stellen von Hauswirtschaftskräften, war die Anwesenheit der Geschäftsführung bzw. Einrichtungsleitung sehr förderlich, um in die weiteren Maßnahmen des Personalmanagements konkret einsteigen zu können. Waren diese Personen an allen Beratertagen anwesend, konnten notwendige Entscheidungen direkt getroffen und Maßnahmen kurzfristig gestartet werden.

Bei den zuständigen Führungskräften zeigten sich je nach ihren individuellen Qualifikationen und Vorerfahrungen unterschiedliche Managementfähigkeiten. Besser qualifizierte Leitungskräfte konnten in der Tendenz mit einer höheren Selbstreflexion aufwarten, Handlungsmöglichkeiten schneller erkennen und Maßnahmen in kürzerer Zeit umsetzen.

9.4. Fazit zur Umsetzungsbegleitung mit Blick auf den bundesweiten Rollout

Für den bundesweiten Rollout werden in Bezug auf die Umsetzungsbegleitung folgende Maßnahmen empfohlen:

- Intensivierung der Umsetzungsbegleitung,
- Verlängerung des Beratungszeitraums,
- Erhöhung der Beratungshäufigkeit,
- Telefonische Vor- und Nachbereitung,
- Einbindung und Sensibilisierung zentraler Personen in den Einrichtungen.

Intensivierung der Umsetzungsbegleitung

Die Grundidee des Projekts beruht auf dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe. Die Leitfäden eignen sich in hohem Maße zur autodidaktischen Erarbeitung. Idealerweise stoßen diese einen Veränderungsprozess an, der durch die leitenden Mitarbeitenden selbständig umgesetzt werden kann. Die Phase der Umsetzungsbegleitung hat allerdings gezeigt, wie wichtig die Beratung vor Ort ist. Zum einen ist es notwendig, fachliche Lücken zu schließen und individuelle Widerstände zu lösen. Zum anderen muss die Organisation als solche zunächst in einen Zustand versetzt werden, aus dem heraus ein Veränderungsprozess möglich ist. Dieser muss anschließend strukturiert und kontrolliert werden. Für einen bundesweiten Rollout empfehlen wir daher unbedingt eine Umsetzungsbegleitung, die in Umfang und Dauer im Vergleich zum Piloten noch erweitert werden sollte.

Verlängerung des Beratungszeitraums

Es ist ratsam, die Phase der Beratungstage über einen deutlich längeren Zeitraum anzusetzen. Dies erleichtert die Terminkoordination und kann außerdem durch die Anwesenheit aller relevanten Personen die maximale Umsetzungskraft aus den Beratertagen erzeugen. Zudem bekommen die Einrichtungen die Möglichkeit, aufwändigere Veränderungsprozesse wie die Einführung einer Stecktafel über einen längeren Zeitraum mit den Beratenden zu besprechen und die Umsetzung bzw. Wirkung zu evaluieren. Dieses Argument spricht auch gegen die „en bloc“-Termine. Diese ermöglichen zwar eine zu Anfang intensivere Auseinandersetzung mit

den Beratungsthemen, gehen aber auf Kosten der Nachberatung und intensiven Begleitung des Umsetzungsprozesses. Diese kann nicht durch das Angebot einer telefonischen Beratung kompensiert werden. Wir empfehlen die Ausdehnung auf mindestens 1,5 Jahre. In diesem Zeitraum ist erfahrungsgemäß auch eine vollständige Umsetzungsbegleitung der „großen“ Instrumente, wie der Einführung einer Stecktafel möglich.

Erhöhung der Beratungshäufigkeit

Weiterhin ist eine Erhöhung der Beratertage ratsam. In keiner der teilnehmenden Einrichtungen konnten im Projektzeitraum alle festgestellten Handlungsbedarfe abschließend durch Verbesserungsmaßnahmen adressiert werden. Umfangreiche Veränderungsprozesse wie die Einführung einer Stecktafel wurden zwar auf den Weg gebracht, konnten aber in drei Vor-Ort-Tagen nicht umfassend betreut werden. Das hängt zum einen am Umfang des Beratungsbedarfs, zum anderen aber auch an der Vielzahl von Themen, die Beratende und Einrichtungen noch vor der Erarbeitung konkreter Maßnahmen bearbeiten mussten.

Die ersten beiden Beratertage gestalteten sich häufig mit vielen Elementen von individueller und systemischer Reflexion. Führungskräfte mussten ein Verständnis für die Handlungsfelder, die Wahrnehmung ihrer Mitarbeitenden sowie für die Zusammenhänge in ihrer Organisation und deren Einbettung im System erlangen. Nicht selten lagen Probleme oder Konflikte wie personelle Engpässe oder sogar eine drohende Insolvenz vor. Ohne hierfür Lösungen bzw. Lösungsperspektiven anzubieten, war eine erfolgreiche Umsetzung des Instrumentenkoffers nicht realistisch. Eine Erhöhung der Vor-Ort-Beratertage erscheint hier als empfehlenswerte Lösung. Alternativ wäre denkbar, Mindestanforderungen an die Situation in den Einrichtungen zu stellen und nur Einrichtungen zuzulassen, bei denen Verbesserungsmaßnahmen direkt durchführbar sind. Da das Projekt aber gerade unterstützungsbedürftigen Einrichtungen zu Gute kommen soll, würde diese Lösung dem Projektziel zuwiderlaufen.

Wir empfehlen die Beratertage circa alle 2 Monate durchzuführen. Kürzere Abstände machen die Organisation in den Einrichtungen und die selbständige Umsetzung von Arbeitspaketen zwischen den Beratungsterminen sehr schwierig. Ein längerer Abstand birgt die Gefahr, dass Arbeitspakete geschoben werden oder der Veränderungsprozess „einschläft“. In Summe halten wir bis zu 9 Vor-Ort-Termine für angebracht.

Dabei kann den in 9.2. und 9.3. beschriebenen Unterschieden in den Voraussetzungen zwischen den Einrichtungen beziehungsweise den Umsetzenden, sowie variierenden Bedarfslagen mit einem individualisierten Beratungsumfang begegnet werden. Denkbar wäre ein „7+2“ Ansatz, bei dem jeder Einrichtung sieben Beratungstage erhält und solche mit besonderem Bedarf bis zu zwei weitere Vor-Ort-Termine.

Telefonische Vor- und Nachbereitung

Gute Erfahrungen wurden mit der Durchführung telefonischer Vorgespräche noch vor dem ersten Beratertag gemacht. Die Vorbereitung der Beratertage wurde hierbei mindestens eine Woche im Voraus mit den zuständigen Führungskräften abgesprochen. Dabei wurde darauf

geachtet, alle relevanten Führungskräfte, z. B. die stellvertretende Pflegedienstleitung, die Pflegedienstleitung, die Einrichtungsleitung und ggf. die Geschäftsführung, für den ersten Beratertag zu gewinnen.

Insbesondere die Doppelfunktion bzw. Mehrfachfunktion der Leitungskräfte führte oftmals dazu, dass ihnen die Zeit fehlt, sich innerhalb der vorgesehenen Arbeitszeit intensiver mit den Instrumenten auseinanderzusetzen. Eine Reflexion der zu bearbeitenden Leitfäden im Vorfeld des Beratertags und eine Planung des möglichen Ablaufs waren hierbei sehr hilfreich. Das trägt auch dazu bei, am Beratertag die zeitliche Abfolge einzuhalten und die betreffende Führungskraft durch die abgestimmten Inhalte zu leiten. Den Führungskräften erleichtert es außerdem die organisatorische und personelle Vorbereitung der Beratertage, bspw. auch den Einbezug von Mitarbeitendengruppen oder des Betriebsrates in den ersten Termin. Außerdem kann das Vorgespräch dazu beitragen, die verantwortlichen Leitungskräfte zu sensibilisieren (s. u.).

Des Weiteren empfanden Beratende und Teilnehmende die Nachbereitung als sehr sinnvoll. Sie dient der verbindlichen Zusammenarbeit zwischen Beratenden und Führungskräften und ermöglicht der Führungskraft eine spätere Reflexion der nachbereiteten Inhalte. Außerdem konnten in der Nachbereitung der Termine noch offene Fragen zu den Leitfäden oder zur organisatorischen Umsetzung der Inhalte geklärt werden.

Einbindung und Sensibilisierung zentraler Personen in den Einrichtungen

Für eine konsequente Umsetzung der Veränderungsmaßnahmen ist es ratsam, an den Beratungstagen sowohl die Pflegedienstleitung als auch die Einrichtungsleitung und die Geschäftsführung vor Ort zu haben. Die Anwesenheit der Geschäftsführung bzw. Einrichtungsleitung ist insbesondere bei Themen der Refinanzierung von Pflegestellen, Stellen von Betreuungskräften sowie Stellen von Hauswirtschaftskräften notwendig.

In einigen Einrichtungen wurde der Veränderungsprozess durch fehlende Unterstützung der Geschäftsführung oder des Trägers gehemmt. Bei einzelnen Einrichtungen entstand der Eindruck, dass die Geschäftsführung dem Projekt nur zugestimmt hat, da es kostenlos war. Ein echtes Interesse oder eine inhaltliche Unterstützung wurden teilweise auf ein Minimum beschränkt. In erster Linie sollte daher immer eine intensive Vorbesprechung mit allen Beteiligten zur Sensibilisierung durchgeführt werden (s. o.). Weiterhin besteht auch die Möglichkeit, die Einrichtungen finanziell an den Kosten des Projekts zu beteiligen.

10. Restriktionen und Limitationen des Projekts

Die im Projekt entwickelten Leitfäden und damit beschriebenen Instrumente setzen den Rahmen für die angestoßenen Veränderungsprozesse in den Betrieben. Aufgrund der durch den Projektrahmen vorgegebenen Restriktionen konnte eine Reihe weiterer sinnvoller Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege nicht zur Anwendung kommen. Weiterhin hing der Umsetzungserfolg der empfohlenen Maßnahmen mit den ausführenden Personen in den Einrichtungen zusammen. In diesem Kapitel sollen die Limitationen durch

den Projektrahmen, durch die umsetzenden Führungskräfte und Einrichtungen erläutert werden. Das Kapitel schließt mit einer Auflistung nicht berücksichtigter, aber im Erarbeitungsprozess als prinzipiell sinnvoll erachteter Maßnahmen.

10.1. Limitationen der Ausführenden

Der Umsetzungserfolg der empfohlenen Maßnahmen hing in hohem Maße auch mit den ausführenden Personen in den Einrichtungen zusammen. Dies betraf zum einen deren individuelle Fähigkeiten, die vorgeschlagenen Maßnahmen nachzuvollziehen und einen strukturierten Umsetzungsprozess gemeinsam mit den Mitarbeitenden zu gestalten. Zum anderen bezieht sich das auch auf die extern bestimmten, zur Verfügung stehenden Kapazitäten.

Insbesondere in Einrichtungen mit einer personell angespannten Situation war es den umsetzenden Personen kaum möglich, zwischen den einzelnen Beratungstagen wesentliche Maßnahmen des Instrumentenkoffers umzusetzen. Obwohl geplant und zugesichert, mussten Umsetzungsmaßnahmen verschoben oder gekürzt werden, um kurzfristige Engpässe ausgleichen zu können.

In mehreren Fällen waren die Führungskräfte auf eine intensive Betreuung bei der Strukturierung von Umsetzungsplänen, der Auswahl geeigneter Mitarbeitender, der Delegation von Aufgaben und der Kontrolle des Umsetzungsfortschritts angewiesen. Teilweise wurden Defizite in der Führungskräfteentwicklung deutlich. Die leitenden Mitarbeitenden beschrieben, dass eine ausreichende Einarbeitung auf den verschiedenen Führungsebenen insbesondere unter prozessualen Gesichtspunkten zu kurz gekommen ist. Arbeitgebende boten zwar häufig Angebote wie In-House-Schulungen oder Workshops für Führungskräfte sowohl auf der Wohnbereichsleitungs- wie auch auf der Pflegedienstleitungsebene an. In der Regel konnten jedoch keine nachhaltigen Führungskompetenzen innerhalb der eigenen Einrichtung etabliert werden. Der Stand der Führungskräfteentwicklung hatte erhebliche Auswirkungen auf die erfolgreiche Umsetzung neuer Instrumente. Fortgeschrittene Führungskräfte konnten sich die Leitfäden selbstständig erarbeiten, trieben den Umsetzungsprozess zwischen den Vor-Ort-Terminen deutlich voran und forderten für die Beratertage konkrete Formate wie passende Workshops mit Mitarbeitenden ein. In diesen Einrichtungen konnten deutlich schneller Erfolge erzielt werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Fähigkeiten der umsetzenden Führungskräfte und die zur Verfügung stehenden (zeitlichen) Kapazitäten den Umsetzungserfolg maßgeblich bestimmt haben.

10.2. Limitationen durch Restriktionen aufgrund der Einrichtungssituation

Neben den Ausführenden selbst, setzte die Situation in den Einrichtungen häufig die Grenzen der Möglichkeiten in der Umsetzung der Maßnahmen.

Die Hintergründe waren in den Einrichtungen sehr verschieden, gemeinsam hatten allerdings viele Einrichtungen Problemsituation aufgrund von Personalmangel und Zielkonflikten.

Letztere traten häufig im Rahmen der Arbeitszeitgestaltung in den ambulanten Diensten auf. Die Mitarbeitenden äußerten hier den Wunsch nach weniger geteilten Diensten und einer höheren Wochenarbeitszeit. Um den Bedarf der Kunden nach Pflege hauptsächlich am Morgen und in den Abendstunden gerecht zu werden und so dem obligatorischen Auftrag der Klientenversorgung sicherzustellen, waren viele Leitungskräfte in ihrem Handlungsspielraum deutlich eingeschränkt.

Des Weiteren belasteten viele Führungskräfte Konflikte mit und innerhalb der Mitarbeitenden. Häufig finden keine Bewerbungsgespräche mehr statt, da man aufgrund mehrerer unbesetzter Stellen auf jeden Bewerber angewiesen ist. Hier trifft eine reduzierte Kapazität für Führungsaufgaben auf einen erhöhten Bedarf an Führung, was die umsetzenden Personen deutlich belastete.

Die „verantwortlichen Pflegefachkräfte“ im Sinne des § 71 SGB XI nahmen vielerorts die Pflicht eine den Bedürfnissen der Klienten angemessenen Versorgung gerecht zu werden sehr ernst. Oftmals kam es zu Konflikten bei der Ausgestaltung dieser Verantwortung nachzukommen.

Viele Führungskräfte mit Dienstplanverantwortung sind einem hohen psychischen Druck ausgesetzt und berichteten den Projektberatenden von Fluchttendenzen und dem Plan, die Funktion der Pflegedienstleitung oder den Beruf als solchen aufzugeben. Insbesondere Krankmeldungen führten regelmäßig zu extremen Stresssituationen. Viele Pflegedienstleitungen sahen sich in der Verantwortung, ihre Mitarbeitende um den „persönlichen Gefallen“ des Einspringens oder der Dienstverlängerung zu bitten um die Versorgung sicherzustellen. Ignorieren oder ablehnende Reaktionen führten gehäuft zu Gefühlen der Hilflosigkeit, Panik und Verzweiflung bei den Führungskräften. In dieser Situation war es nur schwer möglich, die Umsetzung von Veränderungsmaßnahmen voranzutreiben.

Die Gestaltungsmöglichkeiten der Pflegedienstleitungen wurden in mehreren Fällen durch die Folgen von Personalmangel in der Einrichtung eingeschränkt. Sie mussten regelmäßig einspringen, um die Versorgung der Klientinnen und Klienten sicherstellen zu können. Auch aufgrund ständig steigender Qualitätsanforderungen seitens der Vertragspartner und mancherorts wachsendem wirtschaftlichen Drucks – befanden sich einige Führungskräfte in einem permanenten Modus der Reaktion, der ein produktives Arbeiten an den Verbesserungsmaßnahmen zwischen den Beratungstagen deutlich hemmte.

Die Arbeitssituation der Pflegedienstleitungen bzw. der Dienstplanverantwortlichen hat sich im Projekt als entscheidender Faktor herausgestellt bei dem teilweise großer Handlungsbedarf sichtbar wurde.

10.3. Limitationen durch den Projektrahmen

Die Limitationen des Projektrahmens spiegeln sich in der in Kapitel 5.1 erklärten Scoring-Methode wieder, da die einzelnen Scores aus dem Projektziel und den Projektmodalitäten abgeleitet wurden. Insbesondere durch den zeitlichen Rahmen, die Kostenneutralität, die Koffertauglichkeit und die erwartete selbständige Umsetzbarkeit durch die Führungskräfte haben sich viele Maßnahmen für das Projekt disqualifiziert (siehe Abschnitt 10.4 Mögliche nicht berücksichtigte Maßnahmen).

Die größte Einschränkung stellte der zeitliche Rahmen dar, was sowohl von den teilnehmenden Einrichtungen selbst als auch von den Verbänden im Rahmen des durchgeführten Workshops kritisiert wurde. Hoch relevante Maßnahmen wie die Digitalisierung von Verwaltungs-, Planungs- und Dokumentationsprozessen, die Einführung der Strukturierten Informationssammlung (SIS), die umfassende Bearbeitung der Themen Betriebliches Gesundheitsmanagement und Arbeitssicherheit oder die Begleitung der nachhaltigen Ausbildung der Führungskräfte waren von vornherein durch den Projektrahmen ausgeschlossen. Wenn bereits digitalisierte Prozesse mit technischen Innovationen verbunden werden, wie etwa die Abbildung der SIS auf Mitarbeitenden-Smartphones, kann dies zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen beitragen.

Die Kostenneutralität führte darüber hinaus häufig dazu, dass die Umsetzungspläne aufgrund mangelnder Kapazitäten und finanzieller Möglichkeiten angepasst wurden und so nicht mehr dem Optimum entsprachen.

Weitere Maßnahmen wurden ausgeschlossen, da sie nicht autodidaktisch erarbeitbar, nicht generisch in Form eines Leitfadens für alle Einrichtungen (und Bundesländer) dargestellt werden konnten oder nicht durch die Führungskräfte selbständig umsetzbar waren. Die Vor-Ort-Beratung hat häufig Bedarfe an Führungskräfte-Coachings, Weiterbildung und Kapazitätenschaffung für Führungsaufgaben offengelegt. Diese wichtigen Maßnahmen lassen sich jedoch nur schwer in Form eines Leitfadens transportieren, da eine reine Beschreibung der Bedarfe und Handlungsmöglichkeiten nicht die anvisierten Veränderungen bewirken können.

Nicht zuletzt sei an dieser Stelle auch die Beschränkung auf kleine und mittelgroße Pflegeeinrichtungen genannt. Im Verlauf des Pilotprojekts gab es keine Anzeichen, dass sich die Leitfäden und durchgeführten Maßnahmen nicht in gleicher Weise auf größere Einrichtungen anwenden lassen. Im Rahmen des Bewerbungsprozesses haben überdies verschiedene Träger und große Pflegeeinrichtungen ihr Interesse am Projekt bekundet.

Auch erscheint die formale Messung der Größe auf Basis von rechtlich eigenständigen Gesellschaften nicht zielführend. Es gibt durchaus große Unternehmen mit unselbständigen Pflegeeinrichtungen, die rechtlich in einer eigenen Gesellschaft betrieben werden und andersherum, gerade in freigemeinnütziger Trägerschaft, kleine eigenständige Pflegeeinrichtungen, die aber nicht in einer eigenen Rechtsform abgebildet wurden. Wir sehen keine geeignete alternative Größenmessung, die nicht ähnliche Nachteile aufweist.

10.4. Mögliche nicht berücksichtigte Maßnahmen

Verschiedene Maßnahmen, die die **Arbeitsbedingungen** positiv beeinflussen könnten, wurden durch den Projektrahmen und die Projektziele (siehe Scoring-Dimensionen in Kapitel 5.1.1) bereits im Vorfeld ausgeschlossen. In Abbildung 59 findet sich eine Liste mit Maßnahmen, die im Rahmen der Instrumentensammlung in Phase I des Projekts diskutiert wurden, aber ausgeschlossen wurden, da sie nicht innerhalb des Projektes umgesetzt werden konnten. Diese Liste umfasst Instrumente aus allen Handlungsfeldern. Zu jedem Handlungsfeld wird im Folgenden exemplarisch aufgezeigt, warum diese Maßnahmen nicht für die Umsetzung innerhalb des Projektes geeignet waren.

Im Bereich der **Arbeitsorganisation** etwa bietet die Digitalisierung große Chancen, Prozesse effizienter und für die professionell Pflegenden entlastend zu gestalten. Ein Beispiel ist hier etwa die Abbildung der SIS auf Mitarbeitenden-Smartphones. Eine Umsetzung der digitalen Transformation nimmt aber deutlich mehr Zeit in Anspruch, als es das Projekt vorsieht. Insbesondere die positiven Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen zeigen sich typischerweise erst einige Zeit nach dem anfänglich eher belastenden Einführungs- und Veränderungsprozess.

Im Bereich der **Arbeitszeit** sind bspw. sogenannte Sternchendienste oder Basisarbeitszeiten in vielen Einrichtungen als Instrument etabliert. Hierfür sind die arbeitsrechtlichen Hintergründe aber nicht in generischer Form für einen Leitfaden aufzubereiten. Weiterhin sind insbesondere die sogenannten „Sternchendienste“ in der üblichen praktischen Ausführung sogar gesetzeswidrig, weil sie im Prinzip eine unbezahlte Bereitschaft darstellen.

Auch im Bereich **Arbeitsort** mussten Maßnahmen ausgeschlossen werden. Zwar können die baulichen Gegebenheiten insbesondere bei älteren Gebäuden negative Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen haben, da sie ggf. der Pflegeprozesse und einer effizienten Organisation entgegenstehen. Die sich möglicherweise positiv auswirkendenden Umbaumaßnahmen stehen im Projekt aber der Maßgabe einer Kostenneutralität entgegen.

Die **Führungskompetenz** der leitenden Mitarbeitenden hat einen großen Einfluss auf die wahrgenommenen Arbeitsbedingungen. Die Entwicklung eines geeigneten Führungsstils und eines professionellen Konfliktmanagements können positive Wirkungen erzielen. Die Aneignung entsprechender Kompetenzen ist jedoch über einen Leitfaden nicht möglich. Vielmehr müssen diese bspw. über langfristige, externe Fortbildungen erlangt werden. Dementsprechend ist das Thema Führungskompetenzen weder in einem Leitfaden abbildbar noch kostenneutral, überdies würden entsprechende Erfolge erst weit nach Projektende sichtbar.

Gehaltserhöhungen, die ins Handlungsfeld **geldwerte Leistungen** fallen, sind in der medialen Debatte sehr präsent und werden von vielen Mitarbeitenden gefordert. Eine gute Bezahlung wird oftmals mit Wertschätzung in Verbindung gebracht. Auch dieses Thema konnte aufgrund der Maßgabe der Kostenneutralität jedoch nicht in die Instrumentensammlung des Projekts aufgenommen werden.

Im Bereich der **Information und Kommunikation** wurde im Workshop mit den Verbänden der Pflege über eine Onlineplattform diskutiert. Diese könnte den Einrichtungen die Bereitstellung von Informationen und Lernvideos sowie einen Austausch von Bildmaterial (bspw. zur Wunddokumentation, unter Einhaltung der DSGVO und mit hinreichender Datensicherheit) ermöglichen. Wie andere Maßnahmen zur digitalen Transformation ließe sich der Aufbau und Betrieb einer solchen Plattform weder zeitlich noch finanziell im Rahmen des Projektes umsetzen.

Im Bereich des **Personalmanagements** wurden insbesondere Mentoringprogramme, Kündigungsabwendungsgespräche und Einarbeitungsprozesse für neue Mitarbeitende nicht berücksichtigt. Um für die beteiligten Unternehmen interessant zu sein, müssten dort entsprechende Ausgangssituationen vorliegen. Dies war nicht zu erwarten. Zudem hätten diese Maßnahmen keine kurzfristige, messbare Wirkung auf die Arbeitszufriedenheit erzielen können.

Service für die Mitarbeitenden, insbesondere entlastende Angebote z. B. zur Pflege Angehöriger oder zur Kinderbetreuung, verbessern die Arbeitsbedingungen und erhöhen die Mitarbeitendenzufriedenheit. Unter der Maßgabe der Kostenneutralität und der zeitlichen Einschränkung konnten jedoch nur wenige Instrumente in den Koffer aufgenommen werden.

Handlungsfeld	Maßnahme	Ausschlussbegründung
Arbeitsorganisation	Digitalisierung	Die erfolgreiche Umsetzung einer digitalen Transformation umfasst häufig mehrere Jahre. Der zugehörige Change-Prozess und das Projektmanagement überschreiten den Projektrahmen bei Weitem. Die Kostenneutralität ist höchsten perspektivisch durch die sich an die Einführung anschließende Effizienzsteigerung gegeben.
Arbeitsorganisation	Einführung SIS	Aufgrund der kurzen Projektphase ist weder eine Umsetzung noch eine positive Wirkung auf die Arbeitsbedingungen realistisch.
Arbeitsorganisation	Verbesserung des Personalschlüssels	Diese Maßnahme liegt nicht unbedingt im Handlungsspielraum der umsetzenden Führungskraft.
Arbeitsorganisation	Schnittstellenanalyse	Akzeptanz, Koffertauglichkeit und Wirkung im Rahmen des Projekts sind unwahrscheinlich.
Arbeitszeit	Sabbatical	Die arbeitsrechtlichen Hintergründe sind nur schwer generisch in einem Leitfaden beschreibbar. Eine Umsetzung und Anwendung im Projektzeitraum erscheint aufgrund der notwendigen Anpassung bestehender Arbeitsverträge unrealistisch.
Arbeitszeit	Sternchendienste	Die formale Definition von Bereitschaftszeiten ohne Vergütung ist arbeitsrechtlich verboten. Eine Einführung von Bereitschaftszeiten („Sternchendienste“) mit Vergütung widerspricht der Maßgabe der Kostenneutralität im Rahmen des Projekts.

Handlungs-feld	Maßnahme	Ausschlussbegründung
Arbeitszeit	Basisarbeitszeit	Die arbeitsrechtlichen Hintergründe sind nur schwer generisch in einem Leitfaden beschreibbar. Eine Umsetzung und Anwendung im Projetzeitraum erscheint aufgrund der notwendigen Anpassung bestehender Arbeitsverträge als unrealistisch.
Arbeitsort	Architektur der Pflegeeinrichtung hinsichtlich der Pflegeprozesse und Organisation optimieren	Weder zeitlich noch finanziell im Rahmen des Projekts abbildbar.
Führungskompetenz	Konfliktmanagement	Dieses Thema ist sehr individuell und zu facettenreich, um sinnvoll und umfassend in einem generischen Leitfaden erläutert zu werden.
Führungskompetenz	Führungsstil entwickeln	Aufgrund der kurzen Projektphase ist weder eine Umsetzung noch die Wirkung auf die Arbeitsbedingungen realistisch.
Geldwerte Leistungen	E-Bike zur Privatnutzung	Die Umsetzungswahrscheinlichkeit und Relevanz sind zu niedrig um als Instrument aufgenommen zu werden. Eine Abbildung in einem generischen Leitfaden zum Selbststudium ist nicht möglich.
Geldwerte Leistungen	Dienstwagen als Lohnbestandteil	Dieses Instrument verursacht in der Einführung Kosten und widerspricht der Maßgabe der Kostenneutralität.
Geldwerte Leistungen	Gehaltserhöhung	Dieses Instrument verursacht in der Einführung Kosten und widerspricht der Maßgabe der Kostenneutralität.
Geldwerte Leistungen	kombinierte Lohnbestandteile	Die arbeitsrechtlichen Hintergründe sind nur schwer generisch in einem Leitfaden beschreibbar. Eine Umsetzung und Anwendung im Projetzeitraum erscheint aufgrund der notwendigen Anpassung bestehender Arbeitsverträge als unrealistisch.
Information und Kommunikation	Internetplattform für Pflegeeinrichtungen zum Austausch von Informationen, Bildmaterial, Webinaren	Weder zeitlich noch finanziell im Rahmen des Projekts abbildbar.
Personalmanagement	Einarbeitungsprozess neuer Mitarbeitenden	Aufgrund der kurzen Projektlaufzeit ist eine Anwendung des Prozesses unwahrscheinlich.
Personalmanagement	Kontakthalte, Ausstiegs- und Wiedereinstiegsplanung	Aufgrund der kurzen Projektlaufzeit ist eine Anwendung und Wirkung des Prozesses unwahrscheinlich.
Personalmanagement	Mentoring-Programme	Aufgrund der kurzen Projektlaufzeit ist eine Wirkung des Prozesses unwahrscheinlich.

Handlungs-feld	Maßnahme	Ausschlussbegründung
Personalma-nagement	Kündigungsab-wendungs-Ge-spräche	Aufgrund der kurzen Projektlaufzeit ist eine Wirkung des Pro-zesses unwahrscheinlich.
Personalma-nagement	Stellenbeschrei-bungen	Aufgrund der kurzen Projektlaufzeit ist eine Wirkung des Pro-zesses unwahrscheinlich.
Personalma-nagement	Lebenspha-senorientierte Personalpolitik	Die Einführung einer Lebensphasenorientierten Personalpolitik ist ein umfangreicher und langfristiger Prozess. Aufgrund der kurzen Projektlaufzeit sind Umsetzung und Wirkung unwahr-scheinlich.
Service	Angebote zur in-ternen Pflege Angehöriger	Dieses Instrument steht im Konflikt zur Maßgabe der Kosten-neutralität.
Service	Sport- und Ge-sundheitsange-bote (Rücken-schule, Ent-spannung etc.)	Dieses Instrument steht im Konflikt zur Maßgabe der Kosten-neutralität.
Service	Angebote zur psychologi-schen Betreu-ung	Dieses Instrument steht im Konflikt zur Maßgabe der Kosten-neutralität.
Service	Angebote zur Stressprä-ven-tion u. ä.	Aufgrund der kurzen Projektlaufzeit ist eine Wirkung des Pro-zesses unwahrscheinlich. Außerdem entstehen zusätzliche Kosten.
Service	Evaluation und Fortbildung im Bereich Arbeits-sicherheit	Die Einhaltung von Standards zur Arbeitssicherheit ist gesetz-lich vorgeschrieben. Das Verbesserungspotenzial dieses Instru-ments über einen Leitfaden ist gering.

Abbildung 59: Liste im Scoring ausgeschlossener Instrumente

Für einen bundesweiten Rollout sollte diese Liste hinsichtlich der sich ggf. ändernden Rahmenbedingungen überprüft werden. Insbesondere bei einer Ausweitung der Projektlaufzeit und des Umfangs ist eine Hinzunahme einiger Instrumente denkbar. Dies umfasst die Maßnahmen „Einführung SIS“, „Einarbeitungsprozess neuer Mitarbeitenden“, „Kontakthalte, Ausstiegs- und Wiedereinstiegsplanung“, „Mentoring-Programme“, „Kündigungsabwendungs-Gespräche“ und „Stellenbeschreibungen“. Die Maßnahmen sollten, nachdem die Rahmenbedingungen des bundesweiten Rollouts feststehen, einem erneuten Scoring unterzogen werden und ggf. in vier Leitfäden („Einführung SIS“, „Einarbeitungsprozess neuer Mitarbeitenden“, „Personalbindung“ und „Stellenbeschreibungen“) abgebildet werden. Die Scoringdimensionen sind dabei unverändert zur Bewertung geeignet. Lediglich die Dimension „Zeit“ muss an den neuen Zeitraum angepasst werden. Die ersten beiden Leitfäden sollten neben konkreten exemplarischen Projektplänen bzw. Prozessbeschreibungen, Checklisten und eine geeignete Informations- und Kommunikationsstrategie beinhalten. Beim Leitfaden „Personalbindung“, sollte zunächst für das Thema sensibilisiert werden und anschließend die vorgeschlagenen Elemente (Kontakthalte, Ausstiegs- und Wiedereinstiegsplanung, Mentoring-Programme und

Kündigungsabwendungs-Gespräche) praxisnah erläutert werden. Im Leitfaden „Stellenbeschreibung“ sollte Nutzen und Form von Stellenbeschreibungen erläutert und adressatengerecht anhand von Beispielbeschreibungen aufgezeigt werden, wie diese formuliert und analysiert werden können.

11. Erkenntnisse und abgeleitete Änderungen in den Leitfäden

Das durchgeführte Projekt ist als Pilot konzipiert und bietet so die Möglichkeit, gewonnene Erkenntnisse in das Konzept des bundesweiten Rollouts einfließen zu lassen. Insbesondere ist eine Anpassung von Leitfäden aus der Anwendungserfahrung heraus möglich. Da die Evaluation des Projekts auf den vorliegenden Leitfäden beruht, sollte es hierbei nicht um fundamentale Veränderungen gehen. Klärende Ergänzungen an Stellen, die während der Beratungspraxis gehäuft zu Nachfragen geführt haben, sind hiervon jedoch ausgenommen. In diesem Kapitel werden zunächst die Erkenntnisse der praktischen Umsetzung der Leitfäden aufgeführt und danach die vorgenommenen Änderungen erläutert. Abschließend wird ein Fazit im Hinblick auf den bundesweiten Rollout gezogen.

11.1. Erkenntnisse aus dem Projekt

Die Leitfäden haben sich sowohl in der SWOT-Analyse durch die Teilnehmenden während der Schulung als auch in der Umsetzungsphase als praxisnah und verständlich erwiesen. In zwei Leitfäden, i. e. „Überstundencontrolling“ und „Stecktafel“ kam es wiederholt zu Nachfragen bzgl. einzelner Passagen. Diese wurden entsprechend in den in Anlage E enthaltenen Leitfäden überarbeitet. Eine detaillierte Begründung und eine Beschreibung der Änderungen finden sich in Unterkapitel 11.2.

Bzgl. der individuellen Transferleistung ist in den Beratertagen aber ein großer Unterstützungsbedarf deutlich geworden. Häufige Fragen waren:

- Welche Maßnahmen sollen priorisiert werden?
- Welche meiner Mitarbeitenden sind geeignet, bestimmte Teilaspekte der Maßnahme zu übernehmen?
- Wie kommuniziere ich den Prozess den Mitarbeitenden?
- Wie kann ich die nötigen Ressourcen bei meiner Geschäftsführung und dem Träger erläutern?

Viele der umsetzenden Führungskräfte haben im Projekt Unterstützung bei der konkreten Beantwortung dieser Fragen eingefordert. Mit der Methode des Erarbeitungsgesprächs (vgl. 9.1.1) wurde dem Folge geleistet.

11.2. Abgeleitete Änderungen in den Leitfäden

Überstundencontrolling

Auch wenn der Leitfaden „Überstundencontrolling“ nur in einer Einrichtung empfohlen und beraten wurde, so wurde er teilweise in den Schulungen und teilweise aus eigenem Interesse

autodidaktisch von weiteren Teilnehmenden erschlossen. Zu Nachfragen kam es bzgl. der Aufkündigung von Klientenverträgen. Dieses wurde als letzte Möglichkeit vorgeschlagen, die selbstverständlich im Sinne der zu Pflegenden zu vermeiden ist. Im überarbeiteten Leitfaden wurden die Alternativen der Nachverhandlung und einer kundenorientierten Vertragsauflösung ergänzt.

Stecktafel

Der Leitfaden „Stecktafel“ kam in sechs Einrichtungen zur Anwendung. In den zugehörigen Erarbeitungsgesprächen wurden gehäuft die folgenden Fragen gestellt:

- Wie funktioniert die Stecktafel grundsätzlich?
- Was muss man bei der Einführung beachten?
- Wie kommt man zu Zeiteinschätzungen?
- Was sind die Vorteile einer Stecktafel?
- Wie lange dauert die Einführung?
- Welche Widerstände von Seite der Mitarbeitenden sind erfahrungsgemäß zu erwarten?
- Wann ist der Einsatz einer Stecktafel sinnvoll?
- Wie häufig sollte die Stecktafel angepasst werden?

Obwohl diese Fragen teilweise im eigentlichen Leitfadentext bereits geklärt werden, wurden sie häufig in den Erarbeitungsgesprächen gestellt. Deswegen wurde am Ende des Leitfadens ein Abschnitt „Häufig gestellte Fragen“ eingefügt, der praxisnahe Antworten zu diesen Fragen liefert.

11.3. Fazit mit Blick auf den bundesweiten Rollout

Mit Blick auf den bundesweiten Rollout ergibt sich aus den praktischen Erfahrungen mit den Leitfäden eine wesentliche Erkenntnis: Die teilnehmenden Einrichtungen benötigen eine professionelle Unterstützung bei der Anwendung der Instrumente. Dabei ist wichtig, dass die Beraterin bzw. der Berater einerseits fachliche und methodische Voraussetzungen für die Beratung in den abgebildeten Handlungsfeldern mitbringt und andererseits praktische Erfahrung bei der Umsetzung der Maßnahmen hat. Im Projekt wurde die Beratung ausschließlich durch Personen durchgeführt, die selbst gelernte Pflegefachpersonen sind und bereits als leitende Mitarbeitende in Pflegeeinrichtungen tätig waren. Nur so lässt sich eine adressatengerechte Sprache und authentische Glaubwürdigkeit sicherstellen. Diese ist notwendig, um die Veränderungsbereitschaft und den Einsatzwillen bei den umsetzenden Mitarbeitenden zu steigern.

Expertise und Berufserfahrung im Coaching und der Prozess- und Organisationsberatung im Bereich der Pflege können überdies als notwendig angesehen werden. Diese haben im Projekt den Erfolg der Vor-Ort-Beratung gesichert. Als letztes Qualifikationselement hat sich ein tiefes Verständnis für die Leitfäden, sowie eine professionelle Kenntnis der in 9.1.1 erläuterten Methoden herausgestellt. Letzteres kann für einen bundesweiten Rollout durch ein passendes Train-the-Trainer-Konzept mit anschließender Zertifizierung sichergestellt werden.

Mit den häufig gestellten Fragen könnte des Weiteren eine zentrale Informationsseite oder ein Forum gestalten werden. Diese „Frequently Asked Questions“ (FAQ) können durch qualifizierte, erfahrene Beratende beantwortet werden. Des Weiteren erscheint es sinnvoll, die Leitfäden regelmäßig, beispielsweise alle zwei Jahre, auf Aktualität hinsichtlich der rechtlichen und systemischen Rahmenbedingungen durch eine zentrale Instanz zu überprüfen. Diese muss neben der Expertise, die bereits bei den Beratenden vorhanden sein muss, über eine ausgewiesene Kompetenz im Bereich Arbeitsrecht und Datenschutz sowie zu steuerrechtlichen Fragen verfügen.

12. Vorschlag für einen bundeweiten Rollout

Das durchgeführte Projekt dient als Pilot für ein bundesweites Rollout. Die einzelnen Elemente sind prinzipiell skalierbar entwickelt worden und können eins zu eins in großer Anzahl umgesetzt werden. Dennoch gibt es in Bezug auf einen bundesweiten Rollout Punkte, die in Abweichung zum Pilot bedacht werden müssen. Zum einen sind eine koordinierende zentrale Organisationsstelle, die Ausbildung der teilnehmenden Beraterinnen und Berater sowie Änderungen aufgrund der gemachten Erfahrungen zu diskutieren. Zum anderen müssen die Finanzierung des bundesweiten Rollouts und die Kommunikation mit möglichen Stakeholdern beleuchtet werden. Diese Punkte werden in den nächsten drei Unterkapiteln aufgearbeitet. Das Kapitel schließt mit einer kritischen Diskussion der Risiken und Chancen des Rollouts.

12.1. Konzept für einen bundesweiten Rollout

Das Konzept des bundesweiten Rollouts ist eng an das Konzept des Pilots gebunden, um die in Phase III evaluierte Wirksamkeit der Maßnahmen zu erhalten. Änderungen des Ablaufs in Bedarfsanalyse, Beratung und Umsetzung werden nur an solchen Stellen vorgeschlagen, wo die Erfahrung im Pilot Verbesserungspotenziale aufgezeigt haben. Bei diesen ist davon auszugehen ist, dass sie die Wirksamkeit nicht in eine negative Richtung beeinflussen. Ergänzende Elemente des Konzepts zum bundesweiten Rollout umfassen sowohl die Ausbildung der Beratenden in einem sogenannten Train-the-Trainer-Ansatz als auch den Vorschlag einer zentralen Organisations- und Informationsplattform im Internet.

12.1.1. Zentrale Organisations- und Informationseinheit

Der bundesweite Rollout erfordert eine große Anzahl an Beratenden und einen Informationsfluss zu mehreren tausend Einrichtungen der Altenhilfe. Ein effizientes Medium zur Bereitstellung von Materialien, Hintergrundinformationen und zum Austausch sind Internetplattformen. Diese ins Zentrum von Förderprojekten zu stellen hat sich bereits in anderen Bereichen bewährt. Aktuelle Beispiele umfassen exemplarisch die „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ (www.inqa.de/) oder „unternehmsWert Mensch“ (www.unternehmens-wert-mensch.de).

Ergänzend kann eine deutschlandweit zentralisierte Telefon-Hotline geschaltet werden, die durchgehend mit Expertinnen und Experten besetzt ist und teilnehmenden Einrichtungen bei akuten Umsetzungsfragen hilft. Der Vorteil einer zentralen Hotline liegt neben der hohen Erreichbarkeit in einem schnellen Erfahrungsgewinn. Die Expertinnen und Experten der Hotline

können möglicherweise wiederkehrende Friktionen oder Unklarheiten erfassen und durch entsprechende Informationen in den FAQs der Internetplattform auflösen. Eine Plattform für den bundesweiten Rollout kann sich in vier Teile untergliedern:

- einen reinen Informationsteil,
- einen passwortgeschützten Bereich für Beratende des Projekts,
- einen Bereich für die Teilnehmenden,
- einen Bereich für Interessierte.

Im Informationsteil können die Hintergründe des Projekts erläutert werden, Pressemitteilungen platziert und die Ergebnisse des Pilots dargestellt werden. Im zugangsbeschränkten Teil für Beratende können (Schulungs-)Materialien bereitgestellt, organisatorische Fragen geklärt und der Diskurs zwischen den Beratenden (z. B. mit Hilfe eines Forums) gefördert werden. Im Bereich für Teilnehmende können die Leitfäden und weitere unterstützende Formate zur Verfügung gestellt werden. Diese können FAQs, ein Forum, Webinare zu den einzelnen Leitfäden, ergänzende Materialien und Empfehlungen sowie Informationen zu einer zentralen Betreuungshotline sein. Interessierte Einrichtungen können sich im vierten Bereich darüber informieren, was sie bei der Teilnahme erwartet. Exemplarische Ablaufpläne, Erwartungen an die teilnehmenden Einrichtungen („Letter of Intent“), die Ergebnisse des Pilots und Erfahrungsberichte können die Grundlage einer Teilnahmeentscheidung bilden. Die Plattform sollte überdies eine strukturierte Suche nach den Beratenden, z. B. als Umkreissuche, ermöglichen und auf die regionalen Ansprechpersonen oder Kompetenzzentren verweisen.

12.1.2. Train-the-Trainer Schulungen

Um potenziell allen Einrichtungen in Deutschland die Teilnahme an dem Projekt zu ermöglichen, muss eine große Anzahl an qualifizierten und erfahrenen Beraterinnen und Berater zur Verfügung stehen.

Notwendige Qualifikation der eingesetzten Beratenden

Die Beraterinnen und Berater des Projekts sollten

1. eine pflegerische Grundausbildung erfolgreich absolviert haben,
2. pflegefachliche Berufserfahrung nachweisen können,
3. in einer Leitungsposition in der Langzeitpflege tätig gewesen sein,
4. Beratungserfahrung und
5. Methodenkompetenz haben, sowie die
6. Bereitschaft zur fachlichen und persönlichen Weiterentwicklung mitbringen.

Die konkrete Spezifikation der notwendigen Voraussetzungen und ggf. Quantifikation von Berufserfahrungen, sollte gemeinsam mit den beteiligten, umsetzenden Institutionen festgelegt werden.

Die Beratenden müssen auch bei optimaler Qualifikation und Erfahrung hinsichtlich der Projektspezifika, wie der Bedarfsanalyse, der Regionalschulungen und der Umsetzungsbegleitung geschult werden. Dies kann durch das im Folgenden beschriebene Train-the-Trainer-Seminar geschehen.

Schulung für Umsetzungsberater

Diese Schulung für Beratende des Projekts kann in einem einwöchigen Seminar abgebildet werden. Ein möglicher Ablauf kann wie folgt aussehen:

Tag 1

Uhrzeit	Inhalte
09:00 – 10:00	Ankunft der Teilnehmenden
10:00 – 11:45	**Einstieg** Vorstellungsrunde, Vorstellung der Agenda, Ausgabe der Materialien
11:45 – 12:00	Pause
12:00 – 13:00	**Einführung** Hintergründe und Funktionsweise des Projekts
13:00 – 14:30	Mittagspause
14:30 – 16:00	**Bedarfsanalyse I** Erarbeitung der vier Elemente der Bedarfsanalyse
16:00 – 16:15	Pause
16:15 – 18:00	**Bedarfsanalyse II** Praktische Übung zur Durchführung der Bedarfsanalyse

Tag 2

Uhrzeit	Inhalte
09:00 – 10:00	**Tageseinstieg** Feedbackrunde Tag 1 und Reflexion des Gelernten
10:00 – 11:45	**Leitfäden I** Erarbeitung der Leitfäden des Handlungsfelds Arbeitsorganisation
11:45 – 12:00	Pause
12:00 – 13:00	**Fallbeispiel** Bearbeitung eines Fallbeispiels in Kleingruppen
13:00 – 14:00	Mittagspause

14:00 – 16:00	**Plenumsdiskussion** Vorstellung der Ergebnisse der Gruppenphase und Diskussion im Plenum
16:00 – 16:15	Pause
16:15 – 18:00	**Methodentraining** Trainingseinheit zum Kick-Off-Gespräch und zur Organisationsbegehung

Tag 3

Uhrzeit	Inhalte
09:00 – 10:00	**Tageseinstieg** Feedbackrunde Tag 2 und Reflexion des Gelernten
10:00 – 11:45	**Leitfäden II** Erarbeitung der Leitfäden geldwerte Leistungen und Personalmanagement
11:45 – 12:00	Pause
12:00 – 13:00	**Fallbeispiel** Bearbeitung eines Fallbeispiels in Kleingruppen
13:00 – 14:00	Mittagspause
14:00 – 16:00	**Plenumsdiskussion** Vorstellung der Ergebnisse der Gruppenphase und Diskussion im Plenum
16:00 – 16:15	Pause
16:15 – 18:30	**Methodentraining** Trainingseinheit zur Prozess- und Kommunikationsanalyse, Personaldiagnostik, Supervision und Reflexionsgespräch

Tag 4

Uhrzeit	Inhalte
09:00 – 10:00	**Tageseinstieg** Feedbackrunde Tag 3 und Reflexion des Gelernten
10:00 – 11:45	**Leitfäden II** Erarbeitung der Leitfäden Arbeitszeit, Arbeitsort und Service
11:45 – 12:00	Pause
12:00 – 13:00	**Fallbeispiel** Bearbeitung eines Fallbeispiels in Kleingruppen
13:00 – 14:00	Mittagspause
14:00 – 16:00	**Plenumsdiskussion** Vorstellung der Ergebnisse der Gruppenphase und Diskussion im Plenum
16:00 – 16:15	Pause
16:15 – 18:30	**Methodentraining** Trainingseinheit zur Umsetzungsplanung, Umsetzungsanalyse und Erarbeitungsgespräch

Tag 5

Uhrzeit	Inhalte
09:00 – 10:00	**Tageseinstieg** Feedbackrunde Tag 3 und Reflexion des Gelernten
10:00 – 11:45	**Leitfäden II** Erarbeitung der Leitfäden Führungskompetenzen sowie Information und Kommunikation
11:45 – 12:00	Pause
12:00 – 13:00	**Methodentraining** Trainingseinheit zu Einzelinterviews, Workshops und dem Coaching im Umgang mit Mitarbeitenden
13:00 – 14:00	Mittagspause
14:00 – 15:00	**Bedarfsanalyse III** Erläuterungen zur Ableitung der Leitfadenempfehlungen
16:00 – 18:00	**Organisatorisches und Feedback** Ausgabe der Zertifikate, Funktionen des Beraterbereichs der zentralen Informationsplattform, Kontaktmöglichkeiten für Fragen und abschließende Feedbackrunde

Abbildung 60: Ablaufplan Train-the-Trainer-Schulung

Idealerweise finden die Schulungen in allen Bundesländern in regelmäßigen Abständen statt. Die Anmeldung kann über die zentrale Internetplattform stattfinden und die Schulungsrhythmen nach Bedarf angepasst werden.

Um eine hohe Umsetzungsqualität und Aktualität sicherzustellen, kann den Seminarteilnehmenden ein Zertifikat ausgestellt werden, welches für die Umsetzungsbegleitung im Projekt notwendig ist und nach zwei Jahren abläuft. Für die Auffrischung des Zertifikats kann ein kürzeres Seminar angeboten werden, welches über Weiterentwicklungen informiert und den Erfahrungsaustausch fördert. Im Rahmen dieser Auffrischungsseminare ist es auch denkbar, strukturiertes Feedback von den umsetzenden Beratenden aufzunehmen.

Die Beratenden müssen anspruchsvolle Voraussetzungen mitbringen. Angesichts des aktuellen Fachkräftemangels stellt es eine Herausforderung dar, genug qualifizierte Beratende für das Projekt zu finden. Es ist deswegen empfehlenswert, das Projekt möglichst attraktiv für die teilnehmenden Beraterinnen und Berater zu gestalten. Insbesondere können hohe Schulungskosten potenzielle Berater von der Teilnahme abhalten. Um dies zu vermeiden, sollten die Kosten für die Schulung durch den Projektträger übernommen werden.

12.1.3. Einbindung (über)regionaler Strukturen

Für den Rollout sollte auf die bestehenden pflegenahen, überregionalen Strukturen mit regionalen Verwurzelungen zurückgegriffen werden. Hierfür kommen insbesondere die Bundesverbände aus dem Bereich der Pflege in Frage, die schon im Rahmen des Pilots informiert und bei der Entwicklung des Instrumentenkoffers einbezogen wurden. In Bundesländern, in denen die Pflegekammer bereits gegründet wurde, sollte auch diese einbezogen werden.

Diese Strukturen können bei der Ansprache und Abwicklung der Beratungsschulungen genutzt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass es sich für alle Beteiligten um eine echte „Win-win-Situation“ handelt. Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in ihren Mitgliedseinrichtungen liegt im (satzungsmäßigen) Interesse der Verbände. Für die Teilnahme am Projekt sollten die Verbände aber nicht mit Kosten belastet werden. Andersrum ist es wichtig, allen Pflegeeinrichtungen die Teilnahme am Projekt zu ermöglichen. Eine Integration von Verbänden im Schulungsbereich muss so gestaltet sein, dass eine Bevorzugung der eigenen Mitglieder ausgeschlossen ist.

Insgesamt bietet es sich an, regionale Kompetenzzentren zu gründen, die sich in einer Region um die Organisation und Durchführung der Schulungen, die Informationsverbreitung, die Anwerbung von Pflegeeinrichtungen sowie den regionalen Austausch kümmern. Der Betrieb der Kompetenzzentren kann beispielsweise auf fünf Jahre ausgeschrieben werden und in jedem Bundesland oder jeder Region innerhalb der Bundesländer angesiedelt werden. Wir empfehlen, dass ein Kompetenzzentrum für maximal 2.000 potenziell teilnehmende Pflegeeinrichtungen in der Region zuständig ist. Die Kompetenzzentren können durch oder mit Unterstützung der Verbände betrieben werden. Dabei muss darauf geachtet werden, dass in den Regionen alle Pflegeeinrichtungen, unabhängig von ihrer Mitgliedschaft in einem Verband oder ihrer Trägerart, angesprochen werden. Ziel des regionalen Konzepts ist es, den Einrichtungen einen

Austausch zu ermöglichen der die regionalen Spezifika (z. B. Förderprogramme, strukturelle Besonderheiten) und bundeslandabhängigen Regelungen (z. B. Personalschlüssel, Fragen der Refinanzierung) zu berücksichtigen. Die Erfahrungen aus dem Pilot zeigen überdies, dass kurze Anfahrtszeiten sinnvoll sind.

Um Erfahrungen mit der Ausgestaltung der Schulungen, der regionalen Kompetenzzentren und der zentralen Informationsplattform zu gewinnen, könnte das Projekt auch zunächst in ein oder zwei Modellregionen gestartet werden.

12.1.4. Ablauf des Projekts mit Blick auf die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen

Anbahnungsphase

In der Anbahnungsphase informieren sich interessierte Pflegeeinrichtungen auf der zentralen Internetplattform über das Projekt und suchen sich eine geeignete (zertifizierte) Beraterin bzw. Berater in ihrer Nähe. Die Beraterin bzw. der Berater klärt in einem Telefonat, ob die Einrichtung für eine Teilnahme geeignet ist. Geeignet ist dabei jede Einrichtung, die die möglichen Förderbedingungen erfüllt und die Bereitschaft hat, finanzielle und personelle Ressourcen für einen Veränderungsprozess bereitzustellen. Letzteres sollte durch ein Gespräch mit der Geschäftsführung oder der Trägergesellschaft abgesichert werden.

Bedarfsanalyse

Die Bedarfsanalyse umfasst neben den in Kapitel 7 beschriebenen Elementen der Strukturbefragung, Mitarbeitendenbefragung und dem Interview mit den Führungskräften das zusätzliche Element der Einrichtungsbegehung.

Die Bedarfsanalyse sollte mit dem Führungskräfteinterview und der Einrichtungsbegehung beginnen. Die Interviewtermine dienen nicht nur der Durchführung des konkreten Interviews, sondern sind auch der erste Kontakt mit der Einrichtung bzw. den leitenden Mitarbeitenden. Es bildet die Chance, durch Erläuterungen zur Vorgehensweise und dem Aufzeigen von Verbesserungspotenzialen die Motivation für das Projekt zu steigern.

Primärziel des Interviews ist es, neben der Identifikation der größten Verbesserungspotenziale hinsichtlich der Arbeitsbedingungen auch die Bedürfnisse, Wünsche und Probleme der Führungskräfte zu verstehen. So können gemeinsame Lösungen im Rahmen des Projekts erarbeitet werden, die sowohl die Arbeitsbedingungen verbessern als auch die vordergründigen Problemfelder der Führungskräfte adressieren. Die Umsetzungsbereitschaft und der persönliche Einsatz sind entscheidend für den Erfolg der Veränderungsmaßnahmen.

Bei der Gewichtung der verschiedenen Elemente der Bedarfsanalyse haben die Erkenntnisse aus dem Interview die höchste Priorität. Eine „Durchsetzung“ von Instrumenten entgegen der Fähigkeiten oder der Motivation der Umsetzenden ist wenig erfolgsversprechend. Die Interviews finden bei den Einrichtungen vor Ort statt. Im Vorgespräch mit den umsetzenden Füh-

rungskräften und der Einrichtungsleitung sollte für diesen Tag auch eine Organisationsbegehung eingeplant werden. Die Begehung der Einrichtung und spontane Gespräche mit den Mitarbeitenden geben einen hilfreichen Einblick in die Probleme der Einrichtung. Der Beobachtungsfokus liegt dabei auf Handlungsfeldern, die nur schwer durch Mitarbeitende und Führungskräfte erkannt werden können (da sie die Alternative vielleicht gar nicht kennen). Insbesondere sind Körperhaltung, Umgangston, Zustand von Räumen und Arbeitsmaterialien nur zu beurteilen. Begehung und Interview sollten im zeitlichen Umfang von einen halben Tag eingeplant werden.

Idealerweise übergibt die Beraterin bzw. der Berater bei diesem Termin den Einrichtungen den Zugangscode zur Strukturbefragung sowie die Materialien der Mitarbeitendenbefragung und erläutert den Umgang mit beidem. Für die Strukturbefragung ist ein Zeitraum von drei Wochen angedacht, für die Mitarbeitendenbefragung ein Zeitraum von mindestens sechs Wochen. Die Auswertung von Struktur- und Mitarbeitendenbefragung sollte durch eine zentrale Stelle geschehen. Die Ergebnisse können den Beratenden über die zugangsbeschränkte Internetplattform zur Verfügung gestellt werden.

Liegen den Beratenden alle Ergebnisse vor, müssen sie gemeinsam mit den Ergebnissen von Interviews und Begehungen anhand der in 7.4 dargestellten Zusammenhangsmatrizen potenzielle Leitfäden identifizieren. In der Regel gibt es mehr Verbesserungspotenziale als im vorgesehenen Zeitraum zu realisieren sind. Hier sind diejenigen auszuwählen, die das höchste Verbesserungspotenzial aufweisen.

Um ein konsistentes und passendes Ableiten geeigneter Leitfäden sicherzustellen, ist es sinnvoll, dass die Beratenden ihre Ableitung mit einem Experten des regionalen Kompetenzzentrums absprechen müssen. Diesem sind im Vorfeld die Ergebnisse der Bedarfserhebung zuzusenden und die konkrete Empfehlung telefonisch zu erläutern. Das Kompetenzzentrum hat dabei die Möglichkeit, die Empfehlungen des Beratenden begründet zu verändern. Überdies ist es denkbar, in diesem Schritt einen weiteren Mechanismus der Qualitätssicherung zu implementieren: Sollte sich im Rahmen der Analyse herausstellen, dass die Einrichtung aufgrund ihrer aktuellen Situation als nicht beratungsfähig angesehen werden kann, sollte das Projekt für diese Einrichtung mit Begründung beendet werden. Die Entscheidung sollte in Abstimmung mit dem zuständigen Kompetenzzentrum geschehen. Für die Einrichtung sollten durch so einen beraterseitigen Abbruch keine Kosten entstehen. Über die Möglichkeit eines beraterseitigen Abbruchs muss die Einrichtung zu Beginn des Projekts informiert werden.

Die Leitfadenempfehlungen für die Einrichtungen sind wie in Kapitel 7 beschrieben in adressatengerechter Sprache zu formulieren und diesen innerhalb der entsprechenden Regionalschulungen zu erläutern.

Schulung

Die Schulung der umsetzenden Führungskräfte der Einrichtungen kann anlog zum Pilot von zertifizierten Beratenden durchgeführt werden. Es ist darauf zu achten, dass alle entscheidenden Akteurinnen und Akteure der Einrichtung, insbesondere der Einrichtungsleitung, an der

Schulung teilnehmen. Die Beratenden können dabei die Führungskräfte von bis zu fünf Pflegeeinrichtungen zu einem Schulungstermin einladen. Die Gesamtzahl der Personen sollte dabei 15 nicht überschreiten. Ein möglicher Tagesablauf findet sich in Kapitel 8.1.

Nach der Kofferübergabe sollte an diesem Termin ein einrichtungsindividuelles Gespräch stattfinden, um die Empfehlungsbegründungen mit den Führungskräften zu reflektieren. Weiterhin sollten die Schulungen dazu genutzt werden, die Teilnehmenden mit den Möglichkeiten der zentralen Internetplattform vertraut zu machen. Einige Schulungsinhalte können in Webinaren behandelt werden, die vorab zu belegen sind. So kann der Schulungstag entzerrt werden. Die Webinare könnten überdies aufgezeichnet werden, um kostenlose Wiederholungsschulungen für die Einrichtungen anzubieten. Sie ersetzen jedoch die persönliche Beratung nicht.

Umsetzungsbegleitung

Die Umsetzungsbegleitung ist individuell und systemisch zu gestalten. Alle in Abschnitt 9.1.1 beschriebenen Methoden und weitere Beratungsansätze können zur Anwendung kommen.

Die organisatorische Rahmenbedingung, die sich aus den Erfahrungen des Pilots ableiten (siehe Abschnitt 9.4), können folgendermaßen beschrieben werden.

Element	Details
Vor-Ort-Termine	• Anzahl: bis zu 9 • Taktung: Alle 2 Monate • Methoden: s. 9.1.1
Telefonberatung	• Durchgehend durch zentrale Hotline • Nachfragen nach Vereinbarung bei betreuenden Beratenden • Obligatorisch: Vorbereitungsgespräche vor jedem Beratungstag
Abschlussge-spräch	• 8 Wochen nach dem letzten Vor-Ort-Termin, zur Klärung offener Fragen und Feedback

Abbildung 61: Übersicht Umsetzungsbegleitung im bundesweiten Rollout

Evaluation

Auf Grundlage der für Phase III des Pilots entwickelten „Nachher-Befragung“ kann eine Evaluationsbefragung entwickelt werden, die die Wirkung bei jedem Projektteilnehmenden quantifiziert. Dies ermöglicht zum einen die Weiterentwicklung der Instrumente und Beratungsmethoden, zum anderen bewertet es die Beratungs- und Umsetzungsqualität in den einzelnen Einrichtungen. Als weiterer Anreiz für die Teilnahme der Einrichtungen können Einrichtungen, die eine positive Evaluation erhalten, mit einem werbewirksamen Zertifikat ausgezeichnet werden.

12.2. Finanzierung und Einbettung laufender Fördermöglichkeiten

Im Rahmen des skizzierten bundesweiten Rollouts entstehen verschiedene Kosten, die mit einer Finanzierung unterlegt werden müssen. Das Gesamtprojekt kann nach Einschätzung des Auftragnehmers nicht durch eine existierende Förderlinie komplett finanziert werden. Dennoch gibt es eine Vielzahl an Fördermöglichkeiten, die im Rahmen der Vor-Ort-Beratung ausgeschöpft werden können, um das Projekt für alle Beteiligten möglichst attraktiv zu gestalten. In Anbetracht der teilweise mangelnden Unterstützung durch Geschäftsführung oder Einrichtungsleitung erscheint die Finanzierung eines Teils der Kosten durch die Einrichtungen bzw. deren Träger sinnvoll. Im Pilot ist der Eindruck entstanden, dass durch die Leitungen nicht die Wirkung oder das Ziel der Maßnahmen in Frage gestellt wurde, sondern dass vielmehr das Vorhaben als kostenloses Angebot „mitgenommen“ wurde. Es ist zu vermuten, dass Kosten einen Fokus und Handlungsdruck in den Pflegeeinrichtungen schaffen, die dem Fortschritt des Veränderungsprozesses zu Gute kommen.

Die unterstützenden Verbände und Beratende sollten hingegen nicht durch Kosten belastet werden, da sie ein notwendiges Element für den Erfolg des Rollouts darstellen. Stattdessen sollte für die Verbände durch eine geeignete Kommunikationsstrategie Anreize gesetzt werden (s. 12.3). Diese kann aufzeigen, wie die Verbandsmitglieder von dem Projekt profitieren und in welcher Weise die Verbände ihre Interessen im gestalterischen Prozess einbringen können.

Die Einbettung bestehender Förderprogramme sollte aus Sicht des Auftragnehmers individuell in Abhängigkeit der Einrichtungsspezifika und der empfohlenen Maßnahmen geschehen. Je nach Maßnahme, Trägerart und Region kommen unterschiedliche Förderprogramme in Betracht. Gerade regionale Förderungen und Förderungen für Maßnahmen bei freigemeinnützigen Einrichtungen werden lokal verteilt. Einschlägige Portale, wie etwa foerder-lotse.de listen über 700 Förderinstitutionen aus den Bereichen Stiftung, Lotteriemittel, öffentliche Zuschüsse und private Förderfonds.

Den Pflegeeinrichtungen stehen überdies themenabhängig bundes- und landesweite Förderprogramme zur Verfügung. Diese umfassen Programme, die einerseits eine finanzielle andererseits eine inhaltliche Unterstützung anbieten, die im Rahmen der Beratung als Baustein integriert werden können. In Abbildung 62 finden sich die nach Ansicht des Auftragnehmers aussichtsreichsten Förderprogramme. In dieser Übersicht sind neben Namen und einer kurzen Beschreibung auch Links zu weiteren Informationen aufgelistet.

Es bietet sich an, die erfolgreich im Projekt genutzten Förderprogramme in der zentralen Internetplattform zu hinterlegen. Im zugangsbeschränkten Teil können den Beratenden Musterbewerbungen und praktische Ratschläge zur Analyse des Förderpotenzials zur Verfügung gestellt werden. Die Bewerbung um Fördermittel sollten die Beratenden zusammen mit den teilnehmenden Einrichtungen zeitnah nach der Festlegung der umzusetzenden Maßnahmen vornehmen. Wir schlagen vor eine paritätische Kostenaufteilung zwischen Projektträger, Einrichtungen und Finanzierung aus anderen Förderprogrammen anzustreben.

Name	Gebiet	Details
Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 8 Absatz 7 SGB XI zur Förderung von Maßnahmen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf	Bundesweit	Gefördert werden Maßnahmen von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. Der maximale Förderzuschuss liegt bei **€ 7.500 pro Pflegeeinrichtung pro Jahr**. Mehr Informationen unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/finanzierungs_foerderungsmassnahmen/2019_05_02_Pflege_RiLi_8Abs7_SGBXI_Vereinbarkeit.pdf

Name	Gebiet	Details
ESF-Bundesprogramm „Fachkräfte sichern: weiterbilden und Gleichstellung fördern“	Bundesweit	Im Rahmen des Programms werden u. a. der Aufbau von Personalentwicklungsstrukturen/Entwicklung lebensphasenorientierter Arbeitszeitmodelle und Karrierewegplanungen gefördert. Die maximale Zuschusshöhe für Förderungen nach dieser Richtlinie beträgt demnach grundsätzlich **50 % der zuwendungsfähigen Gesamtausgaben.** Mehr Informationen unter: https://www.initiative-fachkraefte-sichern.de/fileadmin/redaktion/offizielle_Dokumente/RL_Fachkraefte_sichern.pdf
ArbeitsZeitGewinn	Bundesweit	Das Projekt ArbeitsZeitGewinn unterstützt insbesondere kleine und mittlere Unternehmen bei der Nutzung dieses Gestaltungspotenzials. Durch eine griffige Kurzanalyse und gezielte Beratung erkennen Unternehmen rasch und unkompliziert die betrieblichen Handlungsfelder, in denen Veränderungen einen Nutzen versprechen. Eine genaue Diskussion der Analyseergebnisse und die fachlich fundierte Unterstützung bei der Umsetzung sind dann die Inhalte einer mehrtägigen Arbeitszeitberatung. Im Rahmen des Projekts können maximal **zehn Tage Arbeitszeitberatung** gefördert werden. Teilnehmende Unternehmen werden mit € 500 pro Beratungstag an den Kosten beteiligt. Mehr Informationen unter: http://www.arbeitszeitgewinn.de/uploads/media/2011_Pub_Arbeitszeitgewinn_Flyer_Vertrieb_03.pdf
Förderprogramm "Betriebliche Kinderbetreuung"	Bundesweit	Das Förderprogramm "Betriebliche Kinderbetreuung" ist Teil des Unternehmensprogramms "Erfolgsfaktor Familie", mit dem das BMFSFJ Anreize für Unternehmen setzten möchte, sich für eine familienbewusste Personalpolitik zu engagieren. Mehr Informationen unter: https://www.erfolgsfaktor-familie.de/betriebliche-kinderbetreuung/welches-angebot-passt-zu-ihnen.html
Netzwerk Ländliche Räume	Bundesweit	Informationsplattform für Fördermöglichkeiten, Projekte und ähnliches im ländlichen Raum Mehr Informationen unter: https://www.netzwerk-laendlicher-raum.de/service/die-dvs/
Programm „Förderung unternehmerisches Know-how“	Bundesweit	Das Programm bietet eine bundesweite Beratungsförderung für kleine und mittlere Unternehmen (KMU), wozu auch die Freien Berufe gehören. Zur Zielgruppe gehören junge, aber auch etablierte Unternehmen, die den nächs-

Name	Gebiet	Details
		ten unternehmerischen Schritt gehen wollen, sowie Unternehmen, die eine Unternehmenskrise überwinden müssen. Der maximale Zuschuss liegt bei **€ 2400 pro Pflegeeinrichtung.** Mehr Informationen unter: https://www.fuer-gruender.de/beratung/gefoerderte-beratung/foerderung-unternehmerischen-know-hows/
Familienpakt Bayern	Bayern	Um konkrete Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf in den Unternehmen zu verankern und die Unternehmen hierin zu unterstützen, wurden im Familienpakt Bayern fünf Maßnahmenpakete definiert zu denen Informationen und Unterstützung angeboten wird: - „Strukturelle Unterstützung bei der Kinderbetreuung und Pflege“ - „Arbeitswelt weiter an Familienbedürfnisse anpassen“ - „Zeit in der Familie ist Kompetenz für den Beruf“ - „Unternehmen informieren beraten und vernetzen“ - „Gemeinsam für Familie und Beruf“ Mehr Informationen unter: https://www.familienpakt-bayern.de/familienpakt-bayern/ueber-den-familienpakt.html
Servicestelle „Arbeitswelt – Elternwelt“	Brandenburg	Vor allem kleine und mittlere Unternehmen erhalten Unterstützung zur Überbrückung der Familienphase ihrer Beschäftigten durch Angebote zur Organisation der Elternzeit, Vertretung und Rückkehr in den Beruf. Mehr Informationen unter: https://www.arbeitswelt-elternzeit.de/start/
Impulsgeber Zukunft e.V.	Bremen	Der Impulsgeber Zukunft e.V. berät und unterstützt als gemeinnütziger Verein Unternehmen und Institutionen beim Thema Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben und verleihen Unternehmen, die eine gute Vereinbarkeit ermöglichen das Siegel AUSGEZEICHNET FAMILIENFREUNDLICH. Mehr Informationen unter: https://www.impulsgeber-zukunft.de/ccm/navigation/index.de
Förderung von Beratungen bei gewerblichen Unternehmen	Mecklenburg-Vorpommern	Das Programm fördert Unternehmensberatungen zu komplexen Fragestellungen der Entwicklung oder Stabilisierung vorrangig kleiner und mittlerer Unternehmen mit dem Ziel Arbeitsplätze zu schaffen, oder zu erhalten. Die maximale Förderung beträgt **50 Prozent der Beratungskosten**, höchstens jedoch anteilige Kosten **für 15 Tagewerke.**

Name	Gebiet	Details
		Mehr Informationen unter: https://www.gsa-schwerin.de/leistungen/unternehmensberatung-und-strukturentwicklung/foerderung-von-beratungen-bei-gewerbl-unternehmen.html
Potenzialberatung	Nordrhein-Westfalen	Zur Stärkung der Wettbewerbs- und Beschäftigungsfähigkeit kleiner und mittlerer Unternehmen fördert die nordrhein-westfälische Landesregierung mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) die Potentialberatung. Mit Hilfe externer Beratungskompetenz und unter Beteiligung der Beschäftigten sollen die Potentiale des Unternehmens ermittelt und darauf aufbauend die Umsetzung notwendiger Veränderungsschritte in die Praxis begleitet werden. Im Rahmend der Förderung werden **50 % der notwendigen Ausgaben für 1 bis 10 Beratungstage** finanziert. Mehr Informationen unter: https://www.gib.nrw.de/themen/arbeitsgestaltung-und-sicherung/potentialberatung
Mitarbeiterbeteiligungsprogramm BeratungRLPplus	Nordrhein-Westfalen	Mit dem Programm sollen mittelständischen Unternehmen und ihren Arbeitnehmern ein Anreiz geboten werden, sich über die Möglichkeiten der Mitarbeitendenbeteiligung zu informieren. Der maximale Zuschuss beträgt **€ 1200.** Mehr Informationen unter: http://www.foerderdatenbank.de/Foerder-DB/Navigation/Foerderrecherche/suche.html?get=views;document&doc=9651
Betriebsberatungen für kleine und mittlere Unternehmen (Mittelstandsberatungsprogramm)	Rheinland Pfalz	Das Programm fördert die Durchführung von Betriebsberatungen von kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) zu Fragen der Unternehmensführung sowie zum Produkt- und Kommunikationsdesign um die Wettbewerbsfähigkeit der KMU in Rheinland-Pfalz. Mehr Informationen unter:
Mittelstandsförderung – B.I.3 – Betriebsberatung/Coaching	Sachsen	Kleine und mittlere Unternehmen sollen mithilfe von Beratungsleistungen unterstützt werden. Es werden Beratungen zu allen unternehmensrelevanten Fragestellungen abgedeckt, insbesondere zu betriebswirtschaftlichen, finanziellen, personellen, technischen und organisatorischen Problemen. Gefördert werden **maximal 15 Tagewerke** je Unternehmen innerhalb von 3 Jahren. Mehr Informationen unter: https://isb.rlp.de/foerderung/136.html

Name	Gebiet	Details
Beratungshilfeprogramm für Unternehmen	Sachsen-Anhalt	Mit dem Programm sollen spezifische Beratungsleistungen zu betriebswirtschaftlichen, finanziellen, personellen, technischen und organisatorischen Problemen der Unternehmensführung gefördert werden. Die maximale Zuschusshöhe liegt bei **€ 6.000.** Mehr Informationen unter: https://www.ib-sachsen-anhalt.de/unternehmen/beraten-werden/beratungshilfeprogramm
Fachkräfteinitiative "Zukunft im Norden"	Schleswig Holstein	Ziel der Fachkräfteinitiative ist die Entwicklung und Sicherung des Fachkräfteangebotes in Schleswig-Holstein. Die Initiative stellt diverse Informationen und Angebote zur Verfügung. Mehr Informationen unter: https://www.schleswig-holstein.de/DE/Themen/F/fachkraefte.html

Abbildung 62: Tabelle möglicher Förderungen im Rahmen der Vor-Ort-Beratung

12.3. Kommunikationsstrategie mit den Verbänden

Im Rahmen des Pilots wurden bereits zahlreiche Verbände über das Projekt informiert. Verschiedene Verbandsvertreterinnen und -vertreter haben sich in Form der Befragungen, der Unterstützung bei der Teilnehmendenakquise oder des Workshops am 20. März 2019 in Münster aktiv am Projekt beteiligt. Für den bundesweiten Rollout sollte dieses Interesse und die Unterstützungsbereitschaft genutzt werden. Die vorhandenen Strukturen und die Ziele der Verbände bieten eine gute Grundlage der Zusammenarbeit. Um diese Synergien zu heben bzw. das Projekt gegenseitig gewinnbringend erfolgreich zu bestreiten, ist es notwendig den gestalterischen Prozess durch eine geeignete Kommunikationsstrategie zu moderieren. Im Folgenden wird eine Kommunikationsstrategie vorgeschlagen, die in fünf Phasen unterteilt werden kann, nämlich Informationsphase, Austauschphase, Implikationsphase, Umsetzungsphase sowie Evaluations- und Erweiterungsphase.

Informationsphase

Im ersten Schritt sollten die Verbände über die Ergebnisse des Pilots informiert werden und sowohl Erfahrungen aus dem Projekt als auch Chancen und Risiken eines bundesweiten Rollouts diskutiert werden. Hierzu bieten sich eine oder mehrere Informations- und Diskussionsveranstaltungen beim Pflegebevollmächtigten in Berlin an, da viele Bundesverbände hier Ihren Sitz haben. Den Verbänden sollte dabei mindestens 1,5 Monate vor der Veranstaltung der vorliegende Abschlussbericht zugesendet werden. Insbesondere die häufig ehrenamtlich tätigen Vertreterinnen und Vertreter haben so ausreichend Zeit, sich fachlich auf die Veranstaltung vorzubereiten.

Während der Informationsveranstaltung sollte bereits zur Erstellung eines gemeinsamen Zielbildes bezüglich eines bundesweiten Rollouts eingeladen werden. In der Kommunikation ist darauf zu achten, dass diese Phase als Chance zu einer gemeinsamen Gestaltung des bundesweiten Rollouts verstanden wird, in die sich die Verbände noch vollständig einbringen können. Um eine möglichst große Unterstützungsbereitschaft zu erreichen sollte außerdem deutlich gemacht werden, dass die mit dem Projekt verfolgten Ziele sich mit den Zielen der KAP und den Einzelzielen der Verbände decken. Am Ende der Informationsphase steht die Willenserklärung der interessierten Verbände den weiteren Prozess zu unterstützen. Diese lässt sich im Rahmen eines „Letter of Intent“ festhalten und pressewirksam veröffentlichen.

Austauschphase

Nachdem in der Informationsphase ein gemeinsames Zielbild entwickelt und die Zusammenarbeit in Form einer Absichtserklärung formalisiert wurde, soll in der Austauschphase das Konzept zum bundesweiten Rollout mit den Verbänden abgestimmt werden. Das in diesem Kapitel vorgestellte Konzept dient dabei als Orientierung. Wie stark im Rahmen dieses Austauschprozesses von dem hier vorgestellten Konzept abgewichen werden soll, ist von der Unterstützungsbereitschaft durch die Verbände oder anderer Organisationen abhängig. Faktoren, die in der Evaluation (Phase III des Pilots) als wesentliche Erfolgsfaktoren identifiziert wurden, sollten auch zu Gunsten der Unterstützung durch maßgebliche Verbände nicht aufgegeben werden. Andere vorgeschlagene Elemente können zu Gunsten einer wahrscheinlicheren oder breiteren Umsetzung angepasst werden. Die Verbände, die sich zur aktiven Mitgestaltung der Implementationsphase bereit erklären, können mit einem Zertifikat ausgestattet werden, welches ihre Leistungen darstellt und für Mitglieder und Interessierte als Ansprechpersonen transparent macht.

Implementationsphase

In der Implementationsphase gilt es, das gemeinsam entwickelte Konzept organisatorisch umzusetzen. Diese Phase sollte mit einer breiten Informationskampagne durch den Pflegebevollmächtigten sowie die beteiligten Verbände einhergehen. Informationsveranstaltungen in allen Regionen bzw. in jedem Bundesland sollen potenzielle Teilnehmende und Beratende über das Projekt informieren. Während der Veranstaltungen können Teilnehmende und Beratende des Pilots von ihren Erfahrungen berichten. Weiterhin können die Modalitäten der Teilnahme sowie Möglichkeiten der zentralen Informationsplattform dargestellt werden.

In dieser Phase sollte überdies eine hohe mediale Präsenz erzeugt werden. Eine Kombination aus Interviews, Reportagen, Hintergrundberichten, Fachartikeln und Werbeanzeigen für die Informationsveranstaltungen sind dabei geeignete Mittel. Diese Formate müssen bereits frühzeitig mit den Verlagen abgestimmt werden. Der Austausch mit den Verlagen und Medienvertretern hierzu sollte bereits Anfang des Jahres 2020 gesucht werden. Die zentrale Informationsplattform sollte zu diesem Zeitpunkt bereits alle relevanten Informationen bereithalten und ggf. Teaservideos und Erfahrungsberichte anbieten.

Umsetzungsphase

In der Umsetzungsphase gilt es, durch regelmäßige Treffen mit den teilnehmenden Verbänden im Austausch zu bleiben und durch entsprechende Zwischenberichte das mediale Interesse aufrecht zu erhalten. Ende des Jahres 2020 bietet sich überdies an, eine weitere Evaluation bei den Teilnehmenden des Pilots durchzuführen, um die Langzeitwirkung der Maßnahmen abzusichern. Die Ergebnisse können außerdem genutzt werden, um weitere Verbände, Beratende und Pflegeeinrichtungen für eine Teilnahme zu gewinnen.

Evaluations- und Erweiterungsphase

Wenn die ersten teilnehmenden Einrichtungen des bundesweiten Rollouts die Umsetzung ihrer Maßnahmen abgeschlossen haben, sollten die Ergebnisse der integrierten Abschlussevaluation wissenschaftlich aufgearbeitet werden. Auf Grundlage der Ergebnisse sollte ein erneuter Austausch mit den Verbänden und ggf. eine Überarbeitung des Konzepts stattfinden. Ab hier wechseln sich Implementations-, Umsetzungs- und Evaluations-/Erweiterungsphase im Sinne eines PDCA-Zyklus ab.

12.4. Diskussion der Chancen und Risiken

Aufbauend auf den Erfahrungen des Pilotprojekts und dem Konzept zum bundesweiten Rollout werden im Folgenden Schwächen, Stärken, Risiken und Chancen des Projekts beleuchtet. Dabei werden die Pflegeeinrichtungen, die Verbände bzw. beratenden Institutionen und Einzelberater, sowie die gesamtgesellschaftliche Perspektive sukzessive in den Fokus gerückt.

Pflegeeinrichtungen

Die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen des Pilotprojekts konnten im Rahmen der Schulungen und der Abschlussgespräche selbst Schwächen des Projekts benennen. Aus diesen Gesprächen heraus und in Anbetracht der Beratererfahrungen im Pilotprojekt, können zwei Punkte als wesentliche Schwächen betrachtet werden. Zum einen der enge Projektrahmen, sowohl zeitlicher als auch inhaltlicher Natur und zum anderen die notwendigen Kapazitäten und Eigeninitiative in den Einrichtungen. Die für den Piloten erarbeiteten Maßnahmen sind zeitlich durch die Projektlänge und inhaltlich durch die ausgewählten Handlungsfelder sowie die Fähigkeiten und Ressourcen der Führungskräfte beschränkt. Durch die Ausweitung der Beratungsdauer und des Umfangs im bundesweiten Rollout wird diese Kritik deutlich abgeschwächt, aber nicht gänzlich beseitigt. Eine erfolgreiche Teilnahme ist nur von interessierten Pflegeeinrichtungen zu erwarten, bei denen die Leitungspositionen ausreichend (in Anzahl und Qualifikation) besetzt sind und mit genügend finanziellen Mitteln ausgestattet sind.

Ist dies der Fall, besteht die Stärke des Projekts darin, dass der Veränderungsprozess selbst gestaltet werden kann. Das bedeutet im eigenen Tempo, mit den eigenen Schwerpunkten und der Möglichkeit über den Projektzeitraum hinaus Verbesserungsmaßnahmen durchzuführen.

Dabei steht den Einrichtungen aber dennoch eine professionelle und individuelle Hilfe zur Verfügung, die trotz einer Selbstbeteiligung im Vergleich zu üblichen Beratungsansätzen günstig ist.

Durch die Bedarfsanalyse und Bereitstellung aller Leitfäden, haben die Führungskräfte nach den Schulungen und positiven Erfahrungen aus der Vor-Ort-Beratung alle notwendigen Elemente zusammen, um die Arbeitsbedingungen nachhaltig zu verbessern und die eigene Einrichtung weiterzuentwickeln. In Zeiten des Fachkräftemangels, werden die Arbeitsbedingungen und die Mitarbeitendenzufriedenheit Schlüsselelemente für den Erfolg der Einrichtung, sodass die Teilnahme am Projekt im Interesse fast jeder Pflegeeinrichtung in Deutschland liegen sollte.

Die größten Risiken bei der Teilnahme eine Pflegeeinrichtung im Projekt liegen darin, das erhoffte Ziel, d. h. die Verbesserung der Arbeitsbedingungen bzw. die Umsetzung der avisierten Maßnahmen nicht zu erreichen. Dies kann aufgrund der enttäuschten Erwartungen im Gesamteffekt negativer wirken, als eine Nicht-Teilnahme. Die Gefahr besteht vor allem bei Einrichtungen mit fehlender Unterstützung durch Geschäftsführung, bzw. Träger und umsetzenden Leitungskräften, die keine Kapazitäten für die Umsetzung der Maßnahmen zur Verfügung haben. Ein Teilnahmerisiko besteht zum Zeitpunkt der Projektanbahnung. Geschäftsführung und Einrichtungsleitung müssen das Projekt unterstützen und sollten frühzeitig eingebunden werden. Fehlende Sensibilisierung oder Motivation auf dieser Ebene stellt ein Risiko für den Projekterfolg in den einzelnen Einrichtungen dar.

Weitere Risiken auf Ebene der Pflegeeinrichtung stellen eine mangelnde Umsetzung der Maßnahmen durch die Belegschaft, ein Einschlafen der angestoßenen Maßnahmen nach Ende der Projektlaufzeit und fehlende Ressourcen der umsetzenden Personen dar. Ersteres ist insbesondere bei Einrichtungen zu befürchten, die aufgrund von wechselnden Mitarbeitenden z. B. bei hoher Leasing-Quote, nicht in der Lage sind, eingeführte Instrumente adäquat und regelmäßig zu schulen.

Trifft das Projekt allerdings auf motivierte Leitungskräfte die für die Umsetzung der Maßnahmen Kapazitäten schaffen können und Unterstützung durch die Geschäftsführung erhalten, ist die Chance groß, dass neben denen im Projektzeitraum umgesetzten Maßnahmen auch weitere Instrumente im Anschluss selbständig umgesetzt werden. Die Führungskräfte können durch die Teilnahme nachhaltig für die wesentlichen Handlungsfelder sensibilisiert und zur Weiterentwicklung der Pflegeeinrichtungen befähigt werden. Durch eine nachgelagerte Evaluation, wie sie von vielen teilnehmenden Einrichtungen für einen Zeitpunkt von circa einem Jahr nach Projektende vorgeschlagen wurde, könnte dieser Effekt pressewirksam bestätigt werden.

Verbände, beratende Institutionen und Einzelberater

Die beteiligten Verbände und Beratenden müssen sich auf den vorgegebenen Projektrahmen einlassen und mit den weiteren Verbänden und Beratern kooperativ zusammenarbeiten. Dies bedeutet ggf. Kompromisse einzugehen und die eigene Linie teilweise zu verlassen.

Durch eine Teilnahme können sie ein getestetes Konzept umsetzen und als Teil einer bundesweiten gemeinsamen Aktion einen wesentlichen Effekt in den deutschen Pflegeeinrichtungen erreichen. Für die meisten Verbände sollte dieses Handeln im Sinne der Mitglieder und der eigenen Satzung sein. Für kommerziell Beratende ist das Projekt neben der reinen Gewinnung von Aufträgen, die Möglichkeit ihr Know-How in dem Schlüsselthema der nächsten Jahre aufzubauen und Erfahrungen in der Begleitung der Maßnahmen zu sammeln.

Der Einbezug von Verbänden und Pflegekammern macht, wie in der Konzertierten Aktion Pflege insgesamt, die erfolgreiche Verbreitung des Projekts und eine zahlreiche Teilnahme durch Pflegeeinrichtungen wahrscheinlich, aber nicht sicher. Das größte Risiko für die Verbände und teilnehmenden Beratenden liegt in einer geringen Teilnahmequote durch die Pflegeeinrichtungen und einem reduzierten Maß in der Gefahr projektbezogene Aufwände zu unterschätzen.

Die Chance auf eine nachhaltige Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege in Deutschland, ein gesteigertes mediales und politisches Interesse, sowie das Hervorbringen weiterer Erkenntnisse während des Projekts sollten ein hohes Interesse bei den Verbänden und Beratenden erzeugen.

Gesamtgesellschaftliche Dimension

Schlechte Arbeitsbedingungen in Pflegeeinrichtungen können als der zentrale Grund für den „Pflegenotstand“ in Deutschland angesehen werden. Dieser stellt ein gesamtgesellschaftliches Problem dar. Im Rahmen des Projekts werden Maßnahmen umgesetzt, die auf Ebene der Einrichtungen selbständig umgesetzt werden. Aus dem Portfolio denkbarer Maßnahmen zur Verbesserung der Situation ist dies aber nur eine eingeschränkte Auswahl (vgl. 10.4).

Die vorgeschlagenen Maßnahmen wurden durch das Pilotprojekt überprüft und können auf effiziente Art- und Weise einen nachhaltigen Beitrag zur Lösung des Personalmangels in der Pflege leisten. Durch das skalierbare, geprüfte Konzept können Pflegeeinrichtungen in ganz Deutschland erreicht und die Arbeitsbedingungen ihrer Mitarbeitenden nachhaltig verbessert werden.

Verbesserte Arbeitsbedingungen und die gestärkte Vereinbarkeit von Familie und Beruf können zu einer Erhöhung der Arbeitsleistung der aktuell Pflegenden (Abbau von Teilzeit) und die Anwerbung neuer Kräfte führen. Neben diesem direkten zielgerichteten Nutzen liefert die zentral erfasste Bedarfsanalyse eine Gesamtschau der Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege in Deutschland. Auf Grundlage der Strukturerhebung und Mitarbeitendenbefragung können evidenzbasierte Analysen und Trendbewertungen vorgenommen werden. Wissenschaftliche Artikel und mediale Aufbereitung erhöhen die Sensibilisierung für das Thema und wirken werbend für das Projekt.

13. Schluss

Eine abschließende Beurteilung des Pilotprojekts und des Konzepts zum bundesweiten Rollout sollte sich in hohem Maße auf die Ergebnisse der Evaluation des BQS Instituts für Qualität & Patientensicherheit in Phase III stützen. Da diese zum Zeitpunkt der Erstellung des Abschlussberichts noch nicht vorliegen, beruht die folgende Diskussion und das anschließende Fazit ausschließlich auf den Erfahrungen der ersten beiden Projektphasen inkl. der Rückmeldungen von Verbänden und teilnehmenden Einrichtungen. Im Folgenden werden die Herausforderungen und Erfolgsfaktoren des Pilotprojekts kritisch diskutiert und anschließend in den Kontext der über den Projektrahmen hinausgehenden Maßnahmen gestellt. Das Kapitel und der Abschlussbericht enden mit einer bewertenden Zusammenfassung.

13.1. Kritische Diskussion

Im Abgleich mit den avisierten Maßnahmen und Zielen des Pilotprojekts konnten alle wesentlichen Herausforderungen bewältigt werden. Sowohl die Erstellung eines individualisierbaren Instrumentenkoffers unter Einbezug der Verbände, als auch die Implementierungsphase mitsamt Bedarfsanalyse, Schulung und Vor-Ort-Beratung wurden erfolgreich bei 25 Pflegeeinrichtungen umgesetzt.

Die zwei wesentlichen Herausforderungen bei der Umsetzung des Pilotprojekts stellten der zeitliche Rahmen und die Situation in den Pflegeeinrichtungen dar. Ersteres führte zu einer engen Taktung aller Projektelemente und machte zeitliche Verzögerungen oder Terminverlegungen zu einer organisatorischen Hürde.

Die Situation in den einzelnen Pflegeeinrichtungen und die Fähigkeiten und Ressourcen der umsetzenden Führungskräfte stellten die zweite und facettenreichere Hürde dar. Die Führungskräfte hatten einen unterschiedlichen Bildungs- und Erfahrungshintergrund. In vielen Einrichtungen mussten signifikante Teile des ersten Beratungstages für die Sensibilisierung der Führungskraft und eine Einführung ins Thema aufgewendet werden. Dabei stand die Befähigung der Führungskraft, Veränderungsprozesse zu gestalten, im Vordergrund. Diese wurde in vielen Beratungstagen durch intensive Reflexionsgespräche und Coachings ergänzt, die bei gut ausgebildeten und erfahrenen Führungskräften nur in geringem Umfang notwendig waren.

Schwieriger durch Beratungsmethoden zu lösen waren Hemmnisse aufgrund mangelnder Unterstützung der Einrichtungsleitung bzw. Geschäftsführung oder fehlender Kapazitäten für die Umsetzung. Hier muss kritisch angemerkt werden, dass in Pflegeeinrichtungen mit diesen Problematiken Umsetzungsstände am Ende der Projektphase II deutlich weniger fortgeschritten sind, als in Einrichtungen, in denen diese hemmenden Faktoren nicht aufgetreten sind. Gerade wenn Führungskräften Kapazitäten fehlen, sind Veränderungsmaßnahmen schwer umzusetzen. Das spiegelt sich in einer Gesamtsituation wider, die sich sowohl negativ auf die Arbeitsbedingungen auswirkt als auch deren Verbesserung verhindert. Überforderte und überlastete Führungskräfte sind die Folge. Der strukturelle Personalmangel hat für die Dienstplanverantwortlichen in ambulanten und stationären Einrichtungen erhebliche Konsequenzen.

Viele Führungskräfte mit Dienstplanverantwortung sind einem hohen psychischen Druck ausgesetzt und berichteten den Projektberatenden von Fluchttendenzen und dem Plan, die Funktion der Pflegedienstleitung oder den Beruf als solchen aufzugeben. Insbesondere gehäuft auftretende Krankmeldungen führen zu extremen Stresssituationen. Denn um die Versorgung der Pflegebedürftigen sicherzustellen, müssen alle Dienste abgedeckt werden. In dieser Situation ist es nur schwer möglich, die Umsetzung von Veränderungsmaßnahmen voranzutreiben.

Neben diesen hemmenden Faktoren haben sich zwei wesentliche fördernde Erfolgsfaktoren herausgestellt. Generisch gesprochen handelt es sich hierbei um Erfahrung und Ausbildung, sowohl auf Seite der Beratenden als auch auf Seite der umsetzenden Führungskräfte. Die Beraterin bzw. der Berater müssen in den in 9.1.1 beschriebenen Methoden ausgebildet sein und diese professionell umsetzen können. Überdies ist die praktische Erfahrung im Bereich der Pflege und Führung von Pflegekräften essentiell. Das pflegefachliche Know-How hat es den Beratenden im Projekt ermöglicht, die Kompetenzen und Fähigkeiten der Mitarbeitenden und des mittleren Managements schnell zu erschließen und Aufgabenpakete im Rahmen von Veränderungsprozessen passend zu allokieren. Eine adressatengerechte Sprache und das Anbringen von praxisnahen Beispielen bzw. „best-practice“ Erfahrungen schaffen eine glaubwürdige und motivierende Arbeitsatmosphäre, die in einer hohen Effizienz der Umsetzungsprozesse mündet. Durch den Vergleich mit bereits umgesetzten Beratungsprojekten war es den Beratenden möglich, realistische Einschätzungen zu Umsetzungsplänen abzugeben und so möglichen Enttäuschungen der Führungskraft und Mitarbeitenden entgegen zu wirken.

Diese Kompetenz und Erfahrung spiegelt sich auf der Seite der umsetzenden Führungskraft. Insbesondere in Einrichtungen mit gut ausgebildeter Leitung (z. B. einem Pflegemanagementstudium) und „best-practice“ Erfahrungen bei früheren Arbeitgebern, konnten Veränderungsprozesse deutlich schneller und nachhaltiger umgesetzt werden. Positiv war es bspw. wenn die Führungskräfte Wirkzusammenhänge in ihrer Einrichtung selbständig erkennen und Verbesserungsmaßnahmen adressatengerecht ihren Mitarbeitenden erklären und delegieren konnten. Der autodidaktische Zugang der Leitfäden war bei diesen Führungskräften im hohen Maße gegeben und die Transferleistung der Anwendung auf die eigene Einrichtung sowie ein passendes Selbstmanagement fiel ihnen leicht. Trift diese Kompetenz und Erfahrung auf ein Setting von ausreichend zeitlichen Ressourcen und der Fähigkeit der Selbstreflexion, sind für den Erfolg des Projekts im Wesentlichen die Beantwortung von Fragen, eine Sensibilisierung für offene Handlungsfelder, motivierende Bestätigung und Supervisionen als ergänzende Maßnahmen anzuwenden.

Über die im Projekt adressierten Handlungsfelder hinaus sollen im Folgenden noch angrenzende Verbesserungsmaßnahmen und Handlungsfelder angesprochen werden, die im Gespräch mit den Verbänden und teilnehmenden Einrichtungen wiederholt thematisiert wurden.

Anknüpfend an die umsetzenden Personen im Projekt wurden häufig die Förderung und Ausbildung der Führungskräfte in den Mittelpunkt weiterer gewünschter Maßnahmen gestellt. Aber auch Veränderungen systemischer Natur, sei es strukturell oder finanziell, sowie die notwendige gesellschaftliche Wahrnehmung und Wertschätzung des Pflegeberufs wurden diskutiert.

Dies sind keine Ziele, die eine einzelne Einrichtung mit einem geeigneten Instrument erreichen kann, sondern ein Prozess, der das Zusammenspiel von Politik, Verbänden, Pflegenden und Gesellschaft erfordert. Das (Pilot-)Projekt – und im Größeren die Konzertierte Aktion Pflege und die mediale Berichterstattung hierzu – unterstützen diesen Prozess bereits. Durch gezielte Informationsmaßnahmen und die Beseitigung von Handlungsbedarfen, die ein schlechtes Bild der Pflege zeichnen, kann der Prozess noch deutlich vorangetrieben werden.

Ein Punkt, der sowohl in der medialen Wahrnehmung, als auch bei den Einrichtungen und Verbänden präsent ist, ist die Finanzierung. Sowohl das Gehalt der Pflegenden als solches, aber auch der Umfang der refinanzierten Tätigkeiten werden kritisiert. Eine Reduzierung der Arbeitsbelastung, sowohl bei Pflegenden als auch bei reinen Leitungskräften, kann durch einen höheren Personalschlüssel und explizite Refinanzierung von Führungsaufgaben und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen gefördert werden. Dies kann allerdings nur funktionieren, wenn prinzipiell finanzierbare Stellen auch besetzt werden können. Mit Blick auf die angestrebte zusätzliche Pflegefachkraft nach dem PpSG ist anzumerken, dass diese nur entlastend wirkt, wenn ihre Stelle tatsächlich besetzt werden kann. Die Entlastung kommt vollständig zum Tragen, wenn die eingestellte Pflegekraft flexibel und nicht nur im Bereich der Behandlungspflege eingesetzt werden kann.

Weitere Entlastung kann durch die Finanzierung innovativer Arbeitszeitmodelle geschaffen werden. In der Langzeitpflege sind klassische Arbeitszeitmodelle, die entweder im 2-Schicht-System (Früh/Spät) oder im 3-Schicht-System (Früh/Spät/Nacht) sowie als Dauernachtdienst abgebildet sind, verbreitet. In der ambulanten Pflege kommt es zudem zu Teildiensten, ohne die eine vertrags- und auftragskonforme Versorgung der Patienten nicht möglich wäre. Insbesondere aus der letztgenannten Situation entstehen Settings, die zu einer erhöhten Fluktuation, prekären Lebenssituation oder Flucht aus dem Pflegeberuf führen. Geteilte Dienste und damit einhergehende ungewollte Teilzeit sind ein massives Problem im Bereich der ambulanten Altenpflege. Dieses Problem ist im aktuellen klassischen ambulanten Versorgungskonzept und den verbreiteten Arbeitszeitmodellen nicht aufzulösen, wenn die Versorgung der Leistungsberechtigten am Morgen und Abend sichergestellt werden soll.

Einige teilnehmende Einrichtungen haben sich im Zusammenhang mit der aktuell auf dem Arbeitsmarkt befindlichen Generation Y und den nachkommenden „Millenials“ alternative Arbeitszeitmodelle gewünscht. Während sich ältere Arbeitnehmende häufig an klassische Schichtmodelle gewöhnt haben, sind diese für junge Mitarbeitende nur wenig attraktiv. Oft werden Arbeitszeitmodelle nachgefragt, die eine Tätigkeit in Sinuskurven ermöglichen – Phasen hoher Belastung wechseln sich mit langen Freiphasen ab. Alternative Arbeitszeitmodelle (auf der Grundlage des Arbeitszeitgesetzes) haben dabei das Potenzial, ein attraktives Alleinstellungsmerkmal für Arbeitnehmende darzustellen und so die Attraktivität des Pflegeberufes deutlich zu verbessern. Innovative Versorgungsformen können überdies eine Angleichung der Arbeitslast über den Tag ermöglichen. Beides müsste in einem politischen Diskurs und gesetzgeberischen Prozess abgebildet werden.

Einige Einrichtungen berichten außerdem von gravierendem Handlungsbedarf bei der Sorge um Arbeitnehmende, die durch ihre Lebenssituation belastetet sind. Auch in der Langzeitpflege arbeiten Menschen mit prekären Lebenssituationen, bspw. bei finanziellen Notlagen (häufig alleinerziehende Elternteile), Co-Abhängigkeiten bei Rauschmittelmissbrauch oder häuslicher Gewalt. Solche prekären Settings belasten die Arbeitsfähigkeiten und wirken in das soziale Gefüge des Pflegeteams hinein. Führungskräfte haben selten die Kapazitäten noch die Ausbildung, um der Komplexität solcher individuellen Notlagen gerecht zu werden. Die Beschäftigung von Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeitern könnten diese jedoch adressieren. Diese können neben seelsorgerischen Tätigkeiten vor allem bei der Antragsstellung öffentlicher Gelder, der Vermittlung an Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen unterstützen. Gleiches gilt für die Unterstützung von Mitarbeitenden aus anderen Kulturkreisen oder mit familiären Problemen.

Weitere systemische Handlungsfelder betreffen die Zusammenarbeit mit anderen Professionen und Institutionen, die Potenziale zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen mit sich bringen können. Zum einen besteht Verbesserungspotenzial beim Entlassmanagement der Krankenhäuser und der Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und Ärzten. Zum anderen kam im Rahmen der Diskussionen im Pilotprojekt die Idee auf, die systematischen Kontrollen des MDKs bzw. der Heimaufsicht auch für die Evaluation der Arbeitsbedingungen zu nutzen. Letztere könnten beispielsweise zentrale Fragen der Strukturbefragung (z. B. nach dem Vorhandensein eines Pausenraums oder die Einhaltung gesetzlicher Pausenzeiten) in ihren Prüfkatalog aufnehmen. Diese Maßnahme würde ein weiteres Bewusstsein für die Thematik schaffen und den Stellenwert der Arbeitsbedingungen im System heben.

Als zentrales Element bei der Umsetzung guter Arbeitsbedingungen kam in den Diskussionen mit Verbänden und Einrichtungen aber am häufigsten die Führungskraft, ihre Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Sprache. Die Forderung nach mehr Aus- und Fortbildung im Bereich Pflegemanagement, die Refinanzierung von Coaching- und Beratungsangeboten, die Möglichkeit, zeitliche Kapazitäten regelmäßig für Führungsaufgaben aufzuwenden etc. zeigen einen hohen Handlungsbedarf in diesem Bereich auf. Nicht selten kam die Forderung, ein zusätzliches Projekt zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für Führungskräfte in der Pflege aufzusetzen. Im Projekt wurden die Führungskräfte als Katalysatoren und Umsetzer von Verbesserungsmaßnahmen erfolgreich eingesetzt. Sie durch Bildung und Ressourcen bei dieser Arbeit zu unterstützen, erscheint als naheliegender weiterer Schritt in Richtung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege und eines attraktiven Berufsfeldes – auch für Führungskräfte.

13.2. Fazit

Auch wenn es im Gesamtkontext „Arbeitsbedingungen in der Pflege“ noch großen Handlungsbedarf gibt, hat das Pilotprojekt deutlich gemacht, dass eine signifikante Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch eine geeignete Unterstützung der Führungskräfte mit dem modularen Instrumentenkoffer und der individuellen Vor-Ort-Beratung möglich ist. Innerhalb weniger Monate haben 25 Pflegeeinrichtungen erste Maßnahmen vollständig umgesetzt und weitere Verbesserungsmaßnahmen auf einen erfolgreichen, nachhaltigen Weg gebracht.

Der modulare Aufbau des Instrumentenkoffers und die einrichtungsindividuelle Auswahl der Leitfäden auf Grundlage der Bedarfsanalyse haben sich als zielführender Ansatz herausgestellt. Die integrierten Schulungs- und Beratungsanteile im Projekt trafen auf einen entsprechenden Bedarf und motivierte Führungskräfte. Die dem Konzept inhärente Idee der Befähigung zur Selbsthilfe konnte sich durch die adressatengerechten Leitfäden und den autodidaktischen Bemühungen der umsetzenden Leitungskräfte vielerorts entfalten.

Die Erfahrungen im Pilotprojekt haben Schwächen in der zeitlichen Ausgestaltung des Projekts gezeigt. Im Konzept zum bundesweiten Rollout wurde diesem Rechnung getragen, indem die Projektlaufzeit und die Anzahl der Vor-Ort-Beratungstage erhöht wurden. Weitere Detailänderungen, wie die Ergänzung einer Einrichtungsbegehung im ersten Interviewtermin, folgen den Erfahrungen des Pilotprojekts und lassen für den bundesweiten Rollout eine deutlich stärkere Wirkung des Projekts erwarten, als vom BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit für das Pilotprojekt gemessen.

Insgesamt wurden die Einrichtungsleitungen, Führungskräfte und Mitarbeitenden der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen für die verschiedenen Handlungsfelder sensibilisiert und es ist davon auszugehen, dass in den 25 Einrichtungen der Veränderungsprozess für bessere Arbeitsbedingungen in seinen verschiedenen Facetten noch viele Monate fortgesetzt wird. Das Pilotprojekt hat die Machbarkeit des Ansatzes und das Interesse aller Beteiligten aufgezeigt.

Mit dem Konzept für einen bundesweiten Rollout liegt nun eine Blaupause vor, die auf effiziente Art und Weise einen Beitrag zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege in Deutschland leisten kann.

14. Literaturverzeichnis

Becka, Denise; Evans, Michaela; Öz, Fikret (2016): Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege. Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen- und Berufsvergleich. In: *FORSCHUNG AKTUELL* (4/2016).

Bellmann, Lutz; Grunau, Philipp; Maier, Friederike; Thiele, Günter (2013): Struktur der Beschäftigung und Entgeltentwicklung in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen — 2004 bis 2008. In: *Sozialer Fortschritt* 62 (3), S. 77–87.

Benedix, Ulf; Medjedović, Rena (2014): Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege. Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten (Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen, 6/2014), zuletzt geprüft am 30.04.2019.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege BGW (2006): al.i.d.a – Arbeitslogistik in der stationären Altenpflege. Projektabschlussbericht (BGWBerufsforschung), zuletzt geprüft am 30.01.2019.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege BGW (2017): Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Pflege, zuletzt geprüft am 30.04.2019.

Bleses, Peter; Jahns, Kristin (2016): Soziale Innovationen in der ambulanten Pflege. In: Guido Becke, Bleses Peter, Frerich Frerichs, Monika Goldmann, Barbara Hinding und Martin Schweer (Hg.): Zusammen – Arbeit – Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen. Wiesbaden: Springer VS, S. 127–144.

Breinbauer, Mareike; Jacob, Rüdiger; Richter, Nico; Kopp, Mária S. (2019): Die Situation der Pflege in Rheinland-Pfalz: Ergebnisse einer Online-Befragung von Mitgliedern der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. In: Ralf T. Münnich und Johannes Kopp (Hg.): Pflege an der Grenze. Entwicklungen, Fragestellungen, Herangehensweisen. Wiesbaden: Springer VS, S. 19–76.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.) (2012): Arbeit in der Pflege – Arbeit am Limit? Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche (BIBB/BAuA Factsheet, 10/2012), zuletzt geprüft am 30.04.2019.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2016): Gute Stationsorganisation. Ein Leitfaden für Pflegeeinrichtungen, zuletzt geprüft am 30.04.2019.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) (Hg.) (2014): rückenwind – Für die Beschäftigten in der Sozialwirtschaft. Abschlussdokumentation zum ESF-Programm „rückenwind“ (2009 – 2014), zuletzt geprüft am 30.04.2019.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2014): Vereinbarkeit von Beruf und Familie in der Altenhilfe. Aus der Praxis für die Praxis, zuletzt geprüft am 02.06.2019.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2017): Nur das Ergebnis zählt! Leitfaden für mobiles Arbeiten in Betrieben, zuletzt geprüft am 02.06.2019.

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) (2012): Handlungskatalog Pflege-Zukunft kompetent gestalten: Ein Instrumentenkoffer für kleine und mittlere Unternehmen zur Fachkräftesicherung, zuletzt geprüft am 30.01.2019.

Büssing, André; Glaser, Jürgen; Höge, Thomas (2004): Psychische und physische Belastungen in der ambulanten Pflege: Ein Screening zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. In: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O* 48 (4), S. 165–180.

Christensen, Björn; Steglich, Frauke (2018): Fachkräfte in der Altenpflege in Schleswig-Holstein. Ergebnisse der Befragungen von Einrichtungsleitungen und Beschäftigten in der Altenpflegebranche in Schleswig-Holstein. Kurzzusammenfassung, zuletzt geprüft am 14.05.2019.

Cichocki, Martin; Quehenberger, V.; Zeiler, M.; Krajic, K. (2015): Gesundheit am Arbeitsplatz in der stationären Altenbetreuung. In: *Präv Gesundheitsf* 10 (3), S. 206–211.

Clustermanagement Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg – HealthCapital (Hg.) (2017): Länderübergreifender Gesundheitsbericht. Berlin-Brandenburg 2017, zuletzt geprüft am 14.05.2019.

Das Demographie-Netzwerk; AGP Sozialforschung (2017): Schlüsselfaktoren für eine erfolgreiche Personalarbeit in der Langzeitpflege. Eine Arbeitshilfe für die Praxis, zuletzt geprüft am 15.01.2019.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (Hg.) (2016): Mein Recht auf Frei. Sammelband zur DBfK-Aktion 2016, zuletzt geprüft am 14.05.2019.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK); Bundesverband e. V. (2019): Ergebnisse einer Online-Umfrage zum ‚Dienstplan'. Impulse zur Mitarbeiterbindung, zuletzt geprüft am 23.04.2019.

Deutscher Bundestag (Hg.) (2016): Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, zuletzt geprüft am 04.02.2019.

Deutscher Industrie- und Handelskammertag e. V (2015) (Hg.): Checkheft familienorientierte Personalpolitik für kleine und mittlere Unternehmen, zuletzt geprüft am 02.07.2019.

Fachinger, Uwe; Blum, Marvin (2016): Laufbahnen in der Altenpflege: Entgeltstrukturen und Vergütungsoptionen. In: Guido Becke, Bleses Peter, Frerich Frerichs, Monika Goldmann, Barbara Hinding und Martin Schweer (Hg.): Zusammen – Arbeit – Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen. Wiesbaden: Springer VS.

Fuchs, Paul; Isfort, Michael; Wappenschmidt-Krommus, Ellen; Duisberg, Malte; Neuhaus, Andrea; Rottländer, Ruth et al. (2012): Das Projekt PflegeWert. In: Paul Fuchs-Frohnhofen, Michael Isfort, Ellen Wappenschmidt-Krommus, Malte Duisberg, Andrea Neuhaus, Ruth Rottländer et al. (Hg.): PflegeWert. Wertschätzung erkennen, fördern, erleben. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, S. 13–37.

Gregersen, Sabine (2005): Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten. In: Bernhard Badura, Henner Schellschmidt und Christian Vetter (Hg.): Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin: Springer (Fehlzeiten-Report, 2004), S. 183–201, zuletzt geprüft am 30.04.2019.

Hartmann (Hg.) (2018): #PflegeComeBack Studie. Hintergründe zu Ausstieg und Rückkehr in den Pflegeberuf, zuletzt geprüft am 15.05.2019.

Helmrich, Robert; Güntürk-Kuhl, Betül; Hall, Anja; Koscheck, Stefan; Leppelmeier, Ingrid; Maier, Tobias; Tiemann, Michael (2016): Attraktivität und Zukunftsaussichten in den Berufsfeldern Pflege und Erziehung (Working Paper Forschungsförderung (Hans Böckler Stiftung), 011/Mai 2016), zuletzt geprüft am 03.06.2019.

Höhmann, Ulrike; Lautenschläger, Manuela; Schwarz, Laura (2016): Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate: Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Hg. v. Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmey, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger. s.l.: Schattauer Verlag, S. 73–90.

Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) (Hg.) (2017): Gesundheit für Pflegekräfte im Berufsalltag. Empfehlungen für die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege (iga.Wegweiser).

Institut DGB-Index Gute Arbeit (2018): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit, zuletzt geprüft am 25.01.2019.

Isfort, Michael; Rottländer, Ruth; Weidner; Gehlen, Danny; Hylla, Jonas; Tucman, Daniel (2018): Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland, zuletzt geprüft am 30.04.2019.

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Brandenburg (2018): Zeit planen. Ausgewogene Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung in der Altenpflege. Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben fördern, zuletzt geprüft am 29.05.2019.

Pysma Group AG (2018): Psyma CARE Klima-Index Deutschland 2018.

Robert Koch Institut RKI (2015): Gesundheit in Deutschland. Berlin (Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Gemeinsam getragen von RKI und Destatis), zuletzt geprüft am 28.03.2019.

Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten - was ist zu tun? Unter Mitarbeit von Thomas Klie, Anne Göhner und Birgit Schuhmacher. Hg. v. Bertelsmann Stiftung.

Rottländer, Ruth; Isfort, Michael; Neuhaus, Andrea (2012): Erfolgsbesprechungen in der stationären Altenpflge – Ein gelingender Ansatz zur Würdigung und Wertschätzung der eigenen Arbeit. In: *Plexus* 20 (Supplement 2012), S. 29–38.

Schein, Corinna; Schneider, Ann Kristin (2017): Nicht-staatliche Akteure in der Familienpolitik – Die besondere Bedeutung von Arbeitgebenden. In: Irene Gerlach (Hg.): Elternschaft. Zwischen Autonomie und Unterstützung. Wiesbaden: Springer VS (Familie und Familienwissenschaft), S. 161–195.

Seibert, Holger/Carstensen, Jeanette/Wiethölter, Doris (2018): Entgelte von Pflegekräften – große Unterschiede zwischen Berufen, Bundesländern und Pflegeeinrichtungen. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) (Aktuelle Daten und Indikatoren).

Statistisches Bundesamt (2018): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, zuletzt geprüft am 30.04.2019.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.) (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse, zuletzt geprüft am 15.03.2018.

Vincentz Network (Hg.) (2018): Altenpflege im Fokus 2018. Repräsentative Befragung von Pflegefachkräften in der stationären Langzeitpflege, zuletzt geprüft am 01.04.2019.

Wieteck, Pia (2018): Zukunftsfähige Pflege mit Innovationspotenzial. In: Katrin Keller und Franz Lorenz (Hg.): CSR im Gesundheitswesen. Dynamik im Spannungsfeld von individuellem und organisationalem Anspruch und deren Auswirkungen auf die Unternehmensstrategie, Bd. 13. Berlin, Heidelberg: Springer Gabler (Management-Reihe Corporate Social Responsibility), S. 203–236.

Wirth, Tanja; Ulusoy, Nazan; Lincke, Hans-Joachim; Nienhaus, Albert; Schablon, Anja (2017): Psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen von Beschäftigten in der stationären und ambulanten Altenpflege – Ergebnisse einer Querschnittsstudie. In: *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* (09/2017), S. 662–669.

Zentrum für Qualität in der Pflege (Hg.) (2019): Schülerbefragung Pflege: Eigene Erfahrungen und Interesse an Pflegeberufen (ZQP-ANALYSE), zuletzt geprüft am 30.04.2019.

15. Abbildungsverzeichnis

Abbildung	Name	Seite
Abbildung 1	Bewertung des Projekts durch die Teilnehmenden des Workshops am 20. März 2019 in Münster	33
Abbildung 2	Geografische Verteilung der Bewerberinnen und Bewerber zur Teilnahme am Projekt.	41
Abbildung 3	Verteilung der Bewerberinnen bzw. Bewerber nach angegebener Rechtsform	42
Abbildung 4	Verteilung der Bewerberinnen bzw. Bewerber nach angegebener Trägerart	42
Abbildung 5	Verteilung der Bewerberinnen und Bewerber nach angegebener Versorgungsart	42
Abbildung 6	Geografische Verteilung der 25 teilnehmenden Pflegeeinrichtungen am Projekt.	43
Abbildung 7	Verteilung der 25 teilnehmenden Einrichtung auf die Bundesländer	45
Abbildung 8	Verteilung der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen nach angegebener Rechtsform	46
Abbildung 9	Verteilung der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen nach angegebener Trägerart	46
Abbildung 10	Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Merkmale der Einrichtung	50
Abbildung 11	Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Funktion der Mitarbeitenden	51
Abbildung 12	Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Externe Dienstleistungen	52
Abbildung 13	Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Arbeitsbedingungen I	53
Abbildung 14	Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Arbeitsbedingungen II	53
Abbildung 15	Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Arbeitsbedingungen III	54
Abbildung 16	Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Arbeitsbedingungen IV	54
Abbildung 17	Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Arbeitsorganisation I	55
Abbildung 18	Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Arbeitsorganisation II	55
Abbildung 19	Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Arbeitsorganisation III	56

Abbildung	Name	Seite
Abbildung 20	Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Arbeitsorganisation IV	56
Abbildung 21	Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Arbeitsorganisation V	57
Abbildung 22	Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Arbeitsorganisation VI	57
Abbildung 23	Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Arbeitsorganisation VII	57
Abbildung 24	Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Arbeitsorganisation VIII	58
Abbildung 25	Verteilung der Antworten zur Strukturbefragung – Mitarbeitendenakquise	59
Abbildung 26	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Arbeitsumgebung I	60
Abbildung 27	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Arbeitsumgebung II	61
Abbildung 28	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Arbeitsumgebung II	61
Abbildung 29	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Arbeitsbedingungen I	62
Abbildung 30	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Arbeitsbedingungen II	63
Abbildung 31	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Arbeitsbedingungen IV	64
Abbildung 32	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Arbeitsorganisation	64
Abbildung 33	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Dienstplan	65
Abbildung 34	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Arbeitszeit	66
Abbildung 35	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Störungen	67
Abbildung 36	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Zusammenarbeit im Team	68
Abbildung 37	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Übergabe	69
Abbildung 38	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – PDL Führungsaufgaben	70
Abbildung 39	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Direkter Vorgesetzter / direkte Vorgesetzte	71
Abbildung 40	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Leitungskräfte I	72
Abbildung 41	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Leitungskräfte II	73
Abbildung 42	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Arbeitsbelastungen	73
Abbildung 43	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Arbeitszufriedenheit I	74
Abbildung 44	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Arbeitszufriedenheit II	75
Abbildung 45	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Persönliche Angaben I	76
Abbildung 46	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Persönliche Angaben II	76
Abbildung 47	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Persönliche Angaben III	77
Abbildung 48	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Persönliche Angaben IV	77
Abbildung 49	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Persönliche Angaben V	77
Abbildung 50	Verteilung der Antworten zur Mitarbeitendenbefragung – Persönliche Angaben VI	78
Abbildung 51	Leitfäden und exemplarische Interviewinhalte	81
Abbildung 52	Zusammenhangsmatrix Fragen der Bedrafsanalyse und Leitfäden	88
Abbildung 53	Matrix der empfohlenen Leitfäden	90
Abbildung 54	Die fünf am häufigsten empfohlenen Leitfäden	91
Abbildung 55	Schulungsablauf im Pilotprojekt	93
Abbildung 56	Vorgehenspyramide der Vor-Ort-Beratung	98
Abbildung 57	Ablaufplan „en-bloc“ Vor-Ort-Beratung im Pilotprojekt (exemplarisch)	103
Abbildung 58	Ablaufplan verteilte Vor-Ort-Beratung im Pilotprojekt (exemplarisch)	104
Abbildung 59	Liste im Scoring ausgeschlossener Instrumente	116
Abbildung 60	Ablaufplan Train-the-Trainer-Schulung	123
Abbildung 61	Übersicht Umsetzungsbegleitung im bundesweiten Rollout	128
Abbildung 62	Tabelle möglicher Förderungen im Rahmen der Vor-Ort-Beratung	133