

Die Implementierung von PeBeM von der Planung über die Umsetzung bis zum Controlling und deren Auswirkung auf die Führung einer stationären Pflegeeinrichtung

Gliederung

1. Vorstellung Unternehmen
2. Umsetzung PeBeM – Warum?
(Unsere Erfahrungen)
3. Vorbereitungsphase
4. Umsetzungsschritte
5. Controlling
6. Fazit



1. Vorstellung Unternehmen

EKH mbH – Wohnen, Betreuen und Pflegen



- Unternehmen des Gesundheits- und Sozialwesens
- Gegründet 1991
- Hauptsitz Schwarzenberg/Erzgebirge
- Mitglied im bpa e.V.
- Über 450 Mitarbeiter aus 17 Nationen
- 51 Auszubildende

EKH mbH - Ambulante und stationäre Pflege und Betreuung

Vollstationäre Pflege

- Pflegeheim Marienstift Schwarzenberg
- Pflegeheim Antonshöhe
- Pflegeheim Zwönitz (Modelleinrichtung)

Ambulante und teilstationäre Pflege

- Sozialstation am Marienstift
- Tagespflege Seniorenstift Antonshöhe
- Tagespflege Marienstift Schwarzenberg
- Tagespflege Am Mühlberg Zwönitz

Betreutes Wohnen

- Seniorenstift Antonshöhe

Behindertenhilfe

- Wohnstätte für Menschen mit Behinderungen Johanngeorgenstadt

EKH-Therapiezentrum

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Naturheilpraxis

2. Umsetzung PeBeM in unseren Einrichtungen – Warum?

- Bessere und planbarere Dienstplangestaltung aufgrund des mehr vorhandenen (Pflege-) Personals
- Steigerung der MA-Zufriedenheit
- Weniger krankheitsbedingte Ausfallzeiten
- Stabilere Betreuung und Pflege
- Unterstützung und Vertretung einrichtungsübergreifend einfacher umsetzbar
- Bessere Vergleichbarkeit der Einrichtungen und Organisationsstruktur

3. Vorbereitungsphase

Erstgespräch mit Heim- und Pflegedienstleitung

Folgende Dinge sind vorab zu klären:

1. Gab es Pflegsatzverhandlungen entsprechend § 113c?
=> sind grundlegend wichtig für die Mehrpersonalisierung
2. Welcher Qualifikationsmix QN 1-5 ist im Haus vorhanden?
3. Ist die vorhandene Software ausreichend?
=> Tablets
=> Lassen sich SIS, Maßnahmenplan und Tourenplan in geeigneter Form abbilden?
4. Die Bildung einer Steuergruppe ist empfehlenswert.
=> nicht nur Heim- und Pflegedienstleitung, sondern auch Wohnbereichsleitungen und kompetente Pflegefachkräfte
5. Kompetenzgespräche sollten (unbedingt) mit den Mitarbeitern geführt werden
=> ist die aktuelle Zuordnung in das jeweilige Qualifikationsniveau realistisch?
=> sind noch Schulungen/Nachschulungen, Fortbildungen durchzuführen?

Ausgangssituation:

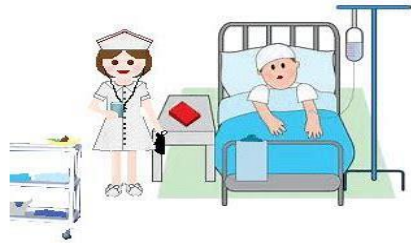
- Mehrpersonalisierung in Abhängigkeit vom Case-Mix (den unterschiedlichen Pflegegraden) auf den Wohnbereichen
- Interventionskatalog
- Qualifikationsmixmodell

Wichtig!

Festlegen eines (realistischen/ausreichenden) Zeitrahmens für die erforderlichen Maßnahmen wie Kompetenzgespräche und Fortbildungen



4. Umsetzungsschritte



Bezugspflegekonzept

Qualifikationsmixmodell
(QMM)

bewohnerzentriertes
Pflegeverständnis

Interventionskatalog

Einbezug digitaler und technischer
Hilfsmittel



Intervention



Was ist ein Bezugspflegekonzept?

- ist ein Pflegesystem, bei dem eine feste Pflegekraft (oder ein kleines Team) für einen Bewohnenden zuständig ist und ihn ganzheitlich während seines Aufenthalts betreut, um eine vertrauensvolle Beziehung und Kontinuität zu gewährleisten
- die zuständige Pflegekraft plant und dokumentiert den gesamten Pflegeprozess, was zu höherer Bewohnendenzufriedenheit und Pflegequalität führt
- im Gegensatz zur tätigkeitsorientierten Funktionspflege steht bei der Bezugspflege der Mensch und die individuelle Beziehung im Mittelpunkt



Merkmale und Aufgaben:

Ganzheitliche Betreuung: umfasst Grundpflege (Körperpflege, Ernährung) und psychosoziale Unterstützung.

Kontinuität: Dieselbe Pflegekraft kümmert sich um den Bewohnenden, oft über den gesamten Pflegezeitraum hinweg

Verantwortung: Die Bezugspflegekraft ist Hauptansprechpartner und verantwortlich für die Organisation, Dokumentation, Durchführung und Evaluation der Pflege

Kommunikation: Enge Zusammenarbeit mit Bewohnendem, Angehörigen, Ärzten und dem Betreuenden

System: Eine Unterform ist das Primary Nursing, bei dem eine Pflegeperson den gesamten Pflegeprozess steuert

Ziele:

- Steigerung der Bewohnenden-Zufriedenheit und -Sicherheit
- Verbesserung der Pflegequalität durch tiefere Kenntnis der Bedürfnisse
- Stärkung der professionellen Identität und Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte



Klassifizierung der Interventionen

- A = Managementaufgaben (Qualitätsentwicklung, Öffentlichkeitsarbeit)
- B = komplexe Pflegeinterventionen für spezielle Gruppen von Bewohnenden (Versorgungskonzepte)
- C = Durchführung komplizierter medizinisch-diagnostischer und medizinisch-therapeutischer Aufgaben (Medikamente stellen)
- D = Planung, Durchführung und Evaluation komplizierter Pflegeinterventionen (Beratung und Schulung)
- E = a: Erhebung des Pflegebedarfes
b: Organisation, Gestaltung, Steuerung von Pflegeprozessen
c: Analyse, Evaluation
- F = Durchführung einfacher medizinisch-diagnostischer und medizinisch-therapeutischer Aufgaben (Kompressionsstrümpfe anziehen)



EKH

Auszug eines Interventionskataloges

Maßnahmen	Komplexitätsgrad/Klassifikation	Maßnahmeart	Themenfeld aus SIS	Mindest - QN	Berichtspflicht	Nachweispflicht	Ursache/Risiko
Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen/Validation	D	Sonstige Leistung	1		4 Nein	Nein	
Hören/Sehen/Hilfsmittelsgebrauch unterstützen		Sonstige Leistung	1		2 Nein	Nein	
Kommunikation unterstützen		Sonstige Leistung	1		2 Nein	Nein	
Orientierung geben	D	Sonstige Leistung	1		2 Nein	Nein	
Aufenthalte im Freien		Mobilität	2		2 Nein	Nein	
Positionierung	G	Bewegungsprotokoll	2		2 Nein	JA	Dekubitusrisiko
Transfer/Fortbewegen	G	Mobilität	2		2 Nein	Nein	
Hilfe beim Aufstehen nach einer Ruhe- oder Schlafphase	G	Mobilität	2		2		
Hilfe beim Zubettgehen vor einer Ruhe- oder Schlafphase	G	Mobilität	2		2		
Bewegungsförderung	D	Mobilität	2		4 Nein	Nein	
Dekubitusprophylaxe		Sonstige Leistung	2		2 Nein	Nein	Dekubitusrisiko
Kontrakturenprophylaxe		Sonstige Leistung	2		2 Nein	Nein	Mobilität
Sturzprophylaxe		Sonstige Leistung	2		2 Nein	Nein	Sturzrisiko
Beratung chronische Wunden	D	Sonstige Leistung	2				
Beratung Dekubitusprophylaxe	D	Sonstige Leistung	2				
Beratung Mobilität	D	Sonstige Leistung	2				
Beratung Sturzprophylaxe	D	Sonstige Leistung	2				
Bettwache	H2	Sonstige Leistung	3		2		
Unterstützung bei Überkeit und Erbrechen	J	Sonstige Leistung	3		1		
Isolation	D	Sonstige Leistung	3		4		
Aspirationsprophylaxe	D	Sonstige Leistung	3		2 Nein	Nein	
Schlucktraining	D	Sonstige Leistung	3		4		

Prüfung der bestehenden Arbeitsmittel

Prüfung von SIS und Maßnahmenplan

- Ist der Maßnahmenplan vollständig, individuell auf den Bewohner bezogen? Sind alle erforderlichen Maßnahmen benannt? Stimmt die Terminierung einzelner Maßnahmen?
- Prüfung des Begutachtungsassessments
- Wurden die Punkte in den einzelnen Modulen adäquat eingeschätzt?
- Entspricht die fachliche Einschätzung dem bestehenden Pflegegrad? Sollte evtl. die Beantragung einer neuen Pflegegradeinschätzung erfolgen?

Einrichten einer qualifikationsorientierten Arbeitsorganisation

Wie ist mein Mitarbeiterkonstrukt aufgebaut, wie setzen sich die prozentualen Anteile zusammen?

- Anteil Pflegefachkräfte = QN 4 und QN 5 (Pflegefachkräfte mit Fachweiterbildung wie Gerontopsychiatrie, Palliativversorgung, Praxisanleitung...)
- Anteil gelernte Pflegekräfte = QN 3, sog. Assistenzkräfte (Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelfer)
- Anteil ungelernte Pflegekräfte = QN 2
- Anteil ungelernte Pflegekräfte = QN 1 (Servicekräfte)

Kann ich mit dem auf den Wohnbereichen vorhandenen Personal den gewünschten Qualifikationsmix abdecken?

Implementierung auf den Wohnbereichen

- Information der Mitarbeiter zur Personalbemessung
- Teambesprechungen durchführen
- Fallbesprechungen zu den Bezugspflegen sollten erfolgen
- Informationen zum Aufbau einer Tourenplanung



Schulungen zur Tourenplanung

- Es sollten in erster Linie die Wohnbereichsleitungen, aber auch kompetente Pflegefachkräfte für die Erstellung der ersten Tourenpläne herangezogen werden
- Die Tourenpläne werden wie folgt geplant:
 - Auswahl einer Früh- bzw. Spätdiensttour
 - Eröffnung der Anzahl der Touren, die ich im Dienst benötige, Überschreibung mit den jeweiligen QN's
 - Einordnung sog. Planungsaufgaben wie „Dienstübergaben“ oder „Pflegeprozessgestaltung“ als „Gerüst“ für die Tourenpläne
 - Zuordnung der Klienten mit den individuellen Interventionen
 - Eine Testphase mit einem angemessenen Zeitraum ist empfehlenswert (ca. 3 Monate)



EKH

MD Ambulant - Wagner HomeCare ambulante Krankenpflege

Suchen | Drucken | Offene Einsätze | Stammtouren | Kartenansicht | KI-Tourenplanung | Kopieren | Löschen | Prüfen | Aktualisieren

Tourenplan für Donnerstag, 28. April 2024

106/0 Einsätze (verplant/offen) << < 28.04.2024 > >>

Tour	Früh 1 05:55 - 12:13	Früh 2 05:55 - 11:46	Früh 3 07:01 - 12:40	Mittag 1 10:55 - 15:13	Mittag 2 10:55 - 16:54	Springer 16:00 - 17:48	Abend 1 16:16 - 20:39	Abend 2 16:55 - 19:27	Abend 3 16:55 - 21:35	-	-	-
Mitarbeiter	Gohmann,...	Koch, Bernd	Krüger, Kai	Wagner, Cin...	Richter, Chri...	-	Falke, Silvia	Gärtner, Sus...	Hansen, Sab...	-	-	-
Fahrzeug	H-HC 314 - V...	H-HC 359 - V...	H-HC 486 - V...	H-HC 731 - V...	H-HC 961 - V...	-	H-HC 145 - V...	H-HC 204 - V...	-	-	-	
	1.820,99 €	307,67 €	267,63 €	287,91 €	159,10 €	240,95 €	69,88 €	178,13 €	113,12 €	196,60 €	-	-
	- 1.431,28 €	- 217,68 €	- 202,16 €	- 194,93 €	- 148,35 €	- 206,43 €	- 62,10 €	- 151,23 €	- 87,40 €	- 161,00 €	-	-
	389,71 €	89,99 €	65,47 €	92,98 €	10,75 €	34,52 €	7,78 €	26,90 €	25,72 €	35,60 €	-	-
1.	06:00 - 06:04 Stüver, Egon	06:00 - 06:20 Tempel, Katharina	07:06 - 07:19 Meyer, Karl-Heinz	11:00 - 11:04 Tempel, Katharina	11:00 - 11:22 Steineke, Michael	16:05 - 16:22 Rheier, Wilfried	16:21 - 16:25 Stüver, Egon	17:00 - 17:04 Tempel, Katharina	17:00 - 17:22 Wedekind, Julian			
2.	06:09 - 06:31 Zappert, Maria	06:25 - 06:33 Gries, Otto	07:24 - 07:49 Bechter, Dieter	11:09 - 11:18 Wedekind, Julian	11:27 - 11:47 Uhlmeyer, Wilhelm	16:27 - 16:47 Sander, Eberhard	16:30 - 16:47 Borchardt, Dirk	17:09 - 17:17 Wedekind, Kurt	17:27 - 17:49 Zappert, Maria			
3.	06:36 - 06:44 Borchardt, Dirk	06:38 - 06:51 Bach, Lars	07:54 - 08:08 Eichler, Kurt	11:23 - 12:14 Guse, Gerd	11:52 - 12:09 Winkelmann, Grete	16:52 - 17:14 Sokolowski, Barbara	16:52 - 16:57 Gries, Otto	17:22 - 17:59 Winkelmann, Grete	17:54 - 18:13 Bechter, Dieter			
4.	06:49 - 06:55 Möller, Hans	06:56 - 07:04 Bock, Gertrud	08:13 - 08:51 Guse, Gerd	12:19 - 12:36 Koch, Gerd	12:14 - 13:06 Zappert, Maria	17:19 - 17:32 Meyer, Karl-Heinz	17:02 - 17:10 Berger, Eduard	18:04 - 18:09 Müller, Roland	18:18 - 18:22 Gerbers, Luise			
5.	07:00 - 07:28 Berger, Eduard	07:09 - 07:26 Dorgel, Dieter	08:56 - 09:24 Justus, Erwin	12:41 - 13:27 Musehold, Emilie	13:11 - 13:17 Möller, Hans	17:37 - 17:48 Berger, Eduard	17:15 - 18:06 Guse, Gerd	18:14 - 18:19 Bach, Lars	18:27 - 18:44 Justus, Erwin			
6.	07:33 - 07:41 Brodersen, Hermine	07:31 - 07:46 Gerbers, Luise	09:29 - 09:43 Löwenzahn, Gertrud	13:32 - 14:07 Neuhaus, Emilie	13:22 - 13:26 Sommer, Paula		18:11 - 18:29 Klüver, Karoline	18:24 - 18:28 Cebralla, Auguste	18:49 - 19:04 Löwenzahn, Gertrud			
7.	07:46 - 07:59 Cebralla, Auguste	07:51 - 08:06 Jørgensen, Pia	09:48 - 10:18 Musehold, Pia	14:12 - 14:16 Rahmig, Pia	13:31 - 13:44 Meyer, Pia		18:34 - 18:48 Meisert, Pia	18:33 - 18:41 Eichler, Pia	19:09 - 19:26 Lübcke, Pia			

Einsatzinfo | Prüfen | autom. Ordnen 5 10 15 30 60 + - € Ansicht

Nutzung der Tablets zur Erledigung der Touren

Empfehlenswert ist bei der Erledigung der Tourenpläne der Einsatz von Tablets. Die Mitarbeiter können wichtige Eintragungen unmittelbar am Bewohnenden vornehmen, so z.B. Einfuhr/Ausfuhr, Bewegungswechsel oder die Anwendung/Aufhebung von FEM-Maßnahmen.

Für all diese Arbeitsschritte sollte man einen Zeitplan erstellen, der unterteilt ist in:

1. Vorbereitungsphase
2. Testphase mit praktischer Erprobung, Evaluation nach der Einführung auf den Wohnbereichen
3. Finale Umsetzung

Ein Jahr für die Umsetzung aller Teilschritte ist realistisch.



5. Controlling

- Die Arbeitsaufgaben können sehr strukturiert abgearbeitet und kontrolliert werden
- Unsere Software ist in der Lage, uns aufzuzeigen, dass jedes QN entsprechend seiner jeweiligen Qualifikation eingesetzt wird (PeBeM Controlling)
- Über- und unterqualifizierte Tätigkeiten werden angezeigt, schnelle Einflussnahme durch die PDL und Korrektur ist möglich
- Fort –und Weiterbildungsbedarfe lassen sich mithilfe der Kompetenzgespräche eher feststellen
- Mitarbeiterbedarfsanalysen lassen sich leichter erstellen und zeitnah ermitteln (Bedarfe entsprechend der QN)
- Erfassung und Auswertung von Pflegezeiten sind möglich
- Auswertung der Tourenpläne
- Höhere Transparenz ist gegeben

6. Fazit

- Höhere Transparenz wird erreicht
- Mitarbeiter (in den jeweiligen QN's) haben ein höheres Sicherheitsgefühl
- Mehrpersonalisierung führt zu Entspannung im Dienstplan
- Krankheitsquote sinkt (tatsächlich)
- Bezugspflegesystem bleibt erhalten, kann ausgebaut werden
- Mitarbeitende nehmen sich mehr Zeit für Gespräche mit den Bewohnenden
- Zufriedenheit der Bewohnenden und Angehörigen steigt
- Veränderungen am Bewohner, z.B. des Wohlbefindens, werden eher festgestellt
- Vergleichbarkeit der einzelnen Einrichtungen läuft auf einer Ebene ab, weil die Voraussetzungen gleich angelegt wurden (z.B. Personalbedarf)

Viel Spaß, Geduld und starke Nerven bei der Umsetzung von PeBeM
wünscht die Einrichtung aus dem Erzgebirge



EKH Erzgebirgische Krankenhaus- und Hospitalgesellschaft mbH

Clara-Zetkin-Straße 74
08340 Schwarzenberg
Telefon: 03774 265-100/105
Telefax: 03774 265-265
E-Mail: GF@ekhmbh.de
www.ekhmbh.de

Folge uns!





Schmallenbach-Verbund

Wir pflegen Leben!

Modellprogramm Personalbemessung

Praxisbericht vom Schmallenbach- Verbund-
Haus Hubertia in Fröndenberg

1. Schmallenbach-Verbund Haus Hubertia (NRW)

- ▶ Standort: Karl-Wildschütz-Straße 5, 58730 Fröndenberg
- ▶ Träger: katholische Kirchengemeinde St. Marien Fröndenberg; Angliederung an den Caritasverband Paderborn
- ▶ Anzahl Pflegebedürftige: 82 stationäre Pflegeplätze
- ▶ Anzahl Mitarbeitende in Pflege und Betreuung:
MA Pflege: QN1: 7,79 VK, QN2: 5,23 VK, QN3: 10,25 VK
QN4: 21,34 VK = 44,61VK
MA SD: 1,86 VK
MA BET: 4,2 VK
- ▶ Kontaktdaten für die Vernetzung:
Pflegedienstleitung Geschäftsführerin
Haus Hubertia: Schmallenbach-Verbund:
Dirk Bruckelt Salina Ebert
02373 751-140 02373 751-234



2. Kurzbericht erste Beschattung und Erkenntnisse

- ▶ Beschattung dient als Erstaufnahme, wie Abläufe auf dem Wohnbereich sind - Ergebnis nach der Beschattung: ca. 40 % der Arbeitsvorgänge werden dem Qualitätsniveau gerecht
- ▶ Beschattung war aufgrund des höheren Aufkommens an Personen auf dem Bereich (Schatten) anstrengend, besonders für die Bewohner:innen
- ▶ Ergebnisse der Schattenbefragung im Fokuswohnbereich: Bereits vor der Beschattung gute Ergebnisse bei der Bewohnerzufriedenheit
- ▶ viele positive Rückmeldung der Schatten zur Arbeitsatmosphäre, Qualität der Versorgung und zur Organisation
- ▶ Das vorgegebene Tandem-/ Bezugspflegesystem wurde im Haus bereits vor der Beschattung gut gelebt (Best Practice Einrichtung im Modelprojekt)

3. Personalaufbau und Organisationsentwicklung zur zweiten Beschattung

- ▶ Zeitintensive Personalgespräche im Rahmen eines Kompetenzmanagements wurden geführt
 - ▶ viele Mitarbeiter:innen haben eigene Qualifikationen deutlich schlechter eingeschätzt, als PDL und WBLs
- ▶ personelle Vorgaben umzusetzen zeigten sich besonders bei den QN3 Kräften als Herausforderung - innerhalb des Verbunds wurden Mitarbeiter:innen für das Modellprojekt gewonnen - VK stieg von QN3 von 2,5 VK auf 6,85 VK in kurzer Zeit
- ▶ Gefordert war QN1-2 12,84 VK, QN3 15,08 VK, QN4 21,76 VK = 49,68 VK
- ▶ Erreicht war QN1-2 09,58 VK, QN3 14,05 VK, QN4 25,62 VK =49,25 VK
- ▶ QN1 und 2 Kräfte wurde die Weiterbildung zur QN3 Kraft angeboten
 - ▶ Pflegeschulen waren noch nicht auf die Ausbildung von QN3 Kräften vorbereitet - einen Ausbildungsplatz zu bekommen zeigte sich als schwierig

3. Personalaufbau und Organisationsentwicklung zur zweiten Beschattung

- ▶ Neue Arbeitsaufteilung von QN 1 und QN 2 schwierig - Gefühl von „ich werde nicht gebraucht“
- ▶ Komplexitätsgrade der Bewohner wurden ermittelt - daraufhin wurde die KubA (Kompetenz und bewohnendenorientierten Arbeitsablauforganisation) erstellt
 - ▶ Anfängliche Umsetzung der KubA schwierig - es wurden auf dem Fokuswohnbereich fast 80 % QN 4 durch hochkomplexe Pflegesituation gepflegt - zwingend mussten Arbeiten auf niedrigere QNs verteilt werden: dies geschah z.B. auf Grundlage bisheriger Arbeitsabläufe, Bezugspflege)
 - ▶ Tool für die Komplexitätsgrade musste angepasst werden. Danach neu KubA erstellt.
 - ▶ Problem hoher Verwaltungsaufwand da unsere Dokumentationssoftware, dies noch nicht umsetzen konnte.

4. Ergebnisse der zweiten Beschattung

Evaluation der Mitarbeiterbefragung (Erstbefragung 2023 - Zweitbefragung 2025):

- ▶ Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter hat sich verbessert
- ▶ Einstellung gegenüber Arbeitgeber hat sich verbessert
- ▶ Deutliche (positive) Unterschiede zwischen Fokuswohnbereich und den anderen Wohnbereichen (u.a. weniger Zeitdruck, vereinbarte Pausen nehmen, Einhalten der tatsächlich vereinbarten Arbeitszeit, verbindlicher Dienstplan (Dienstwochenenden konnten auch mal frei geplant werden), weniger Krankheitsausfälle
- ▶ Kompetenz und bewohnendenorientierten Arbeitsablauforganisation wurde fast zu 90% erreicht unter Berücksichtigung des Qualifikationsmix.

4. Ergebnisse der zweiten Beschattung

- ▶ Evaluation der Bewohnerbefragung (Erstbefragung 2023 - Zweitbefragung 2025):
 - ▶ Hohe Gesamtzufriedenheit der Bewohnerschaft
 - ▶ Im Fokuswohnbereich wurden häufiger positive Veränderungen wahrgenommen
 - ▶ Frage „Vertrauensvolle Beziehung zu einer Pflegekraft“: Befragungsergebnis von 2023 (vor der Umstellung, mit sehr guten Werten) bis 2025 (nach der Umstellung) verschlechtert - dies betrifft stärker die Nicht-Fokuswohnbereiche (signifikant*), weniger den Fokus-WB (nicht signifikant).
 - ▶ Bei Bewohner:innen mit kognitiven Einschränkungen hat sich die Versorgung aus Sicht der Pflegekräfte häufig verbessert
- ▶ Die Pflegekräfte berichten von positiven Auswirkungen auf das psychische Befinden und auf den physischen Zustand der Bewohner:innen: u.a. mehr Zeit für Einzelbetreuung, um auf individuelle Bedürfnisse einzugehen; mehr Zeit für Gehübungen, deutlich besseres Gangbild

5. Praxisnahe Hinweise zur Personaleinsatzplanung

- ▶ Einführung von PeBeM erfordert eine Umstrukturierung der Arbeitsabläufe und eine kompetenzorientierte Aufgabenverteilung unter Berücksichtigung des Komplexitätsgrades des Bewohners (einfache Pflegesituation, komplizierte Pflegesituation, komplexe Pflegesituation und Hochkomplexe Pflegesituation).
- ▶ Das Modellprojekt zeigte eine deutliche Abweichung von dem vorgegebenen Personalschlüssel gegenüber dem des § 113c SGBXI Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen, **also deutlich niedriger als bei dem Modellprojekt PeBeM**
- ▶ Gefordertes Personal für das Modelprojekt PeBeM fast 9 VK Stellen überbesetzt und refinanziert durch den GKV. Für die aktuellen Pflegesätze (2025/2026) bekommen wir 4,1 VK mehr (Pflege-) Stellen + 1,5 VK Stellen (PDL, QM) refinanziert. Eine zeitnahe Anpassung fand hier schon statt z.B. durch Versetzungen innerhalb des Verbundes
- ▶ Unzufriedenheit der Mitarbeiter, da das Mehrpersonals nicht über die Pflegesatzverhandlungen refinanziert wurde - anders als versprochen-Budgetierung des Pflegesatzes

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit