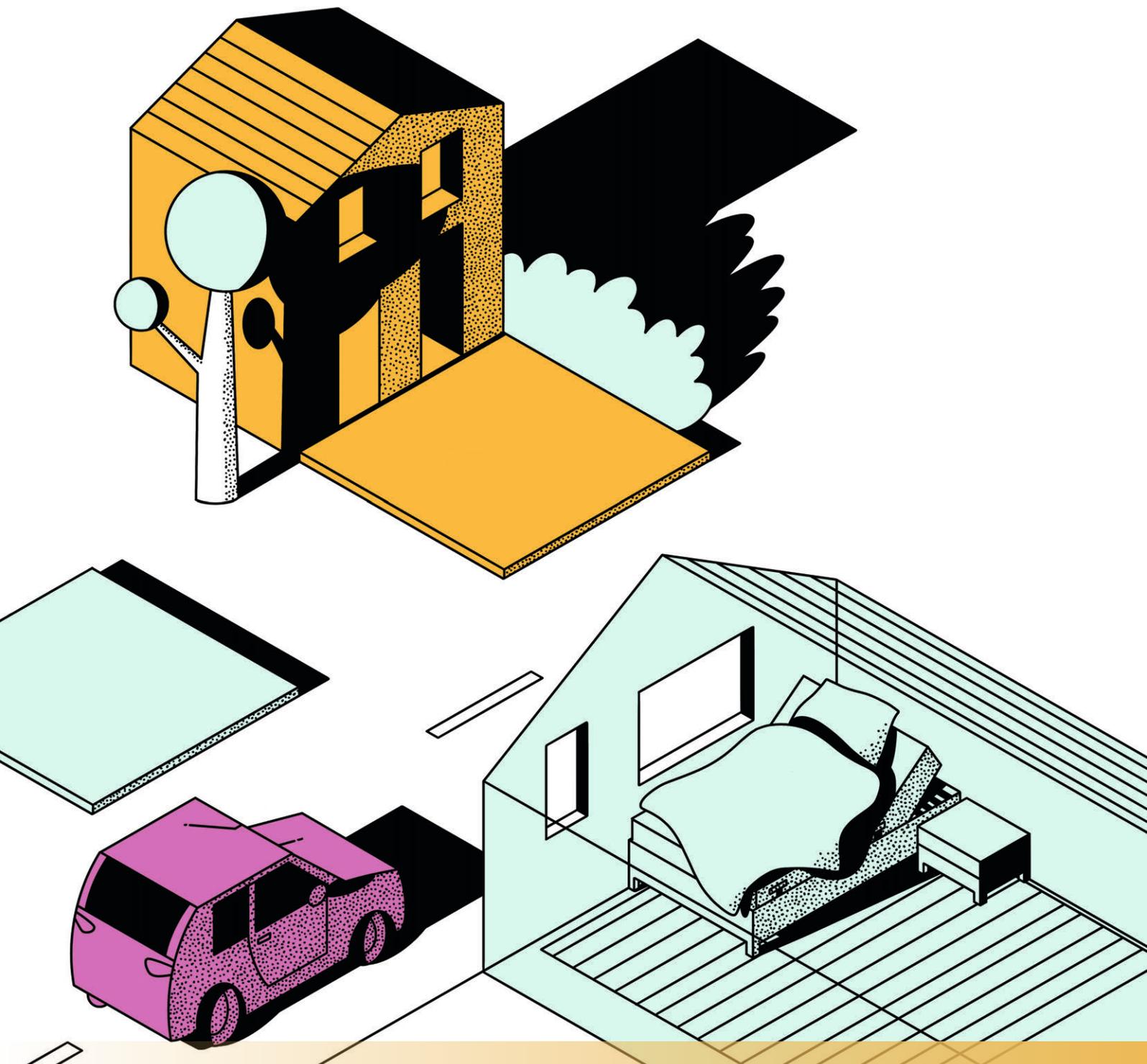




## Ein Blick über den ambulanten Tellerrand ambulant | teilstationär | vollstationär





Liebe Leserinnen und Leser,  
liebe Pflegedienstleitungen,

passen **ambulant** und **stationär** zusammen?

Oder sind es zwei vollkommen verschiedene Welten?

Und gibt es Angebote „dazwischen“?

Und noch eine Frage:

Können wir gegenseitig voneinander lernen - oder zumindest im Netzwerk mit verschiedenen Angeboten win-win-Situationen schaffen?

Die Keynotes zu diesen Fragen kommen von zwei absoluten Experten. Ich bin sehr glücklich und dankbar, dass ich diese beiden Koryphäen für diese Ausgabe und zu diesem Themenschwerpunkt gewinnen konnte.

Gerne hätte ich in diesem Zusammenhang noch die Wohngemeinschaften als weiteres Leistungsangebot mit einbezogen, aber das hat dann im letzten Moment nicht geklappt. Ich war mal wieder zu spät dran mit meiner Anfrage. Vielleicht ein anderes Mal.

Peter Wawrik, der Tagespflege-Spezialist zeigt aus dem Blickwinkel einer Tagespflege, dass im Pflegenetzwerk die Zukunft liegt.

In der stationären Pflege ist Michael Wipp der erste Name, der Experte, der einem zu Dienstplanung und zu allen aktuellen Entwicklungen im stationären Bereich einfällt. Ich danke Euch beiden im Besonderen!

Ab und zu ist es auf jeden Fall eine Inspiration, mal einen Blick über den ambulanten Tellerrand hinaus zu werfen. Das war uns bei PDL Management schon ab der ersten Ausgabe im April 2022 sehr wichtig.

In diesem Sinne hoffe ich, dass wir alle gegenseitig voneinander lernen können und aus diesen Erkenntnissen heraus das Beste aus zwei Welten zusammenbringen!

Ich wünsche Ihnen allen einen schönen Sommer!

Herzlichst, **Thomas Sießegger**

**Peter Wawrik** | Im Pflegenetzwerk liegt die Zukunft | ambulant | teilstationär | stationär | Das perfekte Leistungsangebot ist aufeinander abstimmt und eine win-win-Situation für Anbieter und Kunden.

2

Ambulant und stationär sind näher beieinander als gedacht, weiß **Michael Wipp**. Wie lässt sich die ambulante Tourenplanung auch stationär umsetzen? Die neue Personalbemessung | zwei Beispiele.

9

Zwischen Paragrafen und Praxisspagat | Der Vergleich beider Versorgungsformen ambulant und stationär am Beispiel der „Personalbemessung stationär“ - erklärt von **Kerstin Pleus**.

14

**Christian Loffing** meint, es wäre Super, wenn jeder Bewerber wirklich wüsste, dass er tatsächlich richtig in der ambulanten Pflege ist.

17

Eine Analyse der Gemeinsamkeiten und der Unterschiede von ambulant und stationär | betriebswirtschaftliche Gedanken | von **Thomas Sießegger**.

20

## Unsere +++ Rubriken

▶ Auf den Punkt gebracht  
stationär kann nicht ambulant | ambulant kann nicht stationär

25

▶ Der Steuerberater  
Sektorübergreifende Pflege | Rechtsformwahl

26

▶ Touren- und Personal-Einsatz-Planung  
Birger Schlürmann: Lukrative Touren dank Wohngemeinschaft und Betreutem Wohnen

29

▶ Standard des Monats – von PQSG.de  
aktivierende Pflege | ambulant | stationär

31

▶ Statistik & Zahlen  
Mischformen von Pflege | ambulant | stationär | Trägerschaft | privat | Wohlfahrt | ..

40

▶ Kennzahl des Monats  
Zugänge und Abgänge | Fluktuation | Woher kommen die Kunden? | Wo gehen sie hin?

42

Impressum

44



### Peter Wawrik

Unternehmensberater für ambulante und teilstationäre Pflege  
Gutachter und Sachverständiger (DGUV)

Bad Sassendorf (NRW)

✉ [info@wawrik-pflege-consulting.de](mailto:info@wawrik-pflege-consulting.de)

🌐 [www.wawrik-pflege-consulting.de](http://www.wawrik-pflege-consulting.de)

## Im Pflegenetzwerk liegt die Zukunft

ambulant | teilstationär | stationär | Das perfekte Leistungsangebot

Die Pflegestatistik 2023 zeigt: Im Durchschnitt versorgen private ambulante Pflegedienste im Schnitt 57 SGB XI-Patienten und freigemeinnützige Träger 101 Patienten.

Für alle Pflegedienste, besonders aber für kleinere ambulante Dienste stellt sich die Frage, ob und wie sie in Zukunft weiter gut existieren können.

Meine Empfehlung lautet:

**In Pflegenetzwerken „ambulant, teilstationär, stationär“!**

### Patienten wünschen „Hilfe aus einer Hand“

Stellen Sie sich vor, Sie sind selbst pflegender Angehöriger und werden vom Pflegedienst morgens bei der Grundpflege des Vaters unterstützt. Ihr Vater erleidet nun einen schweren Schlaganfall. Nach einigen Tagen im Krankenhaus und Stabilisierung des Gesundheitszustandes meldet sich der Sozialdienst des Krankenhauses mit der Frage der weiteren Hilfeorganisation.

Was stehen für Sie als Angehörigen für Fragen an:

- ▶ Kann der Vater wieder in die Wohnung zurück oder muss diese angepasst oder umgebaut werden?
- ▶ Wäre eine Kurzzeitpflege eine Übergangshilfe?
- ▶ Könnte der Vater mit der Unterstützung des Pflegedienstes und gegebenenfalls einem Tagespflegebesuch weiter gut versorgt werden?
- ▶ Oder ist die stationäre Pflege eine bessere Hilfesituation?

Ein umfassendes Pflegenetzwerk kann wie unten in Abbildung 1 dargestellt werden.

Wir beleuchten in diesem Aufsatz das Zusammenwirken von **ambulanter und teilstationärer Pflege** und verweisen für die stationäre Sichtweise auf den Beitrag des geschätzten Kollegen **Michael Wipp**.

### Ambulante Pflege und (Senioren-)Tagespflege im Verbund | zwei starke Partner für Pflegebedürftige und deren Angehörige

#### 1) Grundlagen

**Ambulante oder häusliche Pflege** wurde in Deutschland bis in die 1970er Jahre in der Regel durch Gemeindefratern durchgeführt, die in Kirchengemeinden oder kommunalen Gemeinden beschäftigt waren. Diese Zeit wird als Generation 1.0 der ambulanten Pflege benannt.

In allen Bundesländern wurde zwischen 1970 und 1980 Rahmenbedingungen geschaffen, dass die einzelnen Schwestern in Sozialstationen als Organisationseinheiten zusammengefasst wurden, damit eine gegenseitige bessere Vertretung möglich war und die häusliche Pflege sich weiter professionalisiert. Dies wird als **Generation 2.0** der ambulanten Pflege genannt.

**1995** wurden mit Einführung der Pflegeversicherung und der politischen Öffnung der Pflege als Markt eine deutschlandweit bedeutende Entwicklung initiiert. Da zu dieser Zeit die „Schwelle“, **sich selbständig zu machen**, für Pflegekräfte niedrig war, entschieden sich eine Vielzahl von Mitarbeitern aus den Sozialstationen der Wohlfahrtsverbänden oder kommunaler Träger wie auch aus Krankenhäusern und Altenheimen, einen ambulanten Pflegedienst zu gründen. Ende 2023 beträgt laut der bundesweiten Pflegestatistik die Anzahl der inhabergeführten oder **privaten Pflegedienste 68,5 %** aller 15.549 Pflegedienste in Deutschland.

Seit 1995 ist die Anzahl der ambulanten Pflegedienste in ähnlicher Weise wie dem Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland gestiegen. ▶



Abbildung 1: Pflegenetzwerk als strategische Planung

**Pflegedienste haben sich in Umfang und Leistungsangebot vielfach deutlich vergrößert.** Dies wird als **Generation 3.0** benannt. Derzeit stehen die ambulanten „Pflegedienste“, die sich zwischenzeitlich vielfach zum **„Pflege- und Betreuungsdienst“** erweitert haben, an der nächsten Schwelle, die als **Generation 4.0** benannt werden kann: der „Beratungs-, Betreuungs- und Pflegedienst“.

## 2) Tagespflegen haben sich etabliert

Die **Tagespflege** ist 1995 mit Einführung der Pflegeversicherung in Deutschland etabliert worden (§ 41 SGB XI), um die Lücke zwischen ambulanten und stationären Leistungsangeboten zu schließen. In den ersten Jahren bis zur Jahrtausendwende wurden verhältnismäßig wenige Tagespflegen gebaut, da vielfach noch wenig Erfahrungswerte mit diesem Angebot bei Trägern und auch in der Bevölkerung vorhanden war.

Ab 2005 kann eine deutliche Zunahme von Tagespflegen in Deutschland mit differenzierten Unterschieden in den einzelnen Bundesländern festgestellt werden.

Die bundesweite Statistikabfrage am 15.12.2023 stellte 6.208 Tagespflegen mit 106.096 Plätzen fest. Zum Vergleich die Pflegestatistik 2021: 5.878 Tagespflegen mit 96.494 Plätzen.

Im Frühjahr 2019 hat die 5.000ste Tagespflege in Deutschland ihren Betrieb aufgenommen, im Frühjahr 2023 die 6.000ste Tagespflege. Die Angebote sind auf über 106.000 Plätze gestiegen.

Derzeit eröffnen jeden Monat neue Tagespflegen in Deutschland. Dieser Trend wird voraussichtlich **noch ca. 2-4 Jahre** andauern, **dann wird in vielen Bereichen in Deutschland eine Marktsättigung mit Tagespflegeplätzen erreicht sein.**

Die Tagespflegen in Deutschland haben seit dem Jahr 2001 eine höhere Bedeutung im Gesamtgefüge der pflegerischen Versorgung erhalten.

Durch die Pflegestärkungsgesetze 2015-2017 (mit einem eigenen Tagespflegebudget) ist ein weiterer Anstieg von Neugründungen bzw. Erweiterungen der Tagespflegeplätze festzustellen.

Von einem weiteren moderaten Anstieg in den nächsten Jahren wird weiterhin ausgegangen, gleichzeitig gibt es aber heute schon auch regionale Marktsättigungen.

## 3) Immer noch:

### Die Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze

Mit den Pflegestärkungsgesetzen II und III (2017) kam es zu einer **weiteren Aufwertung und Stärkung der ambulanten Pflege und der Tagespflege**. Neben der somatischen Pflege wurden nun auch demente Menschen bei der Begutachtung und der Einstufung mit einbezogen und kommen als mögliche Leistungsempfänger hinzu. Für anerkannt Pflegebedürftige wurde ein eigenes Tagespflege-Budget deutlich verbessert, um die politischen Ziele zu erreichen:

- ▶ Verbesserung der Hilfen für Pflegebedürftige
- ▶ Unterstützung der pflegenden Angehörigen

Damit **haben heute Pflegebedürftige und Angehörige eine doppelte Hilfemöglichkeit**, die vielfach noch zu wenig genutzt wird: Unterstützung durch das ambulante Pflegeversicherungsbudget und den Hilfen durch das Tagespflegebudget.

Neu eingestufte Menschen werden seit Beginn des Jahres 2017 **überwiegend in die Pflegegrade 2 und 3 eingestuft**. Die Jahre 2017 und 2018 erleichterten es den Pflegediensten, die Finanzierung bei den Kunden zu sichern, und führen tendenziell zu einem Anstieg des Umsatzes (Erfahrungswerte liegen pro Patienten zwischen 500 € bis 800 €). Mit dem PSG II gewinnen Betreuungsleistungen und hauswirtschaftliche Angebote (mit mehreren unterschiedlichen Ansprüchen) eine größere Bedeutung für ambulante „Pflege- und Betreuungsdienste“.

**Zwei Faktoren** sind dabei aber zu beachten:

1. die physische Grenze des zur Verfügung stehende Personal eines Pflegedienstes.
2. die zum Teil unzureichende Refinanzierung der Betreuungsleistungen und der Hauswirtschaft mit (oft leider) nicht kostendeckenden Stundensätzen in einigen Bundesländern.



Abbildung 2: Entwicklung der Tagespflegen und Tagespflegeplätzen in Deutschland

Für die Tagespflege gilt, dass der **Schwerpunkt der Tagespflege-Gäste**, sofern es keine Spezialisierung gibt, **ebenso bei den Pflegegraden 2 und 3** liegt.

Tagespflegen sind vielfach von montags bis freitags geöffnet. Es gibt aber auch Tagespflegen mit einem 6-Tage-Betrieb. Eher weniger sind Tagespflegen anzutreffen, die 365 Tage im Jahr geöffnet haben.

Eine Tagespflege kann ein Pflegebedürftiger an einem oder mehreren Tagen pro Woche besuchen. Es gibt derzeit keine Untersuchungen darüber, dass Pflegebedürftige mit höheren Pflegegraden mehr Tage pro Woche die Tagespflege aufsuchen als Pflegebedürftige mit niedrigen Pflegegraden.

### Bundesweit kann festgestellt werden:

- Eine Tagespflege dient zur Verringerung der Vereinigung von pflegebedürftigen Menschen und zur Entlastung der pflegenden Angehörigen. Dieses zentrale politische Ziel wird in Tagespflegen erreicht.
- Politisch ist die Tagespflege durch eine weiterführende Zielsetzung und ein eigenes Budget ab dem Jahr 2017 gestärkt worden.
- Eine Fortschreibung der „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätsentwicklung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI (**MuG teilstationär**) hat für die Tagespflege die „Pflege“ stärker in den Hintergrund und die „Alltagsunterstützung“ stärker in den Vordergrund gesetzt.

### 4) Paradigmenwechsel in der Pflege 2017 - 2023

In Deutschland findet derzeit ein Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen und in der Pflege statt. Der seit Jahren zitierte **Fachkräftemangel** (auch in der Pflege) führt derzeit dazu, dass in Krankenhäusern und stationären Pflegeheimen Pflegestationen und Wohnbereiche geschlossen werden müssen, weil keine Pflegekräfte zur Versorgung zur Verfügung stehen.

Für die ambulante Pflege und Tagespflege bedeutet dies in der Realität:

- Mehr Anfragen von Patienten und Tagespflegegästen, als es die Personal-Kapazität erlaubt bzw. als vorgehaltene Tagespflegeplätze vorhanden sind
- Begrenzte Kapazität von examinierten Fach- und Betreuungskräften
- Die Frage nach der Pflegefähigkeit als interessantem Arbeitsfeld

### 5) Bedeutung der Tagespflege für ambulante Pflegedienste

Eine Tagespflege stellt für einen ambulanten Dienst eine wichtige Ergänzung dar, weil neben der zeitlich befristeten ambulanten Pflege und Betreuung halbtagsweise, tageweise und mehrfach in der Woche ein Leistungsangebot den Patienten und Angehörigen angeboten werden kann, das gewünscht ist und mit einem eigenen Budget seitens der Pflegekassen finanziert werden kann. Für den ambulanten Dienst besteht der Bedarf, die ambulante Versorgung mit der Fahrt in die Tagespflege abzustimmen, aber auch die Möglichkeit, Teilleistungen der ambulanten Versorgung in der Tagespflege durchführen zu lassen (keine separate Abrechnung möglich!), aber so auch Wege- und Pflegezeiten von Mitarbeitern aus dem ambulanten Dienst (z.B. in der Mittagszeit) zu reduzieren. Aus dem eigenen Patientenpotential kann i.d.R. eine Tagespflege überwiegend oder vielfach selbst gefüllt werden, wenn die Tagespflege im Einzugsbereich des Pflegedienstes liegt. Circa 60 % der ambulant versorgten Patienten sind potenzielle Tagespflegegäste. Hinzu kommen noch die Kontakte über die § 37.3 SGB XI Beratungen.

### Konkretes Beispiel

Pflegedienst Musterhausen versorgt täglich 80 SGB XI-Patienten und 65 SGB V-Patienten. Dazu werden noch 15 Kunden in der Hauswirtschaft und (im ganzen Jahr) ca. 100 Beratungskunden § 37 Abs. 3 aufgesucht und beraten.

Der ambulante Pflegedienst hat somit ein eigenes Potential von  $(80 + 15/2 + 100) = 187$  mögliche Tagespflegegäste, ohne dass er Fremdakquise durchführen muss.

**Tipp:** Wenn der Pflegedienst Musterhausen eine Tagespflege mit 20 Plätzen betreiben will, sollte er ca. 3 mal so viele Verträge mit pflegebedürftigen Gästen abschließen, um eine stabile Belegung von 85 – 93 % erreichen zu können: 20 Plätze x 3 = 60 Verträge.

Fazit: Der Pflegedienst Musterhausen hat selbst genügendes Eigenpotential, seine Tagespflege wirtschaftlich betreiben zu können.

Für die Patienten und deren Angehörige ist eine Tagespflege eine sinnvolle Ergänzung zur häuslichen Pflege. Das **Wohnen in der eigenen Häuslichkeit kann weiterhin aufrechterhalten werden**. In der Tagespflege kann in Gemeinschaft mit anderen Senioren i.d.R. aus dem eigenen Quartier der Tag gemeinsam unter fachlicher Begleitung erlebt werden.

Ein Tagespflege-Tag hilft gegen die drohende Vereinsamung von Senioren und Pflegebedürftigen. Gleichzeitig entlastet die Tagespflege die pflegenden Angehörigen, weil sie die Pflegeperson sicher betreut und versorgt wissen. Das ist eine **Win-Win-Situation** für Pflegebedürftige, Angehörige, ambulante Dienste und Tagespflegen.

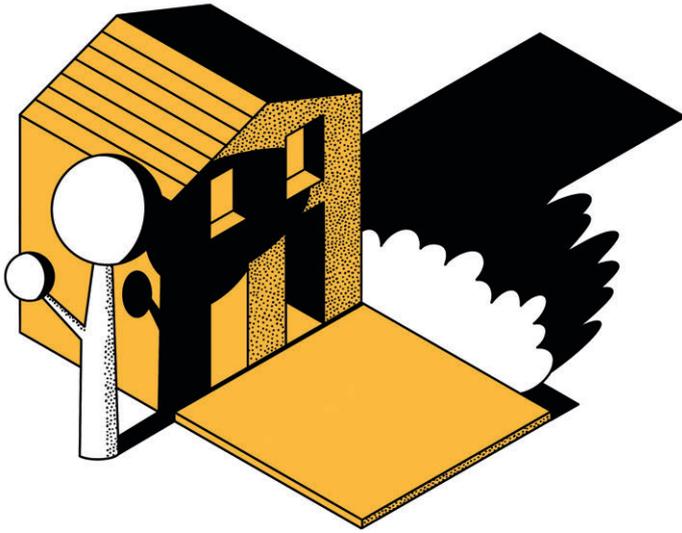
### 6) Wie finanziert sich eine Tagespflege?

Ähnlich wie im stationären Bereich werden zwischen dem Betreiber der Tagespflege und den Pflegekassen Pflegesätze je nach Pflegegrad vereinbart, die die Personalkosten für Pflege- und Betreuungskräfte und anteilig Leitungskräfte refinanzieren sollen.

**In den Pflegesätzen sind auch Behandlungspflegeleistungen inkludiert**, sodass anders als in der ambulanten Pflege keine zusätzlichen Betreuungsleistungen gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden können. Hinzu kommen **vereinbarte Sätze für Unterkunft und Verpflegung**, die die Personalkosten der Hauswirtschaftlichen Kräfte und die Sachkosten wie Lebensmittel, Energie, Wirtschafts- und Verwaltungsbedarf refinanzieren.

**Die ambulante Pflege kennt keine „zusätzlichen Betreuungskräfte gem. § 43b SGB XI“**, die in der Tagespflege wie auch in der stationären Pflege möglich sind und die Betreuung verbessern helfen.

Die **Kaltmiete** oder die **Kreditkosten** bei Eigentum und die **Abschreibungen** auf das Inventar werden **über die** ►



**Investitionskosten** je nach Regelung im jeweiligen Bundesland **refinanziert**.

Als letztes bleiben noch die **Kosten für den Fahrdienst**, für die es sehr verschiedene Regelungen in den 16 Bundesländern gibt.

#### Im Verbund planen | Tagespflege und ambulante Pflege als Verbundlösung

Solitär geplante und betriebene Tagespflegen haben auch unter verbesserten Rahmenbedingungen durch das PSG II einen hohen Aufwand:

- ▶ Akquise für die Einrichtung,
- ▶ eine entsprechende Belegung
- ▶ und die Information über das entlastende Angebot der Tagespflege zu betreiben.

Wenn eine Tagespflege organisatorisch mit einem ambulanten Pflegedienst/ einer Sozialstation im Rahmen einer Verbundlösung geplant wird, besteht **ab Betriebsbeginn die Chance einer besseren Grundauslastung und einer höheren Belegung in der Tagespflege**.

Erfahrungen zeigen, dass in der ersten Betriebswoche eine Belegung von 50 % oder mehr möglich ist und nach nur wenigen Monaten eine Belegung von über 90 %.

Weiterhin bietet eine Verbundlösung aber auch aus ambulanter Sicht für die Pflegedienstleitung und die beratenden Mitarbeiter ein verbessertes Angebot für Pflegebedürftige und deren Angehörige, das sie unterbreiten können.

#### Tagespflege und ambulante Pflege im Verbund aus Sicht der Patienten

Trotz vieler Informationsmöglichkeiten, die es heute gibt, muss im Alltag festgestellt werden, dass Pflegebedürftige und Angehörige weiterhin wenig und konkret über detaillierte Tagespflegeinformationen verfügen.

Pflegebedürftige und deren Angehörige werden ambulant im Alltag im großen Maße erreicht über die Beratungsgespräche nach § 37 Abs. 3 SGB XI bei Pflegegeldbeziehern und in Form von Betreuungs- und Beratungsleistungen bei den ambulanten Pflegediensten.

Die Entlastung von pflegenden Angehörigen ist eine der besonderen politischen Intentionen gewesen, die sich u.a. in verbesserten Rahmenbedingungen für teilstationäre Angebote wie eine Tagespflege niederschlägt.

Die **Tagespflege als sinnvolle Ergänzung** in den Blick zu nehmen und den pflegenden Angehörigen als Entlastung anzubieten, ist daher eine große Chance der ambulanten Pflege. Dies geschieht jedoch i.d.R. nur, wenn eine entsprechende **inhaltliche und organisatorische Verbindung zwischen dem ambulanten Pflegedienst und der Tagespflege** besteht.

Räumlich sollten die Versorgungsbereiche des ambulanten Pflegedienstes und der Tagespflege sich möglichst decken bzw. stark überschneiden, um Synergieeffekte für beide Teilbereiche zu erreichen.

Eine **Verbundlösung** ermöglicht den Beratenden, sowohl **ambulante** als auch **Tagespflegeleistungen** anzubieten und **miteinander abgestimmt** zu planen. Dies ist z.B. besonders bei insulinpflichtigen Patienten oder Patienten mit Wundversorgungen wichtig, damit hier eine zeitliche Abstimmung zwischen der ambulanten Leistungserbringung und dem Abholtermin für die Tagespflege stattfinden kann und nicht aufeinander gewartet werden muss oder der Fahrdienst für die Tagespflege schon „weg“ ist.

#### Tagespflege und ambulante Pflege aus Sicht des Trägers

Bei der Planung und Errichtung einer Tagespflege tritt der Träger aufgrund der geänderten Investitionskostenfinanzierung „in Vorleistung“ und benötigt möglichst schnell eine hohe Belegung der Tagespflege.

**Grundlage für die Kalkulation** der Vergütungssätze zwischen Pflegekassen und Träger im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen ist eine **theoretische Belegung je nach Bundesland i.d.R. von 85- 93 %**. Die Investitionskosten werden ebenso abhängig von der Belegung refinanziert.

Daher muss **das Interesse des Trägers sein, die Tagespflege möglichst schnell auszulasten** und bestenfalls mit 100 % belegt zu wissen.

Anders als solitäre Tagespflegen oder Tagespflegen in Kooperation mit einem stationären Träger können **Tagespflegen im Verbund mit einem ambulanten Pflegedienst** im Prozess der Bedarfsplanung, Vorbereitung und Betriebsaufnahme mit einem **wesentlich leichteren Start** rechnen, weil über den ambulanten Dienst schon sehr früh eine Einschätzung über den Bedarf und reale potentielle Tagespflegegäste getroffen werden kann. ▶

Folgende **Planungs- und Umsetzungsschritte** haben sich bewährt:

1. Im ambulanten Pflegedienst werden alle vorhandenen Patienten durchgesehen und heraus-gesucht, die aus Sicht der Pflegekräfte für eine Tagespflege geeignet sind und für deren Angehörige ein „Entlastungstag“ eine vorstellbare Hilfe wäre. Dabei wird unterschieden unter a) alleinstehende Menschen und b) belastete Angehörige.
2. In einem nächsten Schritt werden alle Patienten über das geplante Tagespflegeangebot schriftlich informiert.
3. Die unter 1) erstellten Kontakte werden besonders angesprochen (z.B. in Form eines Beratungsbesuches, einer Pflegevisite, ...).
4. Die erhaltenen Rückmeldungen und „Interessensbekundungen“ führen zu einer besseren Einschätzung und Planung für den Start, der „im Verbund“ bei 50 % Tagesbelegung in der ersten Woche ausmachen kann.

Erfahrungen zeigen, dass bei einer **Tagespflege im Verbund** eine Auslastung von 90 % innerhalb von 4 bis spätestens 8 Monaten erreicht werden kann.

### Differenzierte Beratung ist ein Erfolgsfaktor .. oder: „richtig beraten“ = „gut belegt“

Haupt-Zielgruppen der Tagespflege sind pflegebedürftige Menschen und deren (belastete) Angehörige. Daher sollte eine Beratung für die Tagespflege auch zielgruppenorientiert, d.h. bezogen auf den jeweiligen Adressaten stattfinden.

Was ist damit gemeint?

- Wenn Sie z.B. ein **Beratungsgespräch mit einer alleinstehenden älteren pflegebedürftigen** Person durchführen, dann ist die Hilfe, die die Tagespflege anbieten kann, das Erleben eines gemeinsamen Tages mit anderen Gästen, das gemeinsame Essen, etc.
- Wenn z.B. **Beratungsgespräch mit pflegenden Angehörigen** stattfindet, dann kann die Hilfe der Tagespflege die Entlastung von der Pflege, ein freier Tag etc. für die Angehörigen mit gleichzeitiger Sicherheit in der Betreuung für den Pflegebedürftigen sein.

Was benötigen Sie in der Praxis dafür?

1. Geschulte und motivierte Berater
2. Gute Vorbereitung und Arbeitshilfen
3. Synergien mit anderen Pflegeeinrichtungen
4. Beratung mit verbindlicher Vereinbarung

Für die Tagespflege können Patienten in der ambulanten Pflege oder mit Pflegegeld und den Beratungsgesprächen nach § 37 Abs. 3 SGB XI in drei Kategorien unterteilt werden:

Kategorie 1	
Merkmale:	Alleinstehend/Verwitwet/Ledig
Wahrnehmung:	altersbedingt häufig wenig Kontakte
Schlüsselwörter:	Gemeinschaft, Aktivitäten, Freude, Spaß, zusammen Essen/Kochen, gemeinsame Erlebnisse

Kategorie 2	
Merkmale:	Entlastung der Angehörigen/ Pflegenden
Wahrnehmung:	Belastung, Überforderung
Schlüsselwörter:	Ein Tag Erholung, Sicherheit für den Angehörigen, Freizeit, Entlastungstag, „Ein freier Tag für mich.“

Kategorie 3	
Merkmale:	Belastete Angehörige (z.B. Vater dement, Tochter behindert)
Wahrnehmung:	Belastung, Überforderung
Schlüsselwörter:	Entlastung, weitere Unterstützung, Sicherheit, professionelle Hilfe

„Schlüsselworte“ für die Beratung zur Tagespflege können somit sein:

Kategorie 1	Kategorien 2 und 3
Alleinstehende Senioren	Belastete pflegende Angehörige
Ein schöner Tag in Gemeinschaft	Ein Entlastungstag für Sie und ein sicherer Tag für...
Gemeinsam Mittagessen, leckerer Kuchen	Ein freier Tag zu Ihrer Verfügung
Mit Gleichgesinnten den Tag verbringen	Ein Urlaubstag

#### 💡 Unser Tipp:

Schreiben Sie sich Wörter auf, die Sie je nach Zielgruppe „alleinstehende Personen“ oder „belastete Angehörige“ verwenden wollen.

Nutzen Sie einen ansprechenden Schnuppertag und „verschenken“ Sie im Rahmen Ihrer Beratung einen schönen Tag in Ihrer Tagespflege. ▶

**Organisationsstruktur für ein Verbundmodell**

Ein hilfreiches Modell kann die formelle Zusammenfassung eines ambulanten Dienstes und der Tagespflege zu einem „Pflegezentrum“ sein. Eine direkte räumliche Nähe ist sinnvoll und erleichternd, aber nicht zwingend notwendig. Die **Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen verlangen, dass der ambulante Pflegedienst und die Tagespflege jeweils durch eine Pflegedienstleitung geleitet werden.**

Je nach Landesrahmenverträge sind für die Leitung der ambulanten Pflege mind. 1,5 Stellen (Leitung und Vertretung) und für die Tagespflege mind. 0,5 Leitungsstelle (oder bei größeren Tagespflegen mehr Stellenanteil) vorgesehen und vereinbart.

In der Praxis hat sich bewährt, dass **organisatorisch** die PDL des ambulanten Dienstes auch für die Tagespflege verantwortlich wird.

Die **Leitung der Tagespflege** führt ihre Einrichtung und ihr Team und ist für alle dort notwendigen Tätigkeiten wie Planung, Angehörigengespräche, Leitung der Teamsitzungen, Mitarbeit in der Einrichtung etc. zuständig.

Die „**organisatorische Gesamtleitung**“ gibt der PDL des ambulanten Dienstes positiv formuliert die Möglichkeit, beratend bei Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowohl ambulante als auch Tagespflegeangebote zu unterbreiten und eine entsprechende Vereinbarung für die Tagespflege im Beratungsgespräch auch vereinbaren zu können.

Dafür muss sie **mit der Leitung der Tagespflege im ständigen Kontakt** stehen und sich über freie Plätze bzw. Tage für Gäste mit bestimmten Erkrankungen **regelmäßig austauschen**, aber auch das Recht haben, Aufnahmeentscheidungen zu treffen.

**Zwischen der PDL ambulant und ihrer Stellvertretung**

sollte i.d.R. aufgrund der Verbundlösung ambulant und Tagespflege die Aufgabenverteilung überprüft und gegebenenfalls etwas modifiziert werden.

Der Erfolg einer Verbundlösung und die Wirkung und Möglichkeit dieser Chance sollte nicht unterschätzt werden!

Sie können mich gerne durch einen Klick auf den Punkt **●** kontaktieren.

**Wir sind gerne für Sie da**

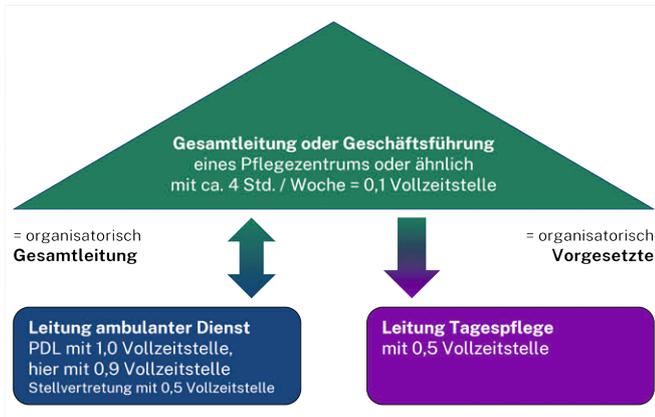


Abbildung 3: Gesamtleitung für ambulanten Pflegedienst und Tagespflege

● **Peter Wawrik**



Liebe PDL-Management-Leser,  
wir freuen uns sehr, Sie als zuverlässiger Partner in inhaltlichen, strategischen und wirtschaftlichen Fragestellungen in der stationären, ambulanten und teilstationären Pflege zu unterstützen. Unsere Arbeitsschwerpunkte sind:

<p><b>Ambulante Pflege</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strategie- und Analyseberatung</li> <li>• Wirtschaftlichkeitsberatung</li> <li>• Controlling und Kennzahlen</li> <li>• Existenzgründung</li> <li>• Dienst- und Tourenplanung</li> <li>• Pflegesatzverhandlungen</li> <li>• Fortbildungen und Webinare</li> </ul>	<p><b>Tagespflege</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strategie- und Analyseberatung</li> <li>• Wirtschaftlichkeitsberatung</li> <li>• Controlling und Kennzahlen</li> <li>• Existenzgründung</li> <li>• Projektplanung/ Neu-/ Erweiterungsplanung</li> <li>• Pflegesatzverhandlungen</li> </ul>
<p><b>Stationäre Pflege</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegesatzverhandlungen</li> <li>• Dienstplanung (in Kooperationen)</li> </ul>	<p><b>Akademie und Online-Shop</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortbildungen</li> <li>• Webinare</li> <li>• Arbeitshilfen</li> <li>• Fachbücher</li> <li>• Newsletter</li> </ul>

Besuchen Sie uns im Internet:  
**Wawrik-Pflege-Consulting.de**

Neu im Online-Shop:  
Das Unternehmenshandbuch für Führungskräfte in der Pflege

Ab sofort bestellbar:  
Nur 89,50€ (statt 149€) für PDL-Management-Leser (nur bis zum 01.09.2024)





**JETZT  
INFORMIEREN!**

# Weiterbildung zur Pflegerdienstleitung

Sie möchten sich zur Leitung qualifizieren?

Sie haben die Wahl – wir bieten die Weiterbildung  
als Präsenz- oder Fernlehrgang an!



## Ihre Vorteile:

Erfahren & professionell | Aktuell & praxisnah | Individuelle Beratung & Betreuung |  
Zertifizierter Anbieter | Standort Hamburg & bundesweit | Online lernen

**Lernen mit Spaß und Erfolg!**

**Lembke**  
Seminare und Beratungen GmbH



**Michael Wipp**

Inhaber WippCARE, Beratung & Begleitung für Pflegeeinrichtungen, langjährige Erfahrung im Management von Unternehmen der Pflege, Dozenten – und Lehrtätigkeit, Autor und Co-Autor von Fachbüchern und von zahlreichen Fachveröffentlichungen



[www.michael-wipp.de](http://www.michael-wipp.de)

## Näher beieinander als gedacht

Hinterher weiß man immer alles besser

**A**ls in den Jahren 1994/1995 die Pflegeversicherung eingeführt wurde, hat man in dem damaligen Verständnis die **klassische Trennung zwischen ambulanter und stationärer Angebotsform** vollzogen. Im Jahr 2025 sind im Gegensatz zu damals die Angebote breit gefächert in **ambulante Formen, teil- und vollstationären Angebote** sowie einer **breiten Palette von Mischformen**.

2005 hatten wir Veranstaltungen durchgeführt mit dem Ziel der Aufhebung der Sektorengrenzen verbunden mit einer Durchlässigkeit des Mitarbeiterinsatzes zwischen ambulant und stationär; 20 Jahre später hat sich bedauerlicherweise bis auf wenige Nischen – und Modellprojekte kaum etwas verändert. Und doch hat sich unbemerkt von dem (Nicht-)Wollen politischer verantwortlicher Akteure und von Kostenträgerblockaden **einrichtungsintern einiges getan**.

Einerseits hat die Gesetzgebung ungewollt dazu beigetragen, andererseits die Nachfrage nach weiteren Leistungsangeboten, aber auch schiere Not von Pflegeeinrichtungen vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels jahrelang praktizierte und vielfach antiquierte Arbeitsorganisationsstrukturen zu hinterfragen.

### Das Pflegeberufgesetz

Das **Pflegeberufgesetz** - inkraftgetreten zum 1. Januar 2020, hat mit den in § 4 genannten **„Vorbehaltenen Tätigkeiten“** dazu beigetragen, weg vom Motto **„wir sind ein Team, bei uns macht jeder alles“**

... in allen Angebotsformen, auch in der Akut- und der Langzeitversorgung den Fachkräfteeinsatz neu zu strukturieren. Ambulant war das schon längst üblich, weil sich die Finanzierung der ambulant zu erbringenden Leistungen überwiegend an vertraglich vereinbarten Qualifikationsvorgaben ausrichtet. Gleichwohl ist das aber auch im stationären Bereich sinnvoll, weil die Frage qualitätsrelevant ist, welcher Leistungsempfänger, für welche der Leistungen welche Qualifikationen benötigt.

Was sich hier einfach liest, ist **in der vollstationären Langzeitpflege ein völliger Paradigmenwechsel** und wird Jahre zur Umsetzung benötigen. Von Nicht-Wollen bis hin zu Nicht-Können ist die Palette in Bezug auf die Umsetzung

der Vorbehaltenen Tätigkeiten bei den Pflegefachkräften lang. Dazu kommen absurde Wertediskussionen: **„Bin ich als Helfer weniger wert als die Fachkraft?“** Gleichwohl weiß jeder, dass kein Weg daran vorbeiführt. Der Arbeitsmarkt wird sich im Hinblick auf ein Mehr an Pflegefachkräften nicht mehr wesentlich ändern. Im Gegenteil: schaut man die Entwicklung der Renteneintritte von Pflegefachkräften an, ist eindeutig, dass die knapper Ressource Fachkraft gezielt eingesetzt werden muss. Vor dem Hintergrund der Frage nach den Verantwortlichkeiten in Bezug auf die Leistungserbringung schließt sich automatisch die Frage der Arbeitsablauforganisation an - oder vereinfacht gesagt:

**„Wer macht wann was bei wem?“**

### Ambulante Touren- und Ablaufplanung auch stationär?

In der ambulanten Pflege(arbeits)organisation die **Tourenplanung** weg zu denken wäre völlig ausgeschlossen. Qualifizierte Arbeitsablaufstrukturen – egal ob analog oder digital - sind aber in der vollstationären Pflege bei weitem noch nicht üblich. Das ist auch in dem **PeBeM-Abschlussbericht** nachzulesen.

Mitarbeiter wehren sich häufig massiv gegen stationäre Touren- oder Ablaufplanung, meist vor dem Hintergrund fehlenden Wissens, was damit konkret gewollt ist. Aber auch, weil sie - vor einem unkritischen Hinterfragen der Meinung sind, dass ambulante Tourenplanung identisch auf stationäre Angebotsformen übertragen werden soll. Das ist ein völliger Unsinn, weil zwischen ambulanter und vollstationärer Leistungserbringung Welten liegen und eine stationäre Tourenplanung an deren Verhältnisse adaptiert sein muss.

### Adaption der Touren- und Personal-Einsatz-Planung

Die Grundprinzipien der Tourenplanung sind übertragbar, aber nicht mehr. Dazu kommt, dass die damit verbundene und völlig sinnvolle Transparenz in Bezug auf die individuelle Leistungserbringung nicht bei allen Mitarbeitern gewünscht ist und auch Ängste damit verbunden sind. Jeder Kollege sieht was ich (nicht) mache, ob in meiner Ablaufplanung Bewohner im Krankenhaus sind und damit verbunden die „Gefahr“ besteht, dass der freiwerdende ▶

Zeitansatz anderweitig genutzt werden muss. Ein stationär klassisches ungeschriebenes Gesetz als Qualitätskriterium ist beispielweise die **Anzahl der zu pflegenden Bewohner pro Dienst**.

Jeder Praktiker muss zugeben, dass dies nicht haltbar ist, sondern ganz wesentlich von den individuell bewohnerbezogenen quantitativen und qualitativen Anforderungen abhängt. Gleichermaßen kann eine qualifizierte stationäre Tourenplanung gerade auch bei den Pflegefachkräften den Zeitbedarf für andere Tätigkeiten für alle am Leistungserbringungsprozess Beteiligten, sichtbar machen. Die Pflegefachkraft wird niemals gleich viele Bewohner in der Grundversorgung übernehmen können wie die Pflegehelfer, weil die Fachkraft auch noch andere Aufgaben wie zum Beispiel die in **§ 4 PflBG** genannten Tätigkeiten auszuführen hat. Ambulante Tourenplanung berücksichtigt derlei Anforderungen längst.

### Die neue Personalbemessung

Mit der **Einführung der neuen Personalbemessung** nach § 113 c SGB XI zum 1.07.2023 in der vollstationären Langzeitpflege wurde die bisherige antiquierte Fachkraftquote mit 50 Prozent – willkürlich festgelegt Anfang der 1990er Jahre – im Wesentlichen durch die Anforderungen aus dem Pflegeberufgesetz ersetzt, was auch Sinn macht. Allerdings nicht alle politischen Verantwortlichen und/oder Verbandsgremien in den Bundesländern haben das verstanden und klammern sich in Teilen weiterhin, allerdings in modifizierten Formen, daran fest, um sich nicht gänzlich des Vorwurfs der Rückständigkeit auszusetzen. Traurig ist, dass auch Berufsverbände sich daran klammern und somit nach Außen deutlich zeigen, dass sie in ihren klimaregulierten New-Work-Diskussionsstuben nicht die Zeichen der Zeit im Pflegealltag erkannt haben.

Die Fachkraftquote hat nach dem Gießkannenprinzip versucht Fachlichkeit zu regeln. Die **Umsetzung der Vorbehaltenen Tätigkeiten** führt jetzt auch verstärkt im stationären Bereich dazu, was ambulant schon lange üblich war: den Abgleich zwischen den Leistungsanforderungen des einzelnen Pflegebedürftigen und den dazu erforderlichen Qualifikationen herzustellen. Diese „neue“ Regelung ist weitaus anspruchsvoller. Die Verantwortung dafür diesen beschriebenen gezielten Abgleich herzustellen ist eine weitaus größere Herausforderung als schlichtweg eine Fachkraft im Frühdienst und eine im Spätdienst einzuplanen. Mit den jahrzehntelang praktizierten stationären rein quantitativen Besetzungsvorgaben war nicht im Ansatz geklärt, wer in welchen Diensten mit welcher Qualifikation welche Aufgaben übernimmt. Es wird deutlich: **Die einzelnen Anforderungen bedingen sich gegenseitig.**

### Das Strukturmodell

Mit dem **Strukturmodell** sind im stationären Bereich die Leistungsnachweise für den Teil der Grundpflege

weitestgehend entfallen; für die Behandlungspflege bestehen diese weiter. Jahrzehntlang wurden endlose Listen geführt und abgezeichnet, die niemand wirklich interessiert haben, außer mancher Heimaufsichtsbehörde, die sich stundenlang daran erquicken konnten eine nicht abgezeichnete Leistung zu finden.

Für das Management stellt sich allerdings jetzt die Frage wie ein Qualifikations- und Kompetenzorientierter Mitarbeiterinsatz im Interesse aller Beteiligten nach dem Wegfall der Einzelleistungsnachweise zeitgemäß und nachhaltig kontrolliert werden kann. Die Softwareanbieter für stationäre Pflegedokumentation sind dabei, sich darauf vorzubereiten und/oder haben schon Möglichkeiten geschaffen. Das führt nicht in die Richtung eines Rückschrittes in dem wieder Einzelnachweise eingeführt werden, sondern mit digitaler Unterstützung einen zentralen Teil quantitativer und qualitativen Form der Leistungserbringung nachvollziehen zu können.

Schaut man auf die Unterschiede in Bezug auf die Qualifikationsanforderungen bei der Erbringung von **Leistungen der Behandlungspflege** zwischen ambulant und stationär sehen wir im Ambulanten Sektor, dass die Kostenträger im Wesentlichen – zum Teil auch nach Krankenkassen unterschiedlich – **festlegen, welche Qualifikation für welche Leistungserbringung im Bereich SGB V eingesetzt werden muss.**

Im vollstationären Bereich durften viele Jahre nur die Pflegefachkräfte Leistungen der Behandlungspflege ausführen. In den letzten Jahren hat sich das deutlich gewandelt. Vor allem Leistungen der LG 1 und/ oder der sogenannten einfachen Behandlungspflege durften auch andere Mitarbeiter nach entsprechender Schulung ausführen. Genannt seien hier zwei hervorragende Arbeitshilfen für den stationären Bereich; aus Hessen und aus Mecklenburg-Vorpommern.

PDF

Regierungspräsidium Gießen: Leitlinie zur Durchführung von behandlungspflegerischen Maßnahmen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe.

PDF

Empfehlung des Medizinischen Dienstes M-V zur Delegation behandlungspflegerischer Leistungen vom 01.10.2021

Geradezu **theatralisch** wirkt manchmal die Situation, wenn Heimaufsichtsbehörden eine **Leistung der Behandlungspflege „entdeckt“** haben, die von einem Pflegehelfer ausgeführt wurde und die unsinnigsten Maßnahmen angedroht wurden. Selbst dann, wenn der gleiche Mitarbeiter die identische Leistung vertragskonform jahrelang ambulant qualifiziert erbracht hat. **Grotesk.** ▶

### Qualitätsprüfungen

Die **Qualitätsprüfungen in der ambulanten und der stationären Pflege** – nicht in der Akutpflege von Kliniken! – durch den medizinischen Dienst sind bekannt. Dazu kommen in den stationären Pflegeeinrichtungen die ordnungsrechtlich begründeten Prüfungen durch die regionalen Heimaufsichtsbehörden, ungeachtet weiterer Prüfinstanzen.

Dieses Geflecht zu entrümpeln wäre eine vorrangige politische Aufgabe zur Entbürokratisierung, wird aber mit Verweis auf die Zuständigkeit der Bundesländer immer schnell weggeschoben. Angebliche Abstimmungen innerhalb der Bundesländer zwischen Ordnungs- und Leistungsrecht funktionieren, wenn überhaupt, nur begrenzt. Aber keine Sorge: Da können wir sicher sein, dass die Lobby von Ordnungs- und Leistungsrecht schon aufpasst, dass von ihrem Kuchen nichts abgeschnitten wird. Denn was sollten diese mit Ihren Mitarbeitern machen? Die Initiative von Baden-Württemberg den ordnungsrechtlichen Dauer-Prüfwahnsinn zu reduzieren und auf diejenigen Einrichtungen zu lokalisieren, wo er erforderlich ist, verdient Beachtung.

### Fazit

Anhand dieser Beispiele ist deutlich zu sehen, dass sich die Formen der Arbeitsablauf- und der Organisationsstrukturen zwischen den ambulanten und stationären Versorgungsformen in den vergangenen Jahren mehr angenähert haben, als dies auf den ersten Blick ersichtlich ist. Gleichzeitig gilt es bei allen Angebotsformen die damit verbundene Zielsetzung im Fokus zu haben. Eine unkritische Adaption von Strukturen aus anderen

Angebotsformen macht keinen Sinn, aber es hat **noch nie geschadet von anderen (Sektoren) etwas zu lernen.**

### Die Unterschiede in der praktischen Arbeit zwischen den Sektoren ambulant und stationär vermischen sich immer mehr durch das Handeln der Praktiker im Alltag.

Sie werden aber blockiert durch unsinnige und nicht mehr zeitgemäße Rahmenstrukturvorgaben (Beispiel: jede Angebotsform hat weitgehend separate Rahmenvertragsvorgaben). Dies bindet und kostet wertvolle Ressourcen. Die Frage ist: können wir uns das wirklich noch leisten? Alle Angebotsformen benötigen mehr Freiraum statt Misstrauen, um im Hinblick auf die Leistungsempfänger differenziert handeln zu können und nicht ihre Entscheidungen ausschließlich an Gesetzen und Verträgen ausrichten zu müssen:

Nicht noch mehr Einzelfälle wie zum Beispiel „**Stambulant**“ in das Portfolio der Pflegeversicherung integrieren, sondern Verschmelzung der antiquierten Sektorentrennung mit Einzelbudgets, die jeder Pflegebedürftige nach seinen Werten und Bedarfen einsetzen kann. Zu der Vielfalt der heutigen Angebotsformen verbunden mit den Herausforderungen der kommenden Jahre passt keine regulierendes Obrigkeitsverhalten mehr. Das blockiert und schadet Innovationen. Und diese sind gerade bezogen auf die Heterogenität der Leistungsempfänger dringend erforderlich.

Heute wissen wir vieles besser: **jetzt ist die Umsetzung gefragt.**

● Michael Wipp

# THOMAS SIESSEGGGER

## IN 2025 BEI LEMBKE SEMINARE UND BERATUNGEN

ENTSCHLEUNIGUNG – MEHR ZEIT FÜR KUNDEN,  
MITARBEITER UND MEHR WIRTSCHAFTLICHKEIT  
FÜR DEN PFLEGEDIENST

01.07.2025 | 08.30 - 15.30 Uhr | Präsenz in Hamburg

DER BESTE LEISTUNGSMIX: LEISTUNGSANGEBOTE  
AUSBAUEN ODER LIMITIEREN?

04.12.2025 | 08.30 - 15.30 Uhr | Präsenz in Hamburg

WEITERE INFOS & ONLINE-ANMELDUNG →



SICHERN  
SIE SICH  
JETZT IHREN  
PLATZ!



## Regelkreis der Einsatzplanung



Welcher Verantwortliche kennt nicht den Konflikt zwischen Kundenorientierung, wirtschaftlichem Einsatz des Personals und Zufriedenheit der Mitarbeiter:innen.

Dieses Arbeitshandbuch zeigt Einsatzplanung mit einfachen Mitteln und vorhandenen Ressourcen – immer in Hinblick auf die Interessen von Bewohner:innen und Mitarbeiter:innen. Alle zentralen Fragen und auch die rechtlichen Aspekte der Einsatzplanung greifen die Autoren auf. So ist das Arbeitshandbuch unentbehrlicher Helfer bei der Dienstplangestaltung: Schritt für Schritt zeigt es den Weg zu einem gleichermaßen wirksamen wie wirtschaftlichen Personaleinsatz hin zu einem verlässlichen Dienstplan.

Vierte, komplett aktualisierte und erweiterte Ausgabe. Erweitert um die Fragestellungen, die das Pflegeberufegesetz, die Personalbemessung nach § 113 c SGB XI und die Diskussionen um die 4-Tage-Woche aufwerfen.

Michael Wipp, Peter Sausen  
**Regelkreis der Einsatzplanung**  
4., überarbeitete Auflage  
2025, 52,90 €, Best.-Nr. 22300  
eBook, 52,90 €, Best.-Nr. 22301

# Regelkreis der Einsatzplanung

Vierte, überarbeitete und erweiterte Ausgabe

## Aus dem Inhalt:

### TEIL I GRUNDLAGEN UND ARBEITSRECHT

1. Grundsätzliches zur Verfügbarkeit von Arbeitszeiten
2. Arbeitsrechtliche Grundbetrachtung

### TEIL II VIER SCHRITTE IM REGELKREIS DER EINSATZPLANUNG

1. Qualitative und quantitative Grundlagen der Einsatzplanung
2. Arbeitszeitverteilung im Tag- und Nachtdienst
3. Dienstplanung
4. Dienstplanauswertung und Beurteilung des Mitarbeitereinsatzes

### TEIL III ANLAGEN UND ANHANG

Beispiele für Regelungen in Arbeitsverträgen und Betriebsvereinbarungen im Zusammenhang mit der Dienstplanung.

Seit der 3. Auflage des Standardwerkes zur Dienstplanung, dem „Regelkreis der Einsatzplanung“ haben sich verschiedene zentrale Veränderungen ergeben, die nach 7 Jahren eine komplette Überarbeitung dieses Fachbuches erforderlich gemacht haben.

Zum 1. Januar 2020 ist das Pflegeberufegesetz mit den „Vorbehaltenen Tätigkeiten“ Inkraft getreten und zum 1. Juli 2023 die neue Personalbemessung nach § 113 c SGB XI. Beides hat erhebliche Auswirkungen auf die Dienst- und Einsatzplanung heute und in den kommenden Jahren und wirft arbeitsrechtliche und haftungsrechtliche Fragen auf.

In Bezug auf die Personalbemessung sind die gravierendsten Auswirkungen der perspektivische Wegfall der 50% Fachkraftquote verbunden mit neuen „Fachkraftvorgaben“, der Qualifikationenmix, der langfristig gesehen die bisherige Fachkraftquote ersetzen soll und die Thematik des kompetenz- und qualifikationsorientierten Mitarbeitereinsatzes.

Neues bringt zunächst Unsicherheiten mit sich. In bewährter Form soll dieses Fachbuch weiterhin helfen, sich in den neuen Anforderungen an die Dienst- und Einsatzplanung und deren praktischer Umsetzung zurechtzufinden und als Nachschlagewerk griffbereit verfügbar sein. Das Fachbuch richtet sich an Praktiker, entsprechend sind auch die Inhalte aufgebaut. Basics für Dienstplanungseinsteiger. Expertenwissen für Fortgeschrittene.

## Die Autoren:



### Michael Wipp

Inhaber WippCARE, Beratung & Begleitung für Pflegeeinrichtungen, langjährige Erfahrung im Management bundesweit tätiger diakonischer und privater Unternehmen der Pflege; Ausbildung in der Altenpflege und in der Krankenpflege; diverse Zusatzqualifikationen; Dozenten- und Lehrtätigkeit; Autor und Co-Autor von Fachbüchern und zahlreichen Fachveröffentlichungen.

[michael-wipp.de](http://michael-wipp.de)



### Peter Sausen

Rechtsanwalt und Fachanwalt für Arbeitsrecht, ist Inhaber der Kanzlei SAUSEN & Partner Rechtsanwälte PartG mbB mit Sitz in Köln. Seit nunmehr 30 Jahren berät er bundesweit Träger der stationären und ambulanten Pflege zu sämtlichen Fragen des individuellen und kollektiven Arbeitsrechts und der Arbeitszeitgestaltung und vertritt Arbeitgeber bei der Verhandlung von Betriebs-/Dienstvereinbarungen und Tarifverträgen. Dozent für Arbeitsrecht und Pfleregerecht in der Ausbildung und Fortbildung von Pflegekräften sowie Leitungs- und Führungskräften. Er ist Lehrbeauftragter für Arbeitsrecht und Personalführung der Fachhochschule der Wirtschaft (FHDW) und Autor zahlreicher arbeitsrechtlicher Fachveröffentlichungen.

[www.sausen.de](http://www.sausen.de)

## Bestellcoupon

Umschlag einsenden an  
Vincentz Network oder per Fax an  
+43 6123-9238-244

Vincentz Network  
GmbH & Co. KG  
65341 Eltville

Bitte liefern Sie gegen Rechnung an untenstehende Adresse:

**Regelkreis der Einsatzplanung** 52,90 € Best.-Nr. 22300 \_\_\_ Exemplare

30 Tage zur Ansicht mit Rückgaberecht. Innerhalb Deutschlands ist die Lieferung versandkostenfrei. Lieferungen ins Ausland zzgl. 5,90 € pauschal.

Kunden-Nr. (falls zur Hand)

Name/Institution

Straße

PLZ/Ort

E-Mail

Telefon

Datum, Unterschrift

**A6125**



Sie dürfen mich gerne über Produktangebote  per E-Mail  per Telefon informieren.



### Kerstin Pleus

Organisationsberaterin, Krankenschwester, Trainerin für Führungskräfte, MDK-Gutachterin, Pflegedienstleitung, Business-Coach

Dortmund

✉ [pfllege@kerstinpleus.de](mailto:pfllege@kerstinpleus.de)

🌐 [www.kerstinpleus.de](http://www.kerstinpleus.de)

## „Zwischen Paragrafen und Praxisspagat, wie Pflegedienstleitungen in zwei Welten jonglieren“

**A**ls Pflegedienstleitung stehen Sie oft im Zentrum des Geschehens, zwischen Mitarbeitern, Klienten, Patienten, Bewohnern, Angehörigen, usw.

In meinem Beitrag möchte ich in dieser Fachzeitschrift für ambulante Pflegedienste die Unterschiede, die Grundlagen und die **Herausforderungen auf die Personaleinsatzplanung** in der stationären Pflege beleuchten und mit denen der ambulanten Pflege vergleichen.

Die Frage nach einem bedarfsgerechten Personaleinsatz ist in der Pflege aktueller denn je. Während in der stationären Pflege mittlerweile das **Personalbemessungsinstrument (PeBeM)** nach § 113c SGB XI die Grundlage bildet, **orientiert sich der Personaleinsatz in der ambulanten Pflege maßgeblich am individuellen Bedarf** und den geäußerten Wünschen der Kunden, den Einsatz der erforderlichen Qualifikation und orientiert sich an der Größe des Versorgungsgebietes und den Fahrt- und Reisezeiten. Außerdem wird der Umfang der Versorgung auch in finanzieller Hinsicht individuell mit den Kunden geklärt. Beide Versorgungsformen unterliegen eigenen Herausforderungen: strukturell, organisatorisch und gesetzlich.

### Stationäre Pflege: Personalbemessung nach § 113c SGB XI

Seit dem 1. Januar 2023 wurde mit dem § 113c SGB XI ein einheitliches und **wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsinstrument für die stationäre Langzeitpflege** eingeführt.

Es dient dazu, den tatsächlichen Pflege- und Betreuungsbedarf der Bewohner auf Grundlage der Pflegegradverteilung innerhalb einer Einrichtung zu ermitteln und darauf basierend den erforderlichen Personalschlüssel zu bestimmen.

Der Einsatz des Personals soll kompetenzorientiert erfolgen, d. h. die beruflich Pflegenden nehmen die Aufgaben wahr, die ihrer Qualifikation entsprechen. Die Rolle der examinierten Pflegefachkräfte verlangt ein hohes Maß an Fachlichkeit.



### Grundlagen

- ▶ **Die Pflegegradverteilung als Berechnungsbasis:** Die Einstufung der Bewohner in Pflegegrade bestimmt maßgeblich den Personalbedarf.
- ▶ **Mindestbesetzungen und Qualifikationsmix:** Neben der Anzahl ist auch die Zusammensetzung des Personals (Pflegefachpersonen, Pflegehilfskräfte, Assistenzkräfte) definiert.
- ▶ **Umsetzung in Stufen:** Die Einführung des Instruments erfolgt schrittweise mit Übergangsregelungen.

### Vorteile

- ▶ **Transparenz und Planbarkeit** des Personaleinsatzes (sofern der Personalmix auch besetzt ist)
- ▶ **Verbesserung der Arbeitsbedingungen** durch realistischere Besetzungen
- ▶ Steigerung der **Mitarbeiterzufriedenheit**
- ▶ Möglichkeit zur **Weiterentwicklung der Kompetenzen** durch festgelegte Qualifikationsanteile

### Herausforderungen

- ▶ **Umsetzung** in der Praxis, insbesondere bei Fachkräfte- und Fachassistentenmangel
- ▶ **Changemanagement** und die hierfür erforderlichen Kompetenzen
- ▶ **Schulung** und Qualifizierung von Fachassistenten- und Hilfskräften
- ▶ **Unterschiedliche Auslastung** und Versorgungsdichte innerhalb eines Hauses
- ▶ **Widerstände** auf Führungs- und Mitarbeiterebene

### Die ambulante Pflege: Bedarfsgerechter Einsatz nach Pflegebedarf und individueller Lebenssituation

Im Gegensatz zur stationären Pflege ist der Personaleinsatz in der ambulanten Pflege nicht durch ein bundesweit einheitliches Bemessungsinstrument geregelt. Stattdessen steht der individuelle Pflege- und Betreuungsbedarf und die **individuelle Lebenssituation** der Pflegebedürftigen im Mittelpunkt. Jede Pflegeplanung orientiert sich an der häuslichen Umgebung, den vorhandenen Ressourcen und dem tatsächlichen Unterstützungsbedarf. ▶

Anzahl Pflegerpersonen ▼		Vollzeitäquivalente (VZÄ) gemäß den Vorgaben pro Qualifikation					
		QN 2 - Pflegehilfskräfte		QN 3 - Pflegefachassistenten		QN 4 - Pflegefachpersonen	
Pflegegrad 1		0,0872	---	0,0564	---	0,0770	---
Pflegegrad 2	30	0,1202	3,61 VZÄ	0,0675	2,03 VZÄ	0,1037	3,11 VZÄ
Pflegegrad 3	30	0,1449	4,35 VZÄ	0,1074	3,22 VZÄ	0,1551	4,65 VZÄ
Pflegegrad 4	20	0,1627	3,25 VZÄ	0,1413	2,83 VZÄ	0,2463	4,93 VZÄ
Pflegegrad 5	20	0,1758	3,52 VZÄ	0,1102	2,20 VZÄ	0,3842	7,68 VZÄ
Gesamt	100		<b>14,72 VZÄ</b>		<b>10,28 VZÄ</b>		<b>20,37 VZÄ</b>
<b>= zusammen 45,37 VZÄ</b>							

Abbildung: Berechnung des Personalmix

### Grundlagen

- ▶ Individueller Pflegebedarf als Planungsgrundlage
- ▶ Kundenaufträge und Leistungsvereinbarungen
- ▶ Tourenplanung und Personaleinsatzplanung mit wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und Versorgungsqualität im Fokus

### Vorteile

- ▶ Hohe Individualisierung und Kundennähe
- ▶ Flexible Anpassung an wechselnde Bedarfe
- ▶ Eigenverantwortung und Gestaltungsfreiheit der Pflegeteams

### Herausforderungen

- ▶ Wirtschaftlicher Druck durch teils niedrige Leistungsvergütungen und hohe Fahrzeiten (Baustellen, Staus, ländlicher Bereich)
- ▶ Hohe Komplexität in der Einsatzplanung durch kurzfristige Änderungen
- ▶ Mangel an qualifiziertem Personal und geringe Zeitressourcen
- ▶ Kaum gesetzliche Vorgaben zur Mindestbesetzung

### Ein Praxisbeispiel für Personalbemessung in der stationären Pflege

Grundlage der notwendigen Personalberechnungen ist § 113 c SGB XI (Pflegeversicherung).



Den vollständigen Gesetzesparagrafen können Sie im Internet unter [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de) ansehen.

Durch einen Klick kommen Sie direkt zum erwähnten Paragrafen.

Für die Berechnung des Personalbedarfs wurde eine stationäre Pflegeeinrichtung mit insgesamt 100 Bewohnern herangezogen.

Die Verteilung der Pflegegrade in unserem Beispiel liegt wie folgt vor:

- 30 Personen mit Pflegegrad 2
- 30 mit Pflegegrad 3
- 20 mit Pflegegrad 4
- 20 mit Pflegegrad 5

Auf Basis der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 113c SGB XI ergibt sich ein erforderlicher Personalmix von insgesamt 45,37 Vollzeitäquivalenten (VZÄ).

### SGB XI - Soziale Pflegeversicherung

#### § 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

(1) Ab dem 1. Juli 2023 kann in den Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen höchstens die sich aus nachfolgenden **Personalanhaltswerten** ergebende personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden:

#### 1. für Hilfskraftpersonal ohne Ausbildung nach Nummer 2

- 0,0872 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1
- 0,1202 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2
- 0,1449 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3
- 0,1627 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4
- 0,1758 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5

#### 2. für Hilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr

- 0,0564 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1
- 0,0675 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2
- 0,1074 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3
- 0,1413 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4
- 0,1102 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5

#### 3. für Fachkraftpersonal

- 0,0770 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1
- 0,1037 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2
- 0,1551 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3
- 0,2463 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4
- 0,3842 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5

Dieser setzt sich zusammen aus:

- ▶ 14,72 VZÄ Pflegehilfskräften (Qualifikationsniveau QN 2)
- ▶ 10,28 VZÄ Pflegefachassistenten (QN 3)
- ▶ 20,37 VZÄ Pflegefachpersonen (QN 4)

Merkmal	Stationäre Pflege	Ambulante Pflege
Grundlage für Personaleinsatz	Personalbemessungsinstrument §113c SGB XI	Individuelle Pflegeplanung und Kundenbedarf
Einflussfaktor	Pflegegradverteilung im Haus	Kundenstruktur und Versorgungsgebiet
Personalstruktur	Personalmix geregelt	In der Regel gemischt, ohne festen Schlüssel
Herausforderungen	Umsetzung des Instruments, Fachkräfte-Assistenzmangel	Tourenoptimierung, kurzfristige Änderungen, Wirtschaftlichkeit
Flexibilität	Eher gering (strukturiert)	Hoch, aber ressourcenintensiv

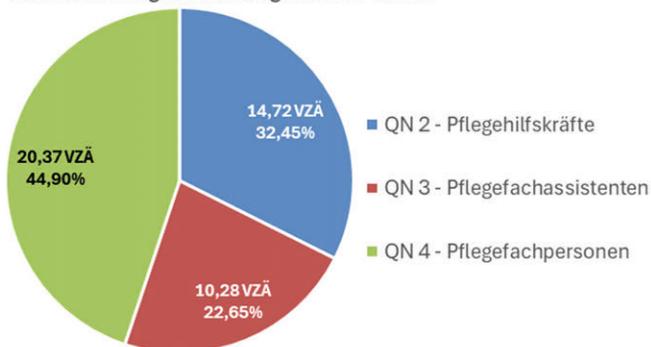
Diese Zahlen sollen die Grundlage für eine bedarfsge- rechte Personaleinsatzplanung bilden und sicher, so dass die pflegerische Versorgung entsprechend der gesetzli- chen Rahmenbedingungen fachlich adäquat umgesetzt werden kann.

Zur Veranschaulichung des Personalmixes in einer statio- nären Pflegeeinrichtung mit 100 Bewohnern zeigt dieses Beispiel anschaulich die prozentuale Verteilung der Quali- fikationsniveaus gemäß § 113c SGB XI:

- ▶ **Pflegehilfskräfte (QN 2):** 32,4 %
- ▶ **Pflegefachassistenten (QN 3):** 22,7 %
- ▶ **Pflegefachpersonen (QN 4):** 44,9 %

**Vergleich beider Versorgungsformen**

Personalmix nach § 113c SGB XI stationäre Pflegeeinrichtung mit 100 Plätzen



Für die stationäre Pflege gelten in § 113 c SGB XI gesetzlich festgelegten Personalanhaltswerte in Vollzeitäquivalenten. Die Personalausstattung ist am Versorgungsbedarf der Pflegebedürftigen (Pflegegrade) ausgerichtet.

**In der ambulanten Pflege** basiert der Personaleinsatz auf dem tatsächlichen Pflegebedarf der Kunden. Es gibt **keine gesetzlichen Anhaltswerte**.

In der Planung (Grundlage ist der Maßnahmenplan) wird der individuelle Bedarf auf Basis durchschnittlicher Zeit- aufwände in Minuten zugrunde gelegt. Ziel der Tourenplanung ist neben der Kontinuität die Kostendeckung.

**Fazit**

Der Personaleinsatz in der stationären und ambulanten Pflege unterscheidet sich grundlegend – sowohl in den gesetzlichen Rahmenbedingungen als auch in den prakti- schen Anforderungen.

Während die stationäre Pflege zunehmend von einem zen- tralen Personalbemessungsinstrument profitiert, bleibt die ambulante Pflege stark von individuellen Kundenbedarfen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen geprägt.

Für beide Bereiche gilt: Eine kluge und vorausschauende Personaleinsatzplanung, die Fachlichkeit, Wirtschaftlich- keit und die Mitarbeiterzufriedenheit verbinden, und sind der Schlüssel für eine zukunftsfähige Pflegeversorgung.

**Mehr Infos...**

Nehmen Sie gern Kontakt zu mir auf! ●

Ihre Kerstin Pleus  
[www.kerstinpleus.de](http://www.kerstinpleus.de)



● Kerstin Pleus



**Dr. Christian Loffing**

Diplom-Psychologe mit dem Schwerpunkt Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie in Pflegeeinrichtungen

Eckernförde, Essen, Berlin

✉ christian@loffing.com

🌐 www.loffing.com

## “Was geht, was geht? Ich sag´ Dir ganz konkret!”

Super, wenn jeder Bewerber wirklich wüsste, dass er tatsächlich richtig in der ambulanten Pflege ist

**K**ein Witz! Ich sitze mit meiner Familie am Muttertag im Garten und ein Familienmitglied in der Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger im letzten Ausbildungsjahr antwortet auf meine Frage...

C.: „Und, weißt Du schon, wo die Reise für Dich nach dem Examen hingehen soll? Vielleicht in die ambulante Pflege?“

M.: „Ich bin noch unsicher! Vielleicht lieber in die Pädiatrie. Aber den Rettungsdienst finde ich auch spannend und ich würde auf jeden Fall gerne auch mal bei einem Bestatter reinschauen.“

Das sind definitiv keine guten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Tätigkeit in der ambulanten Pflege.

### Die richtige Passung erkennen – Eignungsdiagnostik im ambulanten Pflegedienst

Sie kennen es aus der Praxis: Nicht jede Pflegefachkraft und auch nicht jede Pflegehilfskraft oder Betreuungskraft, so gut sie auch fachlich ausgebildet ist, bringt die persönlichen, sozialen und strukturellen Voraussetzungen mit, um in Ihrem ambulanten Pflegedienst erfolgreich und zufriedenstellend zu arbeiten. Die Arbeit in der ambulanten Pflege stellt ganz eigene Anforderungen – sie verlangt ein hohes Maß an Selbstständigkeit, Zuverlässigkeit, Belastbarkeit und vor allem: die Fähigkeit, allein zu agieren und gleichzeitig empathisch, professionell und flexibel mit den unterschiedlichsten Menschen und Situationen umzugehen.

Was passiert, wenn die Passung nicht stimmt? Das kennen Sie nur zu gut! Dann kommt es häufig zu Frustration auf beiden Seiten, zu Mehraufwand im Team, zu Beschwerden und schlimmstenfalls zur Kündigung. Um das zu vermeiden, ist es sinnvoll, bereits im Bewerbungsprozess über

die rein fachliche Eignung hinaus gezielt auf die persönliche Passung zu achten – mithilfe klarer Kriterien. Im Folgenden finden Sie eine Checkliste zur persönlichen Eignung für die ambulante Pflege, die Sie in Vorstellungsgesprächen oder auch im Rahmen von Hospitationen leicht nutzen können.

### Die Checkliste mit Interviewfragen zur Prüfung der Passung

#### 1. Selbstständigkeit und Eigenverantwortung

Beurteilungskriterium: Bewerber kann Aufgaben eigenständig priorisieren, Entscheidungen treffen, Initiative zeigen.

Fragen:

- ▶ „Stellen Sie sich vor, Sie kommen zu einem Patienten und stellen fest, dass sich sein Zustand verschlechtert hat – wie würden Sie vorgehen?“
- ▶ „Gab es in Ihrer bisherigen Tätigkeit eine Situation, in der Sie eigenverantwortlich eine Entscheidung treffen mussten? Was haben Sie getan?“

#### 2. Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit

Beurteilungskriterium: Bewerber erscheint pünktlich, arbeitet strukturiert und gewissenhaft.

Fragen:

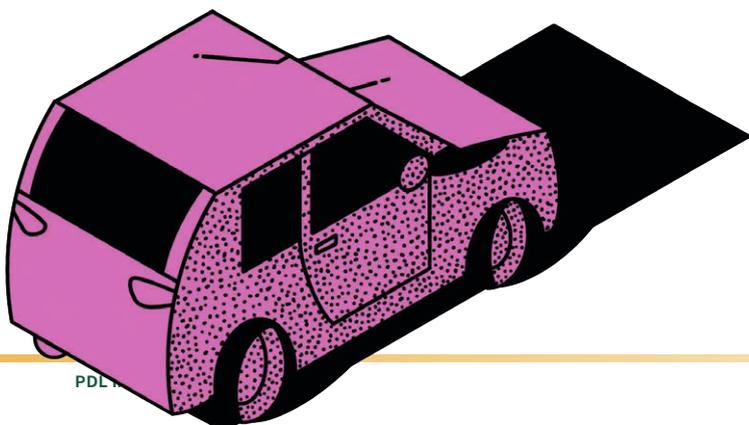
- ▶ „Wie gehen Sie damit um, wenn Sie merken, dass Sie auf Ihrer Tour zeitlich in Verzug geraten?“
- ▶ „Was bedeutet für Sie Zuverlässigkeit im pflegerischen Alltag – auch gegenüber dem Team?“

#### 3. Kommunikationsfähigkeit

Beurteilungskriterium: Bewerber kommuniziert klar, einfühlsam und angemessen mit Patienten, Angehörigen und im Team.

Fragen:

- ▶ „Erzählen Sie von einer Situation, in der Sie mit einem schwierigen oder sehr fordernden Angehörigen zu tun hatten – wie haben Sie das Gespräch gestaltet?“
- ▶ „Wie erklären Sie einem Patienten mit Demenz, warum Sie heute eine Blutdruckkontrolle durchführen möchten?“



**4. Belastbarkeit und Stressresistenz**

Beurteilungskriterium: Bewerber bleibt ruhig, lösungsorientiert und belastbar in schwierigen Situationen.

Fragen:

- ▶ „Wie gehen Sie damit um, wenn drei Patienten nacheinander mehr Hilfe brauchen als geplant und Ihr Zeitplan durcheinandergerät?“
- ▶ „Gab es eine Situation, in der Sie sich emotional sehr belastet gefühlt haben? Wie haben Sie das für sich verarbeitet?“

**5. Flexibilität und Mobilität**

Beurteilungskriterium: Bewerber reagiert offen auf Veränderungen, ist einsatzbereit und mobil.

Fragen:

- ▶ „Wie reagieren Sie, wenn kurzfristig ein Kollege ausfällt und Sie gebeten werden, Patienten einer anderen Tour zusätzlich zu übernehmen?“
- ▶ „Wie fühlen Sie sich beim Autofahren – auch bei schwierigen Witterungsverhältnissen oder in unbekanntem Stadtteilen?“

Kleine Anekdote aus einem Bewerbungsgespräch zu dieser Frage. Ein Bewerber antwortet: „Ich fahre grundsätzlich ungerne Auto, deshalb lasse ich mich meist von meinem Mann fahren.“

**6. Umgang mit Verantwortung**

Beurteilungskriterium: Bewerber zeigt Verantwortungsbewusstsein, erkennt Risiken, handelt professionell.

Fragen:

- ▶ „Welche Verantwortung tragen Sie aus Ihrer Sicht in der ambulanten Pflege – auch im Vergleich zur stationären Pflege?“
- ▶ „Was würden Sie tun, wenn ein Patient Ihnen widerspricht, aber Sie aus fachlicher Sicht handeln müssen?“

**7. Teamfähigkeit trotz Einzelarbeit**

Beurteilungskriterium: Bewerber ist trotz selbstständiger Arbeit ins Team integrierbar, offen für Austausch.

Fragen:

- ▶ „Wie halten Sie den Kontakt zu Kollegen, wenn Sie im Alltag meist allein unterwegs sind?“
- ▶ „Was ist Ihnen in einem Team wichtig – und wie gehen Sie mit Konflikten oder Meinungsverschiedenheiten um?“

**Mein Tipp zur Beurteilung:**

Erstellen Sie am besten eine kleine Skala zur Beurteilung der Antworten und kreuzen dann jeweils an (siehe Beispiel unten). Am Ende haben Sie ein klares Profil, aus dem Sie die Passung ablesen können.

**Zum Abschluss noch ein paar definitive Ausschlusskriterien**

Ach ja, und es gibt natürlich auch noch ein paar definitive Ausschlusskriterien. Die folgenden Punkte deuten in der Regel auf eine nicht ausreichende Passung hin:

- ▶ Unklare Motivation für die ambulante Pflege („Ich will einfach nur arbeiten, egal wo.“)
- ▶ Offensichtliche Überforderung im Gespräch mit selbstständigen Aufgaben
- ▶ Deutlich eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit oder mangelnde Deutschkenntnisse
- ▶ Geringe Belastbarkeit oder fehlende Flexibilität bei der Tourenplanung und den Einsatzzeiten
- ▶ Kein Führerschein oder keine Bereitschaft zum Fahren

**Fazit: Natürlich rennen Bewerber Ihnen nicht die Tür ein, aber Sie wollen auch nicht jeden einstellen!**

Nutzen Sie meine Checkliste als Gesprächsleitfaden, zur Selbstreflexion bei der Personalentscheidung oder als Bewertungsbogen bei Probearbeitstagen. Eine gute persönliche Passung ist kein „Nice-to-have“, sondern ein wesentlicher Erfolgsfaktor – für die Qualität Ihrer Pflege, für die Zufriedenheit Ihrer Kunden und für ein stabiles, belastbares Team.

**Mehr Infos...**

Im Internet finden Sie mich unter

[www.loffing.com](http://www.loffing.com)

und bei Instagram unter **Wirtschaftspsychologe Loffing**



● **Christian Loffing**

Komplett unpassende Antwort – Bewerber ist nicht geeignet										Top-Antwort – das passt!
				X						

# Tagespflege bestens im Griff mit .snap Centro

Digitale Unterstützung für eine sichere Zukunft Ihrer Einrichtung

Führen Sie Ihre Tagespflege erfolgreich in die Zukunft: mit einer Software-Lösung, die Sie und Ihr Team im Alltag entlastet und dank integriertem Controlling für eine optimale Auslastung Ihrer Einrichtung sorgt!

## Starke Vorteile mit .snap Centro:

- Entlastung bei Planung, Organisation und Abrechnung
- Optimierte Prozesse für mehr Wirtschaftlichkeit
- Übersicht über Budgets, Kapazitäten und wichtige Kennzahlen
- Weniger Laufwege dank Mobile App



Mehr zu  
.snap Centro

## Fortbildung: „Tagespflege erfolgreich steuern“

- Lernziel: Controlling gezielt einsetzen und Belegung optimieren
- In Kooperation mit Wawrik Pflege Consulting
- Inklusive Fortbildungspunkten & Zertifikat
- Teilnahme kostenfrei!

23.06.2025 in Berlin  
24.06.2025 in Leipzig

Wawrik  
Pflege  
Consulting



Anmelden über den QR Code  
oder unter [www.euregon.de](http://www.euregon.de)



**Thomas Sießegger**

Diplom-Kaufmann, Organisationsberater und Sachverständiger für ambulante Pflege- und Betreuungsdienste

Hamburg + Langenargen am Bodensee

✉ [pdl-management@siessegger.de](mailto:pdl-management@siessegger.de)

🌐 [www.siessegger.de](http://www.siessegger.de)

## stationär tickt anders als ambulant

Unterschiede und Gemeinsamkeiten von ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeheimen

**S**tationär tickt anders als ambulant. Das wird zuallererst deutlich bei der PDL-Ausbildung. Die Herausforderungen ambulant und stationär sind in der Praxis komplett anders. Absolventen von PDL-Kursen mit einer Mischung der Teilnehmer (ambulant und stationär und manchmal sogar aus dem Krankenhaus) berichten fast unisono, dass der praktische und spezifische Teil der meist stationär-dominierten Weiterbildung für die ambulanten Pflegedienste zu kurz kommt. Meist werden nämlich „ambulante und stationäre Teilnehmer“ von Weiterbildungen zur PDL zusammengesteckt. Aber kommen wir im Folgenden systematisch zu einer Analyse der Unterschiede und der Gemeinsamkeiten von **ambulant** und **stationär** anhand verschiedener Aspekte.

### 1. Kapazitätsgrenzen und wirtschaftliche Steuerung

**Stationäre Pflegeeinrichtungen** verfügen über eine feste Platzzahl, die durch bauliche und gesetzliche Vorgaben begrenzt ist. Diese Kapazitätsgrenze ermöglicht eine relativ übersichtlich „Planung“ hinsichtlich des Personalbedarfs. Das Problem sind unter anderem die fixen Kosten, und hier vor allem die Sachkosten, die sich bei Auslastungsschwankungen nicht ohne weiteres ändern und anpassen lassen an die Erlöse.

Die Personalbemessung, wie sie Kerstin Pleus ([siehe Seite 14 ff.](#)) beschrieben hat, macht deutlich, wie stark vorgegeben die Personalstärke ist und im Prinzip auch ständig angepasst werden müsste.

Die **Auslastung** ist ein zentraler wirtschaftlicher Faktor; Leerstände führen unmittelbar zu Einnahmeverlusten, während eine Überbelegung nicht zulässig ist.

**Ambulante Pflegedienste** hingegen haben theoretisch eine unbegrenzte Kapazität, da sie nicht an feste Bettenzahlen gebunden sind. Die tatsächliche Leistungsfähigkeit wird jedoch durch die verfügbaren personellen Ressourcen und die organisatorische Struktur begrenzt. Eine steigende Kundenzahl erfordert eine Anpassung der Strukturen, insbesondere im Organigramm, um eine effiziente Steuerung zu gewährleisten.

### Herausforderungen in der Steuerung

- ▶ **Stationär:** Die Herausforderung liegt in der Maximierung der Auslastung bei gleichbleibender Qualität. Eine Unterauslastung führt zu finanziellen Defiziten, während eine Überauslastung rechtlich nicht zulässig ist.
- ▶ **Ambulant:** Die tägliche Feinsteuerung ist komplexer, da die Anzahl der Kunden variabel ist. Tourenplanung, Personalverfügbarkeit und kurzfristige Änderungen erfordern eine hohe Flexibilität und ein effektives Management.

### Wirtschaftliches Risiko

- ▶ **Stationär:** Das Risiko liegt in der Nichtauslastung der verfügbaren Plätze, was zu Einnahmeverlusten führt.
- ▶ **Ambulant:** Das Risiko besteht in der Überforderung des Personals durch eine zu hohe Kundenzahl und in der damit verbundenen Gefahr von Qualitätsverlusten und Mitarbeiterfluktuation.

Praxisanregung: Die Implementierung eines flexiblen Controllingsystems, das sowohl quantitative als auch qualitative Kennzahlen berücksichtigt, kann in beiden Settings helfen, wirtschaftliche Risiken frühzeitig zu erkennen und gegenzusteuern.

### 2. Leistungsspektrum und Abrechnung

Das Leistungsspektrum in **stationären Pflegeheimen** wird für die körperbezogenen Pflegemaßnahmen und der Betreuung (beides SGB XI) und für die Behandlungspflegeleistungen (SGB V) zusammen abgebildet in der **Abrechnung über den Pflegesatz**. Die Abrechnung erfolgt über die Pflegekassen.

In **ambulanten Pflegediensten** erfolgt eine getrennte Abrechnung der körperbezogenen Pflegemaßnahmen, der Betreuung und der Hauswirtschaft (alle 3 SGB XI) über die Pflegekassen, während die Behandlungspflege (SGB V) über die Krankenkassen abgerechnet werden. Feinheiten beim Vergleich im Leistungsspektrum und anderen Aspekte wie z. B. für Privatzahler-Leistungen sehen Sie mir bitte nach, wenn ich all diese nicht im Detail anspreche. ▶

**Abrechnung Stationär**

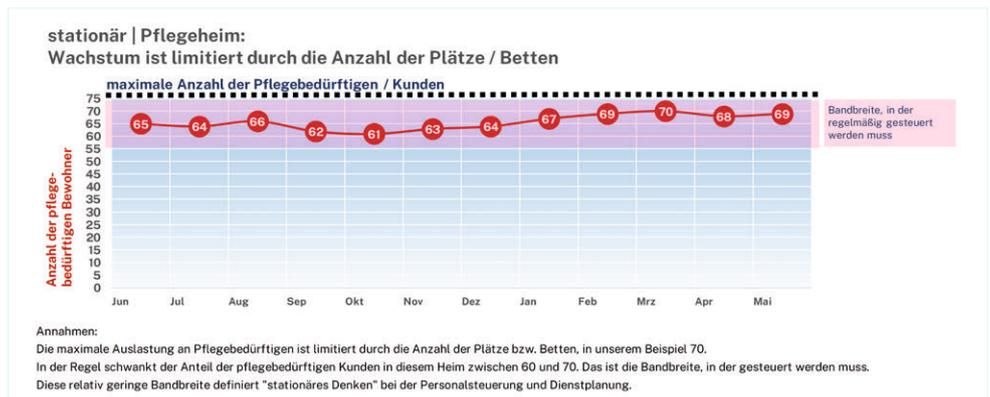
- ▶ Jeder Heimbewohner erhält im Prinzip 1 x pro Monat eine Abrechnung: 30 oder 31 Mal Tage multipliziert mit
  - ▷ dem Pflegesatz
  - ▷ den Kosten für Unterkunft und Verpflegung
  - ▷ und den Investitionskosten
 ergibt zusammen das Heimgelt. Hierüber erhält der Bewohner eine Abrechnung. Fertig.

**Ambulant**

- ▶ In Pflege- und Betreuungsdiensten gibt es eine hoch komplizierte, tagesbezogene Abrechnung über Leistungen, die alternativ aus
  - ▷ Leistungskomplexen
  - ▷ Einzelleistungen
  - ▷ Zeitleistungen
  - ▷ Hausbesuchspauschalen
 bestehen können. Zudem gibt es vier unterschiedliche Leistungsbereiche SGB V, SGB XI, SGB XII und die Privatzahlerleistungen, die voneinander abgegrenzt werden sollten.
- ▶ In Form einer Matrix können dann auch noch
  - 1) Pflege
  - 2) Betreuung
  - 3) Hauswirtschaft
 unterschieden werden.
- ▶ Zudem gibt es dann auch noch Kombinationsmöglichkeiten, Höchstgrenzen und andere Berechnungsvorschriften, die es zu berücksichtigen gilt. Dies wirkt sich auf die Dauer der Abrechnung, auf die Kontrolle aus. Ziel ist es, fehlerhafte Berechnungen auszuschließen und die Erlöse zu sichern für alles erbrachten Leistungen. Dies alles zusammen ist extrem aufwendig.
- ▶ Weitere Unterschiede gibt es in den 16 Bundesländern und teilweise auch nach unterschiedlichen Trägern privat oder Wohlfahrt.

**3. Dienstplanung und Personalmanagement**

**Ambulante Pflegedienste** erfordern eine dynamische Touren- und Personal-Einsatz-Planung. Die Dienstpläne müssen regelmäßig angepasst



Grafik: stationär | Steuerung in einer definierten Bandbreite

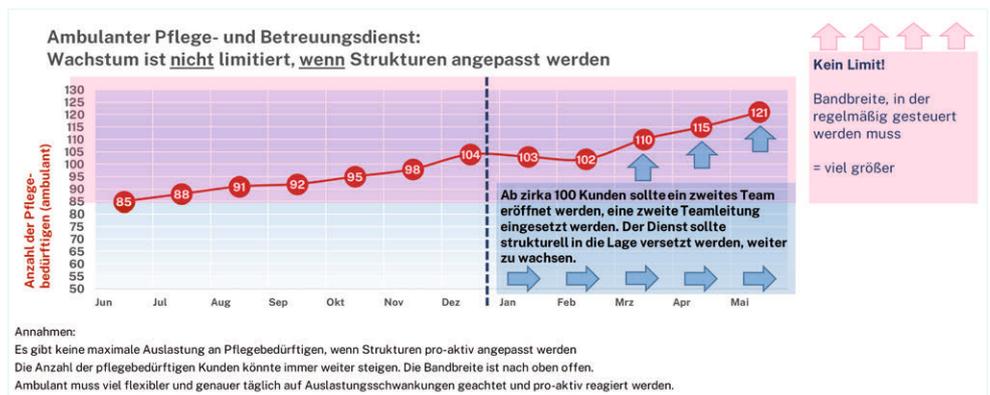
werden, um auf kurzfristige Änderungen wie Krankheitsausfälle oder neue Kundenanfragen reagieren zu können. Die Planung ist komplex, da sie sowohl die individuellen Bedürfnisse der Kunden als auch die Arbeitszeitregelungen der Mitarbeiter berücksichtigen muss.

**Stationäre Pflegeeinrichtungen** verfügen über einen relativ stabilen Dienstplan, der auf festen Schichtsystemen basiert. Änderungen im Bewohnerbestand haben kurzfristig wenig Einfluss auf die Personalplanung, da die Grundversorgung rund um die Uhr sichergestellt sein muss.

**Herausforderungen bei der Dienstplanung**

**Stationär: Die Dienstplanung gibt den Rahmen der Möglichkeiten vor**

- ▶ Hoher Planungsaufwand, Notwendigkeit zur ständigen Anpassung, Risiko von Überstunden und Mitarbeiterüberlastung.
- ▶ Dienstplanung bedeutet überwiegend die Einhaltung eines fixen Schichtensystems. Eine Tourenplanung in diesem engen Sinn gibt es in den meisten Einrichtungen (noch) nicht.
- ▶ Die Wege zwischen den Bewohnern und den Zimmern sind kurz, und müssen nicht umfassend geplant werden. Die Zeit dazwischen beträgt meist +/- 1 Minute oder weniger.
- ▶ Weiterhin müssen natürlich die Wege zum Stationszimmer berücksichtigt werden.



Grafik: ambulant | Steuerung ohne Limit!

- ▶ Die Zeiten in den Stationszimmern werden „indirekte“ Zeiten genannt. Sie spielen in der Planung keine große Rolle.
- ▶ Geringe Flexibilität bei Personalreduzierungen trotz möglicher Unterbelegung, Herausforderung bei der kurzfristigen Personalaufstockung bei plötzlicher Überbelegung.
- ▶ In Pflegeheimen wird im Idealfall der Dienstplan ständig angepasst.

#### Ambulant:

#### Die notwendige Touren- und Personal-Einsatz-Planung bestimmt, wie der Dienstplan auszusehen hat

- ▶ In der ambulanten Pflege ist die **Touren- und Personal-Einsatz-Planung** täglich variabel, sie ist minutiös getaktet und richtet sich nach Wünschen und Bedürfnissen der Patienten und der Mitarbeiter. Sie muss täglich angepasst werden müssen.
- ▶ Besonders schwierig ist die Berücksichtigung von **Fahrt- und Wegezeiten**. Diese erschweren die Tourenplanung vor allem dann, wenn Touren umgestellt werden. All diese Dinge werden schriftlich geplant, kontrolliert und erfasst. Die Anpassung dauert täglich ca. 1 Stunde, die Kontrolle noch länger. Das sind ca. 500 Stunden pro Jahr einer Leitung für diese beiden Tätigkeiten.
- ▶ Fahrt- und Wegezeiten variieren, je nach
  - ▷ Stadt vs. Land
  - ▷ Stadt vs. Kleinstadt /Dorf
  - ▷ Baustellen und anderen temporären Gegebenheiten
  - ▷ Witterungsbedingten Voraussetzungen zwischen 1 und 25 Minuten und ist zudem von Tages- und Jahreszeit bedingten Einflüssen abhängig.
- ▶ Neben den Zeiten vor Ort beim Kunden (für Pflege, Betreuung oder Hauswirtschaft), und **neben den Fahrt- und Wegezeiten gibt es noch die sogenannten Organisationszeiten**. Diese sind unbedingt in der Touren- und Personal-Einsatz-Planung zu berücksichtigen. Eine Definition der Organisationszeiten ist dafür notwendig.

Praxisanregung: Der Einsatz von digitalen Planungstools kann die Effizienz der Dienstplanung und der Touren- und Personal-Einsatz-Planung erhöhen. Softwarelösungen bieten Funktionen zur automatisierten Tourenplanung und ermöglichen eine bessere Übersicht über die vorhandenen Personalressourcen.

#### 4. Sachkosten | Investitionen

##### Bedeutung der Sachkosten

**Ambulante Pflegedienste** haben einen vergleichsweise **niedrigen Anteil von Sachkosten**. Die Hauptkostenfaktoren sind Personalkosten. Bei den Sachkosten dominieren die Fahrzeugkosten. Investitionen in Infrastruktur sind

gering, da unter anderem keine Räumlichkeiten für die Kunden unterhalten werden müssen als auch keine KÜcheneinrichtung.

Stationäre Pflegeeinrichtungen hingegen haben hohe Sachkosten, insbesondere im Bereich der Infrastruktur. Hohe Investitionen in Gebäude, Ausstattung und Instandhaltung sind notwendig und verursachen erhebliche Kosten. Diese werden teilweise über die Investitionskostenpauschale nach § 82 Abs. 2 SGB XI refinanziert.

#### Finanzierung

- ▶ **Ambulant:** Die Sachkosten werden teilweise von den Pflegekassen übernommen, jedoch variiert dies je nach Bundesland. In einigen Fällen müssen Kunden die Investitionskosten selbst tragen.
- ▶ **Stationär:** Die Finanzierung der Investitionskosten erfolgt als Teil des Heimentgeltes, jedoch von den Bewohnern oder den Sozialhilfeträgern übernommen werden.

Praxisanregung: Eine detaillierte Kostenanalyse und regelmäßige Überprüfung der Sachkosten in stationären Einrichtungen können helfen, Einsparpotenziale zu identifizieren. Ambulante Dienste sollten prüfen, inwieweit sie Fördermittel für Investitionen in digitale Infrastruktur in Anspruch nehmen können.

#### 5. Controlling + Kennzahlen

Auch das Controlling ist – abgesehen von den Herausforderungen der Personalsteuerung – im ambulanten Pflegedienst wesentlich herausfordernder und differenzierter als stationär.

#### Vergütungsverhandlungen

##### Stationär

- ▶ Die Vergütung über die Bestandteile des Heimentgeltes für das Folgejahr werden anhand einer Kalkulation verhandelt, teilweise sogar vereinfacht und telefonisch. Dieses Verfahren ist seit vielen Jahren gefestigt, und bereitet in der Regel keine großen Schwierigkeiten.

##### Ambulant

- ▶ Die Grundlagen und die Anwendung jährlicher **individueller Vergütungsverhandlungen** sind in den Bundesländern sehr unterschiedlich. In NRW zum Beispiel werden schon seit vielen Jahren jährliche Einzelverhandlungen geführt, in anderen Bundesländern (Bayern z. B.) beginnt das erst. Es gibt leider oft vorgefertigtes Kalkulationsraster. Pflegedienste haben in der Regel unterschiedliche Vergütungen, auch wenn sich das durch die Umsetzung des Tariftrueugesetzes hinsichtlich tariflicher Bezahlung oder regional üblichen Entgelten mehr angenähert haben. Theoretisch ist es möglich, tarifliche Bezahlung 1:1 bei der Vergütungsverhandlung zu berücksichtigen. Aber: Theorie und Praxis stimmen oft nicht überein. ▶

Erfolgversprechende Vergütungsverhandlungen erfordern ein differenziertes Controlling, um belastbare Nachweise vorlegen zu können.

## Kennzahlen

### Stationär

- ▶ **Wichtigste Kennzahl**, die wirtschaftlich fast alles abbildet, ist die **tatsächliche Auslastung der Plätze** in % gegenüber der vereinbarten Auslastung
- ▶ Früher (zu Zeiten von Pflegestufen) waren Höherstufungen von Interesse, weil das Heim dann mehr eingenommen hat. Heutzutage (mit der Personalbemessung) verschwinden die Unterschiede bei den Kosten für die Bewohner bei Höherstufungen“. Das Heim muss jedoch entsprechend die Personalbesetzung anpassen.

### Ambulant

Bei den Struktur-Kennzahlen sind besonders wichtig:

- ▶ Leitungs-Quote
- ▶ Verwaltungs-Quote
- ▶ Pflegefachkräfte-Quote

Viel wichtiger sind jedoch die unterjährigen, monatlichen Kennzahlen, die (überwiegend) aus dem Abrechnungs- und Verwaltungsprogramm kommen:

- ▶ Umsatz pro Patient
- ▶ Ausschöpfen der in % Sachleistungen in den Pflegegraden 2 bis 5
- ▶ Umsatzanteil von wichtigen Indikatoren, ob „richtig“ beraten/verkauft wird? ▶ Anteil an ..
  - ▷ Privatzahlerleistungen
  - ▷ stundenweiser Verhinderungspflege
  - ▷ Leistungen mit dem Entlastungsbetrag
  - ▷ SGB XI-Anteil muss höher sein als SGB V
- ▶ Anteil gemischter Hausbesuche (SGB XI und SGB V), wenn außerhalb des Hauses versorgt und gepflegt wird
- ▶ Krankheitsquote
- ▶ Fahrt- und Wegezeiten und Organisationszeiten usw.

## 6. Denk- und Handlungsweisen: stationär vs. ambulant

**Stationäres Denken** ist geprägt von festen Strukturen, klaren Hierarchien und standardisierten Abläufen. Die Planung orientiert sich an der vorhandenen Platzzahl und den damit verbundenen Ressourcen. Veränderungen werden häufig als Störungen des Systems empfunden.

**Ambulantes Denken** erfordert Flexibilität, Kreativität und die Fähigkeit, schnell auf Veränderungen zu reagieren. Die Planung ist kundenorientiert und muss individuelle Bedürfnisse berücksichtigen. Die Mitarbeiter arbeiten oft eigenverantwortlich und müssen Entscheidungen vor Ort treffen.

## Personalplanung und Stellenplanung | Umrechnung in Vollzeitäquivalente

### Stationär

- ▶ Personalplanung erfolgt über eine **Umrechnung in Vollzeitäquivalente**, die sich an den Personalschlüssel orientiert. Diese Denkwiesen wurden nach Einführung der Pflegeversicherung (1995) von „Fachleuten“ festgelegt und wurden seitdem nur unwesentlich angepasst. Tatsächlich ist das Rechnen in Vollzeitstellen in stationären Einrichtungen durchaus sinnvoll und schafft zudem die Möglichkeit von Vergleichen.

### Ambulant

- ▶ Es gibt keine Notwendigkeit einer Personal- und Stellenplanung im eigentlichen Sinn. Wie wir in der Grafik 2 gesehen haben, ist die Entwicklung eines ambulanten Pflegedienstes in der Anzahl der Kunden nach oben hin offen, ohne Limit. Im Prinzip sollte so viel Personal eingestellt werden, wie der Pflege- und Betreuungsdienst an Kunden zu versorgen hat. Heutzutage hat sich das sogar umgedreht: Jede Mitarbeiterin, die gefunden wird und eingestellt werden kann, ermöglicht die Versorgung weiterer Kunden.

Die Anpassung „ambulant“ erfolgt wesentlich differenzierter, in Stunden und Minuten. Eine Umrechnung in Vollzeitäquivalente ist nicht notwendig. Es gibt – im Idealfall – also keine Stellenplanung. Wichtigstes Steuerinstrument ist diesem Zusammenhang die Relation der Erträge zu den Kosten, also die Kostendeckung oder die Umsatzrendite.

## Weitere Aspekte

- ▶ **Kommunikation und Arbeitsorganisation:** In stationären Einrichtungen erfolgt die Kommunikation häufig hierarchisch, während in ambulanten Diensten flache Hierarchien und direkte Kommunikation üblich sind. **Im Heim** treffen sich die Mitarbeiter täglich mehrmals innerhalb ihrer Schicht und können sich unterhalten und über Veränderungen bei den Bewohnern austauschen. **Im ambulanten Pflegedienst** sind Mitarbeiter in der ganzen Tour (mit bis zu 20 Kunden) alleine auf sich selbst gestellt. Mancherorts kommt hinzu, dass die Mitarbeiter überwiegend von zu Hause aus ihren Dienst und „ihre Tour“ beginnen und dort auch wieder beenden, und lediglich einmal pro Woche in den Pflegedienst kommen. Mitarbeiter arbeiten weitgehend alleinverantwortlich.
- ▶ **Mitarbeiterführung:** Stationäre Einrichtungen setzen auf klare Anweisungen und Kontrolle, während ambulante Dienste auf Vertrauen und Eigenverantwortung der Mitarbeiter angewiesen sind. ▶



- ▶ **Erstgespräche und Beratung:** Stationär findet Beratung überwiegend vor und beim Einzug in die Einrichtung statt. Ambulant staffelt sich Beratung fortwährend und wiederkehrend
  - 1) das Erstgespräch
  - 2) ein Folgegespräch
  - 3) Beratungsgespräche nach § 37 Abs. 3 SGB XI bei den eigenen Sachleistungskunden
  - 4) Pflegevisiten
  - 5) und immer wieder und wieder erfolgt weitere Beratung, auch von den Mitarbeitern, in den täglichen Einsätzen vor Ort.

### Mögliche Trends

#### Stationär

- ▶ Zahl der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen bleibt in Deutschland seit vielen Jahren bei ca. 800.000.
- ▶ Das weitere **Ambulantisieren** erfordert die Einführung einer angepassten „Touren“-Planung durch das Haus
- ▶ Die **Personalbemessung** geht in die Richtung einer differenzierteren Erbringung von Leistungen, jedoch orientiert an Zeit.
- ▶ Stationär und ambulant **bewegen sich aufeinander zu**. Trend zu mehr **Wohngemeinschaften**
- ▶ **Eine bessere Finanzierung** im Hinblick auf die teils **immens hohen Eigenanteile** der Bewohner ist meines Erachtens dringend und zwingend notwendig in Form einer entsprechenden **Reform der Pflegeversicherung**.

#### Ambulant

- ▶ Das immense Wachstum der Anzahl der Pflegebedürftigen geht alleine zugunsten („zulasten“?) des ambulanten Bereichs:
  - ▷ pflegende Angehörige
  - ▷ ambulante Pflege- und Betreuungsdienste unterstützen voll- oder teilumfänglich
- ▶ Pflegedienste müssen sich Gedanken machen über eine **Auswahl der Kunden** und gegebenenfalls sogar **Annahmestopps**

- ▶ **Anpassen der Angebote** von Pflegediensten (in der Beratung) von „kostenfreien Leistungen“ (Verhinderungspflege und Entlastungsleistungen) hin zum Kernangebot, den Sachleistungen. **Sachleistungen** werden stärker **im Fokus** stehen.
- ▶ **Umstellung** bei Verbänden und in Bundesländern **von Leistungskomplexen auf Zeitleistungen**.
- ▶ Umsetzung des Tariftreuegesetzes führt zu einer weiteren Anpassung der Renditen und zu einer Einengung unternehmerischer Freiheit. Pflegedienste geben teilweise auf. Gleichzeitig gründen sich neue Pflegedienste.
- ▶ Die **Anzahl der ambulanten Pflegedienste** wird vermutlich relativ konstant bei **16.000** bleiben. Die **Pflegedienste werden** jedoch im Durchschnitt **immer größer**.
- ▶ Da die möglichen **Sachleistungsgrenzen meist nicht ausgeschöpft** werden und ein erheblicher Anteil der Kunden anteilige oder komplette Geldleistungen in Anspruch nimmt, ist meines Erachtens keine gravierende Anpassung der Finanzierungsregelungen bei einer Reform der Pflegeversicherung notwendig.

#### Fazit

Ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht, sowohl strukturell als auch in ihren Denk- und Handlungsweisen. Während stationäre Einrichtungen durch feste Strukturen und klare Hierarchien geprägt sind, erfordern ambulante Dienste ein hohes Maß an Flexibilität und Eigenverantwortung. Beide Modelle haben ihre spezifischen Herausforderungen und Chancen. Eine bewusste Auseinandersetzung mit den jeweiligen Besonderheiten und eine gezielte Nutzung von Digitalisierung und modernen Managementmethoden können dazu beitragen, die Qualität der Pflege zu sichern und wirtschaftlich erfolgreich zu agieren.

● **Thomas Sießegger**

**SIEßEGGER auf facebook**



#### Sießegger SozialManagement ●

Eine Seite von **Thomas Sießegger**

- ▶ eine Internet-Seite für Führungskräfte und für Geschäftsführungen von ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten

#### Verwaltung optimieren im ambulanten Dienst ●

Eine Seite von **Helge Ogan + Thomas Sießegger**

- ▶ die erste Internet-Seite Deutschlands, **speziell für Verwaltungskräfte** in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten

#### Sießegger + Wawrik Management GmbH ●

- ▶ Unternehmensperspektiven für ambulante Pflege- und Betreuungsdienste und Tagespflegen
- Eine Seite von **Thomas Sießegger + Peter Wawrik**

#### PDL Management ●

- ▶ Die neue kostenfreie Fachzeitschrift mit wertvollem Praxiswissen **mit Thomas Sießegger + weiteren Autoren**

Auf den Punkt gebracht...

## Stationär kann nicht ambulant

Ambulantes Denken und stationäres Denken sind grundverschieden und nicht miteinander kompatibel

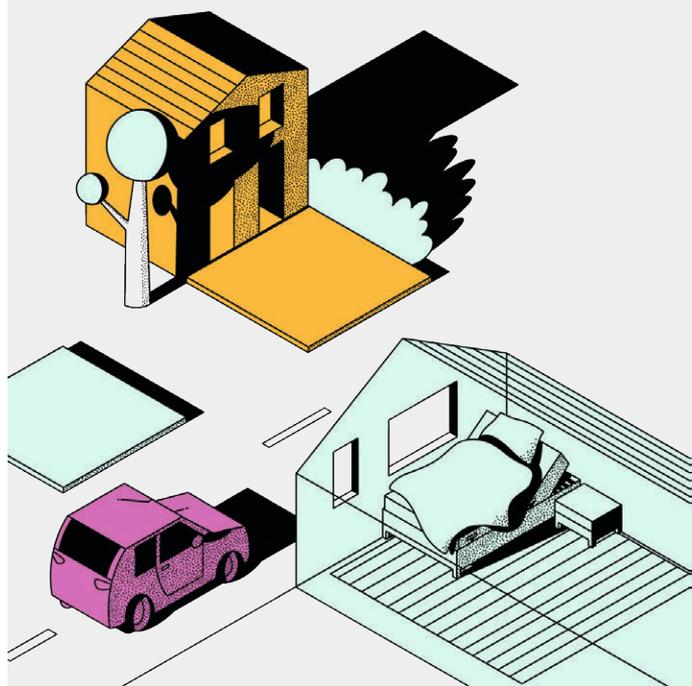
### Es geht um die Leitungsfunktion in einem ambulanten Pflegedienst.

Die Stelle soll neu besetzt werden.

Eine Bewerberin, die über 10 Jahre Leitungserfahrung in einer stationären Einrichtung hat, ist für die Position der PDL vorgesehen.

Leider ist es so, dass dies in der Vergangenheit in vielen Fällen nicht mit Erfolg gekrönt war. Es klappt nicht, es passt nicht zusammen.

Zu sehr ist das „stationäre Denken“ geprägt von festen Dienstplänen, von Schichten, von Personalberechnung, von rigider Arbeitszeiterfassung, usw. Die Dienstplanung und die Auslastung der Plätze/ Betten stehen im Vordergrund.



In ambulanten Pflegediensten arbeitet man schon seit 30 Jahren minuten-getaktet, jeder Tag ist anders, es herrscht ein äußerst hohes Maß an Flexibilität. Im Vordergrund steht die tägliche Anpassung in der Touren- und Personal-Einsatz-Planung und der ebenfalls tägliche Soll-Ist-Vergleich. Dauer für beides zusammen = täglich 2 – 3 Stunden.

Um es kurz zu machen, **das Denken in stationären Einrichtungen bezüglich Steuerung und Einsatzplanung ist komplett anders als in einem ambulanten Pflegedienst.**

Insofern ist es oft schwierig, in der neuen Leitungsfunktion komplett umzudenken. Wahrscheinlich ist es umgekehrt genauso, dass also jemand mit jahrelanger Erfahrung im ambulanten Bereich, nicht mit entsprechenden Strukturen im stationären Bereich zurechtkäme. Vielleicht eine Ausnahme gibt es: Im Pflegeheim soll eine ambulante gedachte „Tourenplanung“ eingeführt werden. Dann ist das „ambulante Denken“ sehr hilfreich.

Wir halten fest und fassen zusammen: **Ambulantes Denken und stationäres Denken sind grundverschieden und nicht miteinander kompatibel,** Arbeits- und Denkweisen manifestieren sich im Laufe der Jahre. Ein Wechsel ist in vielen Fällen nur schwer möglich oder wenn es erfolgreich sein soll, dann mit entsprechender Begleitung und/ oder einer guten erfahrenen Stellvertretung an der Seite.

Was meinen Sie?

- auf den Punkt – meine Meinung



► Der Steuerberater



**Martin Fricke**

Diplom-Kaufmann + Steuerberater, zertifizierter Berater für Pflegeeinrichtungen (IFU/ISM gGmbH), Berg & Fricke Steuerberatungsgesellschaft mbH

Berlin

✉ [mfricke@berg-fricke-stb.de](mailto:mfricke@berg-fricke-stb.de)  
 🌐 [www.berg-fricke-stb.de](http://www.berg-fricke-stb.de)  
[www.berg-fricke-karriere.de](http://www.berg-fricke-karriere.de)

**Versorgung im Wandel**

Wie sektorübergreifende Pflege die Rechtsformwahl beeinflusst

**Aktuelle politische Entwicklungen**

Das Pflegekompetenzgesetz ist in der vergangenen Legislaturperiode nicht mehr zustande gekommen. Gemäß dem sogenannten Diskontinuitätsgrundsatz, verfallen alle noch nicht abschließend behandelten Gesetzesvorhaben. Die neue Regierung hat nun die Möglichkeit das Gesetzgebungsverfahren erneut aufzunehmen. Je nach politischer Priorisierung könnte es zu einem beschleunigten Verfahren und dann doch noch zu einer raschen Umsetzung der bereits vorliegenden „Blaupause“ kommen.

**Womit ist zu rechnen?**

In welchem Umfang der bisherige Gesetzesentwurf aufgegriffen wird, ist unklar. Vermutlich wird die grobe Richtung aber gleichbleiben: **Die klassischen sektoralen Grenzen – ambulant, stationär, teilstationär – beginnen sich aufzulösen.**

Versorgungsformen sollen dem politischen Willen nach flexibler und individueller gestaltet werden. Die Trennung zwischen „ambulant“ und „stationär“ wird zunehmend durch hybride Versorgungsansätze ersetzt – nicht zuletzt, weil die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen längst nicht mehr in starre Versorgungsformen passen. Die Kombinationsmöglichkeiten von Leistungen der ambulanten und teilstationären Pflege (sogenannte **Stapelleistungen**) werden in Zukunft möglicherweise eingeschränkt.

**Wie werden Überlegungen zur Gestaltung der Unternehmensstruktur durch die aktuellen Entwicklungen beeinflusst?**

Für Pflegeunternehmen bringt diese Entwicklung große Chancen, aber auch neue Herausforderungen. Die optimale Unternehmensstruktur wird zur strategischen Frage.

Wenn doch die Leistungsarten in Zukunft nicht mehr streng in Sektoren getrennt werden, warum sollten dann die einzelnen Sektoren noch gesellschaftsrechtlich z.B. in verschiedene GmbHs getrennt werden?

Mehrere GmbHs oder gar eine Holdingstruktur bringen zusätzliche Kosten, administrativen Aufwand und steuerliche Besonderheiten mit sich. Eine „GmbH für alles“ bündelt Ressourcen und gewährleistet eine kontinuierliche Versorgung aus einer Hand, auch wenn sich die Versorgungsbedürfnisse des einzelnen Kunden im Zeitverlauf verändern. Diese Vorteile und die genannten politischen Entwicklungen führen dazu, dass Sie zumindest darüber nachdenken sollten, verschiedene Einrichtungenformen unter dem Dach einer einzelnen GmbH zu betreiben.

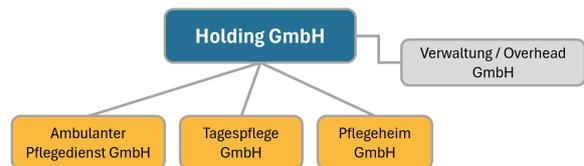


Abbildung 1: Gesellschaftsrechtliche Trennung von Einrichtungen, z.B. in einer Holdingstruktur. In Zukunft noch sinnvoll?



Abbildung 2: Hat auch Vorteile: Führung aller Einrichtungen in einer GmbH

## Vier Versorgungsformen – eine Buchhaltung, viele Probleme

Während bei der rechtlichen Trennung jede GmbH ihre eigene Buchhaltung erstellt, geht die „natürliche“ Trennung des Rechnungswesens bei der „Alles-unter-einem-Dach-Variante“ verloren. Erträge und Aufwendungen vermischen sich.

Dabei verlangt gerade das gleichzeitige Betreiben eines ambulanten Dienstes, einer Pflege-Wohngemeinschaft, einer Tagespflege und womöglich einer vollstationären Einrichtung innerhalb einer GmbH, nach betriebswirtschaftlich klaren Strukturen.

**Denn: Wenn alles ineinandergreift, muss es dennoch auseinandergerechnet werden können.**

Schauen wir uns die verschiedenen Ebenen des Rechnungswesens an.

### 1. Gewinn- und Verlustrechnung laut Handelsgesetzbuch und Pflegebuchführungsverordnung (PBV)

Werden alle Bereiche in einer GmbH geführt, ist für die gesamte GmbH auch nur ein Jahresabschluss zu erstellen. Gem. Anlage 2 der PBV hat die Gewinn- und Verlustrechnung folgendes Schema:

Die Gewinn- und Verlustrechnung ist gesetzlich vorgeschrieben und in dieser Form zwingend zu erstellen. **Eine** GmbH bedeutet **eine** Gewinn- und Verlustrechnung. Unabhängig ob unter dem Dach der GmbH verschiedene Einrichtungen betrieben werden. Sie eignet sich nicht zur betriebswirtschaftlichen Analyse der verschiedenen Teilbereiche. ▶

1. Erträge aus ambulanten, teilstationärer und vollstationärer Pflege sowie aus Kurzzeitpflege (KGr. 40 bis 43) .....	.....
2. Erträge aus Unterkunft und Verpflegung (KUGr. 416, 426, 436) .....	.....
3. Erträge aus Zusatzleistungen und Transportleistungen (KUGr. 417, 4191, 427, 437) .....	.....
4. Erträge aus gesonderter Berechnung von Investitionskosten gegenüber Pflegebedürftigen (KUGr. 464) .....	.....
4a. Umsatzerlöse nach § 277 Absatz 1 des Handelsgesetzbuchs (KUGr. 480 bis 485, 488; KGr. 55), soweit nicht in den Nummern 1 bis 4 enthalten .....	.....
5. Zuweisungen und Zuschüsse zu Betriebskosten (KGr. 44) .....	.....
6. Erhöhung oder Verminderung des Bestandes an fertigen/unfertigen Erzeugnissen und Leistungen (KUGr. 540) .....	.....
7. Andere aktivierte Eigenleistungen (KUGr. 541) .....	.....
8. Sonstige betriebliche Erträge (KUGr. 486, 487; KGr. 52, 53) .....	.....
9. Personalaufwand	
a) Löhne und Gehälter (KGr. 60) .....	.....
b) Sozialabgaben, Altersversorgung und sonstige Aufwendungen (KGr. 61 bis 64) .....	.....
10. Materialaufwand	
a) Lebensmittel (KGr. 65) .....	.....
b) Aufwendungen für Zusatzleistungen (KGr. 66) .....	.....
c) Wasser, Energie, Brennstoffe (KGr. 67) .....	.....
d) Wirtschaftsbedarf/Verwaltungsbedarf (KGr. 68, 70) .....	.....
11. Aufwendungen für zentrale Dienstleistungen (KUGr. 685) .....	.....
12. Steuern, Abgaben, Versicherungen (KGr. 71) .....	.....
13. Sachaufwendungen für Hilfs- und Nebenbetriebe (KGr. 73) .....	.....
14. Mieten, Pacht, Leasing (KGr. 76) .....	.....
Zwischenergebnis .....	.....
15. Erträge aus öffentlicher und nicht-öffentlicher Förderung von Investitionen (KGr. 45, 46; KUGr. 486) ...	.....
16. Erträge aus der Auflösung von Sonderposten (KGr. 47) .....	.....
17. Erträge aus der Erstattung von Ausgleichsposten aus Darlehens- und Eigenmittelförderung (KUGr. 487) .....	.....
18. Aufwendungen aus der Zuführung zu Sonderposten/ Verbindlichkeiten (KGr. 74) .....	.....
19. Aufwendungen aus der Zuführung zu Ausgleichsposten aus Darlehensförderung (KUGr. 784) .....	.....
20. Abschreibungen	
a) Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände und Sachanlagen (KUGr. 750, 751) .....	.....
b) Abschreibungen auf Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände (KUGr. 753, 754) .....	.....
21. Aufwendungen für Instandhaltung und Instandsetzung (KUGr. 771) .....	.....
22. Sonstige betriebliche Aufwendungen (KUGr. 772) .....	.....
Zwischenergebnis .....	.....
23. Erträge aus Beteiligungen (KUGr. 500*), 501) .....	.....
24. Erträge aus Finanzanlagen (KUGr. 502*), 503) .....	.....
25. Zinsen und ähnliche Erträge (KGr. 51) .....	.....
26. Abschreibungen auf Finanzanlagen und Wertpapiere des Umlaufvermögens (KUGr. 752) .....	.....
27. Zinsen und ähnliche Aufwendungen (KGr. 72) .....	.....
28. (weggefallen)	
29. Jahresüberschuss/Jahresfehlbetrag .....	=====

Beratung und Prozessbegleitung  
in der Altenhilfe / im Gesundheitswesen  
Seminare / Inhouse Schulungen  
Coaching  
Führungskräftetraining  
Organisationsberatung / Change  
Teamentwicklung

**K** **L** **P** **KERSTIN PLEUS**  
BERATUNG  
COACHING  
TRAINING

pflge@kerstinpleus.de  
erfolg@kerstinpleus.de  
0151-61812813

Cottastraße 14  
44265 Dortmund  
www.kerstinpleus.de



## 2. Betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA)

Eine betriebswirtschaftliche Auswertung für die GmbH ist ganz grob gesagt nichts anderes als die Gewinn- und Verlustrechnung auf zwölf Monate aufgeteilt. Der Erfolg der einzelnen Teilbereiche wird nicht aufgezeigt, die Aussagekraft ist damit begrenzt.

„Transparenz der Kosten und Erlöse: Wenn der Träger alles macht – kommt die BWA nicht mehr mit.“

## 3. Kosten- und Leistungsrechnung

Der Erfolg der verschiedenen Teilbereiche kann in einer Kosten- und Leistungsrechnung sichtbar gemacht werden. Die Umsätze werden exakt durch die Software dem jeweiligen Teilbereich zugeordnet. Die Kostenarten (Sachkosten, Personalkosten) werden entweder nach vorher festzulegenden Schlüsseln auf die Teilbereiche verteilt oder (was mehr Arbeit macht) tatsächlich verursachungsrecht zugeordnet.



Abbildung 3: Editierbare KLAR Pflegeeinrichtung

## 4. Einrichtung verschiedener Buchungskreise

Wenn es nur geringe „Kostenvermischungen“ zwischen den verschiedenen Bereichen gibt, bietet sich auch die Bildung von Buchungskreisen an.

So könnte z.B. der ambulante Bereich und die Tagespflege tatsächlich in zwei getrennten Buchungskreisen geführt werden. Das heißt unterjährig werden diese Bereiche wie zwei unabhängige Unternehmen geführt. Erst am Jahresende werden die Buchungskreise zu einem Jahresabschluss zusammengeführt. Im Vergleich zur Kostenrechnung kann beim Einsatz verschiedener Buchungskreise nicht nur die Ertragslage, sondern auch die Vermögenslage der Bereiche miteinander verglichen werden; das heißt, dass z.B. eine nach Bereichen getrennte Liquiditätsübersicht möglich ist. Der Vorteil liegt z. B. auch darin, dass die verschiedenen Bereichsleiter auch nur die Zahlen ihres Verantwortungsbereichs zur Verfügung gestellt bekommen. Sie sehen nur die Liquidität, die offenen Posten und Kennzahlen Ihres Bereichs.

### Die Einrichtung verschiedener Buchungskreise eignet sich nicht bei starken Kostenvermischungen.

So kommt es tendenziell zwischen einer Wohngemeinschaft und dem „reinen“ ambulanten Bereich zu stärkeren Kostenvermischungen z.B. durch den gemischten Einsatz von Pflegekräften. Hier ist die Kostenrechnung die beste Lösung. Zwischen den Bereichen ambulant und teilstationäre bzw. vollstationäre Pflege sind die Kostenvermischungen hingegen gering. Es empfiehlt sich die Nutzung verschiedener Buchungskreise.

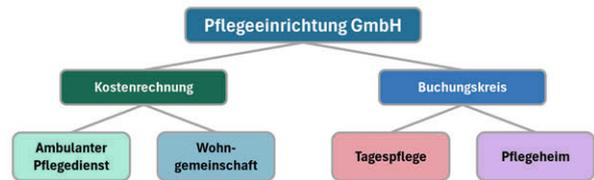
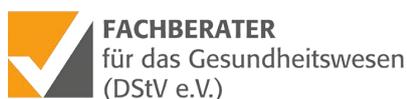


Abbildung 4: Buchungskreis

Nehmen Sie gerne Kontakt zu mir auf! ●

● Martin Fricke



Sie profitieren von einer langjährigen Erfahrung in der steuerlichen und betriebswirtschaftlichen Beratung von Pflegeeinrichtungen. Mit speziell auf die Branche zugeschnittenen Zusatzleistungen können wir Sie optimal betreuen.



**Berg & Fricke**  
Steuerberatungsgesellschaft mbH

## ► Touren- und Personal-Einsatz-Planung



### Birger Schlürmann

Berater und Coach für Altenhilfeeinrichtungen

Burgwindheim

+49 163-3645118

mail@schluermann.com

www.pdl-coaching.com

# Lukrative Touren dank Wohngemeinschaft und Betreutem Wohnen

## 1. Betreutes Wohnen

Wenn ein Pflegedienst den Auftrag bekommt, ein **Betreutes Wohnen zu versorgen**, sorgt das in der Regel für Freude. Denn es locken „einfache Einsätze“, die eine bessere Rendite erzielen als übliche Einsätze in „Straßentouren“, denn die Fahrt- und Wegezeiten sind deutlich niedriger als in „Außendienst“.

In den meisten Bundesländern kann dennoch eine (anteilige oder reduzierte) Hausbesuchspauschale abgerechnet werden.

Hinzu kommen im Betreuten Wohnen Einsätze, die in der Regel aus „einfacher Behandlungspflege“ bestehen. Sie gehen schnell und sind damit zudem noch einmal lukrativ. Auf der anderen Seite sind SGB XI-Pflegeeinsätze im Betreuten Wohnen selten, denn die Bewohner sind oft noch fit und weisen selten höhere Pflegegrade auf, wenn überhaupt sind es meist die Pflegegrade 1 und 2.

### Beispiel:

Der Pflegedienst an der Castroper Straße versorgt das betreute Wohnen „Liebevoll“ mit 50 Plätzen als alleiniger dort tätiger Pflegedienst. Morgens benötigt die Pflegekraft für derzeit 22 kurze Einsätze (Medikamentengaben, Insuline und Kompressionsstrümpfe) lediglich 100 Minuten. In dieser Zeit werden 280 € Erlös erzielt. Dies entspricht einem Stundenerlös von 168 Euro.

Diese ist mit immer mindestens 11 Bewohnern gut ausgelastet. Die Präsenzkraft vor Ort kümmern sich in erster Linie um die Betreuung und die hauswirtschaftliche Versorgung der Bewohner. Auch kleinere pflegerische Leistungen werden übernommen. Die Behandlungspflege erledigt der Pflegedienst auf seiner üblichen Straßentour. Pro Einsatz in der WG benötigt die Pflegekraft etwa 150 Minuten. Der Erlös beträgt 300 €. So verbleibt ein Stundenerlös von 120 €.

Beide Einsatzorte lassen sich also mühelos in Straßentouren integrieren. Die Praxis zeigt, dass das gut funktioniert.

- So startet im Frühdienst ein Mitarbeiter morgens um 6:15 Uhr, versorgt wie gewohnt Patienten.
- Um 7:30 dann fährt er das Betreute Wohnen bzw. die Wohngemeinschaft an und macht dort seine Runde.
- Zwischen 9:00 und 10:00 Uhr setzt er dann seine Tour fort.

Gut geeignet ist auch das Einbauen der gesetzlich vorgeschriebenen Pausen ab einer Tourenlänge von 6 Stunden, nachdem die Bewohner des Betreuten Wohnens bzw. der WG versorgt sind.

### Hinweis:

Die hier beschriebenen Beispiele gelten natürlich ebenso für Mittags-, Nachmittags- und Späteinsätze.

## 2. Wohngemeinschaften

Etwas anders – aber nicht weniger lukrativ – sind die Einsätze des Pflegedienstes in einer Wohngemeinschaft (WG). Meistens gehört die WG zum Pflegedienst und wird mindestens im Rahmen der Behandlungspflege durch die „Straßentouren“ bedient. Auch in der WG können Hausbesuchspauschalen geltend gemacht werden. Je nach Vergütungssystematik sind diese anteilig oder vollständig abrechenbar. In der WG sind die Pflegeeinsätze in der Regel komplexer, aber aufgrund der nicht notwendigen Fahrt- und Wegezeiten eben auch wirtschaftlich attraktiver.

### Beispiel:

Der Pflegedienst Schwarze Rose betreibt neben dem klassischen ambulanten Dienst auch eine Wohngemeinschaft mit 12 Plätzen.

## Einfache Regelungen beim Personaleinsatz

Wenn Touren wie oben beschrieben kombiniert werden, gelten beim vertragskonformen Personaleinsatz die gleichen Regeln. Das ist insbesondere beim Einsatz von „Nicht“-Pflegefachkräften zu beachten. Das, was zum Beispiel Arzthelferinnen, Krankenpflegehelferinnen, Altenpflegehelferinnen mit wie auch immer gearteter SGB V-Zulassung im normalen ambulanten Dienst dürfen, können diese selbstverständlich auch in der WG und im Betreuten Wohnen erbringen. Denn die Abrechnung läuft ja immer über das Institutionskennzeichen des Pflegedienstes; der SGB V-Rahmenvertrag hat also in allen drei Versorgungsformen seine Gültigkeit.

Die gleiche Aussage gilt für alle Bundesländer, wo es auch im SGB XI-Bereich Qualifikationsnormen gibt. ►

### Tipps | Hinweise

Aus meiner Sicht sollte man für diese kombinierten Touren aber eher **Fachkräfte bzw. sehr erfahrene und kompetente Arzthelferinnen und Krankenpflegehelferinnen einsetzen**, denn vor allem in Wohngemeinschaften sind oft Präsenzkräfte vor Ort, die über keine oder nur wenige medizinische Kenntnisse verfügen. Hier ist es umso wichtiger, wenn eine Pflegefachkraft vor Ort ist, um sich einen Überblick zu verschaffen und um über den medizinisch-pflegerischen Zustand der Bewohner zu informieren. Schließlich kann die PDL nicht jeden Tag zu Pflegevisiten aufschlagen, und im Betreuten Wohnen ist normalerweise überhaupt keine Kraft vor Ort. Auch hier ist es aus meiner Sicht unabdingbar, hier **zumeist Pflegefachkräfte einzusetzen**.

### Vorteile im Personalmanagement

Die Verbindung beider Versorgungsbereiche hat noch einen weiteren Vorteil: Gerade, wenn die Pausen mit den Kollegen aus dem teilstationären Bereich genommen werden, kann an der **Teamentwicklung** gearbeitet werden.

Durch die Kommunikation beider Versorgungsbereiche entsteht viel eher ein „**Wir-Gefühl**“. Das verstärkt sich noch, wenn die Pflegefachkraft bzw. KPH / Arzthelferin der Außentour auch noch für die Präsenzkräfte in der WG beratend zur Seite steht und Fachfragen beantwortet. Auch **für die Personalakquise** kann die Kombination aus Straßentour und stationärem Einsatz **attraktiv** sein. Denn eine solche Tour ist zwar anstrengend, allein durch die vielen verschiedenen Patienten- und Kollegenkontakte. Aber besonders für kommunikative Pflegekräfte kann genau das ein ideales Einsatzgebiet sein. Zudem entfällt ein Teil der oft anstrengenden Fahrerei.

Eine Kombination ambulanter und (teil-)stationärer Leistungen ist also nicht nur gut möglich, sondern **finanziell attraktiv** und für viele Kollegen ein Zugewinn an **Arbeitsplatz-Qualität**.

● Birger Schlürmann

# Durchblick Pflege

Keine Lust mehr auf  
trockene Theorie?  
Schluss mit langweilig!

- Für eine Wissensvermittlung, die Spaß macht
- Mit vielen Infografiken und Schaubildern
- Online auch in 5 Sprachen verfügbar



Ihr Kennenlerngeschenk: 2  
Mitarbeiterschulungen zu  
"Hygiene" und "Kommunikation"



Jetzt **GRATIS-Ausgabe**  
sichern und **2 Gratis-**  
**Mitarbeiterschulungen erhalten!**

<https://lmy.de/wCLsl>



## ► Standard des Monats

pqsg.de ist eine umfassende Wissensdatenbank zum Thema Altenpflege. Sie können auf mehr als 900 Pflegestandards, Maßnahmenplanungen, Stellenbeschreibungen, Checklisten und andere Mustertexte zugreifen. Alle Dokumente lassen sich in wenigen Minuten an die individuellen Bedürfnisse anpassen.



## 1. Aktivierende Pflege - ambulant



Machen Sie Ihr QM lebendig.

### Vorwort:

Wir präsentieren hier ausnahmsweise – dem Titel der Ausgabe geschuldet – im Prinzip zwei Standards:

1. für die ambulante Pflege und
2. für die stationäre Pflege

### 1. Aktivierende Pflege - ambulant

Einen Beliebtheitspreis wird die aktivierende Pflege bei vielen Klienten wohl nicht gewinnen. Schließlich sollen die Pflegebedürftigen selbst aktiv werden, obwohl sie ja eigentlich für eine Rundum-Versorgung bezahlen. Langfristig jedoch überwiegen die Vorteile des Konzepts.

### Definition

- In der täglichen Arbeit hat jede Pflegemaßnahme einen kompensatorischen und einen aktivierenden Anteil. Falls etwa ein halbseitig gelähmter Klient die Körperpflege nicht selbstständig leisten kann, wird dieses von einer Pflegekraft übernommen. Sie kompensiert also die körperlichen Defizite des Klienten. Die Pflegekraft achtet jedoch gleichzeitig darauf, dass der alte Mensch einen möglichst großen Anteil der Maßnahme selbst durchführt und damit aktiviert wird.
- In unserem ambulanten Dienst wird das Prinzip der aktivierenden Pflege konsequent beachtet und umgesetzt. Durch eine an die Ressourcen und an die Pflegeprobleme des jeweiligen Klienten angepasste Versorgung stellen wir sicher, dass dieser auf vorhandene Fähigkeiten möglichst lange zurückgreifen kann. Aktivierende Pflege ist also primär eine Hilfe zur Selbsthilfe.
- Wir möchten damit insbesondere einer Fehlentwicklung vorbeugen, die in der (Laien-)Pflege häufig zu finden ist. Aus fehlgeleiteter Hilfsbereitschaft werden dem Klienten Aufgaben abgenommen, die dieser mit etwas

Unterstützung auch selbst bewältigen könnte. Damit wird der Verlust an Selbstständigkeit, der sich durch den Alterungsprozess oder Krankheitsfortschritt ohnehin ergibt, noch zusätzlich beschleunigt.

- Die Überversorgung durch Pflegekräfte (und auch durch Angehörige) basiert zumeist auf einer Fehleinschätzung.
  - ▷ Die Pflegekraft glaubt, dem Klienten das Leben zu erleichtern, wenn sie diesem unangenehme oder anstrengende Tätigkeiten abnimmt. Tatsächlich wird das Selbstwertgefühl massiv beeinträchtigt, wenn dem Senioren die eigene Abhängigkeit täglich demonstriert wird. Die Überversorgung kann insbesondere bei Depressionen fatale Folgen haben. Der psychisch erkrankte Senior sieht das Selbstbild der Wertlosigkeit bestätigt. Das Suizidrisiko steigt.
  - ▷ Ein weiterer Faktor ist die vermeintliche Zeiterparnis. Tatsächlich kann die Pflegekraft viele Tätigkeiten schneller durchführen, wenn der betroffene Klient dabei passiv bleibt. Langfristig jedoch wird der Klient damit zur Unselbstständigkeit erzogen. Die Pflegekraft wird immer mehr Aufgaben, die der Klient ganz oder teilweise eigenständig leisten könnte, übernehmen. Die Arbeitsbelastung steigt.
- Der Begriff der "aktivierenden Pflege" stammt aus den 70er-Jahren und drückt die Abkehr von der damals üblichen "verwahrenden Pflege" aus. Der alte Mensch wird nicht mehr in die passive Rolle des Hilfsbedürftigen gedrängt, sondern erhält seine Selbstständigkeit und seine Selbstbestimmung möglichst lange. Gleichzeitig grenzt sich die Altenpflege mit der "aktivierenden Pflege" von der klinischen Versorgung ab, die mit der "rehabilitierenden Pflege" ein ähnliches Konzept verfolgt.

### Bedeutung für die neue MD-Prüfung

- In den aktualisierten Qualitätsprüfungs-Richtlinien ist der Begriff der "aktivierenden Pflege" nicht zu finden. Dieses ist darauf zurückzuführen, dass das Konzept ►

der “aktivierenden Pflege” sowie dessen praktische Umsetzung in der Pflegewissenschaft nicht eindeutig definiert ist. Zudem fehlt die Abgrenzung zu ähnlichen Ansätzen wie etwa zur “rehabilitierenden”, zur “ganzheitlichen” oder zur “präventiven” Pflege. Hier sind in der Literatur im Detail abweichende Beschreibungen zu finden.

- ▶ Im Fragenkatalog des MDK sind die Ansprüche an eine fachgerechte Versorgung daher präzise ausformuliert. Pflorgeteams müssen eine “bedarfs- und bedürfnisgerechte” Unterstützung sicherstellen. Das bedeutet, dass sich die Pflegemaßnahmen eng am Hilfebedarf orientieren. Sowohl eine Über- wie auch eine Unterversorgung sind strikt zu vermeiden. Ebenfalls unverzichtbar ist die “Förderung” des Klienten, also die Stärkung seiner Selbstständigkeit, sofern dieses möglich ist.
- ▶ In der überarbeiteten externen Qualitätskontrolle wird eine Überversorgung des Klienten in vielen Qualitätsaspekten mit einer “C-Wertung” sanktioniert. Der Prüfer stellt also fest, dass durch die übermäßige Hilfeleistung das “Risiko negativer Folgen für die versorgte Person” besteht. Beispiel: Ein Klient wird nach einer Hüftoperation mit einem Rollstuhl versorgt, statt ihn mittels Mobilitätshilfen wieder an das Gehen zu gewöhnen. Es gab also die Option, die Mobilität zu verbessern; das Pflorgeteam hat diese aber nicht genutzt.

### Grundsätze

- ▶ Hilfe zur Selbsthilfe ist die einzige Option, um die Autonomie des Pflegebedürftigen zu erhalten. Es gilt: So wenig kompensatorische Pflege wie nötig und so viel aktivierende Pflege wie möglich.
- ▶ Im Rahmen der aktivierenden Pflege müssen wir ggf. dem Klienten eine vollumfängliche Hilfe verweigern, wenn wir der Ansicht sind, dass dieser die Aufgabe ganz oder zumindest teilweise eigenständig durchführen könnte. Uns ist bewusst, dass dieses Konzept auch als mangelnde Hilfsbereitschaft oder gar als Unhöflichkeit missverstanden werden kann. Wir sind daher stets bereit, Klienten und Angehörigen den Sinn und den Zweck unseres Handelns zu erläutern.

**Hinweis:** Nüchtern betrachtet grenzt die aktivierende Pflege tatsächlich an Unhöflichkeit. Beispiel: Ein Klient hat eine TEP erhalten. Ihm fällt beim morgendlichen Anziehen das frische T-Shirt herunter. Die normale Reaktion der Pflegekraft wäre nun, das T-Shirt aufzuheben und es dem Klienten anzureichen. Dann jedoch kann der Pflegebedürftige keine Strategien entwickeln, um eigenständig einen Gegenstand vom Boden zu bergen. Daher muss die Pflegekraft den Klienten dazu anhalten, wie er z. B. mittels einer Greifzange das T-Shirt fassen kann. Ein solches Vorgehen trifft naturgemäß nicht immer auf Zustimmung durch den Pflegebedürftigen.

- ▶ Aktivierende Pflege umfasst alle Aspekte des Lebens. Dazu zählen die Körperpflege, die Nahrungsaufnahme und die Ausscheidung ebenso wie die Kommunikation.

### Ziele

- ▶ Der Pflegebedürftige behält eine möglichst weitreichende Selbstständigkeit in allen Aspekten des täglichen Lebens.
- ▶ Der Klient und seine Angehörigen verstehen, dass wir unnötige Hilfe nicht aus Zeitnot oder aus Gleichgültigkeit verweigern, sondern dass wir einem Konzept folgen, das letztlich den Interessen des Pflegebedürftigen dient.
- ▶ Der Klient gewinnt an Selbstvertrauen und an Selbstwertgefühl.

### Vorbereitung

#### Allgemeine Organisation

- ▶ Wir setzen das Konzept der Bezugspflege um. Eine Versorgung mit hoher personeller Kontinuität schafft das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen der Pflegekraft und dem Klienten.
- ▶ Bei der Erstellung von Pflegestandards achten wir darauf, dass der Aspekt der aktivierenden Pflege konsequent beachtet wird. I. d. R. bedeutet das, dass wir bei der Beschreibung von Pflegemaßnahmen verschiedene Beteiligungsformen berücksichtigen. Beschrieben wird stets eine Variante, bei der die Pflegekraft die komplette Maßnahme ohne Mithilfe des Klienten durchführt. Gleichzeitig formulieren wir aber auch immer Teilschritte, bei denen sich der Pflegebedürftige einbringen kann.
- ▶ Für eine aktivierende Pflege ist anfangs mehr Arbeitszeit notwendig. Insbesondere die wiederholte Anleitung des Klienten ist sehr aufwendig. Dieses muss bei der Personalplanung berücksichtigt werden. Aktivierende Pflege unter Zeitdruck wird zwangsläufig scheitern.

#### Dialog mit dem Klienten und mit seinen Angehörigen

- ▶ Die aktivierende Pflege wird in das Pflegeleitbild eingefügt. Auch in allen wichtigen Werbeprospekten sowie auf unserer Homepage erläutern wir die aktivierende Pflege zumindest in den Grundzügen. Interessenten für eine Versorgung machen wir bei einem Besuch in dessen Häuslichkeit frühzeitig mit diesem Konzept vertraut.
- ▶ Wir erklären dem Klienten frühzeitig, d.h. vor oder direkt nach dem Versorgungsbeginn, die Grundlagen der aktivierenden Pflege. Ihm muss bewusst sein, dass es letztlich in seinem Interesse liegt, die Hilfeleistung durch die Pflegekräfte auf das Notwendige zu reduzieren. ▶

**Beispiel:** Ein Morbus-Parkinson-Patient kann zielgerichtete Hand- bzw. Greifbewegungen nur eingeschränkt durchführen. Er wünscht, dass die Pflegekraft ihm das Essen eingibt. Die Pflegekraft lehnt dieses ab. Sie vermutet, dass der Klient mit Spezialbesteck, mit einer Tellerranderhöhung und mit anderen Hilfsmitteln eigenständig die Nahrung zu sich nehmen könnte.

- ▶ Wir befragen den Klienten zu seinen Vorstellungen und zu seinen Wünschen. Er soll uns schildern, welches Maß an Unterstützung er von uns wünscht und was er lieber allein machen möchte.

**Hinweis:** Bevor der Klient pflegerische Hilfe benötigt, war er zumeist schon einige Jahre krank. In dieser Zeit haben er und seine Angehörigen oftmals Selbsthilfestrategien entwickelt, um die wachsenden Defizite zu kompensieren. Pflegekräfte sollten explizit nach solchen Erfahrungswerten fragen und diese bei der Erstellung der Pflege- und Maßnahmenplanung integrieren.

- ▶ Wir suchen den Kontakt mit den Angehörigen. Wir verdeutlichen ihnen, wie wichtig es ist, dass der Klient möglichst selbstständig bleibt. Insbesondere müssen es die Angehörigen vermeiden, dem Pflegebedürftigen jeden Handgriff abzunehmen. Sie sollten gleichzeitig beim Klienten dafür werben, dass sich dieser aktiv in die eigene Versorgung einbringt.

### Pflege- und Maßnahmenplanung

- ▶ Die Pflege- und Maßnahmenplanung ist das Herzstück der aktivierenden Pflege. Dieses Dokument wird stets dem aktuellen Zustand des Klienten angepasst.
- ▶ Der behandelnde Hausarzt wird über alle Maßnahmen informiert, die sich aus unserem Konzept der aktivierenden Pflege ergeben. Gemeinsam prüfen wir, ob die mentalen und körperlichen Ressourcen des Klienten für eine aktive Beteiligung ausreichend sind. Dieses ist vor allem wichtig bei allen Maßnahmen, deren falsche Durchführung zu gesundheitlichen Störungen führen kann. Beispiel: Eigenständige Insulininjektionen oder andere Medikamenteneinnahmen.
- ▶ Ggf. suchen wir auch den Kontakt zu anderen Berufsgruppen. Also etwa zum Physiotherapeuten des Klienten, zu seinem Logopäden oder zum Ergotherapeuten.
- ▶ In der Pflege- und Maßnahmenplanung beschreiben wir präzise, welchen Umfang unsere Unterstützung bei der jeweiligen Maßnahme hat. Wir verwenden dafür im gesamten Pflgeteam ein einheitliches Vokabular. Alle Mitarbeiter werden für die genauen Abgrenzungen der Begriffe sensibilisiert. Einige Beispiele dafür:
  - ▷ „Anleitung“ bedeutet, dass wir den Klienten dazu auffordern, sich am Morgen anzuziehen. Wir sagen ihm, dass er sich dafür die Unterwäsche, eine Hose und einen Pullover aus dem Kleiderschrank nehmen soll. Wir erklären ihm die Reihenfolge der Kleidungsstücke beim Anziehen. Der Klient bekleidet sich danach, ohne dass die Pflegekraft weiter eingreifen oder nachkontrollieren muss.

- ▷ „Beaufsichtigung“ bedeutet, dass die Pflegekraft während des Ankleidens in Sichtweite des Klienten bleibt und diesen verbal immer wieder anleitet. Dieses etwa, weil er sich den Pullover „auf links“ anziehen will, weil er Kleidungsstücke vergisst oder das Ankleiden abbricht.
- ▷ Eine „Unterstützung“ ist notwendig, wenn der Pflegebedürftige bestimmte Teilaspekte nicht leisten kann. Eine Frau mit Schulterschmerzen kann beispielsweise den BH nicht schließen. Oder ein Klient mit Rückenversteifung scheitert am Anziehen der Socken.
- ▷ Eine „vollständige Übernahme“ erfolgt, wenn der Klient keinen nennenswerten eigenen Anteil an der Pflegemaßnahme leisten kann, etwa bei erheblicher Verwirrung oder bei körperlicher Entkräftung.

**Hinweis:** Natürlich muss eine Pflegekraft auch in der Lage sein, den Umfang der Unterstützung in die Module für die Pflegegrade zu übersetzen, also „selbstständig“, „überwiegend selbstständig“, „überwiegend unselbstständig“ sowie „unselbstständig“.

- ▶ Die Pflege- und Maßnahmenplanung muss so eindeutig sein, dass eine Pflegekraft einen ihr unbekanntem Klienten genauso versorgt, wie es die Bezugspflegekraft täte.
- ▶ Außerdem muss die Pflege- und Maßnahmenplanung die Schwankungsbreite der selbstpflegerischen Defizite berücksichtigen. Ein Klient mit depressiven Phasen braucht je nach Tagesform mehr oder weniger Hilfe.

### Durchführung

#### Motivierung des Klienten

- ▶ Bei der Durchführung der Pflegemaßnahme ist es wichtig, jeden Schritt zu erklären und dem Klienten zu zeigen, welchen Anteil daran er selbst leisten sollte. Der Pflegebedürftige muss den Grund, die Art, die Durchführung, die Wirkung und den Zweck jeder Maßnahme kennen.
- ▶ Vor allem: Die Pflegekraft erläutert dem Klienten immer wieder den Grund dafür, warum er die Maßnahme selbst durchführen soll und warum diese nicht von uns übernommen wird.
- ▶ Ist der Klient erfolgreich, sollte er gelobt werden. Im Gegenzug unterlassen wir es aber, bei Misserfolgen den Pflegebedürftigen zu kritisieren.
- ▶ Wir verdeutlichen dem Klienten, dass die aktivierende Pflege auch seine Möglichkeiten zur Selbstbestimmung stärkt. Wenn sich der Klient z. B. bei der Haarpflege beteiligt, kann er seine Frisur aktiv mitbestimmen. ▶

## Grenzen der aktivierenden Pflege

Die aktivierende Pflege ist für uns kein Selbstzweck. Unter verschiedenen Bedingungen verzichten wir darauf, den Klienten an der Durchführung von Pflegemaßnahmen zu beteiligen:

- ▶ Der Pflegebedürftige liegt im Sterben. In diesem Fall erleichtern wir ihm das Leiden, indem wir ihm das größtmögliche Maß an Unterstützung gewähren. Hier allerdings kann die aktivierende Pflege einen Inhaltswechsel erfahren. Aktivieren kann nun auch bedeuten, dass wir dem Klienten helfen, die Letzten Dinge zu regeln und sich mit dem nahenden Lebensende auseinanderzusetzen.
- ▶ Der Klient hat große Schmerzen, die sich auch durch eine Analgetikaversorgung nicht auf ein erträgliches Maß reduzieren lassen. Hier ist es häufig weniger belastend für den Klienten, wenn dieser passiv bleibt.
- ▶ Der Klient zeigt uns verbal oder nonverbal, dass er sich nicht an den Pflegemaßnahmen beteiligen will. Auch ein persönliches Gespräch mit der Bezugspflegekraft kann ihn nicht umstimmen.

**Hinweis:** Nicht alle Senioren sind für die aktivierende Pflege erreichbar. Viele alte Menschen haben keine Motivation mehr, um sich aktivieren zu lassen. Dieses muss nicht zwangsläufig auf Depressionen oder auf eine andere psychische Erkrankung hindeuten, sondern ist ggf. Ausdruck einer „Lebensättigung“. In jedem Fall sollten es Pflegekräfte unterlassen, das Bild des „aktiven Unruheständlers“ für allgemeingültig zu erklären und jeder Abweichung davon automatisch einen Krankheitswert beizumessen.

- ▶ Die aktivierende Pflege darf dem Klienten nicht so viele Kräfte abfordern, dass er im weiteren Verlauf für andere Aktivitäten zu erschöpft ist. Ein Beispiel:
- ▶ Ein Klient leidet unter Arthrose und unter einer einsetzenden Demenz. Er kann sich mit etwas Hilfe anziehen, sofern er 30 Minuten zuvor ein Analgetikum als Bedarfsmedikation erhält. Dieses Arzneimittel jedoch macht ihn müde. Zudem erfordert das Anziehen seine ganzen kognitiven Ressourcen. In den Folgestunden ist er zu verwirrt, um etwa an Freizeitaktivitäten teilzunehmen. Den Klienten beim Kleidungswechsel zu „aktivieren“ ist also möglich, dennoch aber hier nicht sinnvoll.

## Nachbereitung

- ▶ Den Zustand des Klienten sowie die Veränderungen im Hilfebedarf thematisieren wir regelmäßig im Rahmen von Pflegevisiten und Fallbesprechungen. Insbesondere muss die Pflege- und Maßnahmenplanung immer aktuell sein und den derzeitigen Hilfebedarf widerspiegeln.
- ▶ Der Umgang mit der aktivierenden Pflege sollte im Team immer wieder kritisch hinterfragt werden. Wir müssen uns insbesondere stets auch der Diskussion stellen, wo das richtige Mittelmaß zwischen „fördern“ und „fordern“ liegt.

## Dokumente

- ▶ Pflege- und Maßnahmenplanung
- ▶ Pflegeleitbild
- ▶ Werbematerial der Einrichtung

## Verantwortlichkeit | Qualifikation

- ▶ alle Mitarbeiter

### Wichtiger Hinweis:

Zweck unseres Vorschlags für Zielvereinbarungen ist es **nicht**, diesen unverändert zu übernehmen. Vielmehr sollen er Ihnen helfen, **Ihr eigenes Vorgehen** zu entwickeln, um dieses zum Beispiel bei den Mitarbeiter-Jahresgesprächen zu integrieren. Dann wird es auch ein Erfolg!.

Dieses Dokument ist auch als **Word-Dokument** (docx-Format) verfügbar. ●



## Kurze Frage:

Ist Ihr Qualitätsmanagement eigentlich digital?  
Oder haben auch Sie »auf halber Strecke angehalten«?

Erfahren Sie, warum digitale Dokumente nicht dasselbe sind wie digitale Prozesse – und was eine QM-Software für Sie leistet.

Wir kennen die Pflege.

**Besuchen Sie uns:**

[bit.ly/ovisn-pdl](https://bit.ly/ovisn-pdl)



## ► Standard des Monats

pqsg.de ist eine umfassende Wissensdatenbank zum Thema Altenpflege. Sie können auf mehr als 900 Pflegestandards, Maßnahmenplanungen, Stellenbeschreibungen, Checklisten und andere Mustertexte zugreifen. Alle Dokumente lassen sich in wenigen Minuten an die individuellen Bedürfnisse anpassen.



## 2. Aktivierende Pflege - stationär



Machen Sie Ihr QM lebendig.

Die aktivierende Pflege ist das wohl am besten getarnte "K. O.-Kriterium" der neuen Prüfung des Medizinischen Dienstes. In den Qualitätsprüfungs-Richtlinien kommt der Begriff nicht einmal vor. Tatsächlich jedoch zieht sich das Versorgungsprinzip wie ein roter Faden quer durch den Fragenkatalog.

### Definition

- In der täglichen Arbeit hat jede Pflegemaßnahme einen kompensatorischen und einen aktivierenden Anteil. Falls etwa ein halbseitig gelähmter Patient die Körperpflege nicht selbstständig leisten kann, wird dieses von einer Pflegekraft übernommen. Sie kompensiert also die körperlichen Defizite des Bewohners. Die Pflegekraft achtet jedoch gleichzeitig darauf, dass der alte Mensch einen möglichst großen Anteil der Maßnahme selbst durchführt und damit aktiviert wird.
- In unserer Pflegeeinrichtung wird das Prinzip der aktivierenden Pflege konsequent beachtet und umgesetzt. Durch eine an die Ressourcen und an die Pflegeprobleme des jeweiligen Bewohners angepasste Versorgung stellen wir sicher, dass dieser auf vorhandene Fähigkeiten möglichst lange zurückgreifen kann. Aktivierende Pflege ist also primär eine Hilfe zur Selbsthilfe.
- Wir möchten damit insbesondere einer Fehlentwicklung vorbeugen, die in der (Laien-)Pflege häufig zu finden ist. Aus fehlgeleiteter Hilfsbereitschaft werden dem Bewohner Aufgaben abgenommen, die dieser mit etwas Unterstützung auch selbst bewältigen könnte. Damit wird der Verlust an Selbstständigkeit, der sich durch den Alterungsprozess oder Krankheitsfortschritt ohnehin ergibt, noch zusätzlich beschleunigt.
- Die Überversorgung durch Pflegekräfte (und auch durch Angehörige) basiert zumeist auf einer Fehleinschätzung.

- Die Pflegekraft glaubt, dem Bewohner das Leben zu erleichtern, wenn sie diesem unangenehme oder anstrengende Tätigkeiten abnimmt. Tatsächlich wird das Selbstwertgefühl massiv beeinträchtigt, wenn dem Senioren die eigene Abhängigkeit täglich demonstriert wird. Die Überversorgung kann insbesondere bei Depressionen fatale Folgen haben. Der psychisch erkrankte Senior sieht das Selbstbild der Wertlosigkeit bestätigt. Das Suizidrisiko steigt.
- Ein weiterer Faktor ist die vermeintliche Zeiterparnis. Tatsächlich kann die Pflegekraft viele Tätigkeiten schneller durchführen, wenn der betroffene Bewohner dabei passiv bleibt. Langfristig jedoch wird der Bewohner damit zur Unselbstständigkeit erzogen. Die Pflegekraft wird immer mehr Aufgaben, die der Bewohner ganz oder teilweise eigenständig leisten könnte, übernehmen. Die Arbeitsbelastung steigt.
- Der Begriff der "aktivierenden Pflege" stammt aus den 70er-Jahren und drückt die Abkehr von der damals üblichen "verwahrenden Pflege" aus. Der alte Mensch wird nicht mehr in die passive Rolle des Hilfsbedürftigen gedrängt, sondern erhält seine Selbstständigkeit und seine Selbstbestimmung möglichst lange. Gleichzeitig grenzt sich die Altenpflege mit der "aktivierenden Pflege" von der klinischen Versorgung ab, die mit der "rehabilitierenden Pflege" ein ähnliches Konzept verfolgt.

### Bedeutung für die neue Prüfung des MD

- In den aktualisierten Qualitätsprüfungs-Richtlinien ist der Begriff der "aktivierenden Pflege" nicht zu finden. Dieses ist darauf zurückzuführen, dass das Konzept der "aktivierenden Pflege" sowie dessen praktische Umsetzung in der Pflegewissenschaft nicht eindeutig definiert ist. Zudem fehlt die Abgrenzung zu ähnlichen Ansätzen wie etwa zur "rehabilitierenden", zur "ganzheitlichen" oder zur "präventiven" Pflege. Hier sind in der Literatur im Detail abweichende Beschreibungen zu finden. ►

- ▶ Im Fragenkatalog des MDK sind die Ansprüche an eine fachgerechte Versorgung daher präzise ausformuliert. Pflorgeteams müssen eine “bedarfs- und bedürfnisgerechte” Unterstützung sicherstellen. Das bedeutet, dass sich die Pflegemaßnahmen eng am Hilfebedarf orientieren. Sowohl eine Über- wie auch eine Unterversorgung sind strikt zu vermeiden. Ebenfalls unverzichtbar ist die “Förderung” des Bewohners, also die Stärkung seiner Selbstständigkeit, sofern dieses möglich ist.
- ▶ Ob und mit welchem Erfolg ein Pflorgeteam aktivierend pflegt, wirkt sich gleich doppelt auf das Prüfergebnis aus.
  - ▷ In der überarbeiteten externen Qualitätskontrolle wird eine Überversorgung des Bewohners in vielen Qualitätsaspekten mit einer “C-Wertung” sanktioniert. Der Prüfer stellt also fest, dass durch die übermäßige Hilfeleistung das “Risiko negativer Folgen für die versorgte Person” besteht. Beispiel: Ein Bewohner wird nach einer Hüftoperation mit einem Rollstuhl versorgt, statt ihn mittels Mobilitätshilfen wieder an das Gehen zu gewöhnen. Es gab also die Option, die Mobilität zu verbessern; das Pflorgeteam hat diese aber nicht genutzt.
  - ▷ Eine weitere Abwertung droht im neuen Indikatoren-system. Diese Kennzahlen erfassen, ob es dem Pflorgeteam gelingt, die Bewohner vor Risiken zu schützen und deren Selbstständigkeit möglichst lange zu erhalten. Wer also beispielsweise Senioren im Bereich der Körperpflege oder bei der Nahrungsaufnahme übermäßig unterstützt, verursacht dadurch einen Autonomieverlust. In der Folge verschlechtern sich auch die jeweiligen Indikatoren.

### Grundsätze

- ▶ Hilfe zur Selbsthilfe ist die einzige Option, um die Autonomie des Pflegebedürftigen zu erhalten. Es gilt: So wenig kompensatorische Pflege wie nötig und so viel aktivierende Pflege wie möglich.
- ▶ Im Rahmen der aktivierenden Pflege müssen wir ggf. dem Bewohner eine vollumfängliche Hilfe verweigern, wenn wir der Ansicht sind, dass dieser die Aufgabe ganz oder zumindest teilweise eigenständig durchführen könnte. Uns ist bewusst, dass dieses Konzept auch als mangelnde Hilfsbereitschaft oder gar als Unhöflichkeit missverstanden werden kann. Wir sind daher stets bereit, Bewohnern und Angehörigen den Sinn und den Zweck unseres Handelns zu erläutern.

**Hinweis:** Nüchtern betrachtet grenzt die aktivierende Pflege tatsächlich an Unhöflichkeit. Beispiel: Ein Bewohner hat eine TEP erhalten. Ihm fällt beim morgendlichen Anziehen das frische T-Shirt herunter. Die normale Reaktion der Pflegekraft wäre nun, das T-Shirt aufzuheben und es dem Bewohner anzureichen. Dann jedoch kann der Pflegebedürftige keine Strategien entwickeln,

um eigenständig einen Gegenstand vom Boden zu bergen. Daher muss die Pflegekraft den Bewohner dazu anhalten, wie er z. B. mittels einer Greifzange das T-Shirt fassen kann. Ein solches Vorgehen trifft naturgemäß nicht immer auf Zustimmung durch den Pflegebedürftigen.

- ▶ Aktivierende Pflege umfasst alle Aspekte des Lebens. Dazu zählen die Körperpflege, die Nahrungsaufnahme und die Ausscheidung ebenso wie die Kommunikation.

### Ziele

- ▶ Der Pflegebedürftige behält eine möglichst weitreichende Selbstständigkeit in allen Aspekten des täglichen Lebens.
- ▶ Der Bewohner und seine Angehörigen verstehen, dass wir unnötige Hilfe nicht aus Zeitnot oder aus Gleichgültigkeit verweigern, sondern dass wir einem Konzept folgen, das letztlich den Interessen des Pflegebedürftigen dient.
- ▶ Der Bewohner gewinnt an Selbstvertrauen und an Selbstwertgefühl.

### Vorbereitung

#### Allgemeine Organisation

- ▶ Wir setzen das Konzept der Bezugspflege um. Eine Versorgung mit hoher personeller Kontinuität schafft das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen der Pflegekraft und dem Bewohner.
- ▶ Bei der Erstellung von Pflegestandards achten wir darauf, dass der Aspekt der aktivierenden Pflege konsequent beachtet wird. I. d. R. bedeutet das, dass wir bei der Beschreibung von Pflegemaßnahmen verschiedene Beteiligungsformen berücksichtigen. Beschrieben wird stets eine Variante, bei der die Pflegekraft die komplette Maßnahme ohne Mithilfe des Bewohners durchführt. Gleichzeitig formulieren wir aber auch immer Teilschritte, bei denen sich der Pflegebedürftige einbringen kann.
- ▶ Für eine aktivierende Pflege ist anfangs mehr Arbeitszeit notwendig. Insbesondere die wiederholte Anleitung des Bewohners ist sehr aufwendig. Dieses muss bei der Personalplanung berücksichtigt werden. Aktivierende Pflege unter Zeitdruck wird zwangsläufig scheitern.

### Dialog mit dem Bewohner und mit seinen Angehörigen

- ▶ Die aktivierende Pflege wird in das Pflegeleitbild eingefügt. Auch in allen wichtigen Heimprospekten sowie auf unserer Homepage erläutern wir die aktivierende Pflege zumindest in den Grundzügen. ▶

Interessenten für einen Heimplatz machen wir bei einem Besuch frühzeitig mit diesem Konzept vertraut.

- ▶ Wir erklären dem Bewohner frühzeitig, also i. d. R. vor oder direkt nach dem Heimeinzug, die Grundlagen der aktivierenden Pflege. Ihm muss bewusst sein, dass es letztlich in seinem Interesse liegt, die Hilfeleistung durch die Pflegekräfte auf das Notwendige zu reduzieren.

**Beispiel:** Ein Morbus-Parkinson-Patient kann zielgerichtete Hand- bzw. Greifbewegungen nur eingeschränkt durchführen. Er wünscht, dass die Pflegekraft ihm das Essen eingibt. Die Pflegekraft lehnt dieses ab. Sie vermutet, dass der Bewohner mit Spezialbesteck, mit einer Tellerrandhöhung und mit anderen Hilfsmitteln eigenständig die Nahrung zu sich nehmen könnte.

- ▶ Wir befragen den Bewohner zu seinen Vorstellungen und zu seinen Wünschen. Er soll uns schildern, welches Maß an Unterstützung er von uns wünscht und was er lieber allein machen möchte.

**Hinweis:** Bevor der Bewohner pflegerische Hilfe benötigt, war er zumeist schon einige Jahre krank. In dieser Zeit haben er und seine Angehörigen oftmals Selbsthilfestrategien entwickelt, um die wachsenden Defizite zu kompensieren. Pflegekräfte sollten explizit nach solchen Erfahrungswerten fragen und diese bei der Erstellung der Pflege- und Maßnahmenplanung integrieren.

- ▶ Wir suchen den Kontakt mit den Angehörigen. Wir verdeutlichen ihnen, wie wichtig es ist, dass der Bewohner möglichst selbstständig bleibt. Insbesondere müssen es die Angehörigen vermeiden, dem Pflegebedürftigen bei Besuchen jeden Handgriff abzunehmen. Sie sollten gleichzeitig beim Bewohner dafür werben, dass sich dieser aktiv in die eigene Versorgung einbringt.

### Pflege- und Maßnahmenplanung

- ▶ Die Pflege- und Maßnahmenplanung ist das Herzstück der aktivierenden Pflege. Dieses Dokument wird stets dem aktuellen Zustand des Bewohners angepasst.
- ▶ Der behandelnde Hausarzt wird über alle Maßnahmen informiert, die sich aus unserem Konzept der aktivierenden Pflege ergeben. Gemeinsam prüfen wir, ob die mentalen und körperlichen Ressourcen des Bewohners für eine aktive Beteiligung ausreichend sind. Dieses ist vor allem wichtig bei allen Maßnahmen, deren falsche Durchführung zu gesundheitlichen Störungen führen kann. Beispiel: Eigenständige Insulininjektionen oder andere Medikamenteneinnahmen.
- ▶ Ggf. suchen wir auch den Kontakt zu anderen Berufsgruppen. Also etwa zum Physiotherapeuten des Bewohners, zu seinem Logopäden oder zum Ergotherapeuten.
- ▶ In der Pflege- und Maßnahmenplanung beschreiben wir präzise, welchen Umfang unsere Unterstützung bei der jeweiligen Maßnahme hat. Wir verwenden dafür im gesamten Pflegeteam ein einheitliches Vokabular. Alle Mitarbeiter werden für die genauen Abgrenzungen der

Begriffe sensibilisiert. Einige Beispiele dafür:

- ▶ „Anleitung“ bedeutet, dass wir den Bewohner dazu auffordern, sich am Morgen anzuziehen. Wir sagen ihm, dass er sich dafür die Unterwäsche, eine Hose und einen Pullover aus dem Kleiderschrank nehmen soll. Wir erklären ihm die Reihenfolge der Kleidungsstücke beim Anziehen. Der Bewohner bekleidet sich danach, ohne dass die Pflegekraft weiter eingreifen oder nachkontrollieren muss.
- ▶ „Beaufsichtigung“ bedeutet, dass die Pflegekraft während des Ankleidens in Sichtweite des Bewohners bleibt und diesen verbal immer wieder anleitet. Dieses etwa, weil er sich den Pullover „auf links“ anziehen will, weil er Kleidungsstücke vergisst oder das Ankleiden abbricht.
- ▶ Eine „Unterstützung“ ist notwendig, wenn der Pflegebedürftige bestimmte Teilaspekte nicht leisten kann. Eine Frau mit Schulterschmerzen kann beispielsweise den BH nicht schließen. Oder ein Bewohner mit Rückenversteifung scheitert am Anziehen der Socken.
- ▶ Eine „vollständige Übernahme“ erfolgt, wenn der Bewohner keinen nennenswerten eigenen Anteil an der Pflegemaßnahme leisten kann, etwa bei erheblicher Verwirrung oder bei körperlicher Entkräftung.

**Hinweis:** Natürlich muss eine Pflegekraft auch in der Lage sein, den Umfang der Unterstützung in die Module für die Pflegegrade zu übersetzen, also „selbstständig“, „überwiegend selbstständig“, „überwiegend unselbstständig“ sowie „unselbstständig“.

- ▶ Die Pflege- und Maßnahmenplanung muss so eindeutig sein, dass eine Pflegekraft einen ihr unbekanntem Bewohner genauso versorgt, wie es die Bezugspflegekraft täte.
- ▶ Außerdem muss die Pflege- und Maßnahmenplanung die Schwankungsbreite der selbstpflegerischen Defizite berücksichtigen. Ein Bewohner mit depressiven Phasen braucht je nach Tagesform mehr oder weniger Hilfe.

### Durchführung

#### Motivierung des Bewohners

- ▶ Bei der Durchführung der Pflegemaßnahme ist es wichtig, jeden Schritt zu erklären und dem Bewohner zu zeigen, welchen Anteil daran er selbst leisten sollte. Der Pflegebedürftige muss den Grund, die Art, die Durchführung, die Wirkung und den Zweck jeder Maßnahme kennen.
- ▶ Vor allem: Die Pflegekraft erläutert dem Bewohner immer wieder den Grund dafür, warum er die Maßnahme selbst durchführen soll und warum diese nicht von uns übernommen wird. ▶

- ▶ Ist der Bewohner erfolgreich, sollte er gelobt werden. Im Gegenzug unterlassen wir es aber, bei Misserfolgen den Pflegebedürftigen zu kritisieren.
- ▶ Wir verdeutlichen dem Bewohner, dass die aktivierende Pflege auch seine Möglichkeiten zur Selbstbestimmung stärkt. Wenn sich der Bewohner z. B. bei der Haarpflege beteiligt, kann er seine Frisur aktiv mitbestimmen.

### Grenzen der aktivierenden Pflege

Die aktivierende Pflege ist für uns kein Selbstzweck. Unter verschiedenen Bedingungen verzichten wir darauf, den Bewohner an der Durchführung von Pflegemaßnahmen zu beteiligen:

- ▶ Der Pflegebedürftige liegt im Sterben. In diesem Fall erleichtern wir ihm das Leiden, indem wir ihm das größtmögliche Maß an Unterstützung gewähren. Hier allerdings kann die aktivierende Pflege einen Inhaltswechsel erfahren. Aktivieren kann nun auch bedeuten, dass wir dem Bewohner helfen, die Letzten Dinge zu regeln und sich mit dem nahenden Lebensende auseinanderzusetzen.
- ▶ Der Bewohner hat große Schmerzen, die sich auch durch eine Analgetikaversorgung nicht auf ein erträgliches Maß reduzieren lassen. Hier ist es häufig weniger belastend für den Bewohner, wenn dieser passiv bleibt.
- ▶ Der Bewohner zeigt uns verbal oder nonverbal, dass er sich nicht an den Pflegemaßnahmen beteiligen will. Auch ein persönliches Gespräch mit der Bezugspflegekraft kann ihn nicht umstimmen.

**Hinweis:** Nicht alle Senioren sind für die aktivierende Pflege erreichbar. Viele alte Menschen haben keine Motivation mehr, um sich aktivieren zu lassen. Dieses muss nicht zwangsläufig auf Depressionen oder auf eine andere psychische Erkrankung hindeuten, sondern ist ggf. Ausdruck einer „Lebensättigung“. In jedem Fall sollten es Pflegekräfte unterlassen, das Bild des „aktiven Unruheständlers“ für allgemeingültig zu erklären und jeder Abweichung davon automatisch einen Krankheitswert beizumessen.

- ▶ Die aktivierende Pflege darf dem Bewohner nicht so viele Kräfte abfordern, dass er im weiteren Verlauf für andere Aktivitäten zu erschöpft ist. Ein Beispiel:
  - ▷ Ein Bewohner leidet unter Arthrose und unter einer einsetzenden Demenz. Er kann sich mit etwas Hilfe anziehen, sofern er 30 Minuten zuvor ein Analgetikum als Bedarfsmedikation erhält. Dieses Arzneimittel jedoch macht ihn müde. Zudem erfordert das Anziehen seine ganzen kognitiven Ressourcen.

In den Folgestunden ist er zu verwirrt, um etwa an Freizeitaktivitäten teilzunehmen. Den Bewohner beim Kleidungswechsel zu „aktivieren“ ist also möglich, dennoch aber hier nicht sinnvoll.

### Nachbereitung

- ▶ Den Zustand des Bewohners sowie die Veränderungen im Hilfebedarf thematisieren wir regelmäßig im Rahmen von Pflegevisiten und Fallbesprechungen. Insbesondere muss die Pflege- und Maßnahmenplanung immer aktuell sein und den derzeitigen Hilfebedarf widerspiegeln.
- ▶ Der Umgang mit der aktivierenden Pflege sollte im Team immer wieder kritisch hinterfragt werden. Wir müssen uns insbesondere stets auch der Diskussion stellen, wo das richtige Mittelmaß zwischen „fördern“ und „fordern“ liegt.

### Dokumente

- ▶ Pflege- und Maßnahmenplanung
- ▶ Pflegeleitbild
- ▶ Werbematerial der Einrichtung

### Verantwortlichkeit | Qualifikation

- ▶ alle Mitarbeiter

#### Wichtiger Hinweis:

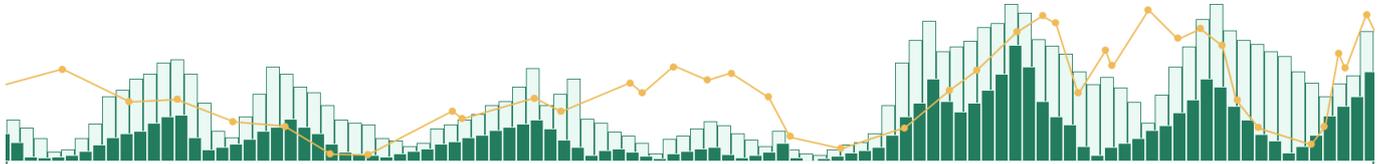
Zweck unseres Vorschlags für Zielvereinbarungen ist es **nicht**, diesen unverändert zu übernehmen. Vielmehr sollen er Ihnen helfen, **Ihr eigenes Vorgehen** zu entwickeln, um dieses zum Beispiel bei den Mitarbeiter-Jahresgesprächen zu integrieren. Dann wird es auch ein Erfolg!

Dieses Dokument ist auch als **Word-Dokument** (docx-Format) verfügbar. ●



**Thomas Sießegger**

Diplom-Kaufmann, Organisationsberater und Sachverständiger für ambulante Pflege- und Betreuungsdienste



## ►►► Pflegedienste nach Art der Zulassung, nach Organisationsform und Trägerschaft

- 68,5% der 15.549 ambulanten Pflegedienste sind in privater Trägerschaft und 30,2% in Trägerschaft der freien Wohlfahrt oder sonstiger gemeinnütziger Träger. Die kommunalen und sonstigen öffentlichen Träger betreiben 1,3% der ambulanten Pflegedienste.
- Erstaunlicherweise sind nur 0,5% der ambulanten Dienste reine Betreuungsdienste, 89,7% reine Pflegedienste und 9,9% in Mischformen mit anderen Angeboten.
- Wie zu erwarten sind die Leistungen der Pflegeversicherung bei 96,5% der ambulanten Dienste kombiniert mit Häuslicher Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach SGB V.
- 95,2% sind eingliedrige Einrichtungen, bestehen also nur als ambulanter Pflegedienst, während 4,8% der ambulanten Pflegedienste mehrgliedrig sind, also z. B. an ein Pflegeheim angebunden sind. ►

Art (Angebot der Einrichtung) und Träger am 15.12.2023		Pflegedienste insgesamt	private Träger	Freie Wohlfahrt + sonstige gemeinnützige Träger	kommunale und sonstige öffentliche Träger
<b>2023</b>					
<b>Pflegedienste insgesamt</b>	= 100%	15.549 = 100%	10.648 = 68,5%	4.697 = 30,2%	204 = 1,3%
<b>Art der Zulassung</b>					
Reine Betreuungsdienste	= 0,5%	70 = 100%	58 = 82,9%	12 = 17,1%	0 = 0,0%
Reine Pflegedienste	= 89,7%	13.947 = 100%	9.653 = 69,2%	4.118 = 29,5%	176 = 1,3%
Mischeinrichtungen	= 9,9%	1.532 = 100%	937 = 61,2%	567 = 37,0%	28 = 1,8%
<b>Organisationsform</b>					
ohne andere Sozialleistungen mit anderen Sozialleistungen (gemischte Einrichtungen)	= 97,0%	267 = 100%	235 = 88,0%	32 = 12,0%	0 = 0,0%
und zwar:		15.078 = 100%	10.413 = 69,1%	4.665 = 30,9%	0 = 0,0%
häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach SGB V	= 96,5%	15.000 = 100%	10.208 = 68,1%	4.597 = 30,6%	195 = 1,3%
Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII	= 45,4%	7.061 = 100%	4.880 = 69,1%	2.117 = 30,0%	64 = 0,9%
<b>sonstige ambulante Hilfeleistungen</b>	= 22,2%	3.446 = 100%	1.841 = 53,4%	1.561 = 45,3%	44 = 1,3%
als eigenständiger Dienst an einer Wohneinrichtung (z.B. Alten(wohn)heim, Betreutes Wohnen)	= 3,5%	547 = 100%	306 = 55,9%	220 = 40,2%	21 = 3,8%
als eigenständiger Dienst an einer sonstigen Einrichtung (z.B. in einem Krankenhaus)	= 1,6%	250 = 100%	72 = 28,8%	157 = 62,8%	21 = 8,4%
<b>Art der Einrichtung</b>					
Eingliedrige Einrichtungen	= 95,2%	14.801 = 100%	10.386 = 70,2%	4.254 = 28,7%	161 = 1,1%
Mehrgliedrige Einrichtungen z.B. an einem Pflegeheim	= 4,8%	748 = 100%	262 = 35,0%	443 = 59,2%	43 = 5,7%

Tabelle 1: Pflegedienste nach Art, Organisationsform und Trägerschaft

- + Stationäre Einrichtungen, also Pflegeheime, sind zu 41,2% in privater Trägerschaft und zu 53,1% in freigemeinnütziger Trägerschaft.
- + Freigemeinnützige Träger haben im Durchschnitt etwas größere Einrichtungen als private Träger, nämlich 60,4 Bewohner pro Heim, während es bei den Privaten nur 56 Bewohner sind. Deutlich größer sind öffentliche Träger mit ihren Pflegeheimen mit 75,1 Pflegebedürftigen pro Pflegeheim.
- + Diese Erkenntnisse zeigen sich auch bei den „Plätzen pro Heim“. In einer gesonderten

Auswertung lässt sich erkennen, dass freigemeinnützige Träger mehr „Personal pro Platz“ zur Verfügung stellen, nämlich 0,9 Personen, während es bei den Privaten 0,73 Personen sind, und bei öffentlichen Trägern 0,87.

- + Die Auslastung ist bei freigemeinnützigen Trägern und öffentlichen Trägern größer als bei privaten Trägern.

Zum Schluss stellen wir noch einmal die Trägerschaft im Vergleich dar zwischen ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen.

Gegenstand der Nachweisung		Insgesamt	... davon nach dem Träger der Einrichtung		
			private Träger	freigemeinnützige Träger	öffentliche Träger
<b>Insgesamt</b>	Anzahl	16 505 ↓ 100%	6 996 ↓ 100%	8 792 ↓ 100%	717 ↓ 100%
darunter Pflegeheime mit vollstationärer Dauerpflege	Anzahl	11 250 ↓ 68,2%	4 570 ↓ 65,3%	6 085 ↓ 69,2%	595 ↓ 83,0%
<b>Pflegebedürftige</b>	Anzahl	976 634	391 527	531 261	53 846
Pflegebedürftige je Pflegeheim	Anzahl	59,2	56,0	60,4	75,1
Pflegebedürftige je Pflegeheim mit nur Dauerpflege	Anzahl	69,7	67,9	70,0	80,1
<b>Plätze</b>	Anzahl	988 951 ← 100%	407 803 ← 41,2%	524 931 ← 53,1%	56 217 ← 5,7%
= Plätze pro Heim	Relation	= 59,92 Plätze	= 58,29 Plätze	= 59,71 Plätze	= 78,41 Plätze
<b>Personal</b>	Anzahl	817 711 ← 100%	296 776 ← 36,3%	472 085 ← 57,7%	48 850 ← 6,0%
= Relation Personal pro Platz	Relation	= 0,83	= 0,73	= 0,90	= 0,87
<b>Auslastung der verfügbaren Plätze (in Prozent)</b>					
Vollstationäre Pflege	%	90,6 %	87,9 %	92,4 %	92,0 %
Vollstationäre Dauerpflege	%	88,7 %	85,6 %	90,9 %	90,7 %

© 2025 Sießegger, nach Daten des Statistischen Bundesamtes - mit zusätzlichen Auswertungen

Tabelle 2: Pflegeheime nach Trägergruppen

Anzahl Pflegedienste und Pflegeheime nach Trägerschaft	Gesamt		private Träger		Wohlfahrt / gemeinnützig		öffentliche Träger	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Ambulante Pflegedienste	15.549	100%	10.648	68,5%	4.697	30,2%	204	1,3%
Pflegeheime	16.505	100%	6.996	42,4%	8.792	53,3%	717	4,3%

Tabelle 3: Pflegedienste nach Art, Organisationsform und Trägerschaft

● Thomas Sießegger

## Unternehmensperspektiven für ambulante Pflege- und Betreuungsdienste und Tagespflegen



BERATUNG



BEWERTUNG



BEGLEITUNG

## +++ Zugänge und Abgänge | Fluktuation

### Woher kommen die Kunden? | Wo gehen sie hin?

Die Kennzahl zur Fluktuation bei der Anzahl der Kunden haben wir in Ausgabe 29 von PDL Management schon einmal besprochen. Die Formel lautete - hier zwei Beispiele:

Aber sie lassen sich auch tiefergehend quantifizieren mit der Erhebung von Informationen zu zwei Fragestellungen:

### Woher kommen die Kunden? | Wo gehen sie hin?

#### 9 Neuzugänge auf 100 Kunden

$$\text{Fluktuationsrate („positiv“)} = \frac{\text{Zugänge}}{\text{Anfangsbestand}} = \frac{9}{100} = 9,0\%$$

Die Kennzahl wird verwendet, wenn es darum geht zu ermitteln, **wie viel Aufwand** wir z. B. für **Erstgespräche** aufwenden müssen. Neukunden machen meist relativ wenig Umsatz.

#### 7 Abgänge auf 100 Kunden

$$\text{Fluktuationsrate („negativ“)} = \frac{\text{Abgänge}}{\text{Anfangsbestand}} = \frac{7}{100} = 7,0\%$$

Die gängigste Definition von Fluktuation beantwortet die Frage: „**Wie viel Prozent der Kunden verlassen uns?**“ Meist sind es leider umsatzstarke Kunden.



#### Literaturhinweis

**PDL Management 29** | August 2024  
Kennzahl des Monats, S. 33-34  
Downloadbar unter...  
<https://pdl-management.de> | im **Archiv**  
dann **nach unten scrollen**

Hier der Direkt-Link ●

Diese Auswertungen gehören eher in den qualitativen Bereich und können gut und gerne bei der Strategieentwicklung oder bei grundsätzlichen Fragestellungen unterstützen, um z. B. die richtigen Weichen zu stellen. Manche Software-Programme unterstützen diese Auswertungen.

Wenn Ihre das nicht kann, legen Sie einfach eine EXCEL-Datei an.

#### Auswertung für das Jahr 2024

Woher kommen die Kunden?	Anzahl	Prozent %
Empfehlung von Ärzten	12	18,2%
Nachbarn   auf Empfehlung	11	16,7%
Internet-Seite	7	10,6%
social media   tik-tok   facebook   instagram	14	21,2%
.....		---
sonstige	7	10,6%
Keine Angabe/ ????	15	22,7%
Gesamt	66	100,0%

Wo gehen die Kunden hin?	Anzahl	Prozent %
verstorben	32	51,6%
ins Heim	17	27,4%
Umzug in eine andere Stadt	1	1,6%
Wechsel zu anderem Pflegedienst	4	6,5%
.....		---
sonstige	6	9,7%
Keine Angabe/ ????	2	3,2%
Gesamt	62	100,0%

● Thomas Sießegger



**Authentische Bilder,**  
die Ihr Unternehmen  
von anderen abheben.

Von **dem** Experten  
im gesamten Bereich  
Pflege und Demenz.

**Michael Hagedorn**

Bildkonzepte

Fotokampagnen

Videoproduktionen

Fotoausstellungen

Onlinekongresse

**0177.5523366**

**info@michaelhagedorn.de**





[www.katholischeakademie-regensburg.de](http://www.katholischeakademie-regensburg.de)



## Impressum

**PDL MANAGEMENT** erscheint monatlich als kostenfreie Publikation von Thomas Sießegger [Herausgeber]

Ein Abonnement ist vorerst nicht möglich.

### Das Kleingedruckte

Der Nachdruck, auch auszugsweise ist nur mit Genehmigung des Herausgebers oder der Autoren gestattet. PDL MANAGEMENT und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Die Autorinnen und Autoren, die Illustratorin Florentine Sießegger und auch der Herausgeber setzen aus Prinzip keine Künstliche Intelligenz (KI) für Texte und Bilder ein. Sollte dies ausnahmsweise der Fall sein, werden wir dies kennzeichnen.

Die Rechte verbleiben zu 100% bei den Autoren. Beiträge, die mit vollem Namen oder auch mit Kurzzeichen des Autors gezeichnet sind, stellen die Meinung des Autors dar und nicht unbedingt die der Redaktion. Unaufgefordert eingereichte Manuskripte werden nicht angenommen. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen und Handelsnamen in dieser Publikation berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt es sich häufig um geschützte, eingetragene Warenzeichen.

### Redaktion

Thomas Sießegger (v.i.S.d.P.)

Ottenser Hauptstraße 14  
22765 Hamburg

Telefon: +49 40 - 399059 02

Fax: +49 40 - 399059 16

E-Mail: [pdl-management@siessegger.de](mailto:pdl-management@siessegger.de)  
oder [redaktion@pdl-management.de](mailto:redaktion@pdl-management.de)

Graphiken und Layout:

Mark Zaschka

Illustrationen und Titelbild: Florentine Sießegger

### Bilder von Unsplash

Fischaugenobjektiv

Foto von Getty Images auf Unsplash+

### Druck

Das machen Sie bitte gegebenenfalls selbst. Aus Umweltschutzgründen bitte nicht wirklich ausdrucken, sondern einfach als PDF abspeichern.

© Thomas Sießegger [Hamburg + Langenargen (L.A.) am Bodensee]