

Personalbemessung & Entbürokratisierung

Personalbemessung trifft Strukturmodell: Wie Einrichtungen Kompetenzorientierung eigenständig umsetzen können – ohne Funktionspflege „im Akkord“ und ohne Rückfall in Einzelnachweise.

Text: Martin Dücke

Als das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation eingeführt wurde, war das Versprechen klar: weniger Nachweisroutinen, mehr Zeit für Person-zentrierte Pflege. Mehr als zehn Jahre später wurde das Strukturmodell nun evaluiert – mit dem Ergebnis, dass der ursprüngliche Ansatz in seinen Grundprinzipien bestätigt wurde: Person-Zentrierung, fachlich begründete Planung und konsequente Evaluation statt routinemäßiger Dokumentations- und Nachweislogik. Fast zeitgleich ist nun das Bundesmodellprojekt zur stationären Personalbemessung (§ 8 Abs. 3b SGB XI) abgeschlossen worden. Mit ihm werden Konzepte einer kompetenz- und qualifikationsorientierten Arbeitsorganisation (KubA) sowie ein überarbeiteter Interventionskatalog der Praxis vorgestellt – hinzu kommt die Ankündigung einer flächendeckenden Implementierungsstrategie, flankiert durch Coach-Ausbildungen. Zu erwarten sind entsprechend abgestimmte Softwareangebote.

Zwei Reformlinien – ein Praxisfeld

Das Strukturmodell setzt auf eine person-zentrierte Informationssammlung, einen schlanken Maßnahmenplan, aussagekräftige Informationen aus dem Berichteblatt und eine anlassbezogene Evaluation im kleinen und großen Kreislauf. Entscheidend ist: Nicht ein starres Schema steht im Mittelpunkt, sondern die fachliche Begründung, Planung und Überprüfung der Pflege im Einzelfall. Das entspricht auch dem Pflegeberufegesetz: Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachperson sind nicht „Einzeltätigkeiten“, sondern die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und

Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Evaluation und Qualitätssicherung.

Die Personalbemessung nach § 113c SGB XI verfolgt ein anderes Ziel: Sie schafft bundeseinheitliche Anhaltswerte und ermöglicht – je nach Pflegegradmix – mehr Personal zu vereinbaren. Das ist ein wichtiger Schritt. Problematisch wird es dort, wo aus einem Interventionskatalog ein Steuerungsinstrument für die tägliche Aufgabenverteilung werden soll. Genau hier setzt KubA an: Der 4-Phasige Pflegeprozess wird um einen sogenannten „fünften Schritt“ ergänzt – Personaleinsatzplanung zwischen Interventionsplanung und Durchführung. Das klingt zunächst aus Sicht von KubA naheliegend. In der Praxis entscheidet jedoch, ob daraus mehr Klarheit oder mehr Bürokratie durch zusätzliche Informationspflichten entsteht.

Worin die eigentliche Gefahr liegt: Re-Bürokratisierung „durch die Hintertür“

Bereits in der im Jahr 2024 erschienenen Veröffentlichung des GKV-Spitzenverbandes zum Thema (Erste Hinweise zur Umsetzung Qualifikations- und kompetenzorientierter Arbeitsorganisation in der vollstationären Langzeitpflege) wird eingeräumt, dass eine reine Kompetenzorientierung Pflege zergliedern kann: viele Beteiligte, Brüche in Kontinuität, Bezugspflege wird erschwert.

Gleichzeitig wird im selben Dokument an anderer Stelle verlangt, für die IST-Analyse festzustellen, wer welche Intervention in welchem Qualifikationsniveau erbringt – notfalls mit spezieller Software oder Beobachtungen. Das ist der Punkt, der im Konflikt mit den Prinzipien des Strukturmodells steht: Wenn „Überblick“ nur noch über kleinteilige Planung und darauf aufbauende Leistungs- und Qualifika-

tionsnachweise herstellbar ist, ist der nächste Schritt oft die Rückkehr zum Abzeichnen. Nicht, weil es fachlich sinnvoll wäre, sondern weil Software-Systeme und darin hinterlegte Prüflisten danach verlangen.

Für das Management ist das eine zentrale Governance-Frage: Wer definiert künftig Standards – die Einrichtung über fachliche Konzepte und Delegation, oder Software- und Trainingsanbieter über Logik des Interventionskataloges? Dass Implementationsangebote bereits als Qualifizierungen zum KubA-Coach am Markt platziert werden, verstärkt den Sog zur Standardisierung.

Missverständnis mit Sprengkraft: „Fachkräfte machen dann nur noch Doku“

In vielen Teams kursiert bei Mitarbeitenden die Hoffnung, Kompetenzorientierung bedeute: Pflegefachpersonen übernehmen künftig vor allem Dokumentation und Behandlungspflege, körpernahe und zeitintensive Maßnahmen würden überwiegend „nach unten“ verlagert.

Das Bundesmodellprojekt zeichnet jedoch ein anderes Bild: Pflegefachpersonen bleiben gerade in hochkomplexen Pflegesituationen zentral in der direkten Versorgung – etwa bei instabiler gesundheitlicher Lage, bei verstärkt immobilen oder stark kognitiv eingeschränkten Bewohnerinnen und Bewohnern. Kompetenzorientierung im Sinne des Modellprojektes bedeutet daher nicht Entlastung durch Rückzug, sondern Hinwendung zu hochkomplexen Pflegesituationen mit direkter Übernahme von pflegerischen Interventionen. Wird der oben skizzierte Irrtum zur Erkenntnis und werden gleichzeitig un-

passende, unreflektierte und nicht zielführende Maßnahmen zur Organisationsentwicklung durch das Management umgesetzt (Re-Bürokratisierung; Auflösung bestehender und tragfähiger Strukturen, etc.) entsteht eine explosive Mischung in den Pflgeteams, die das Potenzial hat, eine Einrichtung nachhaltig und mitunter existenzbedrohend zu schädigen.

Kompetenzorientierung darf nicht zur Re-Bürokratisierung durch kleinteilige Qualifikations- und Nachweislogik führen.

Kompetenzorientierung ja – aber als Führungskonzept, nicht als Katalogpflege

Die entscheidende Frage lautet: Wie wird Kompetenz in der Einrichtung definiert?

- Formalqualifikation ist wichtig – aber nicht identisch mit situativer Handlungskompetenz.
 - Kompetenz entsteht auch durch Anleitung, Erfahrung, Teamstandard und kontinuierliche Evaluation.
 - Person-zentrierte Pflege lebt von Kontinuität, Beziehung und situativer Entscheidung.
- Ein Beispiel macht die Schiefelage rein formaler Zuordnungen deutlich: Bei einer starren Auslegung der Logik des Interventionskataloges des Modellprojektes darf eine Pflegefachassistentkraft (QN 3) „Wiegen“ durchführen, eine erfahrene

Miele

Zeit für

MEHR



Bis zu
1.500 €
sparen

Größere Kapazität zum kleineren Preis.
Jetzt upgraden und mehr Wäsche waschen.

Erhalten Sie mehr, als Sie erwarten: Geräte mit größerem Fassungsvermögen – und das zu einem reduzierten Preis.

- ✔ Mehr Kilogramm für Ihre Wäsche
- ✔ Weniger Investition für Ihr Budget
- ✔ Mehr Qualität, die sich auszahlt

Profitieren Sie jetzt von mehr Kapazität zu einem günstigeren Preis. Beim Kauf einer Waschmaschine oder eines Trockners mit mehr Kilogramm Fassungsvermögen unterstützen wir Ihre Investition mit bis zu 1.500 €.

Miele Professional. Immer Besser.

Mehr Infos
www.miele-professional.de/mehrkg



➤ Hilfskraft (QN 2) dagegen nicht – selbst wenn sie seit Jahren angeleitet wird, die Bewohnerin gut kennt, Auffälligkeiten früh erkennt und die Bezugspflege stärkt. Hier sollte nicht der Interventionskatalog entscheiden, sondern die fachliche Steuerung: Kann die Person die Maßnahme sicher durchführen? Ist sie angeleitet? Wie komplex ist die Gesamtsituation? Wie wird beobachtet, dokumentiert und evaluiert? Genau das ist Delegation im Sinne professioneller Verantwortung.

ENTSCHEIDER-CHECK: KUBA-ELEMENTE PRÜFEN, OHNE DIE ORGANISATIONSHOHEIT ABZUGEBEN

Frage	Wenn „Ja“	Wenn „Nein“
1. Haben wir ein stabiles Bezugspflege-/Bezugspersonensystem?	Kuba-Elemente kritisch prüfen (Nutzen/Risiko) ggfs. selektiv integrieren	Erst Kontinuität sicherstellen, dann ggfs. Prozesse ändern.
2. Haben wir ein gelebtes Delegations- und Anleitungsmodell?	Delegationsschema als Kern beibehalten	Delegationsschema entwickeln, bevor Software die Vorgaben macht.
3. Droht ein Rückfall in Abzeichnen/Einzelnachweise?	Stopp: Dokumentationsprinzipien klären	Strukturmodell-Logik konsequent weiter anwenden.
4. Nutzen wir Software zur Unterstützung fachlicher Entscheidungen oder zur Steuerung?	Support, nicht Vorgabe	Anforderungen an die Software definieren. Verständigung mit dem Hersteller.

RE-BÜROKRATISIERUNGS-CHECK

- Werden Maßnahmen künftig qualifikationsbezogen „abgehakt“?
- Wird verlangt, pro Bewohnerin/Bewohner nachzuweisen, wer welche Intervention erbracht hat?
- Werden Dokumentationsregeln gegen einrichtungsinterne Zielsetzungen durch Softwarevorgaben bestimmt?
- Wenn Sie eine dieser Fragen mit Ja beantworten: Prüfen und Gegensteuern – sonst droht der Rückfall in die alte Dokumentationslogik.

DELEGATIONSSCHEMA: KOMPAKT ALS STANDARD ZUR STEUERUNG DES PERSONALEINSATZES

- Erhebung: Der Ausgangspunkt sind Bedarfe/Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person (SIS®)
- Planung: Maßnahmenplan – was ist notwendig, was ist individuell erforderlich?
- Umsetzung: Individuelle Zuordnung: Wer macht was – unter Aspekten von Stabilität, Risiko, Erfahrung, Anleitung, Beziehung
- Sicherstellung: Anleitung/Einweisung, klare Grenzen, Rückmeldewege
- Dokumentation: Keine Einzelleistungsnachweise, aber Ereignisdokumentation über das Berichtesblatt
- Evaluation: Anwendung des kleinen oder großen Evaluationskreislaufes durch die Pflegefachperson
- Lernen: Anpassung des Delegationsschemas, Fortbildung, Teamreflexion inkl. kurzer Trainings-/Reflexionsroutinen

Vorsicht vor „Kompetenzteams“ ohne Wohnbereich

Aktuell werden in der Beratungspraxis vereinzelt Konzepte propagiert, Wohnbereiche aufzulösen und Mitarbeitende als „Kompetenzteams“ hausweit nach Qualifikationsniveaus und unter starrer Bezugnahme auf den Interventionskatalog des Modellprojektes einzusetzen. Folge: Leistungen werden im Akkord abgearbeitet. Häufig wird das als „stationäre Tourenplanung“ etikettiert – dabei ist eine stationäre Einrichtung kein ambulanter Dienst: Es gibt kein häusliches Umfeld und keine Angehörigen, die fehlende Beziehungskontinuität kompensieren könnten; Kontinuität muss deshalb institutionell über Bezugspflege und stabile Teams hergestellt werden. Für das Konzept einer stationären Tourenplanung über Kompetenzteams mit starren Aufgabenzuordnungen gibt es weder eine belastbare pflegewissenschaftliche Evidenz noch passt es zum Pflegeverständnis seit PSG II. Die Risiken sind absehbar: Verlust von Beziehungskontinuität, mehr Fehlerquellen, mehr Reibungsverluste, weniger Verantwortungsgefühl im Team – und am Ende Frust bei Bewohnenden, Angehörigen und Mitarbeitenden. Kompetenzorientierung darf deshalb nicht als Rückkehr zur Funktionspflege missverstanden werden, sondern muss Bezugspflege und Teamverantwortung stärken.

Was erklärt Verbesserungen wirklich?

Ein zweiter blinder Fleck in der aktuellen Debatte ist die Kausalität: Positive Rückmeldungen aus den beteiligten Einrichtungen des Bundesmodellprojektes können schlicht daraus resultieren, dass dort – zumindest zeitweise – mehr Personal und mehr Ruhe in den Alltag kam. Mehr Zeit reduziert Stress, verbessert Kommunikation und erhöht Zufriedenheit. Für das Management ist deshalb wichtig, Effekte sauber zu trennen: Welche Verbesserungen entstehen durch Personalaufwuchs, welche durch veränderte Organisation – und welche Nebenwirkungen (z. B. Dokumentationsaufwand) werden mit eingekauft?

Handlungsempfehlung: Was das Management jetzt konkret tun sollte

Für das Management ergibt sich ein pragmatischer Weg: Kompetenzorientierung als einrichtungsindividuelles Organisationskonzept – nicht als starres Raster.

➤ Standortbestimmung: § 113c SGB XI ist Bemessung, nicht Tätigkeitskatalog. Vorbehaltspflichten sind Prozessverantwortung,

eine individuelle, darauf aufbauende, Personaleinsatzplanung ist entscheidend.

- › Prinzipien des Strukturmodells: Maßnahmenplan und Evaluation sind entscheidend, auch für Prüfergebnisse – nicht das Bestätigen von Maßnahmen durch Abzeichnen.
- › Software passend konfigurieren: Anforderungen an Systeme aus dem Pflegeverständnis ableiten, nicht aus Katalogen. Keine automatische Tätigkeitszuordnung ohne fachliche Entscheidung und Freigabe.
- › Delegationskonzept festlegen: kurz, praxistauglich, teamgetragen. „So entscheiden wir“. Und: in Fallbesprechungen/Übungen verankern (Stabilität/Komplexität, Anleitung, Rückmeldewege, Evaluation).
- › Erproben statt flächig umstellen: in einem Wohnbereich starten, evaluieren, nachschärfen.
- › Kommunikation sicherstellen: Beteiligung der Mitarbeitenden und Erwartungsmanagement im Team. Dabei Fokus auf gezielte Personalentwicklung zur sicheren Anwendung der Vorbehaltsaufgaben (Pflegeprozess steuern, delegieren, evaluieren) – damit Kompetenzorientierung nicht zur Nachweislogik wird.

Fazit: Kompetenzorientierung braucht Vertrauen – und Führung

Die Personalbemessung eröffnet Spielräume. Ob diese Spielräume zu einem Qualitätsgewinn in der Pflege führen, hängt weniger von einer größtmöglichen Annäherung an einen einheitlichen Interventionskatalog ab als von der Fähigkeit der Einrichtung, Pflegeprozesse – mit dem Personal zusammen – Person-zentriert

unter Anwendung der Vorbehaltsaufgaben zu steuern. Das Strukturmodell zeigt, wie Entbürokratisierung und Professionelles Handeln zusammengehen: Zielgerichtete (Personal)-Planung, schlanke Dokumentation, konsequente Evaluation. Eine Kompetenzorientierung, die dieses Fundament respektiert, kann entlasten und Qualität stärken.

Eine Kompetenzorientierung, die über starre Interventionsplanung und darauf aufbauende Softwarelogiken in Einzelnachweise zurückfällt, läuft Gefahr das Gegenteil zu erreichen: Unzufriedenheit, Fluktuation und Risikopotenzial für die Organisation.

In der Praxis zeigt sich zudem: Viele Pflegefachpersonen sind bei den Vorbehaltsaufgaben und der Steuerung des Pflegeprozesses unsicher – nicht aus mangelndem Willen,

Der beste Weg ist ein eigenes, delegationsbasiertes Konzept, das kontinuierlich evaluiert wird und sich an den Bedarfen und Bedürfnissen der Menschen vor Ort orientiert.

sondern weil Zeitdruck, Personalmangel und Routinehandeln professionelle Prozessarbeit lange überlagert haben. Der richtige Schritt ist daher nicht mehr Dokumentation, sondern gezielte Personalentwicklung hin zu einer souveränen Pflegeprozesssteuerung. Genau hier ist das Strukturmodell ein Schlüssel: Es ist kein „notwendiges Übel“, sondern ein praxistauglicher Rahmen zur Anwendung der Vorbehaltsaufgaben. So schließt sich der Kreis zwischen Personalbemessung und Entbürokratisierung – zugunsten einer Person-zentrierten Pflege statt neuer Nachweislogiken.

Für Entscheiderinnen und Entscheider heißt das: Nutzen Sie die Anregungen des Bundesmodellprojektes als Orientierung – aber behalten Sie die Organisationshoheit. Der beste Weg ist ein eigenes, delegationsbasiertes Konzept, das kontinuierlich evaluiert wird und sich an den Bedarfen und Bedürfnissen der Menschen vor Ort orientiert. ■

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE



- › Der § 113c SGB XI regelt die Personalbemessung – nicht die konkrete Aufgabenverteilung.
- › Die Modellprojekt-Ergebnisse (KubA/Interventionskatalog) sind fachliche Angebote, es besteht keine Pflicht zur Umsetzung.
- › Gefahr: Re-Bürokratisierung durch kleinteilige Qualifikationszuordnung, Software-Logiken und Abzeichendruck.
- › Empfehlung: Einrichtungsspezifische Kompetenzorientierung über ein delegationsbasiertes, regelmäßig evaluiertes Konzept – konsequent Person-zentriert.



Foto: VDAB

Martin Ducke,
Qualitäts- und Organisationsberater,
VDAB-BSB

Kontakt: m.ducke@
vdab-bsb.de