

Personaleinsatz **neu** gedacht

Was BEEP, § 113c SGB XI und das Modellprogramm für die vollstationäre Pflege bedeuten: Aufgaben können bei veränderter Personalzusammensetzung sinnvoll neu verteilt werden, so dass zusätzliche Personalressourcen bei den Bewohner:innen tatsächlich ankommen.

Text: Jennifer Bäcker



Foto: Florian Arp

Eine Mehrpersonalisierung allein ist notwendig, aber nicht ausreichend, um die pflegerische Versorgung in der vollstationären Pflege bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. Vielmehr braucht es beides: mehr Personal und eine Arbeitsorganisation, die Aufgaben konsequent nach Qualifikation und Kompetenz verteilt. Das hat das Modellprogramm zur Personalbemessung (PeBeM) empirisch belegt. Gleichzeitig schafft das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) den rechtlichen Rahmen, um aus dieser Erkenntnis Konsequenzen zu ziehen. Zusammen mit der PeBeM nach § 113c SGB XI ergibt sich für vollstationäre Einrichtungen erstmals ein zusammenhängendes

Bild: § 113c SGB XI eröffnet die Möglichkeit für zusätzliches Personal, BEEP definiert die organisatorischen Anforderungen, und das Modellprogramm zeigt, wie sich aus beidem eine fachliche Versorgungsqualität entwickeln lässt.

Das Gesetz im Überblick

BEEP setzt an mehreren Stellen an, die für vollstationäre Einrichtungen unmittelbar handlungsrelevant sind. Im Zentrum steht die gesetzliche Verankerung der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG: die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege. Diese Aufgaben dürfen nur von Pflegefachpersonen

ausgeübt werden. Die Durchführung der Pflege ist ausdrücklich keine Vorbehaltsaufgabe und kann an qualifizierte Assistenz- und Hilfskräfte delegiert werden. Diese richtige Umsetzung hat häufig unmittelbare Konsequenzen für die Arbeitsorganisation. Pflegefachpersonen brauchen ausreichend Zeitkorridore im Alltag, um ihre Steuerungsfunktion ausüben zu können. In der Realität vieler Einrichtungen ist das nicht gegeben: Weil die Arbeitsorganisation bislang kaum an Qualifikationen ausgerichtet war, sind Pflegefachpersonen so stark in die direkte Versorgung eingebunden, dass für ihre eigentlichen Vorbehaltsaufgaben kaum Raum bleibt. Eng damit verbunden ist die Anforderung an einrichtungsspezifische Delegationskonzepte. Diese müssen schriftlich regeln, welche Aufgaben unter welchen Voraussetzungen an Assistenz- und Hilfskräfte übertragen werden können. Die Pflegeprozessverantwortung verbleibt dabei ausdrücklich bei der Pflegefachperson. Delegation bedeutet hier die Übertragung von Aufgaben, nicht aber der Verantwortung. Mitarbeitende und betriebliche Interessenvertretungen sind in die Entwicklung des Delegationskonzeptes einzubeziehen. Zudem sollten alle Mitarbeitende informiert und bei Bedarf geschult werden. Das ist zunächst Aufwand, eröffnet aber die Chance, die in vielen Einrichtungen bis heute unklare Aufgabenverteilung zwischen Fach- und Assistenzkräften transparent und rechtssicher zu ordnen.

Die Versorgungsqualität, die Effizienz des Personaleinsatzes und die Mitarbeitendenzufriedenheit sind verbessert worden.

Ergänzend sieht BEEP vor, dass die Pflegedokumentation so ausgestaltet wird, dass sie in der Regel vollständig elektronisch erfüllt werden kann. Zeitersparnisse dürfen nicht zur Absenkung der Vergütung führen, sondern sollen der direkten Pflege zugutekommen. Der Prüfrhythmus nach § 114c SGB XI kann bei nachgewiesener hoher Qualität gestreckt werden. Maßnahmen zur Personal- und Organisationsentwicklung sowie zur Entwicklung von Delegationskonzepten können über § 8 Abs. 7 SGB

FÜNF TIPPS FÜR DIE PRAXIS

- Arbeitsorganisation konsequent nach Qualifikation ausrichten.
- Verbindliche Delegationskonzepte entwickeln und implementieren.
- Zeitkorridore für Pflegefachpersonen sichern.
- Kompetenzorientierte Teamstrukturen etablieren, wie etwa Bezugspflege Tandems.
- Umsetzung strategisch begleiten und strukturell absichern.

XI von bis zu 7.500 Euro für pro Einrichtung gefördert werden. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Geschäftsstelle nach § 113d SGB XI soll Einrichtungen bei Führungs- und Delegationskonzepten unterstützen, Schulungsmaßnahmen entwickeln und Multiplikatoren ausbilden.

Das Gesetz weist damit eine klare Richtung, lässt aber offen, wie der Weg dorthin konkret aussieht. An dieser Stelle setzt das Modellprogramm an. Das von der Universität Bremen und der Hochschule Bremen im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes durchgeführte Modellprogramm gemäß § 8 Abs. 3b SGB XI ist die bislang umfassendste empirische Untersuchung eines qualifikations- und kompetenzorientierten Personaleinsatzes in der deutschen Langzeitpflege. Im Zentrum stand die Frage, wie Aufgaben bei veränderter Personalzusammensetzung sinnvoll neu verteilt werden können, damit zusätzliche Personalressourcen tatsächlich bei den Bewohner:innen ankommen.

Erprobt wurde unter dem Begriff KubA, Kompetenz- und bewohnendenorientierte Arbeitsorganisation, ein Ansatz, der zwei Bausteine miteinander verbindet. Das Qualifikationsmixmodell ordnet pflegerische Interventionen systematisch nach Komplexität und Risiko den Qualifikationsniveaus QN 1 bis QN 6 zu. Komplexe, risikobehaftete oder instabile Pflegesituationen verbleiben bei der Pflegefachperson, standardisierbare Tätigkeiten werden mit klaren Vorgaben an Assistenz- und Hilfskräfte übertragen. Damit die Pflege durch diese Aufgabenteilung nicht zersplittert, bilden Fach- und Assistenzkräfte Bezugspflege Tandems und tragen gemeinsam Verantwortung für definierte Bewohner:innengruppen. Im Projektverlauf wurden auch Pflegehilfskräfte mit Basisqualifikation in einfachen Pflegesituationen in die Tandems integriert, weil sie einen er-





heblichen Teil der täglichen Versorgung leisten und über wertvolles Alltagswissen verfügen.

In allen untersuchten Bereichen konnten Verbesserungen nachgewiesen werden: bei der Versorgungsqualität, der Effizienz des Personaleinsatzes und der Mitarbeitendenzufriedenheit. Bewohner:innen berichteten ein größeres Sicherheitsgefühl.

Die Mehrpersonalisierung führte dazu, dass 12 Prozent mehr Zeit tatsächlich für Pflegeinterventionen eingesetzt wurde. Die Ausfallrate notwendiger Interventionen sank signifikant, etwa bei Positionierung oder Bewegungsförderung. Der Anteil unterqualifiziert erbrachter Leistungen halbierte sich nahezu von rund 28 auf rund 14 Prozent. Bei den Mitarbeitenden zeigten sich weniger Zeitdruck, klarere Abläufe und seltenere Konflikte. Kernerkenntnis: Nicht allein mehr Personal, sondern vor allem der richtige Personalmix und eine qualifikationsspezifische Aufgabenerledigung sind entscheidend.

Drei Hürden, die Einrichtungen kennen sollten

Die Erprobung lieferte nicht nur belastbare Ergebnisse, sondern auch wertvolle Hinweise auf typische Stolpersteine in der Umsetzung. Die erste betrifft die Software: Keiner der beteiligten Anbieter konnte die qualifikationsorientierte Planung ausreichend unterstützen, so dass Tourenplanung und Aufgabenzuordnung vielfach manuell erfolgen mussten.

Die zweite Hürde ist die Einschätzung der Pflegekomplexität. Im Modellprojekt wurde diese ursprünglich über ein eigenes Bewertungsverfahren erhoben, bei dem das Pflegepersonal die Komplexität jeder Pflegesituation einzeln einstufen sollte. Diese Einschätzung tendierte jedoch zur systematischen Überschätzung und war zudem aufwendig in der Anwendung. Als einfachere Alternative wurde geprüft, ob auch die ohnehin vorliegenden Pflegegrade als Orientierung dienen können. Das Ergebnis: Bei 74 Prozent der Pflegebedürftigen führten beide Methoden zur gleichen Einstufung. Die Pflegegrade sind damit eine valide und deutlich praktikablere Grundlage, ein Ansatz, den BEEP ausdrücklich aufgreift.

Die dritte Hürde ist der Change-Prozess selbst. Veränderte Rollen erzeugten Widerstände in beide Richtungen: Pflegefachkräfte, die wieder stärker in komplexen Pflegesituationen gefordert wurden, empfanden das anfangs als Mehrbelastung; Hilfskräfte erlebten den neuen Rollenzuschnitt teils als Entwertung ihrer bisherigen Arbeit.

Aus der Beratungspraxis: Drei Phasen für die Umsetzung

Wie können Einrichtungen diese Erkenntnisse jetzt für sich nutzen? Der Weg lässt sich in drei Phasen gliedern, die aufeinander aufbauen.

Den Anfang bildet eine Analyse der Ausgangssituation. Wie setzt sich die Bewohner:innenstruktur zusammen, welche Pflegegrade und damit welche Komplexitätsgrade liegen vor? Welche Qualifikationsniveaus sind im Team vorhanden, und welche Kompetenzen werden tatsächlich genutzt? Wie sind Touren, Personaleinsätze und Verantwortlichkeiten geregelt? Die Analyse zeigt, wo die eigentlichen Handlungsfelder liegen.

Auf die Analyse folgt die Neuausrichtung von Arbeitsabläufen und Aufbaustruktur. Delegationskonzepte werden gemeinsam mit den Teams entwickelt und beschreiben verbindlich, welche Aufgaben unter welchen Voraussetzungen übertragen werden. Parallel dazu wird das Bezugspflegesystem neu strukturiert: Wer bildet ein Tandem, wer trägt die Pflegeprozessverantwortung für welche Bewohner:innen? Die Tourenpläne werden angepasst, Kommunikationsstrukturen geklärt, und es werden verbindliche Zeitkorridore für die Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachkräfte verankert.

In der dritten Phase geht es um die konkrete Umsetzung im Alltag und ihre Verstetigung. Wichtig ist, dass die Umsetzung gut geplant, strukturiert und kontinuierlich begleitet wird. Entscheidend für die Verstetigung ist, dass Ausfallszenarien von Anfang an mitgedacht werden, dass digitale Systeme früh auf die neuen Anforderungen ausgerichtet werden und dass eine prozessverantwortliche Person den Wandel aktiv begleitet. ■

12

Prozent mehr Zeit konnten aufgrund der Mehrpersonalisierung für Pflegeinterventionen eingesetzt werden.



Foto: Rosenbaum Nagy

Jennifer Bäcker, Seniorberaterin, Rosenbaum Nagy Unternehmensberatung GmbH, Köln

Kontakt: baecker@rosenbaum-nagy.de



DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Was gesetzlich gefordert ist, ist klar definiert. Die Spielräume für eine zukunftsfähige Arbeitsorganisation sind eröffnet, die praktischen Erfahrungen liegen vor. Damit aus diesen Möglichkeiten tatsächliche Verbesserungen im Alltag werden, braucht es den entschlossenen Schritt in die Umsetzung, strukturiert, begleitet und mit klarem Blick auf den langfristigen Nutzen. Die Evidenz ist vorhanden, der Weg ist beschrieben, die Förderung ist abrufbar. Es lohnt sich, jetzt zu beginnen.