

Positionspapier: Personalbemessung in der Langzeitpflege bundesweit umsetzen – Einordnung der „PeBeM“- Studie aus Sicht der Profession Pflege

Rund 30 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 bestanden und bestehen weiterhin erhebliche Unterschiede in der Pflege-Stellenbemessung auf Grundlage der Landesrahmenverträge. Vor diesem Hintergrund wurde mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) im Jahr 2015 im § 113c SGB XI die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen gesetzlich verankert. Der Abschlussbericht des Entwicklungsprojekts unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Heinz Rothgang wurde im August 2020 vorgelegt. Zur Umsetzung des Verfahrens folgte ein Modellprojekt (§ 8 Abs. 3b SGB XI), dessen Abschlussbericht im Dezember 2025 von Rothgang et al. veröffentlicht und im Rahmen einer Abschlussveranstaltung am 21. Januar 2026 beim GKV- Spitzenverband¹ in Berlin vorgestellt wurden.

Der Abschlussbericht des Modellprojekts legt ein fachlich anspruchsvolles, stark reguliertes Organisationsmodell vor, das aus Sicht der Profession Pflege deutliche Chancen für Qualität, Professionalität und Arbeitsbedingungen bietet – zugleich aber erhebliche Risiken, blinde Flecken und Umsetzungsgefahren in sich birgt.

Grundidee und Stärken aus Professionsicht

Die Umsetzung einer kompetenz- und bewohnendenorientierte Bezugspflege entspricht modernen pflegewissenschaftlichen Konzepten einer person-zentrierten Pflege, die den pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt stellt. Das Qualifikationsmixmodell (QMM) bietet dabei die Chance, Aufgaben- und Rollenprofile zu schärfen und durch eine qualifikationsgerechte Aufgabenverteilung sowie klaren Verantwortungszuweisungen Pflegefachpersonen mehr Zeit für ihre Fach- und Vorbehaltsaufgaben zu ermöglichen. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass das QMM in „Reinform“ umgesetzt wird ohne eine „Verwässerung“ der Ausbildungsvoraussetzungen und mit dem im Abschlussbericht aufgezeigten Algorithmus 2.1². Damit kann ein deutlicher professionspolitischer Fortschritt gegenüber pauschalen Fachkraftquoten erreicht werden.

Zugleich führt die systematische Verknüpfung von Pflegeprozess, tagesstrukturierter Interventionsplanung und Kompetenzprofilen zu einer stärkeren Professionalisierung, da Pflege als eigenständiger, plan- und steuerbarer Prozess gestaltet wird. Die Evaluation des

¹ Hintergründe, Informationen und Materialien zu den Ergebnissen des Modellprojekts PeBeM sind auf der Seite des GKV- Spitzenverbands veröffentlicht: https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprogramm_8_abs_3b_sgb_xi/modellprogramm_8_abs_3b.jsp zuletzt aufgerufen am 23.03.2026

² Abschlussbericht Modellprojekt § 8 Abs.3b SGB XI - Los 2: Evaluation u. Anpassung d. Personalbemessungsinstruments, Dez. 2025, Tab. 85, S.184 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/implementation_projekte_8_abs_3b/Abschlussbericht_Los_2_8_Abs.3b_SGB_XI.pdf zuletzt aufgerufen am 14.04.2026

Modellprojekts zeigt, dass insbesondere dort, wo eine höhere Personalausstattung umgesetzt wurde, positive Effekte beobachtet wurden.

Allerdings wurde methodisch nicht eindeutig geklärt, ob diese Effekte auf die erhöhte Personalausstattung, das Organisationskonzept **Kompetenz- und bewohnendenorientierten Arbeitsorganisation (KubA)** oder deren Kombination zurückzuführen sind, da beide Komponenten im Modellprojekt gleichzeitig implementiert wurden und somit keine klare Trennung der Wirkfaktoren möglich ist.

Aus professionsethischer Perspektive ist positiv hervorzuheben, dass bedarfsgerechte Pflege nicht lediglich über eine Erhöhung der Personalkapazitäten („mehr Hände“) definiert wird. Stattdessen werden eine strukturierte Pflegeprozesssteuerung sowie die Umsetzung eines Bezugspflegesystems ausdrücklich als zentrale Voraussetzungen benannt. Diese Chance muss konsequent genutzt werden, um einer einseitig betriebswirtschaftlichen Dominanz entschieden entgegenzuwirken und fachliche Maßstäbe wieder verbindlich in den Mittelpunkt der Pflege zu stellen.

Kritische Punkte aus Sicht der Profession Pflege

1. Hohe Komplexität, begrenzte Umsetzbarkeit

Die Implementierung der KubA erfordert eine umfassende und tiefgreifende Organisationsentwicklung in vier zentralen Bereichen: ein strukturiertes Kompetenzmanagement, ein gelebtes Bezugspflegesystem, eine Neugestaltung der Arbeitsorganisation im Sinne einer kompetenz- und bewohnendenorientierten Pflege sowie eine hohe Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit der gesamten Organisation.

Bereits die zehn hochmotivierten Modelleinrichtungen stießen dabei an ihre Grenzen. Die im Modellprojekt angelegte Mehrpersonalisierung auf der Grundlage von 95 % der Personalbemessung nach dem im Ergebnis des Entwicklungsprozesses 2020 definierten Algorithmus 1.0³ für die Gesamteinrichtung konnte nicht erreicht werden, da die dafür zusätzlichen Stellen nicht alle zeitnah besetzt werden konnten. Die KubA wurde daher jeweils nur auf einem Fokuswohnbereich stabil erprobt und die Phase routinierter Anwendung wurde lediglich teilweise erreicht.

Diese Abweichung vom ursprünglichen Studiendesign (Umsetzung in der gesamten Einrichtung) stellt ein zentrales methodisches Problem dar, da durch die Beschränkung auf einzelne Wohnbereiche (Design-Drift) sowie wiederholte Unterbrechungen der Umsetzung (Fidelity-Problem) unklar bleibt, ob ein konsistentes und vergleichbares Interventionssetting überhaupt vorlag.

Zudem ergibt sich bei der Umsetzung der KubA eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Bedingungen im Modellprojekt und den strukturellen Rahmenbedingungen im Regelbetrieb.

Während die Umsetzung im Modellprojekt durch eine intensive externe Forschungs- und Beratungsbegleitung unterstützt wurde, sollen Pflegeeinrichtungen die flächendeckende Einführung künftig weitgehend eigenständig gestalten – unterstützt durch ein Handbuch, einrichtungsinterne KubA-Coaches sowie perspektivisch durch eine Geschäftsstelle nach § 113d SGB XI. Aus pflegefachlicher Sicht droht hier ein Auseinanderfallen von anspruchsvoller Theorie und realer Umsetzung, da Einrichtungen mit instabilen Führungsstrukturen, hoher Fluktuation oder geringer Veränderungskompetenz mit dieser Komplexität überfordert sein werden.

³ Abschlussbericht Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM), 08/2020, Tab. 92, S.367
<https://media.suub.uni-bremen.de/entities/publication/bc1572f2-4d7e-4261-83f1-93f36c36fe34> zuletzt aufgerufen am 20.04.2026

2. Effizienz statt Beziehungsgestaltung - Risiko der kompetenzorientierten Personaleinsatzplanung

In dem Konzept der KubA wird der Pflegeprozess um die „kompetenzorientierte Personaleinsatzplanung“ erweitert und damit die organisatorische Steuerung direkt mit der individuellen Versorgung verknüpft. Pflegefachpersonen sollen künftig für jede pflegebedürftige Person festlegen, welche Mitarbeitenden – entsprechend ihrer Qualifikation – einzelne Interventionen durchführen.

Damit verschiebt sich die Ausrichtung von einer person-zentrierten hin zu einer primär kompetenz- und effizienzorientierten Logik. Ziel ist es, jede Aufgabe auf dem niedrigstmöglichen fachlich geeigneten Qualifikationsniveau zu erbringen. Es besteht die Gefahr, dass die Sicherstellung der Pflegequalität, die Beziehungsgestaltung und die individuelle Abstimmung mit der pflegebedürftigen Person gegenüber ökonomischen Effizienzkriterien in den Hintergrund treten.⁴ Dies steht im Widerspruch zum Anspruch professioneller Pflege, insbesondere zur Wahrnehmung der Vorbehaltsaufgaben durch Pflegefachpersonen – der Steuerung des Pflegeprozesses, der Sicherung der Pflegequalität und der fachlichen Verantwortung für komplexe⁵ Versorgungssituationen. Aus berufspolitischer Sicht muss dieser Entwicklung entgegengewirkt werden, da sie zentrale pflegfachliche Prinzipien untergräbt, eine funktionale Arbeitsorganisation fördert und damit die Pflege auf die Abarbeitung standardisierter Einzelleistungen reduziert.

3. Gefahr der stillen Deprofessionalisierung

Das Qualifikationsmixmodell (QMM) sieht vor, komplizierte Interventionen sowie definierte Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege auf das Qualifikationsniveau QN 3 (Pflegefachassistent:innen⁶) zu übertragen, während Pflegefachpersonen (QN 4) gezielt die Pflegeprozesssteuerung sowie komplexe Interventionen und vorbehaltene Aufgaben übernehmen sollen. Ohne eine ausreichende Anzahl an Pflegefachassistent:innen (QN 3) besteht die Gefahr, dass Tätigkeiten systematisch nach unten delegiert werden und Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung (QN 1 und 2) Aufgaben übernehmen, für die sie nicht qualifiziert sind, was zu einer schleichenden Deprofessionalisierung und Gefährdung in der direkten Bewohnendenversorgung führen kann.

Im Modellprojekt wurden zusätzliche Probleme sichtbar:

Pflegefachpersonen erlebten eine Zunahme körperlich belastender Arbeit in komplexen Pflegesituationen, während die erwartete Entlastung durch Delegation, z. B. bei der Medikamentengabe durch Pflegefachassistent:innen, häufig ausblieb, da entsprechende Kompetenzen fehlten oder sich die Durchführung nicht zugetraut wurde.

Pflegehilfskräfte (QN 1 und QN 2) haben im Zuge der Umsetzung der Kompetenz- und bewohnendenorientierten Arbeitsorganisation teils eine Abwertung ihrer Rolle empfunden, indem ihnen Aufgaben entzogen wurden, ohne ihre Funktion zugleich klar zu definieren. Als unverzichtbarer Bestandteil des Pflegeteams leisten sie aber einen wichtigen Beitrag zur

⁴ vgl. Nolting, H.-D.; Büscher, A. (2025): Personalbemessung in stationären Pflegeeinrichtungen – Zur Legitimation und den fragwürdigen Konsequenzen einer gesetzlich verordneten „Organisationsentwicklung“, in: GuS 02/2025, S. 29.

⁵ Der DPR plädiert dafür, auf die Begriffe „komplexe und hochkomplexe Pflegesituationen“ zu verzichten und sich stattdessen auf die Ergebnisse in BAPID III zu beziehen.

Die Begriffe „komplexe“ und „hochkomplexe“ Pflegesituationen wurden als begrifflich unscharf, kontextabhängig und nicht trennscharf operationalisierbar eingestuft und aus den Kompetenzprofilen entfernt. Stattdessen erfolgt die Abgrenzung der BAPID-Typen nun ausschließlich über unterschiedliche Logiken professioneller Verantwortung – von angeleiteter Durchführung (Typ II) bis hin zu klinisch-wissenschaftlicher Expertise im Sinne von Advanced Nursing Practice (Typ V). vgl. https://deutscher-pflegerat.de/download/bapid_iii-kompetenzprofile_ergebnispublikation_2026_02.pdf zuletzt aufgerufen am 23.03.2026.“

⁶ Eingeschlossen sind die nach bisherigen Länderrecht mindestens einjährig ausgebildeten Pflegehilfs- und Assistenzkräfte.

Versorgung und Begleitung der Bewohnenden. Diese Diskrepanz muss aufgehoben und ihre Rolle im Rahmen des Personalmixes verbindlich geklärt werden.

4. Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen in der Versorgungspraxis praktisch nicht vorhanden – eine gravierende Versorgungslücke

Gerade für das QN 6 zeigt sich eine deutliche Forschungslücke: Aufgrund der sehr geringen Verfügbarkeit von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen und kaum vorhandener praktischer Einbindung konnten im Modellprojekt keine aussagekräftigen Daten erhoben werden. Entsprechend bleibt ihr tatsächlicher Beitrag zur Versorgungsqualität im Modellprojekt weitgehend ungeklärt. Zwar deuten Potenzialabschätzungen darauf hin, dass ihr Einsatz möglich und fachlich sinnvoll wäre, doch fehlen fundierte wissenschaftliche Belege und strukturelle Voraussetzungen für eine systematische Integration in die KubA.

Das Modellprojekt verdeutlicht die Notwendigkeit einer verbindlichen gesetzlichen Verankerung akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in der stationären Langzeitpflege. Obwohl eine Refinanzierung über § 113c SGB XI bei entsprechender Einbindung in die direkte Versorgung grundsätzlich möglich ist und Konzepte wie BAPID einen Einsatzanteil von über 50 % vorsehen, fehlen bislang verbindliche Vorgaben zur systematischen Integration, zu klar definierten Rollenprofilen und zu strukturellen Einsatzstandards. Das zentrale Problem liegt dabei weniger in fehlenden Refinanzierungsmöglichkeiten als in der fehlenden strukturellen und rechtlichen Konkretisierung ihres Einsatzes. In der Folge bleibt der Einsatz akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in der vollstationären Langzeitpflege unsystematisch und abhängig von einrichtungsspezifischen Entscheidungen, anstatt flächendeckend und verbindlich verankert zu sein.

5. Stellenbemessung

Die Erprobung des Algorithmus 1.0 im Modellprojekt führte zu dem Ergebnis, dass eine fachlich angemessene und bedarfsgerechte Pflege eine darüberhinausgehende Stellenbemessung erfordert, was zur Neukalibrierung mit der Entwicklung des Algorithmus 2.1 führte.

Bewohnendensicherheit ist unmittelbar an eine ausreichende und qualifikationsgerechte Personalausstattung gebunden. Nur mit einer solchen Personalausstattung können Pflegefachpersonen auch über die Zeitkontingente verfügen, mit denen sie ihre gesetzlich verankerte Verantwortung für den Pflegeprozess – insbesondere für Einschätzung, Planung, Steuerung und Evaluation – tatsächlich wahrnehmen können.

Für eine wirksame Pflegeprozessessteuerung ist es zwingend erforderlich, die Stellenbemessung nach dem Algorithmus 2.1 bundesweit verbindlich umzusetzen. Nur so erhalten Pflegefachpersonen die für ihre Aufgaben notwendigen Zeitkontingente und können ihrer gesetzlichen Verantwortung gemäß PflBG §§ 4 und 5 sowie § 11 Abs. 1 SGB XI gerecht werden.

Eine Unterschreitung des nach Algorithmus 2.1 ermittelten Personalbedarfs führt zwangsläufig zu Risiken für die Versorgungsqualität und die Sicherheit der Bewohnenden, da notwendige pflegfachliche Entscheidungen durch die fehlende verfügbare Zeit nicht getroffen sowie nicht alle fachlich erforderlichen Pflegemaßnahmen umgesetzt werden können.

Unterschiede zwischen den Bundesländern sind im Übrigen fachlich nicht zu rechtfertigen, da sowohl Pflegebedürftigkeit als auch Versorgungssicherheit nicht vom Wohnort abhängig sein dürfen.

6. Change-Management und Bedeutung der Leitungsebene

Der Bericht hebt hervor, dass die Umsetzung des Change-Prozesses maßgeblich von einer stabilen und kompetenten Leitungssituation sowie einer konsequenten Unterstützung durch

die Träger abhängt. Gleichzeitig zeigt sich, dass Mitarbeitende teilweise zu spät oder unzureichend über die Inhalte und den Ablauf des Veränderungsprozesses informiert wurden. Dies führte dazu, dass Erwartungen – etwa hinsichtlich einer Arbeitsentlastung oder neuer Aufgaben für Hilfs-/Assistenzkräfte – nicht erfüllt wurden und in der Folge Widerstände und Frustration entstanden.

Aus professionspolitischer Sicht ist es daher erforderlich, für die Umsetzung der KubA verbindliche Beteiligungsrechte von Pflegefachpersonen und Interessenvertretungen bei der lokalen Ausgestaltung zu verankern. Zudem braucht es eine starke Rolle pflegefachlicher Gremien wie Pflegekammern und Berufsverbände bei der Weiterentwicklung des Qualifikationsmixmodells sowie des Gesamtkonzepts zur Einführung und Umsetzung von KubA. Andernfalls besteht die Gefahr, dass KubA primär als Management- und Controllinginstrument implementiert wird, anstatt als fachlich getragene Neuausrichtung der Pflegepraxis.

Forderungen des DPR

- Die Stellenbemessung nach dem Algorithmus 2.1 ist verbindlich als Mindeststandard zu verankern. Abweichungen nach unten sind fachlich nicht vertretbar, da sie unmittelbar die Bewohnendensicherheit gefährden.
- Es bedarf einer bundeseinheitlichen Strategie zur Umsetzung des Algorithmus 2.1 und der Finanzierung entsprechender Stellen einschließlich zusätzlich erforderlicher Stellen für das Pflege- und Qualitätsmanagement.
- Der aktuell massive Mehrbedarf an Pflegefachassistent:innen kann realistisch nur mit einer Aufwertung der Attraktivität des Berufes, klaren Kompetenzen sowie mit dem Aufbau erforderlicher bundesweiter Ausbildungsstrukturen erfolgen.
- Der Einsatz weitergebildeter und akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen (QN 5 bis QN 7) ist durch verbindliche Aufgabenprofile, klare Rollenbeschreibungen und eine gesicherte Refinanzierung strukturell in der Langzeitpflege zu verankern. Gleichzeitig sind belastbare empirische Grundlagen durch gezielte Modellvorhaben und Evaluationen zu schaffen, um den spezifischen Mehrwert dieser Qualifikationsniveaus für die Versorgungsqualität in der Langzeitpflege evidenzbasiert nachzuweisen.
- Der Ausbau und die Förderung primärqualifizierender und berufsbegleitender Studiengänge sowie von Masterstudiengängen ist konsequent voranzutreiben und verbindlich mit tariflicher sowie struktureller Anerkennung erweiterter Rollen zu verknüpfen.
- Die Umsetzung der KubA darf politisch nicht primär zur Legitimation einer Absenkung der Fachkraftquote genutzt werden. Ohne die notwendige Mehrpersonalisierung und Qualifizierungsstrukturen verbindlich zu finanzieren, droht eine gesundheitsgefährdende und die Lebensqualität einschränkende Verschlechterung der Pflegequalität hinter einem modernen Konzeptetikett.
- Im Zusammenhang mit der Umsetzung des Algorithmus 2.1 und des Qualifikationsmixmodell (QMM) bedarf es weitergehender wissenschaftlicher Studien zur Weiterentwicklung des qualifikations- und kompetenzorientierten Personaleinsatzes.

Fazit aus professionsbezogener Sicht

Der Bericht stellt aus professionspolitischer Perspektive einen bedeutsamen Fortschritt dar, da er die Debatte von pauschalen Fachkraftquoten hin zu einer qualifikations- und kompetenzorientierten Versorgung verschiebt, die sich konsequent am Pflegeprozess und an der Bezugspflege ausrichtet. Für die Profession Pflege eröffnet dies substanzielle Chancen: mehr fachliche Autonomie, definierte Rollenprofile und eine stärkere Sichtbarkeit pflegerischer Expertise.

Gleichzeitig ist festzuhalten, dass die vorliegenden Ergebnisse zwar die Bedeutung einer verbesserten Personalausstattung unterstreichen, jedoch keinen hinreichend belastbaren empirischen Nachweis für die Überlegenheit eines spezifischen Organisationsmodells liefern.

Die KubA erweist sich als ein Konzept, dessen erfolgreiche Umsetzung an viele anspruchsvolle Voraussetzungen geknüpft ist und das daher besonders anfällig für Umsetzungsprobleme ist. Eine erfolgreiche Implementierung ist abhängig von einer ausreichenden Personalausstattung und konsequent bewohnendenorientierten Arbeitsorganisation, einer tragfähigen Bildungsinfrastruktur, stabilen Leitungsstrukturen sowie geeigneter digitaler Unterstützung. Ohne diese Rahmenbedingungen besteht die Gefahr, dass KubA bei unzureichender Umsetzung oder politischer Instrumentalisierung nicht zu einer Stärkung, sondern zu einer Schwächung der Profession führt – etwa durch Deprofessionalisierung, zusätzlichen Belastungen für das Personal und Risiken für die Versorgungsqualität. Vor diesem Hintergrund sollte eine politisch gewollte Implementierung nicht als evidenzbasierte Festschreibung eines konkreten Organisationsmodells verstanden werden, sondern als Ausgangspunkt für weiterführende, methodisch robustere Forschung und Entwicklung.

Ob die KubA tatsächlich zu einem nachhaltigen Fortschritt für die Profession Pflege wird oder als weiterer unvollständig umgesetzter Reformansatz verbleibt, entscheidet sich daher an der konsequenten Schaffung der notwendigen strukturellen, finanziellen und bildungspolitischen Voraussetzungen. Zentral ist dabei, die pflegefachliche Perspektive in allen weiteren Entwicklungs- und Umsetzungsprozessen verbindlich einzubeziehen.

Berlin, April 2026

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Tel.: + 49 30/ 398 77 303

E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de

www.deutscher-pflegerat.de