

DBfK Kommentierung der vorläufigen Eckpunkte für ein Pflegekompetenzgesetz, vorgestellt am 19.12.2023 durch Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach

Stand: 10.01.2024

Der DBfK bewertet die vorgestellten Eckpunkte insgesamt als sinnvoll und als richtungsweisend für die Weiterentwicklung einer professionellen Pflege und damit für die Versorgungsqualität der Menschen in Deutschland, außerdem für die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs und zur Eindämmung des Fachkräftemangels.

Besonders positiv hervorzuheben ist der Ansatz, die Erweiterung der pflegerischen Kompetenzen über die verschiedenen Qualifikationslevel hinwegzudenken und damit darauf hinzuwirken, ein schlüssiges Gesamtmodell pflegerischer Kompetenzen aufzubauen. Ebenfalls positiv hervorzuheben ist die Absicht, die professionelle Pflege in Deutschland international anschlussfähig zu machen, denn der deutsche Sonderweg führt zunehmend in Sackgassen und lässt die Standards in Deutschland nachweislich absinken. Ein Aufschließen zu internationalen Standards wird die Zuwanderung qualifizierter Pflegefachkräfte begünstigen als auch die wissenschaftliche Vergleichbarkeit von Pflegequalität ermöglichen.

Auch aus wirtschaftlicher Sicht sind die Eckpunkte zu begrüßen. Angesichts des Finanzdrucks und des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen wird insgesamt die Personalressource extrem wertvoll.

1) Kompetenzen, die in den jeweiligen Qualifizierungskontexten (Aus-, Fort- und Weiterbildung, Studium) vermittelt werden, müssen zur Anwendung gebracht werden; ansonsten ist das brachliegende Potenzial bzw. eine nicht zielgerechte Qualifizierung oder fehlgerichtete Investition.

2) Qualifizierte Pflegefachpersonen müssen angemessen empowert werden (Verantwortung und Handlungsspielraum übertragen bekommen), damit die Zusammenarbeit mit niedrig Qualifizierten bzw. Laienpflegenden (An- und Zugehörigen) bestmöglich funktioniert und auch in diesen Handlungsfeldern eine gute Pflegequalität erzielt werden kann.

3) Eine neue Aufgabenverteilung entlang der Versorgungsbedarfe sowie vorhandener und möglicher Kompetenzen der Gesundheitsberufe ist überfällig. Im Hinblick auf die knappe und teure Ressource „Arzt/Ärztin“ ist es ressourcenschonend, medizinische Basis- und Routinetätigkeiten verantwortlich auf andere Gesundheitsberufe, insbesondere die Pflege zu übertragen, damit sich Qualifizierungsstatus und Anwendung entsprechen und außerdem eine Vielzahl von Abstimmungsprozessen entfallen können.

Der DBfK begrüßt außerdem die beabsichtigte Stärkung der beruflichen Pflege als Gestaltungspartnerin in der Gesundheitsversorgung. Als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen ist sie derzeit nicht in der Selbstverwaltung vertreten:

1) das Pflegekammerwesen steckt noch weitgehend in den Kinderschuhen und legitimiert bislang noch keine Bundespflegekammer; die Fortentwicklung in den Bundesländern ist ungewiss.

2) in der Pflegewissenschaft ist noch keine Disziplinbildung zu verzeichnen, der Weg zu

wissenschaftlicher Exzellenz noch weitgehend verschlossen (siehe auch Empfehlungen zur Disziplinbildung in den Gesundheitsberufen des Wissenschaftsrats von 2023). Der Einfluss zur Gestaltung der Gesundheitsversorgung und insbesondere des Pflegebereichs aufgrund pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse ist damit begrenzt und bleibt derzeit noch weit hinter den Möglichkeiten zurück.

In ihrem Tätigkeitsfeld ist die Pflege daher fast ausschließlich fremdbestimmt – von der Medizin sowie von den ökonomischen Interessen und Zwängen der Institutionen im Gesundheitswesen (Krankenkassen, Träger, Einrichtungen etc.), was sich in überbordender und engführender Bürokratie niederschlägt, sowohl bezogen auf die Ausübung des Berufs per se als auch auf die Abrechnung von Leistungen. Die daraus resultierende „Verrichtungslogik“ in der Pflegepraxis konterkariert den in §5 PflBG verankerten Anspruch an die fachlichen Kompetenzen des Pflegeberufs:

„(Pflege)... umfasst präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender. Sie erfolgt entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auf Grundlage einer professionellen Ethik. Sie berücksichtigt die konkrete Lebenssituation, den sozialen, kulturellen und religiösen Hintergrund, die sexuelle Orientierung sowie die Lebensphase der zu pflegenden Menschen. Sie unterstützt die Selbstständigkeit der zu pflegenden Menschen und achtet deren Recht auf Selbstbestimmung.“

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist die berufliche Pflege aufgrund der Fremdbestimmung kaum in der Lage, diesem im Gesetzestext formulierten Anspruch gerecht zu werden und ihren vorhandenen Wissensfundus umfänglich in der Praxis zu entfalten, weiterzuentwickeln und schließlich den notwendigen Handlungsspielraum zu bekommen, um den eigenen Beitrag zur Gesunderhaltung und Genesung für die Bevölkerung in Deutschland zur Geltung zu bringen.

Das SGB XI verstärkt diese Situation, denn es hat seine Ursprünge in dem Verständnis, dass längerfristig erforderliche Pflege, also vor allem die Pflege älterer Menschen, in den Familien und damit von Laien erbracht wird. Diese – so die Logik – erhalten dafür finanzielle Unterstützung, oder es können einzelne Leistungen durch ambulante Pflegedienste kompensiert werden. Diese Konstruktion fußt also nicht auf einem pflegefachlich-konzeptionellen Verständnis, sondern verstärkt die (vorherrschende) Sichtweise von Pflege als eine Summe von Einzelverrichtungen wie Essen anreichen, Vorlagen wechseln etc., die „jede:r kann“. Angesichts des vorhandenen Wissensstandes in Pflegewissenschaft und Gesundheitsversorgung ist diese Sichtweise eindeutig obsolet und führt mitunter zu tragischen Pflegesituationen, über die Medien von Zeit zu Zeit berichten (zuletzt auf ZEIT Online 03.01.2024 „Wann stirbst du endlich?“).

Erforderlich ist vielmehr ein pflegesystemischer Rahmen, der auf Fachlichkeit (und damit auf pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen) beruht und der eine adäquate Pflegepraxis begünstigt,

- die Pflegebedürftigkeit systemisch und individuell fachkundig verhindert und vermindert (wesentlich Ansätze sind Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenzsteigerung, Präventionsmaßnahmen und alle pflegerischen Prophylaxen, aber auch das Vernetzen zu unterstützenden Maßnahmen wie Haushaltshilfen, Wohnberatung und Notrufsystemen und Anwendungen des Ambient Assisted Living u.ä.);
- in der bedarfsgerecht, fachgerecht und individuell-situativ gepflegt werden kann und die pflegerischen Expertenstandards Anwendung finden (können);
- in der An- und Zugehörige in der Pflege gut und kontinuierlich begleitet bzw. eingebunden werden und selber Gegenstand von professioneller Pflege werden im Sinne eines wertvollen Pflegepartners:in und von Burnout-Prävention, die also die „Pflege des Pflege-Settings“ ermöglicht;
- in der Pflegefachpersonen in entsprechenden Rollen tätig werden können.

Das Pflegekompetenzgesetz sollte also zum Ziel haben,

- die Zuständigkeit und Verantwortung für pflegerische Aufgaben in die Hände von Pflegefachpersonen zu legen (= mehr Handlungsspielraum im Kernbereich pflegerischen Handelns) und traditionell überkommene Strukturen wie zum Beispiel die hohe Abhängigkeit von Ärzt:innen auch in pflegerischen Belangen sachgerecht anzupassen.
- die eigenständige Ausübung von Heilkunde zu ermöglichen in einem kompetenzgerechten „Scope of Practice“ (= mehr Handlungsspielraum im interprofessionellen medizinischen Versorgungsbereich) :
 - 1) Eigenständigkeit in bereits bewährter, bislang jedoch delegierter Praxis¹,
 - 2) Befugnis zur Heilkundeausübung²: a) Eigenständigkeit in definierten klinischen Handlungsfeldern (Bsp. Versorgung chronischer Wunden) und Indikationsbereichen (im Sinne einer APN/Clinical Specialist, Bsp. Kardiologische Erkrankungen, Pädiatrie etc.), b) Eigenständigkeit in der Basis- und Routineversorgung vor allem der verbreiteten chronischen Erkrankungen „Volkskrankheiten“ im Sinne einer APN/Nurse Practitioner).
- den Pflegeberuf in seinem Beitrag zur Stärkung der Public Health deutlich mehr einzubeziehen in Rollen wie der Community Health Nurse, der School Nurse u.a. vergleichbaren Profilen. Dazu zählt auch die Beteiligung der Pflege am

¹ Orientierung kann hier das französische Krankenpflegegesetz (siehe Anlage) bieten, das in einem gestuften Modell deutlich macht, welche Tätigkeiten von einer qualifizierten Pflegefachperson eigenständig bzw. auf ärztliche Anordnung oder unter ärztlicher Interventionsmöglichkeit durchgeführt werden können.

² Ansätze bieten die von der Fachkommission PfiBG entwickelten acht Module. Ergänzungen sollten erfolgen in der Definition eines „Scope of Practice“ von APN/Community Health Nurse in der Routineversorgung chronischer Erkrankungen (Volkskrankheiten), die bestehenden Disease Management Programme sollten entsprechend erweitert werden.

Bevölkerungsschutz in Fällen von Krisen und Katastrophen, sowohl in Krisenstäben als auch in der Umsetzung.

Vor diesem Hintergrund und Verständnis kommentieren wir die einzelnen Punkte des Kurzpapiers vom 19.12.2023 wie folgt:

Einführungstext

In der Gesetzesbegründung sollten o.g. Punkte miteinfließen, vor allem aber deutlich hervorgehoben werden, dass es angesichts des prognostizierten Pflegebedarfs von höchster Bedeutung sein wird, Pflegebedürftigkeit erst gar nicht entstehen zu lassen bzw. sie zu mindern. Es zeichnet den Pflegeberuf aus, die hierfür notwendigen Kompetenzen einzubringen, sowohl im Public Health-Bereich als auch in der individuellen Betreuung von Pflege-Settings sowie in der individuellen Pflege.

1.

Wir begrüßen die Erweiterung der Befugnisse im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Hier besteht angesichts wie eingangs ausgeführt großer Reformbedarf, vor allem sollte den Pflegefachpersonen die Verantwortung für die eigene Arbeit in die Hände gegeben werden. Das bedeutet konkret die Befugnis zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege und der dazugehörigen Hilfsmittel im Rahmen von SGB V. Dies sollte rasch umgesetzt und nicht nur als Perspektive in Aussicht gestellt werden. Zusammen mit der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit bzw. des Pflegebedarfs im Rahmen von SGB XI durch die Pflegefachperson (statt durch den Medizinischen Dienst) wird damit eine fachlich begründbare Basis für das folgende Pflegehandeln ermöglicht, die zudem konsistent ist zu den im PflBG zuerkannten Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachpersonen. Dadurch können zudem Redundanzen und somit bürokratische Aufwände reduziert werden.

Für die Level 1i-Krankenhäuser sollten rasch die Befugnisse für auf APN-Niveau qualifizierte Pflegefachpersonen definiert und notwendige Maßnahmen auf den Weg gebracht werden, eine Quote von 20% akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in diesen Häusern zu erreichen und verbindlich zu machen.

Für den Bereich der Primärversorgung (Gesundheitskioske und Primärversorgungszentren) sollte – wie bereits im Koalitionsvertrag angelegt – das Berufsbild der Community Health Nurse (CHN) eingeführt und ihr Befugnisse zugestanden werden, die der DBfK bereits umfänglich beschrieben hat und die dem Ministerium vorliegen. Insbesondere in Primärversorgungszentren sollte die CHN an der Basis- und Routineversorgung chronische Kranker (Volkskrankheiten) und entsprechend an der Umsetzung der Disease Management Programme eigenverantwortlich beteiligt werden.

2.

Wir begrüßen die vorgesehene Erweiterung. Geeignete Pflegefachpersonen sollten die (Pflege-)Hilfsmittel nicht nur empfehlen, sondern – im Rahmen eines abgestimmten Kataloges – verordnen dürfen, sowohl im SGB V als auch im SGB XI Bereich. Dadurch würden die Kompetenz der Pflegefachperson konsequent anerkannt und bürokratische Prozesse reduziert.

3.

Wir begrüßen, den betreuenden Pflegefachpersonen die Feststellung der Pflegebedürftigkeit zuzuerkennen. Das entspricht der Kompetenz des Berufs und führt zu einer Konsistenz mit den im PfIBG festgelegten Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen. Angesichts der drängenden Situation sollte das Modellprojekt unbedingt mit der Absicht angelegt werden, diese Zuerkennung möglichst zeitnah zu erzielen. Das heißt, es sollte nicht nur um den Vergleich „Wer-macht-es-besser“ gehen, sondern es sollte klären, was die notwendigen Erfolgsbedingungen sind. Sinnvoll wäre es, parallel die konzeptuelle Zusammenführung des pflegerischen Assessments im Rahmen des Pflegeprozesses (Vorbehaltsaufgabe) und der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit (Pflegerad) von einem pflegewissenschaftlichen Institut ausarbeiten zu lassen. Damit würden perspektivisch erhebliche Redundanzen in den Arbeitsprozessen eingespart und dem abzuleitenden pflegerischen Handeln eine eindeutige Basis gegeben analog der Diagnose in der Medizin. Idealerweise würden ebenfalls parallel die Möglichkeiten geschaffen werden, Pflegediagnosen so weiterzuentwickeln, dass sie zu einem belastbaren Instrument für die Versorgungspraxis werden³.

Wir begrüßen, die Begutachtung bereits in das Entlassmanagement im Krankenhaus zu integrieren.

4.

Der Vorschlag ist zu begrüßen. Er sollte in Hinblick auf den Pflegeprozess genauer spezifiziert werden. Pflegeprozessessteuerung und Erstgespräch (Assessment) sind Teil des Pflegeprozesses. Der festgestellte Pflegebedarf (im Sinne einer Pflegediagnose) sollte verbindliche Maßnahmen auslösen können, ansonsten ist der Vorschlag ein leeres Befugnis ohne Konsequenz für die Versorgungsqualität.

³ Die hier genannten Punkten unterstreichen unsere Forderung nach Förderung der Pflegewissenschaft und den Empfehlungen des Wissenschaftsrats, die Disziplinbildung in der Pflegewissenschaft voranzutreiben.

5.

Wir begrüßen, dass die Regelungen der Modellprogramme nach §63 Abs 3b/c und §64d SGB V aufgehoben werden sollen. Die Regelungen haben sich nicht als geeignet erwiesen, die pflegerische Fachkompetenz wie beabsichtigt in der Versorgung zu entfalten. 2023 ist kein einziges Projekt an den Start gegangen, obwohl eine Verpflichtung für alle Bundesländer ausgesprochen worden war.

Dass die Qualifizierung zu den Befugnissen in den drei genannten Modulen über das Pflegestudiumstärkungsgesetz in den primärqualifizierenden Bachelor-Studiengängen vorgesehen ist, ergänzt die Bemühungen um die Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonen in konstruktiver Weise. Der DBfK sieht es als geboten an, diese und vergleichbare Qualifizierungen auf Hochschulniveau anzusiedeln. Dessen ungeachtet sollte für Übergangslösungen gesorgt werden:

- a) für Pflegefachpersonen mit bestehender Expertise und Berufserfahrung, diese könnten sich beispielsweise einer den Modulen entsprechenden Prüfung unterziehen;
- b) mit einer befristeten Anerkennung einschlägiger/bestehender Weiterbildungen in diesem Bereich und ggf. Prüfung nach den Modulvorgaben, um ausreichend Personal zu qualifizieren, bis genug Bachelorabsolvent:innen qualifiziert sein werden.

Bei beiden Optionen geht es vor allem darum, eine möglichst bürokratiearme und gleichsam sichere Lösung zu finden. Anerkennungsverfahren von Weiterbildungen erscheinen aufwändiger als die betreffenden Pflegefachpersonen direkt zu Prüfungen zuzulassen.

Es sollte darüber hinaus eine Umsetzungsperspektive für die weiteren fünf Module, die die Fachkommission entwickelt hat, in Aussicht gestellt werden. Oder alternativ geprüft werden, wie ein Gesamtkonzept für die Ausübung von Heilkunde durch Pflegefachpersonen aussehen könnte. Insbesondere in der Primärversorgung sollte es für eine in der Breite spürbare und Hausarzt entlastende Wirkung gelingen, die Basis- und Routineversorgung der großen chronischen Volkskrankheiten durch Pflegefachpersonen vornehmen zu lassen.

6.

Der DBfK begrüßt die Absicht, das Berufsbild der Advanced Practice Nurse unter Einbeziehung der Community Health Nurse nach internationalen Vorbildern einzuführen. Dies sollte den Vorbildern und den Definitionen des International Council of Nurses, die unter APN nach Clinical Nurse Specialist und Nurse Practitioner differenziert (siehe beigefügtes Papier). Clinical Nurse Specialists könnten auf Grundlage der acht Module der Fachkommission entwickelt werden, aber auch nach den bekannten Anforderungen in der Gesundheitsversorgung (vor allem APN Pädiatrie, APN Psychiatrie, APN Geriatrie). Die Community Health Nurse ist als Nurse Practitioner zu sehen und sollte vor allem auf die Bedarfe der Primärversorgung ausgerichtet werden. Dabei kann bereits auf Erfahrungen

von Pionierstandorten und aus Modellprojekten, u.a. auch des Innovationsfonds (FAMOUS, HandinHand, PORT-Projekte des Bosch Health Campus der Robert Bosch Stiftung), zurückgegriffen werden.

Es ist dringend notwendig, die erweiterten Befugnisse gesetzlich zu verankern, damit diese Berufsbilder in der Praxis ankommen können. Bislang verzögern die mangelnde Spezifizierung und die fehlende Befugnis den Praxiseinsatz. Außerdem ist darauf hinzuwirken, mehr einschlägige Studiengänge zu eröffnen. Die Zuständigkeit dafür sollte – wie üblich – vom BMBF und den Wissenschaftsministerien der Länder übernommen werden, um auch für die Hochschulqualifizierung den Sonderweg für die Pflege zu beenden.

Es ist an dieser Stelle auch darauf hinzuweisen, dass die Erweiterung pflegerischer Kompetenzen von der Qualität der Qualifizierung abhängt. Parallel muss dringend daran gearbeitet werden, über Förderprogramme o.ä. Maßnahmen, qualifiziertes Lehrpersonal für die Ausbildungsstätten und die Hochschulen zu gewinnen.

7.

Wir begrüßen den Vorschlag und sehen darin eine Spezifizierung der Punkte 2., 5. und 6. Der DBfK steht als Ansprechpartner für eine detaillierte Ausarbeitung zur Verfügung.

8.

Wir begrüßen den Ansatz, den Erwerb von einschlägigen Kompetenzen über ein Stipendienprogramm zu beschleunigen. Dessen ungeachtet müssen die Anstrengungen erhöht werden, entsprechende Master-Studiengänge in Deutschland einzurichten. Siehe auch unser Kommentar zu Punkt 6. Mittel- und langfristiges Ziel sollte mindestens die vom Wissenschaftsrat empfohlene Quote von 20% Akademisierung in den Pflegeberufen sein. Dazu sind etwa 30.000 Studienplätze erforderlich⁴. Es wird weiter zu differenzieren sein, wie hoch die Quote der primärqualifizierten Bachelor-Absolvent:innen und die der auf Masterniveau qualifizierten APN sein sollte. Der DBfK spricht in seinem Aktionsprogramm für eine Akademisierungsquote von 30% aus. Ein erster Ansatz wäre es, 20% Bachelor- und 10% Master-Absolvent:innen als Orientierung zu nehmen.

Diese Zahlen erscheinen auf ersten Blick sehr hoch zu liegen. Das liegt jedoch auch an dem Nachholbedarf, den Deutschland an dieser Stelle hat. Gleichwohl sprechen zwei Punkte dafür, mit aller Kraft aufzuholen:

- a) Die gestiegene Versorgungskomplexität und gewachsenen Wissensbestände auch in der professionellen Pflege erfordern u.a. Expertise und Reflexionsvermögen, die üblicherweise auf Hochschulniveau vermittelt werden. Gleichzeitig erscheint es zielführend, auch Abiturienten – mittlerweile etwa die Hälfte der

⁴ Diese Schätzung geht auf eine Berechnung des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung dip zurück, die in dem beigefügten Papier „Pflege kann mehr“ erläutert ist.

Schulabgänger:innen – ein attraktives Studienangebot im Bereich der Pflege zu machen. Das trägt zudem zur allgemeinen Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs bei. Es dürfte ferner – über eine veränderte Teamzusammensetzung – den niedriger qualifizierten Pflegepersonen Sicherheit vermitteln und deren Effizienz in der Pflegepraxis erhöhen.

- b) Wirtschaftliche Gesichtspunkte: Auch wenn es sehr aufwändig erscheint, eine große Anzahl an Pflegestudiengängen einzuführen, so fallen sie in Summe erheblich günstiger als die langwierigen Medizinstudiengänge aus. Im Resultat erscheint eine sinnvolle Differenzierung der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen und der entsprechenden Qualifizierung als ein ressourcensensitiver Weg, der gleichzeitig auf hohe Versorgungsqualität setzt. Eine klarere Differenzierung der Aufgaben im Qualifikationsmix der Pflege (von Pflegeassistenz über dreijährig qualifizierte Pflegefachpersonen bis hin zu akademisch qualifizierten Bachelor- und Masterabsolvent:innen) erscheint gleichsam zugunsten einer Effizienzsteigerung geboten.

9.

Wir begrüßen die Absicht, auch im Bereich der Akutversorgung (Krankenhaus) erweiterte Kompetenzen für Pflegefachpersonen nach internationalen Vorbildern zu definieren. So enthält beispielsweise das französische Krankenpflegegesetz für die nach EU-Richtlinie qualifizierten Pflegefachpersonen ein klar gestuftes Kompetenzmodell, das zur Orientierung herangezogen werden könnte, um vor allem die Eigenständigkeit und Verantwortung bezogen auf die bereits gelebte Praxis herbeizuführen. Ergänzend hinzu kämen Zuständigkeiten, die oben im Kontext APN beschrieben sind.

10.

Wir begrüßen die Einrichtung einer zentralen berufsständischen Vertretung für die Profession Pflege auf Bundesebene. Beteiligungsrechte in pflegerischen Fachfragen müssen unbedingt und zügig gewährt werden. Angesichts der schleppenden und in manchen Bundesländern vermutlich auf lange Sicht nicht durchsetzbaren Einführung von Pflegeberufekammern kann die Stärkung des Deutschen Pflegerats mindestens eine Übergangslösung darstellen bzw. den Weg zu alternativen Strukturen der Mitgestaltung des Gesundheitswesens eröffnen.

Einer der großen Kritikpunkte des aktuellen Systems ist, dass fachpflegerische Gesichtspunkte häufig zugunsten anderer Interessen zu kurz kommen und eine Vielzahl fachfremder Personen (dazu zählen auch Ärzt:innen) an der Festlegung einschlägiger Richtlinien beteiligt sind. Dass Pflege kompetent ist, das eigene fachliche Handeln zu beschreiben, zeigt die langjährige Arbeit des DNQP und die Entwicklung einer beachtlichen Anzahl an pflegerischen Expertenstandards.

Gleichwohl ist anzumerken, dass weitere Anstrengungen unternommen werden müssen, um die Fachlichkeit in der Pflege zu stärken. Insbesondere sollte die Pflegewissenschaft entsprechend gestärkt und – wie ebenfalls vom Wissenschaftsrat empfohlen – auf ihre Disziplinbildung hingewirkt werden. Jedes Bundesland sollte mindestens eine hinreichend ausgestattete pflegewissenschaftliche Fakultät finanzieren.

11.

Die Verankerung des Amtes der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung ist zu begrüßen. In seiner jetzigen Konzipierung (Vertretung der Interessen der Pflegebedürftigen) spiegelt das Amt das deutsche Pflegesystem wider, das wesentlich auf Laienpflege (Angehörige) basiert und dass zu einer Fragmentierung des Pflegesystems mit den wesentlichen Säulen des SGB V und SGB XI geführt hat.

Die (dringend erforderliche) Modifizierung des Amtes sollte einhergehen mit spürbaren Reformen des Pflegewesens, dem eine fachlich-professionelle Konzeption zu Grunde gelegt werden sollte. Das steht nicht im Widerspruch zu einer Pflege durch An- und Zugehörige, würde diese im Gegenteil stärken.

In einem auf Versorgungsqualität und Daseinsvorsorge ausgerichteten Pflegesystem sollte es vor allem darum gehen:

- a) Pflegebedürftigkeit fachkundig zu verhindern und zu vermindern. Deutschland bleibt an dieser Stelle deutlich unter den Möglichkeiten und wendet ein (hoch bürokratisches) System an, das einzelne Verrichtungen bei eingetretener Pflegebedürftigkeit begünstigt – anstatt wirksame Anreize zu setzen, über geeignete pflegerische Konzepte und Standards, Public Health Maßnahmen und veränderte Rahmenbedingungen der individuellen Pflege, die (verbleibende) Selbständigkeit und Selbstbestimmung von gefährdeten und betreuten Menschen zu fördern.
- b) An- und Zugehörige gut und kontinuierlich zu begleiten und Möglichkeiten für Pflegefachpersonen zu schaffen, das ganze private Pflege-Setting zu pflegen, also die Familien anzuleiten und dem Burnout von betreuenden Personen vorzubeugen.

Das Amt der Pflegebevollmächtigten sollte sich daher auch ebenfalls auf die professionelle Pflege beziehen und dafür stehen, dass insgesamt eine hohe Pflegequalität und Sicherheit für die Pflegebedürftigen gewährleistet wird.

12.

Wir begrüßen die Absicht, Pflegefachpersonen in die Sicherstellung bei Notfällen, Krisen und Katastrophen einzubeziehen. Die mangelnde Beteiligung der professionellen Pflege in den verschiedenen Gremien der Corona-Pandemie als auch in Krisengremien nach der Überschwemmung des Ahrtals haben deutlich gezeigt, wie bedeutsam pflegerische Aspekte in Krisen der Gesundheitsversorgung sind. Pflegerischen Rollen, die in den

Kommunen koordinierende Aufgaben haben, kommt eine besondere Bedeutung zu. Im Bevölkerungsschutz liegt ein weiteres wichtiges Argument zur Einführung des Berufsbilds der Community Health Nurse.

13.

Wir begrüßen die Absicht. Auch in der stationären Langzeitpflege sollte auf eine Quote von 20% akademisierter Pflegefachpersonen hingewirkt werden. Insbesondere die unter Punkt 5. genannten heilkundlichen Module (chronische Wunde, Diabetes, Demenz) sind hochrelevant für den Langzeitpflegebereich. Darüber hinaus wäre eine Sicherung der medizinischen Basisversorgung und der Notfallintervention durch Advanced Practice Nurses zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen anzustreben. Über die Befugnis von Pflegefachpersonen hinaus müssten dazu u.a. die Maßgaben zur Bevorratung von Notfallmedikamenten modifiziert und für eine diagnostische Grundausstattung in den Einrichtungen (wie zum Beispiel das Vorhalten eines EKG- oder Ultraschallgeräts) gesorgt werden.

14.

Die Absicht sollte einhergehen mit einem Modell des Qualifikationsmixes in der Personalbemessung. Die Durchführung der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben sollten in ihrem Stellenwert gestärkt und für Modelle der Delegation (Richtung Pflegeassistenz) und der kollegialen Kooperation (Richtung akademisierte bzw. spezifisch qualifizierte Kolleg:innen) innerhalb des Pflegeteams Anreize geschaffen werden.

15.

Wir begrüßen die Absicht und verweisen auf unseren Kommentar zu Punkt 14. Die Geschäftsstelle sollte beim Amt der Pflegebevollmächtigten eingerichtet werden, um damit die Entwicklung hin zu einem fachlich grundierten Pflegesystem, wie im Kommentar zu Punkt 11 skizziert, zu fördern.

16.

Wir begrüßen die Absicht und sehen darin die Chance, mehr Konsistenz in pflegerischen Belangen über die Fragmentierung durch SGB V und SGB XI hinweg zu erzeugen. Auch für die Personalbemessung im Krankenhaus gilt, dass die Abbildung eines notwendigen Qualifikationsmixes darin noch aussteht und Gegenstand der Studie sein sollte.

17.

Wir begrüßen die Verlängerung des Förderprogramms.

Abschließend ist anzumerken, dass die Einführung des Pflegekompetenzgesetzes kommunikativ gut begleitet werden sollte. Es ist für den Erfolg und Akzeptanz der Maßnahmen erheblich, dass die Bevölkerung versteht, warum eine Kompetenzerweiterung im Pflegeberuf erforderlich ist und wie sie zur Sicherung einer guten Gesundheitsversorgung beiträgt.

Anlagen:

- Auszug aus dem Journal Officiel der République Française, Drittes Buch, zur Ausübung der Profession „Infirmier/Infirmière“, Stand Juni 2022
- International Council of Nurses : Guidelines on Advanced Nursing Practice, 2020
- Positionspapier Stiftungsallianz : Pflege kann mehr!, 2020

Berlin, 10.01.2024

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.

Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de