www.bundespflegekammer.de

DAS BUNDES
NEUE PFLEGE
WIR KAMMER

Forderungen zur Bundestagswahl 2021

Stand: 12. Mai 2021

INHALTSVERZEICHNIS

Präambel: Flucht aus der Pflege verhindern, Versorgung sichern 3

Lehren aus Corona 4
Ausgangssituation 4
Forderungen der Bundespflegekammer 5

Personalausstattung in der Pflege verbessern 6
Ausgangssituation 6
Forderungen der Bundespflegekammer 7

Neuverteilung der Aufgaben im Gesundheitswesen 8
Ausgangssituation 8
Forderungen der Bundespflegekammer 9

Ausbildung und Akademisierung 10
Ausgangssituation 10
Forderungen der Bundespflegekammer 11

Gewinnung von Pflegefachpersonen 12
Ausgangssituation 12
Forderungen der Bundespflegekammer 13

Pflege an politischen Entscheidungen beteiligen 15
Ausgangssituation 15
Forderungen der Bundespflegekammer 15

Digitalisierung und Bürokratieabbau 16
Ausgangssituation 16
Forderungen der Bundespflegekammer 17

Pflege dauerhaft besser bezahlen 18
Ausgangssituation 18
Forderungen der Bundespflegekammer 19

Pflege gerecht finanzieren 20
Ausgangssituation 20
Forderungen der Bundespflegekammer 21

Impressum 22

Präambel: Flucht aus der Pflege verhindern, Versorgung sichern!

Die Corona-Pandemie hält die Pflege nun schon seit über einem Jahr in Atem. Viele Pflegefachpersonen hatten zu Beginn der Corona-Krise die Hoffnung, dass die Gesellschaft die Systemrelevanz der Pflege erkennt und die Weichen für bessere Arbeitsbedingungen stellt. Sie wurden schnell eines Besseren belehrt. Nach zwei Jahren Konzertierter Aktion Pflege, die mehr Personal, mehr Geld und mehr Entscheidungsbefugnisse für Pflegefachpersonen in Aussicht gestellt hat, muss man eine ernüchterte Bilanz ziehen. Trotz vieler gut gemeinter Einzelmaßnahmen wurden in diesen zentralen Feldern die Weichen für eine Pflegeoffensive nicht gestellt. Offensichtlich hat auch die Corona-Pandemie der Politik nicht zu der nötigen Einsicht verholfen, wie ernst die Lage ist.

Denn die Arbeitsbedingungen in der Pflege haben sich weiter verschlechtert und die Belastungen stark erhöht. In der „Covid-19-Pflegestudie 2. Welle“ der HAW Hamburg gaben 84 Prozent der befragten Pflegenden an, dass während der zweiten Welle der Corona-Pandemie die Arbeitsbelastung höher war als normal üblich.[1] Daraus resultiere unter anderem eine nicht mehr adäquate Versorgung der Pflegebedürftigen. Dies war während der ersten Welle der Pandemie lediglich bei 26 Prozent der Pflegenden der Fall. Viele Pflegefachpersonen sind am Ende ihrer Kräfte jetzt, wo die zweite Welle ohne Atempause in die dritte Welle übergegangen ist. Von unseren Mitgliedern hören wir die Sorge, dass viele Pflegefachpersonen aus Verantwortungsgefühl noch bis zum Ende der Pandemie durchhalten, aber dann dem Beruf den Rücken kehren werden oder ihre Stellenanteile erheblich reduzieren wollen. Laut der Studie der HAW Hamburg haben 17 Prozent der Befragten keine Motivation mehr für ihren Job. Das ist jede sechste Pflegeperson. Diese 17 Prozent sind laut Studienleiterinnen stark gefährdet, komplett aus dem Beruf auszusteigen. Auch nach einer Studie mit Beteiligung der der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz denken 30 Prozent der Befragten in Rheinland-Pfalz öfter daran, die Pflege zu verlassen.[2] Der DBfK hat in einer Befragung von mehr als 3.000 Pflegefachpersonen im Dezember 2020 das gleiche herausgefunden.[3] Ein solcher Pflexit muss unbedingt verhindert werden.

Denn der Fachkräftemangel in der Pflege ist schon heute Realität: In der Langzeitpflege bundesweit, in der Krankenhauspflege gilt dies mit Ausnahme von vier Bundesländern ebenso. Bei den Versorgungsangeboten tun sich Lücken auf, werden Stationen geschlossen und in ambulanten Diensten Neuaufnahmen abgelehnt.[4] In den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen können Patienten, Pflegebedürftige und Angehörige schon heute erleben, welche Konsequenzen ein Mangel an gut ausgebildeten Pflegefachpersonen bedeutet:

- keine Zeit, Patienten oder Angehörigen zuzuhören, sie zu beraten oder anzuleiten, obwohl für sie der Aufenthalt im Krankenhaus eine Ausnahmesituation ist,
- Verschiebung von Eingriffen, weil nicht ausreichend Behandlungskapazitäten aufgrund von Pflegepersonalmangel zur Verfügung stehen,
- keine Zeit für Zuwendung oder das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen, die oft auch kognitiv beeinträchtigt sind
- ein deutlich erhöhtes Risiko, vermeidbare Komplikationen zu erleiden oder früher zu sterben

Vermeidbare Komplikationen sorgen nicht nur für unnötiges Leid, sie verursachen auch erhebliche Folgekosten. Allein durch vermeidbare Krankenhauseinweisungen von pflegebedürftigen Personen ließen sich OECD-weit 18 Milliarden US-Dollar einsparen.[5] Gäbe es in den Einrichtungen und Diensten mehr gut qualifiziertes Personal, ließen sich viele dieser Krankenhauseinweisungen vermeiden.

Diese Entwicklung wird sich in den nächsten zehn Jahren weiter zuspitzen, wenn nicht entschlossen gegengesteuert wird. Aufgrund des demografischen Wandels wird die Zahl der Pflegebedürftigen und Menschen mit Pflegebedarf deutlich steigen. Gleichzeitig werden bis 2035 etwa 500.000 Pflegefachpersonen in Deutschland das Renteneintrittsalter erreichen. Das sind 40 Prozent der Berufsangehörigen.

Gelingt es nicht innerhalb kürzester Zeit, die Weichen für mehr Personal zu stellen, werden wir innerhalb weniger Jahre mit katastrophalen Versorgungsengpässen konfrontiert sein. Die Konsequenzen werden Patienten, Pflegebedürftige und deren Angehörige spüren. Wo pflegerische Angebote fehlen, müssen pflegende Angehörige einspringen. Betreuungslücken werden zu erheblichen Folgekosten für Unternehmen und die Volkswirtschaft insgesamt führen: Verringerung der Arbeitszeit, Berufsaufgabe, erhöhte krankheitsbedingte Abwesenheit etc. Für Familien mit pflegebedürftigen Angehörigen bedeutet die mangelnde Vereinbarkeit von Pflege und Beruf Einkommensverluste und Einbußen bei der späteren Rente. Ohne eine gute Pflege können Wirtschaft und Gesellschaft auf Dauer nicht funktionieren.

Die Zeit drängt: Nur wenn die Politik mit einer zeitnahen deutlichen Pflegeoffensive den Beruf attraktiver macht, kann der Pflexit noch gemindert und der Bedarf an Pflegefachpersonen in Zukunft gedeckt werden. Denn nur mit guter Arbeit in der Pflege lässt sich gute Pflege auf Dauer sicherstellen. Die Bundespflegekammer fordert die politischen Parteien dringend auf, Pflege noch mehr als in der laufenden Legislaturperiode zu einem zentralen politischen Thema der Koalitionsverhandlungen und der nächsten Legislaturperiode zu machen. Pflege muss analog weiterer wichtiger nationaler Themen in der Bundesregierung zur Chefsache gemacht werden.

[1] Covid19-Pflegestudie 2. Welle der HAW Hamburg, https://www.haw-hamburg.de/detail/news/news/show/pflegekraefte-am-limit/, abgerufen am 03.03.2021
[2] Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach im Auftrag der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, https://www.pflegemagazin-rlp.de/studie-landespflegekammer-die-groessten-kraftraeuber-im-job, abgerufen am 03.03.2021
[3] DBfK: Gut geschützt bei der Arbeit, www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Broschuere_Pflege-im-2.-Lockdown_Auswertung_Feb2021.pdf abgerufen am 12.04.2021
[4] Vincentz Network: Deutsches Altenpflege Barometer 2020, https://www.vincentz.de/altenpflegebarometer-2020-fachkraeftemangel-spitzt-sich-dramatisch-zu/, abgerufen am 11.10.2020
[5] OECD 2020: The Economics of Patient Safety Part III: Long Term Care, S.76.

LEHREN AUS CORONA

Ausgangssituation

Die Corona-Pandemie hat die unzureichende Personalausstattung in den verschiedenen Pflegesettings schonungslos offengelegt. Auf den Intensivstationen mangelte es nicht an Betten oder Beatmungsgeräten, sondern an qualifiziertem Personal, um die aufwändige Pflege von Covid-19-Patienten durchzuführen. In der Langzeitpflege traf die Pandemie auf ein System, das schon vorher eine desolate Personalsituation aufwies. Zu den alltäglichen Anforderungen kamen Aufgaben des besonderen Infektionsschutzes, umfassende Anpassungen der pflegerischen Organisations- und Ablaufstrukturen sowie die Durchführung umfassender Testungen und Impfungen. Unterstützung bei der Deckung des zusätzlichen Personalbedarfs kam nur schleppend, während Schutzregelungen bei der Höchstarbeitszeit oder Personaluntergrenzen vorübergehend ausgesetzt wurden.

Besonders in der ambulanten und stationären Langzeitpflege war zu Beginn der Pandemie der Mangel an Schutzausrüstung ein gravierendes Problem, während sich im weiteren Verlauf unklare sowie sich ständig ändernde Hygiene- und Besuchsanforderungen sowie fehlende Teststrategien und mangelnde Verfügbarkeit von Tests als Problem darstellte. Die fehlende Personalausstattung, aber auch die fehlende pflegerische Kompetenz des öffentlichen Gesundheitsdienstes, erschwerte mitunter die Zusammenarbeit. Trotz vorhandener Pandemiepläne waren die beteiligten Institutionen, aber auch die Einrichtungen und Dienste überwiegend nicht auf die Pandemie vorbereitet.

Beruflich Pflegende sind einem deutlich höheren Risiko ausgesetzt, selbst an Covid-19 zu erkranken. Hinzu kommen die oft großen psychischen Belastungen, die mit Krankheit und Sterben in der Pandemie einhergehen. Zumindest für die Zeit der Pandemie sind vielerorts Unterstützungsangebote entstanden, wie beispielsweise das kostenlose Beratungsangebot „psych4nurses“, ein Kooperationsprojekt der Bundespsychotherapeutenkammer, des DBfK und der Bundespflegekammer.

Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen waren besonders von tödlichen Verläufen einer Covid19-Erkrankung betroffen. Viele Einrichtungen reagierten mit Besuchseinschränkungen und Besuchsverboten, um einen Corona-Ausbruch zu verhindern. Die Folgen der Kontaktbeschränkungen und ihre zukünftige Vermeidung sind breit diskutiert worden. In der ambulanten Pflege erschwerten geschlossene Tagespflegen, wegfallende therapeutische und niedrigschwellige Unterstützungsangebote zudem die Situation.

Zu den überschaubaren positiven Aspekten der Pandemie gehört, dass die Debatte über eine erweiterte Versorgungsverantwortung für und die Übertragung von Heilkunde an Pflegefachpersonen neuen Schwung bekommen hat. So wurde die Übertragung von Heilkunde an Pflegefachpersonen in einer pandemischen Lage rechtlich ermöglicht, allerdings lassen entsprechende Schritte in der Regelversorgung weiter auf sich warten.

Die Corona-Pandemie beschleunigt die Digitalisierung, weil viele den Nutzen und die Chancen erleben konnten. Digitale Möglichkeiten wie beispielsweise Pflegeberatung und Pflegekurse per Video, der Einsatz von Tablets für Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeeinrichtungen haben neue Möglichkeiten eröffnet und den Weg geebnet für innovative Ansätze wie Telepflege und Apps. Diesen Schub gilt es für die Zukunft zu nutzen.

Forderungen der Bundespflegekammer

Vor dem Hintergrund der Ausgangssituation in Bezug auf die SARS-CoV-2-Pandemie sind unterschiedliche Anpassungen erforderlich.

Der öffentliche Gesundheitsdienst muss die erforderliche digitale und technische Ausstattung bekommen, um die Kontaktverfolgung, Anordnung und Kontrolle von Quarantäne und den Datenaustausch mit anderen Behörden erfüllen zu können. Dabei müssen verstärkt Pflegefachpersonen eingesetzt werden. Pflegende selbst können patienten-, bzw. bewohnerbezogene Maßnahmen aufgrund ihrer pflegefachlichen Expertise am fundiertesten gestalten und einen Beratungsauftrag in den unterschiedlichen pflegerischen Settings wahrnehmen. Die Pandemie zeigt außerdem, dass die pflegerische Fachexpertise in den Krisenstäben zwingend erforderlich ist, aber oft nicht abgerufen wurde. In sämtlichen Krisenstäbe des Bundes sowie der Länder sind Pflegefachpersonen bzw. Vertreter der Pflegekammern oder Pflegeverbände einzubeziehen.

Infektionskrankheiten mit Epidemiepotential, ihre Übertragungswege und die Prävention müssen in die verschiedenen pflegerischen Aus- und Weiterbildungsprogramme aufgenommen und Masterprogramme zum Thema „Community Health Nursing“, „Desaster Nursing“ und „Infectious Disease Control“ etabliert werden.

Die regionalen Pandemiepläne müssen nach der Pandemie dringend und grundlegend überarbeitet werden. Zentrale Bestandteile müssen spezifische Präventionsstrategien für Einrichtungen der Langzeitpflege, aber auch der Eingliederungshilfe sein. Diese Strategien müssen so ausgestaltet sein, dass soziale Isolation von Bewohnerinnen und Bewohnern vermieden und zugleich ein adäquater Infektionsschutz gewährleistet wird. Innovative Konzepte müssen entwickelt und evaluiert werden, wie zum Beispiel die Schnelle Einsatzgruppe Pflege Bayern (Krisenintervention), präventive Epidemie-Schulungsteams für Einrichtungen, mobile Testteams etc. Dauerhaft sollte eine Pflegereserve etabliert werden, über die im Katastrophen- oder Pandemiefall zusätzliche Pflegefachpersonen für den Freiwilligeneinsatz gewonnen werden können (Testteams, Einsatz in Pflegeeinrichtungen mit Ausbruchsgeschehen etc.).

Auch dem Gesundheitsschutz von Pflegepersonen ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Die zuverlässige und angemessene Ausstattung mit persönlicher Schutzausrüstung ist dabei ebenso wichtig wie durchdachte Teststrategien. Die Vorräte an persönlicher Schutzausrüstung müssen so ausreichend sein, dass beispielsweise die empfohlenen Tragezeiten von Atemschutzmasken (medizinischer Mund-Nasen-Schutz, FFP2-/FFP3-Masken) nicht überschritten werden. Darüber hinaus müssen sämtliche Vorräte den üblichen Vorgaben entsprechen und somit für einen Gesundheitsschutz, auch in Krisenzeiten, vorhanden sein.

Essentiell ist darüber hinaus die Verlagerung von Teilen der Produktion von Medikamenten, Impfstoffen sowie der Schutzausrüstung zurück nach Europa. In diesem Fall der Pandemie war die Globalisierung der Beschaffungswege und Lieferketten nicht hilfreich. Die derzeit bestehenden Engpässe und Exportbeschränkungen, beispielsweise bei Impfstoffen, macht deutlich, dass Europa ausreichend Produktionskapazitäten vorhalten muss, um sich selbst zu versorgen.

Die prekäre Personalunterausstattung im Krankenhaus und in der stationären und ambulanten Langzeitpflege wurde durch die Pandemie deutlich. In allen Pflegesettings sind Pflegepersonal-Bemessungsinstrumente und Personalvorgaben einzuführen, die sich nicht am Mindeststandard orientieren, sondern das notwendige versorgungsbedarfsgerechte Ausstattungsniveau festschreiben. Für die zukünftige Pflege muss mit einem anderen Qualifikationsmix geplant und akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen stärker berücksichtigt werden. So kann die medizinische Versorgung im Pflegeheim durch den Einsatz von Advanced Practice Nurses deutlich verbessert, Krankenhauseinweisungen vermieden und die Einrichtungen resilienter gegenüber zukünftigen Pandemien gemacht werden.

Die Bedeutung der Digitalisierung im Gesundheitswesen und die Notwendigkeit, die Potenziale der Digitalisierung besser auszuschöpfen, hat sich gerade auch in der Corona-Pandemie gezeigt. Hierzu hat die Bundesregierung eine Reihe von Förderprogrammen aufgesetzt und den Weg für neue digitale Anwendungen gelegt. Auf dem Weg der Digitalisierung im Gesundheitswesen muss weiter unter konsequenter Einbeziehung der Pflege vorangeschritten werden. Dazu gehört die Anbindung der Pflege an die Telematik-Infrastruktur und die konsequente Etablierung digitaler Meldewege, um den gerade in der Corona-Pandmie erheblich gestiegenen bürokratischen Aufwand zu verringern.

Forderungen der Bundespflegekammr kompakt

- *Ausstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit Pflegefachpersonen*
- *Ausstattung der Krisenstäbe (Bundes- / Länderebene) mit Pflegefachpersonen / Vertretern der Pflegekammern / Pflegeverbände*
- *Regionale Pandemiepläne um eine wirksame Präventionsstrategie für Einrichtungen der Langzeitpflege zu ergänzen*
- *Etablierung einer Pflegereserve für den Katastrophenfall*
- *Verlagerung der Produktion von Schutzausrüstung, Impfstoffen und Medikamenten in den innereuropäischen Markt*
- *Personalausstattung in allen Settings verbessern und Personalbedarfsbemessungsverfahren einführen*
- *Heilkundeübertragung ermöglichen und akademisch qualifizierte Pflegepersonen in der Versorgung vorsehen*
- *Schub für Digitalisierung in der Pflege nutzen*

PERSONALAUSSTATTUNG IN DER PFLEGE VERBESSERN

Ausgangssituation

Sowohl in der Langzeitpflege als auch im Krankenhaus arbeiten Pflegende zu großen Teilen in Unterbesetzung. Die Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patient*innen und Bewohner*innen können häufig aufgrund einer unzureichenden qualitativen und quantitativen Personalausstattung nicht erfüllt werden. Es fehlt in beiden Bereichen eine wissenschaftlich fundierte Grundlage für eine bedarfsgerechte Personalbemessung.

Im Krankenhausbereich wurden Pflegepersonaluntergrenzen für weitere Versorgungsbereiche gesetzlich vorgeschrieben. Außerdem wurde durch die Schaffung des Pflegebudgets die Refinanzierung von Pflegepersonal in der direkten Versorgung auf bettenführenden Krankenhausstationen sichergestellt. In Ermangelung eines pflegewissenschaftlichen Personalbemessungsverfahrens wurde der Deutsche Pflegerat von der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) beauftragt, gemeinsam mit den Gewerkschaften und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Personalbemessungsverfahren als Übergangslösung vorzuschlagen. Dieses liegt seit Dezember 2019 vor, die PPR 2.0. Es ermittelt den Pflegepersonalbedarf eines Krankenhauses für die unmittelbare Patientenversorgung auf allen bettenführenden Stationen. Die Erprobung hat geschätzt einen Mehrbedarf von 40.000 bis 80.000 Pflegefachpersonen ergeben. Nach der in der KAP zugesagten Prüfung des Instruments, hat das BMG dessen Einführung abgelehnt.

In der KAP wurde auch vereinbart, ein wissenschaftlich fundiertes Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument zu entwickeln und zu erproben. Hierzu fanden Gespräche der Selbstverwaltungspartner unter Beteiligung des Deutschen Pflegerates und der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit dem BMG statt. Ein Entwurf für einen gesetzlichen Auftrag wurde erarbeitet.

Auch für die stationäre Langzeitpflege liegt seit dem 30. Juni 2020 ein von den Pflegekassen und Einrichtungsträgern in Auftrag gegebenes Personalbemessungsinstrument vor. Es kommt zu dem quantitativ überzeugenden Ergebnis, dass 120.000 Pflegefach- und Assistenzpersonen für eine fachlich angemessene Pflege fehlen. Die Wissenschaftler schlagen vor, das neue Instrument in mehreren Stufen einzuführen, beginnend mit einem sofortigen ersten Ausbau und einer begleitenden Erprobung in Modelleinrichtungen.

Als ersten Schritt der Einführung hat der Bundestag ein Sofortprogramm für bis zu 20.000 Assistenzkräfte verabschiedet, das am 1. Januar 2021 in Kraft getreten ist. Parallel wurde vom BMG mit den Partnern der KAP eine sogenannte Roadmap mit einem Zeitplan erarbeitet, auf dessen Grundlage das Personalbemessungsverfahren gesetzlich verankert werden soll. Die Roadmap sieht 2023 einen zweiten Einführungsschritt mit weiteren zusätzlichen 20.000 Pflegefach- und Assistenzpersonen vor.

Im Jahr 2025 sollen weitere Einführungsschritte geprüft werden, abhängig von der begleitenden Evaluation und der Lage am Arbeits- und Ausbildungsmarkt. Allein die Ergebnisse der Studie zeigen schon jetzt den eklatanten Personalmangel in der stationären Langzeitpflege ganz deutlich auf. Wir sind uns der Tatsache bewusst, dass auch Assistenzpersonen nicht von den „Bäumen“ fallen. Aus diesem Grund bedarf es auch hier extremer Anstrengungen, um bis 2025 die 100.000 Pflegeassistenzpersonen zur Verfügung zu haben.

Für die ambulante Pflege wurde kein Personalbemessungsverfahren entwickelt, da sich die Personalausstattung ambulanter Pflegeeinrichtungen an der Nachfrage der Pflegebedürftigen orientiert. Da die Inanspruchnahme jedoch in diesem Bereich auch immer durch die jeweilige finanzielle Situation der Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen getriggert wird, gibt es auch in diesem Bereich einen erheblichen Nachbesserungsbedarf was den bedarfsgerechten Personaleinsatz angeht. Auch hier müssen geeignete Personalbedarfsinstrumente entwickelt und eingesetzt werden. Der Personaleinsatz darf sich nicht an den finanziellen Möglichkeiten der Pflegeempfänger bzw. deren Angehörigen, sondern ausschließlich am jeweiligen Bedarf orientieren.

Forderungen der Bundespflegekammer

Mit der PPR 2.0 und ihren Erweiterungen für Intensivpflege und Pädiatrie liegt ein Personalbemessungsverfahren vor, das als vorläufige Personalbemessungsgrundlage im Krankenhaus sofort umgesetzt werden kann. Da die Entwicklung eines neuen wissenschaftlich fundierten Personalbedarfsbemessungsverfahrens Jahre in Anspruch nehmen wird, ist es unverantwortlich, dass die Einführung der PPR 2.0 als Übergangslösung von der Politik immer weiter hinausgeschoben wird. Die Bundespflegekammer fordert deshalb, die PPR 2.0 unmittelbar nach der Wahl einzuführen. Das nach oben nicht gedeckelte Pflegebudget im Krankenhaus muss bis zur Einführung eines guten Personalbedarfsbemessungssystems mindestens bis Ende 2025 erhalten bleiben.

Parallel muss für das Krankenhaus ein valides, pflegewissenschaftlich fundiertes Instrument zur Personalbedarfsbemessung entwickelt werden. Dabei sind folgende zentrale Maßgaben zu berücksichtigen:

1. Die Bemessung muss auf der Grundlage des tatsächlichen Versorgungsbedarfs der Pflegeempfänger*innen stattfinden. Es kann also nicht um eine Rechenformel gehen, deren Grundlage das derzeit verfügbare Personal ist.
2. Bei der Bemessung ist zu berücksichtigen, dass die pflegerischen Aufgaben nicht ausschließlich die Prozesssteuerung und Versorgung beinhalten, sondern auch Gesundheitsförderung, Prävention, Beratung, Empowerment.
3. Ein Qualifikationsmix ist bei der Personalbemessung explizit zu berücksichtigen. Dieser darf sich allerdings nicht primär auf Tätigkeiten beziehen, sondern muss berücksichtigen, dass Pflegefachpersonen auf der Grundlage der Anforderungen einer individuellen Versorgungssituation entscheiden müssen, ob die Durchführung von Pflegemaßnahmen an Pflegeassistenzpersonal delegiert werden kann.
4. Der Einsatz von akademisch qualifiziertem Pflegepersonal in der klinischen Versorgung ist zu berücksichtigen und in diesem Zusammenhang auch das Erfordernis des wissenschaftlichen Arbeitens.
5. Personalentwicklung/Ausbildung/Weiterbildung muss bezüglich der Personalbemessung angemessen berücksichtigt werden.

Der Bundestag muss die Entwicklung gesetzlich beauftragen und die notwendigen Mittel dafür bereitstellen. Das Personalbedarfsbemessungsinstrument muss mindestens in der Lage sein, den versorgungsbezogenen Personalbedarf prospektiv abzubilden

Das Personalbemessungsverfahren in der stationären Langzeitpflege muss zügig, verbindlich und bundeseinheitlich eingeführt werden. Die dazu vorgelegte Roadmap muss geschärft werden: Alle Ausbaustufen müssen verbindlich festgeschrieben und gesetzlich verankert werden. Das Personalbemessungsverfahren ist quantitativ überzeugend. Aber natürlich kommt es bei der Personalausstattung nicht nur auf die Quantität, sondern auch auf die Qualität der beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an. Hier sind die Ergebnisse des Personalbemessungsinstruments aus Sicht der Bundespflegekammer weniger überzeugend.

Der Mehrbedarf soll zukünftig ganz überwiegend durch Pflegehilfs- und -assistenzpersonen gedeckt werden (+69%), aber nur zu einem geringen Teil durch Pflegefachpersonen (+3,5%). Neben der Notwendigkeit einer ausreichenden Zahl von Pflegefachpersonen muss dringend für die notwendige Qualifikation der Assistenzberufe gesorgt werden. Erforderlich ist eine zügige bundeseinheitliche Ausgestaltung der landesrechtlichen Pflegehelferausbildung mit einer Dauer von zwei Jahren und eine Qualifizierungsoffensive zur Deckung des notwenigen Bedarfs.

Ebenso wichtig ist für zukunftsweisende Versorgungskonzepte der Einsatz von hochschulisch ausgebildetem Personal sowohl im fachlichen als auch organisatorischen Bereich mitzudenken – ebenso wie der von Pflegefachpersonen mit einschlägiger Weiterbildung, wie beispielsweise Gerontopsychiatrie und Palliativpflege. Diese Aspekte müssen bei der Einführung und Erprobung berücksichtigt und das Verhältnis von Fach- und Assistenzpersonal kritisch überprüft werden. Um zu verhindern, dass der erhöhte Personalbedarf in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu einem Ausbluten des ambulanten Bereichs führt, muss auch ein Personalaufwuchs bzw. eine dem Versorgungsbedarf in diesem Setting angemessene Personalbesetzung in diesem Bereich berücksichtigt werden.

Forderungen der Bundespflegekammr kompakt

- *Umgehende Umsetzung der PPR 2.0 als Orientierungsrahmen und vorläufige Personalbemessungsgrundlage im Krankenhaus. Bis zu deren Einführung ist das nach oben ungedeckelte Pflegebudget beizubehalten.*
- *Parallele Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Personalbemessungsverfahrens für das Krankenhaus.*
- *Zügige, verbindliche und bundeseinheitliche Einführung des Personalbemessungsverfahrens in Pflegeheimen, wobei im Rahmen der Erprobung zukunftsweisende Versorgungskonzepte berücksichtigt und das Verhältnis von Fach- zu Assistenzkräften kritisch überprüft werden müssen.*
- *Bundeseinheitliche, generalistische Ausgestaltung der landesrechtlichen Pflegehelferausbildung mit einer Dauer von zwei Jahren und eine Qualifizierungsoffensive zur Deckung des notwenigen Bedarfs.*
- *Entwicklung eines Personalbedarfsbemessungssystems auch für die ambulante Langzeitpflege.*

NEUVERTEILUNG DER AUFGABEN IM GESUNDHEITSWESEN

Ausgangssituation

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht gerade erst am Anfang neuer Herausforderungen, insbesondere im ländlichen Raum. Die Ursachen liegen in der demografischen Entwicklung und werden durch die Pandemie beschleunigt. Die Verlagerung des Krankheitsgeschehens hin zu chronischen und Mehrfacherkrankungen und die Zunahme der Zahl älterer und hochbetagter Menschen führen dazu, dass die pflegerische und medizinische Versorgung viel stärker zusammengedacht werden müssen. Zudem muss professionelle Pflege breiter gedacht werden, da sie auch Prävention, Gesundheitsförderung und Beratung umfasst. Corona hat dies mit einem spezifischen Fokus auf Hygiene, Infektionsprävention und Pandemie-/Ausbruchsmanagement noch einmal deutlich gemacht. Die Hausärzte mussten sich in der Pandemie aufgrund der vielfältigen Herausforderungen stärker auf die Pflege verlassen und werden auch in Zukunft aufgrund der Nachwuchsproblematik die Versorgung insbesondere im ländlichen Raum nicht flächendeckend sicherstellen können. Versorgungslücken können zu Unterversorgung, zudem aber auch zu Fehlern in der pflegerischen und medizinischen Versorgung führen.

Diese Lücken können in allen Versorgungsbereichen durch speziell dafür qualifizierte Pflegefachpersonen, worauf die Stiftungsallianz mit ihrem Positionspapier „Pflege kann mehr“ hingewiesen hat, geschlossen werden.[6] In Einrichtungen der Langzeitpflege zum Beispiel könnte die medizinische Versorgung durch den Einsatz von besonders dafür spezialisierten Pflegefachpersonen und perspektivisch solche mit einem Masterabschluss („Advanced Nursing Practice“) verbessert werden. Diese können durch eine kontinuierliche Betreuung, Früherkennung und medizinisch-pflegerischer Versorgung akuter gesundheitlicher Risiken dazu beitragen, dass für Pflegebedürftige sehr belastende und teure Krankenhauseinweisungen vermieden werden. Derartige Konzepte werden mit besten Erfahrungen bereits in vielen Ländern eingesetzt. Auch für die Sicherstellung der häuslichen Versorgung insbesondere im

ländlichen Raum gibt es gute Vorbilder in anderen Ländern, wo speziell fort- bzw. akademisch ausgebildete Pflegeexperten regelmäßige Hausbesuche machen, die Patienten klinisch überwachen und gezielte Beratungsgespräche führen.

In Deutschland kommen solche Ansätze bisher kaum voran: Mit der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung an Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V wurde 2011 nach langem Ringen eine Grundlage geschaffen, um neue Ansätze umfassend zu erproben. Zehn Jahre später muss dieser Weg als gescheitert gelten, weil kaum Modellvorhaben in Gang kamen.

Das BMG hat einen Strategieprozess zur interprofessionellen Zusammenarbeit aufgesetzt, in dessen Rahmen unter Beteiligung von Pflegeberufs- und Ärzteverbänden erste Vorschläge für eine erweiterte Versorgungs- und Entscheidungsverantwortung in den Bereichen häusliche Krankenpflege, Hilfsmittelverordnung und der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Wunden vorgesehen ist. Außerdem wurde ein neuer Modellparagraf im SGB V entwickelt, der eine breite Entwicklung von Modellvorhaben zur Heilkundeübertragung endlich in Gang setzen soll. Darüber hinausgehend muss es das Ziel sein, eine refinanzierte „Erweiterte Pflegepraxis“ (Advanced Nursing Practice) in der Regelversorgung zu etablieren, die auf Grundlage der Pflegerischen Berufsordnungen und durch die Pflege definierten Handlungsfeldern (Scopes of practice) tätig ist.

[6] Positionspapier der Stiftungsallianz für eine neue Rolle der professionellen Pflege im Gesundheitswesen, Pflege & Gesellschaft, 25. Jg. 2020, S. 78 f.

Forderungen der Bundesfpflegekammer

Mit dem Pflegeberufegesetz sind vorbehaltene Aufgaben definiert worden und damit ein autonomer Handlungsrahmen für Pflegefachpersonen: Es ist ihre Aufgabe, den individuellen Pflegebedarf festzustellen, den Pflegeprozess zu organisieren, zu gestalten und zu steuern sowie die Qualität der Pflege zu sichern, zu entwickeln und zu evaluieren. In unserem arztzentrierten Gesundheitssystem ist von dieser Handlungsautonomie und Entscheidungsbefugnissen bisher wenig zu sehen. Pflegefachpersonen können ihre Kompetenzen zum Nutzen der Patientinnen und Patienten mit Ausnahme der vorgenannten Vorbehaltsaufgaben nicht in vollem Umfang einbringen.

Obwohl Pflegefachpersonen in Bezug auf pflegerische Aufgaben die größte Kompetenz haben, dürfen sie viele Entscheidungen ohne eine Verordnung des Arztes nicht treffen. Dabei kann die Pflegefachperson die pflegerischen Versorgungsbedarfe am besten einschätzen. Auch bei der Versorgung mit Hilfsmitteln (und perspektivisch auch digitalen Pflegeanwendungen), die zur Erleichterung der Pflege dienen, haben Pflegefachpersonen die höchste Kompetenz. Sie kennen die Lebenssituation und -umstände des Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit und können somit am besten Entscheidungen für einen wirksamen Hilfsmitteleinsatz treffen. Schon heute geht der Impuls für die Verordnung meist vom Pflegedienst aus, der auch detaillierte Hinweise zur notwendigen Versorgung gibt. Die Einholung einer ärztlichen Verordnung stellt einen zum Teil langwierigen bürokratischen Umweg dar, der die notwendige Versorgung unnötig verzögert. Die Bundespflegekammer fordert deshalb, Pflegefachpersonen mehr Entscheidungsbefugnisse bei der Ausgestaltung der ambulanten Pflege einzuräumen und ihnen die Verordnungsbefugnis für Hilfsmittel, bestimmte Medizinprodukte und digitale Pflegeanwendungen zu übertragen.

Durch eine erweiterte Rolle von Pflegefachpersonen mit entsprechender Weiterbildung ließe sich auch die Versorgung bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder Demenz deutlich verbessern, indem sie regelmäßige Hausbesuche durchführen, Patienten klinisch überwachen, gezielte Beratungsgespräche führen und die Abstimmung mit anderen beteiligten Leistungserbringern übernehmen. Bisher werden solche Ansätze allenfalls punktuell erprobt. Die Bundespflegekammer fordert die Bundesregierung auf, die rechtlichen Barrieren für eine flächendeckende Erprobung solcher Modelle zu beseitigen mit dem Ziel, innovative Angebote in die Regelversorgung zu überführen.

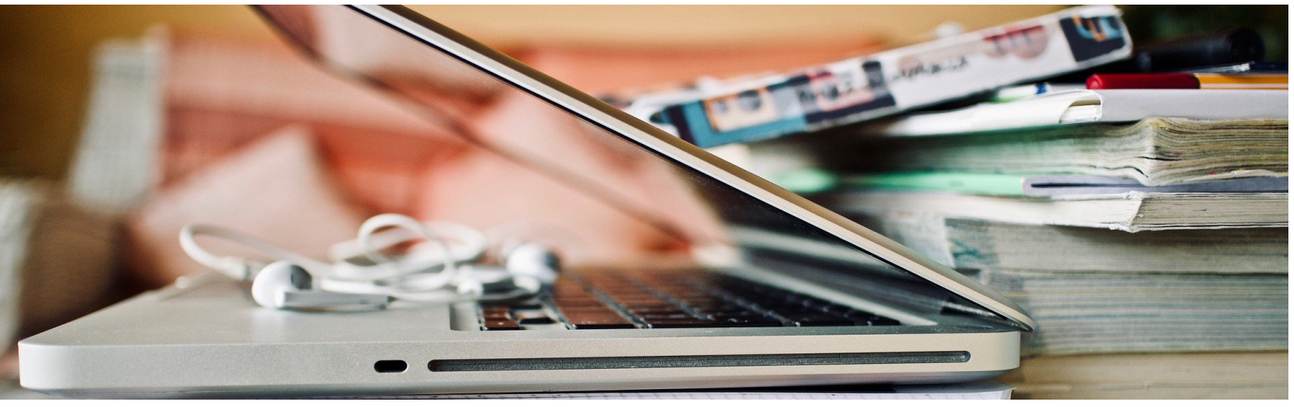
Dabei muss es das Ziel sein, interprofessionelle Versorgungsprozesse zu definieren. Ärzte und Pflegende treffen heute schon in einer Vielzahl von Fällen gemeinsam Entscheidungen. Die Legitimierung, dass sowohl von Pflegenden als auch von Ärzten Entscheidungen im Rahmen von Schnittstellenkompetenz getroffen werden können, ist das wesentlichste Anliegen der Bundespflegekammer. Es vereinfacht und beschleunigt Therapieprozesse und gibt nicht zuletzt den Pflegeempfängern die Möglichkeit, im jeweiligen Setting die bestmögliche Versorgung schnell zu erhalten.

Darüber hinaus müssen international längst verbreitete Ansätze wie Community Health Nursing, Schulgesundheitspflege bzw. Advanced Practice Nursing (APN) Eingang in das deutsche Versorgungssystem finden. International ist es längst üblich, dass Pflegende mit einem Masterabschluss in multiprofessionell besetzten, integrierten Gesundheitszentren Aufgaben wie Befunderhebung, Monitoring, Durchführung von Assessments, Case-Management und Beratung in enger Zusammenarbeit

mit Ärztinnen übernehmen. Oder sie kommen im Kontext sozialräumlicher und vorwiegend gesundheitsförderlicher und präventiver Aufgaben in Kommunen zum Einsatz, etwa in Bereichen der aufsuchenden Beratung. Auch in der stationären Langzeitpflege können Advanced Practice Nurses einen wichtigen Beitrag zu einer besseren medizinische-pflegerischen Versorgung leisten und Krankenhauseinweisungen vermeiden helfen. Konzepte für die rechtliche Implementierung liegen vor. Die Bundespflegekammer fordert, den in dieser Legislaturperiode begonnen Strategieprozess fortzusetzen mit dem klaren Auftrag, eine Roadmap für die Einführung des Community Health Nursing bzw. Advanced Practice Nursing in Deutschland zu erarbeiten.

Forderungen der Bundespflegekammr kompakt

- *Mehr Entscheidungsbefugnisse für Pflegefachpersonen, beispielsweise bei der Gestaltung der Pflege und der Verordnung von Leistungen.*
- *Beseitigung der rechtlichen Barrieren und flächendeckende Umsetzung von Modellprojekten zur Heilkundeübertragung an Pflegefachpersonen.*
- *Fortsetzung des Strategieprozesses mit dem Ziel, eine Roadmap für die Einführung des Community Health Nursing, Schulgesundheitspflege bzw. Advanced Practice Nursing in Deutschland zu erarbeiten.*



AUSBILDUNG UND AKADEMISIERUNG

Ausgangssituation

Die Pflegeberufe werden im Rahmen von § 74 Grundgesetz bundesgesetzlich im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung mit den Ländern geregelt und gehören zu den Heilberufen. Am 01.01.2020 trat das Pflegeberufegesetz in Kraft. Damit wurden die bisherigen Ausbildungen der Altenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege zu einem Gesetz und neuem Beruf zusammengeführt. Die sich angleichenden Anforderungen an die pflegerischen Kompetenzen in der stationären Akut- und Langzeitversorgung und dem ambulanten Bereich sowie die erforderliche Anpassung an die europäischen Vorgaben zur Berufsanerkennungsrichtlinie machten eine Reform notwendig.

Neben der neuen Berufsbezeichnung Pflegefachfrau und Pflegefachmann sind die erstmals im Gesetz definierten Vorbehaltsaufgaben ein Novum in Deutschland. Damit hat der Gesetzgeber die Bedeutung und erforderliche Fachlichkeit von Pflegefachpersonen hervorgehoben. Sie werden künftig im Kontext der Gesundheitsberufe alleine die Verantwortung dafür übernehmen, Pflegebedürftige angemessen und nach bestem Wissen pflegerisch zu versorgen. Neu eingeführt wurden zudem noch die Möglichkeit der hochschulischen Ausbildung, die nachweisbare praktische Ausbildung von mind. 10 % der praktischen Ausbildungszeit durch den Praxisträger mit qualifizierten Praxisanleiter*innen und die Finanzierung der beruflichen Ausbildung über einen Ausbildungsfonds.

Die generalistische Ausbildung soll den veränderten pflegerischen Versorgungsansprüchen gerecht werden. Es soll aber auch die in den letzten Jahrzehnten entstandenen arbeits- und tarifrechtlichen Ungerechtigkeiten in den verschiedenen pflegerischen Versorgungsbereichen beenden. Professionelles pflegerisches Handeln ist unabhängig vom Alter und vom Ort der Versorgung zu sichern. Der Gesetzgeber sieht nach sechs Jahren eine Evaluation vor. Bis dahin gilt es, die generalistische Ausbildung zu etablieren und parallel dazu Bildungsstrukturen für die Fachdisziplinen der Pflege zu etablieren und zu gestalten.

Die zunehmende Komplexität in privaten und beruflichen Bereichen und Beziehungen erfordert insbesondere bei jungen Menschen in Ausbildungssituationen eine umfassende Begleitung. Neben der beruflichen Praxisanleitung entstehen zunehmend auch Bedarfslagen bei Auszubildenden, die am besten mit Unterstützung von Schulsozialarbeiter*innen befriedigt werden können.

Trotz vieler Innovationen bleibt das Pflegeberufegesetz hinter den Anforderungen an eine konsequente, grundständige Ausbildungssituation mit entsprechenden Professionalisierungs- und Karriereoptionen zurück. Von daher erwarten wir in der nächsten Legislatur Anpassungen am Pflegeberufegesetz.

Forderungen der Bundespflegekammer

Die schulische und hochschulische Grundausbildung kann nicht losgelöst von den Bildungsstrukturen der beruflichen Entwicklung gesehen werden. Zuführende und weiterführende Bildungsstrukturen müssen über die Ländergrenzen hinweg für Gesamtdeutschland betrachtet und entwickelt werden. Anstatt also das schulische Zugangsniveau zur Pflegeausbildung immer weiter abzusenken, sind Bund und Länder aufgefordert über gesetzliche Strukturen nachzudenken, die eine qualifizierte, bundeseinheitliche, anerkannte und tarifsichere Pflegeassistenzausbildung über zwei Jahre[7] sichert. Gleichzeitig müssen in Verantwortung der berufsständigen Selbstverwaltung weiterführende und anrechenbare Bildungsstrukturen zwischen Fachweiterbildungen und Studiengängen entwickelt werden, welche die Spezialisierungen der pflegerischen Versorgung abbilden. Diese sind dann auch im Rahmen von Richtliniengremien (z.B. G-BA) und Leistungsrecht (z.B. GKV/PKV) analog der Regelungen anderer Heilberufe verbindlich anzuerkennen. Die pflegerische Berufsgruppe ist hier verantwortlich in die Entwicklung einzubinden.

Im Rahmen der praktischen Ausbildung sind die Praxislehrenden (Praxisanleiter*innen) so zu qualifizieren, dass sie die heterogene Gruppe Lernender kompetenzorientiert und adressatengerecht ausbilden können. Dazu bedarf es mindestens einer Weiterbildung von 720 Stunden bzw. einem Bachelorabschluss im Bereich der Berufspädagogik. Es müssen angemessene Vergütungsstrukturen geschaffen und umgesetzt werden. Pflegepraxisstudiengänge müssen so gestaltet sein, dass im Rahmen des Studierens eine vergleichbare berufspädagogische Qualifikation erreicht wird. Daneben sind zur Unterstützung der Ausbildung auch Schulsozialarbeitskonzepte zu entwickeln und entsprechend umzusetzen.

Im Bereich der grundständigen pflegerischen Studienplätze kommt der Aufbau des Studienplatzangebotes nur langsam und unzureichend voran.[8] Hier muss der Bund die Länder auffordern, Studienplätze zur Verfügung zu stellen. Gleichzeitig hat der Bundesgesetzgeber Rahmenbedingungen zu schaffen, ein duales, praxisintegrierendes Studium mit gleichzeitigem Erhalt der derzeitigen Umlagefinanzierung der praktischen Ausbildungskosten zu entwickeln.[9] Dies ermöglicht eine Integration sowie Anerkennung der intensiven praktischen Ausbildungszeit in das wissenschaftliche Studium und erreicht somit eine enge Verzahnung von Theorie und Praxis.

Wir fordern die endgültige Abschaffung der Anrechnung von Auszubildenden auf die Stellenpläne der Pflegefachpersonen in den Einrichtungen. Dieses rückständige und auch einzigartige (deutsche) Konstrukt muss abgeschafft werden und endlich Lernende auch als Lernende anerkennen. Gleichzeitig werden Träger der praktischen Ausbildung entlastet und erleben Ausbildung als Mehrwert.

Die Intention des Pflegeberufegesetzes war eine einheitliche grundständige Ausbildung in den Pflegeberufen zu schaffen, die gleichberechtigte Anschlussfähigkeiten und Qualifizierungswege für die Absolvent*innen ermöglicht. Mit den Sonderabschlüssen werden traditionelle Muster fortgeführt, Bildungswege eingeschränkt und die europäische Anerkennung verhindert. Das kann so nicht hingenommen werden. Wir fordern hier unverzüglich die Abschaffung der Sonderwege. Stattdessen muss es nach der Ausbildung in allen Bundesländern entsprechende Spezialisierungsmöglichkeiten als umfassende Weiterbildungsangebote geben. Die Vertiefungen im letzten Ausbildungsjahr können bei entsprechender Einbindung in

[7] Europäisches Pflegeexpertennetzwerk zur Ausbildung von „Healthcare Assistants“
[8] Erster Bericht zur Ausbildungsoffensive (2019-2023), S. 48
[9] Gemäß dem Hebammengesetz (HebRefG)

eine generalisierte Sicht sinnvoll sein, um den Interessen der Lernenden entgegenzukommen. Sie sollten aber neben der altersbezogenen Perspektive dann auch weitere Wahlmöglichkeiten eröffnen (z.B. Demenzversorgung, Onkologischer Schwerpunkt etc.). Um examinierten Pflegefachpersonen nach Abschluss der Ausbildung den Übergang zu erleichtern, ist die Einarbeitung entscheidend, um Überforderung und Verunsicherung in der neuen Rolle nicht entstehen zu lassen. Nach Ausbildungsende sind deshalb strukturierte Einarbeitungsprogramme vorzusehen.

Im Rahmen der Ausbildung muss es in Zukunft möglich sein, unter Beteiligung der Praxisanleiter*innen, praktische Prüfungen in Simulationen stattfinden zu lassen. Im Rahmen des Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite war es den Ausbildungsstätten möglich, Prüfungen zu simulieren. Die Erfahrungen damit sind durchweg positiv und zeigten, dass Prüfungen objektivierbar und gleichzeitig praxisnah abgebildet werden können. Die Entzerrung der Prüfungszeiträume wird möglich und die ethische Diskussion um die „Nutzung“ der Pflegebedürftigen als Prüfungsobjekt wäre damit beendet. Die Vornoten erlauben ein Einbringen der praktischen Leistungen in die Prüfungsnote zum Examen.

Die Berufsbezeichnung Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann muss verändert bzw. erweitert werden und eine diverse Bezeichnung diskriminierungsfrei darstellen. Mit Änderung des Personenstandsgesetzes von 2018 ist neben der weiblichen und männlichen Form eine geschlechtsneutrale Darstellung zu ermöglichen.

Forderungen der Bundespflegekammr kompakt

- *Helferberufe bundesweit systematisieren, Durchlässigkeiten schaffen.*
- *Studiengänge und Fachweiterbildungen werden im Rahmen von Richtlinien nach inhaltlichen Gesichtspunkten geprüft und entsprechend anerkannt.*
- *Praxisanleiterweiterbildung wird auf 720 Stunden erhöht bzw. perspektivisch durch einen Bachelorabschluss ersetzt.*
- *Studiengänge müssen massiv ausgebaut werden, Praxiszeiten sind zu vergüten.*
- *Anrechnung von Auszubildenden auf die Stellenschlüssel abschaffen.*
- *Vorzeitige Beendigung der Sonderwege in der praktischen Ausbidung zugunsten international anerkannter Abschlüsse – Vertiefung ja, Sonderweg nein.*
- *Praktische Prüfungen in der Pflege als Simulationsprüfungen zulassen.*
- *Konzepte für Schulsozialarbeit etablieren und Refinanzierung sicherstellen.*
- *Schulen ausreichend mit Möglichkeiten des Simulationslernens ausstatten.*
- *Berufsbezeichnung ändern. Pflegefachfrauen und -männer schließen diverse Bezeichnungen aus. Eine solche diverse Bezeichnung könnte „Pflegefachperson“ lauten.*

GEWINNUNG VON PFLEGEFACHPERSONEN

Ausgangssituation

Pflegefachberufe sind so genannte „Engpassberufe“. Pflegefachpersonen fehlen nicht nur in Deutschland, sondern weltweit. Der Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Zusammenarbeit mit dem International Council of Nurses (ICN) und Nursing Now schätzt den weltweiten Mangel an Pflegenden auf 5,9 Millionen und prognostiziert für 2030 insgesamt ein weltweites Defizit an Gesundheitspersonal von 18 Millionen Pflegenden. [10]

Deutlich wird jedoch bereits schon jetzt, dass der von der Bundesregierung dargestellte Fachkräftebedarf weitaus größer ist und in den kommenden Jahren noch deutlicher zunehmen wird als bereits angenommen. Dies hängt vor allem mit dem hohen Durchschnittsalter, frühzeitigen Renteneintritten und/oder sukzessiven Berufsausstiegen durch Teilzeitarbeit in der Pflege zusammen. Die Anzahl der Berufszulassungen und Schülerzahlen können weder den Bedarf jetzt, geschweige denn den der Zukunft decken. [11]

Eine qualitativ hochwertige Pflege ist jedoch von einer ausreichenden Anzahl qualifizierter Pflegefachpersonen abhängig (quantitativ wie qualitativ). Dies belegen eine Vielzahl an internationalen Studien. Die Gründe und Folgen für fehlendes Personal sind vielfältig und werden hinreichend diskutiert. So wurden in den letzten Jahren auch seitens der Bundesregierung vielfältige Maßnahmen ergriffen, dem Mangel an Pflegefachpersonen entgegenzuwirken und Pflegefachpersonen zu gewinnen. Eine große Rolle spielten hierbei die Förderung von Programmen zum Wiedereinstieg und die Gewinnung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland (zum Beispiel Projekt Triple Win und das am 01.03.2020 verabschiedete Fachkräfteeinwanderungsgesetz). So finden sich auch in dem Ergebnispapier der Konzertierten Aktion Pflege eine Vielzahl an Maßnahmenpaketen zur Gewinnung von Pflegefachpersonen prioritär aus dem Inland, aber auch dem Ausland, wie beispielsweise die Gründung der Deutschen Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe (DFA) und das Deutsche Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen DKF.

Insbesondere die Gewinnung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland stellt eine besondere Herausforderung dar und ist mit vielen Hürden verbunden. Die WHO [12] fordert als Grundprinzip von allen Ländern, ihren eigenen Bedarf an Gesundheitspersonal auszubilden. Wenn Anwerbung stattfindet, muss diese immer ethisch verantwortlich gestaltet werden. Es sind neben der unzureichenden globalen Ursachenanalyse für den Fachkraftmangel auch in den Verfahren der Anerkennung von ausländischen Pflegefachpersonen viele Schwierigkeiten zu verzeichnen. Dies betrifft sowohl die Anerkennung der Berufsausbildung als auch der Weiterbildungen, die den einzelnen Bundesländern obliegt. Es besteht derzeit eine unübersichtliche Struktur hinsichtlich der zuständigen Behörden, der Standards und der Struktur der Verfahren. Die Einschätzung, ob im Ausland erworbene pflegefachliche Kompetenzen der deutschen Berufsausbildung gleichwertig sind, wird meist nur anhand formaler Kriterien wie Stundenanzahl und Inhalte der Berufsausbildung durch Personen (Sachbearbeiter) entschieden, die kaum oder gar keine pflegefachliche Kompetenzen einschätzen können. Eine weitere Herausforderung, die die bei der Fachkräftegewinnung noch deutlich übersteigt, ist die angemessene berufliche und private Integration der Pflegefachpersonen aus dem Ausland. Beruflich gibt es hierzu im günstigen Fall entsprechende nachhaltige Konzepte. Die Integration im Bereich des privaten Lebens wird jedoch häufig vernachlässigt, so dass eine zielführende Integration nur sehr schwer gelingt bzw. extrem lange dauert mit allen Konsequenzen für die Betroffenen.

Ebenso werden derzeit eine Vielzahl an Programmen zum beruflichen Wiedereinstieg initiiert. Trotzdem bleibt fraglich, welche ehemaligen Pflegefachpersonen sich aufgrund der Rahmenbedingungen wieder für ihren alten Beruf entscheiden würden und welchen Erfolg diese Programme am Ende bringen. Auch hier müssen genaue Analysen dazu beitragen, was Pflegende bewegt, sich für einen Wiedereinstieg zu entscheiden und welche Voraussetzungen sie dafür benötigen, Maßnahmen zielgerichteter zu initiieren. So kommt beispielsweise eine Studie der Arbeitnehmerkammer Bremen zu dem Ergebnis, dass durch bessere Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit bei Teilzeitbeschäftigten konservativ geschätzt ein Stellenplus von knapp 100.000 Personen bundesweit erreicht werden kann. [13]

[10] World Health Organisation (WHO) 2020: State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership., Geneva: World Health Organization, S.3, 61; online: https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279
[11] Pflegekammer Niedersachsen (2018): Bericht zur Lage der Pflegefachberufe in Niedersachsen. Erste Datenauswertungen aus dem Pflegefachberuferegister der Pflegekammer Niedersachsen. 2. Aktualisierte Auflage, online: https://www.pflegekammer-nds.de/nachrichten-ansehen/statistik-bericht-zur-lage-der-pflegefachberufe-in-niedersachsen-2018
[12] https://www.who.int/hrh/migration/code/WHO_global_code_of_practice_EN.pdf, abgerufen am 12.04.2021
[13] Arbeitnehmerkammer Bremen: Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern, Kurzfassung, S.5.

Forderungen der Bundespflegekammer

Wenn Maßnahmen zur Gewinnung von Pflegefachpersonen einen hohen Effekt erzielen sollen, sollten nicht nur „neue“ Pflegefachpersonen gewonnen werden, sondern es muss gelingen, die jetzt verbliebenen Pflegefachpersonen zu halten, Berufsausstiege (auch schon in der Ausbildung) zu verhindern und sukzessive Ausstiege durch Teilzeitarbeit zu verringern. Programme und Maßnahmen zur Gewinnung von Pflegefachpersonen seitens der Bundesregierung müssen auf der Grundlage einer weitreichenden Analyse aus pflegefachlicher Perspektive entwickelt und anschließend evaluiert werden.

Von daher fordert die Bundespflegekammer in Anlehnung an die Forderungen der WHO/ICN und Nursing Now: [14]

1. Die Verbesserung der Rahmenbedingungen wie Arbeitsbedingungen, unter anderem durch sichere Personalausstattung, faire Gehälter und Achtung der Rechte auf die Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz, um die Attraktivität des Berufes zu steigern und vor allem vorzeitige Berufsausstiege zu verhindern.
2. Die Erweiterung/Ausbau und Förderung der Gesundheitsberichterstattung des Bundes mit den Daten der Pflegefachberuferegister der Pflegekammern, um verlässliche und valide Datengrundlagen im Pflegesektor (zum Beispiel zum durchschnittlichen Verbleib im Pflegeberuf) zu gewinnen, zu analysieren und darauf zu reagieren.

3. Die Bereitstellung finanzieller Mittel zur Förderung und Ausbau der Pflegeforschung zur Mobilität und Migration von Pflegefachpersonen und zum Wiedereinstieg um verantwortungsbewusstes und ethisches Management voranzutreiben.
4. Die Bereitstellung von mehr finanziellen Mitteln für Pflegebildungseinrichtungen (Schulen und Hochschulen) zur Förderung der Ausbildung, der akademischen Grundausbilddung in der Pflege und der Entwicklung von Wiedereinstiegsprogrammen/-fortbildungen um quantitativ wie qualitativ die jetzigen und zukünftigen Bedarfe zu decken.
5. Vor dem Hintergrund, dass in vielen anderen Staaten, die Pflegeausbildung auf akademischem Niveau statt findet und die deutlichen positiven Auswirkungen auf die Versorgung nachgewiesen sind, muss die Akademisierung von Pflegefachpersonen in Deutschland weiter ausgebaut werden. Dies darf nicht allein in den Entscheidungen und von den finanziellen Mitteln der Länder abhängig sein mit dem Ziel einer Vergleichbarkeit der Ausbildungen EU/Weltweit (um gegenseitige Anerkennungsverfahren zu harmonisieren und zu vereinfachen).
6. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen dahingehend zu schaffen und zu erweitern, welche den Ausbau wissenschaftlicher Weiterqualifizierungs- und Anerkennungsprogramme fordert und fördert und die am Bedarf der überwiegend weiblichen und älteren Pflegefachpersonen orientiert sind. Ziel ist es die Attraktivität des Berufes insgesamt zu steigern und Pflegefachpersonen in Deutschland und den meist hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen aus dem Ausland Perspektiven zu bieten.
7. Die Anerkennungsverfahren für die Prüfung der Gleichwertigkeit der Berufsabschlüsse müssen vereinheitlicht und beschleunigt werden. Hierbei sind Erfahrungen der DFA einzubeziehen.
8. Die Etablierung und Refinanzierung von mehrjährigen beruflichen und außerberuflichen Integrations- und Betreuungsprogrammen für Pflegefachpersonen aus dem Ausland.
9. In Deutschland muss der Einsatz von (digitalen) Systemen, mit denen die Qualifikationen von Pflegefachpersonen weltweit anerkannt und verarbeitet werden können, zügig vorangetrieben werden (Beispiel europäischer Berufsausweis).
10. Die Bereitstellung finanzieller Mittel, um Wiedereinstiegsprogramme wissenschaftlich zu initiieren, zu begleiten und zu evaluieren

[14] https://www.who.int/news-room/detail/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses

Forderungen der Bundespflegekammr kompakt

- *Finanzielle Förderung der Ausbildung, der akademischen Grundausbildung in der Pflege und der Entwicklung von Wiedereinstiegsprogrammen/-fortbildungen.*
- *Förderung und Ausbau der Pflegeforschung zur Mobilität und Migration von Pflegefachpersonen und zum Wiedereinstieg von Pflegefachpersonen.*
- *Ausbau wissenschaftlicher Weiterqualifizierungs- und Anerkennungsprogramme, um berufliche Perspektiven gerade auch für ältere Pflegende zu schaffen.*
- *Etablierung und Refinanzierung von umfassenden Integrationsprogrammen für ausländische Pflegefachpersonen.*
- *Ethisch verantwortliche Anwerbung sowie Vereinheitlichung und Beschleunigung der Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsabschlüsse.*

PFLEGE AN POLITISCHEN ENTSCHEIDUNGEN BETEILIGEN

Ausgangssituation

Die Organisation des korporatistischen deutschen Gesundheits- und Pflegesystems basiert im Wesentlichen auf Selbstverwaltung der zentralen Akteure. Diese haben durch die qua Gesetz übertragenen Aufgaben eine erhebliche Gestaltungsmacht und sind zugleich exzellent aufgestellt zur Vertretung der jeweiligen Partikularinteressen gegenüber Politik und Gesellschaft. Aus dem Kreis der Gesundheitsprofessionen sind die Organe der Ärzteschaft besonders gut aufgestellt und vernetzt.

Berufsorganisationen der Pflege sind bisher wenig und wenn dann meist mit eingeschränkten Rechten in den Gremien der sozialrechtlichen Selbstverwaltung, aber auch in politischen Gremien (z.B. Corona-Krisenstäbe des Bundes und der Länder) beteiligt. Soweit gesetzlich oder untergesetzlich definierten Beteiligung vorgesehen ist, ist oft unklar formuliert, wer genau die Vertretung übernehmen soll. Das führte in der Vergangenheit immer wieder zu Diskussionen zwischen unterschiedlichen Verbänden.

Der Gesetzgeber hat im Gemeinsamen Bundesausschuss (SGB V) für den Deutschen Pflegerat im Unterausschuss Qualitätssicherung eine Beteiligung geregelt. Dieser hat aber kein Stimmrecht und kann auch in den Sitzungen des Plenums des G-BA nur durch das Entgegenkommen des Vorsitzenden sprechen. Im Unterausschuss veranlasste Leistungen, der die Richtlinien zur Häuslichen Krankenpflege erarbeitet, ist keine Berufsorganisation beteiligt.

Im Qualitätsausschuss (SGB XI) wurde für die Vertretung der Berufsorganisationen ein zusätzlicher Platz auf der Bank der Leistungserbringer geschaffen. Dies führt einerseits zu einer Schieflage in der Zusammensetzung des Qualitätsausschuss, weil gleichzeitig ein weiterer Sitz auf der Bank der Kostenträger geschaffen wurde. Die Zuordnung ist aber auch systemfremd, da die Berufsorganisationen grundsätzlich eine andere Perspektive auf die Sachverhalte haben als Leistungserbringerverbände. Zudem ist durch die unklare gesetzliche Formulierung nicht eindeutig feststellbar, wer den Sitz einnehmen soll. Es wurde in schwierigen Verhandlungen ein Kompromiss gefunden, der unter dem Aspekt der Repräsentativität fragwürdig ist.

In der Summe lässt sich festhalten, dass bisher die pflegerische Expertise unzureichend in den maßgeblichen Entscheidungen zur Gestaltung des Gesundheits- bzw. Pflegesystems abgebildet wird.

Forderungen der Bundespflegekammer

Die Bundespflegekammer fordert eine qualifizierte Mitsprache in allen Gremien der sozialrechtlichen Selbstverwaltung.

Im G-BA wäre dies durch eine eigene Bank der Gesundheitsprofessionen zu erreichen. Diese neue Bank soll ein Stimmrecht erhalten. Dadurch wäre sichergestellt, dass pflegerische Expertise im G-BA insgesamt bei allen relevanten Fragen und der Entwicklung und Verabschiedung von Richtlinien qualifiziert mitwirken kann.

Im Qualitätsausschuss ist ebenfalls eine eigene Bank zu schaffen, die durch die Vertreter des Berufes (mindestens Bundespflegekammer und DPR) zu besetzen ist.

In der Bundesregierung ist eine Stelle für eine Chief Government Nurse zu schaffen. Das heißt eine gehobene Position (mindestens Abteilungsleitung oder Stabstelle des Ministers/der Ministerin) mit der Anforderung Berufsqualifikation in der Pflege und Zuständigkeit für alle Fragen, den Beruf und die Berufsausübung betreffend.

Gesetzliche Vorgaben zur Zusammensetzung von Gremien sind dahingehend zu überprüfen ob sie – soweit pflegebezogene Aufgaben betroffen sind – regelhaft eine pflegefachliche Mitwirkung verbindlich vorsehen. Wo dies fehlt wäre die Bundespflegekammer zu ergänzen, um die Einbeziehung pflegefachlicher Expertise zu sichern.

Darüber hinaus sind in weiteren Fachgremien mindestens die Bundespflegekammer und der Deutsche Pflegerat regelhaft zu beteiligen, soweit sie pflegerelevante Themen diskutieren. Auch aus dem Bereich der Ärzteschaft kennen wir, dass häufig mehrere Organisationen vertreten sind.

Im Konzert der mächtigen Akteure in der Gesundheits- und Pflegepolitik allgemein und der Selbstverwaltung im Besonderen ist eine starke und gut aufgestellte Vertretung der Perspektiven der Profession Pflege unerlässlich. Durch die Einführung von Pflegekammern in mehreren Bundesländern ist auf Landesebene der Anfang dazu gemacht. Auf Bundesebene hat sich die Bundespflegekammer gegründet, um die Interessen der Landeskammern auf Bundesebene zu bündeln. Um der Bundespflegekammer die Übernahme erweiterter Beteiligungsaufgaben und ein Agieren auf Augenhöhe mit den anderen Interessengruppen im Gesundheitswesen zu ermöglichen, wird der Gesetzgeber aufgefordert, eine Anschubfinanzierung

für die Bundespflegekammer bereitzustellen. Dadurch wird die Profession Pflege in die Lage versetzt, auch andere bisher von staatlichen Stellen wahrgenommene Aufgaben im Auftrag des Gesetzgebers zu übernehmen und ihre Beratungs- und Impulsgeberfunktion für die Bundespolitik zu erfüllen.

Forderungen der Bundespflegekammr kompakt

- *Eigene Bank für Gesundheitsprofessionen im G-BA schaffen.*
- *Eigene Bank für Vertreter des Pflegerufes beim Qualitätsausschuss schaffen.*
- *Die Bundespflegekammer bzw. Landespflege(berufe)kammern erhalten in allen Gremien/Institutionen, die die Pflege betreffende Entscheidungen fällen, gesetzlich geregelt eine qualifizierte Beteiligung.*
- *In der Bundesregierung wird die Stelle einer Chief Government Nurse geschaffen.*
- *Bereitstellung einer Anschubfinanzierung für die Bundespflegekammer durch den Bundesgesetzgeber.*

DIGITALISIERUNG UND BÜROKRATIEABBAU

Ausgangssituation

Das deutsche Gesundheitswesen, und vielerlei Hinsicht noch ausgeprägter der Pflegebereich, haben im internationalen Vergleich einen erheblichen Nachholbedarf bei der Digitalisierung. Während in der Industrie und in vielen Dienstleistungsbranchen hohe Durchdringungsgrade digitalisierter Prozesse zu verzeichnen sind, hat die digitale Transformation von Versorgungsprozessen in der personenbezogenen Dienstleistung Pflege im akut-stationären Bereich ebenso wie in der ambulanten und stationären Langzeitpflege noch gar nicht bzw. beschränkt auf den Bereich von Organisation und Verwaltung eingesetzt. [15] Das wird besonders deutlich im Bereich der Dokumentation, wo meist noch analog dokumentiert wird und deshalb Daten nicht oder nur aufwändig zusammengefasst und analysiert werden können. Neben der Dokumentation rauben auch die papiergebundene Kommunikation und Verordnung von Leistungen den Pflegefachpersonen Zeit für die eigentliche Pflege.

Das deutsche Gesundheits- und Pflegesystem ist geprägt von einem hohen bürokratischen Aufwand zur Leistungs-, Vergütungs- und Qualitätskontrolle. Es gibt bisher nur gering ausgeprägte umfassende Strukturen für die elektronische Dokumentation und Schwächen bei der Verknüpfung unterschiedlicher Systeme, so beispielsweise Dienstplanprogramme und Erfassung der Bettenbelegung.

[15] IGES: Umfrage zum Technikeinsatz in Pflegeeinrichtungen (UTiP), S. 11.

Pflegerischer Dokumentationsaufwand ist häufig gesteuert von Nachweispflichten für Prüfungen und Abrechnungen und weniger von pflegefachlichen Anforderungen zur Umsetzung des Pflegeprozesses.

Prüfverfahren und -instanzen sind weiterhin geprägt von einer Kultur des Misstrauens mit möglichst kurzfristig angekündigten Prüfungen und einer weitgehend fehlenden Abstimmung zwischen Medizinischem Dienst und Heimaufsicht.

Es wurde bisher auch kein einheitliches Klassifikationssystem zur Abbildung pflegerischer Praxis definiert. Dies behindert die systematische Erfassung und Auswertung pflegerischen Handelns.

In der Konzertierten Aktion Pflege ist Digitalisierung ein wichtiges Thema. Im BMG wurde ein Cluster Digitalisierung geschaffen und das Thema zu einem Schwerpunkt der zu Ende gehenden Legislaturperiode gemacht. So wurde ein Krankenhauszukunftsfonds eingerichtet und für 2021 mit drei Milliarden Euro aus Bundesmitteln ausgestattet. Dagegen bleibt das Förderprogramm Digitalisierung in der Langzeitpflege mit einem Fördervolumen im mittleren zweistelligen Millionenbetrag weit zurück, was auch mit dem im Vergleich zum Krankenhausbereich geforderten doppelt so hohen Eigenanteil der Einrichtungen zusammenhängen dürfte. Die Pflege wird schrittweise an die Telematikinfrastruktur angebunden, erhält Zugriff auf nahezu alle Daten der elektronischen Patientenakte und wird bei der Festlegung von Daten zur pflegerischen Versorgung beteiligt.

Forderungen der Bundespflegekammer

Es ist erforderlich, mittels einer kohärenten Digitalisierungsstrategie (digitale Agenda), die versorgungssektorenübergreifend angelegt ist und durch eine Koordinierungsstelle begleitet wird, die digitale Transformation im Pflegebereich weiter voranzutreiben.

Zur Abbildung und Steuerung der Pflege sind strukuriert erfasste Informationen aus den Versorgungsprozessen erforderlich. Eine einheitliche Fachsprache bzw. Pflegeterminologie ermöglicht dies. Dazu ist die International Classification of Nursing Practice (ICNP®) einzusetzen und eine nationale Lizenz zu erwerben. Sie ist die einzig verfügbare Pflegeterminologie, die in SNOMED-CT Pflege abbildet.

Die Bundespflegekammer muss in alle Entwicklungen der Digitalisierung der Pflege eng eingebunden werden. Eine Mitbestimmung bei den Planungen und politischen Entscheidungen, zum Beispiel im Beirat der gematik, muss gewährleistet sein.

Zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur ist der Aufbau eines elektronischen Gesundheitsberuferegisters und die Ausgabe von elektronischen Heilberufeausweisen an Pflegefachpersonen zwingend erforderlich. Der Aufbau des Gesundheitsberuferegisters muss zügig abgeschlossen und die Ausgabe des Heilberufeausweises erfolgen. Weitere Anwendungen wie die elektronische Verordnung der häuslichen Kranken- und außerklinischen Intensivpflege sowie von Heil- und Hilfsmitteln müssen zügig bereitgestellt und ein mobiler Zugriff auf die elektronische Patientenakte ermöglicht werden.

Es bedarf der empirischen Forschung und Evaluation von technisch und digital unterstützten pflegebezogenen Versorgungsprozessen. Hierzu sind Forschungskapazitäten auszubauen, die den Pflegebereich analysieren und zu einer fundierten Weiterentwicklung und Ableitung von wirksamen Maßnahmen und Standards zu kommen. Es ist ein Investitionsprogramm zur Ausstattung der pflegebildenden Schulen und Hochschulen zur Digitalisierung der Ausbildung erforderlich. Dies betrifft nicht nur die Sicherstellung von Infrastruktur, Hardware und Software, sondern auch die Bereitstellung von technischem Support und digitalen Kompetenzen der Lehrenden. Zudem sind die Kapazitäten für die Ausbildung von Informatikstudienhängen mit dem Schwerpunkt Pflege deutlich auszubauen.

Die Möglichkeiten der digitalen Unterstützung in pflegebezogenen Versorgungsprozessen sind aktiv zu aus der Profession Pflege heraus zu entwickeln und zu nutzen, z.B. durch Ausbau von Telepflege/Telenursing, und von den Kranken- und Pflegekassen zu refinanzieren. Digitale Pflegeanwendungen mit gesichertem Nutzen müssen in den Leistungskatalog der Pflegekassen aufgenommen und von Pflegefachpersonen verordnet werden können. Der pflegerische Unterstützungsbedarf bei der Nutzung der Anwendungen ist voll zu refinanzieren.

Investitionen in Digitalisierung sind auch eine Ressourcenfrage. Deshalb muss der Krankenhauszukunftsfonds über 2021 hinaus verlängert und ein analoges Investitionsprogramm in der ambulanten und stationären Langzeitpflege für die vollständige Ausstattung mit Hard- und Software aufgelegt werden.

Es müssen Anreize geschaffen bzw. Standards vorgegeben werden, die eine Interoperabilität von System ermöglichen. Der Datentransfer zwischen unterschiedlichen Akteuren (z.B. bei der Abrechnung von Leistungen nach SGB XI) kann damit deutlich erleichtert werden. Doppeldokumentationen sind unbedingt zu vermeiden, rechtliche Hemmnisse für die Digitalisierung in Verwaltungsverfahren sind zu beseitigen (z.B. die Verpflichtung in der ambulanten Pflege, die Akte in Papierform zu führen).

Prüfungen sind auf Ergebnisqualität zu fokussieren. An den Vorgaben für die Prüfungen sind Vertreter der Profession qualifiziert zu beteiligen. Trotz Verbesserungen bei den Qualitätsprüf-Richtlinien für die MD gibt es weiteren Handlungsbedarf.

Forderungen der Bundespflegekammr kompakt

- *Investitionsprogramm für Hard- und Software in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Pflege.*
- *Anreize für Softwareentwicklung und Vorgaben für Standards zur besseren Verknüpfbarkeit bzw. Austausch von Daten.*
- *Prüfungen sind auf Ergebnisqualität zu fokussieren und an der Festlegung von Prüfkriterien sind Vertreter der Profession qualifiziert zu beteiligen.*
- *Die Möglichkeiten der digitalen Unterstützung in pflegebezogenen Versorgungsprozessen wie Telepflege/Telenursing oder Apps müssen in den Leistungskatalog aufgenommen werden.*
- *Die Anbindung der Pflege an die Telematikinfrastruktur muss konsequent vorangetrieben und weitere pflegebezogene Anwendungen entwickelt werden.*

PFLEGE DAUERHAFT BESSER BEZAHLEN

Ausgangssituation

Die Verdienstunterschiede in der Pflege sind erheblich: So sind große Unterschiede zwischen den Berufen der Langzeit- und Krankenpflege, zwischen den Bundesländern und zwischen den Pflegesettings – Krankenhaus, stationäre Langzeitpflege und ambulante Langzeitpflege – zu beobachten.

Nach Angaben des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung verdienten Fachpersonen in der Krankenpflege 2018 mit durchschnittlich 3.415 Euro – rund 540 Euro mehr als Fachpersonen in der Altenpflege, die im Durchschnitt 2.877 Euro verdienten. Die Einstiegsgehälter liegen deutlich darunter. Pflegefachpersonen in der Krankenpflege verdienten geringfügig mehr als das Medianeinkommen der Beschäftigten insgesamt, Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege 12,9 Prozent weniger.[16] Dabei ist zu berücksichtigen, dass sowohl in der Kranken- als auch in der Langzeitpflege häufig Zuschläge für Nachtschichten sowie Wochenend- und Feiertagsdienste anfallen, die in den Entgelten bereits enthalten sind. Rechnet man diese heraus – gerade auch im Vergleich zu Branchen, wo eine geregelte 5-Tage-Woche gilt – liegen auch die Einkommen in der Krankenpflege unterhalb des Medianeinkommens aller Beschäftigten.

Auch die regionalen Unterschiede sind erheblich: Bei den Pflegefachpersonen in der Altenpflege reicht die Spannweite zwischen 2.329 Euro in Sachsen-Anhalt und 3.169 Euro in Baden-Württemberg, bei den Kolleginnen und Kollegen in der Krankenpflege zwischen 2.962 Euro in Mecklenburg-Vorpommern und 3.644 Euro im Saarland.

Die Konzertierte Aktion Pflege – unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales – hat sich 2019 zum Ziel gesetzt, die Entlohnungsbedingungen in der Langzeitpflege deutlich zu verbessern. So wurde empfohlen, einen Mindestlohn für

Pflegefachkräfte einzuführen und die Angleichung der Mindestlöhne zwischen Ost- und Westdeutschland auf den Weg zu bringen. Die Beschlüsse der Pflegekommission folgten dieser Empfehlung: So steigt der neu eingeführte Mindestlohn für Pflegefachpersonen bis 2022 auf 15,40 Euro, die Mindestlöhne für Pflegehilfskräfte in Ost und West werden angeglichen und bis 2022 schrittweise auf 13,20 Euro steigen.

Außerdem sprach sich die Konzertierte Aktion Pflege mehrheitlich dafür aus, Lohnuntergrenzen und weitere Mindestarbeitsbedingungen für die Langzeitpflege festzulegen, indem ein von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite verhandelter Tarifvertrag auf Grundlage von § 7a Arbeitnehmerentsendegesetz bundesweit erstreckt wird. Anfang 2021 haben die Gewerkschaft Verdi und der Arbeitgeberverband BVAP einen Tarifvertrag für die Langzeitpflege abgeschlossen und das Bundesarbeitsministerium aufgefordert, diesen auf die gesamte Branche in Deutschland auszudehnen. Dies scheiterte am Einspruch der kirchlichen Träger, die laut Gesetz der Erstreckung zustimmen müssen.

Handlungsbedarf besteht auch bei der Arbeitszeit und beim Renteneintritt: Der Pflegeberuf ist so kraftraubend, dass überproportional viele Beschäftigte nicht bis zur Rente durchhalten. Aufgrund der psychisch und körperlich belastenden Arbeitsbedingungen sind die krankheitsbedingten Fehlzeiten bei Altenpflegefachpersonen 40 Prozent höher als bei Beschäftigten in sonstigen Berufen, auch die Frühverrentung ist deutlich erhöht.[17] Durch eine Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit auf 35 Stunden bei vollem Lohnausgleich kann ein Beitrag dazu geleistet werden, dass Pflegefachpersonen länger und gesund im Beruf verbleiben. Außerdem muss die Absicherung von Pflegefachpersonen bei Erwerbsunfähigkeit dringend verbessert werden.

[16] Carstensen, Jeanette; Seibert, Holger; Wiethölter, Doris (2020): Entgelte von Pflegefachkräften. Aktuelle Daten und Indikatoren, Nürnberg.
[17] Barmer Pflegereport 2020, S. 176 f.

Forderungen der Bundespflegekammer

Bereits heute besteht bei Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege ein bundesweiter Fachkräftemangel, in der Krankenhauspflege, gilt dies mit Ausnahme von vier Bundesländern ebenso. Nur wenn der Beruf attraktiver und besser bezahlt wird, kann der Bedarf an Pflegefachpersonen jetzt und in Zukunft gedeckt und eine gute Versorgung im Krankenhaus und in der Langzeitpflege sowie in anderen Bereichen, in denen Pflegende tätig sind, auf Dauer sichergestellt werden.

Die großen Unterschiede in der Bezahlung von Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege und der Krankenpflege sind weder mit der Qualifikation, noch mit dem Grad an Verantwortung oder der Arbeitsbelastung zu rechtfertigen. Die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung trägt vielmehr der Tatsache Rechnung, dass sich die fachlichen Anforderungen in den Versorgungsbereichen immer mehr annähern, in Pflegeeinrichtungen vertiefte medizinisch-pflegerische Kenntnisse erforderlich sind und in den Krankenhäusern der Anteil pflegebedürftiger und demenziell erkrankter Patientinnen und Patienten stark ansteigt. Bei gleicher Ausbildung stößt die gravierende Schlechterstellung der Langzeitpflege auf keinerlei Akzeptanz mehr.

Die Bundespflegekammer fordert, dass die Gehälter in der Langzeitpflege schnell an die der Krankenpflege angeglichen werden. Dazu müssen Arbeitgeber und Gewerkschaften endlich einen Branchentarifvertrag für die Langzeitpflege abschließen, der sich am Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst oder den Arbeitsvertragsrichtlinien der konfessionellen Krankenhausträger orientiert und vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales auf alle nicht an ihn gebundenen Arbeitgeber und Arbeitnehmer*innen erstreckt wird.

Mindestlöhne helfen, die gravierendsten regionalen Unterschiede und Dumpinglöhne in einzelnen Einrichtungen zu unterbinden. Sie sind nicht geeignet, die Strukturprobleme und gravierenden Ungerechtigkeiten in der Vergütung zu beheben und die Leistungen der Pflegefachpersonen angemessen zu honorieren. Die Bundespflegekammer warnt die Arbeitgeber davor, mit dem Argument der Mindestlöhne eine deutliche und flächendeckende Erhöhung und Angleichung der Gehälter in der Pflege verhindern zu wollen.
Aus Sicht der Bundespflegekammer müssen darüber hinaus die Gehälter für alle Pflegefachpersonen deutlich angehoben werden, um den Pflegeberuf im Vergleich mit anderen Berufen wettbewerbsfähig zu bezahlen. Es muss auch der Tatsache Rechnung getragen werden, dass die Verantwortung und die Risiken, die mit dem Pflegeberuf verbunden sind, weit über die, anderer Berufe hinausgehen. Dies ist weiten Teilen der Bevölkerung durch die Corona-Krise deutlich geworden. In diesem Zusammenhang ist auch den kleineren Gewerkschaften die Gelegenheit zu geben, Tarifverträge verbindlich und refinanzierbar abzuschließen. Hierzu sind Änderungen im Tarifvertragsgesetz unabdingbar.

Pflegepersonen kommen in ihrer Arbeit täglich Menschen über große Zeitspannen sehr nahe, die zu den besonders gefährdeten Gruppen gehören. Ihre Tätigkeit hat unmittelbaren Einfluss auf die Gesundheit und das Leben von Patienten und alten Menschen sowie deren Familien und Partner, die oft in die Pflege eingebunden sind. Pflegepersonen tragen zudem ein deutlich höheres Risiko für die eigene Gesundheit, wie die überdurchschnittliche Infektionsrate von Gesundheitsberufen mit COVID-19 zeigt. Sie sind zudem in höherem Maß

psychischen Belastungen ausgesetzt. Die Bundespflegekammer fordert deshalb ein Bruttoeinkommen von 4.000 Euro als Einstiegsgrundgehalt für alle Pflegefachpersonen. Dies darf selbstverständlich keine Rechtfertigung dafür sein, auf notwendige Schutzvorkehrungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu verzichten.

Um die Arbeitsbedingungen zu verbessern und überdurchschnittlich hohen Arbeitsunfähigkeitszeiten und Frühverrentungen in den Pflegeberufen zur verringern, muss auch über eine Reduzierung der Regelarbeitszeit nachgedacht werden.

Durch die Einführung einer 35-Stunden-Woche bei vollem Lohnausgleich ließe sich die körperliche und psychische Arbeitsbelastung reduzieren und zusätzliche Regenerationszeit schaffen. Vergleichbare Ansätze beispielsweise in der Chemie- und Metallindustrie zeigen, dass es geht.

Forderungen der Bundespflegekammr kompakt

- *Schnelle Angleichung der Gehälter in der Langzeitpflege und der Rehabilitation an die der Krankenhauspflege.*
- *Abschluss und Erstreckung eines Tarifvertrags in der Langzeitpflege, der sich am TVöD oder den AVR der konfessionellen Krankenhausträger orientiert.*
- *Schrittweise Anhebung des Lohnniveaus für Pflegefachpersonen auf ein Einstiegsgrundgehalt von 4.000 Euro brutto.*
- *Einführung der 35-Stunden-Woche bei vollem Lohnausgleich.*
- *Bessere Absicherung von Pflegefachpersonen bei Erwerbsunfähigkeit.*

PFLEGE GERECHT FINANZIEREN

Ausgangssituation

Gute Arbeitsbedingungen und gute Pflege müssen in allen Sektoren gerecht finanziert werden. Mehr Personal und eine bessere Bezahlung kosten Geld. In der gesetzlichen Pflegeversicherung müssen nach der derzeitigen Finanzierungslogik die Mehrkosten von den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen getragen werden. Die durchschnittlichen Eigenanteile für pflegerische Leistungen im Pflegeheim lagen 2020 schon bei 786 Euro pro Monat. Nimmt man die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten dazu, mussten durchschnittlich 2.015 Euro pro Monat von den Pflegebedürftigen privat gezahlt werden.[18] Eine Reform der Pflegfinanzierung ist deshalb überfällig. Zwar hat das BMG Vorschläge vorgelegt, die in der stationären Pflege eine in Abhängigkeit von der Dauer der Pflege gestaffelte Reduzierung der pflegebedingten Eigenanteile vorsieht. Allerdings steht eine Verabschiedung noch aus und eine Deckelung der Eigenanteile ist damit nicht verbunden

Die Finanzierung im Krankenhaussektor wiederum erfolgt durch eine medizinische diagnosebezogene Pauschalvergütung (DRG), wobei die Kosten der direkten Pflegeversorgung in bettenführenden Stationen 2019 aus den DRG herausgenommen und ein ungedeckeltes Pflegebudget eingeführt wurden. Auch die jährlichen Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern zum Leistungs- und Mengengerüst orientieren sich vor allem an medizinischen Diagnosen. Es handelt sich dabei um ein ausschließlich ökonomisch getriggertes System, das sich an den in der Vergangenheit erbrachten Leistungsmenge orientiert. Die Fallpauschalen machen den größten Teil der Finanzierung der Krankenhäuser aus. In vielen anderen Ländern dagegen ist dieser Anteil geringer und wird kombiniert mit anderen Vergütungselementen. Durch die Regelung in Deutschland entsteht ein starker Anreiz zur Mengenausweitung, was sich in einer im internationalen Vergleich hohen Zahl stationärer Leistungen widerspiegelt. Dieser Fallzahlanstieg ist auch ein Grund dafür, warum Pflegefachpersonen im Krankenhaus mit einer immer größeren Arbeitsverdichtung konfrontiert sind. Die Corona-Pandemie hat außerdem gezeigt, dass das Vergütungssystem kaum Anreize für die Vorhaltung von Reserven setzt, so dass der zu knapp kalkulierte Personalbestand in der Pflege der Engpassfaktor bei der Ausweitung der Intensivkapazitäten ist. Der Investitionsstau in den Krankenhäusern, der sich gerade auch bei der Digitalisierung zeigt, resultiert aus einer unzureichenden Investitionsfinanzierung der Länder. Daraus ergibt sich insgesamt ein erheblicher Reformbedarf bei der Krankenhausfinanzierung.

[18] vdek online, Daten zum Gesundheitswesen: https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html, abgerufen am 08.10.2020

Forderungen der Bundespflegekammer

Um eine bedarfsgerechte, professionelle pflegerische Versorgung der Gesellschaft sicherzustellen, müssen sich die Pflegeleistungen nach dem tatsächlichen Pflegebedarf ausrichten. Die Leistungsvergütung muss dabei zwingend den Aufwand abbilden. Als Bemessungsgrundlage der Finanzierung muss der aktuelle, individuelle prospektiv abgeleitete Pflegebedarf und die Qualifizierung der Personen, die die Leistung erbringen zugrunde gelegt werden. Eine Weiterführung des DRG-Systems im Bereich der Krankenhausfinanzierung lehnen wir ab. Wir gehen davon aus, dass es nicht möglich ist, prospektiv ausgerichtete Pflege-DRG zu entwickeln, weil es durch diese nicht möglich ist, die Komplexität der Pflegeleistungen und die Interaktion mit den Pflegeempfängern und deren Umfeld ausreichend zu würdigen.

Alle erbrachten Pflegeleistungen müssen vollständig refinanziert werden. Gesetzlich festgelegte Vorbehaltstätigkeiten der Pflegefachpersonen müssen dabei genauso abgebildet werden, wie die Gesamtheit der pflegebezogenen Kernaufgaben. Das Pflegebudget muss deshalb bis zur Einführung eines guten Personalbemessungssystems erhalten und auch von der Entwicklung her nach oben offenbleiben. Die Länder sind aufgefordert, mehr Mittel für die Investitionsfinanzierung bereitzustellen, die aber dauerhaft durch Bundesmittel aufgestockt werden müssen.

Um die Mengenkomponente bei der Vergütung zu reduzieren, müssen die Vorhaltekosten explizit pauschal finanziert werden. Dies kann durch Land und Bund erfolgen. Die Vorhaltung muss eine Grundversorgung sicherstellen und Reservekapazitäten für Krisenzeiten umfassen. Dadurch würde der Mengenanteil an der Vergütung deutlich sinken und der Anreiz zur Leistungsausweitung verringert. Auch die Vergütungsunterschiede zwischen dem stationären und ambulanten Sektor würden dadurch geringer. Diese Vorhaltebudgets sollten regional geplant werden.

Ebenso muss der Ausbau von zukunftsfähigen, flexiblen und sektorenübergreifenden Versorgungs- und Wohnformen, die sich an den Bedürfnissen der einzelnen Lebensphasen orientieren, weiter vorangetrieben werden. Sektorale Schnittstellen müssen auch im Bereich der Finanzierung überwunden werden. Daneben muss den Kommunen wesentlich mehr Verantwortung bei der Gesamtplanung der Versorgung in ihrem Zuständigkeitsbereich übertragen werden. Die sektorenbezogene Vergütung einzelner Akteursgruppen (wie z.B. die Hausärzte, ambulante Pflegedienste, Einrichtungen der Tagespflege oder der stationären Langzeitpflege usw.) ist durch eine pauschale regionale Budgetierung zu ersetzen. Die so geschaffenen Systeme sollen präventive Ansätze zur Vermeidung von Krankheit, Rehabilitation und Pflege priorisieren und somit nachhaltig dazu beitragen, dass eine interprofessionelle Versorgungsperspektive eingenommen werden kann.
Außerdem sollte die Vergütung der Krankenhäuser ein Stück weit an die Versorgungsqualität gekoppelt werden. Diese kann sich auf einzelne Leistungen beziehen und perspektivisch auf das Ziel der Gesunderhaltung größerer Bevölkerungsgruppen. Die rechtlichen Voraussetzungen hierfür sind im SGB V gegeben.

Um eine gezielte Steuerung und eine hohe Qualität der pflegerischen Versorgungsprozesse und der Leistungserbringung durch die Pflegefachpersonen zu gewährleisten, müssen Pflegedienstleistungen in den Einrichtungen nach SGB XI absolut weisungsunabhängig hinsichtlich aller Fragen der Pflegeversorgung sein. Dies betrifft auch die vollständige Autonomie bei der Entscheidung, welchen Auslastungsgrad die jeweilige Pflegebesetzung zulässt. Darüber hinaus übernehmen die jeweiligen Leitungspersonen auch umfassende Verantwortung für ihre Entscheidungen, die sich ausschließlich an dem Merkmal der Versorgungsqualität orientiert und nicht an ökonomischen Fragestellungen. Insofern muss auch bei Einrichtungen im Bereich des SGB XI eine Vorhaltefinanzierung erfolgen, die eine entsprechende Flexibilität ermöglicht und sicherstellt, dass Einrichtungen nicht gleich bei abnehmender Belegung in Folge personeller Auswirkungen in finanzielle Schieflage geraten. In Krankenhäusern spielt die pflegerische Versorgung neben der medizinischen Versorgung insgesamt eine gleichwertige Rolle.

Die Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung muss dringend reformiert werden. Die Eigenanteile der Betroffenen dürfen nicht weiter steigen. Um das finanzielle Risiko zu minimieren, müssen diese auf einem niedrigeren Niveau als heute deckelt werden. Pflege muss für die Betroffenen und die noch nicht Betroffenen klar planbar sein. Die Ausbildungskosten dürfen in keinem Fall mehr an die Betroffenen weitergegeben werden, sondern sind umfassend durch die öffentliche Hand zu finanzieren. Es muss ein gut organisiertes System an privaten kapitalgedeckten und staatlich abgesicherten Vorsorgemöglichkeiten bestehen, um das finanzielle Risiko schon von jungen Jahren an zu minimieren. Das Recht auf angemessene pflegerische Versorgung darf nicht von der finanziellen Situation des Einzelnen abhängen. Ebenso darf die Eigenbeteiligung nicht dazu führen, dass Menschen von professioneller Pflege ausgeschlossen werden. Die Mehrkosten sind solidarisch über Beiträge und Steuermittel zu finanzieren.

Forderungen der Bundespflegekammr kompakt

- *Die Finanzierung in der Pflegeversicherung muss solidarisch erfolgen. Die Eigenanteile der Pflegebedürftigen müssen sozial gerecht gedeckelt und die Mehrkosten solidarisch über Beiträge und Steuermittel finanziert werden.*
- *Bis zur Einführung eines verbindlichen Klassifikationssystems muss die Finanzierung eines nach oben nicht begrenzten Pflegebudgets nachhaltig und legislaturperiodenübergreifend sichergestellt sein.*
- *Die Weiterführung des DRG-Systems in der heutigen Form lehnt die Bundespflegekammer ab. Vorhaltekosten im Sinne einer Basisversorgung und Reservekapazitäten in Krisenzeiten müssen pauschal finanziert werden.*
- *Die Investitionsfinanzierung in Krankenhäusern und stationärer Pflege muss im Sinne der Vorhaltung von Seiten des Staates gesichert sein.*
- *Die sektorenbezogene Vergütung muss perspektivisch durch Regionalbudgets ersetzt werden.*

DIE KRAFT DER VIELEN

1,2 Mio
Pflegefachpersonen in Deutschland

20 Mio
Pflegeempfänger pro Jahr

80 Mio
Menschen, die von Pflege direkt oder indirekt profitieren

DAS. NEUE. WIR.
Bundespflegekammer

Impressum

Layout und Text:
Bundespflegekammer e.V.
Alt Moabit 91, 10559 Berlin
www.bundespflegekammer.de

Bilder: pixabay.de