

Nur Treibsand im Gesundheitssystem

Die berufliche Pflege braucht eine institutionelle Verankerung

TEXT: SONJA LAAG/PROF. DR. MARTINA HASSELER/
ANNEMARIE FAJARDO/JANINE MÜLLER-DODT

Worum es geht

Die berufliche Pflege in Deutschland ist Treibsand in den Sozialgesetzbüchern. Jede Gesetzesinitiative griff in den letzten Jahrzehnten mit ihren eigenen "Bedürfnissen" nach der beruflichen Pflege. Die zahlreichen Regeln und Vorgaben können die Grundlage eines Rapsongs sein, der sich wie folgt anhört ... Grund- und Behandlungspflege, verrichtungs- und personenbezogene Pflege, Krankenhausersatz-/vermeidungspflege § 37 (1) SGB V, Unterstützungspflege § 37 (1a) SGB V, Sicherungspflege § 37 (2) SGB V, Außerklinische Intensivpflege § 37c SGB V, Häusliche Pflege wegen Schwangerschaft und Entbindung § 24g SGB V, Soziotherapie § 37a SGB V, Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung § 37b SGB V, Krankenhauspflege § 39 SGB V, stationäre und ambulante Hospizleistungen § 39a SGB V, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit § 39c SGB V, Übergangspflege § 39e SGB V, Übertragung ärztlicher Tätigkeit an Pflegefachpersonen §§ 63 (3c) und 64d SGB V mit Modulen der Fachkommission nach § 53 PflBG und § 14 PflBG, Pain Nurse, Stroke Nurse, Parkinson Nurse, Tele Nurse, Rheuma Nurse in Selektivverträgen nach § 140a SGB V, Community Health Nurse, Wundnurse, Case- und Care Managerin, Betten- und Kommunikationsbeauftragte mit dem Arzt, akademisierte und pflegeschulische Pflege, Helferinnen und Assistenten, Delegation und Substitution, akut, ambulant, teil- und vollstationär ...

Warum ist das so?

Pflege ist Treibsand, weil sie keine institutionelle Verankerung im deutschen Gesundheits- und Pflegesystem hat, sie hat keinen festen Platz. Das deutsche Gesundheitssystem ist als System der Selbstverwaltung entstanden. Im Kern bedeutet dies, dass die Gesundheitsberufe ihre Geschicke selbst regeln, da sie sich am besten damit auskennen. So entstanden in den ersten drei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts vor allem durch die aufkommende Schulmedizin mit politischer Unterstützung die Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen. Letztere wurden zur selbigen Zeit gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen zu Körperschaften des Öffentlichen Rechts. Sie stellen seit jener Zeit die Gemeinsame Selbst-

verwaltung zur Organisation der Gesundheitsversorgung in Deutschland dar. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft kam erst in jüngerer Zeit hinzu, denn die Krankenhausversorgung spielte Anfang des 20. Jahrhunderts noch keine Rolle. Deshalb übernahm die stationäre Versorgung auch die Versorgungsorganisation des ambulanten Bereichs mit dem Arzt als zentrale Organisationsgewalt im Haus. Die berufliche Pflege sitzt in diesem System seit je her am Katzentisch, von wo aus sie nie zukunftsfähig sein wird.

Wie wird die Pflege wahrgenommen?

Der Katzentischplatz zeigt sich darin, dass der Pflege ein gleichberechtigtes Antrags- und Stimmrecht im Machtzentrum des Systems, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), bislang verwehrt ist. So ist der zentrale Dachverband des Deutschen Pflegerats e.V., der viele verschiedene Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens unter sich vereint, lediglich mit einem Mitberatungsrecht versehen. Er darf also im G-BA angehört werden, kann sich jedoch nicht zu Abstimmungen von Beschlüssen mit einem Stimmrecht einbringen, d. h., er darf im Vergleich zu Ärzten, vertreten durch die kassenärztlichen Vereinigungen, und die Krankenkassen, repräsentiert vom GKV-Spitzenverband, weder bei Beschlussvorlagen zu neuen Richtlinien und weiteren Verordnungen abstimmen noch Anträge einreichen. Katzentisch auch deshalb, weil die Politik überwiegend keine Pflegekammern will. In der Konsequenz ist die Berufsgruppe der beruflich Pflegenden mangels Pflegekammern und damit verbundenen fehlenden landesrechtlichen Berufsordnungen (Ausnahme bislang: Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen) weder reguliert, noch an wichtigen Abstimmungsprozessen beteiligt. Zudem ist der Deutsche Pflegerat nicht systematisch und regelmäßig im Gesamtsystem der Selbstverwaltungsakteure eingebettet. Er kann also nicht die zeitlichen Kapazitäten für die nötigen Abstimmungsbedarfe in erforderlichem Maße zur Verfügung stellen, obwohl zahlreiche ehrenamtliche Präsidiums- und Ratsmitglieder für diverse Gremien und Arbeitsausschüsse gestellt werden. Die prekäre Situation ist offensichtlich.

Welche Rolle sollen die Pflegekammern einnehmen?

Ohne Pflegekammern kann für die berufliche Pflege keine geregelte Aus-, Fort- und Weiterbildung gewährleistet noch der Beruf und die Leistungserbringung entwickelt und gesichert werden. Während ein breites Bekenntnis zur Akademisierung zwingend erforderlich wäre, fragen sich die politisch Verantwortlichen, wer dann künftig noch die Bettpfannen ausleeren würde, wenn es studierte Pflegepersonen gibt. Während sich in vielen Ländern Europas und darüber hinaus die Qualifikation zwei Stufen höher befindet, verharrt die deutsche Pflegeausbildung überwiegend noch auf dem Niveau einer beruflichen Ausbildung, die es in vielen anderen Ländern kaum noch gibt. Der Abschluss eines deutschen Pflegeexamens ist international mit dem Abschluss einer Pflegeassistenz vergleichbar. Die deutsche Pflegeausbildung ist nicht mehr international konkurrenzfähig und führt in eine berufliche Sachgasse, da sie kaum nationale und internationale Entwicklungsmöglichkeiten bietet. Die internationalen Kräfte der Pflegeberufe kennen sowohl den schlechten Status als auch die mangelhaften Rahmenbedingungen der beruflichen Pflege in Deutschland. Folglich wählen sie Deutschland nicht als erstes Land für eine mögliche Einwanderung.

Hilft die Digitalisierung weiter?

Ein weiterer Katzentischaspekt ist die "Unsichtbarkeit" der fachpflegerischen Leistungen. Obwohl in den digitalen Diskussionsuniversen der Gesundheitspolitik datengetriebene Real-World-Forschung forciert wird, um den medizinischen Fortschritt voranzutreiben, hat die berufliche Fachpflege auch im Jahr 2023 keine datengestützte Fachsprache. Somit müssen die Ausübenden mit "Block und Bleistift" Handzettel und Stundennachweise "abhaken" oder auf Station Freitexte in elektronische Schreibmasken eintragen. Folglich können die Leistungen der beruflichen Fachpflege nicht gesehen und nicht in der ePA (elektronische Patientenakte) vermerkt werden. An dieser Stelle sind sogar die Therapieberufe in Deutschland mit der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) weiter, obwohl die ICF auch nur im System des Medizinischen Dienstes bekannt ist und die Therapieberufe der selbigen historischen Systemmissachtung unterliegen wie die Pflege.

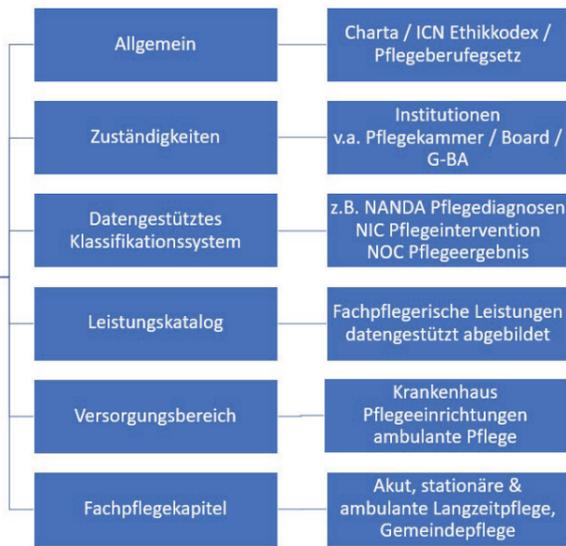
Das deutsche Gesundheitssystem steht auf einem Bein, und zwar dem der ärztlichen Diagnose, der ICD (International Classification of Diseases and Related Health Problems). Ein zeitgemäßes, auf Chronic Care Management ausgerichtetes Gesundheitssystem erfordert ein zeitgemäßes datengestütztes Erfassungssystem für Pflegediagnosen und -interventionen, das fachpflegerische Leistungen settingunabhängig abbildet. Fachpflegerisches Handeln ist angewiesen auf standardisierte Begriffe, um Patientenzustände, Risikozustände und Gesundheitsförderungseignisse der Patienten zu beschreiben, zu definieren und zu messen, und um die erforderlichen Pflegeinterventionen konkret zu benennen. Für Deutschland müsste das BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) ein Pflegeklassifikationssystem entwickeln und für die Regelversorgung bereitstellen. Grundlagen hierfür bieten Systeme wie z.B. NANDA, NIC und NOC.

Die berufliche Pflege benötigt auf Grundlage einer eigenen Datensprache einen darauf aufgebauten Leistungskatalog und eigenes Leistungsrecht. Das Pflegeberufegesetz (PflBG) gibt in § 5 als Berufszulassungsgesetz nur die Ziele der Pflegeausbildung vor, die Hinweise auf die zu erwartenden Kompetenzen von Pflegefachpersonen geben, und in § 4 die Vorbehaltsaufgabe der Pflegefachberufe. Beide Paragraphen weisen aber keine konkreten Tätigkeiten aus und haben bislang im Leistungserbringungsrecht der diversen Sektoren und Settings keine Berücksichtigung gefunden. Was nützt eine Vorbehaltsaufgabe nach § 4, wenn im Alltag die Häusliche Krankenpflege sozialrechtlich ärztlich verordnet sein muss und somit die pflegevorbekaltliche Aufgabe der Prozesssteuerung ausgehebelt wird? Der Pflegeprozess wird als ganzheitliche und beziehungsweise wählende Tätigkeit "geschreddert" und zwar durch die Vorgabe einer verrichtungsbezogenen Pflege. So erfolgt z.B. die Berufsausübung in der Häuslichen Krankenpflege nach Positionsnummernverzeichnis und diversen Rahmenempfehlungen und Rahmenverträgen mit ihren Qualitätssicherungs-, Vergütungs- und Abrechnungsvereinbarungen, die von Bundesland zu Bundesland extrem variieren. In Deutschland verordnen Ärzte fachpflegerische Leistungen im ambulanten Bereich im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege und der Medizinische Dienst erhebt die Pflegebedürftigkeit für die "Pflegeversicherungspflege". Somit haben die Versicherten in einer alternden Gesellschaft und einer angestrebten Ambulantisierung von Krankenhausleistungen selbst im Jahr 2023 keinen direkten Zugang zu einer Leistung der Fachpflege.

Welche gesetzgeberischen Initiativen könnten weiter helfen?

Die berufliche Pflege braucht ein eigenes Sozialgesetzbuch, ein SGB XIII. Mit diesem wird sie konsequent aus der Perspektive des Pflegeberufegesetzes gesehen. Ambulante Versorgung wird in Deutschland immer noch alleinig mit der ärztlichen Versorgung gleichgesetzt. Dies zeigt sich auch daran, dass es nur eine ärztliche Bedarfsplanung gibt. Ob es in einer Region ausreichend Pflegekapazitäten oder Therapiepraxen gibt, ist irrelevant. Es gibt keine verbindliche Planung, obgleich Länder, Kommunen und auch Pflegekassen für eine "Sicherstellung" der Pflege zuständig sind. Medizin und Pflege müssen als modernes regionales Versorgungstandem eine zentrale "Verkehrslinie" der Gesundheitsversorgung sein. In einem modernen Gesundheitssystem müssen die bislang autistisch agierenden "Systemhälften" der Gebietskörperschaften (Land/Kommune) und des Selbstverwaltungssystems (Kranken- und Pflegeversicherung) durch ein neues Gesundheitsrecht im Sinne einer sozialraumbezogenen Care Share Ökonomie mit digitaler Statik zusammengeführt werden. Ein SGB XIII ist nur ein Ziegelstein, den es für ein neues Haus – spricht ein neues integriertes Gesundheitssystem – braucht. Für dieses braucht es in seiner Gesamtausprägung ein gänzlich neues Gesundheitsrecht, da die digitale Architektur zwangsläufig zur Erosion der analogen SGB-Architektur führen wird. Mit einem SGB XIII wird kein neuer Sektor geschaffen, sondern die berufliche Pflege historisch erstmals in eine für alle erkennbare "Form" gebracht, wie es in Abb. 1 beschrieben ist. Sie steht auf dem Fundament des ICN-Ethikkodex (International Council of Nurses), auf dessen Basis Leistungen entwickelt, umgesetzt und anhand datengestützter Pflegeklassifikationssysteme transparent abgebildet und zugänglich gemacht werden.

SGB XIII



Haltung & Berufsethos

**Aus-, Fort- und Weiterbildung
Skill-Grade / Delegationsmodell in der Pflege
Registrierung / politische Vertretung**

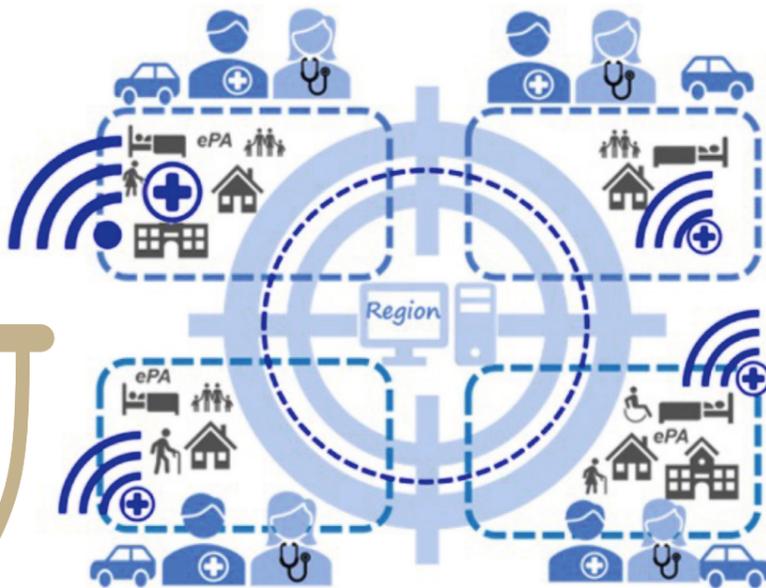
Transparenz fachpflegerische Leistungen

Intensiv & Anästhesie	Stationäre Langzeitpflege	Wohnformen
Neonatalogie	Gemeindepflege	Häusliche Pflege
Kinder & Jugendliche	Chronische Erkrankungen	Altenpflege / Geriatrie
Menschen mit Behinderungen	Kultursensible Pflege	Aktivierende Pflege
Psychiatrische Erkrankungen	Therapeutische & rehabilitative Pflege	Palliative Care & Hospiz
Wundversorgung	Außerklinische Intensivpflege	Weitere...



Tandem-Versorgung

digital / integriert / ärztlich-pflegerisch



So können fachpflegerische Leistungen für moderne Versorgungsverträge ohne Arztvorbehalt und Pflegebedürftigkeitsbegriff eingesetzt werden. Medizin und Fachpflege sollten perspektivisch ein regional agierendes Tandem (Abb. 2) sein, wofür die alten Kollektiv- und Selektivverträge für Ärzte und Pflege "flurbereinigt" und zu neuen "barrierefreien" Versorgungsverträgen mit Sozialraumbefugung entwickelt werden müssen. Regionale digital gestützte Planungsplattformen unterstützen den Aufbau einer ressourcenschonenden und nachhaltigen aufsuchenden Versorgung dank einer logistisch sinnhaften Tourenplanung. Die Regionen benötigen einen "Versorgungsnetzfahrplan", um die integrierte medical, social und public Care zu sichern.

Systematische Kostenstrukturanalysen notwendig

Eine weitere systemische Missachtung der beruflichen Pflege besteht darin, dass für ihre Leistungserbringer wie Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste keine Standardbewertungsinstrumente für systematische Kostenstrukturanalysen existieren, wie zum Beispiel in der ärztlichen Honorarwelt mit dem Standardbewertungssystem (STABS) und

Panelpraxen (Zi-Praxis-Panel). Honorare werden nicht nur auf intransparenter Grundlage verhandelt, die berufliche Pflege verhandelt diese auch zudem nicht selbst. Dies übernehmen die sogenannten "Pflegeverbände" für sie, die Arbeitgeberverbände oder Trägereinrichtungen sind, deren Ziele nicht immer die der beruflichen Pflege sind.

Die gesellschaftliche und politische Debatte ist in ihrer Eskalationsrhetorik schon seit langem nicht mehr zu steigern, denn was sollte nach der "humanitären Katastrophe" noch kommen, die seit langem von Fachkundigen und der allgemeinen Öffentlichkeit in unzähligen Talkshows sowie der Tagungs- und Kongressindustrie vorausgesagt wird. Sowohl der Pflegenotstand als auch der Fachkräftemangel sind schon längst da. Wieso erfolgt die auf der Hand liegende institutionelle Verankerung des Pflegeberufes nicht, obgleich diesem permanent eine Systemrelevanz bescheinigt wird? Die Ursache kann darin gesehen werden, dass in Deutschland die berufliche Pflege mit der Angehörigenpflege verwechselt wird. Der ambulante Bereich, also das Lebensumfeld der Menschen, ist überlagert von dem Bild und der Diskussion um Angehörigenpflege. So wird "Pflege" mit "Pflegeversicherung" verwechselt. Fachpflege wird unter der Überschrift "Krankenhaus" abgehftet und darum kümmern sich die Krankenhäuser. Bekanntlich wurde die Pflege unter DRG gänzlich abgebaut.

Die Pflegeversicherung entstand im Geiste der 1970er/1980er Jahre mit dem Bild, dass die Hausfrau, und falls diese es nicht schafft, der Pflegedienst als Hausfrauenäquivalent pflegt. Dieses Bild prägt nach wie vor die deutsche Gesellschaft und ihre Systemverantwortlichen. Nach 27 Jahren Pflegeversicherung ist politischen Entscheidungsträgern, der Bevölkerung und auch vielen in der Pflege selbst nicht bewusst, dass die Pflegeversicherung vorrangig zur Entlastung der Kommunen eingeführt wurde, weil diese über die Sozialhilfe hohe Summen für Menschen zahlen mussten, die einen Pflegeheimplatz nicht aus eigener Tasche zahlen konnten. Deshalb war und ist das Leitmotiv der Pflegeversicherung, die Angehörigenpflege zu stärken, denn 2/3 der Pflegebedürftigen werden Zuhause versorgt. Bei der Pflegeversicherung gemäß SGB XI ging es nie um die Professionalisierung der beruflichen Fachpflege, auch wenn die Pflegeversicherung einen "Markt" für Pflegefachkräfte geschaffen hat. Mit ihrem Finanzierungsdeckel ("Teilkasko") bietet sie vom Leistungsportfolio her vor allem basale Hilfeleistungen an. Gerade die präventiven und rehabilitativen pflegerischen Leistungen des Pflegeberufs werden nicht vergütet. Das SGB XI sollte allein für die Angehörigenpflege weiterentwickelt werden.

Spitzenpflege wollen!

Eine hausgemachte Resignation macht sich breit, als ob es sich bei der desolaten Lage der "Pflege" um eine Naturgewalt handeln würde, der man sich nicht widersetzen könne. Natürlich kann man das. Wäre die berufliche Fachpflege im System institutionell verankert, hätte sie festen Boden unter den Füßen. Dafür ist jedoch ein zeitgemäßer Blick auf den Beruf unerlässlich und nicht das Folgen eines Leitbilds überholter hausfraulicher Sorgearbeit. Folgt man dem öffentlichen Diskurs, geht es vor allem um den Kampf gegen den "Pflegenotstand", der nur noch mit immer mehr Hilfs- und Assistenzkräften zu meistern sei. Es gibt kein politisches Ziel, eine "Spitzenpflege" haben zu wollen, diese Rhetorik ist der Medizin vorbehalten. Berufliche Pflege soll sich nicht professionalisieren, sie soll nur "attraktiver" gemacht werden, und dies vor allem durch bessere Arbeitsbedingungen. Solange der Wert des Berufes nicht angemessen erkannt und deshalb im Gesundheitssystem fest verankert wird, können die Arbeitsbedingungen nicht verbessert werden, denn wie kann sich Pflege für ihre Belange einsetzen?

Die Autorinnen haben den Beitrag in ihrer Funktion als Mitglieder des IPAG e.V. erstellt <https://www.i-pag.de/>



Sonja Laag
Diplom-Gesundheitswirtin
Leiterin Versorgungsprogramme (Integrierte Versorgung) BARMER, Wuppertal



Prof. Dr. Martina Hasseler
Professorin mit Schwerpunkt Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Digitalisierung in der Pflege Ostfalia Hochschule



Annemarie Fajardo
M. Sc. Altenpflegerin, Diplom-Pflegewirtin (FH), Wirtschaftspsychologin
Pflegepionierin bei care pioneers GmbH



Janine Müller-Dodt
Unternehmensberaterin, Transformationsdesignerin
Müller-Dodt Healthcare Transformation, Kaltenkirchen