

# Fachpflege: Im falschen Film

SONJA LAAG,  
MARTINA HASSELER,  
ANNEMARIE FAJARDO,  
JANINE MÜLLER-DODT\*

Sonja Laag ist Leiterin von Versorgungsprogrammen bei der BARMER, Wuppertal

Prof. Dr. Martina Hasseler ist Pflege-, Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaftlerin an der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Wolfsburg

Annemarie Fajardo ist Pflegepionierin bei care pioneers GmbH, Oldenburg

Janine Müller-Dodt ist Unternehmensberaterin, Transformations-Designerin und Inhaberin von Janine Dodt Healthcare Consulting, Kaltenkirchen

Die Fachpflege in Deutschland ist im falschen Film und der heißt „Satt und Sauber“. Darüber hinaus ist sie strukturell-institutionell extrem rückständig verankert. Ein modernes sektorenübergreifendes und integriertes Gesundheitssystem braucht eine starke Fachpflege, denn sie pflegt nicht nur, sondern hält auch das Räderwerk der Versorgungsakteure am Laufen. In diesem Beitrag werden Hintergründe erläutert und der 8-Punkte-Plan einer Aufbaudekade für die Professionalisierung der Fachpflege vorgestellt.

## Glamourfotos mit einer Krankenschwester?

Der Stellenwert der beruflich-professionell Pflegenden, also der Fachpflege, ist in Deutschland schon am Zeitungskiosk erkennbar – Zeitschriften, wie z.B. der FOCUS präsentieren seit Jahren regelmäßig TOP-Mediziner oder TOP-Medizinerinnen<sup>1</sup> für gelungene Bauchchirurgie, Sportmedizin oder gute Diagnosestellung. TOP-Pflegefachkräfte kommen in diesen Berichten nicht vor und eine Onlinerecherche führt zunächst zu den „ebay-Kleinanzeigen“, mit denen nach der „Pflegekraft mit Herz“ gesucht wird. Dieser kleine Eindruck spiegelt die Lage sehr gut wider – ein Verlangen nach TOP-Medizinerinnen und Pflegekräften mit Herz. Öffentlich ist „Spitzenpflege“<sup>2</sup> tabu und es wird verschwiegen, wie unerlässlich sie für eine integrierte Gesundheits- und Pflegeversorgung ist. Was sollte auch in der Pflege „spitze“ sein können, wenn jede „Schleckerfrau“ pflegen kann<sup>3</sup> und ein „Herzhaben“ die größte Kompetenz sein soll. Junge Menschen, die nach dem Abitur eine Ausbildung in der Pflege machen wollen, müssen sich häufig anhören, ob sie mit dem Abitur nicht „auch etwas Anspruchsvolleres“ machen könnten. Pflege gilt als zweifellos ehrenhaft und sympathisch, doch es sollen andere die Pflege ausführen.

Der falsche Film: „Pflegeversicherungspflege“ wird fälschlicherweise für Fachpflege gehalten.

Käme ein Mensch mit Herzrasen in die Praxis wäre es undenkbar, dass er zuerst einen „Medizingrad“ vom Arzt des Medizinischen Dienstes (MD) benötigte, bevor sein Hausarzt ihn behandeln kann. So ist es in der „Pflegeversicherungspflege“ nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI): Ein Versicherter äußert seine Pflegebedürftigkeit und der MD stellt im Rahmen einer Begutachtung fest, ob er „pflegebedürftig“ ist. Nur Menschen aus dem Ausland stellen die berechtigte Frage, wieso die Pflegebedürftigkeit nicht von einer vor Ort tätigen Pflegefachper-

\* Der Beitrag gibt die persönliche Meinung der vier Autorinnen wieder und ist im Expertinnenrat des Instituts für Pflege, Altern und Gesundheit (IPAG e.V.) entstanden.

Das IPAG verfolgt den Zweck, durch Forschung, Beratung, Qualifizierung und gutachterliche Tätigkeit auf dem Gebiet des Alterns, der Gesundheit und der Pflege (inkl. medizinischer Aspekte) Erkenntnisse über aktuelle und zukünftige Versorgungsansprüche zu gewinnen. Diese Erkenntnisse werden in innovative Lösungskonzepte überführt, die praktische Lösungsansätze bieten, die über einen Praxistransfer erprobt, evaluiert und optimiert werden. Sie bilden den Ausgangspunkt, für eine zukunftsgerichtete Beratung und Qualifizierung, welche die Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung langfristig gewährleistet. Vision: | IPAG Expert:innenrat (i-pag.de)

1 <https://focus-arztsuche.de/top-aerzte>

2 [https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2020-02/Pflege%20kann%20mehr\\_Positionspapier%20Stiftungsallianz.pdf](https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2020-02/Pflege%20kann%20mehr_Positionspapier%20Stiftungsallianz.pdf)

3 <https://www.manager-magazin.de/unternehmen/handel/a-837584.html>

son erhoben wird, denn in Deutschland fällt diese absurde Doppelstruktur nach über 27 Jahren Etablierung nicht mehr auf. Dass vor allem Pflegefachpersonen unter dem Label „Medizinischer Dienst“ tätig sind, sei nur am Rande notiert.

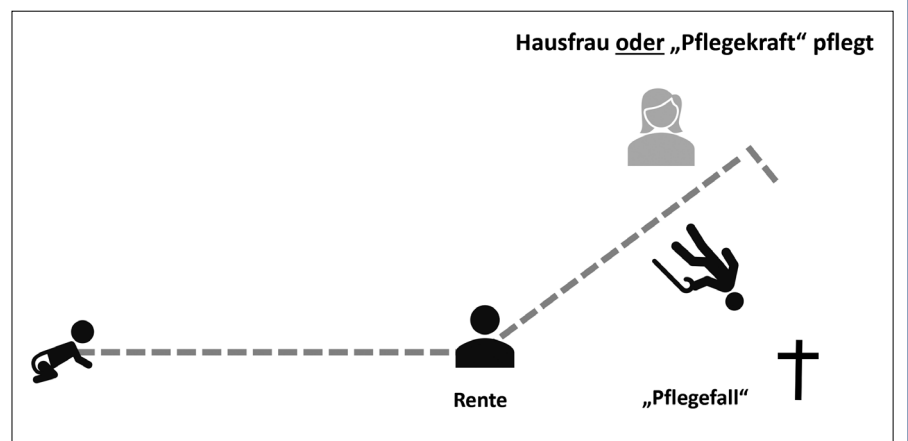
Unabhängig davon, ob der Gutachter des MD bei der Pflegebedürftigkeitsprüfung pädagogisch ressourcenbetonend oder defizitorientiert abfragt, er erfasst Defizite, die eine selbstständige Lebensführung nicht mehr ermöglichen – und zwar in den „Kategorien“ Mobilität, Kognition, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte sowie außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung.<sup>4</sup> Das Ausmaß des „Nicht-Könnens“ wird einem Pflegegrad (früher Pflegestufe) zugewiesen und schafft so die Grundlage, damit der Antragsteller ein standardisiertes Leistungsangebot aus Geld- und Sachleistungen<sup>5</sup> erhält. Zu den zwei mit Abstand größten Ausgabenblöcken gehören das Pflegegeld (28%) und die vollstationäre Pflege (25%), wobei rund zwei Drittel der „Pflegebedürftigen“ Zuhause und „nur“ rund ein Drittel in Pflegeeinrichtungen versorgt werden. Die Pflegesachleistung liegt bei knapp elf Prozent.<sup>6,7</sup>

Die Pflegeversicherung zur Absicherung des „Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit“ wurde in den 1980er Jahren als „Hausfrauenäquivalent“ konstruiert. Den Grundsatz ambulant vor statio-

### **Der Pflegebedürftigkeitsbegriff diente nie dazu, den individuellen Pflegebedarf zu erfassen und Fachpflege umzusetzen.**

när kennen alle, die meisten Menschen möchten zuhause versorgt werden und natürlich ist die Pflege dort günstiger als im Pflegeheim.<sup>8</sup> Sprechen wir in Deutschland über Pflege, dann stehen Themen rund um die Finanzierbarkeit der Pflegeversicherungsleistungen im Fokus, die gar nicht so viel Fachpflege beinhalten. Der Name "Pflegeversicherung" führt(e) in der öffentlichen Wahrnehmung dazu, den beruflich Pflegenden fachlich lediglich zuzuschreiben, was das Leistungs-

**Abbildung 1: Fachpflege wurde durch die Pflegeversicherung „hausfrauisiert“<sup>10</sup>.**



Quelle: Eigene Darstellung

profil der Pflegeversicherung vorsieht und das ist im Wesentlichen ein „Satt und

Sauber“. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff diente nie dazu, den individuellen Pflegebedarf zu erfassen und Fachpflege umzusetzen, denn v.a. präventive, fachpflege-therapeutische und fachpflegerehabilitative Leistungen sind im Leistungskatalog des SGB XI nicht vorgesehen. Aus dem kalkulierten Pflegegrad können und werden keine Maßnahmen abgeleitet, die die Selbständigkeit fördern und von den Pflegekassen finanziert werden. Eine individuell angepasste Förderung von Selbständigkeit findet hier nicht statt. Selbst einzelne Forschende in der Pflegewissenschaft unterliegen dieser Verwechslung. Bereits im Altenbericht 2010<sup>9</sup> sind die negativen Auswirkungen der

durch die Pflegeversicherung eingeführten Begrifflichkeiten beschrieben. „Pflege“ wird im „Pflegefall“ notwendig, wenn sozusagen nichts mehr geht. Dafür braucht es keine fachlichen Pflegekompetenzen. So nehmen die allgemeine Bevölkerung, die Verantwortlichen

aus Politik und Selbstverwaltung, die für die Gestaltung des Gesundheitswesens zuständig sind, und auch ein großer Teil der beruflich Pflegenden selbst die Fachpflege wahr.

Diese große Unschärfe führt in Deutschland dazu, dass der Fachkräftemangel falsch diskutiert wird – die Rede ist von „Fachkräften“, gemeint sind Angehörige. Für die so oft beschworene „Großbaustelle Pflege“ gibt es keine Vorstellung davon, wie diese Baustelle

wirklich aussieht, demnach kann sie auch nicht „abgeschlossen“ werden, denn dafür bräuchte es adäquate Maßnahmen, die nur auf Grundlage eines sachgerechten Problemverständnisses und nicht der einer „Verwechslung“ zu entwickeln sind.

### **Der Arztvorbehalt aus 1911 begründet den „falschen“ Hauptfilm von 1995**

In den „Satt und Sauber“-Film geriet die Fachpflege in den 1990er Jahren auch deshalb schnell, weil ihr Kompetenzprofil schon jahrzehntelang durch den „Arztvorbehalt“ in Deutschland geprägt war. Der Arztvorbehalt (§ 15 Abs. 1 SGB V) wurde vor über 100 Jahren eingeführt, damit Krankenkassen die Versichertengelder für wirksame Therapien einsetzen.<sup>11</sup> Die Entscheidungshoheit zur individuell notwendigen Therapie wurde damals innerhalb der wachsenden Schar der „Heiler und Helfer“<sup>12</sup> am ehesten den akademisch ausgebildeten Ärzten zugetraut, denn die Schulmedizin begann sich zu etablieren. Die Pflege entwickelte sich im Geleit des Arztes. Seit den 1990er Jahren hat der

4 <https://www.medizinischerdienst.de/versicherte/pflegebegutachtung/>

5 Pflegeleistungen zum Nachschlagen (bundesgesundheitsministerium.de)

6 SPV-Kennzahlen – GKV-Spitzenverband

7 abbVI40.pdf (sozialpolitik-aktuell.de)

8 s. u.a. die Pflegereporte des Pflege-Report | Buchreihen | WiDO – Wissenschaftliches Institut der AOK

9 101110\_Sechster Altenbericht (bmfjsf.de)

10 s. zu Auswirkungen von SGB V und SGB XI auf Pflege u.a. Ketzler/Adam-Paffrath/Boruta/Selge

11 s. Döhler / Huerkamp / Jütte (1997)

12 S. Jütte (1996)

Wandel in den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen<sup>13</sup> hin zu mehr Selbstständigkeit und Professionalisierung durch Akademisierung eingesetzt. Zu dem Zeitpunkt war die Pflege schon seit Mitte der 1950er Jahre folgeschwer in Grund- und Behandlungspflege aufgespalten. Das Positionsnummernverzeichnis zur Häuslichen Krankenpflege<sup>14</sup> zeigt, wie Fachpflege in zeitgesteuerte Leistungskomplexe zerteilt wurde, die aufgrund der Rahmenbedin-

## ***Fachpflege ist eine Profession, die als einzige das Räderwerk des Versorgungssystems am Laufen hält, sie pflegt und sie steuert die Versorgung.***

gen „abgearbeitet“ und nicht mehr als würdevolle und beziehungsachtende fachpflegerische Tätigkeit erbracht werden können.<sup>15</sup> Hier liegt der größte Schmerz der Fachpflege, den Menschen in seiner Gesamtheit in Einzelverrichtungen „zerlegen“ zu müssen. Aus dem Ausland angeworbene Pflegefachkräfte bezeichnen ihre Arbeit u.a. als „eine Waschstraße sein“.<sup>16</sup> Die abgespaltene Behandlungspflege gilt als „verlängerte“ ärztliche Behandlung, die eine Pflegefachkraft erbringt, wenn ein Arzt sie verordnet.<sup>17</sup>

Bis heute gilt mit dem Heilpraktikergesetz (§1 Abs. 1 HeilprG) aus 1939 ein „Heilkundebegriff“, nach dem der Arzt als einzige Berufsgruppe die Heilkunde ausüben darf,<sup>18</sup> obwohl es lange schon nicht mehr nur ums „Heilen“ geht und es keinen abschließenden Tätigkeitskatalog dazu gibt. Dass eine bedarfsgerechte Versorgung heute nicht mit der ärztlichen Diagnose und Therapie aufhört, sondern Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation interprofessionell in komplexen Versorgungsarrangements erbracht werden müssen, ist hinlänglich beschrieben. Die Berufsgruppe Arzt wurde zum „Nadelöhr“ der Versorgung, denn die Leistungen anderer „nicht-ärztlicher“ Gesundheitsberufe müssen vom Arzt verordnet oder von diesem delegiert und unter seiner Aufsicht durchgeführt<sup>19</sup> werden. Nach diesem Leitbild entstand die Architektur eines übermächtigen SGB V (Gesetz über die Krankenversicherung), das eigentlich ein SGB über die medizinisch-ärztliche Versorgung „mit Extras“ ist. Mit diesem steht das deutsche Gesundheitssystem in

Organisation und Finanzierung auf einem Bein, nämlich auf dem der ärztlichen Diagnose (ICD) und der ärztlichen Tätigkeit. Eine vermeintlich gute Versorgungsqualität definiert sich bis heute nur über die quantitative Anzahl von Ärzten.<sup>20</sup> Die anhaltende versorgungspolitische Erzählung in Deutschland ist, dass der Arzt alles kann, er nur nicht dazu kommt, weil die Praxis voll und er überlastet ist. Deshalb müssen alle „nicht-ärztlichen“ Gesundheitsberufe ihn durch ihre Tätigkeit entlasten. Sie erbringen also keinen professionellen Versorgungsbeitrag, sie entlasten lediglich den Arzt. Dieses Denken spiegelt sich unverändert in der Organisation vor allem der ambulanten Versorgung wider, denn dort werden nur Arztsitze „geplant“, alle ande-

ren erscheinen zu unwichtig für die Versorgungssicherstellung. Da der Arztvorbehalt aus einer Zeit vor der Entwicklung des Krankenhausbereichs stammt, etablierte sich die ambulante Aufgabenteilung auch stationär.<sup>21</sup>

Das arztzentrierte Denken zeigt sich auch am Organigramm des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), in dem das Stimmrecht nur bei der Ärzteschaft, der Krankenhausgesellschaft und den Krankenversicherungen liegt, sowie an der Haltung des G-BA-Vorsitzenden zur gleichberechtigten Einbeziehung weiterer Gesundheitsberufe wie v.a. der Pflege. Dies lehnte er mit der Aussage ab, es solle kein „Zirkus Krone“ eingerichtet werden.<sup>22</sup>

## **Fachpflege ist soziale Infrastruktur**

Gesundheits- und Pflegeversorgung sind die Infrastruktur<sup>23</sup> des Gesundheitssystems, dessen Modernisierung genauso schwierig ist wie die von Schiene und Straße, die dem „Substanzfraß“ unterliegen, und wie die aktuelle Energiewende, wo unter dem Narrativ „Wandel durch Handel“ niemandem auffiel, dass die Gasspeicher im niedersächsischen Rehden leer liefen und Deutschland kein Gas mehr hat.<sup>24</sup> Es scheint einfacher zu sein, bekannten Narrativen zu folgen, anstatt diese mit Bezug auf die aktuellen und vor uns liegenden Herausforderungen zu überprüfen und die dringlich notwendigen tiefgreifenden Strukturveränderungen anzugehen. Die Tatsache, dass niemand einer 75jährigen Versicherten weiterhelfen kann, wenn sie vor Ort kei-

nen Pflegedienst findet, zeigt die marode pflegerische Infrastruktur auf, ebenso die Pflegeheimskandale.<sup>25</sup> Wer sollte helfen, der Hausarzt, die Pflegekasse, die Heimaufsicht, der Medizinische Dienst oder die Stadtverwaltung?<sup>26</sup>

Um die Daseinsvorsorge und das Solidarprinzip zu sichern und das schon so lang ersehnte integrierte Gesundheitssystem aufzubauen, ist eine starke Fachpflege von existenzieller Bedeutung.<sup>27</sup> Fachpflege ist schließlich eine Profession, die als einzige das Räderwerk des Versorgungssystems am Laufen hält, sie pflegt und steuert die Versorgung. Ohne eine eigenständige Fachpflege ist der Umbau der Krankenhauslandschaft nicht realisierbar, denn z.B. lassen sich die Herausforderungen des ambulanten Operierens an eine anspruchsvolle peri- bzw. postoperative Patientenbetreuung<sup>28</sup> genauso wenig umsetzen wie komplexe Therapiemanagements, die der rasante medizinische Fortschritt mit sich bringt.<sup>29</sup> Die hohe Vulnerabilität der Pflegeheimbewohner und auch die zunehmend komplexeren Versorgungssituationen in den Familien erfordern mehr Fachpflege.

13 Bollinger, H. et al (2016): Gesundheitsberufe im Wandel.

14 [https://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/leistungserbringer\\_1/sonstige\\_leistungserbringer/positionsnummernverzeichnisse/Haeusliche-Krankenpflege\\_20220707.pdf](https://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/leistungserbringer_1/sonstige_leistungserbringer/positionsnummernverzeichnisse/Haeusliche-Krankenpflege_20220707.pdf)

15 s. hierzu die beeindruckende Darlegung in Ketzler et al S. 29 ff

16 Pflegekräfte: Weltweit gesucht | ZEIT Arbeit

17 Dangel/Korporal (2022)

18 s. hierzu sämtliche Arbeiten von Prof. Dr. Gerhard Igl u.a. in Pundt/Kälble (2017)

19 s. Kühne et al (2021)

20 [https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PMS/Statement\\_CHN\\_2022-07-14.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PMS/Statement_CHN_2022-07-14.pdf)

21 SVR-Gutachten 2007 / Döhler

22 <https://www.aerztezeitung.de/Kongresse/Hecken-warnt-G-BA-darf-keine-Schuelermitverwaltung-werden-428816.html>  
<https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1043/>  
<https://background.tagesspiegel.de/gesundheit/wir-koennen-nicht-zum-zirkus-krone-werden>

23 Politik für gleichwertige Lebensverhältnisse: Zwischenbilanz der 19. Legislaturperiode (bmel.de)

24 <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/gazprom-fusion-von-eon-und-ruhrgas-und-die-folgen-17990639.html>

25 <https://www.br.de/nachrichten/bayern/skandalheim-augsburg-ruf-nach-konsequenzen-wird-laut,SwyNGsU>

26 s. WIdO-Pflegereport 2021 Beiträge Greß/Jacobs und Schulz-Nieswandt zur „Verantwortungsdiffusion“

27 Ehrenfels / Fajardo (2022)

28 IGES 2022 Ambulantisierungen: Gutachten nennt 2.500 neue AOP-Leistungen (iges.com)

29 Böttinger / zu Putlitz (2019)

Wenn wir in Deutschland den Patienten als Koproduzenten in den Mittelpunkt stellen wollen, genügt es nicht, die Prävention mit eigenen rechtlichen Regelungen wie eine Kirsche auf die Versorgungstorte zu setzen, sondern es müssen Maßnahmen der Gesundheitsförderung sowie Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention tief in Versorgungspfade eingeflochten werden. V. a. für eine zeitgemäße Chronikerversorgung sind die Kompetenzen der Fachpflege gefragt, wie sie seit 20 Jahren nur in einzelnen Verträgen zur Integrierten Versorgung (§ 140a SGB V) oder in zeitlich begrenzten Projekten als Pain Nurse, Demenz Nurse, Stroke Nurse, Parkinson Nurse, Community Health Nurse oder als Care- und Case Managerinnen umsetzbar sind.<sup>30</sup>

Ein integriertes Gesundheitssystem mit einem interprofessionellen statt einem arztzentrierten Herzschlag, muss als übergeordnetes politisches Architekturziel erkennbar und die Umbaumaßnahmen gezielt an diesem ausgerichtet werden (s. Abb. 2). Fundament muss das Grundgesetz sein, das Integration vorgibt. Eine integrierte Versorgung kann nur gelingen, wenn die Gebietskörper (Land/Kommune) hierbei verbindlich mitgestalten und mitversorgen können.<sup>31</sup>

### Aufbaudekade für die Fachpflege

Das IPAG legt einen 8-Punkte-Plan für eine Aufbaudekade vor, um die Verortung der Fachpflege im deutschen Selbstverwaltungssystem nachzuholen.

Tabelle 1: 8-Punkte-Plan für den gezielten Aufbau der fachpflegerischen Versorgung

8 Säulen	1	2	3	4	5	6	7	8
Aufbaudekade	Leitbild	Modernes Krankenhaus	Tandem-Primärversorgung	SGB XIII Fachpflege	Selbstverwaltung	Qualifizierung durch Bildung	Finanzierung	Change / Transformation
Inhalte	Spitzenpflege als Ziel	Auf den Sozialraum bezogen verantwortete, geplante und umgesetzte integrierte und interprofessionelle Versorgung		Kodifiziertes Leistungsrecht	Fachpflegerische Institutionalisierung	Skill-Grade-Mix durch Aus-, Fort- und Weiterbildung	SGB V & zukünftig Mischfinanzierung	Gesundheitsregionen gezielt transformieren

Quelle: Eigene Darstellung

### 1. Leitbild: Spitzenpflege als Ziel

Das Ziel, Spitzenpflege haben zu wollen, unterscheidet sich gänzlich vom Ziel, den Pflegenotstand zu bekämpfen. Die Rhetorik des Pflegenotstands folgt bislang dem Narrativ „Satt und Sauber“. Eine Fachpflege beinhaltet hingegen Tätigkeiten, die nach dem Pflegeberufgesetz<sup>32</sup> erlernt werden (s. Hasseler in diesem Heft). Fachpflege in den Krankenhäusern erschien unter Einführung des DRG-Systems als überflüssiger und wegzurationalisierender Kostenfaktor, denn Erlöse brachten nur Ärzte. Folglich wurden weder ein wissenschaftlich fundiertes Pflegepersonalbemessungsinstrument für Kliniken in Deutschland eingeführt noch die internationalen wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Mehrwert von Pflegefachpersonen in der Krankenhausversorgung hierzulande für Reformen in den Kliniken zugrunde gelegt. Mit der Einführung der PPR 2.0 folgen die politischen Entscheidungsträger wieder dem verrichtungsbezogenen Denken pflegerischer Versorgung, der obsoleten Unterteilung in Grund- und Behandlungspflege und der Vorgabe von

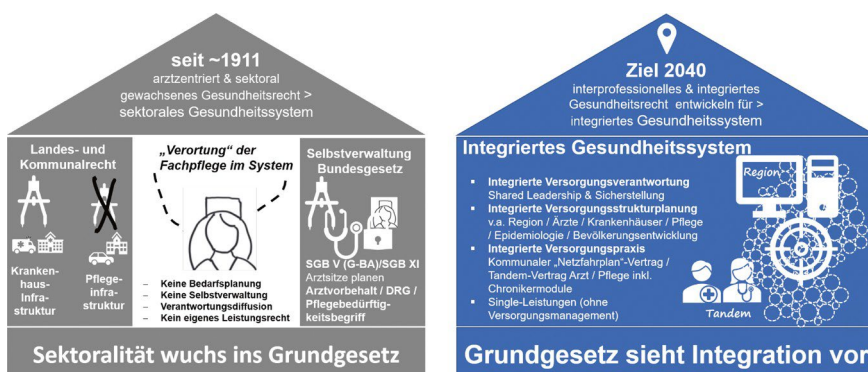
Zeitwerten. Auch das aktuelle Personalbemessungsinstrument für die stationäre Langzeitpflege (§113c SGB XI)<sup>33</sup> basiert auf diesen Grundlagen. Für die ambulante Fachpflege fehlen jegliche Instrumente zur Ermittlung von Personalbedarfen und Kostenstrukturen der Leistungserbringer.

Ein modernes Versorgungssystem wird es nur mit einem „Vollbild“ über die Fachpflege (s. Abb. 3) geben. So kann es auch gelingen, die Fachpflege aus der weiblichen Fürsorgeethik heraus und hin zu einem „Universal Caregiver-Beruf“ zu führen, der auch für Caring Masculinities<sup>34</sup> interessant ist.

### 2. Modernes Krankenhaus

Die relevanten Fachdisziplinen mit ihrem Fachwissen sollten die Fachpflege in den Krankenhäusern prägen. Die Fachpflege ist auf den Stationen verantwortlich für den Prozess der Versorgung, ausgehend von Screenings, Einschätzungen, Monitoring der Patienten und Patientinnen, Einschätzungen des Patientenzustandes und der Daten. Auf dieser Basis ist das Handeln der pflegerischen Versorgung zu definieren wie die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und anderen Gesundheitsberufen. Pflegefachberufe mit ihren unterschiedlichen Qualifikationsniveaus können ihre klinische Expertise in die

Abbildung 2: Kein integriertes Gesundheitssystem muss als Ziel erklärt werden



Quelle: Eigene Darstellung

30 Eble, S.; Kurscheid, C. (2016): Gesundheitsnetzwerke und Hahn, U.; Kurscheid, C. (2020): Intersektorale Versorgung – Best Practices

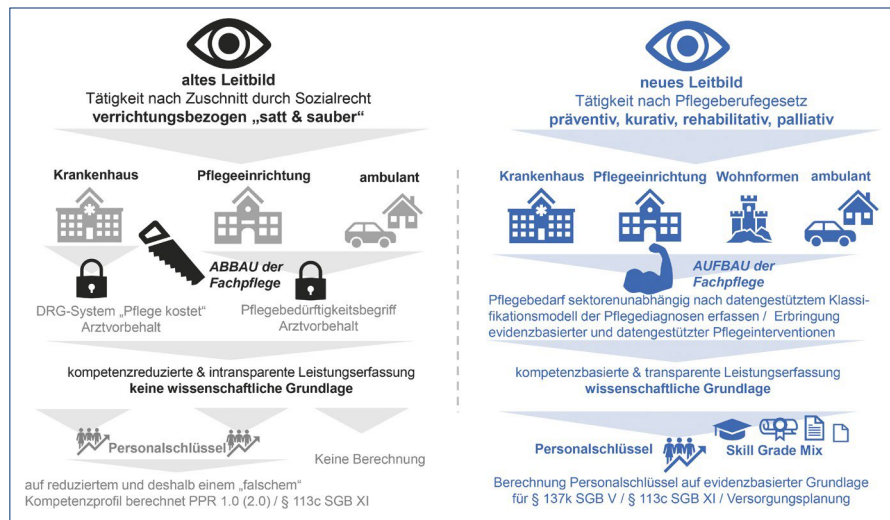
31 s. Klapper, B.; Cichon, I. (Hrsg.) (2021): Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens.

32 PfIBG – Gesetz über die Pflegeberufe 1 (gesetz-im-internet.de)

33 Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege – Möglichkeiten und Aussichten – GKV-Spitzenverband

34 APuZ 45/2020: Care-Arbeit (eaf-berlin.de) Marc Gärtner / Elli Scambor

**Abbildung 3: Das neue Leitbild ermöglicht echte Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation**



Quelle: Eigene Darstellung

patientennahe Versorgung einbringen. Im internationalen Raum wird bspw. für Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss die Begrifflichkeit „clinical leadership“ verwendet (weitere Ausführungen s. Hasseler<sup>35</sup>).<sup>36</sup>

### 3. Tandem-Primärversorgung (ärztlich-pflegerisch)

Die Basisgesundheitsversorgung vor Ort muss eine hausärztlich-fachpflegerische Tandem-Primärversorgung sein und zwar nach dem Vorbild einer Verkehrsorganisation mit einer verlässlichen und regelmäßig wiederkehrenden und gut erreichbaren zen-

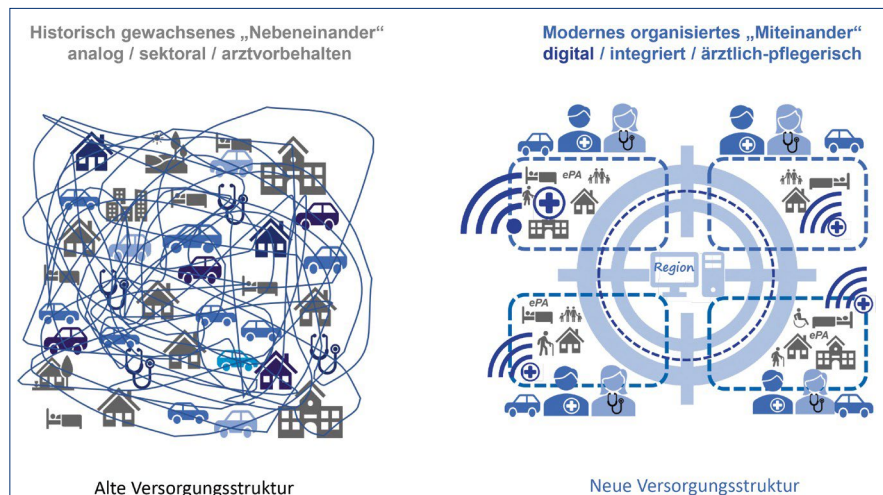
tralen Linie. Diese „Tandem-Linie“ sorgt mit ihrem Versorgungsmanagement dafür, dass v.a. die Menschen mit chronischen Erkrankungen nach Patientenpfaden ihre (spezial)fachärztlichen, fachpflegerischen, therapeutischen, sozialen und anderen pfadspezifischen Versorgungshaltestellen erreichen. Dabei ist eine stabile kooperative und interprofessionelle Versorgung anzustreben, mit der die toxischen Diskussionen einer „Heilkundeübertragung“ (§ 63 Abs. 3c und 64 d SGB V)<sup>37</sup> von Ärzten auf Pflegefachpersonal der Vergangenheit angehören.

Folglich wird die bislang aufwendige aufsuchende Versorgung logistisch

sinnhaft mittels moderner digitaler Touren- und Organisationsplattformen sozialraumbezogen geplant, umgesetzt und in Form eines Shared Leadership gemeinsam verantwortet. Dies sichert den Aufbau der längst überfälligen integrierten Versorgungsstrukturen. Dafür werden neue sozialraumbezogene Governancestrukturen für eine integrierte Versorgungsstrukturplanung benötigt, die v.a. Arztsitze, Krankenhausversorgung, Fachpflege, Therapeuten, Epidemiologie und Bevölkerungsentwicklung berücksichtigt (s. Abb. 2). Die bislang oftmals in Einzelberichten vorliegenden Versorgungsanalysen (z.B. regionale Pflegeberichte, KV-Auswertungen) werden dank regionaler Datenzentren zu sinnhaften Dashboards vereint.

Zweifellos werden die menschlichen und finanziellen Ressourcen bei den allseits bekannten steigenden Versorgungsanforderungen auch ohne Umwelt- und Energiekrisen nicht ausreichen, um das bisher logistisch unsinnige „Nebeneinanderherumfahren“ vor Ort (s. Abb. 4) zu finanzieren. Die arztzentrierte Versorgungsorganisation geht davon aus, dass der freiberuflich, selbstständig tätige Arzt mit Kassenarztsitz für die Versorgung „seiner“ Patienten Sorge trägt. Zahlreiche Innovationsfondsprojekte<sup>38</sup> beschreiben die daraus resultierenden Schwierigkeiten für z.B. die stationären Pflegeeinrichtungen, die Ärzte für gemeinsame Visiten „abfangen“, wenn sie ins Heim kommen. Das Organisationsmodell der ambulanten Pflege steht dem ärztlichen in seiner Ressourcenverschwendung nichts nach, wenn mittags aus vier Himmelsrichtungen fünf Pflegedienste vor einem Mehrfamilienhaus vorfahren. Die freie Wahl der Leistungserbringer, so denn sie existiert, lässt sich bei Ärzten und Pflegefachpersonen auch in Teams realisieren und kann nicht als Rechtfertigung dienen für ein Organisationsmodell nach dem Motto, „Wenn jeder an sich denkt, ist an alle gedacht“.

**Abbildung 4: Die ärztlich-pflegerische Tandem-Versorgung ist das Fundament einer modernen und integrierten Gesundheitsversorgung**



Quelle: Eigene Darstellung

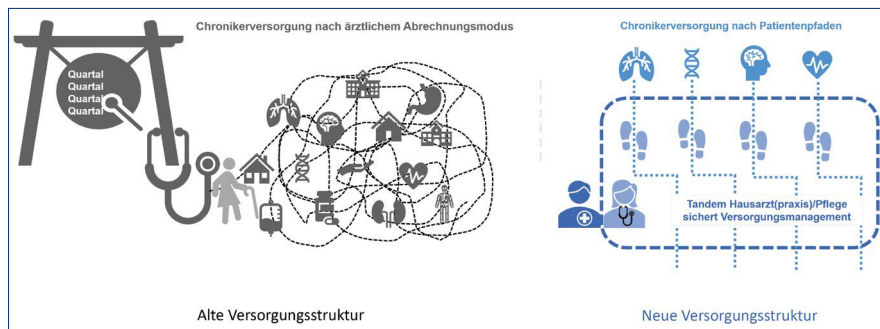
35 Hasseler, M. (2022): Pflege im Krankenhaus – ein wenig Vergangenheit, mehr Gegenwart und etwas Zukunft. In: Klinikmarkt inside 12/2022, S. 11-13

36 Stiftung Münch (2019)

37 S. zur Übertragungsproblematik Dangel, B.; Korporal, J. (3/2020 Gesundheits- und Sozialpolitik)

38 Laag, S. (2020): Transfergruppe Pflegeheimversorgung – Koordinaten zu einer neuen Versorgungsform verbinden. In: G+S 3/2020

**Abbildung 5: Die Tandem-Versorgung sichert als Care-Share-Ökonomie mit Patienten- pfa den die strukturierte Chronikerversorgung**



Quelle: Eigene Darstellung

geben, ist ein eigenes Sozialgesetzbuch – ein SGB XIII<sup>41</sup> – erforderlich, in dem ihre Leistungen nach einer Struktur kodifiziert sind (s. Abb 6). In diesem müssen Zuständigkeiten, Institutionen, Aufgaben, Leistungen und Anforderungen an die Leistungserbringer geregelt werden. Bislang werden Leistungen und Anforderungen für die Pflege in Form eines „Zwiebelmustersystems“ in Richtlinien, Rahmenempfehlungen, Rahmenverträgen, Qualitäts-, -Vergütungs- und Abrechnungsvereinbarungen „versprengt“. Das Verordnungsmuster 12 für die Häusliche Krankenpflege<sup>42</sup> lässt optisch nur Raum für wenige Leistungen aus der HKP-Richtlinie<sup>43</sup>, die in allen Bundesländern extrem variierende Verträge aufweist.<sup>44,45</sup>

Fachpflegerische Leistungen sollten zukünftig sektorenunabhängig, datengestützt codiert über Pflegediagnosen<sup>46</sup> und Pflegeinterventionen<sup>47</sup> erfasst und in einem Leistungskatalog hinterlegt werden. Für die Versorgungsumsetzung sind die Anforderungen an die Pflegefachperson hinsichtlich der Qualifikation gezielt zu matchen und transparent überprüfbar zu machen. Die Entwicklung des Beschäftigtenverzeichnisses in der ambulanten Pflege (BeVaP) nach § 293 Absatz 8 SGB V<sup>48</sup> ist ein erster Schritt in Richtung Transparenz.

5. Selbstverwaltung für die Fachpflege

Die Systemrelevanz der Fachpflege muss im Gesundheitssystem abgebildet sein. Bislang entscheidet Fachpflege nicht über

39 s. WiDO-Pflegereport 2021 Schulz-Nieswandt und Arbeiten von Thomas Klie  
 40 SVR Gutachten zur Digitalisierung SVR\_Gutachten\_2021.pdf (svr-gesundheit.de)  
 41 Die 13 ist derzeit noch frei  
 42 KBV – Verordnungsmuster für häusliche Krankenpflege  
 43 Häusliche Krankenpflege-Richtlinie – Gemeinsamer Bundesausschuss (g-ba.de)  
 44 Büscher, A. et al (2021): Unterschiede in den Verträgen zur häuslichen Krankenpflege in Deutschland und ihre Konsequenzen. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 26:161-166  
 45 s. Veröffentlichungen Andreas Heiber „Föderales Stückwerk“ HP\_08\_2018\_mit\_PDL\_Praxis.pdf (syspra.de) / „Chaos statt System“ HP\_09\_2018\_mit\_PDL\_Praxis.pdf (syspra.de)  
 46 Pflegeklassifikation NANDA International – Offizieller Lizenzinhaber – RECOM  
 47 Pflegeinterventionsklassifikation (NIC) | Hogrefe / Pflegeergebnisklassifikation (NOC) | Hogrefe  
 48 https://www.bfarm.de/DE/Das-BfArM/Aufgaben/BeVaP/\_artikel.html

Zukünftig werden das Mindset Caring Community<sup>39</sup> und eine „Care-Share-Ökonomie“ für die Tandems und für interprofessionelle mobile Versorgerteams benötigt. So können digitale Instrumente wie v.a. medizinische und pflegerische Telesprechstunden, elektronische Patientenakte und Telekonsile gezielt eingesetzt werden, um die alte räumliche Abhängigkeit für den echtzeitgemäßen Einsatz von Fachexpertisen zu überwinden. Das ist besonders auch für eine strukturierte Chronikerversorgung wichtig. Der bisherige quartalsbezogene Abrechnungsmodus mutierte zu einem medizinischen Behandlungskonzept, obwohl sich Krankheiten nicht an Quartale halten. Die Überforderung vieler mit Versorgungsbruchstellen und Bürokratie rühren aus dem „Ebbe- und Flut-Modus“ des ärztlichen Abrechnungsquartals. Für das Versorgungstandem Arzt/Pflege braucht es eine

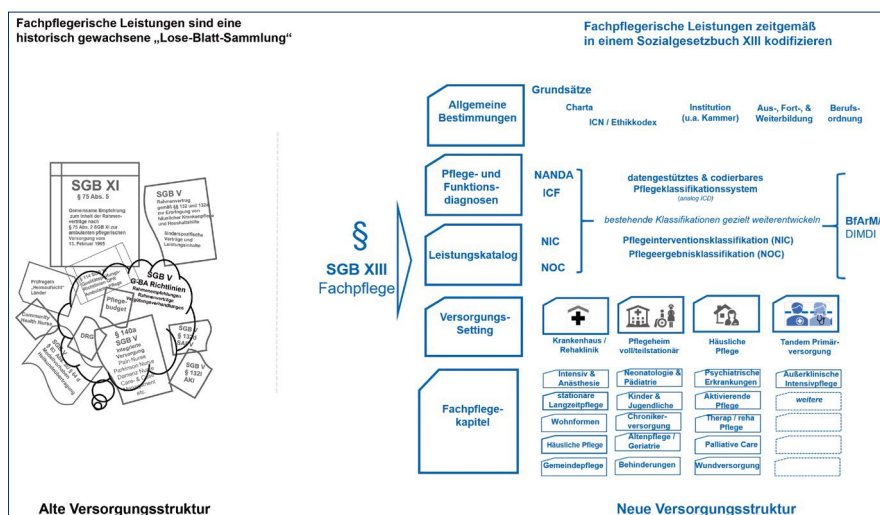
Flurbereinigung der alten Kollektiv- und Selektivverträge und neue Single-Leistungskataloge für Versorgungsanlässe ohne Versorgungsmanagement.

Die Tandem-Versorgung wird über einen „Tandem-Vertrag“ zwischen dem medizinischen Versorgungssystem mit der Kommune verbunden. Auf einer solchen geregelten Rechtsgrundlage kann eine Community Health Nurse gezielt eingesetzt werden. Moderne datengestützte Verträge können auch für die Versorgungswissenschaft (Real-Life-Forschung) regelhaft genutzt werden.<sup>40</sup>

4. Sozialgesetzbuch SGB XIII Fachpflege

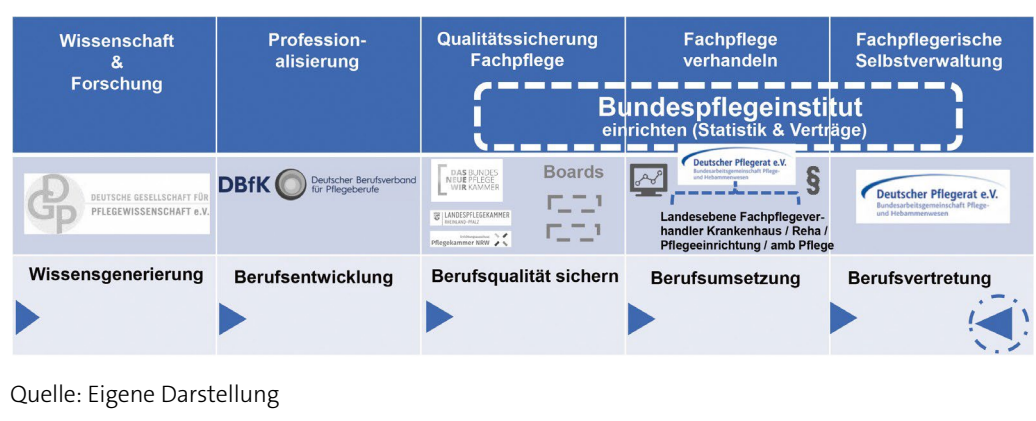
Fachpflegerische Leistungen werden aktuell – salopp gesagt – als museumsreife „Lose-Blatt-Sammlung“ abgebildet. Um der Fachpflege ein klares Profil zu

**Abbildung 6: Das SGB XIII erfasst die fachpflegerischen Leistungen sektorenunabhängig und datengestützt**



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 7: Das Zielbild einer konsistenten fachpflegerischen Selbstverwaltung



sich selbst, sondern andere wie im G-BA.<sup>49</sup> Neben dem Stimmrecht im G-BA, welches der Koalitionsvertrag vorsieht, braucht sie für die Sicherung der Berufsqualität Pflegekammern oder entsprechende Boards. Wer sich darunter nichts vorstellen kann, klickt einfach mal auf die Homepage der derzeit einzig existierenden Pflegekammer in Rheinland-Pfalz.<sup>50</sup> Fachpflege muss auch ihre wirtschaftlichen Interessen selbst vertreten können, anstatt sich über die sogenannten „Pflegeverbände“ verhandeln zu lassen. Letztere sind Arbeitgeberverbände und Trägereinrichtungen mit zum Teil anderen Zielen als die der Pflegefachpersonen. Es braucht Fachpflegeverhandler, die analog einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und eines Marburger Bundes die Interessen ihrer Mitglieder fachgerecht vertreten.

## Der Arztvorbehalt muss

**reformiert werden, damit das Gesundheitssystem auf zwei Beinen stehen kann und Arzt und Pflege Hand-in-Hand versorgen können.**

Auf Bundesebene sollten in einem neu zu schaffenden Bundesinstitut für Fachpflege (s. Abb. 7) die Inhalte für eine angemessene Finanzierung und Honorierung fachpflegerischer Leistungen settingunabhängig erarbeitet werden wie v.a. Personalbemessungsinstrumente, Kostenstrukturanalysen, Leistungskatalog, Vertragsrecht, etc.). Bislang gibt es keinen Ort für die Fachpflege, der einen offenen wissenschaftlichen Methodendialog v.a. über die Personalbemessungsinstrumente zulässt. Kritische Arbeiten z.B. zum

Pflegebedürftigkeitsbegriff<sup>51</sup> fanden kein Gehör und die Diskussion keine wissenschaftliche Weiterentwicklung.

## 6. Qualifizierung durch Bildung

Die deutsche Fachpflege ist im internationalen Ranking als Assistenzberuf und nicht als eigenständige Profession klassifiziert. Nach dem EQR/DQR<sup>52</sup> ist die deutsche Pflegeausbildung Stufe 4,<sup>53</sup> da sie eine Berufsausbildung ist, in vielen anderen Ländern ist sie mit Bachelorabschluss Stufe 6.<sup>54</sup> In Deutschland haben weniger als ein Prozent der Fachpflegepersonen einen akademischen Abschluss, wohin gegen die Pflege in vielen anderen Ländern akademisch ausgebildet ist.

Jegliche Berechnungen zum Personal-mangel sind unseriös, da sie nicht nur auf einem beschnittenen Kompetenz- und Leistungsprofil der

Fachpflege aufbauen, sondern auch über keine Unterscheidung bzw. Einordnung der Qualifikationen (Skill-Grade) zu den Tätigkeiten verfügen. Ein Fachpflegestandard wie ein Facharztstandard wäre aus Patientenschutzgründen geboten. Es braucht eine Neuorganisation

bundeseinheitlicher Struktur- und Qualitätskriterien für eine kompetenzorientierte Aus-, Fort- und Weiterbildung. Nach Einführung der generalistischen Ausbildung ist ein bundesweites Weiterentwicklungsgesetz für die Fachpflege vonnöten, um den fachpflegerischen Fortschritt zu gewährleisten und um eine Durchlässigkeit von der akademisierten Pflegefachperson bis hin zur Assistenzkraft<sup>55</sup> innerhalb der Pflegeberufsabschlüsse zu realisieren. Nur so kann ein klares intrapflegefachliches Delegationsmodell bestehen.

## 7. Finanzierung der Fachpflege

Fachpflegerische Leistungen werden in der gegenwärtigen Konstruktion über die Krankenkassen finanziert, wie z.B. derzeit bei der HKP oder Krankenhausversorgung. Eine Tandem-Versorgung in einem integrierten Gesundheitssystem ist perspektivisch über eine Mischfinanzierung aus Steuer- und Beitragsmitteln zu finanzieren. Eine Gegen-

finanzierung könnte sich insbesondere durch den Wegfall bürokratischer Doppelstrukturen ergeben wie die Ablösung des Pflegebegutachtungsverfahrens durch codierte Pflegebedarfserhebung vor Ort und den Wegfall einer inzwischen unübersichtlichen „Beratungsindustrie“ zu Pflegeleistungen. Eine logistisch sinnhaft geplante Versorgung und transparente wie auswertbare Versorgungsverträge sind ebenso in Ansatz zu bringen. Das „alte“ SGB XI sollte ausschließlich für die Umsetzung der Angehörigenpflege „Nächstenpflege“<sup>56</sup> zuständig sein.

## 8. Change/Transformation durch Gesundheitsregionen

In den letzten 20 Jahren haben sich in Deutschland Gesundheitsregionen<sup>57,58</sup> auf den Weg gemacht, um neue For-

49 <https://deutscher-pflegerat.de/2022/04/28/g-ba-greift-durch-beschluesse-in-der-berufsausuebung-der-profession-pflege-ein/>

50 Startseite – Landespflegekammer Rheinland-Pfalz ([pflegekammer-rlp.de](http://pflegekammer-rlp.de))

51 s. Arbeiten von Albert Brühl Prof.Brühl 2 ([bayerischer-landespflegerat.de](http://bayerischer-landespflegerat.de)) / Bruehl\_Pflegebeduerftigkeit\_messen\_2012.pdf ([bsz-bw.de](http://bsz-bw.de))

52 DQR und EQR – Deutscher Qualifikationsrahmen

53 Niveau 4 – Deutscher Qualifikationsrahmen ([dqr.de](http://dqr.de))

54 Niveau 6 – Deutscher Qualifikationsrahmen ([dqr.de](http://dqr.de))

55 Microsoft Word – 220321\_VPU\_Gemeinsames Positionspapier\_VergÄ¼tung\_Stud\_PflegestudiengÄ¼nge\_Koc ([deutscher-pflegerat.de](http://deutscher-pflegerat.de))

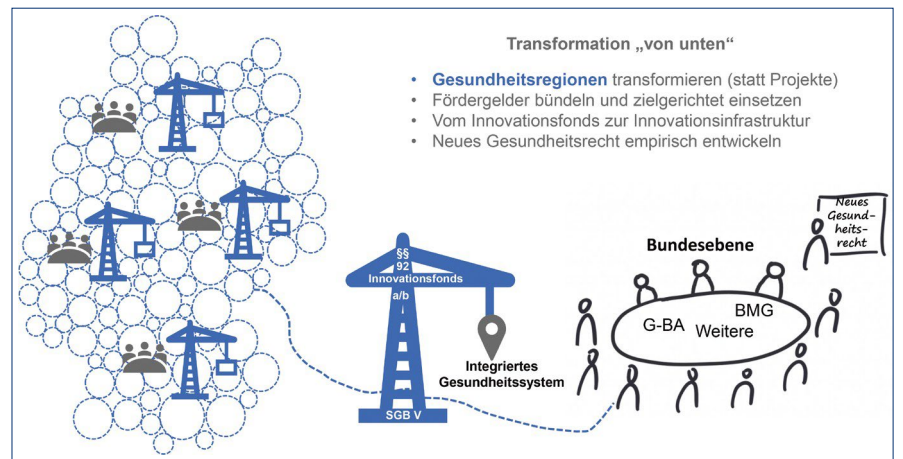
56 Nächstenpflege braucht Kraft und Unterstützung – VdK ([vdK-naechstenpflege.de](http://vdK-naechstenpflege.de))

57 s. u.a. Hildebrandt / Stuppardt (2021)

58 Burgi, M. (2013) Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung sowie Brandhorst, A. et al (2017): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems

men der Versorgungsorganisation zum Laufen zu bringen. Letztlich bleiben sie Schattenboxen, da sie das Bundesrecht, wie z.B. die Bedarfsplanung der Ärzte, nie ändern können. Die begonnen Wege müssen systematisch in einem bundesweiten Innovationsinfrastrukturplan aufgegriffen und mit dem Versorgungsziel, 2040 ein Integriertes Gesundheitssystem haben zu wollen, entwickelt werden. Ein modifizierter Innovationsfonds (§ 92a SGB V)<sup>59</sup> könnte als Baukran dienen (s. Abb. 8).<sup>60</sup> Ein modernes integriertes Gesundheitsrecht ist nicht über Projekte und Selektivverträge im historischen Verwaltungsmodus der GKV entwickelbar.

Abbildung 8: Transformation des Gesundheitssystems über die Sektoren



Quelle: Eigene Darstellung

### Preview auf den richtigen Pflegefilm

Die berufliche Pflege muss aus den „Fängen“ des alten SGB V und SGB XI extrahiert und in einem eigenen SGB XIII erst einmal kodifiziert werden. Mit einem modernen Gesundheitsberufegesetz muss der Arztvorbehalt reformiert werden, damit das deutsche Ge-

sundheitssystem zukünftig auf den zwei Beinen einer interprofessionellen, sozialraumbezogenen Tandem-Versorgung stehen kann, in der Medizin und Pflege

Hand-in-Hand versorgen. Das Tandem ist die neue soziale Infrastruktur für das Gesundheitssystem zur Sicherung der Daseinsvorsorge. Der Koalitionsvertrag bietet bereits viele Ansatzpunkte für die

Umsetzung einer solchen Versorgung, doch ohne ein Zielsystem ist er bislang nur ein Himmel voller Sterne ohne Sternbild.

59 BMC-Paper vom Innovationsfonds zur Innovationsinfrastruktur September 2022  
60 Bertram, Nick et al (2018): Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen weiterdenken. In: G+S 6/2018)

## Literatur

**Böttger, E.; zu Putnitz Jasper (2019):** Die Zukunft der Medizin. Disruptive Innovationen revolutionieren Medizin und Gesundheit.

**Brühl, A., Planer, K. (2019):** PiBaWü – Zur Interaktion von Pflegebedürftigkeit, Pflegequalität und Personalbedarf.

**Brühl, A., Fried, K. (2018):** Innovative Statistik in der Pflegeforschung.

**Dangel, B.; Korporal, J. (2022):** Pflege im System der gesundheitlich-pflegerischen Versorgung: Versorgungseigenständigkeit und -kompetenz vor dem Hintergrund berufe- und sozialrechtlicher Regelungen. In: Sozialer Fortschritt, 71, 579/612

**Döhler, M. (1997):** Die Regulierung von Professionsgrenzen. Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich.

**Ehrenfels, B.; Fajardo, A. (2022):** Existenz-relevant! Eine starke Pflege für Staat und Gesellschaft.

**Gärtner, M.; Scambor, E.; (2020):** Caring Masculinities. Über Männlichkeiten und Sorgearbeit.

**Gerst, Thomas (1995):** Ärztliche Standesorganisation und Standespolitik in Deutschland 1945-1955.

**Hildebrandt, H.; Stuppardt, R. (2021):** Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert.

**Huerkamp, C. (1985):** Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert.

**Jütte, R. (1997):** Geschichte der deutschen Ärzteschaft.

**Jütte, R. (1996):** Geschichte der Alternativen Medizin.

**Ketzer, R. et al (2020):** Ambulante Pflege in der modernen Gesellschaft. Aktuelle Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven.

**Kühne, R. et al (2021):** Die Zukunft der Gesundheits(fach)berufe. Mehr Kompetenzen, mehr Verantwortung.

**Pundt, J.; Kälble, K. (2017):** Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte.

**Robert Bosch Stiftung (2013):** Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Denkschrift. **Hofmann, C. et al. (2021):** Neustart! für das Gesundheitsrecht. Ein Handlungskatalog für Politik und Selbstverwaltung; hrsg. von der Robert Bosch Stiftung.

**Klapper, B./Cichon, I. (2021):** Neustart! für unser Gesundheitswesen.

**Stiftung Münch / Lehman et al (2019):** Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen?