



Verband der
Schwesternschaften
vom DRK e.V.



Deutsches
Rotes
Kreuz

Stellungnahme

Vorl. Eckpunkte Pflegekompetenzgesetz

Kurzpapier: Vorläufige Eckpunkte Pflegekompetenzgesetz
Stand 18. Dezember 2023

O.g. Eckpunktepapier liegt dem Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. seit dem 20.12.2023, mit der Möglichkeit der Stellungnahme bis zum 05.01.2024, vor. Als Pflegefachverband innerhalb des DRK nehmen wir zu genanntem Papier wie folgt Stellung:

Der VdS begrüßt den Vorstoß des BMG die u.a. bereits im Koalitionsvertrag postulierte Weiterentwicklung der Pflegeberufe in eine gesetzliche Regelung und damit in die konkrete Umsetzung zu bringen. Wir begrüßen darüber hinaus das eindeutige Bekenntnis zur Pflege als Heilberuf mit eigenen Kompetenzen und der sich daraus notwendigerweise ergebenden Neuordnung der Aufgaben und Befugnisse sowie der rechtlichen Anpassungen und die Bestrebungen zum Ausbau der Akademisierung.

Vorausschicken möchten wir, dass die Gesundheitsversorgung der Menschen hierzulande vielerorts nicht mehr ausreichend sichergestellt ist und darum dringend neue Wege zur Versorgungssicherung eingeschlagen werden müssen. Richtig ist, dass die Kompetenzpotenziale der Profession Pflege bislang kaum bzw. viel zu wenig für die bestehenden Versorgungsbedarfe genutzt werden. Wir bewerten die vorliegenden Eckpunkte deshalb weniger als „Weihnachtsgeschenk“, denn als längst überfällige politische Weichenstellung mit Blick auf ein zukunftsfähiges Gesundheits- und Pflegesystem. In aller Deutlichkeit möchten wir darauf hinweisen, dass die vorgeschlagenen Eckpunkte ausschließlich dem Ziel der Versorgungssicherung dienen und damit keinesfalls ein Selbstzweck für die Profession Pflege gemeint ist.

Kritisch sehen wir die Erweiterung des pflegerischen Kompetenzrahmens mit dem Ziel der Entlastung anderer Berufsgruppen (Medizin) oder Organisationen (MD) im Gesundheitswesen. Dies weist auf ein tradiertes Berufsbild von Pflege im Sinne einer ausschließlichen „Assistenz“ hin und steht im Widerspruch zum gesellschaftlichen Auftrag eines Heilberufs im Rahmen der Daseinsvorsorge.

Die große Herausforderung besteht darin, die skizzierten positiven Ansätze, wie z.B. die Orientierung an international etablierten Berufsbildern auf Bachelor- und Masterebene, inklusive ihrer Zuständigkeiten und Befugnisse stringent weiterzuverfolgen und mit allen rechtlichen und leistungsrechtlichen Konsequenzen zu übertragen bzw. zu integrieren. Neue Berufsbilder in unveränderten Strukturen werden zu keiner nennenswerten Verbesserung der Gesundheitsversorgung führen.

Zum vorgeschlagenen Maßnahmenkatalog nehmen wir wie folgt Stellung:

Zu 1.:

Der Ansatz, die Expertise von Pflegefachpersonen stärker in die genannten Versorgungsbe-
reiche einzubeziehen, geht in die richtige Richtung. Wichtig ist, aus der Erfahrung mit der Strei-
chung der pflegerischen Leitung von Level-II-Häusern im Rahmen des Gesetzesentwurfs zur
Krankenhausstrukturreform, dass der hier vorgeschlagene Weg mutig und konsequent weiter-
verfolgt wird. Hier sehen wir deutlichen Nachbesserungsbedarf.

Zu 2.:

Wir begrüßen diese längst überfällige Maßnahme ausdrücklich.

Zu 3.:

Das unter Punkt 3. vorgeschlagene Modellprojekt erschließt sich uns nicht in Gänze, hier
braucht es mehr Klarheit und eine dezidiere Darstellung. Bspw. sind zur Zielsetzung einige
Fragen offen: Wenn Pflegefachpersonen im Versorgungssetting (z.B. amb. Pflegedienst,
Krankenhaus) Pflegebedürftigkeit feststellen und der MD kommt zu einem anderen Ergebnis,
wie wird damit umgegangen? Die Zielsetzung einer Begutachtung muss sein, dass Patient*in-
nen/Bewohner*innen zeitnah die ihnen zustehenden Leistung bei Pflegebedürftigkeit erhalten.
Eine ausschließlich an der Entlastung des MD orientierte Zielsetzung sehen wir kritisch. Auch
ist offen, wie diese „Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ durch Pflegefachpersonen im Rah-
men der pflegerischen Versorgung refinanziert wird und welche Voraussetzungen (Schulung)
diese vorweisen müssen.

Zu 4.:

Auch hier braucht es noch eine schärfere Konturierung, nicht zuletzt bzgl. der Finanzierung.
Grundsätzlich sehen wir die Pflegeprozesssteuerung in den vorbehaltenen Tätigkeiten nach
§ 4 PfIBG abgebildet. Nach unserem Verständnis können mit dem vorgeschlagenen rechtli-
chen Anspruch auf Pflegeprozesssteuerung durch Pflegefachpersonen gerade bei niedrigen
Pflegegraden präventive Maßnahmen von Pflegefachpersonen ergriffen und damit frühzeitig
zur Vermeidung von höher gradiger Pflegebedürftigkeit beigetragen werden.

Zu 5.:

Wir begrüßen es sehr, dass zur Wahrnehmung von erweiterten Versorgungsaufnahmen im
Rahmen der Regelversorgung, jetzt ein anderer und deutlich erfolgsversprechender Weg ein-
geschlagen wird.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass den unterschiedlichen Qualifikationsniveaus (Pflegefach-
person, Pflegefachperson mit Fachweiterbildung, Bachelor, Master etc.) entsprechende Kom-
petenzlevel und damit Befugnisse etc. zugeordnet werden müssen.

Entsprechend notwendige Prüfungsmodalitäten sind unserer Sicht durch die pflegerischen
Selbstverwaltungen (Kammern) zu gestalten und zu überwachen.

Zur Evaluation der angedachten Regelungen sollte zwingend pflegewissenschaftliche Exper-
tise herangezogen werden.

Auch fehlt ein Hinweis auf eine adäquate Finanzierung.

Zu 6.:

Mit der Einführung von APN und damit der Ermöglichung von eigenständiger Heilkundeaus-
übung nach internationalem Vorbild macht Deutschland einen entscheidenden Schritt in Rich-
tung Zukunftssicherung der Gesundheitsversorgung. Wir begrüßen diesen mutigen Schritt
ausdrücklich. Wichtig ist, dass konsequenterweise mit der Einführung von neuen Berufsbil-
dern/-rollen auch die dazugehörigen Befugnisse etabliert werden können und sowohl die

rechtlichen Rahmenbedingungen als auch Systemgrenzen entsprechend verändert und entwickelt werden.

Zu 7.:

Auch hier möchten wir anmerken, dass den unterschiedlichen Qualifikationsniveaus (Pflegefachperson, Pflegefachperson mit Fachweiterbildung, Bachelor, Master etc.) entsprechende Kompetenzlevel und damit Befugnisse etc. zugeordnet werden müssen.

Zu 8.:

Fakt ist, dass wir in Deutschland sowohl der internationalen Entwicklung als auch den sich geänderten Versorgungsbedarfen und hierfür erforderlichen Qualifikationen hinterherlaufen und die längst notwendigen Bildungsstrukturen nicht etabliert sind. Wir halten es jedoch für wenig zielführend, die Masterqualifikation ins Ausland zu verlagern. Zum einen besteht die große Gefahr, dass Absolvent*innen als hochqualifizierte Fachexpert*innen im Ausland verbleiben und von den dortigen Gesundheitssystemen absorbiert werden. (Zumal akademisierte Pflegefachpersonen im Ausland bereits heute einen ihrer Qualifikation entsprechenden Handlungsspielraum und eine angemessene Vergütung erhalten. In Deutschland soll dies nach vorliegendem Eckpunktepapier lediglich „geprüft“ werden.) Zum anderen können wir angesichts der angespannten Fachkräftesituation schwerlich auf die primärqualifizierten Pflegefachpersonen mit Bachelor in unseren Versorgungssettings verzichten. Wir plädieren stattdessen dafür in allen Bundesländern entsprechende Masterprogramme mit Anreizsystem (Stipendien) zu etablieren.

Zu 9.:

Die Ausweitung des Handlungsrahmens für Pflegefachpersonen in neuen Berufsrollen im Setting Krankenhaus halten wir für einen wichtigen Schritt. Die grundsätzliche Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung wurde politisch erkannt. Zur Neugestaltung gehört, alle betroffenen und wichtigen Player an den Tisch zu holen (nicht ausschließlich die DKG).

Zu 10.:

Wir sehen in der verklausulierten Formulierung „*zentrale berufsständische Vertretung der Profession Pflege auf Bundesebene*“ ein positives Bekenntnis des BMG zur Bundespflegekammer und begrüßen diesen Schritt sehr. Um ihre volle Wirkung entfalten zu können, sind die Länder in der Pflicht entsprechende Landespflegekammern einzurichten. Wir verbinden mit dieser Maßnahme die Hoffnung, dass sich die Entwicklungen in den Ländern in diese Richtung bewegen.

Lediglich eine Prüfung geeigneter Beteiligungsrechte z.B. im G-BA, geht uns nicht weit genug. Seit langem besteht die berechtigte Forderung des DPR nach Mitsprache- und Mitbestimmungsrechten im G-BA.

Zu 11.:

Wir plädieren dafür das Amt der/des Pflegebevollmächtigten analog dem international üblichen „Chief Nursing Officer“, auszugestalten, als höchste/n Regierungsbeamten/-in zur Beratung der Regierung in Pflegeangelegenheiten.

Zu 12.:

Wir begrüßen diese Maßnahme vollumfänglich, weil hiermit eine langbestehende Lücke ausgefüllt wird. Unter anderem in der Bewältigung der Corona-Pandemie und dem Ahrtal-Hochwasser hat sich sehr deutlich gezeigt, dass die Profession Pflege in die Bewältigung der Lage von Anfang an strukturell, verantwortlich mit eingebunden werden muss. Bislang kommt professionelle Pflege im Katastrophenschutz quasi nicht vor. Wir brauchen dringend eine gesetzliche Regelung, damit professionelle Pflege strukturell im gesundheitlichen Bevölkerungsschutz (Zivil- und Katastrophenschutz) verankert ist. Um diesen zu gewährleisten ist es

erforderlich Disaster-Nurses - idealer Weise auf APN Level - zu qualifizieren. Auch hier gibt es erfolgreiche internationale Vorbilder. Angesichts der unstrittigen Erwartung, dass es in Deutschland in Zukunft einen steigenden Bedarf an dieser Fachexpertise geben wird, müssen entsprechende Qualifikationen und deren Verankerung im System umgehend erfolgen. Ein angedachter regelhafter Einbezug bedarf der rechtlichen Fixierung.

Zu 13.:

Wie schon in den vorherigen Punkten angemerkt, müssen Qualifikationsniveau, Befugnisse und Vergütung aus einem Guss sein und entsprechend (leistungs-/ berufs-/) rechtlich verankert werden. In einer Kann-Regelung sehen wir wenig Anreize sowohl für Träger als auch für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen.

Kritisch sehen wir die angedachte Festlegung mittels einer Quote von 50% der Arbeitszeit, die zwingend in der „direkten Pflege“ erfolgen muss. Es bleibt unklar, was unter „direkter Pflege“ zu verstehen ist. Für eine derartige strenge Quotenregelung gibt keine (pflegewissenschaftliche) Evidenz, vielmehr ist zu befürchten, dass die besonderen Versorgungskompetenzen der akademisierten Pflegefachpersonen in diesem Setting gar nicht zum Ausdruck kommen können. Beschäftigungsanreize sind auch mit dem Thema „Vergütung“ verbunden. Die „Prüfung“ von entsprechender tariflicher Entlohnung ist dafür nicht ausreichend. Nur aus einer tariflichen Regelung erwächst ein Anspruch auf Refinanzierung durch die Kostenträger.

Zu 14.:

Mit dem Verweis auf den Personalengpass im Berufsfeld wird der De-Professionalisierung Vorschub geleistet, indem andere Berufsgruppen zur Stopfung der Löcher herangezogen werden. Diese Maßnahme lehnen wir entschieden ab, da sie ein Dambruchargument darstellen und bestehende Vorgaben zu Qualifikationsmische ad absurdum führen. Die Formulierung „pflegerelevante Fachpersonen“ suggeriert, dass anderweitige Berufsgruppen, zum einen Pflege-tätigkeiten übernehmen können und dürfen (Stichwort Vorbehaltsaufgabe) und zum anderen, dass sie in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen (Ergo- und Physiotherapie beklagen ebenfalls einen eklatanten Fachkräftemangel).

Zu 15.:

Statt einer Geschäftsstelle schlagen wir vor, ein pflegewissenschaftliches Institut mit der Koordination und Umsetzungsbegleitung zu beauftragen. Grundsätzlich sehen wir die Verantwortung für die Fort- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen und damit deren Bildungsbedarfe bei den jeweiligen Führungspersonen und Trägern. Eine rechtliche Vorgabe von „oben“ (Bundesebene) zum Thema „Schulung in der Pflegeprozesssteuerung“ halten wir für nicht erforderlich.

Zu 16.:

Wir verweisen an dieser Stelle auf die umfassende Stellungnahme des DRP zu Einführung der PPR 2.0 als lernendes System und die Notwendigkeit der Weiterentwicklung. Für die angedachte Begleitung des Einführungsprozesses durch die unter Punkt 15. formulierte Geschäftsstelle ist pflegewissenschaftliche Expertise unabdingbar.

Zu 17.:

Der Zusammenhang zwischen den Regelungen im PflStuStG und dem Förderprogramm „GAP“ erschließt sich uns nicht. Hier bräuchte es mehr Konkretisierung und Klarheit.

Schlusskommentar:

Insgesamt sehen wir im vorliegenden Eckpunktepapier das Ergebnis jahrzehntelanger, intensiver Anstrengungen und Engagements von Seiten der berufsverbandlichen und-politischen Vertretungen der Pflege. Die vorgeschlagenen Maßnahmen werden nur in eine erfolgreiche Umsetzung für das Gemeinwohl gelangen können, wenn sich der Modus zum Einbezug der Profession Pflege in gesundheitspolitische Entscheidungen grundsätzlich ändert. Den Handlungsrahmen für Pflegekompetenzen auszuweiten mit dem Ziel andere Player zu entlasten, lehnen wir entschieden ab.

Wir betrachten mit Sorge, dass unter 8 von 17 Punkten als Ziel eine Prüfung formuliert wurde (Maßnahmen unter Punkt 1./3./6./7./10./13./16. und 17.). Wir hoffen, dass mutig und innovativ auch über die bisherigen Systemgrenzen hinaus, die zahlreichen positiven Ansätze konsequent weiterverfolgt werden. Hierzu ist es auch notwendig, bestehende rechtliche Bestimmungen auf den Prüfstand zu stellen (z.B. HKP- Richtlinie) und ggfls. anzupassen. Und nicht zuletzt braucht es eine Konkretisierung der Finanzierung, die durchgängige leistungsrechtliche Abbildung und damit auch Darstellung der Vergütung für die unterschiedlichen Qualifikationslevel von Pflegefachpersonen.

Abschließend erlauben wir uns einen kritischen Kommentar zum Zeitpunkt und –rahmen der geforderten Rückmeldungen zu diesem Eckpunktepapier:

Die hier verhandelten Themenfelder zur Heilkundesausübung etc. berühren den Kern der Pflegeprofession und erfordern deshalb einen abgestimmten innerprofessionellen Diskurs, der nicht in wenigen Tagen und erst recht nicht zwischen Weihnachten und Anfang des neuen Jahres suffizient geführt werden kann. Auch auf Grund des Nichtvorhandenseins von flächendeckenden Selbstverwaltungsorganen hierzulande und der vornehmlich ehrenamtlich betriebenen berufspolitischen Arbeit sind Abstimmungsprozesse aufwendig. Bei allem Verständnis für die ministeriellen und politischen Abstimmungsprozesse, politische Teilhabe und Mitwirkung bedarf zu Recht ausreichender, auch zeitlicher, Ressourcen. Und gerade die hier verhandelten Themen zur Neuausrichtung im Gesundheitswesen setzen die Akzeptanz der Berufsgruppe für eine gelingende Umsetzung voraus.