

Sehr geehrter Herr Minister Lauterbach,

die derzeit fehlenden Möglichkeiten der weiteren Professionalisierung der Pflege verschärfen den Fachkräftemangel und werden sehr kurzfristig dazu führen, dass wir nicht nur die Qualität des Gesundheitssystems nicht mehr aufrechterhalten können, sondern dass sich die Versorgung der Menschen in Deutschland nachhaltig verschlechtert. Um dem entgegen zu wirken haben wir eine Gruppe von verschiedensten Experten und Expertinnen aus Krankenhäusern gebildet, die Ihnen hier ein **Positionspapier zu den Rahmenbedingungen von Pflege überreicht**.

Wir möchten gemeinsam einen konstruktiven Beitrag zur Neugestaltung der Rahmenbedingungen in der Pflege in Krankenhäusern leisten, die derzeitigen Gesetzgebungsverfahren nutzen und auch gerne an der weiteren Ausgestaltung mitwirken.

A. Gesetzgebungsverfahren:

Wir sehen eine große Chance die Veränderung der Rahmenbedingungen der Pflege in Krankenhäusern in die laufenden Gesetzgebungsinitiativen Ihres Hauses mit einzubringen:

I. Das Krankenhaustransparenzgesetz

Mit dem Krankenhaustransparenzgesetz wird für Patientinnen und Patienten die Qualität der jeweiligen Einrichtung einfach nachvollziehbar. Hierzu kann beitragen, wenn das Qualitätsniveau der stationären Einrichtung an der pflegerischen Ausstattung der jeweiligen Einrichtung sichtbar gemacht wird. Mit zunehmender Komplexität des Leistungsspektrums der jeweiligen Einrichtung steigen auch die Anforderungen an die Ausprägung der pflegerischen Ausbildung und Kompetenz:

1. In § 135 d Abs. 3 Ziff. 3 SGB V könnte die Art der Ausstattung des pflegerischen Personals weiter spezifiziert werden. So könnte eine Anforderung sein, die prozentuale Anzahl der
 - Pflegefachpersonen mit Masterabschluss
 - Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss
 - Pflegefachpersonen mit Ausbildungsabschluss und Zusatzqualifikation
 - Pflegefachpersonen mit Ausbildungsabschluss,
 - Pflegefachassistenz mit Ausbildungsabschluss

die in der stationären Patientenversorgung eingesetzt sind, auszuweisen.

Die so erzeugte Transparenz würde einen Anreiz schaffen, die Quoten akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen zügig zu steigern und Anstrengungen der Einrichtungen eigene Fachkräfte zu qualifizieren sowie attraktive Rahmenbedingungen für akademisch qualifizierte Fachkräfte anzubieten. Dies könnte perspektivisch zu einer Ausprägung des Pflegeberufs nach den Leveln führen – nachfolgende Grafik zeigt dies am Beispiel der Level 3 U Hochschulkliniken:

	Abschluss	Mindestanteil von Pflegepersonal in der Patientenversorgung (Krankenhaustransparenzgesetz)	Notwendige Krankenhausreform für die Autonomie des Pflegepersonals (Beispiele)
DNP	Dokortitel		- Forschung - Bildung - Klinische Praxis
APN*	Master + Spezialisierung		- APN Anästhesie - APN Chronische Versorgung
APN - university	Master	10%	- Diagnosestellung - Medikamente verschreiben
NP – university	Bachelor	20%	- Impfungen - Behandlungspläne ausarbeiten - Evaluation
University Nurse*	Ausbildung + Fachweiterbildung	30%	- Grund- und Behandlungspflege - Ausbildung - Evaluation
University Nurse	3 jährige Ausbildung	40%	- Grund- und Behandlungspflege - Evaluation
Certified Nursing Assistant	1 jährige Ausbildung		- Assistenz bei den täglichen Aktivitäten des Patienten - Vitalwerte messen - Dokumentation

Abbildung 1: Pflegerische Qualifikationen am Beispiel der Level3U Hochschulkliniken

2. Weiter könnte eine Anlage **1 a zu § 135 d SGB V** ergänzt werden, die in Analogie zu den Leistungsgruppen die erforderliche Pflegepersonalmindestausstattung beschreibt und den Erfüllungsgrad der jeweiligen Einrichtung misst. Mit diesem Ansatz würde der international evaluierte Grundsatz von Pflegepersonalrelationen (patient to nurse ratios) umgesetzt, der auch in vielen Tarifverträgen bereits Niederschlag gefunden hat und mit den vorhandenen Messpunkten für das IneK verbunden werden kann. Eine angemessene Ausstattung des stationären Bereichs mit Pflegefachpersonal ist ein für Patientinnen und Patienten leicht nachvollziehbarer Indikator, der in Ländern, in denen er eingeführt wurde, bereits zu einer Reduktion von Drehtüreffekten, Senkung der Sterblichkeit und Verkürzung der Aufenthaltsdauer geführt hat.

II. Pflegeberufegesetz

In einem nächsten Schritt könnte dann der Handlungsrahmen der Pflegefachpersonen, verbunden mit dem erforderlichen Ausbildungshintergrund bezogen auf das jeweilige Versorgungslevel, im Pflegeberufegesetz niedergelegt werden. Die Erarbeitung des Handlungsrahmens könnte in einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe unter unserer Beteiligung erfolgen.

B. Begründung:

1. Qualifikation und Ausbildung

Das Pflegestudiumsstärkungsgesetz ist der maßgebliche und wichtige erste Schritt hin zur Weiterentwicklung der Pflege in akademische Aufgaben. Wir begrüßen dieses Gesetz sehr. Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen übernehmen international eigenständig Aufgaben im Behandlungsprozess und damit eigenständig Verantwortung. Die Pflege in Deutschland „dümpelt“ seit Jahren bei etwa 2 % Akademikerquote. Die meisten akademisch qualifizierten Fachpersonen verlassen die Krankenversorgung, gehen ins Management oder in Qualitätsaufgaben. Das liegt daran, dass in Deutschland Modelle wie der Nursing Practitioner (NP - Bachelor Level) oder die Advanced Nursing Practitioner (ANP- Master Level) nicht bekannt sind und im heutigen Pflegeberufegesetz auch nicht möglich sind. Dem ersten gelungenen Schritt über das Pflegestudiumsstärkungsgesetz muss daher nach unserer Einschätzung zwingend der zweite Schritt folgen – ein eigener Handlungsrahmen der Pflegefachkräfte, die akademisch qualifiziert sind.

Gleichzeitig sollten in diesem Zusammenhang die nachfolgenden Aspekte neu geregelt werden:

- Einheitliche, hochschulische Bildungsstrukturen und die Vereinheitlichung von Zulassungsvoraussetzungen
- Einheitliche Berufsbezeichnungen auf Bachelor- und Masterniveau entsprechend der Level siehe Beispiel Abbildung 1
- Sicherstellung von Titelschutz für die jeweilige Berufsbezeichnung
- Automatische Registrierung von Pflegefachpersonen ab Bachelorniveau in Verbindung mit dem Nachweis von Fortbildung
- Vereinfachung der Rahmenbedingungen für die Ausbildung im Rahmen von Modellvorhaben nach §14 PfIBG – unabdingbar die Anpassung §63 3c SGB V und §64d SGB V

2. Autonomer Handlungsrahmen:

Pflegefachpersonen sind wichtiger Teil unseres multiprofessionellen Gesundheitssystems. Die Verfügbarkeit von Fachkräften in der Pflege wird mittelfristig eines der entscheidenden Elemente des Erhalts der Qualität unseres Gesundheitssystems für kommende Generationen sein. Eine funktionierende soziale und bezahlbare Gesundheitsversorgung führt zu Zufriedenheit in der Bevölkerung und stärkt das Vertrauen in den Staat.

Andere Länder leben erfolgreich Modelle der Einbindung der Profession Pflege im Gesundheitssystem vor, die sich aus der historisch medizinisch geprägten Sicht auf die den Patienten versorgenden Berufsgruppen zukunftsgerichtet lösen und auf Gleichwertigkeit und Autonomie der Berufsgruppen im Versorgungsteam setzen. Unser System bietet eine hervorragende dreijährige Ausbildung und erste gute Ansätze für bachelor-

und masterqualifizierte Pflegenden. Die Verbindung dieser Ansätze kann zu einem autonomen Handlungsrahmen der Pflegefachkräfte, orientiert an den Levels der Einrichtungen und dem Ausbildungsstand der Pflegefachperson, dienen. Maßgeblich für die Neuorientierung ist die Qualität der Patientenversorgung.

RETHINKING HEALTHCARE

Pflegefachpersonen verfügen über spezifische Kompetenzen und Fachkenntnisse in der Patientenversorgung, die im Sinne der optimalen Nutzung der knappen Fachressourcen eigenständig eingebracht werden müssen. Durch das in Deutschland gelebte Modell der Delegation und Substitution entstehen hohe bürokratische Hürden und unterbrochene Arbeitsabläufe, die einem möglichst reibungslosen Ablauf im Patientenpfad entgegenstehen. Dazu kommt, dass die qualitativ hochwertige Weiterentwicklung pflegerischer Tätigkeiten, wie der Wundversorgung, Stoma Pflege etc. nicht zielgerichtet verfolgt wird, wenn sie nur ein „Randprodukt“ des ärztlichen Prozesses ist. Nur durch eindeutig zugewiesene Kompetenzbereiche kann das Pflegefachpersonal im multiprofessionellen Team seine volle Wirksamkeit entfalten.

Die vorbehaltenen Tätigkeiten nach §4 PfIBG reichen hier nicht aus. Sie müssen neugestaltet, ausdifferenziert und eindeutig formuliert sowie den einzelnen Qualifikationsprofilen von Pflegenden in den einzelnen Leveln zugeordnet werden.

Wir empfehlen daher die Schaffung eines eigenen pflegerischen Handlungsrahmens bis hin zur eigenständigen klinischen Entscheidung von Interventionen. Hierfür möchten wir international anerkannte Beispiele benennen, die sich gut auf unser System übertragen lassen:

- Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln
- Medikamentenmanagement
- Anordnung und Durchführung von Interventionen (Wundversorgung, Stomaversorgung)
- Durchführung von Impfungen und Ultraschalluntersuchungen

Lieber Herr Minister Lauterbach, wir freuen uns sehr, wenn Sie mit uns in den Dialog gehen und wir die Chance bekommen, mit Ihnen gemeinsam einen Beitrag zum Erhalt und zur Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems leisten zu können.

Über die Gelegenheit Ihnen unsere Ansätze auch persönlich erläutern zu dürfen, freuen wir uns.

Ihre



Carla Eysel
Vorstand Personal und Pflege
Charité Universitätsmedizin Berlin



Anke Jentzsch
Pflegedirektorin
Charité Universitätsmedizin Berlin



Sebastian Dienst
Pflegedirektor
Deutsches Herzzentrum Charité



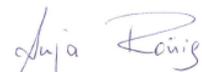
Helene Maucher
Pflegedirektorin
RKU - Universitäts- und
Rehabilitationskliniken



Joachim Proells
Direktor für Patienten- und
Pflegemanagement und Personalvorstand
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



Thomas van den Hooven
Pflegedirektor
Universitätsklinikum Münster



Anja König
Pflegedirektorin
Klinikum Mittelbaden gGmbH

Berlin, 15.10.2023

Quellenverzeichnis:

Aiken, Linda (2008): Magnet Recognition as a Strategic Platform for Improving Quality of Hospital Care: Is It Applicable in Germany? Presentation at the Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, Berlin 2008.

Aiken, Linda H.; Clarke, Sean P.; Soane, Douglas M.; Lake, Eileen T.; Cheney, Timothy (2008): Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. In *Nurs Adm* 2008 May; 38 (5): 223-229.

Drenkard, Karen (2010): The Business Case for Magnet®. In *JONA* Volume 40, Number 6, pp 263-271.

Koloroutis, Mary; Manthey, Marie (2012): Relationship-Based Care. A Model for transforming practice. Minneapolis: Creative Health Care Management.

Kutney-Lee, Ann; Stimpfel, Amy Witkoski; Soane, Douglas M.; Cimiotti, Jeannie P.; Quinn, Lisa W.; Aiken, Linda H. (2015): Changes in Patient and Nurse Outcomes Associated with Magnet Hospital Recognition. In: *Med Care*. 2015 June; 53 (6): 550-557.

Kutney-Lee, Ann; Sloane, Douglas M.; Aiken, Linda H.: (2013): An Increase In The Number Of Nurses With Baccalaureate Degrees Is Linked to Lower Rates Of Postsurgery Mortality. In *Health Affairs* March 2013, 32:3.

Kutney-Lee, Ann; Aiken, Linda H. (2008): Effect of Nurse Staffing and Education on the Outcomes of Surgical Patients With Comorbid Serious Mental Illness. In: *Psychiatric Services* December 2008, Vol. 59. No.12.

Kelly, Lesly; McHugh, Matthew D.; Aiken, Linda H.: Nurse Outcomes in Magnet and Non-Magnet Hospitals. In *JONA*, Vol. 41, No. 10, pp 428-433.

Maucher, Helene (2018): Magnetkrankenhaus – Qualifikation und Versorgungsqualität. In: Simon, A.; (Hrsg.): *Akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal*. Berlin: Springer Verlag, S. 155-179.

Springer Pflege 2023

<https://www.springerpflege.de/bildung/akademisierungsquote-steigt-nur-langsam/23223202#:~:text=Die%20Akademisierungsquote%20betrug%201%2C74%25.%20Werden%20nur%20Studierende%20in,verzeichnet%20das%20BIBB%20einen%20leichten%20Anstieg%20der%20Akademisierungsquote.01.07.2022.>