

Zur Diskussion

Pflege kann mehr!

Positionspapier der Stiftungsallianz¹ für eine neue Rolle der professionellen Pflege im Gesundheitswesen

Die Stiftung Münch, die Bertelsmann Stiftung und die Robert Bosch Stiftung haben das gemeinsame Ziel, Beiträge zur Weiterentwicklung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten und zukunftsfähigen, qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung für alle Menschen zu leisten. Die drei Stiftungen haben sich auf der Grundlage dieser Ziele zur Formulierung gemeinsamer Positionen zur Zukunft der professionellen Pflege zu einer Stiftungsallianz zusammengeschlossen². Aus Sicht der Allianz hängt die Qualität und Zukunftsfähigkeit der Gesundheitsversorgung im erheblichen Maße von der Rolle und den Beiträgen der professionellen Pflege ab. Dazu braucht es kurz- und mittelfristige Strategien, um dem Fachkräftemangel zu begegnen. Zusätzlich braucht es mittel- und langfristige Strategien, um die Qualität in der professionellen Pflege sicherzustellen. Die Rahmenbedingungen für die professionelle Pflege müssen deutlich verbessert

¹ Stiftung Münch, Möhlstr. 9, 81675 München; Internet: <https://www.stiftung-muench.org>, Ansprechpartnerin: Annette Kennel, E-Mail: AK@stiftung-muench.org

Bertelsmann Stiftung, Carl-Bertelsmann-Str. 256, 33311 Gütersloh; Internet: <https://www.bertelsmannstiftung.de>, Ansprechpartner: Uwe Schwenk, E-Mail: Uwe.Schwenk@bertelsmann-stiftung.de
Robert Bosch Stiftung GmbH, Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart; Internet: <https://www.bosch-stiftung.de>, Ansprechpartnerin: Dr. Bernadette Klapper, E-Mail: Bernadette.Klapper@bosch-stiftung.de

² Über einige Monate hinweg hat es Treffen und Abstimmungsprozesse von Vertreter_innen der drei Stiftungen gegeben, die vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) in Köln unter Leitung von Prof. Dr. Frank Weidner organisiert, moderiert und dokumentiert worden sind.

werden, und es ist von zentraler Bedeutung, die Attraktivität des Pflegeberufs wirksam und nachhaltig zu steigern. Dazu müssen nach Auffassung der Stiftungsallianz jetzt neue Aufgaben und Rollen der Pflege in der multiprofessionellen Kooperation in allen Bereichen des Gesundheitswesens etabliert werden. Pflege kann viele neue Aufgaben und solche, die heute noch von Ärzt_innen durchgeführt werden, übernehmen. Auch deshalb müssen berufsqualifizierende und weiterbildende Pflegestudiengänge an Universitäten und Hochschulen entschieden ausgebaut werden. Nicht zuletzt muss die Stimme der professionellen Pflege in den Gremien der Selbstverwaltung und der Gesundheitspolitik spürbar an Gewicht gewinnen. Angesichts des demografischen Wandels ist Eile geboten, zügig diese seit vielen Jahren auch von den drei Stiftungen wiederholt angemahnten Weichen zu stellen und damit die Pflege auch hierzulande zu professionalisieren und aufzuwerten.

Pflege kann mehr!

Positionen der Stiftungsallianz

1. Die Potenziale der Pflege liegen in ihrer Professionalisierung

Eine Politik, die das Bild „Pflegen kann jeder“ bedient und dazu beiträgt Bildungsstandards abzusenken, schafft ein gefährliches Deprofessionalisierungsklima. Der bestehende Fachkräftemangel erfordert eine Kursänderung zu einer nachhaltigen Professionalisierung der Pflege mit erheblich mehr Akademisierungsanstrengungen.

2. Neue Aufgaben für die Pflege – Substitution ärztlicher Aufgaben

International gibt es viele gute Erfahrungen mit einer starken und selbständig tätigen Pflege im Gesundheitswesen. Das zeigt, dass die Pflege grundsätzlich viel mehr heilkundliche Aufgaben im Gesundheitswesen übernehmen könnte, auch solche, die bislang zu ärztlichen Tätigkeiten gehören. Es braucht jetzt den entschiedenen Umsetzungswillen bei Politik und Verantwortlichen, dies zeitnah anzugehen.

3. Expertise in der Pflege – Zigtausend Studienplätze nötig

Die Übernahme erweiterter Aufgaben der Pflege setzt sehr gute berufliche und akademische Qualifikationen voraus. Pflege zu studieren ist in unseren Nachbarländern gängige Praxis. Der Bund und die Länder zeigen sich bezüglich der Einrichtung primärqualifizierender Studiengänge in der Pflege aber weiterhin viel zu mutlos und zu vage. Es braucht jetzt rund 30.000 Studienplätze für die pflegerische Versorgung in Deutschland und Konzepte für die Integration der Absolvent_innen in der Pflegepraxis.

4. Selbstverwaltung – nicht mehr an der Pflege vorbei

Dort, wo es um Entscheidungen im Gesundheitswesen geht, die Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung haben, muss auch die professionelle Pflege mit am Tisch sitzen. Ihre Kompetenzen und ihr Mittun sind schon jetzt unverzichtbar. Das betrifft die gesamte Selbstverwaltungsorganisation im Gesundheitswesen. Die Pflegenden sollten sich selbst stärker auch in die Debatten einbringen.

5. Spitzenmedizin – Spitzenpflege

Deutschland leistet sich eine sehr gute Breitenmedizin und eine wettbewerbsfähige Spitzenmedizin und zugleich einen Dauerpflegenotstand. Das ist nicht gut für die Menschen, und es ist unwirtschaftlich. Daher ist es höchste Zeit, nun auch die Pflege in der Fläche zu sichern, zusätzlich Spitzenpflege zu ermöglichen und zu erkennen, dass beides zusammengehört. Eine exzellente Pflege erhöht die Attraktivität des Berufs.

Deutschland diskutiert seit Jahrzehnten über den Pflegenotstand. Das ist gut und schlecht zugleich. Gut, weil immer wieder auf die Pflege geschaut wird, schlecht, weil keine durchgreifende Besserung in Sicht ist. Zunehmend erhält das Thema jetzt öffentliche und politische Aufmerksamkeit und Beteiligung (vgl. Bertelsmann Stiftung 2012; Prognos 2018). Politik und Verantwortliche versuchen zwischenzeitlich mit Sofortprogrammen, Qualifikationssof-

fensiven und Anwerbeaktionen und zuletzt mit der groß angelegten Konzertierte(n) Aktion Pflege (KAP) Abhilfe zu schaffen (vgl. BMG 2019). Selten wurden so viele Reformen, Gesetze und Verordnungen zur Leistungsausweitung und Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zugleich auf den Weg gebracht wie seit der letzten Legislaturperiode.

Die KAP hat in fünf parallelen Arbeitsgruppen binnen Jahresfrist mehr als 300 Einzelvereinbarungen zur Verbesserung der Qualifikation, Beschäftigung und Vergütungssituation in der Pflege, zur Nutzung der Digitalisierung und Gewinnung von Fachpersonal aus dem Ausland erstellt und im Juni 2019 der Öffentlichkeit vorgelegt. Insgesamt waren rund 50 Interessensverbände und Organisationen an der KAP beteiligt. Nun steht es mit der Umsetzung der Vereinbarungen, ob damit die in Aussicht gestellte Abkehr von der Negativspirale in der Pflege gelingen kann. Denn auch bei allen guten Absichten und Anstrengungen vieler Akteure, Engagements und hilfreichen Ideen der Vergangenheit wurden bislang nicht die richtigen Mittel gegen den Fachkräfte- und Versorgungsmangel in der Pflege gefunden. Die Positionen der Stiftungsallianz weisen in diesem Kontext insbesondere auf Potenziale hin, die in der Umsetzung der KAP noch zu stärken sind. Denn die Frage ist, ob mittels der KAP das Ruder wirklich herumgeworfen werden kann, oder ob sie im Kern eine KAP der guten Hoffnungen bleiben wird.

1. Die Potenziale der Pflege liegen in ihrer Professionalisierung

Um die Versorgungslücken zu schließen, hat die Politik auch immer wieder geringer qualifizierten Menschen den Zugang zur Pflegeausbildung ermöglicht. Dazu wurden in Deutschland bereits vor Jahren in der Altenpflege die Zugangsvoraussetzungen für die Pflegeausbildungen abgesenkt. Dahingegen haben nahezu alle europäischen Nachbarländer höhere Bildungsabschlüsse (i. d. R. 12 Jahre Allgemeinbildung) für den Zugang zu den anspruchsvoller werdenden Pflegeberufen geregelt und die Pflegeausbildungen auf Hochschulniveau gehoben. Deutschland hat sich gegen eine Vereinheitlichung auf diesem Niveau gestemmt und sich mit Macht in diesem Punkt durchgesetzt.

Auch im neuen Pflegeberufegesetz wurden kurz vor Verabschiedung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung im Juni 2018 die Anforderungen an die Ausbildung in der Altenpflege unverständlicherweise abgesenkt, was auch im Nachgang vom Bundesrat ungewöhnlich scharf kritisiert und mit der klaren Forderung der Rücknahme verknüpft wurde (vgl. Bundesrat 2018; Weidner 2016; 2018).

So wundert es nicht, dass der Anteil an hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen in der Versorgung von Patient_innen sowie Pflegebedürftigen in kaum einem anderen westlichen Industrieland so niedrig ist wie in Deutschland. In unseren Nachbarländern ist es üblich, dass akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen in der ambulanten und stationären Langzeitpflege und der Akutpflege Menschen versorgen (vgl. Stiftung Münch 2019). Im Gegensatz dazu wurden hierzulande zahlreiche Diskussionen darüber geführt, welche Bevölkerungs- und Arbeitnehmergruppen für die Pflege noch gewonnen werden könnten, ohne auf die Nebenwirkungen der damit verbreiteten Vorstellung „Pflegen kann jeder“ zu achten. Bemerkenswerterweise wird nichts unternommen, um Abiturienten für den Beruf zu gewinnen. Die Pflege und ihr öffentliches Bild haben in diesem Deprofessionalisierungsklima schweren Schaden genommen. Ohne Zweifel sind alle Menschen, die sich beruflich in der Pflege engagieren wollen, willkommen. Dazu braucht es dann aber ein gut gestuftes und durchlässiges Qualifikations- und Beschäftigungssystem, in dem alle im Team entsprechend ihrer jeweiligen Ausbildung Aufgaben und Verantwortung übernehmen können.

Politik und Gesellschaft tragen daher, trotz der vielen Bemühungen um Verbesserung, einen Großteil der Verantwortung für die festgefahrene Situation in der Pflege. Es zeichnet sich inzwischen deutlich ab, dass eine Politik, die gegen die galoppierende Pflegemisere Bildungsstandards absenkt oder zumindest nicht den wachsenden Anforderungen entsprechend weiterentwickelt, nicht die gewünschte Wirkung erzielen kann. Es braucht daher nun einen entschiedenen und grundsätzlichen Kurswechsel in der deutschen Gesundheitspolitik zur weiteren Professionalisierung der Pflege. Es geht um weniger Mangel- und Defizitdebatte,

stattdessen um mehr Ressourcen- und Potenzialentfaltung und Qualitätszugewinne.

2. Neue Aufgaben für die Pflege – Substitution ärztlicher Aufgaben

Der demografische Wandel stellt das Gesundheitssystem vor gewaltige Herausforderungen. So tun sich inzwischen mit Blick auf die Primärversorgung ärztliche und pflegerische Versorgungslücken vor allem in den strukturschwachen Regionen in Deutschland auf. Die Versorgung älterer, multimorbider und schwerkranker Menschen kann ambulant heute schon nicht mehr überall sichergestellt werden (vgl. SVR 2018). Früher als notwendig müssen sie ins Krankenhaus oder in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Das widerspricht dem Wunsch der Menschen, so lange wie möglich in ihrem Zuhause zu leben und dort ggf. gepflegt werden zu können, und ist auch ökonomisch fragwürdig.

Bei dieser sich zuspitzenden Versorgungslage empfiehlt sich ein Blick in andere Länder, die eine multiprofessionelle Versorgung mit partnerschaftlicher Aufteilung der Heilkundeverantwortung zwischen verschiedenen Berufsgruppen bereits seit langem erfolgreich umsetzen. Sie setzen dabei verstärkt auf akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen, die in enger Kooperation mit Ärzt_innen, anderen Gesundheitsfachberufen und weiteren Akteuren diese Zielgruppen eigenverantwortlich diagnostisch und therapeutisch versorgen. Auch die Kompetenzen, bestimmte Medikamente und Hilfsmittel verordnen zu können, gehören für die professionell Pflegenden nicht selten dazu. Häufig haben Patient_innen, z. B. in örtlichen Gesundheitszentren, zunächst Kontakt zu Pflegefachpersonen als erste Ansprechpartner_innen. Diese entscheiden nach ihrer Einschätzung der Situation, was geschehen muss und ob weitere Versorger hinzugezogen werden müssen. Sie tragen mehr Verantwortung, erhalten öffentliche Wertschätzung dafür und verdienen besser als Pflegefachpersonen hierzulande. Ihr Einsatz ist aber i. d. R. immer noch günstiger als der von Ärzt_innen. Mit diesem System multiprofessioneller Versorgung werden im Ausland sehr gute Erfahrungen gemacht (vgl. Stiftung Münch 2019).

Gute Beispiele und Ansätze für den Einsatz erweiterter Pflegekompetenzen gibt es international und hierzulande bereits. Gesetzliche Grundlagen zur Qualifikation und Weiterbildung sind nun vorhanden. Auch die KAP hat sich in einem Handlungsfeld der Gestaltung neuer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche für Pflegefachpersonen gewidmet (vgl. BMG 2019). Es braucht jetzt aber den entschiedenen Umsetzungswillen bei Politik und Verantwortlichen im Gesundheitswesen. Neben den gesetzlichen und tariflichen Regelungen muss die Praxis nachziehen. Der Einsatz studierter Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen ist in den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, in Krankenhäusern, in Gesundheitszentren und Kommunen etc. dringend geboten.

Pflegeberufe sind Heilberufe gem. Art. 74 Nr. 19 des Grundgesetzes. Dies stellt eine wichtige Voraussetzung für eine entsprechende Reform dar. Dass sie bislang ärztlich vorbehaltenen Heilkunde auch selbständig ausüben können, ist seit 2012 gesetzlich geregelt, so im §63 Abs. 3c SGB V, der sogenannten Richtlinie zur Heilkundeübertragung im Rahmen von Modellvorhaben. Diese Möglichkeiten sind aber bislang kaum genutzt worden, weil die bürokratischen Hürden des Verfahrens sehr hochgesteckt waren. In der Richtlinie ist z. B. die eigenständige Ausübung von Diagnostik und Therapie durch speziell qualifizierte Pflegenden im Bereich der Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus, Demenz, chronischen Wunden und Hypertonie und weitere Tätigkeiten der Heilkunde geregelt. Die KAP hat begrüßenswerterweise nun der Fachkommission nach §53 PflBG aufgetragen, standardisierte Module zur Vermittlung erweiterter Kompetenzen für Pflegefachpersonen zur Ausübung selbständiger Heilkunde zu entwickeln. Diese Module könnten schneller und unkomplizierter in die beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildungen implementiert werden. Damit ist ein Weg vorgezeichnet, über den es zukünftig regelhaft möglich sein kann, dass Pflegefachpersonen bislang ärztliche Tätigkeiten der Diagnostik, Therapie und Verordnungen eigenverantwortlich im Sinne einer Substitution übernehmen könnten (vgl. BMG 2019). Es wäre zusätzlich wünschenswert, anerkannte Qualifizierungsmodule zur Heilkun-

deübertragung nicht nur in Ausbildungen, sondern im Einvernehmen mit den Bundesländern auch in Weiterbildungen zu ermöglichen, also z. B. in Masterstudiengängen.

Hinzu kommt, dass gemäß §4 des PflBG ab 2020 erstmals einzig Pflegefachpersonen dazu berechtigt sind, den individuellen Pflegebedarf zu erheben und festzustellen, den Pflegeprozess zu organisieren, zu gestalten und zu steuern sowie die Qualität der Pflege zu sichern, zu entwickeln und zu evaluieren. Diese Regelung vorbehaltener Aufgaben geht so weit, dass es auch Ärzt_innen zukünftig untersagt ist, in diese Hoheit einzugreifen. Erstmals verfügt die berufliche Pflege damit über eine professionelle Handlungsautonomie (vgl. Igl 2019; Weiß et al. 2018). Fachlich spricht vieles dafür, auch die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit und die Pflegeberatung im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes zu vorbehaltenen Aufgaben von professionell Pflegenden zu erklären und damit die Handlungsautonomie des Berufes weiter zu stärken (vgl. Weidner 2019). Ob damit perspektivisch auch die Zuständigkeit für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) an die Profession der Pflege und eine entsprechende Organisation ihrer Selbstverwaltung übergehen kann, wird in Zukunft noch zu diskutieren sein.

3. Expertise in der Pflege – Zigtausend Studienplätze nötig

Der Wissenschaftsrat (WR) hat schon 2012 empfohlen, 10 bis 20% eines Ausbildungsjahrgangs der Gesundheitsberufe akademisch zu qualifizieren und dies in Verbindung mit der zunehmenden Komplexität und notwendigen Spezialisierung in der Versorgung begründet (vgl. Wissenschaftsrat 2012). Die Bundesregierung stellte im Sommer 2019 in der Beantwortung einer kleinen Anfrage von Bündnis 90/ Die Grünen fest, dass sie von einem Anteil von 0,5 bis maximal 1,0% der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern ausgehe, die über einen akademischen Abschluss verfügen. Davon jedoch werde ein erheblicher Teil in patientenfernen Handlungsfeldern eingesetzt (vgl. Deutscher Bundestag 2019). Aktuell bereitet der WR eine groß angelegte Studie vor, wie es um die hochschulische Qualifikation

und um den patientenorientierten Einsatz akademisch qualifizierter Pflegenden steht. Es gibt Grund zur Skepsis, denn auch die KAP sowie der zuständige Bund und die Länder zeigen sich in diesem Punkt weiterhin mutlos und vage. Sieben Jahre nach der WR-Empfehlung soll der KAP zufolge ein „erster Schritt“ (BMG 2019: 22) in diese Richtung unternommen werden. Dazu muss man wissen, dass laut statistischem Bundesamt 2016 rund 63.000 Menschen in Deutschland eine Pflegeausbildung begonnen haben (vgl. destatis 2018; inklusive Pflegehelfer_innen). Wollte man nun etwa 20% des Ausbildungsgangs akademisch qualifizieren, wie vom WR empfohlen, müssten für mindestens 10.000 Auszubildende Studienplätze bereitgestellt werden, was bei mindestens drei Jahren Studiendauer rund 30.000 Studienplätzen für eine hochschulische Pflegeausbildung an deutschen Hochschulen bedeutet. Das ist deutlich mehr als es heute gibt, aber gerade im Hinblick auf die internationalen Akademisierungsquoten ein überfälliger Schritt. „Pflege in den Hörsaal!“ forderten unlängst der angesehene Bildungsforscher Hurrelmann und die renommierte Pflegewissenschaftlerin Schaeffer (vgl. ZEIT 2019: 41/48). Der gesetzliche Rahmen für eine hochschulische Pflegeausbildung ist mit dem PflBG gegeben, die Finanzierung muss jetzt schnell zwischen Bund und Ländern auf den Weg gebracht werden.

Ziel der hochschulischen Pflegeausbildung nach dem PflBG ist die Vermittlung erweiterter Kompetenzen für die akademischen Pflegefachfrauen und -männer (§ 37ff). Dabei geht es beispielsweise um die Befähigung zur Steuerung hochkomplexer Pflegeprozesse, zur fachlich-wissenschaftlichen Expertise bei spezifischen Krankheiten oder schwerer Pflegebedürftigkeit oder zur forschungsgestützten Problemlösung im Alltag. Mit der Heilkundeübertragung (s. o.) kämen weitere spezifische Kompetenzen hinzu.

International ist es längst üblich, dass sich professionell Pflegende aufbauend auf einem Bachelorabschluss in der Pflege eigens durch weitere Pflegestudiengänge auf Masterniveau zu sogenannten Advanced Practice Nurses (APN und NP für Nurse Practitioners) weiterqualifizieren können. Mit ihrer akademischen Qualifikation stellen die APN den Zugang der Pflegepraxis zu jeweils spezialisiertem, wissen-

schaftlichen Wissen sicher, fördern so eine evidenzbasierte, fundierte Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen und tragen zur pflegerischen Exzellenz bei. Im Fall der Primärversorgung in der Kommune geht es beispielsweise um Community Health Nursing (CHN) oder Public Health Nursing (PHN). Diese APN werden z. B. auf Aufgaben der eigenständigen medizinisch-pflegerischen, ambulanten Versorgung in enger Zusammenarbeit mit Ärzt_innen vorbereitet. Oder sie kommen im Kontext sozialräumlicher und vorwiegend gesundheitsförderlicher und präventiver Aufgaben in Kommunen zum Einsatz, etwa in Bereichen der aufsuchenden Beratung und der kommunalen Infrastrukturentwicklung. In der Akutversorgung zielen APN-Masterstudiengänge im Ausland z. B. auf „Critical Care“, „Acute Care Nursing“ oder „Intensive Care Nursing“. In der stationären Langzeitpflege übernehmen APN Aufgaben der Qualitätssicherung und -entwicklung, insbesondere mit Blick auf pflegerische Interventionen zur Teilhabeförderung, Demenzbegleitung, Dekubitus- und Sturzvermeidung, aber auch zur generellen Innovation und Öffnung der Einrichtungen ins Quartier hinein. Hochschulabschlüsse im Ausland lauten hier „Applied Gerontology“ oder auch „Elderly Care“ (vgl. DBfK 2018; 2019 und Bertelsmann Stiftung 2019).

Nicht jeder, der zukünftig in der Pflege arbeiten will, muss über erweiterte, akademisch erworbene Kompetenzen verfügen. Es wird vielmehr auf Teams und Organisationsformen im Qualifikationsmix hinauslaufen, d. h. neben den APN würden hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen mit Bachelorgrad, beruflich ausgebildete Pflegefachpersonen, Pflegehelfer_innen oder Pflegeassistent_innen und schließlich ungelernete Hilfskräfte oder auch ehrenamtlich Engagierte eingesetzt werden. Diese Teams und Netzwerke würden je nach Qualifikation und Aufgabenstellung die anstehenden Versorgungs- und Betreuungsaufgaben aufteilen und organisieren (vgl. Robert Bosch Stiftung 2018b).

Mit der dringend gebotenen Akademisierung der Pflege einher geht die Notwendigkeit, in Pflegewissenschaft und -forschung an Universitäten, Hochschulen und Institutionen zu investieren. Komplexe Fragen der Pflegequa-

lilität oder der Personalbemessung lassen sich nicht mehr ohne Pflegeforschung beantworten. Das Scheitern der Pflegenoten spricht hier Bände. Es muss daher auch in der Breite eine staatlich finanzierte, anwendungs- und grundlagenorientierte Forschung in der Pflege in Deutschland etabliert werden. Pflegeforschungsfelder sind hier beispielsweise die Versorgung, Qualität, Prävention, Bildung, Innovation und Technologien sowie der Arbeitsmarkt (vgl. Behrens et al. 2012).

4. Selbstverwaltung – nicht mehr an der Pflege vorbei

Neupositionierung und Aufwertung der Pflege gehen mit ihrer weiteren Professionalisierung einher, das heißt, dass neben einer erweiterten Handlungsautonomie und einer wissenschaftsfundierten Qualifikation auch die organisierte Selbstbestimmung der Pflege und die Stärkung ihrer Rolle in der Selbstverwaltung folgen müssen. In einigen Bundesländern wie Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und Schleswig-Holstein gibt es bereits Pflegekammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts, in NRW und Baden-Württemberg befinden sie sich im Aufbau, aber rund die Hälfte der Bundesländer zögert noch mit der Errichtung dieser klassischen Institution der Selbstbestimmung von Heilberufen oder hat sich wie Hamburg oder Hessen dagegen entschieden. Die Pflegekammern mit ihrer Pflichtmitgliedschaft bieten eine gute Möglichkeit zur organisierten Selbstbestimmung der Pflege, auch wenn damit die freiwillige Selbstorganisation der Pflegenden keineswegs obsolet wird.

Auf Bundesebene haben die bestehenden Pflegekammern gemeinsam mit dem Deutschen Pflegerat (DPR) die Initiative zur Errichtung der Bundespflegekammer als Dachorganisation gestartet. Die politisch Verantwortlichen in Bund und Ländern sollten diese Entwicklungen fördern. Darüber hinaus muss der Pflege im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), aber auch in anderen Gremien und Prozessen, etwa der Leistungsgesetze, ein größeres Gewicht eingeräumt werden. Sozialminister Karl-Josef Laumann (NRW) formuliert es treffend: „Wenn über Pflege entschieden wird, sitzen viele Berufsgruppen mit am Tisch – die Pflege selbst oft aber nicht“ (vgl. MAGS

2019). Mehr noch als bisher müssen die professionell Pflegenden auch selbst bereit sein, sich zu organisieren und sich in die Debatten einzubringen, um sich so für die Belange ihres Berufes und bessere Beschäftigungsbedingungen einzusetzen (vgl. Kellner 2011).

5. Spitzenmedizin – Spitzenpflege

Deutschland leistet sich eine sehr gute Breitenmedizin und eine wettbewerbsfähige Spitzenmedizin und zugleich einen Dauerpflegenotstand. Das ist nicht gut für die Menschen, und es ist unwirtschaftlich. Daher ist es höchste Zeit, die Pflege in der Fläche zu sichern, zusätzlich Spitzenpflege zu ermöglichen und zu verstehen, dass dies ein Teil der Antwort auf die Fachkräfte- und Versorgungsmängel in der Pflege ist. Pflegerische Exzellenz kann in allen Sektoren und Einrichtungen und über das gesamte pflegerisch-therapeutische Spektrum von der Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation neue Wirkungen entfalten. Sie zeigt sich in wissenschaftsfundierten Begründungs- und Entscheidungskompetenzen, der Befähigung zur Kooperation, Verantwortungsübernahme und Innovation auf Augenhöhe in der multiprofessionellen Arbeit und nicht zuletzt in entschiedenem Einsatz zum Wohle von Patient_innen und Pflegebedürftigen (vgl. Robert Bosch Stiftung 2018a; Flaiz 2018). Mit verbesserten Rahmenbedingungen, erweiterten Aufgaben, neuen Qualifikationswegen, eigenständiger Forschung und starkem Einfluss im Gesundheitswesen kann eine professionelle und exzellente Pflege attraktive Berufs- und Karriereoptionen bieten und junge, gut ausgebildete Menschen ansprechen und gewinnen. Die öffentliche Hand und die Solidargemeinschaft wird Milliarden Euro in die Pflege investieren müssen, dafür aber erhebliche Kosten einsparen durch eine effektivere und effizientere Versorgung und eine in der Folge gesündere Bevölkerung. Pflege kann mehr, wenn man ihr die Möglichkeiten dazu gibt.

Literatur

- Behrens, J.; Görres, S.; Schaeffer, D.; Bartholomeyczik, S.; Stemmer, R. (2012): Agenda Pflegeforschung. URL: <https://www.medizin.unihalle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPfle gewissenschaften/Pflegeforschungsverbund/AgendaPflegeforschung2012.pdf> [Stand 2019-10-07]
- Bertelsmann Stiftung (2012) (Hrsg.): Themenreport 2030. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf [Stand 2019-10-07]
- Bertelsmann Stiftung (2019) (Hrsg.): Langzeitpflege im Wandel. Pflegebedarfe, Pflegeberufe, Pflegefinanzierung. URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Langzeitpflege_final.pdf
- BMG – Bundesgesundheitsministerium (Hrsg.) (2019): Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstexte_AG_1-5.pdf [Stand 2019-10-07]
- Bundesrat (2018): Beschluss des Bundesrates zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - PflAPrV). Drucksache 355/18 [https://www.bundesrat.de/Shared-Docs/drucksachen/2018/0301-0400/355-18\(B\).pdf?__blob=publicationFile&v=1](https://www.bundesrat.de/Shared-Docs/drucksachen/2018/0301-0400/355-18(B).pdf?__blob=publicationFile&v=1) [Stand 2019-10-07]
- DBfK (2018): Community Health Nursing. URL: <https://www.dbfk.de/de/themen/Community-Health-Nursing.php> [Stand 2019-10-07]
- DBfK (2019): Advanced Practice Nursing. Pflegegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. URL: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Advanced-Practice-Nursing-Broschue-re-2019.pdf> [Stand 2019-10-07]
- Destatis (2018): 63 200 Jugendliche haben 2016 eine Ausbildung in einem Pflegeberuf begonnen. Pressemitteilung Nr. 23 vom 5. Juni 2018. URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2018/PD18_23_p002.html
- Deutscher Bundestag (2019): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther und weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 19/11461. URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/114/1911461.pdf>
- Flaiz, B. (2018): Die professionelle Identität von Pflegefachpersonen. Vergleichsstudie zwischen Australien und Deutschland. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag
- Hurrelmann, K.; Schaeffer, D. (2019): Pflege in den Hörsaal! Die Position. In: ZEIT, 41/48
- Igl, G. (2019): Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG). Praxiskommentar. 2. Neu bearb. und erw. Auflage. Heidelberg: medhochzwei
- Kellner, A. (2011): Von der Selbstlosigkeit zur Selbstsorge. Eine Genialogie der Pflege. Münster: LIT Verlag
- MAGS Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (2019): Presseinformation 552/07/2019. URL: https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/mags_pe_02-07-2019_pflegekammer.pdf [Stand 2019-10-07]
- Prognos (2018): Strategien gegen den Fachkräftemangel in der Altenpflege – Probleme und Herausforderungen. Im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/44_Pflege_vor_Ort/VV_Endbericht_Fachkraeftemangel_Pflege_Prognos.pdf [Stand 2019-10-07]
- Robert Bosch Stiftung (2018a) (Hrsg.): Mit Eliten pflegen. Für eine exzellente, zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in Deutschland. URL: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2018-02/RBS_Broschue-re_360Grad_Pflege_Manifest_WEB_ES.pdf [Stand 2019-10-07]
- Robert Bosch Stiftung (2018b) (Hrsg.): 360° Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten. URL: <https://www.qualifikationsmix-pflege.de/>
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf [Stand 2019-10-07]

- Stiftung Münch (2019) (Hrsg.): Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen? Heidelberg: medhoch-zwei
- Weidner, F. (2019): Künftig mehr Verantwortung für Pflegenden. In: PFLEGE Zeitschrift 1-2.2019 / 72: 16-19
- Weidner, F. (2018): Stellungnahme zum Entwurf der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung –PflAPrV) des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums für Gesundheit. URL: https://www.bundestag.de/resource/blob/560950/3c29d33d85d0c112583589816fb53bc4/19_14_0018-11-_ESV-Weidner_PflAPrV-data.pdf [Stand 2019-10-07]
- Weidner, F. (2016): Stellungnahme zum Entwurf des Pflegeberufereformgesetzes zur öffentlichen Anhörung am 30.5.2016. URL: <https://www.bundestag.de/resource/blob/424734/fbd540d9605770a763c1e65a646186fc/ESV-Prof-Dr-Frank-Weidner-data.pdf> [Stand 2019-10-07]
- Weiß, T.; Meißner, T.; Kempa, S. (2018): Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG). Praxiskommentar. Wiesbaden: Springer Gabler
- Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. URL: https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf;jsessionid=80E6F9047BC5B767E22C9FD16D5150AF.delivery2-master?__blob=publicationFile&v=3 [Stand 2019-10-07]

Nicole Bögelein / Nicole Vetter (Hrsg.)

Der Deutungsmusteransatz

Einführung – Erkenntnisse – Perspektiven



2019, 294 Seiten, broschiert, € 34,95 (44-3734)

Auch als **E-Book** erhältlich

Eine Deutungsmusteranalyse nimmt das Individuum und die kollektive Ebene in den Blick. Der Sammelband setzt sich mit diesem qualitativen Forschungsansatz auseinander. Er liefert einerseits einen Überblick über Konzeptionen und methodologische Fragestellungen. Andererseits enthält er Beispiele zu verschiedenen Studiendesigns (z.B. Diskursanalyse, Interviewforschung, Fokusgruppen, Sekundäranalysen). Das Buch bietet einen verständlichen und anwendungsbezogenen Überblick für Einsteigende und Fortgeschrittene.

www.juventa.de **BELTZ JUVENTA**