



© Andrii - stock.adobe.com

64 Jahre Pflegenotstand

Heilbringer Pflegekompetenzgesetz?

Von Dr. Tobias Weimer, M.A.

Schon 1960 hieß es der „Mangel an Pflegepersonal verursacht Notstand in der Krankenversorgung“, 1972 lautet der Slogan „Arbeitszeit und Krankenpflege – ständige Arbeitsüberlastung in den Krankenhäusern“, 1988 wurde über den „Akuten Personalmangel in Krankenhäusern bei Pflegeberufen“ geklagt, 1990 über das „Chaos auf Deutschlands Krankenstationen“. 2002 deckte das „Pflege-Thermometer Missstände auf“, 2015 wollten „Kläger bessere Pflege durch eine Verfassungsbeschwerde erzwingen“ und scheiterten. 2022 wurde auf eine sich anbahnende „humanitäre Katastrophe“ hingewiesen und Gesundheitsminister Lauterbach schlug 2024 Alarm, indem er vor einem „explosionsartigen Anstieg neuer Pflegebedürftiger“ warnte. Aber nun wird alles gut, denn die neue Bundesregierung kündigt im Koalitionsvertrag wörtlich (und wer will daran zweifeln) an, dass „tiefgreifende strukturelle Reformen“ gewagt werden, um „eine gute, bedarfsgerechte und bezahlbare medizinische und pflegerische Versorgung für die Menschen im ganzen Land zu sichern.“ Dabei sollen auch die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten im Gesundheitswesen verbessert werden. Zu diesem Zweck soll zum einen die Pflegeversicherung als „Generationsaufgabe“ angegangen werden mit kurz-, mittel-, und langfristigen Maßnahmen. Für die

wohl eher langfristigen Maßnahmen wird wieder mal ein Arbeitskreis (Bund-Länder-Arbeitsgruppe auf Ministerebene) unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände gebildet.

Neue Ansätze

Inhaltlich geht es um den Leistungsumfang der Pflegeversicherung, Ausdifferenzierung der Leistungsarten, Bündelung und Fokussierung der Leistungen, Möglichkeiten zur Stärkung der pflegenden Angehörigen, Schaffung von Angeboten für pflegerische Akutsituationen, Stärkung der sektorübergreifenden pflegerischen Versorgung und Übernahme von Modellprojekten (wie zum Beispiel „stambulant“) in die Regelversorgung. Durch die „stambulante“ Versorgung verspricht man sich flexiblere Angebote und eine Ambulantisierung der Pflege in Wohngruppen, so dass die Bewohner der Einrichtung nicht nur innerhalb stationärer Strukturen leben, sondern auch aktiver am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können bei gleichzeitig effektiverem und kostengünstigerem Personaleinsatz. Schon im Regierungsentwurf zum Pflegekompetenzgesetz ist die „stambulante“ Versorgung als dritte Versorgungsform in § 45j SGB XI angelegt, aber wenig konkret umschrieben. Es wurde deshalb in den letzten Monaten bezweifelt, ob diese neue – bisher ledig-

Der Artikel beleuchtet die chronischen Herausforderungen in der Pflege, darunter Personalmangel, Arbeitsüberlastung und unklare Rollenverteilungen zwischen Gesundheitsberufen. Die „stambulante“ Versorgung wird als vielversprechende Lösung vorgestellt, um Pflege flexibler und effizienter zu gestalten, jedoch fehlen konkrete gesetzliche Regelungen. Auch die Akademisierung und neue Berufsbilder wie die „Community Health Nurse“ oder der „Physician Assistant“ können die Probleme nur teilweise lösen. Der Artikel fordert eine bundeseinheitliche Organisation der Gesundheitsberufe, um Verantwortlichkeiten klar zu definieren und die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern. Ein neues Gesundheits-Heilkunde-Berufegesetz wird als notwendiger Schritt diskutiert, um die Pflege zukunftsfähig zu machen.

Keywords: Pflegemanagement, Recht, Fachkräftemangel

lich in Modellvorhaben erprobte – Form von Pflege tatsächlich Gesetz werden wird. Untersuchungen haben indes gezeigt, dass stambulante Modelle zu einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität führen und durch die Entlastung der stationären Pflegekräfte und die frühzeitige Intervention in ambulanter Form aufwändige Krankenhausaufenthalte vermieden werden können. Tatsächlich ist die Entlastung der stationären Pflege dringend notwendig. Wobei fraglich ist, wie in diesem Kontext die Steigerung von „Wertschätzung und ▶

Attraktivität der Gesundheitsberufe“ zu erreichen ist. Allein die Weiterentwicklung der Akademisierungsmöglichkeiten und die Einführung weiterer Berufsbilder wie z. B. die Community Health Nurse oder der Physician Assistant werden dabei nicht das Mittel der Wahl sein, spricht diese Form der Profession Pflege (oder sind letztgenannte doch eher dem Arztbereich zuzuordnen?) bisher nur einen eher geringen Teil an und sind doch die Einsatzweisen noch weitgehend undifferenziert.

Kompetenzorientierter Fachpersonaleinsatz

Die breite Masse der Profession Pflege dürfte also weiter den klassischen Weg der Aus- und Weiterbildung bestreiten. Dabei wäre es in der Tat sinnvoll, einen so im Koalitionsvertrag genannten „kompetenzorientierten Fachpersonaleinsatz“ zu verfolgen. Allein, dies ist keine neue Erkenntnis. Die Frage „Wer kann was und wem gegenüber?“ stellt sich schon seit Jahrzehnten und eine rechte Antwort findet sich bisher nicht. Fehlt es doch bereits an bundeseinheitlichen Bildungsstandards in der Pflege. So ist der Wildwuchs an Fortbildungs- und Weiterbildungszertifikaten zu beklagen und auch die Situation der Praxisanleitungen bedarf nach der Analyse des DBFK Bundesverbandes aus dem Jahre 2024 einer deutlichen Verbesserung. Zehn Prozent der vorgeschriebenen Praxisanleitungen sind danach eben nicht gesichert. Daran knüpft auch die grundsätzliche Kritik an der generalistischen Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz an. Verlangt diese doch die unterschiedlichen Inhalte und Praxis-einsätze unter einen Hut zu bekommen. Die dadurch als zu allgemein und unspezifisch geltende Ausbildung zur Pflegefachperson produziert Probleme der fehlenden Einsatzfähigkeit des doch eigentlich ausgebildeten Personals. Die weitere Abgrenzungsschwierigkeit der verschiedenen Gesundheitsberufe untereinander – von der MFA, über Pflegeassistenz, Pflegefachpersonen ohne oder mit Weiterbildung (wie z. B. I+A, Notfallpflege, Onkologie), Notfallsanitär, Rettungsassistent, ATA, OTA, Physician Assistant, Community Health Nurse etc. – und der aus der Vogelperspektive teilweise willkürlich anmutende Einsatz der verschiedenen Professionen in sich überschneidenden Einsatzgebieten bergen zudem nicht zu unterschätzende Herausforderungen an die spezifische Berufsidentität der Berufsangehörigen. Fühlen sich die einen nicht wertgeschätzt oder gar aus ihrem traditionellen Einsatzbereich verdrängt, resultieren daraus abstrakt generell aber auch im

konkret-individuellen Einsatz der Mitarbeiter Herausforderungen. So bleibt den Pflegefachpersonen mit FWB I+A die Überwachungsmaßnahme in Aufwacheinheiten und auf der ITS gegenüber den ATA bzw. OTA schon per Gesetz vorbehalten (§§ 9 Nr. 1 lit. e); 10 Nr. 1 lit. e) ATA-OTA-G). Auf der anderen Seite werden OTA, ATA trotz eines nur 120-stündigen Pflegeausbildungsinhalts im Bereich Fachpflege eingesetzt, was wiederum zu Diskussionen führt. Nun drängen die Physician Assistant u. a auch zur ärztlichen Assistenz in den OP, um operative Eingriffe vorzubereiten bzw. bei diesen mitzuwirken. Eine berufsrechtliche Klärung der Überschneidungen zwischen OTA, Funktionspflege und dieser hier neuen Berufsgruppe findet sich bisher nicht. Während die Definition der Vorbehaltsaufgabe „Pflegeplanungsprozess“ für die Pflegefachpersonen als Errungenschaft der Pflege gefeiert wird, scheint aber die tatsächliche Wahrnehmung dieser „absoluten“ Verantwortlichkeits- und Zuständigkeitsrolle in der Praxis bisher wenig angekommen. Andere Gesundheitsberufe definieren wiederum im Rahmen von Stellungnahmen ihre Handlungsfelder als Vorbehaltsaufgabe, um die im Alltag seit Jahrzehnten geübte und gelebte Praxis identitätsstiftend festzuschreiben. All das zeigt deutlich, dass es Zeit wird, die Organisation der Gesundheitsberufe neu zu denken. Der Weg des DPR mit dem BAPID Projekt eine differenzierte Bildungssystematik mit klaren Rollenbildern zu beschreiben, ist deshalb auch ausdrücklich zu begrüßen. Denn: Auch das (Bürokratie-Stärkungs-PflegePersonal-Belastungs-) Pflegepersonalbemessungsverfahren, das doch für die nötige Transparenz seit dem 01.07.2023 in der stationären Langzeitpflege nach § 113c SGB XI und seit dem 01.07.2024 im Krankenhaus gemäß § 137k, 1 SGB V i.V.m. PBVV sorgen sollte, wird inzwischen mehr als kritisch betrachtet. Entsprechendes gilt für die PpUG mit ihrem als unwissenschaftlich und als eher willkürlich festgelegt geltenden Pflegepersonaluntergrenzen.

Gesundheitsberufe neu ordnen

Eine bedarfsgerechte Pflege in der Planung mit personellen Ressourcen und (unter uns) bundeseinheitlich definierten Qualitätsindikatoren guter Pflege zu verknüpfen, bleibt offensichtlich weiterhin eine Herausforderung. Laut Ankündigung der neuen Bundesregierung sollen „kurzfristig die Gesetze zur Pflegekompetenz, Pflegefachassistenz und zur Einführung der „Advanced Practice Nurse“ auf den Weg gebracht werden. In der Tat wird die bundeseinheitliche

Regelung der Pflegefachassistenz für Klarheit sorgen. Die geplanten Inhalte im SGB V (vorneweg § 15a SGB V-Reg.E) zu den Qualifikationsanforderungen samt Tätigkeiten mag man begrüßen. So sollen danach heilkundliche Leistungen von Pflegefachpersonen (§ 1 PflBG) erbracht werden dürfen, erweiterte heilkundliche Leistungen (z.B. diabetologische Stoffwechsellage, chronische Wunden, Demenz) durch hochschulqualifizierte Pflegefachpersonen oder aufgrund gleichwertiger Qualifikation nach Weiterbildungsordnungen (z. B. Intensivpflege) oder ausländischer Studiengänge („APN“) Qualifizierte. In das SGB V gehören diese eher berufsrechtlichen Normen allerdings nicht primär; auch wenn man die Parallelschaltung von Pflegeberufegesetz und Leistungserbringerrecht an anderer Stelle im Pflegekompetenzgesetz in Bezug auf die Vorbehaltsaufgabe begrüßen möchte. Ziel muss es sein, die Gesundheitsberufe insgesamt und einheitlich, bestenfalls innerhalb eines Bundesgesetzes inhaltlich zu regeln, voneinander abzugrenzen. Juristischer Ausgangspunkt ist dabei, dass jede Zuordnung von bestimmten Inhalten und Qualifikationsanforderungen zu einer bestimmten Berufsgruppe gerade jene „nobilisiert“ und daher die Berufsfreiheit (Art. 12 GG) der jeweils anderen Berufsangehörigen mittelbar begrenzt. Dies ist nach Maßgabe des Grundsatzes vom Vorbehalt des Gesetzes – dem parlamentarischen Gesetzgeber vorbehalten. Ein neues Gesundheits-Heilkunde-Berufegesetz wäre also das Mittel der Wahl. Geht es doch um nichts anderes als um die ganzheitliche Legaldefinition von Verantwortlichkeits- und Zuständigkeitsrollen sowie ganzer Aufgabenkomplexe auf bestimmte Professionen. APN-, Pflegekompetenz- und Pflegefachassistenz-einführungsgesetz mag als ein weiterer Meilenstein akzeptiert werden; der Weg geht aber weiter und er wird kein leichter sein. Aber das hat auch niemand behauptet. ■



Dr. Tobias Weimer, M.A.

Rechtsanwalt I Fachanwalt für Medizinrecht
Master of Arts – Management von Gesundheitseinrichtungen
Mülheim an der Ruhr