

Spitzen-Pflege – können wir das?

Wer die beste Leistung haben möchte, muss die Anforderungen hoch setzen. Dieser Grundsatz gilt in der Industrie ebenso wie in der Pflege. Motivation muss durch eine Anreizkultur begünstigt werden und ambitionierte Ziele müssen ein Maximum an Effizienz aufweisen. Wie ist das machbar? WIRKSAM Herausgeber Holger Menk hatte in einem Meeting mit Pflegeexpertin Annemarie Fajardo über Spitzenpflege in deutschen Kliniken und Pflegeeinrichtungen gesprochen. Dabei sind folgende Fragen entwickelt worden, denen sich die Teilnehmer des Pflege-Dialogs nunmehr gegenübersehen.

FRAGE-TEXTE: HOLGER MENK, HERAUSGEBER WIRKSAM UND ANNEMARIE FAJARDO, SELBSTSTÄNDIGE BERATERIN UND DOZENTIN
Antwort-Texte: Isabell Halletz, Andreas Kocks und Jennifer Luboeinski, Sonja Laag, Juliane Pohl, Sabrina Rossius, Christine Vogler



(1) Was halten Sie generell von dem Ansatz, dass, wer Spitzen-Pflege haben will, auch Spitzen-Bedingungen schaffen muss?

Isabell Halletz:

Ohne gute Bedingungen ist keine gute Arbeit möglich – egal auf welchem Qualifikationsniveau. In der Pflege sind die Arbeitgeber jedoch in solch einem engen gesetzlichen Korsett an Vorschriften und Bedingungen eingebunden, dass kein Spielraum für individuelle Gestaltung und Experimentierräume für innovative Arbeitsmethoden bleibt. Das führt auf allen Seiten zu Frust. Wer Spitzenbedingungen bieten will, braucht auch den entsprechenden Rahmen dafür.

Christine Vogler:

Ich stimme Frau Halletz zu. Gleichzeitig dürfen wir auch die Einrichtungen nicht aus der Verantwortung entlassen. Jedes Unternehmen in Deutschland steht mittlerweile im Wettbewerb um Fachkräfte. Es wird nur derjenige "gewinnen", der gute Arbeitsbedingungen, eine gute Führungskultur und eine ordentliche Belohnung bei zugleich Familienfreundlichkeit unter einen Hut bekommt. Das erscheint enorm schwierig, ist aber zu schaffen. Viele Unternehmen machen es vor, wie es gelingen kann. Und genau dies wird der Wettbewerbsfaktor der Zukunft. Schafft "Pflege" dies, dann kann sie noch mit einem weiteren Plus für sich "werben". Und dies ist der gesamte Bereich der Sinnerfüllung, in dem was man tut.

Juliane Pohl:

Wir erkennen zunehmend, welche Bedeutung die Pflegefachpersonen haben. Wir unterstützen Konzepte und Strukturen, die einen adäquaten Rahmen dafür schaffen, dass die Pflege

eine bedeutsamere Funktion in der Gesundheitsversorgung einnimmt.

Sonja Laag:

Ein Begriff wie der der "Spitze" steht ja für etwas Außergewöhnliches. Wenn "Spitzenmedizin" gefordert ist, dann sind damit Durchbrüche der Menschheitsgeschichte gemeint, wie z.B. radiologische Verfahren oder Medikamentenentwicklung. Derartige Durchbrüche sind nicht auf die Pflege übertragbar. Die "Spitze" der Pflege wäre nicht nur eine Hochwertigkeit auf Intensivstationen, sondern auch eine hochwertige Pflege in der Breite. Dies gilt übrigens auch für die Breitenversorgung der haus- und fachärztlichen Versorgung. Deren Rahmenbedingungen sind auch nicht mehr dafür ausgelegt, eine "spitzenhafte" Versorgung leisten zu können.

Andreas Kocks und Jennifer Luboeinski:

Pflegefachpersonen in Deutschland haben alles Recht, stolz auf ihre Arbeit zu sein. Sie leisten tagtäglich umfassende, sehr gute Arbeit. Wie insbesondere Vergleiche und Erfahrungen zum Ausland zeigen, geht hier viel mehr – innovativere Versorgungsformen, breitere Verantwortungsbereiche, bessere Patient:innen-ergebnisse und was bei all den Bemühungen nicht vergessen werden darf, dies alles getragen von Arbeitszufriedenheit und Berufsstolz. Um sich der Frage zu nähern, ist ein gemeinsamer Konsens zwecks des Verständnisses von "Spitzen-Pflege & Bedingungen" notwendig. Für die Hebammen hat man sich national zu diesem Wechsel entschieden, bei der Pflege erleben wir da immer noch eine Zurückhaltung und Sorge. Insofern kann dem nur zugestimmt werden – Spitzen-Pflege und Spitzen-Arbeitsbedingungen hängen wechselseitig zusammen, – hier haben wir einen breiten Arbeitsauftrag für die Pflege in Deutschland.

Sabrina Roßius:

Den Gedanken Spitzenbedingungen als Voraussetzung für Spitze-Pflege anzubieten, halten wir für zwingend erforderlich. Damit sind aber nicht wahllose Prämien und Geschenke gemeint, die allzuoft auch als "Schmerzensgeld" empfunden werden.

Was wir unter Spitzen-Bedingungen verstehen, ist eine sichere und stabile Dienstplanung welche die Patientenversorgung ebenso gewährleistet wie geschützte Freizeit für Mitarbeitende, die nicht im Dienst vor Ort sind. Ebenso verstehen wir Spitzen-Bedingungen in sehr guter Infra- und Raumstruktur des Arbeitsplatzes, hervorragende Schnittstellenarbeit, gut Fachentwicklung der Mitarbeitenden und Vieles mehr.

(2) Spitzenpflege geht ja im Prinzip mit Professionalisierung und Akademisierung einher. Zum Beispiel kennen wir die Spitzenpflege auch unter dem Begriff des Magnet-Konzeptes aus den USA. Wie viel Spitzenpflege können wir bisher schon in Kliniken und Pflegeeinrichtungen vorweisen, wenn man etwa die Akademisierung von Pflegefachpersonen oder auch die Ansätze des Magnet-Konzeptes betrachtet?

Andreas Kocks und Jennifer Luboeinski:

Zweifelsohne gibt es national verschiedene Initiativen, die darauf abzielen, die Qualität der Pflege in Kliniken und Pflegeeinrichtungen zu verbessern und Pflegefachpersonen auf einem höheren Kompetenzniveau arbeiten zu lassen. Vergleicht man diese Entwicklungen mit internationalen Standards, wie denen des Magnet-Hospitals, wird jedoch deutlich, wie weit dieser Weg stellenweise noch ist. Sehr deutlich zeigt sich dies z.B. in der national nach wie vor viel zu niedrigen Quote der hochschulisch qualifizierten Pflegenden (z.B. knapp 3% an Universitätskliniken).

Christine Vogler:

Es gibt in Deutschland keine geeinte Definition von Spitzenpflege. Der Begriff Spitzenpflege kommt in der Langzeitpflege überhaupt nicht vor. Er ist schlicht nicht existent. Qualitätskriterien von Pflege waren in Deutschland noch niemals Grund für Finanzierung oder besonderer Beachtung. In der Medizin sieht dies anders aus. Die Akademisierungsquote in der Pflege liegt noch nicht einmal bei zwei Prozent. Wir sprechen in der Pflege von Standards, die erfüllt werden sollen. Gemeint sind damit aber keine Spitzenstandards. Dies alles zeigt zusammen mit nach wie vor zu wenig Pflegepersonal in der Pflege, dass Deutschland weit von einer Spitzenpflege entfernt ist.

Juliane Pohl:

Aus unserer Sicht stehen wir hier noch ganz am Anfang. Wir nehmen zwar Anstrengungen und erste Entwicklungen wahr. Diese sind jedoch eher modellhaft oder Einzelfälle. Personal-mangel und strukturelle Herausforderungen sind weiterhin prävalent. Es braucht tragfähigere Lösungen, um mehr junge

Menschen für das Berufsbild Pflege zu interessieren sowie ausgebildete Pflegekräfte in diesem so bedeutsamen Beruf zu halten. In den USA hat man sehr gute Erfahrungen mit dem Magnet-Konzept gemacht. Es ist gut, wenn solche Konzepte auch bei uns zunehmend Beachtung finden.

Sonja Laag:

Spitzenpflege ist eine Frage der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Möglichkeit zur Berufsausübung. In Deutschland gibt es zwar schon das Magnet-Krankenhauskonzept an einer Handvoll Krankenhäuser, es steht aber noch sehr am Anfang. Wenn wir "Spitzenpflege" formal am Grad der Akademisierung und des Magnet-Konzeptes festmachen, dann haben wir bislang keine Spitzenpflege in Deutschland. Ich halte diese Definition bzw. Verbindung für untauglich, da jeden Tag viele Pflegenden ihr Bestes geben und dies auf hohem Niveau, obwohl die Rahmenbedingungen aus den gegenwärtigen Verträgen des SGB V und SGB XI sie extrem einschränken.

Sabrina Roßius:

Von Spitzenpflege bzw. Exzellenz, wie sie im Rahmend es Magnet Konzepts gelebt wird, sind wir noch weit entfernt. Es gibt einzelne Leuchttürme in Form von Personen, Bereichen oder Unternehmen welche unsere Vorstellungskraft beflügeln und Motivationen schaffen.

Über die Landesgrenzen hinaus, sind wir in Deutschland für das Streben nach Sicherheit und dem Bedürfnis fester Strukturen bekannt. So ist es nicht verwunderlich, dass wir in den verantwortlichen Positionen bemüht sind alle Beteiligten einzubinden und mitzunehmen. Von daher sehen wir einen Aufschwung in Bezug auf Exzellenz Entwicklung in Deutschland, verbunden mit der großen Hoffnung auf zahlreiche Nachahmer.

Isabell Halletz:

Die akademische Qualifizierung ist schon länger in den Pflegeberufen möglich. Pflege primärqualifizierend zu studieren, wurde mit der Einführung des Pflegeberufgesetzes ermöglicht. Die Studierendenzahlen zeigen jedoch, dass sich die Mehrheit für die klassische duale Ausbildung entscheiden, u.a. auch, weil es noch nicht ausreichende Einsatzbereiche für akademisierte Pflegefachfrauen und -männer in der Pflegepraxis gibt. Wir sehen zukünftig gute Einsatzmöglichkeiten als Schnittstellenfunktion zwischen medizinischem und anderem Fachpersonal, als auch in der Umsetzung aktueller Studienergebnisse in die praktische Pflege.

(3) Wie wirksam sind Personalbemessungsinstrumente denn vor dem Hintergrund, Spitzenpflege in den Versorgungssettings einzuführen? Wird in diesen Instrumenten zum Beispiel die Akademisierungsbestrebung entsprechend berücksichtigt?



Christine Vogler:

Bei den Personalbemessungsinstrumenten spielt die Akademisierung keine Rolle. Sie dienen in erster Linie dazu, eine ordentliche Personalausstattung zu schaffen, so dass alle Leistungen unter normalen Arbeitsbedingungen zu erbringen sind. Wenn in der Langzeitpflege jedoch aktuell laut der Rothgang-Studie rund 36 Prozent an Pflegepersonal bereits heute fehlt und der Gesetzgeber nur bereit ist, vierzig Prozent davon zu genehmigen, dann braucht es keine weiteren Vorstellungen von Spitzenleistungen in der Pflege. Dann wird abgearbeitet, was möglich ist. Dies ist dann der Standard.

Andreas Kocks und Jennifer Luboeinski:

Inwieweit Personalbemessungsinstrumente zur Entwicklung von Spitzenpflege beitragen, wirft primär die Frage nach der Evidenz der Anforderungen und der Erfassungsinstrumente auf. Auffällig ist, dass die gesetzlichen Regelungen vielfach vor allem das Patient:innenrisiko in den Mittelpunkt stellen. Diesem Risiko soll durch Mindestbesetzungen mit einem Qualifikationsmix begegnet werden. Dabei ist aber zu hinterfragen, inwieweit die Verringerung von Gefahren mit Pflegequalität gleichzusetzen ist. Aus fachlicher Sicht müsste sich die Personalbemessung vor allem an gute Pflegeergebnisse orientieren.

Nach wie vor fällt die nationale Pflege-Patient:innenrelation für das Krankenhaus hinter internationalen Standards - auch in so kritischen Zeiten wie der Nachtdienst. Hochschulische Qualifikationen finden in nationalen Regelungen eher zögerlichen Eingang. Im Fokus sind viel eher national etablierte Fachweiterbildungen wie Onkologie, Intensiv oder Leitung einer Station.

Isabell Halletz:

Es müsste erstmal festgelegt werden, was unter "Spitzenpflege" definiert wird. Seit Einführung der Pflegeversicherung gibt es feste Personalschlüssel in der Altenpflege, die je nach Bundesland abweichen. Bisher wurden diese Personalschlüssel jedoch nicht nach den Pflegebedarfen bemessen, was viele Vertreter aus der Altenpflegebranche kritisiert hatten. Deshalb begrüßen wir den Vorstoß in der Gesetzgebung, künftig bedarfsorientiert Personal einsetzen zu können. Das viel größere Problem ist jedoch die Verfügbarkeit von Pflegefachpersonal, als auch Assistenz- und Hilfspersonal. Die in den 90er Jahren festgelegte Fachkraftquote von 50 Prozent sagt nichts über die Qualität der Pflege und die Zufriedenheit der Bewohner in den Pflegeeinrichtungen aus. Deshalb fordern wir die Flexibilität in der Personalausstattung und die Aufnahme weiterer Professionen zur Versorgung. Eine Entlastung der Fachkräfte durch die Neudefinition der Fachkrafttätigkeiten, klare Trennung der Kompetenzbereiche sowie eine flexible, am Bedarf ausgerichtete Personalausstattung müssen eingeführt werden.

Sabrina Roßius:

Personalbemessungsinstrumente sind von hoher Bedeutung. Sie geben einen verbindlichen Rahmen zur Orientierung und

Strukturierung des Personaleinsatzes. In der Regel führen die zwingend notwendigen Anpassungsprozesse wie Definition von Qualifikationsstufen, Ausschreibung und Einsatz entsprechend den spezifischen Anforderungen etc. zu Konflikten in den Bereichen und Teams. Es ist dem Menschen eigen, dass er oder sie sich nicht gerne verändert, schon gar nicht in solch hoch sensiblen Strukturen wie denen eines Teams. Dennoch braucht es zwingend eine prospektive, wissenschaftlich untermauerte, sachliche und Qualifikationsmix berücksichtigende Personalbemessung.

Sonja Laag:

Ich halte alle bisherigen Personalbemessungsinstrumente für untauglich, da sie noch nie die berufspflegerische Leistung nach dem Prozessmodell erfasst haben.

(4) Die Ärzteschaft genießt im deutschen Gesundheitswesen eine Art Vorrangstellung, da sie bestimmte Aufgaben an andere sogenannte nicht-ärztliche Gesundheitsberufe delegieren kann. Wie viel Spielraum haben denn die Pflegefachpersonen innerhalb ihrer eigenen Vorbehaltsaufgaben, wenn der Arztvorbehalt quasi übergeordnet gilt? Kann man mit diesem übergeordneten Arztvorbehalt Spitzenpflege erreichen?

Juliane Pohl:

Klare Antwort: nein! Die Rollenbilder und die dazugehörigen Aufgaben müssen neu definiert und in der Versorgung umgesetzt werden. Nur so können wir die Versorgung sicherstellen und Spitzenpflege auch in Deutschland als festen Bestandteil etablieren.

Die Herausforderung liegt aus meiner Sicht noch an anderer Stelle: Die pflegerische Versorgung ist derzeit derart strukturiert, dass Pflegefachkräfte kaum Ressourcen haben dürften, die eigentlichen Fähigkeiten zu entfalten, die Rolle weiterzuentwickeln. Die Chance auf Spitzenpflege setzt nicht nur ein neues Denken beim Arztvorbehalt voraus, sondern zugleich eine klarere Differenzierung pflegerischer Tätigkeiten, eine klar umrissene Rolle von "Spitzenpflege".

Sonja Laag:

Nein, auf Grundlage der historischen Verträge des SGB V und SGB XI ist nichts mehr zu erreichen. Sie sind der Sargnagel der Berufspflege.

Isabell Halletz:

Das Thema Ärzte und deren Stellung wird ja schon lange in der Pflege diskutiert. Mit Modellprojekten hat man gute Erfahrungen gemacht, wenn man die pflegerische mit der ärztlichen Versorgung verzahnt und eine enge Kommunikation und Zusammenarbeit ermöglicht. Diese Modellprojekte scheitern jedoch noch immer bei der Überführung in die Regelversorgung. Mit dem Pflegeberufegesetz wird nun zwar ermöglicht, dass ärztliche Leistungen delegiert werden können, der Widerstand aus der Ärzteschaft ist für mich

jedoch unverständlich. Für die Weiterentwicklung der gesamten pflegerischen Versorgung ist es wichtig, dass entsprechend qualifizierte Pflegefachfrauen und -männer auch das Vertrauen der Ärzte erhalten, ärztliche Tätigkeiten durchführen zu können.

Andreas Kocks und Jennifer Luboeinski:

Spitzenpflege ist in erster Linie nicht von der Frage der Übernahme vermeintlich ärztlicher Tätigkeiten abhängig. Jedoch vergeben Pflegefachpersonen das Potenzial für innovative und am Bedarf orientierte Versorgungskonzepte. Wenn eine Schulgesundheitspflegende in Deutschland keine Steinchen aus einer Wunde bei einem verletzten Kind entfernen darf, muss man sich wundern. Gleiches gilt für die vielen ärztlichen Tätigkeiten, die Pflegefachpersonen tagtäglich ohne die formale Autorisation übernehmen, - weil sie es können, es für den Versorgungsprozess notwendig ist oder weil kein Arzt greifbar ist. Auch hier zeigen uns internationale Erfahrungen, dass mit der Umverteilung der Aufgaben in der Versorgung die Patient:innenversorgung nicht leidet. Ein Blick nach Frankreich genügt beispielsweise, hier sind viele vormals ärztliche Tätigkeiten per Gesetz der Pflege substituiert worden. So sind Pflegende eng in die Medikation eingebunden oder dürfen ohne ärztliche Anordnung impfen. Eigentlich ist der Schritt doch gar nicht so groß und andere Länder machen uns die erweiterten und vertieften Aufgabenfelder der Pflege seit vielen Jahren erfolgreich vor.

Sabrina Roßius:

Es liegt an der Profession Pflege ihre definierten Vorbehaltsaufgaben auszuüben und zu vertreten! Der Arzt gilt nicht allgemein als übergeordnet, ganz im Gegenteil, zahlreiche Studien belegen, dass die hochwertige und sichere Versorgung von Menschen nur durch sehr gute, interprofessionelle Zusammenarbeit gelingen kann.

Christine Vogler:

In diesem System gibt es keinen Spielraum für die Pflegefachpersonen. Für sie ist die dienende Funktion vorgesehen. Benötigt wird eine komplette, umfassende Neudefinition innerhalb der Gesundheitsfachberufe. Gelingen kann dies nur dann, wenn anhand der jeweiligen Kompetenzen betrachtet wird, wer was am besten kann. Nur wenn dies gelingt, ist unsere Gesundheitssystem auch in Zukunft sicher aufgestellt.

(5) Wenn das Gesundheitswesen darauf ausgerichtet ist, dass die Ärzteschaft und auch die Kassen, also die Kostenträger, eine Art Vorrangstellung vor den anderen Gesundheitsfachberufen haben, müsste sich das System ja eigentlich für eine Spitzenpflege grundlegend verändern. Was genau müsste sich denn konkret verändern, wenn man auf die Bundesrahmengesetze, wie die SGB V und XI schaut?

Sabrina Roßius:

Die Spitzenpflege in Deutschland kann nicht eintreten solange

andere Berufsgruppen am längeren Hebel des Gesetzes sitzen.

Um ehrlich zu sein, die Sozialgesetzbücher V, IX und XI sind mittlerweile derart überholt, dass es im Interesse einer gesamten Verbesserung der Gesundheitsversorgung in allen Bereichen Deutschlands und auch auf allen Ebenen ein komplett neues Sozialgesetzbuch bedarf.

Juliane Pohl:

Die Voranstellung der Ärzte sehen wir auch, die der Kostenträger jedoch nicht. Fakt ist, dass es mit der Neuaufteilung der Rollen der Gesundheitsberufe auch einer Widerspiegelung vor allem im SGB V bedarf. Auch sollte man sich in einem solchen Prozess von den alten Strukturvorgaben trennen und die Versorgung künftig vor allem an der Qualifikation und nicht mehr an der Institution festmachen.

Sonja Laag:

Es braucht ein modernes Leistungs- und Leistungserbringungsrecht, das interprofessionell angelegt ist. Das SGB XI muss abgeschafft werden, die berufspflegerischen Leistungen sollten in ein neues SGB XIII überführt werden. Die Leistungen für Angehörige, die vor allem Alltagshilfen sind, gehören in ein neues Alltagshilfengesetz. Wir brauchen eine "Entsäulung" der alten Sozialgesetzbücher. Die gesundheitlichen Versorgungsleistungen müssen aus den einzelnen SGB extrahiert und in einem SGB XIII neu aufgesetzt werden. Auch das Back office des Systems, das in den SGB vorhanden ist, wie die Beitragsseite und die Administration, können mit digitaler Statik extrem geliftet werden.

Isabell Halletz:

Nicht alle Ärzte mauern und lehnen innovative oder eine sektorübergreifende Versorgung ab. Es gibt einige Modellprojekte, die Verzahnung der verschiedenen Professionen fördern und an denen auch die Kassen beteiligt sind. Wie bereits erläutert werden noch zu wenige Projekte in die Regelversorgung übernommen und bleiben daher Insellösungen oder können trotz erfolgreicher Ergebnisse nicht fortgeführt werden. Insbesondere in strukturschwachen Gebieten ist eine sektorenübergreifende und multidisziplinäre Zusammenarbeit zwingend notwendig, um überhaupt eine pflegerische und medizinische Versorgung sowie eine adäquate Betreuung sicherstellen zu können.

Christine Vogler:

Das bisherige System hat keine Spitzenpflege gefördert. Allein dies zeigt, dass es so nicht funktioniert. Spitzenpflege bedeutet, dass jeder mit seinen Kompetenzen das macht, was er am besten kann. Dabei muss ein kontinuierlicher Informationsaustausch stattfinden. Das bedeutet Augenhöhe anstatt Abgrenzung. Dies gilt auch für die Sozialgesetzbücher. Diese dürfen nicht wie bisher trennen. Sie müssen verbinden.

Andreas Kocks und Jennifer Luboeinski:

Die Themen und möglichen Potenziale einer Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe in Deutschland werden seit vielen Jahren breit diskutiert. Es braucht Mut für einen Ruck im Gesundheitswesen an internationale Standards anzuschließen. Dies könnte z.B. sein:

Erweiterte Kompetenzen für Gesundheitsfachberufe, neue Modelle der interprofessionellen Zusammenarbeit, Überarbeitung von Abrechnungs- und Vergütungssystemen, Weiterbildung und Qualifizierung von Gesundheitsfachberufen, Stärkere Einbindung von Patient:innen und Angehörigen.

(6) Wie kann man die Beschäftigten in der Pflege auf diesem Weg hin zu einer Spitzenpflege mitnehmen, welche Anreize müssen hier geschaffen werden?

Juliane Pohl:

Die Schlüsselwörter, von denen wir am häufigsten hören, sind: Wertschätzung und Anerkennung, Verantwortung - und die tatsächliche Möglichkeit, den Patient:innen eine gute Versorgung zukommen zu lassen, frei von dem immensen Zeit- und Leistungsdruck, den wir heute erleben. Dafür müssen wir die Pflege von unnötiger Bürokratie entlasten - aber auch durch neue digitale Lösungsansätze und Produkte, die es der Pflege ermöglichen, sich um die notwendige Patientenversorgung zu kümmern.

Sonja Laag:

Ich kann das Wort "Anreize" nicht ausstehen. Die Beschäftigten im Gesundheitswesen sollten vernünftige Rahmenbedingungen vorfinden, die ihre Hingabe an den Beruf nicht kaputt machen.

Christine Vogler:

Benötigt werden bundesweit geltende, umfassende Bildungsstrukturen über die Generalistik hinaus, gute Arbeitsbedingungen mit passenden Personalschlüsseln, Qualitätsrichtlinien, interprofessionellen Strukturen, neuen Handlungskompetenzen, einer Kultur der Wertschätzung und endlich einem hohen Vertrauen in die Fähigkeiten, die die Profession Pflege mitbringt.

Isabell Halletz:

Der Professionenmix in der Altenpflege muss gefördert und finanziert werden. Die Anerkennung weiterer in der Altenpflege tätigen Professionen kann dabei helfen, die qualitativ hochwertige Versorgung zukunftsfähig aufstellen zu können. Es haben sich viele verschiedene Professionen in der Pflege etabliert, die der Entlastung der Altenpflegefachkräfte dienen und eine hohe Qualität der Pflege ermöglichen. Diese werden jedoch nicht in die bedarfsgerechte Versorgung in der stationären Altenpflege vertraglich mit einbezogen, weil dafür die gesetzlichen Grundlagen fehlen. Jede in der Pflege tätige Person ist wichtig und nur zusammen wird es funktionieren, die immer komplexeren Pflegesituationen und steigenden Anforderungen bewältigen zu können. Dazu zählt auch die sektorenübergreifende Zusammenarbeit durch Einbeziehung weiterer Leistungserbringer im Gesundheitssektor, wie Apotheken, Haus- und Fachärzte, Therapeuten etc., um auf die individuellen Pflegebedarfe reagieren und nicht alle Tätigkeiten auf die Pflegefachkräfte übertragen zu müssen.

Sabrina Roßius:

Das Mitnehmen muss über starke und verantwortungsvolle Führungskräfte entstehen. Eine Bewegung "von innen heraus" ist in unserer Berufsgruppe aus zahlreichen Gründen nicht zu erwarten.

Von daher bedarf es gemeinsamer Anstrengungen sich an den politischen Prozessen zu beteiligen / beteiligt zu werden und den entstehenden Raum gezielt zu nutzen

Andreas Kocks und Jennifer Luboeinski:

Wir müssen Pflegefachpersonen Mut machen, sie begeistern, motivieren und einladen, sich auf neue Wege einzulassen. Wir sind sehr davon überzeugt, dass viele Pflegefachpersonen tagtäglich von der Begeisterung und vielleicht auch Liebe für ihre Arbeit getragen werden. Pflegekammern oder die Einberufung eines "Chief Nursing Officer" im Gesundheitsministerium sind sicherlich notwendige und förderliche Strukturen für eine nachhaltige und langfristige Entwicklung. Mit einfachen Antworten: mit mehr Geld wird dies nachhaltig nicht gelingen. Wir brauchen bessere Arbeitsbedingungen, die mit Fachkenntnis und Verantwortung der Pflege zu gestalten sind. International diskutiert man hier vielfach den Ansatz des "shared governance" - der geteilten Führung.

(7) Made in Germany ist seit Jahrzehnten ein Gütesiegel der deutschen Industrie, schaffen wir das auch für die Pflege?

Sonja Laag:

Wenn wir uns heute auf den Weg machen, dann vielleicht in 30 bis 40 Jahren. Die strukturellen Versäumnisse aus der Vergangenheit in der deutschen Pflegepolitik sind so unfassbar groß, andere Länder sind uns mindestens 30 Jahre voraus.

Isabell Halletz:

Aus meiner Sicht wurden Alleinstellungsmerkmale zugunsten einer generalisierten Ausbildung aufgegeben. Ähnliche Erfahrungen hatte man bereits mit der Abschaffung der Diplomstudiengänge im Zuge der Bologna-Reform gemacht, als die Studiengänge zu Bachelor- und Masterstudiengänge umgewandelt wurden. Es ist nicht immer sinnvoll, andere Ausbildungs- und Studienkonzepte ohne Anpassungen auf Deutschland zu übertragen, wenn dadurch Fachwissen verloren geht und die für die Praxis notwendige Weiterqualifizierung auf die Schultern der Arbeitnehmenden und Arbeitgeber abgewälzt wird. Spitzenversorgung benötigt aus meiner Sicht einen sinnvollen Skills-Mix und die Weiterentwicklung der Tätigkeiten, um bedarfsgerecht zu pflegen. Ohne Zusammenarbeit verschiedener Professionen wird keine umfassende Pflegeversorgung möglich werden.

Christine Vogler:

Wenn alles so bleibt wie es ist, dann nicht. Wenn allerdings endlich die schon beschriebenen Rahmenbedingungen geschaffen werden und Pflege ebenfalls in der Selbstverwaltungsstruktur des Gesundheitssystems ihren Platz bekommt, sehe ich Chancen. Ansonsten werden wir in Deutschland professionelle Pflege als eine hochkompetente, sich in die Gesundheitsversorgung einbringende und Wissen erschaffende Disziplin verlieren. Bitter - denn die Pflege in Deutschland hat ein riesiges Potenzial.

Juliane Pohl:

Im Moment hinkt Deutschland mit Blick auf die Pflege hinter vielen Ländern zurück. Das hat die Politik jedoch erkannt und wichtige Schritte im Koalitionsvertrag verankert. Diese Ankündigungen müssen nun auch schnellstmöglich angegangen und umgesetzt werden. Außerdem müssen wir das vorhandene Potenzial an bestehenden qualifizierten Pflegekräften mit langjährigen Berufserfahrungen bereits jetzt stärker in die Versorgung einbeziehen. Nur so können wir in Deutschland der Pflege die nötige Anerkennung geben und uns ein Gütesiegel verdienen.

Andreas Kocks und Jennifer Luboeinski:

Natürlich schaffen wir das. "Made in Germany" steht ja traditionell für deutsche Produkte mit hoher Qualität und Zuverlässigkeit als Ergebnis von harter Arbeit mit umfassenden Investitionen in Forschung, Entwicklung, hochwertiger Ausbildung und strengen Qualitätskontrollen.

Diese Qualitätserwartung gilt es auf Dienstleistungen zu übertragen. Sicherlich ist die bestehende hochwertige praxisorientierte Pflegeausbildung in eine durchlässige hochschulische Pflegebildung zu integrieren und zu überführen. Es braucht Qualitätsstandards sowie umfassende klinische Qualitätskennzahlen, welche transparent zu veröffentlichen sind und damit die Basis für Entwicklungen und Qualitätsarbeit bieten. Es ist auch wichtig zu betonen, dass Qualität in der Pflegebranche nicht nur von nationalen Grenzen abhängt, sondern von globalen Herausforderungen wie dem demografischen Wandel, Fachkräftemangel und Finanzierung.

Sabrina Roßius:

Pflege a la Made in Germany hat bereits einen ausgezeichneten Ruf. Weltweit gilt die pflegerische Versorgung in Deutschland als ganzheitlich, qualitativ und wertvoll. Was uns nicht gelingt, als Berufsgruppe der ambulant und stationär wirkenden Pflegenden diese Exzellenz nach außen zu tragen bzw. innerlich zu spüren und dann magnetisch auf Kolleginnen und Kollegen zu wirken.



Isabell Halletz
Geschäftsführerin Arbeitgeberverband Pflege



Sonja Laag
Diplom-Gesundheitswirtin
Leiterin Versorgungsprogramme (Integrierte Versorgung) BARMER, Wuppertal.
Der Pflege-Dialog wurde als Mitglied des Think Tank IPAG e.V. geführt.



Andreas Kocks
Netzwerk Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung im Verband der PflegedirektorInnen der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU) e.V.



Jennifer Luboeinski
Kordinatorin des Netzwerks Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung im Verband der PflegedirektorInnen der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU) e.V.



Juliane Pohl
Leiterin Ambulante Versorgung beim BVMed - Bundesverband Medizintechnologie



Sabrina Roßius
Geschäftsführerin Bundesverband Pflegemanagement e.V.



Christine Vogler
Präsidentin Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)

