

Positionspapier

Weiterentwicklung der Primärversorgung und Aufgabenverteilung unter den Gesundheitsprofessionen

Einführung

Wir leisten uns eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt¹. Bei den Ausgaben zur Versorgung bei Pflegebedürftigkeit liegen wir beim Anteil Bruttoinlandsprodukt (BIP)² dennoch hinter unseren west- und nordeuropäischen Nachbarn. Im Ergebnis erreichen wir im europäischen Vergleich bei einzelnen Gesundheitsindikatoren (z. B. Lebenserwartung, Prävalenz von Diabetes, Mortalität bei ischämischen Herzerkrankungen) nur Mittelmaß³.

In Deutschland wird seit vielen Jahren darüber diskutiert, wie die Primärversorgung vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft bei gleichzeitig zunehmendem Mangel an niedergelassenen Ärzt:innen gestärkt und die sektorale Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überwunden werden könnten. In anderen europäischen Ländern sehen wir hervorragende Beispiele, wie Primärversorgung gut organisiert werden kann⁴. Auch in Deutschland gibt es in einzelnen Projekten zarte Ansätze einer Neuorganisation (z.B. Hand-in-Hand, FAMOUS, PORT).

Das Ziel ist, den kontinuierlich komplexer werdenden Anforderungen an das Gesundheitswesen und Versorgungsgeschehen gerecht zu werden. Um das zu erreichen, braucht es für eine zukunftsfähige Primärversorgung dringend auch eine Nejustierung der Aufgaben und Zuständigkeiten zwischen den Gesundheitsprofessionen. Dabei geht es um die Erweiterung speziell pflegerischer Verantwortung zur Sicherstellung einer bedarfs- und kompetenzgerechteren Gesundheitsversorgung, nicht um die Entlastung von Ärzt:innen oder Konkurrenz zu ihnen.

Tradierte Arztzentriertheit im Sinne der Menschen überwinden

Immer noch fehlt im deutschen Gesundheitswesen eine verantwortliche Zuständigkeit für den strukturellen Aufbau und die Weiterentwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. Dies führt mangels Alternativen zur Festschreibung einer tradierten Aufgabenverteilung, bei der der Berufsgruppe der Ärzt:innen die dominierende Rolle zugeschrieben wird. Die nicht zu bewältigende Aufgabenfülle einer Berufsgruppe führt zu Schnittstellenproblemen und diskontinuierlichen Versorgungsprozessen. Zudem blendet der enge medizinische Blick häufig gesundheitsrelevante Faktoren z. B. aus dem sozialen Bereich aus. Dadurch kommt es zu Unter-, Über- und Fehlversorgung. Andere Professionen im Gesundheitswesen können hier komplementär für eine ganzheitliche Betrachtung der Menschen mit einem (potenziellen) Gesundheitsproblem wirken. Um zu einer Leistungserbringung im Sinne der betroffenen Menschen zu kommen, müssen Aufgabenverteilung und Kooperationsformen grundlegend geprüft werden^{5,6}. Nicht die berufsständische Besitzstandswahrung sollte dafür ausschlaggebend sein, welche Profession bestimmte Leistungen erbringt und verantwortet, sondern diejenige, die in der

konkreten Versorgungssituation über die entsprechende Fachexpertise sowie die hohe Handlungskompetenz verfügt und tatsächlich verfügbar ist, übernimmt die Versorgung. Deshalb hat der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) die folgenden grundsätzlichen Positionen formuliert:

1. Autonomie von Pflegefachpersonen rechtlich absichern

Es gilt, für hochqualifizierte Pflegefachpersonen rahmenrechtlich die Freiräume zu gewähren, die sie aus Sicht verschiedener Gutachten, u. a. des Sachverständigenrates⁷, haben sollten, um ihre vorhandene Kompetenz effektiv einsetzen zu können und sie im Sinne der Substitution bzw. im Rahmen der Poolkompetenzen (Tätigkeiten, die durch mehrere Berufsgruppen übernommen werden können) autonom handeln zu lassen. Pflegefachpersonen sind dafür prädestiniert, Verantwortung für die Kontinuität der gesundheitlichen Versorgung zu übernehmen, u. a. durch Information, Schulung und Beratung. In Abstimmung mit den Bedürfnissen und Wünschen der Menschen mit Pflegebedarf müssen Pflegefachpersonen auf dem Boden einer juristischen Normierung das Recht haben, eigenständig über die weitere pflegerische Versorgung zu entscheiden. Pflegefachpersonen brauchen zudem ein verbrieftes Mitspracherecht bei Therapie-Entscheidungen und die Kompetenz, Pflegehilfsmittel und ausgewählte Medikamente zu verordnen. Auf der Basis expliziter Spezialisierungen (z.B. Community Health Nurses, Schulgesundheitspflegende oder Pflegerische Wundexpert:innen) müssen Pflegefachpersonen entsprechende Handlungsautonomie bekommen, z. B. auch in eigenen Praxen. Die freiberufliche Berufsausübung muss leistungsrechtlich verbindlich geregelt werden.

2. Pflegefachpersonen als Motor der Innovation für neue Versorgungslösungen anerkennen

Internationale Studien zeigen, dass die Erbringung von Leistungen der Primärversorgung durch Pflegefachpersonen anstelle von Ärzt:innen nicht zu einer wirtschaftlichen Mehrbelastung der jeweiligen Systeme, aber zu vergleichbarer oder sogar besserer Gesundheit und größerer Zufriedenheit der Menschen führt⁸. Pflegefachpersonen können eine entscheidende Rolle in der primären Gesundheitsversorgung übernehmen und im Sinne neuer Versorgungslösungen müssen sie es auch. Community Health Nurses (CHN)⁹ sind der Schlüssel zur Sicherung der künftigen Primärversorgung. CHN sind Pflegeexpert:innen mit akademischer Qualifikation auf Masterniveau, die als autonome Leistungserbringer mit definiertem Zuständigkeitsbereich die primäre Gesundheitsversorgung definierter Gruppen sicherstellen¹⁰. Dabei bündeln sie die Leistungserbringung und sind für eine Basisversorgung insbesondere in strukturschwachen Regionen zuständig. Neben Aufgaben in der direkten Patientenversorgung (z. B. Routineversorgung bei chronischen Erkrankungen), der Steuerung von Prozessen und Leadership-Aufgaben, halten sie die Fäden in der Hand und steuern die Primärversorgung.

3. Niedrigschwellige Versorgungsstrukturen flächendeckend schaffen

Der Schwerpunkt der gesundheitlichen Versorgung liegt derzeit auf der Akutbehandlung. Es fehlen sektorenübergreifende und gut erreichbare niedrigschwellige Versorgungsstrukturen für Menschen mit komplexen Problemlagen, z. B. wegen chronischer Erkrankungen und/oder Pflegebedürftigkeit. Lokale Primärversorgungszentren unter Mitwirkung oder Leitung von Pflegefachpersonen sind ein wichtiger Baustein für eine entwickelte Primärversorgung, die gesundheitsfördernde, präventive, kurative, pflegerische, rehabilitative und palliative Maßnahmen umfasst und die – einem gemeindenahen Ansatz folgend – eine multiprofessionelle und integrative Versorgung so nahe wie möglich an die Menschen bringt⁴¹⁰. Diese Zentren bieten auch Alternativen zu Krankenhäusern, die geschlossen werden könnten bzw. müssen.

4. Hochschulische Ausbildung für Pflegefachpersonen aktiv vorantreiben

Die Akademisierung in der Pflege muss aktiv vorangetrieben werden, um die Gesundheitsversorgung mittel- und langfristig sicherzustellen¹¹. Internationale Studien haben vielfach belegt, je höher die Qualifikation von Pflegefachpersonen, desto besser sind die Outcomes bis hin zur deutlichen Senkung der Mortalität^{12,13,14}. Hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen – aber im Übergang auch langjährig berufserfahrene Pflegefachpersonen mit Zusatzqualifikationen – können hier einen wichtigen Beitrag leisten. Spezialisierte Pflegefachpersonen, die in der Primärversorgung verantwortlich tätig sind, sollen auf Masterniveau¹⁵ qualifiziert sein. Es muss jetzt in den Auf- und Ausbau der hochschulischen Bildungsangebote für eine starke, zukunftsfähige Primärversorgung investiert werden. Der DBfK fordert, dass bis 2030 50 Prozent der Ausbildungskapazitäten an Hochschulen angesiedelt sind¹⁶.

5. Politische Reform der Primärversorgung an den Bedarfen entlang ausgestalten

Die Sicherung der Gesundheitsversorgung und der Pflege ist eine der zentralen Herausforderungen der kommenden Legislaturperiode. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen in der Pandemie, aber auch angesichts der zunehmenden Dynamik demografischer und epidemiologischer Veränderungen, braucht es grundsätzliche Reformen. Das gilt für den Krankenhausbereich und den Langzeitpflegebereich ebenso wie für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. In der Primärversorgung stehen wir vor besonderen Herausforderungen.

Fazit

Es braucht eine Gesamtperspektive und eine konzertierte Steuerung aller Reformprozesse. Der Fokus auf Einzelthemen greift zu kurz. Ein gutes Beispiel ist hier die digitale Transformation im Gesundheitswesen¹⁷. Sie birgt enormes Potenzial, kann dies aber nur entfalten, wenn sie eingebettet ist in begleitende unterstützende Veränderungen bei Strukturen und Prozessen. Das betrifft den Bereich der Qualifizierung ebenso wie die Schaffung von Infrastruktur auf dem Boden einer bundesweiten Standardisierung der Komponenten: also nicht nur Hard- und Software, sondern auch angeglichenen, abgestimmten Verfahrensprozesse, Datenstrukturen, Fachterminologien und weitere Lösungen, welche die Interoperabilität zwischen den Gesundheitsberufen, den Kostenträgern und den Menschen mit Pflege- und Versorgungsbedarfen sicherstellen.

Die Reform ist ein komplexes und ehrgeiziges Projekt, das aber gelingen kann, wenn wir den Perspektivenwechsel und die Anpassung der Zielvorgaben und Steuerungsindikatoren vornehmen. Pflegerischer Sachverstand muss in allen Entscheidungsgremien vertreten sein. Der erforderliche Veränderungsprozess setzt die Bereitschaft aller Akteure voraus, das Wohl von Patient:innen und Menschen mit Pflegebedarf in den Mittelpunkt zu stellen. Wir als Gesellschaft können uns nicht leisten, diese Reform nicht anzugehen.

Berlin, im Oktober 2021

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.

Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de

-
- ¹ OECD (2021) Health Expenditure and Financing 2019. Online unter: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> (08.10.2021)
- ² ZEIT Online (2020) Deutschland gibt weniger für Pflege aus als viele andere Länder. Online über: <https://www.zeit.de/gesellschaft/2020-02/altenpflege-deutschland-eu-vergleich-ausgaben> (08.10.2021)
- ³ OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
- ⁴ Robert Bosch Stiftung (2021): Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Online über: <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/gesundheitszentren-fuer-deutschland> (08.10.2021).
- ⁵ Robert Bosch Stiftung (2011): Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Online unter: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/Memorandum_Kooperation_der_Gesundheitsberufe.pdf (08.10.2021)
- ⁶ G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2012): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V) in der Fassung vom 20. Oktober 2011; veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 46 (S. 1 128) vom 21. März 2012 und Nr. 50 (S. 1 228) vom 28. März 2012 in Kraft getreten am 22. März 2012. Online unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/77/> (08.10.2021).
- ⁷ SVR, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007 - Kurzfassung. Online unter: <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2007/> (08.10.2021).
- ⁸ Laurant, M.; van der Biezen M.; Wijers N.; Watananirun K.; Kontopantelis E.; van Vught, A.J.A.H (2018): Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 7. Art. No.: CD001271. Online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6367893/> (08.10.2021).
- ⁹ Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung (Hrsg.) (2018): Community Health Nursing in Deutschland. Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum. Online unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/Broschuere-Community-Health-Nursing-09-2019.pdf> (08.10.2021).
- ¹⁰ Burgi, M.; Igl, G. (2021): Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. Schriften zum Sozialrecht, Band 61. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. Online unter: https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/9783748924319.pdf?download_full_pdf=1 (08.10.2021).
- ¹¹ WR, Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Online unter: https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf?_blob=publicationFile&v=1 (26.08.2021).
- ¹² Aiken, L. H.; Sloane, D.; Griffiths, P.; Rafferty, A. M.; Bruyneel, L.; McHugh, M.; Maier, C. B; Moreno-Casbas, T.; Ball, J. E; Ausserhofer, D.; Sermeus, W. (2016). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. In: BMJ Qual Saf 2017;26:559–568.
- ¹³ Simon, M.; Sharma, N.; Gerfin, M. (2020): Pflegepersonal und unerwünschte Ereignisse in Schweizer Akutspitälern: Auswertung von Daten des Bundesamtes für Statistik.
- ¹⁴ Wynendaele H; Willems R; Trybou J. (2019): Systematic review: Association between the patient-nurse ratio and nurse outcomes in acute care hospitals. In: Journal of Nursing Management. Jg. 27, Nr. 5, S. 896-917.
- ¹⁵ DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.) (2019): Advanced Nursing Practice. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. 4 Aufl. Online unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf> (08.10.2021).
- ¹⁶ DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.) (2020): Aktionsprogramm 2030. Online unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/DBfK-Aktionsprogramm-2030.pdf> (08.10.2021).
- ¹⁷ Bündnis Digitalisierung in der Pflege (2020): DVPMG: Erste Meilensteine für eine digitale Pflege. Online unter: <https://e-health-com.de/details-news/dvpmg-erste-meilensteine-fuer-eine-digitale-pflege/> (08.10.2021).