

Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020

Richtungspapier

zu mittel- und langfristigen Lehren



Boris Augurzky, Reinhard Busse, Ferdinand Gerlach, Gabriele Meyer



Nach der ersten Welle der Corona-Pandemie in Deutschland ist es Zeit, die bisherigen Erfahrungen auszuwerten und mögliche Ableitungen bzw. Lehren nicht nur für die aktuelle Lage, sondern auch für die Zukunft zu formulieren. In jeder Krise steckt eine Chance. Und von der *grosso modo* positiven Leistungsbilanz der Krisenbewältigung in Deutschland gehen Impulse für Reformen der Versorgungslandschaft aus, deren Zielstellungen zum Teil bereits vor der Corona-Pandemie formuliert worden waren. Sie sollen in der aktuellen Diskussion nicht verloren gehen. Im Gegenteil: Sie sollen gerade jetzt in den Vordergrund gerückt werden, um die in der Krise liegende Chance für eine nachhaltige Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu nutzen.

Deshalb haben die Autoren und Herausgeber das vorliegende Dokument als „Richtungspapier“ bezeichnet: Der aktuellen Diskussion – die verständlicherweise auf die Bewältigung der aktuellen Krise gerichtet ist und (zunächst) auch sein muss – soll eine darüber hinaus gehende Richtung gegeben werden. Vor dem Hintergrund der Lehren aus der „ersten Welle“ der Corona-Krise (*lessons learned*) werden ausgewählte Reformperspektiven für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens vorgestellt.



Richtungspapier · Corona · Gesundheitssystementwicklung · Öffentlicher Gesundheitsdienst · Teststrategie · Konzentration der Versorgungsstrukturen · Spezialisierung · Integrierte Versorgungszentren · Krankenhausfinanzierung · Weiterentwicklung der Pflegeberufe · Digitalisierung

Kapitel 6

Pflegefachpersonen können mehr, als das System ihnen zutraut

Die Corona-Pandemie hat sich auf alle pflegerischen Tätigkeitsbereiche ausgewirkt. Gesetzliche Rahmenbedingungen der beruflichen Pflege wurden früh in der Pandemie modifiziert: Durch die Erste Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 25. März 2020 wurden die Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern ausgesetzt, mit der Zweiten Verordnung wurden sie zunächst für die als pflegesensitiv definierten Bereiche Intensivmedizin und Geriatrie ab dem 1. August 2020 wieder in Kraft gesetzt. Mit dem „Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ wurde Pflegefachpersonen die Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten gestattet (§ 5a IfSG, zunächst befristet bis 31.03.2021).

Die Corona-Pandemie hat auch ein Schlaglicht auf das Risiko einer unzureichenden Pflegepersonalausstattung in den Pflegesettings geworfen. Zu den alltäglichen Anforderungen kamen mit der Corona-Pandemie die Aufgaben des besonderen Infektionsschutzes und die umfassenden Anpassungen der pflegerischen Organisations- und Ablaufstrukturen.

Die Pflegenden in Krankenhäusern in Deutschland waren bisher verschieden stark und lange belastet. Aufgrund des deutlich geringeren Aufkommens von Patient:innen hat sich formal gleich zu Beginn der Pandemie die Relation zwischen Pflegeperson und Patient:in – ausgehend von der im internationalen Vergleich aufgrund der vielen stationären Fälle niedrigen Pflegeperson-zu-Patient:innen-Zahl (vgl. Kapitel 3) – deutlich verbessert. Faktisch ist unklar, ob dies wegen der erforderlichen Anpassungsleistungen der Umgebung und Prozesse zu intensiverer Pflegezuwendung für die Patient:innen geführt hat. Auch meldeten von März bis Mai 2020 bundesweit 1.200 Krankenhäuser für 83.300 Beschäftigte Kurzarbeit (Deutsches Ärzteblatt, 28.07.2020).

In einigen Bereichen wurden zu Beginn der Pandemie umgehend Kurzfortbildungen entwickelt. So erhielten zum Beispiel Pflegefachpersonen ohne Intensivverfahren Grundlagenwissen zur Beatmung und Symptomkontrolle von Patient:innen mit COVID-19, um im Bedarfsfall ansatzweise fachlich angemessen pflegen zu können (Silies et al., 2020). Die umfänglich ausgebaute Intensivbettenkapazität wurde bisher zu keinem Zeitpunkt der Corona-Pandemie ausgeschöpft. Die steigenden Zahlen bestätigter Infektionen mit COVID-19 im Herbst 2020 lassen jedoch erneut befürchten, dass nicht ausreichend ausgebildete Intensivpflegefachpersonen verfügbar sind, um die erwarteten vermehrt intensivpflichtigen COVID-19-Patient:innen zu pflegen (Deutsches Ärzteblatt, 21.09.2020).

Aus der stationären Altenpflege wurde eine besonders angespannte Personalsituation berichtet (Rothgang et al., 2020a). Hier wurde dringlich nach pflegerischer Unterstützung gesucht, um Amtshilfe der Bundeswehr ersucht (Fengler, 2020), Arbeitszeiten der Mitarbeiter:innen ausgedehnt, Freizeitausgleich verwehrt usw. (Rothgang et al., 2020a).

Besonders in der ambulanten Pflege und in der stationären Altenpflege war zu Beginn der Corona-Pandemie große Improvisation vonnöten, in Anbetracht des Mangels an Schutzkleidung, also Kitteln, Atemschutz- und Hygienemasken und Handschuhen, aber auch Desinfektionsmitteln zur Hände- und Flächendesinfektion (Rothgang et al., 2020a; Wolf-Ostermann et al., 2020; Hower et al., 2020). Der Wegfall von ehrenamtlichen Helfer:innen, reduzierte Leistungen durch externe Leistungserbringer, erhöhte COVID-19-assoziierte Personalausfälle (u.a. durch Quarantäne) haben die mancherorts ohnehin prekäre Situation in Pflegeheimen verschärft (Rothgang et al., 2020a; Hower et al., 2020). Geschlossene Tagespflegeeinrichtungen und teilstationäre Angebote, wegfallende externe therapeutische Angebote, Engpässe bei der Begleitung durch Betreuungskräfte aus osteuropäischen Ländern sowie soziale Distanz vertrauter Bezugspersonen haben die Situation ambulant Pflegenden und der ihnen anvertrauten pflegebedürftigen Personen erschwert (Wolf-Oster-

mann et al., 2020). Die Hälfte der ca. 800 befragten Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen aus ambulanten Pflegediensten und teilstationären Einrichtungen gab in einem Survey an, dass die Versorgung im Zeitraum Ende April/Anfang Mai gefährdet bzw. instabil oder nicht sichergestellt gewesen sei (Wolf-Ostermann et al., 2020).

Die Pflegeheime haben regelhaft mit Isolation der Bewohner:innen gegenüber der Umwelt auf die Pandemie reagiert, d.h. mit Ausschluss von Angehörigen, Ärzt:innen bzw. Therapeut:innen. Die soziale „Tragödie“ der Pflegeheime (Krones et al., 2020; Dichter et al., 2020) und die möglichen Auswirkungen der Isolation wurden vielfach in der wissenschaftlichen Literatur (Gardner et al., 2020) und den Medien diskutiert (Kampf & Stadler, 2020). Die Bedingungen, die den Pflegeheimen durch Anordnung zugemutet wurden und von einigen Einrichtungen wahrscheinlich über das Maß hinaus streng durchgesetzt wurden, sind von vielen Seiten als nicht akzeptabel und nicht zur Wiederholung geeignet beurteilt worden. Pflegeheimbewohner:innen sind ohnehin in ihren sozialen Kontakten depriviert und in besonderem Maße auf Kontaktpflege mit nahestehenden Menschen angewiesen. Eine Kontaktsperre über mehrere Wochen bis Monate verletzt ihre Persönlichkeitsrechte und körperliche und vor allem psychische Unversehrtheit. Langzeitpflegebedürftige Personen haben unter pandemischen Bedingungen sehr wahrscheinlich ein erhöhtes Risiko für Vernachlässigung, Gewalt und reduzierte Pflege- und Versorgungsqualität (D’cruz & Banerjee, 2020; Kampf & Stadler, 2020). Da die regelhaften Qualitätsprüfungen des MDK ausgesetzt und Dokumentationspflichten gelockert wurden (tagesschau.de, 19.03.2020), ist die verfügbare Routedokumentationsbasis dürftiger und somit eine Art Vakuum entstanden. Auch Angehörige und Besucher:innen hatten keine Gelegenheit, soziale Kontrolle wahrzunehmen.

Die Sterblichkeit von Pflegebedürftigen in Langzeitpflegesettings bestimmt wesentlich die kumulative Gesamt-Letalität der Corona-Pandemie (Schrappe et al., 2020a; Rothgang et al., 2020a). Die überwiegende Zahl der Pflegeheime und ambulanten Pflegedienste dürfte hingegen keine bestätigten COVID-19-

Fälle aufweisen (im Mai 2020 berichteten drei Fünftel von 701 befragten Pflegediensten und 96 teilstationären Einrichtungen und drei Viertel von ca. 824 Pflegeheimen keinen Erkrankungsfall laut Wolf-Ostermann et al. (2020) und Rothgang et al. (2020a). Direkt betroffen waren wenige Einrichtungen, die dann in der Regel hohe Infektionszahlen hatten und über deren mitunter katastrophale und chaotische Zustände berichtet wurde (Kampf & Stadler, 2020).

In einem Survey mit mehr als 800 Pflegeheimen sowie 800 ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen geben zwei Drittel an, nicht auf eine Pandemie vorbereitet gewesen zu sein und die nötigen Kompetenzen nicht in Aus- und Fortbildung erlangt zu haben (Wolf-Ostermann et al., 2020; Rothgang et al., 2020a). Während einige ambulante und teilstationäre Pflegeeinrichtungen Kurzarbeit anberaumt hatten, initiierten andere z.B. Urlaubssperren und Stundenaufstockungen (Wolf-Ostermann et al., 2020).

Lessons learned

Settings der Langzeitpflege in der Pandemie stärken

In welchem Ausmaß das System zu Beginn der Pandemie versagt hat und Pflegeheime von Logistik, ärztlicher Betreuung, behördlicher Fürsorge und Kontrollinstanzen abgeschnitten waren, ist schwer rekonstruierbar und muss Anlass der Initiierung wissenschaftlicher Projekte sein. Routedatenanalysen über die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen sind nicht ausreichend zur Bestimmung der Auswirkungen des Infektionsgeschehens und der „Schutzmaßnahmen“ auf die klinischen Ergebnisse der Bewohner:innen. Es bedarf strukturierter Analysen von Daten aus verschiedenen Quellen und rekonstruierender Ansätze, zum Beispiel um Todesursachen valide bestimmen zu können und um das Schadenspotenzial der Präventionsmaßnahmen schätzen zu können.

Ziel muss auch die Klärung der Zuständigkeiten des staatlichen Schutz- und Kontrollauftrags sein sowie die Beschreibung von Beispielen guter Praxis, die mancherorts gelebt wurden. Es ist nicht hinnehmbar, dass unter Pandemiebedingungen Heimaufsicht und MDK

ihre Kontroll- und Beratungsfunktion nicht mehr ausüben. Wenn die Angehörigen qua Besuchsrestriktion schon keinen oder nur einen reduzierten Einblick haben können, müssen sie sich darauf verlassen können, dass es eine Instanz gibt, die die Wahrung der Interessen der Bewohner:innen beaufsichtigt. Heimaufsicht und MDK dürfen sich dieser Verantwortung nicht entledigen können. Die entsprechenden Verfahrensweisen bleiben zu konsentieren. Die Umstände und Faktoren, unter denen es zum Ausbruchsgeschehen und zur verhängnisvollen Verbreitung von COVID-19 in den betroffenen Pflegeeinrichtungen kam, müssen systematisch analysiert werden.

Soziale Teilhabe und Lebensqualität sind auch unter pandemischen Bedingungen konkurrenzlose Ziele der Langzeitpflege, die mit dem Infektionsschutz in Einklang gebracht werden müssen (DGP, 2020). Die Einrichtungen müssen hierbei unterstützt werden; die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI, 2020) sind nicht ausreichend. Intelligente Pandemiepläne, die psychosoziale Bedürfnisse, Teilhabe und Lebensqualität der Pflegebedürftigen respektieren, werden benötigt, u. a. Zugang zu ausreichender Schutzkleidung und Konzepte für die soziale und organisatorische Gestaltung von Pandemiesituationen, in denen alle Akteure und Strukturen innerhalb und außerhalb des Heimes berücksichtigt sind. Flexible Lösungen müssen gelebt werden: zum Beispiel Bewohner:innen von Pflegeheimen, die temporär aus- oder umziehen oder mit Angehörigen im Heim zusammenleben. Differenzierte, bedürfnisgerechte Beherbergungsbereiche in Pflegeheimen bleiben einzurichten. Begegnungen, auch kultureller Art, sind in (distanzierter) Präsenz und mittels Technik zu ermöglichen.

Die frühen Forderungen aus den Reihen der Wissenschaft (DNEbM, 2020) nach einer soliden klinisch-epidemiologischen Datenbasis durch systematisches Testen, systematische Dokumentation, Aufbau eines Registers und Beforschung von Versorgungsmodellen, Einrichtung einer Task-Force für das koordinierte Handeln im Umgang mit dem Setting Pflegeheim gelten weiterhin. Eine Berichterstattung, wie sie für den KiTa-Bereich realisiert wird (DJI/RKI, 2020), ist auch für die Einrichtungen der Langzeitpflege (ambulant und stati-

onär) geboten. Das am 25. Oktober 2020 zugänglich gemachte 5. Thesenpapier des Arbeitskreises Schrappe et al. bündelt und präzisiert geeignete Empfehlungen für den praktischen Umgang mit der Situation der Pflegeheime. Somit bedarf es präventiver Schulungsteams in den Heimen, Krisen-Interventionsteams im Infektionsfall (bestehend aus Akteuren in den Heimen und außerhalb), pflegerischer Notfalldienste (bei Personalmangel aufgrund von Quarantäne und Krankenstand) und Test-Teams (Schrappe et al., 2020b).

Als zu Beginn der Corona-Pandemie eine wichtige Säule der ambulanten Begleitung pflege- und unterstützungsbedingter Senior:innen, nämlich die Betreuer:innen aus osteuropäischen Ländern, wegzubrechen drohte, wurden diese plötzlich zum Thema des öffentlichen Diskurses. Die migrantischen Pflegearbeiter:innen in Privathaushalten können auch in Zukunft Teil eines gestärkten Versorgungsmix aus verschiedenen Angeboten sein, aber in geordneten, rechtlich einwandfreien und sozial verantwortlichen Beschäftigungsverhältnissen (DÄB, 28.07.2018). Arbeitsbedingungen, Entgelt, Anerkennung des Werts des gesellschaftlichen Beitrags müssen dringend aufgewertet werden.

Zukünftige Personalausstattung in der Pflege mit anderem Qualifikationsmix planen

Die pandemieassoziierten zurückgegangenen Zahlen stationärer Patient:innen bieten die Gelegenheit, das zahlenmäßige Verhältnis von Pflegepersonen und Patient:innen dauerhaft zu verbessern, wenn die vorhandenen Pflegefachpersonen erhalten bleiben. Um dies sicherzustellen, bedarf es (auch) der regulatorischen Unterstützung, um kurzfristige Umgehungsstrategien wie Kurzarbeit zu unterbinden und die mittelfristig entstehenden Implikationen auch bei der Finanzierung zu berücksichtigen. Während darüber weitgehende Einigkeit herrscht, gibt es bezüglich der genauen regulatorischen Ausgestaltung Diskussionen, insbesondere dazu, ob der Ansatzpunkt auf ganze Krankenhäuser, einzelne Abteilungen oder Stationen angewendet werden soll – und ob dies jeweils für jahresweise Mittelwerte oder einzelne Schichten gelten soll (Göpel, 2020).

Die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern sieht

für das Jahr 2021 eine Ausweitung der pflegesensitiven Bereiche auf Einheiten mit besonders hohem Pflegeaufwand in der Inneren Medizin, der Allgemeinen Chirurgie und der Pädiatrie vor. Bisher waren durch Rechtsverordnung Mindestgrenzen zunächst für vier pflegesensitive Bereiche festgelegt: Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie, Unfallchirurgie. Die Initiative zur Sicherstellung qualitativ hochwertiger pflegerischer Versorgung ist grundsätzlich zu begrüßen. Solange es kein anderes und validiertes, bedarfsorientiertes Bemessungsinstrument gibt, garantieren die Pflegepersonaluntergrenzen zumindest einen Mindeststandard der Personalausstattung, der von manchen Häusern bisher unterschritten wurde.

Von verschiedenen Seiten wird befürchtet und kritisiert, dass die vorgegebene Pflegekraft-Patienten-Relation zu niedrig sei, um eine bedarfsgerechte Pflegepersonalausstattung zu gewährleisten, nur Minimalstandards festgelegt würden, die Untergrenzen nicht als Mindeststandard interpretiert würden, sondern als Standard und es als Folge innerhalb der Häuser zu Verschiebungen des Personals aus nicht pflegesensitiven Bereichen in pflegesensitive Bereiche komme (DBfK, 2020). Die wissenschaftliche Evaluation des Steuerungsinstruments „Pflegepersonaluntergrenzen“ inklusive Berichterstattung ist festgelegt. Neben der Überprüfung der Machbarkeit und der Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen gilt es, insbesondere die Effekte auf die Versorgungsqualität zu evaluieren. Eine prospektive Evaluation vor Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen, experimentell oder zumindest quasi-experimentell, wäre selbstredend wünschenswert gewesen.

Den Personaluntergrenzen liegt keine (pflege)wissenschaftlich begründete Definition von Pflegebedarf zugrunde. Die empirische Entwicklung oder Weiterentwicklung von Bemessungsinstrumenten ist dringlich geboten. Insbesondere empirische Untersuchungen zur Versorgungsqualität und Patientensicherheit sind erforderlich, um überprüfen zu können, ob die intendierten klinischen Effekte eingetreten sind, gemessen beispielsweise an vermiedenen negativen Outcomes wie Mortalität bei Komplikationen („Failure to rescue“).

Zudem berücksichtigen die Personaluntergrenzen nicht die Qualifikationsniveaus der Pflegefachpersonen. Internationale Daten legen nahe, dass unabhängig von der Pflegekraft-Patienten-Relation auch der Anteil von Pflegefachpersonen mit akademischer Qualifikation (Bachelor, Master) einen entscheidenden Unterschied für klinisch relevante Ergebnisse ausmacht (Aiken et al., 2014). Seit etwa zwei Jahrzehnten werden in Deutschland Pflegende auch hochschulisch ausgebildet, mit dem Fokus auf die Befähigung zur evidenzbasierten Pflege. Mit dem Pflegeberufegesetz ist die hochschulische Ausbildung nunmehr ein regelhafter Ausbildungsweg in den Pflegeberuf. Für das Ziel der PpUGV, die Sicherstellung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit, ist daher künftig auch der konkrete Personalmix von großer Bedeutung, darunter der Anteil von Pflegassistent:innen auf der einen und hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen auf der anderen Seite.

Der kürzlich vorgelegte Entwurf für das Versorgungsverbesserungsgesetz (GPVG) sieht unter anderem eine Anpassung der Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen vor. Die Einrichtungen sollen die Möglichkeit erhalten, aus den Mitteln der gesetzlichen Pflegeversicherung Vergütungszuschläge für die Finanzierung zusätzlicher Stellen für Pflegehelfer:innen zu beantragen. Ziel ist es, 20.000 zusätzliche Stellen für Pflegehelfer:innen in den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege zu finanzieren und auf diesem Wege eine „qualitätsorientierte Pflege“ in diesem Versorgungssektor sicherzustellen.

Zwei Punkte missfallen: Erstens befindet sich ein Verfahren zur Bemessung des Personalbedarfs, welches im GPVG-Referentenentwurf als Begründung angeführt wird, derzeit noch in Erprobung und die Ergebnisse liegen bislang nicht vor (Rothgang et al., 2020b). Somit ist bisher unklar, inwieweit Anpassungen in der Personalausstattung auf der Basis des neu entwickelten Personalbedarfsbemessungsverfahrens tatsächlich geeignet sind, die Qualität der Pflege und Begleitung der Pflegeheimbewohner:innen zu gewährleisten und zu fördern. Zweitens wird nicht berücksichtigt, dass eine zeitgemäße stationäre Altenpflege mehr als

der Verstärkung durch Pflegehelfer:innen bedarf. Die stationäre Langzeitpflege darf keinesfalls als „satt-sauber-beschäftigt-Setting“ betrachtet werden. Nicht erst durch die Corona-Pandemie, sondern lange schon sind Versorgungsdefizite dokumentiert, die auf einen Mangel an evidenzbasierter, ethisch reflektierter Pflege und Begleitung schließen lassen, so zum Beispiel hohe Raten von Antipsychotika-Verordnungen und fortwährender, zwischen den Einrichtungen ausgeprägt unterschiedlich häufiger Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen. Bei Pflegeheimbewohner:innen sind hohe Raten von Krankenhauseinweisungen zu verzeichnen, mehrheitlich ungeplant und aufgrund von Indikationen, die bei entsprechenden Voraussetzungen potenziell vor Ort in der Pflegeeinrichtung behandelbar wären (Leutgeb et al., 2019). Fachliche Unsicherheit in der klinischen Bewertung von und im Umgang mit akuten Veränderungen des Gesundheitszustands der Bewohner:innen sowie mangelnde interprofessionelle Kommunikation und Kooperation dürften die Ursachen sein (Bleckwenn et al., 2017). Komplexe Versorgungsbedarfe und hohe Anforderungen an die fachlichen, sozialen und personalen Kompetenzen bestehen auch unter nicht-pandemischen Bedingungen und machen unterschiedliche Qualifikationsniveaus vonnöten, von Pflegehelfer:innen über beruflich ausgebildete Pflegefachpersonen bis hin zu hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen.

Voraussetzungen für erweiterte Kompetenzen der Pflege schaffen

International sind erweiterte berufliche Rollen für die Altenpflege definiert, etwa die aufsuchend tätige Gerontology Nurse, die ihre erweiterte Kompetenz in der Langzeitpflege zum Einsatz bringt. Ziel ist es, Versorgungsbrüche zu vermeiden, Fehlversorgung von Menschen mit komplexer Multimorbidität zu begegnen und vor allem auch vermeidbare Krankenhauseinweisungen abzuwenden (Boyd et al., 2014; King et al., 2018). Diese Rollenprofile gewinnen aus der Perspektive der Corona-Pandemie eindringlicher an Bedeutung.

Erweiterte berufliche Rollenprofile können die Attraktivität des Pflegeberufs steigern, eröffnen Karriereoptionen und könnten in der Summe Pflegepersonal-mangel reduzieren (RBS, 2018). Bisher jedoch sind die Vorteile

eines Pflegestudiums, welches zur Übernahme erweiterter Kompetenzen für die pflegerische Praxis qualifiziert, potenziellen Interessierten schwer zu vermitteln, da weder eine kritische Anzahl von Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss klinisch tätig ist (Tannen et al., 2017) noch die beruflichen Rollen in den Einrichtungen verbindlich definiert sind. Neue Rollenzuschreibungen für Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen müssen zukünftig noch unter Berücksichtigung der Versorgungsschnittstellen formuliert werden.

Unter pandemischen Bedingungen wurde die Befugnis zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen ohne spezifische Zusatzqualifikation übertragen. Es bleibt zu hoffen, dass nunmehr endlich die seit einer Dekade nicht gelingen wollende Umsetzung des § 63 Abs. 3c SGB V Fahrt aufnimmt. Die Wirksamkeit und Sicherheit der Heilkundeübertragung auf spezifisch ausgebildete Pflegefachpersonen ist in internationalen Studien belegt (Laurant et al., 2018). Die regelhafte Etablierung heilkundlicher Kompetenzerweiterung für Pflegefachpersonen ist zu fordern sowie Versorgungskonzepte, wie sie zum Beispiel mit einer Advanced Practice Nurse möglich und international etabliert sind. Allerdings sollte die hochschulische Qualifikation die Voraussetzung sein (DQR 6 bzw. 7), diagnosebezogene Substitution bisher Ärzt:innen vorbehaltenen Tätigkeiten ausführen zu können. Im ersten und deutschlandweit einzigen Modellprojekt der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg wurden kürzlich die ersten heilkundlich ausgebildeten Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss aus dem Studium verabschiedet. Die Absolvent:innen sind befähigt, nach der ärztlichen Diagnosestellung Menschen mit Diabetes Typ 2 und/oder chronischen Wunden im Therapieverlauf eigenständig zu begleiten. Derzeit ist die Konzertierte Aktion Pflege u.a. mit der Aufgabe betraut, endlich die Voraussetzungen für die Heilkundeübertragung zu schaffen, wie die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln durch Pflegefachpersonen.

In vielen Ländern ist ein im Vergleich zu Deutschland andersartiger Skill-Mix, also eine Mischung aus Gesundheitsberufen sowie die Mischung ihrer Fähigkei-

ten und Rollen, bereits weitreichend implementiert (Maier et al., 2018). Pflegefachpersonen sind teilweise die erste Anlaufstelle für Patient:innen, behandeln selbstständig und dürfen überweisen (Maier & Aiken, 2016) oder können beispielsweise als Doctor of Nursing Practice noch weitreichendere Kompetenzen erwerben (Walker & Polancich, 2015). Deutschland kann hier von den Erfahrungen anderer europäischer Länder wie den Niederlanden, Großbritannien, Irland und Finnland bei der Entwicklung entsprechender Versorgungsmodelle profitieren. Zumindest befinden sich auch hierzulande Modelle erweiterter Pflegekompetenz in der Erprobung, wie zum Beispiel innerhalb der Innovationsfonds-Projekte HandinHand (2020) oder FAMOUS (2020).

Die regulatorischen Barrieren bleiben zu beseitigen: Ein „Allgemeines Heilberufegesetz“ (RBS, 2013) könnte a) die erforderliche gesetzliche Grundlage für die unterschiedlich zugeteilten Aufgaben und Tätigkeitsbereiche von Pflegefachpersonen mit und ohne heilkundliche Kompetenz schaffen, b) eine eigenständige Leistungserbringung festschreiben, für die eine entsprechende Vergütung geregelt ist, und c) die Kooperation zwischen Pflegefachpersonen und anderen Gesundheitsberufen regeln, so auch haftungsrechtlich.

Heilkundlich ausgebildete Pflegefachpersonen könnten an vielen Einsatzorten wirksam werden. So ist gut vorstellbar, dass sie im Kontext des §119b SGB V zur Erfüllung der ambulanten Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen tätig werden. Eine Position in ambulanten Pflegediensten als Team-Mitglied mit erweiterten Kompetenzen ist denkbar und könnte die Versorgungssituation der Langzeitpflegebedürftigen verbessern. Die klinischen Auswirkungen bleiben wissenschaftlich zu evaluieren.

Eine selbstständige Tätigkeit im Rahmen eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) oder einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) wäre ebenso denkbar. Bisher eröffnet das SGB V allerdings nicht die Möglichkeit für Pflegenden, als gleichberechtigte Partner in einem MVZ oder einer BAG tätig zu sein; gegen

eine Anstellung unter ärztlicher Leitung hingegen spricht sicher nichts. Die pflegegestützte Niederlassung mit temporärer und/oder telemedizinischer ärztlicher Konsultation erscheint als aussichtsreiches Modell, um die Versorgung in entlegenen Bereichen sicherzustellen. Die Wirksamkeit, Sicherheit und gesundheitsökonomische Auswirkungen bleiben wissenschaftlich zu evaluieren.

Für den hochschulischen Erwerb heilkundlicher Kompetenz ist insbesondere die Universitätsmedizin geeignet. Entsprechende Professuren und pflegewissenschaftliche Einrichtungen sollten hier regelhaft eingerichtet werden – eine Forderung, die bereits vor etlichen Jahren vom VUD, VPU und MFT (2014) ausgesprochen wurde und bislang nur an wenigen Medizinischen Fakultäten bereits umgesetzt wurde. Für die hochschulische Ausbildung von Pflegefachpersonen sind die Anreize zu verbessern. Es ist nicht nachvollziehbar, warum das Pflegestudium nicht zumindest mit einer regelhaften Gratifikation für die Praxiseinsätze einhergeht, die Hebammenausbildung hingegen als duales Studium mit einem Ausbildungsentgelt für die Studierenden konzipiert ist. Für die hochschulische Pflegeausbildung besteht hier dringender gesetzlicher Regelungsbedarf. Pflegewissenschaftlicher Nachwuchs ist rar, Professuren können kaum besetzt werden und die Standorte buhlen um die wenigen ausreichend qualifizierten Bewerber:innen. Die weitere Professionalisierung der Pflegefachberufe benötigt eine leistungsfähige, hochqualifizierte wissenschaftliche Bezugsdisziplin. Nachwuchsprogramme und einschlägige spezifische Förderung der universitären Pflegeforschung werden dringend benötigt.

Schließlich macht die Corona-Pandemie deutlich, wie wichtig die Implementierung der Registrierungspflicht von Pflegefachpersonen ist, um einen exakten Überblick über die Anzahl, die Qualifikation und die Erreichbarkeit von Pflegefachpersonen zu erlangen. Damit verbunden ist die Notwendigkeit eines zentralen Rahmens für geordnete regelmäßige Weiterbildung und Kompetenzerhalt über alle Pflegefachpersonen hinweg, ob mit heilkundlicher Kompetenz oder ohne.

Literatur

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T. & Sermeus, W. (RN4CAST Consortium) (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383 (9931), 1824–1830.
- Bleckwenn, M., Ahrens, S., Schnakenberg, R. & Weckbecker, K. (2017). Dringlichkeit von hausärztlichen Notfallbesuchen in Altenheimen. *Gesundheitswesen*, 79 (10), 852–854.
- Boyd, M., Armstrong, D., Parker, J., Pilcher, C., Zhou, L., McKenzie-Green, B. & Connolly, M. J. (2014). Do gerontology nurse specialists make a difference in hospitalization of long-term care residents? Results of a randomized comparison trial. *J Am Geriatr Soc*, 62 (10), 1962–1967.
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2020). Ziel erreicht? Ergebnisse einer Online-Umfrage zu Effekten der Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus. Verfügbar unter: <https://www.dbfk.de/de/veroeffentlichungen/Downloads.php> [18.10.2020]
- D’cruz, M. & Banerjee, D. (2020). An invisible human rights crisis: The marginalization of older adults during the COVID-19 pandemic – An advocacy review. *Psychiatry Research*, 292, 113369.
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP) (Hrsg.) (2020). Langfassung der Leitlinie „Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der Covid-19-Pandemie“. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/184-0011_S1_Soz_Teilhabe_Lebensqualitaet_stat_Altenhilfe_Covid-19_2020-10_1.pdf [15.11.2020]
- Deutsche Hochschulmedizin e. V. (2014). Universitätsmedizin braucht Finanzierung für Aufbau akademischer Ausbildungen in der Pflege und anderen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen. Stellungnahme des Verbands der Universitätsklinika (VUD), des Verbands der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU) und des MFT Medizinischen Fakultätentages. Verfügbar unter: https://medizinische-fakultaeten.de/wp-content/uploads/2017/12/140213_stellungnahme_akademisierung_pflegerberufe.pdf [30.10.2020]
- Deutsches Ärzteblatt, 08.08.2018. Experten fordern rechtlichen Rahmen für osteuropäische Pfleger. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96973/Experten-fordern-rechtlichen-Rahmen-fuer-osteuropaeische-Pfleger> [18.10.2020]
- Deutsches Ärzteblatt, 21.09.2020. Krankenhäuser halten immer weniger Intensivbetten für Coronapatienten bereit. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/116660/Krankenhaeuser-halten-immer-weniger-Intensivbetten-fuer-Coronapatienten-bereit> [17.10.2020]
- Deutsches Ärzteblatt, 28.07.2020. Kliniken und Praxen meldeten Kurzarbeit für mehr als 400.000 Mitarbeiter an. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/115076/Kliniken-und-Praxen-meldeten-Kurzarbeit-fuer-mehr-als-400-000-Mitarbeiter-an> [18.10.2020]
- Dichter, M., Kocks, A., Meyer, G. & Stephan, A. (2020). Pflege ist systemrelevant nicht nur in Corona-Zeiten. Gemeinsame Stellungnahme zum Internationalen Jahr der Pflegenden und Hebammen vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie in Deutschland. Verfügbar unter: <https://www.vpuonline.de/wp-content/uploads/Gemeinsame-Stellungnahme-zum-internationalen-Jahr-der-Pflegenden-und-Hebammen-1.pdf> [18.10.2020]
- Dichter, M. N., Sander, M., Seismann-Petersen, S. & Köpke, S. (2020). COVID-19: it is time to balance infection management and person-centered care to maintain mental health of people living in German nursing homes. *Int Psychogeriatr*, May 12, 1–4.
- DJI/RKI – Deutsches Jugendinstitut, Robert Koch-Institut (2020). Monatsbericht der Corona-KiTa-Studie. Ausgabe 09/2020. Verfügbar unter: https://corona-kita-studie.de/downloads/Corona-KiTa-Monatsbericht_September_2020.pdf [18.10.2020]
- DNEbM – Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (2020). Corona-Virus in unseren Pflegeheimen – ein evidenzfreies Drama in drei Akten. Stellungnahme. Berlin, den 28.04.2020. Verfügbar unter: <https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/pdf/stn-corona-pflegeheime-20200428.pdf> [18.10.2020]
- FAMOUS – Fallbezogene Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses (APN) (o.J.). Verfügbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/famous-fallbezogene-versorgung-multimorbider-patientinnen-und-patienten-in-der-hausarztpraxis-durch-advanced-practice-nurses-apn.361> [21.10.2020]
- Fengler, D. (2020). Wenn der Oberleutnant Brote schmiert. *Welt*, 12.05.2020. Verfügbar unter: <https://www.welt.de/regionales/hamburg/article207890607/Bundeswehr-unterstuetzt-Altenheime-Dienst-am-Buttermesser.html> [18.11.2020]
- Gardner, W., States, D. & Bagley, N. (2020). The coronavirus and the risks to the elderly in long-term care. *J Aging Soc Policy*, doi: 10.1080/08959420.2020.1750543.

Göpel, G. (2020). Neues PPR 2.0: Künftig immer zu zweit im Nachtdienst. Verfügbar unter: <https://www.pflegen-online.de/neues-ppr-20-kuenftig-immer-zu-zweit-im-nachtdienst> [01.11.2020]

HandinHand – Hausarzt und Pflegeexperte Hand in Hand – ANP Center zur Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region (o.J.). Verfügbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/handinhand-hausarzt-und-pflegeexperte-hand-in-hand-anp-center-zur-zukunftssicherung-der-medizinischen-basisversorgung-in-der-region.192> [21.10.2020]

Hower, K. I., Pfaff, H. & Pförtner, T. K. (2020). Pflege in Zeiten von COVID-19: Onlinebefragung von Führungskräften zu Herausforderungen, Belastungen und Bewältigungsstrategien. *Pflege*, 33 (4), 207–218.

Kampf, L. & Stadler, R. (2020). In der Falle. *Süddeutsche Zeitung Magazin*, Nr. 41, 09.10.2020, 9–20.

King, A. I. I., Boyd, M. L., Dagley, L. & Raphael, D. L. (2018). Implementation of a gerontology nurse specialist role in primary health care: Health professional and older adult perspectives. *J Clin Nurs*, 27 (3-4), 807–818.

Krones, T., Meyer, G. & Monteverde, S. (2020). Medicine is a social science: COVID-19 and the tragedy of residential care facilities in high-income countries. *BMJ Glob Health*, 5 (8), e003172.

Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E. & van Vught, A. J. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*, 7 (7), CD001271.

Leutgeb, R., Berger, S. J., Szecsenyi, J. & Laux, G. (2019). Potentially avoidable hospitalisations of German nursing home patients? A cross-sectional study on utilisation patterns and potential consequences for healthcare. *BMJ Open*, 9 (1), e025269.

Maier, C. B. & Aiken, L. H. (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *Eur J Public Health*, 26 (6): 92–934.

Maier, C. B., Budde, H. & Buchan, J. (2018). Nurses in expanded roles to strengthen community-based health promotion and chronic care: policy implications from an international perspective; A commentary. *Isr J Health Policy Res*, 7 (1), 64.

RBS – Robert Bosch Stiftung (2013). Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart.

RBS – Robert Bosch Stiftung (2018). Mit Eliten pflegen. Für eine exzellente, zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in Deutschland. Stuttgart.

RKI – Robert Koch-Institut (2020). Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen und für den öffentlichen Gesundheitsdienst. V.10, 07.10.2020. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.pdf?__blob=publicationFile [17.10.2020]

Rothgang, H., Domhoff, D., Friedrich, A. C., Heinze, F., Preuss, B., Schmidt, A., Seibert, K., Stolle, C. & Wolf-Ostermann, K. (2020a). Pflege in Zeiten von Corona: Zentrale Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittsbefragung vollstationärer Pflegeheime. *Pflege*, 33 (5), 265–275.

Rothgang, H., Görres, S., Darmann-Finck, I., Wolf-Ostermann, K., Becke, G., Brannath, W., et al. (2020b). Zweiter Zwischenbericht – Finale Version zur Abnahme durch den Auftraggeber – im Projekt Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Institut für Arbeit und Wirtschaft (iaw), Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb), Bremen, Februar 2020. Verfügbar unter: <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/02/2.-Zwischenbericht-Personalbemessung-%C2%A7-113c-SGB-XI.pdf> [29.10.2020]

Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K. & Glaeske, G. (2020a). Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – der Übergang zur chronischen Phase – Ergänzende, aktualisierte Daten. Verbesserung der Outcomes in Sicht. Stabile Kontrolle: Würde und Humanität wahren. Diskursverengung vermeiden: Corona nicht politisieren. Thesenpapier Version 4.0 Köln, Berlin, Bremen, Hamburg 30.08.2020, aktualisiert als Version 4.1 am 05.10.2020. Fact Sheet Nr. 2, aktualisiert auf den 08.10.2020. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/344637589_Fact_Sheet_Nr_2_Thesenpapier_41_Die_Pandemie_durch_SARS-CoV-2Covid-19_-der_Übergang_zur_chronischen_Phase_-_Ergänzende_aktualisierte_Daten_Verbesserung_der_Outcomes_in_Sicht_Stabile_Kontrolle_Wurde_un [18.10.2020]

Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K. & Glaeske, G. (2020b). Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19. Spezifische Prävention als Grundlage der „Stabilen Kontrolle“ der SARS-CoV-2-Epidemie. Thesenpapier Version 5.00. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg. 25. Oktober, 12:00 Uhr. Verfügbar unter: https://www.medizinisches-coaching.net/wp-content/uploads/2020/10/thesenpapier_5_201025.pdf [28.10.2020]

Silies, K., Schley, A., Sill, J., Fleischer, S., Müller, M. & Balzer, K. (2020). Die COVID-19-Pandemie im akutstationären Setting aus Sicht von Führungspersonen und Hygienefachkräften in der Pflege. *Pflege*, 33 (5), 289–298.

SVR – Sachverständigenrat (2007). Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung des Gesundheitswesens. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Drucksache 16/6339: Deutscher Bundestag.

Tagesschau.de, 19.03.2020. Maßnahmen gegen Coronavirus. Spahn kündigt Hilfe für Pflegebranche an. Verfügbar unter: <https://www.tagesschau.de/inland/spahn-corona-pflegebranche-101.html> [18.10.2020]

Tannen, A., Feuchtinger, J., Strohbücker, B. & Kocks, A. (2017). Survey zur Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken – Stand 2015. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*, 120, 39–46.

Walker, D. K. & Polancich, S. (2015). Doctor of Nursing Practice: The Role of the Advanced Practice Nurse. *Semin Oncol Nurs*, 31 (4), 263–272.

Wolf-Ostermann, K., Schmidt, A., Preuß, B., Heinze, F., Seibert, K., Friedrich, A. C., Domhoff, D., Stolle, C. & Rothgang, H. (2020). Pflege in Zeiten von Corona: Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittbefragung von ambulanten Pflegediensten und teilstationären Einrichtungen. *Pflege*, 33 (5), 277–288.