Impressum

Herausgeber:
Deutscher Berufsverband
für Pflegeberufe DBfK e. V.
Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin
Tel.: (0 30) 21 91 57-0
dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de

Verantwortlich:
Peter Tackenberg
(stellv. Geschäftsführer)

Redaktion:
Ivonne Köhler-Roth
redaktion@dbfk.de

Neuanfang im BMG: Pflege braucht Datenarchitektur statt Schnelllösung

Peter Tackenberg
stellv. DBfK-Bundesgeschäftsführer

Liebe Mitglieder,

der personelle Wechsel in der Leitung des Bundesgesundheitsministeriums fällt in eine Phase wichtiger Weichenstellungen. Welche Akzente die neue Leitung setzen wird, ist noch offen. Für den DBfK ist jedoch entscheidend: Ein personeller Neuanfang darf weder zu fachpolitischem Stillstand führen noch dazu, dass die professionelle Pflege bei zentralen Reformvorhaben erneut unzureichend berücksichtigt wird. Die anstehenden Aufgaben verlangen Kontinuität und die kritische Prüfung bisheriger Ansätze.

Mit der Umsetzung des PUEG (Pflegeunterstützugns- und Entlastungsgesetz), des BEEP (Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege), der Krankenhausreform sowie perspektivisch des PNOG (Pflegeneuordnungsgesetz) stehen tiefgreifende Veränderungen in der Gesundheits- und Pflegepolitik an. Sie reichen von neuen Aufgaben und Befugnissen bis zu erheblichen Einsparvorgaben und strukturellen Neuausrichtungen. Digitalisierung ist dabei kein isoliertes Einzelthema, sondern eine zwingende Querschnittsaufgabe. Gerade hier entscheidet sich, ob Pflege als eigenständiger professioneller Versorgungsbereich in den künftigen Strukturen sichtbar wird oder in den Daten weiterhin unterbelichtet bleibt. Die Diskussion über ein bundeseinheitliches Klassifikationssystem für Pflegeleistungen und Pflegediagnosen zeigt beispielhaft, worauf es dabei ankommt.

Die Datenlage zur pflegerischen Versorgung ist unzureichend. Pflegebedarfe, Leistungen und Ergebnisse werden weder strukturiert erfasst noch für Versorgung, Forschung und politische Steuerung nutzbar gemacht. Es ist richtig, die digitale Sichtbarkeit der Pflege über Sektorengrenzen hinweg auf die Agenda zu setzen.

Falsch wäre die Annahme, diese Lücke ließe sich kurzfristig durch ein einziges Klassifikationssystem schließen.

Ein solches Versprechen verkennt die Komplexität professioneller Pflege. Krankenhaus, Psychiatrie, Rehabilitation, ambulante Versorgung und Langzeitpflege haben unterschiedliche Ziele und Dokumentationsanforderungen. Eine Klassifikation für alle Bereiche wird entweder zu allgemein oder kaum handhabbar. Pflegediagnosen beschreiben individuelle Pflegebedarfe; sie sind nicht automatisch abrechenbare Leistungen. Auch sagt eine klassifizierte Leistung noch nichts über Personalaufwand oder Vergütung aus.

Der richtige Einstieg ist daher kein monolithisches System, sondern eine gemeinsame Terminologiearchitektur. Versorgungsnahe Klassifikationen müssen dort einsetzbar bleiben, wo sie fachlich passen. Eine Referenzterminologie verbindet sie semantisch und macht die Informationen interoperabel. SNOMED CT kann diese Funktion übernehmen; ICNP bildet die Brücke zur pflegerischen Fachlogik. So wird die Vielfalt der Versorgung nicht eingeebnet, sondern über Systeme und Sektorengrenzen hinweg nutzbar.

Damit daraus Praxis wird, braucht Deutschland eine Pflege-Informatik-Initiative. Sie muss Kerndatensätze Pflege, Datenintegrationszentren, semantische Standards und Governance-Strukturen entwickeln. Dazu gehören Studienangebote, Professuren und Forschungsförderung. Klinische, wissenschaftliche und industrielle Expertise muss verbindlich zusammenwirken. Pflegefachliche und -wissenschaftliche Kompetenz gehört dauerhaft in die Institutionen, die über Terminologien, Interoperabilität und Datennutzung entscheiden – bei einer Vergütungsperspektive auch in das InEK.

Die Reihenfolge ist entscheidend. Wer zuerst eine Abrechnungslogik festlegt und danach die Datenbasis entwickelt, baut Fehlanreize in das Fundament ein. Dokumentation darf nicht auf erlöswirksame Merkmale reduziert werden. Sie muss den Pflegeprozess unterstützen, Bedarfe und Ergebnisse sichtbar machen sowie Forschung und Qualitätsentwicklung ermöglichen. Erst mit validen, interoperablen Routinedaten lässt sich ein Vergütungsmodell seriös prüfen.

Die neue Leitung des Bundesgesundheitsministeriums steht damit vor einer grundsätzlichen Entscheidung: Wird Pflege vor allem als Personal- und Kostenfaktor betrachtet – oder als eigenständiger professioneller Versorgungsbereich, dessen Bedarfe, Leistungen und Ergebnisse systematisch abgebildet werden? Eine Pflege-Informatik-Initiative ist kein digitales Nebenprojekt, sondern gesundheitspolitische Infrastruktur. Sie verlangt wissenschaftliche Begleitung, klare Zuständigkeiten und verlässliche Finanzierung. Professionelle Pflege wird nicht durch ein einzelnes Klassifikationssystem gestärkt, sondern durch Strukturen, die Bedarfe, Leistungen und Ergebnisse sichtbar machen – und Konsequenzen für Qualität, Personal und Finanzierung ermöglichen.