

Diskussionspapier Pflegerische Leitung in Kliniken der ortsnahen und regionalen Grundversorgung Level 1i

Im Rahmen der Neuordnung der Krankenhausstruktur, im Besonderen der Schaffung einer regionalen und ortsnahen Gewährleistung der Grundversorgung (Level 1i) ist die Stellung der professionellen Pflege im Rahmen einer führenden Verantwortung und Leitung dieser Kliniken wesentlich. Dies sieht die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vor. Ziel ist mit Hilfe grundversorgender Kliniken die allgemeine und spezialisierte ambulante und fachärztliche Versorgung mit Akutpflegebetten (ohne Fachabteilungszuordnung) und stationärer Überwachung und pflegerischer Versorgung, zu gewährleisten.

Diese Neustrukturierung bietet die Möglichkeit regionalen Fachkräfteengpässen zu begegnen, Personalressourcen zielgerichtet einzusetzen und eine bedarfs- und präventivorientierte regionale Versorgung sicherzustellen. Im Folgenden werden auf Basis internationaler Modelle für die Übertragung und Neuordnung pflegerischer Kompetenzen und pflegegeleiteter Strukturen mögliche Handlungsempfehlungen für Deutschland abgeleitet. Im Zuge dessen gilt es die interprofessionelle Zusammenarbeit des pflegerischen und ärztlichen Dienstes im Rahmen dieser Entwicklung neu zu denken und zu strukturieren.

Pflegegeleitete Strukturen im internationalen Vergleich

International existieren eine Vielzahl an Modellen, die der Pflege eine leitende Funktion in der Primärversorgung einräumen. Unter den Namen „Public Health Nurse“, „Community Health Nurse“, „Nurse led clinic“ oder „Nurse-led service/care“, um nur einige zu nennen, werden Modelle und Positionen bezeichnet, die der Pflegefachperson fachbereichsbezogen oder mit Fokus auf spezielle Pflegeprobleme eine übergeordnete Stellung zuordnen. Hierbei übernimmt eine hochqualifizierte Pflegefachperson eine führende Rolle im Rahmen der Gesundheitsversorgung ohne direkte Aufsicht durch Angehörige anderer Gesundheitsberufe. Zu möglichen Aufgaben zählen die Bewertung von Bedarfen und Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten, das Einleiten diagnostischer Tests, das Verschreiben von Medikamenten (nach vorgegebenen Richtwerten und Regularien), sowie ein erweiterter Entscheidungsspielraum. Als wesentliche Voraussetzung konnten folgende Faktoren identifiziert werden: Ausbildungsstand und Expertise der Pflegefachpersonen, Management assoziierte Kernkompetenzen in Bereiche der Administration und der Festlegung von organisationalen Strukturen, sowie das Vorhandensein von dokumentationsgeleiteten Rahmenbedingungen und der regelmäßigen Überprüfung dieser Strukturen und Prozesse sowie eine fortlaufende begleitende Ausbildung und Forschung (Khair/Chaplin, 2017). Solche Modelle finden sich in Schweden, Norwegen, Schottland, UK, Kanada, den USA und weiteren. Dabei handelt es sich bei einer Pflegefachperson in der Position der Community Health Nurse in Bezug auf deren Qualifikation um eine Advanced Practice Nurse (APN) auf Master-Niveau (Burgi, M., Igl, G., 2021).

Im Rahmen pflegegeleiteter Kliniken z.B. im Bereich der Onkologie zeigen sich positive Ergebnisse, in Bezug auf das Wohlbefinden, der Lebensqualität und der Verbesserung körperlicher Symptome, wie Dyspnoe, Müdigkeit und Erbrechen. In Bezug darauf konnten keine Mängel im Vergleich zu ärztlich geleiteten Kliniken gezeigt werden, jedoch mit einer signifikanten Steigerung der Patientinnen- und Patientenzufriedenheit, sowie der bedarfsgerechten Patientinnen- und Patienteninformation mit der Stärkung der Entscheidungsfähigkeit dieser (Molassiotis et al., 2020). Letzteres konnte in weiteren Studien belegt werden (Randall et al., 2017). Swan et al. führte 2015 eine Untersuchung zur Bewertung des Einsatzes von Advanced Practice Nurses (APN) zur Linderung von Engpässen in der Primärversorgung durch. Auch hier kommen die Autoren zum Schluss, dass nur wenig Unterschiede in der Primärversorgung durch APNs im Vergleich zu Ärztinnen und Ärzten sichtbar sind, jedoch weniger Konsultationen im Verlauf der Betreuung der Patientinnen und Patienten bei APNs benötigt wurden und dies intensiver durchgeführt wurden, als bei Betreuung durch den ärztlichen Dienst (Swan et al., 2015). Dies kann durch Ergebnisse von Laurent et al. und Maier et al. bestätigt werden, da APNs und NPs (Nurse Practitioner) Versorgungsbedarfe umfassender identifizieren als der ärztliche Dienst (DBfK, 2020, Laurent et al., 2018, Maier et al., 2016). Dies kann zu einer Kosteneinsparung führen, wobei dieser Aspekt in den erwähnten Studien nicht ausreichend belegt werden konnte. Trotz der Senkung von Wiederaufnahmen und einem verbesserten Outcome in Bezug auf pflegegeleitete Kliniken empfehlen die Autoren in weiteren Untersuchungen das bewertete Spektrum

zu erweitern (Savarese et al., 2019). Im Rahmen der Primärversorgung übernehmen Pflegefachpersonen mit einer Ausbildung als APN im internationalen Vergleich weiterführende Tätigkeiten, wie das Verschreiben von Medikamenten, Diagnostik und Untersuchungen, die Anordnung von Tests und bildgebende Verfahren, Übernahme von Therapieentscheidungen, feste Zuständigkeiten für Patientinnen- und Patientengruppen, Überweisungen und Erstkontakt. Mögliche Einsatzfelder für APNs im Kontext dieser Aufgaben sind Tätigkeiten in Gesundheitszentren, Ambulanzen und (teil-)stationären Modellen, integrierten Versorgungsprogrammen, ambulanten Pflegediensten, Alten- und Pflegeheimen und Schulen (Maier et al. 2016). Bereits 2003 konnten Untersuchungen in den USA zeigen, dass durch den Einsatz von APNs in der Kooperation mit dem ärztlichen Dienst und einer intensiven und kollegialen Zusammenarbeit eine deutliche Entlastung letzterer sichtbar wird. Tätige Ärztinnen und Ärzte können sich somit auf komplexere medizinische Fälle konzentrieren, so die Autorin (Rapp, 2003). Aber auch neuere Studien aus der Schweiz belegen, dass der Einsatz von APNs z.B. bei der hausärztlichen Versorgung im Rahmen einer Tandembetreuung zuträglich ist und der ärztliche Dienst auch in Bezug auf Routineaufgaben entlastet wird. „Durch wiederkehrende, präventive Hausbesuche vermittelt die APN dem Patienten und dem Betreuungsteam Sicherheit und Behandlungskontinuität. Sie übernimmt Teilaufgaben der Ärztin mit dem gleichen Ziel, eine Dekompensation des Patientensystems zu verhindern. Die Hausärztin wird in der Kommunikation und Koordination in stabilen Langzeitsituationen entlastet, behält aber das Steuer in der Hand“ (Sailer Schramm et al., 2019). In einem Modellprojekt (CASE-Implementierung von APN, Pflegefachpersonen mit erweiterter und vertiefter Praxis, in die Organisation Spitex Sihl Zürich) profitieren u.a. Patientinnen- und Patientengruppen von einer pflegerisch und ärztlich ergänzenden Versorgung, deren Behandlungs- und Therapiepläne z.B. durch eine demenzielle Begleiterkrankung erschwert sind (Mahrer Imhof, 2020).

In Bezug auf die Übernahmen der Medikamentenverordnung durch qualifizierte Pflegefachpersonen zeigen internationale Studien ein hohes Maß an Sicherheit. Ebenso zeigt sich eine Steigerung der Arbeitszufriedenheit seitens der Pflegefachpersonen durch eine umfassende Betreuung der Patientinnen und Patienten (DBfK, 2020, Maier et al., 2016).

Aktuelle Situation in Deutschland

Mit Beachtung der Entwicklung pflegebezogener Aufgaben kann ein deutlicher Zuwachs verzeichnet werden. Neben der Übernahme vielfältiger administrativer Tätigkeiten, die wesentlich einen erfolgreichen und koordinierten Behandlungsverlauf zuträglich sind und mittlerweile in der praktischen Arbeit gelebt werden (DKI, 2020), übernehmen Pflegefachpersonen nach Einweisung und ggf. Delegation übergeordnete Aufgaben, wie z.B. die Ersteinschätzung in der Zentralen Notaufnahme, die Applikation von Zytostatika, etc. Neben der Erweiterung der Pflegepraxis in Form des Einsatzes von akademisierten Pflegefachpersonen für spezifische Pflegeprobleme (z.B. Wundexpertinnen und -experten, Schmerzmanagement, teilweise APN-Einsatz im Rahmen fachpflegerischer Leitungsstrukturen etc.), sind bereits in Modellprojekten im Jahr 2013 pflegegeleitete Ambulanzen z.B. für chronische Wunden erprobt worden (Kreis Krankenhaus Frankenberg gGmbH). Die Rolle der Pflegefachperson als übergreifender Koordinator wird hier besonders herausgestellt: „Gleichzeitig wird die Einbindung aller angrenzenden Disziplinen, wie Chirurgie, Sanitätshaus, Apotheke, Dermatologie, Radiologie und ambulante Pflegedienste, vom Wundteam koordiniert.“ (BMG, 2013, S. 33). In Bezug auf die Ersteinschätzung in der Zentralen Notaufnahme, wie eingangs erwähnt, konnte in einem Modellprojekt eine deutliche Reduzierung der Patientinnen- und Patientenbeschwerden, eine Erhöhung der Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterzufriedenheit, sowie auch wirtschaftliche Erfolge durch die Reduktion von unnötigen Diagnosen und Therapien verzeichnet werden (BMG, 2013). In Bezug darauf übernehmen deutsche Pflegefachpersonen bereits in etlichen Fachbereichen die Einschätzung des klinischen Zustandes von Patientinnen und Patienten und sind an der Steuerung des Behandlungsverlaufes mitbeteiligt (z.B. im Bereich Schmerzmanagement, Intensivstation etc.) (DBfK, 2020, Isfort, M., Weidner, F., Gehlen, D., 2012). Die interprofessionelle Zusammenarbeit benötigt im Rahmen des Ausbaus pflegerischer Kompetenzen ein besonderes Augenmerk, v.a. um die Versorgung effizient und zielgerichtet an die Patientinnen- und Patientenbedürfnisse anzupassen. Im Rahmen von PORT-Zentren (Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung) der Robert Bosch Stiftung wird schon jetzt dem Bedarf eines interdisziplinär verbundenen Behandlungs- und Therapieplans Rechnung getragen. Dieses Konzept stellt die Schwerpunkte pflegerischer Praxis heraus und fördert eine an das akademisch erworbene Wissen angepasste Aufgabenverteilung (angelehnt an Gesundheitszentren in Schweden) (Robert Bosch Stiftung, 2023). Auch das Projekt FAMOUS (Fallbezogene Versorgung multimorbider Patienten und Patientinnen in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses (APNs)) zielt auf den Einsatz von APNs in der ambulanten Versorgung ab. Zu den Aufgabenbereichen zählen das Assessment und die Identifikation von Unterstützungsbedarfen, das Erstellen und Steuern von fallbezogenen Versorgungsplänen sowie das Monitoring/die Evaluation, der Informationstransfer und die interprofessionelle Zusammenarbeit (wöchentliche Fallbesprechung mit Hausärztin oder Hausarzt). Das Projekt ist mit einer Laufzeit von 3,5 Jahren geplant (bis März 2024) (Stemmer, 2021).

Mögliche Ausgestaltung der pflegerischen Leitung im Rahmen grundversorgender Strukturen in Deutschland

Im Rahmen der von der Regierungskommission erarbeiteten Krankenhausreform, im Besonderen der pflegerischen Leitungsstruktur ortsnahe und regionaler Kliniken der Grundversorgung zeigen internationale Erfahrungen, dass pflegegeleitete Strukturen den Versorgungsbedarfen im regionalen Setting gerecht werden können. Daneben können positive Ergebnisse in der Steigerung der Patientinnen- und Patientenzufriedenheit, -edukation, -aufklärung und -beratung, der Arbeitszufriedenheit tätiger Pflegefachpersonen durch erweiterte Handlungsspielräume sowie in der Lenkung und Steuerung des Behandlungs- und Therapieprozesses verzeichnet werden. Hierzu bedarf es vorab einer Definition des Aufgabenspektrums sowie der organisationalen Einbettung in diesen Kliniken/Einrichtungen. So bezieht sich der Begriff „pflegegeleitet“ auf die Übernahme einer fachlich leitenden Rolle seitens der Pflegefachperson im Rahmen des Behandlungs- und Therapieprozesses und spezialisierten und grundversorgenden Einrichtungen, gemäß der fachlichen Kompetenzen einer Advanced Practice Nurse im Bereich der klinischen Steuerung. Die Leitung im Sinne prozessualer und organisationaler Strukturen bedarf jedoch auch Kompetenzen in den Bereichen Personalplanung, -entwicklung und -bedarfsplanung, Administration, Controlling sowie Projektplanung und -durchführung. Hier bietet sich die Umsetzung des Shared Governance Modells mit mono- oder interdisziplinärer Ausrichtung an.

Folgende Ausführungen zeigen einen Überblick zu möglichen Aufgabenbereichen eines pflegegeleiteten Versorgungsprozesses – Community Health Nurse (Burgi, M., Igl, G., 2021, Agnes-Karll-Gesellschaft, 2018):

- Primärversorgung und Sicherung von Versorgungskontinuität im ambulanten und (teil-)stationären Sektor
- Erweiterte Gesundheitsförderung sowie Primär- und Sekundärpräventionsprogramme
- Wiederholungs- und Kontrolluntersuchungen sowie Screenings auf Krebserkrankungen oder andere Versorgungsuntersuchungen/Check-ups
- Eigenverantwortliche Behandlung von z.B. Erkältungskrankheiten
- Monitoring und Management chronischer Krankheiten sowie die Beteiligung an strukturierten Behandlungsprogrammen (z.B. Disease Management für Diabetes, Arthritis, Asthma etc.)
- Selbstmanagement der Patient*innen durch Informationen, Beratung und Anleitung
- Versorgungskoordination und Navigation durch das Gesundheitssystem sowie integrierte Versorgung durch Kooperation im ambulanten und stationären Sektor.

Hieraus ergeben sich folgende Tätigkeiten (Burgi, M., Igl, G., 2021, Agnes-Karll-Gesellschaft, 2018):

- Klinisches Assessment und körperliche Untersuchung
- Ersteinschätzung und Beratung
- Gesundheitserhaltung und -förderung
- Befähigung von Patientinnen und Patienten
- Koordination, Kooperation, Leadership (Verantwortlichkeit für die Versorgungskoordination und -integration)
- Bedarfserhebung

Ableitend der Ausführungen zeigt sich, dass es für die Umsetzung dieses Aufgabenspektrums eine gesetzliche sowie strukturelle und ausbildungsbezogene Anpassung und das Schaffen von vielfältigen Voraussetzungen braucht. Hierunter zählt zum einen die Ausweitung, der Ausbau und die gesetzliche Verankerung der Inhalte aus der Heilkundeübertragungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, über die Modellvorhaben hinaus. Zum anderen benötigt es die Anpassung des Pflegeberufgesetzes. Die Ausübung der aufgeführten Aufgabenbereiche und Tätigkeiten bedarf außerdem die Auseinandersetzung und Definition nötiger hochschulischer Abschlüsse (Master-Degree), vorhandener Berufserfahrung je nach Leistungsgruppe und mögliche Einarbeitungs- und Unterstützungsmodelle. Hier könnte eine strukturierte Vernetzung mit ortsnahe Kliniken Level 1n oder Level 2/3 angezeigt sein oder anderweitige Coaching-Modelle. Digitale Lösungen, wie Videosprechstunden, Telekonsile, Telenotärztliche und -pflegerische Versorgung u.a. können hier Kommunikations-, Dokumentations- und Abstimmungsprozesse deutlich unterstützen und Versorgungsproblemen begegnen. Der verstärkte Fokus auf die Umsetzung der im Koalitionsvertrag festgelegten Digitalisierungsstrategie kann der Entwicklung und Umsetzung pflegegeleiteter Strukturen, sowie der Förderung der Gesundheitskompetenz ebenso zuträglich sein (Bündnis Digitalisierung in der Pflege, 2021). Eine wissenschaftliche Begleitung in Rahmen der Einführung und des Aufbaus pflegegeleiteter Strukturen in Deutschland können Basis für die Prüfung weiterer umzusetzender Voraussetzungen sein, wie die Anpassung von hochschulischen Inhalten, Prozess- und Strukturbedingungen sowie der gezielten Evaluation der Erweiterung nationaler Pflegekompetenzen darstellen.

Als wesentlich ist voranzustellen, dass ein deutlicher Ausbau an hochschulischen Kompetenzen im Bereich der fachlichen Pflegepraxis v.a. im Masterniveau vorangetrieben werden muss, um ausreichend qualifiziertes Pflegefachpersonal für den Ausbau flächendeckender und pflegegeleiteter Strukturen zu fördern. Derzeit liegt der Anteil angehender Pflegefachfrauen und -männern, die sich statt für eine Ausbildung für ein primärqualifizierendes Studium (auch Dual-Studierende) entscheiden bei 0,82 %, bei einer insgesamten Akademisierungsquote in Deutschland von 1,75 % (Stand 2021) (Meng et al., 2022). Um zukünftigen Anforderungen der pflegefachlichen und auch den strukturellen Änderungsbedarfen gerecht zu werden, benötigt es eine Förderung grundständiger Akademisierung sowie der Aufbau akademischer Kompetenzen im Pflegefachberuf. Hierzu zählt auch die langfristige und stabile Finanzierung dieser, die über Modellprojektvorhaben hinaus gehen. Im Sinne der internationalen Studienlage und den gewonnenen Erkenntnissen kann die Umsetzung pflegegeleiteter Strukturen im Rahmen der Level 1i Kliniken der Arbeits- und Berufszufriedenheit zuträglich sein, sowie auch die Erschließung neuer Karrierewege begünstigen. Dies kann mittelbar und unmittelbar positive Auswirkungen auf die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes nehmen.

Literatur

- Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH (Hrsg.) (2018): Community Health Nursing in Deutschland – Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum. Berlin, zitiert als: Agnes-Karll-Gesellschaft. S. 13ff.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2013): Wegweisende Modelle zur Weiterentwicklung der Pflege im Krankenhaus. Neuwied: Görres-Verlag GmbH. S. 32-36
- Bündnis der Digitalisierung in der Pflege (2021): Digitalisierung in der Pflege: Eckpunkte einer nationalen Strategie. https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2021/05/2021_Positionspapier_Verb%C3%A4nderung%20BCndnis-Digitalisierung-Pflege.pdf (Zugriff 19.01.2023)
- Burgi, M., Igl, G. (2021): Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. Baden-Baden: Nomos Verlag GmbH. doi: <https://doi.org/10.5771/9783748924319>. S. 25-31
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband (2020): Advanced Practive Nursing. Positionspapier. Berlin, zitiert als DBfK
- Deutsches Krankenhausinstitut (Hrsg.) (2020): Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen. Düsseldorf. S. 85
- Isfort, M., Weidner, F., Gehlen, D. (2012): Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstation im Krankenhaus: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung. https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte_DIP-Institut/Pflege_Thermometer_2012.pdf (Zugriff 18.01.2023).
- Khair, K., Chaplin, S. (2017): What is a nurse-led service? A discussion paper. J HWAM Pract 2017; (4)(1). doi: 10.17225/jhp00100. S. 2
- Laurent M. et al. (2018): Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 7. Art. No.: CD001271. doi: 10.1002/14651858.CD001271.pub3.
- Mahrer Imhof, R. (2020): Einbettung des CASE-Projektes in die Entwicklung von Advanced Practice Nursing. Teil II – Einbettung des CASE-Projektes. S. 40-54. https://s86fe826d63562084.jimcontent.com/download/version/1604582077/module/7756438411/name/2020_Beitrag_Mahrer_CASE.pdf (Zugriff 23.01.23)
- Maier, C., Aiken, L., Busse, R. (2016): Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. OECD Health Working Papers, No. 98. <https://7d10e75804.clvaw-cdnwnd.com/2e282dc6c366b7127553ad618bd398d2/200001070-8266b8362b/2017%20OECD%20report%20APN%20in%20primary%20care.pdf> (Zugriff 17.01.2023)
- Meng, M. et al. (2022): Erste Sondererhebung des BIBB-Pflegepanels. Ein aktueller Überblick zu berufsqualifizierenden Pflegestudiengängen. Bonn, S. 12.
- Molassiotis, A. et al. (2020): Impact of advanced nursing practice through nurse-led clinics in the care of cancer patients: A scoping review. Eur J Cancer Care. 2020;00:e13358. <https://doi.org/10.1111/ecc.13358>.
- Randall, S. et al. (2017): Impact of community based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost effectiveness: A systematic review. International Journal of Nursing Studies 73 (2017) 24-33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.008>.
- Rapp, M. P. (2003): Opportunities for advance practice nurses in the nursing facility. J Am Med Dir Assoc. 2003 Nov-Dez;4(6):337-43
- Robert Bosch Stiftung (2023, 18. Januar): PORT Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung>
- Savarese, G. et al. (2019): Nurse-Led Heart Failure Clinics Are Associated With Reduce Mortality but Not Heart Failure Hospitalization. J Am Heart Assoc. 2019;8:e011737. DOI: 10.1161/JAHA.118.011737.

Sailer Schramm, M. et al. (2019): Tandembetreuung mit Vorteilen für alle Beteiligten. Primary and Hospital Care – Allgemeine Innere Medizin 2019;19(2):52-56
 Stemmer, R. (2021): FAMOUS. FAZ-Konferenz Gesundheit und Versorgung. Katholische Hochschule Mainz.
 Swan, M. et al. (2015): Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. International Journal for Quality in Health Care, 2015, 27(5), 396-404. doi: 10.1093/intqhc/mzv054.

Berlin, 23.01.2023

Kontakt

Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)
 Alt-Moabit 91
 10559 Berlin

Tel.: + 49 30 / 398 77 303
 E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
 www.deutscher-pflegerat.de

Zum Deutschen Pflegerat e.V. (DPR)

Der Deutsche Pflegerat wurde 1998 gegründet, um die Positionen der Pflegeorganisationen einheitlich darzustellen und deren politische Arbeit zu koordinieren. Darüber hinaus fördert der Zusammenschluss aus aktuell 16 Verbänden die berufliche Selbstverwaltung. Seit 2003 handelt der Deutsche Pflegerat als eingetragener, gemeinnütziger Verein. Als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens und Partner der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ist der Deutsche Pflegerat primärer Ansprechpartner für die Politik. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist der Einsatz für eine nachhaltige, qualitätsorientierte Versorgung der Bevölkerung oberstes Anliegen des Deutschen Pflegerats.

Präsidentin des Deutschen Pflegerats ist Christine Vogler.
 Vizepräsidentinnen sind Irene Maier und Annemarie Fajardo.

