

Ausschuss für Gesundheit

Wortprotokoll

75. Sitzung

Berlin, den 23.01.2008, 16:30 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001

Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung (Block IV: Berufsrechtliche Fragestellungen) zu folgenden Vorlagen:

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

BT-Drucksache 16/7439, 16/7486

Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Nicole Maisch, Birgitt Bender, weiterer
Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine konsequent nutzerorientierte
Pflegeversicherung

BT-Drucksache 16/7136

Antrag der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und
der Fraktion DIE LINKE.

Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung

BT-Drucksache 16/7472

Antrag der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Daniel Bahr (Münster), Dr. Konrad Schily, weiterer
Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Für eine zukunfts- und generationengerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende,
transparente und unbürokratische Pflege

BT-Drucksache 16/7491

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Bauer, Wolf, Dr.
 Eichhorn, Maria
 Faust, Hans Georg, Dr.
 Hüppe, Hubert
 Koschorrek, Rolf, Dr.
 Michalk, Maria
 Scharf, Hermann-Josef
 Spahn, Jens
 Straubinger, Max
 Widmann-Mauz, Annette
 Zylajew, Willi

SPD

Friedrich, Peter
 Hovermann, Eike
 Kleiminger, Christian
 Lauterbach, Karl, Dr.
 Mattheis, Hilde
 Rawert, Mechthild
 Reimann, Carola, Dr.
 Spielmann, Margrit, Dr.
 Teuchner, Jella
 Volkmer, Marlies, Dr.
 Wodarg, Wolfgang, Dr.

FDP

Bahr, Daniel
 Lanfermann, Heinz
 Schily, Konrad, Dr.

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
 Seifert, Ilja, Dr.
 Spieth, Frank

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
 Scharfenberg, Elisabeth
 Terpe, Harald, Dr.

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Blumenthal, Antje
 Brüning, Monika
 Hennrich, Michael
 Jordan, Hans-Heinrich, Dr.
 Krichbaum, Gunther
 Luther, Michael, Dr.
 Meckelburg, Wolfgang
 Philipp, Beatrix
 Scheuer, Andreas, Dr.
 Zöllner, Wolfgang
 N.N.

Bätzing, Sabine
 Becker, Dirk
 Bollmann, Gerd
 Ferner, Elke
 Gleicke, Iris
 Hemker, Reinhold, Dr.
 Kramme, Anette
 Kühn-Mengel, Helga
 Marks, Caren
 Schmidt, Silvia
 Schurer, Ewald

Ackermann, Jens
 Kauch, Michael
 Parr, Detlef

Ernst, Klaus
 Höger, Inge
 Knoche, Monika

Haßelmann, Britta
 Koczy, Ute
 Kurth, Markus

Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigegefügt.

Fehler! Keine Indexeinträge gefunden.

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU)	10	SV Deflev Heins (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.)	18
Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP)	16, 17	SV Dr. Carl-Heinz Müller (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV))	7, 9, 15, 17, 25
Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	11	SV Dr. Diethard Sturm (Deutscher Hausärzteverband e.V.)	8
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	6, 25	SV Dr. Monika Rausch (Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V.(ZVK))	26
Abg. Dr. Ilja Seifert (DIE LINKE.)	18, 19	SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.(MDS))	7, 27
Abg. Dr. Konrad Schily (FDP)	15, 16, 18	SV Dr. Susanne Jassim-Guddorp	28
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	13	SV Dr. Theodor Windhorst	16, 17, 25
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	14, 26	SV Dr. Thomas Scharmann (Deutscher Facharztverband e.V. (DFV))	8, 17
Vorsitzende Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.):	6, 29	SV Dr. Wolfram Johannes	7, 8, 10, 24
Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU)	23	SV Arno Metzler (Bundesverband der Freien Berufe (BFB))	16
Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	21, 22, 23	SV Erwin Dehlinger (AOK-Bundesverband (AOK-BV))	8, 17
Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.)	20	SV Franz Wagner (Deutscher Pflegerat e. V.)	11, 13, 19
Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU)	26	SV Gerd Dielmann (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di))	19, 20, 23
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	28	SV Heinz Christian Esser (Deutscher Verband für Physiotherapie - Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V. (ZVK))	24
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	7, 25	SV Herbert Mael (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa))	9
Abg. Maria Eichhorn (CDU/CSU)	8, 24	SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di))	20
Abg. Mechthild Rawert (SPD)	27	SV Horst-Dieter Schirmer (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV))	12, 26
Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU)	9, 24	SV Jörg Fröhlich (Deutscher Caritasverband e.V.)	14
		SV Paul-Jürgen Schiffer (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV))	27
		SV Prof. Dr. Christel Bienstein	15, 21, 22
		SV Prof. Dr. Stefan Görres	10, 22, 26
		SV Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann	12, 26

		SV Ralf Neiheiser (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG))	23
		SV Robert Roßbruch	18
		SVe Dr. Cornelia Goesmann (Bundesärztekammer (BÄK))	10, 11, 14, 24, 25, 27
		SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.)	9
		SVe Erika Stempfle (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (EKD))	29
		SVe Gertrud Stöcker (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK))	13, 20, 23
		SVe Mona Frommelt (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO))	14

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

BT-Drucksache 16/7439

16/7486

Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Nicole Maisch, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung

BT-Drucksache 16/7136

Antrag der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung

BT-Drucksache 16/7472

Antrag der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Daniel Bahr (Münster), Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Für eine zukunfts- und generationengerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende, transparente und unbürokratische Pflege

BT-Drucksache 16/7491

Beginn: 16.30 Uhr

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich möchte Sie, die Sachverständigen und Verbandsvertreter, die Kolleginnen und Kollegen Abgeordneten, die Vertreterinnen und Vertreter der Regierung, des BMG, insbesondere Herrn Staatssekretär Dr. Schröder sowie Herrn Staatssekretär Schwanitz und die Bundesratsbank, unsere Gäste und die Medienvertreter recht herzlich zur 75. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit begrüßen. Einziger Tagesordnungspunkt ist heute Nachmittag eine öffentliche Anhörung zu folgenden vier Vorlagen: 1. Gesetzentwurf der Bundesregierung zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) - BT-Drs. 16/7439, 2. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung - BT-Drs. 16/7136, 3. Antrag der Fraktion DIE LINKE.: Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung - BT-Drs. 16/7472 und 4. Antrag der Fraktion der FDP: Für eine zukunfts- und generationengerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende,

transparente und unbürokratische Pflege - BT-Drs. 16/7491.

Da nicht alle der Anwesenden schon an Anhörungen teilgenommen haben, erkläre ich kurz das Prozedere. Jede Fraktion hat für Fragen und Antworten ein bestimmtes Zeitkontingent zur Verfügung. Ich möchte Sie bitten, nur auf meine Aufforderung hin zu antworten. Sofern ich das noch nicht getan habe, bitte ich Sie, Ihren Namen und die Institution, die Sie vertreten, zu nennen. Am Ende Ihres Wortbeitrages sollten Sie das Mikrofon ausschalten. Wir beginnen mit der Fragezeit der Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an Herrn Dr. Johannes und an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Wie ist aus Ihrer Sicht die geplante Regelung im Paragraphen 119b SGB V zu bewerten, derzufolge Pflegeheime zukünftig ermächtigt werden können, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Ärzte anzustellen. Gibt es aus Ihrer Sicht andere Möglichkeiten, die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen zu verbessern? Eine spezielle Frage an die KBV: Wie beurteilen Sie die vorgesehene Ermächti-

gung eines Pflegeheims zur ambulanten Versorgung?

SV Dr. Wolfram Johannes: Zum Heimarztmodell habe ich eine sehr kritische Meinung, und zwar aus folgenden Gründen: Erstens ist die ambulante und jetzt die stationäre Pflege eine Phase in der Biographie eines Menschen, in der spezielle Probleme auftreten, die am besten gelöst werden können, wenn die bisherige betreuende Struktur, sprich die hausärztliche Primärversorgung, weiterhin bestehen bleibt. Der Hausarzt hat den Patienten oft über Jahre und Jahrzehnte begleitet, und auch der Patient hat sich auf seinen Arzt eingestellt. Auch die Kommunikation mit den Angehörigen hat sich oft über Jahre eingespielt. Ein zweiter Grund dafür, das Heimarztmodell abzulehnen, ist die ungesicherte Regelung für die Nächte, die Wochenenden und Feiertage. Zu diesen Zeiten müsste dann wieder der normale ärztliche Dienst tätig werden. Drittens wird das Modell objektiv daran scheitern, dass der Arbeitsmarkt momentan keine Kollegen bereithält, die diese Funktionen ausfüllen können, und das, meiner Meinung nach, auch auf lange Sicht hin.

SV Dr. Carl-Heinz Müller (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich kann mich den Ausführungen des Kollegen Johannes nur anschließen. Auch wir sehen es als problematisch an, mit nur einem Heimarzt ein Heim zu versorgen. Das gilt insbesondere für die Urlaubsvertretung, die Wochenenden und die Nächte. In Altenheimen spielt auch die Multiprofessionalität eine Rolle. Das heißt, die Patienten werden nicht nur von dem einem Arzt betreut, sondern es besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Hausarzt und den Fachärzten. Insofern ist die Einführung des Heimarztes keine Lösung, die hier weiterführen würde. Wir hatten es aber für richtig – und das hatten wir auch schon einmal im Zusammenhang mit dem GKV-WSG vorgeschlagen –, dass es den Heimen ermöglicht wird, mit den kassenärztlichen Vereinigungen Vereinbarungen zu schließen, die eine multiprofessionelle Versorgung gewährleisten. Zur zweiten Frage ist Folgendes zu sagen: Die Ermächtigung eines Pflegeheims, das nicht ärztlich geleitet wird, zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung halten wir für einen verfehlten Vorschlag. Unabhängig davon, dass der Regelungsvorschlag des Paragraphen 119b ange-

sichts der von uns entwickelten Alternative ohnehin abzulehnen ist, käme allenfalls eine persönliche Ermächtigung eines Arztes in Betracht. Es wäre das erste Mal in der Entwicklung des Vertragsarztrechts, dass der Gesetzgeber einer nicht ärztlich geleiteten Institution eine entsprechende Möglichkeit einräumt. Die Alternative bilden Kooperationsverträge, die unter der Regie der Kassenärztlichen Vereinigung mit den betroffenen Ärzten vor Ort, also gemeinsam mit Fachärzten und Hausärzten, geschlossen werden mit dem Ziel, eine Rundumversorgung des Altenheimes zu gewährleisten, und zwar unter Einschluss des Nacht- und Wochenenddienstes.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich habe zunächst eine Frage an den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS): Wie bewerten Sie die derzeitige ärztliche Versorgung in den Pflegeheimen? Daran anknüpfend möchte ich Herrn Dr. Johannes von den Spitzenverbänden der Krankenkassen fragen, welche Alternativen es zu den Heimärzten gibt.

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS)): Klar ist, dass viele Pflegebedürftige auch einen medizinischen Behandlungsbedarf haben, der entsprechend zu befriedigen ist. Wir hören immer häufiger, dass dies in den Pflegeheimen nicht immer gewährleistet ist, dass Pflegeheime Schwierigkeiten haben, die ärztliche Versorgung in ihren Einrichtungen sicherzustellen. Daher denke ich, dass die Einführung des Heimarztes eine weitere Option schafft, diese Versorgung durch Ärzte sicherzustellen. Dabei muss natürlich weiterhin die freie Arztwahl gewährleistet sein; das heißt, ein Patient muss, wie es eben schon angeklungen ist, die Möglichkeit haben, auf seinen Wunsch hin, auch bei einem Wohnortwechsel und ähnlichen Gegebenheiten, weiter durch seinen Hausarzt betreut zu werden. Die Schaffung dieser Option ist somit positiv zu bewerten, aber eben nur als Option. Uns als Medizinischem Dienst geht es nicht darum – und ich glaube, so denken auch viele Pflegeheime –, wer die ärztliche Versorgung sicherstellt, sondern dass sie sichergestellt wird. Dies kann entweder durch das vertragsärztliche Versorgungssystem – das ist möglich, muss aber entsprechend organisiert werden – oder durch einen Heimarzt gewährleistet werden. Entschei-

dend ist, dass es tatsächlich geschieht. Jedenfalls besteht hier aus unserer Sicht ein Verbesserungsbedarf.

SV Erwin Dehlinger (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Wir können uns dem, was Herr Dr. Pick gesagt hat, in der Analyse anschließen. Vor diesem Hintergrund halten wir auch die jetzt vorgesehene Regelung für sinnvoll. Wir würden es begrüßen, wenn durch den Einsatz eines Arztes im Pflegeheim die medizinische Versorgung der Bewohner verbessert würde und damit auch Kosten, beispielsweise durch Vermeidung unnötiger Krankenhausbehandlungen und Einweisungen, vermindert würden. Es gibt hier ja bestimmte Modellprojekte, zu denen ich gleich noch etwas sagen werde. Grundsätzlich muss die Möglichkeit der freien Arztwahl erhalten bleiben. Das sehen wir auch so. Andererseits muss man natürlich auch sehen, dass dort, wo Defizite bestehen, wo Ärzte, die die Heimbewohner versorgen könnten, nicht in ausreichender Zahl vorhanden sind, die Frage der freien Arztwahl keine Rolle spielt, weil eben kein Arzt da ist. Genau das ist das Problematische an der Situation. Die AOK Berlin führt gemeinsam mit der IKK seit 1998 ein Berliner Projekt durch, das sehr erfolgreich war. Im Rahmen des Projektes waren in 27 Einrichtungen angestellte Ärzte tätig. In elf Fällen handelte es sich um kooperierende Ärzte. Daraus kann man ersehen, dass auch Mischformen möglich sind. Da die Ergebnisse überaus positiv waren, wird das Projekt jetzt übergeleitet in die Integrationsversorgung nach § 140. Aus Sicht der AOK ist dies sehr zu begrüßen. Wir versuchen also, mit Modellvorhaben und solchen Projekten Beispiele für Versorgungskonzepte zu geben. In Bayern gibt es übrigens ein ähnliches Projekt wie in Berlin. Ich denke, das ist der richtige Weg.

SV Dr. Wolfram Johannes: Wie Sie wissen, bin ich hier als Praktiker und nicht als Funktionär. Ich arbeite in einer großen Gemeinschaftspraxis. Wir betreuen am Ort ein Heim mit 80 Plätzen zu ungefähr drei Vierteln. Wir sind an drei Tagen in der Woche präsent. Wir sehen an diesen Tagen nicht jeden Patienten im Sinne einer Visite, wir sehen aber diejenigen, bei denen das notwendig ist. Wir fragen vor der Nacht und auch am Samstag ab, ob noch ein Besuchsbedarf vorliegt. Falls das so wäre, würden wir das Heim aufsuchen. Das regeln wir im Rahmen des derzeit gültigen EBM. Es

wäre sicher sinnvoll, und da stimme ich einem der Vorredner zu, diese Finanzierung über IV-Verträge sicherzustellen.

Abg. Maria Eichhorn (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an mehrere Verbände, nämlich an den Deutschen Hausärzterverband, den Facharztverband, den Caritasverband und den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Wie beurteilen Sie die haus-, fach- und zahnärztliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen in den Heimen, also in den stationären Pflegeeinrichtungen, und ist nach Ihrer Meinung die Anstellung von Ärzten in Heimen eine geeignete Maßnahme, um eventuelle Engpässe zu beseitigen?

SV Dr. Diethard Sturm (Deutscher Hausärzterverband e.V.): Im Allgemeinen werden die Patienten im Heim auf Grundlage der freien Arztwahl durchgängig durch Hausärzte versorgt. Der Hausarzt zieht auch Spezialisten hinzu, sofern dies für die Versorgung notwendig ist. Es ist richtig, dass die Versorgungsbedingungen je nach Facharzt- und Hausarztichte unterschiedlich sind. Aber durch die Möglichkeit der Anstellung von Ärzten wird in dieser Hinsicht keine Abhilfe geschaffen. Wir benötigen hier vertragliche Regelungen und entsprechende Anreize. Ich denke, dass gerade der neue EBM, der eine zusätzliche Vergütung für Hausbesuche im Heim auf Anforderung vorsieht, die Voraussetzung dafür geschaffen hat, dass diese Aufgabe ernster genommen wird.

SV Dr. Thomas Scharmann (Deutscher Facharztverband e.V. (DFV)): Niedergelassene Fachärzte können in Alten- und Pflegeheimen nur auf Aufforderung des Hausarztes tätig werden. Dies ist der Hauptgrund für die mangelnde Präsenz der Fachärzte in den Heimen. Ohne einen Ruf des Hausarztes dürfen Fachärzte nur in Ausnahmefällen eine sogenannte Besuchsbehandlung in Pflegeheimen durchführen. Das Prozedere ist für Primärkassen im Bundesmantelvertrag Ärzte im Paragraphen 17 Abs. 6 und für die Ersatzkassen im Bundesmantelvertrag Paragraph 13 Abs. 14 geregelt. Das bedeutet, dass fachärztliche Medizin erst nach einem Konsil mit dem Hausarzt in Pflegeheimen ausgeübt werden kann. In diesem Zusammenhang muss auch das Thema Arzneimittelregression gesehen werden. So können Fachärzte, hier vor allem Neurologen und Ner-

venärzte, auch auf Grund der hohen Zahl von Demenzpatienten in Gefahr geraten, in Regress genommen zu werden. Wir schlagen in diesem Zusammenhang vor, dass die Fachärzte durch Schaffung eines engeren Konsilzusammenhangs zwischen Haus- und Fachärzten stärker in die Pflegeheime eingebunden werden. Wir meinen, das dies auch am Wochenende möglich sein sollte. Fachärzte tragen entscheidend dazu bei, unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden und damit Kosten einzusparen. Es sollte daher eine gesetzlich verpflichtende konsiliarische Regelversorgung durch niedergelassene Fachärzte im Zusammenhang mit den Hausärzten geschaffen werden.

SV Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.): In den Pflegeheimen weist sowohl die hausärztliche als auch die fachärztliche Versorgung Mängel auf. Das zeigt die SÄVIP-Studie, eine Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, ganz deutlich. Dabei sind die Lücken in der hausärztlichen Versorgung weniger gravierend als in der fachärztlichen Versorgung, bei der wir erhebliche Defizite feststellen. Dies betrifft insbesondere Gynäkologen, Urologen, Zahnärzte, Augenärzte, Orthopäden, also viele Facharztgruppen, die gerade für ältere und pflegebedürftige Menschen besonders wichtig sind. Die Anstellung eines Heimarztes kann dieses Problem natürlich auch nicht lösen, denn bei den Heimärzten wird es sich überwiegend um Allgemeinmediziner oder Internisten handeln. Jedenfalls wird kaum ein Heimarzt einer der eben genannten Facharztgruppen angehören. Dennoch befürworten wir die Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Einstellung eines Heimarztes als zusätzliches Instrument. In einigen Bundesländern, wie beispielsweise in Berlin, wurden mit diesem Instrument auch gute Erfahrungen gemacht. Von größerer Bedeutung ist es aber, dass sich erstens die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Fachärzten verbessert, wie mein Vorredner gerade ausgeführt hat, und dass zweitens Ärzte insgesamt in ihrer Ausbildung mehr Kenntnisse in Geriatrie und Gerontopsychiatrie erwerben. Wir setzen uns dafür ein, dass ältere Menschen einen Rechtsanspruch auf ein jährliches geriatrisches Assessment erhalten. Denn nur durch frühzeitige Diagnosen, durch Prävention und Rehabilitation, lässt sich der Gesundheitszustand älterer und pflegebedürftiger Menschen in Pflegeheimen nachhaltig verbessern. Zudem ist eine Verbesserung der geriatrischen Kenntnisse auch für

die Behandlung von Patienten im häuslichen Umfeld erforderlich.

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (BpA)): Wir müssen dafür sorgen, dass sowohl die Regel- als auch die Notfallversorgung funktioniert. Wir machen in letzter Zeit immer wieder die Erfahrung, dass Einrichtungen und Hausärzte keine neuen Patienten mehr übernehmen können. Daran zeigt sich ein großes Problem, denn die Menschen in den Pflegeheimen sind in aller Regel wirklich behandlungsbedürftig. Es darf nicht sein, dass plötzlich eine Notfallversorgung notwendig wird, wo eigentlich eine Regelversorgung angemessen wäre. Wenn man bedenkt, wie viele Heime es gibt, glaube ich nicht, dass das Heimarztmodell gut funktionieren würde. In jedem Falle müsste aber klar sein, dass das nicht über Entgelte zusätzlich zum Krankenversicherungsbeitrag finanziert wird, sondern dass die Finanzierung letztlich im System der Krankenversicherung erfolgt. Wir glauben, dass das Problem durch Kooperationsvereinbarungen und Integrationsverträge regional zu lösen wäre, wenn zugleich auch die Budgetprobleme aus dem Weg geräumt würden. Wir begrüßen allerdings ausdrücklich die Option auf Zulassung eines weiteren Arztes im Pflegeheim. Dieser könnte an einer vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und nicht nur die Patienten des Pflegeheimes, sondern auch der Region betreuen und damit zur Lösung sowohl der Finanzierungs- als auch der Auslastungsfrage beitragen.

Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU): Mich würde interessieren, welche Position die KVen und die Ärztekammer zu dem Themenbereich Arzneimittelversorgung in Pflegeheimen vor dem Hintergrund der Situation der ärztlichen Versorgung einnehmen, insbesondere die Haltung zu den Arzneimittelbudgets, speziell auch für den Bereich der Dementen.

SV Dr. Carl-Heinz Müller (KBV): Das Problem ist allseits bekannt: Die Heimbetreuung erfordert erhöhte Arzneimittelbudgets. Hier ist Abhilfe zu schaffen. Eine Möglichkeit, die Sie gerade vorgeschlagen haben, besteht sicherlich darin, dies über entsprechende Versorgungsverträge zwischen dem Altenheim, den behandelnden Ärzten und der Kassenärztlichen Vereinigung zu regeln. Wie Sie am Beispiel der

Demenz dargestellt haben, haben wir es hier mit der Situation der Multiprofessionalität zu tun. Bei Demenzerkrankungen erfolgt in den Heimen eben oft auch eine Mitbehandlung durch Neurologen und Psychiater. Hier sollten sich die verschiedenen Fachdisziplinen die Bälle gegenseitig zuspielen. Ich glaube, das geht am besten über Verträge, die die Gesamtversorgung regeln.

SV Dr. Cornelia Goesmann (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich kann mich dem, was Herr Müller ausgeführt hat, anschließen. Ich bin auch der Ansicht, dass wir im Hinblick auf die besondere Versorgungssituation von alten Menschen und Demenzkranken die bestehenden Arzneimittelbudgets in Frage stellen müssen und dass hier über IV-Verträge, aber auch durch Argumentationshilfen gegenüber den regressierenden Institutionen, Abhilfe geschaffen werden müsste. Aus eigener täglicher Erfahrung – ich bin Heimärztin für etwa 200 Heimpatientinnen und -patienten – würde ich jedoch sagen, dass die größte Problematik im Heilmittelbereich liegt. Bei den Heilmittelbudgets, vor allem was die Verordnung von Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie angeht, befinden wir uns in noch viel größeren Schwierigkeiten. Daher möchte ich dringend darum bitten, hier Abhilfe zu schaffen und neue Regelungen zu treffen.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Meine Fragen beziehen sich auf das Thema Delegation ärztlicher Leistungen. Ich frage die Einzelsachverständigen Prof. Dr. Görres und Dr. Johannes, wie Sie die Möglichkeiten beurteilen, die Ausweitung von Kompetenzen der Pflegeberufe im Rahmen von Modellvorhaben zu erproben. Welche Auswirkungen könnten die Modellklauseln auf die einzelnen Berufsbilder und die künftige Abgrenzung der Gesundheitsberufe untereinander haben? Sind Ihrer Auffassung nach die geplanten Kompetenzerweiterungen für Kranken- und Pflegeberufe geeignete Maßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung, insbesondere in strukturschwachen Regionen? Die zweite Frage richtet sich auch an die Bundesärztekammer und den Deutschen Pflegerat.

SV Prof. Dr. Stefan Görres: Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass Experten in der Erweiterung des Kompetenz- und Aufga-

benspektrums der Pflege inzwischen ein durchaus innovatives Potential sehen, was die Versorgungsqualität betrifft, insbesondere auch angesichts neuer Bedarfsentwicklungen. Insofern ist die Notwendigkeit einer Reform der Pflegeausbildung in Deutschland unstrittig. Man sollte auch darauf hinweisen, dass die Novellierung des Krankenpflegegesetzes 2004 und das bundeseinheitliche Altenpflegegesetz 2003 in diese Richtung gegangen sind und über entsprechende Modellklauseln Möglichkeiten eröffnet haben, die Pflege innovativ weiterzuentwickeln. Die beiden Gesetze gehen aber an zwei Stellen nicht weit genug; und ich sage das hier nicht als Jurist, sondern als Pflegewissenschaftler: zum einen, was die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten betrifft, oder anders formuliert: was Tätigkeiten betrifft, die über das Delegationsverfahren hinausgehen. Hier ist gerade angesichts neuer Bedarfslagen eine Weiterentwicklung notwendig. Zum anderen besteht ein Defizit im Hinblick auf die Akademisierung der Pflegeberufe im Sinne einer grundständigen Pflegeausbildung. Wir haben bisher deutliche Schwerpunktsetzungen in den Bereichen Management, Pädagogik und Pflegewissenschaft. Wir haben aber bei der Akademisierung bisher keine wirklich nennenswerte Entwicklung, was die patientennahe Tätigkeit betrifft. Insofern sehe ich die Chance, dass Modellvorhaben uns hier weiter bringen. Dies bringt es natürlich auch mit sich, dass Aufgaben zwischen den Berufen neu zu verteilen sind. Ich bin mit dieser Auffassung in guter Gesellschaft, denn das Ministerium für Arbeit und Soziales in Baden-Württemberg und der Sachverständigenrat haben sich ähnlich geäußert. Deren Argumentation geht dahin, dass jede Veränderung der Kooperation und der Aufgabenverteilung zwischen den heute bestehenden Gesundheitsberufen der Überprüfung und gegebenenfalls auch der Änderung der rechtlichen Voraussetzungen bedarf. Dabei kann man sicherlich über Modellklauseln, die in Richtung Kompetenzerweiterung gehen, Fortschritte erzielen.

SV Dr. Wolfram Johannes: Ich will mich kurz fassen: Diagnose und Therapie gehören in die Hand des Arztes. Über delegierbare Leistungen kann man immer reden. Die Pflege sollte in ihrer Professionalität gestärkt werden. Die Qualität der medizinischen Ausbildung, insbesondere die künftiger Hausärzte, sollte nicht reduziert werden. Und in strukturalarmen Gebieten hilft man am besten mit Geld.

SV Dr. Cornelia Goesmann (BÄK): Ich kann mich den Ausführungen meines Vorredners anschließen. Natürlich sind wir gegenüber innovativen Ideen im Gesundheitswesen immer aufgeschlossen. Gerade die strukturschwachen Regionen brauchen aber nicht einen Ersatz ärztlicher Tätigkeit durch andere Berufsgruppen, sondern Anreize dafür, dass sich dort wieder mehr Ärztinnen und Ärzte niederlassen. Ich habe bisher Äußerungen dazu vermisst, wo eigentlich eine Übertragung von bisher ärztlichen Tätigkeiten an andere Berufsgruppen, speziell an die Pflege, angebracht ist. Wir denken, dass man gerade strukturschwache Regionen vor allem dadurch besser versorgen kann, dass man im Delegationsverfahren vor allem unsere medizinischen Fachangestellten, aber auch andere Berufsgruppen dazu bewegt, unter Aufsicht des Arztes Arzt unterstützende Tätigkeiten aufzunehmen und damit die Patientenversorgung zu verbessern. Wir halten aber die Übertragung von primär ärztlichen Aufgaben, die unter Arztvorbehalt stehen, aus haftungsrechtlichen, inhaltlichen und auch aus ökonomischen Gründen für sehr problematisch. Die Zeit ist jetzt vielleicht zu kurz, um dies auszuführen, aber wir werden das sicherlich heute noch mehrfach untermauern können.

SV Franz Wagner (Deutscher Pflegerat e.V. (DPR) Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen): Wir begrüßen es grundsätzlich, dass der Pflege heute die Möglichkeit gegeben wird, sich mit ihren Kompetenzen stärker als früher in das Versorgungsgeschehen einzubringen. Gerade im ländlichen Bereich stellt sich bei der Versorgung die Frage, wie bestimmte Aufgaben erfüllt werden können. Es geht uns nicht darum, dass die Pflege Ärzte ersetzen soll oder dass dort, wo heute ein Hausarzt tätig ist, demnächst eine Pflegepraxis entstehen soll, sondern es geht uns um die Frage, wie die pflegerische Fachexpertise zum Beispiel in die Versorgung chronisch kranker Menschen, etwa in die Versorgung von chronischen Wunden, eingebracht werden kann und wie sich dies mit den bestehenden Strukturen verknüpfen lässt. Wir sehen in der vorgeschlagenen Regelung zumindest einen Einstieg in die Lösung dieser Frage n.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Meine Fragen beziehen sich auch auf die Modellvorhaben nach Paragraph 63. Dieser Regelung zufolge soll eine stärkere Einbeziehung des

nichtärztlichen Personals in die Ausgestaltung der verordneten häuslichen Krankenpflege ermöglicht werden. Die Frage richtet sich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie an Prof. Hoffmann. Außerdem würde gern Frau Dr. Goesmann die Gelegenheit geben, das zu ergänzen, was sie vorhin nicht zu Ende führen konnte. Sind die Regelungen hinreichend bestimmt und geeignet, um die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und nichtärztlichen medizinischen Pflegeberufen im Sinne einer integrierten Versorgung zu verbessern?

SV Dr. Cornelia Goesmann (BÄK): Die Modellversuche sind grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings sind wir der Ansicht, dass heilkundliche Aufgaben unter Arztvorbehalt stehen und dass der diagnostische und therapeutische Prozess weiterhin in der Hand von Ärztinnen und Ärzten bleiben sollte. Auch die Patienten wünschen, dass der Gesamtkoordinierungsprozess für ihre Versorgung in ärztlicher Hand bleibt. Aus Gründen der Patientensicherheit sollte man diesen Prozess nicht aufsplintern, indem man bestimmte ärztliche Tätigkeiten ausgliedert und an andere Berufsgruppen überträgt. Es wäre zumindest sehr intensiv zu prüfen, welche Tätigkeiten das sein könnten und wie das dann auch haftungsrechtlich zu behandeln wäre. Die Frage ist, ob eine Tätigkeit, die der Arzt abgibt, dann auch haftungsrechtlich von den anderen Berufsgruppen übernommen wird oder ob es nicht sinnvoller wäre, dies im Delegationsverfahren – den Arzt entlastend – an andere Berufsgruppen zu geben, wie dies in den Modellversuchen vorgesehen ist, bei denen eben die haftungsrechtliche Verantwortung letztlich beim Arzt verbleibt. Im Hinblick auf die Patientensicherheit ist vor allem Folgendes zu sagen: Ärztinnen und Ärzte haben immerhin eine mindestens elfjährige Aus- und Weiterbildung absolviert, bevor sie eigenverantwortlich in der Patientenarbeit tätig werden können, und die Patientinnen und Patienten wünschen sicherlich nicht, wie das auch schon Herr Wagner gesagt hat, dass andere Berufsgruppen diese Tätigkeit jetzt gänzlich übernehmen, sondern sie wünschen sich eine bessere Kooperation im Gesundheitswesen. Dies ließe sich aus unserer Sicht am besten mit neuen Modellen zur Delegation ärztlicher Leistungen erreichen. Wir haben selbst eigene Modellversuche über die Versorgungsforschungsprojekte initiiert, die die Bundesärztekammer im Augenblick in Auftrag gibt. Im Rahmen dieser Modellversuche sollen Möglichkeiten zur erweiterten De-

legation von ärztlichen Tätigkeiten an andere Berufsgruppen überprüft und untersucht werden. Es ist anzunehmen, dass hierzu bald interessante Ergebnisse vorliegen werden.

SV Horst-Dieter Schirmer (KBV): Ich schließe mich dem an, möchte aber noch Folgendes ergänzen: Die vorgeschlagenen Vorschriften des Paragraphen 63 Abs. 3b und 3c sind gesetzestechnisch so unbestimmt, dass völlig unklar bleibt, was getan werden darf. Auch die ausschließlich von Krankenkassen organisierten Modellversuche lassen den Bezug zur ärztlichen Tätigkeit möglicherweise völlig außer Acht. Die Frage der Haftung wurde ebenfalls schon angesprochen: Das Gesetz lässt offen, ob diese Personen in selbstständige Behandlungsbeziehungen zum Patienten treten. Wenn eine solche Person Tätigkeiten entfaltet, für die sie gar nicht befähigt ist, hat sie möglicherweise auch mit Abgrenzungsfragen und mit der Rechtsfigur des Übernahmeverschuldens zu tun. Wir meinen auch, dass die Grundlage für diese Modellversuche, die durch die Änderungen im Altenpflege- und Krankenpflegegesetz gelegt worden sein soll, in der Form von relativen Kompetenzermittlungen in speziellen Ausbildungsstätten eine punktuell unterschiedliche Kompetenz für diese Berufe schafft. Vor diesem Hintergrund stellt sich natürlich auch die verfassungsrechtliche Frage, ob nicht der parlamentarische Gesetzesvorbehalt, demzufolge für einen Beruf eine generelle einheitliche Ausbildung geschaffen werden muss, verletzt ist. Denn am Ende liegen hier ganz unterschiedliche Qualifikationen vor. Man müsste eigentlich als Arzt oder als betroffener Patient immer nachfragen, wo derjenige, der eine bestimmte Maßnahme ergreift, ausgebildet worden ist und ob er das auch darf. Denn nach dem Gesetzentwurf entscheidet jede Ausbildungsstätte nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit auf der Grundlage eines Ausbildungsplans, wie sie weiterbildet. Das wollte ich nur hinzufügen, ohne damit die Auffassung der KBV zu relativieren, dass wir uns eigentlich generell gegen diese Regelung aussprechen.

SV Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann: Ich möchte an die beiden Kollegen anschließen, die vor mir Stellung bezogen haben. Bei uns in Greifswald geht es gerade um die Delegation von ärztlichen Leistungen und zwar in Verantwortung des Arztes, also um die Arztentlas-

tung. Wir sind von der Universität Greifswald aus seit zweieinhalb Jahren an mehreren Modellprojekten beteiligt. Diese werden in verschiedenen Bundesländern durchgeführt und haben Bezeichnungen wie „Schwester AGnES“, „Gemeindeschwester“ oder „Telegesundheitsschwester“. Wir haben dort den Delegationsprozess genau überprüft. Die beteiligten Kollegen fühlen sich tatsächlich entlastet, und die Schwestern machen das auch gern, wenn sie die dafür nötige Zusatzausbildung erworben haben. Auch die Patienten beurteilen das positiv. Die Modellprojekte finden faktisch bisher nur im Osten statt, wir sind dort aber in einer länderübergreifenden Arbeitsgruppe aktiv, in der auch Vertreter der alten Bundesländer mitwirken. Wie sich bisher herausgestellt hat, funktioniert das AGnES-Modell auch in der Fläche sehr gut, und es ist sehr wahrscheinlich sogar wirtschaftlich, zumindest den Zahlen nach zu urteilen, die uns bisher vorliegen. Wir überblicken etwa 1100 Patienten und 5000 Hausbesuche. Allerdings gibt es eine Rechtsunsicherheit bezüglich der Möglichkeit, dass der Arzt diese Delegation überhaupt ausspricht. Unsere juristischen Berater sagen, dass die Fachaufsicht nicht eindeutig geregelt ist, und es gibt Urteile, denen zufolge der Arzt in Rufweite oder sogar persönlich anwesend sein muss. Daher ist im Zusammenhang mit einer Beauftragung für Hausbesuche – und genau darum geht es in diesen Projekten in den dünn besiedelten Gebieten mit Hausarztmangel – eben nicht ganz klar, ob die Schwester das darf bzw. ob der Arzt das delegieren darf. Ganz unabhängig von dem Paragraphen 63 3c, der bestimmt, dass in Modellvorhaben die Schwestern auch ohne Arztdelegation tätig werden dürfen, sind wir der Meinung, dass im Hinblick auf die Delegationsfähigkeit ein Regelungsbedarf besteht. Es gibt den Vorschlag einer gemeinsamen Arbeitsgruppe aus den fünf neuen Bundesländern, dem sich mittlerweile auch mehrere der alten Bundesländer angeschlossen haben, mit einem Halbsatz festzuschreiben, dass auch dann, wenn der Arzt nicht persönlich anwesend ist, die Delegation erfolgen darf. Das hat hier zwar noch nicht im Mittelpunkt der Diskussion gestanden, es ist aber eine Angelegenheit, die noch nicht geregelt ist. Wenn sie geregelt wäre, würde dies nach Auffassung der beteiligten Kollegen die Möglichkeit schaffen, in den Regionen, in denen eine solche Delegation wirklich den Arzt entlasten würde, das entsprechende Verfahren zu erleichtern. Wir haben festgestellt, dass die Modellprojekte, die gut evaluiert sind und die im

Gründe in die Regelversorgung überführt werden könnten, in diesem Punkt noch eine Klärstellung brauchen, und die könnte im Zusammenhang mit diesem Gesetzentwurf erfolgen.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Meine ersten Fragen richten sich an Herrn Wagner vom Deutschen Pflegerat: Warum ist Ihres Erachtens die Erweiterung der Aufgaben der Pflegefachkräfte eine sinnvolle Regelung? Und des Weiteren: Halten Sie die vorgeschlagenen Regelungen im Artikel 15 (Krankenpflegegesetz) und Artikel 16 (Altenpflegegesetz) im Hinblick auf die angestrebte Verbesserung der Versorgung für Ziel führend? Die folgenden Fragen richten sich an den Deutschen Berufsverband der Pflege, Frau Stöcker, an die AWO und an den Caritasverband. Wie bewerten Sie es, dass die pflegerischen Handlungsfelder im Gesetzentwurf erweitert werden und wie beurteilen Sie die im Gesetzentwurf genannten Modellprojekte zur Erweiterung pflegerischer Handlungsfelder?

SV Franz Wagner (DPR): Die Notwendigkeit zur Erweiterung der Kompetenzen ergibt sich für uns aus der praktischen Erfahrung in der Arbeit mit Patienten bzw. Bewohnern. Dabei stellen wir fest, dass im Rahmen des heute Möglichen Kompetenz häufig nicht effektiv genug umgesetzt wird; das bedeutet, die Kompetenz, über die die Pflegenden verfügen, stößt an Grenzen. Es wurde von Herrn Prof. Hoffmann gerade ein Beispiel angeführt, wo dies im Rahmen der Delegation eine Rolle spielt. Es gibt aber viele andere Beispiele dafür, dass sich die unterschiedlichen Professionen effektiver in das gesamte Behandlungsgeschehen einbringen und ihre eigenen Kompetenzen umsetzen könnten. Oft ist dies aber nicht möglich, weil hier eine Rückkoppelung mit einem delegierenden Arzt erfolgen muss. Um das zu konkretisieren: Die Regelung in Paragraph 63 Artikel 3b sieht vor, dass die Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege zukünftig auch von dafür qualifizierten Pflegefachkräften übernommen werden kann. Im heutigen Praxisalltag stellt es sich bei einer guten Zusammenarbeit so dar, dass sich der Arzt, der die Verordnung ausfüllen muss, mit dem ambulanten Pflegedienst rückkoppelt und nachfragt, was er verordnen soll. Deshalb fragen wir uns, warum man zukünftig nicht gleich diejenigen, die die Expertise für die häusliche Krankenpflege haben, damit beauftragen sollte. Ich hatte in die-

sem Zusammenhang vorhin schon die Behandlung von chronisch Kranken, etwa von chronischen Wunden bzw. das Wundmanagement, erwähnt. Es gibt internationale und nationale Evidenz dafür, dass die Behandlung mindestens gleichwertig ist, wenn pflegerische Wundexperten die Versorgung übernehmen. Und zur Versorgung gehört eben auch die Auswahl von geeigneten Verbandsmitteln. Dies nur als kleines Beispiel. Es gibt darüber hinaus Bereiche, in denen heute eine Unterversorgung besteht. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass Pflegenden über Beratung einen besseren Zugang zu bestimmten Zielgruppen, etwa zu vulnerablen Gruppen, finden und hier auch eine höhere Adherence erreichen können, also bessere Versorgungsregime. Wir sind der Auffassung – und damit komme ich zum zweiten Teil der Frage –, dass diese Regelung, wie sie jetzt vorgesehen ist, zwar eine Art kleinstmöglicher Einstieg, aber ein Schritt in die richtige Richtung ist. Es geht hier um Modelle. Es ist immer unser Petium gewesen – in Übereinstimmung mit dem Sachverständigenrat –, neue Versorgungsformen zu erproben und zu evaluieren, um am Ende sagen zu können, ob dies etwas bringt oder nicht. Es geht nicht darum, etwas an sich zu reißen und dies irgendwie zu bewältigen, sondern wir wollen tatsächlich eine Überprüfung haben. Aber diese Überprüfung muss auch zugelassen werden. Wir sind des Weiteren der Auffassung, dass man unabhängig von der Frage der Übertragung und Erweiterung von Aufgaben auch jetzt schon regelhaft die Möglichkeit einer Hochschulausbildung eröffnen sollte. Denn wir haben bereits an zwölf Standorten eine hochschulische Erstausbildung in der Pflege, die aber auf der Grundlage des heute bestehenden Modellparagraphen immer wieder an Grenzen stößt.

SV Gertrud Stöcker (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK): Ich beziehe mich in meiner Antwort auf den ersten Teil der Frage darauf, dass es eine Kompetenzentwicklung in der Pflege gibt, die maßgeblich auf die neuen Berufsgesetze aus den Jahren 2003 und 2004, also auf das Altenpflegegesetz und das Krankenpflegegesetz, zurückzuführen ist. Wir haben die Fort- und Weiterbildung entsprechend ausgestaltet und auch bereits neue Studiengänge eingerichtet. Damit verfügt die Pflege über ein eigenes Wissen, eigene Methoden und eigene Konzepte. Diese Kompetenzentwicklung findet in der Pflegepraxis jedoch keine Entsprechung. Wir haben hier immer

noch die überkommenen Strukturen der beruflichen Zuweisung von Arbeitsbereichen an die unterschiedlichen Gesundheitsberufe, explizit an die Heilberufe. Hier spreche ich insbesondere die Kernkompetenzen von Medizin und Pflege an. Um dieses Wissen – wie auch Herr Wagner und Prof. Görres angedeutet haben – ständig weiterentwickeln zu können, brauchen wir eine strukturelle Öffnung der Krankenversicherung. Das heißt, dass insbesondere die Hierarchieebenen zwischen der Medizin und der Pflege abgebaut werden müssen, damit die Kompetenzen, die die Pflege heute schon einbringt bzw. über neue Modelle in die gesundheitliche Versorgung einbringen kann, auch greifen.

SV Mona Frommelt (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (AWO)): Wir sind für die Bestimmungen in Artikel 15 und 16 wirklich dankbar. Das ist endlich ein richtiger Schritt, um die Pflegelandschaft in Deutschland für die EU-Qualifikationen anschlussfähig zu machen. Dieser Schritt ist sowohl in sich rechtlich konsistent als auch logisch abgestimmt mit der Qualitätssicherung in den Paragraphen 113 folgende, durch die Evidenzbasierung, wie sie gefordert wird. Das eine kann man nicht ohne das andere haben. Die Pflege hat, wie die Vordner schon ausgeführt haben, in den letzten 10 Jahren zwar ein ganz eigenes Kompetenzprofil erworben, es besteht aber ein erheblicher Bedarf, dieses noch weiter auszubauen. Das geht nur mit einer Akademisierung der Pflege, auch im grundständigen Bereich. Ich möchte folgende These vertreten: Je besser die pflegerische Versorgung ist, desto besser ist auch die gesamtgesundheitliche Versorgung. Das heißt, Pflege und Ärzte nehmen sich hier gegenseitig überhaupt nichts weg, sondern müssen gut Hand in Hand arbeiten. Die fehlenden Vorbehaltsaufgaben der Pflege wären tatsächlich dringend zu definieren, so dass dort eine klare und auch haftungsrechtliche Abgrenzung bzw. ein Ineinandergreifen möglich wird.

SV Jörg Fröhlich (Deutscher Caritasverband e.V.): Der Deutsche Caritasverband begrüßt prinzipiell die Erweiterung des Paragraphen 63. Damit die Modellvorhaben nach dem Inkrafttreten aber auch wirklich gestartet und auf die Berufsangehörigen mit bereits vorhandenen entsprechenden Qualifikationen ausgedehnt werden können, sollten unserer Auffassung nach Übergangsregelungen geschaffen werden,

die dafür Sorge tragen, dass die vorgesehenen und für die Modellversuche notwendigen Qualifikationen auch auf anderem Wege als der grundständigen Ausbildung, zum Beispiel über entsprechende Studiengänge, Fort- und Weiterbildungen bereits ausgebildeter Gesundheits- und Krankenpflegekräfte bzw. Altenpflegekräfte, nachgewiesen werden können. Haftungsrechtlich sehen wir durchweg ein Problem bei dieser Kompetenzerweiterung für die Pflegekräfte bzw. schlussfolgernd auch für die Betroffenen. Dieses könnte aber dadurch gelöst werden, dass der Gesetzgeber für die Pflegekräfte eine verpflichtende Berufshaftpflicht vorschreibt. Damit könnten Regressansprüche der betroffenen Pflegebedürftigen bedient werden.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Meine Frage richtet sich an die Bundesärztekammer und an die Kassenärztliche Vereinigung. Herr Prof. Hoffmann hat gerade einen Vorschlag vorgebracht für die Etablierung der Arzt entlastenden gemeindenahen Versorgung durch besonders qualifizierte Schwestern, also praktisch die Ausdehnung des Modellprojektes „Agnes“ auf eine flächendeckende Versorgung. Halten Sie diesen Vorschlag für sinnvoll und praktikabel?

SV Dr. Cornelia Goesmann (BÄK): Grundsätzlich befürworten wir nachdrücklich solche Modellversuche, die die Delegation von Aufgaben an nicht ärztliche Berufsgruppen zur Entlastung der Ärzte von bestimmten definierten Tätigkeiten erproben und die damit die Voraussetzungen für ihre Etablierung schaffen. Die Frage ist nur, ob man dafür eine ganz neue Ebene an Gemeindeschwestern oder „Agnes“-ähnlichen Pflegeberufen einrichten müsste. Das werden die Modellversuche zeigen. Wir könnten uns demgegenüber sehr gut vorstellen, dass, wenn die rechtlichen Fragen der Delegation in Abwesenheit der Ärzte geklärt sind, unsere eigenen Mitarbeiterinnen oder auch Pflegekräfte, die wir in den Praxen anstellen, also die medizinischen Fachangestellten oder auch Pflegepersonen aus der Praxis, diese Versorgungsebene darstellen könnten. Das heißt, wir müssen nicht eine neue Ebene von Gemeindeschwestern oder etwas Vergleichbares einziehen, sondern wir könnten auch aus den Praxen heraus Ähnliches leisten. Das würde aber eine Finanzierung dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter voraussetzen. Die Frage ist, was Pati-

entinnen und Patienten wollen. Sie möchten ihre Ärzte haben, sie möchten zusätzlich aber auch noch die pflegerische Versorgung. Das heißt, die Schaffung einer solchen Ebene würde nicht unbedingt Geld einsparen. Man müsste also prüfen, was ökonomisch, medizinisch und haftungsrechtlich sinnvoll ist.

SV Dr. Carl-Heinz Müller (KBV): Ich möchte kurz noch einmal auf die Diskussion vom Montag zurückkommen. Wir haben hier unter anderem das Problem der Koordination und der Kooperation zu lösen. Zunächst einmal sollten für die Übernahme von erweiterten Pflegeleistungen auch die nötigen rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Diese sind zurzeit noch nicht vorhanden, wie heute auch schon mehrfach dargelegt wurde. Wenn sie geschaffen worden sind, ist es sehr wichtig, dass die Koordination funktioniert und dass vor allem die Kompetenzen klar sind. Modellversuche finden derzeit kassenspezifisch statt. Es kann also ohne weiteres sein, dass in einem Pflegeheim oder in einer ambulanten Pflegeeinrichtung Modellversuche von einer Kasse zugelassen sind, wonach die Pflege diese oder jene Tätigkeit ausführen darf. Aber bei einem anderen Patienten, der einer anderen Kasse angehört, kann das anders sein. Insofern plädieren wir für Modellversuche, die in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung kassenübergreifend durchgeführt werden und dies – damit die Koordination auch klappt und die Kompetenzen klar sind – unter Anleitung durch ärztliches Personal, das sich entsprechend fortbilden muss. Abgesehen davon, welche Kasse welchen Modellversuch laufen hat, stellt sich auch die Frage, welche Pflegekraft über welche Kompetenz verfügt, durch welche Fortbildungen sie diese erlangt hat und wie lange die Kompetenz gilt. Denn es kann heute vorkommen, dass innerhalb des gleichen Pflegedienstes zwei Pflegekräfte über diese Kompetenz verfügen, drei andere aber nicht. Ich glaube, das entspricht nicht der Transparenz des Pflegemarktes, so wie wir ihn uns vorstellen.

Abg. Dr. Konrad Schily (FDP): Ich möchte noch einmal auf die Frage der Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten durch die Pflege zurückkommen. Ich würde gern von Frau Prof. Bienstein erfahren, wie sie dazu steht, und zwar insbesondere unter den bereits angesprochenen Aspekten der Patientensicherheit, der

Haftung, aber auch hinsichtlich einer möglichen akademischen Ausbildung in der Pflege bzw. in Teilen der Pflegeberufe.

SV Prof. Dr. Christel Bienstein: Ich schließe mich vor allen dem Sachverständigenrat an, der gefordert hat, dass die Arbeit von Ärzten und Pflegepersonen eine gemeinsame Arbeit sein soll. Es geht nicht primär darum, Ärzte von ihrer Arbeit zu entlasten, sondern es gilt, auf die sehr komplexen Versorgungszusammenhänge zu reagieren, die mittlerweile aufgetreten sind. Man muss sehr genau beobachten, welche Aufgaben überhaupt übertragen bzw. übernommen werden könnten. Das hängt sehr vom Setting ab. In unseren Nachbarstaaten gibt es schon langjährige Erfahrungen in der Zusammenarbeit von Pflege und Ärzten. Dabei übernehmen die Pflegenden nicht primär, sondern nur teilweise ärztliche Aufgaben. Es werden meist Aufgaben übernommen, die im Augenblick gar nicht wahrgenommen werden. Studien belegen eindeutig, dass Angehörige und auch Betroffene sich immer wieder darüber beklagen, dass sich niemand um sie kümmert. Wir wissen, dass unsere Hausärzte sehr stark belastet sind und dass heute ein Facharzt bis zu vier Stunden täglich lesen müsste, um auf dem aktuellen Stand der Dinge zu bleiben. Ich weiß nicht, wie er es schaffen sollte, auch noch einen Überblick über Wechseldruckmatten, Rollstühle, Lifte oder Stomahilfsmittel zu bekommen. Es geht darum, dass, wenn wir Pflegenden mit ihrer Expertise dem Arzt an die Seite stellen, beide Seiten absprechen müssen, wer welche Aufgabe übernehmen soll und was die medizinische Fachangestellte übernehmen kann. Bei einem Schlaganfallpatienten, der in der eigenen Häuslichkeit versorgt wird, könnte das beispielsweise bedeuten, dass zuerst eine Pflegenden erfassen muss, welcher Unterstützungsbedarf bei diesem Menschen vorliegt, welche Bewegungsunterstützung ihm angeboten werden muss, wie man Angehörige unterstützen kann, welche Hilfsmittelausstattung und welche Ernährungsunterstützung nötig ist, ob eine Schluckproblematik oder mangelnde Sprachfähigkeit vorliegt. Insgesamt betrachtet geht es also nicht um Delegation, sondern um gemeinsam gestaltete Aufgabenaufteilung und um neue Aufgabenzuschnitte. Beides ist dringend erforderlich, um die Struktur der Versorgungssituation zu verbessern. Ich plädiere dafür, dies nicht vom grünen Tisch aus zu planen. Ich glaube, man kann nicht einfach sagen: Die übernehmen jetzt die Blutzuckerbestimmung

etc., sondern die Aufgabenteilung muss in Modellmaßnahmen gemeinsam erarbeitet werden, und es müssen Outcomekriterien entwickelt werden, nach denen sich beurteilen lässt, ob es wirklich zu einer besseren Versorgung gekommen ist. Wir können nicht einfach vermuten, dass sich die Versorgung verbessert, sondern wir müssen das auch nachweisen. Dabei kann es eine Hilfe sein – wie unsere Nachbarstaaten zeigen –, wenn wir grundständige Studiengänge einrichten, in denen Pflegende direkt für die Praxis vorbereitet werden. Das funktioniert natürlich bei uns in Witten/Herdecke besonders gut, weil wir dort die Mediziner mit integriert haben.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Dr. Windhorst zum gleichen Themenkomplex, also zum Thema Kompetenzverlagerung auf Pflegeberufe. Könnten Sie aus der ärztlichen Praxis, aus Ihrer Erfahrung heraus darstellen, wo Sie die Chancen, aber auch wo Sie Probleme bei einer solchen Verlagerung sehen? Ich denke insbesondere an einen Bereich, der heute schon stark durch Budgets, Regresse und haftungsrechtliche Fragen reglementiert ist. Könnten Sie des Weiteren einmal Praxisbeispiele nennen, wo Sie eine engere Kooperation zwischen Pflegeberufen und ärztlicher Tätigkeit für sinnvoll halten? Ich denke dabei an das Beispiel von Herrn Wagner, der uns gezeigt hat, wo Ärzte bei Verordnungen auf Erfahrungen in der Pflege angewiesen sind.

SV **Dr. Theodor Windhorst**: Ich bin der Ansicht, dass das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz der Notwendigkeit Rechnung trägt, die Pflege in vielen Bereichen fortzuentwickeln. Das findet meine Unterstützung. Ich spreche mich aber dagegen aus, dass die Pflege stärker in die Ausübung der Heilkunde am Menschen eingebunden wird. Wir haben in der Bundesrepublik Deutschland ganz eindeutig den Facharztstandard. Es ist auch juristisch durch viele Gerichtsurteile abgeklärt, dass zu einem Arzt, in Abgrenzung zum Beispiel zu einem Heilpraktiker, eine Aus- und Weiterbildung über 11 Jahre gehört, die auch die Erlangung von Fähigkeiten und Kenntnissen im Team einschließt. Dabei steht die Patientensicherheit ganz im Vordergrund. Durch den Facharztstandard sollen auch Haftungsprobleme minimiert werden. Die ärztliche Verantwortung etwa für Budgetprobleme, vor allem aber für die

Gesundung der Patienten ist in ihrer Gänze nicht teilbar. Wir sind natürlich bereit, über innovative Vorschläge zu diskutieren. Für mich gehört dazu auch die Delegation von Arbeiten, aber eben außerhalb des Bereichs der Heilkunde. Wir überlegen auch im Rahmen der Bundesärztekammer, ob es nicht notwendig wäre, einen sogenannten Case-Manager einzuführen, der Pflegeüberleitungen organisiert und der als Koordinator auftritt. Es ist sicherlich erforderlich, in Modellversuchen zu erproben, inwiefern die Pflege eingebunden werden kann, damit wir vor allem keine Doppelstrukturen und auch keine Zwei-Klassen-Medizin aufbauen. Wir können nicht sagen, in Pflegeheimen, in der stationären Pflege, ist es möglich, dass Pflegekräfte diese Aufgaben übernehmen, aber ansonsten machen es die Ärzte weiter. Das wäre eine ganz gefährliche Entwicklung. Wir sagen also klar und deutlich, dass der Facharztstandard bei der Heilkundenausübung die *conditio sine qua non* darstellt. Ich will gar nicht dem Besitzstand das Wort reden, es geht nur darum, keine Parallelstrukturen, keine Doppelfunktionen zu etablieren. Ansonsten, Herr Bahr, können wir gern über die Dinge reden, die ich gerade aufgezählt habe.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Meine Frage richtet sich an den Berufsverband der Freien Berufe. Ihr Verband hat ein Modell für die Neuorganisation der Selbstverwaltung der Pflegeberufe als Qualitätssicherungsinstrument angeboten. Sehen Sie einen Weg für die Qualitätssicherung ohne vermehrten Aufbau von Bürokratie? Geht es nicht letztlich darum, dass wir Qualität von unten aufbauen und nicht von oben mehr und mehr Kontrolle ausüben?

SV **Arno Metzler** (Bundesverband der Freien Berufe (BFB)): Ich kann hier aus dem Papier zitieren, dass wir vorgestellt haben. Bei der berufsrechtlichen Frage, die Sie zum Thema dieses Teils der Anhörung gemacht haben, geht es darum, ein Recht für die entsprechenden Berufe zu schaffen und dafür zu sorgen, dass im Rahmen einer Selbstverwaltung – wie auch immer diese rechtlich aufgebaut ist, ob das eine Körperschaft oder eine Gesellschaft mit entsprechenden Aufträgen ist –, die Qualität von unten aufzubauen und zu sichern. Die Qualitätssicherung erfolgte dann in Selbstverwaltung durch Überwachung von Kollege zu Kollegen. Das hat den unschätzbaren Vorteil, dass die Konkurrenz zu einem Element der Quali-

tätssicherung wird. Dies kommt der Sachkunde des Handelns am Patienten zugute. Wenn dann von der entsprechenden Anbieterseite auch noch die Kosten für diese Selbstverwaltung getragen werden, dann ist hier, wie das in anderen Berufen auch der Fall ist, ein System etabliert, das in ausreichendem Maße Qualitätsmonitoring und Qualitätsentwicklung betreiben kann und das auch garantiert, dass die unmittelbaren Erfahrungen aus der Praxis in die Qualitätssicherung einfließen.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich habe eine Frage an den AOK-Bundesverband und die KBV. In das Pflegereformgesetz ist eine Bestimmung aufgenommen worden, die uns im Nachgang zur Gesundheitsreform beschäftigt hat. Herr Prof. Hoppe von der Bundesärztekammer hat das den sogenannten „Petz-Paragrafen“ genannt. Es geht um die Meldepflicht. Ärzte sollen durch Neuregelung des Paragraphen 294a SGB V dazu verpflichtet werden, den Krankenkassen die erforderlichen Daten zu übermitteln, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass sich Versicherte vorsätzlich Krankheiten oder Schäden zugefügt haben, etwa auch im Zusammenhang mit Tätowierungen, ästhetischen Operationen oder Piercings. Wie beurteilen Sie diese Regelung?

SV **Erwin Dehlinger** (AOK-BV): Ich kann darauf eine kurze Antwort geben. Aus unserer Sicht ist diese Regelung notwendig und sinnvoll, damit wir das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Leistungsbeschränkung überprüfen können.

SV **Dr. Carl-Heinz Müller** (KBV): Wir bleiben bei der Auffassung, die wir bereits geäußert haben. Die Regelung zerstört das Arzt-Patienten-Verhältnis. Unseres Erachtens ist es mit der Schweigepflicht, der der Arzt oder die Ärztin unterliegen, nicht vereinbar, dass diese Meldung erfolgt, ohne dass der Patient seine Einwilligung gibt. Wenn er diese Einwilligung nicht gibt, kann der Patient selbstverständlich nicht zu Lasten der Krankenkasse behandelt werden, aber es ist für uns unvorstellbar, dass wir einen solchen Vorgang melden, ohne dass der Patient darüber informiert wird und ohne seine Einwilligung.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich habe noch eine Frage an den Deutschen Facharztverband und an den Einzelsachverständigen Dr. Windhorst. Wie stehen Sie zu dem Vorschlag, dass Modellvorhaben, die eine Erweiterung der Delegationsfähigkeit bzw. eine Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch Kranken- und Altenpfleger vorsehen, ausschließlich von den Krankenkassen durchgeführt werden sollen?

SV **Dr. Thomas Scharmann** (DFV): Die Substitution hoch spezialisierter fachärztlicher Tätigkeiten durch Kranken- und Altenpflege ist schlicht nicht möglich. Denkbar ist ein Delegieren entsprechender Leistungen; medizinisch verantwortlich und damit federführend muss dabei jedoch ein Facharzt sein. Das ist allein schon eine Haftungsfrage. Nach der derzeitigen Rechtslage müssen Nicht-Fachärzte bzw. Hausärzte fachärztliche Leistungen an nicht-ärztliche Berufe delegieren. Das kann so nicht bleiben. Wenn die Politik den Systemfehler, nämlich das künstliche Fernhalten der Fachärzte von den Pflegeeinrichtungen, nicht erkennt, kommt es zudem zu einer fehlerhaften Bindung von finanziellen Mitteln. Alle Maßnahmen, von der Festanstellung eines Arztes bis hin zur stärkeren Einbindung nichtärztlicher Berufe, kosten zusätzliches Geld, das für die notwendige Honorierung der fachärztlichen Tätigkeit in Pflegeheimen fehlen wird. Der Systemfehler wird so weiter vertieft und unumkehrbar. Die Verantwortung für krasse Fehlentwicklungen in der medizinischen Versorgung würden in einem solchen Fall nicht die Fachärzte tragen. Die Organisatoren der Pflege in Deutschland wären gut beraten, gemeinsam mit Fach- und Hausärzten die medizinische Versorgung zu verbessern. Fachärztliche Tätigkeit muss vernetzt in die Altenpflege eingebracht werden. Sie zeichnet sich durch Nachprüfbarkeit in Diagnostik und Therapie aus. Das ist auch ein wichtiger Beitrag, um mögliche gravierende Missstände in Pflegeheimen zu vermeiden bzw. aufzudecken.

SV **Dr. Theodor Windhorst**: Für die Qualität im ambulanten wie im stationären System ist nach wie vor letztlich der Facharztstandard maßgebend. Wir haben ein qualitativ hochwertiges System. Daher frage ich mich, wie man die Krankenkassen in die Lage versetzen will, besondere Modellversuche begleitend zu unterstützen. Die Krankenkassen haben andere

Aufgaben als die Fachärzte bzw. die Ärzteschaft. Der MDK, der sich bewusst aus der kurativen Medizin zurückgezogen und auf Kontrollmedizin spezialisiert hat, ist sicherlich nicht die richtige Instanz, die hier die regulierenden Maßstäbe setzen könnte. Ich muss es noch einmal betonen: Die Ausübung des Heilberufes am Menschen ist nicht in einem Modellversuch, auch nicht hilfsweise, unterzubringen. Die Patientensicherheit sollte genauso ernst genommen werden wie die Flugsicherheit. Wenn bei Air Berlin kein Geld mehr für die Piloten vorhanden ist, dann fliegen auch nicht die Stewardessen das Flugzeug. Jeder an seinem Platz: Das macht die Stärke des Teams aus.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Ich habe noch eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft: Wie müssten Ihres Erachtens die notwendigen Leistungen beim Übergang von der Krankenhausbehandlung in ambulante Versorgung, Reha oder Pflege finanziert werden?

SV **Detlev Heins** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): In der Tat sehen wir ein Finanzierungsproblem an dieser Stelle, also beim Entlassungsmanagement. Wir sind der Auffassung, dass die Bundesregierung, wenn sie diesen Bereich als förderungswürdig ansieht, auch die finanziellen Mittel dafür bereitstellen sollte, und zwar außerhalb der gedeckelten und ohnehin zu knappen Budgets. Da die Krankenhäuser sich in einer prekären finanziellen Situation befinden, wäre es angemessen, hier zusätzliche Finanzmittel bereit zu stellen. Besonders problematisch ist die Finanzierung des Übergangs von der stationären zur ambulanten Versorgung. Erschwerend kommt die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hinzu, das hier auch noch Regelungsbedarf sieht. Aus Sicht der DKG besteht die Lösung darin, dass eine entsprechende Klarstellung im Gesetz erfolgt, wonach eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit auch dann gegeben wäre, wenn die Krankenkasse keine konkrete Behandlungs- und Versorgungsalternative aufzeigen kann. Das wäre dann die Wiederherstellung der Rechtslage vor dem Urteil des Bundessozialgerichts, und dafür würden wir plädieren.

Abg. **Dr. Ilja Seifert** (DIE LINKE.): Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. will unter anderem die Situation der Pflegenden und der Assistentinnen und Assistenten dadurch verbessern, dass er ihnen eine berufliche Perspektive gibt und diese noch ausbaut. Das ist in dem Gesetzentwurf der Regierung so nicht enthalten. Ich frage Herr Roßbruch und den Vertreter von ver.di: Wie kann man die Ausbildung von Pflege- und Assistenzkräften so gestalten, dass sie nicht das Bestreben haben, nach wenigen Jahren wieder aus dem Beruf auszuschneiden?

SV **Robert Roßbruch**: Es ist grundsätzlich zu begrüßen, wenn Assistenz- und Pflegekräfte angemessen qualifiziert werden und auch einen höheren gesellschaftlichen Stellenwert in Deutschland erhalten. Allerdings besteht ein Grundproblem darin – das ist in der Diskussion auch schon deutlich geworden –, wie die Frage der Delegation ärztlicher Tätigkeiten – und für mich geht es dabei um die Erweiterung von Handlungskompetenzen, so wie es auch im Gesetzesentwurf formuliert ist – geregelt werden soll. Dazu muss ich sagen – ich bin kein Pflegeexperte und kein Arzt, sondern Jurist –, dass mich die Diskussion etwas befremdet. Denn die Delegation ärztlicher Tätigkeit haben wir schon seit Jahren in der ambulanten Pflege und im stationären Bereich. Schon seit Jahren wird die intravenöse Injektion, die Subkutaninjektion, die Blutzuckerkontrolle delegiert. Es kann also nicht um die Delegation als solche, sondern nur um die Erweiterung der Handlungskompetenzen gehen. Diese muss auch berufsrechtlich abgesichert werden. Auch die Tatsache, dass plötzlich das Haftungsrecht ins Spiel gebracht wird, befremdet mich etwas. Das Haftungsrecht ist gar nicht das Problem. Eine Pflegefachkraft kann, wenn sie die entsprechende Qualifikation hat, im Prinzip alles tun, wenn der Arzt es anordnet und der Patient einwilligt. Denn es gibt überhaupt keine Verbote. Das Problem ist vielmehr ein arbeitsrechtliches und ein versicherungsrechtliches. Denn eine Pflegefachkraft, die eine ärztliche Tätigkeit durchführt und dabei einen Fehler macht, durch den es zu einem Schadensfall kommt, ist versicherungsrechtlich überhaupt nicht abgesichert, weil die Berufshaftpflichtversicherungen eine Deckung bei der Durchführung berufsfremder Tätigkeiten nicht übernehmen. Wir würden somit das Problem dieser Rechtsunsicherheit abstellen, wenn wir diesen Bereich in den Berufsgesetzen endlich normieren würden. Dabei stellt sich allerdings aus

meiner Sicht das große Problem, was denn unter dem Begriff „erweiterte Kompetenzen“ zu verstehen ist. Denn hier handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff. Der Gesetzentwurf geht mir an dieser Stelle nicht weit genug und muss daher nachgebessert werden. Denn entweder wird dieser Begriff eindeutig definiert, andernfalls ist er überflüssig, oder er wird durch bestimmte Tätigkeiten beschrieben und in die Berufsgesetze aufgenommen. Das heißt also, man könnte einen entsprechenden Kompetenzkatalog in das Krankenpflegegesetz und das Altenpflegegesetz aufnehmen, so wie ich das in meiner schriftlichen Stellungnahme auf Seite 14 vorgeschlagen habe.

SV Gerd Dielmann (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Die Frage bezieht sich, wenn ich Sie richtig verstanden habe, auf die beruflichen Perspektiven von Pflegeassistenzkräften. Wir sind prinzipiell sehr stark daran interessiert, dass Pflege von Fachkräften ausgeübt wird. Auf der anderen Seite gibt es natürlich eine große Zahl von Menschen, die pflegerisch tätig sind, ohne dafür hinreichend qualifiziert zu sein, sei es auf freiwilliger Basis im häuslichen Bereich oder auch teilberuflich. Es ist natürlich richtig, diesen Menschen auch eine Perspektive in den Fachberuf zu geben. Wir halten die entsprechenden Ansatzpunkte, die es in einer Reihe von Modellversuchen zur Pflegeassistenzausbildung, aber auch in der Regelausbildung im Bereich der Pflegehelferinnen gibt, für unzureichend, weil sie gerade diese Perspektive oft nicht eröffnen. Die Fachberufe müssen die Anrechenbarkeit dieser Qualifikationen sicherstellen. Dies muss im Gesetz geregelt und dabei so organisiert werden, dass sich tatsächlich eine Perspektive bietet. Wir sehen diese Perspektive vor allen Dingen darin, dass eine Berufsorientierung vermittelt wird und dass auch die fachlichen Voraussetzungen im Sinne von Allgemeinbildung geschaffen werden. Denn die Defizite in der Allgemeinbildung stellen für viele Hauptschulabsolventen eine Hürde beim Einstieg in einem Pflegefachberuf dar. Im Rahmen einer Pflegehilfsausbildung sollte daher auch die Allgemeinbildung verbessert werden können. Zudem sollten eine erste berufliche Orientierung und eine erste Berufsqualifikation vermittelt werden, die dann auch anrechenbar sein müssen. Die Stichworte lauten also: Durchlässigkeit und Orientierung hin auf Fachlichkeit. Die Einsetzbarkeit von Pflegehilfskräften hängt auch davon ab, in welchem Maße die Selbst-

pflegefähigkeit des Betroffenen noch vorhanden ist. Sofern er noch eigene Verantwortung übernehmen kann, können auch Hilfskräfte eingesetzt werden. Aber in dem Maße, wie der Pflegebedürftige keine Verantwortung mehr für sich selbst übernehmen kann, müssen Fachkräfte eingesetzt werden. Dafür sollte man dann auch klare Abgrenzungen schaffen – möglicherweise im Berufsgesetz – zwischen dem, was Pflegehilfskräfte und dem, was Pflegefachkräfte tun können. Es reicht dann nicht, in einem Gesetz festzulegen, wie das oft in den Ländern geschieht, dass Pflegehilfskräfte „unter der Verantwortung“ einer Pflegefachkraft tätig werden dürfen, denn damit erfolgt so gut wie keine Abgrenzung.

Abg. Dr. Ilja Seifert (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an den Deutschen Pflegerat und an den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe. Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. geht davon aus, dass im Falle von Pflegebedürftigkeit nicht das Motto „satt, sauber und trocken“ maßgebend sein kann, sondern Ziele wie Persönlichkeitsentfaltung, Teilhabe und selbstbestimmte Lebensführung verwirklicht werden sollten. Nun wissen wir, dass im Pflegebereich einfach nur Menschen fehlen, die pflegen, also Arbeitskräfte. Wie groß wäre nach Ihrer Einschätzung der Personalbedarf, wenn man diesen Anspruch auf ein selbstbestimmtes Leben mit Hilfe von pflegenden und assistierenden Menschen umfassend einlösen wollte?

SV Franz Wagner (DPR): Ich kann den Personalbedarf nicht wirklich quantifizieren. Ich denke, wir brauchen deutlich mehr Menschen, die in der pflegerischen Betreuung tätig werden. Wir brauchen auch eine hohe pflegerische Fachkompetenz, gepaart mit Assistenz, mit weiteren Unterstützungs- und Serviceleistungen. Es gibt eine Umfrage des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung zur Situation in den Krankenhäusern. Auf deren Grundlage wurde hochgerechnet, dass im Moment in den Krankenhäusern bei den Pflegefachkräften ein Maß an Überstunden aufgelaufen ist, das einem Äquivalent von etwa 5000 Stellen entspricht. Wenn man nun anstrebt, in diesem Bereich auch nur ein Stück weit Normalität zu erreichen, dann käme man zu einer deutlich höheren Zahl, zumindest wenn man eine bessere Versorgung haben möchte. Für die Versorgung

in der stationären Altenhilfe kann ich leider überhaupt keine Quantifizierung vornehmen.

SV Gertrud Stöcker (DBfK): Ich würde die Frage gerne von einer anderen Seite her beantworten. Es gibt in Deutschland keine qualitativ ausgerichtete Bedarfsbestimmung, das heißt keine, die den Pflegebedarf aus der Sicht zu pflegender Menschen definieren würde. Vielmehr gehen wir von quantitativen Bedarfsbestimmungen aus, die sich an Statistiken und an ökonomischen Gegebenheiten orientieren. Was in Deutschland fehlt, sind Kriterien dafür, welcher Personalbestand qualifiziert und vorgehalten werden muss, um eine qualitativ gute, würdevolle Versorgung von Menschen sicher zu stellen. Die Pflegeversicherung ist sehr streng somatisch orientiert. Wir beklagen, dass demenziell oder gerontopsychiatrisch erkrankte Versicherte nicht ausreichend versorgt werden. Hier fehlt einfach die Beweislage dafür, welche Qualifikationen und wie viele Pflegekräfte wir brauchen. Wenn es dazu Daten gäbe, würde sich die Frage nach dem quantitativen Verhältnis von qualifizierten zu weniger qualifizierten Pflegepersonen auflösen.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich noch einmal an ver.di. Sind Sie der Auffassung, dass die qualitativen und quantitativen Anforderungen an die Pflege mit den in dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz avisierten Mitte In eingelöst werden können?

SV Gerd Dielmann (ver.di): Wenn Sie mit ihrer Frage die Kompetenzen ansprechen wollen, die für heilkundliche Tätigkeiten zusätzlich vermittelt werden sollen, dann kann ich nur sagen, dass das, was in dem Gesetz versucht wird, aus unserer Sicht unzureichend ist, weil die Probleme, die wir in der Praxis haben, mit der Delegation von ärztlichen Tätigkeiten, wie sie in der Tat schon seit geraumer Zeit erfolgt, so nicht zu lösen sind. Herr Roßbruch hat darauf schon hingewiesen. In den Krankenhäusern gibt es derzeit einen Trend dahingehend, Ärzte zu entlasten und Tätigkeiten auf die Pflege zu übertragen. Es werden neue Berufe geschaffen, bei denen völlig unklar ist, ob sie die neuen Aufgaben haftungsrechtlich tragen können. In dem Gesetzentwurf ist dies aus unserer Sicht nicht ausreichend dargelegt. Er hebt zu stark auf Qualifikationen ab, über die die Pflegekräfte heute schon verfügen. Dies gilt etwa für die

häusliche Krankenpflege. Das kann jede Krankenschwester, dafür muss man die Ausbildung nicht verlängern und auch nicht an die Hochschule verlegen. Sie brauchen dann aber die rechtliche Kompetenz, um häusliche Krankenpflege auch organisieren zu dürfen. Darüber hinaus wäre etwa Wundmanagement ein Tätigkeitsfeld, das auch schon angesprochen worden ist, in dem Krankenpflegepersonen eine sehr hohe Expertise haben, die sie auch realisieren können. Insoweit geht der Gesetzentwurf an dieser Stelle nicht weit genug. Was die ausbildungsrechtlichen Regelungen betrifft, geht er hingegen zu weit. Er schüttet das Kind gewissermaßen mit dem Bade aus, weil die Regelungen, die er für die Ausbildung vorsieht, in diesem Maße gar nicht erforderlich sind. Wir kritisieren vor allem die Aufhebung der ausbildungsrechtlichen Schutzbestimmungen, die sowohl für die Regelausbildung als auch für die Hochschulausbildung vorgesehen ist. Sie wird der Situation nicht gerecht, sondern verschlechtert sie sogar. Wir befürchten vor allem, dass ein weiterer Ausbildungsplatzabbau in der Regelausbildung erfolgen wird, wenn kostenlose Praktikanten aus den Hochschulen die Auszubildenden ersetzen können. Dies wird so kommen, weil die Ausbildung überwiegend praktisch sein muss, unabhängig davon, ob es sich um ein Studium oder um eine betriebliche Ausbildung handelt. Die EU-Richtlinie schreibt das so vor. Dies ist ein Punkt, den wir kritisieren. Hier müsste der Gesetzgeber nachbessern, weil das nichts mit dem eigentlichen Anliegen zu tun hat, die pflegerische Kompetenz zu erweitern. Das kann man auch erreichen, ohne die Schutzbestimmung aufzuheben.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Ich möchte noch eine weitere Frage an ver.di stellen. Wir nehmen zur Kenntnis, dass die Pflegestufen im stationären Bereich, außer in der Stufe 3, nicht angepasst werden sollen. Die unterlassene Anpassung der zurückliegenden Jahre wirft aber schon jetzt im personellen Bereich erhebliche Finanzierungsprobleme auf. Auch Sie fordern eine deutliche Erhöhung der Fachkräftequote. Glauben Sie, dass diese angesichts der finanziellen Rahmenbedingung mit diesem Gesetz zu realisieren ist?

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di): Wir sind der Auffassung, wie ich schon ausgeführt habe, dass die finanziellen Rahmenbedingungen

nicht ausreichend sind. Wir haben auch schon dargelegt, dass wir eine bessere Finanzierungsgrundlage für die Pflegeversicherung für notwendig halten. Dies wird mit dieser Reform nicht realisiert. Wir stellen derzeit auch schon vielfach eine Überarbeitung der Pflegekräfte fest. Das ist nicht mehr wegzudiskutieren. Es ist vor allem dem enormen Engagement der Pflegepersonen zu verdanken, dass die Pflege häufig doch noch so gut funktioniert. Wir sehen hier einen großen Änderungsbedarf und hoffen, dass auch in Rahmen der weiteren Diskussionen über den Pflegebegriff noch Verbesserungen erzielt werden.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte vorweg anmerken, dass wir bei einer Anhörung zu berufsrechtlichen Regelungen in der Pflege nicht von Schwestern, sondern von Pflegefachkräften sprechen sollten. Meine Frage richtet sich an Frau Prof. Bienstein. Werden in dem vorliegenden Gesetzentwurf die durch die Pflegewissenschaft gewonnenen Erkenntnisse ausreichend berücksichtigt? Wenn nicht, könnten Sie einen zentralen Punkt benennen, an dem diese unzureichende Berücksichtigung deutlich wird?

SV Prof. Dr. Christel Bienstein: Ich bin der Auffassung, dass die Pflegewissenschaft und ihre Fähigkeit, zur Lösung der in der Pflege bestehenden Probleme einen Beitrag zu leisten, zu wenig genutzt worden sind. An erster Stelle muss erwähnt werden, dass wir in Deutschland keine Pflegebedarfserfassung haben. Das wurde vorhin schon einmal angesprochen. Wir haben auch keine sinnvolle nationale Pflegeberichterstattung, die regelmäßig, wie zum Beispiel in den Niederlanden oder in Luxemburg, erheben würde, welche Pflegebedarfe existieren. Allein dies führt dazu, dass wir nach dem Prinzip von Versuch und Irrtum Personen ausbilden, Schwerpunkte setzen und auch Expertenstandards entwickeln müssen. Ich war selbst mit verantwortlich dafür und habe erlebt, wie wir sozusagen über dem Daumen gepeilt haben, was wohl die Probleme sind. Das ist im Augenblick in Deutschland noch in ganz vielen Fällen so. Da wir keine epidemiologischen Daten haben, kann die Bedarfsplanung nicht passgenau erfolgen. Hier müsste sich dringend etwas ändern. Darüber hinaus hätte auch eine explizite Aufgabenver- bzw. -zuteilung erfolgen müssen, um zum Beispiel die Pflegewis-

senschaft mit in die Verantwortung für die Wissenszirkulation zu nehmen. Dies betrifft die Fragen, wie neues Wissen wirklich in die Praxis kommt und wie es gelingen kann, Implementationsstrategien zu entwickeln, die auch wirklich evaluiert sind. Wir müssen natürlich auch die Pflegewissenschaft damit beauftragen, Ergebnisse zu ermitteln. Zu welchen Ergebnissen kommt man, wenn man verschiedene Modellprojekte durchführt? Ist das wirklich etwas, was die Situation der Patienten, der Pflegebedürftigen verbessert? Des Weiteren ist es sehr erstaunlich, dass durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz die Entwicklung von Qualitätskriterien und Expertenstandards im Grunde primär in die Zuständigkeit der Leistungs- und Kostenträger überführt und die Pflegewissenschaft nur beratend hinzugezogen wird. Damit setzt sich das fort, was wir schon damals bei der Einführung der Pflegeversicherung 1995 erlebt haben. Wir haben die Einführung des MDK vorgeschlagen als eine Instanz, die regelmäßig prüft, ob ein Mensch wirklich Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen muss. Bis heute gibt es aber kein Instrument, das wirklich wissenschaftlich fundiert ist. Es ist auch sehr erstaunlich, dass die Expertenstandards über das SGB XI finanziert werden sollen. Die Expertenstandards, die in unserem Hause im Auftrag des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung entstanden sind, beziehen sich immer auf das gesamte Panorama der Pflege. Da sind Kliniken ebenso einbezogen wie Rehaabteilungen etc. Es wurde also versäumt mit einzuplanen, dass es eine nationale Pflegebedarfserfassung geben muss, die regelmäßig erfolgt und wahrscheinlich auch von unabhängigen Instituten durchgeführt werden muss. Ich hätte es auch sehr begrüßt, wenn man etwas mehr zu den vulnerablen Gruppen gesagt hätte, zum Beispiel zu Migranten oder zu behinderten Menschen. Es wird zwar etwas zu chronisch kranken Kindern gesagt, aber es wäre wichtig gewesen, hier auch gefährdete Familien und Obdachlose einzubeziehen. Wir hätten die Chance gehabt – und das wäre einmalig gewesen –, in diesem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz zum ersten Mal einen Sonderforschungsbereich für die Pflegeforschung einzuplanen oder anzuregen. Wir haben hier einen großen Bedarf. Die Institute, die wir in Deutschland haben, werden ständig aufgefordert, Forschungsprojekte durchzuführen. Wir brauchen eigene Strukturen und Entwicklungsmaßnahmen, damit die Pflegewissenschaft diesen Rückstand aufholen kann. Im Moment können wir das nicht. Wir haben so-

mit etwas versäumt, was wir hätten tun können.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an Frau Prof. Bienstein: Werden Ihrer Ansicht nach im Gesetzentwurf die Potentiale von Pflegekräften im Bereich von Prävention und Rehabilitation ausreichend gefördert und adäquat honoriert?

SV **Prof. Dr. Christel Bienstein**: Meiner Ansicht nach nicht. Wir verfügen inzwischen über sehr qualifizierte Pflegende mit neurologischen Zusatzqualifikationen, die sich gezielt der Rehabilitation widmen. Wir haben inzwischen auch die Familien- und Gesundheitsschwester, – stark unterstützt vom Bundesgesundheitsministerium –, die sehr gut auch präventive Aufgaben wahrnehmen kann, wir haben Experten für Herzinsuffizienz und für die Begleitung von Brustkrebserkrankten Patienten. Das heißt, es gibt inzwischen eine hohe Kompetenz auch im Bereich des Case-Managements. In vielen Kliniken ist dies in die Hände der Pflegenden gelegt worden, gerade auch mit dem Ziel, die rehabilitativen Potentiale auszuschöpfen und auch die präventiven Konzepte für die Patienten mit auf den Weg zu bringen. In der Praxis zeichnet sich im Moment eine dramatische Entwicklung ab: Unsere solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen gehen reihenweise Pleite. Wir haben viel zu wenige Kurzzeitpflegeeinrichtungen, weil diese alle nach dem SGB XI finanziert werden. Wir haben aber einen hohen Bedarf. Es kommen schwerkranke Menschen aus den Kliniken in diese Einrichtungen. Wir bräuchten spezifisch rehabilitative Kurzzeitpflegeeinrichtungen und auch Tagespflegeeinrichtungen, die sich bestimmter Problemstellungen annehmen. Also dieser Grundsatz „Wir pflegen alles, was kommt“ muss unbedingt eingestellt werden, und zwar sowohl bei den häuslichen Pflegediensten als auch bei den Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen. Wir brauchen Einrichtungen, in denen die gebündelte Expertise von Fachexperten zum Tragen kommt. Wir haben hier inzwischen einzelne kleine Modellprojekte – zum Beispiel hat die Barmer Ersatzkasse ein sehr gutes Projekt aufgelegt, das in der eigenen Häuslichkeit spezifisch geschulte Pflegekräfte einsetzt, so genannte Kinästhetik-Trainer, die Angehörige anleiten, wie sie die Pflegebedürftigen bewegungsfähiger machen können. Es fehlt uns also

in diesem Bereich sehr vieles. Wir haben es auch versäumt, aus Erfahrungen im Ausland zu lernen. So hat zum Beispiel Finnland bei der PISA-Studie unter anderem deshalb so gut abgeschnitten, weil es dort die School-Nurse gibt. Wir haben viele präventive, rehabilitative Potentiale nicht ausgeschöpft. Wir wissen inzwischen, dass bei Wohnungsbaugesellschaften eine hohe Bereitschaft besteht, im Bereich der Prävention tätig zu werden. Sie machen das sogar schon auf eigene Kosten. Wir müssten in viel höherem Maße herauszufinden versuchen, wie wir die Menschen erreichen, die Hilfe brauchen. Es wäre spannend, zum Beispiel mit ALDI darüber zu verhandeln, ob nicht in solchen Läden Präventionskonzepte vorgestellt werden könnten, ähnlich wie wir das aus dem Ausland kennen.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an Herrn Prof. Görres. Welche Maßnahmen müssten ergriffen werden, damit die neu hinzukommenden Aufgaben nicht zur beruflichen Überforderung von Pflegekräften führen?

SV **Prof. Dr. Stefan Görres**: Ich kann hier eindeutig mit dem Stichwort Qualifikation antworten. Ich denke, eine angemessene Qualifikation ist die Grundvoraussetzung dafür, dass es nicht zur Überforderung kommt. Wir haben jetzt schon mehrfach gehört, dass die Versorgungssituation sehr komplex geworden sind und weit über das hinausgehen, was wir mit den Stichworten Delegation oder Heilkunde zu beschreiben versuchen. Ich würde also Herrn Roßbruch durchaus Recht geben, wenn er sich dafür ausspricht, die Kompetenzen stärker in den Mittelpunkt zu rücken. Ich will aber noch etwas hinzufügen. Ich bedauere es sehr, dass wir hier, zum Teil vielleicht in lobbyistischer Art und Weise, zur Polarisierung tendieren und Delegation gegen Heilkunde auszuspielen versuchen. Es geht hier um eine Optimierung der Versorgungssituation und auch darum, alle Berufsgruppen entsprechend gut zu qualifizieren. Gerade die Pflege bedarf einer sehr guten Qualifikation, denn die Erfahrungen in allen europäischen Ländern zeigen, dass eine gute Qualifikation auch zu guten Ergebnissen führt. Man kann es kaum nachvollziehen, warum wir in Deutschland auf diesen Vorteil im Gesundheitswesen und in der Qualität der Versorgung verzichten wollen. Es gibt aus meiner Sicht nur

einen Weg, und der liegt eindeutig in der Qualifizierung. Qualifikation muss man jedoch sehr differenziert betrachten. Der Vertreter von ver.di hat etwa auf die Allgemeinbildung hingewiesen. Wir wissen, dass hier auch bei den Pflegeberufen einiges im Argen liegt. Aber es geht auch um die berufliche Qualifikation. Die muss sicherlich durch Weiterbildung gestärkt werden. Ich bin allerdings kein Anhänger einer endlosen Addition von Weiterbildungen, weil dies nämlich zu Überforderungen führen würde, sondern ich bin dafür, dass man einen konsequenten Schritt geht, was man in anderen Berufen auch tut, und dieser konsequente Schritt kann für mich nur in der Hochschulausbildung liegen. Auch dort hinken wir allen anderen europäischen Ländern hinterher. Es ist kaum nachvollziehbar, warum wir auf das entsprechende Potential verzichten. Denn wir befinden uns in Deutschland in einer Situation, in der wir große Probleme in der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen haben. Mein Appell geht daher dahin, dieses Potential durch Qualifikation zu aktivieren, denn dann können die Pflegekräfte den komplexen Versorgungssituationen durchaus Stand halten. Wir haben auch evidenzbasierte Hinweise darauf, dass in ganz bestimmten komplexen Versorgungssituationen durch akademisch gebildete Pflegekräfte eine ähnlich hohe Qualität der Versorgung erzielt werden kann wie durch Ärzte. Dieses Potential sollten wir nutzen. Und daher sage ich es noch einmal: Es geht hier nicht um ein Entweder-oder, also darum, Delegation und Heilkunde gegeneinander auszuspielen, sondern es geht um die Qualität der gesundheitlichen Versorgung und um die Frage, welche Berufsgruppe am besten geeignet ist, auf bestimmte Versorgungssituationen adäquat zu reagieren. Dazu brauchen wir für alle Berufsgruppen eine adäquate Ausbildung und ganz besonders für die Pflegeberufe.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe. Wie bewerten Sie es, dass die Erweiterung pflegerischer Handlungsfelder im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz mit dem Ziel einer Entlastung von Ärztinnen und Ärzten begründet wird? Müsste die Argumentation nicht eher dahin gehen, dass die Versorgungssicherheit der Bevölkerung gewährleistet wird?

SV **Gertrud Stöcker** (DBfK): Ich denke, dieser überkommene Gedanke einer Aufwertung der Pflege durch Entlastung der Ärzte holt uns immer wieder ein. Im Dienste der Versorgungsqualität ist aber zunächst die gerade von Frau Prof. Bienstein beschriebene Weiterentwicklung der Kompetenz in der Pflege gefragt. Es geht hier nicht um eine Konkurrenz mit den Ärzten. Es geht um die Verordnung der Ausführung von Pflege vor Ort, die nur die Pflege leisten kann und die nicht automatisch durch das Vorbehaltsmonopol der Ärzte in Deutschland zur ärztlichen Tätigkeit wird. Delegation, so wurde eben auch gesagt, ist kein neues Thema in der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten. Wenn die Eigenverantwortlichkeit der Pflege, das Interprofessionelle und das Interdisziplinäre der Pflege, greifen soll, brauchen wir ein gleichberechtigtes Verantwortungsgefüge. Jede Verschiebung in diesem Verantwortungsgefüge nennt man Delegation, und Delegationsmöglichkeiten machen professionelle Pflege ersetzbar. Wir stellen vor Ort fest, dass der Arzt delegieren kann, solange er bereit ist, die Verantwortung dafür zu tragen. Das ist dann aber nicht unbedingt an Pflegefachkräfte gerichtet.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine letzte Frage richtet sich an ver.di. Leistet der Gesetzentwurf der Regierung Ihrer Ansicht nach einen ausreichenden Beitrag zur Verbesserung der Arbeitssituation von Pflegekräften in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen?

SV **Gerd Dielmann** (ver.di): Darauf kann ich eine sehr kurze Antwort geben: Nein.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die DKG. Wir beurteilen Sie das Modell zur Verlängerung der Ausbildungszeit im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz und welche Auswirkung hätte eine Verlängerung der Ausbildung für die Krankenhäuser? Welche Folgen hat die zukünftige Höherqualifizierung in der Pflege für die Finanz- und Ausbildungsstruktur und was bedeutet sie für die Krankenpflegeschulen?

SV **Ralf Neiheiser** (DKG): Sollte es zu einer Verlängerung der Ausbildungszeit kommen, muss aus Sicht der Deutschen Krankenhausge-

sellschaft unbedingt eine Refinanzierungsregelung geschaffen werden, durch die sichergestellt wird, dass die entstehenden Mehrkosten für die Krankenhäuser in vollem Umfang refinanziert werden. Darüber hinaus sollte eine verlängerte Ausbildungszeit festgelegt werden.

Abg. **Maria Eichhorn** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Johannes und an die Bundesärztekammer. Als Voraussetzung für die Anstellung eines Arztes im Pflegeheim ist der Nachweis einer Weiterbildung im Bereich Geriatrie vorgesehen. Wie viele Ärzte verfügen nach Ihrer Kenntnis über eine derartige Weiterbildungsqualifikation und ist eine solche Voraussetzung für die Tätigkeit in Heimen aus Ihrer Sicht notwendig und sachgerecht?

SV **Dr. Wolfram Johannes**: Ich habe mir die Zahlen für die Anerkennungen im Fach Geriatrie im Regierungsbezirk Koblenz aus den Jahren 1998 bis 2007 übermitteln lassen. Wir müssen dabei Folgendes berücksichtigen: Wir hatten bis zum Jahr 2006 nach der alten Weiterbildungsordnung das Fach klinische Geriatrie. Das war eine zweijährige Zusatzweiterbildung in der Regel für Internisten, Neurologen und Psychiater. Seit 2006 haben wir die Zusatzbezeichnung Geriatrie. Dafür werden 18 Monate Weiterbildung gefordert. In dem genannten Zeitraum haben im Bereich der Bezirksärztekammer Koblenz 13 Mediziner diese Anerkennung erworben. 13 Mediziner! Es gibt im selben Kammerbezirk fünf Weiterbildungsstätten für Geriatrie. Daher ist deutlich zu sehen, dass mit dem bisherigen Weiterbildungsinstrument im Fach Geriatrie kein Staat zu machen ist und erst recht keine Voraussetzungen für die Anstellung von Heimärzten gegeben sind. Ich möchte in diesem Zusammenhang auf eine Diskussion verweisen, die wir vor ungefähr 17 Jahren geführt haben. Dabei ging es – ich war daran auch beteiligt – unter Federführung von Rheinland-Pfalz um den Diabetologen. Das Land bzw. das Ministerium und die Kassen haben als Grundvoraussetzung eine Qualifikation als Endokrinologe gefordert. Damals haben wir eine ähnliche Recherche durchgeführt. Ihr zufolge hatten wir in einem Fünf-Jahres-Zeitraum in ganz Rheinland-Pfalz zwei Anerkennungen als Endokrinologen. Mein Vorschlag wäre, dass wir die Geriatrie als Zusatzweiterbildung etablieren, wie wir es auch bei der Palliativmedizin gemacht haben.

Hier gibt es ein Kursprogramm über 160 Stunden, mit ganz speziellen Lernverfahren. Diese Zusatzweiterbildung Palliativmedizin ist bundesweit sehr gut angenommen worden. Geriatrie gehört neben der Palliativmedizin, der psychosomatischen Grundversorgung, der Akutversorgung und der Prävention im weitesten Sinne zu den Kernstücken hausärztlicher Tätigkeiten, und wenn wir den Hausarzt landesweit auf hohem qualitativem Niveau installieren wollen, dann muss hier eine Lösung geschaffen werden.

SV **Dr. Cornelia Goesmann** (BÄK): Ich kann nicht mit Zahlen aufwarten, sondern nur damit argumentieren, dass in der fünfjährigen Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, wie er derzeit heißt, erhebliche geriatrische Anteile enthalten sind und das man, wenn man die Weiterbildung zum Facharzt durchlaufen hat, also Hausärztin oder Hausarzt ist, auch ein erhebliches Know-How im Bereich der Geriatrie mitbringt. Ich möchte jetzt nicht, sozusagen en passant, die Weiterbildungsordnung ändern. Das ist ein Komplex, über den auf dem Deutschen Ärztetag und in den entsprechenden Gremien entschieden werden muss. Ich würde aber behaupten, dass Hausärztinnen und Hausärzte durch die bestehenden Weiterbildungsmöglichkeiten ausreichende Kompetenz erwerben, um geriatrisch tätig zu werden. Selbstverständlich sollte man, wenn man merkt, dass man eine Fortbildung braucht, versuchen, auf dem Laufenden bleibt, um adäquat reagieren und die Patientinnen und Patienten angemessen behandeln zu können.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Vertreter des Verbandes für Physiotherapie und die Bundesarbeitsgemeinschaft Heilmittelverbände. Sie schlagen für den Heilmittelbereich Modellvorhaben nach Paragraph 63 Absatz 3 SGB V vor. Gibt es hierfür aus Ihrer Sicht wirklich einen Bedarf bei den Patientinnen und Patienten?

SV **Heinz Christian Esser** (Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V. (ZVK)): Ich kann eindeutig bestätigen, dass ein solcher Bedarf besteht. Den besten Nachweis hierfür liefert der GEK-Heilmittelreport 2007. Darin wird völlig zu Recht beanstandet, dass die Versorgung insbesondere von Schlag-

anfallpatienten darunter leidet, dass zwischen der Entlassung aus der stationären Versorgung, sei es nun Reha oder Krankenhaus, und der Aufnahme der Heilmittelversorgung, also insbesondere Krankengymnastik und Logopädie, in der Regel 40 Tage liegen. Hier gibt es also eine Versorgungslücke bzw. eine Schnittstellenproblematik, die aus Sicht der Krankenkassen schnellstmöglich gelöst werden muss. Dies zum einen. Zum anderen gibt es valide Untersuchungen zu diesen Fragen, und zwar nicht nur in Schottland, worauf ja im Gutachten des Sachverständigenrates Bezug genommen worden ist. Wir wissen zum Beispiel, dass die Anzahl der Fehltage deutlich zurückgeht, wenn Versicherte sofort nach der Entlassung aus der stationären Einrichtung einen Physiotherapeuten aufsuchen und nicht erst 14 Tage oder drei Wochen auf einen Termin beim Hausarzt warten müssen, um dann an den Orthopäden weiterverwiesen zu werden, bis sie dann das Interesse an einer physiotherapeutischen Therapie letztlich verloren haben. Dies sind Ergebnisse valider Untersuchungen, die auch in das Gutachten des Sachverständigenrates eingeflossen sind.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich habe noch eine Frage zum Paragraphen 294a an Herrn Dr. Müller von der KBV, an Frau Dr. Goesmann von der BÄK und an Herrn Dr. Windhorst. Wie werden ihrer Meinung nach die Ärzte reagieren, wenn es zu dieser gesetzlichen Regelung kommt, und zwar angesichts des Umstands, dass es faktisch keine Sanktionsmöglichkeit gibt? Was schlagen Sie vor, um in den vorgesehenen Fällen eine unter sozialpolitischen Gesichtspunkten durchaus vertretbare Leistungsanspruchsminderung umzusetzen? Und welche Alternative würden Sie vorschlagen, wenn Sie die geplante Regelung rundweg ablehnen, um das, was das SGB V vorschreibt, auch umsetzen zu können?

SV Dr. Carl-Heinz Müller (KBV): Die Ärzte werden das höherrangige Recht beachten und keine Meldung vornehmen, das ist für mich klar. Wenn es eine Lösung hierfür gibt – mit der sich die Ärzteschaft letztlich schwer tun wird, denn sie ist nicht die Gesundheitspolizei der Patienten –, dann kann die nur so aussehen, dass die Ärzte die Patienten darauf aufmerksam machen, dass der Schaden, der zum Beispiel durch Piercings entstanden ist, nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung

gehen kann und daher gemeldet werden muss. Aber dazu müsste der Patient seine schriftliche Einwilligung geben. Anders kann ich mir das für die Ärzteschaft nicht vorstellen.

SV Dr. Cornelia Goesmann (BÄK): Ich sehe das genauso. Wir werden die Schweigepflicht nicht brechen, aber wir haben es schon immer so gehandhabt, dass wir die Patientinnen und Patienten bei eindeutig selbstinduzierten Erkrankungen – ich glaube, so lautet die Formulierung – privat liquidiert haben. Wir haben schon bisher gesagt, dass das keine Leistung der GKV ist. In der Praxis wird dann vorab vereinbart, dass die Behandlung über eine Privatliquidation zu zahlen ist. Wir sehen uns auch der GKV gegenüber in der Pflicht, Patientinnen und Patienten auf diesen Umstand hinzuweisen. Darüber hinaus könnte man natürlich zum Beispiel für bestimmte gefährliche Sportarten, die ein gesundheitliches Risiko bergen, die Verpflichtung zum Abschluss von Zusatzversicherungen beim Kauf eines entsprechenden Sportgerätes oder etwas Ähnliches erwägen. Das wird ja auch in der gesundheitspolitischen Diskussion immer wieder thematisiert. Ich will keinen entsprechenden Vorschlag machen, sondern nur anregen, darüber noch einmal nachzudenken. Aber eines steht fest: Wir werden die Patienten nicht denunzieren und die Schweigepflicht nicht brechen.

SV Dr. Theodor Windhorst: Das sehe ich auch so. Wir werden natürlich hohe Hürden errichten, wir werden mit den Patienten sprechen und sie darauf hinweisen, dass sie sich eigentlich in einer Situation befinden, aus der sie mit eigenen Leistungen wieder herausfinden müssen. Aber wenn es zum Konflikt kommt, wird man natürlich letztlich keine Meldung machen, sondern den Patienten weiterhin versorgen. Das ist unser eigentlicher Auftrag. Bei den chronischen Erkrankungen haben wir eine ähnliche Situation. Auch hier werden wir versuchen, mit den Patienten zu einvernehmlichen Regelungen zu kommen. Der Patient ist unser erster Ansprechpartner.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Schirmer. Welchen Entscheidungsspielraum hätte der Zulassungsausschuss für die Ermächtigung der Pflegeeinrichtungen zur ambulanten Versorgung – es

geht dort um den Heimarzt – im Hinblick auf die im Paragraph 119b des Gesetzentwurfs vorgegebenen Entscheidungskriterien?

SV Horst-Dieter Schirmer (KBV): Nach diesem Paragraphen soll der Zulassungsausschuss prüfen, ob der Träger eines Heimes ohne Heimarzt die Versorgung nicht sicherstellen kann. Die Vergleichsversorgung wird dabei bezogen auf besondere Versorgungsformen, also auf die Hausarzt zentrierte Versorgung nach Paragraph 73b, eine spezifische oder eine integrierte Versorgung. Unseres Erachtens ist hier aber schon der Vergleichsmaßstab falsch gewählt, weil diese Versorgungsformen krankenkassenspezifisch sind. Da die Heimbewohner unterschiedlichen Krankenkassen angehören, kann gar nicht festgestellt werden, ob ein solcher Parallelvertrag überhaupt existiert. Anscheinend ist dies bewusst so ausgestaltet worden, um den Vergleich mit der Sicherstellung in der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung, also der üblichen vertragsärztlichen Versorgung, zu vermeiden. Außerdem würde dieses System die Bewohner dazu zwingen, den Heimarzt in Anspruch nehmen. Sie haben aber eigentlich eine freie Arztwahl. Das sind die Probleme, die wir bei der Betrachtung dieser Vorschrift feststellen. Faktisch hat der Zulassungsausschuss bei dieser Art von Vergleichsmaßstab keine andere Möglichkeit, als eine Ermächtigung auszusprechen. Diese Ermächtigung ist auch ausgenommen von den üblichen Regeln. Sie ist nicht befristet und kann nicht mit Auflagen versehen werden. Es gibt dann praktisch eine Kontinuität der Tätigkeit des Heimarztes in dieser Einrichtung. Aus diesen Gründen ist die Regelung unseres Erachtens nicht nur politisch – wie hier schon zum Ausdruck gebracht worden ist –, sondern auch gesetzestechnisch völlig verfehlt.

Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Verband für Physiotherapie. Was halten Sie von der Anregung des Bundesrates, in die Berufsausbildungsgesetze eine generelle Erprobungsklausel für die akademische Ausbildung aufzunehmen?

SV Dr. Monika Rausch (ZVK): Ich kann, glaube ich, für alle Heilmittelverbände sagen, dass wir das sehr begrüßen würden. Die schon heute an den Hochschulen vorhandenen Stu-

diengänge würden damit auf eine sicherere rechtliche Basis gestellt. Insbesondere könnte dann dort auch die Berufsanerkennung erfolgen.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich möchte Herrn Prof. Görres fragen, ob er mir zustimmt, dass wir einerseits die gut qualifizierte Pflegefachkraft brauchen, die in bestimmten Bereichen eigenständig arbeitet, ohne selbst zur Ausübung der Heilkunde befugt zu sein, andererseits aber auch – vor allem in bestimmten Regionen – die Arzt entlastende, gemeindenah arbeitende Pflegefachkraft. Herrn Prof. Hoffmann möchte ich noch einmal fragen, wie denn die zusätzliche Qualifikation dieser Arzt entlastenden Schwestern aussehen soll, die in dem „Agnes“-Modell arbeiten. Was hat Ihre Evaluation im Hinblick auf die Verbesserung der medizinischen Versorgung ergeben?

SV Prof. Dr. Stefan Görres: Es ist inzwischen in allen einschlägigen Fachkreisen unstrittig, dass wir ein gestuftes Qualifikationssystem in der Pflege brauchen. Das heißt, ein Qualifikationssystem, das im Servicebereich anfängt und bis zum PhD-Level reicht, wenn Sie so wollen. Insofern sind hier viele Varianten möglich und müssen in Zukunft auch möglich sein. Die Robert-Bosch-Stiftung hat zum Beispiel in ihrer Schrift „Pflege neu denken“ genau auf dieses Qualifikationsstufenmodell hingewiesen. Insofern sind die von Ihnen angesprochenen Varianten in dieses Stufenmodell einzuordnen. Ich will aber noch einmal deutlich sagen, dass wir darüber hinaus eben auch eine akademische Stufe brauchen. Es gibt Schätzungen, wonach der Bedarf bundesweit bei sieben bis zehn Prozent liegt. Dies entspricht etwa 100.000 bis 125.000 Pflegekräften, denen eine Akademisierung ermöglicht werden sollte. Das zeigt aber auch, dass überhaupt nicht daran gedacht ist, sozusagen schlagartig alle Pflegekräfte zu akademisieren, wie dies in anderen Ländern der Fall ist. Das würde ich auch überhaupt nicht für sinnvoll halten, sondern ich befürworte eindeutig das Stufenmodell.

SV Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann: Das ist eine Frage, die wir mit erforscht haben, weil zu Beginn der Modellprojekte unklar war, welcher zusätzliche Qualifikationsbedarf in diesem Delegations-Setting besteht. Es geht, um

das noch einmal deutlich zu sagen, darum, dass die Pflegefachkraft im Setting der Häuslichkeit, also i.d.R. weit entfernt von der Praxis des Arztes – beispielsweise in Mecklenburg-Vorpommern oder auch in den anderen östlichen Bundesländern – in der Regel selbstständig tätig wird, und dies ohne die Möglichkeit, kurzfristig den Arzt hinzuzuziehen. Hier existiert somit ein Aufgabenspektrum, zu dem bislang keine langen Erfahrungen vorlagen. Wir haben in unseren Modellprojekten zusammen mit den Pflegeexperten erforscht, wo Qualifikationsbedarfe bestehen und haben die entsprechenden Erkenntnisse gleichzeitig mit der Hochschule Neubrandenburg in eine Weiterbildungsstudiengang umgesetzt. Die Entwicklung des Curriculums ist unter anderem von den Kollegen der Gewerkschaft ver.di mit einem Modellprojekt unterstützt worden, in dem es darum geht, die Gesundheitsberufe für die zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen zu wappnen. Dieses „Lernende Curriculum“§ enthält im Wesentlichen Elemente, die auch in diesem Setting gebraucht werden und die den Pflegefachkräften in der Primärqualifizierung noch nicht so stark vermittelt worden sind. Das sind zum Beispiel Beratungskompetenzen, die in den unterschiedlichsten Bereichen erforderlich sind, aber auch technische Dinge, weil wir in unserem Projekt in größerem Umfang auch mit Telemedizin und Videofunktionalitäten gearbeitet haben. Das umfasst des Weiteren Bereiche wie das Medikamentenmanagement, die Sturzprophylaxe oder das geriatrische Assessment, also Dinge, die originär medizinische Aufgaben sind, die dort aber in der Häuslichkeit durch Delegation durchaus auch von weitergebildeten Pflegekräften ausgeführt werden können. Das hat sich zu einem Curriculum von ungefähr 250 Stunden addiert, und derzeit entwickeln wir gerade ein weiteres Curriculum, das etwa 300 Stunden umfassen wird. Wir haben über 100 Bewerbungen, weil eben auch von der Pflegeseite her ein Qualifizierungsbedarf gesehen wird, und dies, obwohl es zurzeit noch gar keine Möglichkeit gibt, dieses Curriculum zu belegen. Wir glauben, dass Pflege und Arzt in ihrer Zusammenarbeit ein sehr gutes Tandem bilden können. Dafür bedarf es aber eben noch einer Qualifizierung in den Bereichen, die ich genannt habe.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Ich habe eine Frage an die Pflegekassen, an den MDS und an die Bundesärztekammer. Halten Sie die fach-

ärztliche Versorgung in den Pflegeheimen für ausreichend?

SV Paul-Jürgen Schiffer (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V. (VdAK)): Wir halten die Versorgung für nicht ausreichend. Verbesserungen sind dringend notwendig. Im Hinblick auf das Ziel, das hier erreicht werden soll, kann ich mich den Ausführungen meiner Vorredner anschließen. Wir sind für eine Art von Ermächtigung in diesen Bereich. Zudem gilt es, das Problem der Fachärzte zu lösen, weil dafür auch in diesem Gesetzentwurf keine optimale Lösung gefunden worden ist.

SV Dr. Peter Pick (MDS): Die Anhörung hat deutlich gemacht, dass wir Probleme bei der Sicherstellung der Versorgung in Pflegeheimen haben. Daran muss gearbeitet werden. Ich möchte noch einmal unterstreichen, dass die Option für den Hausarzt aus meiner Sicht in das System eingefügt werden sollte. Die Erfahrungen in Berlin zeigen, dass das sehr gut funktioniert. Und wir haben von Herrn Dr. Johannes gehört, dass das auch im niedergehassten System möglich ist. Aus meiner Sicht ist beides wichtig. In der Ausrichtung kommt es darauf an, dass durch eine dauerhafte Kooperation zwischen Pflegeheimen und Ärzten auch eine dauerhafte Kooperation zwischen Pflegefachkräften und Ärzten erreicht wird. Dies setzt aber voraus, dass man häufiger miteinander zu tun hat, um auch die jeweiligen Kompetenzen entsprechend einschätzen zu können. Ich möchte auch noch einmal unterstreichen, dass eine geriatrische Ausrichtung dieser Ärzte nötig ist und dass auf Dauer 61 Stunden Geriatrie sicher zu wenig sein werden, um dieses Feld ausreichend abzudecken.

SV Dr. Cornelia Goesmann (BÄK): Man kann Verhältnisse immer verbessern, und als Praktikerin, die seit 20 Jahren mit Heimen zusammenarbeitet und dort Patientinnen und Patienten betreut, würde ich durchaus Verbesserungspotentiale sehen. Zunächst möchte ich aber auf ein Dilemma hinweisen: Einerseits muss die Wahlfreiheit des Patienten gegeben sein, also die Freiheit, sich für einen Arzt oder eine Ärztin seiner Wahl zu entscheiden, andererseits sind Heime dadurch oft mit dem Problem konfrontiert, dass viele verschiedene Ärztinnen und Ärzte zu unterschiedlichen Zeiten unkoordiniert in den Heimen auftauchen und

dort Visite oder Besprechungen machen wollen. Man sollte dieses Dilemma vielleicht durch eine verstärkte Kooperation mit Heimärztinnen und Hausärzten lösen. Es sollte Modelle einer kooperativen Versorgung geben – darauf hatte der BPA schon hingewiesen, und wir führen darüber auch Gespräche miteinander –, bei denen verschiedene Ärztinnen und Ärzte, Fachärzte und Hausärzte sich gemeinsam um ein Heim kümmern, den Not- und Wochenenddienst gemeinsam gestalten und eine Rufbereitschaft anbieten. Das könnte, so glaube ich, ein erfolgversprechendes Modell für die Zukunft sein. Es sollte regelmäßig Fallkonferenzen in den Heimen geben, bei denen sich die Pflege mit ihrer speziellen Kompetenz, die Heimbetreuer und die behandelnden Ärztinnen und Ärzte über die Patientinnen und Patienten austauschen könnten. Wir machen zwar Visiten, aber die könnte man durchaus noch weiter ausbauen. Man könnte auch noch weitere Berufsgruppen wie die Physiotherapeuten in diese Fallkonferenzen einbeziehen. Wenn das entsprechend finanziert würde und ausreichend Zeit dafür zur Verfügung stünde, dies optimal zu gestalten, dann wäre das ein großer Fortschritt in der Heimversorgung. Ich bin immer für Kooperation und Bündelung von Kompetenzen. Daher würde ich mir wünschen, dass das ausgebaut wird.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe eine Frage an Frau Dr. Jassim-Guddorp und auch an die Diakonie. Frau Dr. Jassim-Guddorp, Sie haben ja Erfahrung als Hausärztin. Ich frage Sie, wie Sie die ärztliche Versorgung in den Pflegeheimen im Moment einschätzen, welche positiven Aspekte Sie für die Tätigkeit anführen können und wie Sie unseren Vorschlag beurteilen, die Möglichkeit für die Anstellung von Hausärzten zu schaffen, also nicht nur Kooperationen einzugehen.

SV **Dr. Susanne Jassim-Guddorp**: Ich habe der Diskussion aufmerksam zugehört und würde sagen, dass zur adäquaten Behandlung, Pflege und Therapie in jedes Pflegeheim ein ständig anwesender Arzt gehört. Er ist dort dringend erforderlich. Es gab bereits vor 20 Jahren – ausgerichtet vom Deutschen Zentrum für Altersfragen – sechs Arbeitssitzungen zu dem Thema „Das Heimkonzept der Zukunft“. Auch da wurde bereits eindeutig festgestellt, dass jedes Heim einen Hausarzt braucht. Dieses Erfordernis ist in den letzten 20 Jahren

noch sehr viel dringlicher geworden, weil die Mitarbeiter durch die kürzeren Liegezeiten in den Krankenhäusern, die Zunahme der Multimorbidität und den zunehmenden Schweregrad der Diagnosen in einen Zwiespalt zwischen Akutmedizin und Chroniker-Bereich geraten sind. Die Ängste, die daraus resultieren, könnten auch mit der Unterstützung durch einen fest angestellten Arzt in gewisser Weise kompensiert werden. Des Weiteren muss man sehen, dass immer mehr Menschen in die Heime kommen, die eine Fortsetzung der begonnenen Behandlungen brauchen, und zwar nicht erst nach vier Wochen, wie hier gerade bestätigt wurde, sondern sofort. Das beinhaltet auch die rehabilitative Therapie. Wenn ein Arzt vor Ort ist, können interkurrente Infekte und Krankheiten vor Ort behoben werden. Der chronisch kranke Mensch muss nicht unbedingt ins Akutkrankenhaus verlegt werden. Ein Ortswechsel ist immer eine ziemlich schwierige Angelegenheit und verursacht neben den Krankenhauskosten auch Transportkosten. Des Weiteren gibt es die wichtige Frage der Erhaltungstherapie. Oft wird ein Patient von zu Hause aus in ein Akutkrankenhaus eingewiesen und dort einigermaßen „wiederhergestellt“. Dieser Zustand sollte dann auch erhalten bleiben, um dem Patienten ein bisschen Lebensqualität zurückzugeben. Sehr wichtig ist im Zusammenhang mit der medikamentösen Therapie die Compliance, die zu Hause und auch in den Heimen ohne Arzt vielfach zu kurz kommt. Oft verschreiben Hausärzte und Hausärzte, die im Heim ein- und ausgehen, verschiedene Medikamente, die sich gegenseitig nicht vertragen. Dann sollte man auch noch an die Schmerztherapie denken. Es ist oft so, dass in einem Haus mit einem festangestellten Arzt der Arzt sofort ans Krankenbett eilen und etwas unternehmen kann, etwa wenn ein Mensch starke Schmerzen hat. Das ist im Alter besonders wichtig, vor allem bei Osteoporose- und auch bei Karzinompatienten. Ganz wichtig ist auch die Sterbebegleitung zusammen mit den Pflegekräften. Um das alles regeln zu können, bedarf es einer regelmäßigen ärztlichen Grundversorgung mit Visiten und Sofortmaßnahmen, einer 24-Stunden-Rufbereitschaft und der Koordination des ärztlichen Therapieplans unter Einbeziehung mitbehandelnder Fachärzte und unter Integration des im Heim tätigen pflegerischen und therapeutischen Personals. Dies sind die Voraussetzungen für einen geringen Notarzt- und Bereitschaftsarzteinsatz. Und dies sind auch die Forderungen, die ich angesichts meiner 30-jährigen Erfahrung erheben möchte.

Wenn die Pflegereform wirklich dazu dienen soll, die Bedürfnisse der chronisch Kranken stärker zu berücksichtigen, dann sollte diese Forderung berücksichtigt werden. Positive Erfahrungen habe ich an einem der heute schon häufiger erwähnten Berliner Krankenhäuser gemacht, wo im Grunde genommen alles praktiziert wird, was hier heute gefordert worden ist. Die Krankenhäuser im Land Berlin gibt es seit 30 Jahren. Bei der Einführung der Pflegeversicherung im stationären Bereich Mitte der 90er Jahre gab es einen sehr intelligenten Vertrag mit der AOK-Berlin, den ganzen Trägerverbänden, der IKK Berlin, einigen Betriebskrankenkassen, die erst ab- und jetzt wieder auf den Zug aufgesprungen sind, in dem für die Häuser zur Vorbedingung gemacht worden ist, sowohl ihre Wirtschaftlichkeit als auch die Qualitätsentwicklung unter Beweis zu stellen. Dies betrifft 38 Häuser im Land Berlin. Beide Anforderungen haben wir erfüllt. Das kann auch an Hand von Zahlen belegt werden, die ich jetzt allerdings nicht vorliegen habe. Wir haben auf jeden Fall die Pflegequalität bzw. die Versorgungsqualität deutlich verbessern können. Wir realisieren dies mit dem Resident-Assessment-Instrument (RAI 2.0), das aus 210 Items pro Patient besteht und das alle Bereiche, also die Pflege, den Arzt und die Therapeuten, einschließt. Insgesamt gelingt es uns so, ein wirklich gutes Ergebnis zu erzielen, und zwar gleichermaßen im Hinblick auf die Pflegeplanung, den Therapieplan und die individuelle Versorgung. Es ist nötig, dass alle Bereiche, Therapie, Pflegebereich und eben auch die Ärzte, eng zusammenarbeiten, und dies auf verschiedenen Ebenen, etwa bei den Fallgesprächen, den regelmäßigen Visiten, den Helferkonferenzen und bei der Erstellung des Pflegeplans, der so auch sehr viel schneller und mit weniger Bürokratieaufwand erstellt werden kann. Wichtig ist auch, dass die Hierarchie zwischen Ärzten, Pflegenden und Therapeuten mehr und mehr entfällt, weil man im Interesse des Patienten einfach gezwungen ist zusammenzuarbeiten.

SV Erika Stempfle (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (EKD)): Wir haben uns innerhalb der Diakonie sehr intensiv mit dem Thema ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern befasst. Wir haben dazu auch eine Handreichung herausgegeben. In unserer Stellungnahme gibt es in der Fußnote einen Internet-Link zu dieser Handreichung. Deshalb kann ich mich hier ganz

kurz fassen. Wir denken, dass es verschiedene Modelle geben muss, um ärztliche Versorgung in Pflegeheimen zu regeln. Ein Thema kann dabei die Kompetenzerweiterung für Pflegekräfte sein. Des Weiteren sprechen wir uns zwar gegen die grundsätzliche Einführung eines Heimarztes aus, denken aber, dass dieser für einzelne Heime dennoch eine Option sein kann. Die Wahlfreiheit für die Heimbewohner muss gewährleistet sein. Wir denken, dass der Sicherstellungsauftrag auf jeden Fall bei der kassenärztlichen Vereinigung und nicht beim Pflegeheim liegen sollte. Das Pflegeheim ist aber für die Kooperation zuständig. Wir sehen Versorgungslücken nicht nur bei den Hausärzten, sondern vor allem auch bei den Fachärzten. Zu unseren weiteren Vorschlägen gehören zugelassene Praxen in den Heimen, integrierte Versorgung, Verbesserung der ärztlichen Vergütung, geriatrisches Assessment, Ausbau der mobilen geriatrischen Rehabilitation, Ausbau der akutergeriatrischen Versorgung und anderes mehr.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Ich danke allen, die an der heutigen Sitzung teilgenommen haben. Nach insgesamt 11 Stunden Anhörung zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz und den drei Anträgen schließe ich die Sitzung. Die Fraktionen werden Ihre Ausführungen aufnehmen. Der Ausschuss wird in seiner Sitzung am 13. Februar die Beratung über die Vorlagen fortsetzen. Ich wünsche allen noch einen schönen Abend und einen guten Heimweg.

Ende der Sitzung: 18:30 Uhr