

Prof. Dr. Stefan Görres

Universität Bremen

Institut für Public Health und Pflegewissenschaft (IPP)

Mitglied des Direktoriums

Grazer Straße 4

28359 Bremen

Statement zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz); Drucksache 16/7439, Deutscher Bundestag, 16. Wahlperiode

Anlässlich der Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages

Einzelsachverständiger

Mittwoch, 23. Januar 2008

Beruferechtliche Fragestellungen (Insbesondere Art. 15, 16)

Bremen, den 15.01.2008

Die Empfehlungen der Ausschüsse (Drucksache 718/1/07) kommen hinsichtlich der Delegation ärztlicher Leistungen auf nichtärztliche Heilberufe (Art.6) zu einer vergleichsweise positiven Einschätzungen, auch dann, wenn noch Regelungsbedarf besteht (8a). Sowohl die Übertragung ärztlicher Leistungen auf nichtärztliche Berufe (Art.6, Nr.8) als auch die beabsichtigten Änderungen der Kranken- und Altenpflegegesetzes (Art. 15 und 16) werden von diesen aus unterschiedlichen Gründen eher abgelehnt: Zum einen spielt hierbei der Schutzgedanke in Verbindung mit ungeklärten haftungsrechtlichen Fragen eine entscheidende Rolle zum anderen wird eine Inkonsistenz zum bestehenden System der GKV gesehen, die insgesamt zu der Einschätzung führen, dass die Regelung dem Grundsatz der Klarheit von Rechtsvorschriften widerspricht. Dazu wird angeführt, dass „...durch punktförmige systemwidrige Einzelregelungen im Recht der GKV und durch pauschalisierte Übergriffe auf die Ausübung der Heilkunde ohne Überlegungen zu entsprechenden Curricula oder eine Konkretisierung der Tätigkeiten, die übertragen werden sollen, (...) sich das Ziel einer Weiterentwicklung der im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe nicht erreichen (lässt)“.

Bezogen auf Änderungen im Kranken- und Altenpflegegesetz (Art. 15 und 16) wird keine Erfordernis gesehen, Berufszulassungsgesetze im Rahmen der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und damit des Sozialrechts zu verankern. Weitere berufsrechtliche Begründungen schließen sich an.

Sehr grundsätzlich wird damit einer Akademisierung der grundständigen Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen widersprochen bzw. wird auf die Notwendigkeit einer sorgfältigen Prüfung verwiesen, ob und inwieweit diese Verlagerung der Ausbildung auf die Hochschulen zulässig und gewollt ist.

Zumindest letztere Feststellung verlässt den rein rechtlichen Argumentationsrahmen, der in vielen Einzelargumenten durchaus nachzuvollziehen ist, und bewegt sich auf eine Argumentationsebene zu, die allein aus einer professionspolitischen und lobbyistischen Bewertung heraus nachzuvollziehen ist. Im Ergebnis wird damit eine Entwicklung erheblich eingeschränkt, die sich im europäischen Ausland längst vollzogen hat und angesichts der gestiegenen Anforderungen an die Pflegeberufe nicht nur für die Versorgungsqualität der Patienten selbst, sondern auch der notwendigen weiteren Professionalisierung der Pflegeberufe kontraproduktiv auswirken kann.

Ausgangssituation

Demographische Entwicklung und Pflegebedürftigkeit sind zentrale, kulturelle, gesellschaftliche, gesundheits- und sozialpolitische Herausforderungen unserer Zeit.

Eine zukunftsorientierte und hochwertige Pflege braucht wissenschaftliche Grundlagen und eine ebensolche Qualifikation. Politik, Verbände, Kommunen und andere gesellschaftlich wichtige Institutionen haben inzwischen erkannt, dass in die Praxis, Ausbildung und Forschung der Pflege deutlich mehr investiert werden muss, um die Versorgungsqualität zu optimieren (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007).

Die WHO-Ministerkonferenz hat deshalb schon 2000 einen verbesserten Zugang zur akademischen Pflegeausbildung gefordert. In mehr als 20 europäischen Ländern ist dies bereits möglich. In Deutschland hat sich die Akademisierung der Pflege lediglich auf die Schwerpunkte Management, Pädagogik und Wissenschaft beschränkt, patientennahe Schwerpunkte sind bisher kaum in die Hochschulausbildung eingegangen. Insgesamt wird der Stellenwert der Pflege und der Bedarf an spezialisierten Experten aber genau in diesen Bereichen steigen. Der Bedarf an hochschulgebildeten Pflegekräften wird auf etwa 7 – 10 % prognostiziert gemessen an der Zahl der beschäftigten Pflegekräfte. Vor dem Hintergrund evidenzbasierten Wissens werden Pflegenden mehr als bisher die Verantwortung für den Versorgungsprozess übernehmen und diesen steuern und koordinieren. Dies gilt insbesondere für das Schnittstellen-, Entlassungs- und Casemanagement und für die interdisziplinäre Abstimmung unter den Akteuren. Planung und Steuerung des Pflegeprozesses wird zukünftig die Kernaufgabe von Pflegeexperten. Die Durchführung der Pflegetätigkeiten wird zu großen Teilen an geringer qualifiziertes Personal abgegeben (siehe hierzu die jüngsten Modellversuche zu einer 2-jährigen Ausbildung).

Auf die Dringlichkeit dieser Entwicklung hat die Bundesregierung in ihrem Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PfwG) hingewiesen. Darin beschreibt sie die Notwendigkeit einer Kompetenzerweiterung für Pflegeberufe (Art. 6) und deren Vermittlung durch Hochschulen (Art. 15 und 16). Beides soll im Rahmen von Modellversuchen implementiert und evaluiert werden.

1. Nutzen für die Patienten

Evaluierte Studien zeigen, dass die wissenschaftliche Qualifikation von Pflegenden und deren Handeln auf evidenzbasierter Grundlage einen signifikanten Einfluss auf die Versorgungsqualität in Krankenhäusern und weiteren Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens und damit einen konkreten Nutzen für die Patienten hat: Wissenschaftliche Studien untermauern bspw. den signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl von Pflege-Experten und der Häufigkeit der Harnwegsinfektionen, Pneumonien und Thrombosen und hinsichtlich niedrigerer Mortalitätsraten. Studien aus den USA zeigen, dass 10% mehr Pflegeexpertinnen mit BA-Abschlüssen, das Risiko innerhalb von 30 Tagen im Hospital zu versterben um rund 5% sinken. Durch die Übernahme des Schnittstellen- und Casemanagements sowie der Entlassungsplanung sinkt zudem die Verweildauer, Wiederaufnahmen werden verhindert und der „Drehtüreffekt“ reduziert.

Zahlreiche Untersuchungen aus dem Ausland (USA, UK, Niederlande, Skandinavien) zeigen mit hoher Evidence (Cochrane u. a. Meta-Analysen, Systematische Reviews sowie RCTs), dass Pflege-Experten die erweiterten Aufgaben in bestimmten Versorgungsbereichen (z. B. Grundversorgung, Geriatrie, Rehabilitation und Diagnostik) mit mindestens gleicher Qualität wie ihre ärztlichen Kollegen durchführen können. Überlegenheit zeichnete sich insgesamt bei Compliance, Patientenzufriedenheit und einzelnen Qualitätsindikatoren (Wiedereinweisungs-raten und Verweildauern) ab. Erweiterte Pflegeinterventionen haben allerdings nicht immer das Potenzial, Kosten zu senken. Diese stiegen im Vergleich zu Ärzten in einigen Fällen deshalb, weil im Rahmen pflegerischer Interventionen diese mehr Folgeleistungen initiierten. Eine Neuordnung der Aufgabenverteilung in der Regelversorgung muss also gut abgewogen werden (SVR 2007).

Im angloamerikanischen und skandinavischen Ausland übernehmen schon heute Pflegeexperten weite Teile der Versorgung und erweiterte qualitativ hochwertige Aufgaben im Rahmen einer *Advanced Nursing Practice*. So sind z. B. in den USA bereits über 100 000 sogenannte „Nurse Practitioners“ im Einsatz (Pflegekräfte, die über eine Zusatzausbildung einen Masterabschluss erworben haben), in den Rettungsdiensten der USA arbeiten kaum noch Notärzte, sondern überwiegend sogenannte Para-Medics und in der Schweiz gilt eine zweistufige Krankenpflegeausbildung mit erweiterter medizinischer Kompetenz (Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, Drs. 14/1748).

Auch in den Niederlanden wurde in 2002 eine Richtlinie verabschiedet, die sich mit der Neuregelung der Delegation im Gesundheitswesen befasst und speziell qualifizierten Pflegeexperten deutlich mehr Handlungsautonomie zugesteht.

Merkmale von Advanced Nursing Practice (ANP) sind eine Spezialisierung auf Gesundheitsprobleme, eine Erweiterung der klinischen Expertise und im Ergebnis eine deutliche Verbesserung in der Versorgungsqualität. Arbeitsfelder von ANP-Experten sind vielfältig, jedoch immer mit einer erweiterten Pflegekompetenz verbunden, d. h. mit Interventionen, die traditioneller Weise nicht ins pflegerische Aufgabenspektrum gehören: z. B. klinisches Assessment, pflegerisch-medizinische Diagnostik und deren Beurteilung sowie Familieninterventionen.

2. Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem jüngsten Gutachten (2007) die Frage der Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung bearbeitet und entsprechende Vorschläge veröffentlicht. Erkenntnisleitend dabei sind die Fragen: Welche Gesundheitsversorgung bzw. welche Dienstleistungen sind aus der Perspektive einer gleichermaßen patientenorientierten sowie zeit- und kostensparenden und fachlich hochwertigen Gesundheitsversorgung notwendig? Wer kann welche Dienstleistung/Maßnahme möglichst hochwertig, angemessen, effektiv und effizient durchführen? Wie können die Ressourcen der Gesundheitsberufe zusammengeführt sowie die Potenziale angemessen und sinnvoll genutzt werden?

Im Mittelpunkt der damit verbundenen Professionalisierungsprozesse steht das *Substitution of care* – Phänomen, das als eine interprofessionelle Verschiebung von Versorgungsverantwortung auf die am besten geeignete Berufsgruppe verstanden wird. Jedoch stellt sich nicht die Frage, ob Ärzte in bestimmten Settings durch speziell geschulte Pflegeexperten ersetzt werden sollen, sondern wie eine Gesundheitsversorgung mit sich ergänzenden beruflichen Funktionsbereichen (Professionenmix und Poolkompetenzen) zum Nutzen der Bevölkerung optimal organisiert werden kann. Studien gehen davon aus, dass immerhin 25 bis 75 Prozent an ärztlichen Arbeitsinhalten (Primärprävention und Management chronischer Krankheiten) potenziell auf die Pflege übertragbar sind. Zudem werden Pflegeexperten zukünftig in weit höherem Umfang als heute über Fähigkeiten der interdisziplinären Zusammenarbeit, Planung, Koordination und selbständigen Problemlösung verfügen.

Die notwendige Einbeziehung der Potenziale und Ressourcen der Pflege in die Gesundheitsversorgung werden von Experten im Gesundheitswesen bereits seit vielen Jahren angemahnt. In vielen Nachbarländern sind die Pflegeberufe integrierter Partner in der Gesund-

heitsversorgung und nehmen wesentliche Aufgaben und Verantwortlichkeiten wahr. Dort hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass eine arzt dominierte Gesundheitsversorgung für eine ressourcenorientierte wie auch effektive, effiziente und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung alleine nicht Ziel führend ist. Für Deutschland ist dies vor allem angesichts der ärztlichen Unterversorgung in den östlichen Bundesländern zu einem aktuellen Thema geworden (vgl. Projekt AGNES, Uni Greifswald).

3. Professionalisierung der Pflegeausbildung

Experten sehen in der Erweiterung des Kompetenz- und Aufgabenspektrums der Pflege ein innovatives Potential für den expandierenden Dienstleistungs- und Beratungssektor im Gesundheitswesen. Sie wird auch als hochrelevant für die weitere Professionalisierung und Attraktivität der Pflegeberufe eingeschätzt.

Die neuen Bedarfsentwicklungen führen in der Konsequenz auch dazu, nicht nur neue Zuschnitte pflegerischer Kompetenzen und Aufgaben, sondern auch neue Ausbildungsgänge zu fordern, um der geforderten Differenzierung der Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Qualifikationen gerecht zu werden.

Dabei wird unter pflegewissenschaftlichen und Praxisexperten davon ausgegangen, dass den wachsenden Anforderungen interberuflicher und interdisziplinärer Zusammenarbeit durch einen wissenschaftlichen Ausbildungsgang in der Pflegeberufsausbildung sinnvoll begegnet werden kann (vgl. hierzu die Initiative der Robert Bosch Stiftung: Memorandum für eine Verankerung der Pflegewissenschaft und – forschung an Medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken in Deutschland, 2008).

Zur Umsetzung dieser Entwicklung ist es erforderlich, dass neben der herkömmlichen Pflegeausbildung die Pflegeausbildung für einen Teil der Berufsgruppe (max. 10%) durch ein einschlägiges (Fach-)Hochschulstudium erfolgt. Dabei wird davon ausgegangen, dass (vgl. dazu Reinhart 2007)

- In der direkten Pflege wissenschaftlich auf (Fach-)Hochschulniveau ausgebildete Pflegenden eingesetzt werden. Sie übernehmen dort Experten/-innen-, Planungs-, Koordinations- und Steuerungsaufgaben.
- Eine wissenschaftliche Pflegeberufsausbildung auf (Fach-)Hochschulniveau notwendige Handlungskompetenzen vermitteln wird, die im herkömmlichen Ausbildungssystem alleine nicht erworben werden können.
- Eine wissenschaftliche Pflegeberufsausbildung auf (Fach-)Hochschulniveau Interessenten anziehen wird, die sich für die herkömmliche Pflegeausbildung nicht interessiert hätten.

- Für wissenschaftlich auf (Fach-)Hochschulniveau berufsausbildete Pflegepersonen es einen Bedarf auf dem Arbeitsmarkt geben wird.

Schlußfolgerungen

Unstrittig in Deutschland ist die Notwendigkeit einer Reform der Pflegeausbildung. Schon die Novellierung des Krankenpflegegesetzes (2004) und das bundeseinheitliche Altenpflegegesetz (2003) haben hierzu über entsprechende Modellklauseln vielfältige Möglichkeiten geboten.

Dagegen wurden wie in den Art. 6 bzw 15 und 16 PFWG die notwendige Erweiterung von Kompetenzen im Sinne der Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten nicht berücksichtigt und auch die Möglichkeit der Erstausbildung im Hochschulbereich, die auch die Gesamtverantwortung für die Ausbildung übernehmen kann, hat nicht oder nur rudimentär Eingang in diese Modellvorhaben gefunden.

Sollten also Aufgaben zwischen den Berufen neu verteilt n und die Möglichkeit einer Tätigkeitsübertragung (z. B. von Ärzten an nichtakademische Gesundheitsberufe) beurteilt werden, müssen in Erweiterung des Kranken- und Altenpflegegesetzes

a) die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen sowie die Berufsgesetze entsprechend geändert werden (SVR 2007), da die Übernahme neuer Aufgabenfelder oder eine geänderte Verantwortung (Haftung) Anpassungen im Bereich der jeweiligen Primärqualifikationen der einzelnen Berufe oder entsprechende Weiterbildungen voraussetzen.

In Übereinstimmung mit dem Sachverständigengutachten ist das Ministerium für Arbeit und Soziales, Baden-Württemberg (2007), der Auffassung, dass jede Veränderung der Kooperation und der Aufgabenverteilung zwischen den heute bestehenden Gesundheitsberufen der Überprüfung und gegebenenfalls der Änderung der rechtlichen Voraussetzungen bedarf, da diese, zum großen Teil historisch gewachsenen, rechtlichen Rahmenbedingungen die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe maßgeblich beeinflussen. (Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, Drs. 14/1748).

Dabei scheint deutlich zu werden, dass sich eine größere Eigenständigkeit von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen über das jetzt schon praktizierte Delegationsverfahren nicht erzielen lässt. Darum hat sich der Sachverständigenrat für die Möglichkeit ausgesprochen, diese in Modellvorhaben zu erproben. Erst, wenn eine fundierte wissenschaftliche Evaluation positive Effekte dieser Modellvorhaben nachgewiesen hat, kann dann im letzten Schritt die Einführung der neuen Aufgabenverteilung in die Regelversorgung erfolgen. Insgesamt spricht sich der Rat also für ein behutsames, schrittweises Vorgehen aus. Die Modellklausel im PFWG wird deshalb aus Sicht des Rates im Sinne hin zu einer Aufgabenneuverteilung sehr befürwortet.

Der Rat hat bewusst auf die Nennung von Aufgaben verzichtet, deren eigenständige Ausführung in Modellvorhaben erprobt werden soll und sich darauf beschränkt, lediglich Beispiele zu nennen. Denn nur ein offen formulierter § 63c ermöglicht es später den Akteuren im Gesundheitswesen, die jeweiligen regionalen Besonderheiten und Probleme der Versorgung in einem Modellvorhaben aufzufangen und z.B. Lösungen für Versorgungspässe durch Aufgabenneuzuschneide zu finden.

b) Aufgabenneuverteilungen und Ausbildungsreform müssen ineinander greifen. Denn die Pflegekräfte, die im internationalen Kontext erweiterte Kompetenzen erhalten (z.B. Nurse Practitioners), sind akademisch ausgebildete Pflegekräfte – hier besteht für Deutschland Nachholbedarf, und zwar insbesondere bei der Akademisierung der Pflegepraktiker! Darum empfiehlt der Rat die Entwicklung moderner Ausbildungswege:

- Insofern sind die Ausführungen der Art. 15 und 16 PflWG hier im Prinzip durchaus erkenntnisleitend und zielführend, vor allem wenn es darum geht, zu Regelungen in anderen europäischen Ländern aufzuschließen: Es gibt eine Reihe von Hinweisen dafür, dass sich die derzeitige Ausbildung von Pflegefachkräften mittel- bis langfristig im größeren Maße auf die Hochschulebene verlagern wird.
- Prognosen gehen von einem Bedarf an akademischen Pflegekräften am gesamten Pflegepersonal von 10% aus (100.000 – 125.000 Fachkräfte).
- Bisher und kurzfristig verläuft die Akademisierung vor allem in dualen Studiengängen, um einerseits einen Hochschulabschluß zu erreichen andererseits die Berufszulassung zu erlangen. An den Hochschulen bilden sich gegenwärtig im patientennahen Bereich zwei Ausbildungsangebote heraus:
 - a) Duale Studiengänge mit integrierter Berufsausbildung (BA of nursing mit integrierter Pflegeausbildung)
 - b) Studiengänge für Absolventen einer einschlägigen Berufsausbildung (BA of nursing für berufserfahrene Pflegekräfte)

Diese Form der Akademisierung birgt aber erhebliche Nachteile in sich:

- a) Es müssen vielfältige Absprachen zwischen Fachschulen und Hochschulen sowie Behörde/Ministerien getroffen werden (Einzel- und Ausnahmelösungen);
- b) Zuständigkeiten sind vielfach unklar
- c) Prüfungsmodalitäten müssen mühsam abgestimmt werden
- d) Ausbildungszeiten verlängern sich
- e) Doppelbelastungen der Studierenden sind üblich

- Dagegen sollen in Zukunft grundständige primärqualifizierende BA-Studiengänge sowohl die Berufsbefähigung als auch die Erlaubnis zur Ausübung des Pflegeberufes gewährleisten
- Über Anerkennungsverfahren (zur Erlangung eines Hochschulabschlusses) muß auch für berufserfahrene Pflegefachkräfte die Möglichkeit zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten ermöglicht werden (Durchlässigkeit des Systems und Anrechenbarkeit). Dies vor allem auch deshalb, weil die jetzt vorgesehene Regelung den Nachteil hat, dass sie frühestens im Jahr 2011 greifen kann. Es muss deshalb darüber hinaus geprüft werden, inwieweit - parallel und im Übergang - Regelungen gefunden werden können, die es Pflegefachkräften mit bestehenden spezialisierten Kompetenzen bzw. entsprechenden pflegerischen 'Studienabschlüssen schon vorher möglich machen, in Modellvorhaben (§ 63 (3b) und (3c) SGB V) eingesetzt zu werden (DPR 2007).
- Die erreichten Standards in der Pflegeausbildung dürfen dadurch nicht ersetzt werden. Die berufsfachliche Ausbildung ist weiterhin notwendig und muss weiter reformiert und ihre Potenziale ausgeschöpft werden.
- Die akademische Erstausbildung von Pflegeexperten erfolgt zusätzlich (ca. 10% der Pflegenden).
- Nicht für alle Tätigkeiten werden akademische Pflegekräfte benötigt. Wenn akademische / oder Gesundheits- und Krankenpflegekräfte mit dreijähriger Ausbildung zukünftig neue oder ärztliche Aufgaben hinzubekommen sollen, müssen sie ihrerseits entlastet werden, z.B. durch die Pflegehilfe. Serviceaufgaben können auch durch die Pflegehilfe erbracht werden.

Unter beschäftigungs- und bildungspolitischen Gesichtspunkten sind zudem folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Es besteht ein deutlicher Bedarf an neuen Studienplätzen; die Nachfrage wird das Angebot in den nächsten Jahren übersteigen.
- Es wird ein besonders attraktiver Markt bei BA-Angeboten für Fachkräfte mit einschlägiger Ausbildung und ggf. Berufserfahrung entstehen.
- Die Quote der Studienanfänger kann durch den zweiten Bildungsweg und die Aufnahme besonders qualifizierter Fachkräfte zum Fachhochschulstudium erhöht werden (Durchlässigkeit).