



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe
(Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG)

Berlin, 23.12.2015

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Vorbemerkung

Der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe der Bundesministerien für Gesundheit sowie für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ist als Artikelgesetz konzipiert. Die Bundesärztekammer nimmt zu Artikel 1 'Gesetz über den Pflegeberuf' Stellung. Da eine konkretisierende Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, wie sie in § 56 vorgesehen ist, noch nicht vorliegt, steht die Stellungnahme unter dem Vorbehalt, dass ohne diese eine abschließende Bewertung nicht erfolgen kann.

Sowohl hinsichtlich des steigenden Bedarfes an Pflegekräften als auch der veränderten Qualifikationsanforderungen an das Pflegepersonal – etwa durch den demografischen und epidemiologischen Wandel – ist es erforderlich, die Pflegeausbildung anzupassen. Die Bundesärztekammer unterstützt deshalb die Initiative des Gesetzgebers, die Pflegeausbildung auf eine zukunftsfeste Basis zu stellen. Die Bundesärztekammer sieht grundsätzlich eine generalistische Ausbildung positiv, weist aber darauf hin, dass anschließend eine Spezialisierung stattfinden muss. Eine endgültige Einschätzung ist erst mit Vorliegen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung möglich. Erst dann kann geprüft werden, ob die zukünftigen Pflegekräfte mit der Änderung besser auf die wachsenden Anforderungen in der Patientenversorgung vorbereitet werden.

Die vorgeschlagenen Änderungen sollen laut Begründung des Referentenentwurfs darauf abzielen, die Pflegeberufe zukunftsgerecht weiterzuentwickeln, attraktiver zu machen und inhaltliche Qualitätsverbesserungen vorzunehmen. Auch diese Zielsetzung wird von der Bundesärztekammer begrüßt. Zugleich befürchten wir allerdings, dass wegen des sich verschärfenden Nachwuchsmangels in der Pflege veränderte Rahmenbedingungen in den Ausbildungsstrukturen kurz- bis mittelfristig zu einem nicht absehbaren Rückgang von Ausbildungsabschlüssen führen könnten, z. B. durch einen Attraktivitätsverlust für mögliche Bewerber vormals spezialisierter Ausbildungen. Vor allem darf es zu keiner Mangelsituation in der pflegerischen Versorgung erkrankter Kinder kommen. Auch wenn in der Ausbildung ein verpflichtender Ausbildungsabschnitt in der Kinderkrankenpflege vorgesehen ist, wird dieser nicht hinreichend sein, um die speziellen Kompetenzen, die zur Pflege von Kindern benötigt werden, vollumfänglich abzubilden. Für eine spezialisierte kinderpflegerische Begleitung müssen deshalb ausreichende Qualifikationsmöglichkeiten erhalten bleiben. Auch für den Bereich der Erwachsenen- und Altenpflege werden in aller Regel Weiterbildungen zur Spezialisierung angeboten werden müssen.

Die erweiterten Möglichkeiten, die der Gesetzentwurf für eine von ambulanten Akteuren getragene schulische Ausbildung vorsieht, werden positiv gewertet. Ambulante Träger

erhalten damit die Möglichkeit, gleichberechtigt neben dem stationären Bereich die Rolle der ambulanten Versorgung schon in der Pflegeausbildung zu vermitteln.

Die Bundesärztekammer sieht den bisherigen Weg, akademische Qualifizierungen in Form von Weiterbildungsstudiengängen für bestimmte Funktionen vorzusehen, als zielführend und arbeitsmarktgerecht an. Anstelle der Einführung einer akademischen Ausbildungsebene sollten weiterhin Bildungs- und Berufskarrieren wie bisher mit Weiterbildungsstudiengängen geschaffen und gefördert sowie durchlässig und systematisch gestaltet werden. Dies würde zu einer Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs und damit zur Nachwuchssicherung wesentlich beitragen.

Eine wichtige Rahmenbedingung für eine gute Patientenversorgung ist mehr denn je das Zusammenwirken der beteiligten Berufe. Voraussetzung einer gelingenden Kooperation ist aus Sicht der Bundesärztekammer die ärztliche Leitung in der Patientenbehandlung. Kooperationsmodelle müssen immer den ärztlichen Haftungsanforderungen Rechnung tragen. Eine Fragmentierung der Versorgung durch fortgesetzte Kompetenz- und Verantwortungsteilung auf weitere Professionen muss im Interesse der Patienten vermieden werden.

Die Bundesärztekammer nimmt zu den vorgeschlagenen Regelungen in Artikel 1 im Einzelnen wie folgt Stellung:

Artikel 1 Gesetz über den Pflegeberuf (Pflegeberufsgesetz - PflBG)

Teil 1: Allgemeiner Teil

Abschnitt 1: Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

§ 1 Führen der Berufsbezeichnung

Es wird die neue Bezeichnung „Pflegefachfrau/-mann“ eingeführt. In Verbindung mit §§ 59ff. ist damit eine Zusammenführung der bisher getrennten Ausbildungen in der Kinder-, der Erwachsenen- und der Altenpflege verbunden.

Ob die vorgesehene Neuausrichtung des Berufsbildes nach dem sog. „generalistischen“ Konzept die Erwartungen, insbesondere im Hinblick auf die Attraktivitätssteigerung der Pflegeausbildung erfüllt, ist nicht absehbar. Ausschlaggebend hierfür werden die Ausgestaltung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sowie die zukünftige Qualität der Ausbildung auf Basis des neu eingeführten Rahmenlehrplans und des Rahmenausbildungsplanes gemäß § 53 sowie eine optimale Organisation und Integration der theoretischen und praktischen Ausbildung sein. Ohne Vorliegen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung kann eine abschlie-

ßende Stellungnahme nicht vorgenommen werden. Die Beratung von Pflegeberufsgesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sollte parallel erfolgen.

Abschnitt 2: Vorbehaltene Tätigkeiten

§ 4 Vorbehaltene Tätigkeiten

Gemäß Abs. 2 sollen folgende pflegerische Aufgaben Pflegefachfrauen oder Pflegefachmännern vorbehalten sein:

- Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs
- Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses
- Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege.

Vorbehaltene Tätigkeiten sind bislang nur im Hebammengesetz und im Gesetz über technische Assistenten in der Medizin festgelegt. Vorbehaltsregelungen werden insbesondere solchen Tätigkeiten zugeordnet, für die von einem hohen Gefährdungspotential für die Patienten ausgegangen werden muss. Dies trifft auf die vorgeschlagenen Sachverhalte allenfalls mittelbar zu. Die Festlegung eines Vorbehalts für die Pflegebedarfserhebung, den Pflegeprozess und die Qualitätssicherung ist deshalb kritisch zu hinterfragen. Durch die Einführung vorbehaltener Tätigkeiten für Pflegefachkräfte werden andere Gesundheitsberufe von diesen Tätigkeiten ausgeschlossen. Dies bedarf einer Rechtfertigung. Das Ziel der "Aufwertung" des Pflegeberufs (siehe Begründung, Teil B, Seite 74) ist hierfür kein tragfähiges Argument. Der Schutz der Berufsbezeichnung für Pflegefachfrauen bzw. Pflegefachmänner wird grundsätzlich für ausreichend erachtet.

Teil 2: Berufliche Ausbildung in der Pflege

Abschnitt 1: Ausbildung

§ 5 Ausbildungsziel

In Abs. 1 S. 1 wird zwischen fachlichen und personalen Kompetenzen gem. der Nomenklatur des „Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (DQR)“ von Mai 2012 unterschieden. Satz 2 erscheint eher als Element einer Berufsordnung geeignet und soll an dieser Stelle entfallen.

Tätigkeiten gemäß Abs. 3 Nr. 1 sind selbstständig, Tätigkeiten gemäß Nr. 2, die die Mitwirkung bei ärztlich angeordneten Maßnahmen betreffen, insbesondere Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation, sind eigenständig durchzuführen. Vor dem Hintergrund der in der Gesetzesbegründung (Teil B, S. 75) gemachten Ausführungen stellt dies im Hinblick auf die ärztliche Gesamtverantwortung für den Behandlungsprozess eine wünschenswerte Klarstellung dar.

Abs. 4 erscheint inhaltlich entbehrlich und ebenfalls eher für eine Berufsordnung geeignet.

§ 6 Dauer und Struktur der Ausbildung

Gemäß Abs. 2 wird der Unterricht auf der Grundlage eines von der Pflegeschule zu erstellenden Lehrplans erteilt.

Es wird nicht deutlich, inwieweit der Lehrplan vom Rahmenlehrplan nach § 53 abweichen darf bzw. welchen Spielraum die Schule hat. Zu große Abweichungsmöglichkeiten könnten die angestrebte länderübergreifende Vereinheitlichung des Unterrichts gefährden. Insoweit wird eine Konkretisierung als erforderlich erachtet.

Gemäß Abs. 3 gliedert sich die praktische Ausbildung in Pflichteinsätze, einen Vertiefungseinsatz sowie weitere Einsätze.

Die Funktion der weiteren Einsätze und der Entscheidungsspielraum des Trägers werden nicht deutlich. Innerhalb der Ärzteschaft bestehen Bedenken, dass in einer "generalistischen" Ausbildung wesentliche Inhalte und Qualifikationen bestehender Ausbildungen nicht mehr in praxisrelevanter Weise vermittelt werden können. Deshalb müssen die Kompetenzen zur Pflege von Kindern und älteren Menschen sachgerecht auf die Erfordernisse der ambulanten und stationären Versorgungsbereiche hin ausgerichtet werden, um den Ansprüchen an eine geriatrisch bzw. pädiatrisch ausreichende Patientenversorgung gerecht zu werden. Da Konkretisierungen (und zeitliche Gewichtungen) der angesprochenen Einsätze üblicherweise in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung festgelegt werden, kann eine abschließende Bewertung noch nicht vorgenommen werden. Es ist deshalb zwingend notwendig, dass eine Beratung von Pflegeberufsgesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung gemeinsam erfolgt.

§ 11 Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung

Die Bundesärztekammer begrüßt ausdrücklich die Zugangsvoraussetzungen (mittlerer Schulabschluss, Hauptschulabschluss mit weiteren beruflichen Qualifikationen und sonstige zehnjährige allgemeine Schulbildung) gemäß Abs. 1.

Damit wird auch der intensiven Diskussion um Zugangsvoraussetzungen zum Pflegeberuf im Rahmen der Novellierung der Richtlinie 2005/36/EG im Hinblick auf die demografische Entwicklung und der zukünftigen Fachkräftesicherung Rechnung getragen.

Bedacht werden muss, dass nach Berechnungen von WIAD und Prognos allein durch Einführung der „generalistischen“ Ausbildung die Gefahr eines Rückgangs von Auszubildenden ab Inkrafttreten der Regelungen um 36.000 pro Jahr entstehen könnte. Durch den Erhalt des Zugangs auf Basis eines mittleren oder Hauptschulabschlusses mit zusätzlichen Qualifikationsvoraussetzungen kann sichergestellt werden, dass die Schulabgänger, die bisher den Pflegeberuf als Berufsziel gewählt haben, auch künftig nicht von der Ausbildung ausgeschlossen werden.

§ 12 Anrechnung gleichwertiger Ausbildungen

Gemäß Absatz 1 können andere erfolgreich abgeschlossene Ausbildungen oder erfolgreich abgeschlossene Teile einer Ausbildung im Umfang ihrer Gleichwertigkeit auf die Pflegeausbildung angerechnet werden.

Diese Regelung ist zu konkretisieren. Es bestehen z. B. nennenswerte Überschneidungen zwischen dem Pflegeberuf und dem Beruf der Medizinischen Fachangestellten (MFA) hinsichtlich der medizinischen und personalen Kompetenzen sowie der praktischen und theoretischen Lerninhalte. MFA werden zunehmend z. B. in Krankenhäusern eingesetzt. Eine entsprechende Anrechnung fördert die interprofessionelle Mobilität und Flexibilität unter den Gesundheitsfachberufen. MFA stellen mit rund 330.000 Berufstätigen eine der größten Gruppen in der ambulanten Versorgung, für die bei entsprechender Qualifikation, insbesondere bei erworbenen Fortbildungen oder entsprechender Berufserfahrung geeignete Zugangswege in die Pflegeausbildung eröffnet werden sollten.

Es soll daher, zumindest in der Gesetzesbegründung, darauf hingewiesen werden, dass die Ausbildung zur MFA auf die Pflegeausbildung im Umfang ihrer Gleichwertigkeit bis zu Zweidrittel anzurechnen ist.

§ 14 Ausbildung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Abs. 1 regelt die Vermittlung von über § 5 hinausgehenden erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten gem. § 63 Abs. 3c SGB V. Gemäß Abs. 2 werden diese Ausbildungsinhalte in gesonderten Lehr- und Ausbildungsplänen festgelegt, die nach Abs. 3 ministeriell zu genehmigen sind.

Die Bundesärztekammer hat sich in ihrer Stellungnahme vom 16.05.2011¹ zur einschlägigen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für zeitlich befristete Modellvorhaben zur Erprobung einer selbständigen Ausübung von Heilkunde durch Pflegekräfte auf Basis einer ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung im Rahmen therapeutischer Tätigkeiten ausgesprochen. Die Variante 2 in Teil B der Richtlinie des G-BA (prozedurenbezogene heilkundliche Tätigkeit) hat die Bundesärztekammer im Wesentlichen inhaltlich als unkritisch bewertet. Hingegen hat sie eine diagnosebezogene en-bloc-Übertragung ärztlicher Diagnostik und Therapie gemäß Variante 1 des Teils B der Richtlinie des G-BA strikt abgelehnt. Diese Bedenken werden unverändert aufrechterhalten.

Gemäß Abs. 4 kann die Fachkommission nach § 53 für die zusätzliche Ausbildung Module entwickeln, die auch ohne Vorliegen eines Modellvorhabens nach § 63 Abs. 3c SGB V durch die Ministerien genehmigt werden können. Die Bundesärztekammer hat in ihrer Stellungnahme zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 22.01.2015² die Entwicklung dieser Ausbildungsmodule und deren Implementierung ohne zeitlich befristete Modellvorhaben (und damit Evaluation) abgelehnt. Deshalb kann Abs. 4 aus Gründen der Patientensicherheit nicht zugestimmt werden.

Nach Abs. 7 ist vorgesehen, dass Personen, die bereits zur Führung der Berufsbezeichnung nach diesem Gesetz berechtigt sind, also bereits berufstätige Pflegefachkräfte, entsprechend nachqualifiziert werden können. Die Bundesärztekammer hatte dies bereits in ihrer Stellungnahme zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz abgelehnt und moniert, dass dies zu einer Ausweitung der Implementierung und Anwendung vor der Erprobung entsprechender Module in der Fläche – entgegen der ursprünglichen Intention des Ge-

¹ Stellungnahme der BÄK gemäß § 91 Abs. 5 SGB V und § 63 Abs. 3c Satz 4 SGB V zur Richtlinie des GBA über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/StellGBA_63Abs3c20110516.pdf

² Stellungnahme der BÄK zu dem Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG): http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/BAeK-Stn_GKV-Versorgungsstaerkungsgesetz_22.01.15.pdf

setzgebers beim Pflegestärkungsgesetz – führen würde. Diese Bedenken werden aufrechterhalten.

Insgesamt führen die geplanten Ausbildungsvarianten nach § 14 – Ausbildung mit und ohne erweiterte Kompetenzen, mit und ohne Modellvorhaben und dies in Entscheidung einzelner Pflegeschulen und Träger – aus Sicht der Bundesärztekammer zu einer starken Fragmentierung der Pflegequalifikationen bereits auf fachschulischer Ebene. Es ist zu bezweifeln, ob dies einer einheitlichen Pflegeausbildung, die zum gleichen Zeitpunkt „generalistisch“ ausgerichtet wird, dienlich ist.

Eine weitere Fragmentierung hätte auch nicht zu unterschätzende haftungsrechtliche Auswirkungen für die an einer kooperativen Versorgung beteiligten Gesundheitsfachberufe.

Abschnitt 3: Finanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege

Zu §§ 26ff. werden folgende allgemeine Hinweise gegeben:

Der auf Landesebene zu ermittelnde und festzulegende Finanzierungsbedarf für die Pflegeausbildung nach Teil 2 soll zukünftig im Umlageverfahren durch die Träger der Ausbildung, das Land und die Pflegeversicherung aufgebracht werden. Ziel ist gemäß § 26 Abs. 1 Nr. 1 und 2, bundesweit eine wohnortnahe qualitätsgesicherte Ausbildung und eine ausreichende Zahl qualifizierter Pflegekräfte sicherzustellen. Nach § 29 Abs. 1 erhalten die Träger der Ausbildung für einen zukünftigen Zeitraum ein Ausbildungsbudget. Grundlage hierfür sind die an die zuständige Stelle gemeldeten Ausbildungszahlen.

Eine gezielte investive Unterstützung des Ausbildungsangebots ist essenziell für die Deckung des steigenden Bedarfes an Pflegefachkräften. Das Ausbildungsangebot darf nicht allein von kurzfristigen Wirtschaftlichkeitsüberlegungen ausbildender Einrichtungen abhängen, sondern muss dem zukünftigen Versorgungsbedarf Rechnung tragen. Zukünftig werden deutlich mehr finanzielle Mittel für die Pflegeausbildung vorzusehen sein als bisher. Das erforderliche Engagement der Träger der Pflegeausbildung kann – allein schon vor dem Hintergrund der Umstellung auf die „generalistische“ Ausbildung – nur durch eine angemessene Finanzausstattung der Einrichtungen (Träger und Schulen) erreicht werden.

Teil 3: Hochschulische Pflegeausbildung

§ 37 Ausbildungsziele

Die §§ 37 bis 39 regeln die neue hochschulische Pflegeausbildung.

Gemäß § 37 Abs. 1 soll es zukünftig eine primärqualifizierende Pflegeausbildung an Hochschulen nach dem neuen „generalistischen“ Konzept geben. Diese soll gemäß Abs. 2 zu dem in § 5 Abs. 1 enthaltenen Ausbildungsziel führen, basierend auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik. Abs. 3 der Vorschrift beschreibt gegenüber § 5 Abs. 3 erweiterte Kompetenzen. Die Berufsbezeichnung ist laut § 1 identisch, zusätzlich mit akademischem Grad.

Die Wissenschaftsbasierung ist nicht als Abgrenzungskriterium gegenüber der fachschulischen Ausbildung nach Teil 2 geeignet. Auch Fachschuldidaktik und -methodik beruhen stets auf wissenschaftlicher Grundlage. Anderenfalls wäre nicht erklärbar, warum für die Lehrqualifikation gem. § 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 eine hochschulische Ausbildung vorgeschrieben wird.

Nach Abs. 3 soll die hochschulische Ausbildung – über die Ziele von § 5 hinaus – zusätzlich zu wissenschaftsbasierten oder wissenschaftsorientierten Entscheidungen in hochkomplexen Pflegesituationen befähigen. Sie soll auf pflegewissenschaftlicher Grundlage basieren und zum Transfer von wissenschaftlichen Erkenntnissen in das berufliche Handeln befähigen. Auch die Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards soll eine Kompetenz von Hochschulabsolventen sein. Insbesondere die Nummern 2 bis 5 sind einer wissenschaftlichen Weiterbildung für bestimmte Funktionen in der Pflege zuzuordnen. Sie sind als Inhalte einer grundständigen Qualifizierung für die Bewältigung der Aufgaben im beruflichen Handlungsfeld ungeeignet.

Gemäß Abs. 4 können Hochschulen die Vermittlung zusätzlicher Kompetenzen vorsehen. Ebenso können sie gemäß Abs. 5 erweiterte Kompetenzen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V vermitteln.

Zukünftig kann es also mehrere hochschulische Qualifizierungsformen geben:

- nach § 37 Abs. 3,
- nach § 37 Abs. 4, hochschulspezifisch
- nach § 37 Abs. 5 i.V.m. § 14 Abs. 1, innerhalb von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V ,

- nach § 37 Abs. 5 i.V.m. § 14 Abs. 4, mit von der Fachkommission nach § 53 entwickelten Modulen, außerhalb von Modellvorhaben oder
- möglicherweise eine Kombination der verschiedenen Formen.

Diese Vielfalt mag zwar Varianten in der bereits jetzt schon existierenden Hochschullandschaft entsprechen, führt jedoch zu einer weitgehenden Zersplitterung und Fragmentierung des Berufsbildes – und dies zusätzlich zu den diversen Gestaltungsmöglichkeiten der fachschulischen Ausbildung nach Teil 2. Dies steht der gewollten Vereinheitlichung in Form der Generalistik kontradiktorisch gegenüber. Ob und wie Ausbildungsplatzbewerbern oder potentiellen Arbeitgebern Orientierung geboten werden kann, bleibt fraglich.

Es ist zu befürchten, dass sich akademische und in diversen Schwerpunkten ausgebildete Pflegefachkräfte der direkten Pfl egetätigkeit entziehen und dadurch die Mangelsituation auf dem Arbeitsmarkt verschärft wird.

Arbeitgebern fällt nach fast 20 Jahren Akademisierung die Ausgestaltung von Arbeitsplätzen für studierte Pflegende in der direkten Patientenversorgung immer noch schwer. Einen Arbeitsmarkt für Bachelor-Absolventen für die Pflege „am Krankenbett“ gibt es faktisch nicht. Die Berufsangehörigen selbst streben in vielen Fällen eher Spezial- oder Führungsfunktionen an, die aus der direkten Patientenversorgung heraus führen. Deshalb scheint der Bundesärztekammer der bisherige Weg, akademische Qualifizierungen in Form von Weiterbildungsstudiengängen nur für bestimmte Funktionen vorzusehen, z. B. im Management, im Unterricht oder in der Forschung eher zielführend und arbeitsmarktgerecht als die vorgeschlagene grundständige Akademisierung. Anstelle der Einführung einer akademischen Ausbildungsebene sollten Bildungs- und Berufskarrieren geschaffen und gefördert sowie durchlässig und systematisch gestaltet werden. Dies würde zu einer Steigerung der Attraktivität der Pflege und damit zur Nachwuchssicherung wesentlich beitragen, weil die Entwicklungsmöglichkeiten im Beruf schon bei der Berufswahl eine Rolle spielen und zu einer längeren Verweildauer im Beruf führen. In der Weiterbildung, die zu spezialisierten Funktionen und/oder zum beruflichen Aufstieg führt, haben sich o. g. Weiterbildungsstudiengänge bewährt. Diese Wege sollten zukünftig hinsichtlich der Qualität, der Finanzierung und der Studienbedingungen stärker arbeitsmarkt- und teilnehmerorientiert gestaltet werden, um die gewünschten Effekte in der Personalentwicklung zu erreichen, die für die Sicherung der Patientenversorgung notwendig sind.

Anstelle einer unübersichtlichen, quasi „deregulierten“ Entwicklung auf der Ebene der allgemeinen (akademischen) Pflege, die sich in weiteren Vertiefungs- und Schwerpunktstudiengängen fortsetzen dürfte, ist nach Auffassung der Bundesärztekammer stärker die Integration von Kompetenzen in einem einheitlichen Berufsbild zu fördern. Dies ist insbesondere

wichtig im Hinblick auf die Gestaltung der Schnittstelle zum Beruf des Arztes. Deshalb unterstützt die Ärzteschaft das Bildungsmodell des Physician Assistant. Der Physician Assistant vereint Kompetenzen in der Medizin, Dokumentation und Organisation zu einem homogenen, bedarfsorientierten Berufsbild und ermöglicht allen Gesundheitsfachberufen durch ein Weiterbildungsstudium die Anschlussfähigkeit an den tertiären Bereich.

§ 38 Durchführung des Studiums

Gem. Abs. 5 sollen die im Rahmen einer erfolgreich abgeschlossenen Pflegeausbildung nach Teil 2 oder nach dem Krankenpflege- bzw. Altenpflegegesetz in der geltenden Fassung erworbenen Kompetenzen und Fähigkeiten als gleichwertige Leistungen auf das Studium angerechnet werden.

Die Bundesärztekammer verweist auf die einschlägige Regelung der Kultusministerkonferenz zum Hochschulzugang für berufliche qualifizierte Bewerber ohne schulischen Hochschulzugang vom 06.03.2009. Hiernach sollen berufliche Bildungsgänge zu höchstens 50 Prozent auf Hochschulbildungsgänge anrechenbar sein. Eine besondere Anrechnungsregelung fehlt in dem Gesetzestext. Nach Maßgabe des § 34 Abs. 3 verfolgen Fachhochschulen ein erweitertes Ausbildungsziel, das weder durch die bisherige Krankenpflege- und Altenpflegeausbildung noch nach Ausbildungen nach diesem Gesetz Teil 2 angestrebt wird. Deshalb ist in dem Gesetzestext selbst eine Konkretisierung erforderlich. Durch die Festlegung einer Anrechnungsquote muss sichergestellt werden, dass nicht alle abgeschlossenen Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflegeausbildungen mit der hochschulischen Qualifikation gleichgestellt werden.

§ 53 Fachkommission; Erarbeitung von Rahmenlehrplänen

Die neu einzurichtende Fachkommission erarbeitet den Rahmenlehrplan mit empfehlender Wirkung und hat weitere gesetzlich zugewiesene Aufgaben. Die Geschäftsstelle ist beim Bundesinstitut für Berufsbildung angesiedelt.

Die Berufsbildentwicklung der Pflegeberufe berührt den Handlungsrahmen der ärztlichen Tätigkeit, u. a. in haftungsrechtlicher Hinsicht. In der künftigen ambulanten Versorgung werden die Anforderungen in multiprofessionellen Teams komplexer werden. Die Perspektiven anderer Gesundheitsberufe sollten systematisch schon hier einbezogen werden. Die Ärzteschaft ist daher an der Arbeit der Fachkommission in geeigneter Weise verbindlich zu beteiligen, z. B. im Rahmen von Stellungnahmeverfahren.

Fazit

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich eine Reform der Pflegeausbildung als ein wichtiges Signal zur Modernisierung des Berufsbildes angesichts der gesellschaftlichen, epidemiologischen und medizinischen Herausforderungen in der Patientenversorgung. Der Pflegeberuf soll nun durch eine Zusammenführung der bisher getrennten Zweige Kinder-, Erwachsenen- und Altenpflege neu ausgerichtet werden. Die Kompetenzen zur Pflege von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen müssen in einem angemessenen sachlichen und zeitlichen Umfang vermittelt werden. Es ist zwingend notwendig, dass eine Beratung von Pflegeberufsgesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung parallel erfolgt. Wir begrüßen zudem, dass die Zugangsvoraussetzungen für Schulabsolventen mit mittlerem und Hauptschulabschluss erhalten bleiben.

Die regelhafte Einführung einer hochschulischen grundständigen Ausbildung wird abgelehnt. Eine hochschulische Qualifizierung ist stattdessen zielgerichtet für Weiterqualifizierungen in bestimmten Bereichen oder Funktionen, z. B. der Pflegeausbildung, des Pflegemanagements oder der Pflegewissenschaft vorzusehen. Akademische Weiterbildungsstudiengänge sind mit Blick auf die Anforderungen des Arbeitsmarktes bzw. der Einrichtungen und Träger der geeigneter Weg. Die Vermittlung von Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten soll ausschließlich in Modellvorhaben gemäß Teil B Variante 2 (Heilkundliche Tätigkeiten prozedurenbezogen) nach der Richtlinie des G-BA vom 20.10.2011 erfolgen.

Zur Sicherstellung einer quantitativ und qualitativ ausreichenden Sicherstellung der medizinischen Versorgung werden den Einrichtungen zukünftig vermehrt finanzielle und personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden müssen.