

Aufgabenneuverteilung im Gesundheitswesen

Anforderungen an die Qualifikation von Gesundheitsfachberufen am Beispiel der Pflege

von Adina Dreier¹ und Wolfgang Hoffmann²

ABSTRACT

Deutschland unterliegt einem tiefgreifenden demografischen Wandel, der durch einen relativen und absoluten Anstieg der älteren Bevölkerung charakterisiert ist. Daraus resultieren ein Anstieg der Prävalenzen von altersassoziierten Erkrankungen sowie ein zunehmender Bedarf an medizinischen und pflegerischen Versorgungsleistungen. Gleichzeitig altern auch die Akteure des Gesundheitssystems. Bereits heute besteht in einigen Regionen Deutschlands Personalmangel. Für den ambulanten und stationären Versorgungssektor drohen damit Einschnitte in der medizinischen und pflegerischen Behandlung der Patienten. Eine strukturelle Veränderung der medizinischen und pflegerischen Versorgung wird also zwangsläufig erforderlich. Diese schließt neben der Reformierung der traditionellen Aufgabenfelder einzelner Berufsgruppen auch eine Neuverteilung der Arbeitsteilung zwischen den Akteuren ein. Die neuen Aufgabenfelder erfordern auf qualifikatorischer Ebene die Anpassung der Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Schlüsselwörter: Medizinisch-pflegerische Versorgung, Qualifikation, Pflege, Akademisierung, Versorgungsforschung, Pflegebildungsforschung

Germany is undergoing a profound demographic change, which is characterized by a relative and absolute increase in the elderly population. This has led to an increasing prevalence of age-associated diseases and an increasing demand for medical and nursing care. Due to the fact that the occupational groups of the health care system are ageing too, there is already a shortage of staff in some regions. This might result in cuts in medical and nursing care in both the outpatient and inpatient sector. Therefore, a substantial structural reform of the German health care system is called for. This includes not only a reform of the traditional fields of the individual professions but also a redistribution of labour between them. The new tasks require an adaptation of training and continuing education on a qualificational level.

Keywords: medical care, nursing care, qualification, academization, health services research, nursing education research

1 Hintergrund

Deutschland unterliegt einem dynamischen demografischen Wandel, der durch einen Anstieg der alten und hochaltrigen Bevölkerungsgruppen charakterisiert ist (Abbildung 1). Die neuen Bundesländer wiesen dabei den geschichtlich stärksten Einschnitt in der Geburtenziffer auf. Diese sank von 1991 bis 2008 von 830.000 auf 683.000. Zugleich ist von einer weiter steigenden Lebenserwartung auszugehen. Die

Alterung der Bevölkerung wird in einigen Regionen im Osten Deutschlands durch die Abwanderung von Personen im erwerbsfähigen Alter in Richtung Süden und Westen noch verstärkt. In den von Wanderungsverlust betroffenen Bundesländern können alte und hochaltrige Menschen somit zunehmend weniger auf familiäre Unterstützungssysteme zurückgreifen. Dies wird durch einen zunehmenden Anteil von Einpersonenhaushalten verstärkt, der vor allem Frauen betrifft. Deutschlandweit lebten 2009 44,0 Prozent der Frauen

¹Dr. rer. med. Adina Dreier, Institut für Community Medicine · Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health · Universitätsmedizin Greifswald
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Rostock/Greifswald · Ellernholzstraße 1/2 · 17487 Greifswald
Telefon: 03834 86-7741 · Telefax: 03834 86-7752 · E-Mail: adina.dreier@uni-greifswald.de

²Professor Dr. med. Wolfgang Hoffmann, Institut für Community Medicine · Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health · Universitätsmedizin Greifswald · Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Rostock/Greifswald · Ellernholzstraße 1/2 · 17487 Greifswald
Telefon: 03834 86-7750/-7751 · Telefax: 03834 86-7752 · E-Mail: wolfgang.hoffmann@uni-greifswald.de

im Alter von 65 Jahren und älter allein, während bei den Männern der Anteil bei lediglich 18,0 Prozent lag (*Statistisches Bundesamt 2011; Statistisches Bundesamt 2012*). Aus der Alterung der Bevölkerung resultieren ein Anstieg der Prävalenzen von altersassoziierten Erkrankungen und ein zunehmender Bedarf an medizinischen und pflegerischen Versorgungsleistungen. Gleichzeitig ist von einer Änderung des Spektrums dieser Leistungen auszugehen (*Rogalski et al. 2012; Dreier et al. 2012; Siewert et al. 2010; Fendrich und Hoffmann 2007*).

Die Pflege stellt mit rund 1,4 Millionen Beschäftigten (2009) die größte Berufsgruppe in der Gesundheitswirtschaft Deutschlands dar. Und der demografische Wandel wirkt sich auf diesen Berufszweig ebenfalls aus. Zudem wurde für den klinischen Versorgungsbereich im Zeitraum von 1996 bis 2008 ein Stellenabbau um 14,3 Prozent verzeichnet, der primär auf die Nichtübernahme von Auszubildenden zurückzuführen ist (*Isfort 2010*). Damit unterliegt das pflegerische Klinikpersonal einer schnelleren Alterung.

Für die Berufsgruppe der Mediziner besteht bereits in einigen Regionen Deutschlands Personalmangel. Der bundesweite Ersatzbedarf von Ärzten beläuft sich bis zum Jahr 2019 auf 108.260 Mediziner. Gleichzeitig erfordert die demografische Entwicklung einen Mehrbedarf an Medizinern in einem Umfang von insgesamt rund 11.000 (*Blum et al. 2010*). Die Entwicklung der Hausärztezahl zeigt ein besonders besorgniserregendes Bild: Deutschlandweit waren am 31. Dezember 2009 19,6 Prozent der niedergelassenen Hausärzte 60 Jahre und älter. In den neuen Bundesländern betrug dieser Anteil sogar 24,0 Prozent. Kopetsch prognostiziert darüber hinaus für das gesamte Bundesgebiet, dass in der laufenden Dekade bis 2020 je nach Bundesland zwischen 38 und 48 Prozent aller Hausärzte in den Ruhestand treten werden (*Kopetsch 2010*).

2 Künftige Veränderungsbedarfe in der Versorgungslandschaft

Bereits zum heutigen Zeitpunkt drohen für den ambulanten und stationären Versorgungssektor Einschnitte in der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Patienten. Diese sind vornehmlich in den ländlichen und strukturarmen Regionen vorzufinden. Rogalski und Mitautoren gehen davon aus, dass unter den heute prognostizierten demografischen und versorgungsepidemiologischen Entwicklungen eine Bedarfsdeckung in der Gesundheitslandschaft nicht mehr sichergestellt werden kann (*Rogalski 2012*). Daraus ergibt sich das Erfordernis, die medizinische und pflegerische Versorgung strukturell zu verändern. Dies schließt neben der Reformierung der Aufgabenfelder einzelner Berufsgruppen auch eine Neuverteilung der traditionellen Arbeitsaufgaben zwischen den Akteuren ein.

Deutschlandweit existiert eine Reihe von konzeptionellen Ansätzen und Projekten, welche sich mit der Delegation von ärztlichen Tätigkeiten befassen. Bei der delegativen Übertragung ärztlicher Tätigkeiten erhält die Pflegefachperson die sogenannte Durchführungskompetenz, während die Verantwortung für den Gesamtversorgungsprozess beim Arzt verbleibt. Im Gegensatz zur Delegation bedeutet Substitution die Neuverteilung von Aufgaben zwischen den jeweiligen Akteuren. Dies schließt neben der Eigenverantwortung für das Erbringen dieser Leistungen auch die Abrechnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung ein. Mit Blick auf den bestehenden demografischen Wandel und den sich in vielen Regionen weiter verschärfenden Ärztemangel erscheint es wahrscheinlich, dass sich die Rolle der pflegerischen Profession künftig im Sinne einer Substitution verändern wird.

3 Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Bereits 2007 wies der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen auf die Notwendigkeit einer Aufgabenneuverteilung zwischen den verschiedenen Gruppen der Leistungserbringer hin. Dabei wird davon ausgegangen, dass alle Gesundheitsberufe von der Aufgabenneuverteilung profitieren können. Voraussetzung dafür ist, dass zugleich eine Verstärkung der Kooperation zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen erfolgt. Der Sachverständigenrat betont, dass die zu verändernden Rollen an die regionalen Gegebenheiten anzupassen sind, um so auf künftige unvorhersehbare Versorgungsnotwendigkeiten adäquat reagieren zu können. In rechtlicher Hinsicht ist eine Novellierung erforderlich, um diese Aufgabenneuverteilung zu legitimieren. Die Klärung der Verantwortung, der Haftungsfragen und die Anpassung der Primärqualifikation einschließlich entsprechender Weiterqualifikationen sollten dabei im Fokus stehen (*SVR 2007*).

2009 erfolgte eine Novellierung des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) und damit erstmals die Legalisierung der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Gesundheitsberufe außerhalb des unmittelbaren Zugriffs des Arztes („Rufweite“). Die Revision war Folge der erfolgreichen Evaluation des AGnES-Delegationsprojektes (Arztentlastende, Gemeindenähe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention), welches von 2005 bis 2008 in Mecklenburg-Vorpommern und weiteren Bundesländern durchgeführt wurde. Das Modellprojekt zielte primär auf die Unterstützung des Hausarztes durch speziell qualifizierte Fachkräfte (Pflegefachpersonen, Medizinische Fachangestellte) ab. Im Zentrum stand die Delegation ärztlicher Leistungen im Kontext von Hausbesuchen beziehungsweise der medizinischen Versorgung von Patienten in ihrer Häuslichkeit. Die positiven Evaluationsergebnisse bei Ärzten, Praxismitarbeiterinnen und Patienten sowie die hohe

Akzeptanz bei allen anderen Akteuren des AGnES-Projekts führten zur Erweiterung des Paragraphen 87 Abs. 2b SGB V. Seither ist es möglich, dass „... ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen nach Paragraph 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, vergütet werden“ (Van den Berg 2009).

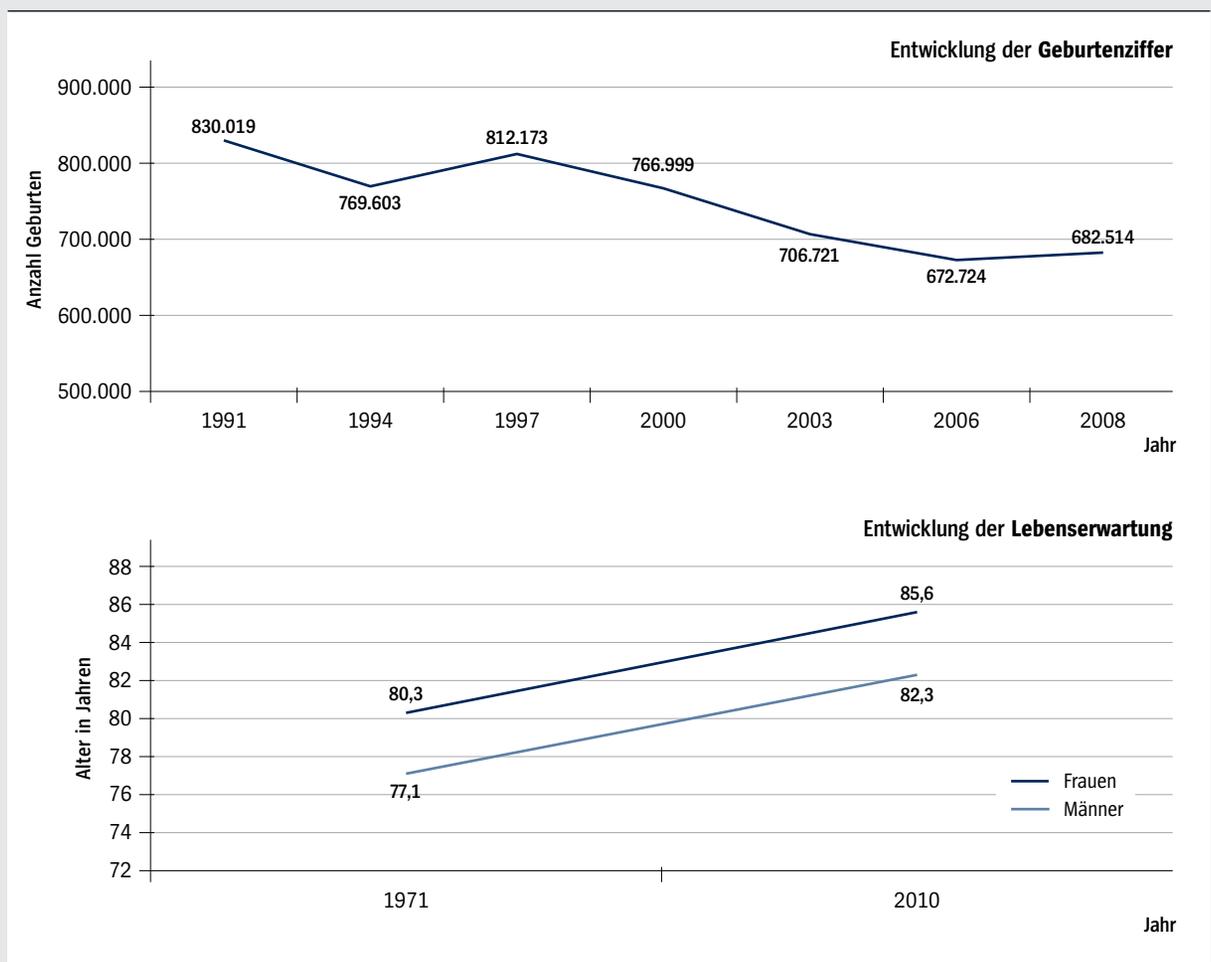
Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz trat zum 1. Januar 2012 in Kraft und zielt darauf ab, deutschlandweit und vornehmlich in den strukturschwachen ländlichen und dünn besiedelten Regionen eine wohnortnahe und bedarfsgerechte medizinische Versorgung sicherzustellen. Das Gesetz regelt Maßnahmen, die einerseits die Attraktivität der ländlichen Gebiete für Mediziner steigern sollen und andererseits die Strukturen des Gesundheitssystems stärker an der regionalen Demografie und

Morbidität orientieren. Das Versorgungsstrukturgesetz unterstützt in diesem Kontext die flexible Arbeitsteilung zwischen Medizinerinnen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen und verweist dabei ausdrücklich auf den Ausbau der Delegation ärztlicher Tätigkeiten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben dazu eine Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal erstellt, welche zum 1. Oktober 2013 in Kraft tritt. Die Vereinbarung regelt die Anforderungen für die Delegation von ärztlichen Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten Versorgung und führt beispielhaft Tätigkeiten auf, die zur Delegation geeignet sind.

Mit dem Paragraphen 63 Abs. 3c SGB V besteht erstmals eine rechtliche Legitimation für die Durchführung von Modellvor-

ABBILDUNG 1

Demografische Entwicklung in Deutschland



Quelle: destatis.de; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

haben zur selbstständigen Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten im Sinne der Ausübung von Heilkunde. Diese Modellprojekte sind auf die Angehörigen der Kranken- und Altenpflege beschränkt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dazu im November 2011 eine Richtlinie zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten beschlossen und im März 2012 veröffentlicht. Konsekutiv besteht nun eine gesetzliche Legitimation für die Übernahme von heilkundlichen Tätigkeiten für die Berufsangehörigen der Pflege, sofern sie entsprechend qualifiziert sind. Diese Legitimation ist zunächst auf fünf Indikationen beschränkt:

- Diabetes mellitus Typ I
- Diabetes mellitus Typ II
- Demenz
- chronische Wunden
- Hypertonie

In den kommenden fünf Jahren soll die Erprobung der Substitution ärztlicher Tätigkeiten im Rahmen von Modellprojekten erfolgen und ein Curriculum für die spezifische Qualifikation von Pflegefachpersonen entwickelt werden. Bei positiver Evaluation der (bislang allerdings noch ausstehenden) Modellprojekte ist eine Legitimierung der Substitution ärztlicher Tätigkeiten an Pflegefachpersonen für die fünf Indikationen in die Regelversorgung vorgesehen.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in Deutschland und der damit verbundenen Zunahme der Versorgungsbedarfe der Bevölkerung sowie der steigenden Komplexität des Versorgungsauftrags geht der Wissenschaftsrat in seinem Gutachten aus dem Jahr 2012 davon aus, dass sich für die Pflege neue, spezialisierte Tätigkeitsbereiche ergeben werden. Dabei stellen die verstärkte Zusammenarbeit und interprofessionelle Kooperation einen zentralen Aspekt dar. Als Konsequenz plädiert der Wissenschaftsrat für eine Akademisierung derjenigen Pflegefachpersonen, die maßgeblich mit komplexen Aufgaben betraut sind. Er geht davon aus, dass dies 10 bis 20 Prozent

aller in der Pflege tätigen Fachpersonen betrifft. Ziel sei, die Absolventen für eine unmittelbare Tätigkeit am Patienten adäquat zu qualifizieren und attraktive akademische Weiterbildungsangebote für spezialisierte, patientenorientierte Aufgaben zu schaffen. Dazu wird ein integratives Ausbildungsmodell empfohlen, welches in einer Kooperation zwischen medizinischen Fakultäten und Hochschulen mit pflegewissenschaftlichem Schwerpunkt realisiert werden sollte (*Wissenschaftsrat 2012*).

4 Qualifikation in der Pflege

4.1 Pflegerische Ausbildung – Spannungsfeld zwischen Generalistik und Akademisierung

Aus der Aufgabenneuerteilung im Gesundheitswesen resultiert die Notwendigkeit einer Reformierung der derzeit bestehenden pflegerischen Ausbildung. Die Länderhoheit im Hinblick auf die Umsetzung der in den Lehrplänen und der Ausbildungsrichtlinie definierten Lehrinhalte hat ein heterogenes Ausbildungsniveau der Pflegefachpersonen verursacht. Zudem stellen die je nach Bundesland unterschiedlichen pflegerischen Lehrpläne und Ausbildungsrichtlinien eine Erschwernis dar. Die Übernahme von Tätigkeiten außerhalb des Kerngebietes der Pflege wird somit zusätzlich erschwert. Mit Hilfe des Paragraphen 4 Abs. 7 im Altenpflegegesetz (AltpfG) und des Paragraphen 3 Abs. 3 des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) ist es jedoch möglich, im Rahmen von Modellprojekten die Vermittlung von Kompetenzen zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten zeitlich befristet zu erproben. Dies erfolgt auf Grundlage des Paragraphen 63 Abs. 3c SGB V.

Aktuell wird diskutiert, die pflegerische Ausbildung von Pflegefachpersonen (Gesundheits- und Krankenpflege, Ge-

ABBILDUNG 2

Meilensteine der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen im Hinblick auf die Aufgabenneuerteilung



sundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege) zu einer generalistischen Ausbildung zu modifizieren. Befürworter beschreiben, dass künftig für das pflegerische Tätigkeitsfeld sowohl Generalisten als auch Spezialisten benötigt werden (Ammende 2013). In der Folge plädieren sie für eine primär generalistische Ausbildung, welche die Absolventen für die Pflege von Menschen aller Altersgruppen sowohl im ambulanten als auch für den stationären Versorgungsbereich qualifiziert. Im Anschluss daran sollte eine Weiterqualifikation im Sinne der Spezialisierung (zum Beispiel der Intensivpflege, Gerontopsychiatrie oder Palliativpflege) erfolgen. Mit diesem Ausbildungsansatz gehen die Experten davon aus, die Pflegenden adäquat auf das sich verändernde Gesundheitswesen vorzubereiten.

Der Bedarf an akademischen Pflegefachpersonen auch für den Einsatz in der patientenbezogenen Pflege wird künftig zunehmen. Deutschland befindet sich hier – im europäischen Vergleich – auf einer frühen Entwicklungsstufe. Der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe fordert seit einigen Jahren schon eine berufliche Erstausbildung und eine grundständige Hochschulausbildung mit generalistischer Struktur. Derartige akademische Ausbildungsstrukturen existieren überwiegend an Fachhochschulen und sind bisher nur selten an Universitäten vorzufinden. Künftig sollten die bestehenden Strukturen stärker genutzt und die Universitäten vermehrt in die akademische pflegerische Ausbildung eingebunden werden, um so innovative Ausbildungsstrukturen für das sich erweiternde Tätigkeitsfeld der Pflege entwickeln zu können. Bereits 2007 empfahl der Sachverständigenrat, die Gesundheitsberufe in Spezifikation der Pflege im akademischen Setting an medizinischen Fakultäten auszubilden. Zusammen mit den bestehenden dualen Ausbildungsangeboten resultieren Optionen für kooperative Studiengänge zwischen Pflege und Medizin. Diese können etwa über konsekutive Ausbildungsgänge auf

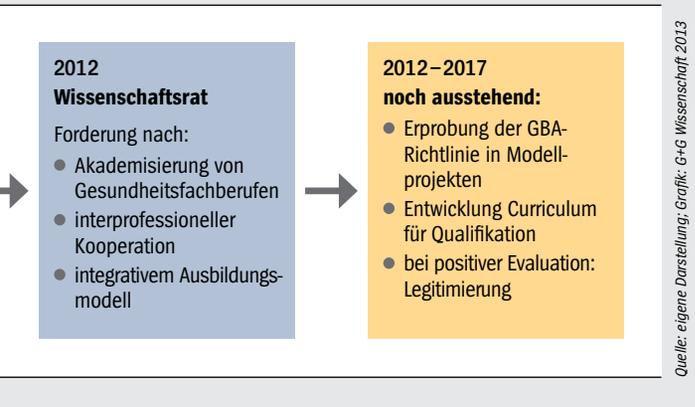
Bachelor- und Masterniveau umgesetzt werden (Rogalski et al. 2012; Dreier et al. 2012).

4.2 Fort- und Weiterbildungen für Pflegefachpersonen – vielfältige Angebote

Im Rahmen der Aufgabenneuverteilung kann auf eine Vielzahl von existierenden Fort- und Weiterbildungsoptionen zurückgegriffen werden. Daneben werden in Modellprojekten neue Qualifikationen entwickelt, erprobt und evaluiert.

Ein Beispiel hierfür ist die DelpHi-MV Studie (Demenz: lebensweltorientierte und personenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern), die ein Curriculum speziell für Pflegefachpersonen und das Krankheitsbild Demenz entwickelte. In einem prospektiven, clusterrandomisiertem Design wird seit Januar 2010 untersucht, wie unter den Bedingungen der sich verschärfenden epidemiologischen Situation eine frühzeitig einsetzende und qualitativ hochwertige Versorgung von Patienten mit Demenz in der Häuslichkeit sichergestellt werden kann. Dazu wird der Versorgungsbedarf von demenziell Erkrankten detailliert erhoben. Darauf basierend wurden regional vernetzte, multiprofessionelle Versorgungsstrukturen konzipiert, implementiert und evaluiert. Speziell weiterqualifizierte Pflegefachpersonen übernehmen Schlüsselfunktionen als Dementia Care Manager im subsidiären Versorgungsmodell und versorgen die Patienten und deren pflegendes Umfeld bedarfsgerecht in der Häuslichkeit. Dies erfolgt in einem Netzwerk aus Akteuren, die über medizinische, pflegerische, pharmazeutische und soziale Kompetenzen verfügen. Im Versorgungsmodell übernimmt die Pflegefachperson eine Koordinierungsfunktion und arbeitet eng mit dem Hausarzt zusammen, der bislang die Hauptverantwortung für den gesamten Behandlungsprozess trug. Auf Basis der Besuchsergebnisse in der Häuslichkeit des Patienten und seinem pflegenden Umfeld erfolgen in enger Zusammenarbeit zwischen Dementia Care Manager und Hausarzt die Wahl der Behandlung und die Entscheidungen über die Notwendigkeit weiterer pflegerischer Leistungen und Unterstützungen im sozialen Bereich (Thyrian et al. 2011; Thyrian et al. 2012, Dreier et al. 2011; Dreier et al. 2013).

ung



5 Aktuelle Qualifikationsansätze und Forschungsbedarf

Zunächst bedarf es einer präzisen Definition des Kompetenzfeldes der Pflege als einer Voraussetzung für die Aufgabenneuverteilung. Die heutigen Aufgabenfelder der pflegerischen Profession müssen mit Blick auf die Übernahme von bisher berufsgruppenfremden Tätigkeiten spezifiziert und erweitert werden. Gleichzeitig sollten dabei die Aufgabenfelder von berufsgebildeten und akademisch qualifizierten Pflege-

fachpersonen unterschieden werden, um Rückschlüsse für die Ausrichtung künftiger pflegerischer Ausbildungen zu ziehen.

Befürworter einer generalistischen Ausbildung gehen davon aus, dass die Unterschiede in den Qualifikationsniveaus der drei Ausbildungen (Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) kurzfristig beseitigt werden können. Gleichzeitig kann ein längst überholtes Lehrkonzept nach dem Lebensalter der Patienten überwunden werden (Amende 2013). Gegner der generalistischen Pflegeausbildung geben zu bedenken, dass Besonderheiten der einzelnen Berufe verloren gehen könnten und somit den speziellen Bedarfen unterschiedlicher Patienten nicht mehr gerecht werden kann (Schrader 2013; Wannseeschule 2012).

Neben den pflegerischen Ausbildungen an beruflichen Schulen wird es künftig auch vermehrt Ausbildungen im akademischen Bereich geben. Dabei stellen Bachelorstudiengänge die grundständig berufsqualifizierende Ausbildung dar, während Masterstudiengänge eine Spezialisierung für ein ausgewähltes Arbeitsfeld (zum Beispiel die gemeinde-nahe Versorgung) in der Pflege ermöglichen.

Die Entwicklung neuer Studiengänge sollte auf die zukünftige Versorgungssituation ausgerichtet sein. Dazu sind versorgungsepidemiologische und pflegewissenschaftliche Untersuchungen zur Identifikation künftiger pflegerischer Aufgabenfelder und akademischer Qualifizierungsinhalte nötig. Die Universitätsmedizin Greifswald hat dazu in Kooperation mit dem Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management der Hochschule Neubrandenburg ein Studiendesign entwickelt, um die wissenschaftliche Grundlage für ein kooperatives akademisches Bildungskonzept für die Pflege zu entwickeln (Rogalski et al. 2013).

Im Ausland existierende akademische Qualifizierungsmodelle können dabei ein mögliches Vorbild darstellen. Advanced-Nursing-Practice(ANP)-Konzepte wurden beispielsweise in den USA in den 1970er Jahren unter ähnlichen strukturellen Bedingungen wie heute in Deutschland entwickelt. Die sogenannten Nurse Practitioner (NP) absolvieren heute in den USA, Skandinavien oder den Niederlanden ein Bachelor- und Masterstudium, woran sich mitunter ein Promotionsvorhaben anschließt. Diese Ausbildung qualifiziert die Absolventen oft auch, anstelle von Medizinern den Erstkontakt zu den Patienten zu übernehmen. Gleichzeitig sind sie für die weitere Steuerung und Organisation der Versorgung verantwortlich (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe 2007; Sachs 2007). Die bestehenden ANP-Konzepte sind auf Deutschland nicht unmittelbar übertragbar. Sie können jedoch wichtige Hinweise für die Entwicklung der Aufgaben-neuverteilung zwischen Pflege und Medizin in Bezug auf potenzielle Aufgabenfelder und strukturelle Verortungen liefern.

Das Memorandum des „Forum Pflegewissenschaft“ verweist im Weiteren auf die Vorteile einer engeren Zusammenarbeit

zwischen Medizin und Pflege. Um künftig eine Verbesserung der Zusammenarbeit zu erzielen, muss diese bereits in der Ausbildung beider Professionen geübt werden (Forum Pflegewissenschaft 2009). In der Folge sollten künftig pflegerische akademische Ausbildungsgänge enger mit der Medizin verzahnt werden. Ziel ist es, eine interprofessionelle Kompetenzvermittlung zu erreichen und sicherzustellen. Dies könnte mit Hilfe der Integration von praktischen Studienleistungen und Lehrinhalten in die Curricula beider Professionen erfolgen (z.B. Beratung und Unterstützung von Patienten und ihren Angehörigen, Prävention).

Die pflegerischen Fort- und Weiterbildungsstrukturen sind überarbeitungsbedürftig. Ziel sollte es sein, die Angebote im Bereich der Weiterqualifikation auf die bereits absolvierte Ausbildung abzustimmen. Die pflegerische Tätigkeit in einem spezialisierten Gebiet erfordert eine entsprechende kontinuierliche Weiterqualifikation, wodurch die Bedeutung des lebenslangen Lernens künftig weiter zunehmen wird (Amende et al. 2012). Um einen einheitlichen Bildungsstatus der Pflegefachpersonen zu gewährleisten, sollten vermehrt Landesverordnungen für ausgewählte Weiterbildungsangebote gelten. Neue Qualifikationsansätze müssen wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden.

Mit Blick auf eine angemessene Durchlässigkeit in der pflegerischen Bildungslandschaft sollten einzelne Qualifikationsstufen (z.B. grundständige Berufsausbildung, berufliche Fort- und Weiterbildung, Fachweiterbildung) untereinander anerkannt werden. Damit ließe sich sicherstellen, dass auch für grundständig berufsgebildete Pflegefachpersonen ohne formale Hochschulzugangsberechtigung (Abitur oder Fachhochschulreife) ein späterer akademischer Ausbildungsweg möglich wird. Größere Flexibilität und Durchlässigkeit der Qualifikationswege steigern auch die Attraktivität des Pflegeberufs für den Nachwuchs. Damit wäre ein wichtiger Beitrag zur Sicherung des Personalbedarfs in der Pflege geleistet.

6 Fazit und Ausblick

Die demografische Entwicklung in Deutschland führt zu einer Zunahme der Prävalenzen altersassoziierter Erkrankungen und einem zunehmenden Bedarf an medizinischen und pflegerischen Versorgungsleistungen. Gleichzeitig altern die Menschen, die in der Pflege arbeiten. Der Personalbedarf kann absehbar nicht für alle Gesundheitsfachberufe durch junge Berufseinsteiger kompensiert werden.

Aus diesen versorgungsepidemiologischen Randbedingungen ergibt sich die Notwendigkeit, sowohl die medizinische als auch die pflegerische Versorgung strukturell zu reformieren. Dies schließt neben einer präzisen Definition der Aufgabenfelder einzelner Akteure und deren Weiterentwicklung auch eine

Neuverteilung der Aufgaben zwischen den Gesundheitsfachberufen ein. Seit 2007 und der erstmaligen Forderung durch den Sachverständigenrat zur Begutachtung im Gesundheitswesen sind eine Reihe von Konzepten entwickelt worden. Diese fokussieren jedoch bislang primär auf die Delegation von Aufgaben.

Die Aufgabenneuverteilung im Sinne der Substitution steht in Deutschland erst am Anfang. Bislang sind keine Modellversuche nach Paragraph 63 Abs. 3c SGB V bekannt. Dies spiegelt sich ebenfalls in der derzeitigen Diskussion um die Delegation und Substitution von ärztlichen Leistungen auf die Pflege wider, die auf Seiten beider Professionen mit Skepsis betrachtet wird. Der Prozess der Aufgabenneuverteilung im Gesundheitswesen wird noch Jahre zur Konkretisierung benötigen und bedarf eines behutsamen Vorgehens, um die bestehenden Vorbehalte auf beiden Seiten überwinden zu können.

Ein zentrales Element stellt die Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungskonzepte dar. Entsprechende Förderprogramme sollten entwickelt werden, um in einer begleitenden medizinisch-pflegerischen Versorgungsforschung die Machbarkeit der Substitution von ausgewählten Aufgaben untersuchen zu können. Die Übertragung von pflegerischen Aufgaben von Pflegefachpersonen auf pflegerisches Hilfspersonal sollte ebenfalls Bestandteil der Forschungsförderung sein, um Freiräume für das pflegerische Fachpersonal und die Übernahme neuer Aufgaben schaffen zu können.

Welche Auswirkungen die Aufgabenneuverteilung auf den Gesundheitszustand der Patienten hat, muss ebenfalls Gegenstand der Forschung sein und in der Praxis entsprechend seinen Niederschlag finden. Dazu sind bedarfsgerechte Curricula zu entwickeln. Die akademischen Ausbildungsstrukturen müssen evidenzbasiert entwickelt werden. Das ist die Voraussetzung, um das deutsche Ausbildungsniveau demjenigen in anderen europäischen Ländern anzupassen. Dies bedeutet unter anderem auch, die Curricula inhaltlich um die Aspekte der Aufgabenneuverteilung zu ergänzen. Zentrale Themen sind der Ausbau grundständiger Studiengänge, die darauf abzielen, Qualifikationen und Fähigkeiten zu erwerben, die eine größere Patientenorientierung ermöglichen. Darüber hinaus sollten gemeinsame Lehrangebote für sich überschneidende Themen zwischen Pflege und Medizin geschaffen werden, um die interprofessionelle Zusammenarbeit und die gegenseitige Wertschätzung bereits während der Ausbildung einüben zu können.

In rechtlicher Hinsicht sind mit dem Paragraphen 63 Abs. 3c SGB V (Weiterentwicklung der Versorgung – Modellvorhaben), dem Paragraphen 87 Abs. 2b SGB V (Thema Vergütung), dem Versorgungsstrukturgesetz sowie der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal und der GBA-Richtlinie zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten an Pflegefachpersonal wichtige Entwicklungen erfolgt. In den kommenden Jahren gilt es, auf Basis

der demografischen Entwicklung und deren Folgen für das Versorgungsgeschehen sowie der Ergebnisse aus den Studien zur Aufgabenneuverteilung zu überprüfen, ob diese rechtlichen Legitimierungen einer weiteren Revision bedürfen.

Literatur

- Ammende R, Darmann-Finck I, Luther B (2013):** Generalistische Pflegeausbildung mit integrierter Fachhochschulreife; www.ipp.uni-bremen.de → IPP-Downloads → Projektberichte
- Blum K, Löffert S (2010):** Ärztemangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen; www.dki.de → Service → Downloads → Forschung
- Bundesgesetzblatt (2011):** Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung; www.bgbl.de
- Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) (2012):** Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufstätige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V; www.g-ba.de → Beschlüsse
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) (2007):** Advanced Nursing Practice: die Chance für eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland; www.dbfk.de → Downloads
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) (2010):** Advanced Nursing Practice – Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung; www.dbfk.de → Downloads
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2007):** Pflegebildung Offensive. In: Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.): Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe. München: Urban & Fischer, 29–54
- Deutscher Wissenschaftsrat (2012):** Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen; www.wissenschaftsrat.de → Veröffentlichungen
- Dreier A, Rogalski H, Oppermann RF et al. (2010):** A curriculum for nurses in Germany undertaking medically-delegated tasks in primary care. *Journal of Advanced Nursing*, Band 66, Heft 3, 635–644
- Dreier A, Thyrian JR, Hoffmann W (2011):** Dementia Care Manager in der ambulanten Demenzversorgung: Entwicklung einer innovativen Qualifizierung für Pflegefachkräfte. *Pflege und Gesellschaft*, Jg. 16, Heft 1, 53–64
- Dreier A, Rogalski H, Oppermann RF, Hoffmann W (2012):** Delegation und Substitution spezifischer medizinischer Tätigkeiten als künftiger Versorgungsansatz. *ZEFQ*, Jg. 106, Heft 9, 656–662
- Dreier A, Hoffmann W (2013):** Dementia Care Manager für Patienten mit Demenz. *Bundesgesundheitsblatt* 09/2013; DOI 10.1007/s00103-013-1796-0 (im Erscheinen)
- Fendrich K, Hoffman W (2007):** More than just aging societies: the demographic change has an impact on actual numbers of patients. *Journal of Public Health*, Band 15, Heft 5, 345–351
- Friedrich Ebert Stiftung, Hans Böckler Stiftung (2013):** Berufsbilder im Gesundheitssektor. Vom Berufsbasteln zur strategischen Berufspolitik; <http://library.fes.de> → Digitale Bibliothek → FES-Publikationen

Forum Pflegewissenschaft (Hrsg.) (2009): Memorandum (Pflegewissenschaft). Universität Bremen Eigenverlag

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (2011): Umgang mit dem Fachkräftemangel in der Pflege, Teil I, Deutschland. Schriftenreihe der GVG, Band 69. Köln: Druckhaus Süd

Isfort M, Weidner F, Neuhaus A et al. (2010): Pflege-Thermometer 2009 – Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus; www.dip.de → Materialien → Berichte und Dokumente

Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband (2013): Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 SGB V; www.kbv.de

Kopetsch T (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztlentwicklung; www.bundesaerztekammer.de

Robert-Koch-Institut (2012): Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen, GBE kompakt 2/2012, <http://www.rki.de>

Rogalski H, Dreier A, Oppermann RF, Hoffmann W (2008): Community Medicine Nursing – ein Schritt im Professionalisierungsprozess der Pflege. Die Schwester Der Pfleger, Heft 1, 70–73

Rogalski H (2010): Systemische, multidimensionale Evaluation des Curriculum über die Praxisphase im „Community Medicine Nursing“ (Dissertation); <http://ub-ed.ub.uni-greifswald.de>

Rogalski H, Dreier A, Hoffmann W, Oppermann RF (2012): Zukunftschance Pflege – von der Professionalisierung zur Restrukturierung des Aufgabenfeldes. Pflege, Jg. 25, Heft 1, 1–11

Rogalski H, Hoffmann W, Hingst P et al. (2013): Demographie, medizinisch-pflegerische Versorgung und akademische Pflegebildung: Das kooperative Beispiel der Universitätsmedizin Greifswald und dem Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management der Hochschule Neubrandenburg. In: Zängl P (Hrsg.). Pflegeforschung trifft Pflegepraxis. Jahrbuch 2012/2013 des Norddeutschen Zentrums für Weiterentwicklung in der Pflege. Wiesbaden: Springer VS, 111–128

Sachs M (2007): „Advanced Nursing Practice“ – Trends: Implikationen für die deutsche Pflege. Pflege und Gesellschaft, Jg. 12, Heft 2, 101–117

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung –

Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung; www.svr-gesundheit.de → Gutachten

Schrader S (2013): Bündnis macht gegen generalistische Ausbildung mobil. Spät – aber nicht zu spät? Carekonkret, 16. Jg., H46794, 2–3

Siewert U, Fendrich K, Doblhammer-Reiter G et al. (2010): Health Care Consequences of Demographic Changes in Mecklenburg-West Pomerania. Dtsch Arztebl Int, Jg. 107 Heft 18, 328–34

Simon M (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen; www.deutscher-pflegerat.de

Statistisches Bundesamt (2007): Demographischer Wandel in Deutschland. Heft 1: Bevölkerungs- und Haushaltentwicklung im Bund und in den Ländern; www.destatis.de

Statistisches Bundesamt (2011): Demographischer Wandel in Deutschland. Heft 1: Bevölkerungs- und Haushaltentwicklung im Bund und in den Ländern; www.destatis.de

Statistisches Bundesamt (2012): Ältere Menschen in Deutschland und der EU; www.destatis.de

Thyrian JR, Dreier A, Fendrich K et al. (2011): Demenzerkrankungen: Wirksame Konzepte gesucht. Deutsches Ärzteblatt. Jg. 108, Heft 38, A 1954-6

Thyrian JR, Fiß T, Dreier A et al. (2012): Life- and personcentered help in Mecklenburg-Western Pomerania, Germany (DelpHi), Trials, Jg. 13, Heft 1

Van den Berg N, Dreier A, Oppermann RF et al. (2009): Das AGnES Curriculum. Schriftenreihe G der Hochschule Neubrandenburg, Band 7, Neubrandenburg, 1–30

Van den Berg N, Kleinke S, Heymann R et al. (2010): Überführung des AGnES-Konzeptes in die Regelversorgung; Juristische Bewertung, Vergütung, Qualifizierung. Das Gesundheitswesen Jg. 72, Heft 5, 285–92

Wannseeschule (2012): Kinder-, Kranken- und Altenpflege im (Streit-)Gespräch; www.wannseeschule.de → Download: Info-Material

WHO (2008): Wie kann ein optimaler Qualifikationsmix effektiv verwirklicht werden – und warum?; www.euro.who.int

Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen; www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf

DIE AUTOREN



Dr. rer. med. Adina Dreier, Dipl.-Pflegerin (FH), M. Sc., Jahrgang 1979, studierte Pflege und Gesundheit sowie Public Health and Administration an der Fachhochschule Neubrandenburg. Seit 2007 Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Bereichskordinatorin „Künftige Aufgabenteilung im Gesundheitswesen/Qualifikation“ am Institut für Commu-



Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH, Jahrgang 1963, Studium der Medizin an den Universitäten Bonn und Göttingen. Von 1992 bis 2002 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS). Seit 2004 Professor für Versorgungsepidemiologie und Community Health an der Medizinischen

Community Medicine, Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health der Universitätsmedizin Greifswald sowie Arbeitsgruppenleiterin „Care Management and Qualification“ am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Rostock/Greifswald.

Fakultät der Universität Greifswald. Seit 2007 Geschäftsführender Direktor des Instituts für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald. Er ist Standortsprecher des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Rostock/Greifswald und Vorstandsmitglied des Deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung e.V. (DNVF).