



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Reform der Pflegeberufe
(Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) [BT-Drs. 18/7823] sowie

zum Antrag der Bundestagsfraktion Die Linke „Gute Ausbildung – Gute Arbeit – Gute Pflege“ vom 28.01.2016 [BT-Drs. 18/7414] und

zum Antrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen „Integrative Pflegeausbildung – Pflegeberuf aufwerten, Fachkenntnisse erhalten“ vom 16.03.2016 [BT-Drs. 18/7880]

Berlin, 26.05.2016

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Vorbemerkung

Die Bundesärztekammer hat in ihrer Stellungnahme vom 04.02.2016 ausführlich zu Artikel 1 (Gesetz über den Pflegeberuf) des Regierungsentwurfes eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe vom 13.01.2016 Stellung genommen. Die Bundesärztekammer greift ihre hierin geäußerten Kritikpunkte zu Artikel 1 nochmals auf. Darüber hinaus werden Aspekte aus den Anträgen der Fraktionen Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen einbezogen.

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. Erst wenn eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung parallel vorgelegt wird, kann geprüft werden, ob die zukünftigen Pflegekräfte mit der Änderung besser auf die wachsenden Anforderungen in der Patientenversorgung vorbereitet werden. Die von den Bundesministerien für Gesundheit sowie für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit Stand 24.02.2016 vorgelegten Eckpunkte reichen für diese Prüfung noch nicht aus. Diese beinhalten im Wesentlichen die Stundenverteilung in der praktischen Ausbildung und eine noch zu konkretisierende Themenübersicht für den Unterricht. Deshalb unterstützen wir die Forderung der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, das Gesetzgebungsverfahren so lange auszusetzen, bis diese inhaltlich-konkretisierende Verordnung tatsächlich vorliegt.

Wegen des steigenden Bedarfes an Pflegekräften und 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 eine generalistische Ausbildung grundsätzlich positiv. Spezialisierungsweiterbildungen im Anschluss an die Ausbildung, die an den jeweiligen Anforderungen der Einsatzfelder ausgerichtet sind, werden jedoch als zwingend notwendig erachtet.

Der Gesetzentwurf zielt darauf ab, die Pflegeberufe zukunftsgerecht weiterzuentwickeln, attraktiver zu machen und inhaltliche Qualitätsverbesserungen vorzunehmen. 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.

Anstelle der Einführung einer akademischen Ausbildungsebene sieht die Bundesärztekammer den bisherigen Weg, akademische Qualifizierungen in Form von Weiterbildungsstudiengängen für bestimmte Funktionen vorzusehen, als zielführend und arbeitsmarktgerecht an. Es sollten weiterhin Bildungs- und Berufskarrieren in Form von 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 Pfl-

geausbildung 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 sein. Auch muss die theoretische und praktische Ausbildung optimal organisiert und integriert sein.

Teil 2: Berufliche Ausbildung in der Pflege

Abschnitt 1: Ausbildung

§ 5 Ausbildungsziel

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 Gesetzesbegründung (S. 67) stellt dies im Hinblick auf die ärztliche Gesamtverantwortung für den Behandlungsprozess eine wünschenswerte Klarstellung dar.

Gemäß Abs. 3 Nr. 1e) soll die „Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen“ ein Kompetenzziel im Rahmen der selbstständigen Ausführung von Aufgaben sein. Laut Begründung zum Regierungsentwurf (S. 67) ist „bei der Durchführung der Ausbildung sicherzustellen, dass die Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden, die die Auszubildenden in die Lage versetzen, mindestens die in Artikel 31 Absatz 7 der Richtlinie 2005/36/EG aufgeführten Tätigkeiten und Aufgaben in eigener Verantwortung durchzuführen“.

Zunächst ist festzustellen, dass sich der Wortlaut des § 5 Abs. 3 Nr. 1e) PflBG-E nicht mit den in Artikel 31 Abs. 7a) bis h) der Richtlinie 2005/36/EG enthaltenen Formulierungen deckt. Ein Vergleich könnte allenfalls mit der Regelung in Art. 31 Abs. 7c) vorgenommen werden. Hier wird die Kompetenz formuliert, „Einzelpersonen, Familien und Gruppen auf der Grundlage der gemäß Absatz 6 Buchstaben a und b erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten zu einer gesunden Lebensweise und zur Selbsthilfe zu verhelfen“. Jedoch ist die im Gesetzentwurf (§ 5 Abs. Nr. 1e PflBG-E) bestimmte Kompetenz nicht mit derjenigen in der Richtlinie inhaltsgleich. Bedarfserhebung und Durchführung präventiver Maßnahmen geht deutlich über die Fähigkeit hinaus, Personen zu einer gesunden Lebensweise zu verhelfen. Zudem wird damit der Vorbehalt für die Heilkundenausübung in Deutschland durch approbierte Ärzte, der sich auf Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention einschließlich Früherkennung von Krankheiten erstreckt, tangiert. Beispielsweise gehören Impfungen zu Präventionsmaßnahmen, die von Ärzten angeordnet und durch-

geführt werden. Die vorgesehene Regelung würde zu einer erheblichen Ausweitung der Kompetenzen führen. Dadurch könnte es zu einer neuen, möglicherweise problematischen Schnittstelle zur ärztlichen Heilkundeausübung vor allem in der pflegerischen Langzeitversorgung von Patienten kommen. Zudem konterkariert das vorgesehene zusätzliche Ausbildungsziel die jüngst im Präventionsgesetz festgeschriebene Aufgabe des Arztes, im Kontext einer ärztlichen Untersuchung auf Basis einer präventionsorientierten Beratung eine ärztliche Präventionsempfehlung auszustellen (§20 Abs. 5 SGB V, §§25 u. 26 Abs. 1 SGB V). Mit ihr soll der/die Versicherte u.a. „über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen“ informiert werden (§25 Abs. 1 SGB V). Des Weiteren wurde mit dem Präventionsgesetz dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen die Aufgabe übertragen, im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu prüfen, „ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der Prävention... geeignet, notwendig und zumutbar sind. ... Die Feststellungen zur Prävention ... sind ... in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren.“ (§18 Abs. 6 SGB XI).

Vorschlag: Streichung des Buchstaben e) aus § 5 Abs. 3 Nr. 1 (selbstständige Tätigkeit), stattdessen Aufnahme unter Nr. 2 (eigenständige Tätigkeit) und Ersatz durch die geänderte Formulierung: "*pflegebezogene Bedarfserhebung und Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen*".

§ 6 Dauer und Struktur der Ausbildung in Verbindung mit

§ 7 Durchführung der praktischen Ausbildung

Gemäß § 6 Abs. 3 gliedert sich die praktische Ausbildung in Pflichteinsätze, einen Vertiefungseinsatz sowie weitere Einsätze. § 7 Abs. 1-3 bestimmen die in Frage kommenden Einrichtungen für die allgemeinen und speziellen Pflichteinsätze und den Vertiefungseinsatz.

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 insbesondere 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 Patientenversorgung in der Geriatrie bzw. Pädiatrie ausreichend gerecht zu werden. Die von den Bundesministerien für Gesundheit sowie für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit Stand 24.02.2016 vorgelegten Eckpunkte zur Stundenverteilung zeigen, dass in der Pädiatrischen Versorgung maximal 1.400 Stunden von

2.500 Stunden praktische Ausbildung absolviert werden können gegenüber 1.800 Stunden derzeit. Bei einer Altenpflegerischen Schwerpunktbildung reduziert sich der praktische Ausbildungsanteil ebenfalls von derzeit 2.500 Stunden auf maximal 1.400 Stunden. Deshalb ist zu fragen, ob das Ausbildungs- bzw. Prüfungsziel, "anwendungsbereite berufliche Kompetenzen" nachzuweisen, mit diesen reduzierten Stundenzahlen erreicht werden kann. Für die abschließende Beurteilung ist es notwendig, dass eine konkretisierende Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vorliegt.

Darüber hinaus könnte es in organisatorischer Hinsicht problematisch werden, für rund 130.000 SchülerInnen der bisherigen Kranken- und Altenpflege ausreichende Kapazitäten für die Pflichteinsätze in den rund 350 Einrichtungen der pädiatrischen Versorgung mit circa 7.000 Ausbildungsplätzen zur Verfügung zu stellen. Es besteht die Gefahr eines "Nadelöhrs" bei der praktischen Ausbildung mit entsprechenden Auswirkungen auf die Qualität der Ausbildung entstehen. Die in den "Eckpunkten" von Februar 2016 vorgeschlagene Ausweitung auf Einrichtungen z. B. der Kinder- und Jugendhilfe scheint uns aus fachlichen Erwägungen nicht ausreichend.

Vorschlag: Erhöhung der praktischen Ausbildungszeit beim Träger der Ausbildung.

§ 12 Anrechnung gleichwertiger Ausbildungen

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

Es bestehen 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 Anrechnung fördert die interprofessionelle Mobilität und Flexibilität unter den Gesundheitsfachberufen. MFA stellen mit rund 330.000 Berufsangehörigen eine der größten Gruppen in der ambulanten Versorgung, für die bei entsprechender Qualifikation, insbesondere bei erworbenen Fortbildungen oder einschlägiger Berufserfahrung, geeignete Zugangswege in die Pflegeausbildung eröffnet werden sollten.

Vorschlag: Es soll 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 fehlender Evaluation aus Gründen der Patientensicherheit abgelehnt.

Vorschlag: Streichung von § 14 Abs. 4

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

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

entsprechender Module in der Fläche – entgegen der ursprünglichen Intention des Gesetzgebers beim Pflegestärkungsgesetz – führen würde. Diese Bedenken werden aufrechterhalten.

Vorschlag: Streichung von § 14 Abs. 7

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.

Teil 3: Hochschulische Pflegeausbildung

§ 37 Ausbildungsziele, § 38 Durchführung des Studiums, § 39 Abschluss des Studiums, staatl. Prüfung zur Erlangung der Berufszulassung

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 hochschulische Ausbildung soll – 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.

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. Nach den Abs. 3, 4 und 5 kann es zukünftig also mehrere hochschulische Qualifizierungsformen geben.

Diese Vielfalt führt zu einer weitgehenden Zersplitterung und Fragmentierung des Berufsbildes, 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.

Einen Arbeitsmarkt für Bachelor-Absolventen für die Pflege „am Krankenbett“ gibt es derzeit 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. Unterstützt wird deshalb die Forderung der Bundestagsfraktion Die Linke, dass mit einem erfolgreichen Abschluss der dreijährigen Pflegeausbildung der Zugang zu einschlägigen Studiengängen in Pflegewissenschaften, Pflegemanagement oder Lehrtätigkeit ohne zusätzliche Hochschulzugangsberechtigung erworben werden soll. Eine Anrechnung erworbener Qualifikationen und Berufserfahrungen auf weitergehende Qualifizierung soll gewährleistet sein. Als wesentliche Voraussetzung für die Freizügigkeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer soll der Studienabschluss mit vergleichbaren internationalen Abschlüssen und Qualifikationsniveaus vereinbar sein.

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.

Vorschlag: Die §§ 37-39 sollen ausschließlich auf die regelhafte Einführung von funktionsbezogenen Weiterbildungsstudiengängen hin ausgestaltet 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.

Vorschlag: § 53 Abs. 2 soll um den Satz ergänzt werden: Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Fazit

Die Bundesärztekammer begrüßt eine Reform der Pflegeausbildung als ein wichtiges Signal zur Modernisierung des Berufsbildes angesichts der gesellschaftlichen, epidemiologischen und medizinischen Herausforderungen in der Patientenversorgung. Bei der Neuausrichtung durch eine Zusammenführung der bisher getrennten Zweige Kinder-, Erwachsenen- und Altenpflege müssen allerdings die Kompetenzen zur Pflege von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen in einem angemessenen sachlichen und zeitlichen Umfang vermittelt werden. Es ist zwingend notwendig, dass eine Beratung von Pflegeberufsgesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung parallel erfolgt. Die selbstständige Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen muss ausschließlich auf pflegerische Aspekte begrenzt sein und darf den ärztlichen Indikationsbereich nicht berühren. Wir begrüßen, 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. Anstelle der Einführung einer akademischen Ausbildungsebene sollten Bildungs- und Berufskarrieren geschaffen und gefördert sowie durchlässig und systematisch gestaltet werden.

Die Vermittlung von Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten soll ausschließlich in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V 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.