

Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen aktuell 2023

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp



Nikolaus Schmitt, Andrea Pfingsten, Dagmar Hertle, Katharina Bopp
Die Ärzt:innen müssen es nicht alleine richten – Ein Sechs-Punkte-Plan
für mehr Verantwortung und Augenhöhe für die Gesundheitsfachberufe
Seite 138–165

doi: 10.30433/GWA2023-138

Nikolaus Schmitt, Andrea Pfingsten, Dagmar Hertle, Katharina Bopp

Die Ärzt:innen müssen es nicht alleine richten – Ein Sechs-Punkte-Plan für mehr Verantwortung und Augenhöhe für die Gesundheitsfachberufe

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und einer Reduzierung der Erwerbspersonen steht das deutsche Gesundheitswesen vor der Herausforderung eines zu erwartenden Personal- mangels. Auch der gleichzeitig steigende Leistungsbedarf stellt weitere, hohe Anforderungen. Daher gilt es, Effizienzreserven bei der Zusammenarbeit der Berufsgruppen zu schöpfen und gleichzeitig mehr Nachwuchs durch bessere Arbeitsbedingungen zu gewinnen. Der Beitrag stellt mit dem Sechs-Punkte-Plan hierzu einen strategischen Gesamtplan zur Emanzipierung der Gesundheitsfachberufe vor und erläutert die zentralen Aufgaben, die aus Sicht der Autor:innen unerlässlich sind für die Weiterentwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe auf Augenhöhe.

Einleitung und Zielstellung

Die aktuell größte Herausforderung im deutschen Gesundheitswesen ist der Personal- mangel. Die demografische Entwicklung bewirkt in Zukunft eine deutliche Reduzierung der Erwerbspersonen in Deutschland bei gleichzeitig steigendem Leistungsbedarf im Gesundheitswesen. Hinzu kommt eine steigende Teilzeitquote der Beschäftigten im Gesundheitswesen, die den Arbeitsumfang zusätzlich reduziert (SVR 2023: 245f.). Dabei bildet der Gesundheitsbereich bereits heute den beschäftigungsreichsten Sektor in Deutschland. Hier arbeiten über drei Millionen Menschen, mehr als im gesamten deutschen Einzelhandel. Insgesamt werden in den nächsten 15 Jahren 12,9 Millionen Erwerbspersonen das Renteneintrittsalter überschreiten. Dies entspricht knapp 30 Prozent der dem Arbeitsmarkt im Moment zur Verfügung stehenden Erwerbspersonen (Destatis 2023). Das bedeutet für den Gesundheitsbereich, dass bereits ohne steigenden Bedarf und zunehmende Teilzeit in Deutschland über eine Million neu ausgebildete Berufs- ausübende in den Gesundheitsfachberufen in den nächsten Jahren erforderlich sind.

Im Vergleich zu diesem Problem erscheinen die bestehenden Finanzierungs- und Technik- probleme des Gesundheitswesens nahezu beschaulich und lösbar. Finanzielle oder

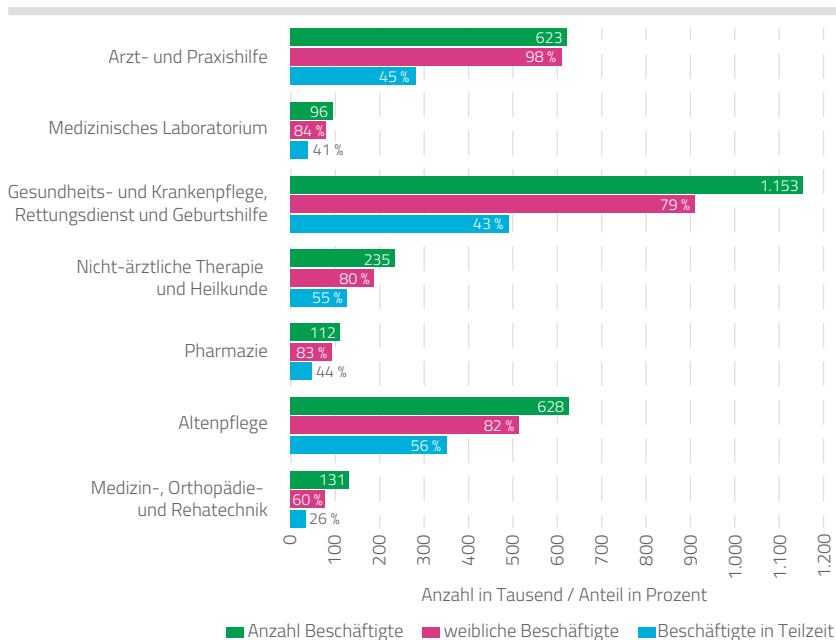
technische Mittel können recht kurzfristig aktiviert werden, gut ausgebildete und motivierte Berufsausübende sind unter der gegebenen Problemstellung hingegen ein Ziel, in das langfristig investiert werden muss. Zudem müssen die Strukturen im Gesundheitssystem mit dem Ziel eines schonenden Personaleinsatzes so geändert werden, dass Reibungsverluste und Verschwendung von Arbeitszeit und damit einhergehende Frustrationen bei Berufsausübenden vermindert werden. Dies schließt auch ausländische Fachkräfte ein, die mittels gezielter Zuwanderung für Deutschland gewonnen und gehalten werden sollen. Diese bringen für die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe vielfältige internationale Erfahrungen mit und sehen das Zusammenwirken im deutschen Gesundheitswesen hierdurch klarer und kritischer.

Die Ampel-Koalition hat im Koalitionsvertrag an verschiedenen Stellen Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Gesundheitsberufe benannt. Auch die Großen Koalitionen der Vorjahre hatten verschiedene Schritte in Richtung der Gesundheitsberufe unternommen. Die Einführung akademischer Ausbildungswege, das „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die Einführung von Pflegekammern und die faktische Tarifbindung in den Pflegeberufen sind nur einige Beispiele. So kann im Hinblick auf die Zielstellung von einem weitgehenden parteiübergreifenden Konsens gesprochen werden. Die gesetzlichen Maßnahmen für die Gesundheitsfachberufe verbessern aber immer nur Teilaspekte. Es fehlt an einem Gesamtkonzept, mit welchen Schritten das Ziel der besseren Arbeitsbedingungen und Zusammenarbeit erreicht werden soll. Dieses sollte den gesellschaftlich und fachlich Beteiligten das Vorgehen vermitteln und aufzeigen, dass es nicht darum geht, einzelnen Berufsgruppen etwas wegzunehmen, sondern alle Beteiligten des Gesundheitswesens besserzustellen. Ein solches Gesamtkonzept wird im Folgenden in Form eines Sechs-Punkte-Plans entworfen.

Was sind Gesundheitsfachberufe?

Es existiert keine einheitliche Definition, welche Berufe und Berufsgruppen unter dem übergeordneten Begriff „Gesundheitsfachberufe“ zusammengefasst werden können. Dieser Beitrag orientiert sich an der Systematik der Klassifikation der Berufe 2010 (KlDB), wie sie in der aktuellen Fassung in der Berichterstattung der Bundesagentur für Arbeit verwendet wird (Abbildung 1).

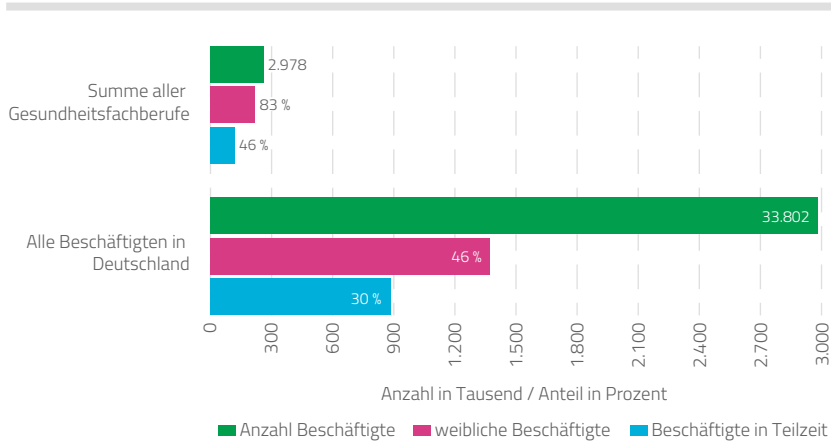
Abbildung 1: Übersicht Gesundheitsfachberufsgruppen in Deutschland 2021



Quelle: BA (2021), eigene Darstellung

Zur Orientierung: Das Gesundheitswesen bietet in Deutschland mehr Menschen einen Arbeitsplatz als der Einzelhandel. Zu den etwa drei Millionen angestellt Beschäftigten sind noch mehrere hunderttausend Auszubildende und Berufsausübende in selbstständiger Tätigkeit zu zählen. Im Vergleich zur Gesamtheit aller Beschäftigten liegt sowohl der weibliche Anteil (83 gegenüber 46 Prozent) als auch der Teilzeitanteil (46 gegenüber 30 Prozent) erheblich über dem Durchschnitt aller Beschäftigten (Abbildung 2).

Abbildung 2: Vergleich der Gesundheitsfachberufsgruppen mit allen Beschäftigten in Deutschland 2021



Quelle: BA (2021), eigene Darstellung

Die Höhe der Teilzeitquote zeigt, dass im Gesundheitswesen eine deutlich höhere Ausbildungsquote erforderlich ist als in anderen Branchen. Zu der Anzahl der Personen, die diese Berufe erlernt haben, aber zwischenzeitlich nicht mehr ausüben, gibt es zu den Berufsgruppen derzeit keine vollständige Erhebung. Allerdings zeigt eine repräsentative Berufsstudie aus dem Jahr 2021, dass nur weniger als die Hälfte der Beschäftigten im Gesundheitswesen davon ausgeht, diesen Beruf bis zum Rentenalter ausüben zu können. Zudem ist der Anteil der Beschäftigten, die ihren Beruf jungen Menschen nicht empfehlen würden, im Gesundheitswesen mit 40 Prozent der höchste im Vergleich der Branchen (Ärzte Zeitung 2021).

Kooperation von Berufsgruppen – wie ist die Zusammenarbeit zu verbessern?

Die ausgeprägte Arztzentrierung im deutschen Gesundheitswesen ist das zentrale Problem und gleichzeitig der Ausgangspunkt einer Effizienzsteigerung. Im hierarchisch organisierten deutschen Gesundheitssystem liegen erhebliche Effizienzreserven, die durch eine deutlich stärkere Einbeziehung der Gesundheitsfachberufe in die

Patientenversorgung gehoben werden könnten. Starre Hierarchien führen in jeder Organisationsform zu Reibungsverlusten durch ständiges Rückversichern und mangelnde Verantwortungsübernahme, geringe Kreativität und Unzufriedenheit der Beteiligten. Solcherart erlernte Verhaltensmuster sind einer interprofessionellen, teamorientierten Zusammenarbeit nicht zuträglich. Auch wenn diese Zusammenarbeit höhere Anforderungen an eine reibungslose Kommunikation innerhalb eines Teams mit sich bringt, sind doch die Ergebnisse gerade bei komplexen Aufgaben etwa im Krankenhaus besser als in paternalistischen Strukturen (Wollny 2023). Eine Kultur der Zusammenarbeit basierend auf gegenseitigem Respekt in Bezug auf die jeweiligen Kompetenzen passt zudem zur Orientierung der Nachwuchsgeneration Z. Für diese steht eine sinnstiftende, respektvolle Arbeitsstruktur ganz oben auf der Prioritätsliste. Zentrale Aspekte sind zudem Möglichkeiten, sich um andere Menschen zu kümmern und etwas Nützliches für die Gesellschaft zu tun (so die Shell Jugendstudie, Albert et al. 2019). Für die Nachwuchsgewinnung im Gesundheitswesen eröffnen sich mit dieser Werteorientierung der Generation Z Chancen, die es zu nutzen gilt.

Eine Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe weitgehend auf Augenhöhe stellt international in Gesundheitssystemen den verbreiteten Standard dar. Somit kann in Deutschland auf viele internationale Regelungen und Erfahrungen zurückgegriffen werden. Die Freiräume zum Einsatz therapeutischer und pflegerischer Kompetenzen in der Patientenversorgung sind international deutlich größer als in Deutschland. Allein die Tatsachen, dass in Deutschland keine bundesweit verbindlichen Richtlinien zur Berufsausübung existieren und sich die zahlreichen Richtlinien des Gemeinsamen Bundausschusses (G-BA) – beispielsweise zur häuslichen Krankenpflege – ausschließlich an Ärzte richten, zeigen den Bedarf für eine Neuorientierung.

Welches Vorgehen ist erforderlich?

An der Umsetzung des Ziels müssen Legislative und Exekutive, Institutionen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und die Vertragspartner beteiligt werden. Es ist eine Vielzahl von Detailfragen zu beantworten. Die Erfahrungen der Vergangenheit zeigen, dass hart erarbeitete und gut gemeinte Teilaspekte einer Reform der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe in der Umsetzung erhebliche Akzeptanzprobleme

hatten, wie die Einrichtung der Pflegekammern zeigt. Von den seit dem Jahr 2014 bislang vier auf Landesebene gegründeten Pflegekammern wurden zwei nach Mitgliederbefragungen 2021 wieder aufgelöst. Offenbar war es in Niedersachsen und Schleswig-Holstein nicht gelungen, die Pflegekräfte vom Sinn der Kammern und einer verpflichtenden Mitgliedschaft zu überzeugen. Der Widerstand von gewerkschaftlicher Seite mag auch eine Rolle gespielt haben (ver.di 2023). Dieses Beispiel zeigt, dass auch zielgerichtete Maßnahmen ohne einen überzeugenden Nutzen scheitern können.

Im Sechs-Punkte-Plan werden die Berufsgruppen der Gesundheitsfachberufe gemeinsam betrachtet, denn übergeordnete Maßnahmen, wie etwa die Notwendigkeit von Berufsordnungen und Berufsregistern unterscheiden sich für einzelne Gesundheitsfachberufe nicht grundsätzlich. Zwar sind die aktuellen Voraussetzungen bei einzelnen Gesundheitsfachberufen teilweise unterschiedlich – Apotheker sind bereits ein Kammerberuf, für den Hebammenberuf existiert bereits ein weitergehendes Berufsgesetz und die vollakademische Ausbildung –, für die Mehrzahl der Gesundheitsfachberufe gilt dies jedoch nicht. Daher soll der Blick für einen Gesamtplan nicht durch die Lösung von berufsgruppenspezifischen Detailfragen verstellt werden – eine Methode, die gerne durch Vertreter von Partikularinteressen angewendet wird und die Veränderungen durch gezielte Einwände im Detail zu verhindern sucht.

Ein öffentlicher Diskurs zur Festlegung des Zielbildes ist wichtig, um Partizipation und Orientierung zu erhalten. Aber es ist Aufgabe der gewählten Mandatsträger der Legislative, diese Ausrichtung in gesetzliche Umsetzungsschritte zu fassen. Dabei wäre es sinnvoll, nicht jedes Detail gesetzlich regeln zu wollen, weil dies sowohl den Entstehungsprozess eines Gesetzes erheblich verlangsamt als auch eine Vielzahl von Angriffsflächen eröffnet. Die zusätzlichen Herausforderungen einer in Deutschland grundsätzlich föderalen Struktur im Gesundheitswesen und der Berufsausbildung kommen noch hinzu. Es wäre ein wichtiges Zeichen, möglichst alle relevanten Berufsgruppen in die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen einzubeziehen, verbunden mit einer echten gemeinsamen Systemverantwortung.

Zusammenarbeit der Berufsgruppen – Gutachten des Sachverständigenrates

Die Kritik an der Verteilung der Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen im Gesundheitswesen hat der Sachverständigenrat Gesundheit (SVR) bereits im Gutachten des Jahres 2007 „Kooperation und Verantwortung“ aufgeführt (SVR 2007: 15):

- die Verteilung der Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen entspricht nicht den demografischen, strukturellen und innovationsbedingten Anforderungen,
- hinsichtlich der Arbeitsteilung besteht ein hohes Maß an Rechtsunsicherheit,
- die interprofessionelle Standardisierung ist zu wenig ausgeprägt, wodurch die Zusammenarbeit und Substitution/Delegation erheblich erschwert wird,
- es zeigt sich eine ineffiziente Arztzentriertheit der Krankenversorgung,
- die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe ist nicht adäquat auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ausgerichtet.

Auch 16 Jahre später, im Bericht des SVR Gesundheit 2023, wird weiterhin das Bild der anzustrebenden Zusammenarbeit der Berufsgruppen aufgezeigt:

„Angesichts der Personalengpässe, aber auch des komplexer gewordenen Versorgungsbedarfs ist die kooperative Zusammenarbeit u. a. von Pflegepersonal und medizinischem Personal in interprofessionellen Teams ein Baustein, der nicht nur eine patientenorientierte, effektive und effiziente Versorgung in Krankenhäusern ermöglichen würde [...]“ (SVR 2023: 256).

Die Ziele und der Handlungsbedarf erscheinen zum Gutachten 2007 unverändert:

„Durch die Übernahme erweiterter Tätigkeiten durch befähigte, hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen und Angehörige anderer Heilberufe könnten Lücken und Sollbruchstellen im Behandlungsprozess vermieden werden. Das übergeordnete Ziel sollte eine Verbesserung der Versorgungsqualität und Effizienz durch interdisziplinäre, teamorientierte Wahrnehmung von Aufgaben sein. Es

wäre jedoch eine grundsätzliche Neustrukturierung der Arbeitsteilung mit einer Erweiterung des Tätigkeitsspektrums und Differenzierung des Vergütungsspektrums dringend erforderlich, die im Heilberufsgesetz geregelt werden müsste“ (SVR 2023: 259).

Sechs-Punkte-Plan Gesundheitsfachberufe – Übersicht

Der strategische Gesamtplan zur Emanzipierung der Gesundheitsfachberufe im Sinne der Forderungen des SVR Gesundheit wird in sechs Punkte gegliedert. Nur bei der Bearbeitung aller Punkte kann der Plan gelingen. Das bisherige Laborieren an einzelnen Teilpunkten führte jedenfalls nicht zum gewünschten Erfolg.

- **Punkt 1:** Sozialgesetzbuch SGB V – Streichen des universellen ärztlichen Delegationsvorbehaltes
- **Punkt 2:** Berufsbilder durch Berufsgesetze durchgehend etablieren beziehungsweise erneuern
- **Punkt 3:** Akademisierung der Gesundheitsfachberufe und Entwicklung bundesweiter Fachregeln für die Berufsausübung
- **Punkt 4:** Beteiligung der Gesundheitsfachberufe an Entscheidungen im Gesundheitssystem – Entscheidungswege im G-BA verändern, Vertretung der Berufe klären
- **Punkt 5:** Intersektorale und interprofessionelle Kommunikation im Gesundheitssystem systematisch ausgestalten
- **Punkt 6:** Leistungsinhalte und -verträge neu ausrichten

Punkt 1: Sozialgesetzbuch SGB V – Streichen des universellen ärztlichen Delegationsvorbehaltes

Die Einbeziehung der Gesundheitsfachberufe in die Patientenversorgung unterliegt in Deutschland insbesondere bei pflegerischen und therapeutischen Handlungsfeldern einem universellen ärztlichen Delegationsvorbehalt. Dieser zieht sich wie ein roter Faden durch viele Bestimmungen des SGB V. Verankert ist diese grundlegende Ordnung des gesetzlichen Gesundheitswesens im § 15 Absatz 1 des SGB V: „Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht, [...] Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden.“

Diese Bestimmung gliedert die im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen in „Behandelnde“ und „Hilfeleistende“, wobei nur der Behandler die gesamte Verantwortung übernimmt. Diese im Gesetz zum Ausdruck gebrachte Zentrierung auf eine grundsätzlich unteilbare ärztliche Gesamtverantwortung entspricht nicht den faktischen Gegebenheiten im Gesundheitswesen. Wie sollen ärztliche Behandelnde beispielsweise die Verantwortung für die Qualität der Pflege im häuslichen Umfeld oder die Qualität einer ergotherapeutischen Behandlung übernehmen? Auch Ärzt:innen können und sollten nur verantworten, was sie oder er selbst tun oder unter eigener Aufsicht ausführen lassen. Diese nach wie vor im SGB V verankerte Vorgabe entspricht auch nicht einem modernen Bild von einer patientenzentrierten Zusammenarbeit in interdisziplinären Teams, bestehend aus unterschiedlichen Kompetenzen und Berufsgruppen. Eine solche Zusammenarbeit wird die Anforderungen an eine koordinativ wirksame Kommunikation eventuell erhöhen. Dies muss aber abgewogen werden gegenüber Reibungsverlusten durch Informations- und Abstimmungsmangel der Beteiligten.

Eine somit notwendige Maßnahme des Gesetzgebers ist die Abschaffung der Generalklausel des § 15 Absatz 1 Satz 2 SGB V. Die Formulierung: „Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden.“ widerspricht vollständig einer beabsichtigten interprofessionellen Kooperation auf Augenhöhe. Ebenso die fast wortgleiche Formulierung in § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V: „Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist.“ Das ersatzlose Streichen dieser zwei sozialgesetzlichen Bestimmungen wäre ein wichtiges Signal an das Gesundheitswesen für das Zielbild einer besseren Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe.

Ein Beispiel, wohin dieser generelle sozialrechtliche Verordnungs- und Delegationsvorbehalt führen kann, liefert die jüngste Überarbeitung der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA. Hier wurde ein ganzer Absatz gestrichen, der genau erläuterte, welche Leistungen von Ärzt:innen an die Hebamme im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge delegiert werden kann. Zum Beschluss aus dem Jahr 2023, diesen ganzen Absatz entfallen zu lassen, kommentiert der G-BA:

„Wie dargelegt, wurde die bisherige Regelung Abschnitt A Nummer 7 der Mu-RL teilweise dahingehend ausgelegt, dass darin eine Beschränkung der Schwangerenversorgung durch Hebammen in Form eines Delegationsvorbehaltes enthalten sei, und daher Hebammen in den dort genannten Untersuchungen ausschließlich dann tätig werden dürften, wenn die Ärztin oder der Arzt zuvor die Leistung an die Hebamme delegiert hatte. Um diesem Missverständnis entgegenzuwirken, wurde die seit 1971 bestehende Regelung in Abschnitt A Nummer 7 gestrichen [...]“ (G-BA 2023: 18).

Allein das Bezugsjahr 1971 dieser nunmehr entfernten Regelung zeigt, wie lange und tief verwurzelt mannigfaltige Regelungen zur ärztlichen Alleinverantwortung und Delegation in den Bestimmungen des deutschen Gesundheitswesens enthalten sind. Basis hierfür waren sicherlich die oben beschriebenen Bestimmungen der §§ 15 und 28 SGB V. In der Folge der notwendigen Streichung dieser Bestimmungen und der Einführung weiterer Berufsgesetze werden noch zahlreiche dieser tradierten Regelungen in den Richtlinien geprüft werden müssen.

Bei der Initiative, das Sozialgesetzbuch entsprechend zu ändern, ist mit Widerstand von Seiten der organisierten Ärzteschaft zu rechnen. Zur Delegation ärztlicher Leistungen wird dort eine äußerst zurückhaltende Position vertreten. In der Resolution zu Kernforderungen der ärztlichen Spitzenverbände bei der Bundesärztekammer ist zu lesen: „Aus diesem Grund muss die Leistungsdelegation an nichtärztliche Mitarbeiter, deren Auswahl, Anleitung, Koordination und Kommunikation, Durchführungs- und Erfolgskontrolle sowie deren Dokumentation, vollständig in der Verantwortung des Arztes bleiben“ (BÄK 2012). Dies beschreibt eine maximal defensive Position, die eine Zusammenarbeit der Berufsgruppen auf Augenhöhe verhindert. Dabei zeigt auch das Modellprojekt „Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus“, das von Bundesärztekammer und Deutschem Pflegerat 2011 initiiert wurde, einen deutlichen Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit: „Die Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden ist stark optimierungsbedürftig“, heißt es in dem Abschlussbericht (Ärzteblatt 2011). Umso dringender wäre das Signal, das von einer ersatzlosen Streichung der oben genannten sozialrechtlichen Bestimmungen zum universellen Delegations-

vorbehalt ausgeht. Die formale Alleinverantwortung der Ärzte unterstützt bislang eine Verhinderungshaltung gegenüber weitergehenden Ansätzen zur Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe.

Neben dem Aspekt der formal zugeschriebenen Verantwortung könnte die Ärzteschaft einen Verlust an Bedeutung und Eigenständigkeit befürchten. Die Realität der ärztlichen Praxis sieht jedoch vermutlich anders aus, viele praktizierende Mediziner:innen stehen einer Arbeitsteilung auf Augenhöhe aufgeschlossen gegenüber. Der Delegationsvorbehalt und die formale Alleinverantwortung werden eher als belastend denn als Aufwertung empfunden. Belegbar ist, dass eine Stärkung der Teamfunktion in vertragsärztlichen Praxen dazu führt, dass durch intelligente Modelle der Arbeitsteilung wertvolle Arztzeit für ausschließlich durch diese zu erbringenden Leistungen gewonnen werden kann (Gibis 2021: 28). Ein besseres Miteinander der Gesundheitsberufe wurde zudem bereits im Jahr 2017 als ein Ziel eines neuen Medizinstudiums formuliert. Im „Masterplan Medizinstudium 2020“ bekundete das Bundesministerium für Bildung und Forschung: „Die Arbeit in multiprofessionellen Teams oder bei der Fallbegleitung von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen lässt sich in gemeinsamer Ausbildung besser erlernen“ (BMBF 2017: 4).

Punkt 2: Berufsbilder durch Berufsgesetze durchgehend etablieren beziehungsweise erneuern

Das Hebammengesetz (HebG) ist ein gutes Beispiel für ein weitergehendes Berufsgesetz. Hierin werden neben den Berufsbezeichnungen und Anerkennungsverfahren auch der akademische Ausbildungsweg detailliert beschrieben. Zudem sind von den Ländern Behörden zu benennen, die nach Prüfung die Erlaubnis zur Berufsausübung in Deutschland erteilen. Die Entscheidung zum akademischen Ausbildungsweg für den Hebammenberuf wurde allerdings nicht in Deutschland getroffen, sondern ist Ergebnis einer EU-Richtlinie (Richtlinie 2013/55/EU). Zur Sicherstellung einer europaweiten Berufsausübung wurden darin besonders für den Hebammenberuf die Mindeststandards so weit angehoben, dass sie nicht innerhalb einer dreijährigen berufsfachschulischen Ausbildung umzusetzen ist (DAV 2018).

Demgegenüber weisen die Regelungen des deutschen Physiotherapeutengesetzes aus dem Jahr 1994 erhebliche Defizite gegenüber den Regelungen des Hebammengesetzes auf. Hier besteht derzeit keine EU-Richtlinie, die die Anforderungen an die Berufsausbildung zwecks Anerkennung vorschreibt. Demzufolge regelt das Gesetz ausschließlich die berufsfachliche Ausbildung zu den Berufsbezeichnungen Masseur und medizinischer Bademeister sowie Physiotherapeut. Nicht einmal eine Erwähnung der seit dem Jahr 2007 in Deutschland eingeführten akademischen Ausbildungswege findet sich darin.

Darüber hinaus sind keineswegs alle Gesundheitsfachberufe bundesrechtlich geregelt. Das Bundesministerium für Gesundheit unterscheidet Heilberufe mit bundesgesetzlichen Regelungen, Berufe nach dem Berufsbildungsgesetz mit landesrechtlichen Regelungen sowie Berufe nach der Handwerksordnung (BMG 2023a). Beispielsweise ist die Ausbildung zum Beruf medizinische Fachassistenz (MFA) in einer Rechtsverordnung des Justizministeriums auf Basis der Ständigen Konferenz der Kulturminister der Länder geregelt (MFA 2006).

Neben der zergliederten Struktur der Regelungen zur Ausbildung der Gesundheitsfachberufe, liegt bei den derzeitigen Berufsgesetzen beziehungsweise Ausbildungsverordnungen der Schwerpunkt auf der Berufsausbildung und Führen der Berufsbezeichnung. Es fehlen nähere Bestimmungen zur Verwaltung der Berufsausübenden. Die jeweils von den Ländern zu benennenden Behörden führen ein internes Verzeichnis über die Daten der Berufsausübenden, dieses ist jedoch weder bundes- noch landesweit transparent einsehbar. Dies führt dazu, dass beispielsweise Krankenkassen nicht wissen, wie viele Hebammen in Deutschland die Berufszulassung haben. Die Ampelkoalition hat dieses Defizit erkannt und dazu im Koalitionsvertrag formuliert:

„Wir harmonisieren die Ausbildungen u. a. durch bundeseinheitliche Berufsgesetze für Pflegeassistenz, Hebammenassistenz und Rettungssanitäter und sorgen für eine gemeinsame Finanzierung von Bund und Ländern [...] wir bringen ein allgemeines Heilberufegesetz auf den Weg und entwickeln das elektronische Gesundheitsberuferegister weiter“ (Koalitionsvertrag 2021: 82).

Das derzeitige Gesundheitsberuferegister ist nach Beschluss der Gesundheitsminister der Länder für die Ausgabe der elektronischen Heilberufsausweise zuständig und bei der Bezirksregierung Münster angesiedelt. Dies ist ein wichtiger Schritt, um auf Bundesebene an einer zentralen Stelle eine Datenbank über die Personen zu führen, die in Deutschland Gesundheitsfachberufe ausüben. Allerdings mit der Einschränkung verbunden, dass dies nur für Personen gilt, die an der Telematikinfrastruktur der GKV teilnehmen wollen.

In den Berufsgesetzen oder im geplanten Heilberufegesetz ist das Führen eines öffentlichen Verzeichnisses, die Vergabe einer lebenslangen Gesundheitsberufenummer, die Registrierung von Qualifikationen, etc. in Verbindung mit dem Prozess der Eingliederung in die elektronische Kommunikationsstruktur im Gesundheitswesen vorzusehen. Dieser Prozess ist nicht nur essenziell wichtige Verwaltungsarbeit, sondern auch ein wichtiges Zeichen für die Wertschätzung und Stellung der Gesundheitsberufe und Voraussetzung für die Abrechnung personalisierter Leistungen.

Das Grundgesetz (Artikel 74 Absatz 1 Ziffer 19 GG) gibt dem Bundesgesetzgeber das Recht, bundesweit verbindliche Regelungen zur Zulassung von ärztlichen und anderen Heilberufen vorzugeben. Damit ist rechtlich die Möglichkeit eröffnet, auch Vorgaben zur Berufsausübung in Form von Grundsätzen einer Berufsordnung gesetzlich zu formulieren. Beispiel ist § 1 Hebammengesetz:

„Der Hebammenberuf umfasst insbesondere die selbständige und umfassende Beratung, Betreuung und Beobachtung von Frauen während der Schwangerschaft, bei der Geburt, während des Wochenbetts und während der Stillzeit, die selbständige Leitung von physiologischen Geburten sowie die Untersuchung, Pflege und Überwachung von Neugeborenen und Säuglingen.“

Dies ist eine zentrale und verbindliche Klarstellung der Einordnung dieses Gesundheitsfachberufes in das Gesundheitssystem. Solche Regelungen und sachgerechte Einschränkungen beziehungsweise Bedingungen müssen auch in die Berufsgesetze der anderen Gesundheitsfachberufe aufgenommen werden.

Punkt 3: Akademisierung der Gesundheitsfachberufe und Entwicklung bundesweiter Fachregeln für die Berufsausübung

Die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe hat in den letzten Jahren zahlreiche gesetzliche Überarbeitungen erfahren. Eine Reform mit besonders weitreichender Wirkung ist die mit dem Pflegeberufegesetz seit Januar 2020 neu eingeführte generalisierte Pflegeausbildung, die die zuvor getrennten Ausbildungen der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege zusammenführte (BMG 2023b). Weitergehende Planungen zur Überarbeitung der Berufsausbildung bestehen für zahlreiche weitere Gesundheitsfachberufe (BMG 2023c).

Auch die Akademisierung von Gesundheitsfachberufen ist ein Gebiet, das in den letzten Jahren gesetzlich aufgegriffen wurde. Seit dem Jahr 2010 besteht die Möglichkeit, in primärqualifizierenden Studiengängen die Berufszulassung für therapeutische Gesundheitsberufe (etwa Physiotherapie) zu erwerben. Ausbildungsinhalte und die staatliche Prüfung werden dabei hochschulisch verantwortet. Deutschland ist im europäischen Vergleich Schlusslicht im Akademisierungsprozess (Pfingsten und Borgetto 2022: 130f.). Evidenzbasierung und die Förderung interdisziplinärer Kooperation sind wichtige Ziele hochschulischer Ausbildung. Das Ziel der interdisziplinären Kooperation fügt sich nahtlos ein in das Zielbild des „Masterplan Medizinstudium 2020“.

Man könnte nun annehmen, dass die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe in Deutschland zumindest konzeptionell weit gediehen und auf einem guten Weg sei. Zudem existieren Eckpunkte einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe aus dem April 2020, die als „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ ein erfreulich vertieftes konsentiertes Diskussionsergebnis darlegen (BMG 2020). Die Abschaffung des Schulgeldes und die berufsgruppenspezifische Prüfung einer Akademisierung in Verbindung mit Fragen zum Direktzugang der Versicherten sind wesentliche Ergebnisse dieses Konzeptes. Allerdings wurden weitere Schritte zur Umsetzung angesichts der Pandemie in den Folgejahren nicht gegangen. Dabei sind die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in nahezu allen europäischen Ländern seit Jahrzehnten akademisiert. Zuletzt haben die Schweiz (2004) und Österreich (2009) erfolgreich nachgezogen (Die Zeit 2023). Aktuell wird in Deutschland um das Ziel einer Teil- oder Vollakademisierung dieser Berufsfelder gerungen. Die

Gegenargumentation der Berufsfachschulen entspricht vollständig der seinerzeitigen Diskussion um die Akademisierung der Hebammenausbildung, die in Deutschland im Jahr 2020 als letztem EU-Land vollständig akademisiert wurde.

Der Wissenschaftsrat stellt in der HQGplus-Studie 2022 fest, dass „eine Entwicklung des Angebots an Bachelorstudiengängen mit patienten- bzw. klientennahem Qualifikationsziel seit den Empfehlungen des Wissenschaftsrats von 2012 deutlich erkennbar ist. Mit 160 Bachelorstudiengängen in 2019, stärker an Fachhochschulen/Hochschulen für Angewandte Wissenschaften (HAW) als an Universitäten“ (HQG 2022: 9). Die akademische Ausbildungsquote wurde für 2019 erhoben: Hebammen 53 Prozent, Logopädie 35 Prozent, Physiotherapie 16 Prozent, Pflege und Ergotherapie 3 Prozent (HQG 2022: 60). Etwa drei Viertel der Absolvierenden nahmen nach dem Studienabschluss unmittelbar eine Tätigkeit in der patientennahen Gesundheitsversorgung auf. Etwa ein Viertel entschied sich zu einem weiteren Studium (HQG 2022: 123).

Zum Ziel und zum Stand der Akademisierung bei den Pflegeberufen ist im Gutachten 2023 des SVR im Gesundheitswesen zu lesen:

„Durch die Ausbildung von Pflegefachpersonen an Hochschulen erfährt der Pflegeberuf eine inhaltliche und formale Aufwertung, eine weitere innerberufliche Differenzierung und erlangt einen verbesserten sozialen Status. Die hochschulische Ausbildung dient der Vermittlung erweiterter Kompetenzen als Voraussetzung der Übernahme erweiterter Tätigkeits- und Verantwortungsbereiche, wie z. B. nach G-BA Richtlinie definierter heilkundlicher Tätigkeiten, die bisher Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren. Bisher sind jedoch die Vorteile eines Pflegestudiums, das für die pflegerische Praxis qualifiziert, potenziellen Bewerberinnen und Bewerbern und anderen Berufsgruppen schwer vermittelbar. Oft fehlt es an verbindlich definierten beruflichen Rollenprofilen für hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen und schlicht an der Kenntnis und Geneigtheit der Einrichtungen und ihrer Träger, entsprechende erweiterte Kompetenzprofile zu implementieren bzw. unter Berücksichtigung der Versorgungsschnittstellen zu kreieren. Die Bereitschaft zur Aufnahme eines Pflegestudiums ist seit Einführung des PfIBG allerdings rückläufig“ (SVR 2023: 257).

Die nicht zufriedenstellende Situation der Akademisierung der Pflegeausbildung war Gegenstand einer Beratung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages. Grundlage war ein Antrag der CDU/CSU-Fraktion zur Einführung einer Ausbildungsvergütung. Die Analysen der geladenen Sachverständigen stimmten darin überein, dass die angestrebte Quote von 10 bis 20 Prozent hochschulisch qualifizierter Pflegekräfte in den nächsten Jahren nicht zu erreichen ist. Ursächlich für die relativ geringe Zahl der Studierenden und die hohe Abbrecherquote ist nach Einschätzung der Experten die mangelhafte Vergütung während der akademischen Ausbildung. Anders als in der Hebammenausbildung erhalten Studierende der Pflege diese bislang nicht (Deutscher Bundestag 2023).

Die Argumente für eine stärkere Akademisierung der Gesundheitsfachberufe beziehen sich in erster Linie auf die Verbesserungen der Berufsausübung. Sei es im interdisziplinären Zusammenwirken, im Status des Berufes oder in der evidenzbasierten Entscheidungsfindung. Ein positiver Effekt auf die Sicherung des beruflichen Nachwuchses ist in Studien gezeigt worden. Die Ergebnisse der vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW geförderten VAMOS-Studie aus dem Jahr 2019 zeigen eine sehr hohe Zufriedenheit der Absolventen akademischer Gesundheitsfachberufe mit ihrer nachfolgenden Hauptbeschäftigung (80 Prozent), und auch die Arbeitgeber waren durchgehend zufrieden mit den erweiterten Kompetenzniveaus und ihrer Entscheidung zur Einstellung der Absolventen (98 Prozent). Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass entscheidende Voraussetzungen für den längerfristigen Verbleib der Absolvent:innen in der Versorgung mehr Handlungsspielräume und auf die Kompetenzprofile abgestimmte Rahmenbedingungen in der Versorgungs- und Unternehmenspraxis sind (VAMOS 2019).

Ein weiteres wichtiges Argument für eine Akademisierung ist die Weiterentwicklung des Berufsbildes mittels Forschung, Studien und Evaluationen. Nur Universitäten und Hochschulen können angemessene Rahmenbedingungen für die Forschung bieten, Promotionen und Forschungscluster fördern. Dies bestätigt auch der zweite Zwischenbericht der Bundesregierung über die Einführung der Modellklausel zur Akademisierung der Therapieberufe. Wesentliche Berufsfelder für Absolventinnen und Absolventen

sind Stellen in der akademischen Forschung und Lehre (Bundestags-Drucksache BT-19/32710: 29). Diese Argumentation wird ebenfalls gestützt durch Professor Gräske, Vorstand der Bundesdekanenkonferenz Pflegewissenschaft:

„Wir brauchen Pflegewissenschaft, wir brauchen Pflegediagnostik und auch die Pflegeintervention, die auf einem Niveau stattfindet, das international schon längst Standard ist. Die Pflegepädagogik schließt sich dem an, weil wir die pädagogischen Konzepte brauchen für die Weiterentwicklung des Pflegeberufes, um das lebenslange Lernen sicherzustellen“ (Deutscher Bundestag 2023).

Berufsordnungen und Fachregeln für die Berufsausübung

Abgesehen von den Berufsordnungen für Ärzt:innen, Zahnärzt:innen und Apotheker:innen bestehen in Deutschland keine systematischen und einheitlichen Vorgaben für die Ausübung der Gesundheitsfachberufe. Schon die Ausbildungsinhalte werden, wie oben gezeigt, auf Landesebene oder auf Ebene der einzelnen Schulen beziehungsweise Hochschulen individuell abweichend geregelt. Einheitliche Regelungen, beispielsweise für die richtige Auswahl und Anwendung physiotherapeutischer Maßnahmen und das Vorgehen bei der Anamnese, fehlen für alle Gesundheitsfachberufe. Damit fehlt auch ein Maßstab für alle Berufsausübenden, welche Fähigkeiten, Fertigkeiten und Verantwortlichkeiten mit dem eigenen Berufsbild in Deutschland verbunden sind – ein fehlender zentraler Baustein. Allein im Bereich der Handwerksberufe bestehen über die Innungen fachliche Regularien für die richtige handwerkliche Ausführung der Arbeit.

Der Arbeitgeber regelt faktisch die Vorgaben zur Berufsausübung der Gesundheitsfachberufe, entweder durch Anweisungen oder durch Verträge mit der gesetzlichen Krankenversicherung. An diesen Verhandlungen beteiligt sind wiederum ausschließlich Vertreter der Arbeitgeber und der Krankenkassen. Dies führt bei den Ausübenden der Gesundheitsberufe zu einer Erfahrung von Willkür, die verständlicherweise als Entwertung der eigenen Qualifikation wahrgenommen wird. Dazu ist noch nicht einmal ein Wechsel des Arbeitsgebers notwendig, wenn beispielsweise in einem führenden Universitätsklinikum auf einer Station die Pflegekräfte bei Schluckbeschwerden die

Schmerztabletten wirkstoff- und dosisgleich gegen Saft austauschen können, während dazu auf anderen Stationen formale ärztliche Anordnungen notwendig gemacht werden.

Es ist auch für Arbeitgeber nicht zumutbar, die berufsfachlichen und berufsübergreifenden Regelungen selbst verantwortlich aufstellen zu müssen. Hier besteht der Bedarf einer fortzuschreibenden Berufsordnung, in der berufsfachliche Vorgaben für die Berufsausübung verbindlich fixiert werden. Dabei könnten auch Arbeiten aus europäischen Nachbarländern adaptiert werden. So hat beispielsweise die Königlich Niederländische Gesellschaft für Physiotherapie ein umfangreiches Regelwerk für Erstkontakt, Anamnese, Behandlung, Ergebnisbeurteilung und Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen erstellt, das sich als eine Vorlage für deutsche Richtlinien anbietet (KGNF 2023). Bei dieser wichtigen Frage gibt es noch keinen bundesweit übergreifenden politischen Konsens. Immerhin wurde im Jahr 2020 in Rheinland-Pfalz die erste Berufsordnung für den Pflegeberuf auf Landesebene in Kraft gesetzt. Die dortige Pflegekammer hat unter dem richtungsweisenden Titel „Auf Augenhöhe mit den anderen Heilberufen – Berufsordnung gibt Pflegefachpersonen rechtliche Grundlage“ (Pflegekammer RLP 2020) eine Berufsordnung zu grundlegenden ethischen und prozessualen Fragen des Pflegeberufs veröffentlicht. Diese ist verbindlich für alle Personen, die Mitglieder der Kammer sind, betrifft aber auch die Arbeitgeber in der Pflege und schränkt deren Weisungsrecht dahingehend ein, dass Anweisungen entgegen der Berufsordnung nicht umgesetzt werden müssen. In ethischen Fragen orientiert sich die Berufsordnung eng am Ethikkodex des International Council of Nurses (ICN), der im Oktober 2021 in einer aktualisierten deutschen Fassung erschien (Ethikkodex Pflege 2021).

So bleibt die Frage offen, ob es sinnvoll ist, in Deutschland die Einrichtung der Pflegekammern in jedem Bundesland, die Etablierung der Strukturen und Mitglieder, die Beratungen und Beschlussfassung über die Berufsordnung abzuwarten, bevor sich eine bundesweite Musterberufsordnung herausbilden kann. Angesichts der aktuell gewonnenen Erfahrungen erscheint ein bundesweiter Ansatz zur Erarbeitung einer Musterberufsordnung Pflege zeitnäher umsetzbar. Diese könnte dann in den Ländern

von den Kammern spezifisch ausgestaltet werden. Ein diesbezüglicher gesetzlicher Auftrag könnte an die Bundespflegekammer oder auch den Berufsverband für Pflegeberufe ergehen und dann gesetzlich die Verbindlichkeit der Berufsordnung bestimmt werden.

Punkt 4: Beteiligung der Gesundheitsfachberufe an Entscheidungen im Gesundheitssystem – Entscheidungswege im G-BA verändern, Vertretung der Berufe klären

Die Zentralstelle des gesetzlichen deutschen Gesundheitswesens zur Festlegung von Maßnahmen und Leistungen ist der G-BA. Dieser wird daher zu Recht als „Kleiner Gesetzgeber“ bezeichnet. Die gesetzlichen Aufträge des G-BA umfassen unter anderem die Erstellung umfangreicher Richtlinien für viele Aspekte der Gesundheitsversorgung, beispielsweise Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Schwangerschaft und Mutterschaft, häusliche Krankenpflege. Alle diese Richtlinien werden allerdings ausschließlich für die ärztliche Versorgung gefasst, nicht etwa für die Berufsgruppen, die diese Leistungen dann durchführen. In den Richtlinien werden teilweise Erwartungen formuliert, die Verordner in der realen Versorgung überfordern können und auch nicht Teil der ärztlichen Ausbildung sind. Beispielsweise sollen gemäß der Hilfsmittelrichtlinie in der Verordnung Angaben zum Hilfsmittel bis zur genauen Produktart und zusätzlich Angaben enthalten sein, die eine funktionsgerechte Anpassung oder Zurichtung des Hilfsmittels zulassen (§ 7 Absatz 2 HilfsM-RL). Zudem hat eine Verordnung zulasten der Krankenversicherung zu unterbleiben, wenn das Hilfsmittel Leistung der gesetzlichen Unfallversicherung oder des Bundesversorgungsgesetzes ist (§ 3 Absatz 3 HilfsM-RL). Verordnende, die dieser Richtlinie exakt nachkommen wollen, müssten einerseits tief in die Hilfsmittelprodukte sowie deren handwerkliche Zurichtung einsteigen und andererseits die genauen Abgrenzungen der Leistungspflichten zwischen verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung beherrschen. Das hat mit dem Kern ärztlicher Profession nur noch wenig zu tun und beschreibt die Kehrseite einer ärztlichen Alleinverantwortung, deren Korrektur hin zu mehr Augenhöhe mit anderen Gesundheitsberufen kaum Ver lustängste bei den Verordnern auslösen dürfte.

Die Ausrichtung der Richtlinien allein auf die ärztliche Versorgung ist vom Gesetz dem G-BA vorgegeben (§ 92 SGB V). Über die Einbeziehung der Berufsgruppen im Rahmen

des Anhörungsverfahrens zu Änderungen von Richtlinien entscheidet der G-BA jedoch eigenständig. Hier ist festzustellen, dass bei der Auswahl der zur Stellungnahme berechtigten Organisationen ein deutliches Übergewicht von Organisationen der Arbeitgeber besteht. So werden beispielsweise 14 verschiedene Organisationen als maßgebliche Spitzenorganisationen zur Stellungnahme bei Änderungen der Richtlinie der häuslichen Krankenpflege aufgefordert. Davon sind allerdings 13 Zusammenschlüsse von Arbeitgebern der Pflege und nur ein Verband vertritt die Berufsgruppen der Pflegenden, nämlich der Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Dieses Ungleichgewicht zeigt beispielhaft, dass die Berufsgruppen im Gesundheitswesen auch in den sie unmittelbar betreffenden Richtlinien des G-BA nur in geringem Umfang einbezogen werden. Pflegekammern oder der deutsche Pflegerat finden sich jedenfalls nicht unter den zur Stellungnahme berechtigten Organisationen der HKP-Richtlinie. Da die Richtlinien keine ökonomische Dimension haben (Vergütungen, Budgets, Zulassungsfragen usw. sind den Verhandlungspartnern im Gesundheitswesen vorbehalten), stellt sich erst recht die Frage, warum fast ausschließlich Arbeitgebervertreter bei dieser Richtlinie einbezogen werden. Denn die Verhandlungen zur angemessenen ökonomischen Abbildung der Leistungen erfolgen erst im Anschluss an die Richtlinien. Die Interessenlagen der Träger von Altenpflegeeinrichtungen in Richtlinienfragen sind sicherlich nicht ohne Weiteres deckungsgleich mit denen der in diesen Einrichtungen tätigen Pflegefachkräften. Für Arbeitgeber sind jenseits der Pflege betriebswirtschaftliche Fragen wie Kosteneffizienz, Auslastungs- und Produktivitätsgrade, steuerliche Fragen, der Arbeitsschutz sowie Versicherungen bedeutsam. Dies ist im Rahmen der Verhandlungen um eine maßvolle wirtschaftliche Steuerung der Gesundheitsversorgung im Rahmen knapper Ressourcen auch nötig. Die notwendige Diskussion um das, was ein Gesundheitsfachberuf im Rahmen des gesetzlichen Gesundheitssystems tun oder nicht tun soll, ist jedoch maßgeblich berufsfachlicher Natur.

„Die Pflege soll mehr Einfluss im G-BA bekommen“, so titelte das Ärzteblatt am 14. Februar 2023 (Ärzteblatt 2023). Ausgangspunkt für diese Meldung war eine Pressekonferenz des G-BA, auf der der unparteiische Vorsitzende einen diesbezüglichen intensiven Austausch mit dem BMG benannte. Weitere Details oder Ergebnisse sind jedoch bislang nicht bekannt.

Es wäre folgerichtig, mit dem Ziel einer Aufwertung der Gesundheitsfachberufe und einer verbesserten Zusammenarbeit der Berufsgruppen, für wesentliche nichtärztliche Leistungsbereiche ebenfalls Richtlinien für die Gesundheitsversorgung gesetzlich Krankenversicherter zu erlassen. Basis für solche Richtlinien wären die Regeln zur Berufsordnung, die auf das System der Krankenversorgung anzuwenden und zu spezifizieren wären. Kleine Schritte in diese Richtung wurden bereits gegangen. Beispielsweise hat der Gesetzgeber den G-BA damit beauftragt, Austauschregelungen für Biosimilars für Apotheken in den Arzneimittelrichtlinien aufzunehmen. Er ist so von der bisher alleinigen Fokussierung auf die ärztliche Versorgung abgewichen (§ 129 Absatz 1a, Satz 5 SGB V). Noch vor einer gesetzlichen Anpassung des Auftrages des G-BA sollten aber im ersten Schritt verstärkt Berufsorganisationen statt Arbeitgeberverbände zu den maßgeblichen und somit zur Stellungnahme berechtigten Organisationen bestimmt werden. Eine Anpassung der gesetzlichen Regelungen zum Stimmrecht innerhalb des G-BA mit einer Ausdehnung auf Vertreter der jeweiligen Berufsgruppen – nicht der Arbeitgeber – wäre in Folge einer Anpassung der Aufgaben richtig. Dies sollte die Funktionsfähigkeit des G-BA ebenso berücksichtigen, wie eine breitere Partizipation und Systemverantwortung weiterer Berufsgruppen. Voraussetzung für eine derartige Neuaufstellung des G-BA und seiner Aufgaben ist, dass sich die stimmberechtigten Organisationen ihrer Schlüsselstellung und gemeinsamen Verantwortung für das gesetzliche Gesundheitswesen bewusst sind. Dabei ist die Systemverantwortung höherrangig anzusiedeln als die jeweilige Interessenvertretung. Nur diese legitimiert die bedeutsame und machtvolle Aufgabe des G-BA, die sich aus der Übertragung gesetzgeberischer Kompetenzen ergibt.

Punkt 5: Intersektorale und interprofessionelle Kommunikation im Gesundheitssystem systematisch ausgestalten

Die verbesserte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe setzt voraus, dass eine fachlich koordinierende Kommunikation untereinander und eine nachvollziehbar erklärende Kommunikation mit Patient:innen stattfindet. Es muss zum Selbstverständnis jedes Gesundheitsberufes gehören, jedem anderen erklären zu können, wie und warum was gemacht wurde. Dabei wird die Dokumentation vielfach als lästig empfunden und zudem als Hindernis, der eigentlichen Arbeit im Gesundheitsberuf nachzugehen. Diese

Haltung muss im Sinne der besseren Zusammenarbeit verändert werden. Dokumentation ist integraler Bestandteil jeder Teilaufgabe einer Patientenversorgung – dies gilt für die Koordination untereinander und die Nachvollziehbarkeit für Patient:innen.

Dabei erscheint ein Hauptproblem mit der Dokumentation die empfundene Sinnlosigkeit und Absicherungsmentalität zu sein. Dahinter verbergen sich aber zumeist kaufmännische Überlegungen der Arbeitgeber, etwa die Dokumentation für einen potenziellen Versicherungsfall oder gegenüber der nachfragenden Krankenkasse vorzuhalten. Die Kommunikation zwischen den Fachgruppen findet im ambulanten Bereich abgesehen von innerärztlicher Kommunikation mit Arztbriefen nicht strukturiert statt. Positiv festzustellen ist, dass die Akzeptanz digitaler Kommunikationswege in den Praxen bei den eArztbriefen deutlich zugenommen hat. Mehrere zehntausend davon werden täglich mit der Infrastruktur „Kommunikation im Medizinwesen (KIM)“ von den Arztpraxen versendet (Gematik 2022). Die interprofessionelle Kommunikation mit den Gesundheitsfachberufen wurde allerdings noch nicht digitalisiert. Es verbleiben die papiernen oder bestenfalls elektronischen Formulare einer ärztlichen Verordnung. Diese sind jedoch für eine effiziente und möglichst maschinenlesbare Verordnung gestaltet und nicht für eine interprofessionelle Kommunikation geeignet. Ein ergänzender Kommunikationsweg zwischen den Gesundheitsberufen wäre mit einer elektronischen Patientenakte möglich. Berichte über Behandlungsergebnisse von Therapien der Gesundheitsfachberufe an Verordner erfolgen zudem sehr selten. Beispielsweise muss laut Vergütungsvereinbarung ein physiotherapeutischer Bericht erst separat schriftlich durch Ärzt:innen beziehungsweise Krankenkassen angefordert werden, ansonsten besteht hierfür keine Berechtigung zur Abrechnung.

Aus medizinischer Perspektive kommt Gibis, Dezernent bei der KBV, im Hinblick auf die künftige Patientenversorgung zu folgender Einschätzung:

„Die ständige Erweiterung des therapeutischen Behandlungs- und des (künftig zunehmend akademisierten) Gesundheits(fach)berufespektrums erfordert zwingend klar geordnete Wege der Koordination und Kommunikation. Vermieden werden muss dabei eine Verantwortungsdiffusion: In einem ohnehin durch technischen

Fortschritt fragmentierten Gesundheitssystem ist die umfassende Übersicht über das Versorgungsgeschehen im Einzelfall essenziell“ (Gibis 2021: 25ff).

Der Dokumentations- und Kommunikationsprozess muss einerseits zu einer Selbstverständlichkeit des Berufslebens werden, er muss andererseits aber entschlackt werden um in erster Linie nur kaufmännisch relevante Sachverhalte. Im Mittelpunkt muss die interprofessionelle, möglichst digitalisierte Kommunikation als Zielbild stehen. Dafür ist die elektronische Patientenakte (ePA) in der ambulanten Versorgung eigentlich ein ideales Medium. Dort könnten nicht nur die Behandlungsmaßnahmen, sondern auch die Behandlungsziele und -fortschritte sowie die Ergebnisse von Anamnesen schnell und aufwandsarm dokumentiert werden.

Zur besseren Strukturierung und Verständlichkeit der Dokumentation und Kommunikation zwischen den Berufsgruppen und insbesondere zur Verwendbarkeit der Daten für Fragen der Versorgungsforschung könnte die Verwendung weiterer internationaler Klassifikationssysteme beitragen. Neben dem bekannten ICD-System für Krankheitsdiagnosen entwickelt die WHO die Klassifikation von Gesundheitsinterventionen (ICHI) und die Klassifikation von Funktionsweisen und Behinderungen (ICF) (siehe dazu auch den Beitrag von Sievers „Die ICF – Klassifikation oder Konzept?“ in dieser Publikation). Die Klassifikationen der Pflegediagnosen (NANDA), der Pflegeinterventionen (NIC) und der Pflegeergebnisse (NOC) sind weitere Beispiele für international verbreitete Kodiersysteme, die die Kommunikation zu pflegerischen Sachverhalten erleichtern (Healthcare 2021).

Punkt 6: Leistungsinhalte und -verträge der GKV anpassen

Eine Aufgabe der Vertragspartner im Gesundheitswesen wäre es dann, die Leistungsbeschreibungen und -bewertungen auf das neue Zusammenwirken der Gesundheitsberufe anzupassen. Grundlage dafür wären die Bestimmungen der Leistungen der Gesundheitsfachberufe im System der Gesetzlichen Krankenversicherung. Über die eigentlichen Leistungen der Berufsgruppen hinaus werden weitere bedeutsame Sachverhalte wie beispielsweise das Verfahren der Zulassung, der Nachweis von Qualifika-

tionen, die notwendige räumliche oder technische Ausstattung und Bestimmungen zum Abrechnungsverfahren in den Verträgen verhandelt. Auch diese Regelungen sind zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen.

Die Vergütungssystematiken müssen die Wege der Koordination und Kommunikation beinhalten. Sie sollten zusätzliche Aufwände ebenso abbilden wie die gestiegene Verantwortung der Gesundheitsfachberufe, ebenso die nunmehr breiter verteilte Verantwortlichkeit für wirtschaftliches Handeln im Gesundheitssystem, welches im Rahmen der bisherigen Arztzentrierung vor allem auf der ärztlichen Ebene eingefordert wird. Die Leistungsinhalte und -vergütungen sowie die Zulassungsverfahren bilden zwar den letzten Schritt dieser Agenda, dieser Schritt konkretisiert jedoch die in den Punkten Eins bis Fünf gefassten Grundsätze. Hier werden Regelungen über Vergütungsflüsse, Begründungen, Nachweise, Qualifikationen und vieles mehr aufgestellt, die im praktischen Handeln für jeden einzelnen Berufsausübenden Konsequenzen haben. Dazu gehört auch die Transparenz zur leistungserbringenden Person in der Abrechnung. Je verantwortlicher therapeutische Entscheidungen durch Gesundheitsfachberufe getroffen werden, desto klarer muss erkennbar sein, wer genau diese Verantwortung trägt. Das sind bislang immer nur Institutionen, die künftig durch die Angaben zur Person zu ergänzen wären.

Aktuell ist die Frage, ob man nach einer physiotherapeutischen Berufsausbildung beziehungsweise einem Studium zusätzliche Zertifikate für bestimmte physiotherapeutische Leistungen wie die Manuelle Therapie erwerben muss, von den Vertragspartnern entschieden worden. Der Sinn der bisherigen Regelung erscheint Physiotherapeuten kaum vermittelbar und wäre in Folge neu erstellter Ausbildungs- und Berufsordnungen obsolet. Dies ist nur ein Beispiel für zahlreiche zu überprüfende Regelungen, die nicht mehr in das neue Bild der Gesundheitsfachberufe passen und zu ändern sind.

Fazit

Die erforderlichen Einigungen im Verhandlungsweg erscheinen somit für die Vertragspartner angesichts der Vielzahl vertraglicher Regularien als die größte Herausforderung dieses Sechs-Punkte-Plans.

Eine Weiterentwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe auf Augenhöhe ist unerlässlich. Die Vorteile für die Patientenbehandlung und die Arbeitszufriedenheit liegen auf der Hand. Die Patientenversorgung muss interprofessionell aufgestellt werden. Auf diesem Weg ist die Versorgungspraxis schon aus Handlungsdruck wahrscheinlich viel fortschrittlicher als manche verantwortliche Institution im Gesundheitswesen. Der Ordnungsrahmen muss aber durch diese angepasst werden und die notwendigen Veränderungen flankieren. Das zentrale Argument ist aber, dass der Nachwuchsmangel in allen Gesundheitsberufen nur mit einer Neugestaltung der Zusammenarbeit und erlebter Wertschätzung gelöst werden kann. Dies gilt in gleicher Weise auch für Fachpersonal aus gezielter Zuwanderung. Diese Menschen haben darüber hinaus sogar noch den direkten Vergleich, wie sie die Zusammenarbeit und die berufliche Wertschätzung in ihrem Herkunftsland erlebt haben. Das Gesundheitswesen bietet ein hohes Potenzial motivierender Erlebnisse, die manche ernüchternde Erfahrung übersteigen können. Denn von dem, wonach die Generation Z am meisten im Berufsleben strebt, vom Sinn der eigenen Arbeit, haben die Gesundheitsberufe sehr viel zu bieten.

Literatur

- Albert, M., Hurrelmann, K. und G. Quenzel (2019). 18. Shell Jugendstudie: Jugend 2019. Eine Generation meldet sich zu Wort. Deutsche Shell Holding GmbH (Hrsg.) München/Hamburg. Online unter www.shell.de/ueber-uns/initiativen/shell-jugendstudie.html (Download am 24. April 2023).
- Ärzte Zeitung (2021). Gesundheitsberufe: Mehr als jeder Zweite will den Job nicht bis zur Rente ausüben. Ausgabe vom 14. Dezember 2021. Online unter www.springer-medizin.de/covid-19/infektionserkrankungen-in-der-hausarztpraxis/mehr-als-jeder-zweite-will-den-job-nicht-bis-zur-rente-ausueben/19961198 (Download am 24. April 2023).
- Ärzteblatt (2023). Die Pflege soll mehr Einfluss im G-BA bekommen. Ausgabe vom 14. Februar 2023. Online unter www.aerzteblatt.de/nachrichten/140990/Die-Pflege-soll-mehr-Einfluss-im-G-BA-bekommen (Download am 24. April 2023).
- Ärzteblatt (2011). Ärzte und Pflegekräfte: Ein chronischer Konflikt. Online unter www.aerzteblatt.de/archiv/109162/Aerzte-und-Pflegekraefte-Ein-chronischer-Konflikt (Download am 24. April 2023).

- BA – Bundesagentur für Arbeit (2021). Berufe auf einen Blick. Online unter <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Berufe-auf-einen-Blick/Berufe-auf-einen-Blick-Anwendung-Nav.html> (Download am 24. April 2023).
- BÄK (2012). Resolution zur Delegation vom 23. Februar 2012. Online unter www.bundes-aerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/24022012_-_Resolution_Verbaendegespraech.pdf (Download am 24. April 2023).
- BMBF (2017). „Masterplan Medizinstudium 2020“. Online unter www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/kurzmeldungen/de/masterplan-medizinstudium-2020.html (Download am 24. April 2023).
- BMG (2023a). Gesundheitsberufe – Allgemein. Online unter www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html (Download am 24. April 2023).
- BMG (2023b). Pflegeberufsgesetz. Online unter www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufsgesetz.html (Download am 24. April 2023).
- BMG (2023c). Zukunft der Gesundheitsfachberufe – Ausbildungen neu ordnen. Online unter www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2020/gesamtkonzept-gesundheitsberufe.html (Download am 24. April 2023).
- BMG (2020). Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“. Online unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsberufe/Eckpunkte_Gesamtkonzept_Gesundheitsfachberufe.pdf (Download am 24. April 2023).
- DAV (2018). Deutscher Hebammenverband – Fragen und Antworten zur Akademisierung der Hebammenausbildung. Online unter https://hebammenverband.de/index.php?elD=tx_securedownloads&p=5429&u=0&g=0&t=1687781742&hash=c9961a9027c2dd3ec04742d06ef8092d9d631f23&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Bildungspolitik/Akademisierung/20181001_Akademisierung_Fragen_und_Antworten.pdf (Download am 24. April 2023).
- Destatis (2023). Arbeitskräftemangel: Welche Potenziale bietet eine alternde Gesellschaft? Podcast „StatGespräch“ mit den Gästen Prof. Norbert Schneider und Frank Schüller. Online unter www.destatis.de/DE/Mediathek/Podcasts/StatGespraech/fachkraeftemangel-alternde-gesellschaft-fuer-extern-3.html (Download am 24. April 2023).

- Deutscher Bundestag (2023). Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages vom 8. Februar 2023. Hochschulische Pflegeausbildung stärken – Pflegerische Versorgung von morgen absichern, BT-Drucksache 20/4316. Online unter www.bundestag.de/resource/blob/940924/3a8e61475474a01fec7f63d7cb324-86a/054_-08-02-2023_Pflegeausbildung-data.pdf (Download am 24. April 2023).
- Die Zeit (2023). Hansen, Hilke: Physiotherapeuten gehören an die Hochschulen. Ausgabe vom 1. April 2023. Online unter www.zeit.de/2023/14/physiotherapeuten-ausbildung-reform-hochschule-berufsfachschule-bildungspolitik?utm_referrer=htps%3A%2F%2Fwww.ecosia.org%2F (Download am 24. April 2023).
- Ethikkodex (2021). ICN-Ethikkodex für professionell Pflegende aktualisiert | DBfK veröffentlicht deutsche Fassung des Kodex, 21. Oktober 2021. Online unter www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2021/ICN-Ethikkodex-fuer-professionell-Pflegende-aktualisiert.php (Download am 24. April 2023).
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2023). Tragende Gründe zur Anpassung der Mutterschaftsrichtlinie. 16. Februar 2023. Online unter www.g-ba.de/downloads/40-268-9276/2023-02-16_Mu-RL_Klarstellende-Anpassung-Hebammenhilfe_TrG.pdf (Download am 24. April 2023).
- Gematik (2022). E-Arztbrief wird in Praxen immer stärker angenommen. 28. November 2022. Online unter www.gematik.de/newsroom/news-detail/aktuelles-e-arztbrief-wird-in-praxen-immer-staerker-angenommen (Download am 24. April 2023).
- Gibis, B. (2021). Die Zukunft der Gesundheits(fach)berufe. In: Kühne et. al (Hrsg.). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Healtcare (2021). Standardized Languages NANDA-I, NIC, and Nurse. Online unter <https://learnhcis.org/topic/standardized-languages-nanda-i-nic-and-nurse/> (Download am 24. April 2023).
- HQG (2022). Wissenschaftsrat, HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem – Update, Köln 2022. Online unter www.wissenschaftsrat.de/download/2022/9541-22.pdf?_blob=publicationFile&v=15 (Download am 24. April 2023).
- KGNF (2023). Koninklijk Nederlands Genootschap voor Physiotherapie, KNGF Kennisplatform – Brengt wetenschap en praktijk samen. Online unter www.kngf.nl/kennisplatform (Download am 24. April 2023).

- Koalitionsvertrag (2021). Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Online unter www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/koalitionsvertrag-2021-1990800 (Download am 24. April 2023).
- MFA (2006). Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/ zur Medizinischen Fachangestellten. Online unter www.gesetze-im-internet.de/medfangausbv/MedFAngAusbV.pdf (Download am 24. April 2023).
- Pfingsten, A. und B. Borgetto (2022). Vorteile einer vollständigen Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsberufe für die Versorgung. In: Repschläger, U. et al. (Hrsg.): Gesundheitswesen aktuell 2022, Wuppertal.
- Pflegekammer RLP (2020). Auf Augenhöhe mit den anderen Heilberufen – Berufsordnung gibt Pflegefachpersonen rechtliche Grundlage. Online unter www.pflegekammer-rlp.de/index.php/pflege-als-beruf.html#berufsordnung-228 (Download am 24. April 2023).
- SVR – Sachverständigenrat Gesundheit (2023). Gutachten 2023: Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen, Gutachten 2023 – SVR Gesundheit (svr-gesundheit.de)
- SVR – Sachverständigenrat Gesundheit (2007). Gutachten 2007: Kooperation und Verantwortung, Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung – Kurzfassung. Online unter www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2007/Kurzfassung_2007.pdf (Download am 24. April 2023).
- VAMOS (2019). Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (VAMOS). Online unter www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/VAMOS_ABSCHLUSSBERICHT_Publikation.pdf (Download am 24. April 2023).
- ver.di (2023). ver-di Position zu Pflegekammern. Online unter <https://gesundheitssoziales-bildung.verdi.de/themen/pflegekammern/++co++edadb76c-bd59-11e6-baad-525400ed87ba/> (Download am 24. April 2023).
- Wollny, D. (2023). Wie entsteht erfolgreiche Teamarbeit im Krankenhaus. Online unter <https://gesundesysteme.de/wie-entsteht-erfolgreiche-teamarbeit-im-krankenhaus/> (Download am 24. April 2023).