Fachbereich 11

Zum Wohle der Gesellschaft? Ein internationaler Vergleich von Ausgestaltung und Wirkung der berufsständischen Selbstverwaltung von Pflegekräften

Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde durch den Promotionsausschuss Dr. rer. pol. der Universität Bremen

vorgelegt von
Antje Schwinger
Schliemannstr. 32
10437 Berlin
a.schwinger@gmx.de

Berlin 30.11.2016

Gutachter
Prof. Dr. Heinz Rothgang
Prof. Dr. Stefan Görres
## Inhaltsübersicht und Verzeichnisse

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kapitel</th>
<th>Titel</th>
<th>Seiten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Einleitung</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Pflegekammern in Deutschland</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>2.1</td>
<td>Initiativen und Diskurs</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>2.1.1</td>
<td>Gesetzesinitiativen zur Einführung von Pflegekammern in Deutschland</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>2.1.2</td>
<td>Interessenpolitischer Diskurs über die Errichtung von Pflegekammern</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>2.2</td>
<td>Aufgaben- und verfassungsrechtlicher Rahmen von Pflegekammern in Deutschland</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>2.2.1</td>
<td>Aufgaben- und Pflegekammern in Deutschland</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>2.2.2</td>
<td>Verfassungsrechtlicher Rahmen von Pflegekammern</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3</td>
<td>Zusammenfassung und Zwischenfazit – die Pflegekammer als Interessenvertretung für die Pflegeberufe?</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Ökonomische und professionsoziologische Sicht auf die berufliche Regulierung</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>3.1</td>
<td>Ökonomische Sicht auf die berufliche Regulierung</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>3.1.1</td>
<td>Marktversagen als Ausgangspunkt von Regulierungen</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>3.1.2</td>
<td>Theorien der Regulierung</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>3.1.3</td>
<td>Zum Kontext der Regulierung von Gesundheitsberufen</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>3.1.4</td>
<td>Zusammenfassung und Zwischenfazit</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2</td>
<td>Berufsständische Kammern im Kontext des Professionalisierungsdiskurses</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2.1</td>
<td>Professionstheorien</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2.2</td>
<td>Zur Diskussion um den Stand der Professionalisierung der Pflege in Deutschland</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2.3</td>
<td>Zusammenfassung und Zwischenfazit</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Forschungsfragen und methodisches Vorgehen</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>4.1</td>
<td>Begriffliche Klärungen</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>4.1.1</td>
<td>Begriffliche Klärung des Terms „Pflegekammer“ für den internationalen Vergleich</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>4.1.2</td>
<td>Begriffliche Klärung des Terms „Advanced Nursing Practice“</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>4.2</td>
<td>Forschungsfragen</td>
<td>59</td>
</tr>
<tr>
<td>4.3</td>
<td>Methodisches Vorgehen bei der Länderauswahl</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>4.3.1</td>
<td>Auswahlkriterium: Ausgestaltung des Gesundheits- und Pflegesystems</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>4.3.2</td>
<td>Auswahlkriterium: Stand der Akademisierung der Pflege</td>
<td>66</td>
</tr>
</tbody>
</table>
4.3.3 Länderauswahl ........................................................................................................... 69

5 Die berufliche Regulierung von Pflegekräften in Großbritannien .................................. 71

5.1 Das Gesundheits- und Pflegesystem ............................................................................ 71
5.2 Gesetzliche Grundlagen und institutionelle Ausgestaltung der beruflichen Regulierung ...................................................................................................................... 74
5.2.1 Historische Entwicklung ....................................................................................... 74
5.2.2 Organisationsstrukturen, Aufsicht und Finanzierung ............................................. 80
5.3 Aufgaben und Funktionen der beruflichen Regulierung ............................................. 83
5.3.1 Berufsvorschriften und Überwachung der Berufspflichten ...................................... 83
5.3.2 Berufsregister .......................................................................................................... 87
5.3.2.1 Zulassung zum Berufsregister ........................................................................ 87
5.3.2.2 Rezertifizierung ................................................................................................ 88
5.3.2.3 Zahl der registrierten und erwerbstätigen Pflegekräfte ....................................... 89
5.3.2.4 Zulassung ausländischer Pflegekräfte ................................................................ 96
5.3.3 Aus- und Weiterbildung ......................................................................................... 100
5.3.3.1 Historische Entwicklung der Ausbildung und Akademisierung der Pflege ... 100
5.3.3.2 Zugangs- und Ausbildungsstandards der Erstausbildung .................................. 105
5.3.3.3 Regulierung der Weiterbildung und Schutz der „Advanced Practice“ .................. 106
5.3.3.4 Akkreditierung von Ausbildungsstätten und Zahl der Ausbildungsplätze .......... 111
5.3.4 Interessenvertretung und Mitwirkung an der (unter-)gesetzlichen Normgebung ... 113

6 Die berufliche Regulierung von Pflegekräften in Schweden ........................................ 115

6.1 Gesetzliche Grundlagen und institutionelle Ausgestaltung der beruflichen Regulierung ...................................................................................................................... 118
6.1.1 Historische Entwicklung ....................................................................................... 118
6.2 Aufgaben und Funktionen der beruflichen Regulierung ............................................. 122
6.2.1 Berufsvorschriften und Überwachung der Berufspflichten ...................................... 122
6.2.1.1 Berufsvorschriften .......................................................................................... 122
6.2.1.2 Überwachung der Berufsvorschriften ............................................................. 122
6.2.2 Berufsregister .......................................................................................................... 125
6.2.2.1 Protection of Title, Protection of Function ..................................................... 125
6.2.2.2 Zulassung zum Berufsregister ........................................................................ 126
INHALTSÜBERSICHT UND VERZEICHNISSE

6.2.2.3 Zahl der registrierten und der erwerbstätigen Pflegekräfte .......................................................... 126
6.2.2.4 Zulassung ausländischer Pflegekräfte ................................................. 130
6.2.3 Aus- und Weiterbildung ................................................................. 133
   6.2.3.1 Historische Entwicklung der Ausbildung und der Akademisierung in der Pflege ......................... 133
   6.2.3.2 Zugangs- und Ausbildungsstandards der Erstausbildung .......................................................... 137
   6.2.3.3 Regulierung der Weiterbildung und Schutz von „Advanced Practice“ ........................................... 140
   6.2.3.4 Akkreditierung von Ausbildungsstätten und Zahl der Ausbildungsplätze ..................................... 146
6.2.4 Interessenvertretung und Mitwirkung an (unter-)gesetzlicher Normgebung ........................................ 148

7 Die berufliche Regulierung von Pflegekräften in Deutschland ........................................................................ 149
   7.1 Gesundheits- und Pflegesystem ............................................................. 149
   7.2 Gesetzliche Grundlagen und institutionelle Ausgestaltung der beruflichen Regulierung ..................... 151
   7.3 Aufgaben und Funktionen der beruflichen Regulierung ................................................................. 152
      7.3.1 Berufsordnung und Überwachung der Berufspflichten ............................................................... 152
      7.3.1.1 Berufsordnung ........................................................................... 152
      7.3.1.2 Überwachung der Berufsordnung ............................................ 154
      7.3.2 Berufsregister ............................................................................ 154
      7.3.2.1 Berufsregister ........................................................................... 154
      7.3.2.2 Zahl der registrierten und erwerbstätigen Pflegekräfte ............................................................. 160
      7.3.2.3 Zulassung ausländischer Pflegekräfte ...................................... 165
      7.3.3 Aus- und Weiterbildung ................................................................. 168
      7.3.3.1 Historische Entwicklung der Ausbildung und Diskussion um die Akademisierung der Pflege ........ 168
      7.3.3.2 Zugangs- und Ausbildungsstandards der Erstausbildung .......................................................... 178
      7.3.3.3 Regulierung der Weiterbildung und Schutz von „Advanced Practice“ ........................................... 182
      7.3.3.4 Akkreditierung von Ausbildungsstätten und Zahl der Ausbildungsplätze ..................................... 187
      7.3.4 Interessenvertretung und Mitwirkung an (unter-)gesetzlicher Normgebung ........................................ 193

8 Vergleichende Darstellung und Diskussion der beruflichen Regulierung in Großbritannien, Schweden und Deutschland ........................................................................ 195
   8.1 Angebot von Pflegekräften ................................................................ 195
8.1.1 Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung und Zahl der Ausbildungsplätze ....................................................... 195
8.1.2 Zugangsvoraussetzungen für ausländische Pflegekräfte .................................................................................. 201
8.1.3 Zahl der Pflegekräfte und Preis der Dienstleistung ...... 204
8.1.3.1 Zahl der Pflegekräfte ........................................................ 204
8.1.3.2 Einkommen von Pflegekräften ..................................... 209
8.1.4 Tätigkeitsprofile von Pflegekräften ................................. 211
8.2 Qualität des Angebots ............................................................. 219
8.2.1 Einhaltung der beruflichen Standards .............................. 219
8.2.1.1 Berufsbezeichnungs- und Berufsausübungsschutz sowie Rezertifizierung .................................................... 219
8.2.1.2 Sanktionen bei Verstößen gegen berufsrechtliche Vorgaben .......................................................................... 225
8.2.2 Zur Wissensbasis der Pflege ............................................. 228
8.3 Interessenvertretung und Mitwirkung der Berufsgruppe an (unter-)gesetzlicher Normgebung .................................... 231

9 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen ......................... 233
9.1 Zusammenfassung der Ergebnisse ........................................ 233
9.1.1 Hintergrund der Forschungsarbeit ...................................... 233
9.1.2 Forschungskontext, methodisches Vorgehen und Forschungsfragen ................................................................. 236
9.1.3 Gesetzliche Grundlagen und institutionelle Ausgestaltung der beruflichen Regulierung in Großbritannien, Schweden und Deutschland ................................................................. 240
9.1.4 Ergebnis der vergleichenden Analyse der beruflichen Regulierung ................................................................. 242
9.2 Einordnung der Ergebnisse in den Forschungskontext und Limitationen der Forschungsarbeit .................................................. 254
9.3 Schlussfolgerungen ................................................................. 260

10 Schriftliche Erklärung .............................................................. 266
Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufgaben der beruflichen Regulierung bzw. der beruflichen Selbstverwaltung ........................................... 56
Abbildung 2: Strukturierung der Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit .......................................................... 59
Abbildung 3: THE-Volumen in Prozent des BIPs 2009 ......................... 64
Abbildung 4: Verwaltungsausgaben und Zahl der Mitarbeiter des NMC 2002-2012............................................................... 82
Abbildung 5: Berufsrechtliche Untersuchungen nach Beschwerdeführern .......................................................... 84
Abbildung 6: Gründe für berufsrechtliche Beschwerden ...................... 85
Abbildung 7: Ablauf der berufsrechtlichen Anhörungen („Fitness to Practise“) .......................................................... 86
Abbildung 8: Zahl der registrierten Pflegekräfte und Hebammen in Großbritannien (1993-2012)................................. 90
Abbildung 12: Anteil ausländischer Pflegekräfte an allen neu registrierten Pflegekräften .......................................................... 98
Abbildung 13: Pflegekräfte nach Herkunftsland (nicht EWR) ................ 99
Abbildung 15: Zahl der in Großbritannien qualifizierten Neuzugänge zum Berufsregister 1993-2013......................... 113
Abbildung 16: Prozess der Überwachung der Berufszulassung .............. 123
Abbildung 17: Zahl der registrierten Pflegekräfte (Sjuksköterska) ........ 127
Abbildung 19: Personen, die erstmals eine Lizenz erhalten haben, sowie Anzahl derjenigen, die innerhalb eines Jahres nach Erhalt dieser erwerbstätig waren .................................. 133
Abbildung 20: Übersicht der Ausbildungsinhalte nach Ausbildungsstätten (anonymisiert), Schweden ................. 140

Abbildung 21: Zahl der Pflegekräfte allgemein und derjenigen mit Postgraduierten-Weiterbildungen, die innerhalb des Gesundheitswesens erwerbstätig sind; Schweden (1995-2010) ...................................................................................................................... 142


Abbildung 23: Anzahl Studierende im Studiengang Bachelor of Nursing und Anzahl der Examina pro Jahr; Schweden (1998-2012) ...................................................................................... 147

Abbildung 24: Anteil bewilligter Studienplätze für den Bachelor of Nursing in Schweden (1998-2012) ............................................................. 148

Abbildung 25: Zahl der erwerbstätigen Pflegekräfte, Hilfskräfte und Ärzte (VZÄ) in Deutschland 2001-2011 ............................................. 161

Abbildung 26: Zahl der Zuwanderer, die eine mindestens 1-jährige Pflegeausbildung vor dem Zuzug nach Deutschland besaßen, nach Herkunftsland 2010 ......................................................... 167

Abbildung 27: Absolventen der Studiengänge Pflegewissenschaft/-management, Gesundheitspädagogik und Gesundheitswissenschaften/-management ............... 175

Abbildung 28: Absolventen mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens ................................................ 191

Abbildung 29: Zahl der Schüler an Schulen des Gesundheitswesens in Deutschland (2000-2011) .......... 192
Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht zu den aktuellen Gesetzesinitiativen zur Errichtung von Pflegekammern in den deutschen Bundesländern (Stand April 2016) .......................... 18

Tabelle 2: Veranschaulichung einer möglichen Länderauswahl ...... 63

Tabelle 3: Übersicht der jeweiligen Gesundheits- und Pflegesysteme*, der Akademisierung der Pflege und der Pflegekammern ................................. 67

Tabelle 4: Übersichtsdaten des Gesundheits- und Pflegesystems in England .............................................. 72

Tabelle 5: Pflegekräfte und Hebammen nach der Gliederung des Berufsregisters in Großbritannien (März 2007*) ............. 92

Tabelle 6: Zahl und Entwicklung der erwerbstätigen Pflegekräfte und Hebammen in Großbritannien (2002-2012) ......................................................... 94


Tabelle 8: Pflegekräfte mit der Erlaubnis zur Verordnung von Arzneimitteln ......................................................... 111

Tabelle 9: Übersichtsdaten des schwedischen Gesundheits- und Pflegesystems .......................................................... 116

Tabelle 10: Zahl der entzogenen Zulassungen und der verfügten Probezeiten 2004 bis 2012 ....................................... 125


Tabelle 12: Kennziffern zur Zahl der Pflegekräfte, der Hilfskräfte und der Ärzte in Schweden (2005-2011) ....................... 130


Tabelle 14: Lern- und Kompetenzziele des Studiengangs „Bachelor of Science in Nursing“ in Schweden ................. 139

Tabelle 15: Übersichtsdaten des deutschen Gesundheits- und Pflegesystems .......................................................... 150

Tabelle 16: Landesrechtliche Vorgaben zur Anzeigepflicht bei Ausübung einer Pflegetätigkeit ..................................... 156

Tabelle 17: Zahl der erwerbstätigen Pflegekräfte (VZÄ) in Deutschland 2011 .......................................................... 160
INHALTSÜBERSICHT UND VERZEICHNISSE

Tabelle 18: Kennziffern zur Zahl der Pflegekräfte, Hilfskräfte und Ärzte (Vollzeitäquivalente) in Deutschland (2001-2011) ................................................................. 162


Tabelle 20: Pflegekräfte und Hilfskräfte (VZÄ) auf Basis der Pflege- und Krankenhausstatistik in Deutschland – Tätigkeitsbereich Pflege und Betreuung (2003-2011) ......................................................... 164

Tabelle 21: Übersicht zu den länderspezifischen curriculären Vorgaben für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegeausbildung und für die Altenpflegeausbildung (Stand 2010) ................... 181

Tabelle 22: Übersicht über die Geltung des Schulrechts bei der (Kinder-) Krankenpflegeausbildung und Altenpflegeausbildung (Stand 2010) .................. 188

Tabelle 23: Vergleichende Darstellung der Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung und der Zahl der Ausbildungsplätze ......................................................... 200

Tabelle 24: Vergleichende Darstellung der Zugangsvoraussetzungen für ausländische Pflegekräfte .......................................................... 203

Tabelle 25: Vergleichende Darstellung von Kennzahlen zur Quantität von Pflegekräften .......................................................... 205

Tabelle 26: Monatliche Median-Brutto-Entgelte von (vollzeitbeschäftigten) Pflegekräften in Deutschland 2013 ................................................................. 210

Tabelle 27: Vergleichende Darstellung der Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten ......................................................... 214

Tabelle 28: Vergleichende Darstellung von Kennzahlen zum Skill-Mix .................................................................................. 216

Tabelle 29: Vergleichende Darstellung des Berufsbezeichnungs- und des Berufsausübungsschutzes sowie der Rezertifizierungs-Regeln .............................................................. 223

Tabelle 30: Vergleichende Darstellung von Sanktionen bei Verstößen gegen berufsrechtliche Vorgaben ........... 228
1 Einleitung


In England, Wales, Schottland und Nordirland wurden ab dem Jahr 1919 die sogenannten General Nursing Councils gegründet. 1979 wurden diese dann zusammengeführt zu einer länderübergreifenden gemeinsamen Kammer für Pflegekräfte, Hebammen und Gemeindeschwestern, dem heutigen Nursing and Midwifery Council (NMC) (Davies und Beach 2000, Beraus 2005).


Vor diesem Hintergrund stellen sich zwei Fragen:

(1) Warum haben sich Pflegekammern in Deutschland bislang nicht durchsetzen können, obwohl diese Art der Organisationsstruktur doch in anderen Staaten als zielführend anerkannt ist? In den Vordergrund rücken dabei Fragen nach der historischen Entwicklung der Berufsstände, nach der Eingliederung dieser in die jeweiligen Gesundheitssysteme sowie

(2) Inwiefern stellt eine Verkammerung des Pflegeberufs – wie auch die aller anderen Heilberufe – überhaupt ein aus gesamtgesellschaftlicher Sicht erstrebenswertes Ziel dar? Unter diesem Gesichtspunkt muss insbesondere analysiert werden, welche Auswirkungen die Errichtung von Pflegekammern auf die pflegerische Versorgung haben kann: Kann eine Kammer einen relevanten Beitrag leisten bei der Sicherstellung der Qualität der Arbeit ihrer Mitglieder? Oder dient eine Verkammerung vorrangig den Eigeninteressen der vertretenen Berufsangehörigen?


**Aufbau der Arbeit**


Anschließend werden in Kapitel 3 sowohl ökonomische Theorien der Regulierung als auch soziologische Theorien zur Professionalisierung vorgestellt. Ökonomische Theorien der Regulierung beschäftigen sich mit der Frage, inwiefern ein Eingriff in den Markt mittels beruflicher Regulierung überhaupt zielführend ist. Betrachtet werden die Wirkungen eines solchen Markteingriffs auf Preis, Menge und Qualität der Angebote (hier: der Gesundheitsdienstleistungen). Berufsständische Kammern stellen aber auch einen wesentlichen Faktor im Diskurs um die Professionalisierung von Berufen dar. So mündet die Diskussion um die Professionalisierung der Pflege einerseits in Fragen nach der
Notwendigkeit einer Verwissenschaftlichung der Pflege und anderseits in For-
derungen nach dem Aufbau einer beruflichen Selbstverwaltung in Form von
Pflegekammern (Bollinger et al. 2006).

Diese Theorien und Diskussionen bilden den theoretischen Rahmen der vorlie-
genden Arbeit. Aus diesem Rahmen werden die Forschungsfragen noch einmal
dezidiert abgeleitet sowie die vergleichende Methode erläutert, auf der die
Auswahl der Untersuchungsländer beruht, um dann die hierauf basierende
Länderauswahl zu begründen (Kapitel 4).

In Kapitel 5 (Großbritannien), Kapitel 6 (Schweden) und Kapitel 7 (Deutsch-
land) werden die konkreten Ausgestaltungen der jeweiligen beruflichen Regu-
lierung dargelegt. Jedes Kapitel umfasst eine Beschreibung der gesetzlichen
Grundlagen und der institutionellen Ausgestaltungen der beruflichen Selbst-
verwaltung bzw. der staatlichen Regulierung der Berufe. Ferner werden die
Mechanismen zur Gestaltung einer Berufsordnung und zu deren Überwachung
dargestellt, sodann die Art und Weise der Zulassung zum Beruf, die Funktion
eines Berufsregisters und die Vorschriften zu Aus- und Weiterbildungsinhalten
erläutert. Vorangestellt wird jedem Kapitel eine kurze Übersicht zum jeweiligen
Gesundheits- und Pflegesystem, in dem der Beruf in jedem der Länder zu ver-
orten ist.

Anschließend werden in Kapitel 8 die Wirkungen der jeweiligen Ausgestaltun-
gen vergleichend diskutiert. Dargelegt wird u. a. das Angebot von Pflegekräften –
is insbesondere die Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung –, die Zugangsvo-
raussetzungen für ausländische Pflegekräfte sowie die Zahl der Pflegekräfte
insgesamt. Auch Unterschiede in den Tätigkeitsprofilen sowie das Einkommen
der Pflegekräfte werden berücksichtigt. Neben der Qualität wird auch die
Qualität des Angebots diskutiert. Einbezogen werden die Ergebnisse der Maß-
nahmen zur Einhaltung der beruflichen Standards, also die Ausgestaltung des
Berufsbezeichnungs- und Berufsausübungsschutzes sowie die Anwendung von
Sanktionen bei Verstößen gegen berufsrechtliche Vorgaben. Darüber hinaus
wird die Wissensbasis der Pflege beleuchtet. Zuletzt wird auch auf die Mitwir-
kung der Berufsgruppe an der (unter-)gesetzlichen Normgebung in den jeweili-
gen Ländern eingegangen.

Die Arbeit schließt mit einer Diskussion und einem Fazit (Kapitel 9). Neben
einer Zusammenfassung der Ergebnisse und deren Einordnung in den For-
schungskontext werden auch die Limitationen der Arbeit aufgezeigt. Die Arbeit
schließt mit weiterführenden Überlegungen zur Einführung von Pflegekammern
in Deutschland.2

2 Die in dieser Diskussion gewonnenen Erkenntnisse wurden in den folgenden Artikeln der Verfasserin
Pflege? In: Jacobs, K. et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus,
rokratie? Ein Blick nach Großbritannien und Schweden. Gesundheits- und Sozialpolitik, 70. Jg., Heft
1/2016, 44-51.
2 Pflegekammern in Deutschland

2.1 Initiativen und Diskurs

2.1.1 Gesetzesinitiativen zur Einführung von Pflegekammern in Deutschland

Im Jahr 2016 hat die erste Landespflegekammer in Deutschland ihre Arbeit aufgenommen. Bisher waren Kammern als berufsständische Form der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen allein Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten und Apothekern vorbehalten.


### Tabelle 1: Übersicht zu den aktuellen Gesetzesinitiativen zur Errichtung von Pflegekammern in den deutschen Bundesländern (Stand April 2016)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bundesland</th>
<th>Stand der Gesetzesinitiativen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Baden-Württemberg</td>
<td>Gespräche mit Verbänden sind angekündigt</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Bayern              | 1996: Gesetzesentwurf zur Pflegekammer  
2010: Der damalige Gesundheitsminister Söder (CSU) greift die Idee der Pflegekammer wieder auf, ein Gesetzesentwurf wird vorgelegt, weitere Umsetzungsschritte erfolgen jedoch nicht.  
2013: Eine Repräsentativbefragung von 1.000 zufällig ausgewählten Pflegekräften ergibt eine Zustimmung zur Pflegekammer von 50 Prozent.  
Die zuständige Ministerin wertet die Ergebnisse der Studie als „Votum der Pflegekräfte […] in Richtung Pflegekammer“. Es wird eine Arbeitsgruppe eingesetzt.  
Anfang 2015 wird dann stattdessen jedoch ein Konzept „Interessenvertretung Pflege“ vorgelegt, das die Bildung einer Körperschaft des öffentlichen Rechts mit freiwilliger Mitgliedschaft vorsieht. |
| Berlin              | Die Senatsverwaltung für Gesundheit hat eine Studie über die Chancen und Grenzen einer Pflegekammer in Auftrag gegeben.  
Darin enthalten ist eine repräsentative Befragung von Pflegekräften: 60 Prozent votierten für eine Pflegekammer. |
| Brandenburg         | Zurzeit gibt es keine Gesetzesinitiative seitens der Landesregierung.                                                                                                                                                        |
| Bremen              | Zurzeit gibt es keine Gesetzesinitiative seitens der Landesregierung.                                                                                                                                                        |
| Hamburg             | Mai 2013: Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zur Einrichtung einer Pflegekammer  
Februar 2014: Die Gesundheitssenatorin stellt klar, dass der Hamburger Senat kein Gesetz zur Gründung einer Pflegekammer auf den Weg bringen wird. |
| Niedersachsen       | 2013: Ankündigung eines Referententwurfs bis Anfang 2014  
Mai 2013: Konstituierende Sitzung eines Arbeitskreises auf Fachebene zur Errichtung einer Pflegekammer  
Juli 2014: Eckpunktepapier der Regierung als Grundlage für den weite- |
<table>
<thead>
<tr>
<th>Bundesland</th>
<th>Stand der Gesetzesinitiativen</th>
</tr>
</thead>
</table>
| Nordrhein-Westfalen| Februar 2016: Antrag der CDU-Fraktion (Opposition) zur Errichtung einer Pflegekammer (Drs. 16/11224)  
                                  Oktober 2016: Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
                                                                                   Entwurf eines Gesetzes über die Pflegekammer Niedersachsen ist in den Landtag eingeführt. |
| Rheinland-Pfalz    | 2012: Die Landesregierung reagiert auf eine Große Anfrage der CDU: Eine Pflegekammer würde bejaht werden, falls dies auch die Mehrzahl der Pflegekräfte tät.  
                                  März 2013: Abstimmung zur Pflegekammer ergibt ein „Ja“ (25% der professionellen Pflegekräfte beteiligen sich).  
                                  Dezember 2014: Verabschiedung eines neuen Heilberufgesetzes  
                                  Errichtung einer Pflegekammer zum 1.1.2016 |
| Saarland           | 2013 wird ein runder Tisch zur Stärkung der Pflegekräfte initiiert. |
| Sachsen            | Zurzeit gibt es keine Gesetzesinitiative seitens der Landesregierung. |
| Sachsen-Anhalt     | Zurzeit gibt es keine Gesetzesinitiative seitens der Landesregierung. |
| Schleswig-Holstein | 2010 und 2011: Versuche der damaligen Opposition, auf die Einführung einer Pflegekammer hinzuwirken  
                                  Nach dem Regierungswechsel 2012: Der Koalitionsvertrag sieht Errichtung einer Kammer vor.  
                                  2013: Repräsentativbefragung von 1.200 zufällig ausgewählten Pflegekräften zu ihrer Meinung zur Pflegekammer (51% Befürworter)  
                                  Juli 2015: Der Gesetzentwurf zur Errichtung einer Kammer für die Heilberufe (Drs. 18/2569) wird durch den Landtag beschlossen. |
| Thüringen          | Zurzeit gibt es keine Gesetzesinitiative seitens der Landesregierung. |

**Quelle: eigene Darstellung**


schleswigschen Wählerverband Landesverband (SWW) festgehalten. Im Dezember 2014 legte die Regierung schließlich den Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung einer Kammer für die Heilberufe (SH Drs. 18/2569) vor. Dieses ist mittlerweile verabschiedet, sodass Anfang 2016 ein Errichtungsausschuss eingesetzt worden sein sollte mit dem Auftrag, innerhalb von 30 Monaten die Wahl zur ersten Kammerversammlung durchzuführen (SH Drs. 18/2569).


bereits für Anfang 2014 angekündigte Referentenentwurf der Landesregierung (Drs. 17/345) wurde im Februar 2016 als Drucksache 17/5110 mit dem Namen „Gesetz über die Pflegekammer Niedersachsen (PflegeKG)“ in den Landtag eingebracht.


4 Die Frage nach der Angemessenheit eines solchen Befragungsdesigns soll an dieser Stelle nicht weiter diskutiert werden, vgl. hierzu u. a. den Kommentar von Weider 2014.

5 Für eine ausführliche Darlegung siehe Martini 2014.

Insgesamt sind die Pflegekräfte auch in Bayern nicht gut über die Pflegekammer informiert. So haben lediglich 19 Prozent der Befragten nach eigener Aussage einen hohen Informationsstand, fast jeder Vierte (24 Prozent) gibt an, im Zuge der Befragung zum ersten Mal von der Pflegekammer gehört zu haben. Auch bei dieser Befragung steigt die Zustimmung mit dem Grad der Informatiertheit an (TNS Infratest Sozialforschung GmbH 2013a).


Als Folge der Umfrage hat die Gesundheits senatorin im Februar 2014 klag gestellt, dass dies als ein deutliches Votum gegen die Einrichtung einer Pflege-

---

6 Pressemeldung des Gesundheits ministeriums Bayerns vom 03.12.2013 URL: http://www.stmgp.bayern.de/aktuell/presse/detailansicht.htm?ID=BTBSZwrX0gSh1bXTf%2Fakg%3D%3D[Stand 05.03.2015].

7 URL: http://www.stmgp.bayern.de/pflege/interessenvertretung/index.htm?tid=31816[Stand 05.03.2015].
KAPITEL 2 – PFLEGEKAMMERN IN DEUTSCHLAND

Kammer gesehen werde und der Hamburger Senat deshalb kein Gesetz zur Gründung einer Pflegekammer auf den Weg bringen werde.\(^8\)


In Mecklenburg-Vorpommern hat das Sozialministerium das Zentrum für Sozialforschung Halle e.V. (ZSH) beauftragt, eine Erhebung über die Situation der Pflegeberufe im Land durchzuführen. Ziel war sowohl die Bewertung der Arbeitsbedingungen (Berufszufriedenheit, Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Verdienstmöglichkeiten etc.) als auch die Erfassung der Einstellungen zur Pflegekammer. Pflegekräfte konnten von März bis Mai 2014 an einer entsprechenden Umfrage im Internet teilnehmen. Die Ergebnisse wurden bislang jedoch noch nicht veröffentlicht.\(^10\)

Ferner hat Anfang des Jahres 2016 die CDU-Fraktion in Nordrhein-Westfalen die Landesregierung aufgefordert, alle rechtlichen Schritte zur Errichtung einer Pflegekammer einzuleiten (Drs. 16/11224). Aus Sicht der CDU-Fraktion biete die Errichtung einer Pflegekammer „eine Möglichkeit zur Verbesserung der Pflegesituation und zur Steigerung der Bedeutung und Anerkennung der Pflege-

---


\(^9\) URL: https://www.berlin.de/sen/gessoz/presse/pressemitteilungen/2015/pressemitteilung.292970.php [Stand 12.08.2015] sowie URL: http://s538212282.website-start.de/app/download/11322067/Pr%C3%A4sentation_Ergebnisse_der_Studie_zur_Akzeptanz_einer_Pflegekammer_in_Berlin.pdf [Stand 12.08.2015].

KAPITEL 2 – PFLEGEKAMMERN IN DEUTSCHLAND

geberufe“ (S. 2). Die Fraktionen von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN verweisen hingegen darauf, dass zuerst rechtliche Fragen (verfassungsrechtliche Aspekte, einzubeziehende Berufsgruppen etc.), die Abgrenzung des konkreten Aufgabenprofils der Kammer sowie die Prüfung alternativer Formen einer verbesserten Interessenvertretung der Pflege geprüft werden müssten (Drs. 16/8850). Auch sei zu klären, in welcher Form ein Meinungsbild der Pflegekräfte eingeholt werden könne. Die Diskussion wurde an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales verwiesen, der im Oktober 2016 u. a. eine erste öffentliche Anhörung durchführte.


In den übrigen Bundesländern – Brandenburg, Bremen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen – gibt es zurzeit keine Aktivitäten seitens der Landesregierungen hinsichtlich einer Errichtung von Pflegekammern.

2.1.2 Interessenpolitischer Diskurs über die Errichtung von Pflegekammern


13 URL: http://www.saarland.de/6767_101549.htm [Stand 12.07.2015].
Für die vorliegende Arbeit erscheint es ausreichend, exemplarisch die Positionen der Hauptakteure heranzuziehen. Auf der Seite der Befürworter von Pflegekammern finden sich als bedeutendste Gruppen der Deutsche Berufsverband der Pflegekräfte (DBfK) und der Deutsche Pflegerat (DPR). Als die beiden bedeutendsten Gegner gelten die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di und der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa). Die Positionen dieser Interessengruppen kann man synoptisch wie folgt zusammenfassen:

Aus Sicht des DBfK, der Mitgliedsorganisationen des DPRs und der Landespflegeräte ist das oberste Ziel von Pflegekammern die Sicherstellung einer fachgerechten und professionellen Pflege der Bevölkerung. Dies werde durch verschiedene Funktionen der Pflegekammer erreicht:


Darüber hinaus ermögliche die Kammer die Registrierung aller Pflegefachkräfte, sodass die Berufsgruppe statistisch erfasst und beschrieben werden könne. Unter anderem ermögliche dies erstmals zuverlässige Fachkräfteprognosen.

DBfK und DPR weisen zudem in ihren Positionen darauf hin, dass die Kammer keine fachlich motivierten verbandspolitischen Aufgaben leisten noch Tarifautonomie besitzen werden und deshalb weder Berufsverbände noch Gewerkschaften ersetzen sollen.


Der Bundesverband privater Anbieter e. V. (bpa) hebt in seinen Argumenten gegen eine Kammer insbesondere die Zwangsmitgliedschaft, die Kosten für die Pflegenden und die zusätzliche Bürokratie hervor. Aus Sicht des bpa werde eine Pflegekammer ohnehin „nicht mitreden dürfen“, da die Berufsverbände weiterhin die fachlich motivierten verbandspolitischen Aufgaben übernehmen und die Gewerkschaften sich um die Tarifpolitik kümmerten. Da die Kammer

16 Für einen Überblick über die Positionen von ver.di siehe URL: https://gesundheitsoziales.verdi.de/berufe/pflegeberufe/pflegekammer [Stand 02.03.2015].
17 URL: http://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/pflegekammer/index.html [Stand 02.03.2015].
politisch zudem nur beratend tätig sein könne, werde Sie auch in dieser Rolle nicht in der Lage sein, die Position der beruflich Pflegenden zu stärken.


2.2 Aufgabenzuschnitt und verfassungsrechtlicher Rahmen von Pflegekammern in Deutschland

2.2.1 Aufgabenzuschnitt von Pflegekammern in Deutschland

Aufgabenzuschnitt der Ärztekammern als Referenzrahmen


18 In Nordrhein-Westfalen gibt es zwei Ärztekammern.
Nach der Kammer- und Heilberufsgesetzgebung sind alle Ärzte, die ihren Beruf ausüben – und je nach Landesrecht auch solche, die ihn zurzeit nicht ausüben – und im jeweiligen Bundesland wohnen bzw. sich dort gewöhnlich aufhalten, Pflichtmitglied der Ärztekammer. Damit sind nicht nur freiberufliche, sondern auch angestellte oder wissenschaftlich tätige Ärzte zur Kammermitgliedschaft verpflichtet (Böge 2010).

Ferner beschreiben die Kammer- und Heilberufsgesetze umfassend die Organisation und die Aufgaben der Kammern. In Bezug auf die Organisation werden die Organe der Kammern, die Wahlen und die Erlaubnis zur Errichtung von Versorgungseinrichtungen sowie die Ausgestaltung und die Verfahren der durch die Kammern umzusetzenden Berufsgerichtsbarkeit beschrieben (vgl. z. B. Heilberufsgesetz NRW; Berliner Kammergesetz).


- den Erlass einer Berufsordnung,
- die Überwachung der Berufspflichten,
- die Förderung und Gestaltung von Fort- und Weiterbildung,
- die Errichtung von Versorgungseinrichtungen,
- den Interessenausgleich zwischen den Mitgliedern der Berufsgruppe (z. B. durch Schlichtungen) sowie
- die Führung eines Registers über die Mitglieder.

Zu den Außenfunktionen zählen z. B.

- die Unterstützung des öffentlichen Gesundheitsdiensts,
- die Verpflichtung zur Teilnahme am Notfalldienst,
- die Einbindung in Maßnahmen der Qualitätssicherung,
- die Errichtung von Begutachtungsstellen für Behandlungsfehler,
- die Abgabe von Stellungnahmen und Fachgutachten sowie
- die Interessenvertretung der Berufsgruppe

(Kluth 1997, Wolff et al. 2004; Heilberufsgesetz NRW; Berliner Kammergesetz).

Nicht in der Regelungsbefugnis der Länder und damit der Ärztekammern liegt die Zulassung zur ärztlichen Berufsausübung. Diese obliegt gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG der konkurrenden Gesetzgebungsbefugnis des Bundes. I. V. m. Art. 72 Abs. 1 GG ist dort definiert, dass die Länder die „Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen“ nur dann regeln können, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht Gebrauch gemacht hat. Der Bundesgesetzgeber hat dies durch die Bundesärzteordnung (BÄO) 19 jedoch getan. Die Mindestanforderung an die Ausbildungsinhalte ist

---

19 Änderungen der Bundesärzteordnung bedürfen sowohl der Zustimmung des Bundestages als auch des Bundesrates.
zudem durch die Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppro) beschrieben, welche durch das Bundesministerium für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrats erlassen wird.

Den Ärztekammern obliegt damit auch nicht der Entzug der Approbation. Diese ist dem Arzt nach § 5 Abs. 2 S. 1 BÄO durch die jeweilige zuständige Landesbehörde zu entziehen, wenn er sich „eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergibt“ (§ 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 BÄO).


Vorbehaltene Tätigkeiten hingegen werden grundsätzlich durch den Gesetzgeber normiert. So ist einerseits der Arztvorbehalt direkt durch das Heilpraktiker gesetz (HPG) sowie indirekt durch das Sozialgesetzbuch V und weitere Gesetze wie z. B. das Transfusionsgesetz definiert.


**Aufgabenzuschnitte von Pflegekammern nach aktuellen Gesetzesvorlagen**


Mitglieder der Pflegekammer sind in allen drei Ausgestaltungen die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger sowie die Altenpflegerinnen und -pfleger. Freiwillig beitreten können der Kammer Personen, die ihren Beruf nicht oder

---

20 Das Heilberufsgesetz wurde in diesem Zuge grundlegend überarbeitet (RLP Drs. 16/3626).
KAPITEL 2 – PFLEGEKAMMERN IN DEUTSCHLAND

nicht mehr ausüben oder die sich in einer Ausbildung zu einem der genannten Berufe befinden.


Das HeilBG, der Entwurf zum PBKG sowie der niedersächsische Gesetzesentwurf definieren die Aufgaben der Pflegekammern weitgehend gleich. Die Aufgaben umfassen folgende Bereiche:

- Die Beratung des Gesetzgebers, der Behörden und weiterer Dritter, etwa durch Stellungnahmen bei Gesetzes- und Verordnungsentwürfen und anderen Fragen mit Bezug zur Berufsausübung.
- Die Überwachung der Berufsausübung, insbesondere der Einhaltung der Berufspflichten und der Berufsordnung, also auch die Mitwirkung der Kammermitglieder an der Sicherung der Qualität der beruflichen Leistungen und die Erarbeitung von Empfehlungen zur Qualitätssicherung der pflegerischen Berufsausübung.
- Die Führung eines Verzeichnisses der Berufsmitglieder sowie die Ausgabe von Berufsausweisen und sonstigen Bescheinigungen (wie ggf. auch die Mitwirkung bei der Anerkennung und der Bewertung ausländischer Bildungsnachweise).
- Die Regelung der beruflichen Fort- und Weiterbildung sowie die Führung eines entsprechenden Weiterbildungsregisters.


Deutlich wird, dass auch hier wegen Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG die Regelung der Zulassung zum Beruf grundsätzlich beim Bundesgesetzgeber verbleibt. Da dieser mit dem Bezeichnungsschutz des Pflegeberufs nach § 1 Abs. 1 KrPfLG und AltPfLG die Frage nach der Zulassung erschöpfend regelt, haben die Länder keine Möglichkeit, durch Landesgesetze die Pflegeberufe an eine Zulassung zu binden (Seewald 1998).

2.2.2 Verfassungsrechtlicher Rahmen von Pflegekammern


Die funktionale Selbstverwaltung kann folglich als demokratisch partizipative Organisationsform verstanden werden, durch die sowohl die besondere Sachkenntnis und Sachnähe der Betroffenen als auch ihre (ehrenamtliche) Verwaltungs kraft genutzt wird (Kluth 1997). Auf die wissenschaftlich geführte Diskussion um die demokratische Legitimation der funktionalen Selbstverwaltung soll an dieser Stelle lediglich verwiesen werden (Emde 1991, Kluth 1997). Das Bundesverfassungsgericht bestätigt der verpflichtenden Kammermitgliedschaft sogar eine „freiheitssichernde und legitimatorische Funktion“, „weil sie auch dort, wo das Allgemeininteresse einen gesetzlichen Zwang verlangt, die unmittelbare Staatsverwaltung vermeidet und stattdessen auf die Mitwirkung der Betroffenen setzt“ (BVerfG NVwZ 2002, 335[337]).


a) die Frage, ob eine aus der Pflichtmitgliedschaft resultierende Einschränkung der Vereinigungsfreiheit (Art. 9 Abs. 1 GG) sowie der Berufs freiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) der Kammermitglieder verfassungsrechtlich möglich ist,

b) die Frage, ob eine Einschränkung der allgemeinen Handlungs freiheit (Art. 2 Abs. 1 GG) sowie der Koalitionsfreiheit (Art. 9 Abs. 1 GG) Dritter (maßgeblich der Berufsverbände und Gewerkschaften) durch die Verfassung gedeckt wäre.
Bejaht wird dies, soweit mit der Errichtung der Kammer „legitime öffentliche Aufgaben“ im Sinne des Allgemeinwohlbelangs wahrgenommen werden. Dies umfasst nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts Aufgaben,

„an deren Erfüllung ein gesteigertes Interesse der Gemeinschaft besteht, die aber so geartet sind, dass sie weder im Wege privater Initiative wirksam wahrgenommen werden können noch zu den im engeren Sinn staatlichen Aufgaben zählen, die der Staat durch seine Behörden wahrnehmen muss“ (BVerfG 38,281 (299)).


vorzuliegen, dass die sozialrechtlich geförderte Pflege durch Laien bedeute, dass die gesamte pflegerische Versorgung von Laien besorgt werden könne oder solle. Das Vorliegen vorbehaltener Tätigkeiten ist aus seiner Sicht daher keine Voraussetzung für die Errichtung einer Kammer.


2.3 Zusammenfassung und Zwischenfazit – die Pflegekammer als Interessenvertretung für die Pflegeberufe?


Im nächsten Schritt werden in Kapitel 3 die relevanten Theorien zur beruflichen Regulierung dargestellt. Dem Themenfeld wird sich dabei sowohl aus einer ökonomischen als auch aus einer professionssoziologischen Perspektive genähert. Anschließend werden in Kapitel 4 die Forschungsfragen dieser Arbeit expliziert.
3 Ökonomische und professionssoziologische Sicht auf die berufliche Regulierung

3.1 Ökonomische Sicht auf die berufliche Regulierung

3.1.1 Marktversagen als Ausgangspunkt von Regulierungen


Damit die gestörten Allokationswirkungen des Markts nicht dazu führen, dass Verbraucher durch eine schlechte Versorgungsqualität geschädigt werden, dass Leistungserbringer schlechte Qualität zu hohen Preisen „verkaufen“ oder dass nicht genügend Anbieter mit der nötigen Qualifikation am Markt vorhanden sind, kann der Staat regulierend in das System eingreifen. Hierfür stehen eine ganze Reihe von Policy-Interventionen zur Verfügung, die sich entweder auf den Versorgungsoutput beziehen oder auf den -input, also auf diejenigen, welche die Leistungen erbringen (Pauly et al. 2012).

Interventionen beim Output umfassen insbesondere Vorgaben mit dem Ziel, Informationsasymmetrien zu reduzieren, indem dem Verbraucher laienverständliche Informationen über die Qualität der Versorgung zur Verfügung gestellt werden. Auch können Krankenversicherungen als Sachwalter der Versicherten agieren und Qualität sowie Preis vertraglich mit den Leistungserbringern vereinbaren. Die in dieser Arbeit fokussierte dritte Möglichkeit der Regu-

3.1.2 Theorien der Regulierung

Die Public-Interest-Theorie


Die ökonomische Theorie der Regulierung


Die ökonomische Theorie der Regulierung geht davon aus, dass die Einführung von Regulierungen bestimmt wird durch das Verhältnis von Nachfrage und Angebot: Unternehmen, die von staatlichen Eingriffen profitieren könnten –

21 Beide stammen von der University of Chicago, weshalb die ökonomische Theorie auch „Chicago-Theorie“ genannt wird.
etwa durch Beschränkungen des Marktzutritts weiterer Konkurrenten, durch Subventionen oder durch Preisfestsetzungen –, fragen solche Eingriffe nach. Angeboten würden diese von Politikern, die Wählerstimmen und finanzielle Unterstützung benötigten, wozu die Unternehmen ihnen im Gegenzug verhelfen könnten (Stigler 1971). Sind mehrere konkurrierende Wirtschaftssubjekte auf dem Regulierungsmarkt aktiv, würden die Regulierungsanbieter (Politiker) versuchen, die Gewinne, die aus der Regulierung resultieren (regulatory rent), für die Nachfrager (also die Unternehmen), optimal auf diese zu verteilen (Peltzman 1976).


Ferner wird argumentiert, dass die Verwaltungsakteure aufgrund einer Informationsasymmetrie gar nicht anders könnten, als im Sinne der regulierten Unternehmen zu handeln. Weder seien sie in der Lage, das notwendige Expertenwissen ohne Unterstützung der durch sie zu regulierenden Unternehmen zu erlangen, noch könnten sie die Regulierungsvorgaben ohne Kooperation mit diesen Unternehmen umsetzen (Knieps 2005, Croyel 2011).

Warum – so stellt Stigler die Frage – ist es in demokratischen Staaten nun aber möglich, dass Unternehmen durch Wettbewerbsbeschränkungen Vorteile für sich erzielen können, die zulasten der Allgemeinheit gehen? Folgt man der ökonomischen Theorie der Regulierung, so liegt dies maßgeblich an den niedrigeren Informations- und Organisationskosten. Der im Vergleich zur Wählerschaft hohe Organisationsgrad der „Regulierungsnachfrager“ sowie die homogene Interessenlage innerhalb dieser Gruppe erleichterten deren politische Einflussnahme. Entscheidend für den Erfolg von Regulierungsbestrebungen sei aber auch, dass sich aufgrund der Intransparenz der Folgekosten einer Regulie-

---

rung Schwierigkeiten ergäben, eine Opposition der Wähler herauszubilden (Stigler 1971). Für die berufliche Regulierung bedeute dies, dass sich aufgrund der niedrigen Kosten für die beteiligten Gruppen kein wirtschaftlicher Anreiz für eine Opposition ergebe:

„If an occupation deals with the public at large, the cost which licensing imposes upon any one customer or industry will be small and it will not be economic for that customer or industry to combat the drive for licensure“ (Stigler 1971).


„If the democratic credentials of ‘public interest’ visions are explored and highlighted, specifically, if their lineage from citizenship expectations is emphasised, their legitimacy can be reaffirmed and they may yet have a role to play in ensuring that fundamental values are measured and protected, rather than allowing only that which can be measured in economic terms to be valued“ (Feintuck 2010, S. 60).

3.1.3 Zum Kontext der Regulierung von Gesundheitsberufen


Der Schutz der Berufsbezeichnung soll dazu führen, dass nicht qualifizierte Gesundheitsdienstleister vom Markt ausgeschlossen und die Informationskosten für die Patienten reduziert werden. Die Definition von vorbehaltenen Tätigkeiten im Rahmen des Berufsausübungsschutzes hat zum Ziel, dass Anbieter mit einem geschützten Titel nicht durch Dritte, die sich zwar anders nennen, aber Gleiches tun, vom Markt gedrängt werden können (White und Marmor 1982, Cox und Foster 1990).


Kritisch zu sehen ist aus Sicht der ökonomischen Theorie auch die Überwachung der Regulierung durch die Berufsgruppe selbst. Mit Hinweis auf die Eigeninteressen wird angezweifelt, dass Personen, die gegen definierte Qualitäts- und/oder Verhaltensregeln verstoßen, konsequent verfolgt werden, da sich die Berufsgruppe letztlich nicht durch Skandale selbst diskreditieren wolle (Allsop und Saks 2003).

---

Ergebnisse empirischer Studien zur Regulierung von Gesundheitsberufen


Nachgewiesen wurde aber ein Zusammenhang zwischen den Zulassungsvo-

Für den europäischen Raum finden sich lediglich zwei Studien über die Wirk-


Auch Lugo et al. (2010) machten die unterschiedliche Regulierung der Advanced Practice Nurses zum Ausgangspunkt ihrer Analyse. Im Zentrum stand die Frage, welche Wirkung die Besetzung der zuständigen Pflegekammern (Nursing Boards) auf durch ANPs erbrachte Leistungen hat. In einer Reihe von

\(^{24}\) Heute BIBB-/BAuA-Erwerbstätigenbefragung.


\(^{26}\) Zur Erläuterung von ANP siehe Kapitel 4.1.2 Begriffliche Klärung des Terms „Advanced Nursing Practice.“
Bundesstaaten findet sich nämlich eine geteilte Verantwortung der Berufsüberwachung bzw. der Konkretisierung der Tätigkeiten der APNs durch ein gemeinsames Medical und Nursing Board. Im Ergebnis zeigt sich, dass die Mitbestimmung von Ärzten einen signifikanten negativen Einfluss auf den Umfang der Tätigkeiten von APNs sowie deren eigenverantwortliche Durchführung von Behandlungen hat. Lugo et al. (2010) sind der Ansicht, dass hierdurch der Zugang der Patienten zu preisgünstigen Leistungen negativ beeinflusst werde.


3.1.4 Zusammenfassung und Zwischenfazit


Ein solcher Eingriff stellt die Regulierung derjenigen Personen dar, welche die Gesundheitsdienstleistungen am Markt erbringen. Im Kern umfasst eine solche Regulierung

- den Schutz von Berufsbezeichnungen (Protection of Title), d. h. die Definition der Qualifikationsanforderungen, die zur Führung der Berufsberufsausübung befähigen und die beruflichen Standards, die Personen, die diese Berufsbezeichnung führen, einhalten müssen,

sowie darüber hinaus auch

- den Schutz der Berufsausübung (Protection of Function), also mit der Berufsbezeichnung verbundene Tätigkeiten, die ausschließlich Personen ausführen dürfen, die diese Berufsbezeichnung führen.


Vor diesem Hintergrund werden im weiteren Verlauf der Arbeit die von den beiden Theorieansätzen jeweils postulierten Wirkungen ergebnisoffen untersucht. Zusammenfassend wären folgende mögliche Wirkungen von Pflegekammern zu berücksichtigen:


### 3.2 Berufsständische Kammern im Kontext des Professionalisierungsdiskurses

Anders als in der ökonomischen Betrachtungsweise, in der ein Marktversagen den Ausgangspunkt der Regulierung und damit der Verkammerung der Berufe darstellt, werden Kammern in der soziologischen Perspektive im Kontext von

---

27 Dieser Faktor ist nicht ganz so relevant für Leistungen in Ländern, in denen die Finanzierung und die Inanspruchnahme von Leistungen aufgrund der Kostenübernahme durch Versicherungen oder staatliche Gesundheitssysteme voneinander unabhängig sind.
Professionalisierungsbestrebungen der Berufe verortet. Vor diesem Hintergrund soll im Folgenden ein kurzer Überblick zu Professionstheorien erfolgen und auch kurz der Diskussionsstand beim Thema Professionalisierung der Pflege in Deutschland aufgezeigt werden.

3.2.1 Professionstheorien


Indikatorisch-merkmals theoretische Ansätze

Zu Beginn der sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzung mit den Professionen standen die Fragen, was Professionen ausmacht und was diese von anderen Berufsformen unterscheidet. Benannt sind diesbezüglich insbesondere diese Faktoren (Hesse 1968, Combe und Helsper 1996):

- die Verwissenschaftlichung von Alltagsbeständen und die Herausbildung exklusiven Fachwissens, einhergehend mit einer lang andauernden spezialisierten Ausbildung und der Ausdifferenzierung von spezialisierten Sonderwissensbeständen;
- die Durchsetzung eines exklusiven Handlungskompetenzmonopols sowie die autonome Kontrolle der beruflichen Standards und eine damit einhergehende gewisse Unabhängigkeit von der Beurteilung von außen;
- die Herausbildung eines beruflichen Habitus und einer Bindung an ein berufliches Ethos sowie eine Gemeinwohlorientierung, fußend auf einer altruistischen Motivation der Berufsangehörigen;
- die Organisation in einem Berufsverband mit weitgehend Selbstverwaltung.

Wilensky (1964) beschrieb den Prozess der Professionalisierung auf der Grundlage einer Analyse von 18 Professionen. Dabei stellte er fest, dass zu Beginn des Professionalisierungsprozesses eines Berufs die Ausübung der Tätigkeit im Sinne einer Vollzeiterwerbstätigkeit stehe. Hierauf folgten Maßnahmen zur


**Funktionalismus (klassisches Professionsmodell)**


**Der machttheoretische Ansatz**

Dieser funktionalistischen Sicht entgegen steht eine machtorientierte Sicht auf die professionellen Prozesse. Ein wesentlicher Beitrag hierzu stammt von Eliot
Freidson, der mit Blick auf die ärztliche Profession herausarbeitete, was später als machttheoretischer Ansatz bezeichnet wurde (Freidson 1970).

In *Profession of medicine* rekonstruiert Freidson die Initiativen und die Strategien, die zur privilegierten Stellung der Ärzte führten. Er beschreibt die Autonomie der ärztlichen Profession infolge der Abschottung ihrer Tätigkeit von der Konkurrenz, die Dominanz der Ärzte über andere paramedizinische Berufe (so auch über die Pflege) sowie den Einfluss der Ärzte auf die Definition von Krankheiten und auf die Methoden der Behandlung. Gewährleistet worden sei diese Entwicklung durch die Hoheit der Ärzte über das berufliche Wissen und über die Zulassung zur Berufsausübung. Diese Autonomie sei ein Garant für den überproportionalen ökonomischen und politischen Einfluss dieser Berufsgruppe (Freidson 1970).


Die ökonomisch fundierte Kritik geht damit aus seiner Sicht am Wesen der Professionen vorbei, vielmehr gelte es Antworten darauf zu finden, wie Berufe kontrolliert und weiterentwickelt werden müssten, die sich durch hoch spezialisiertes Können und Wissen in für die Gesellschaft zentralen Bereichen des Lebens – wie Gesundheit und Recht – auszeichnen. Letztlich nähert sich Freidson rund 30 Jahre nach der Veröffentlichung von *Profession of Medicine* dem vormals durch ihn kritisierten funktionalistischen Ansatz an, indem er schließt:

„There is, then, still some popular foundation for the professionals’ claim of license to balance the public good against the needs and demands of the immediate clients or employers“ (Freidson 2001, S. 222).

**Die revidierte Theorie professionellen Handelns**

In Übereinstimmung mit der Idee, dass Gesellschaften professioneller Tätigkei-
ten bedürfen, die weder durch den Markt noch durch den Staat kontrolliert werden, steht auch die im deutschsprachigen Raum zu verortende *revidierte Theorie professionellen Handelns* nach Oevermann (Pfadenhauer 2003).

Aus Oevermanns (1996) Sicht liegt das Defizit der klassischen Professionstheo-
rien darin, dass diese die relative Autonomie der Professionen und die instituti-
onelle Erscheinungsform der jeweiligen Profession zwar betonen, die „hand-
lungslogische Notwendigkeit“ beider aber nicht hinreichend erfassen (S. 70).

Für ihn ist professionelles Handeln stets gekennzeichnet durch eine Vermittlung von Theorie und Praxis. Denn erst durch wissenschaftlich fundiertes Fallverste-
hen werde eine stellvertretende Krisenbewältigung der Probleme eines Klienten möglich. Die Notwendigkeit solcher stellvertretender Problemlösungen besteht aus Sicht von Oevermann (1996) aber nur in Bereichen, die eines dieser Ziele verfolgen:

a) die „Aufrechterhaltung und Gewährleistung einer kollektiven Praxis von Recht und Gerechtigkeit“,  
b) die „Aufrechterhaltung und Gewährleistung von leiblicher und psychosozia-
  ler Integrität“ bzw.

c) die „Kritik der diesbezüglichen Geltungsfragen und die methodische Siche-
  rung dessen, was Wahrheit ist“ (S. 88).

Aus dieser Perspektive ist eine Professionalisierung dann auch nur in jenen Bereichen nötig, in denen Problemfelder existieren, die einer solchen Vermitt-
lung bedürfen. Damit rückt Oevermann die Binnenstruktur professionellen Handelns – genauer: deren Strukturlogik – in den Vordergrund der Professions-
betrachtung.
3.2.2 Zur Diskussion um den Stand der Professionalisierung der Pflege in Deutschland

In der Diskussion um den Stand der Professionalisierung der Pflege in Deutschland werden insbesondere der merkmalsorientierte und der Oevermannsche Ansatz verfolgt.


15 Jahre später zieht Schaeffer mit weiteren Autoren diesbezüglich Bilanz (Schaeffer et al. 2010). Im Fokus stehen hierbei die Etablierung von Pflege und Public Health als wissenschaftliche Disziplinen sowie deren Verhältnis zur Praxis. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass beide Disziplinen auf eine erfolgreiche Entwicklung zurückblicken können. Gleichwohl fehle es der Pflegewissenschaft auch heute noch an einer ausreichenden Verankerung an Universitäten in Form eigenständiger Fachbereiche. Zwar sei enorm viel geschehen, die Forschungsförderung und die Entwicklung nachhaltiger Strukturen sei aber bei weitem nicht gesichert (Schaeffer et al. 2010).


einsetzen. Alles in allem zeigt die Diskussion aber auch, dass die Pflege in Deutschland von einer Professionalisierung noch weit entfernt ist.

3.2.3 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Neben der ökonomisch orientierten Bewertung von Pflegekammern können diese also auch im Kontext von Professionalisierungsprozessen betrachtet werden.


Aufgezeigt wurde ferner, dass sich auch in der soziologischen Diskussion unterschiedliche Bewertungen von Professionalisierung und damit auch der Verkammerung von Berufen finden. Der machttheoretische Ansatz betrachtet analog zur ökonomischen Theorie der Regulierung die Professionalisierung als Mittel zur Abschottung des Berufs und zur Erlangung der damit einhergehenden Prestige- und Einkommensgewinne, also als Mittel, das allein dem beruflichen Eigennutzen diene. Der funktionalistische Ansatz hingegen vertritt die Ansicht, dass Professionalisierung auch im Sinne eines gesellschaftlichen Austauschprozesses verstanden werden kann. Verwissenschaftlichung und Ab-
KAPITEL 3 – THEORIEN DER REGULIERUNG UND PROFESSIONALISIERUNG

schuttung werden hier als Mittel zum Wissenserhalt und zur Berufsidentifikation verstanden, was wiederum beides der Etablierung eines beruflichen Ethos und zur Durchsetzung von Berufsstandards diene. Zudem vertritt der funktionalistische Ansatz die These, dass die Autonomie, welche die Professionen u. a. durch ihre Verkammerung erlangen, auch als Gegenpol zu Marktinteressen und damit im Sinne des Verbraucherschutzes wirken könne.
4 Forschungsfragen und methodisches Vorgehen

4.1 Begriffliche Klärungen

4.1.1 Begriffliche Klärung des Terms „Pflegekammer“ für den internationalen Vergleich


In Kapitel 3.1 wurde die berufliche Regulierung theoretisch beleuchtet, um dann ihre Aufgaben zu systematisieren. Im Kern umfasst die Regulierung zunächst den Schutz einer Berufsbezeichnung (Protection of Title), die Regelungen der Zulassung zum Beruf und das Führen eines Berufsregisters. Die Erlaubnis, die Berufsbezeichnung zu führen, bedeutet aber nicht automatisch, dass auch spezifische Tätigkeiten, die üblicherweise mit der Berufsgruppe verbunden werden, geschützt sind. Insofern kann der Schutz der Berufsbezeichnung ergänzt werden um den Schutz der Berufsausübung (Protection of Function). Mit den Regelungen der Zulassung zum Beruf geht die Definition von Aus- und Weiterbildungsstandards einher. Weitere wesentliche Aspekte im Kontext beruflicher Regulierung bzw. Selbstverwaltung sind die Definition und die Überwachung von beruflichen Standards. Auch die in Kapitel 2.2 dargelegte beratende Einbindung der Berufsgruppe in Gesetzgebungsprozesse und andere Normgebungsverfahren wird als Aufgabe beruflicher Selbstverwaltung betrachtet.
Abbildung 1: Aufgaben der beruflichen Regulierung bzw. der beruflichen Selbstverwaltung

Nicht alle Aspekte der beruflichen Regulierung müssen nun aber zwangsläufig durch die Berufskammern selbst ausformuliert bzw. umgesetzt werden. Beispielhaft sei hierzu angeführt, dass in Deutschland die Zulassung zum Beruf sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Kontext durch den Bundesgesetzgeber erschöpfend geregelt ist und insofern nicht an Pflegekammern delegiert werden kann (siehe Kapitel 2.2.1). Anders in Großbritannien: Hier erfolgt die Zulassung als Pflegekraft durch das Nursing and Midwifery Council (NMC) selbst (siehe Kapitel 5.3.2.1). Dasselbe gilt für die Regulierung der Ausbildungsinhalte, die zur Erlangung der Berufsbezeichnung führen. Auch diese werden in Großbritannien durch das NMC ausformuliert. In Deutschland erfolgt die Definition der Ausbildungsinhalte durch den Bundesgesetzgeber. Die Regulierung der Fachweiterbildungen hingegen ist Ländersache und kann dementsprechend vom Land an die zu gründende Pflegekammer delegiert werden, wie es z. B. in Rheinland-Pfalz auch geschehen ist.

Um die berufliche Regulierung der untersuchten Staaten vergleichbar zu machen, werden die in Abbildung 1 dargestellten Aufgaben für jeden der Staaten (Kapitel 5 bis 7) nach der folgenden Gliederung beschrieben:

- Berufszulassungsschutz (Protection of Title), Berufsausübungsschutz (Protection of Function)
  - Führen eines Berufregisters
  - Zulassung/Registrierung
  - Definition von geschützten Funktionen
  - Reregistrierung
  - Entzug der Zulassung/Registrierung

- Definition der Aus- und Weiterbildung
  - Definition von Aus- und/oder Weiterbildungsinhalten
  - Definition der qualifikatorischen als auch persönlichen Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung
  - Akkreditierung von Aus- bzw. Weiterbildungsstätten und -kursen

Quelle: eigene Darstellung
o Berufsordnung
o Überwachung der Berufsordnung

• Berufsregister
  o Zulassung zum Berufsregister
  o Rezertifizierung
  o Zahl der registrierten und der erwerbstätigen Pflegekräfte
  o Zulassung ausländischer Pflegekräfte

• Aus- und Weiterbildung
  o Historische Entwicklung der Ausbildung und der Akademisierung der Pflege
  o Zugangs- und Ausbildungsstandards der Erstausbildung
  o Regulierung der Weiterbildung und Schutz von „Advanced Practice“
  o Akkreditierung von Ausbildungsstätten und Zahl der Ausbildungspplätze

• Mitwirkung der Berufsgruppe an (unter-)gesetzlichen Normgebungen

4.1.2 Begriffliche Klärung des Terms „Advanced Nursing Practice“

Neben der Klärung, wie im Folgenden „Pflegekammern“ vergleichend beschrieben werden, bedarf es einer kurzen Ausführung zur „Advanced Nursing Practice“ bzw. zum „Advanced Practice Nursing“.


Als kleinster gemeinsamer Nenner gilt insofern die Definition des International Council of Nursing (ICN), das Advanced Practice wie folgt beschreibt:
„A Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse is a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which s/he is credentialed to practice. A Master’s degree is recommended for entry level“ (ICN 2008).


Bei der begrifflichen Gleichsetzung von Advanced Nursing mit „Übernahme von heilkundlicher Tätigkeit“ oder mit „Vorliegen vorbehaltener Tätigkeiten“ säße man jedoch einem Trugschluss auf. Auch hier ist zu differenzieren nach der tatsächlichen Regulierungstiefe. Bezogen auf die berufliche Regulierung kann Advanced Nursing Practice nämlich bedeuten,

- dass die durch akademische Ausbildung und erhöhte Kompetenzen gekennzeichneten Aufgabenfelder keiner gesonderten Regulierung unterliegen
- oder dass bestimmte Titel und damit Qualifikationsniveaus geschützt werden
- oder dass Titel und damit verbundene Tätigkeiten reguliert werden.

Die Regulierung kann zudem wiederum durch den Gesetzgeber erfolgen oder durch die Institution (ob nun eine Kammer oder eine Behörde), an die entsprechenden Kompetenzen delegiert wurden.

In diesem Sinne werden die jeweiligen landesspezifischen Ausgestaltungen in den Kapiteln 5.3.3.3, 6.2.3.3 und 7.3.3.3 jeweils unter dem Gliederungspunkt Regulierung der Weiterbildung und Schutz von „Advanced Practice“ ausgeführt.
4.2 Forschungsfragen

Ausgangspunkt der in dieser Arbeit explorierten Frage ist die in Deutschland seit mehr als 30 Jahren diskutierte Forderung nach einer Pflegekammer. Geprüft werden soll, wie sich die Wirkungen einer solchen verpflichtenden Selbstverwaltung der Berufsgruppe von denen einer durch staatliche Institutionen administrierten Regulierung unterscheiden.

Im vorangegangenen Kapitel wurden ökonomische Theorien zur beruflichen Regulierung wie auch soziologische Theorien zur Professionalisierung und zur Verkammerung exploriert. Hinsichtlich der Frage, welchen Einfluss eine berufliche Selbstverwaltung im Vergleich zu einer staatlich administrierten Regulierung hat, kann Folgendes zusammengefasst werden (Abbildung 2):

**Abbildung 2: Strukturierung der Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit**

[Diagramm mit den Bereichen Ökonomische Sicht, Berufliche Regulierung: Berufsbezeichnungs- und Berufsausübungsschutz, Professions-soziologische Sicht und den Bereichen Angebot und Qualität sowie institutionalisierte Mitwirkung]

*Quelle: eigene Darstellung*

Im negativen Sinne wird die berufliche Regulierung als ein potenzielles Instrument der Marktabschottung gesehen. Es wird unterstellt, dass bei einer beruflichen Selbstverwaltung hohe Qualifizierungsanforderungen und damit hohe Zugangshürden formuliert werden, um Mitbewerber vom Markt fernzuhalten. Hierdurch werde das Angebot, d.h. die Zahl der insgesamt zur Verfügung stehenden Leistungsanbieter, reduziert. Aufgrund des sinkenden Angebots steigen zudem die Preise der Leistungen, also auch die Einkommen der Berufsmitglieder. Die Kammer gilt hierbei als Instrument der Machtverdichtung. Je größer der Handlungsspielraum, den die Berufe durch eine solche institutio-
nalisierte Interessenvertretung erlangen, desto stärker werden sie in dieser Richtung aktiv werden.


Die Arbeit wendet sich folglich genau diesen postulierten Wirkungen von Pflegekammern zu. Auf der Grundlage der in Abschnitt 4.1.1 aufgezeigten Aufgaben von Kammern sollen folgende fünf Fragen beantwortet werden:

1.) Welche Auswirkungen haben Pflegekammern auf das pflegerische Angebot, insbesondere auf die Anzahl der Pflegekräfte? Lässt sich ein Einfluss auf den Preis der Dienstleistung feststellen?


2.) Welche Wirkungen haben Pflegekammern auf die Tätigkeitsprofile der Pflegekräfte?

Hier ist zum einen von Interesse, welche Rolle die Pflegekammern bei der Etablierung der Advanced Nursing Practice spielen. Zum anderen ist zu eruieren, wie die Kammer zur Übernahme von pflegerischen Tätigkeiten durch Hilfskräfte steht, und die Frage zu beantworten: Welchen Einfluss hat die Kammer auf den in der Versorgung vorgefundenen Skill-Mix, also auf die Aufgabenteilung zwischen Hilfskräften, Pflegekräften und Ärzten?

3.) Welche Wirkungen haben Pflegekammern auf den Schutz der Berufsbezeichnung und die Einhaltung der beruflichen Standards?

Sodann folgen zum einen Fragen danach, wie wirksam der Berufsbezeichnungs- bzw. Berufsausübungsschutz durch die berufliche Selbstverwaltung oder
durch eine Behörde kontrolliert wird. Von Bedeutung ist hierbei auch die Frage nach dem Umgang mit Rezertifizierungen, also mit der Überprüfung der durch die Berufsbezeichnung erwarteten Mindeststandards im Zeitverlauf. Zum anderen geht es um die Überwachung der berufsrechtlichen Vorgaben und Standards unter diesem Aspekt: Wie strikt setzt die berufliche Selbstverwaltung Sanktionen um?

4. Welche Wirkungen haben Pflegekammern auf die Wissensbasis der Pflege?

Besonderes Augenmerk richtet sich hier auf die Frage: Hat die Kammer Einfluss auf die Akademisierung und auf das Entstehen eines eigenen Wissenskannons? Was mit Blick auf das Angebot als „Zugangsbarriere“ diskutiert werden kann, soll hier unter dem Gesichtspunkt der Weiterentwicklung des pflegerischen Wissens beleuchtet werden.

5. Welche Wirkungen haben Pflegekammern hinsichtlich der institutionalisierten Einbindung der Berufsgruppe in Gesetzgebungsprozesse?


Nach der Darstellung der direkt beschreibbaren Effekte von Pflegekammern auf die Dimensionen Angebot und Qualität der Pflege wird zudem diskutiert, was die Einrichtung von Pflegekammern für die Wirtschaftlichkeit der Angebotsstrukturen sowie für den Zugang und die Qualität der Versorgung bedeuten kann.

4.3 Methodisches Vorgehen bei der Länderauswahl

Die genannten fünf Fragen sollen mithilfe eines Ländervergleichs beantwortet werden. Ausgangsproblem dieses Ansatzes ist, dass in der Regel eine Vielzahl von Einflussvariablen vermutet wird, aber nur eine geringe Anzahl von Untersuchungseinheiten (also von Ländern) zur Verfügung steht, um mögliche bestehende Zusammenhänge zu analysieren. Die Erklärungsmatrix ist damit letztlich unterdeterminiert, weshalb der Einfluss der erklärenden Variablen auf das Ereignis sowie die (möglichen) Interdependenzen der Erklärungsvariablen untereinander nicht analysiert werden können. Zudem sind aufgrund der geringen Fallzahlen keine Wahrscheinlichkeitsschlüsse möglich. Im Vergleich zu
KAPITEL 4 – FORSCHUNGSFRAGEN UND METHODISCHES VORGEHEN

experimentellen Designs oder quantitativen Methoden ist die Verallgemeinerbarkeit und damit die Übertragbarkeit der Ergebnisse folglich eingeschränkt.


Ein Ansatz für eine solche problemadäquate Länderauswahl wäre die vergleichende Methode (Comparative Method). Diese basiert auf der durch John Stuart Mills beschriebenen Method of Agreement (Konkordanzmethode) bzw. auf der Method of Difference (Differenzmethode) (Mill 1843 [1974]). Vereinfacht gesagt beschreibt die Konkordanzmethode den logischen Schluss, dass wenn mehrere Ereignisse ausschließlich eine Ausprägung gemeinsam haben (und alle anderen unterschiedlich sind), dass dann diese eine Ausprägung das Ergebnis bedingt. Umgekehrt wird bei der Differenzmethode geschlussfolgert, dass wenn alle Ereignisse sich nur in einer Ausprägung unterscheiden (und alle anderen gleich sind), dass dann die Ausprägung das Ereignis bestimmt. Für ein solches erklärendes Design müssten folglich Fälle (hier also Länder) ausgewählt werden, die sich lediglich in der Ausprägung der beruflichen Regulierung unterscheiden, ansonsten aber ähnliche Rahmenbedingungen aufweisen (Tabelle 2).

29 In Anlehnung an Przewoski und Teune (Przeworski und Teune 1970) heißen die beiden Ansätze auch most different cases design – wobei die Fälle sehr unterschiedlich sind, da sie nur in einer Ausprägung übereinstimmen (Konkordanzmethode) – bzw. most similar cases design – hier sind die Fälle sehr ähnlich, da sie sich nur in einer Ausprägung unterscheiden (Differenzmethode).
Tabelle 2: Veranschaulichung einer möglichen Länderauswahl

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Land 1</th>
<th>Land 2</th>
<th>Land 3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kontrollierende Variablen (Rahmenbedingungen)</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>Erklärende Variable (Pflegekammer)</td>
<td>ja</td>
<td>ja</td>
<td>nein</td>
</tr>
<tr>
<td>Abhängige Variable (Angebot und Qualität)</td>
<td>?</td>
<td>?</td>
<td>?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: eigene Darstellung

Welche Rahmenbedingungen nun aber für die vergleichende Betrachtung von Pflegekammern relevant sind, soll im Folgenden beschrieben werden.

4.3.1 Auswahlkriterium: Ausgestaltung des Gesundheits- und Pflege- systems

Von zentraler Bedeutung für die Auswahl der untersuchten Länder ist die konkrete Ausgestaltung des jeweiligen Gesundheits- und Pflegesystems. Um eine Vergleichbarkeit mit Deutschland zu gewährleisten, war die Auswahl zunächst einmal auf Länder mit einem ähnlichen Niveau von Gesundheitsausgaben einzugrenzen. Um die Gesundheitsausgaben – das Total-Health-Expenditure-Volumen (THE-Volumen) – von Staaten vergleichen zu können, werden diese u. a. gemessen am Brutto-Inlandsprodukt (BIP) ausgewiesen. Für das Jahr 2009 gab die OECD für Deutschland ein relatives THE-Volumen von 11,7 Prozent des BIPs an. Legt man als Grenze für die Vergleichbarkeit zu Deutschland ein maximal 25 Prozent höheres oder geringeres relatives THE-Volumen fest, so erscheinen Länder wie die USA (mit 17,7 Prozent), Chile (8,4 Prozent), Tschechien (7,9 Prozent) und Ungarn (7,7 Prozent) für die Analyse als nicht geeignet. Ebenso als nicht für eine Vergleichbarkeit mit Deutschland geeignet erscheinen aufgrund ihrer erheblich geringeren Bevölkerungszahl Länder wie Belgien oder Island sowie aufgrund der dortigen spezifischen post-sowjetischen Transformationsprozesse Länder wie Slowenien oder die Slowakei (Abbildung 3).
Für die in diesem Sinne verbleibenden Länder mit ähnlichen Gesundheitsausgaben wie Deutschland sind in einem zweiten Schritt die Gesundheits- und Pflegesysteme zu analysieren. Um die unterschiedlichen Systemformen zu erfassen, kann auf gängige Typologien zurückgegriffen werden.


30 Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass Esping-Anderson Geld- und nicht Sachleistungen in den Fokus seiner Studie gestellt hat.
Das durch die OECD geprägte Systemverständnis wurde um die Jahrtauschendewende zunehmend ergänzt um die Dimension der „Governance“, also um den Aspekt der Akteure (Burau und Blank 2006). So charakterisiert Moran (1999, 2000) Staaten danach, wie der Zugang zu Gesundheitsgütern (governing of consumption), Leistungserbringern (governing of provision) und Technologien (Arzneimittel, Medizintechnik etc.) (Governing of technology) gesteuert wird.

Auch Wendt et al. (2009) greifen den Aspekt der „Governance“ auf, argumentieren jedoch, dass nicht so sehr der Grad der Steuerung von Bedeutung sei, sondern vielmehr die Frage, wer steuere. Die Gesundheitssysteme wären am besten durch die Dimensionen Finanzierung, Leistungserbringung und Regelung zu beschreiben und könnten dominiert sein entweder durch staatliche Organisationen, durch nichtstaatliche (Selbst-Verwaltungs-)Organisationen oder durch den Markt.31

Inwiefern diese zum Zweck von Gesundheitssystemvergleichen entwickelten Typologien geeignet sind, die Rahmenbedingungen pflegerischen Handelns zu erfassen, sollte jedoch kritisch hinterfragt werden. So erscheinen nicht alle der aufgegriffenen Dimensionen relevant für die vorliegenden Untersuchungsfragen. Insbesondere die Art der Finanzierung des Systems (durch Steuern, per Sozialversicherung oder privat finanziert) dürfte auf Qualität, Angebot und Effizienz der pflegerischen Versorgung keinen unmittelbaren Einfluss haben. Auch von der Vergütungsform (Fee-for-Service oder pauschaliert) und der Organisationsform der Leistungserbringer (private oder staatliche Träger, Managed Care Organisations) sind höchstens indirekte Effekte zu erwarten. Zudem erscheint die Klassifizierung der Rahmenbedingungen nach dem Akteur der Regulierung (Staat, Selbstverwaltung oder Markt) aufgrund der Nähe zur erklärenden Variable (Selbstverwaltung) nicht unproblematisch.


31 Dabei heben die Autoren hervor, dass die Ausprägungen unabhängig voneinander auftreten können: Eine privatwirtschaftliche Ausprägung der Finanzierung des Systems bewirke also nicht zwangsläufig die gleiche Ausprägung in einer anderen Dimension. Deshalb werden 27 Kombinationen abgeleitet, die zu diesen drei Idealtypen verdichtet werden können: staatliches Gesundheitssystem (state healthcare system), gesellschaftliches Gesundheitssystem (societal healthcare system) und privates Gesundheitssystem (private healthcare system) (siehe auch Rothgang 2009).
sie familienbasierte und servicebasierte Pflegesysteme und differenziert diese nochmals nach der Höhe der Finanzierung der Langzeitpflege gemessen am BIP.


Trotz ihrer Beschränktheit wurden für Länder, für die solche Typologien zu Gesundheits- und Pflegesystemen vorliegen, diese als Rahmenparameter verwendet und in Tabelle 3 erfasst.

4.3.2 Auswahlkriterium: Stand der Akademisierung der Pflege


Wie zu erwarten war, zeigt sich, dass es keine Länder mit geringem Akademisierungsgrad gibt, die eine Pflegekammer aufweisen. Wohl aber finden sich Staaten, die einen hohen Akademisierungsgrad aufweisen – dies sind insbesondere die skandinavischen Länder –, ohne dass eine Pflegekammer vorhanden ist.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Land</th>
<th>Gesundheits- und Pflegesystem (LTC)*</th>
<th>Rahmenbedingung A</th>
<th>Rahmenbedingung B</th>
<th>Erklärende Variable</th>
<th>Regulierungsform**</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dänemark</td>
<td>Higher professional school / Polytechnic</td>
<td>Keine Pflegekammer</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Finnland</td>
<td>Higher professional school / Polytechnic</td>
<td>Keine Pflegekammer</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Griechenland</td>
<td>Higher professional school / Polytechnic and University / University college</td>
<td>Buyer: University / University college</td>
<td></td>
<td>Pflegekammer: Federazione dei Collegi Ipasvi</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Italien</td>
<td>University / University college</td>
<td>Keine Pflegekammer</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Irland</td>
<td>University / University college</td>
<td>Keine Pflegekammer</td>
<td></td>
<td>Pflegekammer: The Irish Nursing Board</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kanada</td>
<td>University / University college</td>
<td>Keine Pflegekammer</td>
<td></td>
<td>Canadian Nurses Association</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Land</td>
<td>Gesundheits- und Pflegesystem (LTC)</td>
<td>Rahmenbedingung A</td>
<td>Rahmenbedingung B</td>
<td>Erklärende Variable</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>--------------</td>
<td>---------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>---------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>---------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>----------------------------------------------------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Neuseeland</td>
<td></td>
<td>University / University college</td>
<td>Pflegekammer: Nursing Council of New Zealand</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Norwegen</td>
<td></td>
<td>University / University college</td>
<td>Keine Pflegekammer</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Portugal</td>
<td></td>
<td>Higher professional school / Polytecnic and University / University college</td>
<td>Pflegekammer: Ordem dos Enfermeiros</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Schweiz</td>
<td></td>
<td>Nursing School and Higher professional school / Polytecnic</td>
<td>Keine Pflegekammer</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle:  
*soweit Typologien vorliegen; † Spitzer und Perrenoud 2006, Hanika und Roßbruch 2007, Robinson und Griffiths 2007;  
4.3.3 Länderauswahl


Welches wären nun also die Länder, die im Sinne des hiesigen Untersuchungskontexts ähnliche Rahmenbedingungen wie Deutschland aufweisen? Ein Sozialversicherungssystem wie auch ein universeller Anspruch auf Leistungen der Langzeitpflege findet sich so allein in Japan. Frankreich und die Niederlande weisen im Sinne der Typologien immerhin noch ähnliche Rahmenbedingungen in der Gesundheitsversorgung auf, die Langzeitpflege ist jedoch anders als in Deutschland organisiert. In allen diesen potenziellen Vergleichsländern ist die Akademisierung der Pflege zudem eher als gering einzustufen, eine Erstausbildung im universitären Bereich ist nicht die Regel.

Somit liegen also Länder mit ähnlichen Rahmenbedingungen wie Deutschland vor, jedoch weist keines dieser Länder eine Pflegekammer auf. Neben den Rahmenbedingungen wäre somit auch die erklärende Variable (Vorhandensein einer Pflegekammer = ja/nein) immer gleich. Ein explanatives Design im Sinne der vergleichenden Methode (Comparative Method; siehe oben) – mit Schlussfolgerungen aufgrund dessen, dass alle Ereignisse sich nur in einer Ausprägung unterscheiden (und alle anderen gleich sind) – ist somit in der vorliegenden Analyse nur eingeschränkt möglich.


Die ausgewählten Länder Großbritannien, Schweden und auch Deutschland werden in den folgenden Kapiteln ausführlich dargestellt. Dies umfasst eine Beschreibung der gesetzlichen Grundlagen und der institutionellen Ausgestaltungen der beruflichen Selbstverwaltung bzw. der staatlichen Regulierung. Ferner werden die Mechanismen zur Definition und zur Überwachung der
5 Die berufliche Regulierung von Pflegekräften in Großbritannien

5.1 Das Gesundheits- und Pflegesystem


Der organisatorische Rahmen in England

Der NHS England ist dem Department of Health (DH) unterstellt. Das Department of Health ist damit als zuständiges Ministerium einerseits verantwortlich für Policy-Entwicklungen in den Bereichen gesundheitliche Versorgung, Qualitätssicherung, Prävention etc. und andererseits die übergeordnete Behörde des NHS. Von 2013 an wurde die Organisation der Versorgung nun an 229 Clinical Commissioning Groups (CCGs) und 27 sogenannte Local Area Teams (LATs) übertragen.\textsuperscript{32}


Die Finanzierung des Gesundheitssystems in England

Die Finanzierung des Gesundheitssystems erfolgt in England zu 83 Prozent über öffentliche Gelder, und zwar zum überwiegenden Teil durch nationale Steuern und durch Versicherungszahlungen, den National Insurance Contributions (NICs) (Tabelle 4). Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt betrug 2011 rund 9 Prozent, sodass sich das eher unterdurch-

\textsuperscript{32} Nähere Informationen finden sich unter URL: www.nhs.uk.


Tabelle 4: Übersichtsdaten des Gesundheits- und Pflegesystems in England

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kennzahl</th>
<th>2011</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in %</td>
<td>9,07</td>
</tr>
<tr>
<td>Davon öffentlich finanziert</td>
<td>83 %*</td>
</tr>
<tr>
<td>Davon privat finanziert</td>
<td>17 %*</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahl der Betten je 100.000 Einwohner in Allgemeinkrankenhäusern (akut)</td>
<td>241</td>
</tr>
<tr>
<td>Verweildauer in Allgemeinkrankenhäusern (akut) in Tagen</td>
<td>6,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahl der praktizierenden Ärzte je 1.000 Einwohner</td>
<td>2,76</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgaben für Langzeitpflege bzw. Social-Care</td>
<td>£ 8,92 Mrd.**</td>
</tr>
<tr>
<td>Anteil Einwohner &gt;= 65 Jahre, die stationäre Langzeitpflege erhalten in</td>
<td>1,9 %***</td>
</tr>
<tr>
<td>Anteil Einwohner &gt;= 65 Jahre, die ambulante Langzeitpflege erhalten in</td>
<td>6,1 %***</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Organisation und Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens in England


Die (spezial-)fachärztliche Versorgung (durch sogenannte Consultants) ist im teilstationären Krankenhausversorgung angesiedelt. Die Zahl der Akutbetten ist auch in England kontinuierlich gesunken und liegt mit 241 je
100.000 Einwohner im EU-Mittel (Tabelle 4). Auch die Verweildauerrate ist – wie in allen europäischen Ländern – kontinuierlich gesunken und liegt mit 6,5 Tagen im Jahr 2011 über der Schwedens, aber deutlich unter der Deutschlands.

**Organisation und Versorgungsstrukturen des Pflegewesens in England**


5.2 Gesetzliche Grundlagen und institutionelle Ausgestaltung
der beruflichen Regulierung

5.2.1 Historische Entwicklung

Die Selbstverwaltung des Pflegeberufs – wie übrigens auch die des ärztlichen
Berufs – hat sich in Großbritannien innerhalb der letzten 35 Jahre stark gewan-
delt. Anders als in Deutschland findet die Diskussion um die Ausgestaltung der
Regulierung in Großbritannien auf einer breiten gesellschaftlichen Basis statt.
Durch mehrere Medienskandale um Missstände in der ärztlichen wie der pfle-
gerischen Versorgung hatte das Thema Mitte der 1990er-Jahre die politische
Agenda, aber auch das mediale Rampenlicht erreicht. Nach einer Phase der
Stärkung in den 1970er-Jahren hat der Gesetzgeber die Institutionen der Selbst-
verwaltung im Laufe der Jahre eher in verwaltungsnähe Einrichtungen umge-

Ihren Anfang nahm die Selbstverwaltung der Pflegekräfte 1920, die der Heb-
ammen bereits 1902. Damals waren nach dem Regulierungsmuster der ärztli-
chen Profession – die General Medical Councils waren bereits 1858 gegründet
worden – die ersten beruflichen Register entstanden. Sowohl für Hebammen
(Central Midwifery Boards) als auch für Pflegekräfte (General Nursing Coun-
cil) entstanden Vertretungen in England, Wales, Schottland und Irland (Döhler
1997). 1962 folgten die Health Visitors (Familiengesundheitspflegerinnen),
organisiert im Council for the Training of Health Visitors.

Ende der 1970er-Jahre wurden die insgesamt neun unterschiedlichen Selbst-
verwaltungskörperschaften in den vier Ländern Großbritanniens durch den
Nurses, Midwives and Health Visitors Act zusammengefasst zum United King-
dom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (UKCC).
Damit waren die Berufe erstmals unter einem Dach zusammengeschlossen,
wenngleich für jede der Regionen – England, Wales, Schottland und Nordirland
– jeweils Gremien mit eigenen Verantwortlichkeiten verblieben.

Der „Briggs Report“ und der Nurses, Midwives and Health Visitors Act von
1979

Die damaligen Umstrukturierungen wurden wesentlich durch einen Bericht
einer vom Premierminister berufenen Kommission beeinflusst. Diese hatte sich
mit Fragen der Ausbildung und der Bezahlung und mit den Arbeitsbedingungen
in der Pflege auseinandergesetzt und 1972 in Form eines Berichts – später nach
dem Namen der Vorsitzenden nur noch als „Briggs Report“ bezeichnet – veröf-
ffentlicht (Davies und Beach 2000).

Der Briggs-Bericht befasste sich vornehmlich mit der Reform des Bildungssys-
tems, da dieses als zentraler Ausgangspunkt einer Reihe von Problemen inner-
halt der Profession erachtet wurde. In diesem Zusammenhang – also eigentlich
mehr als Mittel zum Zweck – wurde dann auch die Reform der beruflichen
Selbstverwaltung thematisiert. Durch die Errichtung eines berufs- und länder-
übergreifenden Gremiums erhofften sich die Verfasser des Berichts eine Stär-
kung des Councils gegenüber den Krankenhäusern, die bis dahin die Ausbildung der Pflegekräfte übernommen hatten. Aus Sicht des Berichts galt es, die Rolle derjenigen, welche die Ausbildungsstandards definieren, gegenüber denjenigen, die sie dann ausführen, zu stärken. Auch wurde durch die neuen Strukturen die als notwendig erachtete Systematisierung und regionale Standardisierung der Ausbildung anvisiert (Davies und Beach 2000).

Zwischen der Veröffentlichung des Berichts und der Gründung des UKCC durch den Nurses, Midwives and Health Visitor Act aus dem Jahr 1979 vergingen jedoch noch einmal sieben Jahre, denn gegen die Zusammenführung der unterschiedlichen Kammern opponierten zum einen die Regionen und zum anderen die zahlenmäßig kleinen Berufsgruppen der Hebammen und Familien- und Gesundheitspflegerinnen (Health Visitors) (Davies und Beach 2000).


**Health Act 1999 und Gründung des Nursing and Midwifery Councils**


KAPITEL 5 – GROßBRITANNIEN

nicht medizinischen Berufen durch die Beratungsfirma J M Management Consultant zu beauftragen (Davies und Beach 2000).


34 Dies geschah auf der Grundlage des Art. 60 des Health Act 1999.
KAPITEL 5 – GROßBRITANNIEN

White Paper „Trust, Assurance and Safety“ 2006


Neben einer höheren Transparenz für die Öffentlichkeit und für die Betroffenen wurde die Verbesserung der beruflichen Rechtsprechung diskutiert. Wichtig sei

zum einen die Trennung von Untersuchung („investigation“) und Beurteilung („adjudication“), sowohl organisatorisch als auch personell. Diskutiert wurde auch, ob die Verfahren durch ein berufsübergreifendes Komitee erfolgen sollten. Dies würde die Professionalisierung der Entscheidung und eine größere Distanz der Beurteiler zur beurteilten Berufsgruppe ermöglichen. Ferner wurde angeregt, Laienmitglieder (also Fachleute ohne Pflegeausbildung und -tätigkeit) in die Verfahren einzubinden (DH 2006b).


Zwei Sonderuntersuchungen durch die Aufsicht des NMC


Command Paper

KAPITEL 5 – GROßBRITANNIEN

die neue Regierung ihr Verständnis von Selbstverwaltung (Stationery Office 2011).


Mid-Staffordshire-Foundation-Trust-Untersuchung


Der Bericht kommt zu dem Schluss, dass das NMC, auch wenn hier in den letzten Jahren eine positive Entwicklung zu sehen sei, nicht in ausreichendem Maße selbstständig Untersuchungen einleite, sondern allein auf Beschwerden reagiere. Da z. B. keine Beschwerden aus den betroffenen Krankenhäusern in Staffordshire vorgelegen hätten, habe das NMC – trotz bereits verbreiteter
Medienberichte über die dortigen Zustände – keine Initiative ergriffen (Mid Staffordshire Foundation Trust Public Inquiry 2013).


Zudem sei der Bevölkerung nicht ausreichend bekannt, dass Beschwerden über Ärzte und Pflegekräfte an die jeweiligen Berufskörperschaften gerichtet werden können (Mid Staffordshire Foundation Trust Public Inquiry 2013).

Der Gesundheitsausschuss kommt in seinen Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen zum „Mid Staffordshire Foundation Trust“-Skandal zu einer weitaus ernüchternden Einschätzung der Errungenschaften beruflicher Regulierung:

„The idea of compulsory, statutory regulation can seem an attractive means of ensuring patient safety, yet Robert Francis' report demonstrates that regulation does not prevent poor care. Regulation is no substitute for a culture of compassion, safe delegation and effective supervision. Putting people on a centrally held register does not guarantee public protection. Rather it is about employers, commissioners and providers ensuring they have the right processes in place to ensure they have the right staff with the right skills to deliver the right care in the right way to patients“ (House of Commons Health Committee 2013, S. 54).


5.2.2 Organisationsstrukturen, Aufsicht und Finanzierung

Die verpflichtende berufliche Selbstregulierung von Pflegekräften in ihrer heutigen Form beruht, wie dargestellt, maßgeblich auf der Nursing and Midwifery Order aus dem Jahr 2001. Das dort definierte Nursing and Midwifery Council (NMC) hat die Rechtsform einer gemeinnützigen Körperschaft. Zentra-
le Aufgabe des NMC ist es, Standards für die Ausbildung und die Berufsausübung zu definieren und hierdurch die Gesundheit und das Wohlergehen derjenigen Personen zu schützen, die Dienstleistungen von in der Körperschaft erfassten Personen in Anspruch nehmen (Nursing and Midwifery Order 2001 Art. 2).

Die Aufsicht des NMC obliegt seit dem NHS Reform and Health Care Professions Act 2002 Professional Standards Authority for Health and Social Care (vormals das Council of Healthcare Regulatory Excellence (CHRE)). Die Professional Standards Authority ist die Aufsicht aller neun beruflichen Selbstverwaltungskörperschaften, welche sie auditiert und berät. Ferner überwacht die Charity Commission die Gemeinnützigkeit des NMC.

Der Vorstand des Nursing and Midwifery Council setzt sich heute aus 6 Repräsentanten der Pflegeprofession und 6 Laienmitgliedern zusammen. Alle Mitglieder sowie der Vorsitzende werden durch das Privy Council ernannt, die Amtsperioden werden individuell bei der Benennung festgelegt, dürfen aber 8 Jahre (innerhalb von 20 Jahren) nicht überschreiten. Die Vorstandsmitglieder des NMC benennen einen Geschäftsführer, den sogenannten Chief Registrar. Zudem bestehen mehrere Ausschüsse, wobei der Hebammenausschuss als auch die drei berufsrechtlichen Arbeitsausschüsse (Practice Committees) durch die Nursing and Midwifery Order vorgegeben sind (Nursing and Midwifery Council (Constitution) (Amendment) Order 2012; NMC 2012b).


5.3 Aufgaben und Funktionen der beruflichen Regulierung

5.3.1 Berufsordnung und Überwachung der Berufspflichten


Die vier Grundprinzipien sind zudem mit konkreteren Handlungsanweisungen hinterlegt. Das erste Prinzip fordert einen höflichen und respektvollen Umgang mit den zu Pflegenden, betont die Pflicht zur Verschwiegenheit und erteilt diskriminierendem Handeln eine Absage. Ferner ist darin die Verpflichtung verankert, nicht über sein Können und seine Fähigkeiten hinaus tätig zu werden. Das zweite Prinzip formuliert die Verpflichtung, mit anderen Personen, die an der Versorgung des Betroffenen beteiligt sind, kollegial zusammenzuarbeiten, Informationen auszutauschen und Tätigkeiten angemessen zu delegieren. Im dritten Prinzip ist die Verpflichtung verankert, die Pflege stets evidenzbasiert auszurichten, sein Wissen hierüber aktuell zu halten und alle Tätigkeiten angemessen zu dokumentieren. Das vierte Prinzip betont die Bedeutung der persönlichen Integrität und die Verantwortung, durch sein eigenes Handeln dem Ansehen der Profession nicht zu schaden (NMC 2008a).


Das NMC ist verantwortlich dafür, die Einhaltung dieses Berufsstandards und dieses Berufsethos zu überwachen. Die *Nursing and Midwifery Order* verpflichtet das NMC, sicherstellen, dass die Bürger vor Mitgliedern geschützt werden, die diesen Ansprüchen nicht genügen (Art. 21). Dieser Schutz ist heute wie folgt ausgestaltet:

Im Zeitraum von März 2011 bis März 2012 erfolgten ca. 4.400 solcher Anzeigen, betroffen sind davon 0,6 Prozent aller registrierten Pflegekräfte und Hebammen (Abbildung 5). Die Zahl der Anzeigen ist jedoch seit 2009 stark angestiegen, zuvor lag sie lange Zeit bei deutlich unter 2.000 Fällen pro Jahr (bei annähernd gleicher Zahl an registrierten Kräften) (Abbildung 5).

Abbildung 5: Berufsrechtliche Untersuchungen nach Beschwerdeführern


Quelle: eigene Darstellung nach NMC Fitness to practise annual report (www.nmc-uk.org)
Bei einer Beschwerde an das NMC erfolgt zuerst eine Eingangsuntersuchung des Vorfalls durch das Screening-Team. Hier wird geprüft, ob die Vorwürfe schwerwiegend genug sind, um den Fall weiterzuverfolgen, ansonsten wird dieser geschlossen. Jedoch wird in der Regel der Arbeitgeber kontaktiert, wenn die Beschwerde nicht ohnehin durch diesen erfolgte. Wird in dieser Phase deutlich, dass aufgrund der Schwere der Vorwürfe ein schnelles Handeln notwendig ist, wird der Fall an das Practice Committee überwiesen, das innerhalb von 28 Tagen eine einstweilige Verfügung (“Interim Order”) aussprechen soll. 2011/12 wurden rund 900 solcher „Interim Orders“ erlassen (NMC 2012a). In den übrigen Fällen wird der Betreffende über die Anschuldigungen und die Untersuchung informiert und der Fall im Investigation Committee angehört (Abbildung 7).


---

5.3.2 Berufsregister

5.3.2.1 Zulassung zum Berufsregister


Um in das Register aufgenommen zu werden, muss der Antragsteller zum einen

- den durch das NMC definierten Leistungsstandard einer sicheren und effizienten Berufspraxis ("Standards of Proficiency for safe and effective practice") nachweisen und zum anderen
- einen guten Charakter ("good character") und eine gute Gesundheit ("good health") (Nursing and Midwifery Order Art. 5(2) sowie 9).


Die in Großbritannien ausgebildeten Pflegekräfte erfüllen die Anforderungen für die Aufnahme in den jeweiligen Teil des Registers, wenn sie die Ausbildung bei einer durch das NMC akkreditierten Ausbildungsstätte erfolgreich abge-

40 Für die bis Ende der 1980er-Jahre ausgebildeten Enrolled Nurses findet sich eine ähnliche, wenn auch historisch bedingt leicht anders geartete Gliederung.
schlossen haben (die Verfahren für die Anerkennung von nicht in Großbritannien ausgebildeten Pflegekräften werden anschließend in Abschnitt 5.3.2.4 dargestellt).

Das NMC ist dafür zuständig, das Register zu pflegen und öffentlich zugänglich zu machen (Nursing and Midwifery Order 2001, Art. 8). Arbeitgeber wie auch die Öffentlichkeit können direkt auf der Internetseite des NMC nach Personennamen suchen und sich anzeigen lassen, ob diese eine registrierte Pflegekraft ist und welche Qualifikation sie aufweist. Für Arbeitgeber gibt es auf dieser Seite zudem noch weitergehende Recherchefunktionen.

5.3.2.2 Rezertifizierung

Um als Registered Nurse praktizieren zu können, muss die Registrierung alle drei Jahre erneuert werden. Hierfür bedarf es des Nachweises von a) 35 Stunden sogenannter Post Registration Education and Practice (PREP) und b) mindestens 450 Stunden Tätigkeit als Registered Nurse in den letzten drei Jahren (NMC 2011).

Die Fortbildung kann dabei durch die Pflegekräfte selbst gestaltet werden, es bedarf also keiner formalen Anerkennung der gewählten „Fortbildungspunkte“. Zwar gibt es eine Vielzahl von Angeboten von Berufsverbänden, Fachzeit- schriften oder Bildungsdienstleistern, akkreditiert sind diese beim NMC aber nicht, und letztlich kann die Pflegekraft ihre Fortbildung auch im Eigenstudium durchführen. Die Fortbildungsaktivitäten („Continuing Professional Development“ (CPD)) sollen jedoch einen Bezug zum konkreten Arbeitsumfeld der Pflegekraft haben und sind im sogenannten PREP-Handbuch zu dokumentieren. Das Erlernte soll reflektiert und die Wirkungen auf die eigene Arbeit sollen dokumentiert werden (NMC 2011). Für Pflegekräfte, die den Nachweis nicht erbringen können (etwa dann, wenn die praktische Tätigkeit fehlt), werden durch das NMC anerkannte Wiedereinstiegskurse angeboten.

Seit dem Jahr 2001 sollte der Nachweis der Fortbildung eigentlich verbindlicher gestaltet werden. Die NMC (damals UKCC) kündigte an, zukünftig bei 10 Prozent der Reregistrierungen die PREP-Handbücher zu auditieren. Die angestrebte Rate wurde aber nie erreicht, und eine Anhörung im Commons Health Committee kommt zu dem Schluss, dass der heutige Standard der Reregistrierung völlig inadäquat sei („wholly inadequate“) und keinen Nutzen für die Beurteilung habe, ob die Pflegekraft die formulierten Standards erfüllt (House of Commons Health Committee 2011).

Im Kontext der Shipman-Inquiry wurde die Rezertifizierung als zentrales Instrument zum Schutz der Öffentlichkeit empfohlen (DH 2006b), anderseits aber lediglich für die ärztliche Profession verbindlich eingeführt. Für die nicht medizinischen Berufe wird die Bedeutung der Rezertifizierung zwar anerkannt und den Regulierungskörperschaften die Evaluation ihrer bisherigen diesbezüglichen Ansätze empfohlen, deutlich in den Fokus rückt aber zunehmend auch das Kosten-Nutzen-Verhältnis solcher Bemühungen (DH 2006b).

5.3.2.3 Zahl der registrierten und erwerbstätigen Pflegekräfte

*Das Berufsregister in Zahlen*

Abbildung 8: Zahl der registrierten Pflegekräfte und Hebammen in Großbritannien (1993-2012)


Weitere Detailinformationen über die Berufsgruppe stehen leider nur bis 2008 zur Verfügung, da das NMC die Statistik des Berufsrегистers nur bis dahin ausweist. So hat sich z. B. die Altersstruktur der Berufsgruppe erheblich gewandelt. War 1996 noch deutlich mehr als jede zweite Pflegekraft (56 Prozent) unter vierzig Jahre alt, traf dies 2008 nur noch auf jede dritte (34 Prozent) zu (Abbildung 9).


Die größte Gruppe der registrierten Kräfte stellt hierbei mit einer Zahl von 600.000 Personen die Erwachsenenpflege, gefolgt von der psychiatrischen Pflege mit 100.000 Registrierten (Tabelle 5). Bei Hebammen und Specialist community public health nurses (dies sind Pflegekräfte, die in der Primärversorgung tätig sind, etwa als „Gemeindeschwester“ oder Familiengesundheitspflegerinnen) finden sich jeweils etwas mehr als 30.000 registrierte Personen. Die Gesamtzahl der registrierten Qualifizierten von rund 860.000 (Tabelle 5) übersteigt damit deutlich die Zahl der Pflegekräfte, die sich im Register befinden – dies sind lediglich 677.000 (Abbildung 3). Dies beutet, dass rund ein Viertel der registrierten Pflegekräfte bzw. Hebammen mehr als einen Eintrag besitzen, also über mehrere Qualifikationen verfügen.

Quelle: eigene Darstellung nach der NMC Statistical analysis of the register [www.nmc-uk.org] [Angaben liegen nur bis 2008 vor]
Tabelle 5: Pflegekräfte und Hebammen nach der Gliederung des Berufsregisters in Großbritannien (März 2007*)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Teil des Registers</th>
<th>Anzahl registrierter Personen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Teil 1 – Pflegekräfte (Nursing)</td>
<td>791.031</td>
</tr>
<tr>
<td>Erwachsenenpflege/allgemeine Pflege (Adult)</td>
<td>608.008</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychiatrische Pflege (Mental Health)</td>
<td>100.050</td>
</tr>
<tr>
<td>Kinderkrankenpflege (Children)</td>
<td>41.098</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflege von Menschen mit Behinderung (Learning Disabilities)</td>
<td>24.013</td>
</tr>
<tr>
<td>Frühere „Enrolled-Nurse-Qualifikation“ zur Erwachsenenpflege/allgemeinen Pflege</td>
<td>17.608</td>
</tr>
<tr>
<td>Frühere „Enrolled-Nurse-Qualifikation“ zur Infektionspflege (Fever)</td>
<td>254</td>
</tr>
<tr>
<td>Teil 2 – Hebammen (Midwifery)</td>
<td>35.177</td>
</tr>
<tr>
<td>Teil 3 – Pflegekräfte in der Primärversorgung (Specialist community public health nursing)</td>
<td>31.212</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>857.420*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: eigene Darstellung nach der NMC Statistical analysis of the register (www.nmc-uk.org) *Angaben liegen für spätere Jahre nicht vor

KAPITEL 5 – GROßBRITANIEN


Quelle: eigene Darstellung nach NMC Statistical analysis of the register (www.nmc-uk.org) *Angaben liegen für spätere Jahre nicht vor

Zahl der erwerbstätigen Pflegekräfte


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>England</td>
<td>314.879</td>
<td>348.693</td>
<td>346.410</td>
<td>110 %</td>
<td>99 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Schottland</td>
<td>-</td>
<td>47.979</td>
<td>47.532</td>
<td>99 %</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wales</td>
<td>25.821</td>
<td>25.344</td>
<td>25.344</td>
<td>98 %</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordirland</td>
<td>14.137</td>
<td>16.016</td>
<td>16.241</td>
<td>115 %</td>
<td>101 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>-</td>
<td>438.032</td>
<td>435.527</td>
<td>99 %</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


Die Zahl der Hilfskräfte hingegen war im gleichen Zeitraum um 3 Prozent gesunken, von 135.063 auf 130.518. Hilfskräfte unterliegen in England (und auch in den übrigen Landesteilen) keiner Regulierung, d. h., die Berufsbezeichnungen sind nicht geschützt. Etabliert haben sich die Bezeichnungen Nursing assistant practitioner, Nursing assistant, Nursing auxiliary, Healthcare assistant und Support worker. Auch die Ausbildung der Hilfskräfte ist nicht standardisiert, sie kann sich auf ein „Training on the Job“ beschränken, es gibt aber auch qualifizierende Kurse an Fach(hoch)schulen.41 Dass auch Hilfskräfte

reguliert werden sollen, steht immer wieder zur Diskussion, zuletzt im Zuge der „Mid Staffordshire Foundation Trust“-Untersuchung. Die Regierung setzt für die Zukunft aber auf die Standardisierung der Ausbildung und auf die Akkreditierung dieser durch Health Education England, einer staatlichen NHS-Behörde, verantwortlich u. a. für die Personalentwicklung innerhalb des NHS und für die Weiterentwicklung von Systemen zur freiwilligen Registrierung (House of Commons Health Committee 2013).


![Graphik mit Daten von 2002 bis 2012 für Pflegekräfte, Hilfskräfte und Ärzte in England](image)

**Quelle: The NHS Information Center 2012 und Office for National Statistics 2012**


### Tabelle 7: Kennziffern zur Zahl der Pflegekräfte, Hilfskräfte und Ärzte (Vollzeitäquivalente: VZÄ) in England (2002-2012)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>2002</th>
<th>2012</th>
<th>% 2002-2012</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>VZÄ Ärzte</td>
<td>97.415</td>
<td>136.770</td>
<td>40 %</td>
</tr>
<tr>
<td>je 1.000 Einwohner</td>
<td>1.96</td>
<td>2.56</td>
<td>30 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegekräfte (3-jährige Ausb.) und Hebammen je 1.000 Einwohner</td>
<td>314.879 (6,3)</td>
<td>346.410 (6,5)</td>
<td>7 % (2 %)</td>
</tr>
<tr>
<td>VZÄ Pflegekräfte (3-jährige Ausb.) und Hebammen je 1.000 Einwohner</td>
<td>268.214 (5,4)</td>
<td>305.060 (5,7)</td>
<td>14 % (6 %)</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahl der Pflegekräfte (3-jährige Ausb.) und Hebammen je Arzt</td>
<td>2,75</td>
<td>2,23</td>
<td>-19 %</td>
</tr>
<tr>
<td>VZÄ Hilfskräfte (Nursing assistant practitioner + Nursing assistant/auxiliary + Healthcare assistant + Support worker)</td>
<td>135.063</td>
<td>130.518</td>
<td>-3 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Hilfskräfte je 1.000 Einwohner</td>
<td>2,72</td>
<td>2,44</td>
<td>-10 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Hilfskräfte je Pflegekraft mit 3-jähriger Ausbildung</td>
<td>0,50</td>
<td>0,43</td>
<td>-15 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Quelle: The NHS Information Center 2012 und Office for National Statistics 2012

#### 5.3.2.4 Zulassung ausländischer Pflegekräfte

Pflegefachkräfte, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind und in Ländern der Europäischen Union (EU), des sonstigen Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) oder der Schweiz ausgebildet wurden, wird ihre Qualifikation aufgrund der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie (2005/36/EG) automatisch anerkannt. In der Richtlinie sind in Artikel 31 Mindestanforderungen für die Ausbildung in der allgemeinen Pflege vorgegeben, die teilnehmenden Staaten müssen die Umsetzung der Vorgabe in ihren jeweiligen Ausbildungsgesetzen und Berufsordnungen gewährleisten. Vorgegeben sind z. B.

- Zugangsvoraussetzung (eine zehnjährige allgemeine Schulausbildung für den Besuch von Berufsschulen/Berufsausbildungsgängen oder eine zwölffjährige allgemeine Schulausbildung für den Besuch von Universitäten oder anderen Hochschuleinrichtungen),
- der Ausbildungsumfang (4.600 Stunden theoretische und klinisch-praktische Ausbildung, wobei die Dauer der theoretischen Ausbildung mindestens ein Drittel und die der klinisch-praktischen Ausbildung mindestens die Hälfte der Mindestausbildungsdauer betragen muss),
- das Fächerprogramm der Ausbildung und die zu erwerbenden Kenntnisse und Fähigkeiten.

---

In der Richtlinie sind in Anlage 5.2.2 alle Ausbildungsabschlüsse aufgeführt, die zur automatischen Anerkennung der Berufsbezeichnung führen. Erfüllt der Bewerber diese nicht, so gibt die Richtlinie vor, in welcher Art und Weise die Gleichwertigkeit der Ausbildung zu prüfen ist.


43 2007 wurden die Anforderungen von 6.5 auf 7.0 angehoben.

Abbildung 12: Anteil ausländischer Pflegekräfte an allen neu registrierten Pflegekräften


working in neonatal intensive care units) ist (Stand April 2015) ein Mangel deklariert.\textsuperscript{44}


\textit{Abbildung 13: Pflegekräfte nach Herkunftsland (nicht EWR)}

\begin{center}
\includegraphics[width=\textwidth]{ABB13.png}
\end{center}

\textit{Quelle: eigene Darstellung nach NMC Statistical analysis of the register (www.nmc-uk.org)}


\begin{tabular}{l}
\textsuperscript{44} URL: „Tier 2 Shortage Occupation List Government-approved version valid from 6 April 2015“
\end{tabular}

\begin{tabular}{l}
\end{tabular}

\begin{tabular}{l}
\textsuperscript{45} URL: http://www.nhsemployers.org/your-workforce/recruit/employer-led-recruitment/international-recruitment/uk-code-of-practice-for-international-recruitment [Stand 12.08.2015].
\end{tabular}

5.3.3 Aus- und Weiterbildung

Eine weitere zentrale Funktion des NMC ist die Definition der Ausbildungsstandards (Standards of Proficiency), der für die Tätigkeit als Pflegekraft in den jeweiligen Teilen des Registers vorausgesetzt wird (Nursing and Midwifery Order Art. 5 (2a)). Hierbei hat das NMC lediglich die EU-Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen zu berücksichtigen, darüber hinaus erfolgen durch den britischen Gesetzgeber keine weiteren Vorgaben.

5.3.3.1 Historische Entwicklung der Ausbildung und Akademisierung der Pflege

Vor der Gründung des UKCC war die Ausbildung zur Pflege in Großbritannien an (häufig recht kleinen) Pflegeschulen organisiert, welche direkt an ein Krankenhaus angeschlossen waren. Der Unterricht erfolgte überwiegend durch Ärzte, das Curriculum war medizinisch dominiert, das Lernen praxisbezogen. Die Auszubildenden waren Teil der Belegschaft. Die Ausbildungsstandards waren durch die General Nursing Council der vier Länder in Form von ausführlichen Lehrplänen wie auch detaillierten Anforderungen für die theoretische und die praktische Prüfung vorgegeben (Humphreys 2000, Bradshaw und Merriman 2007).


Project 2000 - A New Preparation for Practice

Der Bericht beginnt mit einer Problemanalyse und hebt u. a. Nachwuchsprobleme und hohe Abbruchquoten in der damaligen Ausbildung hervor. Erstere werden begründet mit der Frustration innerhalb der Berufsgruppe und dem Eindruck, dass diese nicht auf Augenhöhe mit anderen Gesundheitsberufen agiere und deshalb nicht mit ihrem vollen Potenzial an der Versorgung teilnehmen würde. Die hohen Abbruchquoten werden zurückgeführt auf Inkonsistenzen zwischen Lerninhalten auf der einen und Theorie und Praxis auf der anderen Seite, aber auch auf die Tatsache, dass die Auszubildenden häufig lediglich

Hierauf aufbauend wurde ein radikaler Umbruch des Systems in Form von 25 Empfehlungen skizziert. Das sogenannte Project 2000 umfasst insbesondere:

- Die Umstellung auf eine einheitliche dreijährige Ausbildung für alle registrierten Pflegekräfte, d. h. die Abschaffung der zweijährigen Ausbildung zur „Enrolled Nurse“.
- Zudem sollte die Ausbildung von den Krankenhäusern losgelöst und möglichst in Fachhochschulen und Universitäten verankert werden. Angestrebt wurde jedoch kein vollwertiger Graduiertenstatus, sondern ein Abschluss, der ungefähr einer zweijährigen Ausbildung auf (Fach-)Hochschulniveau entspricht.
- Stattdessen sollten die vormals durch die Auszubildenden übernommenen Tätigkeiten vermehrt durch vom Arbeitgeber geschulte Hilfskräfte übernommen werden (UKCC 1986).

Die Empfehlungen wurden anschließend im Rahmen einer durch die UKCC durchgeführten Anhörung mit den Pflegekräften und Hebammen, der Öffentlichkeit, Key-Stakeholdern und Vertretern der Regierung diskutiert. Obwohl es viel Zustimmung zu den Vorschlägen gab, wurde insbesondere die neue Arbeitsteilung (also die geplante Abschaffung des Status der Enrolled Nurse und die Empfehlung, vermehrt Hilfskräfte einzusetzen) sowie die Kosten der vorgeschlagenen Reform kritisiert. Eine Studie von Price Waterhouse hatte aufgezeigt, dass auch unter der Annahme verringriger Abbruchquoten die Kosten der akademisierten Ausbildung insbesondere wegen der Abschaffung des Status der


„Fitness to Practice“ – The UKCC Commission for Nursing and Midwifery Education


**Auf dem Weg zum Bachelorabschluss**


---

46 European Credit Transfer and Accumulation.
KAPITEL 5 – GROßBRITANIEN

dem Bachelor erreicht, also bei Niveau 6 des EQF bzw. bei 180 ECTS-Punkten (Longley et al. 2007).

Im Nachgang der Studie wurden 5.000 zufällig ausgewählte registrierte Pflegekräfte schriftlich befragt. Zudem wurden weitere Key-Stakeholder und normale Bürger mithilfe einer auf der NMC-Webseite geschalteten Onlinebefragung konsultiert sowie 9 Fokusgruppen mit insgesamt 150 Teilnehmer befragt (alpha research 2008, FokusGroup UK 2008).


Auf der Grundlage der Anhörung beschloss das NMC folgende Prinzipien für die Weiterentwicklung der pflegerischen Erstausbildung:

- Anhebung des akademischen Niveaus auf einen Bachelor-Degree (180 ECTS) unter Beachtung der EU-Vorgaben bezüglich der Anteile von Theorie und Praxis sowie eines Ausbildungsumfangs von mindestens 4.600 Stunden;
- Erstregistrierung nur bei Erreichen dieses Ausbildungsgrads, jedoch eine Verbesserung der Anerkennung oder zumindest eine Dokumentation

47 Im englischen Sprachgebrauch bedeutet Degree (kurz für Bachelor-Degree) dasselbe wie der kontinentalen Titel Bachelor.
48 URL: http://www.nmc-uk.org/Get-involved/Consultations/Past-consultations/By-year/Pre-registration-nursing-education-Phase-1-/Confirmed-principles-to-support-a-new-framework-for-pre-registration-nursing-education/ [Stand 03.05.2013].
von bislang erreichten Ausbildungsinhalten und Fähigkeiten bei Abbruch bzw. Unterbrechung des Studiums;

- Ausweitung von fächerübergreifenden Lernkomponenten und Flexibilisierung der Grenzen zwischen den Spezialisierungen (Branches) sowie Ausweitung der Praxiserfahrung in ambulanten und präventiven Versorgungssettings;
- Vereinfachung des Zugangs zum Studium bei genügender praktischer Erfahrung (entsprechend dem Standard Accreditation of Prior and Experiential Learning (APEL));
- verpflichtende Einführung einer Praxisanleitungsphase für neu registrierte Kräfte, deren Konzept jedoch noch auszuarbeiten ist.


5.3.3.2 Zugangs- und Ausbildungsstandards der Erstausbildung

Ab 2013 führen nur noch Ausbildungsgänge auf Bachelor-Niveau, also mit einem Niveau von 180 ECTS (und damit einem EQR-Niveau von 6), zur Zulassung beim NMC (NMC 2010). Die Dauer der Bachelorstudiengänge ist auch nach Anhebung der Anzahl der ETC-Punkte von 120 auf 180 bei drei Jahren geblieben. Die Zugangsvoraussetzungen zur Pflegeausbildung sind damit sowohl indirekt durch deren Verortung auf (Fach-)Hochschulniveau als auch explizit durch die Nursing and Midwifery Order reguliert. Ersteres bewirkt, dass generell eine 12-jährige Schulbildung auf A-Level-Niveau (vergleichbar mit unserem (Fach-)Hochschulabschluss vorausgesetzt wird. Letzteres überträgt die Definition von Ausbildungsinhalten wie auch der Zugangsvoraussetzungen an das NMC. Das NMC hat diese in Form von Standards for pre-registration nursing education ausformuliert (NMC 2010).

Hinsichtlich des Auswahlprozesses von Studenten wird den Ausbildungseinrichtungen eine Vielzahl an Vorgaben gemacht. Diese umfassen u. a. einen fairen, transparenten und professionellen Auswahlprozess sowie die Überprüfung der charakterlichen und der gesundheitlichen Eignung für die Ausübung des Berufs („good health and good character“). Ferner ist die Überprüfung hinreichender Englischkenntnisse und mathematischer Fähigkeiten vorgeschrieben. Zudem sind die Hochschuleinrichtungen verpflichtet, bei der Zulas-

49 URL: http://www.nmc-uk.org/Get-involved/Consultations/Past-consultations/By-year/Review-of-pre-registration-nursing-education/[Stand 03.05.2013].

50 Eine gute Übersicht zu den in Großbritannien angebotenen Studiengängen bietet die Internetseite der zentralen Studienplatzvergabe UCAS (http://www.ucas.com/).


5.3.3.3 Regulierung der Weiterbildung und Schutz der „Advanced Practice“

Anders als zum Beispiel in den USA ist Advanced Practice Nursing in Großbritannien bis heute keine geschützte Berufsbezeichnung. Das bedeutet, dass Pflegekräfte oder Arbeitgeber diesen Begriff in ihrem Ermessen verwenden dürfen. Eine Ausnahme stellt die Erlaubnis zur Verordnung von Arzneimitteln dar, auf die im Folgenden gesondert eingegangen werden wird.


Dies sind die Voraussetzungen, um eine der Qualifikationen zu erlangen:
- Registrierung als Pflegekraft,
- ausreichende Berufserfahrung als registrierte Kraft,
- Nachweis erweiterter Qualifikationen.

Hinzu kommt der Abschluss eines (Fach-)Hochschulstudiums (Degree-Level) mit einer Mindestdauer von zwei Semestern (d. h. mindestens 32 Wochen),

---


Ein *Protection of Function* ist mit diesen Titeln jedoch nicht verbunden, das heißt, die Ausübung von Tätigkeiten, die üblicherweise eine *Specialist Community Nurse* ausführt, sind nicht nur allein diesen erlaubt. Die Registrierung der Qualifikation ist somit letztlich freiwillig.

**Advanced Nursing Practice**


KAPITEL 5 – GROßBRITANNIEN

gen für diese Arbeitsplätze finden sich jedoch nicht, was zunehmend zu Kritik führte (Daly und Carnwell 2003, Ball 2005a, Hinchliff und Rogers 2008).

Ab dem Jahr 2004 vertrat dann auch das NMC die Ansicht, dass die von Pflegekräften übernommenen Funktionen immer weiter zunehmen, und kam zu dem Schluss, dass deshalb zum Schutz von Öffentlichkeit und Patienten eine Überarbeitung der Anforderungen und eine Registrierung der erworbenen Kompetenzen nötig sei (Ball 2005b, NMC 2005). Vor diesem Hintergrund hörte das NMC im Rahmen einer nicht repräsentativen Befragung rund 2.000 Pflegekräfte (vornehmlich solche, die in solchen fortgeschrittenen Arbeitsfeldern tätig waren) sowie Vertreter von 11 Key-Stakeholder-Organisationen (wie dem Ministerium, dem RCN und der Gewerkschaft Unison) an. Im Kern stand die Frage, ob Advanced Nursing Practice (ANP) einer Definition und einer Regulierung durch das NMC bedürfe.


Zu einer anderen Bewertung kommt jedoch ungefähr zur gleichen Zeit die Aufsichtsbehörde CHRE. In einem vom Department of Health beauftragten Sondergutachten kommt das CHRE zu dem Schluss, dass eine verpflichtende


*Nurse Priscribing*

Damit ist *Advanced Nursing Practice* auch heute nicht durch das NMC reguliert. Eine Ausnahme stellt das Verordnen von Arzneien dar, das heute einer Reihe von Medizinalfachberufen, wie Apothekern, Physiotherapeuten und eben auch Pflegekräften, erlaubt ist. Für Pflegekräfte ist dies jedoch nur möglich, wenn sie einen durch das NMC akkreditierten Kurs durchlaufen haben und im Register entsprechend geführt sind.


KAPITEL 5 – GROSSBRITANNIEN


Damit erwerben seit 2006 alle Pflegekräfte die Qualifikation zum Supplementary wie zum Independent Prescribing in ein und demselben Kurs. Es gibt heute zwei Fachqualifikationen, die zur Verordnung von Arzneimitteln befähigen: nämlich die zur Specialist Practice Qualification community practitioner nurse, welche die Verordnung auf die „alte“ Community Practitioner Formulary beschränkt, und zum anderen die zum independent/supplementary nurse prescriber.

Für beide Kurse wird neben einer Registrierung eine dreijährige Berufserfahrung verlangt, eine Empfehlung des Arbeitgebers, die Zusage eines medizinischen Supervisors sowie der Nachweis über die Fähigkeit, auf dem akademischen Niveau eines Bachelor-Degrees zu studieren (NMC 2006b). Die Fortbildung soll 26 Tage Theorie und 12 Tage supervisierte Praxisumsetzungen beinhalten. Ferner wurden 21 Practice Standards festgelegt (sozusagen als Appendix für den Berufskodex), welche die qualifizierten Pflegekräfte im Rahmen ihrer Tätigkeit einhalten müssen (NMC 2006b).

2008 hatten rund 50.000 Pflegekräfte – dies sind rund 7 Prozent aller registrierten Kräfte – eine beim NMC eingetragene Qualifikation, die sie zum Verordnen berechtigt. Seit 2005 ist die Zahl der Pflegekräfte mit Verordnungserlaubnis damit um 30 Prozent gestiegen (Tabelle 8). Jedoch ist das Volumen der tatsäch-
lichen Verordnung eher gering – 2006 wurden nur 0,8 Prozent aller Verordnungen (items) durch Pflegekräfte ausgestellt (Cooper et al. 2008).

### Tabelle 8: Pflegekräfte mit der Erlaubnis zur Verordnung von Arzneimitteln

<table>
<thead>
<tr>
<th>Prescribing Qualification</th>
<th>2005</th>
<th>2006</th>
<th>2007</th>
<th>2008*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Community Practitioner Nurse Prescriber</td>
<td>31.914</td>
<td>33.069</td>
<td>34.000</td>
<td>33.843</td>
</tr>
<tr>
<td>Nurse Independent / Supplementary Prescriber</td>
<td>4.151</td>
<td>7.181</td>
<td>10.750</td>
<td>13.965</td>
</tr>
<tr>
<td>Nurse Independent Prescriber</td>
<td>1.618</td>
<td>1.653</td>
<td>1.648</td>
<td>1.620</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>37.683</td>
<td>41.903</td>
<td>46.398</td>
<td>49.428</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Quelle: eigene Darstellung nach der NMC Statistical analysis of the register (www.nmc-uk.org) *Angaben liegen für spätere Jahre nicht vor

5.3.3.4 Akkreditierung von Ausbildungsstätten und Zahl der Ausbildungsplätze

Ausbildungsstätten bedürfen der Zulassung durch das NMC (*Nursing and Midwifery Order Art. 6 (6)*). Das NMC kann zudem Visitationen bei den Ausbildungsstätten durchführen, um die Einhaltung der Standards zu kontrollieren. In der Konsequenz können Mängel auf diesem Gebiet oder ein anderer Tatbestand, der dies rechtfertigt, auch zu einer Rücknahme der Zulassung führen (*Nursing and Midwifery Order Art 18*).


Im Jahr 2013 wurden in Großbritannien insgesamt 25.000 erstqualifizierende Studienplätze (Undergraduate) vergeben. Aus der Statistik der zentralen Stu-
dienplatzvergabe (UCAS) wird deutlich, dass die Nachfrage nach Ausbildungs- und Studienplätzen dabei kontinuierlich deutlich über dem Angebot liegt. Im Jahr 2013 hatten nur 42 Prozent der rund 60.000 Bewerber eine Zusage erhalten (Abbildung 14). Dies sind nur 5,7 Prozent der rund 435.000 erwerbstätigen Pflegekräfte in Großbritannien und nur 3,9 Prozent der rund 670.000 registrierten Kräfte. Abbildung 14 macht ebenso deutlich, dass die Nachfrage nach Studienplätzen auch nach der Umstellung aller Kurse auf das Bachelorniveau nicht nachgelassen hat.


**Quelle: UCAS-Annual data files (Subject line Nursing B7)**


In den letzten Jahren gab es somit rund 20.000 Graduierte, die erstmals zum Register zugelassen wurden. Bezogen auf die rund 435.000 erwerbstätigen Pflegekräfte in Großbritannien sind dies 4,5 Neuregistrierte pro 100 Erwerbstätige; bezogen auf die rund 670.000 registrierten Kräfte rund 2,9 pro 100 Neuregistrierte.

Abbildung 15: Zahl der in Großbritannien qualifizierten Neuzugänge zum Berufsregister 1993-2013

Quelle: eigene Darstellung nach der NMC Statistical Analysis of the Register und RCN 2013

5.3.4 Interessenvertretung und Mitwirkung an der (unter-)gesetzlichen Normgebung

Die Nursing and Midwifery Order legt fest, in welchem Rahmen das NMC eine legislative Interessenvertretung ausüben kann bzw. soll. Diese darf allein dem Ziel dienen, durch die Regulierung der Berufsgruppe die Öffentlichkeit zu schützen (Art. 3(4)). Um dies sicherzustellen, soll das NMC mit relevanten öffentlichen Körperschaften bzw. Institutionen aus dem Umfeld der Leistungserbringer, der Arbeitgeber, des Bildungswesens sowie anderen Berufskammern und Regulierungsbehörden im Gesundheitswesen zusammenarbeiten (Art. 3(5b)).

Auf dieser Grundlage hat das NMC eine Professional Strategic Advisory Group und eine Patient and Public Advisory Group gebildet. Zum anderen wurden Ziel und Form der Zusammenarbeit mit einigen Institutionen in sogenannten


54 URL: http://www.nmc.org.uk/about-us/who-we-work-with/ oder auch die NMC-Jahresberichte unter:
   URL: http://www.nmc.org.uk/about-us/reports-and-accounts/ [Stand 12.08.2015].
55 URL: http://www.nmc.org.uk/about-us/policy/ [Stand 12.08.2015].
56 URL: http://www.nmc.org.uk/about-us/policy/position-statements/ [Stand 12.08.2015].
6 Die berufliche Regulierung von Pflegekräften in Schweden

Regulierungsrahmen


Finanzierung

**Tabelle 9: Übersichtsdaten des schwedischen Gesundheits- und Pflegesystems**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kennzahl</th>
<th>2011</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in %</td>
<td>8,93</td>
</tr>
<tr>
<td>Davon öffentlich finanziert</td>
<td>82 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Davon privat finanziert</td>
<td>18 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahl der Betten je 100.000 Einwohner in Allgemeinkrankenhäusern (akut)</td>
<td>201</td>
</tr>
<tr>
<td>Verweildauer in Allgemeinkrankenhäusern (akut) in Tagen</td>
<td>5,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahl der praktizierenden Ärzte je 1.000 Einwohner</td>
<td>3,86</td>
</tr>
<tr>
<td>Anteil der Ausgaben für Langzeitpflege am BIP in %</td>
<td>3,71</td>
</tr>
<tr>
<td>Einwohner über 65, die stationäre Langzeitpflege erhalten in %</td>
<td>5,9**</td>
</tr>
<tr>
<td>Einwohner über 65, die ambulante Langzeitpflege erhalten in %</td>
<td>11,7**</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Quelle: OECD Stat (2013) – *Stand 2010; ** Stand 2008*

**Organisation und Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens**


Die Primärversorgung der Bevölkerung erfolgt über die rund 1.100 Gesundheitszentren. Seit dem Jahr 2000 kann jeder Bürger frei wählen, bei welchem privaten oder öffentlichen Leistungserbringer er behandelt werden möchte. Von den insgesamt 4,3 Kontakten im Jahr, die er durchschnittlich mit dem Gesundheitszentrum hat, erfolgen nur 1,5 mit einem Arzt, 2,7 hingegen mit anderen

**Organisation und Versorgungsstrukturen des Pflegewesens**


Bezogen auf die ältere Bevölkerung bedeutet dies konkret, dass die Provinzen für die stationäre und für die ambulante Versorgung zuständig sind, die Kommunen aber für die häusliche und die stationäre Langzeitpflege. Kritisiert wird diesbezüglich, dass die Abgrenzung der jeweiligen Versorgungsformen nicht klar definiert sei. Dies führe zu Verschiebebahnhöfen zwischen den beiden Ebenen und verhindere integrierte Versorgungsansätze (Fukushima et al. 2010, Baroni und Axelsson 2012).

6.1 Gesetzliche Grundlagen und institutionelle Ausgestaltung der beruflichen Regulierung

6.1.1 Historische Entwicklung

Die berufliche Regulierung ist in Schweden im *Patient Safety Act* festgelegt ([Patientsäkerhetslag (2010:659)]). Das Gesetz definiert die Zulassungsverfahren, die Meldepflichten und die beruflichen Verpflichtungen von Pflegekräften, Ärzten und einer Vielzahl weiterer Gesundheits- und Sozialberufe. Unter das Gesetz fallen auch Personen, die den lizenzierten Gesundheitsberufen assistie-
ren, sowie Personen, die Patienten oder Pflegebedürftige beraten bzw. im Fall-
management tätig sind.


Vorläufer des *Patient Safety Act* war der *Professional Activities in the Health and Medical Field Act* (Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS)). Das LYHS stellte seinerseits eine Zusammen-
führung der folgenden fünf Gesetze dar:

- Lag (1960:409) om förbud i vissa fall mot yrkesverksamhet på hälso-
  och sjukvårdens område:
  Bereits 1915 wurden die ersten gesetzlichen Regeln eingeführt, die defi-
  nierten, wer als „Arzt“ fungieren und welche Krankheiten er behandeln
daft. Aber erst im Lag (1960:409) om förbud i vissa fall mot
  yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område wurde die Ausfüh-
  rung professioneller Dienstleistungen im Gesundheitswesen näher fest-
  gelegt. Auch wurde die Berufsbezeichnung Arzt geschützt und ärztliche
  Vorbehaltstätigkeiten (wie Operieren, Betäuben, Verschreiben von Me-
  dikamenten und Behandlung bestimmter Infektionskrankheiten) expli-
  ziert (SOU 2008:117).

- Lag (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälsa-
  och sjukvården m.m:
  Dieses Gesetz regulierte die Zulassung und die Erlaubnis der Ausübung
  eines Berufs im Gesundheitswesen – auch der Pflegeberufe.

- Lag (1994:953) om åligganden för personal inom hälsa-
  och sjukvården (ÅL) sowie Lag (1994:954) om disciplinpåfölj
  m.m. på hälso- och sjukvårdens område (DL):
  Diese Gesetze definieren die Pflichten von Personen, die im Gesund-
  heitswesen tätig sind, und die disziplinarischen Folgen bei Verstößen.

- Lag (1996:786) om tillsyn över hälsa- och sjukvården (TL)
  Das Gesetz zur Überwachung des Gesundheitswesens führte die Melde-
  plicht aller im Gesundheitswesen tätigen Personen beim National
  Board of Health and Welfare ein. Ebenso wurden Geldbußen bei Unter-
  lassung der Meldung eingeführt und dem NBHW weitgehende Informa-
  tions- und Aufsichtsrechte übertragen. Die Veränderungen waren


Alles in allem richte der Rechtsrahmen den Fokus zu sehr auf die individuelle berufliche Haftung und nehme die Leistungserbringer zu wenig in die Verantwortung (SOU 2008:117).


Diese Vorschläge wurden mit dem Lag om ändring i patientsäkerhetslagen (SFS 2012:957) aufgegriffen und die Aufsicht ab Juni 2013 dem neu gegründeten Health and Social Care Inspectorate (Inspektionen för vård och omsorg
KAPITEL 6 – SCHWEDEN


Heutige Ausgestaltung

Die Aufsicht über die im Gesundheitswesen regulierten Berufe obliegt, wie oben dargestellt, seit Juni 2013 dem Health and Social Care Inspectorate (IVO). Diese staatliche Behörde ist betraut mit:

- der Aufsicht von Leistungserbringern und Dienstleistern im Gesundheitswesen,
- der Aufsicht von Leistungserbringern und Dienstleistern im Sozialwesen,
- der Aufsicht von Leistungserbringern und Dienstleistern für Menschen mit Behinderung (LSS) sowie
- der Aufsicht über die regulierten Gesundheitsberufe.


Untersuchungen über berufsrechtliche Sanktionen hat das IVO an das Medical Responsibility Board zu verweisen (7 Kap. § 29 und § 30 Patientsäkerhetslag). Das Medical Responsibility Board (HSAN) besteht aus einem Vorsitzenden mit der Qualifikation eines Richters und acht weiteren Mitgliedern, die spezielles Fachwissen im Gesundheitswesen aufweisen. Vorsitzender und Mitglieder werden für jeweils drei Jahre durch die Regierung benannt (9 Kap. § 2 Patientsäkerhetslag). Die Mitglieder werden durch die Provinzen und die Kommunen, die Gewerkschaften, die Zentralorganisation der Angestellten und die Zentralorganisation Schwedischer Akademiker vorgeschlagen. Vier weitere Personen sind so ausgewählt, dass davon auszugehen ist, dass sie im Interesse der Allgemeinheit agieren.

58 URL: http://www.ivo.se [Stand 05.03.2013].
59 URL: http://www.kammarkollegiet.se/rattsavdelningen/hsan/namndens-sammansattning [Stand 05.03.2013].
6.2 Aufgaben und Funktionen der beruflichen Regulierung

6.2.1 Berufsordnung und Überwachung der Berufspflichten

6.2.1.1 Berufsordnung


6.2.1.2 Überwachung der Berufsordnung

Das Health and Social Care Inspectorate (IVO) wird eigenständig oder aufgrund von Beschwerden tätig (7 Kap. Patientsäkerhetslag). Die Behörde ist verpflichtet, Beschwerden nachzugehen, außer die Beschwerde bezieht sich auf einen Vorfall, der mehr als zwei Jahre zurückliegt. Auch wenn sich zeigt, dass die Beschwerde unberechtigt oder nicht relevant in Bezug auf die Patientensicherheit war, kann das IVO von einer weiteren Bearbeitung dieser absehen (Abbildung 16).

Beschwerden können grundsätzlich durch Patienten erfolgen, aber auch die Leistungserbringer sind nach dem Patient Safety Act zu Meldungen verpflichtet, wenn Zweifel bestehen, dass das eingesetzte Personal die Sicherheit der Patienten gewährleisten kann, oder wenn kritische Ereignisse eingetreten sind (3 Kap. § 5-7 Patientsäkerhetslag).

Liegen hinreichende Erkenntnisse über oder Beschwerden gegen Personen vor, die einen regulierten Gesundheits- oder Sozialberuf ausüben, so ist das IVO
verpflichtet, entweder – soweit eine Straftat vorliegt – Strafanzeige zu erstatten oder berufsrechtliche Sanktionen durch das Medical Responsibility Board (HSAN) prüfen zu lassen (7 Kap. § 29 und § 30 Patientsäkerhetslag) (Abbildung 16).

**Abbildung 16: Prozess der Überwachung der Berufsordnung**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beschwerden Patienten</th>
<th>Beschwerden Dritte</th>
<th>Eigene Untersuchungen</th>
<th>IVO</th>
<th>HSAN (Medical Responsibility Board)</th>
<th>Untersuchungsbericht</th>
<th>Stellungnahmen/Gutachten</th>
<th>Ergebnis/berufsmäßige Sanktionen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Staatsanwaltschaft</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fall wird eingestellt

**Quelle: eigene Darstellung**

Das Medical Responsibility Board wird somit auf Anordnung des Health and Social Care Inspectorate tätig. Alle durchgeführten Untersuchungen und Anhörungen erfolgen in Schriftform, soweit nötig können aber auch mündliche Aussagen eingeholt werden. Die betroffene Person (also die Pflegekraft, der Arzt etc.) ist so früh wie möglich über den Vorgang zu informieren und um Stellungnahme zu bitten. In der Stellungnahme hat der Beklagte seine Sicht begründet darzulegen und, wenn möglich, durch Dokumente zu belegen. Ist ein Expertengutachten zur Beurteilung der Sachlage notwendig, kann das Medical Responsibility Board ein solches einholen. Bedarf es einer schriftlichen eidesstattlichen oder einer mündlichen eidlichen Aussage, kann diese durch das Medical Responsibility Board bei Gerichten veranlasst werden. Kommt das Medical Responsibility Board im Zuge der Anhörung zu der Einschätzung, dass es sich um eine Straftat handelt, hat es den Fall zur Anzeige zu bringen – es sei denn, dies ist bereits durch das Health and Social Care Inspectorate geschehen (9 Kap. § 7 bis § 17 Patientsäkerhetslag).

Als berufsrechtliche Maßnahme kann die Zulassung entzogen oder eine dreijährige Probezeit verhängt werden. Zudem kann die Verschreibungserlaubnis eingeschränkt, also etwa die für Betäubungsmittel zurückgenommen werden.

Eine Probezeit oder der Entzug der Zulassung kann erfolgen, wenn der Betroffene

1) grob fahrlässig agiert hat,
2) eine schwere Straftat begangen hat oder eine Straftat, die das Vertrauen in ihn hinsichtlich einer sicheren Berufspraxis nachhaltig erschüttert hat,
(3) absichtlich oder grob fahrlässig gegen die beruflichen Vorschriften verstoßen hat, sodass er einem Patienten maßgeblich hätte schaden können,
(4) aus anderen Gründen in seiner Berufstauglichkeit angezweifelt wird.

Eine Probezeit oder der Entzug der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung kann auch aus gesundheitlichen Gründen angeordnet werden, wenn der Betroffene aufgrund einer Erkrankung seinen Beruf nicht angemessen ausüben kann (8 Kap. § 1 und § 3 Patientsäkerhetslag). Zu einem Entzug kommt es auch, wenn dem Betroffenen in einem anderen EU-Land die Zulassung entzogen worden ist (8 Kap. § 5 Patientsäkerhetslag).


Gegen die Entscheidungen des Health and Social Care Inspectorate sind Rechtsmittel möglich (10 Kap. § 13 Patientsäkerhetslag), zunächst ein Einspruch.

KAPITEL 6 – SCHWEDEN

Tabelle 10: Zahl der entzogenen Zulassungen und der verfügten Probezeiten 2004 bis 2012

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Entzug der Zulassung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ärzte</td>
<td>12</td>
<td>13</td>
<td>14</td>
<td>13</td>
<td>10</td>
<td>16</td>
<td>10</td>
<td>7</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegekräfte/Hebammen</td>
<td>11</td>
<td>15</td>
<td>24</td>
<td>17</td>
<td>18</td>
<td>25</td>
<td>7</td>
<td>13</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnärzte</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Andere</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Insgesamt</td>
<td>24</td>
<td>29</td>
<td>41</td>
<td>31</td>
<td>37</td>
<td>47</td>
<td>19</td>
<td>24</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>3-jährige Probezeit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ärzte</td>
<td>6</td>
<td>8</td>
<td>6</td>
<td>11</td>
<td>16</td>
<td>13</td>
<td>8</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegekräfte/Hebammen</td>
<td>15</td>
<td>14</td>
<td>19</td>
<td>18</td>
<td>10</td>
<td>24</td>
<td>24</td>
<td>15</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnärzte</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Andere</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Insgesamt</td>
<td>22</td>
<td>23</td>
<td>28</td>
<td>31</td>
<td>27</td>
<td>41</td>
<td>38</td>
<td>24</td>
<td>26</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: eigene Darstellung nach HSAN 2006-2013


6.2.2 Berufsregister

6.2.2.1 Protection of Title, Protection of Function


Darüber hinaus sind im Patient Safety Act die den Gesundheitsberufen vorbehaltenen Tätigkeiten explizit definiert. Nur lizenzierte Angehörige der Gesund-
heitsberufe dürfen folgende präventive, kurative oder palliative Tätigkeiten ausführen:

- die Behandlung einer meldepflichtigen Krankheit,
- die Behandlung von Krebs oder anderen Formen von bösartigen oder malignen Neoplasmen, von Diabetes mellitus und von Epilepsie, sowie die Betreuung bei Schwangerschaften und Geburten,
- die Behandlung von Personen unter lokaler oder unter Vollnarkose, ob durch Narkosemittel oder durch Hypnose,
- die Behandlung mit radiologischen Methoden,
- die konsiliarische Befundung und Diagnostik,
- die Untersuchung von Kindern unter 8 Jahren,
- die Anpassung von Kontaktlinsen.

Personen, die dem zuwider handeln, werden mit einem Bußgeld oder einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr bestraft.

6.2.2.2 Zulassung zum Berufsregister


- ihrem Beruf in grob fahrlässiger Weise nachgegangen sind,
- innerhalb oder außerhalb ihres Berufs eine Straftat begangen haben, die das Vertrauen in die Ausübung des Berufs untergräbt,
- auf andere Weise gezeigt haben, dass sie nicht geeignet sind, den Beruf auszuüben oder
- aufgrund einer Erkrankung den Beruf nicht ausüben können (4 Kap. § 1 i. V. m 8 Kap. § 3 und § 4 Patientsäkerhetslag).

Eine regelmäßige Rezertifizierung oder ein Nachweis von Fortbildungen ist keine Voraussetzung zum Verbleib im Register.

6.2.2.3 Zahl der registrierten und der erwerbstätigen Pflegekräfte


*Quelle: eigene Darstellung, nach Socialstyrelson „Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal“ 2002-2012*

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>2001</th>
<th>2011</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Erwerbstätig</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>innerhalb Einrichtungen des Gesundheits- oder Sozialwesens</td>
<td>103.951</td>
<td>119.073</td>
</tr>
<tr>
<td>außerhalb des Gesundheits- oder Sozialwesens</td>
<td>91.605</td>
<td>104.747</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Nicht erwerbstätig</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nicht in Schweden gemeldet</td>
<td>29.739</td>
<td>45.154</td>
</tr>
<tr>
<td>Keine Einkünfte</td>
<td>1.327</td>
<td>1.281</td>
</tr>
<tr>
<td>Im Ruhestand</td>
<td>21.220</td>
<td>35.482</td>
</tr>
<tr>
<td>Andere</td>
<td>1.953</td>
<td>2.166</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ohne Sozialversicherungsnummer</strong></td>
<td>1.233</td>
<td>2.402</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Gesamt</strong></td>
<td>134.923</td>
<td>166.629</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: eigene Darstellung nach Socialstyrelson „Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal“ 2002-2012 [*Abweichungen in der Summe zu Abbildung 17 resultieren daraus, dass manche Personen mehr als eine Qualifikation im Sinne des Registers haben, in dieser Statistik aber nur einem Beruf (in der Regel dem höherwertigen) zugeordnet werden.*]


Die Zahl der Hilfskräfte im Krankenhaus (Assistant nurses and hospital ward assistants) wird auf rund 170.000 beziffert, was einer Quote von knapp 18 pro 100.000 Einwohner entspricht. Hinzu kommen rund 150.000 Hilfskräfte im ambulanten Sektor (Home-based personal care and related workers), was eine Quote von knapp 15,8 pro 100.000 Einwohner bedeutet (Tabelle 12). Nach den Angaben der schwedischen Berufsstatistik gibt es damit insgesamt über 300.000 Hilfskräfte – also 34 je 100.000 Einwohner. Somit kamen rund drei Hilfskräfte auf eine Pflegekraft.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>2005</th>
<th>2011</th>
<th>% 2005-2011</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Zahl der Ärzte (einschließlich Zahnärzte)</td>
<td>36.795</td>
<td>41.299</td>
<td>+ 12 %</td>
</tr>
<tr>
<td>je 1.000 Einwohner</td>
<td>4,07</td>
<td>4,36</td>
<td>+ 7 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahl der Pflegekräfte (3-jährige Ausb.) und Hebammen</td>
<td>100.509</td>
<td>103.869</td>
<td>+ 3 %</td>
</tr>
<tr>
<td>je 1.000 Einwohner</td>
<td>11,11</td>
<td>10,95</td>
<td>- 1 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahl der Pflegekräfte (3-jährige Ausb.) und Hebammen je Arzt</td>
<td>2,73</td>
<td>2,52</td>
<td>- 8 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahl der Hilfskräfte im Krankenhaus (assistant nurses und hospital ward assistants)</td>
<td>160.585</td>
<td>168.985</td>
<td>+ 5 %</td>
</tr>
<tr>
<td>je 1.000 Einwohner</td>
<td>17,75</td>
<td>17,82</td>
<td>+ 0,4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Hilfskräfte im ambulanten Sektor (home-based personal care and related workers)</td>
<td>147.915</td>
<td>149.708</td>
<td>+ 1 %</td>
</tr>
<tr>
<td>je 1.000 Einwohner</td>
<td>16,35</td>
<td>15,79</td>
<td>- 3,4 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Quelle: The Swedish Occupational Register (SSYK4), Statistics Sweden 2014*

**6.2.2.4 Zulassung ausländischer Pflegekräfte**

Die Anerkennung von Pflegekräften, die ihre Qualifikation nicht in Schweden erworben haben, ist sowohl durch die EU-Anerkennungsrichtlinie 2005/36/EG (siehe hierzu auch Abschnitt 5.3.2.4) als auch durch den Patient Safety Act geregelt. Anträge auf Zulassung sind beim National Board of Health and Welfare zu stellen.


---

60 URL: http://www.socialstyrelsen.se [Stand 03.05.2013].
Auch erworbene Fachweiterbildungen aus EU-Mitgliedstaaten können im Sinne der EU-Richtlinie anerkannt werden. Folgende Titel sind hierbei in Schweden geschützt:  

- Fachpflege für Anästhesie (Anesthetic Nursing)
- Fachpflege in Intensivstationen (Intensive Care Nursing)
- Fachpflege im Operationsdienst (Operating room Nursing)
- Fachpflege für vorstationäre Pflege (Pre-hospital Nursing)
- Fachpflege für Chirurgie (Surgical Nursing)
- Fachpflege für Innere Medizin (Medical Nursing)
- Fachpflege für Onkologie (Oncology Nursing)
- Fachpflege für Kinder (Paediatric Nursing)
- Fachpflege für Psychiatrie (Psychiatric care Nursing)
- Fachpflege für Geriatrie (Elderly Care Nursing)
- Fachpflege für ambulante Versorgung (Primary Health Care Nursing)

Für die Anerkennung dieser Fachweiterbildungen und dieser Titel gelten die in der EU-Richtlinie festgeschriebenen Kriterien für die gegenseitige Anerkennung. Hiernach ist die Entscheidung darauf zu gründen, inwiefern die beruflichen Aufgaben, das Niveau, die Länge und die Ergebnisse der Ausbildung im Ausbildungsland mit denen in Schweden vergleichbar sind. Mit Blick auf sprachliche Anforderungen weist das National Board of Health and Welfare auf die in der EU-Richtlinie festgelegte individuelle Verantwortung der Berufsangehörigen hin, die diese verpflichtet, ausreichend Sprachkenntnisse und Kenntnisse des schwedischen Gesundheitssystems mitzubringen.


Die überwiegende Mehrzahl (94 Prozent) der ausländischen Pflegekräfte mit schwedischer Lizenz kommt aus skandinavischen Ländern. Lediglich jede 100. Pflegekraft stammt aus einem Land, das nicht dem EU-Binnenraum angehört. 2,5 Prozent aller registrierten Pflegekräfte haben ihre Qualifikation im Ausland erworben und in Schweden anerkannt bekommen (Tabelle 13).

---

61 URL: http://www.socialstyrelsen.se [Stand 03.05.2013].
62 URL: http://www.socialstyrelsen.se/applicationforswedishlicencetopractiseothercountries/nurseresponsibleforgeneralcare [Stand 03.05.2013].
KAPITEL 6 – SCHWEDEN

Abbildung 19: Personen, die erstmals eine Lizenz erhalten haben, sowie Anzahl derjenigen, die innerhalb eines Jahres nach Erhalt dieser erwerbstätig waren

Quelle: eigene Darstellung nach Socialstyrelsen 2011

6.2.3 Aus- und Weiterbildung

6.2.3.1 Historische Entwicklung der Ausbildung und der Akademisierung in der Pflege

Die pflegerische Ausbildung in Schweden ist heute im universitären Sektor verankert. Die Entwicklung dorthin lässt sich an drei Wegmarken festmachen:

- die Einführung eines einheitlichen Ausbildungsprogramms unter der Aufsicht des National Board of Health and Welfare im Jahr 1963,
- die Reform „Care 77“ im Jahr 1982, welche die wissenschaftliche Ausrichtung der Ausbildung einführte bzw. vertiefte und


### Die „Care 77“-Ausbildungsreform


Um die zweijährige Ausbildung absolvieren zu können, musste zuvor eine ebenfalls zweijährige Schulbildung an einer Fachoberschule/Berufsschule (Sekundarstufe II) absolviert werden, die sowohl Pflegetheorie als auch Praxis umfasste. Insgesamt belief sich die Ausbildung damit letztlich auf vier Jahre: zwei auf einer höheren Schule und anschließend zwei auf Fachhochschulniveau (Kapborg 1998).

Mit „Care 77“ wurde die Ausbildung erstmals wissenschaftlich fundiert. Ziel war es, die Pflegewissenschaft als eigenständige Fachrichtung zu etablieren und hierdurch die Forschung zu stärken. Die neue Ausbildung sollte aber gleichzeitig auch ein holistisches Gesundheitsverständnis fördern und sowohl das selbstreflektierte Handeln als auch die Empathiefähigkeit der Auszubildenden stärken (Kapborg 1998, Josefsson et al. 2007). Promotionen in Pflegewissenschaften waren ab 1979 möglich (Raholm et al. 2010).

### Einführung der dreijährigen Ausbildungsdauer und Verortung auf universitärem Niveau

Mit Beitritt Schwedens zur EU musste ab 1993 die Pflegeausbildung an die Vorgaben der EU-Anerkennungsrichtlinie angepasst werden. Die Ausbildung wurde von nun an unter dem Higher Education Ordinance [Högskoleförordning 1993:100] definiert, auf drei Jahre ausgedehnt und das grundständige Abschlussniveau auf einen Bachelor of Science in Nursing angehoben. Der eingeführte Bachelor hatte einen Umfang von 120 ECTS, was damit ungefähr einem EQR-Niveau von 5 entspricht.


Während die erste Reform, die Care-77-Reform, die Pflegeausbildung also von der Fachoberschule/Berufsschule („upper secondary school“) an die Fachhochschulen transferierte, wurde die Pflegeausbildung erst mit dieser zweiten Reform unter das Hochschulgesetz gefasst und vollständig als akademische Disziplin verankert (Raholm et al. 2010).

**Kritik der heutigen Ausbildungsform**


Umgesetzt wurden die Vorschläge jedoch nicht. So lehnte die National Agency for Higher Education [Högskoleverket] und mit ihr der Bildungsminister diese


- Die Ausrichtung der Curricula sei zu somatisch orientiert. Holistische und an Lebenslagen orientierte Ansätze kämen zu kurz. Insgesamt sei zudem eine stärkere Spezialisierung der Ausbildungsstätten wünschenswert.
- Das Lernpensum der medizinischen Fächer würde von den Studenten als sehr hoch, das für das Hauptfach Pflege jedoch als nachrangig eingeschätzt. Auch die Art der Prüfungsbewertung legen einen impliziten Schwerpunkt auf medizinische Fächer.
- Die Praxisanleitung sei zu wenig mit dem Theorieteil verzahnt, die Zusammenarbeit der jeweiligen Ausbildungseinrichtung mit den Praxisbetrieben sei in vielen Bereichen mangelhaft. Zudem sei es ein Defizit, dass für die Praxisanleiter keine zusätzlichen Qualifikationen vorge schrieben wären. Dies füre zu einer unzureichenden wissenschaftlichen wie auch pädagogischen Fundierung der Praxisanleitung. Verwunderlich sei zudem der geringe Anteil an Studierenden, die den Praxisbestandteil nicht bestanden, was auf einen niedrigen Anspruch an die Praxisfähigkeiten hindeute.

Für die spezialisierten Weiterbildungen wurde ein verhaltenes Fazit gezogen. Alles in allem gäbe es zwar gute Ansätze, diese seien aber nur erfolgverspre-


6.2.3.2 Zugangs- und Ausbildungsstandards der Erstausbildung


Zugang zur Ausbildung

Die Zugangskriterien zur Ausbildung sind durch Kapitel 7 der Higher Education Ordinance [Högskoleförordningen (1993:100; inkl. Änderungen)] definiert. Voraussetzung für die Aufnahme der Ausbildung zum „Bachelor of Science in Nursing“ ist die Fachhochschulreife („qualification for higher education from an upper-secondary school“) oder eine vergleichbare Qualifikation an einer Berufsfachschule oder auf dem zweiten Bildungsweg. Für Studierende aus anderen als den skandinavischen Ländern ist zudem der Nachweis von adäquaten Schwedischkenntnissen notwendig. Ferner können die Hochschulen – in einem gewissen Rahmen – bei der Auswahl der Studierenden eigene Kriterien anlegen.

Ausbildungsinhalte

Auch die Ausbildungsstandards sind durch die Higher Education Ordinance [Högskoleförordningen (1993:100; inkl. Änderungen)] definiert. Die Erstaus-

Tabelle 14: Lern- und Kompetenzziele des Studiengangs „Bachelor of Science in Nursing“ in Schweden

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wissen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Der Studierende soll</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ die Wissensgrundlage des Felds beherrschen und ein Bewusstsein für aktuelle Forschungs- und Entwicklungsarbeiten sowie für die Verbindung von Forschung und Praxis entwickelt haben;</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ Kenntnisse von Planung, Steuerung und Koordination in der Gesundheitsversorgung besitzen;</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ Kenntnisse über gesellschaftliche und medizinische Ursachen von Erkrankungen bei Kindern, Frauen und Männern aufweisen;</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung kennen.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kompetenzen und Fähigkeiten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Der Studierende soll</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ selbstständig Pflegebedarfe erfassen und in Zusammenarbeit mit dem Patienten und den Angehörigen Pflegepläne aufstellen und umsetzen;</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ Arzneimittel anwenden und verwalten sowie Patienten über Wirkungen und Nebenwirkungen informieren können;</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ präventive Maßnahmen identifizieren und umsetzen können;</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ methodische Verbesserungen und Schritte zur Qualitätssicherung initiieren;</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ die erlernten Fähigkeiten situationsgerecht anwenden können und auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingehen;</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ zielgruppengerecht informieren und instruieren können sowie Aufsichtspflichten nachkommen;</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ Behandlungen in Wort und Schrift mit den Betroffenen zu erläutern und nach den gesetzlichen Vorgaben zu dokumentieren in der Lage sein;</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ die Fähigkeit zu Teamarbeit und Kooperation mit anderen Berufsgruppen aufweisen;</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ die Fähigkeit besitzen, neue Daten, Phänomene und Probleme kritisch zu überprüfen, zu bewerten und zu benutzen sowie diese mit verschiedenen Zielgruppen zu diskutieren und so dazu beizutragen, den Berufsstand und die berufliche Praxis weiterzuentwickeln.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bewusstsein und Herangehensweisen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Der Studierende soll</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ selbstreflektiert agieren können und die Fähigkeit zur Empathie entwickelt haben;</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ Interventionen unter einem ganzheitlichen Ansatz umsetzen und Menschenrechte berücksichtigen;</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ professionell mit Kunden, Patienten und deren Angehörigen umgehen;</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ eigene Fortbildungsbedarfe erfassen und benennen können und sich verpflichten, seine Kenntnisse und Fähigkeiten weiterzuentwickeln.</td>
</tr>
</tbody>
</table>


6.2.3.3 Regulierung der Weiterbildung und Schutz von „Advanced Practice“

**Regulierung der Weiterbildung in der Pflege**

Weiterbildungstitel sind ebenso geschützt wie die Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger (sjuksköterska). Nur Personen mit den entsprechenden Postgraduate Diploma in Specialist Nursing [Specialistsjukskötterskeexamen] in den folgenden Fachrichtungen haben die Erlaubnis, die entsprechenden Titel zu führen (4 Kap. § 10 Patientssäkerhetslag i. V. m. Higher Education Ordinance).\(^{63}\)

- Fachpflege für Anästhesie (Anesthetic Nursing)
- Fachpflege in Intensivstationen (Intensive Care Nursing)
- Fachpflege im Operationsdienst (Operating room Nursing)
- Fachpflege für Vorstationäre Pflege (Pre-hospital Nursing)
- Fachpflege für Chirurgie (Surgical Nursing)
- Fachpflege für Innere Medizin (Medical Nursing)
- Fachpflege für Onkologie (Oncology Nursing)
- Fachpflege für Kinder (Paediatric Nursing)
- Fachpflege für Psychiatrie (Psychiatric Care Nursing)
- Fachpflege für Geriatrie (Elderly Care Nursing)
- Fachpflege für ambulante Versorgung (Primary Health Care Nursing)

\(^{63}\) Eigene Übersetzung.


Quelle: eigene Darstellung nach Socialstyrelsens statistikdatabaser 2013 [Die Zahlen beziehen sich nur auf Personen, die ein Beschäftigungsverhältnis innerhalb des Gesundheitswesens innehaben, und legen nicht die Zahl der Personen dar, die das Anrecht haben, den Titel zu führen.]


Als zweiten wesentlichen Punkt wirft der Bericht die Frage auf, ob eventuell ein weiterer Regulierungsbedarf bestehe. So sei die Frage zu stellen, inwiefern
die heutigen Spezialisierungen den Bedarf tatsächlich deckten. Dies sei nicht
der Fall, was als Hinweis darauf interpretiert wird, dass die Leistungserbringer
Qualifizierungsmaßnahmen außerhalb der heutigen elf Spezialisierungsfelder
einkaufen. Als Mittel dagegen empfiehlt der Regierungsbericht eine weiterge-
hende Flexibilisierung der Fachweiterbildungen (SOU 2010:65 ).

Ein Bericht der Swedish National Agency for Higher Education kam zu ähnli-
chen Ergebnissen und betonte zudem die Notwendigkeit, die Kommunikation
zwischen den Hochschulen und den Leistungserbringern zu verbessern. Ziel
müsse eine bessere Verzahnung von Nachfrage und Angebot bei den Fachwei-
terbildungen sein. Neue Entwicklungen im Versorgungsgeschehen müssten
zeitnah berücksichtigt werden (Högskoleverket 2010). Die Schwedische Be-
rufsvereinigung der Diabetischen Fachpflege hatte zudem noch die Regulierung
des Titels „Diabetes Specialist Nurse“ gefordert, was jedoch nicht umgesetzt
wurde (SOU 2010:65 ).

Nurse Prescribing

Gemeindeschwestern, aber auch andere Pflegekräfte, die im Rahmen der kom-
munalen Gesundheitsversorgung für Ältere tätig sind und eine entsprechende
Qualifikation aufweisen, können sich beim National Board of Health and Wel-
fare für das Führen einer Verordnungserlaubnis registrieren lassen (Socialsty-
relsens föreskrifter om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av
läkemedel (SOSFS 2001:16) und alle weiteren Ändringsförfattning inkl. SOSFS
2011:1).

Vor dem Hintergrund ärztlicher Versorgungsgesänge in ländlichen Regionen
gab es 1978 die ersten Vorstöße zur Übertragung von Verordnungsleistungen
auf das Pflegepersonal. Aber erst zehn Jahre später begann – trotz einer breiten
Opposition innerhalb der Ärzteschaft – das erste durch das National Board of
Health and Welfare initiierte Modellprojekt (Wilhelmsson et al. 2001, Kroezen
et al. 2011).

Nach einer positiven Evaluation des Modellprojekts wurde das Konzept natio-
nal umgesetzt. Ab 1994 durften alle Gemeindeschwestern Medikamente ver-
ordnen, wenn sie die vorgesehene Weiterbildung von mindestens 8 Wochen
Dauer durchlaufen hatten. Heute ist dies Regelbestandteil der spezialisierten
Weiterbildung zur Gemeindeschwester (Wilhelmsson et al. 2001).

Die Verordnungserlaubnis ist auf bestimmte Wirkstoffe beschränkt, die in einer
Wirkstoffliste festgeschrieben sind. Grundsätzlich darf das Pflegepersonal nur
Medikamente verschreiben, wenn die Wirkstoffe einen Bezug zur pflegerischen
Versorgung haben, keine Laboruntersuchungen erfordern, und wenn das Medi-
kament seit mehr als zwei Jahren auf dem Markt ist. Ferner sind Verordnungen
nur bei vorgegebenen Indikationen erlaubt. Die Liste der Indikationen und
Wirkstoffe wird jährlich vom National Board of Health and Welfare aktualisiert
und veröffentlicht. Bei der Dokumentation der Arzneiverordnungen unterliegen
die Pflegekräfte den gleichen Regulierungen wie das ärztliche Personal
KAPITEL 6 – SCHWEDEN


6.2.3.4 Akkreditierung von Ausbildungsstätten und Zahl der Ausbildungsplätze


Abbildung 23: Anzahl Studierende im Studiengang Bachelor of Nursing und Anzahl der Examina pro Jahr; Schweden (1998-2012)

Quelle: eigene Darstellung nach „Statistik om högskolan - Grundnivå och avancerad nivå“ (http://www.hsv.sel)


Rund 5.000 Studierende haben in den letzten Jahren den Studiengang zum Bachelor of Nursing begonnen (Abbildung 24). Bezogen auf die 105.000 erwerbstätigen Pflegekräfte waren dies folglich rund 4,7 Studienplätze je 100 Erwerbstätige, bezogen auf alle 166.000 lizenzierten Pflegekräfte rund 3,0 Studienplätze je 100 Registrierte.
6.2.4 Interessenvertretung und Mitwirkung an (unter-)gesetzlicher Normgebung

7 Die berufliche Regulierung von Pflegekräften in Deutschland

7.1 Gesundheits- und Pflegesystem

Regulierungsrahmen


Parallel hierzu besteht die Private Krankenversicherung (PKV) mit ihrem eigenen Ordnungsrahmen. Rund 10 Prozent der Bundesbürger, die nicht der Versicherungspflicht unterliegen, sind hier versichert.

Finanzierung


**Tabelle 15: Übersichtsdaten des deutschen Gesundheits- und Pflegesystems**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kennzahl</th>
<th>2011</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in %</td>
<td>10,96</td>
</tr>
<tr>
<td>Davon öffentlich finanziert</td>
<td>77 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Davon privat finanziert</td>
<td>23 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahl der Betten je 100.000 Einwohner in Allgemeinkrankenhäusern (akut)</td>
<td>533</td>
</tr>
<tr>
<td>Verweildauer in Allgemeinkrankenhäusern in Tagen (akut)</td>
<td>7,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahl der praktizierenden Ärzte je 1.000 Einwohner</td>
<td>3,73</td>
</tr>
<tr>
<td>Anteil der Ausgaben für Langzeitpflege am BIP in %</td>
<td>1,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Einwohner über 65 Jahre, die stationäre Langzeitpflege-Leistungen erhalten in %</td>
<td>3,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Einwohner über 65 Jahre, die ambulante Langzeitpflege erhalten in %</td>
<td>7,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Quelle: OECD Stat (2013)*

**Organisation und Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens**

Alle Versicherten haben freie Arztwahl und können ohne Überweisung auch Fachärzte in Anspruch nehmen. Eine Besonderheit des deutschen Versorgungssystems ist, dass sich auch im niedergelassenen Bereich eine Vielzahl an hochspezialisierten Fachärzten finden, die in Ländern wie Großbritannien oder Schweden eher in Krankenhaus zu finden sind (Busse und Riesberg 2005). Nach den Auswertungen einer großen deutschen Krankenkasse – der BARMER GEK – gab es pro Versicherten im Jahr 2011 rund 7 Behandlungsfälle und 18 Arztkontakte (also separate Behandlungstage), was deutlich über dem Durchschnitt in Großbritannien oder Schweden liegt (Grobe et al. 2013).

Auch die Zahl der Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner wie die der Krankenhausfälle liegt deutlich über der in Großbritannien und Schweden (Tabelle 15). So wie dort ist die Zahl der Betten allerdings in den letzten Jahrzehnten erheblich gesunken, ebenso die Verweildauer bei akutstationären Behandlungen. Diese liegt mit 7,9 Tagen aber immer noch über der von Schweden und Großbritannien (Tabelle 15).
Organisation und Versorgungsstrukturen des Pflegewesens


7.2 Gesetzliche Grundlagen und institutionelle Ausgestaltung der beruflichen Regulierung

(KrPflAPrV) sowie die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (AltPflAPrV), welche die Ausbildungsarten ausformulieren.


7.3 Aufgaben und Funktionen der beruflichen Regulierung

7.3.1 Berufsordnung und Überwachung der Berufspflichten

7.3.1.1 Berufsordnung

Eine allgemeine Berufsordnung für Pflegekräfte – vergleichbar mit der Musterberufsordnung der Ärzte – gibt es nicht, aber berufliche Standards, festgelegt durch die herrschende Rechtsprechung und durch Landesgesetze sowie -verordnungen, aber auch durch die Berufsverbände.

Das Krankenpflegegesetz und auch das Altenpflegegesetz geben vor, dass die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung zurückzunehmen ist, wenn sich eine Person

- „eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt“ oder
Im Zuge der Rechtsprechung wurde der unbestimmte Rechtbegriff „Unzuverlässigkeit“ – in Anlehnung an die Rechtsprechung beim Entzug einer Approbation64 – dahingehend eingegrenzt:


Darüber hinaus finden sich in vier Bundesländern (Bremen, Saarland, Hamburg und Sachsen) landesweite Berufsordnungen, die Aufgaben und Berufspflichten von Pflegekräften näher definieren. Die Bremer Berufsordnung wurde im Jahr 2004 erlassen und enthält detaillierte Vorgaben zu den beruflichen Pflichten der im Bundesland Bremen tätigen Pflegekräfte. Sie umfasst

- allgemeine Berufspflichten, wie die Gewährleistung der professionellen Berufsausübung sowie die Wahrung der Würde und des Selbstbestimmungsrechts des Patienten,
- spezielle Berufspflichten, wie die Einhaltung der Schweigepflicht und der Dokumentationspflicht, die Verpflichtung zur Qualitätssicherung sowie zur Kompetenzerhaltung (§ 5 Berufsordnung für die staatlich anerkannten Pflegeberufe im Lande Bremen (PflBO)).

Die Pflicht zur Kompetenzerhaltung ist dahingehend ausformuliert, dass jährlich mindestens 20 Zeitstunden Fortbildung oder vergleichbare Qualifizierungsmaßnahmen wie Tagungen, Kongresse und Hospitationen von der Pflegekraft zu absolvieren sind (§ 5 Abs. 2e PflBO). Die Nachweise hierfür können durch das Land abgefragt werden, freiberuflich tätige Kräfte müssen diese erbringen. Ferner sind freiberuflich professionell Pflegende dazu verpflichtet, eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen, die Ansprüche aus ihrer Tätigkeit absichert (§ 8 PflBO).


Zudem haben diejenigen Berufsverbände, die Mitglied im deutschen Pflegerat sind,65 2004 eine für sie verpflichtende Rahmenberufsordnung verabschiedet

---

64 BVerwG, Urteil vom 26.9.2002 - 3 C 37. 01.
KAPITEL 7 - DEUTSCHLAND


7.3.1.2 Überwachung der Berufsordnung

Zuständig für die Rücknahme der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung ist eine Behörde des Landes, in dem die Antragstellerin oder der Antragsteller seine Prüfung abgelegt hat (§ 20 KrPflG und § 26 AltPflG). Die Länder bestimmen die Behörde in ihren jeweiligen Landesgesetzen (siehe auch Kapitel 7.3.2).

Folglich gibt es keine nationalen Vorgaben über Form, Ausgestaltung und Fristen eines solchen Verfahrens wie etwa in Großbritannien oder in Schweden. Daher fehlt in Deutschland neben einer zentralen Anlaufstelle für berufsrechtliche Beschwerden auch ein bundesweiter Überblick über berufsrechtliche Prozesse und Sanktionen.

7.3.2 Berufsregister

7.3.2.1 Berufsregister


\(^{65}\) Dies sind die Arbeitsgemeinschaft deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e.V., der Bundesausschuss der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe e.V., der Verband Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e.V., der Bund Deutscher Hebammen e.V., der Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V., der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V., die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V., der Deutsche Pflegeverband e.V., der Verband anthroposophisch orientierter Pflegeberufe e.V., der Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätsklinika und der Medizinischen Hochschulen Deutschlands e.V.

1. „die durch dieses Gesetz vorgeschriebene Ausbildungszeit abgeleistet und die staatliche Prüfung bestanden hat,
2. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt,
3. nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist und
4. über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt“ (§ 2 KrPflG sowie wortgleich in § 2 AltPflG).


Dabei ist in den Gesetzen zum öffentlichen Gesundheitsdienst in der Regel verankert, dass Personen, die selbstständig einem Gesundheitsberuf (also auch dem Pflegeberuf) nachgehen wollen, Beginn und Ende der Tätigkeit beim zuständigen Gesundheitsamt anzuzeigen haben (in Tabelle 16 gekennzeichnet durch „a“). Rund die Hälfte der Bundesländer verlangt diese Nachweise auch von Personen, die gegen Entgelt kranken- und altenpflegerischen Tätigkeiten nachgehen bzw. Personen hierfür einstellen, (also von Arbeitgebern wie Pflegediensten und Pflegeheimen (in Tabelle 16 gekennzeichnet durch „b“)).


Ferner müssen auch Personen, die nach Artikel 5 der Richtlinie 2005/36/EG vorübergehend und gelegentlich Dienstleistungen in Deutschland erbringen, dies anzeigen (§ 19 KrPflG und § 10 AltPflG).

### Tabelle 16: Landesrechtliche Vorgaben zur Anzeigepflicht bei Ausübung einer Pflegetätigkeit

<table>
<thead>
<tr>
<th>BL</th>
<th>Krankenpflege</th>
<th>Gesetzliche Grundlage</th>
<th>Altenpflege</th>
<th>Gesetzliche Grundlage</th>
<th>Anzeige der Tätigkeit</th>
<th>Gesetzliche Grundlage</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>BW</strong></td>
<td>Regierungspräsidien</td>
<td>Heilberufe- und Gesundheitsfachberufezuständigkeitsverordnung</td>
<td>Regierungspräsidien</td>
<td>Heilberufe- und Gesundheitsfachberufezuständigkeitsverordnung</td>
<td>*c) nicht für Krankenhäuser im LKH-Plan, wenn Dienst Träger der freien Wohlfahrtspflege nach § 5 SGB XII ist oder in Hand des Landes oder des Kreises der Gemeinde</td>
<td>§ 18 GDVG</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BY</strong></td>
<td>Regierungen (Oberbayern, Niederbayern, Oberpfalz, Oberfranken, Mittelfranken, Unterfranken, Schwaben)</td>
<td>HeilBZustV</td>
<td>Regierungen</td>
<td>HeilBZustV</td>
<td>a), b), c)*</td>
<td>§ 18 GDVG</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>B</strong></td>
<td>Landesamt für Gesundheit und Soziales</td>
<td>Landesamt für Gesundheit und Soziales</td>
<td>Landesamt für Gesundheit und Soziales</td>
<td>Landesamt für Gesundheit und Soziales</td>
<td>*c) nur Zahl der Pflegekräfte einmal jährlich</td>
<td>§ 14 GDG</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BB</strong></td>
<td>Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz</td>
<td>Verordnung zur Bestimmung der Zuständigkeiten für Fachberufe des Gesundheitswesens (FGZV)</td>
<td>Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz</td>
<td>Verordnung zur Bestimmung der Zuständigkeiten für Fachberufe des Gesundheitswesens (FGZV)</td>
<td>*c) nicht für Krankenhäuser im LKH-Plan, wenn Dienst Träger der freien Wohlfahrtspflege nach § 3 SGB XII oder in Hand des Landes oder des Kreises der Gemeinde ist sowie bei Assistenz oder familiärer Pflege</td>
<td>§ 12 BbgGDG</td>
</tr>
<tr>
<td>B</td>
<td>Krankenpflege</td>
<td>Gesetzliche Grundlage</td>
<td>Altenpflege</td>
<td>Gesetzliche Grundlage</td>
<td>Anzeige der Tätigkeit</td>
<td>Gesetzliche Grundlage</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>HB</td>
<td>Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit</td>
<td>KrPflGZustBek</td>
<td></td>
<td></td>
<td>a), b)*</td>
<td>§ 27 ÖGDG</td>
</tr>
<tr>
<td>HH</td>
<td>Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz</td>
<td>a), b)</td>
<td>Beschränkung auf Überwachung der Einhaltung der qualifizierten Fachaufsicht durch Arbeitgeber</td>
</tr>
<tr>
<td>HE</td>
<td>Regierungspräsidium Darmstadt</td>
<td>ZustVO-Gesundheitsfachberufe</td>
<td></td>
<td></td>
<td>a), b)</td>
<td>§ 12 HGöGD</td>
</tr>
<tr>
<td>MV</td>
<td>Landesamt für Gesundheit und Soziales - Landesprüfungamt für Heilberufe</td>
<td>LPHZustLVO M-V</td>
<td>Landesamt für Gesundheit und Soziales - Landesprüfungamt für Heilberufe</td>
<td>LPHZustLVO M-V</td>
<td>a), b), c)*</td>
<td>§ 27 ÖGDG M-V</td>
</tr>
<tr>
<td>NDS</td>
<td>Landesamt für Soziales, Jugend und Familie</td>
<td>Zuständige Behörden für andere als ärztliche Heilberufe (Verwaltungsvorschrift)</td>
<td>Landesamt für Soziales, Jugend und Familie</td>
<td>Zuständige Behörden für andere als ärztliche Heilberufe</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*a) nur bei Anforderung, die Zahl der Tätigen einmal jährlich anzuzeigen (Beschränkung auf Überwachung der Einhaltung der qualifizierten Fachaufsicht durch Arbeitgeber)*

*b) von nicht selbstständig tätigen Personen, kann ein Nachweis angefragt werden /Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitations- einrichtungen und Heime im Sinne des Heimgesetzes müssen nur einmal jährlich über die Zahl informieren*
<table>
<thead>
<tr>
<th>B</th>
<th>Krankenpflege</th>
<th>Gesetzliche Grundlage</th>
<th>Altenpflege</th>
<th>Gesetzliche Grundlage</th>
<th>Anzeige der Tätigkeit</th>
<th>Gesetzliche Grundlage</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>NR W</td>
<td>Kreise und kreisfreie Städte</td>
<td>ZustVO HB</td>
<td></td>
<td></td>
<td>a), d)</td>
<td>§ 18 ÖGDG NRW</td>
</tr>
<tr>
<td>RP</td>
<td>Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung</td>
<td></td>
<td></td>
<td>a)</td>
<td></td>
<td>§ 14 ÖGdG</td>
</tr>
<tr>
<td>SAR</td>
<td>Landesamt für Soziales</td>
<td>Landesamt für Soziales</td>
<td></td>
<td>a), b), c)*</td>
<td>*c) nur wenn im Rahmen einer selbstständigen Tätigkeit Beschäftigte angestellt werden</td>
<td>§ 17 ÖGDG</td>
</tr>
<tr>
<td>SAH</td>
<td>Kommunaler Sozialverband Sachsen (KSV)</td>
<td>Verwaltungsneuordnungsgesetz</td>
<td>Kommunaler Sozialverband Sachsen (KSV)</td>
<td>Verwaltungsneuordnungsgesetz</td>
<td>a)</td>
<td>§ 10 Sächs-GDG</td>
</tr>
<tr>
<td>SA</td>
<td>Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt - Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe</td>
<td>Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt - Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe</td>
<td></td>
<td></td>
<td>keine</td>
<td>§ 15 GDG LSA</td>
</tr>
<tr>
<td>SH</td>
<td>Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein</td>
<td></td>
<td></td>
<td>a)</td>
<td></td>
<td>§ 12 GDG-</td>
</tr>
<tr>
<td>Th</td>
<td>Thüringer Landesverwaltungsamt</td>
<td>GesHeilpRZustV TH</td>
<td>Thüringer Landesverwaltungsamt</td>
<td>GesHeilpRZustV TH</td>
<td>a)</td>
<td>§ 7 GesDV TH</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Quelle: eigene Darstellung. Legende: a) bei selbstständiger/freiberuflicher Tätigkeit, b) wer gegen Entgelt kranken-/altenpflegerische Tätigkeit erbringt bzw. Personen hierfür einstellt, c) alle tätigen Pflegekräfte (durch Arbeitgeber nach b)


Eine Erfassung aller Personen mit der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung ist derzeit nicht geplant und nach Lage der Dinge in naher Zukunft auch nicht zu erwarten, obwohl sie verwaltungstechnische Vorteile verspricht. So verweist die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Telematik im Gesundheitswesen“ der GMK auf mögliche Synergien bei der Nutzung der eGBR zur Bestätigung von Berufsurkunden und Berufserlaubnissen, insbesondere auch für ausländische Beschäftigte (83. GMK 2010).


67 Laut § 291a Abs. 5a SGB V sind zwar die Länder hierfür verantwortlich, sie haben diese Aufgabe aber über die Heilberufsgesetze an die Kamern übertragen.
68 www.regbp.de.
7.3.2.2 Zahl der registrierten und erwerbstätigen Pflegekräfte


Tabelle 17: Zahl der erwerbstätigen Pflegekräfte (VZÄ) in Deutschland 2011

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Hebammen</th>
<th>Gesundheits- und Krankenpflegehelfer</th>
<th>Altenpfleger einschl. Altenpflegehelfer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>insgesamt</td>
<td>590.000</td>
<td>202.000</td>
</tr>
<tr>
<td>davon in</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenhäusern</td>
<td>392.000</td>
<td>36.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Vorsorge-/Rehabilitationseinr.</td>
<td>21.000</td>
<td>9.000</td>
</tr>
<tr>
<td>stationärer/teilstationärer Pflege</td>
<td>46.000</td>
<td>13.000</td>
</tr>
<tr>
<td>ambulanter Pflege</td>
<td>59.000</td>
<td>9.000</td>
</tr>
<tr>
<td>sonstigen ambulanten Einrichtungen</td>
<td>4.000</td>
<td>10.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Arzt- und Zahnarzt- sowie sonstige Praxen med. Berufe</td>
<td>37.000</td>
<td>34.000</td>
</tr>
<tr>
<td>sonstigen Einrichtungen</td>
<td>15.000</td>
<td>22.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Verwaltung</td>
<td>4.000</td>
<td>14.000</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: eigene Darstellung nach: Statistisches Bundesamt 2013; Personal – Lange Reihen: Fachserie 12, Reihe 7.3.2

Die Zahl der Gesundheits- und Krankenpfleger ist in den letzten 10 Jahren um 7 Prozent von 553.000 auf 590.000 gestiegen. Die Zahl der Krankenpflegehelfer stieg im gleichen Zeitraum um 30 Prozent, die Zahl der Altenpfleger und
Altenpflegehelfer sogar um 60 Prozent. Zum Vergleich: Die Zahl der Ärzte nahm im gleichen Zeitraum von 330.000 auf 399.000 um 22 Prozent zu (Abbildung 25).

Abbildung 25: Zahl der erwerbstätigen Pflegekräfte, Hilfskräfte und Ärzte (VZÄ) in Deutschland 2001-2011

Tabelle 18: Kennziffern zur Zahl der Pflegekräfte, Hilfskräfte und Ärzte (Vollzeitäquivalente) in Deutschland (2001-2011)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kennziffer</th>
<th>2001</th>
<th>2011</th>
<th>% 2001-2011</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>VZÄ Ärzte</td>
<td>330.000</td>
<td>399.000</td>
<td>+ 21 %</td>
</tr>
<tr>
<td>je 1.000 Einwohner</td>
<td>4,00</td>
<td>4,88</td>
<td>(s. o.) 22 %</td>
</tr>
<tr>
<td>VZÄ Gesundheits- und Krankenpfleger (3-jährige Ausb.) und Hebammen</td>
<td>553.000</td>
<td>590.000</td>
<td>7 %</td>
</tr>
<tr>
<td>je 1.000 Einwohner</td>
<td>6,71</td>
<td>7,21</td>
<td>7 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahl der Gesundheits- und Krankenpfleger (3-jährige Ausb.) und Hebammen je Arzt</td>
<td>1,68</td>
<td>1,48</td>
<td>-12 %</td>
</tr>
<tr>
<td>VZÄ Gesundheits- und Krankenpflegehelfer</td>
<td>159.000</td>
<td>202.000</td>
<td>27 %</td>
</tr>
<tr>
<td>je 1.000 Einwohner</td>
<td>1,93</td>
<td>2,47</td>
<td>28 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesundheits- und Krankenpflegehelfer je Pflegekraft mit 3-jähriger Ausbildung</td>
<td>0,29</td>
<td>0,34</td>
<td>19 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: eigene Darstellung nach Gesundheitspersonalrechnung, Statistisches Bundesamt 2014


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>2003</th>
<th>2011</th>
<th>% 2003-2011</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesundheits- und Krankenpfleger (3-jährige Ausb.) und Hebammen</td>
<td>749.000</td>
<td>826.000</td>
<td>+ 10 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Altenpfleger (3-jährige Ausb.)</td>
<td>141.965</td>
<td>208.304</td>
<td>s. o. 47 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegekräfte zusammen</td>
<td>890.965</td>
<td>1.034.304</td>
<td>16 %</td>
</tr>
<tr>
<td>je 1.000 Einwohner</td>
<td>10,81</td>
<td>12,64</td>
<td>17 %</td>
</tr>
<tr>
<td>VZÄ Gesundheits- und Krankenpfleger (3-jährige Ausb.) und Hebammen</td>
<td>556.000</td>
<td>590.000</td>
<td>6 %</td>
</tr>
<tr>
<td>geschätzte VZÄ Altenpfleger (3-jährige Ausb.)</td>
<td>119.676</td>
<td>169.182</td>
<td>41 %</td>
</tr>
<tr>
<td>VZÄ Pflegekräfte zusammen</td>
<td>675.676</td>
<td>759.182</td>
<td>12 %</td>
</tr>
<tr>
<td>je 1.000 Einwohner</td>
<td>8,20</td>
<td>9,28</td>
<td>13 %</td>
</tr>
<tr>
<td>je Arzt</td>
<td>2,0</td>
<td>1,9</td>
<td>-6 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>


<table>
<thead>
<tr>
<th>Pflegekraft/ Helfer</th>
<th>2003</th>
<th>2011</th>
<th>% 2003-2011</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesundheits- und Krankenpfleger und Kinderkrankenpfleger</td>
<td>354.447</td>
<td>363.662</td>
<td>+ 3 %</td>
</tr>
<tr>
<td>davon im KH</td>
<td>276.224</td>
<td>278.703</td>
<td>1 %</td>
</tr>
<tr>
<td>davon in amb. oder in stat. Pflege</td>
<td>78.223</td>
<td>84.959</td>
<td>9 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Altenpfleger</td>
<td>113.700</td>
<td>157.523</td>
<td>39 %</td>
</tr>
<tr>
<td>davon im KH</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>davon in amb. oder in stat. Pflege</td>
<td>113.700</td>
<td>157.523</td>
<td>39 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenpflegehelfer (1-jährige Ausbildung)</td>
<td>36.321</td>
<td>33.894</td>
<td>-7 %</td>
</tr>
<tr>
<td>davon im KH</td>
<td>15.887</td>
<td>13.262</td>
<td>-17 %</td>
</tr>
<tr>
<td>davon in amb. oder in stat. Pflege</td>
<td>20.434</td>
<td>20.632</td>
<td>1 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Altenpflegehelfer (1-jährige Ausbildung)</td>
<td>14.286</td>
<td>33.024</td>
<td>131 %</td>
</tr>
<tr>
<td>davon im KH</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>davon in amb. oder in stat. Pflege</td>
<td>14.286</td>
<td>33.024</td>
<td>131 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Hilfskräfte ohne Qualifikation*</td>
<td>138.691</td>
<td>176.235</td>
<td>27 %</td>
</tr>
<tr>
<td>davon im KH</td>
<td>15.884</td>
<td>18.849</td>
<td>19 %</td>
</tr>
<tr>
<td>davon in amb. oder in stat. Pflege</td>
<td>122.807</td>
<td>157.386</td>
<td>28 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesundheits- und Krankenpfleger, Kinderkrankenpfleger und Altenpfleger</td>
<td>468.147</td>
<td>521.185</td>
<td>11 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Helfer und Hilfskräfte je 1.000 Einwohner</td>
<td>189.298</td>
<td>243.153</td>
<td>28 %</td>
</tr>
<tr>
<td>je 1.000 Einwohner</td>
<td>2,30</td>
<td>2,97</td>
<td>29 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Hilfskräfte je Pflegekraft mit 3-jähriger Ausbildung</td>
<td>0,40</td>
<td>0,47</td>
<td>15 %</td>
</tr>
<tr>
<td>im KH</td>
<td>0,12</td>
<td>0,12</td>
<td>0 %</td>
</tr>
<tr>
<td>in amb. oder in stat. Pflege</td>
<td>0,82</td>
<td>0,87</td>
<td>6 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

7.3.2.3 Zulassung ausländischer Pflegekräfte

Die Anerkennung von Pflegekräften, die ihre Qualifikation nicht in Deutschland erworben haben, ist durch die EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (2005/36/EG) sowie durch das Kranken- und Altenpflegegesetz geregelt. Auch hier obliegt die Festlegung der Zulassungskriterien dem Bund, die Durchführung der Zulassungen den Ländern.

Die EU-Richtlinie – dies ist im Kapitel über Großbritannien unter 5.3.2.4 bereits beschrieben worden – regelt jedoch ausschließlich die Anerkennung von im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) erworbenen oder dort anerkannten Abschlüssen der Erwachsenenpflege. Insofern finden sich sowohl im Krankenpflege- als auch im Altenpflegegesetz weiterführende Vorgaben zur Anerkennung von Kinderkrankenschwestern (§ 5 KrPfG) und von Altenpflegerinnen (§ 4 AltPfG).

Ferner ist aufgrund der Dienstleistungs- und Niederlassungsfreiheit durch § 19 KrPfG sowie § 10 AltPfG vorgegeben, dass Staatsangehörige eines EWR-Staats, wenn sie zur Führung der Berufsbezeichnung legitimiert sind und nur vorübergehend oder gelegentlich Dienstleistungen in Deutschland erbringen möchten, keine explizite Erlaubnis benötigen. Die Tätigkeit ist jedoch gegenüber den zuständigen Stellen anzuzeigen.

Das KrPfG und das AltPfG legen die Bedingungen fest, unter denen Diplome aus EWR-Vertragsstaaten, wie z. B. Staaten auf dem Gebiet der früheren Sowjetunion oder Jugoslawien anerkannt werden (§ 25 KrPfG). Für alle übrigen Fälle, also für alle Drittstaaten, bestimmen die beiden Gesetze, wann eine Ausbildung als gleichwertig anzusehen ist und in welcher Form wesentliche Unterschiede der Ausbildungen ausgeglichen werden können (§ 2 Abs. 3 KrPfG bzw. § 2 Abs. 3 AltPfG). Allerdings ist die konkrete Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben aus Sicht von Merda et. al. (2012) regional sehr unterschiedlich, da die Länder die zuständigen Behörden für die Anerkennung benennen können.

Neben den Vorgaben für die Berufsernennung sind ferner Regelungen zum Aufenthaltsrecht relevant. Für EU-Bürger gilt diesbezüglich generell die Arbeitnehmerfreizügigkeit. Diese wurde jedoch im Rahmen der EU-Osterweiterung 2004 gegenüber den meisten der dort beigetretenen Länder eingeschränkt.69 So gilt die unbeschränkte Arbeitnehmerfreizügigkeit für Polen, Tschechien, Ungarn, die Slowakei, Slowenien, Estland, Lettland und Litauen erst seit 2011.


69 Ausnahmen waren lediglich Malta und Zypern.
Der Aufenthalt von Pflegekräften aus Drittstaaten ist durch das Aufenthaltsge- setz (AufenthG) bzw. die Beschäftigungsverordnung (BeschV) reguliert. Durch § 6 der BeschV ist definiert, dass Personen aus Drittstaaten ein Aufenthaltstitel zur Ausübung einer Beschäftigung gewährt werden kann, falls die Bundesagentur für Arbeit den Beruf entweder als „Mangelberuf“ definiert hat oder eine Absprache mit der Arbeitsverwaltung des Herkunftslands vorliegt (siehe hierzu auch 8.1.3.1). Durch § 38 BeschV ist es zudem untersagt bzw. allein der BA vorbehalten, Pflegekräften aus insgesamt 57 Entwicklungsländern anzuwerben oder zu vermitteln, in denen nach WHO-Definition ein Mangel an Gesundheitspersonal besteht.


Mit § 2 Abs. 3a KrPflG wurde auch die Anerkennung von nicht unter die automatische Anerkennung fallende Diplome aus EWR-Ländern neu gefasst. Sowohl diese Antragsteller als auch solche aus Drittstaaten, deren Diplom in einem anderen Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums anerkannt wird, haben seither das Recht, zwischen einer Kenntnisprüfung und einem Anpassungslehrgang (dessen Länge drei Jahre nicht überschreiten darf) zu wählen. Darüber hinaus erhielt die Bundesregierung per Verordnungsermächtigung die Möglichkeit, sowohl für die Kenntnisprüfung als auch für den Anpassungslehrgang bundesweit einheitliche Vorgaben zu erlassen (§ 8 KrPflG, siehe Begründung zum BQFG BT-Drs. Drucksache 17/6260). Jedoch hat der Gesetzgeber hiervon bis jetzt keinen Gebrauch gemacht, sodass weiterhin die Vorgabe gilt, dass sich der Inhalt der Kenntnisprüfung über den Inhalt der staatlichen Abschlussprüfung erstreckt (§ 2 Abs. 3 KrPflG).

Die Rahmenbedingungen der Anerkennung werden folglich durch den Gesetzgeber definiert, deren Ausführung erfolgt nach § 20 KrPflG und § 26 AltPflG wiederum durch die zuständigen Landesbehörden. Die Länder können aber auch vereinbaren, dass die Aufgaben von einer gemeinsamen Einrichtung wahrgenommen werden, machen davon jedoch aktuell keinen Gebrauch (§ 2 Abs. 7 KrPflG bzw. § 2 Abs. 7 AltPflG).

70 Das mit dieser Reform erlassene Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz (BQFG) als solches berührt die Pflegeberufe jedoch nicht. Vielmehr wurden Regelungen in die jeweiligen Berufsgesetze, so auch in das KrPflG und AltPflG, aufgenommen.

71 Dies entspricht den Vorgaben der EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (2005/36/EG).

\textit{Abbildung 26: Zahl der Zuwanderer, die eine mindestens 1-jährige Pflegeausbildung vor dem Zuzug nach Deutschland besaßen, nach Herkunftsland 2010}


\textit{Quelle: eigene Darstellung nach Afentakis und Maier 2013. Die Informationen beruhen auf einer Auswertung des Mikrozensus.}

### 7.3.3 Aus- und Weiterbildung

#### 7.3.3.1 Historische Entwicklung der Ausbildung und Diskussion um die Akademisierung der Pflege


Vor diesem Hintergrund kam es seit den 1960er-Jahren zu einem zunehmenden Mangel an Schwestern, was eine intensive Diskussion um die Reform der Krankenpflegeausbildung einleitete. In der Zeit von 1970 bis zur Verabschiedung des Krankenpflegegesetzes in seiner heutigen Form im Jahr 2003 wurde eine Vielzahl von Reformvorschlägen diskutiert, welche u. a. darauf ausgerichtet waren, die Ausbildung einem größeren Kreis von Interessenten attraktiv erscheinen zu lassen. Im Ergebnis wurde der Umfang des Theorieteils der Ausbildung angehoben und die Ausgestaltung an die EU-weiten Rahmenvorgaben zur gegenseitigen Anerkennung von Ausbildungen angepasst. Ferner wurde durch die Aufnahme eines expliziten Ausbildungziels und die Implementierung des Pflegeprozesses die Ausbildung attraktiver gestaltet.

Nicht verändert wurde jedoch der Sonderstatus der Pflege im bundesdeutschen Ausbildungssystem. Sie wurde weder in das seit 1969 bestehende duale Berufsbildungssystem integriert noch in die landesrechtlich regulierte Berufsfachschulausbildung (Bögemann-Großheim 2002, Dielmann 2006). Beides hätte erhebliche Auswirkungen auf die damals (wie heute) an Krankenhäusern angegliederten Pflegeschulen gehabt: Im dualen System hätte die Berufsschule die

---

73 Der Wissenschaftsrat unterbreitete im Zuge der Reformdiskussion übrigens die Empfehlung, die Ausbildung für die Pflege (wie auch für weitere Gesundheitsfachberufe) im tertiären Sektor, also im Hochschulwesen zu verankern. So sollte sowohl den gestiegenen Anforderungen der Versorgung Rechnung getragen werden als auch die vertikale wie horizontale Durchlässigkeit des Systems verbessert werden. Siehe Wissenschaftsrat 1970.
Durchführungsverantwortung erhalten, im System der Berufsfachschulen wäre die Praxiserfahrung in Form von Praktika erfolgt.


Reform der Alten- und Krankenpflege um die Jahrtausendwende

Auch bei der Novellierung des Krankenpflegegesetzes und der einhergehenden Reform der Altenpflegeausbildung um die Jahrtausendwende blieb dieser Sonderweg der Pflegeausbildung unangetastet.


Krankenpflege eine verbesserte vertikale und horizontale Durchlässigkeit des Ausbildungssystems zu erreichen, aber auch durch die Sicherung der Ausbildungsfinanzierung die Attraktivität des Berufs zu steigern (BVerfGE v. 24.10.2002 I 4410 - 2 BvF 1/01; BT-Drs. 14/1578).


**Modellprojekte zur Erprobung einer integrierten bzw. generalistischen Ausbildung**

Im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 6 KrPfL bzw. AltPfL kann von den Vorgaben der Ausbildungs- und der Prüfungsverordnungen abgewichen werden, soweit die formulierten Ausbildungsziele nicht die Vorgaben der EU-Berufsplanerkenntnissrichtlinie verletzen.


Die acht geförderten Modellprojekte wurden im Rahmen des Projekts „Pflegeausbildung in Bewegung“ wissenschaftlich begleitet. Dabei zeigte sich, dass ein sehr großer Anteil der theoretischen wie auch der praktischen Ausbildung integriert gestaltet werden konnte und dass dafür nur in wenigen Fällen neue Lernfelder oder Lernsituationen erarbeitet werden mussten. Auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse wurde dem Gesetzgeber empfohlen, die zukünftige


Diese ab 2004 begonnenen Modellprojekte nach § 4 Abs. 6 KrPflG bzw. § 4 Abs. 6 AltPflG sollten nach der Intention des Gesetzgebers eigentlich nur zur Erprobung der Integration von Kranken- und Altenpflegeausbildungen dienen (BT-Drs. 14/3736). Faktisch führten sie aber auch zu einer Verortung von primärqualifizierenden Studiengängen an (Fach-)Hochschulen, auch wenn die Weiterentwicklung der Ausbildungsangebote im Sinne einer Akademisierung durch den Gesetzgeber damals gar nicht intendiert war (Bollinger und Grewé 2002, BT-Drs. 14/8714).

Die Vorgaben des § 4 Abs. 6 KrPflG waren entsprechend dieser Intention so gestaltet, dass eine primärqualifizierende Ausbildung an Hochschulen gar nicht praktikabel oder zumindest mit erheblichen Rechtsunsicherheiten verbunden war. So erlaubte die Modellklausel zwar eine Anpassung der Prüfungsordnungen und eine Abweichung von der bislang vorgesehenen und ausschließlich
praktizierten Verortung des Unterrichts an staatlich anerkannten Schulen, es fehlte jedoch eine explizite Erlaubnis, dass die Hochschulen die Gesamtaufgaben für die Ausbildung übernehmen können. Ferner herrschten unterschiedliche Rechtsauffassungen darüber, ob die Hochschulen ebenfalls zur Auszahlung der vorgesehenen Ausbildungsvergütung verpflichtet gewesen wären (Dielmann 2006, Hanika und Roßbruch 2007).

**Akademisierung der Pflegeausbildung**


Das damalige Studienangebot richtete sich an bereits ausgebildete Pflegekräfte, die im Bereich Pflegemanagement oder Pflegepädagogik eine akademisierte Weiterbildung erlangen wollten. Primärqualifizierende Studiengänge setzen sich – u. a. aufgrund der Problematik des fehlenden Erwerbs der Berufsbezeichnung – nur langsam bzw. erst später durch (vorwiegend erst ab 2004 im Zuge der oben genannten Modellprojekte), und zwar in Form von „dualen“, d. h. mit der Ausbildung kombinierten, Studiengängen (Bollinger 1999a, b, Lücke 2013).


---


vier primärqualifizierende Studiengänge, die allerdings nicht zu einer Berufsanerkennung führen.


Von diesen Modellvorhaben, die sich auf die allgemeine Weiterentwicklung der Pflegeberufe unter Berücksichtigung berufsfeldspezifischer Anforderungen beziehen, sind solche, bei denen die Pflegekräfte zusätzliche erweiterte Kompetenzen erwerben sollen, zu unterscheiden (Robert Bosch Stiftung 2013). Solche hatte der Gesetzgeber mit dem Pflege-Weiterentwicklungsge setz im Jahr 2008 geschaffen (siehe hierzu auch Abschnitt 7.3.3.3). Eingeführt wurde die Erprobung von Modellprojekten zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde durch Pflegekräfte nach § 63 Abs. 3c SGB V. Ausbildungsgänge, die im Rahmen der Modellprojekte die entsprechenden Kompetenzen vermitteln, können an Hochschulen erfolgen. Dass diese von der Zahlung einer Ausbildungsvergütung ausgenommen werden, ist nun klar geregelt (§ 4 Abs. 7 KrPflG).

Empfehlungen des Wissenschaftsrats


77 In der Statistik des Statistischen Bundesamts kann nicht zwischen grundständigen und weiterführenden Studiengängen unterschieden werden.

Empfehlungen der Arbeitsgruppe der Robert Bosch Stiftung


Mit Blick auf die Sicherung einer qualitativ hochwertigen gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, der Stärkung der Attraktivität der nicht ärztlichen


Ein neues Pflegeberufsgesetz

Gesetzes solle laut Eckpunktepapier die akademische Ausbildung geregelt werden (BMG 2012).


78 BMG / BMFSFJ Eckpunkte für eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Entwurf des Pflegeberufsgesetzes URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/Eckpunkte_APrVO.pdf [Stand 12.10.2016].
7.3.3.2 Zugangs- und Ausbildungsstandards der Erstausbildung


Somit sind die Zugangsvoraussetzungen, die Ausbildungsdauer- und -struktur, die Ausbildungsinhalte sowie die Prüfungsform und die Prüfungsinhalte bundesweit definiert.79 Bundesweite Curricula wie bei Ausbildungen, die dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) unterliegen, gibt es jedoch nicht. Diese Ausnahme aus dem BBiG führt im Übrigen auch dazu, dass für Berufsverbände und Gewerkschaften gesetzlich keine beratende Funktion bei der Weiterentwicklung und Verbesserung der Ausbildungsangebote vorgesehen ist – anders als im BBiG, wo dies über die Landesausschüsse für Berufsbildung (§ 82 und § 83 BBiG) möglich ist. Die auf den Gesetzen aufbauenden Ausformulierungen der Anforderungen, also von Rahmenlehrplänen, Qualifikationsanforderungen an die Ausbilder etc., erfolgen durch die Länder.

### Zugang zur Ausbildung


Der Zugang über eine 10-jährige allgemeine Schulbildung, und nicht wie vorher durch den Realschulabschluss, wurde 2009 durch die damalige Große Koalition ermöglicht (BT-Drs. 16/13428). Damit ist seit Juli 2009 auch Hauptschülern aus Ländern, die diesen mit 10 Jahren Schulbildung anbieten („Erweiterter Hauptschulabschluss“), der Zugang zur Ausbildung offen.


Beschlossen wurde ein Kompromiss, der den akademischen Ausbildungsweg mit 12 Jahren und den berufsschulischen Ausbildungsweg mit 10 Jahren Schulbildung ermöglicht, solange diese zu den festgelegten Kompetenzen führen (Committee on Internal Market and Consumer Protection 23/01/2013).


Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesärztekammer, der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) und die Gewerkschaft ver.di sprachen sich in einem gemeinsamen Schreiben an die Mitglieder des Binnenmarktausschusses gegen eine Anpassung der Zugangsvoraussetzung aus. Eine solche würde etwa der Hälfte der heutigen Auszubildenden in Pflegeberufen den Zugang zum Beruf verschließen und damit den Fachkräftemangel weiter verstärken. Ferner gebe es keine Hinweise darauf, dass die betroffenen Schüler den Anforderungen der Ausbildung und des späteren Berufs nicht gewachsen seien.\(^80\)

Berufsverbände wie der DBfK oder Vertreter aus der Pflegeforschung sprachen sich hingegen für die Anpassung an das bereits bestehende europäische Niveau aus, mit der Begründung, dass man nur so den Anforderungen an eine moderne Pflege gerecht werden und die Attraktivität des Berufs steigern könne. In diesem Sinne wandten sich auch Einrichtungen wie das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (dip), die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP), das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und die Dekanekonferenz Pflegewissenschaft in einem offenen Brief an die Abgeordneten des Binnenmarktausschusses mit der Aufforderung, die Zugangsvoraussetzungen auf eine absolvierte 12-jährige Schulzeit anzuheben.\(^81\)

**Ausbildungsinhalte**

Die Ausbildung der Kranken- wie auch der Altenpflege gliedert sich in einen theoretischen Teil von 2.100 Stunden und einen praktischen Teil von 2.500 Stunden, wobei die Länge der Ausbildung in Vollzeit drei Jahre und bei Teilzeit fünf Jahre nicht überschreiten darf (§ 1 KrPflPrV, § 1 AltPflPrV). Die

---

80 URL: https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++50b4902a6f684465a7000008/download/Appell-Spitzenorganisationen.pdf [Stand 12.08.2105].
Die jeweiligen staatlichen Prüfungen bestehen aus einem schriftlichen, einem mündlichen und einem praktischen Teil (§ 3 KrPflPrV, § 5 AltPflPrV).


Zudem ist in der KrPflPrV vorgegeben, dass die Praxisanleitung nur von Personen durchgeführt werden darf, die eine Ausbildung als Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger bzw. als Altenpfleger abgeschlossen haben sowie über eine mindestens zweijährige Berufserfahrung und – zumindest für die Praxisanleitung in der Krankenpflege – über eine berufspädagogische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 200 Stunden verfügen (§ 2 KrPflAPrV). In der Altenpflege genügt dem Bundesgesetzgeber, dass die Fachkraft die „Fähigkeit“ zur Praxisanleitung hat (§ 2 Abs. 2 AltPflAprV).

Tabelle 21: Übersicht zu den länderspezifischen curriculären Vorgaben für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegeausbildung und für die Altenpflegeausbildung (Stand 2010)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bundesland</th>
<th>Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegeausbildung</th>
<th>Altenpflegeausbildung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Baden-Württemberg</td>
<td>LP (S), ARP (P), HR (S&amp;P)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bayern</td>
<td>LPR (S), ST (S&amp;P)</td>
<td>LP (S), ARP (P), ST (S&amp;P)</td>
</tr>
<tr>
<td>Berlin</td>
<td>k.A.</td>
<td>HR&amp;ST (S)</td>
</tr>
<tr>
<td>Brandenburg</td>
<td>RP (S&amp;P)</td>
<td>RP (S&amp;P)</td>
</tr>
<tr>
<td>Bremen</td>
<td>HR (S&amp;P)</td>
<td>RLP (S)</td>
</tr>
<tr>
<td>Hamburg</td>
<td>HR (S&amp;P)</td>
<td>Bildungsplan (S&amp;P)</td>
</tr>
<tr>
<td>Hessen</td>
<td>RLP (S)</td>
<td>RLP (S&amp;P)</td>
</tr>
<tr>
<td>Mecklenburg-Vorpommern</td>
<td>In BFS-Verordnung</td>
<td>In BFS-Verordnung</td>
</tr>
<tr>
<td>Niedersachsen</td>
<td>HR (S&amp;P), RRL (S)</td>
<td>RRL&amp;ST (S)</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordrhein-Westfalen</td>
<td>Ausbildungsrichtlinie (S&amp;P)</td>
<td>RL P, RLP (S&amp;P)</td>
</tr>
<tr>
<td>Rheinland-Pfalz</td>
<td>RP&amp;ARP (S&amp;P)</td>
<td>LP&amp; RP (S&amp;P)</td>
</tr>
<tr>
<td>Saarland</td>
<td>BIBB-Curriculum (S&amp;P)</td>
<td>BIBB-Curriculum</td>
</tr>
<tr>
<td>Sachsen</td>
<td>LP (S&amp;P)</td>
<td>LP</td>
</tr>
<tr>
<td>Sachsen-Anhalt</td>
<td>NRW-Ausbildungsrichtlinie (S&amp;P)</td>
<td>RRL (P), BIBB-Curriculum</td>
</tr>
<tr>
<td>Schleswig-Holstein</td>
<td>HR (S&amp;P)</td>
<td>(P): 2.960</td>
</tr>
<tr>
<td>Thüringen</td>
<td>LP (S&amp;P)</td>
<td>LP (S&amp;P)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Steffen und Löffert 2010 [AP = Ausbildungsplan; ARP = Ausbildungsrahmenplan; HR = Handreichung; LP = Lehrplan; LPR = Lehrplanrichtlinien; ST = Stundentafel; RP = Rahmenplan; RRL = Rahmenrichtlinie; S=Schule; P=Praxis]

7.3.3.3 Regulierung der Weiterbildung und Schutz von „Advanced Practice“


Regulierung von Weiterbildung in der Pflege


- Fachpflege für die Intensivpflege und Anästhesie
- Fachpflege für die Psychiatrie/Gerontopsychiatrie
- Fachpflege für den Endoskopiendienst
- Fachpflege für Onkologische Pflege/ für Palliativ- und Hospizpflege
- Fachpflege für Rehabilitation und Langzeitpflege
- Fachpflege für Hygiene
- Fachpflege für Leitungsaufgaben


Selbstständige Ausführung von Heilkunde

Die Ausübung von Heilkunde ist durch § 1 Abs. 2 Heilpraktikergesetz (HeilprG) normiert. Hiernach ist jede „berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen“ nur approbierten Ärzten bzw. Personen,
KAPITEL 7 - DEUTSCHLAND

die eine Heilpraktikererlaubnis aufweisen, erlaubt. Ein expliziter Arztvorbe-

halt – hierauf verweist Igl (2014) – wird aber erst durch das SGB V verankert
(§ 15 Abs. 1 SGB V und § 28 Abs. 1 SGB V). So umfasst nach § 28 Abs. 1
SGB V die „ärztliche Behandlung [...] die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhü-
tung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der
ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur ärztlichen Behandlung
gehört auch die Hilfeleistung alterer Personen, die von dem Arzt angeordnet
und von ihm zu verantworten ist“. Igl arbeitet in der Denkschrift Gesundheits-
berufe neu denken heraus, dass für die ärztliche Tätigkeit keine allgemeine
normative Definition vorliege. Jedoch werde man sich aus Sicht von Igl sowohl
auf die Inhalte des Heilkundebegriffs, wie er sich im Heilpraktikergesetz findet
(Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körper-

schäden beim Menschen), als auch auf die dort benannte Notwendigkeit des
ärztlichen Fachwissens (erworben auf wissenschaftlicher Grundlage und praxis-
und patientenbezogen) als Definition einigen können (Robert Bosch Stiftung
2013).

Mit Blick auf vorbehaltene Tätigkeiten unterscheidet Igl solche mit absolutem
Vorbehalten, relativem Vorbehalten und prioritärem Vorbehalten. Erstere sind selten,
so darf z. B. laut Transplantationsgesetz ausschließlich der Arzt Gewebe und
Organe entnehmen. Relative Vorbehalte hingegen beschränken sich auf Ange-
hörige der Berufsgruppe, wenn sie gewerblich tätig sind, d. h., im Verhältnis zu
Laien besteht dieser Vorbehalt nicht. Prioritäre Vorbehalte liegen vor, wenn
einer Berufsgruppe unter bestimmten Umständen gegenüber einer anderen
Berufsgruppe der Vorrang zur Ausübung der Tätigkeit eingeräumt wird. Dies
ist z. B. beim Verhältnis zwischen Ärzten und Hebammen der Fall (Robert
Bosch Stiftung 2013).

Ob ein Arzt ihm vorbehaltene Tätigkeiten im Einzelfall an Kranken- bzw.
Altenpflegekräfte delegieren darf, wird wiederum daran festgemacht,

• ob fachärztliches Wissen erforderlich ist,
• ob die Tätigkeit dem Tätigkeits- und Verantwortungsbereich des Berufs
entspricht und
• wie hoch die Komplikationsschwere und -wahrscheinlichkeit ist
(Roßbruch 2003).

Generell wird davon ausgegangen, dass es Tätigkeiten gibt, die nicht delegati-
onsfähig sind, solche, die in Einzelfällen delegationsfähig sind (also grundsätz-
lich zur Delegation geeignet sind, was aber von der Erfahrung und der Ausbil-
dung der Pflegekraft sowie von der Bewertung des Einzelfalls abhängt), und
solche, die im Rahmen der Mitwirkung der Pflegekräfte regelmäßig an diese
delegiert werden können (Roßbruch 2003, DKI 2008). Als alleinige – also
grundsätzlich nicht delegierbare – ärztliche Leistungen sieht die BÄK die
Anamnese, die Indikationsstellung, die Untersuchung des Patienten einschließ-

82 Die rechtliche Diskussion der Frage, inwiefern dies auch die Gesamtverantwortung des Arztes für die
lich invasiver diagnostischer Leistungen, das Stellen der Diagnose, die Aufklärung und Beratung des Patienten, die Entscheidung über die Therapie und die Durchführung invasiver Therapien einschließlich der Kernleistungen operativer Eingriffe (BÄK und KBV 2008).

**Gutachten des Sachverständigenrats 2007 „Kooperation und Verantwortung“**


Hierauf aufbauend leitete der Sachverständigenrat neue Anforderungen an Aus-, Fort- und Weiterbildung für Pflegeberufe in Deutschland ab. Es bestünde die Notwendigkeit, dass Pflegekräfte zunehmend an präventiven und edukativen Maßnahmen beteiligt werden sowie Aufgaben des Case-Managements übernehmen, aber auch einige ärztliche Tätigkeiten. Um insbesondere Letzteres zu erproben, wurde die Einführung von Modellprojekten empfohlen:

Dieser Empfehlung folgte der Gesetzgeber im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG) im Jahr 2008. Es wurden eingeführt:

- die Vergütung von Hausbesuchen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch nicht ärztliches Personal im Regelbetrieb nach § 87 Abs. 2b SGB V;
- die Verordnung von Pflegehilfsmitteln und häuslicher Krankenpflege durch Kranken- und Altenpflegekräfte (sowie z. T. Physiotherapeuten) – soweit es sich nicht um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt – im Rahmen von Modellprojekten nach § 63 (3b) SGB V;
- die selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Kranken- und Altenpflegekräfte im Rahmen von Modellprojekten nach § 63 Abs. 3c SGB V.


Das PfWG eröffnete lediglich die regelhafte Vergütung solcher Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband – dies sind die Vertragspartner für die Ausgestaltung der ambulanten Vergütung – haben im entsprechenden Bundesmantelvertrag konkretisiert, welche Tätigkeiten delegiert werden können (siehe die Delegations-Vereinbarung in Anlage 8 BMV-Ä).

Modellprojekte nach § 63 Abs. 3b SGB V ermöglichen die Verordnung von Pflegehilfsmitteln und die Durchführung von häuslicher Krankenpflege durch Kranken- und Altenpflegekräfte – soweit es sich nicht um eine selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt.

**Modellprojekte zur Erprobung der selbstständigen Ausübung von Heilkunde durch Pflegekräfte**

Modellprojekte nach § 63 Abs. 3c SGB V sollen zwar die selbstständige Ausübung von Heilkunde ermöglichen. Die hierfür notwendige Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, welche die zu übertragenden Tätigkeiten konkretisieren sollte, trat jedoch erst Ende März 2012 in Kraft, also knapp vier Jahre nach Verabschiedung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes. Insbesondere Vertreter der Ärzteschaft hatten sich im Rahmen der begleitenden Diskus-

---

83 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses 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.
sionen und Stellungnahmeverfahren gegen die eigenständige Ausübung von Heilkunde durch Pflegekräfte ausgesprochen. Stattdessen wurde für eine verbesserte Ausschöpfung der arztenhaltenden Delegation plädiert (s. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V).


Ebenso führt die Richtlinie aus, dass im Rahmen der Modellprojekte festgelegt werden kann, welche Medizinprodukte und Hilfsmittel durch die Pflegekräfte verordnet werden dürfen. Auch die verordnungsfähigen Heilmittel werden in der Richtlinie eingegrenzt. Die verordnenden Pflegekräfte sollen eigene Leistungserbringer- und Betriebsstätten-Nummern zur Kennzeichnung ihrer Rezepte erhalten.

Die die in der Richtlinie konkretisierte selbstständige Ausübung von Heilkunde setzt voraus, dass die Pflegekräfte die dazu erforderliche Qualifikation erworben haben. Die Qualifikationsanforderungen sind in der Richtlinie ausformuliert. Sie können im Rahmen einer erweiterten Ausbildung nach § 4 Abs. 7 KrPfLG bzw. § 4 Abs. 7 AltPfLG erworben werden. Nur Personen, die über eine entsprechende Ausbildung bzw. ein entsprechendes Studium – denn im Rahmen dieser Modelle ist die Verlagerung der Erstausbildung an die Hochschule erstmals explizit möglich – verfügen, sind zur Ausübung der dort vermittelten erweiterten Kompetenzen berechtigt. Eine eigene Berufsbezeichnung wird jedoch nicht eingeführt (§ 1 Abs. 1 S. 2 KrPfLG bzw. § 1 Abs. 1 S. 2 AltPfLG).

Die Möglichkeit, die Qualifikation auch über Weiterbildungen zu erlangen, war nicht vorgesehen. Die Krankenkassen müssen zudem zuerst Modellvorhaben...

84 Die Pflegekräfte müssen mit der Diagnosestellung der Ärzte nicht übereinstimmen. Ist dies der Fall, können sie den Arzt über die eigene Einschätzung informieren. Faktisch sind sie damit nicht weisungsgebunden an die ärztliche Diagnose und Indikationsstellung (siehe § 2 Abs. 3 Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V).
nach § 63 Abs. 3c SGB V vereinbaren. Hiernach sind Ausbildungspläne zu entwickeln, welche vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend genehmigt werden müssen. Anschließend haben die Schüler bzw. Studierenden eine mindestens 3-jährige Ausbildungszeit zu durchlaufen, wobei davon auszugehen ist, dass sich diese aufgrund der zusätzlichen Qualifikationsinhalte verlängern wird (siehe auch § 4 Abs. 1 S. 1 KrPflG bzw. § 4 Abs. 1 S. 3 AltPflG).


7.3.3.4 Akkreditierung von Ausbildungsstätten und Zahl der Ausbildungsplätze

Da Kranken- und Altenpflege nicht im Geltungsbereich des Berufsbildungsge- setzes stehen, ist für beide Ausbildungsgänge definiert, wo die Ausbildung erfolgt:

- die praktische Ausbildung in Krankenhäusern bzw. Pflegeheimen (im Sinne des § 1 Heimgesetz oder § 71 Abs. 2 SGB XI) und Pflegediensten (im Sinne des § 71 Abs. 1 SGB XI) sowie in weiteren geeigneten Einrichtungen wie z. B. Reha-Einrichtungen, Hospizen und psychiatrischen Kliniken (§ 4 Abs. 3 AltPflG und § 4 Abs. 2 KrPflG),
- die theoretische Ausbildung in staatlich anerkannten Schulen an Krankenhäusern (oder in mit dem Krankenhaus verbundenen Schulen) bzw. Altenpflegeschulen (§ 4 Abs. 2 KrPflG und § 5 Abs. 1 AltPflG).

Tabelle 22: Übersicht über die Geltung des Schulrechts bei der (Kinder-) Krankenpflegeausbildung und Altenpflegeausbildung (Stand 2010)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gesundheits- und</th>
<th>Altenpflege-</th>
<th>Ausbildung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>(Kinder-)Kranken-</td>
<td>Ausbildung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pflegeausbildung</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Baden-Württemberg  Nein   Ja
Bayern              Ja      Ja
Berlin              Nein   Ja
Brandenburg         Nein   Nein
Bremen              Nein   Nein
Hamburg             Nein   Ja
Hessen              Nein   Nein
Mecklenburg-Vorpommern  Ja  Ja
Niedersachsen       Nein   Ja
Nordrhein-Westfalen Nein   Nein
Rheinland-Pfalz     Nein   Ja
Saarland            Nein   Nein
Sachsen             Ja     Ja
Sachsen-Anhalt      Nein   Ja
Schleswig-Holstein  Nein   Nein
Thüringen           Ja     Ja

Quelle: Steffen und Löffert 2010


**Finanzierung der Krankenpflegeausbildung**

Die Finanzierung der Krankenpflegeausbildung erfolgt durch die erlösten Entgelte eines Krankenhauses. Nach § 17a KHG sind den im Sinne des Gesetzes anerkannten Ausbildungseinrichtungen die Ausbildungsvergütungen sowie die Mehrkosten der Ausbildung und Praxisanleitung durch Zuschläge zu erstatten. Nach den Rahmenvereinbarungen des GKV-Spitzenverband, des PKV-Verbands und der DKG umfasst dies die Kosten für den praktischen und den theoretischen Unterricht, die Kosten der Praxisanleitung sowie die Sach- und
Betriebsaufwände der Schulen. In den Ländern, in denen die Schulen dem Schulrecht unterliegen, sind die Aufwände der schulischen Ausbildung durch das Land zu tragen und entsprechend bei den Ausbildungszuschlägen nicht zu berücksichtigen (§ 17a Abs. 1 KHG).

Geplant war zudem, die Finanzierungsbeträge auf Basis der durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsfall bundesweit anzugleichen (§ 17a Abs. 4b KHG). Diese Richtwerte wurden erstmals 2010 durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelt. Da die Vertragsparteien jedoch keinen Kon- sens über das Verfahren erzielen konnten, hat das InEK die Ausbildungskostenkalkulation ausgesetzt, und auch das Bundesministerium für Gesundheit hat von der Möglichkeit einer Festlegung per Rechtsverordnung abgesehen.


**Finanzierung der Altenpflegeausbildung**


Dies kann dazu führen, dass die Berufsfachschulen für die nicht gedeckten Kosten Schulgeld bei den Auszubildenden erheben. Häufig ist dies der Fall in Bayern, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, seltener in Baden-Württemberg, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt. Eine Befragung der Gewerkschaft ver.di hat ergeben, dass knapp ein Drittel (30,6 Prozent) aller Auszubildenden in der Altenpflege Schulgeld zahlen muss. Hiervon geben 34,9 Prozent an, bis zu 250 Euro zu zahlen, 59,3 Prozent

85 Rahmenvereinbarung nach § 17a SGB V; URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/kranvenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/ausbildungsschaften/Rahmenvereinbarung_17_a_KHG_2009_unterschrnb.pdf [Stand 12.08.2013].
86 URL: http://www.gdrg.de/cms/Kalkulation2/Ausbildungskosten_17a_KHG [Stand Febr. 2013].
zahlen zwischen 250 Euro und 500 Euro, 5,3 Prozent sogar über 750 Euro im Monat (ver.di 2011).


**Förderung der Umschulung durch die Bundesagentur für Arbeit**

Die Umschulung zur Ausbildung kann ferner als berufliche Weiterbildung im Rahmen des SGB II und des SGB III durch die Bundesagentur für Arbeit (BA) gefördert werden. Möglich ist eine solche Förderung jedoch nur, wenn die Ausbildungszeit aufgrund von Vorkenntnissen um mindestens ein Drittel reduziert werden kann, sodass lediglich 2 Umschulungsjahre finanziert werden.


**Zahl der Absolventen und Anwärter**


Die Ausbildungszahlen sind im Vergleich zu den 1990er-Jahren tendenziell rückläufig. Lag die Zahl der Absolventen zwischen 1990 und 1999 im Jahres-

Abbildung 28: Absolventen mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens

Quelle: eigene Darstellung nach: Statistik der beruflichen Schulen, Statistisches Bundesamt (GBR-Bund) [ohne Hessen]


Von den insgesamt 120.000 Schülern in der Kranken- und der Altenpflege waren 46.000 im ersten Lehrjahr (Fachserie 11 Reihe 2 – Berufliche Schulen, Statistisches Bundesamt 2011). Bezogen auf die rund 1 Mio. erwerbstätigen Pflegekräfte waren dies rund 4,5 Auszubildende je 100 Erwerbstätige.

7.3.4 Interessenvertretung und Mitwirkung an (unter-)gesetzlicher Normgebung

Insbesondere im deutschen Diskurs spielt die Standesvertretung der Berufsgruppe durch eine Kammer eine wesentliche Rolle. Denn der Berufstand der Pflegenden ist bis heute nicht eingebunden in den gesetzlichen Kontext von Berufsbildungs- und Regulierungsfragen. Im Gegensatz zum Berufsbildungs gesetz – der gesetzlichen Grundlage der dualen Ausbildungsgänge – sehen das Krankenpflegegesetz und das Altenpflegegesetz keine Mitwirkung der Berufsgruppe vor, nicht einmal in Form von Anhörungen. Laut Berufsbildungsgesetz sind auch die jeweils betroffenen Berufsverbände berechtigt, Vertreter in die Berufsbildungsausschüsse zu entsenden (§ 77 BBIG). Diese Ausschüsse sind „in allen wichtigen Angelegenheiten der beruflichen Bildung zu unterrichten und zu hören“ (§ 79 Abs. 1 S. 1 BBIG). Der Ausschuss hat zudem auf die Entwicklung der Qualität der beruflichen Bildung hinzuzwirken. Auch muss er den Rechtssörschriften zustimmen, welche die für die Durchführung der Berufsbildung zuständige Behörde erlassen hat.

Anderseits ist die Berufsgruppe der Pflegeberufe auch im komparatistischen Gesundheitssystem als Akteur institutionell nur schwach verankert. Zwar ist der Deutsche Pflegerat e. V. als Dachverband der Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens in seiner Funktion in einige Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung eingebunden, es fehlt aber eine Einbindung in den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).


über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen (§ 114a Abs. 7 S. 2 SGB XI) und bei deren Veröffentlichung (§ 115 Abs. 1a S. 9 SGB XI). Auch bei der Entwicklung von Expertenstandards nach § 113a SGB XI sind die Verbände der Pflegekräfte auf Bundesebene zu beteiligen. Zumindest angehört werden müssen die Berufsverbände auf Bundesebene bei der Festlegung der Richtlinien der Pflegekassen zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI. Auch bei der Erstellung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses sind die Verbände anzu hören (§ 78 Abs. 2 SGB XI).
8 Vergleichende Darstellung und Diskussion der beruflichen Regulierung in Großbritannien, Schweden und Deutschland

8.1 Angebot von Pflegekräften

8.1.1 Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung und Zahl der Ausbildungsplätze

In Großbritannien hat das Nursing and Midwifery Council (NMC) erheblichen Handlungsspielraum bei der Ausgestaltung der Zugangsvoraussetzungen, des Niveaus und der Inhalte der Pflegeausbildung. Der britische Gesetzgeber hat mit der Nursing and Midwifery Order 2001 alle diesbezüglichen Regelungskompetenzen an das NMC übertragen. Indirekt spielen jedoch auch die Vorgaben der supranationalen EU-Richtlinie 2005/36/EG zur Anerkennung von Berufsqualifikationen eine Rolle (siehe Abschnitt 5.3.2.1 und 5.3.3.2).


Nicht abgerissen ist seitdem die Diskussion über die praktischen klinischen Fähigkeiten der Absolventen. Im Kern dreht sich die dabei entbrannte Debatte fitness to practice vs. fitness to function um den Stellenwert des pflegerischen Wissenskanons und die Professionalisierung des Berufs. Während die Kritiker einer akademischen Pflegeausbildung die fehlenden praktischen Kompetenzen...
der so ausgebildeten Berufsanfänger bemängeln, führt das NMC (wie auch andere Befürworter) das durch die Akademisierung geförderte eigenständige Denken und das so ermöglichte wissen- und evidenzbasierte Handeln ins Feld, was eine Grundvoraussetzung moderner Pflege sei. Zwar setzte das NMC – sicherlich auch aufgrund des Drucks der Regierung – Reformen um, die eine Stärkung der Praxiskompetenz zum Ziel hatten, das in den Augen vieler Kritiker überkommene Ausbildungsleitziel des „knowledgeable doers“ wurde letztlich aber nicht angetastet. Die Einführung einer verpflichtenden praktischen Anerkennungszeit nach Abschluss der Qualifikation stand – anders als in Schweden – nicht zur Diskussion (siehe Abschnitt 5.3.3.1).

Die durch das NMC administrierte Transformation der pflegerischen Ausbildung in ein vollgraduiertes Studium fand 2013 ihren Abschluss. Seither ist die erstqualifizierende Ausbildung zur Erlangung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung nur noch durch ein dreijähriges Bachelorstudium mit einem Umfang von 180 ECTS (d. h. einem EQR-Niveau 6) möglich. Anders als in Deutschland wurde damit sogar die grundständige Pflege Objekt einer Akademisierung. Eine Diskussion wie in Deutschland, ob die Akademisierung nur für einen Teil der Pflegekräfte erfolgen sollte, gab es in Großbritannien zu keinem Zeitpunkt (siehe Abschnitt 5.3.3.2).


Die berufliche Regulierung in Schweden stellt sich ganz anders dar. Die für die Registrierung der Ausbildung verantwortliche Behörde, das National Board of Health and Welfare, wie auch die Behörde, welche die Berufsaufsicht innehat, das Health and Social Care Inspectorate, haben keinerlei Einfluss auf die Ausgestaltung der Zugangskriterien und der Lehrinhalte der pflegerischen Ausbil-
KAPITEL 8 - VERGLEICHENDE ANALYSE DER BERÜFLICHEN REGULIERUNG

dung. Die Rahmenbedingungen der pflegerischen Ausbildung werden vielmehr direkt durch das Parlament und die Regierung festgelegt. Das diesbezügliche Hochschulgesetz (Swedish Higher Education Act) sowie die entsprechende Verordnung (Higher Education Ordinance) lassen den Hochschulen dabei erheblichen Spielraum (siehe Abschnitt 6.2.3.2).


Auch in Deutschland werden die Zulassungsvoraussetzungen sowie das Niveau und die Inhalte der Ausbildung direkt durch den Gesetzgeber, hier auf Bundesebene, bestimmt. Aufbauend hierauf werden durch die Länder Rahmenlehrpläne oder Qualifikationsanforderungen aufgestellt. Da die Ausbildungsgänge zur Kranken- und zur Altenpflege nicht dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) unterliegen, haben weder Berufsverbände noch Gewerkschaften eine beratende Funktion bei der Weiterentwicklung und der Verbesserung der Ausbildungsangebote (siehe Abschnitt 7.3.3).


Da Kranken- und Altenpflege nicht im Geltungsbereich des Berufsbildungsge setzes stehen, obliegt die Prüfung, inwiefern die Ausbildungsstätten die gesetzlichen Vorgaben erfüllen, der entsprechenden Landesbehörde oder den Regelungen des Schulechts. Die Planung und die Finanzierung der Zahl der Ausbil-

---

87 Siehe die Klassifizierung der Berufe nach dem *Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen* unter www.dqr.de.
dungsplätze sind bei der Krankenpflege und bei der Altenpflege unterschiedlich organisiert. Die Kosten für die Krankenpflege werden pauschal auf die Krankenhausentgelte umgelegt. Die Festlegung der Zahl der Ausbildungsplätze wird durch deren Aufnahme in den Landeskrankenhausplan beeinflusst. Die Finanzierung der Altenpflegeausbildung hingegen ist Ländersache und gestaltet sich somit heterogen. Dies führt dazu, dass sich rund ein Drittel der Altenpflegeschüler in Form von Schulgeld an der Finanzierung ihrer Ausbildung beteiligen muss (siehe Abschnitt 7.3.3.4).


Zwischenfazit


**Tabelle 23: Vergleichende Darstellung der Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung und der Zahl der Ausbildungsplätze**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vergleichende Darstellung der Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung und der Zahl der Ausbildungsplätze</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Großbritannien</td>
</tr>
<tr>
<td>Benötigter Schulabschluss</td>
</tr>
<tr>
<td>Länge, Niveau und Verortung der erstqualifizierenden Ausbildung</td>
</tr>
<tr>
<td>Praktische Anerkennungszeiten nach der Ausbildung</td>
</tr>
<tr>
<td>Verfügbarkeit von Ausbildungsplätzen</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Quelle: eigene Darstellung**

Auch weitere Instrumente der „beruflichen Marktabschottung“ – wie z. B. verpflichtende Praxiseinsätze nach der Primärqualifikation (analog zum AIP für Ärzte) – wurden nicht durch das NMC implementiert. Die Möglichkeit, das Angebot durch niedrige Ausbildungszahlen (künstlich) zu verknappen, besteht ebenso nicht. Dies ist darin begründet, dass das NMC zwar die Ausbildungsstätten akkreditiert (und darüber also theoretisch einen Hebel hätte), dass die Zahl der Ausbildungsplätze aber im Kontext des Workforce Planning des NHS erfolgt und der Umfang der Finanzierung durch die Regierung festgelegt wird.
8.1.2 Zugangsvoraussetzungen für ausländische Pflegekräfte

Grundsätzlich obliegt dem NMC die Prüfung und die Anerkennung ausländischer Qualifikationen. Tätig werden darf eine Pflegekraft in Großbritannien nur, wenn sie beim NMC registriert ist. Jedoch ist dem NMC die Anerkennung von Qualifikationen der allgemeinen Pflege aus Ländern der Europäischen Union (EU), des sonstigen Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) oder der Schweiz durch die EU-Berufsankenungsrichtlinie (2005/36/EG) vorgegeben. Die Mitgliedstaaten – und damit auch Großbritannien, Schweden und Deutschland – haben sich verpflichtet, die in der Richtlinie aufgeführten Mindestanforderungen an Ausbildungsinhalte umzusetzen. Auf Grundlage dessen sind alle Qualifikationen automatisch als gleichwertig mit den landeseigenen anzuerkennen (siehe Abschnitt 5.3.2.4).

Bei Antragstellern aus dem europäischen Raum hat das NMC folglich keinen Handlungsspielraum in Bezug auf die Anerkennung und die damit einhergehende Registrierung als „Registered Nurse“. Anders liegt der Fall bei allen übrigen Antragstellern: Hier obliegt die Prüfung der Gleichwertigkeit der Ausbildung dem NMC. Dies hat festgelegt, dass – neben einer gleichwertigen Qualifikation – „fortgeschrittene“ Englischkenntnisse, mindestens ein Jahr Berufserfahrung sowie mindestens 450 Stunden Berufstätigkeit innerhalb der letzten drei Jahre für eine Registrierung nötig sind. Seit 2005 müssen alle Antragsteller darüber hinaus ein sogenanntes Overseas Nurses Programme (ONP) von mindestens 4-monatiger Dauer durchlaufen, bevor sie sich beim NMC registrieren können (siehe Abschnitt 5.3.2.4).


neben einem Sprachtest eine Hospitation sowie ein Berufserfahrungspraktikum von drei bis fünf Monaten. Anders als in Großbritannien hat in Schweden die weltweite Zuwanderung jedoch immer eine eher untergeordnete Rolle gespielt. Die überwiegende Mehrzahl der ausländischen Pflegekräfte, die sich beim National Board of Health and Welfare registrieren, stammt aus skandinavischen Ländern (siehe Abschnitt 6.2.2.4).


Laut der Statistik auf Basis des Anerkennungsgesetzes wurden 2015 rund 7.000 Personen ihre Berufsqualifikation anerkannt. Schätzungen auf Basis des Mikrozensus gehen davon aus, dass die meisten Zuwanderer, die heute in Pflegeberufen beschäftigt sind, in den Jahren 1989 bis 1995 nach Deutschland gekommen sind. Die Zahl der Zuwanderer hat sich seitdem kontinuierlich auf rund 2.000 Personen pro Jahr reduziert (siehe Abschnitt 7.3.2.3). Generell obliegt die Prüfung der Gleichwertigkeit von ausländischen Diplomen, die nicht unter die EU-Anerkennungsrichtlinie fallen, untergeordneten regionalen Behörden. Manche Länder haben die Anerkennungsverfahren jedoch auf Bundeländebene gebündelt (siehe Abschnitt 7.3.2.3).
Tabelle 24: Vergleichende Darstellung der Zugangsvoraussetzungen für ausländische Pflegekräfte

<table>
<thead>
<tr>
<th>großbritannien</th>
<th>Schweden</th>
<th>Deutschland</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Zugang für Personen mit Qualifikationen aus dem EU/EWR-Raum/aus der Schweiz</td>
<td>Durch die EU-Berufsankennungsrichtlinie (2005/36/EG) sind diese Bedingungen für alle gleich: Automatische Anerkennung der Ausbildung (im Bereich der allgemeinen Erwachsenenpflege), keine weiteren Nachweise notwendig</td>
<td>Zusätzlich zur Anerkennung der Gleichwertigkeit der Ausbildung: Sprachtest; 1 Jahr Berufserfahrung und mind. 450 h Tätigkeit innerhalb der letzten drei Jahre; seit 2005 Overseas Nurses Programme (ONP) von mindestens 4-monatiger Dauer</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: eigene Darstellung


Zwischenfazit

Damit wird deutlich, dass aufgrund der gemeinsamen EU-Anerkennungsrichtlinie die Regulierung von ausländischen Pflegekräften aus dem EWR-Raum in allen drei hier betrachteten Ländern gleich ist. Damit können selbstverständlich auch keine Wirkungen der unterschiedlichen beruflichen Regulierungsformen geschlossenfolgert werden. Pflegekräften, die aus anderen Ländern als dem EWR-Raum stammen, setzt das NMC jedoch hohe Anforderungen für die Anerkennung, darunter Sprachtests und ein 4-monatiges Anerkennungspraktikum. In welchem Ausmaß dies den Zugang zum Beruf beeinflussen kann, wurde in Kapitel 5.3.2.4 dargelegt. Nach Einführung des verpflichtenden Overseas Nurse Programs (20 Tage Theorie sowie ein Praxiseinsatz von bis zu 3 Monaten) gingen die Zahlen der international eingewanderten Pflegekräfte erheblich zurück. Das NMC hat durch die Befugnis, die Anerkennungsregeln definieren zu können, also einen erheblichen Einfluss auf das Angebot an Pflegekräften in Großbritannien. Jedoch ist festzuhalten, dass in Schweden annähernd gleiche Anerkennungskriterien gelten. Von allen Anwärtern, die nicht
unter die EU-Richtlinie fallen, werden auch hier Sprachtests und mehrmonatige Berufserfahrungspraktika verlangt.

8.1.3 Zahl der Pflegekräfte und Preis der Dienstleistung

8.1.3.1 Zahl der Pflegekräfte

Wie wirken sich nun die jeweiligen landesspezifischen Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung als Zugangsbarrieren aus – und damit auf die Zahl der Pflegekräfte sowie auf das Lohnniveau? Geht man dieser Frage nach, wird schnell deutlich, dass die Vergleichbarkeit stark eingeschränkt ist, da die landesspezifischen Statistiken jeweils von anderen Voraussetzungen ausgehen.

Tabelle 25: Vergleichende Darstellung von Kennzahlen zur Quantität von Pflegekräften

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Großbritannien</th>
<th>Schweden</th>
<th>Deutschland</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Erwerbstätige Pflegekräfte je 1.000 Einwohner (im Gesundheitswesen)</td>
<td>6,5 (2012)</td>
<td>11,1 (2011)</td>
<td>12,64 (2011)</td>
</tr>
<tr>
<td>Erwerbstätige VZÄ je 1.000 Einwohner (im Gesundheitswesen)</td>
<td>5,7 (2012)</td>
<td>-</td>
<td>9,3 (2011)</td>
</tr>
<tr>
<td>Veränderung Erwerbstätige VZÄ je 1.000 Einwohner innerhalb der letzten Jahre</td>
<td>Seit 2002 + 6 %</td>
<td>Seit 2001 + 17 %</td>
<td>Seit 2003 + 13 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Anteil der Pflegekräfte, die ihre Qualifikation im Ausland erworben haben</td>
<td>6,5 % (2011)</td>
<td>2,5 % (2011)</td>
<td>Keine Angaben möglich</td>
</tr>
<tr>
<td>Veränderung innerhalb der letzten Jahre</td>
<td>Seit 2007 - 40 %</td>
<td>Seit 2005 - 20 %</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zahl der Ausbildungsplätze im Verhältnis zur Zahl der erwerbstätigen Pflegekräfte</td>
<td>5,7 Studienanfänger je 100 Erwerbstätige</td>
<td>4,7 Studienanfänger je 100 Erwerbstätige</td>
<td>4,5 Auszubildende im 1. Lehrjahr je 100 Erwerbstätige</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4,5 Neuregistrierte je 100 Erwerbstätige</td>
<td>3,8 Ausbildungsabschlüsse je 100 Erwerbstätige</td>
<td>2,0 Ausbildungsabschlüsse je 100 Erwerbstätige</td>
</tr>
<tr>
<td>Veränderung der Zahl der Absolventen innerhalb der letzten Jahre</td>
<td>Innerhalb der letzten 10 Jahre + 15 %, aber deutliche Schwankungen; starker Einbruch Ende der 1990er-Jahre</td>
<td>Innerhalb der letzten 10 Jahre + 12 %</td>
<td>Innerhalb der letzten 10 Jahre + 6 %, aber Niveau unter dem der 1990er-Jahre</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: eigene Darstellung [1 nur England; 2 nur im NHS tätig; 3 Anteil an allen zugelassenen Pflegekräften; 4 Veränderung bezogen auf „Köpfe“]

auf Vollzeitäquivalente herunterbricht. In Großbritannien verbleiben 5,7 Pflegekräfte je 1.000 Einwohner (87 % der „Köpfe“), in Deutschland sind es noch 9,3 (73 % der „Köpfe“). Für Schweden liegen Zahlen bezogen auf Vollzeitäquivalente leider nicht vor (Tabelle 25).


Der Anteil der Pflegekräfte, die ihre Qualifikation im Ausland erworben haben, betrug 2011 in England 6,5 Prozent, in Schweden lediglich 2,5 Prozent, wobei für Deutschland wiederum keine Angaben möglich sind (Tabelle 25). In beiden Ländern ist die Zahl der ausländischen Pflegekräfte in den letzten Jahren dabei deutlich gesunken. Gleichzeitig ist die Zahl der Ausbildungsplätze erhöht worden. So ist die Zahl der Absolventen in Großbritannien innerhalb der letzten 10 Jahre um 15 Prozent gestiegen, was jedoch auch mit dem starken Einbruch der Studentenzahlen Ende der 1990er-Jahre zusammenhängt. In Schweden ist die Zahl der Absolventen im gleichen Zeitraum um 12 Prozent und in Deutschland um 6 Prozent gestiegen. Vergleicht man die Absolventenzahlen bzw. die Ausbildungsplätzen mit der Zahl der erwerbstätigen Pflegekräfte, so erstaunt der niedrige Anteil in Deutschland. Finden sich in Großbritannien 4,5 und in Schweden 3,8 Studienabschlüsse (bzw. Neuregistrierte mit einem abgeschlossenen Studium im U. K.) je 100 Erwerbstätige, so sind dies in Deutschland lediglich 2,0. Dabei überrascht ferner, dass in Großbritannien 5,7 und in Schweden 4,7 Studienanfänger je Jahr und 100 Erwerbstätige, in Deutschland hingegen ebenfalls 4,5 Auszubildende je Jahr und 100 Erwerbstätige gegenüberstehen, was auf eine im Vergleich zu den anderen Ländern deutlich niedrigere Abschlussquote in Deutschland hinweist (Tabelle 25).

**Zwischenfazit**


**Der Indikator Arbeitskräftemangel**

Ergänzend kann als Indikator für die Zahl der Pflegekräfte noch herangezogen werden, ob für den Pflegeberuf in den jeweiligen Ländern ein „offizieller“ – also durch eine zuständige Behörde ausgewiesener – Arbeitskräftemangel vorliegt.

In Großbritannien definiert das Migration Advisory Committee die Shortage Occupation List und damit Berufe, für die es nicht genügend inländische Bewerber bzw. Angehörige der Berufsgruppe gibt, um freie Stellen zu besetzen. Arbeitgeber dürfen solche Stellen dann auch mit Bewerbern besetzen, die von außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und der Schweiz kommen, ohne vorher darlegen zu müssen, dass kein geeigneter inländischer Bewerber für die Stelle zu finden ist. Für Einwanderer mit der entsprechenden Qualifikation bedeutet dies, dass sie ein Arbeitsvisum erhalten.\(^88\)


---

\(^88\) Weitere Informationen unter der URL: [http://www.nhsemployers.org/your-workforce/recruit/employer-led-recruitment/international-recruitment/shortage-occupation-list [12.08.2015]].


90 URL: https://www.migrationsverket.se [Stand 12.08.2015].
91 Siehe Migrationsverkets föreskrifter om förteckning över slag av arbeten inom vilka det finns stor efterfrågan på arbetskraft (02/2015) unter der URL: https://www.migrationsverket.se/ download/18.39a9cd9514a346077211731/1422533384206/MIGRFS+2+2015.pdf [Stand 12.08.2015].
92 Positivliste gemäß § 6 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 Beschäftigungsverordnung: Zuwanderung in Ausbildungsbe- rufe mit Stand vom 16.4.2015 unter der URL: www.zav.de/positivliste [Stand 12.08.2015].
93 Die Bundesagentur für Arbeit definiert einen Fachkräftemangel als dann gegeben, wenn die regionale Vakan- zzeit mindestens 40 Prozent über dem Bundesdurchschnitt aller Berufe liegt und es weniger als 150 Arbeitslose je 100 gemeldete Stellen gibt oder wenn es weniger Arbeitslose als gemeldete Stellen gibt. Ein Fachkräftengpass liegt vor, wenn die Vakan- zzeit über dem Bundesdurchschnitt aller Berufe liegt und es weniger als 300 Arbeitslose je 100 gemeldete Stellen gibt (siehe BA 2014).
Zwischenfazit


8.1.3.2 Einkommen von Pflegekräften


Tabelle 26: Monatliche Median-Brutto-Entgelte von (vollzeitbeschäftigten) Pflegekräften in Deutschland 2013

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fachkräfte in der Krankenpflege</th>
<th>Fachkräfte in der Altenpflege</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Deutschland</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.042 €</td>
<td>2.441 €</td>
</tr>
<tr>
<td>West</td>
<td>3.139 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Ost</td>
<td>2.738 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Davon tätig im Bereich</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenhaus</td>
<td>3.159 €</td>
</tr>
<tr>
<td>stationäre Altenpflege</td>
<td>2.522 €</td>
</tr>
<tr>
<td>ambulante Altenpflege</td>
<td>2.226 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Spezialisten in der Fachkrankenpflege</td>
<td>3.356 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: IAB 2015


Zwischenfazit


Für aussagekräftige Vergleiche der Lohnniveaus in diesen Ländern bedürfte es jedoch darüber hinaus letztlich einer wesentlich differenzierteren Datengrundlage. Erfasst und entsprechend gewichtet werden müssten die Art der Tätigkeit (Leitung, OP-nahe Pflege, spezialisierte Pflege etc.), die Berufserfahrung bzw. das Alter und insbesondere die Settings (ambulante Pflege, d. h. Altenpflege, oder Pflege im Krankenhaus), in denen die Pflegekräfte jeweils tätig sind.

8.1.4 Tätigkeitsprofile von Pflegekräften


Um dies zu beleuchten folgt zuerst eine Übersicht über die Ausführung von ärztlichen Tätigkeiten durch Pflegekräfte und über das Ausmaß von vorbehaltenen Tätigkeiten von Pflegekräften. Anschließend wird versucht, den jeweils vorgefundenen Skill-Mix zu quantifizieren, also die Aufgabenteilung zwischen Hilfskräften, Pflegekräften und Ärzten. Die Entwicklung von Advanced

---

\textsuperscript{95} Die von der OECD herausgegebenen jährlichen Prices and purchasing power parities (PPP) ermöglichen einen Vergleich von landesspezifischen Preisen und Gehältern, da sie sowohl die Wechselkurse als auch die Preisniveaus in den jeweiligen Vergleichsländern berücksichtigen. Für die hier gewählte Umrechnung wurden die \textit{PPPs for actual personal consumption} gewählt, da diese neben dem privaten Konsum auch die durch den Staat bereitgestellten sozialen Dienstleistungen berücksichtigen (PPP for actual personal consumption 2012: Germany=0,779583; Sweden=9,17596; United Kingdom=0,733568).
Nursing Practice im Allgemeinen wird hingegen in Kapitel 8.2.1.1 im Kontext von „Berufsbezeichnungs- und Berufsausübungsschutz“ diskutiert.

Ausführung von ärztlichen Tätigkeiten sowie von vorbehaltenen Tätigkeiten durch Pflegekräfte


- die Anamnese mithilfe eines breiten Spektrums von Methoden, auch solcher, die nicht üblicherweise durch Pflegekräfte angewendet werden, wie etwa körperliche Untersuchungen, das Veranlassen wie auch das Befunden von diagnostischen Tests bzw. Verfahren sowie die Diagnosestellung („physical examination, ordering and interpreting diagnostic tests or advanced health needs assessment“);
- den evidenzbasierten Einsatz von Interventionen, wie z. B. das Verordnen von Arzneimitteln und das Monitoring der Einnahme;
- die Planung der Patientenversorgung (in ihrer Gänze) sowie die hierfür notwendige Kooperation mit Vertretern anderer Berufe;
- eine präventive Ausrichtung der Tätigkeiten, also das frühe Erfassen von Gesundheitsrisiken;
- den Umgang mit komplexen und/oder kritischen Situationen und dessen Reflexion;
- eine angemessene Reflexion des eigenen Könnens und das Erkennen der eigenen Grenzen, also der Tätigkeiten, zu denen man befähigt ist.

(DH 2010).

Das Tätigkeitsprofil der Pflegekräfte beruht dabei nicht auf gesetzlichen Vorgaben. Dies ist auch nicht notwendig, denn in Großbritannien sind die vorbehaltenen Tätigkeiten der Ärzte nicht im gleichen Maße ausformuliert wie in Deutschland. Die vorbehaltenen Tätigkeiten eines approbierten (und registrierten) Mediziners beschränken sich nach dem Medical Act insbesondere auf die Erlaubnis, Gebühren für ärztliche Dienstleistungen zu erheben, Abtreibungen vorzunehmen sowie Arbeitsunfähigkeits- oder Sterbeurkunden auszufüllen (Medical Act 1983 (Part VI - Privileges of Registered Practitioners)). Die Voraussetzungen zum Verordnen von Arznei- und Betäubungsmitteln sind hingegen definiert im Medicines Act und im der Misuse of Drugs Act.

Um die oben genannten erweiterten pflegerischen Tätigkeiten etablieren zu können, bedurfte es also lediglich einer Anpassung der Arzneimittelgesetze. Dies geschah seit 1998 durch eine Reihe von Gesetzesreformen. Parallel hierzu wurde eine entsprechende Regulierung durch das NMC eingeführt. Heute kön-
nen Pflegekräfte mit einer durch das NMC anerkannten und dort registrierten Zusatzqualifikation fast alle Arzneien verordnen – auch Betäubungsmittel –, welche in ihrer klinischen Kompetenz liegen (siehe Abschnitt 5.3.3.3).


gering. Eine Evaluation im Jahr 1996 zeigte, dass nur rund 1 Prozent aller Verordnungen durch Pflegekräfte erfolgte (siehe Abschnitt 6.2.3.3).

**Tabelle 27: Vergleichende Darstellung der Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Definition von vorbehaltenen Tätigkeiten für Pflegekräfte im Kontext von Advanced Nursing</th>
<th>Großbritannien³</th>
<th>Schweden¹</th>
<th>Deutschland</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Keine Konkretisierung (individuelle Kompetenzen bilden den Rahmen/die Grenzen der Tätigkeiten)</td>
<td>Keine Konkretisierung (individuelle Verantwortung als Rahmen der Tätigkeiten)</td>
<td>Im Rahmen von Modellvorhaben sind Tätigkeiten sehr explizit bestimmt.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten:

- **Eigenständige Diagnose und Indikationsstellung**
  - **Großbritannien³**: Ja
  - **Schweden¹**: Nicht expliziert
  - **Deutschland**: Nein – eine ärztliche Diagnose ist Voraussetzung. Ja, aber nur im Rahmen des vorgegebenen Therapieplans, beschränkt auf Diabetes mellitus Typ I und II, chronische Wunden, Hypertonie und Demenz

- **Veranlassung von diagnostischen Tests etc.**
  - **Großbritannien³**: Ja
  - **Schweden¹**: Nicht expliziert
  - **Deutschland**: Im Primärversorgungskontext (Gemeindeschwestern, ambulante Pflege); beschränkt auf eine Wirkstoff- und Indikationsliste; faktisch aber geringe Relevanz

- **Eigenständiges Verordnen von Arzneimitteln**
  - **Großbritannien³**: Ja
  - **Schweden¹**: Im Primärversorgungskontext (Gemeindeschwestern, ambulante Pflege); beschränkt auf eine Wirkstoff- und Indikationsliste; faktisch aber geringe Relevanz

  - **Deutschland**: Keine Verordnung von Arzneimitteln (nur im Rahmen von Modellprojekten definerter Medizinprodukte, Hilfsmittel sowie eingeschränkt Heilmittel)

**Quelle: eigene Darstellung**


Die gesetzlichen Rahmenvorgaben zur Übernahme von heilkundlichen Tätigkeiten durch Pflegekräfte waren ursprünglich so gefasst, dass die Qualifikationen nicht per Weiterbildung erlangt werden konnten und ferner zuerst Modellvorhaben durch die Krankenkassen vereinbart hätten sein müssen. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber die Voraussetzungen für die Zulassung von Modellstudiengängen, die zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde befähigen, jedoch erleichtert. Mit dem Wintersemester 2016
KAPITEL 8 - VERGLEICHENDE ANALYSE DER BERUFLICHEN REGULIERUNG

startet nun der erste Modellstudiengang im Sinne des § 63 3c SGB V („Evidenzbasierte Pflege“) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Nicht zu verwechseln sind diese Modellvorhaben zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde mit der heute in der Regelversorgung implementierten Delegation von ärztlichen Leistungen insbesondere an medizinische Fachangestellte (siehe Abschnitt 7.3.3.3).

Quantifizierung von Hilfskräften, Pflegekräften und Ärzten

Stellt man für einen quantitativen Überblick die Anzahl der Pflegekräfte je Arzt gegenüber, so zeigt sich, dass diese Zahlen in den drei Ländern relativ ähnlich sind (Tabelle 28). Deutschland hat mit 1,9 Pflegekräften je Arzt den niedrigsten Anteil. Großbritannien weist zwar einen niedrigeren ärztlichen Versorgungsgrad der Bevölkerung auf, dennoch kommen hier wie in Schweden rund 2,2 Pflegekräfte auf einen Arzt.

Tabelle 28: Vergleichende Darstellung von Kennzahlen zum Skill-Mix

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Großbritannien³</th>
<th>Schweden¹</th>
<th>Deutschland</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Veränderung</td>
<td>+ 30 % seit 2002</td>
<td>+ 12 % seit 2005</td>
<td>+ 22 % seit 2001</td>
</tr>
<tr>
<td>Veränderung</td>
<td>+ 6 % seit 2002</td>
<td>+ 17 % seit 2001</td>
<td>+ 13 % seit 2003</td>
</tr>
<tr>
<td>VZÄ Hilfskräfte je 1.000 Einwohner</td>
<td>2,4 (2012)</td>
<td>17,8 (im KH) (2011)</td>
<td>2,97 (2011)</td>
</tr>
<tr>
<td>Veränderung</td>
<td>- 10 % seit 2002</td>
<td>leicht rückläufig seit 2005</td>
<td>+ 29 % seit 2003</td>
</tr>
<tr>
<td>Veränderung</td>
<td>- 19 % seit 2002</td>
<td>- 8 % seit 2005</td>
<td>- 6 % seit 2002</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahl der Hilfskräfte je Pflegekraft (3-jährige Ausb.) und Hebammen</td>
<td>0,43 Ca. 3 (0,12 KH) (2012)</td>
<td>0,47² (0,87 AltPfl)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veränderung</td>
<td>+ 15 % seit 2002</td>
<td>stagniert</td>
<td>+ 15 % (ursächlich durch Anstieg im AltPfl-S.)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: eigene Darstellung nach Tabelle 7, Tabelle 12 und Tabelle 20 [¹ „Köpfe“; ² „Bezogen allein auf Pflege- und Hilfskräfte in der direkten Pflege; ³ bezogen auf England, nur Personen, die im NHS tätig sind“]

Das Verhältnis von Hilfskräften und qualifizierten Pflegekräften ist hingegen zumindest in Großbritannien und Deutschland ziemlich ähnlich. Kommen in Großbritannien auf eine Pflegekraft 0,43 Hilfskräfte, so sind dies in Deutsch-
land 0,47 (Tabelle 28). Jedoch ist zu beachten, dass dieser Anteil in Deutschland ursächlich auf die Zahl der Hilfskräfte in der Altenpflege zurückzuführen ist – im Pflegedienst im Krankenhaus gibt es nur ca. eine Hilfskraft auf 10 Pflegekräfte. Da die Statistiken in Großbritannien – wie erläutert – den Altenpflegebereich nicht vergleichbar abdecken wie die bundesdeutschen Statistiken, ist bei der Interpretation der Vergleichszahlen wiederum Vorsicht geboten.

Für Schweden wird im Vergleich zu Großbritannien und Deutschland ein Vielfaches an Hilfskräften ausgewiesen. Laut Berufsstatistik kämen insgesamt ca. 3 Hilfskräfte auf eine Pflegekraft. Die Statistik bietet jedoch keinen Hinweis darauf, ob die im ambulanten Sektor gezählten Hilfskräfte nicht auch im Rahmen des Social Care tätig sind. Berücksichtigt man allein die als „Assistant nurses and hospital ward assistants“ klassifizierten Hilfskräfte, ergibt sich ein Verhältnis von 1,6 Hilfskräften je Pflegekraft (Tabelle 28). Dies läge dann zwar immer noch deutlich über dem Verhältnis in Großbritannien und in Deutschland, wobei aber zu beachten ist, dass bei diesen beiden Ländern davon auszugehen ist, dass die Statistiken Personen fokussieren, die direkt in der Pflege tätig sind (und nicht im Sinne eines reinen Funktionsdienstes), während die schwedische Statistik dies wiederum nicht genauer klassifiziert.

**Zwischenfazit**


Gleichzeitig ist der britische Gesetzgeber sehr zurückhaltend, was die Regulierung dieser Tätigkeitsbereiche betrifft. Während das NMC der Ansicht ist, dass die neuen, durch die Pflegekräfte übernommenen Aufgabenfelder zum Schutze der Öffentlichkeit einer Registrierung unterstellt werden sollten, ist der Gesetzgeber mit Blick auf Aufwand und Nutzen solcher Maßnahmen in seiner Bewertung eher zurückhaltend. Alles in allem legt dies also nicht den Schluss nahe, dass das NMC einen wesentlichen Einfluss auf die Tätigkeitsprofile der Pflegekräfte ausübt. Hinzu kommt, dass auch in Schweden den Pflegekräften grundsätzlich ein breites Aufgabenspektrum offensteht und dies – mit Ausnahme der Verordnung von Arzneimitteln – ebenso nicht weiter reguliert ist. Die Auswei-
tung pflegerischer Tätigkeiten in den beiden Vergleichsländern geht also letztlich nicht primär auf die berufliche Regulierung der Pflege zurück, sondern gründet vielmehr in der dortigen Ausgestaltung der Regulierung der ärztlichen Tätigkeiten.


Eine vergleichende quantitative Erfassung des Skill-Mixes in den drei Ländern ist jedoch nicht möglich, da die hierfür zur Verfügung stehenden Statistiken Pflegekräfte und Hilfskräfte nicht einheitlich abgrenzen. Insbesondere die Erfassung von Pflege- bzw. Hilfskräften im Bereich der Langzeitpflege, aber jene auch im Grenzbereich des Social Care – also insbesondere bei der Versorgung von Menschen mit Behinderung –, ist hierfür zu unterschiedlich. Im Kern fehlt für Großbritannien letztlich die Zahl der Personen, die in der Altenpflege tätig sind. Für Schweden ist nicht klar erkennbar, wie viele jener Personen in die Statistiken eingegangen sind, die in Deutschland unter sozialpädagogischen Tätigkeitsgebieten erfasst würden. Auch die Zahl der Pflegekräfte je Arzt kann...
KAPITEL 8 - VERGLEICHENDE ANALYSE DER BERÜFlichen REGULIERUNG

deshalb nicht interpretiert werden. Deutlich wird jedoch, dass Deutschland hier eher hinten liegt bzw. insgesamt eine sehr hohe Arztquote aufweist.

8.2 Qualität des Angebots

8.2.1 Einhaltung der beruflichen Standards

8.2.1.1 Berufsbezeichnungs- und Berufsausübungsschutz sowie Rezertifizierung

Pflegekräfte, die den Beruf der Krankenschwester oder der Hebamme in Großbritannien ausüben wollen, müssen beim Nursing and Midwifery Council (NMC) registriert sein. Eine Aufnahme in das Register erfährt nur, wer die qualifizatorischen Anforderungen erfüllt, also einen Bachelor-Degree in Nursing an einer durch das NMC akkreditierten (Fach-)Hochschule erlangt oder eine vom NMC als gleichwertig anerkannte ausländische Qualifikation erworben hat und zudem charakterlich und gesundheitlich für die Ausübung des Berufs geeignet ist. Aufgabe des NMC ist es, das Register zu pflegen und öffentlich zugänglich zu machen. Sowohl Arbeitgeber als auch die Öffentlichkeit können direkt auf der Internetseite des NMC nach Personenamen suchen und sich anzeigen lassen, ob es sich bei der Person um eine registrierte Pflegekraft handelt und welche Qualifikationen diese aufweist. Für Arbeitgeber gibt es zudem spezielle Zugänge mit weiterführenden Funktionen (siehe Abschnitt 5.3.2.1).


Vor dem Hintergrund verkürzter Arbeitszeiten der Ärzte wurde wegen der langen Wartezeiten von Patienten die Ausweitung von pflegerischen Tätigkeiten jedoch bereits seit Anfang der 1990er-Jahre von der Regierung unterstützt. Die Forderung, diese neuen Tätigkeiten auch durch einen Berufsbezeichnungsschutz zu sichern, wurde insbesondere durch das Royal College of Nursing verfolgt. Das NMC war hier zuerst zurückhaltender und vertrat erst ab 2004 ebenfalls die Ansicht, dass die neuen, von den Pflegekräften übernommenen Rollen eine immer größere Bedeutung erlangten bzw. einen immer größeren Umfang einnahmen und deshalb zum Schutz von Öffentlichkeit und Patienten eine Registrierung notwendig sei (siehe Abschnitt 5.3.3.3).

Aus diesem Grund gibt es in Großbritannien bis heute keinen Berufsausübungsschutz für Advanced-Practice-Tätigkeiten. Die einzige Ausnahme stellt das Verordnen von Arzneimitteln dar. Pflegekräften ist dies erlaubt, wenn sie einen durch das NMC anerkannten Kurs absolviert haben und entsprechend im Register geführt sind. Heute gibt es zwei durch das NMC akkreditierte Kursformen. Dies ist zum einen die Fachqualifikation zur Specialist Practice Qualification Community Practitioner Nurse, und zum anderen die zum Independent/Supplementary Nurse Prescriber (siehe Abschnitt 5.3.2.1).


Alles in allem kann somit festgehalten werden, dass der Gesetzgeber die Herausstellung von Tätigkeiten im Bereich des Advanced Nursing maßgeblich unterstützt, aber weder einen Berufsbezeichnungs- noch einen Berufsausübungsschutz hierfür implementiert hat – und zurzeit auch nicht implementieren möchte. Das NMC hat die Entwicklung des Advanced Nursing zwar unterstützend begleitet, eine konzertierte Aktion zur Einführung eines Berufsbezeichnungs- oder gar eines Berufsausübungsschutzes war aber nicht erkennbar.

Um im Register des NMC zu verbleiben, muss die Registrierung alle drei Jahre erneuert werden. Hierfür bedarf es eines Nachweises von mindestens 450 Stunden Tätigkeit als registrierte Pflegekraft innerhalb der letzten drei Jahre und von mindestens 35 Stunden Fortbildung und Anwendung, der sogenannten Post Registration Education and Practice (PREP). Die PREP-Fortbildung kann dabei durch die Pflegekräfte selbst gestaltet werden, es bedarf also keiner formalen Anerkennung von „Fortbildungspunkten“. Die Fortbildungsaktivitäten sind in einem durch jede Pflegekraft zu führenden sogenannten PREP-Handbuch zu dokumentieren. Das Erlernte soll reflektiert und dessen Auswirkungen auf die eigene Arbeit dokumentiert werden. Seit dem Jahr 2001 sollte der Nachweis der Fortbildung durch Stichprobenprüfungen der PREP-
Handbücher verbindlicher gestaltet werden. Die durch das NMC angestrebte Prüfungsrate von 10 Prozent der Reregistrierungen wurde aber nie erreicht (siehe Abschnitt 5.3.2.2).


Die Zahl der Abschlüsse nach postgradualen Weiterbildungen ist in Schweden in den letzten Jahren erheblich zurückgegangen. In der Literatur wird angezweifelt, dass die angebotenen Spezialisierungen den Qualifikationsbedarf tatsächlich decken. Empfohlen wird eine Flexibilisierung der Fachweiterbildungen sowie eine bessere Zusammenarbeit von Hochschulen und Leistungserbringern, um so Nachfrage und Angebot besser zu verzehnen (siehe Abschnitt 6.2.3).

Pflegekräfte, die in *Deutschland* tätig sein wollen, benötigen die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger(in)“, „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(in)“ oder „Altenpfleger(in)“ durch die jeweils zuständigen Behörden auf Landesebene. Eine Registrierung ist gesetzlich nicht vorgesehen. Einige Länder haben jedoch im Zuge ihrer Kompetenzen zur Überwachung der Berufsausübung Meldepflichten für Pflegende geschaffen, diese beziehen sich jedoch vornehmlich auf selbstständige Pflegeanbieter und ambulante oder stationäre Anbieter (siehe Abschnitt 7.3.2.1).


Auch Weiterbildungstitel sind in Deutschland geschützt. Da die Weiterbildung nach der Zulassung zum Beruf jedoch den Ländern obliegt, findet sich hier ein sehr heterogenes Bild bei den konkreten Berufsbezeichnungen, bei den Ausbildungsinhalten wie auch bei der Zahl der unterschiedlichen Weiterbildungsangebote und -titel. Anzumerken ist jedoch, dass die Weiterbildungsangebote, die zu anerkannten Berufstiteln führen, in Deutschland nicht auf postgradualen Hochschulniveau angesiedelt sind und damit nicht im Kontext von *Advanced
Nursing zu verorten sind. Ein Berufsausübungsschutz ist mit dem Erwerb dieser Titel ebenso nicht verbunden (siehe Abschnitt 7.3.3.3).


Tabelle 29: Vergleichende Darstellung des Berufsbezeichnungs- und des Berufsausübungsschutzes sowie der Rezertifizierungs-Regeln

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Großbritannien</th>
<th>Schweden</th>
<th>Deutschland</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Kontrolle des</strong></td>
<td>Register von Personen, die die Berufsbezeichnung tragen dürfen, im Internet öffentlich zugänglich; einige Weiterbildungstitel (Primärversorgung) auf postgradualem Niveau sind geschützt, aber kein Schutz der Bezeichnung Advanced Nursing</td>
<td>Register von Personen, die die Berufsbezeichnung tragen dürfen, aber nicht öffentlich einsehbar; Weiterbildungstitel auf postgradualem Niveau sind geschützt.</td>
<td>Kein Register von Personen, die die Berufsbezeichnung tragen dürfen – Behörden auf Landesebene erteilen lediglich die Erlaubnis dazu.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Rezertifizierung</strong></td>
<td>Erneuerung der Registrierung alle drei Jahre, nur Stichprobenprüfung (zwischen 2001 und 2013 ausgesetzt)</td>
<td>keine</td>
<td>keine (Bremen, Saarland, Hamburg und Sachsen machen Vorgaben in landesweiten Berufsordnungen)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: eigene Darstellung

Während für die Delegation ärztlicher Leistungen wie auch für die Verordnung von Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege gesetzlich keine Qualifikationsanforderungen expliziert sind, bedarf es für die Erlaubnis zur selbständigen Ausübung von Heilkunde einer im universitären Kontext verankerten erweiter-
ten Pflegeausbildung. Ein Berufsbezeichnungsschutz für Personen, die diese erweiterte Ausbildung durchlaufen haben, ist jedoch nicht implementiert. Anzumerken bleibt zudem, dass lediglich die Delegation ärztlicher Leistungen in einem nennenswerten Umfang stattfindet. Seit 2009 ist dies in der Regelversorgung möglich, nicht mehr allein im Rahmen von Modellprojekten (siehe Abschnitt 7.3.3.3).

Zwischenfazit


zung. In Deutschland hingegen muss jede Tätigkeit quasi aus dem „Hoheitsgebiet“ der Ärzte herausgeschnitten werden.

8.2.1.2 Sanktionen bei Verstößen gegen berufsrechtliche Vorgaben

Zentrale Aufgabe des NMC in Großbritannien ist es, berufliche Standards zu formulieren und deren Einhaltung zu überwachen. Der sogenannte code (Standards of conduct, performance and ethics for nurses and midwives) formuliert ethische Verhaltensanforderungen gegenüber Patienten und Angehörigen sowie die Pflicht, wissensfundiert und professionell zu handeln (siehe Abschnitt 5.3.1).

Auch die Überwachung der Berufsordnung obliegt dem NMC. Angehörige, Kollegen und Arbeitgeber, aber auch (andere) Behörden, etwa die Staatsanwaltschaft, können sich mit Beschwerden über registrierte Pflegekräfte an das NMC wenden. Das NMC kann aber auch, soweit etwa durch Medienberichte Anhaltspunkte für Missstände vorliegen, selbst die Initiative ergreifen (siehe Abschnitt 5.3.1).


Die Umsetzung der berufsrechtlichen Überwachung des NMC steht jedoch erheblich in der Kritik. Zum einen sind die Untersuchungszeiten mit rund ein- einhalb Jahren doppelt so lang wie angestrebt. Dies hat zu einem erheblichen

In Schweden sind die beruflichen Pflichten aller regulierten Gesundheitsberufe im Patientenschutzgesetz festgelegt. Der Gesetzgeber hat die Berufe hierdurch u. a. verpflichtet, ihre Handlungen am Stand des Wissens auszurichten, die Patienten in den Behandlungsprozess mit einzubeziehen und Behandlungsfehler, kritische Ereignisse oder andere Gegebenheiten, welche die Patientensicherheit gefährden, zu melden (siehe Abschnitt 6.2.1.2).


Auch in Schweden wurden Probleme diskutiert, die aus einer Trennung der allgemeinen Aufsicht über das Gesundheitswesen und der beruflichen Aufsicht resultieren. Bis zur Einführung des Patientenschutzgesetzes im Jahr 2011 hatte
dies zu unterschiedlichen Rechtsfolgen und Verfahren geführt, je nachdem, ob die Beschwerde beim Medical Responsibility Board eingingen oder bei der (damaligen) allgemeinen Aufsichtsbehörde, dem National Board of Health and Welfare. Anders als in Großbritannien, wo lediglich eine bessere Zusammenarbeit von allgemeiner und beruflicher Aufsicht empfohlen wird, hat der Gesetzgeber in Schweden die beiden Verfahren gesetzlich zusammengefasst und die Aufsichtsfunktionen beim IVO gebündelt (siehe Abschnitt 6.2.1.2).


**Zwischenfazit**

und Sanktionen definiert. Nicht transparent ist hier, ob, inwiefern und mit welchen Folgen die zuständigen Behörden und die Arbeitgeber tätig werden. Entsprechend fehlt hier auch eine zentrale Beschwerdestelle für Patienten und deren Angehörige, aber auch für betroffene Arbeitgeber.

**Tabelle 30: Vergleichende Darstellung von Sanktionen bei Verstößen gegen berufsrechtliche Vorgaben**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Großbritannien</th>
<th>Schweden</th>
<th>Deutschland</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Definition berufsrechtlicher Vorgaben</td>
<td>Durch den NMC</td>
<td>Durch den Gesetzgeber</td>
<td>Keine (nur Bremen, Saarland, Hamburg und Sachsen machen Vorgaben in Landes-Berufsordnungen)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kontrolle und Sanktionen bei Verstößen gegen berufsrechtliche Vorgaben</td>
<td>Durch den NMC; Vorwurf: zu wenig proaktiv, stattdessen nur Reaktionen auf Beschwerden</td>
<td>Durch die Aufsichtsbehörde IVO; Zusammenführung von allgemeiner und beruflicher Aufsicht, um bei Fehlern nicht nur die handelnden Berufsangehörigen, sondern auch deren Arbeitgeber zur Verantwortung zu ziehen</td>
<td>Durch Behörden auf Landesebene; Vorgehen, Verfahren und Häufigkeiten sind aber nicht transparent.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Quelle: eigene Darstellung**


**8.2.2 Zur Wissensbasis der Pflege**

Die „Wissensbasis der Pflege“ kann in Rahmen dieser Arbeit lediglich formal über das Ausbildungsniveau operationalisiert werden. Wie bereits in Abschnitt
8.1.1 ausgeführt, erfolgt sowohl in Großbritannien als auch in Schweden die erstqualifizierende Ausbildung heute allein auf Hochschulniveau.


**Zwischenfazit**

Angesichts des in den drei Ländern beobachteten unterschiedlichen Ausbildungsniveaus stellt sich die Frage, ob dies Rückschlüsse zulässt auf die Qualität der pflegerischen Versorgung. Die Verlagerung der Ausbildung in den tertiären Bildungssektor wird u. a. damit begründet, dass diese Qualität nur dadurch


Kritiker einer akademisierten Ausbildung argumentieren ferner, dass eine solche die Absolventen nicht in ausreichendem Maße für die praktischen Aufgaben qualifiziere. In Großbritannien wurde zum Beispiel die Ausbildungsform (*Project 2000*) in Bezug auf die Vermittlung von klinisch-praktischen Fähigkeiten

96 Das Institute of Medicine ist eine gemeinnützige Nichtregierungsorganisation, die jedoch im Auftrag von Bundes- oder Landesregierung und anderen staatlichen Behörden gutachterlich tätig ist, etwa zu Fragen der gesundheitlichen Versorgung und des Gesundheitswesens allgemein.


8.3 Interessenvertretung und Mitwirkung der Berufsgruppe an (unter-)gesetzlicher Normgebung


Da in Schweden die berufliche Regulierung durch nachgelagerte Behörden des Gesundheitsministeriums ausgeführt wird, finden sich – dies ist nicht verwunderlich – keine gesetzlichen Vorgaben zur Interessenvertretung bzw. zur Mitwirkung an (unter-)gesetzlichen Normgebungen.

Insbesondere im deutschen Diskurs spielt die Standesvertretung der Berufsgruppe durch eine Kammer eine wesentliche Rolle. In der Tat ist der Berufsstand der Pflegenden in Fragen der Berufsbildung und der Regulierung gesetzlich nicht eingebunden. Im Gegensatz zum Berufsbildungsgesetz – der gesetzlichen Grundlage der dualen Ausbildungsgänge – sehen das Krankenpflege- und

**Zwischenfazit**

9 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

9.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

9.1.1 Hintergrund der Forschungsarbeit


In der hier vorgelegten Arbeit wurde die Regulierung des Pflegeberufs untersucht. Im Fokus der Betrachtung stand die Frage nach der Organisationsform der Regulierung, denn der Gesetzgeber kann entscheiden, ob der Staat die Ausgestaltung und die Administration der Regulierung übernimmt oder ob er diese der regulierten Berufsgruppe überträgt. Bei Letzterem spricht man von beruflicher Selbstverwaltung, die in Deutschland traditionell in Form von Berufskammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert ist. Geprüft werden sollte hier, wie sich die Wirkungen einer solchen verpflichtenden Selbstverwaltung in Form einer Pflegekammer von denen einer durch staatliche Institutionen administrierten Regulierung unterscheiden.

Initiativen und interessenspolitischer Diskurs zur Einführung von Pflegekammern in Deutschland


gesellschaftliche Aufgabe und sollte deshalb nicht an eine Kammer delegiert werden.


Verfassungsrechtlich legitimierte Aufgaben von Pflegekammern


„an deren Erfüllung ein gesteigertes Interesse der Gemeinschaft besteht, die aber so geartet sind, dass sie weder im Wege privater Initiative wirksam wahrgenommen werden können noch zu den im engeren Sinn staatlichen Aufgaben zählen, die der Staat durch seine Behörden wahrnehmen muss“ (BVerfG 38,281 (299)).


In der fachöffentlichen Diskussion in Deutschland hingegen steht die Interessenvertretung durch die Pflegekammer im Vordergrund. Verkürzt formuliert dreht sich die Diskussion um die Frage, ob eine Pflegekammer helfen werde, die Interessen der Pflegenden und damit die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern. Dass hieran „ein gesteigertes Interesse der Gemeinschaft“ (im Sinne des BVerfG, s. o.) besteht, wird weder von den Befürwortern noch von den Gegnern der Pflegekammer infrage gestellt, sondern mit Hinweisen auf den demografischen Wandel und den damit verbundenen prognostizierten Fachkräftemangel untermauert. Im internationalen Forschungskontext hingegen stellt sich die Bewertung von beruflichen Regulierungen erheblich anders dar. Zu beachten sind hier die ökonomischen Theorien zur beruflichen Regulierung wie auch soziologische Theorien zur Professionalisierung und zur Verkammerung, wie im Folgenden zusammengefasst wird.

9.1.2 Forschungskontext, methodisches Vorgehen und Forschungsfragen

Die ökonomische Sicht auf die berufliche Regulierung


Empirische Belege für die Wirkungen beruflicher Regulierung sind zum Teil widersprüchlich und beschränken sich auf den US-amerikanischen Kontext. Die Wirkungen der Verkammerung des Pflegeberufs sind kaum untersucht. Allein für die Regulierung der Advanced-Nursing-Practice finden sich Hinweise, die die ökonomische Theorie bestätigen.


**Berufsständische Kammern im Kontext des Professionalisierungsdiskurses**

Bewertungen durch Dritte. Die Berufsgruppe gewinnt so die Deutungshoheit über ihr Handeln und kann damit eine gewisse berufliche Autonomie erlangen. Im letzten Schritt kann dies in Form einer mit staatlichen Befugnissen ausgestatteten Selbstverwaltung des Berufs (also einer Kammer) auch zu einer Organisationsautonomie führen. Pflegekammern sind folglich lediglich als ein Attribut der Professionalisierung zu betrachten.

Der Professionalisierungsprozess wird in der soziologischen Diskussion unterschiedlich bewertet. Der machttheoretische Ansatz betrachtet analog zur ökonomischen Theorie der Regulierung die Professionalisierung als Mittel zur Abschottung des Berufs und zur Sicherung der damit einhergehenden Prestige- und Einkommensgewinne, also als Mittel, das allein dem beruflichen Eigennutz dient. Der funktionalistische Ansatz hingegen vertritt die Ansicht, dass Professionalisierung auch im Sinne eines gesellschaftlichen Austauschprozesses verstanden werden kann. Verwissenschaftlichung und Abschottung werden hier als Mittel zum Wissenserhalt und zur Berufsidentifikation verstanden, was wiederum beides der Etablierung eines beruflichen Ethos und von Berufstandards diene. Zudem vertritt der funktionalistische Ansatz die These, dass die Autonomie, welche die Professionen u. a. durch ihre Verkammerung erlangen, auch als Gegenpol zu den Wirkungen des freien Markts und damit im Sinne des Verbraucherschutzes wirken könne.

Im negativen Sinne wird die berufliche Regulierung also als ein potenzielles Instrument der Marktabschottung gesehen. Es wird unterstellt, dass bei einer beruflichen Selbstverwaltung hohe Qualifizierungsanforderungen und damit hohe Zugangshürden formuliert werden, um Konkurrenz vom Markt fernzuhalten. Hierdurch werde das Angebot reduziert, also die Zahl der insgesamt zur Verfügung stehenden Leistungsanbieter. Aufgrund des sinkenden Angebots stiegen zudem die Preise der Leistungen, also auch die Einkommen der Berufsmitglieder. Die Kammer gilt hierbei als Instrument der Macht durchsetzung.


Blickt man nun noch einmal auf den oben skizzierten in Deutschland geführten Diskurs zur Einführung von Pflegekammern, wird Folgendes deutlich: Sowohl die Befürworter als auch die Gegner von Pflegekammern gehen implizit davon aus, dass diese ein Instrument der Macht durchsetzung sind. Die Befürworter sind der Auffassung, dass sich die Macht durchsetzung auf diese Weise realize ren lässt, die Gegner bezweifeln dies. Zugespiitzt formuliert geht es im deutschen Diskurs also nicht um die international diskutierte Frage, ob die Organisationsautonomie in Form einer Kammer im Interesse der Berufsgruppe oder im
Interesse der Allgemeinheit erfolgt, sondern vielmehr darum, ob überhaupt eine Interessendurchsetzung mit dem Mittel der Verkammerung erreichbar ist. Die in der internationalen Forschung kritisch diskutierte Folge von Berufskammern – nämlich die Durchsetzung privater Interessen – wird hierzulande also nicht infrage gestellt, sondern lediglich deren Machbarkeit diskutiert.

**Methodisches Vorgehen und Forschungsfragen**

In dieser Arbeit wurde daher weniger der deutsche Diskurs als vielmehr der internationale Stand der Wissenschaft als Ausgangspunkt der Forschungsfragen gewählt. Zum Thema „Interessenvertretung der Berufsgruppe“ wurde allein die institutionalisierte Mitwirkung der Berufsgruppe an gesetzlichen bzw. untergesetzlichen Normen aufgegriffen. Andere Aspekte der Funktion von Kammern als Interessenvertretung werden lediglich als Wirkung, nicht aber als Ziel von Pflegekammern berücksichtigt. Folgende Fragen wurden in der Arbeit untersucht:

- Welche Wirkungen haben Pflegekammern auf das pflegerische Angebot, insbesondere auf die Anzahl der Pflegekräfte? Lässt sich ein Einfluss auf den Preis der Dienstleistung feststellen?
- Welche Wirkungen haben Pflegekammern auf die Tätigkeitsprofile der Pflegekräfte?
- Welche Wirkungen haben Pflegekammern auf den Schutz der Berufsbezeichnung und auf die Einhaltung der beruflichen Standards?
- Welche Wirkungen haben Pflegekammern auf die Wissensbasis der Pflege?
- Welche Wirkungen haben Pflegekammern hinsichtlich der institutionalisierten Einbindung der Berufsgruppe in Gesetzgebungsprozesse?


Im Folgenden werden die rechtlichen Rahmenbedingungen und die Organisation der beruflichen Regulierung in den drei Vergleichsländern Großbritannien, Schweden und Deutschland noch einmal kurz zusammengefasst.
9.1.3 Gesetzliche Grundlagen und institutionelle Ausgestaltung der beruflichen Regulierung in Großbritannien, Schweden und Deutschland

**Gesetzliche Grundlagen und institutionelle Ausgestaltung der beruflichen Regulierung in Großbritannien**


Der Vorstand des Nursing and Midwifery Council setzt sich heute aus sechs Repräsentanten der Pflegeprofessions- und sechs Laienmitgliedern, also Berufsfremden, zusammen. Die Vorstandsmitglieder benennen einen Geschäftsführer sowie weitere Mitglieder für die insgesamt vier Ausschüsse des NMC. Die Kosten der beruflichen Selbstverwaltung werden durch die re-

**Gesetzliche Grundlagen und institutionelle Ausgestaltung der beruflichen Regulierung in Schweden**


Gesetzliche Grundlagen und institutionelle Ausgestaltung der beruflichen Regulierung in Deutschland


9.1.4 Ergebnis der vergleichenden Analyse der beruflichen Regulierung

Welche Auswirkungen hat nun also eine Pflegekammer? Was lässt sich auf der Basis des Ländervergleichs schlussfolgern? Lässt sich die aufgestellte These bestätigen, dass eine mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattete berufliche Selbstverwaltung höhere Anforderungen an den Zugang zum Beruf definiert?

Welche Wirkungen haben Pflegekammern auf das pflegerische Angebot, insbesondere auf die Anzahl der Pflegekräfte? Lässt sich ein Einfluss auf den Preis der Dienstleistung feststellen?

Das Nursing and Midwifery Council (NMC) hat einen erheblichen Handlungsspielraum bei der Ausgestaltung der Zugangsvoraussetzungen, des Niveaus und
KAPITEL 9 - ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN


Während in Großbritannien und Schweden eine 12-jährige Schulbildung Zugangsvoraussetzung ist, genügt in Deutschland eine 10-jährige Realschulbildung. Der Gesetzgeber hat sogar noch dies aufgeweicht: Seit 2009 reicht für die Aufnahme der Ausbildung ein 10-jähriger erweiterter Hauptschulabschluss, ein Hauptschulabschluss mit anschließender zweijähriger Berufsqualifikation oder

In Deutschland ist die Planung, die Festlegung der Zahl und die Finanzierung der Ausbildungsplätze bei der Krankenpflege anders geregelt als bei der Altenpflege. Die Kosten für Erstere werden pauschal auf die Krankenhausbudgets umgelegt. Die Festlegung der Zahl der Plätze ist hier durch den Landeskrankenhäuserplan beeinflusst. Die Finanzierung der Altenpflegeausbildung ist hingegen Ländersache und daher heterogen gestaltet. Dies führt dazu, dass rund ein Drittel der Altenpflegeabsolventen durch ein Schulgeld an der Finanzierung ihrer Ausbildung beteiligt wird.


Laut den vorliegenden Zahlen gibt es in England 6,5 erwerbstätige Pflegekräfte je 1.000 Einwohner (5,7 VZÄ), in Schweden sind dies 11,1 und in Deutschland 12,7 (9,3 VZÄ). Verändert hat sich die Zahl der Erwerbstätigen innerhalb der letzten 10 Jahre mit plus 17 Prozent am stärksten in Schweden – wobei diese Zahl auch Veränderungen aufgrund von verstärkter Teilzeittätigkeit mit abbilden kann. In Deutschland ist die Zahl der VZÄ seit 2003 um 13 Prozent gestiegen, in England lediglich um 6 Prozent. Hierbei ist jedoch wiederum zu bedenken, dass die Altenpflege – deren Zunahme in Deutschland ursächlich ist für den Anstieg der Gesamtzahl des Pflegepersonals – in den englischen Statistiken nicht enthalten ist. Der Anteil der Pflegekräfte, die ihre Qualifikation im Aus-
KAPITEL 9 - ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

land erworben haben, betrug 2011 in England 6,5 Prozent, in Schweden lediglich 2,5 Prozent. Für Deutschland liegen hierzu keine Angaben vor.

Trotz der höheren Anforderungen durch die Anhebung des akademischen Niveaus der Erstausbildung hat sich weder in Großbritannien noch in Schweden die Zahl der Studienanwärter verringert. Sie übersteigt weiterhin deutlich die der angebotenen Studienplätze. Die Zahl der Absolventen in Großbritannien ist innerhalb der letzten 10 Jahre um 15 Prozent gestiegen, was jedoch auch mit dem vorherigen starken Einbruch der Studierendenzahlen Ende der 1990er-Jahre zusammenhängt. In Schweden ist die Zahl der Absolventen im gleichen Zeitraum um 12 Prozent und in Deutschland um 6 Prozent gestiegen.


Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass Großbritannien hinsichtlich der relativen Zahl der Pflegekräfte hinter Schweden und Deutschland zurückfällt. Schlussfolgerungen über den Einfluss der beruflichen Regulierung auf diese Lage sollten aber dennoch nicht gezogen werden. Zum einen sind die verfügbaren Datengrundlagen letztlich nicht vergleichbar, etwa hinsichtlich der Abgrenzung, ob eine Pflegekraft im Gesundheits- oder im Sozialwesen tätig ist, oder in Bezug auf den Umfang der Tätigkeit. Ferner ist zu beachten, dass Großbritannien im Vergleich zu Schweden und Deutschland weit weniger öffentliche Finanzmittel für die Altenpflege bereitstellt, was die Zahl der Pflegekräfte sicherlich beeinflusst.

Ergänzend muss bedacht werden, dass allein in Großbritannien kein „offiziell“ – also durch eine zuständige Behörde – ausgewiesener Arbeitskräftemangel besteht. In Großbritannien sind lediglich Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen mit einer Qualifikation für neonatologische Intensivpflege auf der Shortage Occupation List geführt. Zwar wird anerkannt, dass es lange Vakanzeiten in der Erwachsenenpflege gibt. Das Migration Advisory Committee als zuständige Behörde kommt jedoch zu der Einschätzung, dass unbesetzte Stellen nicht die Folge eines echten Fachkräftemangels sind, also von zu wenig Bewerbern am Markt, sondern aus Kostengründen resultieren und damit der angerissenen finanziellen Lage des NHS geschuldet sind. Zudem verweist das Migration Advisory Committee darauf, dass die überwiegende Mehrheit der ausländischen Zugänge in den Pflegeberuf ohnehin aus dem EWR-Raum stamme und damit eine Aufnahme des Pflegeberufs in die Shortage Occupation
Liste keine Relevanz hätte. In Schweden und in Deutschland hingegen haben die zuständigen Behörden aufgrund von Fachkräfteanalysen den Krankenpflegeberuf – also sowohl die allgemeine Erwachsenenpflege (in Deutschland Alten- und Krankenpflege) als auch die Fachpflegeberufe – offiziell als „Mangelberuf“ ausgewiesen.


Untersucht man die Wirkungen von Pflegekammern, sind jedoch nicht allein die Zugangsvoraussetzungen zum Beruf von Interesse. Zudem gilt es zu analysieren, ob und in welcher Form eine Berufskammer Einfluss auf das durch die Berufsgruppe ausgeübte Tätigkeitsfeld nimmt. Dabei stellen sich insbesondere folgende Fragen: Sind vorbehaltene Tätigkeiten definiert? Welchen Einfluss hat die Kammer auf den in der Versorgung vorgefundenen Skill-Mix, also auf die Aufgabenteilung zwischen Hilfskräften, Pflegekräften und Ärzten?

**Welche Wirkungen haben Pflegekammern auf die Tätigkeitsprofile der Pflegekräfte?**


Relevanter Treiber dieser Entwicklung war der Gesetzgeber. Dieser hatte vor dem Hintergrund langer ärztlicher Arbeitszeiten sowie langer Wartelisten für Patienten die Ausweitung des pflegerischen Kompetenzspektrums evaluiert und daraufhin gesetzliche Veränderungen vorgenommen. NHS-Arbeitgeber wurden
verpflichtet, Pflegekräften das Anordnen von Untersuchungen (Labor, Röntgen etc.), das Verordnen von Medikamenten, das Einholen von Konsilen sowie das eigenständige Entlassen von Patienten zu ermöglichen.

Das NMC ist heute der Ansicht, dass die neuen, durch die Pflegekräfte übernommenen Aufgabenfelder zum Schutze der Öffentlichkeit einer Registrierung unterstellt werden sollten. Eine entsprechende Anpassung des Registers, also die Einführung weiterer geschützter Berufstitel und damit einhergehend gegebenenfalls auch geschützter Tätigkeiten, obliegt jedoch dem Gesetzgeber. Dieser ist in seiner Bewertung aber zurückhaltend: Eine Ausweitung der beruflichen Regulierung in diesem Bereich wäre aus seiner Sicht nur gerechtfertigt, wenn nachgewiesen wäre, dass hierdurch ein erheblicher Nutzen für die Öffentlichkeit erzielt wird, und wenn der Aufwand für eine solche Regulierung in einem angemessenen Verhältnis zu diesem Nutzen stünde.


settings, also in der Akut-, in der Alten-, in der ambulanten Gemeindepflege etc. Ebenso wie eine vergleichende Darstellung der Zahl der Pflegekräfte nicht hinreichend genau möglich ist, ist auch die Beschreibung des Skill-Mixes in den drei Ländern mit zu vielen Unwägbarkeiten behaftet.

Welche Rückschlüsse auf die Wirkung von Pflegekammern lassen sich trotz der eingeschränkten Vergleichsmöglichkeiten ziehen? In Großbritannien, dem Land mit einer Berufskammer, ist das Aufgabenfeld von Pflegekräften am weitesten gefasst. Ist dies nun ein Resultat der institutionalisierten Selbstverwaltung des Berufs? Dagegen spricht, dass der britische Gesetzgeber selbst an der Ausweisung der pflegerischen Tätigkeiten interessiert war (und ist). Zudem kann sich das NMC nicht mit seiner Forderung durchsetzen, das erlangte „Hoheitsgebiet“ durch einen Berufsbezeichnungs- oder gar Berufsausübungsschutz gegenüber weiteren Berufen „zu sichern“. In Deutschland, dem Land ohne berufliche Selbstverwaltung, sind die durch die Pflegekräfte zu übernehmenden Tätigkeiten hingegen durch eine Richtlinie im Detail expliziert. Es besteht also ein umfassender Berufsausübungsschutz, allerdings ohne einen damit einhergehenden Berufsbezeichnungsschutz, was reichlich anachronistisch erscheint. Es ist davon auszugehen, dass diese Situation in Deutschland nicht nur an der mangelnden Durchsetzungskraft der Vertreter des Pflegeberufs, sondern an der stärkeren der Ärzte liegt, denn diese waren an der Ausformulierung der entsprechenden Richtlinie maßgeblich beteiligt. Mit Blick auf das Tätigkeitspektrum der Pflegekräfte kann also geschlussfolgert werden: Ohne Manifestation eines entsprechenden politischen Willens sollten in Deutschland in Bezug auf neue pflegerische Handlungsfelder keine zu hohen Erwartungen an die Pflegekammern gesetzt werden.

Wie wirksam ist nun aber der Berufsbezeichnungs- bzw. Berufsausübungsschutz? Ist die Überwachung der Regulierung durch die Berufsgruppe selbst effizient – oder kann sie aufgrund von Eigeninteressen eher als nachlässig beschrieben werden?

**Welche Auswirkungen haben Pflegekammern auf den Schutz der Berufsbezeichnung und auf die Einhaltung der beruflichen Standards?**

Pflegekräfte, die ihren Beruf in Großbritannien ausüben wollen, müssen beim Nursing and Midwifery Council (NMC) registriert sein. Arbeitgeber wie auch die gesamte Öffentlichkeit können direkt auf der Internetseite des NMC nach Personen suchen und sich anzeigen lassen, ob es sich um eine registrierte Pflegekraft handelt und welche Qualifikationen sie aufweist. Für Arbeitgeber gibt es zudem spezielle Zugänge mit weiterführenden Funktionen. In diesem Sinne geschützt ist also nicht nur die erstqualifizierende Berufsbezeichnung Registered Nurse, sondern auch fünf postgraduale Weiterbildungen im Primärversorgungsbereich, die unter dem Oberbegriff Specialist community public health nursing zusammengefasst werden. Der Term Advanced Practice Nursing ist hingegen keine geschützte Berufsbezeichnung. Das NMC kann nicht selbst entscheiden, ob weitere Berufsbezeichnungen geschützt werden. Hierfür bedürfte es einer Gesetzesänderung. Gleiches gilt für die Definition eines weiteren

Um im Register zu verbleiben, muss die Registrierung beim NMC alle drei Jahre erneuert werden (Revalidierung). Hierfür bedarf es eines Nachweises von mindestens 450 Stunden Tätigkeit als registrierte Pflegekraft innerhalb der letzten drei Jahre und von mindestens 35 Stunden Fortbildung. Die Fortbildung kann jedoch durch die Pflegekräfte selbst gestalten werden, es bedarf also keiner formalen Anerkennung von „Fortbildungspunkten“. Angestrebt, aber durch das NMC letztlich nicht realisiert worden, war eine stichprobenartige Prüfung der Fortbildungsaktivitäten. Vor dem Hintergrund der Mid-Staffordshire-Untersuchung hat sich dann aber der öffentliche Druck auf das NMC bezüglich einer Verschärfung der Revalidierung erhöht. Das NMC hat hieraufhin im Jahr 2015 ein neues Verfahren implementiert, welches u. a. auch die Arbeitgeber bei der Bewertung einbindet. Alles in allem wird das Thema Revalidierung in Großbritannien kontrovers diskutiert. Einerseits werden die Maßnahmen und deren Umsetzung durch die Regierungs als inadäquat eingeschätzt, andererseits rückt die Frage nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis der Rezertifizierung zunehmend in den Vordergrund. Vor der Einführung einer solchen muss aus Sicht der Regierung zuerst ein signifikanter Zusatzzu nutzen für die Versorgungsqualität und den Schutz der Allgemeinheit nachgewiesen wer-

Das NMC hat für die registrierten Pflegekräfte Berufsstandards festgelegt. Diese beinhalten ethische Anforderungen an das Verhalten gegenüber Patienten und deren Angehörigen, und sie betonen die Pflicht der Pflegekräfte, stets wissensfundiert und professionell zu handeln. Auch die Überwachung der Berufsausübung obliegt dem NMC. Zudem können sich Angehörige über registrierte Pflegekräfte beim NMC beschweren, aber auch Kollegen, Arbeitgeber und Behörden, auch die Staatsanwaltschaft. Die Zahl der berufsrechtlichen Anzeigen beim NMC ist in den letzten Jahren stark angestiegen. 2011 lagen gegen rund 0,6 Prozent aller registrierten Pflegekräfte solche Anzeigen vor, bei rund 365 Personen (bezogen auf 100.000 registrierte Pflegekräfte sind dies 55) erfolgte der Entzug der Berufsbezeichnung.


Pflegekräfte, die in Deutschland tätig sein wollen, benötigen eine Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger(in)“, „Ge-


In der hier durchgeführten Untersuchung ging es auch um die Frage nach dem Einfluss einer Berufskammer auf die Akademisierung der Pflege, denn die Verwissenschaftlichung des Berufs wird in der Professionssoziologie als ein
wesentlicher Bestandteil eines Professionalisierungsprozesses betrachtet. Gleichzeitig wird eine Professionalisierung im negativen Sinne als Marktabschottung und im positiven Sinne als Mittel zum Wissenserhalt und zur Berufsanerkennung verstanden, was wiederum beides der Etablierung eines beruflichen Ethos und von Berufssstandards dienen kann.

**Welche Wirkungen haben Pflegekammern auf die Wissensbasis der Pflege?**


Nicht abgerissen ist seitdem die Diskussion um die praktischen klinischen Fähigkeiten der Absolventen. Während die Kritiker einer akademischen Pflegeausbildung die fehlenden praktischen Kompetenzen der so ausgebildeten Berufsanfänger bemängeln, hebt das NMC (wie auch andere Befürworter) das durch die Akademisierung geförderte eigenständige Denken hervor sowie das wissens- und evidenzbasierte Handeln als Grundvoraussetzung moderner Pflege. Zwar wurden – sicherlich auch aufgrund des Drucks der Regierung – vom NMC Reformen umgesetzt, die eine Stärkung der Praxiskompetenz zum Ziel hatten, das Ausbildungsleitziel des „knowledgeable doers“ wurde letztlich aber nicht angetastet.


In Deutschland wird der Gesetzgeber voraussichtlich mit dem neuen Pflegeberufsgesetz erstmals eine rechtliche Grundlage für primärqualifizierende Studi-


Bildungssystems zur Anhebung der Pflegeausbildung auf Hochschulniveau einnehmen bzw. eingenommen hatten.

Die Arbeit hat sich neben Fragen nach der Funktion der Kammer für die Verwissenschaftlichung des Berufs auch der Frage gewidmet, inwiefern die Kammer als Interessenvertretung genutzt wird. Insbesondere im deutschen Diskurs spielt die Standesvertretung der Berufsgruppe durch eine Kammer eine wesentliche Rolle. Verfolgt wird damit vor allem der Zweck, dem Gesetzgeber mit den Pflegekammern einen Ansprechpartner bei Fragen von beruflichem Belang zur Verfügung zu stellen. Wie ist diese Rolle nun in den untersuchten Ländern ausgeprägt?

Welche Wirkungen haben Pflegekammern hinsichtlich der institutionalisierten Einbindung der Berufsgruppe in Gesetzgebungsprozesse?


9.2 Einordnung der Ergebnisse in den Forschungskontext und Limitationen der Forschungsarbeit

Zur These der Marktabschottung: Zugang zum Beruf (Protection of title)

Sowohl die ökonomische Theorie der Regulierung als auch der aus der soziologischen Forschung stammende machttheoretische Ansatz nennen die Abschot-
KAPITEL 9 - ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN


Bei der Übertragung dieser vorwiegend im US-amerikanischen Raum entwickelten Thesen auf den europäischen Kontext muss jedoch bedacht werden, dass die Preise, welche die Ärzte in den europäischen Gesundheitssystemen am Markt erzielen können, nicht zwischen Anbieter und Nachfrager ausgehandelt werden, sondern ebenfalls einer Regulierung unterliegen. Sie werden in Deutschland durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband der Krankenkassen verhandelt, und in Großbritannien durch das Department of Health vorgegeben. Auch sind die Preise maßgeblich durch die begrenzten Mittel determiniert, die dem jeweiligen Gesundheitssystem zur Verfügung stehen.

Bei einer Übertragung der oben genannten Theorien auf den Beruf der Pflegekräfte muss aber zudem bedacht werden, dass die Berufsangehörigen fast ausnahmslos als Angestellte tätig sind. Daher sind es im Wesentlichen die Leistungsanbieter von Gesundheitsdienstleistungen auf der einen und die Gewerkschaften auf der anderen Seite, welche die am Markt erzielten Preise bestimmen.


Für eine entsprechende länderübergreifende Analyse bedürfte es aber nicht nur differenzierterer amtlicher Statistiken. Als nachteilig erwies sich noch eine weitere Limitation des hier gewählten Untersuchungsdesigns: Um die Wirkungen einer Pflegekammer – möglichst isoliert von anderen Einflussgrößen – betrachten zu können, wäre es notwendig gewesen, Länder mit ähnlichen Rah-


**These der Marktabschottung: Ausübung des Berufs (Protection of function)**

Die These der Marktabschottung bezieht sich nicht allein auf den Zugang zum Beruf, also auf die Verknüpfung hoher Qualifizierungsanforderungen mit der

Zwar steht den Pflegekräften in Großbritannien eine Vielzahl von Tätigkeiten offen, die in Deutschland als Ausübung von Heilkunde gelten. Dieses erweiterte Tätigkeitsspektrum resultiert – ausgenommen das Verordnen von Arzneimitteln – aber nicht aus einer entsprechenden beruflichen Regulierung der Pflegekräfte, sondern vielmehr daraus, dass die berufliche Regulierung der Ärzte in Großbritannien nicht in gleicher Weise vorbehaltene Tätigkeiten definiert wie diejenige in Deutschland. Relevanter Treiber dieser Entwicklung war zudem der Gesetzgeber und nicht primär das NMC. Auch gelingt es dem NMC nicht, die durch die Pflegekräfte übernommenen Aufgabenfelder einer Registrierung zu unterstellen, denn eine entsprechende Anpassung des Registers, also die Einführung weiterer geschützter Berufstitel und damit einhergehender geschützter Tätigkeiten, obliegt dem Gesetzgeber. Dieser bewertet eine solche Regulierung jedoch sehr zurückhaltend und würde einer solchen nur zustimmen, wenn nachgewiesen, dass der Aufwand dafür in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen steht. Letztlich kann sich das NMC also nicht damit durchsetzen, das erlangte „Hoheitsgebiet“ durch einen Berufsbzeichnungs- oder gar einen Berufsausübungsschutz gegenüber weiteren Berufen zu „sichern“.

Zur These der Entwicklung und Überwachung der Berufsqualität


Im hier durchgeführten Ländervergleich wurden jedoch zum Teil erhebliche Defizite bei der Umsetzung der berufsrechtlichen Aufsicht aufgezeigt. In Großbritannien steht das NMC für seine Umsetzung der berufsrechtlichen Verfahren erheblich in der Kritik. Zudem werden strukturelle Probleme diskutiert, insbesondere die fehlende Verzahnung mit den Regulierungsvorgaben der anderen Gesundheitsberufe sowie die mangelnde Abstimmung mit den Arbeitgebern (also mit den Leistungserbringern) im Falle von Mängeln oder Missständen.


9.3 Schlussfolgerungen

Auch wenn im Rahmen der Arbeit aufgrund der dargestellten Limitationen nicht alle Forschungsfragen beantwortet werden konnten, liefert die Untersuchung doch eine ganze Reihe von brauchbaren Erkenntnissen für den deutschen Kontext.


Exemplarisch hierfür steht, dass die Pflegekräfte bei allen durch die jeweiligen Landesregierungen beauftragten Meinungsumfragen zur Einführung von Pflegekammern genau dies gefragt wurden: nämlich, ob die Pflegekammer eine einheitliche Stimme gegenüber Politik und Öffentlichkeit schaffe; ob sie eine Aufwertung des Berufsstands bewirke, die Entlohnung verbessere und helfe den Fachkräfte- mangel abzuschwächen; ob die Kammer in Konkurrenz zu anderen Vereinigungen stehe, die die Interessen der Pflegekräfte bereits heute vertreten (insbesondere den Gewerkschaften); ob sie den einzelnen Mitgliedern einen Vorteil böte oder allein für Pflichtbeiträge stehe (Infratest dimap 2013, TNS Infratest Sozialforschung GmbH 2013b, a, Info GmbH 2014; siehe hierzu auch Weider 2014).

ist, die Erfüllung von Aufgaben, welche die Pflegekammer übernimmt und die vorher (teilweise) durch Behörden übernommen wurden, nun gänzlich durch die Pflegekräfte in Form von Beitragsmitteln finanzieren zu lassen.

Letztlich verkleinert der Fokus auf den Aspekt „Interessenvertretung“ den Blick auf die eigentlichen Aufgaben der beruflichen Selbstverwaltung. Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht sollte stattdessen die Frage gestellt werden, ob und in welcher Form Defizite bei der beruflichen Regulierung und Aufsicht bestehen und inwiefern diese die Versorgungsqualität mindern und die Patienten unzureichend vor schlechter Pflege schützen? Zu diskutieren wäre sodann, ob für die Lösung der Probleme eine Regulierung der Berufsgruppe durch diese selbst oder eher eine durch staatliche Stellen zielführend wäre. Die entscheidenden Fragen müssten also lauten: Wie ist es bestellt um die zentralen Aufgaben, die einer Pflegekammer zufließen? Was bewirkt das Erfassen der Mitglieder in einem Berufsregister, die Formulierung und Überwachung einer Berufsvorordnung, die Ausformulierung der Weiterbildung sowie die Mitwirkung an der (unter-)gesetzlichen Normgebung, wenn sie durch eine Pflegekammer erfolgen?

**Berufsregister, Berufsordnung und Überwachung der Berufspflichten**

Das Erfassen der Mitglieder in einem Berufsregister eröffnet im Kern die Möglichkeit, missbräuchlichen Verwendungen der Berufsbezeichnung besser zu begegnen. Informationen über die Zahl der Personen, deren Berufserlaubnis entzogen worden ist, die diese aber – rechtswidrig – beim nächsten Arbeitgeber verwenden, liegen für Deutschland jedoch nicht vor. Insofern ist unklar, inwiefern hier überhaupt nennenswerte Defizite bestehen. Hinzu kommt, dass mithilfe von Registern auf Bundeslandebene überhaupt nur dann bundesweit die missbräuchliche Verwendung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung verhindert werden kann, wenn in allen Bundesländern Kammern eingerichtet wären und b) diese entsprechende Informationen austauschen.


Zudem könnten auf Basis des Registers die Zahl und die Art der berufsrechtlichen Beschwerden und die daraufhin erfolgten Maßnahmen systematisch dokumentiert und damit für Deutschland erstmals sichtbar und messbar gemacht werden. Da es in Deutschland – anders als in den herangezogenen Vergleichsländern – jedoch keine Informationen über die Tätigkeit der derzeit hierfür
zuständigen Behörden gibt, ist eine Bewertung, ob und inwieweit überhaupt ein Regelungsdefizit besteht, letztlich nicht möglich.

Zu diskutieren ist in diesem Zusammenhang auch, inwieweit Aufwand und Nutzen einer solchen durch die Berufsgruppe administrierten Aufsicht im Verhältnis stehen. Dies gilt insbesondere auch deshalb, weil Pflegekräfte i. d. R. in einem Angestelltenverhältnis tätig sind und daher davon auszugehen ist, dass die skizzierten Berufspflichten zumindest teilweise arbeits- bzw. haftungsrechtlich gefasst sein werden. Inwiefern seitens der Arbeitgeber darauf hingewirkt wird, dass diese Pflichten eingehalten werden bzw. in welchem Umfang Pflichtverletzungen geahndet werden, ist jedoch nicht transparent. Mit Blick auf den Aufwand wäre also sicherzustellen, dass die berufsrechtlichen Untersuchungen der Pflegekammern mit denen der Arbeitgeber harmonieren, aber auch mit denen der für den Entzug der Berufserlaubnis zuständigen Behörde sowie mit denen sonstiger Aufsichtsbehörden wie z. B. den Gesundheitsämtern oder dem MDK.


**Pflicht zur Kompetenzerhaltung und zur Weiterbildung**

ist eine Fortbildungspflicht zu begrüßen. Sie kann dazu beitragen, bei den Be-
rufsangehörigen das Interesse am lebenslangen Lernen zu wecken und das
Bewusstsein von der Notwendigkeit eines wissensbasierten beruflichen Han-
dehns zu festigen. Mit Blick auf die in Großbritannien und in Schweden geführ-
ten Diskussionen muss jedoch auch hier der Frage nachgegangen werden, wie
die Umsetzung und die Überprüfung der Fortbildungsvorpflichtungen gestaltet
sein sollen, damit der hierdurch entstehende Aufwand in einem angemessenen
Verhältnis zum Nutzen steht. Eine Überprüfung der Fortbildungspflicht bei
einer Berufsgruppe von der Größe der Pflegekräfte kann erhebliche (Personal-)
Ressourcen der Pflegekammern binden. Abzuwägen wäre, ob eine Nachweis-
pflicht z. B. in einem Drei- oder Fünf-Jahres-Intervall administrierbar ist, und
wenn nicht, welche Wirkungen Stichprobenprüfungen hätten.

Um die Bevölkerung vor unsachgemäßer Pflege zu schützen, muss die berufli-
che Regulierung darüber hinaus aber auch die Ausbildungsinhalte und die
Zugangswege zur Ausbildung festlegen. Für den deutschen Kontext ist hierbei
jedoch zu beachten: Die föderale Ordnung schreibt den Bundesländern zwar
grundsätzlich die Gesetzgebung über die Berufsausübung zu, die Regulierung
der Berufsaufnahme hingegen obliegt dem Bundesgesetzgeber. Das Kranken-
pflegegesetz und das Altenpflegegesetz (bzw. ab Inkrafttreten dann perspektivi-
isch das Pflegeberufsgesetz) sowie die jeweiligen Ausbildungsprüfungsver-
ordnungen formulieren folglich die Zulassung zum Beruf. Seitens der Länder –
und somit der Landespflegekammern – besteht diesbezüglich also keine Rege-
lungskompetenz. Allein die Berufsausübung sowie die Weiterbildung nach dem
Berufszutritt kann durch Kammer- und damit durch Landesgesetze geregelt
werden. Die Kammergesetze aus Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein
sowie der Entwurf eines solchen aus Niedersachsen definieren dann auch nur
ein paar wenige Anforderungen an Umfang, Zugangsvoraussetzungen und
Anerkennung von „landesfremden“ Weiterbildungstiteln. Alles Übrige – also
insbesondere die Definition der Weiterbildungstitel und der Lehrinhalte sowie
des Umfangs der Weiterbildung – obliegt der Regelung durch die Pflegekam-
mer (§ 47 ff HeilBG, § 33 ff PBKG, § 25 ff PflegeKG).

Die Übertragung der Ausformulierung von Lerninhalten an die Berufsgruppe
wäre ein weiteres anstrengenswertes Ziel. Die heute durch die Berufsgruppe
ofmals artikulierte „Fremdbestimmung“ könnte auf diesem Wege erheblich
verringert werden. Auch stiege auf diese Weise das Bewusstsein über die eige-
nen Kompetenzen und den eigenen Wissensstand. Es ist zu hoffen, dass die
Anpassung der Fort- und Weiterbildung – erfolgt sie durch die Berufsgruppe
selbst – neuere Entwicklungen und Anforderungen beschleunigt aufgreift und
auch erweiterten Aufgabenfeldern der Pflege gerecht werden kann. Die Admi-
nistration der Weiterbildung durch Kammern eröffnet ferner die Chance, die
heute vorhandene Heterogenität der Abschlüsse zwischen den Bundesländern
t zu verringern bzw. zu nivelieren. Nach dem Vorbild der ärztlichen (Muster-)
Weiterbildungsauftrag und (Muster-)Richtlinien, welche durch die Bundesärz-
tekammer erarbeitet werden und empfehlenden Charakter für alle Landesärzt-
kammern haben, könnten perspektivisch auch die zukünftigen Landespflege-
kammern die Weiterbildung harmonisieren.
Interessenvertretung und Mitwirkung an der (unter-)gesetzlichen Normgebung

Neben der Überwachung der beruflichen Standards und der Ausformulierung der Weiterbildung ist auch die institutionalisierte Einbindung der Berufsgruppe in Gesetzgebungsprozesse legitime Aufgabe einer Pflegekammer.


Darüber hinaus ist die Berufsgruppe der Pflegenden im Vergleich zur Ärzteschaft in der Selbstverwaltung des Gesundheitssystems schwach verankert. Zu unterscheiden ist hierbei die Einbindung in die untergesetzliche Normgebung im Rahmen der Gesundheitsversorgung (geregelt durch das SGB V) und jene im Rahmen der Langzeitpflege (geregelt durch das SGB XI).


10 Schriftliche Erklärung

Hiermit erkläre ich,

Antje Schwinger  
(geboren am 16. Juni 1976),

dass

- ich die Arbeit ohne unerlaubte Hilfe angefertigt habe,
- ich keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe und
- ich die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Einer Überprüfung der Dissertation mit qualifizierter Software im Rahmen der Untersuchung von Plagiatsvorwürfen stimme ich zu.

________________                           _______________________
Ort, Datum                                      Unterschrift
Literaturverzeichnis


ALPHA RESEARCH (2012): Increase in annual registration fees - report of consultation findings. URL: http://www.nmc-uk.org/Documents/Consultations/Reports%20of%20consultation%20findings%20from%20Alpha%20Research.PDF [Stand 27.11.2012].


HÖGSKOLEVERKET (2010): Sjuksköterskor specialistutbildning – vilket slags examen? URL:
http://www.hsv.se/publikationer/rapporter/2010/sjukskoterskorspecialistutbildningvilketsexamen.5.6832ff2e127b965f2d58000832.html [Stand 05.07.2013].


HSAN (2013): Verksamhetsredogörelse 2012. URL:


IAB (2015): Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. URL:


http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/20150528_Abschlussbericht-Beruferechtliche-Begleitforschung-Prof-Igl.pdf [Stand 10.10.2016].


MAC (2015): Partial review of the Shortage Occupation Lists for the UK and for Scotland. URL:


NMC (2008b): Registering as a Nurse or Midwife in the United Kingdom - For Applicants from Countries outside the European Economic Area. London: Nursing and Midwifery Council.


NURSING TIMES (2012a): Absolute mess' as search for new NMC chair is abandoned. Nursing Times 19 July.


LITERATURVERZEICHNIS


SOU 2008:117 Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Va d behöver göras? [“Patient security. What has been done? What is left to do?”]. URL: http://www.regeringen.se/sb/d/11201/a/117784 [Stand 05.07.2013].

KAPITEL 9 - ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN


KAPITEL 9 - ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN


