

COMPETENCE CENTER GESUNDHEIT

CCG Ringvorlesung

**Gesundheitspolitik zwischen
Bundestagswahl und Folgen der
Corona-Pandemie**

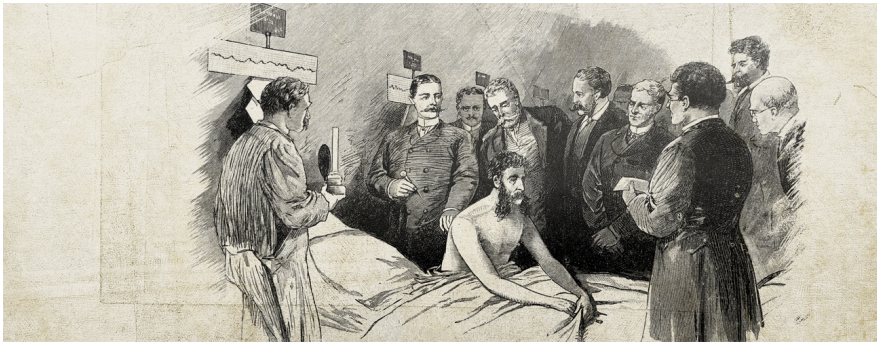
SOMMERSEMESTER 2021

Gesundheitsberufe auf Augenhöhe?



Prof. Dr. Susanne Busch/Kristina Woock

So? Auf Augenhöhe?



„Die Pflegekraft ist weiblich, die Tätigkeit eher dienend.
Der Arzt ist männlich, er ist der Entscheider“.



CCG RV SoSe 23.06.2021

Der Patient steht im Mittelpunkt – damit dieser Leitsatz in Krankenhäusern, Therapie- und Arztpraxen Realität werden kann, müssen Mediziner mit Pflegenden und Therapeuten auf Augenhöhe zusammenarbeiten.

https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/Forschung/5_Projekte/InterTUT/Interprofessionell_lernen_HRK_nexus.pdf

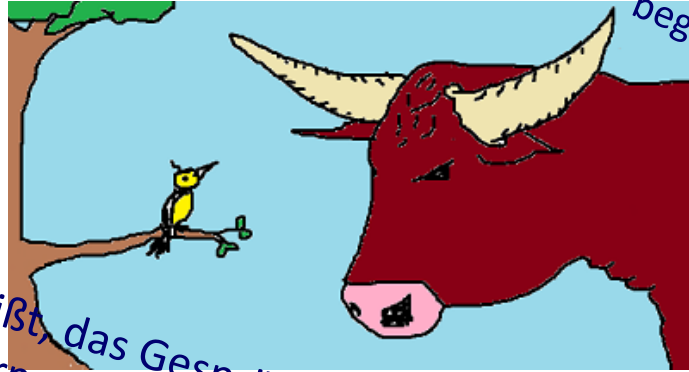
Leicht modifiziert

Der **Bedarf** eines Menschen steht im Mittelpunkt!
Um diesem Leitsatz Rechnung tragen zu können,
müssen **alle** Gesundheitsberufe
auf Augenhöhe zusammenarbeiten

Begriffsverständnis: Auf Augenhöhe

auf [gleicher] Augenhöhe (gleichberechtigt,
gleichwertig: [mit jemandem] auf Augenhöhe
verhandeln, diskutieren, verkehren
(<https://www.duden.de/rechtschreibung/Augenhoehe>)

Auf Augenhöhe bedeutet, dass ich mir meines
Wertes und meiner Position bewusst bin und
zugleich die Fähigkeit entwickle, auch den Wert und
die Position des anderen als genauso gerechtfertigt
anzuerkennen wie die eigene.
<https://www.wortbundweise.at/augenhoehe-eine-begriffsrettung/>



Auf Augenhöhe“, das heißt, das Gespräch
ernsthaft zu betreiben, ernst zu nehmen, den
Partner oder die Partnerin zu nehmen, wie er
oder sie ist: gewichtig und gleichbedeutend.
<https://www.diepresse.com/5410444/auf-augenhoehe-ndash-was-heisst-das-kommunikation-vorsicht>

Im Grunde meint der Begriff
Augenhöhe eher ein geistiges Konzept.
Es geht um die innere Haltung mit der
Sie Ihrem Gesprächspartner begegnen.

In diesem Sinne stellt sich die Frage, „Gesundheitsberufe auf Augenhöhe?“ also per se nicht.

Systemrelevant – aber davon merken sie nichts

31.05.2020, 21:09 Uhr

Deutsche Krankenpfleger flüchten ins Ausland

Bosch Stiftung

Mehr Verantwortung für Pflegekräfte!

Eine Expertengruppe fordert, Pflegekräften mehr Verantwortung zu übertragen. So soll der Beruf attraktiver werden.

Hebammen und Ärzte

Konkurrenz statt Kooperation

Weiterbildung / Assistenzberufe

Physiotherapeuten wollen Direktzugang zu Patienten

Systemrelevant – aber davon merken sie nichts

31.05.2020, 21:09 Uhr

Deutsche Krank

In Deutschland fühlte sich Kran
Luxemburg aus. Dort fand er id

Bosch Stiftung

Mehr Verantwortung für Pflegekräfte

Eine Expertengruppe fordert, Pflegekräften mehr V
soll der Beruf attraktiver werden.

Hebammen und Ärzte

Konkurrenz statt Kooperation

Weiterbildung / Assistenzberufe

Physiotherapeuten wollen Direktzugang
zu Patienten

Gesundheitsberufe auf Augenhöhe?

also eine Frage z.B. nach

- ➔ der (vorbehaltenen) Aufgabenverteilung,
- ➔ der Verantwortungsübernahme und
- ➔ des Direktzugangs?

- Einführung ✓
- **Historischer Rückblick**
- Status Quo im Deutschen Gesundheitswesen
- Gesundheitsberufe in anderen Ländern
- Aktuelle Gesetze und Richtlinien zur Stärkung der Gesundheitsberufe/
Modellvorhaben und Heilkundeausübung bei epidemischer Lage
- Ausblick/Schlussfolgerungen

Arzt/Ärztin steht im Mittelpunkt des Gesundheitssystems, bildet gleichzeitig die „höchste Hierarchieebene“.
Gesundheitsberufe („Heilhilfsberufe“) übernehmen unterstützende Aufgaben und Funktionen. (Robert Bosch Stiftung 2021)

Vignette 1:

Frau M. leidet nach einem Schlaganfall an einer Harninkontinenz. Aufgrund ihrer körperlichen Einschränkungen kommt regelmäßig ein ambulanter Pflegedienst, die Pflegekräfte unterstützen sie bei der Körperpflege und beim Toilettengang. Um Inkontinenzmaterial über ihre Krankenkasse zahlen zu können, muss Frau M. ihren Hausarzt bitten, ein Rezept auszustellen. Sie wäre froh, wenn die Pflegekraft, die ohnehin täglich vor Ort ist, diese Aufgabe übernehmen könnte. <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenvsicherung/hilfsmittel/hilfsmittelverzeichnis/hilfsmittelverzeichnis.jsp>

Vignette 2:

Herr B. hat einer Reihe von falschen Bewegungen einen verspannten Nacken und damit einhergehend starke Schmerzen. Sein Physiotherapeut hat ihm in einer ähnlichen Situation schon einmal geholfen, Herr B. möchte dessen Behandlung und Anleitung noch einmal in Anspruch nehmen. Doch der Weg zum Physiotherapeuten führt zunächst zu seiner Ärztin, die ein Rezept für die Erbringung von Heilmitteln ausstellen muss. Herr B. würde gerne den direkten Weg gehen. https://ifk.de/fileadmin/News/2015/Verlinkungen/Thesenpapier_Mehr_Autonomie_f%C3%BCr_Physiotherapeuten.pdf

Vignette 3:

Frau L. ist zum ersten Mal schwanger und freut sich auf das Wunschkind. Sie besucht einen Schwangerschaftskurs bei einer erfahrenen Hebamme und hat großes Vertrauen zu ihr. Am liebsten würde sie auch die Geburtsvorsorge bei ihr machen. Rein rechtlich wäre das auch möglich. Aber ihre Gynäkologin rät ihr dringend ab: „Wenn Sie nicht regelmäßig zur Vorsorge zu mir kommen, kann ich Sie auch nicht weiter behandeln.“ Frau L. möchte alles richtig machen und ist verunsichert. <https://www.hebammefritz.de/news/63/0/0/schwangere-zwischen-den-fronten>

Physiologische Geburten wurden über viele Jahrhunderte hinweg ausschließlich von **Hebammen** begleitet und geleitet.

Die um 1900 eingerichteten „Gebäranstalten“, in denen Ärzte die Geburtshilfe verantworteten, wurden überwiegend von ledigen oder armen Müttern aufgesucht. Mit dem Aufkommen hygienischer Maßnahmen und dem Einsatz von Instrumenten wie der Geburtszange, der den Ärzten vorbehalten blieb, wurde die Entbindung im Krankenhaus zunehmend attraktiv.

Geburtshilfe → Geburtsmedizin

Wissensvermittlung nicht mehr als von Hebamme zu Hebamme weitergegebenes Erfahrungswissen, sondern durch von akademisch gebildeten Medizinern erteilten Unterricht.

→ Verpflichtung, zu „unrecht stehenden Geburten“ einen Arzt hinzuzuziehen

(Metz-Becker 2013)

29.06.2021

CCG RV SoSe 23.06.2021

Auf Augenhöhe? Zukunft der Gesundheitsberufe



International entstand die „occupational therapy“ in den Nachwehen des 1. Weltkrieges und wurde 1917 mit der Gründung der „National Society for the Promotion of Occupational Therapy“ grundlegend konstituiert.

Von dort aus kam das Berufsbild durch Schulbildungen nach Europa, z.B. 1930 UK, 1935 Dänemark.



<https://de.wikipedia.org/wiki/Arbeitstherapie>

Der in Deutschland ursprünglich mit Arbeits- und Beschäftigungstherapie bezeichnete Berufsstand entwickelte sich im Zuge der Nachwehen des 2. Weltkrieges. 1945 gab es erste 1-jährige Lehrgänge in Beschäftigungstherapie, wodurch die Entstehung des Berufsbildes als eigenständige Heilmaßnahme auf das Jahr 1946 datiert werden kann (Marquardt 2004).

Im Jahr 1999 wurde dann das auch international vorangetriebene Bestreben umgesetzt und die Berufsbezeichnung in Ergotherapie verändert.

1913: Begriffseinführung ‚Logopädie‘ im Jahr durch den Wiener Facharzt Emil Fröschels mit dem Grundgedanken der Gründung einer „interdisziplinären akademischen Fachdisziplin“ (Grohnfeldt 2012)

Ab den 1930er Jahren Entwicklung zu einem Heil-Hilfsberuf in Abkehr von der akademischen Ausrichtung (Ausbildung/Schulung von Frauen durch Phoniater zu Helferinnen zur Diagnostik von Sprach- und Sprechstörungen (Braun & Macha Krau 2005)

1962: Gründung der ersten Lehranstalt für Logopädie in Berlin

1964: Gründung des ‚Zentralverbandes für Logopädie‘ (heute ‚Deutscher Bundesverband für Logopädie‘)

1980 Verabschiedung des Logopädengesetzes (Schutz der Berufsbezeichnung, staatl. Regelung der dreijährigen Berufsausbildung durch die „Logopäden-Ausbildungs- und Prüfungsordnung“ (Grohnfeldt 2012)

Im Gegensatz zu Deutschland entwickelte sich die Logopädie in europäischen Nachbarländern zu einer „klinisch ausgerichteten akademischen Disziplin“ mit eigener Forschung (Sieg Müller & Pahn 2009).

Die erholsame und heilende Wirkung von „Leibesübungen“, Bewegung, Massage und Heilbädern ist seit der Antike bekannt.

Die schwedische Heilgymnastik von Per Henrik Ling (1776-1839) diente als eine Wurzel zur Entstehung der Physiotherapie in Deutschland (Hüter-Becker et al. 2004). Der Berliner Orthopäde Albert C. Neumann (1803-1876) entwickelte die „schwedische Gymnastik“ erfolgreich in Deutschland weiter. Diese wurde zu der Zeit „Heilgymnastik“ genannt.

1900 eröffnete die erste Physiotherapieschule mit staatlicher Anerkennung: Die „Kieler Lehranstalt für Heilkunst“.

Mit der Gründung von Landesverbänden konnte sich der Berufsstand besser etablieren und ausbauen. Verträge mit Krankenkassen und eine Vereinheitlichung der Ausbildung machten krankengymnastische Einrichtungen wieder rentabel. In den 1950er Jahren bildete sich der ZVK (Zentralverband der Krankengymnasten), bis heute der größte aller deutschen Verbände.

Im Zuge der Wiedervereinigung und der Anpassung an den internationalen Sprachgebrauch kam es 1994 zu einer Neuerung der Berufsgesetze und der Begriff der „Physiotherapeuten“ wurde eingeführt. (Hüter-Becker, Dölken, 2004)

Krankenpflege bleibt lange als „alltäglicher“ Bestandteil menschlicher Interaktion undokumentiert und vergleichsweise „geschichtslos“. In der Antike Versorgung der Kranken überwiegend zuhause durch weibliche Familienangehörige.

Mit Auftreten des Christentums Entstehung einer durch das Gebot der Nächstenliebe beflügelten Krankenpflege, die insbesondere in den Klöstern ihren Ort fand. Mönche und Nonnen („Schwestern“ – daher die bis heute umgangssprachlich verbreitete Anrede weiblicher Pflegekräfte) arbeiteten gemeinsam in der Pflege der Kranken und Sterbenden, erste Laien schlossen sich an.

Im ausgehenden Mittelalter und in den nachfolgenden Jahrhunderten kamen zu den kirchlichen „Schwestern“ vermehrt die sog. – in der Regel schlecht ausgebildeten und in schlechtem Ruf stehenden - Wärterinnen und Wärter, die für ihre Arbeit entlohnt wurden.

Im Laufe des 19. Jh. Entwicklung von teilweise noch sehr rudimentären Ausbildungsgängen, nicht zuletzt durch die sich ebenfalls weiterentwickelnde Medizin und die steigenden Ansprüche der Ärzte an die Qualifikation der Pflegenden (vgl. Hähner-Rombach 2008).

Angelsächsische Länder (beginnend mit Florence Nightingale) führend bei der Professionalisierung und Akademisierung der Pflege im 20. Jh.

Im Mittelalter: Ärzte warteten ab oder handelten (für unsere Begriffe) ziemlich rabiat

Im 19. Jh. heterogenes Berufsbild (und damit einhergehend verschiedene Berufsbezeichnungen): Wundarzt (unterschiedlichen Grades), Geburtshelfer, Bader oder promovierter Medicus.

„Die medizinische Ausbildung folgte den eher spekulativen medizinischen Kenntnissen der Zeit; therapeutische Erfolge waren daher ebenso ungewiß [sic] und zufällig wie bei den sich auf tradierte Erfahrungen der Volksheilkunde und Kenntnisse von Heilkräutern und Hausmitteln stützenden ‚Quacksalbern‘“. (Moser 2011)

1852: Vereinheitlichung des Arztberufes durch Abschaffung der gesonderten Wundarzt-Ausbildung. Dieser Prozess wurde von den Ärzten begrüßt, da sie durch die Erhöhung der Eingangsvoraussetzungen und Qualifikationsanforderungen eine Aufwertung ihrer Berufsgruppe erwarteten. Heilkundige ohne akademische Ausbildung waren somit von der Behandlung kranker Menschen ausgeschlossen.

- Einführung ✓
- Historischer Rückblick ✓
- **Status Quo im Deutschen Gesundheitswesen**
- Gesundheitsberufe in anderen Ländern
- Aktuelle Gesetze und Richtlinien zur Stärkung der Gesundheitsberufe/
Modellvorhaben und Heilkundeausübung bei epidemischer Lage
- Ausblick/Schlussfolgerungen

Ärzt:innen nehmen zentrale Rolle im Gesundheitssystem ein.

- Starke politische Vertretung und damit verbunden Einflussnahme auf Gesundheitspolitik
- Starke Rolle in der Selbstverwaltung
 - Ärzt:innen sind die einzige Berufsgruppe aus dem Bereich Medizin/Gesundheit, die mit Stimmrecht im G-BA vertreten ist.
 - Pflegeverbände bzw. Verbände der Heilmittelerbringer:innen sind bei sie betreffenden Fragen stellungnahmeberechtigt
- Schlüsselposition (regulieren Zugang zu Heil- und Hilfsmitteln, Weisungsbefugnis, ...)

Arzt/Ärztin steht im Mittelpunkt des Gesundheitssystems und bildet gleichzeitig die „höchste Hierarchieebene“.

Die anderen Gesundheitsberufe übernehmen unterstützende Aufgaben und Funktionen

- (Robert Bosch Stiftung 2021)

Medikalisierung (engl.: *medicalization*) beschreibt das Phänomen der Ausweitung medizinischer und psychologischer Diagnosen und den Prozess, etwas zu einem „medizinischen Faktum“ zu machen.

(Schwangerschaft und Geburt, Altern...) Unterschiedliche soziale Probleme oder Umbruchsphasen werden zu behandelbaren Krankheiten umgedeutet.

Medikalisierung erfolgt nicht nur durch Ärztinnen und Ärzte. Auch Selbsthilfegruppen, politische Debatten oder Pharmafirmen können zu diesem Prozess beitragen. (Beispiel Alkoholabhängigkeit) Hehlmann et al 2018; Peter & Neubert 2016; Karsch 2006

Medikalisierung sozialer und rechtlicher Fragen

- Ärztliches Attest/ „Krankschreibung“ (Stichwort „Entpflichtung“)
- Medizinische/ psychologische Gutachten
- Anerkennung von Berufsunfähigkeit
- Risikoschwangerschaft
- ADHS

Medikalisierung im Lebenslauf

- Schwangerschaft (Ultraschall, Blutuntersuchungen, Fruchtwasseruntersuchungen, ...)
- Geburt (Anteil Kaiserschnitte zwischen 1991 und 2017 von 15,3% auf 30,5% gestiegen, 2018 leicht rückläufig)
- Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche
- Verhütung und Fortpflanzung
- In-vitro-Fertilisation
- Klimakterium / Andropause
- Alter(n) und Lebensende

- Einführung ✓
- Historischer Rückblick ✓
- Status Quo im Deutschen Gesundheitswesen ✓
- **Gesundheitsberufe in anderen Ländern**
- Aktuelle Gesetze und Richtlinien zur Stärkung der Gesundheitsberufe/
Modellvorhaben und Heilkundeausübung bei epidemischer Lage
- Ausblick/Schlussfolgerungen

Hebammen in Schottland

Voraussetzung für die Ausübung des Hebammenberufes ist ein Bachelor-Degree. Schottland hat die Akademisierung darüber hinaus mit einem gezielten Programm zur Aufwertung der Hebammentätigkeit verbunden (Färber et al 2015). So konnte auch die Kaiserschnitttrate in dem Land gesenkt werden.

Frauen in Schottland haben die Wahl, ob sie in einem „midwifery unit“ (hebammengeleitet), zuhause oder in einem Krankenhaus („obstetric unit“, hebammen- und ärzt:innengeleitet) gebären wollen. (Scottish Perinatal Network 2021)

Im Rahmen eines 5-Jahres-Plan für „Maternity and Neonatal Care in Scotland“ wird angestrebt, dass alle Frauen Kontinuität in der Betreuung durch eine Hebamme erfahren und der Fokus vermehrt auf lokale Betreuung gelegt wird („community hubs“).

<https://www.rcm.org.uk/media/3125/midwifery-in-scotland-into-the-2020s.pdf>

Scotland's maternity services are delivered by highly educated, skilled and dedicated midwives, who lead and co-ordinate care for all women and throughout pregnancy, birth and the weeks that follow. Midwives have been at the forefront of the improvements in care for women and families.

<https://www.gov.scot/policies/health-workforce/nursing-and-midwifery/>

Ergotherapie in den Niederlanden

Voraussetzung: abgeschlossenes Studium (Bachelor-Degree). Direktzugang ist möglich. Lt. einer Befragung aus dem Jahr 2016 arbeiteten zu dem Zeitpunkt 700 Ergotherapeut:innen in „primary care“ und wurden (u.a.) von den Krankenversicherungen vergütet (Bolt et al 2019).

Primary health care is ‘health care received in the community, usually from family doctors, community nurses, staff in local clinics or other health professionals. It should be universally accessible to individuals and families by means acceptable to them, with their full participation and at a cost that the community and country can afford’ (World Health Organization, 2008)

Krankenpflege in Kanada

44,7 % der RNs (registered nurses) haben einen Hochschulabschluss (verglichen mit etwa 2% der Pflegekräfte in Deutschland).
Seit den 1960er Jahren erste Erfahrungen mit dem Einsatz von Pflegeexpert:innen (APN, NP). (DBFK 2019)

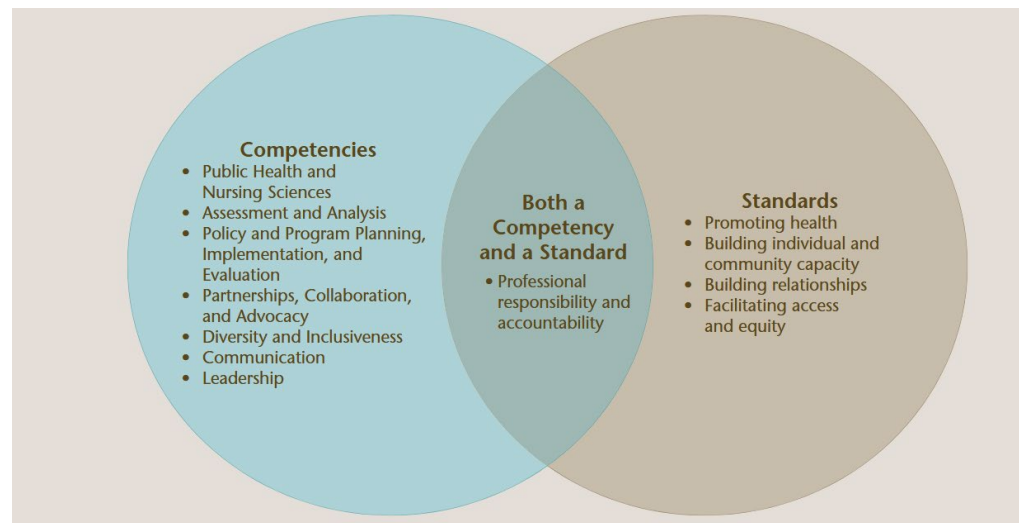
APN in Kanada sind berechtigt, Diagnosen zu stellen, Sachmittel und Medikamente zu verordnen, diagnostische Tests anzugeben, Untersuchungen durchzuführen und Therapien zu verordnen. Insbesondere in ländlichen Gegenden können sie ihre Kompetenzen „entsprechend ihrer Qualifikation“ einbringen. (ebd.)

Standard 8: Professional Responsibility and Accountability

Community health nurses demonstrate professional responsibility and accountability as a fundamental component of their autonomous practice.

<https://www.chnc.ca/en/standards-of-practice>

<https://www.cna-aiic.ca/en/nursing-practice/the-practice-of-nursing/education/rn-baccalaureate-education>



Canadian Public Health Association 2010

Physiotherapie in Schweden

Zugangsvoraussetzung Bachelor-Degree (180 credits - dreijähriges Programm). Ein Masterstudium und eine Promotion können angeschlossen werden. Mehr als 300 schwedische Physiotherapeut:innen haben bereits einen PhD.

Physiotherapeut:innen agieren seit 1997 als „first-contact-practitioner“ und praktizieren autonom. Sie führen ein Assessment durch und stellen die Diagnose, beraten, überweisen bzw. behandeln, auch über Telehealth Services.

Direct Access ist im privaten und öffentlichen Sektor erlaubt, im Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung allerdings mit Einschränkungen.

Year established

1943

<https://world.physio/membership/sweden>

World Physiotherapy member since

1951

Year members reported

2020

Number of physiotherapist members

11,063

	D		F		GB		NL		A	
	Direkt- zugang	Auf ärztliche VO	Direkt- zugang	Auf ärztliche VO	Direkt- zugang	Auf ärztliche VO	Direkt- zugang	Auf ärztliche VO	Direkt- zugang	Auf ärztliche VO
Diätassistenten	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja
Logopädie	nein*	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja
Ergotherapie	nein*	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja
Physiotherapie	nein*	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja
Orthoptik	nein	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja
Hebammenkunde	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

Tabelle nach BMBF 2014, S. 67

*Für Heilmittelbringer:innen in Deutschland ist Leistungserbringung ohne ärztliche VO möglich, wenn Berufsangehörige über gleichzeitige Erlaubnis zur Berufsausübung nach dem Heilpraktikergesetz verfügen.

- Einführung ✓
- Historischer Rückblick ✓
- Status Quo im Deutschen Gesundheitswesen ✓
- Gesundheitsberufe in anderen Ländern ✓
- Aktuelle Gesetze und Richtlinien zur Stärkung der Gesundheitsberufe/
Modellvorhaben und Heilkundeausübung bei epidemischer Lage
- Ausblick/Schlussfolgerungen

Heilmittelrichtlinie (mit Verspätung in Kraft getreten am 01.01.2021)

- Entbürokratisierung
- Therapiebeginn bis zu 28 Tage nach VO (statt bisher 14 Tage)
- Regelfallsystematik entfällt

Akademisierung der Hebammenausbildung (HebrefG vom 01.01.2020)

Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG vom 01.01.2020)

- Vorbehaltene Tätigkeiten (§ 4)
Bei den vorbehaltenen Tätigkeiten für Pflegekräfte handelt es sich um einen absoluten Vorbehalt (nicht um einen relativen Vorbehalt). Auch Ärzte und Heilpraktiker:innen dürfen diese Aufgaben weder selber durchführen noch delegieren. (Burgi & Igl 2021)

„Leider hat der G-BA nicht jeden unserer Vorschläge übernommen, in Sachen Autonomie, etwa bei der eigenverantwortlichen Wahl der Behandlungsfrequenz hätten wir ein positiveres Signal an unsere Branche erwartet. (...)“

<https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/news-bundesweit/einzelansicht/artikel/detail/News/start-frei-fuer-die-neue-heilmittelrichtlinie.html>

Künftig mehr Verantwortung für Pflegende

Vorbehaltene Tätigkeiten Im Pflegeberufegesetz sind erstmals bestimmte berufliche Tätigkeiten denjenigen Personen rechtswirksam vorbehalten, die nach diesem Gesetz ausgebildet und anerkannt werden. Kernaufgaben der Pflege liegen damit explizit in den Händen entsprechend ausgebildeter Pflegefachkräfte. Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für Pflegepraxis und Haftungsrecht?

Frank Weidner

Modellvorhaben zur Weiterentwicklung des Pflegeberufs (§ 15)

§ 4 Pflegeberufereformgesetz

- (1) Pflegerische Aufgaben nach Abs. 2 dürfen beruflich nur von Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 durchgeführt werden. Ruht die Erlaubnis nach § 3 Abs. 3 Satz 1, dürfen pflegerische Aufgaben nach Abs. 2 nicht durchgeführt werden.
- (2) Die pflegerischen Aufgaben im Sinne des Abs. 1 umfassen
 1. die *Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs* nach § 5 Abs. 3 Nr. 1 Buchstabe a,
 2. die *Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses* nach § 5 Abs. 3 Nr. 1 Buchstabe b, sowie
 3. die *Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege* nach § 5 Abs. 3 Nr. 1 Buchstabe d.
- (3) Wer als Arbeitgeber Personen ohne eine Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 oder Personen, deren Erlaubnis nach § 3 Abs. 3 Satz 1 ruht, in der Pflege beschäftigt, darf diesen Personen Aufgaben nach Abs. 2 weder übertragen noch die Durchführung von Aufgaben nach Abs. 2 durch diese Personen dulden

... und mögliche Konsequenzen daraus:

- Einschränkung beispielsweise der ärztlichen Berufsausübungsfreiheit
 - Nach dem Pflegeberufereformgesetz anerkannte Pflegefachfrauen und –männer entscheiden dann – auch in der Altenpflege – selbstständig darüber, welche Maßnahmen zur Dekubitus-, Sturz- oder Pneumonieprophylaxe geeignet sind oder welcher Grad an Aktivierung und Mobilisierung im Einzelfall geboten erscheint.
- Rechtliche Grauzonen: Die Pflegeplanung ist in der aktuellen Form des Pflegeberufereformgesetzes nicht als vorbehaltene Tätigkeit aufgeführt.
- Auch Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sowie die Begutachtung als Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit nach § 15 SGB XI sind keine explizit vorbehaltenen Tätigkeiten. Hier anderen Berufsgruppen die Möglichkeit zu geben, auch ohne fundierte pflegerische Ausbildung tätig zu werden, scheint wenig sinnvoll und könnte zu Konflikten führen. (Weidner 2019)
- Mehr Befugnisse führen u.U. auch zu mehr rechtlichen Auseinandersetzungen im Falle möglicher Pflegefehler.

Der Gesetzgeber hat zur Erprobung neuer Versorgungsformen die Vornahme bestimmter heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegekräfte im Rahmen von Modellvorhaben in § 63 Abs. 3b und 3c SGB V geregelt

- Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln
- Inhaltliche Ausgestaltung häuslicher Krankenpflege einschließlich deren Dauer
- Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt → Substitution (nicht Delegation)

(s. auch Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses, welche diagnosebezogen und prozedurenbezogen festlegt, welche Tätigkeiten unter entsprechenden Voraussetzungen substituiert werden können)

→ Diese Möglichkeit wird bisher nur sehr verhalten genutzt!

Autoren eines (nicht auf Deutschland beschränkten) Cochrane-Review konstatieren, dass Pflegekräfte (beispielsweise Nurse Practitioners oder Practice Nurses) bei „einigen anhaltenden und dringenden körperlichen Beschwerden und bei chronischen Erkrankungen wahrscheinlich eine gleiche oder möglicherweise sogar bessere Versorgungsqualität zu Ärztinnen oder Ärzten bieten (...)“. (Ayerle et al 2019)

Richtlinie des G-BA (2012) sieht vor, dass die **Substitution heilkundlicher Tätigkeiten** auf entsprechend ausgebildete Pflegekräfte erfolgen kann bei

- Diabetes mellitus Typ I und II
- Chronischen Wunden (z.B. Ulcus cruris),
- V.a. Demenz (nicht palliativ)
- V.a. Hypertonus (ohne Schwangerschaft)

Folgende Prozeduren können übertragen werden (Auswahl):

- Infusionstherapie und Injektionen (inkl. Anhängen einer Antibiose)
- Anlage und Versorgung Magensonde
- Legen und Überwachen eines transurethralen Blasenkatheters
- Versorgung und Wechsel eines suprapubischen Blasenkatheters
- Tracheostomamanagement
- Stomatherapie

Diese Diagnosen und Prozeduren könnten sich auch als geeignet erweisen, den aktuell hohen Stand potenziell unnötiger ungeplanter Krankenhauszuweisungen aus Altenpflegeeinrichtungen zu reduzieren, beispielsweise auf Grundlage von 119b SGB V.

§ 5a des Infektionsschutzgesetzes sieht vor, dass nicht-ärztliche Heilberufe für einen begrenzten Zeitraum die Erlaubnis erhalten, Heilkunde auszuüben.

Im Falle einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite können

- Altenpfleger und Altenpflegerinnen
- Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegekräfte/Pflegefachfrauen und -männer
- Notfallsanitäter und Notfallsanitäterinnen

erforderliche Maßnahmen eigenverantwortlich durchführen,

→ sofern sie in ihrer Ausbildung die erforderlichen Kompetenzen erworben haben und aufgrund ihrer persönlichen Fähigkeiten dazu in der Lage sind

→ und der Gesundheitszustand des Patienten/der Patientin eine ärztliche Behandlung nicht zwingend erfordert, die jeweils erforderliche Maßnahme aber eine ärztliche Beteiligung voraussetzen würde, weil sie der Heilkunde zuzurechnen ist

Die Maßnahme ist angemessen zu dokumentieren und soll unverzüglich dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin mitgeteilt werden.

Der obengenannte Personenkreis kann durch Rechtsverordnung des BMG auf weitere Personen mit Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung eines reglementierten Gesundheitsfachberufes ausgedehnt werden.

Ziel: Errichtung sektorenübergreifender, niedrigschwelliger Versorgungsstrukturen für Menschen mit chronischen Krankheiten und komplexen Problemlagen.

Eigenverantwortliche Tätigkeit von speziell qualifizierten Pflegefachpersonen (APN) in der Primärversorgung.

Kernaufgaben:

- Primärversorgung und Sicherung von Versorgungskontinuität im ambulanten Sektor
- Gesundheitsförderung
- Wiederholungs- und Kontrolluntersuchungen
- Eigenverantwortliche Behandlung von beispielsweise Erkältungskrankheiten
- Monitoring und Management chronischer Krankheiten
- Information, Beratung und Anleitung
- Versorgungskoordination und integrierte Versorgung durch Kooperation

Für eine eingehende Betrachtung des rechtlichen Rahmens: Burgi & Igl (2021): Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nurses (CHN) in Deutschland

- Einführung ✓
- Historischer Rückblick ✓
- Status Quo im Deutschen Gesundheitswesen ✓
- Gesundheitsberufe in anderen Ländern ✓
- Aktuelle Gesetze und Richtlinien zur Stärkung der Gesundheitsberufe/
Modellvorhaben und Heilkundeausübung bei epidemischer Lage ✓
- **Ausblick/Schlussfolgerungen**

Eine an den Bedarfen und Bedürfnissen der Patient:innen orientierte Gesundheitsversorgung kann entstehen durch...

- ... die Schaffung multiprofessioneller Teams,
 - in denen Community Health Nurses oder Advanced Practice Nurses die Koordination der Versorgung übernehmen (Robert Bosch Stiftung 2021)
 - die „gleichberechtigt komplementäre und ineinandergreifende“ Gesundheitsleistungen erbringen (BMBF 2014)
- ... Leistungserbringung im Direktzugang (ohne ärztliche Verordnung) – „direct access“. (ebd.)

„Auf Augenhöhe“ agierende Gesundheitsberufe setzen voraus, dass...

- ... das Wohl der Patientinnen, Klienten, Bewohnerinnen etc. im Mittelpunkt steht und dass ihre Bedarfe und Bedürfnisse den Ansatzpunkt für ein multiprofessionelles Handeln bilden
- ... mit einem erweiterten Tätigkeitsfeld auch erweiterte Verantwortung einhergeht, diese Verantwortung muss, mit ihren rechtlichen Implikationen, verstehbar und überschaubar bleiben und es muss eine Bereitschaft zur Übernahme vorhanden sein
- ... alle Beteiligten bereit sind, sich einem Prozess des lebenslangen Lernens zu unterziehen, um im Rahmen der jeweils eigenen Profession evidenzbasiert und qualitätsgesichert handeln zu können → Fortbildungsverpflichtung
- ... starke Berufsverbände die jeweilige Position im Rahmen der Selbstverwaltung und im Kontext gesundheitspolitischer Entscheidungen stärken → Professionsangehörige wünschen, akzeptieren und tragen eine solche Berufsvertretung

Auf lange Sicht ist ein

- grundlegendes Umdenken in der Gesundheitsversorgung
- beginnend mit der Stärkung der Public Health Perspektive mit einem Paradigmenwechsel im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention nötig,
- was sich zwangsläufig auch auf die Frage des Zusammenwirkens aller Gesundheitsberufe (inkl. Ärzt:innen) auswirken wird.

.....

Ob hierfür der Ansatz einer Medical School mit einem gemeinsamen Grundlagenstudium ein geeigneter Weg sein kann, wird zu prüfen sein.

Ansätze mit kleinen Modellvorhaben z.B. der Charité und der ASH (Berlin), gemeinsamer integrierter Aufbaustudiengang IGM (HAW Hamburg)

Vgl. auch SVR-Gutachten 2007:

„Wenn die Gesundheitsprofessionen künftig besser zusammenarbeiten sollen, muss diese Zusammenarbeit schon während der Ausbildung geübt werden. Eine partielle Überlappung von Ausbildungsinhalten und -abschnitten verspricht ein besseres gegenseitiges Verständnis“ (SVR 2007, Kurzgutachten TZ 29).

Auf einem möglichen Weg dahin brauchen wir **jetzt**

- gleiche Vergütung für gleiche Tätigkeiten bzw. gleichen Output/Outcome (bzw. eine outcomeorientierte Vergütung – pay for performance)
- nicht eine Entlastung der Ärzt:innen, sondern Weitung der Handlungsfelder der Gesundheitsberufe ,
- keine Notlösung durch die Gesundheitsberufe, wenn Ärzt:innen nicht mehr aufs Land ziehen wollen, oder aus Altersgründen (unattraktive) Arztsitze nicht nachbesetzt werden können („dann kommt Ihre Chance“)
- Vollakademisierung aller Gesundheitsberufe (mit ausdifferenzierten Hierarchiestufen in der Praxis)

(Nicht nur) vor dem Hintergrund Sicherung einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung auf hohem Niveau in Anbetracht der demografischen Entwicklung wird ein grundlegendes Umdenken nötig und unter Berücksichtigung der Chancen der digitalen Transformation möglich sein.

Dann werden **Gesundheitsberufe in jeder Hinsicht „Auf Augenhöhe“ sein.**

Literatur:

Ayerle, G.; Langer, G.; Meyer, G. (2019): Selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Pflegekräfte. In: Jacobs, K. et al (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Springer Open

Bolt, M.; Ikking, T.; Baaijen, R.; Saenger, S. (2019): Occupational therapy and primary care. In Primary Health Care Research & Development 4/2019

Burgi, M.; Igl, G. (2021): Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. Nomos Verlag, Baden-Baden

Canadian Nurses Association: RN and Baccalaureate Education. Abgerufen am 18.06.2021 unter <https://www.cna-aiic.ca/en/nursing-practice/the-practice-of-nursing/education/rn-baccalaureate-education>

Canadian Public Health Association (2010): Public Health – Community Health Nursing Practice in Canada. Roles and Activities. Abgerufen am 18.06.2021 unter <https://www.chnc.ca/en/membership/documents/loadDocument?id=499&download=1#upload/membership/document/2016-07/publichealth-communityhealthnursingincanadarolesandactivities2010.pdf>

Community Health Nurses of Canada (2019): Canadian Community Health Nursing Professional Practice Model & Standards of Practice. Abgerufen am 18.06.2021 unter <https://www.chnc.ca/en/standards-of-practice>

DBFK (2019): Advanced Practice Nursing Pfliegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. Berlin

Hähner-Rombach, S. (2008): Quellen zur Geschichte der Krankenpflege. Mabuse-Verlag, Frankfurt

Lehmann, Y. et al (2014): Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung. BMBF, Berlin

Literatur:

Metz-Becker, M. (2013): Hebammen und medizinische Geburtshilfe im 18./19. Jahrhundert. In: *Die Hochschule. Journal für Wissenschaft und Bildung* 1/2013

Moser, G. (2011): *Ärzte, Gesundheitswesen und Wohlfahrtsstaat. Zur Sozialgeschichte des ärztlichen Berufsstandes in Kaiserreich und Weimarer Republik*. Centaurus Verlag, Freiburg

Professions- och fackförbundet för fysioterapeuter: Om professionen. Abgerufen am 18.06.2021 unter https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/om-professionen/kort-fakta-om-fysioterapeut_slutversion201117.pdf

Robert Bosch Stiftung (2021): Die Leistungserbringung im Gesundheitssystem der Zukunft. Diskussionspapier Lab 4, verfügbar unter https://www.neustart-fuer-gesundheit.de/sites/default/files/documents/2021-05/2020-03_Diskussionspapier_Think%20Lab%204_2.pdf

SVR 2007, SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Kooperation und Verantwortung
 Kurzgutachten, <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2007/>

Scottish Perinatal Network: Maps of Maternity Units in Scotland, abgerufen am 19.06.2021 unter <https://www.perinatalnetwork.scot/maternity/families-maternity/>

The Royal College of Midwives: Midwifery in Scotland – into the 2020s, abgerufen am 19.06.2021 unter <https://www.rcm.org.uk/media/3125/midwifery-in-scotland-into-the-2020s.pdf>

Weidner, F. (2019): Künftig mehr Verantwortung für Pflegende. In: *Pflege Zeitschrift* 1-2.2019 / 72

World Physiotherapie: Swedish Association of Physiotherapists. Abgerufen am 18.06.2021 unter <https://world.physio/membership/sweden>



HAW
HAMBURG

CCG

Competence Center Gesundheit

*Herzlichen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit*

CCG RV SoSe 23.06.2021

Auf Augenhöhe? Zukunft der Gesundheitsberufe