

Gemeinsamer Bericht
der
Gesundheitsministerkonferenz und der Kultusministerkonferenz
„Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen“

(Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 12.06.2015

Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom 24./25.06.2015)

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite:
Hintergrund und Auftrag	1
I. Fachkräftesicherung bei Ärztinnen und Ärzten	2
A Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung in Deutschland	2
1. Ausgangslage	2
2. Mögliche Ansatzpunkte	5
2.1 Zulassung zum Medizinstudium	5
2.2 Medizinstudium	8
2.3 Praktisches Jahr	10
2.4 Facharzt-Weiterbildung	11
2.5 Gestaltung und Förderung der ärztlichen Versorgung	15
2.5.1 Hausärztliches Honorar und Fördermaßnahmen	15
2.5.2 Flexible Beschäftigungsformen und bessere Vereinbarung von Familie und Beruf	18
2.5.3 Neuen Formen der Verteilung und Organisation der Aufgaben	19
2.5.4 Abbau von Überversorgung und Unterversorgung	20
3. Fazit	22
B Fachkräftesicherung im Öffentlichen Gesundheitsdienst	24
II. Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen	26
A Status quo	27
1. Grundlagen der Ausbildung	27
1.1 Gesetzgebungskompetenz	27
1.2 Schulen des Gesundheitswesens	28
1.3 Prüfungswesen	28
1.4 Schulgesetze der Länder	29
1.5 Finanzierung der Ausbildungen	29
2. Beschäftigungsdaten	29
3. Aktuelle Entwicklungen	31
3.1 Akademisierung	31
3.2 Neuordnung der Pflegeausbildung	32
3.3 Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege	33

	Seite:
3.4 Versorgungsmodelle	33
3.5 Demenz	33
B Erwartete Veränderungen	34
1. Veränderung des Erkrankungsspektrums	34
2. Sozialdemografische Veränderungen	34
3. Komplexere Anforderungen	34
4. Entwicklung pflegerischer Versorgung	34
C Handlungsempfehlungen	36
1. Mehr Ausbildung	36
2. Umschulungen nach SGB III dauerhaft finanzieren	37
3. Tätigkeiten ausdifferenzieren und unterschiedlichen Qualifikationsniveaus zuordnen	37
4. Akademisierung der Pflege	38
5. Generalistische Pflegeausbildung – Anforderungen an das neue Pflegeberufegesetz	40
6. Weiterentwicklung bei den anderen Gesundheitsfachberufen notwendig	40
7. Versorgungsstrukturen und Kooperation mit anderen Berufsgruppen	41
8. Arbeitsbedingungen	41
9. Profession stärken und Selbstverwaltung anbahnen	42

Hintergrund und Auftrag

Der vorliegende Bericht ist das Ergebnis einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) und der Kultusministerkonferenz (KMK).

Die 85. GMK hat am 27./28. Juni 2012 folgenden Beschluss gefasst: „Die GMK hält es für erforderlich, das Vorhalten einer ausreichenden Anzahl von Studien- und Ausbildungsplätzen durch die Länder sicherzustellen. Sie bittet daher das Vorsitzland, der KMK hierzu die Einrichtung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe von GMK und KMK vorzuschlagen.“

Die 31. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) hat am 20./21. März 2013 beschlossen: „Die Arbeitsgruppe von GMK und KMK zielt auf eine Vertiefung des Austausches von Gesundheits-, Kultus- und Bildungsseite in Fragen der Kapazitätsplanung in den Gesundheitsberufen. Durch eine Bestandsaufnahme u.a. von bestehenden Planungs- und Steuerungsinstrumenten soll ein gemeinsamer Informations- und Wissensstand erreicht werden. Von diesem ausgehend kann dann eine Verständigung auf das weitere Vorgehen erfolgen“.

Mit Beschluss der 87. GMK vom 27. Juni 2014 wurden auch Vertreter der ASMK einbezogen.

Die Kultusministerkonferenz hat die Initiative der Gesundheitsministerkonferenz aufgegriffen und im 358. Hochschulausschuss am 13./14.12.2012 die Bereitschaft zur Mitwirkung in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe erklärt. Der Hochschulausschuss hat in seiner 358. Sitzung der Beteiligung an einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der GMK und KMK zur Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen grundsätzlich zugestimmt. Darüber hinaus hat der Hochschulausschuss die Schulseite gebeten, ebenfalls Vertreter für die AG zu benennen.

In diesen Bericht sind die Ergebnisse der beiden UAG Medizin und Pflege eingeflossen, zu denen folgende Sachverständige hinzugezogen wurden:

U-AG Medizin

- Frau Dr. Beatrix Schwörer vom Wissenschaftsrat als regelmäßiger Gast
- Herr Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
- Herr Christoph Habermann, Staatssekretär a.D. als regelmäßiger Gast

U-AG Pflege

- Frau Professor Darmann-Finck und Herr Professor Reuschenbach

I. Fachkräftesicherung bei Ärztinnen und Ärzten

A. Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung in Deutschland

1. Ausgangslage

Nach der Ärztestatistik der Bundesärztekammer vom 31.12.2013 waren in Deutschland 357.252 Ärztinnen und Ärzte ärztlich tätig – ein Anstieg gegenüber dem Vorjahr um 2,5 % und ein neuer Höchststand. In der ambulanten und der stationären Versorgung hat die Zahl der Ärzte in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen.

Gemessen an der Arzt-Einwohner-Relation war die Versorgung der Bevölkerung noch nie so gut wie heute. Gleichwohl können ärztliche Stellen in Krankenhäusern und freiwerdende Arztstühle mitunter nur mit Schwierigkeiten oder gar nicht wiederbesetzt werden.

Laut Krankenhausbarometer 2013 des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) berichten 58 % der Krankenhäuser von Problemen bei der Besetzung ärztlicher Stellen. Hochgerechnet konnten rund 2.000 ärztliche Stellen nicht besetzt werden.

Im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung herrscht nach den Zahlen der Bedarfsplanung im Durchschnitt insgesamt eine gute Versorgungslage. Allerdings verdeckt ein mittlerer Versorgungsgrad in der hausärztlichen Versorgung von 108,6% (Stichtag 01.09.2013), dass es laut Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in ländlichen Gebieten bereits heute eine primärärztliche Unterversorgung gibt. Knapp ein Drittel der Planungsbereiche im hausärztlichen Bereich weist einen Versorgungsgrad von unter 100% auf. Besonders im ländlichen Raum können freiwerdende Praxistühle immer häufiger nicht wiederbesetzt werden. Die Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte geht bereits seit einigen Jahren zurück. In der allgemeinen fachärztlichen Versorgung beträgt der Versorgungsgrad dagegen im Mittel 145 %; der Sachverständigenrat weist aber auf erhebliche Unterschiede nach Facharztgruppen und Regionen hin.

Der ärztliche Arbeitsmarkt ist teilweise durch eine hohe Nachfrage bei einem knappen Angebot gekennzeichnet, was auf unterschiedliche Faktoren zurückzuführen ist. Dazu gehören die ungleiche regionale Verteilung der Ärzte und das Ungleichgewicht zwischen Haus- und Fachärzten. Es zeigt sich, dass Humanmediziner nach Abschluss des Medizinstudiums besonders schnell in die kurative Versorgung oder andere medizini-

sche Tätigkeiten gelangen (HIS Medizinerreport 2012). Sie sind dabei wesentlich häufiger volladäquat beschäftigt als Absolventen anderer Studiengänge.

Die Zahl der arbeitslosen Ärztinnen und Ärzten ist seit dem Jahr 2000 deutlich zurückgegangen und befindet sich seit einigen Jahren auf einem sehr niedrigen Niveau. Bezogen auf die Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte betrug die Arbeitslosenquote im Jahr 2013 lediglich 0,9 %. Nach der Fachkräfteengpassanalyse 2014 der Bundesagentur für Arbeit ist die Humanmedizin von deutlichen Mangelsituationen in fast allen Bundesländern betroffen. Bei ihr gemeldete offene Stellen sind im Durchschnitt 167 Tage vakant. In den meisten Ländern liegt die Vakanzzeit deutlich über dem Durchschnitt aller Berufe.

Das ist insofern bemerkenswert, als sich die Zahl der berufstätigen ausländischen Ärzte seit dem Jahr 2000 um fast 20.000 Ärztinnen und Ärzte auf 31.236 im Jahr 2013 deutlich erhöht hat. Besonders seit dem Jahr 2010 zeigt der Trend mit fast 10.000 zusätzlichen ausländischen Ärzten stark nach oben. Ganz offenkundig stieß das zusätzliche Angebot ausländischer ärztlicher Arbeitskräfte in diesem Zeitraum auf eine entsprechende Nachfrage. Teilweise können Krankenhäuser im ländlichen Raum die Versorgung ohne die Zuwanderung ausländischer Ärzte nicht mehr auf dem derzeitigen Niveau aufrechterhalten.

Der Anstieg der Zahl der berufstätigen Ärzte ist zudem vor dem Hintergrund folgender Entwicklungen zu betrachten:

- Die Anerkennung von Ruhezeiten im Bereitschaftsdienst als Arbeitszeiten mit der Novellierung des Arbeitszeitgesetzes hat zu einem nennenswerten Mehrbedarf an Ärzten in den Krankenhäusern geführt.
- Die durchschnittliche Arbeitszeit der tätigen Ärzte hat sich verringert, und die Zahl der in Teilzeit tätigen Ärzte hat sich in den letzten Jahren erhöht, so dass das Arbeitsvolumen nicht mit dem Zuwachs der Kopfzahl Schritt gehalten hat.
- Die Fallzahlen sind sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung gestiegen, wofür es unterschiedliche Ursachen gibt.

Die Zahl der aus den Hochschulen nachrückenden Ärztinnen und Ärzten ist – nach einem Rückgang in der ersten Hälfte der 1990er Jahre aufgrund eines Abbaus von Medizinstudienplätzen – in den letzten 15 Jahren weitgehend konstant geblieben. Vor dem

Hintergrund doppelter Abiturientenjahrgänge haben einige Bundesländer zusätzliche Medizinstudienplätze geschaffen. Das Interesse am Medizinstudium ist derweil ungebrochen. In den letzten Jahren kamen regelmäßig rund fünf Bewerber auf einen Studienplatz. Demnach ist der Arztberuf für Abiturientinnen und Abiturienten unverändert attraktiv. Immer wieder scheitern Interessenten an dem hohen NC oder müssen lange Wartezeiten in Kauf nehmen.

Zusammengefasst ist festzuhalten, dass in Teilbereichen des ärztlichen Arbeitsmarktes die Nachfrage nach ärztlichen Arbeitskräften bereits heute das Angebot übersteigt. Zugleich gibt es in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bei spezialisierten Facharztgruppen nach den Zahlen der Bedarfsplanung auch eine erhebliche Überversorgung. Ein Ausgleich der Lücken in der hausärztlichen Versorgung ist durch diese Versorgungsangebote aber nicht möglich. Diese Überversorgung kann nicht zuletzt aus verfassungsrechtlichen Gründen nur langfristig abgebaut werden.

Auch weil zwischen Start der Ausbildung und dem Abschluss der Facharztweiterbildung mindestens 11 Jahre vergehen, ist ein Blick auf die zukünftige Entwicklung des Medizinerarbeitsmarktes noch von weit größerer Bedeutung als eine Betrachtung des Status Quo.

Das Durchschnittsalter der berufstätigen Ärzte ist in den letzten Jahren stetig gestiegen – vor allem bei den in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzten von 49,48 im Jahr 2000 auf 52,80 im Jahr 2012. Nach dem Ärztemonitor 2014 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) haben 23 % der befragten Ärzte konkrete Pläne, ihre Praxis in den nächsten fünf Jahren abzugeben. Zwei Drittel sehen bei der Nachfolgesuche größere Schwierigkeiten.

Vor allem im hausärztlichen Bereich zeichnet sich ein sehr deutlicher Mangel ab. Ende 2013 waren nach der Ärztestatistik knapp 30% aller berufstätigen Allgemeinmediziner 60 Jahre oder älter, weitere 37% zwischen 50 und 59. Laut Sachverständigenrat ist in den nächsten Jahren daher bei den Allgemeinmedizinern „mit deutlichen und im Fachgruppenvergleich überproportionalen altersbedingten Beendigungen der vertragsärztlichen Tätigkeit zu rechnen“. In den Jahren bis 2021 dürften jährlich rund 2.200 Hausärzte ihre Tätigkeit beenden.

Seit 1999 ist die Zahl der Facharztanerkennungen in der Allgemeinmedizin um rund 40 % auf gut 1.100 (2013) zurückgegangen (s. Sachverständigenrat). Die Zahl der

Facharztanerkennungen reicht damit bei weitem nicht aus, um den errechneten Ersatzbedarf im hausärztlichen Bereich zu decken.

Verschärfend kommt laut Sachverständigenrat hinzu, dass die durchschnittliche Arbeitszeit junger Ärztinnen und Ärzte deutlich geringer ist als die der ausscheidenden Ärzte, so dass bis 2025 von einem Ersatzbedarf von rund 20.000 Hausärzten auszugehen sei.

Seit vielen Jahren gibt es in der fachlichen Diskussion und zwischen den Gruppen im Gesundheitswesen unterschiedliche Einschätzungen darüber, ob in Zukunft mit einem wachsenden Ärztemangel zu rechnen sei – vor allem in ländlichen Regionen - oder ob die Zahl der Ärztinnen und Ärzte insgesamt ausreichen wird und es „nur“ um eine bessere regionale Verteilung geht. Auch wissenschaftliche Institute, die sich allgemein mit Arbeitsmarkt-Prognosen beschäftigen, kommen zu unterschiedlichen Bewertungen. In diesem Zusammenhang spielt neben vielen anderen Faktoren, die Einfluss auf die Versorgungssituation in den unterschiedlichen Regionen haben, auch die Zahl der Medizin-Studienplätze eine Rolle.

Unabhängig davon ist es notwendig, auf jeden Fall mehr Nachwuchs für den Hausarztberuf zu gewinnen. Das kann nur gelingen, wenn auch ländliche Räume für junge Medizinerinnen und Mediziner attraktiver werden, wenn die Versorgung in der Fläche neu organisiert und wenn die Allgemeinmedizin in Aus- und Weiterbildung gestärkt wird.

2. Mögliche Ansatzpunkte und Handlungsoptionen

2.1 Zulassung zum Medizinstudium

Die Zulassung zum Studium der Humanmedizin ist von rechtlichen Rahmenbedingungen geprägt, die Gesetzgebung und Rechtsprechung im Wechselspiel in den letzten Jahrzehnten immer weiter ausdifferenziert und weiterentwickelt haben. Dabei geht es um die optimale Entfaltung des Grundrechts der Berufswahlfreiheit und der freien Wahl der Ausbildungsstätte im Verhältnis zu anderen Allgemeinwohlbelangen wie der Finanzierbarkeit und der Funktionsfähigkeit der Universitäten.

Unter den verfassungsrechtlich legitimierten Auswahlkriterien sticht die Abiturnote heraus. Sie gewährleistet nicht nur einen für alle Beteiligten rechtssicheren und planbaren Weg zum Studium. Studien zeigen auch, dass Abiturnoten am besten von allen Kriterien den späteren Studienerfolg prognostizieren, auch wenn die Abiturnote keine Aus-

sage erlaubt über die Eignung und Bereitschaft für eine spätere Tätigkeit in der kurativen Versorgung. Die Studienerfolg ist ein wichtiges Kriterium gerade für Medizin als einem der teuersten Studiengänge, weil die Gesellschaft ein berechtigtes Interesse daran hat, dass der finanzielle Aufwand nicht ins Leere läuft und im Ergebnis der Gesellschaft auch Ärzte zur Verfügung stehen. Daher muss die Abiturnote auch weiterhin ein wesentliches Auswahlkriterium im Zulassungsverfahren bleiben. Im bestehenden Zulassungsverfahren kommt die Abiturnote zweifach zum Tragen. 20 % der Studienplätze werden unmittelbar an die (abitur-)besten Bewerberinnen und Bewerber vergeben und weitere 60 % der Studienplätze über Auswahlverfahren der Hochschulen, bei denen wiederum die Abiturnote eine maßgebliche Rolle spielen muss.

Es stellt sich die Frage, wie das Zulassungsverfahren zum Studium und das Medizinstudium selbst neben ihrem Hauptzweck – der Bewerberauswahl und der wissenschaftlichen Ausbildung – auch einen Beitrag dazu leisten können, dass mehr Ärzte in der primärärztlichen Versorgung, besonders in ländliche Regionen, tätig sein wollen. Die bestehende doppelte Fehlverteilung der Ärzte, regional und im Verhältnis Hausärzte-Fachärzte, vor dem Hintergrund kontinuierlich steigender Arztzahlen in Klinik und Praxis sowie einer anhaltend hohen Zahl von Absolventen im Fach Humanmedizin in Deutschland zeigt, dass weitere Schritte notwendig sind, diese Fehlverteilung zu korrigieren. Zwar liegen wesentliche Einflussfaktoren für die spätere Berufsentscheidung in der Weiterbildungsphase und in der Versorgungssteuerung sowie in den Rahmenbedingungen der Berufsausübung (s. Wissenschaftsrat); es ist aber auch zu prüfen, was die Hochschulpolitik unternehmen kann, um einen Beitrag zum Abbau der Fehlverteilung zu leisten.

Das bestehende Zulassungsverfahren bietet bereits mehrere Ansatzpunkte. Während 20 % der Studienplätze nach der Abiturnote vergeben werden, richtet sich bei weiteren 20 % die Vergabe nach der Wartezeit. Schon dieses Kriterium filtert die besonders motivierten Bewerberinnen und Bewerber, weil sie für den Berufswunsch teilweise eine jahrelange Überbrückungszeit in Kauf nehmen, und zudem häufig eine Berufsausbildung oder Berufserfahrungen im Gesundheitswesen machen.

Der größte Teil der Studienplätze wird aber über das Auswahlverfahren der Hochschulen vergeben (60 %). Wie eine Umfrage der KMK 2014 ergeben hat, nutzen die Hochschulen neben der Abiturnote eine Vielzahl weiterer Auswahlkriterien. Besonders häufig werden einschlägige Berufsausbildungen bzw. berufsbezogene praktische Erfahrun-

gen sowie die Ergebnisse im Studierfähigkeitstest (Medizinertest) berücksichtigt. Daneben haben die Hochschulen auch noch weitere Auswahlkriterien entwickelt. Etwa ein Drittel der Hochschulen, die sich an der Umfrage beteiligt haben, nutzen auch Auswahlgespräche. Dabei werden u.a. die besondere Motivation und die Leistungsbereitschaft der Studienbewerber erfragt sowie ggf. in Interviews arztrelevante Kompetenzen getestet wie die Kommunikationsfähigkeit oder die Organisationsfähigkeit. Die Erfahrungen zeigen eine hohe Akzeptanz der Auswahlgespräche durch die Studienbewerber. Die Hochschulen betonen, dass sich die Auswahlgespräche auf die Motivation und Leistungsbereitschaft der Studierenden positiv auswirken. Daneben führen die Auswahlgespräche offenbar zu einer bewussten Wahl des Studienortes, mit der Folge einer höheren Bindung an den Studienort. Im Ergebnis ist festzustellen, dass die Auswahlgespräche der Hochschulen in der Praxis mehr Studienbewerbern ohne Spitzenabitur das Studium der Humanmedizin ermöglichen.

Trotz dieser positiven Effekte werden besonders die Auswahlgespräche von Hochschulen aber auch häufig abgelehnt. Besonders der erhebliche personelle und zeitliche Aufwand hält bisher viele medizinische Fakultäten davon ab, Auswahlgespräche durchzuführen. Auch die Prognosekraft der Auswahl für eine spätere erfolgreiche ärztliche Berufstätigkeit wird hinterfragt und ist bisher nicht ausreichend untersucht.

Vor diesem Hintergrund sollten die im Rahmen der geltenden Regelungen bestehenden Möglichkeiten genutzt werden, um das Auswahlverfahren der Hochschulen in der Praxis zu stärken. Unter Wahrung der Hochschulautonomie wird empfohlen, dass die Hochschulen besonders Auswahlgespräche nutzen, um geeignete und motivierte Studienbewerber auszuwählen. Dafür sollten die Hochschulen finanzielle Anreize erhalten.

Darüber hinaus wird empfohlen, dass die Auswahlverfahren und besonders die Auswahlgespräche systematisch ausgewertet und evaluiert werden, um die Auswirkungen auf den Studienerfolg und die spätere ärztliche Berufstätigkeit zu untersuchen.

Weitergehende Regelungen, die eine Bevorzugung zukünftiger Hausärzte oder Landärzte im Zulassungsverfahren zum Ziel hätten, etwa eine Quote für Studieninteressierte aus ländlichen Regionen oder eine „Landarztquote“ bei der Studienplatzvergabe mit entsprechenden langfristigen Verpflichtungen der Studienbewerber, kommen aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht in Betracht. Davon unberührt bleiben Förderinstru-

mente, die auf finanzielle Anreize setzen und ohne zulassungsrechtliche Änderungen auskommen, beispielsweise Stipendienprogramme.

2.2 Medizinstudium

Der demografische Wandel der Gesellschaft stellt auch das Gesundheitswesen vor erhebliche Herausforderungen. Die Bevölkerung in Deutschland wird zahlenmäßig abnehmen, älter und multimorbider werden. Das Morbiditätsspektrum wird sich voraussichtlich hin zu mehr chronischen Erkrankungen verschieben. Vor diesem Hintergrund wird die Bedeutung der Generalisten in der medizinischen Versorgung steigen. Diese sind auch im Hinblick auf die zunehmende Multimorbidität besonders geeignet für die Koordination der Versorgung unter den Bedingungen einer immer weiter fortschreitenden (Sub-) Spezialisierung.

Die Universitätsmedizin hat die ganze Breite von Forschung und Lehre für die Ausbildung von Ärzten gemäß der Approbationsordnung für Ärzte zu gewährleisten. Sie muss daher die entsprechende Breite an medizinischen Fächern auf wissenschaftlichem Niveau sicherstellen. Das ist auch zukünftig im Hinblick auf die zunehmende Spezialisierung sowie auf den wissenschaftlichen Auftrag der Universitäten notwendig. Allerdings ist vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Versorgung ein angemessener Stellenwert einzuräumen.

Die Allgemeinmedizin deckt ein breites Krankheitsspektrum ab, das auch eher der späteren Versorgungspraxis der ärztlichen Berufstätigkeit entspricht. Besonders in diesem Fach wird der Umgang mit Multimorbidität und Multimedikation eingeübt, der besonders für eine alternde Bevölkerung relevant ist. Dazu gehören auch die Basisfertigkeiten ärztlicher Berufstätigkeit wie etwa die Gesprächsführung („sprechende Medizin“), die Anamneseerhebung, die klinische Untersuchung oder die Arzt-Patienten-Beziehung, die in der ärztlichen Ausbildung ein stärkeres Gewicht bekommen müssen.

Deshalb bereitet eine grundlegende Ausbildung in der Allgemeinmedizin mit den oben genannten Spezifika auf jede spätere ärztliche Berufstätigkeit, auch in der hochspezialisierten fachärztlichen Versorgung, sinnvoll vor, z.B. auf die Kommunikation und Koordination bei multimorbiden Patienten.

Aufbauend auf der positiven Entwicklung der letzten Jahre sollte die Allgemeinmedizin im Studium weiter gestärkt werden. An allen hochschulmedizinischen Standorten in

Deutschland sollte die allgemeinmedizinische Ausbildung wissenschaftlich qualifiziert angeboten werden. Dafür können benachbarte Universitätsstandorte auch Kooperationen eingehen.

Auch die Ableistung eines Praktikums in der hausärztlichen Versorgung, besonders mit speziellen Angeboten in ländlichen Regionen, ist zu empfehlen. Ein solches Praktikum soll vor allem eine konkrete Gelegenheit zur Auseinandersetzung mit der eigenen praktischen Tätigkeit im Gesundheitswesen und mit dem Berufsbild des Arztes bieten. Dadurch kann auch die Allgemeinmedizin als reizvolle Perspektive im ländlichen Raum bereits im Studium erfahrbar gemacht werden. Hierdurch sollen spätere berufliche Entscheidungen zugunsten ländlicher Räume begünstigt werden. Dieses Praktikum ist also ein Berufsfelderkundungspraktikum. Weitere studienbegleitende Pflichtangebote zum aktiven Kennenlernen des Berufsalltages im niedergelassenen Bereich sollten hinzukommen.

Das Berufsfelderkundungspraktikum sollte allerdings keine zusätzliche Voraussetzung für die Zulassung zum Medizinstudium sein. Im Rahmen der Zulassungsverfahren gibt es bereits verschiedene Möglichkeiten, solche Praxiserfahrungen zugunsten der Studienbewerber zu berücksichtigen. Zudem stößt diese Option als zusätzliche Hürde neben der allgemeinen Hochschulreife auf verfassungsrechtliche Bedenken. Ein solches Berufsfelderkundungspraktikum zu einem möglichst frühen Zeitpunkt am Beginn des Studiums ist aber sinnvoll, um möglichst frühzeitig die beabsichtigte Auseinandersetzung mit der späteren Tätigkeit zu ermöglichen. Dafür könnte, wie vom Sachverständigenrat vorgeschlagen, das Krankenpflegepraktikum auf sechs Wochen reduziert werden.

Bereits im Studium sollte die Bereitschaft und die Fähigkeit zur Interaktion und Kooperation mit den Angehörigen der anderen Gesundheitsversorgungsberufe oder mit Ärztinnen und Ärzten bzw. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der verschiedenen Disziplinen eingeübt werden. Auch die kurative ärztliche Tätigkeit setzt heute – noch mehr als vor einigen Jahren – voraus, dass jede Ärztin und jeder Arzt selbst wissenschaftlich-methodische Kompetenzen im Studium erworben hat. Nur so verfügen angehende Ärztinnen und Ärzte über das relevante Wissen, die notwendigen Fertigkeiten und Haltungen, die für das Verstehen, Bewerten und Anwenden wissenschaftlicher Erkenntnisse, Methoden und Befunde in der Praxis eines hausärztlich tätigen Arztes notwendig sind. Diese Kompetenzen müssen auch in dem universitären Fach Allgemeinmedizin vermittelt werden.

2.3 Praktisches Jahr

Im Praktischen Jahr steht die praxisorientierte Ausbildung am Patienten im Vordergrund. Zugleich sieht der Gesetzgeber aber hier auch die Möglichkeit, die Gestaltung der Versorgung und die Berufswahl der zukünftigen Ärzte zu beeinflussen. Allerdings betont der Gesetzgeber, dass es für die Ausgestaltung der Versorgungspraxis eines Bündels von einander ergänzenden Maßnahmen bedürfe, die auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen müssen. Daher dürfen die Erwartungen an die Steuerungswirkung von Regelungen im Ausbildungsbereich für die spätere Berufsentscheidung nicht überdehnt werden.

Erst jüngst wurde ein Bündel von Maßnahmen beschlossen, um die Allgemeinmedizin bereits in der ärztlichen Ausbildung zu stärken. Mit Wirkung zum 01. April 2013 bzw. 01. Oktober 2013 traten Maßnahmen zur Stärkung der Allgemeinmedizin in der ärztlichen Ausbildung in der Approbationsordnung für Ärzte in Kraft. Eine ausgewogenere regionale Verteilung der angehenden Ärzte und Ärztinnen soll dadurch erreicht werden, dass das Praktische Jahr zukünftig nicht nur an Universitätskliniken und ihren Lehrkrankenhäusern absolviert werden kann, sondern auch an anderen geeigneten Lehrkrankenhäusern in anderen Bundesländern. Das soll die Mobilität der Medizinstudierenden innerhalb Deutschlands erhöhen. Damit ist die Hoffnung verbunden, dass die Studierenden die verschiedenen Regionen, auch abseits der Ballungsräume, kennen und schätzen lernen und dort die eigene berufliche Zukunft suchen. Zugleich soll der Wettbewerb unter den Krankenhäusern um Nachwuchskräfte erleichtert werden.

Bei der Auswahl der Lehrkrankenhäuser ist die jeweilige Universität verpflichtet, eine breite Ausbildung auch in den versorgungsrelevanten Bereichen zu ermöglichen und einer angemessenen regionalen Verteilung Rechnung zu tragen (§ 3 Absatz 2 ÄApprO). Diese Regelung präzisiert das Auswahlrecht der Universitäten. Den Medizinstudierenden soll damit künftig die ganze Breite künftiger Einsatzmöglichkeiten des medizinischen Alltags und damit auch der allgemeinmedizinischen und hausärztlichen Versorgung eröffnet werden. Der angemessenen regionalen Verteilung soll dadurch Rechnung getragen werden, dass mindestens ein Lehrkrankenhaus jeweils in einer Region ausgewählt werden muss, die nach den Bedarfsplanungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eine ländliche Region darstellt (BR-Drs. 238/12 v. 30.04.2012). Damit soll den Studierenden besonders die Tätigkeit als „Landarzt“ näher gebracht werden.

Die Auswahl der Krankenhäuser findet im Einvernehmen mit der zuständigen Landesgesundheitsbehörde statt.

Hinzu kommt, dass das Fach Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr gestärkt wurde, indem bis 2019 die Universitäten sicherstellen müssen, dass alle Studierenden der jeweiligen Universität das Praktische Jahr in der Allgemeinmedizin absolvieren können. Bis dahin werden Zwischenstufen für den Ausbau der Ausbildungskapazitäten verbindlich vorgegeben. Die Universitäten müssen sicherstellen, dass bis Oktober 2015 10 % und bis Oktober 2017 20 % der Studierenden das Praktische Jahr in der Allgemeinmedizin ableisten können. Dadurch sollen mehr Ärztinnen und Ärzte für eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gewonnen werden. Die Novelle der Approbationsordnung mit den Regelungen zur Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium wird 2019 ihre volle Wirkung entfalten.

Die Allgemeinmedizin wurde auch zu einer früheren Phase im Studium gestärkt. Mit der Novelle der Approbationsordnung wurde die Dauer des Blockpraktikums in der Allgemeinmedizin verdoppelt und eine Dauer von zwei Wochen verbindlich festgeschrieben. Die Allgemeinmedizin bekommt daher im Vergleich zu den übrigen für Blockpraktika vorgesehenen Fachgebieten besonderes Gewicht. Da es sich um eine Mindestregelung handelt, wird zudem ein weitergehender Spielraum eröffnet, den die Universitäten nutzen können, um im Sinne der notwendigen Stärkung der Allgemeinmedizin einen Schwerpunkt zu bilden.

Gegenwärtig können Studierende im Praktischen Jahr ihres Studiums neben den obligatorischen Fachgebieten Innere Medizin und Chirurgie ein Wahlfach absolvieren. Um allen Studierenden einen vertieften Einblick in die Primärversorgung zu ermöglichen, die empfundene und tatsächliche Relevanz der Allgemeinmedizin als Prüfungsfach im Staatsexamen zu erhöhen und gleichzeitig die Wahlfreiheit zu erhalten, wird eine Aufteilung des Praktischen Jahres in Quartale - statt wie bisher in Tertiale - vorgeschlagen. In Zukunft sollen die Studierenden im Praktischen Jahr die Pflichtquartale Innere Medizin, Chirurgie und Allgemeinmedizin sowie ein Quartal in einem Wahlfach absolvieren.

2.4 Facharzt-Weiterbildung

In der Weiterbildungsphase nach dem Abschluss des Studiums und der Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes erlernen die Ärztinnen und Ärzte unter der Anleitung zur Weiterbildung befugter Ärztinnen und Ärzte ärztliche Kenntnisse, Er-

fahrungen und Fertigkeiten, um besondere ärztliche Kompetenzen zu erlangen. Die Weiterbildung findet in mehrjähriger hauptberuflicher Tätigkeit an zugelassenen Weiterbildungsstätten statt: in praktischer Tätigkeit in der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung von Patientinnen und Patienten, in theoretischer Unterweisung und durch Teilnahme an Kursen. Der erfolgreiche Abschluss setzt die von den Weiterbildungsbefugten erstellten Zeugnisse sowie eine Prüfung vor einem Prüfungsausschuss der Ärztekammer voraus. Nach erfolgreichem Abschluss der Weiterbildung ist die Ärztin bzw. der Arzt berechtigt, eine Facharztbezeichnung zu führen und innerhalb eines definierten Gebietes eine fachärztliche Tätigkeit auszuüben.

Inhalt und Organisation der Weiterbildung liegen bei der ärztlichen Selbstverwaltung, d.h. in der Zuständigkeit und Verantwortung der Landesärztekammern. Diese orientieren sich dabei an einer von der Bundesärztekammer erstellten Muster-Weiterbildungsordnung. Diese Muster-Weiterbildungsordnung listet neben dem Gebiet der Allgemeinmedizin weitere 32 Gebiete (von denen manche wiederum in bis zu 9 verschiedene sog. Bezeichnungen unterteilt sind) auf vom Gebiet der Anästhesiologie bis zum Gebiet der Urologie. Sie betont ausdrücklich die Notwendigkeit einer gründlichen und umfassenden Weiterbildung und enthält Mindestzeiten und Mindestinhalte.

Für den Facharzt für Allgemeinmedizin (Hausarzt) ist in der Muster-Weiterbildungsordnung eine Mindest-Weiterbildungszeit von 60 Monaten vorgesehen, von denen zwischen 18 und 36 Monate in der stationären Versorgung in der Inneren Medizin sowie zwischen 18 und 24 Monate in der ambulanten hausärztlichen Versorgung zu absolvieren sind. Tatsächlich dauert eine entsprechende Weiterbildung durchschnittlich 96 Monate = 8 Jahre.

Um die Attraktivität der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu erhöhen, wurden in der Vergangenheit schon zahlreiche Maßnahmen beschlossen. Diese reichen von der Einrichtung von Koordinierungsstellen auf Landesebene über die Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und der zur Weiterbildung befugten Ärztinnen und Ärzte bis hin zu einer Ausweitung der finanziellen Förderung weiterbildender Praxen auf 3.500 Euro/Monat (hälftig zu tragen von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen). Dieser Betrag kann in Planungsbereichen, die nach der Bedarfsplanung von Unterversorgung bedroht sind, um 250 Euro und in unterversorgten Planungsbereichen um 500 Euro erhöht werden. Allerdings ist festzustellen, dass dieser Betrag von den Weiterbildungsstätten oft nicht oder nicht in vollem Umfang

an die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung weitergegeben wird und dass sich darüber hinaus die ausgezahlten Förderbeträge an die Weiterzubildenden im stationären und im ambulanten Bereich deutlich unterscheiden. Generell sind die Förderbeträge im stationären Bereich höher.

Der Gesetzentwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) sieht vor, die gesetzlichen Vorgaben zu konkretisieren mit dem Ziel einer stärkeren und verlässlicheren Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Die Selbstverwaltung bestehend aus Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Spitzenverband Bund der Krankenkassen und Deutscher Krankenhausgesellschaft soll im Benehmen mit der Bundesärztekammer die Höhe der Förderung (brutto) vereinbaren, und die Weiterbildungsstätten im ambulanten Bereich sollen verpflichtet werden, diese Fördergelder in voller Höhe an die Weiterzubildenden auszahlend sowie sie (durch voraussichtliche Übernahme der Lohnnebenkosten) auf die im Krankenhaus tarifvertraglich geregelte „übliche“ Vergütung (netto) anzuheben.

Zur Refinanzierung dieser finanziellen Belastung der ambulanten Weiterbildungsstätten soll den betroffenen Praxen eine Ausweitung ihres Praxisumfanges und damit eine Ausweitung der Honorareinnahmen ermöglicht werden. Der künftige Wechsel zwischen stationären und ambulanten Weiterbildungsstätten soll nicht länger mit finanziellen Einbußen für die Weiterzubildenden verbunden sein – weder bei einem Wechsel innerhalb eines Bezirkes einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) noch bei einem in einen anderen KV-Bezirk. Ferner soll die Mindestzahl der zu fördernden Stellen bundesweit von aktuell 5.000 auf 7.500 angehoben werden. Die Bundesregierung quantifiziert die mit diesen Maßnahmen verbundenen Mehrkosten für die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen mit einem Betrag zwischen 50 und 60 Millionen Euro.

Die im Gesetzentwurf des GKV-VSG vorgesehenen Maßnahmen sind dringend notwendig, damit sich mehr junge Ärztinnen und Ärzte für den Beruf des Hausarztes entscheiden. Im Jahr 2013 wurden 4.299 angehende Hausärztinnen und -ärzte in ihrer Weiterbildung gefördert (nach 3.483 im Jahr 2011 und 3.824 im Jahr 2012). Die Bundesärztekammer sieht in diesen Zahlen einen positiven Trend, der mit weitergehenden Maßnahmen verstärkt werden könne.

Über die vorgesehenen Regelungen des GKV-VSG hinaus sind weitere Maßnahmen notwendig, da die Zahl der Facharztanerkennungen Allgemeinmedizin im Jahr 2013

weiter auf 1.112 zurückgegangen ist (nach 1.298 im Jahr 2011 und 1.197 im Jahr 2012). Sie entsprach damit nur noch einem Anteil von 9,97 % aller Facharztanerkennungen (2011: 11,24 % und 2012: 10,06 %).

Daher sollten die Vertragspartner zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach § 75a Absatz 4 neu SGB V dazu angehalten werden, flächendeckend regionale Weiterbildungsverbände zu initiieren und zu fördern. Alternativ sollten die Länder eine entsprechende Verpflichtung in die Kammeraufgaben in ihre Kammer- bzw. Heilberufsgesetze aufnehmen. Aufgabe der regionalen Verbände ist es, eine Weiterbildung „aus einem Guss“ anzubieten und den an einer Weiterbildung in der Allgemeinmedizin interessierten Ärztinnen und Ärzten deren Organisation zu erleichtern inkl. der erforderlichen Übergänge zwischen stationären und ambulanten Weiterbildungsphasen. Darüber hinaus könnten die Verbände die Ärzte in Weiterbildung auch praktisch unterstützen, bei Fragen der Mobilität, bei der Gewinnung temporären Wohnraumes und beim Austausch untereinander. Alle Kammern sollten verpflichtet sein, ein Weiterbildungsregister zu führen und laufend fortzuschreiben. Dabei sollte ein besonderes Augenmerk auf die Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung Allgemeinmedizin gelegt werden, deren Erfahrungen zusammen mit den Erfahrungen der Weiterbildungsbefugten regelhaft und regelmäßig erfasst sowie die Ergebnisse der Facharztprüfungen ausgewertet werden. Damit wird die Evaluation dieser Weiterbildung auf eine breitere Basis gestellt.

Notwendig ist, das bestehende System der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung stärker zu flexibilisieren und bedarfsgerechter auszugestalten. Der Bundesrat hat sich deshalb im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz dafür ausgesprochen, den Vertragsparteien nach § 75a Absatz 4 neu SGB V verbindlicher vorzugeben, entsprechende Regelungen zu schaffen, so zur Übertragbarkeit der Mittel und der überregionalen Bereitstellung. Dies gilt auch für die Vereinbarung einer finanziellen Beteiligung an regionalen Projekten zur Förderung der Allgemeinmedizin, die nach dem Willen des Bundesrates als Soll-Vorschrift ausgestaltet werden sollte. Die sich daraus ergebenden Möglichkeiten, Fördermittel in Zukunft auch für die Errichtung und Organisation von Einrichtungen einzusetzen, die die Qualität, Attraktivität und Effizienz der Weiterbildung Allgemeinmedizin durch Begleitseminare, Mentorenprogramme und Train-the-Trainer-Angebote u. ä. verbessern, sollten genutzt werden. Bereits in der Gesetzesbegründung findet sich ein Hinweis darauf, dass damit beispiels-

weise eine Vereinbarung über die Förderung von Kompetenzzentren an Universitäten möglich sei. Solche Kompetenzzentren können einen nahtlosen Übergang zwischen Ausbildung und Weiterbildung gewährleisten und sollten auch daher direkt an den medizinischen Fakultäten und Hochschulen angesiedelt sein. Sie könnten einerseits durch Motivation von und Informationen für die Studierenden dazu beitragen, Sorgen und Vorbehalte gegenüber der Allgemeinmedizin abzubauen und andererseits durch attraktive und im Ablauf optimierte Angebote einen Beitrag dazu leisten, die faktische Weiterbildungsdauer an die Mindest-Weiterbildungszeit heranzuführen.

2.5 Gestaltung und Förderung der ärztlichen Versorgung

Angesichts der unverändert zu geringen Bereitschaft zu einer allgemeinmedizinischen Facharztweiterbildung müssen die Anstrengungen auf allen Ebenen und in allen Bereichen forciert werden.

Komplementär zu den Maßnahmen im Aus- und Weiterbildungsbereich sollten auch die Rahmenbedingungen für die hausärztliche Tätigkeit weiter optimiert werden. Vor allem folgende Handlungsfelder sind dabei wichtig:

- Finanzielle Anreize / Einkommensanreize durch die Honorarverteilung und gezielte Fördermaßnahmen
- Flexible Beschäftigungsformen und bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Entlastungsmöglichkeiten durch Übertragung von Aufgaben an entsprechend qualifizierte Gesundheitsfachberufe.

2.5.1 Hausärztliches Honorar und Fördermaßnahmen

Mit Blick auf die Attraktivität der hausärztlichen Versorgung für den ärztlichen Nachwuchs werden die Rahmenbedingungen größtenteils durch den Gesetzgeber und die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundesebene bestimmt. Nicht zuletzt infolge der Mitwirkung der Länder, z.B. in der Bund-Länder-Kommission zur Sicherung der ärztlichen Versorgung im Vorfeld des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes, konnten einige wichtige Maßnahmen zur Sicherung der ärztlichen Versorgung auf den Weg gebracht werden. Zu nennen sind beispielsweise Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf, der Wegfall der Residenzpflicht und die Möglichkeiten, sowohl ambulant als auch stationär tätig zu sein.

Zuvor hat das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz im Jahr 2007 z.B. mit der Erleichterung von Anstellungsmöglichkeiten einen Schub für flexible Tätigkeitsformen in der vertragsärztlichen Versorgung gebracht, die den geänderten Bedürfnissen und Lebensentwürfen junger Medizinerinnen und Mediziner gerecht werden. Diese Möglichkeiten werden rege genutzt, wie der Anstieg bei der Zahl der angestellten Ärzte zeigt. Auch das Modell der Zweigpraxen hat sich als Instrument zur Sicherung der ärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen bewährt.

Laut Ärztemonitor der KBV 2014 sind Ärztinnen und Ärzte mit ihrem Beruf weitgehend zufrieden. Das schließt die Einkommenssituation mit ein. Die Zufriedenheit der Hausärzte mit ihrem Einkommen (61% sind sehr oder eher zufrieden) ist gegenüber der Befragung 2012 gestiegen und übersteigt inzwischen leicht die Zufriedenheitswerte der Fachärzte. Das ist auch die Folge von erheblichen Honorarzuwächsen im vertragsärztlichen Bereich in den letzten Jahren, die auch den Hausärzten zu Gute kamen. Gleichwohl können weiterhin vorhandene Einkommensunterschiede die Attraktivität des Hausarztberufs im Vergleich zu anderen Fachgruppen schmälern.

Gemäß den Ergebnissen der Honorarverhandlungen 2014 auf Bundesebene soll die haus- und fachärztliche Grundversorgung auch finanziell gestärkt werden. Zugleich sollten gezielte finanzielle Anreize für eine Tätigkeit in ländlichen Gebieten, die von Unterversorgung bedroht sind, gesetzt werden. Die Möglichkeit zur Vereinbarung von Vergütungszuschlägen für bestimmte förderungswürdige Leistungen wird noch zu selten genutzt. Dabei können Variationen in der Vergütungshöhe nach oben und unten geeignet sein, eine bessere regionale und fachgruppenbezogene Verteilung der Ärztinnen und Ärzte zu befördern.

Dem Vorschlag des Sachverständigenrates zur Einführung eines signifikanten Vergütungszuschlags auf alle in einer unterversorgten Region erbrachten ärztlichen Grundleistungen im hausärztlichen Bereich und in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (sog. Landarztzuschlag) sollte daher grundsätzlich gefolgt und eine entsprechende gesetzliche Regelung getroffen werden. Entsprechend der vom Sachverständigenrat genannten Option sollte der Vergütungszuschlag nach dem Versorgungsgrad gestaffelt sein, so dass in (gemäß Bedarfsplanung) unterversorgten Regionen sowie in Regionen mit einem Versorgungsgrad unter 90 % bei den Hausärzten bzw. unter 75 % bei den Fachärzten unterschiedlich hohe Zuschläge wirksam würden. Bei der konkreten Ausgestaltung muss deren Auswirkung auf die von der Solidargemeinschaft der Krankenver-

sicherten aufzubringenden Honorarzahlungen (Krankenkassenbeiträge) Berücksichtigung finden. Eine Lösungsmöglichkeit bestünde darin, für übertersorgte Gebiete bei einem Versorgungsgrad von 150 % bzw. 200 % unterschiedlich hohe Abschläge vorzusehen. Die Zu- und Abschläge sollten stufenweise eingeführt werden.

In den meisten Ländern gibt es inzwischen konkrete Instrumente und Maßnahmen, mit denen die Bereitschaft zur Landarztstätigkeit gefördert werden soll, darunter Zuschüsse für die Niederlassung in bestimmten Regionen oder Stipendienprogramme. Obwohl der Sicherstellungsauftrag bei den Kassenärztlichen Vereinigungen liegt, steuern dazu auch die Länder in erheblichem Umfang finanzielle Mittel bei. Infolge des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes können Kassenärztlichen Vereinigungen zur Finanzierung von Fördermaßnahmen in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten einen Strukturfonds bilden, für den sie 0,1 % der Gesamtvergütungen bereitstellen. Die Krankenkassen haben sich in gleicher Höhe zu beteiligen, haben aber ebenso wie die obersten Landesgesundheitsbehörden keine Einflussmöglichkeit auf die Mittelverwendung.

Der Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes sieht vor, die Beschränkung auf unterversorgte Gebiete aufzuheben. Das ist im Sinne eines stärker präventiven Handelns sinnvoll. Damit auch tatsächlich alle Kassenärztlichen Vereinigungen Fördermaßnahmen umsetzen und dafür ausreichende finanzielle Mittel bereitstehen, ist entsprechend der Stellungnahme des Bundesrates zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ergänzend zu fordern, dass die bisherige Kann-Regelung in eine Soll-Regelung überführt wird. Nur wenn im Einzelfall besondere Gründe entgegenstehen, sollten Kassenärztliche Vereinigungen auf die Einrichtung eines Strukturfonds verzichten dürfen. Gleichzeitig sind die Krankenkassen in die Entscheidung über die Mittelverwendung einzubeziehen. Zudem soll der Landesausschuss nach § 90 SGB V Empfehlungen abgeben dürfen und regelmäßig über die getroffenen Fördermaßnahmen unterrichtet werden. Schließlich sollte die Option eröffnet werden, den derzeit vorgegebenen strikten Deckel bei 0,1 % der Gesamtvergütung bei Bedarf anzuheben und die Mittel des Strukturfonds entsprechend auf bis zu 0,2% der Gesamtvergütung aufzustocken.

2.5.2 Flexible Beschäftigungsformen und bessere Vereinbarung von Familie und Beruf

Hinweise auf weitere Handlungsmöglichkeiten, über das Einkommen und finanzielle Anreize hinaus, geben die Ergebnisse der Befragung von Medizinstudierenden zu ihren beruflichen Erwartungen, welche die Universität Trier im Jahr 2014 im Auftrag der KBV durchgeführt hat. Sie zeigen, dass den Medizinstudierenden die gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf und der Wunsch nach flexiblen und geregelten Arbeitszeiten besonders wichtig sind. Eine Mehrzahl der Befragten kann sich eine Tätigkeit in Form einer Anstellung in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) vorstellen.

Die Gesetzgebung hat die Anstellungsmöglichkeiten in der ambulanten ärztlichen Versorgung in den letzten Jahren bereits deutlich erweitert, was auch immer häufiger genutzt wird. Dadurch und ergänzt durch das Instrument der Teilzulassungen und die erweiterten Möglichkeiten zur Entlastung und Vertretung bei Mutterschaft bzw. Kindererziehung wurde im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung die Vereinbarkeit von Familie und Beruf deutlich verbessert.

Im Evaluationsbericht 2013 der Bundesärztekammer (BÄK) zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin heißt es zu den Ergebnissen der Befragung von Ärztinnen und Ärzten u.a.: „Es lässt sich eine Präferenz für eine Tätigkeit in Praxisgemeinschaften oder Berufsausübungsgemeinschaften ablesen, und es bildet sich eine leichte Bevorzugung der Angestelltentätigkeit gegenüber einer eigenen Niederlassung ab.“ Gefragt nach den negativen Vorstellungen zur hausärztlichen Tätigkeit, nennen rund 80 % der Befragten einen zu geringen Verdienst, Einzelkämpferdasein und die ständige Verfügbarkeit.

Die Ergebnisse der Universität Trier zeigen, dass das Wissen vieler Studierender über die Rahmenbedingungen einer hausärztlichen Tätigkeit noch unzureichend ist. Das spricht zum einen dafür, über die Möglichkeiten gemeinschaftlicher Berufsausübung vermehrt aufzuklären. Zum anderen sollte geprüft werden, wie die Einrichtung von größeren Versorgungseinrichtungen, die flexible und geregelte Arbeitszeitmodelle ebenso ermöglichen wie eine Arbeit im Team, gefördert werden kann. Zur Erleichterung hausärztlicher Kooperationen sollte, wie im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehen, die rechtliche Möglichkeit geschaffen werden, auch arztgruppengleiche Medizinische Versorgungszentren, also auch nur reine „Hausarzt-MVZ“, zu gründen.

Darüber hinaus sollte der vorgesehene Innovationsfonds auch für solche Modelle genutzt werden, die einen spürbaren Beitrag dazu leisten, die hausärztliche Versorgung bzw. die ärztliche Grundversorgung sicher zu stellen und attraktiver zu gestalten.

2.5.3 Neue Formen der Verteilung und Organisation der Aufgaben

Entlastungsmöglichkeiten ergeben sich auch durch die bessere Kooperation mit nicht-akademischen Gesundheitsberufen und entsprechend qualifizierten Berufsgruppen bzw. durch die Übertragung von Aufgaben an diese. Nach vorsichtigen Schätzungen des Sachverständigenrates könnte damit ein Entlastungspotential in Höhe von ungefähr 10 bis 20 % der Arbeitsbelastung von Hausärzten einhergehen. Das Delegations- und Substitutionspotential ist aber aus Sicht des Rates in jedem Fall begrenzt, auch wenn sich die junge Ärztegeneration laut der Umfrage der KBV unter den Medizinstudierenden sehr offen für eine stärkere Kooperation mit anderen Berufsgruppen und dabei auch für eine vermehrte Übertragung von Aufgaben zeigt. Damit ist sowohl in der Ärzteschaft als auch unter den Medizinstudierenden ein Umdenkprozess erkennbar.

In den letzten Jahren wurden einige gesetzliche Regelungen auf den Weg gebracht, die eine Übertragung ärztlicher Aufgaben auf nicht-ärztliche Gesundheitsberufe ermöglichen. Dazu zählt auch die mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz eingeführte Möglichkeit der Heilkundeübertragung auf qualifizierte Pflegekräfte (§ 63 Absatz 3c SGB V), die aber bislang nicht genutzt wird. Vor diesem Hintergrund hat die 87. GMK 2014 das BMG gebeten „zu prüfen, in welcher Weise die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V so ausgestaltet werden können, dass Modellvorhaben realistisch und in angemessenem Zeitrahmen geplant, genehmigt und durchgeführt werden können“.

Die Notwendigkeit, solche Modellvorhaben zeitnah und bundesweit zu verwirklichen, wird bekräftigt. Sollte sich die Zahl der Modellvorhaben in absehbarer Zeit nicht in allen Ländern und nicht im erforderlichen Umfang erhöhen, sind weitere Schritte notwendig.

Die im Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes vorgesehene Möglichkeit, dass der Gemeinsame Bundesausschuss standardisierte Module für die zusätzliche Qualifizierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe entwickelt, sollte verbindlicher und mit zeitlichen Fristen gestaltet werden, wie dies auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes fordert.

Trotz des Bestrebens, möglichst vielen gesetzlich Krankenversicherten eine hausarztzentrierte Versorgung von ihrer Krankenkasse anbieten zu lassen, haben viele Krankenkassen bisher keinen sog. Hausarztvertrag abgeschlossen, obwohl im Gesetz ein Abschluss bis spätestens zum 30. Juni 2009 vorgesehen ist. Der Gesetzgeber sollte die Rechtslage in § 73b SGB V deshalb so konkretisieren, dass die Möglichkeit entfällt, rechtliche Unklarheiten zur Verzögerung von Verhandlungen über einen Hausarztvertrag (z.B. Mandatierungsproblematik) oder zur Nichtumsetzung eines von einer Schiedsperson festgelegten Vertrages (z.B. aufschiebende Wirkung von Klagen) zu nutzen. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob es für Krankenkassen, die allein oder in Gemeinschaft mit anderen Krankenkassen bis zu einem festzulegenden Stichtag keinen Hausarztvertrag abgeschlossen haben, zu Abschlägen bei den Zuweisungen für die Verwaltungskosten aus dem Gesundheitsfonds kommen soll. Zudem ist eine Frist festzulegen, innerhalb derer die Schiedsperson die Vertragsinhalte festzulegen hat.

2.5.4 Abbau von Überversorgung und Unterversorgung

Die Vergütung der Leistungen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe/Praxisassistentinnen darf nicht nur auf unterversorgte Gebiete beschränkt bleiben. Mit der Honorareinigung 2014 auf Bundesebene, mit der eine entsprechende Vergütung auch in noch nicht unterversorgten Gebieten möglich gemacht werden soll, ist die Gemeinsame Selbstverwaltung einer gesetzlichen Vorgabe zuvorgekommen. Inwieweit die Vereinbarung und die im GKV-VSG enthaltene Regelung ausreichend sind, sollte jedoch im weiteren Verlauf geprüft werden, um ggf. nachzubessern.

Mit Blick auf den Abbau von bestehender Überversorgung bzw. auf das Ziel einer gleichmäßigeren Versorgung muss, wie im GKV-VSG vorgesehen, der Aufkauf von Arztpraxen in überversorgten Gebieten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu einer Soll-Regelung (anstatt der bisherigen Kann-Regelung) werden. Um Versorgungslücken aufgrund der mangelhaften Aussagekraft der Bedarfsplanung zu vermeiden, sollten aber Ausnahmetatbestände so weit wie möglich definiert und im Gesetz verankert werden. Die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten darf nicht beeinträchtigt werden. Zudem sollte der Gemeinsame Bundesausschuss entsprechend der Empfehlungen des Bundesrates empirische Studien zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs in Auftrag geben, um eine stärkere Orientierung der Verhältniszahlen in der Bedarfsplanung am tatsächlichen Versorgungsbedarf zu ermöglichen.

Mit Blick auf die Überversorgung im stationären Bereich, die finanzielle und personelle Ressourcen unnötig bindet, haben Bund und Länder mit der Vereinbarung der Eckpunkte zur Krankenhausreform Anfang Dezember 2014 die Weichen für eine bedarfsgerechte Umstrukturierung gestellt, die auch Auswirkungen auf die Struktur des Ärztebedarfs haben wird. Der Strukturfonds, der mit 1 Mrd. Euro ausgestattet wird, hat die Aufgabe, Überkapazitäten abzubauen, Krankenhausstandorte zu konzentrieren und die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht stationäre Einrichtungen zu fördern. Ergänzt um eine Stärkung von Qualitätsaspekten in der Krankenhausplanung und Vergütung und verschiedene Maßnahmen zur Eindämmung der Mengenentwicklung (z.B. Absenkung der Vergütung für Leistungen mit Anzeichen für wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen, Zweitmeinungsverfahren bei mengenanfälligen Eingriffen), wird damit ein substantieller Beitrag zur Eindämmung von Überversorgung geleistet. Es ist davon auszugehen, dass der Abbau von Überkapazitäten und die stärkere Konzentration von Krankenhausleistungen auch die Fehlallokation des ärztlichen Personals verringern kann.

Perspektivisch eröffnet sich damit die Chance, dass der ärztliche Nachwuchs stärker in Bereiche mit drohenden Versorgungslücken bzw. höherem Ärztebedarf geht.

Nicht zuletzt sollten zur Verbreiterung des Kenntnisstandes der Medizinstudierenden über die hausärztliche Tätigkeit und zur Imageverbesserung des Hausarztberufs die ärztlichen Verbände – auch im Zusammenwirken mit den medizinischen Fakultäten und Lehrstühlen für Allgemeinmedizin – dazu ermuntert werden, die vielen positiven Seiten des Hausarztberufs stärker bekannt zu machen. Ein Schlechttreden von tatsächlichen oder angeblichen Rahmenbedingungen hausärztlicher Tätigkeit in den zurückliegenden Jahren hat dazu beigetragen, dass ärztlicher Nachwuchs von einer Weiterbildung in der Allgemeinmedizin abgeschreckt wurde. Hier ist aber bereits ein Umdenken besonders im Kreise der Repräsentantinnen und Repräsentanten der ärztlichen Selbstverwaltung in den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Ärztekammern erkennbar.

Ein Ansatz, um die gesundheitliche Grundversorgung auch bei einer geringeren hausärztlichen Versorgungsdichte im ländlichen Raum qualitativ und möglichst wohnortnah zu organisieren, ist eine Anpassung der Versorgungsstrukturen. Diese sollte sich sowohl auf eine enge Vernetzung ärztlicher und pflegerischer Angebote als auch auf eine stärkere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung beziehen. Aus Sicht des Sachverständigenrates sind „Lokale Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ besonders geeignet, die Versorgung gerade in ländlichen Regionen zu ge-

währleisten. Sie sollen im Rahmen eines umfassenden Konzepts zur regional vernetzten Versorgung auch zukünftig eine Versorgung auf qualitativ hohem Niveau ermöglichen und jungen Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften attraktive Arbeitsplätze – ggf. auch in Teilzeit – bieten.

Neue kooperative Strukturen sind der richtige Weg, die Versorgung unter sich ändernden Rahmenbedingungen mit einer älter werdenden Bevölkerung sinnvoll zu organisieren und die Attraktivität auch für die junge Ärztegeneration zu verbessern. Da damit jedoch eine gewisse Zentralisierung der Versorgung verbunden sein kann, müssen parallel auch Maßnahmen im Bereich der Mobilität entwickelt und umgesetzt werden. Die Mittel des aufgrund des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes einzurichtenden Innovationsfonds sollen besonders für die Förderung solcher Versorgungsmodelle verwendet werden, die dazu beitragen, die ärztliche und pflegerische Grundversorgung im ländlichen Raum zu sichern.

3. Fazit

Bei der derzeitigen Diskussion über eine ausreichende ärztliche, vor allem hausärztliche Versorgung, auch in ländlichen Regionen, spielt die Zahl der angebotenen Studienplätze für Humanmedizin eine besondere Rolle. Mit der Forderung nach mehr Studienplätzen verbindet sich die Erwartung, dass dadurch eine flächendeckende ärztliche Versorgung in allen Regionen der Bundesrepublik Deutschland gewährleistet werden kann. Die Ablehnung dieser Forderung wird sehr häufig mit den weit überdurchschnittlichen hohen Kosten für einen Studienplatz in Humanmedizin begründet.

Angesichts der überragenden gesellschaftlichen und gesellschaftspolitischen Bedeutung einer guten ärztlichen Versorgung in allen Regionen der Bundesrepublik Deutschland sind diese hohen Kosten dann vertretbar, ja sogar unabweisbar, wenn diese Aufgabe nur durch mehr Studienplätze bewältigt werden kann.

Unter den heutigen Bedingungen von Aus- und Weiterbildung in der Medizin, von Arbeitsbedingungen, von Versorgungsstrukturen, von ungleicher regionaler Verteilung der Ärzte und dem Ungleichgewicht zwischen Hausärzten auf der einen und Fachärzten auf der anderen Seite ist diese Voraussetzung aber in zweierlei Hinsicht nicht gegeben:

1. Der vorliegende Bericht macht - über bereits Beschlossenes hinaus – viele konkrete Vorschläge für strukturelle Veränderungen, die geeignet sind, die ärztliche, vor allem die hausärztliche Versorgung zu verbessern.

Diese Vorschläge sind richtig und notwendig, unabhängig von der Zahl der Studienplätze in Humanmedizin.

2. Ohne die vorgeschlagenen strukturellen Veränderungen in vielen Bereichen würde selbst eine deutliche Erhöhung der Zahl der Studienplätze in Humanmedizin die Probleme vor allem der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung bei weitem nicht in dem notwendigen Maße lösen.

Der Anteil von Fachärzten und Fachärztinnen für Allgemeinmedizin, der auf mindestens 20 % steigen muss, läge wie in den letzten Jahren bei 10 % oder, als Folge früherer Entscheidungen zur Förderung von Hausärzten, leicht darüber, aber weit unter dem, was notwendig ist.

Es ist weder inhaltlich noch finanziell vernünftig, die Gesamtzahl der Studienplätze zu erhöhen und die strukturellen Probleme zu belassen, die zu einem viel zu geringen Anteil von Hausärzten an den Absolventinnen und Absolventen der ärztlichen Aus- und Weiterbildung führen. Ohne strukturelle Veränderungen wird sich das nicht ändern.

Über die Frage, ob zusätzliche Studienplätze in Humanmedizin notwendig sind, kann deshalb sinnvollerweise erst dann beraten und entschieden werden, wenn sich abzeichnet, dass die vorgeschlagenen strukturellen Veränderungen nicht den erwarteten Erfolg haben.

Mehr Studienplätze sind kein Ersatz und dürfen kein Ersatz sein für das notwendige Engagement aller Verantwortlichen in Politik, in Hochschulen und im Gesundheitswesen, notwendige strukturelle Veränderungen durchzusetzen, die geeignet sind, die hausärztliche Versorgung in allen Regionen der Bundesrepublik Deutschland dauerhaft zu sichern.

GMK und KMK werden die weitere Entwicklung kontinuierlich begleiten. Die Arbeitsgruppe wird gebeten, regelmäßig die Umsetzung und Wirkungen der Maßnahmen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung zu evaluieren und hierüber zu berichten.

B. Fachkräftesicherung im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Seit Jahren sinkt die Zahl der Amtsärztinnen und Amtsärzte: von 1079 im Jahr 2000 auf 840 im Jahr 2013 - ein Minus von 22 % -, während gleichzeitig die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland insgesamt um 21 % gestiegen ist. Laut einer Umfrage der Bundesärztekammer waren 2013 mehr als 200 Facharztstellen im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) bereits länger als sechs Monate unbesetzt. Verschärfend kommt die Entwicklung der Altersstruktur hinzu: Auf einen Amtsarzt unter 50 Jahren kommen fünf über 50. Angesichts der zunehmenden und teils dramatischen personellen Engpässe bei gleichzeitig ständig wachsenden Aufgaben und Herausforderungen für den ÖGD sind dringend Maßnahmen erforderlich, um seine Funktionsfähigkeit zu sichern.

Ein wesentlicher Grund für die Personalknappheit ist die im Vergleich zu anderen ärztlichen Tätigkeiten deutlich schlechtere Bezahlung, die deutlich unter der von Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern liegt.

Bereits 2010 hat deshalb die GMK eine Angleichung der Bezahlung der Ärzteschaft im ÖGD an den Tarifvertrag TV-Ärzte gefordert und sich dafür ausgesprochen, entsprechende Sonderregelungen auf Länderebene zuzulassen. Die Forderung nach einer angemessenen Bezahlung der Ärzteschaft im ÖGD sowie nach einer Stärkung des ÖGD insgesamt hat die 86. GMK erneuert und in ihrem Beschluss die Bedeutung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als dritte Säule im Gesundheitswesen für die bevölkerungsmedizinische Versorgung – neben der ambulanten und stationären individualmedizinischen Versorgung – ausdrücklich hervorgehoben.

Mindestens ebenso wichtig wie eine bessere finanzielle Vergütung sind auch Maßnahmen, die bereits im Studium und in der Weiterbildung ansetzen und dort den öffentlichen Gesundheitsdienst sichtbarer machen. Der Kontakt zum ÖGD schon im Studium ist wichtig, denn wenn der Nachwuchs den ÖGD nicht kennenlernt, wird es keine Nachwuchsmediziner im ÖGD geben.

Deshalb werden folgende Maßnahmen empfohlen:

- Anerkennung eines Quartals im ÖGD als Wahlfach im PJ
- Angleichung der Bezahlung an die Tarife der Ärzte im Krankenhaus
- Nachwuchsförderungsprogramme in Kooperation mit den Ärztekammern
- Sonderprogramme ÖGD, mit denen z. B. die Gesundheitsämter zum Facharzt oder zur

Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen weiterbilden, für deren Zeit außerhalb des Gesundheitsamtes (Klinik, Psychiatrie, Amtsarztkurs) sie einen finanziellen Ausgleich bekommen, wenn sie sich verpflichten, den Arzt bzw. die Ärztin danach weitere fünf Jahre im Gesundheitsamt zu beschäftigen. Ein solches Programm sollte eine Laufzeit von mindestens zehn Jahren haben, um den Nachwuchsbedarf zu sichern.

- Öffentlichkeitsarbeit (Imagekampagne; Fachtagung des GMK-Vorsitzlandes, des BMG gemeinsam mit der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen)

II. Fachkräftesicherung bei den Gesundheitsfachberufen

Im Bereich der Gesundheitsfachberufe ist der Fachkräftemangel schon heute besonders deutlich zu spüren und wird sich aufgrund der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklungen noch verstärken. Das ist umso gravierender als die Gruppe der Beschäftigten in Pflegeberufen quantitativ gesehen die größte ist und zunehmend dirigierende Aufgaben bei der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Personen übernimmt.

Aufgrund der Alterung der Gesellschaft und des damit verbundenen steigenden Pflegebedarfs wird eine große Nachfrage nach Pflegefachkräften prognostiziert. Gleichzeitig sinkt die Zahl der Schülerinnen und Schüler, die die allgemein bildenden Schulen verlassen. Die Fachkraftengpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit vom Dezember 2014 zeigt, dass sich der Mangel auf examinierte Fachkräfte und Spezialisten konzentriert. Bei Gesundheits- und Krankenpflegekräften beträgt die Vakanzzeit von Stellen im Bundesdurchschnitt 111 Tage und bei Altenpflegefachkräften 122 Tage (15).

Im Ergebnis stimmen alle Studien darin überein, dass erheblich mehr Pflegekräfte gebraucht werden. Insgesamt kann in der ambulanten und stationären Pflege für das Jahr 2030 von einem Bedarf von 700.000 bis über eine Million Vollzeitäquivalente ausgegangen werden. Um diesen beachtlichen Bedarf decken zu können, ist es von besonderer Bedeutung, Maßnahmen in die Wege zu leiten, die die Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Pflegeberufen attraktiver machen, sowie die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass der Verbleib im Beruf begünstigt wird.

Ein regelmäßiges Monitoring des Ausbildungs- und Personalbedarfs in der Pflege ist von zentraler Bedeutung. Der Sachverständigenrat hebt in seinem aktuellen Gutachten die in einigen Bundesländern durchgeführten Untersuchungen hervor: Um dem Fachkräftemangel begegnen zu können, haben einige Bundesländer (Hessen, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen) ein regelmäßiges Monitoring der aktuellen und künftigen Situation begonnen. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Fachkräftesituation innerhalb der Bundesländer schon heute disparat darstellt. Künftig sollten regionale Unterschiede genauer beobachtet und die Fachkräftesicherung in suburbanen und ländlichen Regionen intensiver in den Fokus genommen werden.

Es ist davon auszugehen, dass

- der Bedarf an Pflegekräften (im heutigen Sinne) mittel- und langfristig nur mit zusätzlichen Anstrengungen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung gedeckt werden kann;

- die zu bewältigenden Aufgaben/Tätigkeiten neu definiert (Klärung von Zuständigkeiten) und angemessenen Qualifikationsniveaus zugeordnet werden müssen;
- neue Strukturen in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen notwendig sind;
- es unabdingbar ist, das Berufsrecht weiterzuentwickeln.
- neue Versorgungsstrukturen (Stichworte: Quartiersnahe Versorgung, Wohngemeinschaften) entwickelt werden müssen, um auch zukünftig die Bedarfe pflegebedürftiger Menschen decken zu können. Damit entwickelt sich der Mehrbedarf an Pflegefachkräften weiter;

Auf den Bericht der AOLG „Gesundheit und Demografie“, der die Situation der Pflege umfassend darstellt und differenzierte Maßnahmen zur Verbesserung der Situation beschreibt, wird Bezug genommen.

A. Status quo

1. Grundlagen der Ausbildung

1.1 Gesetzgebungskompetenz

Für die Zulassung zu den Heilberufen hat der Bund die Gesetzgebungskompetenz nach Art. 74 Abs. 1 Ziff. 19 Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Diese Regelungskompetenz schließt die Gesundheitsfachberufe, die früher unter den „anderen als ärztlichen Heilberufen“ subsumiert wurden, ein. Der Bund definiert damit auch die Voraussetzung für das Führen einer Berufsbezeichnung. Hierzu gehört der erfolgreiche Abschluss einer Ausbildung auf der jeweiligen Grundlage der jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Damit soll der Schutz der Bevölkerung vor Gesundheitsgefahren gesichert werden. Deshalb werden auch die Vorgaben zur Berufszulassung bundeseinheitlich geregelt.

Die beruflichen Tätigkeiten als solche sind mit Ausnahmen im Hebammen- und MTA-Gesetz (Gesetz über technische Assistenten in der Medizin) nicht geschützt. Da das Leistungsrecht in der Regel auf die Erlaubnis zum Führen der jeweiligen Berufsbezeichnung abhebt, ist im Ergebnis faktisch eine Berufszulassung an diese Erlaubnis gebunden.

Die Ausbildungen (Pflege- und andere Gesundheitsfachberufe) erfolgt an Schulen und an Orten der praktischen Ausbildung. Das Kranken- und auch das Altenpflegegesetz sowie die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten und Notfallsanitäter enthalten eine sogenannte Modellklausel, die die Wei-

terentwicklung des jeweiligen Berufes unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen ermöglichen soll. In diesem Rahmen können auch hochschulische Ausbildungsangebote erprobt werden.

Darüber sieht das Krankenpflege- sowie im Altenpflegegesetz vor, dass im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten vermittelt werden können.

1.2 Schulen des Gesundheitswesens

Die Ausbildung erfolgt in der Regel an staatlich anerkannten Schulen des Gesundheitswesens, die die Gesamtverantwortung für die Ausbildung tragen. Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung ist grundsätzlich der mittlere Schulabschluss oder ein vergleichbarer Abschluss. Für Hauptschülerinnen und Hauptschüler mit einem qualifizierten Abschluss nach zehn Schuljahren hat der Bund im Jahr 2009 den Zugang zur Ausbildung im Alten- und Krankenpflegegesetz geöffnet. Insofern unterscheiden sich die Zugangsvoraussetzungen von denen der dualen Berufsausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) und der Handwerksordnung (HWO), die keinen allgemeinbildenden Schulabschluss für den Eintritt in eine Ausbildung vorsehen.

Die Dauer der praktischen Ausbildung ist in den einzelnen Ausbildungen unterschiedlich. In der Ausbildung nach dem Alten-, Kranken-, Notfallsanitäter- und Hebammengesetz, in denen ein Ausbildungsvertrag mit einer Einrichtung erforderlich ist, liegt sie bei 2500 Stunden. Hier ist im Gegensatz zu den anderen Ausbildungen Ausbildungsvergütung vorgesehen.

1.3 Prüfungswesen

Die formal vollschulisch strukturierte Ausbildung schließt mit einer von der zuständigen Behörde verantworteten Staatsprüfung ab, die einen schriftlichen, mündlichen und praktischen Teil umfasst. Die Prüfung kann in Teilen oder vollständig einmal wiederholt werden. Eine Externenprüfung für Nichtschüler ist nicht möglich und aufgrund des hohen Anforderungsniveaus auch nicht erstrebenswert. Darin unterscheiden sich diese Ausbildungen von anderen vollschulischen Ausbildungen der Länder und der beruflichen Bildung nach dem Berufsbildungsgesetz bzw. der Handwerksordnung.

1.4 Schulgesetze der Länder

Nur in wenigen Bundesländern, und zumeist nur in einzelnen Ausbildungsgängen, sind die Bildungsgänge den Schulgesetzen der Länder unterworfen. Dies hat Auswirkungen unter anderem auf die Art der Finanzierung, Lehrerbildung und den Erwerb weiterführender allgemeinbildender Abschlüsse. Mittlerweile haben einige Länder Möglichkeiten zum parallelen Erwerb weiterführender Schulabschlüsse geschaffen, sodass eine Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf hinsichtlich des vertikalen Durchstiegs im Bildungssystem keine Sackgasse mehr ist. Im Übrigen ist der Zugang zur Hochschule für beruflich Qualifizierte nach dreijähriger Berufstätigkeit möglich (Hochschulzugangsberechtigung). Zu den Anforderungen an die Qualifikation der Lehrkräfte sehen die gesetzlichen Regelungen des Bundes die üblichen Standards der beruflichen Bildung (Lehrbefähigung für die Sekundarstufe II für den theoretischen Unterricht) nicht vor. Ausnahmen bilden einzelne Bundesländer, in denen soweit das Schulrecht gilt.

1.5 Finanzierung der Ausbildungen

Mit Ausnahme der Ausbildungen in der Podologie, Pharmazeutisch-technischen-Assistenz (PTA), Altenpflege, zur Masseurin und medizinischen Bademeisterin / zum Masseur und medizinischen Bademeister und zur Notfallsanitäterin / zum Notfallsanitäter hängt die Finanzierung der Schulkosten und soweit vorgesehen der Ausbildungsvergütung im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes davon ab, dass die Schule mit einem Krankenhaus verbunden ist. In den anderen Fällen wird i. d. R. Schulgeld erhoben. Die Ausbildungsvergütung tragen die Kostenträger nach SGB XI (Pflegekassen, Selbstzahler und Sozialhilfeträger) über die Einrichtungen, in einigen Ländern wurde ein Umlageverfahren zur Refinanzierung der Ausbildungsvergütung entwickelt. Für die Ausbildung nach dem Notfallsanitätergesetz ist eine weitgehende Finanzierung über die Transportkosten im Rettungsdienst vorgesehen.

Obwohl die Länder für die Ausbildung nach dem Altenpflegegesetz die Finanzierung der Schulkosten geregelt haben, wird in einzelnen Bundesländern, zumindest an Schulen in freier Trägerschaft, Schulgeld erhoben.

2. Beschäftigungsdaten

Zum 31. Dezember 2012 waren rund 5,2 Millionen Menschen und damit etwa jeder achte Beschäftigte in Deutschland im Gesundheitswesen und in der Pflege tätig (2). Seit dem ersten Berechnungsjahr 2000 ist deren Anzahl somit um rund 950.000 Beschäftigte

bzw. um 22,6 % gestiegen. Im Jahr 2012 arbeiteten im Gesundheitswesen rund 95.000 (+ 1,9 %) Beschäftigte mehr als im Vorjahr. Deutliche Zunahmen verzeichnet im Vergleich zum Jahr 2011 die ambulante Pflege (+ 4,1 %). In den (teil-)stationären Einrichtungen hat die Zahl der Beschäftigten vor allem in den Krankenhäusern (+ 1,6 %) und in der (teil-)stationären Pflege (+ 2,0 %) zugenommen.

Die zahlenmäßig größte Gruppe der Beschäftigten in den Gesundheitsfachberufen ist nach der Statistik des Jahres 2011 die Gruppe der Pflegekräfte mit ca. 1,55 Millionen Personen (Fach- und Hilfskräfte, gefolgt von den Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten mit 136.000 Personen und den technischen Assistentinnen und Assistenten in der Medizin mit 99.000 Fachkräften). Die weiteren Berufe des Gesundheitswesens sind zahlenmäßig deutlich kleiner. Zudem sind hier weitere Berufe des dualen Systems (BBiG, HWO) vertreten wie z. B. Medizinische Fachangestellte, die mit 389.000 Personen eine relevante Größe darstellen.

Der Frauenanteil in den Pflegeberufen betrug gut 75 % in den ambulanten Pflegeeinrichtungen, in den (teil-) stationären Pflegeeinrichtungen 87 % beziehungsweise 85 %.

In der ambulanten Pflege ist die Zahl der Beschäftigten in den Pflegeberufen von 1999 bis 2009 um ca. 56 %, in Pflegeheimen um etwa 45 % gestiegen. Gründe dafür sind neben der demografischen Entwicklung rechtliche und strukturelle Veränderungen. So hat die Einführung der Pflegeversicherung (1995) die Nachfrage nach professioneller Pflege gesteigert. Ebenso ist die poststationäre Versorgung aufgrund der kürzeren Verweildauern im Krankenhaus ausgebaut worden.

Nach Simon (2012) ist der Zuwachs an Beschäftigten vorrangig auf die Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung und der Beschäftigung von Personen ohne pflegerische Ausbildung zurückzuführen. Der Anteil Teilzeitbeschäftigter in der Pflege (52 %) ist größer als in den anderen Gesundheitsberufen (ca. 27 %). Die Gründe dafür werden weniger im hohen Frauenanteil und den damit verbundenen Familien- und Erziehungszeiten als vielmehr in der Flexibilisierung des Personaleinsatzes gesehen. Eine Rückführung von Teilzeit- in Vollzeitstellen wäre nach Simon daher eine der kurzfristig umsetzbaren Strategien gegen einen Fachkräftemangel.

Die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen korrespondiert mit der Zahl der Schülerinnen und Schüler (SuS) in den Pflegeberufen. Nach Angaben des Bundesinstituts für Berufsbildung (BiBB) wurden in der Altenpflege im Schuljahr (SJ) 2007/08 noch 41.104 SuS

ausgebildet, im SJ 2011/2012 waren es 55.966 SuS. Auch für die Gesundheits- und Krankenpflege sind – wenn auch geringfügigere – Steigerungen von 55.609 auf 59.857 SuS und für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege von 6.150 auf 6.442 im Vergleichszeitraum festzustellen.

3. Aktuelle Entwicklungen

3.1 Akademisierung

Der allgemein in der beruflichen Qualifizierung erkennbare Trend zur Verlagerung der Ausbildung an Hochschulen hat auch die Gesundheitsfachberufe erreicht. Gründe dafür sind Veränderungen im Gesellschafts- und Gesundheitssystem, die zu höherer fachlichen Anforderungen innerhalb des tradierten Arbeitsfeldes der jeweiligen Berufsgruppe führen mit dem Ziel, die Qualität des beruflichen Handelns wie auch die gesundheitliche und pflegerische Versorgung zu verbessern. Wissenschaftsrat und Sachverständigenrat Gesundheit fordern daher gleichermaßen den Ausbau von Wissenschaft und Forschung. Der Wissenschaftsrat empfiehlt eine Quote von 10 – 20 % an akademisch qualifizierten Absolventinnen und Absolventen in jeder Berufsgruppe und hat sich ausdrücklich für den Ausbau primärqualifizierender Studiengänge ausgesprochen.

Bisher zeigt sich (unter Nutzung der Modellklauseln) ein heterogenes Bild an Studienangeboten, die meist zusätzliche Qualifikationen („akademisches Delta“) beinhalten. Strukturell werden unterschiedliche Programme gewählt. In grundständigen Programmen liegt die Gesamtverantwortung bis zur Zulassung zur Staatsprüfung ausschließlich bei der Hochschule (Hochschule für Gesundheit Bochum). Andere Modelle sehen die gegenseitige Anrechnung von hochschulischen und schulischen Leistungen vor (Hochschule Osnabrück). Daneben ist die anteilige Anrechnung einer schulischen Ausbildung auf ein Bachelor-Programm gängige Praxis.

Eine besondere Herausforderung ist, dass die berufsurkundlichen Rechte dem Grunde nach an eine erfolgreich abgelegte Staatsprüfung gebunden sind, die Ausbildungs- und Prüfungsregelungen, die bundesweit gleiche Rahmenbedingungen garantieren sollen, sich aber selten mit dem Hochschulrecht decken und mit dem derzeitigen Selbstverständnis von Hochschulen kaum vereinbar sind.

3.2 Neuordnung der Pflegeausbildung

Die Zusammenführung der Pflegeausbildungen zu einer generalistischen Ausbildung wäre die geeignete Antwort auf die demografische Herausforderung und die Veränderungen im Berufsfeld. Bisher sind die Pflegefachberufe nach den Gesetzen über die Berufe in der Altenpflege sowie über die Berufe in der Krankenpflege normiert und damit die Ausbildungen an Institutionen und Altersgruppen ausgerichtet.

Die langjährige Fachdiskussion zur Neuordnung der Pflegeausbildung wurde im Jahre 2010 durch Bund und Länder aufgegriffen. Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat Eckpunkte zur Vorbereitung eines Entwurfs des neuen Pflegeberufegesetzes erarbeitet und im März 2012 veröffentlicht. Die Eckpunkte sehen im Grundsatz einen neugefassten generalistischen Pflegeberuf mit Schwerpunktausweisungen vor. Die Schwerpunkte sollen durch Vertiefungen im Bereich der praktischen Ausbildung erlangt werden. Die Neuordnung ist nach Ansicht der Arbeitsgruppe aufgrund der veränderten Anforderungen an die berufliche Qualifikation in der Pflege durch die Zunahme von erheblichen inhaltlichen und institutionellen Schnittmengen im Feld erforderlich. Die Versorgungsnotwendigkeiten und damit auch der Arbeitsmarkt erfordern in Zeiten des demografischen Wandels den flexiblen und universellen Einsatz von Pflegefachkräften. Daher soll eine zukunftsgerechte Berufsausbildung zu individuell ausgerichtetem, präventivem, kurativem, rehabilitativem, palliativem und sozialpflegerischem Handeln qualifizieren und zur Pflege von Menschen aller Altersgruppen in allen Versorgungsformen befähigen. Auch der Koalitionsvertrag der 18. Legislaturperiode sieht vor, dass „... ein einheitliches Berufsbild mit einer gemeinsamen Grundausbildung“ etabliert werden soll. Die Länder haben sich schon durch Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz und der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2009 für eine Zusammenführung der Pflegeberufe ausgesprochen. Auch die Mehrheit der Berufsverbände der Pflege, der Leistungsträger und der Pflegewissenschaft begrüßen das Reformvorhaben. Im Frühjahr 2015 will das Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einen Referentenentwurf vorlegen.

Die Herausforderungen im neuen Pflegeberufegesetz werden darin bestehen, die Neuordnung so zu gestalten, dass kein Einbruch in den Ausbildungszahlen entsteht, und die Finanzierung der Neugestaltung gerecht und zukunftssicher geregelt ist.

Allerdings ist das Konzept bei Teilen der Berufsgruppe Altenpflege und deren Berufsverbänden sowie bei einzelnen Trägerverbänden aus dem Bereich der stationären Pflege

umstritten. Sie befürchten einen Verlust spezifischer sozialpflegerischer Kompetenzen zugunsten medizinnaher Themen sowie eine Verschärfung des Fachkräftemangels in der Altenpflege.

3.3 Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege

Zur Sicherung des Fachkräftepotenzials in der Altenhilfe haben die Bundesregierung, die Länder, die Kommunen, die Wohlfahrtsverbände, die Fach- und Berufsverbände der Altenpflege, die Bundesagentur für Arbeit, die Kostenträger sowie die Gewerkschaften am 13. Dezember 2012 die „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ gestartet. Hierin wurden zehn Handlungsfelder mit großer Bedeutung für das Ausbildungs-, Berufs- und Beschäftigungsfeld der Pflege älterer Menschen identifiziert und Beiträge aller Partner vereinbart. Insbesondere ist die stufenweise Steigerung der Ausbildungszahlen um jährlich 10 % bis 2015 vorgesehen. Der Bund hat nach Konsultation mit allen Partnern am 8. Januar 2015 einen Zwischenbericht vorgelegt.

3.4 Versorgungsmodelle

Die 87. GMK hat am 26./27. Juni 2014 eine Strategie für die nächsten 15 Jahre zum Schwerpunktthema Gesundheit und Demografie beschlossen. Diese sieht unter anderem eine stärkere Ausrichtung auf ambulante, gemeindenahere Versorgung und Pflege im Quartier vor.

3.5 Demenz

Die Versorgung der geschätzt 1,4 Millionen Menschen in Deutschland stellt schon heute und künftig verschärft vor dem Hintergrund des demografischen Wandels eine Herausforderung für das Gesundheits- und Sozialwesen dar. Durch die neurodegenerative Symptomatik sind Menschen mit Demenz häufig nicht in der Lage, ihren Alltag selbstständig zu bewältigen. Die Versorgung der Menschen mit Demenz ist ein anspruchsvolles pflegerisches Aufgabenfeld in allen Versorgungssektoren.

B. Erwartete Veränderungen

1. Veränderung des Erkrankungsspektrums

Verbunden mit dem demografischen Wandel ist neben der Zunahme der Anzahl von Pflegebedürftigen auch eine Veränderung des Erkrankungsspektrums für den zukünftigen Bedarf relevant. Neben einer Zunahme chronischer Krankheiten und Multimorbidität werden zukünftig auch mehr hochaltrige Patientinnen und Patienten zu versorgen sein, die an einer demenziellen Erkrankung leiden.

2. Soziodemografische Veränderungen

Auch soziodemografische Veränderungen sind für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung relevant. Die Ablösung des traditionellen Familiensystems und die steigende Anzahl von Ein-Generationen- bzw. Ein-Personen-Haushalten führen absehbar zu einer sich vermindernden Zahl pflegender oder unterstützungsfähiger Angehöriger. Familien mit Pflegebedürftigen werden stärker durch professionelle Pflege begleitet und unterstützt. Ebenso müssen nachbarschaftlich-familiär-professionelle Pflegenetzwerke ausgebaut werden, die von der professionellen Pflege befähigt und begleitet werden.

3. Komplexere Anforderungen

Die zunehmende Komplexität der individuellen Pflegesituation erfordert die angemessene Nutzung des medizinisch-technischen Fortschritts. Dazu gehört der Einsatz neuer Technologien, wie z.B. Telemonitoring und Assistenzsysteme sowie roboter- und gerätgestützte Verfahren in der Gesundheitsversorgung, ebenso wie die Berücksichtigung der Patientenwünsche, die im Rahmen evidenzbasierten Handelns in seiner Bedeutung zunehmen wird. Denn ein verstärktes Gesundheitsbewusstsein und das gestiegene Gesundheitsverständnis bei Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten macht neben dem Einsatz aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse einen klaren Bezug der Handlungsoptionen zu den Patientenpräferenzen nötig. Die informierte Patientin/Klientin und der informierte Patient/Klient stellen höhere Anforderungen an die Aufklärung und Beratung sowie an die Planung und Durchführung von Pflege.

4. Entwicklung pflegerischer Versorgung

Die Versorgung alter Menschen liegt schwerpunktmäßig im häuslichen Umfeld. Insbesondere für alte und hochaltrige Menschen mit Pflegebedürftigkeit wird das Wohnen in der eigenen Häuslichkeit weiter das wesentliche Versorgungsmodell darstellen. Eine Heimunterbringung wird nur in eingegrenztem Umfang die geeignetste Versorgungs-

form sein können, denn ein Pflegeheim wird von den betroffenen Menschen nicht ausreichend als Lebensform akzeptiert und kann für die steigende Anzahl pflegebedürftiger Menschen nicht genügend Kapazitäten vorhalten. Das Quartier entwickelt sich so zu einem Versorgungsraum, in dem neben den sozialen und alltagserhaltenden Angeboten vor allem pflegerische Unterstützung geleistet werden muss. Zahlreiche neue Wohnformen sind in diesem Zusammenhang inzwischen entstanden. Beispielhaft soll die barrierefreie Umgestaltung von bestehenden Wohnanlagen für ältere Mieterinnen und Mieter genannt werden, bei der in der Regel die ambulante pflegerische Versorgung, die Tagespflege und spezielle Versorgungsangebote für Menschen mit Demenz fußläufig integriert werden. Ambulante Wohngemeinschaften, auch hier anteilig für Menschen mit Demenz, stellen ein zweites Beispiel dar. Dieses erfolgreiche Konzept der ambulanten Wohngemeinschaft wird mit kleinen Gruppen in den Wohnbestand integriert. Inzwischen haben auch stationäre Pflegeanbieter diese Konzeption im Sinne eines kleingruppigen Alltagserlebens übernommen. Mehrgenerationenhäuser und auch betriebliche Tagespflegeangebote sind Beispiele für das Bedürfnis, Leben und Arbeiten und die Sorge für pflegebedürftige Familienmitglieder in ein tragfähiges Konzept zu integrieren. Pflegerische Beratungs- und Unterstützungsangebote werden sich auf die Gruppe pflegender Angehöriger ausweiten, denn diese wesentliche Säule familiärer Pflege wird zukünftig zahlenmäßig abnehmen und individuell mehr Unterstützung erhalten müssen, um den familiär-professionellen Versorgungsmix im Sinne sorgender Gemeinschaften möglichst lange stabil halten zu können. Technische Lösungen, z.B. in der Kommunikation zwischen professionell Pflegenden und pflegenden Angehörigen aber auch sogenannte Smart Home Technologien, können dazu beitragen, dass differenzierte Modelle für die individuellen Bedürfnisse der Personen und Familien entstehen. Wesentliche Neuerungen setzen sich in Krankenhäusern bezogen auf die Versorgung von Menschen mit Demenz durch. Wichtig für diese Patientinnen und Patienten sind verständliche Abläufe, die an ihre kognitiven Einschränkungen angepasst werden müssen. Hierzu gehören im Wesentlichen eine intensivere pflegerische Begleitung der Patientinnen und Patienten und die Einbindung von Angehörigen und ehrenamtlichen Kräften von der Aufnahme bis zur Entlassung. Die Pflegeberufe werden diese Gestaltungen maßgeblich begleiten und konzipieren – nicht nur weil sie zahlenmäßig die größte Berufsgruppe sind, sondern weil sie von allen Gesundheitsberufen auch diejenigen sind, die den kompletten Alltag der zu pflegenden Person mit den notwendigen Unterstützungen am besten überblicken. Sie werden zudem auch von medizinischen und therapeutischen Berufsgruppen als diejenigen anerkannt, die für das fallbezogene Management geeignet sind.

C. Handlungsempfehlungen

Um dem Fachkräftemangel im Bereich der Pflegeberufe wirksam zu begegnen, wird die Umsetzung folgender Empfehlungen als besonders dringlich erachtet:

1. Mehr Ausbildung

Dabei stehen die Pflege- und Gesundheitsfachberufe in Konkurrenz zu anderen Ausbildungsangeboten, denn der Fachkräftebedarf erfasst alle Bereiche der Gesellschaft. Es ist daher erforderlich, die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen attraktiv zu halten. Erhebliche Investitionen in die Ausweitung und Qualität der Ausbildungskapazitäten sind notwendig. Dazu zählen auch die solide und nachhaltige Finanzierung der Schulen sowie eine angemessene d.h. tarifgerechte Ausbildungsvergütung.

Die Ausbildung in der Pflege benötigt eine solide finanzielle Basis. Spätestens mit Einführung einer novellierten Pflegeausbildung ist auch die Pflegeversicherung an den Ausbildungskosten zu beteiligen. Die faktische Alleinflanzierung der Ausbildungskosten in der Altenpflege durch die heute zu versorgenden Pflegebedürftigen ist nicht sachgerecht. Die Finanzierung der Ausbildung muss dem Umstand Rechnung tragen, dass die Ausbildung der Sicherstellung des künftig wachsenden Fachkraftbedarfes und nicht nur der aktuellen Versorgung dient. Sie zu finanzieren ist daher eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die die Versichertengemeinschaft als Solidargemeinschaft finanzieren muss.

Der Fachkräftebedarf darf nicht zu einer Absenkung der Zugangsvoraussetzungen für den Eintritt in eine Ausbildung in einen Gesundheitsfachberuf führen.

Einige Bundesländer haben erfolgreich Umlageverfahren in der Altenpflegeausbildung eingeführt, um für die Pflegeeinrichtungen und ambulanten Dienste einen Anreiz zu schaffen, die Ausbildungsanstrengungen zu erhöhen. Damit konnte teilweise die Zahl der landesgeförderten Schülerinnen und Schüler innerhalb der Jahre 2012 bis 2014 um fast 70 % gesteigert werden. In der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege ist vereinbart, dass alle Länder prüfen, ob ein Umlageverfahren eingeführt werden kann.

In einigen Bundesländern wird von Schulen in privater Trägerschaft noch immer Schulgeld von den Altenpflegeschülerinnen und -schülern erhoben. Dies ist kritisch zu hinterfragen. Es ist deshalb zu begrüßen, dass sich die Länder im Rahmen der Ausbil-

dungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege darauf verständigt haben, die Abschaffung von Schulgeldzahlungen zu prüfen.

2. Umschulungen nach SGB III dauerhaft finanzieren

Ein weiteres wesentliches Element zur Fachkräftesicherung ist die Gewinnung von Menschen, die sich in der zweiten Hälfte ihres Berufslebens neuen Aufgaben widmen möchten. Gerade in der Altenpflege hat in der Vergangenheit die sogenannte Umschulung mit Förderung durch die Bundesagentur für Arbeit eine wichtige Rolle gespielt, um lebenserfahrene Menschen für diesen Beruf zu gewinnen. Auf diese Zielgruppe kann auch zukünftig nicht verzichtet werden. Es wird notwendig sein, angemessene Programme für diese Zielgruppe aufzulegen, um den Umstieg in einen Pflegefachberuf zu erleichtern. Dazu gehört auch eine dauerhafte Finanzierung der Umschulung durch Mittel der Bundesagentur für Arbeit. Daneben gilt es, das Nachqualifizierungspotenzial in den Pflegeeinrichtungen zu heben, um an- und ungelernten Kräften durch geeignete Unterstützung den Weg in eine Fachkraftausbildung zu ebnen.

Die Verpflichtung zur gesonderten Zertifizierung öffentlicher und staatlich anerkannter Schulen nach der Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung (AZAV) erweist sich dabei als Hindernis. Sie ist fachlich nicht erforderlich, weil durch die staatliche Anerkennung einer Schule, deren Ausbildung zu der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung führt und die Wahrung der rechtlichen Vorgaben nach dem jeweiligen Gesundheitsberufegesetz sichert, die erforderlichen Anforderungen bereits erfüllt sind.

3. Tätigkeiten ausdifferenzieren und unterschiedlichen Qualifikationsniveaus zuordnen

Wie bereits ausgeführt, werden pflegerischen Aufgaben in den kommenden Jahren zunehmen, es werden aber auch neue Anforderungen an die pflegerische Versorgungsqualität gestellt werden. Das Ziel pflegerischer Versorgung wird stärker darin liegen, dass alt werdende Bürgerinnen und Bürger möglichst gesund möglichst lange zu Hause leben können. Die Ausdifferenzierung pflegerischer Tätigkeiten enthält künftig auch Managementaufgaben bezüglich der Koordination des Einsatzes anderer Professionen, der Tätigkeiten in ambulant betreuten Wohngemeinschaften und in Wohnformen mit Versorgungssicherheit sowie bezüglich des Entlassungsmanagements Krankenhaus oder Rehabilitation. Neben diesen koordinierenden Aufgaben werden Pflegende für zu pflegende Personen und auch für pflegende Angehörige mehr Tätigkeiten in der Prävention

und Gesundheitsförderung übernehmen. In der Diagnostik und Therapie sollen Delegations- und Substitutionskonzepte entwickelt werden, um knappe Fachkräftenressourcen insbesondere im medizinischen Bereich zu kompensieren und die Versorgungsqualität zu steigern. Zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 63 Abs. 3c des fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) auf die Pflegeberufe hat der Gemeinsame Bundesausschuss bereits erste Einschätzungen vorgenommen, allerdings sollte die Umsetzung dringend vereinfacht werden. Die vorgesehenen Änderungen im GKV-VSG sind ein wichtiger erster Schritt.

Der Ausdifferenzierungen für die Pflege- und Gesundheitsberufe muss durch differenzierte Kompetenzstufen begegnet werden. Des Weiteren ist es notwendig, Überschneidungen im Aufgabenprofil mit anderen Gesundheitsberufen zu definieren und Abgrenzungen zu beschreiben.

Am Beispiel des „Anforderungs- und Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen“, der von der Fachhochschule Bielefeld und dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e. V. herausgegeben wurde, sollte überprüft werden, wie zukünftig mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus den differenzierten Aufgaben begegnet und zu mehr Transparenz beigetragen werden kann.

4. Akademisierung der Pflege

Zukünftig werden auch Pflegekräfte benötigt, die – neben pflegerischem „Anwendungswissen“ in zentralen Bereichen – ein fundiertes und interdisziplinäres wissenschaftliches Pflegeprofil sowie ein hohes Maß an persönlicher Kompetenz zur Reflexion bestehender und zukünftiger Anforderungen an die Pflege aufweisen. Diesem Anspruch kann mit hochschulischen Ausbildungswegen begegnet werden.

Gegenwärtig sind duale bzw. ausbildungsintegrierende Studiengänge vorherrschend, die zumeist an drei Lernorten (Hochschule / Berufsfachschule / Gesundheitseinrichtungen) stattfinden. Studienangebote unabhängig von der Kooperation mit Berufsfachschulen finden sich bisher selten. Die weitere Akademisierung der Pflege sollte auch die Entwicklung und den weiteren Ausbau grundständiger primärqualifizierender Studienangebote umfassen, bei der die Berufsqualifikation von Anfang an in der Verantwortung einer Hochschule liegt. Der akademische Grad als auch die Berufszulassung werden dort entsprechend der staatlichen Vorgaben erlangt. Dies entspricht dem internatio-

nen Standard in der Ausbildung der therapeutischen Gesundheitsberufe und auch einer allgemeinen Berufsanerkennung nach der EU-Richtlinie 2005/36/EC.

Diese Richtlinie erfordert allerdings auch, dass eine akademische Ausbildung einen umfangreichen praktischen Ausbildungsanteil (mindestens 2300 Stunden) enthält. Somit kann – unabhängig vom konkreten Studienmodell – das Studium der Pflegewissenschaft als duales Studium aufgefasst werden, für die der Wissenschaftsrat 2013 in seinen Empfehlungen zur Entwicklung des Dualen Studiums eine Ausbildungsvergütung durch die beteiligten Ausbildungsunternehmen empfohlen hat.

Die zu erwerbenden Kompetenzen im Rahmen einer hochschulischen Ausbildung müssen im neuen Pflegeberufegesetz geregelt werden, um Rechtssicherheit für die Hochschulen und die Studierenden zu schaffen. Sowohl hochschulrechtliche Rahmenbedingungen der Bologna-Reform als auch die Ausgestaltung der Prüfungen sind dabei zu berücksichtigen. Inhalte der Ausbildung und der Prüfung sowie die staatliche Verantwortlichkeit für die Prüfung müssen bundesweit einheitlich festgelegt werden.

Die Tätigkeiten im Kontext konkreter Lösungsansätze im Gesundheitswesen, die die Notwendigkeit des akademischen Profils erkennen lassen bzw. eine differenzierte Qualifikationsstruktur der Pflegekräfte widerspiegeln, müssen sowohl inhaltlich als auch rechtlich definiert werden.

Auf Basis einer inhaltlich und rechtlich definierten, differenzierten Qualifikationsstruktur und den konkreten Tätigkeiten bzw. Anforderungsprofilen muss eine der Qualifikation entsprechende Entgeltstruktur durch die Tarifpartner entwickelt werden.

Durch die Etablierung der Pflegeforschung wird es gelingen, eine ausreichende Wissensgrundlage für angemessenes pflegerisches Handeln zu schaffen. Derzeit findet das Studienangebot primär an Hochschulen für angewandte Wissenschaft statt, mit den ihnen inhärenten spezifischen Forschungsstrukturen. Der Auf- und Ausbau nachhaltiger Forschungsstrukturen an den Hochschulen (Forschungsschwerpunkte, Kompetenzzentren, Lehrstühle) muss unterstützt und die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses (Promotionsprogramme und Postdoktorandenstellen) verstärkt werden. Bereits bei der Gestaltung des grundständigen Studienangebots muss darauf geachtet werden, dass hinreichend Raum für eine wissenschaftliche Qualifizierung besteht. In konsekutiven Masterstudiengängen sollten die Angebote deutlich erweitert und vertieft werden.

Die Möglichkeiten der Forschungsförderung für die Pflegewissenschaft müssen ausgeweitet werden, und die Integration von ausgewiesenen Vertreterinnen und Vertretern der Pflegewissenschaft in die Planung und Begutachtung von Förderprogrammen (z.B. DFG oder EU-Programme) ist nachhaltig vorzusehen. Gleichwertig sind Strukturen der Wissensdissemination aufzubauen, die gewährleisten, dass das national und international vorhandene evidenzbasierte Wissen schneller und sicherer in den praktischen und politischen Feldern ankommt und genutzt werden kann.

Ausgehend von der Notwendigkeit einer Klarstellung der zukünftigen Verantwortungsteilung zwischen Bund, Ländern und Hochschulen auf dem Gebiet der hochschulischen Ausbildung und Prüfung in der Pflege ist auch die nachhaltige Finanzierung der regelhaften, hochschulischen Ausbildung sowie der Ausbildungsvergütung sicherzustellen. Dabei sollten die bestehenden Finanzierungszuständigkeiten Orientierung geben.

5. Generalistische Pflegeausbildung – Anforderungen an das neue Pflegeberufegesetz

Es besteht dringender Handlungsbedarf, dass zeitnah ein Referentenentwurf für ein neues Pflegeberufegesetz vorgelegt wird. Vor allem eine einheitliche Finanzierung und die Beteiligung der Pflegeversicherung an den Kosten der Ausbildung sind unabdingbar, aber auch die Regelung einer akademischen Ausbildung, damit die o. g. Ausdifferenzierung mit entsprechenden Qualifikationsniveaus rasch umgesetzt werden kann. Das Gesetz muss zudem Vorgaben zur Qualifikation der Lehrkräfte beinhalten und soll nach aktuellem Stand der Wissenschaft kompetenzorientiert ausgerichtet sein.

Die nach dreijähriger Ausbildungszeit an den Berufsfachschulen ausgebildete Pflegefachkraft mit ausgeprägten praktischen Kompetenzen soll weiterhin den Schwerpunkt bilden, da diese Qualifikationsebene auch zukünftig den Hauptteil des Fachkräftebedarfs ausmacht.

6. Weiterentwicklung bei den anderen Gesundheitsfachberufen notwendig

Ein großer fachlicher und rechtlicher Reformstau besteht auch bei den anderen Gesundheitsfachberufen. Dazu gehört unter anderem die Anpassung der Ausbildungsinhalte wie die curriculare Ausrichtung der Ausbildung auf das Tätigkeitsfeld. Um die steigenden Herausforderungen und zunehmenden Verantwortlichkeiten anzupassen, ist das Berufsrecht zeitnah fortzuentwickeln. Derzeit erfolgt die Weiterentwicklung des Berufsrechts vorrangig über die Rechtsprechung zum Heilpraktikergesetz und nicht über den

Gesetzgeber, was zu großen Umsetzungsproblemen bei den zuständigen Berufserlaubnisbehörden in den Ländern führt.

Bei der rechtlichen Weiterentwicklung ist zu prüfen, wie Steuerungsfunktionen und eigenverantwortliches Tätigwerden auf die beteiligten Gesundheitsfachberufe verteilt werden können.

7. Versorgungsstrukturen und Kooperation mit anderen Berufsgruppen

Quartiersnahe Versorgungsstrukturen stellen kleinräumige Sicherungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung dar. Insbesondere im ländlichen Raum ist die Versorgung im Quartier durch die verstärkte Übernahme von heilkundlichen Tätigkeiten durch andere als die ärztlichen Berufsgruppen erforderlich, um die Versorgung zu sichern. Bisher hat die Ärztin / der Arzt nicht nur die Steuerungsfunktion beim Einsatz weiterer Gesundheitsfachberufe im Rahmen der ärztlichen Behandlung inne, sondern auch im Rahmen der Krankenbehandlung, die nicht ärztliche Behandlung ist (häusliche Krankenpflege, Heilmittelerbringung).

Deshalb ist die Weiterentwicklung der Berufe in den jeweiligen Berufsgesetzen notwendig. Darin sind klare Ausbildungsziele festzulegen, die auch die Art und Weise des Tätigwerdens (selbstständig/eigenverantwortlich/mitwirkend) beinhalten. Der Begriff der Heilkunde und die verschiedenen Kooperations- und Koordinierungsformen (Art und Weise des Tätigwerdens) sind neu zu definieren. Außerdem sind die allgemeinen Voraussetzungen und Wirkungen vorbehaltener Tätigkeiten/Aufgaben und der Übertragung ärztlicher heilkundlicher Tätigkeiten auf Angehörige anderer Gesundheitsfachberufe zu beschreiben. Dabei muss das Wohl der Patienten unter dem Aspekt einer ganzheitlichen Versorgung im Vordergrund stehen. Eventuelle Konsequenzen, wie z. B. eine Anpassung im Leistungs- und Haftungsrecht („Facharztstandard“) sind dabei ebenso zu berücksichtigen wie die hierfür notwendige Anzahl an Stellen im jeweiligen Bereich.

8. Arbeitsbedingungen

Die Arbeitsbedingungen in den versorgenden Einrichtungen der Akut- und Langzeitversorgung sind so zu gestalten, dass der Verbleib im Beruf ohne Einschränkungen möglich gemacht werden kann. Die Attraktivität eines Berufes hängt auch von einer leistungsgerechten Bezahlung ab, insofern ist es von besonderer Bedeutung, dass dieser Aspekt zukünftig bei Tarifverhandlungen und Entgeltvereinbarungen stärker berücksichtigt wird. Des Weiteren ist es unabdingbar, zukünftig mehr Wert auf die Vereinbar-

keit von Familie und Beruf zu legen und Gesundheitsförderung in den Einrichtungen zu etablieren, damit auch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowohl während der Familienphase als auch im fortgeschrittenen Alter der Verbleib im Beruf ermöglicht wird. Der Wechsel von einer Teilzeitbeschäftigung in eine Vollzeitbeschäftigung sollte forciert und entsprechend unterstützt werden. Nähere Ausführungen hierzu sind bereits in den Vereinbarungstext der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege 2012 – 2015 aufgenommen worden.

9. Profession stärken und Selbstverwaltung anbahnen

Eine Pflegekammer kann die komplexen Strukturen von Fort- und Weiterbildung in den Pflegeberufen und die damit verbundenen formalen Anerkennungen aufbauen, gestalten und damit die Sicherung der jeweiligen Kompetenzen gewährleisten. Ebenso kann sie zur Entwicklung eines berufspolitischen Selbstverständnisses beitragen. Die dargestellten Maßnahmen der Fachkräfteentwicklung benötigen auch eine Steigerung des professionell-pflegerischen Selbstverständnisses, um attraktiver zu werden. In mehreren Bundesländern ist die Einführung einer Kammer für Pflegeberufe in der Diskussion bzw. bereits in konkreter Vorbereitung und Umsetzung. So hat der Landtag in Rheinland-Pfalz einstimmig ein neues Heilberufsgesetz verabschiedet und die Gründung der ersten Pflegekammer Deutschlands in die Wege geleitet. Auch in Schleswig-Holstein befindet sich ein Gesetzentwurf zur Errichtung einer Pflegeberufe-Kammer im parlamentarischen Verfahren. Beide Länder gehen davon aus, dass die Errichtung einer Pflegekammer Pflegekräfte und Pflegebedürftige stärkt, zu mehr Qualität in der Pflege beiträgt und die Berufspflichten sowie die Weiterbildung der zukünftigen Kammermitglieder regelt. Ziel ist die Stärkung der Interessenvertretung beruflich Pflegenden, die Verbesserung der finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen für die Pflegeberufe und eine zukunftsorientierte Qualitätssicherung in Fort- und Weiterbildung.

Die Errichtung von Pflegekammern ist allerdings umstritten. Die weiteren Entwicklungen und Erfahrungen in den Bundesländern, die sich zur Errichtung einer Kammer für Pflegeberufe entschieden haben, sollten in weiteren Überlegungen der übrigen Landesregierungen einbezogen werden.