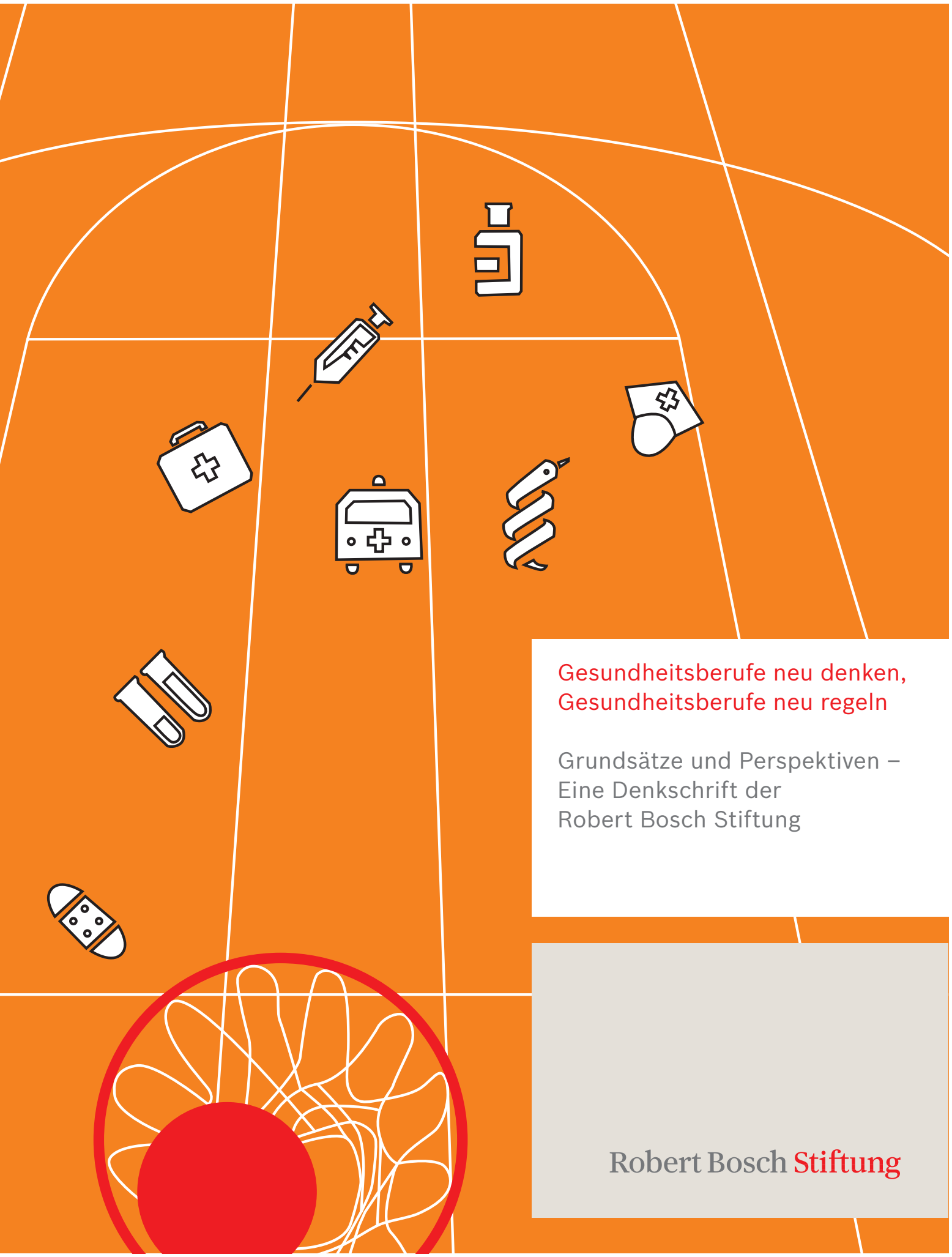


Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln

Grundsätze und Perspektiven –
Eine Denkschrift der
Robert Bosch Stiftung

Robert Bosch Stiftung

Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln

Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung

Einführung

Mit der Denkschrift »Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln« setzt die Robert Bosch Stiftung die Reihe der von ihr initiierten und geförderten Schriften zur öffentlichen Gesundheitspflege fort: Das »Arztbild der Zukunft« leitete 1989 Reformschritte zur Ärzteausbildung ein. »Pflege braucht Eliten« forderte 1992 die Etablierung akademischer Strukturen einschließlich der Pflegeforschung und stellte die Hochschulqualifikation von Pflegeexperten und von Führungskräften und Lehrenden in der Pflege in den Mittelpunkt ihrer Forderungen. In »Pflege neu denken« (2000) wurden ein Ausbildungsmodell entwickelt und Reformen in der Kranken- und Altenpflegeausbildung empfohlen. Im Memorandum »Kooperation der Gesundheitsberufe« (2011) wurde in zwanzig Weichenstellungen dargelegt, wie die Umsetzung interdisziplinärer Kooperation im Gesundheitswesen vorbereitet und bewerkstelligt werden kann, getragen von der Überzeugung, dass vernetzte Angebote und Teamarbeit zwischen den Gesundheitsberufen wichtige Garanten sind, um in Gegenwart und Zukunft eine qualitätsvolle, bürgerorientierte Gesundheitsversorgung sicherstellen zu können. Die Aufzählung dieser Schriften verdeutlicht den seit 30 Jahren von der Robert Bosch Stiftung verfolgten Grundsatz, die Gesundheitsversorgung durch eine hohe Ausbildungsqualität und eine moderne Qualifikation der Leistungserbringer zu verbessern.

Inzwischen verlangen fortgeschrittene gesellschaftliche Veränderungsprozesse, die Auswirkungen des demographischen Wandels und das neue Krankheitsspektrum nach einer grundsätzlicheren Umgestaltung des Gesundheitswesens und seiner Berufsgruppen. Der tiefgreifende Wandel macht auch vor den bestehenden Profilen und Rollen der Gesundheitsberufe nicht halt und legt eine Überarbeitung der bisher den jeweiligen Gesundheitsberufen zugeschriebenen Kompetenzen nahe. Neben klar umschriebenen und differenzierten Berufs- und akademischen Ausbildungsgängen und –abschlüssen, neben der Vorbereitung auf lebenslanges und interdisziplinäres Lernen und der Anwendung evidenzbasierter und interdisziplinär ausgerichteter Lernzielkataloge sind nun neue rechtliche Regelungen für die Gesundheitsberufe angesagt.

Unter dem Motto »Gesundheitsberufe neu denken – Gesundheitsberufe neu regeln« hat die Stiftung vor zwei Jahren eine zehnköpfige Arbeitsgruppe eingeladen, um gemeinsam mit ihr die aus den veränderten Rahmenbedingungen hervorgehenden Konsequenzen für die Gesundheitsberufe herauszuarbeiten. Im ersten Teil der Denkschrift werden diese aufgearbeitet und damit die Grundlage geschaffen für die Rechtsexpertise von Prof. Dr. iur. Gerhard Igl, die im zweiten Teil der Denkschrift publiziert ist. Die beiden Teile sind in einem sich gegenseitig befruchtenden Arbeitsprozess entstanden, so dass die Ausführungen und die Empfehlungen der Rechtsexpertise unmittelbar aus der Kenntnis der wissenschaftlichen Analyse, der Berufs- und Ausbildungspraxis und der bestehenden Rahmenbedingungen

erarbeitet werden konnten. In ihr werden die für den Sachverhalt wichtigen, derzeitig geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen dargestellt, daraus der sich ergebende Reformbedarf abgeleitet und Empfehlungen für Entscheidungsträger und Gesetzgeber entwickelt.

Die Denkschrift »Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln« wird vorgelegt, um den Dialog mit der Fachöffentlichkeit, mit Politik und Verwaltung anzuregen und um die Argumente für Reformschritte zu bereichern. Wir verbinden mit der Denkschrift die Hoffnung, dass durch sie die Einleitung von Reformen befördert wird und sie den Gesetzgeber zu raschen Weichenstellungen und notwendigen Initiativen veranlaßt.

Wir danken der Arbeitsgruppe für ihr großes Engagement und für die von Prof. Dr. Mark Dominik Alscher, Prof. Dr. Thomas Bals, Prof. Dr. Andreas Büscher, Dipl. Päd. Gerd Dielmann, Prof. Dr. Stefan Görres, Manfred Hopfeld M.A., Prof. Dr. Heidi Höppner, Prof. Dr. iur. Gerhard Igl, Prof. Dr. Adelheid Kuhlmey, Dipl. Med. päd. Ursula Matzke eingebrachte Expertise, für fundierte Diskussionen und für die Textbeiträge. Unser herzlicher Dank gilt auch den beiden Experten Dr. Harry Fuchs und Prof. Dr. Manfred Haubrock, die mit ihren Ausführungen wichtige Teilaspekte beigesteuert haben. Florian Tille und Sonja Puchinger danken wir für ihre Unterstützung bei der Erstellung und Lektorat des Textes und bei der Organisation der Arbeitsprozesse.

Wir wünschen der Denkschrift eine weite Verbreitung und hoffen, dass mit ihr die notwendigen Reformschritte angestoßen werden, damit auch in Zukunft die Sicherstellung und Qualität der Gesundheitsversorgung gewährleistet werden kann.

Stuttgart im November 2013
Robert Bosch Stiftung

Verfasser der Denkschrift

Prof. Dr. Mark Dominik Alscher
Ärztlicher Direktor, Robert-Bosch-Krankenhaus GmbH
Stuttgart

Prof. Dr. Thomas Bals
Institut für Erziehungswissenschaft,
Fachgebiet Berufs- und Wirtschaftspädagogik
Universität Osnabrück

Prof. Dr. Andreas Büscher
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Hochschule Osnabrück

Dipl. Päd. Gerd Dielmann
Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen,
ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesverwaltung

Prof. Dr. Stefan Görres
Direktor des Instituts für Public Health und Pflegeforschung IPP
Universität Bremen

Prof. Dr. Heidi Höppner
Studiengang Physio-/Ergotherapie
Alice Salomon Hochschule

Manfred Hopfeld M.A.
Referatsleiter, Ressortkoordination Ministerium für Gesundheit, Emanzipation,
Pflege und Alter, Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen

Prof. Dr. iur. Gerhard Igl
Geschäftsführender Vorstand des Instituts für Sozialrecht und Gesundheitsrecht
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmey
Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie
Charité-Universitätsmedizin Berlin

Dipl. Med. päd. Ursula Matzke
Pflegedirektorin, Robert-Bosch-Krankenhaus GmbH
Stuttgart

Dr. Almut Satrapa-Schill (Leitung)
Bereichsleiterin, Sonderbereich »Zukunftsfragen der Gesundheitsversorgung«
Robert Bosch Stiftung

Expertisen von

Dr. phil. Harry Fuchs
Dipl. Verwaltungswirt, Rehabilitationswissenschaftler, Abteilungsdirektor a.D.
Lehrbeauftragter an der Hochschule München, Masterstudiengang Mental Health,
und an der Fachhochschule Düsseldorf, Fachbereich Politikwissenschaften

Prof. Dr. Manfred Haubrock
Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Gesundheits- und Sozialmanagement
Hochschule Osnabrück

Inhalt

Präambel: Adelheid Kuhlmey

Erster Teil
Gesundheitsberufe neu denken: Orientierung 18

Orientierungsrahmen: Gesellschaftliche Veränderungen, Trends und Bedarfe 19
Veränderungen in der Versorgungspraxis und ihre Auswirkungen auf die Gesundheitsberufe 50
Die Gesundheitsberufe im Berufsbildungssystem 148
Literaturverzeichnis 212

Zweiter Teil
Gesundheitsberufe neu regeln: Rechtsexpertise 235

Notwendige Neugestaltungen des Gesundheitsberuferechts (Zusammenfassung der Anregungen) 251
Teil I: Gesundheitsberuferecht: Überblick – rechtliche Rahmen- und Funktionsbedingungen 269
Teil II: Gesundheitsberuferecht: Identifizierung von Gestaltungsnotwendigkeiten – Lösungsbedingungen und Lösungsmöglichkeiten 295
Literaturverzeichnis 423

Präambel: Adelheid Kuhlmey

Wenn das qualitative Niveau der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland erhalten und weiterentwickelt werden soll, dann setzt dies eine permanente Anpassung des Gesundheitswesens an neue äußere und innere Anforderungen voraus. Vor einer solchen Anpassung stehen die Gesundheitsberufe seit vielen Jahren. Eine Neuordnung ihrer Aufgaben, eine Verbesserung ihrer Kooperation in der Gesundheitsversorgung ist Voraussetzung für die weitere Sicherung einer qualitativ guten Versorgung und für die Schaffung einer gegenüber anderen Wirtschaftszweigen konkurrenzfähigen Arbeitszufriedenheit in den Heilberufen. Der hohe Veränderungsdruck im Gesundheitssystem macht vor seinen Professionen nicht Halt und verlangt diese Modifikation überholter Routinen und Rollen (SVR 2007). Dabei greift die gegenwärtige Diskussion, die einzig die Umverteilung bestehender Aufgaben, also die (Weg-)Delegation von Tätigkeiten einer Profession an die andere in den Fokus des Interesses stellt, zu kurz. Solche Entwicklungen orientieren sich noch immer stark an bestehenden Institutionen und Professionen und stoßen damit nur partielle Veränderungen an. Benötigt aber werden umfassende Wandlungen der Berufsrollen und -profile bis hin zur Entwicklung neuer Berufe, die sich an den gewandelten Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten[1] und ihren Bedarfen orientieren. Dabei wollen sich Bürgerinnen und Bürger auch künftig darauf verlassen können, dass ihr Leben und körperliche Unversehrtheit geschützt wird, und sie wollen Mündigkeit und Partizipation bei persönlichen Gesundheitsentscheidungen und gesundheitspolitischen Entwicklungen. Nicht zuletzt setzt dies voraus, dass es für die Gesundheitsberufe verlässliche Rahmenbedingungen gibt. Dazu zählen eine angemessene Vergütung, die Attraktivität der Berufe sowie durchlässige und transparente Bildungs- und Karrierewege.

Erste Schritte einer Anpassung – »Neu Denken« – der Gesundheitsberufe an Herausforderungen wie die Zunahme der chronischen Krankheitslast oder Pflegebedürftigkeit und an gesellschaftliche Trends wie Technisierung und wachsende Spezialisierung sind getan – der Prozess der Etablierung akademischer Strukturen für verschiedene Gesundheitsberufe sei als ein Beispiel genannt. Weiter reichende Veränderungen stoßen aber immer wieder an rechtliche Grenzen, die es verhindern, dass erkannte Anpassungsnotwendigkeiten wirksam umgesetzt werden können. Aus diesem Grund befasst sich die Denkschrift mit der Aufbereitung und Begründung rechtlicher Schritte für eine zukunftsfähige Gestaltung der Gesundheitsberufe. Es fehlt an fixierten Aufgaben- und Berufsprofilen, die den künftigen fachlichen und strukturellen Herausforderungen Rechnung tragen, ebenso an interdisziplinären und auf Kompetenzvermittlung ausgerichteten Curricula in

1 Auf eine durchgängige geschlechtsspezifische Unterteilung der Personenbenennung wird aus Gründen der Lesbarkeit verzichtet.

Aus- und Weiterbildung. Die notwendigen rechtlichen Regelungen, auf deren Grundlage veränderte Aufgaben und Tätigkeitsbereiche festgeschrieben werden könnten, sind nicht vorhanden. Notwendig sind außerdem die berufsrechtliche Sicherung von Kooperation, die sozialrechtliche Verankerung eigenständiger Leistungserbringung verschiedener Gesundheitsberufe sowie die Klärung der haftungsrechtlichen Konsequenzen bei kooperativer Leistungserbringung. Gesundheitspolitisch fordert die Denkschrift dazu auf, ein »Allgemeines Heilberufegesetz/Gesetz über die Heilberufe« zu schaffen und mit der Bildung eines »Nationalen Gesundheitsberuferats« ein Jahrzehnt der Neugestaltung der Gesundheitsberufe einzuleiten.

Angesichts steigender Zahlen älterer und hochbetagter Menschen, der Verbreitung chronischer Krankheiten und Multimorbidität, der Zunahme von Pflegebedürftigkeit und psychischer Leiden, wie der Demenz, angesichts gewandelter Patientenrollen und Nutzerpräferenzen, sich wandelnder Versorgungsstrukturen und der Notwendigkeit einer Strukturreform und Neuordnung von Pflege- und Krankenversicherung sowie der Eingliederungshilfe, einer schnell fortschreitenden medizinisch-technischen Entwicklung einerseits und andererseits gewandelter Ansprüche an work-life-balance bei berufstätigen Frauen und Männern, einer fortschreitenden Hochschulqualifizierung unterschiedlicher Gesundheitsberufe, der Zunahme der weiblichen Berufsarbeit und der Feminisierung der Gesundheitsberufe und nicht zuletzt angesichts des Problems, dass die personalen (auch die finanziellen) Ressourcen im Versorgungssystem knapp werden, gilt es, jenseits von Partikularinteressen einzelner Gesundheitsberufe Veränderungen zu bewirken, die dem Gemeinwohl, der Realisierung des Teilhabegedankens und der Verbesserung von Effektivität und Effizienz des Gesundheitssystems als Ganzem dienen.

Die Denkschrift beschränkt die Analysen und Handlungsempfehlungen auf die Entwicklung der Gesundheitsberufe, beschreibt konsequent die Notwendigkeit einer Neuordnung der Aufgabenteilung, Kompetenzzuweisungen und Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe im deutschen Versorgungssystem, orientiert sich dabei an der Nutzerperspektive und zieht eine kritische Bilanz des bislang erreichten Entwicklungsstandes. Das Papier steht in der Folge des Memorandums der Robert Bosch Stiftung zur »Kooperation der Gesundheitsberufe – Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung« (2011). Das Memorandum zeigte die strukturellen, rechtlichen und die Ausbildung umfassenden Meilensteine auf, die zu einem Mehr an Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen und zu einem Weg in die Zukunft einer Gesundheitsversorgung führen, die Patienten in der Gesamtheit ihrer physischen, psychischen und seelischen Belange zur Kenntnis nimmt.

Die Denkschrift soll nun weitere Dimensionen eröffnen. Anhand von Beispielen werden aus verschiedenen Entwicklungsfeldern veränderte und neue Profile der Gesundheitsberufe beschrieben. Der Aufbau dieses Papiers sieht dazu eine Zweiteilung vor: Der erste Teil veranschaulicht als Orientierung, inwiefern ein »Neues Denken« der Gesundheitsberufe erkennbar ist und welche Implikationen daraus resultieren. Zuerst werden die gesellschaftlichen, demografischen sowie gesundheitspolitischen Veränderungen nachvollzogen, die einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheitsberufe genommen haben und fortlaufend nehmen. Die Entwicklungen in den Bereichen Regionalisierung, Telematik, Integrierte Versorgung sowie neue Steuerungsmodelle verdeutlichen danach beispielhaft, wie die skizzierten Einflussfaktoren eine veränderte Versorgungspraxis im Gesundheitswesen bedingen und dadurch weitreichende Auswirkungen auch für die Gesundheitsberufe begründen. Schließlich wird erläutert, wie ein Perspektivenwechsel in der Qualifizierung der Gesundheits- und Heilberufe essenziell sein kann, um der Zersplitterung innerhalb dieses Berufsfeldes entgegen zu wirken und somit den absehbaren Herausforderungen im Gesundheitswesen und Versorgungssystem erfolgreich zu begegnen.

Gesundheitsberufe »neu denken« erfordert eine Veränderung und teilweise Neuordnung der rechtlichen Rahmenbedingungen, der Aus-, Fort- und Weiterbildung und von Aufgabenzuschnitten, Verantwortlichkeiten und Kooperationsbedingungen der Gesundheitsberufe. Der zweite Teil, die Rechtsexpertise, konzentriert sich deshalb auf diese »Neu-Regelung«. Vorgelegt wird eine rechtliche Bestandsaufnahme der die Gesundheitsberufe leitenden Grundanforderungen, es folgt eine Analyse der Änderungsbedarfe und eine Prüfung der potenziellen Möglichkeiten einer Neugestaltung des Gesundheitsberuferechts. Das Ergebnis lautet: Es ist durchaus realistisch, das Gesundheitsberuferecht an die aus den aktuellen und künftigen Anforderungen erwachsenden Veränderungsbedarfe anzupassen. Die aus dieser Analyse abgeleiteten rechtlichen Empfehlungen der Denkschrift richten sich an politische Entscheider – verbunden mit dem Ziel, alte Strukturen aufzubrechen und neue Perspektiven zu eröffnen, der Arztzentriertheit des deutschen Gesundheitssystems das teamgeführte Handeln entgegenzusetzen, die Qualifikationswege durchlässig zu gestalten und zu vereinheitlichen. Die Vorschläge zur Neuregelung der Gesundheitsberufe sind dem Rechtsgutachten als Zusammenfassung vorangestellt.

Die Ergebnisse der Denkschrift sollen einen bisher in dieser Art nicht stattfindenden Dialog zwischen den Vertretern aller Gesundheitsberufe, der Gesundheitswirtschaft, der Gesundheitspolitik und nicht zuletzt der Bürgerinnen und Bürger sowie der Patienten anstoßen, der von dem Ziel getragen ist, die solidarische Gesundheitsversorgung auch in einer Gesellschaft des langen Lebens für alle zu sichern. Es ist an der Zeit, nach dreißig Jahren Diskussion zur Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe die rechtlichen Voraussetzungen ihrer Ausbildung und ihrer Aufgabenteilung so zu gestalten, dass sie für eine zeitgemäße und vor allem den künftigen Anforderungen entsprechende bürgerorientierte Gesundheitsversorgung gerüstet sind.

Erster Teil

Gesundheitsberufe neu denken: Orientierung

Inhaltsübersicht Erster Teil

Gesundheitsberufe neu denken: Orientierung

1	Orientierungsrahmen: Gesellschaftliche Veränderungen, Trends und Bedarfe: Stefan Görres	19
1.1	Demografie und sozialer Wandel	20
1.2	Technologie	26
1.3	Versorgungsstrukturen	28
1.4	Wirtschaft und Märkte	36
1.5	Politik und Finanzierung	39
1.6	Qualifikation und Professionalisierung	41
1.7	Fazit	43
2	Veränderungen in der Versorgungspraxis und ihre Auswirkungen auf die Gesundheitsberufe	50
2.1	Regionalisierung und Gesundheitsberufe: Andreas Büscher	50
2.1.1	Regionalisierung und Quartiersnahe Ansätze in der Gesundheitsversorgung	54
2.1.2	Die Rolle der Gesundheitsberufe	59
2.1.3	Fazit	61
2.2	Telematik und Gesundheitsberufe: Mark Dominik Alscher/Manfred Hopfeld	63
2.2.1	eHealth – Treiber in Europa	65
2.2.2	eHealth – Zukunft in Deutschland	66
2.2.3	Fazit	78
2.3	Integrierte Versorgung und Gesundheitsberufe: Harry Fuchs	80
2.3.1	Integrierte Versorgung	84
2.3.2	Durchführung des Sicherstellungsauftrages zur Integrierten Versorgung	90
2.3.3	Geltung des jeweils spezifischen Rechts während Integrierter Versorgung	94
2.3.4	Integrierte Versorgung und Rehabilitation	95
2.3.5	Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention	98
2.3.6	Auswirkungen der Integrierten Versorgung auf die Gesundheitsberufe	100
2.3.7	Auswirkungen auf bestimmte Aufgabenfelder und/oder Berufe	102
2.3.8	Versorgungsstrukturen müssen sich an Versorgungsbedarfen orientieren	115

2.4	Steuerungsmodelle und Gesundheitsberufe: Manfred Haubrock	119
2.4.1	Rahmenbedingungen der Steuerungsmodelle – Vom Gesundheitssystem zur Gesundheitswirtschaft	119
2.4.2	Steuerungsmodelle – Von der Planung zum Preiswettbewerb	127
2.4.3	Auswirkungen der Rahmenbedingungen und der Steuerungsmodelle auf die Gesundheitsberufe	136
3	Die Gesundheitsberufe im Berufsbildungssystem	148
3.1	Die Gesundheitsberufe und ihre Zuordnung im deutschen Berufsbildungssystem – eine Übersicht: Gerd Dielmann	149
3.1.1	Gesundheitsberufe nach Rechtsgrundlagen	151
3.1.2	Duale Berufe nach BBiG	152
3.1.3	Gesundheitsberufe auf Grundlage eines Berufszulassungsgesetzes (Heilberufe)	156
3.1.4	Landesrechtlich geregelte Gesundheitsberufe	165
3.1.5	Staatlich nicht geregelte Bildungsgänge und Qualifikationen im Gesundheitswesen	170
3.1.6	Geregelte Weiterbildung	171
3.1.7	Fazit	175
3.2	Neugestaltung der Gesundheitsberufe im Kontext des Deutschen Berufsbildungssystems: Thomas Bals/Gerd Dielmann	177
3.2.1	Berufsprofile im Wandel	178
3.2.2	Berufsprofile und -qualifizierung im Gesundheitswesen	180
3.2.3	Fallbeispiele innovativer Berufsprofile – zwischen Berufe basteln und Ordnungsmittel erarbeiten	182
3.2.4	Fazit	189
3.3	Tarifliche Implikationen einer Neuordnung der Gesundheitsberufe: Gerd Dielmann	192
3.3.1	Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen	192
3.3.2	Tarifpolitischer Kontext	195
3.3.3	Neues Tarifrecht im öffentlichen Dienst	198
3.3.4	Tarifverträge für Auszubildende, Praktikantinnen und Praktikanten	200
3.3.5	Eingruppierung und Entgelt	201
3.3.6	Eingruppierung neuer Berufe, Qualifikationen und Tätigkeitszuschnitte	205
3.3.7	Duale Studiengänge	209
3.3.8	Fazit	210
4	Literaturverzeichnis	212

Gesundheitsberufe neu denken: Orientierung

Im ersten Teil der Denkschrift werden die gesellschaftlichen, demografischen sowie gesundheitspolitischen Veränderungen hinsichtlich ihres Einflusses auf die Entwicklung der Gesundheitsberufe beschrieben. Erstens zeichnet Stefan Görres in einem Orientierungsrahmen die Faktoren auf, die einen wesentlichen Einfluss auf Neuausrichtungen im Gesundheitswesen haben und die Entwicklung der Gesundheitsberufe kontinuierlich mitbestimmen.

Zweitens demonstrieren die Aufsätze zur Regionalisierung (Andreas Büscher), zur Telematik (Mark Dominik Alscher und Manfred Hopfeld), zur Integrierten Versorgung (Harry Fuchs) und zu neuen Steuerungsmodellen (Manfred Haubrock) den Einfluss dieser Aspekte auf die Gesundheitsberufe in den vergangenen Jahren und bereits erfolgte Wandlungen (»neu denken«). Insbesondere liegt das Interesse dabei auf den Implikationen, die sich für die Stellung, Entwicklung und zukünftigen Veränderungen der Gesundheitsberufe in der Praxis ergeben.

Drittens wird illustriert, inwiefern die Vielzahl der Ausbildungsgänge für Gesundheitsberufe in einer Zersplitterung dieses Berufsfeldes resultiert (Gerd Dielmann). Es wird gezeigt, dass eine den aktuellen und künftigen Herausforderungen des Gesundheitswesens angemessene Umstrukturierung der einschlägigen Berufszuschnitte eine aktive Neugestaltung des (Aus-)Bildungswesens für die Gesundheits- und Heilberufe verlangt (Thomas Bals und Gerd Dielmann) und nicht zuletzt werden die tariflichen Implikationen einer Neuordnung der Gesundheitsberufe diskutiert (Gerd Dielmann).

1
Orientierungsrahmen: Gesellschaftliche Veränderungen, Trends und Bedarfe: Stefan Görres

Einleitung

Das Gesundheitswesen steht vor epochalen Veränderungen. Dies betrifft nicht nur die Folgen der demografischen Entwicklung, sondern auch Veränderungen in der Finanzierung von Versorgungsleistungen, den Wandel in der Struktur der Versorgungsangebote und die Tendenz, Dienstleistungen im Gesundheitssektor zu erbringen, die stark gekoppelt sind an wirtschaftliche, politische und technologische Entwicklungen.

Für die Gesundheitsberufe ergibt sich hieraus ebenfalls die Notwendigkeit eines Wandels, bestehend aus Reform- und zugleich Anpassungsszenarien. Die neuen Herausforderungen lassen eine Neuzuschneidung, Erweiterung und Ausdifferenzierung des Kompetenz- und Aufgabenspektrums der Berufe in einem sich ständig wandelnden Gesundheitswesen erwarten.
Diesen Wandlungsprozess gilt es zu gestalten: Die Strategien liegen zwischen Generalisierung und Spezialisierung, High- und Low-Level-Qualifikation, mono- und interdisziplinärer Orientierung, institutioneller Verankerung und unternehmerischer Selbstständigkeit, hoher Eigenverantwortung und Delegation. Das »Wie« wird als hochrelevant für die zukünftige Strukturierung, Professionalisierung und Attraktivität der Gesundheitsberufe sowie die Qualität der Versorgung eingeschätzt.

Die Frage nach der Zukunft der Gesundheitsberufe ist folgerichtig mit der Frage nach gesellschaftlichen Veränderungen und den relevanten Einflussfaktoren eng verknüpft.

Das nachfolgende Kapitel soll auf Basis einer ausgewogenen Gewichtung von gesellschaftlichen Einflussfaktoren, Trends und Bedarfsszenarien dazu beitragen, den Orientierungsrahmen für die Entwicklung von Gesundheitsberufen zu skizzieren, von dem Einflüsse auf das Gesundheitswesen im Allgemeinen und die Stellung der Gesundheitsberufe im Besonderen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind. Dies sind

:: Demografie und sozialer Wandel,
:: Technologie,
:: Versorgungsstrukturen,

:: Wirtschaft und Märkte,
:: Politik und Finanzierung sowie
:: Qualifikation und Professionalisierung (vgl. dazu auch Görres et al. 2000).

Zu berücksichtigen ist, dass diese Einflussfaktoren einem ständigen Wandel unterliegen und damit auch das Gesundheitswesen selbst. Dies ist u. a. auch deshalb von Bedeutung, weil bei Annahmen zu zukünftigen Entwicklungen regelmäßig die Gefahr besteht, Kontext und Bezugsrahmen in ihrer gegenwärtigen Ausprägung linear in die Zukunft fortzuschreiben, anstatt Wandlungen zu antizipieren und im Hinblick auf ihre Auswirkungen zu interpretieren.

1.1 Demografie und sozialer Wandel

Der Einflussfaktor Demografie und sozialer Wandel setzt eine der wesentlichen Rahmenbedingungen für die Entwicklung des Gesundheitswesens. Darüber hinaus geht er in beeindruckender Weise mit einer überproportionalen Zunahme des Anteils alter und sehr alter Menschen und einer immensen Bedeutungssteigerung bezogen auf das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit einher (vgl. Abb.).

Prognose zur Pflegebedürftigkeit in Deutschland

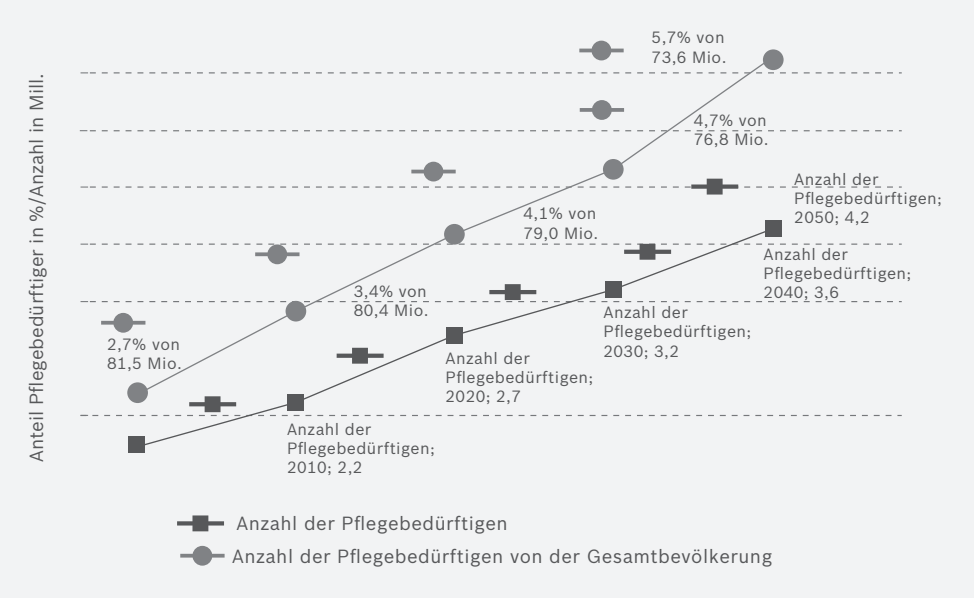


Abb.: Prognose zur Pflegebedürftigkeit in Deutschland

Datengrundlage: BMG 2012a, S. 14; Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010.

Die steigende Pflegebedürftigkeit lässt für das gesamte Gesundheitswesen und nahezu alle beteiligten medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Fachberufe zunehmend die Frage aufkommen, wie, wo und durch wen die etwa 4,2 Mio.

Pflegebedürftigen in Zukunft versorgt werden sollen. Gegenwärtig zeigt sich, dass die Versorgung größtenteils (zu 70 %) zu Hause stattfindet. Davon werden etwas mehr als die Hälfte allein durch Angehörige bzw. ohne die professionelle Unterstützung von Pflegeeinrichtungen gepflegt (informelle bzw. familiale Pflege). Ein Drittel wird durch die Zusammenarbeit von informell und professionell Pflegenden oder ausschließlich durch ambulante Pflegedienste versorgt. Die informelle bzw. familiale Pflege bildet somit gegenwärtig eine zentrale Säule in der pflegerischen Versorgung. In Folge gesellschaftlicher Veränderungen, wie

:: der Zunahme der Frauenerwerbsquote,
:: der steigenden Kinderlosigkeit,
:: dem Anstieg des Renteneintrittsalters,
:: der Zunahme von Single-Haushalten und großer räumlicher Trennungen von Familien sowie
:: der allgemeinen Alterung potentiell informell Pflegender etc. (Rothgang et al. 2012; Lamura et al. 2006),

bricht dieser Bereich jedoch zunehmend weg. Angesichts der Verschiebung des Generationenverhältnisses und der sich verändernden Familienstrukturen ist von einem sinkenden familialen Unterstützungspotential auszugehen. Familienergänzende bzw. -ersetzende professionelle Pflege- und Gesundheitsleistungen gewinnen daher an Bedeutung.

Die Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen einerseits und rückläufige familiale Unterstützungspotenziale andererseits weisen auf eine Verschärfung der Versorgungssituation hin, die im Zusammenhang mit dem aktuellen Fachkräftemangel insbesondere in der ländlichen medizinischen und generell der pflegerischen Versorgung deutlich an Brisanz gewinnt. In diesem Zusammenhang deutlich als Trend erkennbar ist die Etablierung neuer Konzepte der nicht-stationären Betreuung angesichts der Zunahme der Ein-Personenhaushalte, der steigenden Mobilität alter Menschen, der Möglichkeiten der Therapie altersassoziierter Erkrankungen und der Vorgabe, unnötige stationäre Aufenthalte zu vermeiden. Vor allem werden Konzepte zum betreuten Wohnen – so etwa durch das neue Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) – in Verbindung mit sekundären Dienstleistungen eine wichtige Rolle spielen. Neue häusliche Versorgungskonzepte bieten inzwischen krankenhaustypische Dienstleistungen an, wie etwa die Pflege beatmungspflichtiger Patienten (»Virtual hospital«). Eine 24-Stunden-Überwachung ebenso wie die ärztliche/pflegerische Visite über telemedizinische Anwendungen gehören inzwischen ebenfalls zu Personal reduzierenden Optionen. Immer mehr ambulante und stationäre Pflegeanbieter werden zu Logistik-Dienstleistern (in Konzernen, Ketten oder virtuellen Unternehmensformen integriert), die die

Rund-um-die-Uhr-Versorgung der Patienten mit medizinisch-pflegerischen, hauswirtschaftlichen und sonstigen Dienstleistungen (Seelsorge, psychosoziale Versorgung, Krankengymnastik, Freizeitplanung, Vermögensverwaltung etc.) in den eigenen vier Wänden sicherstellen.

Nicht nur die hochaltrigen und pflegebedürftigen Menschen sind von hoher Relevanz für künftige Bedarfskonstellationen, sondern auch andere gesellschaftliche Teilpopulationen. Die demografische Entwicklung wird zu einer Zunahme im Bereich der psychischen Erkrankungen bzw. gerontopsychiatrischen Erkrankungen (Demenz, Depression) führen. Die Demenz ist dabei eine der häufigsten Störungen, die mit steigendem Alter zunimmt. Es ist zu erwarten, dass zukünftig mehr hochaltrige Patienten zu versorgen sind, die an einer demenziellen Erkrankung leiden. Wenn ein Durchbruch in der Prävention und Therapie dieser Erkrankungsform ausbleibt, wird mit einem Anstieg der Patientenzahl auf weit mehr als 2 Millionen bis zum Jahr 2050 gerechnet (Rothgang et al. 2011).

Häufig unterschätzt wird, dass in den kommenden Jahrzehnten besonders bei Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund Veränderungen der familialen Strukturen mit einer geringeren Übernahme der Versorgung durch Angehörige eine höhere Inanspruchnahme professioneller gesundheitlicher Dienstleistungen zu erwarten ist. Insbesondere im Falle einer Hilfe- und Pflegebedürftigkeit können ältere Migranten/innen derzeit noch auf starke innerfamiliale Unterstützungspotenziale vertrauen. Allerdings erwarten diese, auch noch in einem hohen Maße von Familienmitgliedern unterstützt zu werden. Experten gehen jedoch davon aus, dass sich die Lebensentwürfe der Migranten und Migrantinnen der zweiten und dritten Generation an deutsche anpassen werden, so dass die familialen Unterstützungspotenziale abnehmen und die Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen durch diese gesellschaftliche Teilpopulation in den nächsten Jahrzehnten aller Wahrscheinlichkeit nach steigen wird (BMFSFJ – Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation 2001, Gerling 2002). Auch täuschen die noch vorhandenen starken familialen Unterstützungspotenziale innerhalb der ethnischen Gruppen über Probleme der Überforderung von Hilfebeziehungen und -leistungen in den Familien der Migranten hinweg, die häufig in ablehnenden Haltungen gegenüber professioneller Hilfe begründet liegen. In vielen Fällen wird heutzutage professionelle Hilfe auch aufgrund mangelnder Informationen über das deutsche Gesundheitswesen verspätet in Anspruch genommen. Im Zuge des starken Anstiegs der Altersgruppen der über 60-Jährigen und über 80-Jährigen in den nächsten Jahrzehnten wird damit gerechnet, dass auch der Anteil von Migranten und Migrantinnen mit demenziellen Erkrankungen steigt. Gleichwohl können über Häufigkeit, Verlauf und Morbiditätsmuster noch keine Aussagen und Prognosen getroffen werden.

Desgleichen werden in absehbarer Zeit mehr ältere, aber angesichts des medizintechnischen Fortschritts auch zunehmend jüngere behinderte Menschen mit einem erhöhten gesundheitlichen Versorgungsbedarf erwartet. Obwohl die Versorgung von Menschen mit Behinderung eine bedeutsame gesellschaftliche Aufgabe darstellt, die künftig weiter an Relevanz gewinnt (Stichwort »Inklusion«), findet sie bislang wenig Beachtung in der Forschung und nach wie vor auch in der Praxis. Bereits heute leben fast 9 Millionen Menschen mit Behinderung in Deutschland, ca. 75 % haben das 55. Lebensjahr überschritten. Mit zunehmendem Alter steigt die Zahl derer, die ihre wichtigsten Unterstützer, Eltern oder Partner, verloren haben und auf Fremdhilfe und Pflege angewiesen sind.

Als notwendige Maßnahmen für behinderte Menschen werden Angebote zur individuellen Kompetenzförderung und -erhaltung und zur Sicherung einer selbstständigen Lebensführung von Experten formuliert, da ein Abbrechen der in früheren Jahren eingesetzten Maßnahmen der Förderung sehr viel schneller zu Verlusten der physischen, alltagspraktischen und kognitiven Kompetenzen führt als bei älteren nicht behinderten Menschen. Bei Menschen mit körperlichen Behinderungen werden bei nicht angemessener Pflege und Betreuung als besonderes Risiko degenerative Erkrankungen mit einer erhöhten Anfälligkeit für Erkrankungen und Hilfsbedürftigkeit formuliert (BMFSFJ – Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation 2001). Sicher ist, dass behinderte Menschen nicht als eine homogene Gruppe zu betrachten sind. Wie auch in der Gruppe nicht behinderter Menschen, sind große interindividuelle Unterschiede bei der gesundheitlichen Betreuung und Versorgung zu beachten.

Der demografische Wandel steht auch in einem engen Verhältnis mit der Entwicklung des Krankheitsspektrums. Er wird nach allgemeiner Auffassung sehr wahrscheinlich zu einer Zunahme chronischer Krankheiten führen. Chronische Erkrankungen und funktionelle Einschränkungen steigen in nahezu allen Altersgruppen stark an und führen zu einer überdurchschnittlich hohen Inanspruchnahme medizinischer und therapeutischer Leistungen. Weitere Ursachen für den Anstieg chronischer Erkrankungen sind, dass mehr chronische Kranke ein höheres Lebensalter erleben und der medizinische Fortschritt das Auftreten chronischer Krankheiten durch bessere Behandlungen und Therapien begünstigt. Des Weiteren steigt statistisch betrachtet das Risiko der Multimorbidität, d. h., dass Menschen im höheren Lebensalter an mehr als einer Krankheit leiden. Studien weisen beispielsweise daraufhin, dass man bei 70- bis 90-Jährigen von fünf bis neun nebeneinander existierenden Erkrankungen ausgehen kann, von denen ein großer Teil chronisch ist. Der Versorgungsbedarf hängt aber wesentlich von der Art der Erkrankung und des Alters der betroffenen Person ab.

Insgesamt bewirkt der demografische Wandel, dass sich chronische und multimorbide sowie geriatrische Erkrankungen in den Vordergrund des Geschehens schieben (Geriatrisierung des Gesundheitswesens). In den nächsten Jahren ist also nicht nur mit einer Zunahme manifester chronischer Erkrankungen, sondern auch der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu rechnen.

Eng verbunden mit der Frage, welche Bevölkerungsgruppen besonders durch Gesundheits- und Pflegerisiken gefährdet sind, ist der Begriff Vulnerabilität. Vor allem sozioökonomische Benachteiligung, Armut oder einschneidende Lebensereignisse mit anhaltender Beeinträchtigung erhöhen die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung und ungünstige Verlaufsformen gesundheitlicher Einschränkung. Vulnerabilität zeigt sich bei unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen über alle Altersstufen hinweg: bei Kindern und Jugendlichen, alleinlebenden Älteren, Migranten und durch soziale Ungleichheit gefährdete Menschen. Eine starke Häufung findet sich bei älteren Menschen. Oft befinden sie sich in einer fragilen Gesundheitssituation, die durch das Zusammentreffen mehrerer Faktoren gekennzeichnet ist. Dazu gehören (chronische) Krankheit, Multimorbidität, dauerhafte Funktionseinschränkungen, altersbedingte Einbußen sowie soziale und ökonomische Ressourcenarmut. Letztere kann wiederum einen Verlust der Selbstständigkeit, eine Reduktion der Alltagsaktivitäten und schließlich auch soziale Isolation verursachen oder begünstigen. Im Alter ist Vulnerabilität zudem unmittelbarer als sonst mit Pflege verbunden. Erhöhte Vulnerabilität, sowohl als Ursache als auch als Folge von gesundheitlicher Fragilität, Krankheit und Pflegeabhängigkeit, vermindert die Verfügbarkeit von Ressourcen für eine selbstständige Lebensweise. Aus dieser spezifischen Ausgangssituation ergeben sich nicht nur Fragen nach der Identifikation risikobehafteter vulnerabler Gruppen und wirksamer Interventionen, sondern auch die Frage nach neuen Gesundheitsberufen in unterschiedlichen Bereichen und auf unterschiedlichen Qualifikationsstufen.

Der soziale Wandel, der sich vor allem in einer Veränderung des traditionellen Familienbildes und -modells und der Zunahme »pluralisierter Lebensstile« zeigt, wird zu weiteren Veränderungen in den Versorgungsbedarfen und -bedarfskonstellationen führen. Gegenwärtig und in den nächsten Jahrzehnten profitieren die Generationen von dem Anstieg der Lebenserwartung, denn die Lebenszeit ist erheblich länger geworden. Angehörige unterschiedlicher Generationen haben viel mehr Möglichkeiten, gemeinsame Lebenszeit miteinander zu verbringen und intergenerationelle Beziehungen zu führen sowie gegenseitige finanzielle und immaterielle Hilfeleistungen durchzuführen. Allerdings sind die intergenerationellen Beziehungen nicht zwangsläufig verbunden mit häufigen Kontakten zwischen Eltern und Kindern angesichts oft fehlender räumlicher Wohnortnähe. Eine gegebene räumliche Wohnortnähe lässt zwar die Übernahme von Versorgungsleistungen

wahrscheinlicher werden, denn die meisten Tätigkeiten sind an direkte Kontakte gebunden wie z. B. Hilfeleistungen im Haushalt etc. Im Umkehrschluss bedeutet dies aber auch, dass mit zunehmender Entfernung die Wahrscheinlichkeit der Übernahme solcher Tätigkeiten sinkt. Angesichts der hohen Mobilität erwerbstätiger Menschen ist Letzteres häufig der Grund für die Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen.

Derzeit wird die Pflege von älteren Menschen zu fast drei Vierteln von weiblichen Angehörigen übernommen. Zukünftig stehen Frauen aufgrund veränderter Normal- und Erwerbsbiografien nicht mehr allein und in dem bisher gewohnten Maße für pflegerische und betreuerische Leistungen zur Verfügung. Diese Veränderungen im familialen und sozialen Gefüge führen dazu, dass die Gelegenheit zur intergenerationellen und innerfamilialen Begegnung und Hilfe abnehmen. Die traditionelle Familie allein wird und kann nicht mehr länger Garant für die Sicherung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs kranker oder pflege- und hilfsbedürftiger Angehöriger – gleich welchen Alters – sein.

Die Bereitschaft zur Übernahme gesundheitsbezogener Tätigkeiten und Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen muss allerdings differenziert betrachtet werden. Studien weisen darauf hin, dass nach kulturellen Orientierungen, sozialen Milieus und Netzwerklagen unterschieden werden muss. Unterschiede werden sich auch bei einer Differenzierung nach Stadt-/Landbevölkerung finden lassen (Rothgang et al. 2012).

Zum sozialen Wandel gehört schließlich auch, dass das Gesundheitswesen der Zukunft durch die neue Rolle des Patienten/Pflegebedürftigen i. S. eines »Nutzers« mit einem veränderten Gesundheitsverständnis maßgeblich bestimmt sein wird (Schaeffer 2004): Diese Aufklärung wird immer wieder mit den Begriffen »informed consent«, »shared decision making« und »Empowerment« in Verbindung gebracht und weist dem Bürger als Patienten oder Pflegebedürftigen zukünftig eine deutlich aktivere Rolle zu. Durch einen sich verändernden Gesundheitsbegriff wird Gesundheit zur Gestaltungsleistung auf der Basis der individuellen Dispositionen und der (vor allem gesundheitspolitisch) stärker eingeforderten Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit. Diese neue Rolle führt auch zu einer Erhöhung der Nachfrage nach vielfältigen Dienstleistungs- und Angebotsoptionen.

Da gleichzeitig der Bedarf an Gesundheitsinformationen und anderen assoziierten Dienstleistungen ansteigt, wird es auch deshalb zu einer Umdefinition klassischer und der Etablierung neuer Gesundheitsberufe kommen. Mit großer Sicherheit ist angesichts komplexer Dienstleistungsangebote davon auszugehen, dass die Leistungserbringung dabei unter dem Paradigma der Interdisziplinarität stehen wird.

Dabei ist besonders mit einer verstärkten Übernahme von ärztlichen und organisatorischen Aufgaben durch andere Gesundheitsberufe zu rechnen, deren Tätigkeiten z. B. im Rahmen von Konzepten der Integrationsversorgung erbracht werden.

1.2 Technologie

Der technologische Fortschritt hat inzwischen für alle Bereiche des Gesundheitswesens an Bedeutung gewonnen. Der Technikeinsatz wird das Gesundheitswesen der Zukunft extrem beeinflussen (vgl. hierzu den Beitrag von Mark Dominik Alscher und Manfred Hopfeld).

Konkret zeichnen sich mehrere relevante Handlungsfelder ab: die Auswirkungen der fortschreitenden digitalisierten Medizintechnik, der zunehmende Einsatz von technischen Hilfsmitteln sowie der Wandel zu primär digitalisierten Informations- und Kommunikationstechnologien (z. B. Telemedizin, Telecare, Telenursing, Telediagnostik). Auch der Einsatz von Technologien bei kognitiven Beeinträchtigungen zur Kompensation physischer und sensorischer Einschränkungen verzeichnet große Fortschritte und dient u.a. der umfassenden Überwachung und Weitergabe von Informationen ebenso wie einem nicht zu unterschätzenden Sicherheitsaspekt, etwa bei Notfällen (z. B. Hausnotruf). Darüber hinaus sind assistive Technologien und intelligente Haustechniken (Ambient Assisted Living, Smart Home) relevant, die Menschen mit alters- bzw. krankheitsbedingten Einschränkungen ein möglichst autonomes Leben im Alltag sichern sollen.

Erwartet wird, dass High-Tech-Systeme kombiniert mit innovativen Alltagskonzepten (Smart Home Technologien und Ambient Assisted Living, AAL) künftig einen wichtigen Beitrag zur Versorgung, zur Kompensation von körperlichen oder kognitiven Defiziten, zur sozial-kommunikativen Einbindung und zur Erhöhung von Mobilität, selbstbestimmter Teilhabe, Selbstständigkeit und Sicherheit leisten.

Neue technologische Entwicklungen (OP-Roboter, Navigationssysteme, Nanotechnologie, Bionik- und Hybridsysteme, artifizielle Organsysteme etc.) werden zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität führen. Zudem ist von der Entwicklung der minimal- und nichtinvasiven Medizintechnik in Verbindung mit neuen Präparaten zur Verkürzung von Heilungsprozessen eine Reduzierung der Verweildauern und der Ausdehnung nicht-stationärer Versorgungskonzepte zu erwarten. Als Folge werden stationäre Versorgungskapazitäten in großem Umfang eingespart werden.

Die Anwendungen der Telemedizin werden im Alltag vor allem im häuslichen Versorgungssektor Eingang finden. Telemedizinische Konsultationspraxen können Patienten und Patientinnen als interaktive und multimediale Call-Center beraten (Telekonsultation) und überwachen (Telemonitoring). Damit wird es gelingen, das

Spektrum der ambulanten Versorgung zu erweitern und die kostenintensive stationäre Betreuung weiter einzuschränken. Die traditionelle Arztpraxis wird langfristig durch Diagnose- und Therapiezentren ersetzt werden. Schon jetzt etablieren sich in ähnlicher Weise Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Expertensysteme übernehmen in der Weiterentwicklung von Hausarztmodellen eine Gatekeeper-Funktion.

Eine systematische und übergreifende Abschätzung und Bewertung eines zukünftigen Technikeinsatzes liegt im nationalen und internationalen Kontext nicht vor. Ein Szenario, das sich die Arbeitsanforderungen, Arbeitssituationen, Qualifikationsbedarfe und Kompetenz-notwendigkeiten von Gesundheitsberufen zum Thema gemacht hat, wird von daher die Abschätzung der ganz sicher vorhandenen starken Einflüsse der Technisierung des Gesundheitswesens auf die Gesundheitsberufe nur schwer vornehmen können. Die bisherigen Ansätze zu »Health Technology Assessment« (HTA) reichen nicht aus, um ein solches Szenario empirisch belastbar beschreiben zu können. Man muss sich jedoch der Tatsache bewusst sein, dass die stärkere Technisierung auch im Gesundheitssektor weitreichende Konsequenzen hat, eben auch für die Qualifikation und berufliche Tätigkeit derjenigen, die in diesem Felde arbeiten.

Die Diffusion von neuen Technologien in das Gesundheitswesen ist nicht allein abhängig von den potenziellen Möglichkeiten einer Technologieentwicklung allgemein, sondern auch von den institutionellen, organisatorischen und interessensgeleiteten Perspektiven des Technikeinsatzes. Als personale Dienstleistungsarbeit steht die berufliche Tätigkeit im Gesundheitssektor zwischen einem technischen und einem zwischenmenschlichen Imperativ. Während bei der industriellen Fertigung von Sachgütern die technische Rationalisierung mehr und mehr an Grenzen stößt, ist das Potenzial einer über Technikeinsatz organisierten Arbeitsteilung im Bereich des Dienstleistungssektors Gesundheitswesen noch längst nicht ausgeschöpft. Die Herausforderung liegt im Spannungsfeld zwischen der derzeitigen hohen Dynamik der technologischen Entwicklung und den in einem engen Zusammenhang stehenden Marktentwicklungen in diesem Sektor sowie den damit verbundenen ökonomischen Interessen einerseits. Andererseits dem »Faktor Mensch« und entsprechenden »Humanressourcen«, die beide nur bedingt einer umfassenden Technisierung zugänglich sind. Deshalb kann die im Gesundheitssektor vorhandene und neu implementierte Technik ohne eine sorgfältige Klärung, welche Qualitätsverbesserungen bei welchen Rahmenbedingungen tatsächlich gegeben und ob die Leistungen angemessen und effizient sind, leicht zu überflüssigen, kostspieligen, z. T. die Lebensqualität der Patienten/Pflegebedürftigen und der Angehörigen der Gesundheitsberufe einschränkenden, oder zumindest belastenden Prozeduren und Interventionen führen. Mehr denn je ist gerade von den Gesundheitsberufen eine menschliche Interaktion und Kommunikation gefordert,

die auf spirituelle, psychische und soziale und nicht nur rein technische Aspekte abstellt. Nicht nur im Krankenhaus und der stationären Langzeitpflege wird sich der Konflikt zwischen Technik und Humanität zuspitzen, sondern ebenfalls in der ambulanten Versorgung und selbst in der häuslichen Umgebung.

Vor allem der integrierte Einsatz informatorischer und telekommunikativer Techniken (Telematik) wird die Versorgungsprozesse in beiden Bereichen deutlich umstrukturieren und sowohl zu einer Verdichtung und Intensivierung der Arbeitsprozesse und der Arbeitsleistung führen als auch die Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen neu strukturieren. Diese neue Struktur kann zu einer stärkeren Hierarchisierung führen; gleichzeitig kann es zu einer Unschärfe bei den Professionsgrenzen kommen. Doch auch der Patient wird durch neue Techniken in eine neue Rolle hineingeführt werden. Durch visuelle Vermittlungssysteme, technische Selbstdiagnose und multimediale Informationssysteme kann seine Mündigkeit und Autonomie gestärkt werden. Andererseits kann es jedoch auch zu einer stärkeren Entmündigung und Abhängigkeit kommen. Daher ist die Reaktion gegenüber technologischen Entwicklungen bislang angesiedelt zwischen Befürwortung, eher verhaltenen Sichtweisen bis hin zur fast völligen Ablehnung. Studien zur Akzeptanz technologischer Innovationen sind daher weiterhin unverzichtbar, ebenso zu den erwünschten und unerwünschten Wirkungen technologischer Innovationen und damit ihren Grenzen, zur Technikfolgenabschätzung aus objektiver und subjektiver Sicht, den Präferenzen der Nutzer sowie zum Leben mit technologischer Abhängigkeit, vor allem unter ethischen Gesichtspunkten.

1.3 Versorgungsstrukturen

Die Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen werden häufig als verkrustet, versäult und unflexibel beschrieben. Ausgehend von stark veränderten Vergütungs- und Finanzierungsformen rücken allerdings in der gesundheitlichen Versorgung ökonomische, markt- und wettbewerbsorientierte Aspekte deutlicher als in der Vergangenheit in den Vordergrund. Dem zunehmenden Konkurrenz- und Kostendruck kann durchaus eine Impulsgebungsfunktion für Strukturveränderungen im Gesundheitswesen zugeschrieben werden. Eine größere Bedeutung kommt insbesondere neuen betriebswirtschaftlichen Konzepten und Steuerungsmodellen zu (vgl. hierzu den Beitrag von Manfred Haubrock). Grundsätzlich sollen neue Steuerungsinstrumente dazu beitragen, die Leistungsqualität zu steigern, damit verbunden eine inner- und zwischenorganisatorische Modernisierung herbeizuführen und darüber hinaus die Effizienz und Wirtschaftlichkeit zu erhöhen. Neue, für das Gesundheitssystem relevante innerorganisatorische Steuerungsmodelle setzen auf eine grundsätzliche Neugestaltung von Organisationen, berücksichtigen zudem aber auch graduell-segmentielle Veränderungen im Bereich der Aufbau- und Ablauforganisation.

Die Folge dieser Entwicklungen ist derzeit, dass in Gesundheitseinrichtungen Bemühungen zur Anpassung an diese veränderten Rahmenbedingungen im Vordergrund stehen. Um dem Effizienz- und Kostendruck und der zunehmenden Markt- und Wettbewerbsorientierung im Gesundheitssektor zu begegnen, wird derzeit eine Vielzahl von Maßnahmen entwickelt und umgesetzt, die zu Kosteneinsparungen und somit unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten zu einer effizienteren Gestaltung des Leistungsgeschehens führen sollen.

Im Krankenhaussektor gehören dazu beispielsweise folgende Maßnahmen: Effektivierung von Ressourceneinsatz und -steuerung, Spezialisierung bzw. Konzentration auf »gewinnbringende« Leistungssegmente, Risikoselektion der Patienten, Reduzierung von Verweildauer und Fehlbelegungen, Erweiterung des Dienstleistungs- und Aufgabenspektrums (z. B. im Krankenhaus: ambulantes Operieren, prä- und poststationäre, flankierende Angebote der Diagnostik, Therapie, Beratung, Erweiterung von ambulanten Versorgungsangeboten, Service-Netzwerken etc.), Flexibilisierung der Träger- und Organisationsstrukturen (z. B. Privatisierungsansätze in Form von GmbHs), Einführung bzw. Gestaltung von kundenorientierten Strukturen und Abläufen, Dezentralisierung der Ressourcenverantwortung, Abbau von hierarchischen, funktions- bzw. berufsgruppenorientierten Organisationsformen, Outsourcing von Aufgaben- bzw. Leistungssegmenten, Einführung von Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementkonzepten und Controllingverfahren etc.

Die Reduktion der stationären Kapazitäten (Bettenabbau), jüngst forciert durch zahlreiche Fusionierungen und Einrichtungsschließungen, wird eine Konzentration der Leistungserbringung mit einem höheren Anteil von privatwirtschaftlichen Trägerformen zur Folge haben. Im Rahmen dieses Konzentrationsprozesses ist zu erwarten, dass sich insbesondere in Ballungsgebieten integrierte Versorgungssysteme (vgl. hierzu den Beitrag von Harry Fuchs) herausbilden werden (z. B. Großkliniken mit kleineren Kliniken und primär ambulanten Health-Centers). Mit einem 24h-Service werden Patienten dort ambulant, kurzstationär und stationär im Rahmen eines multidisziplinären Versorgungskonzeptes betreut. Die Gesundheits-Center werden sich entweder als Satelliten der Krankenhäuser mit der Option auf zusätzliche Erlöse und eine institutionalisierte Patientenakquisition oder aus den traditionellen Ärztehäusern entwickeln.
Die Anzahl der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft wird zugunsten privater Träger deutlich zurückgehen. Überwiegende Rechtsform wird die GmbH oder AG sein. Insgesamt werden private Klinikketten und Zusammenschlüsse freigemeinnütziger Träger die Anbieterstruktur dominieren. Ausländische Anbieter werden sowohl als Klinikeigner in Deutschland als auch als Vertragspartner für die Behandlung von deutschen Patienten im Ausland eine Rolle spielen. Ebenso ist von einem Engagement deutscher Leistungsanbieter im Ausland bzw. für ausländische

Patienten in Deutschland auszugehen. Internationale Wettbewerber werden sich als Kapitalgeber und Leistungserbringer in Deutschland sowie im Rahmen internationaler Vertriebsstrategien (Versandapotheken, Versandhandel medizinischer Produkte) innerhalb des deutschen Gesundheitssystems etablieren.

Auch die Versorgungseinrichtungen für ältere Menschen und ihre zukünftige Struktur sind ein wesentlicher Gegenstand und eine relevante Größe für gesundheitspolitische Planung und Praxis. Angesichts der demografischen, epidemiologischen und versorgungsstrukturellen Entwicklung in den industrialisierten Ländern Europas sind die Anforderungen an die Versorgung älterer Menschen gewachsen. Die entstandene Dynamik bewegt sich zwischen einem veränderten und äußerst differenzierten Nachfrageverhalten älterer Menschen, einer sich entwickelnden Dienstleistungsgesellschaft, begleitet von dem verstärkten Wettbewerb der Einrichtungen insbesondere im ambulanten Sektor sowie einer zunehmenden Rationalisierung und Privatisierung gesundheitlicher und pflegerischer Einrichtungen zur Versorgung älterer Menschen. Insgesamt haben zahlreiche Maßnahmen das Potenzial, den in den letzten Jahren zu verzeichnenden Trend steigender Heimeinweisungen zu reduzieren oder zumindest in spätere Zeiträume bzw. in den ambulanten Sektor zu verlagern und solange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben.

Diese Entwicklungen zeigen in der stationären Heimversorgung schon jetzt, dass sich diese in jedem Falle auf eine Klientel mit komplexem und hoch unterschiedlichem Pflegebedarf einstellen müssen. In den Heimen ist zudem eine Zunahme von psychisch Kranken und schwerstpflegebedürftigen Heimbewohnern mit starken Einschränkungen im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens und einem daraus resultierenden hohen Bedarf an pflegerischen und medizinischen Leistungen zu verzeichnen. Ein großer Teil der Bewohner zeigt Einschränkungen bei den Verrichtungen der Körperpflege sowie in der Mobilität und ist durch kognitive sowie psychische Beeinträchtigungen gekennzeichnet, insbesondere durch Demenz. Für die Heime zeigt sich demgemäß ein ebenfalls sehr heterogener Bedarf an Personal, das sowohl die Grund- und Behandlungspflege (direkte und indirekte Pflege) als auch die psychosozialen Betreuungsleistungen sowie eine planvolle, ressourcenfördernde und an gerontopsychiatrischen Problemlagen orientierte Pflege durchführen kann.

Ähnlich wie bei den Krankenhäusern sind auch Einrichtungen der stationären Langzeitpflege gekennzeichnet durch erhebliche Reorganisations- und Umstrukturierungs- sowie Organisationsentwicklungs- und Personalentwicklungsprozesse innerhalb der Einrichtungen. Ziel dieser veränderten Management-Konzepte ist es, neben einer optimierten, qualitäts- und »kundenorientierten« Versorgung, die Effizienz und Effektivität der Einrichtungen unter Markt- und Wettbewerbsbedingungen

langfristig zu gestalten und zu sichern. In diesem Kontext deutet sich ein Spannungsfeld zwischen qualitätsorientierten und ökonomischen Effizienz- und Effektivitätskriterien im Gesundheitswesen an. Funktionalisierung, Standardisierung und kontrollorientierte Aspekte bestimmen dabei derzeit die Handlungsoptionen ebenso wie die vielfach erhofften hohen Renditen vor allem in der stationären Langzeitpflege, die i. a. R. aus Veränderungen im Personalbestand resultieren. Dies führt u. a. dazu, dass traditionelle Segmente in den Versorgungsstrukturen aufgegeben werden und neue Segmente hinzukommen, wie etwa die Versorgung beatmungspflichtiger Patienten im Pflegeheim oder zu Hause. An Bedeutung gewinnen zudem Leitthemen, die in den letzten Jahren deutlich zu einer Neuakzentuierung in der Zielsetzung der Versorgungslandschaft geführt haben: Vor allem ist dies der Grundsatz »Rehabilitation vor Pflege« und damit eine deutliche Fokussierung auf den geriatrisch-rehabilitativen bzw. aktivierend-therapeutischen Bereich in den Versorgungseinrichtungen für ältere Menschen.

Der Grundsatz »ambulant vor stationär« hat – wenn auch weit weniger als erwartet – dazu beigetragen, den ambulanten Bereich in den letzten Jahren in jeder Hinsicht deutlich zu stärken und hier wesentliche Schwerpunkte zu setzen. Die explosionsartige Zunahme der ambulanten Dienste zeigt dies ebenso wie die deutliche Präferierung eines Hausarztmodells sowie die Tendenz zur Dezentralisierung und Integrierung von Versorgungsangeboten in Wohnortnähe. Auch Gesundheitsförderung und Prävention haben inzwischen für die Zielgruppen an Bedeutung gewonnen. So ist aktuell der »Präventive Hausbesuch« als zukünftiges Angebot in der Diskussion, der u. a. zum Ziel hat, durch frühzeitige Aufdeckung von Risikofaktoren und entsprechender Beratung und Behandlung, die Selbstständigkeit in der eigenen Häuslichkeit möglichst lange zu erhalten.

Entwicklungspotenziale, wie sie sich z. B. aus dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (§7a SGB XI) ergeben, liegen für die ambulanten Dienste in der Stärkung der Pflegeberatung. Die Organisationsform des Case Management kann dazu dienen, die Beratungsangebote der Pflegedienste systematisch zu entwickeln und anzubieten. Mit § 45c des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes – PflEG wird den ambulanten Pflegediensten die Option eröffnet, neue Marktsegmente zu besetzen. Pflegedienste und -einrichtungen haben die Möglichkeit, Modellprogramme für die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und niederschwelligen Betreuungsangeboten für demenzkranke Pflegebedürftige finanziell fördern zu lassen. Die Aufgabengebiete der professionellen Dienste und zukünftiger Gesundheitsberufe können vor allem darin liegen, diese niederschwelligen Angebote zu organisieren und zu koordinieren und die fachliche Anleitung und Schulung der Betreuenden zu übernehmen.

Für einen Großteil der Patienten und Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen ist der niedergelassene Arzt oder sogenannte »Hausarzt« oft der erste Ansprechpartner. Idealerweise bieten Hausärzte angesichts einer über Jahre gewachsenen Arzt-Patienten-Beziehung, einhergehend mit dem für den allgemeinmedizinischen Ansatz charakteristischen Fokus auf ganzheitliche Versorgung im Sinne des biopsychosozialen Konzepts, den unschätzbaren Vorteil, die Patienten und ihr Umfeld über Jahre zu erleben und zu kennen. Deshalb ist auch in Zukunft die ärztliche Primärversorgung u. a. auch als Gatekeeper zentraler Baustein im Rahmen der gesamten Versorgungsstruktur.

In den letzten Jahren sind zahlreiche Initiativen entstanden, die eine Vernetzung von Praxen fördern und durch ihre Einbindung in integrierte Versorgungsmodelle zur Überwindung einer Fragmentarisierung des Gesundheitssystems beitragen wollen (vgl. hierzu den Beitrag von Harry Fuchs). Es ist zu erwarten, dass diese Netze in Zukunft wachsen – auch der ökonomische und der positive Druck hin zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit Schwerpunkt auf der kommunalen Ebene wird dies erzwingen, etwa in Form von Gesundheitszentren. Gleichzeitig werden Instrumente der interaktiven Kommunikation und des Datenaustausches entwickelt, um deren technische Basis zu konsolidieren. Allerdings steht die Evaluation von Modellversuchen z. T. noch aus, in die auch Krankenhäuser und andere Einrichtungen integriert sind. Da vielfach der Erfolg der Netzmodelle auch an der Abnahme der Krankenhaus- und Pflegeheimeinweisungen im Einzugsgebiet gemessen wird, ist zu befürchten, dass die Weiterentwicklung in der Überwindung sektoraler Grenzen zwischen stationären, ambulanten und pflegenden Dienstleistungen erst durch gemeinsame Überwindung zahlreicher Schwachstellen und Interessen der unterschiedlichen Akteure zum nachhaltigen Erfolg führen kann. Dies gilt z. B. für die Abgrenzung der allgemeinmedizinischen von den fachärztlichen Diensten. Die Schwachstellen werden vermutlich erst überwunden, wenn die Gruppen »gezwungen« werden, gemeinsame Aufgaben zu bearbeiten. Erst die Entwicklung von sektorübergreifenden Behandlungsleitfäden, abgestimmten Verminderungen der Drehtürmedizin und Steuerungen von Inanspruchnahmen ebenso wie Koordinationsstellen, Instrumente der Kommunikation und spezifische Anreizsysteme zu deren Nutzung wird die niedergelassenen Ärzte dazu bewegen, vermehrt vernetzte bzw. integrierte Angebote zu machen. Die Beispiele England und Finnland verdeutlichen dies (vgl. dazu Robert Bosch Stiftung 2011a).

Das Gesundheitssystem der Zukunft ist noch mehr als bisher durch eine maximale Integration einer Vielfalt gesundheitsbezogener und gesundheitsassoziierter Dienstleistungen gekennzeichnet. Dies vor allem im Bereich der ambulanten bzw. häuslichen Versorgung. Die Notwendigkeit innovativer Dienstleistungen eines zukünftigen Versorgungsspektrums erfordert ebenso wie der gesundheitspolitische

Wandel zukünftig Maßnahmen der Vernetzung und Kooperation sowie der integrierten Versorgung. Mit der Gesundheitsreform 2000 wurde mit den §§ 140a – 140d SGB V die »Integrierte Versorgung« aufgenommen. Der Gesetzgeber verfolgt damit das Ziel, die fragmentierte medizinische und pflegerische Versorgung von Patienten und Patientinnen aufzuheben und eine stärkere Verzahnung von ambulanten und stationären Diensten zu erreichen. Bislang wurde diese Möglichkeit der Gestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung bis auf einige Modellprojekte nur wenig in Anspruch genommen und es gibt noch einen großen Nachholbedarf: So wären bspw. Verträge und Vernetzungen von pflegerischen Diensten und Einrichtungen mit Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Ärztinnen und sonstigen an der Versorgung der Versicherten teilnehmenden Leistungserbringern möglich. Ein sehr weitgehendes Modell einer Strukturreform wird durch eine Neuordnung des Leistungsrechts nach der Differenzierung in CURE- und CARE-Leistungen verfolgt, um die segmentierten Leistungen und Abgrenzungen in der Pflege zu überwinden. Erstere betreffen die medizinisch-pflegerischen Aufgaben und die fachlich steuernden Aspekte, letztere sind auf die Ressourcen und den Bedarf an Hilfen zur Alltagsbewältigung ausgerichtet (vgl. Hoberg et al. 2013).

Die größte systemverändernde, gesundheitspolitische Maßnahme stellt die Einführung der DRGs[2] dar. Die nationalen und internationalen Erfahrungen mit DRGs zeigen, dass zwar die Krankenhausverweildauern und -kosten verkürzt werden können, jedoch wesentliche Effekte auf die stationär-klinischen und nachgelagerten Bereiche erfolgen. Insbesondere bei älteren und alten Menschen zeigen sich Versorgungsbrüche, Fehlplatzierungen, Fehlinanspruchnahmen, Doppel- und Mehrfach- oder aufeinander nicht abgestimmte Untersuchungen und Behandlungen.

2 Stationäre und teilweise auch teilstationäre Krankenhausleistungen werden seit 2004 nach dem durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystem G-DRG (German Diagnosis Related Groups) abgerechnet. Gesetzliche Grundlage ist § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz. ICD-10-GM und OPS sind Grundlagen des G-DRG-Systems. Herausgeber des Systems ist das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH,DRG-Institut) im Auftrag der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen.
Die Zuordnung eines individuellen Behandlungsfalles zu einer G-DRG-Fallpauschale erfolgt auf Basis der während des Krankenhausaufenthalts routinemäßig dokumentierten Patienten- und Falldaten. Diagnosen und Prozeduren müssen dazu nach den medizinischen Klassifikationen ICD-10 GM bzw. OPS kodiert werden. Herausgeber von ICD-10-GM und OPS ist das Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Das DIMDI berät daher die für das G-DRG-System verantwortliche Selbstverwaltung bei allen Klassifikationsfragen, die sich bei der Gestaltung und Pflege des G-DRG-Systems ergeben. Änderungen im Krankheitsspektrum und medizinisch-technischer Fortschritt werden durch jährliche Anpassungen der Klassifikationen berücksichtigt, dazu führt das DIMDI ein Vorschlagsverfahren durch.

Die im Rahmen der Reform des Risikostrukturausgleiches in das SGB V eingeführten strukturierten Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) verfolgen das Ziel einer systematischen, sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit für definierte chronische Erkrankungen über alle Krankheitsstadien hinweg. Die Versorgungsprozesse sollen unter medizinischen und ökonomischen Prozessen optimiert und durch evidenz-basierte Leitlinien standardisiert werden. Der systemverändernde und zukünftige Bedarfskonstellationen verändernde Aspekt liegt in der berufs- und institutionenübergreifenden Zusammenarbeit, der Anwendung evidenz-basierter Leitlinien und der vorgesehenen aktiven Einbeziehung der Patienten. Der Kontakt und das Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten werden sich verändern, da Diagnose- und Therapieschritte im Wesentlichen festgelegt sind. Erfahrungen aus dem angelsächsischen Raum zeigen, dass auch andere Gesundheitsberufe in diesen Programmen für Patienten mit niedrigen, aber auch hohen Risiken innovative Dienste anbieten können. Auf bestimmte Erkrankungen spezialisierte Pflegende und Therapeuten unterschiedlicher Ausrichtung können Hausbesuche durchführen und sowohl die Leistungsempfänger als auch die Angehörigen beraten, anleiten und schulen (Hasseler 2004).

Vor allem werden die Nachfrage und der Bedarf an differenzierten sowie flexiblen professionellen Dienstleistungen steigen. Zukünftig werden innovative Versorgungsangebote im Bereich der sozialen Netzwerke und pflegerischen Unterstützungs- und Hilfeleistungen notwendig sein. Demgemäß zeigt sich in der versorgerischen Infrastruktur ein hoher Bedarf an differenzierten, flexiblen professionellen und Service- bzw. assistierenden Dienstleistungen, die bspw. folgende Angebote beinhalten können: Nacht- und Wochenendpflege, die pflegende Angehörige entlasten und zu einem normalen Tag- und Nachtrhythmus verhelfen, frühzeitige Beratung und Information über entlastende Maßnahmen als Bringdienst, Kurzzeitpflege, teilstationäre und stationäre Dienste, Case Management oder auch spezielle Gesundheitsförderungsprogramme, die z. B. die Nutzer informieren, unterstützen, anleiten und beraten.

Ein wesentlicher Teilbereich ist das sogenannte »Palliative Care«. Menschen in der letzten Lebensphase angemessen zu versorgen, ist eine elementare, aber vernachlässigte Aufgabe des Gesundheitssystems in Deutschland. Dies gilt sowohl für die allgemeine als auch die spezialisierte Palliativversorgung. Erstere wird durch die Arbeit der primären Versorgungsstrukturen (v. a. Hausärzte, ambulante Pflegedienste, allgemeine Krankenhausabteilungen) getragen, bei letzteren handelt es sich um Einrichtungen und Dienste, deren Haupttätigkeit in der Palliativmedizin und -pflege liegen (z. B. Hospize, Palliativstationen, Konsiliardienste und die sogenannte spezialisierte ambulante Palliativversorgung – SAPV). In Zukunft ist mit einem deutlichen Zuwachs an Palliativdiensten u. a. auch in Form von Palliative Care Teams zu rechnen (Robert Bosch Stiftung 2011b).

Besonders prägnant für eine zunehmende Dynamik im Kontext einer sich konstituierenden Dienstleistungsgesellschaft und unter den Zeichen des zunehmenden Wettbewerbs, der Rationalisierung und der Privatisierung ist die Suche der Einrichtungen nach einer erweiterten Angebotspalette (z. B. professionell betriebene, für den Stadtteil geöffnete Restaurants und Schwimmbäder in Heimen, Hilfsmittelverleih und -verkauf in ambulanten Einrichtungen, Personalservice für hauswirtschaftliche und Wäschedienste) verbunden mit der Erschließung neuer Märkte und eines neuen Klientels. Dies führt dazu, dass die bisher relativ nebeneinander stehenden und in sich verkrusteten Einrichtungen die Versorgungssegmente nicht nur untereinander stärker vernetzen, sondern mit einer sehr expansiven bis aggressiven Marketingstrategie auch über den bisherigen Rahmen deutlich hinausgehen und neue Allianzen mit Anbietern innovativer Dienstleistungen auf dem freien Markt suchen.

Insbesondere für Alleinlebende werden alternative Wohnformen wie bspw. Senioren-Wohngemeinschaften, ambulante WG‘s, unterschiedliche Formen des betreuten Wohnens o. ä. entwickelt und durch den Gesetzgeber unterstützt (PNG 2013). Ziel ist es, dass einem großen Teil der Pflegebedürftigen das Pflegeheim so lange wie möglich erspart bleibt. Allerdings werden solche alternativen Wohnformen in ihrer Wirkung und quantitativen Bedeutung überschätzt. Deutlich wird aber die Zielsetzung der ambulanten pflegerischen Infrastruktur sowie der Vernetzung von formellen und informellen Angeboten, den Pflegebedürftigen ein möglichst langes Verweilen in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen.

Die Tatsache, dass in der Bevölkerung eine hohe Bereitschaft besteht, ehrenamtliche Pflegetätigkeiten zu übernehmen, sollte bei der Entwicklung einer zukünftigen versorgerischen Infrastruktur angemessene Berücksichtigung finden. Ansonsten müssten Qualitätsverschlechterungen, Versorgungsdefizite und Überforderungen der Hilfeleistenden hingenommen werden. Allerdings können die Unterstützungs- und Pflegeleistungen durch Familienangehörige, informelle Netzwerke und Ehrenamtliche die professionellen Dienstleistungen nicht vollständig ersetzen. Es muss seitens der professionellen Berufsgruppen und der Entscheidungsträger eine gute Balance gefunden werden, in welchen Bereichen professionelle Leistungen oder Leistungen durch Familienangehörige, informelle Netzwerke oder Ehrenamtliche indiziert sind. Um den zukünftigen Bedarfen gerecht zu werden, sollten kooperative und vernetzende Formen und Leistungsangebote zwischen dem professionellen und nicht-professionellen Sektor entwickelt werden. Freiwilliges oder ehrenamtliches Engagement als Angebot in der pflegerischen Infrastruktur versteht sich in diesem Sinne als qualitative Bereicherung und als ergänzende Hilfe. Gezielter und begründeter Einsatz von Ehrenamtlichen und freiwillig Engagierten kann unter Beachtung erwähnter Rahmenbedingungen zu einem Qualitätsmerkmal pflegerischer Angebote und Infrastruktur werden. Auf diese Weise kann die traditionelle

Experten-Laien-Dichotomie in der Pflege konzeptionell zugunsten eines qualitativ anspruchsvollen Modells überwunden werden.

Die skizzierten Entwicklungen offenbaren einen Bedarf an Bildung von informellen und formellen Netzwerken sowie Leistungsangeboten, die auch als »Solidaritätsmix« bzw. »Mix an Pflegearrangements« bezeichnet werden (Klie 2002). Die Aufgabe der Gesundheits- und Pflegepolitik sowie der Verantwortungsträger in den Institutionen und Diensten besteht darin, zukünftig eine entlastende Infrastruktur zu schaffen und zu einer Neubestimmung des Aufgaben- und Tätigkeitsprofils der Gesundheitsberufe zu kommen (Klie 2002). Hinzu kommt die längst überfällige Notwendigkeit einer umfassenden Strukturreform, die Pflege und Teilhabe i. S. von CURE und CARE sozialpolitisch neu ordnet, um den Herausforderungen durch den demografischen und sozialen Wandel gerecht zu werden (vgl. Hoberg et al. 2013). Diese Angebote haben das Potenzial, Gewohnheiten zu ändern und neue Versorgungsformen zu unterstützen. Die gezielte Steuerung z. B. auf der kommunalen Plattform im Kontext quartiersbezogener Versorgungsansätze ist zukünftig aus gesundheits- und pflegepolitischer Perspektive auch deshalb geboten, um so genannte »No-Care-Zonen« zu vermeiden.

1.4 Wirtschaft und Märkte

Die wirtschaftliche Liberalisierung und vielfältige Privatisierung und in jüngster Zeit durch nationale und internationale Gesundheitskonzerne sowie eine internationale Entwicklung der Arbeitsmärkte stark vorangeschrittene Globalisierung des Gesundheitswesens führen zu einer Fülle von wirtschaftlichen und sozialen Folgewirkungen, welche dazu beitragen, dass in Zukunft eher noch heftiger über Kosten- und Finanzierbarkeitsfragen und zusätzlich über soziale und personelle Defizite im Gesundheitswesen diskutiert werden wird als es heute schon der Fall ist.

Im Einzelnen haben die Auswirkungen von wirtschaftlichen Entwicklungen auf das Gesundheitswesen in den letzten Jahren zu einer Schließung kleinerer, nicht wettbewerbsfähiger Einrichtungen und zur Konzentration auf kapitalstarke größere Einrichtungen, »Ketten« oder auf »Mischunternehmen«, geführt, die nicht nur Gesundheitsangebote in ihrem Portfolio führen.

Wirtschaftliche Entwicklungen und zudem der demografische Wandel werden darüber hinaus auch Auswirkungen auf das Arbeitskräfteangebot in den Gesundheitsberufen und insbesondere den Pflegeberufen aber auch den medizinischen Berufen haben. Wenn die geburtenstarken Jahrgänge um 2015 bis 2020 aus dem Erwerbsleben aussteigen, entsteht ein Mangel an Arbeitskräften, der nicht mehr vollständig mit deutschen Fachkräften ersetzt werden kann. Längst sind Einrichtungen und Agenturen in Ländern wie China, Vietnam sowie Süd- und Osteuropa

mit der Akquisition ausländischer Kräfte beschäftigt. Das Problem in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wird sich zudem vermutlich in der Gewinnung von Auszubildenden und in der Praxis tätigen Pflegenden auswirken. Diese Entwicklung korrespondiert negativ mit den berechneten erhöhten Beschäftigungspotenzialen in der Pflege. Jüngste Studien kommen zu Bedarfen zwischen 100.000 und 500.000 Pflegefachkräften bis zum Jahre 2030 (z. B. Rothgang et al. 2012). Aufgrund des sinkenden Arbeitskräfteangebotes wird es zukünftig immer schwieriger werden, die höheren Bedarfe an qualifiziertem Personal zu decken. Die Gefahr, dass aufgrund des demografischen Wandels nicht genügend Auszubildende für die Gesundheitsberufe gewonnen werden können, zeigt sich auch in anderen Ländern. Der Gesetzgeber und andere Entscheidungsträger im Gesundheitswesen müssen daher auch unter den Vorzeichen von gesellschaftlicher Verantwortung und Ethik frühzeitig über Maßnahmen der Attraktivitätssteigerung der Gesundheitsberufe sowie insbesondere über Maßnahmen zur Gewinnung von Arbeitskräften in der Pflege nachdenken, um dem steigenden Bedarf an professionell Pflegenden in den nächsten Jahrzehnten auch nur annähernd decken zu können. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Qualifikation in den Gesundheitsberufen sowohl zur quantitativen als auch qualitativen Deckung des Bedarfs von hoher Relevanz ist. Die Anforderungen steigen aufgrund der Komplexität und zunehmenden Verantwortung und Entwicklung neuer Aufgaben- und Tätigkeitsfelder in einem hohen Maße an (Görres/Böckler 2004).

Trotz der seit Jahren im Vergleich mit anderen Industriestaaten festzustellenden geringeren Personalausstattung des deutschen Gesundheitswesens wird sich daran zunächst jedoch wenig ändern. Es ist in Teilbereichen (insbesondere im Krankenhaus) sogar eher eine Verringerung des Personaleinsatzes durch die Substitution bestimmter Beschäftigtengruppen, durch verstärkten Technikeinsatz und die Rationalisierungsmöglichkeiten spezialisierter und standardisierter Versorgungseinrichtungen (Stichwort: »Ärzte-Ketten«) zu erwarten bzw. schon eingetreten.

Im Einzelnen haben die Auswirkungen von wirtschaftlichen Entwicklungen auf das Gesundheitswesen in den letzten Jahren zu einer Schließung vorhandener kleinerer, nicht wettbewerbsfähiger Einrichtungen und zur Konzentration auf kapitalstarke größere Einrichtungen, »Ketten« oder auf »Mischunternehmen«, geführt, die nicht nur Gesundheitsangebote in ihrem Portfolio führen.

Wirtschaftliche Entwicklungen und zudem der demografische Wandel werden darüber hinaus auch Auswirkungen auf das Arbeitskräfteangebot in den Gesundheitsberufen und insbesondere den Pflegeberufen aber auch den medizinischen Berufen haben. Wenn die geburtenstarken Jahrgänge um 2015 bis 2020 aus dem Erwerbsleben

aussteigen, entsteht ein Mangel an Arbeitskräften, der nicht mehr vollständig mit deutschen Fachkräften ersetzt werden kann. Längst sind Einrichtungen und Agenturen in Ländern wie China, Vietnam sowie Süd- und Osteuropa mit der Akquisition ausländischer Kräfte beschäftigt. Das Problem in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wird sich zudem vermutlich in der Gewinnung von Auszubildenden und in der Praxis tätigen Pflegenden auswirken. Diese Entwicklung korrespondiert negativ mit den berechneten erhöhten Beschäftigungspotenzialen in der Pflege. Jüngste Studien kommen zu Bedarfen zwischen 100.000 und 500.000 Pflegefachkräften bis zum Jahre 2030 (z. B. Rothgang et al. 2012). Aufgrund des sinkenden Arbeitskräfteangebotes wird es zukünftig immer schwieriger werden, die höheren Bedarfe an qualifiziertem Personal zu decken.

Die Gefahr, dass aufgrund des demografischen Wandels nicht genügend Auszubildende für die Gesundheitsberufe gewonnen werden können, zeigt sich auch in anderen Ländern. Der Gesetzgeber und andere Entscheidungsträger im Gesundheitswesen müssen daher auch unter den Vorzeichen von gesellschaftlicher Verantwortung und Ethik frühzeitig über Maßnahmen der Attraktivitätssteigerung der Gesundheitsberufe sowie insbesondere über Maßnahmen zur Gewinnung von Arbeitskräften in der Pflege nachdenken, um dem steigenden Bedarf an professionell Pflegenden in den nächsten Jahrzehnten auch nur annähernd decken zu können. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Qualifikation in den Gesundheitsberufen sowohl zur quantitativen als auch qualitativen Deckung des Bedarfs von hoher Relevanz ist. Die Anforderungen steigen aufgrund der Komplexität und zunehmenden Verantwortung und Entwicklung neuer Aufgaben- und Tätigkeitsfelder in einem hohen Maße an (Görres/Böckler 2004).

Trotz der seit Jahren im Vergleich mit anderen Industriestaaten festzustellenden geringeren Personalausstattung des deutschen Gesundheitswesens wird sich daran zunächst jedoch wenig ändern. Es ist in Teilbereichen (insbesondere im Krankenhaus) sogar eher eine Verringerung des Personaleinsatzes durch die Substitution bestimmter Beschäftigtengruppen, durch verstärkten Technikeinsatz und die Rationalisierungsmöglichkeiten spezialisierter und standardisierter Versorgungseinrichtungen (Stichwort: »Ärzte-Ketten«) zu erwarten bzw. schon eingetreten.

Zudem wird die wirtschaftliche Zukunft der Leistungsanbieter durch eine wachsende privatwirtschaftliche Rationalität bestimmt. Insbesondere im stationären Bereich erfolgt eine von außerhalb der bisherigen Anbieter kommende Kapitalisierung durch »share holder«-orientierte nationale, aber vor allem auch internationale (Groß-)Unternehmen der privaten Gesundheitswirtschaft. Damit werden mit Sicherheit wichtige Erkrankungen wirksamer und wirtschaftlicher versorgt, allerdings werden im Zuge dessen nicht nur zahlreiche Krankenhäuser, sondern

auch ambulante Pflegedienste, therapeutische Praxen sowie Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in die Insolvenz gehen oder sich nur noch durch Fusionierungen retten. Insbesondere die zuletzt genannte Tendenz zur »McDonaldisierung« der gesundheitlichen Versorgung bringt eine Reihe weiterer Nachteile mit sich. Dazu gehört z. B. das Risiko, dass komplexere, unkalkulierbarere und schlecht zu standardisierende gesundheitliche Problemlagen wie eine Reihe von chronischen Erkrankungen oder zahlreiche Fälle von ätiologisch wie therapeutisch mehrdimensionaler Multimorbidität insbesondere älterer Menschen aus der Versorgung ausgeklammert oder vernachlässigt werden. Eine nichtfragmentierte, ganzheitliche Versorgung ist dadurch eher noch utopischer als gegenwärtig. Möglich ist aber auch, dass die darauf bezogenen Angebote deutlich verteuert werden und sich viele Personen ihre Inanspruchnahme nicht mehr leisten können oder ihnen ihre Versicherung diese nicht mehr bezahlt. Es entsteht also ein vielfältiges Nebeneinander von Gut- und Besserversorgung sowie Unter- und Schlechter- bzw. Fehlversorgung.

Sowohl ein vollständig privatisiertes Gesundheitswesen als auch ein System mit »mehr Eigenverantwortung« führen in der Praxis zu dauerhaften oder umfänglichen temporären Übergangsproblemen beim bedarfsgerechten Zugang zu den Leistungen und zu Unterschieden in ihrer Qualität. Die Rede ist inzwischen von einer Zwei-Klassen-Medizin und -Pflege.

Schließlich werden durch den unter den neuen Rahmenbedingungen zunehmenden globalisierten Wettbewerb völlig neue systemische, d. h. auf das gesamte Umfeld einer bestimmten Gesundheitsleistung gerichtete Vermarktungsformen oder Marketingstrategien zunehmen. Obwohl mit Sicherheit in den nächsten Jahren eine weitere Privatisierung im Gesundheitswesen zu erwarten ist, sich also ein laufender Trend fortsetzt und neue Strukturen und Entwicklungsdynamiken entstehen, sind weitere Veränderungen wahrscheinlich, aber nicht konkretisier- und damit kalkulierbar.

1.5 Politik und Finanzierung

In der Abwägung von grundlegenden sozialstaatlichen Interessen im ethischen Umgang mit Gesundheit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit einerseits und den Grenzen solidarischer Finanzierungsmöglichkeiten andererseits bilden sich sowohl in der Krankenversicherung als auch in der Pflegeversicherung Mischsysteme heraus: Neben einer Form der Grundabsicherung existieren individuell wählbare Formen von Zusatzversicherungen bzw. kollektiven Ansparmöglichkeiten und direkten privaten Zahlungen. Insbesondere in der Pflegeversicherung wird jüngst angesichts deren »Teilkaskocharakter« alternativ diskutiert, inwieweit eine Selbstbeteiligung der Patienten/Pflegebedürftigen direkt oder über private

Versicherungsmodelle (der so genannte »Pflege-Bahr«) oder etwa das Modell einer solidarischen Bürgerversicherung greifen sollen. Die politische Agenda wird damit nicht nur in der Vergangenheit und gegenwärtig, sondern auch mittel- bis langfristig beherrscht werden von den immer wiederkehrenden Fragen, welche Risiken, Krankheits- und Pflegebedürftigkeitszustände im Rahmen einer ausreichenden Kranken- oder Pflegeversicherung abgedeckt sein sollen oder können.

Gremien aus Leistungserbringern, Kostenträgern und Patientenvertretern könnten dabei zunehmend in die Rolle geraten, im Rahmen von Kosten-Nutzen- bzw. Kosten-Effektivitäts-Betrachtungen sowie Technologie- und Risikobewertungen über den Umfang des Leistungskatalogs solidarischer Versicherungsmodelle entscheiden zu müssen. Dabei wird durchaus die Gefahr gesehen, dass zunehmend elektive Leistungen aus der Grundsicherung herausfallen und über Zusatzabsicherungsmodelle bzw. die direkte Selbstbeteiligung finanziert werden müssen. Der Sozialstaat wird sich deshalb zunehmend mit der Frage konfrontiert sehen, wie die Marktregelung in ethisch und ordnungspolitisch verantwortbarem Maße ausgeübt werden kann, d. h. in welchem Maß und mit welchen Instrumenten er beaufsichtigend und regulierend eingreifen und wo er sich dieser Eingriffe enthalten soll. In diesem Zusammenhang werden politisch-institutionelle Konzepte zur sozialen Stabilisierung und zur Bilanzierung sozialer Ungleichheit verstärkt auf gesundheitliche Kriterien (Messbarkeit, Kosten-Nutzen der Versorgung, Zusatzleistungen etc.) aufbauen. Bei all diesen Fragen kommt auch der Deutsche Ethikrat stärker in eine positionierende Rolle.

Darüber hinaus wird sich ein »grauer« Therapiemarkt entwickeln, der angesichts globalisierter Märkte zum einen Produkte preiswerter anbietet und zum anderen den Zugang zu Behandlungen oder pflegerischen Versorgungsmöglichkeiten im Ausland ermöglichen wird. Neben der Selbstbeteiligung als unmittelbare Zuzahlung durch Patientinnen und Patienten und den klassischen Zusatzversicherungen werden neue Modelle der zusätzlichen Absicherung angeboten werden, so wie jüngst in der Absicherung des Pflegerisikos (vgl. dazu PNG 2013).

Auch die einzelnen Organisationen selbst werden angesichts ihres Anspruchs auf Vollauslastung bei gleichzeitig immer häufiger unterstellten und faktisch auch vorhandenen Überangeboten neu konzipiert werden müssen. Die Beschaffung der notwendigen Investitionsmittel wird über institutionelle inländische und ausländische Kapitalgeber sowie durch private Anleger über Aktien, (Hedge-)Fonds und Verlustabschreibungsmodelle erfolgen. Eine besondere Rolle werden dabei Klinikketten, Beteiligungsgesellschaften und die gesundheitssystemassoziierte Industrie sowie Krankenversicherungsgesellschaften und kapitalgedeckte Sicherungssysteme spielen. Weiteres Kapital wird aus der Umwandlung in Aktiengesellschaften,

über Fondsanteile und Kapitalbeteiligungen beschafft werden. Die Mittelbeschaffung über Stiftungen, Sponsorship und institutionalisiertes Fundraising wird zum Alltag vieler Einrichtungen gehören.

Wesentliche Veränderungen vor allem für den Gesundheitssektor gehen seit kurzem auch von einer Reihe gesetzlicher Regelungen aus, die u. a. darauf abzielen, marktwirtschaftliche Prämissen und Steuerungselemente im Gesundheitssystem dauerhaft zu implementieren. Jüngste Beispiele dafür sind die sogenannten Strukturverträge und das AMNOG. Im ersteren Fall können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in den Verträgen nach § 83 Versorgungs- und Vergütungsstrukturen vereinbaren, die dem vom Versicherten gewählten Hausarzt oder einem von ihm gewählten Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte (vernetzte Praxen) Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten oder veranlassten Leistungen insgesamt oder für inhaltlich definierte Teilbereiche dieser Leistungen übertragen und dafür ein Budget vereinbaren. Im zweiten Falle handelt es sich um das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG), das die Pharmaunternehmen dazu verpflichtet, den Zusatznutzen für neue Arzneimittel nachzuweisen und innerhalb eines Jahres den Preis des Arzneimittels mit der gesetzlichen Krankenversicherung zu vereinbaren.

Die gesetzlichen Rahmenvorgaben nehmen durch Anreize und Vorgaben zur Steigerung von Effektivität und Qualität, aber vor allem zur Verbesserung der (kostenleistungsbezogenen) Effizienz, starken Einfluss auf die zukünftigen Entwicklungsprozesse im Gesundheitssektor. Die Europäisierung und die Globalisierung haben zumindest bezogen auf Warenfreiheit bei Pharma- und prothetischen Produkten ebenso wie bei grenzüberschreitenden Behandlungsangeboten und schließlich der Arbeitnehmerfreizügigkeit in Europa zu deutlichen Veränderungen im Gesundheitswesen geführt. Beides wird den Einfluss der großen Unternehmen und Verbände noch enorm steigern. Die Frage ist, ob die Steuerungsfunktion seitens der Politik vollständig oder in wichtigen Teilen verloren geht.

1.6 Qualifikation und Professionalisierung

Der demografische und soziale Wandel, Technikentwicklung und Strukturdynamiken stellen nicht nur das Gesundheitswesen allgemein vor große Herausforderungen. Besonders die Gesundheitsberufe sehen sich gewaltig gestiegenen Veränderungen gegenüber. Qualifikation und Professionalisierung können in diesem Kontext als Katalysator für eine Beschleunigung der Dynamik und Neuorientierung betrachtet werden und umgekehrt (vgl. hierzu die Beiträge von Dielmann und Bals).

Seit Jahren befinden sich die Gesundheitsberufe in einem intensiven Reformprozess, ausgelöst durch gesellschaftliche und gesundheitspolitische Entwicklungstrends sowie epidemiologische, versorgungsstrukturelle und ökonomische Veränderungen. Damit gehen Entwicklungsdynamiken in der gesundheitlichen Versorgung einher, die in den Gesundheitsberufen zu neuen Aufgabenzuschnitten bzw. erweiterten Handlungs- und Verantwortungsspektren führen. Die These ist, dass sich zukünftig eine Vielzahl innovativer Potenziale und neuer Handlungsfelder und damit auch neuer Dienstleistungen für Gesundheitsberufe entwickeln werden, um den unterschiedlichen Bedarfen von gesundheitlich relevanten Teilpopulationen und institutionellen Umbrüchen gerecht zu werden. Besonders prägnant für eine zunehmende Dynamik im Kontext einer sich konstituierenden Dienstleistungsgesellschaft und unter den Zeichen des zunehmenden Wettbewerbs ist die Erweiterung der Angebotspalette bezogen auf die adäquate Versorgung spezifischer Bedarfe von Teilpopulationen, insbesondere älterer Menschen.

Die in Deutschland und anderen europäischen Staaten bisher deutlich unterschätzte Dynamik mit ihren weitreichenden Umstrukturierungen hat dazu geführt, dass es innerhalb, außerhalb und zwischen den Versorgungsanbietern zu zahlreichen strukturellen Verschiebungen und Neugewichtungen gekommen ist, dass traditionelle Segmente in den Versorgungsstrukturen aufgegeben wurden und neue Segmente dazu kamen. Die letzten Jahre sind u.a. bestimmt von der Schnittstellenfrage zwischen den unterschiedlichen Einrichtungen im stationären, ambulanten, intermediären (z. B. Beratung, Selbsthilfe) und familialen Bereich. Gefragt sind neue Formen der Kooperation und Koordination der Einrichtungen untereinander unter konsequenter Einbeziehung von bürgerschaftlichen bzw. zivilgesellschaftlichen Ressourcen.

Keine Neuorientierung in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung ist denkbar ohne eine parallel laufende Neuausrichtung von Ausbildungs- und Qualifikationszuschnitten, etwa im Management, in der Informations- und Kommunikationstechnologie sowie im Hinblick auf multidisziplinäre bzw. interdisziplinäre Ausbildungsprofile. Dies betrifft vor allem die generalistische Ausbildung bisher unterschiedlicher Berufsbilder wie Kranken, Alten und Kinderkrankenpflege ebenso wie den Zuschnitt neuer Aufgabenbereiche etwa im Bereich der Rehabilitation, Prävention, Gesundheitsförderung, des Qualitäts und Schnittstellenmanagements und schließlich die teilweise Akademisierung und Internationalisierung der entsprechenden Ausbildungsgänge aller Gesundheitsberufe. Die Etablierung gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Studiengänge hat neben den genannten Rahmenbedingungen und Trends wesentlich zu einer Beschleunigung innovativer Entwicklungen, zu einer Neudefinition klassischer und der Etablierung neuer Gesundheitsberufe sowie zu deren Akademisierungsbestrebungen beigetragen.

Verbunden damit ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Gesundheitsberufe in neuen Handlungsfeldern bewegen und entsprechende Potenziale für eine Gesundheitsversorgung von morgen entwickeln werden (vgl. Robert Bosch Stiftung 2000; 2011a).

Wesentlich erscheint hierbei die Frage, wie die zukünftigen Handlungsfelder für die Versorgungspraxis und damit einhergehende Neuzuschnitte in Ausbildung und Beruf aussehen könnten? Der nach wie vor gering ausgeprägte Professionalisierungsgrad der Gesundheitsberufe wird im internationalen Vergleich zurzeit als hemmend für die Entwicklung neuer Aufgabenbereiche beurteilt. Als erforderlich für die Entwicklung neuer Aufgabengebiete wird deshalb besonders die (teilweise) Akademisierung der Gesundheitsberufe betrachtet. Diese bestehende Lücke zu füllen, gehört zu den wichtigen versorgungs- und bildungspolitischen Herausforderungen der Zukunft. In der Konsequenz erfordern diese Dynamiken die Einleitung längst notwendiger Reformprozesse und nachhaltige Strategien für eine moderne Ausbildung, wenn es darum geht, diese Berufe adäquat auf die gestiegenen Anforderungen vorzubereiten. Die Zukunftsprognosen sind allerdings ambivalent: Der Bedarf an professionellen Gesundheitsdienstleistungen wird steigen, gleichzeitig lässt das Interesse potenzieller Auszubildender insbesondere an Pflegeberufen erkennbar nach und das vor dem Hintergrund kommender geburtenschwacher Jahrgänge. Seit Jahren wird vor einem bereits heute existierenden und sich in der Zukunft noch weiter verschärfenden Fachkräftemangel (neben Ärzten) in der Pflege gewarnt (vgl. Stöver et al. 2011), der nach Meinung Vieler dazu führen wird, die Gewinnung von Pflege(-fach)kräften global zu betreiben.

1.7 Fazit

Insgesamt betrachtet stehen die gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen vor der Notwendigkeit, einen weitreichenden Strukturwandel zu vollziehen.

Das Gesundheitswesen ist in Bewegung und sieht sich vor großen Herausforderungen. Der demografische Wandel ist das immer wieder vorgebrachte und populärste Argument für anstehende Veränderungen im Gesundheitswesen. Die Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland zeigt neben dem allgemeinen Bevölkerungsrückgang eine deutliche Zunahme älterer Menschen. Durch den positiven Umstand der verlängerten Lebenserwartung wird insbesondere die Anzahl der Hochaltrigen (über 80-Jährige) überproportional zunehmen, aber auch die Anzahl der Pflegebedürftigen. Demgemäß ist z. B. zu erwarten, dass zukünftig mehr hochaltrige Patienten zu versorgen sind, die an Multimorbidität, einer demenziellen Erkrankung und Pflegebedürftigkeit leiden. Außerdem wird es zu einer Zunahme im Bereich der psychischen bzw. gerontopsychiatrischen Erkrankungen kommen. Verbunden mit dem demografischen Wandel ist auch eine Veränderung

des Krankheitspanoramas hin zu chronischen Erkrankungen. Die sich abzeichnende Veränderung in der Epidemiologie der Bevölkerung zeigt zudem, dass chronische Erkrankungen neben dem geriatrischen Bezug auch altersunabhängige Tendenzen aufweisen. So ist auch bei Kindern und Jugendlichen eine Zunahme chronischer Erkrankungen wie Allergien und Übergewichtigkeit zu beobachten.

Parallel zum demografischen Wandel stellt auch der zu beobachtende soziale Wandel die Berufe im Gesundheitswesen vor neue Herausforderungen. Veränderungen wie die Zunahme kinderloser Ehepaare und Singles werden das Generationenverhältnis in einem erheblichen Maße verändern. Für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung relevant sind hier auch die Ablösung des traditionellen Familiensystems und die steigende Anzahl von Ein-Generationen- bzw. Ein-Personen-Haushalten (Bundeszentrale für politische Bildung – Bpb 2012) bei einer sich vermindernden Zahl pflegender oder unterstützungsfähiger Angehöriger (Meyer 2006) und angesichts zunehmender sozialer und regionaler Disparitäten sowie eine verstärkte Zersplitterung der Versorgungsinfrastruktur.

Der anhaltende rasante medizinisch-technische Fortschritt führt laufend zu neuen Erkenntnissen in Diagnose-, Therapie- und Präventionsverfahren und hat damit nicht nur eine verbesserte Gesundheitsversorgung, sondern auch eine vermehrte Nachfrage an neuen Gesundheitsleistungen zur Folge (Ehrhard et al. 2011). Die gestiegenen Erkenntnisse der medizinischen, technischen und gesundheitlichen Forschung legen nahe, dass ein stärkerer Wissenschaftsbezug für die Professionalisierung der Gesundheitsberufe unumgänglich ist (vgl. Wissenschaftsrat 2012). Damit verbunden ist auch die Forderung nach Evidenzbasierung innerhalb der therapeutischen und pflegerischen Praxis sowie qualitätsgesicherter Leistungserbringung. Der zunehmende Einsatz von neuen Technologien wie bspw. Telemonitoring und Assistenzsystemen, roboter- und gerätegestützter Verfahren in Gesundheitsversorgung erfordert aufgrund erhöhter Komplexität größeres Anwenderwissen und trägt gleichzeitig zu einer größeren Spezialisierung der Gesundheitsberufe bei (Ehrhard et al. 2011).

Mit den Schlagworten Salutogenese, biospsychosoziales Krankheitsmodell oder Empowerment zeichnet sich zudem ein wandelndes Gesundheitsverständnis in den Gesundheitsberufen ab, das eine veränderte »aktivere« Patientenrolle – angezeigt durch Konzepte der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) bzw. Shared decision making – nach sich zieht.

Die Bedeutung ökonomischer Parameter im Gesundheits- und Pflegebereich – dies insbesondere angesichts des z. T. schon erheblich fortgeschrittenen globalisierten Marktgeschehens – wird zunehmend das quantitative und qualitative Leistungs-

geschehen nachhaltig bestimmen. Die Optimierung der Zusammenarbeit der Versorgungsbereiche und (Berufs-)Gruppen sowie der Verzahnung und Vernetzung von Gesundheitsleistungen stellen dabei wichtige Ansatzpunkte dar. Hierbei wird das Verhältnis zwischen ökonomischen Steuerungen und den Grenzen von Professionalisierung und Marktregulierung entscheidend.

Neue Anforderungen aufgrund gesetzlicher Rahmenbedingungen, die vor allem eine stärkere betriebswirtschaftliche Steuerung zum Ziel haben und die deutlicher als in der Vergangenheit die Dienstleistungsqualität festschreiben, machen Veränderungskonzepte und -strategien erforderlich. Diese zielen darauf ab, langfristig und prozesshaft die konzeptionellen, organisatorischen, personellen und ökonomischen Bedingungen im Gesundheitssystem effektiver und effizienter zu gestalten. Es ist vor allem die Diskrepanz zwischen eingesetzten Ressourcen auf der einen und im Verhältnis dazu vielfach enttäuschten Qualitätserwartungen an das Gesundheitswesen auf der anderen Seite, die den Gesundheitssektor immer wieder zum Gegenstand gesellschaftspolitischer Diskussionen machen. Verbunden wird dies häufig mit Forderungen nach einer Steigerung von Effektivität und Effizient gesundheitlicher- und pflegerischer Dienstleistungen, der Optimierung von Prozessen sowie einer notwendigen Schwerpunktverschiebung von Qualitätsbemühungen in Richtung Ergebnisqualität.

Eine der zentralen Forderungen an das Gesundheitswesen der letzten Jahre ist die Umsetzung von Leitsätzen und Gesetzgebung wie »ambulant vor stationär« und »Rehabilitation vor Pflege« (SGB XI). Sie tragen zu nachhaltigen strukturellen Veränderungen im Pflege- und Gesundheitsbereich bei. Erklärtes Ziel ist es dabei, die Kosten der Gesundheitsversorgung dauerhaft zu senken und ebenso eine optimale Versorgung der Leistungsempfänger und -empfängerinnen zu erreichen (Hasseler 2004 & Meyer 2004). In Zusammenhang mit der Reorganisation im Gesundheitswesen wird immer wieder auf die Einführung der Fallpauschalen (DRG‘S German Refined – Diagnosis Related Groups-(G-DRG-)System) im Krankenhaus hingewiesen, die einer Reorganisation nicht intendiert, aber zur Folge hatten. Die damit implizierte Begrenzung der Kostensteigerung für Krankenhausaufenthalte brachte zwangsläufig tiefgehende Reorganisationsnotwendigkeiten insbesondere im Krankenhaussystem mit Auswirkungen auf die anderen Gesundheitsberufe mit sich (Ambulantisierung).

Die beschriebenen Entwicklungen im Gesundheitswesen bedingen eine fortschreitende berufliche Differenzierung aller im Gesundheitswesen beschäftigten Berufsgruppen. So gibt es fachärztliche, pflegerische und therapeutische Weiterbildungen, die auf spezialisierte Tätigkeitsbereiche ausgerichtet sind. Aus dieser Situation und vor allem aus der beschriebenen Komplexität von gestiegenen

Leistungsempfängeransprüchen, vielfältigen Störungen und dem veränderten Krankheitsspektrum hin zu chronischen Erkrankungen entstehen neue Anforderungen an eine interprofessionelle Zusammenarbeit der im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen (vgl. Robert Bosch Stiftung 2010). Damit wird einerseits eine Erweiterung des Leistungsspektrums der Gesundheitsberufe zur Anpassung an gesellschaftspolitische Veränderungen und Modernisierungsprozesse notwendig, andererseits eine Neudefinition der Berufsfelder und die Reorganisation der Berufsprofile (Kompetenzprofile) gefordert, um den wandelnden Anforderungen im Versorgungssystem gerecht zu werden (SVR 2007; 2009).

Aus dem beschriebenen Anforderungswandel lassen sich zukünftige Herausforderungen der Versorgungspraxis für die Gesundheitsberufe sowie Einsatz- und Arbeitsfelder ableiten:

Ausbau von Präventionen und Gesundheitsförderung in unterschiedlichen Settings

Im Hinblick auf die beschriebenen Entwicklungen werden Gesundheitsförderung und Prävention immer stärker in alle gesellschaftlichen Lebensbereiche und Handlungsfelder der Gesundheitsberufe verankert. Mit einem berufsübergreifenden Paradigmenwechsel von der Krankheits- zur Gesundheitsorientierung einhergehend, der an biopsychosoziale und salutogenetische Denkmodelle anknüpft, stellen Prävention und Gesundheitsförderung in unterschiedlichen Settings wie Schule, Kindergarten und auch Betrieben neue »Wachstumsanreize« für die Gesundheitsberufe dar. Hierbei handelt es sich um so genannte »aufsuchende« Angebote für bestimmte Zielgruppen, deren organisatorische und finanzielle Rahmenbedingungen jedoch größtenteils erst noch erfahren oder geschaffen werden müssen (Höppner 2007). Insbesondere bei den therapeutischen Berufen haben ökonomische Bedingungen, die starke Budgetierung der ärztlichen Verordnungen im Bereich der GKV-finanzierten Heilmittel und die notwendige Existenzsicherung zur Erschließung neuer Arbeits- und Einsatzfelder im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention beigetragen. Besonders der Bereich der Primärprävention nach § 20 SGB hat für die jeweiligen Berufsgruppen neben den bekannten Einsatzfeldern im Bereich sekundärer und tertiärer Prävention in den üblichen Versorgungssettings in Krankenhäusern, Praxen und Rehabilitationseinrichtungen etc. auch immer stärker den betrieblichen Bereich sowie öffentliche Anlaufstellen eröffnet.

Ausbau von Beratung, Anleitung und Schulung

Der Beratungssektor stellt für alle Gesundheitsberufe ein wichtiges und wachsendes Arbeitsfeld dar. Gleichzeitig ist in allen Berufsfeldern die Komplexität bei Aufgaben in der Beratung und Patientenedukation und bei therapeutischem Handeln mit vermehrt technischer Unterstützung gewachsen (Wissenschaftsrat 2012). Das Angebot an Gesundheitsleistungen sowie Heil- und Hilfsmitteln ist vielfältig, gleichzeitig

nehmen die Möglichkeiten, sich zu informieren, zu. Die demografisch bedingte Alterung und Verlängerung der Lebensarbeitszeit lassen die Nachfrage nach gesundheitserhaltenden Angeboten und individueller Gesundheitsberatung, die über die Regelversorgung hinausgehen, ebenfalls steigen. Insbesondere im Rahmen der Behandlung der zunehmend chronischen Erkrankungen kommt dem Selbstmanagement (Empowerment) und der dafür notwendigen Schulung, Beratung und Information eine entscheidende Bedeutung zu (vgl. SVR 2007). Somit ergibt sich zukünftig eine Vielzahl von Themen für eine professionelle Beratung vom präventiven bis zum rehabilitativen Versorgungsbereich für alle Gesundheitsberufe.

Ausbau vernetzender Versorgungsformen

Die beschriebenen komplexen Versorgungsbedarfe zukünftiger Zielgruppen machen die Integration der Gesundheitsberufe in neue Versorgungsformen wie z. B. Integrierte Versorgung, Care- und Case Management sowie Disease Management notwendig (vgl. SVR 2007; Greß et al. 2011; Höppner 2007). Um eine bedarfsgerechte Versorgung im Rahmen des sich wandelnden Krankheitsspektrums hin zu chronischen Langzeiterkrankungen und Multimorbidität sicherzustellen, werden neue Kooperationsformen (Neuordnung der Aufgabenverteilung) und verstärkt interdisziplinäre bzw. multiprofessionelle Arbeitsweisen notwendig (vgl. Robert Bosch Stiftung 2010; SVR 2007, 2009). So heißt es im Sachverständigenrat, dass zukünftige Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte neben alters- und krankheitsbezogenen Schnittstellen und Übergängen (»Transitional care«) auch den Aufbau einer Versorgung mit einem starken regionalen und häuslichen Bezug (»Community Based Care«) berücksichtigen müssen (SVR 2009). Hinzuweisen ist schließlich auf Reforminitiativen, die eine zukünftige Differenzierung pflegerischer Leistungen in CURE und CARE vorschlagen (vgl. Hoberg et al. 2013).

Ausbau von Forschung und Wissenschaft

Ebenso wie der Gesundheitsforschungsrat (vgl. Ewers et al. 2012) bestätigen der Wissenschaftsrat (2012) und die Agenda Pflegeforschung (Behrens et al. 2012) einen deutlichen Forschungsbedarf in den Gesundheitsberufen.

Der Aufbau akademischer Strukturen in den Gesundheitsberufen soll Grundlagen bieten für zunehmend eigenständige Forschung, um die Effektivität der Interventionen auch innerhalb des deutschen Gesundheitssystems wissenschaftlich zu untersuchen. Insbesondere für die zukünftige Positionierung der Berufe spielen Wissenschaft und Forschung sowohl interdisziplinär als auch für den fachlichen Austausch auf internationaler Ebene eine bedeutende Rolle. Nicht zuletzt für die Bildung eigenständiger wissenschaftlicher Disziplinen wird der Auf- und Ausbau genuiner, von anderen Disziplinen hinreichend abgrenzbarer Forschung notwendig

(Wissenschaftsrat 2012), um den dringenden Bedarf an wissenschaftlichem Nachwuchs in den Gesundheitsberufen sicherzustellen. Gleichzeitig wird aufgrund knapper finanzieller Ressourcen im Gesundheitswesen von Seiten der Kostenträger (Krankenkassen) die Forderung nach Kosten-Wirksamkeits-Nachweisen (Kosteneffektivitäts- und Kosteneffizienz-Studien) in den Gesundheitsberufen (v. a. in den therapeutischen Berufen) immer lauter. Beim bestehenden Anspruch auf evidenzbasiertes und leitliniengetreues Handeln müssen im Rahmen von Forschung und Wissenschaft vermehrt Tätigkeits- bzw. Forschungsfelder für die einzelnen Gesundheitsberufe etabliert werden.

Zukünftige Bedarfe

Ausgehend von den vielfältigen gesellschaftlichen Veränderungen und Entwicklungen ergibt sich sowohl quantitativ als auch qualitativ eine steigende Nachfrage an gesundheitlichen, therapeutischen und vor allem Hilfe- und Pflegeleistungen. Angesichts des Kostendrucks im Gesundheitswesen können die gegenwärtigen gesundheitspolitischen Steuerungselemente jedoch nicht auf eine angemessene Deckung der sich abzeichnenden faktischen Bedarfe an gesundheitlichen und pflegerischen Leistungen anknüpfen. Insofern ist eher von einer scherenförmigen Entwicklung auszugehen: Bedarf und Bedarfsdeckung werden weiter auseinanderdriften. In diesem Kontext werden die zukünftigen Entwicklungen im Gesundheitswesen davon abhängig sein, in welchem Umfang die maßgeblichen Akteure die Bedarfe steuern und zukünftig von einer bedarfs- und bedürfnisorientierten Ausweitung des professionellen Gesundheitssektors auszugehen ist.

Offen bleibt deshalb, wie sich zukünftig die im Gesundheitswesen relevanten Professionalisierungs- und Interessenverhältnisse verteilen werden. Davon wird abhängig sein, welche Trends sich bezogen auf die zukünftige Entwicklung der Aufgaben und Arbeitsfelder in den Gesundheitsberufen durchsetzen. Erklärtes Ziel ist, über die Professionalisierung in den Gesundheitsberufen die Verteilungshoheit der medizinischen Berufe zu verändern sowie die Abkehr von einer Medizin- und Krankheitsorientierung zu komplexeren, eigenständigen pflegerischen und therapeutischen Dienstleistungen anzustreben. Dies sind Voraussetzungen für eine Neuordnung der Handlungsfelder und Aufgabenprofile der einzelnen Sektoren und Professionen.

Die Qualifikation der im Gesundheitswesen Tätigen und die Entwicklung »neuer Berufe« wird sich dem Wandel und den gestiegenen Anforderungen anpassen müssen. Vor allem ist davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen von Gesundheitsberufen in den kommenden Jahrzehnten eher zunehmen wird, wenn auch die Frage nach dem quantitativen und qualitativen Bedarf derzeit nicht eindeutig beantwortet werden kann. Die Literaturlage lässt

immerhin den Schluss zu, dass ein hoher Bedarf an einer sektoren-, berufsgruppenübergreifenden, systematischen, evidenz-basierten, präventiven und rehabilitativen Versorgung besteht. Neue Leistungsangebote werden sich im Rahmen von Kooperation, Vernetzung, niedrigschwelligen Angeboten und Case-Management-Bereichen ebenso ergeben wie in den Bereichen Koordination, Anleitung, Beratung sowie in epidemiologischen, präventiven, rehabilitativen, gerontologischen, gerontopsychiatrischen und palliativen Vorgehensweisen.

In Zukunft gefragt sind verstärkt Programme und Angebote der Vernetzung, Kooperation und Steuerung für die gesundheitliche Versorgung, um die bestehenden Angebote aufeinander abzustimmen und Versorgungsabläufe zu optimieren. Der Schwerpunkt derartiger multidisziplinärer, integrierter Programme wird neben Versorgungsaspekten in der Verantwortung von Gesundheitsberufen liegen und ihre entsprechende Expertise auch auf die Bereiche Bedarfsermittlung sowie Planung und Steuerung notwendiger Maßnahmen richten. Beispiele aus dem internationalen Raum zeigen, dass Gesundheitsberufe erfolgreich berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgungsprogramme leiten und führen und damit für eine bedarfsgerechte Versorgung auf lokaler kommunaler Ebene sorgen (vgl. hierzu den Beitrag von Andreas Büscher). Dazu bedarf es insgesamt einer Gesundheitsbildungspolitik, die Gesundheit und Bildung als lernende Systeme zusammenführt und durch eine verstärkte Forschung über das Gesundheits- und Bildungssystem, intersektoralen Dialogstrukturen sowie einer Anpassung von Gesetzen an entsprechende Bedarfe Gesundheitsbildungspolitik in umfassender Weise neu denkt (Sottas et al. 2013).

2
Veränderungen in der Versorgungspraxis und ihre Auswirkungen auf die Gesundheitsberufe

2.1
Regionalisierung und Gesundheitsberufe: Andreas Büscher

Zusammenfassung

Verschiedene Entwicklungen verdeutlichen die Bedeutung, die kommunalen und lokalen Versorgungsansätzen für die Zukunft der Gesundheitsversorgung zugesprochen wird. Die Hinwendung zu lokalen und kleinräumigen Problemlösungen erfolgt jedoch nicht isoliert, sondern findet sich auch in anderen Politikfeldern. Die Heterogenität von lokalen und kommunalen Verhältnissen wird zum Ausgangspunkt kleinräumiger Problemlösungsansätze in unterschiedlichen, sich jedoch teils überlappenden Bereichen genommen.

In der Gesundheitsversorgung sind, bei begrenzten Ressourcen, drei Aspekte zentral zur Umsetzung lokaler Problemlösungsansätze:

:: die fortwährende Analyse der lokalen Infrastruktur hinsichtlich der gesundheitlichen und pflegerischen Problemlagen sowie der Versorgungsinfrastruktur
:: der Aufbau tragfähiger Netzwerke und Unterstützungsstrukturen
:: der Transfer und die Verstetigung relevanter Erkenntnisse in die regionale Versorgungspraxis

Den Gesundheitsberufen kommt bei der Erarbeitung lokaler Analysen und kommunaler Lösungsansätze sowie deren Planung und Umsetzung eine substanzielle Rolle zu. Dazu gehören insbesondere die Initiierung und Entwicklung regionaler Kooperationen in Form von Gremien unter Kenntnis der lokalen Versorgungsstrukturen und Akteure. Auch die Zusammenarbeit mit lokalen Behörden und Unternehmen stellt eine Herausforderung dar.

Die Kooperation der Gesundheitsberufe auf lokaler Ebene ist jedoch an Voraussetzungen gebunden. Strukturell ist es erforderlich, dass lokale und kleinräumige Verträge zu populationsspezifischen Versorgungsansätzen und/oder -programmen zwischen den lokalen Partnern abgeschlossen werden können. Bislang stellen sich unterschiedliche Zuständigkeiten für die Sicherstellung von Versorgungsbereichen als hinderlich dar. Neben den strukturellen Voraussetzungen bedarf es jedoch auch der qualifikatorischen Voraussetzungen auf Seiten der Angehörigen

der Gesundheitsberufe. Bislang ist die kommunale Gesundheitsversorgung im Sinne eines Community oder Public Health Verständnisses nur unzureichend in den Aus- und Weiterbildungscurricula verankert. Entsprechend bedarf es einer Ausweitung der Kompetenzen zur Bearbeitung populationsorientierter Bedarfslagen auf kommunaler Ebene. Letztlich sind auf rechtlicher Ebene die Voraussetzungen zur Kooperation und Leistungserbringung der Gesundheitsberufe zu schaffen. Sie sind essenziell für den Erfolg regionaler Versorgungsansätze.

Aber auch die Kommunen selbst sind als Akteure gefordert, wenn es darum geht Kooperationen zwischen Behörden und Institutionen aus dem Gesundheits- und Bildungsbereich auf lokaler Ebene anzustoßen. Auf der kommunalen Ebene konkretisieren sich darüber hinaus Formen zivilgesellschaftlichen Engagements und es zeigt sich, in welcher Form eine bürgerorientierte Gesundheitsversorgung gelingen kann.

Einleitung

In einer seit Jahren zunehmend komplexer werdenden, globalisierten Welt findet derzeit eine Rückbesinnung auf den Nahraum, die Übersichtlichkeit und Vertrautheit statt. ‚Think and act glocally' ist zur neuen Leitidee aus dem Anspruch des globalen Denkens (think globally) und lokalen Handelns (act locally) geworden, die Überlegungen zur zukünftigen Gestaltung unserer Gesellschaft beeinflusst. Globale Trends und Entwicklungen beeinflussen lokales Leben und Handeln in positiver und negativer Weise. Durch die technischen Möglichkeiten, vor allem in der Telekommunikation, ist es heute praktisch aus jeder Dachkammer möglich, einen Einblick in fremde Welten anderer Kontinente zu nehmen oder sich gar in virtuellen Welten wie dem ‚Second Life' zu tummeln. Das eigene Leben beginnt hingegen nach wie vor vor der eigenen Haustür und findet in einem lokal und kommunal definierten Kontext statt.

In diesem wirklichen Leben sind in verschiedenen Bereichen Probleme entstanden, zu deren Bewältigung in vielen Politikfeldern die verstärkte Hinwendung zu, in Teilen auch die Rückbesinnung auf lokale und kleinräumige Lösungsansätze diskutiert wird. Dies betrifft den Bildungsbereich ebenso wie den Gesundheits- und Pflegebereich. Die Wiederentdeckung der Kommune, der Kieze, Quartiere oder Nachbarschaften geschieht auf breiter Ebene. Ihnen wird eine entscheidende Rolle zugeschrieben, wenn es um den sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft und die Antwort auf diverse Problemlagen geht.

Für die Zukunft der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sowie die zukünftige Rolle der Gesundheitsberufe ist die Regionalisierung bzw. die Verortung von Handlungs- und Versorgungskonzepten in lokale und kleinräumliche

Strukturen ein wichtiger Einflussfaktor. Einen Bezug zur lokalen Infrastruktur in der Versorgung herzustellen, wird ebenso eine Herausforderung werden wie andererseits diese lokale Infrastruktur in Verbindung mit demografischen und sozialen Bedingungen vor Ort einen Einfluss auf das Versorgungsgeschehen nehmen werden. Die Erkenntnis, dass Versorgungsfragen sich nicht nur anhand diagnostischer Parameter konkretisieren, sondern auch immer vor dem Hintergrund lokaler Gegeben- und Besonderheiten zu betrachten sind, gehört jedoch keineswegs zum regulären Wissens- und Handlungsfundus in den Gesundheitsberufen. Es wird daher zukünftig erforderlich sein, der Regionalisierung in der Gesundheitsversorgung eine stärkere Aufmerksamkeit zukommen zu lassen.

Verschiedene Entwicklungen im Gesundheits- und Sozialbereich in den letzten Jahren legen Zeugnis ab von dem Bemühen, lokale Infrastrukturen aufzubauen, die wirksamer als überregionale Ansätze geeignet sind, auf gesellschaftliche Herausforderungen zu reagieren. Beispiele, in denen der explizite Bezug zur Förderung und Stärkung der Quartiere eine besondere Rolle spielt, umfassen die durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend initiierten ‚Mehrgenerationenhäuser', die in verschiedener Hinsicht vor Ort der Förderung des Gemeinwohls und des Miteinanders der Generationen dienen sollen. Im Bereich der Eingliederungshilfe ist die Einrichtung der gemeinsamen Servicestellen zu nennen, die vor Ort als Ansprechpartner zur Verfügung stehen sollen. Für den Bereich der gesundheitlichen Versorgung, insbesondere der Primärversorgung, hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen auf die Notwendigkeit der lokalen Integration und Koordination der Gesundheitsversorgung hingewiesen (SVR 2009). In der Pflegeversicherung war es die durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008 angestoßene Initiative zum Aufbau lokaler Pflegeinfrastrukturen durch Pflegestützpunkte, die die Bedeutung des lokalen Umfelds für die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit unterstreichen sollte. Auch der 6. Altenbericht, in dem Hinweise auf Chancen für die Kommune sowie die Verantwortung der Kommune für die Altenhilfe gegeben werden (BMFSFJ 2010) sowie der 8. Familienbericht mit seinen Hinweisen auf »Caring Communities« und lokale Bündnisse für Familie betonen die Wichtigkeit lokaler Initiativen ebenso wie Aktivitäten in einzelnen Bundesländern wie z. B. die Einrichtung kommunaler Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg. Diese Liste ließe sich sicherlich noch um eine Vielzahl von Ansätzen erweitern.

Es sind jedoch nicht nur die Initiativen auf nationaler Ebene in Form einer entsprechenden Gesetzgebung oder die Benennung von Beispielen in Kommissionsberichten, die auf die Bedeutung der Kommunen und ihren Einfluss auf die Versorgung hindeuten. In den einzelnen Kommunen selbst sind die Herausforderungen sehr viel deutlicher und unmittelbarer zu spüren. So ist es für den Bürgermeister oder

Landrat einer ländlichen Region eine Frage von unmittelbarer Dringlichkeit, wenn in absehbarer Zeit mehrere Hausärzte aus Altersgründen ihre Praxis schließen, junge Nachfolger kaum in Sicht sind und die Verfügbarkeit einer ausreichenden primären Gesundheitsversorgung in Frage gestellt wird. Ähnlich konkret ist die Erfahrung, wenn das örtliche Krankenhaus vor der Schließung steht und der Bevölkerung erklärt werden muss, warum es die krankenhausbezogene gesundheitliche Grundversorgung vor Ort nicht mehr gibt und stattdessen längere Ent-fernungen bis zum nächsten Krankenhaus zurückgelegt werden müssen.

In vielen größeren Städten zeigt sich die Bedeutung einer kommunalen oder lokalen Betrachtungsweise durch die sich in verschiedenen Stadtteilen unterschiedlich entwickelnden Lebensperspektiven und nicht zu übersehenden sozialen Disparitäten. Dadurch werden Kommunalpolitiker vor die Frage gestellt, ob und in welchem Ausmaß dieser Entwicklung freier Lauf gelassen werden soll oder ob, und vor allem wie, ihr Einhalt geboten werden kann. Auch der demografische Wandel ist ein Thema, das sich lokal und regional sehr differenziert entwickelt. So sind in einigen Regionen wie dem Ruhrgebiet oder in vielen Landkreisen in den Neuen Bundesländern die Folgen des demografischen Wandels in Form einer zunehmend älter werdenden Lokalbevölkerung bereits unmittelbar zu beobachten. Diese Entwicklung wird durch Abwanderungstendenzen jüngerer, gut qualifizierter Menschen verschärft. Vor diesem Hintergrund erscheint es geboten, der kommunalen Verantwortung in der Steuerung der Gesundheitsversorgung wieder verstärkte Aufmerksamkeit zu widmen, wie es jüngst in einem Rechtsgutachten erfolgt ist (Burgi 2013).

Besonders der demografische Wandel und die vielerorts schnell älter werdende Bevölkerung stellen für viele Kommunen eine Herausforderung dar. Im Mittelpunkt stehen dabei Überlegungen, wie Anforderungen des Wohnens, der Mobilität, der Betreuung, Versorgung und Pflege in eine Balance zu bringen und sicherzustellen sind. Weitreichende Überlegungen hat in diesem Zusammenhang vor allem das Netzwerk SONG (Klie 2009) angestellt. Fünf zentrale Bereiche wurden durch das Netzwerk aufgearbeitet:

:: der Hilfe-Mix aus professioneller Unterstützung und Selbsthilfe, zu der auch verschiedenen Formen informeller Hilfe innerhalb von Familien und/oder Nachbarschaften zu zählen sind.
:: die lokale Vernetzung und Kooperation zwischen unterschiedlichen Partnern
:: die Qualifikation der beteiligten Berufsgruppen
:: Finanzierungsoptionen und -instrumente sowie
:: Steuerungsoptionen auf kommunaler Ebene.

Diese Bereiche bilden eine gute Grundlage für Überlegungen zur Rolle der Gesundheitsberufe im Handlungsfeld Regionalisierung und quartiersnahe Versorgung. Angesprochen sind Fragen der Kompetenz zur professionellen Arbeit im Rahmen eines Hilfe-Mix, zur Bildung und Aufrechterhaltung lebendiger Netzwerke sowie zur Planung und Steuerung von lokalen Entwicklungs- und Versorgungsprozessen (siehe auch Hoberg et al. 2013). Einige dieser Aspekte werden in den folgenden Abschnitten konkretisiert.

2.1.1 Regionalisierung und Quartiersnahe Ansätze in der Gesundheitsversorgung

Aus den nur kurz skizzierten Beispielen wird deutlich, dass die Hinwendung zur lokalen Ebene, zur Kommune, aus vielen Perspektiven geboten erscheint. Die Beispiele zeigen jedoch auch die Komplexität der auf lokaler Ebene zu bewältigenden Herausforderungen auf und verdeutlichen die Notwendigkeit, die Bedeutung und den Einfluss regionaler und lokaler Ansätze auf das Handeln der Gesundheitsberufe in den Blick zu nehmen. So kann es derzeit keineswegs als selbstverständlich angesehen werden, dass die notwendigen Ressourcen zur Etablierung regionaler Ansätze flächendeckend vorhanden sind. Zu diesen Ressourcen gehören neben finanziellen Mitteln auch die personellen Voraussetzungen, derer es für die Initiierung und Etablierung kommunaler Strukturen der Gesundheitsversorgung bedarf. Diese personellen Ressourcen bestehen in einer ausreichenden Zahl von Personen, die verschiedene Hilfen auf lokaler Ebene bereitstellen, planen und/oder koordinieren können. Sie differenzieren sich aus in unterschiedliche qualifikatorische Voraussetzungen, umfassen darüber hinaus aber auch das Wissen um mögliche Konzepte und Ansatzpunkte. Entsprechend ist die Umsetzung lokaler oder kommunaler Versorgungsansätze kein leichtes Unterfangen.

Im Wesentlichen geht es um drei Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt und für die es eines klaren Mandats an die Kommunen und die Gesundheitsberufe bedarf. Die Grenzen zwischen diesen Bereichen sind fließend und in Teilen überlappen und bedingen sie sich gegenseitig:

:: die fortwährende Analyse der lokalen Infrastruktur, insbesondere hinsichtlich der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung
:: den Aufbau tragfähiger Netzwerke und Unterstützungsstrukturen und
:: den Transfer und die Verstetigung neuer und relevanter Erkenntnisse in die regionale Versorgungspraxis

Jede Region, jede Kommune und jedes Wohnquartier innerhalb einer Kommune weisen Besonderheiten und spezielle Merkmale auf. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der Bevölkerungsschicht und -zusammensetzung, hinsichtlich des Gesundheitszustands und des Bedarfs an sozialen, medizinischen, pflegerischen

und sonstigen Versorgungsleistungen und -einrichtungen. Ebenso heterogen sind zudem die regionalen bzw. kommunalen Versorgungsstrukturen. Sie können etwa durch Über- oder Unterkapazitäten gekennzeichnet sein und diese können sich auf unterschiedliche Versorgungssektoren beziehen. Während in der einen Region der Hausärztemangel offensichtlich ist, kann es in der anderen der Mangel an Betreuungs- oder Beratungsangeboten sein.

Zudem zeigen sich regionale und kommunale Unterschiede, was die Innovations- und Anpassungsbereitschaft an neue gesellschaftliche Entwicklungen anbetrifft. So haben beispielsweise manche Kommunen sehr frühzeitig begonnen, sich mit den Herausforderungen einer altersgewandelten Gesellschaft auseinanderzusetzen und die dazu nötigen Voraussetzungen auf infrastruktureller Ebene zu schaffen, andere sind eher zögerlich. Wieder andere versuchen, sich aktiv der Aufgabe zu stellen, nutzerfreundliche Versorgungsstrukturen zu schaffen, andere weniger.

Eine zweite Herausforderung liegt in der Entwicklung und Etablierung regionaler und lokaler Netzwerkstrukturen, in die verschiedene Verantwortungspartner eingebunden sind und die den jeweiligen ländlichen oder städtischen, den räumlichen und personalen Besonderheiten einer Region Rechnung tragen. Jedoch bereits die Frage, wer die lokalen Akteure sind, ist keinesfalls einfach zu beantworten. Nachfolgende Aufzählung zeigt das mögliche Spektrum auf, beansprucht jedoch keineswegs Anspruch auf Vollständigkeit:

:: Kommunen (als Kommunalverwaltung oder Kommunalpolitik)
:: Unternehmen
:: Kirchen
:: Gewerkschaften
:: Verbände
:: Kammern
:: Schulen und/oder Hochschulen
:: Krankenhäuser und/oder Medizinische Versorgungszentren
:: Stiftungen
:: Arbeitsagenturen
:: Freie Träger
:: Bürgerinitiativen
:: Genossenschaften
:: Dritter Sozialraum (selbstorganisierte Bürger-Hilfesysteme, Dörner 2012)
:: Haus- und Fachärzte
:: Anbieter von ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeleistungen
:: Beratungsstellen
:: Einrichtungen der Behindertenhilfe

:: Kranken- und Pflegekassen
:: Stadtplanung
:: Wirtschaftsförderung
:: Gesundheitswirtschaft

Nachstehende Abbildung zeigt den Versuch, die verschiedenen Bereiche/Akteure im kommunalen Umfeld zu strukturieren und einen Rahmen zu visualisieren, der als Raster für die Analyse der jeweils vorliegenden kommunalen Situation dienen kann.

Community Assessment Wheel/Community-as-partner-model (Abbildung aus: IPW-Paper 08-138, Darstellung in Anlehnung an Anderson/McFarlane 1995 bei Stanhope/Lancaster 1996: 1054)

Für die Entwicklung und den Aufbau kommunaler Projekte und Infrastrukturen ist es empfehlenswert, sich einen guten Überblick über die jeweilige Ausgangslage zu verschaffen und einen Einblick in das lokale Versorgungsgeschehen zu erhalten. Hinweise darauf, wie eine solche Analyse durchgeführt werden könnte, liegen in verschiedenen Bereichen vor. Für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verantwortlich, die sich für die Feststellung des aktuellen und zukünftigen Bedarfs eigener Prognosemodelle bedienen. Im Bereich der Pflegeversicherung sind es die Pflegekassen, die den Sicherstellungsauftrag zugeschrieben bekommen haben. Die Länder und Kommunen können auf Erfahrungen in der kommunalen Bedarfsplanung für die Altenhilfe verweisen. Schließlich gibt es auch im Bereich der Stadtplanung, Stadtentwicklung und Urbanistik eine Vielzahl von Ansätzen zur Analyse kommunaler Sozialräume.

Trotz dieser vielfältigen Ansatzpunkte mangelt es in vielen Regionen jedoch an einer sektoren- und professionsübergreifenden Sichtweise bei der Analyse kommunaler Verhältnisse. Dieser Mangel ist dafür verantwortlich, dass es nur in wenigen Regionen umfassende Übersichten über alle Versorgungssektoren und -arten gibt. Jedoch ist es selbst dort, wo entsprechende Informationen vorliegen, problematisch, sektoren- und professionsübergreifende Maßnahmen zu planen und zu ergreifen. Dieser Umstand ist zurückzuführen auf unterschiedliche Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für einzelne Versorgungsaspekte. Für die hausärztliche Versorgung tragen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Verantwortung, die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung liegt in der Verantwortung der Pflegekassen und die Kommunen haben einen allgemeinen Auftrag zur kommunalen Daseinsfürsorge. Alle Bereiche tragen somit aus unterschiedlicher Perspektive zur lokalen Versorgungsstruktur bei. Es mangelt derzeit jedoch noch an Überlegungen, wie die Aufgaben der kommunalen Daseinsfürsorge und der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung und der pflegerischen Versorgung sinnvoll in Einklang gebracht werden können.

Im internationalen Bereich, auch vertreten durch die Weltgesundheitsorganisation, wird zur Analyse der kommunalen Versorgungssituation die Durchführung so genannter Community Health Assessments (frei übersetzt: Einschätzung der kommunalen Gesundheit und Gesundheitsversorgung) empfohlen. Das Ziel einer solchen Analyse ist die Erstellung eines Profils der kommunalen Gesundheitsversorgung, zu der neben den Einschätzungen der bestehenden Bedarfslagen (z. B. Anzahl von Personen mit chronischer Krankheit, Anzahl Pflegebedürftiger) auch die vorhandenen Ressourcen (z. B. Anzahl und Art lokaler Arztpraxen, Physiotherapeuten oder Beratungsstellen) zählen. Es ist empfehlenswert, entsprechende Analysen nicht nur einmalig vorzunehmen, sondern mit ihrer Initiierung ein Verfahren zu etablieren, wie die Datenbasis – unter Berücksichtigung des Datenschutzes – fortlaufend auf einem aktuellen Stand gehalten werden kann. Dies ist sowohl aus inhaltlichen wie auch aus ökonomischen Gründen anzuraten, da der Aufwand einer solchen Analyse nicht unbeträchtlich ist und es neben den strukturellen Voraussetzungen auch der individuellen Kompetenz Einzelner zur Durchführung einer solchen Analyse bedarf. Eine solche Analyse setzt das Vorhandensein einer Datenbasis über die gesundheitliche und pflegerische Versorgung voraus und, was oftmals noch entscheidender ist, bedarf der sinnvollen Zusammenführung dieser Daten und ihrer Interpretation im Hinblick auf Prioritätensetzungen hinsichtlich möglicher Maßnahmen.

Anhaltspunkte für die Interpretation und die Identifikation von Handlungsoptionen sind nach wie vor recht rar gesät, dürften aber aufgrund der eingangs geschilderten Hinwendung zu regionalen und quartiersnahen Versorgungsansätzen zunehmend Verbreitung finden. Mit Bezug auf städtische Entwicklungen angesichts des demografischen Wandels hat die Weltgesundheitsorganisation vor einigen

Jahren mit ihrem Age-friendly cities guide (WHO 2007) ein Dokument vorgelegt, in dem auf der Basis eines globalen Diskussionsprozesses Hinweise gegeben und Anforderungen formuliert werden, wie sich Städte auf die zunehmende Anzahl älterer Menschen vorbereiten können. Der Guide zeigt zudem Perspektiven für eine wirklich sektorübergreifende Perspektive auf, da die Vorschläge nicht an den Grenzen des Gesundheits- oder Sozialwesens stehen bleiben. Im Einzelnen werden die folgenden Aspekte beleuchtet:

:: Öffentliche Plätze und Gebäude
:: Öffentlicher Personennahverkehr
:: Wohnbedingungen
:: Soziale Teilhabe
:: Respekt und soziale Inklusion
:: Zivilgesellschaftliche Beteiligung und Beschäftigungsmöglichkeiten
:: Kommunikation und Information
:: Kommunale Unterstützungs- und Gesundheitsdienste

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass in jeder Region/jedem Quartier einige Angebote regulär vorhanden sein sollten. Falls sich bei einer Analyse der kommunalen Versorgungsstrukturen herausstellt, dass diese nicht vorhanden sind, so besteht in diesen Bereichen vorrangiger Handlungsbedarf. Aus Sicht der lokalen Bevölkerung sollten die folgenden Optionen zur Verfügung stehen:

:: Zugang zu gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Dienstleistungen durch professionelle Akteure unterschiedlicher Qualifikations- und Kompetenzstufen.

Dieser Aspekt verweist auf die grundsätzliche Verfügbarkeit des gesamten Spektrums an Versorgungsleistungen für unterschiedliche Bedarfslagen. Sofern die »klassischen« Strukturen und Akteure (Arztpraxen, Pflegedienste, niedergelassene Physiotherapeuten, Hebammen u. Ä.) nicht vorhanden sind, geht es um die Erprobung und anschließende Etablierung anderer Versorgungsformen im Rahmen vertraglicher Zusammenschlüsse. Neben der Verfügbarkeit entsprechender Versorgungsangebote ist die Versorgungskontinuität durch das Zusammenwirken von und Vereinbarungen zwischen den lokalen Akteuren angesprochen.

:: Erreichbare und bekannte Anlaufstellen zu Versorgungsfragen (dazu gehören von der Hausarztpraxis bis zur Beratungsstelle unterschiedliche Einrichtungen), in denen sich kompetente Ansprechpartner finden.

Die Betonung liegt hier auf »bekannt« und »erreichbar«. Bezogen auf Arztpraxen kann sicher von einem höheren Bekanntheitsgrad ausgegangen werden, aber es bleibt, vor allem im ländlichen Raum die Frage, unter welchen Bedingungen die Erreichbarkeit gewährleistet werden kann. Der Bekanntheitsgrad anderer Angebote, wie z. B. Beratungsstellen, dürfte in den meisten Regionen deutlich geringer ausfallen.

:: Beratung und Unterstützung bei der Suche und Auswahl geeigneter Angebote.

Trotz eines oftmals konstatierten Informationsdefizits hinsichtlich verfügbarer Angebote ist festzuhalten, dass vielfach das Problem ebenso in der Unübersichtlichkeit der Angebote liegt und es entsprechend erforderlich ist, Unterstützung bei der Identifikation angemessener und passender Unterstützungsangebote zu finden. Eng verbunden mit der Auswahl ist der Bedarf an Unterstützung bei der individuellen Versorgungsplanung und -organisation sowie der Zusammenstellung notwendiger Dienstleistungen.

:: Unterstützung informeller/familiärer Hilfe- und Versorgungsarrangements durch niedrigschwellige Hilfen.

Nach wie vor wird ein Großteil der pflegerischen, tatsächlich aber auch der gesundheitlichen Versorgung innerhalb von Familien und sozialen Netzwerken geleistet. Der Bedarf an professionellen Versorgungsangeboten hängt entsprechend nicht nur von der Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung, sondern auch von der Qualität informeller Versorgungsarrangements ab. Entsprechend gilt es stärker als bisher, die Verzahnung von professioneller und familiärer Hilfe auf lokaler Ebene zu gewährleisten. Auch Formen des bürgerschaftlichen und zivilgesellschaftlichen Engagements spielen in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle.

2.1.2 Die Rolle der Gesundheitsberufe

Die verstärkte Bedeutung regionaler und lokaler Versorgungsansätze und -konzepte wird Auswirkungen auf die Praxis der Gesundheitsberufe haben. Ihnen kommt einerseits eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von Lösungen für kommunale Bedarfslagen zu, sie werden andererseits aber auch mit Fragen konfrontiert werden, die über einen unmittelbaren Krankheits- und/oder Pflegebezug hinausgehen. Nicht zuletzt sind sie Garant für die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung.

Die Angehörigen der Gesundheitsberufe sind aufgefordert, lokale Kooperationen zu initiieren und inhaltlich auszufüllen. Dazu bedarf es theoretischer und praktischer Kompetenzen zur Netzwerkbildung. International finden sich im Bereich

der Pflege Studienangebote im Bereich des Community/Public Health Nursing, in denen Kompetenzen zur populationsorientierten Versorgung vermittelt werden. Die Initiierung von lokalen Kooperationen kann in Form von Gremien wie kommunalen Gesundheits- und/oder Pflegekonferenzen wahrgenommen werden, in denen es vorrangig darum geht, unterschiedliche Akteure in einem gemeinsamen Forum zusammenzuführen und dadurch Gelegenheiten für Austausch und Auseinandersetzung zu schaffen. Die institutionalisierte Zusammenarbeit in Gremien kann damit zum Ausgangspunkt werden, auch anlassbezogen bei der Lösung von Versorgungsproblemen, wie z. B. der Versorgung chronisch Kranker mit Medikamenten, zu kooperieren. Entsprechende regionale Gremien sind zudem dazu geeignet, die zentrale Frage der Versorgungssteuerung zu diskutieren, bei der es nicht zuletzt um die Verteilung von Macht und Verantwortung zwischen den Gesundheitsberufen geht. Der Anstoß für institutionalisierte Zusammenkünfte vor Ort kann sowohl durch landesgesetzliche Vorgaben wie auch durch die engagierte Initiative Einzelner vor Ort erfolgen.

Die Betonung und Wertschätzung regionaler Ansätze impliziert die Akzeptanz unterschiedlicher Herangehensweisen in verschiedenen Regionen. Während beispielsweise in einigen ländlichen Regionen manche infrastrukturelle Voraussetzungen bereits fehlen und es darum geht, überhaupt eine Versorgung zu organisieren und aufrecht zu erhalten, geht es in vielen städtischen Regionen darum, den potenziellen Nutzern Entscheidungs- und Orientierungshilfen zu geben, um sich in der Vielfalt der Angebote zurecht zu finden. Neben Entscheidungen zur gesundheitlichen Versorgung eignet sich die kommunale Ebene auch für die Umsetzung präventiver Maßnahmen. Ob und welche präventiven Maßnahmen sinnvoll erscheinen, kann oftmals nur angesichts lokaler Verhältnisse entschieden werden. Entsprechend sollten präventive Maßnahmen an den regionalen und lokalen Verhältnissen ausgerichtet sein, diese zum Ausgangspunkt nehmen und zivilgesellschaftliches Engagement berücksichtigen.

Um den vielfältigen Herausforderungen gerecht werden zu können, bedarf die Kooperation der Gesundheitsberufe auf lokaler Ebene qualifikatorischer und struktureller Voraussetzungen. Die qualifikatorischen auf Seiten der Angehörigen der Gesundheitsberufe werden im nachfolgenden Absatz skizziert. Zu den strukturellen Voraussetzungen gehört, dass kommunale Entscheidungsträger vor Ort gemeinsam mit Angehörigen der Gesundheitsberufe auch tatsächlich Versorgungsentscheidungen treffen können und diese nicht strukturell erschwert oder gar unmöglich gemacht werden. Die Richtlinie zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf die Angehörigen der Alten- und Krankenpflege nach § 63 Absatz 3c SGB V ist trotz der oftmals betonten gegenteiligen Intention ein Beispiel für eine strukturelle Erschwernis, da die Hürden zur Durchführung von Modellprojekten nach dieser

Richtlinie bereits so hoch und komplex sind, dass von ihnen nur bedingt Impulse für neue innovative Versorgungsansätze vor Ort ausgehen dürften. Empfehlenswert erscheinen eher Optionen für kleinräumigere Verträge zur regionalisierten integrierten Versorgung oder über populationsspezifische Programme (also für spezielle Bevölkerungsgruppen, die besonderen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind), an denen unterschiedliche Gesundheitsberufe mitwirken können.

Die notwendigen Kompetenzen der Gesundheitsberufe, um einen Beitrag zu kommunalen/quartiersnahen Versorgungskonzepten leisten zu können, sind vielfältig. Neben ihrer disziplinspezifischen Kompetenz zur Lösung einzelfallbezogener Gesundheits- und/oder Pflegeprobleme, bedarf es auch einer familien- und populationsorientierten Perspektive. Diese Perspektive überwindet eine institutions- und professionsbezogene Sichtweise und stellt die tatsächlichen und potenziellen Nutzer von Gesundheitsleistungen in den Mittelpunkt. Neben den bekannten Versorgungsstrukturen wird es erforderlich sein, auch zugehende Angebote zu entwickeln und einzuführen.

Dafür ist es erforderlich, dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe strukturell und qualifikatorisch in die Lage versetzt werden, den Anforderungen einer quartiersnahen und regionalen Versorgung gerecht zu werden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass dazu die Kenntnis der lokalen Versorgungsstrukturen und Akteure eine zentrale Voraussetzung ist. Das Wissen um das lokale Inanspruchnahmeverhalten gesundheitlicher Dienstleistungen ist eine wichtige Voraussetzung, um die Inanspruchnahme ggf. befördern oder zugehende Angebote entwickeln und etablieren zu können. Zunehmend wird auch die Kompetenz zur Nutzung technischer Möglichkeiten zur Gestaltung von Versorgungsprozessen (vgl. Alscher/Hopfeld in diesem Band) von Bedeutung sein.

2.1.3 Fazit

Abschließend seien die wesentlichen rechtlichen Regelungsbereiche im Handlungsfeld »Regionalisierung/quartiersnahe Versorgung« noch einmal zusammengefasst:
Auf der Ebene der Ausbildung der Gesundheitsberufe sollte sichergestellt werden, dass Qualifikationen im Bereich der ambulanten, populations- und gemeindeorientierten Gesundheitsversorgung im hier dargestellten Sinne erworben werden können. Die Steuerung von Versorgungsprozessen (Einschätzung von individuellen Bedarfslagen und darauf aufbauende Prozesssteuerung und -evaluation) muss dabei ein fester Bestandteil sein.
Der zu etablierende Dialog zwischen Gesundheitswirtschaft, Gesundheitsberufen und Bildungswesen ist nicht nur auf nationaler, sondern auch auf regionaler bzw. lokaler Ebene im Sinne der Netzwerkbildung zu ermöglichen und zu befördern.

Die Kommunen müssen ein eindeutiges Mandat für die Übernahme von Planungs-, Umsetzungs- und Steuerungsverantwortung erhalten.

Für die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe vor Ort ist sicherzustellen, dass rechtliche Bestimmungen (v. a. im Hinblick auf leistungsrechtliche Vorgaben) dieser Zusammenarbeit nicht entgegenstehen, sondern sie befördern. Der Abschluss von regionalisierten Verträgen zur Integrierten Versorgung ist zu begrüßen.

Das in diesem Beitrag angesprochene komplexe Zusammenspiel zwischen den Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten kommunaler Daseinsfürsorge (durch die Kommunen) und den Sicherstellungsaufträgen zur ärztlichen (Kassenärztliche Vereinigung) und pflegerischen (Pflegekasse) Versorgung bedarf vor dem Hintergrund sich ausdifferenzierender Versorgungserfordernisse einer besonderen Beachtung. Es erscheint in Zukunft erstrebenswert zu sein, diese unterschiedlichen Verantwortlichkeiten regional konstruktiv zusammenzuführen und dabei den beteiligten Akteuren einen Freiraum für unterschiedliche Lösungsansätze einzuräumen.

2.2
Telematik und Gesundheitsberufe: Mark Dominik Alscher/Manfred Hopfeld

Zusammenfassung

Der technologische Fortschritt wird das Gesundheitswesen stark beeinflussen.

Unter dem Begriff »eHealth« werden verschiedene Felder subsumiert, beispielsweise Telemedizin, Telecare, Telenursing und Telediagnostik. Der Informationsaustausch wird digitalisiert, mit allen Chancen und Risiken. Die assistierenden Technologien und intelligenten Haustechniken (»Ambient Assisted Living«, »Smart Home«) haben Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung. Im Bereich der Medizintechnik finden sich zahlreiche Entwicklungen (OP-Roboter, Navigationssysteme, Nanotechnologie, Bionik- und Hybridsysteme, artifizielle Organsysteme etc.), die ein bedeutsames Potential für neue Rollenverteilungen zwischen den Gesundheitsberufen haben. Technologische Innovationen bewirken veränderte Anforderungen, Profile, Kompetenzen und Organisationsformen verschiedener Gesundheitsberufe. Sie schaffen neue Verantwortlichkeiten und führen zur Herausbildung und Weiterentwicklung von Spezialisierungen innerhalb der Berufsgruppen. Dabei zeigt sich, dass es keine entsprechenden Berufsfelder und Qualifikationskonzepte gibt. Ein Curriculum Telematik in der Gesundheitsversorgung und die Einrichtung einer entsprechenden Professur wären zukunftsweisend.

Einleitung

Die anstehende Strukturdiskussion zur Leistungserbringung im Gesundheitssystem wird die Chancen und Möglichkeiten von eHealth und die damit verbundenen Implikationen für die Gesundheitsberufe berücksichtigen müssen. Nur so kann die Gesundheitsversorgung angesichts des demografischen und gesellschaftlichen Wandels gesichert bleiben.

Der Begriff Gesundheitstelematik setzt sich aus mehreren Begriffen zusammen.

Abb. 1: Gesundheitstelematik

Aus Haas P. (2006): Gesundheitstelematik. Grundlagen, Anwendungen, Potentiale. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg

In Abb.2 wird die Taxonomie der Begriffe im Feld »eHealth« dargestellt.

Taxonomie der Anwendungen

Behandlungsbezogene Anwendungen

Telekommunikation (»eCommunication«)
- eÄrztebrief
- eKrankenhaus- Einweisung

eVersorgung
- eRezept (§291a, Abs. 2, Satz 1)
- eAntrag
- Kostenübernahmeantrag
- Verlängerungsantrag
-...

e-Abrechnung
- ambulante Abrechnung
- stationäre Abrechnung
- BG-Verfahren
-...

eArbeitsunfähigkeitsbeschreibung

Teledokumentation (»eDocumentation«)
- Notfalldaten
- Medizinische Basisdokumentation
- Einweiserportal
- Verordnungsdokumentation
- Medikationsdokumentation
- Patientenselbstdokumentation
- Leistungskostendokumentation
- einreichungsübergreifende
- Elektronische Patientenakte
- ...

Telekooperation (»eCollaboration«)
- Versichertendatenabgleich
- Behandlungsmanagment
- Telekonsil
- Televisite
- Telezweitmeinung
- Telebefundung
  - Teleradiologie
  - Telepathologie
  - ...
- Teleüberwachung

Teleexpertise (»eDecisionSupport«)
- Kontextsensitive Wissensrecherche
- Watchdoc Functions
- Decision Suport Modules
- Intelligent Agents
- AMTS
- ...

Informations- und ausbildungs-bezogene Anwendungen
- Krankheitsartenbezogene Portale
- Daten- und Wissensbasen
- Literaturdatenbanken
- Projektdatenbanken
- Prozessbibliotheken
- Terminologieserver
- eLearning
- ...

forschungsbezogene Anwendungen
- Kompetenznetze
- Register
- Fall- und Prozessdatenbank
- ...

Aus Haas P. (2006): Gesundheitstelematik. Grundlagen, Anwendungen, Potentiale. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg

2.2.1 eHealth – Treiber in Europa

Alle europäischen Gesundheitssysteme stehen vor großen Herausforderungen, denn die Auswirkungen des demografischen Wandels betreffen alle europäischen Staaten gleichzeitig.

Der Anteil der Personen im erwerbsfähigen Alter wird in der EU von 61 % auf 51 % der Gesamtbevölkerung sinken, während der Anteil der Seniorinnen und Senioren (65+) bzw. der sehr alten (80+) Menschen von 17,4 % (2010) auf 30 % (2060) bzw. von 4,7 % (2010) auf 12,1% (2060) ansteigt. Die Auswirkungen dieser Veränderungen

sind bereits heute spürbar: Sie führen zu einem erhöhten Druck auf die öffentlichen Haushalte, zu einem stetigen Rückgang des Personals im Gesundheitswesen, zu einer höheren Inzidenz von chronischen Krankheiten. Gleichzeitig wachsen die Anforderungen und Erwartungen der Bevölkerung in allen EU-Staaten nach hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen, nach innovativen medizintechnischen Produkten und nach angemessener Versorgung und Betreuung.

Die EU-Kommissarin für Digitale Agenda, Nellie Kroes, fordert deshalb den konsequenten Einsatz von eHealth und die Klärung der in der EU geltenden Rechtsvorschriften zu Themen wie Erstattung, Haftung, Lizenzierung von medizinischem Fachpersonal und Datenschutz bei der Bereitstellung von Telemedizin über die Grenzen hinweg. Ebenso fordert sie die Klärung der Fragen rund um den Einsatz mobiler Dienste im Gesundheitswesen (mHealth): Welche Rollen spielen Ärzte, Pflegende, Netzbetreiber, Ausrüster, Software-Entwickler, aber auch Cloud Computing bzw. Computing-Ressourcen (z.B. Netzwerke, Server, Speicher, Anwendungen und Dienstleistungen) in der Wertschöpfungskette für mobile Gesundheitsstationen?

Dabei ist zu bedenken, dass es keine Vorschrift in der EU-Gesetzgebung gibt, die speziell für grenzüberschreitende Telemedizin anwendbar ist. Allerdings wird in den Jahren 2014 bis 2020 die Forschung und Innovation für das Gesundheitswesen u. a. in den Bereichen neue digitale Medien, Web und mobile Technologien/Anwendungen sowie digitale Instrumente, die die Gesundheits- und Pflegesysteme integrieren, unterstützt (Mitteilung der Kommission 2012a). Telemedizin ist bislang nur in Israel flächendeckend im Einsatz. (Reiter/Turek/Weidenfeld 2011).

2.2.2 eHealth – Zukunft in Deutschland

Alle europäischen Länder müssen den Problemen in der Gesundheitsversorgung entgegenwirken. Dazu gehören die Überwindung eines Mangels an Mitarbeitern in den Gesundheitsberufen, die Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen oder der ökonomische Druck auf Leistungsanbieter. Deutschland steht darum international im Wettbewerb um Fachkräfte und technische Innovationen.

Der Zentralverband Elektrotechnik- und Elektronikindustrie (ZVEI) schätzt, dass der Markt für technische Unterstützungssysteme in Deutschland angesichts des demografischen Wandels in den nächsten Jahren ein Volumen von 15 Mrd. € erreichen kann und dies, obgleich technische Systeme nie den Kontakt durch Angehörige, Pflegekräfte, Mediziner oder andere Gesundheitsberufe ersetzen können. Erst das Zusammenwirken von Technik und Dienstleistung eröffnet neue Potentiale für die Versorgung (ZVEI 2012).

Die Deutsche Bank sieht die Elektromedizin als Treiber im Gesundheitsbereich. Neben dem klinischen und dem ambulanten Sektor entstehe hier als dritte Säule die mobile Versorgung bzw. die Versorgung zuhause. Die Elektromedizin bilde eine entscheidende Basis für moderne medizinische Versorgung und bestehe aus den großen Warengruppen der bildgebenden Systeme, der Patientenüberwachung sowie einer Reihe therapeutischer Technologien. So hat Schätzungen zufolge der medizinische Fortschritt allein im Zeitraum 2000 bis 2008 in Deutschland zu einer Kosteneinsparung in Höhe von € 22 Mrd. geführt (Deutsche Bank 2012).

Die Chancen für die Elektromedizin steigen nochmals, wenn die Nutzung schnell und bequem erscheint. Dies gilt erst Recht, wenn die Anwendungen sowohl im dienstlichen als auch im privaten Umfeld eingesetzt werden.

Die Nachfrage nach mobilen Gesundheitsleistungen wächst. So hat eine von McKinsey durchgeführte Befragung unter deutschen Konsumenten im Jahr 2009 ergeben, dass »28 % der Befragten ein starkes oder sehr starkes Interesse an mobilen Gesundheitslösungen haben. 5 % der Deutschen zeigten sich sogar bereit, hierfür monatlich umgerechnet ca. 20 € aufzuwenden« (McKinsey 2013).

Durch Einbeziehung der Gesundheitstelematik kann zum Wohle des Patienten auf neue, zukunftsträchtige Impulse zur Verzahnung von stationären und ambulanten Angeboten auf regionaler Ebene gesetzt und die Versorgungsqualität auch im ländlichen Raum unterstützt werden. Die Region bleibt damit als Lebensraum für die Bevölkerung attraktiv und der soziale Zusammenhalt wird gestärkt.

Zum 01. Januar 2012 ist mit dem Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) der § 137e in das SGB V eingefügt worden. Dieser Paragraph ermöglicht auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses neue Methoden im Rahmen von Studien zu erproben. Herstellern von Medizinprodukten und Anbietern einer neuen Methode sind Antragsrechte eingeräumt worden (§ 137e Abs. 7 SGB V).

Aktuell – so wird geschätzt – gibt es 450 Telemedizinprojekte, die teils als wissenschaftliche Projekte, teils als Pilotprojekte oder als Prototypen aufgesetzt sind (Trill und Lehr 2012). Für die Verbreitung der Telemedizin ist sicherlich die Finanzierbarkeit im Rahmen der Kollektivverträge entscheidend. Der Bewertungsausschuss sollte deshalb bis zum 31. Oktober 2012 prüfen, welche ambulanten telemedizinischen Leistungen erbracht werden können und auf dieser Grundlage bis zum 31. März 2013 die Anpassung des Gebührenverzeichnisses (EBM) beschließen. Umso enttäuschender sind die Vorgaben der Arbeitsgruppe Telemedizin des Bewertungsausschusses nach §87, Abs. 1, Satz 1 SGBV. Die AG Telemedizin kommt – weitgehend konsentiert – zu sehr vorsichtigen und einschränkenden Empfehlungen

hinsichtlich der Einführung einer entsprechenden Gebührenziffer.[3] Mit Bezug auf die Gesundheitsberufe wird in der Präambel zwar auf die Einbindung nicht ärztlichen Fachpersonals eingegangen, doch wird gleichzeitig darauf hingewiesen, dass der Grundsatz des Fernbehandlungsverbot gemäß §7, Abs. 4 der Musterberufsordnung (MBO) für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte in der gültigen Fassung zu berücksichtigen sei. Damit muss auf jeden Fall gewährleistet sein, dass weiterhin eine Ärztin oder ein Arzt die Patientin oder den Patienten unmittelbar behandelt. Zum Austausch von telemedizinischen Informationen wird die Einhaltung entsprechender technischer Standards gefordert (DICOM, IHE und HL7). Weiter wird auf das Medizinproduktegesetz hingewiesen, welches ebenfalls gelten muss. Es versteht sich von selbst, dass die Datenschutzbestimmungen eingehalten werden (Bundesdatenschutzgesetz). Für die technische Migrationsfähigkeit, die gegeben sein muss, wird eine interoperable und kompatible Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur gefordert. Eine Doppelfinanzierung wird ausgeschlossen.

Bevor eine Prüfung zur Aufnahme in den einheitlichen Bewertungsmaßstab überhaupt ins Auge gefasst wird, müssen Informationssicherheit, Vertraulichkeit, Authentizität, Integrität, Verfügbarkeit, Validität, Rechtssicherheit und die Nicht-Abschreibbarkeit von Datenübermittlungen erfüllt sein. Auch muss die Nutzungsfestlegung getroffen sein, haftungsrechtliche Fragen sind zu berücksichtigen.
Um zu einem strukturierten Vorgehen zu kommen, empfiehlt die Arbeitsgruppe Telemedizin, die im deutschen Telemedizinportal genannten Projekte auszuwerten. Es müssen die Kriterien der evidenzbasierten Medizin gelten. Damit ein Projekt die Aufnahme in den einheitlichen Bewertungsmaßstab erfüllt, müssen entweder patientenrelevante Endpunkte evidenzbasiert (Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) und/oder eine verbesserte Wirtschaftlichkeit der Telemedizinlösung bewiesen sein. Dies wird nur für sehr wenige Telemedizinprojekte in wissenschaftlich fundierter Form zu erwarten sein.

Fasst man diese Empfehlungen zusammen, die ein sorgfältiges, vorsichtiges und abwägendes Vorgehen zeigen, wird dies nicht zu einer schnellen Implementierung von Telemedizinlösungen innerhalb des bestehenden Gesundheitssystems führen. Eher ist zu erwarten, dass Deutschland keine Vorreiterrolle im internationalen Vergleich einnehmen wird und wegen der empfohlenen Vorgehensweise das Innovationspotenzial auf nationaler Ebene nicht gehoben wird.

3 Beschlussvorschlag der AG Telemedizin für den Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V Stand 17. April 2013

Es ist nicht absehbar, ab wann Telemedizin über eine EBM-Ziffer abzurechnen sein wird. Allerdings besteht seit einiger Zeit die Möglichkeit, über integrierte Versorgungsverträge eine Finanzierung der telemedizinischen Lösungen von Kostenträgern zu erhalten. In der stationären Versorgung können Leistungen im Einzelfall abgerechnet werden, denn im Krankenhaus können alle medizinisch zugelassenen Produkte für den Patienten genutzt werden, solange sie nicht vom G-BA ausdrücklich verboten sind. Über das NUB-Verfahren können Krankenhäuser Innovationen außerhalb der DRGs abrechnen, wenn ein entsprechender Antrag beim Institut für das Entgeltsystem in Krankenhäusern (InEK) genehmigt wird.

Die 86. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder hat am 26./27.06.2013 verschiedene Beschlüsse zur Einführung nutzerorientierter Telematikanwendungen und zur Förderung der Telemedizin gefasst. Sie hat darauf hingewiesen, dass Handlungsbedarf besteht für eine grundlegende Novellierung der §§ 291a und 291b Sozialgesetzbuch V (SGB V) zur Entwicklung und Einführung von Telematikanwendungen und zur verstärkten Nutzeranwendung. Sie hat Zugriffsmöglichkeiten auf Telematikinfrastruktur für die ca. 2 Mio. Angehörigen nicht-approbierter Gesundheitsberufe gefordert, damit die datenschutzgerechte, technisch sichere elektronische Kommunikation und Dokumentation für moderne und effiziente Versorgungsprozesse möglich wird. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) wird aufgefordert, den Ländern einen stärkeren Einfluss auf die wesentlichen Entscheidungen der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) einzuräumen. Es wird gefordert, die Telematik stärker zu fördern, damit sie schneller in die Regelversorgung überführt und Telemedizindienste in den Regionen an die Telematikinfrastruktur angebunden werden.

Über die Telemedizin wird eine Netzwerkbildung um Qualitätsleuchttürme erleichtert. Allerdings findet zurzeit die Kommunikation nur mit niedergelassenen Ärzten statt. Da Telemedizin jedoch kein neues medizinisches Verfahren ist, sondern eine andere Organisationsform der medizinischen Versorgung darstellt, wäre eine Umorientierung – weg von der Arztzentriertheit hin zu einer Öffnung zu allen Gesundheitsberufen – konsequent. Mit dem Zugang zu medizinischen Daten aus dem Patientenalltag könnten Therapien optimiert werden. Gleichzeitig würde über telemedizinische Lösungen die Digitalisierung von Daten ermöglicht, die zum Aufbau von Datenbanken führten, die wiederum für die Versorgungsforschung grundlegend sind.

Für den Patienten bedeutet die Telemedizin eine bessere Versorgung, Betreuung und Einbeziehung interdisziplinären Know-hows. Der längere Verbleib in häuslicher Umgebung, die Verbesserung der Lebensqualität insbesondere für ältere Menschen und/oder chronisch Erkrankte, die Reduzierung überflüssiger Wege

vor allem bei eingeschränkter Mobilität, eine höhere Zufriedenheit durch bessere Information sowie bessere medikamentöse Anpassung unter Alltagsbedingungen wären positive Folgen. Eine Studie für die Niederlande, Großbritannien und Deutschland hat gezeigt, dass sich durch die Anwendung von Telemonitoring-Systemen die Überlebensraten um 15 % verbessert und die Krankenhaustage pro Patient um 26 % reduziert haben und darüber hinaus eine Kostenersparnis von 10 % durch Krankenschwester-Telefon-Support zu verzeichnen ist (EU Kommission 2012b).

Für die Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung bieten die Möglichkeiten der Telemedizin erhebliche Vorteile gerade in Zeiten zunehmender personeller Ressourcenknappheit und angesichts der Schwierigkeit, ausreichend Nachwuchs für die einzelnen Positionen zu finden. Von telemedizinischen Lösungen können Erleichterungen bei der Dokumentation und Abrechnung an Schnittstellen erwartet werden, ebenso eine Reduzierung von Hausbesuchen, eine bessere Überwachung von Patienten mit chronischen Erkrankungen und eine stärkere Bindung an die jeweilige Praxis.

Die Qualität der Versorgung wird durch Telekonsil und die damit verbundene Möglichkeit eines schnellen Hinzuziehens von weiteren Experten verbessert. Bei Praxen, die mit einer Telemedizinplattform ausgestattet sind, können Patienten von einer kompetenten medizinischen Versorgung ausgehen, gekennzeichnet durch Interdisziplinarität und Teamarbeit. Aufgrund des Zugriffs auf externe Daten bzw. durch den Import von Bilddaten kann die Diagnosesicherheit erhöht werden. Die Digitalisierung und Auswertung der Patientendaten chronisch erkrankter Personen bietet die Grundlage für eine Versorgungsverbesserung in der Alltagsumgebung und liefert Hinweise für Maßnahmen der Primär- und Tertiärprävention. Erwartet werden können die Reduzierung von Krankenhausaufenthalten und die Vermeidung von Fehlbelegungen in den Kliniken, insbesondere bei chronisch Kranken, so dass der Einsatz von Telemedizin auch unter ökonomischer Betrachtung vorteilhaft ist.

Die McKinsey Studie »NRW 2020: Unser Land – unsere Zukunft« kommt zu dem Schluss, dass Mobile Health einen wichtigen Beitrag dazu leisten könnte, die Auswirkungen des demografischen Wandels auf den Arbeitskräftebedarf in der »stationären und ambulanten Pflege« und die Kostensteigerung abzumildern. Um dem Pflegekräftemangel in NRW begegnen zu können, müsste die Anzahl der Pflegekräfte um 25 000 bis 45 000 Vollzeitkräfte wachsen. Durch die Initiative »Mobile Health« (mHealth) könnten immerhin etwa 10 000 Vollzeitkräfte in der Pflege eingespart werden. Durch den Ausbau fachspezifischer Studiengänge und die Einführung einer staatlich anerkannten Akkreditierung von Kompetenzen

für verschiedene Pflegestufen könnten Karriereoptionen entstehen und damit die Attraktivität der Gesundheitsberufe gestärkt werden.

Des Weiteren wird in der McKinsey Studie darauf hingewiesen, dass durch eine nachhaltige Qualitäts- und Attraktivitätsoffensive genügend Fachkräfte zu gewinnen und im Beruf zu halten seien (ca. 30 000 zusätzliche Pflegekräfte), durch die konsequente Anwendung verschiedenster mHealth-Lösungen (elektronisches Armband; installierte Sicherheitschips; Handy-Apps zur Erinnerung an Medikamenteneinnahme; Patienteninformationen, Pflegepläne, Terminüberwachung, effiziente telefonische Übergabe zwischen Pflegekräften) bei einer Einsparung von täglich ca. 30 Minuten rd. 8 500 zusätzliche Pflegebedürftige bei gleicher Anzahl vollzeitbeschäftigter Pfleger versorgt und durch mobiles umgebungsgestütztes Wohnen rd. 1 500 zusätzliche Pflegebedürftige bei gleicher Anzahl von vollzeitbeschäftigten Pflegern versorgt werden könnten. Demnach – so McKinsey – könnte durch solche Maßnahmen die Pflegelücke bis 2020 zu ca. 30 % geschlossen werden (McKinsey 2013).

Die folgenden Anwendungsbeispiele lassen erkennen, welches Potential für die Gesundheitsversorgung in den neuen Technologien stecken. Sie zeigen aber auch in welcher Weise traditionelle Gesundheitsberufe verändert bzw. welche neuen Berufe und Qualifikationen eingeführt werden müssten:

Apps für Smartphones[4], Tablet-PCs einschl. innovativer Lösungen, wie sie heute beispielsweise im Umfeld des Cloud Computing angeboten werden. Pilotprojekte am Uniklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) zeigen heute schon, wie IT-Ressourcen organisatorisch zusammengelegt werden und wie über die papierlose Klinik oder Managementsysteme zum Einsatz steriler Instrumente erhebliche Kostensenkungen ermöglicht werden. Damit ist das UKE heute die erste Klinik in Europa, die komplett papierlos arbeitet. Ein umfangreiches Sicherheitskonzept schützt die Patientendaten vor unerwünschten Zugriffen (Becker 2013). Unternehmen planen darüber hinaus, ihr Geschäftsfeld um die wissensintensiven Bereiche Wartung, Service und Life-Cycle-Management (von der Beratung über die Planung bis hin zur Entsorgung) weiter zu entwickeln.

4 Unübersichtlich und rasant entwickelt sich der Markt der Apps für Smartphones. Im Juli 2008 gab es erst 500 Apps. Im Juli 2013 werden bereits 900 000 Apps angeboten. Dabei geht der High-Tech-Verband BITKOM von 15 000 Gesundheits-Apps alleine für Deutschland aus. Die Technology Review spricht von insgesamt 50 000 Gesundheits-Apps und monatlich kommen ca. 1 000 neue Health-Apps hinzu. Laut Apple gibt es über 125 000 Apps-Entwickler (Stand: 09.2009).

Seit Oktober 2011 nutzen Ärzte der Klinik für Neurologie am Campus Charité Mitte auf ihrer Visite die mobile elektronische Patientenakte. Statt mit dem Visitenwagen durch die Zimmer zu fahren, greifen die Ärzte über Tablet-PCs auf die Patienteninformationen zu. Röntgenbilder, aktuelle Laborwerte oder Behandlungsverläufe erscheinen mit wenigen Klicks auf dem Bildschirm. Möglich macht das die mobile App SAP EMR Unwired: Sie verbindet die Tablet-PCs mit Krankenhausinformations-, Labor- oder bildgebenden Systemen. Hagen Hupperts, IT-Projektleiter der Charité, ist sich deshalb sicher: »Der klinische Arbeitsplatz der Zukunft ist mobil.« In der Charité können Mediziner an unterschiedlichen Orten der Klinik gleichzeitig auf dieselbe Akte zugreifen. Wenn die Mediziner mit den mobilen Geräten direkt via Tablet-PC Befunde oder Therapievorschläge in die Akte eintragen, führt dies zu einem weiteren Zeitgewinn und damit zu mehr Freiraum für Patientengespräche.[5]

Videokonferenzsysteme gibt es im Gesundheitswesen schon seit mehr als 20 Jahren. Doch die Konsultation via Bildschirm konnte sich bisher nicht als Mainstream-Anwendung durchsetzen. Dies gilt insbesondere für Deutschland. Andere Länder wie die USA, Schweden und Kanada sind hier schon weiter. Mit der bisher üblichen Architektur der Multipoint-Control-Unit (MCU) ist es sowohl finanziell als auch technisch sehr aufwendig, jedem Arzt und dem Pflegepersonal Videokonferenztechnik zur Verfügung zu stellen. Inzwischen gibt es softwarebasierte Lösungen für die Gesundheitsbranche. In Norwegen und Schweden verfügt man bereits über »geschlossene« Netze für eine flächendeckende Telemedizinanwendung, die elektronische Kommunikation und Interaktion im Gesundheitssektor ermöglichen. Videokonferenzen finden ein breites Einsatzfeld: Ärzte können über Video weitere Experten aus derselben oder einer anderen Klinik hinzuziehen. Auch in der Ferndiagnostik, Teleneurologie, Verhaltensmedizin, Logopädie, in der klinischen und häuslichen Pflege sowie bei der Aus- und Weiterbildung von medizinischem Fachpersonal eröffnet die Videokonferenztechnik neue Möglichkeiten.

Das nationale dänische eHealth-Portal »sundhed.dk« verwaltet seit 1993 elektronische Patientenakten von rd. 1,25 Millionen Versicherten. Über 3.500 angeschlossene Einrichtungen und Organisationen des Gesundheitswesens tauschen hier auf kürzestem Wege Rezepte, Laborbefunde und Krankheitsabläufe aus. Dazu zählen nahezu alle dänischen Krankenhäuser und Kliniken, alle Apotheken, 16 Krankenversicherer sowie über 70 Prozent der Fachärzte und Labore (Trill 2012). Die Zahl der Besucher des Gesundheitsportals sundhed.dk erreichte im Jahr 2007 insgesamt 35,3, Millionen. Ende 2007 boten 51 % der Hausärzte eine elektronische

5 Deutsche Telekom: Dr. Tablet Medienmappe CeBit 2013

Terminvereinbarung und bereits 55 % die elektronische Rezepterneuerung an. Geplant war, dass die Zahlen bis 2013 auf 100 % ansteigen (Lohmann und Preusker 2009).

Frankreich hat bei den Gesundheitstechnologien einen großen Vorsprung. Seit 2011 existiert hier eine Verknüpfung der Patienten-Gesundheitskarte (carte vitale) mit einer elektronischen Patientenakte (dossier medical personnel). Ärzte haben über eine separate Legitimation Zugriff auf alle Daten. Aus der Kliniksoftware können z. B. Informationen, die andere Praxen zur Weiterbehandlung benötigen, hochgeladen werden. Patienten können entscheiden, welche Daten sie beispielsweise nur Ärzten, aber nicht anderen Gesundheitsberufen zugänglich machen.

»Telemedizinnetzwerke werden unverzichtbar sein für die künftige Schlaganfallversorgung«, prognostiziert der Experte Audebert vor dem Hintergrund von Bevölkerungsverschiebungen, Ärztemangel und einer Zunahme der Erkrankung aufgrund der alternden Bevölkerung. Telekonsile eigneten sich für den Schlaganfall, weil alle klassischen Symptome audiovisuell erfassbar seien. Zudem handele es sich um eine zeitkritische Erkrankung: »Das Telekonsil ist schneller als die Verlegung des Patienten oder die Benachrichtigung des Arztes«, erklärte Audebert. Telemedizin liefere Entscheidungshilfe in konkreten Situationen. Darüber hinaus bedeute jedes Telekonsil einen Know-how-Transfer und eine konstante Qualitätssicherung, weil stets die Abläufe in den Krankenhäusern überprüft werden. Regionale Stroke-Units machen Audebert zufolge Telemedizin keineswegs überflüssig. »Die Telemedizin hilft bei der Versorgungsoptimierung und verbessert das Outcome in den Regionen. Sie muss aber eingebettet sein in ein Stroke-Unit-Konzept«, lautet das Fazit des Experten.

AGnES (Arzt-entlastende, Gemeindenahe, E-Health gestützte Systemische Intervention) wurde im August 2005 vom Institut für Community Medicine der Universität Greifswald initiiert. Im Auftrag einer Hausarztpraxis besucht eine speziell geschulte »Tele-Gesundheitsschwester« die Patienten und dokumentiert die Befunde am mobilen Rechner. Die Daten werden an den Praxis-PC des Arztes übermittelt, der sich bei Bedarf per Videoschaltung live zum Hausbesuch zuschalten kann. Das Projekt AGnES wurde 2008 abgeschlossen und ist inzwischen in die Regelversorgung übernommen. Die Tele-Gesundheitsschwester ist mittlerweile auch in anderen Regionen Deutschlands unterwegs. Die als AGnES vergleichbar geltende VeraH (Versorgungs-Assistentin in der Hausarztpraxis) wurde vom Hausärzteverband für ein Telemonitoring im Rahmen von Hausbesuchen ausgebildet. Ebenso kommen zum Einsatz: MOPRA (mobile Praxisassistentin), EVA (entlastende Versorgungsassistentin) und HELVER (Arzthelferinnen machen Hausbesuche) .

Das Telemonitoring ist in der Beziehung zwischen Arzt, Patient und weiteren Gesundheitsberufen als ein wichtiges Segment angekommen. Der Gesundheitszustand eines Patienten kann mit Hilfe von Telematik über eine weite Distanz überwacht werden. »Hypertoniker und Diabetiker können überwacht werden, ohne dass sie ständig in die Arztpraxis kommen müssen oder gar ein Hausbesuch nötig wird«, erklärt PD Dr. med. Heinrich Körtke, Leiter des Institutes für angewandte Telemedizin am HDZ, Bad Oeynhausen. Auf dem Markt sind Messgeräte für Blutdruck, die das Messergebnis per Handy oder via Modem und Telefon an die Arztpraxis oder ein medizinisches Servicezentrum senden. So wird engmaschig kontrolliert, wie sich der Blutdruck des Patienten entwickelt. Gerade nach einer Neueinstellung, nach Änderung der Medikation oder Dosismodifikation ist dies ein entscheidender Vorteil.

Auch der Blutglucose-Spiegel kann per Telemonitoring überwacht werden. Ziel jeder Diabetesbehandlung ist ein gut eingestellter Blutzuckerwert, um Komplikationen wie Hypoglykämie und Spätfolgen wie Nierenerkrankungen auszuschließen. Der Patient übermittelt Blutzuckerwerte, Ernährung und Therapie per E-Mail an seinen Arzt und kann mit ihm aktuell das weitere Vorgehen abstimmen. Bei Kindern, die an Diabetes mellitus erkrankt sind, hat sich das Telemonitoring bewährt. Durch die intensive Zusammenarbeit mit dem Diabetologen und mittels der modernen Technik können zu Beginn der Erkrankung noch schwankende Blutzuckerwerte und die erforderliche Insulindosis schnell und einfach beeinflusst werden.

Neben dem allgemeinärztlichen und internistischen Bereich ist die Telemedizin mittlerweile in nahezu alle medizinischen Disziplinen vorgedrungen. Die technischen Fortschritte sind beeindruckend. So können Teleradiologen Röntgenbilder und Aufnahmen mit dem Computer- oder dem Magnetresonanz-Tomografen in exzellenter Qualität an Kollegen anderer Fachgebiete übermitteln, die dann aus ihrer Sicht Diagnose und/oder Therapie bewerten. Heute kann sogar die Pupille am Bildschirm untersucht werden. Ophthalmologen schicken Bilder vom Auge ihres Patienten an einen anderen Spezialisten, um beispielsweise eine Diagnose überprüfen zu lassen oder andere Behandlungsmöglichkeiten zu diskutieren. In den USA werden 70 % aller außerhalb der normalen Krankenhausbetriebszeiten angefertigten Röntgenaufnahmen in Indien befundet.

Schließlich ist es auch möglich, mithilfe eines ferngesteuerten Operationsroboters eine Operation von einem anderen Ort aus vorzunehmen. So kann ein chirurgischer Experte hinzugezogen werden. Dabei kann der Operateur im selben Raum wie der Patient bleiben oder von einem Nachbarraum aus den Roboter steuern. Im Gegensatz zur »Short-distance«-Operation befindet sich der operierende Arzt bei der »Long-distance«-Telechirurgie weit weg vom Patienten, im Extremfall sogar auf einem anderen Kontinent.

Als Ambient Assisted Living (AAL) werden Konzepte für kranke, behinderte und/oder betagte Menschen bezeichnet, die in ihrer eigenen Wohnung leben. Dazu zählen unterschiedliche Alarmsysteme wie Sturzsensoren im Teppich, Bewegungsmelder und Herzfrequenzmesser sowie Telemonitoring-Systeme, die Parameter wie Herzfrequenz und Blutdruck erfassen. Zur Ausstattung der Patienten gehört auch ein Notruf-Handy, das meist über ein satellitengestütztes Navigationssystem verfügt, sodass der Betroffene im Notfall sofort geortet werden kann. Es geht bei AAL aber auch um alltägliche Hilfen. Damit betagte Menschen in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können, sollen technische Geräte ihnen einen Teil der täglichen Hausarbeit abnehmen. Intelligente Staubsauger finden automatisch ihren Weg durch die Wohnung; über Sprachkontakt zu bedienende Kommunikationsmittel unterstützen den Kontakt mit Familie und Freunden, aber auch professionellen Helfern. Virtuelle Treffen mit Bildübertragung im Internet ersetzen zwar keine echten Begegnungen, überbrücken aber Distanzen, die sonst einen Austausch unmöglich machen.

Die genannten Projektbeispiele und Maßnahmen zeigen den Nutzen sowohl für Anwender als auch insbesondere für Patienten: schneller Zugriff auf Behandlungs- bzw. Patientendaten, frühzeitige Diagnose und vereinfachte Diagnosestellung, Reduktion der Mortalität, aktive Beteiligung an poststationärer Therapieplanung, Angebot von Expertenwissen (2nd opinion) in ambulanter Betreuung, Versendung des Arztbriefes (Standardisierung und bessere Verständlichkeit) schon am Entlassungstag, schnelle, detaillierte Datenaufnahme, Regulierung des Patientenstroms, mehr Zeit für den Patienten, Auflösung der klassischen Fragenbogenstruktur, Individualisierung der Patientenbedürfnisse, eine höhere Lebensqualität, kürzere Krankenhausaufenthalte, Verringerung der Nachsorgekontrollen, weniger Kontrolluntersuchungen schnelle Therapie und Diagnostikempfehlung bei akuten Zwischenfällen, bessere Einstellung z. B. der Gerinnungstherapie und damit weiniger Komplikationen, Qualitätsverbesserung in der Versorgung des Patienten; Kosteneinsparung.

Der kompetente, professionelle Einsatz der Telematik erfordert neue, fächerübergreifende Qualifikationsprofile. Daneben sind auch neue Berufsbilder und Ausbildungsinhalte für Entwickler und für das Management, für operative Betriebe in Monitorzentren und bei den Anbietern telemedizinischer Dienstleistern erforderlich. Es gibt zurzeit keine standardisierte, einheitliche und akkreditierte Ausbildung, keine Zusatzausbildung bzw. Weiterbildung, kein klares Berufsbild und kein Qualifizierungskonzept für Telemedizin in der Bundesrepublik. Ebenso fehlen Richtlinien für gute Telemedizinarbeit.

Die vorgenannten Beispiele und Maßnahmen müssen nicht zwingend durch die Ärzteschaft verantwortet und organisiert werden, sondern sie bieten Weiterentwicklungsmöglichkeiten für traditionelle und neue Gesundheitsberufe. Telemedizin ist Chance und fordert zugleich Veränderungen der Berufsrollen, -profile, der Kompetenzen und Organisationsformen bezogen auf die Leistungsanbieter im medizinischen, technologischen und pflegewissenschaftlichen Bereich. Die technologischen Möglichkeiten der Information und Kommunikation, der Diagnose und/oder Fernüberwachung/Fernbehandlung von Risikopatienten und chronisch Kranken müssen in die Leistungsstrukturen und Prozesse eigenverantwortlich integriert werden. Sie erfordern neue oder zusätzliche Qualifikationen und Kompetenzen bzw. Spezialisierungen. Den Gesundheitsberufen kommt eine bedeutende Rolle bei der Anwendung, Beratung und Patientenbetreuung zu. Die nachfolgende Aufzählung spezifischer Berufsprofile zeigt dabei auf die Vielfalt von Spezialisierungen und Einsatzmöglichkeiten:

Stroke Nurse; Breast Care Nurse; Physician Assistent; Cardiology Assistant; Intensiv Care Practitioner; Advanced Nursing Pratice; Community Health Nurse; Family Health Nurse; Telemedizinische Assistenten; Telenurse, Telepflege; Pflegediagnostiker; Study Nurse; Berufsbild der schwedischen District Nurse;[6] Stomatherapeut; Case Manager/in; Akten- und Telemedizin/Telematik-Manager; telematischer Assistent; Telemedizinisches Akquisemanagement; Telemedizinische Informatik; Etablierung »arztferner« Medizin; GesundheitsagentIn;[7] Gesundheitscoach im Zusammenhang mit Connected Living;[8]Medizin Informatiker; Medizin Techniker; e-Health-practitioner; Teilgebietsweiterbildung in Telematik/Telemedizin für Ärztinnen u. Ärzte; Telemedizinisches Projekt-/Gesundheitsmanagement; eHealth-/Telematik-/Telemedizin-Entwickler; Anwendungsentwickler; IT-Health-Controller; Versorgung über virtuelle Behandlungs- und Betreuerteams; interprofessionelle Teambildung; neue Geschäftsmodelle z. B. Krankenhaus als Provider; Trainingsleiter/in für telemedizinische Fachkompetenz für alle Gesundheitsberufe (Telefoncoaching, Diabetescoaching und Coaching für telemedizinische Versorgungsabläufe); Telecoaching; Telemedizinische/r Assistent/in für die Besetzung der telemedizinischen Leitstelle (muss kein Arzt sein); Telemedizinisch-technische Assistenz für die Patientenschulung hinsichtlich technischer Abläufe

6 mit deutlich umfangreicheren Befugnissen als in Deutschland (generell für Hausbesuche zuständig, darf im Rahmen der Befugnis Medikamente verschreiben); Diabetes- und Herz-Kreislauf-Schwestern in Finnland (erste Anlaufstelle für die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen und Langzeitbetreuung)

7 (Vorbild GB und USA) bereitet die Patientendaten auf, führt Hausbesuche durch, installiert technische Geräte und hat die Kompetenz, die Infrastruktur beim Patienten aufzubauen. Sie erfüllen die Schnittstellenfunktion zwischen IT, Medizin und Sozialem.

8 Ärzte, Heilpraktiker, Pflegende und andere Gesundheitsberufe sollen in Aus-, Fort- und Weiterbildung auf bereits anwendungsreife oder zu erwartende telemedizinische Anwendungen vorbereitet und gezielt geschult werden.

(interdisziplinäre Ausbildung, Sozialarbeiter mit telemedizinischer Kompetenz); Krankenschwester/-pfleger/MTA für Telemedizin-Pädagogik (Patientenschulung); telemedizinisch-basierter Sportpädagoge/Psychologe/Ernährungswissenschaftler/Diabetologin/e; telemedizinisch basierter Sozialarbeiter zur Eingliederung der Patienten in das Alltagsgeschehen; Schulungsassistenten/innen zur Einweisung in Test- und Anwendungsprogramme.

Die positiven Erfahrungen des Skill- und Grade-Mix der Pflege könnten Chance und Vorbild für ein neues Organisationmodell in der Telemedizin sein.

Ein Team-Mix (»Skill-Grade-Mix«) im Handlungsfeld der Telematik bedeutet den sektorübergreifenden Einsatz unterschiedlicher Berufs-, Funktions- und Spezialistengruppen mit unterschiedlichen Ausbildungen und Zusatzqualifikationen. Jede Berufsgruppe muss sich fragen, was ihre spezifische Kernkompetenz ist, die niemand anderes besser und wirtschaftlicher ausüben kann bzw. welche traditionell durchgeführten Aufgaben besser, genauso gut und kostengünstiger und für die Patienten effektiver von anderen Berufsgruppen übernommen werden können.

Bereits im Jahre 2009 beschrieben Karin Höppner und Adelheid Kuhlmey, dass eine »Neugestaltung« der arbeitsteiligen Prozesse zwischen ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen die Chancen einer besseren Versorgungsqualität bietet. Die vorgenannten Beispiele der Telemedizinprojekte bieten die Chance, eine solche »Neugestaltung« umzusetzen. Telemedizin bietet auch die Möglichkeit, Vorbehalte der Patienten gegenüber anderen Gesundheitsberufen abzubauen, insbesondere, wenn die Patienten frühzeitig in den Versorgungsprozess unter Beteiligung anderer Gesundheitsberufe einbezogen werden.[9]

Nach Prof. Dr. Roland Trill (FH Flensburg) braucht das »neue« Gesundheitswesen Menschen, die es gelernt haben, in Netzwerken zu denken und zu agieren.

Es gelte die Ansprüche von Institutionen (z. B. Krankenhäusern, Arztpraxen) und Kostenträgern mit den Bedürfnissen der Patienten und den technologischen Möglichkeiten in Einklang zu bringen. Noch haben zum Beispiel Unikliniken bis zu 100 Subsysteme im Einsatz (verschiedene Laborsysteme, Dokumentationssysteme und bildgebende Systeme), die meistens nicht miteinander vernetzt sind. Die Herausforderung besteht darin, aus der Vielzahl der Daten ein Ganzes

9 In einer deutschen Studie lehnen über ein Drittel (36 %) der insgesamt 1.454 Befragten die Übertragung bislang ärztlicher Aufgaben an speziell weitergebildete Pflegekräfte oder medizinische Fachangestellte grundsätzlich ab (Höppner 2008). Anmerkung der Verfasser: Bereits im Jahre 2008 waren ⅔ der Befragten für eine Übertragung.

zu schaffen. Programmierer und Netzwerker allein stoßen hier an ihre Grenzen. Wissensgebieten wie Medizinische Informatik sowie Medizintechnik fehlt es u. a. an wirtschaftlichen Komponenten. Und letztlich muss das Ergebnis für das Personal in Krankenhäusern, in Arztpraxen, bei Krankenkassen usw. bedienbar sein. E-Health-Experten könnten hier Abhilfe schaffen. (Trill 2012)

2.2.3 Fazit

Die Versorgung mit direkten personenbezogenen technischen Hilfsmitteln, aber auch die Ausgestaltung des Umfeldes der Personen mit technischen Geräten (z. B. Home Monitoring) wird zu einer stärkeren Technisierung des Alltags im Kontext der Gesundheitsversorgung führen (Friedrichs 2013). Ziel muss es sein, für die Technikanwendung zu qualifizieren und zum Umgang mit der Technik zu befähigen. Dies gilt auch im Zusammenhang mit quartiersnahen Wohnformen, mit kommunalen Strukturen, Einrichtungen und Behörden (vor allem auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens) sowie für den Städtebau und die Verkehrsplanung.[10]

Der folgende Maßnahmenkatalog zielt auf eine verbesserte Qualität der Patientenversorgung. Gefordert werden die Integration eines Telekonsils: Durch ein niederschwelliges, gut eingebettetes Angebot von Telekonsilen kann ein Beitrag zur Sicherung und Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung in strukturschwachen Regionen geleistet werden; Verbesserung der Nahtstellen zwischen den Sektoren und multiprofessionelle Verbundprojekte mit hoher Interoperabilität; begleitende Evaluation zur Sicherung des patientenbezogenen Nutzens, Auswahlkriterien für teilnehmende Patienten bzw. Definition, welche Population besonders geeignet ist und welche nicht; Identifizierung von Implementierungsbarrieren und Erarbeitung von Maßnahmen zu deren Überwindung; Entwicklung von Abstimmungs- und Koordinierungsprozessen (Schnittstellenproblematik, Transfergedanke); Erprobungsforschung in einer Region; Einbindung aller »stakeholder«, auch z. B. Medizinprodukthersteller und andere kommerzielle Anbieter – idealerweise auf der kommunalen bzw. regionalen Ebene; Kriterien für die anzuwendende (Medizin)-Technologie: einfache Handhabung und Steigerung der Attraktivität der eingesetzten Technologien hinsichtlich Reproduzierbarkeit und

10 Die Hochschule für Gesundheit (HSG) in Bochum beabsichtigt noch in 2013 ein zweites Department zu gründen, um eine größere fachliche, disziplinäre, interdisziplinäre und transdisziplinäre Breite im Studienangebot zu erreichen. Mit dem »Konzept zur Umsetzung der Ergebnisse der Zukunftswerkstatt« verweist die HSG darauf, dass mit einer Veränderung des Versorgungsbedarfs auch eine Veränderung der Versorgungsstrukturen erforderlich sei. Menschen wollen zukünftig noch stärker Versorgungsleistungen in ihrem angestammten Quartier (quartiersnahe Versorgung – Community Health) nutzen. Damit werden sich auch die Anforderungen an die Technik der Versorgung ändern Eine Entwicklung neuer Techniken bedeutet neue Herausforderung im Umgang und Anwendung der technischen Mittel für Anwender und Nutzer.

Zuverlässigkeit (weniger falsch negative und falsch positive Ergebnisse, schnell, preiswert); Integration telemedizinischer Ausbildungsinhalte (telemedizinisch unterstützte, evidenzbasierte qualitätsgesicherte Versorgungs- und Behandlungspfade) in die Curricula von Medizinern/innen und anderen Gesundheitsberufen; Aufnahme der Telemedizin in die Lehre steigert die Attraktivität für den medizinischen Nachwuchs und unterstützt eine neue Rollenverteilung zwischen den Berufen im Gesundheitswesen. Ein Curriculum Telematik in der Gesundheitsversorgung und die Einrichtung einer entsprechenden Professur wären zukunftsweisend; Projekte im präventiven Bereich etwa zur Vermeidung von Chronifizierung oder im Bereich der Tertiärprävention, der stationären, ambulanten Rehabilitation und im häuslichen Bereich, z. B. telemedizinische Anwendungen, um chronische Erkrankungen schon in der Frühphase zu erkennen und durch frühzeitige, telemedizinisch unterlegte Interventionen in eine spätere Lebensphase zu verschieben oder Kompression der Morbidität/Vermeidung der Chronifizierung (z. B. überwachtes Ergometertraining mit Dokumentation von Pulsfrequenz, Herzrhythmus, Blutdruck, Körpergewicht, PWC-Wert als Beleg des Trainingsfortschritts).

Die Gesundheitsberufe, die vor großen Herausforderungen stehen, sind im Anwendungsbereich der Telematik noch nicht gut aufgestellt. Bisher wird von vielen Anwendern der Einsatz der Telematik als Funktion zur Entlastung des Arztes gesehen. Wegen dieser Einschränkung des Blickwinkels werden die Auswirkungen auf das gesamte Spektrum der Gesundheitsberufe nicht ausreichend in Betracht gezogen. Der Einsatz der Telematik stellt hohe Anforderungen an die Professionen und die Kooperationsfähigkeit der Gesundheitsberufe sowie an die Koordination ihrer Tätigkeit. Aus diesem Grund sind entsprechende Ausbildungsangebote sowie Qualifizierungsprofile bis hin zu möglichen neuen Berufsbildern zu konzipieren. Dabei wäre die Einrichtung des Fachgebietes Telematik im Gesundheitsbereich als Fach der Hochschulausbildung zukunftsweisend.

2.3
Integrierte Versorgung und Gesundheitsberufe: Harry Fuchs

Zusammenfassung

Der Gesetzgeber beabsichtigte mit dem durch das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 eingeführten Instrument der »Integrierten Versorgung« (§§ 140 a bis 140 g SGB V) u.a. die Überwindung der starren Versorgungsstrukturen des deutschen Gesundheitswesens. Die Integrierte Versorgung ist damit eine Versorgungsform zur Überwindung von Schnittstellenproblemen, die so alt sind, wie das gegliederte System selbst. Die praktische Durchführung und Umsetzung erfuhr erst seit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) ab 1.1.2004 eine spürbare Dynamik. 2007 wurde die pflegerische Versorgung und 2011 die Versorgung mit Arzneimitteln in die Integrierte Versorgung einbezogen, während bereits seit 2000 die Kooperation der Integrierten Versorgung mit der Versorgung mit Rehabilitations- und Teilhabeleistungen vorgesehen war. Neben dem Recht der Integrierten Versorgung besteht das Recht für die einbezogenen Leistungen der Pflegeversicherung und der Arzneimittel fort. Für Leistungen bzw. Leistungsanteile der Rehabilitation/Teilhabe sind immer die Bestimmungen des am 1.7.2001 in Kraft getretenen Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) maßgeblich. Durch die Integrierte Versorgung, insbesondere aber den mit dem SGB IX vollzogenen Paradigmenwechsel von der Krankheits- auf die Teilhabeorientierung ergibt sich für Beschäftigten in den Gesundheitsberufen in mehrfacher Weise ein Perspektivwechsel. Der bezieht sich sowohl auf den zu behandelnden Menschen und seine Bedarfe, insbesondere aber auch auf die Gestaltung und Ausführung von Leistungsangeboten und Leistungen. Der Beitrag zeigt, dass die Entwicklung Integrierter Versorgungsstrukturen, zumal wenn sie mit Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe koordiniert werden, inter- und multidisziplinären Anforderungen unterworfen ist, die z. T. erheblich von den für die Akutversorgung üblicherweise geltenden Rahmenbedingungen abweichen bzw. über diese hinausgehen.

Einleitung

Die als »Schnittstellenprobleme« bezeichneten Schwierigkeiten an den Naht- und Berührungsstellen des gegliederten Sozialleistungssystems sind so alt wie das System selbst.

Rechtlich gesehen sollten Probleme mindestens solange nicht auftreten dürfen, wie sich der Hilfe- und Leistungsbedarf gegen einen Leistungsträger nach dem für ihn

spezifisch geltenden Sozialgesetzbuch richtet. Wie die Praxis der sektoral gegliederten Krankenversorgung nach dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) jedoch zeigt, bestehen selbst bei der Anwendung der auf ein Ziel – nämlich die Herstellung der bestmöglichen Gesundheit – ausgerichteten Bestimmungen nur eines Sozialgesetzbuches durch einen Träger Probleme, wenn die Versorgung und deren Organisation nicht nach einheitlichen und gemeinsamen Grundsätzen organisiert wird, die sich insbesondere an den Bedarfen der Berechtigten orientieren.

Schnittstellenprobleme entstehen in fast allen Fällen, wenn Menschen Hilfen und Leistungen nach unterschiedlichen Sozialgesetzen benötigen, die von verschiedenen Sozialleistungsträgern zu entscheiden oder auszuführen und zudem noch auf unterschiedliche Behandlungsziele auszurichten sind. Ursache dafür ist die Risikoorientierung unseres gegliederten Sozialleistungssystems, das im Prinzip auf die Bewältigung unterschiedlicher Lebensrisiken durch unterschiedliche Sozialleistungsträger, nicht aber auf die Bewältigung der durch den Eintritt des Risikos verursachten Probleme in der individuellen Lebenssituation des Betroffenen, d. h. der Beeinträchtigung seiner Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, ausgerichtet ist.

Von diesen Schwierigkeiten sind durchweg chronisch kranke, behinderte und pflegebedürftige Menschen betroffen, weil die Bewältigung der als Folge von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit eingetretenen Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in der Regel Leistungen unterschiedlicher Sozialleistungsträger nach verschiedenen Sozialgesetzbüchern erfordert und diese Leistungen auch noch auf unterschiedliche Leistungsziele (Krankenbehandlung = Herstellung der bestmöglichen Gesundheit; Rehabilitation und Pflege = darüber hinausgehend Förderung der Teilhabe und Selbstbestimmung) ausgerichtet sind.

Impulse aus den Wissenschaften

Seit den 70iger Jahren befassten sich die Gesundheitswissenschaften, insbesondere die Gesundheitssystemanalyse mit den Problemen an den Schnittstellen von Akutversorgung und Rehabilitation. Ab Ende der 80er Jahre wurden bedeutende Arbeiten vorgelegt, die auf der Basis umfassender Analysen der Schnittstelle und der dort bestehenden Probleme Lösungsvorschläge unterbreiteten (u. a. Badura, Hurrelmann/Laser, Raspe, Schwartz).

In diesen Arbeiten wurden als Ursache der Schnittstellenprobleme »sozialrechtlich fixierte oder traditionelle träger- und einrichtungsbezogene Abschottungen« als Folge des gegliederten Systems der sozialen Sicherung identifiziert. Zur Beseitigung der Probleme wurden (u. a.) eine Integration der Rehabilitations- in die

Akutversorgung (so noch Arnold 2000), aber auch der Abbau der Versäulung des Systems durch die Einführung einer Gesamtverantwortung, mehr Patientenmanagement und einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung gefordert.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen griff die Vorschläge der Studien in seinem Sondergutachten 1995 teilweise auf und empfahl die Fortentwicklung der Rehabilitation im Sozialversicherungssystem (ausdrücklich nicht: im Gesundheitswesen) durch

:: verbesserte Harmonisierung und Koordination der Leistungen in normativer und faktischer Hinsicht mit dem Ziel,
:: die Nahtlosigkeit und Kontinuität der Versorgungskette von Prävention, Akutversorgung, Rehabilitation und Nachsorge sicherzustellen und dazu
:: strukturell bedingte Probleme bei der Zuweisung von Leistungspflichten und -zuständigkeiten sowie die in den verschiedenen Gesetzen gebrauchten Begriffe und Abgrenzungskriterien zu bereinigen.

Initiativen des Gesetzgebers

Die Bundesregierung hat – beginnend mit der Gesundheitsreform 2000 – versucht, die Folgen der sektoralen Gliederung des Gesundheitswesens zu überwinden. Die nachfolgend genannten Maßnahmen der Bundesregierung zur Bewältigung der Schnittstellenprobleme der gesundheitlichen und sozialen Versorgung im gegliederten System belegen den Willen, zwar am gegliederten System der deutschen sozialen Sicherung festzuhalten, jedoch die damit verbundenen Probleme nicht länger hinzunehmen:

:: Durch die mit der Gesundheitsreform 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) eingeführte Integrierte Versorgung nach §§ 140a ff SGB V sollen die Probleme der sektoral gegliederten Krankenversorgungüberwunden werden. Dabei handelt es sich um eine von der Regelausführung abweichende Organisation der Versorgung in der Verantwortung der Kostenträger und Leistungserbringer.
:: Ein Kernziel des am 01.07.2001 in Kraft getretenen Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX 2001) ist die Überwindung von Schnittstellenproblemen des gegliederten Sozialleistungssystems im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe sowie zwischen dieser Versorgung und anderen Versorgungsbereichen durch die Herstellung von Konvergenz der Leistungen sowie die Verpflichtung der Träger zur Koordination und Kooperation. Dabei greift der Gesetzgeber sowohl Vorschläge des Sachverständigenrates wie auch der Versorgungsstrukturforschung auf. Er hält jedoch ausdrücklich am gegliederten System fest und schließt eine Inkorporation der Rehabilitation in die Akutversorgung aus.
:: Das am 01.04.2007 in Kraft getretene GKV-WSG (GKV-WSG 2007) räumt den Versicherten zur Lösung der Probleme beim Übergang in die verschiedenen

Versorgungsbereiche einen gegen die Krankenkasse gerichteten Rechtsanspruch auf ein Versorgungsmanagement ein, in dessen Rahmen die Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen für eine sachgerechte Anschlussversorgung zu sorgen haben (§ 11 Abs. 4 SGB V).

:: Mit dem gleichen Gesetz werden die Pflegekassen ermächtigt, mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen[11] und den weiteren Vertragspartnern nach § 140b Abs. 1 SGB V Verträge zur Integrierten Versorgung zu schließen.

:: Das am 1.7.2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG 2008) enthält über § 11 Abs. 4 SGB V hinausgehend weitere Instrumente zur Überwindung der Probleme an den Schnittstellen zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und pflegerischer Versorgung (§ 92c SGB XI – Pflegestützpunkten; § 7a SGB XI – Pflegeberatung).

Mit diesen Gesetzgebungsverfahren werden sowohl verfahrensrechtliche (Teilhabe-/Versorgungsmanagement) wie auch leistungsrechtliche (Integrierte Versorgung/Persönliches Budget) Instrumente zur Überwindung von Schnittstellenproblemen im gegliederten System geschaffen. Insbesondere die verfahrensrechtlichen Instrumente bestehen z. T. unabgestimmt nebeneinander (Teilhabe/Versorgungsmanagement; Pflegestützpunkte/Gemeinsame Servicestellen), überschneiden sich mit landesrechtlich geregelten Instrumenten (Krankenhaussozialdienste) und sind z. T. innerhalb des gleichen Bezugsrahmens nicht schlüssig (PfWG).

Im Ergebnis dieser – bis heute andauernden – Aktivitäten des Gesetzgebers unterscheidet das Sozialrecht nunmehr zwei Arten von Instrumenten zur Bewältigung von Schnittstellenproblemen

:: Versorgungsmanagement
  :: Teilhabemanagement nach dem SGB IX
  :: Versorgungsmanagement nach dem SGB V
  :: Versorgungsmanagement nach dem SGB XI
  :: Versorgungsmanagement durch Krankenhaus-Sozialdienste auf der Basis von
  :: Landesrecht, in der Regel Landeskrankenhausgesetzen

:: Besondere Leistungsformen
  :: Integrierte Versorgung
  :: Persönliches Budget.

11 Nach § 71 Abs. 1 und 2 SGB XI sind dies Pflegedienste und Pflegeheime

Dieser Beitrag befasst sich mit der Integrierten Versorgung als Instrument der Überwindung von Schnittstellen im gegliederten deutschen Sozialleistungssystem und den Auswirkungen auf die Gesundheitsberufe.

2.3.1 Integrierte Versorgung

Aufgabe und Zielsetzung der Integrierten Versorgung

Mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) wurde die »Integrierte Versorgung« eingeführt. Damit sollten starre Versorgungsstrukturen des deutschen Gesundheitswesens, die einer an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichteten Versorgung im Wege stehen, »aufgebrochen werden«.

Als Ziel der Integrierten Versorgung wird im Allgemeinen Teil der Begründung (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) der Gesundheitsreform 2000 ein »effizienteres und qualitätsorientiertes Gesundheitssystem« genannt, das nur zu erreichen sein wird, wenn es gelingt, die verschiedenen Versorgungssektoren besser als bisher zu integrieren, zu koordinieren und die Prinzipien »ambulant vor stationär« und »Rehabilitation vor Pflege« konsequent umzusetzen. In den Gesetzesmaterialien wird nur an dieser Stelle das von der Politik während des Gesetzgebungsverfahrens öffentlich diskutierte weitergehende Ziel deutlich, die bisherigen Versorgungsstrukturen mittel- bis langfristig vollständig durch das neue System der Integrierten Versorgung abzulösen. Dabei bleibt offen, ob das Instrument der Integrierten Versorgung der Weg oder bereits das Ziel ist. Gleichwohl würde die Integrierte Versorgung – bei gesetzmäßiger Umsetzung – über ihre Finanzierungsregelungen zwangsläufig auf dieses Ziel hinwirken: Mit jedem Patienten, der sich für die Integrierte Versorgung entscheidet, wird dem bisherigen Regelversorgungssystem ganz oder teilweise ein Nachfrager einschließlich des auf ihn entfallenden Finanzierungsanteils entzogen. Vierzehn Jahre später ist deutlich, dass die nicht konsequente Umsetzung der vom Gesetzgeber beabsichtigten Budgetbereinigung maßgeblich die Zielsetzung eines konsequenten Wechsels zu einem neuem Versorgungssystem verhindert hat.

Konkret erweitert der Gesetzgeber mit der Einfügung der §§ 140a bis 140g in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) »für die Krankenkassen und die Leistungserbringer die Möglichkeiten, starre Versorgungsstrukturen, die einer patientengerechten Versorgungsplanung im Wege stehen, sowie eine nicht ausreichende Orientierung der Versorgung an anerkannten Qualitätsstandards zu überwinden und sich auf medizinische Aspekte der Versorgung zu konzentrieren«.

In der Begründung[12] wird im Rahmen der »seit langem bekannten Mängel des Systems der gesundheitlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung«, die den spezifischen Handlungsbedarf des Gesetzgebers begründen, die Schnittstelle zur medizinischen Rehabilitation nicht erwähnt. Stattdessen werden insbesondere Defizite innerhalb des akutmedizinischen Versorgungssystems aufgelistet, wie u. a.:

:: die starre Aufgabenteilung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung mit der Folge nicht abgestimmter Behandlungsverläufe und vermeidbarer Doppeluntersuchungen
:: Defizite in der hausärztlichen Versorgung, durch die die »Lotsenfunktion« des Hausarztes nicht in adäquater Weise genutzt und die Mehrfachinanspruchnahme von Hausärzten und Fachärzten gefördert werden
:: das Fehlen einer sektorenübergreifenden Ausgabensteuerung
:: die ambulante Überversorgung durch eine weiter wachsende Zahl von Vertragsärzten mit der Folge einer nicht bedarfsgerechten Expansion ärztlich erbrachter und ärztlich veranlasster Leistungen.

Die Beseitigung dieser Defizite und die Verbesserung der Kooperation zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen sollen u. a. durch »integrierte sektorenübergreifende Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern bei freiwilliger Beteiligung des Versicherten erreicht werden«[13].

Aufgabe und Zielsetzung der Integrierten Versorgung ist danach primär die Beseitigung der Defizite und Strukturmängel innerhalb der medizinischen Akutversorgung. Dies belegt ausdrücklich auch die den §§ 140a bis 140 g SGB V vorangestellte Begründung, wonach die bisherige starre Aufgabenteilung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung gezielt durchbrochen werden [soll], um die Voraussetzungen für eine stärker an den Versorgungsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Behandlung zu verbessern. Hierzu bedarf es integrierter Versorgungsformen zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern, zwischen dem ambulanten und stationären Bereich.

Die Schnittstelle zur pflegerischen Versorgung hatte der Gesetzgeber bei der Gesundheitsreform 2000 noch nicht im Fokus. Sehr wohl aber die zur medizinischen Rehabilitation. Mit Blick auf die parallel zur Gesundheitsreform 2000 laufenden Arbeiten an dem am 1.7.2001 in Kraft tretenden Neunten Buch Sozialgesetzbuch

12 aaO, S. 55, Abschnitt I, Ziffer 5
13 GKV 2000, S. 55, Abschnitt II, Ziffer 1

(SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – unterscheidet der Gesetzgeber bei der Integrierten Versorgung zwischen seiner Zielsetzung im Bereich der Akutversorgung und der Vernetzung mit den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. In der Begründung spricht er für die Überwindung der Schnittstellenprobleme zwischen den verschiedenen Sektoren der akutmedizinischen Versorgung ausdrücklich von »integrieren« (ambulant und stationär), während er im Gegensatz dazu für das Zusammenwirken mit Rehabilitation und Pflege ausdrücklich das Wort »koordinieren« verwendet[14]. Die nachfolgend in der Begründung beispielhaft in diesen Kontext gestellten Prinzipien verdeutlichen, dass bei gleicher Zielsetzung und gleichem Ressourceneinsatz von Integration, bei unterschiedlichen Zielen und Ressourcen von Koordination der Versorgungsinhalte bzw. -sektoren zu sprechen ist.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Gesetzgeber unter »stationärer Versorgung« die stationäre Akutversorgung versteht, während er bei Einbeziehung der Rehabilitation ausdrücklich von »stationärer Versorgung und rehabilitativer Versorgung« spricht[15]. Mit Blick auf die ausdrückliche Begründung, insbesondere jedoch die unterschiedlichen Aufgaben, Ziele, Strukturen und Ressourcen ist es auch folgerichtig, dass medizinische Rehabilitationsmaßnahmen nicht zwingend oder verbindlich als in die Akutversorgung zu integrierender Bestandteil »integrierter Versorgungsformen« definiert werden, sondern ihnen im Rahmen der Integrierten Versorgung – z. B. durch entsprechende Kooperationsregelungen oder durch Vernetzung einzelner Leistungsmodule – der ihnen zukommende Stellenwert gewährleistet sein muss.

Um die dafür notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, erhalten die Krankenkassen die gesetzliche Möglichkeit, Verträge mit einzelnen Leistungserbringern bzw. Gruppen von Leistungserbringern und Krankenhäusern abzuschließen, die solche integrierten Versorgungsformen als einheitliche und gemeinsame Versorgung anbieten.

§ 140a Abs. 2 SGB V sieht deshalb ausdrücklich auch Träger von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht, als Partner eines Vertrages zu integrierten Versorgungsformen vor.

Weiterentwicklung durch das GKV-Modernisierungsgesetz

Die Überwindung sektoraler Grenzen bei der medizinischen Versorgung ist auch ein wesentliches Ziel des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG 2003). Dazu wird

14 aaO, S. 53, Abschnitt I, Ziffer 1, vorletzter Absatz
15 aaO, S. 91, Begründung zu § 137d Abschnitt 3 SGB V, letzter Absatz

die Integrierte Versorgung durch die Beseitigung juristischer und ökonomischer Hemmnisse weiterentwickelt. Ihre mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 beschriebenen Aufgaben und Ziele bleiben unverändert.

Beseitigung von Hemmnissen für die Entwicklung Integrierter Versorgung

Als wesentliche Hemmnisse für die in der Zeit von 2000 bis 2003 nicht wahrnehmbare Umsetzung der Integrierten Versorgung in die Praxis wurden u. a. die in einem Rahmenvertrag verfestigte starke Stellung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung[16] und die Finanzierung durch Bereinigung der für die übrige Versorgung bestehenden Vergütungen[17] festgestellt. Zur Beseitigung dieser Hemmnisse löst das GMG die Integrierte Versorgung vollständig aus dem Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigungen (KV) heraus und stellt als zusätzlichen Anreiz zur Vereinbarung Integrierter Versorgung zwischen 2004 und 2006 bis zu 1 % der jeweiligen ärztlichen Gesamtvergütung und der Krankenhausvergütung in den KV-Bezirken als kraft Gesetzes auf die Integrierte Versorgung übertragenen Vergütungsanteil (sog. Anschubfinanzierung) zur Verfügung. Problematisch für die Entwicklung einer wirklichen Innovationsdynamik ist allerdings, dass die auf diese Weise für die Integrierte Versorgung verfügbaren Mittel in dem jeweiligen KV-Bezirk, in dem sie geschöpft wurden, verbleiben und nur dort wieder verausgabt werden können, sodass sich zwangsläufig eine kleinflächige und kleinteilige Entwicklung ergibt, die eine weitergreifende Versorgungsstrukturentwicklung hemmt.

Nach der Begründung zu § 140a SGB V verzichtet die Neufassung auf die beschreibende Darstellung der Integrierten Versorgung. »Sie ist fokussiert auf den ›Kern‹ der Integrierten Versorgung: Krankenkassen und Leistungserbringer schließen autonom Verträge über die Versorgung der Versicherten außerhalb des Sicherstellungsauftrages nach § 75 Abs. 1 SGB V. Die Versorgung wird auf einzelvertraglicher Grundlage und nicht im Rahmen eines kollektivvertraglich vereinbarten Normensystems durchgeführt«[18]. Damit verfügt Deutschland seit Beginn seiner Sozialgeschichte erstmals über ein völlig liberalisiertes Versorgungsstrukturrecht, dessen Ausgestaltung ausschließlich auf der zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern bestehenden Vertragsfreiheit basiert. Besondere Bedeutung und Verantwortung kommt dabei den Krankenkassen und ihrer Selbstverwaltung zu, die nunmehr quasi als »Träger der Integrierten Versorgung« den entsprechenden Sicherstellungsauftrag zugeordnet erhalten haben[19].

16 § 140d SGB V a. F
17 § 140f SGB V a. F
18 GMG, S. 129, Zu Nummer 113
19 § 140a Abs. 1 SGB V

Ob und wie sich die Integrierte Versorgung in Deutschland tatsächlich entwickelt und durchsetzt, ist deshalb nicht zuletzt entscheidend von der Innovationsfähigkeit, Kompetenz und der Bereitschaft der Krankenkassen abhängig, bisher kaum vorstellbare Strukturen, Inhalte und Organisationsformen nicht nur zu finanzieren, sondern auch mitzuverantworten.

Einbeziehung der medizinischen Versorgungszentren (MVZ)

Als Vertragspartner der Integrierten Versorgung nennt das GMG neben zugelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Trägern von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und deren Gemeinschaften nunmehr ausdrücklich auch medizinische Versorgungszentren[20] und Träger von Einrichtungen, die die Integrierte Versorgung durch zugelassene Leistungserbringer organisieren, ohne selbst Versorger zu sein (sog. Managementgesellschaften[21]). Durch die Beteiligung der unterschiedlichsten Rechts- und Gesellschaftsformen (Personengesellschaften, juristische Personen des Privatrechts, einschl. Kapitalgesellschaften) an der Integrierten Versorgung soll ausdrücklich der Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Angebotsformen und -inhalten gestärkt werden. Im Übrigen sieht § 129 Abs. 5b Satz 1 SGB V die Beteiligung der Apotheken (auch Krankenhaus- und Versandapotheken) an vertraglich vereinbarten Versorgungsformen vor, wobei in den Verträgen Näheres über Struktur und Qualität der Arzneimittelversorgung ausdrücklich abweichend vom SGB V vereinbart werden kann.

Einschränkung des Sicherstellungsauftrages der vertragsärztlichen Versorgung

Das GMG hat die Anbindung der Integrierten Versorgung an das Versorgungsgeschehen im Rahmen des Kollektiv-Vertragssystems und insbesondere an den Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Versorgung aufgehoben, weil die nach bislang geltendem Recht vorgesehene Verknüpfung zwischen dem Sicherstellungsauftrag und der individuellen Regelung im Rahmen von Verträgen zur Integrierten Versorgung die Rechtslage und die Abwicklung der vertraglichen Rechtsbeziehungen unübersichtlich und unberechenbar machte, d. h., ein unmittelbar wirkendes Hemmnis gegen den Abschluss Integrierter Versorgungsverträge war. Die Neufassung des § 140a Abs. 1 Satz 2 SGB V stellt demzufolge fest, dass der Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Versorgung nach § 75 Abs. 1 SGB V eingeschränkt ist, soweit die Versorgung der Versicherten im Rahmen von Verträgen zur Integrierten Versorgung durchgeführt wird.

20 § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V
21 § 140b Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB V

§ 140b Abs. 4 Satz 3 SGB V konkretisiert die Einschränkung des Sicherstellungsauftrages dahingehend, dass die Vertragspartner der Integrierten Versorgung sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der Integrierten Versorgung darauf verständigen können, dass die Leistungen auch dann erbracht werden, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist. Damit wird für die Durchführung der Integrierten Versorgung die Bindung an den Zulassungs-, Ermächtigungs- oder sonstigen Berechtigungsstatus der beteiligten Leistungserbringer aufgehoben.

Nach der Begründung ist Sinn der Integrierten Versorgung vor allem, die bisherige Abschottung der einzelnen Leistungsbereiche zu überwinden, Substitutionsmöglichkeiten über verschiedene Leistungssektoren hinweg zu nutzen und Schnittstellenprobleme so besser in den Griff zu bekommen. Aus diesem Grunde sollen die sich aus dem Zulassungsstatus einzelner Leistungserbringer ergebenden Leistungsbeschränkungen nicht in die Abwicklung der Integrierten Versorgung hineinwirken, sondern es soll der vertraglichen Vereinbarung der Beteiligten überlassen bleiben, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Ausmaß die einzelnen Leistungserbringer bei der Durchführung der Integrierten Versorgung Leistungen auch unabhängig von ihrem Zulassungsstatus – vorausgesetzt, die beruferechtlichen Voraussetzungen liegen vor – erbringen dürfen sollen. Es wird jedoch gleichzeitig klargestellt, dass von einem Beteiligten auf diesem Wege für den Fall der Beendigung eines Integrationsvertrages kein Zulassungsstatus erworben werden kann, den er nicht bereits vor Vertragsbeginn hatte.

Einbeziehung der pflegerischen Versorgung

Nach dem vor Inkrafttreten des GKV-WSG geltenden Recht war eine Vernetzung von Verträgen der Integrierten Versorgung nach §§ 140a SGB V mit den Leistungen der Pflegeversicherung nur in der Weise möglich, dass die Pflegekassen mit Pflegeeinrichtungen und -diensten parallel zu den Integrationsverträgen Versorgungsverträge nach § 72 Abs. 1 SGB XI eingingen, mit denen zielgerichtet die die Integrationsverträge ergänzende oder anschließende pflegerische Versorgung gesichert wurde.

Da die Kassen diese Möglichkeiten nicht genutzt haben, werden mit der Einbeziehung der Pflegeeinrichtungen in die »übergreifende integrierte Versorgungsform« durch das GKV-WSG die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die starren Grenzen zwischen der gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung überwunden und die Möglichkeiten einer intensiven Verzahnung der unterschiedlichen

Leistungssysteme verbessert werden[22]. Über die Möglichkeiten der Krankenversicherung können damit z. B. Einrichtungen der Kurzzeitpflege im Rahmen der Krankenpflege (§ 37 SGB V) genutzt werden oder für Pflegebedürftige mit demenziellen oder depressiven Störungen im Alter die kontinuierliche Konsiliartätigkeit in somatischen Krankenhäusern vereinbart werden, um die Rehabilitation deutlich zu verbessern und Drehtüreffekte zu vermeiden. Zu diesem Zweck erhalten die Pflegekassen die Möglichkeit, selbst initiativ zu werden und alle in Betracht kommenden Vertragspartner für integrierte Versorgungsformen unter Beteiligung der Pflege zu gewinnen. Darüber hinaus können sie den bereits nach den Regelungen des Fünften Buches geschlossenen Vereinbarungen zur Integrierten Versorgung beitreten, wenn die Vertragsparteien dem Beitritt und den für die Einbeziehung der Pflege notwendigen Vertragsanpassungen zustimmen.

Danach sind Integrationsverträge möglich, die neben den Leistungen der Krankenbehandlung und der Rehabilitation auch die pflegerische Versorgung beinhalten.

Unabhängig davon sieht das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) darüber hinaus für die Überwindung der Probleme an den Schnittstellen zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und pflegerischer Versorgung mit der Errichtung von Pflegestützpunkten und der Einführung eines Anspruchs auf Pflegeberatung weitere Instrumente vor.

Einbeziehung der Arzneimittelversorgung

Seit Inkrafttreten des Arzneimittelneuordnungsgesetzes (AMNOG) am 1.1.2011 können auch pharmazeutische Unternehmer und Hersteller von Medizinprodukten Partner eines Vertrages zur Integrierten Versorgung sein[23].

2.3.2 Durchführung des Sicherstellungsauftrages zur Integrierten Versorgung

Ziele des Gesetzgebers

Über die Entwicklung eines alternativen Versorgungssystems hinaus verfolgte der Gesetzgeber mit der Integrierten Versorgung folgende konkreten Ziele

:: Überwindung der starren Aufgabenteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung,
:: Gewährleistung abgestimmter Behandlungsverläufe und Vermeidung von Doppeluntersuchungen,
:: Förderung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen,

22 vgl. Begründung zu § 92b SGB XI BT-Drs 16/3100 S. 188
23 § 140b Abs. 1 Nr. 8 und 9 SGB V

:: Gewährleistung einer sektorenübergreifenden Auf- und Ausgabensteuerung,
:: Erreichung eines effizienteren und qualitätsorientierten Gesundheitssystems[24].

Ziele der Krankenversicherungsträger

Bei der Durchführung des ihnen zugeordneten Sicherstellungauftrages für die Integrierte Versorgung stand und steht bei den Krankenkassen entgegen den Zielen des Gesetzgebers weniger die Neuentwicklung von Versorgungsstrukturen, noch die sektorenübergreifende Organisation der Versorgung oder die Verbesserung der Versorgungsqualität im Vordergrund. Sie sahen ihre Aufgabe darin, Versorgungsschnittstellen durch »Leistungen aus einer Hand« bzw. Versorgungsschnittstellen durch Vernetzung vorhandener Versorgungsstrukturen zu überwinden. Unter Letzterem wurde die gemeinsame und vollständige Erbringung konkret definierter Leistungen für eine identifizierte Zielgruppe zu einem Gesamtpreis durch verschiedene Beteiligte (u. a. Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, niedergelassene Ärzte) verstanden, von denen einer federführend die qualitative Verantwortung und die Steuerung der Kosten übernimmt (im Regelfall das Krankenhaus). Die Vernetzung bekannter Leistungen/Leistungsmodule zur Integrierten Versorgung korrespondiert mit der Notwendigkeit der Budgetbereinigung, behindert allerdings das vom Gesetzgeber angestrebte Ziel der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen.

Auf diesem Hintergrund strebten Krankenkassen konkret folgende Ziele an, die ihrer Kostensituation und ihren Eigeninteressen eher gerecht wurden[8], als die Ziele des Gesetzgebers:

:: kostengünstigere und qualitativ höherwertige Versorgung
:: Erschließung von Wirtschaftlichkeitspotentialen durch gezielten Einsatz von Steuerungsmaßnahmen i. S. von Managed Care
:: Stärkung der Wettbewerbsvorteile bzw. Marktposition der Kassen
:: Aufbau alternativer Versorgungsangebote auf der Basis individuell gestalteter Verträge
:: Erhöhung der Transparenz des Versorgungsgeschehens
:: Einbezug der Versicherten durch Erhöhung der Patientenorientierung
:: Elimination von doppelt besetzten Facharztstrukturen
:: Förderung der Hausarztversorgung.

24 Begründung zur Gesundheitsreform 2000 BT-Drs 14/1245, Allgemeiner Teil

Es liegt auf der Hand, dass bei dieser Dominanz ökonomischer Ziele mit Blick auf die Beitragssatzstabilität Vorschläge der Leistungserbringer mit schnell und wirksam zu erschließenden Einsparpotentialen von besonderem Interesse sind. Gleichwohl wurden schon nach kurzer Zeit Bedenken laut, dass viele der in großer Zahl bei den Krankenkassen eingegangenen Anträge lediglich aus der Kombination vorhandener, unverändert übernommener Versorgungselemente zu neuen – z. T. auch erweiterten – Geschäftsfeldern bestehen, ohne dass auch nur ein Ansatz für eine bedarfsorientiertere Neudefinition der Versorgungsinhalte bzw. Organisation ihrer Ausführung wahrzunehmen wäre. Während einige Kassen mit der Zielsetzung, schneller öffentlichkeits- und wettbewerbswirksamer Ergebnisse zu erreichen, Integrationsverträge kurzfristig und in größerer Zahl anstrebten, war bei anderen Kassen eher Zurückhaltung wahrzunehmen. Nicht zuletzt auch deshalb, weil mit Blick auf die Zeit nach Auslaufen der Anschubfinanzierung Ende 2006 bei den Krankenkassen keine Neigung bestand, auf Dauer kostenträchtige Parallelstrukturen zu entwickeln.

Im Ergebnis konzentrierten sich die Verträge zur Integrierten Versorgung auf folgende Bereiche, von denen die Krankenkassen sich schnell wirksame ökonomische Ergebnisse versprachen:

a) Ambulante Versorgung:
   :: Förderung ambulanter Operationen (früher: Krankenhausfallvermeidung)
   :: Kooperation mit Arztpraxisnetzen (früher: Krankenhausfallvermeidung)
   :: Kooperation mit Praxiskliniken (früher: Krankenhausfallvermeidung)
   :: Kooperation bei der gemeinsamen Großgerätenutzung

b) Ausbau der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser:
   :: Beteiligung ermächtigter Krankenhausärzte zur Vermeidung stationärer Aufenthalte
   :: Förderung von integrierten onkologischen Versorgungskonzepten
   :: Förderung der Nachsorge nach umfangreichen Operationen

c) Schnittstelle Rehabilitation:
   :: indikationsbezogene Integrationsversorgung (z. B. nach Herzinfarkt oder Schlaganfall [Vergütung: Komplexpauschale])

d) verschiedene Modelle im Bereich der Arzneimittelversorgung, die auch schon in der Vergangenheit als Lösungsansätze zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen diskutiert bzw. z. T. auch schon erprobt wurden.

Auch das quantitative Ergebnis bleibt weit hinter der Zielsetzung des Gesetzgebers zurück:

Tabelle 1: Entwicklung der abgeschlossenen Verträge und Zahl der einbezogenen Versicherten

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
1477	3464	4875	6074	6407	6262	6374	6339	Zahl der Verträge
679	2973	3762	3956	1661	1635	1771	1926	Versicherte in Tsd.

Quelle: Daten von 2004 bis 2007: Bericht gemäß § 140d SGB V der Gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V
Daten von 2008 bis 2011: Ergebnisse einer Befragung des Sachverständigenrates zur Integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V[25]

Die Tabelle zeigt, dass eine statistisch messbare Entwicklung von Integrierter Versorgung erst nach Inkrafttreten des GMG belegt ist und die Krankenkassen den ihnen seit 2000 zugeordneten Sicherstellungsauftrag bis dahin faktisch nicht umgesetzt haben. Nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung im Jahre 2006 trat die zuvor erwartete Stagnation auf dem bis dahin erreichten Niveau ein. Mit der Einführung des Zusatzbeitrages durch das GKV-WSG kam es 2008 (701 beendete Verträge), 2009 (741) und 2010 (545) zu einem starken Anstieg der Vertragsbeendigungen. Bei den Gründen für die Vertragsbeendigung nahmen Kostenprobleme die klar dominierende Rolle ein (zu hohe Kosten, Mengenausweitung, zu langer Amortisationszeitraum). Als zweitwichtigster Grund wurde die »zu geringe Teilnehmerzahl« benannt[26].

Der Erreichungsgrad bezogen auf die vom Gesetzgeber benannten Ziele, wie z. B. die Verbesserung der Versorgungsqualität für den Versicherten, ist für die Entscheidung über den Abschluss oder die Beendigung eines Integrationsvertrages mithin für die Kassen offensichtlich bedeutungslos.

Zusammenfassend muss deshalb festgestellt werden, dass mit der Umsetzung des Sicherstellungsauftrages zur Integrierten Versorgung durch die Krankenkassen bundesweit weder qualitativ noch quantitativ Strukturen integrativer Versorgung entwickelt wurden, die die Bezeichnung eines »effektiveren und qualitätsorientierteren Gesundheitssystems« verdienen, das der Gesetzgeber mit diesem Instrument anstrebte.

25 SVR 2012, Ziffer 7.6, Tz 209
26 aaO, Tz 217, 219

2.3.3 Geltung des jeweils spezifischen Rechts während Integrierter Versorgung

Bei Einbeziehung von Leistungen zur Pflege

Bei der Einbeziehung pflegerischer Leistungen in die Integrierte Versorgung darf – vergleichbar der Regelung in § 140b Abs. 4 SGB V für die Leistungen der Krankenbehandlung – zwar von den Vorschriften des SGB XI über die Leistungsinhalte und deren Ausgestaltung (§ 75), dem Pflegesatzverfahren (§ 85) und den Grundsätzen der Vergütungsregelungen (§ 89), nicht aber von den Regelungen über die Leistungsvoraussetzungen, deren Feststellung und die Höhe der darauf basierenden Zuschüsse der Pflegekasse abgewichen werden[27].

Deshalb ist zur Feststellung von Leistungsvoraussetzungen, Leistungszielen, Leistungsbedarf und Art bzw. Umfang der Leistungen zur Pflege auch im Rahmen der Integrierten Versorgung zunächst eine Feststellungs- und Einstufungsbegutachtung durch den MDK[28] sowie eine darauf basierende Entscheidung der Pflegekasse über den Leistungsumfang erforderlich, bevor feststeht, welche Mittel der Pflegeversicherung im Rahmen der Integrierten Versorgung verfügbar sind.

Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Zur Realisierung des Rechts auf Teilhabe besteht im deutschen Sozialrecht seit dem 1.7.2001 mit dem SGB IX für das gesamte gegliederte Sozialleistungssystem ein einheitlicher und gemeinsamer Rahmen, der sich hinsichtlich der Definition des Teilhabebegriffs an der ICF orientiert und die Teilhabe als Einbezogensein in eine Lebenssituation definiert.

Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit sind Abweichungen der körperlichen Funktion, der geistigen Fähigkeit oder der seelischen Gesundheit von dem für das Lebensalter typischen Zustand. Nach § 2 SGB IX sind die Menschen behindert, die wegen einer solchen Abweichung, d. h. als Folge von chronischen Krankheiten, Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit in ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt sind.

Der dadurch begründete Paradigmenwechsel, dass sich der behinderte Mensch im deutschen Rechtsgefüge nicht mehr vorwiegend durch das Vorliegen einer Krankheit oder Behinderung, sondern insbesondere über die durch Krankheit oder Behinderung verursachten Folgen, nämlich die Beeinträchtigung der Teilhabe des Betroffenen am Leben in der Gesellschaft definiert, wirkt sich insbesondere auf das Recht der Rehabilitations- und Teilhabeleistungen aus und ist bisher erkennbar nicht zum Selbstverständnis aller im Sozialleistungssystem Verantwortlichen und Handelnden geworden.

27 § 92b Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB XI
28 § 18 SGB XI

Das SGB IX orientiert die Gestaltung von Gegenstand, Umfang, Ausführung und Qualität[29] der Rehabilitations- und Teilhableistungen an die Erreichbarkeit von Teilhabzielen[30], d. h. daran, dass mit diesen Leistungen die festgestellten individuellen Beeinträchtigungen der Teilhabe wirksam therapiert werden können. Deswegen ist der individuelle Bedarf an Teilhabeleistungen funktionsbezogen, d. h. orientiert an der ICF, festzustellen.[31]

Das Recht der Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V hat das für die medizinische Rehabilitation und sonstige Teilhabeleistungen – auch im Bereich der GKV – geltende Rehabilitations- und Teilhaberecht des SGB IX weder ganz noch teilweise verändert bzw. eingeschränkt. Soweit Leistungen der medizinischen Rehabilitation Gegenstand von Verträgen zur Integrierten Versorgung sein sollen, müssen die Vertragsinhalte für die rehabilitativen Leistungsbestandteile dokumentieren, dass die Anforderungen des SGB IX sowohl hinsichtlich der Leistungsvoraussetzungen, der -ziele, der Bedarfsfeststellung, wie auch der Anforderungen des besonderen Leistungserbringungsrechts des SGB IX erfüllt sind.

2.3.4 Integrierte Versorgung und Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation und Pflege gehören zu einem anderen Rechts- und Vertragsraum als die Krankenbehandlung ((GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000), Tz. 611). Die unterschiedlichen Ziele:

:: Wiedergewinnung der bestmöglichen Gesundheit und
:: Wiedergewinnung einer weitgehend normalen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

bewirken deutlich unterschiedliche Rahmenbedingungen, aber auch unterschiedliche Ressourcenbedarfe und Versorgungsstrukturen.

Die Übersicht in Tab. 2 verdeutlicht die erheblichen Unterschiede, die sich aus der verschiedenartigen Aufgabenstellung und Zielsetzung der Krankenbehandlung und medizinischen Rehabilitation für die Leistungskonzepte, Behandlungsprozesse, Struktur- und Prozessqualitäten, aber auch die Zugangswege und die begleitenden Verwaltungsverfahren ergeben und z. T. durch deutlich unterschiedliche gesetzliche Grundlagen bedingt sind.

29 §§ 12 iVm 20 SGB IX
30 § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX
31 § 10 Abs. 1 Satz 1 SGB IX

Tabelle 2: Übersicht der unterschiedlichen Aufgabenstellungen und Zielsetzungen der Krankenbehandlung und medizinischen Rehabilitation (Quelle: Sachverständigenrat 2003 in Anlehnung an Haaf 2002 und eigene Ergänzung)

Versorgungsaspekt	Akutversorgung	medizinische Rehabilitation
Konzeption	Bezugssystem ist i.d.R. das biomedizinische Krankheitsmodell. Vorrangige Ziele sind Diagnose und Linderung bzw. Heilung einer Erkrankung, woraus sich eine primär kurzfristige Zielperspektive ergibt. Zur Zielerreichung dienen (apparative) diagnostische Maßnahmen, medikamentöse und chirurgische Interventionen sowie Krankenpflege.	Zugrunde gelegt wird das durch die ICF zur Kategorisierung von Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft weiterentwickelte bio-psychosoziale Modell von Krankheit und Behinderung. Die Zielperspektive ist mit der Wiedereingliederung in Beruf, Familie und Gesellschaft mittel- bis langfristig ausgerichtet. Im Vordergrund der teilhabeorientierten Behandlung stehen v.a. übende und trainierende Verfahren, Beratung, psychologische Verfahren, Gesundheitsbildung und Patientenschulung sowie Medikamente und Hilfsmittel. Idealerweise findet auch eine Verknüpfung mit beruflicher und sozialer Rehabilitation statt.
Zuweisung und Voraussetzung der Inanspruchnahme	Die Einweisung erfolgt meist durch einen niedergelassenen Arzt, der i.d.R. auch das behandelnde Krankenhaus bestimmt. In Notfallsituationen ist auch eine direkte Einweisung möglich. Die Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung wird letztendlich durch das Krankenhaus festgestellt.	Die Zuweisung erfolgt auf Antrag nach Feststellung und Beurteilung des Bedarfs an Teilhabe-/Rehabilitationsleistungen (§ 10 SGB IX), Festlegung der Teilhabe-/Rehabilitationsziele (§§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX) durch den Rehabilitationsträger. Die Entscheidung des Trägers umfasst Art, Umfang, Beginn und Dauer der Leistung sowie die Festlegung der ausführenden Einrichtung. Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist die Rehabilitationsfähigkeit des Patienten.

Behandlungsprozess	Struktur- und Prozessqualität sind durch das Ziel der bestmöglichen Gesundheit und deshalb überwiegend durch ärztlich-medizinische Aspekte und die Medizinwissenschaften geprägt. Abgeleitet aus dem Therapiekonzept ergibt sich, dass der größte Ressourceneinsatz zu Beginn der Behandlung entsteht. Idealtypisch erfolgt eine Abnahme der Therapiedichte gegen Ende des Aufenthalts. Mit zunehmendem Schweregrad einer Erkrankung geht i. d. R. die Zunahme des Ressourceneinsatzes einher. Auch Multimorbidität kann durch höheren Ressourceneinsatz berücksichtigt werden. Die Behandlung endet, sobald der Patient entlassungsfähig ist; idealtypisch ist dies durch weitgehende Heilung erreicht.	Struktur- und Prozessqualität sind durch das Ziel der Wiederherstellung der bestmöglichen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und damit neben medizinischen überwiegend auch durch psychosoziale und pädagogische Aspekte sowie die Rehabilitationswissenschaft geprägt. Der Ressourceneinsatz verteilt sich relativ gleichförmig über die gesamte Behandlungsdauer. Der Ressourcenbedarf ist nicht vom Schweregrad einer Erkrankung, sondern von der Ausprägung der Teilhabebeeinträchtigung abhängig. Dagegen ergibt sich aus Multimorbidität i. d. R. ein erhöhter Behandlungsbedarf, da Nebenerkrankungen ggf. auch akutmedizinisch versorgt werden müssen. Als Ende einer rehabilitativen Behandlungsphase könnte neben der Wiederherstellung der Teilhabefähigkeit u. a. auch die Befähigung eines Patienten, den Rehabilitationsprozess eigenständig fortsetzen zu können, gelten.
Klassifikation	Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD), Diagnosis Related Groups (DRG).	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).
Verweildauer	Eine Verkürzung der Verweildauer ist durch Optimierung von Behandlungsabläufen möglich. Allerdings besteht die Gefahr des Eintretens von (späteren) Komplikationen und anschließenden Wiederaufnahmen.	Eine Optimierung von Behandlungsabläufen zur Reduzierung der Verweildauer ist kaum möglich. Verweildauerverkürzungen wirken kontraproduktiv im Sinne der auf die Teilhabe bezogenen Rehabilitationsziele.
Wiederaufnahme und Verlegungen	Die Wiederaufnahme eines Patienten nach dessen Entlassung bzw. eine Verlegung zwischen zwei Krankenhäusern ist möglich und findet vergleichsweise häufig statt.	Wiederaufnahme bzw. Verlegung eines Patienten zwischen zwei Rehabilitationseinrichtungen sind möglich, in der Praxis jedoch eher selten.

Diese unterschiedlichen Anforderungen und Rahmenbedingungen bewirken in den jeweiligen Versorgungssektoren Struktur- und Prozessqualitäten, die – auch aus wirtschaftlichen Gründen – zielgerichtet auf die mit der Behandlung anzustrebenden Ziele/Anforderungen ausgerichtet sind und sich nur in Teilbereichen überlappen bzw. multidisziplinär nutzbar sind. Die Verlagerung von Aufgaben aus einem Versorgungssektor in einen angrenzenden erfordert deshalb zwangsläufig auch eine qualitative Anpassung der dort vorgehaltenen Ressourcen.

Nach Auffassung des Sachverständigenrates soll eine partielle Verlagerung von akutstationären Routinen in die Rehabilitationsklinik zwar nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden, aber sie darf nicht zu Lasten einer angemessenen rehabilitativen Versorgung der Patienten gehen. Der Rat hält es für fraglich, ob eine

Profil- und Aufgabenänderung der Rehabilitationseinrichtungen hin zu akutstationären Aufgaben noch mit der von der Sache her gebotenen und mit der im SGB IX fixierten Aufgabenstellung einer qualitätsgesicherten Rehabilitation vereinbar ist (SVR 2003, Tz. 609). Dies gilt im Umkehrschluss zweifelsfrei auch für die Verlagerung von rehabilitativen Kompetenzen und Routinen in das Krankenhaus, wenn dort nicht die Struktur- und Prozessqualitäten vorgehalten werden, d. h., zuvor nicht in sie investiert wurde, die für eine bedarfsgerechte, zielgerichtete, wirksame und wirtschaftliche medizinische Rehabilitation unabdingbar sind. Die in § 107 SGB V definierten unterschiedlichen Aufgabenstellungen und Anforderungsprofile für Krankenhäuser (Absatz 1) sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Absatz 2) sind durch die Regelungen zur Integrierten Versorgung nicht außer Kraft gesetzt.

Der Gesetzgeber hat vor diesem Hintergrund bei der Einführung der Integrierten Versorgung ausdrücklich von den Elementen der »Integration« und der »Kooperation« gesprochen. Da es – auch ökonomisch – wenig Sinn macht, in einem Versorgungsbereich Kompetenzen – zumal mit Blick auf unterschiedliche Aufgabenstellungen, Ziele und Ressourcen – neu zu entwickeln und in sie zu investieren, wenn sie in einem anderen Versorgungsbereich bereits in hoher Qualität, Kompetenz und Wirksamkeit vorhanden sind, erwartet der Gesetzgeber ausdrücklich nicht die Inkorporation der medizinischen Rehabilitation in die Akutversorgung, sondern die Kooperation der die sektorale Gliederung der Akutversorgung überwindenden Integrierten Versorgung mit den Versorgungsstrukturen der Teilhabeleistungen des SGB IX.

Dabei ist Gegenstand der Kooperation nicht nur die Vernetzung von Leistungen bzw. Leistungsmodulen, sondern auch die regelmäßige, strukturierte Prüfung eines Teilhabeleistungsbedarfs im Sinne des § 8 SGB XI während einer Leistung der Krankenversorgung und – daraus abgeleitet – die frühzeitige und nahtlose Einleitung notwendiger Rehabilitations- und Teilhabeleistungen.

2.3.5 Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention

Während sich die Gesundheitswissenschaften noch bis zur Jahrtausendwende bei ihren eingangs zitierten Untersuchungen durchweg mit den systemischen Elementen von Krankheit, Krankenbehandlung und Gesundheitswesen beschäftigten und ihre Vorschläge folgerichtig im Wesentlichen auf eine Weiterentwicklung innerhalb des Gesundheitswesens abzielten, ist der Fokus heute darüber hinaus auf die volle und wirksame Teilhabe chronisch kranker, pflegebedürftiger und

behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft[32] zu richten. Konkret ist »die Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren«[33].

Mit dem Beitritt der Bundesrepublik Deutschland zur UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) (UN-Behindertenrechtskonvention 2009) hat sie nicht nur das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung auf Grund von Behinderung anerkannt. Sie hat sich u. a. auch dazu verpflichtet, den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung aufzuerlegen, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freiwilligen Einwilligung nach vorheriger Aufklärung. Dazu soll sie u. a. durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein (der in diesem Bereich Tätigen) für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen[34]. Zur Autonomie und zu den Bedürfnissen gehören insbesondere die Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, und die volle und wirksame Teilhabe am Leben in der Gesellschaft[35].

Zu diesem Zweck sind die Vertragsstaaten die Verpflichtung eingegangen, umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste zu organisieren, zu stärken und zu erweitern, und zwar so, dass diese Leistungen und Programme im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen[36].

Dazu haben die Vertragsstaaten ausdrücklich die Entwicklung der Aus- und Fortbildung für Fachkräfte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Habilitations- und Rehabilitationsdiensten zu fördern[37].

Diese menschen- und völkerrechtlich eingegangenen Verpflichtungen insbesondere auch zur Orientierung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wirken sich sozialrechtlich auf die Feststellung von Leistungsbedarfen, die Zielorientierung von Leistungen, die Organisation der Versorgungsstrukturen und -inhalte,

32 Art. 3 lit c BRK
33 Art. 26 Abs. 1 Satz 1 BRK
34 Art. 25 Satz1, lit d BRK
35 Art. 3 lit a, c BRK
36 Art. 26 Abs. 1 lit a BRK
37 Art. 26 Abs. 2 BRK

das Beratungsmanagement, aber auch auf die Rechte (z. B. Aus- und Fortbildung). Pflichten und das Handeln der Angehörigen der Gesundheitsberufe aus.

2.3.6 Auswirkungen der Integrierten Versorgung auf die Gesundheitsberufe

Das nach der Absicherung von Lebensrisiken (Krankheit, Alter, Pflegebedürftigkeit, Tod) gegliederte deutsche Sozialleistungssystem »zerlegt« den Menschen nach Eintritt dieser Risiken in einen behandlungsbedürftigen, pflegebedürftigen oder behinderten Menschen und gewährt ihm bezogen auf die jeweils eingetretenen Risiken spezifische Hilfen. Der Mensch bleibt aber nach Eintritt eines Risikofalles ein ganzheitlicher Mensch, der trotz des eingetretenen Leistungsbedarfs sein gewohntes Leben in seinem Lebensumfeld so normal wie möglich weiterführen und seine Freiheit, eigene Entscheidungen treffen zu können, nicht durch Fremdbestimmung ersetzt sehen möchte. Sein Streben ist mithin sowohl auf die Beseitigung oder Minderung seiner spezifischen Einschränkungen wie auch auf die selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gerichtet.

Die Teile des Sozialgesetzbuches, die auf die jeweiligen Lebensrisiken ausgerichtete Leistungen enthalten (u. a. SGB V, VI, VII, XI), fokussieren auf die eingetretenen Risiken, nicht jedoch auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und damit auf den ganzen Menschen in seiner jeweiligen Lebenssituation.

Demgegenüber gewährt das SGB IX behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen – zu denen auch alle chronisch kranken[38] und pflegebedürftigen Menschen zählen – einen Anspruch auf Leistungen zur Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, der – über die Behandlung einer Krankheit hinausgehend – die Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und damit den gesamten Menschen in seiner jeweiligen Lebenssituation erfasst. Dieser Anspruch wird von den Sozialleistungsträgern bisher entweder gar nicht oder nur randständig erfüllt.

Die Angehörigen der Gesundheitsberufe müssen den Menschen in seiner Gesamtheit als Teil seines Lebensumfeldes in der Gesellschaft wahrnehmen, behandeln und sich mit Blick auf

:: den menschenrechtlichen Anspruch auf eine Versorgung, die die Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens erreicht und bewahrt, dazu

38 §§ 3, 26 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX

:: die Freiheit der Menschen, eigene Entscheidungen zu treffen und Unabhängigkeit zu gewährleisten nicht nur respektiert, sondern durch Leistungen aktiv fördert[39],
:: die damit verbundene Veränderung der Inhalte der Versorgung und die Überwindung der Schnittstellen des gegliederten deutschen Sozialleistungssytems z. B. durch Integrierte Versorgung oder den Anspruch auf Ausführung der Leistungen als Bestandteil eines persönlichen Budgets[40]

einem weitgehenden Wechsel der Paradigmen ihres jeweiligen Berufes stellen. Dieser Paradigmenwechsel erfasst das erforderliche Wissen und die Grundlagen der Berufsausübung (Studium, Berufsausbildung, Fort- und Weiterbildung) ebenso wie die Anforderungen des beruflichen Alltags, aber auch die Anforderungen an die persönliche Eignung, das Selbstverständnis des beruflichen Handelns, die Kompetenz und Qualifikation der Angehörigen der Gesundheitsberufe.

Bisher ist die Ausübung eines Gesundheitsberufes im Wesentlichen geprägt durch

:: die auf die Bewältigung eines bestimmtes menschlichen Risikos oder – in diesem Kontext auf eine bestimmte Zielgruppe oder eine bestimmte Krankheitsausprägung – ausgerichtete berufliche Ausbildung/Studium (z. B. Alten-, KrankenpflegerIn, KinderkrankenpflegerIn, Logopäd(e)in, Medizinstudium, Studium der Pflegewissenschaften)
:: berufsrechtliche gesetzliche bzw. untergesetzliche Regelungen für die Berufsausübung
:: sozialrechtliche Rahmenvorgaben für die Ausführung von Sozialleistungen.

Demgegenüber muss künftig der chronisch kranke, pflegebedürftige und behinderte Mensch mit seiner individuellen Lebenssituation, seinem Recht auf Selbstbestimmung und seiner Teilhabe am Leben in der Gesellschaft Maßstab der Berufsausübung sein. Diese Anforderungen sind bisher allenfalls randständig Gegenstand der Berufsausbildung/des Studiums und der gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen für die Berufsausübung sowie der sozialrechtlichen Rahmenvorgaben. Gegenstand, Umfang und Ausführung von Sozialleistungen und damit die Organisation und Durchführung der Versorgung sind nämlich nicht mehr nur von einer ärztlichen Diagnose bezogen auf den Schweregrad einer Erkrankung, sondern auch – und teilhaberechtlich vor Allem – davon abhängig, welche Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft jemand als Folge von Krankheit erlitten hat, mit welchen Mitteln und Methoden diese Beeinträchtigungen erfolgreich behandelt werden können, welche Teilhabeziele damit erreichbar erscheinen und

39 § 1 SGB IX
40 § 17 Abs. 2 SGB IX

welche Sozialleistungen dafür unabhängig von der Zuständigkeit oder Leistungsverpflichtung eines bestimmten Trägers im gegliederten Gesamtsystem zur Verfügung stehen. Unabhängig von den veränderten Bedingungen für die individuelle Versorgung geht es immer zugleich auch um die Überwindung der Schnittstellen des gegliederten Systems.

Diese Definition der Anforderungen an die Versorgungsorganisation gibt zugleich ein Gefühl für die Komplexität, die Inter- und Multidisziplinarität der Anforderungen an die Gesundheitsberufe.

2.3.7 Auswirkungen auf bestimmte Aufgabenfelder und/oder Berufe

Beratung/Management

In der politischen Diskussion über Defizite und die Weiterentwicklung des deutschen Sozialleistungssystems einschl. des Gesundheitswesens ist die »Beratung« ein zentraler Punkt, weil viele Akteure hier wesentliche Lösungsansätze zu Verbesserungen im Sinne der Betroffenen sehen. Dies begründet die vielen Initiativen des Gesetzgebers im Bereich Teilhabe-/Versorgungsmanagement, aber auch die Einbeziehung dieses Aufgabenfeldes in die Integrierte Versorgung mit der Zielsetzung einer erhöhten Patientenorientierung.

In diesem Aufgabenfeld ist der sich aus der Überwindung der Schnittstellen des gegliederten Systems und der Orientierung auf die Selbstbestimmung und Teilhabe der Betroffenen ergebende Weiterentwicklungsbedarf für die Rahmenbedingungen der Ausübung der Gesundheitsberufe besonders offenkundig. An den Aufgabenfeldern Beratung, Versorgungsmanagement, Teilhabemanagement sind fast alle Gesundheitsberufe in irgendeiner Form direkt oder indirekt beteiligt. So hat z. B.

:: der Arzt im Krankenhaus unverzüglich die Pflegekasse zu benachrichtigen[41], wenn er Pflegebedürftigkeit wahrnimmt, und delegiert das in der Regel auf
:: den Krankenhaussozialdienst, dessen Mitarbeiter (Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Rehabilitationspädagogen, Pflegefachkräfte, Verwaltungsmitarbeiter) für die sachgerechte Anschlussversorgung zu sorgen haben[42] und dazu
:: die Pflegeberatung der Pflegekassen (Pflegefachkräfte, Verwaltungsfachangestellte, selten auch Absolventen des Studiums der Sozialen Arbeit)[43] oder die Pflegekasse (Sozialversicherungsfachangestellte) unmittelbar[44] einschaltet, die wiederum

41 § 7 Abs. 2 Satz 2 SGB IX
42 § 11 Abs. 4 Satz 2 SGB V
43 § 7a SGB XI
44 § 7 Abs. 2 Satz 2 SGB IX

:: den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beauftragen (Ärzte, Pflegefachkräfte)[45] zu prüfen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind, welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt und ob ein Bedarf für medizinische Leistungen zur Rehabilitation gegeben ist[46]. Auf dieser Grundlage führen anschließend
:: der Krankenhaussozialdienst oder die Pflegeberatung der Pflegekasse das Versorgungsmanagement[47] – ggfls. auch die Gemeinsame Servicestelle (Dipl. Verwaltungswirte, Sozialversicherungsfachangestellte, Sozialarbeiter) das Teilhabemanagement[48] für Leistungen der medizinischen Rehabilitation – durch.

Die nachfolgenden Ausführungen zeigen, dass einerseits mit den vorhandenen Bestimmungen der tatsächlich vorhandene Beratungsbedarf der Berechtigten nicht gedeckt werden kann. Andererseits gibt es in diesem Bereich eher zu viele Normen mit sich überschneidenden, z. T. unschlüssigen, aber auch nicht praktikablen Anforderungen, sodass eine grundsätzliche Überprüfung und Neuordnung erforderlich erscheint.

Derzeitige Beratung deckt den Beratungsbedarf nicht

Jeder hat einen Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch durch die Leistungsträger[49]. In der Praxis der Leistungsträger erschöpft sich dieser Anspruch durch Beratung über Leistungsansprüche, Leistungen, Leistungsverfahren und Mitwirkungspflichten. Die Pflicht der Rehabilitationsträger zur Leistungsberatung muss in engem Zusammenhang mit der Haftung bei Fehl- oder Falschberatung gesehen werden. Bei Leistungsberatung durch einen öffentlich-rechtlichen Träger wird dem Beratenen bei fehlerhafter Beratung mit Schadensfolgen durch die Rechtsprechung ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch zur Kompensation des jeweiligen Nachteils eingeräumt, indem dem Beratenen die Rechtsposition eingeräumt wird, »die er gehabt hätte, wenn von Anfang an ordnungsgemäß verfahren worden wäre.«[50] Deswegen wird bereits an dieser Stelle klargestellt, dass nach Auffassung des Verfassers – entgegen der populären Forderung nach »trägerunabhängiger Beratung« – wegen der ungeklärten Haftungsprobleme bei fehlerhafter Beratung mit Schadensfolge durch juristische Personen des Privatrechts – im Interesse der Betroffenen nicht dafür plädiert werden kann, die Sozialleistungsträger künftig aus ihrer Verantwortung für die Leistungsberatung zu entlassen.

45 § 18 Abs. 1 Satz 1 SGB IX
46 § 18 Abs. 1 Satz 3 SGB XI
47 § 11 Abs. 4 Satz 1 SGB XI
48 § 22 SGB IX
49 § 14 Abs. 1 SGB I
50 BSGE 32, 60, zitiert nach Gerhard Igl und Felix Welti: Sozialrecht. 8. Auflage (§ 76 Rn. 29)

Menschen mit chronischen Erkrankungen, Pflegebedarf oder Behinderungen stehen beginnend mit der erstmaligen Wahrnehmung ihrer Beeinträchtigung vor der Frage

:: Was bedeutet diese Entwicklung für mein weiteres Leben?
:: Welche Behandlung kann mir nach allen Erfahrungen wirksam helfen und welche weiteren Hilfen benötige ich zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft?
:: Von wem kann ich diese Behandlung und Hilfen in meinem Lebensumfeld erhalten?
:: Wer bezahlt diese Behandlung und Hilfen bzw. welche Sozialleistungen beinhalten diese Behandlung und Hilfen und wie kann ich diese Leistungen in Anspruch nehmen?

Diese Fragen zeigen, dass die Frage nach der Bezahlung erforderlicher Behandlung und Hilfen sich erst aus der Beantwortung der naheliegenden, für den Einzelnen existentiellen Fragen aus der Weiterführung des Lebensalltages ergibt. Am Anfang steht mithin nicht unmittelbar ein Bedarf an Leistungsberatung, sondern ein Beratungsbedarf zu den sich aus der Beeinträchtigung für die Fortführung des Lebens im unmittelbaren Lebensumfeld und zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ergebenden Fragen.

Diese Beratung erfordert eine hohe Kompetenz bezogen auf

:: die Art der Teilhabebeeinträchtigung und ihre Auswirkungen bei der Bewältigung des täglichen Lebens in der Gesellschaft
:: Strategien zur Bewältigung der sich durch die Behinderungen im Lebensalltag ergebenden Beeinträchtigungen und Veränderungen
:: die zur Bewältigung der Beeinträchtigungen wirksamen Methoden und Maßnahmen der Förderung, Unterstützung und Hilfen
:: die Kenntnis der dazu im Lebensumfeld vorhandenen Unterstützer und Anbieter entsprechender Leistungen, Maßnahmen und
:: hilfen- und leistungsübergreifende Rechtskenntnisse und interdisziplinäre Kompetenz, an der ggfls. verschiedene Berufsgruppen beteiligt sein müssen.

Diesen Beratungsbedarf vermag die auf Rechte und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch begrenzte Beratung der Leistungsträger nicht zu decken. Aus der Sicht der Betroffenen und der sie vertretenden Verbände wird diese Beratung zudem häufig auch als interessengeleitet im Sinne der Leistungsvermeidung oder -kürzung wahrgenommen, sodass in den letzten Jahren zunehmend die Forderung nach einer kostenträger- und leistungsträgerunabhängigen Beratung erhoben wird.

Bisher ist die Frage der Organisation und Finanzierung der über die Leistungen hinausgehenden Beratungsbedarfe nicht geregelt. Sie wird – weitgehend ohne Finanzierung durch Leistungsträger – in der Regel von den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, den Selbsthilfeorganisationen und Interessenvertretungen behinderter Menschen vorgenommen. Denkbar wäre, diesen Beratungsbedarf leistungsrechtlich zu verankern und auf der Grundlage von § 88 SGB X (z. B. durch Beratungsgutscheine u. ä.) auch außerhalb der Leistungsträger durch andere kompetente Akteure ausführen zu lassen.

Sozialrechtliche Konkretisierung des übergreifenden Beratungsauftrages

Der Gesetzgeber hat versucht, im Teilhabe- und im Pflegeversicherungsrecht auf eine umfassende Beratung hinzuwirken:

Nach dem SGB IX werden die Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft[51] zur Erreichung von Teilhabezielen[52] erbracht. Die Bestimmung der mit den Leistungen anzustrebenden Teilhabeziele setzt die Kenntnis der individuellen Lebenssituation und der individuellen Beeinträchtigungen der Teilhabe voraus. Folgerichtig sieht der Gesetzgeber ausdrücklich vor, dass die Beratung entsprechend den in §§ 1 und 4 SGB IX genannten Teilhabezielen geleistet wird[53]. Dazu ist es erforderlich, die auf den verschiedenen Beratungsebenen gewonnen Erkenntnisse zur Grundlage des den behinderten Menschen bis zur Inklusion begleitenden Teilhabemanagements[54] zu machen. Die Rehabilitationsträger sind dafür verantwortlich, dies – insbesondere auch das Zusammenwirken der der Leistungsberatung vorangehenden lebensnahen Beratung durch die Betroffenenorganisationen mit der Leistungsberatung der Rehabilitationsträger – in einer gemeinsamen Empfehlung zu vereinbaren[55]. Die dazu vereinbarte »Gemeinsame Empfehlung über die nahtlose, zügige und einheitliche Erbringung von Leistungen zur Teilhabe nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 i. V. m. § 13 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 5 SGB IX« vom 22.3.2004 unterscheidet jedoch nicht zwischen den verschiedenen Beratungsebenen und -inhalten und sieht in § 2 Abs. 2 Satz 1 lediglich allgemein eine enge Zusammenarbeit der gemeinsamen Servicestellen mit den Betroffenenverbänden vor. Damit ist nicht gewährleistet, dass den Rehabilitationsträgern im Zeitpunkt der Leistungsentscheidung tatsächlich alle Informationen über das wirkliche Ausmaß der individuellen Teilhabebeeinträchtigungen im jeweiligen Lebensumfeld bekannt sind.

51 § 5 SGB IX
52 §§ 4 Abs. 2 Satz 1 iVm Abs. 1 SGB IX
53 § 12 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX
54 Das SGB IX sieht in den §§ 8, 10-12, 14, 22 und 23 ein umfassendes Teilhabemanagement vor, das auf wissenschaftlichen Elementen des Case-Managements (Assessment, Planung, Linking, Monitoring, Evaluation) basiert.
55 §§ 12 Abs. 1 Satz 1, 13 Abs. 1 SGB IX

Die Pflegeberatung des SGB XI hat den Hilfebedarf systematisch zu erfassen und zu analysieren und auf dieser Grundlage einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen – d. h. allen Leistungen und Hilfen aller Teile des Sozialgesetzbuches – zu erstellen[56]. Für diesen Beitrag kann dahinstehen, ob die vorhandene Kompetenz der zur Pflegeberatung bei den Pflegekassen eingesetzten Mitarbeiter diesen umfassenden Anforderungen genügt und wie realistisch die Erstellung eines Versorgungsplanes durch Pflegeberater für die kurative Versorgung durch Vertragsärzte mit Blick auf den in die vertragsärztliche Versorgung verlagerten Sicherstellungsauftrag für die Krankenbehandlung[57] ist.

Der von der Pflegeberatung zu erstellende Versorgungsplan hat sich auf Feststellungen der Begutachtung durch den MDK zu stützen, dessen Begutachtungsauftrag gesetzlich[58] ausdrücklich auf die Einschränkungen bei den gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens[59] beschränkt ist. Damit verfügt die Pflegeberatung über keine geeignete Grundlage zur Erfüllung des vom Gesetzgeber vorgegebenen anspruchsvollen und umfassenden Beratungsauftrages.

Institutionalisierte übergreifende Beratung durch Gemeinsame Servicestellen

Zur Überwindung der Schnittstellen im gegliederten deutschen Sozialleistungssystem sollen von den Rehabilitationsträgern errichtete Gemeinsame Servicestellen die institutionelle Plattform bilden (institutionelles Teilhabemanagement) für

:: leistungsträgerübergreifende Teilhabeberatung und -begleitung der Betroffenen bis zur Inklusion
:: die übergreifende Koordination und Kooperation der Leistungsträger einschl. der Integrationsämter im Teilhabeverfahren
:: die zentrale Anknüpfungsstelle für andere Akteure wie niedergelassene Ärzte und Arbeitgeber.

56 § 7a Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB XI
57 § 72 SBG V
58 § 18 Abs. 1 Satz 2 SGB XI
59 § 14 Abs. 1 und 4 SGB XI

Träger der Gemeinsamen Servicestellen sollen regionale Arbeitsgemeinschaften[60] der Rehabilitationsträger sein, die zu diesem Zweck mit Haushaltsmitteln ausgestattet sind. Der Gesetzgeber greift damit auch die Forderung nach einer trägerunabhängigen Beratung auf.

Die Gemeinsamen Servicestellen haben – auch im Verhältnis zu den Leistungsträgern – weitgehende Rechte (z. B. den Betroffenen unterstützend zu begleiten; bei den Trägern auf zeitnahe Entscheidungen und Leistungen hinzuwirken; zwischen mehreren Trägern und Beteiligten auch während der Leistungserbringung zu koordinieren und zu vermitteln[61]) und Pflichten (u. a. Hilfe bei der Klärung des Leistungsbedarfs und der Inanspruchnahme von Leistungen; Klärung der Zuständigkeit; umfassende, entscheidungsreife Vorbereitung von Leistungsanträgen[62]).

Die Beratung und Unterstützung erfasst nicht nur den Berechtigten selbst, sondern auch die Vertrauenspersonen seiner Wahl[63] und Personensorgeberechtigten, die unabhängig von dem Berechtigten einen eigenen Anspruch auf Unterstützung und Beratung durch die Servicestelle haben[64].

Entsprechend der großen Bedeutung, die der Gesetzgeber den Gemeinsamen Servicestellen als trägerübergreifende zentrale Anlauf- und Managementplattform im gegliederten System für die Gewährleistung des Anspruchs auf Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch Teilhabeleistungen beimisst, hat er den Trägern das ihnen – insbesondere, soweit es sich um Selbstverwaltungskörperschaften handelt – an sich belassene Ermessen bei der Organisation und Gestaltung der Gemeinsamen Servicestellen gesetzlich gebunden. Die Gemeinsamen Servicestellen sind nämlich so auszustatten, dass sie ihre Aufgaben umfassend und qualifiziert erfüllen können, Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen und Wartezeiten in der Regel vermieden werden. Hierfür ist besonders qualifiziertes Personal mit breiten Fachkenntnissen insbesondere des Rehabilitationsrechts und der Praxis einzusetzen[65]. Dies entspricht Anforderungen, die in der Regel durch ein entsprechendes Studium (z. B. Soziale Arbeit oder Dipl. Verwaltungswirt) erworben werden.

60 § 12 Abs. 2 SGB IX
61 § 22 Abs. 1 Nr. 6-8 SGB IX
62 § 22 Abs. 1 Nr. 2, 3, 5 SGB IX
63 für die es keine Einschränkungen etwa im Sinne der Bevollmächtigung nach dem BGB o. ä. gibt
64 § 22 Abs. 1 Satz 1 SGB IX
65 § 23 Abs. 3 SGB IX

Damit sind die rechtlichen und institutionellen Voraussetzungen für ein kompetentes, leistungsträgerfernes Teilhabe- und Versorgungsmanagement, das dem eingangs beschriebenen Paradigmenwechsel Rechnung trägt, vorhanden.

Wie die dazu durchgeführten Forschungsvorhaben (Pfeuffer 2009) belegen, wurden die Gemeinsamen Servicestellen jedoch – mit Ausnahme von Baden-Württemberg – in keinem Bundesland entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und Anforderungen errichtet. Dies erklärt die weit verbreitete Ansicht über das Nichtfunktionieren der Gemeinsamen Servicestellen bis hin zum Bundesrechnungshof, der ihre Notwendigkeit wegen der fehlenden Inanspruchnahme sogar generell in Frage stellte[66].

Der Gesetzgeber ist gefordert, die wissenschaftlich belegten Vollzugsdefizite der Träger zum Anlass zu nehmen, seine unverändert richtige Absicht einer auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichtete, trägerübergreifende wohnortnahe Beratung und begleitende Unterstützung beeinträchtigter Menschen durchzusetzen. Auf die Pflegestützpunkte nach § 92c SGB IX wird an dieser Stelle nicht vertiefend eingegangen, weil sie – entgegen der verbreiteten Auffassung – weniger der individuellen Beratung, als vielmehr dem Vollzug des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen dienen[67].

Pflichten der Ärzte und Berufe des Gesundheitswesens

Ärzte sind gesetzlich verpflichtet[68], Personen mit drohender oder eingetretener Behinderung über die geeigneten Leistungen zur Teilhabe zu beraten. Die Beratung erstreckt sich auf alle Formen der Teilhabeleistungen[69]. Da die ärztliche Ausbildung bis heute dazu keine spezifische Kompetenz vermittelt[70], sieht schon der Gesetzgeber selbst alternatives Handeln mit einem Verweis der Ärzte auf die Möglichkeit der Beratung durch eine gemeinsame Servicestelle oder eine sonstige Beratungsstellen für Rehabilitation vor.

Hebammen, Entbindungspfleger, Medizinalpersonen außer Ärzten, Lehrer, Sozialarbeiter, Jugendleiter und Erzieher – z. B. in KiTas und Schulen –, die im Rahmen ihrer Berufsausübung Behinderungen wahrnehmen, haben nicht selbst zu beraten, sondern weisen die Personensorgeberechtigten auf die Behinderung und auf die Beratungsangebote der Ärzte, gemeinsamen Servicestellen oder sonstigen Beratungsstelle für Rehabilitation hin[71].

66 Schreiben des BR an das BMA vom 5.4.2007 – IX -2-2006-0633
67 § 13 Abs. 1 SGB IX
68 § 61 Abs. 1 SGB IX
69 § 5 SGB IX
70 Allenfalls in Fragmenten im Rahmen der bundesweit uneinheitlich geregelten Weiterbildung zur Erlangung der Zusatzbezeichnungen »Rehabilitationsmedizin« und »Sozialmedizin« der Ärztekammern
71 § 61 Abs. 2 SGB IX

Nehmen andere Medizinalpersonen als die zuvor genannten – z. B. in den Betriebsgesundheitsdiensten – bei volljährigen Menschen Behinderungen wahr, empfehlen sie diesen, eine Beratungsstelle für Rehabilitation oder einen Arzt zur Beratung über die geeigneten Teilhabeleistungen aufzusuchen[72].

Damit besteht bereits ein dichtes, flächendeckendes Netz von Personen, die bei ihrer Berufsausübung Behinderungen wahrnehmen und zur frühzeitigen Einleitung von Teilhabeleistungen beitragen sollen. Da jeweils die Gemeinsamen Servicestellen oder gleichwertige Beratungsstellen Anknüpfungspunkte sind, nehmen diese eine zentrale Stellung – quasi als Schlüssel zum sozialrechtlichen Leistungssystem – ein.

Leider sind diese Pflichten bisher ebenfalls wenig bekannt. Im Rahmen der Umsetzung der Pflichten zur Bewusstseinsbildung nach Art. 8 BRK, sollten sie in den Bildungs- und Ausbildungsgängen der Berufsgruppen verankert werden.

Verantwortung der Arbeitgeber

Stellt sich im Rahmen der Prävention im Arbeitsleben (Betriebliches Eingliederungsmanagement) heraus, dass Leistungen zur Teilhabe in Frage kommen, hat der Arbeitgeber u. a. die örtlichen gemeinsamen Servicestellen hinzuzuziehen[73], um frühzeitig alle erforderlichen Teilhabeleistungen einzuleiten, die geeignet sind, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz zu erhalten.
Wie bei der Beratung durch Ärzte zeigt diese Pflicht des Arbeitgebers erneut die zentrale Stellung der gemeinsamen Servicestellen im Rahmen des Teilhabemanagements des SGB IX auf, die ohne Gewährleistung der gesetzlichen Qualitätsvorgaben und der vorgenannten Grundsätze guter Beratung diesem hohen Anspruch nicht gerecht werden können.

Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten von Einrichtungen

Die von den Rehabilitationsträgern im Rahmen des Teilhaberechts vereinbarte Gemeinsame Empfehlung »Sozialdienste«[74] gilt auch für die Beratung durch Sozialdienste bzw. Sozialarbeiter in Behinderten- bzw. Altenpflegeeinrichtungen.

Der Grundsatz der Zugänglichkeit[75] der BRK gebietet im Übrigen auch die Feststellung und Beseitigung von Zugangshindernissen bei der Erreichbarkeit von Leistungen zur Teilhabe und anderen Sozialleistungen. In diesem Zusammenhang können Einrichtungen behinderte Menschen bei der Geltendmachung und Inanspruchnahme von Leistungen beraten, fördern und unterstützen.

72 § 61 Abs. 3 SGB IX
73 § 84 Abs. 2 Satz 4 SGB IX
74 § 13 Abs. 1 Nr. 10 SGB IX
75 Art. 3 Buchst. f BRK

Feststellung des Leistungsbedarfs

Die Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs ist die zentrale Funktion im gegliederten Sozialleistungssystem von deren Qualität und Kompetenz es abhängt, dass

:: die benötigten Leistungen den individuellen Bedarf bezogen auf die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft decken, zielgerichtet und wirksam erbracht werden, was in der Regel die gesamte weitere Lebenssituation der betroffenen Menschen und ihre Familien prägt;
:: die benötigten Leistungen in Einrichtungen oder von Diensten ausgeführt werden, die tatsächlich über die geeignete Struktur- und Prozessqualität für eine an den Teilhabezielen orientierte wirksame Behandlung der festgestellten Beeinträchtigungen verfügen;
:: die erforderliche qualifizierte Datenlage für die Entwicklung bedarfsgerechter wirksamer Versorgungsangebote und -strukturen vorhanden ist.

Die Feststellung des Leistungsbedarfs ist mithin nicht nur für die Wirksamkeit der Leistungen im Einzelfall, sondern auch für die Entwicklung der Versorgungsstrukturen und damit auch für das Gesamtsystem von erheblicher – vor allem auch ökonomischer – Bedeutung.

Im vorwiegend medizinorientierten Gesundheitswesen basierte die Bedarfsfeststellung im Kern auf der Diagnosestellung des Arztes, die mit dem Diagnoseschlüssel (ICD) dokumentiert wurde. Damit wurde nicht nur der Bedarf festgestellt, sondern auch die nachfolgende Therapie begründet. An die ärztlichen Feststellungen und Verordnungen sind die beteiligten übrigen Angehörigen der Gesundheitsberufe bei ihrer Berufsausübung weitgehend gebunden.

Mit der Überwindung der Schnittstellen im gegliederten System durch Integrierte Versorgung und Persönliches Budget, insbesondere jedoch durch die Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention und die Orientierung der Sozialleistungen auf Selbstbestimmung der Berechtigten und ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft findet ein Perspektivwechsel statt, bei dem die vorwiegend medizinisch geprägten Parameter allein für die Feststellung des Leistungsbedarfs nicht mehr ausreichen. Für die Beurteilung, welche Methoden, Verfahren und Mittel geeignet sind, eine Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft – insbesondere in den Bereichen Aktivitäten, Leistungen und Partizipation der ICF[76] – wirksam zu behandeln, bedarf es über die Medizinwissenschaften hinaus des

76 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Sachverstandes anderer Wissenschaften und Berufe (u. a. Psychologie, Pädagogik, Sozialarbeit, Ingenieurwesen, Technik usw.).

Der Gesetzgeber verwendet deshalb bereits seit 2001 für das Verfahren zur Bedarfsfeststellung bewusst den Begriff »Sachverständige« – und nicht mehr nur »medizinischer Gutachter«[77].

Für die Dokumentation des Leistungsbedarfs tritt neben den ICD, mit dem weiterhin die Krankheit als Ursache einer Teilhabebeeinträchtigung darzustellen ist, völlig gleichwertig die ICF, mit deren Kategorien Art und Schweregrad einer Teilhabebeeinträchtigung definiert werden.

Diese Anforderungen treffen alle Mitarbeiter des Gesundheitswesens und darüber hinaus auch die Mitarbeiter korrespondierender Arbeitsbereiche (z. B. bei den Sozialleistungsträgern), weil ihre Wirkung sich nicht nur bei der Bedarfsfeststellung und Leistungsbewilligung, sondern naturgemäß auch auf Gegenstand, Umfang, Qualität und Ausführung – d. h., auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität – der Sozialleistungen auswirkt, die nunmehr über die Ziele der Krankenbehandlung hinaus auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu orientieren sind.

Bedarfsfeststellung im Rahmen der Leistungsausführung

Werden bei einem Rehabilitationsträger Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung beantragt oder erbracht, so hat er unabhängig von der Entscheidung über die Leistungen zu prüfen, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind, d. h., ob eine Teilhabebeeinträchtigung vorliegt, die einen Anspruch auf Teilhabeleistungen begründet[78].

Da alle deutschen Sozialleistungsträger in irgendeiner Form zugleich Rehabilitationsträger sind[79] und viele ihrer Leistungen[80] wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung erbracht werden, müsste der Bedarf für Teilhabeleistungen in ganz erheblichem Umfang von Amts wegen durch die Leistungsträger im Rahmen ihrer Leistungsverfahren festgestellt werden. In der Praxis ist dies jedoch eher die Ausnahme.

77 § 14 Abs. 5 SGB IX
78 § 8 SGB IX
79 § 6 SGB IX
80 u. a. Leistungen der Krankenbehandlung z. B. in der Form der Integrierten Versorgung, Renten wegen Erwerbsminderung, Renten der Unfallversicherung, Ausgleichrenten nach dem BVG, Grundsicherung für voll erwerbsgeminderte Personen

Diese Regelung berührt Mediziner und sonstige Angehörige von Gesundheitsberufen, aber auch die Verwaltungsmitarbeiter der Sozialleistungsträger, die an Verfahren der Leistungserbringung und -ausführung beteiligt sind.

Individuelle funktionsbezogene Feststellung des Leistungsbedarfs

Soweit im Rahmen der Integrierten Versorgung Rehabilitationsleistungen ausgeführt werden sollen, sind dabei die Bestimmungen des SGB IX zu beachten.

Die im SGB IX genannten Leistungen zur Teilhabe werden zur Förderung der Selbstbestimmung und zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, d. h. mit einer Zielsetzung erbracht, die über die Ziele der Krankenbehandlung hinausgehen[81]. Sie sollen vor allem dazu dienen, die Behinderung zu beseitigen, abzuwenden, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern[82] und dürfen folgerichtig nur ausgeführt werden, wenn damit diese, auf die Veränderung der Beeinträchtigung der Teilhabe bezogene Zielsetzung nach rehabilitationswissenschaftlichen Erkenntnissen erreichbar erscheint[83].

Behinderung ist durch das SGB IX seit dem 1.7.2001 in Deutschland definiert als ein Zustand, durch den die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist[84]. Aus dem Wortlaut des § 2 Abs. 1 SGB IX ist nur negativ zu erschließen, was Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist. Der Gesetzgeber stellt deshalb in der Begründung zum SGB IX klar, dass Ziel der Teilhabeleistungen die Förderung der Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen – einschließlich der chronisch Erkrankten – an der Gesellschaft sein soll und zwar ausdrücklich in Anlehnung an das »Partizipationsmodell« der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (ICF)[85]. Menschen sollen – u. a. durch die Teilhabeleistungen – einen gleichberechtigten Zugang zu Umweltbeziehungen haben[86].

Daraus erschließt sich, dass die sozialrechtliche Beurteilung einer Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft – z. B. im Zusammenhang mit einem Antrag auf Teilhabeleistungen – nicht unmittelbar auf den Wortlaut und den Inhalt der ICF basiert werden darf, sondern immer nur im Kontext mit der deutschen Sozialgesetzgebung erfolgen kann.

81 §§ 1, 5 SGB IX
82 § 4 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX
83 § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX, Teilhabeziele – §§ 1, 4 Abs. 1, 26 Abs. 1 u. a. SGB IX
84 § 2 Abs. 1 SGB IX
85 BT-Drs. 14/5074, S. 94
86 vergl. Welti in HK-SGB IX[17], § 1 Rn. 11

Der Gesetzgeber verpflichtet alle Rehabilitationsträger[87], »die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen (Teilhabe-)Leistungen, funktionsbezogen' – mithin orientiert an den entsprechenden Kategorien der ICF festzustellen«. Diese Feststellungen sind durch Sachverständige zu treffen, bei denen Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen[88]. Das hat einerseits zur Folge, dass jedwede Profession, die Sachverstand zur Feststellung und Behandlung von Teilhabebeeinträchtigung beitragen kann, als Sachverständiger zu beteiligen ist. Andererseits müssen diese Sachverständigen die Anforderungen an die Barrierefreiheit im Sinne des Art. 9 BRK und des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG) (BGG 2002) nicht nur hinsichtlich baulicher Barrieren, sondern insbesondere auch hinsichtlich kommunikativer Barrieren (z. B. Gebärdensprache, einfache Schrift) erfüllen.

Der im Einzelfall funktionsbezogen festgestellte Bedarf an Teilhabeleistungen ist schriftlich so zusammenzustellen, dass die Leistungen nahtlos ineinandergreifen[89]. Die Rehabilitationsträger haben dazu vereinbart[90], dass der individuelle zu erstellende Teilhabeplan u. a. Angaben enthalten muss vor allem zu

:: den Schädigungen der Körperstrukturen und -funktionen,
:: den Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe,
:: den vorhandenen Ressourcen,
:: den personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren (iSd ICF) usw.

Diese Vorgaben entsprechen dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF und dokumentieren zugleich auch das inter- und multidisziplinäre Anforderungsprofil der Begutachtung, aber auch der Sachverständigen.

Orientierung der Bedarfsfeststellung an der ICF

Mit der Verpflichtung zur »funktionsbezogenen« Feststellung des Bedarfs bezieht sich der Gesetzgeber in § 10 SGB IX unmittelbar auf das Konzept der funktionalen Gesundheit und damit auf die dem § 2 Abs. 1 SGB IX zu Grunde liegende ICF der WHO. Damit sind die Rehabilitationsträger verpflichtet, bei der Bemessung von Art, Umfang und Inhalt der Leistungen alle Aspekte der funktionalen Gesundheit auf den Ebenen der Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe einzubeziehen und darauf die Teilhabeziele (Grundlage für die Leistungsgewährung nach § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX) zu basieren.

87 § 10 Abs. 1 SGB IX
88 § 14 Abs. 5 SGB IX
89 sogen. Teilhabeplan – § 10 Abs.1 Satz 2 SGB IX
90 § 2 der Gemeinsamen Empfehlung »Teilhabeplan« nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX

Mit der ICF werden mögliche Beeinträchtigungen in den Bereichen der Funktionen und Strukturen des menschlichen Organismus, der Aktivitäten einer Person und ihrer Teilhabe an Lebensbereichen vor dem Hintergrund ihrer sozialen und physikalischen Umwelt abgebildet, um die »funktionale Gesundheit« einer Person zu beschreiben. Unter Behinderung ist dabei die negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren auf ihre Funktionsfähigkeit, insbesondere die Teilhabe zu verstehen.

Eine Person gilt nach der ICF als funktional gesund, wenn – vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren[91]) –

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und Strukturen)
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivitäten)
3. sie zu allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, Zugang hat und sich in diesen Lebensbereichen in der Weise und in dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).

Mit der Orientierung an der ICF wurde ein einheitlicher trägerübergreifender, internationaler Maßstab vorgegeben, der im gegliederten deutschen Sozialleistungssystem divergierende, trägerspezifische Auslegungs- und Anwendungsformen ausschließen soll.

Die Verantwortung für die Anpassung und Übertragung der ICF in die Praxis des deutschen Teilhaberechts überträgt der Gesetzgeber den Rehabilitationsträgern im Rahmen ihrer gemeinsamen Plattform »Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation«[92]. Operatives Instrument dazu ist die Gemeinsame Empfehlung zur Begutachtung möglichst nach einheitlichen Grundsätzen, nämlich denen der ICF[93], an deren Erarbeitung sowohl die Verbände der Leistungserbringer, wie auch die Interessenvertretungen der Betroffenen zu beteiligen sind[94]. Diese Operationalisierung der ICF für die Nutzung in der Praxis des Teilhaberechts durch die Rehabilitationsträger steht bisher aus.

91 Schuntermann, 2005, S. 17
92 § 13 Abs. 7 SGB IX
93 §§ 12 Abs. 1 Nr. 4, 13 Abs. 1 SGB IX
94 § 13 Abs. 6 SGB IX

Damit fehlt den Angehörigen der Gesundheitsberufe in der Praxis das entscheidende Instrument für die rechtmäßige Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs.

Rechte der Berechtigten bei der Bedarfsfeststellung

Die an der Bedarfsfeststellung beteiligten Angehörigen der Gesundheitsberufe haben bei ihrer Berufsausübung auch die wesentlich vertieften Selbstbestimmungsrechte der Berechtigten zu respektieren und zu beachten. Damit sind veränderte Anforderungen an das Selbstverständnis verbunden, mit denen sie den Berechtigten begegnen, aber auch an das konkrete Verhalten und Handeln bei der Berufsausübung. Diese wirkt sich auf die gesamte Durchführung des Teilhaberechts aus, wurde jedoch für die Bedarfsfeststellung nochmals ausdrücklich hervorgehoben: Schon seit 2001 wird bei der Entscheidung über und Ausführung von Leistungen Teilhabe berechtigten Wünschen der Berechtigten entsprochen[95]. Dies wirkt sich auch auf die Entscheidung aus, welche(r) Sachverständige(r) die Bedarfsfeststellung durchführt. Die Berechtigten dürfen nämlich von drei, vom Träger benannten, möglichst wohnortnahen Sachverständigen den (die) aussuchen, der (die) die Begutachtung durchführen soll(en)[96].

Der Bedarf an Teilhabeleistungen ist in »Abstimmung« mit dem Leistungsberechtigten festzustellen[97]. Zwischen dem Sachverständigen und Berechtigten besteht danach rechtlich kein Über- und Unterordnungsverhältnis – sie begegnen sich auf Augenhöhe. Der Sachverständige hat danach die von ihm getroffenen Feststellungen zur Beeinträchtigung der Teilhabe mit dem Betroffenen mindestens zu erörtern, ggfls. seine dazu abweichenden Vorstellungen entgegenzunehmen, zu prüfen und zu dokumentieren[98].

2.3.8 Versorgungsstrukturen müssen sich an Versorgungsbedarfen orientieren

Angehörige der Gesundheitsberufe sind nicht nur Akteure bei der Entscheidung und Ausführung von Leistungen im Einzelfall. Ihr Sachverstand ist – quer durch alle Gesundheitsberufe – auch bei der Gestaltung der Leistungsangebote und der Organisation von Versorgungsstrukturen gefragt. Den Landesärzten mit besonderen Erfahrungen in der Hilfe für behinderte Menschen wird diese Aufgabenstellung sogar ausdrücklich gesetzlich zugeordnet[99]. Im Rahmen dieser Aufgabenstellung kommt der in diesem Beitrag beschriebene Paradigmenwechsel von der Krankheits- zur Teilhabeorientierung besondere Bedeutung zu. Die Angehörigen

95 § 9 Abs. 1 Satz 1 SGB IX
96 § 14 Abs. 5 Sätze 2 bis 4 SGB IX
97 §10 Abs. 1 Satz 1 SGB IX
98 vergl. Fuchs in Cramer/Fuchs[19] § 10 Rn 12
99 § 62 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX

der Gesundheitsberufe müssen mit ihren Erfahrungen und ihrem Sachverstand nicht nur auf vernetzte Leistungsangebote zur Überwindung der Schnittstellenprobleme des gegliederten Systems hinwirken (Integrierte Versorgung). Sie müssen auch die Weiterentwicklung der Strukturen und Prozesse bewirken, mit denen bei der Ausführung der Leistungen die Orientierung des Leistungsgeschehens über die Ziele der Krankenbehandlung hinaus auf die Erreichbarkeit von Teilhabezielen vollzogen wird.

Wirksame Leistung basiert auf der Bedarfsfeststellung

Leistungen zur Teilhabe sind seit Inkrafttreten des SGB IX unabhängig von der Ursache der Behinderung zu erbringen und bilden ein durchgängiges System zur Verwirklichung der in §§ 1, 4, 26 u. a. SGB IX genannten Teilhabziele[100]. Mit der als bindende Leistungsvoraussetzung ausgeformten Orientierung der Teilhabeleistungen auf die Erreichbarkeit von Teilhabzielen müssen die Teilhabeleistungen nach Gegenstand, Umfang und Ausführung von allen Rehabilitationsträgern einheitlich erbracht[101] und darauf ausgerichtet werden, nicht nur die Fähigkeit (Capacity) zur Teilhabe, sondern eine Verbesserung der tatsächlichen Teilhabe zu erreichen (Performance).

Auf diesem Hintergrund erfordert die wirksame und wirtschaftliche Ausführung von Teilhabeleistungen[102] in jedem Einzelfall die umfassende und vollständige Klärung, welche Beeinträchtigung der Teilhabe, insbesondere in den Bereichen der Aktivitäten und der Teilhabe an Lebensbereichen, mit welcher Ausprägung vorliegt. Ein Bedarf an Teilhabeleistungen liegt im Sinne des SGB IX nämlich vor, wenn ein behinderter oder von Behinderung bedrohter Mensch einer nicht trivialen Teilhabestörung unterliegt und eine Teilhabeleistung geeignet ist, diese im Vergleich zum natürlichen Verlauf ausreichend günstig zu beeinflussen[103].

Da ohne diese Klärung nicht bekannt ist, mit welchem Methodeneinsatz eine wirksame Behandlung der Beeinträchtigung erreicht werden könnte, ist auch die Verpflichtung aus § 19 Abs. 4 SGB IX kaum rechtmäßig zu erfüllen, für die Ausführung der Teilhabeleistungen die Rehabilitationseinrichtung bzw. den Rehabilitationsdienst auszuwählen, die bzw. der die Leistung in der am besten geeigneten (»wirksamsten«) Form ausführen kann. Zudem sind die im Einzelfall notwendigen Rehabilitationsziele und -leistungen trägerübergreifend so zu bestimmen, dass die insgesamt erforderlichen Leistungen aus der Sicht des Leistungsberechtigten wie »aus einer Hand« erscheinen[104].

100 BT-Drs. 14/5074, S. 99
101 § 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX
102 § 10 Abs. 1 Satz 3 SGB IX
103 vergl. Welti in HK-SGB IX, § 10 Rz. 4 und Raspe ZSR 2004, 446, 447
104 BT-Drs. 14/5074/, S. 101

Bedarfsfeststellung und Organisation der Versorgung

Nach geltendem Recht haben die Rehabilitationsträger (gemeinsam) darauf hinzuwirken, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen[105].

Die Umsetzung der BRK wird den bisherigen Sicherstellungsauftrag zu einer Organisationsverpflichtung weiter entwickeln müssen[106]. Dabei stellt die BRK einerseits einen unmittelbaren Bezug zwischen der multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken behinderter Menschen (individueller Bedarf) und der Verpflichtung zur Organisation umfassender Habilitations- und Rehabilitationsdienste und Programme (Angebotsorganisation) her. Andererseits müssen diese Dienste und Programme so gemeindenah wie möglich, auch in ländlichen Gebieten[107] zur Verfügung stehen. Zudem ist zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und zur Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig sind[108].

Auch für die Früherkennung und Frühförderung als Bestandteil der medizinischen Rehabilitation[109] sowie für die Leistungen, durch die – auch bei Kindern und älteren Menschen – weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen[110], muss die entsprechende Organisationsverpflichtung im SGB IX geregelt werden.

Für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ergibt sich aus Art. 27 BRK ein weiterer erheblicher Bedarf für die Weiterentwicklung des SGB IX[111].

Der künftige Organisationsauftrag des § 19 SGB IX muss sich auf alle Träger, die Dienste und Programme im Sinne des Art. 26 BRK, zu organisieren oder zu finanzieren haben, erstrecken und sozialräumlich ausgerichtet sein. Die dafür bisher schon in § 12 Abs. 2 SGB IX vorgesehenen, aber bundesweit nicht verwirklichten regionalen Arbeitsgemeinschaften gewinnen künftig für den Vollzug der Organisationsverantwortung nach Art. 26 BRK neue Bedeutung.

105 § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB IX
106 Art. 26 Abs. 1 Buchst. a BRK
107 Art. 26 Abs. 1 Buchst. b BRK
108 Art. 19 Bucht. b BRK
109 §§ 26 Abs. 2 Nr. 2, 30 SGB IX
110 Art. 25 Bucht. b BRK
111 Art. 27 Abs. 1 Buchst. b-k BRK

Schon nach geltendem Recht dürfen die Rehabilitationsträger die Teilhabeleistungen nur in geeigneten Einrichtungen ausführen[112]. Dabei sind nur solche Einrichtungen und Dienste geeignet, die mit ihrer Struktur- und Prozessqualität Gewähr dafür bieten, im Einzelfall die angestrebten Teilhabeziele auch erreichen zu können.

Derzeit ist in der Praxis eines Teils der Träger die Qualität der Dienste und Einrichtungen zur Zielerreichung im Einzelfall nicht immer das ausschlaggebende Kriterium für die Inanspruchnahme eines Angebotes. Übliche andere »trägerinterne« Festlegungen im Sinne der Belegungs-, Leistungs- und Aufwandssteuerung (Budget- und andere verwaltungsseitige Verfahrensvorgaben) sind z. T. auch öffentlich nachvollziehbar und behindern fallbezogen die Zumessung bedarfsgerechter Leistungen.

Künftig wird insbesondere auch im Lichte der BRK zu gewährleisten sein, dass nur solche Dienste und Einrichtungen für die Ausführung von Teilhabeleistungen in Anspruch genommen werden, die im Einzelfall auf den individuell festgestellten Bedarf an Teilhabeleistungen und die daraus abgeleiteten Teilhabeziele eingehen und die individuelle Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft damit auch wirksam fördern können.

112 § 17 Abs. 1 SGB IX

2.4 Steuerungsmodelle und Gesundheitsberufe: Manfred Haubrock

Zusammenfassung

Die Existenz von zwei Gesundheitsmärkten ist die Folge eines Paradigmenwechsels. Während der erste Markt weiterhin auf der Grundlage des Sozialstaatsprinzips und des Solidaritätsprinzips aufgebaut ist, bestimmt das Rechtsstaatsprinzip und das Subsidiaritätsprinzip den zweiten Markt. Dies bedeutet, dass sich die Gesundheitsberufe darauf einstellen müssen, ihre Leistungen nicht mehr ausschließlich als solidarische Umlage finanziert zu bekommen, vielmehr tritt die Notwendigkeit auf, sich im Preiswettbewerb zu behaupten.

Die Finanzierungsproblematik und die Auswirkungen einer durch den demografischen Veränderungsprozess zu erwartenden Nachfragesteigerung bedeuten für die Gesundheitsberufe, sich mit den Fragen der Personalgewinnung und der Personalbindung zu beschäftigen.

Die hoheitliche Aufgabe, eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung zu garantieren, ist für die Gesundheitsberufe insofern relevant, als sie sich mit den Ursachen und Wirkungen von Rationalisierungen, Priorisierungen und Rationierungen auseinander setzen müssen.

Steuerungsalternativen, wie die staatliche Planung, die Kollektivverträge, die Richtlinien, die Selektivverträge, das Management von Prozessen und der Preiswettbewerb haben ebenfalls Auswirkungen auf die Gesundheitsberufe.

2.4.1 Rahmenbedingungen der Steuerungsmodelle – vom Gesundheitssystem zur Gesundheitswirtschaft

Die Gesundheitswirtschaft wird in zwei Gesundheitsmärkte mit jeweils unterschiedlichen Akteuren gegliedert.

Der primäre Gesundheitsmarkt ist der klassische Gesundheitsversorgungskern, in dem u. a. die Akteure wie die Gesetzlichen Krankenversicherungen, die Leistungserbringer und die Gebietskörperschaften agieren. Dieses traditionelle Gesundheitssystem umfasst alle Organisationen und Personen, Einrichtungen, Regelungen und Prozesse, deren Aufgabe es ist, die Förderung, Erhaltung und Vorbeugung der Gesundheit sowie die Behandlung von Krankheiten und die Wiedereingliederung in die soziale Teilhabe zu ermöglichen. Somit baut dieses Gesundheitssystem, das

auch als Gesundheitswesen bezeichnet wird, auf die staatlichen und nicht staatlichen Institutionen sowie auf die relevanten Berufsgruppen auf, die für die Gesundheit der Bevölkerung ein Geflecht von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und Sachgütern bereitstellen und finanzieren.

Im deutschen Gesundheitssystem dominiert (noch) das System der Sozialversicherungen zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Die Sozialversicherungen beruhen auf dem Sozialstaatsprinzip des Grundgesetzes und sind solidarisch organisiert. Im Sinne eines Umlageverfahrens zwischen den Versicherten werden die benötigten Finanzmittel zum größten Teil zur Verfügung gestellt. Seit einigen Jahren kommen die Steuerzuschüsse des Bundes und die Selbstbeteiligungsanteile der Versicherten dazu.

Der sekundäre Gesundheitsmarkt ist privatwirtschaftlich geprägt und beinhaltet die Gesamtheit von privat finanzierten Gesundheitsgütern, wie z. B. freiverkäufliche Arzneimittel und individuelle Gesundheitsleistungen, Schönheitsoperationen, Fitness und Wellness, Gesundheitstourismus sowie die Bereiche Sport, Freizeit, Ernährung und Wohnen. Demnach gewinnt die Gesundheit in allen Lebensbereichen an Bedeutung, sodass sich durch die steigende Nachfrage neue gesundheitsbezogene Teilmärkte und Geschäftsmodelle entwickeln. Dies wiederum hat auch Auswirkungen auf die Berufsgruppen in diesem Markt. Dieser zweite Markt ist ein Wettbewerbsmarkt, in dem die Steuerung der Gesundheitsversorgung durch den Preiswettbewerb erfolgen wird.

Beide Märkte sind miteinander verbunden, es bestehen somit Wechselwirkungen. Diese gegenseitigen Verbindungen zeigen sich z. B. in der Existenz von Gesundheitsregionen, die durch ihr integratives Prinzip auf Vernetzung und Kooperation abzielen (Hensen 2011, S. 35).

Dieser zukünftige Megamarkt Gesundheit wird folglich nicht nur solidarisch finanziert werden, es hat sich zusätzlich ein Selbstzahlermarkt etabliert.

Zusammenfassend lässt sich somit sagen, dass der »neue« Gesundheitsmarkt die Regenerationsplattform der Menschen in der Gesellschaft und damit die Basis für die wirtschaftliche Existenz einer Informationsgesellschaft ist. Dies hat zur Folge, dass die Leistungen des Gesundheitsmarktes Wertschöpfungsfaktoren für das wirtschaftliche Wachstum geworden sind.

Damit hat sich in der Gesellschaft ein Paradigmenwechsel vollzogen.

Am Beispiel einer Aussage von Ulf Fink in einem Interview mit der Ärztezeitung soll dies belegt werden:
»Vor zehn Jahren stand das Thema Kostendämpfung im Mittelpunkt. Wir haben damals das Thema Gesundheitswirtschaft in die Debatte eingeführt und gesagt: Das Gesundheitswesen ist nicht ein Kostenfaktor, sondern ein Wirtschaftszweig mit großen Wachstums- und Beschäftigungschancen. ... Immer deutlicher wird doch, dass die Menschen bereit sind, auch außerhalb des Kollektivsystems etwas für ihre Gesundheit zu tun. Der zweite Gesundheitsmarkt wächst und erreicht ein Volumen von über 60 Milliarden Euro« (Fink 2008).

Die Veränderung des nach dem Solidaritätsprinzip finanzierten Gesundheitssystems in Richtung Gesundheitswirtschaft vollzieht sich sukzessiv. Begriffe, wie z. B. Deregulierung bzw. Liberalisierung oder Stärkung des Wettbewerbs im Gesundheitssystem, unterstützen diesen Trend verbal.

Der eigentliche Anstoß in Richtung Gesundheitswirtschaft vollzog sich vor ca. 10 Jahren. So stellte Gesundheitsministerin Birgit Fischer 2004 einen »Masterplan Gesundheitswirtschaft» der nordrhein-westfählischen Landesregierung vor. Peer Steinbrück, der damalige Ministerpräsident, betonte als wichtigstes Ziel des Masterplans die Überwindung der bestehenden sektoralen Abschottungen hin zu qualifizierten Kooperationen von Ärzten, Krankenhäusern, Reha-Kliniken und anderen Berufen (Gerst 2004).

Ebenfalls 2004 wurden seitens der Bundesregierung die sog. Branchenkonferenzen eingerichtet, um den neuen Bundesländern die Möglichkeit zu geben, jene Wirtschaftszweige vorzustellen und zu fördern, die für die jeweilige Entwicklung dieser Bundesländer relevant sind. Auf diesem Hintergrund hat die Landesregierung von Mecklenburg-Vorpommern im Jahre 2004 die Gesundheitswirtschaft zu einem Entwicklungsschwerpunkt des Landes erklärt. Als Resultat dieses Beschlusses hat das Land Mecklenburg-Vorpommern in Kooperation mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung im Jahre 2005 die erste Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft durchgeführt. Im Rahmen dieser ersten Nationalen Branchenkonferenz »Gesundheitswirtschaft« verständigten sich die Teilnehmer u. a. auf die folgenden Empfehlungen, um die Branche »Gesundheitswirtschaft« zukünftig weiterentwickeln zu können (Projektbüro Gesundheitswirtschaft 2006, S. 71):

:: Festsetzung des Forschungsschwerpunktes »Gesundheitsprävention«
:: Verankerung der Gesundheitsprävention in Gesetze
:: Stärkung der Qualitätssicherung/des Qualitätsmanagements

:: Aufbau von Marketingkonzepten zur Vermarktung von Gesundheitsgütern
:: Entwicklung von Premium-/Qualitätsmarken
:: Ausbau der Gesundheitsnetzwerken
:: Förderung einer qualifizierten Aus- und Weiterbildung im tertiären Bildungsbereich
:: Einsatz eines Koordinators für Gesundheitswirtschaft auf nationaler Ebene.

Aus diesen Ausführungen wird deutlich, dass die bislang überwiegend sozialpolitisch geprägten Betrachtungen des Gesundheitswesens um weitere Aspekte ergänzt worden sind. Aufgrund des aufgezeigten Paradigmenwechsels werden die bereitgestellten Geldbeträge für die Finanzierung der Gesundheitsgüter nunmehr als »Treibstoff« für den Innovationsmotor Gesundheitswirtschaft und als Basis einer »Jobmaschine« gesehen. Zukünftig wird u. a. die Gesundheitsbranche durch ein Nebeneinander von staatlichem Sicherungs- bzw. Versorgungsauftrag und Marktwettbewerb gesteuert. Dieser Paradigmenwechsel, der durch einen steigenden Bedarf an gesundheitsbezogenen Sachgütern und Dienstleistungen auf der einen Seite und einer finanziellen Engpasssituation der Sozialversicherungen und der öffentlichen Hände auf der anderen Seite ausgelöst worden ist, verdeutlicht den Wandel von dem Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft. Diese Veränderungen werden auch Auswirkungen auf die Berufsbilder in den Gesundheitsmärkten haben.

Finanzierungsproblematik

Die Finanzierungsproblematiken ergeben sich aus zwei gegenläufigen Entwicklungen. Einerseits werden die benötigten solidarisch aufgebrachten Finanzmittel durch die nur langsam steigenden Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenkassen (Grundlohnsummensteigerungen) nicht ausreichen. Die Finanzierungslücke muss daher aus Steuermitteln des Bundes geschlossen werden. Weiterhin kommt hinzu, dass die Bundesländer sich weitgehend aus der Investitionsfinanzierung zurückgezogen haben. Andererseits wird eine steigende Nachfrage nach Gesundheitsgütern eintreten, die sich z. B. aus dem demografischen Wandel, dem medizinisch-technischen Fortschritt und dem wachsenden Gesundheitsbewusstsein und der Stärkung der gesundheitlichen Eigenverantwortung ergeben wird. Durch die Veränderung der Alters- und Bevölkerungsentwicklung wird speziell im ersten Gesundheitsmarkt eine steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen eintreten. Im Zuge des demografischen Wandels nehmen gerade altersassoziierte chronische Krankheiten und somit auch die Multimorbidität verstärkt zu. Ein starker Anstieg wird auch bei der Zahl der pflegebedürftigen Menschen erwartet. Hinzu kommt eine Veränderung in der Verteilung der Pflegebedürftigkeitsstufen. Dies ist wiederum mit einer Zunahme der Ausgaben für die Versorgungsleistungen verbunden.

Hinsichtlich der zukünftigen Nachfrageentwicklungen sowie deren Auswirkungen existieren die folgenden Thesen:
Mit der Thematik des Fallzahlanstiegs in den Krankenhäusern, ausgelöst durch die Verschiebung der Altersstruktur der Bevölkerung, haben sich bereits Ende der 1970er Jahre die Autoren James Fries und Ernest Gruenberg beschäftigt. Sie entwickelten in diesem Zusammenhang zwei unterschiedliche Thesen:
Die Kompressionsthese (James Fries) geht davon aus, dass sich der gesundheitliche Zustand der Bevölkerung durch einen verbesserten Arbeits- und Gesundheitsschutz, durch den medizinisch-technischen Fortschritt sowie durch die zunehmende Inanspruchnahme von präventiven Leistungen verbessern wird. Die gesundheitlichen Probleme treten somit erst in der letzten Lebensphase auf. Nach dieser These wird es zukünftig keine wesentlichen Nachfragesteigerungen geben.

Die Expansions- bzw. Medikalisierungsthese (Ernest Gruenberg) prognostiziert hingegen eine Ausweitung der Nachfrage. Diese Nachfrageerhöhung wird u. a. mit der Zunahme von zusätzlichen Krankheitsrisiken im Alter begründet.

Nach Hensen (Hensen 2011, S. 40) lassen sich die beiden Theorien verbinden.
Es entsteht das Bimodale Konzept. Dieses Konzept geht von der Annahme aus, dass das Altern zu einem moderaten Anstieg der Nachfrage speziell nach gerontomedizinischen und pflegerischen Dienstleistungen führen wird.

Welches Konzept realistisch ist, wird sich erst in der Zukunft zeigen. Dennoch lässt sich schlussfolgern, dass die Nachfragesteigerungen von Gesundheitsleistungen neue Steuerungsmodelle für eine altersgerechte medizinische und pflegerische Versorgung erfordern. Dafür ist eine Anpassung der derzeitigen Versorgungsstrukturen notwendig.

Die Finanzierungsproblematik betrifft insbesondere den im Wesentlichen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern durch Pflichtbeiträge finanzierten ersten Gesundheitsmarkt. Dieser Gesundheitsmarkt ist durch das Sozialversicherungsprinzip geprägt. Die Gesetzlichen Krankenkassen sind durch das Solidaritätsprinzip, das einen Leistungsanspruch im Bedarfsfall unabhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit begründet und durch das Bedarfsprinzip, bei dem der Bedarf durch Gesundheitsleistungen befriedigt wird, gekennzeichnet (Kurscheid/Hartweg 2009, S. 4). Dabei gilt bei der Beitragsfinanzierung das Prinzip des Umlageverfahrens, bei dem die eingezahlten Beiträge unmittelbar für Leistungen verwendet werden können. Jedoch ist dieses umlagefinanzierte und einkommensorientierte Sozialsystem z. B. von den demografischen Veränderungen, der Erwerbstätigkeit sowie den konjunkturellen Entwicklungen abhängig. Die Beitragseinnahmen sind an den Produktionsfaktor Arbeit gekoppelt. Dies bedeutet, dass sich seit 2009 der größte

Budgetanteil des Gesundheitsfonds durch die prozentualen Anteile der sozialversicherungspflichtigen Bruttoentgelte (Grundlöhne) der Mitglieder der Sozialversicherungen errechnet. Zu diesen Geldbeträgen kommen die Steuermittel, die der Bund an den Gesundheitsfonds zahlt.

Durch die zuvor beschriebenen Veränderungen entsteht eine scherenförmige Entwicklung zwischen den Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben.

Die Politik hat mit dem im Januar 2011 in Kraft getreten GKV-Finanzierungsgesetz wie folgt aktiv gegengesteuert:

:: Festsetzung des gestiegenen GKV-Beitragssatzes auf 15,5 %
:: Möglichkeit der Finanzierung über einkommensunabhängige Zusatzbeiträge durch den Arbeitnehmer und gleichzeitige Einführung eines Sozialausgleiches. Dies bedeutet sowohl eine Abkehr vom Grundsatz der paritätischen Finanzierung als auch ein erhöhter Druck für die Krankenkassen, ihre Effizienz zu erhöhen.

Diese Gesetzesmaßnahme hat sich positiv auf die Finanzlage des Gesundheitsfonds und damit auch auf die Finanzlage der gesetzlichen Krankenkassen ausgewirkt. Ende 2012 betrug der Überschuss des Gesundheitsfonds ca. 13 Mrd. Euro, der Überschuss der Krankenkassen belief sich sogar auf ca. 15 Mrd. Euro (Ärztezeitung 2013, S. 4).

Trotz dieser positiven Finanzentwicklung bestehen aber nach der Einschätzung des Instituts für Mikrodaten-Analyse (IfMDA) aufgrund des demografischen Wandels Zweifel am generationenorientierten Umlageverfahren.. Aus diesem Grunde werden zukünftig Steuerzuschüsse und Selbstbeteiligungsanteile bedeutsamer. Unter der Annahme, dass die Ausgaben zukünftig weiterhin wie in den letzten 40 Jahren ansteigen werden, müsste der Staat im Jahre 2060 ca. 144 Milliarden Euro bezuschussen, damit der Beitragssatz unter 16 % gehalten werden kann. Andernfalls würde der Beitragssatz der GKV auf 23 % ansteigen. Die Beiträge aller sozialen Sicherungssysteme könnten 70 % des Bruttoeinkommens ausmachen. Das IfMDA schlägt deshalb eine grundlegende Reform der GKV-Finanzierungsstruktur bis 2015 vor (Ärzteblatt 2012a, o. S.).

Derzeit wird über die Verwendung der Milliardenüberschüsse der Sozialkassen kontrovers diskutiert, ob die Beitragszahler durch niedrigere Krankenkassenbeiträge entlastet werden sollen oder ob die Überschüsse zurückgelegt werden sollen. Unabhängig von der aktuellen Finanzlage der Krankenkassen bzw. des Gesundheitsfonds müssen Effizienzreserven durch eine Reorganisation des Gesundheitssystems aufgedeckt werden. Hierzu gehören u. a. Überlegungen, dass die

Krankenkassen mit Leistungserbringen sektorübergreifende Versorgungsstrukturen aufbauen. Hierbei sollten Preis, Menge und Qualität durch Selektivverträge festgelegt werden.

Bedarfsgerechte Versorgung als hoheitliche Aufgabe

Eine zentrale Funktion des »Gesundheitsmarktes« besteht darin, die Angebots- und Nachfrageströme so zu steuern, dass eine optimale Ressourcenallokation erreicht wird. Dies bedeutet, die knappen Gesundheitsgüter so einzusetzen, dass der bestehende Bedarf optimal befriedigt werden kann.

Ziel ist es, die steigenden Bedürfnisse der Bevölkerung nach einer ausreichenden und medizinisch zweckmäßigen Versorgung mit Gesundheitsgütern und das Angebot der gesundheitsrelevanten Versorgungsleistungen so zusammen zu führen, dass unter dem Aspekt der knappen Finanzmittel eine optimale Ressourcenallokation erzielt werden kann. Allokation bezeichnet in der Ökonomie die Verteilung knapper Ressourcen auf alternative Verwendungszwecke. Hierbei kann unter dem Terminus »Ressourcen« sowohl die Zahl der beschäftigten Personen (Humanressource) als auch die Geldmenge (Finanzressource) verstanden werden. Im Rahmen der Allokation spielen Kosten-Nutzen-Effekte eine zentrale Rolle.

Nach dem Konzept der Marktwirtschaft soll die Steuerung von Angebot und Nachfrage über den Preis erfolgen. Eine Analyse der Steuerung von Angebot und Nachfrage im ersten Gesundheitsmarkt zeigt jedoch, dass der Preiswettbewerb ausgeschaltet ist. Der Gesundheitssektor ist bei Gründung der Bundesrepublik bewusst unter der Annahme aus der Wettbewerbssteuerung herausgenommen worden, dass das Gesundheitsgüterangebot bzw. die Nachfrage nach dem Gut Gesundheit durch den Preis nur suboptimal erfolgen kann. Die Gesundheitsversorgung ist somit zu einer sog. hoheitlichen Versorgung gemacht worden. Diese Versorgung ist als bedarfsgerechte Versorgung festgeschrieben worden. Ziel einer am Bedarf orientierten Angebotssteuerung des Gesundheitssystems muss es sein, das Angebot an Gesundheitsleistungen an den realen Bedarf der Nachfrageseite anzupassen. Folglich ist der Terminus »gerecht« einerseits mit Gerechtigkeit in Verbindung zu setzen, anderseits aber kann es als Ausrichtung am Bedarf, an der Nachfrage, gesehen werden. Der angenommene oder festgestellte Bedarf ist danach die Grundlage für die Steuerung der Angebotsseite.

Der Bedarf setzt sich als Nachfragekomponente wiederum aus den beiden Bestandteilen Bedürfnis und Kaufkraft zusammen. Die Bedürfnisse sind die Wünsche der Patienten, durch den Einsatz von Gesundheitsgütern gesund zu werden, die Kaufkraft ist die Geldsumme der Krankenkassen, die sich aus den von den Mitgliedern monatlich zu zahlenden Beiträgen zusammensetzt. Im Gesundheitssystem treten

somit auf der Nachfrageseite zwei Partialkunden auf, nämlich die Patienten mit ihren Bedürfnissen (Bedürfnisträger) und die Krankenkassen mit ihrer Kaufkraft (Kostenträger). Diese Besonderheit der Leistungsfinanzierung erklärt den sog. Zahlungsumweg. Eine weitere Eigentümlichkeit des Gesundheitssystems besteht darin, dass der Patient nur mit der Genehmigung der Profession Medizin den Zugriff auf die sozialfinanzierten Gesundheitsgüter erhält. Die Medizin ist somit der sog. Leistungsveranlasser.

In diesem Kontext müssen weiterhin eine bedarfsgerechte und eine wirtschaftliche Versorgung unterschieden werden.

:: Bei einer bedarfsgerechten Versorgung basieren die Leistungen auf einem individuellen, auf einem professionellen/wissenschaftlichen und auf einem gesellschaftlich anerkannten Bedarf. Die Leistungen haben einen hinreichend gesicherten Nettonutzen.
Die Leistungen werden fachgerecht erbracht.
:: Die wirtschaftliche Versorgung ist eine Teilmenge einer bedarfsgerechten Versorgung. Sie umfasst die Leistungen oder Versorgungsformen mit den besten Kosten-Nutzen-Relationen.
Hieraus wird deutlich, dass nur die bedarfsgerechte Versorgung als wirtschaftlich (effizient) gilt, die die beste Relation zwischen den Out- und den Inputfaktoren aufweist.

Die Steuerung dieses Gesundheitsmarktes wurde traditionell durch den Staat übernommen. Hinzu kamen die Steuerungselemente auf der Verbands- und der Individualebene (siehe Punkt 5). Wesentliche Entscheidungshilfen für eine bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung sind die gesundheitsökonomischen Evaluationen (Kosten-Nutzen-Vergleiche). Je weniger Ressourcen in einer Gesellschaft für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen, desto stärkere Bedeutung erlangen diese Nutzen-Kosten-Betrachtungen. Hiermit soll z. B. durch den Vergleich von Behandlungsalternativen herausgefunden werden, welche Mittelverwendung optimal ist. Die verfügbaren Gelder müssen rational eingesetzt werden. Eine Mittelverknappung führt tendenziell zu der Forderung, die Gelder für eine Maßnahme erst nach genauer Überprüfung ihres Nutzens zu verwenden. Die Funktion der ökonomischen Evaluationen von Gesundheitsleistungen ist es, das Verhältnis zwischen dem Ressourcenverzehr für die Maßnahmen (monetärer Input) und den daraus resultierenden Outputveränderungen (monetärer Erfolg, intangibler Erfolg) aufzuzeigen. Evaluationstechniken als rationale Entscheidungshilfen sind heranzuziehen, um

:: den Nutzen und die Kosten der Maßnahmen zu messen und zu bewerten,
:: unnötige Leistungen auszuschließen,
:: Wirtschaftlichkeitsreserven zu aktivieren.

Ziel ist es somit, die bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgungsalternative zu ermitteln. Im diesem Kontext sind drei Termini zu unterscheiden.

Eine Rationalisierung setzt die Existenz von Wirtschaftlichkeitsreserven voraus. Durch die Verbesserung der Kosten-Nutzen-Relationen (Beziehung zwischen dem Ressourcenverbrauch und den erzielten Ergebnissen) werden die gewünschten Effizienzverbesserungen erzielt.

Bei einer Rationierung werden aus ökonomischen Gründen dem potenziellen Abnehmer Leistungen vorenthalten, die einen medizinischen und/oder pflegerischen Nutzen haben.

Bei einer Priorisierung werden Maßnahmen hierarchisiert. Alle Maßnahmen, die in einer solchen »Hitliste« aufgeführt werden, werden zur Verfügung gestellt und finanziert, die anderen Leistungen werden rationiert.

In der gesundheitsökonomischen und gesundheitspolitischen Diskussion gilt zurzeit (noch) der Grundsatz »Rationalisierung hat Vorrang vor Rationierung«. Damit sind Lösungsansätze, die Rationierungen und Priorisierungen beinhalten, zweite Wahl.

In der Zukunft werden nur noch die Gesundheitsleistungen solidarisch finanziert, die in einer Prioritätenliste aufgenommen werden. Dies gilt somit auch für die Berufsgruppen, die diese Leistungen zur Verfügung stellen. Dies hat zur Folge, dass sich die Berufsgruppen in der Gesundheitswirtschaft mit dieser Thematik auseinander setzen.

2.4.2 Steuerungsmodelle – Von der Planung bis zum Preiswettbewerb

Vorbemerkungen

Das Gesundheitssystem, also der erste Gesundheitsmarkt, kann in drei Steuerungsebenen gegliedert werden, nämlich in die Staats-, die Verbands- und die Individualebene.

Die staatliche Ebene ist den beiden anderen Ebenen übergeordnet. Auf dieser Ebene sind die Funktionen auszuüben, die die unteren Steuerungsebenen nicht übernehmen dürfen bzw. sollen. Bei der Beurteilung des Umfanges der staatlichen Funktionen stehen sich die Vorstellung des dirigistischen, stark regulierenden

Staates und die Vorstellung des ordnenden, den Rahmen setzenden Staates konträr gegenüber. Die Interventionen des Staates werden von den Vertretern dieser Richtung damit begründet, dass der Staat seine Verpflichtung gegenüber dem Gemeinwohl wahrnehmen muss. Damit wird zugleich ausgedrückt, dass die Steuerung auf der Individual- und auf der Verbandsebene nur suboptimal verlaufen kann. Der ordnungspolitische Ansatz sieht vor, das Gesundheitssystem verstärkt den Wettbewerbsregeln der Marktwirtschaft zu unterwerfen. Staatliche Eingriffe hätten sich dann z. B. auf die Erhaltung des Wettbewerbs und die soziale Abstützung bestimmter Bevölkerungskreise zu beschränken.

Auf der Verbandsebene stehen sich die Verbände der Sozialversicherungen und der Leistungserbringer gegenüber. Hierbei handelt es sich in der Regel um Körperschaften des öffentlichen Rechtes. Auf dieser Ebene sollen globale Regelungen getroffen werden. Die Versorgung mit Gesundheitsleistungen wird hierbei weitgehend durch Verträge zwischen den Selbstverwaltungsorganen, also zwischen den Verbänden der Sozialversicherungen und den Verbänden der Leistungserbringer auf Landes- bzw. Bundesebene gesteuert. Es herrscht somit zwischen den Selbstverwaltungsorganen ein kollektives Vertragsrecht vor. Seit 2004 sind zudem einige dieser Selbstverwaltungsorgane auf der Bundesebene zu einem Spitzenverband der Selbstverwaltungsorgane zusammengefasst worden. Dieser »Gemeinsame Bundesausschuss« übt als Körperschaft des öffentlichen Rechtes im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz nachhaltige Steuerungsfunktionen aus.

Auf der Individualebene treffen die Versicherten, die Leistungsanbieter und die Krankenversicherungen zusammen. Zur Steuerung werden auf dieser Ebene Einzelvertrage/Selektivverträge geschlossen. Zudem werden auf dieser Ebene Managementmethoden eingesetzt, um die Leistungsprozesse zu steuern.

Die Steuerung des zweiten Gesundheitsmarktes erfolgt über den Preiswettbewerb.

Steuerung auf Staats- und Verbandsebene

Auf dem ersten Gesundheitsmarkt existiert kein Preiswettbewerb bzw. dieser Wettbewerb ist stark eingeschränkt. Daher müssen Alternativen die Steuerungsaufgaben übernehmen. Im traditionellen Gesundheitsbereich der Bundesrepublik lassen sich auf der Staats- und Verbandsebene die folgenden Steuerungsvarianten unterscheiden:

:: Steuerung durch Planung,
:: Steuerung durch Gruppenverhandlungen/Kollektivverträge
:: Steuerung mittels Richtlinien.

Am Beispiel des stationären Bereiches soll die Steuerung durch staatliche Planvorgaben verdeutlicht werden. Diese Steuerung ist unter dem Terminus Krankenhausplanung in der Bundesrepublik realisiert. Die Planungskompetenz liegt bei den einzelnen Bundesländern.

Die Länder sind verpflichtet, zur Verwirklichung der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern Krankenhauspläne und Investitionsprogramme aufzustellen. Diese Pläne müssen mit den pflegerischen Leistungserfordernissen des SGB XI abgestimmt werden. Mit Hilfe dieser Pläne wird versucht, das Angebot an Krankenhäusern dem vom jeweiligen Land ermittelten Bedarf planerisch anzupassen.

Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan ist die Voraussetzung für die Gewährung von staatlichen Mitteln (öffentliche Förderung). Diese Fördermittel sollen die Investitionskosten decken.

In der Bundesrepublik wird nahezu ausschließlich die inanspruchnahme-orientierte Bedarfsprognose eingesetzt. Diese inanspruchnahme-orientierte Bedarfsprognose (sie wird gelegentlich auch als analytische Bedarfsprognose bezeichnet) leitet aus der bisherigen Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen einen Trend für den zukünftigen Versorgungsbedarf ab. Die Inanspruchnahme wird nach verschiedenen Determinanten (Bevölkerungszahl, Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer und Belegungsgrad) ermittelt.

Mit dem am 23.7.2013 in Kraft getretenen »Krankenhausplan NRW 2015« schlägt NRW erstmals unter den Bundesländern einen neuen Weg ein. Der Krankenhausplan enthält erstmals strukturelle Qualitätsvorgaben, beispielsweise zur schnellen Identifizierung und besseren Einstufung altersspezifischer Erkrankungen. Generell müssen sich die Krankenhäuser auf die besonderen Bedürfnisse und Bedarfe von älteren Patientinnen und Patienten einstellen (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) NRW 2013).

Das zweite Steuerungsmodell im Zusammenspiel der Anbieterseite und der Kostenträger ist die Gruppenverhandlung. Am Beispiel der seit 2004 gültigen Krankenhausfinanzierung soll diese Steuerungsvariante verdeutlicht werden. Durch das GKV-Reformgesetz 2000 hat der Gesetzgeber ein neues Finanzierungssystem festgeschrieben. Mit diesem Gesetz ist die Einführung eines pauschalierenden Vergütungssystems für die allgemeinen voll- und teilstationären somatischen Krankenhausleistungen beschlossen worden. Einrichtungen der Psychiatrie waren somit davon ausgenommen. Mit diesem Finanzierungssystem werden seit 2004 diejenigen Krankenhausleistungen abgegolten, die im Einzelfall für eine medizinisch

zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Dabei ist die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses und die Art und Schwere der Erkrankung zu berücksichtigen.

Nach § 17b KHG waren u. a. die folgenden Vorgaben für das neue Vergütungssystem zu beachten:

:: Die Vergütung hat je Behandlungsfall zu erfolgen und gilt für allgemeine voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen,
:: das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden, dabei soll der Differenzierungsgrad praktikabel bleiben,
:: es soll Zu- und Abschläge für die Notfallversorgung, die Sicherstellung der Versorgung von nicht kostendeckend finanzierbaren Leistungen mit geringem Versorgungsbedarf, Ausbildungskosten und Begleitpersonen geben,
:: Fallgruppen und Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen,
:: Punktwerte können nach Regionen differenziert festgelegt werden,
:: das neue Vergütungssystem soll auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups aufgebaut sein und bereits international eingesetzt sein.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) verständigten sich u. a. darauf, das Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs), als Grundlage für das German Refined Diagnosis Realted Groups (DR-DRGs) zu nehmen. Damit ist in Deutschland ein Vergütungssystem eingeführt worden, das auf einem Patientenklassifikationssystem basiert. Die Funktion einer Patientenklassifikation besteht in der Bildung von homogenen Fallgruppen. Im DRG-System werden die Fallgruppen nahezu ausschließlich durch die medizinischen Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen, Prozeduren) gebildet. Die zu behandelnden Patienten werden aufgrund ihrer Erkrankung einer Fallgruppe zugeordnet. Zur ökonomischen Bewertung der im Krankenhaus zu erbringenden Tätigkeiten werden für jede Fallgruppe u. a. sog. Relativgewichte und Verweildauern ermittelt. Diese Relativgewichte und Verweildauern werden kontinuierlich vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INEK) auf der Grundlage von Ist-Daten der sog. Kalkulationskrankenhäuser erhoben und ggfs. modifiziert. Beim DRG-System handelt es sich also um ein lernendes System. Die für das nächste Haushaltsjahr relevanten Daten werden den oben genannten Vertragspartnern einmal pro Jahr zur Verhandlung und Entscheidung vorgelegt. Verständigen sich die Verhandlungspartner, wird in einem Kollektivvertrag auf Bundesebene der Fallpauschalentgeltkatalog für das folgende Jahr festgeschrieben. Durch die Verabschiedung des Fallpauschalenkataloges werden somit bundeseinheitlich die Relativgewichte und die Verweildauern aller Fallgruppen festgelegt. Aufgabe der Krankenhäuser ist es nunmehr, ihre Leistungsprozesse so zu steuern, dass die

Patientenbehandlungen innerhalb der vorgegeben Zeitkorridore erfolgreich erbracht werden können. Hierzu werden seitens der Verantwortlichen u. a. im medizinischen und pflegerischen Bereich bestimmte Managementmethoden zur Steuerung der Leistungsprozesse eingesetzt. (z. B. Prozessmanagement).
Wie bereits erwähnt, handelt es sich bei dem DRG-System auch um ein Finanzierungssystem. Folglich müssen die Relativgewichte bewertet werden. Hierzu werden auf der Ebene der Bundesländer Kollektivverträge zwischen den jeweiligen Krankenkassenverbänden und Krankenhausgesellschaften abgeschlossen. In diesen Verträgen werden die sog. Basisfallwerte festgeschrieben. Hierbei handelt es sich um den Preis, der für einen DRG-Punkt gezahlt werden muss. In den letzten Jahren wird versucht, die bislang unterschiedlichen Landespreise durch die Bildung eines Preiskorridors zu harmonisieren. Durch die Multiplikation des Relativgewichtes mit dem Landesbasisfallwert wird der Fallerlös ermittelt. Für die Krankenhäuser ist es aus ökonomischen Gründen zwingend notwendig, die Behandlungsabläufe soweit zu steuern, dass die relevanten Kosten möglichst unter den Fallerlösen liegen. Auch hierzu können seitens der betroffenen Berufsgruppen Managementmethoden zur Steuerung des Personaleinsatzes eingesetzt werden.
Als drittes Steuerungsmodell soll die Steuerung mittels Richtlinien dargestellt werden. Sie hat heute eine zentrale Funktion. Bis zum 31.12.2003 hat es im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung der Bevölkerung unterschiedliche Gremien (Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen, Ausschuss Krankenhaus, Koordinierungsausschuss) gegeben, die innerhalb der Sektoren des Gesundheitssystems bestimmte Koordinations- und Steuerungsaufgaben zu übernehmen hatten.

Seit dem 01. Januar 2004 übernimmt nach § 91 SGB V der Gemeinsame Bundesausschuss die Aufgaben der bisherigen Ausschüsse. Der Gemeinsame Bundesausschuss besteht aus 13 stimmberechtigten Mitgliedern. Erkennbar ist, dass die Sitze jeweils paritätisch zwischen den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und einigen Leistungserbringern (Deutsche Krankenhausgesellschaft [DKG], Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV] und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung [KZBV]) mit jeweils fünf Sitzen verteilt sind. Hinzu kommen die drei stimmberechtigten unparteiischen Personen (UNP) sowie die nicht stimmberechtigten Patientenvertreter. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat als Körperschaft des öffentlichen Rechtes Richtlinienkompetenz. Dies bedeutet, dass seine Beschlüsse verbindliche Handlungsvorgaben für alle Personen und Institutionen sind, die den SGB V-Vorschriften unterliegen. Hiervon sind auch die Berufsgruppen betroffen, die keinen Sitz im Gemeinsamen Bundesauschuss haben. Als Beispiel sei hier die Richtlinie »Häusliche Krankenpflege« genannt. An dieser Stelle besteht nach Auffassung des Verfassers für die Pflege Handlungsbedarf.

Nach den gesetzlichen Vorschriften des § 139a SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gegründet. Zugleich ist der Bundesausschuss Träger dieses Institutes. Das Institut gibt u. a. Bewertungen und Empfehlungen an den Bundesausschuss zu folgenden Bereichen ab:

:: Stand des aktuellen medizinischen Wissens
:: Qualität und Effizienz von GKV-Leistungen
:: Evidenzbasierte Leitlinien für epidemiologisch wichtige Krankheiten
:: Disease Management Programme
:: Nutzen von Arzneimitteln und Medizinprodukten.

Steuerung auf individueller Ebene

Die Steuerungselemente der individuellen Ebene sind im Wesentlichen aus der Managed Care Konzeption abgeleitet worden. Der Begriff Managed Care lässt sich nicht durch eine allgemeingültige Definition festlegen. Ein Grund ist darin zu sehen, dass die Managed Care Ansätze in sehr unterschiedlichen Organisations- und Finanzmodellen zu finden sind. Ein zweiter Grund ist darauf zurückzuführen, dass sich Managed Care seit Jahren in einem ständigen Anpassungs- und Perfektionsprozess befindet, in dem sich häufig Komponenten ändern. Ein vergleichbarer Begriff für Managed Care ist in der deutschen Sprache nicht zu finden. Sinngemäß könnte Managed Care mit »geleitete Versorgung« übersetzt werden. Im Kern steht dabei die »Verbetrieblichung« medizinischer und pflegerischer Tätigkeiten. Die Hauptmerkmale dieser Verbetrieblichung sind eine zunehmende Standardisierung sowie die Steuerung der Leistungsprozesse durch das Management der Kostenträger. Die Trennung zwischen dem medizinischen Verantwortungsbereich und den Finanzierungs- und Verwaltungsaufgaben wird aufgehoben zugunsten einer funktionsübergreifenden Steuerung der Versorgungsprozesse. Die dirigierende Funktion liegt hierbei in den Händen der Kostenträger, die entweder direkt oder vertreten durch den Versicherungsträger die betriebswirtschaftliche Führung übernehmen. Managed Care steht folglich für die Organisationsformen der Gesundheitsversorgung, in denen die Steuerung vom Kosten- oder Versicherungsträger ausgeht. Damit dominiert nicht mehr der Leistungsanbieter, sondern der Kostenträger. Ökonomische Erwägungen haben einen großen Einfluss auf die Entscheidungen einer Managed Care Organisation. Dabei wird u. a. entschieden, ob Versorgungsleistungen selbst erbracht oder andere Dienstleister dafür unter Vertrag genommen werden.

Voraussetzung für ein Managed Care System ist ein wettbewerbsorientiertes Gesundheitswesen. Kostenträger und Leistungserbringer sollen miteinander im Wettbewerb stehen. Eine weitere Voraussetzung ist eine ausreichend große Zahl

von Versicherten und Leistungsanbietern, die bereit sind, mit den Kostenträgern Selektivverträge abschließen zu wollen. Es entsteht somit ein Netzwerk aus Kostenträgern und Leistungserbringern. Zudem muss ein umfassendes, alle Netzwerkteilnehmer einschließendes Informationssystem aufgebaut und genutzt werden, damit eine optimale Verzahnung der Behandlungsschritte gewährleistet ist.

Das Ziel von Managed Care ist es, seitens der Kostenträger die medizinische und pflegerische Versorgung durch ein Management der Leistungsinanspruchnahme und der Preise zu steuern. Besonders Art, Niveau, Häufigkeit und Finanzierung der Behandlungen sind von Interesse. Zudem besteht bei den Managed Care Organisationen immer die Zielsetzung, auf dem Markt zu dominieren. So werden nur mit ausgewählten Leistungserbringern Verträge abgeschlossen, auf deren Leistungserstellung konkret Einfluss genommen werden kann. Managed Care setzt auf Innovationsmanagement.

Zum Medical Management, dies ist der zentrale Aspekt des Managed Care Ansatzes, gehören das Disease Management, das Case Management und der Gatekeeper. Das Disease Management ist eine Steuerungsmethode, um den Versorgungsprozess optimal zu koordinieren. Hierbei stehen die Bevölkerungsgruppen mit einem erhöhten Krankheitsrisiko im Mittelpunkt. Hierzu gehören im Wesentlichen chronische Erkrankungen. Für diese Krankheitsbilder werden standardisierte Behandlungen konzipiert, bei denen Behandlungsstrategie, Eingriffe, Kontroll- und Messverfahren festgelegt sind. Mit Hilfe von evidenzbasierten Leitlinien, Pflegestandards und Behandlungspfaden soll eine sektorübergreifende Steuerung der Behandlungsfälle erfolgen. Hierbei sind letztendlich die Behandlungen auch hinsichtlich der Qualität und der Behandlungskosten zu optimieren. In diesem Zusammenhang spielt auch die multiprofessionelle Vernetzung der Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen eine zentrale Rolle.

Beim Case Management werden systematisch risikoreiche Versicherte erfasst, die einer individuellen kostenintensiven und aufwändigen Gesundheitsversorgung bedürfen. Zielgruppe sind i. d. R. Patienten mit medizinisch komplexen Problemen. Entsprechend der individuellen Gesundheitsbedürfnisse der Patienten wird von einem sog. Case-Manager der Versorgungsprozess festgelegt und begleitet. Die Behandlung wird koordiniert, Rehabilitationsmaßnahmen eingeleitet und für eine Kontinuität der Behandlung gesorgt. Diese Funktion kann von einem sog. Primärarzt oder von einer speziell ausgebildeten Pflegekraft wahrgenommen werden. Ziel des Case Managements ist es, Hilfestellung bei der Suche nach der effektiven, effizienten und qualitativen Versorgung zu geben.

Unter das Medical Management fällt auch der sog. Gatekeeper oder Primärarzt. Die ärztliche Behandlungsfreiheit ist, je nach Vertragsform, durch diese Lenkung mehr oder weniger beeinflusst. Im Idealfall bildet der Gatekeeper die obligatorische erste Anlaufstelle für Patienten und führt allgemeinärztliche Diagnose und Behandlung durch. Er sichert die Kontinuität der Behandlung über das gesamte Spektrum der medizinischen Dienstleistungen, von der Prävention bis hin zur Rehabilitation. Der Gatekeeperfunktion liegt die Annahme zugrunde, dass durch sie ca. 80 % aller erforderlichen medizinischen Dienstleistungen kontrolliert werden können. Hierdurch soll eine sog. »Überbehandlung« vermeiden werden. Gatekeeper werden durch finanzielle Anreize dazu veranlasst, möglichst wenige Überweisungen zu Spezialisten vorzunehmen. Die medizinische Versorgung soll also auch nach Kostengesichtspunkten gewährt werden, indem Diagnostik, Spezialbehandlungen und Krankenhausaufenthalte optimiert werden. Zwischen den Kostenträgern und dem Primärärzten werden Selektivverträge abgeschlossen.

Die Umsetzung des Managed Care-Ansatzes erfolgt in Deutschland schwerpunktmäßig seit 2000. Im 11. Abschnitt des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) sind die Beziehungen zu Leistungserbringern in der integrierten Versorgung festgeschrieben worden.

In einer Erweiterung des Risikostrukturausgleichs sind im Jahre 2002 die Disease Management Programme (DMP) eingeführt worden. Mit Hilfe dieser strukturierten Behandlungsabläufe sollen Patienten mit vorab festgelegten Krankheitsbildern (z. B. Diabetes) bedarfsgerecht versorgt werden. Aus der Sicht der Patienten stellen diese Programme Wahltarife dar. Für die Kostenträger bestand der Anreiz darin, durch das Angebot von DMPs Finanzmittel aus dem Risikostrukturausgleich zu erhalten.

Ein weiterer Schritt in Richtung Managed Care in Deutschland ist 2004 durch die Einführung der hausärztlichen Versorgung erfolgt. Der Gesetzgeber hat die Stärkung der hausärztlichen Versorgung festgeschrieben. Die Hausärzte, das sind nach § 73 SGB V z. B. Allgemeinärzte, Kinderärzte sowie Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, gelten als kompetente »Lotsen« (Gatekeeper), die den gesamten Behandlungsablauf kennen und u. a. durch die zeitnahe Übermittlung von Befunden und Berichten an die nachfolgenden Fachärzte und Krankenhäuser Doppeluntersuchungen vermeiden sollen.

Zu den Steuerungselementen der Individualebene gehören auch Managementmethoden. Alle Managementmethoden, ob sie nun Lean Management, Business Reengineering, Prozessmanagement, Qualitätsmanagement oder Risikomanagement

genannt werden, gehen auf die Kaizen-Konzeption zurück. Dieses Konzept wurde nach dem zweiten Weltkrieg in der japanischen Automobilbranche eingeführt. Die Kaizen-Philosophie basiert auf der Erkenntnis, dass durch den Wandel vom Verkäufer- zum Käufermarkt neue Ansätze der Qualitätsbemühungen und der Kostenbeeinflussung gefunden werden müssen. Mit Hilfe dieses Managementkonzeptes sollen die Leistungsprozesse im Sinne einer Effizienz- und Qualitätssteigerung optimal gesteuert werden.

Steuerung durch den Preiswettbewerb

Ein einheitliches Merkmal aller Industrie- und Dienstleistungsgesellschaften ist die hochgradige Arbeitsteilung, die sich in der Spezialisierung auf verschiedenen Ebenen (regional, sektoral, betrieblich, beruflich) niederschlägt. Dieser Entwicklungsprozess ist aus dem Streben der anbietenden und nachfragenden Wirtschaftssubjekte zu verstehen, die Produktionsfaktoren im Sinne des individuellen und damit letztendlich auch im Sinne des gesellschaftlichen ökonomischen Vorteils einzusetzen.

Unternehmungen (anbietende Produzenten) erstellen Güter in Form von Sach- und Dienstleistungen für den Bedarf Dritter. Sie bieten ihre her- bzw. bereitgestellten Leistungen auf dem Markt zum Tausch gegen Geld an. Gleichzeitig treten die Haushalte (Konsumenten) mit ihrer Nachfragemacht auf dem Markt auf. In den Haushalten vollzieht sich anschließend die Konsumtion. Allen Märkten ist gleich, dass eine Nachfrage der Haushalte nach diesen Gütern existiert. Hierbei lassen sich die Haushaltsmitglieder von ihren Bedürfnissen, von ihrem zur Verfügung stehenden Haushaltseinkommen (Kaufkraft) sowie von den Preisen der angebotenen Preise beeinflussen. Kombiniert man nun die Bedürfnisse mit der Kaufkraft, so entsteht ein Bedarf. Wird dieser Bedarf auf den Märkten wirksam, so ersteht eine mit Kaufkraft ausgestattete Nachfrage.

Unternehmen sind bestrebt, die Mitglieder des Haushaltes (Nachfrager) möglichst gut mit Gütern zu versorgen. Die Güter stellen somit aus der Perspektive der Nachfrager die Mittel zur Bedürfnisbefriedigung dar, sie erzeugen bei ihnen einen Nutzen.

Ökonomisch von Bedeutung sind die sog. wirtschaftlichen Güter. Bei diesen Gütern wird eine, gegenüber den nahezu unbeschränkten Bedürfnissen, begrenzte Kaufkraft sowie eine latent vorhandene Knappheit des Güterangebotes unterstellt. Um dieses Spannungsverhältnis zu lösen, muss der wirtschaftlich handelnde Mensch rational handeln. Dieses Handeln impliziert eine Abwägung zwischen dem zu zahlenden Preis (Kosten der Güterbeschaffung) und dem zu erzielenden Nutzen (Grad der Bedürfnisbefriedigung).

Diese vergleichende Gegenüberstellung zwischen den Kosten und dem Nutzen bildet die Grundlage des wirtschaftlichen, effizienten oder rationalen Handelns. Dieses Agieren wird als ökonomisches Prinzip umschrieben.
Der Preiswettbewerb auf den Märkten hat nun die Aufgabe, die zunächst unterschiedlichen Vorstellungen der Anbieter und der Nachfrager zur Deckung zu bringen. Hierbei müssen sich die zwischen den Unternehmen und den Haushalten differenten Mengen- und Preisvorstellungen anpassen. Dieser Anpassungsprozess ist abgeschlossen, wenn beide Vorstellungen bei dem sog. Gleichgewichtspreis und der relevanten Gleichgewichtsmenge identisch sind. Bei diesem Zustand entsteht das sog. temporäre Marktoptimum. Beide Seiten sind solange mit diesem Gleichgewichtszustand zufrieden bis dieser Zustand durch andere Marktteilnehmer zerstört wird. Ein neuer Prozess des Suchens und Findens wird in Gang gesetzt.

2.4.3 Auswirkungen der Rahmenbedingungen und der Steuerungsmodelle auf die Gesundheitsberufe

Vorbemerkungen

Die folgenden dargestellten Auswirkungen haben nur exemplarischen Charakter. Auf berechtigte Forderungen der Pflege, wie z. B. die Gründung einer Pflegekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechtes, die volle Mitgliedschaft im Gemeinsamen Bundesausschuss oder die Anerkennung als Kollektivvertragspartner auf gleicher Augenhöhe wird in diesem Zusammenhang nicht eingegangen. Die Auswirkungen beziehen sich daher ausschließlich auf ökonomische Aspekte.

Personalmarketing als Grundlage für die Gewinnung und Bindung von Mitarbeitern

Mit diesem Schrumpfungsprozess der Bevölkerungszahl ist auch ein stetiger Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials verbunden. Zwischen 2007 und 2027 wird sich dieses Potenzial von 39 Millionen Menschen auf 32 Millionen verringern (Schneider 2007, S. 65 f).

Dies bedeutet, dass immer weniger potenzielle Arbeitnehmer dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Gerade in den sozialen Dienstleistungsbereichen werden die Konsequenzen drastisch zu spüren sein. Noch Mitte der 90er Jahre wurde davon ausgegangen, dass es in der Zukunft eine Überversorgung von Fachpersonal im Gesundheitssystem geben werde (Klose/Uhlemann 2003, S. 8). Diese Prognose hat sich nicht bestätigt. Bereits heute besteht bei allen relevanten Berufsgruppen eine Unterversorgung. Laut Angaben der »PricewaterhouseCoopers AG« aus dem Jahr 2010 wird bis zum Jahr 2030 im Bereich der Gesundheitsberufe eine Personallücke in Höhe von 800 000 Personen entstehen. Im Bereich der Mediziner müssten, um dem drohenden Mangel entgegen zu wirken, 8 000 neue Ärzte dem Arbeitsmarkt zur Verfügung gestellt werden. Tatsächlich schließen aber nur 7 000 Ärzte und

Ärztinnen jährlich ihr Studium ab. Von diesen Personen entscheiden sich noch rund 20 % gegen die Ausübung des ärztlichen Berufes (Bruntsch et al. 2010, S. 24).

Nach Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahre 2010 besteht bis zum Jahr 2020 ein altersbedingter Ersatzbedarf im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung in der Größenordnung von 71 625 Stellen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2010, S. 27). Im Bereich der pflegerischen Versorgung wird es ebenfalls zu großen Personalengpässen kommen. Laut der Studie der »PricewaterhouseCoopers AG« werden im Jahr 2030 z. B. in den Krankenhäusern mehr als 400 000 Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Krankenpflegehelferstellen nicht besetzt sein (Ostwald u. a. 2010, S. 10).

Die Gründe für diesen gravierenden Pflegemangel liegen im Personalabbau der Vergangenheit, in der Verringerung der Ausbildungskapazitäten, der Frühberentung sowie in der zunehmenden Teilzeitquote (Isfort u. a. 2010, S. 6 f.). So wurden zwischen 1996 und 2008 in den Krankenhäusern rund 50 000 pflegerische Vollkraftstellen abgebaut. Obwohl dieser dramatische Rückgang ab dem Jahr 2008 durch einen leichten Anstieg der Stellen ersetzt werden konnte, zeichnet sich nach wie vor ein drohender Fachkräftemangel ab.

Laut einer Befragung des Deutschen Krankenhaus Instituts (DKI) im Rahmen des »Krankenhaus Barometer 2009« gaben 16 % aller befragten Krankenhäuser an, dass sie im Jahr 2009 Probleme bei der Besetzung von Pflegestellen hatten. Bei diesen betroffenen Krankenhäusern konnten im Schnitt 4,8 Vollzeitstellen in Krankenhäusern nicht besetzt werden (Blum/Offermanns 2009, S. 29). Somit ist Faktum, dass bereits heute nur wenige Gesundheits- und Krankenpfleger arbeitslos sind. Nach Angaben der »Bundesagentur für Arbeit« waren im Jahr 2009 durchschnittlich 8 000 Pflegekräfte (inkl. Hebammen) als arbeitslos gemeldet (Bundesagentur für Arbeit 2010, S. 22). Bei einer zunehmenden Nachfrage und den unveränderten Ausbildungskapazitäten ist für die Zukunft ein Personalmangel vorprogrammiert. Es kommt hinzu, dass zwischen 25 und 40 % der jüngeren Pflegekräfte eine akademische Weiterbildung anstreben und somit das traditionelle Tätigkeitsfeld der Pflege verlassen könnten (Isfort 2010, Michael u. a., 2010, S. 9). Außerdem sind insgesamt 20 % aller Pflegenden nicht abgeneigt, eine Arbeitsstelle im Ausland anzutreten, da dort die Arbeitsbedingungen häufig besser sind. Bei den Pflegenden unter 25 Jahren steigt dieser Anteil sogar auf 40 % (Isfort u. a. 2010, S. 46 f.).

Ein weiteres Problem ist in der Altersstruktur der Pflegenden zu sehen. So sank im Zeitraum von 2000 bis 2008 der Anteil der Gesundheits- und Krankenpfleger unter 35 Jahren in den Krankenhäusern um ca. 50 000 Personen (Isfort u.a., Michael u. a., 2010, S. 6). In einer Umfrage des »Deutschen Instituts für angewandte

Pflegeforschung e.V. (dip)« im Jahr 2009 wurden bundesweit 9 719 Pflegekräfte zu ausgewählten Themen hinsichtlich ihrer Pflegetätigkeit befragt. Die Ergebnisse wurden im »Pflege-Thermometer 2009« zusammengefasst. Laut dieser Umfrage streben nur rund 50 % der Befragten an, den Pflegeberuf bis zum Eintritt in die Rente ausüben zu wollen (Isfort u. a. 2010, S. 43). Auf dem Hintergrund, dass sich innerhalb von acht Jahren die Anzahl der über 50-Jährigen in der Pflege fast verdoppelt hat und parallel hierzu die Zahl der unter 35-Jährigen kleiner geworden ist, ist bereits im Jahr 2014 damit zu rechnen, dass die Gruppe der über 50-Jährigen in der Pflege größer wäre als die der unter 35-Jährigen (Isfort u. a. 2010, S. 29). Durch diese Erkenntnis wird ersichtlich, dass ein dringender Handlungsbedarf besteht, damit der demografische Wandel nicht allzu dramatisch ausfällt.

Es wird ersichtlich, dass es den Gesundheitsunternehmen in der Zukunft noch schwerer fallen wird, vakante Arbeitsplätze zu besetzen. Insbesondere für Krankenhäuser stellt diese Entwicklung eine Herausforderung dar, da zum einen die Nachfrage nach Gesundheitsgütern aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung steigen und zum anderen die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter durch ein höheres Durchschnittsalter abnehmen wird (HWP Planungsgesellschaft mbH, Geschäftsbereich Unternehmensberatung/Betriebsplanung, 2007, S. 10). Es wird daher künftig für alle Gesundheitsberufe darauf ankommen, eine ausreichende Anzahl junger Menschen für die medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Aufgaben zu gewinnen (Sachverständigenrat 2007, S. 131). Auch wenn nach Angaben des Statistischen Bundesamtes bis zum Jahr 2018 der Mangel an Pflegefachkräften teilweise noch über angelernte und ungelernte Kräfte kompensiert werden kann, ist eines ab sofort notwendig: die Etablierung eines professionellen Personalmanagements.

Vor diesem Hintergrund stellen Frauen und Mütter eine Zielgruppe dar, auf die die Gesundheitseinrichtungen als Arbeitnehmer bereits aktuell und insbesondere zukünftig nicht verzichten können (Gerlach, I. 2010, S. 341). Wenn dieser Personengruppe eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglicht wird (Work-Life-Balance), könnte das notwendige Erwerbspersonenpotenzial gewonnen werden. Denn die Alternative zur Berufstätigkeit ist häufig eine vorübergehende Erwerbsunterbrechung oder Teilzeitstelle, die oftmals mit einer Verschlechterung der Hierarchie- und Qualifikationsstufe sowie des Einkommens verbunden sind. Folglich gewinnt eine Work-Life-Balance, die in diesem Kontext mit einer Vereinbarkeit von Beruf und Familie gleichgesetzt wird, für den zukünftigen Wachstumsmotor Gesundheitswirtschaft mehr und mehr an Bedeutung.

Die rasanten Entwicklungen in den Bereichen der Kommunikations- und Informationstechnologien haben dazu geführt, dass sich Deutschland von einer Industrie- in eine Wissens- beziehungsweise Dienstleistungsgesellschaft gewandelt hat

(Klimpel/Schütte 2006, S. 33 f.). Nach Aussagen aus einer Studie der Prognos AG aus dem Jahr 2005, die im Auftrag des Bundesfamilienministeriums durchgeführt wurde, soll sich dieser Strukturwandel bis zum Jahr 2020 vollzogen haben. Kennzeichnend für eine Dienstleistungsgesellschaft ist die Erstellung immaterieller Güter in Kombination mit dem Produktionsfaktor Wissen. Damit ist eine zunehmende Nachfrage nach qualifizierten Beschäftigten zum Beispiel in den Dienstleistungsbereichen Betreuung und Management sowie Forschung und Entwicklung verbunden. Im Gegensatz dazu wird u. a. der Produktionssektor eine sinkende Nachfrage nach Arbeitnehmern aufweisen (Klimpel/Schütte 2006, S. 33). Diese Verschiebung hat zur Folge, dass sich die Anforderungen an die Kompetenzen der Beschäftigten erhöhen und qualifizierte Kräfte knapper werden.

Gerade für Gesundheitseinrichtungen sind qualifizierte Arbeitnehmer die wichtigste Ressource bei der Erstellung ihrer Dienstleistungen. Aus diesem Grunde sollte die Unternehmung ihre Attraktivität als Arbeitgeber insbesondere dadurch steigern, dass es Personalmarketingstrategien entwickelt. Hierzu gehören u. a. Personalbindungs- und Personalgewinnungsansätze. Im Gesundheits-/Sozialsektor ist zudem die zunehmende Feminisierung zu berücksichtigen.

Die aufgezeigten Veränderungsprozesse, die einen steigenden Bedarf nach qualifiziertem Personal im Gesundheitssektor hervorrufen werden, verlangen von einem strategisch ausgerichteten Management der Gesundheitseinrichtungen, die Chancen zu erkennen und wahrzunehmen, die z. B. mit dem vermehrten Einsatz des »Produktionsfaktors Frau« zusammenhängen. Die weibliche Arbeitskraft wird somit zur wertvollen Ressource. Hierbei geht es zum einen darum, die älteren Arbeitnehmerinnen möglichst lange u. a. durch ein betriebliches Gesundheitsmanagement zu binden, zum anderen aber auch darum, neue Beschäftigte zu gewinnen. Neben einer möglichst langfristigen Bindung von älteren Beschäftigen im Unternehmen, auf die im Rahmen dieser Ausführungen nicht eingegangen wird, spielt die veränderte Rolle der Frau im Berufsleben eine zentrale Rolle. Dieser gesellschaftliche Wertewandel zeigt sich darin, dass sich die Bedürfnisse und die Lebensvorstellungen der Bevölkerung verändert haben. So wurde zum Beispiel aus der Arbeitshaltung »Leben, um zu arbeiten« die Denkweise »Wir arbeiten, um zu leben« (Klimpel/Schütte 2006, S. 31). Es besteht der zunehmende Wunsch nach Selbstverwirklichung im Berufs- und Privatleben. Auf diesem Hintergrund ist die steigende Integration von Frauen in den Arbeitsmarkt zu sehen. Hierbei resultiert die zunehmende Anzahl berufstätiger Frauen überwiegend aus der Ausübung von Teilzeittätigkeiten. Ein Grund für die hohe Teilzeittätigkeit von Frauen kann in der Erziehung des Kindes und der damit verbundenen unzureichenden Vereinbarkeit von Beruf und Familie vermutet werden (Krone/Stöbe-Blossey 2010, S. 17 f.). Eine weitere Ursache für die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen liegt im steigenden

Bildungsniveau von Frauen. Dieses verstärkt ihr Interesse daran, einen Beruf auszuüben, um die erworbenen Qualifikationen einsetzen und sich ihre Unabhängigkeit bewahren zu können. Auch die Beschäftigungsunsicherheit erfordert eine Berufstätigkeit beider Partner, damit der eine den anderen im Notfall finanziell auffangen kann.

Das Personalmanagement in den Unternehmen umfasst eine große Spannbreite an Instrumenten. Diese erstrecken sich von der Anwerbung und Auswahl neuer Mitarbeiter, über Maßnahmen der Personalbindung und -entwicklung und enden bei der Durchführung von Austrittsprozessen. Weiterhin gehören auch die Etablierung von Anreizsystemen und die Erarbeitung von Führungsgrundsätzen zum Aufgabengebiet des Personalmanagements (Eiff/Stachel 2006, S. 416 f.). Das Personalmanagement ist Bestandteil der Unternehmensstrategie. Der Grund liegt in der steigenden Bedeutung der Ressource Arbeitnehmer. Die traditionelle Sichtweise, dass die Mitarbeiter Kostenverursacher sind, wird somit zunehmend abgelöst von der Vorstellung, dass die Arbeitnehmer die Erfolgsträger der Dienstleistungsunternehmungen sind.

Das strategische Personalmanagement ist eine Basis dafür, die Existenz eines Unternehmens nachhaltig zu sichern. In diesem Kontext spielt die Gewinnung und Bindung qualifizierter Arbeitskräfte eine zentrale Rolle. Auch Gesundheitsunternehmen sollten somit Strategien entwickeln und Maßnahmen umsetzen, die die Gesundheit ihrer Mitarbeiter sowie deren Zufriedenheit und Qualifikationen erhalten und erhöhen. Diese Aspekte führen letztlich zu einer Stärkung der Wettbewerbsposition. Unter dem Aspekt des zunehmenden Fachkräftemangels im Gesundheitswesen ist es für die Verantwortlichen in den Dienstleistungseinrichtungen unausweichlich, nach neuen innovativen Wegen zu suchen, Personal zu binden bzw. zu gewinnen. In diesem Zusammenhang ist das Personalmarketing als Teil des Personalmanagements ein erfolgreiches Konzept, um die Gesundheitseinrichtungen als attraktive Arbeitgeber zu präsentieren. Personalmarketing zielt dabei auf die Gewinnung sowie auf die Betreuung von Mitarbeitern ab. Durch die Anwendung des Personalmarketings soll folglich eine Steigerung des Bekanntheitsgrades sowie eine positive Darstellung eines Unternehmens erreicht werden, um potenzielle Fachkräfte für das Unternehmen zu gewinnen und bereits vorhandenes Personal zu binden. Um die Personalmarketingstrategien umsetzen zu können, bedarf es interner und externer Instrumente. Die Anwendung interner Instrumente zielt hierbei auf eine Erhöhung der Zufriedenheit und Leistungsbereitschaft des Personals sowie auf die Identifikation des Personals mit dem Arbeitgeber ab. Zu diesen Maßnahmen gehören auch die Ansätze zur Schaffung einer Work-Life-Balance. Bei der Anwendung der externen Instrumente geht es darum, dass sich die

Unternehmen optimal auf dem Arbeitsmarkt positionieren und somit für das potenzielle Personal attraktiv sind (Klages 2010, S. 111).

Zu den internen Instrumenten zählen u. a. eine arbeitnehmerorientierte Führungskultur, gute Arbeitsbedingungen, Einführung von Arbeitszeitmodellen, leistungsgerechte Entlohnung, angemessene Bezahlung, Einführungsveranstaltungen und Einarbeitungskonzepte, Kinderbetreuungsprogramme sowie Karriere- und Weiterbildungspläne.

Im Bereich der externen Personalmarketingmaßnahmen dominieren besonders die Präsenz auf den Personalmessen/Jobbörsen sowie die Informationsveranstaltungen zu den jeweiligen Gesundheitsberufen. Steht die positive Außendarstellung der Gesundheitseinrichtung im Mittelpunkt des Personalmarketings, dann werden die folgenden Instrumente eingesetzt:

:: Corporate Identity
:: Corporate Publishing,
:: Employer Branding.

Ein zielgerichtetes Personalmarketing benötigt eine gewisse Vorlaufzeit. Als Grundlage für die Marketingaktivitäten sollte die eigene »Arbeitgebermarke« dienen. Diese wird jedoch nur dann wahrgenommen, wenn sie sich auf dem Gesundheitsmarkt etabliert hat. Hierzu muss sich jedoch die Einstellung der Gesundheitsunternehmen gegenüber Marketingmaßnahmen ändern. Personalmarketing ist eben nicht nur eine Maßnahme der Vermarktung, sondern sie hat primär die Funktion, die Vorzüge der Institution als Arbeitgeber hervorzuheben.

Effizienz- und Qualitätsverbesserungen durch eine populationsorientierte und sektorübergreifende Versorgung

Das deutsche Gesundheitssystem ist historisch bedingt so ausgestaltet, dass es einzelne Sektoren, wie den präventiven, den kurativen (stationäre und ambulante Versorgung), den rehabilitativen und den pflegerischen Sektor gibt. Hinzu kommt der öffentliche Gesundheitsdienst. Diese sektorale Trennung führt zu Schnittstellen und Übergängen zwischen den Versorgungsbereichen, wodurch bei den Behandlungen mit einem Versorgungsbedarf über die einzelnen Sektoren hinweg Schnittstellenprobleme entstehen.

Nach Gerlach kann dieses Strukturdefizit nur dadurch überwunden werden, dass eine populationsorientierte Versorgung an die Stelle der sektorenorientierten Versorgung tritt.

Abbildung 1: Vom traditionellen System zum Zukunftskonzept

Quelle: Gerlach, F. M. u. a., 2011, S. 34.

Die Barmer-GEK hat im Jahr 2011 Versicherte zum Thema »Bedeutung von Schnittstellen und Übergängen im deutschen Gesundheitssystem« befragt und eine Routinedatenauswertung durchgeführt. Es wurde festgestellt, dass die Behandlung eines Großteils der Versicherten in mehreren Sektoren stattfindet und es Schnittstellen gibt. Insbesondere bei Älteren, chronisch Kranken und bei Patienten mit eher schlechtem Gesundheitszustand sind die Schnittstellenerfahrungen am intensivsten (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Schnittstellenerfahrungen

Häufigkeit der Erfahrungen mit Übergängen zwischen Behandlungsbereichen nach soziodemografischen und gesundheitlichen Merkmalen (Angaben in Prozent)

	Übergang Hausarzt/ Facharzt	Übergang ambulant/ stationär	Übergang ambulant/ Rehabilitation
bis 29	16,3***	7,1***	2,5***
30–64	24,9	9,8	4,1
65 und älter	29,7	19,2	10,2
Chronisch krank	40,9***	18,3***	11,0***
Nicht chronisch krank	17,9	8,1	2,5
Unterschicht	21,3	9,2	5,9
Mittelschicht	25,5	10,5	4,5
Oberschicht	23,4	13,4	4,6
Eher schlechter Gesundheitszustand	42,4***	24,3***	15,8***
Eher guter Gesundheitszustand	19,3	7,5	2,2

Quelle: Gesundheitsmonitor Frühjahr 2011: 1782 Personen
* Irrtumswahrscheinlichkeit <5 Prozent, ** Irrtumswahrscheinlichkeit <1 Prozent,
*** Irrtumswahrscheinlichkeit <0,1 Prozent; berechnet mit dem Chi-Quadrat-Test.

Quelle: Braun, B. u. a.,2011, S. 5.

Zentrale Folgen dieser Strukturdefizite sind Doppeluntersuchungen. Dieses Problem der sektoralen Versorgung erkannte der Sachverständigenrat (SVR) bereits im Jahr 1995 und kritisierte weiterhin, dass Anreize zur Effizienzverbesserung fehlen (Stähr 2009, S. 88 f.). Die Ineffizienzen entstehen durch eine von Fehlanreizen gesteuerte Leistungserbringung und Leistungsfinanzierung. Diese Fehlanreize tragen zu einer Verschwendung knapper Mittel bei.

Zur Behebung dieser Ineffizienzen im System sollte für alle Berufsgruppen in der Gesundheitswirtschaft der Fokus auf der Bereitschaft liegen, sich an den sektorenübergreifenden Versorgungsformen zu beteiligen. Hierzu müssen die Gesundheitsberufe in der Zukunft u. a. vermehrt Kompetenzen erwerben, die noch nicht ausgeschöpften Effizienzpotenziale zu erkennen und zu nutzen.

Zum Erkennen dieser Effizienzpotenziale können die Gesundheitsberufe verschiedene Kosten-Nutzen-Untersuchungen (KNU) einsetzen. Grundsätzlich erfüllen KNU die Funktionen als berufsrelevante Entscheidungsgrundlage, als Argumentationshilfe in Verhandlungen, als Diskussions- und Planungsgrundlage sowie als Instrument der Effizienzkontrolle Die Evaluationsergebnisse können somit z. B. für Pflege verwendet werden, wenn es um die Festlegung von berufspolitischen Strategien geht. Darüber hinaus dienen sie zur Dokumentation der Leistungsergebnisse. Der Nutzen pflegerischer Tätigkeiten kann folglich nachgewiesen werden. Dieser Nutzennachweis spielt gerade auf dem Hintergrund einer möglichen Priorisierung und der daraus folgenden Rationierung von Gesundheitsleistungen eine zentrale Rolle.

Zu den klassischen Formen der ökonomischen Evaluation zählen u. a. die Kosten-Nutzen-Analyse (KNA) und die Kosten-Wirksamkeits-Analyse (KWA) und die Kosten-Nutzwert-Analyse (KNWA). Alle Untersuchungsverfahren basieren auf der Messung der Input-Output-Relation. Hierbei wird der Input immer in Geld gemessen. Es handelt sich hierbei um den bewerteten Ressourcenverbrauch (Personal- und/oder Sachkosten). Der Output kann entweder ebenfalls in Geld (monetärer Faktor) oder in Nichtgeldeinheiten (intangible Faktoren) erhoben werden. Aufgrund der Ergebnisse, die sich aus der Gegenüberstellung der Input- und Outputgrößen ergeben, lassen sich die Versorgungsleistungen vergleichen.

Die Kosten-Nutzen-Analyse hat die Funktion, die Versorgungsalternative auswählen zu können, die den höchsten monetären Nutzen erbringt. Bei der KNA geht es also darum, die aus der Durchführung medizinischer/pflegerischer Maßnahmen resultierenden Ergebnisse in Geldeinheiten auszudrücken, sie zu monetarisieren. Dieser monetäre Nutzen wird mit den Kosten verrechnet. Die Effizienz wird in Form der absoluten Effizienz gemessen. Diese Analysetechnik ist primär für die Kostenträger relevant.

Die Kosten-Wirksamkeits-Analyse basiert auf einem relativen Vergleich zwischen dem monetären Input und dem intangiblen Output. Hierbei wird der Output z. B. mittels pflegerischer »Erfolgsfaktoren« (z. B. Zahl der Dekubiti in einer Periode) festgehalten. Das Ergebnis der KWA wird in Form der relativen Effizienz dargestellt. Bei der KWA haben die Gesundheitsberufe die Möglichkeit, ihren Erfolg durch intangible Faktoren zu dokumentieren.

Die Kosten-Nutzwert-Analyse stellt die Interessen des Bedürfnisträgers (Patienten) in den Focus. Bei diesem Verfahren wird der monetäre Input mit den gemessenen Lebensqualitätsindikatoren des Leistungsabnehmers verglichen. Das Ergebnis wird ebenfalls in Form einer relativen Effizienz dargestellt.

Unter dem Aspekt, dass auch in der Zukunft die bedarfsgerechte Ressourcenverteilung ein zentrales Thema sein wird, ist es für die Berufsgruppen zwingend erforderlich, sich mit den Instrumenten der ökonomischen Evaluation auseinanderzusetzen. Zum einen kann damit die Effizienz der Leistungserstellung z. B. im Bereich der Pflege nachgewiesen werden, zum anderen lassen sich damit Belege erbringen, um im Falle einer Priorisierung/Rationierung von Gesundheitsgütern in die Liste der weiterhin finanzierten Leistungen aufgenommen zu werden.

Prozessmanagement zur Optimierung der Leistungsprozesse

Auf der Suche nach Lösungen müssen sich die Gesundheitseinrichtungen und damit auch die Gesundheitsberufe zunehmend mit betriebswirtschaftlichen Konzepten wie dem Prozess-, dem Qualitäts- und dem Risikomanagement auseinandersetzen. Kerngedanke aller dieser Konzepte ist die Schaffung von Kundenzufriedenheit und die primäre Ausrichtung der Wertschöpfungsprozesse an den Kriterien Kosten, Qualität und Zeit. Die gesamten Behandlungsprozesse rücken funktionsübergreifend in den Mittelpunkt der Betrachtung. Eine prozessorientierte Steuerung bewirkt selbstverständlich eine Veränderung der Strukturen, d. h. die Gesundheitseinrichtungen werden ihre Aufbauorganisationen nicht mehr ausschließlich verrichtungsorientiert gestalten, vielmehr werden Matrixstrukturen entstehen, in denen die Objekt- bzw. Projektorientierung integriert sein wird. Durch die Stärkung des Prozessgedankens wird die traditionelle Aufbauorganisation mittelfristig durch eine durch die Prozesse bestimmte Unternehmensstruktur abgelöst werden. Insbesondere kostenintensive Bereiche werden durch abgestimmte Planungs- und Ablaufprozesse optimiert. Die Erfüllung dieser Ansprüche ist Führungsaufgabe und Gegenstand des Managements. Gesundheitseinrichtungen werden in Zukunft ohne eine Optimierung der Prozesse und ohne Neugestaltung der Strukturen nicht mehr auskommen. Gerade durch die Einführung des DRG-Systems ist die Optimierung der Tätigkeitsabläufe ein wesentliches Ziel der Gesundheitseinrichtungen geworden. Die Gesundheitsberufe sind somit wesentlich für die Prozessoptimierung verantwortlich. Das Prozessmanagement ist ein neues Steuerungselement, das von den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern neue bzw. erweiterte Kompetenzen verlangt.

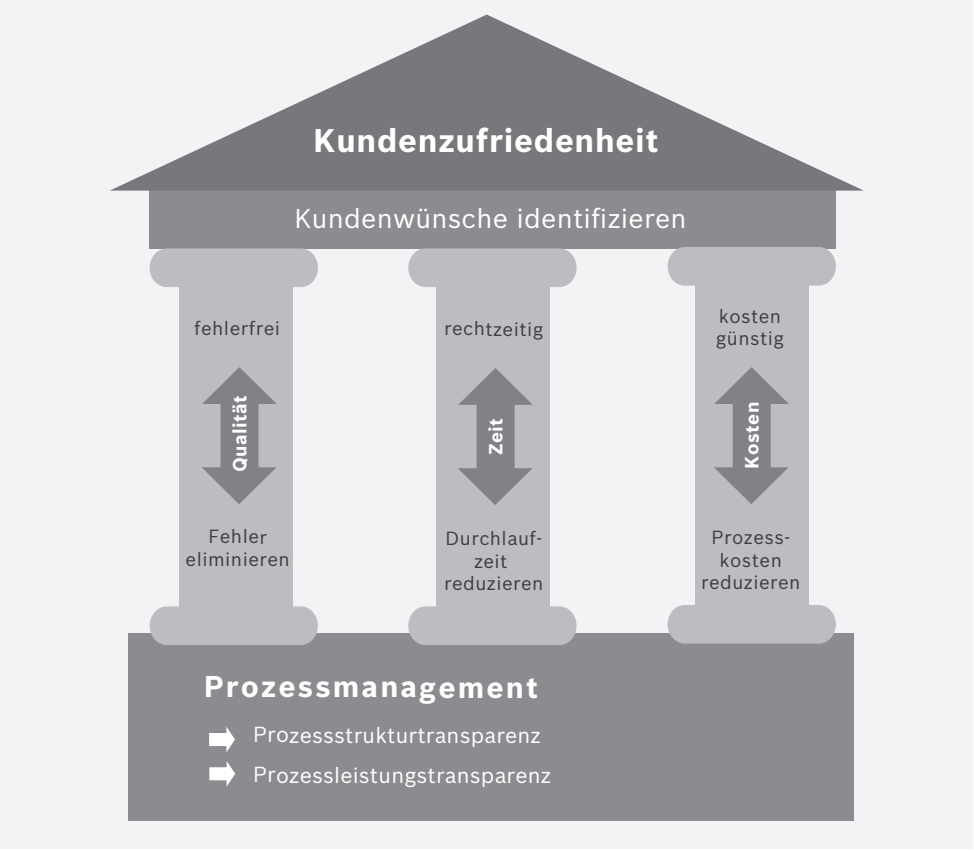
»Prozessmanagement ist ein auf Dauer ausgerichtetes Konzept von Vorgehensweisen, Verantwortlichkeiten, IT-Unterstützung und kulturflankierenden Maßnahmen, um eine effektive und effiziente Prozessorganisation im Unternehmen gewährleisten zu können« (Fischermanns 2006, S. 26). Nach Gaitanides umfasst das Prozessmanagement »planerische, organisatorische und kontrollierende Maßnahmen zur zielorientierten Steuerung der Wertschöpfungskette eines Unternehmens hinsichtlich Qualität, Zeit, Kosten und Kundenzufriedenheit« (Gaitanides u. a. 1994, S. 3).

Ein wesentlicher Aspekt des Prozessmanagements ist die sog. Prozessleistungstransparenz.

Laut Gaitanides liegt der Schlüssel des Prozessmanagements in der Herstellung von Transparenz der betrieblichen Leistungserstellung. Prozessleistungstransparenz wird erreicht, indem Informationen bezüglich der Parameter Kundenzufriedenheit, Zeit, Qualität und Kosten des Prozesses erfasst werden. Die Erfassung der

Prozessleistungstransparenz erfolgt durch die Ermittlung von Prozesskennzahlen (z. B. Verweildauer, Prozesskosten, Fehlerrate). Durch die Optimierung der drei Leistungsparameter Qualität, Zeit und Kosten soll eine effiziente Prozesssteuerung erreicht werden. Die Kundenzufriedenheit wird dadurch erreicht, dass die vorab identifizierten Kundenwünsche hinsichtlich der Zeit, der Qualität und der Kosten durch die Steuerung der Leistungsprozesse erfüllt werden müssen.

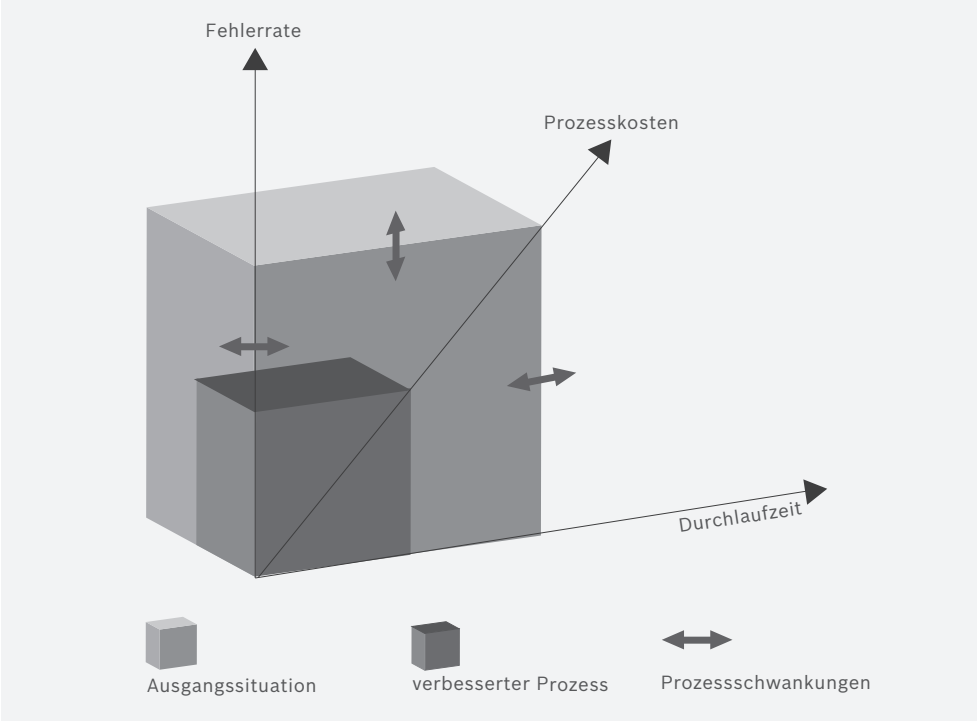
Abbildung 3: Elemente des Prozessmanagements



Quelle: Gaitanides, M. u. a., 1994, S. 16

Erst durch die Berücksichtigung aller drei Leistungsparameter kann eine ganzheitliche Bewertung der Prozessleistung erfolgen. Die Prozessleistung wird in Form eines Quaders als Produkt aus der Qualität, der Zeit und der Prozesskosten abgebildet. Das Gesamtergebnis wird als Prozessperformance bezeichnet.

Abbildung 4: Prozessperformance



Quelle: Gaitanides, M., u. a., 1994, S. 59

Die Grundelemente des Prozessmanagements finden sich im Disease Management und im Case Management wieder. Hierbei soll das Disease Management die Gesundheitsversorgung von Bevölkerungsgruppen über den gesamten Verlauf ihrer Erkrankung und deren Behandlung über sektorale Grenzen hinweg koordinieren und begleiten. Dagegen werden beim Case Management systematisch risikoreiche Versicherte erfasst, die einer individuellen kostenintensiven und aufwändigen Gesundheitsversorgung bedürfen.

Beide Managementansätze konzentrieren sich auf die Prävention, die Früherkennungsdiagnostik, die Schulung, die Therapie, die Rehabilitation und die Nachsorge spezieller Krankheitsbilder. Eine effiziente Versorgung soll erreicht und unnötige Behandlungsmethoden vermieden werden, um das Kosten-Nutzen-Verhältnis möglichst optimal zu gestalten. Der Erfolg einzelner Leistungen innerhalb des Versorgungsprozesses wird jedoch nicht nur an wirtschaftlichen Gesichtspunkten gemessen, sondern auch an der Patientenzufriedenheit, Steigerung der Lebensqualität, der Linderung der Krankheitssymptome u. a. Für eine so umfassende Analyse ist es für die Gesundheitsberufe notwendig, dass neben den berufsspezifischen Kenntnissen auch Kompetenzen zum Prozessmanagement vorhanden sind. Somit ist es für die Gesundheitsberufe notwendig, diese erweiterten Kompetenzen im Rahmen der beruflichen Qualifikation zu erwerben.

3
Die Gesundheitsberufe im Berufsbildungssystem

Vor dem Hintergrund der in dieser Denkschrift in den vorherigen Kapiteln beschriebenen aktuellen und absehbaren Herausforderungen und Umstrukturierungen im Gesundheitswesen ist hinsichtlich der einschlägigen Berufsprofile, -zuschnitte und -rollen derzeit ein manifester Neuordnungs- bzw. Regelungsdruck zu verzeichnen. Auch wenn sich dies am Eindrücklichsten bei den Pflegeberufen und in deren Gefolge den therapeutisch-rehabilitativen Gesundheitsberufen zeigt, reorganisieren sich ebenso auch die diagnostisch-technischen Assistenzberufe. Über die Revisionen aufgrund sich verändernder beruflicher Tätigkeitsanforderungen hinaus finden sich zunehmend aber auch neue, innovative Berufsbilder.

Zum besseren Verständnis der qualifikatorischen Entwicklungen im Gesundheitswesen bietet das folgende Kapitel 3.1 zunächst eine Übersicht zu den Gesundheitsberufen und ihrer Zuordnung im deutschen Berufsbildungssystem. Die Vielzahl bestehender Berufs- und Weiterbildungsabschlüsse wird skizziert und sie werden nach ihren unterschiedlichen rechtlichen Grundlagen im deutschen Berufsbildungssystem zugeordnet. Eine überblickartige Darstellung stellt dann die grundlegenden Unterscheidungsmerkmale der in drei Bereichen des beruflichen Bildungswesens verorteten Bildungsgänge heraus. Dabei werden aktuelle betriebliche Qualifizierungsinitiativen zur Entwicklung neuer oder anders zugeschnittener Berufsbilder und Tätigkeitsfelder ebenso einbezogen, wie modellhaft erprobte Berufsausbildungsgänge an Hochschulen.

In den darauf folgenden Ausführungen in Kapitel 3.2 geht es dann insbesondere darum, die aktuellen berufsbildungspolitschen Entwicklungen anhand ausgewählter Fallbeispiele zu skizzieren und diesbezügliche Optionen beruflicher Qualifizierung und Tätigkeit zu diskutieren. Dabei wird der traditionelle bereichsimmanente Gestaltungshorizont bei der Qualifizierung für eine zukünftige Gesundheitsversorgung um die Perspektive der (Berufs)Bildungswissenschaften und die Bezugnahme auf die gängigen Standards, Strukturen und Prozesse des (Berufs)Bildungssystems erweitert. Mit diesem Perspektivenwechsel kommt dann auch in den Blick, dass die Qualifizierung in den Gesundheits- und Heilberufen sowohl von dem derzeitigen, einschneidenden Wandel des Bildungswesens und -denkens (»Kompetenzorientierung«, »Bildungsstandards«, »Qualifikationsrahmen« u. Ä.) betroffen ist, als natürlich auch diese Bildungsdiskussion durch eigene Impulse befruchten kann.

In Kapitel 3.3 werden abschließend dann die aus einer Neuordnung der Gesundheitsberufe resultierenden komplexen tariflichen Implikationen aufgezeigt.

3.1
Die Gesundheitsberufe und ihre Zuordnung im deutschen Berufsbildungssystem – eine Übersicht: Gerd Dielmann

Zusammenfassung

Nach einer begrifflichen Eingrenzung werden in diesem Beitrag die Gesundheitsberufe nach ihren unterschiedlichen Rechtsgrundlagen drei Regelungsbereichen zugeordnet, dem Dualen System nach Berufsbildungsgesetz (BBiG), den vollzeitschulischen Berufsausbildungen nach Landesrecht und der Systematik der Berufszulassungsgesetze des Bundes. In die Darstellung einbezogen werden auch die staatlich nicht geregelten Ausbildungen, die Weiterbildung und die Ausbildung an Hochschulen. Dabei werden neben den unterschiedlichen Finanzierungsgrundlagen und variierenden Strukturmerkmalen auch die jeweiligen Rahmenbedingungen einbezogen.

Besonderes Augenmerk liegt bei den auf Grundlage von Berufszulassungsgesetzen geregelten Heilberufen, die als Sonderform der beruflichen Bildung spezifischen Anforderungen bei Zugang und Erwerb der Berufserlaubnis unterworfen sind. Für die meisten entstehen Benachteiligungen gegenüber dualen Ausbildungsberufen hinsichtlich zentraler Qualitätsstandards bezüglich der Qualifikation der Lehrkräfte und der Strukturierung der praktischen Ausbildung. Hinzu kommen nur schwer begründbare Nachteile in der sozialen Absicherung durch fehlende Vorgaben einer angemessenen Ausbildungsvergütung oder die Verpflichtung, selbst für die Ausbildung oder Teile davon finanziell aufkommen zu müssen.

Die Regelungsvielfalt innerhalb der einzelnen Ausbildungsgänge, fehlende oder unzureichende Ausformulierung der zu erwerbenden Kompetenzen und wechselseitigen Anrechenbarkeit sowie durch die Sonderform der Ausbildung außerhalb des Regelsystems bedingte ungenügende horizontale und vertikale Durchlässigkeit geben Hinweise auf bestehenden Reformbedarf.

Zentrales Merkmal der vollzeitschulischen Ausbildungen nach Landesrecht ist ihre Vielzahl und Unübersichtlichkeit mit der Folge fehlender Transparenz für Ausbildungsinteressierte und Abnehmer auf dem Arbeitsmarkt. Sie dienen oft als Einstiegsqualifikation und ermöglichen zumeist den Erwerb zusätzlicher allgemeinbildender Abschlüsse, was der Durchlässigkeit im Bildungssystem förderlich ist.

Für die sich im Modellversuch entwickelnden Hochschulabschlüsse mit Berufsabschluss werden duale Studiengangskonzeptionen vorgeschlagen, die in diesem Beitrag kurz skizziert werden. Einer Darstellung der Weiterbildungsregelungen und Überlegungen, sie bundeseinheitlich zu gestalten, folgt ein Fazit mit Anregungen für eine Reform.

Einleitung

In diesem Kapitel wird der Versuch unternommen, einen aktuellen Überblick über die Vielzahl der Berufsausbildungsgänge zu geben, die den Gesundheitsberufen zugeordnet werden können. Die von Meifort (1983) bereits vor dreißig Jahren beklagte Zersplitterung des Berufsfeldes ist in den Folgejahren keineswegs behoben worden, vielmehr zeichnet sich in den letzten Jahren durch die Entwicklung akzentuiert betriebsbezogener- und nach medizinischen Teilgebieten strukturierter Qualifizierungen (Dielmann 2005) eine weitere Zergliederung in Berufe und Teilqualifikationen ab.

Eine Definition des Berufsfelds Gesundheit mit eindeutig nur ihm zugeordneten Berufen erweist sich als schwierig (Bals 1993). Auch die Unterscheidung in Gesundheitsberufe als der weitere Begriff und Gesundheitsfachberufe als der engere, erscheint nicht zielführend. Dem weiteren Begriff werden gewöhnlich alle Berufe im Gesundheitswesen zugeordnet, die personenbezogene Dienstleistungen erbringen, die auf Gesunderhaltung, Heilung, Pflege oder Wiederherstellung der Gesundheit durch Rehabilitation ausgerichtet sind. Dabei wird weder nach Art (schulisch, dual, hochschulisch) unterschieden noch nach Umfang in Ausbildungsjahren. Unter Gesundheitsfachberufen werden häufig die Gesundheitsberufe verstanden, die an Schulen des Gesundheitswesens auf Grundlage eines Berufszulassungsgesetzes ausgebildet werden (vgl. z. B. Schneider 1996, Wissenschaftsrat 2012). Orientiert an der Regelungskompetenz wäre für diese Berufsgruppe die Bezeichnung Heilberufe zutreffender. Als Fachberufe sind jedoch auch die dualen Gesundheitsberufe anzusehen. Die Ausbildungsdauer ist ebenfalls kein geeignetes Kriterium, da es neben landesrechtlich geregelten Berufen auch Heilberufe gibt, die in zwei oder zweieinhalb Jahren ausgebildet werden. Der in Abgrenzung von den Arztberufen früher häufig gebrauchte Terminus »Heilhilfsberufe« ist inzwischen zu Recht weitgehend aus der Mode gekommen. Auch der Terminus »nichtärztliche Gesundheitsberufe« erscheint wenig geeignet.

Auf eine Berufsgruppeneinteilung, die sich an Sektoren (Teilbranchen) des Gesundheitswesens oder an Funktionen und Arbeitsgebieten (Bals 1993, Becker 2002) orientiert, wird an dieser Stelle verzichtet.

Gliederungsmerkmale in diesem Beitrag sollen die Rechtsgrundlagen der Aus- und Weiterbildung sein. Danach lassen sich fünf Kategorien unterscheiden: 1. Berufe, die auf Grundlage von Ausbildungsverordnungen nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) ausgebildet werden, 2. Berufsausbildungen, die auf Grundlage von Berufszulassungsgesetzen (Heilberufe) geregelt sind, 3. Berufsausbildungen nach Landesrecht, insbesondere der Schulgesetze der Länder, 4. Ausbildungs- und Weiterbildungsabschlüsse ohne Rechtsgrundlage und schließlich 5. geregelte Weiterbildungsabschlüsse, die sowohl auf Grundlage des BBiG als auch nach Landesrecht oder Kammerrecht geregelt sein können. Soweit die Ausbildung (zusätzlich auch) an Hochschulen erfolgt und damit den Länderhochschulgesetzen unterliegt, wird in den jeweiligen Regelungsbereichen darauf Bezug genommen.

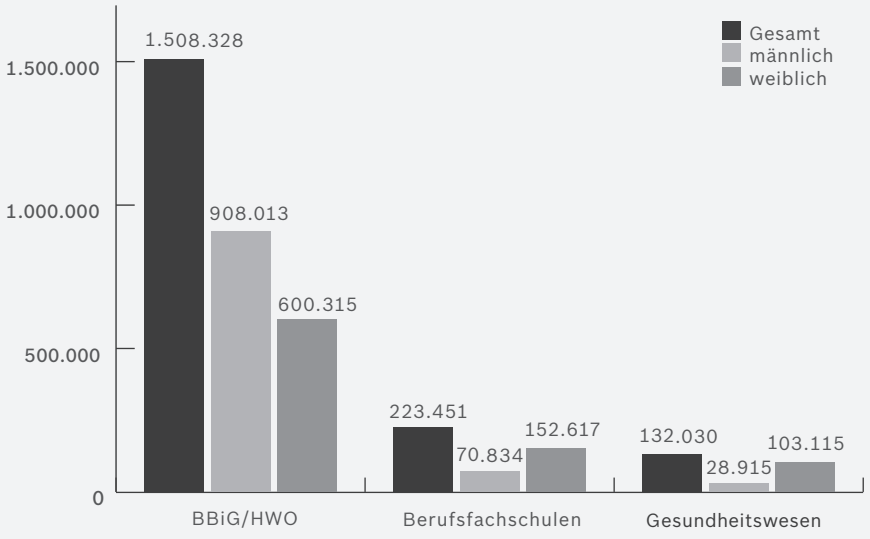
3.1.1 Gesundheitsberufe nach Rechtsgrundlagen

Vorausgeschickt sei, dass auch die Gliederung nach Rechtsgrundlagen nicht von der Entscheidung enthebt, wann ein Beruf als »Gesundheitsberuf« zu klassifizieren ist und wann nicht. Als Orientierung der folgenden Ausführungen dienen zunächst die Klassifizierungen der Bundesagentur für Arbeit und des Statistischen Bundesamtes, die auch in dem jährlich vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) erstellten Verzeichnis der anerkannten Ausbildungsberufe und der zuständigen Stellen verwendet werden. Die ursprünglich unterschiedlichen Klassifikationen der Bundesagentur für Arbeit (BA) KldB 1988 und des Statistischen Bundesamtes (StBA) KldB 1992 wurden zu der seit dem 1. Januar 2011 gültigen Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) zusammengefasst.

In der hier verwendeten Definition der Gesundheitsberufe wird ein eher enges auf Gesundheitsdienstleistungen an, mit und für Menschen orientiertes Verständnis zu Grunde gelegt, das allerdings über den sehr engen Begriff der Heilkundeausübung und Assistenz dabei hinausgeht. Verzichtet wird auf die Auflistung der Berufe im Bereich der Tiermedizin und -pflege, der Körperpflege und Wellnessberufe (Kosmetiker/in, Sport-, Gymnastik- und Tanzlehrer/-innen, Friseur/-in u. a.) sowie der erzieherischen Berufe. Hauswirtschaftliche und soziale Berufe sind, soweit sie ihren Tätigkeitsschwerpunkt in Einrichtungen des Gesundheitswesens haben, einbezogen. Das gilt auch für den Kaufmann/die Kauffrau im Gesundheitswesen, der als kaufmännischer Beruf speziell für eine Tätigkeit in Einrichtungen des Gesundheitswesens ausgebildet wird. Einbezogen sind auch die ausdrücklich auf das Gesundheitswesen bezogenen Handwerksberufe, wie z. B. Orthopädieschuhmechaniker/innen.

Gesundheitsberufe finden sich in allen drei Bereichen unseres Berufsbildungssystems. Auffällig ist der sehr hohe Anteil an weiblichen Auszubildenden bzw. Schülerinnen an Schulen des Gesundheitswesens.

Ausbildungsverteilung im Berufsbildungssystem (2010) nach Geschlecht



Der Anteil weiblicher Auszubildender liegt bei BBiG-Berufen bei 39,8 %, an Berufsfachschulen bei 68,3 % und an Schulen des Gesundheitswesens bei 78,1 %. Quellen: BIBB 2012b und StBA 2012a

3.1.2 Duale Berufe nach BBiG

Unter den derzeit ca. 350 auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes geregelten Berufen (BIBB 2013a, 113) stellen die Gesundheitsberufe eine vergleichsweise geringe Anzahl. Es können etwa 16 Ausbildungsberufe den Gesundheitsberufen zugeordnet werden, die auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes, der Handwerksordnung (HWO) oder einer Kammerregelung geregelt worden sind. Bei den hier erfassten Kammerregelungen handelt es sich um Ausbildungsregelungen nach § 66 BBiG für behinderte Menschen.

Besondere Merkmale der dualen Gesundheitsberufe sind neben der gemeinsamen bundesrechtlichen Rechtsgrundlage (Ausbildungsordnung nach BBiG/HWO), die Dualität der Lernorte, Betrieb und berufsbildende Schule, die Mitwirkung der Sozialpartner und Berufsverbände bei der Erstellung der Ausbildungsordnungen und in paritätisch besetzten Berufsbildungs- und Prüfungsausschüssen. Die Ausbildungsinhalte sind durch differenzierte Ausbildungsberufsbilder in den Ausbildungsordnungen festgelegt, bundeseinheitliche Ausbildungsrahmenpläne legen Ausbildungsziele und -inhalte der betrieblichen Ausbildung fest. Für den Berufsschulunterricht werden einheitliche Rahmenpläne der Kultusministerkonferenz (KMK) in Abstimmung mit den Ausbildungsrahmenplänen entwickelt. Der Umfang des Berufsschulunterrichts unterliegt landesrechtlichen Bestimmungen, insbesondere den Schulgesetzen zzgl. Entsprechender Verordnungen für berufsbildende

Schulen und Richtlinien. Bei den üblichen zwei Berufsschultagen je Ausbildungswoche umfasst der Stundenumfang etwa 1 400 Unterrichtsstunden. Der Berufsschulunterricht kann auch in Blockwochen organisiert sein und es ist möglich, die Auszubildenden im Rahmen der praktischen Ausbildung für zusätzlichen theoretischen Unterricht überbetrieblich zusammen zu fassen.

Die Ausbildung der Lehrkräfte erfolgt nach den landesrechtlichen Vorgaben für das Lehramt an berufsbildenden Schulen für die Sekundarstufe II. Das ist in der Regel ein wissenschaftliches Hochschulstudium an einer Universität mit einem Abschluss als »Master of Education«. Die allgemeinen Grundsätze sind in einer KMK-Rahmenvereinbarung über die Ausbildung und Prüfung für ein Lehramt (KMK 2007) geregelt. Für die betriebliche Ausbildung sind Ausbilder/-innen vorgeschrieben, die neben der fachlichen Eignung über eine berufspädagogische Qualifikation entsprechend der Ausbildereignungsverordnung (AEVO) vom 21.01.2009 (BGBl. I S. 88) verfügen.

Die betriebliche Ausbildung unterliegt der gesetzlich geregelten Mitbestimmung durch die betrieblichen Interessenvertretungen. Die Auszubildenden erhalten eine durch Gesetz vorgeschriebene angemessene Ausbildungsvergütung, deren Höhe in Tarifverträgen vereinbart werden kann. Sie sind von Schulgeldzahlungen u. Ä. frei. Entsprechende Kostenvereinbarungen wären durch das BBiG untersagt. Weitere Ausbildungsbedingungen, u. a. Ausbildungszeiten, Fahrtkostenerstattung und Freistellungsmöglichkeiten können in Tarifverträgen geregelt werden. Die Auszubildenden erwerben eigene Ansprüche aus den Leistungen der Sozialversicherung (u. a. Arbeitslosen- und Rentenversicherung).

Ausbildungsfinanzierung

In der dualen Ausbildung nach BBiG werden die Kosten der betrieblichen Ausbildung von den Ausbildungsbetrieben und die Kosten der öffentlichen berufsbildenden Schulen von Ländern und Kommunen getragen. Diese Aufwendungen gehen wie alle anderen Kosten in die Kalkulation der Kosten der Produkte und Dienstleistungen ein. Zu den hier relevanten betrieblichen Kosten zählen u. a. Personalkosten für Ausbilder/-innen, Kosten der Ausbildungsvergütungen, ggfs. solche für Fahrtkosten sowie für Sozialversicherungsbeiträge und Sachkosten, z. B. für die zur Verfügung zu stellenden Ausbildungsmittel und ggfs. eine Ausbildungswerkstatt. Die Auszubildenden unterliegen – gemäß den jeweiligen spezifischen Länderregelungen – der Berufsschulpflicht, die an berufsbildenden Schulen erfüllt wird. Die Kosten der berufsbildenden Schulen werden von der öffentlichen Hand (Ländern und Kommunen) aufgebracht. Schulgeld wird an den öffentlichen beruflichen Schulen nicht erhoben. Die Kosten für Lernmittel unterliegen – soweit vorhanden – den landesrechtlichen Bestimmungen über Lernmittelfreiheit.

Duale Gesundheitsberufe (BBiG)

Ausbildungsberuf	Ausbildungsdauer in Monaten	Ausbildungsplätze (2010)
Medizinische/r Fachangestellte/r	36	39186
Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r	36	30387
Orthopädieschuhmacher/-in	42	846
Orthopädiemechaniker/-in und Bandagist/in	42	1254
Zahntechniker/Zahntechnikerin	42	6147
Augenoptiker/Augenoptikerin	36	6498
Hörgeräteakustiker/Hörgeräteakustikerin	36	2451
Bestattungsfachkraft	36	438
Hauswirtschafter/Hauswirtschafterin	36	4512
Pharmakant/Pharmakantin	42	870
Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte	36	5298
Sozialversicherungsfachangestellte/r	36	6303
Chirurgiemechaniker/Chirurgiemechanikerin	42	192
Kaufmann/Kauffrau im Gesundheitswesen	36	3381
Hauswirtschaftshelfer/-in (IHK)	24/36	o.A.
Fachhelfer/-in für personale Dienstleistungen (IHK)	36	o.A.

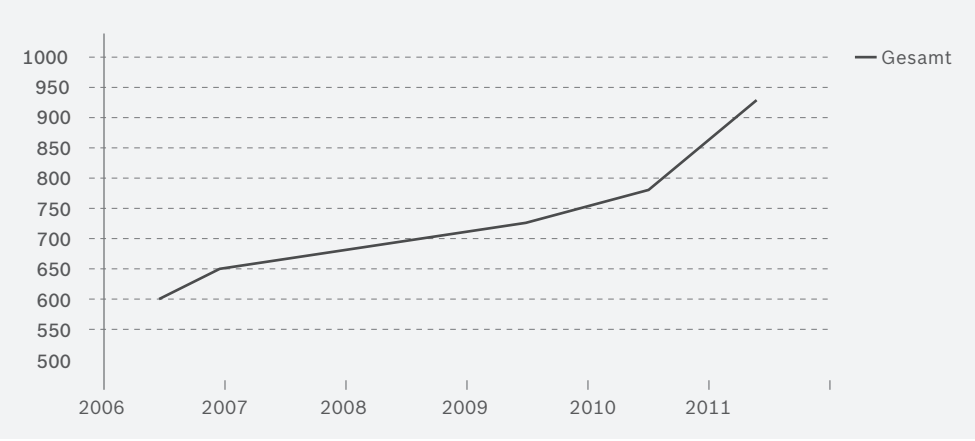
Quelle: BIBB 2012a

Die Stärke des Dualen Systems liegt in seiner starken Orientierung am Arbeitsmarkt. Die Trennung der Lernorte und die gemischte Zuständigkeit führen auch zu Koordinierungsproblemen und zu einem Spannungsverhältnis zwischen den betrieblichen und schulischen Ausbildungselementen (vgl. dazu Baethge 2008, 546 ff.). Im Vergleich zu eher schulisch orientierten Ausbildungssystemen, wie sie in Südeuropa vorherrschen, aber auch verglichen mit landesrechtlich geregelten vollzeitschulischen Ausbildungsgängen in Deutschland führt das Duale System zu einer wesentlich geringeren Jugendarbeitslosigkeit und zu einer sozialen Absicherung der Auszubildenden mit Ansprüchen im System der sozialen Sicherung (ILO 2012).

Duale Berufsausbildung an Hochschulen

Eine wachsende Bedeutung kommt in jüngerer Zeit der Kombination von betrieblicher Berufsausbildung oder Weiterbildung mit einem Hochschulstudium zu. So ist die Zahl der dualen Studiengänge in den letzten fünf Jahren von 608 auf 929, also um über 50 % gestiegen (BIBB 2012). Den Fachhochschulen kommt hier eine wachsende Bedeutung zu. Einbezogen sind auch duale Studiengänge für Gesundheitsberufe, die auf Grundlage von Berufszulassungsgesetzen ausgebildet werden.

Entwicklung dualer Studiengänge 2006–2011



Quelle: Bundesinstitut für Berufsbildung (2013a): AusbildungPlus in Zahlen 2006–2011. www.ausbildungplus.de

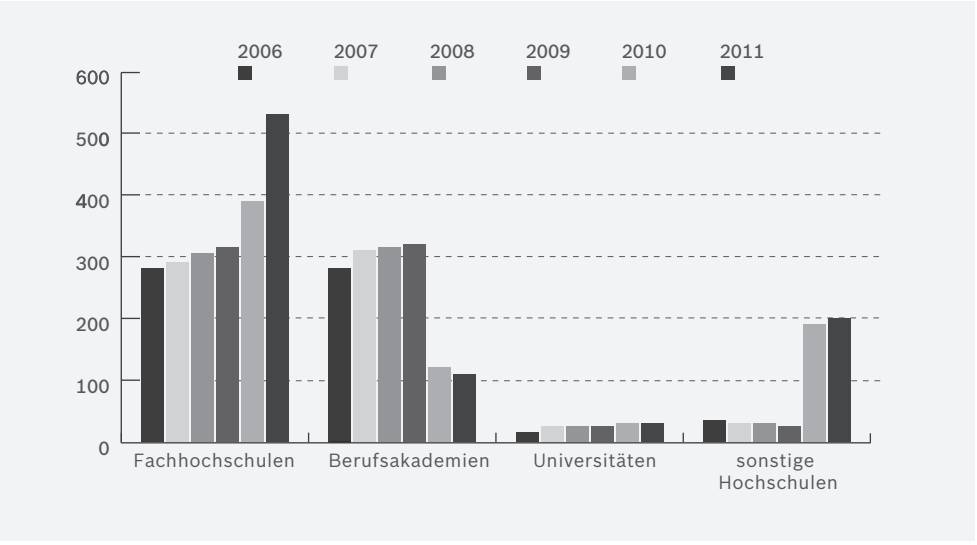
Dabei werden verschiedene Typen unterschieden, ausbildungsintegrierende, praxisintegrierende, berufsintegrierende und berufsbegleitende Studiengänge (AusbildungPlus 2013). Berufsintegrierende Studiengänge dienen der beruflichen Erstausbildung. Sie verbinden den Abschluss in einem anerkannten Ausbildungsberuf mit einem ersten Studienabschluss, i. d. R. dem Bachelor. Praxisintegrierende Studiengänge werden parallel zu einer beruflichen Tätigkeit absolviert, wobei ein inhaltlicher Bezug zwischen Studium und Berufsausübung hergestellt werden soll. Merkmal ist eine vertragliche Verbindung der Studierenden mit einem Betrieb.

Berufsintegrierend Studiengänge dienen der beruflichen Weiterbildung. Sie setzen eine abgeschlossene Berufsausbildung und Berufserfahrung voraus. Der Zugang zum Studium ist auch ohne Fachhochschulreife oder allgemeine Hochschulreife möglich. Auch hier soll ein inhaltlicher Bezug zwischen Studium und beruflicher Tätigkeit hergestellt werden.

Bei berufsbegleitenden dualen Studiengängen wird das Studium neben einer vollen Berufstätigkeit absolviert, indem Selbststudium und Begleitseminare im Vordergrund stehen. Der Betrieb unterstützt z. B. durch Freistellung für die Präsenzphasen.[113]

113 Definitionen und Beschreibungen nach BIBB (Hrsg) AusbildungPlus 2013

Entwicklung dualer Studiengänge 2006–2011



Quelle: Bundesinstitut für Berufsbildung (2013a): AusbildungPlus in Zahlen 2006–2011. www.ausbildungplus.de

Von insgesamt 61 195 dual Studierenden im Jahr 2011 (Stand: April 2011) waren nur 656 Personen an einer Universität eingeschrieben, an Fachhochschulen waren es 25 928, an sonstigen Hochschulen (z. B. Duale Hochschule Baden-Württemberg – DHBW) waren es 24 117 und an Berufsakademien 10 494 Studierende (BIBB 2012).

Während – bei insgesamt hohen Wachstumsraten – die Studierendenzahlen an Berufsakademien deutlich zurückgehen, können die Fachhochschulen ein signifikantes Wachstum verzeichnen.

Bei den Fachrichtungen dominieren die Wirtschaftswissenschaften mit 378 Studiengängen und 34 218 Studierenden, gefolgt von Maschinenbau/Verfahrenstechnik (142) und Informatik (133). Im Sozialwesen wurden 27 Studiengänge nachgewiesen mit immerhin schon 1 863 Studierenden (BIBB 2013).

3.1.3 Gesundheitsberufe auf Grundlage eines Berufszulassungsgesetzes (Heilberufe)

Die auf Grundlage eines Berufszulassungsgesetzes geregelten Ausbildungsberufe zählen per se zu den Gesundheitsberufen. Rechtsgrundlage sind Gesetze, die »die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe« regeln und die nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz (GG) im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung der Gesetzeskompetenz des Bundes zugeordnet sind. Hier nicht aufgeführt sind die veterinär-med. Assistentin/der veterinär-med. Assistent und die ausschließlich an Hochschulen ausgebildeten Heilberufe sowie

die gesetzlich gesondert geregelte Heilpraktikerzulassung (s. u.). Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes erstreckt sich also hauptsächlich auf die Zulassung zu den Heilberufen. Als ein Zulassungskriterium wird eine bestimmte Qualifikation vorgeschrieben, deren Grundzüge in dem Berufszulassungsgesetz und einer auf dessen Grundlage erlassenen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung näher definiert werden.

Heilberufe (Berufszulassungsgesetze)

Ausbildungsberuf	Ausbildungs-dauer in Monaten	Ausbildungs-plätze 2010	Ausbildungs-plätze 2005
Altenpfleger/Altenpflegerin	36	51965	42503
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	36	6454	6713
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	36	59172	56406
Diätassistent/Diätassistentin	36	2094	3526
Entbindungspfleger/Hebamme	36	1913	1836
Ergotherapeut/Ergotherapeutin	36	10624	14728
Logopäde/Logopädin	36	3861	3687
Masseur/in und medizinische Bademeister/in	30	3068	3428
Med.-technische Radiologieassistentin	36	2727	2744
Med.-technische Laboratoriumsassistentin	36	3795	4733
Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik	36	383	769
Orthoptist/Orthoptistin	36	124	142
Pharmazeutisch-technische/r Assistent/in	30	8801	9178
Physiotherapeut/Physiotherapeutin	36	23097	25799
Podologe/Podologin	24	1306	862
Rettungsassistent/Rettungsassistentin (ab 2014 Notfallsanitäter/-in)	24 36	4439	4319

Quelle: Stat. Bundesamt 2007 und 2012b

Eine Ausnahme bildet die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde als Heilpraktiker/-in. Hier ist keine bestimmte Ausbildung vorgeschrieben. Die erforderlichen Kenntnisse müssen in einer Prüfung nachgewiesen werden. Die Zulassung ist an weitere Voraussetzungen gebunden. Rechtsgrundlage ist das Heilpraktikergesetz (HeilprG) aus dem Jahre 1939 (zul. geändert am 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702). Näheres regelt eine Durchführungsverordnung.

Neben einer erfolgreich absolvierten Ausbildung, deren Rahmenvorschriften zu allgemeinen Anforderungen an die Ausbildungsstätten, zur Gestaltung der Ausbildung und zu den staatlich organisierten Prüfungen in den Berufszulassungsgesetzen festgelegt werden, sind weitere persönliche Voraussetzungen für die Erteilung einer Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung in einem anderen als ärztlichen Heilberuf definiert. Es sind dies die Zuverlässigkeit zur Berufsausübung, die

durch ein polizeiliches Führungszeugnis nachgewiesen wird und die gesundheitliche Eignung, für deren Nachweis ein ärztliches Attest vorzulegen ist (vgl. z. B. § 2 KrPflG). Seit 2007 sind im Zuge der Umsetzung der europäischen Berufsanerkennungsrichtlinie (2005/36/EG) als weitere Voraussetzung die »für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache« für alle Heilberufe hinzugekommen (vgl. Dielmann 2013, 92).

Auf Grund der eingeschränkten Gesetzeskompetenz des Bundes wird im Unterschied zu den Berufen nach BBiG die Ausgestaltung der Ausbildung in weiten Teilen den Ländern überlassen. Sie erfolgt allerdings nicht einheitlich. Landesrechtliche Vorgaben unterscheiden sich erheblich in Umfang und Inhalt. Zum größeren Teil unterstehen die Schulen des Gesundheitswesens den Gesundheits- oder Sozialministerien. Nur in wenigen Ländern sind die ansonsten für das Schulwesen zuständigen Kultusministerien in der Verantwortung. Teilweise sind die Schulen in das Schulrecht der Länder integriert, wie es auch für die Berufsfachschulen gilt. Es gibt Ausbildungsberufe, wie z. B. die Pflegeberufe und die Hebammen, die stark nach dem Modell der BBiG-Berufe gestaltet sind und solche, die eher an schulisch ausgerichteten Berufsausbildungen nach Landesrecht orientiert sind, wie z. B. die Ausbildung zur Diätassistentin/zum Diätassistenten.

Besonders deutlich wird die unterschiedliche Gestaltung der Ausbildungsgänge beim Theorie-Praxis-Verhältnis.

Theorie-Praxis-Verhältnis in ausgewählten Gesundheitsberufen (Heilberufen) in Stunden

Ausbildungsberuf	Theorie	Praxis	Gesamt
Altenpfleger/-in	2100	2500	4600
Diätassistent/-in	3050	1400	4450
Ergotherapeut/-in	2700	1700	4400
Gesundheits- u. Krankenpfleger/-in	2100	2500	4600
Hebamme	1600	3000	4600
Logopäde/in	1740	2100	3840
Masseur/Med. BM	2230	800	3030
MTA-L/MTA-R/MTA-F	3170/2800/2370	1230/1600/2030	4400
Pharmazeut.-techn. Assistent/-in	2600	6 Mon.	2,5 Jahre
Podologe/-in	2000	1000	3000
Physiotherapeut/-in	2900	1600	4500
Rettungsassistent/-in	780	1 Jahr	2 Jahre
Notfallsanitäter/-in	1920	2680	4600

Quelle: Berufsgesetze und Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen

Mit den Einschränkungen des Zulassungsrechts sind die Ausbildungsgänge in den Heilberufen, wie die betriebliche Ausbildung der dualen Berufe nach BBiG bundesrechtlich geregelt. Es gibt, wie schon kurz erwähnt, alle Lernortvarianten. Eher dual geprägte Ausbildungsgänge mit hohen betrieblichen Anteilen, für die auch am BBiG orientierte arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen gelten. Hierzu zählen die drei Pflegefachberufe und die Ausbildung der Hebammen/Entbindungspfleger. Für das am 1. Januar 2014 in Kraft tretende Notfallsanitätergesetz (NotSanG), das die Ausbildung zum Rettungsassistenten/zur Rettungsassistentin ablösen wird, gelten ähnliche Bestimmungen. Vergleichbar hohe Praxisanteile hat sonst nur noch die Ausbildung in Logopädie, allerdings ohne entsprechende Regelungen zum Ausbildungsverhältnis. Bei den anderen Ausbildungsberufen überwiegen die schulischen Anteile. Sie sind im Hinblick auf die Durchführung der Ausbildung in der Regel auch rechtlich häufiger dem Schulrecht zugeordnet.

Die Ausbildung erfolgt vielfach auf privatrechtlicher Grundlage. Dabei ist es zulässig und weithin auch üblich, für die Ausbildung Schulgebühren zu erheben. Schulgeldzahlungen sind nur für die nach dem Hebammengesetz (§ 20 HebG) und dem Krankenpflegegesetz (§ 17 Abs. 3 Nr. 1 KrPflG) und Notfallsanitätergesetz (§ 20 Abs. 2 Nr. 3 NotSanG) ausgebildeten Gesundheitsberufe ausdrücklich ausgeschlossen. Für die Altenpflegeausbildung gilt die Kostenfreiheit nur für den betrieblichen Teil der Ausbildung (§ 22 AltPflG). Schulgeldzahlungen in einzelnen Ländern sind hier möglich und z. T. auch üblich. Nur in etwa der Hälfte der Bundesländer wird kein Schulgeld erhoben (Deutscher Verein 2012, 6). Die Länder sind ermächtigt, Ausgleichsverfahren einzuführen, durch die nicht ausbildende Einrichtungen an den Kosten der praktischen Ausbildung beteiligt werden können (§ 25 AltPflG). Davon haben bisher nur wenige Länder Gebrauch gemacht.

Die Gesetzgebungsverfahren zu Ausbildungsreformen oder Neuregelungen sind auf Grund der konkurrierenden Gesetzgebung und der Zustimmungspflicht des Bundesrats oft langwierig. Berufsverbände und Sozialpartner haben nur mittelbaren bzw. geringen Einfluss auf die Gestaltung der Ausbildungsstrukturen und -inhalte. Anforderungen an die Qualifikation der Lehrkräfte an Schulen des Gesundheitswesens sind in den Berufszulassungsgesetzen nur rudimentär oder gar nicht geregelt. Allein für die Lehrkräfte an Pflegeschulen ist ein nicht näher definiertes Hochschulstudium vorgeschrieben.

Die Lehrtätigkeit wird überwiegend von medizinischem Personal und Berufsangehörigen mit unterschiedlich langer pädagogischer Zusatzausbildung (Weiterbildung) sowie Honorardozenten mit anderen fachlichen Vorbildungen (z. B. Psychologen, Pharmazeuten) ausgeübt. Insbesondere die praktischen Ausbildungsanteile, aber auch der theoretische Unterricht sind durch eine geringe Regelungsdichte

seitens des Bundes und der Länder gekennzeichnet, mit großen Unterschieden von Beruf zu Beruf und von Land zu Land. Bei einigen Berufen beschränken sich die Regelungen zur praktischen Ausbildung auf Zeitangaben für einzelne Praxisfelder, die zumeist in Anlagen zu den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen festgelegt sind. Fachkräfte für die praktische Anleitung sind nur für die Pflegeberufe vorgeschrieben (§ 2 Abs. 2 KrPflAPrV; § 2 Abs. 2 AltPflAPrV) und nur für die Ausbildung in der Altenpflege ist für die praktische Ausbildung ausdrücklich ein Ausbildungsplan notwendig (§ 2 Abs. 2 AltPflAPrV).

Die betrieblichen Ausbildungsanteile unterliegen nur bei der quasi dualen Ausbildung der Pflegeberufe und Hebammen der gesetzlichen Mitbestimmung durch die betrieblichen Interessenvertretungen. Nur diese Auszubildenden haben einen Rechtsanspruch auf eine angemessene Ausbildungsvergütung und sind von Schulgeldzahlungen u. Ä. frei. Ihre Ausbildungsbedingungen, u. a. Ausbildungsentgelte, Ausbildungszeiten und Freistellungsmöglichkeiten können wie bei den dualen Ausbildungen nach BBiG in Tarifverträgen geregelt werden. Für die Mehrzahl der Gesundheitsberufe, die an Schulen des Gesundheitswesens ausgebildet werden, gelten die für die betrieblich-arbeitsrechtlich ausgestalteten – dualen – Berufe üblichen Standards nicht. Ihr Ausbildungsverhältnis ist in Verträgen mit dem Schulträger geregelt.

Eine Ausnahme gilt für die Auszubildenden für die Berufe des Masseurs und med. Bademeisters, der pharmazeutisch-technischen Assistentin (PTA) und des Rettungsassistenten. Ihre Praxisphasen sind als so genannte Anerkennungsjahre durch Tarifverträge geregelt.

Ausbildungsfinanzierung

Auch die Finanzierung der Ausbildung in den oben genannten Heilberufen unterliegt besonderen Regelungen. Während für die duale Ausbildung nach BBiG – wie dargelegt – die Kosten der betrieblichen Ausbildung von den Ausbildungsbetrieben und die Kosten der öffentlichen berufsbildenden Schulen von Ländern und Kommunen getragen werden, wird die Ausbildung an Schulen des Gesundheitswesens anders und unterschiedlich finanziert. Für zwölf der sechzehn Ausbildungsgänge für nicht-akademisch ausgebildete Heilberufe werden die Ausbildungskosten nach den Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) getragen, wenn die Schulen in der Trägerschaft oder Mitträgerschaft von Krankenhäusern geführt werden (§ 2 Nr. 1 a KHG). Demnach werden die Investitionskosten von den Ländern getragen, während die Betriebskosten (Personal- und Sachkosten) der Schulen und die Kosten der betrieblichen Ausbildung einschließlich der Ausbildungsvergütungen von den Nutzern bzw. deren Sozialleistungsträgern übernommen werden. Ungewöhnlich daran ist, dass nicht nur die Kosten der praktischen Ausbildung

von den Betrieben getragen werden, sondern auch die Kosten der berufsbildenden Schulen, soweit sie notwendigerweise mit Krankenhäusern verbunden sind.

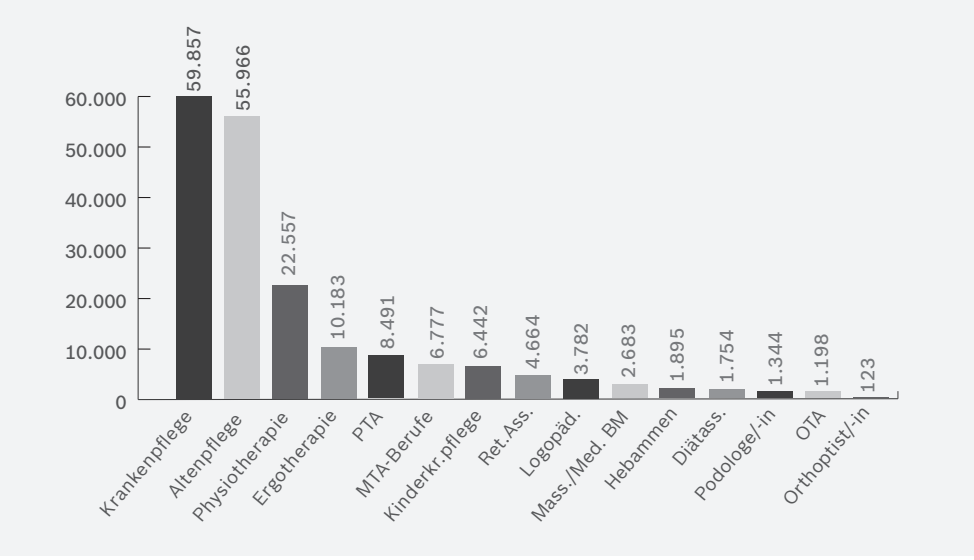
Die Krankenhäuser sind verpflichtet spezielle Ausbildungsbudgets zu bilden, die seit Einführung des Fallpauschalensystems (2005) über Zuschläge je Fall finanziert werden. Die Zuschläge werden den Nutzern bzw. deren Kostenträgern in Rechnung gestellt. Seit 2006 können darüber hinaus auf Landesebene Ausgleichsfonds gebildet werden, in die auch nicht an der Ausbildung beteiligte Krankenhäuser fallbezogene Zuschläge einzahlen müssen, die sie ihrerseits wiederum den Nutzern bzw. Kostenträgern in Rechnung stellen können. Die Ausbildungsbudgets werden aus diesen Ausgleichsfonds finanziert. Damit sollen die Kosten bei wirtschaftlicher Betriebsgröße und Betriebsführung der Ausbildungsstätten gedeckt werden. Für die nach dem Krankenpflegegesetz ausgebildeten Berufe werden nur die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen aus dem Ausbildungsbudget getragen, die über die Kosten bei einer Anrechnung von Auszubildenden zu voll ausgebildetem Pflegepersonal im Verhältnis von 9,5 : 1 hinausgehen. Das heißt für je 9,5 Auszubildende werden die Kosten einer Pflegefachkraft aus dem Personalbudget bestritten, weil man davon ausgeht, das 9,5 Auszubildende rein rechnerisch die Arbeitsleistung einer Fachkraft erbringen, die ja über die Fallpauschalen den Nutzern und Kostenträgern in Rechnung gestellt wird. Für die Auszubildenden im Hebammenberuf erfolgt keine Anrechnung. Die durch das Krankenpflegegesetz von 2004 zusätzlich entstehenden Kosten, insbesondere für die erstmals vorgeschriebene praktische Anleitung durch berufspädagogisch qualifizierte Pflegefachkräfte werden ebenfalls über das Ausbildungsbudget bzw. den Ausgleichsfonds refinanziert (vgl. Dielmann, 2005b).

Da die Kosten der Ausbildungsstätten an Krankenhäusern nach diesen Vorschriften vollständig erstattet werden, ist eine zusätzliche Teilfinanzierung über Schulgeld bei einigen der hier genannten Berufe kaum nachzuvollziehen.

Die Ausbildungen zum/zur Pharmazeutisch-technischen Assistenten/-in (PTA), Podologen/in und Rettungsassistenten/in werden überwiegend an privaten Bildungseinrichtungen angeboten, die der staatlichen Anerkennung bedürfen. Im Rettungsdienst zählen auch die Wohlfahrtsverbände und Feuerwehren zu den großen Ausbildungsanbietern. Die schulischen Kosten sind von den Auszubildenden aufzubringen, soweit es sich nicht um öffentlich finanzierte Ausbildungsstätten handelt. Für die länger dauernden Praxisphasen bei PTA von 6 Monaten und bei Rettungsassistenten von einem Jahr werden Praktikantenvergütungen gezahlt.

Einen Sonderfall stellt wiederum die Finanzierung der Altenpflegeausbildung dar. Die Kosten der Ausbildungsvergütungen können von den Trägern der praktischen Ausbildung über die Pflegesätze geltend gemacht werden. Die Länder sind darüber hinaus ermächtigt Ausgleichsverfahren einzuführen, um nicht ausbildende Pflegeeinrichtungen an den Kosten der Ausbildung zu beteiligen. Die Finanzierung der Ausbildungsstätten ist landesrechtlich geregelt. Die Zahlung von Schulgeld durch die Auszubildenden ist in einigen Ländern zulässig und üblich.

Ausbildungszahlen der auf Grundlage von Berufszulassungsgesetzen geregelten Gesundheitsberufe (Heilberufe) 2011



Quelle: Statistisches Bundesamt 2012b

Die Berufe in der allgemeinen Krankenpflege und in der Altenpflege liegen damit in der Tabelle der am stärksten besetzten Ausbildungsberufe hinter dem Kaufmann/der Kauffrau im Einzelhandel mit 67 854 Ausbildungsplätzen und dem/der Kraftfahrzeugmechatroniker/-in mit 61 713 besetzten Ausbildungsplätzen an dritter und vierter Stelle. Unter den von Frauen gewählten Ausbildungsberufen liegen sie mit 47 168 und 44 270 besetzten Ausbildungsplätzen einsam an der Spitze vor den Med. Fachangestellten mit 38 610 und den Bürokauffrauen mit 38 040 Auszubildenden (Stat. Bundesamt, Fachserie 11 Reihe 3, 2011).

Berufsausbildung der Gesundheitsberufe (Heilberufe) an Hochschulen

Neben den traditionell an Hochschulen qualifizierten ärztlichen Heilberufen und Apothekern, die in der Bundesärzteordnung (BÄO), der Bundes-Apothekerordnung (BApO) und zugehörigen Approbationsordnungen[114] geregelt sind, sind in jüngerer Zeit die Ausbildungen nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG vom 16.06.1998) hinzugekommen. Die Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJP) sind in je gesonderten Approbationsordnungen geregelt. Beide Heilberufe setzen ein abgeschlossenes Studium in klinischer Psychologie oder im Falle der KJP alternativ auch ein Studium in Sozialpädagogik voraus, das auch an Fachhochschulen absolviert werden kann. Die Berufszulassung schließt die Ausübung der Heilkunde in Psychotherapie ein. Die Ausbildungen dauern nach abgeschlossenem Studium in Vollzeit mindestens drei Jahre. Sie bestehen aus einer praktischen Tätigkeit, die von theoretischer und praktischer Ausbildung begleitet wird. Die theoretische und praktische Ausbildung wird überwiegend an privaten Ausbildungsinstituten angeboten, zu einem kleinen Teil auch an Universitätsinstituten, die der staatlichen Anerkennung bedürfen. Sie ist kostenpflichtig. Die praktische Tätigkeit umfasst insgesamt 1 800 Stunden, von denen 1 200 Stunden in einer psychiatrischen Klinik abgeleistet werden müssen. Eine Vergütung wird für die praktische Tätigkeit in der Regel nicht gezahlt. Es gibt lediglich einen Tarifvertrag mit einem privaten Klinikkonzern, der PP und KJP in Ausbildung einbezieht und eine Praktikantenvergütung vorsieht. Vereinzelt wurde die Zahlung einer Vergütung gerichtlich erstritten (vgl. Beitrag von Igl in diesem Band).

114 Bundesärzteordnung – BÄO i.d.F. vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), zuletzt geändert am 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277). Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 – ÄApprO (BGBl. I S. 2405), zuletzt geändert durch Gesetz vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1348). Bundes-Apothekerordnung (BApO) i.d.F. vom 19. Juli 1989 (BGBl. I S. 1478, 1842), zuletzt geändert durch Gesetz vom 6.12.2011 (BGBl. I S. 2515). Approbationsordnung für Apotheker vom 19. Juli 1989 – AAppO (BGBl. I S. 1489), zuletzt geändert durch Gesetz vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515). Approbationsordnung für Zahnärzte – ZÄPrO vom 26.01.1955 zuletzt geändert durch Gesetz vom 6. 12 2011 (BGBl. I S. 2515).

Heilberufe mit Hochschulausbildung (reglementierte Abschlüsse – Berufszulassung)

Berufsabschuss	Regelungs-grundlage	Ausbildungsdauer in Monaten
Arzt/Ärztin	Heilberuf	72
Zahnarzt/Zahnärztin	Heilberuf	72
Apotheker/-in	Heilberuf	60
Psych. Psychotherapeuten/-innen	Heilberuf	84
Kinder- und Jugendl. Psychotherapeuten/-innen	Heilberuf	72
Altenpfleger/ Altenpflegerin	Modellversuch	36+
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	Modellversuch	36+
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	Modellversuch	36+
Physiotherapeut/Physiotherapeutin	Modellversuch	36+
Entbindungspfleger/Hebamme	Modellversuch	36+
Ergotherapeut/Ergotherapeutin	Modellversuch	36+
Logopäde/Logopädin	Modellversuch	36+

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 wurden auch die Berufsgesetze für die Pflegeberufe um eine Modellklausel ergänzt (vgl. § 4 Abs. 7 AltPflG und § 4 Abs. 7 KrPflG), die erstmals auch eine Hochschulausbildung zum Erwerb »erweiterter Kompetenzen zur Ausübung der Heilkunde« vorsieht. Die Neuregelung trat am 1. Juli 2008 in Kraft. Die dreijährige Ausbildung muss dafür verlängert werden. Sie kann sowohl in Pflegeschulen als auch an Hochschulen absolviert werden. Für den nicht näher definierten Ausbildungsumfang, der über die dreijährige Regelausbildung hinausgeht und für die Hochschulausbildung sind die das Ausbildungsverhältnis regelnden Abschnitte der Berufsgesetze (Abschn. 3 KrPflG, Abschn. 4 AltPflG) außer Kraft gesetzt. Die seit in Kraft treten des bundeseinheitlichen Altenpflegegesetzes (2003) bereits bestehenden Modellklauseln (§ 4 Abs. 6 AltPflG; § 4 Abs. 6 KrPflG) erlauben eine Abweichung vom Ort der Ausbildung (Altenpflege- oder Krankenpflegeschule) und von den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen, nicht aber beim Ausbildungsziel oder den Bestimmungen zum Ausbildungsverhältnis. Für die Hochschulausbildungen führte dies wiederum zu originären Sonderformen, weil eine betriebliche Anbindung erforderlich ist und häufig auch Kooperationsformen mit den staatlich anerkannten Pflegeschulen. Obwohl in der Sache naheliegend, wurde dabei i. d. R. auf eine systematische Orientierung am bewährten Konzept »dualer Studiengänge« insbesondere an Fachhochschulen bzw. dem Studium an einer Berufsakademie verzichtet.

Mit dem Gesetz zur Einführung einer Modellklausel der Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 25.09.2009 wird erstmals der Erwerb eines Berufsabschlusses in diesen Heilberufen auch an Hochschulen ermöglicht. Die Modellversuche sind bis zum 31.12.2017 befristet, das Bundesministerium für Gesundheit wurde verpflichtet, dem Bundestag bis zum 31.12.2015 über Ergebnisse der Modellvorhaben auf Grundlage von Berichten

und Auswertungen der Länder zu berichten. Für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben wurde eine Richtlinie des BMG (BMG 2009) erlassen.

Neben den auf Grundlage der Kombination von Berufszulassungsgesetzen und Hochschulgesetzen geregelten Hochschulausbildungen gibt es zahlreiche auf Gesundheitsdienstleistungen bezogene Studiengänge, die ausschließlich dem Hochschulrecht unterliegen und nicht weiter reglementiert sind. Dazu zählen Studienabschlüsse in Gesundheitswissenschaften, Public Health, Gesundheitsförderung u. v. a. Auch primärqualifizierende therapeutische Studiengänge in Kunst-, Musik- und Tanztherapie fallen in diese Kategorie.

Eine Sonderform der Kombination von Hochschulstudium mit beruflicher Weiterbildung stellt die vom Land Baden-Württemberg (2013) jüngst zur Erprobung erlassene »Weiterbildungsverordnung Arztassistenz« vom 5. Juni 2013. Hier wird aufbauend auf einen Berufsabschluss in einem Pflegefachberuf ein Studium mit dem Abschluss zum Bachelor Physician Assistant zur Erprobung angeboten.

3.1.4 Landesrechtlich geregelte Gesundheitsberufe

In der folgenden Übersicht sind 58 verschiedene, den Gesundheitsberufen zuzuordnende Berufsabschlüsse mit z. T. gleichen Berufsbezeichnungen aufgeführt, die in über 130 unterschiedlichen Ausbildungsvorschriften geregelt sind. Abgrenzungsprobleme und Überlappungen gibt es vorwiegend zu den Sozial- und Erziehungsberufen und zu hauswirtschaftlichen Berufen (Dorfhelferin), deren Qualifikationsprofil vielfach auch pflegerische Anteile beinhaltet. Im berufsbildenden Schulsystem sind sie unterschiedlich verortet. Zum Teil findet die Ausbildung an besonderen Schulen des Gesundheitswesens, wie z. B. den Krankenpflegehilfeschulen statt, zum Teil sind sie als Berufsfachschulen dem regulären beruflichen Schulsystem zugeordnet. Gemeinsame Merkmale neben der landesrechtlichen Rechtsgrundlage sind der hohe schulische Ausbildungsanteil, der i. d. R. nur durch wenige kurze Praktika unterbrochen wird. Die Ausbildungsdauer schwankt zwischen einem und drei Jahren, wobei die Dauer von einem bis zwei Jahren überwiegt.

Landesrechtlich geregelte Ausbildungsberufe[115]

Ausbildungsberuf	Land/Anzahl Regelungen	Ausbildungsdauer in Monaten	Anzahl Ausbildungsplätze (2010)
Altenpflegehelfer/in (11x)	(11x)	12	6334 (gesamt)
Altenpflegehelfer/in	(2x)	24	
Fachkraft für Pflegeassistenz	(SH)	36	
Gesundheits- und Krankenpflegeassistent/in	(NW)	12	
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in	(3x)	12	2267 (gesamt)
Gesundheits- und Pflegeassistent/in	(HH)	24	
Kranken- und Altenpflegehelferin	(MV)	18	
Krankenpflegehelferin	(4x)	12	
Gesundheitsaufseher/in	(5x)	24	17
Gesundheitsaufseher/in	(HE)	36	
Desinfektor/Desinfektorin	(4x)	1 bis 3	
Dorfhelferin/Dorfhelfer	(2x)	12	
Dorfhelferin/Dorfhelfer	(2x)	24	
Familienpfleger/Familienpflegerin	(4x)	36	1385 (gesamt)
Familienpfleger/Familienpflegerin	(2x)	24	
Familienpfleger/Familienpflegerin	(HH)	o. A.	
Haus- und Familienpfleger/in	(2x)	24	
Haus- und Familienpfleger/in	(2x)	36	
Haus- und Familienpfleger/in	(SN)	o. A.	
Heilerzieher/Heilerzieherin	(2x)	36	
Heilerziehungshelfer/in	(2x)	12	
Heilerziehungspflegehelfer/in	(BY)	12	1879 (gesamt)
Heilerziehungspflegehelfer/in	(SN)	24 Teilzeit	
Heilerziehungspflegehelfer/in	(ST)	o.a.	
Heilerziehungspfleger/in	(4x)	24	16599 (gesamt)
Heilerziehungspfleger/in	(11x)	36	
Heilerziehungspfleger/in	(SL)	o. a.	
Heilpädagoge/Heilpädagogin	(10x)	18 FS	3090
Heilpädagoge/Heilpädagogin	(2x)	24	
Heilpädagoge/Heilpädagogin	(SL)	o. a.	
Kardiotechniker/Kardiotechnikerin	(BE)	24	
Lebensmittelkontrolleur/in	(7x)	24	
Medizinische(r) Dokumentar/in	(3x)	36	
Medizinische Dokumentationsassistentin	(SN)	36	
Medizinische Dokumentationsassistentin	(3x)	24	

115 Für die Bundesländer werden die bei der KMK üblichen Abkürzungen verwendet: BW Baden-Württemberg, NI Niedersachsen, BY Bayern, NW Nordrhein-Westfalen, BE Berlin, RP Rheinland-Pfalz, BB Brandenburg, SL Saarland, HB Bremen, SN Sachsen, HH Hamburg, ST Sachsen-Anhalt, HE Hessen, SH Schleswig-Holstein, MV Mecklenburg-Vorpommern, TH Thüringen. Soweit zu der genannten Berufsausbildung nur eine landesrechtliche Regelung besteht, ist das Land mit dem eingeführten Kürzel benannt, z. B. ST für Sachsen-Anhalt, ansonsten die Zahl der unterschiedlichen Landesregelungen zur jeweiligen Abschlussbezeichnung. FS steht für Fachschule als Weiterbildungseinrichtung.

Ausbildungsberuf	Land/Anzahl Regelungen	Ausbildungsdauer in Monaten	Anzahl Ausbildungsplätze (2010)
Medizinische Fußpflegerin	(3x)	24	
Medizinische Sektions- und Präparationsassistentin	(BE)	12	25
Motopädagoge/Motopädagogin	(SH)	12	
Motopädin/Mototherapeutin	(NW)	12	343 (gesamt)
Motopädin/Mototherapeutin	(TH)	24	
Motopädin/Mototherapeutin	(ST)	o.a.	
Neuro-otologische Assistentin	(HH)	36	
Operationstechnische Angestellte	(SH)	36	
Operationstechnische Assistentin	(ST)	36	
Servicehelfer/-in	(BW)	24	
Sozialassistent/Sozialassistentin	(7x)	24	19894
Sozialbetreuer/in und Pflegefachhelfer/in	(BY)	24	3638
Sozialhelfer/in	(NW)	24	10417
Sozialmedizinische(r) Assistent/in	(NW)	12	
Staatlich anerkannte(r) Heilerziehungspfleger/in	(BW)	48	
Staatlich anerkannte(r) Heilpädagog(e)/in	(BW)	18	
Staatl. geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/in	(NI)	36	
Staatl. geprüfte/r Ernährungsberater/-in	(BW)	24	
Staatl. Gepr. Fachkraft für Haushaltsführung und amb. Betreuung	(SL)	30	
Staatl. Gepr. Fachkraft für Hauswirtschaft und Familienpflege	ST	24	
Staatlich geprüfte Pflegeassistentin	(NI)	24	
Staatl. Gepr. Sozialbetreuer/-in	TH	24	
Zytologie-Assistent/in	(2x)	24	

Quelle: BIBB 2012a und StBA 2012b

Allein die Pflegehelfer/-innen und Pflegeassistenzausbildungen für Alten- und Krankenpflege zählen 27 Varianten in 15 Bundesländern. Dabei sind die Sozialhelfer/-innen, Sozialassistenzberufe, Dorfhelfer/-innen und Haus- und Familienpfleger/-innen, die im gleichen Bereich tätig sind, noch nicht mitgezählt. Für die Ausbildungen in Altenpflegehilfe und Krankenpflegehilfe bzw. Pflegeassistenz gelten dabei obendrein sehr unterschiedliche Zugangsvoraussetzungen (Klie/Guerra 2006, S. 41 ff).

Für die landesrechtlich geregelten schulischen Ausbildungsberufe gilt die Rahmenvereinbarung der Kultusministerkonferenz vom 28.02.1997 i. d. F. vom 7.12.2007 (KMK 2007). Diese Bildungsgänge dauern demnach mindestens zwei Jahre. Die wöchentliche Unterrichtszeit beträgt mindestens 32 Stunden. Sie umfasst einen allgemeinen (berufsübergreifenden) und einen berufsbezogenen Lernbereich. Sie führt unter festgelegten Bedingungen (Notendurchschnitt 2,5 (BY, SN) oder 3,0 und ausreichenden Fremdsprachenkenntnisse) zum mittleren Bildungsabschluss (FOR).

Sie können auch zur Fachhochschulreife (FHR) führen (KMK 2007, Ziff. 2.4.2.2), wenn die dafür festgelegten zusätzlichen Bedingungen erfüllt werden. Ein Betriebspraktikum ist möglich, aber nach der Vereinbarung nicht verbindlich vorgeschrieben.

Neben den genannten staatlich geregelten Bildungsgängen gibt es eine Vielzahl von Aus- und Fortbildungsangeboten zum/zur Schwesternhelfer/-in oder Pflege(dienst)helfer/-in. Diese Aus- oder Fortbildungen dauern von 120 Unterrichtsstunden zzgl. 2 Wochen Praktikum bis zu 8 Monaten (Klie/Guerra 2006, S. 48 ff). Zum Teil sind sie als grundständige Ausbildungsgänge zu betrachten, zu einem anderen Teil stellen sie eine Fortbildung für un- und angelernte Pflegehelfer/-innen dar, ohne zu einem anerkannten Abschluss zu führen. Für eine weitere Qualifizierung in einem geregelten Beruf sind sie daher nur bedingt anrechnungsfähig.

Ausbildungsfinanzierung

Die Kosten der Ausbildung an Berufsfachschulen (BFS) werden, soweit sie sich in öffentlicher Trägerschaft befinden, von staatlicher Seite (Länder/Kommunen) aufgebracht. Ausbildungsvergütungen sind nicht vorgeschrieben und werden auch bei den vergleichsweise kurzen Praktika nicht gezahlt. Soweit den Betrieben Kosten für Praktika entstehen werden sie von ihnen getragen. Die Ausbildung an BFS ist i. d. R. für die Schüler/-innen kostenfrei. Für als Berufsfachschulen anerkannte Schulen in privater Trägerschaft (sog. Ersatzschulen/ Ergänzungsschulen) können andere Vorschriften gelten. Hier sind Schulgeldzahlungen möglich. Die Ausbildungen sind nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz förderungsfähig.

Hinsichtlich der Refinanzierung stellt die Ausbildung zum/zur Krankenpflegehelfer/-in eine Ausnahme dar. Sie kann, soweit die Ausbildung an Ausbildungsstätten an Krankenhäusern stattfindet, nach den Vorschriften des KHG finanziert werden. Die Ausbildung war bis 2003 auf Grundlage des Krankenpflegegesetzes geregelt. Mit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 2002, (BVerfG, 2 BvF 1/01 Urteil vom 24.10.2002), wonach dem Bund die Regelungskompetenz für die Ausbildung in der Altenpflegehilfe auf Grundlage eines Berufszulassungsgesetzes abgesprochen wurde, hat der Bund auf die ursprünglich geplante Neuregelung der Krankenpflegehilfeausbildung verzichtet. Die Finanzierungsregelung im KHG blieb jedoch erhalten.

Zusammenfassend lässt sich für die vollzeitschulische Berufsausbildung im Gesundheitswesen nach Landesrecht festhalten, dass sie durch eine große Unübersichtlichkeit (Klie/Guerra 2006, S. 8) gekennzeichnet ist. Durch fehlende einheitliche Berufsbilder werden Transparenz und Akzeptanz auf dem Arbeitsmarkt eingeschränkt. Das »behindert die Identifikation der Absolventen mit dem erlernten Beruf und seiner Profilbildung« (Klie/Guerra 2006, ebenda).

Bei den zahlenmäßig mit Abstand bedeutendsten Ausbildungsabschlüssen zum/zur Sozialhelfer/-in bzw. Sozialassistent/-in hat für die Absolventinnen und Absolventen die Möglichkeiten, einen höheren allgemeinbildenden Bildungsabschluss zu erwerben, eine höhere Bedeutung als die (mangelhafte) Verwertbarkeit auf dem Arbeitsmarkt. Für die Akzeptanz auf dem Arbeitsmarkt spielen die betrieblichen Erfahrungen nach der Studie von Klie/Guerra (2006) eine große Rolle (a. a. O. S. 11).

Aktuelle Bemühungen der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK 2013), über gemeinsame Eckpunkte die Ausbildungen zu Assistenz- und Helfer/-innenberufen in ihren Rahmenvorgaben zu vereinheitlichen,[116] sind sehr zu begrüßen, werden aber die strukturellen Nachteile einer vollzeitschulischen Ausbildung nur begrenzt ausgleichen können. Mit dem vorgenannten, mehrheitlich gefassten, Beschluss werden Eckpunkte der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) aus dem Jahre 2012 übernommen.[117] Sie enthalten u. a. eine Aufforderung an die Bundesregierung, die Anrechnung der Abschlüsse auf eine dreijährige Pflegefachausbildung um ein Jahr verbindlich zu regeln, beschreiben die in der Länderausbildung mindestens zu vermittelnden Kompetenzen und legen als Ausbildungsdauer einen Mindestumfang von 700 Stunden für die theoretische Ausbildung und 850 Stunden für die praktische Ausbildung unter Anleitung einer Pflegefachkraft fest. Als Zugangsvoraussetzung wird in der Regel der Hauptschulabschluss festgelegt. Außerdem soll eine im Dualen System übliche Externenprüfung auch hier ermöglicht werden.

116 Beschluss der 86. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 27.06.2013, TOP 7.4
117 Beschluss der 89. Arbeits- und Sozialministerkonferenz vom 28./29.11.2012 in Hannover

3.1.5 Staatlich nicht geregelte Bildungsgänge und Qualifikationen im Gesundheitswesen

Der anhaltende Kostendruck und bestehende oder erwartete Engpässe bei der Besetzung von Stellen für ärztliches Personal sind zwei häufig genannte Gründe für die in vielen Krankenhäusern derzeit stattfindende oder geplante Reorganisation der Arbeitsteilung hauptsächlich zwischen ärztlichem Dienst und Pflegedienst.

Staatlich nicht geregelte Bildungsgänge und Tätigkeitsprofile	Regelungs-grundlage	Ausbildungsdauer in Monaten
Alltagsassistent/-in	Heimträger	
Fachkraft für Betreuung	Bildungsträger	18
Anästhesietechn. Assistent/-in (ATA)	DKG-Richtlinie	36
Chirurgisch-techn. Assistent/-in (CTA)	Bildungsträger	36
Chirurgieassistent/-in (CA)	Bildungsträger	36
Chirurgischer Operationsassistent (COA)	Asklepios Kliniken	645/1800 Std.
Dementenbetreuer/-in	§ 87b SGB XI	1
Gefässassistent/-in	Fachgesellschaft	1
Kardiovaskular-Assistent	Rhön Klinikum	6
Operationstechn. Assistent/-in (OTA)	DKG-Richtlinie	36
Phlebotomist/-in	Klinik	>1
Service-Assistent/-in	Klinik/Bildungsträger	3 Mon./ca. 480 Std.
u.v.a.		

Gelegentlich läuft diese Reorganisation auch unter der Zielsetzung, die Pflegearbeit attraktiver gestalten zu wollen und neue Berufsperspektiven für Pflegekräfte und Angehörige med.-techn. Assistenzberufe zu eröffnen.

Besonders in den chirurgischen Fachgebieten hat ein »Berufe basteln« (Dielmann 2005a) eingesetzt, bei dem zahlreiche neue Qualifikationsbezeichnungen entwickelt wurden. ATA, COA, CTA, OTA, Gefäßassistent/-in oder Phlebotomist/-in heißen einige der neuen Berufsbilder oder Zusatzausbildungen (vgl. a. FES 2013).

Die operationstechnische Assistentin (OTA) ist schon seit Jahren ein vertrautes Berufsbild. Aus der Not, nicht genügend OP-Pflegefachpersonal rekrutieren zu können, geboren, hat der Beruf sich in der Praxis etabliert. Im Bereich der beruflichen Fort- und Weiterbildung mit und ohne zusätzliche Abschlusszertifikate gibt es für alle Gesundheitsberufe eine unüberschaubare Vielzahl an Bildungsangeboten. Anbieter sind u. a. Bildungsträger, Einrichtungen des Gesundheitswesens, Berufs- und Fachverbände und wissenschaftliche Fachgesellschaften. Dazu zählen Altentherapeut/-in, Breast Nurse, Pain Nurse, Stroke Nurse, Case Manager, Wund-Manager, um nur einige Beispiele aus dem Pflegebereich zu nennen.

Auf einige Beispiele dieser Entwicklungen wird im folgenden Kapitel (Bals/Dielmann) näher eingegangen.

3.1.6 Geregelte Weiterbildung

Auf Grund der nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG eingeschränkten Gesetzeskompetenz des Bundes im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung lediglich die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen regeln zu können, unterliegt die Regelung der Weiterbildung der Heilberufe nach weit verbreitetem Verständnis dem Landesrecht. Bei den akademisch ausgebildeten Heilberufen, die zu einem erheblichen Teil auch in selbständiger Niederlassung freiberuflich tätig sind (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, PP), wurde die Regelungskompetenz von den Ländern den berufsständischen Kammern übertragen. Das führt zu einer Vielzahl von Fachgebietsbezeichnungen und Teilgebietsbezeichnungen bei der Ärzteschaft, denen durch entsprechende Empfehlungen der Bundesärztekammer, die nicht bindend sind, nur ein Orientierungsrahmen gegeben werden kann.

Die Begriffe »Fortbildung« und »Weiterbildung« werden im deutschen Sprachraum häufig synonym gebraucht. Es gibt keine allgemein anerkannte einheitliche Definition. In diesem Beitrag wird unter Fortbildung die Aktualisierung und/oder Vertiefung vorhandener Kenntnisse und Fähigkeiten verstanden. Weiterbildung hingegen führt zu einem neuen Bildungsabschluss, der auf eine abgeschlossene Ausbildung aufbaut. In der folgenden Darstellung erfolgt eine Beschränkung auf die abschlussbezogenen Weiterbildungsqualifikationen, die staatlich geregelt sind. Das schier unbegrenzte Feld beruflicher und persönlicher Fortbildungsmaßnahmen, auch solcher auf betrieblicher Ebene, bleibt hier außer Betracht. Einen guten Überblick hierüber geben die einschlägigen Datenbanken der Bundesagentur für Arbeit (z. B. »kursnet« oder »berufenet«: www.arbeitsagentur.de).

Eine hohe Regelungsdichte im Bereich der Weiterbildung gibt es – neben den Fort-/Weiterbildungen in medizinischen, pharmazeutischen und psychotherapeutischen Heilberufen – nur für die Pflegeberufe, insbesondere für die allgemeine Krankenpflege. Insgesamt sind im aktuellen Datenreport des Bundesinstituts für Berufsbildung 223 landesrechtliche Regelungen für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen aufgelistet (BIBB 2013b).

Nicht alle Länder haben entsprechende Weiterbildungsgesetze verabschiedet oder beabsichtigen dies. Bayern und Sachsen-Anhalt haben bislang auf jegliche Regelung verzichtet. Dort angebotene Weiterbildungslehrgänge orientieren sich an den Empfehlungen und Richtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Soweit Weiterbildungsgesetze und -verordnungen erlassen wurden, ist damit aber keineswegs sicher gestellt, dass für gleiche oder vergleichbare Weiterbildungsbezeichnungen auch gleiche Inhalte und Rahmenbedingungen gelten.
Es lassen sich zwei Arten von Weiterbildung unterscheiden (vgl. Dielmann 2001).

1. Spezialisierende Weiterbildung (Fachweiterbildung) für ein bestimmtes Fachgebiet, die sich an medizinischen Fachdisziplinen orientiert, wie Intensivpflege, Operationsdienst oder psychiatrische Krankenpflege. Sie wird in der Regel an Weiterbildungsstätten ohne eigene Rechtsform an Krankenhäusern durchgeführt.

2. Funktionsbezogene Weiterbildung z.B. für leitende und lehrende Aufgaben wie Stationsleitung, verantwortliche Pflegefachkraft, Ausbilder/-innen für die praktische Anleitung, Pflegedienstleitung (PDL) und für Lehrkräfte an Schulen des Gesundheitswesens wird an von Krankenhäusern unabhängigen Weiterbildungsinstituten angeboten. Dies gilt vor allem für die beiden letztgenannten Qualifizierungen. Mitunter sind diese Institute bzw. Einrichtungen gleichwohl in räumlicher Nähe von Krankenhäusern und auf andere Weise mit ihnen verbunden. Die Qualifizierung der Lehrkräfte für Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen wurde allerdings mit Auslaufen der Übergangsfristen im Krankenpflegegesetz (2003) eingestellt und findet seither ausschließlich an Hochschulen statt.

Der Regelungsumfang ist in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich (vgl. tabellarische Übersicht). Staatliche Verordnungen für Intensivpflege, Operationsdienst und psychiatrische Pflege gibt es in fast allen Ländern oder es wird zumindest ersatzweise auf die Empfehlungen und Richtlinien der DKG Bezug genommen. Zugangsvoraussetzung ist in der Regel eine abgeschlossene Krankenpflege- oder Kinderkrankenpflegeausbildung sowie ein- bis zweijährige Praxis im Beruf. Die Weiterbildung dauert zumeist zwei Jahre und umfasst zwischen 700 und 850 theoretische Unterrichtsstunden sowie Praktika in verschiedenen Fachgebieten. Die Freistellung und Finanzierung erfolgt häufig durch den Arbeitgeber, sofern ein betriebliches Interesse an der Qualifizierung besteht. Die Förderungsmöglichkeiten nach dem Arbeitsförderungsgesetz, später dem Sozialgesetzbuch III sind durch zahlreiche Kostendämpfungsgesetze soweit eingeschränkt worden, dass praktisch nur noch Teilnehmer/-innen im Rahmen einer Maßnahme der beruflichen Rehabilitation gefördert werden können. Für die aufstiegsbezogene Weiterbildung wurde als Ersatz für die gestrichene Förderung aus den Mitteln der Arbeitslosenversicherung 1996 das Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz (AFBG), auch »Meister-BAföG« genannt, geschaffen.

Nur wenige staatlich geregelte Weiterbildungsabschlüsse gibt es mit Ausnahme der Pflegeberufe für die anderen auf Grundlage von Berufszulassungsgesetzen geregelten Gesundheitsberufe. Die in Sachsen erlassene Weiterbildungsverordnung zum/zur Fachphysiotherapeuten/-in für psychosoziale Medizin stellt ebenso eine große Ausnahme dar, wie die in Berlin getroffenen Regelungen für Lehr- und Leitungskräfte in Logopädie, Physiotherapie sowie für Masseure und med. Bademeister/-innen und Spezialisierungen für MTA-Berufe.

Überblick über Weiterbildungsregelungen der Länder[118]

Bundesland	Weiterbildung												
	Intesiv-pflege/ Anästhesie	Operati-onsdienst	Psychiatr. Pflege	Nephro-logie	Onkolog. Pflege	Rehabili-tat. Pflege	Hygiene-Fachkraft	Geronto-psychia-trie	Ambulan-te Pflege	Praxis-anleitung	Stations-leitung	Pflege-dienstleis-tung	Lehrer/-in für Pflege-berufe
Baden-Württemberg	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X amb.	
Bayern													
Berlin	X	X	X		X	X	X		X			X	X
Brandenburg	X	X			X			X	X				
Bremen	X	X	X		X				X				X
Hamburg	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X
Hessen	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Meckelnburg-Vorpommern	X	X	X										
Niedersachen	X	X	X		X		X	Sozial-psychiatrie	X		X	X	X
Nordrhein-Westfalen	X	X	X				X						
Rheinland-Pfalz	X	X	X				X		X	X	X	X	X
Saarland	X	X	X		X	X				X			X
Sachsen	X	X	X	X	X	X	X	X		X		X	
Sachsen-Anhalt													
Schleswig-Holstein	X	X	X		X	X	X				X		
Thüringen								X		X			

118 Da die Weiterbildungsbezeichnungen und Kombinationen der Fachgebiete bei den Bundesländern variieren, wurden Sammelbezeichnungen gewählt

Ein Novum stellt die vom Land Baden-Württemberg (2013) jüngst zur Erprobung erlassene »Weiterbildungsverordnung Arztassistenz« vom 5. Juni 2013. Sie ermöglicht Pflegefachkräften mit einer Erlaubnis nach Altenpflege- bzw. Krankenpflegegesetz einen Bachelorabschluss als staatlich anerkannter Arztassistent /staatl. Anerkannte Arztassistentin (Physician Assistant) zu erwerben. Damit wird erstmals eine staatlich geregelte Weiterbildung für Pflegeberufe mit einem Hochschulstudium verknüpft.

Weiterbildungsregelungen im Geltungsbereich des Berufsbildungsgesetzes basieren auf den Vorschriften der §§ 53 und 54 BBiG, wonach Fortbildungsordnungen und Prüfungsregelungen vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft oder dem zuständigen Fachministerium erlassen werden können oder von den zuständigen Stellen (§ 54 BBiG). Zuständige Stellen können z. B. Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern, Bezirksregierungen oder Kammern der freien Berufe, wie Ärztekammern oder Rechtsanwaltskammern sein. So gibt es z. B. Weiterbildungsregelungen der Kammern zum Diätkoch/zur Diätköchin. Ärztekammern haben zahlreiche Fort- und Weiterbildungsregelungen für Med. Fachangestellte erlassen, z. B. zum/zur Fachwirt/-in für ambulante med. Versorgung, für ambulantes Operieren, ambulante Versorgung älterer Menschen, betriebsmedizinische Assistenz, Casemanagement, Ernährungsmedizin, Praxisassistentin u. v. a. (BÄK 2013). Für Zahnmedizinische Fachangestellte gibt es Weiterbildungsabschlüsse zum/zur Dentalhygieniker/-in oder zum Zahnmedizinischen Prophylaxeassistenten/ zur Zahnmedizinischen Prophylaxeassistentin.

Während bei den Gesundheitsberufen, die auf Berufsgesetzen basieren, für die Weiterbildung das Landesrecht gilt, erlaubt das Berufsbildungsgesetz auch bundesrechtliche Regelungen nach § 53 BBiG, die im BBiG Fortbildungsregelungen genannt werden. Es handelt sich aber um Weiterbildungsabschlüsse im oben definierten Sinne.

Zuletzt wurde mit der Verordnung über die Prüfung zum anerkannten Fortbildungsabschluss »Geprüfter Fachwirt im Gesundheits- und Sozialwesen« und »Geprüfte Fachwirtin im Gesundheits- und Sozialwesen« vom 21. Juli 2011 eine bundesweit geltende Regelung geschaffen, die etwa 50 verschiedene, von den Kammern erlassene Fortbildungsordnungen abgelöst hat.

Ob das erstrebenswerte Ziel bundeseinheitlicher Weiterbildungsabschlüsse auch bei den Heilberufen über Berufszulassungsgesetze für Weiterbildungsabschlüsse erreicht werden kann, wird zu diskutieren sein. Zumindest kann davon ausgegangen werden, dass es sich etwa beim Abschluss zum/zur Fachintensivpfleger/-in

oder zum/zur OP-Fachpfleger/-in um einen Heilberuf handelt und insoweit eine Regelung im Rahmen der Gesetzgebungskompetenz des Bundes zur Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG denkbar ist.

3.1.7 Fazit

Berufsbildung im Gesundheitswesen für spezifische Aufgaben in der Gesundheitsversorgung findet in allen Regelungsbereichen des Berufsbildungssystems statt. Im Dualen System nach BBiG gehören die Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten zu den zahlenmäßig größten Ausbildungsberufen, in der Systematik der Heilberufe sind es die Pflegeberufe. Unter den vollzeitschulischen Ausbildungsgängen nach Landesrecht haben die Sozialassistenzausbildungen einen sehr hohen Anteil. Der letztgenannte Ausbildungsbereich ist durch besonders große Vielfalt und Unübersichtlichkeit gekennzeichnet, die sich nur zum Teil aus dem Umstand erklärt, das Landesrecht gewöhnlich immer Vielfalt bedeuten kann. Die Ausbildungsprofile sind in hohem Maße überlappend, nicht klar abgegrenzt und oft nicht hinreichend profiliert und qualifiziert, um auf dem Arbeitsmarkt angemessen verwertbar zu sein. Bemühungen um einheitliche Eckpunkte für die Ausbildungen, wie sie hier zuletzt durch den GMK-Beschluss (2013) zur Ausbildung in der Pflegehilfe angestoßen wurden, können hier zu einer Verbesserung der Situation beitragen.

Die im System der Heilberufe geregelten Gesundheitsberufe zeichnen sich in ihrer Sonderrolle ebenfalls durch uneinheitliche Strukturen aus. Sie enthalten beispielsweise bei den Pflegefachberufen und Hebammen wesentliche Elemente des Dualen Systems, bei anderen Ausbildungen, wie z. B. in der Diätasssistenz und Physiotherapie überwiegen die Merkmale vollzeitschulischer Ausbildungen, ohne über deren Vorteile, einer besseren Durchlässigkeit in den Hochschulbereich durch höhere Anteile an allgemeinbildendem Unterricht zu verfügen. Eine für fast alle Berufsausbildungen geltende Selbstverständlichkeit, nämlich, dass für die Teilnahme an der Erstausbildung keine Gebühren erhoben werden, ist für einige Heilberufe (z. B. Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie) außer Kraft. Auch andere wesentliche Qualitätsmerkmale der Berufsausbildung im Dualen System (BBiG) werden bei den auf Grundlage von Berufszulassungsgesetzen (Heilberufe) geregelten Berufen systematisch nicht erfüllt, wie die durchgängige Qualifizierung der Lehrkräfte auf Hochschulebene und eine strukturierte praktische Anleitung während der praktischen Ausbildungsphasen durch berufspädagogisch qualifiziertes Fachpersonal.

Auch die im Dualen System üblichen sozialen Standards, wie eine angemessene Ausbildungsvergütung, tarifliche Regelungen zu Ausbildungsrahmenbedingungen wie Fahrtkostenerstattung u. Ä. und Teilhabe an der betrieblichen Mitbestimmung bleiben diesen Ausbildungsberufen vorenthalten. Hier könnte eine Vereinheitlichung der Ausbildungsstrukturen und eine Annäherung an übliche Standards im Dualen System Abhilfe schaffen.

Für die neu entstehenden Berufs- und Tätigkeitsprofile ist eine Einbettung in den rechtlichen Rahmen geordneter Berufsausbildung erforderlich. Das Prinzip der Durchlässigkeit innerhalb des gesamten Bildungssystems sollte für alle Berufsausbildungen angewendet werden. Durchlässigkeit zwischen den Berufen durch wechselseitige Anrechnung von gemeinsamen Ausbildungsanteilen ist ebenso geboten wie vertikale Durchlässigkeit bis in den Hochschulbereich.

Die Hochschulausbildung sollte den im Hochschulrecht üblichen Standards entsprechen, ohne die besonderen Anforderungen, die an Gesundheitsberufe gestellt werden, zu vernachlässigen. Wegen der z. T. durch EU-Recht vorgeschriebenen, aber auch aus berufsqualifikatorischen Gründen sinnvollen, vergleichsweise hohen Praxisanteile, bieten sich duale Studiengänge für die Berufsausbildung auch in diesem Bereich an.

3.2 Neugestaltung der Gesundheitsberufe im Kontext des Deutschen Berufsbildungssystems: Thomas Bals/Gerd Dielmann

Zusammenfassung

Wenn Gesundheitsberufe neu gedacht werden und z. B. die zukünftige Definition des jeweiligen Leistungsspektrums prinzipiell reflektiert wird, geht dies notwendig auch mit der Revision einschlägiger Berufsprofile, -zuschnitte und -rollen als auch der Generierung neuer, innovativer Berufsbilder einher. Der vorliegende Beitrag zeigt auf, welche Traditionen und Strukturen aktuelle Berufsentwicklungen im Gesundheitswesen derzeit bestimmen und konfrontiert diese mit den ansonsten gängigen, »normalen« Vorgehensweisen und Formaten im Berufsbildungssystem. Diese Problematik aber auch zielführende Wege zur staatlichen Anerkennung innovativer Berufsentwicklungen werden dann am Beispiel von derzeit – aufgrund von Kostendruck und Ärztemangel – besonders beförderten arztnahen Assistenzberufen wie der Chirurgisch-technischen Assistenten/Assistentinnen (CTA) und Operationstechnischen Assistenten/Assistentinnen (OTA) konkret veranschaulicht. Im Ergebnis erscheint dabei hinsichtlich zukünftiger Regelungsoptionen zumindest ein Allgemeines Heilberufegesetz/Gesetz über die Heilberufe sinnvoll. Darüber hinaus wäre es im Interesse der Gesundheitsberufe wie des Versorgungssystems, wenn in der Sache sowohl das bewährte deutsche Berufsbildungssystem als auch etablierte Studienformate wie »duale Studiengänge« einen wesentlichen Bezugspunkt der Berufsentwicklung im Gesundheitswesen darstellen.

Einleitung

Wie einleitend erwähnt, machen die beschriebenen aktuellen und absehbaren Herausforderungen bzw. Umstrukturierungen im Gesundheitswesen sowohl die Revision einschlägiger Berufsprofile, -zuschnitte und -rollen als auch die Generierung neuer, innovativer Berufsbilder erforderlich. Basierend auf der vorangegangenen systematischen Verortung der Qualifikationspfade der Gesundheitsberufe geht es in den folgenden Ausführungen zum einen darum, aktuelle Berufsentwicklungen konkret anhand ausgewählter Fallbeispiele zu skizzieren und zum anderen diesbezügliche Optionen beruflicher Qualifizierung und Tätigkeit in eher grundsätzlicher Hinsicht und im Hinblick auf eine Neugestaltung der Bildungsstrukturen im Gesundheitssektor zu diskutieren. Angesichts des in der Bestandsanalyse deutlich gewordenen, selbst für Gesundheitsexperten kaum durchschaubaren derzeitigen »Qualifikations-Irrgartens«, steht dabei allein schon aus Gründen der Funktionalität die

Forderung nach Transparenz und einer Normalisierung der einschlägigen Bildungsstrukturen im Vordergrund.

3.2.1 Berufsprofile im Wandel[119]

Die Erweiterung des Leistungsspektrums der Gesundheitsfachberufe zur Anpassung an gesellschaftliche Veränderungen und Modernisierungsprozesse im Gesundheitswesen macht einen entsprechenden Wandel der Berufsprofile erforderlich. Eben diesen Aspekt hat auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten »Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung« (2007), inzwischen aber z. B. auch die Lancet-Kommission mit »Education of Health Professionals for the 21st Century« (2010)[120] sowie die Robert Bosch Stiftung in ihrem Memorandum »Kooperation der Gesundheitsberufe – Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung« (2011) aufgegriffen. Unter dem Titel »Public Private Health« hat aktuell auch die BMBF-Initiative zur Früherkennung von Qualifikationserfordernissen (FreQueNz-Netzwerk) eine auf insbesondere die Befragung von rund 1 500 Experten/innen gestützte Untersuchung zu zukünftigen Qualifikationserfordernissen bei Gesundheitsberufen der mittleren Qualifikationsebene vorgelegt (Klaes u. a. 2013).

Gefordert wird unter anderem eine Neudefinition der Berufsaufgaben im Gesundheitswesen (z. B. eigenständige Leistungserbringung von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen) sowie eine Reorganisation der einschlägigen Berufs- bzw. Kompetenzprofile nach Maßgabe der sich wandelnden Anforderungen im Versorgungssystem. Ein solcher Ansatz setzt natürlich eine gewisse Offenheit der einschlägigen Stakeholder im Gesundheitswesen voraus.

Wie bereits im vorangegangenen Beitrag detailliert dargelegt, gibt es im deutschen Bildungswesen – neben den derzeit expandierenden Studiengangsangeboten im Tertiärbereich – im Sekundarbereich aktuell rund 350 gemäß Berufsbildungsgesetz geregelte Ausbildungsberufe mit entsprechenden gesetzlich verankerten Ausbildungs- und Prüfungsordnungen sowie 17 berufsgesetzlich geregelte

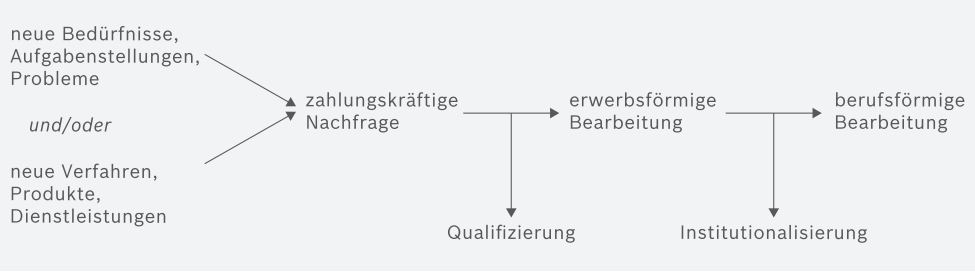
119 Die Ausführungen in diesem und dem nächsten Abschnitt stützen sich wesentlich auf den Beitrag des Autors Bals »Gewinnung neuer Kompetenzprofile für die Berufe des Gesundheitswesens« in der Dokumentation zum Symposium der Robert Bosch Stiftung »Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen« am 11.06.2010 in Stuttgart, veröffentlicht im Schattauer-Verlag, herausgegeben von der Robert Bosch Stiftung (2011a).

120 »Eine neue globale Initiative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten« (Deutsche Version publiziert von der Careum Stiftung 2011).

Gesundheitsberufe und eine Vielzahl von landesrechtlich geregelten Berufen.[121] Unter den auf Grundlage des BBiG geregelten Berufen können 16 den Gesundheitsberufen zugeordnet werden. Hinzu kommen eine große Zahl staatlich anerkannter Weiterbildungsberufe mit bundeseinheitlichem oder kammerrechtlichem Abschluss und schließlich eine Vielzahl von Aus- und Weiterbildungsabschlüssen auf Fachhochschul- und Hochschulebene. Daneben existiert eine große Zahl von Erwerbsberufen bzw. beruflichen Tätigkeiten, die (zum Teil schon seit langer Zeit) von einer großen Zahl von Beschäftigen ausgeübt werden, ohne dass es jemals zur Verberuflichung und Institutionalisierung kommt, was zum Teil von den beteiligten Akteuren offensichtlich auch gar nicht angestrebt wird.

Die grundsätzliche Frage, wie sich Berufsprofile wandeln, neue Berufe entstehen, auf welche Weise einzelne Berufsbilder zustande kommen und welche Akteure mit welchen Interessen daran mitwirken, beschäftigt die Arbeits- und Berufssoziologie seit den 70er Jahren. Berufstheoretisch lässt sich die Entstehung eines neuen Berufs nach Beck u. a. (1980) grob in mehrere Phasen unterteilen (s. Abbildung):

Abbildung: »Voraussetzungen für die Entstehung eines neuen beruflichen Tätigkeitsfeldes«



Sind die skizzierten Grundvoraussetzungen für die Entstehung eines neuen beruflichen Tätigkeitsfeldes erfüllt, kann der Prozess der Verberuflichung beginnen. Wesentliches Konstitutionsprinzip für ein tatsächliches Erreichen der Berufsförmigkeit ist allerdings die Dauerhaftigkeit und Stabilität der beruflich zu bearbeitenden Probleme. Vorübergehende Probleme ermöglichen keine kontinuierliche, längerfristige Arbeitsperspektive und können auch nicht Thema und Inhalt von Berufen werden (vgl. Beck u. a. 1980).

121 Das Länderrecht hat besonders für die Berufsbildung im Berufsfeld Gesundheit größte Bedeutung. Für die Berufsbildung von Gesundheitsberufen, gesundheits- und sozialpflegerischen Berufen sowie sozialpädagogischen Berufen existieren über 280 verschiedene länderrechtliche Regelungen zu 222 Abschlussbezeichnungen (BIBB: Ergänzungsband zum Verzeichnis der anerkannten Ausbildungsberufe und des Verzeichnisses der zuständigen Stellen. Vom 8. April 2011).

Im Rahmen einer Ende der 1990er Jahre im Auftrag des Bundesinstituts für Berufsbildung durchgeführten empirischen Studie zur Früherkennung des Qualifikationsbedarfs für innovative Tätigkeitsfelder im Gesundheits- und Sozialbereich (vgl. Bals/Brater/Hemmer-Schanze/Meifort 2001), die sich auf den vorab skizzierten konzeptionellen Ansatz stützte, konnten Beispiele neuer einschlägiger Tätigkeitsfelder bzw. Berufsprofile nachgewiesen werden. Einige wie der OTA, der Kaufmann im Gesundheitswesen und der Sozialassistent/Sozialhelfer haben sich inzwischen fest etabliert, bei weiteren wie z. B. dem Anästhesietechnischen Assistenten zeigen sich zumindest Verberuflichungstendenzen bzw. -potentiale (vgl. Bals 2004).

3.2.2 Berufsprofile und -qualifizierung im Gesundheitswesen

Bereits an anderer Stelle dieser Publikation wurde auf den prinzipiellen Umstand hingewiesen, dass insbesondere die jenseits der akademischen Heilberufe existierenden Gesundheitsberufe sowohl in ihrer Vielfalt als auch quantitativ wie qualitativ zumeist unterschätzt werden. (vgl. Beitrag von Dielmann: »Die Gesundheitsberufe und ihre Zuordnung im deutschen Berufsbildungssystem – eine Übersicht«).

Unter der Sammelbezeichnung »Gesundheitsberufe« wird eine Vielzahl von Berufen zusammengefasst, die neben den traditionell-akademischen Gesundheitsberufen (v. a. Ärzte, Psychologen und Apotheker) zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung beitragen. Gegenwärtig sind fast 2,3 Mio. Menschen in Deutschland in Gesundheitsfachberufen (»übrige Gesundheitsdienstberufe«) und ca. 500 000 in akademischen Heilberufen beschäftigt, wobei der Frauenanteil über alle Gesundheitsdienstberufe ca. 80 % beträgt.[122] Die Anzahl der Auszubildenden beläuft sich auf ca. 190 000 Personen (im Vergleich zu ca. 20 000 Studienanfängern in akademischen Heilberufen). Die Pflegeberufe (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Altenpfleger/-in) repräsentieren die größte Berufsgruppe innerhalb der Gesundheitsberufe. Weiterhin zählen Berufe aus – folgt man der Einteilung der Gesundheitsfachberufe von Meifort u. a. (1994) – dem Bereich der Primärversorgung (z. B. Medizinische/-r Fachangestellte/-r), diagnostisch-technische Berufe (z. B. Medizinisch-technische/-r Assistent/-in) und therapeutisch-rehabilitative Berufe (z. B. Physiotherapeut/-in, Ergotherapeut/-in) zu den Gesundheitsfachberufen. Im weiteren Sinne werden mitunter auch Präventionsberufe (z. B. Diätassistent/-in), Gesundheitshandwerksberufe (z.B. Zahntechniker/-in), Körperpflegeberufe (z.B. med. Fußpfleger/-in) und Gesundheitsverwaltungsberufe (z.B. Sozialversicherungsfachangestellte/-r) unter den Gesundheitsberufen subsumiert.

122 Statistisches Bundesamt/DESTATIS (2012c): Gesundheitspersonal 2011. Via https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Tabellen/Berufe.html (Abrufdatum: 13.08.2013).

Die Ausbildung in den meisten Gesundheitsberufen nimmt – ausgehend vom Regelfall der beruflichen Ausbildung im Dualen System bzw. an Berufsfachschulen – eine Sonderrolle ein. So treten, wie aus der folgenden Übersicht hervorgeht, z. B. Berufszulassungsgesetze anstelle des Berufsbildungsgesetzes bzw. der Länderschulgesetze, Arbeits-/Sozial- oder Gesundheitsministerien anstelle der Kultusministerien und (z. T. zwergschulartige) Ausbildungsstätten in freier Trägerschaft für einzelne Berufe anstelle öffentlicher beruflicher Schulen mit einer breiten Palette von Ausbildungsberufen und Schulformen. Des Weiteren stellen utilitaristisch orientierte Ordnungsmittel sowie nicht-pädagogisch ausgebildete und nebenberuflich tätig Lehrkräfte den Regelfall dar.

	Gesundheitsfachberufe	Duale und vollschulische Ausbildungsberufe
Gesetzlicher Rahmen	Berufszulassungsgesetze	Berufsbildungsgesetz bzw. Länderschulgesetze
Ministerielle Zuständigkeit	Zuständigkeit Arbeits-/Sozial- bzw. Gesundheitsministerien	Kultusministerien
Trägerschaft/ Angebotspalette	Ausbildungsstätten bzw. (Ersatz-/ Ergänzungs-)Schulen in freier Trägerschaft für einzelne Berufe	Öffentliche berufliche Schulen, zahlreiche Ausbildungsberufe und Schulformen
Qualifikation Lehrkräfte	weitergebildete Berufsangehörige und nebenberuflich tätige Heilberufsangehörige	Lehrer mit entsprechenden Lehrämtern und qualifizierte Ausbilder
Finanzierung	Entgelte für Krankenhausleistungen, staatl. Finanzhilfe und/oder Schulgeld	reguläre Mittelansätze in kommunalen und Landesetats
Ordnungsmittel	utilitaristisch orientierte Ordnungsmittel	Curricula mit funktionsspezifischen und allgemeinbildenden Lehr-/Lerninhalten
Durchlässigkeit	mangelnde vertikale und horizontale Durchlässigkeit, »Bildungssackgassen«	vertikale und horizontale Durchlässigkeit

Als Konsequenz dieser rechtlichen, administrativen, institutionellen sowie pädagogischen Eigenheiten gibt es, inzwischen mit Ausnahme der Pflegeberufe, sog. »Bildungssackgassen«, d. h. einen Mangel an beruflichen Aufstiegs-/und Wechselmöglichkeiten für Auszubildende und Berufsangehörige. Bereits seit Mitte der 1990er Jahre wurde zudem vermehrt die Forderung nach einer Neuschneidung der beruflichen Tätigkeiten und Kompetenzen der Gesundheitsberufe und ihrer Ausbildung laut. Auch vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit 2010 einen Fachbeirat zur »Weiterentwicklung der Heilberufe« eingesetzt, der sich u. a. mit ordnungspolitischen Bestrebungen einer Neupositionierung der Verortung im Bildungssystem und des »Zuschnitts« von Kompetenzprofilen der Gesundheitsberufe befassen soll (aktuell insbes. im Rahmen der »Novellierung« der Berufsgesetze der Technischen Assistenten und der Pflegeberufe).

Als zentrales Stichwort der Forderungen nach einer Neubestimmung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe i. S. einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung fungiert hierbei vor allem auch die Diskussion um ihre »Akademisierung«. In diesem Kontext wiederum spielt die sog. »Experimentierklausel« eine zentrale Rolle, d. h. der bereits 2007 gefasste Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz, der 2009 für vier Berufe umgesetzt wurde, wonach in die Berufsgesetze der Gesundheitsfachberufe eine Öffnungsklausel zur Erprobung neuer Ausbildungsformen auf Hochschulebene aufgenommen werden sollte.[123] Für die Pflegeberufe war bereits mit der Schaffung des bundeseinheitlichen Altenpflegegesetzes und der Novellierung des Krankenpflegegesetzes (2003) eine Modellversuchsklausel (z. B. § 4 Abs. 6 KrPflG) zur Erprobung gemeinsamer Ausbildungsgänge in den Pflegeberufen aufgenommen worden. Ausdrücklich vorgesehen wird die Hochschulausbildung im Rahmen von Modellversuchen zur Vermittlung erweiterter Kompetenzen zur Ausübung der Heilkunde (§ 4 Abs. 7 KrPflG), die 2008 mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in das Altenpflegegesetz und das Krankenpflegegesetz aufgenommen wurde. Zwar ist die hierfür erforderliche Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Jahre 2012 in Kraft getreten, doch fehlt es aber noch an Modellversuchen gemäß § 63 Abs. 3c SGB V zur Erprobung neuer Versorgungsformen, die eine unabdingbare Voraussetzung für die Schaffung entsprechender Bildungsgänge darstellen.

3.2.3 Fallbeispiele innovativer Berufsprofile – zwischen Berufe basteln und Ordnungsmittel erarbeiten

Vor dem Hintergrund der vorab skizzierten Grundsituation wird in den folgenden Abschnitten am Beispiel arztnaher Assistenzberufe deutlich gemacht, wie Entwicklungen im Gesundheitswesen im Hinblick auf die Revision und/oder Innovation beruflicher Profile und entsprechender Qualifizierungen aufgegriffen werden (können).

Fall 1: Berufe basteln in der Chirurgie

Angesichts zunehmenden Kostendrucks und eines regional bestehenden Ärztemangels sind viele Krankenhäuser in den letzten Jahren dazu übergegangen, Weiterbildungskosten für OP- und Intensivpflegepersonal zu reduzieren und insbesondere im OP kürzer ausgebildetes Personal zum Einsatz zu bringen. Ärztliche Aufgaben werden verstärkt auf Pflegepersonal übertragen und neue Berufs- und Tätigkeitsprofile kreiert.[124]

123 Zu weiteren Einzelheiten vergleiche die Beiträge von Dielmann und Igl in dieser Denkschrift.

124 Vgl. Dielmann, G.: Delegation ärztlicher Tätigkeiten und Berufebasteln bei Helios. In: Infodienst Krankenhäuser Heft Nr. 28, März 2005, S.38/39 Hannover, ders.: Neue Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. In: Die Schwester Der Pfleger, Jahrg. 48, Heft 8/2009, S. 806–811, Melsungen; ders.: Neue Berufsbilder in den Kliniken – Chancen und Risiken – In: Infodienst Krankenhäuser Heft Nr. 51, Dezember 2010, S. 28–30, Hannover; Offermanns, M. u. a.: Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes, hrsg. vom Deutschen Krankenhausinstitut – DKI, Düsseldorf 2008.

Außer in OP und Anästhesie treten diese Entwicklungen unter den medizinischen Fachgebieten vor allem in der Chirurgie in Erscheinung. Wohl nicht zuletzt wegen der vorab schon angesprochenen Sonderstellung der Gesundheitsfachberufe im Berufsbildungssystem wird in der Regel nicht auf die bewährten Mechanismen bei Neuordnungsverfahren in der Berufsbildung zurückgegriffen, sondern einzelne Krankenhäuser, Klinikketten oder medizinische Fachgesellschaften entwickeln neue Qualifikationsprofile ohne Rücksicht auf vorhandene Aus- und Weiterbildungsabschlüsse etwa in den Pflegeberufen.

Im System staatlich anerkannter Ausbildungsberufe auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes gilt dagegen – vereinfacht dargestellt – folgendes Verfahren. Zunächst wird auf Antrag der Sozialpartner zur Feststellung des Bedarfs an neuen/anderen Qualifikationen eine Berufsfeldanalyse durchgeführt. Im zweiten Schritt werden die vorhandenen Berufsprofile im Hinblick auf Veränderungsbedarf untersucht. Bedarf es neuer Ausbildungsinhalte in vorhandenen anerkannten Berufen oder lässt sich dem veränderten Qualifikationsbedarf durch Anpassungen oder neue Weiterbildungsregelungen Rechnung tragen? Oder ist es sinnvoll, einen neuen Ausbildungsberuf zu schaffen, der speziell auf die neuen Anforderungen zugeschnitten ist? Je nach Ergebnis der Berufsfeldanalyse und Beantwortung der genannten Fragen bleibt es bei Anpassungsfortbildungen oder es wird eine neue Ausbildungs- oder Fortbildungsordnung erlassen, die zu einem staatlich anerkannten Abschluss führt. Handelt es sich um einen Heilberuf im Sinne des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz (GG) sind auch ein Berufszulassungsgesetz oder entsprechende landesrechtliche Weiterbildungsregelungen denkbar. Das Duale System kann vor allem flexibel auf Arbeitsmarktbedarfe reagieren. Das liegt einmal an der unmittelbaren Beteiligung der Sozialpartner, aber auch daran, dass eine Rechtsverordnung des Bundes auf Grundlage des BBiG keiner Zustimmung des Bundesrats bedarf und im Bereich der Weiterbildung bundeseinheitliche Fortbildungsregelungen nach § 53 BBiG erlassen werden können. Regionaler Bedarf kann durch Fortbildungsregelungen der zuständigen Stellen nach § 54 BBiG gedeckt werden.

Die Schaffung betriebseigener Berufsabschlüsse ist im deutschen Berufsbildungssystem nicht vorgesehen. Auch wenn es sich bei der Anästhesietechnischen Assistentin, Chirurgischtechnischen Assistentin und OTA (DKG) nicht um staatlich geregelte Ausbildungsabschlüsse handelt, sind auf diese Ausbildungen die Grundsätze des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) anzuwenden (§ 3 BBiG; LAG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 18.01.2007, 18 Sa 1600/06).

Neue Qualifikationsprofile in der Chirurgie

Seit 2006 werden am Ausbildungszentrum der Kaiserswerther Diakonie (Nierhaus-Sturr 2009)[125] so genannte Chirurgisch-technische Assistenten/Assistentinnen (CTA) ausgebildet. Es handelt sich um eine grundständige Ausbildung von dreijähriger Dauer. Die Ausbildung ist nach dem Vorbild des Krankenpflegegesetzes strukturiert in 2 100 Stunden theoretischen Unterrichts und 2 500 Stunden praktischer Ausbildung. »Die fachpraktische Anleitung wird von ärztlichen Tutoren übernommen, sodass die CTA-Schüler relativ schnell nach Ausbildungsbeginn in der Lage sind, Arbeiten in der Chirurgischen Klinik übernehmen zu können.« (ebd.) Von der CTA-Ausbildung zu unterscheiden ist die Qualifikation zum Chirurgischen Assistenten/zur Chirurgischen Assistentin. Sie ist nicht als Ausbildung, sondern als Weiterbildung konzipiert. Erste Fortbildungskonzepte wurden bereits 2001 in Osnabrück entwickelt. »Der Chirurgie-Assistent rekrutiert sich aus medizinischem Fachpersonal. Er übernimmt intraoperativ assistierende Aufgaben (1. und 2. Assistenz) auf Anordnung und unter Aufsicht eines verantwortlichen Mediziners.« (Berentzen 2009)[126] Zugelassen zu dieser rechtlich nicht geregelten Weiterbildung sind Pflegekräfte mit Fachweiterbildung für den OP-Dienst, OTA mit zweijähriger fachspezifischer Berufserfahrung und Pflegekräfte mit mindestens fünfjähriger fachspezifischer Berufserfahrung. Der Umfang der Weiterbildung beträgt 6 Monate und umfasst 80 theoretische Unterrichtsstunden. Die praktische Weiterbildung erfolgt im OP unter Anleitung eines ärztlichen Mentors. »Insgesamt müssen 200 operative Eingriffe unter Aufsicht und Anweisung eines verantwortlichen Mediziners assistiert und schriftlich anhand eines OP-Kataloges zeitnah während der sechs Monate dokumentiert werden.«[127]

Ein Kardiovaskulär-Assistent mit einem Weiterbildungsumfang von 3 Monaten und 40 Theoriestunden wird an den Rhön-Kliniken qualifiziert. In Essen gibt es einen OP-Assistenten in der Kardiovaskulär-Chirurgie mit einem Weiterbildungsumfang von 6 Monaten und 80 theoretischen Unterrichtsstunden. Beim Asklepios-Konzern existiert die Variante des/der Chirurgischen Operationsassistenten/-in (COA) mit 720 Std. Theorie und 1 900 Std. Praxis. Hier handelt es sich um eine Mischung aus chirurgischer und operativer Assistenz. Immerhin wird der im Weiterbildungsbereich in landesrechtlichen Weiterbildungsregelungen und Fortbildungsordnungen nach BBiG weithin übliche Standard einer knapp zweijährigen Weiterbildung mit mindestens 720 theoretischen Unterrichtsstunden eingehalten.[128]

125 Nierhaus-Sturr, B.: Kaiserswerther Diakonie stützt Ressourcenoptimierung in Kliniken durch Ausbildung zum Chirurgisch-technischen Assistenten. In: Der Chirurg BDC 6, 2009
126 Berentzen, J., Delegation ärztlicher Tätigkeiten im Operationsdienst – Der Chirurgie-Assistent. In: Der Chirurg BDC 1, S. 20, 2009
127 a.a.O. S.21
128 Nicht-Mediziner als OP-Assistent in Wiesbadener Kurier, 18.05.2011

Die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) hat einen eigenen Gefäßassistenten kreiert. Während einer dreijährigen Tätigkeit in einer entsprechenden Abteilung werden insgesamt 2 Wochen theoretischen Unterrichts in eintägigen Seminarveranstaltungen und 2 Wochen Hospitation angeboten. Zur Prüfung sind darüber hinaus 20 apparative Untersuchungen und 40 Messungen von Knöchelarteriendrucken nachzuweisen.[129]

Berufsbildungspolitisch sind die auf eine staatlich geregelte Ausbildung aufbauenden Fort- und Weiterbildungsregelungen weniger problematisch. Aber auch hier fehlt es sowohl an rechtlichen Grundlagen als auch an einheitlichen Strukturen und Qualifikationsprofilen, wodurch ein Stellenwechsel und eine wechselseitige Anerkennung der Qualifikationen erschwert werden. Den Betroffenen sind die nachteiligen Folgen ungeregelter Abschlüsse oft nicht bekannt.

Fall 2 Erfolgsgeschichte OTA?[130]

Die Entwicklung des Berufsbildes OTA[131] lässt sich auf den ersten Blick durchaus als eine Art »Erfolgsgeschichte« beschreiben. In gut zwei Jahrzehnten nach der ersten Ausbildung (1990) hatte sich die regionale Initiative einiger Krankenhäuser in NRW[132] zu einem bundesweit gestreuten Ausbildungsangebot mit ca. 2 500 Ausbildungsplätzen an etwa 100 Ausbildungseinrichtungen und entsprechend ca. 5 000 Auszubildenden entwickelt.[133]

Um die Dimension der o. g. Zahlen einzuschätzen, muss man sich vergegenwärtigen, dass es damit jetzt deutlich mehr OTA-Schüler/-innen gibt als bei den Logopäden (3 782 in 2011), Masseuren und medizinischen Bademeistern (2 638 in 2011) sowie Medizinisch-technischen Radiologieassistenten (2 751 in 2011) sowie einer Vielzahl weiterer, wenig besetzter Gesundheitsfachberufe mit staatlich anerkannten Berufsabschlüssen (Diätassistent, Hebamme/Entbindungspfleger, Veterinärmedizinischer Assistent, Orthoptist, Medizinischer Dokumentationsassistent, Podologe u. Ä.)[134]

129 http://www.gefaesschirurgie.de/modules.php? 25.08.2008

130 Die Ausführungen in diesem Abschnitt stützen sich wesentlich auf den Beitrag des Autors Bals »OTA – eine erfolgreiche Berufsentwicklung« im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt 07/2004, S. 41 – 46

131 Das Akronym »OTA« steht sowohl für die Berufsbezeichnung »Operationstechnischer Assistent« (gemäß DKG-Richtlinie 1996) als auch für das Berufsbild „Operationstechnischer Angestellter« (gemäß Ausbildungsordnung des Landes Schleswig-Holstein 2004).

132 Zur Entwicklung des Berufsbildes im Detail (z. B. der Auseinandersetzung der DKG mit den Krankenpflegeverbänden) siehe z. B. Bals (vgl. 2002); Kramer (vgl. 2000) und Grunow/Jochem/Schöfer (vgl. 2000)

133 Laut Übersicht des OTA-Schulträgerverbandes (http://www.ota.de/der-verband/ota-schulen/, 13.08.2013) zzgl. der geschätzen ca. 150 OTA-Schulplätze in Schleswig-Holstein und Thüringen.

134 Statist. Bundesamt Fachserie 11, Reihe 2, 2011/2012

Allerdings hat die skizzierte Erfolgsbilanz dieser Berufsentwicklung einen entscheidenden »Schönheitsfehler«, der sowohl von den Protagonisten der Ausbildung (z. B. OTA-Schulträgerverband[135]) als auch den berufspädagogischen Experten (z. B. Bundesinstitut für Berufsbildung) und der Politik (z. B. Bundestagsabgeordnete[136]) einvernehmlich beklagt wird, nämlich die fehlende staatliche Anerkennung. Die derzeit praktizierte hilfsweise Regelung nach einer DKG-Richtlinie (1996, 207) ist formal rechtlich nicht bindend und hat eine eher symbolische bzw. identitätsstiftende Funktion. Auch die bestehende Finanzierungspraxis, d. h. die »geschickte« Umwidmung o. ä. von Ausbildungskapazitäten insbesondere aus der Krankenpflege, hat nämlich angesichts der Neuregelung der Finanzierung der stationären Einrichtungen (DRGs u. Ä.) keine Zukunft. Entsprechende gesetzgeberische Initiativen wie die der Länder NRW und Saarland im Jahr 2009 im Bundesrat liegen derzeit auf Eis – stattdessen fühlt sich nunmehr das BMG aufgerufen, hier eine bundesgesetzliches Heilberufsregelung auf den Weg zu bringen.

Wege zur staatlich anerkannten und geregelten OTA-Ausbildung

Die erste rechtlich prinzipiell denkbare Möglichkeit einer staatlichen Regelung wäre ein Bundes(Berufszulassungs-)Gesetz nach Artikel 74 (1) Nr. 19 Grundgesetz entsprechend dem Muster anderer Gesundheitsfachberufe. Der Bundesgesetzgeber ist zu dieser Regelung jedoch keineswegs verpflichtet. Landesrechtliche Regelungen sind ebenso möglich wie eine Berufung des Bundes auf die Gesetzeskompetenz zur Regelung des Rechts der Arbeit oder Recht der Wirtschaft (vgl. auch Urteil des BVerfG zum AltPflG). Außerdem ist die Ausbildung über ein Berufszulassungsgesetz an bestimmte Voraussetzungen gebunden. Zum einen müsste in diesem Zusammenhang die Qualifizierung zur OTA zunächst in den Katalog der Ausbildungsfinanzierung nach § 17 KHG/§ 2 Nr. 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz aufgenommen werden. Zum anderen stellt sich die noch grundsätzlichere Frage nach der Möglichkeit einer Rubrizierung der OTA als Heilberuf gemäß Artikel 74 (1) Nr. 19 Grundgesetz, wofür das Bundesverfassungsgericht in seiner Urteilsbegründung zum Altenpflegegesetz im Jahr 2002 die Aufmerksamkeit geschärft hat. Immerhin gibt es eine Reihe von Gesundheitsberufen (Medizinische Fachangestellte, Zahnmedizinische Fachangestellte, Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte, Zahntechniker, Augenoptiker, Orthopädietechniker usw.), deren Qualifizierung gemäß Berufsbildungsgesetz und damit aufgrund der Regelungskompetenz des Bundes nach Artikel 74 (1) Nr. 11 Grundgesetz (»Recht der Wirtschaft«) erfolgt.

135 vgl. OTA Schulträger-Verband/Forschungsgruppe Metrik (2010)
136 »So sollten beispielsweise die operativen technischen Assistenten möglichst bald eine staatlich anerkannte Berufsbezeichnung erhalten und sollte die entsprechende Ausbildung gesetzlich geregelt werden.« – Zitat von MdB Monika Brüning in der 40. Sitzung des Deutschen Bundestages vom 10.04.2003 im Rahmen der Beratung des Krankenpflegegesetzes (Drucksache 15. Wahlperiode/40. Sitzung/TOP 5, S. 3297)

Eine zweite Möglichkeit, zu einer staatlichen Anerkennung zu kommen, nämlich die Integration der Ausbildung in das Berufsbildungssystem als vollqualifizierende Berufsfachschule gemäß den Schulgesetzen der Bundesländer, spielt in der derzeitigen Diskussion um eine staatliche Anerkennung bisher keine zentrale Rolle. Es gibt lediglich Insellösungen in einzelnen Bundesländern (z. B. Thüringen). Vermutlich werden die Chancen einer solchen Perspektive aber auch aufgrund der im Gesundheitswesen weit verbreiteten Unkenntnis des Systems der beruflichen Bildung, d. h. hier z. B. der unzutreffenden Gleichsetzung von Beruflichen Schulen mit der Berufsschule (Duales System), nicht erkannt. Auch seitens der dann ggf. zuständigen Kultusministerien der Länder wird, offensichtlich aus Sorge vor zusätzlichen Kosten für ein solches vollschulisches öffentliches Berufsbildungsangebot, geschwiegen, da die personellen und sächlichen Ressourcen noch über denen für die Teilzeitberufsschule lägen.

Aufgrund der im Gesundheitswesen, insbesondere seitens der kirchlichen und freigemeinnützigen Träger, traditionellen Ablehnung der für die Qualifizierung der Gesundheitsfachberufe in stationären Gesundheitseinrichtungen Verantwortlichen gegenüber dem »Dualen System« (vgl. Bals 2003; Dielmann 1993) erscheint eine Qualifizierung im Dualen System nach Berufsbildungsgesetz zunächst lediglich als eine dritte Möglichkeit zur staatlichen Anerkennung. Hinzuweisen ist hier aber auf die Initiative des Landes Schleswig-Holstein, wo die Ausbildung zum OTA seit 2004 als duale Berufsausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) geregelt ist. Im Folgenden wird versucht, die eher »gefühlten als reflektierten« Vorbehalte gegenüber diesem Qualifizierungsmodus mit rationalen Argumenten zu konfrontieren.

Pro und Contra duale OTA-Ausbildung

Die Organisation als duale Ausbildung bietet sich eigentlich schon aufgrund der Tatsache an, dass der OTA-Lehrgang gemäß der DKG-Richtlinie (2007) mit mindestens 1 600 Stunden theoretischem und praktischem Unterricht und mindestens 3 000 Stunden praktischer Ausbildung nahezu der Aufgabenteilung von (Berufs-) Schule und Betrieb im Dualen System (Verhältnis ca. 30 : 70) entspricht[137].

Im gegebenen Fall sieht z. B. der ursprüngliche Entwurf für die berufsschulische Stundentafel der OTA in Schleswig-Holstein ein Kontingent von 1 440 Stunden vor für die berufsbezogenen (14 Lernfelder zur Assistenz bei Operationen und Endoskopien sowie Verwaltung, z. B. »Operationssaal vor- und nachbereiten«, »Instrumentieren beherrschen«, »OP-Arbeitsabläufe organisieren« usw.) und für die berufsübergreifenden Lernbereiche (Politik, Kommunikation, Englisch, Latein, Sport).

137 Für den Bereich der schulischen Ausbildung geht man von einem Verhältnis von ca. 45 : 55 zwischen theoretischem und praktischem Unterricht einerseits und praktischer Ausbildung andererseits aus.

Sehr viel nachhaltiger als bei den meisten Berufsausbildungen im Gesundheitswesen üblich, wird in dualen Berufsausbildungen auch der Ausbildungsanspruch im Betrieb betont, was neben den detaillierten Regelungen des Ausbildungsrahmenplans und der Beauftragung eines qualifizierten Ausbilders zumindest in größeren Betrieben häufig z. B. an der Einrichtung einer »Ausbildungsecke« anschaulich wird, wo Unterweisung außerhalb des Arbeitsprozesses möglich ist.[138] Im Ergebnis und vergleichend betrachtet, bedeutet dies, dass die »theoretisch-systematische« Ausbildung im Dualen System nicht hinter den konkurrierenden Ausbildungskonzepten an den Schulen des Gesundheitswesens zurückstehen muss.

Weitere Parallelen zwischen der bisher gängigen OTA-Ausbildungskonzeption und dem dualen Qualifikationskonzept sind insbesondere der privatrechtliche Ausbildungsvertrag, was bedeutet, dass das Ausbildungsplatzangebot wie im Dualen System von der Ausbildungsbereitschaft der Betriebe abhängt, Dazu kommt die praktische Ausbildung (statt Berufspraktikum) an einer Vielzahl verschiedener Verbundkrankenhäuser/-einrichtungen in Kombination mit einer »Zentralschule« und die sich daraus – wie im Dualen System – ergebende Notwendigkeit einer curricularen und personellen Abstimmung zwischen diesen Lernorten (»Lernortkooperation«).

Für eine duale Berufsausbildung zur OTA spricht aber nicht nur die o. g. partielle Strukturgleichheit, sondern vor allem die auf diesem Wege erreichbare berufspädagogische Normalisierung der Ausbildung. Mit dieser Konstruktion wird auf eine auch für Gesundheitsfachberufe bewährte Rechtsbasis (Berufsbildungsgesetz und Länderschulgesetze) und sog. »zuständige Stellen« (hier: Ärztekammern) als Ausbildungsadministration zurückgegriffen. Damit gelten für die OTA-Ausbildung auch die diesbezüglichen Standards zum pädagogischen Personal (Lehrer, Ausbilder, Ausbildungsberater) und zu Ausbildungsstätten bzw. Schulen (einschließlich der Finanzierung und Überwachung der Ausbildung bzw. Schulaufsicht), zu den Curricula (Ordnungsmittel für die schulische und die betriebliche Ausbildung), zu den Rechten und Pflichten der Auszubildenden bzw. Schüler, zum Prüfungswesen usw.

Gerade am letztgenannten Punkt lässt sich die Nähe des Berufsbildungsgesetzes zum Alltag der Berufspraxis belegen, da es die Möglichkeit der sog. Externenprüfung zulässt und so auch den immer relevanteren informellen Kompetenzerwerb würdigt (§40 BBiG »Zulassung in besonderen Fällen«). Im gegebenen Fall eröffnet

138 Mit der auf Grundlage des Notfallsanitätergesetzes zu erlassenden Ausbildungs- und Prüfungsordnung geht das zuständige BMG den Weg detaillierterer Festlegungen auch für den Teil der praktischen Ausbildung.

sich damit insbesondere für Absolventen der bisherigen Lehrgänge zur OP-Pflege und zur OTA mit anschließender längerer Berufstätigkeit prinzipiell die Möglichkeit, nachträglich den entsprechenden staatlich anerkannten Ausbildungsabschluss zu erwerben. Auch wird auf diesem Wege die Integration in die aktuelle berufspädagogische Fachdiskussion (Stichworte z. B. Handlungsorientierung, Lernfeldkonzept), der Erwerb weiterführender Schulabschlüsse (»Durchlässigkeit« wg. allgemeiner Fächer) und die Teilhabe an Förder- bzw. Stipendienprogrammen der beruflichen Bildung (insbesondere »Begabtenförderung Berufliche Bildung« des Bundesministeriums für Bildung und Forschung) möglich.

Es soll aber nicht unerwähnt bleiben, dass die vorab skizzierten Möglichkeiten einer dualen OTA-Ausbildung auch ausgeschöpft und »mit Leben erfüllt« werden müssen.

Einen wichtigen Bezugspunkt bilden in diesem Zusammenhang die schulischen (Mindest-) Bildungs- und Altersvoraussetzungen, die sich laut Berufsbildungsgesetz formal auf die Erfüllung der allgemeinen Schulpflicht beschränken. Hier gilt es zu verfolgen, wie sich die Bewerber für die duale OTA-Berufsausbildung faktisch rekrutieren und ob sie von den – relativ homogenen – Vorbildungsprofilen der bisherigen Teilnehmer/-innen an den OTA-Lehrgängen abweichen. Diese Frage des Bildungsniveaus der OTA-Auszubildenden ist vor allem angesichts des anspruchsvoll konzipierten Berufsbildes und seiner zukünftigen Weiterentwicklung bzw. Revision von Interesse; bezüglich der Altersstruktur geht es darum, die psychischen und physischen Belastungserfahrungen zu thematisieren.
Eine weitere Problemlage betrifft die Weiterbildung von OTAs, für die ein adäquates Konzept erarbeitet werden muss. Dabei gilt es, sowohl staatlich anerkannte Weiterbildungsperspektiven zu entwickeln, die die Engführung der Berufsausbildung fachlich erweitern (z. B. OP-Management) als auch solche, die einen beruflichen Aufstieg ermöglichen (z. B. »Erste Assistenz« am OP-Tisch[139], Ausbilderqualifikation u. Ä.). Eine wichtige Orientierung können hier die vom Bundesinstitut für Berufsbildung erarbeiteten diesbezüglichen Standards bilden.

3.2.4 Fazit

Die Gewinnung reformierter bzw. neuer Berufsprofile für die Berufe des Gesundheitswesens erfordert eine mehrdimensionale Perspektive, die sich zum einen nicht nur auf die Bedarfe des Gesundheitsbereichs, sondern zum anderen auch auf die Entwicklungen im Bildungsbereich bezieht.

139 Hier wäre eine Abklärung der Rechtslage erforderlich, wobei auch eine Orientierung an anderen europäischen Ländern (Niederlande, Schweiz, Österreich) und im anglo-amerikanischen Raum hilfreich sein kann (»non-surgeons« als 1. Assistenz).

In diesem Kontext gibt es Handlungsbedarf in verschiedener Hinsicht. Das beginnt mit der fehlenden systematischen Verfügbarkeit aus- und weiterbildungsrelevanter einschlägiger Daten und Unterlagen aus den Bundesländern. Mit Ausnahme weniger Bundesländer (z. B. Landesberichterstattung Gesundheitsberufe in NRW) gibt es keine analoge dem jährlichen Berufsbildungsbericht vergleichbare Berichterstattung. So ist es z. B. im Rahmen der Neuordnungsbemühungen in der Pflegeausbildung notwendig, aufwändige externe Gutachten zwecks Recherche zentraler Informationen (z. B. zur Ausbildungsfinanzierung) zu vergeben.

Hinsichtlich der Regelungsoptionen erscheint selbst dann, wenn man an den Berufszulassungsgesetzen festhalten will, schon aus pragmatischen Gründen zumindest ein Allgemeines Heilberufegesetz/Gesetz über die Heilberufe sinnvoll (siehe auch Memorandum Robert Bosch Stiftung 2011). Darüber hinaus wäre es im Interesse der Gesundheitsberufe wie des Versorgungssystems, wenn hier die Normalität des bewährten und international renommierten deutschen Berufsbildungssystems einen wesentlichen Orientierungspunkt darstellte. Dafür bietet sich auf der institutionellen Ebene entweder die Etablierung eines entsprechenden Arbeitsbereichs im Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) oder einer eigenständigen Einrichtung (z. B. Bundesinstitut für Berufsbildung der Gesundheitsberufe) mit entsprechender Ausstattung an. Das bedeutet des weiteren auch, dass bei akademischen Studiengängen für Gesundheitsberufe etablierte Studiengangsformate aufgegriffen werden (z. B. Duale Hochschule Baden-Württemberg).

Eine Horizonterweiterung um (berufs-)bildungswissenschaftliche Perspektiven bei der zukünftigen Qualifizierung der Berufe des Gesundheitswesens macht diese national und international zudem anschlussfähiger. Dabei geht es insbesondere um die Teilhabe an dem mit dem »Kompetenzbegriff« verbundenen derzeitigen Paradigmenwechsel im Bildungswesen. Pointiert kann man konstatieren, dass die klassische Segmentierung bzw. Strukturierung unseres Bildungswesens anhand von Inputs wie Zugangsvoraussetzungen, institutioneller Anbindung, Qualifizierungsumfang/-dauer (Workloads), spezifischen Lerninhalten, Abschlüssen bzw. Berechtigungen usw. derzeit abgelöst wird von einem eher an Outputs bzw. Outcomes orientierten Bildungsverständnis angelsächsischer Provenienz. Im Vordergrund steht die in Bildungsgängen und -prozessen angestrebte Kompetenz und zwar relativ unabhängig von den jeweils dazu beschrittenen Bildungs- und Qualifizierungspfaden. Auf die Bildungsprozesse selbst bezogen, geht es in der Kompetenzdiskussion um die (Neu-)Ausrichtung von Bildungsgängen und -prozessen an der Zielsetzung »beruflicher Handlungskompetenz«. Dieser Bezugspunkt prägt denn auch fast alle wesentlichen didaktischen und strukturellen Innovationen der letzten Jahre, sei es das Lernfeldkonzept in der beruflichen Bildung, die Bildungsstandards, die (internationalen) Bildungsvergleiche wie (Berufsbildung-)

Pisa u. Ä., das Konzept der »Offenen Hochschule« und die Qualifikationsrahmen, sei es den Qualifikationsrahmen für Hochschulabschlüsse i. R. des Bologna-Prozesses oder auch die im Frühjahr 2013 abgeschlossenen Arbeiten am Deutschen Qualifikationsrahmen[140].

140 Zum aktuellen Stand siehe z. B. die Expertisen und Berichte auf www.deutscherqualifikationsrahmen.de

3.3 Tarifliche Implikationen einer Neuordnung der Gesundheitsberufe: Gerd Dielmann

Einleitung

Der Wandel in der gesundheitlichen Versorgung und die sich ändernden Anforderungen an die Gesundheitsberufe und ihre Zusammenarbeit haben auch Auswirkungen auf die tarifliche Gestaltung der Arbeitsbedingungen und Vergütungen.

In diesem Beitrag werden vor dem Hintergrund aktueller gesundheitspolitischer Entwicklungen die Rahmenbedingungen der Tarifarbeit im Gesundheitswesen skizziert. Am Beispiel der Tarifverträge des öffentlichen Dienstes wird die derzeitige Vergütungssituation dargestellt und auf Probleme und erforderliche Anpassungen hingewiesen.

Eine auch nur annähernd umfassende Darstellung der gesundheitspolitischen und tarifpolitischen Rahmenbedingungen ist an dieser Stelle nicht möglich. Zum besseren Verständnis der tariflichen Problemlagen bei der Überarbeitung der Entgeltordnungen für die Gesundheitsberufe ist es gleichwohl erforderlich, zumindest stichwortartig auf die Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren hinzuweisen.

3.3.1 Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Die Gesundheitspolitik in Deutschland war in den letzten Jahrzehnten darauf ausgerichtet, wettbewerbliche Bedingungen im Gesundheitswesen zu entwickeln und auszubauen. Die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden dem Wettbewerb um lukrative Versicherte und niedrige Beiträge ausgesetzt. Der 1995 eingeleitete Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen hatte aber weniger zu insgesamt niedrigeren Beitragssätzen geführt, als vielmehr zu einem Wettbewerb um günstige Versicherte (so genannte »gute Risiken«) und zu Leistungszurückhaltung vor allem der großen Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten. Bis 2002 gewannen die privaten Krankenversicherungen jedes Jahr zwischen ca. 170 000 und 230 000 Mitglieder aus der GKV hinzu. Seit 2005 liegt die Zahl der Übertritte in die PKV abzüglich der Abgänge zur Pflichtversicherung jährlich zwischen 120 000 (2005) und 74 500 (2010). Die Zahl der Vollversicherten in der PKV stieg von 6,95 Mio. (1995) auf 8,95 Mio. (2011). Zugleich fand ein rasanter Konzentrationsprozess in der GKV statt. So ist die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen von 1 223 im Jahre 1992 auf 146 in 2012 gesunken (BMG 2012b).

Eine Konzentration auf wenige große gesetzliche Krankenkassen stärkt – trotz des weiter bestehenden Wettbewerbsdrucks – die Kassenseite als Verhandlungspartner der Leistungsanbieter.

Anzahl der Krankenkassen (GKV):

1992	1123
1995	960
2000	420
2005	267
2010	169
2011	156
2012	146

Wettbewerb und Kostendruck auf Seiten der Kostenträger wirken sich neben zahlreichen kostendämpfenden und kostenverlagernden Gesetzgebungsmaßnahmen auch auf die Leistungsanbieter aus. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) ging 2007 weiter diesen Weg (Gerlinger et al. 2007). Der erhoffte »Wettbewerb um Qualität« ist weitgehend ausgeblieben und im Preiswettbewerb um die günstigsten Kassentarife untergegangen. Seit Einführung des Einheitsbeitrags zum Gesundheitsfonds im Jahre 2008 gilt es Zusatzbeiträge, die ausschließlich von den Versicherten aufgebracht werden müssen, zu vermeiden, um keine Anreize zu setzen, die Krankenkasse zu wechseln. Weitergabe des Kostendrucks auf die Leistungsanbieter und Verschärfung von Rahmenbedingungen für gesundheitsbezogene Dienstleistungen sind die Folge. Für die Versicherten führt dies nicht selten zur Leistungsverweigerung seitens der Kassen, wie jüngste Presseberichte bestätigen.[141]

In der Pflegeversicherung war der Wettbewerb zwischen den Pflegeeinrichtungen von Anfang an gesetzgeberisch gewollt. Bei der stationären Akutversorgung in Krankenhäusern wurde der Wettbewerb forciert durch das Fallpauschalengesetz 2001, dessen Zielsetzungen Transparenz, Wirtschaftlichkeit und Qualität waren. (Braun, T. et al. 2008).

Die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein an diagnosebezogenen Fallpauschalen orientiertes Vergütungssystem verstärkte jedoch in Verbindung mit der fortbestehenden Deckelung des Budgets (vgl. Simon 2008a) vor allem den Kostendruck auf die Krankenhäuser mit negativen Auswirkungen auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität (Braun, B. et al. 2009). Auf betrieblicher Ebene äußert sich dies u. a. in Outsourcing von Servicebereichen (z. B. Küchen,

141 »Kassen sagen zu oft nein«, Frankfurter Rundschau vom 20. August 2013, S. 1.

Reinigungsdienste) mit dem Ziel der Tarifabsenkung für die dort Beschäftigten. Ausgliederungen und Neugründungen von Tochtergesellschaften ohne Tarifbindung sind auch bei Kirchen und Wohlfahrtsverbänden probate Mittel, sich in diesem Verdrängungswettbewerb zu behaupten. Ganze Kliniken werden an private Aktiengesellschaften verkauft, ein Prozess, der selbst vor Universitätskliniken nicht Halt machte. Einzelne Länder haben begonnen, auch die Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung zu privatisieren.

Kostendruck und regionaler sowie fachbezogener Personalmangel vor allem im ärztlichen Dienst und in den Funktionsdiensten führten zu erheblichen Umstrukturierungen in der Arbeitsorganisation und den Arbeitsabläufen in den Krankenhäusern (vgl. Dielmann 2009 & 2010a, DKI 2008, FES 2013). Dies hatte u. a. eine verstärkte Delegation ärztlicher Tätigkeiten an pflegerisches und anderes Personal zur Folge (vgl. BÄK 2008, Offermanns et al. 2008, Dielmann 2005a, Roßbruch 2003, Bohne 2012). Die in Deutschland diesbezüglich weiterhin bestehenden Rechtsunsicherheiten (Bohne 2012) wurden vom Gesetzgeber insoweit aufgegriffen, als im Altenpflegegesetz und im Krankenpflegegesetz in Verbindung mit Modellversuchsregelungen im SGB V zur Erprobung neuer Versorgungsformen Erprobungsregelungen eingeführt wurden, die zur Qualifizierung zu »erweiterten Kompetenzen« führen können (vgl. dazu Dielmann 2008, G-BA 2011, Roßbruch 2008 und den Beitrag von Igl in diesem Band). Neben der Delegation ärztlicher Tätigkeiten werden zahlreiche neue Berufsprofile und Tätigkeitszuschnitte entwickelt und erprobt (vgl. Bals/Dielmann in diesem Band), die allesamt Auswirkungen auf die Berufsausübung und ihre tarifliche Bewertung haben können. Besonders hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang auch die Neuorganisation der Pflegedienste in den Krankenhäusern durch den wieder verstärkten Einsatz von Pflege- und Serviceassistentinnen und -assistenten (BMG 2012a).

Ein massiver Abbau von Personal im Pflegedienst (DKG 2012, Simon 2012) und Ausbildungsplätzen an den Krankenpflegeschulen (Dielmann 2010b) sind weitere Faktoren, die bei den Rahmenbedingungen der Tarifarbeit zu berücksichtigen sind. Zwischen 1995 und 2008 wurden mehr als 50 000 Stellen (Vollkräfte) in Krankenhäusern abgebaut. Erst in den letzten Jahren gab es wieder einen leichten Anstieg auf ca. 305 000 Vollkraftstellen in 2010 (DKG 2012). Im Zeitraum von 1998 bis 2008 waren allein an Krankenpflegeschulen von ehedem über 65 000 Ausbildungsplätzen mehr als 10 000 abgebaut worden. Erst mit der Neugestaltung der Ausbildungsfinanzierung 2004 erholte sich der Ausbildungsmarkt allmählich, sodass aktuell immerhin wieder knapp 60 000 Ausbildungsplätze (StBA 2012b) in der Gesundheits- und Krankenpflege erreicht werden.

Im Hinblick auf die Tarifbindung und Vergütungssituation spielt auch die Trägerschaft eines Krankenhauses eine Rolle. So sank im deutschen Gesundheitswesen die Zahl der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft von 1 043 im Jahre 1990 auf 539 in 2010. Gleichzeitig wuchs die Zahl der privaten Krankenhäuser von 321 auf 575 und mehr als verdreifachte sich deren Bettenzahl von 22 779 auf 74 735 (DKG 2012). Die Bundesländer kommen ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Finanzierung der notwendigen Investitionskosten nur unzureichend nach (Reiners, 2011a, 122) und befördern so den Zugriff privater Investoren. Der Wettbewerbsvorteil privater Klinikbetreiber liegt aber nicht nur in ihrer Finanzkraft, sondern auch in den zumeist in der Gesamtsumme niedrigeren Personalkosten. Es besteht oft keine Tarifbindung, Weihnachts- und Urlaubsgeld werden nicht bezahlt, und das Gehaltsniveau liegt insgesamt niedriger als im öffentlichen Dienst.

3.3.2 Tarifpolitischer Kontext

Über viele Jahre stellte der Bundes-Angestelltentarifvertrag (BAT) so etwas wie eine Leitwährung für alle Angestellten im öffentlichen Dienst dar. Dabei wurde nicht nur der öffentliche Dienst im engeren Sinne, also die Angestellten der Kommunen, der Länder und des Bundes erfasst, sondern gerade im Sozial- und Gesundheitswesen wurden die entsprechenden Tarifvereinbarungen, sinngemäß leicht abgewandelt oder in eigenen Variationen von Kirchen und Wohlfahrtsverbänden, aber auch von vielen kleinen Vereinen und freien Trägern wortgenau oder sinngemäß angewandt. Vielfach wurden die Vorgaben des BAT einzelarbeitsvertraglich in Bezug genommen und sie erhielten so mittelbare Geltung auch für diese Beschäftigungsverhältnisse.

Unmittelbar tarifgebunden sind nur Mitglieder der Tarifvertragsparteien oder der Arbeitgeber, der selbst Tarifvertragspartei ist (§ 3 Abs. 1 Tarifvertragsgesetz – TVG), d. h. die Mitglieder der den Tarifvertrag abschließenden Gewerkschaft(en) und die Arbeitgeber, die Mitglied des den Tarifvertrag abschließenden Arbeitgeberverbandes sind. Geltungsbereich und Bedeutung eines Tarifvertrags hängen entsprechend vom Organisationsgrad in den Tarifvertragsparteien ab. Auf Seiten der Beschäftigten konnten im März 2001 mit dem Zusammenschluss u. a. der Gewerkschaft Öffentliche Dienste Transport und Verkehr (ÖTV) und der Deutschen Angestellten Gewerkschaft (DAG) zur ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft bedeutende Gewerkschaften des öffentlichen Dienstes vereint werden. Mit verhandelt wird auch für die Gewerkschaft der Polizei (GdP) und die Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW). Seit einigen Jahren wird auch mit den im Deutschen Beamtenbund (dbb) zu einer Tarifunion zusammengeschlossenen Verbänden und Organisation gemeinsam verhandelt. Das stärkt die Verhandlungsposition der Beschäftigtenseite. Allerdings gibt es auch gegenläufige Tendenzen. Zunehmend treten mit ver.di konkurrierende Gewerkschaften, wie der zum Christlichen

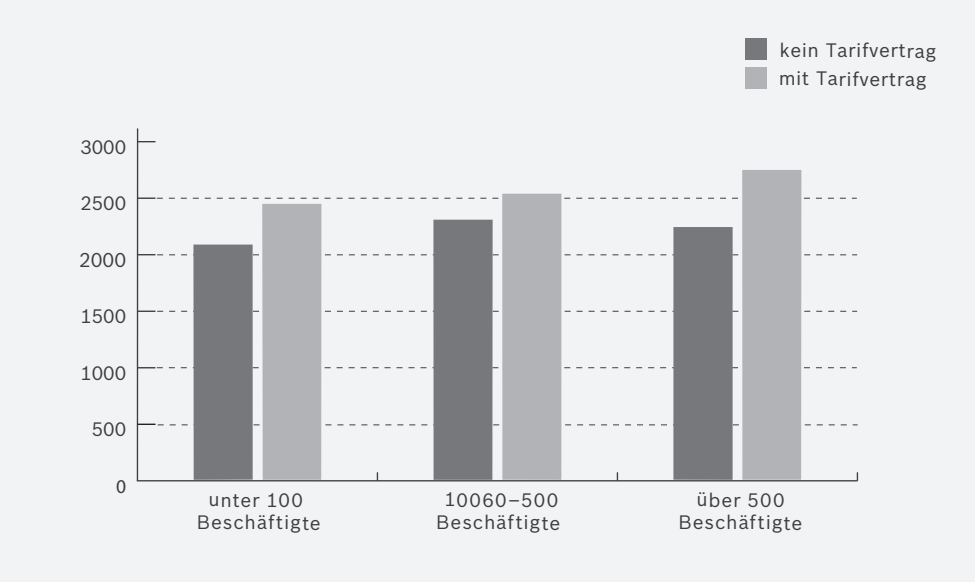
Gewerkschaftsbund (CGB) gehörende Deutsche Handels- und Industrieangestellten-Verband (DHV) und der Marburger Bund als Berufsvertretung der Ärztinnen und Ärzte in Erscheinung, die abweichende Tarifregelungen treffen.

Die Tarifpartner auf Arbeitgeberseite werden durch die bereits 1949 gegründete Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände (VKA), die Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) und die Bundesregierung, vertreten durch den Bundesinnenminister gestellt. Die Tarifbindung war in den ostdeutschen Bundesländern infolge sehr weitgehender Privatisierungen öffentlicher Dienstleistungen nicht sehr hoch. Auf Arbeitgeberseite trachten immer mehr Arbeitgeber danach, sich jeder Tarifbindung zu entziehen und billigere Lösungen zu finden. Die kommunalen Arbeitgeberverbände klagen über Mitgliederschwund. Die Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) drohte sich aufzulösen. Das Land Berlin wurde ausgeschlossen und Hessen hat seit 2004 seinen Austritt erklärt. Berlin ist inzwischen wieder Mitglied, sodass derzeit 15 der 16 Bundesländer durch die TdL vertreten werden.

In den letzten beiden Jahrzehnten hat der BAT auch seine Leitfunktion für die ihm angegliederten Tarifbereiche, z. B. bei Kirchen und ihren Einrichtungen, bei der Arbeiterwohlfahrt und beim Deutschen Roten Kreuz zunehmend verloren (Denzler 2004). Flankiert und unterstützt wurden diese Entwicklungen durch gesetzgeberische Maßnahmen, wie der Kürzung staatlicher Zuschüsse und der gesetzlichen Einführung längerer Arbeitszeiten für Beamte, der alsbald dann auch die Angestellten folgen sollten. Die arbeitgeberseitige Kündigung von Tarifverträgen zu Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld und Arbeitszeit im Vorfeld der Verhandlungen zu einem neuen Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) verringerten die Chancen auf einen Erhalt des Einkommensniveaus insgesamt.

Die folgende Grafik zeigt die beträchtliche Streubreite der Monatseinkommen am Beispiel der Pflegeberufe. Wichtige Parameter sind dabei die Betriebsgröße und die Frage, ob für den Betrieb eine Tarifbindung besteht oder nicht.

Monatseinkommen der Beschäftigten in Pflegeberufen nach Tarifbindung und Betriebsgröße in €



Quelle: WSI-Lohnspiegel-Datenbank (2012)

»Die Beschäftigten in Pflegeberufen, die in tarifgebundenen Betrieben arbeiten, verdienen deutlich mehr als ihre Kollegen/innen in Betrieben ohne Tarifbindung. Im Schnitt erhalten Beschäftigte in Pflegeberufen ohne Tarifvertrag 2 118 € im Monat. Gilt im Betrieb ein Tarifvertrag gibt es mit rund 2 597 € im Schnitt 479 € mehr« (Bispinck et al. 2012, 12). Neben der Tarifbindung spielt die Betriebsgröße eine bedeutende Rolle. »Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass die Einkommensdifferenzen zwischen Betrieben mit Tarifbindung und solchen ohne Tarifvertrag je nach Größe der Betriebe variieren. Während unter den kleineren nicht tarifgebunden Betrieben der Einkommensnachteil der Beschäftigten durchschnittlich 280 € bzw. 12 % beträgt, sind die Einkommen der Beschäftigten in nicht tarifgebundenen Betrieben mit 100 bis 500 Beschäftigten im Schnitt 401 € (15 %) niedriger. In den Betrieben mit mehr als 500 Beschäftigten fällt die Differenz mit 504 € (bzw. 18 %) am größten aus« (Bispinck et al. 2012, 13).

Mit der Ablösung des BAT ergab sich die Notwendigkeit, wo immer dies möglich war, wieder eine Tarifbindung herzustellen. Dies geschah durch unzählige Haustarifverträge mit einzelnen Einrichtungen des Pflege- und Gesundheitswesens und mit Krankenhäusern. Mit dem Wachstum der privaten Klinikkonzerne konnten auch Konzerntarifverträge, z. B. mit Damp, Helios, oder SANA abgeschlossen werden. Im Konzern der Rhön-Kliniken und bei Asklepios existieren je nach gewerkschaftlichen Kräfteverhältnissen Haustarifverträge oder es gelten vom

Arbeitgeber einseitig festgelegte Tarifordnungen. Auch mit Wohlfahrtsverbänden, wie der Arbeiterwohlfahrt (AWO) oder dem Deutschen Roten Kreuz (DRK) konnten den BAT ersetzende Tarifverträge abgeschlossen werden. Teilweise gelten sie nur auf regionaler Ebene. Auch im Kirchenrecht ist einiges in Bewegung gekommen. Überwiegend gelten Arbeitsvertragsrichtlinien, vereinzelt aber auch Tarifverträge, z. B. mit dem Verband kirchlicher Krankenhausdienstgeber Hamburg. In den meisten Tarifwerken wurden noch keine vom BAT abweichende Eingruppierungsvorschriften mit Zukunftscharakter vereinbart.

Da zu erwarten ist, dass der öffentliche Dienst hier eine Vorreiterfunktion einnehmen wird, sollen im Folgenden die Entwicklungen am Beispiel des öffentlichen Dienstes dargestellt werden.

3.3.3 Neues Tarifrecht im öffentlichen Dienst

Vor dem Hintergrund zunehmenden Bedeutungsverlusts des BAT hatten sich die Tarifvertragsparteien des öffentlichen Dienstes anlässlich des Tarifabschlusses 2003 in Potsdam darauf verständigt, das Tarifrecht für den öffentlichen Dienst völlig neu zu gestalten.

Ziele dieser Modernisierung des BAT waren u. a.:
:: Erhalt des öffentlichen Tarifverbunds
:: Stärkung der Tarifbindung durch Einführung von Niedriglohngruppen
:: Einheitliches Tarifrecht für Arbeiter/-innen und Angestellte
:: Straffung, Vereinfachung und Transparenz
:: Lösung vom Beamtenrecht
:: Erfahrungsstufen statt Lebensaltersstufen, bessere Vergütung für Jüngere
:: Stärkere Leistungsorientierung
:: Führung auf Probe und auf Zeit
:: Besitzstandswahrung
:: Kostenneutralität

Im Rahmen dieser allgemeinen Zielsetzung wurden weitere Einzelziele verfolgt, die sich dann auch im Tarifergebnis niedergeschlagen haben. Der Erhalt der Tarifbindung vor allem in den von Outsourcing bedrohten Versorgungsbereichen sollte im Wesentlichen durch die Einführung von Niedriglohngruppen erreicht werden. Die für die verschiedenen Beschäftigtengruppen bestehenden Unterschiede bei Arbeitsbedingungen und Vergütung sollten vereinheitlicht werden. Gewerkschaftliche Zielsetzung war es dabei auch, die in verschiedenen Anlagen zum BAT geregelten Vergütungen in eine einheitliche Vergütungstabelle zu integrieren. Es bestand Einigkeit, dass in einem allgemeinen Teil des Tarifvertrags einheitliche Regelungen für den gesamten öffentlichen Dienst getroffen werden

sollten und das branchenspezifische Tarifrecht u. a. für Krankenhäuser, Heil- und Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen und Heime, die der Förderung der Gesundheit, der Erziehung, Fürsorge oder Betreuung dienen, in einem besonderen Teil geregelt werden sollte.

Die Loslösung vom Beamtenrecht wird durch die Abschaffung des Senioritätsprinzips, und des bis dahin über familienstandsbezogene Ortszuschläge realisierten Alimentationsprinzips vollzogen. Erstgenanntes bezieht sich auf die im BAT übliche Vergütung nach Lebensalter über unterschiedliche Vergütungsstufen. Der Ortszuschlag war danach bemessen, ob der/die Beschäftigte ledig oder verheiratet war und erhöhte sich mit der Zahl der zu versorgenden Kinder. Die Lebensaltersstufen des BAT sollten durch Erfahrungsstufen ersetzt werden, um dem vom Lebensalter unabhängigen Erwerb von Berufserfahrung Rechnung zu tragen. Zugleich sollten jüngere Beschäftigte relativ besser vergütet werden, um Anreize für eine Tätigkeit im öffentlichen Dienst zu setzen und den mit einer selbständigen Lebensführung und Haushaltsgründung verbundenen besonderen Kosten in dieser Lebensphase gerecht zu werden. Eine stärkere Leistungsorientierung sollte sich im neuen Tarifrecht ebenso niederschlagen wie die befristete Besetzung von Führungspositionen.

Zentrales gewerkschaftliches Ziel war es, dass es bei der Umstellung auf eine neue Vergütungssystematik zu keinen gravierenden Einkommensverlusten für bestehende Beschäftigungsverhältnisse kommen sollte. Die Arbeitgeberseite wiederum legte großen Wert darauf, die Neugestaltung des Tarifrechts möglichst kostenneutral zu realisieren.

In einem mehr als zweijährigen Prozess wurde der Tarifvertrag in verschiedenen paritätisch besetzten Arbeitsgruppen ausgehandelt, sodass er schließlich am 1. Oktober 2005 in Kraft treten konnte. Auf Grund von nicht einigungsfähigen Positionen vor allem bei den Neuregelungen der Arbeitszeit war die Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) zuletzt an den Tarifverhandlungen nicht mehr beteiligt. Der Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) galt also zunächst nur für die der Vereinigung der Kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) angeschlossenen Kommunen und ihre Einrichtungen und für den Bund (vgl. Dielmann 2006).

Mit der TdL konnte nach vierzehnwöchigem Arbeitskampf, an dem im Gesundheitswesen vor allem die Universitätskliniken beteiligt waren, am 12. Oktober 2006 ein nicht identischer, aber vergleichbarer Tarifabschluss vereinbart werden. Parallel zu den Verhandlungen mit der TdL wurden auch mit der VKA Nachbesserungen und Veränderungen bei Arbeitszeitregelungen und Vergütungen für den

ärztlichen Dienst verhandelt. Die geänderte Fassung des TVöD (Besonderer Teil Krankenhäuser) trat rückwirkend zum 01.08.2006 in Kraft.

Neben einem allgemeinen Teil der bundesweit und bereichsübergreifend gilt, gliedert sich der TVöD in branchenspezifische »besondere Teile« mit speziellen Regelungen, z. B. für die Verwaltung (BT-V), Pflege- und Betreuungseinrichtungen (BT-B), Krankenhäuser (BT-K), Entsorgung (BT-E), Flughäfen (BT-F) und Sparkassen (BT-S). Zur besseren Lesbarkeit wurden die Regelungen des allgemeinen Teils mit den spezifischen Regelungen in den jeweiligen besonderen Teilen zu durchgeschriebenen Fassungen zusammengeführt. Diese Fassungen werden beispielsweise für den Bereich der Pflege-und Betreuungseinrichtungen als TVöD-B und für den Bereich der Krankenhäuser als TVöD-K bezeichnet (vgl. Bepler et al. 2013).

3.3.4 Tarifverträge für Auszubildende, Praktikantinnen und Praktikanten

Die bis dahin geltenden Ausbildungstarifverträge wurden durch den Tarifvertrag für Auszubildende des öffentlichen Dienstes (TVAöD) vom 13.09.2005 abgelöst, der zuletzt durch den Änderungstarifvertrag Nr. 3 vom 31.03.2012 geändert wurde. Er gliedert sich in einen Allgemeinen Teil (TVAöD-AT), dessen Regelungen übergreifend einheitlich gelten und zwei besondere Teile für Auszubildende, die auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) ausgebildet werden (TVAöD-BT BBiG) und für Auszubildende die nach dem Altenpflege-, Hebammen- und Krankenpflegegesetz ausgebildet werden (TVAöD-BT Pflege).

Im Geltungsbereich der Länder wurden zwei gesonderte Ausbildungstarifverträge vereinbart. Der Tarifvertrag für Auszubildende der Länder in Ausbildungsberufen nach dem Berufsbildungsgesetz (TVA-L BBiG), der bei den Gesundheitsberufen u. a. die Medizinischen Fachangestellten erfasst und der Tarifvertrag für Auszubildende der Länder in Pflegeberufen (TVA-L Pflege) vom 12.10.2006, der zuletzt durch den Änderungstarifvertrag Nr. 5 vom 9. März 2013 geändert wurde und die Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Entbindungspflege und Altenpflege einschliesst. Die Ausbildungstarifverträge mit Bund und Kommunen einerseits und der TdL andererseits unterscheiden sich nur unwesentlich, hauptsächlich durch geringe Abweichungen bei den Ausbildungsvergütungen.

Für Praktikantinnen und Praktikanten gelten die Tarifverträge für Praktikantinnen/Praktikanten im öffentlichen Dienst (TVPöD) vom 27.10.2009 i. d. F. vom 31.03.2012 bei Bund und Kommunen und der Tarifvertrag über die Regelung der Arbeitsbedingungen der Praktikantinnen/Praktikanten der Länder (TV Prakt-L) vom 9.12.2011 i. d. F. des Änderungstarifvertrags Nr. 2 vom 9. März 2013. Erfasst werden Praktikantinnen und Praktikanten während der praktischen Tätigkeit,

die für die Berufe der Sozialarbeiterin[142], der Sozialpädagogin, der Heilpädagogin nach abgeschlossenem Fachhochschulstudium ausgebildet werden sowie pharmazeutisch-technische Assistentinnen, Erzieherinnen, Kinderpflegerinnen, Masseurinnen und medizinische Bademeisterinnen und Rettungsassistentinnen während der praktischen Tätigkeiten. Die Tarifverträge gelten nicht für Praktikantinnen und Praktikanten, deren praktische Tätigkeit in die schulische oder hochschulische Ausbildung integriert ist (vgl. Bepler et al. 2013).

3.3.5 Eingruppierung und Entgelt

Wichtige Änderungen in TVöD und TV-L gegenüber dem BAT betrafen die Arbeitszeit, Qualifizierung, Einführung eines Leistungsentgelts, eine Jahressonderzahlung, Entgeltfortzahlung, Urlaub, Arbeitsbefreiung und Führung auf Probe und auf Zeit. Im Folgenden liegt der Schwerpunkt der Betrachtung bei den Vereinbarungen zu Eingruppierung und Entgelt, die im Kontext unserer Fragestellung der Auswirkungen von Veränderungen im Berufsfeld Gesundheit besondere Bedeutung zukommen.

Die mit dem TVöD und TV-L angestrebten neuen Entgeltordnungen konnten zunächst noch nicht abschließend vereinbart werden. Die Eingruppierungsvorschriften des BAT gelten nach den Überleitungstarifverträgen einstweilen weiter.

Da über Jahre hin keine einvernehmlichen Regelungen zur Eingruppierung getroffen werden konnten, besteht hier erheblicher Nachholbedarf. Neu entstandene Berufe, gestiegene Anforderungen und Belastungen sind im Tarifrecht noch gar nicht erfasst oder einseitig durch Arbeitgeberempfehlungen zur Eingruppierung geregelt. Handlungsbedarf besteht auch aus Arbeitgebersicht: »Die letzten Eingruppierungsregelungen wurden Anfang der 90er Jahre vereinbart. Viele Eingruppierungsmerkmale sind technisch längst überholt – zum Beispiel der medizinisch-technische Bereich in den Krankenhäusern oder die Datenverarbeitung. Neue Berufe und Tätigkeitsfelder sind entstanden, die im jetzigen Eingruppierungsrecht nicht abgebildet werden« (VKA 2013). Vier Kriterien sind nach Auffassung der VKA u. a. zu berücksichtigen.

Die neue Entgeltordnung soll
:: Tätigkeitsbezug haben, dabei aber der immer größer werdenden Bedeutung einer qualifizierten Ausbildung Rechnung tragen,
:: eingetretene Entwicklungen bei den Berufsbildern, der Arbeitswelt und der Arbeitsorganisation berücksichtigen und

142 Gemeint sind jeweils auch die männlichen Berufsangehörigen.

:: der Systematik des TVöD entsprechen,
:: kostenneutral sein. (VKA 2013)

Das letztgenannte Kriterium dürfte dabei am schwierigsten zu realisieren sein. Höhere Anforderungen, neue oft höher qualifizierte Berufe dürften nicht zum gleichen Preis zu haben sein. Der von der Arbeitgeberseite geforderten Kostenneutralität steht die gewerkschaftliche Forderung gegenüber, »mit der Entgeltordnung insgesamt mindestens das nach früherem Recht geltende Eingruppierungsniveau zu erhalten« (ver.di 2010).

Aus gewerkschaftlicher Sicht werden u. a. folgende Zielsetzungen bei den laufenden Verhandlungen verfolgt: Das neue Eingruppierungsrecht soll diskriminierungsfrei und EU-konform sein, Orientierungsmaßstab ist die auszuübende Tätigkeit, nicht allein der formale Bildungs- und Berufsabschluss. Anforderungen an die Tätigkeiten, wie Qualifikation, Verantwortung, soziale Kompetenz, u. a. sind vorab zu definieren. Die Tätigkeiten sind einheitlich, nach gleichen Kriterien zu bewerten. Alle Anforderungen und Belastungen einer Tätigkeit sind zu erfassen. Die Systematik soll transparent und nachvollziehbar sein (ver.di 2006).

Die Tarifvertragsparteien haben sich bislang auf eine einheitliche Tabelle für alle Beschäftigten in 15 Entgeltgruppen und 6 Erfahrungsstufen verständigt. Besonders kompliziert war dabei die Integration der Anlage 1b BAT, in der die Eingruppierungsvorschriften für den Pflegedienst geregelt sind. Die im BAT vorgesehenen Lebensaltersstufen und familienstandsbezogenen Zuschläge (Ortszuschlag) sind entfallen.

Folgende Eck-Eingruppierungen wurden vereinbart:

EG 1:	einfachste Tätigkeiten (Beispielkatalog)
EG 2 – EG 4:	un- und angelernte Tätigkeiten, Ausbildung unter 3 Jahren
ab EG 5:	dreijährige Berufsausbildung
ab EG 9:	Fachhochschulabschluss/Bachelor
ab EG 13:	wiss. Hochschulabschluss/Master

Zweieinhalbjährige Ausbildungsgänge sind den dreijährigen gleich gestellt. Bemerkenswert ist die Gleichstellung der Bachelor- und Masterabschlüsse unabhängig von der Art der Hochschule, an der sie erworben wurden. Damit greifen die Tarifvertragsparteien die im Zuge des Bologna-Prozesses angestrebte Angleichung der Abschlüsse auf.

Im Übrigen sind im Geltungsbereich des TVöD alle nach dem 1.10.2005 bis zum In-Kraft-Treten der neuen Entgeltordnung vorgenommenen Neueingruppierungen und Umgruppierungen mit Ausnahme der Eingruppierungen in die Entgeltgruppe 1 und im ärztlichen Dienst als vorläufig zu betrachten. Sie begründen weder Vertrauensschutz noch Besitzstand (§ 17 Abs. 3 TV-Ü). Die in den Vergütungsregelungen des BAT bisher geltenden Lebensaltersstufen werden grundsätzlich durch 6 Erfahrungs- oder Entwicklungsstufen ersetzt. Die jeweiligen Endstufen sind bei Bund und VKA und für einzelne Entgeltgruppen unterschiedlich geregelt.

Die Erfahrungs- bzw. Entwicklungsstufen stellen sich in den Entgeltgruppen 2 bis 15 bei ununterbrochener Tätigkeit in derselben Entgeltgruppe bei ihrem Arbeitgeber wie folgt dar:

:: Stufe 1: ohne Berufserfahrung
:: Stufe 2: 1 Jahr Berufserfahrung oder 1 Jahr in Stufe 1
:: Stufe 3: nach weiteren 2 Jahren
:: Stufe 4: nach weiteren 3 Jahren
:: Stufe 5: nach weiteren 4 Jahren
:: Stufe 6: nach weiteren 5 Jahren

Bei 3 Jahren Berufserfahrung erfolgt ab 01.01.2009 die Einstufung in Stufe 3. In den Stufen 4 bis 6 kann die Höherstufung bei über- bzw. unterdurchschnittlichen Leistungen beschleunigt oder gehemmt werden. Dies ist eines der nunmehr vereinbarten Merkmale »leistungsorientierter Vergütung«. Da es nach wie vor schwierig ist, Leistung zu definieren und angemessene Kriterien für ihre Bewertung zu finden, war dieser Punkt innergewerkschaftlich nicht unumstritten und wurde auch in der Diskussion um die Bewertung des Tarifergebnisses einer eher kritischen Betrachtung unterzogen. Um groben Ungerechtigkeiten entgegen zu wirken, wird Beschäftigten die Möglichkeit eingeräumt, gegen eine Verlängerung der Stufenlaufzeiten Beschwerde zu führen. Zur Beratung dieser Beschwerden werden paritätisch besetzte betriebliche Kommissionen eingerichtet, auf deren Vorschlag der Arbeitgeber dann zu entscheiden hat, ob er der Beschwerde abhilft.

Die Funktionsweise der Überleitung von den KR-Tabellen der Anlage 1b BAT für den Pflegedienst in die neuen Entgeltgruppen des TVöD sei an der folgenden Grafik illustriert.

Anwendungstabelle KR – Stand TVöD 2012

Kr-Verläufe	Grundentgelt		Entwicklungsstufen			
	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6
		nach 1 Jahr	nach 3 Jahren	nach 6 Jahren	nach 10 Jahren	nach 15 Jahren
Kr XII–XIII			3647,7	4040,54 nach 2 J. St. 3	4545,61 nach 3 J. St. 4	4770,08
Kr XI–XII				3647,7	4135,94	4360,41
Kr X–XI			3311	3647,70 nach 2 J. St. 3	4135,94 nach 5 J. St. 4	
Kr IX–X			3198,76	3423,24 nach 2 J. St. 3	3849,73 nach 3 J. St. 4	

Quelle: ver.di 2012a

Die Komplexität der korrekten Zuordnung der Tätigkeitsmerkmale und Aufstiege in den Entwicklungsstufen in der neuen Systematik wird deutlich. Wenn die bisherigen Vergütungsniveaus erhalten und nicht alle in die nächst höhere Entgeltgruppe eingestuft werden sollen, erscheint eine weitere Ausdifferenzierung (Binnendifferenzierung) der zunächst vorgesehenen 15 Entgeltgruppen notwendig.

Im Unterschied zu den Lebensaltersstufen im BAT beziehen sich die Entwicklungsstufen auf den jeweiligen Betrieb (Arbeitgeber). Sie können bei einem Stellenwechsel vom neuen Arbeitgeber anerkannt werden, müssen aber nicht. Die Umstellung von Lebensaltersstufen auf das neue System konnte daher bei Neueinstellung und Stellenwechsel zu erheblichen Einkommensverlusten führen.

In der Tarifeinigung vom 27.02.2010 wurde eine »Prozessvereinbarung zu den Tarifverhandlungen über eine Entgeltordnung zum TVöD« (ver.di 2010) getroffen. Danach sollten die Tarifverhandlungen unverzüglich fortgesetzt werden. Grundlage der Verhandlungen sollen u. a. sein: Die bisherigen Eingruppierungsgrundsätze und Tätigkeitsmerkmale der Anlage 1a und 1b des BAT. Für Arbeiter und Angestellte soll ein einheitliches Eingruppierungsrecht geschaffen werden. Die Entgeltordnung ist diskriminierungsfrei zu gestalten. Sie soll allgemeine berufliche Entwicklungen berücksichtigen. Die Einbeziehung der Lehrkräfte soll erst erfolgen, wenn die TdL die Eingruppierung der Lehrkräfte tarifvertraglich vereinbart hat (ver.di 2010). Die diesbezüglichen Tarifverhandlungen mit der TdL sind allerdings auch 2013 zunächst gescheitert (vgl. Effertz 2013, 74).

Während die Verhandlungen über eine neue Entgeltordnung mit Bund und VKA auf Grund der gegensätzlichen Vorstellungen der Tarifvertragsparteien seither weitgehend stagnieren, konnte mit der TdL eine Entgeltordnung vereinbart werden, die am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist.

Es handelt sich allerdings nicht um die vor allem von den Gewerkschaften angestrebte neue Eingruppierungssystematik, sondern vielmehr um eine technische Überleitung der BAT-Eingruppierungsvorschriften in den TV-L. Dabei bleiben die Tätigkeitsmerkmale auch der Anlage 1b BAT für den Pflegedienst zunächst unverändert. Tätigkeitsmerkmale für Lehrkräfte konnten noch gar nicht vereinbart werden. Es wurde ein eher redaktioneller Ansatz verfolgt, der noch nicht zu einer Verschiebung oder Neubewertung der in den alten Regelwerken vereinbarten Wertigkeiten der Tätigkeiten führen sollte (Effertz 2013, 50).

Die Tarifvertragsparteien haben sich verständigt, nach Abschluss der Redaktionsverhandlungen »über Auswirkungen neuer Berufe und berufsbildungsrechtlicher Entwicklungen auf die Entgeltordnung im Gesundheitswesen, im Rettungsdienst sowie für das Wirtschaftspersonal in Anstalten und Heimen zu verhandeln« (ver.di 2012b). Auch diese Verhandlungen sind derzeit noch nicht abgeschlossen.

3.3.6 Eingruppierung neuer Berufe, Qualifikationen und Tätigkeitszuschnitte

Der Beruf des Operationstechnischen Assistenten/der Operationstechnischen Assistentin (OTA) ist zwar bundesweit betrachtet weiterhin nicht staatlich geregelt, aber unter den neueren Berufen und Tätigkeitzuschnitten am weitesten verbreitet und relativ gut etabliert (vgl. hierzu den Beitrag von Bals/Dielmann in dieser Denkschrift). Durch Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Ausbildung und Prüfung (DKG 1996) kann auch von einer gewissen Vereinheitlichung der Ausbildung ausgegangen werden. Diese Empfehlungen wurden 2007 und 2011 aktualisiert.

Mangels tarifvertraglich vereinbarter berufsspezifischer Eingruppierungsmerkmale bzw. eines Funktionsmerkmals erfolgt die Eingruppierung zumeist in Analogie der Eingruppierung von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen im OP-Dienst. Während die Gesundheitsberufe wie alle anderen Angestellten mit Ausnahme der Ärztinnen und Ärzte entsprechend der allgemeinen Vergütungsordnung (Anlage 1a) eingruppiert werden, wird für die Eingruppierung der OTA die für den Pflegedienst vereinbarte Anlage 1b herangezogen (vgl. Schelter 2002). OTA werden mangels tariflicher Regelungen nach einer Empfehlung des VKA-Gruppenausschusses aus dem Jahre 1998 in der Regel in die Vergütungsgruppen (Vg) KR IV bis KR Va eingruppiert. Das entspricht der Entgeltgruppe (EG) 7a der KR-Anwendungstabelle im TVöD oder EG 7/8 der allgemeinen Tabelle. Maßgeblich ist die ausgeübte Tätigkeit. Ein/e Gesundheits- und Krankenpfleger/-in mit erfolgreich abgeschlossener Weiterbildung für den Operationsdienst wird hingegen tariflich in die Vg KR VI (BAT) eingruppiert. Das entspricht der Entgeltgruppe 9a TVöD.

Im Geltungsbereich des TVöD werden im Eingruppierungsrecht z. T. noch alte Berufsbezeichnungen, wie z. B. Krankenschwester, Krankengymnast/-in oder Beschäftigungstherapeut/-in verwendet. Mit der technischen Überleitung konnten im TV-L bereits einzelne Verbesserungen erzielt werden. So wurde neben der Verwendung der aktuellen Berufsbezeichnung bei den Ergotherapeutinnen auf die sechsmonatige Einarbeitungszeit nach Abschluss der Berufsausbildung verzichtet und statt in die Entgeltgruppe 5, wie es der BAT-Regelung entsprochen hätte, sofort in die Entgeltgruppe 6 eingruppiert (Effertz 2013, 53). Die Eingruppierung dieser Berufsgruppe stellt sich in der Entgeltordnung zum TV-L, Anlage A in der Fassung vom 12.12.2012 wie folgt dar:

10. Beschäftigte in Gesundheitsberufen
10.5 Ergotherapeuten
Entgeltgruppe 9 1. Ergotherapeuten mit entsprechender Tätigkeit, denen mindestens zwei Ergotherapeuten oder Beschäftigte in der Tätigkeit von Ergotherapeuten durch ausdrückliche Anordnung ständig unterstellt sind. 2. Ergotherapeuten mit entsprechender Tätigkeit, die schwierige Aufgaben erfüllen. (Stufe 3 nach 5 Jahren in Stufe 2, Stufe 4 nach 9 Jahren in Stufe 3, keine Stufen 5 und 6) (Hierzu Protokollerklärung Nr. 1)
Entgeltgruppe 8 Ergotherapeuten mit entsprechender Tätigkeit, die in nicht unerheblichem Umfang schwierige Aufgaben erfülllen. (Hierzu Protokollerklärung Nrn. 1 und 2)
Entgeltgruppe 6 Ergotherapeuten mit entsprechender Tätigkeit.
Entgeltgruppe 4 Beschäftigte in der Tätigkeit von Ergotherapeuten.
Protokollerklärungen: *1. Schwierige Aufgaben sind z. B. Beschäftigungstherapie bei Querschnittslähmungen, in Kinderlähmungsfällen, mit spastisch Gelähmten, in Fällen von Dysmelien, in der Psychiatrie oder Geriatrie.* *2. Der Umfang der schwierigen Aufgaben bzw. der Tätigkeiten ist nicht mehr unerheblich, wenn er etwa ein Viertel der gesamten Tätigkeit ausmacht.*

Maßgeblich für die tarifliche Eingruppierung ist - wie schon im BAT- neben der abgeschlossenen Berufsausbildung bzw. der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung die auszuübende Tätigkeit. Wer ohne entsprechenden Berufsabschluss oder die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung ergotherapeutisch tätig ist, wird in die Entgeltgruppe 4 eingruppiert.

In der Praxis stellt sich zunehmend die Frage, wie mit Absolventinnen und Absolventen von berufsbezogenen Hochschulausbildungen zu verfahren ist, die beispielsweise neben einem ersten Hochschulabschluss als Bachelor auch den Berufsabschluss in einem Pflegeberuf oder einem therapeutischen Beruf erworben haben. Maßgeblich für die im Arbeitsvertrag vereinbarte Eingruppierung ist die auszuübende Tätigkeit. Wird ein/e Gesundheits- und Krankenpfleger/-in mit Hochschulabschluss als Gesundheits- und Krankenpfleger/-in eingestellt, wird sie auch

als solche bezahlt. Als Berufsanfängerin erfolgt eine Eingruppierung in die EG 7a (KR 7a TV-L). Der Hochschulabschluss für sich rechtfertigt noch keine höhere Eingruppierung, es sei denn er ist für die auszuübenden Tätigkeiten erforderlich. Bei einer Einstellung für besondere Funktionen, etwa als Case Manager/-in wird auch eine höhere Eingruppierung beispielsweise in die EG 9 in Frage kommen. Entscheidend ist also die Gestaltung des Arbeitsvertrags. Die Eingruppierung richtet sich nach der Tätigkeit, die gemäß Arbeitsvertrag auf Dauer auszuüben ist. Die gesamte auszuübende Tätigkeit wiederum kann aus Arbeitsvorgängen bestehen, die unterschiedlich bewertet sind. Um für die Eingruppierung maßgeblich sein zu können, muss die Tätigkeit i. d. R. im Zeitumfang mindestens zur Hälfte ausgeübt werden (Effertz 2013, 43).

Wie das Beispiel der Ergotherapeuten zeigt, können höhere Eingruppierungen auch erreicht werden, wenn die Tätigkeit sich durch besondere Schwierigkeiten auszeichnet oder wenn Leitungsfunktionen übernommen werden. Es kommt also immer auch auf die auszuübende Tätigkeit an.

Lehrkräfte an Schulen des Gesundheitswesens, die über den entsprechenden Berufsabschluss verfügen (z. B. als Logopädin, Ergo- oder Physiotherapeut) und als Lehrkräfte tätig sind, werden in die EG 9 eingruppiert, unabhängig davon, ob sie über eine Hochschulausbildung verfügen oder nicht. Auch für Pflegelehrer/-innen gibt es im öffentlichen Dienst noch keine Neuregelung, die der Vorgabe des Krankenpflegegesetzes von 2003 nach einer Hochschulausbildung für Lehrkräfte und Schulleitungen Rechnung trägt (§ Abs. 3 KrPflG). Sie werden weiterhin nach den Vorgaben der Anlage 1b BAT für den Pflegedienst als »Unterrichtschwestern« (Krankenschwestern mit mindestens einjähriger erfolgreich abgeschlossener Fachausbildung an Schulen für Unterrichtsschwestern, die als Unterrichtsschwestern an Krankenpflegeschulen oder Schulen für Krankenpflegehilfe tätig sind) in die VG KR VII bzw. KR VIII BAT (nach 5 Jahren) eingruppiert. Die Überleitung erfolgt in die EG 9c TVöD bzw. EG KR 9c TV-L. Das entspricht einer Vergütung, wie sie auch Fachhochschulabsolventen erwarten können.

Gleichwohl wird hier der tarifliche Handlungsbedarf besonders deutlich. An Schulen des Gesundheitswesens insgesamt und an Pflegeschulen insbesondere gibt es mindestens drei Kategorien von hauptberuflichen Lehrkräften:

1. Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen mit Weiterbildung (vereinzelt auch noch ohne Weiterbildung).
2. Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen mit Fachhochschulabschluss (Bachelor oder FH-Diplom) und

3. Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen mit Universitätsabschluss (Master, Diplom oder Staatsexamen).

Als Sonderform der universitären Ausbildung kommen noch Diplom-Medizinpädagogen hinzu. In den meisten Schulen gibt es keine Unterschiede in der ausgeübten Tätigkeit, sodass eine einheitliche Eingruppierung gut begründet wäre. Die gewerkschaftliche Vorstellung einer einheitlichen Eingruppierung auf dem hohen Niveau der EG 13/14, die für »Beschäftigte mit abgeschlossener wissenschaftlicher Hochschulbildung und entsprechender Tätigkeit sowie sonstige Beschäftigte, die aufgrund gleichwertiger Fähigkeiten und ihrer Erfahrungen entsprechende Tätigkeiten ausüben« (Effertz 2013, 941) vorgesehen ist, wird wohl nicht leicht zu realisieren sein. Der Terminus »wissenschaftliche Hochschulen« schließt im tariflichen Sinne Fachhochschulen in der Regel nicht ein (vgl. Protokollerklärung Nr. 1 EGO TV-L Verwaltungsdienst).

Die derzeit weithin übliche Praxis auch hochschulisch ausgebildete Lehrkräfte wie Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen mit ein- zweijähriger Weiterbildung als Lehrkraft für Pflegeberufe einzugruppieren, entspricht nicht den Anforderungen an die Tätigkeit (vgl. hierzu BAG Urteil vom 25.01.2012 – 4 AZR 414/10). Eine fachbezogene Differenzierung der Themenbereiche und in der Ausbildung- und Prüfungsverordnung vorgeschriebenen Wissensgrundlagen in solche, deren Unterrichtung einer universitären Ausbildung der Lehrenden bedürfen und solche für die eine Weiterbildung oder fachhochschulische Ausbildung ausreichen soll, erscheint hingegen nicht sachgerecht. Dabei sollen medizinische und naturwissenschaftliche Themen die universitäre Ausbildung und eine höhere Vergütung rechtfertigen, während dies für pflegerische und berufsbezogene sozialwissenschaftliche Themen nicht erforderlich sein soll.

Grundsätzlich ist auch eine höhere Eingruppierung möglich als sie der Tarifvertrag vorsieht. Tarifverträge regeln Mindestbedingungen, von denen nicht zum Nachteil der Beschäftigten abgewichen werden kann (Günstigkeitsprinzip), wohl aber zu ihrem Vorteil (§ 4 Abs. 3 TVG). Dem stehen allerdings im öffentlichen Dienst haushaltsrechtliche Bestimmungen entgegen (Effertz 2013,15).

Für die anstehenden Verhandlungen über neue Entgeltordnungen sind mehr als zweihundert Berufsabschlüsse, Weiterbildungs- oder Hochschulabschlüsse oder auch nur anders zu bewertende Tätigkeiten im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Neben beruflichen Neuschöpfungen wie Anästhesie-, Chirurgisch- oder Operationstechnische Assistenten (ATA/CTA/OTA) sind zahlreiche Zusatzqualifikationen, wie Stroke Nurse, Pain Nurse, Study oder Research Nurse, Service Assistentinnen, Sozialmedizinische Assistentinnen, Familienhebammen oder

Hochschulabschlüsse, wie Physician Assistants oder Bachelorabschlüsse in therapeutischen Berufen u. v. a. zu bewerten und zu tarifieren. Dabei ist zu unterscheiden, ob es sich um eine Ausbildung handelt oder um eine Weiterbildung, die eine abgeschlossene Berufsausbildung voraussetzt. Die Aus- oder Weiterbildungsdauer ist ebenso relevant wie die Frage, in welchem Maße die erworbene Qualifikation für die auszuübende Tätigkeit erforderlich ist. Nicht zuletzt ist das Gelingen einer angemessenen Eingruppierung abhängig von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, den Möglichkeiten zur Refinanzierung der Kosten und der Handlungsstärke der Gewerkschaften.

3.3.7 Duale Studiengänge

Die Berufszulassungsgesetze schreiben für die Ausbildung in den Gesundheitsberufen zwar unterschiedliche, im Verhältnis zu rein schulischen Ausbildungen jedoch vergleichsweise hohe Praxisanteile vor (vgl. Beitrag von Dielmann in diesem Band). Bei den Pflegeberufen betragen sie mehr als die Hälfte, bei den Hebammen sogar etwa zwei Drittel der vorgeschriebenen Ausbildungszeit. Dies stellt die Hochschulen vor besondere Herausforderungen, wenn sie Studiengänge anbieten, die neben dem Hochschulabschluss auch zur Anerkennung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung führen sollen, also gleichzeitig die Anforderungen an die Berufsausbildung erfüllen.
Deshalb werden bei der Neugestaltung der Ausbildung auch an Hochschulen duale Studiengänge eine besondere Bedeutung auch in diesem Berufsfeld erlangen.

Unterschieden werden können
1. Ausbildungsintegrierende duale Studiengänge
2. Praxisintegrierende duale Studiengänge und
3. Berufsintegrierende und berufsbegleitende Studiengänge

Ausbildungsintegrierende Studiengänge verbinden einen Berufsabschluss in einem anerkannten Ausbildungsberuf mit einem (ersten) Hochschulabschluss. Je nachdem, ob die Ausbildung betrieblich-arbeitsrechtlich ausgestaltet ist oder eher schulisch mit Praktika, kommt hier die Anwendung der Ausbildungstarifverträge oder ggfs. der Tarifverträge für Praktikantinnen und Praktikanten in Betracht.

Praxisintegrierende Studiengänge verbinden mehr oder weniger lange Praxisphasen in Betrieben mit einem Hochschulstudium. Tarifrechtlich kommt es sehr darauf an, wie die praktische Tätigkeit ausgestaltet ist. Zu klären ist, ob es sich um ein Arbeitsverhältnis, ein Praktikantenverhältnis oder ein Volontariat handelt. Wird eine messbare zu vergütende Arbeitsleistung erbracht oder steht der Ausbildungszweck in Ergänzung zum Studium im Vordergrund? Nach der vorliegenden Rechtsprechung zu dieser Thematik kommt es hier besonders auf den Einzelfall an.

In der dritten Variante dualer Studiengänge liegt in der Regel bereits eine abgeschlossene Berufsausbildung vor und es besteht oft eher eine zeitliche als inhaltliche Verzahnung von Studium und Berufsausübung. Da hier in der betrieblichen Praxis die Arbeitsleistung im Vordergrund steht, kommen ggfs. die einschlägigen Tarifverträge zur Anwendung (vgl. Effertz 2013, BIBB 2013).

3.3.8 Fazit

Ausgehend von gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, die auf Ausgabensenkung und Wettbewerb setzen, erweist es sich als schwierig, auf Solidarität basierende einheitliche Tarifbedingungen für die Beschäftigten im Sozial- und Gesundheitswesen zu erhalten und weiter zu entwickeln.

Einer Zersplitterung der Tariflandschaft und einer Ausweitung der Versorgungsbereiche ohne Tarifbindung durch Privatisierung, Outsourcing und Austritt aus Arbeitgeberverbänden, stehen Bemühungen der Gewerkschaften gegenüber, Arbeitsbedingungen und Vergütungen der Beschäftigten tariflich abzusichern und möglichst einheitlich zu gestalten.

Dabei steht das Tarifrecht vor den Herausforderungen, überkommene Strukturen zu überwinden und aus dem Beamtenrecht übernommene Regelungen, wie die Vergütung nach Lebensalter und Familienstand, zu modernisieren. Die besonderen Anforderungen an die Sozial- und Gesundheitsberufe müssen angemessen bewertet, neue Berufe, veränderte Qualifikationsprofile und Tätigkeitszuschnitte müssen in die Entgeltordnungen aufgenommen und verbindlich geregelt werden.

Ausgangspunkt für eine tarifliche Bewertung ist die auszuübende Tätigkeit zumeist in Verbindung mit den dafür erforderlichen Qualifikationsabschlüssen. Höhere Bildungsabschlüsse führen ohne die entsprechende (herausgehobene) Tätigkeit nicht automatisch zu einer höheren Vergütung. Eine Vergütung der praktischen Tätigkeit bzw. praktischer Ausbildungs- oder Weiterbildungsabschnitte hängt von den rechtlichen Rahmenbedingungen, der gewählten Form eines (dualen) Studiums und entsprechenden Tarifvereinbarungen ab. Dem öffentlichen Dienst wird hier eine Vorreiterfunktion zukommen, die allerdings Verhandlungsbereitschaft auf beiden Seiten der Tarifvertragsparteien voraussetzt.

4 Literaturverzeichnis

Ärzteblatt (2010a): Kollektivvertrag: KBV und Barmer rücken zusammen. In: http://www.aerzteblatt.de/archiv/76916/Kollektivvertrag-KBV-und-Barmer-ruecken-zusammen (Download 15.04.2012)

Ärzteblatt (2010b): KBV-Kontrovers: Kollektivvertrag muss die Basis sein. In: http://www.aerzteblatt.de/studieren/nachrichten/41013/KBV-Kontrovers-Kollektivvertrag-muss-die-Basis-sein (Download 26.04.2012)

Ärzteblatt (2011a): WHO: Chronische Erkrankungen die häufigste Todesursache. 27. April 2011. In: http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/45602 (Download 16.04.2012)

Ärzteblatt (2011b): Hoher Überschuss bei der Sozialversicherung. 12. April 2012. In: http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/49818 (Download 13.04.2012)

Ärzteblatt (2012a): GKV-Umlageverfahren ab 2030 nicht mehr haltbar. In: http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/49416 (Download 08.03.2012)

Ärzteblatt (2012b): Koalition uneins über Entlastung von Beitragszahlern. In: http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/49833 (Download 14.04.2012)

Ärzte Zeitung (2012): DMP – kontrovers beurteilt. In: Ärzte Zeitung vom 29.03.2012. S. 9

Ärzte Zeitung (2013): Goldrausch in der GKV – doch die Perspektive ist nicht golden. In: Arzte Zeitung vom 8./9. 03.2013, S. 4

Anderson, E.T./McFarlane, J. (1995): Community as partner: Theory and practice in nursing. Lippincott, Philadelphia.

Asklepios (2010) (Hrsg.): Delegationsmöglichkeiten im Krankenhaus – Neuordnung von Aufgaben und Tätigkeitsprofilen im Asklepios Konzern – best practice –, o. O. A. 2010

Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) (2012): Beschluss der 89. Arbeits- und Sozialministerkonferenz vom 28./29.11.2012 in Hannover. TOP 7.1 »Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege«, S. 78 ff.

Baden-Württemberg (2013): Verordnung des Sozialministeriums und des Wissenschaftsministeriums zur Erprobung einer Weiterbildung in den Berufen der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege zur Arztassistenz (Weiterbildungsverordnung Arztassistenz) vom 5. Juni 2013 (GBl. vom 11. Juli 2013).

Baethge, M. (2008): Das berufliche Bildungswesen in Deutschland am Beginn des 21. Jahrhunderts. In: Cortina, Kai S. u. a. (Hrsg.). Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland, Reinbek.

Bals, T. (1993): Berufsbildung der Gesundheitsfachberufe. Einordnung – Strukturwandel – Reformansätze. Leuchtturm Verlag, Darmstadt.

Bals, T./Brater, M./Hemmer-Schanze, C./Meifort, B. (2001): In vier Stufen zum Beruf – auf den Spuren neuer Trends in personenbezogenen Dienstleistungen. In: Abicht, L./Bärwald, H./Bals, T./Brater, M./Hemmer-Schanze, C./Meifort, B./Preuss, B.: Gesundheit, Wellness, Wohlbefinden: Personenbezogene Dienstleistungen im Fokus der Qualifikationsentwicklung. Qualifikationen erkennen – Berufe gestalten Bd. 4, Hrsg. von H.-J. Bullinger. Bielefeld, S. 11–76.

Bals, T. (2002): Neue Qualifikationsbilder in den personenbezogenen Dienstleistungen – am Beispiel Operationstechnischer Assistent und Tagesmutter. In: Bullinger, H.-J. (Hrsg.): Qualifizierungsoffensive: Bedarf frühzeitig erkennen – zukunftsorientiert handeln. Qualifikationen erkennen – Berufe gestalten Bd. 6, Bielefeld, S. 105–117.

Bals, T. (2003): Berufsbildung ohne Grenzen – Annäherung der Berufsbildungssysteme von Schule und Betrieb als Option für die Zukunft? In: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Berufsbildung für eine globale Gesellschaft – Perspektiven im 21. Jahrhundert, Bielefeld/ Bonn (CD-Rom, 08_2_02.pdf, S. 1–8)

Bals, T. (2004): OTA – eine erfolgreiche Berufsentwicklung. In: Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 07/2004, S. 41–46.

Bals, T. (2011): Gewinnung neuer Kompetenzprofile für die Berufe des Gesundheitswesens. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Schattauer Verlag, Stuttgart.

Beck, U./Brater, M./Daheim, H. (1980): Soziologie der Arbeit und der Berufe. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.

Becker, W./Meifort, B. (1994): Pflegen als Beruf – ein Berufsfeld in der Entwicklung, hrsg. vom Bundesinstitut für Berufsbildung, Berlin.

Becker, W./Meifort, B. (2002): Gesundheitsberufe: Alles »Pflege« – oder was? W. Bertelsmann Verlag (wbv), Bielefeld.

Becker, U. (2013): Informationstechnologie, 2013. Online verfügbar unter: http:www.uke.de/zentrale-dienste/informationstechnologie/index.php (zuletzt geprüft am 16.08.2013).

Behrens, J./Görres, S./Schaeffer, D./Bartholomeyczik, S./Stemmer, R. (Hrsg.) (2012): Agenda Pflegeforschung für Deutschland. Gefördert von der Robert Bosch Stiftung. Halle/Saale.

Bepler, K./Böhle, T./Meerkamp, A./Russ, W. (Hrsg.) (2013) : TVöD. Kommentar zum Tarifrecht der Beschäftigten im Öffentlichen Dienst im Bereich des Bundes und der VKA. C.H. Beck, Loseblatt Stand April 2013, München.

Berentzen, J. (2009): Delegation ärztlicher Tätigkeiten im Operationsdienst – Der Chirurgie-Assistent. In: Der Chirurg BDC 1/2009, S. 20.

Bispinck, R./Dribbusch, H./Öz, F./Stoll, E. (2012): Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank Arbeitspapier 07/2012. Online verfügbar unter: http://www.lohnspiegel.de/dateien/pflegeberufe (zuletzt geprüft am 03.09.2013)

Blum, K./Offermanns, M. (2009): Krankenhaus Barometer, Umfrage 2009. Herausgegeben von: Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf. Online im Internet: http://www.dki.de/PDF/Bericht%20KH%20Barometer%202009.pdf (Download 17.03.2011)

Blum, K. u. a. (2010): Krankenhaus Barometer Umfrage 2010. Herausgegeben von: Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf. Online verfügbar unter: http://www.dki.de/PDF/Bericht%20KH%20Barometer%202010.pdf (Download 20.04.2011)

Blum, K./Löffert, S. (2010): Ärztemangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen – Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Herausgegeben von: Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf. Online verfügbar unter: http://www.dki.de/PDF/Langfassung_Aerztemangel.pdf (Download 05.04.2011)

Blum, K./Offermanns, M./Perner, P. (2008): Krankenhaus Barometer Umfrage 2008. Herausgegeben von: Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf. Online verfügbar unter: http://www.dkgev.de/media/file/5111.Bericht_KH_Barometer_2008.pdf (Download 07.05.2011)

Bohne, K. (2012): Delegation ärztlicher Tätigkeiten. Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main.

Braun, B./Buhr, P./Klinke, S./Müller, R./Rosenbrock, R. (2009): Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System. Berlin, Bremen.

Braun, B. u. a. (2011): Zur Bedeutung von Schnittstellen und Übergängen im deutschen Gesundheitssystem. In: gesundheitsmonitor 03/2011. Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. S. 1–12

Braun, E. G. u. a. (2009): Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

Braun, T./Rau, F./Tuschen, K.-H. (2008): Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz. In: Klauber, J./Robra, B.-T./Schellschmidt, H. [Hrsg.:] Krankenhaus-Report 2007 Schwerpunkt: Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase?, Schattauer, Stuttgart. Online verfügbar unter: http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_krankenhaus/wido_kra_khr07_kap1_1107.pdf

Bruntsch, F./ Erhard, T./Friedl, C./Ostwald, D.A./Schmidt, H. (2010): Fachkräftemangel: Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. 1. Auflage. PriceWaterHouseCoopers (Hrsg.), Frankfurt am Main.

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (BÄK und KBV) (2008): Persönliche Leistungserbringung, Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. Stand: 29.08.2008 in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 41, 10. Oktober 2008

Bundesärztekammer (BÄK) (2009): Durchschnittsalter der Ärzte. Online im Internet: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat09Abbildungsteil.pdf (Download 25.03.2011)

Bundesärztekammer (BÄK) (2010): Ausländische Ärztinnen und Ärzte. Online im Internet: http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.8175.8184 (Download 05.04.2011)

Bundesärztekammer (BÄK) (2013): Online verfügbar unter: http://www.fortbildung-mfa.de/ (zuletzt geprüft am 16.08.2013).

Bundesärztekammer (BÄK) (2013): Gesundheitsfachberufe: Gesamt-Übersicht nach Berufsgruppen und Berufsfeldern. Online verfügbar unter: http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.1.17.3619.3820&all=true (zuletzt geprüft am 16.08.2013).

Bundesagentur für Arbeit (2010): Arbeitsmarktberichterstattung: Gesundheits--und Pflegeberufe in Deutschland, Nürnberg. Online verfügbar unter: http://statistik.arbeitsagentur.de/cae/servlet/contentblob/24380/publicationFile/4410/Gesundheits-und-Pflegeberufe-Deutschland-2010.pdf (Download 06.04.2011)

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (2009): Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2009. Bonn.

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (2011): Ergänzungsband zum Verzeichnis der anerkannten Ausbildungsberufe und des Verzeichnisses der zuständigen Stellen, Bonn.

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (2012a): Bekanntmachung des Verzeichnisses der anerkannten Ausbildungsberufe und des Verzeichnisses der zuständigen Stellen vom 25. Juni 2012. Veröffentlicht im Bundesanzeiger am Dienstag, den 31. Juli 2012.

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (Hrsg.) (2012b): Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2012, Bonn

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (2013a): AusbildungPlus-Datenbank www.ausbildungplus.de (zuletzt geprüft am 04.09.2013).

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (Hrsg.) (2013b): Datenreport 2013. Tabellen-Internet-Vorversion-1. Download 13.07.2013. Tabelle B4. 1–7. Teil 1 bis 26.

Bundesministerium des Innern (2011): Demografische Entwicklung. Online verfügbar unter: http://www.bmi.bund.de/DE/Themen/PolitikGesellschaft/DemographEntwicklung/demographentwicklung_node.html (Download 12.03.2011)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – BMFSFJ (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Drucksache 14/5130.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – BMFSFJ (2005): Work Life Balance. Motor für wirtschaftliches Wachstum und gesellschaftliche Stabilität. Analyse der volkswirtschaftlichen Effekte – Zusammenfassung der Ergebnisse. Berlin. Online verfügbar unter: http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Work-Life-Balance,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf (Download 16.04.2011)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – BMFSFJ (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Berlin: BMFSFJ.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – BMFSFJ (2012): Zeit für Familie – Familienzeitpolitik als Chance einer nachhaltigen Familienpolitik. Achter Familienbericht. BMFSFJ, Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2009): Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben nach § 4 Absatz 6 Satz 3 des Ergotherapeutengesetzes, § 6 Absatz 4 Satz 3 des Hebammengesetzes, §4 Absatz 6 Satz 3 des Logopädengesetzes und § 9 Absatz 3 Satz 3 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes vom 16. November 2009, Bundesanzeiger Nr. 180, S. 4052 vom 27.11.2009.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2012a): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung 10/2012. Online verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/2012_04_Zahlen_und_Fakten_Pflegeversicherung.pdf (zuletzt geprüft am 19.08.2013)

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2012b): Bundesministerium für Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens 2012.
Online verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Daten_des_Gesundheitswesens_2012.pdf. (zuletzt geprüft am 23.08.2013)

Bundeszentrale für politische Bildung – Bpb (2012): Zahlen und Fakten. Die soziale Situation in Deutschland. Haushalte nach Zahl der Personen. Online verfügbar unter: http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61587/haushalte-nach-zahl-der-personen (zuletzt geprüft am 19.08.2013)

Burgi, M. (2013): Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung. Rechtsgutachten im Auftrag der Robert Bosch Stiftung. Nomos, Baden-Baden.

Cramer, H./Fuchs, H./Hirsch, S./Ritz, H.-G. (2011): SGB IX-Kommentar zum Recht schwerbehinderter Menschen, 6. Auflage, Verlag Franz Vahlen, München.

Denzler, E. (2004): Abkehr vom Tarifvertrag. Altenpflege (11), 58–60.

Deutsche Bank, DB Research (2012): Medizintechnik – Elektromedizin als Treiber im Gesundheitsbereich, Frankfurt a. M.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (1996): DKG-Empfehlung zur Ausbildung und Prüfung von Operationstechnischen Assistentinnen/Assistenten vom 26. Juni 1996. In: Das Krankenhaus 8/1996, S. 424 ff.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2012) (Hrsg.): Zahlen Daten Fakten. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft, Düsseldorf.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2012): Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Fachkräftegewinnung in der Altenpflege vom 14. März 2012.

Dielmann, G. (1993): Zur Anwendung des Berufsbildungsgesetzes auf die Ausbildung in den Pflegeberufen - Konsequenzen für die Lehrerausbildung. In: Bischoff, C./Botschafter, P. (Hrsg.:) Neue Wege in der Lehrerausbildung für Pflegeberufe, Bibliomed – Medizinische Verlagsgesellschaft mbH, Melsungen.

Dielmann, G. (2001): Weiterbildungsregelungen der Länder für Pflegeberufe – eine Übersicht. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 52. Jahrg. 9/2001, S. 350–356.

Dielmann, G. (2005a): Delegation ärztlicher Tätigkeiten und Berufebasteln bei Helios. In: Infodienst Krankenhäuser Heft Nr. 28, März 2005, S. 38/39 Hannover.

Dielmann, G (2005b): Finanzierung der Ausbildungsstätten an Krankenhäusern. In: Infodienst Krankenhäuser Heft Nr. 31, Dezember 2005, S. 31–35, Hannover.

Dielmann, G. (2006): Neues Tarifrecht für den öffentlichen Dienst (TVöD). In: PflegeRecht, 10. Jahrgang, 6/2006, S. 252–259, Neuwied.

Dielmann, G. (2008): Erweiterte Kompetenzen für die Pflegeberufe. In: Infodienst Krankenhäuser Heft Nr. 41, Juli 2008, S. 24–25, Hannover.

Dielmann, G. (2009): Neue Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. In: Die Schwester Der Pfleger, Jahrg. 48, Heft 8/2009, S. 806–811, Melsungen.

Dielmann, G. (2010a): Neue Berufsbilder in den Kliniken – Chancen und Risiken – In: Infodienst Krankenhäuser Heft Nr. 51, Dezember 2010, S. 28–30, Hannover.

Dielmann, G. (2010b): Trendwende auf dem Ausbildungsmarkt? In: Infodienst Krankenhäuser Heft Nr. 51, Dezember 2010, S. 31–33, Hannover.

Dielmann, G. (2013): Krankenpflegegesetz. Text und Kommentar für die Praxis. 3. erw. Aufl., Mabuse Verlag, Frankfurt am Main.

Dörner, K. (2012): Leben und sterben, wo ich hingehöre: Dritter Sozialraum und ein neues Hilfesystem. Paranus, Neumünster.

Effertz, J. (2013): TV-L. Jahrbuch Länder 2013. Kommentierte Textsammlung. Walhalla Fachverlag, Regensburg. S. 15 ff.

Ehrhard, T./Ostwald, D. A./Franz, P. (2011): Neue Berufe und Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen – Stand und Perspektiven. In Hensen,P./Kölzer, C. (Hrsg.). Die gesunde Gesellschaft. VS-Verlag, Wiesbaden. S. 105–121.

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000). BT-Drucks. 14/1245 vom 23.6.1999, S. 53.

Europäische Kommission (2012a): Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament etc. ehealth-Action-Plan 2012–2020 – Innovative healthcare for the 21st century. Brüssel, 06.12.2012.

Europäische Kommission (2012b): ehealth-Action-Plan 2012–2020. 07.12.2012

Ewers, M./Grewe, T./Höppner, H./Huber, W./Sayn-Wittgenstein, F./Stemmer, R./ Voigt-Radloff, S./ Walkenhorst, U. (2012): Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. In: Deutsche medizinische Wochenschrift 2012; 137 (Suppl. 02), S. 37–73. Georg Thieme Verlag KG. Stuttgart. Online verfügbar unter: http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/DMW_Supplement_Gesundheitsfachberufe_2012.pdf (zuletzt geprüft am 19.08.2013).

Fink, Ulf (2008): Gesundheit – das ist eine Chance für Wachstum und Beschäftigung, Interview in der Ärztezeitung, 04.06.2008

Fischermanns, G. (2006): Praxishandbuch Prozessmanagement. 6. Auflage. Gießen.

Friedrich Ebert Stiftung (FES) (Hrsg.) (2013): Bräutigam, C./Evans, M./Hilbert, J.: Berufsbilder im Gesundheitssektor, Bonn, Mai 2013.

Friedrichs, A. (2013): Konzept zur Umsetzung der Ergebnisse der Zukunftswerkstatt. Hochschule für Gesundheit, Bochum.

Gaitanides, M., Scholz, R., Vrohlings, A. u. Raster, M. (1994): Prozessmanagement. Konzepte, Umsetzungen und Erfahrungen des Reengineering. Hanser, München, Wien.

Gaitanides, M. (2012): Prozessorganisation. Entwicklung, Ansätze und Programme des Managements von Geschäftsprozessen. 3. Auflage. München.

Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA (2011): Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V Stand: 20. Oktober 2011. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesauschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V) in der Fassung vom 20. Oktober 2011 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 46 (S. 1 128) vom 21. März 2012 und Nr. 50 (S. 1–228) vom 28. März 2012 in Kraft getreten am 22. März 2012

Gerlach, F. M. u. a. (2009): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009

Gerlach, F. M. u. a. (2011): Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens – Zukunftskonzept des Sachverständigenrats. In: Günster, C., Klose, J., Schmacke, N. (Hrsg.): 2011 Versorgungs-Report. Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen. Stuttgart 2011. S. 29–40

Gerlach, F. M. u. a. (2012): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012

Gerlach, I. (2010): Familienpolitik. 2 Auflage. Wiesbaden

Gerling, V. (2002): Zugewanderte Senioren/innen in Deutschland und Großbritannien: Soziodemografische Strukturdaten, Lebenslagen und soziale Dienste der Altenhilfe im Vergleich. In: Sozialer Fortschritt 6, S. 149–150.

Gerlinger, T./Mosebach, K./Schmucker,R. (2007): Wettbewerbssteuerung in der Gesundheitspolitik. Diskussionspapier 2007-1, Frankfurt am Main.

Gerst, T. (2004): Deutsches Ärzteblatt

Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (Behindertengleichstellungsgesetz – BGG) vom 27.4.2002, BGBl. I, S. 1468.

Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14.11.2003. BGBl I 2003; (55): S. 2190–2257.

Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22.12.1999. BGBl I, 1999; (59): S. 2626–2656.

Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26.3.2007 (BGBl I S. 378)

Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PfWG), vom 24.01.2008 BT-Drs.16/7439.

Gesundheitsministerkonferenz – GMK (2013): Beschluss der 86. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 27.06.2013, TOP 7.4.

Görres, S./Hoffmann, W./Terschüren, C. (Hrsg.) (2000): Entwicklung des Gesundheitssystems bis zum Jahr 2020. Trends und Einflussfaktoren. Expertenpapier im Auftrag der »Zukunftswerkstatt Pflegeausbildung«. Gefördert durch die Robert Bosch Stiftung. Bremen.

Görres, S./Böckler, U. (2004): Innovative Potenziale und neue Märkte für zukünftige Dienstleistungen in der Pflege – Ergebnisse einer Delphistudie. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, Vol. 17/Nr. 2, S. 105–112, Verlag Hans Huber, Bern.

Greß, S./Kiselev, J./Mohokum, M./Kuss, K./van Wagensveld, A. (2011): Die Rolle der Physiotherapie bei der Versorgung chronischer Erkrankungen. Internationale Erfahrungen und nationale Defizite. In: Sozialer Fortschritt 60 (7), S. 151–159.

Grunow, S./Jochem, J./Schöfer, I. (2000): OTA – ein neues Berufsbild etabliert sich im Gesundheitswesen. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, 29 (2000) 5, S. 23–24.

Haaf, H.-G. (2002): Gesundheitsökonomische Aspekte der Vergütung mit Fallpauschalen in der medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation 2002; 41 (1): S. 14–30.

Haas P. (2006): Gesundheitstelematik. Grundlagen, Anwendungen, Potentiale. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg.

Hasseler, M. (2004): Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Veränderungen. In: Hasseler, M./Meyer, M. (Hrsg.): Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft. Professionalität erhöhen – Wettbewerbsvorteile sichern. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, S. 23–30.

Hasseler, M./Meyer, M. (2004): Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft. Professionalität erhöhen – Wettbewerbsvorteile sichern. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Haubrock, M. u. a. (2000): Managed Care. Integrierte Versorgungsformen. Hans Huber Verlag, Bern, 1. Auflage, Bern.

Haubrock, M./Schär, W. (2009): Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft, Hans Huber Verlag, 5. Auflage, Bern.

Hensen, P./Kölzer, C. (2011): Die gesunde Gesellschaft. Sozioökonomische Perspektiven und sozialethische Herausforderungen. Wiesbaden.

Hilbert, J./Fretschner, R./Dülberg, A. (2002): Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft.Online verfügbar unter: http://iat-info.iatge.de/aktuell/veroeff/ds/hilbert02b.pdf (Download am 29.03.2011)

Hoberg, R./Klie, T./Künzel, G. (2013): Eckpunkte. Strukturreform Pflege und Teilhabe. Kurzfassung. AGP Sozialforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg (Hrsg.). Gefördert von der Robert Bosch Stiftung.

Höppner, H. (2007): Akademisierung der Gesundheitsfachberufe. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung und Effektivitätssteigerung gesundheitlicher Versorgung in Deutschland. In: Deitermann, B./Kemper, C./Glaeske, G. (Hrsg.). GEK- Heil- und Hilfsmittel-Report 2007, Bremen, Schwäbisch Gmünd, S. 28–38.

Höppner K./Kuhlmey A. (2009): Gesundheitsberufe im Wandel: In GGW 2009, Heft 2, S. 7–14.

HWP Planungsgesellschaft mbH Geschäftsbereich Unternehmensberatung/ Betriebsplanung (2007): Zukunft für das Krankenhaus. Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung der Krankenhausorganisation. Eine Studie gefördert durch die Robert Bosch Stiftung.

International Labour Organization (ILO) (2012): »Global Employment Trends for Youth 2012«. Online verfügbar unter: http://www.ilo.org/global/research/global-reports/global-employment-trends/youth/2012/WCMS_180976/lang--en/index.htm. (zuletzt geprüft am 19.08.2013)

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld – IPW (2008): Community Health Assessment für Bielefeld-Schildesche. Studentische Arbeitsgruppe Community Health Assessment. Veröffentlichungsreihe des IPW, Band 08–138. IPW, Bielefeld.

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO): www.dimdi.de.

Isfort, M. u. a. (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online verfügbar unter: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf (Download 27.03.2011)

Isfort, M. u. a. (2010): Pflege-Thermometer 2009. Der Pflegemangel im Krankenhaus wird chronisch. In: Die Schwester Der Pfleger, 49. Jahrgang, Monat Juni 2010. S. 1–9. Online im Internet: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Isfort_Weidner_Pflegethermometer_2009.pdf (Download 18.04.2011)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2010): Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung: Daten, Fakten, Trends. 5. Auflage, Berlin. Online im Internet: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/0309_5_arztzahlstudie_pressekonferenz_version_2.pdf (Download 23.03.2011)

Klages, M. (2010): Das Krankenhaus und seine Mitarbeiter: Personalmanagement. In: Debatin, J. F., Ekkernkamp, A., Schulte, B. Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden. 1. Auflage. Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Klaes, L./Köhler, T./Rommel, A./Schüler, G./Schröder, H. u. a. (2013): Public Private Health – Neue Qualifikationsanforderungen in der Gesundheitswirtschaft. Qualifikationen erkennen – Berufe gestalten, hrsg. von H.-J. Bullinger, Bielefeld.

Klie, T. (2002): Interview: Die Zukunft der Pflege. Ergebnisse der Kasseler Studie. In: Pflegen Ambulant 6, S. 40–42.

Klie,T./Guerra, V. (2006): Synopse zu Service-, Assistenz- und Präsenzkräften in der Erziehung, Pflege und Betreuung (Care). Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), Freiburg.

Klie, T. (2009): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Sozialpolitische Neuausrichtung und Neuakzentuierung rechtlicher Steuerung. Herausgegeben vom Netzwerk: Soziales neu gestalten. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Klimpel, M./Schütte, T. (2006): Work-Life-Balance. Eine empirische Erhebung. In: Bröckermann, R. (Hrsg.): Praxisorientierte Personal- und Organisationsforschung. Band 9, München.

Klose, J./Uhlemann, T. (2003): Ärztemangel – Ärzteschwemme? Auswirkungen der Altersstruktur von Ärzten auf die vertragsärztliche Versorgung. Wissenschaftliches Institut der AOK – WIdO, Berlin.

Kramer, H. (2000): Aus- und Weiterbildung im OP-Bereich. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, 29 (2000) 5, S. 21–22.

Krone, S./Stöbe-Blossey, S. (2010): Die Entwicklung der Frauenerwerbsarbeit und die Anforderungen an eine nachhaltige Familienpolitik. In: Stöbe-Blossey, S. (Hrsg.): Kindertagesbetreuung im Wandel. Perspektiven für die Organisationsentwicklung. Wiesbaden, S. 17–31.

Kultusministerkonferenz (KMK) (2007): Rahmenvereinbarung über die Ausbildung und Prüfung für ein Lehramt der Sekundarstufe II (berufliche Fächer) oder für die beruflichen Schulen (Lehramtstyp 5) – (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 12.05.1995 i. d. F. vom 20.09.2007).

Kurscheid, C./Hartweg, H.-R. (2009): Gesundheitsversorgung in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung neuer Versorgungsformen. In: Hellman, W., Eble, S. (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke managen. Kooperationen erfolgreich steuern. Berlin . S. 3–14.

Lachwitz, K./Schellhorn, H./Welti, F. (2010): HK- SGB IX, Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX, Luchterhand.

Lamura, G./Mnich, E./Wojszel, B./Nolan, M./Krevers, B./Mestheneos, L./ Döhner, H. (2006): Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39 (6), S. 429–442.

Lancet-Kommission (2011): Education of Health Professionals for the 21st Century – Eine neue globale Initative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten. Übersetzung hrsg. von der Careum Stiftung, Zürich.

Lohmann, H./Preusker U. (Hrsg.) (2009): Kollege Computer: Moderne Medizin durch Telematik. Economica Verlag, Heidelberg.

McKinsey&Company (2013): Studie: NRW 2020 Unser Land – unsere Zukunft. Düsseldorf.

Meifort, B. (1983): Das Berufsfeld Gesundheit – Entwicklungen, Probleme, Lösungsvorschläge. In: Gewerkschaftliche Bildungspolitik, 7/8-1983, S. 170–176.

Meifort, B./Paulini, H. (1984): Analyse beruflicher Bildungsinhalte und Anforderungsstrukturen bei ausgewählten nichtärztlichen Gesundheitsberufen, Berlin.

Meyer, M. (2006): Pflegende Angehörige in Deutschland. Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen. LIT Verlag, Hamburg.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) NRW, Pressemitteilung Ministerin Steffens vom 23.07.2013

Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG) (Hrsg.) (2009): Lebensräume zum Älterwerden – für ein neues Miteinander im Quartier. Memorandum des Netzwerks: Soziales neu gestalten. Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh.

Nierhaus-Sturr, B. (2009): Kaiserswerther Diakonie stützt Ressourcenoptimierung in Kliniken durch Ausbildung zum Chirurgisch-technischen Assistenten. In: Der Chirurg BDC 6, 2009.

Offermanns, M. u. a. (2008): Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes. Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (Hrsg.), Düsseldorf.

Ostwald, D. A. u. a. (2010): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. Herausgegeben von: PricewaterhouseCoopers AG, Frankfurt am Main. Online im Internet: http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/PwC-Studie_Fachkraeftemangel-im-Gesundheitswesen.pdf (Download 11.03.2011)

OTA Schulträger-Verband/Forschungsgruppe Metrik (2010): Befragung in deutschen Krankenhäusern. Grebenhain – Germuthshain, Online verfügbar unter: http://www.ota.de/ (zuletzt geprüft am: 12.08.2013)

Pfeuffer, F./Engel, H./Engels, D. (2004): Einrichtung und Arbeitsweise der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation. Wissenschaftliche Begleitforschung des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V. (ISG) i. A. des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung. Und unveröffentlichte ISG-Untersuchung zu den Gemeinsamen Servicestellen im Land NRW im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Integration und Soziales, NRW.

Projektbüro Gesundheitswirtschaft (2006): Branchenkonferenz »Gesundheitswirtschaft 2005«, in: http/www.gw.bcv.org

Reiners, H. (2011a): Krank und Pleite? Das deutsche Gesundheitssystem. Suhrkamp Verlag, Berlin 2011

Reiners, H. (2011b): Mythen der Gesundheitspolitik, 2. Aufl., Huber Verlag, Bern

Reiter, B./Turek, J./Weidenfeld, W. (2011): Telemedizin – Zukunftsgut im Gesundheitswesen In: CAP Analyse Ausgabe 1, Januar 2011, S. 3.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2000): Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Schattauer Verlag, Stuttgart, New York. Online verfügbar unter: http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Sonderdruck_Pflege_neu_denken.pdf. (zuletzt geprüft am 19.08.2013)

Robert Bosch Stiftung (2011a): Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.). Stuttgart: Schattauer Verlag.

Robert Bosch Stiftung (2011b): Memorandum. Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.).

Roßbruch, R. (2003): Zur Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal auf Allgemeinstationen unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte – 1. Teil. In: PflegeRecht (PflR) 3/2003, S. 95–102; 2. Teil. In: PflegeRecht (PflR) 4/2003, S. 139 –149.

Roßbruch, R. (2008): Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PfWG) unter Einbeziehung der Stellungnahme des Bundesrates und der Gegenäußerung der Bundesregierung vom 18.01.2008, in: Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, Ausschussdrucksache 16 (14)0327(65) vom 21.01.2008.

Rothgang, H./Iwansky, S./Müller, R./Sauer, S./Unger, R. (2011): Pflegereport 2011. Schwerpunktthema – Zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. BARMER GEK (Hrsg.). Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 11. Asgard-Verlag, St. Augustin. Online verfügbar unter: http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2011/111129-Pflegereport-2011/PDF-Pflegereport-2011,property=Data.pdf, (zuletzt geprüft am 19.08.2013)

Rothgang, H./Müller, R./Unger, R./Weiß, C./Wolter, A. (2012): BARMER GEK Pflegereport 2012. Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 17. Asgard Verlag, St. Augustin.

Rothgang, H./Müller, R./Unger, R. (2012): Themenreport »Pflege 2030« Was ist zu erwarten – Was ist zu tun? Hrsg. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003. Langfassung. Nomos, Baden-Baden.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2007): Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer Zielorientierten Gesundheitsversorgung. Kurzzusammenfassung online verfügbar unter: http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=15 (zuletzt geprüft am 19.08.2013).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Berlin.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012.

Schaeffer, D. (2004): Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit. Verlag Hans Huber, Bern.

Schelter, W. (2002): Das Tarifrecht der Angestellten in Krankenhäusern und Heimen (BAT/BAT-O). Bund Verlag, Frankfurt am Main.

Schneider, A. (1996): Rechts- und Berufskunde für die Fachberufe im Gesundheitswesen. Springer Verlag, Berlin.

Schneider, N. F. (2007): Work-Life-Balance – Neue Herausforderungen für eine zukunftsorientierte Personalpolitik aus soziologischer Perspektive. Work-Life-Balance als gesellschaftspolitische Herausforderung. In: Dilger, A./Gerlach, I. / Schneider, H. (Hrsg.): Betriebliche Familienpolitik. Potenziale und Instrumente aus multidisziplinärer Sicht. Familienwissenschaftliche Studien. VS-Verlag, Wiesbaden. S. 64–74

Schreiben des Bundesrechnungshofes an das Bundesministerium für Arbeit vom 05.04.2007 – IX-2-2006-0633.

Schuntermann, M. F.(2005): Einführung in die ICF, ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Heidelberg.

Simon, M. (2008a): Sechzehn Jahre Deckelung der Krankenhausbudgets Eine kritische Bestandsaufnahme von Prof. Dr. Michael Simon, Fachhochschule Hannover Studie im Auftrag von ver.di, Berlin.

Simon, M (2008b): Das Gesundheitssystem in Deutschland, 2. Auflage, Bern.

Simon, M. (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Studie für den Deutschen Pflegerat, Hannover.

Sottas, B./Höppner, H./Kickbusch, I./Pelikan, J./Probst, J. (2013): Die Gesundheitswelt neu denken. Careum working paper 7. Umrisse einer neuen Gesundheitspolitik. Careum Stiftung (Hrsg.). Careum Verlag, Zürich.

Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – SGB IX vom 19.6.2001, BGBl I, S. 1046.

Stähr, H. F. (2009): Effizienz und Effektivität in der Integrierten Versorgung – Das Beispiel der künstlichen Ernährung. 1. Auflage, Gabler Verlag, Wiesbaden.

Stanhope, M./Lancaster, J. (1996): Community health nursing: promoting health of aggregates, families and individuals. Mosby-Year, St. Louis.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden. Online verfügbar unter: https://www.statistik.bayern.de/veroeffentlichungen/download/A1832E%20201051/A1832E%20201051.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2013.

Statistisches Bundesamt – StBA (2007): Schüler/innen in Sozial- und Gesundheitsdienstberufen (insgesamt und 1. Schuljahrgang) 2005/06, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt – StBA (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt – StBA (2010): Demografischer Wandel: Engpässe beim Pflegepersonal werden zunehmen. Wiesbaden. Online im Internet: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2010/12/PD10__449__23621,templateId=renderPrint.psml (Download 28.03.2011)

Statistisches Bundesamt – StBA (2010): Krankenhäuser. Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung. Wiesbaden. Online im Internet: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/Content100/Krankenhaeuser Jahre.psml (Download 28.03.2011)

Statistisches Bundesamt – StBA (2012a): Berufliche Schulen. Ergänzende Tabellen zur Fachserie 11 Reihe 2 Berufliche Schulen 2011/2012.

Statistisches Bundesamt – StBA (2012b): Schüler/innen in Sozial- und Gesundheitsdienstberufen (insgesamt und 1. Schuljahrgang) 2010/11, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt/DESTATIS – StBA (2012c): Gesundheitspersonal 2011. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Tabellen/Berufe.html (zuletzt geprüft am: 13.08.2013).

Stöver, M./Bomball, J./Schwanke, A./Görres, S. (2011): Notwendige Reformprozesse und Strategien für eine moderne Pflege. Lösungsansätze zur Weiterentwicklung. In PADUA 2_April_2011, S. 6–13.

Trill, R. (2012): Microsoft Trendbook »ehealth«, Gesund heiIT – eHealth als Chance für das Gesundheitswesen von morgen: Fachhochschule Flensburg.

Trill, R./Lehr, B. (2012): ehealth ist unsere Zukunft – Neue Kompetenzen für ehealth-Manager – Fachhochschule Flensburg.

Umsetzungskonzept »Integrierte Versorgung unter Berücksichtigung der GMG-Neuregelungen«, Anlage zu TOP 7 der VdAK-Gesamtvorstandssitzung am 28.10.2003.

UN-Behindertenrechtskonvention (2009): Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, in Kraft getreten am 26.03.2009, BGBI. I 2008 S.1419, BT-Drs, 16/10808.

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2006): Projektgruppe Entgeltordnung, Sept. 2006

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2010): Anlage 2 der Tarifeinigung vom 27. Februar 2010. Prozessvereinbarung zu den Tarifverhandlungen über eine Entgeltordnung zum TVöD.

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2012a) Hrsg.:
Anwendungstabelle KR – Stand TVöD 2012, Berlin

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2012b) Hrsg.: ts-berichtet 1/2012

Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) (2013):
http://www.vka.de/site/home/vka/schwerpunkte/entgeltordnung/
(zuletzt geprüft am 26.08.2013)

Von Eiff, W. (2000): Führung und Motivation in deutschen Krankenhäusern. Eine aktuelle Studie zum Personalmanagement in deutschen Krankenhäusern offenbart erhebliche Defizite. Herausgegeben von: Deutsche Gesellschaft für Personalführung: Zeitschrift Personalführung 12/2000. S. 60–66. Online im Internet: http://www.dgfp.de/perdoc/document.php?id=67089 (Download 15.04.2011)

Von Eiff, W./Stachel, K. (2006): Kliniken vernachlässigen das Personalmanagement. In: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 2006, Nr. 4, S. 416–421

WHO – World Health Organization (2007): Global age-friendly cities: a guide. Genf: WHO. Online verfügbar unter: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241547307_eng.pdf (Stand: 14.05.2013). (zuletzt geprüft am 19.08.2013)

Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen, Drs. 2411-12, Berlin 13.07.2012.

Zentralverband Elektrotechnik- und Elektronikindustrie e.V. (ZVEI) (2012):
Demografischer Wandel erfordert schnellen Einstieg in technische Unterstützungssysteme und Telehealth. In: Pressemitteilung Nr. 114/2012.

Zweiter Teil

Gesundheitsberufe neu regeln: Rechtsexpertise

Gerhard Igl
Gesundheitsberufe neu regeln: Rechtsexpertise

Die Gesundheitsberufe sind in hohem Maße rechtlich reguliert. Das gilt für ihre Ausbildung und schon den Zugang zu ihrer Ausbildung, das Prüfungswesen, den Zugang zum Beruf, den Schutz der Berufsbezeichnungen, die berufliche Tätigkeit im Sinne der Erbringung von Gesundheitsleistungen und ihrer Vergütung sowie für die Sicherung der Qualität dieser Leistungen und die Haftung für Schäden, schließlich auch für die Berufsbeendigung. Werden Gesundheitsberufe im Kontext von gesetzlichen Systemen tätig, die dem Gesundheitsschutz dienen, so wie es bei den meisten Gesundheitsberufen auf dem Gebiet der Kranken- und Pflegeversicherung der Fall ist, erhöht sich die Regulierungsdichte noch einmal.
Die Reglementierung der Gesundheitsberufe leitet sich aus der Verantwortung des Staates für die gesundheitliche Versorgung seiner Bürger und aus dem Patientenschutz ab. Selbst die Therapiefreiheit des Arztes unterliegt rechtlichen Grenzen.
Der Vorteil einer am Patientenschutz orientierten rechtlichen Regulierung der Gesundheitsberufe und ihrer Tätigkeit liegt auf der Hand: Bürgerinnen und Bürger sollen sich darauf verlassen können, dass sie Gesundheitsleistungen auf hohem Niveau und in entsprechender Qualität erhalten. Der Nachteil der rechtlichen Regulierung durch Gesetze liegt darin, dass die für die Gesetzgebung verantwortlichen Instanzen Änderungsbedarfe oft nicht rechtzeitig erkennen, verspätet oder im schlimmsten Fall überhaupt nicht reagieren. Für die rechtliche Regulierung des Gesundheitswesens und gerade der Gesundheitsberufe trifft dies besonders zu. Hinzu kommt, dass die Gesetzgebung auf diesem Gebiet nicht frei von vielfältigen Einflüssen ist, die die Interessen der Bürger und Patienten in den Hintergrund zu drängen vermögen.
Im Folgenden wird in Teil I eine rechtliche Bestandsaufnahme der die Gesundheitsberufe leitenden rechtlichen Grundanforderungen vorgenommen. Danach werden in Teil II die rechtlichen Änderungsbedarfe und -möglichkeiten analysiert. Die rechtlichen Analysen stehen nicht isoliert, sondern beziehen sich auf die im ersten Teil dieses Bandes (»Gesundheitsberufe neu denken«) geschilderten Veränderungen im Gesundheitswesen und die daraus folgenden Anforderungen an die Gesundheitsberufe. Dabei werden wesentliche Problembereiche auf den Gebieten Ausbildung und Ausbildungsfinanzierung sowie Berufszugang und Kooperation der Berufsgruppen behandelt. Eher politischer Art sind die Ausführungen zu einem »Nationalen Gesundheitsberuferat« und zur Schaffung eines Allgemeinen Heilberufegesetzes/Gesetzes über Heilberufe. Die rechtliche Analyse bezieht sich vor allem auf die Gesundheitsberufe, die Gesundheitsdienstleistungen im Kontakt mit Patienten erbringen. Die Analyse führt zu dem Ergebnis, dass das Gesundheitsberuferecht ohne Schwierigkeiten an die aus den aktuellen und künftigen Anforderungen erwachsenden Veränderungsbedarfe angepasst werden kann.

Der rechtlichen Bestandsaufnahme und den Analysen sind im Sinne einer Zusammenfassung die Anregungen zu den notwendigen Neugestaltungen des Gesundheitsberuferechts vorangestellt.

Inhaltsübersicht Zweiter Teil

Notwendige Neugestaltungen des Gesundheitsberuferechts
(Zusammenfassung der Anregungen) 251

1 Notwendige Neugestaltungen des Gesundheitsberuferechts 252
2 Ausbildung – Fort- und Weiterbildung 253
3 Finanzierung der Ausbildung von Gesundheitsberufen 257
4 Zugänge zur Leistungserbringung 260
5 Kooperation von Gesundheitsberufen 262
6 Forum für die Anpassung bestehender und die Schaffung neuer Berufsbilder: Nationaler Gesundheitsberuferat 264
7 Allgemeines Heilberufegesetz – Gesetz über die Heilberufe 266

Teil I: Gesundheitsberuferecht:
Überblick – rechtliche Rahmen- und Funktionsbedingungen 269

1 Überblick über die Berufe in der gesundheitlichen Versorgung 270
2 Allgemeines zum Gesundheitsberuferecht 280
3 Allgemeines zum Recht der Heilberufe 287
4 Rahmenbedingungen für die weitere Entwicklung des Gesundheitsberuferechts 292

Teil II: Gesundheitsberuferecht:
Identifizierung von Gestaltungsnotwendigkeiten –
Lösungsbedingungen und Lösungsmöglichkeiten 295

1 Überblick über Zielsetzungen und Gestaltungsnotwendigkeiten 296
2 Ausbildung – Fort- und Weiterbildung 299
3 Finanzierung der Ausbildung von Gesundheitsberufen 317
4 Zugänge zur Leistungserbringung 339
5 Kooperation von Gesundheitsberufen 372
6 Anpassung und Veränderung bestehender Berufsbilder – Schaffung neuer Berufsbilder – Forum für die berufliche Bildung im Gesundheitswesen 407
7 Allgemeines Heilberufegesetz – Gesetz über die Heilberufe 417

Literaturverzeichnis 423

Inhaltsverzeichnis Zweiter Teil

Notwendige Neugestaltungen des Gesundheitsberuferechts (Zusammenfassung der Anregungen) 251

1 Notwendige Neugestaltungen des Gesundheitsberuferechts 252

2 Ausbildung – Fort- und Weiterbildung 253
2.1 Rechtliche Anforderungen bei einer Öffnung für die hochschulische Ausbildung für andere als ärztliche Heilberufe 253
2.2 Rechtlicher Umgang mit neuen nicht reglementierten Gesundheitsberufen (»private Gesundheitsberufe«) 254
2.3 Sicherung der Fort- und Weiterbildung 255

3 Finanzierung der Ausbildung von Gesundheitsberufen 257
3.1 Mögliche Verantwortlichkeiten für die Bereitstellung von Ausbildungseinrichtungen 257
3.2 Ausbildungsvergütung im Rahmen eines Ausbildungsverhältnisses für alle Heilberufe 258
3.3 Schulgeld 259

4 Zugänge zur Leistungserbringung 260
4.1 Heilberuferecht 260
4.2 Leistungserbringungsrecht 261
5 Kooperation von Gesundheitsberufen 262
5.1 Heilberuferecht 262
5.2 Recht der Sozialleistungserbringung 262

6 Forum für die Anpassung bestehender und die Schaffung neuer Berufsbilder: Nationaler Gesundheitsberuferat 264

7 Allgemeines Heilberufegesetz – Gesetz über die Heilberufe 266
7.1 Regelungsbedarf 266
7.2 Gesetzgebungskompetenz 266
7.3 Regelungsgegenstände 267
7.4 Alternative: Gesetz über die Heilberufe mit Einbezug der einzelnen Heilberufe 267

Teil I: Gesundheitsberuferecht: Überblick – rechtliche Rahmen- und Funktionsbedingungen 269

1	Überblick über die Berufe in der gesundheitlichen Versorgung	270
1.1	Bereiche der gesundheitlichen Versorgung	270
1.1.1	Überblick	270
1.1.2	Gesundheitsförderung – Prävention	271
1.1.3	Kuration	271
1.1.4	Langzeitpflege	272
1.1.5	Rehabilitation	272
1.1.6	Palliation	273
1.2	Terminologie und Einteilung der Gesundheitsberufe	273
1.2.1	Unterschiedliche begriffliche Verwendungen	273
1.2.2	Einteilung der Gesundheitsberufe in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes	274
1.2.3	Andere Einteilungen der Gesundheitsberufe	276
1.3	Schwerpunktsetzung: Berufe der Gesundheitsdienstleistungen/ Gesundheitsversorgungsberufe	277
1.4	Exkurs: Gesundheitsberufe im Deutschen Qualifikationsrahmen	278
2	Allgemeines zum Gesundheitsberuferecht	280
2.1	Rechtsquellen	280
2.2	Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen	281
2.3	Rahmenbedingungen der europäischen Ebene	281
2.4	Verhältnis zum Recht des Ausbildungswesens	282
2.5	Verhältnis zum Gesundheitssozialrecht, insbesondere zum SGB V und zum SGB XI	283
2.6	Unterscheidung zwischen direktem und indirektem Beruferecht	284
2.6.1	Notwendigkeit dieser Unterscheidung	284
2.6.2	Direktes Berufsrecht	285
2.6.3	Indirektes Berufsrecht – allgemein	285
2.6.4	Indirektes Beruferecht im Sozialleistungserbringungsrecht	286
3	Allgemeines zum Recht der Heilberufe	287
3.1	Ausübung von Heilkunde	287
3.2	Regelungsinhalte	290
3.3	Unionsrecht: Richtlinie 2005/36/EG	290
3.4	Recht des Europarates: Europäisches Übereinkommen	291

4	Rahmenbedingungen für die weitere Entwicklung des Gesundheitsberuferechts	292
4.1	Vielfalt der Rechtsquellen für Gesundheitsberufe im Mehrebenensystem	292
4.2	Ausbildung	292
4.3	Zugang zur Leistungserbringung (Marktzugang)	292
4.4	Gestaltung der Berufsausübung und der dienstleistenden Tätigkeit	293
4.5	Kooperation der Gesundheitsberufe bei der gesundheitlichen Versorgung	293

Teil II: Gesundheitsberuferecht: Identifizierung von Gestaltungsnotwendigkeiten – Lösungsbedingungen und Lösungsmöglichkeiten 295

1	Überblick über Zielsetzungen und Gestaltungsnotwendigkeiten	296
1.1	Herausforderungen und Zielsetzungen	296
1.2	Gestaltungsnotwendigkeiten	298
2	Ausbildung – Fort- und Weiterbildung	299
2.1	Merkmale der Ausbildungssysteme für Gesundheitsberufe und rechtlicher Rahmen	299
2.1.1	Ausbildung	299
2.1.1.1	Ausbildungssysteme	299
2.1.1.2	Europarechtlicher Rahmen	300
2.1.1.3	Hochschulische Ausbildung im Rahmen von Modellvorhaben	300
2.1.2	Fortbildung – Weiterbildung	302
2.2	Besondere Probleme – hier behandelte Probleme	304
2.3	Andere als ärztliche Heilberufe: Rechtliche Anforderungen bei einer Öffnung für die hochschulische Ausbildung	305
2.3.1	Stand der Debatte	305
2.3.2	Verfassungsrechtlicher Rahmen	305
2.3.3	Unterscheidung zwischen den Gegenständen und der Gestaltung der Ausbildung und Prüfung	305
2.3.4	Verantwortung für die Gegenstände der Ausbildung und Prüfung	306
2.3.5	Verantwortung für die Gestaltung der Ausbildung und Prüfung	307
2.3.6	Nicht heilkundliche Gesundheitsberufe	310
2.4	Rechtlicher Umgang mit neuen nicht reglementierten Gesundheitsberufen (»private Gesundheitsberufe«)	310
2.4.1	Strukturierte Findung neuer Berufe	311
2.4.2	Schutz der in den neuen Berufen Tätigen	311

2.4.3	Notwendigkeit einer gesetzlichen Ordnung von Ausbildung und Tätigkeit	312
2.5	Sicherung der Fort- und Weiterbildung	313
2.6	Beschleunigung der Regulierung von Gesundheitsberufen	314
2.7	Herstellung einer Kommunikation zwischen Anforderungen des Marktes und Reaktionen des Bildungssystems (Gesundheitsberuferat)	316
3	Finanzierung der Ausbildung von Gesundheitsberufen	317
3.1	Finanzierungsmöglichkeiten der Berufsausbildung	317
3.1.1	Allgemeiner Überblick	317
3.1.2	Aus Sicht der Anbieter von Ausbildungseinrichtungen	318
3.1.3	Aus Sicht der Lernenden	318
3.1.4	Objektförderung – Subjektförderung	319
3.2	Zum Verständnis des Rechts der Berufsausbildungsfinanzierung von Gesundheitsberufen, insbesondere von den Heilberufen	320
3.3	Recht der Berufsausbildungsfinanzierung	320
3.3.1	Unionsrecht	320
3.3.2	Verfassungsrecht	321
3.3.3	Einfachgesetzliche Regelungen	323
3.3.3.1	Staatliche Bereitstellung der Berufsausbildungsinstitutionen	323
3.3.3.2	Objektförderung	324
3.3.3.3	Subjektförderung	324
3.3.3.3.1	Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)	324
3.3.3.3.2	Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz (AFBG)	327
3.3.3.3.3	Arbeitsförderung (SGB III)	327
3.3.3.4	Ausbildungsvergütung in der dualen Ausbildung (BBiG)	328
3.4	Finanzierung der Berufsausbildung von Gesundheitsberufen	329
3.4.1	Berufe ohne spezielle Ausbildungsfinanzierung	329
3.4.2	Berufe mit spezieller Ausbildungsförderung	329
3.4.3	Berufe mit Ausbildungsvergütung	329
3.4.4	Vergütung im Rahmen des praktischen Teils einer Ausbildung	330
3.4.5	Refinanzierung der Ausbildungskosten	330
3.4.6	Schulgelderhebung – Schulgeldgestaltung	331
3.4.6.1	Schulgelderhebung und Höhe des Schulgeldes bei Bezug von Leistungen aus dem Ausbildungsfonds	332
3.4.6.2	Sonderungsverbot	332
3.4.7	Duale Hochschulausbildung – Modellvorhaben	332
3.5	Änderungsbedarfe	333
3.5.1	Mögliche Verantwortlichkeiten für die Bereitstellung von Ausbildungseinrichtungen	333

3.5.2	Ausbildungsfinanzierung im Geflecht von Heilberuferecht, Krankenhausfinanzierungsrecht, Ausbildungsförderungsrecht und Schul- und Hochschulrecht der Länder	334
3.5.3	Besondere Ausbildungsförderungen für weitere Gesundheitsberufe?	334
3.5.4	Ausbildungsvergütung im Rahmen eines Ausbildungsverhältnisses für alle Heilberufe?	335
3.5.4.1	Verfassungsrechtliche Gebotenheit?	335
3.5.4.2	Regelungsorte	336
3.5.4.3	Refinanzierung bei Ausbildung im Krankenhaus	337
3.5.4.4	Ausbildungsvergütung bei Abrechnung über Leistungsvergütungen außerhalb von Krankenhäusern?	337
3.5.5	Schulgeld	337
3.5.6	Zusammenfassung	338
4	Zugänge zur Leistungserbringung	339
4.1	Zur Debatte um die Zugänge zur Leistungserbringung und die Verbreiterung der Leistungszugänge	339
4.2	Strukturierung der rechtlichen Probleme bei den Zugängen zur Leistungserbringung	341
4.3	Rechtliche Rahmenbedingungen einer Verbreiterung des Zugangs zur Leistungserbringung	342
4.3.1	Verfassungsrecht	342
4.3.2	Beruferecht	342
4.3.2.1	Arten der Tätigkeiten und Aufgaben	342
4.3.2.1.1	Ausübung von Heilkunde	343
4.3.2.1.1.1	Allgemein	343
4.3.2.1.1.2	Tätigkeiten von Heilberufen auf heilkundlichen Gebieten	343
4.3.2.1.1.3	Bestimmung heilkundlicher Tätigkeit bei fehlenden Ausbildungszielen	344
4.3.2.1.1.4	Heilberufegesetz mit nichtheilkundlichen Ausbildungszielen	345
4.3.2.1.1.5	Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten an Angehörige nichtheilkundlicher Berufe	345
4.3.2.1.1.6	Zulassung zur Ausübung von Heilkunde	345
4.3.2.1.1.7	Heilkunde und ärztliche Behandlung – Ärztliche Tätigkeiten im engeren und im weiteren Sinn	346
4.3.2.1.2	Vorbehaltene Tätigkeiten	348
4.3.2.1.2.1	Funktion und Begriff	348
4.3.2.1.2.2	Arten vorbehaltener Tätigkeiten	349
4.3.2.1.2.3	Vorbehaltene Tätigkeiten im Verhältnis zu ärztlichen Tätigkeiten	351

4.3.2.1.2.4	Tätigkeiten anderer als ärztlicher Heilberufe im Verhältnis zur ärztlichen Tätigkeit	351
4.3.2.2	Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit bei Tätigkeiten / Aufgaben	352
4.3.2.3	Teilapprobation im Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V?	353
4.3.2.4	Heilpraktikererlaubnis für andere als ärztliche Heilberufe?	354
4.3.2.5	Zusammenfassung	354
4.3.3	Leistungserbringungsrecht	355
4.3.3.1	Allgemeines	355
4.3.3.2	SGB V	356
4.3.3.2.1	Ärztliche Behandlung und Übertragung ärztlicher Tätigkeiten	356
4.3.3.2.2	Andere als ärztliche Leistungserbringer	357
4.3.3.2.3	Modellvorhaben: Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf dem Gebiet der Heilkunde	358
4.3.3.2.4	Folgen einer Zulassung zum Leistungserbringungssystem	359
4.3.3.3	SGB XI	359
4.3.3.4	Andere Sozialleistungsbereiche	360
4.3.3.5	Private Krankenversicherung	361
4.3.3.6	Beihilferecht (Beamte)	363
4.3.3.7	Zusammenfassung	364
4.3.4	Haftungsrecht	364
4.4	Änderungsmöglichkeiten	365
4.4.1	Beruferecht	365
4.4.1.1	Klarstellungen, Ergänzungen und Präzisierungen bei den Ausbildungszielen	365
4.4.1.1.1	Ausgangspunkt: Zusammenhang von Ausbildungszielen, Ausbildungsgegenständen und Berufsausübung	365
4.4.1.1.2	Fehlende Ausbildungsziele	366
4.4.1.1.3	Präzisierungsbedarf hinsichtlich der Ausbildungsziele und -gegenstände	366
4.4.1.2	Möglichkeiten einer Approbation von nichtärztlichen Heilberufen	367
4.4.1.3	Gründe für eine Approbation von anderen als ärztlichen Heilberufen	369
4.4.1.4	Alternativ: Approbation bei entsprechender Weiterbildung	370
4.4.2	Leistungserbringungsrecht	370
4.4.3	Haftungsrecht	371

5	Kooperation von Gesundheitsberufen	372
5.1	Zur Debatte um die Kooperation von Gesundheitsberufen	372
5.2	Strukturen der Kooperation von Gesundheitsberufen bei der Patientenversorgung	374
5.3	Rechtliche Rahmenbedingungen der Kooperation zwischen Gesundheitsberufen	375
5.3.1	Verfassungsrecht	375
5.3.2	Beruferecht: Qualifikation und Kompetenz der handelnden Personen	375
5.3.2.1	Rechtliches Verhältnis von Qualifikation, Kompetenz und Tätigkeiten/Aufgaben bei der Kooperation	375
5.3.2.2	Rechtliche Vorprägungen für die Organisation der Kooperation (Koordinierung)	378
5.3.2.3	Verhältnis von Berufszulassungs- und Berufsausübungs-regelungen mit Blick auf Kooperation und Koordination	380
5.3.2.4	Zusammenfassung: Anforderungen an das Heilberuferecht	382
5.3.3	Sozialleistungserbringungsrecht: Sicherstellung der Versorgung, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit	382
5.3.3.1	Allgemeines	382
5.3.3.2	Gesetzliche Krankenversicherung	383
5.3.3.2.1	Stationäre Einrichtungen: Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	383
5.3.3.2.2	Ambulanter Sektor	386
5.3.3.2.3	Strukturelle Kooperationsformen	388
5.3.3.2.4	Modellvorhaben	389
5.3.3.2.5	Leistungen mit Einsatz mehrerer Berufsgruppen	389
5.3.3.2.6	Trägerübergreifendes persönliches Budget	390
5.3.3.2.7	Zusammenfassung: Gesetzliche Krankenversicherung	390
5.3.3.3	Soziale Pflegeversicherung	391
5.3.3.3.1	Allgemeines zum Leistungs- und Leistungserbringungskonzept der Sozialen Pflegeversicherung	391
5.3.3.3.2	Allgemeine Kooperationsvorschriften	391
5.3.3.3.3	Besondere Kooperationsvorschriften	392
5.3.3.3.4	Kooperation zur vertragsärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen	392
5.3.3.3.5	Fallmanagement (Pflegeberatung – Pflegestützpunkte)	393
5.3.3.3.6	Integrierte Versorgung	394
5.3.3.3.7	Komplexleistungen – Persönliche Budgets	394
5.3.3.3.8	Kooperationen bei häuslicher Pflege	395
5.3.3.3.9	Kooperationen bei stationärer Pflege	395

5.3.3.3.10	Einsatz von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen – Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für demenzkranke Pflegebedürftige	396
5.3.3.3.11	Kooperation von Leistungserbringern mit anderen Personen (Selbsthilfe, Ehrenamt u. a.)	398
5.3.3.3.12	Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation	398
5.3.3.3.13	Zusammenfassung: Soziale Pflegeversicherung	398
5.3.3.4	Medizinische Rehabilitation	399
5.3.3.4.1	Kooperation und Koordinierung als zentrales Anliegen des SGB IX	399
5.3.3.4.2	Kooperation und Koordinierung bei der medizinischen Rehabilitation	400
5.3.3.4.3	Komplexleistungen – Persönliche Budgets	401
5.3.3.4.4	Zusammenfassung: Medizinische Rehabilitation	402
5.3.4	Haftungsrecht: Verantwortlichkeit im Schadensfall	402
5.4	Ausblick: Zukünftiger Regelungsbedarf	404
5.4.1	Im Heilberuferecht	404
5.4.2	Im Recht der Sozialleistungserbringung	405
5.4.3	Im Haftungsrecht	406
6	Anpassung und Veränderung bestehender Berufsbilder – Schaffung neuer Berufsbilder – Forum für die berufliche Bildung im Gesundheitswesen	407
6.1	Rechtlicher Rahmen des Berufsbildungssystems	407
6.2	Gegenwärtige Situation und Akteure bei der Anpassung und Veränderung der Gesundheitsberufe	409
6.2.1	Gesetzgebungs-/Regelungszuständigkeiten	409
6.2.2	Gesundheitsberufe gemäß Berufsbildungsgesetz	410
6.2.3	Unions- und sonstige europarechtliche Einflüsse	410
6.2.4	»Privatberufe«	410
6.2.5	Wirkungen eines bizarren Heilberuferechts	410
6.2.6	Wirken der Berufsverbände	411
6.2.7	Einfluss unabhängiger Sachverständigengremien	411
6.2.8	Entwicklungen bei der hochschulischen Ausbildung außerhalb der Heilkunde	412
6.3	Defizite und Handlungsbedarf	412
6.4	Ein Forum für die Berufsbildung im Gesundheitswesen: Gesundheitsberuferat	414
6.4.1	Beteiligte des Dialogs	415
6.4.2	Mögliche Formen des Dialogs	416
6.4.3	Adressaten der Umsetzung/Normierung	416

6.4.4	Finanzierung	416
7	Allgemeines Heilberufegesetz – Gesetz über die Heilberufe	417
7.1	Regelungsbedarf	417
7.1.1	Notwendigkeit einer Kodifikation	417
7.1.2	Gesetzesklarheit – einheitliche Begrifflichkeiten – einfachere Rechtsanwendung	417
7.1.3	Vereinfachung bei der Umsetzung von Unionsrecht – Entbürokratisierung	418
7.1.4	Modernisierungsnotwendigkeiten	418
7.2	Gesetzgebungskompetenz	419
7.3	Regelungsgegenstände	419
7.3.1	Gesetzeszweck	419
7.3.2	Anwendungsbereich	419
7.3.3	Begriff der Heilkunde	419
7.3.4	Allgemeine Ausbildungsziele	419
7.3.5	Verhältnis der Beschreibung der Ausbildungsziele zur beruflichen Tätigkeit	420
7.3.6	Ausbildungsverhältnisse	420
7.3.7	Rahmen für Gegenstände der Ausbildung und die Ausbildungsorte	420
7.3.8	Rahmen für Gegenstände und Gestaltung der Prüfung	420
7.3.9	Begriffe selbstständige/eigenverantwortliche/ mitwirkende Tätigkeiten/Aufgaben	420
7.3.10	Begriff vorbehaltene/vorrangige Tätigkeiten	421
7.3.11	Voraussetzungen für selbstständiges/eigenverantwortliches Tätigwerden/Aufgabenwahrnehmen auf dem Gebiet der Heilkunde und Voraussetzungen für die Übertragung von Tätigkeiten	421
7.3.12	Voraussetzungen einer Approbation	421
7.3.13	Nationaler Gesundheitsberuferat	422
7.3.14	Allgemeiner Rahmen für Modellvorhaben	422
7.3.15	Sonstige Regelungsbereiche	422
7.4	Alternative: Gesetz über die Heilberufe mit Einbezug der einzelnen Heilberufe	422
Literaturverzeichnis		423

Notwendige Neugestaltungen des Gesundheitsberuferechts (Zusammenfassung der Anregungen)

1
Notwendige Neugestaltungen des Gesundheitsberuferechts

Das deutsche Gesundheitsberuferecht entspricht in zentralen Bereichen nicht mehr den heutigen und zukünftigen Anforderungen, die an die Angehörigen der Gesundheitsberufe bei der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung gestellt werden. Diese Feststellung gilt vor allem für die Heilberufe und dort wiederum für die anderen als ärztlichen (nichtakademischen) Heilberufe.
Rechtliche Neugestaltungen sind vor allem in den folgenden Bereichen erforderlich:

:: Sicherung und Verbesserung der Qualifikationen und Kompetenzen der Angehörigen der Gesundheitsberufe (berufliche Aus-, Fort- und Weiterbildung);
:: Herstellung und Gewährleistung einer verlässlichen Ausbildungsfinanzierung (Finanzierung der Ausbildung bei den Gesundheitsberufen);
:: Schaffung der Voraussetzungen für selbstständiges und eigenverantwortliches berufliches Handeln (Zugänge zur Leistungserbringung);
:: Schaffung der Voraussetzungen für die multiprofessionelle Kooperation (Kooperation der Gesundheitsberufe);
:: Schaffung institutionalisierter Formen des Dialogs für die Begegnung von Gesundheitswirtschaft, Bildungswesen und Bürgern mit Blick auf die Anpassung bestehender und die Schaffung neuer Gesundheitsberufe (Nationaler Gesundheitsberuferat);
:: Verbesserung des Rechtsrahmens für Heilberufe (Allgemeines Heilberufegesetz/Gesetz über Heilberufe).

Das vorrangige gesundheitspolitische Ziel für diese Neugestaltungen ist in der Sicherung einer qualitativ hochstehenden gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung gemäß den künftigen Anforderungen zu sehen. Weiteres Ziel ist die Schaffung attraktiver Berufe auch außerhalb der ärztlichen Berufe. Schließlich soll mit den rechtlichen Neugestaltungen der Tatsache Rechnung getragen werden, dass schon gegenwärtig und noch mehr zukünftig ein steigender Bedarf an Fachpersonal in den Gesundheitsberufen besteht. Die Chance, einem Mangel an Fachpersonen – neben anderen Maßnahmen – zumindest zu einem gewissen Teil durch eine Verbreiterung der Qualifikationen und der Kompetenzen bei den Gesundheitsberufen zu begegnen, sollte nicht vertan werden.
Die nachstehenden Vorschläge zur Neugestaltung bewegen sich im Rahmen der verfassungs- und unionsrechtlichen Rahmenbedingungen. Das heißt, dass die nachfolgenden Vorschläge keine Verfassungs- oder Unionsrechtsänderungen voraussetzen. Vielmehr geht es um Änderungen von Rechtsvorschriften, für die Bund und Länder zuständig sind.

2
Ausbildung – Fort- und Weiterbildung

Rechtlicher Gestaltungsbedarf auf den Gebieten der Aus-, Fort- und Weiterbildung besteht insbesondere bei drei Punkten:

:: der künftigen Regelung der Vorgaben für die hochschulische Ausbildung der anderen als ärztlichen Heilberufe;
:: der Regelung der Ausbildung von nicht reglementierten Berufen;
:: der Fort- und Weiterbildung.

2.1 Rechtliche Anforderungen bei einer Öffnung für die hochschulische Ausbildung für andere als ärztliche Heilberufe

Während die Ausbildung der akademischen Heilberufe seit langem an Universitäten stattfindet, ist es seit 2009 für einige bisher nicht an Hochschulen ausgebildete Heilberufe möglich geworden, im Rahmen von Modellvorhaben die Ausbildung an Hochschulen vorzunehmen. Dies gilt für die Berufe der Hebammen und Entbindungspfleger, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten. Diese Modellvorhaben laufen Ende 2014 aus. Für die Berufe der Kranken- und Altenpflege wurde eine solche Modellklausel schon im Jahr 2003 eingeführt, die dann 2008 ergänzt wurde um eine Modellklausel im Zusammenhang von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Übertragung ärztlicher Tätigkeiten zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde).

Die in diesen Modellvorhaben erprobte Akademisierung bestimmter anderer als ärztlicher Heilberufe ist Gegenstand langjähriger Diskussionen. Mittlerweile existieren Vorschläge hierzu, unter anderem seitens des Wissenschaftsrats mit einer vielbeachteten Empfehlung aus dem Jahr 2012 über die hochschulische Ausbildung für die Berufe der Pflege (einschließlich der Altenpflege), der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Logopädie und des Hebammenwesens.

Vor diesem Hintergrund ergibt sich die Notwendigkeit einer Klarstellung der künftigen Verantwortungsteilung zwischen Bund, Ländern und Hochschulen auf dem Gebiet der hochschulischen Ausbildung und Prüfung. Während der Bund für die Zulassung zu den Heilberufen und damit auch für die Anforderungen an die Berufsausbildung und die Prüfungen zuständig ist, genießen die Hochschulen Autonomie bei der Gestaltung ihrer Studiengänge. Hier ergeben sich Abstimmungsprobleme bei der künftigen gesetzlichen Ordnung der Ausbildungen wie der Prüfungen, da sich die Hochschulen den Maßgaben der Bachelor-/Masterausbildung im Zuge des Bolognaprozesses verpflichtet wissen. Diese Maßgaben sind zum Teil nicht mit den gegenwärtigen Anforderungen der staatlichen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen der Heilberufe kompatibel.

Es gilt, für die Zukunft hochschulischer Ausbildung in den Heilberufen deren Anforderungen mit den hochschulischen Anliegen zu koordinieren. Deshalb empfiehlt es sich, schon jetzt Grundsätze für die künftige Gestaltung der hochschulischen Qualifikation bei den hier angesprochenen Heilberufen zu formulieren und damit Handlungssicherheit für die Hochschulen und die Studierenden zu schaffen. Solche Grundsätze sind:

:: Die dem Bundesgesetzgeber verfassungsrechtlich zugewiesene Verantwortung für die Zulassung zu den Heilberufen muss erhalten bleiben.
:: Der Berufsbezeichnungsschutz für die Heilberufe muss erhalten bleiben.
:: Die Gegenstände der Ausbildung und der Prüfung sowie die staatliche Verantwortlichkeit für die Prüfung müssen bundesgesetzlich bzw. durch Rechtsverordnungen des Bundes geregelt werden. Dabei sind diese Inhalte nach den Grundsätzen der vorliegenden bildungspolitischen Erkenntnisse, z. B. in Richtung auf eine stärkere Kompetenzenorientierung von Ausbildung und Prüfung, zu gestalten.
:: Die Ausbildung der Heilberufe muss einen praktischen Ausbildungsteil umfassen.
:: Nach den Maßgaben der Gestaltungsgrundsätze der Bachelor-/Masterausbildung können landesgesetzlich und in Autonomie der Hochschulen Ausbildung und Prüfung insoweit geregelt werden, als es um die Modalitäten der Gestaltung der Ausbildung und der Prüfung geht. Dies betrifft etwa die konsekutive Gestaltung der Ausbildungsgänge und der jeweiligen daran anschließenden Prüfungen.

2.2 Rechtlicher Umgang mit neuen nicht reglementierten Gesundheitsberufen (»private Gesundheitsberufe«)

In jüngerer Zeit sind von privaten Institutionen Gesundheitsberufe entwickelt worden. Hervorzuheben sind hier die Operationstechnischen und Anästhesietechnischen Assistentinnen/Assistenten, die aufgrund einer Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgebildet werden können.

Dies zeigt, dass der Gesundheitsmarkt und die Praxis des Gesundheitswesens Bedarf an bestimmten beruflichen Tätigkeiten hat, die von den vorhandenen Berufen nicht oder nicht in der gewünschten Weise erbracht werden. Diese Entwicklung hält sich zurzeit noch in Grenzen und ist beschränkt auf bestimmte Tätigkeiten. Aus rechtlicher Sicht ergeben sich dabei folgende zentrale Problemkreise:

:: Strukturierte Findung neuer Berufe;
:: Schutz der in den neuen Berufen Tätigen;
:: Notwendigkeit einer gesetzlichen Ordnung von Ausbildung und Tätigkeit.

Sind nicht reglementierte neue Gesundheitsberufe als Heilberufe zu qualifizieren, so entspricht es dem aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG abzuleitenden objektiv-rechtlichen Schutzauftrag des Staates, dass diese Berufe, zumindest wenn sie schon über eine gewisse Typik verfügen, gesetzlich geregelt werden. Kompetenzrechtlich ist es unerheblich, ob dies durch den Bund in Wahrnehmung seiner Gesetzgebungskompetenz gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG geschieht oder durch die Länder, wenn der Bund gesetzgeberisch nicht tätig wird. Sinnvoll erscheint eine bundesgesetzliche Regelung aber dann, wenn der Beruf nicht nur über landesspezifische Merkmale verfügt.

Für die anderen Gesundheitsberufe, die nicht Heilberufe sind, stehen die hochschulische Ausbildung mit einem Bachelor-/Masterabschluss, die Ausbildung im Rahmen des Berufsbildungsgesetzes als staatlich anerkannter Ausbildungsberuf sowie die Möglichkeiten landesgesetzlicher Regelung zur Verfügung. Die Schaffung einer Berufsordnung im Rahmen des Berufsbildungsgesetzes oder durch Landesgesetz hat den Vorteil, dass auch die Fort- und Weiterbildung geregelt werden kann.

2.3 Sicherung der Fort- und Weiterbildung

Bei der Fort- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Gesundheitsberufe ist zu unterscheiden zwischen der Sicherung und Fortführung der erforderlichen beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten und damit dem Erhalt der Kompetenzen im Sinne der Fortbildung auf der einen Seite, und auf der anderen Seite der Weiterbildung, die vor allem auf berufliches Fortkommen gerichtet ist (= Unterscheidung zwischen Anpassungs- und Aufstiegsweiterbildung). Fort- und Weiterbildung unterscheiden sich in ihren Funktionen: Die Fortbildung bei Gesundheitsberufen, insbesondere bei Heilberufen, steht im Kontext nicht nur der Erhaltung einer qualitätvollen gesundheitlichen Versorgung, sondern auch und vor allem im Kontext des Patientenschutzes. Mit der Weiterbildung hingegen wird neben dem beruflichem Fortkommen ein arbeitsmarktpolitisches und letztlich volkswirtschaftliches Anliegen der Bereithaltung eines hochqualifizierten Arbeitskräftepotenzials verfolgt.

Es kann an dieser Stelle kein Konzept der Fort- und Weiterbildung für Gesundheitsberufe entworfen werden. Aus rechtlicher Sicht kann jedoch zumindest für die Fortbildung gesagt werden, dass eine Verpflichtung zur Fortbildung, wie sie teilweise für die Ärzte bereits berufsrechtlich vorgeschrieben ist, auch für andere Heilberufe als Berufsausübungsregelung grundsätzlich verfassungskonform ist. Die Rechtfertigung ist wegen der Sicherung des Schutzgutes der Gesundheit der Bevölkerung gegeben. Von daher steht einer allgemeinen Fortbildungsverpflichtung für Heilberufe verfassungsrechtlich nichts im Wege. Regelungsort wäre das Landesrecht. Unionsrechtlich fordert bereits die Berufsanerkennungsrichtlinie

für die sektoralen Berufe des Gesundheitswesens (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Krankenpflege, Hebammen) die Gewährleistung allgemeiner und beruflicher Weiterbildung, wobei hier inhaltlich die Anpassungsweiterbildung, also die Fortbildung, gemeint ist.

Die Schaffung breiter Weiterbildungsmöglichkeiten für Angehörige der Gesundheitsberufe, insbesondere der Heilberufe, sollte nicht nur unter den herkömmlichen Gesichtspunkten der Wünschbarkeit solcher Möglichkeiten gesehen werden. Gerade bei Heilberufen können die physischen und psychischen Belastungen ein Maß erreichen, das es empfehlenswert erscheinen lässt, Veränderungsmöglichkeiten im Berufsfeld zu bieten. Die Weiterbildung wäre dann das geeignete Instrument, um solche Veränderungen wahrzunehmen.

3 Finanzierung der Ausbildung von Gesundheitsberufen

3.1 Mögliche Verantwortlichkeiten für die Bereitstellung von Ausbildungseinrichtungen

Fragen zur Finanzierung der Ausbildung von Gesundheitsberufen sind gegenwärtig wegen ihrer Komplexität nur schwierig zu erfassen und zu beantworten, da bundes- und landesrechtliche Regulierungen betroffen sind. Trotz der komplexen Thematik sollte die primäre Zielsetzung der Qualifikation der Gesundheitsberufe nicht aus den Augen verloren werden. Die Zahlung einer Ausbildungsvergütung und die Befreiung von Schulgeldern können hierzu einen wichtigen Beitrag leisten.

Bei der Diskussion über die Ausbildungsfinanzierung für Gesundheitsberufe, insbesondere für Heilberufe, ist stets zu berücksichtigen, dass eine maßgeblich die Finanzierungskonstellationen prägende Weichenstellung gegeben ist, wenn die Ausbildung staatlicherseits und ohne Erhebung von Schulgeld oder Studiengebühren durch staatliche Schulen und Hochschulen angeboten wird. In diesem Fall reduziert sich die Finanzierungsproblematik auf die Finanzierung des Lebensunterhaltes der Lernenden. Bei den dualen Ausbildungen ist eine maßgebliche Weichenstellung in der rechtlichen Gestaltung des Ausbildungsverhältnisses zu sehen. Hier geht es vor allem um die Frage, ob eine Ausbildungsvergütung gezahlt wird. Eine Kumulation der Probleme der Ausbildungsfinanzierung ergibt sich für die Lernenden dann, wenn für die Ausbildung Gebühren zu entrichten sind und eine Ausbildungsvergütung nicht gezahlt wird.

Aus verfassungsrechtlicher Sicht spricht viel für eine gesteigerte staatliche Verantwortung, gerade für die Heilberufe öffentliche Ausbildungsangebote gebührenfrei bereitzustellen. Es ist nur schwer zu rechtfertigen, dass die Hochschulausbildung bei den akademischen Heilberufen für die Studierenden kostenlos ist, während für die Ausbildung, die bei den bisher nicht akademischen Heilberufen an staatlich anerkannten privaten Bildungseinrichtungen stattfindet, Gebühren erhoben werden können. Daraus könnte auch die Frage abgeleitet werden, ob eine solche unterschiedliche Behandlung bei den Heilberufen mit dem Gleichbehandlungsgebot im Zusammenhang mit der Berufsfreiheit gerechtfertigt ist (Art. 3 Abs. 1, Art. 12 Abs. 1 GG). Noch wichtiger scheint aber die Überlegung zu sein, ob eine solche unterschiedliche Behandlung bei der heilberuflichen Ausbildung unter gesundheitsversorgungspolitischen Aspekten sinnvoll ist.

3.2 Ausbildungsvergütung im Rahmen eines Ausbildungsverhältnisses für alle Heilberufe

Ein grundlegendes Problem der Ausbildungsfinanzierung liegt nach wie vor in der Zahlung einer Ausbildungsvergütung im Rahmen eines Ausbildungsverhältnisses für diejenigen Heilberufe, für die bisher keine gesetzliche Regelung zur Zahlung einer Ausbildungsvergütung besteht. Hier ist zu fragen, ob für die duale Ausbildung in den bisher nicht erfassten Gesundheitsberufen Ausbildungsvergütungen entrichtet werden sollen.

Eine Einführung von Ausbildungsvergütungen für alle dual auszubildenden Gesundheitsberufe könnte unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung mit den Auszubildenden in den Berufen, in denen ein Ausbildungsverhältnis besteht (Alten- und Krankenpflege, Hebammenausbildung, künftig Notfallsanitäterausbildung), verfassungsrechtlich geboten sein (Art. 3 Abs. 1 GG). Hier kommt es bei der gegenwärtigen Ungleichbehandlung der anderen als ärztlichen Heilberufe auf die sachliche Rechtfertigung dieser gesetzgeberischen Ungleichbehandlung an. Eine sachliche Rechtfertigung einer Ungleichbehandlung in der Gestaltung des Ausbildungsverhältnisses könnte in den unterschiedlichen Versorgungsnotwendigkeiten und den daraus resultierenden Personalbedarfen gesehen werden. Trotzdem ist eine nur schwer nachvollziehbare Ungleichbehandlung festzustellen. Deswegen wäre dem Gesetzgeber auch ohne Konstruktion einer verfassungsrechtlichen Verpflichtung anzuraten, für alle dual ausgebildeten Heilberufe Gleichbehandlung bei der Zahlung einer Ausbildungsvergütung zu schaffen. Dies müsste auch für Heilberufe gelten, die landesrechtlich geregelt sind.

Eine weitere Frage ist, ob Gründe des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG) für eine gesetzgeberische Verpflichtung angeführt werden können, das Ausbildungsverhältnis so zu gestalten, dass eine Ausbildungsvergütung zu zahlen ist. Bei einem solchen Begründungsansatz müsste allerdings eine Verbindung der Entrichtung einer Ausbildungsvergütung mit dem Gesundheitsschutz der Bevölkerung hergestellt werden können. Dies ist aber nur unter der Annahme möglich, dass die Entrichtung einer Ausbildungsvergütung im Rahmen eines Ausbildungsverhältnisses zur Attraktivität des Berufes und insofern zur Bereithaltung des erforderlichen Gesundheitspersonals beiträgt. Selbst wenn man diese Annahme zugrunde legen würde, müsste dennoch dem Gesetzgeber ein Beurteilungsspielraum in der Einschätzung dieser Frage eingeräumt werden.

Insgesamt sprechen vor allem Gründe der Gleichbehandlung für die Schaffung eines Anspruchs auf Ausbildungsvergütung. Damit würde auch eine Gleichbehandlung im Vergleich mit den Ausbildungsberufen nach dem Berufsbildungsgesetz hergestellt werden. Immerhin wäre bei entsprechender gesetzlicher Regelung zur

Ausbildungsvergütung in dieser Hinsicht einer der letzten weißen Flecke auf der Landkarte der dualen Berufsausbildung getilgt.

Mit Blick auf die Refinanzierung bei Ausbildung an Ausbildungsstätten der Krankenhäuser bedarf es keiner Neuregelung, da für die in § 2 Nr. 1a KHG aufgeführten Berufe bereits eine Refinanzierungsregelung in § 17a KHG gefunden worden ist. Bei medizinischen Einrichtungen, z. B. Einrichtungen der Rehabilitation, bei denen die praktische Ausbildung von Gesundheitsberufen absolviert wird und die die Leistungen der Auszubildenden mit in der Leistungsvergütung (Pflegesatz) geltend machen, könnte man die Forderung nach Zahlung einer entsprechenden Ausbildungsvergütung für den Teil der praktischen Ausbildung erheben. Auch hier müsste eine Refinanzierungsmöglichkeit etwa durch Zuschläge zu den Entgelten (Pflegesätzen) eingerichtet werden.

3.3 Schulgeld

Es hat sich gezeigt, dass die Erhebung von Schulgeld im Rahmen eines Ausbildungsverhältnisses bei staatlichen anerkannten Ausbildungseinrichtungen wie bei Einrichtungen in freier Trägerschaft problematisch sein kann. Dies betrifft die Höhe des Schulgelds, die Forderung von Schulgeld bei Refinanzierungsmöglichkeit und die Forderung von Schulgeld auch dann, wenn Auszubildende bei der Erbringung von Leistungen eingesetzt werden, für die die Einrichtungen Vergütungen erhalten. Zurzeit wird dem Vernehmen nach auch die Statthaftigkeit der Erhebung von Schulgeld im Rahmen von Ausbildungsverhältnissen, die krankenhausfinanzierungsrechtlich refinanziert werden, diskutiert.

Zur Höhe von Studiengebühren existiert mittlerweile einschlägige verfassungs- und verwaltungsgerichtliche Rechtsprechung, die zum Teil noch nicht umgesetzt ist.

Für ein Verbot der Zahlung von Schulgeld im Rahmen eines Ausbildungsverhältnisses kann die Neuregelung in § 20 Abs. 3 Nr. 1 NotSanG vorbildhaft auch für die anderen Heilberufe wirken, deren Ausbildung in einem Ausbildungsverhältnis stattfindet, bei denen aber eine vergleichbare Regelung noch nicht gegeben ist.

4
Zugänge zur Leistungserbringung

4.1 Heilberuferecht

Der Zugang zur Leistungserbringung ist an beruferechtliche und (sozial-)leistungserbringungsrechtliche Voraussetzungen geknüpft. Der selbstständige Zugang zur Leistungserbringung wird beruferechtlich in der Regel durch die Approbation eröffnet. Aus diesem Grund sollen hier vor allem Möglichkeiten einer Approbation für die anderen als ärztlichen Heilberufe unterbreitet werden. Für einige dieser Berufe sind bereits jetzt beruferechtlich selbstständige Zugänge zur Leistungserbringung eröffnet, sei es durch die Einrichtung vorbehaltener Tätigkeiten oder durch die Eröffnung selbstständiger Ausübung von Heilkunde im Rahmen der Modellvorhaben (§ 63 Abs. 3c SGB V). Eine Erweiterung des selbstständigen Leistungszugangs für weitere Heilberufe durch Erteilung einer Approbation stellt also keine rechtliche Besonderheit dar.

Voraussetzungen für die Erteilung einer Approbation sind:

:: Die Formulierung von Ausbildungsgegenständen bei den Ausbildungszielen.
:: Die Formulierung von selbstständig, eigenverantwortlich und mitwirkend auszuführenden Tätigkeiten/Aufgaben bei den Ausbildungszielen.
:: Die Umsetzung der Ausbildungsziele und -gegenstände in den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen in Hinblick auf die selbstständige, eigenverantwortliche und mitwirkende Ausführung von Tätigkeiten und Aufgaben.

Zentrale Voraussetzung für die Erteilung einer Approbation, die zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde auf einem bestimmten Gebiet der Heilkunde ermächtigt, ist eine Ausbildung, die die Möglichkeiten und Grenzen der eigenen Diagnosefähigkeit kennen und beachten lässt. Diese Voraussetzung wird bei der Zulassung als Heilpraktiker erhoben, die zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde ermächtigt. Das Bundesverwaltungsgericht hat mit seiner Rechtsprechung zu einer auf die Physiotherapie beschränkten Heilpraktikererlaubnis den Weg gezeigt, der bei der Einrichtung einer Approbation für andere als ärztliche Heilberufe zu gehen ist.

Die Approbation bezieht sich nicht nur auf die selbstständig, also ohne ärztliche Einschaltung auszuführenden Tätigkeiten, sondern auch auf die Tätigkeiten in Mitwirkung mit Ärzten und/oder anderen Heil- und Gesundheitsberufen.

Für die Einführung der Approbation bei anderen als ärztlichen Heilberufen sprechen die möglichen Wirkungen in Hinblick auf eine klarere Abstimmung in der Kooperation der verschiedenen Gesundheitsberufe, insbesondere der Heilberufe. Die Approbation besagt, wo der Berufsangehörige, d.h. auf welchen Gebieten der Heilkunde, und wie er, d. h. selbstständig, eigenverantwortlich oder mitwirkend, tätig werden darf.

Weitere Auswirkungen können sich insbesondere in Richtung auf das private Krankenversicherungsrecht und das Beihilferecht ergeben, wenn dort für die Erstattung von Leistungen auf die selbstständige Ausführung von Tätigkeiten abgestellt wird. Gleiches gilt für das Leistungserbringungsrecht der Sozialversicherungen.

4.2 Leistungserbringungsrecht

Im Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) müssen Angehörige von Gesundheitsberufen als Leistungserbringer gesetzlich zugelassen sein. Es ist jedoch im Rahmen von Modellvorhaben für bestimmte Versorgungsbereiche (z. B. Prävention) möglich, weitere Leistungserbringer zuzulassen (§ 63 Abs. 2 SGB V). Hier bietet sich eine Öffnung der Modellvorhabensklausel ohne Begrenzung auf bestimmte Versorgungsbereiche an. Ähnlich wie bei der Modellvorhabensklausel nach § 63 Abs. 3c SGB V könnte die Zulassung an bestimmte Ausbildungserfordernisse geknüpft werden.

Das SGB V bietet für die Zulassung neuer Gesundheitsberufe bereits Regelungsmuster an, sei es für die Erweiterung der zugelassenen Berufe im Rahmen der Zulassung im traditionellen Leistungserbringungsrecht, sei es im Rahmen von Modellvorhaben. Es ist nicht ersichtlich, dass hier grundlegende strukturelle Veränderungen zu schaffen sind. Es geht nur um die Öffnung des Zugangs zur Leistungserbringung für andere Leistungserbringer.

5 Kooperation von Gesundheitsberufen

5.1 Heilberuferecht

Die rechtlichen Probleme der Kooperation und der Koordination bei den Heilberufen hängen eng mit deren beruferechtlichen Stellung in Hinblick auf Ausbildung und Berufsausübung zusammen. Eine Klärung dieser beruferechtlichen Fragen kann einen wesentlichen Beitrag auch in Hinblick auf die Lösungen von Kooperationsproblematiken liefern. Dabei besteht ein enger Zusammenhang mit den Fragen des Zugangs zur Leistungserbringung.

Bedarf an rechtlicher Weiterentwicklung besteht in den folgenden Punkten:

:: Für alle Heilberufe sind klare Ausbildungsziele festzulegen.
:: Für alle Heilberufe sind in den Ausbildungszielen Art und Weise des Tätigwerdens (selbstständig/eigenverantwortlich/mitwirkend) festzulegen.
:: Der Begriff der Heilkunde und die verschiedenen Kooperations- und Koordinierungsformen (Art und Weise des Tätigwerdens) sind zu definieren.
:: Die allgemeinen Voraussetzungen und Wirkungen vorbehaltener Tätigkeiten/Aufgaben und der Übertragung ärztlicher heilkundlicher Tätigkeiten auf Angehörige anderer Gesundheitsberufe sind zu beschreiben.

Die beiden letzten Punkte könnten Gegenstand eines noch zu schaffenden Allgemeinen Heilberufegesetzes oder eines Gesetzes über Heilberufe sein.

5.2 Recht der Sozialleistungserbringung

Für das Recht der Sozialleistungserbringung gilt das Prinzip, dass das gesamte Geschehen der Leistungserbringung rechtlich geregelt sein muss. Das bedeutet für die verschiedenen Formen der Kooperation und Koordinierung, dass diese nur im Rahmen der gegebenen Regelungen stattfinden dürfen. Neue Formen der Kooperation und Koordination in der Leistungserbringung können nur mit dem Instrument der Modellvorhaben erprobt werden. Auch hier besteht Erprobungsfreiheit nur im gesetzlich vorgegebenen Rahmen.

In der Gesetzlichen Krankenversicherung können neue Formen der Kooperation und Koordination der Leistungserbringung im Rahmen der Strukturmodelle erprobt werden (§ 63 Abs. 1 und 3 SGB V). Da die Modellvorhaben die Leistungserbringung der Sozialen Pflegeversicherung nicht umfassen, sollte diese Vorschrift auch auf die Leistungserbringung in der Sozialen Pflegeversicherung Bezug nehmen.

Mit Blick auf die Steuerungsfunktion des Arztes für das Leistungsgeschehen auf dem Gebiet der Gesetzlichen Krankenversicherung sollte Folgendes überlegt werden:

Bisher hat der Arzt nicht nur die Steuerungsfunktion beim Einsatz weiterer Gesundheitsberufe im Rahmen der ärztlichen Behandlung, sondern auch im Rahmen der Krankenbehandlung, die nicht ärztliche Behandlung ist, so beim Einsatz von Angehörigen der Krankenpflegeberufe und der Therapieberufe (häusliche Krankenpflege; Heilmittelerbringung). Diese letztere Steuerungsfunktion muss aber nicht ausschließlich beim Arzt liegen. Über den Einsatz und das Vorgehen anderer als ärztlicher Heilberufe könnte auch kooperativ in der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und den anderen Heilberufsangehörigen entschieden werden. Damit könnte auch ein Beitrag zur Lockerung der mancherorts beklagten Arztdominanz im Leistungsgeschehen der Gesetzlichen Krankenversicherung geleistet werden.

6
Forum für die Anpassung bestehender und die Schaffung neuer Berufsbilder: Nationaler Gesundheitsberuferat

Angesichts des sich im Gesundheitswesen schon jetzt abzeichnenden Mangels an Pflegefachpersonen muss es ein beschäftigungs- wie bildungspolitisches Anliegen sein, die aktuellen und künftigen Bedarfe an Berufen und Berufsbildern in einem geeigneten Verfahren zu bestimmen und den verantwortlichen Instanzen (Gesetz- und Verordnungsgeber des Bundes und der Länder sowie Hochschulen) entsprechende Empfehlungen an die Hand zu geben. Das Gesundheitswesen kann sich einen Ressourcenverschleiß durch fehlende oder fehlgesteuerte Ausschöpfung des Arbeitskräftepotenzials nicht leisten. Es besteht eine sozialstaatliche Verantwortung für das Gesundheitswesen, zu der auch die Verantwortung für die Beschäftigung und die Beschäftigten im Gesundheitswesen gehört.

Insgesamt ist man in Deutschland weit von einem kohärenten System der Entwicklung von Berufsbildern und Ausbildungskonzepten auf dem Gebiet des Gesundheitsberuferechts entfernt. Eine Nachfrage nach bestimmten neuen Berufsbildern oder Ausbildungen findet zum Teil seitens der Akteure der Gesundheitswirtschaft statt, dies allerdings nur sehr begrenzt (z. B. bei den Operations- und Anästhäsietechnischen Assistenten/Assistentinnen). Nicht zu unterschätzen sind allerdings die Einflüsse renommierter unabhängiger Sachverständigengremien. Dies gilt insbesondere für den Wissenschaftsrat in Hinblick auf die berufliche Ausbildung in der Debatte um die hochschulischen Qualifikationen im Gesundheitswesen und für den Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bei der Kooperation der Gesundheitsberufe.

Zurzeit existiert keine Form eines institutionalisierten Dialogs zwischen den Akteuren der Gesundheitswirtschaft und den Akteuren des Bildungswesens. Eine solche Form des Dialogs existiert nur für den Bereich der Berufsbildung nach dem Berufsbildungsgesetz (Landesausschüsse für Berufsbildung; Hauptausschuss des Bundesinstituts für Berufsbildung). Hier ist die Notwendigkeit des Dialogs in jüngster Zeit wieder besonders herausgestrichen worden.
Es besteht daher die Notwendigkeit der strukturierten Begegnung

- des Bildungswesens und
- des Gesundheitswesens, vor allem in Gestalt
  - der Gesundheitswirtschaft (Berufe, Institutionen, Nutzer und deren Verbände)
  - der (Sozialleistungs-)Träger von Gesundheitssozialleistungen und deren Verbände

zur Gestaltung und Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe

:: in der Ausbildung und
:: bei den berufsrechtlichen Setzungen (insbesondere im Heilberuferecht und bei der Zulassung zur Leistungserbringung in der Gesetzlichen Krankenversicherung).

Es ist an der Zeit, die verantwortlichen Akteure der Gesundheitswirtschaft und die verantwortlichen Akteure des Bildungswesens in einen Dialog über die Gestaltung und Fortentwicklung der Gesundheitsberufe zu bringen. Für die zukunftsgerechte Gestaltung der Ausbildung und Tätigkeit der Gesundheitsberufe bedarf es eines strukturierten institutionalisierten Dialoges zwischen dem Gesundheits- und dem Bildungswesen in einem Gesundheitsberuferat. Dieser Dialog muss kontinuierlich, transparent und nachhaltig sein. Er muss die wichtigsten Akteure im Gesundheits- und Bildungswesen und die Nutzer von Gesundheitsleistungen einbeziehen. Er hat beratende Funktion (analog Wissenschaftsrat) und stellt keinen Sachverständigenrat dar.

Gegenstand der Befassung eines Gesundheitsberuferats sind nicht nur die Heilberufe und die Gesundheitsberufe mit Patientenkontakt. Vielmehr ist das gesamte Spektrum der Gesundheitsberufe aufzunehmen.

7 Allgemeines Heilberufegesetz – Gesetz über die Heilberufe

7.1 Regelungsbedarf

Das Recht der Heilberufe ist unklar, unübersichtlich, teilweise widersprüchlich und teilweise veraltet. Ein Allgemeines Heilberufegesetz oder ein Gesetz über die Heilberufe könnte hier Abhilfe schaffen.

Die Schaffung eines Allgemeinen Heilberufegesetzes soll nicht nur die kodifikatorische Bereinigung der bestehenden Heilberufegesetze bewirken, die in der Hauptsache in einem »Vor-die-Klammer-Ziehen« der allgemeinen Regelungsmaterien besteht. Die Schaffung eines solchen Gesetzes könnte auch dazu dienen, das Heilberuferecht den aktuellen Anforderungen anzupassen. Dies gilt vor allem für folgende Punkte:

:: Der Begriff der Heilkunde wird bisher nur im Heilpraktikergesetz von 1939 definiert. Dieser Begriff sollte in einem Allgemeinen Heilberufegesetz im Sinne der Rechtsprechung zu diesem Begriff festgelegt werden. Gegebenenfalls können auch Modernisierungen in Richtung auf weitere Elemente vorgenommen werden (Rehabilitation, Palliation).
:: In einem Allgemeinen Heilberufegesetz sollten Regelungen zum Begriff der vorbehaltenen Tätigkeiten und zu den Voraussetzungen der selbstständigen Ausübung von Heilkunde getroffen werden.
:: Ein Allgemeines Heilberufegesetz kann allgemeine Vorgaben für die Inhalte und die Gestaltung der Ausbildungs- und der Prüfungsordnungen auch in Richtung auf eine hochschulische Ausbildung enthalten.
:: In einem Allgemeinen Heilberufegesetz können auch Regelungen zu einem Nationalen Gesundheitsberuferat enthalten sein.

7.2 Gesetzgebungskompetenz

Es bestehen neben der zentral für die Heilberufe einschlägigen konkurrierenden Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers für die Zulassung zu den Heilberufen (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG) weitere Gesetzgebungskompetenzen des Bundes, so vor allem die Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung, die auch die Leistungserbringung durch Heilberufe bei Gesundheitssozialleistungen umfasst (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG). Einschlägig sind auch die Gesetzgebungskompetenzen zum Recht der Wirtschaft (Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG) und zum Arbeitsrecht (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG).

Der Begriff der Zulassung zur Heilkunde bezieht sich auch auf die Führung der Berufsbezeichnung. Regelungen zur Berufsausübung, die generell nicht vom Kompetenztitel in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG umfasst sind, können grundsätzlich

nicht in ein Allgemeines Heilberufegesetz Eingang finden. Allerdings finden sich schon jetzt in den Heilberufegesetzen Regelungen zur Berufsausübung, so bei den vorbehaltenen Tätigkeiten, bei den Modellvorhabensklauseln und bei der Delegationsmöglichkeit im Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG). Regelungen auf diesen Gebieten können deshalb auch in einem Allgemeinen Heilberufegesetz getroffen werden.

7.3 Regelungsgegenstände

Ein Allgemeines Heilberufegesetz kann Regelungen zu folgenden Gegenständen enthalten:

:: Gesetzeszweck;
:: Anwendungsbereich;
:: Begriff der Heilkunde;
:: allgemeine Ausbildungsziele;
:: Verhältnis der Beschreibung der Ausbildungsziele zur beruflichen Tätigkeit;
:: Rahmen für Gegenstände der Ausbildung und die Ausbildungsorte;
:: Rahmen für Gegenstände und Gestaltung der Prüfung;
:: Definition der Begriffe selbstständige/eigenverantwortliche/mitwirkende Tätigkeiten/Aufgaben;
:: Definition der Begriffe vorbehaltene/vorrangige Tätigkeiten;
:: Definition der Voraussetzungen für selbstständiges/eigenverantwortliches Tätigwerden/Aufgabenwahrnehmen auf dem Gebiet der Heilkunde und Voraussetzungen für die Übertragung von Tätigkeiten;
:: Voraussetzungen einer Approbation;
:: Nationaler Gesundheitsberuferat;
:: Festlegung des allgemeinen Rahmens für Modellvorhaben mit Einfluss auf das Beruferecht;
:: gemeinsame Regelungen zur Führung der Berufsbezeichnung, Erteilung und Rücknahme/Widerruf der Erlaubnis, Anerkennung ausländischer Qualifikationen.

7.4 Alternative: Gesetz über die Heilberufe mit Einbezug der einzelnen Heilberufe

In einem bundesrechtlichen Heilberufegesetz könnten auch die einzelnen, bisher isolierten Heilberufegesetze in einem besonderen Teil zusammengefasst werden. Ein solches umfassendes Gesetz müsste dann Gesetz über Heilberufe heißen und einen allgemeinen und einen besonderen Teil enthalten. Der allgemeine Teil entspräche dem vorstehend dargestellten Allgemeinen Heilberufegesetz; der besondere Teil enthielte die einzelnen Heilberufsgesetze.
Regelt der Landesgesetzgeber weitere einzelne Heilberufe, so ist er für die Materien an die Vorgaben des Allgemeinen Teils des (Bundes-)Heilberufegesetzes gebunden (Vorrang des Bundesrechts, Art. 31 GG).

Teil I

Gesundheitsberuferecht: Überblick – rechtliche Rahmen- und Funktionsbedingungen

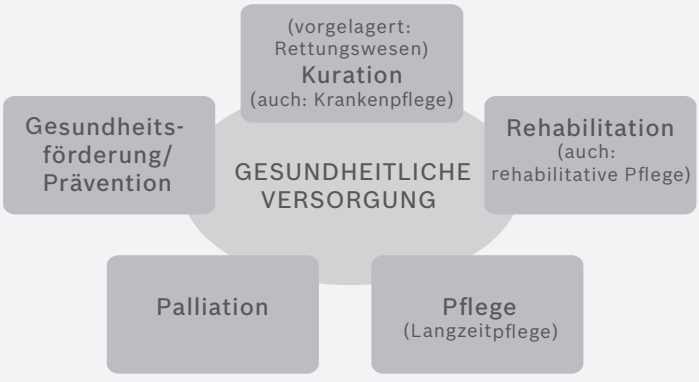
1 Überblick über die Berufe in der gesundheitlichen Versorgung

1.1 Bereiche der gesundheitlichen Versorgung

1.1.1 Überblick

Das Gesundheitsversorgungssystem kann auf verschiedene Weise untergliedert werden.[1] Die nachstehende Untergliederung orientiert sich an den wichtigsten Bereichen gesundheitlicher Interventionen. Als die vier wichtigsten Bereiche sind allgemein anerkannt die Prävention, die Kuration, die Rehabilitation und die Pflege im Sinne von Langzeitpflege. In jüngerer Zeit haben auch die Bereiche der Gesundheitsförderung und der Palliation eine immer stärker werdende Bedeutung erlangt.

In den aufgeführten Bereichen werden die verschiedenen Gesundheitsberufe mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung tätig. In jedem dieser Bereiche werden also mehrere Gesundheitsberufe tätig, so z. B. in der Kuration und Rehabilitation Ärzte, Psychologen, Angehörige der Pflege- und Therapieberufe sowie weitere Berufe wie etwa (Gesundheits-)Sozialarbeiter.



1 Die nachfolgende Darstellung beruht weitgehend auf Igl, Gerhard/Welti, Felix (Hrsg.), 2012, S. 5ff.

1.1.2 Gesundheitsförderung – Prävention

Zur *Gesundheitsförderung* gehören nach der WHO (Ottawa Charta)[2] alle Maßnahmen, die sowohl auf die Veränderung und Förderung des individuellen Verhaltens als auch der Lebensverhältnisse im positiven Sinne abzielen. Ziel der Gesundheitsförderung ist es, bestehende Ungleichheiten bezüglich des Gesundheitszustandes und der Lebenserwartung unterschiedlicher sozialer Gruppen zu reduzieren.
Die Gesundheitsförderung und die gesundheitliche Prävention sind zum Teil in das Recht wichtiger Lebensbereiche integriert, etwa im Arbeitsschutzrecht. Eine zentrale Institution oder ein Hauptakteur für die Gesundheitsförderung und die gesundheitliche Prävention ist nicht auszumachen. Vielmehr sind diese Bereiche verschiedenen Akteuren und Institutionen im Gesundheitswesen zugewiesen.[3]
Der Bereich der Gesundheitsförderung überschneidet sich zum Teil mit der Primärprävention. Seit Anfang 2000 ist die *primäre gesundheitliche Prävention Satzungsleistung der gesetzlichen Krankenkassen* (vgl. § 20 Abs. 1 SGB V). Dem Anliegen der Prävention soll mit einem Gesetz zur Förderung der Prävention Rechnung getragen werden. Ziel dieses Gesetzes ist es, mit einer zielgerichteten Ausgestaltung der Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und zur Früherkennung von Krankheiten die Bevölkerung bei der Entwicklung und dem Ausbau von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen zu unterstützen und damit gesundheitliche Risiken zu reduzieren.[4]

1.1.3 Kuration

Die Kuration, also das Heilen, ist der zentrale Bereich des deutschen Gesundheitswesens. Rechtsterminologisch wird das Heilen als Bestandteil der Krankenbehandlung betrachtet (vgl. § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V). In Deutschland ist der Bereich der Kuration institutionell und systemisch von der *Gesetzlichen Krankenversicherung* (SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung) geprägt, in der etwa 85 % der Bevölkerung versichert sind. Die Gestalt des deutschen Gesundheitswesens ist auf dem Gebiet der Kuration bzw. der Krankenbehandlung in sehr hohem Maße von den Bedingungen geprägt, die das gesetzliche Krankenversicherungssystem setzt. Das gilt für das Leistungsrecht ebenso wie für die Leistungserbringung und damit für die leistungserbringenden Akteure. Aus diesem Grund kann gesagt werden, dass das deutsche Gesundheitswesen auf dem Gebiet der Krankenbehandlung im Wesentlichen von den Maßgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung bestimmt und geprägt wird. Allerdings handelt es sich beim Leistungserbringungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht um ein System, in dem die

2 Die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung ist am 21. November 1986 im Gefolge der Ersten Internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung verabschiedet worden. Hierzu Rosenbrock, Januar 1998.
3 S. den Überblick bei Rosenbrock, 2003, S. 6ff.
4 Deutscher Bundestag, Drucksache 17/13080, S. 1.

Leistungserbringer Bedienstete der Sozialversicherungskassen sind. Vielmehr vollzieht sich die Beschaffung von Gesundheitsdienstleistungen auf dem Vertragsweg. Daraus folgt, dass die Leistungserbringer sich den Beschaffungsweisen unterwerfen müssen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen sind. Dies ist Gegenstand des *Leistungserbringungsrechts des SGB V* (Viertes Kapitel. Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern).

1.1.4 Langzeitpflege

Die Pflege im Sinne der Langzeitpflege (long-term care), nicht im Sinne der Krankenpflege, die dem Bereich der Krankenbehandlung zuzurechnen ist, ist erst seit 1995 sozialversicherungsrechtlich ausgestaltet worden (im SGB XI: Soziale Pflegeversicherung). Anders als auf dem Gebiet der Gesetzlichen Krankenversicherung ist hier auch die private Pflegeversicherung für Personen, die für das Risiko der Krankheit Versicherungsschutz bei einem Privatversicherungsunternehmen haben, dem Leistungsrecht der gesetzlichen Versicherung unterworfen worden (vgl. § 110 Abs. 1 SGB XI). Die Einführung einer gesetzlichen Pflegeversicherung hat für die Leistungserbringer Ähnliches bewirkt wie die Gesetzliche Krankenversicherung: Die Leistungen definieren sich nach den gesetzlich vorgegebenen Inhalten; die Zulassung zur Leistungserbringung folgt einem Vertragssystem. Allerdings sind die Pflegeleistungen nach dem SGB XI begrenzt (»gedeckelt«).

1.1.5 Rehabilitation

Die Leistungen zur Teilhabe für behinderte Menschen (SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) haben das Ziel, Behinderung durch das Ansetzen am Gesundheitszustand und seinen Kontextfaktoren zu verhindern oder behinderten Menschen ein möglichst selbstbestimmtes Leben mit gleichwertiger Teilhabe zu ermöglichen. Die dazu erforderlichen Leistungen sind gegliedert in medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (soziale Rehabilitation). In der Rehabilitation wirken zahlreiche Institutionen und Berufe auf dem Gebiet des Sozial- und Gesundheitswesens zusammen. Der gemeinsame Rahmen für alle Rehabilitationsleistungen und für die Akteure der Rehabilitation wird im SGB IX geliefert (§§ 1 – 25 SGB IX).

Die im engeren Sinne gesundheitsbezogene Rehabilitation, in der rechtlichen Terminologie als medizinische Rehabilitation bezeichnet (vgl. § 5 Nr. 1 SGB IX), ist Bestandteil insbesondere des Leistungskataloges der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V), der Gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI), der Gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) und der Sozialhilfe (SGB XII). Ein einheitlicher Rehabilitationsträger existiert nicht. Mit dem SGB IX ist es aber immerhin gelungen, für alle Sozialleistungsbereiche, in denen medizinische Rehabilitation stattfindet, gemeinsame Regelungen zu finden (§§ 26–32 SGB IX). Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung zählen nicht zu den Rehabilitationsleistungen. Die Pflegekassen sind keine Rehabilitationsträger im Sinne des SGB IX.

1.1.6 Palliation

Das Anliegen, sterbenden Menschen ein selbstbestimmtes Leben und Sterben zu ermöglichen, wurde in Deutschland von der Hospizbewegung aufgegriffen, während es Anliegen der palliativ-medizinischen Versorgung ist, die ärztliche Versorgung auf diese Situation auszurichten. Der Bereich der Palliation stellt sich noch nicht als eigenständiger Systembereich des Gesundheitswesens dar. Seine Bedeutung nimmt aber zu, was sich auch an den seit 2007 vorgesehenen Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung ablesen lässt (§§ 37b, 39a SGB V).

1.2 Terminologie und Einteilung der Gesundheitsberufe

1.2.1 Unterschiedliche begriffliche Verwendungen

Es gibt keine für alle Berufe des Gesundheitswesens einheitliche Terminologie.[5] Es ist aber üblich geworden, alle im Gesundheitswesen tätigen Berufe unter dem Oberbegriff der Gesundheitsberufe einzuordnen.[6] Bei einem solchen weiten begrifflichen Verständnis ist es notwendig, eine feinere Unterteilung zu schaffen. Dies kann anhand gesetzlich vorgegebener Unterscheidungskriterien geschehen. So ist der Begriff der Heilberufe als verfassungsrechtlicher Begriff vorgeprägt (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Die entsprechende Unterscheidung innerhalb der Gesundheitsberufe würde dann »Heilberufe und andere Gesundheitsberufe« lauten. Weitere Unterscheidungsmerkmale könnten anhand der jeweiligen beruflichen Ausbildung und der damit zusammenhängenden Tätigkeit gewonnen werden. Diese Art der Einteilung ist für die Berufe im Gesundheitswesen wohl die aussagekräftigste Einteilung, denn bei diesen Berufen ist der Zusammenhang zwischen spezifischer beruflicher Ausbildung und damit korrespondierender spezifischer Tätigkeit anders als bei einigen anderen Berufen noch verhältnismäßig eng.

5 S. zur Einteilung der Gesundheitsberufe den Beitrag von Dielmann (in diesem Band).
6 So auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007, S. 71 f.

1.2.2 Einteilung der Gesundheitsberufe in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes[7] des Statistischen Bundesamtes wird für das Personal im Gesundheitswesen in der Gesundheitspersonalrechnung eine Einteilung zugrunde gelegt, die auf dieser Unterteilung beruht.[8]

Berufe
↓ Berufe im Gesundheitswesen insgesamt
→ Gesundheitsdienstberufe
→ soziale Berufe
→ Gesundheitshandwerker
→ sonstige Gesundheitsfachberufe
→ andere Berufe im Gesundheitswesen

Die weitere Unterteilung ist jedoch nicht immer schlüssig. So zählen zu den Gesundheitsdienstberufen:

↓ Gesundheitsdienstberufe
↓ Ärzte, Apotheker, psych. Psychotherapeuten, Zahnärzte
→ Ärzte
Apotheker
psychologische Psychotherapeuten
Zahnärzte
↓ übrige Gesundheitsdienstberufe
→ medizinische Fachangestellte/zahnmedizinische Fachangestellte
Diätassistenten
Heilpraktiker
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer
→ Gesundheits- und Krankenpfleger
→ Physiotherapeuten, Masseure, med. Bademeister
medizinisch-technische Assistenten
pharmazeutisch-technische Assistenten
therapeutische Berufe a. n. g.

7 www.gbe-bund.de.

8 Wie Fn. 7. Diese und die folgenden Ausschnitte stammen von der Website Personal im Gesundheitswesen, Gesundheitspersonalrechnung, www.gbe-bund.de.

Bei den Ärzten wird folgende Unterteilung vorgenommen:

- ↓ Ärzte
  - Ärzte für allgemeine/innere Medizin, Kinderheilkunde
  - Ärzte für Chirurgie, Orthopädie
  - Ärzte für Frauenheilkunde/Geburtshilfe
  - Ärzte für Neurologie, Psychiatrie
  - Ärzte o. n. F., praktische Ärzte
  - andere Fachärzte
  - Apotheker
  - psychologische Psychotherapeuten
  - Zahnärzte

Die übrigen Gesundheitsdienstberufe werden folgendermaßen unterteilt:

- ↓ übrige Gesundheitsdienstberufe
  - ↓ medizinische Fachangestellte/zahnmedizinische Fachangestellte
    - dar.: zahnmedizinische Fachangestellte
  - Diätassistenten
  - Heilpraktiker
  - Gesundheits- und Krankenpflegehelfer
  - → Gesundheits- und Krankenpfleger
    - dar.: Hebammen
  - → Physiotherapeuten, Masseure, med. Bademeister
    - dar.: Physiotherapeuten
  - medizinisch-technische Assistenten
  - pharmazeutisch-technische Assistenten
  - therapeutische Berufe a. n. g.

Eine etwas eigenartige besondere Behandlung erfahren die Altenpfleger, die zu den sozialen Berufen im Gesundheitswesen gerechnet werden:

- ↓ soziale Berufe
  - Altenpfleger
  - Heilerziehungspfleger
  - Heilpädagogen

In der weiteren Unterteilung erscheinen dann die Gesundheitshandwerker und die sonstigen Gesundheitsfachberufe sowie die anderen Berufe im Gesundheitswesen, worunter alle Berufe im Gesundheitssektor subsumiert werden, die nicht den Gesundheitsdienstberufen, sozialen Berufen, Gesundheitshandwerkern und sonstigen Gesundheitsfachberufen zugeordnet werden können. Beispiele hierfür sind das Reinigungs- und Küchenpersonal in Krankenhäusern, Kurierdienste der Apotheken, Handwerker, deren Arbeitgeber Einrichtungen des Gesundheitswesens sind.[9]

↓	Gesundheitshandwerker
	Augenoptiker
	Orthopädiemechaniker
	Zahntechniker
	sonstige Gesundheitshandwerker
↓	sonstige Gesundheitsfachberufe
	Gesundheitsingenieure
	gesundheitssichernde Berufe
	Gesundheitstechniker
	Pharmakanten
	pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte
	andere Berufe im Gesundheitswesen

1.2.3 Andere Einteilungen der Gesundheitsberufe

Es ist auch möglich, die Gesundheitsberufe in Hinblick auf ihre Stellung im Verhältnis zu anderen Berufen im Gesundheitswesen zu unterteilen. Das würde dann bedeuten, dass in der Regel die akademischen Heilberufe Zuordnungspunkt für andere Berufe sind, die den akademischen Heilberufen zuarbeiten. Solche Unterscheidungen setzen jedoch eine Wertung des Verhältnisses zwischen den Berufen im Gesundheitswesen voraus.[10] Allerdings waren diese Unterscheidungen lange üblich und werden zum Teil auch heute noch gebraucht (»Assistenzberufe«; »Heilhilfsberufe«).

9 Definition laut www.gbe-bund.de.
10 Gegen diese Begriffsverwendung auch Wissenschaftsrat, 2012, S. 12f.

1.3 Schwerpunktsetzung: Berufe der Gesundheitsdienstleistungen / Gesundheitsversorgungsberufe

Im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung werden Waren und Dienstleistungen produziert. Für die Zwecke der nachfolgenden Ausführungen stehen diejenigen Berufe im Vordergrund, die Gesundheitsdienstleistungen für Patienten erbringen. Dabei handelt es sich vor allem um die Angehörigen der Heilberufe, also z. B. Ärzte oder Angehörige der Pflegeberufe. Solche Berufe können als Berufe der Gesundheitsdienstleistungen oder als Gesundheitsversorgungsberufe[11] bezeichnet werden.

Diese Schwerpunktsetzung bedarf folgender Hinweise:

:: Diese Schwerpunktsetzung soll nicht den Blick darauf verstellen, dass auch die Produzenten von Waren, insbesondere von Hilfsmitteln, eine wichtige Rolle im Versorgungsgeschehen erfüllen. Für das Wohlergehen von Patienten ist ein gut funktionierendes Hilfsmittel oft ebenso wertvoll wie eine gute therapeutische Leistung.

:: Auch in gesundheitsdienstleistenden Institutionen, z. B. Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, werden die Dienstleistungen nicht von der Institution, sondern von Personen mit spezieller beruflicher Ausbildung erbracht.

:: Trotz der Schwerpunktsetzung auf professionelle Gesundheitsdienstleister ist zu berücksichtigen, dass nach heutigem Verständnis die Patienten Koproduzenten in gesundheitsbezogenen Prozessen sind.

:: Im Geschehen der gesundheitlichen Versorgung spielen auch Personen ohne eine spezielle Ausbildung auf dem Gebiet der Gesundheitsdienstleistungen als sozial Engagierte und ehrenamtlich Tätige eine Rolle.

Auch wenn der weit überwiegende Teil der Gesundheitsdienstleistungen von Angehörigen der Heilberufe erbracht wird, darf nicht übersehen werden, dass auch Angehörige von Berufen mit einer zunächst nicht besonders auf die gesundheitliche Versorgung gerichteten Ausbildung am Geschehen der gesundheitlichen Versorgung direkt dienstleistungserbringend mitwirken. Dies gilt besonders für das Gebiet der Gesundheitssozialarbeit bzw. der Sozialarbeit im Gesundheitswesen, das mittlerweile ein breites Spektrum gesundheitsbezogener Interventionen vor allem auf dem Gebiet der Prävention, der Rehabilitation und der Pflege erfasst.[12] Ähnliches ist für Interventionen gesundheitsfördernder und präventiver Art im schulischen Bereich, etwa durch Schulgesundheitspflege, zu verzeichnen. [13]

11 Der Wissenschaftsrat versteht unter Gesundheitsversorgungsberufen Berufe mit unmittelbarem Patientenbezug, Wissenschaftsrat, 2012, S. 12.

12 S. etwa Kurlemann, 2011.

13 Die Schulgesundheitspflege wird von den Bundesländern im Rahmen der Schul- und Gesundheitsdienstgesetz- und -verordnungsgebung geregelt, vgl. etwa für Bayern die Verordnung zur Schulgesundheitspflege (SchulgespflV) vom 20. Dezember 2008, GVBl. 2/2009 S. 10.

Gesundheitsnah werden auch Angehörige von Studiengängen tätig, die eine Nähe zu gesetzlich regulierten Heilberufen aufweisen. Dies gilt etwa für die Absolventen oecotrophologischer Studiengänge im Verhältnis zu den Diätassistenten oder für die Absolventen bestimmter logotherapeutischer Studiengänge im Verhältnis zu den Logotherapeuten.

1.4 Exkurs: Gesundheitsberufe im Deutschen Qualifikationsrahmen

Das Europäische Parlament und der Rat der Europäischen Union haben mit ihrer Empfehlung zur Einrichtung des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen vom 23.04.2008 (Europäischer Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen – EQR) einen europäischen Referenzrahmen geschaffen, der die Transparenz und Vergleichbarkeit von Qualifikationen in Europa unter Wahrung der Bildungsvielfalt fördern soll. Der europäische Referenzrahmen fungiert als Übersetzungsinstrument, das nationale Qualifikationen europaweit verständlich macht. Der EQR ist damit ein wichtiger Baustein zur Stärkung der Mobilität zwischen den europäischen Bildungssystemen und auf dem sich zunehmend öffnenden europäischen Arbeitsmarkt. Der EQR ist Ausgangspunkt für die Entwicklung eines Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (DQR), der die Besonderheiten des deutschen Bildungssystems berücksichtigt. Der DQR soll als umfassende, bildungsbereichsübergreifende Matrix zur Einordnung von Qualifikationen zum einen die Orientierung im deutschen Bildungssystem erleichtern und zum anderen zur Vergleichbarkeit deutscher Qualifikationen beitragen.[14]

Der Deutsche Qualifikationsrahmen setzt die Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates zur Einrichtung des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen um. Der DQR wurde unter Federführung von Bund und Ländern in einem mehrjährigen Prozess unter kontinuierlicher Mitwirkung von Sozialpartnern und Wirtschaftsorganisationen sowie weiterer Experten aus Wissenschaft und Praxis entwickelt. In einem Spitzengespräch im Januar 2012 hatten sich Bund, Länder, Sozialpartner und Wirtschaftsorganisationen auf eine grundsätzliche Linie für die Einführung des DQR und die Zuordnung von Ankerqualifikationen des formalen Bildungssystems verständigt. Hierzu liegt ein Gemeinsamer Beschluss der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, der Wirtschaftsministerkonferenz und des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie zum Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR)

14 Text aus dem Gemeinsamen Beschluss der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, der Wirtschaftsministerkonferenz und des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie zum Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR), abgedruckt in: Bundesministerium für Bildung und Forschung – Kultusministerkonferenz, 2013, S. 213.

vor.[15] In einem nächsten Schritt sollen auch Lernergebnisse aus dem nicht-formalen Bereich in den DQR einbezogen werden. Dazu soll eine Expertengruppe bis Ende des Jahres Vorschläge vorlegen.[16]

In den Dokumenten zum DQR ist von Heilberufen nicht die Rede. Begrifflich werden diese – ohne dass dies so thematisiert wird – dem Bereich der Berufe auf dem Gebiet Gesundheit/Pflege zugeordnet.

Der DQR weist acht Niveaus der Qualifikationen auf. Die anderen als ärztlichen Heilberufe sind in der Liste der Qualifikationen dort dem Niveau 4 zugeordnet.[17] Das Niveau 4 kennzeichnet sich durch Duale Berufsausbildung (3- und 3 ½-jährige Ausbildungen), oder Berufsfachschule (Assistentenberufe), oder Berufsfachschule (vollqualifizierende Berufsausbildung nach BBiG/HwO).[18]

15 Abgedruckt in: Bundesministerium für Bildung und Forschung – Kultusministerkonferenz, 2013, S. 213ff.

16 Bundesministerium für Bildung und Forschung – Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie – Kultusministerkonferenz – Wirtschaftsministerkonferenz, 2013.

17 DQR Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen, 2013a, S. 8ff.

18 S. die Stellungnahme von ver.di Deutscher Qualifikationsrahmen: ver.di sieht dringenden Überarbeitungsbedarf, 2010; Welches Niveau bitte? – Erprobung des Deutschen Qualifikationsrahmens, 2010a.

2 Allgemeines zum Gesundheitsberuferecht

2.1 Rechtsquellen

Normhierarchisch betrachtet ist das Recht der Gesundheitsberufe in der Hauptsache auf fünf Ebenen geregelt: Unionsrecht (früher: Gemeinschaftsrecht), Verfassungsrecht, Bundesrecht, Landesrecht, untergesetzliches Recht. Wegen der unionsrechtlich zu gewährleistenden Dienstleistungsfreiheit spielt die unionsrechtliche Regulierungsebene für die Heilberufe eine wichtige Rolle. Dies wurde zuletzt mit dem Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen der Heilberufe vom 2. Dezember 2007 deutlich. Im Verfassungsrecht sind vor allem das Grundrecht der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) sowie die Gesetzgebungskompetenzvorschrift in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG einschlägig. Aufgrund der Zuständigkeit des Bundes für die Gesetzgebung zur Berufszulassung der Heilberufe, die auch die Mindestanforderungen der Berufsausbildung umfasst, werden zentrale Bereiche des direkten Berufsrechts[19] durch Bundesgesetze geregelt.

Den Ländern verbleibt die Gesetzgebungskompetenz zur Regelung der Berufsausübung der Heilberufe. Die Länder haben hier Regelungen für die Heilberufe und insbesondere für die Ärzte getroffen. Für die Ärzte sind auf Grundlage dieser Gesetze Kammern errichtet worden. Die Ärztekammern sind Selbstverwaltungskörperschaften des öffentlichen Rechts, die für die Ärzte Berufsordnungen im Rahmen ihres Satzungsrechts erlassen können. Die Bundesärztekammer ist jedoch keine Körperschaft des öffentlichen Rechts, sondern eine Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern. Der Bund hat keine Gesetzgebungskompetenz für die Schaffung einer solchen Kammer auf Bundesebene. Um bei den Berufsordnungen für Ärzte Einheitlichkeit zu erzielen, hat die Bundesärztekammer eine Muster-Berufsordnung für Ärzte[20] vorgelegt. Diese Muster-Berufsordnung bildet die Grundlage für die Berufsordnungen der Landesärztekammern. Unabhängig davon können die Länder aber auch selbst Berufsordnungen als Gesetze oder Verordnungen erlassen. Davon ist zum Teil für die Pflegeberufe und für andere Heilberufe Gebrauch gemacht worden, da diese Berufe (noch) nicht über Kammern verfügen. Zum Teil haben die anderen – nichtärztlichen – Heilberufe[21] auch im Rahmen ihrer Berufsverbände Berufsordnungen oder Berufsrichtlinien erlassen, die aber keine normative Wirkung haben und die nur für die Angehörigen dieser Berufsverbände gemäß deren Vereinssatzung verpflichtend wirken können.

19 Zur begrifflichen Unterscheidung zwischen direktem und indirektem Berufsrecht s. unten Teil I Abschnitt 2.6.
20 Bundesärztekammer, 2006.
21 S. hierzu Schnitzler, 2004.

Zum untergesetzlichen Recht zählen auch die im Rahmen des indirekten Berufsrechts[22] auf dem Gebiet des Leistungserbringungsrechts des SGB V und des SGB XI gegebenen Vorschriften mit rechtlicher Bindungswirkung, so vor allem die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 Abs. 1 Satz 2 SGB V), die verschiedenen Normverträge im SGB V, oder auch sonstige Vereinbarungen der an der Selbstverwaltung Beteiligten, z. B. die Transparenzvereinbarungen für Pflegenoten (§ 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI).

2.2 Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen

Wer heilend beruflich tätig ist, unterliegt besonderer rechtlicher Regulierung. Deren Zweck ist es, die Patienten zu schützen. Dieser Schutzauftrag wird aus der objektiv-rechtlichen Verpflichtung des Staates entnommen, Leben und körperliche Unversehrtheit zu schützen (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG).[23] In Hinblick auf die Ausübung von Heilkunde wird dieser Schutzauftrag insbesondere dadurch wahrgenommen, dass für die Heilberufe besondere gesetzliche Anforderungen an die Berufsausbildung und die Berufszulassung erhoben werden. Dies ist mit den auf der Grundlage einer konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes erlassenen Heilberufegesetzen geschehen, z. B. für Ärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpfleger, Ergo- und Physiotherapeuten (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG).

2.3 Rahmenbedingungen der europäischen Ebene

Auf der Ebene der *Europäischen Union* gilt der Grundsatz der begrenzten Einzelermächtigung.[24] Hier liegt keine besondere Regelungskompetenz für die Gesundheitsberufe vor. Im Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) finden sich im Abschnitt über das Gesundheitswesen (Art. 168 AEUV) keine Kompetenzen, die die Gesundheitsberufe direkt betreffen. Im Unionsrecht sind jedoch seit längerer Zeit Regelungen zu den Berufen in allgemeiner Weise auf der Grundlage der Zuständigkeiten für die Dienstleistungsfreiheit (Art. 56 ff. AEUV) getroffen worden. Hier ist für die Heilberufe die Berufsanerkennungsrichtlinie[25] von Interesse.

Auf der Ebene des *Europarates* existiert ein Europäisches Übereinkommen zur Krankenpflegeausbildung.[26]

22 S. Fn. 19.
23 Vgl. dazu Jarras, et al., 2012, Art. 2, Rn 91 ff.
24 Art. 5 Vertrag über die Europäische Union (EUV); Art. 7 Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV). Vgl. hierzu Igl, Gerhard/Welti, Felix (Hrsg.), 2012, S. 18 ff.
25 S. unten Teil I Abschnitt 3.3.
26 S. unten Teil I Abschnitt 3.4.

Für die Hochschulausbildung sind im Rahmen des Bolognaprozesses Rahmenbedingungen auf europäischer Ebene gesetzt worden, die dann – vermittelt über die Kultusministerkonferenz und über die Hochschulrektorenkonferenz – in die Hochschulländergesetzgebung eingeflossen sind. Diese Rahmenbedingungen beeinflussen die Gesundheitsberufe zurzeit nur insofern, als Bachelor-/Masterabschlüsse außerhalb der Heilkunde angeboten werden. Auch in den Modellvorhaben zur Erprobung hochschulischer Ausbildungsgänge für bestimmte Heilberufe[27] spielen diese Rahmenvorgaben eine Rolle.

2.4 Verhältnis zum Recht des Ausbildungswesens

Das Recht der Berufe steht in zwei Dimensionen in einem besonderen Verhältnis zum Recht der Berufsausbildung:

:: Wenn eine bestimmte berufliche Ausbildung notwendige rechtliche Voraussetzung für die Ausübung einer bestimmten beruflichen Tätigkeit in der gesundheitlichen Versorgung ist (dies ist insbesondere bei den Heilberufen der Fall). Das bedeutet, dass nur mit dieser Ausbildung dieser Beruf überhaupt ausgeübt werden darf.
:: Wenn eine bestimmte berufliche Ausbildung den Weg zu einer bestimmten beruflichen Tätigkeit eröffnet, der Beruf aber nicht so reguliert ist, dass nicht auch andere Ausbildungen den Zugang zum Beruf ermöglichen würden. Das bedeutet, dass eine Ausbildung bestimmten Anforderungen genügen muss, um den Beruf ausüben zu können, dass aber nicht eine bestimmte Ausbildung erforderlich ist.

Im Recht der Gesundheitsberufe spielt das Verhältnis zum Recht des Ausbildungswesens insofern eine besondere Rolle, als der Bund auf dem Gebiet der Zulassung zu den Heilberufen eine das Berufsrecht direkt betreffende und auch die Mindestanforderungen an die Ausbildung betreffende Gesetzgebungskompetenz hat. Dies bedeutet, dass ansonsten die Länder für die Regulierung der Berufsausbildung zuständig sind. Da mittlerweile durch Bachelor- und Masterausbildung auch Hochschulabschlüsse vorhanden sind, die die Berufe des Gesundheitswesens betreffen, ist das einschlägige Hochschulausbildungsrecht der Länder ebenfalls für die Gesundheitsberufe maßgeblich. Das Hochschulausbildungsrecht wird wiederum durch Einflussnahmen auf Unionsebene gestaltet, so vor allem im Bologna-Prozess oder durch den Europäischen Qualifikationsrahmen. Koordinierungsfunktionen nehmen die Hochschulrektorenkonferenz und die Kultusministerkonferenz war. Die Bundesländer können also jenseits des Heilberuferechts gesundheitsberufs-

27 Es handelt sich um die Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege, das Hebammenwesen, die Logopädie, die Ergo- und Physiotherapie, vgl. die einschlägigen Modellvorhabensklauseln in den Heilberufegesetzen.

bezogene Ausbildungsgänge an den Hochschulen oder an anderen Ausbildungseinrichtungen schaffen. Eine Koordinierung der Gestaltung der Ausbildungsgänge findet in rechtlich bindender Form nicht statt. Allerdings hat der Wissenschaftsrat mit seinen Empfehlungen erhebliche faktische Gestaltungsmacht.[28]

Für die Pflege hat der 1993 gegründete Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe auf dem Gebiet der Aus-, Fort- und Weiterbildung entsprechende Aktivitäten entfaltet.[29] In der Pflege ist insgesamt eine sehr fortgeschrittene Diskussion zur Bildung zu verzeichnen.[30]

2.5 Verhältnis zum Gesundheitssozialrecht, insbesondere zum SGB V und zum SGB XI

Das Sozialrecht enthält zahlreiche gesundheitsbezogene Leistungen, die sich nicht nur auf dem Gebiet der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) finden, sondern auch in der Gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII), in der Sozialhilfe (SGB XII), im Sozialen Entschädigungsrecht (BVG) sowie im Rehabilitationsrecht (SGB IX). Das deutsche Gesundheitswesen ist in seiner Gestaltung in erster Linie geprägt von der Gesetzlichen Krankenversicherung und speziell im Pflegewesen seit 1995 von der Sozialen Pflegeversicherung. Diese Sozialversicherungsgesetze definieren nicht nur die den Versicherten jeweils zustehenden Leistungen und bestimmen mit dem Ein- und Ausschluss von Leistungen ganz wesentlich die Leistungsangebote der Gesundheitsdienstleister. Sie bestimmen in gleichem Maße auch die Gestaltung der Infrastruktur der Leistungserbringung, den Zugang zur Leistungserbringung und Inhalte des jeweiligen beruflichen Verhaltens.

Das Gesundheitssozialrecht besteht damit nicht nur aus dem Sozialleistungsrecht im Sinne von Anspruchsverbürgungen für die Versicherten, sondern auch aus Vorschriften gesundheitswirtschafts- und gesundheitsberuferechtlicher Art.

Das Gesundheitssozialrecht steht in der Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG). Der Bund hat damit auch dort indirekten Einfluss auf die Tätigkeit der Gesundheitsberufe, wo ihm direkt eine berufserechtliche Kompetenz nicht zusteht. Drei Beispiele mögen dies deutlich machen:

28 Für die Empfehlungen zur hochschulischen Qualifikation im Gesundheitswesen kann dies allerdings noch nicht beurteilt werden, s. Wissenschaftsrat, 2012.

29 S. etwa Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.), 2007.

30 S. hierzu die verschiedenen Beiträge in den Readern von Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Schmidt, Roland (Hrsg.), 2012, und Stöcker, 2002. Die Robert Bosch Stiftung hat sich sehr früh mit der Bildung bei den Pflegeberufen befasst, s. hierzu Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), 1992, Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), 1996; Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), 2000. S. zur Ausbildung in Gesundheitsberufen insgesamt zuletzt Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), 2011.

:: Mit der im SGB V und der auf dieser Grundlage erlassen Ärzte-ZV wird das Vertragsarztwesen geregelt (§§ 95 ff. SGB V).
:: In der Pflegeberatung sind Sozialarbeiter mit entsprechender Zusatzqualifikation einzusetzen (§ 7a Abs. 3 Satz 2 SGB V).
:: Als Heilmittelerbringer sind Personen mit der für die Leistungserbringung erforderlichen Ausbildung zuzulassen (§ 124 Abs. 2 Satz 1. Nr. 1 SGB V).

Diese durchaus erhebliche Beeinflussung der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen hat zur Folge, dass das Gesundheitsberuferecht ohne Berücksichtigung des Gesundheitssozialrechts nicht gestaltet werden kann.

2.6 Unterscheidung zwischen direktem und indirektem Beruferecht

2.6.1 Notwendigkeit dieser Unterscheidung

Das Recht der Gesundheitsberufe folgt keinem einheitlichen, an bestimmten systematischen Erfordernissen ausgerichteten Plan oder Muster. Es ist nicht zusammenhängend in einem Gesetzbuch kodifiziert, sondern besteht aus vielen Einzelgesetzen. Es lassen sich jedoch zum Teil durchaus konsistente Strukturmerkmale dieses Rechtsgebietes feststellen. Im Folgenden sollen diese Strukturmerkmale zum besseren Verständnis des komplizierten und unübersichtlichen Gebiets kenntlich gemacht werden.

Im Recht der Gesundheitsberufe kann zwischen direktem und indirektem Beruferecht unterschieden werden. Diese Unterscheidung dient dazu, die verschiedenen Regelungsbereiche, die sich mit den Gesundheitsberufen befassen, zu ordnen. Da sich diese Unterscheidung mit dieser Terminologie noch nicht eingebürgert hat, ist darauf hinzuweisen, dass in der Fachliteratur beim direkten Berufsrecht häufig nur vom Berufsrecht, beim indirekten Berufsrecht dann von den betreffenden Rechtsbereichen, so vor allem vom Sozialleistungserbringungsrecht, meistens dem SGB V, gesprochen wird.

Bei der Unterscheidung zwischen direktem und indirektem Recht handelt es sich nicht um eine verfassungsrechtlich diktierte Unterscheidung, sondern um eine Zuordnung im Sinne einer Strukturierung des Rechtsgebiets. In Art. 12 Abs. 1 GG wird zwischen Berufszulassung (Berufswahl), zu der auch die Berufsausbildung rechnet, und Berufsausübung unterschieden, wobei Einigkeit darüber besteht, dass die Übergänge fließend sind.

Erst in der Zusammenschau der Vorschriften des direkten und des indirekten Berufsrechts ergibt sich ein vollständiges Bild der rechtlichen Ordnung, die das Handeln der Gesundheitsberufe bestimmt. In der Praxis sind dabei die leistungserbringungsrechtlichen Vorschriften des Sozialleistungsrechts für das Handeln

der Gesundheitsberufe in der Regel bedeutsamer als die Vorschriften des direkten Berufsrechts.

2.6.2 Direktes Berufsrecht

Zum direkten Berufsrecht gehören in erster Linie die Berufsausbildung, die Berufszulassung, die Berufsausübung und deren Beendigung, sodann die Verfassung der Berufe z. B. in Kammern, die Berufsordnung, schließlich die Vergütung der Leistungen außerhalb des sozialrechtlichen Leistungserbringungssystems, so durch Gebührenordnungen.

2.6.3 Indirektes Berufsrecht – allgemein

Mindestens ebenso bedeutend wie das direkte Berufsrecht ist das indirekte Berufsrecht. Damit ist dasjenige Recht gemeint, das mit seinen Regelungen an den Berufen anknüpft, aber keine direkten Auswirkungen auf den berufsrechtlichen Status hat. Indirektes Berufsrecht findet sich bei Heilberufen vor allem im *Sozialleistungsrecht (Leistungserbringungsrecht)* und dort besonders in der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI). Hier werden vor allem im Rahmen des Leistungserbringungsrechts[31] Regelungen für die berufliche Tätigkeit der Heilberufe getroffen. Neben den Vorschriften des Leistungserbringungsrechts sind die leistungsrechtlichen Vorschriften zu nennen, nach denen sich bestimmt, welche Leistungen ein Leistungserbringer für Versicherte zulasten der Kranken- oder Pflegekasse erbringen darf.

Das *zivile Haftungsrecht* und das *Strafrecht* beeinflussen die Berufsausübung ebenfalls indirekt. Hier handelt es sich um Rechtsvorschriften, die alle Bürger, nicht nur die Heilberufe betreffen. Das Haftungsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist nicht speziell auf die Belange der heilberuflichen Tätigkeit ausgelegt. Trotzdem hat sich, geprägt durch die Rechtsprechung, ein haftungsrechtliches Sondergebiet entwickelt, das als Arzthaftungsrecht bezeichnet wird.[32] Seit Anfang 2013 existiert mit dem neu ins Bürgerliche Gesetzbuch eingefügten Behandlungsvertrag eine spezielle Regelung für die vertragliche Gestaltung bei medizinischer Behandlung (§§ 630 a ff. BGB).

31 Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern, §§ 69 – 140 h SGB V; Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern, §§ 69 – 81 SGB V.

32 S. hierzu Nebendahl in Igl, Gerhard/Welti, Felix (Hrsg.), 2012, S. 233 ff.

2.6.4 Indirektes Beruferecht im Sozialleistungserbringungsrecht

Beim Leistungserbringungsrecht im SGB V und im SGB XI handelt es sich um eine hochkomplexe Regelungsmaterie. Der Zugang zu diesem Rechtsgebiet erschließt sich am besten mit einer Unterscheidung gemäß den Funktionen des Leistungserbringungsrechts:

:: Zulassung zur Leistungserbringung
:: Art des Zugangs zur Leistungserbringung
:: Leistungsgestaltung:
  :: Leistungseinschluss/Leistungsausschluss
  :: Konkretisierung des Inhalts und des Umfangs
:: Qualitätssicherung
:: Vergütung
:: Beendigung des Zugangs zur Leistungserbringung
:: Nutzerstellung bei der Leistungserbringung.

Für die Gesundheitsberufe sind besonders die Fragen der Zulassung und der Art und Weise des Zugangs zur Leistungserbringung entscheidend.[33]

33 Hierzu unten Teil II Abschnitt 4.

3 Allgemeines zum Recht der Heilberufe

3.1 Ausübung von Heilkunde

Berufsmäßig darf Heilkunde nur vom Arzt und vom Heilpraktiker ausgeübt werden. Der Arzt bedarf hierfür der Approbation, der Heilpraktiker einer Zulassung (§ 1 Abs. 1 HeilprG)[34]. Der Heilkundebegriff ist in § 1 Abs. 2 HeilprG festgelegt:

> *»Die Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird.«*

Heilkunde wird in bestimmten Bereichen und mit bestimmten Aufgaben und Tätigkeiten auch von den anderen als ärztlichen Heilberufen ausgeübt. Diese Heilberufe genießen nach den jeweiligen Heilberufsgesetzen (nur) einen Berufsbezeichnungsschutz. Sie bedürfen aber für die Ausübung der Bereiche der Heilkunde, für die sie gemäß dem jeweiligen Heilberufsgesetz ausgebildet worden sind, keiner speziellen Zulassung. Funktional kann der Berufsbezeichnungsschutz, den die anderen als ärztlichen Heilberufe genießen, aber einer Zulassung zu diesem Beruf gleichgestellt werden, genauso wie die Approbation und die Heilpraktikererlaubnis eine Berufszulassung ausmachen.

Für die Bestimmung dessen, was unter Heilkunde und was unter Heilberufen zu verstehen ist, bestehen im Grunde nur zwei gesetzliche Grundlagen: der Heilkundebegriff in § 1 Abs. 2 HeilprG und der Begriff des Heilberufs in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG. Der Heilkundebegriff des HeilprG stammt aus dem Jahr 1939, dem Jahr, in dem das Heilpraktikergesetz verabschiedet worden ist.[35] Dieser Heilkundebegriff ist mittlerweile durch die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts und des Bundesverfassungsgerichts präzisiert und erweitert worden. Das Altenpflegeurteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2002[36] hat eine bis heute gültige Bestandsaufnahme und Klärung zum Begriffsverständnis der Heilkunde und des Heilberufs gebracht. Das Bundesverfassungsgericht stellt im Altenpflegeurteil eine Verknüpfung des Heilkundebegriffs mit der Definition des Heilberufs her, wonach dieses Gesetz für die Auslegung der Begrifflichkeiten in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG herangezogen werden kann.[37] Im Einzelnen führt das Bundesverfas-

34 § 1 Abs. 1 HeilprG: »Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestallt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis.« S. dazu insgesamt Sasse, 2011.
35 Das Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) stammt vom 17.02.1939, RGBl. I S. 251.
36 BVerfG, Urt. vom 24.10.2002, Az.: 2 BvF 1/01 (hier zitiert nach juris.de) = BVerfGE 106, 62.
37 BVerfG (wie Fn. 36), Rn. 164.

sungsgericht zur Bestimmung des Heilkundebegriffes Folgendes unter Berufung auf Rechtsprechung und Literatur auf:[38]

Die Ausübung von »Heilkunde« dient danach nicht nur der Heilung im engeren Sinn, sondern auch der Linderung körperlicher Defekte, mithin schon einer Situationsverbesserung. Die Tätigkeiten in der »Heilkunde« erstrecken sich auch auf Leiden und Körperschäden, also auf Störungen der normalen Beschaffenheit oder Tätigkeit des Körpers, die nicht geheilt werden können. Unter »Leiden« werden »langanhaltende, häufig kaum oder gar nicht mehr therapeutisch beeinflussbare Funktionsstörungen« verstanden, unter »Körperschäden« die »grundsätzlich irreparablen, nicht krankhaften Veränderungen des Zustandes oder der Funktion des Körpers, einzelner Organe oder Organteile, wie z. B. Sterilität, Taubheit oder Blindheit«.

Das Heilpraktikergesetz diente damals wie heute der Abwehr von Gefahren, die vor allem von fachlich ungeeigneten Personen für die Gesundheit der Patienten ausgehen.

In der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts sind, dieser Zweckrichtung folgend, ungeschriebene Tatbestandsmerkmale entwickelt worden, die die gesetzliche Definition der Heilkunde ergänzen. Zum einen ist der Bereich ausgenommen, in dem die Behandlung keine Fachkenntnisse voraussetzt oder keinen Schaden anrichten kann, mithin keine Gefahr für den Patienten bedeutet.

Zum anderen ist der Bereich eingeschlossen, in dem es um die gefährliche Behandlung an sich gesunder Menschen geht (prophylaktische oder kosmetische Eingriffe).

Für die Auslegung des Heilkundebegriffs spielt es nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zu Recht keine Rolle, dass es zu der Zeit, als das Heilpraktikergesetz in Kraft getreten ist, bestimmte, konkret zu beurteilende Behandlungsmethoden oder -richtungen noch nicht gegeben hat. Der Begriff der Heilkunde in § 1 Abs. 2 HeilprG ist entsprechend dem Gesetzeszweck, möglichen Gesundheitsgefahren vorzubeugen, dynamisch und nicht statisch auszulegen.

Die wesentlichen Elemente des so skizzierten Begriffs der Heilkunde im Heilpraktikergesetz sind, unabhängig von der jeweiligen Berufstätigkeit, verallgemeinerungsfähig; sie werden im Besonderen auf den Geltungsbereich der Bundesärzteordnung übertragen, die zwar von »Heilkunde« spricht (§ 2 Abs. 5), den Begriff aber nicht definiert.

Der Heilberufsbegriff ist danach, den fortentwickelten Definitionen des Bundesverwaltungsgerichts folgend, weit auszulegen. Sinn und Zweck des Heilpraktikergesetzes war und ist es, möglichst jede nicht-ärztliche Tätigkeit auf dem Gebiet der Heilkunde zu erfassen. Diesen Zweck verfolgten auch die Vertreter in den Ausschüssen bei der Grundgesetzfassung zu Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG.

38 BVerfG (wie Fn. 36), Rn. 167 ff. (Wortlaut ohne Zitierungen wiedergegeben).

Auf der Grundlage dieser Feststellungen kommt das Bundesverfassungsgericht zu folgendem Ergebnis in Hinblick auf die Auslegung des in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG verwendeten Begriffs der Heilberufe und damit gleichzeitig zur Auslegung des Begriffs der Heilkunde:[39]

> *Der Wortlaut des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG bestätigt das aus der historischen Betrachtung gewonnene Ergebnis. »Heilberufe« werden sowohl umgangssprachlich als auch fachsprachlich nicht reduziert auf die »Heilung« von »Krankheiten«, sondern erfassen zudem die helfende Betreuung von Menschen mit gesundheitlichen Problemen, seien diese restitutionsfähig oder nicht, sei also die Behandlung oder Betreuung nur pflegender, lindernder Natur.*

Mit diesen hier aufgeführten Feststellungen hat das Bundesverfassungsgericht in einem ersten Schritt den Obersatz des Begriffs der Heilkunde und des Heilberufs definitorisch ausgefüllt. In einem zweiten Schritt hat das Gericht dann anhand der Ausbildungsziele des Altenpflegegesetzes geprüft, ob heilkundliche/heilberufliche Elemente gegeben sind.[40] Für das Verständnis dieser Vorgehensweise ist es notwendig zu wissen, dass der Bundesgesetzgeber keine Kompetenz auf dem Gebiet der Berufsausübung, sondern nur für die Ausbildung und Zulassung der Heilberufe hat. Aus diesem Grund muss das Bundesverfassungsgericht auf die Ausbildungsziele abstellen, obwohl diese nur bedingt aussagekräftig in Hinblick auf eine spätere tatsächliche Berufsausübung sind. Das Bundesverfassungsgericht kommt zu folgendem summarischen Ergebnis:[41]

> *Nach dem Sinn und Zweck des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG, dem Bund insgesamt die Gesetzgebungskompetenz für die Zulassung zu Heilberufen zu eröffnen, ist die Altenpflege in einer Gesamtbetrachtung den Heilberufen zuzuordnen. Das Berufsbild der Altenpflege hat sich in den fachlichen Anforderungen und den praktischen Voraussetzungen inzwischen so weit denjenigen der Heilberufe angenähert, dass der Gesetzgeber diese Entwicklung mit einfachgesetzlichen Vorgaben weiterführen durfte, indem er dem Berufsbild der Altenpflege einen klaren heilkundlichen Schwerpunkt verleiht. Es wird nicht bezweifelt, dass auch pflegende Berufe, soweit sie im Schwerpunkt eine Ersetzung, Ergänzung oder Unterstützung der ärztlichen Tätigkeit zum Gegenstand haben (wie z. B. die Berufe in der Krankenpflege), als sog. Heilhilfsberufe den Heilberufen unterfallen. Dieser Bereich wird als Behandlungspflege oder medizinische Pflege bezeichnet.*
>
> *Die Altenpflegeberufe können sowohl nach den gesetzlichen Vorgaben als auch nach den Erfahrungen der Praxis den so skizzierten Heilhilfsberufen zugeordnet werden, da sie einen Schwerpunkt im medizinisch-pflegerischen Bereich haben,*

39 BVerfG (wie Fn. 36), Rn. 174 (Wortlaut ohne Zitierungen wiedergegeben).
40 BVerfG (wie Fn. 36), Rn. 185.
41 BVerfG (wie Fn. 36), Rn. 181 ff. (Wortlaut ohne Zitierungen wiedergegeben).

der den sozial-pflegerischen Anteil aus Gründen des Sachzusammenhangs kompetentiell mit sich zieht; für die Altenpflegehelfer ist ein solcher Schwerpunkt hingegen nicht erkennbar, sodass für sie schon aus diesem Grund eine kompetentielle Einordnung unter Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG ausscheidet.

3.2 Regelungsinhalte

Das Recht der Heilberufe ist nicht zusammenhängend in einem Gesetzbuch kodifiziert, sondern besteht aus vielen Einzelgesetzen. Mangels einer Kodifikation existiert auch kein Allgemeiner Teil des Rechts der Heilberufe.
Die Gegenstände des Heilberuferechts sind vor allem:

:: Nennung des Ausbildungsziels;
:: Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung;
:: Ordnung der Ausbildung;
:: Ordnung der Prüfung;
:: Ausland-/EU-Anerkennung;
:: Dienstleistungen im EWR.

3.3 Unionsrecht: Richtlinie 2005/36/EG

Die Richtlinie 2005/36/EG[42] enthält besondere Anforderungen an die Ausbildungsinhalte nur für die sog. sektoralen Berufe.[43] Dies sind die Berufe des Arztes mit Grundausbildung und des Facharztes, der Krankenschwester und des Krankenpflegers für allgemeine Pflege, des Zahnarztes und Fachzahnarztes, des Tierarztes, der Hebamme, des Apothekers und des Architekten. Für diese Berufe sind die Ausbildungsmindestanforderungen in der Richtlinie geregelt. Dies hat zur Konsequenz, dass diese Berufe in den Genuss des Grundsatzes der automatischen Anerkennung der Ausbildungsnachweise kommen (Art. 21 in Verbindung mit Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG).[44] Der Vorteil der automatischen Anerkennung ist darin zu sehen, dass für die anderen Heilberufe statt der automatischen Anerkennung eine Eignungsprüfung oder ein höchstens dreijähriger Anpassungslehrgang zu absolvieren ist.[45]

42 Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABl. v. 30.9.2005, L 255/22, geändert in Anhang II durch Verordnung (EG) Nr. 1430/2007 der Kommission vom 5. Dezember 2007 zur Änderung der Anhänge II und III der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABl. vom 6.12.2007, L 320/3. Abgedruckt bei Dielmann, 2013, S. 260ff., Igl, 2012, Band 1, Nr. 105.0, sowie bei Storsberg, et al., 2006, S. 192 ff. S. auch Gesetz vom 2. Dezember 2007 zur Umsetzung der Richtlnie 2005/36/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen für Heilberufe, BGBl. I S. 2686.

43 Hierzu Tiemann, 2011, S. 223ff., 229ff., 262ff.

44 Die Ausbildung der Krankenschwestern und Krankenpfleger für allgemeine Pflege ist in Art. 31–33, die Ausbildung der Hebammen in Artikel 40–43 Richtlinie 2005/36/EG geregelt. Vgl. § 2

45 Vgl. z.B. die entsprechenden Vorschriften in § 2 Abs. 5 KrPflG und § 2 Abs. 3 Satz 5 ErgThG. S. dazu Dielmann, 2013, S. 96f.

Die anderen Heilberufe unterliegen hingegen dem Regime der allgemeinen Regelung für die Anerkennung von Ausbildungsnachweisen. Diese Berufe werden einem Qualifikationsniveau zugeteilt. Da es sich bei den deutschen Heilberufen um Berufe mit besonders strukturierten Ausbildungsgängen handelt, ist das Qualifikationsniveau nach Art. 11 Buchst. b) Ziff. ii) iVm Nr. 1 der Richtlinie 2005/36/EG ausschlaggebend.[46] Hier sind als Heilberufe aufgeführt: Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(in), Krankengymnast(in)/Physiotherapeut(in), Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut(in)/(Ergotherapeut(in), Logopäde/Logopädin, Orthoptist(in), medizinisch-technische Assistent(in) (Laboratorium – Radiologie – Funktionsdiagnostik), Diätassistent(in), Sprachtherapeut(in), Altenpfleger(in).
Für diese Berufe ist anders als für die sektoralen Berufe nur der äußere Rahmen für die Ausbildung vorgegeben (vgl. die Angaben in Art. 11 Buchst. c) Richtlinie 2005/36/EG).
Die Richtlinie 2005/36/EG wird zurzeit reformiert. Das Inkrafttreten der reformierten Richtlinie ist für 2014 vorgesehen.

3.4 Recht des Europarates: Europäisches Übereinkommen

Im Rahmen des Europarates ist ein Europäisches Übereinkommen über die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern[47] von Interesse. Dieses Übereinkommen enthält in Anhang I Mindestnormen für die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern. Diese Mindestnormen sind schon in die der jetzt gültigen Richtlinie 2005/36/EG vorausgehenden Richtlinien[48] und später in die deutsche Gesetz- und Verordnungsgebung eingegangen.

46 Die Liste in Anhang II Nr. 1 ist durch die Verordnung (EG) Nr. 1430/2007 geändert worden.
47 Vom 25. Oktober 1967, BGBl. 1972 S. 630. Abgedruckt bei Igl, 2012, Band I, Nr. 40.4. sowie bei Storsberg, et al., 2006, S. 181 ff. Dazu das deutsche Umsetzungsgesetz: Gesetz zu dem Europäischen Übereinkommen vom 25. Oktober 1967 über die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenpflegern und Krankenschwestern vom 13. Juni 1972, BGBl. II 1972 S. 629.
48 Richtlinie 77/452/EWG und Richtlinie 77/453/EWG des Rates, die die Tätigkeiten der Krankenschwester und des Krankenpflegers, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, betreffen. Vgl. auch Erwägungsgrund Nr. 9 der Richtlinie 2005/36/EG.

4 Rahmenbedingungen für die weitere Entwicklung des Gesundheitsberuferechts

4.1 Vielfalt der Rechtsquellen für Gesundheitsberufe im Mehrebenensystem

Die weitere Entwicklung des Gesundheitsberuferechts kann nicht ohne eine differenzierte Analyse der Anforderungen und Strukturen dieses Rechtsgebietes betrieben werden. Das Gesundheitsberuferecht ist verankert und verzweigt in verschiedenen rechtlichen Ordnungen und auf unterschiedlichen hierarchischen Ebenen der Rechtquellen im Mehrebenensystem[49]. Dabei sind auch die Zusammenhänge dieser rechtlichen Ordnungen und Ebenen in den Blick zu nehmen. Für die künftige Politikgestaltung ist dies unerlässlich. Im Folgenden soll dies zusammenfassend für die Bereiche Ausbildung der Gesundheitsberufe, Zugang zur Leistungserbringung (Marktzugang) und Gestaltung der Tätigkeit der Gesundheitsberufe geschehen.

4.2 Ausbildung

Die Ausbildung einiger Gesundheitsberufe wird inhaltlich durch deutsche wie durch europäische Regulierung bestimmt. In der deutschen Rechtsordnung kommt bei der Ausbildung der Gesundheitsberufe schließlich noch die föderale Struktur zum Tragen. Bei den Heilberufen kann der Bund die Mindestanforderungen an die Ausbildung vorschreiben. Diese stellen aber in der Praxis die Regelanforderungen dar. Künftig werden aufgrund der Bachelorisierung vermehrt Hochschulausbildungsgänge eingerichtet werden, die Bezug zur gesundheitlichen Versorgung haben. Bei deren Gestaltung erscheint es sinnvoll, auch die Möglichkeiten des Zugangs zur Leistungserbringung im Rahmen des sozialrechtlich konfigurierten Gesundheitswesens zu berücksichtigen, will man nicht ohne Berücksichtigung der Markterfordernisse ausbilden.

4.3 Zugang zur Leistungserbringung (Marktzugang)

Der Zugang zum Markt der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen ist ebenfalls hochgradig reglementiert, insbesondere durch das Heilberuferecht und das Sozialleistungserbringungsrecht. Dies gilt nicht in gleichem Maße für alle Gesundheitsversorgungsbereiche. So sind die Zugangsvoraussetzungen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und der Prävention nicht so hoch wie in den Bereichen der Kuration, Rehabilitation und Langzeitpflege.

49 Hierunter werden die verschiedenen rechtlichen Ebenen insbesondere des Unionsrechts, des deutschen Rechts, dort wieder untergliedert in die bundes- und landesrechtliche Ebene, und die Regelungsebenen des Sozialleistungserbringungsrechts verstanden. Hierzu insgesamt Schmidt am Busch, 2007.

Die hohe Reglementierungsdichte beim Marktzugang kann sich hinderlich für die Schaffung veränderter und neuer Berufsbilder auswirken. Anders als bei einem weitgehend unreglementierten Marktzugang haben es neue Berufe hier besonders schwer. Außerdem ist zu bedenken, dass es für die Sozialversicherungsträger, dort insbesondere die Krankenkassen und ihre Verbände, bisher komfortabler war, mit nur wenigen Leistungserbringerberufen zu tun zu haben. Allerdings ist abzuwarten, ob die Sozialversicherungsträger aus Wettbewerbsgründen[50] zukünftig mehr auf eine Verbreiterung der Angebote setzen.

4.4 Gestaltung der Berufsausübung und der dienstleistenden Tätigkeit

Die inhaltliche Gestaltung der Berufsausübung und der dienstleistenden Tätigkeit hängt sehr davon ab, welcher Leistungserbringer auf welchem Versorgungsgebiet handelt. Den höchsten Grad an Reglementierung erfahren die Ärzte auf dem Gebiet der Kuration. Diese Reglementierung findet vor allem im Leistungserbringungsrecht des SGB V, dort vor allem mit untergesetzlichen Instrumenten, statt (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses). Andere Gesundheitsberufe erfahren eine inhaltliche Regulierung ihrer Tätigkeit vor allem durch Anforderungen an die Qualitätssicherung, so etwa die Pflegeberufe.

4.5 Kooperation der Gesundheitsberufe bei der gesundheitlichen Versorgung

In zahlreichen Feldern und Situationen der gesundheitlichen Versorgung ist die multidisziplinäre Kooperation eine tagtägliche Selbstverständlichkeit. Diese Kooperation ist zum Teil rechtlich geregelt in Berufsordnungen und vor allem im Leistungserbringungsrecht. Die Ordnung der Kooperation und die Koordinierung der Zusammenarbeit werden aber in starkem Maße beeinflusst von haftungsrechtlichen Erwägungen, so dass die Kooperationsthematik oft auch durch die haftungsrechtlichen Probleme überlagert und manchmal sogar definiert wird.[51]

50 So hat sich der 69. Deutsche Juristentag mit dem Wettbewerb im Gesundheitswesen auseinander gesetzt; s. hierzu das Gutachten von Becker, et al., 2012. Auch der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat sich in einem Sondergutachten mit der Thematik beschäftigt (Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012).

51 Hierzu Robert Bosch Stiftung, 2011. S. insgesamt Teil II Abschnitt 5.

Teil II

Gesundheitsberuferecht: Identifizierung von Gestaltungsnotwendigkeiten – Lösungsbedingungen und Lösungsmöglichkeiten

1 Überblick über Zielsetzungen und Gestaltungsnotwendigkeiten

1.1 Herausforderungen und Zielsetzungen

Auf internationaler Ebene liegen grundlegende Ausarbeitungen zu den Herausforderungen an Gesundheitsberufe oder zu wichtigen Aspekten dieses Themas vor. Dies gilt für den sog. Lancet-Report, der von der Stiftung Careum (Zürich) in die deutsche Sprache übersetzt worden ist, und der sich hauptsächlich mit Fragen der Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen[52] befasst. Die Stiftung Careum hat in Verfolgung des Lancet-Reports den Gedanken der Gesundheitsbildung aufgenommen und fortgeführt (Working paper 7)[53]. Auf der Ebene des WHO-Regionalbüros Europa sind ebenso wichtige Äußerungen zu den aktuellen und künftigen Gestaltungsproblemen bei den Gesundheitsberufen[54] zu finden wie auf EU-Ebene[55].

Die mittlerweile fast unübersichtliche Zahl von Papieren der internationalen Organisationen kann hier auch nicht annähernd referiert werden. Es werden nur einige der Papiere herangezogen, die in jüngster Zeit produziert worden sind. Bei der Durchsicht dieser Papiere ergibt sich, dass die Herausforderungen an die Gesundheitsberufe auf europäischer Ebene in den nachstehend aufgeführten Punkten im Wesentlichen als gemeinsame Herausforderungen an alle Länder beschrieben werden.

Auch in Deutschland sind in jüngerer Zeit Stellungnahmen, Memoranden, Arbeitspapiere u. ä. zum Thema der Gesundheitsversorgung und speziell zu den Gesundheitsberufen veröffentlicht worden, so von verschiedenen Stiftungen[56] und von Sachverständigengremien[57] sowie zuletzt im Dialog über die Zukunft Deutschlands[58].

52 Frenk, et al., 2010.
53 Sottas, et al., 2013.
54 Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa, 2012.
55 European Commission, 2012.
56 Robert Bosch Stiftung: Robert Bosch Stiftung, 2011; Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), 2000. S. auch die früheren Schriften zu den Gesundheitsberufen Arbeitskreis Medizinerausbildung der Robert Bosch Stiftung – Murrhardter Kreis, 1995, Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), 1996; Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), 2000a, Heinrich Böll Stiftung, 2013, Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung, 2012.
57 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007); Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009; Wissenschaftsrat, 2012.
58 Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 2012, S. 75ff.

Folgende Punkte werden in den Papieren regelmäßig aufgeführt:

Gesundheitsrelevante gesellschaftliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen:

:: hohe Bedeutung des Gesundheitssektors als einer der wichtigsten Wirtschaftsbereiche[59]
:: Zuwachs an Gesundheitspersonal auch in Zeiten der ökonomischen Krise[60] und damit einhergehend die Erwartung, dass die Nachfrage nach Arbeitskräften hierfür auch zukünftig steigt[61]
:: bereits teilweise gegebener und zukünftig ansteigender Arbeitskräftemangel im Gesundheitswesen[62]

Gesundheitliche Versorgung:

:: Alterung der Bevölkerung und dadurch bedingt vemehrtes Auftreten von Chronifizierung und Multimorbität und damit wachsende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen[63]
:: multidisziplinäre Zusammenarbeit[64]
:: Einsatz von eHealth-Technologien[65]
:: Koordination der Anforderungen an die Berufsausübung mit den Ausbildungsanforderungen[66]
:: Bedeutung der kommunalen/regionalen Ebene bei der Gesundheitsversorgung[67]

59 European Commission, 2012, S. 1.
60 European Commission, 2012, S. 2.
61 European Commission, 2012, S. 3.
62 European Commission, 2012, S. 3f. Differenzierend für die Situation in Deutschland Wissenschaftsrat, 2012, S. 26ff.
63 European Commission, 2012, S. 3; Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa, 2012 S. 99.
64 European Commission, 2012, S. 9ff.
65 European Commission, 2012, S. 9.
66 European Commission, 2012, S. 9f.; Weltgesundheitsorganisation - Regionalbüro für Europa, 2012, S. 99. Zu den veränderten Anforderungen an Gesundheitsberufe in Deutschland s. Wissenschaftsrat, 2012, S. 47ff.
67 Weltgesundheitsorganisation - Regionalbüro für Europa, 2012, S. 99.

Gesundheitspersonal:

:: Alterung des Gesundheitspersonals[68]
:: zum Teil Arbeits- und Vergütungsbedingungen mit geringen Anreizen[69]
:: hoher Frauenanteil und damit korrelierend höhere Bedeutung der work life balance[70]
:: künftig (noch) stärkere Bedeutung von Pflegefachpersonen und Hebammen[71]
:: lebenslanges Lernen und kontinuierliche berufliche Weiterentwicklung[72]
:: neue Arten von Gesundheitsfachwissen und neue Gesundheitsberufe[73]
:: Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch Stärkung der Fähigkeit zu selbstständigem Handeln und durch kooperativen Arbeitsstil[74]

Künftige Gestaltung der Gesundheitsberufe und der Ausbildung:

:: Verbesserung der Vorhersehbarkeit an Arbeitskräftebedarf, Verbesserung der Planungsmethodologie; Voraussicht der künftigen Anforderungen an die beruflichen Fähigkeiten der Gesundheitsberufe[75]
:: Restruktierung der Finanzierung der Ausbildung.[76]

1.2 Gestaltungsnotwendigkeiten

Aus diesen Herausforderungen und Zielsetzungen ergeben sich in rechtlicher Hinsicht Gestaltungsnotwendigkeiten, die die Bildung (Aus-, Fort- und Weiterbildung), die Finanzierung der Ausbildung, den Zugang zum Beruf und zur Leistungserbringung, die Kooperation der Gesundheitsberufe sowie die Gestaltung veränderter/neuer Berufsbilder betreffen. Es besteht auch die Notwendigkeit, strukturierte Dialogformen für die Begegnung von Gesundheitswirtschaft, Bildungswesen und Bürgern zu finden. Hierzu wird im Folgenden ein Vorschlag für einen Nationalen Gesundheitsberuferat unterbreitet. Zur besseren rechtlichen Ordnung der Gesundheitsberufe, zumindest was die Heilberufe angeht, sollte eine Zusammenführung des Heilberuferechts in einem Allgemeinen Heilberufegesetz/Gesetz über Heilberufe stattfinden.

68 European Commission, 2012, S. 1.
69 European Commission, 2012, S. 1, 7.
70 European Commission, 2012, S. 5.
71 European Commission, 2012, S. 10; Weltgesundheitsorganisation - Regionalbüro für Europa, 2012, S. 99.
72 European Commission, 2012, S. 10; Sottas, et al., 2013, S. 28.
73 Weltgesundheitsorganisation - Regionalbüro für Europa, 2012, S. 100.
74 Weltgesundheitsorganisation - Regionalbüro für Europa, 2012, S. 99; Sottas, et al., 2013, S. 27.
75 European Commission, 2012, S. 8ff.; Sottas, et al., 2013, S. 32f.
76 Vgl. hierzu allgemein Sottas, et al., 2013, S. 26.

2
Ausbildung – Fort- und Weiterbildung

2.1 Merkmale der Ausbildungssysteme für Gesundheitsberufe und rechtlicher Rahmen

2.1.1 Ausbildung

2.1.1.1 Ausbildungssysteme

Für die Gesundheitsberufe, die Dienstleistungen an Personen erbringen, steht nur für die Heilberufe im Sinne des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG ein besonderes geregeltes Ausbildungssystem bereit. Die Ausbildung der anderen Gesundheitsdienstberufe findet im Rahmen der gegebenen Ausbildungssysteme, so nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) oder nach den Hochschulgesetzen sowie im Rahmen der landesrechtlich geregelten schulischen Ausbildungen statt. Daneben findet sich im hochschulischen wie im außerhochschulischen Bereich eine große Zahl privater Ausbildungseinrichtungen, die zum Teil staatlich anerkannt sind.

Merkmal der Ausbildung der Heilberufe ist die Aufteilung in einen theoretischen und praktischen Unterricht einerseits und eine praktische Ausbildung andererseits. Die praktische Ausbildung kann in einem Ausbildungsverhältnis mit Ausbildungsvertrag[77] oder in Form von Praktika, Hospitationen u. ä. stattfinden. In den die Heilberufegesetze ausführenden Bundesländern ressortiert die Ausbildung der Heilberufe zum Teil im Schulwesen, zum Teil im Gesundheitswesen.

Die heilberuferechtliche Gesetzgebung mit ihren besonderen Anforderungen reflektiert den staatlichen Auftrag des Schutzes der Patienten vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen, der verfassungsrechtlich in Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG verankert ist. Dieser objektivrechtliche Schutzauftrag gilt aber nicht nur in Richtung auf die als Heilberufe deklarierten Berufe, sondern auch für alle Gesundheitsdienstberufe, die mit der Heilung von Patienten zu tun haben und deren berufliche Handlungen potentiell gefährdend sind.

77 Für die Krankenpflege § 9 KrPflG; für die Altenpflege § 13 AltPflG; für die Hebammen § 11 HebG; für die Notfallsanitäter § 12 NotSanG.

2.1.1.2 Europarechtlicher Rahmen

Das Europarecht, hier das Unionsrecht und das Recht des Europarates, enthält Vorgaben für bestimmte Gesundheitsdienstberufe, und zwar allgemeiner und besonderer Art in der Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG[78] und besonderer Art in einem Europäischen Übereinkommen des Europarates[79]. Diese europarechtlichen Anforderungen an bestimmte Gesundheitsdienstberufe sind zwingendes deutsches Recht insofern, als die Berufsanerkennungsrichtlinie durch deutsche Gesetz- und Verordnungsgebung und das Europäische Übereinkommen durch die Ratifizierung einfaches Gesetz (vgl. Art. 59 Abs. 2 GG) geworden sind. Trotz der Qualifizierung als einfaches (deutsches) Gesetz können die entsprechenden Vorschriften aber wegen der unionsrechtlichen bzw. der völkerrechtlichen Bindungen nicht ohne weiteres wieder durch einfaches (deutsches) Gesetz geändert werden. Damit stehen diese Gesetze faktisch in höherem Rang als sonstige einfache Gesetze und entfalten eine besondere Bindungswirkung. Die deutschen Vorschriften zur Ausbildung von Gesundheitsdienstberufen müssen demnach diesen europarechtlich konfigurierten Maßgaben entsprechen. Die Richtlinie 2005/36/EG wird zurzeit reformiert. Das Inkrafttreten der reformierten Richtlinie ist für 2014 vorgesehen.

Das im Rahmen des Europarates zustande gekommene Europäische Übereinkommen über die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern enthält in Anhang I Mindestnormen für die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern. Diese Mindestnormen sind in die Richtlinie 2005/36/EG und in die deutsche Gesetz- und Verordnungsgebung eingegangen.

2.1.1.3 Hochschulische Ausbildung im Rahmen von Modellvorhaben

Neben den traditionell akademisch verankerten Ausbildungen für Ärzte und Apotheker werden zurzeit für einige andere als ärztliche Heilberufe im Rahmen von Modellvorhaben Erprobungen von hochschulischen Ausbildungen durchgeführt. Die Modellvorhaben sind in den Heilberufsgesetzen des Bundes geregelt.[80] Das Bundesrecht gibt den Ländern hierfür einen Rahmen für die Abweichung. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Abweichungen, die sich auf die zeitlich befristete Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung der Pflegeberufe unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen (so

78 S. dazu Teil I Abschnitt 3.3.

79 Das Übereinkommen betrifft nur einen besonderen Gesundheitsberuf, die Krankenpflege. S. dazu Teil I Abschnitt 3.4.

80 Für die landesrechtliche Umsetzung in Nordrhein-Westfalen s. die Verordnung über die Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Berufe in der Alten- und Krankenpflege, für Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten vom 25. Februar 2010 (GV. NRW. 2010, 177).

für die Alten- und Krankenpfleger[81]) bzw. der Weiterentwicklung der jeweiligen Berufe unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen sowie moderner berufspädagogischer Erkenntnisse (so bei den Ergotherapeuten,[82] den Hebammen,[83] den Logopäden[84] und den Physiotherapeuten[85]) beziehen, und den besonderen Abweichungen aufgrund der Modellklausel des § 63 Abs. 3c SGB V für die Alten- und Krankenpflege[86]. Für diese Berufe ist eine Abweichung von den Ausbildungszielen insofern vorgesehen, als hier zusätzlich erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten vermittelt werden. Diese Ausbildungen beziehen sich auf vereinbarte Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V, wobei es zurzeit noch an entsprechenden Vereinbarungen fehlt.[87]

Weitere Modellvorhaben sind für Angehörige der im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe (§ 63 Abs. 3b Satz 1 SGB V) und für Physiotherapeuten mit einer Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 MPhG (§ 63 Abs. 3b Satz 2 SGB V) vorgesehen.

In einer Bekanntmachung hat das Bundesministerium für Gesundheit Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben für die Ausbildung der Ergotherapeuten, der Hebammen, der Logopäden und der Masseure und Physiotherapeuten erlassen.[88] Diese Richtlinien erfordern auch eine Bewertung in Hinblick auf eine dauerhafte Etablierung akademischer Erstausbildungen und damit einhergehende Änderungen in den Berufsgesetzen.[89] Über diese explizite Aufforderung zu einer rechtlichen Bewertung hinaus enthalten die Richtlinien auch ausbildungs- und prüfungsinhaltliche Fragestellungen, die Rechtsprobleme berühren. Dies gilt insbesondere für die Fragen zur staatlichen Prüfung[90] und zu den Ausbildungskosten[91].

81 § 4 Abs. 6 AltPflG; § 4 Abs. 6 KrPflG. Dies waren die ersten Modellvorhaben (2003).
82 § 4 Abs. 5 ErgThG.
83 § 6 Abs. 3 HebG.
84 § 4 Abs. 5 LogG.
85 § 9 Abs. 2 MPhG.
86 § 4 Abs. 7 AltPflG; § 4 Abs. 7 KrPflG.
87 Zurzeit – August 2013 – liegt nur eine Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V vor, BAnz. Nr. 46 (S. 1128) vom 21.03.2012 und BAnz. Nr. 50 (S. 1228) vom 28.03.2012. S. dazu Teil II Abschnitt 4.3.3.2.3.
88 Bekanntmachung von Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben nach § 4 Absatz 6 Satz 3 des Ergotherapeutengesetzes, § 6 Absatz 4 Satz 3 des Hebammengesetzes, § 4 Absatz 6 Satz 3 des Logopädengesetzes und § 9 Absatz 3 Satz 3 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes vom 16. November 2009, BAnz 2009, Nr. 180, S. 4052.
89 Unter II. 1.2 der Richtlinien (wie Fn. 88).
90 Unter I. 1.3 der Richtlinien (wie Fn. 88).
91 Unter I. 1.4 der Richtlinien (wie Fn. 88).

2.1.2 Fortbildung – Weiterbildung

Der Begriff der Fortbildung ist im BBiG definiert (§ 1 Abs. 4 BBiG):

> *»Die berufliche Fortbildung soll es ermöglichen, die berufliche Handlungsfähigkeit zu erhalten und anzupassen oder zu erweitern und beruflich aufzusteigen.«*

Definitionen des Begriffs der Weiterbildung finden sich teilweise in den Weiterbildungsgesetzen und -verordnungen:[92]

> *»Weiterbildung im Sinne dieses Gesetzes ist die Wiederaufnahme organisierten Lernens nach Abschluss der Berufsausbildung und im Anschluss an eine in der Regel mindestens zweijährige Tätigkeit in dem erlernten Beruf mit dem Ziel, die Berufsqualifikation zu erhöhen und zur Tätigkeit in speziellen Bereichen besonders zu befähigen.«*

Während gemeinhin unter Fortbildung mehr die Sicherung der beruflichen Handlungsfähigkeit verstanden wird, wird bei der Weiterbildung der Akzent auf einen Qualifikationszuwachs gelegt (= Anpassungs- und Aufstiegsweiterbildung). Das schließt nicht aus, dass Überschneidungsbereiche gegeben sind. Es empfiehlt sich deshalb, die Begriffe jeweils in ihrem rechtlichen Kontext zu verstehen.[93] Im Weiterbildungswesen der Gesundheitsdienstberufe sind zum einen zu unterscheiden die ärztlichen und die anderen als ärztlichen Heilberufe, zum anderen die Art und Weise der Anordnung der bzw. der Aufforderung zur Weiterbildung. Vorab ist festzuhalten, dass eine allgemeine, für alle Gesundheitsdienstberufe oder auch nur für die Heilberufe gesetzlich bindende und entsprechend sanktionierte Verpflichtung zur Weiterbildung nicht existiert.

Für die Ärzte ist eine besondere Art des Weiterbildungssystems insofern gegeben, als die Zulassung als Vertragsarzt im Leistungserbringungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung den erfolgreichen Abschluss einer Weiterbildung voraussetzt, wobei die Rahmenanforderungen an Inhalt und Dauer der Weiterbildung festgelegt sind.[94]

92 Hier aus § 2 Abs. 1 des Gesetzes über die Weiterbildung in den Medizinalfachberufen und in Berufen der Altenpflege (Weiterbildungsgesetz – WbG) vom 3.7.1995, GVBl. S. 674, des Landes Berlin.

93 Die systematische Gesamterfassung des deutschen Bildungsrechts von Luthe, 2003, enthält keine Gegenüberstellung der beiden Definitionen. Die Verwendung der beiden Termini ist im deutschen Sprachgebrauch sehr heterogen. Zum Teil werden sie synonym gebraucht. Das BBiG verwendet »Fortbildung« in einem umfassenden Sinn. Das SGB III verwendet neuerdings Weiterbildung auch für »Anpassungsfortbildung«. Im Gesundheitswesen hat sich die unterschiedliche Verwendung weitgehend durchgesetzt: Demnach ist Weiterbildung bezogen auf einen zusätzlichen Abschluss fach- oder funktionsbezogen, Fortbildung dient der Anpassung an sich verändernde Qualifikationsbedarfe, ohne mit einem Abschluss verbunden zu sein. S. dazu Dielmann, 2001.

94 § 3 Ärzte-ZV.

Von der ärztlichen Weiterbildung zu unterscheiden ist die ärztliche Fortbildung. Diese kann aufgrund der Heilberufs- oder Kammergesetze der Länder verpflichtend gestaltet werden.[95]

Bei den anderen als ärztlichen Heilberufen bestehen aufgrund der *bundesrechtlichen* Heilberufegesetze keine Weiter-/Fortbildungsverpflichtungen. *Landesrechtlich* existieren in drei Ländern[96] in den Berufsordnungen für Pflegeberufe Fortbildungsverpflichtungen. Da bisher keine Kammern für die anderen als ärztlichen Heilberufe existieren, können entsprechende rechtliche Verpflichtungen nur durch Landesrecht geschaffen werden.[97] Fast alle Bundesländer[98] regeln die Weiterbildung für andere als ärztliche Heilberufe, allerdings nicht verpflichtend.[99] Ein Anreiz für die Weiterbildung kann in der Erlaubnis zur Führung einer entsprechenden Weiterbildungsbezeichnung bestehen.

Ein Beispiel für eine rechtlich geregelte Fortbildung, allerdings nicht bei einem Gesundheitsdienstberuf, sondern bei einem Gesundheitsberuf, liefert die auf Grundlage des BBiG erlassene Verordnung über die Prüfung zum anerkannten Fortbildungsabschluss Geprüfter Fachwirt im Gesundheits- und Sozialwesen und Geprüfte Fachwirtin im Gesundheits- und Sozialwesen.[100] Dies ist ein bemerkenswertes Beispiel für eine bundesrechtliche Regelung auf diesem Gebiet.

Im Unionsrecht erfährt die Fortbildung für die sektoralen Berufe (bei den Gesundheitsberufen die Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Krankenpflege, Hebammen)[101] in Art. 22 Buchst. b) der Richtlinie 2005/36/EG (Berufsanerkennungsrichtlinie) besondere Erwähnung. Für diese Berufe

95 Für Schleswig-Holstein gilt § 4 der Berufsordnung (Satzung) der Ärztekammer Schleswig-Holstein vom 3. Februar 1999:
»(1) Der Arzt, der seinen Beruf ausübt, ist verpflichtet, sich in dem Umfange beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu seiner Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.
(2) Auf Verlangen muss der Arzt seine Fortbildung nach Absatz 1 gegenüber der Ärztekammer durch ein Fortbildungszertifikat einer Ärztekammer nachweisen.«

96 Bremen: Gesetz über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen vom 27.3.2007 (Brem. GBl. S 225); Hamburg: § 6 der Pflegefachkräfte-Berufsordnung vom 29.9.2009 (HmGVBl. S. 339), abgedruckt bei Igl, 2012, Band I, Nr. 40.3.6; Saarland: Gesetz Nr. 1419 über die Weiterbildung in den Gesundheits- und Altenpflegefachberufen vom 25.11.1998 (Amtsbl. 1999 S. 142) und Verordnung zur Durchführung der Fachweiterbildung in den Pflegeberufen vom 30.1.2001 (Amtsbl. S. 593).

97 Da die Kammern nur auf Landesebene tätig werden können, ist auch hier eine Beschränkung auf ein Bundesland gegeben.

98 Bis auf Bayern und Sachsen-Anhalt. Abdruck der Vorschriften bei Igl, 2012, Teil II, Nr. 110ff.

99 S. den Überblick bei Dielmann, 2001.

100 Vom 21.07.2011, BGBl. I S. 1679. Hierzu Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), 2012.

101 Richtlinie 2005/36/EG, s. oben Teil I Abschnitt 3.3.

»wird durch allgemeine und berufliche Weiterbildung im Einklang mit den spezifischen Verfahren der einzelnen Mitgliedstaaten gewährleistet, dass Personen, die ihre Ausbildung abgeschlossen haben, mit der beruflichen Entwicklung so weit Schritt halten, wie dies für eine sichere und effiziente berufliche Leistung erforderlich ist«.

Zwar wird in dieser Vorschrift der Begriff der Weiterbildung verwendet. Inhaltlich ist jedoch eine Fortbildung im Sinne einer Anpassungsweiterbildung gemeint. Die landesrechtlichen Vorschriften zur Weiterbildung sind vor dem Hintergrund dieser Vorschrift zu sehen.

2.2 Besondere Probleme – hier behandelte Probleme

Auf dem Gebiet der Ausbildung von Gesundheitsdienstberufen vermengen sich aktuelle Probleme und zukünftige Probleme, die sich aber nicht voneinander trennen lassen. Dazu gehört etwa die Frage nach der Öffnung der Ausbildung von anderen als ärztlichen Heilberufen zur hochschulischen Ausbildung oder die Frage der Gestaltung von Fort- und Weiterbildung. Neben dieser Dimension gibt es eine andere Schicht der Dimensionen, die mit strukturellen Problemen des Ausbildungswesens auf dem Gebiet des Gesundheitswesens zu tun hat. Hier geht es hauptsächlich um zwei Probleme: Die sehr langsamen gesetzgeberischen Reaktionen auf dem Gebiet des Gesundheitsberuferechts, insbesondere des Heilberuferechts, und die Herstellung einer Kommunikation zwischen dem Gesundheitsmarkt und seinen Anforderungen an dort beruflich Tätige einerseits und den verschiedenen Akteuren der Ausbildungssysteme andererseits.

Nicht hier zu behandeln sind die Fragen der schulischen Voraussetzungen zum Zugang zu einer Berufsausbildung, wie sie insbesondere im Zusammenhang mit der Novellierung der Berufsanerkennungsrichtlinie thematisiert worden sind.[102] Diese Debatte wird in nächster Zeit nach der Novellierung der Berufsanerkennungsrichtlinie im Herbst 2013 vorläufig abgeschlossen sein.

Auf die Debatte um die Verkammerung von Pflegeberufen und die möglichen Konsequenzen der Gestaltung insbesondere der Fort- und Weiterbildung in Verantwortung von Pflegekammern kann hier nicht eingegangen werden. Allerdings ist nicht zu verkennen, dass die Einrichtung von Pflegekammern die Gestaltung von Berufsordnungen und Fort- und Weiterbildungsregelungen erheblich beeinflussen kann.[103]

102 Hierzu etwa Stöcker, 2012.
103 S. Hanika, et al., 2005, S. 208.

2.3 Andere als ärztliche Heilberufe: Rechtliche Anforderungen bei einer Öffnung für die hochschulische Ausbildung

2.3.1 Stand der Debatte

In der Debatte um die Sinnhaftigkeit und die Notwendigkeit einer Öffnung der Ausbildung anderer als ärztlicher Heilberufe hin zu einer hochschulischen Ausbildung sind zwei wichtige Punkte zu verzeichnen: Zurzeit sind Modellvorhaben hochschulischer Ausbildung für einige dieser Berufe in der Erprobung,[104] und der Wissenschaftsrat hat sich in einer weit beachteten Stellungnahme zu dieser Thematik allgemein geäußert.[105]

Im Folgenden soll nicht auf die Inhalte dieser Debatte eingegangen werden, sondern auf die künftigen rechtlichen Rahmensetzungen. Zu diesen Rahmensetzungen gehören die europarechtlichen Ausbildungsvoraussetzungen und die verfassungsrechtlichen Maßgaben, die speziell für das Heilberuferecht gelten.[106]

2.3.2 Verfassungsrechtlicher Rahmen

Die verfassungsrechtlichen Maßgaben werden in der Hauptsache bestimmt durch die besondere, aus der Schutzpflicht des Art. 2 Abs. 1 Satz 1 GG iVm Art. 20 Abs. 1 GG entspringenden staatliche Verantwortung für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung und der Patienten. Das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) instrumentiert dabei die Inpflichtnahme der gesetzgebenden Organe des Staates für diese Schutzpflicht. Im Heilberuferecht ist der Bundesgesetzgeber mit der auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG gestützten Heilberufegesetzgebung dieser Schutzpflicht in Hinblick auf die Berufszulassung bestimmter Heilberufe nachgekommen, wobei die Berufszulassung begrifflich auch die Mindestanforderungen an die Ausbildung und die Prüfung umfasst.[107] Diese Schutzpflicht besteht ebenso für die Landesgesetzgeber, die teilweise Vorschriften für die Berufszulassung bestimmter Heilberufe, aber auch Vorschriften zur Weiterbildung erlassen haben.

2.3.3 Unterscheidung zwischen den Gegenständen und der Gestaltung der Ausbildung und Prüfung

Aus dieser Schutzpflicht für die Gesundheit der Bevölkerung und der Patienten resultiert, dass der Bundesgesetzgeber und die Landesgesetzgeber die staatliche Verantwortung dadurch umsetzen, dass sie die Gegenstände der Ausbildung einschließlich der Stundenzahl[108] und die Gegenstände der Prüfung festlegen. Das bedeutet, dass diese Angelegenheiten nicht einer Hochschule bzw. deren Untergliederungen, z. B. den Fachbereichen, überlassen werden können. Die Hochschulen

104 S. Überblick bei Kälble, 2012.
105 Wissenschaftsrat, 2012.
106 S. oben Teil II Abschnitt 2.1.1
107 BVerfG, Urt. vom 24.10.2002, Az.: 2 BvF 1/01, Rn. 240 (zitiert nach juris.de).
108 S. etwa die europarechtlichen Vorgaben, dazu oben Teil II Abschnitt 2.1.1.2.

sind nicht der geeignete sozialstaatlich verantwortliche Garant, zumindest nicht der zentrale Garant für die Wahrnehmung einer gegenüber allen Bürgern bestehenden objektiv-rechtlichen Schutzpflicht, denn die Aufgaben der Hochschulen definieren sich im Zusammenhang der Forschung und der Lehre sowie der wissenschaftlichen Betätigung. Dies drückt sich auch in den Hochschulgesetzen und der Aufgabenbeschreibung der Hochschulen aus. Weiter genießen die Hochschulen aufgrund der Wissenschaftsfreiheit Autonomie bezüglich der Gegenstände wie der Gestaltung der Ausbildung (vgl. Art. 5 Abs. 3 GG).

Die Hochschulen werden bei einer gesetzlich vorgegebenen Bestimmung der Gegenstände ihrer Lehrpläne und Prüfungen auch nicht in ihrer Wissenschaftsfreiheit und Lehrfreiheit eingeschränkt (vgl. Art. 5 Abs. 3 GG). Ihre Wissenschafts- und Lehrfreiheit besteht u. a. darin, dass ihnen die Eröffnung bestimmter Studiengänge mit bestimmten Studienabschlüssen im Rahmen der hochschulrechtlichen Regulierungen freigestellt ist. Sie können auch Studiengänge anbieten, die mit der Ausbildung der Heilberufe fachidentisch sind. Allerdings ist es ihnen versagt, diese Studiengänge als Studiengänge für Heilberufe im Sinne des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG auszuweisen. Wenn eine Hochschule Studiengänge anbietet, die zu einer Berufszulassung als Heilberuf führen sollen und nicht nur zu einem berufsqualifizierenden Abschluss, muss sich die Hochschule den inhaltlichen Anforderungen des Heilberufeausbildungs- und -prüfungsrechts unterwerfen.

2.3.4 Verantwortung für die Gegenstände der Ausbildung und Prüfung

Besonderes Augenmerk ist auf die Strukturierung der Gegenstände von Ausbildung und Prüfung zu lenken. Heilberufe sind Berufe, deren Tätigkeit in der Regel in ein bestimmtes therapeutisches Konzept eingebunden ist, dessen Formulierung wiederum eine Diagnose vorhergeht. In Deutschland ist es daher für die Heilberufe als selbstverständlich anerkannt, dass diese nicht nur theoretischen und praktischen Unterricht, sondern auch praktische Ausbildung absolvieren müssen. Ob und inwieweit sich dies aus der objektiv-rechtlichen Schutzpflicht des Staates für die Gesundheit der Bevölkerung und der Patienten entnehmen lässt, kann dahingestellt bleiben, solange diese Art der Ausbildung und gerade der praktischen Ausbildung bei den relevanten Akteuren der Gesundheitswirtschaft als unabdingbar angesehen wird.[109] Das bedeutet für eine hochschulische Ausbildung von Heilberufen, dass auch die praktische Ausbildung entsprechend zu sichern ist.

109 Art 31 Abs. 3 Satz 1 der Berufsanerkennungsrichtlinie schreibt für die automatische Anerkennung beim Beruf der Krankenschwestern und Krankenpfleger für allgemeine Pflege vor, dass die Dauer der theoretischen Ausbildung mindestens ein Drittel und die der klinisch-praktischen Unterweisung mindestens die Hälfte der Mindestausbildungsdauer betragen muss. Vgl. dazu die Aufteilung in § 1 Abs. 1 Satz 1 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV): 2100 Stunden theoretischer und praktischer Unterricht, 2500 Stunden praktische Ausbildung.

2.3.5 Verantwortung für die Gestaltung der Ausbildung und Prüfung

Die engen verfassungsrechtlichen Bindungen bei der Festlegung der Inhalte von Ausbildung und Prüfung bei Heilberufen bestehen in dieser Weise nicht für die Gestaltung der Ausbildung und Prüfung in dem gesetzlich vorgegebenen inhaltlichen Rahmen. Dabei ist zu unterscheiden zwischen der Gestaltung der Ausbildung und der Gestaltung der Prüfung.

Bei der Gestaltung der Ausbildung können hochschulrechtliche Ausbildungsprinzipien, wie sie sich im Bologna-Prozess entwickelt haben, z. B. die Aufteilung in Präsenz- und Selbstlernzeiten, zur Geltung kommen. Dabei wird der theoretische und praktische Unterricht weniger problematisch an die zurzeit geltenden hochschulischen Ausbildungsprinzipien anzupassen sein als die praktische Ausbildung. Hier wird man die auch schon in den Modellvorhaben praktizierten Formen der Studiengänge[110] beispielhaft heranziehen können.

Inwieweit die Gestaltung der Prüfungen von den zurzeit geltenden hochschulischen Prüfungsprinzipien geleitet werden kann, ist schwierig zu bestimmen. Hier sind insbesondere die verfassungsrechtlichen Anforderungen zu beachten, die an einen Eingriff in die Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) der Prüflinge gestellt werden. Das Bundesverfassungsgericht hat zur Ärztlichen Prüfung hierzu Folgendes ausgeführt:[111]

> *66*
>
> *1. Die Ärztliche Prüfung, die nach § 3 Abs. 1 Nr. 4 BÄO eine Voraussetzung für die Approbation als Arzt bildet, ist eine subjektive Zulassungsvoraussetzung, durch die in das Grundrecht der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) eingegriffen wird (grundlegend BVerfGE 7, 377 (406) – Apothekenurteil). Das gleiche gilt für die Vorprüfung, die nach § 10 Abs. 3 Nr. 6 AppOÄ der Zulassung zur Ärztlichen Prüfung vorausgehen muß, ohne deren Bestehen also das Medizinstudium nicht abgeschlossen werden kann. Das Erfordernis – selbst strenger – Qualifikationsnachweise ist jedoch durch Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG gedeckt. Die Gesundheit der Bevölkerung ist ein besonders wichtiges Gemeinschaftsgut (vgl. BVerfGE 9, 338 (346); 13, 97 (107); 25, 236 (247); 78, 179 (192)). Dessen Schutz rechtfertigt bei Ärzten strenge fachliche Maßstäbe und sogar einen gewissen »Überschuß« an Ausbildungs- und Prüfungsanforderungen (vgl. BVerfGE 25, 236 (248)).*

110 So ist bei der dual-integrierten Ausbildung die Berufsausbildung in das Hochschulstudium integriert. Die Hochschule wendet neben den hochschulrechtlichen Vorgaben auch die berufsausbildungsrechtlichen Vorgaben an.

111 Grundlegend BVerfGE 80, 1, (zitiert nach juris.de) Rn. 66 ff.

67
2. Obwohl nach Art. 12 Abs. 1 GG strenge fachliche Qualifikationsnachweise verlangt werden dürfen, können die entsprechenden Regelungen nur Bestand haben, wenn sie zu diesem Zweck nicht außer Verhältnis stehen, wenn sie also dafür geeignet, erforderlich und den Betroffenen zumutbar sind (st. Rspr.; BVerfGE 7, 377 (406); 69, 209 (218) m. w. N.). Soweit das Antwort-Wahl-Verfahren insgesamt in Frage gestellt wird, beschränken sich die geäußerten Bedenken auf das Merkmal der Eignung. Beanstandet wird nicht ein Übermaß an Anforderungen, sondern die für das Verfahren typische Einschränkung der Kontrolle auf rein »kognitives Wissen«. Dieses spiele in der Berufspraxis des Arztes nur eine untergeordnete Rolle und dürfe deshalb für eine subjektive Berufszugangsschranke nicht ausschlaggebend sein. Eine solche Beschränkung könne sogar wegen ihrer »Tendenz zum Enzyklopädismus« langfristig gefährlich werden (vgl. auch Pietzcker, RdJB 1982, S. 166 (167); Becker/Kuni, DVBl. 1981, S. 425 (428)). In dieser Allgemeinheit ist das jedoch nicht überzeugend.

68
a) Subjektive Zulassungsvoraussetzungen sind Teil der rechtlichen Ordnung eines Berufsbildes (BVerfGE 7, 377 (406); 25, 236 (247)). In diesem Sinne ist es der Zweck der ärztlichen Prüfungen, denjenigen Bewerbern den Zugang zum angestrebten Beruf zu verwehren, die dem Berufsbild des Arztes nach ihrer Qualifikation nicht genügen können. Dazu sind sie als Mittel geeignet, wenn mit ihrer Hilfe der gewünschte Erfolg gefördert werden kann (vgl. BVerfGE 30, 292 (316)). Es ist also nicht geboten, daß das Prüfungsverfahren mit seinem Anforderungsprofil das ärztliche Berufsbild vollständig vorzeichnet und damit gewährleistet, daß jeder erfolgreiche Kandidat alle ärztlichen Leistungen vollwertig erbringen kann. Eine so umfassende Kontrolle wäre durch Prüfungen ohnehin kaum erreichbar.

Stellt man sich auf den Standpunkt, dass eine Prüfung am Ende des Studiums über den gesamten Prüfungsstoff hinweg Ausdruck eines bestimmten Qualitätsanspruches an die Prüflinge ist, der weiter auch die besondere fachliche Verantwortung der Heilberufe spiegelt, dann würden die gegenwärtig im Rahmen der Ausbildungs- und Prüfungsordnungen der Heilberufe stattfindenden Prüfungen in Konflikt mit dem Prinzip der konsekutiven Abschichtung des Prüfungsstoffes in der gegenwärtigen Bachelor- und Masterausbildung geraten.

Ob und inwieweit eine bestimmte Art einer Prüfung Rückschlüsse auf die Qualitätsanforderungen an die Prüflinge erlaubt, kann wohl nur unter fachlichen Gesichtspunkten entschieden werden. Eine Abschlussprüfung über den gesamten Prüfungsstoff erscheint jedenfalls dann geboten, wenn der Prüfling nach Bestehen der Prüfung auch im Berufsleben fachlich die Kompetenz über die Breite des

Prüfungsstoffes aufweisen muss. Das kann bei den Therapieberufen durchaus der Fall sein.

Verfassungsrechtlich geboten erscheint die Einräumung mindestens einer Möglichkeit, die Prüfung zu wiederholen.[112] Die Einräumung einer zweiten Wiederholungsmöglichkeit ist verfassungsrechtlich grundsätzlich nicht geboten. Das Bundesverfassungsgericht[113] stellt nur darauf ab, ob die Nichteinräumung einer Wiederholungsmöglichkeit keine übermäßige Belastung bedeutet.

Bei der Gestaltung der Prüfung auf dem Gebiet der Hochschulausbildung für Heilberufe ist zu beachten, dass der Prüfungsausschuss von einem Vertreter einer staatlichen Prüfungsbehörde verantwortlich und mit Prüfungsentscheidungskompetenz ausgestattet geleitet wird. Auch wenn die Prüfung im Rahmen der Hochschule stattfindet, ist sie doch auch staatliche Prüfung. Dies schließt nicht aus, dass Vertreter des Lehrkörpers der Hochschule im Prüfungsausschuss beteiligt werden. Auch ist es möglich, dass Vertreter des Lehrkörpers zu Mitgliedern des Prüfungsamtes ernannt werden, wie dies bei den juristischen Staatsprüfungen üblich ist.

Allerdings wird man bei der Gestaltung der Prüfung in Hinblick auf das verfassungsrechtliche Anliegen des Patientenschutzes noch differenzieren können. Dies soll hier am Beispiel der Prüfung in der Krankenpflege erläutert werden. Im praktischen Teil der Prüfung geht es um die Anwendung der erworbenen Kompetenzen in der beruflichen Praxis und um den Nachweis der Befähigung, Aufgaben der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege eigenverantwortlich auszuführen (§ 18 Satz 4 KrPflAPrV). Diese Prüfung muss von einem Prüfungsausschuss abgenommen werden, der die Voraussetzungen des § 4 KrPflAPrV erfüllt. Für den schriftlichen Teil der Prüfung (§ 13 KrPflAPrV) wird es genügen, wenn die Inhalte der Prüfungsarbeiten mit den zuständigen Prüfungsbehörden abgestimmt werden. Die Prüfung selbst kann dann von der Hochschule abgenommen werden. Bei der mündlichen Prüfung geht es um den Nachweis anwendungsbereiter beruflicher Kompetenz (§ 14 Abs. 1 Satz 2 KrPflAPrV). Auch hier sollte neben der Beteiligung von Praxiskompetenz im Sinne von § 4 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 3 und 4 KrPflAPrV die Prüfungsbehörde vertreten sein.

112 BVerfGE 80, 1, Rn. 96 (zitiert nach juris.de).
113 Wie Fn. 112.

2.3.6 Nicht heilkundliche Gesundheitsberufe

Für die nicht heilkundlichen Gesundheitsberufe stellen sich diese Fragen nicht. Allerdings ist noch ungeklärt, ob die hochschulische Ausbildung bestimmter heilberuflicher Gesundheitsdienstberufe, die aber gesetzlich noch nicht als Heilberufe verfasst sind, ebensolchen Maßgaben zu unterwerfen ist.[114] Gegenwärtig könnte diese Frage vor allem bei den neuen Berufen der OTA/ATA[115] auftauchen, wenn man diese hochschulisch ausbilden würde. Sind diese Berufe heilberufsgesetzlich – wie die OTA in Sachsen-Anhalt[116] – verfasst, treffen die obengenannten Maßgaben auch für eine mögliche Hochschulausbildung zu. Sind sie wie in den anderen Bundesländern nicht heilberufsgesetzlich verfasst, obwohl sie Heilberufe sind, müsste dasselbe gelten.

2.4 Rechtlicher Umgang mit neuen nicht reglementierten Gesundheitsberufen (»private Gesundheitsberufe«)

In jüngerer Zeit sind von privaten Institutionen Gesundheitsberufe entwickelt worden.[117] Hervorzuheben sind hier die Operationstechnischen und Anästhesietechnischen Assistentinnen/Assistenten, die aufgrund einer Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgebildet werden können.[118]

Dies zeigt, dass der Gesundheitsmarkt und die Praxis des Gesundheitswesens Bedarf an bestimmten beruflichen Tätigkeiten hat, die von den vorhandenen Berufen nicht oder nicht in der gewünschten Weise erbracht werden. Diese Entwicklung hält sich zurzeit noch in Grenzen und ist beschränkt auf bestimmte Tätigkeiten. Aus rechtlicher Sicht ergeben sich dabei folgende zentrale Problemkreise:

:: strukturierte Findung neuer Berufe;
:: Schutz der in den neuen Berufen Tätigen;
:: Notwendigkeit einer gesetzlichen Ordnung von Ausbildung und Tätigkeit.

114 So existiert z. B. für die Physician Assistants nur ein Bachelor-Abschluss. Mit diesem Abschluss soll die Kompetenz zu einer eigenständigen, ärztlich delegierten Assistenztätigkeit im Berufsfeld des Operationsdienstes, d. h. also auf heilkundlichem Gebiet, erworben werden. S. etwa http://www.mhrheine.de/index.php?option=com_content&view=article&id=24&Itemid=54 (Zugriff: 01.07.2013).

115 S. dazu Abschnitt 2.2.

116 S. dazu Abschnitt 2.4.3.

117 Kritisch hierzu Evans, et al., 2013; ausführlich Bräutigam, et al., 2013.

118 DKG-Empfehlung zur Ausbildung und Prüfung von Operationstechnischen und Anästhesietechnischen Assistentinnen/Assistenten – Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 20. September 2011 –. Abgedruckt bei Igl, 2012, Nr. 137.1.

2.4.1 Strukturierte Findung neuer Berufe

Auf dem Gebiet der Gesundheitsdienstberufe existiert keine strukturierte Findung neuer Berufe, dies weder in Hinblick auf ein Findungsverfahren noch in Hinblick auf entsprechende Institutionen.[119] Deshalb wird hier die Einrichtung eines Nationalen Gesundheitsberuferates empfohlen, der sich auch diesen Fragen widmen soll.[120]

2.4.2 Schutz der in den neuen Berufen Tätigen

Für die in den neuen Berufen Tätigen stellen sich vor allem folgende Probleme:

:: Finanzierung der Ausbildung/Weiterbildung;
:: arbeitsrechtliche Stellung, auch in Hinblick auf Tarifverträge;
:: haftungsrechtliche Situation;
:: Übernahme des Risikos der Praxistauglichkeit und der Akzeptanz des neuen Berufes und damit der Tragfähigkeit dieser Berufe (Arbeitslosigkeit).

Es dürfte unbestritten sein, dass die hier kurz angesprochenen Probleme[121] klärungsbedürftig sind, wobei eine umfassende Klärung hier nicht stattfinden kann. Insbesondere bleibt die nähere Klärung der haftungsrechtlichen Situation praktisch der Rechtsprechung überlassen.[122]

Ein mögliches Instrument zur Lösung einiger der Probleme ist jedoch die rechtliche Ordnung durch die Bundes- und Landesgesetzgebung.

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass es dem deutschen Berufsbildungsrecht nicht fremd ist, auch Berufe zu erproben. So ist in § 6 BBiG eine Ermächtigungsgrundlage für Verordnungen zur Erprobung neuer Ausbildungsberufe und neuer Ausbildungs- und Prüfungsformen gegeben.[123]

119 Für den Bereich der Berufsbildung nach dem BBiG vgl. die Aufgaben der Landesausschüsse nach § 83 BBiG.

120 S. dazu im Einzelnen Teil II Abschnitt 6.

121 Die arbeitsgerichtliche Rechtsprechung musste sich z. B. schon mit Fragen des Kündigungsschutzes im Rahmen eines Ausbildungsverhältnisses zum Operationstechnischen Assistenten befassen, Urt. des LArbG Berlin-Brandenburg vom 18.01.2007, Az.: 18 Sa 1600/06, abgedruckt in: PflR 2008, 78ff. (mit Anm. Roßbruch).

122 Hier kommt es auch darauf an, ob die Tätigkeit im Rahmen eines Krankenhausbehandlungsvertrages oder im Rahmen eines Behandlungsvertrages (§§ 630aff. BGB) verrichtet wird. Bei den OTA/ATA-Berufen wird wohl nur die Tätigkeit im Rahmen eines Krankenhausbehandlungsvertrages in Frage kommen.

123 Von dieser Verordnungsermächtigung ist auch schon Gebrauch gemacht worden, vgl. Verordnung über die Erprobung abweichender Ausbildungs- und Prüfungsbestimmungen in der Berufsausbildung im Einzelhandel in dem Ausbildungsberuf Kaufmann im Einzelhandel/Kauffrau im Einzelhandel vom 24. März 2009 (BGBl. I S. 671).

2.4.3 Notwendigkeit einer gesetzlichen Ordnung von Ausbildung und Tätigkeit

Sind nicht reglementierte neue Gesundheitsberufe als *Heilberufe* zu qualifizieren, so entspricht es dem aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG abzuleitenden objektiv-rechtlichen Schutzauftrag des Staates, dass diese Berufe, zumindest wenn sie schon über eine gewisse Typik verfügen, gesetzlich geregelt werden. Kompetenzrechtlich ist es unerheblich, ob dies durch den Bund in Wahrnehmung seiner Gesetzgebungskompetenz gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG geschieht oder durch die Länder, wenn der Bund gesetzgeberisch nicht tätig wird.[124] Sinnvoll erscheint eine bundesgesetzliche Regelung aber dann, wenn der Beruf nicht nur über landesspezifische Merkmale verfügt.

Für die anderen Gesundheitsberufe, die nicht Heilberufe sind, stehen die *hochschulische Ausbildung* mit einem Bachelor-/Masterabschluss, die Ausbildung im Rahmen des Berufsbildungsgesetzes als *staatlich anerkannter Ausbildungsberuf* (§§ 4 ff. BBiG)[125] sowie die Möglichkeiten *landesgesetzlicher Regelung*[126] zur Verfügung. Die Anwendung des BBiG ist nur dann ausgeschlossen, wenn die Berufsbildung in berufsbildenden Schulen durchgeführt wird, die den Schulgesetzen der Länder unterstehen (§ 3 Abs. 1 BBiG).[127] Die Schaffung einer Berufsordnung im Rahmen des BBiG oder im Landesrecht hat den Vorteil, dass auch die Fort- und Weiterbildung geregelt werden kann.

Ein Beispiel für die Schaffung eines nicht reglementierten Berufes, der dann in einen reglementierten Beruf überführt wird, ist der Operationstechnische Assistent. Dieser Beruf wurde von einzelnen Krankenhäusern entwickelt und die Richtlinien dafür später von der Deutschen Krankenhausgesellschaft übernommen.[128] Er ist mittlerweile in drei Bundesländern gesetzlich geregelt. So hat das Land Sachsen-Anhalt eine Verordnung über die Ausbildung für die operationstechnische Assis-

124 Bei der Inanspruchnahme der Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG ist der Bund auch nicht an die weiteren Vorgaben nach Art. 72 Abs. 2 GG gebunden (Herstellung gleicher Lebensverhältnisse; Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit).

125 S. hier: Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006 (BGBl. I S. 1097); Verordnung über die Berufsausbildung für Kaufleute in den Dienstleistungsbereichen Gesundheitswesen sowie Veranstaltungswirtschaft vom 25. Juni 2001 (BGBl. I S. 1262, 1878), zuletzt geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 4. Juli 2007 (BGBl. I S. 1252); Verordnung über die Prüfung zum anerkannten Fortbildungsabschluss Geprüfter Fachwirt im Gesundheits- und Sozialwesen und Geprüfte Fachwirtin im Gesundheits- und Sozialwesen vom 21. Juli 2011 (BGBl. I S. 1679).

126 Es existieren verschiedene Berufe im Gesundheitsbereich, die von den Ländern geregelt sind, z. B. in Hessen und Nordrhein-Westfalen Desinfektoren, medizinische Dokumentare (Hessen).

127 Das Landesarbeitsgericht Berlin-Brandenburg (wie Fn. 121) hat die Ausbildung der OTA auf Grundlage der Empfehlung der DKG (wie Fn. 118) dem BBiG unterstellt, a. a. O., Rn. 30 ff. (zitiert nach juris.de).

128 S. oben Fn. 118.

tenz (OTA-VO)[129] erlassen. Im Land Schleswig-Holstein ist im Rahmen des BBiG eine Regelung als staatlich anerkannter Ausbildungsberuf[130] vorgenommen worden. In Thüringen ist der Beruf im Rahmen der Schulordnung für die höhere Berufsfachschule geregelt.[131]

2.5 Sicherung der Fort- und Weiterbildung

Bei der Fort- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Gesundheitsdienstberufe ist zu unterscheiden zwischen der Sicherung und Fortführung der erforderlichen beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten und damit dem Erhalt der Kompetenzen im Sinne der Fortbildung auf der einen Seite, und auf der anderen Seite der Weiterbildung, die vor allem auf berufliches Fortkommen gerichtet ist (= Unterscheidung zwischen Anpassungs- und Aufstiegsweiterbildung). Fort- und Weiterbildung unterscheiden sich in ihren Funktionen: Die Fortbildung bei Gesundheitsdienstberufen, insbesondere bei Heilberufen, steht im Kontext nicht nur der Erhaltung einer qualitätvollen gesundheitlichen Versorgung, sondern auch und vor allem im Kontext des Patientenschutzes. Mit der Weiterbildung hingegen wird neben dem beruflichem Fortkommen ein arbeitsmarktpolitisches und letztlich volkswirtschaftliches Anliegen der Bereithaltung eines hochqualifizierten Arbeitskräftepotenzials verfolgt.

Diese unterschiedlichen Funktionen bilden sich auch rechtlich unterschiedlich ab. Wenn die Notwendigkeit der Fortbildung vor allem unter dem Blickwinkel des Patientenschutzes zu sehen ist, so geht es darum, die Angehörigen der entsprechenden Gesundheitsdienstberufe ggf. zur Fortbildung zu verpflichten. Dies ist aber nur eine Dimension der rechtlichen Problematik. In Verfolgung der objektiv-rechtlichen Schutzpflicht des Staates kann es auch darum gehen, ob und in welchem Maße der Staat Fortbildungsangebote bereithalten oder fördern muss.

Bei der Weiterbildung geht es nicht um eine Verpflichtung, sondern um ein mögliches Recht eines Berufsangehörigen auf Weiterbildung. Ein solches Recht ist teilweise in den Landesverfassungen verankert. In den meisten Bundesländern existieren Landesgesetze zur Weiterbildung zumindest für die Pflegeberufe.[132] Auch das Sozialrecht sieht im Arbeitsförderungsrecht Weiterbildungsmaßnahmen vor (§§ 81 ff. SGB III). Da Fort- und Weiterbildung Angehörige von Berufen betrifft,

129 Verordnung über die Ausbildung für die operationstechnische Assistenz (OTA-VO) vom 15.3.2010, GVBl. LSA S. 128.
130 Landesverordnung über die Berufsausbildung zur oder zum Operationstechnischen Angestellten (OTA-VO) vom 8. Juni 2004, GOVBl. 2004, 190.
131 §§ 28ff. Thüringer Schulordnung für die Höhere Berufsfachschule – dreijährige Bildungsgänge vom 13. Dezember 2004, GVBl. 2005, 3.
132 Bis auf Bayern und Sachsen-Anhalt.

die regelmäßig in einem Arbeitsverhältnis stehen, wären auch arbeitsrechtliche Fragen der Freistellung und um Kostenübernahmen zu thematisieren.

Es kann an dieser Stelle kein Konzept der Fort- und Weiterbildung für Gesundheitsdienstberufe entworfen werden. Aus rechtlicher Sicht kann jedoch zumindest für die Fortbildung gesagt werden, dass eine Verpflichtung zur Fortbildung, wie sie teilweise für die Ärzte bereits berufsrechtlich vorgeschrieben ist,[133] auch für andere Heilberufe als Berufsausübungsregelung grundsätzlich verfassungskonform ist. Die Rechtfertigung ist wegen der Sicherung des Schutzgutes der Gesundheit der Bevölkerung gegeben. Von daher steht einer allgemeinen Fortbildungsverpflichtung für Heilberufe verfassungsrechtlich nichts im Wege. Regelungsort wäre das Landesrecht. Unionsrechtlich fordert bereits die Berufsanerkennungsrichtlinie für die sektoralen Berufe des Gesundheitswesens (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Krankenpflege, Hebammen) die Gewährleistung allgemeiner und beruflicher Weiterbildung, wobei hier inhaltlich die Anpassungsweiterbildung, also die Fortbildung, gemeint ist.

Die Schaffung breiter Weiterbildungsmöglichkeiten für Angehörige der Gesundheitsberufe sollte nicht nur unter den herkömmlichen Gesichtspunkten der Wünschbarkeit solcher Möglichkeiten gesehen werden. Gerade bei Gesundheitsberufen mit Patientenkontakt können die physischen und psychischen Belastungen ein Maß erreichen, das es empfehlenswert erscheinen lässt, Veränderungsmöglichkeiten im Berufsfeld zu bieten. Die Weiterbildung wäre dann das geeignete Instrument, um solche Veränderungen wahrzunehmen.

2.6 Beschleunigung der Regulierung von Gesundheitsberufen

Dem Gesetzgeber des heilberufegesetzlichen Bundesrechts wird häufig vorgehalten, dass er auf die Notwendigkeiten der Veränderung von Ausbildungsanforderungen, aber auch von Anforderungen an die Herausbildung neuer Heilberufe sehr verzögert reagiert. In der Tat kann man, wenn man die Gesetzgebungsgeschichte verschiedener Heilberufe verfolgt, zu dieser Feststellung gelangen, wobei diese Feststellung vor allem für die anderen als ärztlichen Heilberufe gilt.

133 S. Teil II Abschnitt 2.1.2.

Es gehört zu den allgemeinen demokratiepolitischen Erkenntnissen, dass die Gesetzgebung ihre eigene Temporalität hat, und dass schnelle Gesetzgebung nur in Ausnahmefällen und unter Hinnahme demokratischer Defizite stattfindet.[134] Hinzu kommt, dass Gesetzgebung eher reagiert als vorausschauend gestaltet. Auf dem Gebiet des Gesundheitsrechts ist dies eine allgemeine Erkenntnis.[135] Festzustellen ist auch, dass die Ländergesetzgeber tendenziell schneller auf veränderte Anforderungen reagieren. Eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt auch die Beteiligung des Bundesrates im Gesetzgebungsverfahren. Der Bundesrat wirkt nicht immer beschleunigend im Gesetzgebungsverfahren. Insofern hat der Erlass von Ausbildungsordnungen auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes Vorteile, da in diesem Rahmen die Beteiligung des Bundesrates entfällt.

Für die Heilberufegesetze ist dieser Zustand insofern problematisch, als diese Gesetze vor allem Ausbildungsanforderungen enthalten. Zwar wird die Formulierung dieser Ausbildungsanforderungen im Einzelnen an den (Bundes-)Verordnungsgeber delegiert. Aber auch in der Verordnungsgebung wird zeitlich nicht adäquat reagiert. Bei der Formulierung von Ausbildungszielen wie von Ausbildungsanforderungen besteht insofern eine besondere Problematik, als hier an Erkenntnisse aus der Vergangenheit angeknüpft wird, die für die zukünftige Ausbildung gestaltend wirken sollen. Eine berufliche Ausbildung wirkt aber nicht im Augenblick der Umsetzung der neuen gesetzlichen Anforderungen, sondern frühestens nach der Ausbildung und in der Praxis dann mit einem gewissen Zeitversatz noch später. Diese verzögerte Wirkung von Ausbildungsanforderungen beruht auf der Natur der Sache und ist wohl hinzunehmen. Wenn aber zu dieser sachgegebenen Verzögerung eine schon über das übliche Maß hinausgehende Verzögerung im Gesetz- und Verordnungsgebungsprozess bzw. schon in dessen Einleitung zu verzeichnen ist, kann die Situation eintreten, dass Ausbildungsanforderungen dann, wenn sie in der praktischen Berufstätigkeit wirken sollen, schon veraltet sind. Das muss nicht für alle Ausbildungsanforderungen gelten. Auch ist es möglich, in der beruflichen Praxis und durch Fortbildungsmaßnahmen neueren Anforderungen gerecht zu werden. Trotzdem bleibt die Wünschbarkeit einer Beschleunigung gerade der heilberuferechtlichen Gesetzgebung im Sinne der Gewährleistung des fachlichen up-to-date. Auch unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung und der Sicherung der Einhaltung der fachlichen Standards ist dies erforderlich.

134 Zur Problematik in einem finanzpolitischen Zusammenhang (Angelegenheiten der Europäischen Finanzstabilisierungsfazilität) s. BVerfG, Urt. vom 28.02.2012, Az.: 2 BvE 8/11, (zitiert nach juris.de), Rn. 145ff.

135 Zuletzt Katzenmeier, 2013, S. 817ff. (823).

2.7 Herstellung einer Kommunikation zwischen Anforderungen des Marktes und Reaktionen des Bildungssystems (Nationaler Gesundheitsberuferat)

Die Ausführungen im Abschnitt über die Aus-, Fort- und Weiterbildung lassen den Schluss zu, dass eine zeitgemäße Ausbildung in den Gesundheitsberufen, insbesondere in den Gesundheitsversorgungsberufen eine Kommunikation zwischen Arbeitsmarkt, Bildungsinstitutionen, Berufsverbänden und Politik erfordert. Das geeignete Forum hierfür könnte ein Nationaler Gesundheitsberuferat sein.[136]

136 S. hierzu Teil II Abschnitt 6.4.

3 Finanzierung der Ausbildung von Gesundheitsberufen

3.1 Finanzierungsmöglichkeiten der Berufsausbildung

3.1.1 Allgemeiner Überblick

Zum Verständnis der verschiedenen Finanzierungsmöglichkeiten der Berufsausbildung sind zunächst zwei Perspektiven zu klären, um die Aufwendungen für die Ausbildungsfinanzierung auszumachen und die Kostentragung hierfür zu klären:

:: Aus Sicht der Anbieter von Ausbildungseinrichtungen:
  :: Das Angebot an Ausbildungseinrichtungen kann von öffentlicher oder von privater Seite vorgehalten werden.
  :: Die Aufwendungen für Ausbildungseinrichtungen bestehen grundsätzlich in den Kosten für die Investition (bauliche Maßnahmen und Ausstattung) und in den Betriebskosten (Personalkosten, Lehr- und Lernmaterialien, Bewirtschaftungskosten).
  :: Bei öffentlicher wie bei privater Vorhaltung eines Angebots an Ausbildungseinrichtungen stellt sich die Frage, ob für die Inanspruchnahme der Leistungen der Ausbildungseinrichtungen Entgelte (Studiengebühren, Schulgeld,) erhoben werden oder erhoben werden dürfen.
:: Aus Sicht der Lernenden (Schüler/Auszubildende/Studierende):
  :: Je nachdem, ob die Angebote an Ausbildungseinrichtungen dem Lernenden kostenfrei oder kostenpflichtig, etwa durch Erhebung von Schulgeld oder Studiengebühren, zur Verfügung gestellt werden, hat der Lernende einen Refinanzierungsbedarf, wenn er die Kosten nicht aus eigener Tasche bestreiten kann.
  :: Während der Ausbildung muss sein Lebensunterhalt gesichert sein, da er während der Ausbildung grundsätzlich nicht anderweitig erwerbstätig sein kann.

Bei einer *dualen Ausbildung* ist ein weiterer Aspekt hervorzuheben. Während die theoretische Ausbildung an schulischen Einrichtungen (Berufsfachschulen, Hochschulen) stattfindet, wird die praktische Ausbildung bei Gesundheitsdienstleistern (vor allem in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen) durchgeführt. Im Rahmen dieser Ausbildung können Auszubildende so eingesetzt werden, dass sie eine werthaltige Dienstleistung für den Arbeitgeber der betrieblichen Ausbildungsstätte erbringen. Im Berufsbildungsgesetz und für einzelne Heilberufe wird dieser Situation dadurch Rechnung getragen, dass Auszubildenden eine *Ausbildungsvergütung* zu zahlen ist. Darüber hinaus stellt sich aber die arbeitsrechtliche Frage, ob Auszubildende auch dann einen Anspruch auf Vergütung haben, wenn solche gesetzlichen Regelungen nicht existieren.

3.1.2 Aus Sicht der Anbieter von Ausbildungseinrichtungen

Grundsätzlich können Ausbildungseinrichtungen öffentlich oder privat vorgehalten werden. Bei öffentlicher wie bei privater Vorhaltung von Ausbildungseinrichtungen hat der jeweilige Träger die Investitions- und Betriebskosten zu tragen. Der Träger der Ausbildungseinrichtung kann ein Interesse an Refinanzierung haben, indem er Entgelte für die Ausbildungsleistungen erhebt. Grundsätzlich können diese Entgelte, soweit gesetzlich nichts anderes vorgesehen ist, zur Refinanzierung der Investitions- wie der Betriebskosten dienen. So werden private Träger von Ausbildungseinrichtungen ein Interesse daran haben, ihre Investitions- wie ihre Betriebskosten voll refinanziert zu bekommen. Öffentliche, insbesondere staatliche Ausbildungseinrichtungen werden, soweit dies rechtlich möglich ist, in der Regel nur eine teilweise Refinanzierung anstreben. Eine volle Refinanzierung staatlich vorgehaltener und betriebener Ausbildungseinrichtungen durch Gebühren ist unüblich.

Der Staat kann Verantwortung für die Berufsausbildung durch direkte Vorhaltung von Ausbildungseinrichtungen (Berufsfachschulen, Hochschulen) übernehmen. Andere Formen der Übernahme von staatlicher Verantwortung sind in der finanziellen Förderung von privaten wie auch öffentlichen Ausbildungseinrichtungen zu sehen. Diese Förderung kann gesetzlich festgeschrieben sein, wie es bei der Investitionsförderung von Ausbildungseinrichtungen im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes der Fall ist. Eine Förderung kann aber auch in anderen Bereichen als bei Krankenhäusern und deren Ausbildungseinrichtungen aufgrund landesrechtlicher Maßgaben stattfinden.

Bei den Ausbildungseinrichtungen besteht ein Interesse an Refinanzierung der Investitions- und Betriebskosten, wobei zu den Betriebskosten nicht nur die Ausbildungskosten, sondern ggf. auch die Kosten für die Ausbildungsvergütung zählen. Bei Krankenhäusern wie bei Pflegeeinrichtungen besteht neben der Förderung der Investitionskosten die Möglichkeit, im Rahmen der Refinanzierung der Betriebskosten über die Vergütungen (Fallpauschalen/Pflegesätze) auch die Kosten der Ausbildung oder Teile dieser Kosten (Ausbildungsvergütung) zu refinanzieren.

3.1.3 Aus Sicht der Lernenden

Aus Sicht der Lernenden (Schüler/Auszubildende/Studierende) ist bei der Finanzierung der Berufsausbildung zu unterscheiden zwischen den Aufwendungen, die für die Ausbildung selbst entstehen (Ausbildungskosten im engeren Sinn) und den Aufwendungen, die Lernende für den Lebensunterhalt benötigen, weil während der Ausbildung keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgegangen werden kann.

Es versteht sich von selbst, dass die Finanzierung einer Ausbildung seitens der Lernenden maßgeblich davon abhängt, ob staatliche Schulen und Hochschulen

ohne Erhebung von Studiengebühren für die Ausbildung bereitgestellt werden, oder ob private Träger Ausbildung in ihren Schulen und Hochschulen anbieten und dafür Entgelte (Schulgeld, Studiengebühren) verlangen. Im letzteren Fall kann eine staatliche Förderung der Ausbildungseinrichtung zu einer Reduzierung der Entgelte beitragen oder zu ihrem Wegfall führen.

Der Zugang zur Ausbildung wird tendenziell erschwert, wenn Entgelte für die Ausbildung erhoben werden, da sich neben der Frage nach der Finanzierung des Lebensunterhaltes während der Ausbildungszeit auch noch die Frage nach der Finanzierung der Ausbildung selbst stellt.[137]

Für die Lernenden stellt sich hinsichtlich der Ausbildungskosten und der Bestreitung des Lebensunterhaltes während einer Ausbildung die Frage der Refinanzierung. Hier sind die üblichen Förderungsmöglichkeiten gegeben. So werden Personen bei der Finanzierung ihrer Ausbildungskosten und ihres Lebensunterhaltes unterstützt.[138] Arten der Förderung sind Zuschüsse oder Ausbildungsdarlehen.[139] Auch die Übernahme von Sozialversicherungsbeiträgen gehört hierzu.[140]

Wird im Rahmen einer praktischen Ausbildung eine Ausbildungsvergütung entrichtet, so stellt sich die Frage nach der Refinanzierung des Lebensunterhaltes nur noch dann, wenn die Höhe der Vergütungen nicht zur Deckung des Lebensunterhaltes ausreicht. Die Zahlung einer Ausbildungsvergütung stellt aber keine Finanzierung der Ausbildung durch die Ausbildungseinrichtung dar, sondern Entgelt für Arbeitsleistung.

3.1.4 Objektförderung – Subjektförderung

Im Zusammenhang mit der öffentlichen Finanzierung werden teilweise die aus der staatlichen Wohnraumförderung stammenden Begriffe der Objekt- und Subjektförderung verwendet. Bei der Objektförderung handelt es sich um die Förderung der Einrichtungen z. B. durch Zuwendungen (Subventionen); bei der Subjektförderung werden Einzelpersonen in bestimmten Situationen finanziell unterstützt. Bezogen auf die Finanzierung der Berufsausbildung wäre die Subventionierung der Errichtung von privaten Ausbildungsstätten als Objektförderung, die Leistung von Studienförderung an Lernende als Subjektförderung zu bezeichnen.

137 Vgl. zu den Auswirkungen von Studiengebühren Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.), 2010.
138 Die Ausbildungsförderung nach dem BAföG unterscheidet zwischen den Mitteln für den Lebensunterhalt und den für die Ausbildung erforderlichen Mitteln (§§ 1, 11 Abs. 1 BAföG).
139 Vgl. § 17 BAföG.
140 Vgl. § 13a BAföG.

3.2 Zum Verständnis des Rechts der Berufsausbildungsfinanzierung von Gesundheitsberufen, insbesondere von den Heilberufen

Die Berufsausbildung bei den Gesundheitsberufen ist keinem einheitlichen System unterstellt. Deshalb gelten grundsätzlich die für alle Berufe geltenden rechtlichen Ordnungen für die Berufsausbildung. Nur für die Heilberufe existiert eine besondere rechtliche Gestaltung der Ausbildung in Form einer bundesgesetzlichen Ordnung der Ausbildung und Prüfung.[141]

Die *Finanzierung der Berufsausbildung* kann bundes- wie landesrechtlich geregelt sein. Dazu zählen auch die Vorschriften, die die Refinanzierung der Berufsausbildungskosten im Wege der Gestaltung der Vergütungen für Gesundheitsdienstleistungen regeln.

Für die *Vergütung von Auszubildenden* in der Berufsausbildung existieren einheitliche Regelungen nur für Ausbildungen im Rahmen des Berufsbildungsgesetzes (BBiG). Für Gesundheitsberufe kommt es darauf an, ob sie als staatlich anerkannte Ausbildungsberufe nach dem BBiG ausgestaltet sind, was zurzeit nur ausnahmsweise der Fall ist, oder ob die Ausbildung aufgrund anderer Regelungen stattfindet. Die Heilberufegesetze enthalten nur zum Teil Regelungen zur Ausbildungsvergütung bestimmter Gesundheitsberufe, so für die Kranken- und Altenpflegeberufe, die Hebammen und die Notfallsanitäter[142]. Die Kosten für die Ausbildungsvergütung können von den Ausbildungsträgern nach den Maßgaben des Krankenhausfinanzierungsrechts (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) und des Vergütungsrechts des SGB XI über die Leistungsvergütungen refinanziert werden.
Kern der hier aufgeworfenen Fragen ist das Problem der Ungleichbehandlung verschiedener Heilberufe bezüglich der Ausbildungsfinanzierung im Vergleich zwischen Kranken- und Altenpflegeberufen, Hebammen und Notfallsanitätern zu den anderen Heilberufen, z. B. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden.

3.3 Recht der Berufsausbildungsfinanzierung

3.3.1 Unionsrecht

Hier wird auf die allgemeinen Darstellungen verwiesen.[143]

141 S. dazu oben Teil II Abschnitt 2.1.1.
142 Im Folgenden wird auf die Finanzierungsproblematik bei den Rettungsassistenten/Rettungssanitätern wegen der Neuregelung im Notfallsanitätergesetz (NotSanG), das zum 1. Januar 2014 in Kraft tritt, nicht eingegangen; vgl. Art. 5 des Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften vom 22. Mai 2013, BGBl. I S. 1348.
143 S. etwa bei Luthe, 2003, S. 44ff.

3.3.2 Verfassungsrecht

Verfassungsrechtlich geht es um die Dimension einer staatlichen Verpflichtung zur Bereitstellung von Institutionen der beruflichen Ausbildung und ihrer Förderung und um die Dimension der Rechte der Lernenden auf individuelle Förderung und auf den Zugang zu den Bildungsinstitutionen. Schließlich kommt es auch darauf an, welche staatliche Ebene im Verhältnis von Bund und Ländern die Verpflichtung zur Bereitstellung von Bildungsinstitutionen und zur Förderung hat. Hier spielt auch die Verpflichtung zur Ersatzschulfinanzierung eine Rolle (vgl. Art. 7 Abs. 4 GG).[144] Trotz der staatlichen Verantwortung für das Bildungswesen kann aus dem Grundrecht der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) keine allgemeine Verpflichtung des Staates hergeleitet werden, für alle Berufe Berufsausbildungsinstitutionen bereitzustellen. Auch eine staatliche Verpflichtung zur individuellen Förderung jedweder Berufsausbildung kann in allgemeiner Form der Verfassung nicht entnommen werden.[145] Soweit Berufsausbildungsrechte in Länderverfassungen aufgeführt werden, sind diese nur für die jeweiligen Länder bindend. Allerdings haben solche Nennungen eher programmatischen Charakter. Verfassungsrechtlich anerkannt ist die gleichberechtigte Teilhabe am Zugang zu öffentlichen Bildungseinrichtungen.[146]

Das Bundesverfassungsgericht hat jüngst wieder festgestellt, dass aus diesem Teilhaberecht kein Anspruch auf Kostenfreiheit des Hochschulstudiums resultiert.[147] Diese für das Hochschulstudium getroffene Aussage gilt für alle Ausbildungsstätten, die die Berufsausbildung zum Gegenstand haben. Das Bundesverfassungsgericht hat das Teilhaberecht aus dem Grundrecht der freien Wahl der Ausbildungsstätte im Sinne der freien Berufswahl und aus dem Gleichheitssatz entwickelt. Diese Grundrechte in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip verpflichten den Gesetzgeber, den Zugang zu staatlich geschaffenen Ausbildungseinrichtungen nicht prohibitiv zu gestalten. Gebühren dürfen keine unüberwindliche soziale Barriere vor dem Hochschulzugang errichten.[148] Das Bundesverfassungsgericht führt hierzu im Einzelnen aus:[149]

144 Für die Schulen im Gesundheitswesen kommt es darauf an, ob der Landesgesetzgeber solche Schulen als öffentliche Schulen betreibt. Nur dann kann ein »Ersatz« durch Schulen in freier Trägerschaft möglich sein.
145 S. hierzu etwa Luthe, 2003, S. 37 ff.
146 Numerus-clausus-Entscheidung, BVerfGE 33, 303 (331 f.); BVerfGE 85, 36 (53); BVerfG, Beschl. vom 8. Mai 2013, Az.: 1 BvL 1/08, Absatz-Nr. 37 (zitiert nach bverfg.de).
147 BVerfG, Beschl. vom 8. Mai 2013, Az.: 1 BvL 1/08, Absatz-Nr. 39 (zitiert nach bverfg.de).
148 Wie Fn. 147, Absatz-Nr. 41.
149 Wie Fn. 147, Absatz-Nr. 43 f.

43
Verfassungsrechtlich geboten ist damit ein sozial verträgliches, also entweder ein grundsätzlich für alle finanziell tragbares oder aber ein um ein Ausbildungsförderungssystem ergänztes Ausbildungsangebot, das im Rahmen der staatlich geschaffenen Ausbildungskapazitäten allen entsprechend Qualifizierten ein Studium ermöglicht und den Zugang zum Studium insbesondere nicht von den Besitzverhältnissen der Eltern abhängig macht (vgl. BVerwGE 102, 142 <147>; 115, 32 <37>; 134, 1 <8>). Das Grundgesetz verbietet es, die nur begrenzt verfügbaren öffentlichen Mittel beim Hochschulzugang bevorzugt einem privilegierten Teil der Bevölkerung zu Gute kommen zu lassen (vgl. BVerfGE 33, 303 <334 f.>). Bei der Erhebung von Studiengebühren ist folglich den Belangen einkommensschwacher Bevölkerungskreise angemessen Rechnung zu tragen (vgl. BVerfGE 112, 226 <245>; BVerwGE 134, 1 <9 ff.>); entscheidend ist, wie schwer eine Gebührenlast unter den konkreten Bedingungen ihrer Ausgestaltung wiegt und ob sie im Ergebnis allen Betroffenen tatsächlich zumutbar ist. Der Gesetzgeber hat den Zugang zu Einrichtungen zur Ausübung grundrechtlicher Freiheit insgesamt so zu gestalten, dass die sozialen Gegensätze hinreichend ausgeglichen werden und soziale Durchlässigkeit gewährleistet wird (Rüfner, in: Bonner Kommentar, Bd. 1, Art. 3 Abs. 1 Rn. 63, Oktober 1992; s. a. Jarass, in: Jarass/Pieroth, GG, 12. Aufl. 2012, Art. 20 Rn. 119; Robbers, in: Bonner Kommentar, Bd. 5, Art. 20 Abs. 1 Rn. 1412, April 2009). Das Sozialstaatsprinzip verlangt darüber hinaus eine Ausgestaltung der Studiengebühren, die angemessen Rücksicht auf Belastungen Studierender nimmt, die aufgrund persönlicher Lebensumstände oder gesellschaftlicher Benachteiligung in ihrer persönlichen und sozialen Entfaltung behindert sind (vgl. BVerfGE 45, 376 <387>). Das gilt für Menschen mit Behinderungen (Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG) ebenso wie für Studierende mit Kindern oder Pflegeverantwortung in der Familie (Art. 6 Abs. 1 und 2 GG).

44
Wie der Gesetzgeber dem Verfassungsgebot zur sozialen Ausgestaltung allgemeiner Studiengebühren im Einzelnen Rechnung trägt, ist in weitem Umfang seiner freien Gestaltung überlassen. Er kann die von der Verfassung geforderte Chancengleichheit insbesondere durch die Höhe von Studiengebühren, durch Stipendien, spezielle Studienkredite und durch Härtefall- und Ausnahmeregelungen zu wahren suchen. Das Bundesverwaltungsgericht hat ausgeführt (BVerwGE 134, 1 <19 ff.>; BVerwG, Urteil vom 15. Dezember 2010 – BVerwG 6 C 9.09 –, juris, Rn. 32), dass bei der entsprechenden Ausgestaltung von Studiengebühren die völkerrechtlichen Anforderungen zu beachten sind, hier aus Art. 10 Nr. 4 Buchstabe a der Europäischen Sozialcharta vom 18. Oktober 1961 (ESC; in Kraft getreten am 26. Februar 1965, ETS Nr. 35, BGBl II S. 1122), aus Art. 13 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 13 Abs. 2 Buchstabe c IPwskR (vgl. auch UN Committee on Economic, Social

and Cultural Rights, The right to education (Art. 13), UN Doc. E/C.12/1999/10 vom 8. Dezember 1999, Z. 19 f. zu Art. 13 Abs. 2 Buchstabe c IPwskR) und aus Art. 2 ZP I EMRK in Verbindung mit Art. 14 EMRK. Dagegen ist von Verfassungs wegen nichts zu erinnern.

In der Kompetenzordnung des Grundgesetzes besteht für den Bund im Rahmen der Gesetzgebungskompetenz »Recht der Wirtschaft« (Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG) auch die Möglichkeit, die Berufsausbildung zu regeln, was vor allem mit dem Berufsbildungsgesetz und der Handwerksordnung geschehen ist.[150] Für die Zulassung zu den Heilberufen ist ebenfalls eine Gesetzgebungskompetenz gegeben (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Weiter besteht für den Bund eine Gesetzgebungskompetenz für die Regelung der Ausbildungsbeihilfen (Art. 74 Abs. 1 Nr. 13 GG), auf der das Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) und das Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz (AFBG)[151] beruht. Schließlich besteht im Rahmen der Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung und für das Recht der Arbeit (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) bei der Arbeitsförderung (SGB III) die Möglichkeit, Unterstützung bei berufsausbildenden Maßnahmen zu geben. Für die Refinanzierung von Ausbildungskosten bei Ausbildungsstätten der Krankenhäuser besteht die Gesetzgebungskompetenz im Rahmen der Krankenhausfinanzierung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 a GG).

Für das Schulwesen sind hingegen die Länder zuständig.

3.3.3 Einfachgesetzliche Regelungen

3.3.3.1 Staatliche Bereitstellung der Berufsausbildungsinstitutionen

Institutionen der hochschulischen Berufsausbildung werden als Hochschulen von den Ländern bereitgestellt (§ 1 Satz 1 Hochschulrahmengesetz – HRG). Der Bund stellt Hochschulen für die Bundeswehr und für den öffentlichen Dienst des Bundes bereit.

Für die Bereitstellung der schulischen Institutionen der Berufsausbildung (schulische Berufsbildung) sind die Länder verantwortlich. Bereitstellung der Berufsausbildungsinstitutionen bedeutet dabei auch die Übernahme der Finanzierung dieser Institutionen im Sinne einer staatlichen Finanzierung (vgl. für Hochschulen § 5 HRG).

150 Zu erwähnen sind auch die Zuständigkeiten der Industrie- und Handelskammern auf dem Gebiet der kaufmännischen und gewerblichen Berufsbildung, vgl. § 1 Abs. 2 des Gesetzes zur vorläuftigen Regelung des Rechts der Industrie- und Handelskammern (IHKG).

151 Gesetz zur Förderung der beruflichen Aufstiegsfortbildung (Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz – AFBG) vom 23.04.1996 in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2126).

Einen besonderen Fall staatlicher Unterstützung der Bereitstellung von Ausbildungseinrichtungen stellt die Förderung der mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten (staatlich anerkannte Einrichtungen an Krankenhäusern, vgl. § 2 Nr. 1a KHG) dar. Hier ist die Förderverpflichtung für die Investitionskosten bundesrechtlich vorgegeben (§ 4 Nr. 1 KHG); sie ist landesrechtlich umzusetzen (§ 11 KHG). Außerdem enthält das Krankenhausfinanzierungsgesetz bundesrechtlich vorgegebene Refinanzierungsvorschriften für die Ausbildungskosten (§ 17 a KHG).

3.3.3.2 Objektförderung

Die Länder können private Einrichtungen der Berufsausbildung fördern. Ersatzschulen sind finanziell zu fördern (vgl. Art. 7 Abs. 4 Satz 2 GG).[152]

Die Bundesagentur für Arbeit hat nur eine Zuständigkeit für die Zulassung von Trägern und Maßnahmen der Arbeitsförderung, nicht jedoch für deren Finanzierung im Sinne einer Objektförderung (vgl. §§ 176 ff. SGB III).

3.3.3.3 Subjektförderung

Die Förderung von Auszubildenden zur Berufsausbildung findet bundesrechtlich im Rahmen des Bundesausbildungsförderungsgesetzes (BAföG), des Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetzes (AFBG) und der Arbeitsförderung (SGB III) statt. Weiter sehen die Bundesländer Ausbildungsbeihilfen vor.[153]

Die Leistungen nach dem BAföG und nach dem AFBG (»Meister-BAföG«) dienen der Herstellung von Chancengleichheit, während die Leistungen nach dem SGB III der Veränderung der Qualifikationsstruktur dienen sollen, worunter ein Beitrag zur Gesellschafts-, Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik verstanden wird.[154]

3.3.3.3.1 Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)

Die Ausbildungsförderung nach dem BAföG wird nur in bestimmten Ausbildungsstätten gefördert (§ 2 BAföG). Dies sind:

> *§ 2 Ausbildungsstätten*
> *(1) Ausbildungsförderung wird geleistet für den Besuch von*
> *1. weiterführenden allgemeinbildenden Schulen und Berufsfachschulen, einschließlich der Klassen aller Formen der beruflichen Grundbildung, ab Klasse 10 sowie von Fach- und Fachoberschulklassen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung nicht voraussetzt, wenn der Auszubildende die Voraussetzungen des Absatzes 1 a erfüllt,*

152 S. oben Fn. 144.
153 Hierzu Hebeler, 2012, S. 1407.
154 Hebeler, 2012, S. 1381.

2. Berufsfachschulklassen und Fachschulklassen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung nicht voraussetzt, sofern sie in einem zumindest zweijährigen Bildungsgang einen berufsqualifizierenden Abschluss vermitteln,
3. Fach- und Fachoberschulklassen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung voraussetzt,
4. Abendhauptschulen, Berufsaufbauschulen, Abendrealschulen, Abendgymnasien und Kollegs,
5. Höheren Fachschulen und Akademien,
6. Hochschulen.
Maßgebend für die Zuordnung sind Art und Inhalt der Ausbildung. Ausbildungsförderung wird geleistet, wenn die Ausbildung an einer öffentlichen Einrichtung – mit Ausnahme nichtstaatlicher Hochschulen – oder einer genehmigten Ersatzschule durchgeführt wird.

In einer Verordnung über die Ausbildungsförderung für Medizinalfachberufe (MedizinalfachberufeV)[155] werden die Ausbildungsstätten, für die Ausbildung nach dem BAföG geleistet wird, aufgeführt (§ 1 Abs. 1 MedizinalfachberufeV):

1. Lehranstalten für Assistenten in der Zytologie,
2. Lehranstalten für ernährungsmedizinische Berater,
3. Lehranstalten für Gesundheitsaufseher,
4. Lehranstalten für Kardiotechniker,
5. Lehranstalten für medizinische Dokumentationsassistenten,
6. Lehranstalten für medizinische Fußpflege,
7. Lehranstalten für medizinische Sektions- und Präparationsassistenten,
8. Lehranstalten für pharmazeutisch-technische Assistenten,
9. Schulen für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten,
10. Schulen für Diätassistenten,
11. Schulen für Fachkrankenpflegepersonal,
12. Schulen für Krankenpflegehilfe,
13. Schulen für Lehrkräfte für Medizinalfachberufe,
14. Schulen für Logopäden,
15. Schulen für Masseure und medizinische Bademeister,
16. Schulen für Medizinalfachpersonen für leitende Funktionen,
17. Schulen für medizinische Dokumentare,
18. Schulen für Orthoptisten,
19. Schulen für Physiotherapeuten,
20. Schulen für Rettungsassistenten,
21. Schulen für Sprachtherapeuten,

155 Vom 25.05.1995, BGBl. I S. 768.

22. Schulen für technische Assistenten in der Medizin (Zweige Laboratoriumsmedizin, Radiologie, Funktionsdiagnostik und Veterinärmedizin),
23. Hebammenschulen,
24. Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegeschulen,
25. Pflegevorschulen.

Ausbildungsförderung wird nur geleistet, wenn die Ausbildung an einer durch die zuständige Landesbehörde als zur Ausbildung geeignet staatlich anerkannten oder ermächtigten Ausbildungsstätte durchgeführt wird (§ 1 Abs. 2 MedizinalfachberufeV). Die förderungsrechtliche Stellung der Auszubildenden ist so bestimmt, dass die Auszubildenden an den in § 1 Abs. 1 Nr. 2, 4, 11, 13, 16, 17 und 21 bezeichneten Ausbildungsstätten Ausbildungsförderung erhalten wie Schüler an Fachschulen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung voraussetzt, im Übrigen wie Schüler von Berufsfachschulen (§ 2 MedizinalfachberufeV).

Leistungen nach dem BAföG werden grundsätzlich nur für eine Erstausbildung gewährt. Eine Zweitausbildung wird unter folgenden Voraussetzungen unterstützt (§ 7 Abs. 2 BAföG):

(2) Für eine einzige weitere Ausbildung wird Ausbildungsförderung längstens bis zu einem berufsqualifizierenden Abschluss geleistet,
1. (weggefallen)
2. wenn sie eine Hochschulausbildung oder eine dieser nach Landesrecht gleichgestellte Ausbildung insoweit ergänzt, als dies für die Aufnahme des angestrebten Berufs rechtlich erforderlich ist,
3. wenn im Zusammenhang mit der vorhergehenden Ausbildung der Zugang zu ihr eröffnet worden ist, sie in sich selbständig ist und in derselben Richtung fachlich weiterführt,
4. wenn der Auszubildende
a) eine Fachoberschulklasse, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung voraussetzt, eine Abendhauptschule, eine Berufsaufbauschule, eine Abendrealschule, ein Abendgymnasium oder ein Kolleg besucht oder
b) die Zugangsvoraussetzungen für die zu fördernde weitere Ausbildung an einer der in Buchstabe a genannten Ausbildungsstätten erworben hat, auch durch eine Nichtschülerprüfung oder eine Zugangsprüfung zu einer Hochschule, oder
5. wenn der Auszubildende als erste berufsbildende eine zumindest dreijährige Ausbildung an einer Berufsfachschule oder in einer Fachschulklasse, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung nicht voraussetzt, abgeschlossen hat.
Im Übrigen wird Ausbildungsförderung für eine einzige weitere Ausbildung nur geleistet, wenn die besonderen Umstände des Einzelfalles, insbesondere das angestrebte Ausbildungsziel, dies erfordern.
Auch ein Master- oder Magisterstudiengang wird unterstützt (§ 7 Abs. 1 a BAföG).

3.3.3.3.2 Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz (AFBG)

Mit dem AFBG soll der berufliche Aufstieg von Handwerkern und anderen Fachkräften gefördert werden. Nach dem AFBG werden Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Maßnahmen der beruflichen Aufstiegsfortbildung durch Beiträge zu den Kosten der Maßnahme und zum Lebensunterhalt finanziell unterstützt. Leistungen zum Lebensunterhalt werden gewährt, soweit die dafür erforderlichen Mittel anderweitig nicht zur Verfügung stehen (§ 1 AFBG). Anforderungen an Maßnahmen beruflicher Aufstiegsfortbildung sind (§ 2 Abs. 1 AFBG):

(1) Förderfähig ist die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen öffentlicher und privater Träger, die
1. einen Abschluss in einem nach § 4 des Berufsbildungsgesetzes oder nach § 25 der Handwerksordnung anerkannten Ausbildungsberuf, einen vergleichbaren bundes- oder landesrechtlich geregelten Berufsabschluss oder eine diesen Berufsabschlüssen entsprechende berufliche Qualifikation voraussetzen und
2. in einer fachlichen Richtung gezielt vorbereiten auf (Fortbildungsziel)
a) Fortbildungsabschlüsse zu öffentlich-rechtlich geregelten Prüfungen auf der Grundlage der §§ 53 und 54 des Berufsbildungsgesetzes oder der §§ 42, 42 a, 45, 51 a und 122 der Handwerksordnung,
b) gleichwertige Fortbildungsabschlüsse nach bundes- oder landesrechtlichen Regelungen oder
c) gleichwertige Fortbildungsabschlüsse an anerkannten Ergänzungsschulen auf der Grundlage staatlich genehmigter Prüfungsordnungen.
Liegen keine bundes- oder landesrechtlichen Regelungen vor, ist auch die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen förderfähig, die auf gleichwertige Fortbildungsabschlüsse nach den Weiterbildungsempfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft vorbereiten.

3.3.3.3.3 Arbeitsförderung (SGB III)

Im Recht der Arbeitsförderung (SGB III) sind im Kapitel »Aktive Arbeitsförderung« eine Reihe von Fördermaßnahmen zur Berufsausbildung und beruflichen Weiterbildung enthalten.[156]

156 Hierzu im Einzelnen Bieback, 2012, S. 1044 ff.

Voraussetzungen für den Bezug der Berufsausbildungsbeihilfe sind (§ 56 SGB III):

§ 56 Berufsausbildungsbeihilfe
(1) Auszubildende haben Anspruch auf Berufsausbildungsbeihilfe während einer Berufsausbildung, wenn
1. die Berufsausbildung förderungsfähig ist,
2. sie zum förderungsfähigen Personenkreis gehören und die sonstigen persönlichen Voraussetzungen für eine Förderung erfüllt sind und
3. ihnen die erforderlichen Mittel zur Deckung des Bedarfs für den Lebensunterhalt, die Fahrkosten und die sonstigen Aufwendungen (Gesamtbedarf) nicht anderweitig zur Verfügung stehen.
(2) Auszubildende haben Anspruch auf Berufsausbildungsbeihilfe während einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme nach § 51.

Förderungsfähige Berufsausbildungen sind (§ 57 SGB III):

§ 57 Förderungsfähige Berufsausbildung
(1) Eine Berufsausbildung ist förderungsfähig, wenn sie in einem nach dem Berufsbildungsgesetz, der Handwerksordnung oder dem Seemannsgesetz staatlich anerkannten Ausbildungsberuf betrieblich oder außerbetrieblich oder nach dem Altenpflegegesetz betrieblich durchgeführt wird und der dafür vorgeschriebene Berufsausbildungsvertrag abgeschlossen worden ist.
(2) Förderungsfähig ist die erste Berufsausbildung. Eine zweite Berufsausbildung kann gefördert werden, wenn zu erwarten ist, dass eine berufliche Eingliederung dauerhaft auf andere Weise nicht erreicht werden kann und durch die zweite Berufsausbildung die berufliche Eingliederung erreicht wird.
(3) Nach der vorzeitigen Lösung eines Berufsausbildungsverhältnisses darf erneut gefördert werden, wenn für die Lösung ein berechtigter Grund bestand.

3.3.3.4 Ausbildungsvergütung in der dualen Ausbildung (BBiG)

Bei einer Ausbildung nach dem BBiG ist ein Berufsausbildungsvertrag abzuschließen (§ 10 Abs. 1 BBiG). Dieser ist einem Arbeitsvertrag ähnlich (vgl. § 10 Abs. 2 BBiG). Dem Auszubildenden ist eine angemessene Vergütung zu gewähren (§ 17 Abs. 1 BBiG). Nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichtes kommen der Ausbildungsvergütung drei Funktionen zu: Sie soll zum einen dem Auszubildenden bzw. seinen Eltern zur Durchführung der Berufsausbildung eine finanzielle Hilfe sein, zum anderen die Heranbildung eines ausreichenden Nachwuchses an qualifizierten Fachkräften gewährleisten und schließlich eine Entlohnung darstellen.[157]

157 BAG, Urt. vom 25.07.2002, Az.: 6 AZR 311/00, Rn. 15 (zitiert nach juris.de); zur Ausbildungsvergütung bei Krankenpflegern BAG, Urt. vom 19.02.2008, Az.: 9 AZR 1091/06, Rn. 18 (zitiert nach juris.de).

3.4 Finanzierung der Berufsausbildung von Gesundheitsberufen

3.4.1 Berufe ohne spezielle Ausbildungsfinanzierung

Gesundheitsberufe genießen bundesrechtlich bis auf die speziellen Ausbildungsförderungsmaßnahmen für die Altenpflege nach dem SGB III[158] und die Berufe mit Ausbildungsvergütungen[159] keine besondere Unterstützung der Ausbildung, die über die allgemeinen Förderungen nach dem BAföG, dem AFBG und dem SGB III hinausgehen.[160]

Bei den Ausbildungsförderungsmaßnahmen für die anderen als ärztlichen Heilberufe – außer jetzt für die Altenpflege – besteht das Problem in der speziellen Ausgestaltung einer dreijährigen Berufsausbildung, die nicht zu verkürzen ist, während die Dauer einer Vollzeitmaßnahme der beruflichen Weiterbildung um mindestens ein Drittel zu verkürzen ist (§ 180 Abs. 4 Satz 2 SGB III).

3.4.2 Berufe mit spezieller Ausbildungsförderung

Für die Altenpflege sind im SGB III spezielle Ausbildungsförderungsmaßnahmen vorgesehen, so bei der Einstiegsqualifizierung (§ 54a Abs. 2 Nr. 2 SGB III) und der beruflichen Weiterbildung (§ 131 b iVm § 180 Abs. 4 SGB III). Berufsausbildungsbeihilfe kann bei betrieblicher Durchführung der Ausbildung bezogen werden (§§ 56 Abs. 1 Nr. 1, 57 Abs. 1 SGB III).[161]

3.4.3 Berufe mit Ausbildungsvergütung

Für die Ausbildung in den Berufen der Altenpflege, Krankenpflege, Hebammen und Notfallsanitäter sind Ausbildungsverträge zu schließen, die auch Regelungen über dieVergütung enthalten müssen (§§ 13, 17 AltPflG; §§ 11, 15 HebG; §§ 9, 12 KrPflG, §§ 12, 15 NotSanG). Die Anwendung des BBiG ist für diese Ausbildungen ausgeschlossen (§ 18 AltPflG; § 26 HebG; § 22 KrPflG; § 21 NotSanG).[162] Bei Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 KrPflG und § 4 Abs. 7 AltPflG (Modellvorhaben im Sinne von § 63 Abs. 3c SGB V) finden die Regelungen über das Ausbildungsverhältnis keine Anwendung (§ 4 Abs. 7 Satz 7 AltPflG; § 18a KrPflG). Für Modellvorhaben nach § 4 Abs. 6 KrPflG und § 4 Abs. 6 AltPflG gilt dies hingegen nicht.

158 S. unten Teil II Abschnitt 3.4.2.
159 S. unten Teil II Abschnitt 3.4.3.
160 S. oben Teil II Abschnitt 3.3.3.3.
161 Diese Regelungen wurden mit dem Gesetz zur Stärkung der beruflichen Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege (vom 13. März 2013, BGBl. I S. 446) eingeführt. Die Bundesregierung hat unter Federführung des BMFSFJ und unter Beteiligung des BMAS, BMG und BMBF im Frühjahr 2011 eine Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege mit dem Ziel gestartet, die Kräfte aller Verantwortlichen im Bereich der Altenpflege in einer gemeinsamen Initiative zu bündeln und konkrete Maßnahmen zur Stärkung der beruflichen Aus- und Weiterbildung und zur Erhöhung der Attraktivität des Berufs- und Beschäftigungsfeldes Altenpflege zu vereinbaren, s. dazu Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2013 S. 83 f. Einzelheiten und Vereinbarungstext unter www.altenpflegeausbildung.net/ausbildungsoffensive.html (Zugriff am 20.05.2013).
162 Die entsprechenden Regelungen in den Heilberufegesetzen zum Ausbildungsverhältnis und zur Ausbildungsvergütung sind den Regelungen des BBiG nachgebildet.

3.4.4 Vergütung im Rahmen des praktischen Teils einer Ausbildung

Besondere Fragen wirft die Vergütung im Rahmen des praktischen Teils einer Ausbildung auf, wenn dies nicht ausdrücklich gesetzlich geregelt und der Rückgriff auf die Entgeltvorschriften des BBiG gesetzlich ausgeschlossen ist. Es handelt sich hier um eine arbeitsrechtliche Frage bei der Abgrenzung eines Arbeitsverhältnisses von einem Praktikantenverhältnis. Dabei kommt es wesentlich darauf an, ob beim praktischen Teil einer Ausbildung der Ausbildungszweck im Vordergrund steht. Ein Arbeitsverhältnis ist zu verneinen, wenn bei einer Gegenüberstellung der Anteile »Ausbildungszweck« und »für den Betrieb erbrachte Leistungen und Arbeitsergebnisse« das Erlernen praktischer Kenntnisse und Erfahrungen deutlich überwiegt.[163] Aus jüngerer Zeit ist hier Rechtsprechung zur praktischen Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten zu verzeichnen. Hier findet ein Teil der praktischen Tätigkeit an einer psychiatrischen klinischen Einrichtung statt (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 PsychTh-APrV).[164] Die Rechtsprechung hat in zwei Fällen anhand der konkreten Umstände ein Arbeitsverhältnis angenommen und einen Entgeltanspruch bejaht.[165]

In den Fällen der praktischen Ausbildung, bei denen ein Entgelt für die praktische Tätigkeit gesetzlich nicht geregelt und für die die Anwendung des BBiG ausgeschlossen ist, muss daher gemäß den Umständen des Einzelfalles entschieden werden, ob der Ausbildungszweck oder arbeitsvertragliche Elemente überwiegen. Hier ist auch darauf hinzuweisen, dass Ärzten, die ein Praktisches Jahr absolvieren, Geld- und Sachleistungen gewährt werden können. Diese dürfen aber bestimmte BAföG-Sätze nicht übersteigen.[166]

3.4.5 Refinanzierung der Ausbildungskosten

Die Kosten für die *Ausbildungsvergütung* in der Altenpflege und Altenpflegehilfe werden zum Teil landesrechtlich über eine Umlage finanziert. Sie können in der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen nach SGB XI berücksichtigt werden (§ 82a SGB XI; § 24 AltPflG).

163 So Arbeitsgericht Hamburg, Urt. Vom 16.10.2012, Az.: 21 Ca 43/12, Rn. 39 (zitiert nach juris.de).

164 Das Klinikjahr für Ärzte (praktisches Studienjahr) ist Teil des Studiums. Das Bundesarbeitsgericht hat die Klage eines Studenten der Medizin auf eine angemessene Vergütung für die Dauer des praktischen Studienjahres deshalb abgewiesen, BAG, Urt. vom 25.03.1981, Az.: 5 AZR 353/79.

165 Arbeitsgericht Hamburg (wie Fn. 163); Landesarbeitsgericht Hamm, Urt. vom 29.11.2012, Az.: 11 Sa 74/12 (zitiert nach juris.de).

166 § 3 Abs. 4 Satz 7 ÄApprO: »Die Gewährung von Geld- oder Sachleistungen, die den Bedarf für Auszubildende nach § 13 Absatz 1 Nummer 2 und Absatz 2 Nummer 2 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes übersteigen, ist nicht zulässig.«

Ausbildungskosten, die in den mit Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten entstehen, werden durch Ausbildungszuschläge je voll- und teilstationärem Fall finanziert (§§ 17 a, 17 b Abs. 1 Satz 3 KHG). Dies gilt für die Ausbildung in den folgenden Berufen (§ 2 Nr. 1 a KHG): Ergotherapeut, Diätassistent, Hebamme/Entbindungspfleger, Krankengymnast, Physiotherapeut, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelfer, medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent, medizinisch-technischer Radiologieassistent, Logopäde, Orthoptist, medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik. Auch bei der Investitionsförderung durch die Länder sind Ausbildungskosten der Krankenhäuser zu berücksichtigen (§ 11 KHG). Bei ausbildenden Krankenhäuser wird ein Ausbildungsbudget vereinbart, mit dem die Ausbildungskosten finanziert werden (§ 17 a Abs. 3 KHG).

Mit einem Ausgleichsfonds, in den alle Krankenhäuser einzahlen, soll eine Benachteiligung ausbildender Krankenhäuser vermieden werden (§ 17 a Abs. 5 Satz 1 KHG). Die ausbildenden Krankenhäuser erhalten aus dem Ausbildungsfonds den ausbildungskostenbedingten Ausgleich (§ 17 a Abs. 5 Satz 5 KHG). Aus dem Ausbildungsfonds werden sämtliche Ausbildungskosten – außer Investitionskosten – bestritten.

Nehmen Krankenhäuser nicht an der Ausbildung teil, müssen sie einen Ausbildungszuschlag erheben, der den Patienten oder deren Sozialleistungsträger in Rechnung zu stellen ist (§ 17 a Abs. 6 Satz 1 KHG). Ausbildende Krankenhäuser erheben ebenfalls den Ausbildungszuschlag (§ 17 a Abs. 6 Satz 2 KHG). Damit ist gewährleistet, dass ausbildende Krankenhäuser im Wettbewerb nicht benachteiligt werden. Bisher sind noch nicht in allen Bundesländern Ausbildungsfonds eingerichtet.

3.4.6 Schulgelderhebung – Schulgeldgestaltung

Die Erhebung von Schulgeld im Rahmen eines Ausbildungsverhältnisses bei staatlichen Ausbildungseinrichtungen wie bei Einrichtungen in freier Trägerschaft kann in drei Richtungen problematisch sein:

:: Höhe des Schulgelds – Sonderungsverbot;
:: Forderung von Schulgeld bei Refinanzierung durch den Ausbildungsfonds;
:: Forderung von Schulgeld trotz Inanspruchnahme der Lernenden bei vergütungsrelevanten Leistungen (= teilweise Abgeltung der Ausbildungskosten im Rahmen der Leistungsentgelte).

Während in öffentlichen Schulen grundsätzlich kein Schulgeld erhoben wird, können Schulen in freier Trägerschaft (Privatschulen) Schulgeld verlangen. Privatschulen werden nur dann staatlich gefördert, wenn sie als Ersatzschulen fungieren (vgl. Art. 7 Abs. 4 GG). Bei der Schulgelderhebung sind zwei Problemkreise hervorzuheben: die Schulgelderhebung bei Refinanzierung durch Bezug von Leistungen aus dem Ausbildungsfonds und das Sonderungsverbot.

3.4.6.1 Schulgelderhebung und Höhe des Schulgeldes bei Bezug von Leistungen aus dem Ausbildungsfonds

Ein besonderes Problem ist bei folgender Situation gegeben: Bei den anderen als ärztlichen Heilberufen, für die während der Ausbildung keine Ausbildungsvergütung zu entrichten ist und für die von den Schulen Schulgeld erhoben wird, werden die Kosten für die Ausbildung krankenhausfinanzierungsrechtlich im Rahmen des § 17 a KHG refinanziert. Dies erscheint insofern als fragwürdig, da die Ausbildungskosten – zumindest in gewissem Ausmaß – zweimal finanziert werden, so durch Schulgelderhebung und Refinanzierung durch den Ausgleichsfonds. Hier empfiehlt es sich, finanzierungsrechtlich Klarheit zu schaffen.

3.4.6.2 Sonderungsverbot

Die Erhebung des Schulgeldes darf nicht zu einer Sonderung der Schüler nach den Besitzverhältnissen der Eltern führen (Sonderungsverbot).[167] Die Höhe des Schulgeldes ist strittig.[168] Hier ist auf eine Klärung durch die Rechtsprechung zu setzen. Insbesondere geht es hierbei darum, ob das Sonderungsverbot durch eine Staffelung des Schulgeldes gemäß dem Einkommen der Unterhaltsverpflichteten respektiert werden kann. Beispiele für eine solche Staffelung sind z. B. bei Gebühren von Kindergärten und vergleichbaren Einrichtungen bekannt.

3.4.7 Duale Hochschulausbildung – Modellvorhaben

In der dualen Hochschulausbildung[169] kann es vorkommen, dass die praktische Ausbildung an beteiligten Ausbildungsstätten stattfindet, die Gesundheitssozialleistungen erbringen, bei deren Leistungserbringung die Studierenden mitwirken und die Ausbildungsstätten für diese Leistungen Leistungsvergütungen erhalten, wie dies bereits bei Modellversuchen nach § 4 Abs. 6 KrPflG der Fall ist. Auch hier stellt sich neben der Frage nach der Leistungsentgeltung der Studierenden die

167 Hierzu Rechnungshof Baden-Württemberg, 2012, S. 130f.

168 In Baden-Württemberg hat der Verwaltungsgerichtshof zunächst eine Obergrenze von 70 Euro festgelegt, während die Verwaltung bis zu 150 Euro für statthaft hielt, s. dazu Rechnungshof Baden-Württemberg, 2012 S. 130). In einem weiteren Verfahren hat der VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 11.04.1013, Az.: 9 S 233/12 (zitiert nach juris.de), ein Staffelmodell befürwortet, s. hierzu auch BVerwG, Urt. vom 21.12.2011, Az.: 6 C 18/10 (zitiert nach juris.de).

169 S. § 2 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 Landeshochschulgesetz Baden-Württemberg.

Frage, wie sich die Finanzierung zwischen der Hochschule und den beteiligten Ausbildungsstätten gestaltet.

3.5 Änderungsbedarfe

3.5.1 Mögliche Verantwortlichkeiten für die Bereitstellung von Ausbildungseinrichtungen

Bei der Diskussion über die Ausbildungsfinanzierung für Gesundheitsberufe, insbesondere für Heilberufe, ist stets zu berücksichtigen, dass eine maßgeblich die Finanzierungskonstellationen prägende Weichenstellung gegeben ist, wenn die Ausbildung staatlicherseits und ohne Erhebung von Schulgeld oder Studiengebühren durch staatliche Schulen und Hochschulen angeboten wird. In diesem Fall reduziert sich die Finanzierungsproblematik auf die Finanzierung des Lebensunterhaltes des Auszubildenden. Eine weitere maßgebliche Weichenstellung ergibt sich aus der Gestaltung des Ausbildungsverhältnisses selbst. Hier geht es um die Frage, ob eine Ausbildungsvergütung gezahlt wird. Ist beides nicht der Fall, kumulieren sich die Probleme Ausbildungsfinanzierung.

Es kann im Folgenden nicht der Frage vertieft nachgegangen werden, ob und inwieweit verfassungsrechtlich eine gesteigerte staatliche Verantwortung zur Bereitstellung von gebührenfreien öffentlichen Ausbildungsangeboten gerade für die Heilberufe einzufordern ist. Hierfür spricht allerdings viel. Nicht zuletzt könnten hier Vergleiche zwischen der (für die Studierenden) kostenlosen Hochschulausbildung in den akademischen Heilberufen und den für die Studierenden in den bisher nicht akademischen Heilberufen grundsätzlich möglichen Ausbildungen an staatlich anerkannten privaten Bildungseinrichtungen mit Gebührenerhebung angestellt werden. Daraus könnte auch die Frage abgeleitet werden, ob eine solche unterschiedliche Behandlung bei den Heilberufen mit dem Gleichbehandlungsgebot im Zusammenhang mit der Berufsfreiheit gerechtfertigt ist (Art. 3 Abs. 1, Art. 12 Abs. 1 GG). Noch wichtiger scheint aber die Überlegung zu sein, ob eine solche unterschiedliche Behandlung bei der heilberuflichen Ausbildung unter gesundheitsversorgungspolitischen Aspekten sinnvoll ist.

Die Frage nach der staatlichen Verantwortung für die Bereitstellung von Ausbildungseinrichtungen erhält einen besonderen Akzent durch eine Entwicklung, die mit der Einführung der Fallpauschalen und der damit verkürzten Verweildauer von Patienten in Krankenhäusern zu tun hat. Dem Vernehmen nach sollen Veränderungen in der Struktur der Angebote an Ausbildungsstätten der Krankenhäuser zu verzeichnen sein, weil durch die Verweildauerverkürzung Patienten früher in Rehabilitationseinrichtungen verlegt werden. Dadurch nimmt der Einsatz von Physio- und Ergotherapeuten in Krankenhäusern ab, wodurch sich die Ausbildungsmöglichkeiten für diese Berufe an Krankenhäusern verringern sollen. Ob

und inwieweit hier die staatliche Förderung von Ausbildungseinrichtungen Abhilfe schaffen kann, kann hier nicht beurteilt werden. Jedoch sollte diese Entwicklung im Auge behalten werden.

Eine weitere Frage ist, ob und inwieweit der ambulante Sektor verstärkt an der Ausbildung von anderen als ärztlichen Heilberufen beteiligt werden kann und ob ggf. auch die Kassenärztlichen Vereinigungen hier Aufgaben wahrnehmen können. Dies ist bisher nicht der Fall.

3.5.2 Ausbildungsfinanzierung im Geflecht von Heilberuferecht, Krankenhausfinanzierungsrecht, Ausbildungsförderungsrecht und Schul- und Hochschulrecht der Länder

Für die Gestaltung der Finanzierung der heilberuflichen Ausbildung ist auf Bundesebene das Heilberuferecht und das Ausbildungsförderungsrecht und auf Länderebene das Schul- und Hochschulrecht zu berücksichtigen. Auf Bundes- wie auf Länderebene wirkt das Krankenhausfinanzierungsrecht, das zwar bundesrechtlich verankert ist, aber auf Länderebene implementiert wird. Aufgrund der länderspezifischen Besonderheiten des Schul- und Hochschulwesens können im Folgenden nur allgemeine Hinweise für die Gestaltung der Ausbildungsfinanzierung bei den Heilberufen gegeben werden. Im Vordergrund steht dabei die finanzielle Situation der Lernenden (Schüler/Studierende/Auszubildende), nicht die jeweilige Verantwortung von öffentlichen Haushalten auf dem Gebiet des Bildungswesens.

3.5.3 Besondere Ausbildungsförderungen für weitere Gesundheitsberufe?

Es erhebt sich die Frage, ob diejenigen gesundheitsdienstleistenden Berufe, für die besondere Förderungen der Berufsausbildung nicht vorgesehen sind, über die allgemeinen Möglichkeiten des BAföG, des ABFG und des SGB III hinaus in den Genuss besonderer Förderungen kommen sollen. Dies könnte analog zu den jüngst mit dem Gesetz zur Stärkung der beruflichen Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege[170] getroffenen Maßnahmen geregelt werden. Diese gesetzgeberische Ungleichbehandlung rechtfertigt sich sachlich aus der besonderen Situation der Personal- und Qualifizierungsproblematik in der Altenpflege.[171]

170 S. Fn. 161.

171 S. hier auch die Ausführungen in der Gesetzesbegründung, Deutscher Bundestag, Drucksache 17/12179, S. 1, 4.

Eine besondere Verpflichtung des Gesetzgebers, für alle oder bestimmte andere Gesundheitsberufe ebenfalls in dieser Weise tätig zu werden, ist nicht erkennbar.[172] Das Instrumentarium des SGB III hat arbeitsmarktpolitische Funktionen, z. B. bei der Bewältigung von Mangelsituationen in bestimmten Berufen. Auch wenn die arbeitsmarktpolitischen Instrumente bei der Fort- und Weiterbildung ansetzen, darf die primäre Zielsetzung dieses Instrumentariums nicht in den Hintergrund treten.

3.5.4 Ausbildungsvergütung im Rahmen eines Ausbildungsverhältnisses für alle Heilberufe?

Ein grundlegendes Problem der Ausbildungsfinanzierung liegt nach wie vor in der Zahlung einer Ausbildungsvergütung im Rahmen eines Ausbildungsverhältnisses für diejenigen Heilberufe, für die bisher keine gesetzliche Regelung zur Zahlung einer Ausbildungsvergütung besteht.[173] Hier ist die Frage zu stellen, ob für die Ausbildung in den bisher nicht erfassten Gesundheitsberufen Ausbildungsvergütungen entrichtet werden müssen. In diesem Zusammenhang ist Folgendes zu klären:

:: Ist eine Gleichstellung mit der Ausbildung in Gesundheitsberufen, bei denen Ausbildungsvergütung entrichtet wird, verfassungsrechtlich geboten?
:: Sind als Regelungsort die einschlägigen Heilberufegesetze zu favorisieren oder empfehlen sich Regelungen gemäß dem BBiG?
:: Wie soll sich die Refinanzierung in den Vergütungen der Leistungserbringer gestalten?
:: Wie stellt sich die Situation außerhalb von Krankenhäusern dar, wenn in der praktischen Ausbildung die Leistungen der Auszubildenden in den Leistungsvergütungen abgerechnet werden?

3.5.4.1 Verfassungsrechtliche Gebotenheit?

Eine Einführung von Ausbildungsvergütungen für alle Gesundheitsberufe könnte unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung mit den Auszubildenden in den Berufen, in denen ein Ausbildungsverhältnis besteht (Alten- und Krankenpflege, Hebammenausbildung, künftig Notfallsanitäterausbildung), verfassungsrechtlich geboten sein (Art. 3 Abs. 1 GG). Hier kommt es bei der gegenwärtigen Ungleichbehandlung der anderen als ärztlichen Heilberufe auf die sachliche Rechtfertigung dieser gesetzgeberischen Ungleichbehandlung an. Eine sachliche Rechtfertigung einer Ungleichbehandlung in der Gestaltung des Ausbildungsverhältnisses könn-

172 S. zur Ausbildungssituation in den Gesundheitsfachberufen Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2013, S. 49ff.

173 Das gilt z. B. auch für die OTA/ATA. Ein Beispiel für die Zahlung einer Ausbildungsvergütung für diese Berufe ohne gesetzliche Verpflichtung liefert der Kooperationsvertrag der OTA-Schule (AUGUSTA AKADEMIE), Bochum, mit den beteiligten Krankenhäusern. Die Ausbildungsvergütung wird von der OTA-Schule gezahlt und den beteiligten Krankenhäusern in Rechnung gestellt.

te zwar in den unterschiedlichen Versorgungsnotwendigkeiten und den daraus resultierenden Personalbedarfen gesehen werden. Trotzdem ist eine nur schwer nachvollziehbare Ungleichbehandlung festzustellen. Deswegen wäre dem Gesetzgeber auch ohne Konstruktion einer verfassungsrechtlichen Verpflichtung anzuraten, für alle dual ausgebildeten Heilberufe Gleichbehandlung bei der Zahlung einer Ausbildungsvergütung zu schaffen. Dies müsste auch für Heilberufe gelten, die landesrechtlich geregelt sind.

Eine weitere Frage ist, ob Gründe des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG) für eine gesetzgeberische Verpflichtung angeführt werden können, das Ausbildungsverhältnis so zu gestalten, dass eine Ausbildungsvergütung zu zahlen ist. Bei einem solchen Begründungsansatz müsste allerdings eine Verbindung der Entrichtung einer Ausbildungsvergütung mit dem Gesundheitsschutz der Bevölkerung hergestellt werden können. Dies ist aber nur unter der Annahme möglich, dass die Entrichtung einer Ausbildungsvergütung im Rahmen eines Ausbildungsverhältnisses zur Attraktivität des Berufes und insofern zur Bereithaltung des erforderlichen Gesundheitspersonals beiträgt. Selbst wenn man diese Annahme zugrunde legen würde, müsste dennoch dem Gesetzgeber ein Beurteilungsspielraum in der Einschätzung dieser Frage eingeräumt werden.

Insgesamt sprechen vor allem Gründe der Gleichbehandlung für die Schaffung eines Anspruchs auf Ausbildungvergütung. Damit würde auch eine Gleichbehandlung im Vergleich mit den Ausbildungsberufen nach dem Berufsbildungsgesetz hergestellt werden. Immerhin wäre bei entsprechender gesetzlicher Regelung zur Ausbildungsvergütung in dieser Hinsicht einer der letzten weißen Flecke auf der Landkarte der dualen Berufsausbildung getilgt.

3.5.4.2 Regelungsorte

Als Orte für die gesetzliche Regelung eines Ausbildungsverhältnisses mit der Verpflichtung zur Zahlung einer Ausbildungsvergütung kommen die Heilberufegesetze in Frage. Damit kommt auch die besondere gesetzgeberische Verantwortung für die Heilberufe zum Ausdruck. Für andere Gesundheitsberufe, soweit es sich nicht um Heilberufe handelt, könnte dies auch die Regelung im Rahmen des BBiG sein, wenn ein staatlich anerkannter Ausbildungsberuf vorliegt.

3.5.4.3 Refinanzierung bei Ausbildung im Krankenhaus

Da für die Ausbildung in Ausbildungsstätten der Krankenhäuser für die in § 2 Nr. 1 a KHG aufgeführten Berufe bereits eine Refinanzierungsregelung in § 17 a KHG gefunden worden ist, bedürfte es keiner Neuregelung.[174] In dieser Vorschrift wird allgemein von der Refinanzierbarkeit von Ausbildungsvergütungen gesprochen. Eine Beschränkung auf Ausbildungsvergütungen, die heilberufegesetzlich vorgesehen sind, ist dem Gesetzestext nicht zu entnehmen.

3.5.4.4 Ausbildungsvergütung bei Abrechnung über Leistungsvergütungen außerhalb von Krankenhäusern?

Bei medizinischen Einrichtungen, z. B. Einrichtungen der Rehabilitation, bei denen die praktische Ausbildung von Gesundheitsberufen absolviert wird und die die Leistungen der Auszubildenden mit in der Leistungsvergütung geltend machen, könnte man die Forderung nach Zahlung einer entsprechenden Ausbildungsvergütung für den Teil der praktischen Ausbildung erheben. Auch hier müsste eine Refinanzierungsmöglichkeit etwa durch Zuschläge zu den Vergütungen eingerichtet werden.

3.5.5 Schulgeld

Es hat sich gezeigt, dass die Erhebung von Schulgeld im Rahmen eines Ausbildungsverhältnisses bei staatlichen Ausbildungseinrichtungen wie bei Einrichtungen in freier Trägerschaft problematisch sein kann. Dies betrifft die Höhe des Schulgelds, die Forderung von Schulgeld bei Refinanzierungsmöglichkeit und die Forderung von Schulgeld trotz Inanspruchnahme der Schüler für vergütungsrelevante Leistungen. Zurzeit wird dem Vernehmen nach auch die Statthaftigkeit der Erhebung von Schulgeld im Rahmen von Ausbildungsverhältnissen, die krankenhausfinanzierungsrechtlich refinanziert werden, diskutiert. Für die Ausbildung der Notfallsanitäter hat der Gesetzgeber jetzt die Zahlung von Schulgeld im Rahmen eines Ausbildungsverhältnisses untersagt (vgl. § 20 Abs. 3 Nr. 1 NotSanG).

Zur Höhe von Studiengebühren und zur Gestaltung des Sonderungsverbotes existiert mittlerweile einschlägige verfassungs- und verwaltungsgerichtliche Rechtsprechung, die zum Teil noch nicht umgesetzt ist.

174 S. die Bestandsaufnahme bei Altmeppen, et al., 2006.

3.5.6 Zusammenfassung

Die hier angesprochenen Fragen zur Finanzierung der Ausbildung von Gesundheitsberufen sind gegenwärtig wegen ihrer Komplexität nur schwierig zu erfassen und zu beantworten, da bundes- und landesrechtliche Regulierungen betroffen sind. Auf der Landesebene betrifft dies auch das Verhältnis zwischen Hochschul- und Gesundheitsverwaltungen. Hinzu kommt, dass die Veränderungen in der Hochschullandschaft einen geänderten Finanzierungsbedarf nach sich ziehen. Die Fragen nach der Ausbildungsvergütung und der Erhebung von Schulgeld sind dabei immer vor dem Hintergrund möglicher Refinanzierungsmöglichkeiten zu sehen.

Trotz der Komplexität der Thematik sollte die primäre Zielsetzung der Qualifikation der Gesundheitsberufe nicht aus den Augen verloren werden. Die Zahlung einer Ausbildungsvergütung und die Befreiung von Schulgeldern können hierzu einen wichtigen Beitrag leisten. Die Ausbildungs- und Qualitätsoffensive in der Altenpflege hat gezeigt, wie mit dieser Thematik umgegangen werden kann.

Für ein Verbot der Zahlung von Schulgeld im Rahmen eines Ausbildungsverhältnisses kann die Neuregelung in § 20 Abs. 3 Nr. 1 NotSanG vorbildhaft auch für die anderen Heilberufe wirken, deren Ausbildung in einem Ausbildungsverhältnis stattfindet, bei denen aber eine vergleichbare Regelung noch nicht gegeben ist.

4
Zugänge zur Leistungserbringung

4.1 Zur Debatte um die Zugänge zur Leistungserbringung und die Verbreiterung der Leistungszugänge

Eine der verbissensten Diskussionen auf dem Gebiet des Gesundheitsberuferechts wurde in jüngerer Zeit in der Frage geführt, wie sich der Zugang zur Leistungserbringung von anderen als ärztlichen Leistungserbringern gestalten soll. Thematisiert wurden dies anhand der Begriffe Delegation, Substitution und Allokation. Hinter diesen oft nicht mit der nötigen begrifflichen Klarheit[175] verwendeten Termini verbergen sich zwei grundsätzliche Fragen der direkten Leistungserbringung bei der Patientenversorgung:

:: Wer darf bei der direkten Leistungserbringung ohne Einschaltung dritter Leistungserbringer tätig werden? Dies ist die Frage nach dem eigenständigen Leistungszugang.
:: Wer kann, darf oder muss bei der direkten Leistungserbringung welche Verantwortung bei der Steuerung des Leistungsgeschehens übernehmen? Dies ist die Frage nach der Steuerungsverantwortung bei der Leistungserbringung.
Die Zuordnung der Steuerungsverantwortung bei der Leistungserbringung wirkt sich direkt und indirekt in arbeitsteiligen Leistungserbringungsprozessen, also in der Kooperation und Koordinierung des Leistungserbringungsgeschehens, aus.

Diese Fragen sind im Zusammenhang mit drei weiteren Themen zu sehen:

:: Der direkte Leistungszugang und die Zuordnung der Steuerungsverantwortung wirken sich auf den Zugang zur Vergütung und die Gestaltung der Vergütung aus.
:: Der direkte Leistungszugang und die Zuordnung der Steuerungsverantwortung wirken sich auf die Zuordnung der Verantwortung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in den Gesundheitssozialleistungssystemen, insbesondere im Krankenversicherungssystem, aus.
:: Der direkte Leistungszugang und die Zuordnung der Steuerungsverantwortung wirken sich auf das berufliche Selbstverständnis der beteiligten Berufsgruppen aus und es kann auch die Wertschätzung dieser Berufsgruppen in der Öffentlichkeit dadurch beeinflusst werden.

175 S. die Beiträge in Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V. (Hrsg.), 2010.

Die Fachdiskussion zu diesem Thema ist auf der einen Seite unter dem Themenbereich Kooperation und Verantwortung seitens des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen geführt worden, der mit einem Gutachten[176] die inhaltlichen und rechtlichen Grundlagen für die Diskussion geliefert hat. Die wichtigsten Berufsgruppen im Gesundheitswesen, so die Ärzte und die Pflegeberufe, haben sich mit einschlägigen Stellungnahmen, Denkschriften etc. hierzu geäußert.[177] Weitere Stellungnahmen kommen von parteigetragenen und anderen Stiftungen.[178] Eine fundierte rechtswissenschaftliche Dissertation liegt nun ebenfalls vor.[179]

Den wichtigsten und in seiner Wirkung nicht zu unterschätzenden Markierungspunkt in der Diskussion stellt die Aufnahme einer entsprechenden Modellklausel in das SGB V dar (§ 63 Abs. 3c SGB V). Auf Grundlage dieser Modellklausel ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss die Übertragungsrichtlinie[180] verabschiedet worden. Mit dieser Richtlinie und mit einer Vorschrift im SGB V, die die Partner der Bundesmantelverträge zur Regelung von Möglichkeiten der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auffordert (§ 28 Abs. 1 SGB V), werden die Grundlagen für die praktische Umsetzung der Verbreiterung von Zugängen zur Leistungserbringung geliefert.

Auch wenn die berufspolitische Diskussion aus nachvollziehbaren Gründen zum Teil sehr polemisch geführt worden ist, ist durch die gesetzgeberische Intervention allen Beteiligten deutlich geworden, dass der Zugang zur Leistungserbringung und die Verteilung der Steuerungsverantwortung in der Leistungserbringung durchaus differenziert und den heutigen Bedingungen der gesundheitlichen Versorgung entsprechend geregelt werden kann. Im Folgenden soll deshalb der Frage nachgegangen werden, ob und wie unter rechtlichen – nicht: berufspolitischen – Gesichtspunkten eine Verbreiterung des Zugangs zur Leistungserbringung bewerkstelligt werden kann. Über die engeren rechtlichen Gesichtspunkte hinaus soll auch danach gefragt werden, ob und wie solche Veränderungen mit den gegenwärtigen Systemstrukturen des Leistungserbringungsrechts im Gesundheitssozialleistungsrecht verträglich sind. Darüber hinaus soll am Rande auch auf Auswirkungen in Richtung auf die Private Krankenversicherung und auf das Beihilferecht des öffentlichen Dienstes eingegangen werden.

176 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007.
177 Bundesärztekammer, 2012; Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.), 2007.
178 Heinrich Böll Stiftung, 2013; Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung, 2012; Robert Bosch Stiftung, 2011.
179 Bohne, 2012. Diese Dissertation fasst den aktuellen Meinungsstand zusammen. Im Folgenden wird diese Dissertation deshalb statt anderer Publikationen zitiert. S. jetzt auch Guttau, 2013.
180 S. Fn. 87.

4.2 Strukturierung der rechtlichen Probleme bei den Zugängen zur Leistungserbringung

Vor der Erörterung der rechtlichen Fragen der Zugänge zur Leistungserbringung ist zu klären, für welche Tätigkeiten bzw. Aufgabe diese bestehen bzw. eröffnet werden sollen. So sind bei der Ausübung von Heilkunde andere rechtliche Fragen zu klären als bei der Ausübung sonstiger Tätigkeiten und Aufgaben. Bei der Ausübung von Heilkunde ist ebenfalls zu fragen, ob es sich um ärztliche Tätigkeiten im engeren oder weiteren Sinn handelt. Weiter geht es um schon bestehende berufsrechtliche Vorprägungen der Art und Weise der Ausführung von Tätigkeiten und Aufgaben (selbstständig/eigenständig, eigenverantwortlich, mitwirkend). All dies sind zunächst Fragen des Berufsrechts, zum Teil aber auch des Leistungserbringungsrechts. Das Verständnis dieser Fragen wird insofern erschwert, als häufig die berufsrechtlichen Fragen mit den Fragen des Leistungserbringungsrechts vermengt werden bzw. nicht säuberlich voneinander getrennt gemäß den Anforderungen je des Berufs- und des Leistungserbringungsrechts behandelt werden.

Die Thematik des Zugangs zur Leistungserbringung betrifft den ambulanten Sektor insbesondere auf dem Gebiet des Leistungserbringungsrechts im Gesundheitssozialrecht des SGB V. Sie betrifft ebenso den stationären Sektor, wobei für diesen Sektor festzustellen ist, dass hier die leistungserbringungsrechtlichen Fragen des Gesundheitssozialrechts in den Hintergrund treten.[181]

Zu untersuchen sind weiter die bestehenden Zugänge zur Leistungserbringung im SGB V und SGB XI, wobei die jeweiligen Systemlogiken dieser Leistungszweige und des dort geregelten Leistungserbringungsrechts herauszuarbeiten sind. Der Zugang zur direkten Leistungserbringung spielt auch bei den Kostenerstattungen im Privaten Krankenversicherungsrecht und im Beihilferecht eine Rolle.

Weiter ist das Haftungsrecht zu beachten.

181 S. hierzu Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätsklinika in Deutschland (Hrsg.), 2007; Offermanns, et al., 2008.

4.3 Rechtliche Rahmenbedingungen einer Verbreiterung des Zugangs zur Leistungserbringung

4.3.1 Verfassungsrecht

Zentraler rechtlicher und verfassungsrechtlicher Ausgangspunkt für die Gestaltung des Zugangs zur Leistungserbringung und im Weiteren auch für die Kooperation von Gesundheitsberufen, insbesondere von Heilberufen, ist die staatliche Verantwortung für den Schutz der Patienten und für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung. Auf der Ebene der Berufe kommt diese Verantwortung in der Schaffung von Heilberufegesetzen zum Ausdruck, die dazu dienen, Gefahren von Patienten und der Bevölkerung abzuwehren. Auf der Ebene der gesundheitlichen Versorgung wird die staatliche Verantwortung durch die Bereithaltung eines Versorgungssystems, vor allem in Gestalt einer Gesetzlichen Krankenversicherung, aber auch sonstiger Gesundheitssozialleistungssysteme wie einer Pflegeversicherung oder von Rehabilitationsleistungen eingelöst. Für Deutschland besteht dabei die Besonderheit, dass die Gesundheitssozialleistungssysteme nicht nur entsprechende Sozialleistungen bereithalten, sondern auch eine gesetzgeberische regulierte Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung umfassen, dies in Gestalt des Leistungserbringungsrechts.

4.3.2 Beruferecht

4.3.2.1 Arten der Tätigkeiten und Aufgaben

Für die Zugänge zur Leistungserbringung ist im direkten wie im indirekten Berufsrecht entscheidend, ob es sich bei der jeweiligen Handlung eines Angehörigen eines Gesundheitsberufs um Tätigkeiten/Aufgaben auf dem Gebiet der Heilkunde handelt, denn heilkundliche Aufgaben können grundsätzlich nur von Angehörigen der Heilberufe wahrgenommen werden. Nur ausnahmsweise kann der Arzt unter bestimmten Voraussetzungen Hilfspersonen für Tätigkeiten auch auf dem Gebiet der Heilkunde heranziehen. Dies ist aber eine Frage des indirekten Berufsrechts, also insbesondere des Sozialleistungserbringungsrechts der Gesetzlichen Krankenversicherung.[182] Die hier zum Teil herrschende rechtliche Verwirrung ist auch der mangelnden Trennung der Sichtweisen auf das Berufsrecht (= direktes Berufsrecht) und das Sozialleistungserbringungsrecht (= indirektes Berufsrecht) geschuldet.

182 S. dazu Teil II Abschnitt 4.3.3.2.1.

In der Regel spielt im direkten Berufsrecht nur die Ausübung von Heilkunde eine Rolle beim Zugang zur Leistungserbringung. Im indirekten Berufsrecht geht es – zusätzlich – um die Frage, ob eine ärztliche Tätigkeit vorliegt.

4.3.2.1.1 Ausübung von Heilkunde

4.3.2.1.1.1 Allgemein

Bei der Ausübung der Heilkunde ist zu unterscheiden, ob ein Angehöriger eines Heilberufs grundsätzlich zu allen heilkundlichen Tätigkeiten zugelassen ist, wie es beim Arzt und beim Heilpraktiker der Fall ist, oder ob er eine Ausbildung nur auf einem Teilgebiet der Heilkunde genossen hat[183] und nur auf diesem Teilgebiet die berufliche Kompetenz für die Wahrnehmung von Tätigkeiten und Aufgaben hat.

Die rechtliche Regulierung zur Ausübung von Heilkunde weist – abgesehen davon, dass der Begriff der Heilkunde nur im Heilpraktikergesetz geregelt ist[184] – einige Besonderheiten und Ungereimtheiten auf. Eine Besonderheit besteht darin, dass das Beruferecht nicht hinreichend klar zum Ausdruck bringt, auf welchen Gebieten der Heilkunde welcher Heilberuf tätig werden darf. Eine weitere Besonderheit besteht darin, dass die Heilberufegesetze zum Teil keine Ausbildungsziele ausweisen, also nur schwer festgestellt werden kann, welche Gebiete der Heilkunde erfasst sind. Schließlich enthält ein Heilberufsgesetz (Altenpflegegesetz) auch Ausbildungsziele, die nicht der Heilkunde zuzurechnen sind. Beruferechtlich unklar ist auch die Situation bei Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten an Personen, die keine heilkundliche Ausbildung haben.

4.3.2.1.1.2 Tätigkeiten von Heilberufen auf heilkundlichen Gebieten

Das Beruferecht bringt vor allem in zweierlei Hinsicht nicht klar genug zum Ausdruck, auf welchen Gebieten welcher Heilberuf tätig werden kann. Dies gilt einmal für die heilkundliche Tätigkeit des Arztes, die grundsätzlich so verstanden wird, dass der Arzt auf allen Gebieten der Heilkunde tätig sein kann, so wie es die BÄO zum Ausdruck bringt. Es scheint aber zumindest überwiegende Meinung zu sein, dass der Arzt auf den Gebieten der Heilkunde, für die spezielle Heilberufe ausgebildet werden, z. B. der Logopädie oder der Physiotherapie oder auch der Pflege, Heilkunde nicht ausüben kann/soll/darf. Diese Frage wird aber nicht beruferechtlich, sondern sozialversicherungsrechtlich diskutiert.[185] Von einer gewissen rechtlichen Absurdität ist die Frage geprägt, ob der Heilpraktiker auf allen Gebieten der Heilkunde tätig werden darf, z. B. also auch operieren darf.

183 Z. B. Psychotherapie als psychologischer Psychotherapeut; Altenpflege; Krankenpflege; Physiotherapie.
184 S. dazu Teil I Abschnitt 3.1.
185 S. Waltermann in Kreikebohm, et al., 2013, § 15 SGB V, Rn. 5.

Beruferechtlich ist dies dem Heilpraktiker zumindest dann nicht untersagt, wenn er die Operation lege artis vornimmt und der Patient nicht zu Schaden kommt. Im Rahmen der dem Heilpraktiker durch die Erlaubnis eingeräumten öffentlich-rechtlichen Behandlungsbefugnisse darf er grundsätzlich alle heilkundlichen Therapien und Verfahren, unbeschadet ihrer Gefährlichkeit, anwenden.[186]

Nachdem das Bundesverwaltungsgericht in seiner Heilpraktikerrechtsprechung auch eine auf bestimmte Gebiete beschränkte Erlaubnis zur Ausübung von Heilkunde zugelassen hat,[187] ist deutlich geworden, dass eine Beschränkung der heilkundlichen Tätigkeit durchaus sinnvoll sein kann. In der Praxis hat eine beschränkte Heilpraktikererlaubnis mittlerweile eine Art rechtlicher Perversion dadurch erfahren, als eine beschränkte Heilpraktikerlaubnis bei einigen Heilberufen dazu verwendet wird, einen Zugang zur selbstständigen Leistungserbringung zu erreichen, der ihnen sonst heilberuferechtlich versagt wäre. Dies ist z. B. bei Physiotherapeuten der Fall, die sich hierzu noch einer zusätzlichen Ausbildung unterziehen müssen, obwohl die Heilpraktikerzulassung keine Ausbildungserfordernisse kennt.[188] Zahnärzte bemühen sich um eine beschränkte Heilpraktikererlaubnis, wenn sie z. B. auch auf dem Gebiet der Schönheitstherapien (Botoxspritzen) tätig werden wollen. Letztere Tätigkeit ist von der zahnärztlichen Ausbildung nicht erfasst. Hierfür wird eine beschränkte Heilpraktikererlaubnis benötigt.[189]

4.3.2.1.1.3 Bestimmung heilkundlicher Tätigkeit bei fehlenden Ausbildungszielen

Die Bestimmung der heilkundlichen Tätigkeit und damit auch die Begrenzung der heilkundlichen Tätigkeit bereiten bei denjenigen Heilberufen Schwierigkeiten, bei denen das einschlägige Heilberufsgesetz keine Ausbildungsziele nennt. Dies ist bei den Logopäden und den Ergotherapeuten der Fall. Hier lassen sich die Ausbildungsziele nur indirekt über den Katalog der Ausbildungsgegenstände erschließen, wie er in den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen Niederschlag gefunden hat.[190]

186 Vgl. VGH Baden-Württemberg vom 19.03.2009, Az.: 9 S 1413/08, MedR 2009, 610, juris.de, Rn. 51, mit dem Hinweis, dass ein Heilpraktiker in seinem Tätigkeitsfeld, abgesehen von den dem ärztlichen Beruf vorbehaltenen Tätigkeiten, die gesamte Heilkunde ausüben darf und damit grundsätzlich auch befugt ist, Injektionen zu verabreichen, operative Eingriffe vorzunehmen und Narkosen durchzuführen, was ihn allerdings nicht von seiner zivil- und strafrechtlichen Verantwortung enthebe. Auch kann die zuständige Verwaltungsbehörde einem Heilpraktiker im Einzelfall eine Behandlungsmethode, die konkrete Gesundheitsgefahren für die Patienten herbeiführt, nach der ordnungsrechtlichen Generalklausel unter-sagen (OVG Münster vom 4.12.1985, NJW 1986, 2900). S. dazu Igl, 2012, Nr. 30.1, Erl. zu § 1 HeilprG, Rn. 12.

187 BVerwG, Urt. vom 21.01.1993, Az.: 3 C 34/90 = BVerwGE 91, 356. Dazu Igl, 2012, Nr. 30.1, Erl. zu § 1 HeilprG, Rn. 9.

188 BVerwG, Urt. vom 26.08.2009, Az.: 3 C 19/08, s. dazu und zur darauf folgenden Rechtsprechung Igl, 2012, Nr. 30.1, Erl. zu § 1 HeilprG, Rn. 10.

189 VG Münster, Urt. vom 19.04.2011, Az.: 7 K 338/09; dazu Igl, 2012, Nr. 30.1, Erl. zu § 1 HeilprG, Rn. 14; Schelling in Spickhoff, 2011, § 1 HeilprG, Rn. 16.

190 Vgl. auch Wissenschaftsrat, 2012, S. 35.

4.3.2.1.1.4 Heilberufegesetz mit nichtheilkundlichen Ausbildungszielen

Die Annahme, dass Heilberufe nur für heilkundliche Tätigkeiten und Aufgaben ausgebildet werden, ist zwar grundsätzlich richtig. Das Bundesverfassungsgericht hat aber im Altenpflegeurteil festgestellt, dass die Ausbildungsziele für den Beruf der Altenpflege nicht insgesamt heilkundlich geprägt sind. So haben einige der Ausbildungsziele eher sozial-pflegerischen Charakter.[191]

4.3.2.1.1.5 Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten an Angehörige nichtheilkundlicher Berufe

Es versteht sich von selbst, dass sich die Berufsausübung im Rahmen des Berufsrechts ebenso wie im Rahmen des Sozialleistungserbringungsrechts nur auf den Bereich beziehen kann, der durch das Ausbildungsgebiet oder ggf. durch ein Fort-/Weiterbildungsgebiet markiert wird. Dieses selbstverständlich erscheinende Postulat erfährt aber Ausnahmen dann, wenn heilkundliche (Teil-)Tätigkeiten auf Personen übertragen werden, die keine heilkundlichen Qualifikationen aufweisen. Solche Ausnahmen rechtfertigen sich sozialeistungserbringungsrechtlich nur dann, wenn eine Aufgabe oder Tätigkeit überhaupt übertragungsfähig ist und wenn die übertragende Person die ausführende Person entsprechend anleitet oder diese drittseitig geschult wird, und wenn die übertragende Person die ausführende Person entsprechend überwacht und die Verantwortung für die Ausführung übernimmt. Beruferechtlich ist eine solche Übertragung dann unproblematisch, wenn diese heilkundliche Tätigkeiten ausführenden (Hilfs-)Personen nicht unter dem Status des Heilberufs nach außen auftreten.

4.3.2.1.1.6 Zulassung zur Ausübung von Heilkunde

Für die Zulassung zur Ausübung von Heilkunde existieren mittlerweile drei Formen:

:: die Approbation bei den akademischen Heilberufen, hier die (zahn-)ärztliche Approbation sowie die Approbation der psychologischen Psychotherapeuten,
:: die Zulassung zur Heilkunde als Heilpraktiker,
:: und – verhältnismäßig neu – die Zulassung zur heilkundlichen Tätigkeit im Zusammenhang der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V für die Kranken- und Altenpflegeberufe, jedoch nur für den Bereich der Heilkunde, in dem sie besondere Kompetenzen aufgrund einer Ausbildung in den Modellvorhaben erworben haben.

191 Nach BVerfG, Urt. vom 24.10.2002, Az.: 2 BvF 1/01, Rn. 205 (zitiert nach juris.de), sind dies die Nrn 8, 9 und 10, 1. Alternative. der in § 3 Abs. 1 AltPflG aufgeführten Ausbildungsziele:
»(...)
8. die Betreuung und Beratung alter Menschen in ihren persönlichen und sozialen Angelegenheiten,
9. die Hilfe zur Erhaltung und Aktivierung der eigenständigen Lebensführung einschließlich der Förderung sozialer Kontakte und
10. die Anregung und Begleitung von Familien- und Nachbarschaftshilfe und die Beratung pflegender Angehöriger.«

Die Approbation stellt eine Regelung der Berufszulassung mit Wirkungen für die Berufsausübung dar, als sie besagt, dass der Approbierte auf einem bestimmten Gebiet, hier der Heilkunde, seinen Beruf ausüben darf. Die Approbation wird auch so verstanden, dass die Ausübung der Tätigkeit beruferechtlich nicht an die vorherige Einschaltung einer anderen Person gebunden ist, die die Tätigkeit an- oder verordnet. Die Ausübung der Heilkunde der approbierten Ärzte wird deshalb als selbstständige und eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde bezeichnet, wie es in den Ausbildungszielen zum Ausdruck kommt (§ 4 Abs. 2 Satz 1 BÄO).

Die Approbation besagt nichts darüber, ob die Tätigkeit des approbierten Berufsangehörigen eine nur diesem vorbehaltene Tätigkeit ist.

Obwohl auch die anderen Heilberufe Heilkunde ausüben, ist für sie eine Approbation nicht vorgesehen. Eine solche Approbation könnte sich als überflüssig erweisen, wenn man der Ansicht ist, dass der Berufsbezeichnungsschutz, den die anderen als ärztlichen Heilberufe genießen, funktional einer Approbation gleichkommt. Dies würde nichts anderes heißen, als dass diese Berufe auch ohne besondere Erlaubnis Heilkunde auf den Gebieten und in der Art ausüben dürfen, wie es die Ausbildungsziele – sofern im Heilberufsgesetz aufgeführt – ausweisen. Rechtlich stimmiger wäre es, auch den Heilberufen für die in ihren Ausbildungszielen genannten Tätigkeiten und Aufgaben eine Zulassung im Sinne einer Approbation zu erteilen.[192] Eine solche beschränkte Approbation wäre angesichts der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zur Heilpraktikererlaubnis auch nicht ungewöhnlich.[193]

4.3.2.1.1.7 Heilkunde und ärztliche Behandlung – Ärztliche Tätigkeiten im engeren und im weiteren Sinn

Nach der BÄO ist der Arzt mit der Approbation zur Ausübung der Heilkunde befugt (§ 2 Abs. 5 BÄO). Nach der ÄApprO ist Ziel der ärztlichen Ausbildung der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist. Die Ausbildung soll grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Die Ausbildung zum Arzt wird auf wissenschaftlicher Grundlage und praxis- und patientenbezogen durchgeführt (§ 1 Abs. 1 Sätze 1 bis 3 ÄApprO). Auf die Heilkunde wird, anders als in der BÄO, in der ÄApprO nicht Bezug genommen.

192 S. dazu die rechtlich stimmigen, aber aufgrund der rechtlichen Situation notwendig umständlichen Argumentationen in der Gesetzesbegründung zum Notfallsanitätergesetz, Deutscher Bundestag, Drucksache 17/11689, S. 34.

193 S. dazu oben Teil II Abschnitt 4.3.2.1.1.2. Für eine beschränkte Heilpraktikererlaubnis Guttau, 2013, S. 145ff.

Die Frage, in welchem Verhältnis die Ausübung von Heilkunde und die ärztliche Behandlung stehen, erscheint auf den ersten Blick eher konstruiert zu sein. Die Frage wird aber dann relevant, wenn es um die Abgrenzung nur dem Arzt vorbehaltener ärztlicher heilkundlicher Tätigkeiten von anderen ärztlichen heilkundlichen Tätigkeiten geht. Unproblematisch ist in diesem Zusammenhang, wenn es um ärztliche Tätigkeiten geht, die nicht heilkundlicher Art sind. Nur der Klarheit halber sei hier darauf hingewiesen, dass es bei dieser Frage nicht um den Arztvorbehalt im SGB V (§§ 15 Abs. 1, 28 Abs. 1 SGB V) geht.[194] In der Befassung der rechtswissenschaftlichen Literatur wird die Unterscheidung zwischen den berufrechtlichen, haftungsrechtlichen und sozialleistungserbringungsrechtlichen Dimensionen dieser Thematik leider nicht immer konsistent verfolgt.[195]

Fasst man die Diskussion um den Begriff der ärztlichen Tätigkeit im Verhältnis zum Heilkundebegriff zusammen, so ergibt sich, dass der Heilkundebegriff, wiewohl in § 1 Abs. 2 HeilprG als auch in § 2 Abs. 5 BÄO verwendet, wenig tauglich ist, die ärztliche Tätigkeit ausschließlich zu bestimmen. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass der Heilkundebegriff im Heilpraktikergesetz auch eine Berufszulassungsvoraussetzung für den Heilpraktiker darstellt, dieser Beruf aber ein Beruf ohne reglementierte Berufsausbildung ist.[196] Insofern stehen die qualitativen Anforderungen an den Arzt, der Heilkunde ausübt, und an den Heilpraktiker, der Heilkunde ausübt, fast in einem diametralen Gegensatz.[197] Im Ergebnis heißt dies, dass für die ärztliche Tätigkeit keine allgemeine normative Definition vorliegt. Jedoch wird man sich auf eine Definition einigen können, in der auf der einen Seite auf die Inhalte des Heilkundebegriffs, wie er sich im HeilprG in § 1 Abs. 2 findet (Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden beim Menschen) zurückgegriffen wird, und in der zum anderen gerade auf die Notwendigkeit des ärztlichen Fachwissens, das auf wissenschaftlicher Grundlage und praxis- und patientenbezogen erworben worden ist, abgestellt wird.[198]

Bei den ärztlichen Tätigkeiten wird zwischen Tätigkeiten unterschieden, die nur der Arzt höchstpersönlich erbringen kann (ärztliche Tätigkeiten im engeren Sinn)[199] und solchen, für die der Arzt andere Personen heranziehen kann, diese Tätigkeiten anordnet und diese Tätigkeiten auch verantwortet. Ärztliche Tätigkeiten im engeren Sinn können nicht übertragen werden, so dass sich die Frage eines direkten Zugangs zur Leistungserbringung für dritte Personen nicht erhebt.

194 Dazu Teil II Abschnitt 4.3.3.2.1.
195 Anders Bohne, 2012, S. 52 ff.
196 Zum Ganzen Sasse, 2011.
197 Ähnlich Bohne, 2012, S. 60.
198 Ähnlich Bohne, 2012, S. 74.
199 S. hierzu Bohne, 2012, S. 15 Fn. 84.

Bei ärztlichen Tätigkeiten im weiteren Sinn, für die eine höchstpersönliche Leistungserbringung nicht unabdingbar ist, können diese theoretisch bei entsprechender Qualifikation der tätig werdenden Person auch im Sinne eines direkten Zugangs zur Leistungserbringung ausgeübt werden. Das heißt aber, dass dann eine Qualifikation heilkundlicher Art für diese Tätigkeit/Aufgabe vorliegen muss.

4.3.2.1.2 Vorbehaltene Tätigkeiten

4.3.2.1.2.1 Funktion und Begriff

Ein einheitlich verwendeter Rechtsbegriff der vorbehaltenenTätigkeit existiert nicht.

Der Begriff der vorbehaltenen Tätigkeit sagt gemäß seinem Sinnverständnis, dass einer Person etwas vorbehalten ist, was eine andere Person nicht kann oder darf. Die Funktion der Gestaltung vorbehaltener Tätigkeiten ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass das Heilberuferecht durch eine berufliche Differenzierung gekennzeichnet ist, die den Zweck hat, die für die jeweiligen heilkundlichen Gebiete erforderliche Ausbildung zu gewährleisten.

Das Heilberuferecht betrifft aus kompetenzrechtlichen Gründen in erster Linie die Berufsausbildung. Regelungen zur Berufsausübung in den Heilberufegesetzen des Bundes können kompetenzrechtlich aus Gründen des Sachzusammenhangs gerechtfertigt werden. Die Regelungen zu den vorbehaltenen Tätigkeiten sind Regelungen der Berufsausübung, die im Zusammenhang des Ausbildungsrechts der Heilberufe stehen. Von verfassungsrechtlicher Seite ist dies bisher noch nicht gerügt worden.[200] Vorbehaltene Tätigkeiten bei Heilberufen spielen eine Rolle in der Frage, wer welche Tätigkeiten ausüben soll. Sie betreffen insofern vor allem die Kooperation von Angehörigen der Heilberufe, wenn in der interprofessionellen Zusammenarbeit nur bestimmte Berufsangehörige vorbehaltene Tätigkeiten ausüben dürfen. Die Zuordnung vorbehaltener Tätigkeiten betrifft aber auch die Frage des Zugangs zur Leistungserbringung. Je nach Gestaltung des Vorbehalts kann die Zuordnung einer vorbehaltenen Tätigkeit an einen bestimmten Beruf andere Berufe von dieser Tätigkeit und damit vom Zugang zur Leistungserbringung ausschließen.

200 Das BVerfG hat im Altenpflegeurteil (vom 24.10.2002, Az.: 2 BvF 1/01, zitiert nach juris.de) Rn. 252, am Rande angedeutet, dass vorbehaltene Tätigkeiten für eng abgrenzbare Bereiche, die nicht das gesamte berufliche Betätigungsfeld erfassen, so wie es bei den Hebammen (§ 4 HebammenG) und den Medizinisch-technischen Assistenten (§ 9 MTAG) der Fall ist, kompetenzrechtlich möglich sind.

4.3.2.1.2.2 Arten vorbehaltener Tätigkeiten

Im Nachstehenden werden verschiedene Arten der vorbehaltenen Tätigkeiten inhaltlich und begrifflich unterschieden.[201] Diese Unterscheidungen sind schon *de lege lata* in den verschiedenen Gesetzen angelegt, werden dort aber nicht begrifflich differenziert benannt.

Vorbehaltene Tätigkeiten können absolut und relativ wirken. Ein absoluter Vorbehalt bedeutet, dass die Vornahme der Tätigkeit erstens nur einer bestimmten Berufsgruppe zugewiesen ist; zweitens darf diese Tätigkeit nicht nur von anderen Berufsgruppen nicht berufsmäßig ausgeübt werden, sondern diese Tätigkeit ist grundsätzlich auch allen anderen Personen untersagt. Ausnahmen von diesem Grundsatz können etwa bei Notfällen gelten.

Vorschriften, die einen *absoluten Vorbehalt* postulieren, sind im Gesundheitsrecht selten. Eine Vorschrift nicht heilberufegesetzlicher Art stellt § 3 Abs. 1 Satz Transplantationsgesetz (TPG)[202] dar. Danach darf nur der Arzt Organe oder Gewebe entnehmen. Die Entnahme von Geweben darf auch durch andere dafür qualifizierte Personen unter der Verantwortung und nach fachlicher Weisung des Arztes vorgenommen werden (§ 3 Abs. 1 Satz 2 TPG). Eine Zuwiderhandlung gegen diese Vorschrift ist strafbewehrt (§ 19 Abs. 1 Nr. 1 TPG). Das bedeutet, dass auch Laien keine Organe entnehmen dürfen. Deswegen kann man hier von einem absoluten Vorbehalt des Arztes bei der Organentnahme sprechen.

Ein *relativer Vorbehalt* beschränkt sich hingegen auf die Abgrenzung nur im Verhältnis zu anderen Berufsgruppen, wenn die Angehörigen dieser Berufsgruppen berufsmäßig tätig werden. Im Verhältnis zu Laien besteht dieser Vorbehalt nicht.[203] Dies gilt für die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde nach dem Heilpraktikergesetz (§ 1 HeilprG) und nach der Bundesärzteordnung (§ 2 Abs. 5 BÄO). Im Verhältnis zu anderen Heilberufen heißt dies, dass diese zwar ebenso Heilkunde auf den Gebieten ausüben dürfen, auf denen sie ausgebildet worden sind. Aber sie dürfen nicht auf allen Feldern der Heilkunde tätig werden, wie dies beim Arzt und beim Heilpraktiker der Fall ist.

201 Die folgende Darstellung ist eine Fortentwicklung der Ausführungen zu den vorbehaltenen Tätigkeiten bei Igl, 2008, S. 114ff.

202 Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz – TPG) vom 05.11.1997 in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206).

203 So darf etwa die Mutter ihr krankes Kind heilen.

Eine dritte Form des Vorbehalts ist der *prioritäre Vorbehalt*. Der prioritäre Vorbehalt bezeichnet den Vorrang der berufsmäßigen Ausübung einer vorbehaltenen Tätigkeit für eine bestimmte Berufsgruppe unter bestimmten Voraussetzungen. Eine solche Regelung findet sich in § 4 Abs. 1 HebG im Verhältnis zwischen Ärzten und Hebammen.

Der Klarheit halber sei noch auf die folgende Abgrenzung von Tätigkeiten hingewiesen: Von den verschiedenen Arten der vorbehaltenen Tätigkeit zu unterscheiden ist eine Tätigkeit, für die eine bestimmte Berufsgruppe eine spezielle Fachlichkeit erworben hat, so wie die Angehörigen der Krankenpflegeberufe für die pflegerischen Aufgaben nach § 3 Abs. 2 Nr. 1 KrPflG eine besondere Ausbildung genossen haben, die andere Heilberufe nicht aufweisen. Dann können zwar Angehörige einer anderen Berufsgruppe, die hierfür keine besondere Ausbildung genossen haben, solche Tätigkeiten qua Herkommen und Übung oder qua fachlicher Nähe ausüben. Sie werden in diesem Falle aber wie Laien tätig. Ein irgendwie geartetes Vorbehaltsverhältnis besteht nicht. Dies gilt z. B. auch im Verhältnis von Ärzten zu den Angehörigen der Pflegeberufe bei der Ausübung der genannten Tätigkeiten.

Arten von vorbehaltenen Tätigkeiten		
Art der vorbehaltenen Tätigkeit	anderer Beruf/ andere Berufsgruppe	Laien (nicht berufsmäßig tätig)
Absoluter Vorbehalt	ausgeschlossen	ausgeschlossen
Relativer Vorbehalt	ausgeschlossen	nicht ausgeschlossen
Prioritärer Vorbehalt (Vorrang)	grundsätzlich nicht ausgeschlossen, aber anderer Beruf/andere Berufsgruppe kann nur unter bestimmten Voraussetzungen tätig werden	ausgeschlossen oder nicht ausgeschlossen

Unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten stellt die prioritär vorbehaltene Tätigkeit den mildesten Eingriff im Verhältnis zu den anderen Berufsgruppen und zu den Laien dar, da sie am wenigsten ausschließend wirkt. Diese Form der vorbehaltenen Tätigkeit wird den Kooperationserfordernissen zwischen den an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten dann am ehesten gerecht, wenn aus rechtlichen Gründen nicht ein relativer Vorbehalt, z. B. beim Kernbereich des ärztlichen Handelns, gegeben ist.

4.3.2.1.2.3 Vorbehaltene Tätigkeiten im Verhältnis zu ärztlichen Tätigkeiten

Das Verhältnis vorbehaltener Tätigkeiten bei den anderen als ärztlichen Heilberufen untereinander ist klar in dem Sinne zu bestimmen, dass nur der Heilberuf, dem die Tätigkeit zugewiesen ist, diese Tätigkeit auch vornehmen darf.

Unklar ist hingegen das Verhältnis zur ärztlichen Tätigkeit. So wird teilweise angenommen, dass der beruferechtliche Arztvorbehalt umfassend in dem Sinne sei, dass dem Arzt grundsätzlich jede heilkundliche Tätigkeit zustehe. Diese Frage kann aber nur unter Zuhilfenahme der jeweiligen gesetzlichen Regelungen gelöst werden. Bei den Hebammen besteht kein Vorbehalt der Hebammen, sondern eine Heranziehungspflicht im Sinne einer vorrangigen Tätigkeit. Auch der Arzt ist zur Leistung von Geburtshilfe beruferechtlich berechtigt (§ 4 Abs. 1 HebG). Der Vorbehalt bezieht sich insgesamt auf die Ärzte und die Hebammen im Verhältnis zu den anderen Heilberufen und, außer in Notfällen, auch den Laien. Insofern handelt es sich um einen absoluten Vorbehalt für Ärzte und Hebammen. Nur intern – zwischen Ärzten und Hebammen – ist ein prioritärer Vorbehalt der Hebammen im Verhältnis zu den Ärzten gegeben.

Beim Vorbehalt der Medizinisch-technischen Assistenten (§ 9 MTAG) ist das Verhältnis zu den Ärzten in § 10 MTAG geklärt.[204]

4.3.2.1.2.4 Tätigkeiten anderer als ärztlicher Heilberufe im Verhältnis zur ärztlichen Tätigkeit

Explizite gesetzliche Regelungen für das Verhältnis der Tätigkeiten anderer als ärztlicher Heilberufe zur ärztlichen Tätigkeit existieren außer den vorstehend genannten Vorschriften zur vorbehaltenen Tätigkeit nicht. Beruferechtlich darf der Arzt auch auf den Gebieten der anderen als ärztlichen Heilberufe tätig werden, auf denen er eine Ausbildung absolviert hat, die sich auf diese Gebiete oder Teilgebiete davon erstreckt. Ein irgendwie gearteter Vorrang der anderen als ärztlichen Heilberufe ist in solchen Fällen nicht gegeben. Anderes gilt nur, wenn der Arzt keine entsprechende Ausbildung auf den Gebieten erhalten hat, für die die anderen als ärztlichen Heilberufe ausgebildet worden sind.

Man könnte daran denken, einen Vorbehalt der Tätigkeiten der anderen als ärztlichen Heilberufe vor den ärztlichen Tätigkeiten einzurichten, wenn der Arzt auf den Gebieten der anderen als ärztlichen Heilberufe keine besondere Ausbildung genossen hat. Von einer solchen Regelung ist jedoch Abstand zu nehmen, da sie jeweils eine individuelle Prüfung der Ausbildung und der Kenntnisse des Arztes erfordern

204 S. hierzu Igl, 2010, S. 53ff.; Igl, 2012, Nr. 80.1, § 10.

würde. Außerdem ist der Arzt schon unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung verpflichtet, sich nicht auf Gebieten zu betätigen, für die er keine Ausbildung genossen hat.

4.3.2.2 Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit bei Tätigkeiten/Aufgaben

In einigen Heilberufsgesetzen wird in den Ausbildungszielen aufgeführt, ob die Tätigkeiten/Aufgaben selbstständig/eigenverantwortlich/mitwirkend auszuführen sind. Dies lässt dann Rückschlüsse in zweierlei Hinsicht darauf zu, ob die Tätigkeit in Kooperation[205] zu geschehen hat oder ob sie selbstständig/eigenverantwortlich durchzuführen ist. Solche Hinweise existieren für die Berufe des Diätassistenten (§ 3 DiätAssG), des Kranken- und Gesundheitspflegers (§ 3 KrPflG), des Altenpflegers (§ 3 AltPflG), des Podologen (§ 4 PodG – hier wird sogar von selbstständiger Ausführung von Maßnahmen gesprochen), des Orthoptisten (§ 3 OrthoptG) sowie neuerdings beim Notfallsanitäter (§ 4 NotSanG).

Für Berufe, in deren Ausbildungsziel die eigenverantwortliche oder selbstständige Ausführung von Tätigkeiten genannt ist, liegt der Schluss nahe, ihnen hierfür auch eine entsprechende Berufszulassung zu erteilen. Dies ist bisher nicht der Fall.[206]

Wenn für bestimmte Heilberufe in den Ausbildungszielen keine Festlegung darüber getroffen wird, ob eine Tätigkeit und/oder Aufgabe mitwirkend, eigenverantwortlich oder selbstständig auszuführen ist, erschwert dies beruferechtlich auch die Bestimmung darüber, ob eine selbstständige Ausübung von Heilkunde auf dem erlernten Gebiet möglich ist. Die Rechtsprechung liefert ein Beispiel dafür, wie diese Situation rechtlich zu bewältigen ist:

Ein Physiotherapeut muss sich für die selbstständige Tätigkeit als Physiotherapeut eine auf das Gebiet der Physiotherapie beschränkte Heilpraktikererlaubnis beschaffen. Das Bundesverwaltungsgericht ist in einem solchem Fall zu dem Ergebnis gelangt, dass die Ausbildung als Physiotherapeut nicht zu einer selbstständigen Erstdiagnose ausreicht und spricht von einer Ausbildungslücke, die im Verhältnis zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde gegeben sei.[207]

Diese Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichtes muss sich Kritik gefallen lassen. Da der Heilpraktiker zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde zugelassen ist, wird der Maßstab der Kenntnisse, die von einem Heilpraktiker gefordert

205 S. unten Teil II Abschnitt 5.3.2.2.
206 S. unten Teil II Abschnitt 4.4.1.
207 BVerwG, Urt. vom 26.08.2009, Az.: 3 C 19/08 = BVerwGE 134, 345.

werden, zugrunde gelegt.[208] Der Heilpraktiker muss aber keine gesetzlich vorgeschriebene Ausbildung absolvieren, so dass ein Maßstab im Sinne einer Ausbildungslücke im Verhältnis zur gesetzlich vorgeschriebenen Ausbildung in der Physiotherapie nicht gebildet werden kann. Will ein Physiotherapeut selbstständig praktizieren, muss er sich deshalb einer auf die Füllung der Ausbildungslücke abzielenden Zusatzausbildung unterziehen.[209] Diese schwer nachzuvollziehende Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts kann aber als Ausdruck für die Notwendigkeit genommen werden, in den Heilberufsgesetzen klare Feststellungen über Ausbildungsinhalte und Kooperationsformen zu treffen. Wenn im Masseur- und Physiotherapeutengesetz in den Ausbildungszielen klar bestimmt gewesen wäre, dass die Ausbildung zur eigenverantwortlichen oder selbstständigen Ausführung von bestimmten Tätigkeiten und Aufgaben befähigen soll,[210] wäre es wohl nicht zu dieser Rechtsprechung gekommen.

4.3.2.3 Teilapprobation im Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V?

Mit der Einführung der Modellvorhabensklausel in § 63 Abs. 3c SGB V[211] ist im Kranken- und im Altenpflegegesetz folgender Satz eingefügt worden (§ 1 Satz 2 AltPflG; § 1 Abs. 1 Satz 2 KrPflG):

> *Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1, die über eine Ausbildung nach § 4 Abs. 7 verfügen, sind im Rahmen der ihnen in dieser Ausbildung vermittelten erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten berechtigt.*

Es handelt sich hier um eine die Berufsausübung betreffende Vorschrift, die so in den Heilberufsgesetzen bisher nicht zu finden war. Sie weist eine gewisse Ähnlichkeit mit der Regelung zur Approbation in der BÄO (§ 2 Abs. 5 BÄO) auf und kann deshalb als Teilapprobation bezeichnet werden. Sie zeigt auch, wie die Regelungen zu gestalten sind, wenn es um die Abbildung der Ausbildungsziele im Berufsausübungsrecht geht.[212]

208 Aus der Überprüfung der Kenntnisse und Fähigkeiten des Antragstellers durch das Gesundheitsamt muss sich ergeben, dass die Ausübung der Heilkunde durch den Betreffenden keine Gefahr für die Volksgesundheit bedeutet, § 2 Abs. 1 Buchst. i) Erste Durchführungsverordnung zum Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung. Zur Praxis der Kenntnisprüfung s. Sasse, 2011, S. 50ff.

209 Verwaltungsgericht Magdeburg, Urt. vom 22.03.2011, Az.: 3 A 240/08. Vgl. zur Entwicklung der Rechtsprechung Igl, 2012, 30.1., § 1 HeilprG, Rn. 10.

210 Das Ausbildungsziel wird in § 3 MPhG nur sehr diffus und letztlich selbstreferentiell formuliert: »Die Ausbildung soll entsprechend der Aufgabenstellung des Berufs insbesondere dazu befähigen, durch Anwenden geeigneter Verfahren der physikalischen Therapie in Prävention, kurativer Medizin, Rehabilitation und im Kurwesen Hilfen zur Heilung und Linderung, zur Wiederherstellung oder Verbesserung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, zu gesundheitsförderndem Verhalten und zum Kurerfolg zu geben (Ausbildungsziel).«

211 S. hierzu Teil II Abschnitt 4.3.3.2.3.

212 S. Teil II Abschnitt 5.3.2.3.

4.3.2.4 Heilpraktikererlaubnis für andere als ärztliche Heilberufe?

Die kontroverse Debatte um die Frage, ob die anderen als ärztlichen Heilberufe für eine selbstständige Ausübung der Heilkunde auf ihrem Gebiet einer Heilpraktikererlaubnis bedürfen oder nicht,[213] zeigt ein weiteres Mal die Inkonsistenzen und Ungereimtheiten des Heilberuferechts. Diese Debatte bezieht sich auf das Merkmal der Selbstständigkeit der Ausübung von Heilkunde. Es ist aber auch eine Debatte darüber zu führen, ob für die anderen als ärztlichen Heilberufe, die Heilkunde gemäß zumindest Teilen ihrer Ausbildungsziele ausüben, schon für diese Tätigkeiten eine (beschränkte) Heilpraktikererlaubnis benötigen. Letzteres wird ebenfalls diskutiert, jedoch nicht in dem Ausmaß, wie der erstgenannte Punkt.[214]

In der Frage der selbstständigen Ausübung von Heilkunde durch andere als ärztliche Heilberufe zumindest in den Bereichen, in denen Selbstständigkeit oder Eigenverantwortung im Ausbildungsziel nicht genannt ist, gehen die überwiegende Meinung und auch die höchstrichterliche Rechtsprechung dahin, dass hierfür eine (beschränkte) Heilpraktikererlaubnis erforderlich ist.[215] Die weitere Entwicklung des Heilberuferechts in dieser Hinsicht bedürfte also gesetzlicher Änderungen.[216]

4.3.2.5 Zusammenfassung

Das Heilberuferecht kennt nur bei den Ärzten einen selbstständigen Leistungszugang. Im Zusammenhang mit den Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V ist ein solcher Leistungszugang in den Heilberufegesetzen der Kranken- und Altenpflege, beschränkt auf die in den Modellvorhaben erworbenen Kompetenzen, ebenfalls eröffnet worden. Obwohl die meisten Heilberufegesetze als Ausbildungsziel auch die Eigenverantwortlichkeit der Ausführung bestimmter Aufgaben enthalten, wird daraus von der überwiegenden Meinung kein selbstständiger Leistungszugang abgeleitet.

213 Hierzu ausführlich Bohne, 2012, S. 270ff.
214 S. hierzu die Hinweise bei Igl, 2008, S. 121ff.
215 Zum Meinungsstand Bohne, 2012, S. 272ff.
216 S. dazu Teil II Abschnitt 4.4.1.

4.3.3 Leistungserbringungsrecht

4.3.3.1 Allgemeines

Der Zugang zur Leistungserbringung ist auch Gegenstand des Gesundheitssozialrechts in Form des Leistungserbringungsrechts. Die Funktionen des Leistungserbringungsrechts bei den Gesundheitssozialleistungen sind im Kern folgendermaßen zu bestimmen:

:: Es regelt die Art und Weise der Erbringung von Sozialleistungen, deren Inhalte Gesundheitsdienstleistungen sind und konkretisiert damit die Leistungsinhalte.
:: Es sichert die gesundheitliche Versorgung durch Planung und ggf. Förderung der Infrastruktur (Sicherstellungsauftrag).
:: Es regelt, welche Berufe und Institutionen zur Leistungserbringung zugelassen werden.
:: Es regelt die Qualität der Leistungen.
:: Es regelt die Vergütung der Leistungen.
:: Er trifft Aussagen zur Stellung der Nutzer von Gesundheitsdienstleistungen.

Im materiellen Sinn umfasst das Gesundheitssozialrecht alle Leistungen, die mit der Gesundheit zu tun haben. Zum Gesundheitssozialrecht im formellen Sinn wird vor allem das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und das Recht der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) und das Recht der medizinischen Rehabilitation (SGB IX) gerechnet, wobei das Recht der medizinischen Rehabilitation nur einen Ausschnitt aus dem im SGB IX geregelten Recht der Teilhabe und Rehabilitation bildet.

Im Vordergrund der Betrachtung steht hier aufgrund seiner zentralen Bedeutung für die Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung. Nach diesem Recht stellen die Krankenkassen den Versicherten die Leistungen der Krankenversicherung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zur Verfügung, wobei die Versicherten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen erhalten (§ 2 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 SGB V). Dieses – verkürzt – so genannte Sachleistungsprinzip wird umgesetzt, indem die Krankenkassen mit den Leistungserbringern Verträge schließen (§ 2 Abs. 2 Satz 3 SGB V). Dieses Leistungserbringungsrecht ist im Vierten Kapitel des SGB V geregelt.

Das Recht der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) enthält für die Sachleistungen in seinem Siebten Kapitel ebenfalls ein spezielles Leistungserbringungsrecht. Auch für die Rehabilitationsleistungen existiert ein allgemeines Leistungserbringungsrecht im Kapitel 2 des SGB IX, das mit »Ausführungen von Leistungen zur Teilhabe« betitelt ist.

4.3.3.2 SGB V

Die wichtigste Rolle bei den Zugängen zur Leistungserbringung spielt der Zugang zur Leistungserbringung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V). Im SGB V wird im Leistungserbringungsrecht grundsätzlich unterschieden zwischen der allgemeinen Berechtigung zur Leistungserbringung, die in der Regel durch eine bestimmte berufliche Qualifikation und ggf. durch Einhaltung weiterer mit der Tätigkeit zusammenhängender Vorschriften eröffnet wird (z. B. Zulassung als Heilmittelerbringer nach den Voraussetzungen des § 124 SGB V, oder Zulassung als Vertragsarzt nach entsprechender Weiterbildung, aber Zulassung nur nach Bedarfskriterien), und der Zulassung zur Leistung im Einzelfall. Gerade bei den anderen als ärztlichen Leistungserbringern sind hier noch weitere Voraussetzungen zu erfüllen, z. B. das Vorliegen einer Anordnung oder Verordnung durch den Vertragsarzt.

Im SGB V sind für alle für die Leistungserbringung relevanten Leistungserbringer im Vierten Kapitel des SGB V besondere leistungserbringungsrechtliche Vorschriften vorgesehen (§§ 69 – 140 h SGB V). Diese Vorschriften enthalten vor allem die Zulassungsregelungen im engeren Sinn und weiter die Maßgaben für Qualitätssicherung und Vergütung. Außerhalb dieser Vorschriften ist eine Zulassung von Leistungserbringern nicht möglich. Nur die Modalitäten der Leistungserbringung durch zugelassene Leistungserbringer sind im Rahmen von Modellvorhaben änderbar (§§ 63, 64 SGB V). Eine weitere Öffnung des Zugangs zur Leistungserbringung für andere Leistungserbringer oder auch nur eine Änderung des Zugangs für bereits gesetzlich zugelassene Leistungserbringer bedarf demnach einer Gesetzesänderung im SGB V.

4.3.3.2.1 Ärztliche Behandlung und Übertragung ärztlicher Tätigkeiten

Im Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung wird die ärztliche Behandlung dem Arzt zugewiesen (§§ 15 Abs. 1, § 28 Abs. 1 SGB V). Dies gilt für die ärztliche Behandlung im engeren wie im weiteren Sinn. Bei der ärztlichen Behandlung im weiteren Sinn besteht die Möglichkeit der Übertragung von Tätigkeiten an andere Personen (Hilfeleistungen durch andere Personen).

In der Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte und Bundesmantelvertrag-Ärzte / Ersatzkassen[217] ist die Erbringung von ärztlich angeordneten Hilfeleistungen durch nicht-ärztliche Mitarbeiter in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen geregelt (Delegations-Vereinbarung). In dieser Vereinbarung werden diese nicht-ärztlichen Mitarbeiter

217 Bundesmantelvertrag – Ärzte, Stand: 1. Januar 2013; Bundesmantelvertrag – Ärzte/Ersatzkassen, Stand: 01.01.2013.

Praxisassistenten genannt, die eine bestimmte Qualifikation nachweisen müssen. Dazu gehört auch der Erwerb einer medizinischen Kompetenz in mindestens 110 Fortbildungsstunden. Die berufliche Grundqualifikation kann ein qualifizierter Berufsabschluss gemäß der Verordnung über die Berufsausbildung zur Medizinischen Fachangestellten/Arzthelferin oder dem Krankenpflegegesetz sein.

Für die Frage, ob der Praxisassistent auch selbstständig auf dem Gebiet der Heilkunde zugelassen werden könnte, kommt es darauf an, ob er eine heilberufliche Grundqualifikation etwa nach dem Krankenpflegegesetz aufweist und eine entsprechende Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung nach § 1 Abs. 1 KrPflG hat. Darauf zielen die Regelungen im Bundesmantelvertrag jedoch nicht ab, so dass diese Frage hier nicht auftaucht.

Auch wenn die Qualifikation zum Praxisassistenten dem Erwerb einer medizinischen Kompetenz dient, kann nicht ernsthaft angenommen werden, dass mit 110 Fortbildungsstunden eine heilkundliche Qualifikation erworben wird. Kompetenzrechtlich wäre hierzu auch eine entsprechende bundes- oder landesgesetzliche Regelung erforderlich.

4.3.3.2.2 Andere als ärztliche Leistungserbringer

Für die anderen als ärztlichen Leistungserbringer mit Heilberufequalifikation ist – außer bei den Hebammen – ein ärztliches Tätigwerden insofern nötig, als diese auf Verordnung des Arztes tätig werden dürfen. Dies gilt für Pflegepersonen in der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) ebenso wie für die Angehörigen der Therapieberufe, die als Heilmittelberbringer zugelassen werden (§ 124 SGB V). Bei Letzteren ist sogar noch eine besondere krankenversicherungsrechtliche allgemeine Zulassung erforderlich (§ 124 Abs. 2 SGB V). Bei den Medizinisch-technischen Assistenten sind Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Erkennung einer Krankheit und der Beurteilung ihres Verlaufs nur auf ärztliche oder auf Anforderung eines Heilpraktikers zulässig (§ 9 Abs. 3 MTAG).

Die grundsätzlich bestehende Zugangsberechtigung zur Leistungserbringung in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird also zusätzlich gesteuert durch die vorausgehende Intervention eines Arztes.

4.3.3.2.3 Modellvorhaben: Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf dem Gebiet der Heilkunde

Die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Angehörige der Berufe nach dem KrPflG und dem AltPflG ist erstmals mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.5.2008 im SGB V geregelt worden. Hierzu ist eine Vorschrift über entsprechende Modellvorhaben eingerichtet worden (§ 63 Abs. 3c SGB V). Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien fest, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von Heilkunde auf die Angehörigen der Kranken- und Altenpflege im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen kann. Diese Regelung hat berufsrechtlichen und leistungserbringungsrechtlichen Charakter. Die Vorschrift betrifft das Leistungserbringungsrecht (vgl. § 63 Abs. 1 SGB V). Da jedoch auch die entsprechenden Berufsgesetze in Hinblick auf die Ausbildungsvorschriften geändert werden mussten, ist auch ein berufsrechtlicher Charakter gegeben (§ 4 Abs. 7 KrPflG; § 4 Abs. 7 AltPflG). Im Krankenpflegegesetz sind dazu in § 1 Abs. 1 Satz 2 und im Altenpflegegesetz in § 1 Satz 2 berufsausübungsrechtliche Vorschriften eingefügt worden, wonach Personen, die über eine Ausbildung nach § 4 Abs. 7 KrPflG verfügen, im Rahmen der ihnen in dieser Ausbildung vermittelten erweiterten Kompetenzen zur Ausübung von Heilkunde berechtigt sind.

Das Novum an den Vorschriften zu den Modellvorhaben ist hierbei nicht die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, sondern die selbstständige Ausübung von Heilkunde. Schon bisher konnten Angehörige von Heilberufen und sogar anderer Gesundheitsfachberufe im Rahmen der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten (Delegation), aber bei Überwachung durch den Arzt, ärztliche Tätigkeiten außerhalb des Kernbereichs ärztlicher Tätigkeit wahrnehmen.

Die Richtlinien nach § 63 Abs. 3c Satz 3 SGB V liegen mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V) vor.[218]

218 In der Fassung vom 20.10.2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 46 (S. 1128) vom 21.3.2012, berichtigt in Nr. 50 (S. 1228) vom 28.3.2012). Zur Richtlinie s. Bohne, 2012, S. 262ff.; Heberlein, 2012a; Heberlein, 2012b; Roters, 2009.

In ihrem Allgemeinen Teil hält die Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V fest, was unter selbstständiger Ausübung von Heilkunde zu verstehen ist (§ 2 und 3 der Richtlinie). Weiter enthält die Richtlinie Feststellungen zur Verordnungstätigkeit (§ 4 der Richtlinie) sowie Hinweise zu den Regelungsbestandteilen der Modellvorhaben (§§ 5 und 6 der Richtlinie).

In ihrem Besonderen Teil enthält die Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V diagnose- und prozedurenbezogen die übertragbaren ärztlichen Tätigkeiten, wobei jeweils die übertragbare ärztliche Tätigkeit, deren Art und Umfang sowie die Qualifikationserfordernisse nach § 4 KrPflG bzw. AltPflG genannt werden. Bei den diagnosebezogenen Tätigkeiten kommt noch die Beschreibung der Diagnose hinzu.

4.3.3.2.4 Folgen einer Zulassung zum Leistungserbringungssystem

Bei der Zulassung zum Leistungserbringungssystem des SGB V sind nicht nur die genannten Zulassungsvoraussetzungen zu beachten. Mit der Zulassung zu diesem Leistungserbringungssystem unterwirft sich der Leistungserbringer gleichzeitig den Vorschriften über die Art und Weise der Leistungserbringung, die zum Teil über Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) konkretisiert werden, weiter den Qualitätssicherungs- und Vergütungsregelungen. Die Zulassung zum Leistungserbringungssystem des SGB V stellt also nicht nur den Pass zum Durchschreiten des Tores zum Zugang zur Leistungserbringung dar, sondern bedeutet gleichzeitig die Unterwerfung unter die jeweiligen Regeln des Leistungserbringungsrechts.

Dem Leistungserbringungsrecht des SGB V kommen wesentliche Steuerungsfunktionen bei der Erfüllung der Aufgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung zu: Qualitätsentsprechende Leistungserbringung nach den Grundsätzen der Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit (§ 2 Abs. 1 Satz 3, Abs. 4 SGB V). Hinzu treten Aspekte der Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung (§ 70 Abs. 1 SGB V).

4.3.3.3 SGB XI

Leistungserbringer in der Sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegeeinrichtungen (§ 71 SGB XI) und im Einzelfall auch Einzelpersonen, die häusliche Pflege erbringen (§ 77 SGB XI). Die Zulassung zur Leistungserbringung vollzieht sich bei Pflegeeinrichtungen durch Versorgungsvertrag (§ 72 SGB XI), bei Einzelpersonen durch Vertrag (§ 77 Abs. 1 Satz 1 SGB XI).

Der Vorteil der Zulassung von Pflegeeinrichtungen und des Abschlusses von Versorgungsverträgen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen besteht für die Pflegekassen darin, dass die Pflegeeinrichtung bzw. deren Träger der Garant sind für die Einhaltung aller Maßgaben, die die Personalwirtschaft, Qualität, Wirtschaftlichkeit etc. betreffen. Während dies für die Versorgung durch stationäre Einrichtungen typisch ist und sich aus der Sache selbst ergibt, ist dies bei der ambulanten Versorgung nicht selbstverständlich. Hier wäre auch eine Lösung wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung bei der häuslichen Pflege möglich gewesen, Verträge mit den Leistungserbringern selbst und nicht mit den Einrichtungen abzuschließen (§ 132 a SGB V).

Im Recht der Sozialen Pflegeversicherung ist eine Art Öffnungsklausel für Leistungserbringer mit der häuslichen Pflege durch Einzelpersonen (§ 77 SGB XI) gegeben. Diese müssen keine Angehörigen von Pflegeberufen sein. Die Anforderungen an die Verträge mit diesen Personen zeigen, welche Gegenstände bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen grundsätzlich regelungsbedürftig sind (§ 77 Abs. 1 Satz 1 SGB XI):

> *In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; § 112 [Qualitätsverantwortung] ist entsprechend anzuwenden.*

Der Zugang zur Leistungserbringung besteht auch bei den Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI. Hier werden keine besonderen Leistungserbringungsverträge geschlossen, sondern Aufwendungen für die Inanspruchnahme solcher Leistungen erstattet (vgl. § 45 b Abs. 2 SGB XI).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im SGB XI zwar eine dominierende Ausrichtung des Zugangs zur Leistungserbringung für Pflegeeinrichtungen besteht. Das Leistungserbringungsrecht des SGB XI stellt aber mit der Figur der Häuslichen Pflege durch Einzelpersonen (§ 77 SGB XI) auch Möglichkeiten der Öffnung des Zugangs zur direkten Leistungserbringung nicht nur durch Fachpersonal, sondern auch durch andere geeignete Personen bereit. Insofern besteht für die Soziale Pflegeversicherung kein weiterer Öffnungsbedarf in Hinblick auf den direkten Zugang zur Leistungserbringung.

4.3.3.4 Andere Sozialleistungsbereiche

Eine gesetzlich geregelte Zulassung zur Leistungserbringung nach dem Modell des SGB V oder des SGB XI ist in den anderen Leistungsbereichen des SGB nicht vorzufinden. Hier haben die Sozialleistungsträger zwar nicht freie Hand bei der Zulassung, aber es besteht vergleichsweise mehr Freiheit bei der administrativen Regelung des Zulassungsgeschehens.

Für das SGB V kann eine Logik der Zulassung von Gesundheitsdienstleistern zur Leistungserbringung dergestalt ausgemacht werden, dass zwar auf der einen Seite die relevanten Leistungserbringer grundsätzlich zulassungsfähig sind, aber auf der anderen Seite grundsätzlich nur der Arzt im Rahmen der ärztlichen Behandlung als Leistungserbringer gilt (Arztvorbehalt, §§ 15 Abs. 1 Satz 1, 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Die Vorschrift zum Arztvorbehalt ist als leistungsrechtliche Vorschrift ausgestaltet. Der Arztvorbehalt besagt nicht, dass andere Leistungserbringer, die Leistungen auf dem Gebiet der Heilkunde erbringen, von der Leistung ausgeschlossen sind. Mit dem Verweis auf die ärztliche Behandlung ist der Bereich der Heilkunde gemeint, der mit der Fachlichkeit des jeweiligen Arztes umrissen wird. Die therapeutischen Leistungen bestimmter Heilmittelerbringer, z. B. der Logopäden oder Physiotherapeuten, sind nicht Leistungen gerade der ärztlichen Behandlung, sondern sind Leistungen im Rahmen der Krankenbehandlung (vgl. § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V). Sie werden vom Arzt auch nicht angeordnet, sondern verordnet. Damit werden diese Leistungserbringer aufgrund einer Verordnung eigenverantwortlich und selbstständig tätig.[219] Sie sind dann nicht Hilfspersonen des Arztes.

4.3.3.5 Private Krankenversicherung

Die Rechtsgrundlagen für die private Krankenversicherung (PKV) sind gesetzlicher und vertraglicher Art.[220] Im Folgenden interessieren vor allem die Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung (MB/KK 2009)[221], die Gegenstand der Versicherungsverträge werden. Das Versicherungsunternehmen kann jedoch Aufwendungen für Leistungen über den Katalog der Musterbedingungen hinaus erstatten (§ 1 Abs. 3 MB/KK 2009).
Versicherungsfall der PKV ist (§ 1 Abs. 2 MB/KK 2009):

> *(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch*
>
> *a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,*
>
> *b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),*
>
> *c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.*

219 So richtig Bohne, 2012, S. 44f.; ebenso Lang in Becker, et al., 2012, § 28, Rn. 20.
220 Hierzu Schäfer in Igl, Gerhard/Welti, Felix (Hrsg.), 2012, S. 165ff.
221 Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009).

Die PKV kennt verschiedene Einschränkungen der Leistungspflicht (§ 5 MB/KK 2009). Die wichtigste ist die Einschränkung für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht (§ 5 Abs. 1 Buchst. d) MB/KK 2009).

In den MB/KK 2009 wird zwischen Krankheitskostenversicherung und Krankenhaustagegeldversicherung unterschieden. Im Folgenden interessiert nur die Krankheitskostenversicherung. In dieser wird Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonstige vereinbarte Leistungen erbracht.[222]

Der Zugang zur Leistungserbringung mit der Wirkung, dass die Aufwendungen ersetzt werden, ist in der PKV unterschiedlich ausgestaltet. Dabei geht es um das Recht des Versicherten, ob und wie er Leistungen in Anspruch nehmen kann.
Für Ärzte und Heilpraktiker im ambulanten Bereich bestimmt § 4 Abs. 2 MB/KK 2009:

> *(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.*

Für die Heilmittelerbringer im ambulanten Bereich bestimmt § 4 Abs. 3 MB/KK 2009:

> *(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.*

Für die stationäre Heilbehandlung bestimmen § 4 Abs. 4 und 5 MB/KK 2009:

> *(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.*
> *(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.*

222 § 1 Abs. 1 Satz 3 Buchst. a) MB/KK 2009.

Im ambulanten Bereich werden demnach nur Ärzte und Heilpraktiker aufgeführt, zu denen freier Leistungszugang besteht. Nicht erwähnt werden Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nichtärztliche Psychotherapeuten) nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) sowie Hebammen und Krankenpfleger. Bei den nichtärztlichen Psychotherapeuten sehen einzelne Tarife der Versicherungsunternehmen Leistungen vor.[223]

Der Heilmittelbegriff in § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 lehnt sich an den Heilmittelbegriff der Gesetzlichen Krankenversicherung an (§ 124 SGB V). Hier sind die Therapieberufe als Leistungserbringer erfasst,[224] nicht jedoch Krankenpfleger oder Hebammen, die außerhalb stationärer Einrichtungen tätig werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die MB/KK 2009 der PKV im Vergleich zur Gesetzlichen Krankenversicherung sowohl hinsichtlich des Leistungsgrundes (nur Heilbehandlung) wie auch hinsichtlich des Leistungsumfangs und des Leistungszugangs erheblich restriktiver sind.[225] Eine Verpflichtung der PKV, sich an das Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenversicherung anzunähern, besteht nicht.

4.3.3.6 Beihilferecht (Beamte)

Beamte haben in den Sozialversicherungen grundsätzlich keinen Schutz gegen das Risiko der Krankheit und der Pflegebedürftigkeit. Der Beamte ist hierfür auf Eigenvorsorge verwiesen, die in der Regel aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.[226] Hier ist der Beamte z. B. auf den Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrages verwiesen. Der Dienstherr übernimmt jedoch im Rahmen der beamtenrechtlichen Beihilfe Teile der Aufwendungen für Krankheitskosten.

Das Spektrum der Leistungen ist grundsätzlich dem der Gesetzlichen Krankenversicherung nachgebildet, ist aber zum Teil auch weiter (vgl. § 7 BBhV). Dies gilt insbesondere für die Inanspruchnahme von Leistungen der Heilpraktiker (§ 13 BBhV). Auf die Einzelheiten des Beihilferechts kann hier nicht weiter eingegangen werden.

223 Die Tarifbedingungen sehen heute teilweise die Leistungspflicht auch für niedergelassene und im Arztregister eingetragene Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vor, s. Bach et al., 2009, § 4 MB/KK, Rn. 19.

224 Bach, et al., 2009, § 4 MB/KK, Rn. 24.

225 S. hierzu Schäfer, 2010, sowie zum Vergleich mit der Gesetzlichen Krankenversicherung Schäfer in Igl, Gerhard/Welti, Felix (Hrsg.), 2012, S. 172 ff.

226 § 1 Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung – BBhV). Im Folgenden werden nur die Beihilfevorschriften Für Beamte des Bundes herangezogen. Die Länder haben ebenfalls Beihilfevorschriften, die sich teilweise an das Bundesrecht anlehnen. Die Länder können jedoch davon abweichen.

4.3.3.7 Zusammenfassung

Im Recht der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) ist der Zugang zur Leistungserbringung an die Eigenschaft als Pflegeeinrichtung (ambulant/stationär) geknüpft. Ausnahmsweise besteht die Möglichkeit, sich als Einzelperson zur häuslichen Pflege zuzulassen.

Das Leistungserbringungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) knüpft für den direkten Zugang zur Leistung bis auf wenige Ausnahmen (Hebammen) nur am Arzt an. Dies äußert sich im Arztvorbehalt. Andere Leistungserbringer werden zwar zur Leistung zugelassen, so die Heilmittelbringer (§ 124 SGB V) oder Angehörige der Pflegeberufe bei der häuslichen Krankenpflege (§ 132 SGB V), haben aber keinen direkten Leistungszugang. Ein Leistungszugang wird erst durch ärztliche Verordnung eröffnet.

Die Dominanz des Arztes bei der Gestaltung des Leistungszuganges anderer als ärztlicher Heilberufe wirkt sich auch auf die Vertragsbedingungen der Privaten Krankenversicherung und auf das Beihilferecht der Beamten aus. Zwar bestehen weder für das Recht der Privaten Krankenversicherung noch für das Beihilferecht rechtlich notwendige Anlehnungen an die Situation, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung gegeben ist, da es sich in beiden Fällen um Kostenerstattungssysteme und nicht, wie bei der Gesetzlichen Krankenversicherung, um Sachleistungssysteme handelt. Trotzdem orientieren sich diese Kostenerstattungssysteme an den Gegebenheiten des Leistungszugangs, die für die Leistungserbringer in der Gesetzlichen Krankenversicherung existieren. Bei einer möglichen Änderung der Leistungszugangsweisen in der Gesetzlichen Krankenversicherung kann deshalb erwartet werden, dass sich die Kostenerstattungssysteme der Privaten Krankenversicherung und der beamtenrechtlichen Beihilfe demgemäß umorientieren.

4.3.4 Haftungsrecht

Haftungsrechtlich ist eine Verbreiterung des Zugangs zur Leistungserbringung im Sinne einer selbstständigen und eigenverantwortlichen Ausführung von bestimmten Aufgaben unproblematisch, da die so zugelassenen Leistungserbringer als Behandelnde auf den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards verwiesen sind (§ 630 a BGB).

4.4 Änderungsmöglichkeiten

4.4.1 Beruferecht

4.4.1.1 Klarstellungen, Ergänzungen und Präzisierungen bei den Ausbildungszielen

4.4.1.1.1 Ausgangspunkt: Zusammenhang von Ausbildungszielen, Ausbildungsgegenständen und Berufsausübung

Der Zusammenhang von Ausbildungszielen, Ausbildungs- und Prüfungsgegenständen und Berufsausübung ist im deutschen Heilberuferecht insofern von besonderer Bedeutung, als die gesetzliche Regelung der Berufsausübung der Heilberufe nur den Ländern zusteht, während für die Regelung der Berufszulassung, zu der auch die Berufsausbildung gehört, der Bund die konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit hat.

Der inhaltliche Zusammenhang von Berufsausbildung und Berufsausübung liegt darin, dass die die in den Ausbildungsvorschriften formulierten Ausbildungsziele und -gegenstände angesichts dieser Situation der Gesetzgebungszuständigkeiten ausgesprochen und unausgesprochen so verstanden werden, dass die Ausbildungsziele und -gegenstände gleichzeitig auch die rechtliche Situation der Berufsausübung determinieren. Besonders deutlich ist dieser Zusammenhang bei den Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V geworden, bei denen der erweiterte Kompetenzerwerb zu einer Berufsausübungszulassung führt, die sich rechtlich als Teilapprobation darstellt.[227]

Folgt man dem Anliegen, dass die anderen als ärztlichen Heilberufe auch rechtlich die Möglichkeit haben sollen, selbstständiger zu agieren und ihnen eine einer Approbation gleichkommenden Berufszulassung zu verschaffen, so kommt es wesentlich darauf an, wie sich die Ausbildungsziele und -gegenstände gestalten. In dieser Hinsicht weist das Heilberuferecht zum Teil noch großen Ergänzungs- und Präzisierungsbedarf auf.

Leitlinie für eine entsprechende Bereinigung des Heilberuferechts ist die »eigenverantwortliche und selbstständige Ausübung« des Berufs, zumindest aber bestimmter Tätigkeiten im jeweiligen Beruf. Dabei gilt es als Erstes, Ausbildungsziele auch für die Berufe zu formulieren, deren Berufsgesetze solche noch nicht ausweisen. Für andere Heilberufe müssen nur Präzisierungen und Ergänzungen in den Ausbildungszielen und -gegenständen geschaffen werden. Es versteht sich von selbst, dass eine entsprechende Formulierung der Ausbildungsziele sich in den Ausbildungs- und Prüfungsgegenständen der Ausbildungs- und Prüfungsordnungen abbilden muss.

227 S. dazu oben Teil II Abschnitt 4.3.2.3.

Weiter ist bei den anderen als ärztlichen Heilberufen zu berücksichtigen, dass auch ihre Tätigkeiten in Kooperation mit anderen Berufen in den Ausbildungszielen Niederschlag finden. Das heißt, dass auch die Bereiche aufgeführt werden müssen, in denen sich die Ausführung von Tätigkeiten und Aufgaben in mitwirkender Form vollzieht. Regelungsvorbilder sind hier insbesondere § 3 Abs. 1 AltPflG, § 3 Abs. 2 KrPflG und § 3 DiätAssG.

4.4.1.1.2 Fehlende Ausbildungsziele

Heilberufe, bei denen gesetzlich festgelegte Ausbildungsziele fehlen, sind die Logopäden und die Ergotherapeuten. Hier besteht entsprechender Nachholbedarf hinsichtlich der Formulierung von Ausbildungszielen und der Kooperationsformen.

4.4.1.1.3 Präzisierungsbedarf hinsichtlich der Ausbildungsziele und -gegenstände

Bei den Masseuren/medizinischen Bademeistern und bei den Physiotherapeuten ist das Ausbildungsziel zumindest insofern undeutlich definiert, als dort zwar auf den Inhalt der Tätigkeiten abgestellt wird, aber nicht auf die eigenverantwortliche, mitwirkende oder selbstständige Ausführung von Tätigkeiten eingegangen wird (vgl. §§ 3, 8 MPhG). Hier besteht entsprechender Regelungsbedarf.

Wenn man davon ausgeht, dass es für die Erteilung einer (Teil-)Approbation erforderlich ist, dass die Berufsausbildung zu einer eigenverantwortlichen und selbstständigen Berufsausübung führen soll, müssen die Ausbildungsgesetze und insbesondere die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen so gestaltet werden, dass die Berufsausübung dann eigenverantwortlich und selbstständig wahrgenommen werden kann. Hinzuzufügen ist, dass auch eine Ausführung beruflicher Tätigkeiten im Rahmen der Mitwirkung eine besondere Befähigung erfordert, die nicht in einem Über- oder Unterordnungsverhältnis zur selbstständigen Ausführung von Tätigkeiten steht, sondern die eine besondere Qualifikation und Kompetenz erfordert. Eine (Teil-)Approbation soll sich deswegen auch auf die Bereiche von Tätigkeiten und Aufgaben erstrecken, die vom jeweiligen Heilberuf mitwirkend auszuüben sind. Allerdings darf die (Teil-)Approbation dann nicht so verstanden werden, dass sie zur selbstständigen Berufsausübung auch bei den Tätigkeiten und Aufgaben berechtigt, die im Mitwirkungsbereich aufgeführt sind.

Bei den anderen als ärztlichen Heilberufen können gemäß den Formulierungen in den Ausbildungszielen die folgenden Berufe

:: selbstständig (Podologen, § 3 PodG),
:: eigenverantwortlich (Altenpfleger, § 3 Abs. 1 AltPflG; Krankenpfleger, § 3 Abs. 2 KrPflG; Diätassistenten, § 3 DiätAssG; Notfallsanitäter, § 3 NotSanG),
:: mitwirkend (alle vorstehend genannten Berufe sowie die Orthoptisten, § 3 OrthoptG)

tätig werden.

Bei Podologen wird die eigenverantwortliche Tätigkeit vom Ausbildungsziel der selbstständigen Tätigkeit umfasst, ohne dass sie vom Gesetz besonders erwähnt wird.

Vorbehaltene Tätigkeiten bestehen für Medizinisch-technische Assistenten (§ 9 MTAG) und Hebammen (§ 4 HebG). Bei diesen vorbehaltenen Tätigkeiten wird die Eigenverantwortlichkeit vorausgesetzt, so dass vorbehaltene Tätigkeiten immer auch eigenverantwortliche Tätigkeiten sind.

Der Heilpraktiker kann im Rahmen seiner Erlaubnis selbstständig heilkundlich tätig werden (§ 1 HeilprG). Da dieser Beruf von den hier angestellten Erwägungen nicht betroffen ist, wird auf seine Einbeziehung verzichtet. Allerdings stellt sich bei diesem Beruf die besondere Frage, ob es sich angesichts seiner Bedeutung nicht empfiehlt, ein spezielles Berufsausbildungsrecht zu schaffen.[228]

4.4.1.2 Möglichkeiten einer Approbation von anderen als ärztlichen Heilberufen

Voraussetzungen für die Erteilung einer (Teil-)Approbation sind:

:: Die Formulierung von Ausbildungsgegenständen bei den Ausbildungszielen.
:: Die Formulierung von selbstständig, eigenverantwortlich und mitwirkend auszuführenden Tätigkeiten/Aufgaben bei den Ausbildungszielen.
:: Die Umsetzung der Ausbildungsziele und -gegenstände in den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen in Hinblick auf die eigenverantwortliche, mitwirkende und selbstständige Ausführung von Tätigkeiten und Aufgaben.

Die (Teil-)Approbation bezieht sich nicht nur auf die selbstständig, also ohne ärztliche Einschaltung auszuführenden Tätigkeiten, sondern auch auf die Tätigkeiten in Mitwirkung mit Ärzten und/oder anderen Heil- und Gesundheitsberufen.

Der Begriff der (Teil-)Approbation wird hier nur technisch verwendet, um die Abgrenzung von der ärztlichen Approbation zu verdeutlichen. Bei einer gesetzlichen Regelung kann hingegen der Begriff der Approbation verwendet werden, wenn er im Zusammenhang mit der jeweiligen Berufsbezeichnung steht. Daraus geht unmissverständlich hervor, dass z. B. eine Approbation als Krankheits- und Gesundheitspfleger sich nur auf die im Rahmen der Ausbildung vermittelten Kompetenzen bezieht.

228 Dagegen Sasse, 2011, S. 99ff.

Zentrale Voraussetzung für die Erteilung einer Approbation, die zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde auf einem bestimmten Gebiet der Heilkunde ermächtigt, ist eine Ausbildung, die die Möglichkeiten und Grenzen der eigenen Diagnosefähigkeit kennen und beachten lässt. Diese Voraussetzung wird bei der Zulassung als Heilpraktiker erhoben, die zur selbstständigen Berufsausübung ermächtigt. Das Bundesverwaltungsgericht hat diese Voraussetzung im Zusammenhang der Erteilung einer auf Physiotherapie beschränkten Heilpraktikererlaubnis aufgegriffen, mit der eine selbstständige Ausübung der Physiotherapie bewerkstelligt werden sollte.[229] Für die Ausbildung der Physiotherapeuten hat das Bundesverwaltungsgericht den Rahmen hierfür – bezogen auf die im Zulassungsrecht der Heilpraktiker erforderliche Kenntnisprüfung – festgelegt[230]:

> *»Aus alledem ergibt sich für den Regelfall ein bestimmter Zuschnitt der Kenntnisüberprüfung bei ausgebildeten Physiotherapeuten, die auf ihrem Gebiet eigenverantwortlich tätig werden wollen. Der jeweilige Antragsteller muss nachweisen, dass er ausreichende Kenntnisse über die Abgrenzung der heilkundlichen Tätigkeit als Physiotherapeut gegenüber der den Ärzten und den allgemein als Heilpraktiker tätigen Personen vorbehaltenen heilkundlichen Behandlungen besitzt und ausreichende diagnostische Fähigkeiten in Bezug auf die einschlägigen Krankheitsbilder hat. Außerdem sind Kenntnisse in Berufs- und Gesetzeskunde einschließlich der rechtlichen Grenzen der nichtärztlichen Ausübung der Heilkunde nachzuweisen.«*

Sollen für einzelne andere als ärztliche Heilberufe Approbationen gesetzlich vorgesehen werden, müssten die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen entsprechend gestaltet werden. Ob und inwieweit dies bei denjenigen Heilberufen, bei deren Ausbildungszielen bereits Bereiche eigenverantwortlich auszuführender Tätigkeiten aufgeführt sind, ausreicht, soll hier nicht beurteilt werden. Allerdings spricht viel für eine solche Einschätzung.

Die Anforderungen, die insoweit an die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen zu stellen sind, dürfen aber nicht höher sein als die Anforderungen, wie sie das Bundesverwaltungsgericht im zitierten Urteil erhoben hat. Sollte eine normativ vorgegebene Ausbildungslücke im Sinne dieses Urteils[231] gegeben sein, so müsste sie entsprechend in den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen überbrückt werden. Bei den mit vorbehaltenen Tätigkeiten ausgestatteten Berufen der Hebammen und der Medizinisch-technischen Assistenten scheint dies nicht erforderlich zu sein.

229 BVerwG (Fn. 187), Rn. 25.
230 BVerwG (Fn. 187), Rn. 27.
231 BVerwG (Fn. 187), Rn. 24.

4.4.1.3 Gründe für eine Approbation von anderen als ärztlichen Heilberufen

Bevor nach den möglichen rechtlichen Wirkungen der Schaffung von Möglichkeiten einer Approbation für andere als ärztliche Heilberufe gefragt wird, ist klarzustellen, dass mit einer Approbation – ähnlich wie mit der staatlichen Anerkennung einer Berufsbezeichnung oder dem Hinweis auf eine staatliche Prüfung – eine gewisse Distinktion eines Berufes bewirkt wird. Eine solche Distinktion mag auch eine höhere öffentliche und gesellschaftliche Wertschätzung mit sich bringen, was wiederum zu einer Erhöhung der Attraktivität des Berufes beitragen kann. Mit jeder Heraushebung eines Berufs kann aber eine Herabsetzung oder niedrigere Einschätzung eines anderen, auch eines fachverwandten Berufes einhergehen. Solche Erwägungen können jedoch für die hier anzustellenden rechtlichen Überlegungen nicht ausschlaggebend sein.

Es sind im Wesentlichen drei zentrale Erwägungen, die für die Einführung der Approbation bei anderen als ärztlichen Heilberufen sprechen. Da eine Approbation voraussetzt, dass der jeweilige Berufsangehörige auf seinem Gebiet selbstständig tätig werden kann, müssen – erstens – die Ausbildungsanfordernisse so gestaltet werden, dass die Voraussetzungen für das selbstständige Tätigwerden gegeben sind. Dies ist am Beispiel der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zur auf die Physiotherapie beschränkten Heilpraktikererlaubnis deutlich geworden.

Mit dieser Entscheidung hat das Bundesverwaltungsgericht den Weg gezeigt, der bei der Einrichtung einer Approbation für andere als ärztliche Heilberufe zu gehen ist. Damit ist auch die zweite zentrale Erwägung angesprochen: Es ist heilberuferechtlich etwas verquer, wenn ein Angehöriger eines Heilberufes mit hochreglementierter Ausbildung den Weg über eine Heilpraktikererlaubnis gehen muss, also den Weg über die Zulassung für einen Beruf, der kein Ausbildungsrecht kennt, um über diesen Weg zu einer selbstständigen Berufsausübung in seinem angestammten Beruf zu gelangen. Mit der Einführung einer Approbation müsste dieser rechtssystematisch wie berufspolitisch nur schwer nachvollziehbare Weg nicht mehr gegangen werden.

Die dritte zentrale Erwägung beruht auf den Wirkungen in Hinblick auf eine klarere Abstimmung in der Kooperation der verschiedenen Gesundheitsberufe, insbesondere der Heilberufe. Die Approbation besagt, wo der Berufsangehörige, d. h. auf welchen Gebieten der Heilkunde, und wie er, d. h. selbstständig und eigenverantwortlich oder mitwirkend, tätig werden darf.

Weitere Auswirkungen können sich insbesondere in Richtung auf das private Krankenversicherungsrecht und das Beihilferecht ergeben, wenn dort für die Erstattung von Leistungen auf die selbstständige Ausführungen von Tätigkeiten abgestellt wird. Gleiches gilt für das Leistungserbringungsrecht der Sozialversicherungen.

4.4.1.4 Alternativ: Approbation bei entsprechender Weiterbildung

Denkbar ist es auch, eine Approbation für andere als ärztliche Heilberufe erst dann vorzusehen, wenn sich die Berufsangehörigen einer entsprechenden Weiterbildung unterzogen haben. Bei einer solchen Art der Approbation ist Folgendes zu berücksichtigen:

Aufgrund der Verteilung der Gesetzgebungskompetenzen ist eine Approbation nach Absolvierung einer entsprechenden Weiterbildung nur landesrechtlich möglich. Die Ländergesetzgeber könnten sich zu einer solchen Approbation verstehen. Sie können auch die Voraussetzungen für die Erteilung einer Approbation bestimmen. So könnte die Art und Weise der zu absolvierenden Weiterbildung landesrechtlich geregelt werden. In diesem Zusammenhang wäre es auch möglich, hochschulische weiterbildende Studiengänge, die zu einem Bachelorabschluss führen, als entsprechende Weiterbildung für eine Approbation anzuerkennen.

Gegen solche landesrechtlichen Approbationen spricht aber, dass die Approbation am bundesrechtlich geregelten Heilberuf und an dessen Ausbildungsvoraussetzungen anknüpfen soll. Der Rechtsklarheit und der Patienteninformation wäre es auch wenig dienlich, wenn die Voraussetzungen einer (Teil-)Approbation der anderen als ärztlichen Heilberufe unterschiedlich geregelt werden. Der Zweck, mit einer Approbation der anderen als ärztlichen Heilberufe mehr Klarheit beim Personaleinsatz auch in kooperativen Versorgungssituationen zu erreichen, würde damit verfehlt werden.

Schließlich spricht auch ein Vergleich mit der ärztlichen Approbation, die auf Grundlage eines Bundesgesetzes erteilt wird, gegen länderspezifische Regelungen.

4.4.2 Leistungserbringungsrecht

Für die Zulassung neuer Berufe im SGB V ist zunächst erforderlich, dass im Leistungsrecht entsprechende Leistungen vorgesehen sind, die durch diese Berufe erbracht werden können, denn das Leistungserbringungsrecht bildet das Leistungsrecht ab und konkretisiert den Leistungsanspruch des Versicherten. Ist diese Voraussetzung erfüllt, kann der Gesetzgeber jeden neuen Beruf leistungserbringungsrechtlich zulassen, die Art und Weise der Leistungserbringung festlegen sowie Regelungen in Hinblick auf Qualitätssicherung und Vergütungen treffen.

Andere als bereits gesetzlich zugelassene Leistungserbringer können für bestimmte Versorgungsbereiche (z. B. Prävention) schon jetzt als Leistungserbringer im Rahmen von Modellvorhaben zugelassen werden (§ 63 Abs. 2 SGB V). Hier bietet sich eine Öffnung der Modellvorhabensklausel ohne Begrenzung auf bestimmte Versorgungsbereiche an. Ähnlich wie die Modellvorhabensklausel nach § 63 Abs. 3c SGB V könnte die Zulassung an bestimmte Ausbildungserfordernisse geknüpft werden.

Das SGB V bietet für die Zulassung neuer Gesundheitsberufe bereits Regelungsmuster an, sei es für die Erweiterung der zugelassenen Berufe im Rahmen der Zulassung im traditionellen Leistungserbringungsrecht, sei es im Rahmen von Modellvorhaben. Es ist nicht ersichtlich, dass hier grundlegende strukturelle Veränderungen zu schaffen sind. Es geht nur um die Öffnung des Zugangs zur Leistungserbringung für andere Leistungserbringer.

Allerdings ist nicht zu verkennen, dass sich eine Gesetzesänderung im Leistungserbringungsrecht eher langwierig gestaltet. Deshalb sollten die Möglichkeiten im Rahmen von Modellvorhaben nach dem Muster des § 63 Abs. 2 SGB V, aber ohne Beschränkung, oder zumindest mit Erweiterung der Versorgungsbereiche ergriffen werden.

4.4.3 Haftungsrecht

Haftungsrechtlich ist eine Verbreiterung des Zugangs zur Leistungserbringung unproblematisch, da die so zugelassenen Leistungserbringer als Behandelnde auf den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standard verwiesen sind (§ 630a BGB).

5 Kooperation von Gesundheitsberufen

5.1 Zur Debatte um die Kooperation von Gesundheitsberufen

Das Thema der Kooperation der an der medizinischen Versorgung Beteiligten hat vielfältige Dimensionen. Es reicht von der Kooperation zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen in der therapeutischen Kette bis hin zur Kooperation zwischen dem ambulanten und stationären Sektor und der dort agierenden Berufsangehörigen und Institutionen. In zahlreichen Rechtsvorschriften sind Kooperationsformen geregelt, wobei dies insbesondere für Regelungen im indirekten Berufsrecht, vor allem im Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V), gilt.

Nach wie vor wird die Kooperationsdebatte im deutschen Gesundheitsrecht zentral und kontrovers beherrscht von der Frage, welche Rolle dem Arzt in der gesundheitlichen Versorgung im Verhältnis zu anderen Gesundheitsberufen, nicht nur zu anderen Heilberufen, zukommt.[232] Dabei geht es nicht so sehr um die Frage, ob dem Arzt eine zentrale Zuständigkeit für alle Maßnahmen der Behandlung im Sinne einer zentralen *Handlungskompetenz* zukommt, sondern vielmehr darum, ob der Arzt die zentrale Verantwortung für das gesamte therapeutische Geschehen und dessen Steuerung im Sinne einer Letztverantwortung hierfür hat.

Die erste Frage nach der zentralen *Handlungskompetenz* des Arztes ist im Kern verhältnismäßig klar zu beantworten. Rechtsprechung und Literatur haben sich hierzu geäußert; ebenso liegen entsprechende Stellungnahmen der Berufsverbände vor.[233] Im Übrigen zeigt schon das deutsche Heilberuferecht wie auch das Leistungserbringungsrecht des SGB V, dass dem Arzt keine zentrale Handlungskompetenz im Sinne von omnipotenter Handlungskompetenz zukommt. Der Arzt ist auch schon im therapeutischen Handeln auf die Fachkompetenz anderer Gesundheitsberufe angewiesen. Diese Selbstverständlichkeit wird zuweilen mit Blick auf die Diskussion um die Stellung des Arztes im therapeutischen Geschehen nicht entsprechend wahrgenommen. Diese Selbstverständlichkeit kommt auch in der jüngeren Heilberufegesetzgebung zum Ausdruck. So wird in der Gesetzesbegründung zum Notfallsanitätergesetz auf die allgemeinen Entwicklungen im Gesundheitsberuferecht hingewiesen, wonach die Berufsangehörigen im Bereich ihrer Kompetenzen eigenverantwortlich und auf gleicher Höhe mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten, was auch in den Berufsbezeichnungen deutlich gemacht werden soll.[234]

232 Grundsätzlich hierzu Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007 mit dem treffenden Titel: Kooperation und Verantwortung. S. auch Wissenschaftsrat, 2012, S. 44ff.
233 Bohne, 2012, S. 17ff.
234 Deutscher Bundestag, Drucksache 17/11689, S. 19.

Es ist vor allem die zweite Frage nach der Verantwortungszuweisung für das medizinische Geschehen in der Patientenversorgung, die die Debatte um die Kooperation der Gesundheitsberufe bewegt. Es geht hier um die *Steuerungskompetenz* für dieses Geschehen. Bevor man sich dieser Debatte nähert, sind einige Klarstellungen zu treffen:

:: Diese Debatte betrifft vor allem den Gesundheitsversorgungsbereich der Kuration, auch den des vorgelagerten Rettungswesens sowie den Bereich der medizinischen Rehabilitation, weniger die Palliation, die Prävention und die Gesundheitsförderung und kaum die Langzeitpflege.[235]
:: Diese Debatte scheint mehr den ambulanten als den stationären Bereich der medizinischen Versorgung zu betreffen, weil bei einem Behandlungsfehler im Krankenhaus das Krankenhaus aufgrund des Krankenhausbehandlungsvertrages haftungsrechtlich verantwortlich ist. Durch diese haftungsrechtlich geprägte Wahrnehmung der Situation im Krankenhaus werden aber die realen Verantwortungssituationen, die auch im Krankenhaus gegeben sind, verdeckt.
:: Oft wird die Debatte um die Verantwortung in medizinischen Versorgungsabläufen auf dem Gebiet der Kuration mit einem Rekurs auf haftungsrechtliche Anforderungen im Sinne des Facharztstandards[236] verquickt.
:: Die Debatte wird – zum Teil unausgesprochen – von der Wertigkeit ärztlichen Handelns und der Abbildung dieser Wertigkeit in der Vergütung für ärztliche Leistungen geprägt.
:: Die Debatte wird teilweise primär als rechtliche Debatte *de lege lata* geführt, wodurch verdeckt wird, dass diese Debatte auch unter berufs- und versorgungspolitischen Gesichtspunkten für die Zukunft, also *de lege ferenda,* zu führen ist.

In Hinblick auf die rechtlichen Rahmenbedingungen der Kooperation von Gesundheitsberufen ist vor allem Folgendes zu sagen

:: Das Berufsrecht (= direktes Berufsrecht) des Arztes liefert nur Anhaltspunkte für den Rahmen ärztlichen Handelns, nicht aber für die Verantwortungszuweisung an bestimmte Akteure der medizinischen Versorgung im Einzelnen.
:: Das Berufsrecht (= direktes Berufsrecht) der anderen als ärztlichen Heilberufe gibt in der Formulierung der Ausbildungsziele Hinweise darauf, bei welchen Aufgaben und Tätigkeiten eigenverantwortlich oder in Mitwirkung gehandelt werden kann.
:: Das Leistungserbringungsrecht (= indirektes Berufsrecht) enthält zahlreiche, zum Teil sehr komplexe Vorschriften zur Kooperation von Gesundheitsberufen.

235 Zu dieser Einteilung Teil I Abschnitt 1.1.
236 Hierzu Nebendahl in Igl, Gerhard/Welti, Felix (Hrsg.), 2012, S. 281 ff.

:: Für die inhaltliche Auseinandersetzung in der Kooperationsdebatte ist der Begriff der Heilkunde nur begrenzt geeignet.[237]

Für die Frage, wie sich die Kooperation der an der medizinischen Versorgung Beteiligten, und insbesondere die Kooperation der Gesundheitsberufe in Zukunft *(de lege ferenda)* rechtlich gestalten kann, sind zunächst die unabdingbaren rechtlichen Rahmenbedingungen darzulegen, innerhalb deren sich Kooperation verwirklichen lässt. Danach sind die Möglichkeiten einer rechtlichen Fassung der verschiedenen Möglichkeiten von Kooperationen der Gesundheitsberufe zu erläutern. Als Maßstab und Leitlinie für die nachfolgende rechtliche Erörterung dient nicht die Bevorzugung eines bestimmten Kooperationsmodells. Vielmehr soll aufgezeigt werden, in welchem Rahmen sich Kooperation anders als bisher rechtlich gestalten lässt.

5.2 Strukturen der Kooperation von Gesundheitsberufen bei der Patientenversorgung

Im Folgenden wird eine Struktur der Kooperation von Gesundheitsberufen bei der Patientenversorgung zugrunde gelegt, die von der Kooperation von gesundheitsdienstleistenden Berufsangehörigen bei der Patientenversorgung geprägt ist. In dieser Kooperationsstruktur geht es einmal darum, die Fachlichkeit und die Kompetenzen der jeweils beteiligten Berufsangehörigen effektiv und effizient zur Erfüllung einer Aufgabe der Patientenversorgung einzusetzen; weiter geht es darum, eine effektive und effiziente Koordination der kooperierenden Berufsangehörigen zu bewirken. Nur am Rande kann darauf eingegangen werden, welche Fragen der Einsatz von Personen aufwerfen kann, die nicht Angehörige von Gesundheitsberufen sind.

Die Frage, ob multiprofessionelle Kooperation die Festigung der eigenen beruflichen Identität voraussetzt,[238] bevor die gemeinsame Problemlösung erfolgen kann, ist mit Blick auf rechtliche Fragen insofern etwas fiktiv, als Kooperation immer ein bestimmtes Maß an Professionalität im eigenen Beruf voraussetzt und damit Voraussetzung für eine kooperationsspezifisch angelegte berufliche Kompetenz ist. Die Bewältigung von Aufgaben in einer Struktur der Kooperation kann zeitgleich oder zeitlich verschoben (in der therapeutischen Kette) stattfinden. Die kooperierenden Berufe können in einem hierarchischen Verhältnis oder auf gleicher Ebene tätig werden (vertikale und horizontale Dimension).

237 So auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007, S. 96, Rn. 106.
238 Vgl. Sottas, et al., 2013, S. 27.

Die hier dargelegte Kooperationsstruktur betrifft vor allem die Patientenversorgung im ambulanten Bereich. Nicht erörtert werden sollen Fragen der sektorenübergreifenden Kooperation (im Verhältnis von ambulanter zu stationärer Versorgung), der Übergänge zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen (etwa im Sinne des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4 SGB V) und der Kooperation zwischen Hausärzten und Fachärzten. Auf gesetzlich vorgegebene Kooperationsstrukturen, so die Strukturverträge (§ 73a SGB V) und die strukturierten Behandlungsprogramme (§§ 137f, 137g SGB V), auf die Fallberatung/Durchführung des Versorgungsplans nach § 7a SGB XI) in der Pflege und auf die integrierte Versorgung (§§ 140a ff. SGB V) wird eingegangen. An dieser Stelle ist auch auf die vielfältigen Dimensionen der Kooperation und Koordination auf dem Gebiet der Rehabilitation hinzuweisen, die ihren gesetzlichen Niederschlag in den §§ 10 ff. SGB IX und weiter in den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 SGB IX gefunden haben.

Damit stehen im Vordergrund das koordinierte Zusammenwirken von Personen und die rechtlichen Rahmenbedingungen hierfür. Um hier allfälligen rechtlichen Änderungsbedarf zu markieren, bedarf es auch des Rekurses auf die Versorgungsstrukturen, in denen diese Personen agieren.

5.3 Rechtliche Rahmenbedingungen der Kooperation zwischen Gesundheitsberufen

5.3.1 Verfassungsrecht

S. dazu oben Teil II Abschnitt 4.3.1.

5.3.2 Beruferecht: Qualifikation und Kompetenz der handelnden Personen

5.3.2.1 Rechtliches Verhältnis von Qualifikation, Kompetenz und Tätigkeiten/Aufgaben bei der Kooperation

Zentraler Ansatzpunkt für das Handeln in Kooperationsstrukturen ist die Fachlichkeit und Kompetenz der jeweils handelnden Personen. Fachlichkeit und Kompetenz eines Berufsangehörigen wird durch Berufsausbildung und berufliche Praxis sowie durch Fort-/Weiterbildung erreicht. Die Berufsausbildung der Heilberufe hat die Heilkunde insgesamt oder Teile der Heilkunde zum Gegenstand. Der Begriff der Heilkunde ist in den Heilberufegesetzen nur an einer Stelle, nämlich in § 1 Abs. 2 HeilprG, definiert. Auf diese Definition nehmen alle Heilberufegesetze implizit Bezug. Auch für den Begriff der Heilberufe in der Gesetzgebungskompetenz des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG wird darauf Bezug genommen.[239] Die Absolvierung einer bestimmten heilberuferechtlich geregelten Ausbildung und Prüfung berechtigt zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung, wie sie in den Heilberufegesetzen bestimmt ist.

239 BVerfGE 106, 62, Rn. 164 ff. (zitiert nach juris.de).

Heilpraktiker bedürfen zur Ausübung von Heilkunde einer Erlaubnis (§ 1 Abs. 1 HeilprG). Die Ausübung des ärztlichen Berufes ist die Ausübung der Heilkunde unter der Berufsbezeichnung »Arzt« oder »Ärztin« (§ 2 Abs. 5 BÄO). Zur Führung dieser Berufsbezeichnung bedarf es einer Approbation (§ 2 Abs. 1 BÄO).[240] Die Erlaubnis, die die anderen als ärztlichen Heilberufe nach Absolvierung der Ausbildung und Prüfung erhalten, ist eine Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung, aber keine Erlaubnis zur Ausübung des Berufes. Genau genommen, d.h. nach dem Buchstaben des (Heilpraktiker-)Gesetzes, bedürften diese Heilberufe für die *Ausübung* ihres Berufes zusätzlich einer Heilpraktikererlaubnis. Auch wenn diese rechtliche Problematik in der Literatur[241] durchaus gesehen wird, wird diese Forderung in der Praxis nicht erhoben. Diese rechtliche Situation ist aber Ausdruck für Ungereimtheiten des Heilberuferechts.

Während für den Heilpraktiker und den approbierten Arzt beruferechtlich die Ausübung auf dem gesamten Gebiet der Heilkunde möglich ist, können beruferechtlich die anderen als ärztlichen Heilberufe nur auf dem Gebiet und in der Art und Weise beruflich tätig werden, wie es die Ausbildungsziele und Inhalte der Heilberufegesetze beschreiben. Dies wird so nach allgemeiner Meinung angenommen, ist aber berufegesetzlich nicht so bestimmt, da die Heilberufegesetze grundsätzlich keine Regelungen zur Berufsausübung enthalten. Eine Ausnahme bei den anderen als ärztlichen Heilberufen besteht dort, wo auf vorbehaltene Tätigkeiten Bezug genommen wird (§ 4 HebG; § 9 MTAG). Als Folge der Regelungen zu den Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V sind ebenfalls Berufsausübungsregelungen eingeführt worden (§ 1 Satz 2 AltPflG; § 1 Abs. 1 Satz 2 KrPflG)[242]. Damit wird wie bei der ärztlichen Approbation auf die Berufsausübung Bezug genommen (vgl. § 2 Abs. 5 BÄO).

Die allgemeine Annahme, dass Angehörige von Heilberufen auf den Gebieten tätig werden, in denen sie ausgebildet und geprüft worden sind, wird demnach gestützt durch die gesetzliche Formulierung von Ausbildungszielen und von Inhalten der Ausbildung und Prüfung. Bei denjenigen Heilberufen, bei denen ein Ausbildungsziel gesetzlich nicht definiert ist, so bei den Logopäden und den Ergotherapeuten, müsste auf die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen zurückgegriffen werden, um Aufschluss über die Ausbildungsziele zu erhalten. Unabhängig davon ist eine gesetzliche Formulierung der Ausbildungsziele in allgemeiner Art wünschenswert.

240 Die Psychologischen Psychotherapeuten bedürfen der Approbation für die Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie, § 1 Abs. 1 Satz 1 PsychThG.
241 Vgl. Schelling in Spickhoff, 2011, § 1 HeilprG, Rn. 20.
242 S. Teil II Abschnitt 5.3.2.3.

Aus diesem Grunde sollten für diejenigen Heilberufe, für die noch keine berufsgesetzliche Formulierung von Ausbildungszielen existiert, entsprechende Formulierungen geschaffen werden, so für die Logopäden und Ergotherapeuten.[243]

Die Fachlichkeiten und die Kompetenzen, die die jeweiligen Heilberufe aufweisen, können nicht als säuberlich voneinander getrennte oder gar isolierte Bereiche angesehen werden, was zur Konsequenz hätte, dass ein bestimmter Heilberuf nur und ausschließlich für eine bestimmte berufliche Tätigkeit oder Aufgabe beruferechtlich zuständig wäre. Die Qualifikationen und die Kompetenzen der verschiedenen Heilberufe lassen sich nicht als ein großer Schrank vorstellen, der einzelne abgegrenzte Fächer mit heilberuflichen Qualifikationen und Kompetenzen aufweist, wobei der gesamte Inhalt des Schrankes dann die Fachlichkeit und Kompetenz des Arztes ausmachte. Vielmehr haben die verschiedenen Heilberufe je unterschiedliche Qualifikationen und Kompetenzen, die sich auch gegenseitig überlappen können (s. etwa § 4 Abs. 1 HebG im Verhältnis zwischen Arzt und Hebammen).

Unabhängig davon, ob die beruferechtlichen Qualifikations- und Kompetenzzuschreibungen direkt oder in der Praxis nur indirekt auf die Berufsausübung Bezug nehmen, kann doch für die Praxis festgestellt werden, dass Berufsangehörige grundsätzlich auf den Gebieten und für die Tätigkeiten eingesetzt werden, für die sie in der Ausbildung und später in der Praxis und in der Fort-/Weiterbildung die entsprechenden Qualifikationen und Kompetenzen erworben haben. Gerade bei den Gesundheitsberufen und dort ganz überwiegend bei den Berufen, die im heilkundlichen Bereich tätig werden, kann eine Korrelation zwischen formal erworbener Kompetenz (Erlaubnis der Führung einer bestimmten Berufsbezeichnung) und beruflicher Tätigkeit festgestellt werden. Auch das Phänomen der Schaffung von bestimmten Berufen wie OTA/ATA[244] durch die betreffenden Einrichtungsträger bzw. ihrer Verbände (DKG) mit entsprechender (privater) Ausbildungsordnung zeigt, dass auf dem Gebiet der Heilkunde eine Entsprechung von spezifischer Ausbildung und spezifischer Tätigkeit mit spezifischer Kompetenz erwünscht ist.

Daraus folgt für die Kooperation von Angehörigen der Gesundheitsdienstberufe, insbesondere der Heilberufe, dass sie grundsätzlich entsprechend ihrer Qualifikation und Kompetenz eingesetzt werden. Dies gebietet auch eine effektive und effiziente Organisation der Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsangehörigen. So wäre z. B. der Gesundheits- und Krankenpfleger eigenverantwortlich für die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs und die Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege (vgl. § 3 Abs. 2 Nr. 1a) KrPflG) einzu-

243 S. Teil II Abschnitt 4.4.1.1.
244 S. Teil II Abschnitt 2.2.

setzen, während der Arzt für Diagnose und Therapie des Patienten zuständig ist. Damit kann festgehalten werden, dass die Zuweisung bestimmter Tätigkeiten und Aufgaben an bestimmte Angehörige der Gesundheitsdienstberufe entsprechend der Qualifikation und der Kompetenz dieser Personen vorzunehmen ist. Eine beruferechtliche Vorschrift, die auf dem Gebiet der Heilkunde hierzu verpflichtet, existiert jedoch nicht. Es ist heilberuferechtlich möglich, dass der Arzt im Rahmen seiner Fachlichkeit alle heilkundlichen Tätigkeiten auch derjenigen Berufe vornimmt, die hierfür eine spezielle heilberufliche Ausbildung genossen haben.[245]

Angesichts dieses rechtliche fehlenden Qualifikationsvorbehalts (= Vorbehalt für die im Einzelnen spezialisierten anderen als ärztlichen Heilberufe) ist zu fragen, ob sich die Einführung eines Qualifikationsvorbehalts empfiehlt. Dann wäre zu fragen, ob es um die Berechtigung (Dürfen) eines Heilberufsangehörigen für eine Tätigkeit/Aufgabe geht, oder ob eine Verpflichtung (Sollen – Müssen) dergestalt geschaffen werden muss, dass der jeweilige Angehörige eines Fachberufs für die Tätigkeiten einzusetzen ist, für die er Qualifikation und Kompetenz in einer gesetzlich geregelten Ausbildung erworben und durch eine Prüfung unter Beweis gestellt hat. Würde man die Zulassung zur beruflichen Tätigkeit über die Erteilung von Approbationen auch für andere als ärztliche Heilberufe einrichten, könnte die Approbation als Anknüpfungsregelung für einen Qualifikationsvorbehalt dienen. Es bestehen jedoch erhebliche Zweifel an der Sinnhaftigkeit und insbesondere an der Praktikabilität der Einrichtung eines zwingenden Qualifikationsvorbehaltes. Ein zwingender Qualifikationsvorbehalt würde eine vorbehaltene Tätigkeit für die jeweiligen Heilberufe bedeuten.

5.3.2.2 Rechtliche Vorprägungen für die Organisation der Kooperation (Koordinierung)

Regelungen, die die Art und Weise der Kooperation von Gesundheitsberufen, insbesondere von Heilberufen betreffen, haben die Berufsausübung zum Gegenstand und fallen damit grundsätzlich in die Kompetenz der Ländergesetzgeber. Hier finden sich regulatorische Rudimente zur Kooperation in der Regelungsgebung der Berufskammern, vermittelt über die MBOÄ[246] (§ 23b).

245 Zur Situation bei vorbehaltenen Tätigkeiten s. Teil II Abschnitt 4.3.2.1.2.

246 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel.

Wie zu sehen war, finden sich berufsausübungsrechtliche Vorschriften, die die Kooperation von Heilberufen regeln, auch in den Heilberufegesetzen, so bei den vorbehaltenen Tätigkeiten.[247] Deswegen können dann in Abbildung der jeweiligen Ausbildungsziele auch die entsprechenden Berufsausübungsregelungen in den Heilberufegesetzen geregelt werden.[248] Bis jetzt werden Anhaltspunkte für Gestaltung der Kooperationsabläufe im Sinne der Koordinierung dieser Abläufe nur aus den Ausbildungszielen der Heilberufegesetze entnommen, soweit solche Ausbildungsziele überhaupt formuliert werden.[249] In diesen Ausbildungszielen wird mit den Begriffen der mitwirkenden, eigenverantwortlichen oder der selbstständigen Durchführung von Aufgaben auf die Art der Koordinierung verwiesen. Teilweise wird auch das Verhältnis zur ärztlichen Tätigkeit angesprochen. Sehr ausgeprägt finden sich diese Hinweise für die Berufe des Diätassistenten (§ 3 DiätAssG), des Kranken- und Gesundheitspflegers (§ 3 KrPflG), des Altenpflegers (§ 3 AltPflG), des Podologen (§ 4 PodG – hier wird sogar von selbstständiger Ausführung von Maßnahmen gesprochen), des Orthoptisten (§ 3 OrthoptG) sowie in den Gesetzen, die vorbehaltene Tätigkeiten benennen (§ 4 HebG; § 9 MTAG).

Von Interesse ist, dass die Gesetze für die anderen als ärztlichen Heilberufe – mit einer Ausnahme bei den Podologen – an keiner Stelle von der selbstständigen Ausübung von Heilkunde sprechen. Bei den Heilpraktikern wird im Berufegesetz die Selbstständigkeit der Ausübung von Heilkunde nicht explizit formuliert. Bei den Ärzten findet sich in der Verordnungsermächtigung für die ÄApprO der Hinweis auf die »Fähigkeit zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufs« (§ 4 Abs. 2 Satz 1 BÄO; § 1 Abs. 1 Satz 1 ÄApprO).

Allgemein wird unter selbstständiger Ausübung von Heilkunde die nicht durch einen Arzt veranlasste und von ihm überwachte Ausübung von Heilkunde verstanden.[250] Der Begriff der eigenverantwortlichen Ausführung von Aufgaben/Tätigkeiten besagt, dass der Arzt die Ausführung nicht überwacht und dass die Ausführung von dem jeweiligen Berufsangehörigen verantwortet wird.[251]

Beruferechtlich ist die Heilkundeausübung z. B. durch Kranken- und Gesundheitspfleger, wenn diese sich freiberuflich betätigen, auch als eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde bei den in § 1 Abs. 2 Nr. 1 KrPflG erwähnten Aufgaben möglich. Das Fehlen des Begriffes der Selbstständigkeit bei der Berufsausübung ist

247 S. Teil II Abschnitt 3.2.1.2.
248 S. Teil II Abschnitt 5.3.2.3.
249 Bei den Logopäden und Ergotherapeuten fehlen allerdings gesetzliche Hinweise zu den Ausbildungszielen.
250 Vgl. Bohne, 2012, S. 256ff.
251 Vgl. Waltermann in Kreikebohm, et al., 2013, § 15 SGB V, Rn. 5.

hier unschädlich. Der Begriff der Selbstständigkeit bedeutet nur, dass sich jemand nicht in ein Hierarchiegefüge einordnen muss. Bei der eigenverantwortlichen Ausübung von Tätigkeiten der Krankenpflege, etwa in Form freiberuflicher Tätigkeit, ist beruferechtlich kein Hierarchiegefüge gegeben. Anders ist dies im Leistungserbringungsrecht des SGB V.[252]

Da die Heilberufegesetze bis auf das Podologengesetz (§ 3 PodG) und die BÄO/ÄApprO den Begriff der selbstständigen Ausübung[253] nicht verwenden, da aber auf der anderen Seite dieser Begriff beruferechtlich zumindest bei der Bestimmung der ärztlichen heilkundlichen Tätigkeit vorausgesetzt wird, empfiehlt es sich, sich in einem Allgemeinen Heilberufegesetz dazu zu äußern. Die Bundesgesetzgebungskompetenz ist hier gegeben, denn auch beim Arzt gehen die BÄO und die ÄApprO davon aus, dass die selbstständige Ausübung von Heilkunde Inhalt der Bundesärzteordnung, also eines Bundesgesetzes zur Zulassung zum ärztlichen Heilberuf, sein kann.

Eine solche Äußerung in einem Allgemeinen Heilberufegesetz könnte besagen, dass die Heilberufe bei der Wahrnehmung von Tätigkeiten und Aufgaben, die vom Ausbildungsziel erfasst sind, grundsätzlich selbstständig Heilkunde ausüben, sofern das Gesetz nichts anderes bestimmt. Eine solche Gesetzesfassung könnte beruferechtliche Klarheit nicht nur in Kooperationssituationen, sondern auch außerhalb solcher liefern. Klarheit könnte damit auch in institutionellen Zusammenhängen geboten werden, so im Krankenhaus, wenn es z. B. um die Verantwortlichkeit für die Pflegeorganisation geht.

Ein anderer Weg mit Blick auf die klarere rechtliche Darstellung von Kooperationsbedingungen könnte mit Bezugnahme auf die jeweiligen Approbationsinhalte gegangen werden, wie sie oben dargelegt worden sind.[254]

5.3.2.3 Verhältnis von Berufszulassungs- und Berufsausübungsregelungen mit Blick auf Kooperation und Koordination

Vorstehend sind anhand der Formulierungen von Ausbildungszielen in den Heilberufegesetzen Rückschlüsse auf mögliche Gestaltungen der Kooperation und der Koordination gezogen worden. Dabei ist grundsätzlich davon auszugehen, dass Ausbildungsziele in Heilberufsgesetzen aus gesetzgebungskompetenzrechtlichen Gründen nichts über die Berufsausübung aussagen dürfen. Trotzdem wirkt die

252 S. oben Teil II Abschnitt 4.3.3.2.2.
253 Beim Krankenpflegegesetz war in einem der Gesetzentwürfe auch die Rede von »eigenständiger« Ausführung von Aufgaben, s. hierzu Igl, 2008, S. 51.
254 S. oben Teil II Abschnitt 4.4.1.2.

Formulierung von Ausbildungszielen auf die Berufsausübung der so ausgebildeten Berufsangehörigen.

Allerdings wird die manchmal artikulierte strenge Unterscheidung zwischen der Möglichkeit, die Berufsausbildung bundesrechtlich und die Berufsausübung dagegen nur landesrechtlich regeln zu können, schon bei den gegenwärtigen Heilberufsgesetzen nicht streng durchgehalten. In der BÄO finden sich Vorschriften, die auch die Berufsausübung im Blick haben, so die Feststellung, dass der Arztberuf kein Gewerbe, sondern ein freier Beruf ist (§ 1 Abs. 2 BÄO). Das damit verbundene Verbot, die ärztliche Tätigkeit als Gewerbe auszuüben, betrifft die Berufsausübung. Auch das Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG) betrifft die Berufsausübung, wie schon sein Titel besagt. Dort ist auch der Inhalt der Berufsausübung geregelt (§ 1 Abs. 3 ZHG). Der Inhalt der Berufsausübung ist auch für die pharmazeutisch-technischen Assistenten geregelt (§ 8 PTAG). Die Berufsausübung wird auch bei der Einräumung vorbehaltener Tätigkeiten geregelt. So betrifft § 4 HebG in beiden Absätzen die Berufsausübung. Noch deutlicher spricht § 9 MTAG in allen drei Absätzen von Berufsausübung. § 9 Abs. 3 MTAG enthält hierzu eine Koordinierungsvorschrift der Art, wer wann auf welchem Gebiet tätig werden kann. Diese Vorschriften über vorbehaltene Tätigkeiten regeln in ihrer Funktion die Kooperation und Koordinierung bestimmter Tätigkeiten, in dem sie erstens vorschreiben, welche Berufsangehörigen welche Tätigkeiten ausüben dürfen, und demzufolge zweitens welche Berufsangehörigen für welche Tätigkeiten ausgeschlossen sind.[255] Im Zusammenhang der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V wird für die Alten- und Krankenpflegeberufe auf die Berechtigung zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten im Rahmen der in den Modellvorhaben vermittelten Kompetenzen verwiesen (§ 1 Abs. 1 Satz 2 KrPflG; § 1 Satz 2 AltPflG). Auch hier handelt es sich um eine Regelung auf die Berufsausübung.

Vorschriften zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten zur selbstständigen oder unselbstständigen Ausübung von Heilkunde betreffen die Berufsausübung. Das Berufsrecht der Heilberufe enthält – bis auf eine Ausnahme – keine solchen Vorschriften. Die Ausnahme betrifft die Zahnheilkunde. Das ZHG enthält zwei Vorschriften zur Delegierung zahnärztlicher Tätigkeiten (§ 1 Abs. 5 und 6 ZHG). Vorschriften zu Delegierung von Tätigkeiten regeln funktional die Kooperation und Koordination heilberuflicher Tätigkeiten, im Übrigen auch in Richtung auf Berufsangehörige, die nicht zu den Heilberufen zählen.

255 Zur Problematik der vorbehaltenen Tätigkeiten s. Igl, 2010, S. 20ff.

Auch bei dieser Ausnahmeregelung wird ersichtlich, dass eine strenge kompetenzrechtliche Unterscheidung zwischen Berufszulassung und Berufsausübung in der heilberuflichen Gesetzgebung nicht gegeben ist.

5.3.2.4 Zusammenfassung: Anforderungen an das Heilberuferecht

Das Heilberuferecht regelt die Kooperation und Koordinierung nicht im Sinne eines Regelungskomplexes, der mit Kooperation und Koordinierung heilberuflicher Tätigkeiten und Aufgaben überschrieben wäre. Es nimmt aber Gegenstände der Kooperation und Koordinierung in drei Zusammenhängen auf:

:: Im Zusammenhang der Formulierung der Ausbildungsziele, dort bei den Aufgaben und der Art und Weise der Aufgabenwahrnehmung (z. B. eigenverantwortlich, in Mitwirkung);
:: im Zusammenhang der vorbehaltenen Tätigkeiten, sowie
:: explizit in der Zahnheilkunde in Form der Delegierung von heilkundlichen Tätigkeiten.

Vor dem Hintergrund der hier geschilderten Rechtslage ist es demnach möglich, in den Heilberufegesetzen oder in einem Allgemeinen Heilberufegesetz auch allgemeine Gegenstände der Kooperation und Koordinierung heilkundlicher Tätigkeiten und Aufgaben zu regeln, indem Definitionen der Begriffe eigenverantwortlich – selbstständig – mitwirkend geliefert werden. Unabhängig davon sollten in den Heilberufsgesetzen klare Ausbildungszielbeschreibungen und klare Hinweise auf die Koordinierung von Tätigkeiten und Aufgaben gegeben sowie, falls erforderlich, auch das Verhältnis zur ärztlichen Tätigkeit festgelegt werden.

5.3.3 Sozialleistungserbringungsrecht: Sicherstellung der Versorgung, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit

5.3.3.1 Allgemeines

Die Kooperation und Koordination von Tätigkeiten und Aufgaben der Gesundheitsdienstberufe ist auch ein Thema des Gesundheitssozialrechts. Zu diesem wird hier vor allem das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und das Recht der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) und das Recht der medizinischen Rehabilitation (SGB IX) gerechnet, wobei das Recht der medizinischen Rehabilitation nur einen Ausschnitt aus dem im SGB IX geregelten Recht der Teilhabe und Rehabilitation bildet. Im Vordergrund der Betrachtung steht hier wieder aufgrund seiner zentralen Bedeutung für die Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung.[256]

256 S. dazu schon oben Teil II Abschnitt 4.3.3.1.

Vorschriften zur Kooperation und Koordination sind aber nicht nur Gegenstand der leistungserbringungsrechtlichen Kapitel, sondern finden sich im SGB XI und im SGB IX auch an anderen Regelungsorten, so teilweise im Ersten Kapitel des SGB XI und in den §§ 10–13 SGB IX.

Kooperation und Koordination als Gegenstand des Leistungserbringungsrechts hat auch mit der Thematik des eigenständigen/selbstständigen Zugangs zur Leistungserbringung zu tun. Ein Leistungserbringer, der einen selbstständigen Zugang zur Leistungserbringung hat, befindet sich kooperations- und koordinierungsrechtlich bei arbeitsteiligen Prozessen in einer anderen Position als ein Leistungserbringer, der nur auf Anordnung oder Verordnung eines Arztes tätig wird.

Im Folgenden können nur Hinweise für die strukturelle rechtliche Ordnung von Kooperationsverhältnissen und deren Koordinierung gegeben werden.

5.3.3.2 Gesetzliche Krankenversicherung

5.3.3.2.1 Stationäre Einrichtungen: Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Die stationäre Versorgung vor allem im Krankenhaus soll hier nicht ausführlich thematisiert werden, da das Krankenhausrecht in der Gesetzgebungskompetenz der Länder steht. Die krankenhausinterne Aufbau- und Ablauforganisation der Krankenhäuser ist grundsätzlich Angelegenheit des Landesrechts und der Krankenhäuser.

Krankenhäuser, die als Leistungserbringer der Gesetzlichen Krankenversicherung tätig werden, müssen den Maßgaben des § 107 SGB V entsprechen. Diese Maßgaben sind:

> *§ 107 Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen*
> *(1) Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die*
> *1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,*
> *2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,*
> *3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten,*
> *und in denen*
> *4. die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.*

(2) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die
1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um
a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder
b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluß an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen.
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen,
und in denen
3. die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.

§ 107 SGB V enthält neben der Beschreibung des jeweils einzusetzenden Gesundheitsdienstpersonals auch Aussagen über die fachlich-medizinisch ständige ärztliche Leitung bzw. Verantwortung und die Hilfeleistung sowie Aussagen über die Art und Weise des Einsatzes des Personals und das Verhältnis zur ärztlichen Tätigkeit. Krankenhäuser müssen fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, wohingegen die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung stehen müssen. Der Unterschied besteht darin, dass die Leitung auch die organisatorische Entscheidungsbefugnis und die ständige Präsenz von Ärzten bedeutet, während die Verantwortung nicht mit der Leitung gleichzusetzen, also die Leitung auch einem Nichtmediziner anvertraut werden kann.

Folgendes Personal ist einzusetzen:

:: Krankenhäuser: jederzeit verfügbares ärztliches, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technisches Personal;
:: Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen: besonders geschultes Personal zur Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner andere geeignete Hilfen.

Weiter wird bestimmt, wie das Personal einzusetzen ist und in welchem Verhältnis es zum Arzt steht. In beiden Fällen ist die ärztliche Verantwortung ausschlaggebend. In den Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen steht aber die Anwendung von Heilmitteln im Vordergrund. Mit Heilmitteln ist die Erbringung bestimmter therapeutischer Leistungen gemeint (vgl. § 124 SGB V).[257]

Zusammenfassend kann zu diesen Kooperationsvorschriften gesagt werden, dass in Krankenhäusern wie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen die ärztliche Verantwortung für das gesamte therapeutische Geschehen festgelegt ist. Es wird für diese Einrichtungen davon ausgegangen, dass verschiedene Gesundheitsprofessionen zusammenarbeiten müssen. In Hinblick auf die Zuständigkeit für die Koordinierung der Kooperation wird auf die ärztliche Verantwortung bzw. sogar auf die ärztliche Leitung verwiesen. Das heißt auch, dass im Rahmen dieser ärztlichen Verantwortung bzw. Leitung die Tätigkeiten und die Art und Weise ihrer Ausführung durch bestimmte Angehörige von Gesundheitsdienstberufen und von besonders geschultem Personal festgelegt werden können.

Die Frage nach weiterem rechtlichem Regelungsbedarf bei der Kooperation und Koordinierung des arbeitsteilig tätigen Gesundheitspersonals in stationären Einrichtungen stellt sich insofern allenfalls begrenzt, als in stationären Einrichtungen rechtlich – wie hier durch § 107 SGB V – Strukturen vorgegeben sind, die sich intern organisatorisch abbilden müssen. Ob es tunlich ist, weitere gesetzliche Präzisierungen hinsichtlich des einzusetzenden Personals vorzunehmen, kann in allgemeiner Weise nicht beantwortet werden. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass eine klare beruferechtliche Beschreibung von Kompetenzen, selbstständigen Handlungsmöglichkeiten und Kooperationserfordernissen auch für die interne Organisation hilfreich ist.

257 Zur Abgrenzung von Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen s. im Einzelnen Becker in Becker, et al., 2012, § 107, Rn. 18ff.

5.3.3.2.2 Ambulanter Sektor

Im Rahmen des Anspruchs auf Krankenbehandlung (§ 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V) haben die Versicherten u. a. Anspruch auf ärztliche Behandlung, Versorgung mit Heilmitteln und häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe. Dies sind die Leistungen, die grundsätzlich dem ambulanten Sektor zugerechnet werden können und bei denen Angehörige von Gesundheitsdienstberufen tätig werden. Diese Leistungen haben jeweils unterschiedliche Leistungsvoraussetzungen:

:: Die ärztliche Behandlung wird von Ärzten erbracht (Arztvorbehalt). Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden (§§ 15 Abs. 1, 28 Abs. 1 SGB V).
:: Die Erbringung von Heilmitteln gehört nicht zur ärztlichen Behandlung. Heilmittel müssen aber verordnet werden (§§ 32, 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V). Die Verordnung durch den Arzt ist durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt.
:: Häusliche Krankenpflege stellt ebenfalls keine ärztliche Behandlung dar. Sie muss verordnet werden (§§ 37, 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V). Die Verordnung durch den Arzt ist durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt.

Aus diesen Regelungen ergibt sich allgemein hinsichtlich der Kooperation und Koordinierung, dass nicht nur im Rahmen der ärztlichen Behandlung, sondern auch bei der Heilmittelerbringung und bei der Leistung der häuslichen Krankenpflege der Arzt den Einsatz und die Art des Einsatzes anderen Gesundheitsdienstpersonals definiert. Damit wird dem Arzt die Steuerungsverantwortung für die wichtigsten Bereiche der ambulanten Krankenbehandlung zugewiesen.

Bei der *ärztlichen Behandlung* ist der Arzt frei in der Auswahl des Hilfspersonals, an das er ärztliche Leistungen delegiert. Der Einsatz muss nur erforderlich sein. Eine besondere formale medizinische Qualifikation des Personals wird in diesem Zusammenhang nicht gefordert. Der Arzt kann aber auch Tätigkeiten an heilberufliches Personal delegieren, so z. B. an medizinisch-technische Assistenten nach dem MTAG. Welches Personal der Arzt einsetzt und wie er die Verantwortung hierfür wahrzunehmen hat, bestimmt sich nach berufsrechtlichen und leistungserbringungsrechtlichen Kriterien sowie nach dem Haftungsrecht.[258]

258 Hierzu unten Teil II Abschnitt 5.3.4.

Die *Verordnung von Heilmitteln* ist in der Heilmittel-Richtlinie[259] geregelt. Die Abgabe von Heilmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen setzt eine Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt voraus (§ 3 Abs. 1 Heilmittel-Richtlinie). Die Therapeutin oder der Therapeut ist grundsätzlich an die Verordnung gebunden. Eine Vorschrift zur Koordinierung der Kooperation enthält § 16 Abs. 4 Heilmittel-Richtlinie:

> *»Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass mit dem verordneten Heilmittel voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass die Patientin oder der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, hat die Therapeutin oder der Therapeut darüber unverzüglich die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt, die oder der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt entscheidet über eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans, eine neue Verordnung oder die Beendigung der Behandlung.«*

Die *Verordnung von häuslicher Krankenpflege* ist in der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie[260] geregelt. § 1 Abs. 1 Satz 1 der Richtlinie bestimmt, dass die Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bei medizinischer Notwendigkeit erfolgt. § 7 regelt die Zusammenarbeit mit Pflegediensten und Krankenhäusern:

> *(1) [1]Zur Sicherstellung der Leistungserbringung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege wirkt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt mit dem Pflegedienst und der Krankenkasse der oder des Versicherten eng zusammen. [2]Die Koordination der Zusammenarbeit liegt bei der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt.*
>
> *(2) [1]Über Veränderungen in der häuslichen Pflegesituation aufgrund der häuslichen Krankenpflege berichtet der Pflegedienst der behandelnden Vertragsärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt. [2]Diese oder dieser entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben.*
>
> *(3) Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt informiert den Pflegedienst über neue pflegerelevante Befunde.*
>
> *(4) Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt soll bei Gelegenheit des Hausbesuches die Pflegedokumentation einsehen, diese für ihre oder seine Entscheidungen auswerten und bei Bedarf Anordnungen darin vermerken.*

259 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) in der Fassung vom 20. Januar 2011/19. Mai 2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 96 (S. 2247), in Kraft getreten am 1. Juli 2011.

260 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in der Neufassung vom 17. September 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 9. Februar 2010, in Kraft getreten am 10. Februar 2010, zuletzt geändert am 21. Oktober 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011 S. 140, in Kraft getreten am 15. Januar 2011.

(5) [1]Hält eine Krankenhausärztin oder ein Krankenhausarzt die Entlassung einer Patientin oder eines Patienten für möglich und ist aus ihrer oder seiner Sicht häusliche Krankenpflege erforderlich, kann sie oder er diese anstelle der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes für die Dauer bis zum Ablauf des dritten auf die Entlassung folgenden Werktages verordnen. [2]In diesem Falle soll die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt vor der Entlassung aus dem Krankenhaus rechtzeitig die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt informieren.

5.3.3.2.3 Strukturelle Kooperationsformen

Neben den vorstehend dargestellten Kooperationen zwischen dem Vertragsarzt und anderen Gesundheitsdienstleistern existieren auch Kooperationsformen struktureller Art. Hierzu zählen die *Strukturverträge* (§ 73a SGB V), die *strukturierten Behandlungsprogramme* (§ 137f SGB V) und die *integrierte Versorgung* (§§ 140a ff. SGB V). Mit den *Strukturverträgen* wird es dem Versicherten ermöglicht, sich durch einen gewählten Hausarzt oder einem von ihm gewählten Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte (vernetzte Praxen) versorgen zu lassen. Hierfür sind entsprechende Qualitätssicherungs- und Vergütungsregelungen vorzusehen. *Strukturierte Behandlungsprogramme* können für chronische Krankheiten festgelegt werden. Hier geht es um eine Verbesserung des Behandlungsablaufs und der Qualität der medizinischen Versorgung.[261] In strukturierte Behandlungsprogramme werden die erforderlichen Leistungserbringer einbezogen. Die *integrierte Versorgung* stellte das erste Programm im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung dar, mit dem sektoren- wie leistungserbringerübergreifend Kooperation zwischen den Beteiligten ermöglicht werden sollte.[262] Mögliche Beteiligte an der integrierten Versorgung sind u. a. die Leistungserbringer des Krankenversicherungsrechts, aber auch zugelassene Pflegeeinrichtungen (§ 140b Abs. 1 Nrn. 1 und 5 SGB V). Vorschriften zur Qualitätssicherung und zur Vergütung sind ebenfalls Gegenstand der integrierten Versorgung (vgl. § 140b Abs. 3, § 140c SGB V). Diese Vorschriften können als Musterbeispiel für das Bemühen gelten, Kooperation in der gesundheitlichen Versorgung herzustellen. Gleichzeitig stellen sie ein Musterbeispiel für die Komplexität der Anforderungen an die rechtliche Regulierung von Kooperation und Koordination dar.

261 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesauschusses zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach §137f Abs. 2 SGB V (DMP-Richtlinie/DMP-RL) in der Fassung vom 16. Februar 2012, veröffentlicht im Bundesanzeiger – BAnz AT B3 vom 18. Juli 2012, in Kraft getreten am 19. Juli 2012.

262 Zur Geschichte Murawski in Kruse, et al., 2009, vor § 140a – § 140d.

5.3.3.2.4 Modellvorhaben

Die Vorschriften zu den Modellvorhaben (§§ 63 ff. SGB V) unterscheiden zwischen zwei Formen der Modellvorhaben, den *Strukturmodellen* (§ 63 Abs. 1 und 3 SGB V) und den *Leistungsmodellen* (§ 63 Abs. 2 und 4 SGB V). Bei den Strukturmodellen können die Krankenkassen und ihre Verbände im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder vereinbaren. Dabei kann von den leistungserbringungsrechtlichen Vorschriften des SGB V abgewichen werden (§ 63 Abs. 1 und 3 SGB V). Bei den *Leistungsmodellen* können die Krankenkassen Modellvorhaben zu Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten, zur Krankenbehandlung sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft, die nach den Vorschriften des SGB V oder auf Grund hiernach getroffener Regelungen keine Leistungen der Krankenversicherung sind, durchführen oder nach § 64 SGB V vereinbaren.

Die Krankenkassen und ihre Verbände können mit den in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder 2 SGB V schließen. Soweit die ärztliche Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung betroffen ist, können sie nur mit einzelnen Vertragsärzten, mit Gemeinschaften dieser Leistungserbringer oder mit Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder 2 SGB V schließen (§ 64 Abs. 1 SGB V).

Diese Vorschriften bieten die Möglichkeit, neue Kooperationsformen zwischen Leistungserbringern modellhaft zu erproben, wobei dies vor allem im Rahmen von Strukturmodellen (§ 63 Abs. 1 SGB V) stattfinden könnte.
Modellvorhaben, mit denen wie in der integrierten Versorgung auch die Leistungserbringer des SGB XI (Pflegeeinrichtungen) einbezogen werden können, sind nach den §§ 63 ff. SGB V nicht möglich.[263]

5.3.3.2.5 Leistungen mit Einsatz mehrerer Berufsgruppen

Im Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenversicherung sind neben der Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) auch weitere Leistungen gegeben, die eine koordinierte Zusammenarbeit verschiedener Berufe bedingen. Es sind dies die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 37b SGB V), die stationären und ambulanten Hospizleistungen (§ 39a SGB V), die ergänzenden Leistungen zur

263 S. aber § 92b SGB XI, wonach – außerhalb von Modellvorhaben – eine integrierte Versorgung auch mit Leistungserbringern nach § 140b Abs. 1 SGB V möglich ist; s. dazu Teil II Abschnitt 5.3.3.3.6.

Rehabilitation (§ 43 SGB V) und die nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen (§ 43 a SGB V). Diese Vorschriften enthalten zum Teil Hinweise für das einzusetzende Personal und die Art und Weise der Koordinierung. Bei der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung umfasst der Leistungsanspruch auch die Koordination der Leistungen (§ 37 b Abs. 1 Satz 3 SGB V). Weiter finden sich Hinweise auf die fachliche Verantwortung (z. B. § 39 a Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, § 43 a Abs. 2 SGB V).

5.3.3.2.6 Trägerübergreifendes persönliches Budget

Leistungen des SGB V können auch als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erbracht werden (§ 2 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Damit wird auf die im SGB IX verankerte besondere Organisationsform der Leistungskooperation verwiesen.[264]

5.3.3.2.7 Zusammenfassung: Gesetzliche Krankenversicherung

Das Leistungserbringungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) liefert zahlreiche Formen der Kooperation von Leistungserbringern und deren Koordination bis hin zur Möglichkeit, im Rahmen von Modellvorhaben weitere Formen modellhaft zu erproben.

Die gesetzlich geregelten Rahmenvorgaben für die verschiedenen Kooperationen zeigen sehr deutlich, dass deren leistungserbringungsrechtliche Organisation eine hohe Komplexität aufweist. Diese Komplexität beruht nicht so sehr auf den Problemen der Kooperation und Koordination der Leistungserbringer untereinander als vielmehr auf der Regulierung der Vergütungen und der Qualitätssicherung.

Die Schwierigkeiten des rechtlichen und organisatorischen Umgangs mit den verschiedenen Kooperationsformen weisen auf zwei strukturelle Grundprobleme des Leistungserbringungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung hin: Das trotz mancher Brückenbildungen nach wie vor fortbestehende Problem der Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor, und das Problem der ebenso nach wie vor sehr dominanten Orientierung des Leistungsgeschehens am Arzt.

Es steht hier nicht zur Bewertung, ob das Leistungserbringungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung um weitere Kooperationsmöglichkeiten ergänzt werden soll oder gar muss. Vielmehr scheint mit dem Institut der integrierten Versorgung bereits ein taugliches regulatorisches Instrument für die Kooperation von Leistungserbringern bereit zu stehen. Erprobungen weiterer Kooperationsformen können im Rahmen der Modellvorhaben, insbesondere im Rahmen der Strukturmodelle, durchgeführt werden.

264 S. dazu unten Teil II Abschnitt 5.3.3.4.

In Hinblick auf künftigen gesetzlichen Regulierungsbedarf wäre bei den Modellvorhaben *de lege ferenda* zu überlegen, ob im Rahmen der Strukturmodelle auch Leistungserbringer nach dem SGB XI mit einbezogen werden können.

5.3.3.3 Soziale Pflegeversicherung

5.3.3.3.1 Allgemeines zum Leistungs- und Leistungserbringungskonzept der Sozialen Pflegeversicherung

Anders als im Krankenversicherungsrecht werden Pflegeleistungen im Pflegeversicherungsrecht grundsätzlich nur von Pflegeeinrichtungen (§ 71 SGB XI), im Einzelfall als häusliche Pflege von Einzelpersonen (§ 77 SGB XI) erbracht. Die Leistungen der Pflegeversicherung decken aber nicht den gesamten Hilfebedarf eines pflegebedürftigen Menschen ab, sondern ergänzen in der häuslichen und teilstationären Pflege die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB XI). Bei teil- und vollstationärer Pflege trägt die Pflegeversicherung die Aufwendungen für die allgemeinen Pflegeleistungen und die soziale Betreuung und die medizinische Behandlungspflege. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung trägt der Versicherte oder, bei Bedürftigkeit, die Sozialhilfe (§ 83 Abs. 1 iVm § 4 Abs. 2 Satz 2 SGB XI).

In der Pflegeversicherung wird mittlerweile der Tatsache Rechnung getragen, dass die sozialstaatliche Verantwortung für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf und für deren Angehörige in mehr als nur der Ausstattung mit Ansprüchen auf Pflegeleistungen besteht. Namentlich wird der Tatsache Rechnung getragen, dass es für diesen Personenkreis auch der Unterstützung bei der Wahrnehmung anderer Angebote und Hilfen bedarf. Mittlerweile wird auch das Konzept der Pflegeversicherung grundsätzlich in Frage gestellt und es werden Vorschläge gemacht, hier eine Unterscheidung zwischen Systemen der Cure und der Care zu treffen.[265]

5.3.3.3.2 Allgemeine Kooperationsvorschriften

Das SGB XI enthält eine Reihe allgemeiner Kooperationsvorschriften. Diese weisen vor allem in Richtung auf die Bereithaltung einer entsprechenden Infrastruktur (§§ 8 Abs. 2, 9 SGB XI) oder betreffen den Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen (§§ 12, 69 SGB XI).[266]

265 Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft Deutscher Bundestag, Drucksache 17/3815, S. 193ff.; s. auch Hoberg, et al., 2013.

266 Hierzu etwa Igl, 2012a, S. 937ff.

5.3.3.3.3 Besondere Kooperationsvorschriften

Die Aufgaben der Pflegekassen hinsichtlich Kooperation und Koordinierung sind dabei im Einzelnen beschrieben (§ 12 Abs. 2 SGB XI):

> *»Die Pflegekassen wirken mit den Trägern der ambulanten und der stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung partnerschaftlich zusammen, um die für den Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren. Sie stellen insbesondere über die Pflegeberatung nach § 7a sicher, dass im Einzelfall Grundpflege, Behandlungspflege, ärztliche Behandlung, spezialisierte Palliativversorgung, Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe sowie hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen. Die Pflegekassen nutzen darüber hinaus das Instrument der integrierten Versorgung nach § 92b und wirken zur Sicherstellung der haus-, fach- und zahnärztlichen Versorgung der Pflegebedürftigen darauf hin, dass die stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen oder § 119b des Fünften Buches anwenden.«*

5.3.3.3.4 Kooperation zur vertragsärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Die ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen stellt ein besonderes Beispiel für die Regulierung der Kooperation zwischen Pflegeeinrichtung und Vertragsarzt und für den Fall des Kooperationsversagens dar (§ 119b SGB V).

> *§ 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen*
> *(1) Stationäre Pflegeeinrichtungen können einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf unbeschadet des § 75 Abs. 1 Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 zu vermitteln. Kommt ein Vertrag nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen, zu ermächtigen; die Anstellung bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Soll die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten durch einen in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellten Arzt erfolgen, ist der angestellte Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in den Pflegeeinrichtungen zu ermächtigen. Das Recht auf freie Arztwahl der Versicherten in der Pflegeeinrichtung bleibt unberührt. Der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt ist bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden. Er soll mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten.*

(...)

Wenn durch Vermittlung der Kassenärztlichen Vereinigung innerhalb einer Frist von sechs Monaten ein Kooperationsvertrag nicht zustande kommt, so ist die Pflegeeinrichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten zuzulassen (§ 119b Abs. 1 Satz 3 SGB V).

Wörtlich angesprochen werden die Kooperation und Koordinierung in § 119b Abs. 2 SGB V, wo gefordert wird, dass im Bundesmantelvertrag zur Verbesserung der Qualität der Versorgung bis spätestens 30. September 2013 Vereinbarungen über Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen zu treffen sind.

5.3.3.3.5 Fallmanagement (Pflegeberatung – Pflegestützpunkte)

Mit der Einführung der Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) und der Pflegestützpunkte (§ 92c SGB XI) durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008) sind zum ersten Mal im Gesundheitssozialrecht Vorkehrungen zur individuellen Leistungsgestaltung und Durchführung der Versorgung getroffen worden. Mit diesen Vorkehrungen kann ein Fallmanagement bewerkstelligt werden, das sich auch auf die Abstimmung der verschiedenen Leistungen in einem Versorgungsplan bezieht (§ 7a Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB XI). Die Pflegestützpunkte haben auch direkt für die Kooperation von Leistungen Koordinierungsmaßnahmen zu ergreifen (§ 92c Abs. 2 SGB XI):

Aufgaben der Pflegestützpunkte sind

1. umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote,

2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,

3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

Das Fallmanagement im Rahmen der Pflegeberatung und der Aufgaben der Pflegestützpunkte setzt beim Leistungsberechtigten, nicht beim Leistungserbringer an. Dies kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass die Pflegeberatung als Anspruch gegen die Pflegekasse ausgestaltet ist (§ 28 Abs. 1a SGB XI). Die entsprechenden

Vorschriften enthalten deswegen keine Hinweise auf Regeln der Kooperation zwischen den Leistungserbringern oder gar eine Verpflichtung der Leistungserbringer, sich solch einer Kooperation und deren Koordinierung zu unterwerfen. Eine Verpflichtung hierzu könnte aber in den Versorgungsverträgen (§ 71 SGB XI) bzw. in den Rahmenverträgen, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung verankert werden (§ 75 SGB XI).

5.3.3.3.6 Integrierte Versorgung

Anders als das an der Person des Pflegebedürftigen und seinem Pflege- und Betreuungsbedarf ansetzende Fallmanagement stellt die integrierte Versorgung (§ 92b SGB XI) einen rechtlichen Rahmen für die Kooperation zwischen Leistungserbringern (Pflegeeinrichtungen) und Vertragspartnern nach § 140b Abs. 1 SGB V dar. Im Rahmen der entsprechenden Verträge sind auch Regelungen über die Qualität und Vergütung zu treffen.

5.3.3.3.7 Komplexleistungen – Persönliche Budgets

Persönliche Budgets ermöglichen es dem Leistungsberechtigten, in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen (§ 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). Das Persönliche Budget wird von den beteiligten Leistungsträgern trägerübergreifend als Komplexleistung in Form der Geldleistung erbracht (§ 17 Abs.2 Satz 3, Abs. 3 Satz 1 SGB IX). Das Persönliche Budget nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX[267] enthält Leistungen zur Teilhabe. Da Leistungen der Pflegeversicherung keine Leistungen zur Teilhabe sind, musste im SGB XI eine entsprechende Regelung getroffen werden, um pflegebedürftigen Menschen, die auch Leistungen der Teilhabe erhalten, die Möglichkeit zu eröffnen, Pflegeleistungen als Teil eines trägerübergreifenden Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX zu erhalten (§ 35a SGB XI). Dabei werden die Sachleistungen nach §§ 36, 38 und 41 SGB XI als Gutscheine zur Verfügung gestellt, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI berechtigen.

Im Rahmen der Pflegeversicherung bestand bis 31. Dezember 2007 auch die Möglichkeit, personenbezogen Budgets in Modellvorhaben zu erproben (§ 8 Abs. 3 SGB XI).[268]

Erhält der Leistungsberechtigte die Komplexleistung als Geldleistungen oder als Gutscheine, ist er für die Organisation der Leistungserbringung im Sinne der Ermöglichung eines selbstbestimmten Lebens grundsätzlich selbst verantwortlich.

267 Hierzu Verordnung zur Durchführung des § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (Budgetverordnung – BudgetV) vom 27. Mai 2004, BGBl. I S. 1055.

268 S. hierzu die Hinweise bei Klie in Klie, et al., 2009, § 8, Rn. 10f.

Das bedeutet auch, dass er für die Koordinierung der Leistungserbringung verantwortlich ist. Unterstützung erfährt der Leistungsberechtigte hierbei durch den zuständigen Leistungsträger, der hier als Beauftragter tätig wird (§ 3 BudgetV). In einem trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahren wird der Leistungsbedarf festgestellt und danach eine Zielvereinbarung geschlossen (§ 3 Abs. 3 BudgetV). Die Zielvereinbarung enthält mindestens Regelungen über die Ausrichtung der individuellen Förder- und Leistungsziele, die Erforderlichkeit eines Nachweises für die Deckung des festgestellten individuellen Bedarfs sowie die Qualitätssicherung (§ Abs. 1 BudgetV). Gegenstände der Kooperation und Koordination der Leistungserbringung können Inhalt der Zielvereinbarung, auch unter den Punkten Sicherung der Bedarfsdeckung und Qualitätssicherung, sein.

5.3.3.3.8 Kooperationen bei häuslicher Pflege

Die Leistung der häuslichen Pflege umfasst die Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI), das Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegekräfte (§ 37 SGB XI), die Kombination von Geld- und Sachleistung (Kombinationsleistung) (§ 38 SGB XI) und zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulanten Wohngruppen (§ 38a SGB XI). Weiter existieren zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (§§ 45a, 45b SGB XI).

Ein Bedarf an Koordinierung dieser Leistungen, auch in Hinblick auf Leistungen anderer Träger oder auf andere Hilfen, kann im Rahmen der Pflegeberatung und durch Pflegestützpunkte gedeckt werden.[269]

5.3.3.3.9 Kooperationen bei stationärer Pflege

In vollstationären Pflegeeinrichtungen werden nicht nur das pflegerische Fachpersonal tätig, sondern auch Angehörige anderer Berufe. Dabei ist zu unterscheiden, ob diese Berufsangehörigen speziell für die Erbringung der Leistungen eingesetzt werden, für die die Pflegeeinrichtung zuständig ist, also die allgemeinen Pflegeleistungen, die Unterkunft und Verpflegung, die soziale Betreuung, die medizinische Behandlungspflege (vgl. § 82 Abs. 1 SGB XI), oder ob es sich um die Leistungserbringung von Personen handelt, die die pflegebedürftigen Menschen in der Einrichtung aufsuchen. Hier handelt es sich insbesondere um Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, z. B. Physiotherapeuten.

Die Organisation der Kooperation der Leistungserbringung obliegt dem Einrichtungsträger bzw. der Leitung der Einrichtung. Allerdings muss der Einrichtungsträger die Rechte aller involvierten Personen berücksichtigen: beim Heimbe-

269 S. dazu oben Teil II Abschnitt 5.3.3.3.5.

wohner das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Art. 13 GG) und die Gesundheitsschutzrechte, bei den Mitarbeitern die arbeitsrechtlichen Regelungen (etwa in der Frage eines Weisungsrechts des Arztes bei medizinischen Maßnahmen) und die heimrechtlichen Maßgaben. Ein allgemeines rechtliches Organisationsmuster existiert hierfür nicht.

5.3.3.3.10 Einsatz von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen – Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für demenzkranke Pflegebedürftige

Als besonderes Beispiel für die Regelung der Kooperation zwischen Leistungserbringern können die Vorschriften zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für demenzkranke Pflegebedürftige gelten (§ 45c SGB XI). Hier wird zunächst festgelegt, dass niedrigschwellige Betreuungsangebote solche Betreuungsangebote sind, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen (§ 45c Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Kooperationsrechtlich wird also bestimmt, dass die Helfer und Helferinnen pflegefachlich anzuleiten sind. Im Einzelnen wird die Kooperation durch eine Richtlinie des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen geregelt (§ 87b Abs. 3 SGB XI).[270] Die Richtlinie regelt die Anforderungen an die Betreuungskräfte sowie deren Qualifikation. Zu den Grundsätzen der Arbeit und der Aufgaben besagt sie Folgendes:

> *§ 2*
> *Grundsätze der Arbeit und Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte*
> *(1) Die zusätzlichen Betreuungskräfte sollen die betroffenen Pflegeheimbewohner betreuen und aktivieren. Als Betreuungs- und Aktivierungsmaßnahmen kommen Maßnahmen und Tätigkeiten in Betracht, die das Wohlbefinden, den physischen Zustand oder die psychische Stimmung der betreuten Menschen positiv beeinflussen können.*
> *(2) Die Aufgabe der zusätzlichen Betreuungskräfte ist es, die betroffenen Heimbewohner zum Beispiel zu folgenden Alltagsaktivitäten zu motivieren und sie dabei zu betreuen und zu begleiten:*
> *:: Malen und basteln,*
> *:: handwerkliche Arbeiten und leichte Gartenarbeiten,*
> *:: Haustiere füttern und pflegen,*
> *:: Kochen und backen,*
> *:: Anfertigung von Erinnerungsalben oder -ordnern,*
> *:: Musik hören, musizieren, singen,*

270 Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen (Betreuungskräfte-Rl vom 19. August 2008). Genehmigung der Richtlinien durch das Bundesministerium für Gesundheit mit Schreiben vom 25. August 2008.

:: Brett- und Kartenspiele,
:: Spaziergänge und Ausflüge,
:: Bewegungsübungen und tanzen in der Gruppe,
:: Besuch von kulturellen Veranstaltungen, Sportveranstaltungen, Gottesdiensten, und Friedhöfen,
:: Lesen und Vorlesen,
:: Fotoalben anschauen.

Die Betreuungskräfte sollen den Pflegeheimbewohnern für Gespräche über Alltägliches und ihre Sorgen zur Verfügung stehen, ihnen durch ihre Anwesenheit Ängste nehmen sowie Sicherheit und Orientierung vermitteln. Betreuungs- und Aktivierungsangebote sollen sich an den Erwartungen, Wünschen, Fähigkeiten und Befindlichkeiten der Heimbewohner unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Biographie, ggf. einschließlich ihres Migrationshintergrundes, dem Geschlecht sowie dem jeweiligen situativen Kontext orientieren.

(3) Zur Prävention einer drohenden oder einer bereits eingetretenen sozialen Isolation sind Gruppenaktivitäten für die Betreuung und Aktivierung das geeignete Instrument. Die persönliche Situation der Pflegeheimbewohner, z. B. Bettlägerigkeit, und ihre konkrete sozial-emotionale Bedürfnislage kann aber auch eine Einzelbetreuung erfordern.

(4) Die soziale Betreuung der Heimbewohner gehört zum Leistungsumfang der Pflegeheime. § 87b SGB XI ermöglicht es, die Betreuung und Aktivierung der betroffenen Pflegeheimbewohner in einem definierten Umfang quantitativ zu verbessern. Gleichzeitig ist es erforderlich, die Tätigkeit der zusätzlichen Betreuungskräfte eng mit der Arbeit der Pflegekräfte und des sonstigen Personals in den Pflegeheimen zu koordinieren, damit keine Versorgungsbrüche entstehen. Zu den Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte gehören auch die Hilfen, die bei der Durchführung ihrer Betreuungs- und Aktivierungstätigkeiten unaufschiebbar und unmittelbar erforderlich sind, wenn eine Pflegekraft nicht rechtzeitig zur Verfügung steht.

5.3.3.3.11 Kooperation von Leistungserbringern mit anderen Personen (Selbsthilfe, Ehrenamt u. a.)

Die Kooperationsverhältnisse in Richtung auf andere als in einer Pflegeeinrichtung professionell tätige Personen sollen in Rahmenverträgen der Landesverbände der Pflegekassen mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen geregelt werden (§ 75 Abs. 2 Nr. 9 SGB XI): [271]

> *Die Verträge regeln insbesondere:*
> *(...)*
> *die Möglichkeiten, unter denen sich Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Pflegepersonen und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in der häuslichen Pflege sowie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an der Betreuung Pflegebedürftiger beteiligen können.*

5.3.3.3.12 Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

Nicht als Form der Kooperation zwischen Leistungserbringern, sondern als Form der Gestaltung notwendiger Sozialleistungen stellt sich der Vorrang der Prävention und medizinischen Rehabilitation und Prävention vor Pflege dar (§ 5 SGB XI). Danach haben die Pflegekassen bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hinzuwirken, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Gleiches gilt auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit. Hier geht es darum, darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.
Das SGB XI enthält zur Realisierung dieses Prinzips Verfahrensregelungen (§ 31 SGB XI) und die Möglichkeit der vorläufigen Leistungserbringung (§ 32 SGB XI).

5.3.3.3.13 Zusammenfassung: Soziale Pflegeversicherung

In der Sozialen Pflegeversicherung spielten zur Zeit ihrer Einführung Kooperationsvorschriften nur in Richtung auf die Bereitstellung und Gewährleistung einer pflegerischen Infrastruktur eine Rolle. Regelungen zur Kooperation bei der Leistungserbringung sind später in Anlehnung an Instrumente der Gesetzlichen Krankenversicherung, so die Integrierte Versorgung, oder des Rehabilitationsrechts, so die Persönlichen Budgets, eingeführt worden.

Ein gesundheitssozialleistungsrechtliches Novum stellen die Einführung der Pflegeberatung und die Pflegestützpunkte dar. Hier wird zum ersten Mal ein Fallmanagement geregelt, das auch die Kooperation und Koordinierung der Leistungserbringung umfasst.

271 Ob und inwieweit die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im Jahr 2008 eingeführte Vorschrift bereits in Rahmenverträgen umgesetzt wird, kann von hier aus nicht festgestellt werden.

Eine besondere Herausforderung der Kooperation zwischen professionellem (Fach-)Personal und Personen aus dem Kreis der Ehrenamtlichkeit und der Selbsthilfe stellt die Bewältigung der Hilfen für demenzkranke pflegebedürftige Menschen dar. Auch hier sind auf gesetzlicher Ebene wie durch Richtlinien entsprechende Vorschriften eingeführt worden, die für das Gesundheitssozialrecht ein Novum darstellen.

Eine weitere besondere Versorgungsherausforderung ist mit den Vorschriften zum Arzt im Pflegeheim bewältigt worden. Hier konnte sich der Gesetzgeber zu einer zwar nicht außergewöhnlichen, aber doch ungewöhnlichen Lösung bereit finden, indem den Pflegeheimen die Möglichkeit der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung durch Ermächtigung eröffnet wird.

5.3.3.4 Medizinische Rehabilitation

5.3.3.4.1 Kooperation und Koordinierung als zentrales Anliegen des SGB IX

Das SGB IX aus dem Jahr 2001 mit dem Titel »Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen« enthält zwei Teile.[272] Der erste Teil umfasst die rehabilitationsrechtlichen Vorschriften (Teil 1. Regelungen für behinderte und von Behinderungen bedrohte Menschen); der zweite Teil entspricht dem früheren Schwerbehindertenrecht (Teil 2. Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen – Schwerbehindertenrecht). Hier interessiert nur der erste Teil. Zum Verständnis des ersten Teils ist vorauszuschicken, dass das Rehabilitationsrecht in der Bundesrepublik Deutschland bis zum SGB IX keine allgemeine Ordnung gefunden hat. Die Rehabilitationsleistungen wurden von den verschiedenen Sozialleistungsträgern (Kranken-, Unfall-, Renten-, Arbeitslosenversicherung, Sozialhilfe, Kriegsopferentschädigung) nach deren Leistungsrecht ausgeführt. Um das Rehabilitationsrecht einer gewissen Koordinierung zuzuführen, wurden in einem Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (RehaAnglG) von 1974 leistungsrechtliche Koordinierungen verfolgt.[273]

Das Rehabilitationsrecht ist dasjenige sozialleistungsrechtliche Gebiet, auf dem Kooperation und Koordinierung in der Dimension der Anlage des Leistungsrechts, der Leistungserschließung, der Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger und der Leistungserbringer unabdingbar für den bezweckten Leistungserfolg sind.[274]

272 Grundlegend zum Recht der behinderten Menschen und zur Rehabilitation Welti, 2005.
273 Hierzu Igl, 1987, S. 286ff.
274 Welti, 2008.

Im SGB IX richtet sich das Gesetz für das Kooperationsanliegen an die Rehabilitationsträger, nicht an die Leistungserbringer.[275] An drei Stellen befasst sich das SGB IX mit der Leistungserbringung im konkreten Einzelfall (§§ 10 Abs. 1, 11 Abs. 1, 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX). Die Koordination und Kooperation der Leistungserbringer liegt in der Verantwortlichkeit der Rehabilitationsträger. Das Instrumentarium hierfür sind die Gemeinsamen Empfehlungen (§ 13 SGB IX). Den Rehabilitationsträgern wird ein wirkungsorientiertes Instrumentarium zur Verfügung gestellt, das dazu eingesetzt werden muss, um die Sicherung der Zusammenarbeit zur Erreichung der in § 12 SGB IX genannten Ziele zu gewährleisten. Dies sind die nahtlose und zügige sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitliche Leistungserbringung, die einvernehmliche Klärung von Abgrenzungsfragen, die Beratung, die Durchführung der Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen sowie die Prävention.

Ein weiteres Instrument dient der Kooperation und Koordination, nämlich die Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX. Ein umfassendes Teilhabemanagement wird über die trägerübergreifenden Gemeinsamen Servicestellen (§ 23 SGB IX) gewährleistet, deren Aufgaben in § 22 Abs. 1 SGB IX beschrieben sind.[276]

5.3.3.4.2 Kooperation und Koordinierung bei der medizinischen Rehabilitation

Der Katalog der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation soll hier aufgeführt werden, um zu zeigen, in welchem Maße hier zwischen diesen Leistungen und ihrer Erbringung Koordinierungsbedarf bestehen kann (§ 26 SGB IX):

> *§ 26 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation*
> *(1) Zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um*
> *1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder*
> *2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.*
> *(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere*
> *1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,*

275 Hierzu vor allem Fuchs, 2008; Welti, 2008a.
276 Hierzu Shafaei, 2006.

2. Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder,
3. Arznei- und Verbandmittel,
4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
5. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
6. Hilfsmittel,
7. Belastungserprobung und Arbeitstherapie.
(3) Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere
1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,
4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Zu erwähnen sind weiter die Komplexleistungen bei der Frühförderung (§ 30 Abs. 1 SGB IX). Hier kann in den Gemeinsamen Empfehlungen nach Landesrecht sogar die Kultusverwaltung mit einbezogen werden (§ 30 Abs. 3 Satz 2 SGB IX).

Medizinische Rehabilitationsleistungen der Krankenkassen können auch in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden (§ 40 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Es handelt sich dabei um ambulante Rehabilitationsleistungen. Dies kann besondere Probleme der Kooperation und Koordinierung der Leistungen in Pflegeeinrichtungen hervorrufen.

5.3.3.4.3 Komplexleistungen – Persönliche Budgets
S. hierzu oben Abschnitt 5.3.3.3.7.

5.3.3.4.4 Zusammenfassung: Medizinische Rehabilitation

Das gesamte Rehabilitationswesen ist auf Kooperation und Koordinierung angelegt. Mit dem SGB IX sind jetzt die Voraussetzungen für eine wirksame Kooperation und Koordinierung gegeben. In Richtung auf die Kooperation bei der Leistungserbringung und ihre Koordinierung sieht das SGB IX vor allem die Träger der Rehabilitationsleistungen, also die Sozialleistungsträger, in der Pflicht. Das Teilhabemanagement bezieht sich auch auf die Koordinierung der Leistungserbringung.

5.3.4 Haftungsrecht: Verantwortlichkeit im Schadensfall

Im Haftungsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuchs wird zwischen vertraglicher und deliktischer Haftung unterschieden (§§ 280 Abs. 1, 823 Abs. 1 BGB).[277] Vertragliche und deliktische Haftung sind dabei weitgehend gleichlaufend. Es besteht Anspruchskonkurrenz. Für Dritte, die in die Behandlung einbezogen werden, kann eine Haftung als Erfüllungsgehilfe (§ 278 Abs. 1 BGB) oder als Verrichtungsgehilfe (§ 831 Abs. 1 BGB) bestehen.

Bis vor kurzem waren für die vertragliche Haftung die Vorschriften des Dienstvertragsrechts einschlägig. Mit dem Patientenrechtegesetz ist der neue Vertragstypus des Behandlungsvertrages in das BGB eingefügt worden (§§ 630 a–630 h BGB).[278] Da dieser neue Vertragstypus nach den Maßgaben der bisherigen Rechtsprechung entwickelt worden ist, ergeben sich haftungsrechtlich grundsätzlich keine Neuerungen. Der Behandlungsvertrag gilt für denjenigen, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder) (§ 630 a Abs. 1 BGB). Behandelnder kann also nicht nur der Arzt, sondern auch eine andere Person sein. Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist (§ 630 a Abs. 2 BGB).

Bei der Behandlung wird im Arzthaftungsrecht zwischen der ambulanten Behandlung durch niedergelassene Ärzte und der stationären Behandlung unterschieden. In beiden Fällen können sich Konstellationen des arbeitsteiligen Vorgehens ergeben, aus denen haftungsrechtlich relevante Situationen erwachsen können. Deshalb ist es von Bedeutung, ob auf der Behandlerseite eine originäre Eigenhaftung oder eine abgeleitete Haftungszurechnung besteht. Die verschiedenen Möglichkeiten ambulanter und stationärer Leistungserbringung oder auch der Leis-

277 Aus der Vielzahl der haftungsrechtlichen Darstellungen auf dem Gebiet des Arzthaftungsrechts soll hier nur auf die didaktische Darstellung von Nebendahl in Igl, Gerhard / Welti, Felix (Hrsg.), 2012, S. 234 ff., verwiesen werden. In dieser Darstellung finden sich alle notwendigen Weiterverweisungen auf die gesamte haftungsrechtliche Literatur und Rechtsprechung. Die vorstehende Skizze des Haftungsrechts bezieht sich weitgehend auf die Darstellung von Nebendahl.

278 In Kraft seit dem 26. Februar 2013. Hierzu Katzenmeier, 2013.

tungserbringung in integrierten Versorgungsabläufen führen zu einer erheblichen Komplizierung bei der Bestimmung haftungsrechtlicher Lagen.[279] Diese können im Folgenden nur grob skizziert werden.

Bei einer ambulanten wie bei einer stationären Behandlung geht es zunächst darum, wer haftender Anspruchsgegner des geschädigten Patienten ist. Hier wird zwischen horizontaler und vertikaler Arbeitsteilung unterschieden, wobei für die horizontale Arbeitsteilung jeder Arzt im Rahmen seiner Fachlichkeit zuständig ist, während es bei der vertikalen Arbeitsteilung um die Haftungszuordnung im Über-/Unterordnungsverhältnis geht. Zur vertikalen Arbeitsteilung zählt auch das Verhältnis zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern, wozu die Übertragung ärztlicher Aufgaben auf andere als ärztliche Leistungserbringer gehört.[280] Das Problem taucht jedoch nur dann auf, wenn es um die Übertragung ärztlicher Aufgaben geht. Aufgaben, die originär in die Zuständigkeit des Pflegepersonals fallen, rechnen nicht zu den ärztlichen Aufgaben.[281] Zahlreiche Einzelfragen in diesem Zusammenhang sind nach wie vor nicht zufriedenstellend geklärt.[282] Möglicherweise könnten zur Klärung umstrittener Einzelheiten klarere Verantwortlichkeitszuweisungen beitragen, die in den beruferechtlich geregelten Ausbildungszielen formuliert werden.

In arbeitsteiligen Situationen geht es nicht nur um die Frage der Zurechnung von Fehlern, die bei der direkten Behandlung von Patienten zu Schäden führen, sondern um typische Fehler, die gerade auf der arbeitsteiligen Situation beruhen. Dies sind die Koordinierungs- und Organisationsfehler. Hier geht es um die sachgerechte Organisation des Umgangs mit Patienten und die ordnungsgemäße Koordination und Kontrolle der Abläufe.[283] Für solche Fehler ist grundsätzlich der für die Organisation Zuständige verantwortlich.

279 Nebendahl (Fn. 277), S. 240, Rn. 891. Zur Arzthaftung bei den Modellvorhaben Heberlein, 2012c.
280 Nebendahl (Fn. 277), S. 279f., Rn. 1010, 1014ff.
281 Nebendahl (Fn. 277), S. 280f., Rn. 1015ff.
282 Greiner in Spickhoff, 2011, §§ 823ff. BGB, Rn. 76. S. insgesamt Bohne, 2012.
283 Nebendahl (Fn. 277), S. 259f., Rn. 946ff.

5.4 Ausblick: Zukünftiger Regelungsbedarf

Die Thematik der Kooperation und Koordinierung der Tätigkeiten und Aufgaben der Gesundheitsberufe wurde in den Dimensionen des Beruferechts, des Leistungserbringungsrechts des Gesundheitssozialrechts und des Haftungsrechts angesprochen. Diese Thematik ist nicht ohne die Thematik des Zugangs zur Leistungserbringung[284] und der hier angeregten rechtlichen Änderungen[285] zu behandeln. Insofern ergeben sich auch Überschneidungen in den Problemlagen.

5.4.1 Im Heilberuferecht

Die rechtlichen Probleme der Kooperation und der Koordination bei den Heilberufen hängen eng mit der beruferechtlichen Stellung dieser Berufe in Hinblick auf Ausbildung und Berufsausübung zusammen. Eine Klärung dieser beruferechtlichen Fragen kann einen wesentlichen Beitrag auch in Hinblick auf die Lösungen von Kooperationsproblematiken liefern. Zusammenfassend und ohne die bereits im Zusammenhang mit der Erörterung des Zugangs zur Leistungserbringung unterbreiteten Vorschläge im Einzelnen[286] zu wiederholen, besteht Bedarf an rechtlicher Weiterentwicklung in folgenden Punkten:

:: Für alle Heilberufe sind klare Ausbildungsziele festzulegen.
:: Für alle Heilberufe sind in den Ausbildungszielen Art und Weise des Tätigwerdens (selbstständig/eigenverantwortlich/mitwirkend) festzulegen.
:: Der Begriff der Heilkunde und und die verschiedenen Kooperations- und Koordinierungsformen (Art und Weise des Tätigwerdens) sind zu definieren.
:: Die allgemeinen Voraussetzungen und Wirkungen vorbehaltener Tätigkeiten / Aufgaben und der Übertragung ärztlicher heilkundlicher Tätigkeiten auf Angehörige anderer Gesundheitsberufe sind zu beschreiben.

Die beiden letzten Punkte könnten Gegenstand eines noch zu schaffenden Allgemeinen Heilberufegesetzes oder eines Gesetzes über Heilberufe sein.[287]

284 S. dazu oben Teil II Abschnitt 4.
285 S. dazu oben Teil II Abschnitt 4.4.
286 Wie Fn. 285.
287 S. hierzu Teil II Abschnitt 7.

5.4.2 Im Recht der Sozialleistungserbringung

Für das Recht der Sozialleistungserbringung gilt das Prinzip, dass das gesamte Geschehen der Leistungserbringung rechtlich geregelt sein muss. Das bedeutet für die verschiedenen Formen der Kooperation und Koordinierung, dass diese nur im Rahmen der gegebenen Regelungen stattfinden dürfen. Neue Formen der Kooperation und Koordination in der Leistungserbringung können nur mit dem Instrument der Modellvorhaben erprobt werden. Auch hier besteht Erprobungsfreiheit nur im gesetzlich vorgegebenen Rahmen.

In der Gesetzlichen Krankenversicherung können neue Formen der Kooperation und Koordination der Leistungserbringung im Rahmen der Strukturmodelle erprobt werden (§ 63 Abs. 1 und 3 SGB V). Da die Modellvorhaben die Leistungserbringung der Sozialen Pflegeversicherung nicht umfassen, sollte diese Vorschrift auch auf die Leistungserbringung in der Sozialen Pflegeversicherung Bezug nehmen.

Mit Blick auf die Steuerungsfunktion des Arztes für das Leistungsgeschehen auf dem Gebiet der Gesetzlichen Krankenversicherung sollte Folgendes überlegt werden:
Bisher hat der Arzt nicht nur die Steuerungsfunktion beim Einsatz weiterer Gesundheitsberufe im Rahmen der ärztlichen Behandlung, sondern auch im Rahmen der Krankenbehandlung, die nicht ärztliche Behandlung ist, so beim Einsatz von Angehörigen der Krankenpflegeberufe und der Therapieberufe (häusliche Krankenpflege; Heilmittelerbringung). Diese letztere Steuerungsfunktion muss aber nicht ausschließlich beim Arzt liegen. Über den Einsatz und das Vorgehen anderer als ärztlicher Heilberufe könnte auch kooperativ in der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und den anderen Heilberufsangehörigen entschieden werden. Damit könnte auch ein Beitrag zur Lockerung der mancherorts beklagten Arztdominanz im Leistungsgeschehen der Gesetzlichen Krankenversicherung geleistet werden.

Im Recht der Sozialen Pflegeversicherung ist zurzeit kein Regelungsbedarf erkennbar.

Im Recht der medizinischen Rehabilitation liefert bereits das allgemeine Rehabilitationsrecht zahlreiche Typen und Regelungsformen für die Kooperation und Koordination. Diese sind aber grundsätzlich auf die Leistungsträger, nicht die Leistungserbringer bezogen. Es kann gegenwärtig nicht beurteilt werden, ob hier weiterer Regelungsbedarf besteht.

5.4.3 Im Haftungsrecht

Mit der Einführung des Behandlungsvertrages in das BGB ist deutlich geworden, dass ein bisher durch die Rechtsprechung aus den allgemeinen haftungsrechtlichen Bestimmungen des BGB entwickeltes besonderes Haftungsrecht für Ärzte (Arzthaftungsrecht) existiert. Der Behandlungsvertrag und die entsprechenden Haftungsvorschriften gelten für alle Personen, die die medizinische Behandlung eines Patienten zusagen. Im Haftungsrecht sind bisher Situationen arbeitsteiligen Vorgehens und der Haftung für Schadensfälle in diesem Zusammenhang vor dem Hintergrund der bestehenden Rechtsvorschriften des BGB gelöst worden. Gesetzlicher Änderungsbedarf ist hier nicht erkennbar.

Möglicherweise könnten bei vertikaler Arbeitsteilung klarere Verantwortlichkeitszuweisungen in den beruferechtlich geregelten Ausbildungszielen zur Klärung umstrittener Einzelheiten beitragen.

6 Anpassung und Veränderung bestehender Berufsbilder – Schaffung neuer Berufsbilder – Forum für die berufliche Bildung im Gesundheitswesen

6.1 Rechtlicher Rahmen des Berufsbildungssystems

Rechtlicher Ausgangspunkt des Berufsbildungssystems ist die in Art. 12 Abs. 1 Satz 1 GG garantierte Berufsfreiheit. Die Berufsfreiheit kann durch oder auf Grund eines Gesetzes geregelt werden (Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG). Das Grundrecht steht also unter einem Regelungsvorbehalt. Im Berufsbildungssystem wird daher zwischen reglementierten und nicht reglementierten Berufen unterschieden. Reglementierte Berufe sind berufliche Tätigkeiten, deren Aufnahme oder Ausübung durch Rechts- oder Verwaltungsvorschriften an den Besitz bestimmter Berufsqualifikationen gebunden sind. Eine Art der Ausübung ist insbesondere die Führung einer Berufsbezeichnung, die durch Rechts- oder Verwaltungsvorschriften auf Personen beschränkt ist, die über bestimmte Berufsqualifikationen verfügen.[288] Auf dem Gebiet der reglementierten Berufe ragt das Berufsbildungssystem, wie es im Berufsbildungsgesetz (BBiG) Gestalt gefunden hat, heraus. Daneben existieren noch andere Berufsbildungssysteme.

Für das Gebiet der Gesundheitsberufe sind mehrere Berufsbildungssysteme einschlägig. Im Vordergrund steht für die Gesundheitsdienstberufe das System der Heilberufe, deren Ausbildungs- und Prüfungsordnungen auf der Grundlage des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG bundesgesetzlich geregelt sind. Einige Gesundheitsberufe sind im Rahmen des Systems der Ausbildungsberufe geregelt (Berufsbildungsgesetz – BBiG), so die Medizinischen Fachangestellten. Für die Gesundheitshandwerker ist die Handwerksordnung (HwO) als Ausbildungssystem zuständig. Die Gesetzgebungsgrundlage für den Bundesgesetzgeber findet sich hierfür in Art. 74 Abs. 2 Nr. 11 GG (Recht der Wirtschaft). Auch der Landesgesetzgeber kann Gesundheitsberufe, auch Heilberufe, regeln, solange und soweit dies nicht schon bundesgesetzlich geschehen ist (vgl. Art. 72 Abs. 1 GG).

288 § 3 Abs. 5 des Gesetzes über die Feststellung der Gleichwertigkeit von Berufsqualifikationen (Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz – BQFG) vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 215).

Für den Gesundheitsdienst als öffentlichen Dienst sind Vorschriften des öffentlichen Dienstrechts einschlägig, für die die Gesetzgebungskompetenz, soweit es den öffentlichen Dienst der Länder betrifft, zwischen Bund und Ländern verteilt ist (Art. 74 Abs. 1 Nr. 27 GG). Hinzu kommen das Tarifvertragsrecht und die Tarifverträge für den öffentlichen Dienst des Bundes und der Länder.

Im Gesundheitssozialrecht, insbesondere im Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und im Recht der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI), finden sich zwar keine Regelungen zu Berufsbildungssystemen. Im Recht der personellen Leistungserbringer existieren für die Ärzte, zum Teil aber auch für die Therapieberufe Regelungen, die direkt oder indirekt berufsbildenden Charakter haben, so z. B. bei den Ärzten hinsichtlich der Weiterbildungsvoraussetzungen für die Zulassung als Vertragsarzt (§ 95a SGB V), sowie hinsichtlich der Fortbildung für bestimmte andere als ärztliche Heilberufe z. B. bei der häuslichen Krankenpflege (§ 132a SGB V).

Für das Recht der Hochschulausbildung finden sich nur für die Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten spezielle die Ausbildung und Prüfung gestaltende gesetzliche Regelungen in Form der einschlägigen Heilberufegesetze. Aus diesem Grund werden diese Berufe auch akademische Heilberufe genannt.

Bei den anderen Gesundheitsberufen ist zu unterscheiden, ob es sich um gesetzlich geregelte Ausbildungen wie bei den anderen als ärztlichen Heilberufen handelt oder ob keine gesetzlichen Ausbildungsregelungen gegeben sind. Da mittlerweile bei einigen anderen als ärztlichen Heilberufen auch eine akademische, d.h. hochschulische Ausbildung im Rahmen von Modellvorhaben[289] möglich ist, sind die Hochschulen grundsätzlich an die in den Heilberufegesetzen vorgegebenen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen gebunden, wobei Abweichungen möglich sind. Hochschulen können außerhalb der heilberuflich regulierten Berufe Ausbildungen im Rahmen ihrer Bachelor-/Masterprogramme für Gesundheitsberufe anbieten. Dabei können in den Studiengängen heilberuferechtliche Inhalte (auch) Gegenstand der Ausbildung sein. Diese Berufe genießen aber anders als Heilberufe nach den Heilberufsgesetzen keinen Schutz hinsichtlich der Berufsbezeichnung. Ein Bachelor-/Masterzeugnis weist nur aus, dass jemand eine bestimmte Ausbildung absolviert hat; es besagt aber nicht, dass damit eine Zulassung zu einem bestimmten Beruf verbunden ist.

289 So zuerst (2003) für die Pflegeberufe, dann für diese später erweitert in Richtung auf die selbstständige Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (2008). Für die Ergotherapeuten, Hebammen, Logopäden und Masseure und Physiotherapeuten folgten die Modellvorhaben zur akademischen Ausbildung im Jahr 2009. S. dazu im Teil II Abschnitte 2.1.1.3, 4.3.3.2.3.

Jenseits der heilberuferechtlichen und hochschulischen oder im Berufsbildungsgesetz geregelten Ausbildungsgänge finden sich auf dem Gebiet des Gesundheitswesens Ausbildungen für zahlreiche berufliche Tätigkeiten, die unreglementiert sind. Dies betrifft auf der einen Seite die Ausbildungen, die im Vorfeld der Zulassung als Heilpraktiker angeboten werden, ein Beruf, der bekanntlich über keine reglementierte Ausbildung verfügt.[290] Ausbildungen privater Art werden aber auch ohne das Ziel des Erwerbs einer Heilpraktikerzulassung angeboten.

6.2 Gegenwärtige Situation und Akteure bei der Anpassung und Veränderung der Gesundheitsberufe

Die Anpassung und Veränderung bestehender Gesundheitsberufe und die Schaffung neuer Berufsbilder verläuft auf unterschiedliche Art und Weise. Im Folgenden sollen einige wesentliche Merkmale aufgezeigt werden.

6.2.1 Gesetzgebungs-/Regelungszuständigkeiten

Die unterschiedlichen Gesetzgebungs- und Regelungszuständigkeiten bei den verschiedenen Ausbildungssystemen stellen ein zentrales Charakteristikum bei der Gestaltung der Gesundheitsberufe dar.

Bei den bundesgesetzlich geregelten Heilberufen ist es nach wie vor der Gesetzgeber, der zur Anpassung und Veränderung aufgerufen ist. Modernisierungen, wie sie mit den Modellvorhaben zur hochschulischen Ausbildung (§ 63 Abs. 3b und 3c SGB V) sowie durch die Heilberufegesetze für bestimmte Heilberufe angestrebt werden, haben lange Anlaufzeiten.

Ob die konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für die Zulassung zu den Heilberufen und die Zuständigkeit der Länder für die Regelung der Berufsausübung ein Hemmnis für die Weiterentwicklung der Heilberufe darstellt, kann nicht beurteilt werden. Diese Frage müsste unter zwei Gesichtspunkten diskutiert werden: Erstens unter dem Gesichtspunkt, ob eine Zusammenfassung der Zuständigkeiten (Berufszulassung und Berufsausübung) beim Bundes- oder bei den Ländergesetzgebern sinnvoll wäre, und zweitens, ob eine so zusammengefasste Zuständigkeit nicht insgesamt bei der Bundesgesetzgebung angesiedelt werden sollte.

290 S. dazu Teil II Abschnitt 4.3.2.4.

6.2.2 Gesundheitsberufe gemäß Berufsbildungsgesetz

Weiterentwicklungen finden auch bei den staatlich anerkannten Ausbildungsberufen im Rahmen des BBiG statt. Hier werden auch Gesundheitsberufe mit direktem Patientenkontakt erfasst.[291]

6.2.3 Unions- und sonstige europarechtliche Einflüsse

Auf dem Gebiet der Heilkunde ist schließlich auf die unions- und sonstigen europarechtlichen Einflüsse hinzuweisen.[292] Hier sind auch zu nennen der Europäische und Deutsche Qualifikationsrahmen und die einschlägigen Fachqualifikationsrahmen, die für die künftige Gestaltung eine Rolle spielen können.[293]

6.2.4 »Privatberufe«

Die Diskussion um Veränderungsbedarfe wird bei den Heilberufen nicht nur von den personellen, sondern auch von den institutionellen Leistungserbringern bzw. von ihren Verbänden geführt, so von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) bei den OTA/ATA.[294] Die DKG scheint in letzter Zeit ein wichtiger Akteur im Berufsrecht auch durch die Arbeit des von ihr mitgetragenen Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) geworden zu sein. So ist das DKI mit einem Gutachten zur Weiterentwicklung der technischen Assistenzberufe beauftragt worden.[295]

6.2.5 Wirkungen eines bizarren Heilberuferechts

Die Entwicklung von bestimmten beruflichen Tätigkeiten und Aufgaben und ihre berufsrechtliche Normierung sind in Deutschland auch vor dem Hintergrund eines in einigen Bereichen bizarren Berufsrechts der Heilberufe zu sehen. Danach darf berufsmäßig Heilkunde nur vom Arzt und vom Heilpraktiker ausgeübt werden. Der Arzt bedarf hierfür der Approbation, der Heilpraktiker einer Zulassung (§ 1 Abs. 1 HeilprG)[296]. Allerdings bedarf der Heilpraktiker anders als der Arzt keiner speziellen Ausbildung. Nichtärztliche Berufe, deren Gegenstand (auch) die Heilkunde ist, können nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts[297] eine auf ein bestimmtes Gebiet beschränkte Heilpraktikererlaubnis erhalten. Damit werden faktisch neue (Teil-)Berufe auf dem Gebiet der Heilkunde geschaffen.

291 S. Teil II Abschnitt 2.4.2.
292 Dazu im Einzelnen Teil I Abschnitt 2.2. Zur Berufsanerkennungsrichtlinie Teil I Abschnitt 3.2, zum Europäischen Übereinkommen Teil I Abschnitt 3.4.
293 S. Teil I Abschnitt 1.4.
294 S. Teil II Abschnitt 2.2.
295 Deutsches Krankenhausinstitut, 2009.
296 § 1 Abs. 1 HeilprG: »Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestallt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis.«
297 S. Teil II Abschnitt 4.3.2.1.1.2.

Die Zulassung als Heilpraktiker wird für den Erwerbsbereich der selbstständigen heilkundlichen Tätigkeit damit zum Sammelbecken heilkundlicher Tätigkeiten, für deren Ausbildung eine öffentlich-rechtliche Reglementierung nicht vorgesehen ist. Der Patientenschutz wird nur durch eine gefahrenabwehrorientierte Kenntnisprüfung (§ 2 Abs. 1 Buchst. i) 1. HeilprGDV) gewährleistet.

6.2.6 Wirken der Berufsverbände

Treiber für die Fortentwicklung der Berufsbilder im Gesundheitswesen sind bei den Heilberufen vor allem die Berufsverbände. Die Berufsverbände sind privatrechtlich organisiert. Die akademischen Heilberufe (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker) sind zusätzlich in öffentlich-rechtlich organisierten Berufskammern mit Pflichtmitgliedschaft zusammengeschlossen, die damit auch über institutionelle Macht verfügen. Die gegenwärtig geführte Debatte um die Pflegekammern zeigt, wie groß bei den etablierten Akteuren des Gesundheitswesens die Sorge ist, dass neue Verbände mit institutioneller Macht geschaffen werden.

Die institutionelle Macht der verkammerten Heilberufe gegenüber den anderen Heilberufen zeigt sich nicht zuletzt darin, dass die Bundesärztekammer auch das Dach für Veranstaltungen der anderen als ärztlichen Heilberufe liefert.[298] Diese institutionelle Macht äußert sich auch in der Debatte um Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen, die zentral von der Bundesärztekammer (BÄK) und dem Deutschen Ärztetag, dem »Parlament der Ärzte«, gesteuert und geführt worden ist.[299] In diesem Zusammenhang ist auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) tätig geworden. Diese Debatte hat vor allem die Pflegeberufe betroffen, aber auch Berufe, die nicht als Heilberufe gelten, so die Medizinischen Fachangestellten.

6.2.7 Einfluss unabhängiger Sachverständigengremien

In der Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe sind in jüngerer Zeit auch zwei unabhängige Akteure hervorgetreten, so der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen insbesondere mit seinem Gutachten »Kooperation und Verantwortung«[300]. Dieses Gutachten kann bis heute als wegweisend für die Weiterentwicklung bei den Gesundheitsberufen gelten. Vorschläge daraus haben den Weg in diese Gesetzgebung gefunden.[301] Als zweiter wichtiger

298 Dies vollzieht sich in Gestalt der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer. S. hierzu auch das sehr aufschlussreiche Papier zu den Aufgaben und Zuständigkeiten der Berufe im transsektoralen Versorgungsprozess der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer, 2010, sowie das Gutachten zur Kooperation mit den Gesundheitsberufen: Nagel, 2008.

299 In einer kürzlich vollzogenen Organisationreform hat die Bundesärztekammer das Dezernat 5 mit der Bezeichnung »Versorgung und Kooperation mit Gesundheitsfachberufen« versehen, s. Organigramm der Bundesärztekammer (BÄK), Stand 1. August 2013.

300 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007.

301 So die Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V.

Akteur ist der Wissenschaftsrat mit seinen Empfehlungen zu wissenschaftlichen Qualifikationen für das Gesundheitswesen[302] hervorgetreten.

6.2.8 Entwicklungen bei der hochschulischen Ausbildung außerhalb der Heilkunde

Im Gefolge des Bologna-Prozesses und der Umstellung auf Bachelor- und Masterstudiengänge haben sich bei den Hochschulen, insbesondere bei den Fachhochschulen zahlreiche Studiengänge auf dem Gebiet des Gesundheitswesens herausgebildet, die aber kaum oder nichts mit Heilkunde zu tun haben, sondern eher in der Dimension Betriebsorganisation/Management anzusiedeln sind. Diese Studiengänge werden von den Hochschulen autonom entwickelt und müssen sich einer Akkreditierung unterziehen. Welche inhaltlichen Maßstäbe die Akkreditierungsagenturen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens anwenden, verschließt sich oft, da der Zugang zu den konkreten inhaltlichen Maßstäben für die Akkreditierung nicht offenliegt.

6.3 Defizite und Handlungsbedarf

Zusammenfassend ist für die Anpassung und Veränderung bestehender Berufsbilder und die Schaffung neuer Berufsbilder Folgendes für die gegenwärtige Situation festzustellen:

:: Es findet eine begrenzte Steuerung durch bestimmte dominante Akteure des Gesundheitsmarktes (Ärzte/Krankenhäuser) statt, die sich an deren Interessen orientiert. Die Steuerung wird von diesen Akteuren teilweise auch für andere Berufe mit wahrgenommen.
:: Es findet eine begrenzte Steuerung durch unabhängige Sachverständigeninstitutionen statt.
:: Eine direkte und indirekte Steuerung der Entwicklung der Heilberufe vollzieht sich durch europarechtliche Einflüsse und – gesteuert auch durch die Rechtsprechung – durch die Besonderheiten auf dem Gebiet des Heilpraktikerrechts.

Insgesamt ist man in Deutschland weit von einem kohärenten System der Entwicklung von Berufsbildern und Ausbildungskonzepten auf dem Gebiet des Gesundheitsberuferechts entfernt. Eine Nachfrage nach bestimmten neuen Berufsbildern oder Ausbildungen findet zum Teil seitens der Akteure der Gesundheitswirtschaft statt, dies allerdings nur sehr begrenzt (z. B. bei den OTA/ATA). Nicht zu unterschätzen sind allerdings die Einflüsse renommierter unabhängiger Sachverständigengremien. Dies gilt insbesondere für den Wissenschaftsrat in Hinblick auf die berufliche Ausbildung in der Debatte um die hochschulischen Qualifikationen im Gesundheitswesen und den Sachverständigenrat für die Begutachtung der

302 Wissenschaftsrat, 2012.

Entwicklung im Gesundheitswesen bei der künftigen Gestaltung der beruflichen Tätigkeiten im Rahmen der Kooperation der Gesundheitsberufe.

Die bisherige Situation der rechtlichen Gestaltung der Gesundheitsberufe ist gekennzeichnet von einem reaktiven Verhalten, das zudem von erheblichen Verzögerungs- und Verspätungsmomenten gekennzeichnet ist.[303] Die Gesundheitsberuferegulierung gehört wohl mit zur langsamsten Regulierung. Dadurch entsteht eine besonders große Diskrepanz zwischen (Regulierungs-)Normativität und (Versorgungs-)Realität.

Zurzeit existiert keine Form eines institutionalisierten Dialogs zwischen den Akteuren der Gesundheitswirtschaft und den Akteuren des Bildungswesens. Eine solche Form des Dialogs existiert nur für den Bereich der Berufsbildung nach dem Berufsbildungsgesetz (Landesausschüsse für Berufsbildung; Hauptausschuss des Bundesinstituts für Berufsbildung). Hier ist die Notwendigkeit des Dialogs in jüngster Zeit wieder besonders herausgestrichen worden.[304]

Mittlerweile haben sich auf der Seite der hochschulischen Ausbildung verschiedene Gremien und Verbünde herausgebildet, die dem Bildungsanliegen für die Gesundheitsberufe Rechnung tragen wollen. Die Agenda dieser Gremien und Verbünde ist hochschul-, nicht arbeitsmarkt- und beschäftigungsgerichtet. In Zukunft wird die hochschulische Qualifikation bisher nichtakademischer Heilberufe zunehmen. Schon jetzt ist eine verwirrende Vielfalt von Bachelor- und Masterabschlüssen für gesundheitsbezogene Beschäftigungen außerhalb der Heilberufe gegeben. Schließlich ist ein Phänomen der Schaffung von Berufen seitens der Leistungserbringer zu verzeichnen (z. B. Schaffung einer Ausbildungsordnung für OTA/ATA durch die DKG).
Es besteht daher die Notwendigkeit der strukturierten Begegnung

:: des Bildungswesens und
:: des Gesundheitswesens, vor allem in Gestalt
  :: der Gesundheitswirtschaft (Berufe, Institutionen, Nutzer und deren Verbände)
  :: der (Sozialleistungs-)Träger von Gesundheitssozialleistungen und deren Verbände

303 So hat z. B. die Verabschiedung der Richtlinie zur Modellvorhabensklausel (§ 63 Abs. 3c SGB V) vier Jahre gedauert, s. Fn. 87.
304 Veranstaltung des Bundesinstitutes für Berufsbildung vom 9. April 2013 (Symposium über Wissenschaft-Politik-Praxis-Kommunikation in der beruflichen Bildung), – http://www.bibb.de/de/63146.htm

zur Gestaltung und Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe

:: in der Ausbildung und
:: bei den berufsrechtlichen Setzungen (insbesondere im Heilberuferecht und bei der Zulassung zur Leistungserbringung in der Gesetzlichen Krankenversicherung).

Angesichts des sich im Gesundheitswesen schon jetzt abzeichnenden Mangels an Pflegefachpersonen muss es ein beschäftigungs- wie bildungspolitisches Anliegen sein, die aktuellen und künftigen Bedarfe an Berufen und Berufsbildern in einem geeigneten Verfahren zu bestimmen und den verantwortlichen Instanzen (Gesetz- und Verordnungsgeber des Bundes und der Länder sowie Hochschulen) entsprechende Empfehlungen an die Hand zu geben. Das Gesundheitswesen kann sich einen Ressourcenverschleiß durch fehlende oder fehlgesteuerte Ausschöpfung des Arbeitskräftepotenzials nicht leisten. Es besteht eine sozialstaatliche Verantwortung für das Gesundheitswesen, zu der auch die Verantwortung für die Beschäftigung und die Beschäftigten im Gesundheitswesen gehört.

6.4 Ein Forum für die Berufsbildung im Gesundheitswesen: Nationaler Gesundheitsberuferat

Es ist an der Zeit, die verantwortlichen Akteure der Gesundheitswirtschaft und die verantwortlichen Akteure des Bildungswesens in einen Dialog über die Gestaltung und Fortentwicklung der Gesundheitsberufe zu bringen. Für die zukunftsgerechte Gestaltung der Ausbildung und Tätigkeit der Gesundheitsberufe bedarf es eines strukturierten institutionalisierten Dialoges zwischen dem Gesundheits- und dem Bildungswesen in einem Nationalen Gesundheitsberuferat. Dieser Dialog muss kontinuierlich, transparent und nachhaltig sein. Er muss die wichtigsten Akteure im Gesundheits- und Bildungswesen und die Nutzer von Gesundheitsleistungen einbeziehen. Er hat beratende Funktion (analog Wissenschaftsrat) und stellt keinen Sachverständigenrat dar.

Gegenstand der Befassung eines Gesundheitsberuferats sind nicht nur die Heilberufe und die Gesundheitsdienstberufe mit Patientenkontakt. Vielmehr ist das gesamte Spektrum der Gesundheitsberufe aufzunehmen.[305]

305 Darauf wird auch bei Kickbusch, et al., 2012, S. 33, hingewiesen.

6.4.1 Beteiligte des Dialogs

Am Dialog über die Gestaltung der Gesundheitsberufe sollen Akteure aus den folgenden Bereichen beteiligt sein:

Leistungserbringer:

:: Verbände der Gesundheitsberufe (z. B. Deutscher Pflegerat)
:: Verbände der Gesundheitsinstitutionen (z. B. DKG)

Sozialleistungsträger:

:: Träger von Gesundheitssozialleistungen (insbesondere Kranken- und Pflegekassen)

Patienten/Nutzer:

:: Nutzerverbände
:: Verbände mit zivilgesellschaftlicher Rückbindung

Wissenschaft:

:: Fachgesellschaften; Forschungsverbünde[306]

Wirtschaft:

:: Gewerkschaften
:: Gesundheitsarbeitgeberverbände

Bildungsinstitutionen:

:: Hochschulrektorenkonferenz
:: Berufsbildungsinstitut
:: Deutscher Bildungsrat für Pflege
:: Vertreter der Studierenden

Politische Akteure:

:: Gesundheitsministerkonferenz, Kultusministerkonferenz, Arbeits- und Sozialministerkonferenz
:: Vertreter der einschlägigen Bundes- und Länderministerien mit Zuständigkeiten für Arbeit, Bildung, Gesundheit und Soziales

Unabhängige Sachverständige:

:: Wissenschaftsrat
:: Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
:: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Bundesagentur für Arbeit)

306 S. hier auch Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates (Hrsg.), 2012.

6.4.2 Mögliche Formen des Dialogs

Zwei Formen des Dialogs sind einzurichten:

:: Als ständiges Forum: Nationaler Gesundheitsberuferat – Zentrum für Bildung und Beschäftigung der Berufe im Gesundheitswesen
:: Als sequentielles Forum: Nationale Gesundheitsberufekonferenz.

Die nationale Dimension soll nur einen ersten Schritt abbilden. Weitere Schritte sollen sein:

:: Austausch und Kooperation in den deutschsprachigen Ländern und in den Ländern mit vergleichbaren gesundheitsberuferechtlichen Strukturen
:: Verknüpfung mit den gesundheitsberuferechtlichen Aktionen auf EU-Ebene und auf Ebene der WHO-Regionalkonferenz

6.4.3 Adressaten der Umsetzung/Normierung

:: Bundes- und Landesgesetzgeber und Administrationen
  :: für das Bildungswesen
  :: für das Gesundheitsberufewesen
  :: für das Gesundheitssozialleistungsrecht
:: Kammern (Berufsordnungen)
:: Bundesagentur für Arbeit (Ausbildungsförderung)

6.4.4 Finanzierung

Für die Finanzierung des Nationalen Gesundheitsberuferates und der Nationalen Gesundheitsberufekonferenzen stehen theoretisch folgende Optionen zur Verfügung:

Bei einer *öffentlichen Finanzierung* könnte eine Bund-/Länderfinanzierung analog der Finanzierung des Wissenschaftsrates erwogen werden.[307] Das hierfür erforderliche Verwaltungsabkommen zwischen dem Bund und den Ländern würde jedoch am seit der Föderalismusreform geltenden Kooperationsverbot scheitern (vgl. Art. 91 b GG). Das Kooperationsverbot besteht aber nur zwischen dem Bund und den Ländern, nicht bei den Ländern untereinander. Deshalb könnte auch eine gemeinsame Finanzierung durch die Länder erwogen werden.

Bei einer *privaten Finanzierung* erscheint eine Stiftungslösung als sehr geeignet.

307 Vgl. Art. 9 des Verwaltungsabkommens zwischen Bund und Ländern über die Errichtung eines Wissenschaftsrates vom 5. September 1957 in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung (http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/Verwaltungsabkommen.pdf).

7
Allgemeines Heilberufegesetz – Gesetz über die Heilberufe

7.1 Regelungsbedarf

Das Recht der Heilberufe ist unklar, unübersichtlich, teilweise widersprüchlich und teilweise veraltet. Ein Allgemeines Heilberufegesetz oder ein Gesetz über die Heilberufe könnte hier Abhilfe schaffen.

7.1.1 Notwendigkeit einer Kodifikation

Das Heilberuferecht wird auf Bundes- und Landesebene reguliert. Der Bund besitzt eine Kompetenz zu konkurrierender Gesetzgebung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Diese – im Einzelnen nicht immer unproblematische – Verteilung der Gesetzgebungszuständigkeiten soll im Folgenden nicht in Frage gestellt werden.

Die Gesetze für Heilberufe sind Bundesgesetze und verstehen sich als Berufszulassungsgesetze. Insbesondere die Gesetze für die anderen als ärztlichen Heilberufe, die hier im Vordergrund der Betrachtung stehen sollen, sind von einer gemeinsamen Regelungsstruktur geprägt. Dies erleichtert das Verständnis dieser Gesetze. Die verschiedenen Heilberufegesetze enthalten eine Reihe von Begriffen und Vorschriften, die in diesen Gesetzen gleich verwendet werden. In der üblichen Gesetzestechnik werden solche Begriffe und Vorschriften in einem Allgemeinen Teil »vor die Klammer gezogen«. In einem Allgemeinen Heilberufegesetz – Gesetz über die Heilberufe könnte dies ebenfalls geschehen. Ein solches Anliegen stellt einen üblichen und gängigen Zweck einer Kodifikation dar.

Gegenstand des Allgemeinen Heilberufegesetzes wäre demnach die Schaffung eines solchen Allgemeinen Teils, der für alle Heilberufegesetze und auch für ländergesetzlich geregelte Heilberufe gilt.[308]

7.1.2 Gesetzesklarheit – einheitliche Begrifflichkeiten – einfachere Rechtsanwendung

Ein Allgemeines Heilberufegesetz im Sinne eines Allgemeinen Teils des Heilberuferechts macht das Heilberuferecht nicht nur übersichtlicher, sondern trägt mit der Verwendung einheitlich definierter Begriffe auch zur Rechtsklarheit und einfacheren Rechtsanwendung bei.

308 Zur Möglichkeit der Schaffung eines Heilberufegesetzes unter Einbeziehung aller bundesrechtlich geregelten Heiberufe s. unten Teil II Abschnitt 7.4.

7.1.3 Vereinfachung bei der Umsetzung von Unionsrecht – Entbürokratisierung

Das Heilberuferecht wird insbesondere durch die Berufsanerkennungsrichtlinie[309] unionsrechtlich geprägt. Die unionsrechtlichen Umsetzungsvorschriften können in einem Allgemeinen Teil mit Wirkung für alle bzw. für die davon betroffenen Heilberufe an einer Stelle übernommen werden. Eine Änderung aller oder mehrerer Heilberufsgesetze bei unionsrechtlichen Änderungen, wie zuletzt beim Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen[310], ist nicht mehr notwendig und führt damit zu erheblichen Entbürokratisierungseffekten bei der Gesetzgebung wie bei der Gesetzesanwendung. Außerdem wird auch hier mehr rechtliche Klarheit und Übersichtlichkeit erzeugt.

7.1.4 Modernisierungsnotwendigkeiten

Die Schaffung eines Allgemeinen Heilberufegesetzes soll nicht nur die kodifikatorische Bereinigung der bestehenden Heilberufegesetze bewirken, die in der Hauptsache in einem »Vor-die-Klammer-ziehen« der allgemeinen Regelungsmaterien besteht. Die Schaffung eines solchen Gesetzes könnte auch dazu dienen, das Heilberuferecht den aktuellen Anforderungen anzupassen. Dies gilt vor allem für folgende Punkte:

:: Der *Begriff der Heilkunde* wird bisher nur im Heilpraktikergesetz von 1939 definiert. Dieser Begriff sollte in einem Allgemeinen Heilberufegesetz im Sinne der Rechtsprechung zu diesem Begriff festgelegt werden. Gegebenenfalls können auch Modernisierungen in Richtung auf weitere Elemente vorgenommen werden (Rehabilitation, Palliation).

:: In einem Allgemeinen Heilberufegesetz sollten Regelungen zum Begriff der *vorbehaltenen Tätigkeiten* und den Voraussetzungen der *selbstständigen Ausübung von Heilkunde* getroffen werden.

:: Ein Allgemeines Heilberufegesetz kann *allgemeine Vorgaben für die Inhalte und die Gestaltung der Ausbildungs- und der Prüfungsordnungen auch in Richtung auf eine hochschulische Ausbildung* enthalten.

:: In einem Allgemeinen Heilberufegesetz können auch Regelungen zu einem Nationalen Gesundheitsberuferat – Zentrum für Bildung und Beschäftigung der Berufe im Gesundheitswesen enthalten sein.

309 S. Teil I Abschnitt 3.3.

310 Vom 6. Dezember 2011, BGBl. I S. 2515. Mit den Artikeln 29 bis 57 des Gesetzes wurden die entsprechenden Änderungen in den Heilberufegesetzen vorgenommen.

7.2 Gesetzgebungskompetenz

Es bestehen neben der zentral für die Heilberufe einschlägigen konkurrierenden Zuständigkeit des Bundesgesetzgeber für die Zulassung zu den Heilberufen (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG) weitere Gesetzgebungskompetenzen des Bundes, so vor allem die Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung, die auch die Leistungserbringung durch Heilberufe bei Gesundheitssozialleistungen umfasst (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG). Einschlägig sind auch die Gesetzgebungskompetenzen zum Recht der Wirtschaft (Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG) und zum Arbeitsrecht (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG).

Soweit das Heilberuferecht des öffentlichen Dienstes des Bundes betroffen ist, besteht eine ausschließliche Gesetzgebungskompetenz (Art. 73 Abs. 1 Nr. 8 GG).

Der Begriff der Zulassung zur Heilkunde bezieht sich auch auf die Führung der Berufsbezeichnung. Regelungen zur Berufsausübung, die generell nicht vom Kompetenztitel in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG umfasst sind, können grundsätzlich nicht in ein Allgemeines Heilberufegesetz Eingang finden. Allerdings finden sich schon jetzt in den Heilberufegesetzen Regelungen zur Berufsausübung, so bei den vorbehaltenen Tätigkeiten, bei den Modellvorhabensklauseln und bei der Delegationsmöglichkeit im Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG). Regelungen auf diesen Gebieten können deshalb auch in einem Allgemeinen Heilberufegesetz getroffen werden.

7.3 Regelungsgegenstände

7.3.1 Gesetzeszweck

In der Formulierung des Gesetzeszweckes ist auf den verfassungsrechtlichen Auftrag für die Gewährleistung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung und die objektiv-rechtliche Schutzpflicht bei der Patientenversorgung zu verweisen (Art. 20 Abs. 1, Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG).

7.3.2 Anwendungsbereich

In dieser Vorschrift ist der personelle und gegenständliche Anwendungsbereich festzulegen. Hier ist auch festzulegen, für welche Heilberufegesetze das Allgemeine Heilberufegesetz gilt.

7.3.3 Begriff der Heilkunde

Der Begriff der Heilkunde ist in diesem Gesetz zu regeln. § 1 Abs. 2 HeilprG wird obsolet.

7.3.4 Allgemeine Ausbildungsziele

Es können allgemeine, für alle Heilberufe einschlägige Ausbildungsziele definiert werden.

7.3.5 Verhältnis der Beschreibung der Ausbildungsziele zur beruflichen Tätigkeit

Bisher wird aus der Formulierung der Ausbildungsziele in den Heilberufegesetzen auch die Art der Tätigkeit und die beruferechtliche Zulässigkeit des entsprechenden gesundheitsberuflichen Handelns entnommen, also vom Berufsausbildungsrecht auf das Berufsausübungsrecht geschlossen. Hier sind zwei Regelungsgegenstände betroffen:

:: Es sollten für alle Heilberufe Ausbildungsziele genannt werden. Die Ausbildungsziele müssen die Handlungsfelder und die Art des Tätigwerdens/der Aufgabenwahrnehmung beschreiben. Diese wären in den jeweiligen Heilberufegesetzen zu regeln.
:: Es soll klargestellt werden, ob und inwieweit von der Beschreibung der heilkundlichen Handlungsfelder und der Art des Tätigwerdens/der Aufgabenbeschreibung beruferechtlich auf die Berufsausübung geschlossen werden darf.

7.3.6 Ausbildungsverhältnisse

Das allgemeine Recht der Ausbildungsverhältnisse bei Heilberufen ist zu regeln. Es ist zu klären, welches Recht der Ausbildungsverhältnisse bei Ausbildungen anzuwenden ist, die nicht von vornherein heilberuferechtlich oder nach dem BBiG geregelt sind.

7.3.7 Rahmen für Gegenstände der Ausbildung und die Ausbildungsorte

Der Rahmen für die Gegenstände der Ausbildung und die Ausbildungsorte ist in einem Allgemeinen Heilberufegesetz zu regeln. Dies gilt auch in Hinblick auf die künftige hochschulische Ausbildung bestimmter anderer als ärztlicher Heilberufe.

7.3.8 Rahmen für Gegenstände und Gestaltung der Prüfung

Der Rahmen für die Gegenstände der Prüfung und ggf. für bestimmte Elemente der Gestaltung der Prüfung ist in einem Allgemeinen Heilberufegesetz zu regeln. Dies gilt auch in Hinblick auf die künftige hochschulische Ausbildung bestimmter anderer als ärztlicher Heilberufe.

7.3.9 Begriffe selbstständige/eigenverantwortliche/mitwirkende Tätigkeiten/Aufgaben

Die bisher verwendeten Begrifflichkeiten bei der Wahrnehmung von heilkundlichen Tätigkeiten und Aufgaben sind unklar und unscharf. Dies gilt etwa für die Begriffe selbstständig und eigenverantwortlich, die in den Heilberufegesetzen unterschiedlich verwendet werden. Eine klare Fassung dieser Begriffe empfiehlt sich auch aus Gründen der Haftungsklarheit und der Schaffung nachvollziehbarer Regeln bei der Leistungskooperation.

7.3.10 Begriff vorbehaltene/vorrangige Tätigkeiten

Der Begriff der vorbehaltenen Tätigkeiten wird im MTAG und im HebG uneinheitlich verwendet. Hier ist eine klare und differenzierte Begriffsbildung nicht nur in den jeweiligen Berufsgesetzen, sondern auch allgemein nötig. Es ist auch zu prüfen, ob neben dem Begriff der vorbehaltenen Tätigkeiten auch der Begriff der vorrangigen Tätigkeiten eingeführt werden soll.

7.3.11 Voraussetzungen für selbstständiges/eigenverantwortliches Tätigwerden/ Aufgabenwahrnehmen auf dem Gebiet der Heilkunde und Voraussetzungen für die Übertragung von Tätigkeiten

Es fehlt an klaren und nachvollziehbaren Regelungen für die Verteilung und Wahrnehmung der Aufgaben in der kooperativ gestalteten Leistungserbringung. Die Diskussion, die unter Verwendung der Begriffe Delegation, Substitution, Allokation geführt wird, zeigt, dass hier erheblicher begrifflicher Aufklärungsbedarf besteht. Dies ist in der juristischen Fachwelt anerkannt.

Unter kompetenzrechtlichen Gesichtspunkten ist es möglich, die allgemeinen Voraussetzungen einer Übertragung von Tätigkeiten in einem Allgemeinen Heilberufegesetz im Sinne der Definition eines Begriffes zu erklären. Schon jetzt enthalten einige Heilberufegesetz auch außerhalb der Nennung von Ausbildungszielen Vorschriften zur selbstständigen/unselbstständigen Ausführung von Tätigkeiten, und zu vorbehaltenen Tätigkeiten (§ 4 HebG, §§ 9, 10 MTAG, § 1 Satz 1 AltPflG, § 1 Abs. 1 Satz 2 KrPflG). Speziell zur Delegation sind § 1 Abs. 5 und 6 ZHG und § 10 Nr. 6 MTAG, und zur Anforderung von Leistungen durch Ärzte und Heilpraktiker § 9 Abs. 3 MTAG zu nennen.[311]

7.3.12 Voraussetzungen einer Approbation

Bei der Approbation anderer als ärztlicher Heilberufe sind bestimmte Voraussetzungen zu beachten. Hier kann auf die Ausführungen in Teil II Abschnitt 4.4.1.2 verwiesen werden. In einem Allgemeinen Teil eines Heilberufegesetzes könnten die allgemeinen Voraussetzungen einer Approbation festgelegt werden. Sinnvoller erscheint jedoch, die entsprechenden Vorschriften zur Approbation im Zusammenhang des jeweiligen Heilberufegesetzes zu regeln.

311 Dies wird bei Bohne, 2012, S. 308ff., nicht gesehen.

7.3.13 Nationaler Gesundheitsberuferat

Aufgrund der Gesetzgebungszuständigkeit für das Recht der Wirtschaft (Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG) könnte ein Allgemeines Heilberufegesetz auch Regelungen zur Einrichtung und zur Organisation eines Nationalen Gesundheitsberuferates und einer Gesundheitsberufekonferenz enthalten.

7.3.14 Allgemeiner Rahmen für Modellvorhaben

Es ist allgemein zu regeln, in welcher Hinsicht bei Modellvorhaben bestimmte rechtliche Anforderungen zu gewährleisten sind, z. B. Anforderungen an Ausbildungs- und Prüfungsinhalte. Auch die Wirkungen auf Ausbildungsverhältnisse könnten hier geregelt werden.

7.3.15 Sonstige Regelungsbereiche

In einem Allgemeinen Teil könnten auch die sonstigen Regelungsgegenstände der Heilberufegesetze aufgeführt werden. Dies gilt vor allem für die Führung der Berufsbezeichnung, den allgemeinen Rahmen der Erlaubniserteilung und -rücknahme, die Anerkennung ausländischer Qualifikationen.

7.4 Alternative: Gesetz über die Heilberufe mit Einbezug der einzelnen Heilberufe

In einem bundesrechtlichen Heilberufegesetz könnten auch die einzelnen, bisher isolierten Heilberufegesetze in einem besonderen Teil zusammengefasst werden. Ein solches umfassendes Gesetz müsste dann Gesetz über Heilberufe heißen und einen allgemeinen und einen besonderen Teil enthalten. Der Allgemeine Teil entspräche dem vorstehend dargestellten Allgemeinen Heilberufegesetz; der besondere Teil enthielte die einzelnen Heilberufsgesetze.

Regelt der Landesgesetzgeber weitere einzelne Heilberufe, so ist er für die Materien an die Vorgaben des Allgemeinen Teils des (Bundes-)Heilberufegesetzes gebunden (Vorrang des Bundesrechts, Art. 31 GG).

Literaturverzeichnis

Altmeppen, Sandra; Bögemann-Großheim, Ellen; Dielmann, Gerd; Pohl, Maria. 2006. Mitgliederinformation – Ausbildungsfinanzierung und Qualitäts-standards in den Pflegefachberufen. Pflege & Gesellschaft. 2006, 4, S. 375–382.

Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V. (Hrsg.). 2010. Delegation und Substitution – wenn der Pfleger den Doktor ersetzt... Heidelberg Dordrecht London New York: Springer, 2010.

Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates (Hrsg.). 2012. Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. Deutsche Medizinische Wochenschrift (DMW). Supplement Nr. 2. 8. 6. 2012, S. 33–74. 137. Jahrgang.

Arbeitskreis Medizinerausbildung der Robert Bosch Stiftung – Murrhardter Kreis. 1995. Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt. Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform. [Hrsg.] Robert Bosch Stiftung. Gerlingen: Bleicher Verlag, 1995. 3. Aufl.

Bach, Peter und Moser, Hans, (Hrsg.). 2009. Private Krankenversicherung. München: C.H. Beck, 2009. 4. Aufl.

Becker, Ulrich und Kingreen, Thorsten. 2012. SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung – Kommentar. München: C.H. Beck, 2012. 3. Aufl.

Becker, Ulrich und Schweitzer, Heike. 2012. Wettbewerb im Gesundheitswesen – Welche gesetzlichen Regelungen empfehlen sich zur Verbesserung eines Wettbewerbs der Versicherer und Leistungserbringer im Gesundheitswesen? München : C.H. Beck, 2012. Gutachten B zum 69. Deutschen Juristentag.

Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Schmidt, Roland (Hrsg.). 2012. Fachkräftemangel in der Pflege. Konzepte, Strategien, Lösungen. Heidelberg: medhochzwei-Verlag, 2012.

Bieback, Karl-Jürgen. 2012. § 21 Arbeitsförderung. (Hrsg.) Bernd Baron von Maydell, Franz Ruland und Ulrich Becker. Sozialrechtshandbuch (SRH). Baden-Baden: Nomos, 2012, S. 997–1053. 5. Aufl.

Bohne, Kerstin. 2012. Delegation ärztlicher Tätigkeiten. Frankfurt am Main: Peter Lang, 2012. Zugl.: Halle-Wittenberg, Univ., Diss., 2011.

Bräutigam, Christoph, Evans, Michaela und Hilbert, Josef. 2013. Berufsbilder im Gesundheitssektor. Vom »Berufebasteln« zur strategischen Bildungspolitik. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, Mai 2013.

Bundesärztekammer. 2006. (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 –. 2006.

—. 2012. Resolution zur Delegation. 23. Februar 2012.

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). 2012. Fachwirt/-in im Gesundheits- und Sozialwesen. Infodienst Krankenhäuser. März 2012. Nr. 56. BIBB-Pressemitteilung 49/2011 vom 24.11.2011.

Bundesministerium für Bildung und Forschung - Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie – Kultusministerkonferenz – Wirtschaftsministerkonferenz. 2013. Qualifikationen europaweit vergleichbar machen – Bund und Länder unterzeichnen gemeinsamen Beschluss zur Einführung des Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (DQR). Pressemitteilung. 16. Mai 2013.

Bundesministerium für Bildung und Forschung – Kultusministerkonferenz. 2013. DQR Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Deutscher EQR-Referenzierungsbericht. 2013.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). 2010. Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2009. Bonn, Berlin: s. n., 2010. 19. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch HIS Hochschul-Informations-System – Ausgewählte Ergebnisse –.

Bundesministerium für Bildung und Forschung. 2013. Berufsbildungsbericht 2013. 2013.

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.). 2007. Pflegebildung offensiv. Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe. München: Urban & Fischer, 2007.

Deutscher Bundestag, Drucksache 17/3815. Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft.

Deutsches Krankenhausinstitut. 2009. Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V., 2009. Projektbearbeiter: Dr. Karl Blum unter Mitarbeit von Dr. Jutta Grohmann.

Dielmann, Gerd. 2013. Krankenpflegegesetz. Frankfurt am Main: Mabuse, 2013. 3. Auflage.

—. 2010. Deutscher Qualifikationsrahmen: ver.di sieht dringenden Überarbeitungsbedarf. Juni 2010, Infodienst Krankenhaus Nr. 49.

—. 2010a. Welches Niveau bitte? – Erprobung des Deutschen Qualifikationsrahmens. März 2010a, Infodienst Krankenhäuser Nr. 48.

—. 2001. Weiterbildungsregelungen der Länder für Pflegeberufe – eine Übersicht. Theorie und Praxis der sozialen Arbeit (TuP). 9/2001, S. 350–356.

DQR Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. 2013. Liste der zugeordneten Qualifikationen. 2013.

—. 2013 a. Übersicht der Zuordnungen. Anlage zum Gemeinsamen Beschluss. 2013.

European Commission. 2012. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Commission Staff Working Document on an Action Plan for the EU Health Workforce. Strasbourg: European Commission, 18.4.2012. SWD(2012)93 final.

Evans, Michaela, Bräutigam, Christoph und Hilbert, Josef. 2013. Berufsbilder im Gesundheitssektor. Vom »Berufebasteln« zur strategischen Berufsbildungspolitik. WISO direkt. April 2013, S. 1–4.

Frenk, Julio, et al. 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet. December 4, 2010, Vol. 376, 9756, pp. 1923–1958. (Hier zitiert nach der deutschen Übersetzung »Eine globale Initiative zur Ausbildung von Gesundheitsfachleuten«, Careum Stiftung, Zürich, Mai 2011.)

Fuchs, Harry. 2008. Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen am Beispiel der medizinischen Rehabilitation. Sankt Augustin: Dr. Werner Hippe, 2008. zugl. Diss. Berlin (Humboldt-Universität).

Guttau, Thomas. 2013. Nichtärztliche Heilberufe im Gesundheitswesen. Notwendigkeit, Zulässigkeit und Umsetzung einer verstärkten Einbeziehung unter besonderer Berücksichtigung des Heilpraktikergesetzes. Baden-Baden: Nomos, 2013. zugl. Diss. Bremen.

Hanika, Heinrich, Mielsch, Marion und Schönung, Melanie. 2005. Pflegekammern in Deutschland – Durchbruch oder endlose Warteschleife?! Betrachtungen aus aktueller rechtlicher und gesellschaftspolitischer Sicht. PflegeRecht (PflR). 2005, S. 203–216.

Hebeler, Timo. 2012. Ausbildungsförderung. In: Bernd Baron von Maydell, Franz Ruland und Ulrich Becker (Hrsg.). Sozialrechtshandbuch (SRH). Baden-Baden: Nomos, 2012, S. 1380–1407.

Heberlein, Ingo. 2012a. Neuordnung der Verantwortungen in der Heilkunde? Die Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB 5 zwischen Substitution und Delegation und die Folgen – 1. Teil. Pflegerecht (PflR). 2012a, S. 67–81.

—. 2012b. Neuordnung der Verantwortungen in der Heilkunde? Die Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB 5 zwischen Substitution und Delegation und die Folgen – 2. Teil. Pflegerecht (PflR). 2012b, S. 143–157.

—. 2012c. Arzthaftung bei Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V – Delegation impliziert Haftung! Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht (ZMGR). 2012c, S. 75–84.

Heinrich Böll Stiftung. 2013. Wie geht es uns morgen? Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen. Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung, 2013. Bericht der Fachkommission für Gesundheitspolitik der Heinrich-Böll-Stiftung.

Hoberg, Rolf, Klie, Thomas und Künzel, Gerd. 2013. Eckpunke Strukturreform Pflege und Teilhabe. (Hrsg.) AGP Sozialforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg. Juni 2013. S. 15. Kurzfassung.

Igl, Gerhard. 2012. Recht der Gesundheitsfachberufe, Heilpraktiker und sonstigen Berufe im Gesundheitswesen. Normsammlung mit Erläuterungen. Heidelberg: medhochzwei, 2012.

—. 2012a. Pflegeversicherung. In: Bernd Baron von Maydell, Franz Ruland und Ulrich Becker (Hrsg.). Sozialrechtshandbuch (SRH). Baden-Baden: Nomos, 2012, S. 929 – 965.

—. 2010. Öffentlich-rechtliche Regulierung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe und ihrer Tätigkeit auf den Gebieten der Diätetik, der Medizintechnik, der Orthoptik und der Pharmazie. München: Urban & Vogel, 2010.

—. 2008. Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit – Voraussetzungen und Anforderungen. München: Urban & Vogel, 2008.

—. 1987. Pflegebedürftigkeit und Behinderung im Recht der sozialen Sicherheit. Baden-Baden: Nomos, 1987.

Igl, Gerhard/Welti, Felix (Hrsg.). 2012. Gesundheitsrecht. Eine systematische Einführung. München: Franz Vahlen, 2012.

Jarras, Hans D. und Pieroth, Bodo. 2012. Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. München: C.H. Beck, 2012.

Kälble, Karl. 2012. Neue Entwicklungen und Herausforderungen im Wandel der Gesundheitsberufe. Public Health Forum 20. 2012, Heft 77, S. 2.e1 – 2.e5.

Katzenmeier, Christian. 2013. Der Behandlungsvertrag – Neuer Vertragstypus im BGB. Neue Juristische Wochenschrift (NJW). 12/2013, S. 817 – 823.

Kickbusch, Ilona, Sottas, Beat und Trachsel, Manuel. 2012. Report Careum Dialog 2012 – Gesundheitspolitik trifft Bildungspolitik. Neuausrichtung der Ausbildung für Gesundheitsfachleute. Zürich: Careum, 2012.

Klie, Thomas und Krahmer, Utz, (Hrsg.). 2009. Sozialgesetzbuch XI. Lehr- und Praxiskommentar (LPK SGB XI). Baden-Baden: Nomos, 2009.

Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer. 2010. Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen. Berlin: Bundesärztekammer, 2010.

Kreikebohm, Ralf, Spellbrink, Wolfgang und Waltermann, Raimund, (Hrsg.). 2013. Kommentar zum Sozialrecht. München: C. H. Beck, 2013. 3. Aufl.

Kruse, Jürgen und Hänlein, Andreas, (Hrsg.). 2009. Sozialgesetzbuch V – Gesetzliche Krankenversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos, 2009.

Kurlemann, Ulrich. 2011. Ressourcen und Potentiale für bedarfsgerechte Versorgung. Die Bedeutung der sozialen Arbeit für das Gesundheitswesen. Forum sozialarbeit + gesundheit. 4/2011, S. 6–9.

Luthe, Ernst-Wilhelm. 2003. Bildungsrecht. Leitfaden für Ausbildung, Administration und Management. Berlin: de Gruyter, 2003.

Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung. 2012. Delegation – Substitution – Innovation. Neue medizinische Versorgungsformen für eine alternde Gesellschaft – Chancen für ein längeres Leben zu Hause. Friedrich-Ebert-Stiftung, 2012. Autoren: Gudrun Schaich-Walch; Stefan David.

Nagel, Bernhard. 2007. Gerechtigkeit und Recht auf Weiterbildung. REPORT. (30), 3/2007, S. 9–18.

Nagel, Eckhard. 2008. Gutachten zur Frage der stärkeren Einbeziehung von (nichtärztlichen) Gesundheitsberufen in Versorgungskonzepte am Beispiel Case Management. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2008.

Offermanns, Matthias und Bergmann, Karl Otto. 2008. Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes – Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI). Düsseldorf: 2008.

Presse- und Informationsamt der Bundesregierung. 2012. Dialog über Deutschlands Zukunft. Ergebnisbericht des Expertendialogs der Bundeskanzlerin 2011/2012. Bundeskanzleramt. Berlin: 2012. Langfassung.

Rechnungshof Baden-Württemberg. 2012. Auszug aus Denkschrift 2012 zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Landes Baden-Württemberg. Beitrag Nr. 14. Berufliche Privatschulen. Rechnungshof Baden-Württemberg. 2012. Landtagsdrucksache 15/1914.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). 2011. Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Schattauer, 2011.

Robert Bosch Stiftung. 2011. Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung, 2011.

—. 2000. Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart – New York: Schattauer, 2000.

—. 2000 a. Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Gerlingen: Bleicher, 2000 a. 6. Aufl.

—. 1996. Pflegewissenschaft. Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis. Denkschrift. Gerlingen: Bleicher, 1996.

—. 1992. Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Gerlingen: Bleicher, 1992. Erstauflage 1992; mittlerweile 6. Aufl. 2000.

Rosenbrock, Rolf. Januar 1998. Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Januar 1998. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health P28-201.

—. 2003. Prävention und Gesundheitsförderung als Elemente des Gesundheitswesens. [Hrsg.] Gerhard Igl und Felix Welti. Gesundheitliche Prävention im Sozialrecht. Wiesbaden: Chmielorz, 2003, S. 6 – 17.

Roters, Dominik. 2009. Risse im Arztvorbehalt? Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB 5. Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht (ZMGR). 2009, S. 171 – 176.

Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. 2012. Sondergutachten 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Bonn: s. n., 2012.

—. 2009. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft längeren Lebens. Gutachten 2009. 2009. Deutscher Bundestag, Drucksache 16/13770.

—. 2007. Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007. 2007. Deutscher Bundestag, Drucksache 16/6339.

Sasse, René. 2011. Der Heilpraktiker. Ein Gesundheitsberuf ohne Berufsausübungsrecht? Baden-Baden: Nomos, 2011. zugl. Diss. Bochum 2011.

Schäfer, Frank L. 2010. Das Produkt Krankheitskostenvollversicherung. Vergleich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nebst Tarifen. Versicherungsrecht (VersR). 2010, S. 1525–1533.

Schmidt am Busch, Birgit. 2007. Die Gesundheitsversorgung im Mehrebenensystem. Tübingen: Mohr Siebeck, 2007.

Schnitzler, Jörg. 2004. Das Recht der Heilberufe. Übersicht, Begriff, Verfassungsfragen. Baden-Baden: Nomos, 2004.

Shafaei, Reza Fakhr. 2006. Die gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation. Beratung und Unterstützung behinderter Menschen nach dem SGB IX. Baden-Baden: Nomos, 2006. zugleich Diss. Kiel.

Sottas, Beat, et al. 2013. careum working paper 7. Umrisse einer neuen Gesundheitsbildungspolitik. Zürich: Careum, Juni 2013.

Spickhoff, Andreas, (Hrsg.). 2011. Medizinrecht. München: C. H. Beck, 2011.

Stöcker, Gertrud, (Hrsg.). 2002. Bildung und Pflege. Eine berufspolitische Standortbestimmung. Hannover: Schlütersche, 2002.

—. 2012. Zwölf Jahre Schule für Pflegefachpersonen. Die BKK. 5/2012, S. 243.

Storsberg, Annette, Neumann, Claudia und Neiheiser, Ralf. 2006. Krankenpflegegesetz. Kommentar. Stuttgart: Kohlhammer, 2006. 6., vollständig überarbeitete Auflage.

Tiemann, Burkhard. 2011. Die Einwirkungen des Rechts der Europäischen Union auf die Krankenversicherung, Gesundheitsversorgung und Freien Heilberufe in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Duncker und Humblot, 2011.

Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätsklinika in Deutschland (Hrsg.). 2007. Übernahme ärztlicher Tätigkeiten. s.l.: Eigenverlag, 2007.

Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa. 2012. Regionalkomitee für Europa – 62. Tagung. Gesundheit 2020 – Rahmenkonzept und Strategie. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa, 27. Juli 2012. EUR/RC62/8.

Welti, Felix. 2008. Systematische Stellung des SGB IX im Sozialgesetz – Zusammenarbeit der Leistungsträger und Koordinierung der Leistungen. Die Sozialgerichtsbarkeit (SGb). 8/2008, S. 321 – 331.

—. 2008 a. Koordination in der medizinischen Rehabilitation: Anforderungen an Berufsgruppen und Institutionen. Rehabilitation. 2008, Bd. 47, S. 236 – 242.

—. 2005. Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen. Tübingen: Mohr Siebeck, 2005.

Wissenschaftsrat. 2012. Drucksache 2411-12. Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin: Wissenschaftsrat, 13.07.2012.

Herausgegeben von der
Robert Bosch Stiftung GmbH

Verantwortlich
Arbeitsgruppe der Robert Bosch Stiftung
»Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln«

Redaktion
Arbeitsgruppe der Robert Bosch Stiftung
»Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln«

Umschlaggestaltung
Grafik, Robert Bosch Stiftung GmbH

Gestaltung
siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

Druck
Typofactory Stuttgart GmbH, Stuttgart

Papier
BVS (Scheufelen), FSC-zertifiziert

Copyright
Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart
Alle Rechte vorbehalten
ISBN 978-3-939574-33-0